

再生と矜持、盤石な国民の口腔保健をめざす

歯科医療の政策提言(案)

神奈川県保険医協会政策部

2009. 7. 30

再生と矜持、盤石な国民の口腔保健をめざす歯科医療の政策提言(案)

目 次

■はじめに —瓦解しかけている歯科医療—	1 頁
【政策提言（骨子）】	2 頁
■歯科医療の現場で何が起きているのか	
—経営努力の限界と質・安全の低下、劣化の危険—	3 頁
1. 歯科医療機関経営の実態	3 頁
2. 歯科医療をめぐる3つの構造問題	7 頁
3. 歯科医師需給のミスマッチ	7 頁
4. 歯科医学・医療の公的制度における軽視	10 頁
5. 差額徴収の罪悪	12 頁
6. 歯科医師、スタッフの就労環境	15 頁
■患者の歯科要望	18 頁
■提言 1 歯科医師需給の合理的是正	20 頁
■提言 2 歯科医学の保険収載のルール化	21 頁
■提言 3 保険外歯科医療の段階的解消	23 頁
■提言 4 歯科医療従事者の技術・労働とモノの適正評価	23 頁
■提言 5 診療報酬の大幅改善	24 頁
■提言 6 患者窓口負担ゼロの実現	25 頁
* 参考資料	27 頁

再生と矜持、盤石な国民の口腔保健をめざす 歯科医療の政策提言(案)

神奈川県保険医協会政策部

2009. 7. 30

■はじめに ―瓦解しかけている歯科医療―

医療崩壊が人口に膾炙し多くの国民の知るところとなったが、歯科医療においては公的制度の発足当初からの歯科軽視、高度成長期の差額徴収や無策な歯科医師養成、バブル崩壊後の診療報酬マイナス改定の連続の下、歯科医療機関の経営基盤は揺らぎ、年収 300 万円以下のワーキングプアの開業歯科医師が全体の 1/4 に達するまでになっている。このことはひとえに歯科医師やスタッフの身分保障の問題にとどまらない。口腔内に装着する技工物の海外委託作製（委託率 6.7%：全国保険医団体連合会調査）など、安全性・質が蔑ろにされる危険にさらされ、歯科治療要求に満足に答えられなくなっていくことを意味している。

◆ 1 歯科医院の実情―歯科診療所の経営逼迫



(「週刊東洋経済」2007.4.28-5.5)

◆ 2 【歯科】施設数：収支差額階級・開設者別

収支差額	全体
0 円未満	65
0 円以上 50 万円未満	110
50 万円以上 100 万円未満	180
100 万円以上 150 万円未満	150
150 万円以上 200 万円未満	86
200 万円以上 250 万円未満	55
250 万円以上 300 万円未満	29
300 万円以上 350 万円未満	16
350 万円以上 400 万円未満	10
400 万円以上 450 万円未満	2
450 万円以上 500 万円未満	3
500 万円以上	5
全 体	711

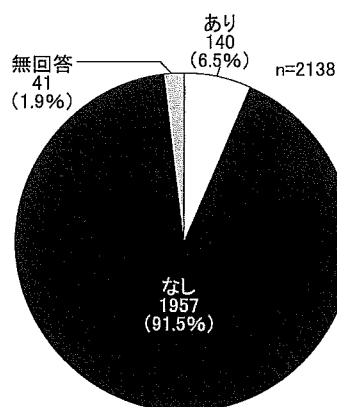
「0 円未満」+「0 円以上 50 万円未満」= 175

$175 \div 711 = 24.6\%$

収支差額 300 万円以下が全体の 4 分の 1 を占める

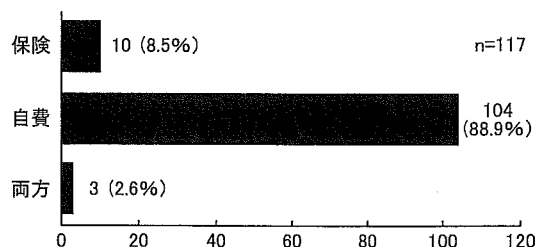
(「平成 19 年中医協医療経済実態調査」)

◆ 3 海外技工の委託の有無



(全国保険医団体連合会「海外技工物緊急調査結果報告書」、2008.9)

◆ 4 海外技工の種類



(全国保険医団体連合会「海外技工物緊急調査結果報告書」、2008.9)

* 歯科技工については、厚生労働省通知「国外で作成された補てつ物等の取り扱いについて」も合わせてご参照ください (27 頁)。

われわれは、歯科医療を再生し、歯科医療に関わる医療者が矜持と意欲をもって専門性を発揮し、日進月歩の歯科医学と時代環境に応じた患者要求を満たし、盤石な国民の口腔保健が実現できるよう、ここに政策提言を行い国民的議論に付したい。

提言は喫緊の課題を中心に、以下6本の柱にまとめられる。仔細は各論で触れる。

【政策提言（骨子）】

1. 歯科医師需給の合理的是正

歯科医師養成の無策による需給ミスマッチの解消のため、当面入学定員を50%削減する。2010年度より当面15年間は50%削減水準を維持し、その後は、人口、高齢化率、OECDの対人口比などを係数化し、OECD水準の歯科医師数と均衡がとれるようにする。

2. 歯科医学の保険収載のルール化

新規技術の未熟な実施や経済性優先などの歪みが生じないように、基本的診療料の底上げを図り、技術の安定的な成熟を期する条件を作る。その上で、歯科医学の発展に伴う医療技術の保険収載は、88年以降ほぼ皆無であることを踏まえ、中医協に歯科医療技術の保険導入検討のための専門委員会を設置し、日本歯科医学会、日本歯科医師会、保団連歯科に改定前年6月に意見聴取し、検討状況及び可否判断に関し公開するルール化を図る。また、保険収載にあたり採算性のある点数設定となるよう実勢価格を基準におく。

3. 保険外歯科医療の段階的解消

「昭和51年（1976年）通知」により、社会問題化した差額徴収に政治決着をつけたが、健保法から逸脱し法的整合性を欠く、欠損・補綴の自費移行（論理矛盾した混合診療）となっている。歯科収入の14.2%（*保険収入の低下で相対的に割合が高くなっている）を自費診療が占める現状を鑑み、段階的解消と解消率に応じた該当保険点数の増加率を法律で明文化する。

4. 歯科医療従事者の技術・労働とモノの適正評価

賃金センサス（賃金構造基本統計調査）、物価スライドなど評価基準指標の確立と、積算根拠の明示を中医協に義務づける。また定昇と俸給表改定の混同による意図的な情報操作を排すため、中立的な機関による精査を要件づける。

5. 診療報酬の大幅改善

初診、再診料など基礎的技術料を医科点数の水準に上げる。歯科医療の社会的地位復権と医療者の士気向上へプラス9.4%の改定を実施する（マイナス改定分の復旧）。また、医科歯科共通であるが、人件費、維持・管理費、物品費、再生産費の各々の積算、およびそれらの合算で診療報酬の規模を算出し、それらの公開の下、財源負担とともに、診療報酬点数表を国会同意とする。

最終的には医科、歯科をあわせたトータルの公的医療費で欧州水準を目標に置く。

6. 患者窓口負担ゼロの実現

健康保険法の本旨、医療の「現物給付」に立ち返り、窓口負担を解消し経済的な負担を気にせず、疾病という理由のみで受診ができる制度環境を確立する。尚、窓口負担ゼロは、保険料負担がゼロではないこと、公費と保険料負担が代替的に増加することの理解を徹底する。

■ 歯科医療の現場で何が起きているのか

— 経営努力の限界と質・安全の低下、劣化の危険 —

1. 歯科医療機関経営の実態

歯科医療費はここ10年で2兆5,430億円（'96）から2兆5,039億円（'06）へと▲1.5%とダウンしている。医療費全体における構成割合も96年の8.9%から06年の7.6%へと10年間で1.3ポイント下げている。この間に全体の医療費は28兆4,542億円から33兆1,276億円へと+16.4%の増加を見せており、歯科医療費は異常な状況にある。97年の健保2割負担導入、02年老人1割定率負担の導入、03年の健保3割負担導入と、患者窓口負担の引き上げにより患者数・受診日数が減少。98年の診療報酬マイナス改定以降、実質6回連続マイナス改定の累計▲8.4%による日当点（1日当りの点数）の減少が大きく作用している。

実際、平成19年度の中医協・医療経済実態調査で保険収入が▲1.9%（17年度対比、以下同じ）、医業費用が+5.5%、事業所としての収支差額が▲13.3%、（実額▲17.5万円で1,151,157円（月額））、と悪化している。これらは平均の数値だが、最頻階級の収支差額は763,070円（月額）でしかなく、平均から40万円も低い。

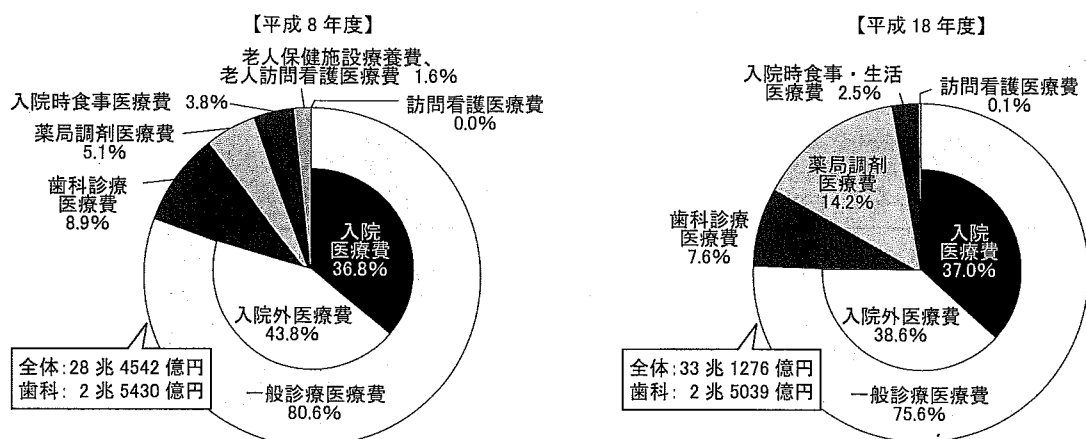
ここから、設備更新費用、建物等改築・修繕積立金、借入金返済、税金、院長収入が計上されていくことになる。ちなみに年間の負債合計は2,719万4,233円（うち借入金2,124万8,591円）、年間設備投資額446万5,256円、年間税負担額（所得税・法人税、住民税、事業税）185万3,780円である。

歯科診療所全体の15%を占める法人医療機関の院長の年収は1,380万円、勤務医713万円と他業種や、大企業管理職と比べても決して高いものではない。このような中、年収300万円以下のワーキングプアが3割との報道がなされてもおり、経営基盤が脆弱となっている。またこれを投影する形で、08年度の歯学部受験者数が減少に転じている。

つまり、歯科医療の現状は、歯科医療従事者が専門性を十分に発揮しうる、魅力ある状況にないということである。このことは歯科医療機関の地滑り的な淘汰・消失、優秀な人材の確保難を招来し、将来的に歯科医療の技術・治療方法の安定的継承や、質の担保・向上、安全性を危うくすることとなる。

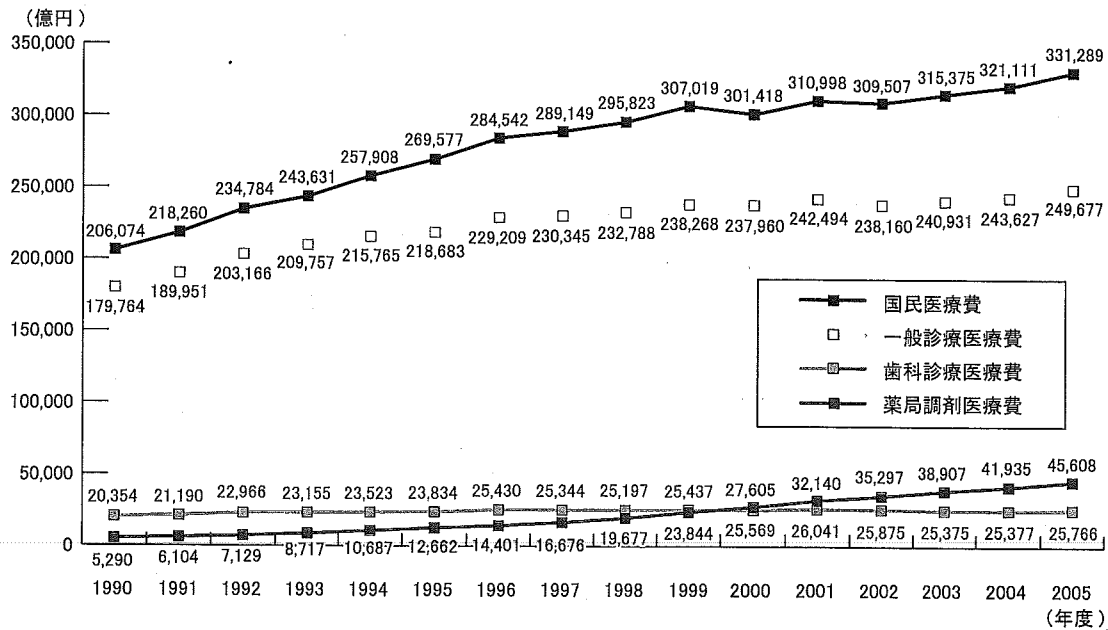
われわれは、この問題意識と危機感の上に立ち、現状分析と将来に向けた提言をここに示すものである。この提言が歯科医療の向上の一石となることを期待したい。

◆ 5 診療種類別国民医療費の構成割合



（厚生労働省「医療費の動向」より作成）

◆ 6 診療種類別国民医療費の年次推移



(厚生労働省「国民医療費」より作成)

◆ 7 受診延日数の伸び率 (対前年度比)

(単位: %)

	総計	診療費				調剤
		計	内科		歯科	
			入院	入院外		
平成 13 年度	0.2	0.2	▲ 0.2	0.4	▲ 0.2	9.6
平成 14 年度	▲ 1.6	▲ 1.7	▲ 1.6	▲ 2.2	0.9	4.4
平成 15 年度	▲ 1.4	▲ 1.4	▲ 1.0	▲ 1.6	▲ 0.7	2.9
平成 16 年度	0.1	0.1	▲ 0.3	▲ 0.0	0.8	4.5
平成 17 年度	▲ 0.3	▲ 0.3	▲ 0.2	▲ 0.7	1.1	2.4
平成 18 年度	▲ 0.7	▲ 0.7	▲ 1.4	▲ 0.5	▲ 1.0	3.9
平成 19 年度	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.8	▲ 0.9	▲ 1.4	2.6

(厚生労働省「医療費の動向《年度版》」)

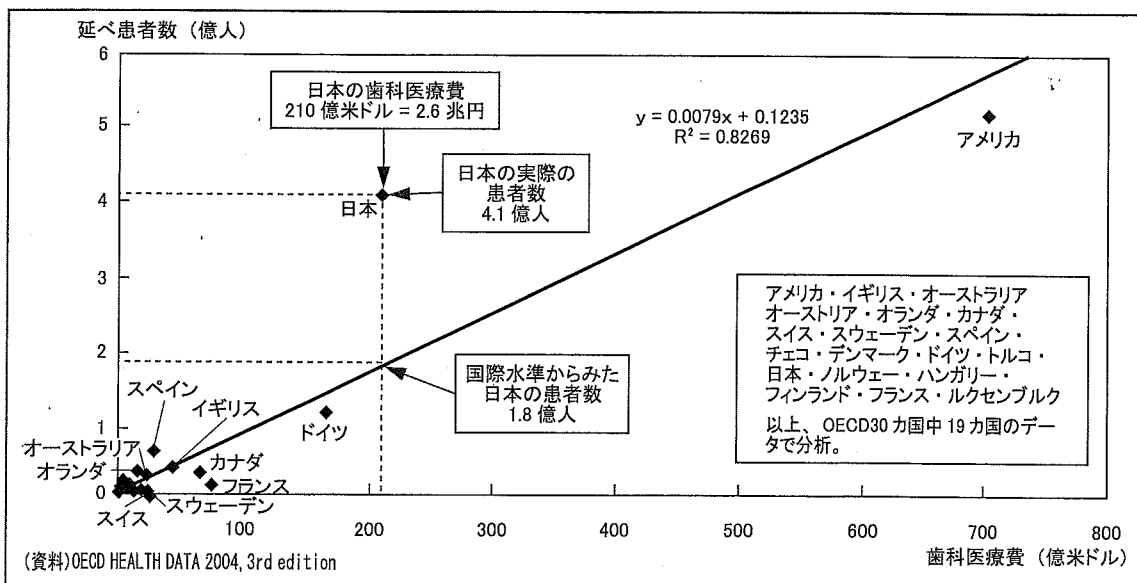
◆ 8 1 日当たり医療費の伸び率 (対前年度比)

(単位: %)

	総計	診療費				調剤
		計	内科		歯科	
			入院	入院外		
平成 13 年度	3.0	1.6	2.0	1.5	2.1	6.3
平成 14 年度	1.0	▲ 0.3	1.3	▲ 1.7	▲ 1.3	5.1
平成 15 年度	3.5	2.4	3.0	2.4	▲ 1.3	6.8
平成 16 年度	1.9	1.1	1.5	1.3	▲ 0.6	3.1
平成 17 年度	3.4	2.5	2.4	3.1	0.0	6.2
平成 18 年度	0.8	0.3	1.4	0.1	▲ 1.8	▲ 0.5
平成 19 年度	4.1	3.1	3.6	2.7	1.2	6.1

(厚生労働省「医療費の動向《年度版》」)

◆ 9 OECD 諸国の歯科医療費と延べ患者数



(東京医科歯科大学・川渕孝一教授「医療・介護給付費推計について」2008.7.31)

◆10 歯科診療所の1施設当たり収支状況（全体）

	金額（千円）		構成比率（％）		金額の 伸び率（％）
	17年6月	19年6月	17年6月	19年6月	
I 医業収入	4,032	4,005	99.9	99.9	▲ 0.7
1. 保険診療収入	3,446	3,380	85.3	84.3	▲ 1.9
2. 労災等診療収入	3	5	0.1	0.1	66.7
3. その他の診療収入	505	570	12.5	14.2	12.9
4. その他の医業収入	78	50	1.9	1.3	▲ 35.9
II 介護収入	5	5	0.1	0.1	0.0
1. 居宅サービス収入	4	5	0.1	0.1	25.0
2. その他の介護収入	1	0	0.0	0.0	▲ 100.0
III 医業・介護費用	2,711	2,859	67.1	71.3	5.5
1. 給与費	1,311	1,436	32.5	35.8	9.5
2. 医薬品費	48	46	1.2	1.2	▲ 4.2
3. 歯科材料費	227	250	5.6	6.2	10.1
4. 委託費	390	410	9.6	10.2	5.1
5. 減価償却費	168	183	4.2	4.6	8.9
（再掲）建物減価償却費	51	54	1.3	1.4	5.9
（再掲）医療機器減価償却費	60	72	1.5	1.8	20.0
6. その他の医業費用	567	533	14.1	13.3	▲ 6.0
IV 収支差額（I＋II－III）	1,327	1,151	32.9	28.7	▲ 13.3
施設数	755	711	—	—	—
平均ユニット数	—	3	—	—	—

（注）「構成比率」は、収入は「I 医業収入」と「II 介護収入」を合算した金額に対する各収入科目の金額の割合。
費用は「I 医業収入」と「II 介護収入」を合算した金額に対する各費用科目の金額の割合である。

（「平成19年中医協医療経済実態調査」より作成）

◆11 最頻収支差額階級1施設当たり収支額（単位：円）

	個人	その他	全体
I 医業収入	2,850,807	5,060,155	3,308,182
1. 保険診療収入	2,464,043	4,200,550	2,815,019
2. 労災等診療収入	5	0	9,099
3. その他の診療収入	352,758	789,089	450,547
4. その他の医業収入	34,001	70,517	33,516
II 介護収入	453	2,724	397
1. 居宅サービス収入	453	2,724	397
2. その他の介護収入	0	0	0
III 医業・介護費用	2,088,649	5,608,259	2,545,509
1. 給与費	888,533	3,328,893	1,222,553
2. 医薬品費	34,805	59,497	37,276
3. 歯科材料費	190,106	416,090	220,702
4. 委託費	345,271	471,828	375,796
（再掲）歯科技工委託費	319,915	388,687	348,395
（再掲）医療用廃棄物委託費	3,009	8,243	3,318
（再掲）医療事務委託費	15,958	49,836	18,265
（再掲）その他の委託費	6,389	25,063	5,819
5. 減価償却費	153,649	316,050	171,062
（再掲）建物減価償却費	59,283	53,778	58,061
（再掲）医療機器減価償却費	52,700	121,429	64,218
（再掲）その他の減価償却費	41,666	140,842	48,782
6. その他の医業費用	476,285	1,015,901	518,120
（再掲）土地賃借料	14,515	43,085	18,539
（再掲）建物賃借料	98,242	246,736	106,566
（再掲）医療機器賃借料	56,100	74,148	56,994
（再掲）その他の費用	307,428	651,932	336,021
IV 収支差額（I＋II－III）	762,611	-545,380	763,070
施設数	158	38	180
平均ユニット数	3	4	3

（「平成19年中医協医療経済実態調査」）

◆12 1施設当たり資産・負債額（単位：円）

	個人	その他	全体
I 資産合計	54,324,634	47,641,359	53,107,365
（再掲）有形固定資産	29,029,047	19,887,689	27,364,071
II 負債合計	25,606,900	34,321,969	27,194,233
（再掲）借入金	20,380,334	25,147,399	21,248,591
III 資本合計（I－II）	28,717,734	13,319,390	25,913,132

（注）1. 個人立の歯科診療所は青色申告により税務申告を行い、
資産負債調（貸借対照表）を提出した施設の数値である。
2. 個人立の歯科診療所は平成18年末、その他の歯科診療
所は平成18年度末における資産及び負債の額である。

（「平成19年中医協医療経済実態調査」）

◆13 1施設当たり年間設備投資額（単位：円）

	個人	その他	全体
土 地	785,160	52,184	662,998
建物（建物附属設備を含む）	1,384,666	2,202,019	1,520,892
調剤用器械備品	1,194,622	2,534,089	1,417,867
（再掲）リース分	309,427	1,001,369	424,751
その他の有形固定資産	710,819	1,626,908	863,500
（再掲）リース分	153,481	218,230	164,273
全 体	4,075,268	6,415,199	4,465,256

（注）個人立の歯科診療所は平成18年、その他の歯科診療所
は平成18年度における設備投資の額である。

（「平成19年中医協医療経済実態調査」）

◆ 14 1 施設当たり年間税負担額

(単位:円)

	個人	その他	全体
所得税・法人税	1,247,865	538,838	1,134,677
住民税	761,534	236,494	677,717
事業税	43,037	32,696	41,386
全 体	2,052,436	808,028	1,853,780

- (注) 1. 税負担額は、総所得金額に対する税負担額であり、医業に係る事業所得以外の各種所得に対する税負担額が含まれている。
2. 税負担額は、前年(度)所得(平成 18 年(度)所得)に係るものである。

(「平成 19 年中医協医療経済実態調査」)

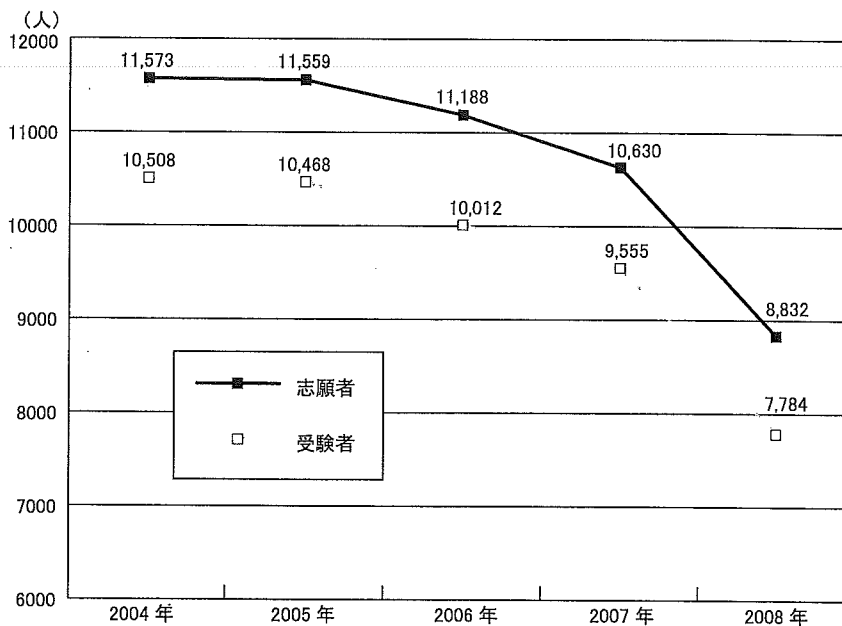
◆ 15 常勤職員 1 人あたり平均給料月額・賞与

(単位:円)

	平均給料月額	賞与	合計
院長	1,137,133	12,506	1,149,639
歯科医師	505,426	44,616	550,043
歯科衛生士	213,528	39,761	253,290
歯科技工士	294,549	41,168	335,717
薬剤師	432,250	99,095	531,345
事務職員	215,439	31,302	246,741
その他の職員	173,430	29,747	203,177
役員	267,857	0	267,857

(「平成 19 年中医協医療経済実態調査」)

◆ 16 私学の歯科大学歯学部、歯科大学の入学志願動向



(「みんなの歯科ネットワーク」)

◆ 17 私学の歯科大学歯学部、歯科大学の入学志願動向 (単位:人)

	募集人員	志願者	受験者	入学者
北海道医療大学歯学部	96	686	631	96
岩手医科大学歯学部	80	265	245	80
奥羽大学歯学部	96	357	284	96
明海大学歯学部	120	524	499	120
東京歯科大学	128	558	509	128
昭和大学歯学部	96	755	702	96
日本大学歯学部	128	553	411	127
日本大学松戸歯学部	128	556	476	128
日本歯科大学生命歯学部	128	902	794	128
日本歯科大学新潟生命歯学部	96	339	270	83
神奈川歯科大学	120	736	664	120
鶴見大学歯学部	128	683	622	128
松本歯科大学	113	128	105	40
朝日大学歯学部	128	533	495	128
愛知学院大学歯学部	128	603	493	128
大阪歯科大学	128	317	283	128
福岡歯科大学	96	337	301	96
計	1937	8832	7784	1850

(「みんなの歯科ネットワーク」)

◆ 18 歯学部志願者数の推移

(単位:人)

①国公立歯学部志願者数

	2006 年度	2007 年度	2008 年度
前期	2,344	2,214	1,866
後期	1,595	1,487	1,368
合計	3,939	3,701	3,234

②私立歯学部志願者数推移

2004 年度	2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
10,222	10,230	9,809	9,255	7,774

(「歯学部入試対策ドットコム」)

2. 歯科医療をめぐる3つの構造問題

現在、歯科医療が抱える構造的な問題の一つは、将来見通しを欠いた歯科医師養成による、いわゆる供給過剰、需給ミスマッチがある。もうひとつは、皆保険発足以来の歯科における保険給付の充実の放置、歯科軽視の連綿とした施策である。更には80年代を転機とした低医療費政策とその強化、医療費抑制策（診療報酬のマイナス改定と患者負担3割化）がある。この3つの構造的な問題が、結果として「過当競争」を生み、歯科医療需要を潜在化させ、経営基盤を弱体化させたのである。

3. 歯科医師需給のミスマッチ

まず、無定見な歯科医師の需給ミスマッチについて触れる。「医療崩壊」が顕在化し、政府も認めた医師不足とは逆に、日本の人口10万対比の歯科医師数は75人（'04）とOECD加盟30カ国の平均62人を大きく上回っている。当会の推計では2020年には100人に達し、現在のデンマーク、アイスランドと同水準となり、これを上回るのはギリシャしかない状況となる。1980年のWHOの警告以来、世界の趨勢は米国をはじめ入学定員の抑制の方向で推移しているが、日本の現状はこれに逆行している。

日本の対GDPの歯科医療費は0.5%で加盟21カ国中9位（'04）と中位にあるが、今後、現行水準で改善がなく医療費規模が推移するとすれば、現在の3割増しの歯科医師数となった暁には、競争が激化し、多くの医療機関が経営破たんとなる。この状況の放置は一刻の猶予もない。

◆ 19 世界各国の人口10万人に対する歯科医師数

国名	西暦	歯科医師数(人)
ギリシャ	2004年	120
アイスランド	2005年	100
デンマーク	2004年	100
フィンランド	2005年	90
スウェーデン	2005年	80
ドイツ	2005年	80
ノルウェー	2005年	80
ベルギー	2005年	80
日本	2004年	75
フランス	2005年	70
ルクセンブルグ	2005年	70
チェコ共和国	2005年	70
イタリア	2005年	60
アメリカ合衆国	2005年	60
カナダ	2005年	60
アイルランド	2005年	60
ポルトガル	2005年	60
スイス	2005年	50
ハンガリー	2004年	50
オランダ	2005年	50
オーストリア	2005年	50
オーストラリア	2004年	50
スロバキヤ共和国	2004年	50
スペイン	2005年	50
英国	2005年	50
ニュージーランド	2004年	40
韓国	2005年	40
ポーランド	2002年	30
トルコ	2004年	30
メキシコ	2005年	10

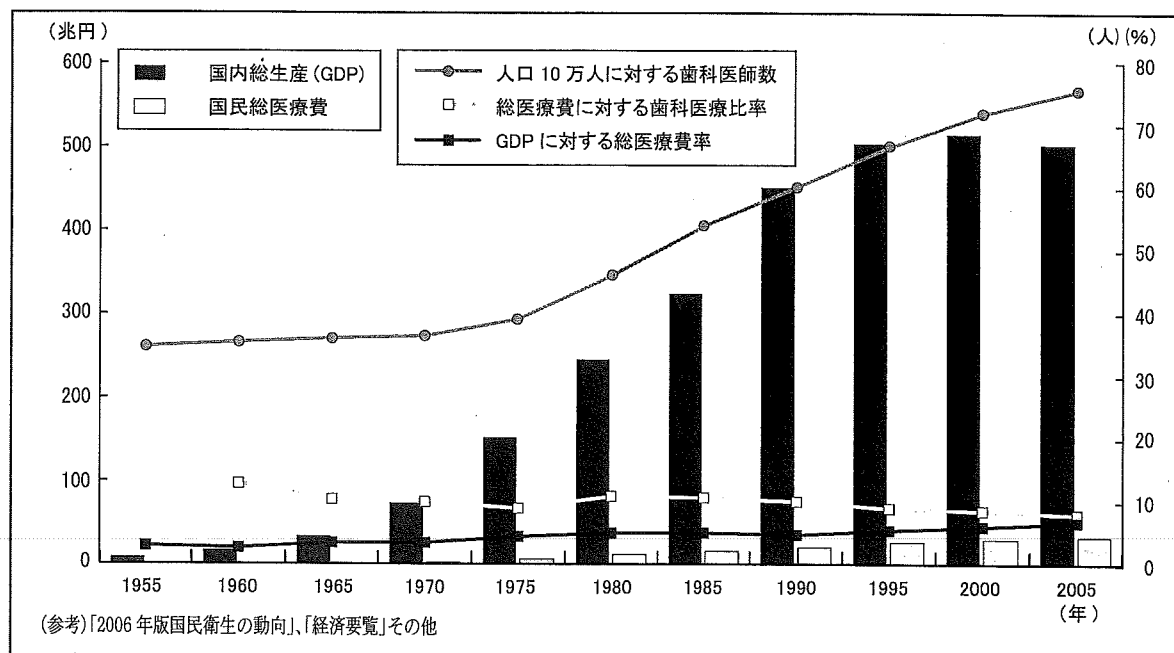
（成川雄之助氏・神奈川県保険医協会理事作成資料）

◆ 20 日本における人口10万人に対する
歯科医師数の推移

	歯科医師数(人)
日本 2004年	75
日本 2010年	91
日本 2020年	100
日本 2030年	108
2004年平均	
先進7カ国平均	65人
OECD加盟30カ国平均	62人

（成川雄之助氏・神奈川県保険医協会理事作成資料）

◆ 21 日本における医療費の年次推移



(成川雄之助氏・神奈川県保険医協会理事資料より作成)

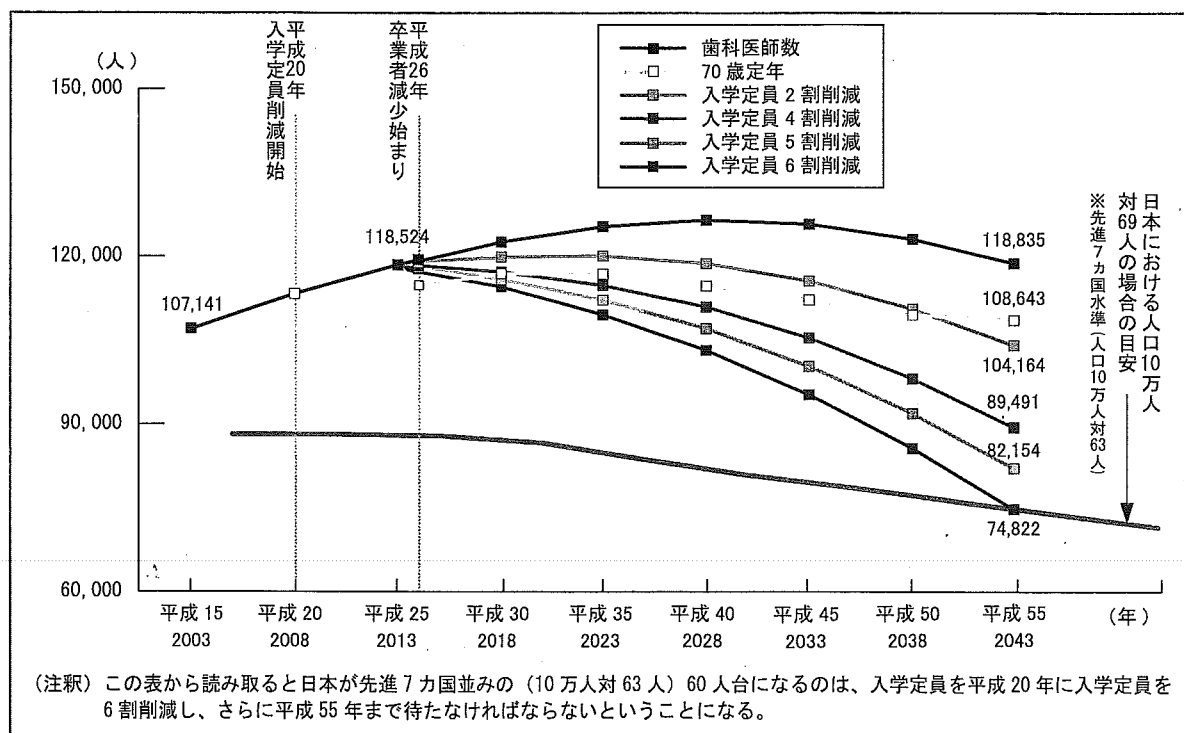
◆ 22 歯科医師の需給に関する各報告書の推計値

		(単位:人)			
		2005 年	2010 年	2015 年	2020 年
①野村総研の報告書 (診療所歯科医師数) 1992 年	供給数	86,300-92,800	92,400-101,800	-	-
	需要数	71,893	71,639	-	-
②宮武レポート (歯科医師数) 1994 年	供給数	94,750-103,750	98,500-110,500	102,250-117,250	106,000-124,000
	需要数	83,500-93,000	89,000-99,000	94,500-105,000	100,000-111,000
③需給に関する検討会 (歯科医師数) 1998 年	供給数	101,600-106,000	105,200-111,900	109,700-116,900	109,500-120,600
	需要数	93,800-100,100	93,800-101,300	93,100-101,400	91,600-100,700
④歯科医業経営の将来予測 (歯科医師数) (歯科診療所数) 2003 年	供給数	100,159	108,471	115,963	122,689
	65 定年ケース	88,134	94,696	96,205	96,057
	70 定年ケース	91,827	99,267	105,565	107,088
	75 定年ケース	94,722	102,605	109,720	115,640
	歯科診療所数	71,267	77,023	82,029	85,759
⑤成川推計表 (歯科医師数) 2004 年	供給数	109,722	115,527	120,303	123,884
	70 定年ケース	109,722	115,527	116,052	116,936

(参考) ①野村総研の報告書「わが国に於ける歯科診療体系の基本的あり方に関する研究」(1992 年)、
②宮武レポート「将来の歯科医師需給予測に関する総合的研究」(1994 年)、
③需給に関する検討会「歯科医師の需給に関する検討会報告書」(1997-1998 年)、
④歯科医業経営の将来予測「日本歯科医師会調査室調査第 1 部会報告書」(2003 年)、
⑤成川推計表:成川雄之助推計(2004 年)。

(成川雄之助氏・神奈川県保険医協会理事作成資料)

◆ 23 歯科医師数推計表（平成 20 年に削減開始、平成 26 年に 70 歳定年制開始）



（成川雄之助氏・神奈川県保険医協会理事資料より作成）

◆ 24 OECD 諸国の歯科医療状況（対 GDP）

（単位：％）

国名	対 GDP	2004 年 (1992 年)
スウェーデン	0.82	
ドイツ	0.8	
アメリカ	0.7	
オーストリア	0.7	
カナダ	0.7	
スイス	0.7	
アイスランド	0.6	
オーストラリア	0.6	
ハンガリー	0.6	
デンマーク	0.5	
日本	0.5	
ノルウェー	0.5	
フランス	0.5	
スペイン	0.4	
チェコ	0.4	
フィンランド	0.4	
ルクセンブルク	0.4	
イギリス	0.37	
オランダ	0.33	(1997 年)
アイルランド	0.31	(1992 年)
トルコ	0.26	

（OECD health data 2006, 平成 17 年歯科疾患実態調査、WHO Oral Health Country/ Area Profile Programme）

4. 歯科医学・医療の公的制度における軽視

皆保険制度発足以前の、健保法発足時点から、歯科医療の経済評価（一点単価）は医科の1/2とされ、この歯科軽視政策が連綿と続いている。歯科は富国強兵に寄与しないという明治以来の口腔疾患の軽視・差別がその根底にある。皆保険により一点単価は医科歯科同一とされたが、初診料、再診料は医科が270点、71点、歯科が182点、40点と歯科は医科の2/3程度とされてきた。新規技術の導入も国会で問題にされ08年に新たに接着ブリッジによる欠損補綴など6項目が導入されるまで、実に20年間にわたって新規導入が放置され続けた。

また、検査のスタディモデルが36年間、チェックバイトが25年間、除去が31年間、難抜歯が21年間など14項目の診療報酬点数が長期間にわたり据え置かれている。これは70年代の料金で現代の治療を行っているということである。これらのことに「軽視」「差別」が如実に象徴されている。

90年代初頭まで診療報酬改定は、薬価引き下げを財源に技術料に振り替えるという手法がとられており、引き下げ財源のない歯科は一層、苦境に陥り、98年度のマイナス改定以降は惨憺たる経営状況となっている。

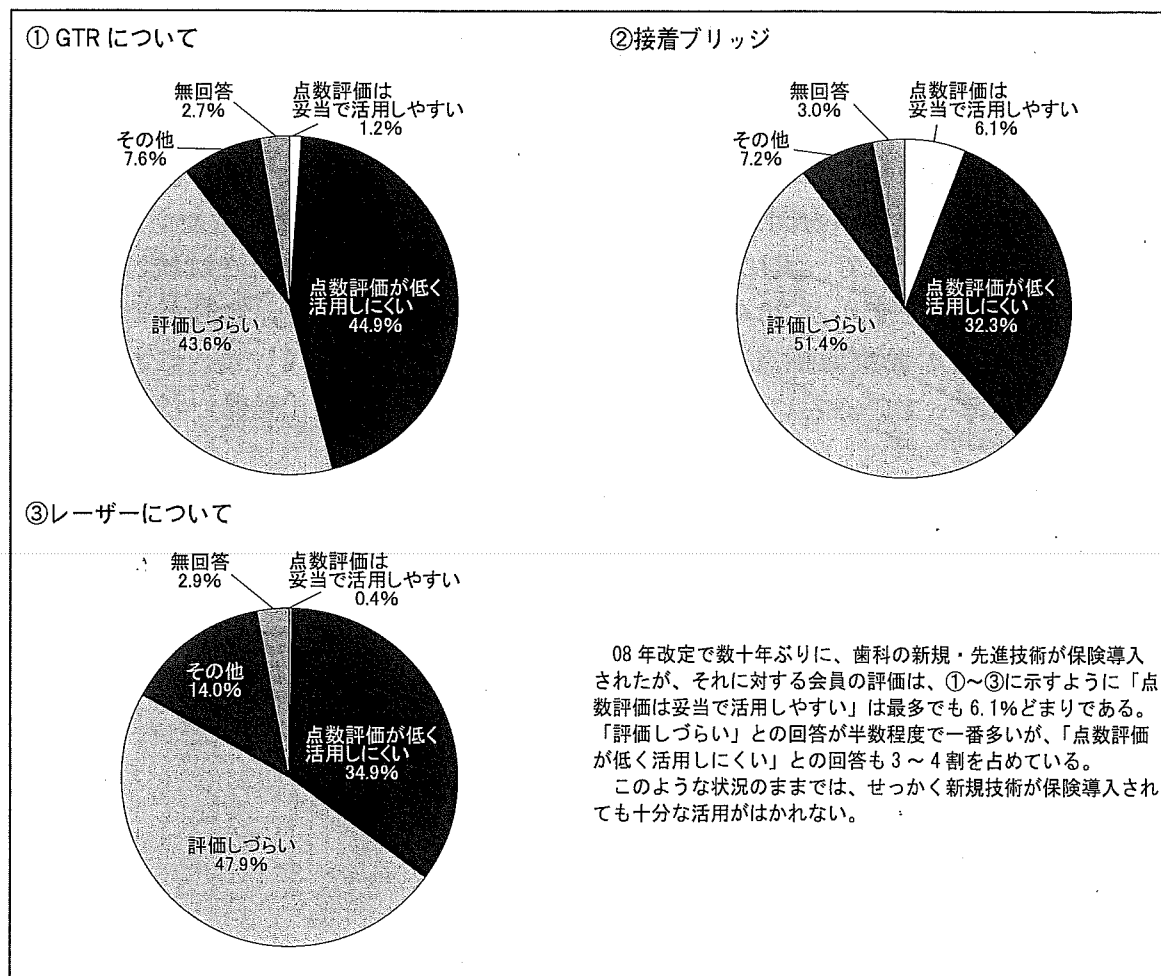
養成においても歯科大学・歯学部は皆保険発足当時の7校（国立2、公立1、私立4）が、歯科需要の急増に対応し29校となったものの定員2,657名中、国公立は720名（'08）と3割にみたく、民間に委ねてきており、ここにも歯科軽視が見てとれる。

◆ 25 長期にわたって据え置かれている歯科の技術料（2006年現在）

●検査		
スタディモデル	50点	1970年より36年間
チェックバイト	400点	1981年より25年間
●処置		
除去・複雑	15点・30点	1975年より31年間
知覚過敏処置	40点・50点	1985年より21年間
●手術		
難抜歯	460点	1985年より21年間
抜歯窩再掻爬手術	130点	1985年より21年間
歯根嚢胞摘出手術	770点・1300点	1985年より21年間
歯槽骨整形手術	110点	1981年より25年間
●麻酔		
伝達麻酔手技料	38点	1988年より18年間
浸潤麻酔手技料	23点	1988年より18年間
●歯冠修復・欠損補綴		
窩洞形成	40点	1975年より31年間
咬合採得・歯冠修復物	14点	1978年より28年間
硬質レジンジャケット冠	750点	1978年より28年間
ティッシュコンディショニング	110点	1981年より25年間

（全国保険医団体連合会「崩壊しつつある日本の歯科医療」2007.9）

◆ 26 08 年改定での新規・先進技術の保険導入評価



(全国保険医団体連合会「会員影響調査結果」2008)

◆ 27 設置主体別にみた歯科大学・歯学部数と入学定員の推移

(単位：人)

年	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
大学	国立	2	5	7	7	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	入学定員	90	240	340	340	840	860	685	680	680	680	665	660	635	635	625
	公立	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	入学定員	80	120	120	120	120	120	95	95	95	95	95	95	95	95	95
私立	学校数	4	7	9	15	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	入学定員	480	780	1000	1760	2400	2400	1952	1947	1939	1939	1937	1937	1937	1937	1937
計	学校数	7	13	17	23	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	入学定員	650	1140	1460	2220	3360	3380	2732	2722	2714	2714	2697	2692	2667	2667	2657

資料 文部科学省医学教育課調べ

(注) 1. 私立大学については、募集人員である。

2. 1 大学 2 学部は 2 校として計上した。

3. 1981 年度以降には大阪大学歯学部専門課程(3 年次編入)20 人、1990 年には 15 人減の 5 人増を含む。

4. 1999 年以降には、東京医科歯科大学歯学部専門課程(10 人)、徳島大学歯学部並びに新潟大学歯学部専門課程(5 人)への学士入学枠又は編入枠を含む。

5. 国立大学は、2004 年 4 月に独立法人化し、国立大学法人となった。

(「国民衛生の動向 2008」)

5. 差額徴収の罪悪

歯科軽視施策を土台に、①皆保険による患者急増、②経済成長による国民所得の伸長、③医療保険での基礎的技術水準の改善の停滞、④補綴、保存の医療技術水準の向上と公的保険との乖離を背景に、1955年に健保財政の赤字を理由に日歯は差額聴取を認めて大学水準の歯科医療の実施を厚生省（当時）に要求する。これを受け通称「7人委員会」が金合金使用の差額徴収を認める提言を出し、1955年通達により差額徴収が制度化された。

しかし、歯科医師不足を背景に、違法差額の横行が社会問題化し、遂には国会での政治問題へと発展。国民に混乱を来し、怨嗟の的となる中、76年6月の差額徴収廃止の通達が出される。材料差額といいつつも、「言い値」の自由診療は、保険診療の低下分を補填する形となり、結果的には「技術料差額」となった。日医は制度を破壊する技術料差額は認められないと批判。日歯の反対を押し切る形で、材料差額に限定する通知を出す。これに対し日歯は適正評価のない中での限定なので、「歯科医療は崩壊する」と声明を出し応酬。同年の欠損・補綴の自費移行を認める折衷的通知により、法的には矛盾した混合診療が合法化され、根本的な解決のないまま現在に至っている。段階的解消も一部着手されたのみで頓挫、放置された。

歯科差額は、歯科医療へのイメージを大きくダウンさせ、依然と「保険が効かない」との誤解は払拭されていない。またこの差額徴収の制度化により歯科保険医療の低質・固定化が決定的となった面が強い。

すでに医師と歯科医師の所得格差は100:78.0（93年）から100:54.6（07年）までに開いている。サラリーマンの平均的な退職金以上の学費をつぎ込み養成した歯科医師の年収が300万円以下という状態は極めて異常であり、脱保険の温床となりかねず、歯科医療保険の劣化が非常に危惧される。昨今の「湘南宣言」や補綴の保険外しの学会の企図が明るみになる状況では、より一層この問題は重要性を増している。

◆ 28 昭和51年通知

■ 昭和51年通知

（保険給付外の利用による自費診療の取り扱い）

歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の利用による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の診療となるが、この取り扱いについては、当該診療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復においては歯冠形成（支台築造を含む。）以降、欠損補綴においては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものである。

なお、保険医療機関は、当該診療を行った場合は、社会保険に係る歯科診療録の「備考」欄に自費診療へ移行等がその旨判るように記載を行う。

（昭51.7.29 保文発352）

（昭51.11.26 保険発115）

【解説】 1. 上記の規定で自費診療への移行を規定している。

2. これ以外には保険から自費に移行する場合の規定はない。補綴物は保険医療機関で決めた価格を自費診療として、患者から徴収。

3. 昭和51年通知は歯科だけに認められている「特殊」な制度。

4. 昭和51年通知は、補綴物は形成以降、有床義歯は補綴以降を自費診療として「混合診療」を認めている通知。厚生省はこれを混合診療ではないとしているが、形態的に明確な「混合診療」である。

5. 「療養の給付」原則の健保法は、一部で「療養費」構成をとることで混合診療を部分解禁しているが、この昭和51年通知は「療養の給付」のまま自費診療を繋ぐ形となっており法的に矛盾した存在。

高度先進医療のほかにも高度でない先進医療がつくられた。今後の健康保険法改正では保険導入検討医療、患者選択同意医療に区別されるようになってくる。

こういう側面で「じゃあ、例の話はどうか」と出やすいと思う。要はこういう「混合診療的な要素の強い診療行為」はおのずと整理されてくる。歯科の分野の場合も。患者選択同意医療という意味でもある。歯冠修復なり欠損補綴分野を治療終了後の自費診療として取り扱っている。

歯科医師会なり歯科学会が患者の視点を重視して、今後の対策を考えていい時期にきている。制度改正はある。

【解説】 1. 結果的には、昭和 51 年通知にかかわる制度改正は実施せず。

2. 上記の発言は、04 年の厚労大臣と規制改革担当大臣との「混合診療」に関する合意に基づく制度改定に絡んだもの。最終的に特定療養費が改編され、評価療養と選定療養の 2 種類の「保険外併用療養費」制度が創設された。

3. 法的に矛盾した存在である昭和 51 年通知が廃止された場合、①保険診療への完全収載、②自費診療への完全移行、③保険外併用療養費制度（旧・特定療養費制度）の適用一の 3 つの選択肢となる。

(解説・神奈川県保険医協会)

◆ 29 健康保険法における療養の給付等の法的構成

中医協 診-3
16. 11. 26

健康保険法における療養の給付等の法的構成

1 健康保険法の体系

「健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）」に規定される「療養の給付」については、仮に、療養費構成とし償還払いとした場合、被保険者が一時的に立て替え払いしなければならず、療養を受けることができないおそれがあることから、「現物給付」として構成されている。

一方、医学の進歩や患者ニーズの多様化に対応するため、健康保険法上、保険外の新しい高度医療技術や追加的な医療サービスを受けたときには、「現金給付」として、保険診療部分について「特定療養費」（第 86 条）を償還払いすることとされている。

ただし、実際の支給に当たっては、被保険者に一時的にせよ経済的負担を強いることのないよう、健康保険法上「現物給付化」構成を取ることににより、受領委任払いを認めている。

2 「混合診療」禁止の法的構成について

健康保険法上「療養の給付」については、「現物給付」として構成されている。

また、同法上、療養の給付を受ける際に、患者が支払うこととされているのは「一部負担金」（第 74 条）のみである。

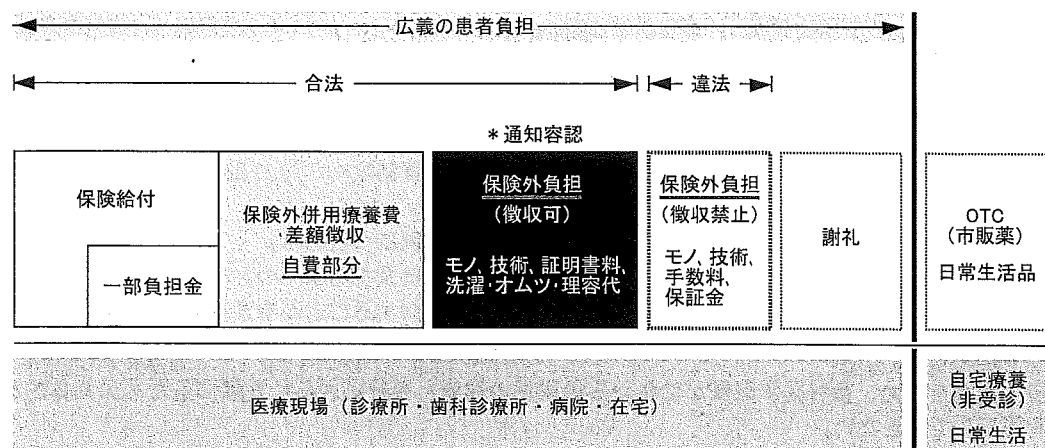
つまり、同法上、「療養の給付」については、一部負担金以外に患者から金銭を受け取ることは観念できない。

一方、健康保険法は、特定療養費制度（第 86 条）を設け、現金給付構成を取ることににより、「高度先進医療」と「選定療養」について、例外的に、一旦患者が医療機関で全額を支払った後に、保険者から患者に対し特定療養費を給付することを認めている。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）」（以下「療担規則」という。）第 5 条第 2 項等においては、保険医療機関等は、選定療養及び高度先進医療に係る費用については、上乗せ額の支払いを受けることができることとされている。

なお、療担規則において、保険医は、原則として、特殊療法等や薬価基準に収載されている医薬品以外の薬物等の使用を禁止されている。

◆ 30 患者負担の種類・性格の分類



(神奈川県保険医協会作成)

◆ 31 医科（無床）・歯科開業医の所得動向

	所得金額(万円)		増減率(%)		所得格差 (医科=100)
	医科	歯科	医科	歯科	
1993年	2414.4	1882.8	△ 17.1	△ 10.3	78.0
1995年	2600.4	1698.0	7.7	△ 9.8	65.3
1997年	2510.4	1735.2	△ 3.5	2.2	69.1
1999年	2660.4	1646.4	6.0	△ 5.1	61.9
2001年	2912.6	1529.3	9.5	△ 7.1	52.5
2003年	2637.0	1469.7	△ 9.5	△ 3.9	55.7
2005年	2728.1	1621.3	3.5	10.3	59.4
2007年	2703.4	1474.8	△ 0.9	△ 9.0	54.6

(注) 1. 調査月は1997年を除き各年6月。1997年は9月調査を6月分に補正した数値(公表の参考数値)。

2. 所得金額は収支差額×12で算出。

(「歯科医療白書」2008)

◆ 32 眼科・耳鼻咽喉科開業医（無床）と
歯科開業医の所得金額（2007年）

	所得金額(万円)	指数
医科	2703.4	92.5
眼科	2924.0	100.0
耳鼻咽喉科	2742.8	93.8
歯科	1474.8	50.4

(「歯科医療白書」2008)

◆ 33 男性標準労働者（50歳）の年間給与
総額の比較（2007年6月）

	年間給与(万円)	指数
大卒	945.3	100.0
高卒	758.0	80.2
中卒	596.0	63.0

(注) 1. 「標準労働者」とは、学校卒業後直ちに企業に就職し、同一企業に勤務している者。

2. 年間給与は、所得内給与額と賞与等の合計額。

(「歯科医療白書」2008)

◆ 34 産業別1人平均月間現金給与額
(事業所規模30人以上、2006年平均)

順位	産業	現金給与総額 (万円)	指数
1	電気・ガス・熱供給・水道業	61.58	100.0
2	金融・保険業	57.29	93.0
3	情報通信業	51.36	83.4
12	サービス業(他に分類されないもの)	32.08	52.1
13	卸売・小売業	30.64	49.8
14	飲食店・宿泊業	16.83	27.3
(参考)9	医療、福祉	37.80	61.4

(注) 1. 現金給与総額は、「きまって支給する給与」および「特別に支払われた給与」の合計額

2. 産業種別は14業種

(「歯科医療白書」2008)

◆ 35 湘南宣言（平成 18 年 5 月 18・19 日の合同ワークショップで取りまとめられた「湘南宣言」

湘南宣言

平成 18 年 5 月 19 日

日本歯科医師会、日本歯科医学会、日本歯科医師連盟等の歯科界を構成する主要な組織は、

- 一、国民の理解を求めながら、現状を踏まえ保険外併用療養費制度への取り組みを前向きに検討する。
- 一、有効な歯科医療新技術を保険制度に導入し、良質な医療提供につとめる。
- 一、歯科保健・医療が高齢者の健康に貢献することを確認し、普及するようつとめる。
- 一、わが国の歯科医療における重要課題を共有し、協同して検討することが有意義であることを確認した。

今後も議論を深め、歯科医学医療がこれからの国民の健康と福祉にさらに貢献するための具体的な方策を提示していきたい。

以上宣言する。

＊ 差額徴収については、「保険外併用療養費（部分解禁）の変遷と混合診療（全面解禁）の関連図」も合わせてご参照ください（28 頁）。

6. 歯科医師、スタッフの就労環境

1 施設あたり従業員は 4.8 人（歯科医師 1.3 人、歯科衛生士 1.2 人、歯科技工士 0.2 人、事務職員 0.8 人、その他職員 1.1 人）（「H19 中医協・医療経済実態調査」）となっており、無給の家族従事者 0.2 人を必要としている。また 1 日当たり平均 24 人の患者を診ている。これは平均像だが、76% の診療所は 1 人歯科医師で、4 割が常勤歯科衛生士がおらず、8 割が歯科技工士をおいていない。患者数は 1 日 0 ～ 19 人の患者を 1 人の歯科医師で診ているというのが歯科診療所の 4 割と最も多い。

近年、患者数の減少傾向もあり、診療標榜時間の夜間延長や休日診療もめずらしくない。歯科診療所の人の少なさに着目し現金収入を狙った強盗事件などが起きるなど社会的にも由々しい状況に置かれている。

当然ながら、長時間、複雑・過密労働の下、離職率が高く、技工士の離職率は 75%（日技調査）となっており、歯科衛生士の離職率も同様に高い。

給与待遇をみると、月収で院長 114 万 6,639 円、勤務歯科医師 55 万 43 円、歯科衛生士 25 万 3,290 円、歯科技工士 33 万 5,717 円、事務職員 24 万 6,741 円と中医協調査ではなっているが、これも単純な平均値であり、実態は別である。全体の 8 割弱を占める個人歯科診療所の最頻階級の収支状況をみると、給与費は月額 88 万 8,533 円に過ぎず、収支差額も 76 万 2,611 円である。個人立診療所の平均的従事者は 4.2 人（歯科医師 1.2 人）あることを勘案すれば、給与待遇が相当に低いことは明らかである。

この下で、経営者の歯科医師は自ら無理をしており、その矛盾が病気・休業と象徴的に現れている。歯科医の健康状態だが、40 代、50 代での病気休業はガン、循環器疾患がほとんどを占め、うつ病などの精神疾患は最近、急増。これは同年代の一般人よりも悪い状態にある。

◆ 36 歯科診療所の従業者の状況、及び取扱患者数

①従業者の状況（1施設当たり）

（単位：人）

		個人	その他	全体
常勤従事者	歯科医師	1.2	1.8	1.3
	歯科衛生士	1.0	2.5	1.2
	歯科技工士	0.2	0.5	0.2
	薬剤師	0.0	0.0	0.0
	事務職員	0.7	1.2	0.8
	その他職員	1.1	1.3	1.1
	役員	-	0.8	0.1
	総数	4.2	8.0	4.8
	無給の家族従事者	0.2	0.0	0.2

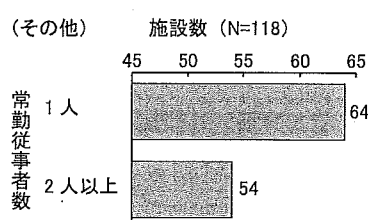
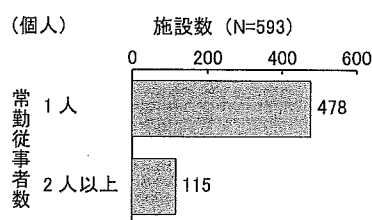
②取扱患者数（1施設当たり）

（単位：人）

	個人	その他	全体
外来患者総数	501	777	547
一日当たり外来患者数	22	33	24

（「平成19年中医協医療経済実態調査」）

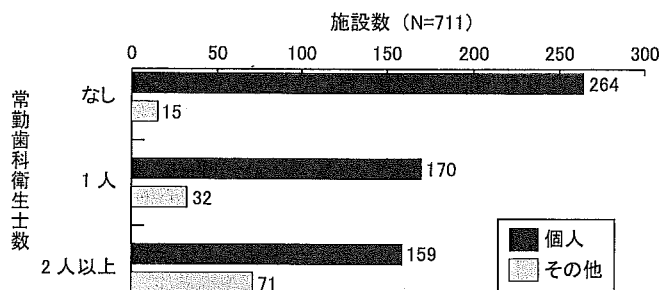
◆ 37 歯科常勤従事者数別施設数



（参考）
診療所全体に占める常勤従事者1人の診療所の比率
 $(478 + 64) \div (593 + 118) = 76.2\%$

（「平成19年6月実施 第16回中医協医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」歯科診療所より作成）

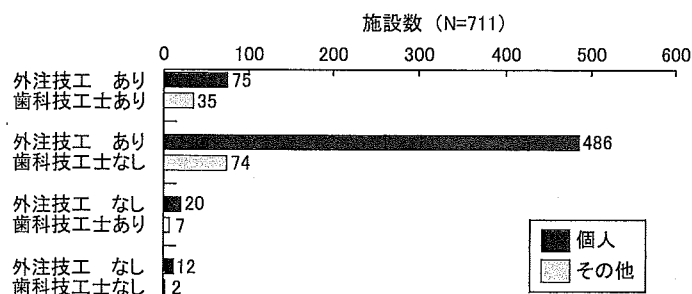
◆ 38 常勤歯科衛生士数別施設数



（参考）
診療所全体に占める歯科衛生士がいない診療所の比率
 $(264 + 15) \div 711 = 39.2\%$

（「平成19年6月実施 第16回中医協医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」歯科診療所より作成）

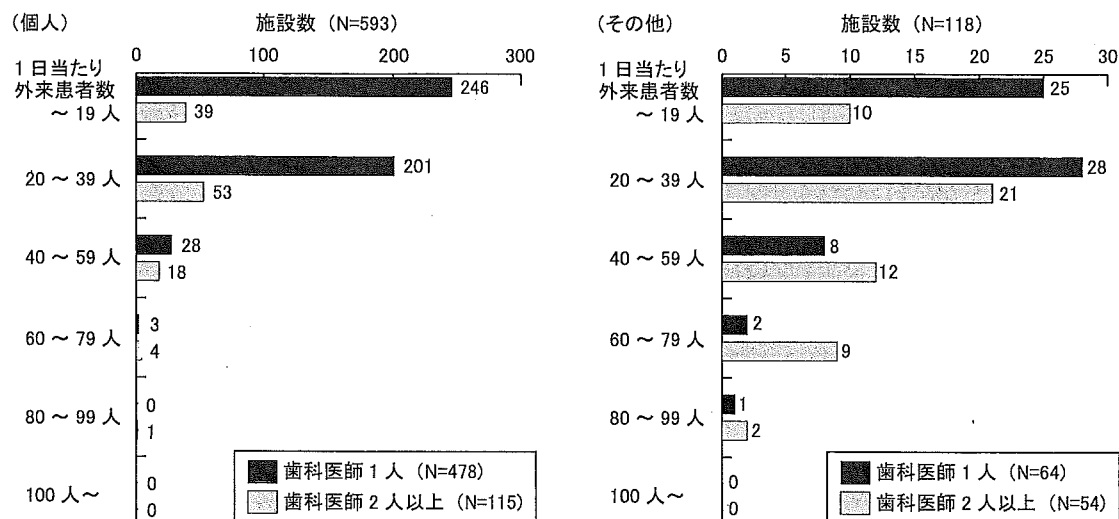
◆ 39 外注技工、歯科技工士の有無別施設数



（参考）
診療所全体に占める歯科技工士がいない診療所の比率
 $(486 + 74 + 12 + 2) \div 711 = 80.7\%$

（「平成19年6月実施 第16回中医協医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」歯科診療所より作成）

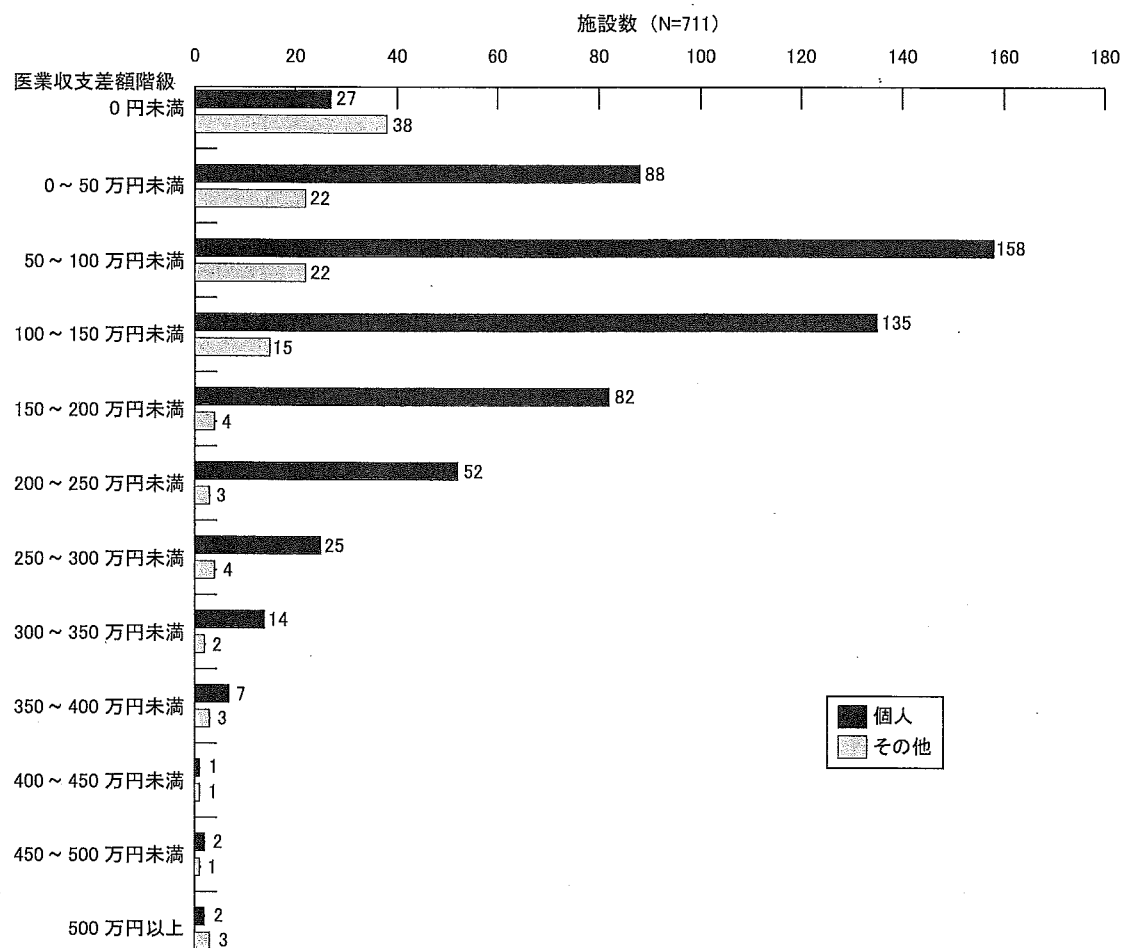
◆ 40 歯科1日当たり外来患者数別施設数



(「平成19年6月実施 第16回中医協医療経済実態調査 (医療機関等調査) 報告」歯科診療所より作成)

(参考) 1日0~19人の患者を1人の歯科医師で診ている比率
 $(246 + 25) \div 711 \times 100 = 38.1\%$

◆ 41 歯科収支差額階級別施設数



(「平成19年6月実施 第16回中医協医療経済実態調査 (医療機関等調査) 報告」歯科診療所より作成)

* 「歯科常勤職員平均給与待遇」及び「歯科診療所最頻階級の収支状況」については、それぞれ前出◆15(6頁)、◆11(5頁)をご参照下さい。

■患者の歯科要望

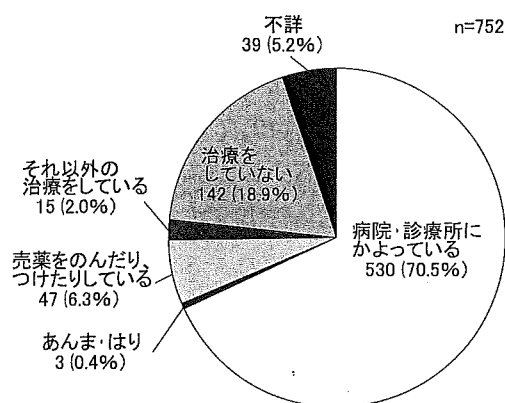
近年、歯科疾患と内科系疾患などの関連などが医学的にも明らかにされつつある。「国民生活基礎調査」(H16)によれば歯痛、歯茎の腫れ・出血、咬合の不具合など有訴者の3割近くが治療をしていない。また歯科医療への要望は「保険の効く範囲の拡充」79.1%、「夜間・休日の治療」53.5%、「窓口負担引き下げ」51.4%、「治療内容・費用の説明」48.2%と、現行制度の不十分性に起因するもののウエイトが大きくなっている。

一般的には、矯正治療への保険適用を求める声も最近は少なくない。

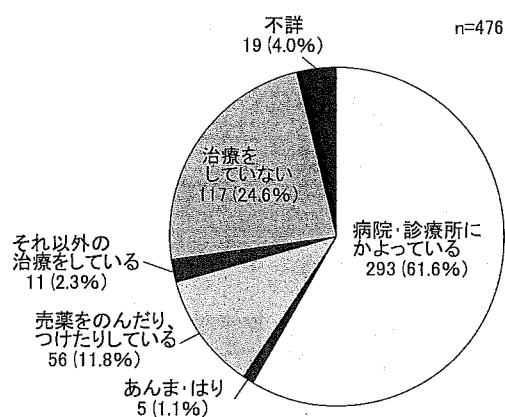
◆ 42 有訴者数、最も気になる症状の治療状況

(単位：千人)

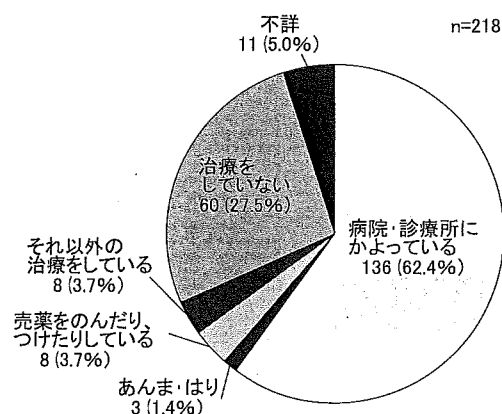
①歯が痛い



②歯ぐきのはれ・出血



③かみにくい



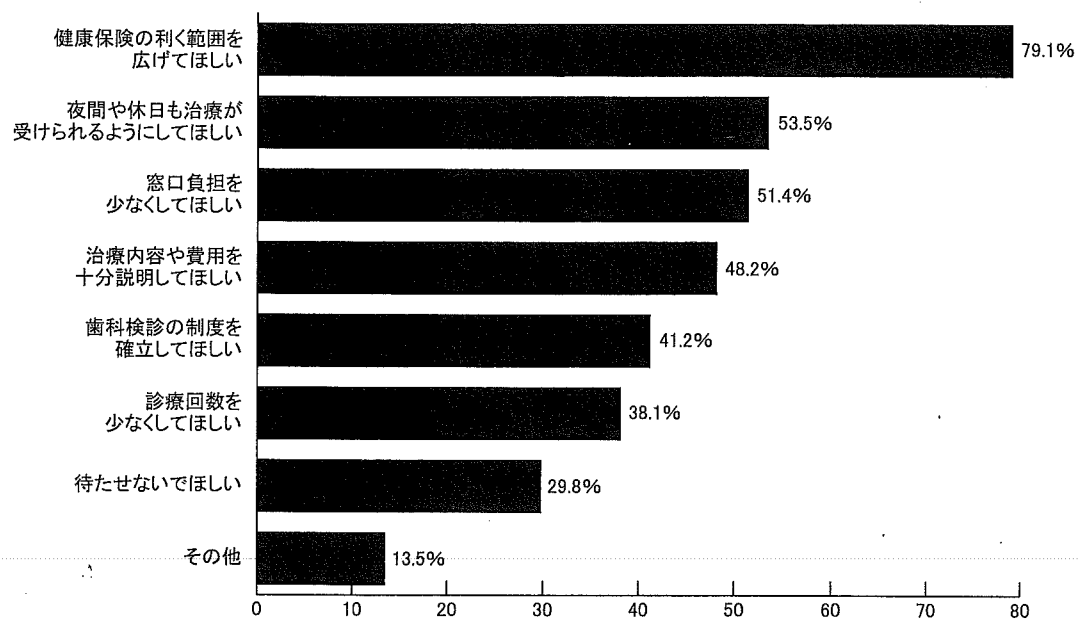
(注)有訴者には、入院者は含まない。

(「平成16年国民生活基礎調査」より作成)

(参考)

$$\text{未通院者} : 1 - \frac{(530 + 293 + 136)}{752 + 476 + 218} = 33.7\%$$

◆ 43 患者アンケート—患者・国民の願い



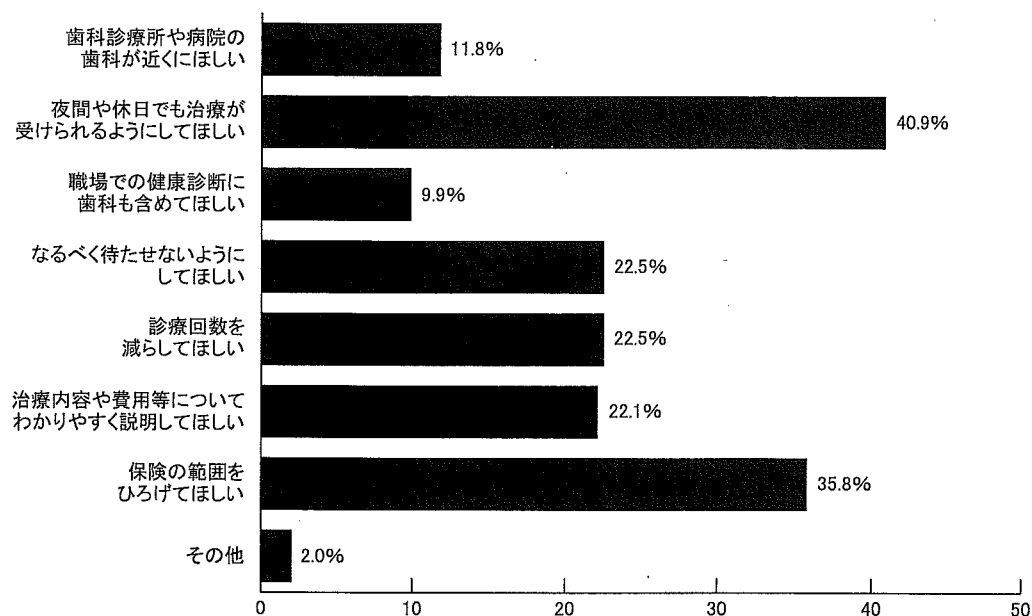
(全国保険医団体連合会「崩壊しつつある日本の歯科医療」2007.9)

◆ 44 歯科医療に対する要望

① 歯科医療に対する要望

要望あり：76.6%、特になし：21.7%、不詳：1.7%

② 要望の内容（複数回答）



歯科医療に対して何らかの「要望がある」者は、76.6%となっており、これを要望の内容別にみると「夜間や休日でも治療が受けられるようにしてほしい」が40.9%と最も多く、次いで「保険の範囲を広げてほしい」35.8%、「なるべく待たせないようにしてほしい」22.5%、「診療回数を減らしてほしい」22.5%となっている。

(厚生労働省「保健福祉動向調査—歯科医療に対する要望の内容」1999)

■提言1 歯科医師需給の合理的是正

厚生省の98年発表の「歯科医師需給に関する検討会」報告は、2025（H37）年に需給バランスを入学定員の削減方策でとる場合、00年に定員の48%を削減する必要があると指摘しているが、定員削減は遅々として進んでいない。近年、話題に上る70歳定年制は入学定員の2割削減にも及ばない効果しか期待できない。

歯科大学が定員削減をしても経営できるよう施設の卒後研修利用や、廃校施設の国による買い上げ、福祉・介護施設への転用など真剣な見直しをセットし、2010年度から定員の50%削減（半減）に着手する。

歯学部再編・統合、整備・縮小においては、海外援助費を利用して外国留学生の受け入れも念頭に置く。また、卒後臨床研修2年の必修化を図り、大学施設を利用し国の補助を受けるほか、大学教育を充実させ、歯科医学・技術習得のためのカリキュラムの再検討、国家試験問題の正常化を図る。

各大学においては、定員削減に伴う職員規模・経費水準などの適正化、ダウンサイジングを図り、時代環境に応じた存在意義の確立と使命の発揮に向け、大学の責任において「プログラム」をたて実行することを文科省より指導する。

さらには、歯科健康診査、歯科臨床検査の拡充、歯科医師・歯科衛生士業務の拡充、歯科保健医療の普及啓発、学校歯科医や工場歯科医の専従化等により活動の場を増やすなど、総合的需給対策を検討し着手する。

2010年度より当面15年間は50%削減水準を維持し、将来的には、人口、高齢率、OECDの対人口比などを係数化し、OECD水準の歯科医師数と均衡がとれるようにする。

◆45 学校医等の数

（単位：人）

	学校医	学校歯科医	学校薬剤師
小学校	58921	26403	22073
国立	217	85	72
公立	58309	26123	21854
私立	395	195	147
中学校	28866	12972	10448
国立	208	87	74
公立	27491	12268	9929
私立	1167	617	445
高等学校	13184	6130	4918
国立	30	23	18
公立	10858	4785	4023
私立	2296	1322	877

（コメント）

学校歯科医の数は、学校医の半数にも満たないことがわかる。

2007年5月時点

（注）学校医には、内科・耳鼻科・眼科医を含む。

（文部科学省「学校基本調査報告書」）

* 「歯科医師需給のミスマッチ」については、前出◆19（7頁）～◆24（9頁）をご参照下さい。

■提言 2 歯科医学の保険収載のルール化

技術の成熟度と普及度は、新規技術の保険導入には不可欠である。歯科医療技術はエアタービンの発明による切削、歯科ユニットの進歩を経て、メタルボンド冠、接着材料の発達、インプラントへ進み、今後はゲノム解析、遺伝子治療、再生医療の応用へと進みつつある。

しかし、歯科医療軽視による保険診療の低質・固定化は、医療保険の補填財源としてのインプラントを招来させ、未熟な技量での実施や、保存治療の選択肢の放棄などトラブルや歪みを生じさせている。

保険収載にあたっては、基本的診療料の底上げを第一とし、技術の成熟度、安全性、普及度を勘案し、合理性をもった導入プロセスを確立する必要がある。

歯科医学の発展に伴う医療技術の保険収載は、88 年以降はほぼ皆無であったことも踏まえ、中医協に歯科医療技術の保険導入検討のための専門委員会を設置し、日本歯科医学会、日本歯科医師会、保団連歯科に改定前年 6 月に意見聴取をし、検討状況及び可否判断に関し公開するルール化を図る。

保険収載にあたっては、昨今のレーザーにみる採算割れ、減価償却不可能な低廉な低点数導入を反面教師とし、採算性のある点数設定となるよう実勢価格を基準におくこととする。

◆ 46 医療技術の評価・再評価に係る評価方法等

診調組 技-2
21. 2. 13

次期診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価に係る 評価方法等について（案）

概要

次期診療報酬改定に向けた新規医療技術の評価及び既存技術の再評価を実施するにあたり、当分科会において評価方法等について検討する。

医療技術評価分科会においては、平成 15 年度より学会等に技術評価希望書の提出を求め、医療技術評価の参考にしてきたところであるが、平成 20 年度改定においては、臨床医を中心としたワーキンググループによる一次評価及び当分科会における二次評価を行い、中央社会医療協議会基本問題小委員会へ報告した。次期改定においても、平成 20 年度改定と同様に下記のとおり実施してはどうか。

1. 分科会における評価対象技術

分科会における評価対象技術は、原則、医科診療報酬点数表第 2 章特掲診療料第 2 部（在宅医療）から第 13 部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第 2 章特掲診療料第 2 部（在宅医療）から第 13 部（歯科矯正）に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術とする。

2. 分科会において評価対象とする評価提案書

以下の学会から提出された評価提案書（別紙）について評価を実施する。

＊日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合又は日本歯科医学会専門分科会の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合

3. 評価方法

評価は 2 段階で実施する。

（1 次評価）臨床医を中心としたワーキンググループを設置し、専門的観点から当該技術に係る評価を実施。技術評価分科会の委員はいずれかのワーキンググループに属する。ワー

キンググループは原則非公開とする。

(2次評価) 1次評価結果において高く評価された一定数以上の技術を対象に、医療技術評価分科会全体会合において、より幅広い観点から評価を実施。

4. 評価結果の取り扱い

評価結果は中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告する。

5. 実施スケジュール

平成 21 年 3 月上旬	提案書配布
6 月中旬	提出締め切り、重複・薬事法などの確認
7 ～ 9 月	ワーキンググループによる評価
10 月以降	1 次評価終了、技術評価分科会にて 2 次評価 評価結果を中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告

◆ 47 診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会委員名簿

診調組 技-1
20. 1. 21

診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会委員名簿

平成 19 年 7 月 25 日現在
(五十音順)

	氏名	所属
○	大江 和彦	東京大学大学院医学系研究科医療情報学教授
	大滝 純司	東京医科大学医学部教授
	熊本 一朗	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科医療システム情報学教授
	齊藤 寿一	社会保険中央総合病院長
	重藤 えり子	独立行政法人国立病院機構東広島医療センター感染症診療部長
	須田 英明	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科歯髄生物学教授
	手島 邦和	昭和薬科大学大学院公衆衛生学客員教授
	寺本 明	日本医科大学大学院医学研究科長脳神経外科学教室主任教授
	中村 丁次	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部長・栄養学教授
	難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院長
	野末 聖香	慶應義塾大学看護医療学部教授
	本田 浩	九州大学大学院医学研究院放射線科学分野教授
	松村 英雄	日本大学歯学部歯科補綴学教室第 3 講座教授
	山口 俊晴	財団法人癌研究会有明病院消化器外科部長
◎	吉田 英機	昭和大学泌尿器科名誉教授
	渡邊 清明	国際医療福祉大学教授・三田病院検査部長

◎分科会長 ○分科会長代理

■提言3 保険外歯科医療の段階的解消

健康保険法は療養の給付を原則とし、保険診療と自由診療との乗り入れ、いわゆる混合診療を認めていない。しかしながら、「昭和51年通知」により、社会問題化した差額徴収に政治決着をつけたものの、健保法から逸脱した欠損・補綴の自費移行（論理矛盾した混合診療）となっている。これは形態的には混合診療であり、しかしながら療養費構成をとらないため現物給付原則に反しているという法的不整合を抱えている。この存在が、歯科の保険診療の低質・固定化の「桎梏」となっている一方、現実には歯科収入の14.2%を自費診療が占めている現状を鑑み、段階的解消と解消率に応じた該当保険点数の増加率を法律で明文化する。

具体的には今後10年で解消することとし、「自費解消計画」の提出を条件に毎回プラス3.3%（840億円）改定による欠損・補綴の保険移行改定を実施する。その際、「自費解消加算（仮称）：過去5年の平均自費患者率の減少比率見込み／（1/5）×{(自費患者単価－保険診療患者単価)×105%}」を導入し、過去5年の平均自費患者数の20%を限度に基本診療料への見込み前払い加算とし、次年度の減少率を確定精算方式で設定するようにする。

＜自費診療費の規模と解消関連数値の根拠＞

∴ 2.5兆円：x＝84：14 x＝4,200億円

∴ 3.3%＝（840億円＜＝4200億円／5回＞）／2.5兆円

∴ 4,200億円／（3.3万人（1日）×275日）＝46,280円（1患者あたり自費料金）

（参考）1患者あたり保険診療費12,558円（月）（「H18社会医療診療行為別調査」）

歯科診療所平成17年10月推計患者数32,700人（厚生労働省「患者調査」）

* 「昭和51年通知」については、前出◆28（12頁）をご参照下さい。

■提言4 歯科医療従事者の技術・労働とモノの適正評価

現行の診療報酬の各点数項目は、賃金センサス（賃金構造基本統計調査）、物価スライドなどの評価基準指標が未確立であり、合理性がない。よってこの指標の確立と、積算根拠の明示を中医協に義務づける。とりわけ、歯科医療は労働集約性が非常に高い特性があるが、診療報酬ではこの評価を大きく欠いている。例えば、根管治療（大臼歯）は2時間を要し、難症例の感染症の場合4～5時間かかるが4,000円に満たないのである。時間量を評価指標（比例評価）とするよう、ルール化は肝要である。

また、歯科技工の7：3問題の基準明確化、質と安全を蔑ろにする海外技工を増長する技工料とモノの適正評価のため、先進国比較の上、合理性のある指標を確立する。

更には、定昇と俸給表改定の混同や、中医協医療経済実態調査の速報値など意図的な情報操作を排すため、中立的な機関による精査を要件づけることとする。

◆ 48 歯科治療費（診療単位）の国際比較

	(単位：円)						
	イギリス	フランス	ドイツ	スイス	アメリカ	カナダ	日本
根管治療 ¹⁾	92,220	43,920	14,146	36,601	108,011	52,764	5,839
歯石除去	13,630	3,144	1,779	4,626	12,566	6,366	732
アマルガム充填		5,040		16,015	17,190		2,408
複合レジン充填		11,880	6,218	14,658	25,724	10,567	2,851
インレー		25,661	23,993		108,101		5,795
再合着 ²⁾	3,698			5,700	3,863	3,417	774
金属冠	109,330	108,000		66,276	111,732	50,536	9,139
陶材冠		210,600		94,440	14,339	57,123	79,689
支台築造	12,180	24,840		21,168	41,138	7,703	1,707
抜歯 ³⁾	5,220		49,225	18,522	38,993		2,467
麻酔	5,220		1,606	2,807	2,030		321
エックス線標準 ⁴⁾		3,681	1,132	1,426	12,660	868	451
エックス線パノラマ	6,960	18,252	5,574			3,273	3,202
為替レート ⁵⁾	1ポンド＝ 174円	1ユーロ＝106円		1スイス・フ ラン＝72円	1ドル＝ 122円	1カナダ・ ドル＝79円	

1) 抜髄、感染根管処置、根管充填を含む。 2) インレー、クラウンの脱離再合着。 3) 離抜歯を含む。 4) 咬翼型を含む。
5) 2002年1月1日～6月30日の間に適用される基準外国為替相場および裁定外国為替相場。
6) わが国の料金は、陶材冠は寺岡ら調べ。陶材冠以外は、厚生労働省「2000年社会医療診療行為別調査」を基に、各治療に関連する診療行為を集計した加重平均値である。

(東京医科歯科大学・川渕孝一教授「医療・介護給付費推計について」08.7.31)

■提言 5 診療報酬の大幅改善

現在の歯科医療の経済評価の根本は、基礎的技術料の評価が低いところにある。そのため医科歯科格差をつけている初診、再診料など基本診療料を医科点数の水準に上げることが必要である。そのためには第一段階として、この10年間の診療報酬マイナス改定の復旧を急ぎ、プラス9.4%の改定を実施する。そのことを通じ、歯科医療の社会的地位復権と医療者の士気向上へ舵を切る。また、改定における賃金・物価スライド制が81年改定以降廃止されており、それこそ「費目明細」が不透明となっている。この点で医科歯科共通であるが、人件費、維持・管理費、物品費、再生産費の各々の積算、およびそれらの合算で診療報酬の規模を算出し、その公開の下、財源負担とともに、診療報酬点数表を国会審議に付し同意を得ることとする。

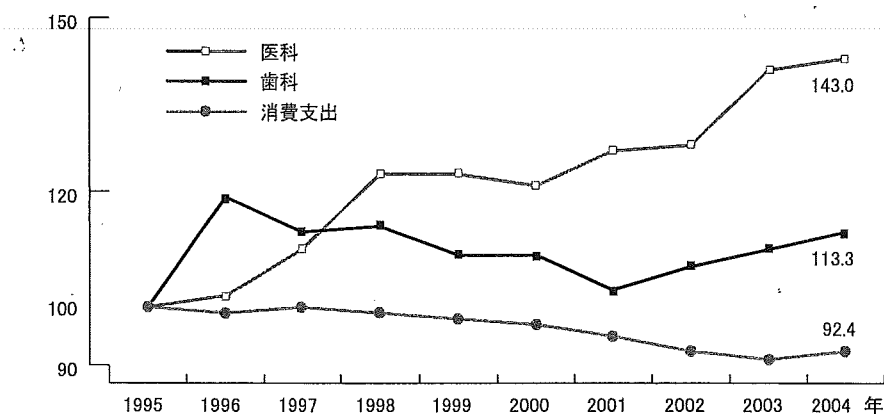
さらには経済力に相応し、最終的には医科と歯科をあわせたトータルで公的医療費の欧州水準（対GDP比10%程度）を目標に置くこととする。

- * 医療費の適正化については、神奈川県保険医協会・医療運動部会長談話「医療費の再生産を保障する医療費規模へ8兆円の赤字ギャップの解消を求める」2009.4.7も合わせてご参照ください（29頁）。

■提言 6 患者窓口負担ゼロの実現

受診時の窓口負担の上昇に伴い、患者の選択として歯科治療が後景に追いやられたという相関は総務省の「家計調査年報」など各種調査で明確になっている。この受診抑制は結果的に症状を悪化させ、欠損歯の増加となる。健康保険法の本旨、医療の「現物給付」に立ち返り、窓口負担を解消し、経済的理由で受診抑制する状況を根本的に改め、疾病という理由のみで受診できる制度環境を確立する。とりわけ格差社会の深化と経済危機のダブルパンチの下では重要となっている。尚、窓口負担ゼロとは、①保険料負担までもゼロとすることではないこと、②窓口負担ゼロとした際には、公費と保険料負担が代替的に増加すること、③および「ゼロ」の意味は原則ゼロであり欧州と同様の定額で低額の負担も概念の範疇に入ることなど、その理解を国民に周知徹底する。

◆ 49 家計の中の医療費（全世帯・1995年＝100）



(注)総務省「家計調査年報」より作成

(全国保険医団体連合「崩壊しつつある日本の歯科医療」07.9)

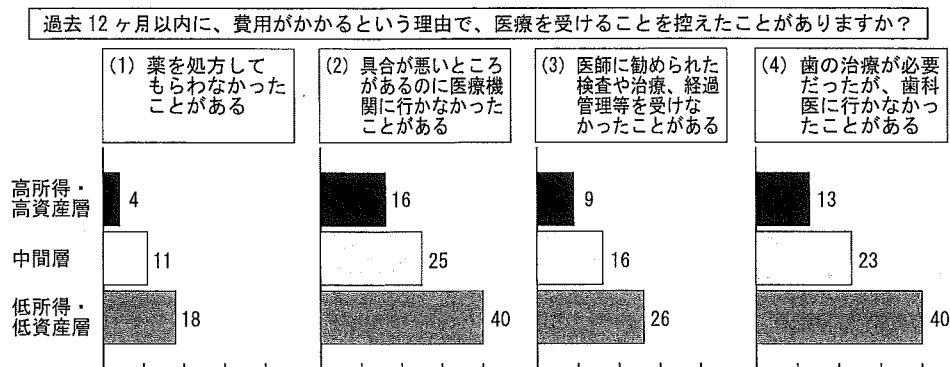
◆ 50 「国民の健康維持・促進のためには、予防の見地に立った歯科治療が大切」



(「日歯広報」2009.07.15 第1476号)

◆ 51 経済力の弱い人には、受診抑制が生じている

(% ; 2007 年 1 月 ; n=1,076 人※)



※ 世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者

高所得・高資産層:年間世帯収入 800 万円以上かつ純金融資産 2,000 万円以上

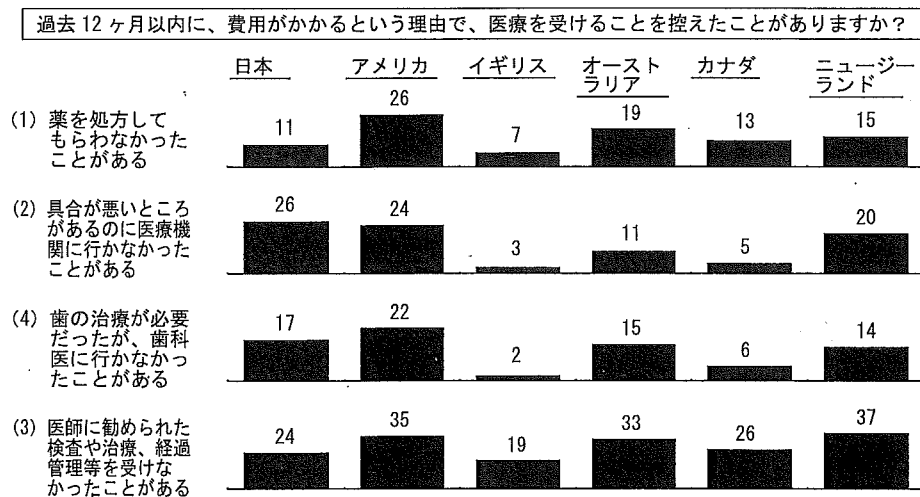
低所得・低資産層:年間世帯収入 300 万円未満かつ純金融資産 300 万円未満

中間層:その他

(特定非営利活動法人・日本医療政策機構「医療政策に関する 2007 年世論調査」)

◆ 52 受診抑制は、国際的に見てもやや高い水準にある

(% ; 2007 年 1 月)



(データ) 日本:特定非営利活動法人 日本医療政策機構「医療政策に関する 2007 年世論調査」 n = 1,318 人

その他の国:2001 Common Wealth,Fund International,Health Policy Survey

(特定非営利活動法人・日本医療政策機構「医療政策に関する 2007 年世論調査」)

(1 頁より)「国外で作成された補てつ物等の取り扱いについて」



平成 17 年 9 月 8 日
医政歯発第 0908001 号

各都道府県衛生主管部（局）長

厚生労働省医政局歯科保健課長



国外で作成された補てつ物等の取り扱いについて

歯科医療の用に供する補てつ物等については、通常、患者を直接診療している病院又は診療所内において歯科医師又は歯科技工士（以下「有資格者」という。）が作成するか、病院又は診療所の歯科医師から委託を受けた歯科技工所において、歯科医師から交付された指示書に基づき有資格者が作成しているところであり、厚生労働省では、「歯科技工所の構造設備基準及び歯科技工所における歯科補てつ物等の作成等及び品質管理指針について」（平成 17 年 3 月 18 日付け医政発第 0318003 号厚生労働省医政局長通知）において、歯科技工所として遵守すべき基準等を示し、歯科補てつ物等の質の確保に取り組んでいるところです。

しかしながら、近年、インターネットの普及等に伴い、国外で作成された補てつ物等を病院又は診療所の歯科医師が輸入（輸入手続きは歯科医師自らが行う場合と個人輸入代行業者に委託する場合がある。）し、患者に供する事例が散見されています。

歯科技工については、患者を治療する歯科医師の責任の下、安全性等に十分配慮したうえで実施されるものですが、国外で作成された補てつ物等については、使用されている歯科材料の性状等が必ずしも明確でなく、また、我が国の有資格者による作成ではないことが考えられることから、補てつ物等の品質の確保の観点から、別添のような取り扱いとしますので、よろしく御了知願います。

別 添

歯科疾患の治療等のために行われる歯科医療は、患者に適切な説明をした上で、歯科医師の素養に基づく高度かつ専門的な判断により適切に実施されることが原則である。

歯科医師がその歯科医学的判断及び技術によりどのような歯科医療行為を行うかについては、医療法（昭和 23 年法律 205 号）第 1 条の 2 及び第 1 条の 4 に基づき、患者の意思や心身の状態、現在得られている歯科医学的知見等も踏まえつつ、個々の事例に即して適切に判断されるべきものであるが、国外で作成された補てつ物等を病院又は診療所の歯科医師が輸入し、患者に供する場合は、患者に対して特に以下の点についての十分な情報提供を行い、患者の理解と同意を得るとともに、良質かつ適切な歯科医療を行うよう努めること。

- 1) 当該補てつ物等の設計
- 2) 当該補てつ物等の作成方法
- 3) 使用材料（原材料等）
- 4) 使用材料の安全性に関する情報
- 5) 当該補てつ物等の科学的知見に基づく有効性及び安全性に関する情報
- 6) 当該補てつ物等の国内外での使用実績等
- 7) その他、患者に対し必要な情報

◇参考資料

(15 頁より)「保険外併用療養費(＝旧、特定療養費)〔部分解禁〕の変遷と混合診療〔全面解禁〕の関連図」

《通常の保険給付》

療養の給付
一部負担

《特定療養費》

【先進医療型】※基礎的治療は保険外併用療養費

先進医療	自費
保険外併用療養費	
一部負担	

先進医療を含む療養

〈医療保険への影響度 0.007%〉

【差額ベッド型】※給付項目別・特療

室料差額・前歯の材料差額 200 床以上病院の初再診差額	自費
療養の給付	保険外併用療養費
一部負担	一部負担

いわゆる差額料金が認められる療養(モノ差額と技術料差額)

【本格的混合診療型】※給付項目別・特療

保険未収載薬 治験省略適応外使用薬	自費
療養の給付	保険外併用療養費
一部負担	一部負担

保険適応外診療との混合

【180 日超型】※保険給付除外化・特療

入院基本料差額	自費
療養の給付	自費(給付除外) 保険外併用療養費
一部負担	一部負担

180 日超入院患者の入院(時間に着目)

《参考》

【公民ミックス】

療養費の支給	自費・民間保険
一部負担	

混合診療

(神奈川県保険医協会作成)

(24 頁より)

医療費の再生産を保障する医療費規模へ 8 兆円の赤字ギャップの解消を求める

神奈川県保険医協会

医療運動部会長 池川 明（談話）

日本の医療費水準が国際的にみて低水準にあることは、もはや広く理解されつつある。最近の OECD データでみても医療費の対 GDP 比は 8.2% で加盟 30 カ国中 21 位と低い。日本より低いのは韓国、トルコなど公的医療保険の歴史が浅く、給付内容が貧弱な国々である。この低水準の医療費の下、世界一の健康度（WHO）を達成しているのは、医療者の献身と犠牲によるものであり論をまたない。

われわれは 90 年代の終わりと、早くから、公的医療費の欧州水準規模への総枠拡大を唱え、関係方面に要望してきた。最新データに照らせば、求める医療費規模の追加分は、フランス水準でプラス 10.6 兆円、ドイツ水準でプラス 6.7 兆円、スウェーデン水準でプラス 3.7 兆円となる。

われわれは、このようなざっくりした要望ではなく、医療の再生産を保障する医療費規模はどれだけであるべきなのか、各種の指標を基に改めて積算をし、ここに示すこととした。結論を先に言えば、41 兆 4 千億円は最低限、必要である。つまり現行の医療費 33 兆円と 8 兆円のギャップが存在しており、医療機関がこの赤字分の解消に犠牲を払っているのである。

再生産を保障する医療費の積算式を、われわれは、

「人件費＋管理費＋外部購入費用＋医業再生産費用」とした。

人件費は現金給付と福利厚生費で構成し、現金給付は全産業の平均賃金である賃金センサスを指標に医師も事務も一律的な賃金として医療従事者数をもって試算した。福利厚生費はその 10% 相当として計上した。

管理費は経費と減価償却費で構成し、指標は直近の H19 年度の中医協・医療経済実態調査の数値を、診療所、病院、歯科診療所、薬局ごとに用い、施設数で試算。

外部購入費用も、実態に即し、医薬品費、医療材料費、給食材料費、委託費を、管理費と同様に中医協・医療経済実態調査の数値で試算を行った。

医業再生産費用については、医療の公共性を鑑み、公共サービスの従業員 1 人あたり経常利益を用い試算した。詳細は後掲の資料に譲るが、試算結果は次のようになる。

- ・人件費 14 兆 9,898 億円
- ・管理費 6 兆 1,742 億円
- ・外部購入費用 16 兆 4,543 億円
- ・医業再生産費用 3 兆 8,236 億円

●総計 41 兆 4,419 億円

つまり、41 兆 4 千億円が最低限、必要な額であり現行の 33.1 兆円と 8.3 兆円の大幅な乖離をしているのである。

管理費、外部購入費用は実態値であり、医業が全国で継続していることを勘案すれば、医業再生産費用と合わせて、この 3 項目で 26 兆円なので、人件費は 7 兆円程度となり、全産業の平均賃金の半分で医療者が働いていることになる。

また、医療費は人件費の塊とし、医療費の半分は人件費との厚労省の統計数値で考えれば、再生産費用はゼロどころかマイナスとなり、一般産業ではありえない数値実態となるのである。

これらは、医師の賃金を一般職と傾斜をつけていない試算であり、この点を加味すれば、この規模では到底すまない。

以上の試算は、この間、誰もが知ることとなった「医療崩壊」の理由を如実に示している。社会保障国民会議が医療費抑制策の転換を打ち出したが、一律的な底上げに難色を示し配分問題が重要と診療報酬の配点に注文づけをする向きがある。

しかし、既に見たように、今の医療運営は異常なのである。

医療の質、患者満足の問題や、医療連携をはじめ第一線医療、二次救急、三次救急、基幹病院、大学病院、救命センターの役割分担や、この重層構造の盤石化などのほか、高血圧や糖尿病、歯周疾患など慢性疾患中心となった病態変化に対応した医療展開など、医療費の見積もりは、人員、設備だけではない要素や、二次予防や患者教育による重症悪化予防や健康づくりによる真の医療費適正化も考慮される必要がある。

われわれは今後も情報発信を続けていく。この試算が医療界への一石となることを期待したい。

2009 年 4 月 7 日

■医療の再生産を保障する医療費規模（メモ）

1、諸外国水準の医療費規模達成への必要額

*「OECD Health Data2008」（06 年データ）

	Public exp	Private exp	Total exp
フランス	8.9%	2.3%	11.1%
ドイツ	8.1%	2.4%	10.6%
スウェーデン	7.5%	1.7%	9.2%
日本	6.7%	1.4%	8.2%

（医療費の対 GDP 比率）

*日本の GDP（06 年：暦年）507 兆円

日本の国民医療費 33.1 兆円（06 年度）

≒ 6.5%（上記 Public exp6.7%の 97.0%相当）

→

フランス規模	507 兆円 × 8.9% × 97.0%
	= 43.7 兆円（現行規模 + 10.6 兆円）
ドイツ規模	507 兆円 × 8.1% × 97.0%
	= 39.8 兆円（現行規模 + 6.7 兆円）
スウェーデン規模	507 兆円 × 7.5% × 97.0%
	= 36.8 兆円（現行規模 + 3.7 兆円）

2、人件費、中医協医療経済実態調査等からの試算

*人件費＋管理費＋外部購入費用＋医業再生産費用

(1)人件費

①現金給付総人件費

・医療従事者数

2,665,706 人＋薬局薬剤師 125,254 人＝2,790,960 人

【内訳】医師数 294,293 人

（常勤 242,182：非常勤 52,117 ≒ 41：9）

歯科医師数 99,802 人

◇参考資料

(常勤 90,058 : 非常勤 9,744 ÷ 9 : 1)
非医師・歯科医師 2,271,611 人
(医師 : 非医師 ÷ 3 : 17)

<厚労省 H18・17「医療施設調査・病院報告」
「医師・歯科医師・薬剤師調査」より>

・賃金センサス H19

<賃金構造基本統計調査：厚生労働省>
4,882,600 円 (全産業平均従事者 1 人当たり賃金 (年収))
∴現金給付総人件費 = 2,790,960 人 × 4,882,600 円
= 13 兆 6,271 億円

②福利厚生費

・現金給付の 10% (便宜的数値) ∴ 1 兆 3,627 億円

③総人件費

13 兆 6,271 億円 + 1 兆 3,627 億円 = 14 兆 9,898 億円

(2)管理費

①経費 (その他費用) + 減価償却費等

= 病院 5.12 億円 (*設備費算入)

診療所 0.17 億円

歯科診療所 0.09 億円

保険薬局 0.13 億円

<中医協・H19「医療経済実態調査」より算出>

②医療機関数

病院 8,943 施設

診療所 98,609 施設

歯科診療所 67,392 施設

保険薬局 51,952 施設

<厚労省 H18「医療施設調査」より>

③総管理費 (消費税込み)

5.12 億円 × 8,943 施設 + 0.17 億円 × 98,609 施設 +
0.09 億円 + 67,392 施設 + 0.13 億円 × 51,952 施設 =

福利厚生費 1 兆 3,627 億円 (重複分)
= 6 兆 1,742 億円

(3)外部購入費用

医薬品 病院 : 4.1863 億円 診療所 : 0.1876 億円

歯科 : 0.0055 億円 薬局 : 0.9717 億円

医療材料 病院 : 2.8022 億円 診療所 : 0.0270 億円

歯科 : 0.0300 億円

給食材料 病院 : 0.2704 億円

委託費 病院 : 1.9659 億円 診療所 : 0.0453 億円

歯科 : 0.0492 億円 薬局 : 0.0044 億円

合計 病院 : 9.2248 億円 診療所 : 0.2599 億円

歯科 : 0.0847 億円 薬局 : 0.9761 億円

<中医協・H19「医療経済実態調査」より算出>

*上記数字を施設数で乗じて合算 (下記)

○総計 = 8 兆 2,497 億円 + 2 兆 5,628 億円 + 5708 億円 +
5 兆 710 億円
= 16 兆 4,543 億円

(4)再生産費用

*公共サービスの従業員 1 人当たり経常利益

通信 183.3 万円

ガス 148.3 万円

水道 79.4 万円

平均 137.0 万円

<H20「TKC 経営指標」より算出>

∴ 137.0 万円 × 2,790,960 人 = 3 兆 8,236 億円

(5)総計

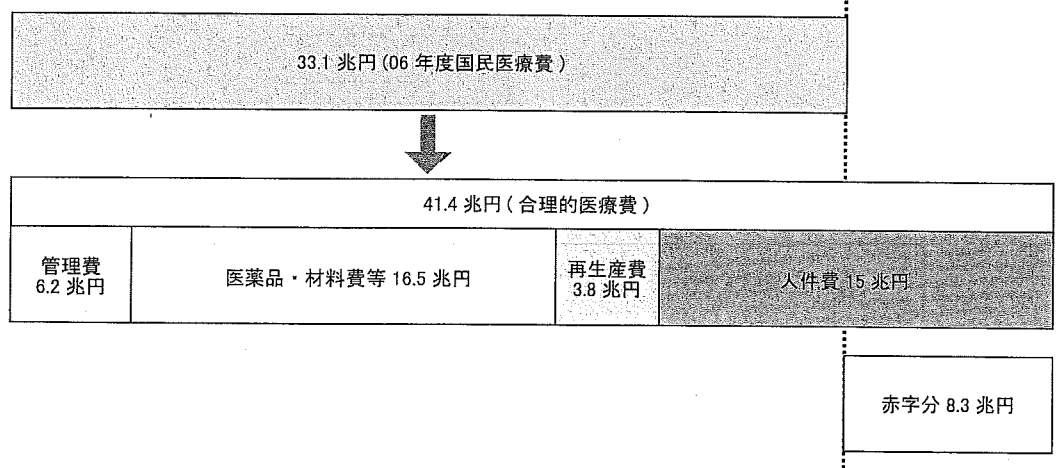
14 兆 9,898 億円 + 6 兆 1,742 億円

+ 16 兆 4,543 億円 + 3 兆 8,236 億円

= 41 兆 4,419 億円

—医療の再生産には、あと 8 兆円が必要—

■合理的な医療費の試算 (神奈川県保険医協会)



神奈川県保険医協会 政策部

〒 221-0056

横浜市神奈川区金港町 5-36 東興ビル 2 階

TEL : 045-453-2411

FAX : 045-461-0215