

【歯科医師過剰の誤解！？】

～日本の歯科医師は過剰なのか？歯科医療費は低いのか？・・・海外比較～

今、「医師不足、医療崩壊」と多くのメディアで毎日のように報道されています。社会保障費の抑制がこの現状を引き起こした原因の一つであることは間違いありません。

片や歯科においては、歯科医師過剰、ワーキングプアなどの報道が一般向けのメディアでも報道されるようになってきました。

医療費抑制による（勤務）医師不足はそのまま医療崩壊に繋がっているようですが、歯科の医療現場においては、今の医療費抑制政策はどのような影響を及ぼしているのでしょうか。

わずかな自然増しか認められない歯科医療費の中で、多くの歯科医師は、「抑制された社会保障費の中でも極めて低く抑えられた歯科診療報酬に問題がある」、「過剰な歯科医師数が経営を苦しいものになっている」「国民医療費に対する歯科医療費の割合が年々低下し、ますます経営が苦しくなっている」などと感じています。

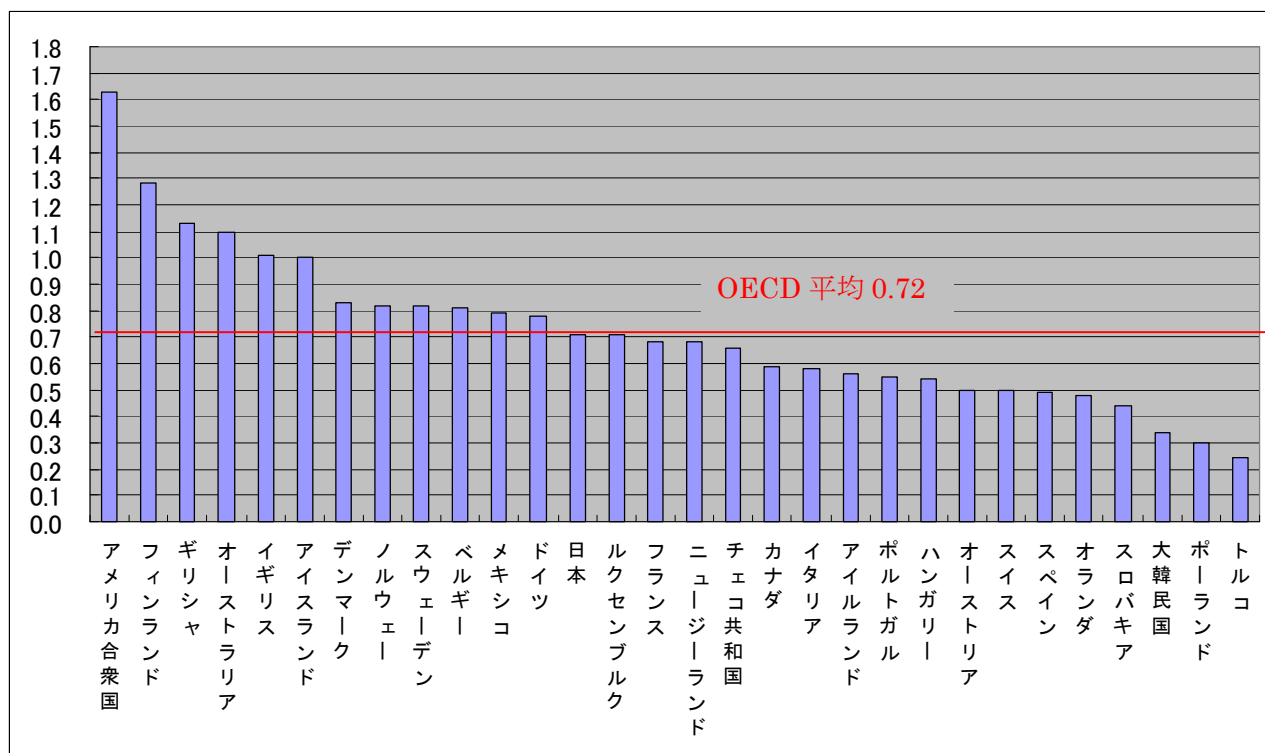
本当に歯科医療は細い骨のようになってしまっているのでしょうか。

【歯科医師数】

日本の歯科医師は世界的に見ると決して多いわけではありません。

世界各国の歯科医師数のデータの中から、OECD加盟国のデータを示します。
データはWHOのサイト

http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?strISO3_select=ALL&strIndicator_select=DensityOfDentists&intYear_select=latest&fixed=country&language=english#
からです。



日本の歯科医師数は OECD 各国の平均と同程度なのです。

今、日本では歯科医師の過剰感に溢れています。(少なくとも歯科医師はそう感じています。)しかし、何をもって「過剰、不足」というのかの基準は明確ではありません。

アメリカ並みの患者数(1日10人前後)を前提にすれば歯科医師は過剰ではないでしょうが、昔のように1日50人を前提にすれば過剰も過剰です。

歯科医師が過剰というより歯科保険医療機関が過剰なのかもしれません。歯科では長年勤務を続けることは少なく、ほとんどの歯科医師は開業します。歯科保険医療機関の資格を厳しくし、(感染対策、院長の経験年数、経験件数など)そして複数の歯科医が、また複数の衛生士や技工士までも含めて、ある程度の規模を持った歯科医療機関で働けるようにすべきで、そうなればピア・トゥ・ピアも今よりは働きやすく、後生の育成もできるという意見もあります。

確かに、歯科医院ごとに決して使用頻度の多くはない高額な医療機器を設置することは医療費の無駄使いに繋がりますし、高額な医療機器を設置すること自体が医療費の高騰を誘発する面も確かにあるでしょう。

その一方で、「歯科医院の看板は小さいほうが良く、小さい看板は患者—歯科医師双方が地味で長い付き合いを求めるこの医療の好ましい特徴を表している」「(「コップの外の嵐」 医療ジャーナリスト・秋元秀俊より)」という意見もあります。効率を追求した医療提供形態が即、高質な医療の提供には繋がらないことは容易に想像できますし、効率化が誰のためになされているのか首を傾げざるを得ない実態も目にすることがあるのは確かです。

歯科医師が過剰であるかどうかは、単純に対人口比で示されるものではありません。その国の、歯科医療制度、国民所得、国民の口腔保健衛生観念、文化などに大きく影響されます。

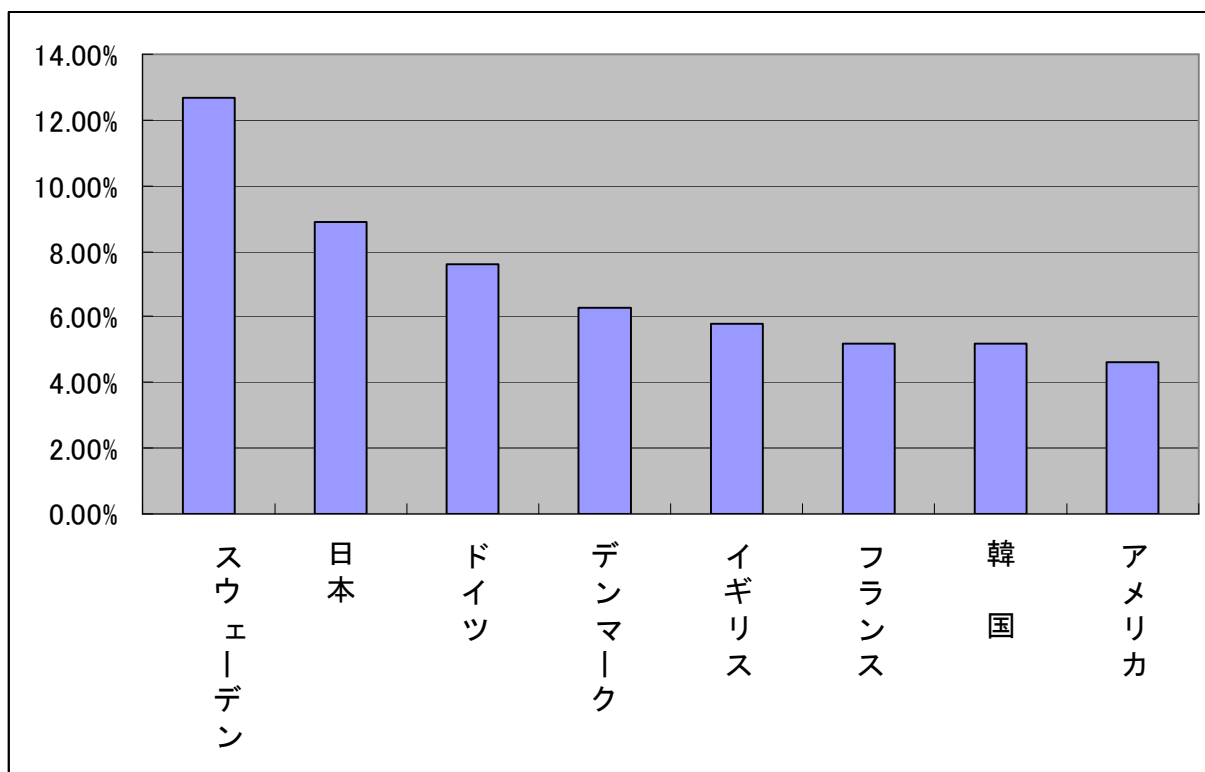
ただ、やはり、現在の日本の歯科医療制度の中では、今の歯科医師数は過剰であると言えるでしょう。大多数の歯科医師がこ歯科医師過剰だと感じている現在の日本の歯科医療環境が長く続くと、国民にとっても不利益として跳ね返ってくる部分が生じてしまう危険性があるのではないのでしょうか。

【歯科医療費】

世界各国においては、歯科医療費は、総医療費のうちどの程度を占めているのでしょうか。正直言って、この辺のデータは十分には収集できていません。あれこれネットを巡ってみました。ソースのはっきりした、また新しいデータはあまり見当たりませんでした。(データをご存知の方、ご教示いただければ幸いです。)

岸和田市歯科医師会のホームページ <http://www.kishiwada-shikaishikai.jp/06/03-04.html> に「海外の歯科医療費」として8カ国のデータが掲載されていました。(出典は明らかではありません。)データは少し古いようですが、ここに掲載してみます。

	総医療費	総医療費の GDP 割合	歯科医療費	総治療費割合
日本	285,210 億円(1996)	7.27%	25,431 億円(1996)	8.90%
アメリカ	833,360 億円(1996)	12.60%	50,017 億円(1995)	4.60%
ドイツ	270,900 億円(1996)	10.50%	20,639 億円(1996)	7.62%
デンマーク	15,384 億円(1996)	8.00%	961 億円(1996)	6.25%
スウェーデン	23,801 億円(1996)	8.60%	3,016 億円(1996)	12.67%
フランス	163,812 億円(1996)	9.70%	8,444 億円(1996)	5.15%
イギリス	87,672 億円(1996)	6.90%	5,082 億円(1996)	5.80%
韓国	163,812 億円(1996)	9.70%	8,444 億円(1996)	5.15%

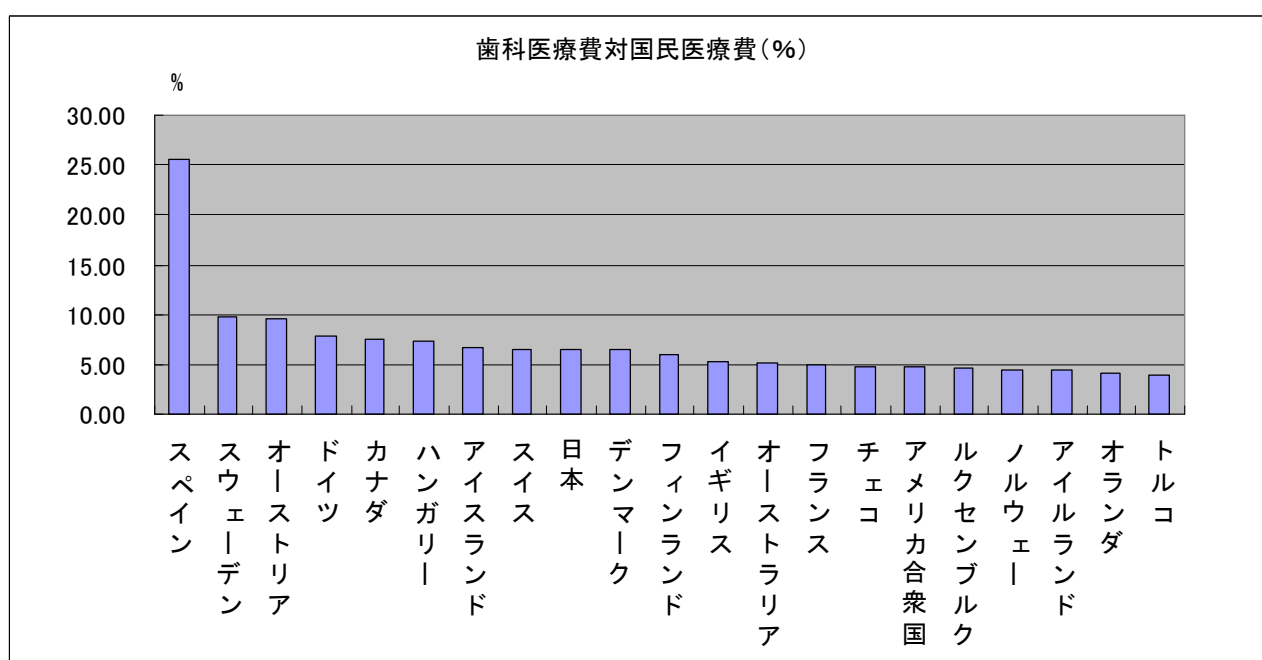


これを見る限り、日本の歯科医療費の医療費全体に対する割合は決して低いとはいえないようです。歯科治療費が高いことで有名なアメリカよりも歯科医療費の医療費全体に対する割合は高いのです。

川渕孝一（東京医科歯科大学教授）「歯科医療再生のストラテジー&スーパービジョン」にも歯科医療費に関するデータが掲載されています。

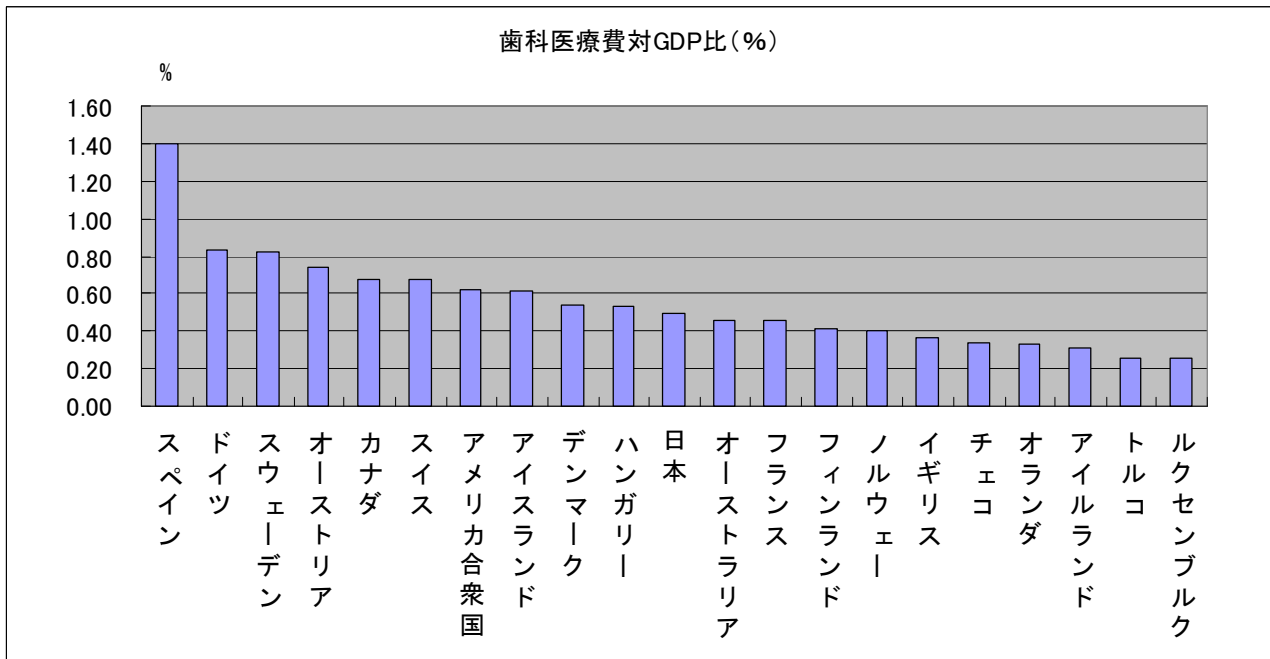
（出典は OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition。データは、数カ国を除いて 2000 年。スペインは 1985 年、アイルランド、イギリス、スウェーデンは 1992 年、オランダは 1997 年、ノルウェーは 2001 年）

それによりますと、歯科医療費の対国民医療費の割合をグラフで示すと次のようになっています。



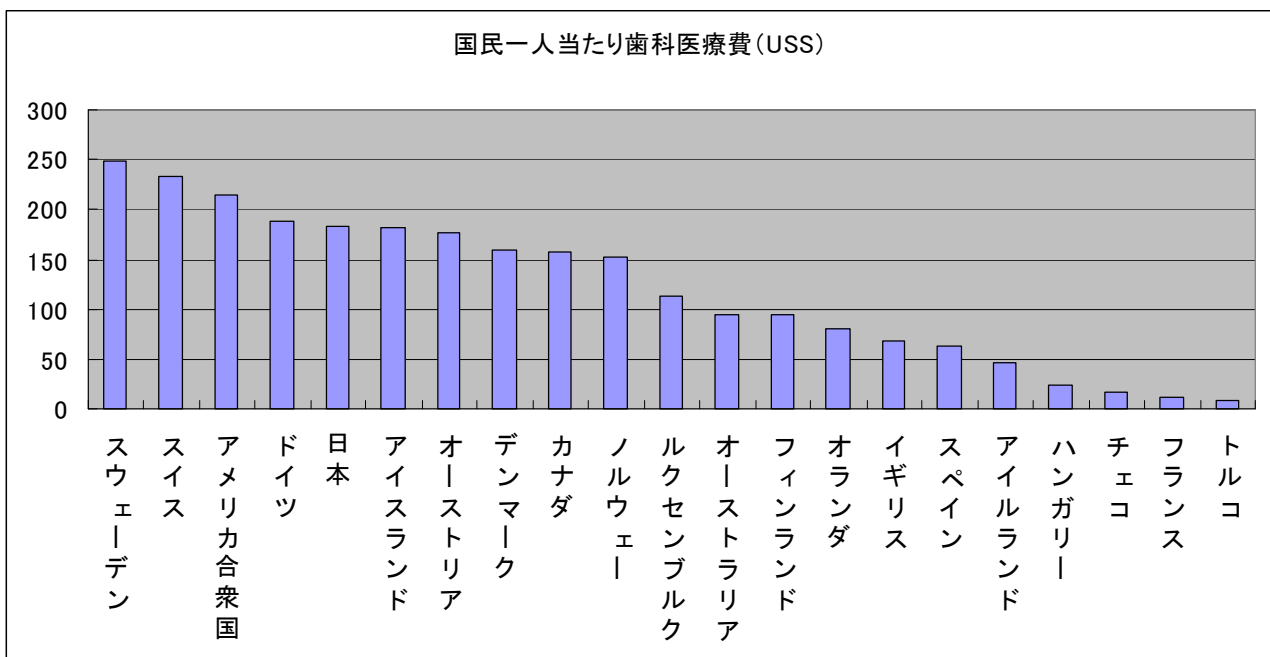
この中では日本は9位と、中間的な位置を占めています。スペインが突出していますが、それ以外の国は、10%から4%程度になっています。日本は、6.48%ということです。

歯科医療費の対GDP比(%)をグラフで示します。



日本は11位となっています。(0.49%)

また、国民一人当たりの医療費についても記載されています。(単位はUS \$) (データは、スペインは1985年、アイルランド、イギリス、スウェーデンは1992年、オランダは1997年、ノルウェーは2001年、それ以外は2000年)



このように日本の歯科医療費は海外諸国と比較して決して低いものではありません。

ところが、日本の多くの歯科医師は、日本の診療報酬はかなり低いと感じています。現に、歯科の各治療費をアメリカのそれと比べると、数分の一から20分の一なのです。

ここに日本の歯科医療の特徴が良く出ています。診療報酬が低いのに、総歯科医療費が少ないのは、日本の道路工事と同じだからではないかと推測します。・・・同じところを何回も掘っては、埋める、すなわち「スクラップ & ビルド」です。これが医療として正しい姿なのかどうかは、誰にでも分かることでしょう。

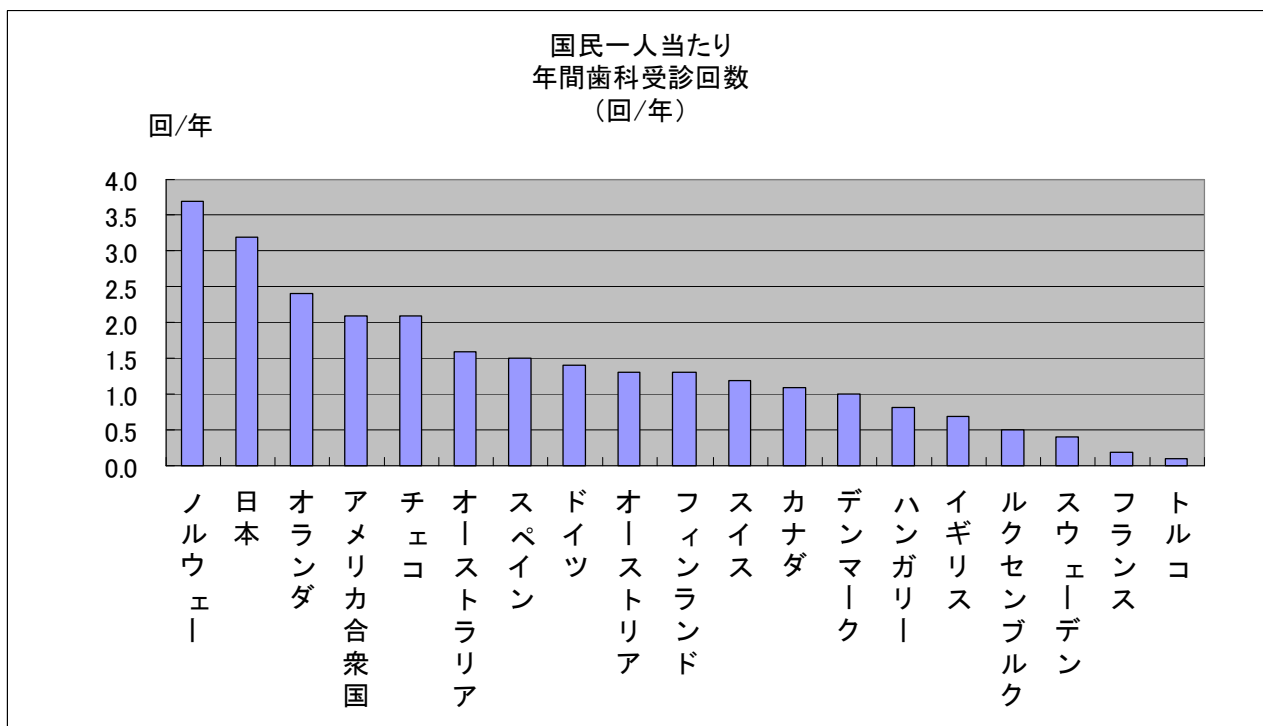
【国民一人当たりの年間歯科受診回数】

日本の歯科医療の特徴の一つに「国民一人当たりの年間受診回数」が多いというのがあります。同じく東京医科歯科大学の川渕孝一教授編の「歯科医療再生のストラテジー&スーパービジョン」の中の「I 歯科医療経済の分析と再生のビジョン」（川渕孝一）の中にそのデータが示されています。

そのデータをグラフで示してみます。（国民一人当たり年間受診回数（回/年）については、ノルウェーは1985年、スウェーデンは1987年、アメリカは1989年、カナダは1991年、オーストラリア、スペインは2001年、スイスは2002年となっています。）

日本は世界2位の年間3.2回の受診回数となっています。

勿論、即これが良いとか悪いとかという問題ではありません。各国の文化、社会保障制度、医療制度（国民皆保険、民間保険）、口腔保健衛生への関心度、食生活習慣、口腔内健康状態、歯科医療へのアクセス性、歯科医療給付範囲、歯科医療費給付割合、窓口負担率、歯科治療の単価（診療報酬の評価）、医療水準などの要因が複雑に組み合わさっての結果です。



以上、歯科医師数、歯科医療費、国民一人当たりの年間歯科受診回数について国際比較のデータを見してきました。この3点で日本の歯科医療の特徴がおおよそ理解できると思います。

客観的なデータと、日本の歯科医師個人が感じているものにはギャップがあり、このデータを見て、意外に感じる歯科医師も多いかもしれません。

ここにこそ、今の日本の歯科医療の問題点が潜んでいるのではないのでしょうか。

【これからの歯科医療のひとつの在り方】

総歯科医療費を変えずに診療報酬を倍にすることは不可能ではないと思います。また、総歯科医療費を変えずに歯科医療の質を高めることも不可能ではないと思います。

1日に診る患者の数を減らし、診療の質を高めることで（勿論、同時に診療報酬の引き上げを行うことが必要です。）「スクラップ & ビルド」から抜け出すことが出来ますし、歯科医療費にはそれほど変化を与えずに医療の質の向上に繋げることもできるはずです。

しかし、診療報酬の大幅なUPは、保険給付率が変わらなければ、特に低所得者の受診抑制を引き起こす可能性があります。しかも、「生活の医療」である歯科においてはその影響が一般医療よりも強く出る可能性が高くなります（支出弾性が高い）。日本は世界的に見ると高齢者の無歯顎率が低いのですが、これは一つに低診療報酬という一つの易アクセス性によるものであると考えています。

「長瀬指数」というものがあります。これは、患者さんの窓口負担割合と医療費との相関関係を指数化したもので、窓口負担率を3割にすれば、医療費は10割給付の時に比べて0.592、すなわち6割以下に逓減するという関係を示しています。4割負担だと需要の5割未満以下に逓減し、もはや公的保険の意味をなさなくなります。厚労省もこのことはよく承知していて、現在の窓口負担割合は「これが限界だ」と認めています。診療報酬の大幅なUPの際には、同時に保険給付割合の見直しも同時に行うことも検討しなければならないでしょう。

良い治療が即、処置歯の長寿命に繋がるわけでもなく、当然、後のプラークコントロール、咬合管理などのメンテナンス、フォローがあつてはじめて良質な歯科医療の提供がなされることとなります。ドイツで採用されているような、メンテナンスに定期的に歯科医院に通った場合に何らかのインセンティブ（給付率を変える）を与えるという制度も検討し値するものなのかもしれませんが、果たして日本の文化の中で受け入れられるかという疑問はあります。

予防、メンテナンスへの給付をうまく組み入れることで、国民の口腔内の健康維持が行われ、結果的に補綴への給付の減少を図る（減少した分は、さらに予防へまわす）というのも方向性の一つでしょうし、乳幼児から後期高齢者までの一貫した、また予防から補綴までの一貫した歯科保健、歯科医療制度のシームレスな構築はこれから考えていかなければならない大きな課題だと思います。

歯科医療制度の大きな変革には、国民の口腔保健衛生に対する意識変容がどうしても必要になりますから、多大な努力も必要になってきますし、なによりも歯科医師自身の意識変容の方が大変なのかもしれません。しかし、あるべき歯科医療はどうあるべきかの選択肢は多くあるはずで、あらゆる方向性を検討し、それを国民、患者に提示することも歯科医療関係者の責務だと思います。

日本の歯科医療は日本国民のために存在すべきものです。国民の口腔衛生の向上のために、我が国の歯科医療をどのような形にすればよいのか・・・それを決めるのは国民ですが、その国民に正しい情報を発信し、「どういう形態の歯科医療があるのか」を提示し、「どういう形態の歯科医療が望ましいのか」を「患者、国民に問う」のは私達歯科医療提供者の役割でしょう。

歯科医がおかしいのか、制度がおかしいのか、あるいは日本国民の口腔保健衛生意識が足りないのか、日本の歯科医療の現状は歪に満ちていることは間違いありませんが、高齢者の無歯顎者率が世界的には低いなど、決して今の歯科医療が世界的に見劣りしているわけではありません。国民皆保険というフリーアクセスの中で補綴が広い範囲で給付されるなど世界に誇るべき制度を日本は持っています。

ただ、歯科医の良心が今の歯科医療を支えているのもまた事実なのです。今の歯科医療制度の下での歯科医療費の行き過ぎた削減、行き過ぎた歯科医師の供給により歯科医師の良心が崩れてしまう前に、なすべきこと、考えるべきことは多いはずです。

2008/04/17

みんなの歯科ネットワーク

チュー with TEAM T.S.T.