

歯科の保険医運動＝保険で良い歯科医療運動

全国保険医団体連合会
歯科代表 宇佐美 宏

- ◎国民皆保険制度とは、保険証1枚で「いつでも、どこでも、国民の誰もが」給付の制限なしに（日医による——制限診療撤廃宣言——1967年）、公平、平等、最適な医療が受けられる制度—あくまでも医科が中心
- ◎一方、歯科には国の歯科軽視による「制限診療」「混合診療（保険と自費の混在）」を柱とする徹底した低技術料政策が貫かれている

1. 歯科の保険医運動——何に対してどう闘ってきたのか

(1) 「制限診療」と「混合診療」を廃止し、皆保険制度の中での歯科の位置づけを確立するための運動=保険診療での経営的自立を目指す運動。いわば非正規社員の正規社員への格上げ運動。トータルバランス論からの脱却へ。

・制限診療の中身——戦前は医科より1点単価半分、補綴治療は咀嚼能率50%以下、7歯欠損以上は、当局に届出制。大半は自費治療。

皆保険発足後も1歯欠損のブリッジ不可等多くの制限あり。

・混合診療—自費の容認から差額徴収制度（二重請求）へ

——経済格差=口腔内格差が進行。公的歯科医療費のシェアがダウン（保険診療の低質固定化）。その分、医科のシェアは着々とアップし、医科歯科格差が進行。

(2) 患者窓口負担増による受診抑制を阻止する運動——歯科は医科より患者の優先順位が低く、窓口負担増は歯科受診を直撃——

(3) 厚労省の歯科医療費抑制を目的とした様々な制度変更等への抵抗、反対運動

①不可解な治療行為の保険導入問題

②高齢社会化で必然的に増加する歯周病治療対策としての歯科医療機関を1物2価で格差づけを行う歯周病Ⅰ、Ⅱ型導入問題

③初、再診料の医科歯科格差問題

④治療行為に保証期間（2年間）を設けて制限する「補綴物維持管理料」問題

⑤人頭登録医制につながる併算定禁止、膨大な文書強制の「か初診」問題——「か強診」につながる

⑥朝令暮改の訪問診療問題—アクセルとブレーキ

⑦歯科技工問題——このままでは保険で補綴ができなくなる危機が目前に

⑧歯科に、より過酷な審査、指導問題

——厚労省は、これら、あらゆる方法と手段を駆使することにより、歯科医療費を見事に抑制してきた。今後医科の医療費（とりわけ無床診療所）抑制に本格的に乗り出すことになろうが、その際のキーワードは、新専門医制度であり、「総合診療専門医」と思われる。恐らく大胆な包括の導入と選定療養の組み合わせとなろう。「か強診」と同様、患者と医療機関双方の選別は必至である。「保険で良い医療」運動を強烈に展開しないと「いつでも、どこでも誰もが」というフリーアクセスと医師の裁量権が基盤である開業保険医の皆保険上での立ち位置の確保は困難となろう——

2. 今後、予測される厚労省の医療政策に対する運動

(1) 医師、医療機関総体の削減策

①地域医療構想と新専門医制度の組み合わせによる医師への「定数制」、「定年制」の導入

②複雑な点数設定、IT化の進行、高価な医療機器の導入等の施設基準強化などにより、高齢医師の自然淘汰

(2) 医療機関総体への分断政策

①医科、歯科格差の定着 医科>歯科

②医科、歯科同一科内での政策誘導による階層分化（=患者の選別）

——新専門医制度をテコとして、点数誘導や選定療養を組み合わせて——

(3) 医師の裁量権、守備範囲の縮小政策

①「医療事故調査制度」の現場への影響

②「かかりつけ薬局」の強化（グレーゾーン拡大との連動）

③「特定看護師制度」衛生士の業務範囲の拡大等

——機能や役割向上は歓迎すべきだが、それが安上りの医療体制に利用される危惧を否定できない——

(4) 審査、指導の強化—「新指導大綱」の全面的見直しは？

◎これらは同時に患者の受療権への侵害に直結する。

基本は社会保障政策全般への改悪方針であり、様々な審議会等の全てが、国の責任放棄（憲法25条違反）、医療、福祉の営利化にターゲットを絞られている。

今こそ「保険でよい医療」を目指して広汎な大運動を展開すべき時である。

保団連の医師・歯科医師会員の状況について

「2016年9月1日付 保団連医科・歯科組織表」

医 師

総数	65,027
開業医	50,269
勤務医	14,758
比率（開業医）	77.3
比率（勤務医）	22.7
比率（対全医師数）	20.9
組織率	64.9

歯科医師

総数	40,422
開業医	36,033
勤務医	4,389
比率（開業医）	89.1
比率（勤務医）	10.9
比率（対全歯科医師数）	38.9
組織率	60.3

※比率（対全医師数・対全歯科医師数）の全体数は「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」の数値を参照

※「平成27年医師・歯科医師・薬剤師調査」では、医師数311,205、歯科医師数103,972

※組織率は保団連医科・歯科組織表に掲載の数値（医療機関数に対する開業医会員の比率）

日本医師会・日本歯科医師会会員の状況について

医師会

総数	167,029
うち開設者、管理者等	83,604
比率（開業医）	50.1
比率（対全医師数）	53.7

平成27年12月1日現在

歯科医師会

総数	64,971
うち正会員（開業医）	52,557
比率（開業医）	80.9
比率（対全歯科医師数）	62.5

平成28年3月31日現在

※比率（開業医）の数値は、日医・日歯の組織表では、会員資格区分が複数あり開業医と思われる数値を参照。

そのため、他の資格区分に開業医が含まれていることも考えられ、実際の数値はもう少し多いと思われる。

※比率（対全医師数・対全歯科医師数）の全体数は「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」の数値を参照

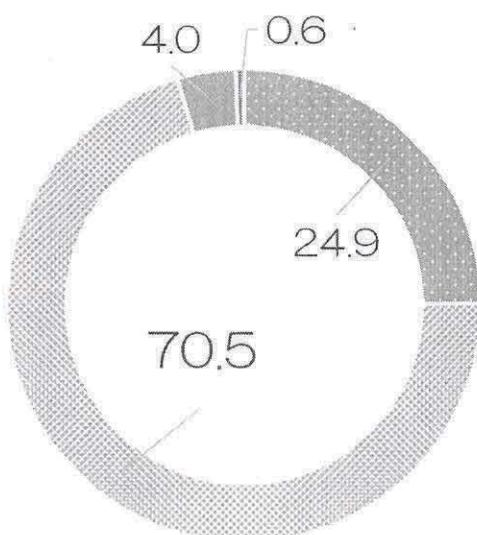
医師・歯科医師の業務種別の状況について

「平成26年度 医師・歯科医師・薬剤師調査」

医 师

総数	311,205
病院	194,961
開設者又は法人 の代表者	5,334
勤務者（医育機関付属 の病院を除く）	137,321
医育機関の付属の 病院の勤務者	52,306
診療所	101,884
開設者又は法人 の代表者	72,074
勤務者（医育機関付属 の病院を除く）	29,810
介護施設等の従事者	11,806
その他の業務の従事者	704
無職の者	1,850

病院及び診療所の開業医	77,408
病院及び診療所の勤務者	219,437
上記以外の従事者	12,510
無職の者	1,850

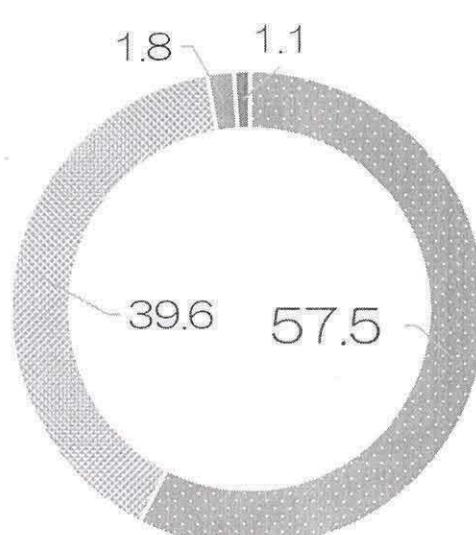


- 病院及び診療所の開業医
- 病院及び診療所の勤務者
- 上記以外の従事者
- 無職の者

歯科医師

総数	103,972
病院	12,141
開設者又は法人 の代表者	24
勤務者（医育機関付属 の病院を除く）	3,065
医育機関の付属の 病院の勤務者	9,052
診療所	88,824
開設者又は法人 の代表者	59,750
勤務者（医育機関付属 の病院を除く）	29,074
介護施設等の従事者	1,569
その他の業務の従事者	333
無職の者	1,105

病院及び診療所の開業医	59,774
病院及び診療所の勤務者	41,191
上記以外の従事者	1,902
無職の者	1,105



- 病院及び診療所の開業医
- 病院及び診療所の勤務者
- 上記以外の従事者
- 無職の者

歯科差額から保険外併用療養費へ

表1

作成 保団連歯科代表 宇佐美 宏

年	内 容	年	内 容
1955 年	差額徴収制度認可（局長通達）—金冠と金鈎	1983 年	・「老人保健法」施行（外来 400 円） ・ 林厚相「今後の医療政策一視点と方向」（『医療標準』の考え方明示）-それ以上のサービスはオプションとして自由診療や民間保険で対応 ・ DRG 実施（アメリカ）
① 1961 年 ② 1962 年	国民皆保険制度 発足 日医→制限診療撤廃宣言	1984 年	・上杉裁判（両者痛みわけ）—自費と保険のモザイク診療をめぐる争い ③ 健康保険法改悪（本人 1 割負担、特定療養費制度発足）
1967 年	差額徴収制度拡大（慣行料金との技術料差額の確認）—金合金、白金化金、金属床、ポーセレン、ダミー 3 齒以上のブリッジ	1985 年	・「民間保険についての答申」（大蔵省） ・「医療及び関連分野における民間活力導入に関する委員会」答申（厚生省） ・ 中医協で、歯科側が「メタルボンドを第 3 のカテゴリー（技術料差額）としてほしい」
1968 年	大蔵省「財政制度審議会」報告 —皆保険制度発足以後の医療費急増による財政再建の基本方向— ① 保険給付に格差 ② 本人 1 割負担 ③ 差額徴収認可 ④ 療養費払い方式	1986 年	歯科で民間保険発売—明治生命、日産生命（特定療養費の受け皿）
1969 年	自民党「国民医療対策大綱」 —疾病の自己責任原理、相互扶助— (大学病院と歯科補綴は償還制)	1987 年	厚生省 国民医療総合対策本部
1972 年	日歯・脱保険路線へ（会長 中原実）	1988 年	・ 療養費払い論急浮上—「特定療養費は自由診療が基本であり、療養費払いなら上限の設定もない。つまり青天井である」という特療推進論者による発言相次ぐ ・ 特定療養費の日歯アンケート（反対多数）←保団連歯科協の強力な反対運動の成果 ④ 「7・3」大臣告示
1974 年	歯科 110 番（悪徳歯科医キャンペーク）一日医武見会長による日歯及び歯科医批判—（差額ベッドとの違い強調、技術料差額は悪と断定）	1989 年	混合診療裁判 判決（故山崎日歯会長によるやらせ裁判）—「保険診療と自費診療とが混在する混合診療は、特定療養費の支給対象となる療養に限られる」、「標準的な給付の対象外にあって、国民的需要の高い医療については、別途特療により補充していくほかない」→誘導的判決
1976 年	差額徴収制度撤廃（前歯部歯科材料差額のみに限定、「51 年通知」）		
1977 年	日歯・厚生省合意メモ		
1981 年	第 2 臨調発足（公的医療縮小、民間活力導入）—薬価差益の技術料振り替え（医科歯科格差の拡大）		
1982 年	厚生省「国民医療費適正化推進本部」		

裁判自体は
厚生省敗訴

年	内 容	年	内 容
1991年	<p>伊東中医協歯科小委員長との合意</p> <ul style="list-style-type: none"> ① メタボンはワンポイント凍結 ② 特定療養費は今後も検討課題 ・ 日歯中原執行部発足一就任時に「定年制、変動給付率」(補綴)言及 ・ 日医中医協委員等「アメニティ論」展開(日医ニュース) 	2005年	厚労省保険局上條歯科医療管理官の「51年通知整理」に言及(9月の社保指導者研修会の中で、保険外併用療養費制度の発足に伴って、「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」と発言)
1992年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院給食、予約診療などに特定療養費導入 ・ 眼内レンズの保険導入 ・ 「保険で良い入れ歯を」運動 	2006年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日歯、日歯学会等が「湘南宣言」。一保険外併用療養費の積極的な活用を打ち出す ・ 日歯社保委員会意見書「保険外併用療養費に対する取り纏め」(原則として保険導入を目指すものは、「レセプト上段に掲げられている項目(検査、処置等)」「下段に含まれる歯冠修復や欠損補綴等における基本的な項目は保険でまかなうことが望ましい」との考え方を示す) ・ 保険外併用療養費制度(評価療養、選定療養)発足
1993年	<p>医療法改正がらみの診療報酬改定</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 特定機能病院一紹介なしの初診料に特定療養費導入(技術料本体に導入) ② 療養型病床群一病室内環境改善項目に特定療養費導入 <p>総義歯点数40%アップ(←「保険で良い入れ歯を」運動の成果)</p>	2007年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京地裁 混合診療解禁の判決 ・ 規制改革会議 混合診療全面解禁のキャンペーン展開 ・ 土田前中医協会長「保険の中に補綴を抱えていることは大事」
1994年	金属床総義歯に特定療養費導入(技術料差額)	2008年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日歯、日歯学会等が混合診療問題で「市谷合宿」一混合診療の混乱解消のためにも、保険外併用療養費の積極的な活用をとの考え方を打ち出す。 ・ 江藤日本歯科医学会会長「補綴外し」を日本歯科医療管理学会特別講演で主張。
1996年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 200床以上の病院の初診料に特定療養費導入 ・ 包括性の大幅導入 ・ 補綴物維持管理料の設定 ・ 新指導大綱・新監査要綱 		
1997年	“C特療”導入(現物給付項目を外し特療化)		
2002年	180日超入院の特療化(給付を外し特療化)		

2016年 選定療養の一歩見直し(抜粋)
(差額診療室・義歯の名入れ)

自己負担を増やしても 医療費抑制につながらない



近藤克則

日本福祉大学大学院社会福祉学研究科教授
医療政策リハビリテーション医学

今回の混合診療の論議には、大きく二つの論点がある。一つは新しく技術といつもして料金が付けて求められるかといふ点、もう一つが三つの医療費の財源（保険料・税金・自己負担）の中で自己負担といつも

だ長期的には全体の財源の問題としてこれらは、混合診療が拡大すれば、一階建ての一部部分（基本部分）が薄くなつて、二階部分が厚くなる。財力のある人でないし、せいか医療を受けられなくなる。

「長期的には自己負担割合を高めらるを得ない。それが受診抑制や無駄な医療費の抑制につながる」というのが推進派の主張だ。しかし、西田〇〇世を実行などヨーロッパ各国の医療制度を比較分析した結果では、「自己負担割合が増すほど不要な医療だけでなく必要な医療も削られる（ヨシアロスはが福井市医療財政論—ヨーロッパの選択—先生稿より）。しかもアメリカを見れば、医療抑制につながるといつて証拠もない。さらに公的負担する医療費が増加する事例ではある。日本よりも自己負担額が大きいアメリカのほう、国庫支出に占める医療費の比率が高い。このことを見て、混合診療で、公的医療費を抑えつつ高度な医療を受けられるという主張の根拠は怪しい。

アメリカに無保険者が多いのは有名な話だが、その多くは低所得層である。今の日本の健康保険のよううに給料から天引きされるのでなければ、自分で納める国民年金のうえに、未加入者・未納者は確実に増

け依存するべきかといふ点である。

混合診療全般論には反対というのが私の立場だが、裏付けがある技術でそれをだけ早く診療に取り込む方向になつたという点では賛成したいとしている。また、財源論でも、医療の基本部分は今前に贈りべきだといつも同じく取扱うたことと異なつたのではなかろう。

最初の論点について、全般論反対の理由を挙げてみたい。一つは、「抗議論など海外で認められている医療の治療法が国内では認められない」という主張があるが、その前提は物質について科学的根拠があること。しかし、現実には世界に先駆けて承認されたレーザーのうちに開発されただはど臨床的効果が見られない例もある。むしろ問題にすべきは、最新鋭の技術の効果と副作用を科学的にきちんととした方法で吟味する仕掛けが欠けている点だ。でも、だけ早く評価する仕掛けをつくって、有効性が認められたものすべてに保険で認めるのが最善の方針だ。

もう一つは、「医療費対策は、かく薄くならないから少しずつ出してやらなければいけないが、結局は保障されねえ行き道」というのが、世界の経験が示すところだ。

医療の資源には保険料・税金・自己負担の三つしかない。結局はその組み合せの問題である。医療ニーズは、富裕層に出で、窮気になりやすくなる金のなり度で高い。アメリカで見られるように無保険者にかかりやすい層である。つまり社会保険や税金がない所得の耳が配達屋から仕掛けをかませながら回らなくなつ。

増保険や公的保険は同意しないだらうが、今後も被保険者を拡大していくう試みが本業へ流れ込んでいく。同じ階層

で、一階の天井の高さが低くなる。
草村に便があるように連絡会には大きな異なる。既に自己負担割合は、アメリカより高いところまれてはならぬ。

医療はとても複雑なものなのであり、その一部分だけを取り出して、良しあしを論じるこを解説する。長期的視点だけでなく、余命の長い患者

もう一つは、ワラにかぎりだといふ患者さんに対する心がけが、医療や薬剤会社が出てくる恐れがある」とした。「評議は確立していかなければ、期待が持てる新しい治療法があります。無理にお勧めはしませんが、私が患者なら使います」と言われたらどうだ？ 無理すれば施設の範囲であれば「お断りします」という患者さんが多いのではないか。

同様の感想をエスカレートした形が二つある。公的教育だけではなくなり、無理してでも子供を塾にやる人が増えた結果、公的教育がますます非営利となつた例。もう一つは薬剤で、「医療で最高限のことはできますが、すぐ壊れますよ。一番大きなのは10万円かかります」と言われるのが現実だ。せっかく技術が医療で磨かれなくなってしまうは、長期的には問題が生じる。

最新端治療を信じたい一部の人々に費用負担が大きくなるという問題だが、長期的にはその方たちの事情をよく理解できる。た

の問題をしっかりと理解せよ。

最近の日本は豊かになつたことはいい、例えば低所得や低学年といった社会経済的なリスクへの影響がなくなりたわけがない。今後は、社会の在り方に健康との関連が直面すべきだとわかっている。（註）

104

近況

近藤教授はリハビリテーション医として、月に4回、主に臨床中の患者さんを診ている。また、毎回になる人の3分の1は臨床中の原因だ。「今の医療は、その人たちのQOLにまで目が届いていない。経済問題も含め、少しでもクリティカルな高時間を使つてもいい。なのに医療政策がそれを阻んでいる」。リハビリや精神療法の臨床の場で窮屈を感じたことが、臨床期ケアの臨床の場で感じたことが、研究者に転じるきっかけになった。現場に長い間取り組みがたい、また研究への思いが重りとばかりがほみがたい。『医療費を増やさないまま、現場に頑張れって言われても頭が痛くなると、恐り心頭に残したのが強点ですから』