

主張

医科歯科連携はこれからの医療の鍵となる

歴史を遡れば、日本の歯科医療は、律令国家の時代から、「口科」としてれっきとした医学の一分野であった。

その後、明治時代に歯科開業医免許制度が制定され、明治8年に歯科開業医免許が施行された。これは日本の歯科医療に黎明をもたらし、急速に発展する歯科医療にとって重要な意義があった。

明治17年には医科は内科、外科など26科が全て医科としてまとめられたが、歯科だけは分離された。富国強兵政策をとっていた明治政府は健民、健兵とは直結しない歯科を民間の手に委ねたのであった。歯科保健医療が医科と比べて不合理で不十分な状況にあるのは、この構造に端を発しており、医科・歯科分断は国民の医療要求と利益にそぐわないものとなっている。

日本の高齢化率は平成28年度時点で27.3%となり、今後もさらに上昇するだろう。歯科医院では健常者の歯科治療より、有病者や投薬中の患者の治療割合が増加している。それゆえ歯科医師は患者の全身状態の更なる把握が必要になり、担当医師と相談しながら診療にあたらねばならない。

例えば抗血栓療法患者の抜歯では血液凝固の度合いが問題となる。また、ビスフォスフォネート製剤（BP製剤）服用者では抜歯後に顎骨壊死の可能性がある。BP製剤が注射か投薬か、どの位の期間使われているか、休薬は可能か？などなど、様々な情報を基に抜歯可能か検討をせねばならない。

また介護・在宅の現場でも歯科は必要度を増している。平成26年度中医協の調査では75才をピークに歯科診療所の外来受診率が高齢になるほど低下する事が報告された。在宅での訪問診療は75万人の需要に対してわずか7～8万人しか提供できていない。外出困難になった場合、歯科医院へのアクセス問題や、訪問歯科診療の構造問題などが今後の課題となるだろう。

平成27年度医療施設調査では、全国の病院数8480に対し、歯科または口腔外科のある病院数は2035と全体の約26%である。要介護者の歯科治療はその需要があっても、十分に行き届いているとはいえない。口腔ケアを充実させると肺炎予防に役立つ。周術期の口腔機能管理の効果と重要性も実証されてきている。義歯を入れてよくかめるようになると、転倒予防につながるとの報告もある。そして食べる事は楽しみである。被介護者は口から何でも食べられれば、本人の栄養状態は良好になり、健康にも貢献できる。それは医療費削減の効果があり、国民QOL上昇につながるものである。

これらの改善に障害となっているのが、歯科の著しい低診療報酬である。政府は歯科医療の技術進歩を正しく保険診療に位置づけておらず、「保険で良い歯科医療を」という歯科医と国民の共通の願いを政府は聞き入れるべきである。保険診療報酬の低さを自費診療でカバーさせる現状の歯科医療費政策を転換させ、保険でまともな経営ができるよう改善を求める。

先進諸外国と比較しても日本の歯科診療報酬は驚くほど低い。「根管治療」を行った場合の診療単価を比較すると、アメリカ、イギリスで約10万円と日本の15～19倍、スイスでも6倍を超えている。「抜歯」においては国際平均で約1.1倍となっている。また歯保連試案2016では最新の学術的根拠に基づく診療報酬体系を提示しており、現行歯科診療報酬があまりにも低いことが証明されている。

政府により長年にわたる歯科差別政策のなかで許容されてきた医科と歯科の目に見えない壁を取り払わなければならない。保団連、保険医協会は、開業医のためだけでなく、国民のためにも、時代遅れの医科・歯科分離を脱する医療保険制度の改善・充実を目指し運動を続けていく。