

## 1. はじめに

「これからの歯科医療は予防が中心になる」

このようなことが、歯科医療関係者の中で言われてきて久しい。

ところが現実を振り返ってみれば、予防が歯科医療の中心に据えられているとは、とても言い難いような状況である。

「歯科における二大疾患であるウ触と歯周疾患は、基本的には予防できる疾患である」と考えられている<sup>1)</sup>。

そのことを示すように先進国においては、その予防に近年確実に成果を上げてきている。それに対し日本はというと、ウ触罹患状況では、若年者においてやや減少傾向にはあるものの、20歳以降の年齢ではほとんど変化がなく横這い状態である。それに加えて、健全歯が年々減少しており、歯周疾患にいたっては年々増加と重症化の傾向にある。

主要な先進国では患者の口腔内の健康を守るための様々なプログラムが開発、実践され、それを支える法制度も整備されている。日本においても、健康な口腔内を守るという意味合いのもと、数十年も前から歯科における予防の重要性が謳われてはきた。しかし、そこで行われてきた予防は「患者の治療を前提とした二次予防」であり、その結果処置歯数の増加と健全歯数の減少という結果を招いている。

「修復により問題が解決されるのではなく、さらに拡大される」<sup>2)</sup>ということが、他の医療にはない歯科医療固有の特徴として挙げられる。社会として、歯科疾患の発生そのものを防ぐ一次予防に取り組まなければ、真に口腔内の健康を守るシステムとは言えない。しかし残念ながら、未だに日本では歯科医療における一次予防が十分に組み込まれている状況にあるとは言えない。

そこで本稿では、日本の歯科医療に纏わる諸事情を概観した結果、一次予防が遅々として浸透しない最大の要因は、「公的歯科医療保険による国民の口腔保健に対する事前的モラルハザードの誘発」であると考え、改めて公的歯科医療保険の役割について考察した。さらに、その上で逼迫した医療保険財政という条件のもとで望ましい歯科医療保険体制のあり方について検討を試みた。

## 2. 日本の歯科医療における一次予防の現状

歯科医療における一次予防で代表的なものに、「検診」が挙げられる。

近年、歯科医療機関における定期歯科検診のサービスが普及してきてはいるが、そのプログラムに継続して参加する受診者は、限られているのが現状である<sup>3)</sup>。

また、1995年から老人保健事業に歯周疾患検診が導入されたが、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 17.9%という状況である（保健福祉動向調査，1999 年）。

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（保健福祉動向調査，1999 年）。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、検診目的の受診が極めて低調なことから考えれば、日本国民の一次予防に対する関心は著しく低いと言える。

そのほかに歯科医療における一次予防に寄与するものとして、水道水に対するフッ素の添加が挙げられる。WHO は 1969 年に水道水へのフッ素添加の推進を決議しているが、日本においては依然行なわれていない。

### 3. 日本の歯科医療の現状

- ・OECD Health Data200×によると一人あたりの歯科医療費は OECD にデータを提供している 21 개국中 5 位，対 GDP 比では 11 位，対国民医療費では 9 位と国際的には中位の歯科医療費である
- ・年間の受診回数は 2 位と多い
- ・歯科医療費と延べ患者数の比較では，日本は国際水準の 2.3 倍もの患者が受診している<sup>4)</sup>
- ・診療単価は，七カ国（イギリス，フランス，ドイツ，スイス，アメリカ，カナダ，日本）の国際比較によると日本の保険料金は中，最も低額（根管治療費などは，アメリカの 18 分の 1）であり，その安さは，桁が一つ違うくらいの著しいものである<sup>4)</sup>
- ・歯科保険診療費のうち歯冠修復，欠損補綴が 50%強を占める

上記の記述を要約すると，日本は国際標準と比較してかなり安価な治療費で，数多くの歯冠修復や欠損補綴を行っていることが伺える。このことは，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ウ蝕罹患率が急激に上昇した時期に相当する<sup>5)</sup>が，その際に確立した歯科医療提供体制を現在も継続させていることを示すものと考えられる。

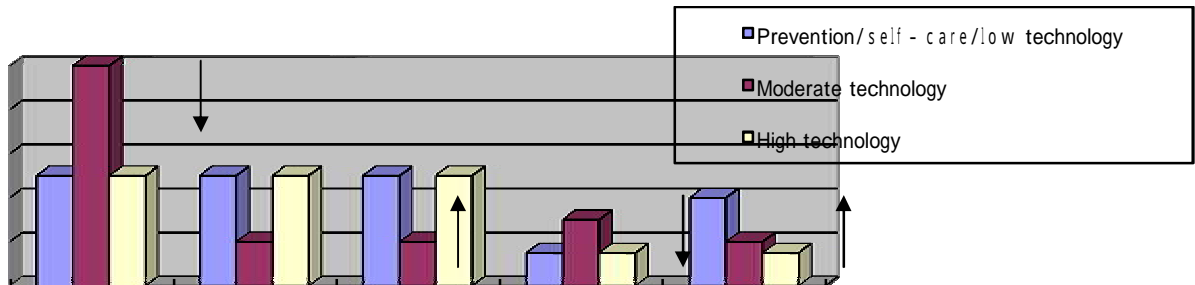
それに対して，先進諸外国は 1970 年代の半ば以降，福祉国家政策が再編され医療制度改革が進められたが，歯科医療に対してはその際に，歯冠修復や欠損補綴が公的保険の給付から除外され，私的医療へと移行させる傾向が明確となった。

さらに 1985 年には，WHO と FDI（国際歯科連盟）のワーキンググループが，ウ蝕発生のリスクは生活習慣によって管理が可能になり，歯科医療関係者が供給過剰になるという

レポートを発表した<sup>6)</sup>。これを機に各国の歯科医療政策は大きく転換した。

<図 1>

歯科保健医療サービスの変化するパターン（資料：口腔保健医療関係者に対する教育上の重要課題，WHO出版より）



先進諸国における過去から現在にかけての口腔保健医療サービスの技術配分変化

先進諸国における口腔保健医療の技術配分

先進諸国における将来の口腔保健医療に対する技術配分

発展途上国における口腔保健医療の典型的な技術配分

将来におけるすべての国々の口腔保健医療に対する技術配分

図 1 は，WHO が 1990 年に発表した Educational Imperatives for oral health personnel : change or decay? (口腔保健医療従事者に対する教育上の重要課題 - 変革か衰退か)から抜粋したものであるが，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をパターン化したものである。

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，世の中に虫歯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。

日本を除く先進国は， 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しての給付率が高い<sup>7)</sup>
- ・ 歯科医療サービスに対する公的保険の給付率が低い<sup>8)</sup>

ということなどが挙げられる。

米国人の歯科医療機関を受診する理由の打ち分けは，45.4%が「歯科検診」，37.2%が「歯

周病の予防」で、歯科疾患の治療を目的とする人は、12%にすぎない<sup>9)</sup>。先に挙げた日本人の受診理由とは対照的である。その理由としては、米国の民間保険では歯冠修復・欠損補綴に対しての保険給付率は低いが、予防歯科医療に対する保険の給付率は高く設定されていることが主因であると考えられる<sup>1)</sup>。つまり、歯科疾患に罹患した場合のリスクが大きく、そのため将来の自己負担を軽減する目的で、検診や予防のために積極的に歯科医療機関を受診するものと考えられる。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<sup>9)</sup>。

スウェーデンでも、歯冠修復や欠損補綴に対しての公的医療保険の給付率は低いが、予防にも保険が適用されている<sup>2)</sup>。2001年の一年間に男性が64.6%、女性は70.1%の割合で検診を受け、二年間では82%の成人が検診を受けている<sup>10)</sup>。その他の多くの先進国においても、予防的な処置を歯冠修復・欠損補綴よりも低い自己負担で受けることが出来るようなシステムにしている。

それに対して日本の歯科医療システムの特徴は、

- ・ 歯科医療財源の大半を歯冠修復、欠損補綴に投下している  
(平成16年度の社会医療診療行為別調査によれば、その構成割合46.1%を占める)
- ・ 歯科医療サービスに対する公的保険の給付率が高い<sup>7)</sup>

という先進諸外国においてあまり例のないシステムを採っている。

#### 4. 口腔保健における検診の有効性

定期的に歯石除去や歯面清掃などの予防処置、さらには口腔保健に関わる指導等を受けることは、喪失歯の発生を抑制することに繋がるとの報告がこれまでにいくつか散見される<sup>11,12)</sup>。その一方で、検診の受診は喪失歯の発生抑制やウ触処置状況の改善に繋がらないとの報告もある<sup>13,14)</sup>。それらの報告の内容はというと、検診事業の行なわれ方の不備を指摘するものであり、検診そのものの効果がないことを示すものではない。受診者に対して、個別にエビデンスに基づく診査、指導を行い、また必要であれば十分な予防処置を施し、的確にフォローアップするような検診であれば、米国の予防医療班による歯科疾患予防のガイドライン(1993)などを参照しても有効であると考えられる。

アメリカのヘルシーピープル2000にみられるように、欧米各国では90年代に入り、個

---

<sup>1)</sup> アメリカの保険は、その加入プランによって保険適用となる治療が異なる。ほとんどの保険プランは、予防治療は100%保険金が下りるが、それ以外、例えばクラウン、ブリッジなどの治療になると、0%(保険金がない)から100%まで様々である。

<sup>2)</sup> 20歳未満の予防的治療は無料。その他の人には定率負担あり。1995年の総費用に締める自己負担は50%。また、スウェーデンでは、1999年から歯科診療の料金は原則として歯科医が自由に決定できるようになった。患者は治療費のうち、保険給付分が償還され、残りは自己負担する仕組みである。

人の疾病予防や健康増進をサポートする環境づくり（＝ヘルスプロモーション）を進めるべきとの考えが重要視されている。これを受けて現在わが国でも「健康日本 21」が策定され、従来にも増して一次予防に取り組もうとしている。その「健康日本 21」における「歯の健康」には、 幼児期のウ触予防、 学齢期のウ触予防、 成人期の歯周病予防、 歯の喪失予防のそれぞれについて目標値が具体的に提示されている。その目標達成の対策として、「自己管理能力（セルフケア）の向上」などと並んで、「専門家などによる支援と定期管理」が挙げられている。

## 5．事前的モラルハザード

仮に国民に対して充実した検診事業が行なわれ、さらに、それに加えて質の高い歯科医療サービスが十分に供給されたとしても、それだけで口腔保健が向上するわけではない。歯科疾患は、その人の日常の行動（口腔保健行動）に強く関連するものであるため、各個人の予防行動の有無が口腔保健改善のための重要な要素になってくる。その予防行動に影響を与えるものとして、「事前的モラルハザード」という概念がある。

医療保険の理論的な特徴の一つに、「二種類のモラルハザード」という概念がある。それらは、それぞれ事前的モラルハザードと事後的モラルハザードと呼ばれている。事前的モラルハザードとは、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（例えば自己負担率がより低い）に加入している人は、疾病のリスクが低くなるため、直接的にあるいは機会的に費用がかかる予防行動をとらなくなるということである。事後的モラルハザードとは、ある疾病に罹患（保険対象のもの）した場合どのような対応をとるかについては被保険者に意思決定を選択する余地があるが、そこでとられる行動が全額自己負担の場合に比べ、より多くの医療を消費してしまうような現象である。

後者の事後的モラル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ること、つまり自然治癒しないということを考慮すれば問題となることは少ないと考えられる。

歯科領域で問題となるのは、個人の一次予防に対する取り組みを、社会的にみて適切な水準よりも過少とする前者の事前的モラルハザードである。既に論じてきたが、日本国民の歯科疾患に対する予防行動は、国際水準からみても過少ということが可能であり、事前的モラルハザードの存在が疑われる。そこで、さらに日本の歯科領域における事前的モラルハザードの存在の可能性を検討してみる。

上述の通り、日本の公的歯科医療保険は、他の先進国に類を見ないほど広範囲にわたるサービスに保険給付を行い、尚且つその給付率も高い。特に歯冠修復・欠損補綴に対して手厚い。また、サービスに対する公定価格も国際的にみて著しく安価である。

次に日本の歯科医療費の動向に注目したい。日本の歯科医療費の増加は、1980年代後半以降は極めて緩やかなものであった。その増加率が1985年から1995年にかけての十年間で42.1%であったのに対し、その間のGDP増加率は50.9%であり、結果として、相対的に国民にとって歯科医療サービスは時代の変遷とともに安価なものになったといえる。

付け加えて、近年の歯科医療機関の過剰なまでの増加により、国民は今まで以上に歯科医療サービスを受けやすい状況にある（医療施設（動態）調査・病院報告の概況によると1987年から2001年の25年間で、歯科医療機関は1.97倍に増加している）。機会費用を考慮すれば、この点からも国民にとっての歯科医療サービスの価格は以前と比べて低下したものと考えられる。

このような国民にとっての歯科医療サービスの相対的価格低下は、国民の歯科疾患に罹ることに伴う経済的リスクの低下につながったと言える。保険給付される歯科疾患に係る経済的リスクが低下ということは、保険給付されない予防歯科医療サービスに対する相対的負担感が、それに伴い高まったと言える。その負担感が、「痛くなってから歯医者に行く」という事前のモラルハザードの存在の可能性を示す行動を国民にとらせる大きな要因の一つとなっていると考えられる。

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一次予防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、治療費を自分で支払わなければならない人々においては、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。

さらに、日本の歯科領域において国民の事前のモラルハザードが存在している可能性があることを示す例として、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がある<sup>15)</sup>。歯科医療機関への受診率というものは、基本的には所得水準の高いものほど高いはずである（総務省「2003年家計調査年報」によれば、歯科診療代の支出弾力性はCランクに属し、贅沢財の部類に入る）。米国の最も低い所得層では保険の未加入者も多いと考えられるが、保険をもっているはずの日本人がその層よりも受診率が低いということは、事前のモラルハザードが影響していることの証左と考える。

以上のようなことから結論として、公的歯科医療保険の恩恵により、これまで国民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、日本の歯科領域において一次予防が確立されない大きな要因となっていると考えられる。

## 6. 医療提供者のモラルハザード

現在の日本の公的歯科医療保険制度は、歯科医療提供者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考えられることとして、まず出来高払いによる診療報酬の仕組みが提供側による誘発需要を生む可能性があることが挙げられる。また、広くカバーした公的医療保険の存在によりあまり患者負担を考えなくて済むことも、過剰診療に繋がる可能性がある。さらには、公定価格で定められた安価な治療費と患者負担が少ないことは、相互に影響し、歯科医師に不十分な治療を誘発、容認させることに繋がる可能性がある。事実そのことを裏付けるものとして、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がある<sup>16)</sup>。

現在、歯科医師は過剰状態にあるといわれ、歯科医療機関同士の競争は厳しい状態にある。今後、日本の総人口が減少する中で歯科大学の定員削減等の対策が行なわれなければ、ますます過剰状態に拍車がかかり競争は激化することが予想される。そのような状況になれば、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。その可能性を示す例として、歯科医師の多い地域では学校健診時に判定された要処置歯数に対して、より多くのウ触治療が行われる傾向があったとの報告がある（平成8年度 調査・研究実績：医療経済研究機構）。

歯冠修復・欠損補綴にその重点をおいた現在の公的歯科医療保険制度は、歯科医療従事者、中でも特に実際に治療にあたる歯科医師の意識に強い影響を与えていると考える。現在歯科医師は、経営者と勤務医といったその役職や立場の違いはあっても、大半が診療所に勤めている。その診療所での日常業務の大半は治療であって、予防ではない。近年歯科に関する雑誌において、診療行為の中心に予防を据えている診療所が一部に出現しているとの記事を散見するが、まだその数は極めて少ない。多くの診療所では、安い単価の欠損補綴・歯冠修復の数をこなすことで経営を成り立たせているのが実情である。そのような状況では、当然歯科医師の意識の中での優先事項は、歯冠修復・欠損補綴が上位に位置付けられ、予防に対する意識は希薄なものとならざるを得ない。

## 7. 現状の歯科保険体制が続いた時に予想される結果

現在、日本歯科医師会および厚生労働省は8020運動という「80歳になっても20本以上自分の歯を残そう」という運動を展開している。

現在の日本人の80歳時点で実際に残っている歯の数は平均して6~8本であるが、「歯科疾患実態調査成績から予測する日本人の8020の時期」によると、日本の歯科医療、予防策、国民の口腔保健意識が現状の勢いで向上しつづけると仮定した場合の8020の到達時期は、2065年、あるいは2071年以降になると予測している。具体的には、一人あたりにおける処置歯を増やし、未処置歯・健全歯を減らした結果、この目標を達成出来るとしている。つまり、歯科治療供給の増加により、口腔保健を改善しようという計画である。

しかし、先に挙げた歯科医療の特徴としての「修復により問題が解決されるのではなく、さらに拡大される」ということを考えれば、現状のような歯科医療提供者、需要者両方が

歯科治療供給の増加，換言すれば修復治療に偏った歯科医療サービスの供給拡大では口腔保健向上を望むことは難しいと思われる。しかも，この計画では今後の歯科診療単価の伸び率が国民所得の伸び率以内に維持された場合でも，今以上に国民所得に占める歯科医療費が増大する計算となる。そのような計画に基づく歯科医療保険体制は，今後も厳しさが増していくと予想される医療保険全体の財政を考えれば，持続可能性が低いものであると言わざるをえない。

歯科予防先進国と言われるスウェーデンの国民については，80歳で残っている歯の数は15～20本で，近いうちにも8020が達成されると予想されている。これは日本と異なり，疾患そのものの発生率を抑制することに本格的に取り組んできた結果である。1991～1999年まで人頭報酬制度（Capitation system）を導入し，定期管理を積極的に行なうなど予防に取り組んだ結果，ウ触の抑制と歯周病の改善をももたらし，国民の残存歯増加に寄与しているとされている<sup>17,18)</sup>。

このように費用効率よく口腔保健を改善するためには，従来の治療主導型の保健医療体制では困難であり，最良の解決方法は治療需要を減らすことである。しかし，現在でも日本では，「早期発見，早期治療」の治療主導型で8020の達成を目指している。

## 8．歯科医療における一次予防の推進

8020の達成を目指すならば，事前的モラルハザードを抑制することが必須であると考えられる。それは，現在の国民の口腔保健に対する意識を，無自覚の状態から自覚の状態に変えていくことを意味する。つまり，自分の歯は自分で守る，もっと言えば自分でしか守れないという意識を国民に喚起しなければ，8020を達成することは非常に困難であるということである。

事前的モラルハザードを抑制する具体的方策としては，公的歯科医療保険における自己負担率の引き上げや，その給付範囲の見直しなどの施策が挙げられる。そのような施策を通じて，医療需要者自らが一次予防に対する正しい知識を身につける動機を高め，健康管理を行なうように誘導していくことが望ましい。

自己負担引き上げの合理性は次のように考える。公的医療保険における厚生損失を考えた場合，それを出来るだけ小さくしようとするならば，需要の価格弾力性の高い医療サービスに対してはより高い自己負担を課すことが効果的である。他の医療サービスに比べて，歯科医療サービスの需要の価格弾力性は高いとされていることから，他の価格弾力性が低い医療サービスよりも高い自己負担率を課すことが適切な政策選択となる<sup>19)</sup>。

事前的なモラルハザードを抑制する施策が実施され，国民の口腔内の健康に関する関心が高まっても，それだけでは十分な一次予防が達成できるとは言えない。個人による予防活動に加えて，口腔保健の専門家である歯科医療従事者による適切な口腔衛生指導や予防的な処置などのサービスが，歯科医療に対する知識の少ない個人を後押しするためにも必



要となる。

国民の予防歯科サービスへの需要は一般の財と同様に価格が重要なファクターであるため、その普及には経済的誘導策が必要であるとの報告がある<sup>20)</sup>。現状では、繰り返しになるが、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。そのような状況で、消費者である国民が限界便益と限界費用を比較して健康投資の水準を決めると考えた場合、よほど適切な情報（医学的な知識）がないと予防の限界便益を過小評価してしまう可能性が高い。そのようなことを防止し一次予防を推進するためには、欧米で取られている施策のように予防に対して十分な保険給付を行い、金銭的負担感を軽減しアクセスを改善する必要がある。

## 9. 望ましい歯科医療保険体制の構築

近年急速な少子高齢化が進展するなかで国家財政が悪化し、医療費抑制が政府の医療政策上の急務となっている。2006年度の医療制度改革においては、2025年度時点の医療費（給付費ベース）を8兆円削減する前提で医療費適正化対策が組まれている。しかし医療費抑制とはいっても、医療サービスが人命や健康改善に直接関わっているものだとすると、ただ単に医療費を抑えればよいというものではない。ただし、医療費に投入出来る資源に限りがあることは厳然たる事実で、無制限にすべての有効な医療サービスや医療プログラムを利用することは不可能である。だとすれば、医療費抑制策ということもあくまで希少資源の効率的な利用、最適資源配分がその目的となるはずである。

現在の緊縮医療財政の下、歯科医療資源の有効利用を実践していくためには、公的歯科医療保険の資源配分を見直す必要があると考える。そして実際に給付範囲を見直す場合、これまで論じてきた「事前的道德ハザードを抑制し、一次予防を推進する」という視点を踏まえて、治療需要の縮小を図っていくことが重要である。

具体的に資源配分を見直していく際には、ドイツの歯科医療保険改革が参考になる。ドイツと日本は、他の主要な先進国と違い、歯冠補綴・欠損補綴に対して、長らく手厚く公的保険の給付を行ってきたという共通点がある。

そのドイツも、歯冠補綴・欠損補綴にかかるコストが他の先進諸国よりも高いにもかかわらず、国民の口腔保健が期待されたよりも改善していないことから、歯冠補綴・欠損補綴にプライオリティーをおいた方策を改めることに乗り出した。1970年台後半から、2000年にかけて歯冠補綴・欠損補綴に対しての公的保険給付を段階的に引き下げ、2005年からは、基本的には公的保険の適用対象外とし、義歯付加保険へと移行させた。そして、歯冠補綴・欠損補綴に対しての公的保険給付を減少させるとともに、小児ウ触に対する予防給付を公的保険に取り入れてきた<sup>21)</sup>。

日本においても、冒頭にも触れたように国民の口腔保健が費用に見合うほど改善してい

るとは言い難い。そこでドイツと同様に、歯冠補綴・欠損補綴に対して段階的に公的保険の給付率を下げることで事前のモラルハザードを抑制し、同時に予防に対して公的保険の給付対象とすることで、一次予防を促進させていくべきである。

その場合、予防に関しては、2006年度の健康保険法改正により、保険者に対して一定の予防健診等の義務付けが行なわれたことを踏まえれば、公的医療保険からではなく保健事業からの支出という方向も考えられる（ただし、医療保険の場合はあくまでも高齢者の医療費抑制という観点から40歳以上の者を対象とした健診等の義務付けであり、その点、歯科については、別途の議論が必要であろう）。

今後の高齢化の進展に伴う医療費の増加に対して、政府は、生活習慣病の予防を医療費適正化の柱の一つとしている。そのことを考えた場合、生活習慣病の典型であり、かつ予防可能性の極めて高い歯科疾患の治療に対して、今後も従前通り公的保険を広範囲に渡って給付していくようなことでは、生活習慣病を予防するという政策目標の実現可能性は極めて低いものとなると考える。社会保険の理念は、誰しも被り得るリスクをシェアするという考え方が基本にある。だとすれば、本人の選択行動と密接に関連する疾病は、社会としてシェアすべきリスクとは区別されるはずである。ウ触や歯周疾患に罹患するかどうかは個人のライフスタイルに密接に関わるものであり、歯科医療サービス全般に社会保険を適用することには疑問が生ずる。

そこで将来的には、ドイツのように、歯冠補綴・欠損補綴を最終的には公的保険の給付外とすることも視野に入れていく必要があると考える。

歯冠補綴・欠損補綴が、仮に保険給付から除外された場合は、これまでの公的医療保険に代わって民間医療保険がカバーしていくことが望ましいと考える。その一つの理由として、民間医療保険を活用することで個人の一次予防に対する取り組みが促進される可能性があることを挙げたい。民間医療保険の強みは、政府や健保の場合と比べて保険会社と保険加入者との間における情報の非対称性の程度が小さいことである。保険会社は完全ではないにせよ、保険加入者の行動を観察することができ、保険加入者がどの程度一次予防に努力を払うかに応じて保険契約を結ぶことができる。

また、患者負担の仕組みや、歯科医療サービスの評価、ケース・マネージメントや、特定の医療提供者との選択的契約、人頭払い報酬やリスク分担型の予定払い方式のような提供側に影響を与える経済的誘因を柔軟に採用することなどにより、歯科医療提供者側のモラルハザードを効果的に抑制できる可能性がある。現在の日本における医療の質・量のコントロールは事実上医療提供者まかせであるが、民間医療保険がある程度保険者機能を働かせることにより、新たに緊張感のある関係を構築することが出来ると考えられる。

さらに民間医療保険を利用することにより、消費者の選択肢がふえる可能性がある。歯科医療は一般医療にくらべて治療法に様々な選択肢が存在するが、公的医療保険では様々な制約が存在し、結果は規格化した医療による患者需要とのミスマッチを増やすという状況を起こしている。むしろ、透明性の高い医療マーケットを作っていく方が無駄をはぶけ、

供給者，需要者共に納得いくシステムになると考えられる。

## 10．結論

「健康日本 21」では「歯の健康」についても具体的な目標が定められており，当然歯科においても，その医療の特性から考えて原因を元から絶つ一次予防に重点をおいていかなければならない。つまり，まず十分に一次予防を促進したうえで，それでも疾病に罹患し，治療した場合でも，極力再治療を減らすような仕組みを構築していかなければならないと考える。

現在のように保険財源を広く浅く給付するのではなく，優先順位を明らかにした集中的な保険給付が望ましく，修復治療偏重の現状からの脱却が必要である。

日本の医療制度を考えるにあたって，医療の当事者である患者あるいは潜在的な患者としての国民の存在を無視することは出来ない。患者の医療に対する考え方をいかに変えるかが時代をリードする制度設計を行なう上で重要な課題となる。

これまでの「与えられる医療」から「参加する医療」へと国民の意識を変えていくことが，これからの厳しい医療財政を円滑に運営していく上で必須となる。

諸外国の例を見ても単純な医療費削減を基本とした改革はほとんど失敗に終わっている。真の意味での医療制度改革をめざすのであれば，医療の提供体制や中身の非効率性を是正し，資源配分のあり方を変えることを通じて，その結果として医療費の削減につなげるべきである。

## 文献

- 1) スタンダード口腔保健学：飯塚喜一，上田五男，北村中也，p7-9. 78-89，学建書院，1990
- 2) Elderton Rj 歯界展望 1997：90：817-827
- 3) 8020 推進財団：健康日本 2 1 関連歯科医療施設調査報告書，2004
- 4) 川淵孝一：歯科医療再生のステラテジー，p. 10-16，医学情報社，2004
- 5) WHO Expert Committee on Educational Imperatives for Oral Health Personnel，"Educational imperatives for oral health personnel：change or decay？：Report of a WHO committee"，in World Health Organization technical report series；794，p.9-12，World Health Organization，Geneve，1992
- 6) Working Group convened jointly by the Federation Dentaire Internationale and the World Health Organization：Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower：Part 1，Int. Dent. J.，35：235-251

- 7 ) 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, p. 194-197, 光生館, 2004
- 8 ) 野村真弓, 上原裕美子, 尾崎哲則: 医療制度の類型別にみる歯科医療のアウトカムの国際比較の試み, 日歯医療管理誌, 35: 159-170, 2004.
- 9 ) American Dental Association: 1994 Survey on Dental Health Care Issues. November 1994
- 10 ) Swedish Dental Association: Dentistry in Sweden
- 11 ) 新庄文明, 鈴木 尚, 池田雅彦: 成人, 高齢者にたいする歯科臨床における歯周病予防指導の効果についての研究. 喪失リスクに与える影響. 老年歯科医学 3: 15-19, 1989
- 12 ) 三浦佳子, 品田佳世子, 下山和弘, 他: 定期的に歯科健診と口腔ケアを受けていた成人の歯の研究. 口病誌. 69/4: 285-289. 2002
- 13 ) 葭原明弘, 安藤雄一, 池田 恵, 他: 歯科健康審査を中心とした成人歯科保健事業は歯牙喪失を抑制するか. 口腔衛生会誌 46: 339-345. 1996
- 14 ) 森真佐美: かかりつけ歯科医と定期歯科健診の有無に関連する要因分析. 口病誌. 69/2. 95-106. 2002
- 15 ) 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. 2001
- 16 ) 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
- 17 ) 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
- 18 ) 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
- 19 ) Sintonen H and Linnosmaa I (2000) Economics of dental services. In Handbook of health economics. Vol. 1B, edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier, 1251-1296
- 20 ) 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. 15-27. 2002-12
- 21 ) 野村真弓, 尾崎哲則: 公的歯科保険の再考, 日歯医療管理誌, 41: 154-163, 2006.

『The consideration regarding the role of public dentistry medical insurance when

## **advance moral hazard is considered 』**

Because as for the dentistry disease it is prevention possible, importance of that primary prevention is praised rather from the time before in Japan. But, even presently on the center it could place primary prevention in the Japanese dentistry medical care, with it is difficult to call. Then primary prevention doing slowly, the cause of not permeating, was verified by the fact that the various phenomena that are related to the Japanese dentistry medical care are surveyed. As a result, as for the largest primary factor, that there is an advance moral hazard of the citizen, you thought, after standing on that, you considered concerning the public medical insurance system which is desired in the origin of the medical public finance where recent years become tight.

As a conclusion, cost oral hygiene of the citizen is made to improve efficiently, that, you think it corrects the insurance presentation of former restoration overemphasis, resource allocation of public insurance it should be taken a second look to the insurance presentation which moved the axial foot to prevention.

**Key words** : advance moral hazard , primary prevention , public medical insurance system

## 抄録

歯科疾患は予防可能であるため、日本においてもその一次予防の重要性はかなり以前から謳われている。しかし、現在でも日本の歯科医療において、一次予防がその中心に据えられたとはいえない。そこで一次予防が遅々として浸透しない原因を、日本の歯科医療に纏わる様々な現象を概観することで検証した。

その結果、最大の要因は、国民の事前的モラルハザードにあると考え、それを踏まえたうえで、近年の逼迫した医療財政のもとで望まれる公的医療保険制度について考察した。

結論として、費用効率よく国民の口腔保健を改善させるには、いままでの修復偏重の保険給付を修正し、予防に軸足を移した保険給付へと公的保険の資源配分を見直すべきであると考えられる。