

- 1997; London: 39-54.
- 4) Daly B, Watt R, Batchelor P, Treasure E: Definitions of Health. *Essential Dental Public Health* 2002; New York: 33-44.
 - 5) Auden WH: Information Needs. *Health Promotion* 2004; London: 143-174.
 - 6) Kinlaw DH: Access to dental care: A historical review of medicaid eligibility growth and dental productivity decline. *Journal of Dental Education* 2001; 65(9): 849-860.
 - 7) Brown LJ: Dental work force strategies during a period of change and uncertainty. *Journal of Dental Education* 2001; 65(12): 1404-1416.
 - 8) Capilouto E, Capilouto ML, Ohsfeldt R: A review of methods used to project the future supply of dental personnel and the future demand and need for dental services. *Journal of Dental Education* 1995; 59(1): 237-257.
 - 9) Beazoglou T, Heffley D, Brown L, Bailit H: The importance of productivity in estimating need for dentists. *JADA* 2002; 133:1399-1404.
 - 10) Henderson W: Measuring the supply and demand for dentists in a population. *AJPH* 1976;66(1):70-72.
 - 11) Laltoo R: A national human resources plan for oral health: is it feasible?. *SADJ* 2007; 62(8):360-364.
 - 12) Jones JA, Spiro III A, Miller DR, Garcia RI, Kressin NR: Need for dental care in older veterans: Assessment of patient-based measures. *JAGS* 2002; 50: 163-168.
 - 13) Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP, Glants P-O: Need and demand for treatment. *British Dental Journal* 2000; 189(7): 364-368.
 - 14) Newton T: Involving the 'consumer' in the evaluation of dental care: a philosophy in search of data. *British Dental Journal* 2001; 191(12): 650-653.
 - 15) 深井稜博: 在宅歯科医療推進のためのグランドデザイン; 平成 19 年度構成労働省長寿医療研究委託事業(18 指-3 分担)報告書, 在宅医療のグランドデザイン, 81-130, 2008 年 3 月
 - 16) 深井稜博: わが国の要介護高齢者の歯科医療ニーズと在宅歯科医療推進の短期的目標, *ヘルスサイエンス・ヘルスケア* 7, 88-107, 2007
 - 17) Locker D: Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5: 3-18
 - 18) Daly B, Watt R, Batchelor P, Treasure E: Definitions of Health. *Essential Dental Public Health* 2002; New York: 33-44.
 - 19) Mcdowell I: *Measuring Health* Third Edition. Oxford University Press 2006; New York: 1-748.
 - 20) Perry S, Shaw C, Assassa P, Dallosso H, Williams K, Brittain KR, Mensah F, Smith N, Clarke M, Jagger C, Mayne C, Castleden CM, Jones J, McGrother C, The Leicestershire MRC Incontinence Study Team: An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: the Leicestershire MRC incontinence Study. *Journal of Public*

Medicine 2000; 22(3): 427-434.

- 21) 岡本秀明: 高齢者の社会活動とそれに対するフェルト・ニーズ(felt needs): 実証的研究の提案. 生活科学研究誌 2005; 4: 1-15.
- 22) JE スティグリッツ: ミクロ経済学第2版、東洋経済新報社、東京、2000年
- 23) 大川由一ら: 将来の歯科医師需給予測に関する研究, 厚生指標 1995, 第42巻15号, P11~20
- 24) 森本基ら: 歯科医師の供給と需要の推計について, 日歯教誌 1999, 第14巻2号, P270~281
- 25) 宮武光吉ら: 新たな歯科医療需要等の予測に関する総合的研究, 口腔保健協会 2006
- 26) 佐藤裕二, 北川昇, 服部佳功, 山下秀一郎, 玉置勝司, 中村隆志: 歯科医藍の熟練度と全部床義歯症例の難易度が治療時間に及ぼす影響. 補綴誌 2008; 52: 457-464
- 27) 日本歯科医学会: 歯科診療行為(外来)のタイムスタディー調査. 2005. 1-77
- 28) 深井稔博: わが国の成人集団における口腔保健の認知度および歯科医療の受容度に関する統計的解析, 口腔衛生会誌 1998, 48: 120-142
- 29) 深井稔博: 行動科学における口腔保健の展開, 保健医療科学 2003, 52 (1), 46-54

治療ニーズ (normative needs/felt needs/expressed needs) に対応する具体的データ

研究代表者	安藤雄一	国立保健医療科学院	口腔保健部
研究分担者	深井穂博	深井保健科学研究所	
研究協力者	大山 篤	東京医科歯科大学	歯学部附属病院
研究協力者	柳澤 智仁	日本歯科総合研究機構	

研究要旨

目的：本邦の患者の受療行動に影響を与えている要因については、近年、少しずつ研究が蓄積されてきているものの、まだ十分な情報があるとはいえない。歯科疾患に対する治療ニーズは、専門家が専門的知識や価値に基づいて判断する **normative needs**、患者自らが感じているニーズである **felt needs**、患者が治療の必要性を感じて実際に受療行動を起こすときの **expressed needs** に分類できる。本研究では、平成 17 年歯科疾患実態調査、平成 16 年国民健康・栄養調査、平成 11 年保健福祉動向調査の 3 つの厚生労働統計調査について、歯科の受療行動に関連した調査項目を上記の治療ニーズごとに分類することを目的とした。歯科の受療行動に関連する統計調査項目について、治療ニーズごとの分類を検討しておくことは、統計調査結果を用いて歯科疾患に対する治療ニーズを検討するうえで意義があると考えられる。さらに、本研究班では歯科医療の需給の検討を官庁統計調査間のリンケージを含めて行うように計画しており、その概要についても報告する。

研究方法：本研究では、平成 17 年歯科疾患実態調査、平成 16 年国民健康・栄養調査、平成 11 年保健福祉動向調査の各統計調査項目のうち、歯科の受療行動に関連する項目を抽出し、それぞれ **normative needs/ felt needs/ expressed needs** に分類した。

研究結果：各統計調査の特徴として、平成 17 年歯科疾患実態調査は **normative needs** に対応する調査項目が多く、平成 16 年国民健康・栄養調査と平成 11 年保健福祉動向調査では、**felt needs** や **expressed needs** に対応する項目が多いことがわかる結果であった。

考察：本研究のように患者の受療行動を検討する場合には、専門家が専門的知識や価値に基づいて疾病量を判断するだけでなく、患者自身が治療ニーズを感じてから実際の受診にいたるまでに影響し得る要因も検討していく必要がある。すなわち、保健福祉動向調査のように疾患に対する **felt needs** から **expressed needs** へ移行する割合が検討できる可能性がある統計調査の活用や、受療行動に関連する各種要因を他の統計調査とのリンケージによって検討するような方法が望ましいと考えられた。また、本研究班では歯科医療の需要・供給ともに官庁統計の個票データを用いて分析を行う予定で準備を進めている。現在、統計法(平成 19 年法律第 53 号)第 32 条の規定に基づき、厚生労働省へ調査票情報の提供を申請しており、許可が下り次第、解析へ移行する予定である。

A. 研究目的

本邦の患者の受療行動に影響を与えている要因については、近年、少しずつ研究が蓄積されてきているものの、いまだ患者の受療行動を十分に説明しきれほどの情報があるとはいえない。特に受療行動は医療者側の観点に立って分析されがちであるが、医療者側の要因のみが患者の受療行動を決定しているわけではない。歯科疾患における受療行動には、患者の都合がかなり影響していることが予想される。

患者の意向を含んだ受療行動の分析方法のひとつに、治療ニーズを用いた方法がある。歯科疾患に対する治療ニーズは、専門家が専門的知識や価値に基づいて判断する *normative needs*、患者自らが感じているニーズである *felt needs*、患者が治療の必要性を感じて実際に受療行動を起こすときの *expressed needs* に分類でき、疾病量の推計や患者の受療行動の分析にも応用することが可能である。上記の治療ニーズについての検討は、歯科の受療行動に関連した調査項目を含む統計調査を利用することによっても、ある程度、達成できる。

たとえば、歯科の受療行動に関連する調査項目を含む統計調査は、国民健康・栄養調査、歯科疾患実態調査、保健福祉動向調査などがあり、目的外利用申請を行うことで個票データを活用し、これらのニーズに関連する要因を分析できる。以上の3種の統計調査はいずれも国民生活基礎調査（世帯票、健康票）の後続調査であり、都道府県地区番号、単位区番号、世帯番号、出生年月をキー項目として国民生活基礎調査とのリンケージが可能である。ただし後続調査については、保健福祉動向調査とほかの

2つの統計調査の間のリンケージは調査対象者が異なるために不可となっており、歯科疾患実態調査は国民健康・栄養調査の後続調査であるためにリンケージ可能となっている。新統計法の施行により、今後ますます統計調査の有効活用の需要が増してることが予想され、統計調査間のリンケージによって従来の調査ではわからなかった新たな知見が得られることが期待されている。

本研究では、平成17年歯科疾患実態調査、平成16年国民健康・栄養調査、平成11年保健福祉動向調査について、歯科の受療行動に関連した調査項目を治療ニーズごとに分類することを目的とした。歯科の受療行動に関連する統計調査項目について、*normative needs/ felt needs/ expressed needs* のいずれに該当するかを検討しておくことは、統計調査結果を用いて歯科疾患に対する治療ニーズを検討するうえで意義があると考えられる。

さらに、本研究班では歯科医療の需給の検討を官庁統計調査間のリンケージを含めて行うように計画しており、現在、厚生労働省の担当部署に目的外利用申請を行っている。その概要についても報告する。

B. 研究方法

本研究では、平成17年歯科疾患実態調査、平成16年国民健康・栄養調査、平成11年保健福祉動向調査の各統計調査項目のうち、歯科の受療行動に関連する項目を抽出し、それぞれ *normative needs/ felt needs/ expressed needs* に分類した。各統計調査の概要と調査項目は以下の通りである。

1) 国民健康・栄養調査は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づき、国民の身体の状況、栄養素等摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得ることを目的に行われている統計調査である。歯科（歯の健康）に関する調査は 2004 年に初めて行われ、今後、5 年に 1 回の間隔で質問紙調査（生活習慣調査票）が行われる予定となっている。調査項目は、重点調査時において歯の喪失状況、歯・口の自覚症状、歯科保健行動など（15 歳以上／未満で調査項目が異なる）が含まれており、重点調査以外においては現在歯数、歯間部清掃などが含まれている。本調査における調査項目の多くは、主に felt needs、expressed needs に相当する。

2) 歯科疾患実態調査は、わが国の歯科保健状況を把握し、今後の歯科保健医療対策の推進に必要な基礎資料を得ることを目的に、6 年毎に実施されている。調査項目には、現在歯の状況（う蝕の有無、処置の有無）、喪失歯およびその補綴状況、歯肉の状況、歯列・咬合の状況、歯ブラシの使用状況、フッ化物の塗布状況、咬合・顎関節の異常などが含まれている。本調査における調査項目の多くは、主に normative needs に相当する。

3) 保健福祉動向調査は、国民の保健及び福祉に関する事項について、世帯の側から基礎的な情報を得ることを目的に実施されていた調査である。「歯科保健」についても 6 年に 1 回の頻度で調査されてきたが、統計調査の合理化により平成 15 年の調査を最後に廃止されている。主な調査項目は歯の喪失状況、う蝕・歯周病の有病状況、

歯列・咬合・顎関節の状態、歯ブラシ使用・フッ化物塗布の実施状況などである。本調査における調査項目には、felt needs、expressed needs が多く含まれている。

C. 研究結果

各統計調査における調査項目と対応するニーズを図 1～3 に示す。統計調査の特徴として、平成 17 年歯科疾患実態調査は normative needs に対応する調査項目が多く、平成 16 年国民健康・栄養調査と平成 11 年保健福祉動向調査では、felt needs や expressed needs に対応する項目が多いことがわかる結果であった。felt needs や expressed needs に対応する調査項目の多い 2 つの統計調査については、平成 16 年国民健康・栄養調査では特に歯周疾患の felt needs や expressed needs についての調査項目が中心であるのに対し、平成 11 年保健福祉動向調査では歯や口の中についての悩みや気になることをより広範に捉えているという違いがある。また、Normative needs については、平成 16 年国民健康・栄養調査と平成 11 年保健福祉動向調査において、現在歯数を調査対象者に自記してもらう形式をとっているが、歯科疾患実態調査では歯科医師が口腔内の診察を行うようになっている。

D. 考察

統計調査の結果から、統計調査を用いて歯科治療の felt needs や expressed needs を検討する場合には、それらに相当する調査項目の多い国民健康・栄養調査や保健福

祉動向調査が適していると考えられる。患者の受療行動を検討する場合には、専門家が専門的知識や価値に基づいて治療ニーズを判断するだけでなく、患者自らが感じているニーズや患者が治療の必要性を感じて実際に受療行動を起こすときのニーズにも着目すべきである。特に保健福祉動向調査では、歯科疾患に対する felt needs から expressed needs へ移行する割合について検討できる可能性があり、受療行動調査に適した形態の統計調査であるといえるであろう。

つぎに、歯科治療の normative needs を検討するには、normative needs に関連する調査項目の多い歯科疾患実態調査が最も適していることが考えられる。現在歯数については、平成 17 年歯科疾患実態調査では歯科医師が実際の口腔内の診察を行っているのに対し、平成 16 年国民健康・栄養調査や平成 11 年保健福祉動向調査では調査対象者の自記式になっており、データの精度に関する懸念の声もあるようである。しかし、米国の NHANES (The National Health and Nutrition Examination Survey) の Oral Health に関連した調査項目でも、自記式の質問紙調査がかなりの部分を占めるようになっており、調査対象者の負担を減らしてより多くの協力を得るためにも、自記式をうまく活用していくことも重要であると考えられる。

新統計法では行政関係者だけでなく、研究者も統計調査を有効活用できるようになっており、統計調査の目的外利用申請により統計調査を利用した新たな知見が得られることが期待される。特に本研究でとりあげた平成 17 年歯科疾患実態調査、平成 16

年国民健康・栄養調査、平成 11 年保健福祉動向調査はいずれも国民生活基礎調査（世帯票、健康票）の後続調査であり、リンケージを行うことで世帯票や健康票で扱われている調査項目をさまざまな要因として活用できると考えられる。これに関連して残念なのは、保健福祉動向調査における歯科保健関連の調査は平成 11 年を最後に廃止されており、最近の歯科受療行動を検討できる情報が極めて少なくなっていることである。歯科医療の需給は社会問題にもなってきており、経年的に需給の検討が行える基盤を作っておくべきであろう。

本研究班では、歯科医療の需給についてさまざまな検討を行っているが、需要・供給ともに厚生労働統計調査の個票データを用いて分析を行う予定で準備を進めている。現在、統計法(平成 19 年法律第 53 号)第 32 条の規定に基づき、厚生労働省へ調査票情報の提供を申請しており、許可が下り次第、解析へ移行する予定である。

具体的な研究計画を以下に示す。歯科医療の需要・供給ともに、官庁統計の個票データを用いて分析を行うことは、より精度の高い結果を導くことが期待される。さらに本研究班では、個別の官庁統計の個票分析だけではなく、対象者や対象施設などを単位として、官庁統計のリンケージを行うこととした。以下、本研究班で計画しているデータリンケージについて記載する。

- (1) 平成 11 年保健福祉動向調査+国民生活基礎調査(世帯票)
個票データリンケージのイメージは図 4 のようになる。受診状況と家庭経済状況の関連、および口腔内状況と受診状況

に関する検討を行う。歯科受診の要因として、世帯、地域の経済状態、口腔内状況があることが明らかになると考えられる。さらに、回答結果妥当性の検討を行うことで、データとしての精度を考慮に入れることも可能となると考えられる。

(2) 平成 16 年国民健康・栄養調査+国民生活基礎調査(世帯票、健康票)

個票データのリンケージのイメージは図 5 のようになる。口腔の自覚症状を保有する状況から歯科受診といった顕在需要となる際に社会経済的要因がどの程度関連するかについて検討を行う。本研究により、歯科保健行動と社会経済的要因との関連が明らかになると考えられる。

(3) 平成 17 年歯科疾患実態調査+国民生活基礎調査+国民健康・栄養調査

個票データのリンケージのイメージは図 6 のようになる。日本人の歯科保健行動や口腔保健状態、歯科医療へのアクセスに社会的勾配が認められるのか、そしてその関連要因を検討することを目的とする。歯科医療の需要や歯科医療の受診と社会経済状態や生活意識状況の関連、アクティブに歯科医療の需要を喚起する関連要因、地域の社会経済状態との関連などが明らかになると考えられる。これにより、歯科医療の需給の検討の際に人口当たりの歯科医院数以外の考慮すべき要因が明らかとなると考えられる。

(4) 平成 20 年患者調査(歯科診療所票)+医療施設静態調査(歯科診療所票)

受診患者の特性(性別、年齢、傷病名、外来の種別等)と歯科診療所等の特性(地域性、規模、診療時間帯、診療状況等)の関連を検討する。これにより、従来はほとんど検討できなかった、歯科診療所の特性と歯科疾患等の需要との関係を理解するための基礎的データが得られることが考えられる。

なお、リンケージとは別途、医療施設静態調査については、都道府県及び二次医療圏別に、歯科診療所における従事者の状況を基準とした診療状況に関する分析を行う。これにより、これまで単に歯科医師の数についての観点から論じられてきた歯科医師の需給に関しては、歯科衛生士等他の医療従事者の供給量および質、歯科医師の勤務形態の違いが歯科医療提供に与える影響について把握することが可能になると考えられる。

(5) 1972 年から 2008 年調査までの医師・歯科医師・薬剤師調査データ

歯科医籍登録番号を用いて縦断的にデータを結合し、歯科医師の稼働状況の変化について解析を行う。本研究により、歯科医師の稼働状況の現状と、稼働状況に影響を与えると考えられる性別、年齢、業務の種類、地域性との関連が明らかになると考えられる。

E. 結論

本研究では、平成 17 年歯科疾患実態調査、平成 16 年国民健康・栄養調査、平成 11 年保健福祉動向調査の 3 つの厚生労働統計調

査について、歯科の受療行動に関連した調査項目を上記の治療ニーズごとに分類した。統計調査の特徴として、平成 17 年歯科疾患実態調査は *normative needs* に対応する調査項目が多く、平成 16 年国民健康・栄養調査と平成 11 年保健福祉動向調査では、*felt needs* や *expressed needs* に対応する項目が多いことがわかる結果であった。患者の受療行動を統計調査データの活用により分析する場合には、保健福祉動向調査のように疾患に対する *felt needs* から *expressed needs* へ移行する割合が検討できる可能性

がある統計調査の活用や、受療行動に関連する各種要因を他の統計調査とのリンケージによって検討するような方法が望ましいと考えられた。

F. 研究発表

未発表

G. 知的財産の出願・登録状況

なし

リンケージにより、
H16 国民生活基礎調査
の調査項目が各ニーズ
に関連する要因として
検討できる

Expressed needs:

この1年間に歯石除去や歯面清掃を受けたか、
この1年間に歯磨きの個人指導を受けたか、
この1年間に歯科健康診査を受けたか、
歯の抜けたところは補っているか、
歯周病といわれ治療しているか

Felt needs:

歯ぐきが腫れている、歯を磨く時に血が出る、
歯ぐきが下がって歯の根が出ている、歯ぐきを押しと膿が出る、
歯がぐらぐらする、かんで食べるときの状態

Normative needs:

自分の歯は何本あるか

図1. H16国民健康・栄養調査の調査項目と対応するニーズ

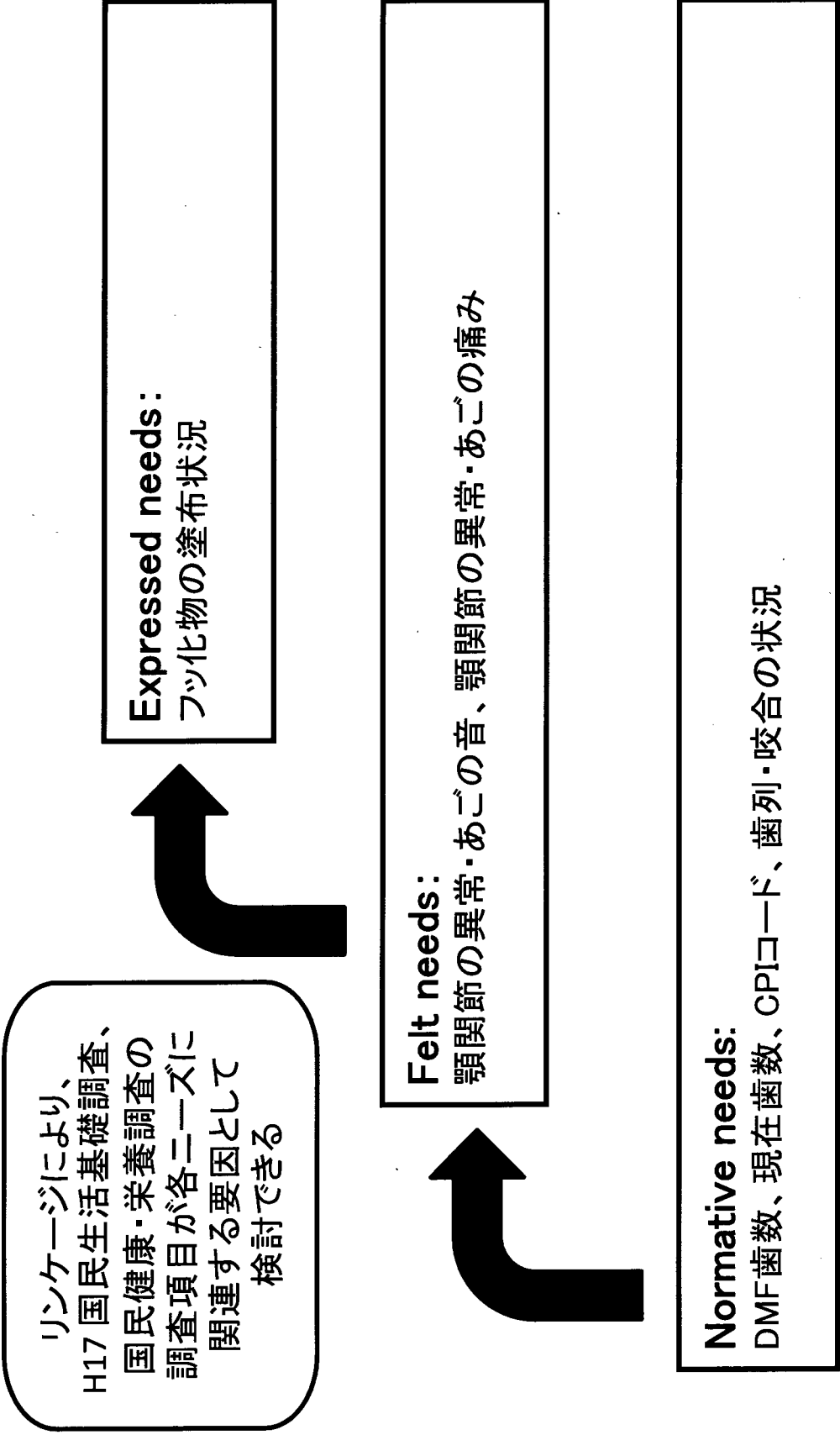


図2. H17歯科疾患実態調査の調査項目と対応するニーズ

リンケージにより、
H11 国民生活基礎調
査の調査項目が、
各ニーズに関連する
要因として検討できる

Expressed needs:

この1年間に歯科医師等から正しい歯ブラシの
使い方の指導や歯科健康診査を受けたか
この1年間に歯科診療所や病院の歯科で診療
を受けたか
義歯を作ったことがあるか

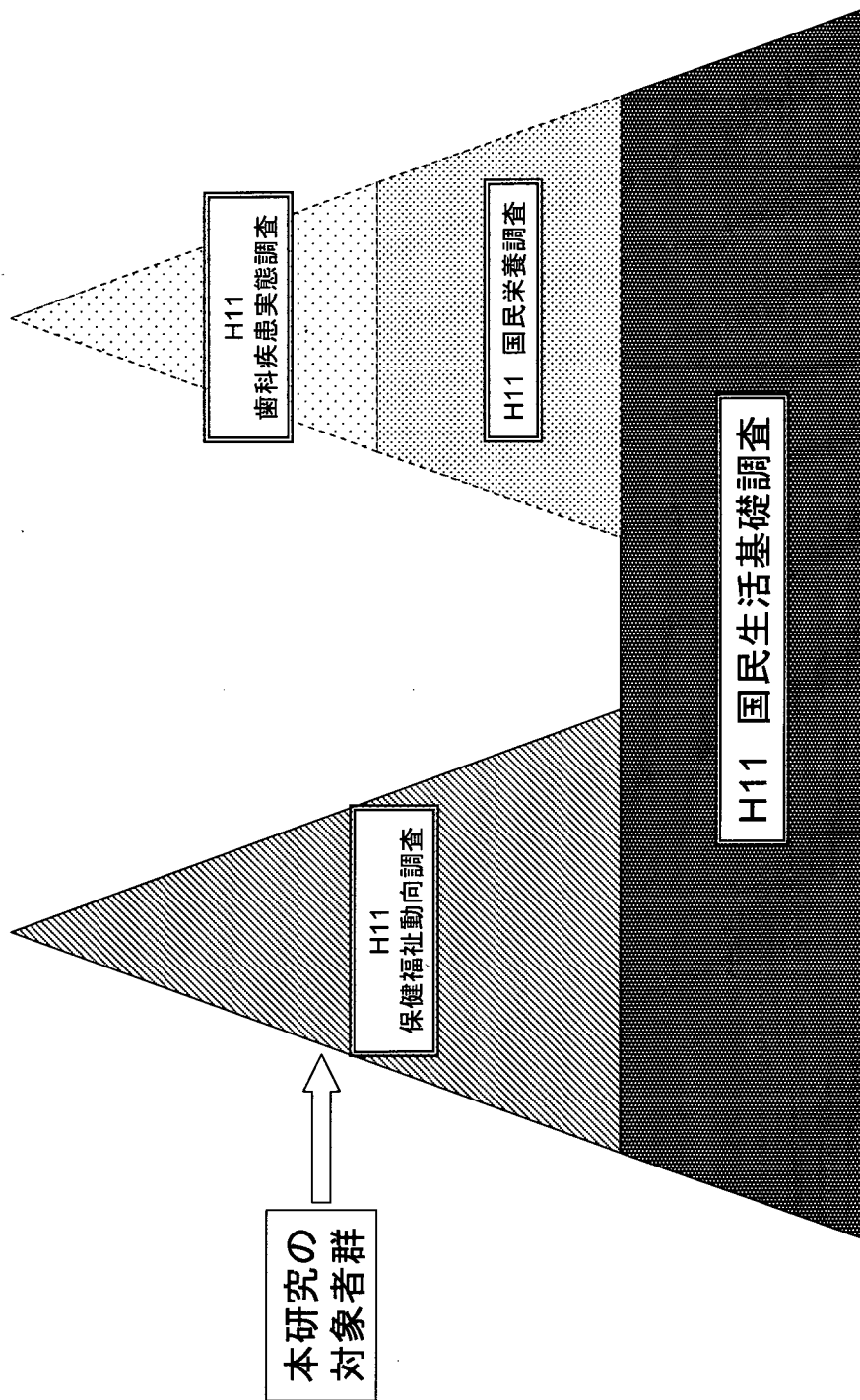
Felt needs:

歯や口の中の悩みや気になることがあるか、
ふだん歯や歯ぐきの健康について注意していること、
どのような歯間部清掃器具を使用しているか

Normative needs:

歯の状態

図3. H11保健福祉動向調査の調査項目と対応するニーズ



保健福祉動向調査と歯科疾患実態調査および国民栄養調査のリンケージは不可能。
 本研究では、保健福祉調査と国民生活基礎調査のリンケージのみを行う。

**図4. 平成11年保健福祉動向調査＋国民生活基礎調査
 (世帯票) における個票データリンケージのイメージ**

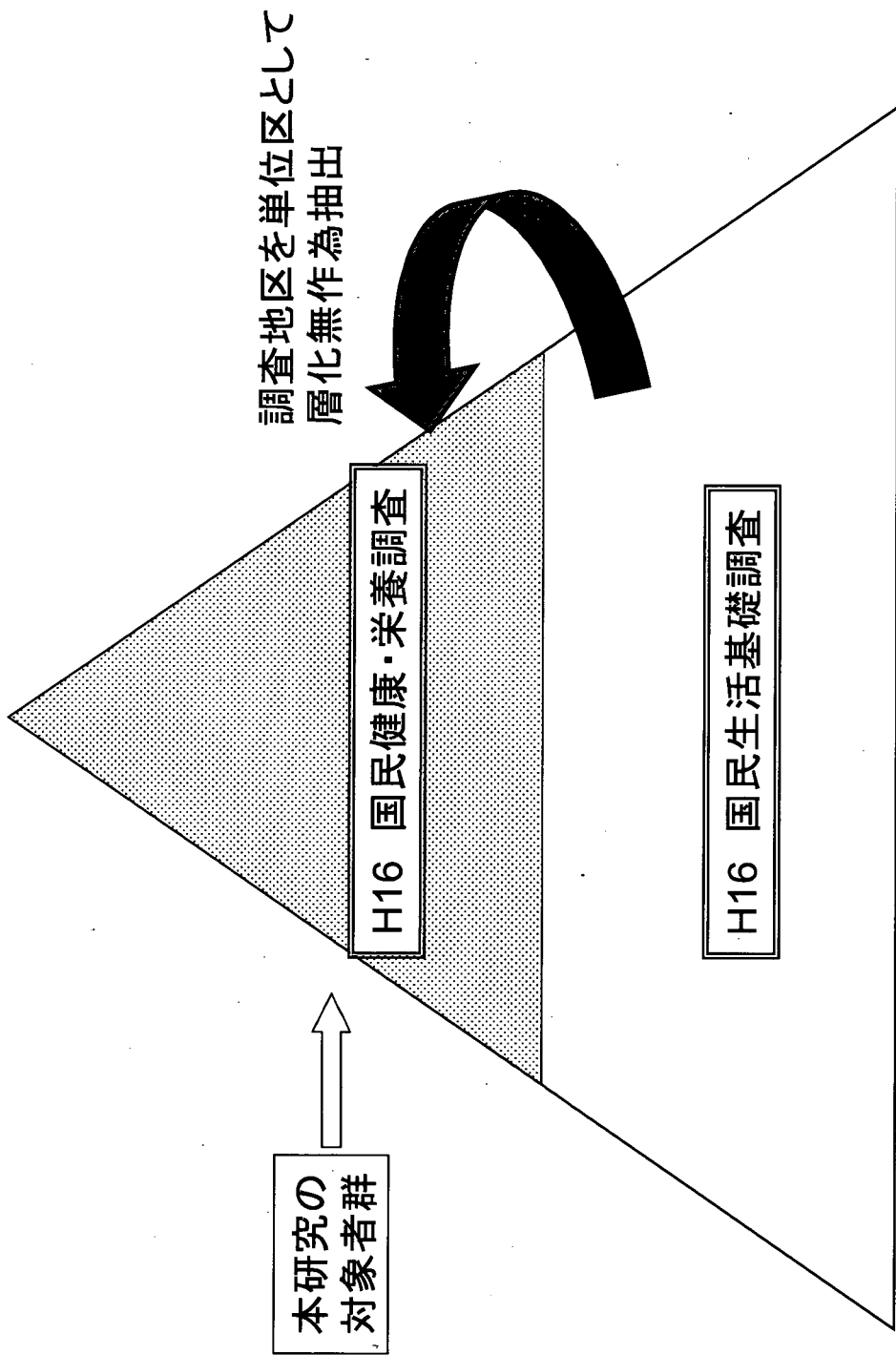


図5. 平成16年国民健康・栄養調査＋国民生活基礎調査
(世帯票、健康票)における個票データリンクageジのイメージ

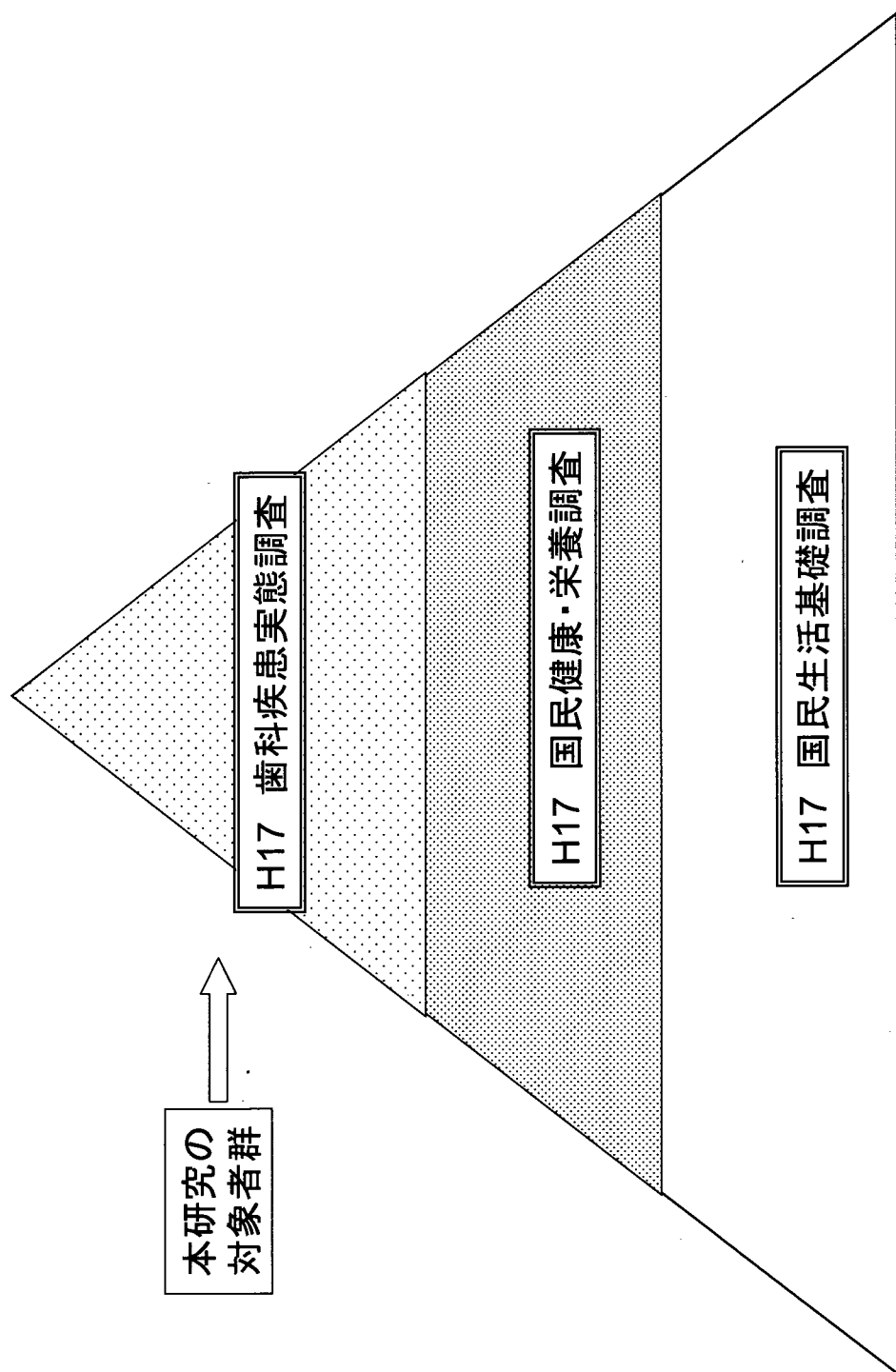


図6. 平成17年歯科疾患実態調査＋国民生活基礎調査＋

国民健康・栄養調査における個票データリンクージュのイメージ

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業研究事業）
「歯科疾患等の需要予測および患者等の需要に基づく適正な歯科医師数に関する研究」
(H21 - 医療 - 一般 - 015)

分担研究報告書

国民医療費統計による歯科医療費の推移に関する検討

研究代表者：安藤 雄一（国立保健医療科学院・口腔保健部 口腔保健情報室長）

研究分担者：深井 稷博（深井保健科学研究所 所長）

協力研究者 恒石美登里（日本歯科総合研究機構 研究員）

柳澤 智仁（日本歯科総合研究機構 研究員）

研究要旨

e-Stat（政府統計の総合窓口）に掲載されている国民医療費統計の歯科医療費に関するデータ等を用いて、他の診療種類の推移との比較、GDP 推移との関連、年齢階級別推移について検討した。

歯科医療費は近年横ばい傾向を示し、国民医療費総額に占める割合はピーク時（1962 年度）の 12.4%から 7.3%（2007 年度）まで低下した。GDP の推移は歯科医療費と類似しており、とくに 1990 年代半ば以降は顕著であった。

1984 年度以降の歯科医療費を 4 区分した年齢階級（0～14 / 15～44 / 45～64 / 65 歳～）別に推移をみると、若年層（～44 歳）では総額・1 人あたり費用ともに横ばいないし漸減、45～64 歳では総額・1 人あたり費用ともに増加した後に横ばい～漸減傾向、65 歳以上では総額が増加しているが 1 人あたり費用は 1990 年代後半から横ばいであった。65 歳以上の歯科医療費の増加率は医科（入院、入院外）よりも高かった。1998 年度以降の歯科医療費を 5 歳区分別に推移をみると、ピークとなる年齢層が次第に高齢側にシフトしてきており、総額でみた場合は団塊世代がピークを示したが、1 人あたり費用でみた場合は 70 歳代前半（2007 年度）がピークを示した。

A. 目的

厚生労働省により毎年公表される国民医療費では、歯科医療費の総額と国民 1 人あたりの費用が年齢階級別に示される。この歯科医療費には自由診療は含まれないが、歯科医療に対して支払われた費用の大半であることは疑いがなく、歯科需要を安定的に示す指標といえる。また年齢階級については、4 区分（1～14 / 15～44 / 45～64 / 65 歳～）したデータで四半世紀分、5 歳区分のデータが 10 年分の推移をみるのが可能である。

本稿では、国民医療費統計による歯科医療費について、他の診療種類の推移との比較、GDP 推移との関連、年齢階級別推移を検討すること等を目的として、公表されている資料を用いた分析を行った。

B. 方法

e-Stat¹⁾に収載されている国民医療費統計に関するデータを用いた。

まず、診療種類別の医療費総額の推移に関するデータより、歯科医療費の推移を他の診療種類別データと比較し、国民医療費全体に占める歯科医療費の割合の推移をみた。また、GDPの推移との関連も検討した。

次いで、年齢階級別の歯科医療費データを用いた検討を行った。国民医療費統計における年齢階級別医療費データは、4区分(1～14 / 15～44 / 45～64 / 65歳～)は1984年度から、5歳区分は1998年度から利用できるようになっている。この2種類の年齢階級別データから歯科医療費の総額と1人あたり費用の推移を分析した。このうち、4区分の年齢階級別データについては、入院・入院外の医療費の推移と比較した。また人口の年齢構成の変化との比較も行った。

C. 結果

1. 国民医療費の推移と診療種類別内訳および GDP との関連

図1に国民医療費とその内訳の推移(1962～2007年度)を示す。2007年度の国民医療費は年々増加傾向にあり2007年度では34.1兆円であり、このうち歯科医療費は2.5兆円であった(図1-A)。各診療種類別内訳の推移をみると、他の診療項目の増加傾向に対し、歯科医療費は近年横ばい傾向を示した(図1-B)。

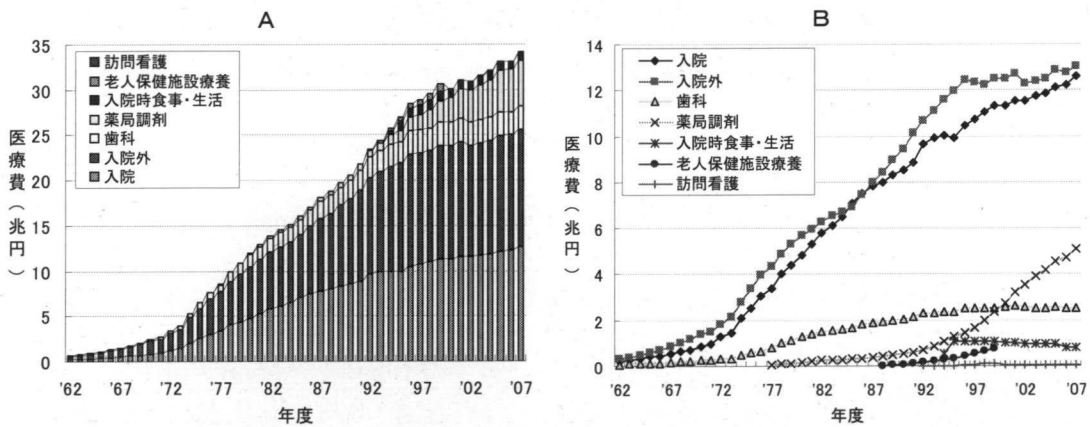


図1. 国民医療費とその内訳の推移(1962～2007年度)

図2は歯科医療費が国民医療費総額に占める割合の推移を示したものである。最も高かったのは1962年度の12.4%で、以後、減少し1975年には8.6%まで下がり、その後1981年度(11.0%)まで増加したが、これをピークに以後減少傾向が続き、2007年度には7.3%まで低下した。

図3は歯科医療費の推移とGDPの推移を重ねて図示したものであるが、長期的にみると、かなり類似した傾向にあり、とくに1990年代半ば以降はGDP、歯科医療費ともに横ばい状態で、傾向が一致していた。

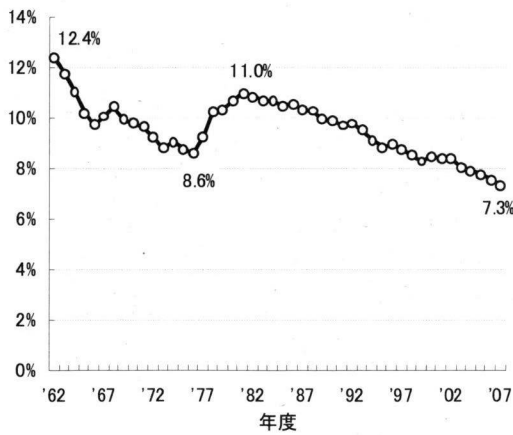


図2. 歯科医療費が国民医療費に占める割合の推移

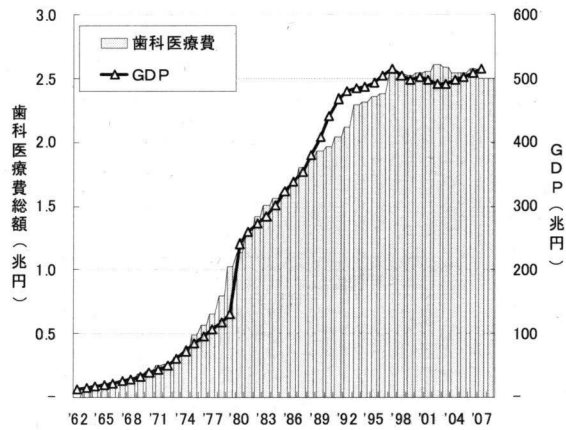


図3. GDPと歯科医療費(総額)の推移

2. 年齢階級別にみた歯科医療費の推移

図4に4区分(0～14 / 15～44 / 45～64 / 65歳～)した年齢階級別にみた歯科医療費の総額(図の左側)と1人あたり費用(図の右側)を示す。若年層(0～14歳、15～44歳)では、総額・1人あたり費用ともに横ばい～漸減傾向にあった。45～64歳は1990年代半ばまで総額・1人あたり費用ともに増加傾向にあったが、その後は横ばい～漸減傾向に変化した。65歳以上については、総額では増加傾向が続いているが、1人あたり費用では2000年頃を境に横ばい傾向に変化した。

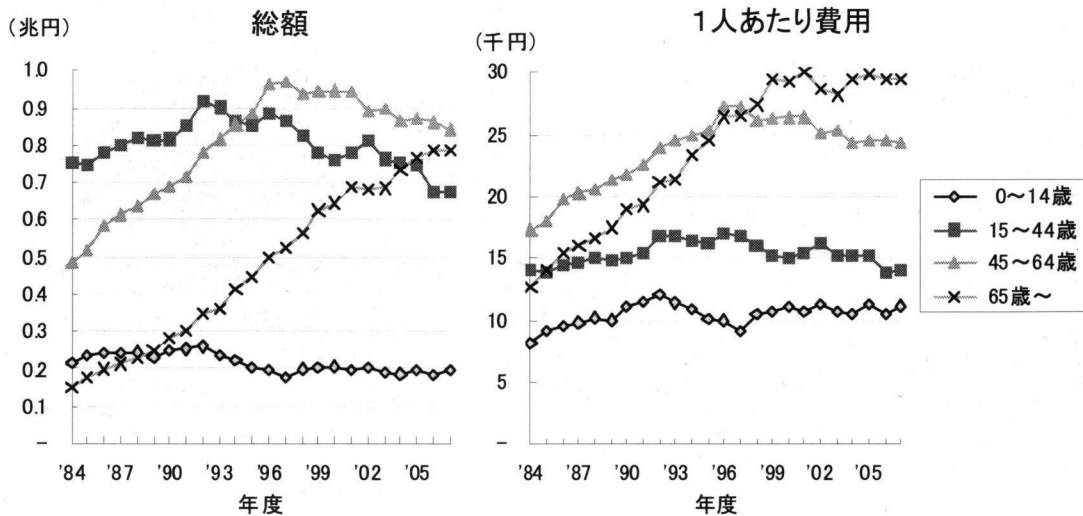


図4. 年齢階級(4区分)別にみた歯科医療費の総額と1人あたり費用の推移(1984～2007年度)

図5に入院・入院外・歯科の医療費総額の推移を、図6に人口の推移を年齢階級(0-14 / 15-44 / 45-64 / 65歳-)別に示す。また、最新の2007年度を最も古い1984年度と比較した結果を表1に示す。

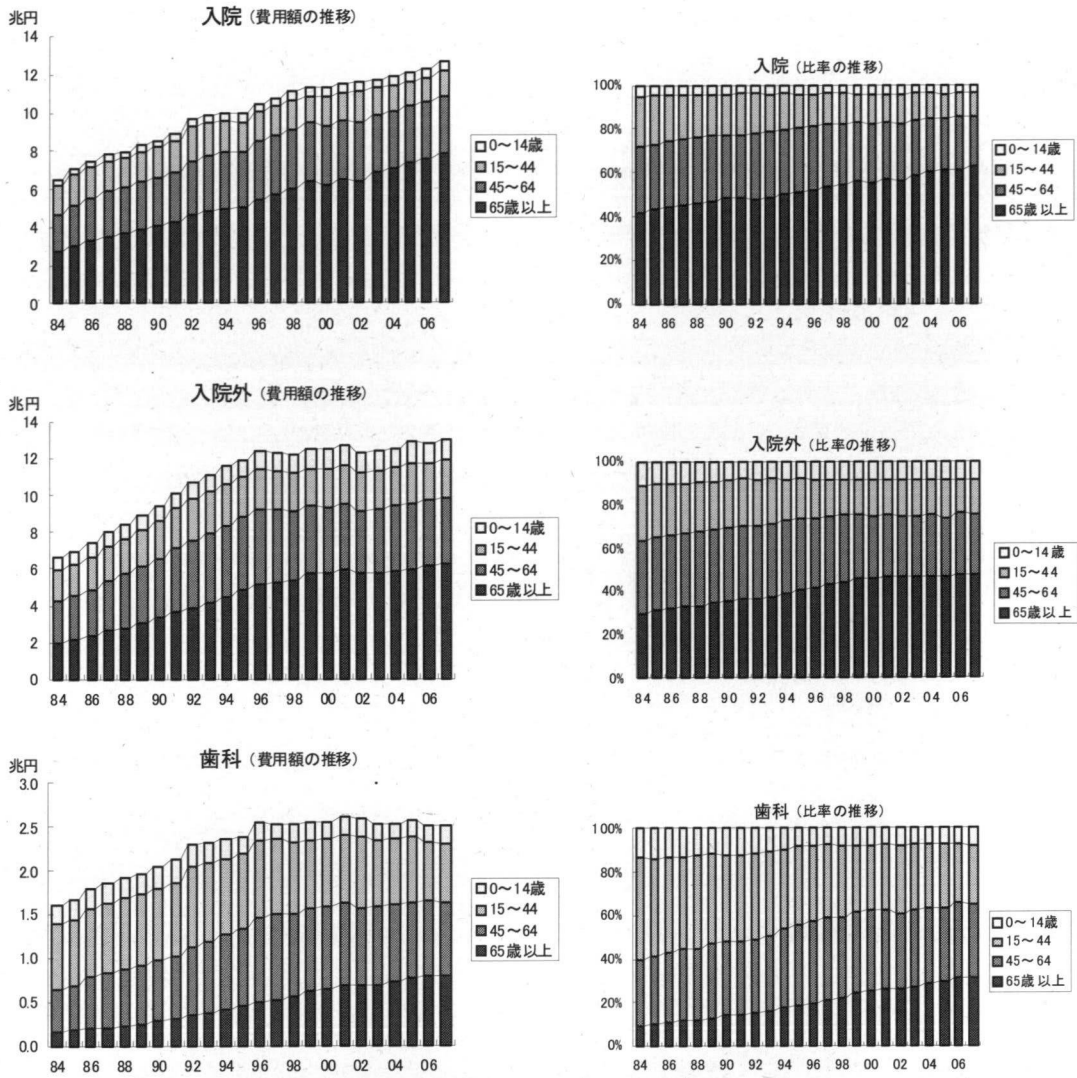


図5. 入院・入院外・歯科の医療費総額の年齢階級(0-14/15-44/45-64/65歳-)別にみた推移(1984~2007年度)

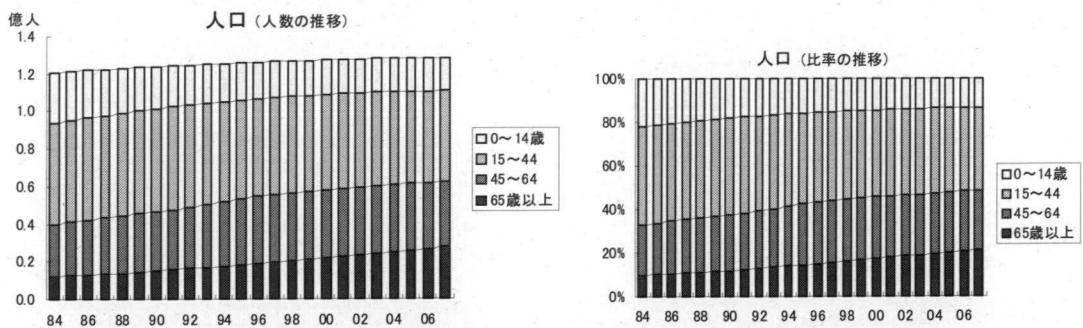


図6. 人口の年齢構成の年齢階級(0-14/15-44/45-64/65歳-)別にみた推移(1984~2007年度)

表1. 1984年度と2007年度の「入院」・「入院外」・「歯科」の医療費総額と人口の変化の年齢階級別比較

年度		各年度のデータ				年齢構成			
		1984年度 ①	2007年度 ②	差 (=②-①)	比率 (=②/①)	1984年度 ③	2007年度 ④	差 (=④-③)	比率 (=④/③)
入院 (億円)	全年齢	65,144	126,132	60,988	1.94	100.0%	100.0%	0.0%	1.00
	0～14歳	3,398	4,880	1,482	1.44	5.2%	3.9%	-1.3%	0.74
	15～44	14,928	13,017	-1,911	0.87	22.9%	10.3%	-12.6%	0.45
	45～64	19,525	29,462	9,937	1.51	30.0%	23.4%	-6.6%	0.78
	65歳以上	27,293	78,774	51,481	2.89	41.9%	62.5%	20.6%	1.49
	(再)0～44歳	18,326	17,897	-429	0.98	28.1%	14.2%	-13.9%	0.50
入院外 (億円)	全年齢	66,782	130,287	63,505	1.95	100.0%	100.0%	0.0%	1.00
	0～14歳	7,284	11,184	3,900	1.54	10.9%	8.6%	-2.3%	0.79
	15～44	16,828	20,923	4,095	1.24	25.2%	16.1%	-9.1%	0.64
	45～64	22,861	35,981	13,120	1.57	34.2%	27.6%	-6.6%	0.81
	65歳以上	19,809	62,199	42,390	3.14	29.7%	47.7%	18.1%	1.61
	(再)0～44歳	24,112	32,107	7,995	1.33	36.1%	24.6%	-11.5%	0.68
歯科 (億円)	全年齢	16,071	24,996	8,925	1.56	100.0%	100.0%	0.0%	1.00
	0～14歳	2,171	1,939	-232	0.89	13.5%	7.8%	-5.8%	0.57
	15～44	7,522	6,773	-749	0.90	46.8%	27.1%	-19.7%	0.58
	45～64	4,860	8,413	3,553	1.73	30.2%	33.7%	3.4%	1.11
	65歳以上	1,518	7,871	6,353	5.19	9.4%	31.5%	22.0%	3.33
	(再)0～44歳	9,693	8,712	-981	0.90	60.3%	34.9%	-25.5%	0.58
人口 (千万人)	全年齢	120,236	127,770	7,534	1.06	100.0%	100.0%	0.0%	1.00
	0～14歳	26,504	17,292	-9,212	0.65	22.0%	13.5%	-8.5%	0.61
	15～44	53,762	48,324	-5,438	0.90	44.7%	37.8%	-6.9%	0.85
	45～64	28,014	34,690	6,676	1.24	23.3%	27.2%	3.9%	1.17
	65歳以上	11,956	27,464	15,508	2.30	9.9%	21.5%	11.6%	2.16
	(再)0～44歳	80,266	65,616	-14,650	0.82	66.8%	51.4%	-15.4%	0.77

高齢者（65歳～）の医療費に注目すると、どの診療区分でも増加傾向を示し、2007年度は1984年度に比べて、入院が2.89倍、入院外が3.14倍で、人口の増加（2.3倍）をやや上回る程度であったが、歯科では5.19倍と入院・入院外より高く、また人口の増加率を大きく上回っていた。

また、高齢者（65歳～）の占める費用の割合について、1984年度に対する2007年度の増加率をみると、入院1.49倍、入院外1.61倍、歯科3.33倍、人口2.16倍であり、入院・入院外が人口を下回ったのに対し、歯科ではこれを上回った。

一方、若年層（44歳以下）の変化をみると、2007年度の医療費は1984年度に比べ入院0.98倍、入院外1.33倍、歯科0.90倍で、歯科が最も高い減少率を示した。

図7に5歳区分でみた歯科医療費の総額（図7左）と1人あたり費用（図7右）の推移（1998→2002→2007年）を示す。総額の推移では、いわゆる団塊世代（1947～49年生まれ）ピークを示していた。一方、一人あたり費用の推移をみると、総額よりも高齢者層がピークを示していた。さらに、2007年では1998年に比べて曲線が右方に移動し70～74歳がピークを示していた。また、1人あたり費用は、全般的に総額に比べて年齢階級間の凸凹が小さくなっていた。

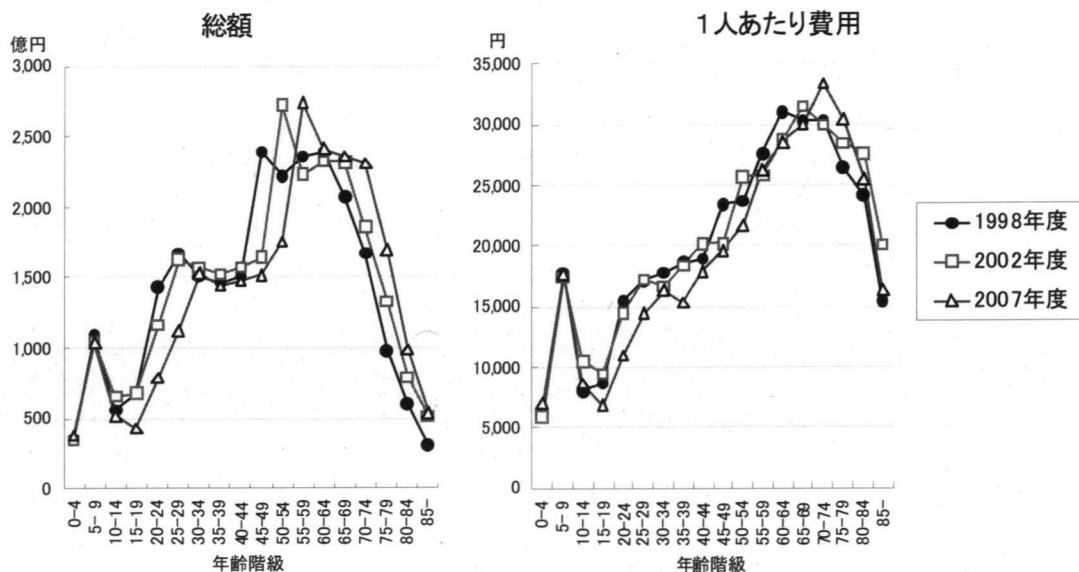


図7. 年齢階級(5歳区分)別にみた歯科医療費の総額と1人あたり費用の推移 (1998→2002→2007年度)

D. 考察

歯科医療費(総額)は近年横ばい傾向を示し、増加を続けている入院・入院外とは異なった推移を示していた(図1)。国民医療費全体に占める割合は、多少の増減を経ながら過去35年間で5%ポイント減少し(図2)、ことに近年はGDPと傾向が一致していた(図3)。これらの傾向は、供給者側の視点に立てば収入の伸び悩みに直結することになるが、見方を変え、需用者である国民の視点に立てば、医療費適正化が最も成功している分野ということができる。

4区分した年齢階級(0~14/15~44/45~64/65歳~)別の推移(図5)をみると、医療費の高齢者層へのシフトが最も進んでいたのは意外なことに歯科であり、高齢者(65歳以上)人口増加よりも遙かに高い増加を示していた。一方、若年層(44歳以下)の歯科の医療費は減少傾向を示していたが、入院・入院外に比べて際立って大きいというほどではなかったため、歯科医療費の高齢者層へのシフトは、おそらく高齢者の歯科治療のニーズが増大してきた影響が強いと思われる。

5歳区分でみた年齢階級別歯科医療費の推移をみると総額(図7)では人口の多い団塊世代がピークを示しているが、1人あたり費用では様相が異なり、ここ9年間でピークが60歳代から70歳代前半に移行し、曲線全体が高齢者側(右側)にシフトした(===)。この傾向は、おそらく、若年層では、う蝕等歯科疾患の減少と軽症化による影響が、高齢者層では前述したように歯科治療ニーズの増加による影響が考えられる。このうち高齢者については、現在歯数が増加してきたことと、受診行動が高まってきた両方の影響が考えられ、他の統計資料との関連について十分検討する必要がある。