

研究者：井上 裕子（所属：東京医科歯科大学大学院 健康推進歯学分野）

研究題目：高齢者の歯科受診と保健医療制度の関係：日欧の多国間比較研究

目的：

「持続可能な開発のための2030アジェンダ（SDGs）」における目標3の中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられること。以下、「UHC」という）の促進が掲げられている。既に医学分野ではUHCの達成状況に関する国際比較が進み、各国はそれを基に政策を推進している一方、歯科分野は国によってUHCの達成状況が大きく異なり、世界全体で見たUHCの達成が大幅に遅れている。歯科疾患は、大部分が予防可能であるにもかかわらず、世界疾病負担研究（GBD study）において、世界で最も有病率が高い疾患として報告されており、最も治療費がかかる疾患の1つである。こうした状況に鑑み、近年の研究においても歯学分野におけるUHCのカバーの重要性が指摘されている。国によって歯科受診率が大きく異なる背景として、歯科受診は自己負担額が大きいと受診抑制が強く働くことが予想されるものの、歯科医療の保険制度についての研究実績が不足している。そこで、本研究では多国間比較をすることで、歯科医療でのUHCのカバー状況によりどの程度歯科受診が異なるのかを検討することを目的とする。

対象および方法：

本研究では、欧州の大規模疫学調査であるSHAREのwave8（2019年）データと日本の大規模疫学調査である日本老年学的評価研究（JAGES）の2019年のデータ、OECDの各国の公的な歯科保険のカバー率（2019年）のデータを使用し、65歳以上の高齢者を対象とした。訪問診療の制度の有無といった影響を取り除くため、介護を受けていない高齢者（43,475人）を対象として研究を行った。目的変数は過去1年間の歯科通院、説明変数には、公的な歯科保険のカバー率（20%単位）を用いた。調整変数には、年齢、性別、国家間の為替を反映した経済状況、教育歴、婚姻状況、主観的健康観の項目を使用し、マルチレベルポアソン回帰分析を行った。

結果および考察：

分析対象者は43,475人で、平均年齢は74.1 ± 6.4歳、男性が46.9%（20,377人）であった。

過去1年間で歯科医院を受診した者は全体で60.8%であった。受診していない者と比べて、受診した者は、若年層、女性、経済状況が高い層、高学歴、主観的健康観が高かった（表1）。

また、歯科医療費の公的保険のカバー率が50%以上の国は27か国中5か国（クロアチア、フランス、ドイツ、日本、スロバキア）であり、多くの国で公的保険は限定的であった。

表1 過去1年の歯科受診の有無別の分析対象者の記述統計 (n = 43,475)

		歯科受診		
		n (%)	なし (%)	あり (%)
合計		43,475 (100)	39.2	60.8
年齢	65-74 歳	24,962 (57.4)	36.7	63.3
	75-84 歳	6,093 (35.1)	39.9	60.1
	85 歳以上	3,259 (7.5)	54.8	45.2
性別	男性	20,377 (46.9)	40.7	59.3
	女性	23,098 (53.1)	37.9	62.1
個人の経済状況	低所得層	9,661 (22.2)	59.9	40.1
	中所得層	11,274 (25.9)	44.3	55.7
	高所得層	11,584 (26.7)	30.9	69.1
	最高所得層	10,956 (25.2)	24.4	75.6
教育歴	中学校卒	12,912 (29.71)	52.4	47.6
	高校卒	17,066 (39.3)	37.6	62.4
	専門・大卒以上	13,497 (31.1)	28.5	71.5
婚姻状況	未婚	12,944 (29.8)	45.0	55.0
	既婚	30,531 (70.2)	36.7	63.3
主観的健康感	とてもよい	8,236 (18.9)	29.8	70.2
	まあよい	23,270 (53.5)	36.0	64.0
	あまりよくない	9,893 (22.8)	49.7	50.4
	よくない	2,076 (4.8)	61.8	38.2
国	日本	16,474 (37.9)	31.2	68.9
	オーストリア	1,063 (2.5)	36.3	63.7
	ドイツ	1,666 (3.8)	14.2	85.8
	スウェーデン	1,771 (4.1)	13.3	86.7
	オランダ	1,298 (3.0)	24.7	75.3
	スペイン	1,354 (3.1)	58.0	42.0
	フランス	1,461 (3.4)	42.4	57.6
	デンマーク	1,307 (3.0)	12.9	87.1
	ギリシャ	1,877 (4.3)	70.2	29.8
	スイス	1,303 (3.0)	18.5	81.5
	ベルギー	1,106 (2.5)	32.4	67.6
	イスラエル	628 (1.4)	52.7	47.3
	チェコ	1,836 (4.2)	32.0	68.0
	ポーランド	1,073 (2.5)	72.3	27.7
	ルクセンブルク	519 (1.2)	22.9	77.1
	ハンガリー	512 (1.1)	83.0	17.0
	スロベニア	1,573 (3.6)	56.3	43.7
	エストニア	1,866 (4.3)	61.3	38.8
	クロアチア	660 (1.5)	68.3	31.7
	リトアニア	683 (1.6)	57.5	42.5
	ブルガリア	500 (1.2)	75.0	25.0
	キプロス	365 (0.8)	59.5	40.6
	フィンランド	653 (1.5)	29.4	70.6
	ラトビア	427 (1.0)	69.3	30.7
	マルタ	492 (1.1)	62.4	37.6
	ルーマニア	632 (1.5)	87.7	12.3
	スロバキア	376 (0.9)	46.5	53.5

マルチレベルポアソン回帰分析の結果、公的な歯科保険のカバー率が高い国に住んでいる者は、歯科医院を受診する割合が有意に高かった（発生率比（IRR）：1.16, 95%信頼区間（CI）：1.01-1.33）（表2）。また、公的な歯科保険のカバー率の値が増加すると、個人の経済状況と歯科受診の関連が弱まる傾向が示された。今回使用した歯科保険カバー割合は、政府や強制保険制度によってカバーされる費用の割合であるため、今後は任意加入の健康保険の影響や、年齢による歯科保険制度の違いについて考慮し、国家間の受診状況の差とその説明要因を検討する必要がある。

表2 公的な歯科保険カバー率と歯科受診の関連：マルチレベルポアソン回帰分析（n = 43,475）

		Model 1			Model 2		
		IRR	95%信頼区間		IRR	95%信頼区間	
国レベル要因							
歯科保険カバー率（20%単位）		1.11	1.09	1.12	1.16	1.01	1.33
個人レベル要因							
経済的状況		低所得層		1.00	1.00		
		中所得層		1.37	1.32	1.43	1.29
		高所得層		1.70	1.64	1.76	1.50
		最高所得層		1.86	1.79	1.93	1.62
交互作用		低所得層		1.00			
カバー率×個人の経済状況		中所得層		0.96	0.92	0.99	
		高所得層		0.93	0.90	0.97	
		最高所得層		0.92	0.88	0.96	

IRR: 発生率比（incidence rate ratio）

Model 1：単変量モデル

Model 2：年齢、性別、国家間の為替を反映した経済状況、教育歴、婚姻状況、主観的健康観、カバー率×個人の経済状況を調整

成果発表：（予定を含めて口頭発表、学術雑誌など）

- ・今後、さらに分析を進めて国際学術雑誌にて投稿予定である。