

歯科医療費の特性と所得

【所得と医療費】

(図 1) のグラフを見てわかるように、国民医療費は年々増加し続け、その対国民所得比も上昇し続けています。

医療費上昇の要因としては

1. 人口の増加
2. 人口の高齢化
3. 医学、医療の進歩、新技術の導入
4. 疾病構造の変化、対象の変化
5. 医療保険制度の普及
6. 国民所得の上昇
7. 医師供給数増加 (ないし医師誘発需要)
8. 医療分野と他の産業分野の生産性上昇格差

などが挙げられています。

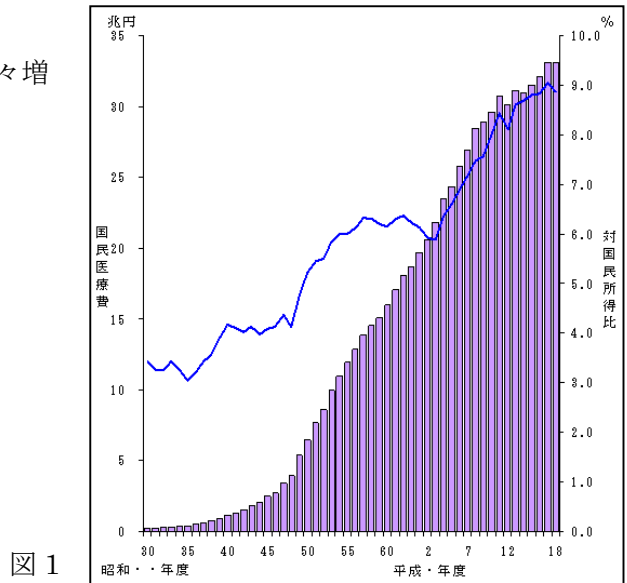


図 1

「平成18年度国民医療費の概況」より

上に挙げた要因が互いに影響しての結果であるのでしょうか。よく、高齢化により医療費が高騰してきたと言われていますが、実は、アメリカの研究 (*1) で高齢化による医療費高騰への寄与度は、3~4%程度であることが判明しています。医療費高騰の最も大きな要因は、医療技術の進歩なのです。

(*1) (Newhouse JP. Medical care costs: how much weal fare loss J Econ Perspects.6,1992,3-21.)

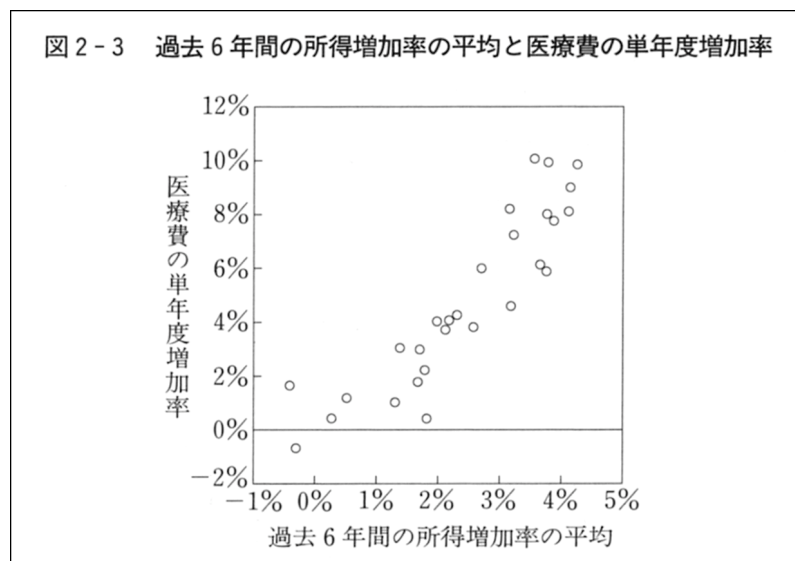
(*1) (「改革」のための医療経済学 兪炳匡 2006年)

医療費の伸びは、所得の伸びと相関があることも指摘されています (図2)。

ただ、所得の単年度の伸び率ではなくて、「過去の医療費の伸び率には、実は過去の国民所得の伸び率が影響している (権丈)」事に留意が必要です。(図2) は、医療費の単年度増加率と過去6年間の所得増加率の平均との相関を示しています。非常に高い相関性が認められます。

日本の医療費が増加を続けてきたことは、日本の所得が向上を続けてきたことによるものであるといえます。また、これは、今後の医療費の伸びは、これからの日本の所得の増加率に影響されるということにもなります。

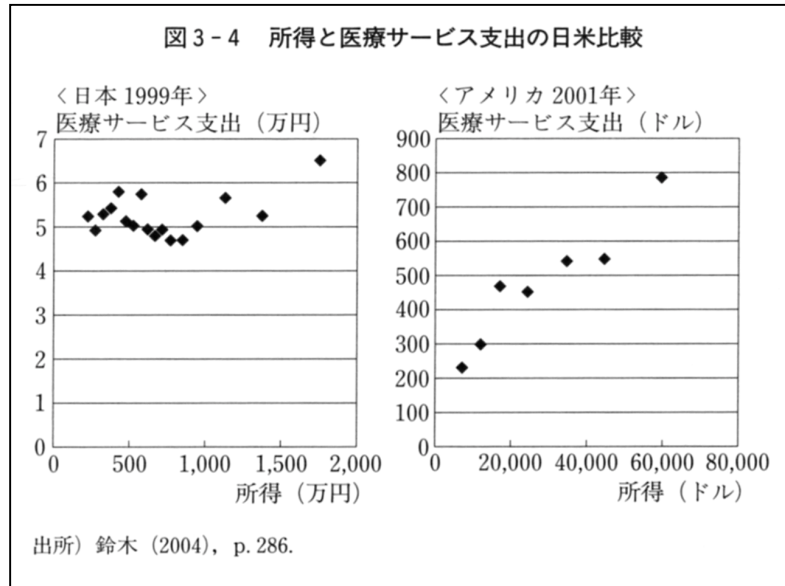
図 2



家庭レベルにおいては、医療サービスに対する支出と所得との相関も指摘されています。

日本では国民皆保険制度が存在し、リスクが同じ人たちの間での再分配（民間保険がこれに当たります）、所得が高い人から低い人への再分配、リスクが低い人からリスクが高い人への再分配が政策としてとられているため、所得と医療サービス支出には大きな相関は認められませんが、全国民を対象とした公的医療保険制度が整っていないアメリカにおいては、医療サービス支出と所得には大きな相関が認められています（図3）。日本は医療の平等消費型、アメリカは医療の階層消費型といえます（権丈）。

図 3



医療年金問題の考え方 再分配政策の政治経済Ⅲ 権丈善一 より

【歯科医療費と所得】

歯科医療費は、一般医療費と比べて所得に大きく影響されるという特質があります。

「支出弾性」という経済用語があります。これは、家計の消費支出が全体として1%増加したときに、その品目の支出額が何%増加するのかを表した数値をいいます。この数値が低いとその品目に対する支出は景気にはあまり左右されないことを意味します。逆にこの数値が高いとその品目は「贅沢財」ということができます。

この支出弾性、2003年においては、「保険医療」全般においては0.28、つまり「保健医療」全般としては景気に左右されない「財」といえます。（注：一般的に支出弾性値が1未満の品目を基礎的支出、1以上を選択的支出に分類されます。）ところが、そのなかの「歯科診療代」の支出弾性は1から1.25のCランクとなっています。「歯科診療代」は「贅沢財」、つまり、歯科は景気・不景気に大きく影響されるということです。これに対して、「医科診療代」は0.75未満のAランクです。（総務省「2003年家計調査年報」）

歯科医療費は一般医療費よりも、所得に大きく影響されるのです。つまり、歯科医療費は、経済的な好況・不況に大きく左右されるといえます。今、世界的な不況が訪れていますが、これが歯科医療費にも大きな影響をもたらす可能性があります。

ここで、国民の収入階級（5段階）とそれぞれ階級別の医療支出との関係を、医科と歯科について見てみます。データは総務省「家計調査年報」2003年からです。

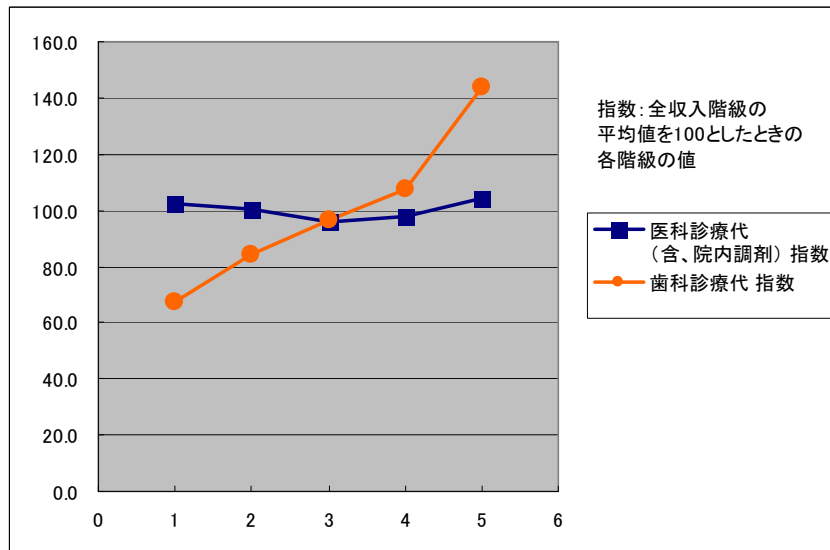
次の表とグラフ（表1、図4）をご覧ください。

表 1

収入階級 (年間収入:千円)	医科診療代 (含、院内調剤) 円	指数	歯科診療代 円	指数
I (~3,640)	42,154	102.1	10,244	67.4
II (3,640~5,000)	41,348	100.2	12,822	84.3
III (5,000~6,570)	39,450	95.6	14,710	96.7
IV (6,570~8,900)	40,263	97.6	16,353	107.6
V (8,900~)	43,148	104.5	21,896	144.0
平均	41,273	100.0	15,205	100.0

総務省「家計調査年報」2003年

図 4



先ほど日本は平等消費型の医療の実現、アメリカは階層消費型の医療であることを示しましたが、上の（表 1、図 4）をみればわかるように、平等消費型を基本とする国民皆保険が存在する日本において、歯科医療については階層消費型の医療となっているのです。

全国民に低負担で平等に医療を提供するという日本の国民皆保険の理念とは少しずれているのが、歯科医療の実態といえます。これは、低所得者にとっては、良質な歯科医療サービスの提供を経済的な理由で受けることができない可能性があることを示しています。

歯科医療は、生活の医療・生活の質を支える医療であるから階層消費型であって当然なのか、生活の医療・生活の質を支える医療であるからこそ平等消費型で在るべきなのか、この判断は歯科医療者が決めることではなくて、当然国民が決めることなのですが、歯科医療者も、もっと歯科医療に関する情報の提供、歯科医療の透明化を進め、国民の中で議論が進むよう努力をする必要があるでしょう。

【県民所得と歯科医療費】

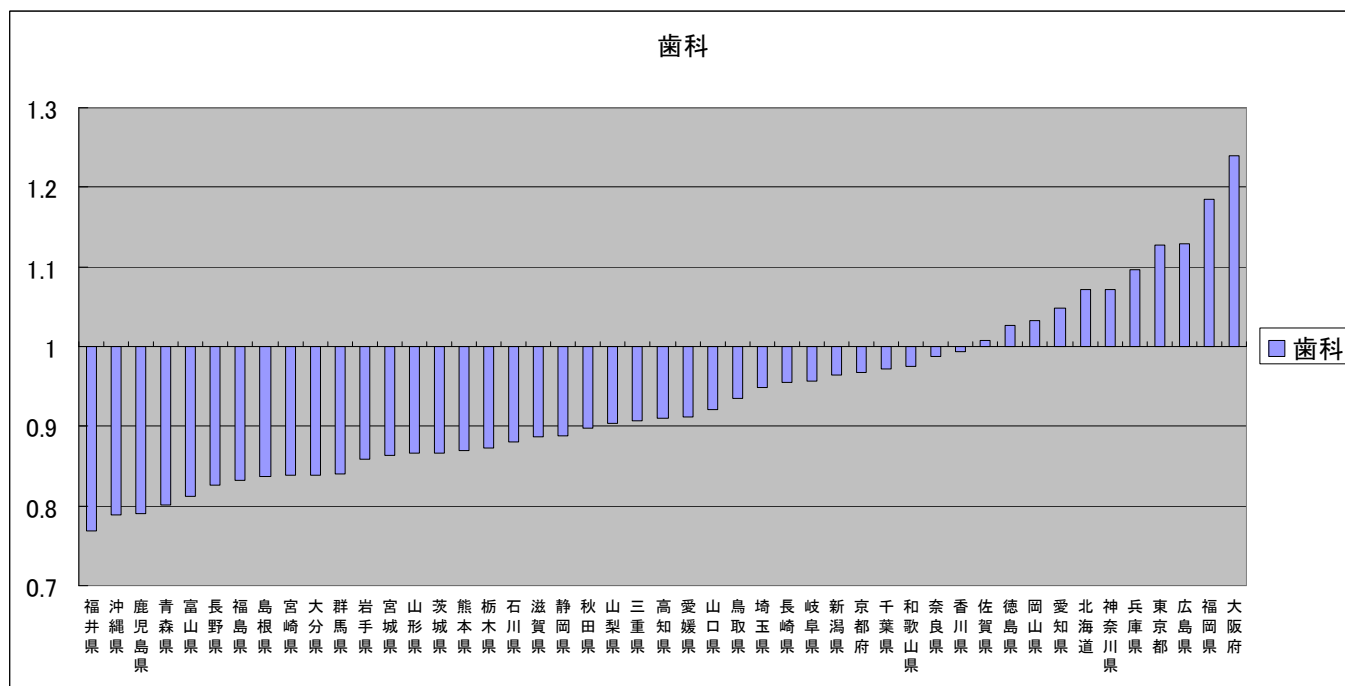
「平成 18 年度 医療費マップ」にてでくる歯科医療費の地域差指数と県民所得との関係を見てみます。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/hoken/iryomap/06/index.html>

医療費マップとは、1人当たりの実績医療費、地域差指数を都道府県別にまとめ地図として表したものです。地域差指数とは、高齢者の医療費は若年者に比べ高く、被保険者の高齢化が進んでいる市町村は1人当たり保

険給付費が高くなるため、各市町村の年齢構成の相違による保険給付費への影響を補正し、その他の要因による保険給付費の地域格差を指数化したものです。つまり、地域差指数は、都道府県の年齢構成の違いによる医療費の格差を除去して指数化したものということになります。全国平均が1になります。歯科医療費の地域差指数をグラフで示します(図5)。(このデータは国民健康保険におけるデータであることに留意してください。)

図 5

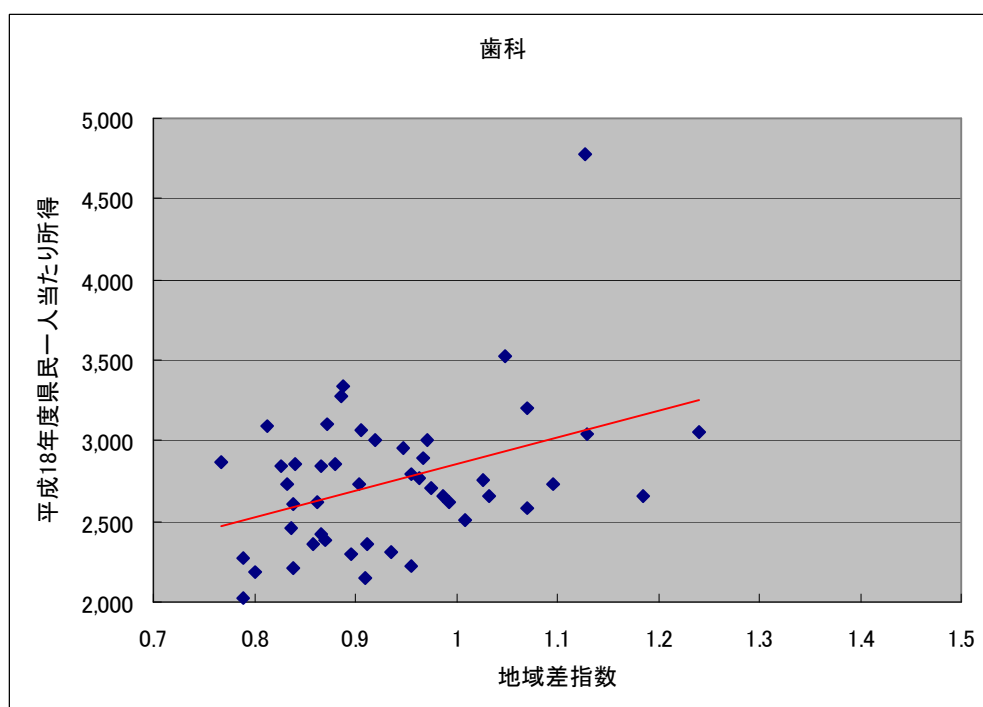


福井県の0.768から、大阪府の1.24まで、全国的には大きな差があることがわかります。(1.24÷0.768=1.61)

先ほど、歯科医療費は所得と関係があると記載しましたが、この地域差指数と県民所得の関係を見ていきたいと思えます(図6)。県民所得のデータは、内閣府「県民経済計算」からのものです。比較年度がずれますが、県民所得のデータは平成17年度のものを使用しています。

<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/toukei.html>

図 6



歯科医療費と歯科医療費の地域差指数には緩やかな相関が認められます。県民所得の高い地域のほうが、歯科の地域差指数も高い（歯科保険給付費が高い）傾向にあるということになります。日本は国民皆保険制度が存在するため、歯科医療における階層消費型は幾分緩和されていると考えられます。

参考として、同じデータから、「医科の入院」における地域差指数と県民所得の関係と、「医科の入院外」における地域差指数と県民所得の関係をグラフで示してみます（図7、図8）。

図7

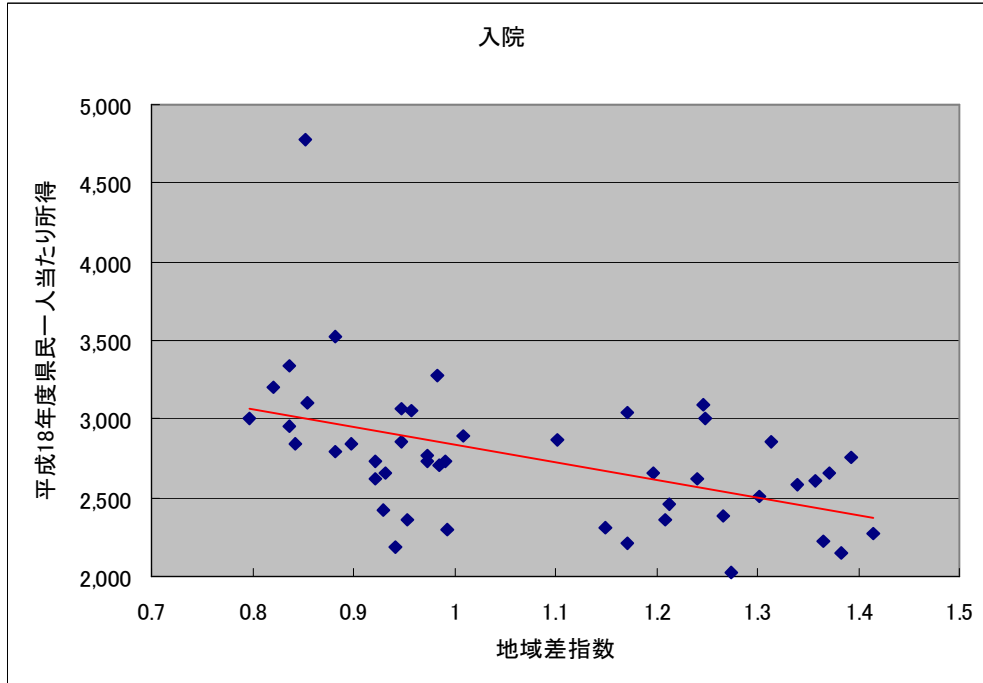
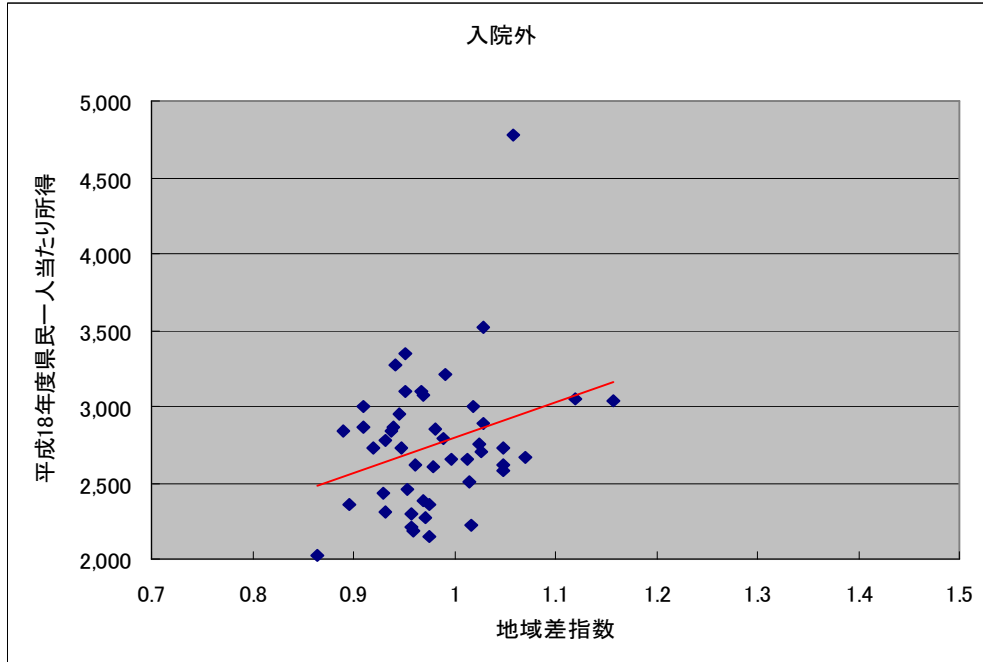


図8



入院では、むしろ、地域差指数と県民所得には負の相関が見られるようです。負の相関関係となるのは、所得の低い人ほど、健康度が低いためでしょうか？

入院外と歯科では、正の相関が幾分あるようですが、地域差指数の幅（格差）が異なります。医科の地域差指数の差が、1.158～0.864 であるのに対して、歯科では、地域差指数の幅が、1.24～0.768 と幅広くなっています。歯科では特に、地域差指数が低いほうに広がっていることが読みとれます。

【所得とむし歯有病率】

国民皆保険が存在する日本においても、歯科医療は階層消費型であるために、(図9)で示すように日本の都道府県間で、子供の口腔内の健康度…むし歯有病率は、その所得に大きく影響されるという結果になっています。子供のむし歯有病率は、その都道府県の所得に相関しているのです。

図9

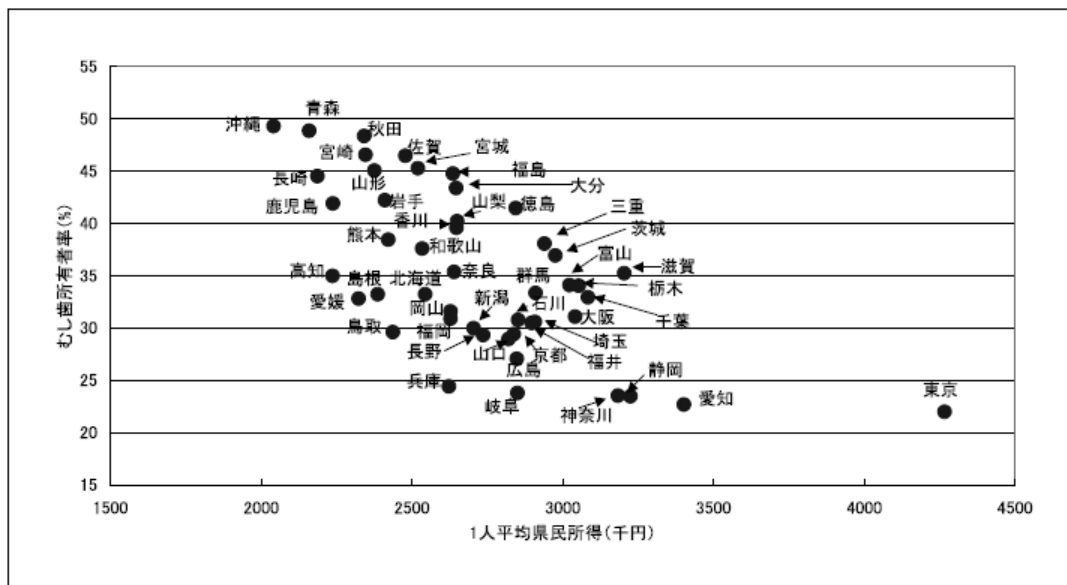


図3 3歳児の都道府県別むし歯有病者率と平均県民所得—2003年
(厚生労働省母子保健課調べ「3歳児歯科健康診査」/内閣府経済社会研究所国民経済計算部「県民経済計算年報」)

日本歯科医師会雑誌 2008 VOL.60 NO.10

「医療制度改革の文脈から考える日本の歯科医療政策」 野村真弓 より

歯科医療が社会保障の一分野として組み込まれている日本において、こういう格差が存在することは決して好ましいことではないでしょう。

もちろん、子供のむし歯有病率は、県民所得だけでなく、アクセス性という点で、その地域の歯科医師数や歯科診療所数に影響される可能性はあります。現在、全国的には歯科医師、歯科診療所の偏在があることは事実です。

ただ、OECDの国際比較による報告によれば(※2)、子どものDMFT数と1人当たり歯科医師数との間にはほとんど相関がないことが示されています。これは、1人当たり歯科医師数が同じ国々の間にDMFT指数の大きな違いがあり、歯科医師に掛かりやすいこと以上に、他の多くの要因が歯の健康に影響することを示しています。

(※2) 図表でみる世界の保健医療 OECD インディケータ (2007年版)
By OECD, 経済協力開発機構 2章 健康状態 より

【歯科医療費を押し上げる歯科医師誘発需要は存在するのか?】

消費者である患者側と医療サービス提供者である医療機関側では取引されるサービス(医療サービス)については、圧倒的な情報量の差があります。(情報の非対称性)このため、患者は医師の勧める治療法に委ねることが多くなり、情報量の多い側に有利な取引となります。つまり、提供側が需要をコントロールできるということになります。これを「医師誘発需要」といいます。

ただ、医師（歯科医師）誘発需要（注1）による医療費増加への影響は、それほど多くは無いといわれています（注2）。

（注1） 漆博雄『医療経済学』 東京大学出版会,1998,p.39 における定義

※著者は、「医師誘発需要仮説」と表記。

「情報の非対称性が医療サービスの取引に与える影響に関する仮説である。」（p39）

『一般的な医師誘発需要仮説』によれば、人口当たりの医師数が増加すると、医師は所得の減少を防ぐために情報の非対称性を利用して医療サービスの需要を誘発するという。医師誘発需要仮説には、競争的な市場における需要曲線のシフトによって説明するアプローチと、情報の非対称性や医師の裁量を明示的に使って説明するアプローチがある。（p39）

（注2） 以下、『改革』のための医療経済学」 兪炳匡より引用

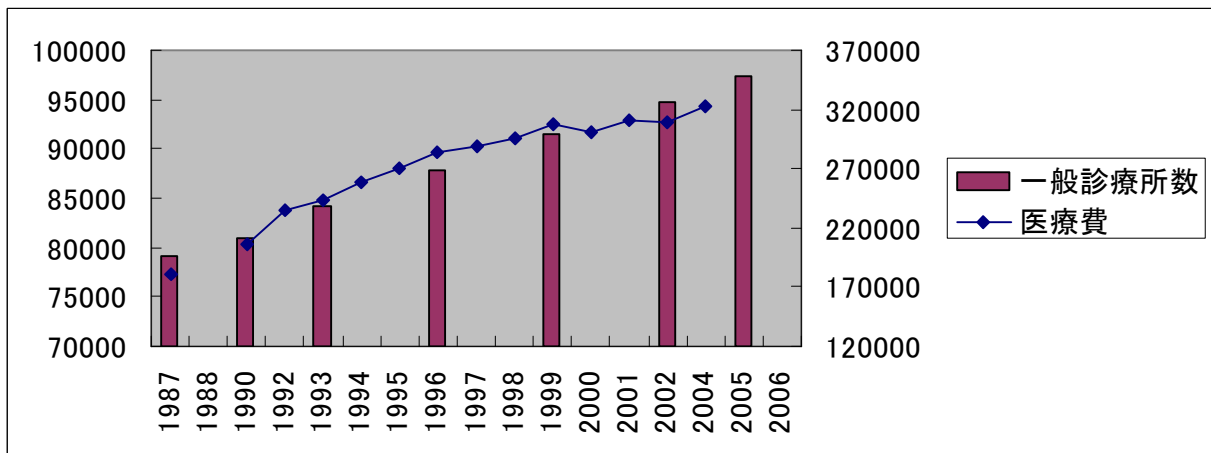
「過去の先進諸国での研究が示唆するように、寄与率がほとんどゼロ、ないしきわめて軽微であるならば、仮に、全医師数の5%が誘発需要を引き起こしているとしても、わざわざそれらの医師を探し出すための政策は、政策順位は低いと言えるでしょう。なぜなら、この政策を実施するための費用も医療費を引き上げるわけですから。

果たして、歯科医師誘発需要は存在するのでしょうか。

そこで、一般診療所、歯科診療所の数と医療費、歯科医療費との関係について見てみます。

まずは、内科における、診療所数の増加と医療費の増加を（図10）でグラフ表示して見ます。

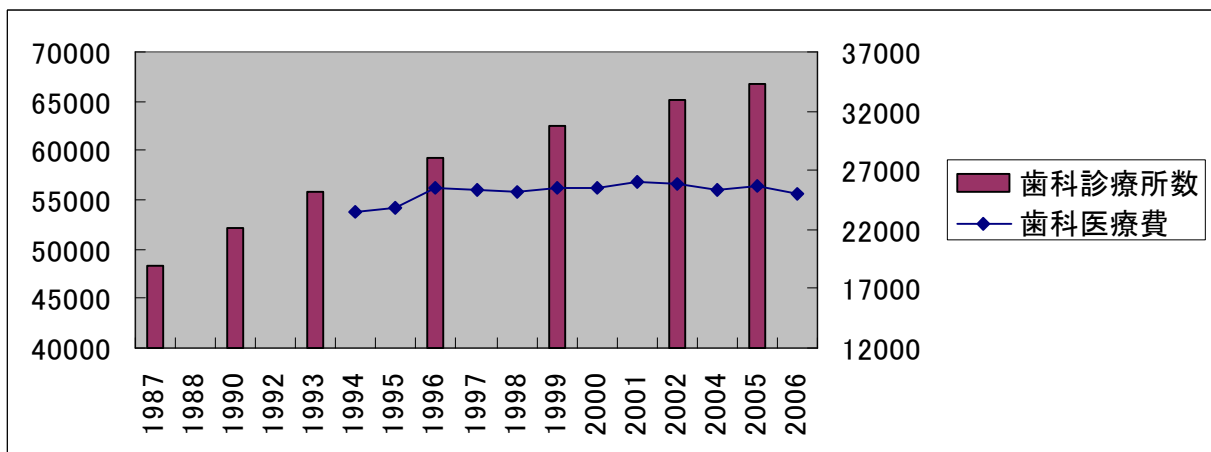
図10



このグラフを見ると、医師誘発需要が存在する可能性がある、という見方もできるのかも知れません。医療の高度化、国民の健康意識の向上、所得の向上なども重なった結果でしょうが、一般診療所数の増加とほぼ比例して、医療費も増加しています。

次に、歯科診療所増加と歯科医療費の推移をグラフで示します（図11）。

図11



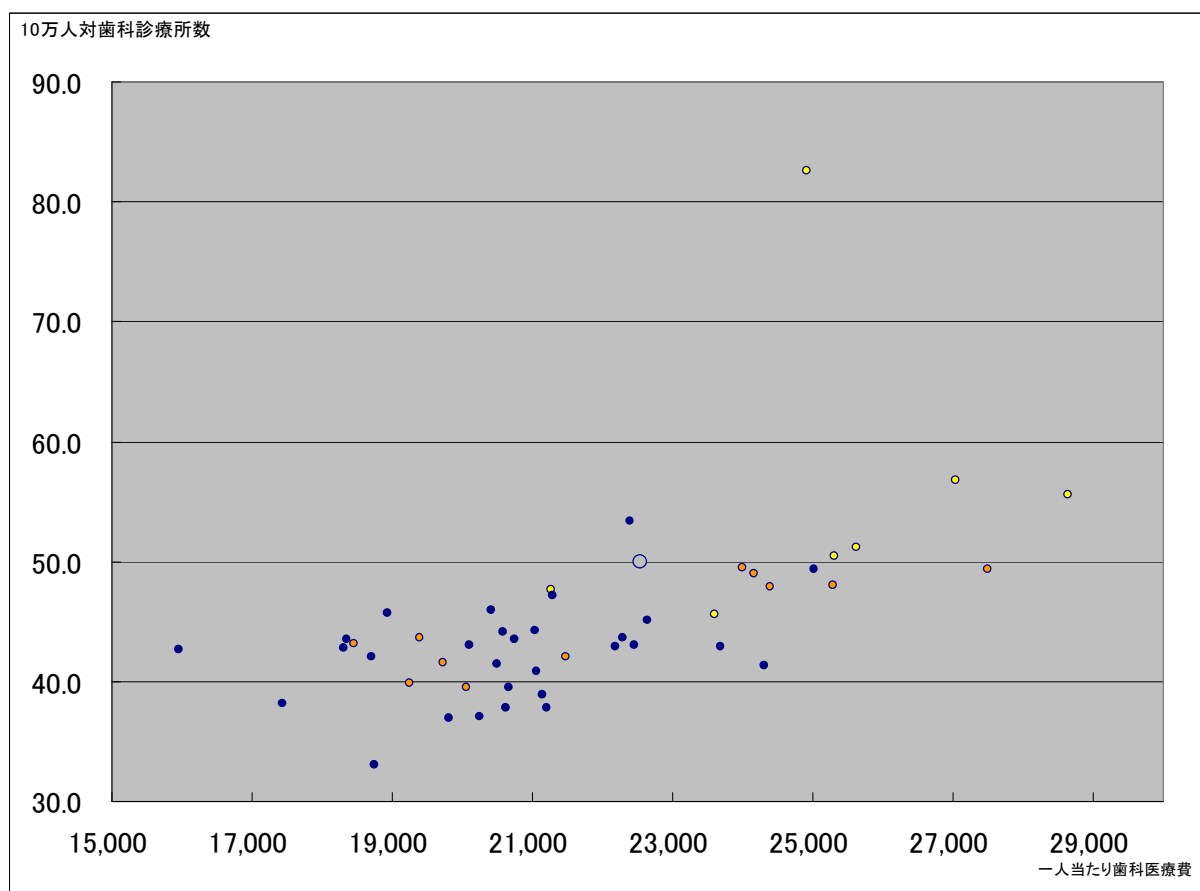
医科とは違い歯科においては、診療所が増加しているにもかかわらず、歯科医療費には大きな変化は見られません。このグラフを見る限りでは、歯科においては、歯科医師誘発需要は存在しないという見方もできそうです。

歯科には歯科医師誘発需要は存在しないのでしょうか。

別の視点から見たグラフを（図 12）で示してみます。これは、10 万人対歯科診療所数と一人当たり歯科医療費の相関を見たものです。歯科医療費については、社会保険診療報酬支払基金の「医療機関別診療状況調」の都道府県別のデータを使用しました。（社保・国保合わせた全体のデータではなくて、あくまでも社会保険診療報酬支払基金のみのデータであることにご留意ください。）平成 18 年度診療分からです。

10 万人対歯科診療所数が多い都道府県は一人当たり歯科医療費が高く、明らかに相関があるといえます。つまりは、歯科医師誘発需要が存在している可能性が強いことを示しています。

図 12



一体、歯科医師誘発需要は存在するのでしょうか、存在しないのでしょうか。

これについては、次のように考えられます。

平成 8 年頃までは、歯科診療所が増えていき、アクセスが良くなると同時に、国民の口腔保健意識も向上してきたため、潜在していた歯科医療の需要が顕在化し、また、情報の非対称性があるため、歯科医師誘発需要も働き、歯科医療費も増加を続けた。しかし、それら歯科医療を押し上げる要因にも限界があり、国民の口腔内の健康状態も良くなり、歯科医療費は伸び悩んだといえるのではないのでしょうか。

ただ、都道府県別に見た場合には、所得の格差があり、歯科医療費は所得に大きく影響されるため、所得の高い都市圏では、一人当たりの歯科医療費が高くなっているのでしょうか。都市圏の人のほうが、口腔健康状態は良好であり、治療の必要性が低いとも思われるのですが、早期治療、あるいは予防的な処置により、また、あってはいけないことですが過剰診療がなされて、歯科医療費を押し上げている可能性があります。競

争の激しい都市圏では歯科医師誘発需要が強く働いているのかもしれませんが。

逆に、地方では、所得が低いため、必要な歯科医療を受けることができないという現象が起こっている可能性もあります。もし、所得が少ないことによる受診抑制があるとしたら、これまで述べてきたことを考えると、その一番の解決策は、歯科医療の特質を考えると、自己負担率の引き下げということになります。

歯科医療と負担率の研究では次のような報告があります。(ただ、以下の一連の研究は任意加入の民間保険を想定しています。)

保険の給付率が高い被験者ほど、早期に歯科医療サービスを利用し、良好な口腔保健状態を保っている (Balit, 1985)

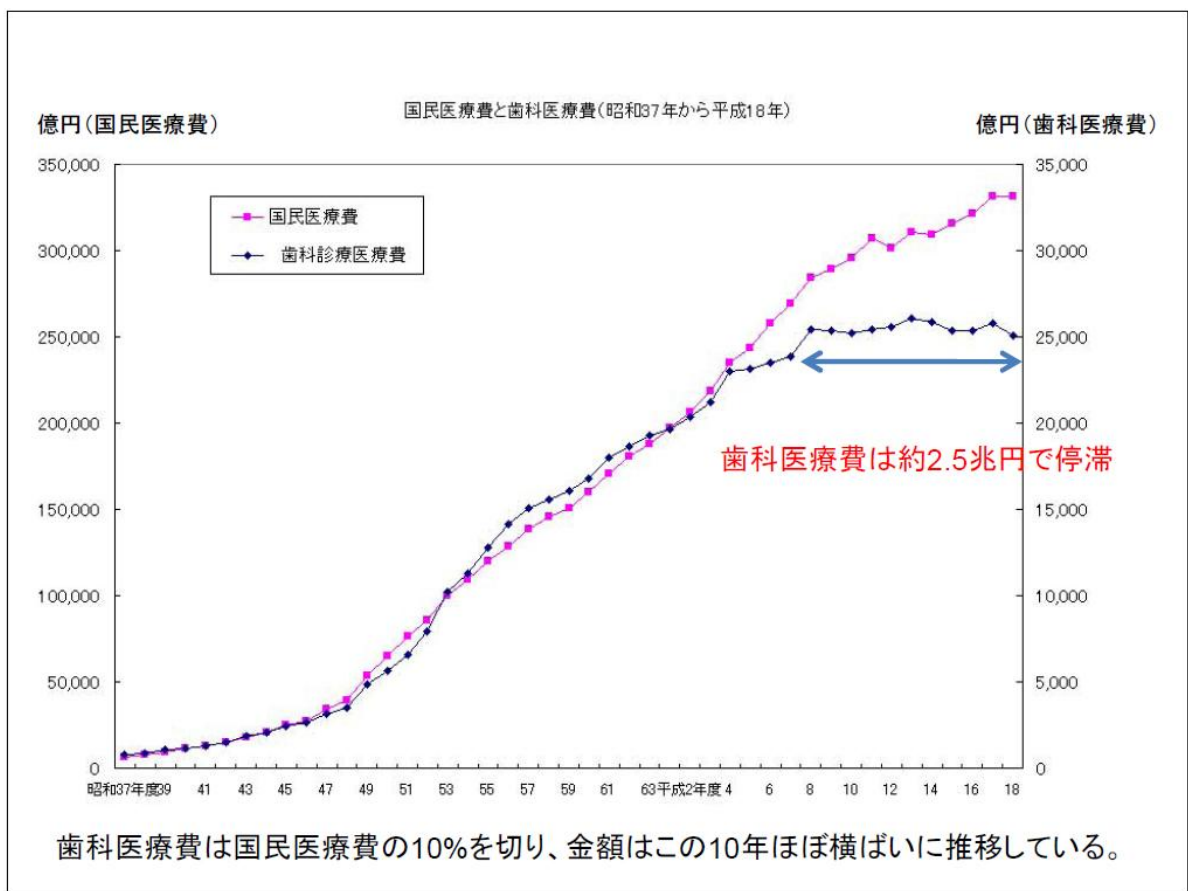
歯科医療保険の有無が歯科医療機関へのアクセスと、歯科医療支出の増加に直接的に影響を与えている (Mueller 1988)

また、WHO による国際比較研究によると、収入は教育とともに歯の質状況や喪失に関連していた (Chen et al, 1997) という報告もあります。

【歯科医療費の伸び率と自然増】

(図 13) でみるように、ここ 10 数年、国民医療費と歯科医療費の伸びには、大きな差が出てきています。

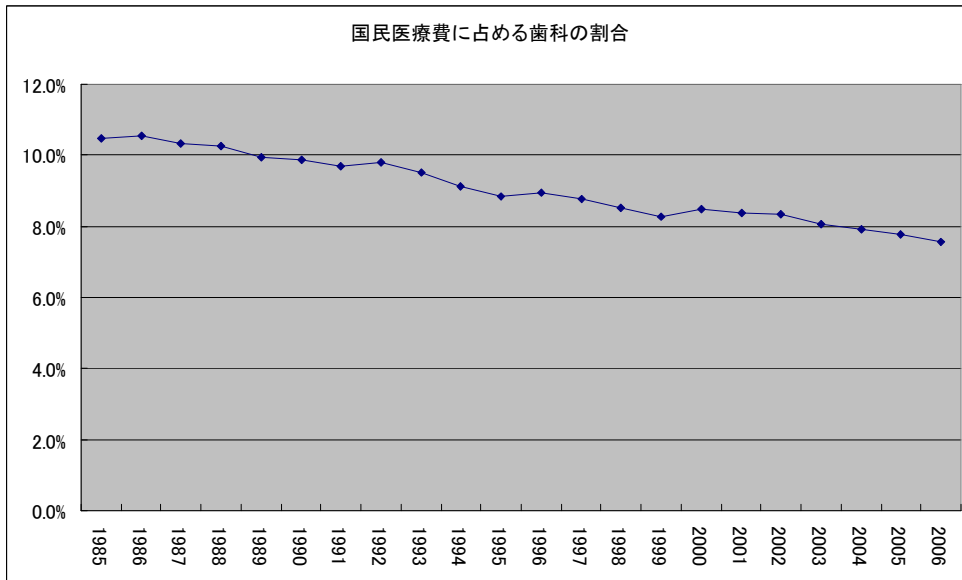
図 13



「歯科医療費の推移および今後の展望」 2008.12.18 日本歯科総合研究機構 より

平成 8 年 (1996 年) 頃から、歯科医療費は 2.5 兆円程度で推移しています。平成 4 年 (1992 年) 頃から、医科と歯科の医療費の伸び率に大きな差が出てきています。そのため、歯科医療費の国民医療費に占める割合は、どんどん低下しています (図 14)。

図 14

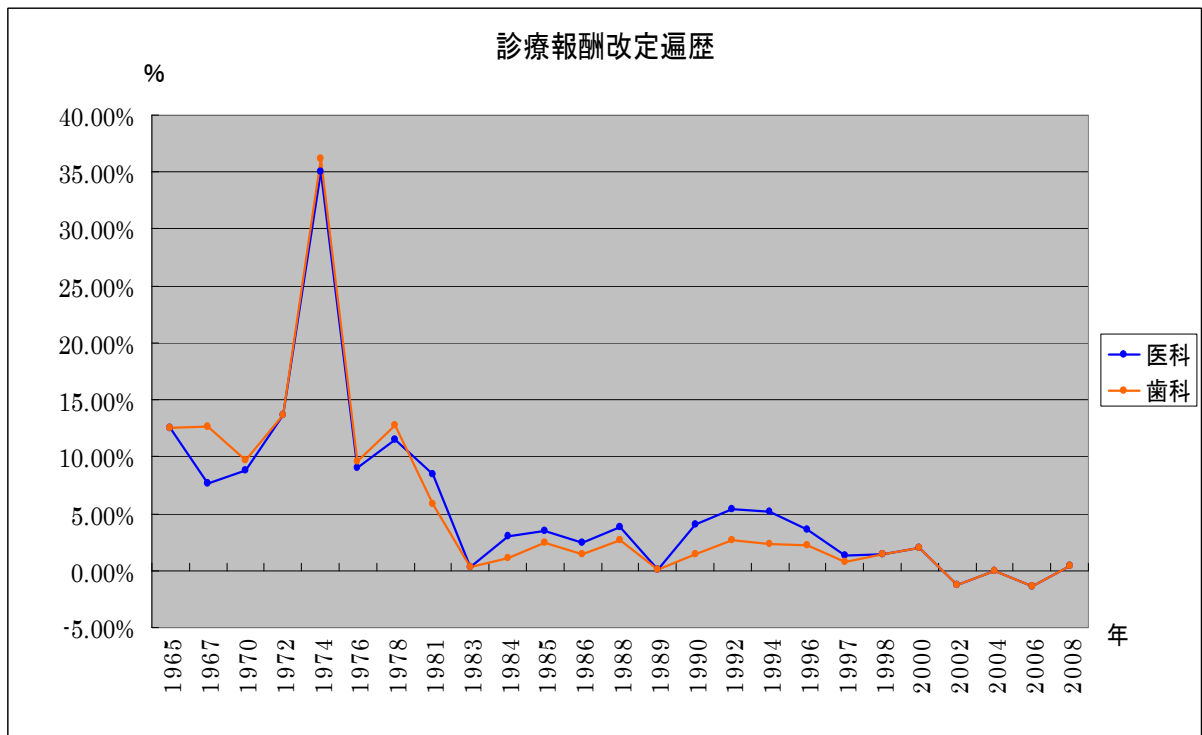


なぜ、歯科医療費は伸びていかないのでしょうか。

医療費の伸びは、もちろん診療報酬改定率に大きく左右されます。(図 15) は過去の診療報酬改定率の推移を示しています。

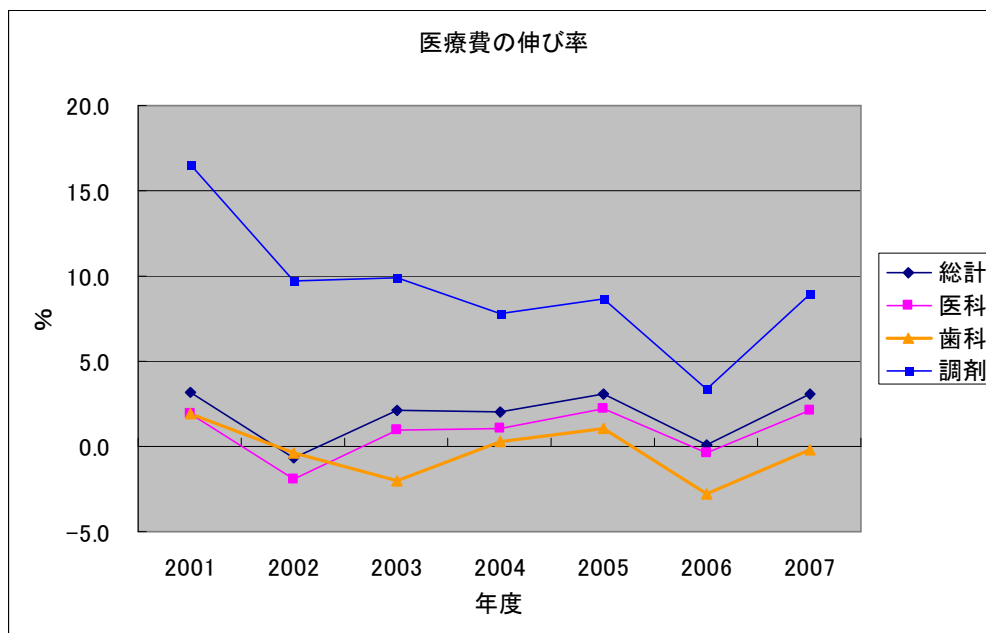
過去には、医科と歯科の改定率に差がある時代もありましたが、ここ 10 年ほどは、医科と歯科の診療報酬改定率は同率となっています。(図 13) では、平成 4 年(1992 年)頃から、医科と歯科の医療費の伸び率に大きな差が出てきていることが読み取れますが、医科と歯科で診療報酬改定率に差がなくなった 1997 年以降も、医科の医療費と歯科の医療費の伸びには格差が広がっています。診療報酬改定率が同じでも、実際の医療費の伸びには差が出てきているのです。

図 15



過去数年の医療費の伸び率は次のようになっています (図 16)。

図 16



2001 年以降は、医科と歯科の診療報酬改定率は同率ですから、医科と歯科の診療報酬改定率が同じであっても、実際の医療費の伸びには差がでたことがよくわかります。なぜ、こういうことが起きるのでしょうか。

これは、「自然増」と呼ばれる部分の差が、医科と歯科の医療費の伸びに差を与えていることが考えられます。医療費は2年に一度ごとの診療報酬の改定により大きな影響を受けますが、診療報酬の改定のない年でも上昇します。これを医療費の自然増と呼びます。(この自然増は3~4%程度とされていますが、この数値に対しては反論もあります。) 歯科においてはこの自然増はどのようになっているのでしょうか。

次にここ数年の医療費の伸びについて示します (表2)。(赤字の年度は診療報酬改定がなかった年です。)

(厚生省 一平成19年度 医療費の動向一 より)

表 2

	総計	医科	歯科	調剤
13年度 (2001年度)	3.2	1.9	1.9	16.5
14年度 (2002年度)	-0.7	-1.9	-0.4	9.7
15年度 (2003年度)	2.1	1.0	-2.0	9.9
16年度 (2004年度)	2.0	1.1	0.3	7.8
17年度 (2005年度)	3.1	2.2	1.1	8.7
18年度 (2006年度)	0.1	-0.4	-2.8	3.4
19年度 (2007年度)	3.1	2.1	-0.2	8.9

医科においては、診療報酬改定のない平成13、15、17年度の伸び率は、平成13年度1.9%、平成15年度1.0%、平成17年度2.2%、平成19年度2.1%となっており、これを平均すると、つまり医科における自然増は1.8%程度ということになります。

歯科においては診療報酬改定のない平成13、15、17年度の伸び率は、平成13年度1.9%、平成15年度-2.0%、平成17年度1.1%となっており、これを平均すると、つまり歯科における自然増は0.2%程度ということになります。歯科においては、自然増はほとんどないということが言えます。この差が、医科と歯科の医療費の伸び率に大きく影響を与えたのでしょう。

(ただし、この自然増の中には、診療報酬改定率には含まれない疑義解釈や通知などによる、算定への規制による医療費のコントロール部分も相当程度含まれていると考えられます。疑義解釈の出されるタイミングと、厚生労働省の「最近の医療費の動向」が出されるタイミングに注目すれば、疑義解釈は、実質的に、医療費のコントロール・ツールであるともいえます。)

【歯科医療費の伸び率と国民のニーズ】

歯科医療費についての以下のような質問主意書があります。

平成十九年十二月二十七日提出

質問第三六三号

歯科医療の向上に関する質問主意書

提出者 前原誠司

四

国民医療費に占める歯科診療費の割合は、昭和五十六年（一九八一年）の十一．〇％を極大値として下がり続け、平成十八年（二〇〇六年）には、七．七％にまで下落した（なお差額徴収制度下〔昭和三十年～五十一年〕においても、十三．〇％が八．六％となっている。最大値は昭和三十四年の十三．二％）。政府はどの程度の数値を適切と考えているのか、政府の見解を問う。

答弁書 四について

厚生労働省としては、国民医療費に占める歯科診療医療費の割合については、歯科医療に対する国民のニーズに応じて決まるものであると考えており、お尋ねについて一概にお答えすることは困難である。

この答弁書によれば、歯科医療費が伸びないのは、国民のニーズが増えていないためであるということのようです。本当に国民のニーズは増えていないのでしょうか。

ここに、興味深い、ある医療経済学者の言葉があります。

「個人の医療費をみれば医療ニーズが最も重要な要素となる。しかし、医療ニーズが決定するのは、個人間への分配の問題のみであり、どれだけの額を医療費として利用するかという問題ではない。仮にニーズが医療費総額を決めるのであれば、バングラディッシュの人びとは一彼らの多くはなんらかの病気にかかっている一ボストンの人びとよりも医療を多く消費することになろう。しかし、事実はそうではない。なぜならば、病気ではなく富が一国の医療水準を決めるのであり、それゆえ、不幸にも貧しいバングラディッシュの人びとは、医療を受けずに過ごさなければならないからである」 ゲッツェン

歯科医療費が伸びないのは、単にニーズがないのではなく、日本の医療制度、歯科医療制度が、国民のニーズに答えきれていないことが一因となっている可能性があります。

たとえば、平成 19 年の時点で、歯科の診療報酬のうち二十年前と比較して点数が変わっていない項目は、レントゲン撮影や抜歯、口の中の型をとって模型をつくるスタディモデル、歯槽膿漏（歯周病）の処置、義歯やブリッジを作るときの検査など七十三項目にわたっています。メタルボンドやインプラント義歯など、決して高度先進医療とはいえない治療が、保険医療として認められていません。

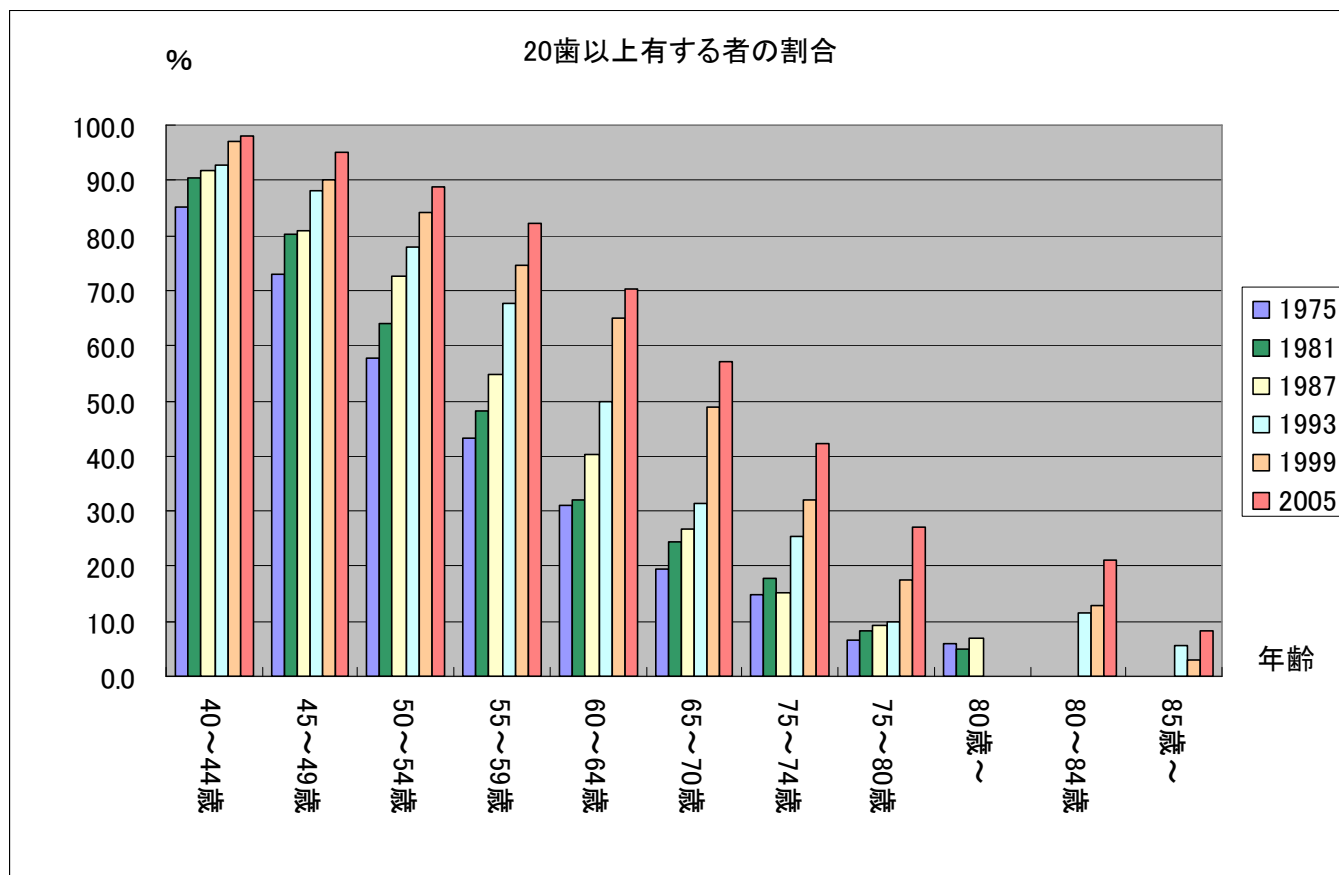
国民の歯科医療に対するニーズが増えていないのではなく、歯科医療制度が国民のニーズを満たしていないことが、歯科医療費が伸びていかない真の理由ではないでしょうか。

ある医療が保険に含まれるかどうかの判断が、国民のニーズや、医療の効果・安全性によって決められるのではなく、財源優先、つまり「医療費の総枠」に規制された中で決められていることが、今の歯科医療の疲弊の大きな一因となっていると思われます。

【歯科の疾病構造の変化と歯科医療費】

日本人の口腔内の状況は、数十年前と比べると大きく変化しています（図 17）。

図 17



歯科疾患実態調査より

いずれの年代においても、年を追うごとに、20 歯以上有する者の割合が増えています。国民の口腔内の健康意識の向上や、フッ素含有歯磨剤の普及、歯科診療所の増加によるアクセス性の向上などによる結果だと思われます。この傾向は今後も変わることはないでしょう。

次のグラフ（図 20）では、過去と比べ、疾病構造や歯科医療へのニーズの変化により、歯科医療費の年代間の消費割合が変化していることが読み取れます。

人口構成にも影響されているのですが、口腔の健康度が上がり残存歯数が増えたため、また、口腔と全身の健康との関連性が指摘されてきていること等により、65 歳以上の高齢者の歯科医療費が大きな増加を続けているのだと思われます。

今後は、人口構成・口腔健康度・口腔健康意識・疾病構造などの国民の歯科医療に対するニーズの変化に即応した歯科医療提供体制を作り上げていかないと、ますます歯科医療は国民のニーズから離れていくことになってしまいます。

国民医療費と歯科医療費の年齢階級別金額(億円)
S59(1984)～H18(2006)

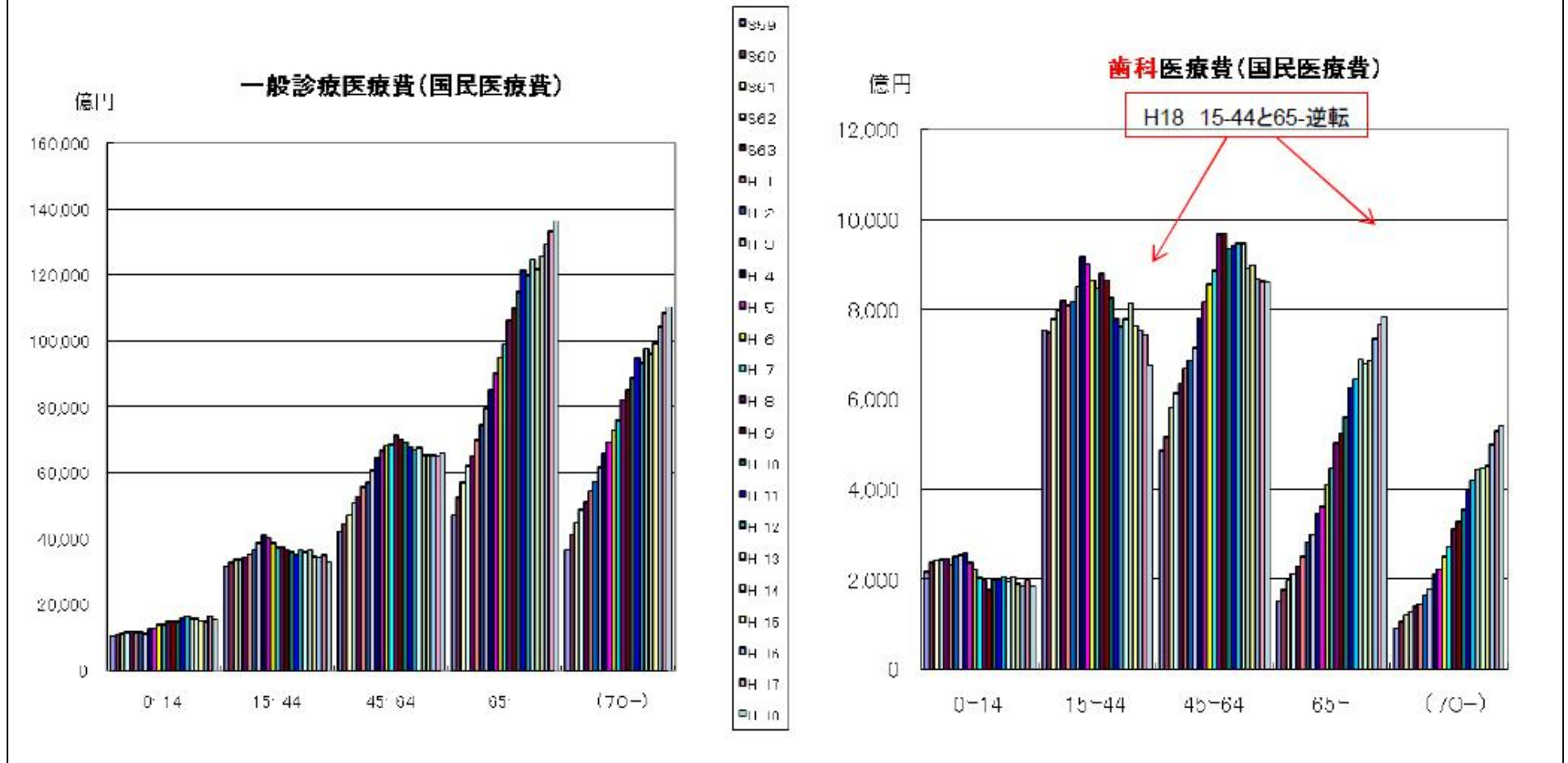


図 18

【歯科の患者数と歯科診療所の推移】

厚生労働省「患者調査」から歯科診療所の推計患者数の推移を見てみます（表3）（図19）。

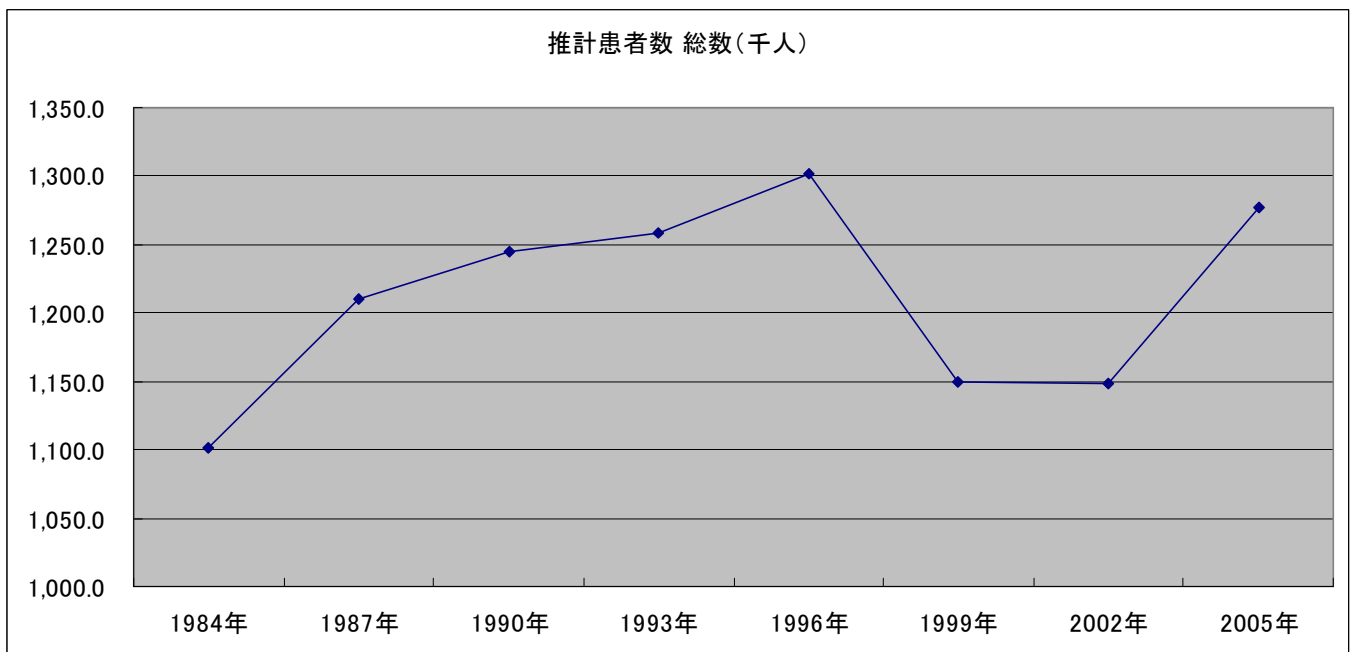
（推計患者数とは、調査日当日に、病院・一般診療所・歯科診療所で受療した患者の推計数をいいます。）

表3

歯科診療所

	推計患者数 総数(千人)	歯科診療所数	一ヶ所あたりの一日平均外来患者数
1984年	1,101.4	43,926	25.1
1987年	1,210.3	48,300	25.1
1990年	1,244.4	52,216	23.8
1993年	1,258.9	55,906	22.5
1996年	1,301.6	59,357	21.9
1999年	1,149.7	62,484	18.4
2002年	1,147.9	65,073	17.6
2005年	1,277.2	66,732	19.1

図19



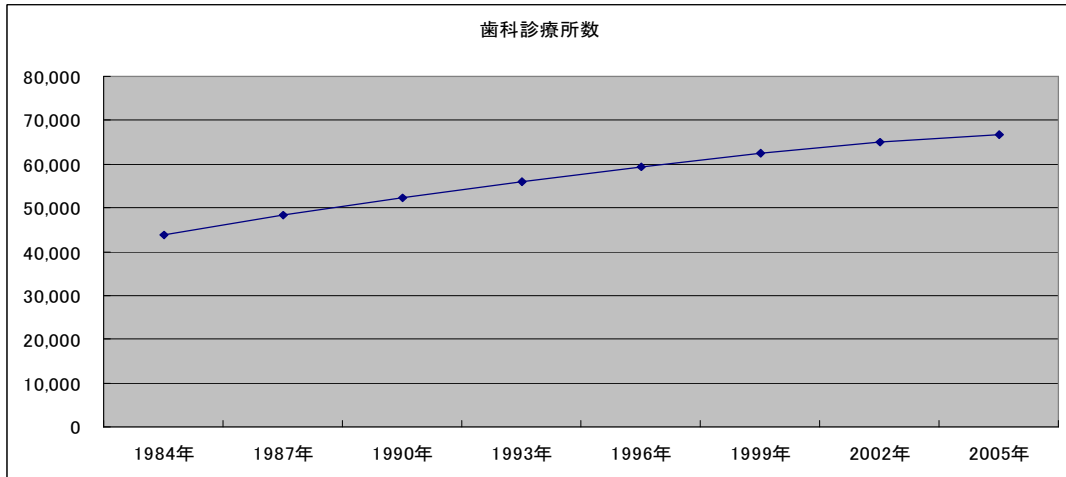
歯科診療所の推計患者数は、1984年以降はやや増加傾向にありましたが、平成11年、平成14年の調査では、大きな落ち込みが見られました。平成17年の調査では、幾分回復が見られています。この傾向は歯科だけでなく、医科を含めた全患者数で同じような傾向がみられています。

歯科診療所の推計患者数は、1984年（昭和59年）と2005年（平成17年）を比較すると、2005年は約1.16倍の推定患者数となっています。

平成17年の調査では、歯科診療所で受療した患者は、127万72000人と推計されています。平成17年の医科を含めた総推計患者数は855万5300人であり、歯科は総患者数の14.9%を占めていることになります。

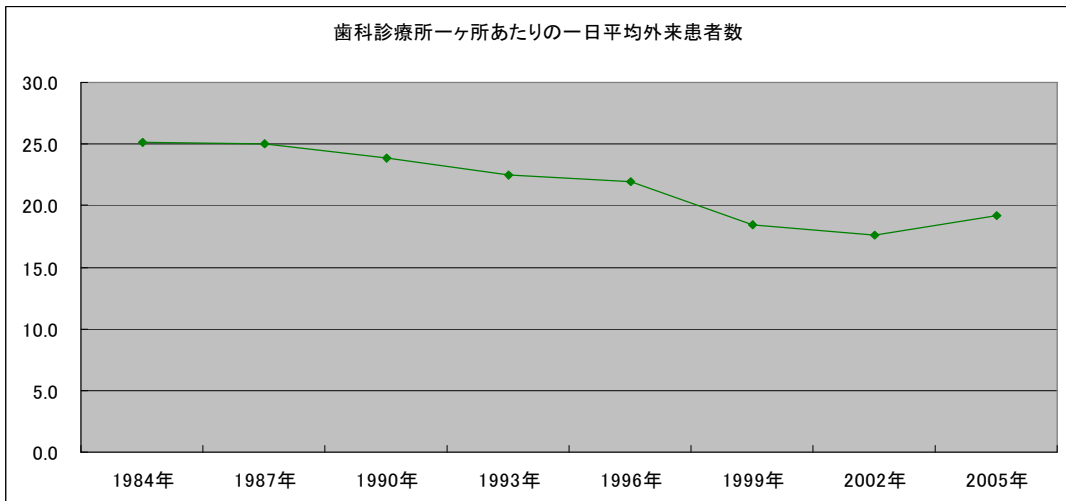
これに対して、歯科診療所の数は増加を続けています（図20）。

図 20



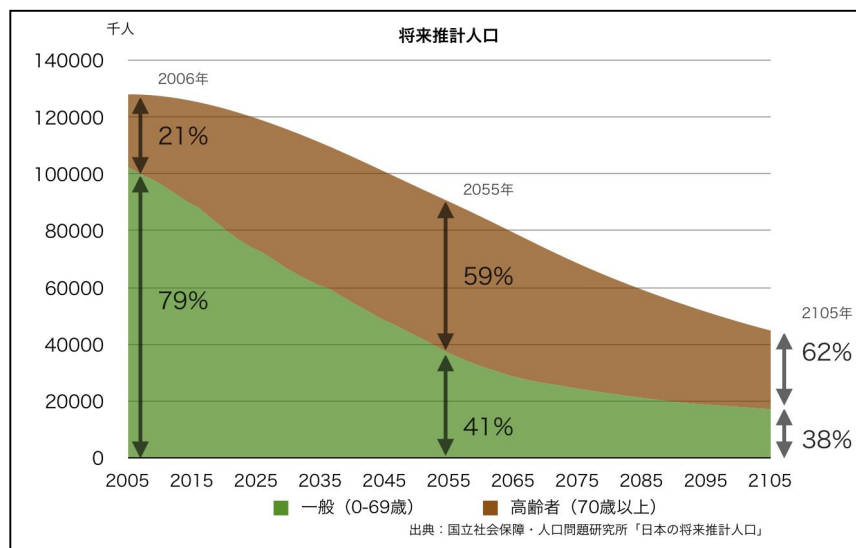
歯科診療所の推計患者数を歯科診療所数で割った、歯科診療所一ヶ所あたりの一日平均外来患者数を見てみます (図 21)。全体としては減少傾向にあります。

図 21



将来、日本の人口が減少していくことが予測されているなか (図 22)、今後も歯科診療所一ヶ所あたりの一日平均外来患者数は減少を続けていくと予想されます。

図 22



【最後に】

以上、日本の歯科医療費に関するいくつかのデータを用い、分析してみました。

今、日本の歯科医療は、大きな転換期に差し掛かっていると感じます。

歯科ではよく「勝ち組」「負け組み」という言葉が使われています。ここでの「勝ち組」とは、ほとんどの場合、自費患者を多く獲得した、自費診療費が多い歯科医院を指します。

(自費患者という呼び方は歯科特有のものだと思われます。おそらく国民は、歯科医師から、自費患者とそれ以外の患者という分別をされているとは夢にも思っていないことでしょう。医科ではこういう呼び方はしないと思います。歯科医療の特性をあらわしているといっても良いかもしれませんが、歯科も医療であることを考えると、そう区別すること自体、あってはいけないはずです。)

「負け組み」は、保険治療を中心に行っている歯科医院が大半を占めるのでしょうか。自費で勝ち組、保険で負け組みという構図に違和感を覚えるのは、歯科医療関係者だけではないと思います。保険のみの治療で経営が成り立たない状況は、歯科医医院経営者にとっても、国民にとっても不利益なことです。

今の歯科医療が進んでいる道をこれからも進んでいくと、深い落とし穴が待ち受けているような気がしています。

歯科大学・歯学部受験、歯科医師国家試験においても、環境が激変していく兆候が見られています。若い世代の人にとっては、歯科関係の職業は、魅力あるものではなくなりつつあるようです。業界が発展していくには、そこに直接関わる人のモチベーションと、周囲のひとの業界に対する期待感が大きく左右します。今の歯科医療界では、それが両方とも急速になくなりつつあるような気がします。

身近な医療である歯科医療、生活の質を支える歯科医療が、これから正常な発展を遂げていくためには、現状の冷静な分析をもとに議論を重ねることとともに、その議論に国民を巻き込み、国民一人一人が自分自身の問題として捉えることが出来るように、正しい情報を常に発信していくことが重要でしょう。

歯科医療関係者も正しい知識を持ち、自身の経営面だけではなく、広い視点で、日本の歯科医療・歯科医療制度を考え、展望し、行動することが、今、求められているのだと思います。

歯科医療は、勿論、日本国民のために存在しているのですから。

2009/02/14

みんなの歯科ネットワーク

チュー