

《特別企画》

医科歯科連携を取り巻く諸事情

東京歯科大学副学長 社会歯科学研究室教授

石井 拓 男



●抄 録●

高齢者への訪問歯科診療と医科歯科連携は、国家として推進すべき課題の一つである。歯科の往診は、国民皆保険制度の開始時点から制度化されていた。しかし、歯科の往診がなされることはほとんど無く、国民は歯科の往診制度を知らないまま21世紀を迎えた。医科歯科連携ということも我が国には無かった。1994年に要介護老人への歯科医療の提供が医療保険制度で問題となり、診療報酬改定で見直しがなされた。これを契機に、歯科の訪問診療が増加したが、需要に対し供給は不足していた。2008年に、政府は多くの高齢者が罹患する、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病について医療機関の間で切れ目のない医療提供ができるよう、医療計画を都道府県に作成させることとした。政府原案には4疾患への医療提供体制に歯科医療は含まれなかった。しかし、多くの都道府県で歯科医療を加えた医療計画を立案した。その背景には、口腔ケアが各疾患に良好な影響を及ぼすという研究成果が示されたことがあった。また、日本歯科医師会と都道府県歯科医師会が医療計画作成の時に行政当局に歯科の重要性を説いたことがあった。現在は、歯科の訪問診療と医科歯科連携は、国の政策として推進されていくものとなった。

キーワード：医科歯科連携、歯科訪問診療、医療計画

I. はじめに

医科歯科連携は、現在喫緊の課題となっている。特に歯科界にとっては、医科とは異なった視点で重要なものとなっている。それは、歯科患者の医科との連携医療ではなく、医科患者に対する歯科医療の提供というこれまでに無い仕組みが現在の医科歯科連携であるからなのである。新たな分野に、歯科保健医療が踏み出す、新天地が開かれるということで重要なのである。これは、理念や掛け声ではなく、実態をともなっていることも留意すべきことである。

医科疾患患者への歯科医療の提供というのは、具体的には要介護高齢者への歯科の訪問診療が大多数を占

めているのが現状である。歯科の訪問診療は、寝たきり老人の歯科診療として昭和の時代からあったのは確かである。しかし、多くの歯科関係者はもちろん、一般国民も「昭和の時代には歯科の訪問診療・歯科往診は無かった」という認識を持っている。この認識がそもそも問題なのであり、歯科界にとって喫緊の課題となったのである。

II. 国民皆保険の当初から、歯科の往診は制度化されていた

1961年（昭和36年）に、医療の国民皆保険が開始された当初から歯科保険点数の診察という項に「往診」は設定されていたのである。医科点数表と同じ取り扱

診療行為	点数	総 数			
		件 数		診 療 点 数	
		総数	初診	再診	実日数
総 計		1 271 410	42 370	618 060	19 133 767.0
診 計		81 920			1 667 310.0
000 初時 間 内 外	20	80 570			1 611 400.0
000 乳 幼 児 加 算	22,41	1 320			31 370.0
000 診 特 定 疾 患 加 算	※ 5	4 630			23 150.0
010 往 診	※ 5	170			850.0
010 往 診	16~	30			540.0
010 往 診	32~	—			—

社会医療調査報告

図1 昭和38年 歯科診療件数、回数、点数
厚生省 昭和38年度 社会医療調査報告

診療行為	点数	総 数			
		件 数		診 療 点 数	
		総数	初診	再診	実日数
総 計		25 346 200	790 400	1 708 200	805 723 240
診 計		1 395 000			59 903 200
000 初時 間 内 外	42	1 383 400			58 102 800
000 乳 幼 児 加 算	44,110	8 000			444 400
003 再診	12	111 200			1 334 400
010 往 診	6	3 600			21 600
010 往 診	37	—			—
010 往 診	4,74	—			—

社会医療調査報告

図2 昭和48年 歯科診療件数、回数、点数
厚生省 昭和48年度 社会医療調査報告

いであった。しかし、当時の社会医療調査報告（現在の社会医療診療行為別調査報告）では、歯科の往診の実績はほとんど見られなかった。図1は皆保険開始から2年目の昭和38年の報告であり¹⁾、図2はその10年後の報告である²⁾。1963年（昭和38年）では、16～点の点数が歯科の往診となっており、月に30回の件数があった。初診の回数と比較しても、歯科の普通往診の請求がいかに少ないかわかる。

1973年（昭和48年）では37～点と増点されていたが、往診の実績はなかった。昭和の時代、往診を請求する歯科医療機関はほとんど無く、国民も歯科の往診を依頼することはなかった。制度はあったが、「歯科に往診無し」が国家的な常識ようになっていた。

歯科界が、改めて歯科の往診を問われたのは、1973年（昭和48年）の老人医療費無料化が施行された時であった。時の政府は、我が国の福祉元年と銘打って「老人医療費の無料化」を大々的に打ち出した。無料化の仕組みは、70歳以上の医療費の一部負担金部分を全市町村が支給するという制度であった。この時、医療機関へ通院できない在宅の寝たきり状態にある老人にも医療の提供がなされなければ施策が全う出来ないことが課題となった。厚生大臣は関係団体に協力を依頼していたが、日本歯科医師会は寝たきり老人の歯科医療を引き受けられないと正式に決定して回答した（図3）³⁾。

老人医療費無料化に対して、もともと日本歯科医師会は日本医師会と共に基本的に反対であった。ことに当時は歯科の差額診療がなされていたことから、差額

部分の取り扱いについての議論があった。結局、一部負担金に差額部分は入らないことから、歯科医療では実質的な老人医療費無料化はなされず、老人の歯科受診急増という現象は生じなかった。このため、歯科界は増加する老人医療費という国家的課題を実感することなく現在を迎えることとなった。当然なことに、歯科の往診、在宅歯科医療に対する歯科界の姿勢は消極的なまま推移してきたのである。

Ⅲ. 歯科訪問診療の制度化

歯科界で、いわゆる在宅での歯科治療が意識されだ

昭和48年11月13日

厚生大臣 殿

日本歯科医師会長

かねて貴職よりお申し入れのありました標記ねたきり老人及び重症心身障害者医療につきましては、慎重に検討いたしました結果下記のとおり方針を決定いたしましたので連絡いたします。

記

本会は、政府ならびに都道府県の医療費の一部公費負担の施策については、基本的に反対するものではないが、医療保険と公費負担医療との抱き合せにより、診療所における医療保険請求事務のうえに更に加重され、診療よりも、その事務に追われる結果を招来している。

～ 略 ～

よって、ねたきり老人医療および重症心身障害者医療に関しては、次の理由により本会として引き受けることができないことを申し入れる。

1. ねたきり老人、重症心身障害者等の医療は一般開業歯科医の現状の施設では不可能である。したがって既設の公的医療機関で処理すべきである。
2. 医療費の助成は、助成する側と受ける側の問題であって医療担当者にはかわりないことである。したがって、それに関する事務一切については、医

～ 略 ～

図3 ねたきり老人医療および重症心身障害者医療について（回答）

したのは、1994年（平成6年）の診療報酬改正で歯科訪問診療が導入された時からであった。歯科点数表の特掲部分で、100分の50加算が設定されたことも話題となった（図4）。このことにより、1995年（平成7年）から歯科訪問診療の件数は目に見えて上昇した（図5）⁴⁾。上記の様に、歯科の往診は1961年（昭和36年）当時から保険診療に取り入れられていたが、1994年（平成6年）では往診という取り扱いではなく、訪問診療を歯科点数表で評価しようという議論がなされたのであった。医科では、すでに往診と訪問診療の2つの評価が保険診療で定められていた。

往診というのは、急な熱発や疼痛等で通院が困難な時に患家へ医師が行って診療することであり、短期の単発的な医療提供方法という概念である。一方、訪問診療とは、脳卒中やがんの末期等でいわゆる寝たき

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合に、併せて歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合に、併せて処置を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合に、併せて手術を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

図4 平成6年10月診療報酬改正（部分）

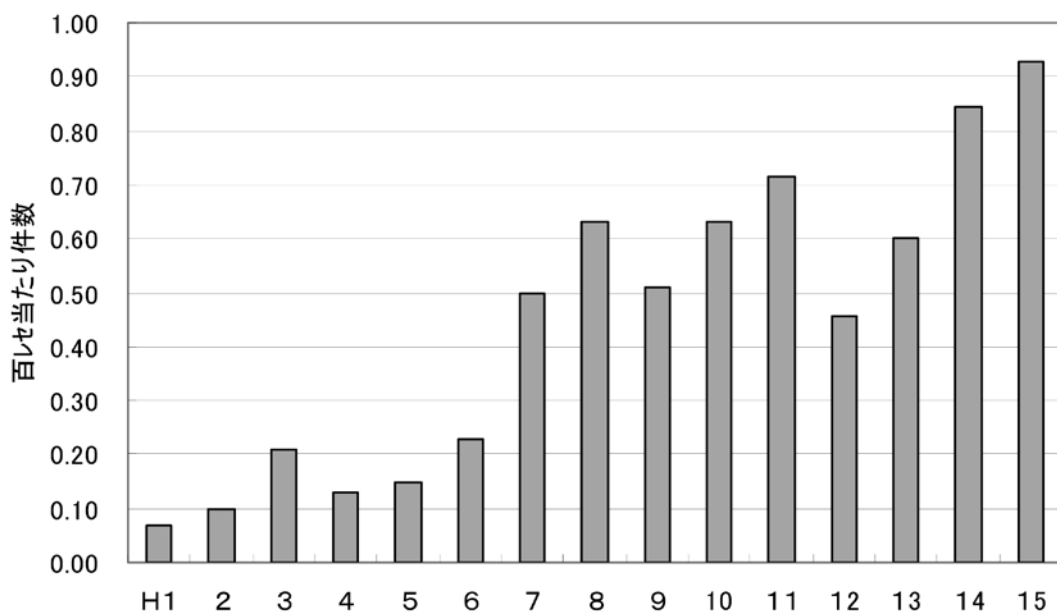


図5 歯科訪問診療件数の推移

りとなり通院が困難となった患者宅で、かなり長期に渡って計画的に医療を提供するものとされた。

歯科診療においては、往診と訪問診療の違いは医科のように明確な概念整理がなされていなかった。急な歯科疾患で、通院が困難となるとはどのような状態をいうのか？歯科疾患がもつて、いわゆる寝たきりとなるということがあるのか？という議論が診療報酬改定の中でなされた。結局、医科疾患で通院が困難となった患者が歯科疾患を発症することがあり、その時に歯科医師が患家へ行く必要が生ずるということでコンセンサスが得られ、往診と訪問診療とに分けるのではなく歯科訪問診療として新たに位置づけることとなったのである。

歯科診療は、器械器具が整った歯科診療室の中で安全で適切な治療が出来るものであるが、患者の居宅ではそれを望めないことを踏まえた点数評価がなされることになった。この時すでに、不随運動をともなう障害者や、コミュニケーションの困難な障害者の歯科治療において加算が認められていたことから、歯科訪問診療時の特掲部分の加算が認められたのであった。大きな点数改正であったため、歯科の訪問診療が増加する一方、戦略的に訪問診療を行う歯科医療機関も出現し、しばしば問題となるようになった。

IV. 医科疾患患者への歯科的介入

歯科訪問診療の保険導入が検討された際に、中医協で紹介されたのが東北大学医学部による、老人性肺炎や気管支炎などの呼吸器感染症は、毎食後歯磨きさせ、上体を起こして座らせると予防効果ありという報告であった。これは、全国紙に掲載されたことから、歯科界以外でも注目されることとなった。現在の口腔ケアの源となる貴重な研究成果であった。

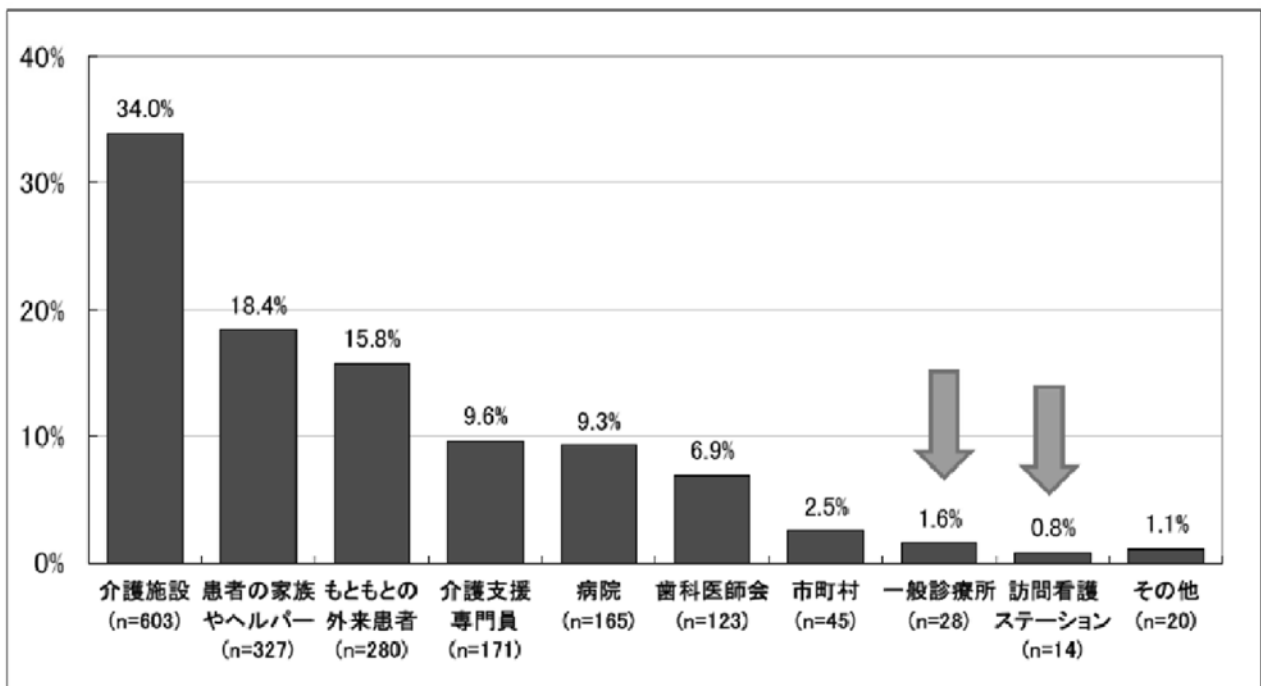
1994年（平成6年）以降、図5のように歯科の訪問診療は増加したが、必要とされる患者への提供は十分とはいえなかった。予想以上に、医科と歯科の連携が生まれなかったのである。図6は、在宅療養支援歯科診療所を対象に、平成21年に日本歯科総合研究機構が行った調査結果である⁵⁾。歯科への依頼は、介護施設や患者家族からが50%を超える一方、医師や看護師からの依頼は2%少々であった。医科歯科連携がほとんど進んでいないことが明確であった。医師・看護師といった医科関係者には、歯科・口腔機能の重要性が認識されていないことが背景にあった。医師が担当している患者の口腔内について、状況を把握し治療の必要

性を判断し歯科に依頼するという行動は広がらなかった。

口腔と全身との関係は、8020運動を介しての保健活動と厚労省の補助による研究活動として広まった。医療の場で、口腔機能がようやく一つの課題となってきたのである。日本歯科医師会は、2007年（平成19年）に在宅医療推進のための医科・歯科連携ワークショップを日本歯科医師会館で開催した。日本プライマリ・ケア学会の十名を超える医師を日本歯科医師会館に招き、率直な意見の交換を行った⁶⁾。

当初は、「歯科医師が在宅で歯科治療を行ったことについて、伝聞や美談めいた話は聞いたが、歯科治療によるQOLの改善の根拠がわからない」、「具体的に歯科のなにを患者が必要としているのか医科側には分からない」、「自分の周りで、担当している患者に対する歯科治療の効果を体験した医師は一人も居ない」…という意見が大半であった。しかし、一人の医師が、「歯科医師はすごいですよ、本当にQOLが変わります」と発言したことから様相が一変した。

歯科医療が在宅の要介護者に有効、有益であるなら、なぜ医師や訪問看護師が歯科を活用できないのか？と



日本歯科総合研究機構

図6 在宅歯科医療の依頼元（平成21年在宅療養支援歯科診療所調査）

いう疑問を医師が出し、議論が盛り上がった。その結果、出されたのが図7の医科歯科連携問題解決のためのキーワードであった。平成19年当時、NSTも医療連携クリティカルパスも、そして医療計画も歯科界にはなじみのない用語であった。これらの言葉が医師の間で飛び交い、医師の間のみで議論が盛り上がった。そこで、歯科に投げかけられたのが、

「歯科衛生士の訪問ステーションはないのか？」

「歯科衛生士は国家資格なのか？」

という歯科側には驚くべき質問であった。

訪問看護ステーションが無くては、在宅医療は成り立たないことが医師から繰り返し主張された。歯科衛生士の活用が改めて問題となった。また、歯科衛生士が国家資格であり、4年制の大学まであることを知って、医師たちは認識を新たにした。

このように、医科・歯科の相互の意見交換が率直になされた。しかも、日本歯科医師会館で歯科医師会の理事等が参加してのワークショップであったことから、その後の在宅歯科医療、医科歯科連携の展開へ大きく影響することとなった。

V. 医療計画と歯科

高齢者への医療・介護を中心とした社会保障の体制整備が喫緊の問題となっている。これまで何度か制度の改正がなされたが、2006年（平成18年）に示された医療制度改革は間違い無く「抜本的な改革」であった。健康保険法、医療法、健康増進法、介護保険法といった重要な法律が一挙に連動して改正されたのである。

1. NST (Nutrition support Team)
2. 地域連携クリティカルパス
3. 口腔ケアクリティカルパス。
4. 医療計画 訪問歯科衛生士はないのか？
5. 回復期からのリハビリテーション。
6. カンファレンス(退院時カンファレンス)。
7. 糖尿病やメタボリック。

図7 医科歯科連携の問題解決のキーワード
在宅医療推進のための医科・歯科連携ワークショップ
平成19年（2007）2月18日 日本歯科医師会館

メタボ健診として有名になった40歳～74歳の特定健診、後期高齢者という名称で物議をかもした高齢者医療制度、介護保険法での介護予防給付といった新たな施策と並んで、医療計画制度が導入されたのである。

2006年（平成18年）の改革で、歯科はほとんどの領域でいわば排除といってよい状態になった。特定健診に歯科は無く、介護予防の口腔機能向上プログラムにおいて歯科医師の位置付けは無かった。さらに、医療計画の4疾患5事業の中に、歯科は全く組み込まれていなかったのである。日歯連閣献金事件と言われる不祥事のため、歯科医師会が厚生行政の場に代表を送ることが出来ない事態となっていたことが直接の原因であった。この後の、我が国の施策を大きく変えることとなった医療制度改革のそもそもの議論に、歯科界は加わることが出来なかった。

抜本的な医療制度改革の柱の一つであった医療法の改正で、医療計画制度が新たに提示された。がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病という特定された4疾患について、医療機関の機能の分化と連携の推進による切れ目のない医療の提供をはかることとした。そのために国が基本方針を定め、それに即して都道府県が地域の実情に応じて計画をたてるというものであった。この時示された4疾患は、それまで生活習慣病と言われていたもので、国民医療費において大きな割合を占めていた疾患であった。生活習慣病には歯周疾患がはいるものと厚労省は定めていたことから、歯科界ではこの点が問題となった。また、4疾患と歯周疾患との関係や、口腔ケアの有効性が学問的に認められ出した時期であった。しかし、都道府県で歯科を取り入れられないまま医療計画が作成される恐れがでたことに対し、歯科界には危機意識が広まった。

厚生労働省での検討や、医療計画策定の指針等では歯科の係わりは全く触れられていなかったが、2008年（平成20年）に都道府県で作成された医療計画では、がんについては27都道府県が、脳卒中は38都道府県が、急性心筋梗塞は23都道府県が、そして糖尿病では43の都道府県が歯科医療機関の関与を明記していたのであった（図8）⁷⁾。これは、2007年（平成19年）1月に日本歯科医師会が全国の歯科医師会へ「医療計画におけるかかりつけ歯科医等の位置付けの明示」とい

	県名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病		県名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病
1	北海道	2	4	1	4	25	滋賀県	1	4	4	4
2	青森県	1	2	1	2	26	京都府	1	1	1	4
3	岩手県	5	5	5	5	27	大阪府	1	2	2	2
4	宮城県	4	4	3	4	28	兵庫県	4	4	4	4
5	秋田県	4	4	1	4	29	奈良県	1	1	1	4
6	山形県	4	4	1	4	30	和歌山県	4	4	4	4
7	福島県	2	4	1	4	31	鳥取県	1	1	1	1
8	茨城県	1	4	4	4	32	島根県	1	1	1	2
9	栃木県	1	2	1	4	33	岡山県	1	4	1	5
10	群馬県	5	4	4	4	34	広島県	2	1	2	2
11	埼玉県	1	4	1	4	35	山口県	1	4	1	3
12	千葉県	4	3	3	4	36	徳島県	4	4	4	4
13	東京都	1	4	1	4	37	香川県	4	4	4	4
14	神奈川県	4	4	4	4	38	愛媛県	4	4	3	4
15	新潟県	4	4	4	4	39	高知県	4	4	4	4
16	富山県	1	1	1	1	40	福岡県	4	4	4	4
17	石川県	1	4	1	4	41	佐賀県	4	4	1	4
18	福井県	4	4	4	3	42	長崎県	4	4	2	4
19	山梨県	1	1	1	3	43	熊本県	4	4	4	4
20	長野県	1	2	1	2	44	大分県	4	4	1	4
21	岐阜県	4	4	4	4	45	宮崎県	4	4	4	4
22	静岡県	1	1	1	1	46	鹿児島県	4	4	4	4
23	愛知県	4	4	1	4	47	沖縄県	1	4	1	1
24	三重県	1	1	1	4		合計	27(57%)	38(81%)	23(49%)	43(91%)

1	歯科記載なし
2	文章中に歯科項目あり
3	概略図中に歯科関連(歯周病など)の文言あり
4	概略図中にかかりつけ歯科・歯科診療所の文言あり
5	歯科診療所リストが存在

2011年2月 日本歯科総合研究機構調査

図8 都道府県医療計画における4疾病への歯科の関与状況

う文書を送り、都道府県医療計画策定時に4疾患に係る医療連携の中に歯科を位置づける重要性を説いたことが時宜を得ていたことと、また各都道府県歯科医師会がこの重要性を理解し、会議の場や行政との間で歯科の位置付けを訴えたことが功をそうしたものと思われる。

VI. おわりに

歯科医療は、歯科完結型で良しとされてきた。歯科医師はう蝕・歯周疾患とその継発症への治療に終始することでその使命を果たしてきた。社会もそのように認識してきた。しかしながら、歯科疾患の罹患者は小児から高齢者に移った。さらに、要介護となることで新たな歯科疾患を発症することが多いことも明らかと

なった。今そしてこの後、医科疾患患者への歯科医療の提供が歯科界に求められるのである。

参考文献

- 1) 厚生省：社会医療調査報告，1963.
- 2) 厚生省：社会医療調査報告，1973.
- 3) 日本歯科医師会調査室編：日本歯科医師会史 第三巻，1993.
- 4) 石井拓男：新しい時代の歯科医療の可能性，歯界展望，95(6)：2000.
- 5) 日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構：在宅歯科医療に関する調査結果，2010.
- 6) 日本歯科医師会，日本プライマリ・ケア学会：在宅医療推進のための医科歯科連携ワークショップ報告書，2007.
- 7) 佐藤保：歯科口腔保健法の意義，社会保険旬報，2506：2012.

Matters Surrounding Medicine and Dentistry Cooperation

Professor, Department of Social Dentistry, Vice President, Tokyo Dental College

Takuo ISHII, D.D.S., Ph.D., F.I.C.D

Home-visit dental care, and medicine and dentistry cooperation for the elderly is one of the issues that should be promoted by the nation. Home-visit dental care has been institutionalized since the time the universal health insurance coverage system started. Home-visit dental care, however, has rarely been provided and the citizens have not realized a home-visit dentistry system up to this 21st century. Furthermore, Japan has not practiced cooperation system of medical care and dentistry. Dental practice for elderly citizens requiring nursing care became an issue for the health insurance system in 1994, and was specified in the fees for dental treatment. Using this opportunity, home-visit dental care increased, but was still in short supply compared to demand. In 2008, the government decided to have the prefectural governments formulate the medical plan so that they could provide continuous medical care for cancer, stroke, acute myocardial infarction and diabetes affecting the elderly. The government's draft did not include dental care in the healthcare delivery system for four diseases. However, many prefectural governments formulated medical plans involving dental care. In the background, research provided evidence indicating that oral care contributed to positive results in each disease case. Additionally, the Japan Dental Association and prefectural dental associations have explained to the administrative authorities the importance of dentistry. Home-visit dental care and cooperation system of medical care and dentistry have currently become the national policy to be promoted.

Key words : Cooperation System of Medical Care and Dentistry, Home-visit Dental Care, Medical Plans