

E. 結論

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を用いて、他の診療種類との推移の比較、GDPの推移との関連、年齢階級別にみた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しないし漸減、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人あたり費用傾向が増加後に横ばいが続いていた。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。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 引用文献

- 1) e-Stat（政府統計の総合窓口）：<http://www.e-stat.go.jp/>（2010年3月24日検索）

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

医療費の 3 要素分析による歯科需要の検討
～国民健康保険と政府管掌健康保険データを用いた分析

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：深井穰博（深井保健科学研究所・所長）

研究要旨

歯科医療費の推移の詳細を知るための手段として、医療費の 3 要素（受診率、1 件あたり日数・1 日あたり医療費）をみる方法が有用であることから、国民健康保険と政府管掌保険が毎年行っている単月の抽出調査データを用いて、その推移等について分析を行った。

その結果、過去 34 年間（1974～2007 年）における歯科医療費の 3 要素の推移として、受診率は高齢者を中心に増加傾向、1 件あたり日数は明らかな減少傾向、1 日あたり費用は当初の増加傾向から横ばい～漸減に変化してきたことが認められた。

A. 目的

本報告書で報告された国民医療費統計による歯科医療費の推移に関する分析¹⁾では、歯科医療費の総額と 1 人あたりでみた費用を評価指標とする分析しか行うことができない。しかし、各種保険のデータでは、医療費を 3 要素（受診率・1 件あたり日数・1 日あたり医療費）に分解した分析を行うことが可能である。この医療費の 3 要素分析では、暦の月単位で処理される業務統計であるという制約はあるものの、受診率は「受診の頻度」を、1 件あたり日数・1 日あたり医療費の 3 要素日数は「受診の長さ」を、1 日あたり医療費は「医療費の単価」を概ね表す指標であり、かつ広範囲にわたり長期間用いられているという特性があるため、歯科医療の需要を評価するうえ

で有用な方法といえる²⁾。

歯科医療費の 3 要素について今までに行われた分析では、ある年度における地域差に注目したものが多く⁵⁻⁷⁾。3 要素の推移をみた分析として、「歯科医療白書 2008」において鎌形²⁾が厚生労働省の医療保険統計を用いて行った分析があるが、年齢区分が医療保険計／老人保健の 2 区分のみで、年齢層別にみた推移を知るには限界がある。また、調査期間も短く（1995～2005 年度）長期的な傾向を知ることができない。

しかしながら、3 要素の長期的な推移を年齢層別にみる資料は存在し、国民健康保険（国保）と政府管掌保険（政管）で 30 年以上前から単月調査（抽出調査）が毎年実施されている。

そこで、このデータを用いて、歯科医療費の 3 要素について、年齢階級別にみた長

期的な推移などを検討した。本稿ではその概要を報告する。

B. 方法

1. 分析に用いたデータ

1) 国民健康保険給付実態調査

本調査は、国民健康保険被保険者の6月審査分の診療報酬明細書・調剤報酬明細書を抽出して毎年行われている³⁾。抽出率は、直近の平成19年度調査では入院が50分の1、入院外・歯科・調剤は500分の1である。なお、歯科の抽出率は、1974年が40分の1、1975年が50分の1で、1976年以降は500分の1と推移してきた。

分析には、3要素のデータが完備していた1974～2007年度のデータを用いた。

本報告では、この調査報告データを「国保」と略称する。

2) 医療給付受給者状況調査

本調査は、政府管掌健康保険・船員保険の被保険者・被扶養者の4月審査分の診療報酬明細書・調剤報酬明細書を抽出して毎年行われている⁴⁾。抽出率は直近の平成19年度調査における「政管（被保険者）」「政管（被扶養者）」ともに、入院が5分の1、入院外と歯科が100分の1である。歯科の抽出率の推移は、1966～1974年が250分の1、1975～1977年が400分の1、1978～1991年が500分の1で、1992年以降は100分の1である。

本報告では、この調査データのうち、政府管掌健康保険の被保険者被扶養者のデータを用い、前者を「政管（被保険者）」、後者を「政管（被扶養者）」と略称する。また両者を一括する場合は「政管」と略称する。

分析に用いたデータは1966～2007年である。このうち1974～2007年度は3要素のデータが完備したが、それ以前の

1966～1973年度は受診率と1人あたり歯科医療費のデータのみ利用可であった。

2. 分析方法

まず、歯科医療費の3要素の特徴をつかむために、最も年齢層を広くカバーする「国保」の最新（2007）年度調査における歯科医療費の1人あたり費用とその3要素を入院外および入院と比較した。

次いで、「国保」・「政管（被保険者）」・「政管（被扶養者）」の歯科医療費について、それぞれのデータが利用できる期間中における1人あたり歯科医療費とその3要素（受診率、1件あたり日数、1件あたり費用）の推移（「国保」は1974～2007年度、「政管（被保険者）」と「政管（被扶養者）」は1966～2007年度）を年齢階級別にみた。年齢階級は、近年（2000年以降）の調査では0～84歳が5歳区分されているが、古い調査では70歳以上が一括されていたため、0～69歳を5歳区分し、それ以上の年齢は70歳以上として推移をみた。

データは冊子体の報告書およびWebに報告されていたデータをMicrosoft-Accessに入力し、Microsoft-Excelを併用して分析を行った。

C. 結果

図1に2007年の国保データにおける度診療種類（歯科・入院外・入院）の各年齢階級の1人あたり費用とその3要素を示す。年齢のピークが歯科と入院外・入院とで大きく異なっており、ピークとなる年齢階級が歯科では70～74歳、入院外では60～84歳、入院では85歳以上であった。また、1人あたり費用のグラフの形状はどの診療種類でも受診率と類似していた。

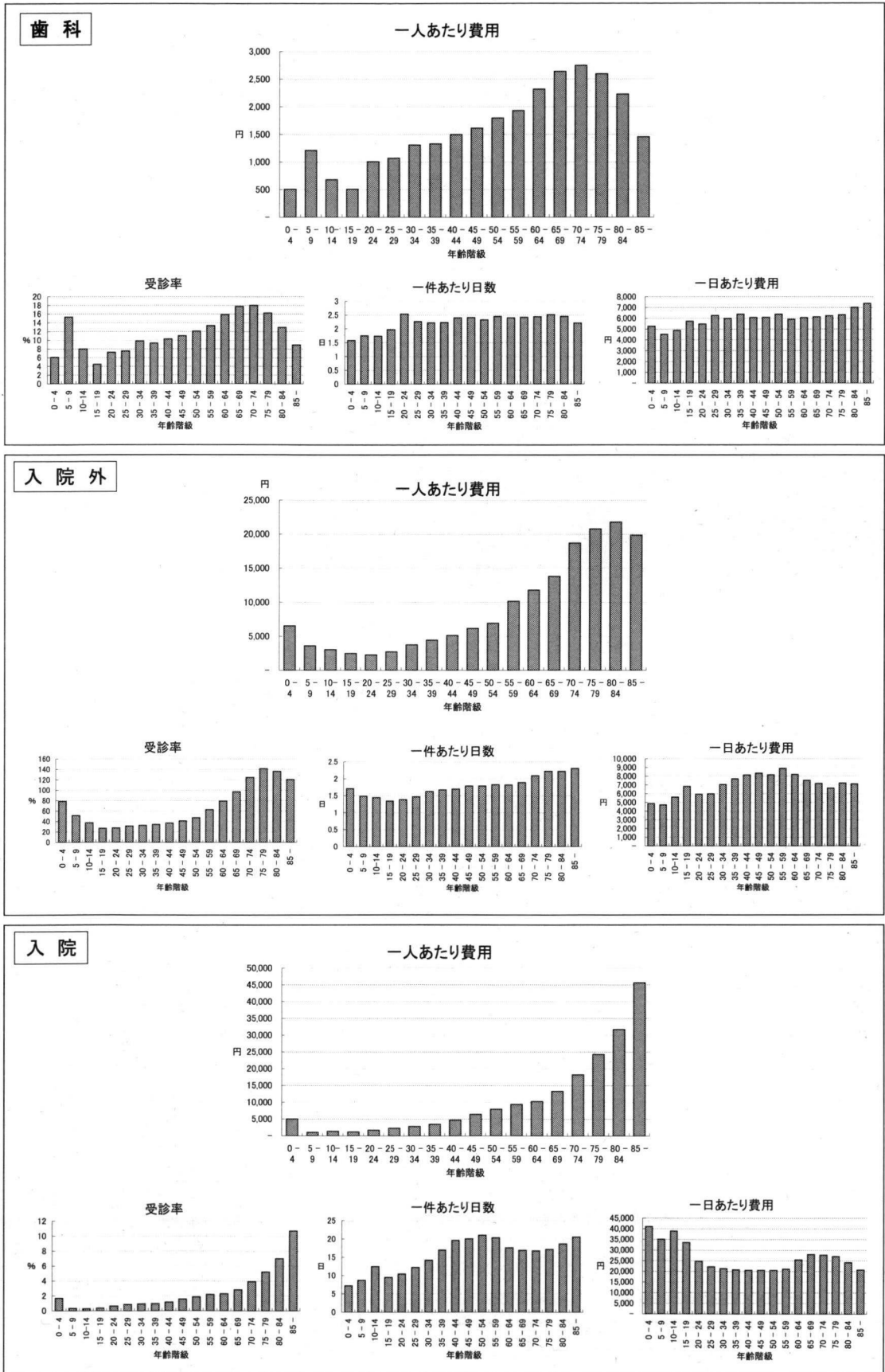


図1. 歯科・入院外・入院別にみた各年齢階級の1人あたり費用とその3要素(国保、2007年度)

図2に歯科の受診率の推移（国保 1976～2007年度、政管 1966～2007年度）を年齢階級別に示す。全体的にみて、受診率は漸増傾向にあり、とくに高齢者層において顕著であった。

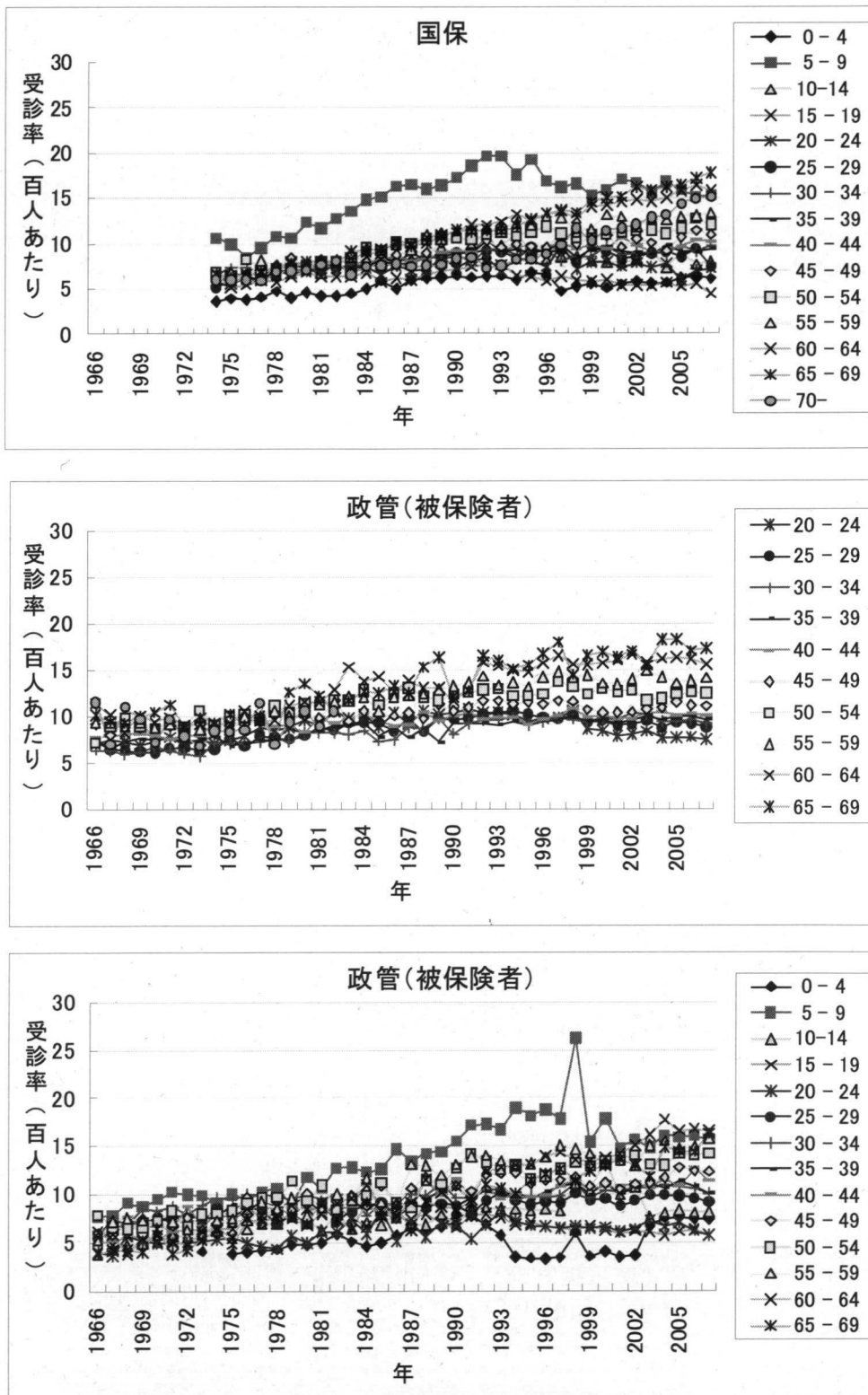


図2. 受診率の推移

図3に1件あたり日数の推移を示す。少傾向にあり、約30年間で概ね1日の減少が認められた。国保、政管を問わず、どの年齢階級でも減少が認められた。

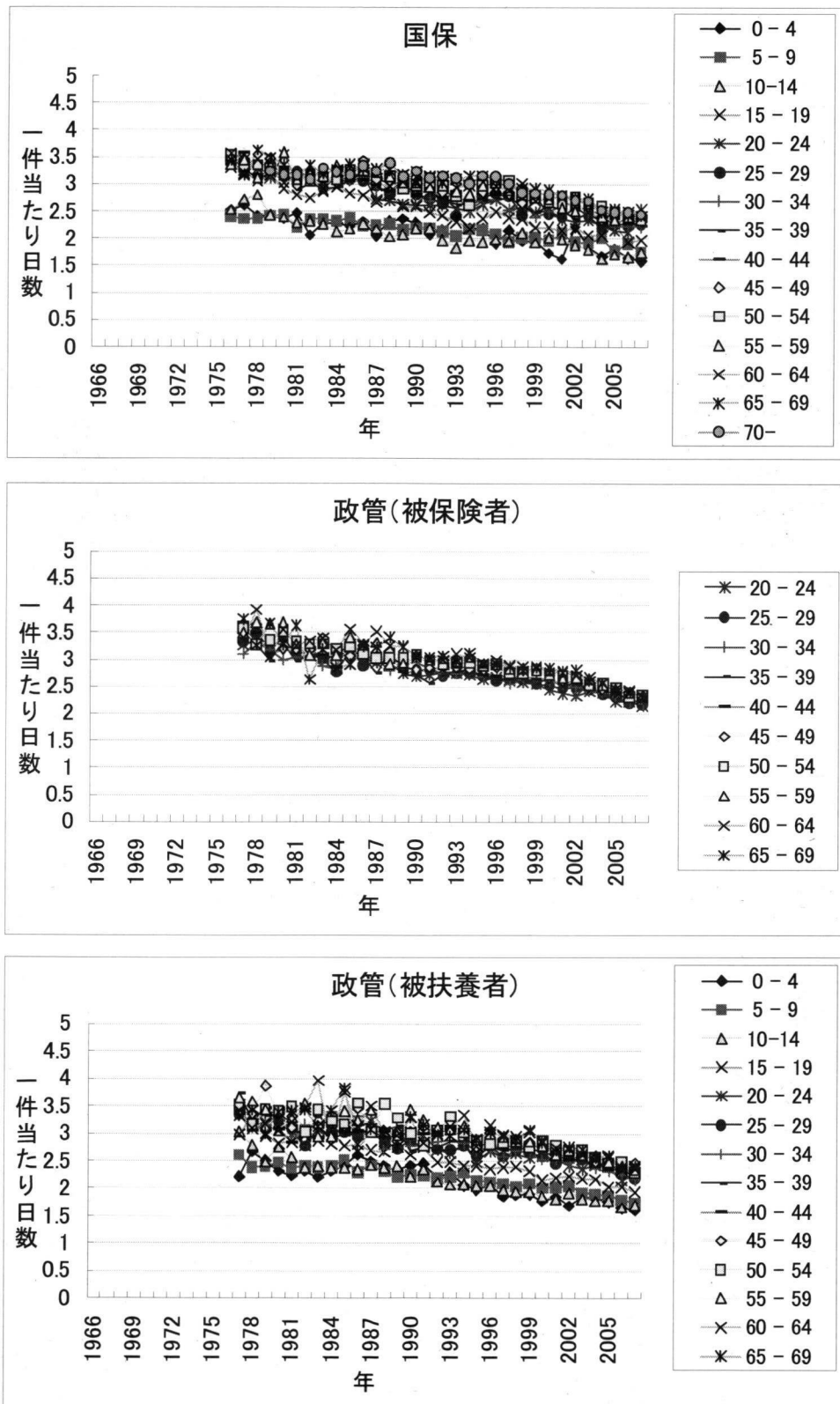


図3. 一件あたり日数の推移

図4に一日あたり費用の推移を示す。
かつては全体的に増加傾向にあったが、

最近ではほぼ横ばい～漸減傾向にあることが
認められた。

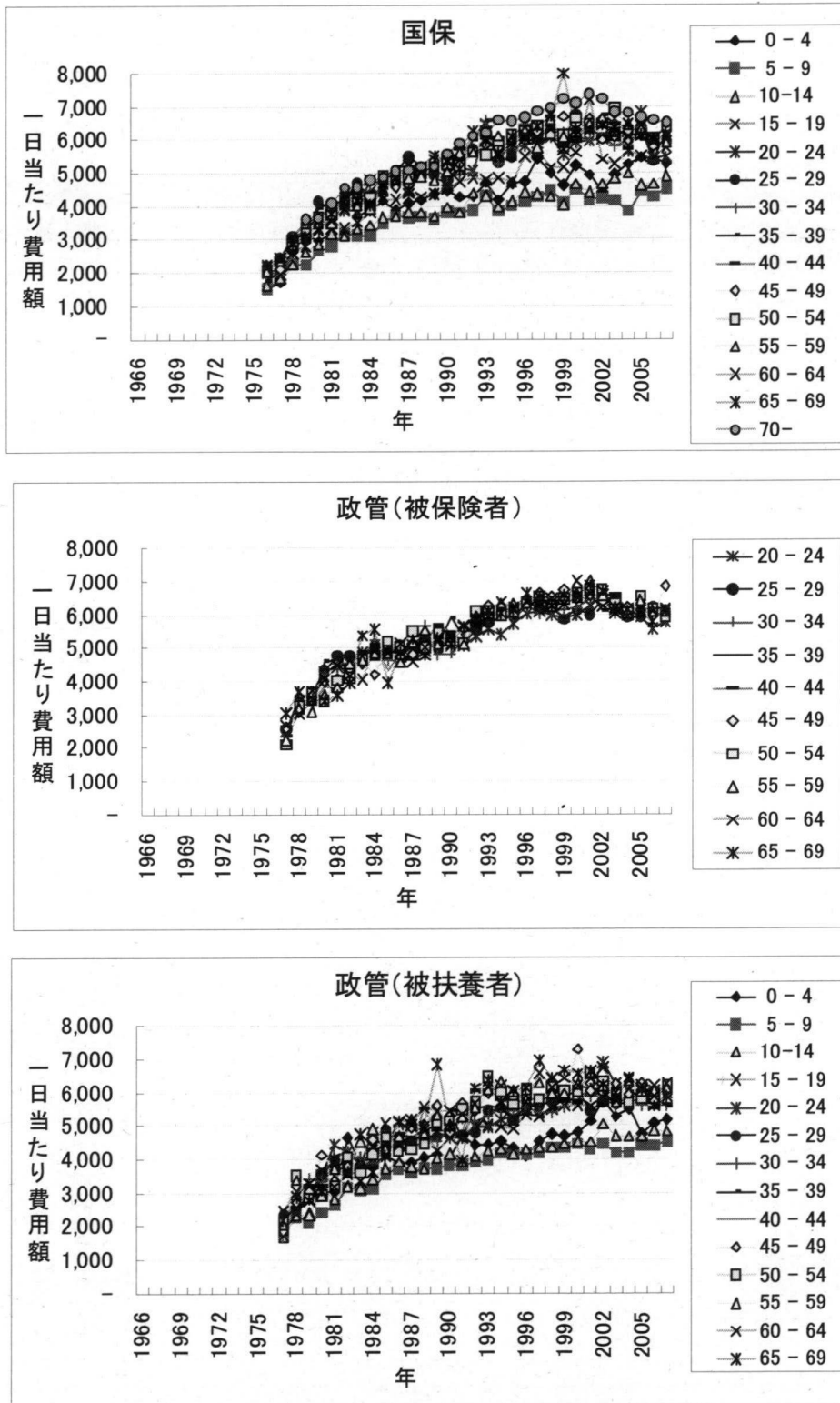


図4. 一日あたり費用の推移(国保、政管)

図5に1人あたり歯科医療費の推移を示す。全体的にみて、かつては増加傾向にあったものが1990年代頃から比較的若い

層から横ばい傾向となり、近年では高齢者層のみが増加傾向を示している。

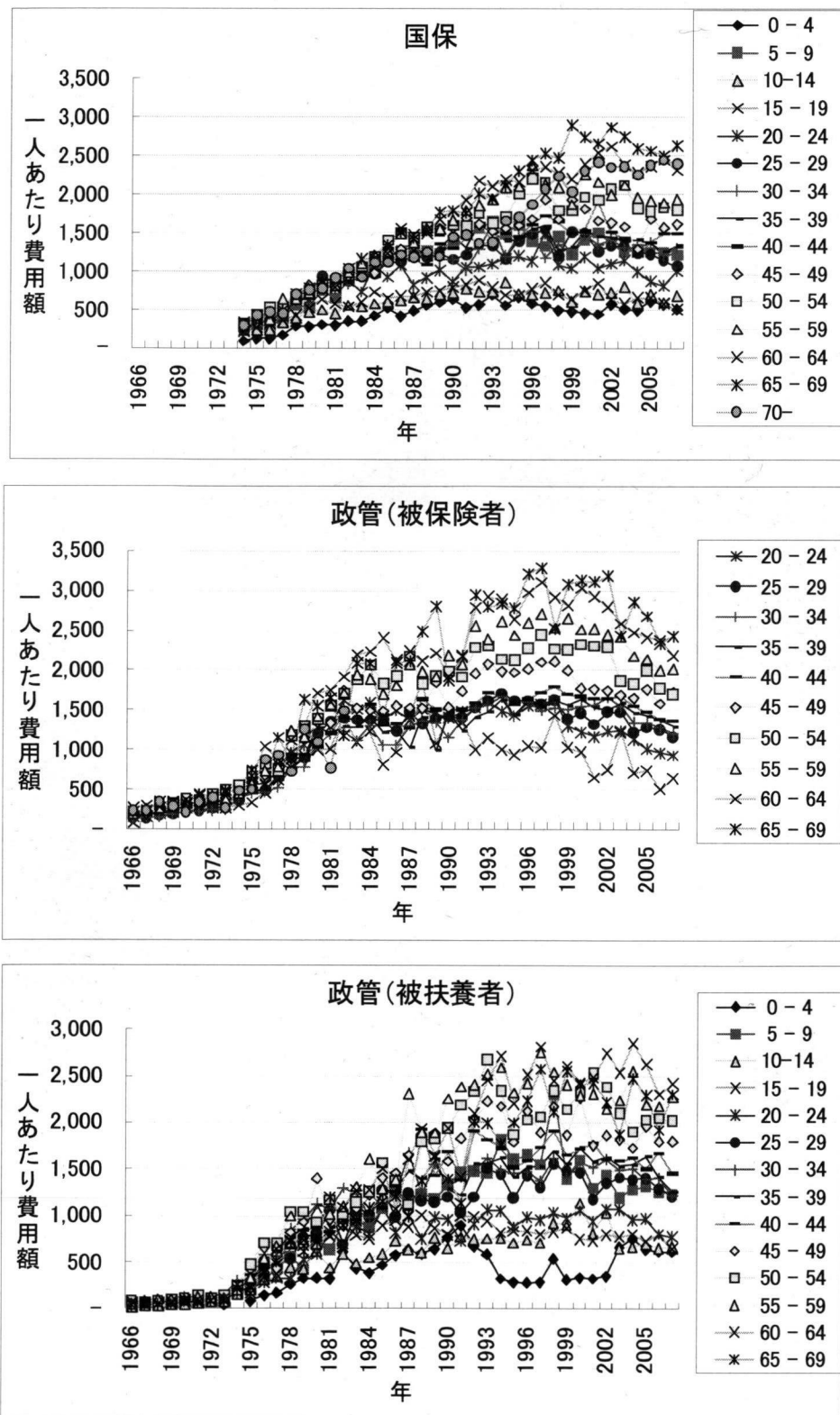


図5. 一人あたり歯科医療費(国保、政管)

図6に年齢階級別にみた1人あたり歯科医療費と3要素の30年間の変化(1977~2007年度)を示す。1977年は保険による違い、また「政管」では被保険者と被扶養者による違いが大きかったが、2007

年度はこれらの違いがかなり小さくなっていった。また、年齢階級による違いは2007年度のほうが明瞭で、とくに受診率では高齢者が高値を示す傾向が顕著であった。

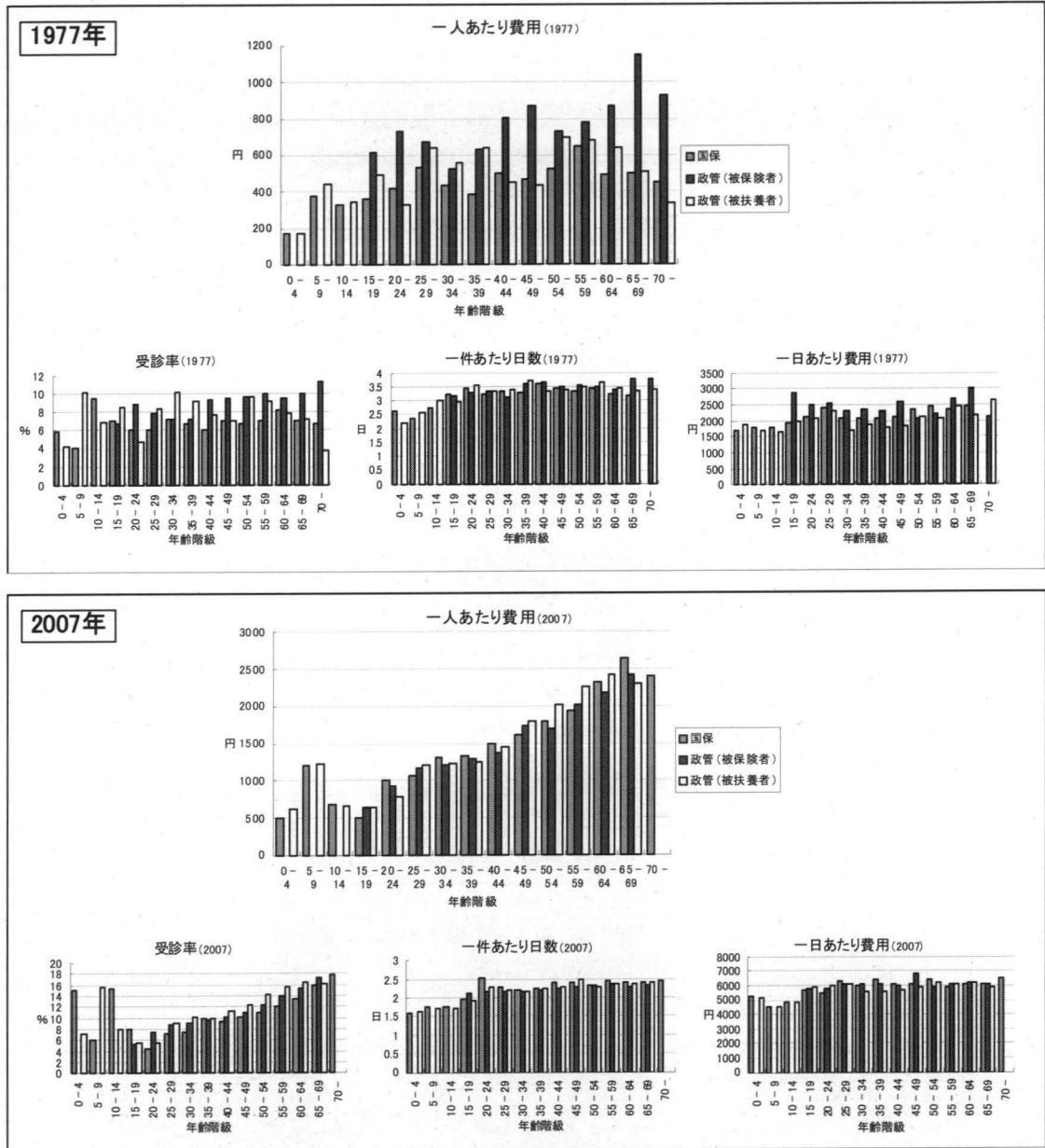


図6. 一人あたり歯科医療費と3要素(年齢階級別)【1977年と2007年の比較】

D. 考察

本分析では、国保と政管の被保険者・被扶養者について過去34年間(1974～2007年)における歯科医療費の3要素の推移をみたところ、受診率は高齢者を中心に増加傾向(図2)、1件あたり日数は明らかな減少傾向(図3)、1日あたり費用は当初の増加傾向から横ばい～漸減に変化してきたこと(図4)が認められた。そして、1人あたり歯科医療は1990年代前半までは増加していたが、それ以降は横ばい傾向にあり(図5)、当然のことながら国民医療費統計における1人あたり歯科医療費の推移と同様であった。

以上の結果は、鎌形²⁾が1995～2005年度の厚生労働省医療保険統計による歯科医療費の3要素を用いて報告した結果が、概ね長期的に続いていることが示されたといえる。

受診率が高齢者層を中心に増加傾向にある(図2)1つの理由として、現在歯数の増加が考えられる。渡辺ら⁸⁾は静岡県内62市町村の市町村国民健康保険(1999年5月診療分)の歯科受診率について市町村単位で重回帰分析を行ったところ、市町村の高齢者の現在歯数が正の方向に有意であることを示した。受診行動は多様な要因の影響を受けることが知られており⁹⁾、今後十分検討していく必要がある。

1件あたり日数が一貫して低下傾向にある(図3)のは、歯科疾患が治療の充足が進んだこと等により全般的に軽症化してきたことが主要な要因と考えられる。

1日あたり費用推移(図4)は、診療報酬改定の影響を強く受ける²⁾もので、近年横ばい～漸減にあるのは小泉政権下で行われたマイナス改定の影響と考えられる。

以上を整理すると、歯科疾患の軽症化により治療に要する日数は一貫して減少傾向

にあり、これが1人あたり歯科医療費を下げる方向に寄与しているが、高齢者層の受診率増加が1人あたり歯科医療費をあげる方向に寄与し、これに診療報酬改定による1日あたり費用の変化が加味し、1人あたり歯科医療費は横ばい～漸減しているものと考えられた。

保険の種別の差異は、1977年と2007年では様相が大きく異なっていた(図6)のは、保険の自己負担率が1977年当時は「政管(被保険者)」が0割と「政管(被扶養者)」と「国保」の3割と全く違っていたものが、2007年にはいずれも3割に変わったことが強く影響したものと考えられた。

E. 結論

歯科医療費の推移の詳細を知るための手段として、医療費の3要素(受診率、1件あたり日数・1日あたり医療費)をみる方法が有用であることから、国民健康保険と政府管掌保険が毎年行っている単月の抽出調査データを用いて、その推移等について分析を行った。

その結果、過去34年間(1974～2007年)における歯科医療費の3要素の推移として、受診率は高齢者を中心に増加傾向、1件あたり日数は明らかな減少傾向、1日あたり費用は当初の増加傾向から横ばい～漸減に変化してきたことが認められた。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 引用文献

- 1) 安藤雄一、深井穂博. 国民医療費統計による歯科医療費の推移に関する検討. 平成 21 年厚生労働科学研究. In : 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、研究代表者: 安藤雄一); 2010. (印刷中)
- 2) 鎌形健三. 歯科医療の需要. 歯科医療白書 2008 年度版 第 2 章. 社団法人・日本歯科医師会. 東京. 2009. 16-38 頁.
- 3) 厚生労働統計一覧 (厚生労働省ウェブサイト)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/gaiyo/k-hoken.html#seikanhoken>
- 4) 政府管掌健康保険・船員保険 医療給付受給者状況調査. In : 社会保険統計情報 (社会保険庁ウェブサイト)
<http://www.sia.go.jp/infom/tokei/index.htm> (2009 年 3 月 8 日検索)
- 5) 澤田復治, 横山英世. 歯科診療医療費の地域構造分析. 日大医学雑誌 1995; 54(9) : 591-605.
- 6) 安藤雄一、小林清吾. 歯科医療費の地域格差に関する研究 I. 年齢群別特徴と要因分析. 口腔衛生会誌 1994; 44(2): 170-184.
- 7) 安藤雄一、石井拓男、瀧口 徹. 市町村における歯科医療費の分布と関連要因—全国国民健康保険データによる解析. 日本歯科評論 2002; 711: 166-169.
- 8) 渡辺猛、安藤雄一、金崎信夫、埴岡隆. 高齢者の現在歯数と歯科医療費の関連 市町村別データによる検討. 口腔衛生学会雑誌 2005; 5(1): 32-40.
- 9) 安藤雄一. 受療行動. In : 保健医療におけるコミュニケーション・行動科学 (高江洲義矩 編)、医歯薬出版、東京、2002、187-202 頁.

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

わが国における歯科患者の現状と推移
～患者調査の公表値を用いた検討～

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：深井穂博（深井保健科学研究所、所長）

研究要旨

患者調査は、全国の歯科診療所に来院する患者の動向（性・生年月日・傷病名・診療費支払い方法等）に関する情報を得るには国内で最も詳しい調査とされていることから、本調査の歯科に関する公表データを用いて、歯科受診患者の年齢階級・傷病別にみた推移等について検討を行った。

歯科診療所の推計患者数は 1970 年代前半まで直線的に増加し、それ以降は概ね横ばい傾向が続いていた。年齢階級別に推計患者数の推移をみると比較的若い層では減少傾向が、高齢層では増加傾向が著明であった。推計患者数と受療率を傷病別にみると、う蝕関連は減少傾向、補綴は高齢者層で漸増傾向、歯周疾患は増加傾向にあった。

性差については女性の推計患者数が多い傾向が顕著であったが、高齢者層では差が小さく、う蝕や歯周疾患では女性の受療率が高かったが、補綴では男女差が小さかった。

診療区分別にみた状況では、自費診療は小児の矯正治療に多いことが認められた。

都道府県別の受療率をみるとバラつきが大きく、サンプル数の少なさによる偶然変動の影響が考えられた。

A. 目的

患者調査は、「全国の医療機関を利用する患者を対象に、性・生年月日・傷病名・診療費支払い方法等を調査したもので、わが国におけるこの種の調査としては最も詳しい最大の調査」¹⁾とされている重要な調査である。

本調査では、対象となる医療機関が層化無作為抽出され、指定された 3 日間の平日（診療所の場合は火・水・金曜：平成 17 年調査以降）から任意の 1 日を選び、その日に来院した全患者に対して所定の記録票に記載されている項目を調査する。このような調査方法を用いているため、調査日の天候等の諸条件影響を受けやすく、また歯科診療所では抽出率が 1/50 と決して高くはないことから、各調査年間の変動幅が比較的大きいという欠点を有しているものの、医療機関を受診する患者のプロフィールについて長期的な推移をみるには大変有用な調査である。また、都道府県単位の推計値も公表され、地域比較を行うこと

も可能である。

患者調査の対象者は、Bradshaw のニーズ分類^{2,3)}では Expressed Needs に相当するものであり、歯科疾患実態調査等で得られる Normative Needs や保健福祉動向調査などで得られる Felt Needs との関連をみることも可能であるという利点を有する。

本報告では、患者調査で得られている歯科診療所に関する公表データを用い、歯科受診患者の性・年齢階級・傷病別にみた推移とうについて検討を行った。

B. 方法

1. 分析に用いたデータ

主として e-Stat⁴⁾に収載されている患者調査に関する公表データのうち、歯科の推計患者数と受療率に関するデータを用いたが、e-Stat⁴⁾に収載されているデータは 1996 年以降なので (2010 年 5 月 17 日現在)、それ以前のデータについては紙媒体の報告書⁵⁻⁸⁾や統計データ集⁹⁾から収集した。

患者調査では、全国の医療施設を利用する患者を対象とし、層化無作為により抽出した医療施設における患者を客体としている。表 2 は最近行われた 5 回の調査 (1996 ~ 2008 年) における歯科診療所に対する調査の抽出率・施設数・客体数を示したものである。ここ 3 回の調査規模はほぼ同様であり、全国歯科診療所の 50 分の 1 に相当する 1,300 弱の歯科診療所に来院する患者 3 万人弱に対する調査となっている。

表 1. 歯科診療所に対する患者調査の抽出率・対象施設数・客体数の推移

調査年	抽出率	施設数	客体数(万人)
1984			
1987	(記載なし)	986	(記載なし)
1990			
1993	2/100	983	2.3
1996	2/100	991	(非公表)
1999	1.6/100	980	1.9
2002	2/100	1,274	2.3
2005	2/100	1,275	2.8
2008	2/100	1,266	2.7

2. 分析方法

まず、1955 年以降における推計患者数 (全年齢) の推移について、病院および一般診療所の外来における推計患者数の推移と比較した。

次いで年齢階級別にみた推計患者数の推移について、年齢階級別データが公開されるようになった 1984 年以降の調査 (1996 年以降は 5 歳区分) について検討した。

さらに傷病 (歯科分類) 別にみた推計患者数と受療率の推移を検討した。

推計患者数の性差と診療費負担区分にみた状況については、最新データである 2008 (平成 20) 年調査結果を用いて検討した。

また、患者調査では都道府県別にみた歯科の受療率のデータも公開されており、2005 (平成 17)・2008 (平成 20) 年調査のデータを用いて、都道府県の差、調査年度間の関連、性差などについて検討を行った。

C. 結果

1. 推計患者数の推移

1) 長期的な推移(全年齢)

図1は1955(昭和30)年以降における歯科診療所の推計患者数の推移を病院および一般診療所と比較したものである。歯科診療所の推計患者数は1970年まで増加傾向、その後は概ね横ばい傾向を示しているが、近年は漸増傾向にあり、最新の2008年調査では131万人であった。

図2は歯科診療所の推計患者数の初診・再来患者の内訳を示したものであるが、ほぼ一貫して初診が2割弱という傾向が続いている。なお図表には示していないが、この傾向は一般診療所でも同様である。

図1. 外来の推計患者数の推移(1948~2008年)

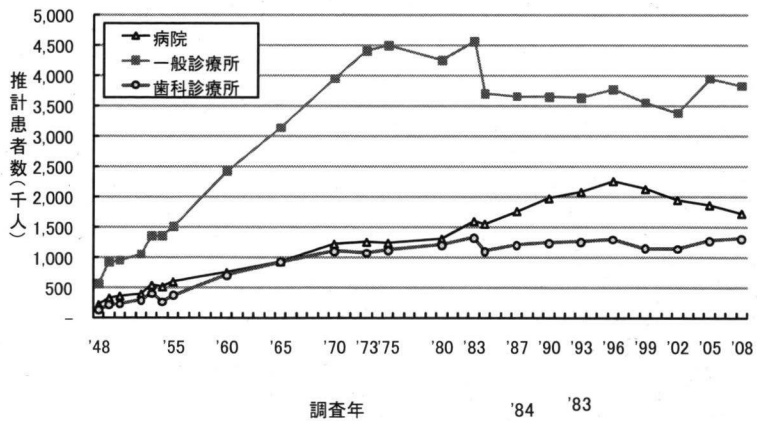
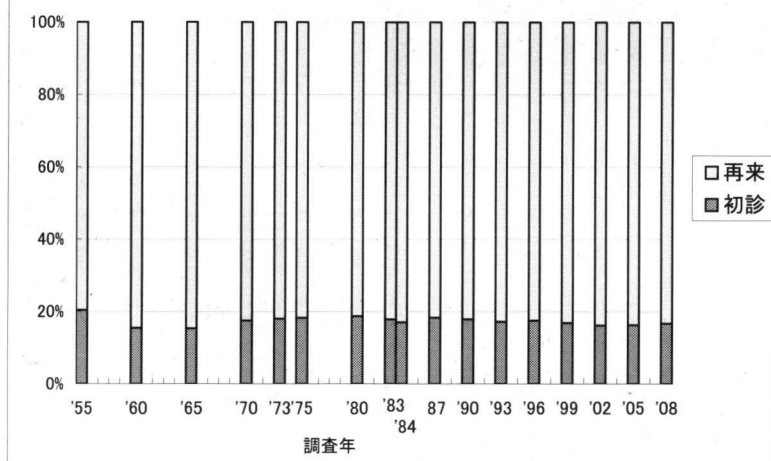


図2. 歯科における推計患者数の内訳(初診/再来)の推移



2) 年齢階級別にみた推移(全年齢)

図3に1996年以降の年齢階級別にみた推計患者数の推移を示す。小児では、ほぼ横ばい、青壮年層では減少、高齢層では増加傾向が認められ、全体として成人患者が高齢層にシフトしてきている。

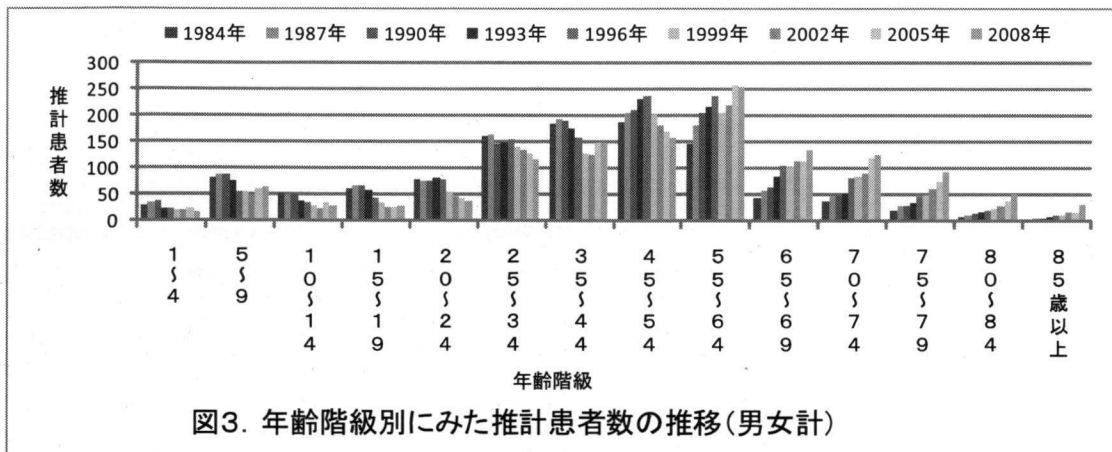
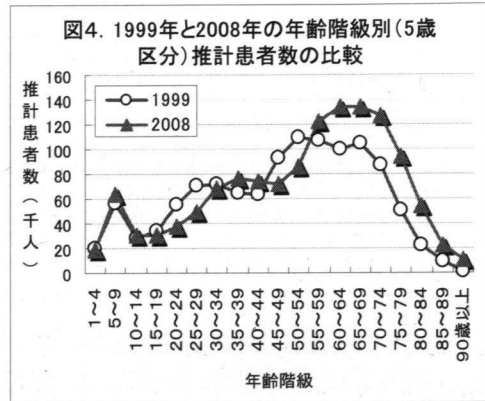


図3. 年齢階級別にみた推計患者数の推移(男女計)

図4は、すべての年齢階級が5歳区分で示されるようになった1999年と最新の2008年の推計患者数を年齢階級別に比較したものであるが、小児では差がほとんどないが、20歳以上では曲線が右側にシフトしている。



3) 傷病(歯科分類)別にみた推移

患者調査では、層化無作為抽出された歯科診療所に来院した患者の傷病は表2に記載されているように15種類に分類される。1996～2005年は同じ分類であったが、2008年は表記が若干異なるようになったが分類そのものには大きな差異が認められなかったため、表2に示されている対応関係にあるとみなして、傷病別にみた推移を検討した。

図5は全年齢の推計患者数の傷病分類別内訳(図5-A)とその割合(図5-B)の推移をみたものである。歯周疾患(慢性歯周炎(P1、P2))の増加が著しく、補綴(歯の補てつ)も増加していた。一方、歯髄炎(pul)や歯根膜炎など歯内療法は減少していた。

表2. 傷病分類(歯科分類)の対照表(1996～2008年)

1984 (S59)	1987 (S62)	1990 (H2)	1993 (H5)	1996 (H8)	1999 (H11)	2002 (H14)	2005 (H17)	2008 (H20)
う蝕症(C)								
歯髄炎、歯髄の壊疽・変性(Pul、Pu壊疽)			歯髄炎(Pul)、歯髄の壊疽・変性(Pu壊疽)			歯髄炎(Pul)、歯髄壊疽(Pu壊疽)、歯髄壊死(Pu壊死)		
歯根膜炎、歯槽(根)腫瘍等(Per、AA、GA、WZ)		歯根膜炎、その他の歯肉及び歯周疾患(Per、GA)		歯根膜炎(Per)				歯根膜炎(Per)
		歯槽(根)腫瘍(AA、WZ)		歯槽(根)腫瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ)				歯槽腫瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ)
歯肉炎(G、単G、増G、潰G、壊G、肥G)								
歯槽膿漏(P)I(1度 2度)				慢性歯周炎(P1、P2)				慢性歯周炎(P1、P2)
歯槽膿漏(P)II(3度 4度)				慢性歯周炎(P3)				歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患
智歯周囲炎(Perico)				智歯周囲炎(Perico)、歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患				智歯周囲炎(Perico)
その他の歯の疾患				その他の歯及び歯の支持組織の障害				その他の歯及び歯の支持組織の障害
じよく瘡性潰瘍(Dul)				じよく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎等				じよく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎(Stom)等
その他(口内炎、腫瘍等)		その他の顎及び口腔の疾患						その他の顎及び口腔の疾患
歯の補綴								
歯科矯正								
検査・健康診断(査)及びその他の保健サービス								検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス
外因による損傷								

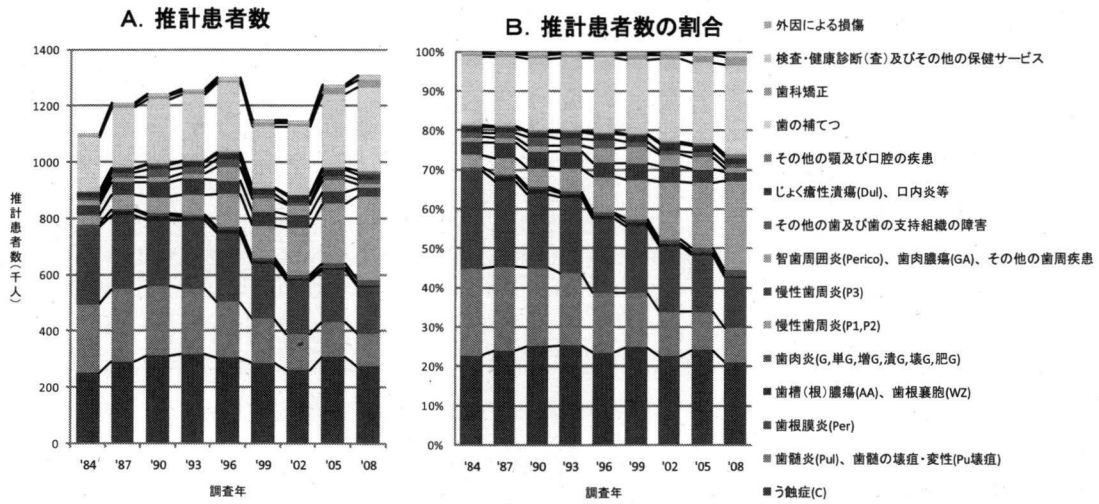


図5. 推計患者数の「歯科分類」にみた内訳の推移(全年齢)

図6に主要歯科疾患の年齢階級別(5歳区分)にみた受療率(対人口10万人)の推移(1999~2008年)を示す。う蝕は小児期とりわけ5-9歳が高く、10歳代~60歳代は大きな差はなく、70歳代以上では年齢とともに低い値を示した。また、どの年度の値もほぼ同様であった。歯肉炎及び歯周疾患は、年齢が高くなるに従い受療率も高くなり、70歳代以上では年齢とともに低くなる傾向を示した。また経年的に増加しており、年齢階級のピークも次第に高齢層にシフトしていた。歯の補てつも同様に年齢が高くなるにつれて受療率が高くなる傾向を示したが、そのピークは70歳代で、それ以上の年齢層では受療率が低くなる傾向が示された。経年的傾向では、高齢者層で増加傾向が認められた。

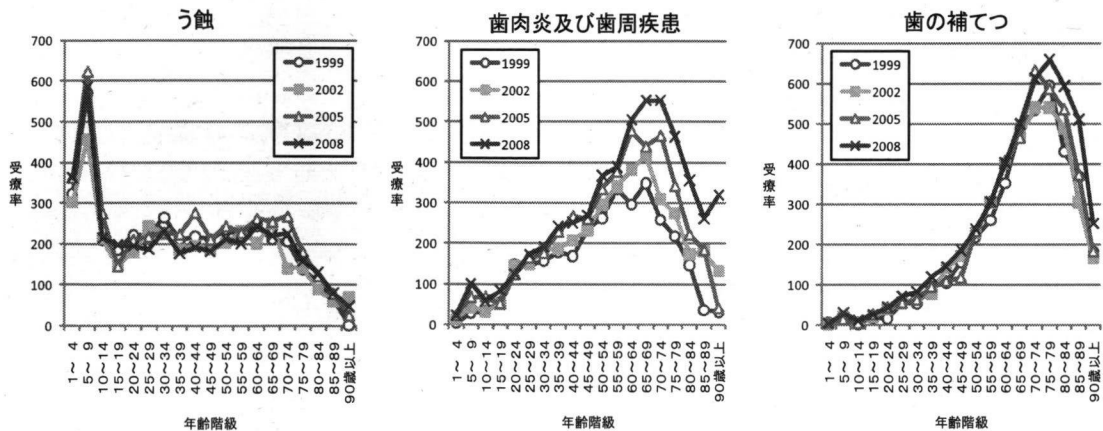


図6. 主要歯科疾患の受療率の推移(1999~2008年)

2. 性差と診療費負担別にみた状況(2008年度)

1) 性差

図7は2008年調査における各年齢階級の推計患者数を男女別に比較したものである。小児期には男女差がほとんど認められないが、成人では女性の推計患者数が多く、どの年齢階級でも一貫していた。

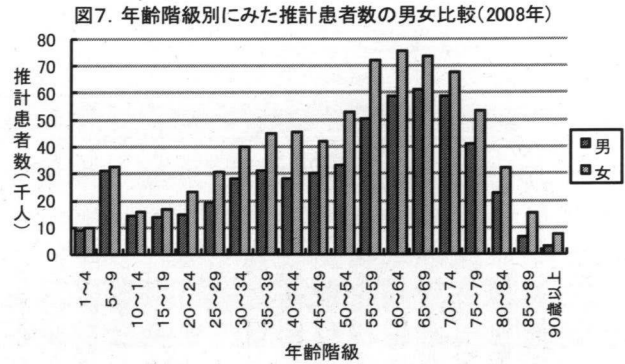


図8は、主要歯科傷病(う蝕、歯肉炎及び歯周疾患、歯の補てつ)の年齢階級別にみた受療率の男女別に比較したものである。

う蝕については就労年齢では女性の受療率が男性の2倍程度とかなり高くなっているが、小児期と高齢期では性差はほとんど認められなかった。歯肉炎及び歯周疾患も、う蝕と同様、就労年齢では女性が高い値を示し、小児と高齢者では性差はほとんどなかった。歯の補てつについては、男女差が顕著ではなかった。

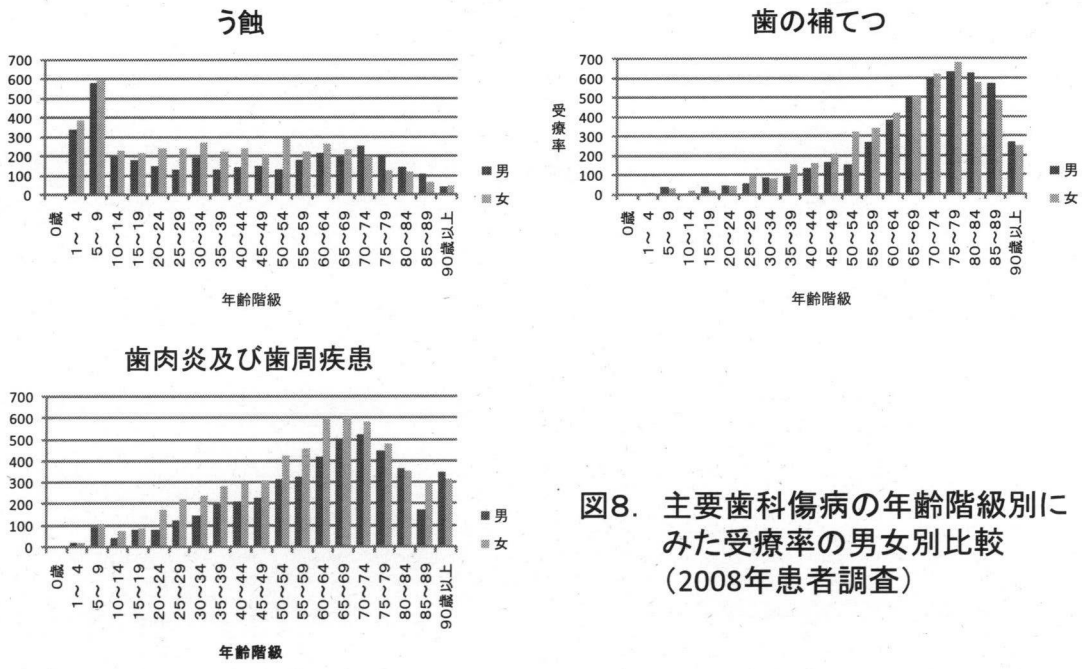


図8. 主要歯科傷病の年齢階級別にみた受療率の男女別比較(2008年患者調査)

2) 診療費区分別にみた状況

推計患者数の割合を診療費負担区分別にみると、「医療保険(公費)のみ」が96.4%と圧倒的に多かった。次いで「全額自費診療」(3.2%)、「自費診療と医療保険(公費)の併用」(0.4%)であり、その他(自費診療と介護保険の併用、医療保険(公費)と介護保険の併用、介護保険のみ)はほぼゼロであった。これを年齢階級別に示したのが図8である。は、に診療費負担区分別にみた推計患者数を年齢階級別に示す。「全額自費診療」は小児(5~19歳)で比較的高い割合を示した。

図9. 診療費負担区分別にみた歯科診療所の推計患者数(年齢階級別)

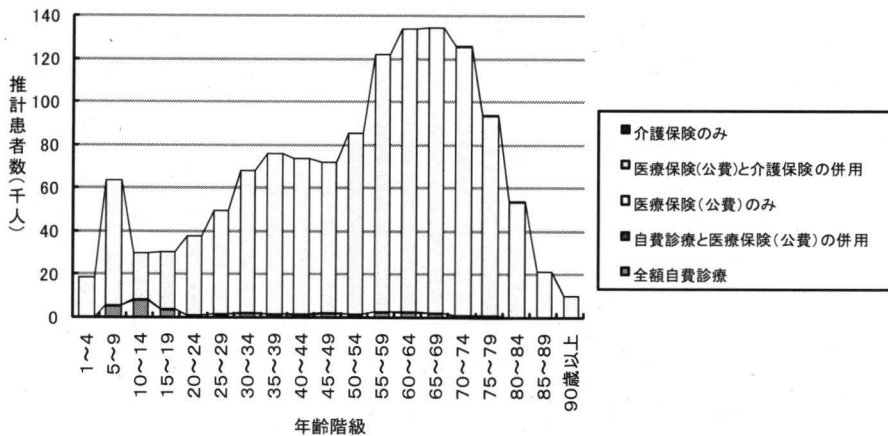
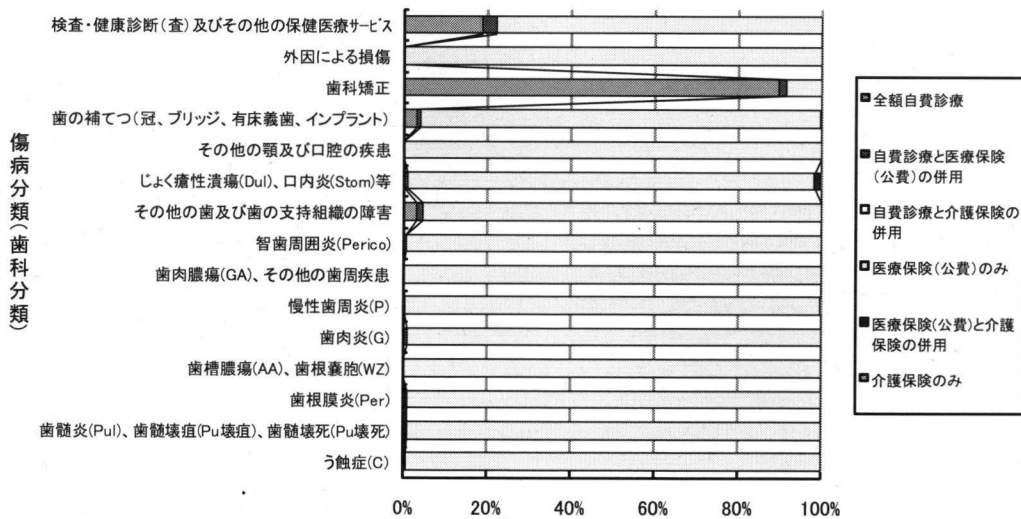


図10は各傷病(歯科分類)別にみた推計患者数を診療費負担区分別に割合を示したものである。「全額自費診療」の割合が最も高かったのは「歯科矯正」で90%を占めていた。次いで多かったのが「検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス」で19%であった。

図10. 各傷病(歯科分類)の推計患者数の診療費負担区分割合



3. 都道府県別にみた歯科受療率データによる検討(2005・2008年)

図11に2005・2008各年における各都道府県の男女の受療率(全年齢)の相関を示したものである。両年ともに女の受療率が高かった。相関係数の値も高く、2005年が0.66、2008年が0.85であった。

図12は各都道府県の男女の受療率(全年齢)について2005年と2008年の相関をみたものである。男女とも生の相関を示したが、相関係数はあまり高くなく、男が0.23、女が0.27であった。

図11. 受療率(全年齢) 男女間の相関
(都道府県データ、2005 & 2008年)

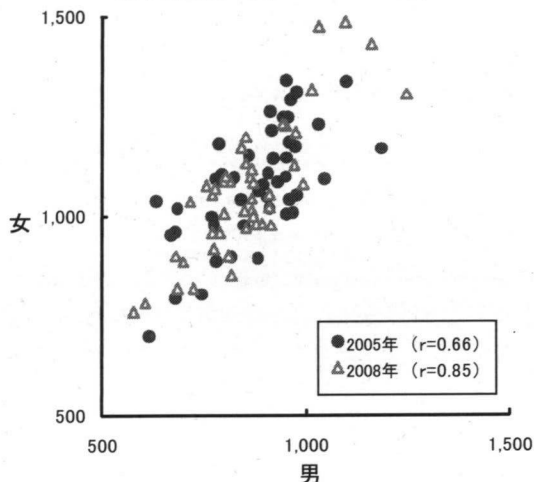
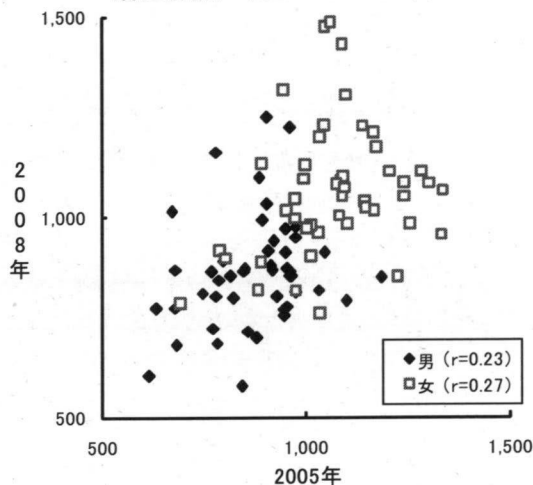


図12. 受療率(全年齢) 年度間の相関
(都道府県データ、2005 vs 2008年)



D. 考察

近年、歯科の推計患者数が増加傾向にある(図1)のは、高齢者層の推計患者の増加による影響が大きく(図3)、高齢者の人口増に加えて歯周疾患で来院する患者が増えてきた影響と考えられた(図5～===)。一方、若い成人層では、「団塊ジュニア」のように人口が増加している一部の年齢階級以外では概ね推計患者数が減少しており(図3、図4)、その理由として歯髄炎・歯根膜炎の減少(図5～===)の影響などが考えられた。

図13は、昭和40(1965)年調査における年齢階別にみた歯科診療所の患者数¹⁰⁾を示したものである。この当時、団塊の世代(昭和22～24年生まれ)16～18歳であった点を差し引いても近年とは歯科患者の年齢構成が大きく異なり若年層中心であったこと、また歯科患者の高齢シフトが著しいことがわかる。

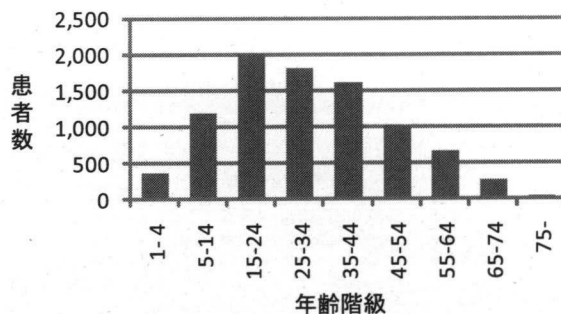


図14. 1965年調査における年齢階別にみた歯科診療所の患者数

なお、患者調査の主要な指標は推計患者数と受療率であるが、前者の推計患者数は人口の影響を受け、団塊の世代のように他世代に比べて人口の多い年齢階級は値が高くなる。一方、受療率は人口の多寡がコントロールされているので、データをみる際には注意する必要がある。

傷病別にみた傾向では、う蝕関連の減少と歯周疾患の増加が明瞭で補綴は高齢者層で漸増傾向にあり、これに人口構造の変化が加わった歯科の疾患構造の変化は長期的にみると大きなものであることを確認できた。

性差については、就労期では女性の受診が多いが、年少期と高齢期での差は小さかった。高齢期での推計患者数は女性のほうが多いが(図7)、高齢期は女性人口が多く、受療率

でみるとその差は小さい（図 8）ので注意が必要である。

都道府県単位の分析では、各都道府県の受療率は調査年間の相関があまり高くなく（図 12）、都道府県単位でみた場合のサンプル数不足による偶然変動の影響が考えられた。受療率の男女差については、2005 年・2008 年調査とも比較的安定した結果が得られたが（図 11）、これは女性患者が多いという傾向は多くの歯科診療所で共通してみられる現象であり、この傾向を都道府県単位で確認するには患者調査のサンプル数は比較的十分といえる。しかしながら、歯科診療所の受療率について都道府県レベルでみた地域差をみるには、個々の診療所間の変動などが大きく、必ずしも十分なサンプル数とは言えないことが確認できたと思われる。

診療負担区分については、「医療保険（公費）のみ」以外の患者は 5%に満たず、ほとんどの患者は保険診療を受けていることがわかった。自費の割合が比較的高かったのは小児の診療で、歯科矯正の患者の割合が比較的高かったためである。

E. 結論

患者調査の歯科に関する公表データを用いて、歯科受診患者の年齢階級・傷病別にみた推移等について検討を行ったところ、以下の知見が得られた。

- ・ 歯科診療所の推計患者数は 1970 年代前半まで直線的に増加し、それ以降は概ね横ばい傾向が続いていた。
- ・ 年齢階級別に推計患者数の推移をみると比較的若い層では減少傾向が、高齢層では増加傾向が著明であった。
- ・ 推計患者数と受療率を傷病別にみると、う蝕関連は減少傾向、補綴は高齢者層で漸増傾向、歯周疾患は増加傾向にあった。
- ・ 性差については女性の推計患者数が多い傾向が顕著であったが、高齢者層では差が小さく、う蝕や歯周疾患では女性の受療率が高かったが、補綴では男女差が小さかった。
- ・ 診療区分別にみた状況では、自費診療は小児の矯正治療に多いことが認められた。
- ・ 都道府県別の受療率をみるとバラつきが大きく、サンプル数の少なさによる偶然変動の影響が考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし