

1. はじめに

医療費の高騰に対して、医療費の総枠抑制を中心とした医療保険制度の見直しや法律の改正が繰り返されてきた¹。この結果、医療格差の拡大と健康不安を抱く高齢者の増加をもたらした²。

まもなく超高齢社会を迎える世界一の長寿国であるわが国では、「だれでもが健康に生活すること」が希求される。ところで、高齢期の健康やQOLは、小児期から成長過程に至る医療・保健環境の質に大きく依存する³。小児期からの長期的な展望に立った医療政策が必要不可欠である。

口腔保健の領域においても、高齢期の健康寿命やQOLは歯数や咬合の保持に依拠することが報告され、小児期からの口腔衛生や咬合管理が重要と考えられている⁴。咬合育成は、小児口腔医療の新しい治療概念で、具体的な治療目標の一つに「20歳になるまでに不正咬合がない状態を達成する」があげられている⁵。また、1995年から学校保健において不正咬合が歯科検診項目にとりあげられ、咬合治療の医療保険の適用に対し要望が強くなっている⁶。しかしながら、咬合治療費用は今なお自費に委ねられている。著しい機能障害を有するものの、経済的な理由で治療機会を断念せざるを得ない児童も数多い⁷。

そこで、まず超高齢社会における医療制度改革の方向性をのべ、改革制度の一つとして学童期における咬合治療医療保険適用を掲げて、の意義をQOLの観点から論じる。

2. 超高齢社会における医療制度改革

2.1 わが国における高齢化

戦後の高度経済成長によって、生活水準は著しく向上し、保健衛生教育が普及した。加

¹ 厚生統計協会(2008)、pp207-208を参照。広井(1994)、pp. 239-242, および島崎(2005)を参照。

² 早坂(20015)、pp. 49-71を参照。

³ 菅原(2002)、p. 763 および Robertson(2002)、pp. 163-164を参照。

⁴ 山本(2002)、菅原(2002)、p. 763、日本学術会議咬合学研究連絡委員会報告(2004)、8020推進財団(2001)「8020公募研究報告書抄録」を参照。

⁵ 玉木(2001)を参照。

⁶ 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(2001)、<http://www.wam.go.jp/wamappl/>

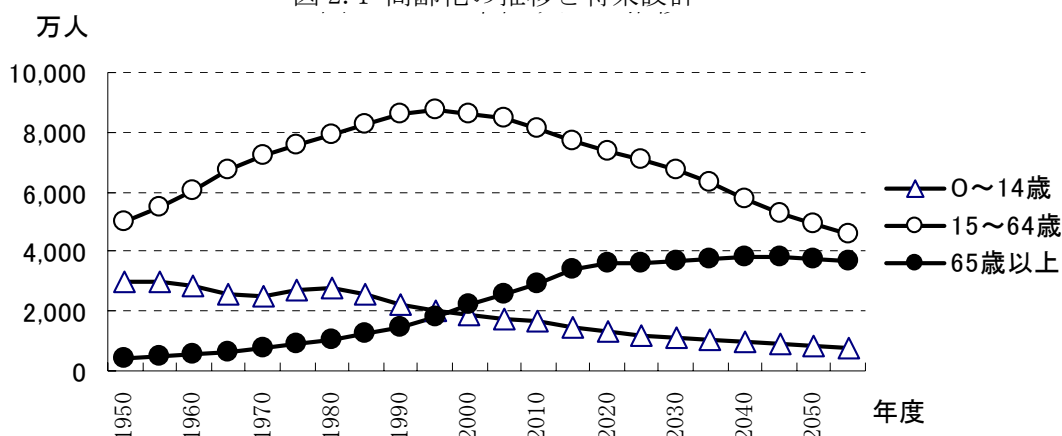
[bb11GS20.nsf/0/f59c50b788b78630492570a000264af1/\\$FILE/siryou_all.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/f59c50b788b78630492570a000264af1/$FILE/siryou_all.pdf)

⁷ 日本臨床矯正歯医会「2008年度全国工法キャラバン参加者アンケート調査結果」では、76%が治療を受けたいと思ったことがあるものの、矯正歯科治療に関する情報の不足の他、治療費が高いことなどを理由に治療を躊躇している。

えて国民皆保険制度が達成され、また医療技術の著しい進歩によって、わが国は世界一の長寿国となった⁸。しかしながら、1973年のオイルショック、1990年代のバブル崩壊、平成不況が続いた。さらに、経済のグローバル化・企業の多国籍化が伸展して激しい国際競争が押し寄せ、従来の社会経済体制は桎梏となっている⁹。

ところで、65歳以上の人々が総人口に占める割合のことを“高齢化率”という。この高齢化率が7%を超えると「高齢化社会」、14%を超えると「高齢社会」、21%を超えると「超高齢社会」ということになる。日本は1970年に高齢化率が7%を超え、1994年には14%を超えた。2007年に21%を超え、超高齢社会となった。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、高齢者人口は今後も2020年まで急速に増え続ける。その後はやや安定するが、総人口が減少していくため高齢化率はさらに上昇し続けて、2015年には26.0%、2050年には35.7%に達すると見込まれている。日本人の3人に1人が65歳以上になる(図2.1)。

図 2.1 高齢化の推移と将来設計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」
 年少人口(1~14歳)は1950年以降、生産年齢人口(15~64歳)は1995年以降漸減が続いている。
 一方老年人口(65歳以上)は漸増し、2020年以降は増加の勢いは弱まるものの2043年まで僅かながら増加すると予想されている。

また、高齢化の速度について、高齢化率が7%を超えてからその倍の14%に達するまでの所要年数(倍化年数)によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、比較的短いドイツが40年、イギリスが47年であるのに対し、日本は24年である(表2.1)。このように、日本の高齢化は、少子化を伴って、世界に例をみない速度で進行している。

⁸ 平均余命や乳児死亡率の低さは、医療に加えて、上下水道の完備による公衆衛生の改善や食生活や環境の向上をもたらした経済成長の成果によるところが多い。鴫田(2004)およびOECD(2005)、pp. 26-46を参照。

⁹ 厚生統計協会(2009)「国民衛生の動向」、pp. 7-9を参照。

表 2.1 日本と諸外国の高齢化率(65歳以上人口割合)の推移と将来推計

(単位：%)

年次	日本	アメリカ	ドイツ	スウェーデン	イギリス	フランス
1850	...	...	...	4.78	4.64	6.47
1860	...	...	...	5.22	4.68	6.89
1870	...	...	...	5.43	4.79	7.41
1880	5.72	...	4.72	5.90	4.62	8.11
1890	5.49	...	5.10	7.68	4.77	8.28
1900	5.49	4.07	4.88	8.37	4.69	8.20
1910	5.25	4.30	5.04	8.44	5.22	8.36
1920	5.26	4.67	5.77	8.40	6.03	9.05
1930	4.75	5.41	7.36	9.20	7.40	9.35
1940	4.80	6.85	8.86	9.41	8.97	11.42
1950	4.94	8.26	9.72	10.25	10.73	11.38
1960	5.73	9.19	11.52	11.97	11.68	11.64
1970	7.06	9.84	13.69	13.67	13.04	12.87
1980	9.10	11.20	15.60	16.29	14.93	13.97
1990	12.05	12.22	14.96	17.78	15.73	13.99
2000	17.34	12.31	16.35	17.24	15.82	16.27
2005	20.16	12.26	18.78	17.23	16.07	16.33
2010	23.13	12.76	20.48	18.44	16.64	16.54
2020	29.25	15.84	22.39	21.14	18.87	20.17
2030	31.82	19.40	27.27	22.79	21.60	23.17
2040	36.45	20.46	30.27	24.23	23.72	25.26
2050	39.56	21.03	30.18	24.14	24.05	25.93

(注)

本表は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2008」第2-17表より当該国の数値抜粋したものである。
なお国によっては該当年の計数が無い場合、もっとも近い年を使っている場合がある。詳しくは原典の脚注を参照のこと。

現在の社会保障給付は約70%が高齢者に充てられており、人口の高齢化による給付の増加が現役世代の負担を年々増やしているため、給付と負担のバランスの確保や世代間の不公平の是正が求められている。

また、生活習慣病はかなりの高頻度で生じるので、リスクの分散としての医療保険になじまず、一方貧困の増加は、特定少数者への給付とされた公的扶助の給付範囲を拡大させ、社会保障の財源の枯渇を招くことになった。広井(1997)は、今後のわが国の社会保障の方向について「経済社会との関係を視野に納めながら、社会保障システム全体のあるべき姿についての原点に立ち返って考察と議論が今強く求められている」と述べている。

2.2 医療制度改革の方向性

人間は生まれて生まれてから死に至るまでの個人の生涯のライフステージに応じて、比較的共通の達成課題を持つ¹⁰。学齢期においては教育に加えて医療における公平な機会の賦与に向けた取り組み、子育て期については子育ての支援給付が重要な検討課題である¹¹。また、平均寿命の延伸による長い高齢期については、高齢者自身の自立、自助をめざした

¹⁰ ライフステージとは生まれてから死に至るまでの個人の生涯をライフサイクルあるいはライフコースといい、人生における誕生、入学、進学、就職、結婚、出産、子育て期など、比較的共通のライフイベントをとらえて、人生を段階的に整理する考え方をライフステージという。山縣(2002)参照。

¹¹ 先進諸国の中で、子育て世帯への税制の優遇度は著しく低く、家族・子どもへの公的支出に対する高齢者への公的支出の比も著しく低い。

生活の実現に向けての取り組みが不可欠である¹²。

大きな転換期を迎えた福祉・保健・医療のあり方について、さまざまな改革案や方向性が提言されたり、模索されたりしている。しかし、その基本的な目標や評価の規準となるものは、岡村(1983)が述べる福祉の人間像を目指した処遇原則であり、園田(1991)が述べる主体的な個々人の自立度の向上や拡大という考えに、筆者も賛同する。

田中(2001)は21世紀の社会保障制度が基礎のおくべき理念として、「高齢者を含めたすべての住民の社会参加・自己実現とこれを支える社会的連帯」を掲げている。また、社会保障制度は「貧しくなってからようやく救いの手を差し伸べる『救貧』のセイフティ・ネット機能ではなく、人々に安心感を与える『防貧』の機能を果たす」ものとして捉えている。田中の述べる「高齢者の連帯に加わるべく、若年層と同様、経済力に応じた適切な税・保険料負担が求められる。さらに、住民主権の地方分権も推し進められていくだろう。社会保障を語る際には、技術論とともに、思想を問う姿勢を忘れてはならない」に筆者も同意する。センの掲げる「ひとが実際に達成しうる価値ある活動や生活状況にそくして、人の域からの質を判断することが重要である」と筆者も考え、「福祉の計測は、結局のところひとの存在と生活の質の評価であるほかはない」との考えに賛同する。政策提言に対してもこうしたQOL評価が必要と考える。

さらに、中澤(2008)は高齢化による医療費高騰への警鐘として、「高齢になったときに医療にだけ頼るのは検討違い、やはり介護とか福祉とか、包括して国民の危機に備える必要がある。国民の富は社会保障に使うべきだと思う」と述べている。介護や福祉との連携が必要であり、国民の危機に対する包括的な把握の必要性を認識し、生涯のライフステージに着目した社会保障の方向の検討が不可欠であると筆者も考える。

2.3 健康について

これまでの健康への取り組みは、病気の治療や早期発見や発生予防といった病気への対応を基軸とした健康への対応であった。さらに、1970年代の後半からは、早期発見や発生の予防、さらに日常の健康管理や健康増進などにも次第に力が入られるようになってきた。しかしながら、このような施策にもかかわらず日本国民のうちの有病者や有訴者の数や割合は、厚生省が実施してきた「国民健康調査」やそれを引き継いでいる「国民生活基礎調査」の数字からみると、むしろ次第に増大してきている¹³。

12本村ら(2004)は、「21世紀を高齢者としていきいきと生きていくためには、配偶者や子どもという家族にのみかかわりあうのではなく、積極的に社会活動などに参加することを通じて、友人や近隣の人びととの「有効な」ネットワークづくりに心がけること、また福祉サービスなどの公的な支援を「積極的に」活用していけるような素地をもっておくこと、さらには「弱者」「依存者」という受身的なレッテルに安住せず、社会関係の維持に必要な互酬原理を貫徹できるような主体的、能動的なライフスタイルを新たに構築していく努力が必要である。」と述べている。

13園田(1995)は、まず、1960年以降30年間のわが国における医療制度の背景にふれながら、医師数、病床数、医療費はそれぞれ約2倍、約2.5倍、50倍増大したと述べている。しかし、この間の個々の異常

今日、身体や精神の慢性的疾患、加齢に伴う心身の機能の低下などが、主要な健康問題となっている。このような状況では、単なる寿命の延長ではなく、元気に生きていられる活動的人生の寿命や、障害のない人生や、痴呆のない人生の寿命に着眼し、それらを伸ばすことを目標にする必要があるとの認識が強まっている。米山（2008）では、それらは、人々の健康水準を、死亡か生存かのレベルではなく、活動的人生が送れているか否か、つまり QOL で見ていこうという、より積極的な考え方に基づく指標である。

また一方で、人々の中の健康状態は、遺伝的、生物学的要因以外にいくつかの関与が報告されるようになってきた。その一つは個人の習慣的な生活行動やライフスタイルが影響しているという見かたは保健医療分野で定着しつつある¹⁴。1986 年の WHO オタワ憲章で宣言されたヘルスプロモーションは、「人々が健康への統御性を増やし健康の改善を図ることができるようにする（すべての）取組み」と定義され、取組みの目標を人々の能力の付与や形成（エンパワーメント）に求め、望ましい行動の普及や健康水準の向上をむしろその結果として期待する。

さらに、個人的要因を規定する、よりマクロなレベルの社会的要因と健康状態の関連性

や症状に対症療法を加えても、また、病気への早期発見・予防や健康増進によっても、『国民健康調査』や『国民生活基礎調査』の有病率や有訴率は漸増し、「有病率は 1985 年では 7 人に 1 人、有訴率は 1992 年では 4 人に 1 人」に達していると述べている。身体や精神の慢性的疾患、加齢に伴う心身の機能の低下などが主要な健康問題となっている今日においては、「病気からだけの対応では、健康への関心や意欲を高揚すること以上に、病気への不安や恐れを拡げている」と警告している。このような「更年期や加齢に伴う心身の状態の変化を、症状や異常として治療医学や医療の対象として拡大しようとする近年の動き」に対して問題を投げかけている。

¹⁴ UCLA のブレスロー（L.Breslow）らの『アラメダ研究』は、1965 年に実施されたカルフォルニア州アラメダ群の住民約 7000 人へのインタビュー調査に基盤をおいたもので、そこでの調査項目は、アルコールの消費量、喫煙習慣、からだを動かすこと、食事や睡眠のパターン、親しい友人や親戚が何人いるのか、などといった日常の行動や社会的ネットワークに関するものであった。9 年後の 1974 年に、これらの人々に追跡調査がなされた結果は、社会的接触が少なく健康上リスクの多い生活を送っている人々は、社会的ネットワークが強く、よりリスクの少ない生活を営んでいる人々より、その期間中に 1.5 倍から 2 倍も多く死亡しているということであった。つまり、日常の行動や社会生活のあり様が、健康の成り行きに大きく関わっていることが明らかにされたのである。また、ラロンド・レポートは 1974 年に [カナダ](#) の厚生大臣 [マルク・ラロンド](#) によりカナダ人の健康についての新たな展望（A new perspectives on the health of Canadians）と題され報告された。ラロンド・レポートは、健康を決定しているのは生物学的要因だけではないことを宣言した、先進国による最初の報告であるとされている。そして健康に影響を及ぼす要因として、生物学、環境、生活様式そして医療へのアクセスという 4 つの医療領域を提案した。

も解明されてきた。すなわち、健康・病気の階層間格差や社会的不平等が存在する事実とその発生メカニズムが解明されてきた。これにより格差や不平等の解消のためには、社会政策的な見地からの保険医療への対応が不可欠である¹⁵。

3 学童期における咬合治療と QOL

う歯や歯周疾患、不正咬合は、三大口腔疾患として挙げられている。このうち、う歯や歯周疾患は特定細菌に起因して発病し、原因療法あるいは予防が可能である。一方、不正咬合に関しては、遺伝的因子や環境因子など、多因子が複雑に関与していると考えられていることから、原因療法や予防を施すことは困難である。また、不正咬合はう蝕や歯周疾患の増悪因子にもなっている。学童期における咬合治療の意義を以下に述べる。

3.1 学童期における咬合治療と QOL

1995年に学校保健の定期検査項目に咬合審査が追加されて以来、叢生をはじめとする歯列不正・咬合異常の発現頻度について数多く報告されている¹⁶。学童期に咬合異常を有する児童のなかには、家計所得により歯科矯正治療を断念せざるをえない児童がある。咀嚼障害による食事時間の延長は集団生活に支障をきたす。ブリエンら(2007)は不正咬合をもつ子どものQOLが低い傾向を報告している。またケイブラ(2008)は不正咬合により自己認知・自己イメージが低下する傾向を報告している。その後の活動性の低下を招くこともある。教育において早期の平等が確保されると同じく、平等な受診機会が与えられることが好ましい。

また、機能障害の回復が今後の健康への取組みに与える影響も大きい。咬合治療の改善により、咀嚼機能や発音機能の障害の回復に加えて、審美的改善が得られる。この結果によりマンデルら(1999、2008)、ニッキーら(2005)、パパドポウルスら(2007)およびショー(2007)は、生き生きと活動でき、また、コックら(2004)は審美性の点から矯正歯科治療を必要とする指数(AC-IOTN)とQOLとが関連する傾向を報告している。また、クラークスら(2004、2006)は青年における歯の審美性、自己認知および口腔関連QOLに関連がみられることを報告し、また青年期における歯の審美性が心理面に及ぼす障害に関する調査票

¹⁵ ダニエル(2008)の、「各人の健康は確かに一部は個人の責任であるが、社会制度によって不健康が生み出される。個人の生活習慣の改善とともに、社会環境の整備が必要である」との見解は、健康問題を上げる上で不可欠な視点である。また、米山(2008)も、生活習慣を個人の責任に帰する社会の傾向に警鐘を鳴らしている。また、ブラクスター(2004)は、「疾患を正常からの逸脱とするどんな定義も、医療の目的を正常の回復とする定義と同様、揺れ動いている。健康は(論理的にも人々の理解においても)積極的な状態であり、単なる病気または疾患の欠如とは異なる、ということが終始一貫した主題であった。しかし、この積極的な疑念は、定義することが今までになく複雑で難しい。健康は、次第に、人々とその環境との相互作用ということになりそうである」と述べている。p. 135 参照。

¹⁶ 学校保健調査(2006年)における咬合異常の発現頻度は小学生 4.19%、中学生 5.19%とされている。しかしながら、矯正歯科医が関与した調査データでは、歯科疾患実態調査(平成11年度)における12~15歳 31.4%、医療経済研究機構(1999)における12~14歳の中学生 27.5%および森主(2004)における小学生 43%~77%、中学生 54%~66%の咬合異常の発現をあげている。

を開発し、その関連を報告している。リッチモンドら(2005)は矯正歯科治療の費用、効果および費用対効果を計測した。さらに、急性期の歯痛によって2日間の就業困難が生じるとのレジネ(1988)の報告がある。これらの結果から、児童の活動の能力および範囲の拡大が青年期におよび、単に個人に利得をもたらすだけでなく、将来の社会的な質の高い労働力への投資となる。

高い社会的活動力を備えた個人は、高齢期のあり方に甚大な影響をもたらす。日常生活面および経済面でも自立度の高い高齢期を迎えると予想される。

不正咬合のない口もとが口腔衛生への感心を高めることがホラップら(1987)によって報告されている。生涯を通じたデンタルIQの向上に寄与する。また、シュロット(1999)、ノーマン(1999)、シュタウファー(2004)は他の歯科疾患、う歯や歯周病などの罹患が抑制される傾向を報告している。コンスタンティノビッツ(1997)は不正咬合を有する者は全身の骨密度が減少する傾向がみられると報告している。

3.2 学童期における咬合治療の社会政策的観点からの意義

1990年の合計特殊出生率が、それまで最低であった「ひのえうまの年」(1966年)の1.58を下回る1.57にまで落ち込んだ(「1.57ショック」)。ここから小子化問題が注目されるようになり、さまざまな施策が打たれた。それにもかかわらず急速な小子化の流れを変えることはできなかった。

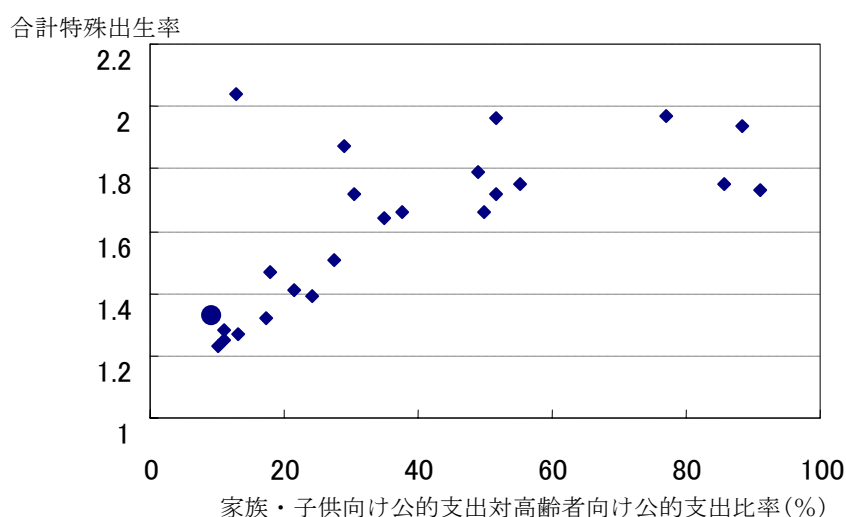


図 3-1 先進諸国における家族・子供向け公的支出対高齢者向け公的支出比率と合計特殊出生率との相関

注 対象は世銀定義による OECD 高所得国。公的支出は社会保険や税の支出。資料 世銀 WDI, OECD(2007), Social Expenditure Database.

合計特殊出生率

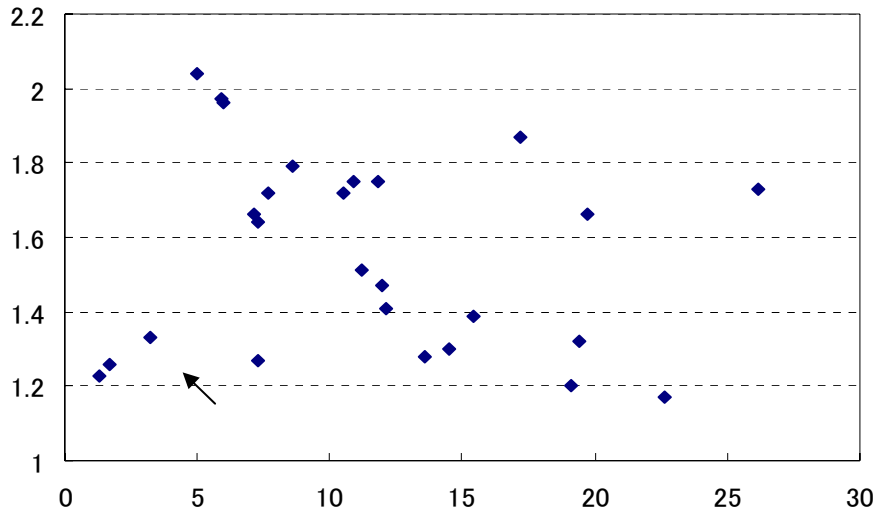


図 3-2 先進諸国における子どもを有する家族向け税優遇率
 $(1 - [\text{子どもなし家族向け税率} / \text{子どもを有する家族向け税率}])$ を 100% 表示と合計特殊出生率との相関
 →は日本を示す 子どもを有する家族向け税率の優遇率：%

図 3-1 には先進諸国における家族・子ども向け公的支出対高齢者向け公的支出比率と合計特殊出生率の相関を、図 3-2 には先進国における子どもなし家族に対する子どもあり家族における税制の優遇比率と合計特殊出生率の相関をそれぞれ散布図で示した。→で示すわが国の子供向け、子どもあり家族に対する支援の低さを示している。

高齢化対策に対する少子化対策の相対ウェイトが高い国ほど、また子どもあり家族に対する税制の優遇が厚い国ほど出生率も高いという傾向が見られる。

福祉が発達し、高齢者扶養が家庭における私的扶養から社会保険や税による社会的扶養に変化したのに、子育てが私的扶養でのみあり続けると、子供を産み育てず、高齢期には社会的な便益を受ける者（フリーライダー）が増えることが示されている。すなわち、子育ての費用負担をせずに相対的に豊かな生活をし、高齢期には若い世代から同じだけの社会移転を受けられる。さらに子育て期間の断絶がないため高いキャリアを取得する者が多いため大きな年金給付を受けられる。このため、子供を産み育てない方が有利とする者が増える。

現在の選挙制度では子育て層の票が少なく、高齢者票が多い。若者層の投票率も低く、またこれから生まれてくる子供の利害が反映できない。選挙制度によっては、こうした不合理な点の解決を図ることは極めて困難である。少子化を食い止めるための社会政策とし

では、高齢者対策と少子化対策のバランス、子育て家族への支援が不可欠である。高齢化対策の公的支出を抑制して少子化対策の公的支出を拡大し、子育て家族には少なくとも税制面で優遇することが最小限の政策課題となろう。

学童期における咬合治療に医療保険を導入する政策は、高齢者に偏重している現在の政策を緩和する子育て支援策として意義深い。さらに、高齢者の身体的および経済的自立を促すことが可能となり、この点からも高齢者への福祉財源の圧縮が予想できる。

4. まとめ

まもなく超高齢社会を迎える世界の長寿国であるわが国では、「だれでもが健康に生活すること」が希求される。ところで、高齢期の健康やQOLは、小児期から成長過程に至る医療・保健環境の質に大きく依存する。これまで高騰する医療費に対して、医療費の総枠抑制を中心とした医療保険制度の見直しや法律の改正が繰り返されてきた。この結果、医療費抑制の根本的な解決に至らず、医療格差の拡大と健康不安を抱く高齢者の増加をもたらした。

そこで、社会保障のあり方についての原点に立ち返って、医療制度改革の方向性を社会福祉観、健康観および医療観の変遷から検討した。ついで、学童期における咬合治療への医療保険の適用について、国民の福祉を見据えたマクロ経済学的視点と、医療保険適用の根拠となる公平性と効率性を追求するミクロ経済学的視点をともに取り入れて、健康の維持増進政策となりうるかを検討した。

以下の結果を得た。

①不正咬合が成長に伴って増悪して矯正治療のみでは回復が図れず、外科的な矯正歯科治療に頼らざるをえない状態になって、はじめて医療保険が適用されている。このため、高額な自費治療を断念して、長期に亘って著しく低いQOLを甘受せざるを得ない者も数多くみられる。なお、重篤な状態に陥ってから救済する施策は戦後の差別的な「回復的処遇」にすぎず、社会保障に求められる国民すべての「普遍的処遇」に至らない。

②児童のQOLの高揚によって、児童の活動の能力および範囲の拡大は青年期におよび、単に個人に利得をもたらすだけでなく、将来の社会的な質の高い労働力への投資となる。

また、高い社会的活動力を備えた個人は、高齢期のあり方に甚大な影響をもたらす。日常生活面および経済面でも自立度の高い高齢期を迎えると予想される。

③口腔育成における他の2つの努力目標として「20歳になるまでに、齲窩（むし歯治療を受けた歯）や歯周病がないこと」があげられている。病因が明らかで原因療法や予防が可能である齲窩や歯周病の治療に対して、医療保険が適用されている。一方、不正咬合は多因子が複合して発現するため、原因療法や予防ができない。自己責任に帰すことができない不正咬合に医療保険が導入されていないのは合理性を欠く。

以上のように、学童期の咬合治療に対して医療保険を導入することは社会福祉の観点 QOL および医療経済性の両面に寄与する。かつ社会政策的にも大きな意義をもつ。加えて高齢期の健康寿命の延伸に寄与し、高齢化によって高騰する医療費を抑制しうると考えられることから、社会政策的にも大きな意義をもつ。

参考文献

- OECD 編著、阿萬哲也訳(2005)『世界の医療制度改革 質の良い効率的な医療システムに向けて』、明石書店。岡村重夫(1983)『社会福祉原論』、社会福祉協議会。
- 厚生統計協会(2008)「国民衛生の動向」『厚生指標』55巻、9号。
- 厚生統計協会(2009)「国民衛生の動向」『厚生指標』56巻、9号。
- 島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』、勁草書房、pp. 89-110。
- 菅原準二(2002)「子どもに対する不正咬合の治療と管理」、『歯界展望』、第100巻、pp. 763-774。
- 園田恭一(1991)『保健・医療・福祉と地域社会』、有信堂。
- 園田恭一・川田智恵子編(1995)『健康観の転換 新しい健康理論の展開』、東京大学出版会。
- 田中滋(2001)「21世紀の社会保障制度の理念」、『医療経済研究』、第9巻、p. 3。
- 田中滋(2004)「医療保障制度の意義」『医療経済研究』、第14巻、p. 3。
- 鵜田忠彦(2004)「わが国に於ける医療支出とその主要な決定要因」、『日本の医療改革』、東洋経済新聞社。
- 西村周三(2006)「医療保険の経済理論——「国民負担率」をめぐる論点」『医療経済学の基礎理論と論点』、pp. 63-86、勁草書房。
- 早坂裕子(2001)「健康・病気の社会的格差」山崎善比古編『健康と医療の社会学』、東京大学出版会。
- 平野吉子(2009a)「歯並びの歯科矯正治療への医療保険適用に関する財政的考察」『経済政策ジャーナル』、学会特集号第6巻第2号、pp. 96-99。
- 平野吉子(2009b)「歯並びの歯科矯正治療への医療保険適用の検討—健全な永久歯列をめざした予防的医療のミクロ経済的考察」、大阪府立大学経済研究、第55巻、第1号、pp. 101-119。
- 広井良典(1994)『医療の経済』、日本経済新聞社。
- 広井良典(1997)「社会保障制度改革のビジョン」岩崎榮、広井良典『医療改革』、pp. 30-35、日本評論社。
- 宮崎秀夫(2002)「高齢者の追跡調査、口腔保健と全身的な健康状態の関係について」、『平成13年度厚生科学研究報告 H13-医療-001』、12-16。
- 本村汎・岡佐智子編(2004)『生活福祉学 人間らしさを求めて』、相川書房。

- 森主宜延 (2004) 「1984 年から 1999 年までの健診結果から考察した学校歯科保健」『日本学校歯科医学会誌』、日本学校歯科医学会、pp. 10-19。
- 山懸文治・岡田忠克編 (2002) 『よくわかる社会福祉』、ミネルヴァ書房。
- 山崎善比古 (2001) 「健康と医療の社会学とは」山崎善比古編『健康と医療の社会学』、東京大学出版会。
- 山本照子 (2002) 「よい歯並びが肝心」『Japanese Association for Dental Research』、2002 年 1 月号、pp. 5-6。
- 米山公啓 (2008) 『医療格差の時代』、筑摩書房。
- Antonovsky, A. (1987), *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers. アントノフスキー, A. [山崎喜比古・吉井清子監訳] (2001) 『健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム』、有信堂。
- Bernab, E., Sheiham, A., and de Oliveira, C. M. (2007), “Condition-Specific Impacts on Quality of Life Attributed to Malocclusion by Adolescents with Normal Occlusion and Class I, II and III Malocclusion,” *Angle Orthod*, 78, pp. 977-982.
- Bernab, E., A. Sheiham, G. Tsakos and de Oliveira, C. M. (2008), “The Impact of Orthodontic Treatment on the Quality of Life in Adolescents: a Case-Control Study,” *Eur J Orthod*, 30, pp. 515-520.
- Blaxter, Mildred (2004), *Health (Key Concepts)*, Polity Press. ブラスター, M. [渡辺善嗣監訳] (2008) 『健康とは何か—新しい健康観を求めて—』、共立出版。
- Brien, C. O. (2007), “Evaluation of a Quality of Life Measure for Children with Malocclusion,” *J Orthod*, Vol. 34, No. 3, pp. 185-193.
- Ceib, Phillips, Kimberly N., and Edwards Beal (2008), “Self-Concept and the Perception of Facial Appearance in Children and Adolescents Seeking Orthodontic Treatment,” *Angle Orthod*, Vol. 79, No. 1, pp. 12-16.
- Daniels, Norman, Kennedy, Bruce, Kawachi, Ichiro (2000), *Is Inequality Bad for Our Health?*, Beacon Press. ノーマン・ダニエルズ、ブルース・ケネディ、イチロー・カワチ [児玉聡監訳] (2008) 『健康格差と正義 公衆衛生に挑むロールズ哲学』、勁草書房。Doyal, Lesley (1981), *Political Economy of Health*, South End Press. レズリー・ドイアル [青木郁夫訳] (1990) 『健康と医療の経済学—より健康な社会を目ざして—』、法律文化社。
- Horup, N., Melsen, B., and Terp, S. (1987), “Relationship between Malocclusion and Maintenance of Teeth,” *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol. 15, No. 2, pp. 74-78.
- Klages, Ulrich., Ciaus, Nadine., Wehrbein, Heinrich., and Zentner, Andrej (2006), “Development of a Questionnaire for Assessment of the Psychosocial Impact

- of Dental Aesthetics in Young Adults,” *Eur J Orthod*, 28, pp.103-111.
- Kok, Y. V., Mageson, P., Harradine, N. W. T., and Sprod, A. J. (2004), “Comparing a Quality of Life Measure and the Aesthetic Component of the Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) in assessing orthodontic treatment need and concern,” *Journal of Orthodontics*, 31 (4), pp.312-318.
- Konstantynowicz, J., Sierplinska, T., Kaczmarek, M., Piotrowska-Jastrzebska, J., and Golebiewska, M. (1997), “Dental Malocclusion is Associated with Reduced Systemic Bone Mineral Density in Adolescents,” *J Clin Densitom*, Vol.10, No.2, pp.147-152.
- Mandall, N. A., McCord, J. F., Blinkhorn, A. S., Worthington, H. V., and O’ Brien, K. D. (1999), “Perceived Aesthetic Impact of Malocclusion and Oral Self-Perceptions in 14 ~ 15-Year-Old Asian and Caucasian in Greater Manchester,” *Eur J Orthod*, 21, pp.175-183.
- Mandall, N. A., Matthew, S., Fox, D., Wright, J., Conboy, F. M., and O’ Brien, K. D. (2008), “Prediction of Compliance and Completion of Orthodontic Treatment: Are Quality of Life Measures Important?,” *Eur J Orthod*, 30, pp.40-45.
- Nicky, A. Mandall, Jean Wright, Francen Conboy, Elizabeth Kay, Linda Harvey and Kevin D/ O’ Brien, (2005), “Index of Orthodontic Treatment Need as a Predictor of Orthodontic Treatment Uptake,” *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 128, pp.703-707.
- Norman L. Sanders (1999), “Evidence-Based Care in Orthodontics and Periodontics,” *JADA*, 130, pp.521-527.
- Ovsenik M., Farcnik F.M., Korpar M., and Verdenik I. (2007), “Follow-up Study of Functional and Morphological Malocclusion Trait Changes from 3 to 12 Years of Age,” *Euro J Orthod* 29(5), pp.523-529.
- Papadopoulos, M.A. and Gkiazouris, I. (2007), “A Critical Evaluation of Meta-Analyses in Orthodontics,” *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 131(5), pp.589-99.
- Richmond, S., Dunstan, F., Phillips, C., Danieis, C., Durning, P., and Leahy, F. (2005), “Measuring the Cost, Effectiveness, and Cost-Effectiveness of Orthodontic Care,” *World J Orthod*, 6(2), pp.161-170.
- Reisine, S. T. (1985), “Dental Health and Public Policy: the Social Impact of Dental Disease,” *Am J Public Health*, 75(1), pp.27-30.
- Robertson Aileen, Brunner Eric, and Sheiham Aubrey “Food is a political issue” Marmot Michael and Wilkinson Richard G , *Social Determinants of Health*. 西三郎、鏡森定信監. (2002) 『21世紀の健康づくりの提言』、日本医療企画、pp.183-203。

- Schlott W. J. (1999) "Occlusion and Dental Disease," *Dent Today*, Vol. 18, No. 1, pp. 72-77.
- Sen, Amartya (1985) *Commodities and Capabilities*, Elsevier Science. アマルティア・セン編著[鈴木興太郎訳](1988)『福祉の経済学 財と潜在能力』、岩波書店。
- Show, W. C., Richmond, S., Kenealy, P. M., Kingdon, A., and Worthington, H. (2007) "A 20-year Cohort Study of Health Gain from Orthodontic Treatment; Psychological Outcome," *Am. J. Orthod, Dentofacial. Orthop*, 132(2), pp. 146-157.
- Staufer, K. and Landmesser, H. (2004) "Effects of Crowding in the Lower Anterior Segment--a Risk Evaluation Depending upon the Degree of Crowding," *J. Orofac Orthop*, 65(1), pp. 13-25.
- Tamaki K. (2001) "Occlusion and Function of the Craniomandibular System," *Bull. Kanagawa Dent. Coll.*, 29(2), pp. 111-119.
- 医療経済研究機構調査研究報告書、「平成 11 年度 調査・研究実績の概要 1-2-1 小児不正咬合の医療体系に関する研究」、
<http://www.ihp.jp/publish/report/past/h11/h11-1.htm>
- 厚生労働省 『厚生労働省ホームページ平成 17 年度歯科疾患実態調査結果について』、
http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/01/dl/tp0129-1g_0001.pdf
- 財団法人 8020 推進財団(2005)『歯周病と生活習慣病の関係』、
<http://www.8020zaidan.or.jp/pdf/jigyo/sisyuu.pdf>
- 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(2001)、bb11GS20.nsf/0/f59c50b788b78630492570a000264af1/\$FILE/siryuu_all.pdf
- 日本学術会議咬合学研究連絡委員会報告(2004)「咬合・咀嚼が創る健康長寿」、
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1021.pdf>
- 文部科学省『平成 20 年度学校保健統計調査』、
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/1256666.htm