

歯科保健医療に係る政策 (案)

— 新政権への提言 —

平成 21 年 11 月

日本歯科医師会
日本歯科医師連盟

<目 次>

I 総論.....	1
1. はじめに.....	1
2. 生活第一について.....	2
3. 生きる活力について.....	2
4. 社会保障について.....	3
1) 社会保障は地域の基盤を支える.....	3
2) 社会保障は内需を拡大する.....	3
3) 社会保障は雇用を創出する.....	3
4) 高齢社会での社会保障（生きがいを求めて）.....	4
資料1 生きがいを支える国民歯科会議 設置趣旨.....	5
資料2 税金1兆円を投入したときの雇用誘発数.....	5
資料3 生きがいを支える国民歯科会議委員・オブザーバー.....	6
II 各論 歯科医療政策のあり方.....	7
1. 国民の口腔（歯）の状態.....	7
2. 歯科医療費の状況.....	9
3. 国民の健康増進（医療費削減効果）.....	11
4. 各医療制度改革への対応.....	12
5. 政策項目.....	14
<1>「生きがいを支える医療」としての歯科医療の推進.....	14
<2>歯科診療体系の再構築.....	15
<3>次期診療報酬改定への考え方（8020社会の実現に向けて）.....	16
<4>患者一部負担の引き下げ.....	17
<5>地域医療連携への参画.....	18
<6>歯科医師の資質向上に向けた取組み.....	19
<7>イノベーションの促進.....	20
<8>保険外併用療養費制度の改善（混合診療問題の解決に向けて）..	21
<9>口腔保健法（仮称）の整備.....	22

別添 ライフステージにおける 8020 運動の推進と歯科保健・医療・介護

I 総論

1. はじめに

1991年のソ連邦の崩壊以後、世界はひとつの市場に覆われました。わが国は、いつとき、その市場を透明性と信頼性の高いものと錯誤し、「大きな政府から小さな政府へ」と「官から民」へというスローガンの下で、改革を進行させました。しかし、それは、サブプライムローンの破綻とともに世界経済を混乱させ、市場への信頼は大きく失墜しました。

その結果、今、国民の間の不安と不信、活力と希望の喪失が著しく増大しています。

それを示す社会問題については枚挙にいとまがありません。フリーター、派遣、非正規雇用にみられる労働者の雇用不安と失業率。個人間の所得格差のみならず、大都市と農村や過疎地などとの地域間格差。そして共同体（コミュニティ）の核となる商店街や家族の荒廃。安心の保障となる医療や年金への底なしの不安。何よりもここ10年余りの自殺者の激増（年間3万人以上）が重い問題提起をしています。人口10万人対比25名の自殺率は、先進諸国でも類を見ないものであります。

この状況の中、総選挙をにらみつつ自民党は「成長経済」と「日本の責任力」を掲げ、一方、民主党は「生活第一」をテーマとして据えられました。

その結果、8月30日に民主党圧勝の内に政権の交代が起きました。少なくとも政治史レベルにおいて本格的な政権交代が55年体制以来、初めて実現したという記念すべき年になりました。ただ、政治理念レベルで二大政党間での交代が起きたのかどうかは、私達医療人には定かには分らないところであります。

政治とは、未来を決断する行為ですが、その未来は、国民の願望に沿いつつ、公益という利他的な社会政策（政府の役割強化）と私益という利己的な個人化政策（市場の機能強化）の相互作用として表れるものであると考えます。

いずれにせよ、今後は市場と政府との緊張関係が起きるであろうことは理解できますが、民主党が社会保障をはじめとして、国民生活の安定を第一義とされ、どちらかといえば公益に沿った「利他的な社会政策」を指向されてゆかれることと期待しております。

この政策は、「生活を支える歯科医療」と標榜してきた日本歯科医師会にとって同調するもので、貴政権誕生に期待するところ大であると申し上げます。

以下、社会保障を中心とした国民生活の安定について、歯科医療政策も交えて提言させていただきます。

2. 生活第一について

政治・経済・社会の分野において、余りに物神的、拝金的な価値観が過剰になっております。

生活という言葉にしても、そこには世間で暮してゆく為のしのご（生計）という意味を含めることが多いようです。しかし、生活には「家庭生活」、「学校生活」、「組織生活」、「社会生活」などがあり、そしてその根底には、地域を支える共同体における生活がなにより国や社会の基盤と考えるべきだと思います。したがってここには、金銭的な面だけではない、精神的、肉体的な要素を含んだ課題が十分に含まれていることは言う迄もありません。

日本歯科医師会はこの4年間にわたって「生きがいのある生活を支える歯科医療」と目的理念を打ち出して来ました（資料1）。救命の医療でなくとも、口と歯は食べる、話す、笑うといった人間の根源的な活力を生み出す器官であり、それにかかわる歯科医療は生活への医療だと申し上げてきました。「生活」には、まさに生きる活力が源泉装置として不可欠と考えております。

従って、民主党の「生活第一」というテーマは、政策のすべてを生きる活力に収束させるという宣言であり、わが国の現状に鑑み、極めて的を射ているものと評価するところであります。

3. 生きる活力について

生きる活力には経済の成長が必要という意見も理解しますが、豊かすぎるが故の無気力ということもあります。格差の問題は別にして、現在わが国には物や娯楽が溢れかえり、人々の志向も量ではなく質を求める傾向が強くなっております。その意味では、近代以後の成長という概念がもはや通用しなくなる時代が来ていると考えれば、成長は可能であるかという問いを発することは極めて重要なことと考えます。

その意味から、成長社会から脱成長社会を構想すべしという考え方が何人かの識者から述べられております。

それらの意見を要約すれば、まず、1) 脱成長社会は決して市場競争中心の社会ではなく、知識・情報の公共的使用に基づいた「公共計画」によって、新たな社会基盤の整備をし、「生活」の質を問うような社会である。2) この社会は効率と能力主義、競争といった工業社会の価値観から大きな転換を必要とする。それは、医療、教育、都市環境の整備、都市田園の美観、自然環境の保全、社会リスクへの社会保障といった「社会」の基盤の確保にかかわる社会であると、言われています。

まさに、生きる活力には、政府による「公共活動計画」による生活の質の向上と生活の安心を

支える社会保障の必要性が益々重要になってくると考えられます。

是非とも貴政権のもとで、医療を始めとする社会保障の意義を問い直していただきたいと提言致します。

4. 社会保障について

社会保障のことを最近まで（いや今でも）セーフティネットと称されています。勿論、これは曲芸団が空中ブランコや綱渡りの出し物の際、不測の出来事への安全網のことであり、つまりこれは曲芸的な競争社会でこそその用語であって、とても生活の安定を目指す貴政府のもとの用語ではあり得ないと思います。

バランシングバーを使用しなければ、渡り切れないようなタイトロープではなく、もっと広い土台を持つ社会を構築し、それに対する社会保障でなければなりません。その観点から見て社会保障には多くの利点があります。

1) 社会保障は地域の基盤を支える

健康を維持し疾病を克服することは、地域社会という共同体や国家を支える最も基本的な基盤だと考えます。これなしに、人々は家庭生活をおくることも、また会社という組織を通して生産やサービスという市場への参加も不可能であり、さらに健全な消費者としての市場への参加も困難となります。

これは、国がその公的責務として、社会保障を充実させねばならない基本的な考え方であると申し上げます。

2) 社会保障は内需を拡大する

社会保障の拡大と充実は、確実に内需の成長を促すものだと確信しています。

なぜなら、人間が生きる上で欠かすことのできないモノのみならず、医療・介護・保育・教育などの人への投資としての社会保障は、そうした基礎的消費であり、社会保障の拡大によって、全国にその土台を作ることが可能となると、われわれは確信しております。

3) 社会保障は雇用を創出する

今、政府の課題で最も重要な国内問題のひとつは、雇用の対策だと考えます。

勤労を希望する者が仕事に就けない、また勤労をしていた者が失職するということは単に賃金を失うということではありません。仕事を失くすということは社会との繋がりを失くすことであり、人間関係が断ち切られることであります。そういう意味で仕事とは人生の生きがいそのもの

であり、雇用問題は生きる活力の大前提であります。

日医総研が今年の5月に「医療・介護の経済普及効果と雇用創出効果」について発表しています。それによれば、医療、介護に一兆円の税金を投入した時の雇用誘発数はそれぞれ52万人、63万人であり合計約115万人の雇用創出が見込めるとしています（資料2）。

是非、貴政権で実現していただきたいと提言します。

4) 高齢社会での社会保障（生きがい求めて）

後期高齢者医療制度について、その廃止や見直しが云々されています。私達にとっては患者負担については是非見直すべきと主張しますが、根本の理念として以下のことが大切と考えます。

人生問題としての後期高齢者とは、死は必然であり、その意味で臓器別医療に支えられた救命医療も必要でしょうが、その人の生きがいを支える全人的な医療提供が本当に求められるべきであります。

かつては死亡者の1/3に過ぎなかった後期高齢者が、やがて死亡者の3/4を占める時代がやってくることは、真剣に考えるべき課題と申し上げます。

生きがいとは何かとの問いに、おいそれと答が出せるものではありませんが、しかし確実にいえることは、人間だけが、ただ生きているだけでは満足せず、自らの人生に意味や意義を求める生き物だということです。

ここに救命医療とまったく同等に、口と歯を通して生きがいを支える歯科の意味があると確信しております。このことは各分野のリーダーに依頼して設立をした「生きがいを支える国民歯科会議」（資料3）でも第一に確認されたことを申し添えます。

是非、この歯科の意味をご理解いただき、民主党の政策に取り入れていただくことで、厳しい状況下での、我が日本国の活力ある方向性を指し示す一助となることを、日本歯科医師会としてお願い申し上げ、またご期待申し上げる次第であります。

以上

(資料1) 生きがいを支える国民歯科会議 設置趣旨 (大久保日歯会長)

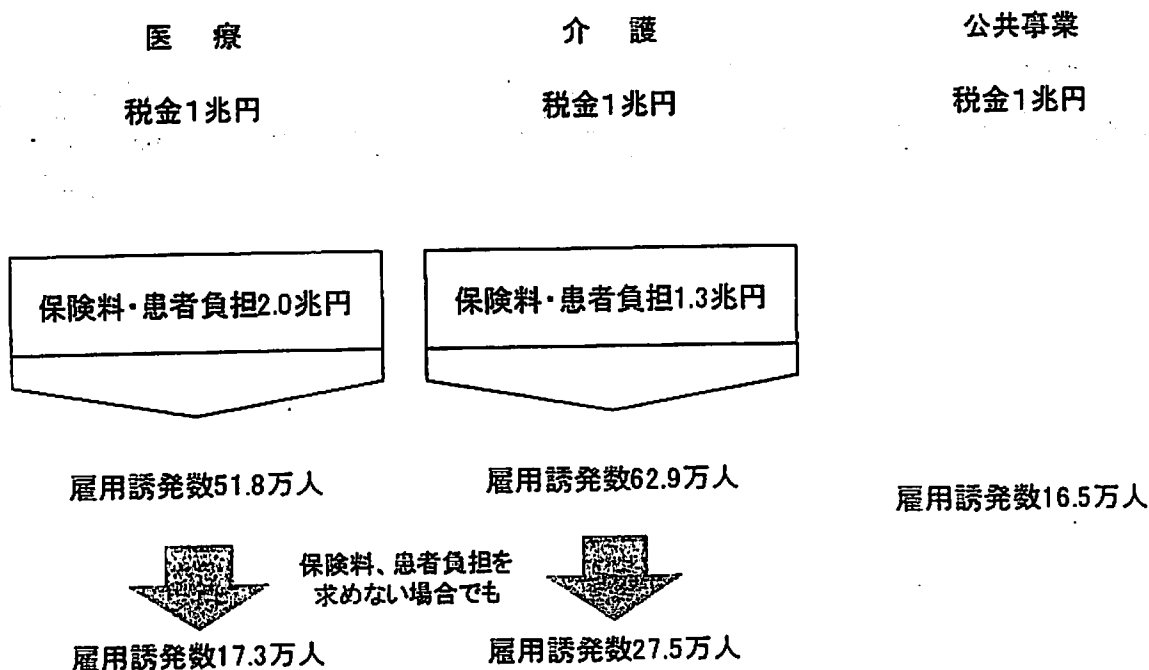
「生きることは食べ続けることである」という言葉がありますが、その意味で歯や口の健康は、人々の生きる力や生きがいを支えるとても大切なものと、私たちは考えています。ただ、歯科医師会の事業や活動の長い経験の中で、私たちが考える歯科医療と、国民の歯科医療イメージとの間に大きなギャップが横たわっていることを痛切に感じております。そこで、私たちの反省を踏まえて、このギャップを解消していくことを通して、人々の健康や生きがいの大切さを訴える場としたいという思いのもとで、「生きがいを支える国民歯科会議」の設置を決意いたしました。

この会議の道筋を考える上で、道と道路とは違うのだという言葉思い出します。道とは長い時間や経験の中から作られるもので、時に曲がったり上下したりする。しかし道路は、ある一点から目的の一点に早く到達するために設計され作られたものだという定義です。

私は、今回の会議が作るのは道でありたいと願っています。早く到達することを目指すために無味乾燥になる道路ではなく、色々な思いや意見が交錯する豊かな道になればと願い、会議を進めて参ります。

(資料2)

税金1兆円を投入したときの雇用誘発数



※日経総研ワーキングペーパー(2009/05/13)より

(資料3)

生きがいを支える国民歯科会議 委員・オブザーバー

	氏名	役職・所属
委 員	秋元 秀俊	医療ジャーナリスト
	浅井 文和	朝日新聞編集委員
	阿南 久	全国消費者団体連絡会事務局長
	猪谷 千春	8020 推進財団名誉会長
	伊藤玄二郎	かまくら春秋社代表
	大島 伸一	国立長寿医療センター総長
	笹川 陽平	日本財団会長
	田中 一哉	国民健康保険中央会理事
	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構教授
	濱本 英輔	株式会社ロッテ顧問
	福原 義春	資生堂名誉会長
	藤重 貞慶	日本歯磨工業会会長
	星 旦二	首都大学東京大学院教授
	前野 一雄	読売新聞東京本社編集局編集委員
	松井 宏夫	日本医学ジャーナリスト協会副理事長
	松尾 幸造	シェ松尾代表取締役
	松田 喬和	毎日新聞論説室専門編集委員
	松谷 満子	財団法人日本食生活協会会長
	茂木 守	全国農業協同組合中央会(JA全中)会長
	山口 建	静岡がんセンター総長
	渡辺 俊介	日本経済新聞社論説委員
内 部 関 係 委 員	江藤 一洋	日本歯科医学会会長
	金澤 紀子	日本歯科衛生士会会長
	中尾 眞	日本歯科商工協会会長
	中田 郁平	日本学校歯科医会会長
	中西 茂昭	日本歯科技工士会会長
	中原 泉	日本私立歯科大学協会会長
オ ブ ザ ー バ ー	飯嶋 理	静岡県歯科医師会
	上原裕之	NPO 法人シックハウスを考える会理事長
	高嶺明彦	沖縄県歯科医師会
	田沼敦子	千葉県歯科医師会
	富野 晃	北海道歯科医師会

Ⅱ 各論

歯科医療政策のあり方

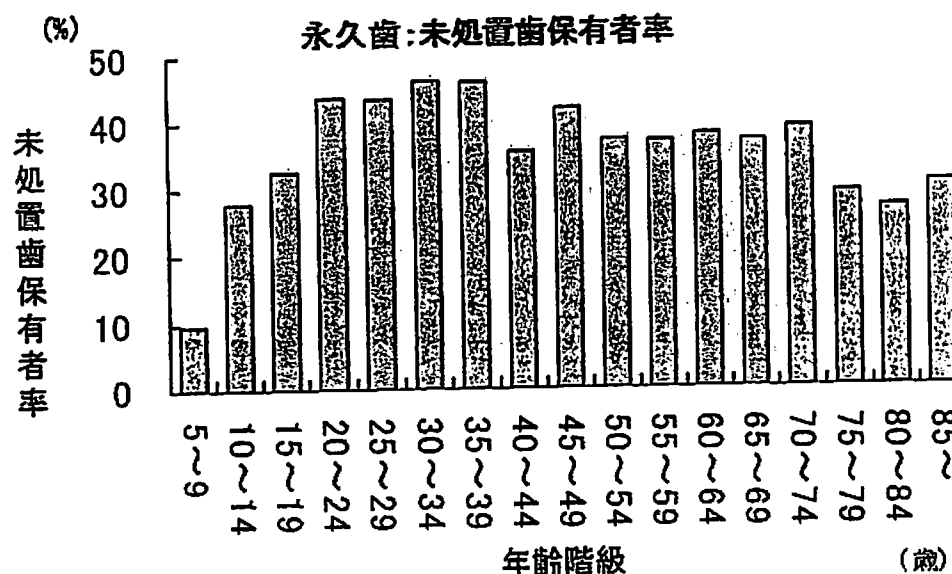
歯科保健医療の目的は、歯・口腔の健康増進や機能向上により、国民が生涯にわたって幸福を感じることができる、心身の健康に寄与することにある。

その推進を図るための政策には、以下の視点が必要である。

1. 国民のライフステージに応じた保健・医療・介護の分野で、医療連携を含めて、歯科保健医療をどのように制度や法律の中に位置づけるか。
2. 歯科医療の質の向上と、患者の安心・安全を、歯科医療提供体制の中でどのように確保するか。
3. 国の経済状況や医療をとりまく社会状況が変化する中で、診療報酬も含めて、歯科医師が「国民の生きがいを支える歯科医療」に集中できるような環境を、どのように整備するか。

1. 国民の口腔（歯）の状態

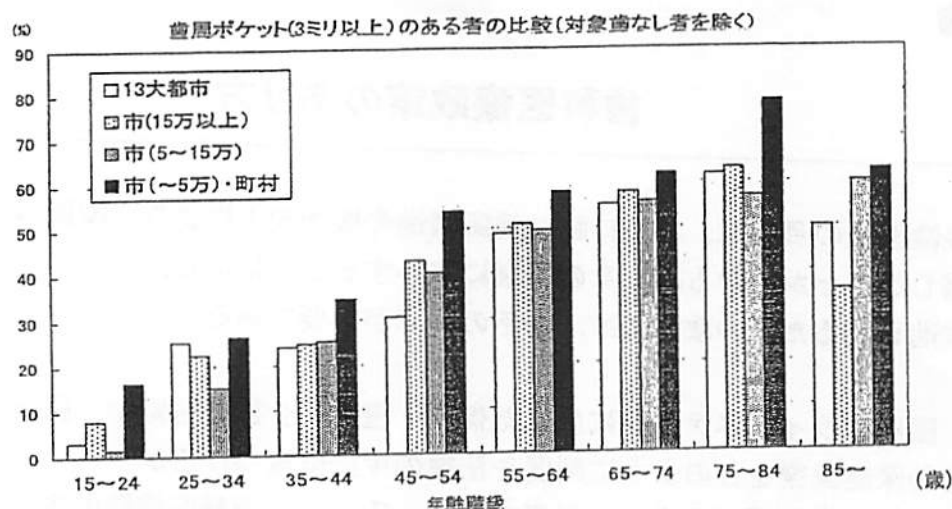
図表 1



※資料 厚生労働省「歯科疾患実態調査」(2005) より

むし歯は、自然治癒のない疾患であり、小児も含め永久歯を保有する国民の約 92%が、むし歯になった永久歯を持っている。その数は増齡的に増すが、高校卒業後以降の成人期～高齢期の歯科健診等の機会が不足しているため未処置歯の保有率は高い。(図表 1)

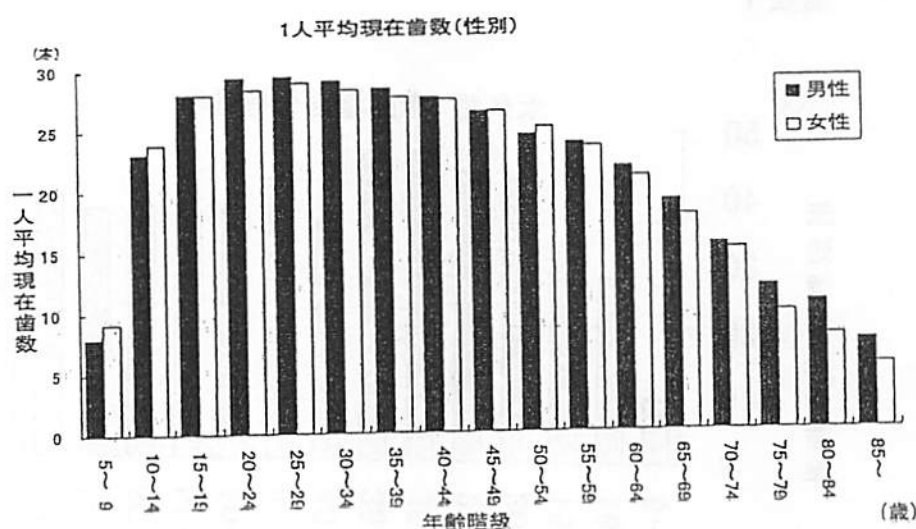
図表 2



※資料 厚生労働省「歯科疾患実態調査」(2005) より

歯周疾患についても、国の歯科疾患実態調査によると、80%以上という高率で国民が罹患していることが分かる。また、町村部と比較して、歯科医療機関が多い大都市部の方が、歯周ポケット(歯周疾患)を有する者が少ない傾向にあることから、歯科医療機関による予後管理の成果がうかがえる。(図表2)

図表 3

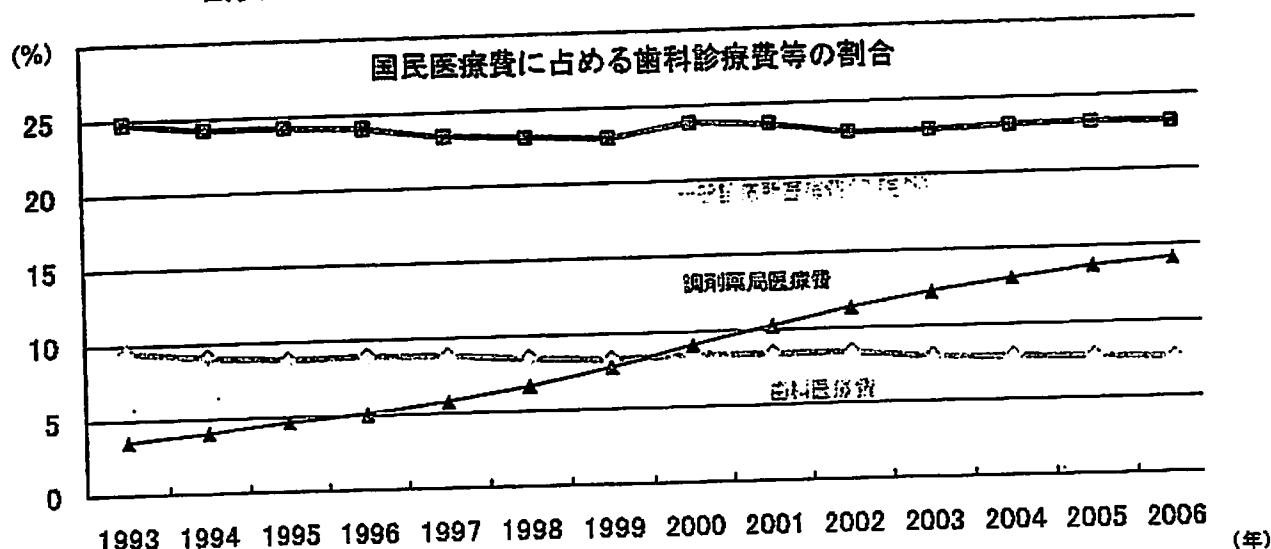


※資料 厚生労働省「歯科疾患実態調査」(2005) より

さらに高齢者においては、欠損歯が増加するため、義歯等によって口腔機能を維持・回復する必要が生じる。80歳で20本の歯を残そうという8020運動は既に20年を経過したが、平成元年(1989年)の達成者が約7%であったのに対して、最近の調査では約25%に達している。この背景には、歯科医療の関与は勿論であるが、口腔清掃等の普及啓発による生活習慣の改善、いわゆる一次予防による成果があるものと考えられる。(図表3)

2. 歯科医療費の状況

図表 4



※資料 厚生労働省「国民医療費」より

歯科医療費は 1990 年頃までは、多少の増減はあるものの国民医療費における歯科のシェアが約 10%を占めていたが、その後下降の一途をたどり、現在は 7%台半ばで推移している。(図表 4)

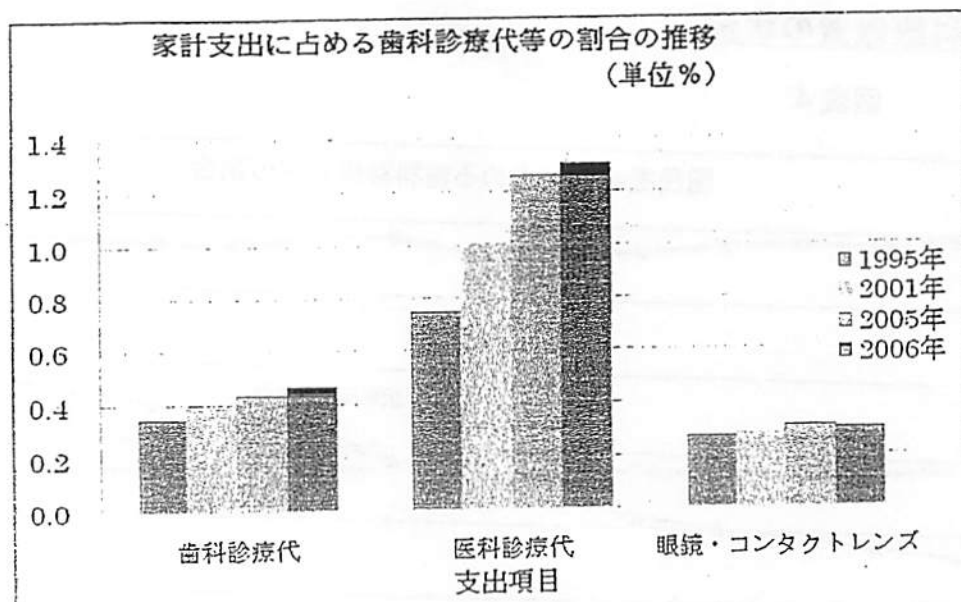
図表 5

診療報酬改定の状況						
	改定方式	改定年月	改定率			改定率積算 (医科=100)
			医科	歯科	平均	
歯科や医療費	①物価・人件費等 スライド方式	1974. 3	%	%	%	104.7
		1974. 10	19.8	19.9		101.3
		1976. 4	15.0	15.2		106.7
		1976. 8	9.0	—		
		1978. 2	—	9.5		
(改定率の累積値)	11.5	12.1	11.6	110.4		
		67.8	72.1	—	108.9	
歯科の大幅削減	①物価・人件費等 スライド方式	1981. 6	8.4	5.9	8.1	70.2
		1984. 3	3.0	1.3	2.0	56.7
		1985. 3	3.5	2.5	3.0	71.4
	②薬価引き下げ 財政支出方式	1986. 4	2.5	1.5	2.0	50.0
		1988. 4	3.8	—	3.4	26.3
		1988. 6	—	1.0	0.1	
	1990. 4	4.0	1.4	2.7	35.0	
	1992. 4	5.4	2.7	5.0	50.0	
	1994. 4	3.5	2.1	2.8	44.2	
	1994. 10	1.7	0.2	1.5		
	1996. 4	3.6	2.3	2.4		61.1
	(改定率の累積値)	1.33	0.75	1.25	57.3	
		48.9	23.4	45.3	47.9	
医科・歯科のバランス	③医科・歯科均等方式	1998. 4	1.5	1.5	1.5	100.0
		2000. 4	2.0	2.0	2.0	100.0
	(改定率の累積値)	3.5	3.5	3.4	100.0	
	④財政改革優先方式	2002. 4	Δ 1.3	Δ 1.3	Δ 1.3	100.0
		2004. 4	0.0	0.0	0.0	100.0
		2006. 4	Δ 1.5	Δ 1.5	Δ 1.35	100.0
		2008. 4	0.42	0.42	0.38	100.0
	(改定率の累積値)	Δ 2.4	Δ 2.4	Δ 2.3	100.0	

注(1)1982年2月老人医療費改定、1989年4月国民医療費改定、1993年4月医療保険制度に付する診療については省略。
(2)平均は医科・歯科・西薬の改定率の平均値である。平均の値は改定率の年月は、平均改定率が公表されている。

診療報酬改定の主たる財源が薬価引き下げ財源に依存することになり、薬剤比率が低いために拠出財源を持たない歯科の発言力は、極端に弱まり、右肩下がりを続けている。特に 1981 年～1997 年までに実施された 10 回の診療報酬改定では、医科改定率累積を 100 とした歯科改定率累積の相対比率は、最も開いた 88 年で 100 対 26、最も開かなかった 85 年で 100 対 71 であった。(図表 5)

図表6



(資料) 総務省「平成18年 家計調査年報」

また、総務省の家計調査によると過去11年間で歯科診療費が家計支出に占めるウェイトは0.35%から0.44%へと殆ど変化していない。一方で医科診療費のウェイトは0.75から1.26%へと、かなりの増加が認められた。なお、同じ期間に家計費自体が10%以上も減少していることから、歯科医療費の停滞傾向はさらに深刻なものと考えられる。(図表6)

図表7

比較対象国のマクロ指標		スウェーデン	イギリス	ドイツ	フランス	韓国	日本	アメリカ
人口と経済	年	2006年	2006年	2006年	2006年	2006年	2006年	2006年
	総人口	908万人	6,059万人	8,237万人	6,135万人	4,830万人	12,777万人	29,940万人
	高齢化率	17.3%	16.0%	19.7%	16.4%	9.5%	20.8%	12.4%
	1人当たりGDP	34,870ドル*	32,961ドル	31,949ドル	31,316ドル	23,038ドル	32,002ドル	43,864ドル
歯科医療費	年	2006	2001	2006	2006	2006	2006	2006
	総歯科医療費の対GDP比率	0.7%	0.3%	0.8%	0.5%	0.5%	0.5%	0.7%
	1人当たりの総歯科医療費	239ドル	87ドル	254ドル	157ドル	123ドル	155ドル	306ドル
	公的歯科医療費の対GDP比率	0.3%	0.2%	0.5%	0.2%	0.1%	0.4%	0.0%
歯科医師数	年	2005	2006	2006	2006	2006	2006	2005
	人口千人あたりの歯科医師数	0.82人	0.49人	0.79人	0.67人	0.38人	0.74人	0.60人
	年	2004	2004	2004	2004	2000	2004	2004
	公的部門に従事する歯科医師の割合	49.3%	12.2%	0.7%	2.4%	5.0%	3.1%	1.8%
受診頻度	年	2005	2005	2004	2006	2005	2005	2005
	1人当たりの年間受診回数	n.a.	0.7回	1.3回	1.7回	1.4回	3.3回	0.8回

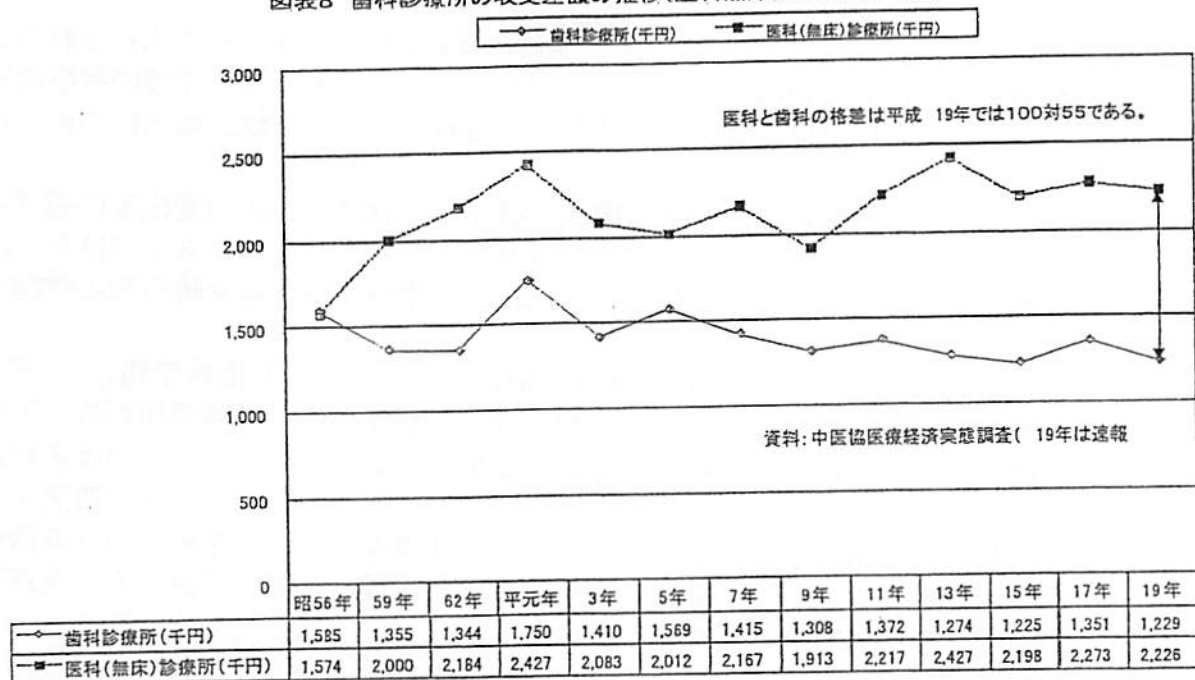
(注) * 購買力平価

(出所) OECD Health Data 2008, Robinson, R. et al. "The economics of dental care", 2004 FDI World Dental Federation: Facts & figures Sheet

※資料 歯科医療白書 2008 年度版より

最後に、歯科医療費の国際比較を示した。財源が税方式か保険方式か、あるいは公営か民営かによって状況が異なるが、日本の歯科治療の単価は、先進国中で最も低い群に位置している。なお、1人当たり歯科医療費に対する公的負担率は、日本は77%と高率である。歯科補綴を付加保険としたドイツでも60%、その他イギリスは55%、フランスは37%、医療扶助のみのアメリカは6%と、医療制度により格差がある。(図表7)

図表8 歯科診療所の収支差額の推移(医科無床診療所との比較)



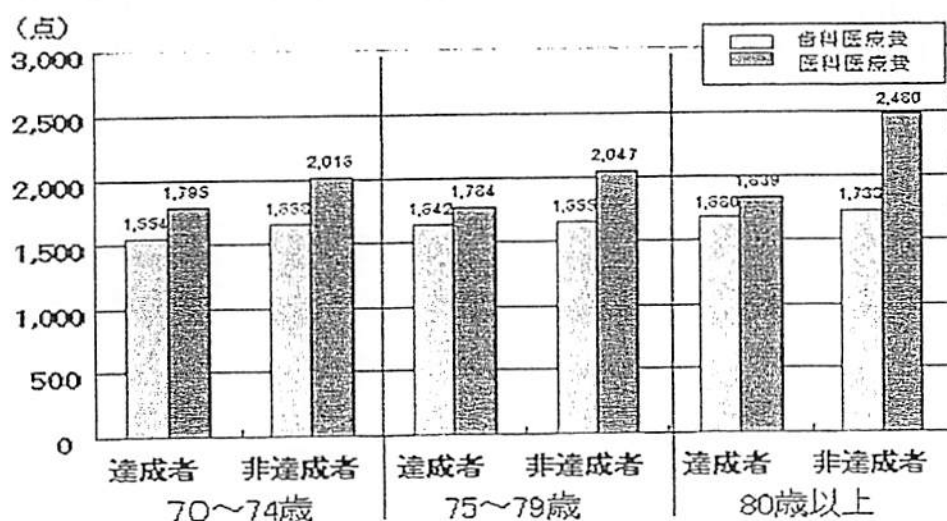
3. 国民の健康増進(医療費削減効果)

日常の歯科臨床の中で、我々歯科医師は「自分の歯をたくさん保有している高齢者ほど、元気で健康度が高い。」という実感を経験的に得ていたが、近年さまざまな調査や研究成果により、その検証がなされた。

下のグラフもその一例である。8020 達成者(自分の歯を 20 本以上所有している者)は非達成者と比して、高齢期の 70~74 歳・75~79 歳・80 歳以上の全ての年代で 1 人当たり医療費が 11%~26%安いことが分かる。

なお、この傾向は、兵庫県と同様の調査分析を行った他の 6 道県(北海道、宮城県、長野県、山梨県、茨城県、香川県)でも全く同じであった。とりわけ注目すべきデータとして香川の調査結果で、保有歯数が 0~4 本の群が 20 本以上の群と比して、年間医療費が 20 万円以上も高いことが判明した。

「8020」達成者・非達成者別 1 件あたりの点数(医科・歯科)



※兵庫県歯科医師会資料(2006)より

4. 各医療制度改革への対応

平成 20 年度に本格施行となった一連の医療制度改革は、長寿医療制度に代表されるように、必ずしも順調に推移していない。その主要因として、保健・医療・介護の現場の実状とかい離した、財政重視に偏重した制度設計が上げられる。今後の軌道修正については、新政権に大いに期待するところである。

ただし、少子高齢化、経済状況の悪化、国民の健康感や社会ニーズの変化等に適切に対応し、さらに持続可能な医療制度を構築する必要性は、否定されるべきものではない。予定されている各医療制度改革の評価・見直しに向けて、歯科の主課題を時系列に整理したのが次ページの「工程イメージ」である。

医療費適正化計画の主課題は、いわゆるメタボ健診等による生活習慣病予防と、入院（在院）日数の短縮であった。これに在宅医療体制の整備と療養病床の再編が加わることにより、国民の生涯にわたる切れ目のない医療提供を目指したものであった。理念は実に正しいが、医療介護の現場のマンパワー不足等により、逆に、リハビリテーション難民・介護難民などの社会現象まで発生した。患者および家族、介護者、医療従事者、地方自治体など、全ての関係者が納得のゆく医療制度を構築することは極めて難しいが、その実施にあたっては、高度な政治的判断を要するものと考ええる。

さて、現行の特定健診・特定保健指導には、歯科健診が導入されていないが、日本歯科医師会では、今年度新たに「標準的な成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル」を開発した。これを基に、健康増進法に基づく「成人歯科健診」「歯周疾患健診」や企業歯科健診を推進することは元より、特定健診・特定保健指導の評価と見直しにあたっては、歯科健診を導入して「歯・口腔の健康を通じた全身の健康増進・健康寿命の延伸」を図るべきである。

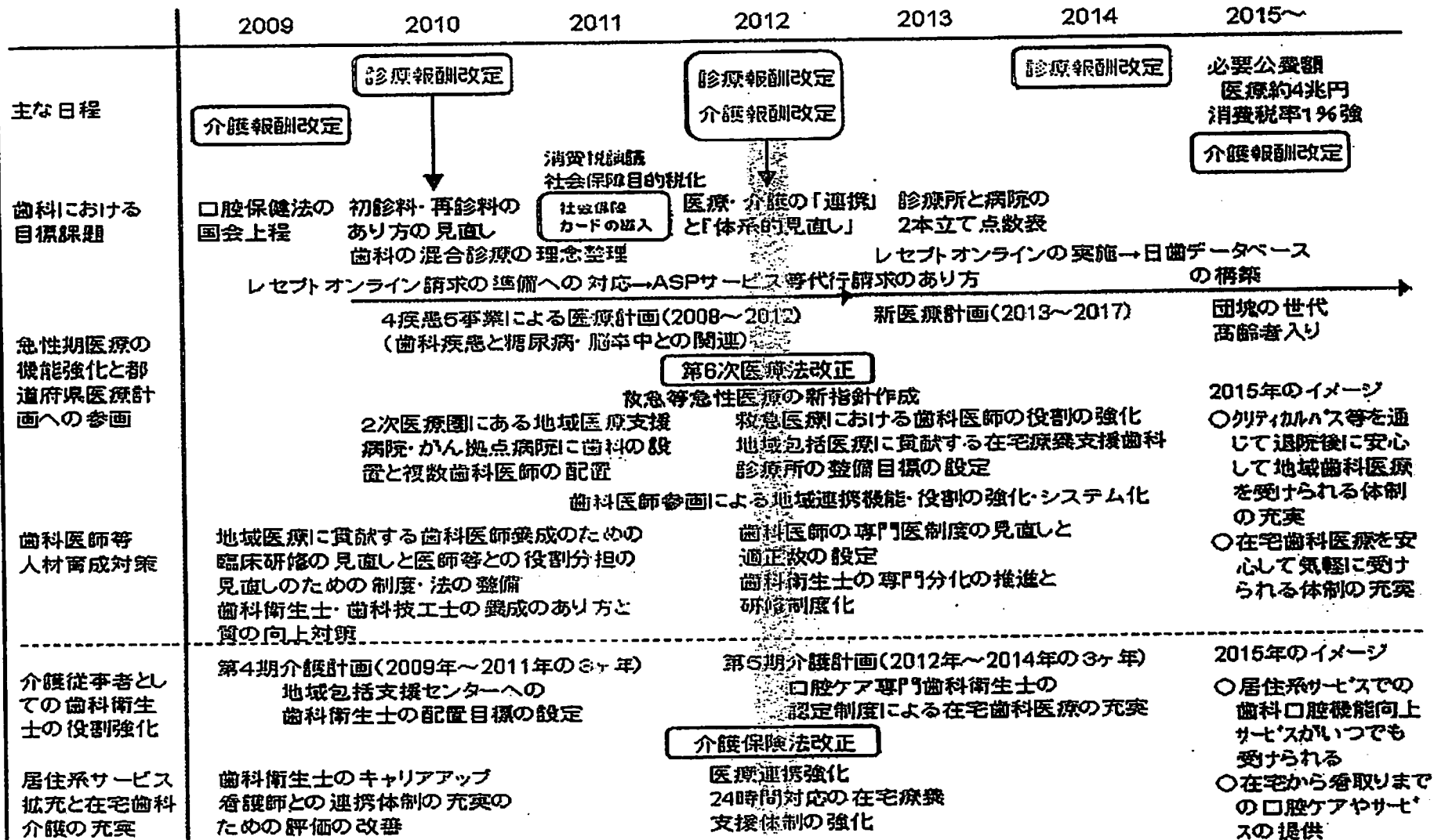
また医療法の改正により実施されている医療計画において、歯科医療施設と他の医療提供施設との相互の機能の分担及び業務の連携を確保する必要がある。例えば、既に着手している糖尿病と歯周病の医科歯科連携、脳卒中患者に対する摂食嚥下治療等を推進するためには、歯科的アプローチが実施し易くなるシステムや診療報酬上のインセンティブ等が不可欠である。

さらに平成 18 年度に介護予防に導入された口腔機能向上メニューについては、制度への理解不足も含め、歯科衛生士の派遣などの実施率は低く、現行制度の見直しが不可欠である。市町区行政を中心に、それぞれの地域で介護分野に精通した歯科医師・歯科衛生士を配置し、さらにそのネットワークを整備するとともに、各市町区の介護認定審査会や地域包括支援センター運営協議会等を活性化すべきである。ケアマネージャーをはじめ、保健師、社会福祉士などの専門職によるチームアプローチの体制づくりも含め、利用者（患者）に歯や口腔の情報がより多く提供できるようにすべきである。

『社会保障の機能強化』に対応した歯科の政策課題工程イメージ

社会保障国民会議報告書を参照

日本歯科医師会保健医療政策ビジョンからみる医療・介護



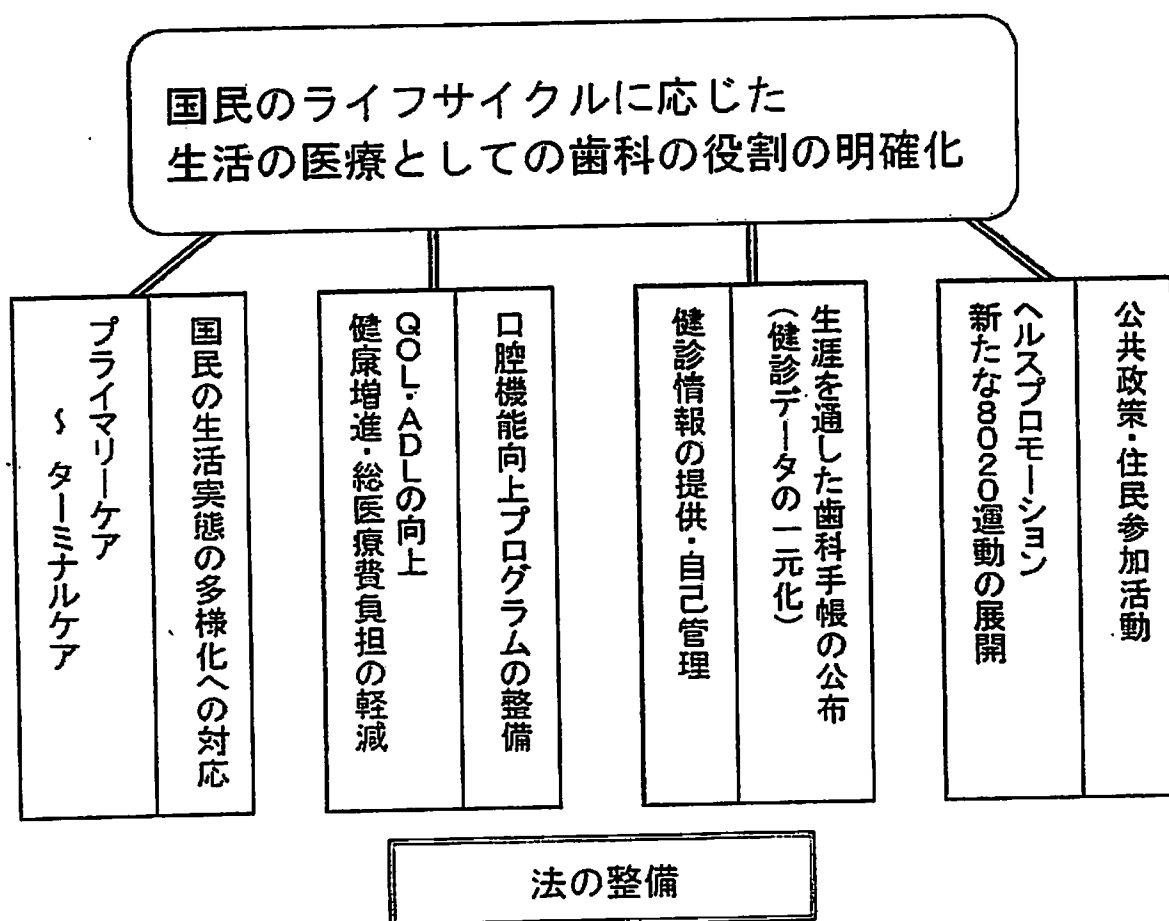
5. 政策項目

<政策項目1>「生きがいを支える医療」としての歯科医療の推進

歯を含めた口腔の機能は、噛み・食べ・味わうことだけでなく、喋り・飲み・呼吸をし、さらに笑い・泣いて表情をつくることなど多岐にわたり、人の営みを支えている。さらに、全身の健康度やQOLを高め、疾病や障害を軽度にするのが、近年のコホート研究等により明らかになってきている。

歯科を生きがいを支える医療として位置付け、国民の健康増進と健康寿命の延伸に貢献し、多様化する社会ニーズへ対応するためには、口腔機能の維持向上を中心とした診療体系の再構築、研究開発と臨床応用の促進、専門分化・機能分化の推進、歯科医療従事者の人材育成と資質向上、地域医療連携への参画、受診率・受療率の向上、等が主課題となる。

さらに国民のライフサイクルに応じた歯科の役割を明確化するために、国民の周産期から高齢期へ対応できる「かかりつけ歯科機能」の整備と専門分化、口腔機能を維持向上するためのプログラムの確立と普及、患者の生涯を通じた健診データ等の情報の共有と活用、地域や職域に根差した健康づくりへ、などを推進すべきであり、その基盤となるような歯科の法整備が求められる。

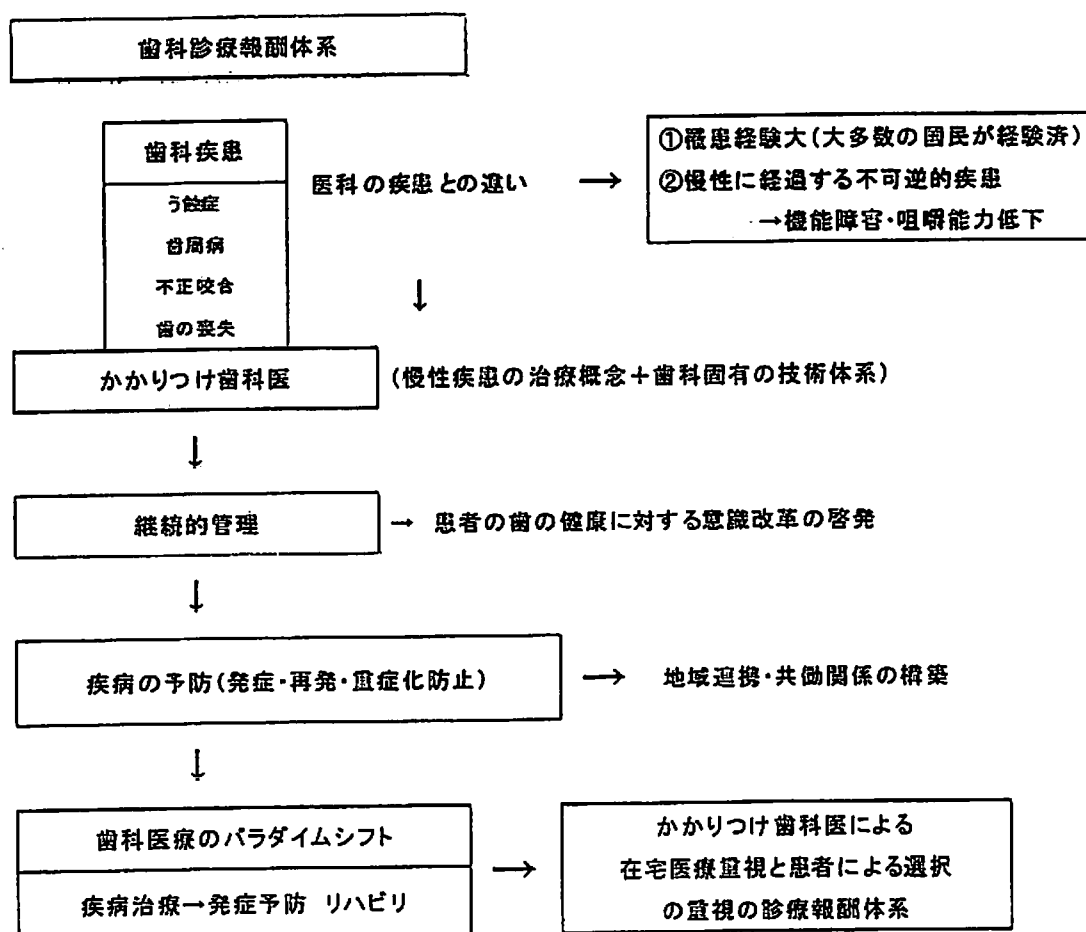


＜政策項目 2＞歯科診療体系の再構築

歯科疾患（う蝕・歯周病・不正咬合・歯の喪失など）の多くは慢性に経過する不可逆的疾患であり、さらに機能障害や咀嚼能力の低下を来しやすいことに特徴がある。したがって、かかりつけ歯科医はこれら慢性疾患の治療と管理を歯科固有の技術体系の下に実施しているが、本来重視すべき継続的管理の必要性については患者への周知が不十分であり、歯の健康に関する国民的な意識改革を図る必要がある。

また歯科疾患の発症や重症化を予防するためには、医療と保健の連携の観点からも、地域における有機的な機能分担による一次予防・二次予防・三次予防を推進する必要がある、各歯科医療機関においても予防管理機能を整備することが今後益々求められる。

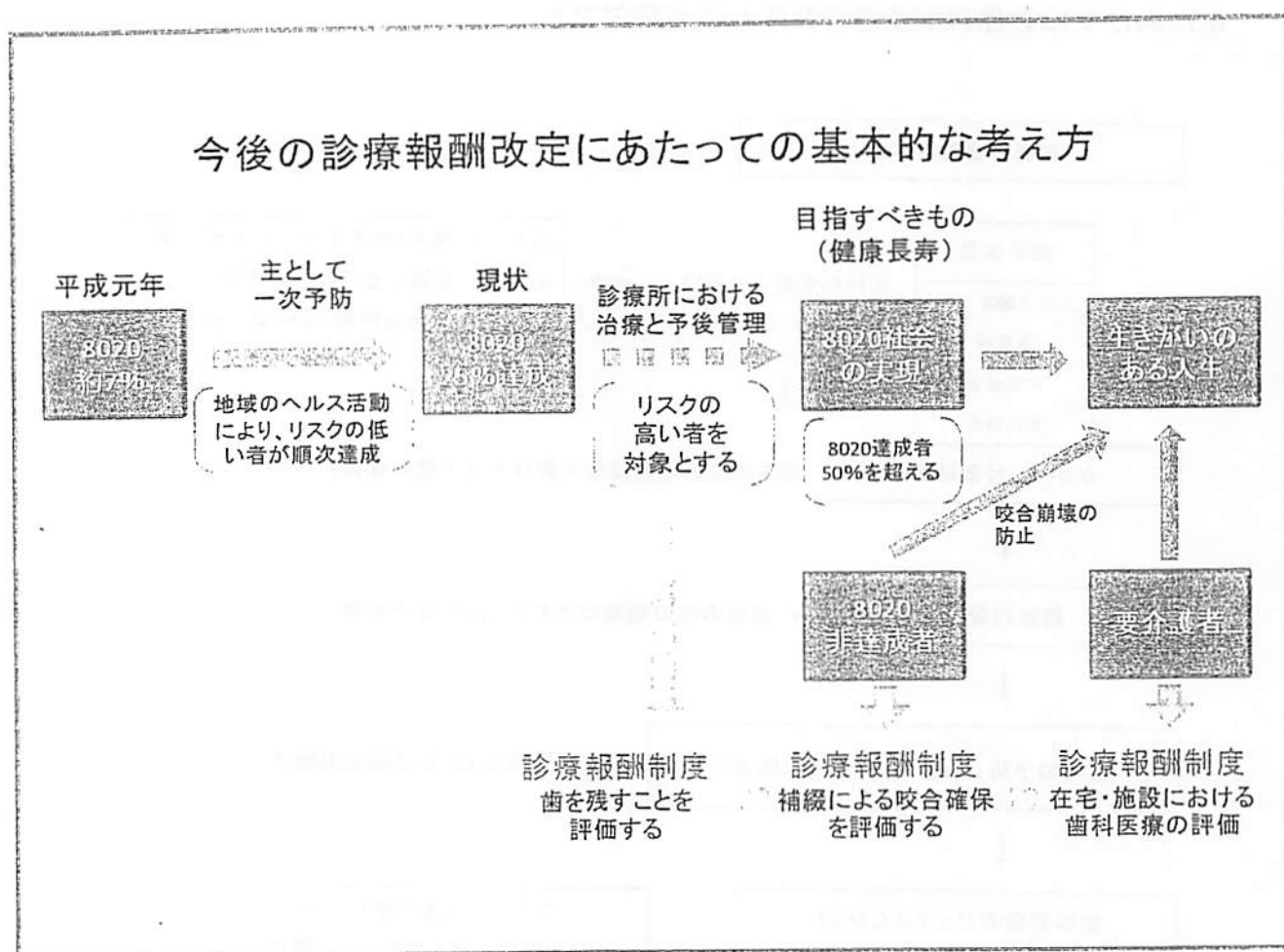
さらに、歯科医療のパラダイムシフト、つまりこれまでの診療内容や診療報酬体系について発想の転換が必要である。具体的には、発症予防やリハビリテーションへのシフトのみならず、早期在宅復帰を促進する政策に対応するための在宅歯科診療の推進、社会ニーズである患者による選択重視の歯科診療の推進などが極めて重要で、さらにこれらの具現化に向けては診療報酬体系の見直しが不可欠である。



＜政策項目 3＞次期診療報酬改定への考え方（8020社会の実現に向けて）

8020運動は既に20年を経過したが、平成元年の達成者が約7%であったのに対して、最近の調査では約25%に達している。この背景には、歯科医療の関与は勿論であるが、口腔清掃等の普及啓発による生活習慣の改善、いわゆる一次予防による成果があるものと考えられる。今後50%の達成を目途とし、本格的な8020社会の実現を目指すためには、ハイリスク者を対象に、従来以上に歯科診療所における治療と予後管理が不可欠である。さらに当然であるが、8020を達成できない方や、歯科医療から遠ざかりがちな在宅の方の対策も、その対象となる。

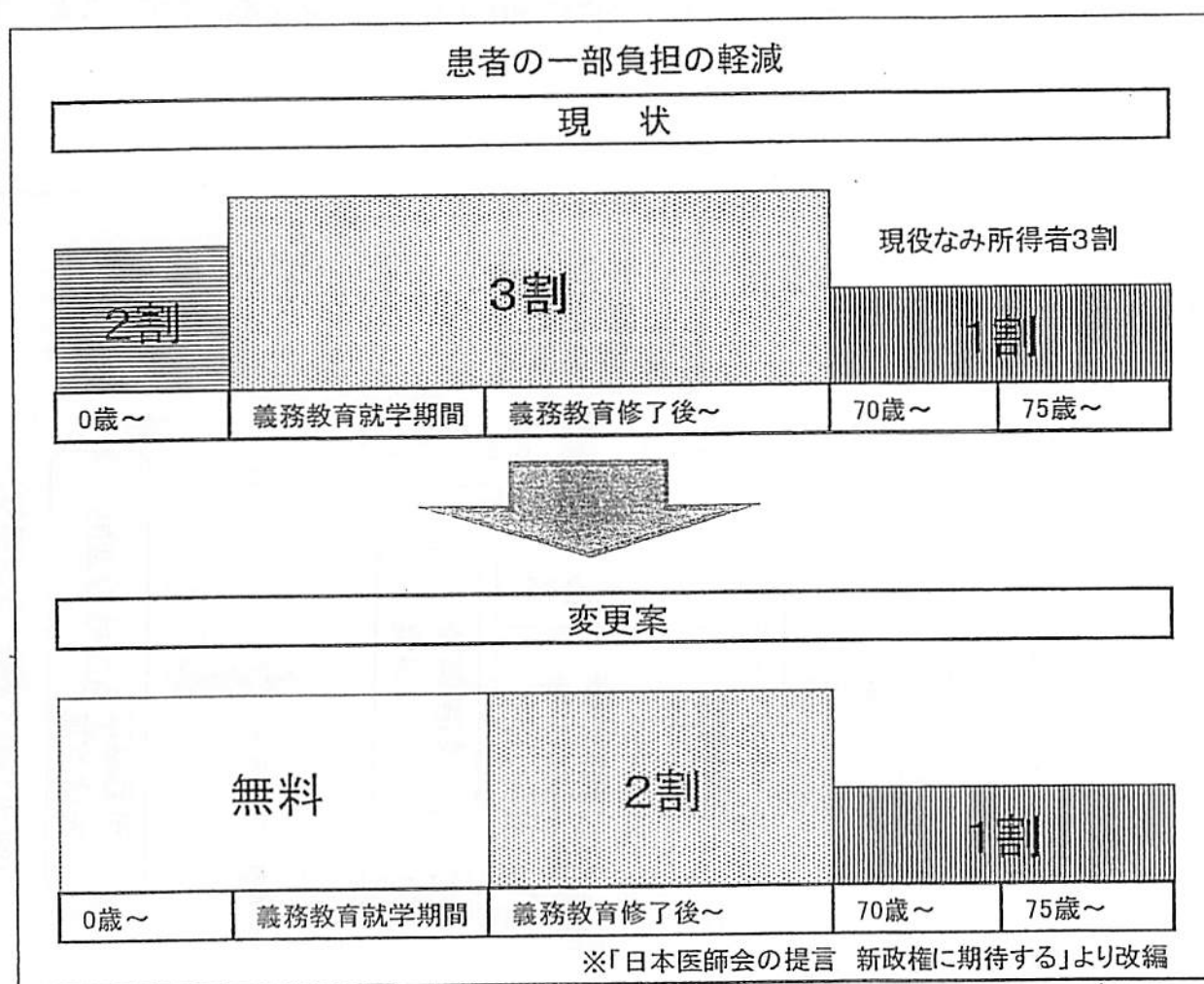
そのためには、診療報酬制度の中で、「歯を残すための治療や管理の技術評価」、また非達成者も含めた「義歯等により口腔機能を維持・向上するための技術評価」や、増え続ける「在宅療養者への歯科医療の評価」を高めること、等が求められる。



＜政策項目 4＞患者一部負担の引き下げ

歯科疾患の治療および予後管理により、国民の健康増進と健康寿命延伸が得られることは、近年の研究成果等により明らかであるが、そのためには、まず歯科医療機関に定期的に受診することが不可欠である。国民のための医療制度改革を謳う上で、患者の経済的負担を軽減することは必要条件となる。とりわけ、経済状況・雇用状況が厳しい中、医療機関への受診抑制による、疾病の悪化・重篤化を防ぐ観点からも、患者の一部負担の軽減を提案するものである。

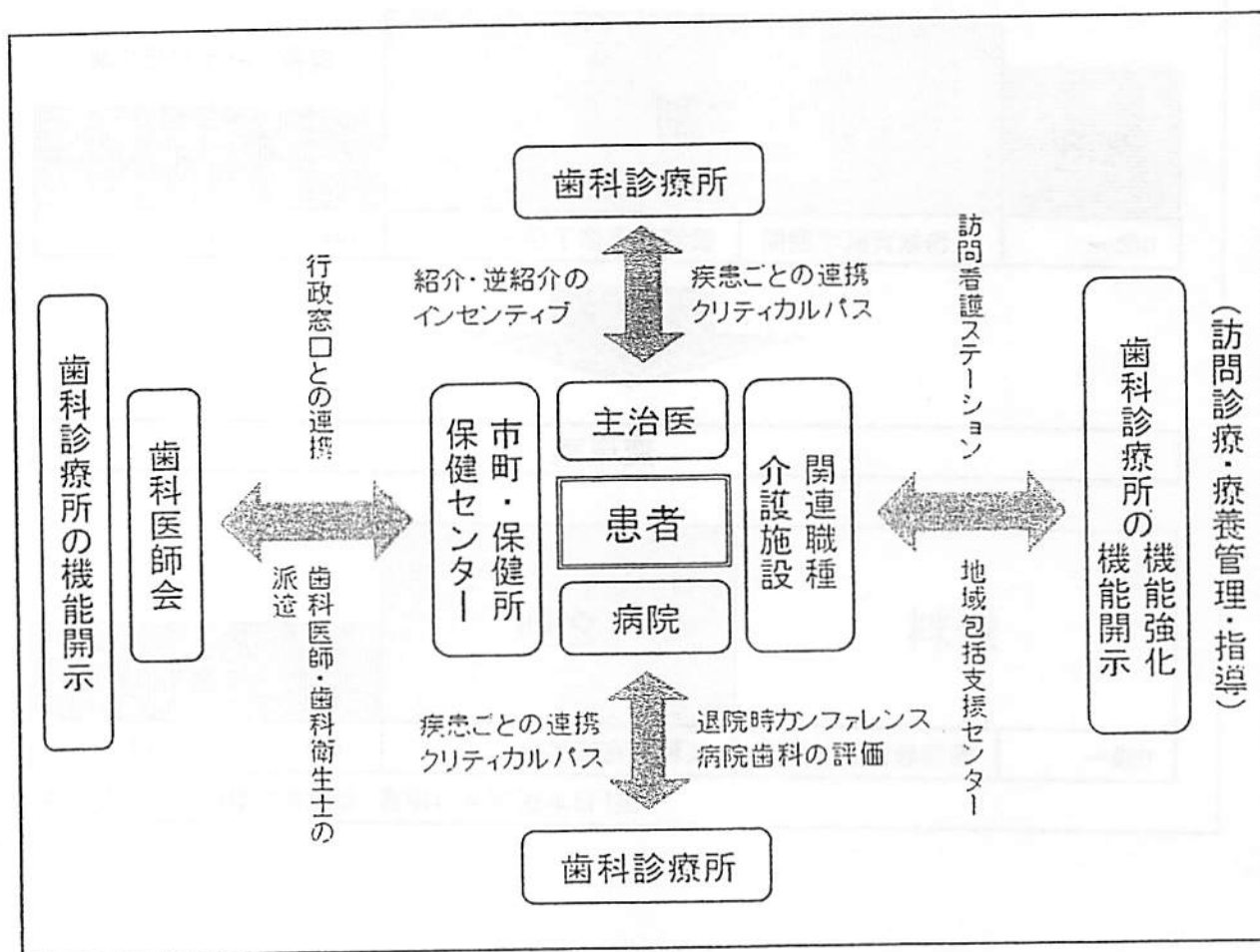
0歳～義務教育期間中は、患者一部負担を現在の2割から無料とし、その後の現後世代(69歳まで)を現在の3割負担を2割へ、70歳以上は一律1割負担とすべきである。



＜政策項目 5＞地域医療連携への参画

在宅療養者や有病者の歯科治療や口腔管理は必要であり、また、患者の全身状態の改善のためにも有益であるが、特に在宅歯科医療を実施できる歯科医師・歯科衛生士が地域で不足しており、大学教育も含めて、養成する体制を新たに構築することが急務である。

また在宅歯科医療の推進のためには、医科・介護職種などとの連携が不可欠であり、歯科医師・歯科衛生士が、患者を中心とした地域医療のネットワークの中に進んで参入できるような、環境を整備すべきである。例えば、都道府県・市町区の計画や制度の中に歯科サービスを明確に位置づけること、在宅歯科医療が行える等の歯科診療所の機能が明示され閲覧できるシステムを構築すること、診療報酬にインセンティブを設定すること、等が求められる。

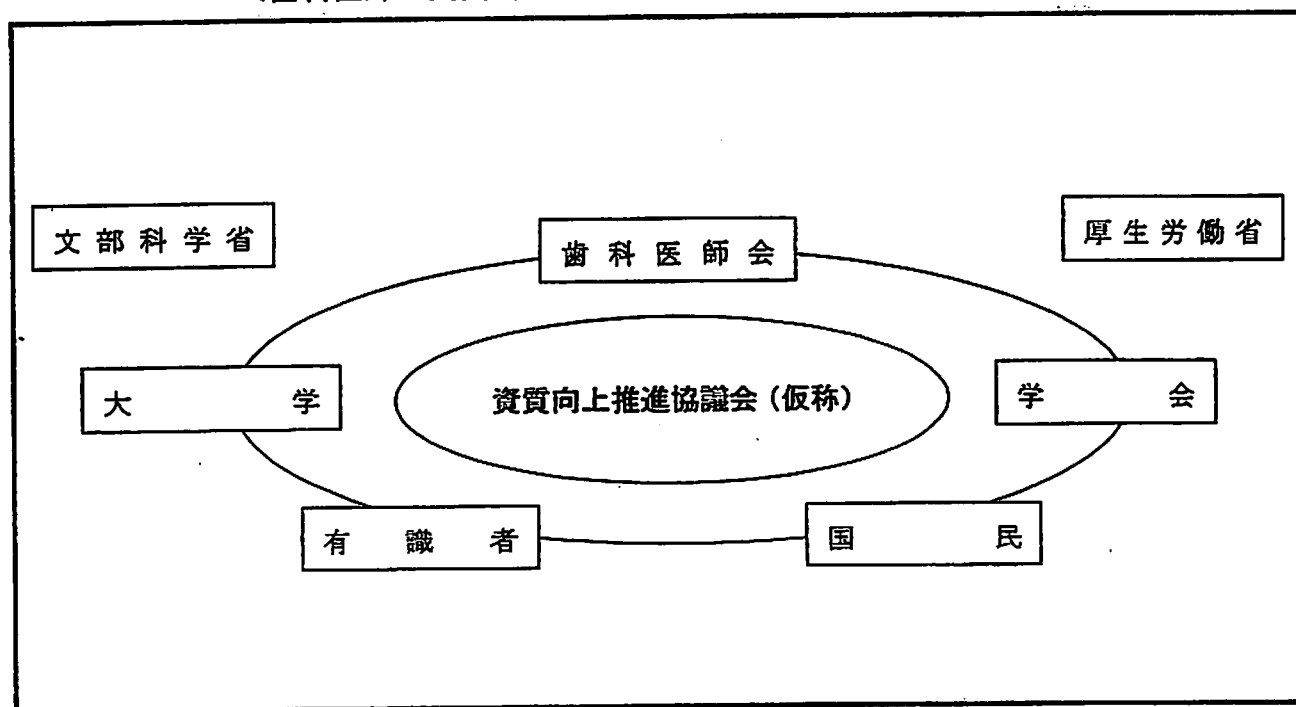


＜政策項目 6＞歯科医師の資質向上に向けた取組み

いま社会は、少子高齢化、情報化の進展など急激に変化している。それに伴い、歯科医療においても、歯科医療技術の向上のみならず、患者を中心とした全人的歯科医療、歯科医師としての基本的資質の向上への社会的要求が強くなっている。したがって、歯科医師会は臨床家の団体として、地域歯科医療臨床実習（プライマリケア・病診連携・在宅歯科医療・チーム歯科医療・疾病予防・健康維持増進活動など）の場の提供等の協力を通して、政策医療・公衆衛生等の公的医療に参画しつつ、地域歯科医療を担う歯科医師の養成と資質向上に貢献すべきである。

さらに、最近の大学歯学部受験者の減少、歯科医師国家試験合格率の低下等から、将来の歯科医師の質の低下が懸念される中、こうした社会的要求に対応できる歯科医師の育成は、大学のみならず、歯科界全体の問題と捉え、行政、関係諸団体が参加する協議会の設置が必要である。

＜歯科医師の資質向上を推進するための協議会の設置＞

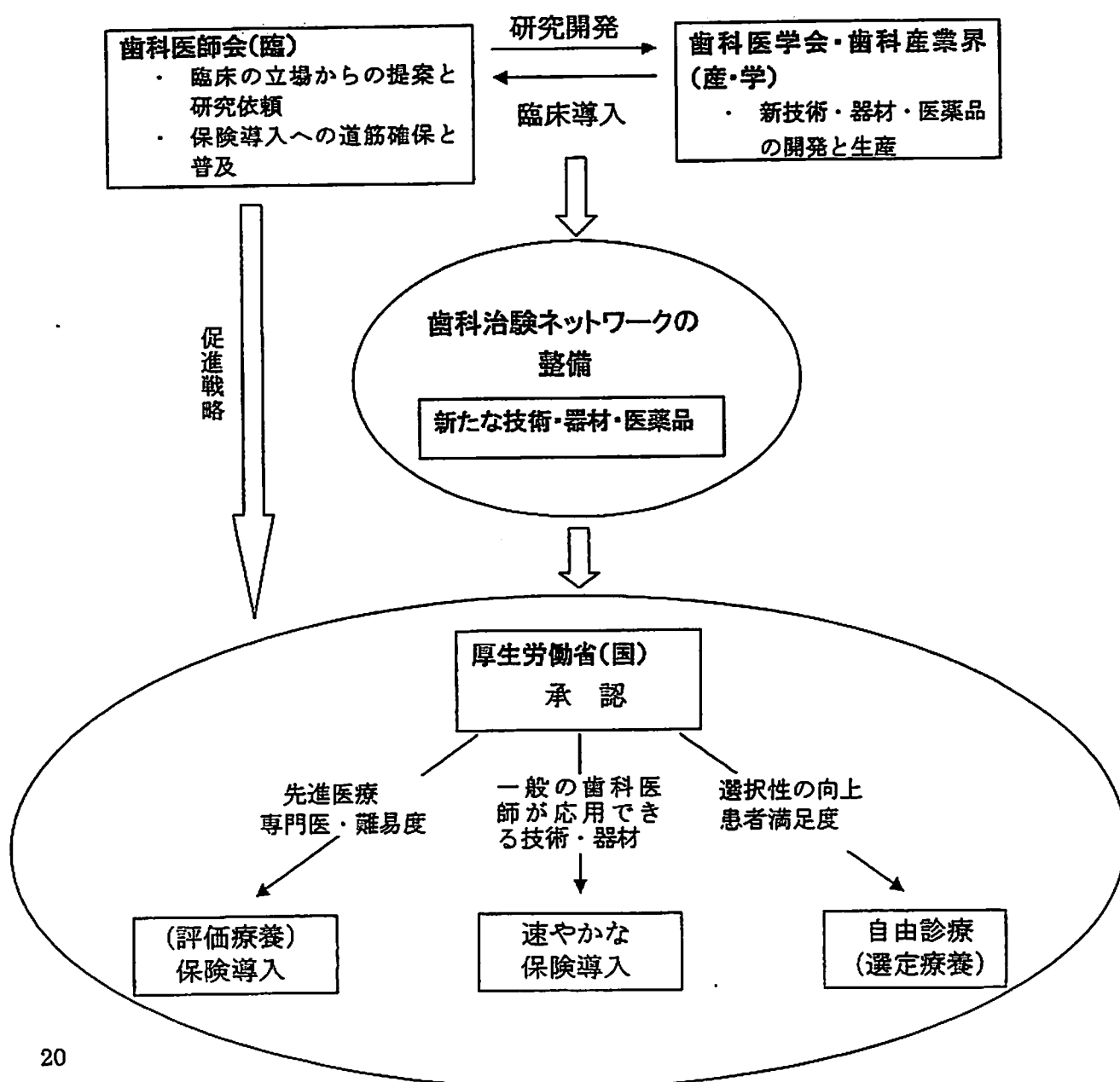


＜政策項目7＞イノベーションの促進

現在、歯科医師過剰と医療費抑制政策のため、歯科医療従事者の経済的基盤が極めて脆弱であり、この脆弱な経済状態が原因で歯科医療技術の新規開発は鈍化していると言える。加えて、歯科における新医療技術等はそのインパクトの弱さから、保険導入が滞る傾向にあることは否めない。

そこで今後は、産・学・臨+公の体制での研究開発（医療・保健・介護分野）および治験、さらに提供システムの構築等を促進していくことが重要であり、2006年に行われた歯科医療機器産業ビジョン作成にあたった連携協力関係が、その一助となるものと考えられ、下図にあるようなネットワークの整備を提言したい。例えば、現在の歯科医療保険の中心となっている金属（成分にレアメタルが含まれていて投機対象となっており、価格並びに供給が不安定）の代替材料の開発などは、保険医療支出を安定化し、国益にも繋がるものとする。

歯科におけるイノベーションと臨床導入の流れ



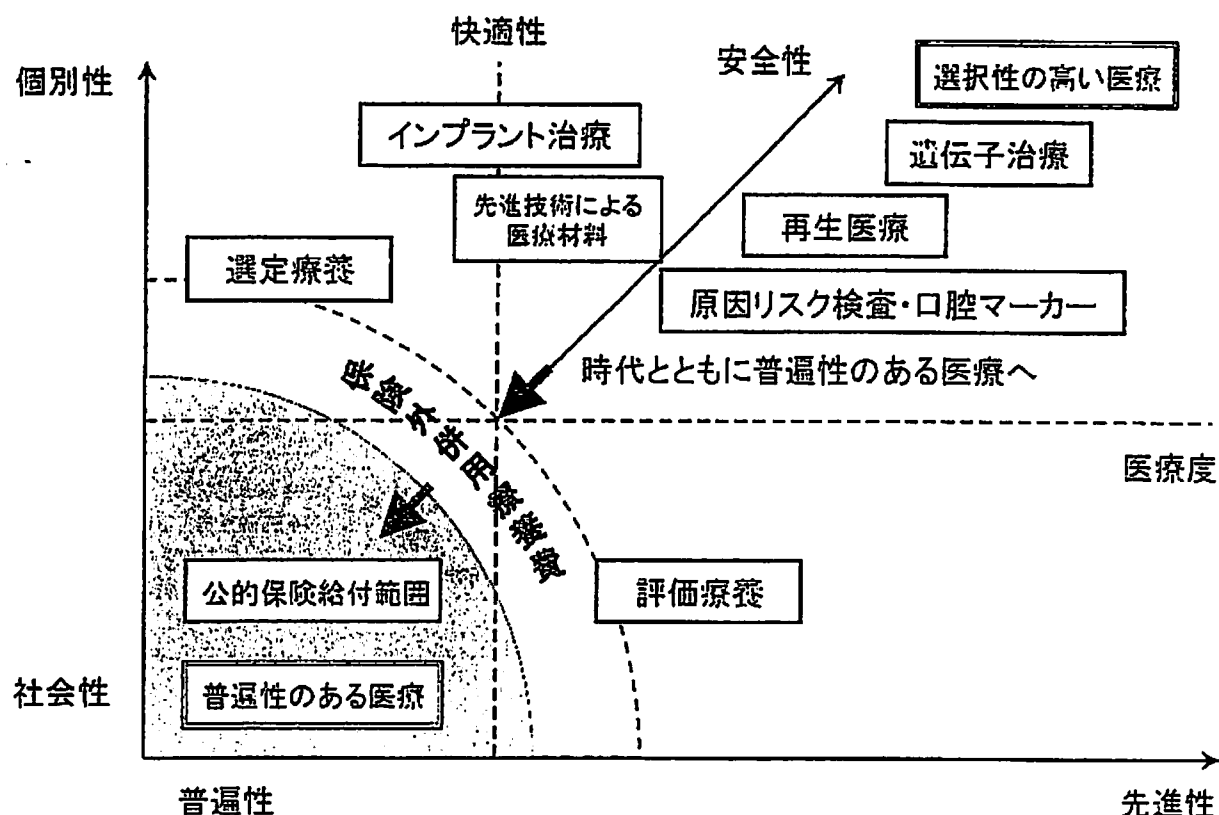
＜政策項目 8＞保険外併用療養費制度の改善（混合診療問題の解決に向けて）

いわゆる混合診療の原則自由化を提言している規制改革会議と、保険診療と保険外併用療養費制度の運用を基本とする厚生労働省の考えは相反している。また、平成19年11月の東京地裁の判決では、原告の主張通り混合診療の原則禁止について現行法の根拠なしとしたが、平成21年9月の東京高裁では、原告が逆転敗訴した。

平成20年度診療報酬改定では歯科の先進医療技術の一部が保険導入されたが、今後の歯科医療における導入に係る課題や混合診療のあり方について、方向性を示す必要がある。フリーアクセス、現物支給、出来高払いによる国民皆保険制度の堅持を大前提として、歯科医療技術の進展と患者ニーズの高まりに高度・先進医療（評価療養）で応えとともに、保険外併用療養費制度の適用治療技術（選定療養）の拡大を図ることが、必要である。

また現状では、混合診療の導入が保険給付範囲の縮小や患者負担の増大を来す可能性が高いことが、全面解禁反対の主事由であり、現行制度の運用を基軸とすることはやむを得ないが、行政による保険指導等において不合理な解釈がなされることにより、歯科医療の現場での規制や拘束が強まる事態については、その回避に向けて、本制度の運用を見直すべきである。

公的医療保険と保険外併用療養費制度の考え方



＜政策項目9＞口腔保健法（仮称）の整備

国民の生涯にわたる口腔保健の維持増進を効果的に推進するためには、口腔保健に係る新たな法的基盤が必要である。とりわけ、成人期以降の歯科の法整備は極めて弱く、各ライフステージに対応できる切れ目のない口腔保健対策を担保するための、実行法の制定が求められる。

また、保健・医療・介護・福祉分野の様々な施策と、歯科関連施策との連携を確保するための法整備としても必要であり、まずは国民の視点に立った歯科に係る理念を明確にし、基本的な考え方を示したのが、以下の図である。

また、別表は国民のライフステージ、つまり周産期から高齢期までの歯科的課題と現行の法整備などをまとめたものである。医科と比べても、国民の歯科保健・医療・介護を推進するための法的基盤が未整備であることが分かる。

