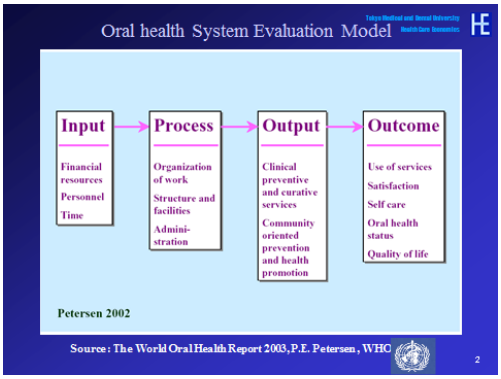
医療経済学から見た歯科界の現状と課題

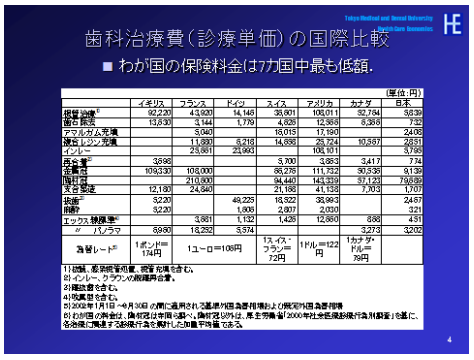
東京医科歯科大学大学院医療経済学分野　教授
川渕　孝一

ただいまご紹介いただきました川渕であります。

きょうは医療経済学者から見た歯科界の現状と課題という話をさせていただきたいと思います。

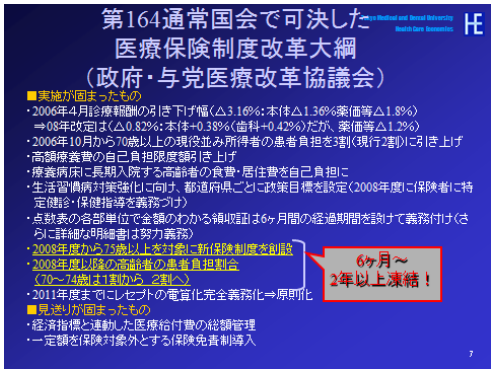


WHOのピーターセンの「Oral health System Evaluation Model」は、インプット、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つから成ります。一定の歯科医療費を投入、あるいは歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を投入して、一定のアウトカムを提供しようということであります。最近はアウトカムリサーチが活発で、患者さんの満足度や、オーラル・ヘルス・ステータス、さらにはクオリティ・オブ・ライフが注目されております。



次に国際的に見た我が国の歯科界の現状ですが、ＯＥＣＤには、30カ国が加盟していますが、日本の順位は大体半分ぐらいであります。そういうと先生方はいやおかしいなと思うかもしれませんが、基本的に医療費は、診療単価と患者数にブレイクダウンできます。

確かに根管治療は日本だと３割負担で１回1,500円ぐらいで済むわけです。最近は顕微鏡でやっている先生もおいでになるんですが、どうでしょうか。ほかの国はすこぶる高いというのか、日本は安過ぎるというのでしょうか。

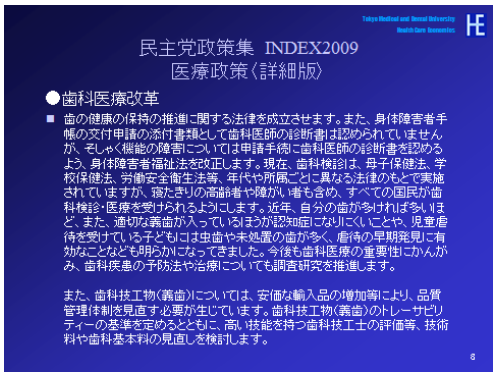


しかし、その一方でちょっと言いにくいのですが、数でこなす歯科治療になってしまっているのではないかと。30カ国のデータをただ打ち込んだだけでありますけれども、横軸が歯科医療費で縦軸が延べ患者数です。期待値からいうと日本は2.3倍ぐらい患者数が多い。つまり、診療単価が低いために数でこなす歯科医療に迫られているのです。

診療報酬については、聖域なき構造改革の名のもとに都合４回マイナス改定がありました。2002年の４月は歯科技術料がマイナス1.3％で、歯科材料費も加えますと2.7％のマイナスでございました。2002年10月に老人の一部負担がふえました。年収が高い人については３割になりました。ただ、歯科領域にとって一番インパクトの大きい制度改定は2003年４月だと思います。サラリーマンの本人の自己負担が３割になりまして、歯科診療所の先生方から「患者が減った」という話がありました。であれば、歯科需要の価格弾力性は結構高いということになります。続く、2004年４月もマイナス改定で、歯科材料等は下がっております。

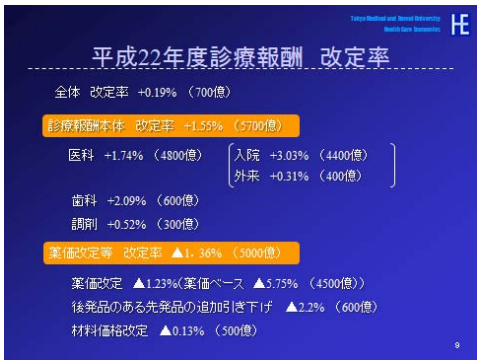
2006年は、3.16ポイントのマイナス改定で、歯科においては1.5ポイントも下がりました。2008年ですが、技術料は0.42ポイント上がりましたが、歯科材料等は下がりましたので、やっぱりマイナス改定ということです。

実はこうした趣旨の法案は第164通常国会で通っております。今、物議を醸し出している後期高齢者医療制度や特定健診・保健指導に関する法案もこの時に成立しました。私も今、トヨタ健保と組んで、果たして特定健診・保健指導の導入で医療費が減るかどうかという研究をやっていますが、残念ながら歯科データは紙レセプトなので分析可能です。歯科はＩＴ化がおくれておりまして、調剤薬局と医科のデータはあるんですけれども、歯科医院のデータは今手つかずの状態です。ちなみに厚労省をして2025年段階で２兆円ぐらい医療費を減らしたいというのが本音です。



このようにマイナス改定が続いてきたこともあってか政権交代がございました。2009年民主党のマニフェストのインデックス（詳細版）を見ますと結構歯科についての書き込みが多いんですね。

例えば高齢者や障害者のところをもう少し手厚くしようとか。それから歯科技工物についてもう一回見直したらどうかということです。結局、医科の外来が400億円しか行っていないのに対して、歯科は600億円もついたそうです。



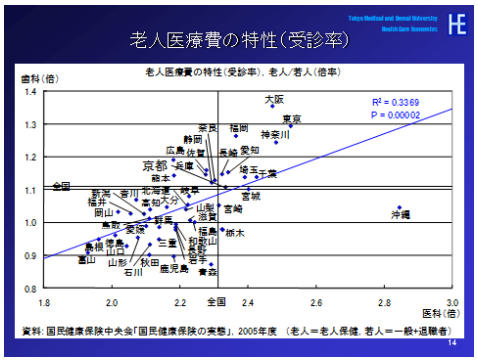
先日、長妻元厚生労働大臣と対談する機会がありましたが、たった１年の在職期間の中で一番印象に残るのはやっぱり診療報酬改定だったということでした。

それにしても、600億円はどこに行ったのでしょうか。病院歯科のほうに行ったのでしょうか。歯科技工物は輸入品に結構、今、頼っているところがありますので、そこを少し

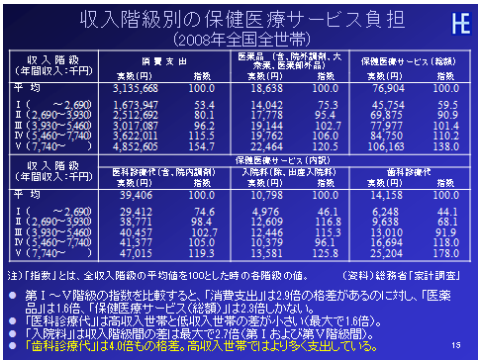
是正したのでしょうか。マニフェストどおりに改定したと言うことですが、一番大きいのは、初診料、再診料の増額かと思います。いろいろ悲喜こもごもの診療報酬でございましたが、いかがだったでしょうか。

次に、経済学者の立場で医科と歯科の違いについてお話します。

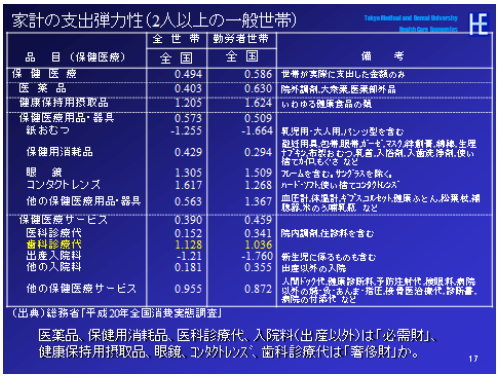
超高齢社会だからこれから医療界は順風満帆じゃないかと言われるんですけれども、入院、外来ともに受診率が高いのは医科の話です。残念ながら歯科に関しては、受診率が若人に比べて1.1倍しかない。しかし、都道府県ごとにプロットしますと随分、事情が異なります。平均は1.1倍と言いましたが倍率の高い県もありますし、私が生まれた富山県なんかは、逆に１を切っております。歯のない方にとっては歯科医院は無用の長物です。そういう点では、８０２０運動が本当に定着していけば少しは事情が変わってくるのかなと思います。



これは総務省の家計調査の結果です。所得階層別にどれぐらい医科と歯科に消費しているかがわかります。医科に関しては年収に関係なく一定の医療費を払っているように見えます。最近、医科でも格差問題がクローズアップされてきましたが、歯科に比べるとそんなに大きくない。歯科は明らかに年収が269万円未満の方は消費額が少なく、年収が774万円の方は結構消費しています。

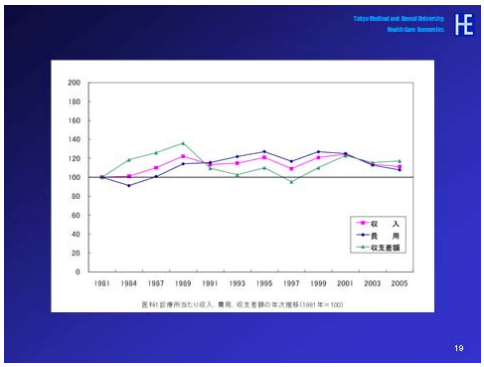


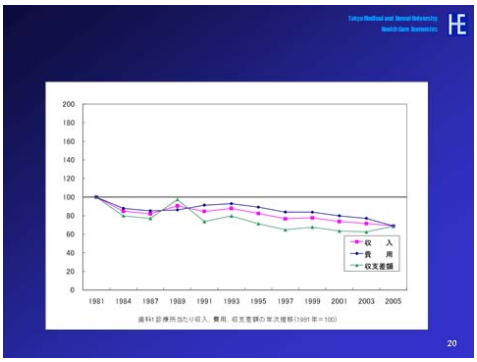
実際に、総務省の全国消費実態調査の結果を見ますと、歯科の支出弾力性は１を超えております。これは１％所得がふえるとどれくらい歯科の支出がふえるかという指標です。１を超えているということは、景気動向に物すごく左右されやすいということです。つまり、景気の浮沈によって歯科の消費額が違ってくると。ですから、今みたいなデフレ不況になりますと、患者さんの中には受診を差し控える傾向が強くなります。一方、医科のほうは１を切っておりますので、基本的には景気の動向に余り左右されないということです。経済学でいう「必需品」に近いのではないか。



ちなみに、コンタクトレンズや眼鏡はそれぞれ全世帯で1.6、1.3、勤労者世帯で1.3、1.5でありますので、こういう財は景気動向にすこぶる左右され易い財だと思います。

次に、医療経済実態調査の結果です。これは中医協で２年に１回やっておりますが、我が国の歯科診療所の経営実態がわかります。経営というのは“入るを計って出るを制する”なので、①基本的には収入をふやす、或いは②費用を減らせば収支差額がふえてくるはずです。医科は1981年を100としますと、ちょっと浮沈はありますが総じて100を上回っています。これに対して歯科は1981年以降ずっと収入が減収しています。それにあわせて費用も抑えていますが、残念ながらご利益（りやく）は余りないということですね。1981年は医科と歯科の収支差額は100対100だったんだけれども、今は100対52.5に甘んじていると。半分ぐらいになっているわけですね。





その理由は、以前、中医協の委員をされていた伊東光晴先生が歯科医療白書に特別寄稿されております。

１つは、薬価差益に財源を求めた結果。歯科の場合は基本的に余り薬を使いませんので非常に厳しい改定率になったという話です。2つ目は技術革新を軽視した診療報酬体系があったということです。そして3つ目は、そもそも歯科医師の過剰があったとしています。

以上、医科と歯科の違いについて述べてきましたが、それでは国民は一体歯科界にどんなイメージを持っているのでしょうか、あるいは何を期待しているのでしょうか。

２年前に医師と歯科医師に対する国民のイメージの違いについて調査しました。株式会社ジーシーとの共同研究でありまして、１万2,000人の方について留置法でやりました。年齢階層別に全国ランダムにやっていますからサンプルバイアスはないかと思います。

興味深いことにお医者さんと比べて、統計的に有意差が出たのは、「よく説明してくれる」、「技術が高い」、「人柄がいい」、「外装がきれい、内装もきれい」などです。

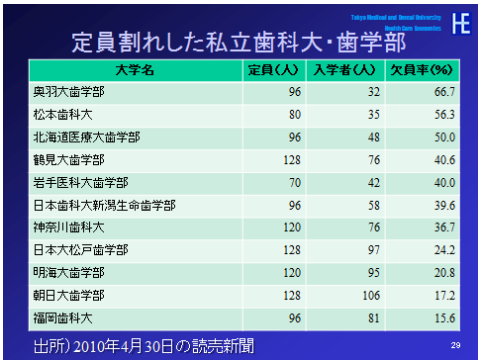
確かに国民は、医師は足りないが、歯科医師は過剰だと思っているようですね。

その一方で、ここは国民が酷だと思いますが、医師はふやせと言いながら、この調査によると歯科医師の増加も賛成という方が多いんですね。歯科医師がふえると「基本的には競争原理が働いて医療技術がアップする」とか、あるいは「サービスがよくなる」と思っている方が多いようです。この辺が国民の声でしょうか。これでもかこれでもかということで期待するところが大きいのです。

しかし、残念ながら先日の読売新聞によりますと、学生定員を割っている私大が多い。

一国民として質の高い歯科医師にたくさん出てほしいと思いますけれども、18歳人口が

減る中で学生市場は逼迫しています。実は、今、薬学部の人気も下がっているんですね。薬学部は４年制から６年制に今向かっておりますけれども、ダイヤモンド社によれば教育コストに350万から2,100万円ぐらいかけて、いただける給料は517万円と。今、医薬分業の真っただ中でありまして、市場規模が5.2兆円と歯科の医療費の２倍まで来ました。

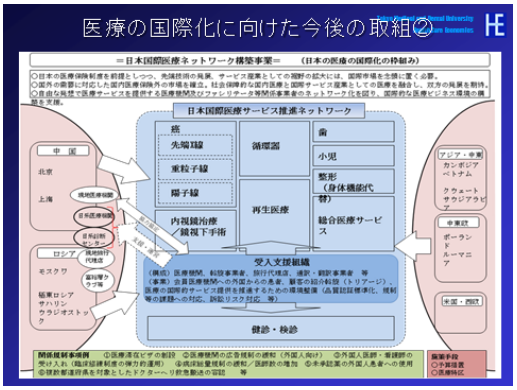


これに対して歯科は600万から6,000万円かけて年間724万円ということですから、なかなか投下資本の回収も難しくなってきました。

ただ、歯科衛生士も給料が低いですよね、327万円。本学も４年制化しましたけれども、教育年限を延ばすと給料がふえるのかなと思うと実態はなかなかそうなっていないようです。歯科技工士の4年制化も進んでいますが、ある程度努力する者が報われるようにしてやらないと、入学者は増えないかと思います。

最後に歯科再生に向けた話をしたいと思います。

現政権は今、成長戦略ということを言っており、今年の6月16日に閣議決定しました。医療の産業化ということで、今320万人の方々が働いていますが、新たに284万人雇用創出をしたいということです。



そして医療の国際化。歯科医療も国際化を考えていく必要があるんじゃないかということで、今、経済産業省の医療産業研究会で医療ツーリズムについて議論しています。わが国の歯科界は、こんなに安い料金でこれだけ腕がいいわけですから、いわゆる国際競争力はあるかと思いますけれども、いかがでしょうか。

その一方で、わが国は１億2,700万人が一気に高齢化しますので、独自の日本モデルをつくるところに来ていると思います。特に口腔と全身との相関が強いとされるので、今後はオーラルフィジシャンという位置づけも必要ではないかなと思います。

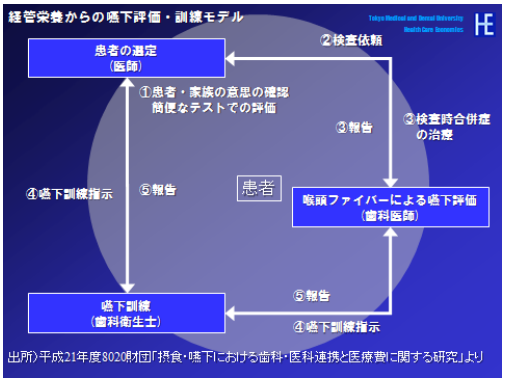
しかし、先ほどの国民調査では、医者から歯医者さんに紹介された経験のある方は2.7%しかいないんですね。一方、歯医者さんからお医者さんに紹介されたケースも2.5%ぐらいしかない。

それでは、少ない紹介例の中で何科が多いかというと統計的には、耳鼻科と医科との紹介が多い。境界領域だということもあるんでしょうが、歯科と耳鼻科の連携の可能性もあ

るのかなと思います。しかしながら、実際のところ、物が飲みにくいという患者さんは内科や耳鼻科に行っております。食事相談に関しては圧倒的に内科が多く、歯科に相談するという場面は非常に少ない。

したがって、我が国は超高齢社会の中にあって、歯科の活路はこの境界領域ではないかと思います。

そこで、８０２０財団から研究費をいただきまして外科系の歯科医師と内科系の在宅専門医のコラボレーションを組む新モデルを考えました。８０２０財団の報告書を読んでいただければ幸いですが、ご高齢の方は基礎疾患が脳出血とか脳梗塞とか多発性脳梗塞の方が多いんですが残念ながら80歳を超えると結構認知症になる確率も高まるんですね。しかし、認知症や脳梗塞の方の一番の楽しみは食べることではないかと思うんです。



残念ながら日本の今の医療は、胃ろうと言って鼠径部に穴を開けてそこに栄養を入れたり、鼻腔から固形物を流しています。これが冒頭申し上げたクオリティ・オブ・ライフという点ではどうなのかなと思います。500兆円もＧＤＰがある豊かな国の最期がこれかなと思うと寂しすぎます。

先般、スウェーデン、デンマークを見てきましたが、原則、ペグはやらないそうです。口で食べられなかったら終わりじゃないかということでしたが、消費税25％の国々では特に、クオリティ・オブ・ライフを重んじているということであります。

実は、先ほど紹介した新モデルでは、水飲みテストが３以上であると口腔摂食可能ということで在宅専門医師と歯科医師、さらには嚥下指導を行う歯科衛生士が組めば、今はやりの地域包括ケアが実現され、26億円から1,340億円の医療費が節約できるということです。ただ、試算結果にこれだけのばらつきがあるのは６症例しかないからです。

	年齢	性別	基礎疾患	認知症	経管栄養の方法	発症から検査までの期間	改訂水飲みテスト
A	80歳代	女性	脳出血、脳梗塞	軽度	経鼻胃管	3年	4
B	70歳代	男性	多発性脳梗塞	軽度	胃瘻	2年	4
C	80歳代	男性	多発性脳梗塞	軽度(失語症)	経鼻胃管	2年	3
D	80歳代	男性	脳梗塞	軽度	胃瘻	2年	4
E	90歳代	女性	脳梗塞	軽度	胃瘻	2年	4
F	50歳代	男性	脳出血	軽度(失語症)	胃瘻	3年	4

	検査時間	評価	経口摂取再開		
			評価直後	最終評価	最終評価までの期間
A	80分	経口摂取可能	全量	全量	18ヶ月後
B	65分	経口摂取可能	一部	全量	6か月後
C	60分	経口摂取一部可能	一部	一部	9か月後
D	60分	経口摂取一部可能	一部	一部	4か月後
E	60分	経口摂取一部可能	一部	一部	3か月後
F	60分	経口摂取一部可能	一部	なし	3か月後

結論）新モデル構築により、26億円～1340億円の医療費を節約できる。
浮いた医療費を診療報酬増額の財源にしてはどうか。

繰り返しますが、歯科に関してはなかなかデータが集まらないのですが、医療経済学や疫学の発展には個票データは不可欠です。

いずれにせよこれだけの医療費が浮いたら一定のキックバックとして、ファイバーの点数を上げるとか、あるいは歯科衛生士さんのトレーニングの費用を少し捻出するとかが必要かと思います。

非常に雑駁になりましたけれども、私の話はこれで終わります。

どうもご清聴ありがとうございました。