

明日の医療を考える

月刊保団連

臨時増刊号 No.1404

歯科医療費の総枠拡大で 歯科医療の発展を

歯科医療改革提言
第3版

より良く食べるは
より良く生きる



2023年9月

国民医療の向上をめざす
全国保険医団体連合会

目次

はじめに	3
I. いつでも、どこでも、誰でも、安心して受けられる歯科医療を	4
1. 食べること、話すこと—口腔機能の維持、改善はすべての国民の基本的な権利	
2. 雇用破壊、医療・社会保障削減政策では、国民の健康は守れない	
3. 患者窓口負担軽減が急務に	
II. 口腔の健康と全身の健康	7
1. 口腔の健康で患者・国民はしあわせに	
2. 口腔機能は健康な生活の基盤	
3. 歯周病は万病のもと	
4. 口腔の状態が良好なほど全身の健康が保たれやすくなる	
III. 重要さを増す予防・健康づくり	11
1. 疾病予防に歯科医療機関の積極的な関りを	
①ヘルスプロモーション（健康づくり）を担う歯科医療機関	
②公的国民歯科健診の実現を	
③自治体、保健所の歯科口腔保健推進機能の強化を	
2. 小児から高齢者まで、ライフステージに応じた継続的な口腔機能管理を	
IV. 変化する歯科医療ニーズ	16
1. 在宅歯科医療需要増加への対応は焦眉の課題	
2. 病院歯科の充実	
3. 多職種連携の推進	
4. ICT 機器活用の可能性と懸念	
V. 歯科医療提供体制の充実	20
1. 画一的な歯科医師数抑制は見直しを	
2. 歯科医師養成の課題	
3. 偏在解消には公的責任と財政措置が不可欠	
4. これからの歯科診療所のあり方	
①「かかりつけ歯科医」に関する保団連の考え方	
②歯科診療所のあり方について	
③女性歯科医師の働き方への理解と活躍に向けて	
5. 歯科衛生士・歯科技工士の更なる活躍に向けて	
①歯科衛生士の課題	
②歯科技工士の課題	
6. 歯科医師法の見直し	

VI. 歯科診療報酬の改善	29
1. 基本診療料、基礎的技術料の引き上げ、不合理な包括化の改善	
2. 歯周病の管理を病態と臨床経過に見合ったルールに	
3. 「クラウン・ブリッジ維持管理料」(補管) は廃止を目指し基礎的技術料の適正な引き上げを	
4. 施設基準による歯科医療機関の選別はただちにやめるべき	
5. 保険適用範囲の拡大と自費診療の保険給付への転換	
6. いわゆる「混合診療」に類する制度は廃止し、保険診療の充実を	
VII. 歯科医療費の総枠拡大を	33
1. 低い歯科医療費が問題の根源	
2. 4兆円の歯科医療費を目指して	
3. 財源はある	
参考文献・調査等	40

はじめに

保団連は2013年に「歯科医療改革提言」改訂版を発表した。それから約10年が経過し、社会の状況や歯科医療を取り巻く環境も大きく変化している。高齢者数がピークに達するとされる、2040年以降の人口構成を視野にいと、将来における「保険でより良い歯科医療」の重要性がさらに増してきたと言わざるを得ない。新型コロナウイルスによる世界的な感染拡大は、非常事態における患者・国民の命と健康を守るための感染防止対策や医療供給体制に大きな課題を投げかけたが、歯科においても然りである。口腔の健康を維持・回復する視点から歯科治療の重要性を再認識させると同時に、パンデミックにも対応できる歯科医療提供体制の構築が今後の課題として浮上したと言える。

高齢化の進行の中で、歯科医療への期待が高まっている。とりわけ、歯周病と全身の様々な疾患との関係や、フレイル¹予防に関わる口腔の重要性は広く認識されるようになり、近年では政府の「骨太の方針」でも歯科口腔保健について毎年言及されている。また、国会質問でも党派を問わず歯科関連の問題が取り上げられ²、歯科医療の改善・充実を願う国民と歯科医療従事者の声は今や広く共有されている。

歯科医療の役割が増す一方で、解決すべき課題も山積している。経済的な理由などでの受診抑制や、在宅歯科医療等に対する対応の立ち遅れ、中山間地域³、離島、へき地⁴を中心とした歯科医療提供体制の確保、歯科衛生士の人材不足や歯科技工士の処遇改善、保険給付範囲の制限、不合理な診療報酬のルールなど、長年にわたる低歯科医療費政策により生み出された様々な矛盾、不合理が存在し、臨床現場の困難は著しいものになっている。

また、歯科医療が健康の回復・保持・増進の一翼を担うためには、ただ口の中だけを診るのではなく、全身との関連で適切な歯科医療を提供することが必要になっている。これは、医師法・歯科医師法により定められた「医業」と「歯科医業」の区別が、歯科医療に求められる役割の広がりに対してそのまま適切なのかという大きな問題も投げかけている。

現在政府で検討されているいわゆる「医療DX」については、歯科を含む医療の質の向上に期待できる面もあるが、個人情報流出の危険や導入にかかる医療機関の負担、そして何より社会保障個人会計⁵につながりかねないことから、導入の是非や内容について注意深く検討する必要がある。

そもそも、日本国憲法では第25条第1項で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定する。国民がこれを享受するために、本提言は、すべての国民がより良い歯科医療を受けることができるよう、課題とその解決の方向性を示し、保団連の目指す歯科医療の姿を明らかにするとともに、国の歯科医療費抑制から歯科医療費の総枠拡大への抜本的転換を提言するものである。

本提言が、今後の日本の歯科医療の発展・向上を目指す議論に資するよう強く願う。

¹ フレイルとは、一般的に「健康な状態と要介護状態の中間の段階」を指す(厚生労働省広報誌「厚生労働」2021年11月号)

² 2021年3月29日参院予算委員会、6月10日厚生労働委員会での山田宏議員の質問

³ 中山間地域とは、「山間地およびその周辺の地域、その他地理的条件が悪く、農業をするのに不利な地域」を指し、日本の総面積の約7割を占める(農林水産省ウェブサイトより)。

⁴ 「へき地とは、「無医地区」、「準無医地区(無医地区に準じる地区)」などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域」(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

⁵ 社会保障の個人会計とは、一般的に、個人が社会保障費用の負担と受けた給付について、個別に管理していくシステムのことを指す。

I. いつでも、どこでも、誰でも、安心して受けられる歯科医療を

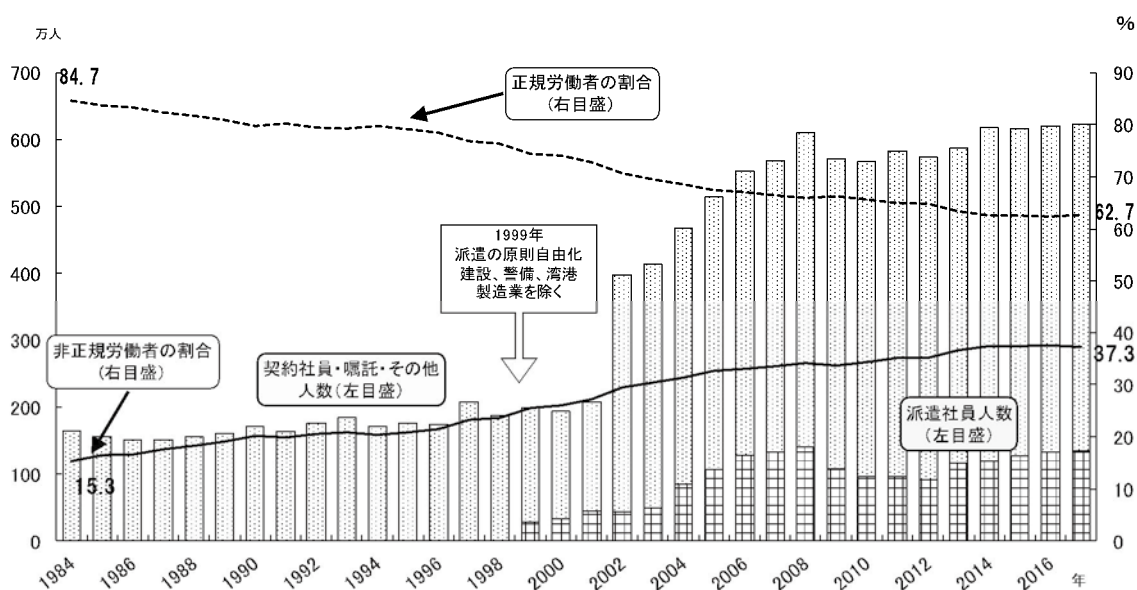
1. 食べること、話すこと—口腔機能の維持、改善はすべての国民の基本的な権利

すべての国民は、健全・良好な口腔を保持するため、必要な歯科医療を受ける権利を有している。口から食べる、人と話すなどの口腔の機能は、憲法 25 条が国民に保障する健康⁶で文化的な生活を営むために重要な役割を果たすものである。言うまでもなく国民皆保険制度は、憲法に基づく国民の基本的権利を制度的に保障するものであり、全ての国民が等しく享受できなければならない。

2. 雇用破壊、医療・社会保障削減政策では、国民の健康は守れない

新自由主義政策に基づく非正規雇用の拡大・低賃金【図 1】、医療・社会保障の切り捨てが、格差を拡大し貧困層を増大させ、生活困難者を増加させている。これらの状況下では必要な医療の受診さえままならず、健康づくりはおろか、弱い立場にある国民の命と健康を脅かしている。「社会的困難はまず口に現れる」とも言われ、格差の拡大や貧困が国民の受診を妨げ、健康を損なっている深刻な状況も報告されている⁷。

【図 1】労働者における正規・非正規の割合



【図 1】労働者における正規・非正規の割合（総務省の「労働力調査」より作成）

●正規労働者の割合は年々減少しているのに対し、派遣社員人数は増加傾向にある。

⁶ 健康の定義「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」(WHO憲章・1948年)

⁷ 村山信子 「社会経済的要因と健康・食生活」(厚生労働省 社会・援護局「生活保護受給者の健康管理に関する研究会」2014年10月6日)、全日本民主医療機関連合会「歯科酷書 第4弾」(2022年)、保団連「2015受診実態調査」等

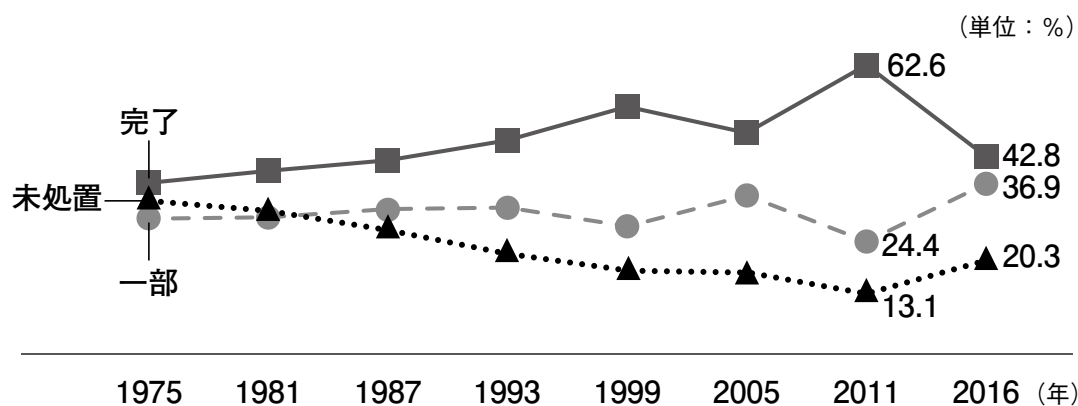
3. 患者窓口負担軽減が急務に

現在の生活困難や将来不安を背景に、歯科医療への受診が阻まれている【図2】。

医療を受けるほど負担が重くなる応益的な患者負担は、そもそも社会保障の給付にはなじまない⁸。必要な医療費は、応能負担原則⁹に則った税・社会保険料において確保されるべきであり、保険料を支払った上にさらなる負担を求めるべきではない。

患者窓口負担の軽減は、患者・国民の健康のために重要な課題である。保団連が2015年に実施した「受診実態調査」では、回答した半数以上の歯科診療所で患者の受診中断を経験しており、とりわけ負担が高額になる欠損補綴治療¹⁰での中断事例が多いことが報告されている。重い窓口負担を理由とした受診抑制の実態がある。窓口負担は、将来的には解消を目指しつつ、当面においては18歳までの子どもと、妊産婦及び高齢者は無料とし、2割負担は1割に、3割負担は2割に引き下げるべきである。

【図2】 補綴治療の完了者・一部完了者・未完了者の推移



【図2】 歯科疾患実態調査（2016年）より集計

●補綴治療の完了者の割合が減少する一方、一部完了者と未処置者の割合が増加傾向にある。

窓口負担に加え、保険料の負担も深刻である¹¹。2018年に国民健康保険が都道府県化され、法定外繰り入れ¹²の解消を国が自治体に迫るなど、国保料の高額化に歯止めがかからない状況となっている。高すぎる保険料を払えず、正規の保険証を取り上げ、滞納による差し押さえなど、人権無視の実態が深刻な問題となっている。国が責任をもって国保の運営を支えるため、引き下げられてきた国庫負担率を医療費総額の45%（1984年当時）に戻すべきである。また、協会けんぽについても同様に、国庫負担率を法律本則の20%に引き上げるべきである。加えて、社会保険料には強い逆進性【図3】が存在する。保険料の標準報酬上限額の引き上げを図り、社会保険料においても所得に応じた負担を実現することが必要である。

⁸ 2002年健康保険法改正の附則「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」

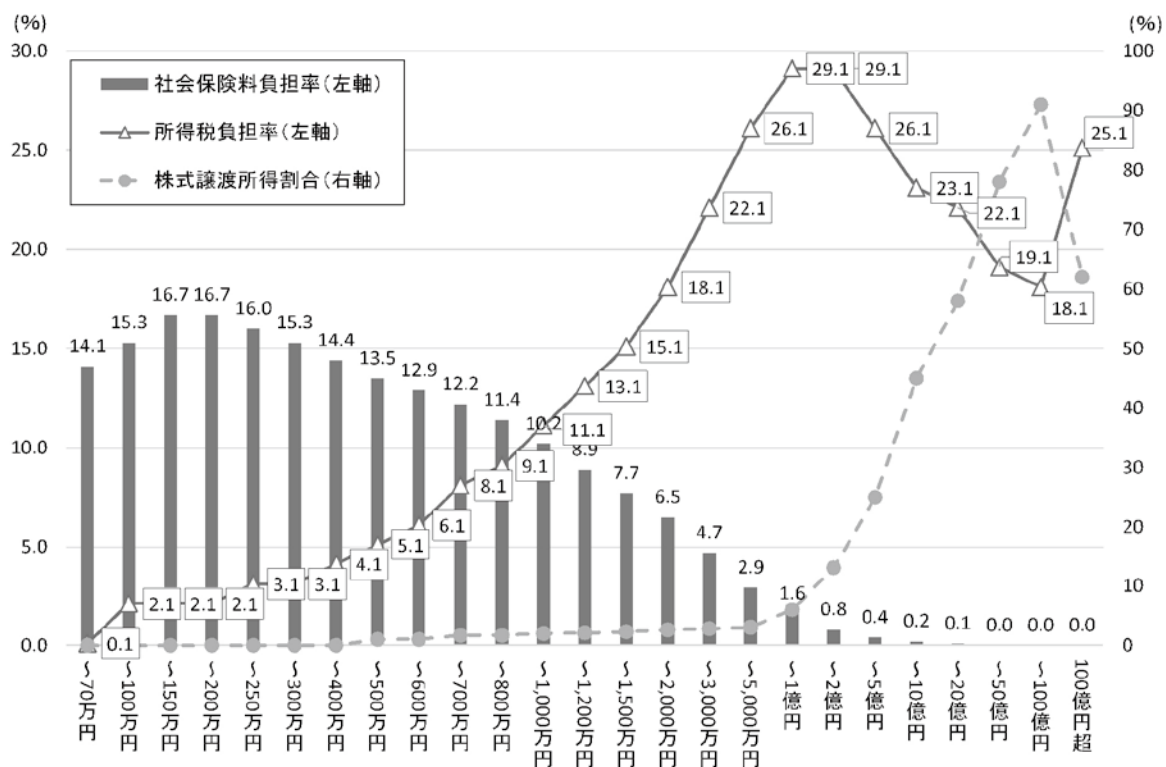
⁹ 応能負担の原則とは、主に租税立法における原則で、租税は各人の能力に応じて平等に負担されるべきであるというもの。

¹⁰ 欠損補綴治療とは、歯や口腔、顎およびその関連組織の先天的欠如、喪失および異常を修復するための人工装置を用いた治療のことを指す（厚生労働省「歯科用語の解説」より）。

¹¹ 兵庫県保険医協会「国保自治体アンケート」（2020年）では、国保加入世帯のうち、保険料を滞納している世帯が17.9%、保険証の未交付数は2万5882世帯あるとされている。

¹² 「法定外繰り入れ」とは、国保の赤字について、地方自治体の一般会計から国保特別会計への補填が行われることを指します。

【図3】 申告所得階級別の税、社会保険料負担率、株式譲渡所得割合



出所) 国税庁「平成27年申告所得税標本調査」より作成

【図3】 社会保険料の逆進性

国税庁「平成27年申告所得税標本調査」より作成 (保団連第48回定期大会活動方針と解説資料より抜粋)

●申告所得「～200万円」をピークに、以降高くなるほど、社会保険料負担率は低くなっており、社会保険料に強い逆進性があることを示している。

II. 口腔の健康と全身の健康

1. 口腔の健康で患者・国民はしあわせに

捕食、咀嚼、食塊の形成と移送、嚥下、構音、味覚、触覚、唾液の分泌などの口腔の多様な機能は、人間が生きていくうえで非常に大切である。また、口腔は全身の機能や疾患とも深く関わっている。歯周病をはじめ、全身の臓器等のネットワークの視点から、全身とのかかわりの中で口腔の機能や疾患を捉える理解が今後ますます重要になる。

2. 口腔機能は健康な生活の基盤

口腔機能の衰え（オーラルフレイル【図4】）が現れると、食事の食べこぼしや固いものが噛めなくなる、また滑舌が悪くなるなどの症状が積み重なる。その結果、栄養状態の悪化や社会活動からの孤立、さらなる口腔機能の低下の連鎖から、やがて全身の衰えにつながり、「フレイル」状態となる【図5】¹³。

口腔ケア、食事の援助をはじめとして、高齢社会における口腔機能の維持、回復は重要な課題である。

【図4】オーラルフレイルのイメージ

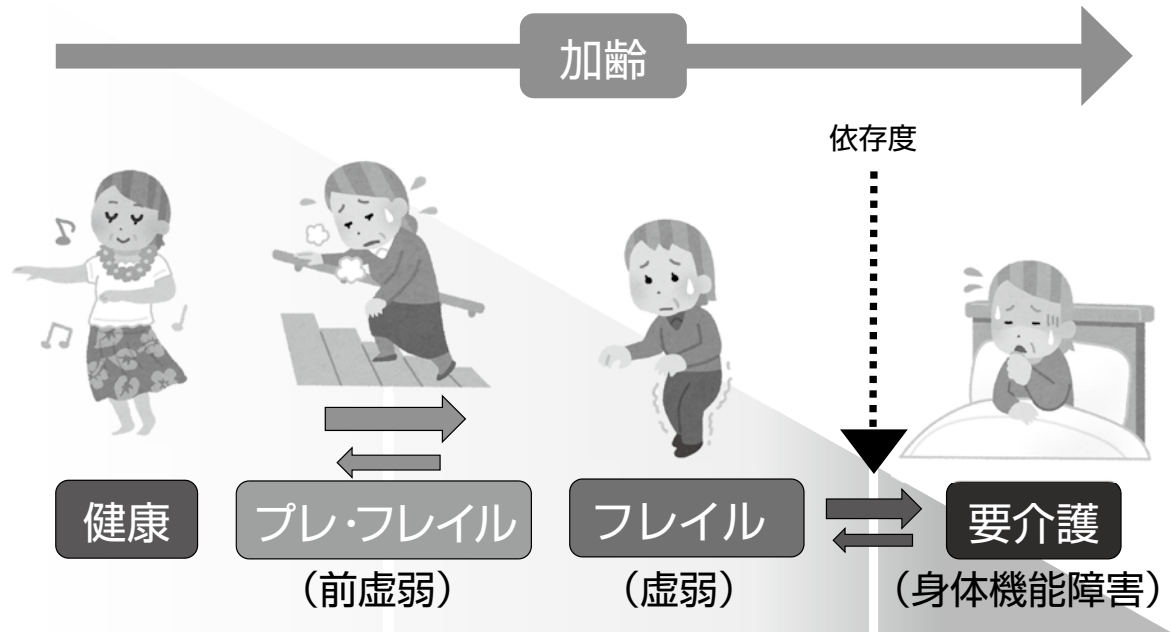


【図4】オーラルフレイルのイメージ

『オーラルフレイル Q&A』（著者：平野浩彦、飯島勝矢、渡邊裕）より引用改変

¹³ 2014年に日本老年医学会が提唱。加齢による体力や気力が低下した状態とされ、放置すると要介護リスクを高めるとされる。

【図5】身体的なフレイルのイメージ

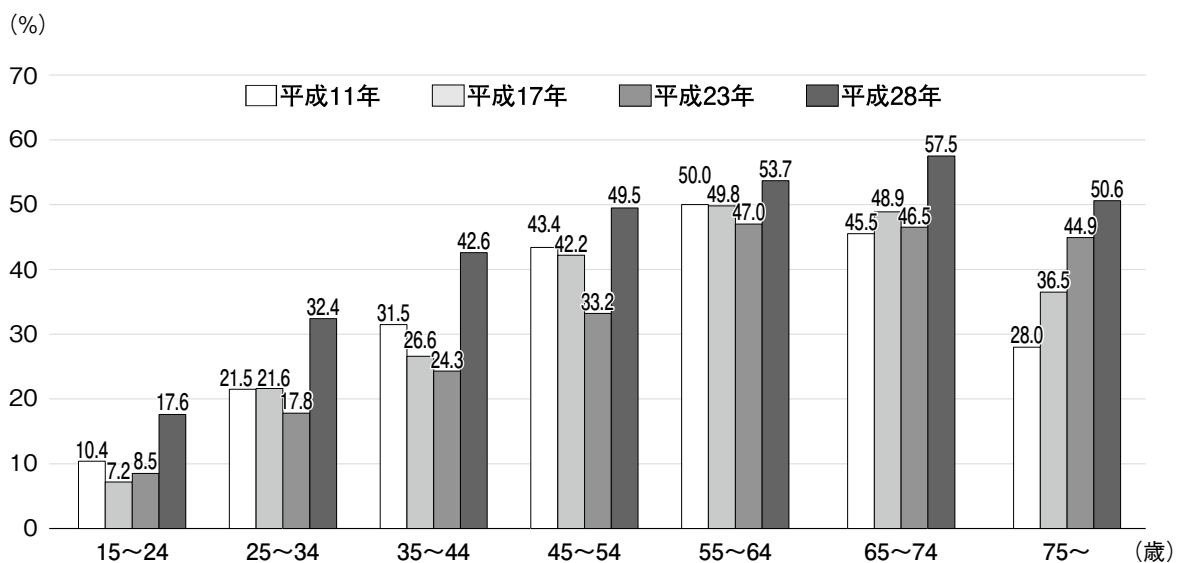


【図5】身体的なフレイルのイメージ
 東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢作成、葛谷雅文.日医雑誌 2009 より引用改変

3. 歯周病は万病のもと

歯周病は狭心症や心筋梗塞、誤嚥性肺炎、脳血管疾患、糖尿病、低体重児早産など様々な疾患に関係すると指摘されており、その予防、治療、管理は多くの疾患リスクを低減する。定期健診によるスクリーニングと予防指導・処置、早期からの治療・管理の継続実施が必要である【図6】¹⁴。

【図6】歯周病の有病率



¹⁴ 歯ぐきの状態(2009年国民健康・栄養調査)では「歯を磨いた時に血が出る」人は15歳以上全体で20.3%。進行した歯周炎を有する者は50歳代を超えると約3割近くに及んでいる。

【図6】 歯周病の有病率

歯科疾患実態調査平成 28 年 (厚労省「第 1 回歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキンググループ」資料 2 抜粋)

- 進行した歯周病を有する者の割合は、平成 11 年から減少傾向にあったが、平成 28 年調査では、いずれの年齢階級においても増加している。
- 特に 75 歳以降で増加が大きい。

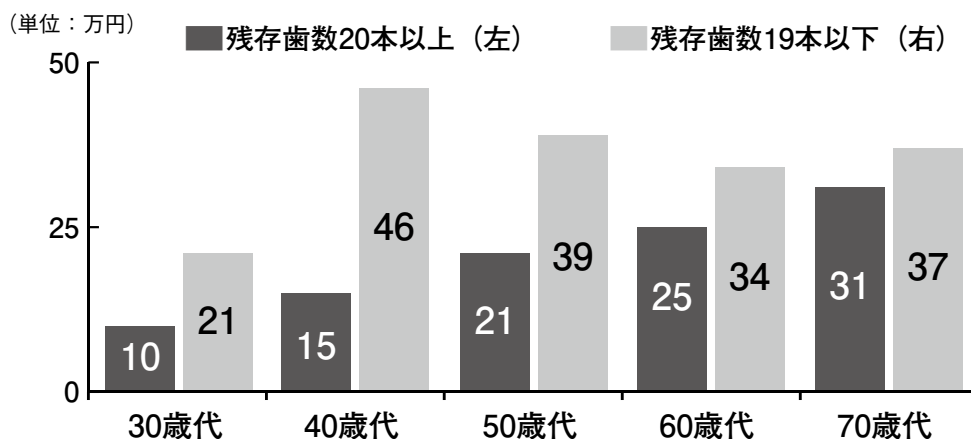
4. 口腔の状態が良好なほど全身の健康が保たれやすくなる

残存歯数が多いほど医療費が低くなるというデータも報告されている。東京都日野市は、2018 年に医療費分析の結果として、残存歯数が 20 本以上の人と 19 本以下の人を比べると、40 歳代の医療費には約 3 倍の差があったと発表した。(【図 7】 広報ひの 平成 30 年 12 月 15 日号、第 1437 号)

また、デンソー健保組合による歯科健診と全身の医療費との関係のデータでも、同様の結果が示されている。

重要なのは、口腔状態を良好に保つことで、全身の健康が保たれやすくなり、健康寿命が延伸するということである。そして、口腔状態を良好に保つためには、歯科疾患予防に予算を含む措置が今以上に必要となってくることを強調する。

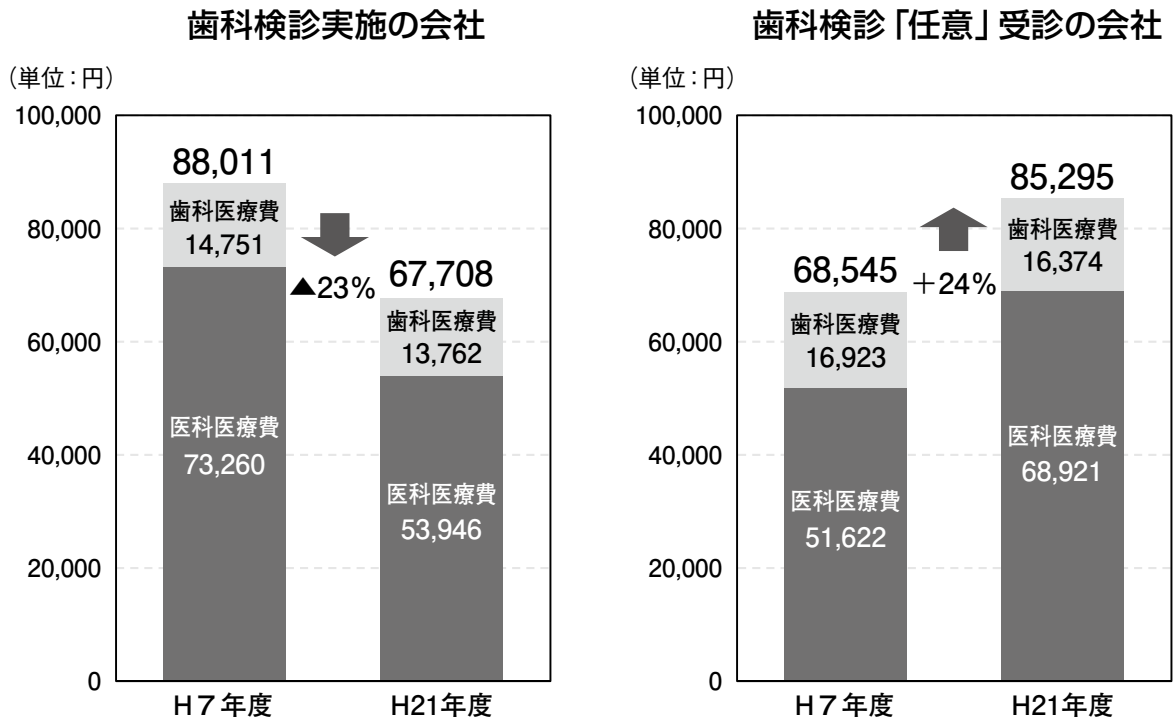
【図 7】 残存歯数別・年齢階層別 1 人当たり医科医療費 (平成 29 年 4 月～30 年 3 月受診分)



【図 7】 広報ひの平成 30 年 12 月 15 日号、第 1437 号より

- 残存歯数別に、年齢階層別で 1 人当たりの医科医療費を見たところ、特に 40 歳代では残存歯数 20 本以上と 19 本以下で、医科医療費は約 3 倍の開きが見られる。

【図8】年間医科歯科合計医療費の推移（医科歯科とも健診費は除く）



【図8】 データとエビデンスに基づく実証的保健事業（2012.12.6 デンソー健康保険組合 赤塚俊昭より）

● 歯科検診を実施している会社は医科の医療費が平成7年度から平成21年度にかけて23%減少しているのに対し、歯科検診が「任意」の会社は医科医療費が24%増えている。

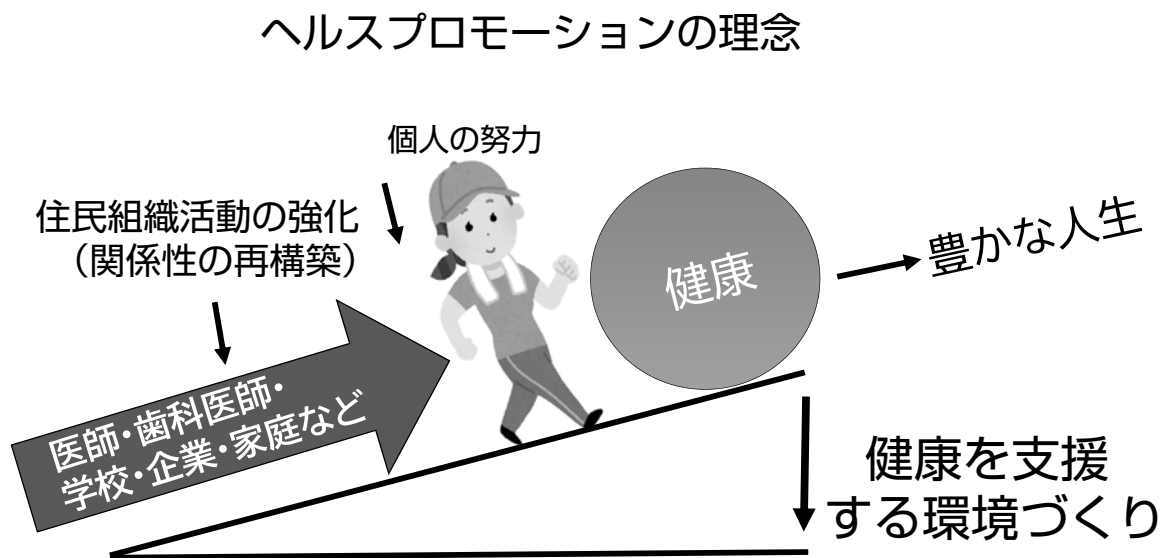
Ⅲ. 重要さを増す予防・健康づくり

WHOは2021年の第74回世界保健総会で、糖尿病の予防・管理と口腔保健専門家の能力の強化と、治療的アプローチから予防的アプローチへのシフトなどを推奨することなどを決議した¹⁵。世界的にも口腔疾患予防の重要性は注目されている。

WHOは1986年にオタワ憲章で「ヘルスプロモーション(健康づくり)」という考え方を示した【図9】。「人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセス」と定義され、「すべての人びとがあらゆるライフステージで健康を享受することのできる公正な社会の創造」を戦略目標としている。個人の健康は個人だけで守るのではないということで、様々な公共政策が世界的に推進されている。

日本の歯科口腔保健においても、1989年から「8020運動」が始まり、残存歯数に着目した疾患の予防や生活習慣の改善に関する啓発等の運動を進めてきた。開始当時10%にも満たなかった8020達成者を50%とする目標を2016年に達成する成果をあげている。今後ともさらなる推進を図ることが重要であり、そのためには生活習慣の改善を含めた口腔疾患の予防の一層の推進が不可欠となる。今後、地域における歯科医療機関は、診療・予防に止まらず「ヘルスプロモーション」を担うことが求められている。

【図9】ヘルスプロモーションの理念



【図9】ヘルスプロモーションの理念（島内1987、吉田・藤内1995を改変）

- 健康は、①個人の努力だけでなく、②地域などにおける住民組織活動や、③健康を支援する環境づくりを行政による政策的に後押しすることによって、坂道の勾配を緩やかにすることができ、それによって豊かな人生につながることを示している。
- 保団連では、ヘルスプロモーションの理念においては、特に③健康を支援する環境づくりとして行政による政策的な後押しが重要と考えている。

¹⁵ Update from the Seventy-fourth World Health Assembly - 28 May 2021

1. 疾病予防に歯科医療機関の積極的な関りを

①ヘルスプロモーション（健康づくり）を担う歯科医療機関

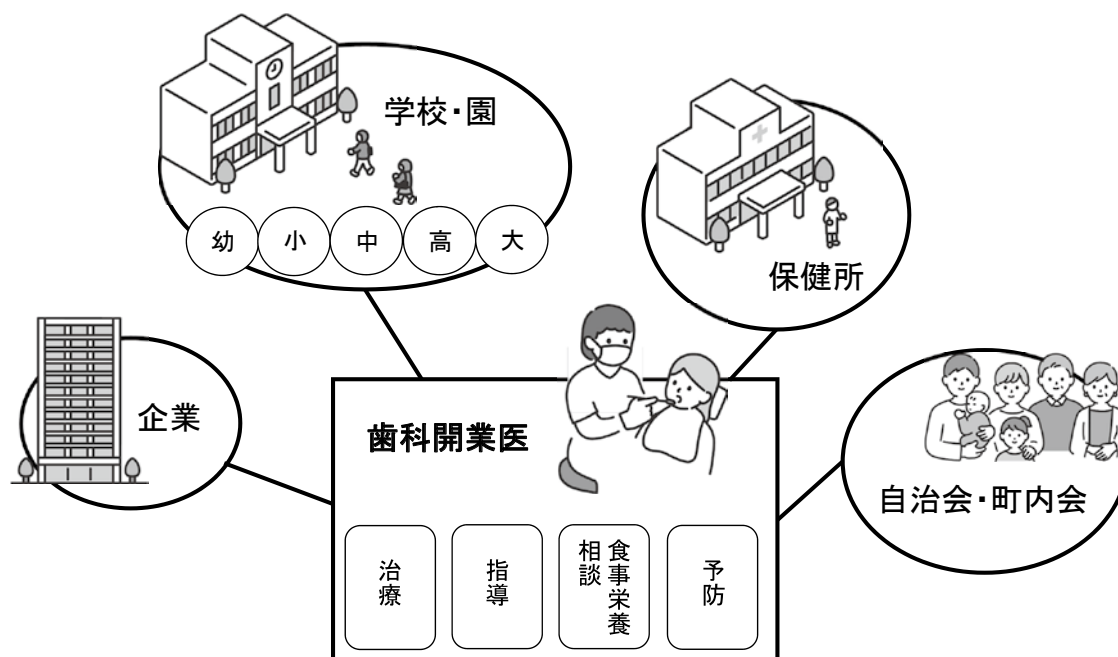
歯科医療機関は歯科治療の提供にとどまらず、地域の健康づくりを担うより広い役割を果たすことができる。その意味から、「ヘルスプロモーション」は、歯科医療においても重要な役割を担っている。

健康の保持・回復・増進の大原則である「食事と運動と休養」に関連して、歯科医療はそれを支える大きな役割を担っている。

国が進める「健康日本21（第2次）」（2013年から10年間）の計画でも、「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に関する目標」として歯科口腔保健の改善が掲げられている。食事・運動、精神衛生など健康を損なう根本的な原因にまで目を向けた生活習慣病の軽減、健康サポートがこれからの歯科医療には求められている。また、糖質の過剰摂取など健康を損なう生活様式の変容を目指す社会政策も検討されるべきである。甘味飲料への課税など、諸外国で試みられている例も参考に、歯科医療者の立場からの提起も重要である。

そのためには、歯科医療機関が行政組織や地域の様々なコミュニティに積極的に参画し、歯磨き指導、口腔ケアをはじめ様々な予防活動や、食事の方法、噛み方、食材の選択、調理をはじめとする食生活・栄養に関するサポートの学習機会の設定、口腔の健康の大切に関する情報提供、啓発活動などを進めることが必要である。予防的アプローチの担い手として、診察室にとどまらず、生活の中、地域、職場、学校等で健康を維持・向上する習慣を定着させていくことが不可欠である【図10】。

【図10】 地域におけるヘルスプロモーションイメージ

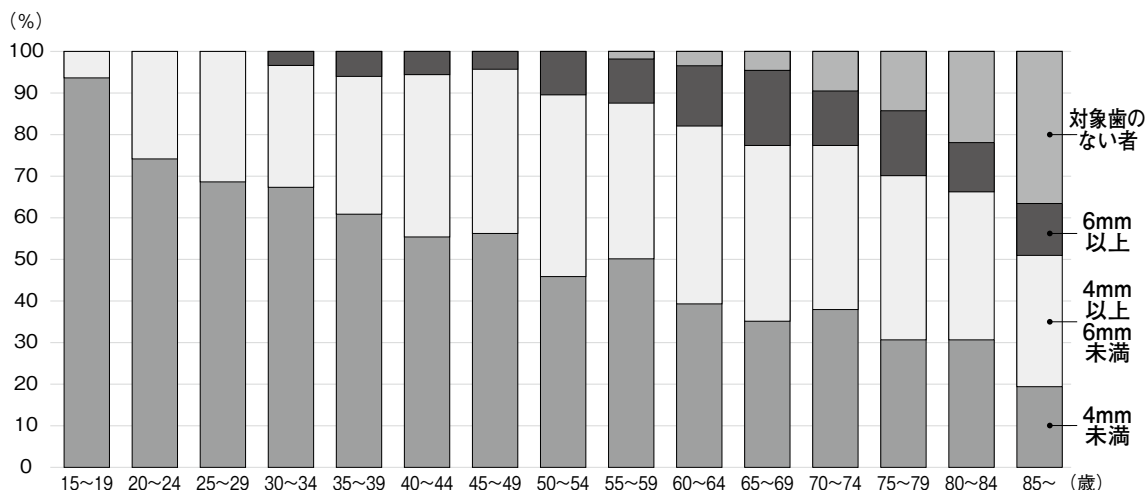


②公的国民歯科健診の実現を

歯科疾患も含む慢性疾患は、早期には自覚症状が乏しいことから、受診の必要性が患者に認識されていないことも多い。生活習慣病と同様に、歯科領域においても、実際に受診が必要にもかかわらず、無症状のため受診しない人は、経済的・時間的制約等の中で受診できない人よりはるかに多いと考えられる【図11・12】。国民すべてに歯科健診の機会が行きわたることにより、歯科疾患の重症化を防ぎ、

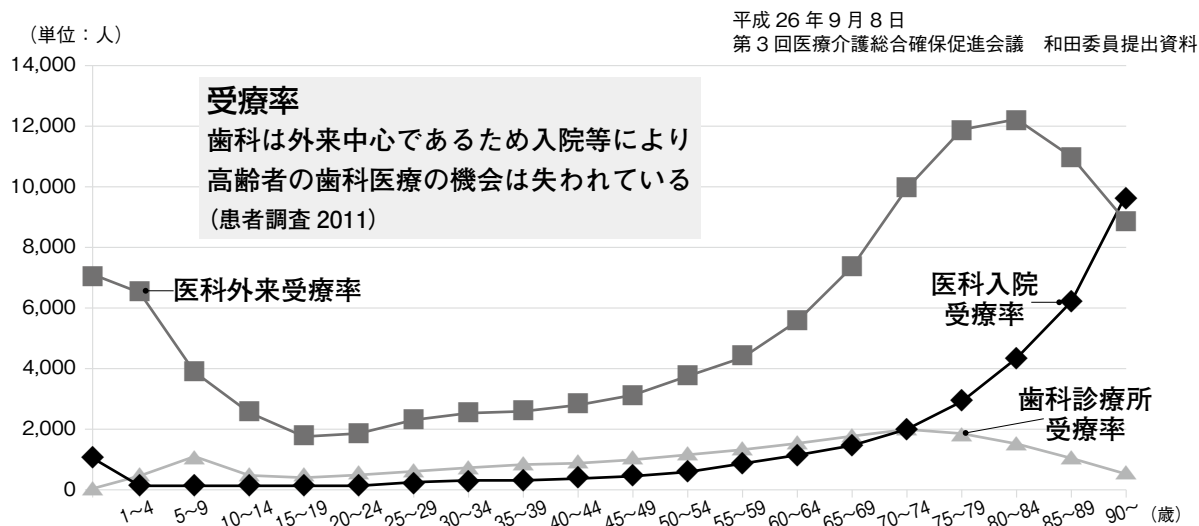
歯科疾患と関係の高い生活習慣病の軽減をはじめ、健康と生活の向上を図ることができる。「公的国民歯科健診」の構築は、結果として関連する医療費の節減に加え、健康な日常生活を通じて地域経済の活性化にも繋がる。

【図11】 受診実態調査



【図11】 平成28年歯科疾患受診調査より抜粋
 ● 4mm以上の歯周ポケットを持つ者の割合は、高齢になるほど増加している。
 ● 総じて、高齢になるほど受診の必要がある者の割合が増加する。

【図12】 年齢階級別受療率（人口10万対）

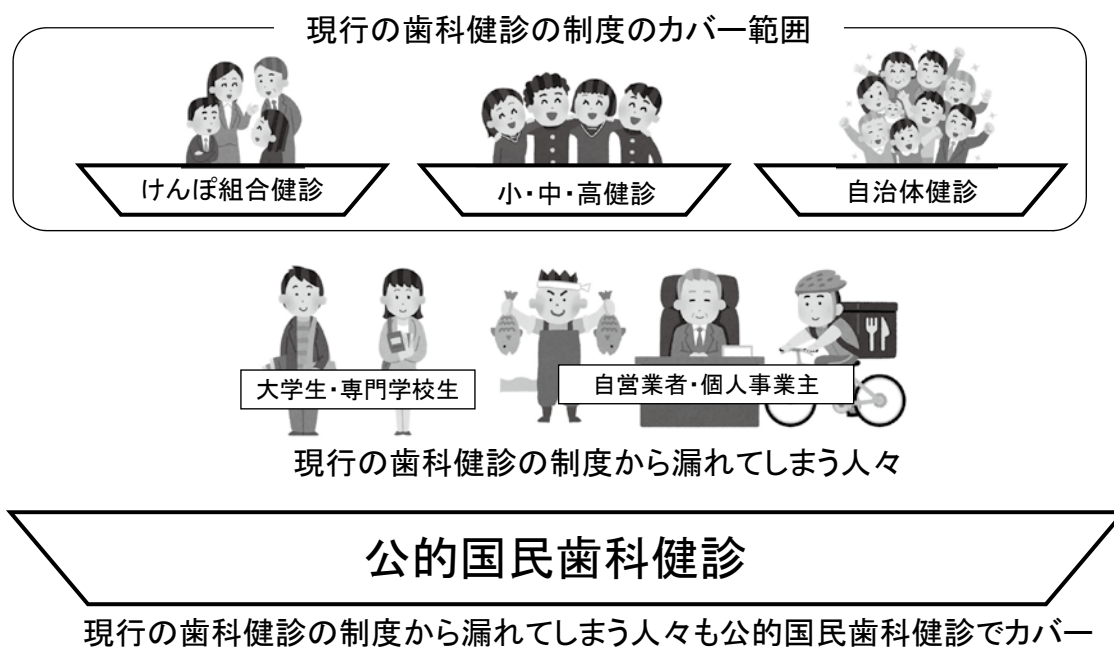


【図12】 社会保障審議会資料（2020年12月17日）より
 ● 歯科の受療率は、医科の外来受療率と比較して、低くなっている。
 ● さらに高齢者となると、さらなる受療率低下が生じている。
 ● 図11と合わせて検討すると、高齢になるほど歯科受診の必要がある者の割合は増加するものの、受療率は低いままであり、高齢となるとさらに必要な受診がなされていない実態が浮かび上がってくる。

現在、高校を卒業して以降は定期的な歯科健診はほとんど制度化されていない。とりわけ、歯周病への対応が必要となってくる20代、30代は歯科健診受診の最大の空白期間となっている。この世代へ効果的にアプローチするため、労働安全衛生法で健診が義務付けられている被雇用者だけでなく、雇用者・自営業者などもっと幅広く定期健診に歯科を位置づけていくことが必要である。あわせて、学校保健安全法に基づく定期健診において、大学では歯科を省略可能としていることや、歯周疾患検診や妊産婦歯科健診などにおける自治体間に差異などをなくし、歯科健診がすべての世代で切れ目なく実施される必要がある【図13】。

生涯にわたる切れ目のない歯科健診受診は、憲法25条に基づくすべての国民の権利であり、国の責任で制度や実施体制の整備を進めるべきである。

【図13】 現行の歯科健診と公的国民歯科健診のイメージ



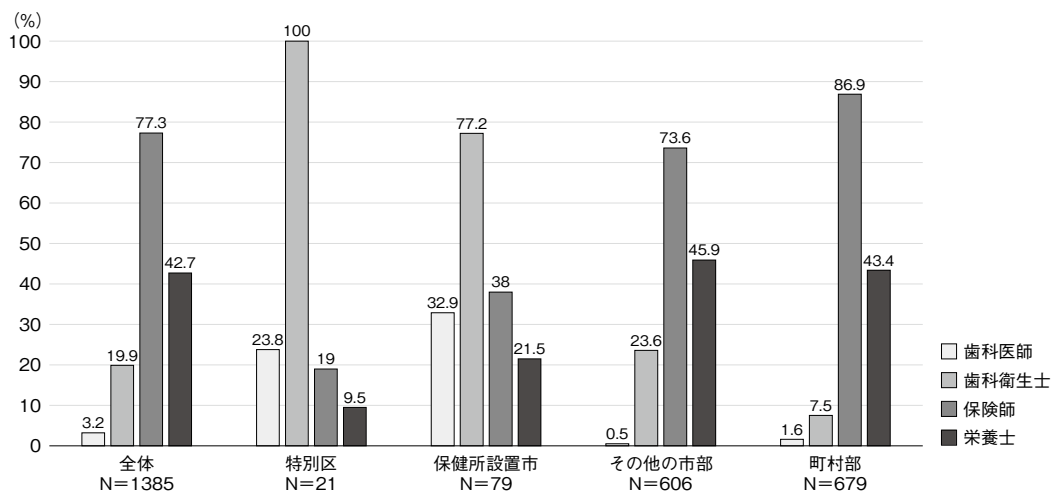
【図13】 公的国民歯科健診

- 現在の歯科健診では、大学生や専門学校生、自営業者などが受診対象から漏れてしまっている。
- そこで、公的国民歯科健診において、全ての国民を対象とした歯科健診実施を提唱する。

③自治体、保健所の歯科口腔保健推進機能の強化を

地域で歯科口腔保健を推進するためには、ヘルスプロモーションを地域で後押しすることが重要となる。そして、そのためには行政機関とともに活動する歯科医師・歯科衛生士を増やし体制を拡充する必要がある【図14】（自治体等に勤務する歯科医師・歯科衛生士数）。

【図14】 歯科口腔保健に関する事業に従事する専門職が1名以上配置されている自治体の割合



【図14】（出典：令元年度口腔保健に関する予防強化推進モデル事業）

- 歯科口腔保健に関する業務に歯科医師（常勤）を配置している割合は、自治体全体で3.2%、保健所設置市では32.9%であった。
- 歯科衛生士（常勤）を配置している割合は自治体全体で19.9%であり、保健所設置市で77.2%である一方その他の市部では23.6%であった。
- 保健師（常勤）は自治体全体で77.3%と、専門職の中で最も多く、保健所設置市以外の市部では73.6%、町村部では86.9%であった。

2011年に「歯科口腔保健の推進に関する法律」が成立し、地域で住民の口腔の健康を守る施策を推進することとされ、口腔保健条例の制定や地域の口腔保健支援センター設置などが進められてきた。今日、地域医療計画に歯科医療を位置づけていくことが重要になっており、その点からも自治体の政策に歯科分野を組み入れ、その体制と機能を強化することは不可欠である。

保健所機能の拡充とともに、厚労省が進める食生活改善普及運動等に歯科関連項目を含めること、保健所歯科衛生士による地域のコミュニティを介した歯科衛生指導や啓発事業も望まれる。

2. 小児から高齢者まで、ライフステージに応じた継続的な口腔機能管理を

保団連が実施した学校健診後調査（2020年調査）では、歯科健診を受けた児童・生徒のうち、31.1%が要受診と診断されたが、要受診と診断された児童・生徒の62.3%が「未受診」だった。調査対象の小・中・高・特別支援学校の中で、要受診とされた児童・生徒の中で少なくない割合の未受診者がおり、口腔機能が適切に管理されていない状況が伺える。

口腔機能は、胎児期から獲得されていくものであり、妊娠・小児期からの適切な支援と、必要に応じた介入で正常な発達を促すことが重要である。ライフステージに応じて切れ目のない管理を継続し、機能の獲得と生涯を通じた維持が目指されなければならない。

政府が進める「第4次食育推進基本計画」（令和3年3月）では、「歯科保健活動における食育推進」として、食育の観点から口腔機能の発達、維持の重要性が示されている¹⁶。乳幼児期からの食べ方・食習慣の確立は、口腔の健全な発育に不可欠であり、また将来の糖尿病をはじめとする生活習慣病予防策にもなる。公共政策として制度整備、充実、改善を図るとともに、診療報酬を含む財政措置が必要である。

¹⁶ 石川協会発行の『おくちの機能を育てましようー歯科医師からのメッセージ』（改訂版食物アレルギー対応）

IV. 変化する歯科医療ニーズ

1. 在宅歯科医療需要増加への対応は焦眉の課題

要介護になると、まずは生きるための摂食・咀嚼・嚥下・栄養補給が最重要の課題となるが、歯科の立場からはより人間らしく食べることも重要な課題となる。同時に、これらを支える歯科治療を含む口腔ケアをいかに行うかが重要な課題となる。

歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%いるが、そのうち、過去1年以内に実際に歯科治療を受けた要介護者は2.4%である¹⁷。高齢になり通院が困難となれば歯科治療や専門的な口腔ケアを受けられなくなっている¹⁸。加えて、障がいをもつ人や、所得、家族やネットワークの支援、アクセス、その他の社会的な要因も含め様々な理由で外来受診が困難な人達も存在しており、それらの需要にも応えていくことが必要である。

自分の歯を保持する高齢者が増加する中、在宅歯科医療と維持管理の必要性はますます増大する。こうした状況の中で、現在、医師に限定されている介護給付に関する主治医の意見書について、歯科医師にも記載ができるよう制度を改定していく必要がある。

同時に、高齢化社会で在宅歯科医療の需要増が想定される中で、訪問診療に踏み出す歯科医師への後押しとなるよう、診療報酬上の点数引上げと請求実務の簡素化をしていく必要がある。

2. 病院歯科の充実

現在、歯科を有する病院は一部に留まっている¹⁹。病院経営が厳しさを増す中で、低すぎる診療報酬により採算の合わない歯科診療部門を維持できず、その数は90年代以降減少してきた。しかし、これからの歯科医療において、病院歯科にはより広範な役割が期待される。

地域の開業医にとって、高齢者も含むハイリスク患者、障がいや基礎疾患等により治療の難しい患者、周術期の口腔管理、摂食・嚥下機能低下患者、口腔外科分野など様々な患者に対応できる、二次歯科医療機関による後方支援は必須である。また、人口減少等により歯科医療提供体制の維持が難しい地域では、病院歯科に一次歯科医療機関として外来機能が求められることも想定される。

また、病院歯科では入院患者の口腔ケアにとどまらず、退院後の歯科受診が困難、あるいは訪問歯科診療が難しい患者には、病院内歯科治療により、自分の力で食べられるまでの十分なケアも望まれる。

さらに、一定数病床のある病院が歯科を有することはもちろん、病診連携、医科歯科連携、医療と介護の連携を推進する機能を有することが重要である。

3. 多職種連携の推進

今や多くの臓器がネットワークとして相互的に機能していることが明らかにされている。歯科は口腔の専門医であるが、他の臓器、全身状態との関りの中で診断・治療することも必要であり、医科歯

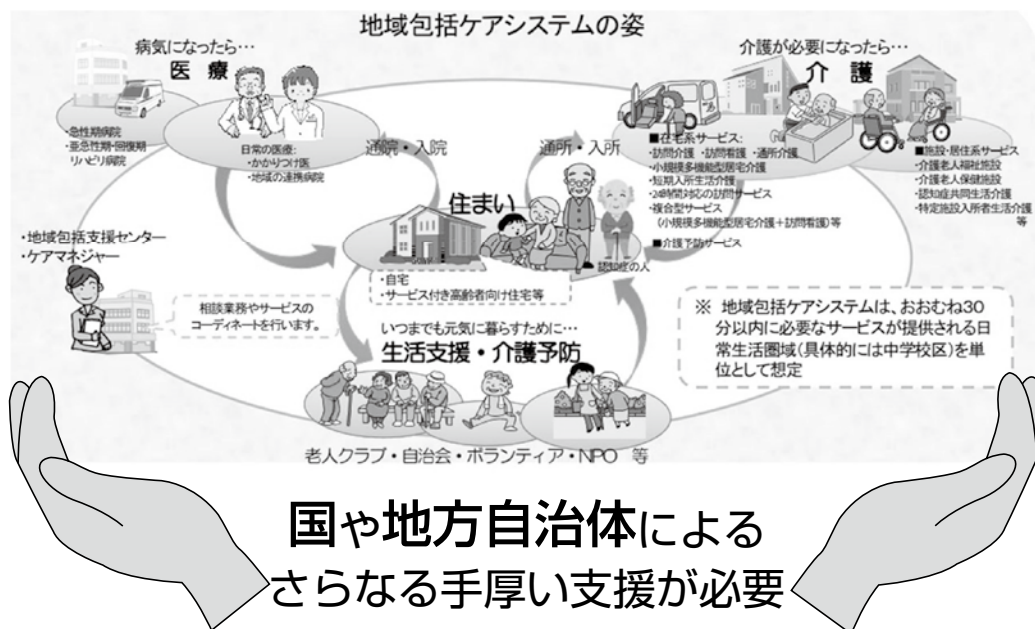
¹⁷ 令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性より

¹⁸ 2020年3月末現在、要介護（要支援）認定者数は669万人である（令和元年度「介護保険事業報告（年報）」）。対して、在宅医療サービスを実施している歯科医療機関数は全国で14,927件となっている（平成29年「医療施設調査」）。仮に669万の要介護（要支援）認定者全員に、15,000件足らずの歯科医療機関が月1回訪問診療サービスを提供するには、1医療機関あたりの患者数は約450人となる。極端な計算ではあるが、実際問題として歯科訪問診療における需給のギャップは極めて大きい。しかも、要介護（要支援）認定者の増加は確実であり、歯科診療所数は横ばいから微減という状況である。

¹⁹ 歯科系の診療科を標榜する病院は約1,800施設であり、病院全体の2割である。

科連携の重要性が増している。また、増大する在宅歯科医療に対して、適切な医療や介護が提供されるためには、医科歯科連携はもちろん、医療と介護の連携が不可欠である【図15】。

【図15】医療と介護の連携イメージ



【図15】医療と介護の連携イメージ

厚生労働省資料「地域包括ケアシステム」を改変

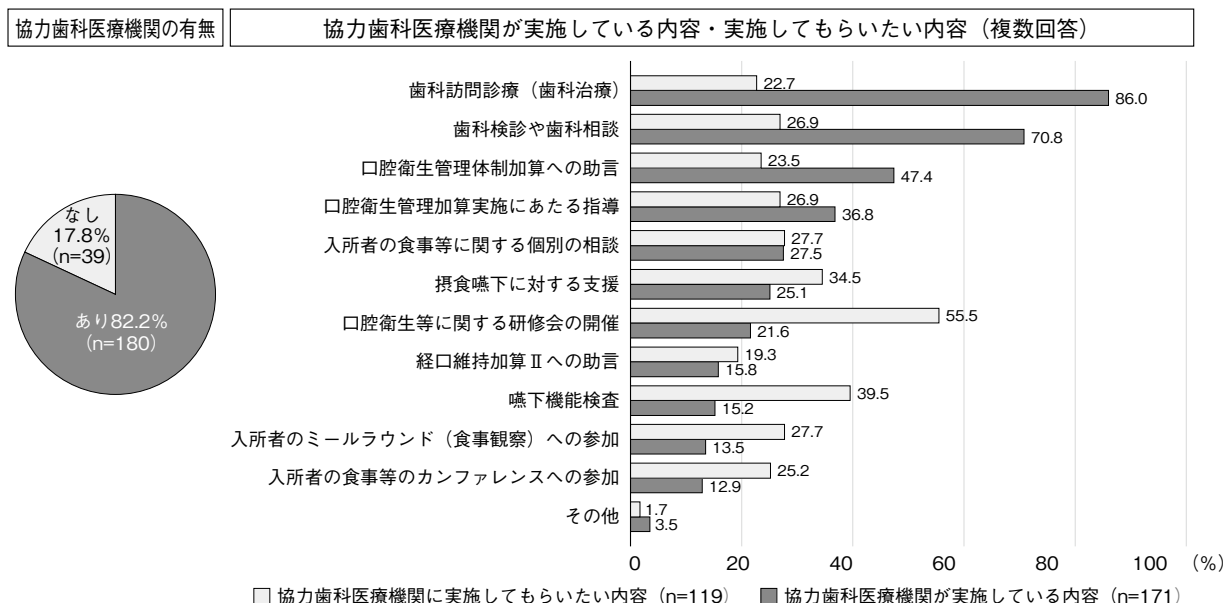
●医療と介護の連携には、現在の「地域包括ケアシステム」に対し、国や地方自治体による更なる手厚い支援が必要である。

医科歯科の連携については、歯周病と糖尿病をはじめ、医科歯科の慢性疾患とのかかわりが注目されている。診療報酬で連携の評価はあっても、その取り組みは広がっていない。

口腔機能の維持とそのケアは介護においても重要な事項であり、介護との連携は特に重視する必要がある。在宅への移行時に介護との連携がないと、かかりつけ歯科医院との繋がりが切れ、日常的な口腔管理も途切れてしまうことが多い。介護認定にあたり、主治医の意見書に加え、歯科医師の意見書も必須とすべきである。また、介護サービスの提供にあたっては、介護職と歯科医療機関の密接な連携²⁰が必要である。

²⁰ 厚生労働省令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業報告書」によれば、介護保険施設に対し、協力歯科医療機関が実施している内容と、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容を調査した結果、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容として、口腔衛生管等に関する研修会や、摂食嚥下に関する内容が多くみられ、介護施設が歯科との連携の深化を求めていることが示されている。

【図16】



※介護保険施設に対し、協力歯科医療機関が実施している内容と、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容を調査した結果
 出典：令和3年度老人保健健康増進等事業「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業報告書」

【図16】 出典：厚生労働省令和3年度老人保健健康増進等事業

「施設系サービス利用者等の口腔衛生等の管理に関する調査研究事業報告書」
 ●介護保険施設の回答を見ると、協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容は「口腔衛生等に関する研修会の開催」が最も多いが、協力歯科医療機関が実施している内容は「歯科訪問診療」「歯科検診や歯科相談」が多く、必ずしも施設の希望に沿った内容が実施されているわけではないことがわかる。

高齢者の摂食・嚥下機能低下の防止はQOLの維持とともに、誤嚥性肺炎の防止にもなるため、歯科以外の多くの職種との連携が重要である。医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、言語聴覚士、理学療法士、栄養士、ケアマネジャーやヘルパーなど他職種とのチームによる対応が欠かせず、NST等への積極的な参加を可能とする体制構築が必要である²¹。

4. ICT機器活用の可能性と懸念

近年、医療におけるICT化が急速に進んでいる。診療の向上に資する技術の導入は高く評価するが、技術ありきの性急な普及には問題も多い。例えば、オンライン診療推進の論議では、効率を口実に、安全性や医療従事者と患者相互の信頼構築など、医療に不可欠の要素がなおざりにされている。また、機微性の高い患者の個人情報をもどのように管理し、保護するかの対策も必須である。

オンライン診療は、画像や音声等の限定された情報だけでは、患者の状態や病状などを把握することが難しいという基本的な問題点に加え、歯科分野では処置等の手技が診療の大部分を占めることから活用は極めて限定的になると考えられる。歯科診療の特徴を踏まえれば、安易な導入・推進・誘導

²¹ 2020年度のNST関係加算の算定実績は、NST1の算定は歯管・訪問口腔リハあわせて623回、NST2は歯管・訪問口腔リハあわせて7,078回に過ぎない。また、医科での算定状況では栄養サポートチーム加算の算定回数46,305回に対し、歯科医師連携加算の算定は12,943回であり極めて少ない。

は行われるべきではない。

一方、対面診療を前提とした補助的なツールとして ICT 機器活用の可能性は考えられる。2022 年には訪問診療料に対する「通信画像情報活用加算」が新設された。ICT 機器活用に関してはその有用性、安全性、また機器やシステムの普及状況などについて、十分な検討を尽くし、課題がある内容については慎重に考えるべきである。一方で、推進すべき活用方法に関しては、適正な評価で、できる限り多くの歯科医療機関が取り組み、患者の利便性に資する体制を構築していくことが欠かせない。

歯科補綴分野でも近い将来、ICT 技術を用いた治療法の保険収載が想定される。しかし、有効性・安全性が確認された技術が、あくまで適正な金額で保険収載されなければならない。

V. 歯科医療提供体制の充実

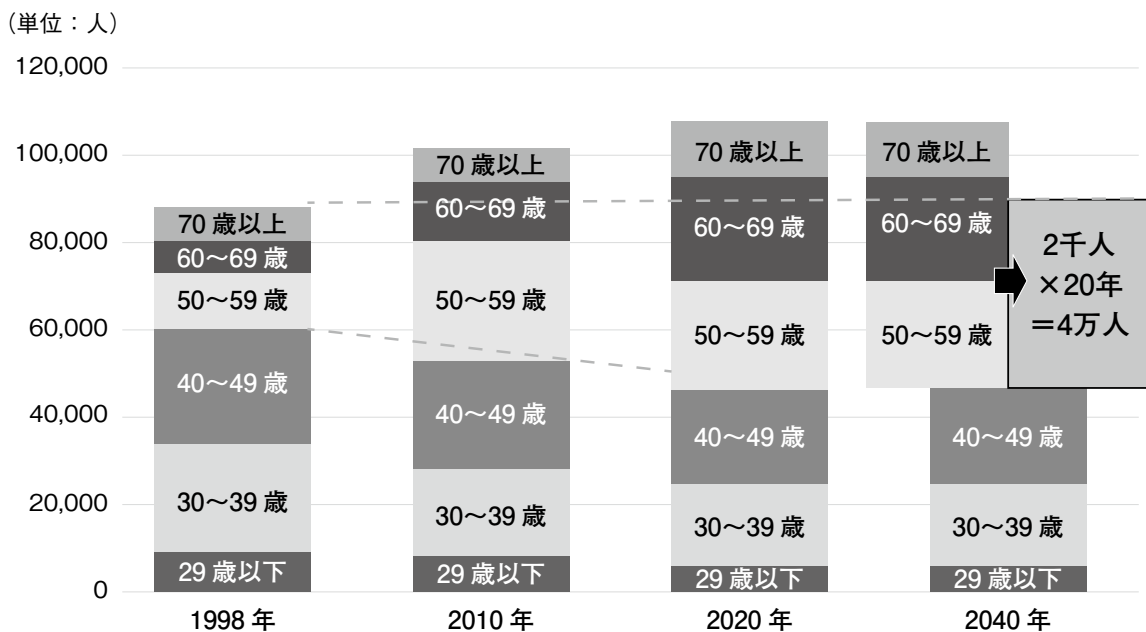
国には憲法 25 条の理念を体現する国民皆保険制度の運営主体として歯科医療機関の経営を安定させ、国民に歯科医療提供を保障する責任があるのは言うまでもない。

1. 画一的な歯科医師数抑制は見直しを

歯科医療界では、厚生労働省が歯科医療に対する需要を見誤った結果、長年「歯科医師数過剰」として、歯科医師の養成数の削減などが進められてきた。この方向性は、必ずしも国民の歯科医療に対するニーズの議論からではなく、長年続く低歯科医療費という経済的政策の下での、歯科医療機関の経営的な視点から導き出されたものである。

近年、歯科医師の高齢化や地方の衰退などを背景に、このままでは、「全国どこでも」という歯科受診が危ぶまれ、国や厚労省は、改めて必要な歯科医師数を検討している。歯科医師養成数は 1970 年代に大きく増加した後、80 年代には既に抑制が行われている。そのため、現在の歯科医師の年齢構成は 60 代以上の比重が大きくなっており、このままでは中長期的な歯科医師数の減少、歯科医療供給量の減少は避けられない。

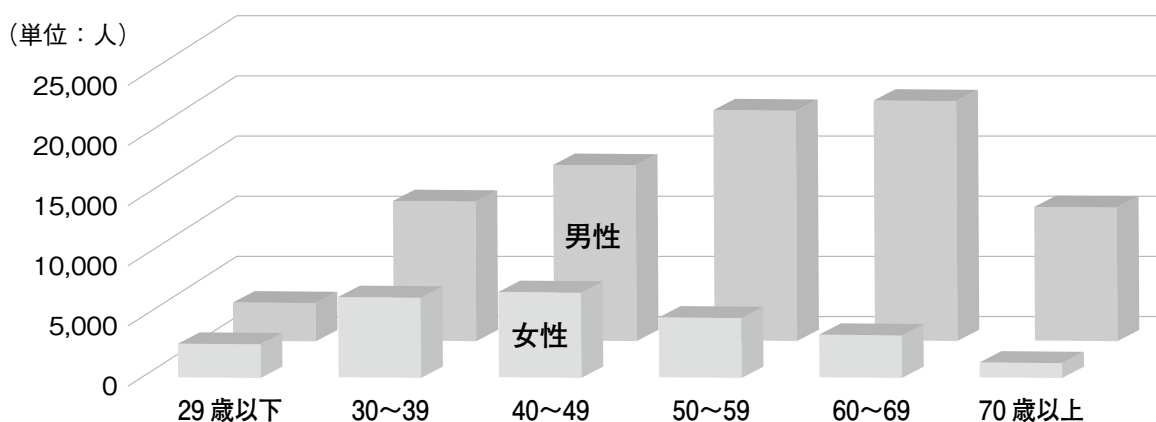
【図17】年代別年齢別歯科医師数と予測



【図17】年代別年齢別歯科医師数と予測（厚労省資料より作成）

●現在の歯科医師の年齢構成からは、2040年には歯科医師が大きく減少することが見込まれる。

【図18】 40歳までの女性歯科医師の増加



令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計より作成

【図18】 医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）より作成

●特に若年層において、女性の歯科医師の比率が大きくなっている。

図表のように、高齢化に伴い歯科医師のリタイアが進み、現状の歯科医師国家試験合格者が、毎年意図的・政策的にコントロールされたまま推移すると、2040年には1998年と同水準の人口比歯科医師数となることが推測される。また近年、女性歯科医師の比率が増えつつあることで、男女ともに様々な働き方が求められるようになっている。ライフステージに応じて活躍できる環境整備を進めることも、重要な課題となっている。

今後、人口の減少状況を迎えても、高齢化に伴い残存歯数の増加、基礎疾患を有する患者の全身状態を踏まえた歯科診療、在宅医療の拡大、総合的な患者ケアのための地域や多職種との連携、予防やヘルスプロモーションも含めたより幅広い歯科的介入など、歯科医療へのニーズは質量ともに高まると考えられる。需要の拡大・変化と歯科医師数の減少見込み等を考えれば、歯科医師数は不足する危惧がある。

歯科医師の地域や年代による偏在状況を踏まえて、全国各地で安定的に歯科医療提供体制を確保するための議論が改めて求められている。これまでの歯科医師数抑制の方針は見直し、少なくとも現在の養成数を維持しながら質の高い歯科医療を提供するためには、歯科医師の安定的な収入確保が必要であり、そのためには歯科医療費総枠拡大が重要となってくる。歯科医療費の総枠拡大を基本とした上で、歯科医療の充実・拡大を担保する提供体制構築の議論を進めるべきである。

2. 歯科医師養成の課題

また、歯科医師養成は数だけの問題だけでなく、質の担保も重要である。これからの歯科医師には、歯科・口腔分野での高い専門性はもちろん、多様な疾患への理解と対応、摂食・嚥下、食事・栄養、食育を通じた地域の健康増進に果たす役割など、幅広い素養が求められる。一方、歯学部定員割れや歯科医師国家試験の難易に関わらず合格者数が毎年必ず2,000人前後で推移していることや、それに関連して合格率の低さなど、足元の歯科医師養成の課題は非常に大きい。低歯科医療費の下での歯科医療界の厳しい状況が、歯科医師を目指す有為な人材減少の背景にある。近年、カリキュラムや臨床実習等にかかる改革や法整備が実施されているが、まずは人数を絞って選抜する現在の試験を改め、

一定水準をクリアしていれば合格とするような試験にするべきである。その上で、歯科医師養成に関する諸課題の解決のためには、歯科医療界全体の底上げ、とりわけ歯科医療費の総枠拡大無くしては、根本的な状況は変わらない。この点からも、歯科医療費の総枠拡大は根源的課題であり、早急な改善が必要である。

3. 偏在解消には公的責任と財政措置が不可欠

医療機関は地域を支える基礎的なインフラ（社会的共通資本²²）のひとつである。住民が生活圏内で医療を受けられることは、住民が安心して暮らせる基本的な条件であり、地方の人口流出に歯止めをかけ、コミュニティを守っていくためにも、医療提供体制の拡充は偏在解消のための重要課題である。医科・歯科を問わず自治体はその実情に応じた医療提供体制を確保し、財源等は国がしっかりと保障することが求められる。

とりわけ中山間地域等では、医療提供がさらに困難なケースがある。国民全員が単に保険証を持っているだけでは、皆保険制度とは言えず、いつでも、どこでも、誰でもが必要な医療をその生活圏の中で受けられることは、国民皆保険制度の主旨に鑑みても極めて重要である。

医療機関が医師・歯科医師個人の民間経営である以上、経営が成り立たない場所での開業は困難である。そのため、人口減少が見込まれ、診療所経営が困難な地域では、住民の医療を受ける権利を守るために、健全な経営のための新規開業や継承に公的な支援²³（開業資金や運転資金への公的融資・補助、税制優遇等）が不可欠である。また、様々な要因で医療過疎となってしまう地域では、国・自治体による歯科を含む医療機関の開設・運営など、地域の実情に応じた体制確保を公的責任で行うことが求められる。

歯科領域においては、その偏在解消は喫緊の課題であり、その際地域の歯科医療提供体制を維持・確保するために、歯科大学・歯学部の役割も重要である。医科のように入学定員の地域枠や、自治医科大学のような例も参考に、地域の歯科医師養成・確保政策が検討されるべきである。

4. これからの歯科診療所のあり方

①「かかりつけ歯科医」に関する保団連の考え方

フリーアクセスを基本とする日本の医療制度において、「かかりつけ医」は患者・家族の自主的、主体的な選択によるべきものであり、医療提供側や制度が決めるものであってはならない。

歯科開業医は、一定分化が進み、専門科として標榜されている医科開業医と異なり、歯・口腔疾患全般におおむね総合的に対応している。従って、あえて「かかりつけ歯科医」とそれ以外を区別する必要はない。また、歯科においても継続管理の重要性はすでに広く認識され、診療報酬も維持・管理に比重を置いた評価になりつつある。

地域包括ケアシステムなどで提起されている「かかりつけ歯科医」は、患者の主体性を前提に、地域の中で一人ひとりの患者に寄り添った治療、また健康サポートを提供する歯科医療提供の在り方の問題であり、診療における個々の機能などに基づいて制度化、線引きをすれば、患者にとっても歯科医師にとっても説明と理解が困難な「的外れ制度」となる。それは、「かかりつけ歯科医の機能を評価する」として導入された「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（以下『か強診』）」の混乱を見ても明らかである。

²² 宇沢弘文『社会的共通資本』（1994年）

²³ 創業・事業承継補助金、IT導入補助金、革新的ものづくり・商業・サービス開発支援補助金等

国がことさらに「かかりつけ歯科医」を進めようとする背景には、低点数での長期・包括管理とアクセス制限により、医療費抑制を一層進める企図がある。このような政策は、歴史的に積み重ねられてきた、患者の自主的選択と歯科医療提供者との信頼関係に基づく歯科医療を破壊するものとなり、容認できないものである。

②歯科診療所のあり方について

近年の歯科診療報酬改定は、「か強診」のように、人員配置等一定規模以上の歯科診療所を手厚く評価するものになっている。また、一次歯科医療機関と二次歯科医療機関の中間的な役割を担うとする、大規模・多機能「1.5次歯科診療所」といった提起もある。

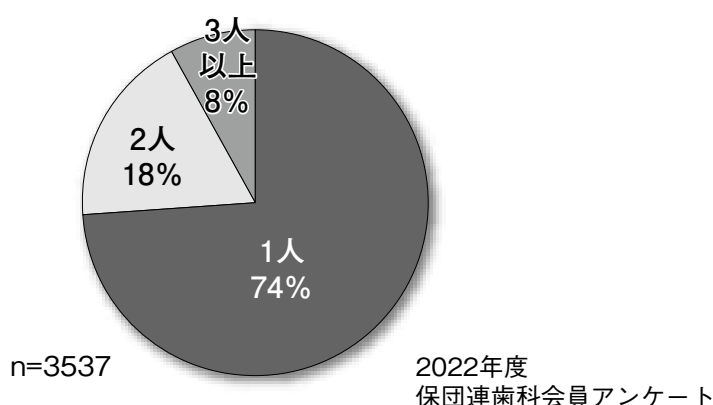
実際には歯科診療所の多くが1人歯科医師の個人立歯科診療所であるのが現状【図19】であり、目指すべき方向として大型化を一般化することはできない。施設基準に基づき診療報酬の傾斜配分による誘導などが行われれば、現に地域の歯科医療を支えている多数の歯科診療所を淘汰し、国民の歯科診療所へのアクセスを妨げ、ひいては地方の歯科医療提供体制の存続を困難にしかねない。

現在の歯科医療提供体制に立脚して、その発展を目指すのであれば、病院歯科を含む複数の歯科医療機関が、医科や介護などとの多職種連携を軸として、一人ひとりの患者に最適な治療やケアを、住み慣れた地域の中で包括的に提供できるようにすることが肝要である。

そのためには、外来での長時間診療、保険外診療を見込んだこれまでの歯科診療報酬の在り方を、外来診療、訪問診療、連携等に係る業務などに労働時間を分配して、なお経営が成り立つ保険診療体系と水準に転換していくことが必要である。

また、将来の歯科診療所の在り方で考えておくべきことは、歯科医療機関が、歯科疾患の治療、管理の場であるとともに、地域住民が健全・良好な口腔から健康とより良い生活を実現する、ヘルスプロモーションの一角を担う場となることである【図20】。住民にとっての歯科診療所を、痛くなってから治療のために訪れる場所から、予防や生活習慣の改善、健康づくりのために主体的・積極的に訪れる場所にしていくことが何より求められていることである。そして、そのためには歯科治療だけでなく、子どもの食育や介護食など食生活に関する情報発信なども重要となってくる。

【図19】 歯科医療機関の常勤・歯科医師数



【図19】

●歯科医療機関の常勤の歯科医師数は「1人」と答えた歯科医療機関が全体の74%に上り、歯科においては小規模な歯科医療機関が大半を占めていることがわかる。

【図20】地域の歯科診療所のあり方イメージ



【図 20】

かかりつけ歯科医師は、今後、在宅歯科医療だけでなく、医科診療所や病院、介護施設や介護サービスなどを繋げていく必要がある。

③女性歯科医師の働き方への理解と活躍に向けて

2018年の歯科医師の男女比率は、25歳～29歳では男性54%・女性46%でほぼ半々に近づいている（「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成30年）。女性歯科医師がライフステージに応じて活躍し、国民の健康増進に貢献できる環境を作ることは、今後の歯科医療提供体制を考える上でも極めて大きな課題である。歯科医療界でもジェンダー平等がどのように保障されていくかが問われている。

令和2年12月31日現在の全国の届出歯科医師107,443人の内女性は26,913人（25%）であり、診療所の勤務者数に占める女性歯科医師数は47.3%である²⁴。特に30代の女性歯科医師のうち57.7%が診療所の勤務者である。この世代においては、診療所勤務での子育てと仕事を両立できる環境作りが必要となる。もっとも、仕事と育児の両立は、女性歯科医師だけでなく、そのパートナーにも関わる課題である。60代以上では圧倒的多数が男性であり、今後の世代交代にあたって男女のバランスが大きく変わることで、開業数（診療所数）にも大きく影響することを踏まえ、早くから対策を立てておく必要がある。女性歯科医師の働き方を考える際には、勤務医としての状況を優先しがちだが、将来の提供体制確保という観点からは、診療所開設という選択を国策として十分に支援し保障できるかが重要である²⁵。

歯科医師の男女比の変化に伴う働き方の変化にどう対応するかは、明らかに不足している分野の供給をいかに増やすかという課題とも切り離せない。その体制整備を進めるには、現実的には個人・小規模診療所でも勤務医を雇用できることも望ましい。このことは単に女性の仕事として扱われてきた育児、子育て、家事、親の介護などを夫婦で、あるいは社会がいかに分担し、歯科診療への参画を確保していくかに帰結する。様々な事情からフルタイムで診療に従事することが難しくても、スポット

²⁴ 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計より

²⁵ 40代で約7割、50代以上では8割以上の歯科医師が男性であり、世代により大きく状況が異なる。年代別の診療所開設者の割合では、男性歯科医師の多くは30代から開業し、65歳～69歳では9割近くが開業医である一方、女性歯科医師では、開業医の割合が40代以降で1割を超え、ピークの年代でも50%にとどまっている。

で地域の歯科診療を支えるための施策も必要である。特に需要の高まる訪問診療や予防、健診領域の充実、多様な働き方を支える可能性が高く、それらに対応した診療報酬上の評価、財政支援の実現が不可欠である。

5. 歯科衛生士・歯科技工士の更なる活躍に向けて

口腔衛生管理のスペシャリストである歯科衛生士や、精密な歯冠修復物や義歯製作のスペシャリストである歯科技工士は、日本の歯科医療の質を保つために、欠かすことのできない人材である。しかし、現在その技術や労働が歯科診療報酬で十分に評価されておらず、人材の確保、育成、処遇改善が大きな課題になっている。

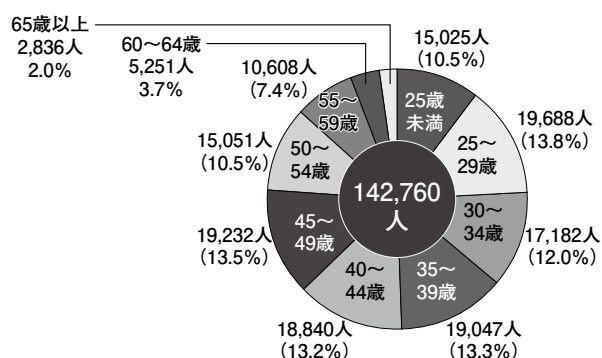
① 歯科衛生士の課題

2020年度の新卒歯科衛生士に対する求人倍率は20.7倍（全国歯科衛生士教育協議会）となっており、歯科医療機関にとって歯科衛生士の雇用確保は大きな問題となっている。近年、復職支援事業等により就業歯科衛生士数は増加しているが、若手歯科衛生士が安心して働き続けられる環境を作り、定着を図っていくことは依然として大きな課題である。【図21】

社会保険の充実（年金格差の是正）、適正な給与・賞与・退職金の支給、生理休暇、産休、育休、有給休暇等が取得しやすい職場環境を保障することができるだけの診療報酬が欠かせない²⁶。特掲診療料での加算ではなく、基礎的技術料を上げることは、そうした環境整備のために不可欠な措置である。そして、そのためにも歯科医療費総枠拡大が必要である。公的な保育等の充実や介護保険サービスの改善など、女性の働き方を支える社会の実現が必要である。

【図21】 年齢別歯科衛生士数

年齢階級別にみた就業歯科衛生士（令和2年衛生行政報告例の概況より抜粋）



【図21】 令和2年衛生行政報告例の概況より抜粋

- 令和元年一般財団法人歯科医療振興財団事業報告書によると、歯科衛生士の令和元年度末登録者数は291,910人である。
- 令和2年衛生行政報告例によると就業している歯科衛生士が142,760人なので、歯科衛生士の登録をしている者のうち、約48.9%しか就業していない。
- 特に若手の歯科衛生士が働き続けられる環境づくりは、歯科衛生士の確保に向けて、大きな課題といえる。

²⁶ 保団連「歯科衛生士養成学校生就労意識調査」(2019年)では、結婚、出産、育児等の場合の就労について、「継続して就労を希望する」が45.1%で最多であり、「退職を希望する」と回答した学生は10%に過ぎない。学生の意識と現実の就労実態には大きな差があり、ワークライフバランスの実現は困難な状況である。

歯科衛生実地指導料（80点）など低すぎる歯科衛生士の労働への評価を引き上げるとともに、訪問診療における歯科訪問診療補助加算（訪補助）と同様に、外来診療においても歯科衛生士の補助の下に行う診療体制評価を設けるべきである。特に、歯周病のメンテナンスは実質的に歯科衛生士が中心となっていることから、こうした業務の適正な評価が必要である。あわせて将来的には栄養指導、摂食指導、食育など歯科衛生士の専門性を活かした業務の拡大、評価の拡大も図るべきである。こうした歯科衛生士の適正な評価こそが、不足している歯科衛生士の増加につながるものである。

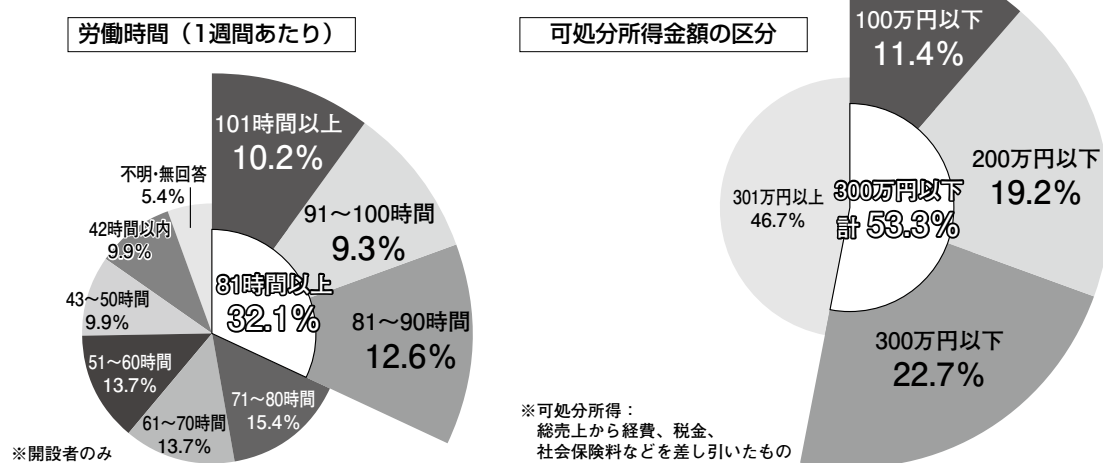
② 歯科技工士の課題

歯科技工士を取り巻く厳しい状況の解決は、日本の歯科医療にとって最重要、喫緊の課題である。

資格取得後、就業した歯科技工士の離職率の高さは、歯科技工業界の将来に関わる問題である。若年世代の離職で、就業歯科技工士の年齢構成は50歳以上が半数を超え、歯科技工士という職業の将来が強く懸念される。

こうした状況の背景には、歯科技工士の厳しい労働実態がある。保団連が2016年に実施した歯科技工所へのアンケート調査では、週あたりの労働時間81時間以上が32.1%、可処分所得300万円以下が53.3%に上った。歯科技工士問題の大半は長時間労働と低所得である。歯科技工士が当たり前のように、当たり前で生活できるよう、すぐに実効的な手を打つことが求められている。

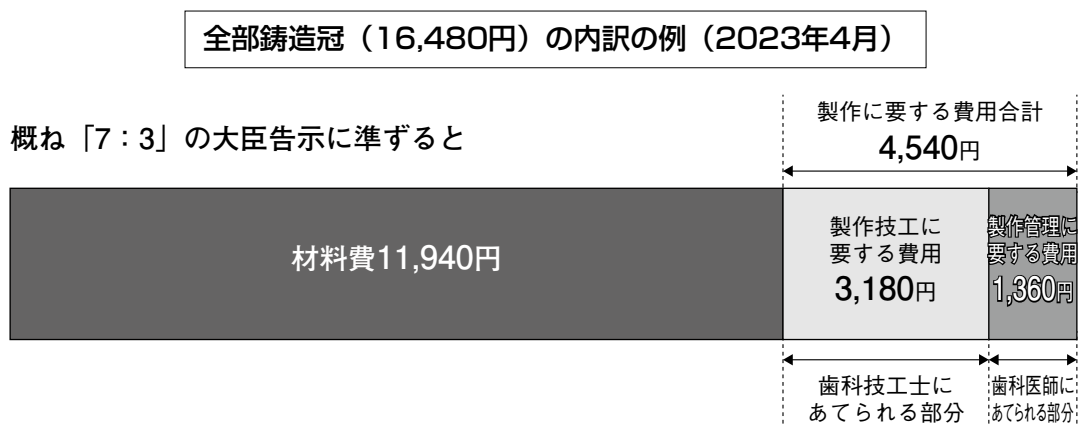
歯科技工士の過酷な実態（保団連「2016年歯科技工所アンケート」より）



■低い歯科技工料の解決が根本課題

1988年、当時の厚生大臣は歯科技工士の「製作技工料」を保険点数の概ね7割とする告示を示した。いわゆる「7:3告示」である。しかし、その直後「7:3」は「個々の当事者を拘束するものでない」として、委託技工取引のルールとして実効性を付与せず、歯科技工士と歯科医師間の分配問題にすり替えた。結果、低歯科医療費の下で歯科技工料が切り下げられる事態を招いた【図22】。

【図22】 7：3の内訳



歯科技工の問題を解決するためには、補綴に関連するチェアサイド（歯科医師の技術料）と歯科技工物の保険点数の抜本的に引き上げること、「7：3」に準じた適切な歯科技工料を保障する実効的な取引ルールを策定することが最重要の課題である。

委託技工料を調査する「歯科技工料調査」は公表されておらず、歯科技工料算出の根拠も明らかにされていない。そもそも、「ダンピング」と言われるほどの実態がある中で、実勢価格に基づき保険点数を決定すれば、低い点数となるのは当然である。保険点数は、原価計算に基づいてなされるべきである。

■歯科技工士養成校を守る施策を

歯科技工士養成校の閉校が続き、1991年に72校あった養成校は2020年には47校となり、入学人数は3,155人から1,003人に減少した。歯科技工士国家試験の合格者数も800人前後で推移する中で、技術の継承が途絶えかねない状況を食い止め、歯科技工士養成校の更なる減少が起こることがないよう、支援を強めることが必要である。

厚労省は、歯科技工士養成機関への補助等は、自治体が地域医療計画に課題を位置づけることで地域医療介護総合確保基金を活用できるとしているが、具体例は示していない。技工料金を引き上げ、歯科技工士が経済的にも魅力ある職業にし、入学希望者を増やすことが第一である。そのためにも歯科医療費総枠拡大が必要である。

6. 歯科医師法の見直し

医師法と歯科医師法は、医師に医業の独占を、歯科医師に歯科医業の独占を定めている。

医業・歯科医業とは、医行為・歯科医行為を業として行うことだが、医行為・歯科医行為の具体的な範囲は必ずしも明瞭にされていない。厚労省が示したところでは、歯科医行為は充填、補綴、矯正のみである。そのため歯科医師が日常的に行っている歯科治療の多くは事実上歯科医行為であるとともに医行為にあたる。法律上は二分法で医業と歯科医業とを区別しているが、診療の現場では、医行為と歯科医行為は厳密に切り離せるものではない。その曖昧さのため歯科医師は、医師法違反に問われかねない危険性に絶えず晒されている。

また、政府は2020年～21年に、新型コロナウイルス対策として、歯科医師によるPCR検査の検

体採取とワクチン接種を認めた。これらの行為は医行為とされ、歯科医師が行うことはできない建前であるにもかかわらず、厚労省は状況に鑑み「違法性が阻却され得る」との解釈を示し、本来であれば法律改正により適法性を確保すべきであるが、行政解釈による超法規的な対応²⁷をとった。

このような事例や、実際に医師法違反が問われたことのある救命救急への対応、また摂食・嚥下障害のような口腔機能と他領域が密接に関係する病態への対応など、歯科医師が現場で求められる行為と、医師法・歯科医師法の二分法的な規定との間で齟齬が放置され拡大している。現実に即した法整備が求められる。

²⁷ 2022年の保健師助産師看護師法の改正により、歯科医師によるワクチン接種の適法性が法文上、担保される格好となった。

VI. 歯科診療報酬の改善

診療報酬は、医療従事者の人件費、賃貸料・光熱費等の経費、医薬品・医療材料購入費などの原資であり、医療機関経営を支えるとともに、患者が受けられる医療の質と量を規定する。にもかかわらず、歯科診療報酬は長年にわたり強く抑制され、加えて不合理な制約の下での歯科医療提供を強いられている。

1. 基本診療料、基礎的技術料の引き上げ、不合理な包括化の改善

歯科の初・再診料は医科との間に不合理な格差が設けられ²⁸、診療のための基本的なコストに見合っていない。2020年1月から新型コロナウイルス感染症の拡大によって、それまでの歯科診療の感染防止対策の適切さと共に、感染防止対策に対する診療報酬上の評価の不十分さをあらためて浮き彫りにした。感染防止対策の評価は、中医協での審議の中でも往々にして全く不十分であることが指摘されている。タービン等の感染対策コスト、口腔外バキュームなど考慮していない調査は診療を把握していないと言える。

新型コロナウイルス感染対策も含め、通常のスタンダードプリコーションの徹底に要するコスト、感染対策経費の増加は歯科医療機関の経営を圧迫する要因にもなっている。

2020年12月には新型コロナウイルス感染拡大に対する特例として、乳幼児の感染防止対策に係る評価として初・再診料に55点を加算できることになった。この加算は医科では100点とされ、感染対策費用から見て極めて不合理な医科・歯科格差となっている。緊急対応にさえ既存の医科歯科格差がそのまま持ち込まれた所産である。歯科の初・再診料を大幅に引き上げ、医科歯科格差を是正すべきである。

歯科では技術料が長期にわたり不当に低く抑制されている。処置等が主要な診療となる歯科では、タイムスタディー調査²⁹に基づく大幅な評価の引き上げが求められる。そもそもこれまでの歯科診療報酬改定では、本体点数の引き上げを伴わず事実上「廃止」に等しい「包括」が数々行われてきた。また、薬剤料や中間材料のコストもただでさえ低い技術料に含むとされている。これらを実情に見合う評価に改めていく必要がある。「医療費総枠を拡大し、技術料を中心に10%以上診療報酬を引き上げること」（保団連歯科改善要求）が必要である。

2. 歯周病の管理を病態と臨床経過に見合ったルールに

歯周病の治療は現在、歯周病安定期治療（SPT）での3ヶ月管理のルールが基本となっている。SPTは、基本的に歯周ポケットの深さが4mm以上の患者が管理対象とされているが、2020年には4mm未満の患者を対象とする歯周病重症化予防治療（P重防）が新設された。歯周病の病態に照らして、症状が軽快した患者についても引き続き管理できるようになったことは重要である。

しかし、同一の疾病に対する長期の包括管理のルールが複数併存する状況は、変化する患者の病状に対応し、最善の治療を提供していくためには不合理である。機械的な包括管理とするのではなく、患者に応じた個々の対応が可能となる柔軟な管理ルールに改めるべきである。

²⁸ 初診料は、医科歯科で大きな格差がある。施設基準についても、歯初診では院内研修は、医療法上すでに規定があり、また96%が届出をしており、事実上届出医療として不要である。

²⁹ 歯学系学会社会保険委員会連合（歯保連）は、日本歯科医学会の「歯科診療行為のタイムスタディー調査」などを参考に、診療行為別に人件費や材料価格などを推計した「歯保連試算2021」を上梓した。試算では、人件費等の推計を基に、適正とされる点数が提案されている。

また、2022年には「口腔バイオフィルム感染症」の病名が導入された。う蝕や歯周病に対する予防的な面も含めたより早期からの治療を可能とするが、在宅患者等に限るきわめて限定的な算定基準となっている。臨床上の位置づけをさらに検討し、外来も含め早期の幅広い介入を可能とするべきである。

3. 「クラウン・ブリッジ維持管理料」（補管）は廃止を目指し

基礎的技術料の適正な引き上げを

「クラウン・ブリッジ維持管理料」（補管）は、補綴物の維持と歯や歯周組織の維持を意図的に混同、一体化するものになっている。言い換えれば補綴物に異常がなくとも、歯の破折、歯周疾患等による歯の喪失までを維持管理の対象に含んでいる。また医学的根拠のない2年間の歯科補綴物再製禁止や、未届歯科医療機関への同一処置減算規定など、極めて不合理な管理内容を包括している。すでに制度導入から20年以上が経過し、その間に非金属材料の適用拡大など補綴治療も大きく変化している。患者の状況と主治医の判断に基づく診療が可能となるよう、歯科医療費抑制のための長期・低点数の診療報酬による包括的管理料導入を改め、「クラウン・ブリッジ維持管理料」は廃止を目指して、根拠のない制限は廃止すべきである。

安上がりの長期維持管理路線に基づく歯冠修復・欠損補綴の低点数は、歯科技工士問題を含め歯科医療現場の経営困難、疲弊の大きな原因となっている。補管廃止による財源は、欠損補綴・歯冠修復治療における適正な技術料評価の引き上げに充てるべきである。

4. 施設基準による歯科医療機関の選別はただちにやめるべき

2016年に導入された「か強診」や2018年改定で導入された「歯初診」などに見られるように、施設基準により歯科医療機関を区別する算定方法が少なくない。

施設基準は本来、提供する医療内容との関係で必要な体制や設備、研修の受講等を届出により担保するものである。エナメル質初期う蝕の管理やSPTなどの日常的な処置や、感染防止対策など、すべての歯科医院が行い得る診療や体制に対し、届出の有無によってことなる評価を与え、差を設けることは誤りであり、施設基準の本来の目的から逸脱している。国策として、歯科医療機関の選別、機能分化、淘汰・合理化を進めようとしていると言わざるをえない。

すべての歯科医療機関がより充実した治療を提供できる体制の構築は国民の要請、国の責務であり、合理性のない施設基準による歯科医療機関の区別は直ちに撤廃し、歯科診療報酬全体の引き上げを行うべきである。

5. 保険適用範囲の拡大と自費診療の保険給付への転換

う蝕の減少や多くの歯が残存する高齢者の増加など、疾病構造の変化に対応するためには、より早期に疾患を発見し、管理していくことが必要となる。より早期からの歯科的介入や病態に応じた治療・管理が可能となるよう、新病名の導入と、関連した検査や処置、医学管理等の評価を進めるべきである。また、治療における侵襲の低減や患者の苦痛を極力取り除く観点から、麻酔に係る評価の拡大や高額なレーザー機器による最適な治療などの適正な評価も必要である。

近年、非金属による歯冠修復・欠損補綴の保険適用が拡大されてきている。メタルフリーを進める観点から、金属アレルギー患者に限らずさらに適用を拡大すべきである。加えて、ブリッジ支台第二小臼歯への前装金属冠や現在選定療養とされている金属床義歯、すでに自由診療として広く使用され

ているジルコニア冠など、安全性と有用性が確認された技術や材料については、医療機関が積極的に活用できるよう保険導入すべきである。非金属材料の保険導入は、価格が高騰する金パラの代替材料として、歯科医療機関の逆ザヤ負担の解消や患者負担軽減のためにも重要であり、研究、開発と保険導入の推進が求められる。

こうした新規の技術や材料の保険導入は、あくまで保険診療において適正な評価の下で行われなければならない。さらに、適正な評価のための財源も、従来のように歯科診療報酬の枠内での横滑りではなく、歯科診療報酬の総枠拡大によらなければならない。レーザー機器の加算や歯周組織再生誘導手術をはじめ、医科とは異なり保険適用となっても評価が低いことから導入が進んでいないものも多い。有用な技術の普及を図るためには、保険適用にあたっては、現場が取り組める適切な評価を行うことが必要である。

金属床部分義歯やジルコニア冠など、安全性も確保され十分普及している技術・材料などについて医療機関が十分採算がとれる点数での保険導入を求めている。」(保団連活動方針、保団連要求)

歯科矯正は大部分が自由診療だが、学校健診等で咬合不正等を指摘され矯正歯科を受診しても、治療は保険外診療となり高額な負担が必要となっている。その保険給付は患者と保護者の切実な願いである。全ての子どもは平等に医療を受けられるべきであり、そのためには子どもの歯科矯正については、歯科矯正医(専門医)との連携を前提に、必要と判断された治療については保険適用していくべきである³⁰。

6. いわゆる「混合診療」に類する制度は廃止し、保険診療の充実を

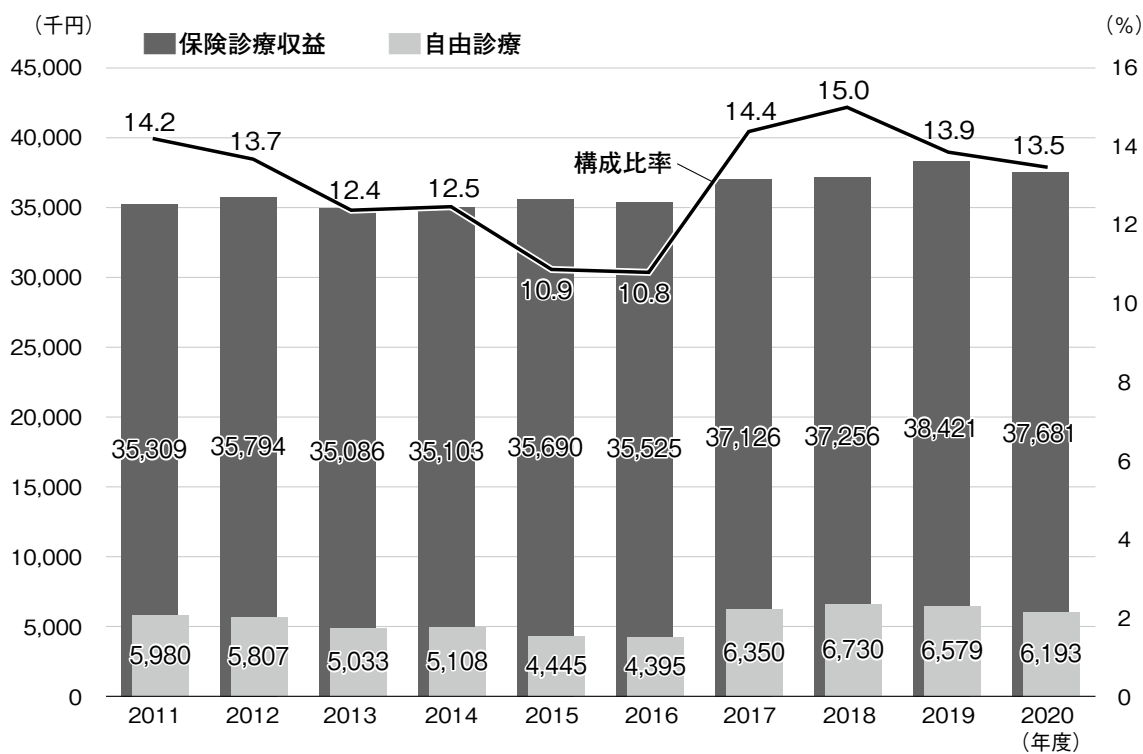
歯科における補綴分野では保険適用範囲の拡大を阻む要因として、制度上いわゆる「混合診療」に類する制度が容認されていることが挙げられる。歯科点数表における「歯冠修復・欠損補綴」の「通則21」(旧「51年通知」)は、保険で治療を進めた上で、補綴物については保険適用外の材料を用いることを認めている。

歴史的に見れば、歯科のいわゆる「混合診療」に類する制度においては、社会的に大きな批判を受けた「差額徴収制度」が形を変えて温存されたものであり、歯冠修復・欠損補綴の点数を低く据え置き、それを患者の自費診療で肩代わりさせようとしてきたもので、いつまでも放置はできない。

歯科医院経営において、保険診療における低い歯科診療報酬のため、自費収入部分にも診療を広げざるを得ない面はあるものの、国民にとって保険外診療の経済的負担は決して軽いものではないため、広く一般に受け入れられるものではない【図23】。すべての国民の口腔の健康の保持・増進し、同時にできる限り多くの歯科医院の健全な経営と安定を図る展望は、保険診療の拡大と充実こそある。歯科診療報酬を引き上げて保険適用範囲の拡大を前提としたうえで、「混合診療」容認の制度は廃止し、圧倒的に患者の利益に資する保険診療に振りかえて行くべきである。そして、そのためには歯科医療費総枠拡大が必要不可欠なのは言うまでもない。

³⁰ 小・中学生計約960万人(2019年)。歯列不正者数、学校健診では約5%。日本矯正歯科学会(会員数約7,000名)、認定医3,300人のみに対応すれば1人145人となる。保団連第50回定期大会活動方針では「歯科矯正の十分採算の取れる点数での保険導入」としている。

【図23】 歯科診療所（個人立）における自費診療比率



【図23】 歯科診療所（個人立）における自費診療比率（厚労省「医療経済実態調査」（各年度）より作成）

- 「保険診療収益」とは、歯科診療所（個人）の「I 医業収益」の「1. 保険診療収入」
- 「自費診療」は、歯科診療所（個人）の「I 医業収益」の「3. その他の診療収益」
- 歯科診療所における自費診療比率は10～15%で推移している。

VII. 歯科医療費の総枠拡大を

1. 低い歯科医療費が問題の根源

歯科医療を取り巻く様々な課題の根源には、国により長く続けられてきた歯科医療費抑制政策がある。歯科医療費は1996年から10年間、約2兆5千億円で横ばいの時期が続いた。

【図24】 診療報酬改定率の推移（累積率は、各年度の改定率を足したもの。但し、消費税対応分を除く。）

	1974	1976	1978	1981	1984	1985	1986	1988	1990	1992	1994	1996
	昭和49	51	53	56	59	60	61	63	平成2	4	6	8
医科(%)	35.0	9.0	11.5	8.4	3.0	3.5	2.5	3.8	4.0	5.4	5.2	3.6
歯科(%)	36.1	9.6	12.7	5.9	1.1	2.5	1.5	1.0	1.4	2.7	2.3	2.2
	物価・人件費単純スライド方式			①物価・人件費修正スライド方式				②薬価引き下げ財源充当方式				
医科累積	55.5			40.71								
歯科累積	58.4			21.35								

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022
	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	令和2	4
医科(%)	1.5	2.0	-1.3	0	-1.5	0.42	1.74	1.55	0.11	0.56	0.63	0.53	0.26
歯科(%)	1.5	2.0	-1.3	0	-1.5	0.42	2.09	1.7	0.12	0.61	0.69	0.59	0.29
	医科・歯科均等方式			医科・歯科均等方式									
医科累積	2.2												
歯科累積	2.2												

【図25】 診療報酬改定率の期間別特徴（累積率は、各年度の改定率を足したもの。但し、消費税対応分を除く。）

	1974～1978	1981～1996	1998～2002	2004～
改定方式	物価・人件費 単純スライド方式	①物価・人件費 修正スライド方式 ②薬価引き下げ 財源充当方式	医科・歯科 均等方式	医科・歯科 均等方式
期間中医科 改定率累積 (%)	55.5	40.71	2.2	
期間中歯科 改定率累積 (%)	58.4	21.35	2.2	

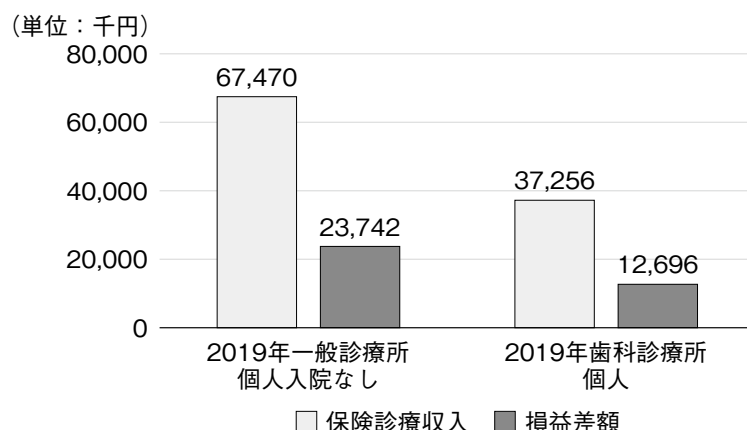
1981年から1996年までは、薬価引き下げにより生じた財源を、医科に限定して繰り入れ続けた結果、累積改定率に2倍近い差が生まれた。この16年間で失われた歯科医療費の累計は多額で、その影響が現在の歯科医療機関に大きく影を落としている。

その後、増加に転じたもののその伸びは微々たるもので、2019年度にようやく3兆円を突破している。四半世紀をかけて増加した額は5千億円に過ぎない。

その間に、歯科医師数の増加、新しい技術や材料の登場・普及、高齢化の進行、国民の健康意識の高まりなど、医科と同様に、歯科医療費が伸びるべき要因が多数あるにもかかわらず、歯科医療費の総枠は抑制され続けてきている。

1991年の国民医療費は21.8兆円、歯科医療費は2.1兆円であり、歯科医療費は国民医療費の10%を占めていた。その後国民医療費は2019年には約43兆円と倍以上に伸びている中、歯科医療費は1兆円足らずの増加で、国民医療費に占める割合は6.9%にまで低下している。国民の健康維持において、歯科医療が果たすべき役割は増大しているにもかかわらず、それを妨げるかのように歯科医療費が伸びていない。

【図26】 医科・歯科の保険収入・損益差額



その結果、歯科医療機関の経営は年々悪化し、保険診療だけでは経営が成り立たない、地域によっては自費診療に期待せざるを得ないという状況に追い込んでいます。医療経済実態調査における個人立歯科診療所の医業収支は、自由診療部分を含めてもなお年々悪化している。こうした状況が、歯科衛生士の処遇の問題や低歯科技工料としても現れている。

歯科医療の様々な問題・困難は、もはや歯科医療費の総枠を拡大しなければ解決できない局面に差し掛かっている。

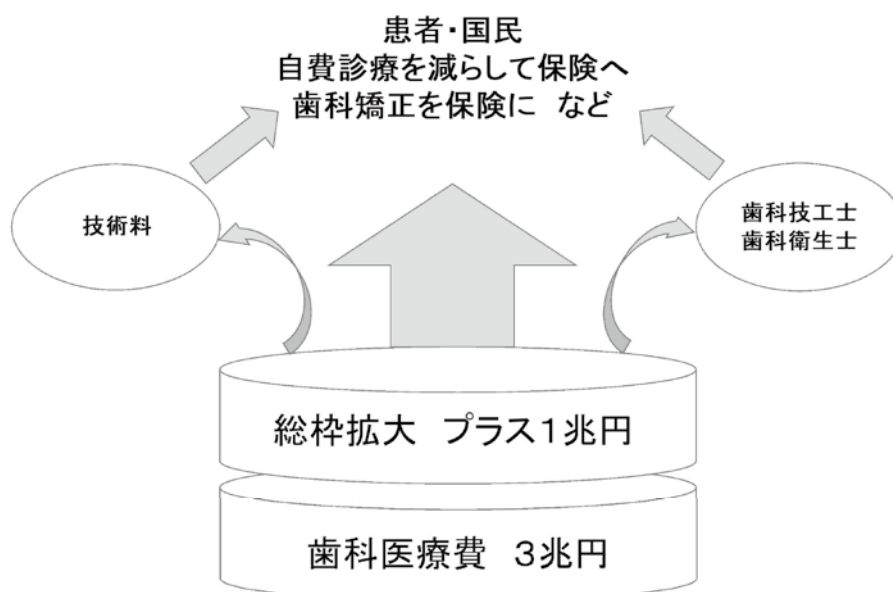
2. 4兆円の歯科医療費を目指して

国民所得や物価指数などを参考にすれば、適正な歯科医療費は4兆3,800億円とする指摘もある（中道勇「歯科の適正医療費は4兆3,800億円である！」『日本歯科評論』2023年1月号～6月号）。また、仮に国民医療費に対する10%程度の歯科医療を確保できていれば、現在の歯科医療費は4.3兆円となる。約1兆円の財源上乘せにより、患者負担の引き下げ、診療報酬の大幅引き上げと歯科医療従事者の処遇・働き方の改善、保険給付範囲の拡大などが可能となり、国民はより一層の健康を確保することができる。

【約4兆円の歯科医療費で実現できること】

- 初・再診料の医科歯科格差の解消 700億円
- 技術料の10%引き上げ 3,000億円
- 「7：3」に準じた低歯科技工料の改善 1,200億円
- 自由診療の保険導入 3,000億円
- 歯科矯正の保険給付 3,000億円

【図27】 歯科医療費の拡大が患者・国民の利益となる



3. 財源はある

日本の社会保障費は国際的に見て高くはない。1人当たり国民所得が日本に近いフランスと同程度に社会保障水準を引き上げるためには、78兆円、医療に限れば11兆6,780億円の追加費用が必要であると試算されている³¹。

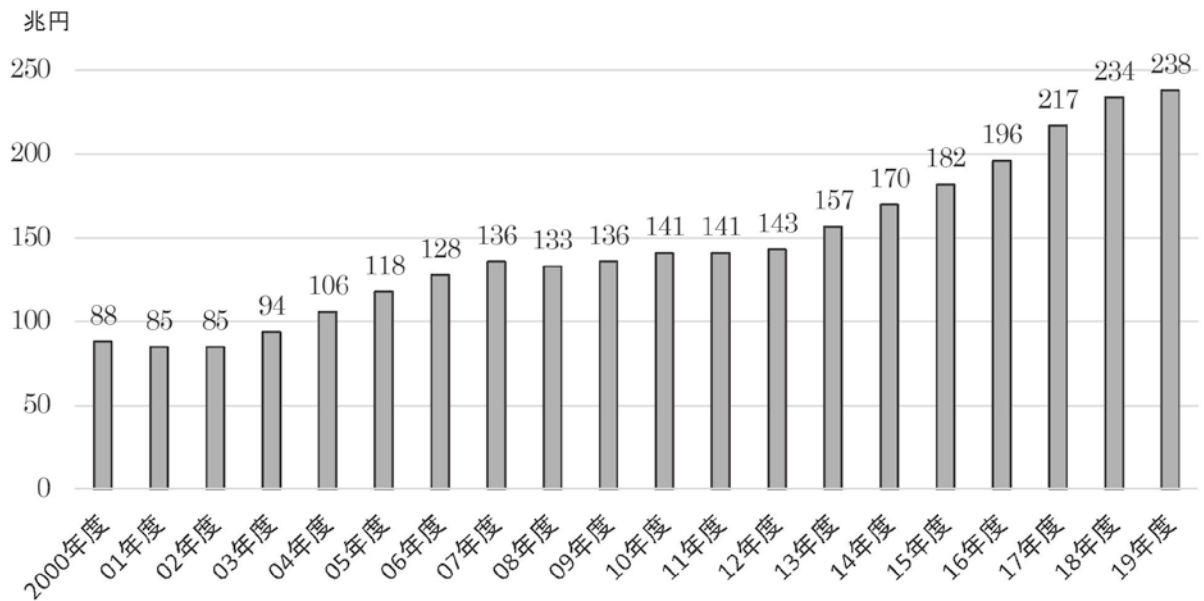
日本では1989年に消費税が3%で導入され、その後30年で10%にまで引き上げられてきた。同じ期間に、所得税の最高税率は70%から45%に、法人税率は42%から23.2%に、大幅に引き下げられてきた。さらに、巨大企業に恩恵の大きい研究開発減税などの租税特別措置や、高額所得者の収入で大きな部分を占める株式の譲渡益や配当等の金融所得を分離優遇する証券優遇税制など、大企業や富裕層に減税を続け、消費税によってその穴を埋めてきた。消費税導入直後の1990年度の税収は60.1兆円であったが、2019年度は58.4兆円となっている。GDPの伸びも鈍いとはいえ、30年にわたって税収が増えていないという歳入面の歪みが、必要な社会保障財源の確保を困難にし、財政赤字を招いた原因である³²。昨今、防衛費が増大される一方で社会保障費が削減されるなど、多くの国民が不安を抱えて生活している中で、医療をはじめとする社会保障の充実に舵を切めることは、日本経済の発展、好循環をもたらす。

大企業は大きな経常利益を上げながら、雇用も賃金も抑制し、巨額の内部留保を積み上げてきた【図28】。実質賃金はこの30年間でほぼ横ばいであり、この間政府が掲げてきた「大企業が潤えば、国民全体にも波及する」というトリクルダウンという考えの誤りは明白である。社会保障の充実・拡充により、国民の生活不安を軽減し、またエッセンシャルワーカーとしての雇用拡大を図ることは、地域の疲弊を食い止め、内需主導の経済の再生に資するものである【図30】。

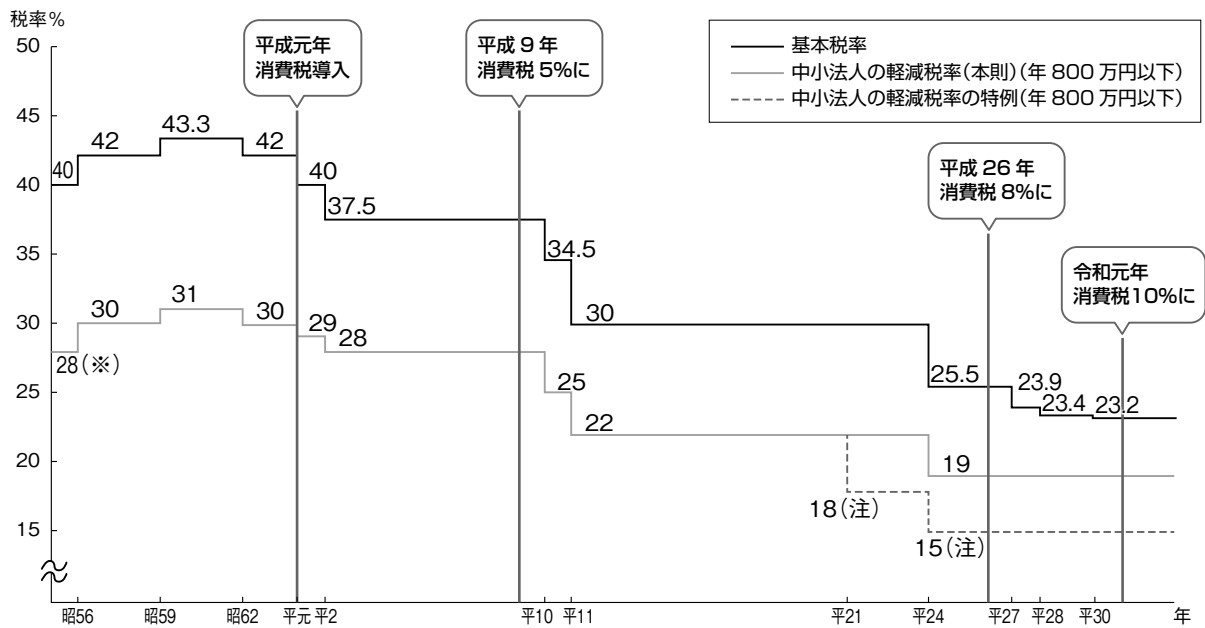
³¹ 唐鎌直義／全国保険医新聞(2021年10月25日)

³² 2012年、当時の民主党政権のもとで自公民による「三党合意」が取り決められ、社会保障抑制と消費税増税のルールが敷かれた。その後、自公政権は2度の消費税増税を強行し、税率は第二次安倍政権発足時の5%から10%へ2倍に引き上げられた。「社会保障のため」と国民に消費税負担を強いながら、実際に行われてきたのは社会保障の容赦ない切り捨てである。その一方大企業、富裕層の利益は増大してきた。高齢者の窓口負担増、病院の統廃合と病床削減、国保の都道府県化と法定外繰り入れへのペナルティ、介護保険料の引き上げと給付外し、年金給付額の削減、生活保護費の切り下げなど、行われた改悪は枚挙に暇ない。

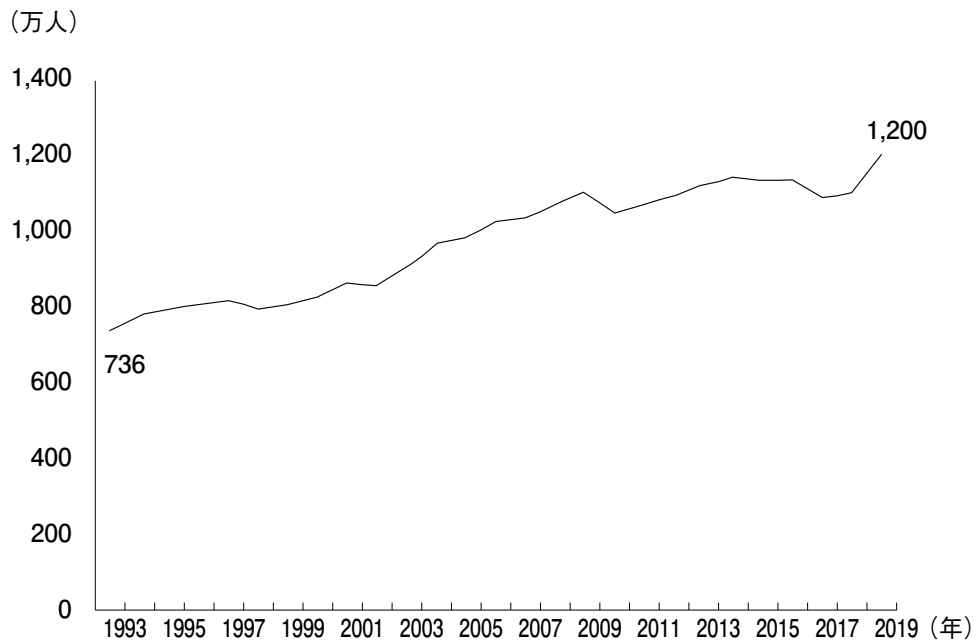
【図28】大企業の内部留保の推移



【図29】法人税率と消費税の推移



【図30】 増え続ける年収200万円以下の階層



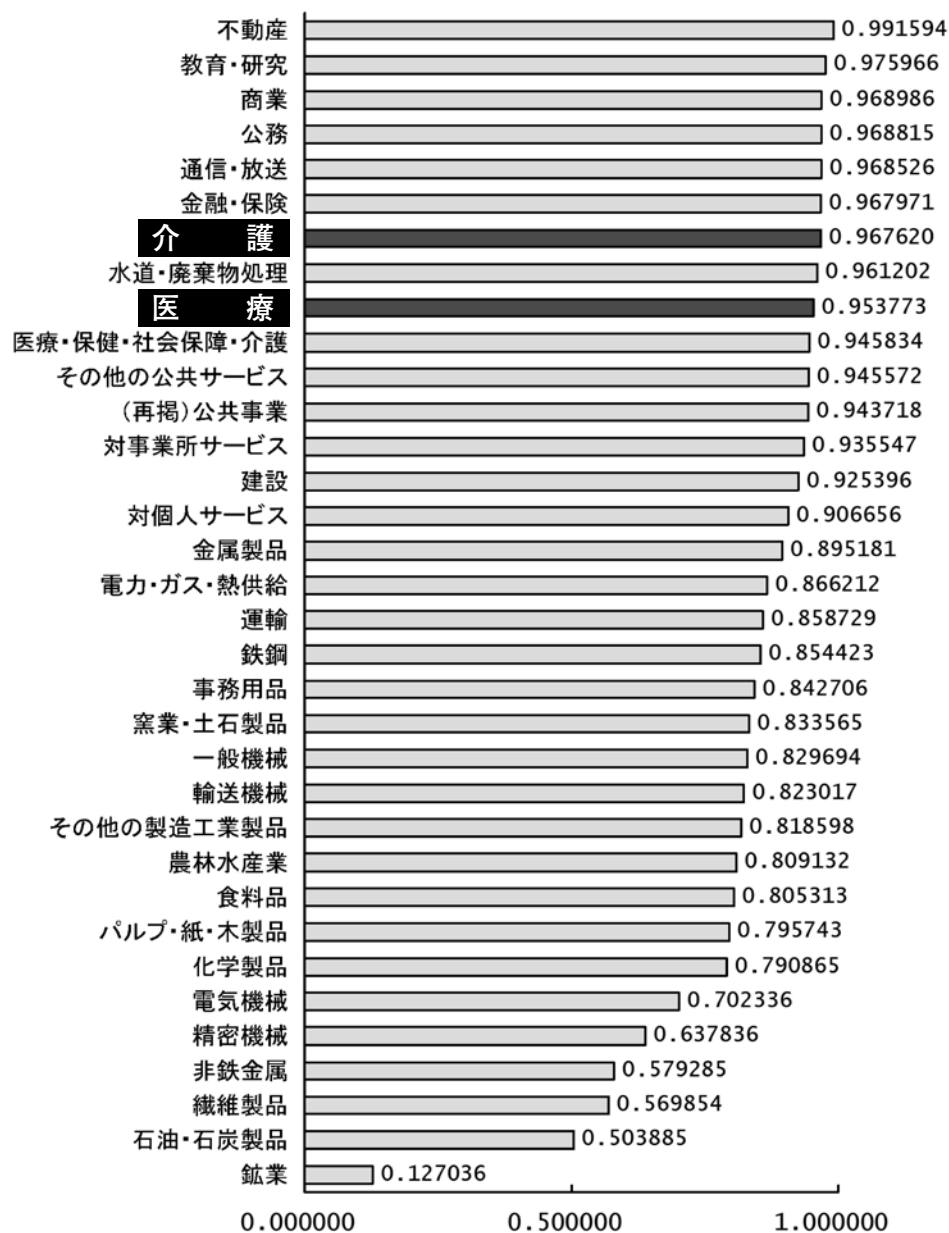
【図28】 全産業（金融保険業を除く）の利益剰余金（当期末の推移）資本金10億円以上
財務省作成の「法人企業統計」より保団連にて作成

【図29】 法人税率と消費税の推移（財務省資料を基に作成）
平成元年の消費税導入後から、法人税率は下がり続けている

【図30】 増え続ける年収200万円以下の階層

- 国内の大企業の内部留保は、右肩上がりとなっている。
- 他方、年収200万円以下の階層は増加の一途をたどっており、特に大企業は、内部留保としてため込みを続けて賃金への還元を怠っている。

【図31】医療・介護の経済波及効果



【図31】総合粗付加価値係数32部門（輸出を除く最終需要にかかる係数、2000年）
 日医総研ワーキングペーパー『医療・介護の経済波及効果について』より抜粋
 日本医師会総合研究機構 前田由美子
 ●総合粗付加価値係数は、医療（9位）・介護（7位）ともに32部門中、上位にある。粗付加価値の中身は、雇用者所得や家計外消費であり、そのうちの72.1%は消費に回る。そこから新たな需要が生じるため、医療・介護は、雇用創出・消費拡大に大きな力を持つと評価できる。

そのための財源は、消費税頼みではなく、金融所得の分離・優遇を改め総合課税にし、所得税の最高税率の引き上げること、法人税率の引き上げと行き過ぎた大企業優遇税制を廃止すること、大企業の内部留保に一定の課税等、大企業・高額所得者に応分の税負担を求め、税収構造の歪みを正すことで確保すべきである。

国民の権利がしっかりと保障され、安心して健康に暮らせることは、持続的な経済成長の原動力であり、より豊かな社会にむけた発展の基盤である。新自由主義政策は、自己責任を基本とし、市場原理と小さな政府を推進し、医療・社会保障を経済成長の足かせととらえ縮小させるものである。国民皆保険制度を通して歯科医療を掌る私たちの責務とは相いれない。新自由主義政策と決別し、国民の健康と生活を守る政策に抜本的な転換を図ることこそ、より良い社会と歯科医療を実現する方向である。



参考文献・調査等

【全国保険医団体連合会（保団連）】

- ・「より良く食べるはより良く生きる」2007年
- ・「歯科医療の再生から健康社会へ 歯科医療改革提言・改訂版」2013年
<https://hodanren.doc-net.or.jp/kenkou/sika/130403kaikaku.pdf>
- ・「入院・介護と口腔」2015年
- ・「日本の歯科技工を守ろう」2018年
https://hodanren.doc-net.or.jp/news/teigen/180131_sikagiko.pdf
- ・「財源はつくれる—医療への公的支出を増やす3つの提案—」（2015年）
- ・「医療再建で国民は幸せに、経済も元気に—医療への公的支出を増やす保団連の3つの提案—」（月刊保団連 2016.4 No.1216）
- ・「2022年度診療報酬改定に向けた保団連要求」（2021年7月）
<https://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/22kaitei/yk/hdr22yk.pdf>

【各協会の提言等】

- ・東京歯科保険医協会「21世紀にふさわしい歯科改革提言」（2019年版）
- ・神奈川県保険医協会「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)（2009年）
- ・長崎県保険医協会「歯科医師需給問題の解決への提言～歯科医療に希望をつなぐために～」(2009年)

【日本歯科医師会】

- ・「2040年を見据えた歯科ビジョン—令和における歯科医療の姿」（2020年）
- ・「総合歯科的な専門医に関する日本歯科医師会の見解」
- ・「地域包括ケアシステムにおける『かかりつけの歯科医師が果たす役割と今後の働き方等』に関する調査」
「歯科診療所の機能」および「かかりつけの歯科医に関する意識」調査報告書（2015年）

【日本歯科医学会】

- ・「歯科疾患の総合的管理に関する基本的考え方」（「歯科疾患の総合的管理及び高齢者の口腔機能評価に係る基本的考え方」に関する検討会 報告書 平成19年）

【厚生労働省】

- ・「歯科保健医療ビジョン」の提言（2017年）

【日本学術会議】

- ・「地域包括ケアシステム構築のために求められる歯科保健医療体制」（2020年）
- ・「働く世代の生活習慣病予防—健診・保健指導の今後の展開と若年期からの対策の重要性—」(2017年)
- ・「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」（2011年）
- ・「食生活の教育」（2008年）

【WHO】

- ・Update from the Seventy-fourth World Health Assembly – 28 May 2021
<https://www.who.int/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021>

【論評等】

- ・中道勇「歯科の適正医療費は4兆3,800億円である！」『日本歯科評論』通刊第963号～第968号（2023年1月号～6月号）掲載
- ・宇沢弘文「社会的共通資本」（1994年）

