

『日本と世界の歯科医療』

～ 国際比較から見た日本の歯科医療の姿～

医療法人社団 星陵会 平 健人

．はじめに

現在、日本が迎えている高齢社会においては健康長寿の延伸、及びそれに伴う生活の質向上が求められている。この実現に向け 21 世紀における国民健康づくり運動 すなわち「健康日本 21」が策定され、その重要課題のひとつに「歯の健康」が取り上げられている。これは厚生科学研究「口腔保健と全身的な健康に関する研究」などに端を発して、口腔衛生状態の改善や、咀嚼能力の改善を図ることが誤嚥性肺炎の減少^{1) 2)}や ADL の改善に有効³⁾であることが示され「栄養・食生活」を支援するといった観点からも高齢社会進行の中で健康長寿実現に対する口腔機能の重要性の認識を示すものである。

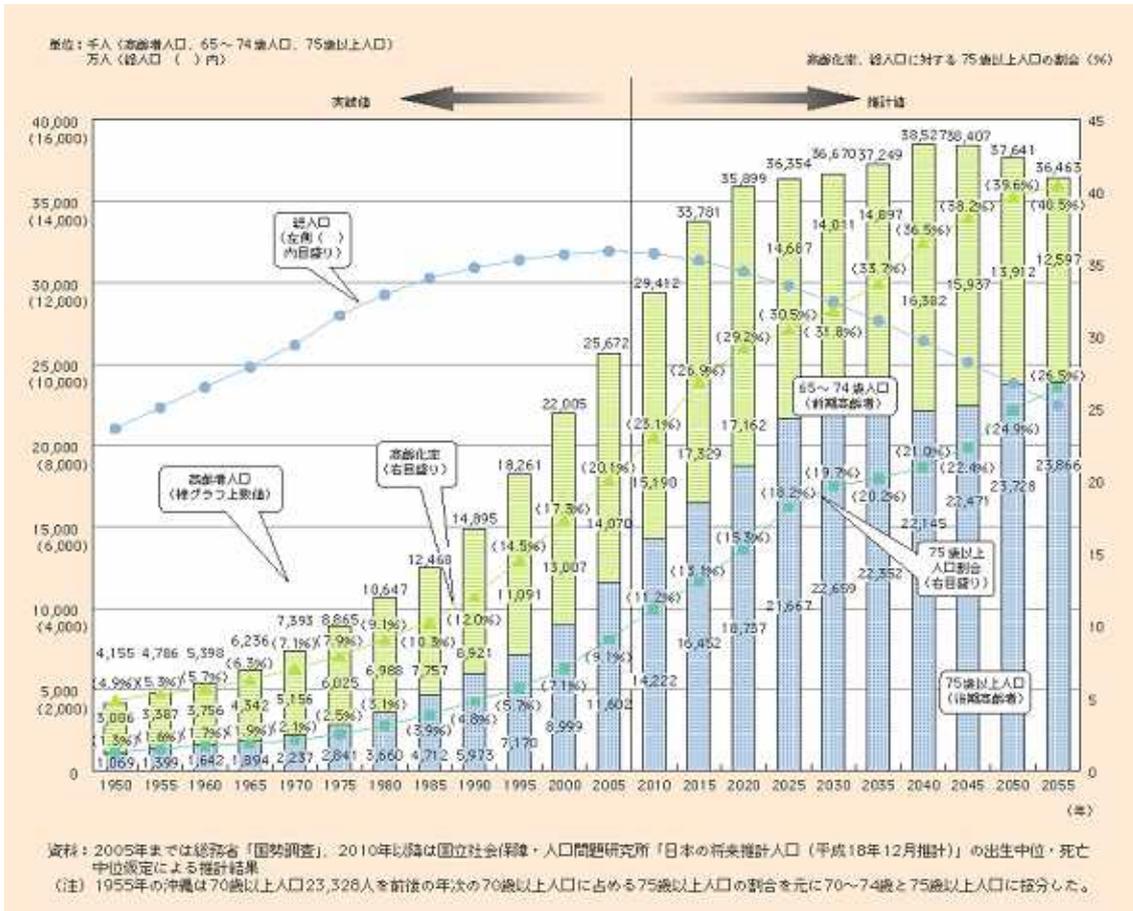
一方、この財源である国民医療費は今後の社会保障費増加の中でその効率化が求められている。既に医科では DPC や療養病床削減など具体的な施策が講ぜられてきており、原価計算を基にした適正医療費についての議論も行われている。しかし歯科においてはその削減ばかりが唱えられ、将来に亘ったグランドデザインは描かれているとは言い難い。そこで日本における現在の歯科医療を先進諸国との比較から検討し、これらを基に日本の歯科医療における課題と今後の進むべき方向につき考察を行った。

．我が国の社会状況

我が国の総人口は、平成 19(2007)年 12 月 1 日現在、1 億 2,779 万人で、65 歳以上の高齢者人口は、2,660 万人、高齢化率は 20.8% である。

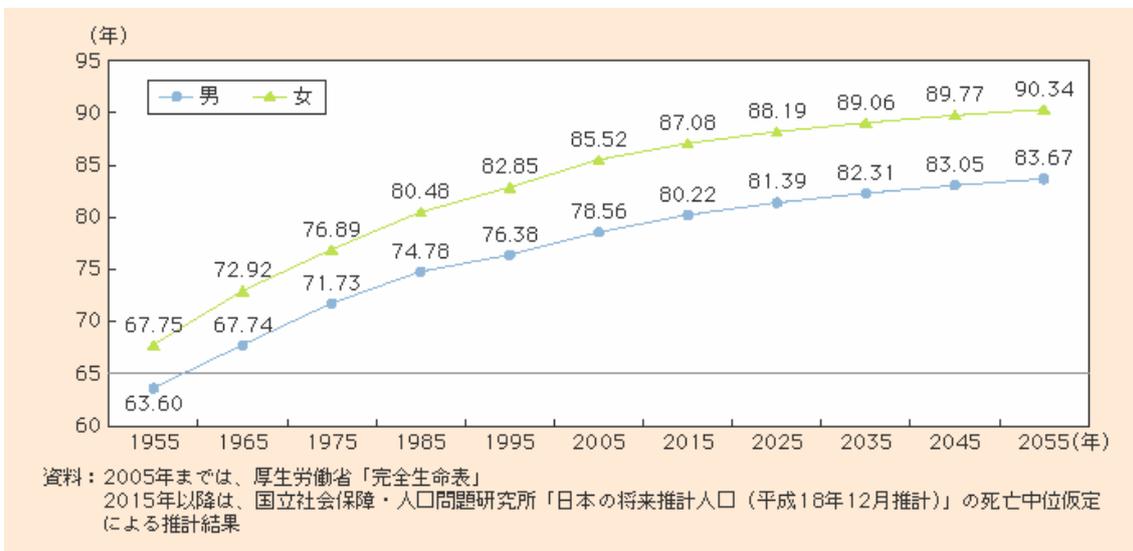
高齢者人口は今後、いわゆる「団塊の世代」(昭和 22(1947)～24(1949)年に生まれた者)が 65 歳に到達する平成 24(2012)年には 3,000 万人を超え、平成 30(2018)年には 3,500 万人に達すると見込まれている。その後も高齢者人口は増加を続け、平成 54(2042)年に 3,863 万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。また、高齢化率は今後も上昇を続け、平成 67(2055)年には 40.5% に達して、国民の 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている。総人口に占める後期高齢者の割合も上昇を続け、平成 67(2055)年には 26.5% となり、4 人に 1 人が 75 歳以上の高齢者となると推計されている(図 1a)。平均寿命は、平成 17(2005)年現在、男性 78.56 年、女性 85.52 年であるが、今後、男女とも引き続き延びて、平成 67(2055)年には、男性 83.67 年、女性 90.34 年となり、女性の平均寿命は 90 年を超えると見込まれている(図 1b)。

(図1a 高齢化の推移と将来推計)



(出典 平成19年版 高齢社会白書)

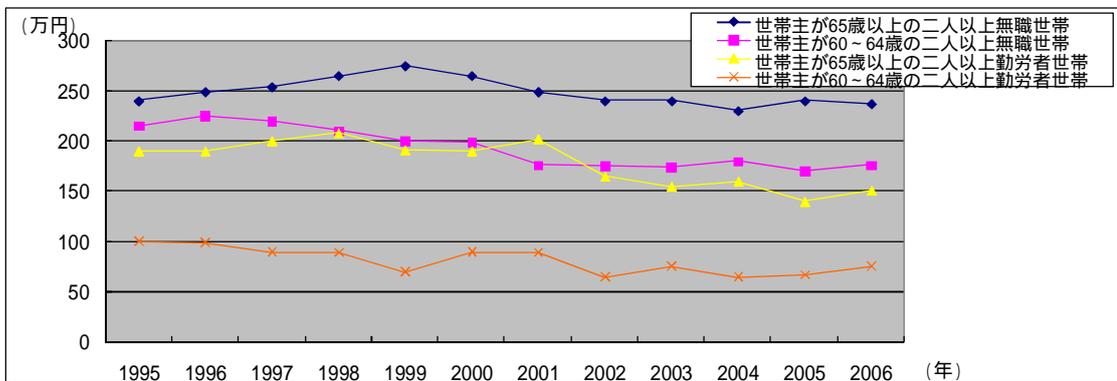
(図2b 平均寿命の推移と将来推計)



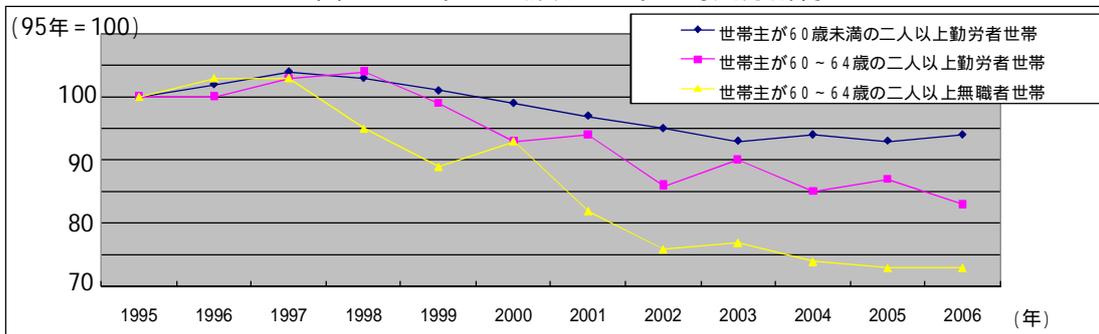
(出典 平成 19 年版 高齢社会白書)

これから年金を受給する団塊世代の年金受給金額は月額20万円台前半といわれている。総務庁の調査によれば年金受給額はこの10年程減少傾向が続いており、また可処分所得においても勤労者世帯、無職世帯ともに大きな落ち込みが見られている。(図2a) (図2b) 所得の大部分を公的年金給付に依存する引退後の家計においては可処分所得の範囲で消費を賄うことは出来ず貯蓄を取り崩して消費を行うこととなる。この貯蓄に近年、大幅な低下が起きている。総務省「家計調査」によれば90年代の終わりから60歳以上の世帯でその貯蓄率に大きな低下がみられている。1998年、世帯主が60～64才、65歳以上の勤労者世帯でそれぞれ20%、27%であった貯蓄率は2006年には7%、12%まで低下しており、無職世帯では実に60～64歳世帯、-20%、65歳以上世帯、-60%という大きなマイナスの値となっている。この貯蓄率の低下と相まって今後は「豊かでない高齢者」が増加すると予想されており、このことはこれからの日本の高齢社会における社会保障を考える上で重要な課題となるものと考えられる。

《図2a》世帯主60歳以上世帯の公的年金受給額

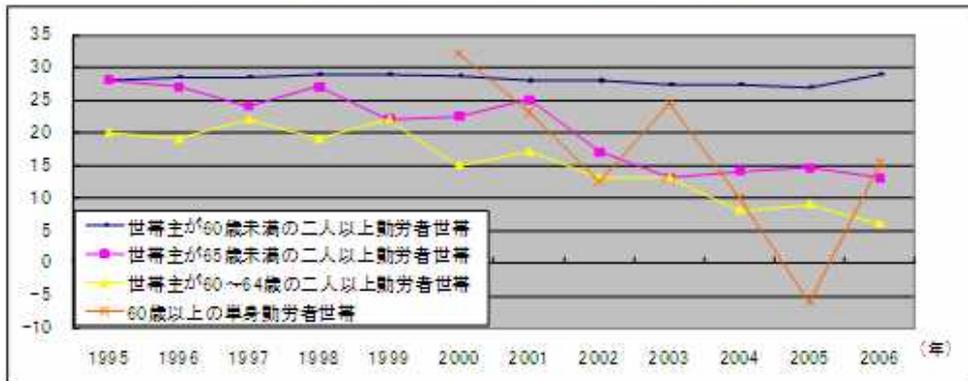


《図2b》世帯主60歳以上世帯の可処分所得

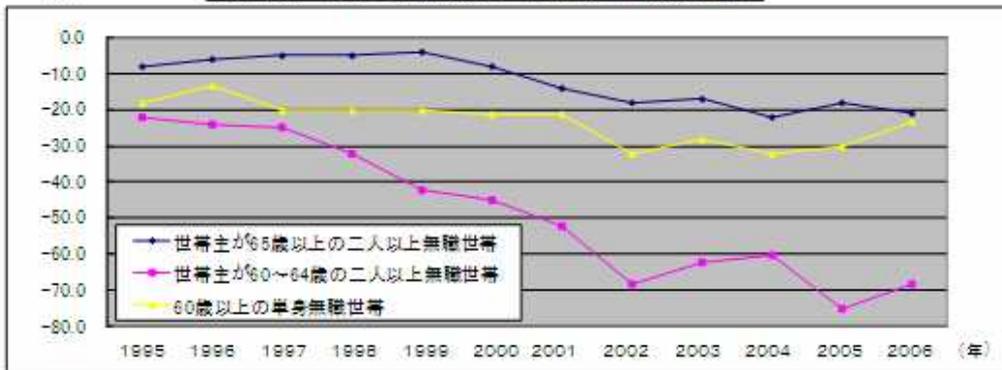


(総務省「家計調査」より作図)

(%) 《図2c》世帯主60歳以上の勤労者世帯の貯蓄率



(%) 《図2d》世帯主60歳以上の無職世帯の貯蓄率



(総務省「家計調査」より作成)

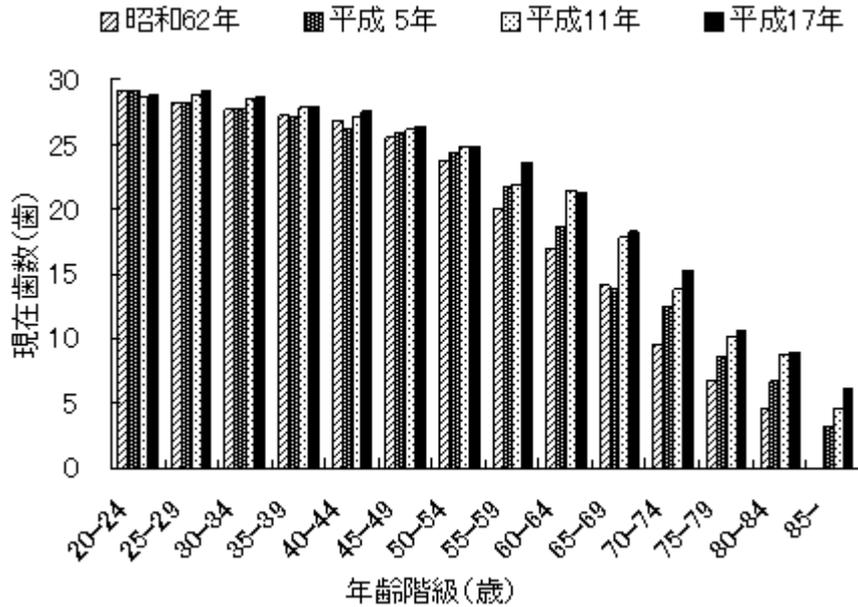
・ 我が国の口腔保健目標

厚生労働省では、2000（平成12）年から第3次の国民健康づくり対策として、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を推進している。「健康日本21」は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質（Quality Of Life：QOL）の向上を実現することを目的とし、1）栄養・食生活、2）身体活動・運動、3）休養・こころの健康づくり、4）たばこ、5）歯の健康、6）糖尿病、7）循環器病、8）がん、の以上9分野について具体的な目標を掲げている。また2003（平成15）年5月には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくりを更に積極的に推進する法的基盤を整備するため、健康増進法が施行された。

この中で歯の健康は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等、生活の質を確保するための基礎となる重要な要素であるとの認識から2000（平成12）年より厚生労働省、日本歯科医師会を通じて歯の喪失の原因となるう蝕及び歯周病を予防し、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全な口腔機能の維持を目指す「8020（ハチマル・ニイマル）運動」が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の普及が行われている。この目標に対する現時点での到達状況は平成17年歯科疾患実態調査によれば80（～84）歳の一人平均現在歯数は8.9歯、80歳

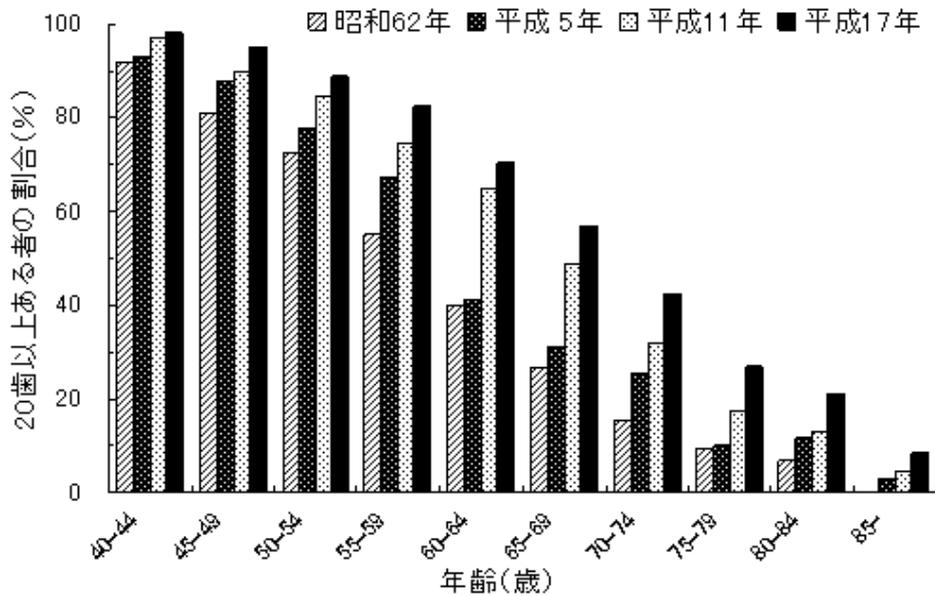
以上で20歯以上を有する者の割合は17.3%であり、目標の早期実現に向け更なる国民意識への喚起が必要な状況にある。

(図3 1人平均現在歯数)



(出典 平成17年歯科疾患実態調査)

(図4 20歯以上有する者の割合)



(出典 平成17年歯科疾患実態調査)

・ 口腔保健に対する国際目標

WHO は FDI (国際歯科連盟) と共同で 2020 年までの世界各国における歯科保健の達成目標として以下の口腔保健目標を設定している。⁴⁾

・ 歯科保健の国際目標 (WHO/FDI)

～ 西暦 2000 年までの口腔保健目標～

1. 5～6 歳児の 50% をカリエスフリーにする。
2. 12 歳児の DMFT 値を 3.0 以下にする。
3. 18 歳の 85% が永久歯をすべて保有するようにする。
4. 35～44 歳の無歯顎者の割合を現在のレベルより 50% 減少させる。
35～44 歳の 75% が 20 歯の機能歯を保有するようにする。
5. 65 歳以上の無歯顎者の割合を現在のレベルより 25% 減少させる。
65 歳以上の 50% が 20 歯以上の機能歯を保有するようにする。
6. 口腔保健の変化を監視するためのデータベースを確立する。

～ 西暦 2010 年までの口腔保健目標～

1. 5～6 歳児の 90% をカリエスフリーにする。
2. 12 歳児の DMFT 値を 2.0 以下にする。
3. 20 歳の 75% はう蝕を非活動状態 (停止状態) とするようになる。
4. 20 歳の 75% は重症の歯周病に罹患していない。
5. 小児と青少年の 75% 以上が、自己診断やセルフケアを行うための口腔疾患の原因や予防に関する十分な知識を習得する。
6. 世界の口腔保健情報を完全に電子化し、国別の、また全身の健康に関連した WHO の口腔保健データベースを確立する。

～ 西暦 2020 年までの口腔保健目標～

1. 5 歳児の 90% をカリエスフリーにする。
2. 12 歳児の DMFT 値を 1.0 以下にする。
3. 20 歳の 90% はう蝕を非活動状態 (停止状態) とするようになる。
4. 全人口の 90% は重症の歯周病に罹患していない。
5. 全人口の 75% 以上が、自己診断やセルフケアを行うための口腔疾患の原因や予防に関する十分な知識を習得する。
6. 医療経済分析が可能となる口腔および全身の健康問題を自動的に評価するための電子化した国際データベースを確立する。

この中で小児期のう蝕予防を示す指標として 12 歳児の DMFT (処置歯・未処置歯・喪失歯の合計数) を、成人の歯科保健状況を示すものとして、65 歳以上の無歯顎者率を挙げ、その 2020 年の目標を 12 歳児 DMFT 値 1.0 以下、並びに 65 歳以上の年齢層における歯の喪失、特に無歯顎となることの防止と機能歯の維持としている。

Kayser(1981)は最低限の口腔機能として“20 歯以上の空隙が無く、可徹性義歯の必要がない歯

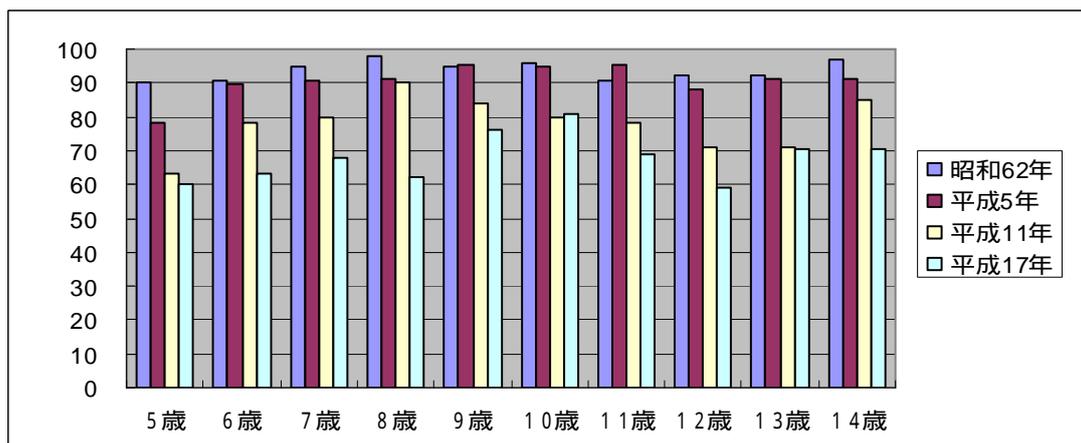
列”を示している。このような認識は近年の各国の歯科保健政策に反映されており、イギリスやアメリカでは 21 歯以上保っていることを成人の歯科保健の指標としている。日本では日本歯科医師会と厚生労働省が“80 歳まで 20 本の歯”を保つという「8020 運動」として展開している。

・ 日本人の口腔衛生状態

1) 歯科疾患の疾病構造の変化

図5は5～15歳未満のう蝕罹患率の推移である。

(%) (図5 5～15歳未満のう蝕罹患率)

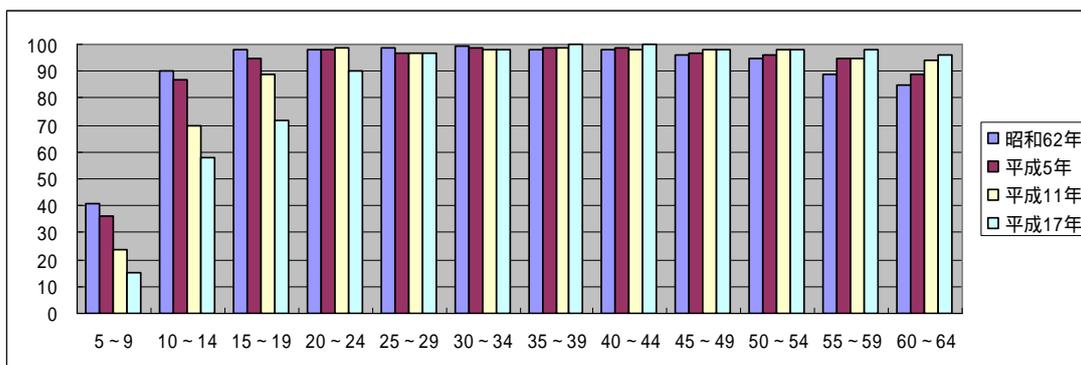


(出典 平成17年歯科疾患実態調査)

このように、小児のう蝕罹患率は大幅に減少していることがわかる。12歳児DMFTは1993年の3.6から2005年1.7とこの12年間でWHOの2010年目標値以下まで減少し、う蝕抑制に対するこの変化は日本の歯科医療の取り組みにおける一つの成果といえる。しかし先進諸国との比較では依然高値であり、更なる改善の余地がある。

う蝕の罹患率は小児では急激に減少している一方、成人では年齢と共に増加している。図6は5歳毎の永久歯う蝕罹患率の年次推移である。

(%) (図6 永久歯う蝕罹患率の年次推移)



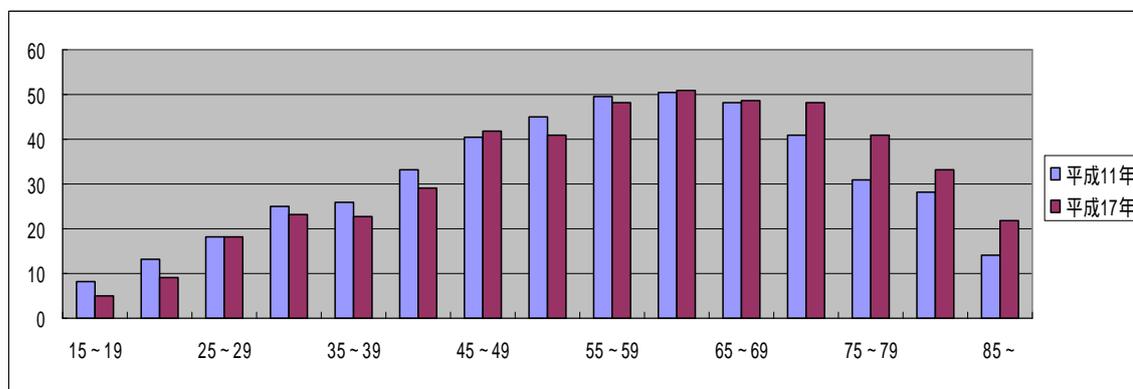
(出典 平成17年歯科疾患実態調査)

14歳未満では前述のようう蝕の罹患率は減少しているが、逆に35歳以上のすべての年齢階

層で 1999(平成 11)年以降う蝕の罹患率が上昇している。特に 35 歳から 44 歳では 2005(平成 17)年では 100%となり、1987(昭和 62)年の 98%から悪化している。

次に、歯周病の患者数にも増加傾向がみられている。図7は歯周疾患を有する(4mm 以上の歯周ポケットを有する)者の割合の推移である。

(%) (図7 4mm 以上の歯周ポケットを有する者の割合の推移)



(出典 平成 17 年歯科疾患実態調査)

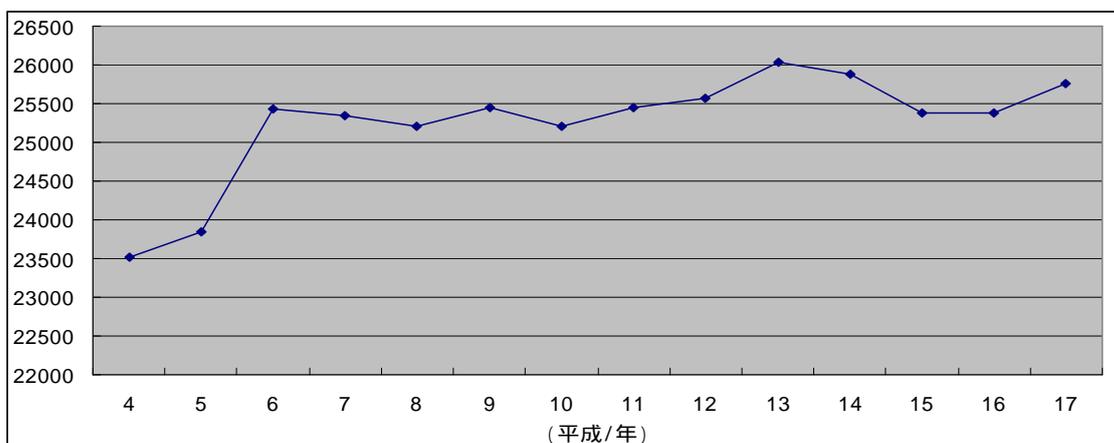
このように 1999(平成 11)年と 2005(平成 17)年を比較すると、60 歳以上の高齢者ではすべての年齢階層で増加している。今後団塊の世代を中心とした高齢化の進行に伴い、歯周病の罹患者数の急激な増加が予想される。⁵⁾

日本の歯科医療

1) 歯科医療費

我が国の歯科医療費は 2 兆 5,766 億円と医療費総額 (33.1 兆円) の 7.8%、対 GDP 比では 約 0.6% である(2005 年)。歯科医療費総額は 1994 年よりほぼ一定レベル(2 兆 5,500 億円前後)で推移しており医療費総額に占める割合は相対的に減少傾向にある(図8)。

(億円) (図8 歯科医療費の推移)



(出典 厚生労働省 国民医療費の概況)

医科の疾患との比較では高血圧、糖尿病といった生活習慣病に対する医療費よりも高く癌に対するそれとほぼ同額となっている。

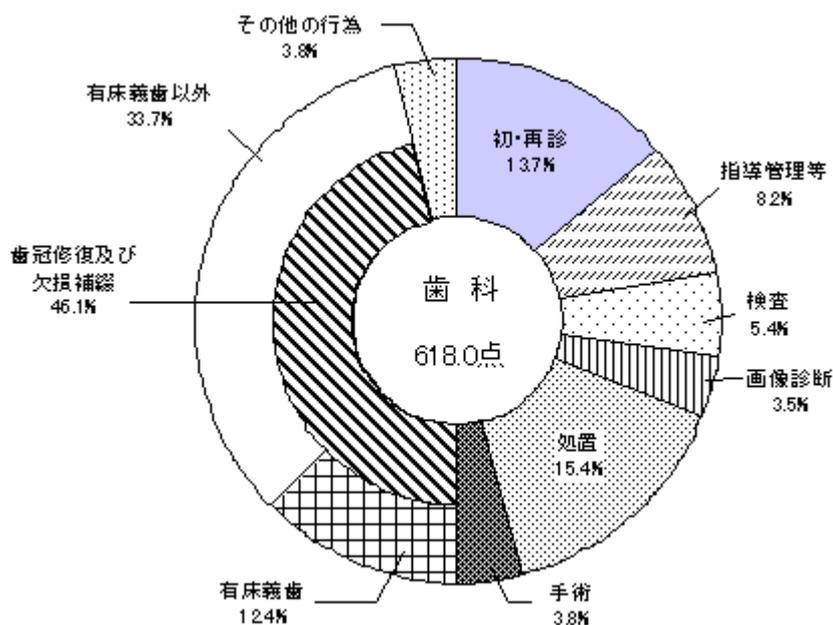
(疾患別医療費比較)

歯科疾患	25,766 億円
癌(悪性新生物)	25,748
高血圧性疾患	18,922
脳血管疾患	17,953
糖尿病	11,165
虚血性心疾患	6,635

(出展 厚生労働省平成 17 年度国民医療費)

歯科医療費支出の内訳を診療行為別にみると、「歯冠修復及び欠損補綴」285.1 点(構成割合 46.1%)が最も高く、次いで「処置」95.1 点(15.4%)、「初・再診」84.7 点(13.7%)の順となっている(図9)。

(図9 診療行為別にみた点数の構成割合)



その他の行為は、「在宅医療」「投薬」「注射」「リハビリテーション」「麻酔」「放射線治療」「歯科矯正」及び「入院料等」である。

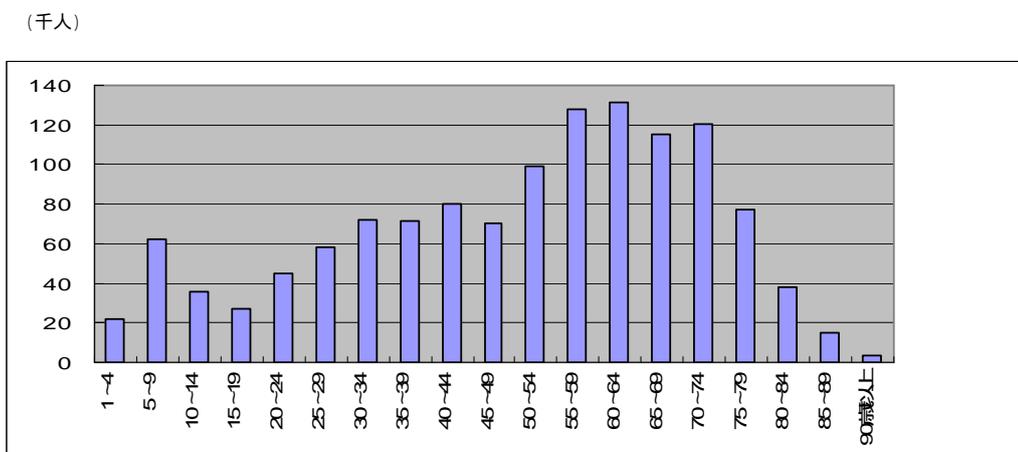
(出典 平成 16 年社会医療診療行為別調査)

2) 歯科医療の受療状況

一日の全国の推計患者数は、125.3 万人であり、全科外来受診患者数の 17.7%、総人口の

0.98%の人が毎日歯科医療機関を受診している。(平成17年年厚生労働省患者調査)年齢階層では歯科受療者は50歳から70歳代の階層で高く、全体の46.5%と約半数を占めている。75歳以降で急激な低下がみられる(図10)。

(図10 一日あたりの歯科診療所受診者数)



(出典 平成17年厚生労働省患者調査)

「1年間で歯科を受診したことがある」者の割合は、受診者が35.1%である。性別でみると、男性38.5%に対して、女性では43.5%となっている。また受診理由では、「むし歯の治療」が59.1%と最も高く、「歯周疾患の治療」が7.7%、「検診・指導(定期的なもの含む)」が6.0%、である。年間の平均歯科受診日数は3.25日である。⁶⁾

歯科医療の在宅診療受療者は一日約2,800人でありこれは全在宅診療受療者の5.4%である。全科外来受診患者数に占める歯科受診患者数の割合(17.7%)と比べその受療率は大変低い⁷⁾(表1)。

(表1 年齢階級別にみた在宅医療を受けた推計患者数)

(単位:千人)

	(医科診療所)				(歯科診療所)		
	在宅医療	往診	訪問診療	医師以外の訪問・	在宅医療	訪問診療	歯科医師以外の訪問
総数	49.4	19.1	27.2	3.2	2.8	2.6	0.2
0~14歳	0.5	0.5	-	-	-	-	-
15~34	0.8	0.5	0.2	0	0	0	-
35~64	3.5	1.7	1.5	0.2	0.4	0.3	0
65歳以上	44.6	16.3	25.3	2.9	2.4	2.2	0.2
(再掲)							
70歳以上	42.8	15.4	24.6	2.8	2.1	2	0.1
75歳以上	39.5	14	23	2.5	1.9	1.7	0.1

(注)「往診」とは、患者の求めに応じて患者に赴いて診療するものをいい、診療報酬では往診料を算定したものをいう。

- ・「訪問診療」とは、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師が訪問して診療を行うものをいう。

(出典 平成 17 年厚生労働省患者調査)

3) 歯科医療供給体制

歯科医師数は 97,198 人、うち女性は 18,944 人 (19.5%) を占めている。人口 10 万人当たり 76.1 人である⁸⁾(表 2)。標榜可能な専門医(学会認定医)は小児歯科 872 名、矯正歯科 2,425 名、歯科口腔外科 1,706 名がいる。(2006 年)

〔表 2 歯科医師数の推移(総数及び人口 10 万対数)〕

西暦(年)	1980	1986	1990	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
歯科医師数(人)	51 597	64 904	72 087	79 091	83 403	85 669	88 410	92874	95197	97198
人口 10 万対歯科医師数(人)	48.2	54.9	59.9	64.8	67.9	69.6	71.6	72.9	74.6	76.1

(出典 歯科保険関係統計資料、2007年版)

歯科医師の養成は国立 10 校、公立 1 校、私立 15 校(17 学部)の大学で行われており年間約 2,500 名(2,375 名/2007 年)が資格を得ている。1960 年代から 1970 年代前半にかけての小児う蝕治療の増加や医療保険制度の拡充による受療率の向上により生じた歯科医師不足から 1970 年に当時の厚生省は人口 10 万人あたり 36.5 人であった歯科医師数を 50 人程度まで引き上げる目標を掲げ新設歯科大学(歯学部)が新・増設された。この目標は 1984 年に達成された。その後大学入学定員削減などの政策が採られたが効果が弱く、歯科医師数増加に抑制が効かぬまま現在の過剰な状況となっている(表 3)。近年の歯科医師過剰是正のため、厚生労働省は今後毎年の歯科医師国家試験の合格者数を 2000 名まで減少させるとしている。

〔表 3 歯科医師国家試験合格者数等の推移〕

施行年	受験者数(人)	合格者数(人)	合格率(%)
第 89 回(平成 8 年)	3,176	2,857	90.0
第 90 回(平成 9 年)	3,083	2,710	87.9
第 91 回(平成 10 年)	3,017	2,655	88.0
第 92 回(平成 11 年)	3,056	2,554	83.6
第 93 回(平成 12 年)	3,014	2,102	69.7
第 94 回(平成 13 年)	3,446	3,125	90.7
第 95 回(平成 14 年)	2,956	2,462	83.3
第 96 回(平成 15 年)	3,208	2,932	91.4
第 97 回(平成 16 年)	2,960	2,197	74.2
第 98 回(平成 17 年)	3,343	2,493	74.6
第 99 回(平成 18 年)	3,308	2,673	80.8
第 100 回(平成 19 年)	3,200	2,375	74.2

(出典 厚生労働省医政局)

歯科医療従事者は他に歯科衛生士(就労数 86,939 名)歯科技工士(就労数 35,668 名)(2005

年)がいる。歯科衛生士(約40%)、歯科技工士(約30%)共に就労率は低い。歯科技工士は離職率が高く労働環境の改善の必要性が指摘されている。歯科診療所数は66,732件、1980年からの25年間でほぼ2倍に増加している。このうち歯科医師数1名の診療所が78%を占めている⁹⁾(2005年)。

以上が現在の日本の歯科医療の輪郭である。このような日本の現状は世界の中ではどのような位置にあるのであろうか。

・ 歯科医療の国際比較

OECD諸国の中で歯科医療に関するデータを提供している21カ国の歯科医療についての状況は以下の通りである(表4)。また4カ国(日本、アメリカ、スウェーデン、ドイツ)の主な歯科医療費を(表5)に示す。

(表4 OECD諸国の歯科医療状況)

	総歯科 医療費 (million \$) ('04)	公的歯科 医療費 (million\$) ('04)	公的給 付割合 (%)	国民一人 当たり歯 科医療費 (\$) ('04)	対国民 医療費 (%) ('04)	対GDP (%) ('04)	歯科医師 数(人) ('04)	人口千人対 歯科医師数 (人) ('04)	国民一人 当たり受 診回数 ('00)	12歳児 DMFT ('00)	65歳以上 無歯顎者率 (%) (65-74歳)
アイスランド	60	13	21.7	204	4.6	0.6	287	1	-	1.1('97)	-
アイルランド	-	-	-	47('92)	4.46 ('92)	0.31 ('92)	2237	0.6	-	1.1	48.3('89)
アメリカ	81476	4867	5.9	277	4.6	0.7	168000 ('00)	0.6('00)	1	1.2	26.0('91)
イギリス	3673	1779	48.4	69('92)	5.40	0.37	27464	0.5	0.7	0.9	46.0('00)

	(92)	(92)	(92)		(92)	(92)					
オーストラリア	3718	699	18.8	185	5.9	0.6	9647	0.5	1.4	0.8	18.1(00)
オーストリア	1968	918	46.6	241	6.6	0.7	4113	0.5	1.2	1('02)	-
オランダ	-	-	-	80(97)	4.10 (97)	0.33 (97)	7950	0.5	2.3	0.8	61.0(98)
カナダ	7212	350	4.9	226	7.4	0.7	18313	0.6	1.1('91)	3.2(82)	58.0(93)
スイス	1839	111	6.0	249	4.4	0.7	3679	0.5	1.2('02)	0.9	-
スウェーデン	1369 (92)	723 (93)	-	249 (92)	9.84 (92)	0.82 (92)	7396	0.8	0.4(87)	1	15.7 (01)
スペイン	4775	77	1.6	112	5.7	0.4	21055	0.5	1.5('01)	1.1	-
チェコ	805	569	70.7	79	10.2	0.4	6843	0.7	2.1	3.1	19.9(98)
デンマーク	791	175	22.1	146	3.5	0.5	5259	1	1	1	46.0(98)
ドイツ	21925	13503	61.6	266	7.6	0.8	64997	0.8	1.4	1.2	24.8 (00)
トルコ	-	-	-	8	3.87	0.26	18363	0.3	0.1	2.7(90)	-
日本	18687	14043	75.1	146	5.0	0.5	92704	0.7	3.2	2.4(99) 1.7(05)	21.3(99)
ノルウェー	899	199	22.1	196	3.6	0.5	3704	0.8	3.7	1.5	40.0(98)
ハンガリー	978	204	20.1	97	11.8	0.6	5150	0.5	0.8	3.3(01)	53.3 (91)
フィンランド	667	279	41.8	128	4.8	0.4	4550	0.9	1.3	1.2	41.0(98)
フランス	9348	3297	35.3	150	4.1	0.5	40904	0.7	0.2	1.9(98)	16.3 (95)
ルクセンブルク	107	62	57.9	236	4.0	0.4	312	0.7	0.5	1.2	-

(出典 OECD health data 2006、平成17年歯科疾患実態調査、WHO Oral Health Country/Area Profile Programme)

(表5 日本、アメリカ、スウェーデン、ドイツの主な歯科医療費)

	日本	アメリカ	スウェーデン	ドイツ
歯周治療	27,540 円	161,400 円	59,500 ~ 76,500 円	112,746 円
根管治療	前歯 4,680 円	100,000 円	30,600 ~ 34,000 円	31,900 円
	臼歯 8,700 円	150,000 ~ 200,000 円	51,000 ~ 59,500 円	-
インレー	臼歯 6,470 円	50,000 ~ 100,000 円	71,400 ~ 85,000 円	53,700 円
補綴治療 (クラウン)	前歯 25,000 円	150,000 ~ 200,000 円	95,200 ~ 122,400 円	-
	臼歯 12,450 円(生活歯)	150,000 ~ 200,000 円	110,500 ~ 127,500 円	65,900 円
欠損補綴 (ブリッジ)	37,690 円	450,000 ~ 600,000 円	178,500 ~ 197,200 円	128,000 ~ 181,000 円
メンテナンス	5,050 円	12,000 ~ 33,000 円	10,000 ~ 56,100 円	-

(出典 歯界展望 2007-1、ドイツ2006Bemaより試算)

・アメリカ...高い料金:専門医.安い料金:一般開業医

- ・アメリカのメンテナンス...専門医:ペリオドンタルメンテナンス,一般開業医:スケーリング&プロフィール,アダルトプロフィラキス
- ・スウェーデン...高い料金:開業医,安い料金:公的医療機関(ヘルスセンター、大学)
- ・スウェーデンのメンテナンス料金...SRPを含む:含まない場合は 10,000 ~ 12,000 程度
- ・スウェーデンのデンタルナースによるメンテナンス料金...4,750 円/年 1 回

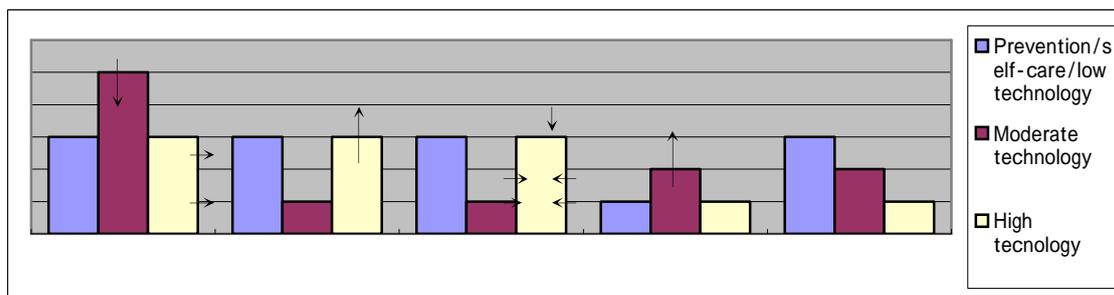
OECD 諸国(歯科医療情報提供している 21 カ国)のなかでの日本の歯科医療の特色としては以下のことが伺える。

- ・ 歯科医療費は国民一人当たり歯科医療費が 11 位、対 GDP 比では 9 位、と国際的には中位である。
- ・ 公的給付割合はデータ提出国中で最も高く 75.1% である。
- ・ 年間の受診回数は 2 位(3.2 回)と多い
- ・ 国民一人当たりの歯科医師数は 7 位であり国際的には多い群に属する。
- ・ 12 歳児 DMFT は 16 位であり、う蝕経験率は高い群に属する。
- ・ 65 歳以上無歯顎者率は約 20%と低い群に属している。
- ・ 日本の公的保険による診療単価は、4 カ国(日本、アメリカ、スウェーデン、ドイツ)の国際比較では、全ての治療で最も低く、その差は著しい。

日本は先進諸国と比較して歯科医療費は標準的であるが、診療単価は低い。このことから安価な治療費で、数多くの歯冠修復や欠損補綴の歯科医療を行っている状況が伺える。う蝕経験率は改善がみられるものの国際的にはまだ高い水準にある。日本において歯科医療が公的保険適用になった 1920 年代から 1930 年代は、工業的に生産された安価な砂糖の普及とともに、その消費の増大により先進諸国のう蝕罹患率が急激に上昇した時期に相当する¹⁰⁾。その際に確立した歯科医療提供体制が現在も継続されているものと考えられる。

WHO が 1990 年に発表した Educational Imperatives for oral health personnel change or decay? の中で過去から現在、現在から将来における世界各国での歯科医療サービスに対しての技術配分の変化が示されている¹¹⁾(図 11)。

(図 11 歯科医療サービスの技術配分の変化するパターン)



先進諸国における過去から現在にかけての歯科医療サービスの技術配分の変化
 先進諸国における歯科医療サービスの技術配分の変化

先進諸国における将来の歯科医療に対する技術配分の変化

発展途上国における歯科医療サービスの典型的な技術配分の変化

将来におけるすべての国々の歯科医療サービスに対する技術配分の変化

現在の日本における歯科医療サービスの技術配分は のパターンに近い。すなわち、中位の技術による治療が中心であり、高度技術、予防のいずれも資源配分のウェイトが低い状況にある。

のパターンであるということは、世の中にう蝕が氾濫している時には、応急処置的に効果があると考えられる。しかし、医療の質という側面を鑑みれば、不十分なものに繋がる可能性が高くなる。

欧米を中心とした先進諸国は、 のパターンから のパターンに変化してきており、現在の歯科医療における中心的なサービスには予防歯科医療が位置付けられている。

のパターンの国々における歯科医療システムの特徴として、

- ・ 歯冠修復や欠損補綴よりも予防的な処置や検診に対する給付率が高い
- ・ 歯科医療サービスに対する公的保険の給付率が低い

ということが挙げられている¹²⁾。

・ 各国の歯科医療と制度改革

歯科医療はその基礎は現代歯科医学で一つであるが、現実の医療を提供するシステムは各国での歴史背景、成立過程などを踏まえた違いがあり、どのシステムが良いかについてのコンセンサスはない。また世界の国々に共通した悩みはそれぞれの国の経済の成長を上回って伸び続ける医療費の高騰である。現在いずれの国においても医療の平等や質を確保しながら医療の効率を向上させることが課題となっており医療制度においてその試行錯誤が繰り返されている。

医療システムは社会システムであり、各国でそれぞれの歴史背景が異なるため比較しにくい側面がある。しかし社会システムにおいては実験が難しく、一国一制度が基本であるので国々からの差から学ぶものは大きく、それぞれのシステムの改革の可能性を例示してくれる。

Anderson ら(1998)は歯科医療制度を財源に注目して、 国営サービス型(税方式) 社会保険型、 民間保険型、に分類している¹³⁾。次に各々の例として 国営サービス型:イギリス、スウェーデン、 社会保険型:ドイツ、 民間保険型:アメリカを挙げ各国の歯科医療制度について概観する。

-1. イギリスの歯科医療と制度改革

イギリスは人口 6,027 万人、GDP に占める総医療費は 7.3%である。歯科医療費はその 5.4%に当たる約 57 億ドルである。(2000 年) 歯科医師数は 28,378 人うち女性は 9,045 人(30.20%) (1999 年) 定年制はないが、60 歳を過ぎて退職すれば NHS の年金を受給できる。

歯科診療補助者としては歯科衛生士(3,833 人)、歯科健康教育士 Dental Health Educator 歯科看護師 Dental Nurse(歯科助手)、歯科治療士 Dental Therapist(378 人)、歯科技工士

の職種がある。

人口 10 万人対歯科医師数は日本 76.1 名に対しイギリスは 45 名 (2004 年) とかなり少ない。イギリスの歯学教育は国立の 13 の歯学部と 2 つの大学院大学で行われている。歯科医師不足の解消のため、歯学部の増設が検討されており、インドなど旧イギリス連邦の国々や東欧諸国からの歯科医師受け入れを行っている。

イギリスにおける口腔衛生の状態は、12 歳児 DMFT 値は 0.9 (2000 年)、日本の 4 割以下と小児の口腔衛生の課題では着実な成果を上げている。格差社会の影響で口腔衛生状態にも二極分化がみられ、まったくう蝕のない子供も多い反面、全身麻酔下に多数歯を抜歯する子供が存在しているのもイギリスの特徴といえる。

また、成人では 65 歳以上の無歯顎率が 46% (2003 年) と高く、日本の 2.2 倍である。

イギリスは 1948 年労働党政権下ナショナル・ヘルス・サービス NHS が成立し「ゆりかごから墓場まで」といわれるように税負担による医療・福祉の制度が充実している国として知られていた。国民は NHS の医療サービスを原則無料で受診可能であった。しかし、医療費予算管理方式のため入院や手術の待機期間が社会問題となり医療の質にも低下がみられていた。歯科医療もかつては自己負担無しでの受診が可能であり、診療報酬の給付は小児を中心とした登録患者数に応じた人頭割報酬と、出来高払いを併用した制度が続いていた。1952 年以降、歯科には自己負担金が導入され 1999 年からは患者負担は 80%となった。1993 年ころから歯科医師の NHS 離れが起こり始め、歯科医師の 40%が NHS の継続的な予防ケアの患者登録を受け入れず、一部地域においては成人の NHS 患者を受け入れる歯科医師がいないといった事態も発生した。

・ 歯科医療の歴史と主な制度改革の流れは以下のとおりである。

1948 労働党政権 NHS 成立「ゆりかごから墓場まで」の精神の下、医療費は無料で税金により提供。

歯科診療報酬は英国歯科医師会と保健省の直接交渉で決定された。

医科は「人頭払い」、歯科は「出来高払い」。

1948 ~ 1950 学校歯科医が一般歯科医になるケースが多く、その穴埋めのため歯科補助士の養成が開始された。

1951 NHS が予算管理となり支出を 4 億ポンド以下とする抑制政策が採られる。

「医療費の有料化による合理化」に伴い義歯の 50%が自己負担となる。

1952 歯科治療のうち 1 ポンド (1 ポンド以下は全額) が患者負担となる。

これ以降上限付きの定額負担を導入。

1957 歯科衛生士に対し「口腔清掃、歯石除去、歯面清掃、予防的な薬品の塗布」を行うことが、認められる。

1971 歯科 5 割負担となる。

1979 サッチャー保守党政権誕生。

国営企業が民営化されるなかで、NHS の民営化が検討される。

- 1979 歯科補助士が歯科治療士と名称変更。業務範囲が拡大される。
- 1983 EEC 加盟国の歯科医師の英国勤務が認められる。
- 1988 保険医療法が成立。歯科 7.5 割負担導入、150 ポンドが上限となる。ただし、小児と妊婦は原則無料。
- 1989 歯科検診に 3.15 ポンドの定額負担導入。
- 1990 かかりつけ医が実質的な診療を敬遠して患者を病院におしつけるとして、保守党政権が「医療制度改革」を提言。
歯科に人头登録制を導入し登録患者数に応じた「かかりつけ歯科医師手当」を支給。
- 1993 歯科検診 5 ポンドの定額負担となる。
- 1997 ブレア労働党政権成立。
- 1999 歯科 8 割負担。
- 2000 「新しい NHS」をめざす政策が発表される。
- 2002 歯科医療「改革」案を提示。
- 2006 歯科に 3 バンド（診断群）制の導入、人头登録、出来高払いによる診療報酬体系を廃止。

ブレア政権下、2001 年から 2005 年に医療費を 1.5 倍にするという積極的な拡大路線を取り NHS の改革が行われたがこの背景には自費診療が 5%から 25%と増加し、かかりつけ歯科医師登録住民数が 2,440 万人(1992 年)から 1,970 万人(2000 年)へ減少するといった 1990 年代の NHS 歯科医療の後退があった。ロンドン南東部などの比較的裕福な地域では自費治療が約半数という状況もみられていた。

2006 年 NHS 歯科医療では 1948 年発足以来最大の改革が行われた。これにより人头登録制と 400 以上の診療行為別に点数設定されていた出来高払いの診療報酬体系が廃止され、3 種類の総額請負制が導入された。患者の自己負担については、自己負担免除の対象者を除き、以下の自己負担を支払うこととなった。(ただし、これらの費用に満たない場合には、費用の 80%を支払う。)

	最大自己負担額	適用治療内容
救急	£ 15.90 (¥3,641)	緊急の診断・治療
Band 1	£ 15.90 (¥3,641)	検査、X 線を含む診断、歯石除去、長期的な療養指導
Band 2	£ 43.60 (¥9,984)	Band 1 の全てと、充填、根管治療、必要と判断された場合の 1 本以上の抜歯
Band 3	£ 194.00 (¥44,426)	Band 1、Band 2 の全てと、歯冠修復、義歯、ブリッジなどの欠損補綴治療

試算によれば患者負担率は平均 6 割程度である。

バンド 2 とバンド 3 の治療では、NHS と自費の混合診療を認めている。

1 口腔単位の治療計画書の提出が義務付けられている。

妊産婦、18歳未満の青少年、低所得者などは無料で治療を受けることができる。

為替レート：¥229 / £ 換算

2006年4月の主な歯科医療制度改革骨子以下の通りである

1) 患者負担を定額とし3バンド制が導入された。

それまでの歯科医療費は出来高払い制度で80%の患者負担(上限384ポンド)であった。これを廃止し、3バンド制という患者定額負担制度とした。

軽度・中等度・重度の3つの診断群に基づいた支払方式となり、患者一人に一つのバンドの選択とされた。これにより患者にとっては定額制という単純な料金設定となり、以前は最高8万円程度の自己負担があったものが約4万円ですべての補綴処置まで受けられることとなった。逆に定額制ゆえに初期治療や定期健診での受診は割高となった。

2) 診療報酬の人頭登録制が廃止され診療所ごとの請負制となった。

診療所側の収入は、前年度の診療実績に合わせた総額請負制度となり、歯科医師は自分の年間の仕事量をプライマリーケアトラストに報告し、これをもとに来期の請負額が決められることとなった。診療点数だけではなく、その地域で重点を置く診療の分野をどれだけ行ったかについても報告する必要があり高齢者、障害者、小児、など各地区で重点をおく診療に対する仕事も評価の対象となる。

人頭登録制の廃止に伴い歯科診療所への登録が不要となり、患者の歯科診療所へのアクセスは改善されている。

3) プライマリーケアトラストに権限委譲が行われた

イングランドを10の地域に分けて、国とは独立した機関＝保健局 Strategic Health Authorities が新設された。NHS の実際の運用は303(2006年10月には303から152に統廃合)のプライマリーケアトラスト(地区NHS)にゆだねられた。プライマリーケアトラストの予算は医科・歯科医療費、薬剤費を特定せず、その地域の人口により総額で決定される。プライマリーケアトラストの権限ですべての医科・歯科医療費、薬剤費の配分が行われる。当初2年間は全国一律のサービスを提供するが、その後は限られた予算の中でプライマリーケアトラストに配分の優先度の判断が委ねられるため歯科医療の地域格差発生が危惧されている。

4) 開業地域は指定制とされ、歯科医師複数勤務体制が推進された。

2006年3月までは自由開業制がとられていたが、新制度では、プライマリーケアトラストが開業医と契約を行う際に、開業場所を指定する権限が与えられた。これにより歯科診療所の過剰地域での新規開業は認めず、過疎地域へと誘導し、計画的な歯科医師の配置が行えることとなった。

また、今後は診療の質向上を目的に歯科医師1人での開業は認めず診療所を歯科医師2人体制へと移行を進めている。現在は約60%が2人体制である。

5) 歯科医療の質の管理

歯科医療の質の管理はプライマリーケアトラストに所属する専門医コンサルタントによ

り行われることとなった。専門医コンサルタントが患者をランダムにピックアップし治療内容についての審査を行う。すべての患者に対して一定の治療が行われていなければ、ペナルティーの対象となる可能性がある。日本の社会保険の指導・監査の制度に類似しているが、治療の質向上が歯科医療会の利益に繋がるとの考えからイギリス歯科医師会ではこのシステムに賛同している。プライマリーケアトラストも診療所内への立ち入り調査権を有しており、NHS と契約している歯科医師に対し情報提供を求めることができる。

NHS はこの改革で「より予防重視の診療をする自由が得られる」(Alex Mustard, 2006) としているが、新制度で歯周治療として想定されているのは初期治療のみであり、イギリス歯科医師会は「新しいシステムの中では予防処置が十分に確保できず今までイギリスでは、歯科医師が行ってきた禁煙教育などの後退を危惧する」と言った声明を出し制度見直しへの要望を行っている。歯科定期検診ガイドラインというものが設定され、定期検診の間隔はリスクにより決められることとなった。低リスクの患者では 3 年に 1 回とされ、歯周病のメンテナンスなどの数ヶ月毎の来院は自費となった。

制度移行時、それまで NHS に登録していた歯科医師の 10% が契約を行わなかった。また、ロンドン南東部など高所得者の多い地区での契約率は低かった。

新制度では、重度の歯科疾患を有する患者の診療は利益に繋がりにくく、アクセスの悪化と共に受益の不平等が生じる懸念が指摘されている。

新制度導入から半年経過した時点での NHS の 2006 年歯科統計によればバンド 1 の治療が 55% と過半数を占めており、歯科診療所の収入ではバンド 2 が 43% と最大である。補綴治療が含まれるバンド 3 は敬遠されている。この統計には NHS 直営の病院、自費治療は含まれておらず、実際の補綴治療の状況については把握できない。

イギリス歯科医師会によれば新制度では質・量共に契約通りの診療が行われなかった場合には次期の契約が結べない、或いは診療報酬の支払いを減額されるなどのペナルティーがあり開業医への締め付けは大変厳しいと言われている。また今後、大規模チェーン店などの参入により低い診療報酬で NHS と契約が行われる事態の可能性などが懸念されている。

格差社会のイギリスでは貧困者や移民など低所得層は抜歯して義歯に、中間層から高所得層では自費で満足行く治療を受けるといった制度になっていくのではないかと危惧されており「貧者救済のための最低限度の保険制度」、「歯科の究極の包括化モデル」とも考えられている。¹⁴⁾⁻²⁴⁾

-2. スウェーデンの歯科医療と制度改革

スウェーデンの人口は 894 万人、自由な移民政策によって多文化な人々が加わり、移民が総人口増加の 12.5% を占めている。GDP に占める総医療費は 9.1% であり歯科医療費総額は約 15 億ドル (総医療費の約 8%、患者負担は 9 億ドル、税負担は 6 億ドル/2000 年) 対 GDP 0.7% である。

歯科医師養成は国公立大学 4 校の歯学部で行われている。歯科医師登録数は 14,043 名 (う

ち女性 46%)、実際に診療を行っている歯科医師は 7,594 名人口 10 万人あたり 84.9 名(2003 年)である。スウェーデンでは歯科医師の国外への流出がみられており国内の就業歯科医師数は年々減少している。専門医が約 1,450 名とその割合が高く、多くは、国民歯科サービスまたは大学に勤務している。国民歯科サービスでは、約 4,000 名の一般歯科医師と約 700 名の専門医を雇用している。2009 年までに専門医の 30%が定年退職し、専門分野によっては不足が生じると予想されている。個人開業医は約 3,300 名とその割合は日本に比べ低い。歯科医師は 70 歳まで保険医として診療を行うことが認められており、慢性疾患や障害のため診療が行えなくなった場合には障害年金が支給される。

歯科診療補助者としては歯科衛生士(2,900 名)、歯科技工士(1,348 名)、歯科看護師(約 14,000 名)の職種がある。歯科治療において補助者が働くシステムはスウェーデンでは非常に発達しており、オーラルヘルスケアの多くを歯科診療補助者が行っている。日本と異なり、歯科衛生士は独立して勤務、開業が可能であり、その職務にはう蝕や歯周病の診断等が含まれ、充てん処置や局所麻酔を行うことが認められている。歯科衛生士のうち 600 名が民間歯科診療所に雇用され、2,100 名が公共の歯科診療施設に勤務し、200 名が自ら開業している。歯科衛生士は自らの職務に法的責任を持ち、患者への費用請求が可能である。この診療価格設定費用は、歯科医師のものとは異なっている。

・歯科診療と歯科医療保険

スウェーデンの歯科診療は、患者の年齢によりその給付主体が異なっている。満 20 歳以上の者は、歯科保険制度によって疾病保険により現物給付が行われており、20 歳未満の児童・青年に対してはランスタングによる保険医療サービスの中で公的歯科診療が提供されている。20 歳未満の児童・青少年の公的歯科診療は無料で提供されている。

歯科診療所はランスタングによって運営される公的歯科医療機関と民間開業医とに大別される。医師の多くがランスタングによって雇用されている公務員医師であるのに対し、歯科医師は約半数が民間開業医である。公的歯科診療所は、一般歯科医師の診療割合が高く、専門医(小児歯科、口腔外科、矯正歯科、歯周病治療、歯内療法、歯科補綴、歯科 X 線診断学または口腔生理学)による診療も行われている。民間歯科診療所に勤務する歯科医師の約 90%が保険医である。保険歯科医は、主に、歯科保険でカバーされる 20 歳以上の成人の診療に専念しており、診療時間内は保険加入の患者を受け入れる責務を有している。一歯科診療所あたりの平均患者数は、約 1,500 名である。

診療費用は歯科医師の裁量により設定でき、社会保険庁の定める社会保険からの給付分以外が患者の自己負担となる。保険医でない民間開業医での診療は、その全額が患者の自己負担となる。

1999 年 1 月に成人に関する歯科医療制度の改革が行われた。これは、1974 年以來の改革であった。

歯科医療制度改革の概要は以下のとおりである。

1) 1 年間に医療費(医科、歯科含め)に対し上限 900SEK の自己負担金が設定され、改革以前は、

歯科医療保険の枠内で無料であった歯科医療についても負担金が生じた。

- 2) 老人ホーム、グループホームなどの療養者や自宅療養者に対しても、外来医療と同じ自己負担額(上限 900SEK)で歯科医療の訪問診療が受診可能となった。
- 3) 患者は、公的歯科医療機関や民間歯科診療所を自由に選択可能となった。
- 4) 予防サービス、初期治療への保険給付が増額され、義歯など補綴治療への給付が抑制された。
- 5) 歯科医師と歯科衛生士の診療費用については国に管理されることなく、自由設定となった。
- 6) 1999 年以前は歯科診療所の総数規制が行われていたが改革後は、新規開設に関する制限は撤廃され、自由開業制となった。歯科診療所の開設に際し歯科医師やその他スタッフの人数に関する規制はないが、新規開設ではグループ開業が多い。新規開設に対する国からの支援はない。
- 7) 歯科医師は法人として有限責任会社を設立することが可能となり歯科医師以外の者がこの法人を所有し代表となることが認められた。

歯科医療改革により、初期治療は、患者にとっては低額となり予防処置での来院者の増加がみられている。1 年間(2001 年)で、16 歳から 84 歳までの男性の 64.6%と女性の 70.1%が歯科を受診しており2 年間で、成人人口の約 82%が歯科を受診している。定期検診は通常 1 年または 2 年に 1 回の割合で行われている。

1999 年には、コミュニティの協力の下で約 13 万人が歯科医療の訪問診療を受診している。改革によって、これまで潜在化していた在宅、在施設療養者の歯科医療への需要が明らかになり、これらの患者の歯科医療へのアクセスに大きな改善が見られている。²⁵⁾⁻²⁹⁾

-3. ドイツ歯科医療と制度改革

ドイツ連邦共和国は 1990 年の東西ドイツ統一後、現在の人口は 8,260 万人であり、そのうち約 9%にあたる 730 万人が海外からの移住者や少数民族である(2006 年)。

医療保険にはドイツに住むほぼすべての住民が加入している。約 88%が公的医療保険に、約 9%が民間の保険に加入しているが、国民皆保険ではない。一定の所得額以下(2003 年では、税込み月額所得 3,825 ユーロ、年額 4 万 5,900 ユーロ)の被用者はすべて、公的医療保険に加入が義務づけられている。それ以上の所得のある者は「保険加入義務」を免除されており、民間保険のみの医療保険でも良いことになっている。保険料は労使折半で 2002 年の保険料率は 14%、高収入の被用者でも月額 3,450 ユーロで、総収入の 7%以上支払う必要はない。

ドイツの保険医登録歯科医師数は 81,129 人で、実際の活動医師数は 64,997 人であり、10 万人対比 79 人である。GDP に占める総医療費は 9.1%であり、歯科医療費は約 219 億ド(総医療費約 9%)である(2004 年)。

ドイツの 12 歳児 DMFT 値は 1.2 と日本よりやや低く、成人(35 - 44 歳)の DMFT 値は 14.5、高齢者(65 - 74 歳)のそれは 22.1 である。また 65 歳以上無歯顎率は 22.6%と日本と同様の水準にある。

CPI 測定で若年層の歯肉炎は 36.1%と罹患率は高く、歯周病は成人の 1/3、高齢者では 2/3 が罹患しているという結果が出ている。

ドイツでは日本同様、第二次世界大戦後に経済が復興から成長に向かう時期に補綴治療への公的医療保険給付を拡大を行ってきた。両国とも経済の成長につれて歯科医療の補綴治療への給付範囲を拡大してきたが、1970 年代半ばからは経済環境・進行構造・疾病構造といった社会保障を取り巻く環境が変化し、いわゆる福祉国家政策の見直しと共に歯科医療に対する考え方にも変化が生じ始めた。歯科医療では、1985 年には、World Health Organization(WHO)と国際歯科連盟(Federation Dentaire Internationale: FDI)の「歯科疾患発生のリスクは生活習慣によって管理可能となり、歯科医療従事者の供給過剰を示唆した」レポートを機に保険医療政策が転換され始め補綴処置への給付の見直しと、予防処置を柱とした給付が行われるようになってきた。

・ドイツの歯科医療の歴史と主な改革の流れは以下のとおりである。

1977年 医療保険費用抑制法（第一次費用抑制法）施行

- ・ 歯科補綴の給付率が 80%に制限される。

1982年 費用抑制補充法（第二次費用抑制法）施行

- ・ 補綴治療の給付率（80% 60%）の切り下げが行われる。
- ・ 歯科技工料の引き下げが行われる。

1988年 歯科診療報酬規定の改定

- ・ 小児のう蝕予防、成人の歯科疾患予防に対する保険給付が行われる。

1989年 医療保障改革法施行

- ・ 補綴治療の給付率（60% 50%）の切り下げが行われる。
- ・ 予防処置への給付拡大が行われる

（12 歳未満への集団歯科検診、集団予防教育の実施）

（1991 年からは 12～20 歳未満に半年に 1 度の歯科検診の実施）

この予防給付への拡大は欧州各国が 1980 年代に 12 歳児の DMFT が大きく低下し、おおむね 3.0 以下という WHO の目標に到達していたのに対し、ドイツは依然として 4.1（旧西ドイツ）という高い水準にあったことによると考えられる。

1993年 医療保障構造法施行

- ・ 補綴治療に定額制を導入
- ・ 補綴治療費・歯科技工料の 10%引き下げ（以降、1 年ごとに見直し）
- ・ 6～11 歳の個別歯科検診、6～18 歳の永久臼歯のシーラント（予防充填処置）に保険給付を行う。

1997 年 第一次および第二次医療保険再編法施行

コール首相時代、1997 年まで補綴治療に対して疾病金庫は通常 50%負担であった。しかしその後 1997 年 7 月 1 日より「20 歳までの者は、歯科疾患の予防のために半年に 1 度の検診が受けられるようになったこと、セルフケアと予防措置

により、歯科疾患が防げることなどの理由から、疾病金庫は 1979 年以降生まれたものに係る補綴治療の費用は負担しないこととした。

- ・ 1979 年以降に生まれた世代を補綴給付の適用対象外とする、
- ・ 歯科検診受診者の自己負担額を 10%減額するというインセンティブの導入が行われる。
- ・ 補綴治療の自己負担額の引き上げ（40% 45%）が行われる。
- ・ 学校う蝕予防プログラムの適用が 16 歳に引き上げられる。

1999年 シュレーダー首相に政権が交代し保険給付除外の見直しが行われる。

前記 1979 年以降に生まれた被保険者に対する補綴治療給付は、再び保険に導入され、給付から外されたもの全てが保険給付の中に戻される。

- ・ 「68 歳定年制」を導入し 68 歳以上で 20 年以上保険医療を行った医師に対して 1999 年以降保険医の更新を含む許可を与えないこととされる。
- ・ 保険医療機関の過剰を是正するために医療ニーズに基づき「総数規制」を行う。医療機関は大都市では定数制となり、新たに開業したい歯科医師はウェイティングリストに登録し、廃業を希望する医療機関から、その権利を買い取るにより開業を可能とすることとなる。

2000年 公的医療保険医療保障改革法施行

この目的は、医療供給の高い医療水準の維持並びに、医療コストの抑制であり、診療報酬システムとして DRG に基づいた症例・難易度別の包括制の導入が行われた。歯科医療では、今まで補綴分野に重点をおかれていたが、予防・初期治療、保存修復治療と欠損補綴が同等の価値評価がなされるように評価の変更が行われた。

- ・ 補綴治療の自己負担額が 50%に引き上げられる。（歯科検診受診者は 40%）

2003 年 公的医療保険の近代化法施行

この中で、患者が実際に給付として何を希望するのか等患者の意見、希望、要求を訴える事ができる機関(患者の代表者)として連邦共同委員会が設置されここでの意見集約の結果、歯科医療においては補綴治療を保険給付から外すことに対する国民の反対が多く、連帯保険料として 0.9%保険料の加算を行うことにより給付を維持することとなった。

2005年 ・外来診療での同一疾病について 3 ヶ月ごとに 10 ユーロの「診察料」が導入される。診察料の導入は、ドイツの医療費の増大は受診率の上昇によるところが大きいことから、受診率抑制の対策と考えられる

- ・ 歯科では補綴治療は公的医療保険から義歯付加保険に移行される。

2005 年 1 月より導入された歯科補綴治療に対する新たな給付制度は以下のとおりである。

(1) 義歯付加保険

新しい診療報酬体系の中で歯科医療に関しては 52 種類の診断群が定められた。この中で

補綴治療については基本的な疾患保険の対象外となり、「義歯付加保険」へ移行された。保険給付は 50%の定額補助とされ、保険給付以外の材料を用いた場合には補助金として保険給付分が支給される規定となっている。

(2) ボーナス給付

1年に1回の歯科診療所での歯科検診を5年間継続した場合、補綴治療に対する給付に定額補助(50%)の20%増しのサービス保険給付(10年継続した場合、同様の30%増)を疾病金庫側が支払うという制度が創設された。

2005年のIDZ(ドイツ歯科医師協会)による調査では12歳DMFT値0.7であり、う蝕罹患経験のない者の割合は70.1%であった。また全ての年代の約7割が歯科医師からの定期管理を受けており、8割以上がかかりつけ歯科医を持つと報告している。

今後ドイツで検討されている歯科医療政策としては

1. 公的健康保険と民間健康保険との統一化。
2. 医療供給センターの形態にし、1人-2人の医師の小規模診療所を縮小し、診療所を集合体とする。
3. 現在、保険歯科医師協会との間の契約で決められている診療報酬を個々の診療所や医療供給センターとの直接契約とすることによる歯科医療費の削減。

などが挙げられている。³⁰⁾⁻³⁵⁾

-4. アメリカの歯科医療

アメリカは人口2億6,800万人、GDPは12兆4,560億ドルでありその中で総医療費は、総額1兆6,320億ドル、対GDP比13.1%と他の先進国の中でもその割合は極めて高い。歯科治療は総医療費の5.2%に当たる848億ドルであり国の医療費支出に占める歯科医療費の割合は決して高いものではない。(2000年)

歯科医師の数は19万6,000人で、実際に診療にあたっているのは16万2,000人。人口10万に対して60人である。歯科大学は54校で、卒業生は約3,800人である。(1996年)

アメリカでの公的医療保険は国民皆保険の議論が繰り返されてはいるが未だ実現への道は不透明であり、制度化されているのは連邦政府が運営する高齢者並びに障害者を対象としたメディケア並びに各州政府が運営している低所得対象のメディケイドのみである。この両制度で国民の25%程度がカバーされるに留まっている。残りの約75%は民間保険に加入することとなるが民間保険の加入は任意であり保険料負担の大きさから保険未加入者は約4,000万人、全国民の13%といわれている。

アメリカ歯科保険協会によれば、歯科民間保険の加入率は年に20%ずつ増加しており、1970年代にはほとんど稀であった民間歯科医療保険の支払額が1996年には総歯科医療費の1/2近くに上昇するとともに、自己負担額の割合は歯科医療費の90.8%から約46.5%に低下している。(Brown 1998 ADA 機関誌(JADA))また1995年に465億ドルであった歯科医

療費は、2005年には833億ドルへと増加している。一般的な物価上昇率が2~3%であるのにくらべても歯科医療の支出増加は年6~9%とそれを上回っている。企業から提供される民間歯科保険の加入者数は9,000万~1億人と見られておりこの約50%は現在、マネジド・ケアに加入している。近年のマネジド・ケア増加の大半は、PPO(Preferred Provider Organization)保険であり、その加入者数は約3000万人である。

1990年代前半、歯科HMO(Health Maintenance Organization)型保険は急速に成長していたが、近年の成長はかなり緩慢になっている。現在約2,000万人が事業主負担の歯科HMO型保険に加入している

マネジド・ケアの普及は医科ほどではないが、1997年の4,177人の歯科医師に対するアメリカ歯科医師会調査室の調査によると、47.7%の歯科医師がPPOと契約し、15.3%の歯科医師がHMOの人頭払い制の保険プランと契約していた。歯科医師一人あたりの平均保険契約数は、PPOが7.3件、HMOが5.0件であるが、地域差がある。いずれも西部地域が高く、HMOでは一層その格差が大きい。来院患者数では、PPOからの患者は全患者数の25.9%、HMOからの患者数は20.7%であった。

歯科医療受診に関するADA(American Dental Association)の1994年の調査によれば米国人の67%が少なくとも年間1回は歯科を受診している。受診理由の打分けは、45.4%が「歯科検診」、37.2%が「歯周病の予防、クリーニング」で、歯科疾患の治療を目的とする人は、12%にすぎなかった。米国人は、少なくとも年一回は検診や口腔保健に関わる指導等を受けることが一般的となっている。

またアメリカ人の口腔衛生状態は1974年~1994年の約20年間で12歳児DMFTが7.1から1.3へ、65~75歳の無歯顎者率も45.6%から28.6%へと減少が見られ、大きく改善している。

以下に歯科PPO型保険と歯科HMO型保険について概観する。

1) 歯科PPO型保険

歯科PPO型保険は従来型保険を扱う会社が保険給付のひとつの型として販売を行っている。基本的には、受動的PPO型と患者選定型モデルの2つの型がある。

受動的PPO型の場合では、患者は歯科診療所を自由に選択し受診が可能である。従業員が契約しているネットワーク内の歯科診療所を利用した場合、事業主に対し支払いの値引きから利益が還元される。

患者選定型モデルでは、患者は基本的にネットワーク内の歯科診療所のみを受診となる。ネットワーク外の歯科診療所も受診可能ではあるがこの場合には保険給付が減額され支払われる。このモデルは歯科HMO型保険と同じ特徴を有しているが、出来高払い、及び料金を値引きして払い戻すことなどの点からして、PPO型保険の典型といえる。

歯科PPO型保険は従来型保険のシステムを用いており、大きなマイナス要因がないため、歯科医師には受け入れやすい。PPO型保険の保険料は出来高払い保険に比べて低く設定されている。

表面上は、歯科医師との契約で歯科医師の診察報酬を 10～20%値引きして保険給付を節減しているが、PPO のネット外で受療した患者による自己負担の増加が保険給付の節減になっているという指摘がある。

歯科 PPO 型保険は開業医の 42%、5 万 8,000 人が少なくとも 1 社の PPO と契約しており高い成長率が見られている。

2) 歯科 HMO 型保険

歯科 HMO 型保険は事前払い、または人頭払いとして給付される。グループ診療、または診療所ネットワークを通じて提供され、報酬は人頭数割り、月割りの組み合わせで、HMO から支払われる。患者は一部負担金支払いの必要がある。

一部負担金は、料金表に基づく場合が一般的であるが、負担率で計算される場合もある。出来高払いと異なり、診療報酬請求書はないか、あってもその項目は少数である。専門医療に対するゲートキーパー的役割と、経営管理プログラムが歯科 HMO 型保険の特徴とされている。

アメリカの歯科 HMO 型保険は 80 年代後半に形成され、90 年から成長が著しくなった。加入者は 90 年の 780 万人から、97 年は 2,650 万人に増加している。

HMO は、人口の多い都市、地域に集中しており、カリフォルニア州で加入者が最も多く、800 万人が歯科 HMO に加入している。カリフォルニア、フロリダ、テキサス、イリノイ州の 4 州で、全米加入者の約 60%を占めている。

歯科 HMO 型保険の大半は事業主に販売されている。その内訳は約 55%が全額あるいは一部を事業主が負担するものである。そして、21.5%は事業主を通じた個人加入で、事業主が何ら負担をしないものである。残り 23.5%のうち、2.6%が個人加入で、公的部門はメディケア 7%、メディケイド 11.6%と増加している。

歯科 HMO 型保険は診断、予防、修復処置に対し、開業医に人頭払い制であることから PPO 型保険以上に、従来型保険に大きな影響を与えていた。歯科医師は契約に際し患者を一定金額で診療することに同意している。

しかし人頭払い制度の持つ設定金額を治療費が上回った場合の経済的リスクのため歯科医師に受けられているとは言えず、歯科 HMO からの患者を受け入れている歯科医師は 2 万 5,000 人（開業医の 17.8%）にすぎない。

また、ネットワークの狭さ、低い人頭払いの料率、予約の取りにくさ、から事業主側も歯科 HMO 型保険への加入を敬遠する傾向がある。このため将来的に、歯科 HMO 型保険が歯科マネジド・ケアの主流になっていく可能性は低いと考えられている。

近年、アメリカでも歯科のグループ診療に対する傾向が見え始めており、医科でみられる PPM(Physician Practice Management/医師診療管理会社)の動きがある。全米約 16 万人の歯科医師のうち、複数歯科医師の勤務する診療所で仕事をしているのは 12%のみとまだその事業規模は小さいが今後の拡大が予想されている。

歯科保険プランの実例として業界最大手のデルタ・デンタル社のものを以下に挙げる。

全米現役歯科医師約 16 万人中、デルタ・デンタル社提携歯科医師は 10 万 9,191 人である(1998 年)。デルタ・デンタル社は全米をカバーしており、州ごとに法人を設立している。全米で契約グループ数 5 万 5000、契約者数(本人)1364 万人、加入者総数(本人、家族)3,000 万人となっている。マサチューセッツ州デルタ・デンタル社では、州の歯科保険の 35%、歯科医師の 95%をカバーしている。

同社の主要な保険プランは、デルタ・プレミア(Delta Premier)(出来高払い型)、デルタ・プリファード・オプション(Delta Preferred Option:選択式医療特約)(PPO 型)、デルタ・ケア(Delta Care)(HMO 型)の 3 タイプである。

デルタ・プレミア(出来高払い型)

受診可能な 5,000 人の歯科医師(州の歯科医師の 95%)を有しており、ほぼ従前のかかりつけ歯科医を受診可能である。請求手続きは不要で、差額徴収もない。ネットワーク外の歯科診療所では一部負担が必要である。事業主は保険料の 50%以上の負担が必要である。このタイプでは以下の 3 種類のプランがある。

- a. 《診断予防プラン》定期検診、レントゲン写真、虫歯他口腔疾患の予防に関する処置
- b. 《基本修復プラン》歯冠修復、義歯の修理、ブリッジ、クラウンによる補綴治療、
歯内療法、歯周処置、外科処置
- c. 《大型修復プラン》20 人以上の加入組織に限る。喪失歯の義歯、クラウン、及びブリッジによる欠損補綴治療、重度う蝕治療

追加条項 歯列矯正(20 人以上の加入組織に限る)

他の州でも受診可能である。

出来高払い保険では以下のような各種制約がある。

- ・ 診療報酬請求権、2 か月。
- ・ 年間給付上限は事業主ごとに異なっているが、おおむね 1,000~1,200 ドル。
- ・ クラウン、ブリッジ併せて再製作免責期間 5 年(自他診療所問わず)。
- ・ 歯周治療 根面滑沢化処置 2 年に 1 回、歯周外科処置 3 年に 1 回、
義歯再製作 5 年に 1 回、義歯床裏装(リベース)3 年に 1 回、などである。

これら制約のため、歯科医師側では様々な苦心を強いられている。たとえば、年間給付額の上限がどの出来高払い制の歯科保険でも 1,000~1,200 ドル程度に設定されているため、2 本以上のクラウンは年内に入れられず、年を跨いで治療を行うといった例も見られている。

また、出来高払いではあるが、診療価格設定は保険会社と歯科医院の間で行われ、診療所の規定料金がそのまま支払われるわけではない。契約ではその差額を患者に求めることを認めていないが、診療所によってはこの契約がありながら差額を患者と診療所で折半しているところもあるとのことである。

デルタ・プリファード・オプション(PPO 型)

従来型より 35%保険料が低減されている。受診可能なネットワークとして約 1,000 の歯科診療所がある。各診療所は、NCQ(the National Committee for Quality Assurance:全

米品質保証委員会)の基準を満たしている。請求手続きは不要で、ネットワーク外の受診も可能だが、給付の水準が低く自己負担が高い。事業主は保険料の50%以上を負担する。そのほかはデルタ・プレミアに同じである。

従来型出来高払いのプランに比べ、予防に対しての給付率は高く、治療に関しての給付は低く設定されている。歯周病治療、補綴治療についてはいずれも給付額は低い。

デルタ・ケア (HMO 型)

受診可能な NCQA の基準を満たした 500 以上の歯科診療所を有している。従来型保険よりも 45% 保険料が低減されている。患者は固定額の一部負担があるが差額徴収はない。本人・家族への歯列矯正給付 (固定一部負担) も可能である。ネットワーク外受診も可能だが、給付水準が低く、自己負担が高く、免責がある。

- a. 《診断予防プラン》 定期検診、レントゲン写真、う蝕他、口腔疾患の予防に関する処置
- b. 《基本修復プラン》 歯冠修復、義歯の修理、ブリッジ、クラウンによる補綴治療、
歯内療法、歯周処置、外科処置
- c. 《大型修復プラン》 喪失歯の義歯、クラウン、及びブリッジによる欠損補綴治療、
重度う蝕治療
- d. 《歯列矯正プラン》 固定一部負担

最近では、歯科保険を提供している事業主は減少傾向にあるといわれている。保険料の上昇から歯科保険の提供を止め、医療保険のオプションや、従業員の個人加入に対し保険料の補助を行うといった形へ切り替えているところが多い。今後、現在の経済成長が鈍り、医科医療費の増加が続けば、事業主負担の歯科保険加入者の更なる減少が懸念されている。これを防ぐためにも保険会社は事業主に対し、保険料の増加をコントロールする方法として、従来型保険からコストの低い歯科マネジド・ケア保険への切り替えを提案している。³⁶⁾⁻³⁸⁾

考察

日本の医療制度は戦時期までに整えられた各種医療保険をベースに、国民健康保険法が改正された 1958 年から 1961 年にかけて国民皆保険が実現された。その後それぞれの時代背景に応じて、医療保険・医療体制共に種々の変革を遂げてきたが、その基本的骨格は現在も維持されたままである³⁹⁾。歯科医療制度も同様に 1960 年代に整備された歯科疾患に対する治療に重心を置いた制度が現在も続いている。日本の医療制度は国民皆保険、フリーアクセス、自由開業制度が大きな特徴とされている。各国との比較から日本の現行歯科医療制度はこれらに加え、出来高払い制、補綴治療に対する給付割合の高さ、医科と同率の高い給付率、公的保険割合の高さ、低い診療単価がその特徴としてみられた。

国民の口腔衛生状態は 12 歳児 DMFT1.7 (2005 年) と小児期におけるう蝕抑制には成果が見られている反面、40 歳以降の中高年齢層ではう蝕、歯周病共に増加傾向が見られている。今後の団塊世代を中心とした高齢化の進行に従いう蝕、歯周病罹患患者数の増加が予想さ

れる。

また歯科医療の供給は歯科医師約 9 万 7 千人、病院及び歯科診療所約 6 万 7 千件を通じて行われている。歯科診療所は個人開業の割合が 78%と高く、先進諸国に比べ専門医の開業割合は低く歯科医療での分業化は図られているとは言えない状況である。

日本の歯科医療費は先進諸国との比較の中では決して高い群に属してはいない。しかし現在の我が国の財政状況、並びに今後の超高齢社会到来に伴う社会保障費の増大への抑制が必要ななかで、歯科医療費の著しい増加を行うことは困難であろう。この限られた財源の中で国民の口腔衛生状態を改善し、高齢人口増加に伴う歯科医療費の高騰を抑制するには、歯科疾患の発生を抑え将来の治療需要を減少させることが最も有効な手段であると考えられる。現在の日本では成人における歯科疾患の罹患率が高く、この改善なくして将来にわたる公的保険での歯科医療の維持は困難であると思われる。

1985年、WHOとFDI(国際歯科連盟)のワーキンググループは「歯科疾患発生のリスクは生活習慣によって管理が可能となり、歯科医療関係者が供給過剰になる」といった内容のレポート⁴⁰⁾を発表した。これ以降、う蝕、歯周病といった歯科疾患は予防可能な疾患であるということが先進諸国におけるコンセンサスとなっている。各国ではこれを基に歯科医療政策に対する制度改革が行われているが、日本においては患者負担率の増加が行われているのみで抜本的な制度改革は行われていない。

わが国では、1995年より老人保健事業に歯周疾患検診が導入されているが、その受診率は5%程度と極めて低い。また、市町村における歯周疾患検診の実施率は、基本検査診査やがん検診など他の成人検診に較べて極めて低い状態にある。同様に、職域における歯科検診の実施率も低い。一年間で歯科健康診査を受けたことがあるものは、国民の15%という状況である⁴¹⁾。

アメリカでは歯科医療機関を受診する理由の内訳は、45.4%が「歯科検診」、37.2%が「歯周病の予防」であり、歯科疾患の治療を目的とする人は12%にすぎない⁴²⁾。これに対し日本での歯科医療の主な受診理由は、59.1%が「虫歯の治療」であり、健診や指導をその内容とする者は受診者総数の6%に過ぎない⁴³⁾。痛み等の自覚症状がなければ大半の国民は歯科を受診しないというのが実情である。

医療保険の理論的な特徴の一つに、「事前的道德ハザード」、「事後的道德ハザード」と呼ばれる「二種類のモラルハザード」という概念があり、このうちの前者が予防行動に影響を与えるとされている⁴⁴⁾。この「事前的道德ハザード」とは、ある疾病に対して保険が設定され、且つその被保険者がその疾病の発生確率に影響を及ぼしうる場合に、被保険者が努力や注意を怠ることによって発生確率が増加する現象である。より手厚い医療保険(自己負担率がより低い)に加入しているものでは、疾病時の経済的リスクが低くなるため、費用がかかる予防行動をとりにくいと考えられる。事後的道德ハザードとは、ある疾病(保険対象疾患)に罹患した場合、医療保険を持ち、低い自己負担額で受療できるものほどより多くの医療を消費してしまう要因となるものである。後者の事後的道德ハ

ザードについては、歯科疾患の大部分が不可逆的なものであり、自然治癒しないということとを考慮すれば問題となることは少ないと考えられる。

Phelps [1978] など欧米のいくつかの実証研究では医療サービス価格の低下が予防行動に対する努力の低下を招くという結果が示され、事前のモラルハザードの存在が確認されている。また、受療の際の自己負担額の高い層では、より積極的な口腔保健行動と歯科医療機関への高い受診率が見られる (Davies et al.1987,Kiyak1989) との報告もある。

現在の日本の歯科医療ではまさにこの事前のモラルハザードが働いていると考えられる。国民の事前のモラルハザードの存在を示唆する例として、日本人は米国の最も低い所得層よりも歯科医療機関への受診率が低いという報告もみられる⁴⁵⁾。米国の最も低い所得層では保険の未加入率も高いと考えられるが、公的保険給付のある日本人がその層よりも受診率が低いという現象からも事前のモラルハザードの存在が推察される。公的歯科医療保険の恩恵により、これまで日本ではそれほど金銭的負担を感じずに歯科治療を受けてきているが、そのことが国民の事前のモラルハザードを惹起し、歯科疾患に対する予防行動が確立されない大きな要因であると考えられる。

今後の急速な高齢人口増加のなかで歯科疾患の予防行動に対する国民意識の自発的な高まりを期待する時間的猶予が残されているとは言い難い。現段階は予防行動への政策的な誘導が必要な時期に達していると考えられる。国民の口腔衛生に対する予防意識の喚起、予防目的での歯科医療機関への受診普及には経済的誘導策が必要であるとの報告もみられる⁴⁶⁾。日本の歯科医療は公的保険によりその大半が機能しておりこの給付内容を見直すことにより国民の歯科疾患に対する予防意識を高めることは十分可能であると思われる。現状では、予防には保険が適用されていないため、予防サービスを受けると全額自己負担となる反面、予防以外の歯科医療サービスに対しては広範囲に保険が適用されている。このような状況下では、消費者である国民が限界便益と限界費用を比較し健康投資の水準を決める際、よほど適切な情報(医学的知識)がなければ予防サービスの限界便益を過小評価する可能性が高い。これを防止し予防行動を推進するためには、欧米でみられる施策のように予防サービスに対する十分な保険給付やインセンティブの付与を行い金銭的負担感の軽減と予防サービス受療の動機付けを行う政策が有効であると考えられる。

政策の有効性については既に予防サービスに保険給付の重心を移している欧米各国に学ぶところが大きい。

スウェーデンでは、80~90年代に人頭報酬制度の導入による定期管理推進の政策が採られう蝕、歯周病の歯科二大疾患そのものの発生の抑制に成功している⁴⁷⁾⁴⁸⁾。スウェーデンでは一年間に男性が64.6%、女性は70.1%、二年間では82%といった高い成人での検診受診率がみられている⁴⁹⁾。2001年の80歳残存歯数は15本であり、8020の達成も目前とされている。

また、民間保険により歯科医療が維持されているアメリカでは、保険料の上昇のため、従来の出来高払いの保険プランから歯科疾患予防に対する高い給付率と低い保険料を特徴とするマネジドケアの保険プランが主流となってきており、特に予防サービスを主体とした低い保険料のプランの

契約率が高い。補綴治療に対してはその給付条件に、検診や予防のための歯科医療機関の受診を義務付けているプランが多く、アメリカでも民間保険を通じて年一回は検診や口腔保健に関わる指導等を受けることが一般的となっている³⁶⁾。

ここで、我が国において予防歯科サービスに対する公的給付を実施した際に必要となる予算について考えてみる。予防サービスの受診回数は年間 1 回とし、費用は現在のメンテナンスと同水準(5,000 円)、対象を 18 歳以上の国民(人口の 86% 1.1 億人)、給付を 7 割と設定する。以上の条件で予防サービスを実施した際に必要な予算は 3850 億円(自己負担 1,650 億円)である。歯科疾患予防での受診率がドイツ、スウェーデンと同水準(70%)まで向上したと想定して 2,695 億円(自己負担 1,155 億円)である。現在、日本の総歯科医療費額は 2 兆 5,766 億円、国民一人当たり 20,167 円であり、このうちの 46%を補綴治療に当てている。これは、1 兆 1,852 億円であり、国民一人あたり 9,400 円である。新たに予防サービスを行う財源は現在の総歯科医療費の約 1 割にあたり、国民一人当たり 1,500 円の負担となる。これは現在の補綴治療に対する公的給付内容の見直しにより十分確保できる額であると考えられる。

国民の予防行動を惹起するには予防に対して給付を厚くすることは勿論であるがこれだけで歯科受療への意識が劇的に変化するとは考えにくい。現実を変えるためには人に働くインセンティブの構造を変えなければならない。実際に国民の歯科疾患予防に対する意識を喚起するにはアメリカ民間保険にみられる様な予防行動の有無が将来の補綴治療にインセンティブとして影響する制度の導入が効果的であると考えられる。この制度はドイツで 2005 年に導入された義歯付加保険でも歯科検診受診者に対するボーナス給付として行われ実際に歯科検診を目的とした受診行動を高めることに成功している。

この歯科疾患の予防が総医療費の削減に繋がるとの結果も報告されている。兵庫県歯科医師会は平成 14 年に行った調査研究の中で 70 歳以上の 8020 を達成者と、未達成者の年間総医療費の比較において、70 歳以上で 8020 を達成しているものは 32.8%であり、達成者の全保険点数は未達成者のそれよりも 20%低いという結果を示している。

我が国で今後、国民の歯科疾患予防に対する意識改革、行動変容を短期間に促すためには、ドイツ・アメリカにみられる観測可能な成果(すなわち、予防サービス受診による将来の治療時の給付割合の差)を与えたインセンティブの導入という方策は参考とすべき示唆に富んだものであると考える⁴⁹⁾。

歯科疾患予防を政策的に促進した先進諸国では予防サービスに対する高い保険給付を行う一方で、補綴治療に対し 50%を超える高い自己負担率が課されている例が多く、欠損補綴に至ること自体がリスクと捕らえられなくもない。

Sintonen and Linnosma(2000)は歯科疾患の予測可能性や予防のしやすさ、事故や歯痛を除いた歯科治療の緊急度の低さ等から、歯科医療は他の医療に比べて個人による治療方針の選択性が高いことを指摘し、これらの特性が個人の医療提供者の選択性、歯科医療需要の価格弾力性を高め、家計の所得規模が歯科医療需要に影響を与えると報告している。こ

れをよりマクロなレベルで検討した Brunton らは、GDP と国民一人当りの処置歯数の比較において両者の関係が $r=0.89$ という高い関連性を示すとしている⁵⁰⁾。また、WHO による共同研究⁵¹⁾⁵²⁾でも収入は教育とともに歯の処置状況や喪失に関連しているとする報告がある。

この歯科医療に見られる価格弾力性といった特徴から補綴治療に高い自己負担が課された場合には、イギリスで 90 年代にみられた所得格差が口腔状態の格差となる事態が懸念される。医療は社会のインフラであると共に、身体機能維持のためのセーフティネットであるべきである。最低限度の口腔機能の維持は国の責任として保障されるべきであると考えられる。ただしこの維持のために現在ほどの広範な補綴治療に対する公的保険給付は不要であろう。

また公的保険の給付範囲が広いと、これに含まれていない治療は Evidence が確立されていても日本では普及が進みにくい現状がある。治療の選択に価格が優先されており、正確な医療情報の理解に基づいた判断を行わずに公的保険の中で補綴治療を受けている国民が相当数潜在しているものと思われる。このように現在の公的保険給付は情報の非対称の是正を阻害している一因ともなっている。この解消のためにも補綴治療については民間保険の導入を認め、費用に見合ったサービスの選択を可能とすべきである。

現在の広範な保険給付と出来高払い制は、歯科医療提供者の側にも好ましくない影響を与えているものと思われる。

歯科医療提供者のモラルハザードとして、出来高払い制度に内包される医師誘発需要が挙げられる。また、広くカバーされた公的医療保険の存在は患者負担への配慮の低下から過剰診療に繋がる可能性があり、公定価格で定められた安価な治療費と相互に影響し歯科医師に不十分な治療を誘発、容認させる可能性を孕んでいる。日本の補綴物はドイツ、オランダのそれと比較した場合、平均使用期間が短いとの報告もある⁵³⁾。今後、2020 年頃まで歯科医師数は増加が続き歯科医療機関同士の競争は更に厳しい状態になると予測されている⁵⁴⁾。この状況下では、歯科医師による所得低下を避けるための需要の誘発が起こる危険性がこれまで以上に高まる。

保険給付の見直しによる歯科疾患発生抑制に加えて、社会として取り組み可能な歯科医療費に対する課題に、供給体制の効率化が挙げられる。

日本の歯科診療所はその約 78% が歯科医師一人での個人開業であり、社会全体でみれば歯科医療器機等の設備費、運営上の固定費など歯科医療の供給体制にはそのコスト削減、効率化の余地が大きい。この改善策のひとつとして、イギリス、ドイツで現在取り組みが始まっている一人歯科医師の診療所の廃止、歯科診療所の大規模化促進といった政策は日本でも参考にすべき点があると思われる。

現在まで、歯科医療機関の複数歯科医師勤務への診療報酬などによる政策的な誘導は行われていない。しかし日本でもここ数年来の歯科診療所の過剰競争の中でその二極化が指摘されており複数歯科医師勤務の診療所が増加傾向にある。(社)日本医業経営コンサルタント協会は、年間 1 億円以上の医業売上げ規模の歯科診療所(ユニット 6 ~ 8 台、歯科医師

3名以上)では毎年数%ずつ患者数を伸ばしており5000万円以下の歯科診療所(ユニット2~3台、歯科医師1人)では毎年数%ずつ患者数を減少させているという現象を報告している⁵⁴⁾。

大規模診療所に共通する特徴として、クリニックモール、ショッピングモールなど集患性のある施設への出店、デジタルレントゲンなどの最新医療設備の配置、複数の歯科医師、及び専門医雇用による幅広い診療範囲の網羅、日曜、夜間診療など高い利便性の提供などがみられる。更に最近では患者固定化の方策として会員制での定期検診の実施、歯周病予防サービスの提供や、歯科医師、歯科衛生士の余剰時間、人材活用による訪問歯科診療を行うところも多くみられてきている。これらのサービスは経営基盤の安定化を目的に始められたものと思われるが結果として、現在の社会ニーズに合致しており最終的に患者利益へと繋がっている。

歯科診療所の大規模化はスケールメリットにより時間、人材、コストへの余裕を生じさせ労働環境、教育環境、そして患者サービスを向上させ得る可能性があり、ひいては歯科医療の質向上実現に繋がり得るものと考えられる。また歯科医療機関を組織としてみた際にもガバナンスが作用し、コンプライアンスを確立した透明性の高い経営を行い得る可能性が高い。企業の中には運営するショッピングモール全店舗への歯科診療所の設置や、医療機関の資金調達、経営管理業務を受託するところも散見されるようになってきており大規模歯科診療所が増加する社会的要素は大きくなってきている。この社会状況を促進し、歯科診療所の形態変化を有効に支援するような政策の導入を期待したい。

わが国の歯科医療の課題としては歯科医師数の過剰ばかりが採り上げられるが先進諸国の中には日本と同水準の国もみられる。この問題は現在の歯科医師数削減政策が効果を発揮する2020年ごろまで継続すると考えられている。その間の日本では現在、歯科疾患罹患率の高い壮年層が高齢者となり今よりも遥かに高い歯科治療ニーズに応える必要性が生じるものと思われる。

2005年時点での、高齢者に占める要介護高齢者は16.8%、432万人である。これを歯科医療機関(66,700件)1件当たり換算すれば64.8名である。現在、在宅診療に取り組んでいる医療機関は18.2%と全体の2割に満たない。(2005年総務省、厚生労働省調査)

在宅診療における要介護高齢者への歯科医療の供給は、通院可能者を対象とした診療所の過剰状態とは裏腹に著しく不足している状況にある。この問題の改善のためには現在の診療所を中心とした歯科医療の供給体制を見直す必要がある。

まず始めに行うべきは在宅診療への歯科医師の参入促進である。現在、在宅診療への参入の障壁となっているものの一つに診療所開設許可の基準がある。歯科では外来を持たぬ開業形態は認められていない。これを改め医科同様に、外来を持たず在宅診療に特化した開業形態を認めるべきであると考え。そして在宅診療を日常業務として行う歯科医師を増やし、地域包括支援センター、在宅介護支援センターなどの在宅介護拠点施設、及びケアマネージャーとのネットワーク構築により要介護高齢者の在宅歯科診療へのアクセスビ

リティーを高め、迅速かつ十分な供給を実現する必要がある。

団塊世代の年金受給金額は月額 20 万円台前半といわれている。所得の大部分を公的年金給付に依存する引退後の家計においては可処分所得の範囲で消費を賄うことは出来ず貯蓄を取り崩して消費を行うこととなる。この貯蓄に近年、大幅な低下が起きている。総務省の「家計調査」によれば 90 年代の終わりから 60 歳以上の世帯でその貯蓄率に大きな低下がみられている。1998 年、世帯主が 60～64 才、65 歳以上の勤労者世帯でそれぞれ 20%、27%であった貯蓄率は 2006 年には 7%、12%まで低下しており、無職世帯では実に 60～64 歳世帯、- 20%、65 歳以上世帯、- 60%という大きなマイナスの値となっている。この貯蓄率の低下と相まって今後は「豊かでない高齢者」が増加すると予想されており、社会として将来にわたり、在宅歯科診療を公的保険で維持する必要性は高いものと思われる。現行の在宅診療に対する手厚い給付は需要の高まりと共にいずれ不能となると予測されるため、現在の外来に対する給付に近い水準でも在宅で歯科診療を供給可能とする体制作りが急務であると考えらる。

高齢者の日常生活において楽しみの第一位は食事であり、おいしく、楽しく、安全な食生活は高齢者が健康で生き生きとした生活を送る上で欠かすことの出来ないものであるとされている⁵⁵⁾。高齢社会を活力あるものとするためにも将来に向けて健全な口腔機能維持の重要性はますます高まるものと思われる。歯と口腔の健康は日常の生活習慣で自ら維持できる可能性が高い。「健康増進法」において「国民が自ら健康を管理し、健康の増進に努めること」とした責務を広く普及、推進するためにも国民の歯科医療、並びに口腔機能管理に対する意識変革を喚起する今後の政策導入を期待したい。

以上、現在の日本の歯科医療における課題、及び今後の向かうべき姿について、国際比較の下に先進諸国の制度改革に知見を得ながら考察を行った。

・ 結語

日本の人口構造の高齢化の中で国民の健康並びに生活の質を高めるために口腔機能の重要性はますます高まるものと考えられる。日本の現行歯科医療制度は 1960 年代からその骨格を維持したまま運用されている。先進諸国との比較から見た日本の制度の特徴は出来高払い制、補綴治療に対する給付割合の高さ、医科と同率の高い給付率、低い診療単価にあり、中でも公的保険給付の割合は世界で最も高く維持されていた。先進諸国では歯科疾患は予防可能な疾患であるとした WHO, FDI の報告以降、歯科医療制度に変化が現れており歯科疾患の予防サービスに給付の主体が移されている。わが国の歯科医療制度は高度成長期のう蝕抑制には一定の効果が見られたものの、成人の口腔衛生改善には十分機能しているとは言えず、今後の人口構成の変化のなかで国民の口腔衛生を改善し、歯科医療費増加の抑制を可能とするための改革が必要と思われる。

歯科医療は保健・医療サービスのなかでは国民の自己管理（自己責任）と医療需要の関

係が一般的なサービス分野に近い性質を持っている。このため歯科疾患は予防可能な疾患であるという先進諸国のコンセンサスをわが国でも広く普及させ、国民意識の喚起、口腔機能維持への行動変容を促すことが必要であり、このためにはドイツ、アメリカに見られた歯科疾患予防行動に対する保険給付上のインセンティブの付与などが有効な政策と考えられた。

一方、わが国の歯科医療の供給体制は個人開業の歯科診療所の割合が高く効率化の余地が大きく残されていることが示唆された。今後の在宅高齢者の増加に伴う社会の診療ニーズの変化に合わせ供給体制にもその柔軟な対応の必要性が伺われた。

「健康増進法」の理念を実現し健康で豊かな人生を送ることによりはじめて個人に尊厳ある天寿の全うが可能であると考え。活力ある高齢社会に向けて求められる国民の健康な口腔機能の維持と将来にわたる良質な歯科医療サービスの供給のためには、現行制度の改革により新たな日本の歯科医療の姿を構築する必要性のあることが示唆された。

《参考文献》

- 1) 米山武義ほか：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に対する研究、日歯医学会誌：20：58-68,2001
- 2) Yoneyama, T., Yoshida, M. : Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J. Am. Geriatr. Soc. 50:430-433, 2002
- 3) Stratton, R. J., Green, C. J. and Elia, M.: Disease-Related Malnutrition: An Evidence-Based Approach To Treatment. CABI Publishing, Wallingford, United Kingdom, 2003
- 4) Global goals for oral health in the year 2000, Federation Dentaire International, WHO, 1981
- 5) 厚生労働省；平成 17 年歯科疾患実態調査，口腔保険協会，2007
- 6) 1999 年保健福祉動向調査
- 7) 厚生労働省；平成 17 年患者調査
- 8) 厚生労働省；平成 18 年医師、歯科医師、薬剤師の概況
- 9) 厚生労働省；平成 17 年医療施設調査、病院報告の概況
- 10) 榊原悠紀田郎，公衆歯科衛生活動略史，口腔保健協会，1991
- 11) Educational Imperatives for oral health personnel change or decay?, World Health Organization, 1990
- 12) エリアス・モシアロス，アンナ・ディクソン，ジョセフ・フィゲラス，他：医療財源論，194-197，光生館，2004
- 13) Anderson, R. T., Treasure, E. T. and Whitehouse, N. H. (1998) Oral health systems in Europe Part 1: Finance and entitlement to care. Community Dental Health: 15, 145-149
- 14) 辻龍雄：英国の歯学教育システムについて，光映社（宇部市），1999
- 15) Office for National Statistics : Adult Dental Health Survey Oral Health in the United Kingdom, 1998

- 16) D. Buck and J.T. Newton : The privatisation of NHS dentistry? A national snapshot of general dental practitioners, BRITISH DENTAL JOURNAL, VOLUME 190, NO. 3, FEBRUARY 10 2001
- 17) Audit Commission : Dentistry Primary dental care services in England and Wales, 2002
- 18) BDA (British Dental Association) : Advice Note 80 The General Dental Services in England and Wales, August 2006
- 19) Alex Mustard : A new system of NHS dentistry, SHO Dental Public Health, 2006
- 20) NHS : NHS Dental Statistics for England Quarter 2: 30 September 2006
- 21) “ BDA News NHS Fees Guide 5/03-3/05 ” (NHS 料金早見表)
- 22) “ Total tooth loss in the United Kingdom in 1998 and implications for the future ”
- 23) British Dental Journal, Vol. 189 (09/12/2002)
- 24) 口腔保険の最新動向, 歯界展望別冊, 1994, 120-124
- 25) 2007年 保険と年金の動向 253 - 264
- 26) Dentistry in Sweden, Swedish Dental Association
- 27) Landstingsforbundet, Nyhet, 2000-03-30
- 28) The Health and Medical Services (Professional Activity) Act Sweden, 1998
- 29) スウェーデン医療関連データ集 2004、医療経済研究機構
- 30) 2007年 保険と年金の動向 258
- 31) 竹田正史「ドイツの医療改革と歯科医療の現状」、医歯薬出版『歯界展望』Vol. 91 No. 12 (1998年)
- 32) “ Bema - Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 and 2d SGBV ”
- 33) 田中耕太郎「ドイツ医療保険制度改革(特集: 社会保険医療制度の国際比較: 日、独、仏、蘭、加 5カ国の医療保険制度改革の動向)」、国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』(No. 145, 2003年12月)
- 34) ドイツ医療関連データ集 2005、医療経済研究機構
- 35) 今後の「医療改革」に立ち向かうために ドイツの教訓～資料集～、月刊保団連 No. 554, 全国保険医団体連合会
- 36) American Dental Association: 1994 Survey on Dental Health Care Issue. November 1994 Brown, 1998, J. ADA,
- 37) アメリカ医療関連データ集 2005年版、医療経済研究機構
- 38) 苦悩する市場原理のアメリカ医療、アメリカ視察団、あけび書房、2001
- 39) 榊原悠紀田郎, 歯科保健医療小史, 医歯薬出版, 2002
- 40) Working Group convened jointly by the Federation Dentaire International and the World Health Organization : Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower : Part 1, Int. Dent.

J., 35 : 235-251

- 41) 南郷里奈, わが国における歯科受診状況および診療内容の推移, 口腔衛生学会誌 55, 586-599, 2005
- 42) American Dental Association: 1994 Survey on Dental Health Care Issue. November 1994
Brown, 1998, J. ADA,
- 43) 保険福祉動向調査 1999 年
- 44) 郡司篤晃: 医療システム研究ノート、丸善、1998
- 45) 川淵孝一: 受診率および口腔状態に関する日米比較からの発見 . 口病誌 . 68/2. 179-183.
- 46) 安川文朗: 消費者は予防歯科をどう受け入れるか? . 日本歯科医師会雑誌 . 55/9. 15-28. 2002-12
- 47) Mellor, A.C., Blinkhorn, A.S, Hassall, D.C, 他: An assessment of capitation in the General Dental Service Contact 2. Patterns of treatment provided to regularly attending patients. Br. Dent. J. 182 (12) : 460-464, 2000
- 48) Zickert, I.: Disease activity and need for dental care in a capitation plan based on risk assessment. Br. Dent. J. 189 (9) : 480-486, 2000
- 49) 梶井厚志、戦略的思考の技術、67-93、中央公論新書、2002
- 50) Brunton PA, Vrihoef T, Wilson NHF(2003) Restorative care and economic wealth: a global perspective. International Dental Journal 53;97-99.
- 51) Arnlijot H et al. des, Oral health care systems: an international collaborative Study coordinated by the World Health Organization(ICS), 1985
- 52) Chen M. et al, Comparing oral health care systems: a second international collaborative study (ICS), 1997
- 53) 小林秀人: 臨床予防歯科における成人の歯科管理, 第4報 . 43. 口腔衛生会誌 . 1993
- 54) 医療経営白書 2007 年度版、日本医療企画、2007
- 55) 加藤順吉郎: 福祉施設及び老人病院等における住民利用者(入所者・入院患者)の意識実態調査分析結果、愛知医報 1434 : 2-14, 1998