

橋義歯(ブリッジ)および義歯の診療報酬評価の改善に関する研究

宮武 光吉*¹ 嶋村 一郎*² 棧 淑行*³
佐々木好幸*⁴ 瀧口 徹*⁵ 鳥山 佳則*⁶
小椋 正之*⁷ 石井 拓男*⁸ 上條 英之*⁹

現在、厚生省は西暦2000年における診療報酬、薬価制度等の医療の抜本改正を検討しており、このうち歯科医療に関しては主要な技術である歯科補綴等の新たな視点によるテクノロジーアセスメントが重要になる。

本稿は、我が国における補綴技術に関するテクノロジーアセスメントの要点を探ることを目的として、1993年厚生省歯科疾患実態調査、社会医療診療行為別調査を用いて医療経済学的視点から解析を試みたものである。

その結果、国民のブリッジ、義歯は装着後いづれも長期間維持されてはならず再製作に至る場合が多く、歯科医療費の増大を招く要因になっていることが示唆された。

そこで今後の抜本的な歯科診療報酬改定に際しては、これまでの歯科保険医療評価の盲点になっている補綴物の長期維持管理(長持ち)を重視した評価が重要との結論を得た。

キーワード：歯科医療費、補綴、ブリッジ、義歯、咬合

1. はじめに

現在、厚生省は平成12年における医療の抜本改正の検討を開始しており、歯科固有の医療に関しては21世紀を展望したテクノロジーアセスメント、特に補綴物等の長期的維持管理を重視した評価が着目されている。

ここで、欠損補綴関連の医療費は歯科医療費全体の30%以上と歯科の主要な医療技術となっ

ており、抜本改正において主要なテーマになると考えられる。本研究は、平成6～8年度財団法人医療経済研究機構に研究班が設けられ、研究報告¹⁾(日本歯科医師会との共同研究)されたものの一部であり、我が国における補綴に関するテクノロジーアセスメントの要点を探ることを目的として、医療経済学的視点から解析を試みたものである。

現行の歯科保険点数は補綴と保存の技術評価を分離独立して扱っているが、補綴物の長期的維持管理の視点からは言うまでもなく両者は密接な関連がある。このため、欠損補綴物の長期的維持管理を図ることは補綴物の良し悪しにとどまらず、歯周疾患や根管治療等の周辺技術の質の向上が不可欠の要素となると考えられる。

*1 東京歯科大学社会歯科学研究室
*2 東京歯科大学歯科補綴学第三講座
*3 日本大学歯学部歯科補綴学第三講座
*4 東京医科歯科大学歯学部予防歯科学講座
*5 厚生省保険局
*6 厚生省保険局医療課
*7 厚生省保険局医療課医療指導監査室
*8 厚生省健康政策局歯科保健課
*9 厚生省健康政策局歯科保健課

そこで、補綴物の長期的維持管理による歯科医療の質的向上のため、平成5年厚生省歯科疾患実態調査および社会医療診療行為別調査データを基に分析し、診療報酬上の評価をどのような視点で改善するのが適切かを提言するものである。

2. 対象および方法

(1) 歯科疾患実態調査からの解析

6年ごとの歯科疾患実態調査²⁾の歯牙情報は、平成5年から欠損部位の状態が可撤性義歯、橋義歯、または放置のいずれかが数値情報として区分可能なように改良された。そこで、平成5年厚生省歯科疾患実態調査のデータを総務庁の承認を得て特別集計した。解析対象者の性別、5歳階級別内訳を表1に示す。解析対象者は、永久歯欠損に対する橋義歯（以下、ブリッジ）、

可撤性義歯（以下、義歯）の発生頻度の観点から15歳以上とした。

集計解析項目はそれぞれ性別、5歳階級別に①ブリッジについては、前歯部、臼歯部および前歯部と臼歯部の混合別に1,000人当たりブリッジ個数を算出した。

②義歯については、上下顎別に義歯未装着および現行の歯科医療保険上の義歯歯数区分別（1-4歯、5-8歯、9-11歯、12-14歯の各部分床義歯および総義歯）に義歯装着比率（以下、義歯装着率）を算出した。その際、部分床義歯が複数個装着されている場合と連結した1つの義歯として装着されている場合の区分は調査票原本に戻らないと不可能なため、本解析では、複数個の部分床義歯も1義歯として扱った。また、智歯は除外して解析を行った。例えば、智歯が残存した28歯義歯は総義歯として分類した。

表1 平成5年歯科疾患実態調査特別集計客体数

年齢区分	15-19歳	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-	全年齢
男	250人	128	133	209	261	308	268	290	300	320	280	193	117	52	3,109
女	238	172	268	370	437	453	438	442	436	415	357	273	173	102	4,574

表2 咬合支持域（推定アイヒナー）分類の解析条件

1. Eichner分類

- コード5；咬合支持歯組数が大白歯+小白歯で4組
- コード4；咬合支持歯組数が大白歯+小白歯で3組
- コード3；咬合支持歯組数が大白歯+小白歯で2組
- コード2；咬合支持歯組数が大白歯+小白歯で1組
- コード1；咬合支持が前歯のみ
- コード0；咬合支持歯組数無し

2. 推定Eichner分類

- 1) 実際に咬合状態を診査したのではなく、不正咬合がなく解剖学的に理想咬合状態と仮定して、歯式の情報から上下顎の歯が1対2の咬合（下顎の1番は1対1）1対1の咬合いずれも咬合有りとした。
- 2) 智歯は対象とせず。
- 3) ブリッジのボンテイクは対象
- 4) 義歯の人工歯部分は対象とせず
- 5) 齶蝕はC3、C4は対象とせず

③咬合については、上下顎の智歯を除く全歯牙が1歯対2歯の対合関係（但し、下顎正中歯は1歯対1歯）にある理想的咬合状態にあると仮定して咬合支持域分類をアイヒナー分類³⁾（以下、推定アイヒナー分類）を準用し、独自にプログラムを開発して個人コードを決定した。アイヒナー分類のコード化および推定アイヒナー分類の要件を表2に示す。

（2）社会医療診療行為別調査からの解析

歯科疾患実態調査と同年度である平成5年度社会医療診療行為別調査⁴⁾を使用した。歯科疾患実態調査と同様に解析対象者は15歳以上とした。なお、解析に用いた社会医療診療行為別調査データは、病院併設歯科221施設、歯科診療所642施設の平成5年6月審査分の診療報酬明細書（以下、レセプト）からの推計である。

集計解析項目は

①5歳階級別の歯科点数、歯科件数を、平成5年人口推計⁵⁾（表3）に基づき、15-19歳の値を100として人口調整を行った歯科点数比、歯科件数比を算出した。次に、補綴に関連する項目を

含んだレセプトから補綴点数比、補綴件数比を算出した。その際も、15-19歳の歯科点数、歯科件数を100として計算した。

医療費の3要素⁶⁾は受診率、1件当たり日数、および1日当たり点数であるが、このうち受診率については社会医療診療行為別調査データからは分母となる人口が判らないため算出することができない。しかし、各年齢区分の歯科件数をそれぞれの推計人口で調整すれば相対的な比較は可能となる。この人口調整した各年齢区分の歯科件数と15-19歳の歯科件数との比である歯科件数比（以下、受診率比）を受診率の代用として用いた。

②5歳階級別に歯科の1件当たり日数、1日当たり点数を算出した。次に、補綴に関連する項目を含んだレセプトから補綴の1件当たり日数、1日当たり点数を算出した。

（3）両調査からの解析

人口調整を行った歯科点数比と医療費の3要素（受診率比、および1件当たり日数、1日当たり点数）との単相関係数を求めた。この際、

表3 日本人の年齢階級別人口（平成5年）

年齢	男女（人）	指数	年齢	男女（人）	指数
15-19歳	9,265,000	100	50-54歳	8,695,000	94
20-24	9,836,000	106	55-59	7,952,000	86
25-29	8,466,000	91	60-64	7,228,000	78
30-34	7,852,000	85	65-69	5,992,000	65
35-39	7,995,000	86	70-74	4,230,000	46
40-44	10,238,000	111	75-79	3,161,000	34
45-49	9,497,000	103	80-	3,517,000	38

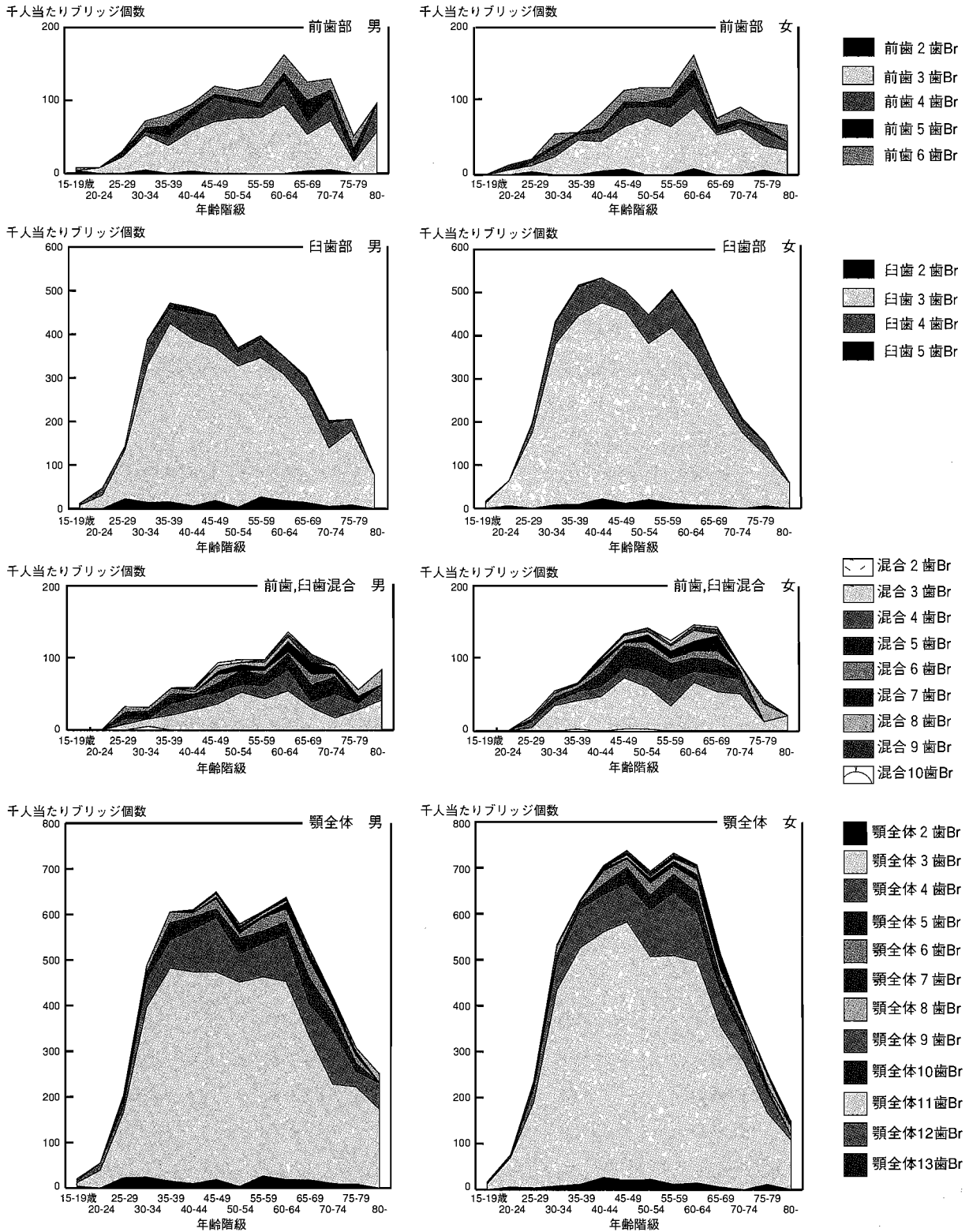


図1 性別,部位別ブリッジ装着数の5歳階級別分布

図2に男女を一緒にした顎全体の5歳階級別1,000人当たりブリッジ個数の分布を示す。

25-29歳から30-34歳で立ち上がりが急になっており、34-39歳から60-64歳までは、1,000人当たりブリッジ個数は600から700の間に位置するが、60-64歳以降は減少している。1,000人当たりブリッジ個数は、顎全体と同様に3歯ブリッジの頻度が高く、次いで4歯ブリッジの頻度が高くなっている。

(2) 義歯の状況

図3に日本人の性別、上下顎別、5歳階級別義歯装着率を示す。

男女とも、また上下顎とも類似した傾向を示すが、男性は上顎、女性は下顎が総義歯となる傾向が強い。

図4に図3の4グラフを1つに統合した5歳階級別義歯装着率を示す。

部分床義歯を装着する者は25-29歳から認めら

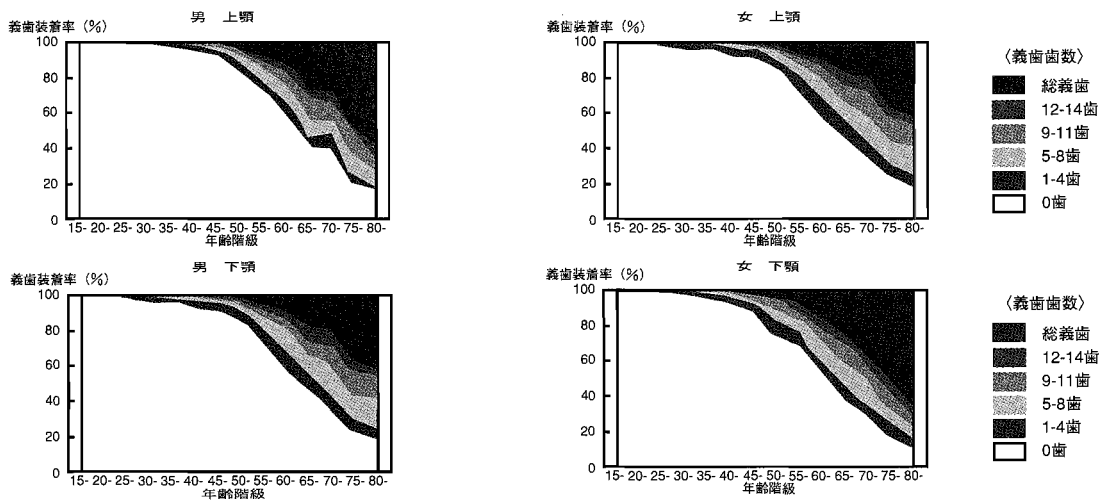


図3 性別,上下顎別,5歳階級別義歯装着率

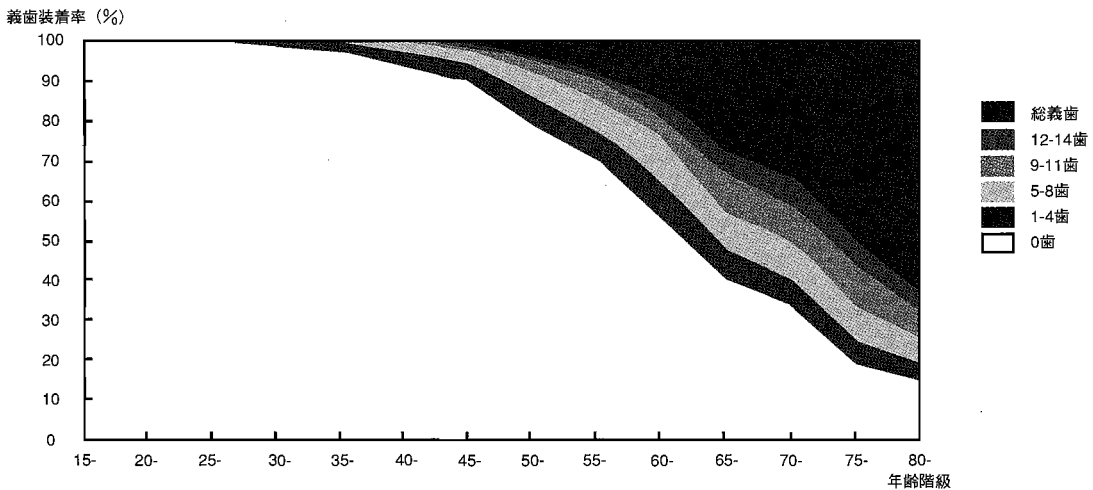


図4 全体の5歳階級別義歯装着率

れ、総義歯を装着する者は30-34歳から認められた。義歯を装着しない者は年齢が増加するにつれ減少し、一方総義歯を装着する者は年齢とともに増加している。また、部分床義歯の欠損歯数4区分ごとの頻度の年齢変化をみると近似しており、年齢が高くなっても頻度の増加が明らかでなく、1-4歯から12-14歯までの部分床義歯群の帯グラフの幅がそれぞれ大きくなる傾向が示された。

(3) 咬合支持域の状態

表4に性別、5歳階級別の咬合支持域分類（推定アイヒナー分類）の分布を示す。

自分の歯同士では噛み合う状態にない、すなわち咬合支持域のない者（以下、咬合支持域なし）は、男性では35-39歳で出現し始め、女性では25-29歳で出現し始める。また、咬合支持域なしの割合は性差が顕著で、例えば70-74歳時点で男性は45.1%であるのに対し女性では60.1%である。自

表4 日本人の咬合支持域（推定アイヒナー分類）の性別、5歳階級別分布

Eichner 分類	咬合 支持域	年齢		< 男 >				
		15-19歳	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
5	4点支持	98.8 %	98.4	94.0	90.0	83.5	77.6	75.4
4	3点支持	0.8	0.8	3.8	5.7	8.8	10.7	11.2
3	2点支持	0.4	0.8	2.3	2.4	4.6	6.2	10.1
2	1点支持	0.0	0.0	0.0	1.0	1.9	3.2	1.1
1	前歯のみ咬合	0.0	0.0	0.0	1.0	0.8	1.0	0.7
0	0点支持	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	1.3	1.5

50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
62.8	54.3	39.4	26.1	15.0	12.0	8.8	5.8
18.3	14.3	17.5	8.2	9.8	2.6	2.6	5.8
7.9	11.0	9.7	11.1	12.4	8.5	3.8	3.8
3.4	5.0	8.4	8.9	9.3	9.4	7.7	7.7
1.7	1.7	2.8	6.8	8.3	3.4	3.8	3.8
5.9	13.7	22.2	38.9	45.1	64.1	75.0	75.0

Eichner 分類	咬合 支持域	年齢		< 女 >				
		15-19歳	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
5	4点支持	98.3 %	97.1	96.3	91.9	85.6	79.2	67.4
4	3点支持	1.3	1.2	2.6	3.8	8.7	11.3	15.5
3	2点支持	0.4	1.7	0.7	2.4	3.4	5.1	8.7
2	1点支持	0.0	0.0	0.0	1.1	1.6	2.6	4.6
1	前歯のみ咬合	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	1.1	2.1
0	0点支持	0.0	0.0	0.4	0.5	0.5	0.7	1.8

50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
54.1	49.5	32.8	19.3	13.6	3.5	2.9	2.9
14.5	11.9	9.2	7.3	7.3	4.6	6.9	6.9
12.9	11.9	11.3	10.4	9.2	6.4	2.0	2.0
6.3	7.8	9.6	7.8	6.6	4.6	2.9	2.9
2.0	3.4	6.3	6.7	3.3	4.6	4.9	4.9
10.2	15.4	30.8	48.5	60.1	76.3	80.4	80.4

分の歯による咬合支持域の喪失は女性が男性より早く進行することが示された。一方、1～3点支持者および前歯のみの咬合者の頻度は男女近似した傾向を示し、45-49歳以降年齢が高くなっても頻度は20%を越えない状態で推移していた。

図5に義歯装着者における咬合支持域数の5歳階級別分布を示す。

有床義歯装着者の65-69歳で6割が0点支持であり、図5に示す全体での割合と比較して1～2割前後高くなることが示された。

図6に機能歯数と咬合支持域数の関連を示す。

機能歯数が20歯の場合、3点支持者が31%、4点支持者が20%であり、これらの総計が51%と過半数を越える。これに2点支持者を加えると95%弱となることが示された。

(4) 歯科医療費と歯科医療費の3要素

図7に人口調整を行った5歳階級別、歯科点数比および補綴点数比を示す。

歯科点数比および補綴点数比は、それぞれ65-

69歳、70-74歳を頂点とする山形を示し、歯科点数に比較して補綴点数の方が高齢で頂点を迎えることが認められた。

図8に人口調整を行った5歳階級別、受診率比および補綴件数比を示す。

受診率比は65-69歳をピークとする山形を示し、補綴件数比は70-74歳をピークとする山形を示した。図7と同様に、最高値は歯科点数より補綴件数の方が高齢であった。

図9に5歳階級別歯科、補綴に関する1件当たり日数を示す。

15歳以上の全年齢において、歯科の1件当たり日数は2.7日/件であるのに対し、補綴に関する1件当たり日数は3.0日/件であった。年齢階級別にみても、ほとんどの年齢で歯科よりも補綴の1件当たり日数の方が高い値を示した。歯科および補綴に関する1件当たり日数は、15-19歳から45-49歳までは、全年齢での補綴に関する日数3.0日/件よりも低い値を示したが、50-54歳以上の多くは3.0日/件よりも高い値を示し、加

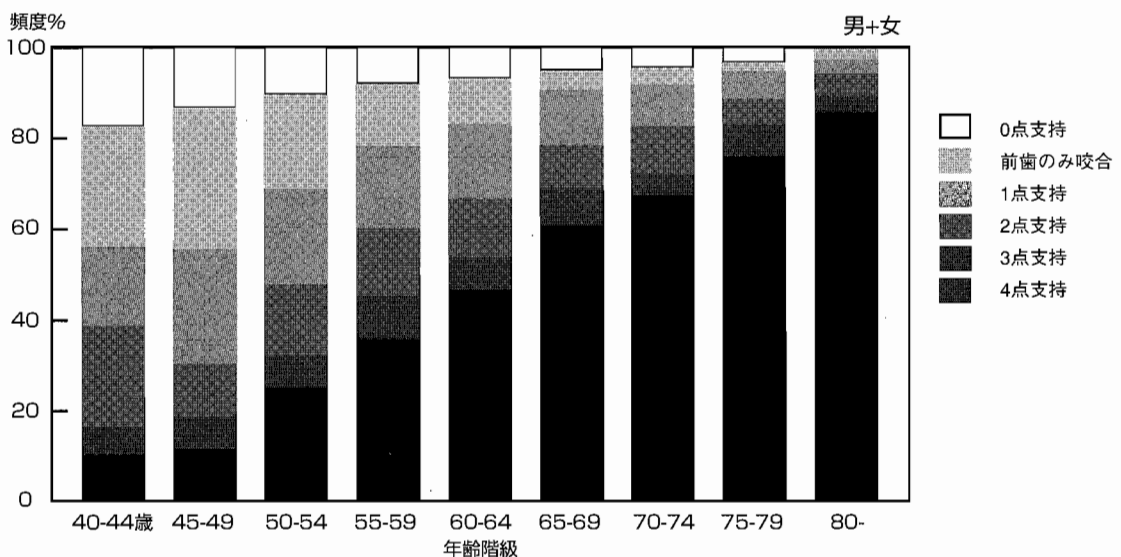


図5 有床義歯装着者における咬合支持域数(推定アイヒナー分類)の5歳階級別分布

齡的に弱い上昇傾向が認められた。

図10に5歳階級別歯科、補綴を含む場合の1日当たり点数を示す。

全年齢で歯科全体の1日当たり点数は573.6点/日であり、補綴に関する1日当たり点数は833.9点/日であった。いずれの年齢階級においても補綴に関する1日当たり点数が歯科の1日当たり点数よりも高い値を示した。歯科の1日当たり点数は年齢の増加に従って、若干上昇する傾向が認められるが、補綴に関する1日当たり点数は逆の傾向を示し、年齢の増加に従い減少する傾向が認められた。補綴に関する1日当たり点数は15-19歳から45-49歳まで全年齢階級において補綴に関する1日当たり点数833.9点/日より高い点数を示した。しかし、50-54歳の点数は830.3点であり、50-54歳以上では75-79歳を除いて833.9点より低い点数を示した。

(5) 歯科医療費の3要素と補綴との関係

表5に65-69歳以下、65-69歳以上および全体

の人口調整した歯科点数と医療費の3要素（受診率比、1件当たり日数、1日当たり点数）との相関を示す。

15-19歳から65-69歳では、人口調整した歯科点数と受診率比との間で、 $r = 0.99$ ($P < 0.001$) の高い相関が認められ、また1件当たり日数との間でも $r = 0.84$ ($P < 0.01$) の高い相関が示された。

65-69歳から80歳以上では、人口調整をした歯科点数と受診率比間でのみ $r = 0.99$ ($P < 0.01$) の極めて高い相関が認められた。

全体では人口調整歯科点数と受診率比との間で $r = 0.97$ ($P < 0.001$) と極めて高い相関が認められ、1件当たり日数と $r = 0.77$ ($P < 0.01$) の相関が認められた。

表6に65-69歳以下、65-69歳以上の受診率比と補綴（ブリッジ装着数、部分床義歯装着率、総義歯装着率）との相関を示す。

15-19歳から65-69歳では、受診率比と部分床義歯装着率の間で $r = 0.99$ ($P < 0.001$)、また総義歯装着率と $r = 0.90$ ($P < 0.001$) の高い相関が認

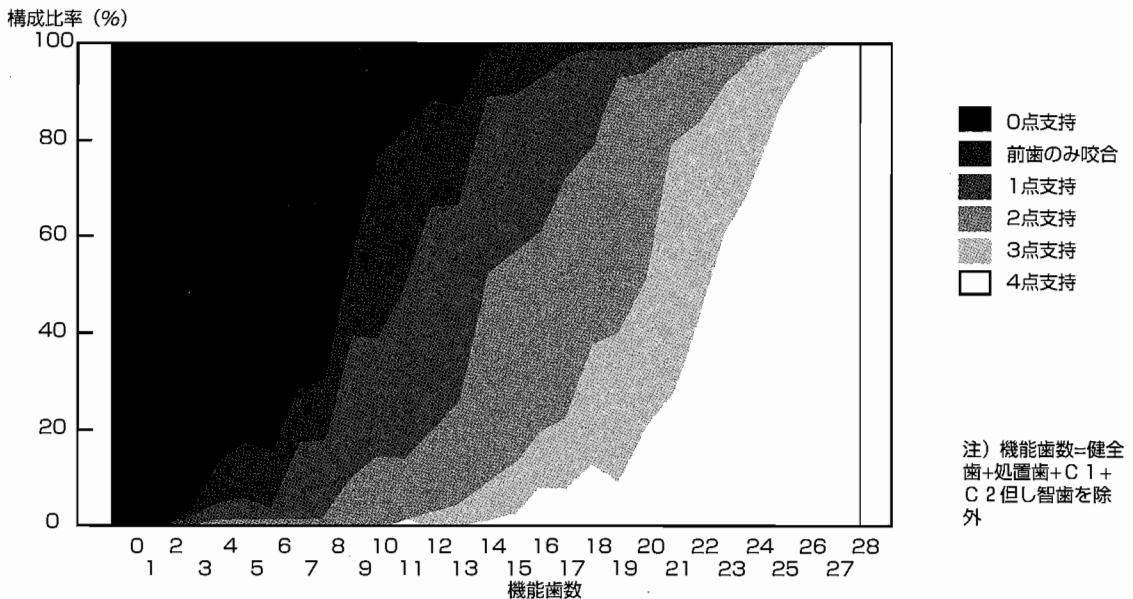


図6 機能歯数と咬合支持域数（推定アイヒナー分類）との関係

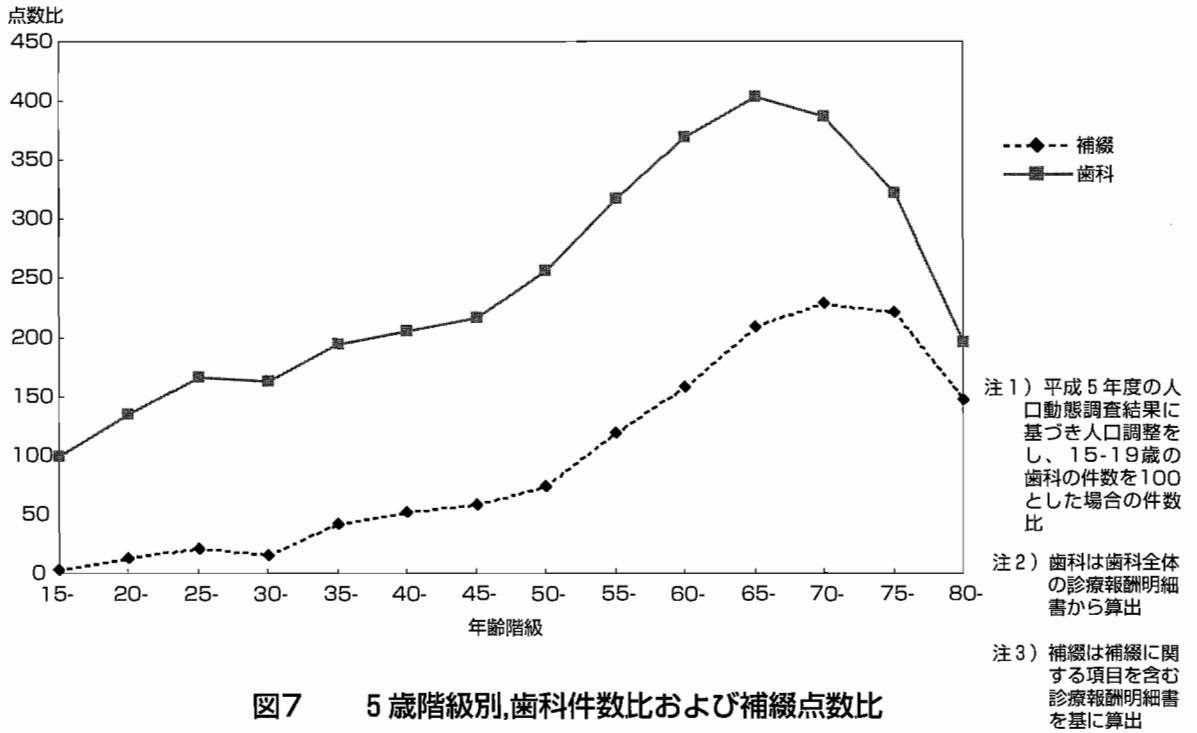


図7 5歳階級別、歯科件数比および補綴点数比

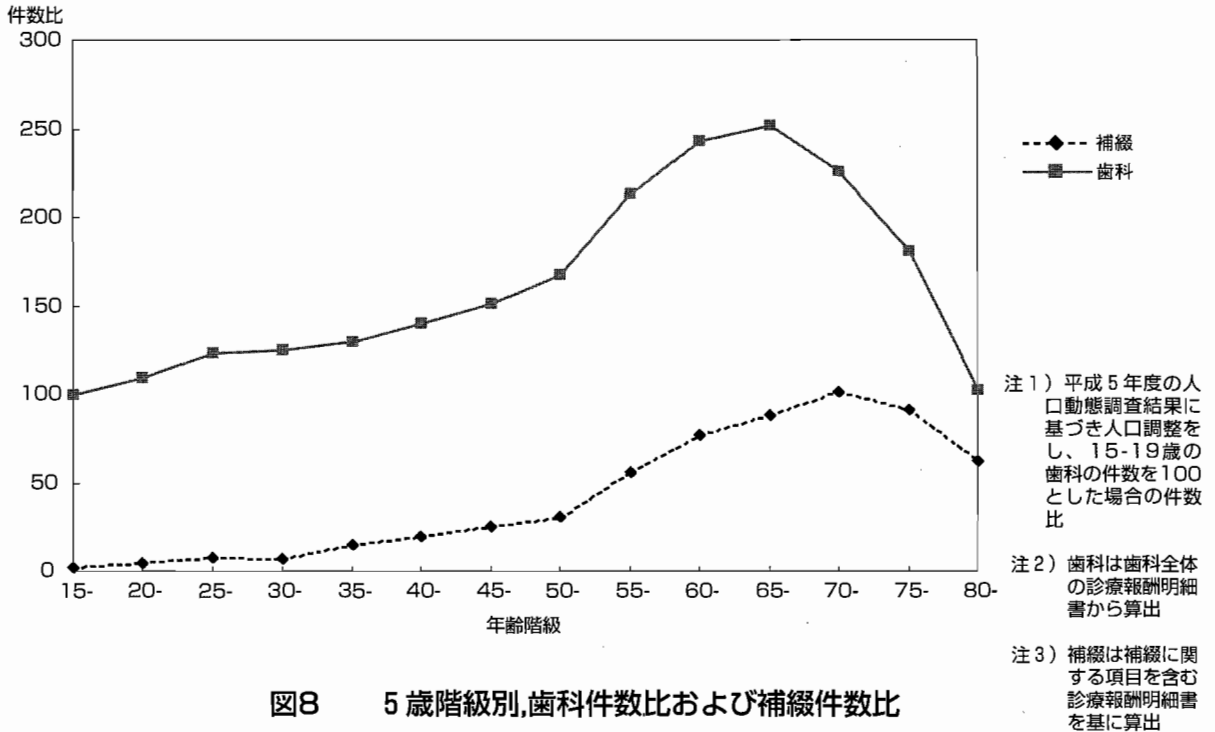


図8 5歳階級別、歯科件数比および補綴件数比

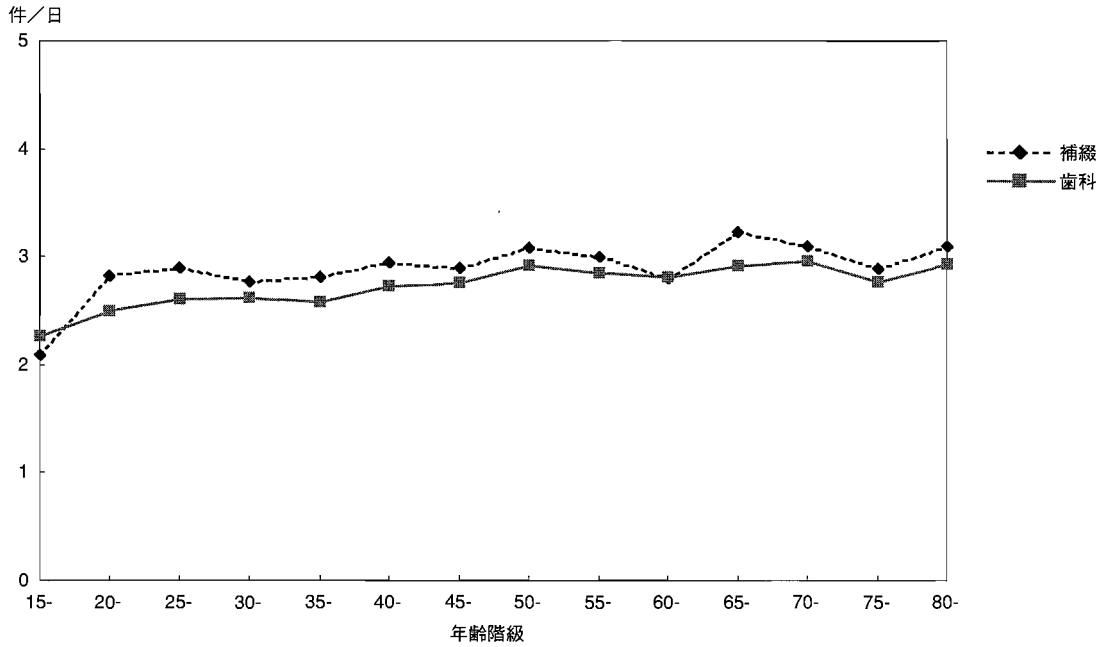


図9 5歳階級別1件当たり日数（歯科，補綴）

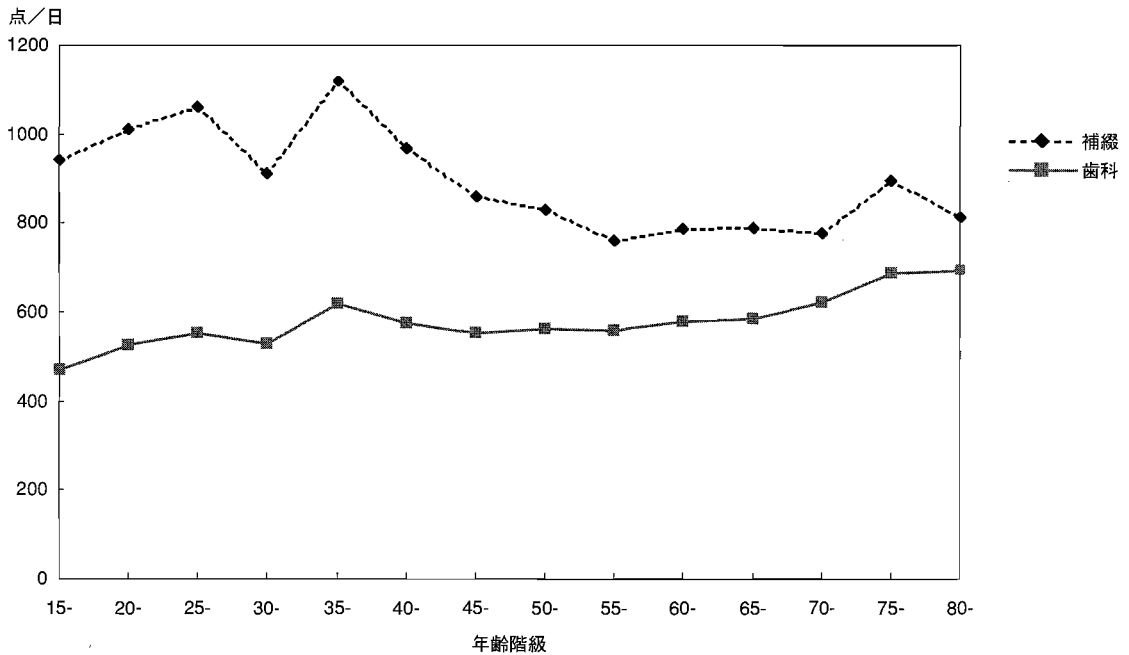


図10 5歳階級別1日当たり点数（歯科，補綴）

められた。

65-69歳から80歳以上では、受診率比とブリッジ装着数の間で $r = 0.97$ ($P < 0.05$) の相関が認められ、また総義歯装着率の間に $r = -0.99$ の強い負の相関が認められた。

全体では、受診率比と部分床義歯装着率の間に $r = 0.82$ ($P < 0.001$) の相関が認められた。

4. 考察

厚生省は21世紀を展望した平成12年における医療の抜本改正の検討を開始しており、歯科固有の医療に関しては特に補綴物等のテクノロジーアセスメントが着目されている。このため、抜本改正において歯科医療の主要テーマになると考えられる補綴物に対する診療報酬上の評価を改善するための基礎資料を得ることを目的と

して、平成5年厚生省歯科疾患実態調査のデータおよび平成5年社会医療診療行為別調査から特別集計解析した。

まずブリッジについては、本データは各年代を追跡調査した世代コホートデータ (generation cohort) ではないが、コホートデータと見なした解釈をするとブリッジの頻度分布が60-64歳以降急激に減少するのは、喪失歯が増加しブリッジの対象外の症例が多くなるためと考えられる。加えて、60-64歳以降の頻度の急減は装着されたブリッジそのものが撤去され、図4に示されるようにブリッジの減少のかわりに義歯の増加が認められている。このことから、ブリッジは高齢者になるまで長期間維持されていないことが示唆された。

次に義歯については、部分床義歯の欠損歯数4区分ごとの頻度が55-59歳以降年齢が高くなっ

表5 医療費3要素と人口調整した歯科点数との関連

	r;相関係数	p;有意確率
層1 15-19歳から65-69歳の間の傾向		
<N;年齢階級区分数 11>		
受診率比	0.99	p<0.001
1件当たり日数	0.84	p<0.01
1日当たり点数	0.59	
層2 65-69歳から80歳以上の間の傾向		
<N;年齢階級区分数 4>		
受診率比	0.99	p<0.01
1件当たり日数	0.06	
1日当たり点数	-0.86	
全体 (層1 + 層2) の傾向		
<N;年齢階級区分数 14>		
受診率比	0.97	p<0.001
1件当たり日数	0.77	p<0.01
1日当たり点数	0.44	

注) 受診率比; 15-19歳人口を1.0として人口調整した各年齢階級における歯科件数比率 (倍率) であり、受診率の代用として用いている。

ても概ね同様な幅という現象は注目に値する。この現象が起きる理由として部分床義歯の4区分それぞれに属する義歯数の増減が相殺し、いわば動的平衡状態であるため見かけ上頻度が変わらないと考えられる。例えば、ある年齢で1-4歯義歯を装着しても、欠損歯が次々に増えるため比較的早期に次の5-8歯義歯に作り換えなければならなくなり、かつ同時に、義歯未装着者が1-4歯義歯装着者として新たに加わることを示している。結果として、年齢が高くなるにつれ義歯未装着者が減り、逆に歯牙喪失の最終段階である総義歯装着者が蓄積していくことになる。これらの現象を診療行為を難易度評価する視点からみた場合、同一の欠損歯数の状態を長期に渡って維持する、すなわち残存歯数を保持することの難度が高いことを示唆している。このように義歯もブリッジと同様に長期間維持されていないことが示唆された。

咬合に関しても部分床義歯の頻度の加齢的な変化が少ない現象と類似した傾向を示した。すなわち、欠損歯が次々に増えるため比較的早期に次の咬合支持域群に移ることと、結果として4点支持群が減り、最終段階である咬合支持域なし群が蓄積することを表している。有床義歯装着者の65歳以上では6~8割が咬合支持域が0であるので、この年代は総義歯もしくはそれに近い補綴処置がされていることが推察される。このことから、咬合支持域もまたブリッジ、義歯と同様に長期間維持されていないことが示唆された。

高齢社会を迎えるにあたって豊かな老後を送るためには歯の確保が不可欠であるとの認識のもと、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目標とした8020運動⁷⁾が厚生省や日本歯科医師会を中心に展開されている。機能歯数と咬合支持域の関係では、機能歯数が18~20歯以上を境として4点支持者が急激に増加すること

がわかる。このことから8020運動の咀嚼機能保持の目安とされる20歯が存在している集団においては、確率的にみて95%弱の人の咬合支持域が少なくとも2点以上、50%強の人が少なくとも3点以上あること示している。また、20歯を境として前歯部のみの咬合支持者が出現することから20歯前後の機能する歯が存在することが咀嚼機能保持の目安として根拠があることを示している。逆に、12,13歯あっても0点支持の場合が20%弱存在しており、喪失歯12,13歯は補綴処置によらなければ咀嚼が著しく困難になる境目と考えられる。

社会医療診療行為別調査についても歯科疾患実態調査と同様にコホートデータと見なした解釈をした場合、人口調整を行った歯科点数比は65-69歳でピークを示し、人口調整を行った受診率比も65-69歳でピークを示した(図7、図8)。この歯科点数比、受診率比は人口調整を行っているため、高齢になり人口が減少しことによって65-69歳以後の歯科点数比、受診率比が減少したのではないことがわかる。この歯科点数比、受診率比が65-69歳を境に減少するのは、喪失歯が増加したことが原因となり補綴治療完了後は歯科治療が行われなくなるためと考えられる。さらに、図2に示されるようにブリッジ装着数は60-64歳から急激に減少しており、歯科の治療内容がブリッジから部分床義歯、総義歯に移行すると歯科点数、歯科件数が減少すると推察される。

歯科医療費の老若変化に医療費の3要素がどのように関係しているかを解析した結果、表4に示すように、老若を問わず人口調整を行った歯科件数、すなわち受診率比が歯科医療費と最も強い正の相関があることが示された。また、1日当たり点数では老若を問わず有意な相関関係は認められなかった。

この受診率比と各種補綴物との関係は図11のよ

うになる。受診率比と部分床義歯装着率は65-69歳をピークとした山形を、ブリッジ装着数は45-49歳と60-64歳をピークとするM字型を示し、総義歯装着率は年齢が増加するに従って増加していた。また、65-69歳以下では、部分床義歯、総義歯装着率と受診率は正の相関を示し、装着率が上がると受診率も増加した。65-69歳以上ではブリッジ装着数と受診率は正の相関を示し、ブリッジの装着数が減少すると受診率は減少したが、総義歯装着率と受診率は負の相関を示し、総義歯装着率が増加するにつれ受診率は減少した。全体の受診率と補綴の相関をみると、相関の強さは部分床義歯装着率、ブリッジ装着数、総義歯装着数の順であった。全体での相関において、表6に示すごとく、受診率は部分床義歯装着率とのみ有意な正の相関を示し、このことは図11において、受診率比と部分床義歯装着率の年次変化パターンが類似性の高い凸型であることと符合している。受診率

比と補綴物の種類別装着状況との関連において、受診率比の年齢階級別の増減傾向と最も近似した増減傾向を示す指標は部分床義歯装着率であることが示された。

部分床義歯の装着頻度は前述のように動的平衡状態を示す(図4)が、これは長期的維持管理することが困難であり、新たに部分床義歯の症例となる者、喪失歯が増加するために次なる部分床義歯の症例となる者が同時に存在するため、歯科受診件数が増加すると推察される。また、ブリッジも同様に動的平衡状態にあるため(図2)受診率比と同様の関連があると考えられる。しかしながら、総義歯では、いったん総義歯になってしまうと次なる総義歯以上の治療がなく動的平衡状態になり得ず、受診率比が減少すると推察される。つまり、ブリッジが減少し、部分床義歯が減少する、言い換えれば、総義歯が増加すると歯科受診率が減少することが示唆された。

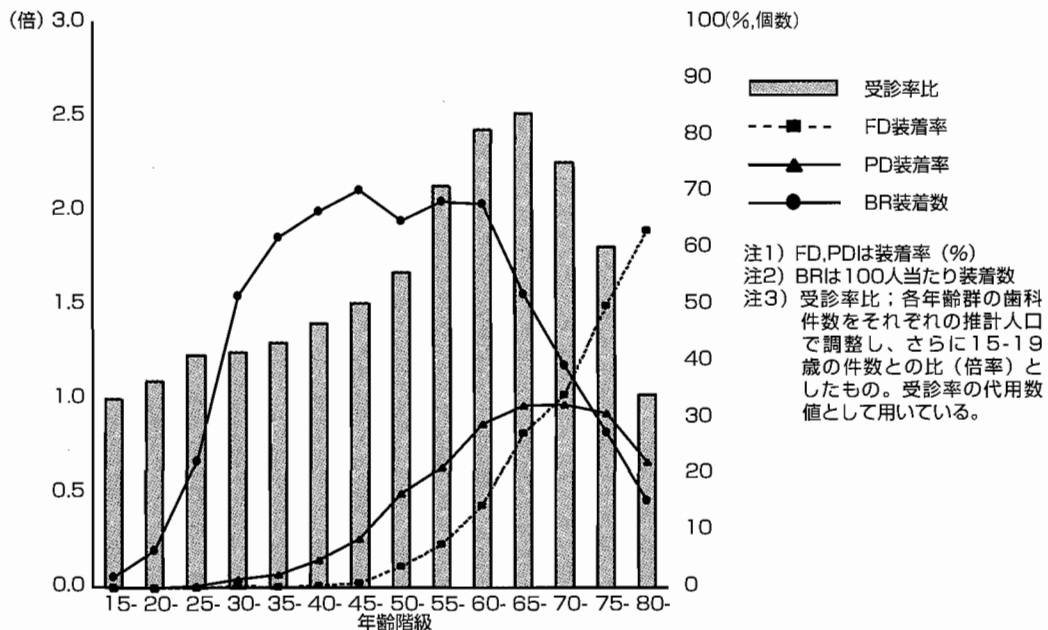


図11 補綴種類別装着状況と受診率との関係

歯科疾患が加齢的に蓄積するという特性を持つことから喪失歯の加齢的增加傾向は不可避であり、また個人差が大きいものの、補綴物や咬合状態の長期維持が歯周疾患治療や補綴治療等に関する歯科医師の技術および患者のセルフケアを助長する指導技術に依存する部分が大いことに着目する必要がある。そこで今後の抜本改正において補綴物の長期的維持管理方策の強化が行われた場合、ブリッジから部分床義歯へ、また部分床義歯から総義歯へ移行することが効果的に抑制されることが期待される。このことが高齢者における受診率の上昇を招く可能性は否めないが、むしろ国民の健康保持の視点から望ましい医療改正になると考えられる。

5. おわりに

本研究から、国民のブリッジ、義歯、咬合支

持域はいずれも長期間維持されていないことが示唆された。また、喪失歯が増加すると歯科医療費に関連が強い受診率が減少することが示された。歯科医療の多くは外来中心であることから出来高払いを原則としているが、これまでブリッジ、義歯、および咬合支持域を長期間維持管理することは歯科医療評価体系の盲点になっていたと考えられる。このため、先駆的には平成8年4月点数改定から補綴物維持管理方式が導入され、また平成9年4月点数改定からは義歯を新製して6ヶ月以内の有床義歯修理を減額する等、長期的維持管理の視点が診療報酬体系に試行的に組み込まれてきている。しかしながら全体的には未だに補綴物製作時点での技術料、材料に重心をおいた診療報酬体系であり、長持ちに評価の重心がない。このため症例の難度が原因ではなくて診断技術、治療技術上の問題で補綴物の再製作が繰り返される場合まで評

表6 補綴装着状況と受診率比の関連

	r;相関係数	p;有意確率
層1 15-19歳から65-69歳の間の傾向		
<N;年齢階級区分数 11>		
ブリッジ装着数	0.58	p<0.001
部分床義歯装着率	0.99	p<0.001
総義歯装着率	0.90	
層2 65-69歳から80歳以上の間の傾向		
ブリッジ装着数	0.97	p<0.05
部分床義歯装着率	0.94	
総義歯装着率	-0.99	p<0.05
全体（層1 + 層2）の傾向		
<N;年齢階級区分数 14>		
ブリッジ装着数	0.52	
部分床義歯装着率	0.82	p<0.001
総義歯装着率	0.24	

注) 受診率比; 15-19歳人口を1.0として人口調整した各年齢階級における歯科件数比率(倍率)であり、受診率の代用として用いている。

価することになっているのが現状である。そこで、本研究結果に基づき現行の診療報酬体系の再評価を行い、医療の抜本改正におけるテクノロジーアセスメントの一環として、ブリッジ、義歯の新たな技術評価に際しては、長期的維持管理の視点をより強化した技術評価を行うことの必要性を提言するものである。

引用文献

- 1) 財団法人医療経済研究機構. 有床義歯・橋義歯の需給予測に関する研究報告書. 東京: 財団法人医療経済研究機構 1997
- 2) 厚生省健康政策局歯科衛生課. 平成5年歯科疾患実態調査報告. 東京: 財団法人口腔保健協会 1995
- 3) Eichner, K. . Über eine Gruppeneinteilung der Lückengebisse für die Prothetik. Dtsch. zahnärztl. z. 1955; 10: 1831-1834
- 4) 総務庁統計局. 日本の統計. 総務庁統計局. 東京: 総務庁統計局 1998
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成5年社会医療診療行為別調査報告. 東京. 厚生省大臣官房統計情報部 1995
- 6) 飯塚喜一 他. ハンディー社会歯科学. 東京: 学建書院 1998
- 7) 財団法人厚生統計協会. 国民衛生の動向. 東京: 財団法人厚生統計協会 1995

Reform the evaluation on dental prosthetic skill regarding the future of dental insurance system

Kokichi Miyatake	D.D.S.,Ph.D.*1	Ichirou Shimamura	D.D.S.,Ph.D.*2
Yoshiyuki Kakehashi	D.D.S.,Ph.D.*3	Yoshiyuki Sasaki	D.D.S.,Ph.D.*4
Toru Takiguchi	D.D.S.,Ph.D.*5	Yoshinori Toriyama	D.D.S.*6
Masayuki Ogura	D.D.S.,Ph.D.,M.P.H.*7	Takuo Ishii	D.D.S.,Ph.D.*8
Hideyuki Kamijyou	D.D.S.,Ph.D.*9		

The Ministry of Health and Welfare (MHW) is now investigating a drastic improvement of the evaluation on medical expenses in year 2000, such as a doctor's bill, a system of drug price and so on.

It will be important in dental care to make technology assessment on prosthodontic treatment as main dental technique from a new point of view.

We attempt to analyze dental care system from medical economic view using Survey of Dental Disease by MHW and Survey of National Medical Care Insurance Services in 1993 in order to find essence of technology assessment on prosthodontic treatment technique in Japan.

As a result, we found that many fixed and removal dentures were frequently made again as both type of denture were not maintained long term.

It is suggested that this fact causes the increment of national expense.

Then, it thought that the evaluation much regarding long term maintenance and management, which have been a blind spot of evaluation on dental skill, becomes important when the health insurance system of fee is drastically reformed.

[key words]

dental insurance, dental prosthetic skill, fixed and removal dentures

*1 Department of Social Dentistry, Tokyo Dental College

*3 Third Department of Prosthodontics, Nihon University, School of Dentistry

*5 Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare

*7 Medical Economics Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare

*9 Dental Health Division, Health Policy Bureau, Ministry of Health and Welfare

*2 Third Department of Prosthodontics, Tokyo Dental College

*4 Department of Preventive Dentistry and Public Health, Tokyo Medical and Dental University







*6 Medical Economics Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare

*8 Dental Health Division, Health Policy Bureau, Ministry of Health and Welfare

お詫びと訂正

本誌第5号に誤りがありました。読者の皆様には、お詫びとともに訂正いたします。

誤りの箇所は、第5号38頁、「図5 有床義歯装着における咬合支持域数（推定アイヒナー分類）の5歳階級別分類」中の凡例です。右に正しい凡例を掲げさせていただきます。

-  4点支持
-  3点支持
-  2点支持
-  1点支持
-  前歯のみ咬合
-  0点支持

正