

基礎研 レポート

歯科医療の変化

かかりつけ歯科医は何をすべきか？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

0—はじめに

日本では、高齢化が進んでいる。2025年には、団塊の世代(1947～49年生まれ)が全て75歳以上となり、後期高齢者医療制度に加入する。現在、医療・介護制度は、財政面、サービス提供面から変革を迫られている。例えば、厳しい医療・介護財政の中で、不要な入院を減らすべく、病院の病床規制が厳格化されている。併せて、完治ではなく寛解を目指す息の長い医療を、患者の自宅や介護施設等で行うべく、在宅医療・介護等のサービス提供体制が整備されつつある。こうした流れに沿って、全国で、地域包括ケアシステムの実現に向けた準備が進められている。

地域包括ケアシステムでは、医療機関から地域へと、医療の現場が広がっていく。医療機関に入院したり、通院したりするだけでなく、自宅や、介護施設で医師などの訪問により、診療を受けることが増えていく。歯科医療も、同様である。特に、高齢者・要介護者の生活の質(Quality of Life, QOL)の維持・向上を図る上で、口腔ケアは重要となる。

こうした点を踏まえて、歯科医療の現状や、変化の方向性について、紹介していくこととしたい。本稿を通じて、読者に、歯科医療への関心を高めていただければ、幸いである。

目次

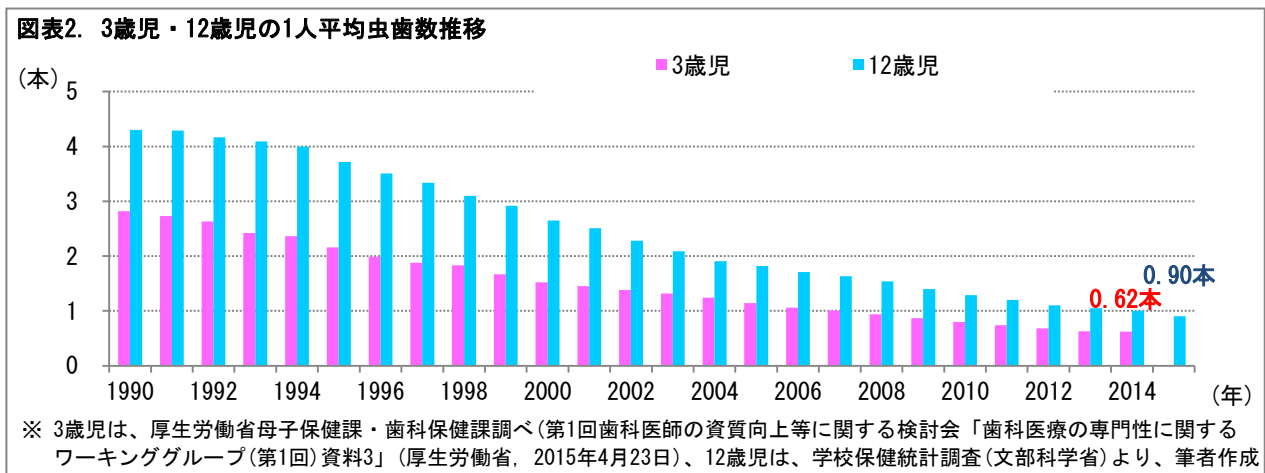
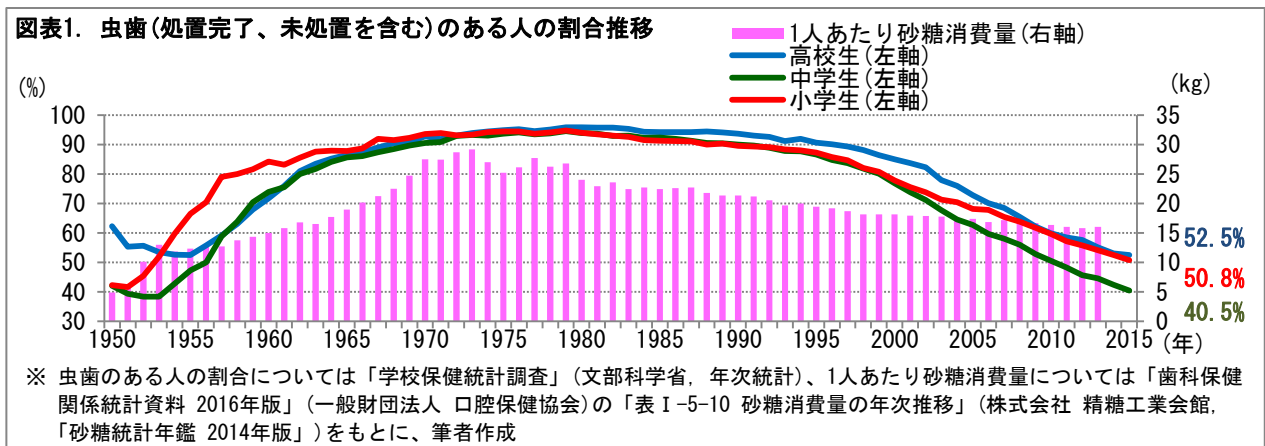
0 —はじめに	1
1 —虫歯と歯周病の状況	3
1 虫歯は近年減少している	3
2 歯周病のケアも進んでいる	4
3 歯を多く残す人が増えている	4
2 —歯科診療の現状	5
1 歯科の患者数は横這い	5
2 歯科の患者は 60 歳代後半がピーク	5
3 歯科患者の 1 日あたり医療費は、あまり増えていない	6
4 歯科診療は医学管理が上昇、在宅医療も伸びを見せている	6
5 歯科健診は浸透しつつある	7
3 —歯科診療所の経営	7
1 歯科医療費は横這いで、国民医療費全体に占める割合は低下している	7
2 歯科医師の数は、診療所従事者を中心に、年々増加している	8
3 歯科診療所の数は横這いとなっている	8
4 歯科診療所の収益力は医科一般診療所の半分以下	9
4 —コ・デンタルの状況	10
1 ニーズの高まりとともに歯科衛生士の数は年々増加している	10
2 歯科技工士は若年層の拡充が急務	10
3 コ・デンタルの処遇改善が必要か	11
5 —歯科医療の変化	12
1 インプラントは 2010 年代に入って再び増加傾向	12
2 歯科医療は、形態から機能への変化が求められるようになった	14
3 口腔ケアと全身疾患の関連性が明らかになりつつある	14
4 歯科の予防管理が浸透しつつある	15
5 高齢者への在宅歯科医療が始動している	16
6 歯科医師は、かかりつけ歯科医として地域歯科医療を拡充することが期待されている	17
6 —おわりに [私見]	18

1—虫歯と歯周病の状況

戦後70年を経て、歯や口腔は、どう変化してきたのか。日本の歯科医療は、うまく機能してきたのか。まずは、その結果を端的に表す、虫歯¹や歯周病²の状況について、これまでの推移を見ていくこととしたい。

1 | 虫歯は近年減少している

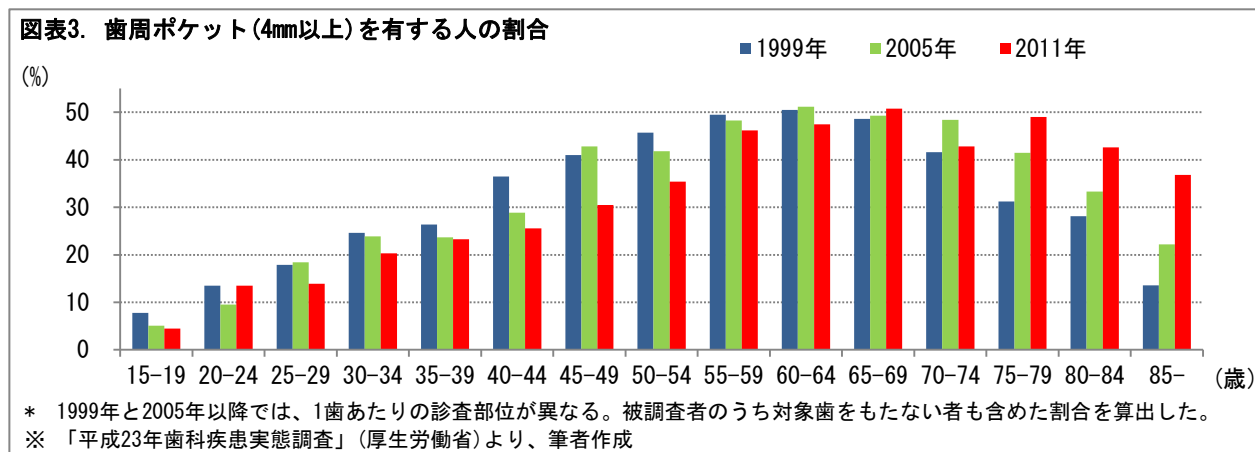
日本では、戦後数年間に渡り、砂糖の供給が少なくなるなど、食糧事情が逼迫した。その結果、虫歯を持つ子どもの割合は、小学生は1951年度に41.6%、中学生は1953年度に38.3%、とそれぞれ最低値を記録した。その後、食糧の供給が回復するとともに、子どもの虫歯も増加していった。1970年代には、小、中、高のいずれでも、虫歯を持つ子どもの割合が90%を超え、子どもの虫歯が社会問題の1つとされた。文部省(当時)は、1978年に「むし歯予防推進指定校³」を設置して、学校、家庭、地域社会の連携による「むし歯予防推進事業」を展開した。それ以降、社会全体で、歯の予防に関する意識が向上していった。その結果、2015年には、虫歯を持つ子どもの割合は、小学生50.8%、中学生40.5%、高校生52.5%に低下した。子どもの虫歯の数も減少し、直近では、3歳児で1人あたり0.62本(2014年)。12歳児で同0.90本(2015年)となっている。



¹ 歯科医学用語では、齲蝕(うしょく)と呼ばれる。口腔内の細菌が糖質から作った酸によって、歯質が脱灰されて起こる。
² 歯周組織(歯肉、セメント質、歯根膜、歯槽骨)に発生する慢性疾患。生活習慣病の1つとされる。かつては、重度の歯周病は、歯槽膿漏(しそうのうろう)と呼ばれることもあった。
³ 指定校の設置は、1996年まで行われた。その後も、予防事業は続いている。2007年より、一般社団法人 日本学校歯科医会が「生きる力をはぐむ歯・口の健康づくり推進事業」として、実施している。

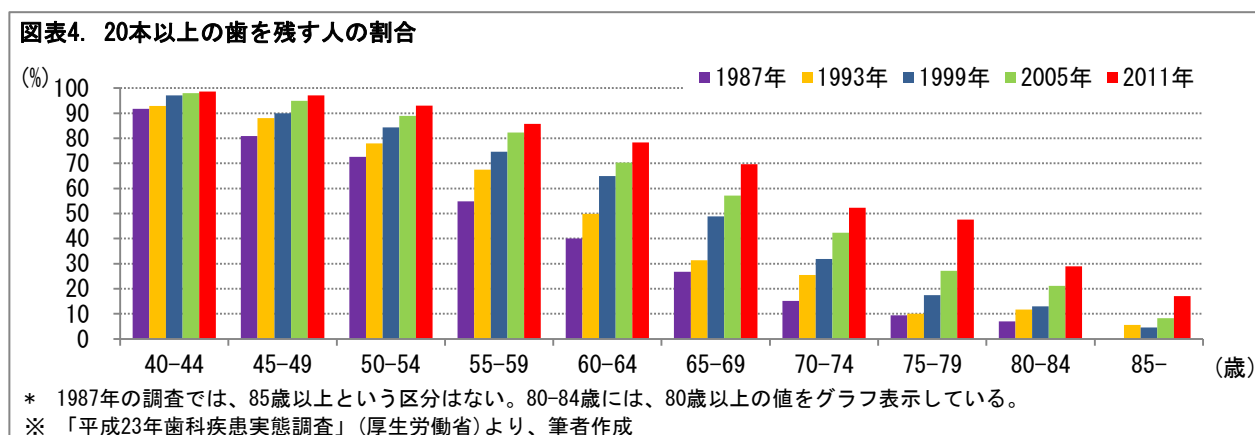
2 | 歯周病のケアも進んでいる

一方、歯周病についても社会の認識が高まり、ケアが進んできた。それとともに、歯周病の原因となる歯周ポケット⁴の状況は、65歳未満の年齢層で改善してきた。65歳以上は、歯周ポケットを持つ人の割合が上昇しているが、これは、歯が残っている高齢者が増加したためと見られる。歯周ポケットを有する人の割合のピークの年齢層は、徐々に高齢にシフトしている。今後は、65歳以上の高齢層においても、健全な歯周組織を持つ人が増えるものと考えられる。



3 | 歯を多く残す人が増えている

虫歯と歯周病の減少により、口腔の健康状態は、着実に改善している。2011年には、70～74歳の人で、20本以上の歯を残す人が半数を超えている。この年齢層では、平均17.3本の歯が残っている。以前は、虫歯や歯周病の治療として、抜歯が選択されることが一般的であった。しかし、現在、歯科医療は、患者の歯を一本でも多く残す方向に進んでいる。近年、そのための技術や機器⁵も進歩してきた。厚生労働省は、8020運動(ハチマルニーマル運動、80歳で20本の歯を残そうというスローガン)を提唱し、歯をできるだけ残して自分の歯で食べ物を噛むことの重要性を広めてきた。その結果、歯を残す人は増えた。2011年には、80歳時に20本以上の歯を残す人は38.3%⁶と過去最高に達している。

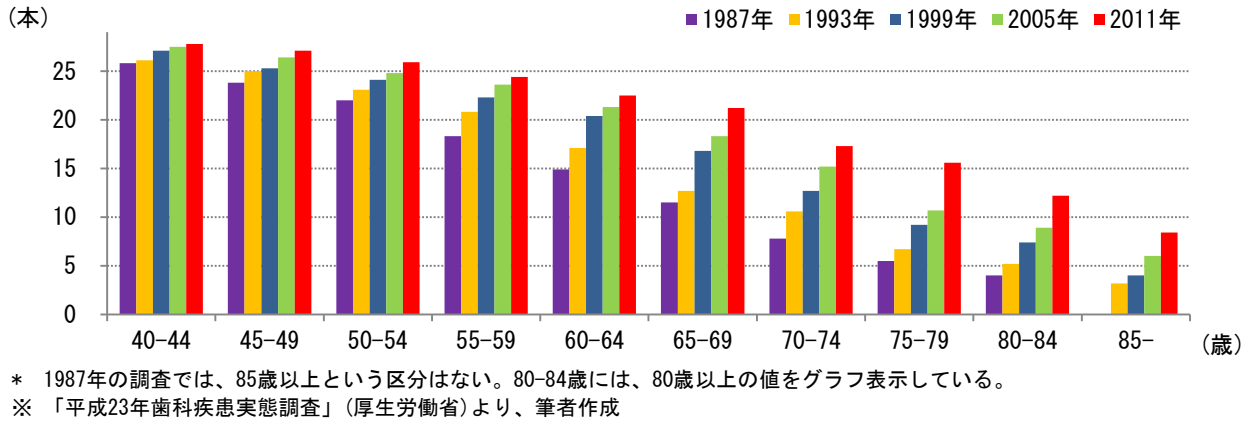


⁴ 歯と歯肉の間にある隙間(歯肉溝)は、健康な人で1~2mmある。歯を支える歯槽骨や、歯と歯槽骨をつなぐ歯根膜が細菌に破壊されると、この隙間が広がり、歯周ポケットと呼ばれるようになる。歯周ポケットにたまった歯垢を放置すると、歯周病の原因になる。(「デジタル大辞泉」(小学館)の「歯周ポケット」の解説を、筆者が一部改変)

⁵ 例えば、根管治療(細菌に感染した歯の、神経や根の部分の治療)のための「手術用マイクロスコープ」や「歯科治療用CT機器」など。

⁶ 75~79歳と、80~84歳の結果より推定されたもの。

図表5. 1人平均現在歯数



2— 歯科診療の現状

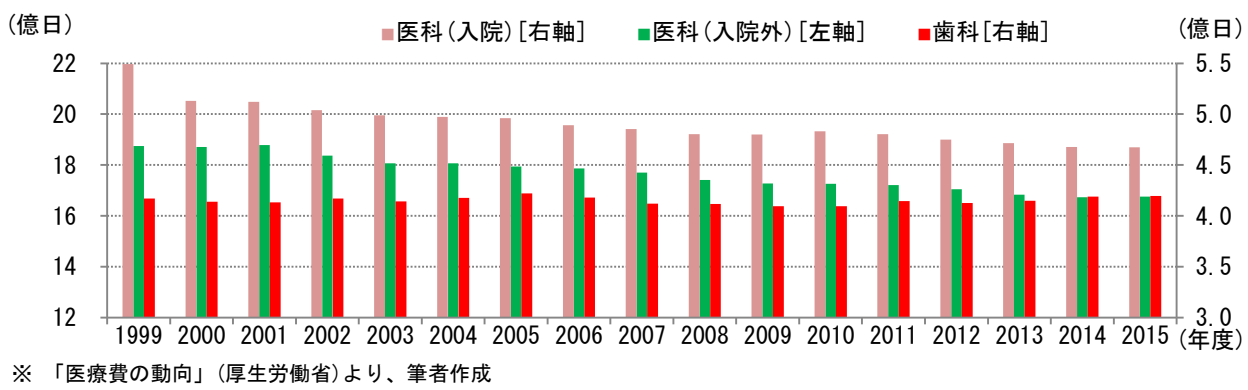
次に、口腔保健を支える歯科診療の様子を見ていくこととしたい。

1 | 歯科の患者数は横這い

日本では、歯科の患者は、どのように推移しているのだろうか。患者数の比較のために、医科と歯科の受診延べ日数(外来および入院で受療した日数の年間合計)の推移を並べてみる。受診延べ日数は、医科では入院、入院外とも、徐々に減少している。このうち、入院では、病床数規制や入院日数の短期化といった取り組みがなされてきた。また、2003年には、被用者保険の自己負担割合が2割から3割に引き上げられた。これらの結果、医科については、患者数は減少してきたものと見られる。

これに対して、歯科では、受診延べ日数は、ほぼ横這いで推移している。歯科でも、被用者保険の自己負担割合引き上げの影響はあったものと考えられる。しかし歯科は、外来の診療が中心で、入院に関する規制については、ほとんど影響を受けなかったと見られる。むしろ、歯を残している高齢者が徐々に増加していることが、患者数の維持につながってきたものと考えられる。

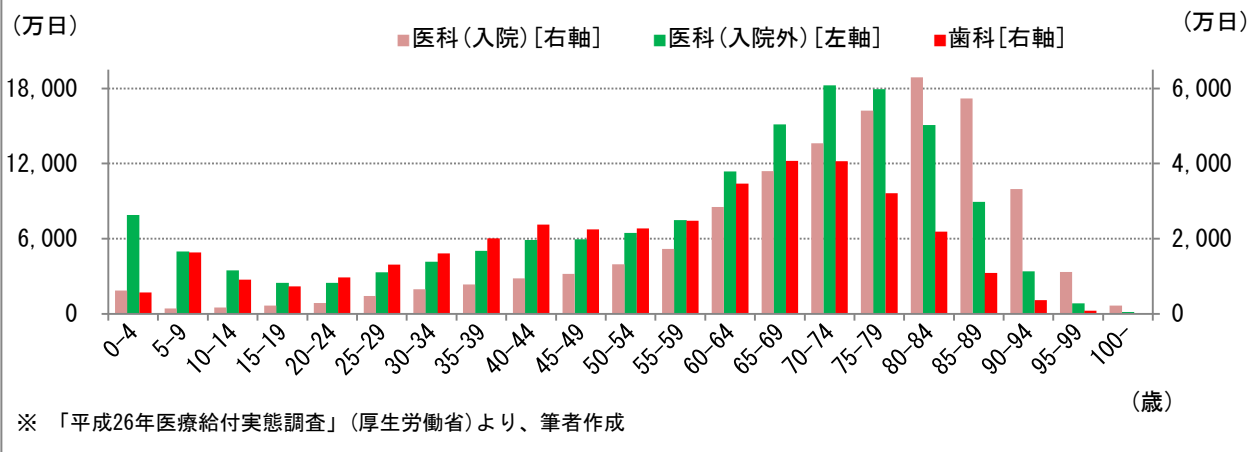
図表6. 受診延べ日数推移



2 | 歯科の患者は60歳代後半がピーク

診療を年齢別に見てみよう。高齢に進むに連れて受診は増加する。医科の入院外は70歳代前半、入院は80歳代前半が受診のピークとなっている。これに対して、歯科は60歳代後半にピークが来ている。従来、高齢に進むと歯が残っていなかったために、歯科受診は減少していたものと考えられる。

図表7. 受診延べ日数（年齢階級別）[2014年]

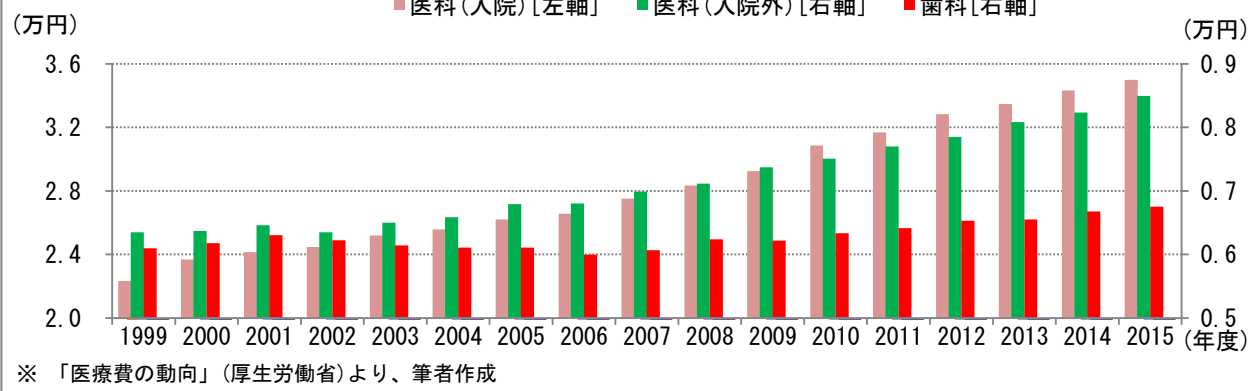


3 | 歯科患者の1日あたり医療費は、あまり増えていない

患者の1日あたり医療費の推移を見てみよう。医科は、入院、入院外とも、顕著な増加を示している。これは、高齢化や、医療の高度化によるものと考えられている。これに対して、歯科では、1日あたり医療費は増加しているものの、急激な増加傾向は、見られていない。

第1節の患者数の傾向と、本節の歯科患者の1日あたり医療費を合わせて考えてみよう。医科の場合、患者数の減少を大きく上回る勢いで1日あたり医療費が増加しており、全体の医療費もハイペースで増加している。これに対して、歯科の場合、患者数は横這いで、1日あたり医療費が緩やかに増加しており、全体の医療費も緩やかに増加することとなる。この点は、次章で見ていくこととしたい。

図表8. 受診1日あたり医療費推移



4 | 歯科診療は医学管理が上昇、在宅医療も伸びを見せている

歯科診療は、どのような内容となっているのだろうか。一口に、歯科診療と言っても、その中身は様々なものとなっている。例えば、診断のための「検査」や「画像診断」、治療計画の作成管理や口腔衛生実地指導等の「医学管理等」、実際の治療である「処置」、「歯冠修復及び欠損補綴(ほてつ)」、「手術」などが挙げられる。診療報酬の金額をもとに、歯科診療費の構成を見ると、歯冠修復・欠損補綴が全体の約4割を占めている。しかし、これは低下傾向にあり、代わって、医学管理等や、在宅医療が伸びている。歯を削ったり、抜歯した後の歯冠装着や補綴といった処置を行う治療から、歯科に関する指導を行う医学管理等や、患者の高齢化に伴う在宅医療に、診療の中身がシフトしている様子がうかがえる。

図表 9. 診療 1 件当たりの医療費 (平均)

(円, %)

	2000 年	(占率)	2015 年	(占率)	増減額
総数	14,746	(100)	12,280	(100)	-2,466
■ 歯冠修復及び欠損補綴	7,390	(50)	4,628	(38)	-2,762
■ 処置	2,248	(15)	2,285	(19)	+37
■ 初・再診	1,717	(12)	1,593	(13)	-124
■ 医学管理等	1,038	(7)	1,300	(11)	+262
■ 検査	746	(5)	808	(7)	+62
■ 画像診断	495	(3)	500	(4)	+5
■ 手術	587	(4)	342	(3)	-245
■ 在宅医療	51	(0)	321	(3)	+270
■ その他	474	(3)	503	(4)	+29

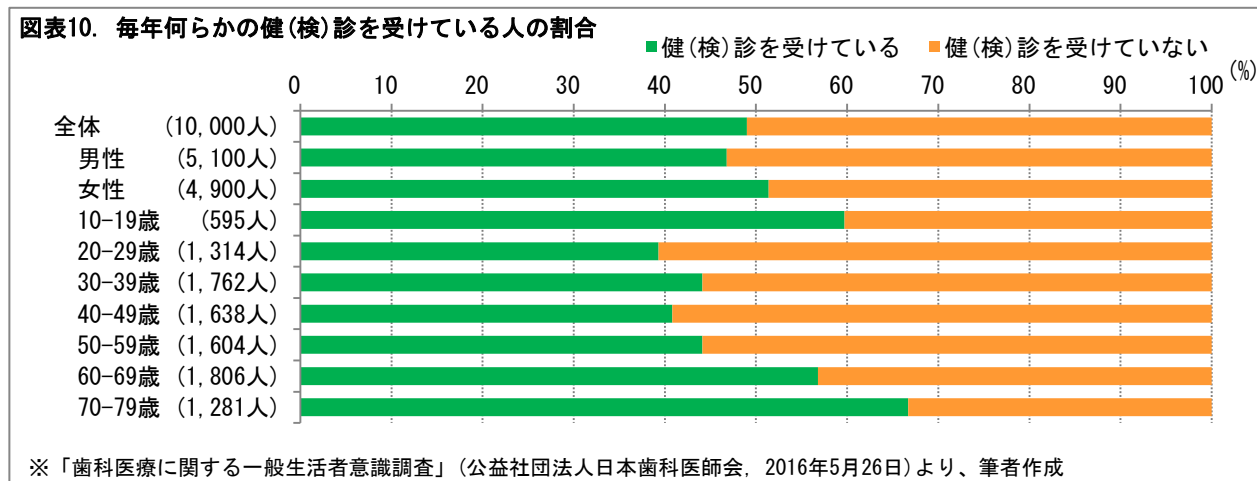
* 2000 年と 2015 年の間には、何回か診療報酬改定が行われ、義歯調整関連の医療費の区分が、歯冠修復及び欠損補綴から医学管理等に
移されている。具体的には、2000 年の歯冠修復及び欠損補綴のうち、「有床義歯調整指導」(138 円(一般と老人の合計))が、2015 年の
医学管理等のうち、「新製有床義歯管理料(1 口腔につき)」(44 円(困難な場合と困難でない場合の合計))に移行、などとなっている。

※「平成 12 年 社会医療診療行為別調査」「平成 27 年 社会医療診療行為別統計」(厚生労働省)より、筆者作成

5 | 歯科健診は浸透しつつある

日本歯科医師会が実施したアンケート調査によると、毎年 1 回は歯科健診を受けているという人は、約半数(49%)に上っている。性別では女性、年齢層では中齢よりも高齢の方が、その割合は高くなっている。これらの層における、歯や口腔ケアに対する意識の高まりがうかがえる。

図表 10. 毎年何らかの健(検)診を受けている人の割合



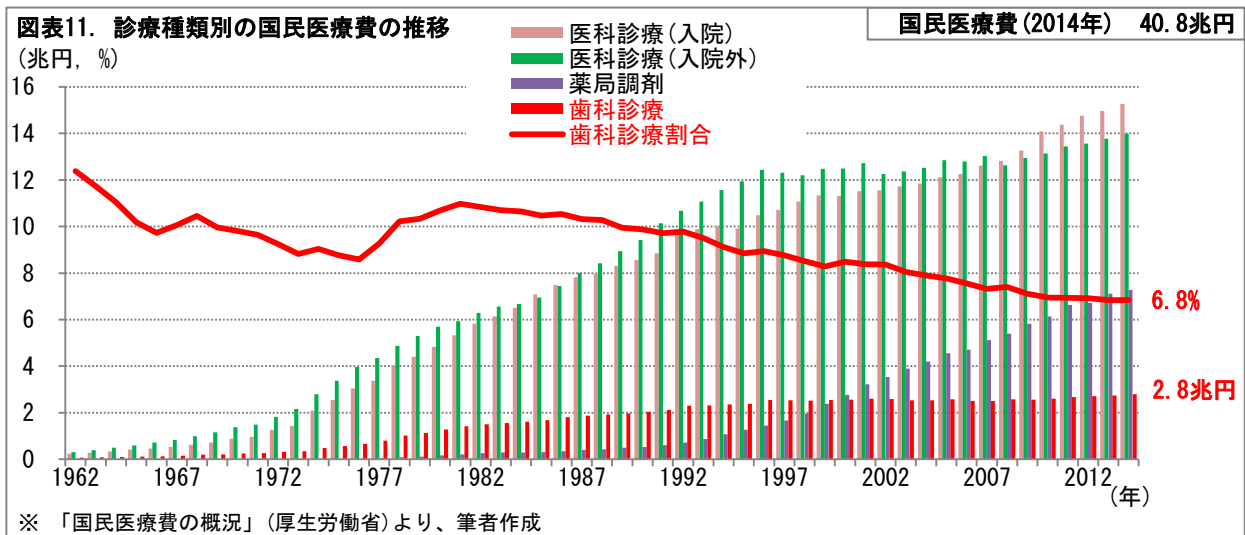
3—— 歯科診療所の経営

医科では、診療所や病院で診療が行われる。歯科にも、病院での診療はあるが、診療の中心は、歯科診療所となっている。歯科診療所は、歯科医師が自ら経営を行うことが一般的である。そこで、歯科医師の視点から、歯科診療所の経営実態を見てみよう。

1 | 歯科医療費は横這いで、国民医療費全体に占める割合は低下している

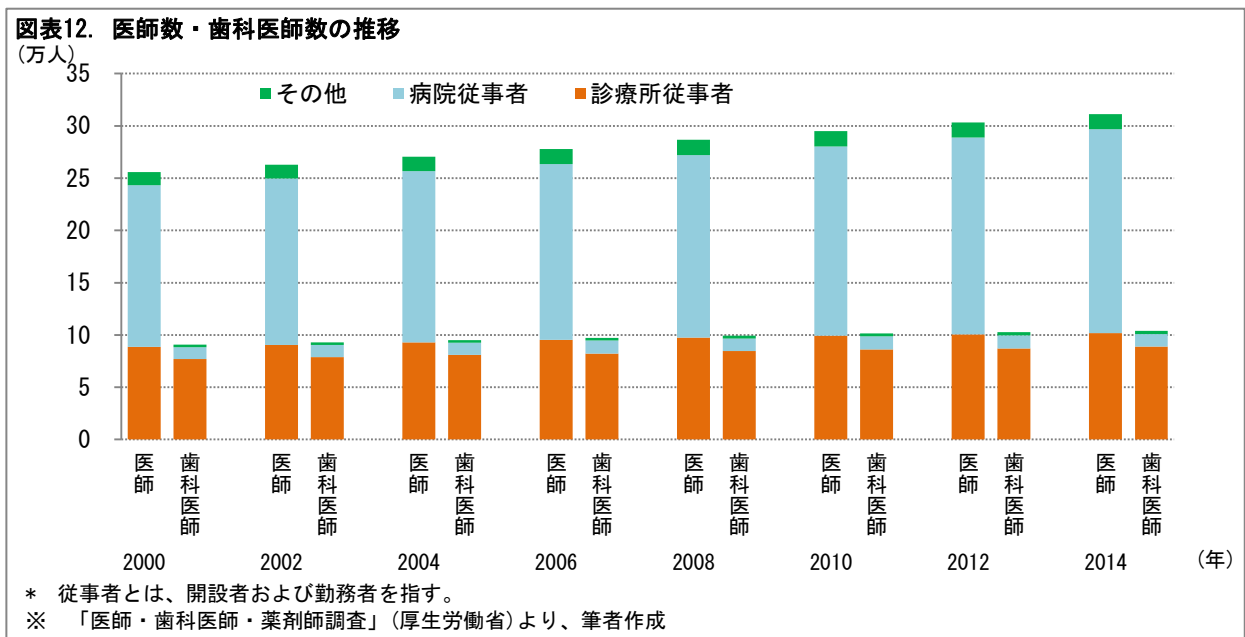
国民医療費は、年々増加している。高齢化の進展に伴い、医科診療や薬局調剤が増加していることが、その原因となっている。一方、歯科医療費は、近年、2 兆円台後半で緩やかな上昇となっている。この結果、国民医療費全体が伸びる中で、歯科医療費の占率は徐々に低下しており、2014 年には 7% 弱となっている。このように、医療費の面で、歯科は、医科とは異なった動きを見せている。人口の

高齢化にもかかわらず、近年、歯科医療のマーケットは、ほぼ横這いで推移していると言える。



2 | 歯科医師の数は、診療所従事者を中心に、年々増加している

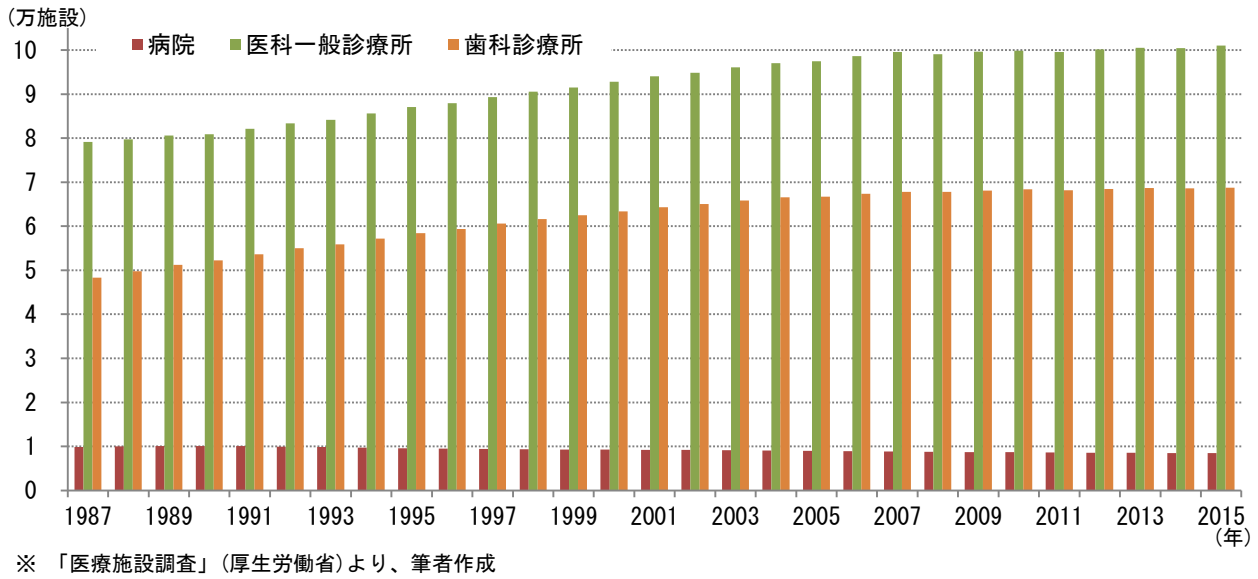
歯科医師数の推移を見てみよう。歯科医師は医師と同様、年々増加している。病院従事者が多い医師とは異なり、歯科医師は、大半が診療所に従事していることが見てとれる。診療所従事者の数を比較すると、医師と歯科医師が拮抗している。



3 | 歯科診療所の数は横這いとなっている

次に、医療施設数の推移を見てみよう。歯科診療所は、2000年代以降、6万台の施設数でほぼ横這いとなって推移している。歯科診療所は、医科一般診療所と相似形で推移しており、医科の約7割となっている。医科の医療費が増加する反面、歯科の医療費が横這いであることを踏まえると、歯科診療所は競争が激しくなっていることがうかがわれる。

図表13. 医療施設数の推移



4 | 歯科診療所の収益力は医科一般診療所の半分以下

実際に、歯科診療所の収支状況を見てみよう。1施設あたりの歯科診療所の損益は、平均して、医科一般診療所の半分以下にとどまっている。医科に比べて、歯科の収支状況の厳しさが見てとれる。

図表14. 診療所の収支状況(平均) (万円)

	医科一般診療所		歯科診療所	
収益	8,639.0	(100)	4,077.6	(47)
費用	6,027.4	(100)	2,803.0	(47)
損益	2,611.5	(100)	1,274.6	(49)

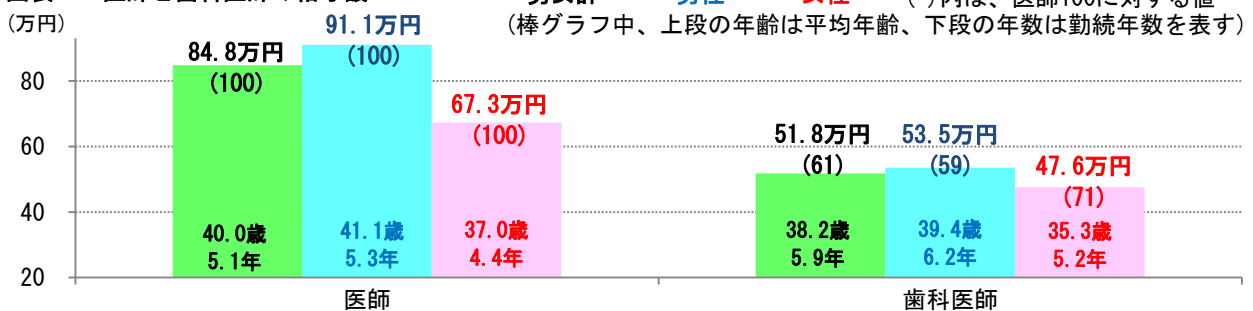
* 2014年度の個人立ての施設の場合。医科一般診療所は、入院診療収益なし。()内は、医科に対する割合(%)。

収益は、医業収益と介護収益の合計。損益は、税引き前。

※ 「第20回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告-平成27年実施-」(中央社会保険医療協議会,平成27年11月)より、筆者作成

医師と歯科医師の給与を比較してみよう。比較に際して、平均年齢や勤続年数に違いがあることに留意が必要だが、歯科医師の給与は、医師の給与に対して、男性で約6割、女性で約7割の水準となっている。概ね、歯科医師は、医師に比べて給与水準が低い傾向となっている。

図表15. 医師と歯科医師の給与額



* 給与額は、「きまって支給する現金給与額」を指し、労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額。基本給のほか、家族手当、超過労働手当を含むが、賞与は含まない。なお、手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。いずれも、企業規模10人以上の場合。

※ 「平成27年賃金構造基本統計調査」(厚生労働省)をもとに、筆者作成

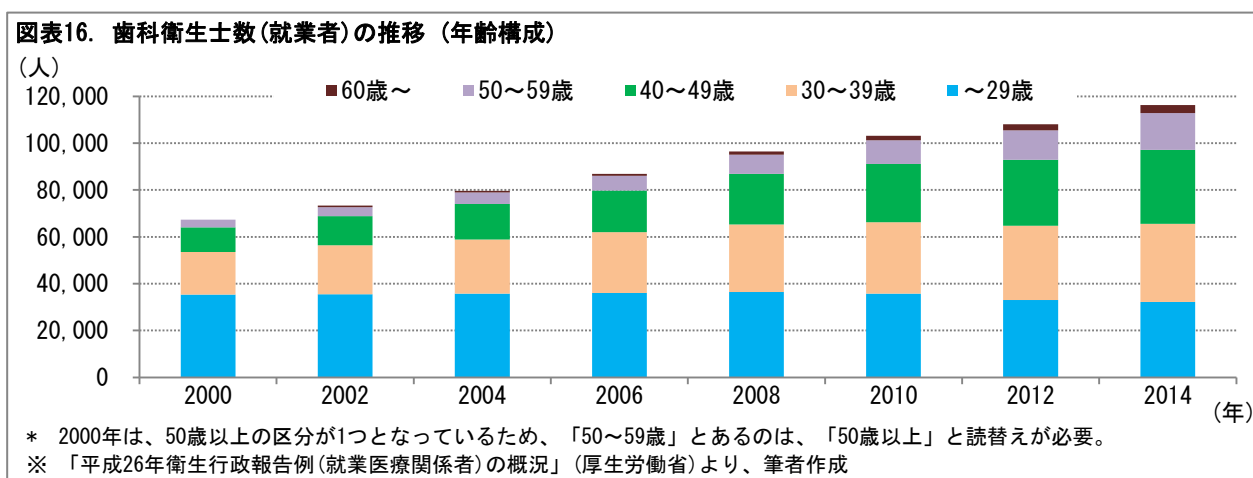
4—コ・デンタルの状況

歯科医療は、歯科医師だけで行う訳ではない。歯科衛生士や歯科技工士という、コ・デンタルの補助が必要となる。ここでは、その役割や状況について、概観していこう。

1 | ニーズの高まりとともに歯科衛生士の数は年々増加している

歯科衛生士は、患者指導から歯石除去等のケアまで、幅広いニーズに応えている。近年、活躍の機会が増しており、その数は増加している。歯科衛生士の約9割は、歯科診療所で勤務している。日々、患者と接して、口腔ケアに従事する職種として、歯科診療所では欠かせない存在となっている。

歯科衛生士の役割で、特に重要なのが、歯石除去⁷である。歯石は、歯周病の原因となる細菌の異常繁殖が原因であり、歯石の除去により、歯周病の拡大を防ぎ、歯槽骨の破壊のスピードを抑えることができるとの見方がある⁸。これにより、高齢者が歯を残すことにつながる可能性もある。



2 | 歯科技工士は若年層の拡充が急務

歯科技工士は、デジタル技術との競合から、存続が危ぶまれている。近年、その数は減少傾向にある。特に、20歳代や30歳代の若年層の歯科技工士の数が減っており、高齢化が進んでいる。

歯科技工士は、病院や歯科診療所での勤務者が約3割であり、約7割は歯科技工所で就業している。歯科技工所で就業する歯科技工士は、歯科医師からの注文に応じて補綴物等の製作を行っており、原則として、歯科患者に接することはない。近年、歯科技工所の数は、徐々に増加している。2014年末現在で、20,166の歯科技工所がある。そのうち、歯科技工士が1名の技工所は15,409カ所(76%)、2名の技工所は2,475カ所(12%)を占めている⁹。歯科技工所の多くは、零細な経営となっている。

歯科技工では、CAD/CAM¹⁰・3Dプリンターのデジタル技術の活用を通じて、技術の高度化を図ることが求められている。しかし、CAD/CAM装置は導入にあたり高額な投資が必要となるなど、零細な歯科

⁷ 歯の表面の歯石除去(スケーリング)と、歯周ポケット内の歯石除去(ルートプレーニング)がある。いずれも、歯科医師や歯科衛生士による口腔メンテナンスが必要とされる。なお、以前は、歯石除去には保険が適用されなかったが、2002年に保険規則が改正されて、保険適用となった。ただし、保険治療の虫歯検査・歯周病検査を同時に受ける必要があり、歯石除去単独で保険を適用することはできない。また、保険規則には、「段階的に行わなければならない」というルールがあるため、保険で歯石除去を行う場合は、1回で歯周ポケットの中の歯石まで除去することはできない。

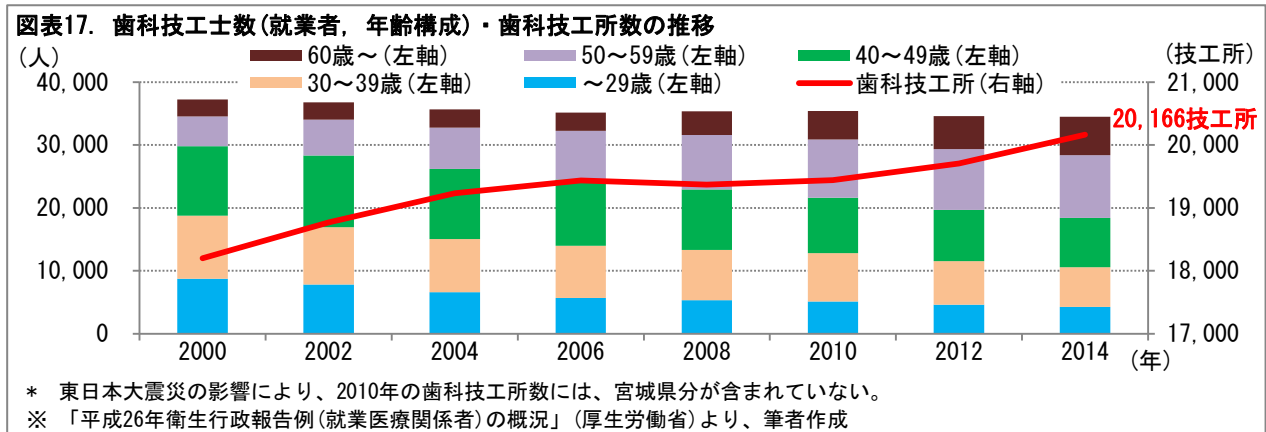
⁸ 「ニッポンの歯の常識は?(ハテナ)だらけ」(河田克之・赤松正雄, ワニブックス)の、「第二部 質疑応答編」をもとに記載。

⁹ 「平成26年度衛生行政報告例」(厚生労働省)による。

¹⁰ CADは、Computer Aided Designの略で、コンピューター援用設計を指す。CAMは、Computer Aided Manufacturingの略で、コンピューター援用製造を指す。補綴物等の計測、設計、加工を、コンピューターを援用して正確に行う技術のこと。

技工所では対応が困難な場合がある。機材の導入ができずに、受注が減少し、技工所の経営が厳しくなるといふ、悪循環に陥るケースが見られる。

このように、歯科技工士の高齢化と、歯科技工所の零細性が、経営上の課題と考えられる。



今後、歯科技工士は、歯科医師との連携を強化して、品質の高い技工物を、確実に製作していくことが基本となろう。歯科技工に係る機械設備がどれだけ充実・高度化しても、歯科技工士なくしては、機能、審美面で、質の高い補綴物等を提供することは難しいとの見方は多い。

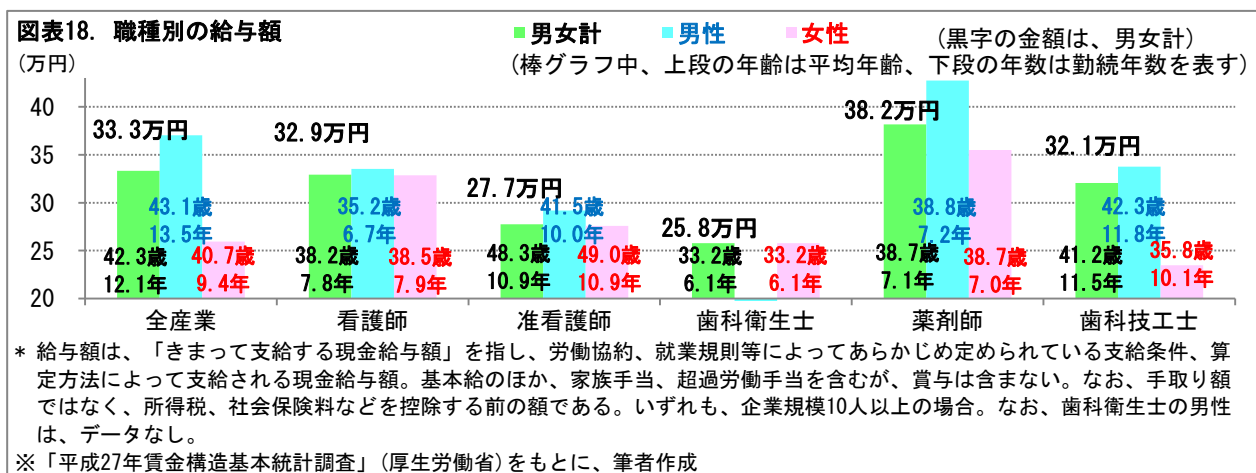
技術面では、補綴、義歯、矯正といった諸分野に分かれて、専門特化を図るよりも、オールマイティの歯科技工を目指すことが必要と考えられる。また、併せて、歯科患者の側からは見えにくい歯科技工士という職種について、社会的プレゼンスを高める取組みも、求められよう。¹¹

3 | コ・デンタルの処遇改善が必要か

歯科衛生士、歯科技工士は、看護師や医科のコ・メディカルと比べて、給与が少ない傾向にある。

比較に際して、平均年齢や勤続年数の違いに留意が必要ではあるが、歯科衛生士は、看護師よりも給与が少なく、准看護師と同程度となっている。

また、男女計で見たときに、歯科技工士は、看護師や薬剤師よりも平均年齢が高く、勤続年数が長いにもかかわらず、給与が少ない状況となっている。歯科技工士の若年層の拡充のためには、処遇改善を含めた社会的認知度の向上が求められるものと考えられる。



¹¹ 歯科技工士の資格についても、均一化等の品質向上が図られている。従来、国家試験の問題は、都道府県ごとに異なっていたが、2016年より、全国で同一の問題となるよう統一化された。

5— 歯科医療の変化

本章では、これまでの章の流れを受けて、歯科医療の変化の方向性について、論じることとしたい。

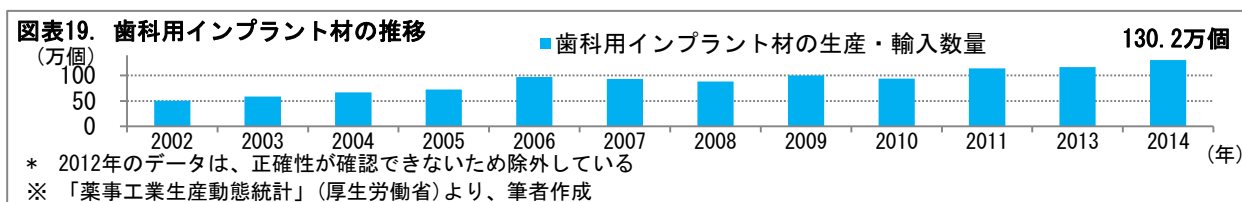
1 | インプラントは 2010 年代に入って再び増加傾向

従来、虫歯の治療として、歯を削り、その後に詰めものをしたり(インレー)、被せものをしたり(オンレー(部分的な被せ物)、クラウン(全面的な被せ物))することが中心であった。虫歯が進行していると、歯の神経が炎症を起こして、ズキズキとした痛みや、飲み物による強いしみを感じることもある。この場合、痛みを取り除くために、歯の神経をとる抜髄が行われることもある。抜髄後の修復方法として、さし歯が行われるのが主流とされてきた。しかし、残っている歯の根の部分が割れてしまうと、抜歯せざるを得ない状態になることが多い。抜歯した箇所の回復方法として、義歯(部分入れ歯)、ブリッジ、インプラントの3つがある。義歯は、バネを用いた取り外し式のものだが、使用者の違和感が強く、取り外しの度に洗浄が必要で面倒とされる。ブリッジは装着感や使い勝手はいいが、抜歯した両隣の健康な歯を削らなくてはならないという問題がある。審美面でも、銀歯が連なる点は、患者にとって好ましくないものと考えられる。インプラントは、堅い金属のチタンで作られた人工歯根を歯槽骨に直接取り付ける。装着感、使い勝手がいい上に、白色のチタンは審美面でも優れている。ただし、インプラントは保険適用外であり、治療の際、患者に高額の治療費負担が必要となる¹²。

チタンのインプラントは 1990 年代に実用化された。当初は、健康保険の適用がないことから、品質への不安がささやかれた。しかし、2000 年代にインプラントを手がける歯科医師が増え、義歯やブリッジよりも優れているなどと評価が高まり、インプラントブームが発生した。2007 年には、インプラント広告が解禁となり、ブームが後押しされた。その後、暫くブームは続いたが、低価格化とともに、一部の歯科医院で、治療の品質低下が見られるようになった。こうした状況で、インプラント手術に伴う死亡事故が発生した¹³。治療や、その説明に関する訴訟が多発して、ブームは終息を迎えた。

なお、インプラントの品質の維持・向上に向けて、インプラントを取り扱う歯科医師が参画する日本口腔インプラント学会では、2012 年より、口腔インプラント治療指針を作成、公表している¹⁴。

こうしたなか、2010 年代に入って、インプラントの取り扱いは、再び増加している。インプラント手術を取り扱う歯科診療所は、2014 年に 2.4 万施設を超えており、3 年間で倍増している。

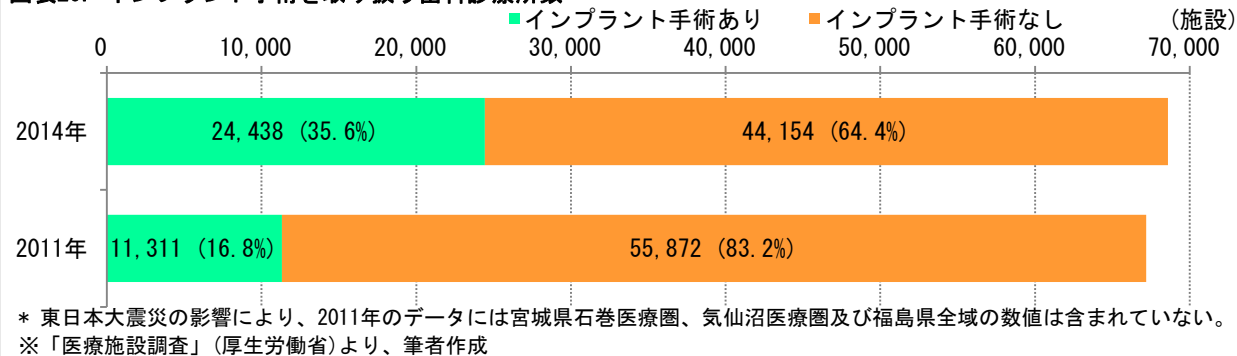


¹² 義歯やブリッジなどの治療では回復が難しいと診断された場合の「インプラント義歯」については、2012 年度に保険適用とされた。保険適用の対象は、次のいずれかに該当する状態とされている。腫瘍や顎骨骨髓炎などの病気、事故の外傷などにより、広範囲に渡り顎の骨を失った状態^(*)。もしくは骨移植によって顎の骨が再建された状態。医科の保険医療機関の主治医によって、先天性疾患と診断され、顎の骨の 1/3 以上が連続して欠損している状態。顎骨の形成不全となっている状態。(*) 上顎の骨で 1/3 以上を欠損している、または欠損が上顎洞や鼻腔へつながっている状態。下顎の骨で 1/3 以上を欠損している、または腫瘍などの病気の下顎を切除している状態。) なお、保険適用にあたり、所定の治療経験や当直体制等を有する病院の歯科または歯科口腔外科での治療が要件とされている。

¹³ 2007 年 5 月に、東京の歯科診療所で、インプラント治療を受けた 70 歳の女性が手術中の動脈損傷のために死亡した。刑事訴訟では、一審、二審とも、有罪判決(執行猶予付の禁錮刑)が出ている。民事では歯科医師と遺族の和解が成立している。

¹⁴ 2016 年には指針の第 2 版(「口腔インプラント治療指針 2016 年版」(公益社団法人 日本口腔インプラント学会)が公表されている。

図表20. インプラント手術を取り扱う歯科診療所数



(参考) 差額徴収問題

インプラントに限らず、これまで歯科医療は保険適用を巡って、議論に上ることが多かった。いくつかの医療関連書籍¹⁵では、「差額徴収問題」が取り上げられている。その内容を、簡単に紹介する。

これは、一口に言うと、歯科医師が見積もった総額と、保険適用となる技術の差額を、歯科医師が患者から自由に徴収してよい、というものであった。1955年、中医協の答申に基づき、厚生省保険局長通達により差額徴収が始まったが、当初の取扱範囲は限られていた。具体的には、患者が補綴で金合金の使用を希望した場合、保険適用の医療費の他に、材料費や技術料を徴収できるとされた。

1967年に、中医協は差額徴収の条件緩和を答申し、これを受けて、厚生省保険局長通達により、差額徴収の範囲が拡大された。例えば、材料として、金合金に加えて、ポーセレン¹⁶や白金加金が対象とされた。金属床義歯¹⁷や、3本以上のブリッジ治療も、差額徴収が可能とされた。一般に、患者は、自分の歯の治療にどの方法が適切なのかわからず、歯科医師の示す治療法をそのまま受け入れることが多い。このような中で、一部の歯科医師は、この状況を悪用して患者から不当に差額を請求した。

図表 21. 差額徴収問題における不当請求の例

- ① 差額でも保険でも診療費を二重に請求する
- ② 保険のできる治療を、保険がきかないと偽って請求する
- ③ 差額分を非常に高く請求する
- ④ 保険ならば待ち時間があるが、差額を支払えば早くできると偽る
- ⑤ 事前に保険外の治療の範囲を説明せずに、治療終了後に差額を請求する

※「医療の選択」(桐野高明, 岩波書店, 岩波新書 1492)の「歯科の『混合診療』」の項より抜粋

多くの歯科医師が歯科医療に真摯に取り組んでいたにもかかわらず、この問題の発生により、歯科医療に関する信用は損なわれたと言われている。1970年代前半には、全国で、歯科の差額徴収に反対の声が上がった。1976年、中医協で、差額徴収は材料費に限ることとされ、従前の通達は廃止し、新たな取り扱いを通達することが決まった。それ以降、歯科は、保険診療と自由診療の2本立てとなっ

¹⁵ 例えば、「医療の選択」(桐野高明, 岩波書店, 岩波新書 1492)、「残る歯科医 消える歯科医」(田中幾太郎, 財界展望新社)。

¹⁶ セラミック(陶器)のできた白い歯科材料のこと。

¹⁷ 主要部分を金属でつくった入れ歯。丈夫な素材である金属を使用するため、レジン(プラスチック)で作成した入れ歯に比べて、たわまず、薄い仕上がりとなり、装着者の違和感は小さいとされる。また、金属床を用いるため、部分入れ歯のように残存している健康な歯にバネをかけることがなく、健康な歯への負担は軽いとされる。

ている。そして、材料差額診療として、患者が、「前歯の鑄造歯冠修復・歯冠継続歯に金合金または白金合金の材料を希望したとき」、「金属床による総義歯を希望したとき」にのみ、材料差額の請求が認められることとされている。

この問題は、日本の医療における保険適用や、自由診療のあり方を考える上で、手痛い教訓の1つとして、いまでも医療関係者の間で、深く、心に刻まれていると言われている。

2 | 歯科医療は、形態から機能への変化が求められるようになった

従来、歯科治療は、いかに歯の形態を回復させるか、ということに主眼が置かれてきた。しかし、健診により早期に虫歯や歯周病を見つけ、悪化する前に治療を始めるケースが増えている。これにより、抜歯せずに歯を残しつつ、咀嚼(そしゃく)や構音等の口腔機能を取り戻すことへ、口腔ケアの目標が変化しつつある。つまり、形態回復から、機能重視に軸足を移した歯科医療が進められている。

また、次節に示すとおり、口腔機能と全身機能の関連も明らかにされつつある。口を、消化や呼吸の入り口と捉えて、全身疾患の予兆を把握すべく、口腔を診る歯科医療が始められている。行政サイドからは、都道府県の地域医療計画策定(2013年～)に先立って、2012年に厚生労働省より局長通知が出されている。そこでは、5疾患・5事業¹⁸及び在宅医療に、歯科口腔保健の推進が求められている。

図表 22. 歯科医療機関の役割

3 5 疾患・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制 (7) 歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割

歯科口腔保健は、患者の生活の質を維持していく上で基礎的かつ重要な役割を果たすものであり、5 疾患・5 事業及び在宅医療のそれぞれの医療連携体制の中で、口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じた、適切かつ効果的な歯科口腔保健の推進が求められる。在宅で療養する患者を対象とした在宅歯科医療の提供など、都道府県は、医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

※ 「医療計画について」(厚生労働省医政局長通知, 医政発 0330 第 28 号, 平成 24 年 3 月 30 日)より、抜粋(下線は、筆者が付した)

健康増進の面でも、歯の健康は注目されつつある。2013年スタートの健康日本21(第2次)に先立って、2012年に国民の健康の推進に関する基本的な方向が示された。その中で、5つの要点がまとめられており、その5番目に、「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」が示されている。このように、栄養・食生活などと同様に、歯・口腔の健康についても、生活習慣や社会環境の改善が必要とされている。

歯科疾患を予防することで、歯を残すことができ、口腔機能が保持され、生涯にわたる健康増進につながる、というストーリーの実現に向けて、医療分野と保健分野のそれぞれで取組みが進められている。具体的には、医療分野では、歯を残す技術の向上が図られている。一方、保健分野では、成人歯科健診プログラム等の保健システムの構築が進められている。

3 | 口腔ケアと全身疾患の関連性が明らかになりつつある

これまでの医学研究で、多くの病気が口腔内の疾患に関係していることが明らかにされている。特に、海外の医学研究所や国内の大学では、研究が進められている。

¹⁸ 5 疾患とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患を指す。5 事業とは、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療を指す。

その中で、医学研究者や医療関係者の間で、「病巣感染」という概念が浸透している。これは、「身体のどこかに限局した慢性疾患（一次病巣）があり、それ自体はほとんど無症状か軽微であるが、それが原因となって遠隔の諸臓器に反応性の器質的、あるいは機能的障害を引き起こす病態（二次病巣）」を指す¹⁹。病巣感染の一次病巣は、扁桃と口腔内がほとんどを占めると言われる。慢性口腔感染による病巣感染や、病気の例として、次のようなまとめが示されている。

図表 23. 慢性口腔感染（咽頭感染、虫歯・歯周病、慢性扁桃炎）が、他の病気を生ずるメカニズム

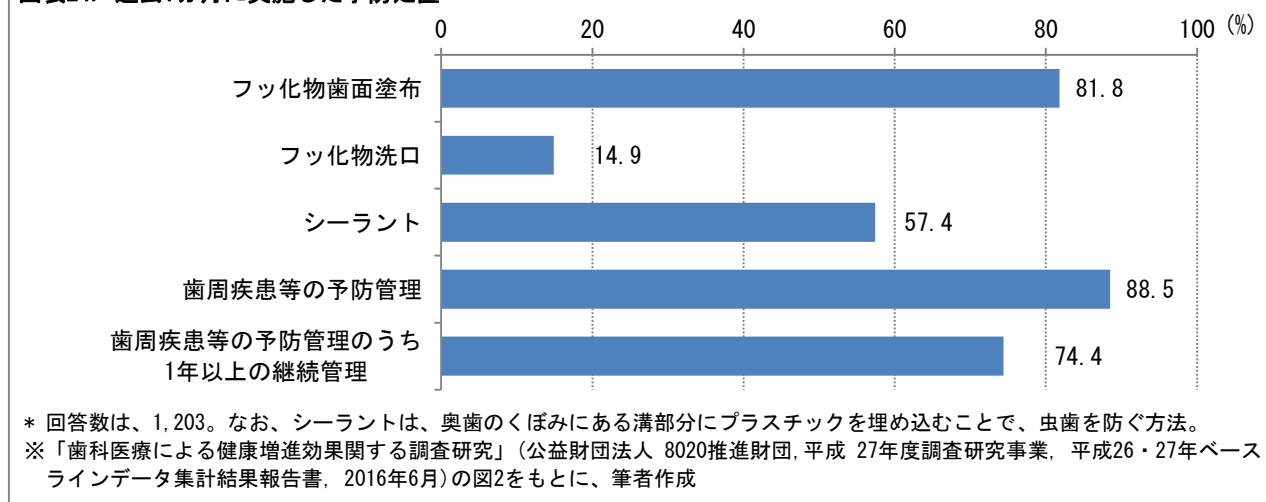
パターン	病気の例
1. 細菌が血液・気管に流入し、他の部位に生着、増殖するパターン	誤嚥性肺炎、感染性心内膜炎、敗血症
2. 細菌感染による菌体成分が他の炎症性疾患の増悪を起こすパターン	アトピー性皮膚炎、咽頭炎
3. 細菌が血液に流入し、血管・腎に炎症を起こすパターン	バージャー病、急性腎炎、IgA(免疫グロブリンA)腎症
4. 細菌が白血球を活性化させ他の部位に症状が起こるパターン	ベーチェット病、掌蹠膿疱症、潰瘍性大腸炎
5. 細菌感染により TNF 産生・プロスタグランジン産生・タンパクシトルリン化など、他の疾患に影響を及ぼすパターン	糖尿病、早産・低体重児、関節リウマチ
6. その他の機序	アルツハイマー病、胃潰瘍

※ 「医者は口を診ない 歯医者は口しか診ない」相田能輝(医薬経済社、2013年)所収の鈴木王洋医師による分類をもとに、筆者作成
病巣感染により、歯科患者が、口腔以外の臓器に病気を抱えている場合がある。このような患者に対して、医療や介護を行うためには、歯科医療関係者だけではなく、医科歯科連携、多職種連携といった、連携が不可欠と考えられる。

4 | 歯科の予防管理が浸透しつつある

歯科診療所では、歯科治療のみならず、虫歯や歯周病になる前の予防管理の動きが広がっている。2014、15年に行われたアンケート調査によると、フッ化物歯面塗布²⁰を行った歯科医院の割合は、約8割、歯周疾患等の予防管理を行った割合は、約9割に上っている。歯科診療所は、補綴やインプラントといった実際の処置だけではなく、予防管理を充実させるような変化が求められている。

図表24. 過去1ヵ月に実施した予防処置



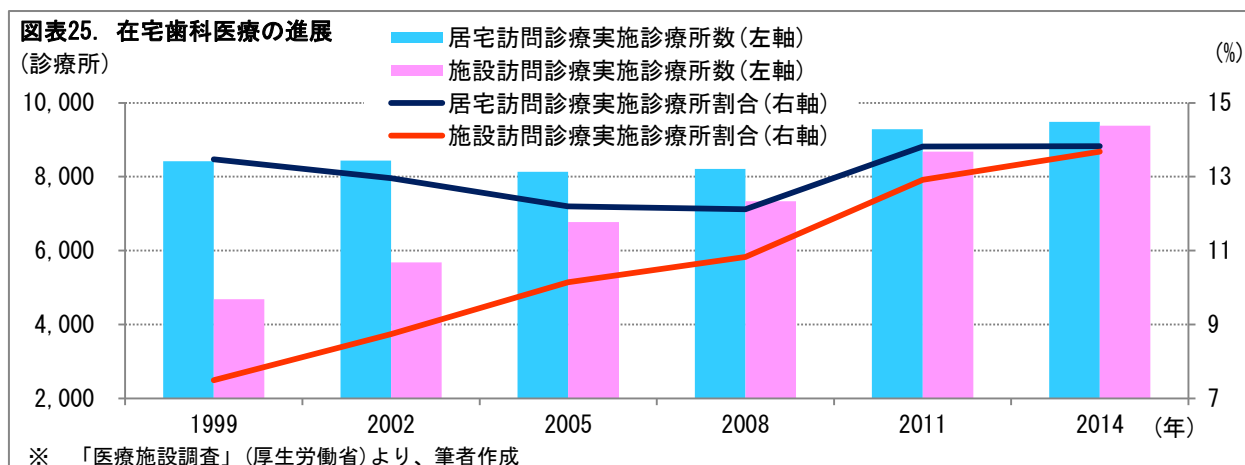
¹⁹ 「医者は口を診ない 歯医者は口しか診ない」相田能輝（医薬経済社）での定義に、筆者が括弧書き部分を加筆。

²⁰ 歯に直接、高濃度のフッ化溶液を作用させる予防法。フッ化物の過剰摂取による中毒症状を防ぐため、歯科医師と歯科衛生士だけが実施でき、幼児や小児期の虫歯予防法として定着している。

5 | 高齢者への在宅歯科医療が始動している

従来、医療は、医療施設に患者が通院・入院して行われることが一般的であった。しかし、高齢化が進み、自宅や介護施設等で生活する高齢者が増えれば、医療施設から、高齢者が生活する地域へと医療の現場は拡大していく。これに伴い、訪問診療や訪問看護の需要が高まっていく。

歯科医療についても同様であり、歯科医師が、高齢者の自宅や介護施設等に往診することが、一般的に行われるようになるものと考えられる。訪問診療を行っている歯科診療所の、数の推移を見てみよう。近年、施設訪問診療は、着実に増加している。それとともに、一時停滞していた居宅訪問診療も、回復しつつある。総じて、高齢者への在宅歯科医療は、徐々に拡大していると言える。



診療報酬では、2016年度の改定で、患者1人あたりの診療時間が20分未満の場合や、同一の建物に居住する患者数が10人以上の場合の報酬が減額された。これは、1人あたりの診療にあまり時間をかけないケースや、施設でまとめて患者を診るケースの報酬を削減することで、しっかりと時間をかけて患者を診療したり、患者宅を1軒ずつ戸別訪問して診療する場合との報酬バランスを適正化したものと言える。なお、この歯科訪問診療では、同一の建物に居住する患者数が10人以上の場合、患者1人あたりの診療時間に関わらず、報酬額は一定とされている。このため、10人以上を診る場合には、時間をかけて丁寧な診療を行うインセンティブが、歯科医師に働かない、という課題が挙げられる²¹。

図表26. 歯科訪問診療に関する診療報酬

		2014年度改定			2016年度改定		
同一の建物に居住する患者数		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
患者1人あたりの診療時間	20分以上	8,660円	2,830円		8,660円	2,830円	
	20分未満			1,430円			1,200円

※「平成28年度診療報酬改定の概要(歯科診療報酬)」(厚生労働省)をもとに、筆者作成

一方、2014年度に新設された在宅歯科医療推進に関する加算は、2016年度に施設基準が緩和され、適用範囲が拡大された。このように、歯科訪問診療に関する診療報酬は、改定の都度、様々な整備が図られてきている。

²¹ 以前(2012年度改定時)は、同一の建物に居住する患者数が10人以上であっても、2~9人と同額の報酬とされていた。

図表 27. 在宅歯科医療推進に関する加算

新設 (2014 年度改定)	改定 (2016 年度改定)
<p>在宅かかりつけ歯科診療所加算²² (施設基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科診療所であること。 ・ 当該歯科診療所で実施される直近 3 か月の歯科訪問診療の実績が、月平均 5 人以上であり、そのうち少なくとも 8 割以上が歯科訪問診療¹²³を算定していること。 	<p>在宅歯科医療推進加算 [名称変更] (施設基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ [同左] ・ 当該歯科診療所で実施される直近 3 か月の歯科訪問診療の実績が、月平均 5 人以上であり、そのうち少なくとも 6 割以上が歯科訪問診療 1 を算定していること。

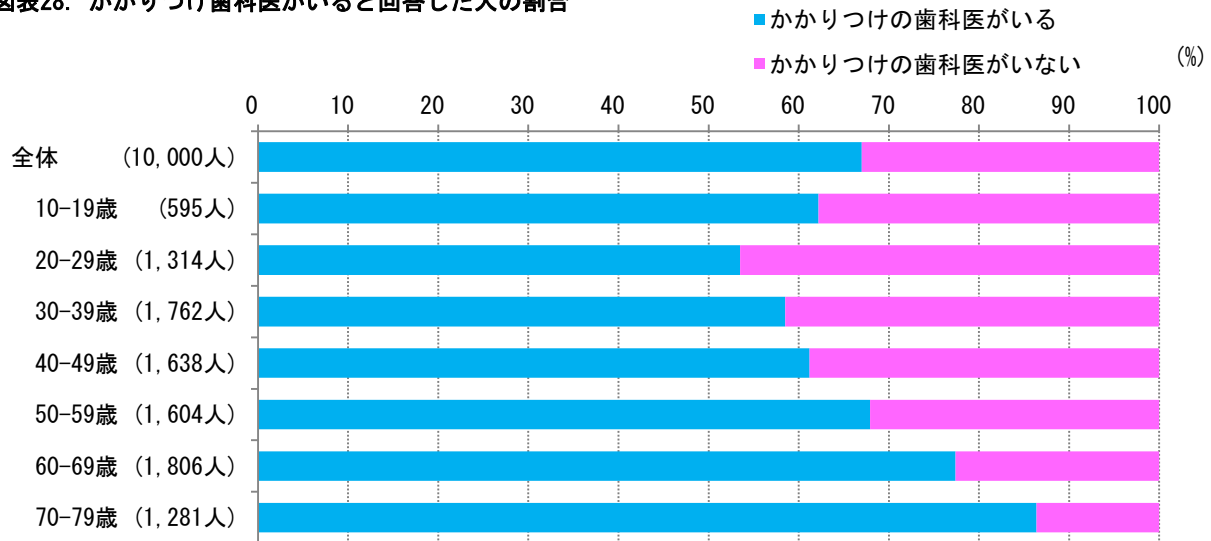
※「平成 28 年度診療報酬改定の概要 (歯科診療報酬)」(厚生労働省)をもとに、筆者作成

6 | 歯科医師は、かかりつけ歯科医として地域歯科医療を拡充することが期待されている

歯科医療は、歯科診療所を中心に行われている。これまで、歯科診療所は、歯や口腔の健康について、地域の住民が身近に訪れる医療機関として、機能してきた。今後は、この機能を拡充して、診療所に従事する歯科医師が、かかりつけ歯科医として、地域住民の口腔保健に努めることが期待されている。

具体的には、定期健診や予防管理と、補綴を中心とした歯科治療の両面から、地域の歯科医療をサポートすることとなろう。日本歯科医師会が実施したアンケート調査によると、2016 年に、かかりつけの歯科医がいると回答した人の割合は、67%に上っている。この割合は、60 歳代では 77%、70 歳代では 86%に上っており、高齢者ほど、かかりつけ歯科医を有していることがわかる。高齢化に伴って、これから地域歯科医療を拡充していく上で、歯科診療所を中心とした取り組みが有効であることを、示唆する調査結果と言える。

図表 28. かかりつけ歯科医がいると回答した人の割合



※「歯科医療に関する一般生活者意識調査」(公益社団法人日本歯科医師会, 2016年5月26日)より、筆者作成

²² 加算額は、1 件 1,000 円。

²³ 在宅等において療養を行っている患者(同一日に、同一の建物に居住する複数の患者に、歯科訪問診療を行う場合を除く)に対して、20 分以上の診療を行った場合の診療料。図表 26 における、患者 1 人の場合の報酬 (8,660 円) を指す。

6—おわりに [私見]

本稿では、歯科医療の現状を概観するとともに、これからの歯科医療について紹介した。最後に、一点、私見を述べることにしたい。

私見： 国民一人ひとりに、口腔の定期的な予防管理を促すことが、これからの歯科医療の役割

今後、高齢化が進み、地域包括ケアシステムによる地域医療が展開されるに連れて、地域で暮らす高齢者を中心とした歯科口腔保健の重要性は高まるものと見られる。その際、従来の治療中心の歯科医療に、予防管理を、いかに組み合わせていくか、という点が歯科医療の中心的課題となろう。即ち、医科と同様、歯科にも、予防管理の推進が必要となる。

予防管理を通じて、虫歯、歯周病という、歯科の2大疾病の悪化を防ぐだけではなく、病巣感染による全身疾患の予防も可能となる。また、咀嚼、構音等の口腔機能の回復や、口臭の改善も図られる。これらは、患者が高齢者や要介護者の場合、本人の生活意欲の向上や、介護者の負荷軽減をもたらす。併せて、患者の生活の質(QOL)の向上につながり、健康寿命の延伸、国民医療費の節減といった効用をもたらす可能性もある。

これは、歯科医療を、口や歯を診るだけの医療と矮小化するのではなく、患者の全身組織や、QOLを改善するための、手始めの医療と捉えることを意味する。そして、必要に応じて、歯科の患者を、医科に誘導するような、医科歯科連携を推進していくべきであろう。そのためには、これまで以上に、口腔機能が低下する前の、予防管理を促進させるべきと思われる。その促進のための具体策として、例えば、診療報酬制度において、在宅歯科医療で、予防管理についての評価を拡充することや、時間をかけた丁寧な診療の報酬を引き上げることなどの整備を図ることが考えられる。

そして、最終的には、国民一人ひとりが、自らの口腔の定期的な予防管理に、積極的に取り組む²⁴ように促すことこそが、これからの歯科医療が、目指すべき方向性ではないかと考えられる。

今後も、歯科医療の動向を、引き続き、注視していくことが必要と思われる。

²⁴ 口腔の定期的な予防管理のために、特定健康診査・特定保健指導と同様、歯科健診の実施を、公的医療保険制度の保険者に義務づけることも考えられる。

【参考文献・資料】

(下記1~7の文献・資料は、包括的に参考にした)

1. 「医者は口を診ない 歯医者は口しか診ない」相田能輝(医薬経済社)
2. 「ニッポンの歯の常識は？(ハテナ)だらけ」河田克之・赤松正雄(ワニブックス)
3. 「歯科医療のおもしろさ -後輩たちへ贈る28のドラマ-」橋本光二・升谷滋行・飯野文彦 編(一般財団法人 口腔保健協会)
4. 「残る歯科医 消える歯科医」田中幾太郎(財界展望新社)
5. 「歯科医院力を高める保健指導実践ガイド」深井穂博(医歯薬出版)
6. 「歯科医療白書 2013年度版」(公益社団法人 日本歯科医師会)
7. 「歯科保健関係統計資料 2016年版」(一般財団法人 口腔保健協会)

(下記の文献・資料は、内容の一部を参考にした)

8. 「学校保健統計調査」(文部科学省)
9. 「歯科医療の専門性に関するワーキンググループ(第1回)資料3」(厚生労働省, 2015年4月23日)
10. 「平成23年歯科疾患実態調査」(厚生労働省)
11. 「医療費の動向」(厚生労働省)
12. 「平成26年医療給付実態調査」(厚生労働省)
13. 「平成12年 社会医療診療別調査」(厚生労働省)
14. 「平成27年 社会医療診療別統計」(厚生労働省)
15. 「歯科医療に関する一般生活者意識調査」(公益社団法人日本歯科医師会, 2016年5月26日)
16. 「国民医療費の概況」(厚生労働省)
17. 「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)
18. 「医療施設調査」(厚生労働省)
19. 「第20回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告 -平成27年実施-」(中央社会保険医療協議会, 平成27年11月)
20. 「平成27年賃金構造基本統計調査」(厚生労働省)
21. 「平成26年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況」(厚生労働省)
22. 「医療の選択」桐野高明(岩波書店, 岩波新書1492)
23. 「医療計画について」(厚生労働省医政局長通知, 医政発0330第28号, 平成24年3月30日)
24. 「歯科医療による健康増進効果に関する調査研究」(公益財団法人8020推進財団, 平成27年度調査研究事業, 平成26・27年ベースラインデータ集計結果報告書, 2016年6月)
25. 「平成28年度診療報酬改定の概要(歯科診療報酬)」(厚生労働省)

(なお、下記2編の拙稿については、本稿執筆の基礎とした)

26. 「医療・介護の現状と今後の展開(前編)－医療・介護を取り巻く社会環境はどのように変化しているか?」篠原拓也(ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート, 2015年3月10日)
http://www.nli-research.co.jp/files/topics/42282_ext_18_0.pdf
27. 「医療・介護の現状と今後の展開(後編)－民間の医療保険へはどのような影響があるのか?」篠原拓也(ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート, 2015年3月16日)
http://www.nli-research.co.jp/files/topics/42289_ext_18_0.pdf