

歯科医療経済から見た現状分析と対策~3.11 後の医療改革を考える

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野 川渕孝一

2010年12月17日に開催された日本学術会議公開シンポジウム「新たな歯科医療制度を考える I」の「医療経済学から見た歯科界の現状と課題」では、次の6点を申し上げました。

- WHOが推奨するOral health System Evaluation ModelはInput→Process→Output→Outcomeの4つからなる。
- わが国の歯科の診療単価は国際的にみて低い、診療回数が多いことにより、国全体の歯科医療費の規模がそこそこ大きくなっているのでは？
- 聖域なき構造改革のもと、都合4回のマイナス改定が行われたが、その後、政権交代もあって平成22年度の診療報酬改定は歯科界に一定のプラス効果（600億円）をもたらしたのでは？
- 医科と歯科は、①老人と若人の受診率、②需要・供給の価格弾力性、③収入階級別の支出額、④家計の支出弾力性、⑤診療所の経営実態、⑥国民からみたイメージ、⑦需給バランス、⑧年収と教育コストという観点から相当大きな差異がある。
- 現政権は高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けているが、誰もが必要な医療サービスにアクセスできる体制を維持しながら医療の産業化を促進するためにはわが国の歯科界も一定の国際化が必要では？
- 今後のわが国の歯科医療の方向は拡大・南下や訪問診療など、医科と歯科の境界領域での一層の連携強化で、医療の向上を図りつつ、医師不足、歯科医師過剰に前向きな対応を実施することでは？

スライド1

これ以上お話しすることは何もないかと思ったのですが、その後、1000年に1度とされる東日本大震災が発生し、世の中は一変しました。

厚生労働省の調査によれば、岩手、宮城、福島3県の計2,559歯科診療所のうち、全壊は86施設、一部損壊は605施設で約3割だったそうです。

依然として患者を全く受け入れられない施設も歯科で48施設あるなど、地域医療を支える診療所の復旧も課題となっています。特に福島県では、放射能漏れの影響で避難している、或いは今後の見通しが立たない歯科医が相当数いるといえます。

被災歯科診療所 調査結果

No.	県名	調査対象	断水状態	停電状態 ①-④-⑤-⑥	①全壊（診療不可）		②半壊（診療不可）		③半壊（診療可）		④被害なし（診療可）		
					施設	割合%	施設	割合%	施設	割合%	施設	割合%	
1	岩手県	277	73	74	276	63	22.8	17	6.2	4	1.4	192	69.6
2	宮城県	683	118	92	624	48	7.7	62	9.9	23	3.7	491	78.7
3	福島県	411	31	26	348	4	1.1	21	6	10	2.8	313	89.9

注) 日本歯科商工協会傘下の各団体が加盟する各企業が取引先の歯科診療所に対し行った聞き取り調査に基づき日本歯科医師会が集計(4月15日までに調査結果を回収)。
注) 回答のあった企業は17社。
注) 調査期間は各企業で時期のずれがあり、震災後から4月上旬に実施。
注) 震災直後は診療不可でも、調査時期には復旧していた診療所は「診療可」として回答。
注) 重複して調査された診療所の調整は行っていない。

* 厚生労働省の調査(4月19日時点)によれば、岩手、宮城、福島3県の計2,559歯科診療所のうち、全壊は86施設、一部損壊は605施設で約3割だった。依然として患者を全く受け入れられない施設も歯科で48施設あるという。

スライド2

しかしながら、政治の空転もあって復興作業も原発事故の収拾もいまだに先が見えず、重苦しさが続いています。未曾有の国難に苦しむ人々をよそに政権中枢は混迷し、国民は失望しています。

特にわが国企業は、①円高、②電力不足と電力料金の値上げ、③デフレ不況、④少子・高齢社会における需要減少、⑤高い法人税率、そして⑥サプライチェーンの断絶と「6重苦」に直面しています。何と大手企業の69%がサプライチェーン全体または一部の海外移転を加速する可能性があるかと答えています。小生も臨時委員として参画した、経済産省産業構造審議会基本政策部会が取りまとめた「経済成長と持続可能な社会保障の好循環」はどうすれば達成可能なのでしょうか。



（図表）経済成長と持続可能な社会保障の好循環イメージ



出所)「経済産業省産業構造審議会基本政策部会中間取りまとめ」より引用

スライド3

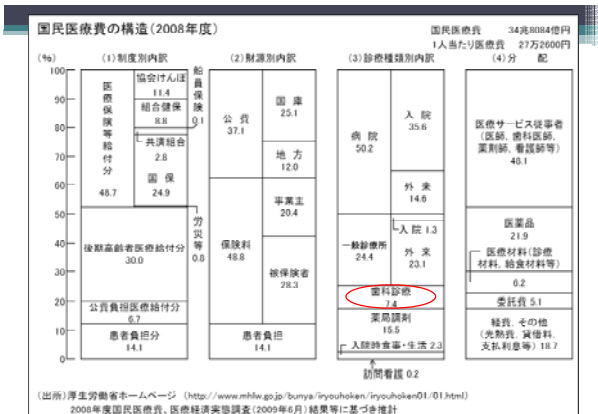
そうした中、復興構想会議は復興債の発行と償還財源のための増税構想を打ち出し、社会保障改革と財政健全化を掲げる政府の集中検討会議は消費税率の10%への引き上げ案を発表しました。

奇しくも6月16日、国際通貨基金（IMF）は「日本における消費税引き上げ一なぜ、いつ、どのように行うか」と題するレポートを発表しました。公式見解でないとは言いますが具体的な税率を示すなど踏み込んだ内容が注目されます。

同レポートによれば、この20年間、高齢化に伴う社会保障支出の急増と低成長による税収の落ち込みで公的債務は3倍に増加し、国内総生産（GDP）の2倍にも達したとしています。そこで各国に比べ突出して低い現行の5%の消費税率を15%へ引き上げるべきだと提唱しているのです。消費税は所得税に比べ公正さが保たれるし、生涯に受け取る年金額の世代間の格差が緩和できるなど公平性も高いと言っています。

また消費税率アップは早期に着手し段階的に進めることが好ましく、税率は単一として低所得層対策などは他の方策によるべきだとしています。

確かに国民医療費を財源、使途、分配の3つに分けて分析すると、歯科医療費は7.4%にまでシェアがダウンしていますが、老人保健制度が導入された1983年度より、その国庫負担割合も減少していることがわかります。

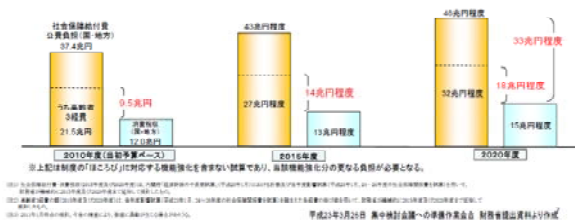


国庫負担は2008年度8.7兆円(25.1%)、1983年度4.5兆円(30.6%)。 スライド4

しかし、その一方で高齢者 3 経費 (年金、医療、介護) を消費税だけで工面しようとすると、今でも 9.5 兆円不足しており、2020 年度では 18 兆円が必要になります。

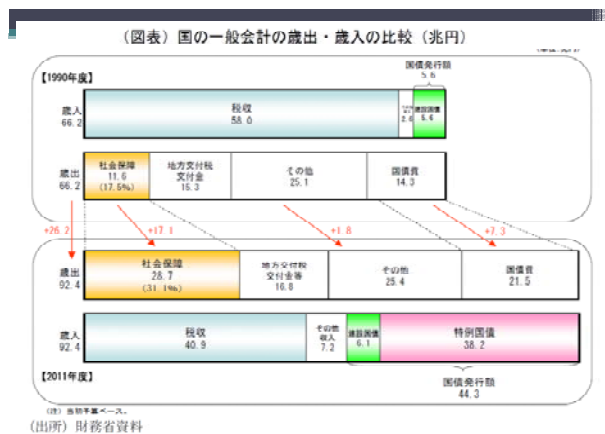


(図表) 国と地方合算での社会保障経費と消費税収の差額見込み



スライド5

現在は、建設国債に加えて、特例国債を発行して何とか社会保障費を工面しています。つまり、将来世代にツケを残しているのですが、こうした状況は長続きしないと思います。しかし、政治的に本当に消費税を引き上げることはできるのでしょうか。

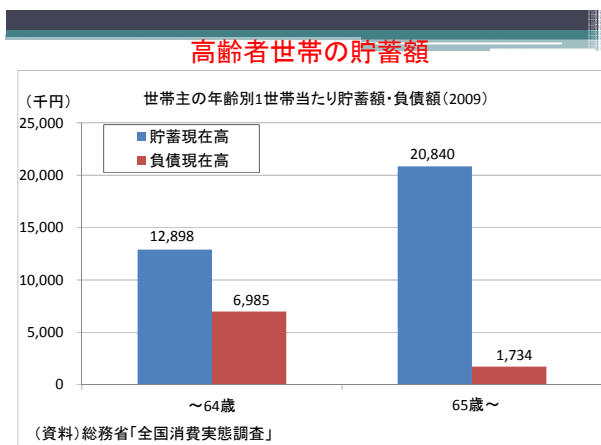


スライド6

翻って、消費税率を巡る国内の論議を見ると、歴代の政権は選挙を意識し消費税問題を

封印し続けてきました。社会保障の見直しなど痛みを伴う改革は遠ざけられ、定額給付金や子ども手当など人気取り政策が横行しています。

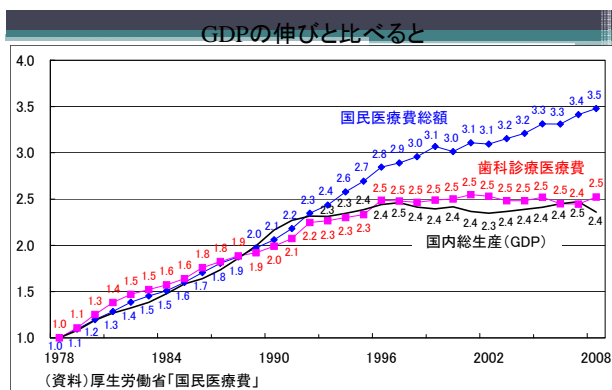
それができるのも潤沢な国民の預貯金が金融機関を通じて国債発行を支え、世界最悪レベルの公的債務を可能にしてきたからです。つまり、国は破綻寸前なのに国民、特にお年寄りには総じて多くの純資産を持っているのです。



スライド7

そこで10年以上前から現金給付を現物給付のように運用している介護保険制度を参考に歯科界に、いわゆる「混合診療」を導入してはどうかと提案してきましたが、一部の歯科関係者からの賛同はあったものの今ではタブー視されています。

歯科医療費は医科や調剤薬局と異なり、これまでGDPに沿った伸びを呈してきましたが、今後も世界的にも稀な“気前のよい保険給付”が継続できるかは疑問であり、新たな財源を確保する必要があるかと思えます。



1978年を1としてGDPの伸びと比べると、バブル崩壊後も国民医療費総額は伸び続けている。
一方、歯科はおおむねGDPに沿った伸びを呈している。

スライド8

これも10年以上前からの持論ですが、日本国民が多くの預貯金を保有していることに着目して、シンガポールで導入されている医療貯蓄口座制度を現行の保険・税の枠組みの中に新たに付与してはいかがでしょう。

シンガポールの歯科医療の水準が高いことも含めて、詳しい説明は拙著「歯科医療再生

のストラテジー&スーパービジョン（医学情報社）」を参照下さい。

シンガポールの歯科医療の水準は高い！

- ・学童を対象とする、**予防に重点**をおいた歯科医療
- ・学校内に歯科診療所184施設からなるネットワークを展開
基本的な歯科治療、口腔ケア、歯科検診、
その他の歯科教育およびカウンセリングを実施
- ・水道水のフッ素化(1958～)
- ・フッ素入り歯磨剤が広く普及

シンガポールと日本の口腔衛生状態比較

	シンガポール ^{a)}	日本
DMF歯数(12歳児)	1	1.91 ^{b)}
喪失歯がない者(18歳)	97%	95.2% ^{c)}

a) 1994年

b) 2004年「学校保健統計調査」

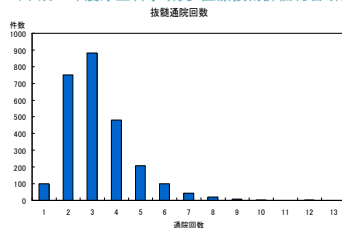
c) 1999年「歯科疾患実態調査」

スライド9

いずれにしても、国民に負担増を求める時は、現行の歯科医療に効率化の余地がないのかが求められます。その場合のキーワードはわが国の歯科医療がどのくらい標準化できているかです。以前、上顎両側大臼歯部(6,7)について、麻酔抜髄の通院回数を調べたことがありましたが、2~4回に収束していることがわかりました。もちろん治療回数には、いろいろな因子が影響を与えます。

何をもちて「適正」と言うか？

歯科医療の質の標準化に関する実態調査
— 歯科医療における“Clinical Indicator”の開発 —
(平成13年度厚生科学研究:医療技術評価総合研究事業)



■ 歯科の現状
歯科医療の標準化は遅れているとされる。
理由: 歯科医療の質を測る尺度がなかった。

■ 最近の動向
(財)日本医療機能評価機構の設立を受けて
NPO法人「歯科医療情報推進機構」もスタート

スライド10

治療回数に影響を与える因子の推定

治療回数を被説明変数とした回帰分析

	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	2.870	0.372		7.709	0.000
根管の狭窄または彎曲の有無	0.419	0.059	0.151	7.147	0.000
急性症状の有無	0.253	0.060	0.089	4.218	0.000
EMR実施の有無	0.462	0.127	0.077	3.651	0.000
根管数	0.286	0.100	0.061	2.862	0.004
歯種2(他)	0.147	0.066	0.047	2.235	0.026
延べ抜髄症例数(対数)	-0.418	0.095	-0.093	-4.382	0.000
臨床経験(階層)	-0.157	0.031	-0.106	-5.041	0.000
自由度調整済決定係数(R ²)			0.062		
回帰式の有意確率			0.000		

スライド11

ということで最後に歯科再生に向けて次の4つを提言したいと思います。

歯科界の再生に向けて～提言～

1. 「政治力に依存する歯科医療」から「一般市民に訴える歯科医療」へ
2. 技術革新(再生医療, 審美歯科医療など)により歯科医療にもパラダイムシフトを
3. 護送船団方式からの脱却
4. 学会主導で国民に開かれた歯科医療の仕組み作り

キーワードは「努力する者が報われる制度設計」

スライド12