

第8回

歯科医療は高齢多歯型へ変革

東京歯科大学短期大学学長 鳥山 佳則

1. はじめに

新型コロナウイルスの影響により、歯科受診患者数は、社会保険診療報酬支払基金二〇二〇年五月審査分で請求件数が前年同月比二二%減となり、長期的な影響も考えられる。歯科医療機関の多くは歯科診療所であり、しかも約八割は歯科医師一名の小規模な事業所である。医科医療費や調剤医療費に関する論文に比して、歯科医療費に関するものは少ない。

筆者は、衛生行政、とりわけ、医療保険行政の分野で歯科診療報酬改定の実務を幾度か担当した。この経験をもとに、臨床医とは異なる視点で、この三〇年間の歯科医療がどのように変化したのか、全国のレセプトデータ、特に診療報酬改定の影響を受けない患者数の年次推移を含めて検証したい。さらに、現在の歯科医療が、明確に高齢多歯型に移行しつつある点について記載する。

2. WHOの歯科医療の需要予測

遡ること一九九〇年、WHOは将来の歯科医療の需要の予測に関して「変革か衰退か」とのタイトルのレポートを公表した。このレポートで

は、いずれの先進国においても将来、予防／軽度の技術は現状維持するものの、中等度、高度の技術の需要減少により、全体的に歯科医療の需要が大きく減少すること(図1)、それに応じた歯科医師等の人材養成の見直しが必要であることが提言された。歯科の需要が大きく減少する理由は、小児のう蝕(正確にはう蝕歯またはう蝕)が減少するためである(レポートでは、う蝕は顕著に減少し、歯周病はおそらく減少するであろうとの記載である)。小児の永久歯はエナメル質の石灰化が十分でなく、耐う蝕の面で脆弱な構造である。小児の時期にう蝕がない、あるいは少ないことは、生涯にわたる歯の健康面では非常に有益であり、予防管理としての定期的な受診が推奨されている。

なお、奇遇であるがこのレポートの前年の一九八九年に、厚生労働省と日本歯科医師会による八〇二〇運動が提唱されている。

歯科治療は、初発のう蝕歯に対する治療だけでなく、治療した歯が再度、う蝕になることがある。これを二次う蝕という。三次う蝕や四次う蝕も存在するが、これらも総称して二次う蝕という。一度治療した歯が再び悪くならず、「一生大丈夫」

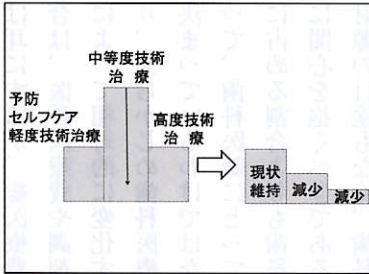
というような保障は、患者受けはするが、歯科医学的にははなはだ疑問である。短期間で悪くなる場合は差し置いても、再治療が必要となるのは、歯科医師の技術の良否だけではなく、患者の口腔内環境やセルフケアが関係する。

歯の保存が困難で抜歯になると、ブリッジや義歯、歯科インプラント等の治療が必要となる。治療期間は長く、医療費は高額になり自由診療となる場合もある。一度、う蝕になった歯が生涯にわたり、何度も治療の対象になることは、結果的に歯科医療の需要につながる(図2)。う蝕が一歯減少することは、長期的には一歯分の医療費の減少だけでなく、同一の歯に対してであるが、数歯分の医療費の減少になる。

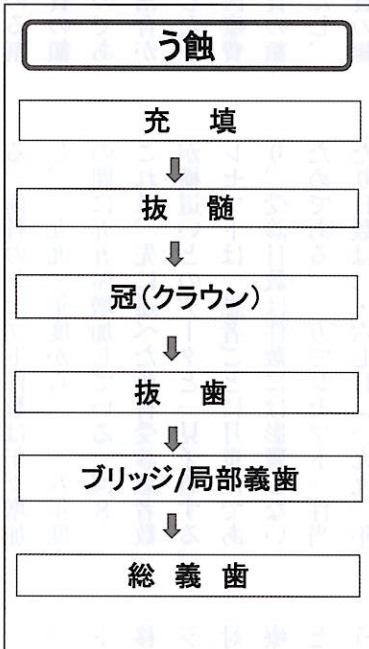
さて、WHOのレポートは、さほど多くの歯科医師が目にしたわけではないが、抄読した者は実現可能性が高いと考え、いささかの驚きを覚えた。結論をいえば、このレポートの予測は的中した部分とそうでない部分がある。

小児う蝕の罹患状況の代表的な指標が、しばしば国際比較にも用いられる一二歳児の一人平均う蝕経験歯数である(う蝕経験歯数とは未治療と治療済みの歯数の合計)。この値

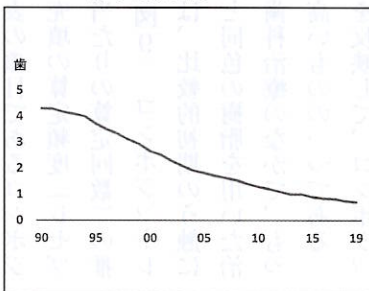
<図1>WHOの将来の歯科需要の予測



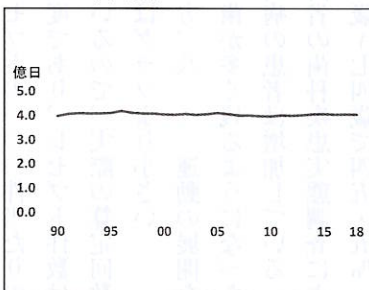
<図2>う蝕の負の進展



<図3>12歳児の1人平均う蝕経験歯数の年次推移



<図4>年間レセプト延べ受診日数の年次推移



それでは、全国の歯科受診患者数の増減はどうであろうか。患者数は一般に患者調査のデータが用いられ

3. 歯科受診患者数の年次推移

活動を実践してきたことは事実であるものの、それらがどの程度う蝕の減少に寄与したかは、必ずしも明らかでない。しかしながら、八〇二〇運動の浸透にはつながったであろう。

一歯科診療所当たりの一日の患者数は約二〇人となり、実感にも近い。なお、この間、歯科診療所数が増加しているため、一歯科診療所当たり

診療日が三〇〇日として計算すると、一歯科診療所当たりの一日の患者数は約六万八〇〇〇施設、年間の

この値は、二〇〇〇年頃からおおむね横ばい、約四億日である(図4)。この四億日という延べ日数から、直近の歯科診療所数(歯科医療機関には、病院を含むが、この概算では省く)が約六万八〇〇〇施設、年間の

4. 歯科医療費の年次推移

高齢者の増加、すなわち義歯の増加の単純な図式ではない。

小児う蝕が大きく減少しているにもかかわらず、患者数が横ばいである理由は、一つには、小児の人口が二二五〇万人(一九九〇年)から一四九〇万人(二〇一八年)へと大きく減少したため、歯科需要のマイナスが小さくなったことである。もう一つは、高齢者の歯が多く残るようになり(図5)、しかも六五歳以上の人口が一四九〇万人(一九九〇年)から三五六〇万人(二〇一八年)と、

問題視する歯科医師の意見をしばし

総医療費に占める歯科医療費の割合の推移をみると、九・九%(一九九〇年度)から六・七%(二〇一七年度)へと減少している。この点を

次に、歯科医療費の年次推移はどうであろうか。国民の医療費についてのデータは多数あるが、国民医療費との名称のデータは、厚生労働省が毎年九月頃に公表するデータである。いささかタイムラグがあり、公表されるのは二年度前のデータである(本稿の時点では直近は二〇一七年度分となる)。国民医療費における歯科医療費の年次推移をみると、三つの時期に分けられる(図7)。

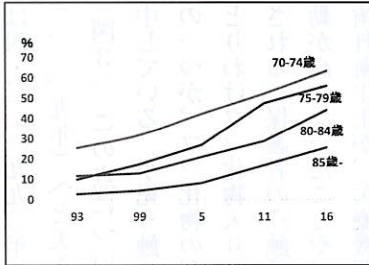
は四・三(一九九〇年)から〇・七(二〇一九年)へと大きく減少した(図3)。この点について予測は的中している。小児う蝕の減少の要因の一つが、フッ化物の利用の普及、とりわけフッ化物入りの歯磨き剤とされる。保護者のう蝕予防の意識行動が高くなったことや、歯科医師や歯科衛生士が、医療機関や公衆衛生活動を通じて、保健指導などの予防

ることが多い。しかしながら、この調査は三年ごとであり、しかも抽出した医療機関が対象で、調査対象日が一日である。そこで、毎年かつ全医療機関を対象とした公表レセプトデータ(医療保険医療費データベース)を用いて一年間の外来の延べ患者数を算出した。全歯科医療機関の一年間の延べ患者数は、レセプトの一年間の延べ受診日数に相当するが、

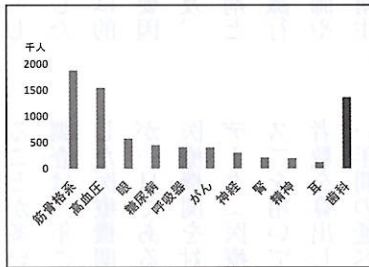
高齢者の患者が増加したからである。高齢者の文字が象徴するように、古くから高齢者の多くが、健康問題の一つとして歯の問題を抱えている。六五歳以上の主な疾患別の外来患者の受療率をみると、歯科受診は高血圧、糖尿病に次いで多い(図6)。ただし、

一九九〇年度から一九九六年度頃までの増加の時期、一九九七年度から二〇〇七年度頃までの横這いの時期、二〇〇八年度以降の増加の時期であり、各時期の国の医療費についての方針が反映されている。

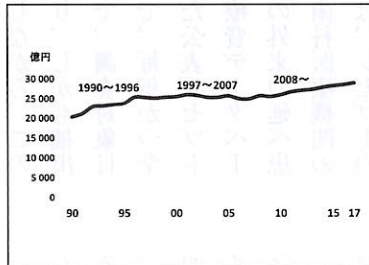
<図5> 20歳以上ある者の割合



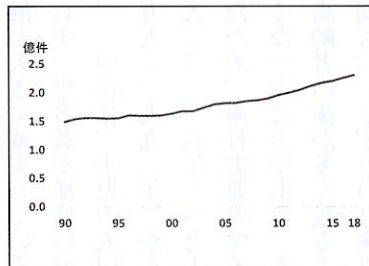
<図6> 65歳以上の主な疾患別1日当たり外来患者数



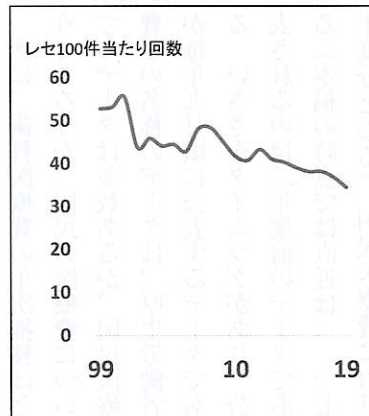
<図7> 歯科医療費の年次推移



<図8> 歯科レセプト件数の年次推移



<図9> 充填の算定頻度の年次推移



ば耳にするが、総医療費に占める割合は、医科医療費や調剤医療費の額によって相対的に変化するのであり、あらかじめ歯科医療費の割合が決まっているわけではない。したがって、歯科医師にとっては総医療費に占める割合よりも歯科医療費の額に関心を抱くべきである。ただし、財源の用途もなく、歯科医療費の総額の希望額を何兆円と掲げてても社会には受け入れられないであろう。なお、歯科医療費の増加分には、冠の材料に用いる歯科用金銀パラジウム合金の高騰も影響している。

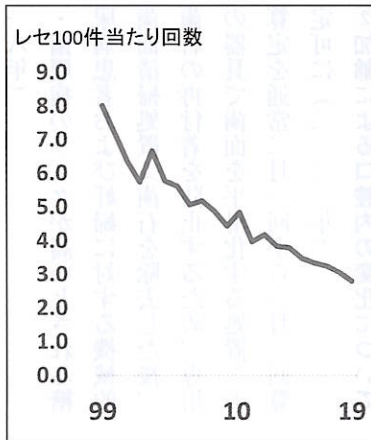
医療費は患者数と単価によって決定するが、単価は診療報酬改定に依存する。新規技術や高額な医薬品・医療機器の使用や、いわゆる自然増が少なくないのも歯科医療費の特徴である。医療保険のデータで患者数に関連する項目として、レセプト件数がある。

歯科点数表の項目であるコンボジットレジン充填の算定頻度(レセプト100件当たりの算定回数)の推移を示す(図9)。コンボジットレジン充填とは、比較的初期のう蝕に対して、歯と同色の樹脂を用いた治療である。歯科治療のなかで、もっとも頻度の高いものの一つである。う蝕の減少を反映して、コンボジットレジン充填の算定頻度は減少している。う蝕がエナメル質から象牙質を経て、歯髄に達した場合には、抜髄(歯髄を機械的に除去する治療)を行うこともある。う蝕の減少は、抜髄の減少にもつながる(図10)。

さらに、う蝕により歯冠部(口腔内に露出する歯の一部)の実質欠損が大きき場合には、歯全体を歯科材料で成形した冠(かん、クラウン)で覆う治療を行う。う蝕の減少は、これら一連のすべての項目(図2)の減少につながる。なお、(図10)のはレセプトの100件当たりの算定の頻度であり、レセプト件数は増加している。実際の算定回数の減少度はグラフより小さい。

一方、八〇二〇運動の展開などにより歯が多く残るようになった結果、歯周病の患者は増加している。厚生労働省の歯科疾患実態調査によると、六五歳〜七四歳で四五・五%(一九九九年)から五七・五%(二〇一六年)へと増加している。歯科点数表において、歯周病治療に関する代表的な項目としてスケリーング(歯石を取る)があるが、算定頻度は増加している(図11)。歯周病の治療の増加については、二つの理由が考えられる。一つは、歯が多く残るようになったことであるが、もう一つは歯科医師や患者の歯周病への関心が高まったためと考えられる。歯

<図10>抜髄の算定頻度の年次推移

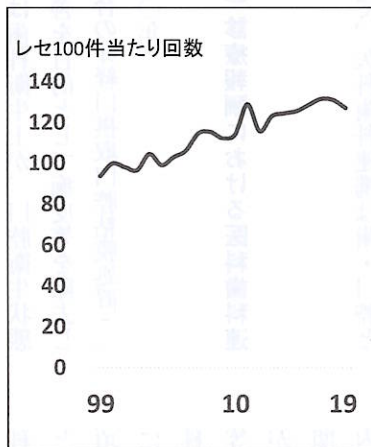


年齢階級別の歯科医療費の推移をみると、六五歳以上の歯科医療費が二八〇〇億円（一九九〇年度）から一兆一五〇〇億円（二〇一七年度）に増加し、歯科医療費に占める割合も一三・九%から三九・七%に増加

5. 超高齢社会における歯科医療

周病は、一般に、う蝕に比べて疼痛等の自覚症状を呈することが少ない。そのため、両方の治療が必要な場合には、う蝕治療が優先されることが多い。ただし、今日では、う蝕治療が終了してから、歯科医師と患者が相談のうえ、歯周病治療を行うことも多い。なお、歯周病の治療は通院間隔がう蝕の治療に比べて長く、たとえ中等度の歯周病の場合、病状安定後、三月に一回程度の通院が推奨される。

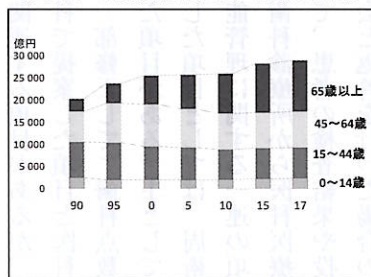
<図11>スクーリングの算定頻度の年次推移



今日の超高齢社会における歯科治療は、高齢者が病气であっても要介する。一部はインプラント治療（自由診療）に移行していると考えられる。

後期高齢者における人口の伸びと歯科受診患者数の伸びを比較すると、歯科受診患者数の伸びが人口の伸びを上回っている（図13）。本格的な高齢社会の入り口であった一九九〇年頃、高齢社会における歯科医療とは、すなわち義歯治療の増加であるとの意見をしばしば耳にし、筆者もそう考えていた。しかし、前述のように歯が多く残り、義歯を必要とする時期が延びた結果、高齢者人口の増加に反して、義歯の需要は減少から横這い傾向である（図14）。

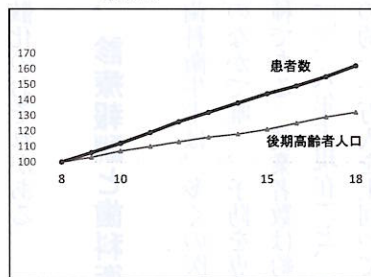
<図12>年齢階級別歯科医療費の推移



報酬 6. 大きく変わる歯科診療 (1) 歯科診療報酬改定の方向性

護状態でも、身近な地域で安全・安心な歯科治療を提供することであり、これは地域包括ケアシステムの概念にもつながるものである。歯科治療は外来中心であり、医科に比較して治療上のリスクが少ないと考えられてきた。しかしながら、日常の臨床において、基礎疾患を有する高齢患者に対して、切削器具を使用し、しばしば観血的処置や局所麻酔を行う。しかも、気管と食道の入り口である口腔を領域とするのであり、誤飲や誤嚥等の可能性も考えると、致命的なリスクこそ多くないものの低リスクとは言い難い。したがって、小規模であっても、安全・安心な歯科医療体制の確保が不可欠となる。

<図13>後期高齢者人口と歯科患者数の比較



① 歯の喪失のリスクの増加に対して中等度の歯周病に対す再発予防としてSPT(Ⅱ) (後述) (二〇一六年) 軽度の歯周病に対する再発予防としての歯周病重症化予防治療 (二〇

う蝕とう蝕を契機とする歯科疾患の減少と高齢患者の増加を背景に、新たな歯科医療の方向性が示されたのが、二〇一一年に厚生労働省が中央社会保険医療協議会に提出した資料である（図15）。この図は（図2）で示した従来型の歯科疾患が減少していること。代わって、リスクや難度の高い高齢患者が増加し、その内容は、三角形の図の下から順に、歯の喪失のリスクの増加、加齢による口腔内の変化、全身的な疾患（合併症、副作用含む）、自立度の低下に分類している。二〇一二年以降、この図にそって歯科の診療報酬改定が進められており、主な改定項目を示す。

一八年)

・歯周病のリスクが高いとされる糖尿病患者および妊婦に対する機械的歯面清掃処置(歯石を除去した後、歯石の再付着を防止するため、専用の器具で歯面を平滑化する処置)の算定を通常二月一回から一月一回算定可(二〇二〇年)

②加齢による口腔内の変化について

・日本老年歯科医学会による口腔機能低下症の定義をもとに、検査や医学管理料を新設(二〇一八年、二〇二〇年)

③全身的な疾患について

・がん等の手術を行う患者に対する周術期口腔機能管理(二〇一二年、がん治療のための化学療法、放射線治療を受ける患者も含まれることから、その後、周術期等口腔機能管理に名称変更)

・糖尿病、骨吸収抑制薬投与中、感染性心内膜炎、関節骨リウマチ、血液凝固阻止剤投与中の患者に対する医学管理(歯科疾患管理料総合医療管理加算、施設基準あり、二〇一八年)

④自立度の低下に対して

・在宅医療において、施設等での同日多人数の場合は適正化、居宅の場合には充実(二〇一八年)

・経口摂取が困難な患者に歯科医師

または歯科衛生士が、口腔衛生状態の改善を目的として痂皮等を除去した場合の非経口摂取口腔粘膜処置(二〇二〇年)

(2)診療報酬における医科歯科連携

さて、医科歯科連携は歯・口腔と全身の健康との関連と一対で述べられることが多い。筆者は歯・口腔と全身の健康との関連には二つの側面があると考えている。

一つは、歯・口腔の健康が全身の健康の維持・改善につながることである。代表的なものは歯・口腔の健康と食・栄養との関係である。歯周病の治療が糖尿病患者の治療の一助となることも広く知られるようになってきた。もう一つの側面は、周術期等口腔機能管理に代表されるように(医科の疾患の)合併症や副作用を予防・軽減することである。つまり、歯・口腔の健康が全身の健康にプラスになること、マイナスを小さくすることの二つがあり、両者を整理して考えることが必要である。また、歯科医師の側は過剰な期待感のみが先行しないよう留意することが必要である。

歯科点数表にはいくつもの医科歯

科連携に関連する項目があるが、主として歯科で提案した項目と医科の項目を(一部修正して)歯科点数表に掲載した項目がある。主として歯科で提案した項目としては、周術期等口腔機能管理に関する一連の項目がある。歯科診療所から医科医療機関に対して、患者の検査結果や投薬内容の照会と返答を行った場合の診療情報提供連携共有料が歯科、医科双方の点数表に掲載されており(二〇一八年)、活用が期待される。

歯科点数表の項目には、医師からの「診療情報提供料の様式に基づく情報提供」を要件としている項目がある。かつては、「診療情報提供料の算定」を要件としていたが、レセプト審査において医科側に診療情報提供料の算定がないと歯科側が算定できないとの問題があり、現在のようになり改められた。

一方で、医科点数表の項目を(一部修正して)歯科点数表に掲載しているものには、入院に関する項目が多い。たとえば、退院時共同指導料や栄養サポートチームへの参加などがあるが、そもそも歯科の入院が少ないこともあり、歯科医師の多くを占める歯科診療所の歯科医師の関心は低い状況である。開業歯科医師が参加(算定)しやすい工夫がないと、

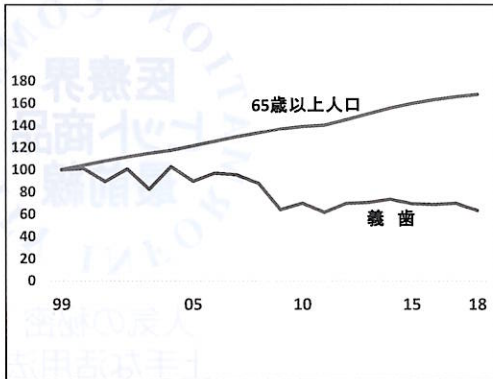
形骸化のおそれがある。

7. 診療報酬と歯科衛生士

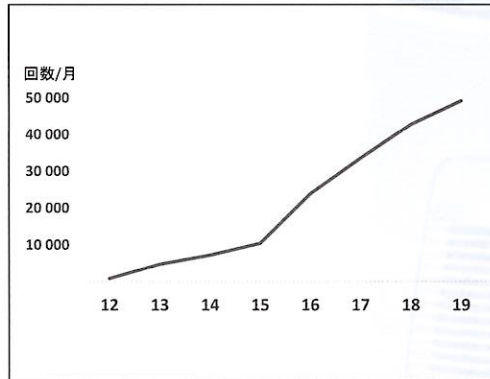
歯科衛生士は、多くの医療関係職種の中で唯一、予防を専門とする職種である。就業者数は約一三万人(二〇一八年末現在)と、歯科医師数の約一万人を上回っている。著者の勤務する東京歯科大学短期大学は、一学年の定員が五〇名に対して、求人件数は一四〇〇人である。歯科衛生士の養成数、従事者数はともに増加しているものの、歯科衛生士不足との意見は多い。歯科衛生士が担当する予防は、う蝕や歯周病になるための予防から、再発予防、さらには、がん等の合併症予防のための支持療法へと大きく展開している。

たとえば、歯科点数表において、中等度歯周病患者の再発予防治療を評価した項目としてSPT(Supported Periodontal Therapy)がある。この項目は歯周病の検査と治療を包括した項目であるが、歯科衛生士が勤務することが施設基準の要件の一つである。二〇一六年度に新設されたが、算定回数は年々大きく増加している。また、周術期等口腔機能管理に関連する項目で、歯科衛生士が行わないと算定できな

<図14>65歳以上人口と義歯新製個数の比較

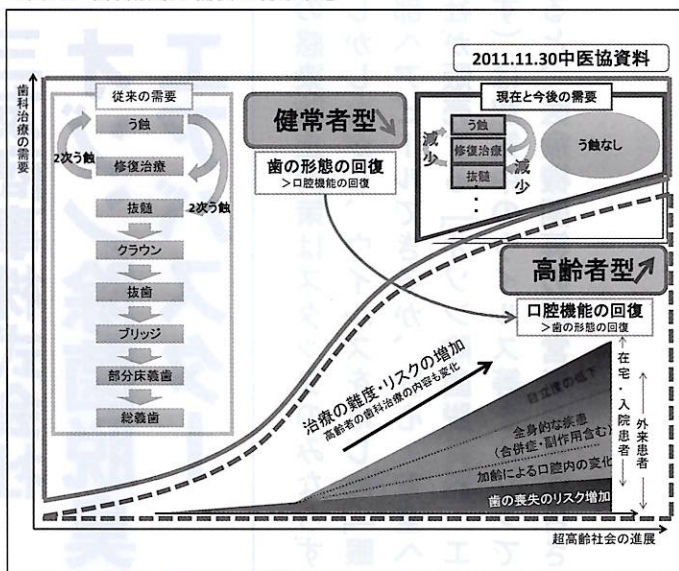


<図16>周術期等専門的口腔衛生処置1 算定回数年次推移



い周術期等専門的口腔衛生処置Iがある。この項目は、二〇一二年度に新設されたが、算定回数は毎年大きく増加している(図16)。また、在宅医療についても、歯科衛生士が行う指導や、歯科医師に同行した場合の加算等があり、介護保険におい

<図15>歯科治療の需要の将来予想



この三〇年間、小児う蝕は減少し、

7. WHOの予測の検証

再診料に外来診療体制加算という小目があるが、これは、安心・安全な診療体制を評価するもので、AEDの設置や歯科衛生士の勤務等が施設基準の要件となっている。

でも居宅療養管理指導を行う職種として位置づけられている。歯科診療所の約八割が歯科医師一名であるため、安心・安全な歯科治療を提供するうえでも歯科衛生士の役割は大きい。歯科点数表の初診料・再診料に外来診療体制加算という小目があるが、これは、安心・安全な診療体制を評価するもので、AEDの設置や歯科衛生士の勤務等が施設基準の要件となっている。

年間の延べ患者数は横這いであっても、その構成は大きく様変わりしており、レポートのタイトルにある変革に成功したといえるのではないだろうか。一方で、歯科医師の側からは、この三〇年間、初・再診料や日常臨床で頻度が高い項目の点数引き上げの要望が永続的に存在するので、これらの要望の達成度との比較において、この変革をどう評価す

う蝕を契機とする歯科疾患も減少した。しかしながら、この間、小児の人口が減少したため減少の度合いが緩和されている。一方で、歯が多く残る高齢者の増加が歯科需要の増加へとつながった。この二つの差し引きにより年間の延べ患者数は横這いが続いている。さすれば、全体の歯科需要が大きく減少するとの予測は外れたことになる。また、WHOのレポートでは、高齢社会での医科歯科連携については若干の記載があるものの、周術期等口腔機能管理や在宅医療等についてはまったく記載されていない。

8. むすびに

さて、新型コロナウイルスである。歯科治療は患者が開口しなければ成り立たず、患者も不安を抱えての通院となるが、歯科医師や歯科衛生士も不安感を抱いている。日本歯科医師会でも「新たな感染症を踏まえた歯科診療の方針」(二〇二〇年八月)を作成する等、国民向け、歯科医師向けに広報活動等を展開している。二〇一六年の新聞報道を契機に、一部の歯科診療所における機械・器具の滅菌・消毒が不十分ではないかとの批判が高まり、二〇一八年の診療報酬改定では院内感染予防の施設基準を設け、その届出を行わない場合には、初診料および再診料が減額となった。これを契機に歯科診療所における院内感染予防対策は、事実上、努力義務から義務になったと考えられる。筆者は、(エビデンスに基づくものではないが)このことが新型コロナウイルスの感染予防にも寄与している可能性があると考え、重苦しい世相のなかで、いささかの安堵を覚えてい