

日本と西洋諸国の子どもの歯科矯正の医療・社会保障制度の比較
Comparative study of social insurance and welfare systems for orthodontic medical care in Japan and Western countries

1) 医療法人スマイル スマイル矯正歯科クリニック (愛媛, 松山市) ○小澤 奏 1)

【目的】 本学術展示にご興味を持っていただきありがとうございます。さて例えば、「八重歯で抜歯が必要」な歯ならびの子ども（18才以下）は、多くの先進諸国（イギリス, フランス, ドイツ, アメリカ, 北欧諸国）では、医学的なケアが必要と認定され、そのご家族の経済的負担なく、公的社会保障制度が適用されることをご存じですか？ 私たちは、自分の住んでいる国や地域のシステムを当たり前のものとしてとらえていますが、医療制度は極めて文化性が高く、国や地域・時代によって異なります。またその国の行政制度も、効率化の流れや健康課題によって変化しています。
われわれの職業の本質「国民へ最適な歯科矯正医療を公平に提供する」は世界共通ですが、その方法や優先順位・公平性は国によって異なり、その基盤となる文化背景を理解したうえで、より良い方法を考える視点をもつことは、これからの歯科矯正医療を担う先生方にとって必要です。
生命科学・医学が社会に適用された医療 Health care は、すべての国民に負担可能な費用で公平に提供され、国民の健康を保護することは国家の義務とされ、その指標の視点は、常に低・中所得層の人々に置くことではじめて改善がなされます。わが国の歯科矯正は、公的医療保障の適用範囲が狭く、自由診療が中心となり、国民にとっては社会経済的に不平等な領域であり、近年では健康の社会的決定要因として、いろいろな社会的因子（所得、仕事、労働時間など）と健康の関連性が報告されるようになりました。歯科矯正医療においても社会経済的状況による医療アクセスへの不平等について、国民から多くの疑問が発信され続けています。
一方、西洋諸国では歯科矯正の公衆衛生上の問題については早くから指摘され、社会・経済・文化的相互作用の概念を統合した社会モデルとして受容され実践されてきましたが、これら西洋諸国における社会保障制度の現状やその背景については、間違った情報、何年も前の医療制度、海外をひどくりにした誤認など、あまり正確に知られていないのが現状です。
今回、すでに社会に受容されている西洋諸国における歯科矯正の医療・社会保障制度について、それぞれの国における適用基準や範囲、その目的、文化背景、根拠となる医療概念、また国民への歯科矯正医療のあり方（道徳的-実践的次元）を調査することで、わが国の歯科矯正医療のあるべき姿を再考する糧となる資料を提供し、国民の健康の社会的決定要因の課題を明らかにし、将来の方向性を見定めることを目的としました。各国の医療制度の良否や優劣・順位を求める意図はありません。

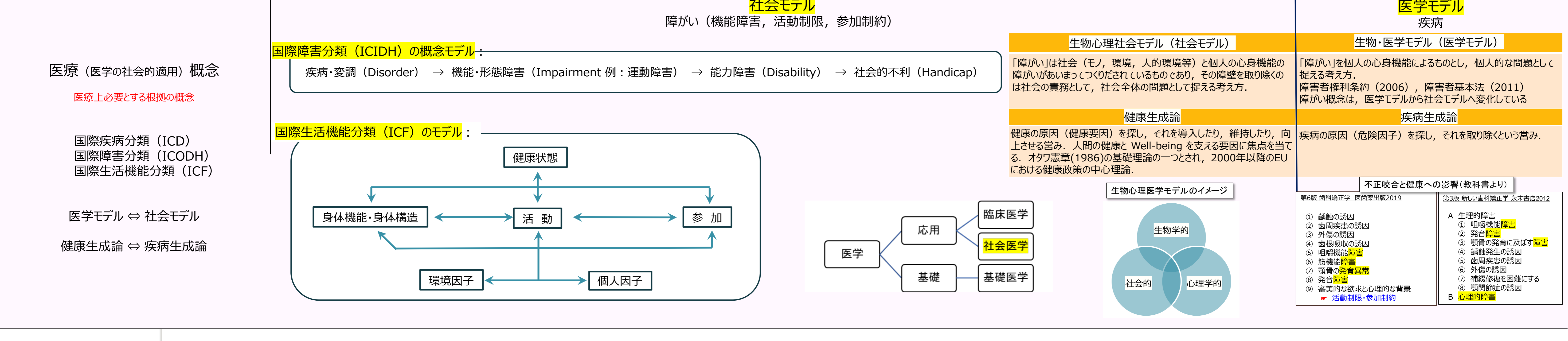
【方法】 OECD加盟国のうち先進7カ国G7を対象とし、2023年時の社会保障制度を、各国政府保健省・法令文書・OECDデータ・歯科矯正団体から調査渉猟し、各国の公的医療保障の歯科矯正給付適用基準・歯列不正の範囲・年齢を比較しました。給付適用範囲の基準分類は、定量的な疫学的指標であるIndex of orthodontic Treatment Need (以下IOTN) による5段階分類を用い、また、各国政府の国民への公的情報提供文から、歯や歯列・顎顔面の位置・大きさの異常の治療目的・意義・その文化背景について、社会科学者の側面から分析しました。

【結果①】 Table with 5 columns: Country (UK, Germany, France, USA, Japan), Mission, Type of Insurance, Self-payment, Age range, and Key points.

根拠
疾病及び傷害の国際分類 1900年-
「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (ICD) 」とは、「国際疾病分類」とも呼称され、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や傷病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため設けられた分類。1900年(明治33年)に国際統計協会により制定されて以来、医学の進歩や社会の変化に伴いほぼ10年ごとに修正が行われ、第2次大戦後はWHOの所管となり世界保健機関憲章に基づいたものとなった。現在国際的には、1990年(平成2年)の第43回世界保健総会で採択されたICD-10が使用されている。(引用元:厚生労働省大臣官房統計情報部)
ICD-10は1995年より、わが国でも適用され、厚生労働省より発行 (ICD-DA 歯科学及び口腔科学への適用) もされ、不正咬合は疾患として分類(右図)される。現在は、ICD-11 Version: 02/2022 へ移行しつつあるが、歯・顎骨の大きさや位置異常は、わが国では「疾病」と認識していない政府官僚や矯正医も多い。
※歯・顎骨の大きさ、位置異常は国際的に「疾病」であることを理解
健康の定義 1946年
Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

各国の経過概略
1948: 歯科矯正がNHSサービス法へ含まれる
1986: Schanschiff Reoprt: 不必要な治療に関する調査委員会の発表を受け、咬合指標委員会が設置され、NHSの歯科矯正治療への咬合指標の導入を勧告。
1990: 保健省が歯科矯正のあらゆる側面について報告する作業部会設置に同意
1992: 保健省による英国矯正歯科学の見直し (SDAC Report) により、EOSのERASMUS提案を歯科矯正補助者のトレーニングとして推奨。
1993: すべての矯正歯科学会・協会・団体は、会員投票の結果、統一されることになる。
1994: 4つの矯正歯科学会が統一され、英国矯正歯科学会 (BOS) 設立。矯正歯科学会連合体の設立。
1995: 専門医登録の導入が勧告 (Mouatt Report)
1998: 歯科矯正専門医リスト設立
2006: 歯科矯正の治療必要度数 (ITON) がNHSが資金提供するすべての治療に適用される
2001: KIGの適用
2001: 公的医療保険のガイドライン発効
2004: G-BA (連邦合同委員会) 設立
2004: 矯正歯科治療ガイドライン施行
2023: 歯科医療改革により矯正歯科を含む主要な歯科医療サービスの自己負担が撤廃。
1947: 公的資金を投入すべき不正咬合として、口唇口蓋裂、重篤な上下顎の疾患や外傷に起因する不正咬合、醜状、発音に關係し、正常発育への影響や教育就労に障害をもたらす場合の歯列矯正の基準を示した。
1947: 精神的・社会生活上の便悩苦悶を指摘 (高橋 1951: WHO加盟)
1982: 唇顎口蓋裂
歯科矯正の認定医制度発足
1990: 顎変形症 詳細は下表。
1994: 子どもの権利条約批准 (世界で158番目)
1995: 学校歯科検診
(不正咬合の健康診断開始)
2001: 健やか親子21
2015: 健やか親子21 (二次)
2019: 成育基本法
近年、国民・全国の自治体より、歯科矯正の保険適用範囲の拡大への要望、意見書、請願が多数ある。

Table comparing IOTN, KIG, and IOTN indices across different countries and their corresponding insurance policies.



【結果②】
① 欧州諸国では、歯列不正は保健・公衆衛生上の課題として、疾病・障害 (DC, ICIDH, ICF) の概念により、日常生活に与える障害の程度により重症度分類 (IOTNなど: Grade5 4 3 2 1) していた。
② 公的医療保障の適用範囲は、英・仏・独ではIOTN Grade3以上、米国はGrade5、日本はGrade5の一部であった。
③ 適用年齢は、英・独は18才未満、仏は16歳未満、米国は21才以下、日本には年齢制限はありません。
④ 給付適用判定の基準は、国際的に IOTN が用いられている。米国ではHLD index, HLD加減法, Salzman indexが各州で適用、全米共通の医学的必要度基準もAAOから推奨されていた。
⑤ 米国では、公的医療保険、民間保険、さらに慈善団体による援助によって、年間数千人 (推計) の歯科矯正治療が開始できる組織が全米に構築されている。
⑥ 日本の給付適用判定は、客観的な医学的数値基準ではなく、先天性疾患と外科的介入の有無による判定であり、その範囲も IOTN Grade 5 の一部に限られていた。
⑦ 独では、子どもの人数による患者の負担軽減措置も取られていた。
⑧ わが国の政府省庁間は、歯科矯正の意義について、制度上の相違も認められ (→ 別表)、国民への公平な医療資源配分の議論が必要である。
以上より、今回のG7各国における歯科矯正医療制度とわが国の現状と比較すると、わが国では、子どもたちの歯科矯正医療 (Grade 3, 4) へのアクセス、歯科矯正医療をうける機会の公平性について、費用負担の面から社会経済的な健康格差が存在している。

【考察、わが国の課題】
「歯科矯正学」は欧州において発祥し、19世紀後半にわが国へ「学問」の一つ「個別科学」として受容されました。この19世紀後半という時期は、西洋においては「学問」が、人文・社会科学・自然科学という知全体の体系性 discipline から「個別科学」へと専門分化を遂げた時期であり、この歴史的宿命がわが国の現在に至るまでの「学問」のあり方を阻害してきたと指摘されています。西洋諸国においては、「学問」の体系性の中で、「個別科学」としての「歯科医学・矯正歯科学」を、社会・歴史・文明といった視座から俯瞰し、統合された概念 interdisciplinary としてとらえ、公衆衛生上の問題 (Salzmann 1947, Vig 1988 など)、また医療・福祉・障害の社会モデルとして受容し実践されているとされます。
わが国でも、第二次大戦後、公衆衛生発達の契機となったWHOの健康の定義の直後、その社会的意義は高橋によって指摘されていますが、多くの医療制度が整備され、国民の公衆衛生上の問題が改善される中で、歯科矯正に関する制度的医療や実践的次元の立ち遅れてきた背景には、①学問の受容された時期の歴史的宿命 ②わが国の口腔に関する歴史・文化的背景によって公衆衛生上の優先順位が高くなかったこと ③目前の技術的視点や利益優先主義の蔓延 ④意図的な無関心の装い。などが挙げられます。
近年になり歯科領域にも、健康の社会的決定要因として避けられない健康格差が生み出されていることが報告されています。社会経済的障壁によるわが国の歯科矯正へのアクセスの格差は、口腔の健康格差とともに社会疫学的視点からも再確認されており、公平な歯科矯正医療のあり方が問われています。歯・顎骨の位置や大きさの異常という本人の責任に帰すことのできない「疾病」に対する歯科矯正医療は、インプラントのような代替療法のある分野とは異なり、国民には治療するための他の選択肢がありません。西洋諸国では歯や顎骨の大きさ・位置の異常は、社会的な不利・障害として、社会活動の制約や参加制限から医学的に必要なケアとして受容されていますが、わが国では治療開始できない子どもたちが多く存在するという現状を招いています。このことが結果として歯科医療全体に影響し、国民の口腔衛生意識向上の障壁の一つとなっています。
医療とは医学の社会的適用であることは言い古された言葉ですが、われわれの関心 (経済的理由から治療開始を断念する人々への想い) が行政へつながら、われわれ歯科矯正医の技術や経験が公平に国民へ配分され、わが国の歯科矯正のあり方、新しい歯科矯正の専門医制度とともに西洋諸国と同等な健康概念 (社会モデル) へと是正・整備される日々が来ることを期待いたします。
演題発表に関し、開示すべき COI 関係にある企業・学術団体・政府組織などはありません