

迂回政治献金事件で揺れる歯科医療界をめぐる課題

医療保障政策研究21

日歯連迂回献金事件の背景と経緯

一〇月二一日、日本歯科医師会(日歯)の高木幹正会長が辞任し、同日、山科透会長代行を新会長に選任し、全理事の辞任届をとりまとめた。同月二二日には臨時理事会を開催し、次期執行部選出の選挙日程を固めた。会長予備選を十一月二五日公示、二月二四日開票の日程で行い、来年三月一〇日に臨時理事会、一日に第一回理事会を開催する予定となっている。

それまでの五カ月間は、山科新会長と現執行部で会務の運営を行う。山科新会長は、辞任した高木前会長、高木前会長と会長選挙を争った太田謙司大阪府歯科医師会長と同門の大阪歯科大学の卒業生である。

今回、本年六月に会長就任したばかりの高木幹正前会長が辞任に至ったのは、政治団体である日本歯科医師連盟(日歯連)による迂回政治献金容疑をめぐる逮捕事件が直接的契機となった。刑事責任の有無などは、今後の司法の場での審理に委ねられるが、その背景の歴史的・政治的経緯を振り返っておくことにも意味がある。

日本の歯科医療界を取り巻く状況

は、国民皆保険体制移行後の五〇年あまりの間に大きく変わってきた。国民医療における歯科医療の役割や存在感、端的にいうと国民医療費に占める歯科医療費の比重は大きく減少してきた。この間、歯科医師数が急速に増加してきたことなどもあり、歯科診療所は生き残りや発展をかけて取り組まなければならない状況になっている。

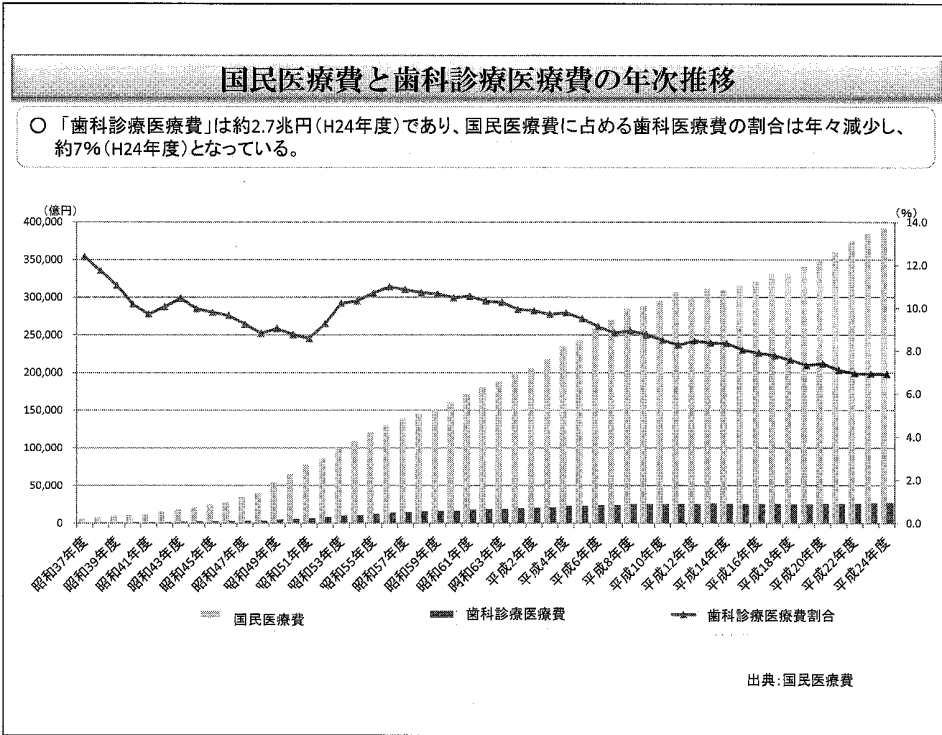
二〇〇一年、白田貞夫元日歯・日歯連会長は政界等への働きかけを強めて、村岡兼造元官房長官・自民党元総務会長などの政界有力者や、中医協委員に対する攻勢を強めた。村岡兼造氏は、収支報告書不記載の首謀者として政治資金規正法違反(不記載)で在宅起訴され、二〇〇八年七月、禁錮一〇カ月・執行猶予三年の判決が確定した(日歯連幹部六人、中医協委員二人、自由民主党国会議員二人、自民党派閥会計責任者、地方議員五人ら計一六人の有罪が確定)。

この日歯連閣献金事件を契機に、白田氏の後を継いだ井堂孝純会長時代に日歯と日歯連会長の兼任が終了し、初代会長が堤直文氏、第二代会長が前記の高木幹正氏である。日本歯科医師連盟の会員数は、約五万二〇〇〇人(二〇一五年九月末現在)

で、この一〇年間で一人あたり会員数が減少している。そのような事件もあって医療界全体における歯科医療の存在感は低下した。歯科医療費は横ばいで、国民医療費に占める歯科医療費の割合は低下していった。

二〇〇七年の参議院選挙で、日歯が自民党から全国比例区に擁立した石井みどりが当選した。二〇〇九年九月、政権交代し民主党の鳩山由紀夫内閣が誕生すると、日本歯科医師会大久保満男会長(在任二〇〇六年〜二〇一五年)は民主党に接近する政治行動をとり、その次の二〇一〇年参議院選挙では民主党から西村正美を擁立し当選を果たした。

しかし、民主党は鳩山由紀夫、菅直人の二人の総理大臣のもとで急速に国民的な信頼を失い、二〇一二年に自公連立の第二次安倍内閣が発足した。与党に復帰した自民党などからは、民主党支持に走った日本歯科医師会に対して厳しい視線が向けられ発言力・影響力が著しく低下した。そうしたなか自民党支持を明確にしたのが、日歯連会長であった高木前日歯連会長である。高木日歯連会長時代に、二〇一三年の参議院選挙においては、石井みどりは自民党公認として総得票二九万四一四八票で比



例順位一八人中四位と医療界最多の得票を得て再選された。また、神奈川県選挙区で自民党公認として島村大日歯連幹事長が立候補し初当選を果たした。本年六月、日歯連会長を辞し日歯会長に就任した高木会長は、次期二〇一六年の参議院選にどう臨むのか、民主党の西村正美議員の後

任をどうするのが大きな課題となった。そうしたなかで表面化した西村、石井の参議院選挙に要した多額の政治資金処理をめぐる問題が今回の事件の発端である。日歯連は、政治団体「西村まさみ中央後援会」に五〇〇万円を寄付し、即日、「西村ま

さみ中央後援会」は「石井みどり中央後援会」に同額の五〇〇万円を寄付した。後日、日歯連から直接、「石井みどり中央後援会」へ四五〇万円を寄付している。

検察当局は、日歯連は二〇一三年に「石井みどり中央後援会」へ合計九五〇〇万円を寄付しているにもかかわらず、政治資金規正法の政治団体間の寄付の上限である年間五〇〇万円を超えないようにするため、日歯連からいったん政治団体「西村まさみ中央後援会」に寄付し、さらにこれを經由して「石井みどり中央後援会」へ支出しており、迂回献金であるとした。「西村まさみ中央後援会」と「石井みどり中央後援会」は、いずれも日歯連会長が代表者を務めており、事務所等も同一であった迂回献金に当たると判断したのである。

九月三〇日、東京地検特捜部は、政治団体間の寄付の上限を超えた迂回寄付をし、収支報告書に虚偽の記入をしたとして、政治資金規正法違反容疑で日歯連の前会長、日歯前会長および政治資金担当の前副会長村田憲信氏の三人を逮捕した。

事実関係や刑事上の責任の有無の問題は、司法判断に委ねられるが、

この辺りは、政治資金規正法についての適切な理解が日本歯科医師連盟の役員間で共有されておらず、政治資金問題担当副会長に全面的に任せていたことが、こういう事態を招いたものといえそうだ。高木前会長は、地盤沈下が進む歯科医療の再興を目指してリーダーシップを発揮して真面目から熱心に取り組もうとしていただけに、このような事態となった無念さを察するに余りある残念なことであった。

地盤沈下してきた歯科医療

日本の歯科医療界は、少子高齢化、医療費をめぐる大変厳しい財政制約の状況下において、歯科医師数が増加を続ける一方で、歯科医療の最大の受益者である小児などが減少を続け、歯科医療経営が困難を増してきている。他方、歯科医師の養成大学は私立が主体であることもあって、医科とは違って入学定員数を削減し歯科医師養成数を適正規模にコントロールすることが行われてこなかったことから、歯科大学の定員割れ、入学者の偏差値の低下、国家試験合格率の実態にも不安が残る。

健康長寿・QOL、介護予防、認

知症予防、誤嚥性肺炎の予防等々を考えるうえで、歯科口腔保健、歯科医療の重要性が再認識されてきている。日本医師会の機関誌「日本医師会雑誌」六月号は「日常診療に必要な口腔ケアの知識」というタイムリーな特集を組んでいる。

このような時期に歯科医師会の適切な活動が停滞し、歯科医療政策が停滞することは大変残念であり、こうした問題に積極的に取り組もうとしていた高木会長がその座を去ったことは大変残念である。

歯科医療費は、平成七年度に二兆三八〇〇億円であったものが、平成一〇年度は二兆五二〇〇億円、平成一九年度は二兆五〇〇〇億円、そして平成二六年度は二兆八〇〇〇億円と微増に止どまっている（図）。

歯科医療費の国民医療費全体に占める割合でみると、昭和四〇～五〇年代は一三％程度、昭和五五年度は一〇・七％であったものが、平成七年度には八・五％、平成一三年度も八・五％となり、平成一九年度には七・三％、平成二五年度には一度六％台に落ち、平成二六年度には七％となっており、国民医療費に占める割合は半分近くに低下した。

他方、対照的なのが調剤医療費で

ある。昭和四五年は一・四％で、一％分業と揶揄されていた。当時の日本医師会の武見太郎会長が、「医師は薬を齧ぐ（ひさぐ）者にあらず」として、技術料による医業経営を行うのが本来の姿であり、「薬の小売り屋として薬価差益に頼った医業経営をすべきではない、薬価差を手放せ」と主張し、日医は医薬分業政策に大きく舵を切った。

昭和五〇年の診療報酬改定に当たって、処方箋料が一〇点から五〇点へと五倍に引き上げられた。その結果、分業率は平成一二年度には九・二％、平成一九年度には一五％となっている。つまり、歯科医療費がこの三〇年の間に、国民医療費に占めるウエイトが二分の一近くに低下したのに対して、調剤薬局医療費はいわば一三倍と大きく増加した。このような背景のもとで、今の医薬分業のあり方や薬局のあり方、薬の適正な使い方、薬剤費の適正化が改めて問われている。

国民医療費全体の増加率は数年前までは三％前後であったが、近年は自己負担増や医療費適正化、診療報酬改定の厳しい制約によって、伸び率はさらに鈍化しているが、それでも

二％弱程度は伸びている。

他方、介護サービス費をみると、平成一二年度の三兆六〇〇〇億円が平成二三年には八兆二〇〇〇億円、そして平成二六年度には一〇兆円弱まで増え、しかも、高齢化とともに今後さらに急増を続けるものとみられている。高齢者は、複数の疾患をもつていて治りにくく、治療に長期間を要することから医療費も嵩む。そしてまた、高齢者の数が増えることもあって高齢者医療費は年間七～八％の増加を続けてきた。

これに対して歯科医療費は、高齢化に伴う増加が少なく、高齢化による医療費の押し上げ効果を受けにくい実態がある。国民医療費における歯科医療費の変遷をみるにつけて、改めてその背景や環境、歯科医療のあり方等について考えておきたい。

高齢化が進むなかで、歯科医師会が中心になって推進してきた「八〇二〇」運動、八〇歳になっても二本の歯を維持しようという運動が国民の間になんり浸透してきている。歯磨きを励行し歯周病対策を進めてきた効果の表われでもある。

また、少子化が進み、昭和二三年の第一次ベビーブームの頃は年間二七〇万人弱の子供が産まれていたの

が、今や出生数は年間一〇〇万人を下回るまでに減少してきた。虫歯など歯科医療を受ける機会の多い年齢層の子供の激減、また、虫歯の誘因となる菓子類の市場も縮小してきているし、虫歯予防に有効なフッ素塗布の普及などもあって、いずれにしても子供の絶対数が減り、子供が虫歯になりにくくなっていることも一因であろう。

歯科における新医療技術の開発

一般医科では次々と新しい高度高額な医薬品や新医療技術が登場してきている。つい最近も、C型肝炎の治療薬で、一治療単位、患者の治療完了までおよそ六〇〇万円かかるといわれる治療薬が保険薬価収載され、またその競合品目も近く収載されるようだ。平成二三年のある健保組合のデータだが、一人の血友病患者の一月間の治療費の総額が一億一五〇〇万円という超高額医療が発生したが、実はこのほとんどすべてが血液製剤のコストであった。

これに対して、歯科の領域では超高額の医薬品や新しい新医療技術の開発がなかった。研究開発を担うメーカーからみても、医科に比べてマ

ケットが小さい歯科では、リスクの高い研究開発に巨費を投じてでも、リットは小さいという意識もあり、新しい技術開発が進められなかったという実態があった。

歯科医療費は入院医療費が全体の三分の二を占めるのに対して、歯科では入院医療費の割合は少ない。社会的長期入院のような増加要因も歯科の場合にはない。

また、歯科医療界の体質でもあるのか、歯科医療関係者は新しい技術・材料といったものが出てきても、それを速やかに保険診療に取り入れていくことに積極的ではなかった歴史があった。新しい技術・材料を保険の外に置いて、いわゆる混合診療で差額徴収する形が取られてきた。その価格は地域間、歯科医療機関の間で大きな差がみられた。

先駆的な取り組みの時には許されるが、普及度が上がり、全国各地で広く提供されるようになると価格競争も生じ、医療の質や安全性の面の懸念も出てくる。その一例が近年急速に普及してきたインプラントである。インプラント治療は一本五万円程度から五〇万円まで一〇倍程度の価格差があるという。これが技術の質やコストを反映したもののか、国

民の間に歯科医療は不透明という印象を与えている。

現段階で、これを保険診療に入れようとする、その点数(価格)を一点の価格に絞る必要があるが、それは事実上不可能な実態である。設定された取極価格よりも実勢価格が高い地域や歯科医療機関では利益が減少し、安い価格でやっていた歯科診療所では過剰の利益を受けることになる。結局、手付かずの状況のまま今日に至っている。

過当競争のなかで時にインプラント手術中の死亡事故や、インプラント材料を別の患者に使い回す事件など残念な事件も発生している。低所得層ではインプラント治療を受けられないということにもなる。歯科医療に対する国民的な信頼確保のみならず、国民皆保険体制の本旨からみても問題があるといわざるを得ない。

歯科医療機関自身が自主的に医療の質を高める活動として、歯科医療機関や歯科医学会関係者の熱意によりNPO・歯科医療情報推進機構(DDI)が発足して一〇年経過した。歯科医療機能の第三者評価、歯科医療についての情報化と国民・患者への適切な情報提供を目指す活動であるが、残念ながら白田・大久保日歯

会長時代には会員の間に分断をもたらすといった不安や反発もあったようではなかなかな活動が広がっていない。そのような状況のなかで、前高木体制は、時代環境の変化に対応した歯科医療体制づくりに焦りすぎ、急ぎすぎ、無理があったのかもしれない。

歯科医療情報推進機構(DDI)の発足一〇年

患者や保険者は、医療機関の機能やサービスについての客観的で適切かつ適正な情報の開示・提供を求めており、一般医科の分野では国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とする中立的・科学的な第三者機関として、「公益財団法人・日本医療機能評価機構」が平成七年に発足している。しかし、歯科診療については客観的で適切な情報を提供し歯科診療所の機能を評価する体制がなく、中立的・科学的な第三者機関の設置を求める声が各方面から寄せられていた。そうした社会の要請に応えるため、平成一七年に、歯科医療の教育者・研究者、歯科診療所、保険者、ジャーナリズムなど、さまざまな社会経験を有し歯科医療に関心をもち市民の自発的な参加・協力

を得て、「NPO法人・歯科医療情報推進機構」(DDI)が設立された(理事長・藤本孝雄元厚生大臣)。

このDDIの事業の柱の第一は、「DDI認証マーク」の設定である。

国民が安心安全の医療機関を選択し、納得して歯科医療を受けられるよう個々の歯科医療機関の自発的な申請に基づいて、

○診療内容 (Examination)・

○人的環境 (Human Environment)・

○オフィス環境 (Office Environment)・

○運営環境 (Administration Environment)・

○管理環境 (Management Environment)・

○改善環境 (Improvement Environment)・

という「六つのE」の項目について審査し、一定レベル以上であると認定された歯科医療機関に対して「DDI認証マーク」が付与されている。

第二の柱は、インプラントセーフティマーク(Implant Safety Mark、ISM)の設定と付与の事業である。インプラントセーフティマークは、「環境」「技術」「運用」の観点から「安全性」を総合的に評価し、一定レベル以上にあると認定した歯

科医療機関に対して付与される。

第三の柱は、感染症予防対策など
歯科診療所の治療環境の改善への貢
献である。医療機関に対する啓発・
研修事業の実施・治療環境の改善等
を通じて、診療報酬点数表の「歯科
医療外来環境加算」を取得し、歯科
医療経営の安定に資することを目指
している。

第四の柱は、介護保険施設・有料
老人ホームなど高齢者の住まいとの
連携を深めて、在宅歯科医療の適切
な普及を図ることとしている。高齢
者の死因の上位にある誤嚥性肺炎に
ついて情報と研修の機会を提供し、
効果的な歯科保健・口腔保健活動の
展開を支援するとしている。高齢者
の生活の質の向上、国民医療費の増
加抑制と歯科医療費の財源確保につ
ながると期待している。

ID I主催の学会・研修教育活動
は、実施回数を増やし参加者も増加
傾向にあるなど事業は着実に定着し
てきているが、日歯の積極的な理解
と支援を期待したいものである。

過剰感が否めない歯科医の養成

歯科医療サービスの供給サイドの
状況をみてみる。歯科医療機関数は、

昭和三〇年二万五〇〇〇弱、昭和六
〇年四万五〇〇〇強、平成二〇年六
万八〇〇〇弱と増加してきた。また、
歯科医師数は平成二〇年一月九万
九四二六人と、ほぼ一〇万人である。

歯科大学の入学定員は、昭和三五
年度の六九〇人から、昭和六〇年度
には三三八〇人まで増えた。その後、
国公立の大学はそれなりに定員削減
に協力してきたが、私立歯科大学
は入学定員減少し減収、コストは変
わらないのに収入が減るということ
から定員削減に背を向けてきた。平
成二二年度には二九六五人まで減少
したが、養成数の過剰感は否めない。

歯科医療のマーケットは広がらず、
むしろ少子高齢化のなかで縮小する
なかで、歯科医師数は増加を続けて
きた。駅前に歯科診療所が乱立し新
しく開院したかと思うと、いつの間
にか閉院していたと報じられるなど、
明らかに過剰供給状態にある。過剰
供給地域に開業したところは、保険
診療だけでは運営困難ということだ。
いわゆる自由診療部分に重きを置く
ことになるが、そうなると自ずと受
益できる層は限られ悪循環に陥った。

国公立大学の歯学部は授業料が安
いこともあって、偏差値が高い学生
が見受けられるが、私立歯科大学の

なかには定員割れを続けているところ
もある。定員割れを続けている背
景には、学費の高さのほかに、その
卒業生の歯科医師国家試験の合格率
が低いこともあるようだ。一部の歯
科大学では、受験予備校のデータに
よると偏差値が四〇以下の大学も出
てきていると報じられている。

さらに、卒業して歯科医師国家試
験に合格したとしても、医科と異な
り病院勤務という場の少ない歯科で
は開業資金が必要となる。必ずしも
歯科医療の継続の環境が整わないな
かで閉院という状態も生じている。
このような焦りが、今回の日歯連を
めぐる事件の構造的な背景であろう。

東京の文京区本郷三丁目辺りには
歯科医療関係の中小の流通業者が集
中している。一般医科の流通をみる
と、この二〇年ほどの間に集約化・
合理化が進んできてきているが、それ
比べて歯科材料の流通体制は、近代
化・合理化が遅れている。また、I
T化の面でも歯科医療界は全体的に
遅れている。医科に比べて事務の内
容が非常に単純で、「IT化しなく
てもいい」という声も一部にあるよ
うだが、それにしても遅れている。

また、医科の場合、流通はメーカ
ーと一つの卸業者、ユーザーである

医療機関とシンプルであるのに対し、
歯科の薬剤は多段階の流通業者が関
与している例もかなり多く、流通が
複雑な枠組みで行われている。

歯科医療の今後の課題

人口構造が大きく変わり虫歯をも
つ子供が減少してきた。しかし、学
校保健の検診データからみると、歯
列・歯並びが悪い子供が多い。食生
活の変化のなかで子供が固いものを
食べなくなり咀嚼力も低下し窮屈な
口の中で歯並びが悪くなっている。

歯列矯正は、美観の問題であり医
療上必須不可欠ではないということ
で、保険適用になっていない。自費
診療では、地域や歯科医療機関の間
で差異があるが、受診の最初に一〇
〇万円支払うといったところも多い
ようだ。所得の低い子育て世代の家
族にとっては、重い負担である。保
険適用を前向きに検討すべきである。
乳歯の歯並びが悪いと次の永久歯
にもよくないし、また、歯並びの悪
さが虫歯をもたらし、歯磨きが行き
届かないことなどもあって歯周疾患
の原因になることもある。

また、咀嚼力の低下は、適切な栄
養の摂取、脳への刺激が妨げられ、

それが子供の適切な成長を妨げる要因にもなるし、高齢者の認知症の発症要因の一つという指摘もある。栄養状態が悪化し寝た切り、虚弱になった人が褥瘡の原因になるなど、日常生活活動に大きな影響を与えることが指摘されている。歯科医療・歯科保健は、一般医科における口腔外科、口腔保健と一体的に連携して行われる必要がある。

近年、地域包括ケアの重要性が喧伝をされている。かかりつけ医と救命急性期・一般急性期・回復期・療養期といった入院施設との連携、異なる診療科目間の連携、医療と生活支援という意味での介護との連携、これを効果あらしめるためには医師・歯科医師・薬剤師・看護師、理学療法士などのセラピストなど医療従事者、専門職間との連携も謳われているが、医科と歯科の連携の実態は残念ながら乏しいようだ。

厳しい状況下で次期平成二八年度診療報酬改定に向けた論議が中医師協を中心に進められている。外来機能ができる限り病院から切り離して診療所を中心という基本的な流れのなかで、「かかりつけ医」「在宅療養支援診療所」の評価が大きな焦点になっている。そのなかで「かかりつ

け歯科医」はどのようなかわりをもつのか。地域包括医療における歯科医師のかかり方の議論のゆくえに関心がある。日本歯科医師会執行部の退陣というなか発言力低下は否めないが、地域包括ケアのなかで歯科医療がどういうように位置づけられるか、注目していきたい。

地域包括ケアと歯科医療

歯科診療所の閉院は、過剰開業状態、開設コスト負担の重さから、近年は「破産による倒産」が全体の八割を占めるようになっていく。

開業・開設コスト負担を下げて、もっぱら訪問診療に特化する歯科診療所、訪問歯科診療が増加してきている。在宅で寝た切りの高齢者、障害者の口腔ケアのために訪問歯科診療のニーズの高まりもある。外来機能をもたない訪問歯科診療専門の診療機能が、在宅療養支援診療所となり得るのかといった整理も必要であろう。国民・患者の視点に立つと、安心して相談でき、治療に当たって医師の仕組みのもとで、小児から生涯を通じて口腔保健、歯科診療の記録が管理され、適切な治療に活用で

きる体制の定着を望みたい。

歯科医療の世界では電子化、ICTが遅れている。歯科診療所のレセプトの電子化率は平成二三年の段階でも三七・八%。歯科診療所以外の医療機関は、病院・医科診療所、調剤薬局は九割を超えているなかで、歯科診療所だけが四割以下と著しく低い。一般医科に比べ歯科は内容が単純なので電算化まで必要ないという声もあるし、設備投資のゆとりがない、開業医にはやや高齢の歯科医師が多い等々の理由が背景にはある。しかし、生涯を通じて医科歯科連携、マイナンバー制度の実施ということも考えると、歯科医療機関におけるIT化、ICT化を一層進める段階に入ってきたと考えられる。

歯科医師の世界でも、一般医科のような認定医制、専門医制の構築、診療報酬との連動といった取り組みも課題であろう。関係学会、民間歯科医師サイドの自発的な取り組みへの日本歯科医師会のサポートを期待したい。

歯科の保険診療の指導・監査、審査支払業務における県独自のローカルルールの存在といったことが取りざたされることがあるが、情報開示も含めて透明性・客観性の高い体制

作りの歯科医療界を通じた構築も望まれる。また、保険医療に関する指導監査を担当する歯科医師である専門の技官が配置されていない県もある。長期在任の弊害を予防し、質の高い指導と監査を行うことのできるよう、複数配置と定期的人事異動を可能とする体制も大事である。ある地域において指導・監査を受けた歯科医師が死亡した事例があり、担当した技官とその家族に対し執拗な個人攻撃が行われた残念な事案があった。不正な診療や保険請求は排除されなければ、国民皆保険体制の存続、必要な医療費財源の確保もできなくなる。

歯科医療が社会のなかで確かな信頼を得ていくためには、国会議員を通じての発言力の確保、政治資金の流れの適正化だけではなく、歯科医療界自身が透明度を高めていく必要がある。また、厚生労働省本省における歯科技官の充実、近年設置された歯科口腔保健室の本格的展開のための体制強化も喫緊の課題であろう。そして、客観性・透明性そして歯科医療の適正化を進めていくためには、第三者評価を柔軟に受け入れることが大事である。これらを通じて歯科医療界の復権を期待したい。