

スウェーデン公立歯科医療における キャピテーションモデル (Frisktandvården)

2011年6月Oral Physicianセミナー・マルメ大学研修における
Dr Ewa Ericson(スウェーデン南部スコネ地方歯科責任者)のプレゼンテーションより



イントロダクション

スウェーデンの人口は約950万人で、歯科医療従事者は約11,000人、そのうち歯科医師が7,400人で歯科衛生士が3,500人である。歯科医療従事者の約半数は公立歯科に雇用されている。半数未満がプライベートの開業医院で働いている。

スウェーデンの歯科医療保険では、19歳以下については全額無料である。20歳以上については、患者が一部を支払う。患者は、出来高払いの保険がキャピテーション制の保険を選ぶことができる。治療費は公立の場合は州議会、プライベートの場合は歯科医師が設定する。

スウェーデン南部のスコネ地方の公立歯科医院には、年間40万人患者が来院する。小児の81%と成人の30%が公立歯科医院を選んでいる。その選択は患者の自由である。スコネ地方には全部で58の市町村があり、100の公立歯科医院がある。1,441人がそこで働いている。歯科医師は約400人、歯科衛生士は約200人である。そこでは一般歯科、専門歯科、病院歯科を行っている。

キャピテーションモデル

1990年初めに、小児向けのキャピテーション制(一人当たりの年間治療費を固定する支払い制度)がスウェーデンで始まった。このキャピテーションモデルは、1990年半ばに文書化されたガイドラインによるカリエリスク評価を使っていた。そのガイドラインでは、個々の小児のカリエリスクに合わせた予防プログラムを提案している。また、歯科医師、歯科衛生士が個々の患児のメンテナンス間隔も提案している。この間、ローリスク児には歯科医師や歯科衛生士がそれほどケアをしなくても健康に保てるということがわかり、その分ハイリスク児に注力することができた。結果としてこのキャピテーション制により、長期的に口腔健康が向上し、またアンダートリートメントも認められなかった。つまり、キャピテーション制が小児歯科において効果的であるということが証明された。

成人向けのキャピテーション制は、1991年のイェテボリのある一つの公立歯科医院で、研究プロジェクトとして始まった。小児に効果があるのなら、成人にも効果があるのではないだろうか？—その疑問を呈したのがBo Krasse教授だった。

Zicklerら が、1997年終りまでの結果を2000年のBritish Dental Journalに報告している。3,114人の患者がこの研究に含まれ、3つのリスクグループに分けられた。リスク評価には、既往歴、臨床診査、X線診査、唾液検査を用いた。そして、患者とスタッフの態度と行動が調べられた。78%の患者が研究の最後まで残った。患者のほとんどは、う蝕と歯周病がコントロールできていた。ほとんどの修復は古い修復物のやり直しであった。患者の98%は出来高払い制よりキャピテーション制を好んでいた。キャピテーションモデルにより、スタッフと患者の両方に既存の予防知識を利用しようとするモチベーションが働いていた。最もポジティブな結果は、患者の態度に表れていた。

ヘルスプロモーションと予防は、患者の年齢に関わらず成功する。そして、出来高払い制は削って詰めての歯科医療を推進する傾向がある。患者と歯科医師両方にとって好ましい支払いモデルを使うことに挑戦すべきだ。つまり、健康志向にお金がかかるといふようなモデルである。

Frisktandvården

Frisktandvårdenは、2004年に始まった我々のキャピテーションモデルのブランド名である。それは、スウェーデン南部スコネ地方の公立歯科センターで開発されたリスク評価に基づく健康志向のためのキャピテーションモデルである。3年契約の保険で、患者の支払いはリスク評価の結果により変わる。料金設定は10段階に分かれ、予防メンテナンスと治療の両方をカバーする。患者は毎月払いが毎年払いを選ぶ。歯科医療やメンテナンス間隔の設定はリスク評価に基づいて行われる。

この保険でカバーされる内容は、一般歯科(臨床診査、X線診査、予防、充填、単冠、歯周治療、根管治療、外科処置)、救急処置、専門治療が含まれる。どれだけ多くの処置を受けても支払う額は一定である。一方、含まれない内容は、審美歯科、矯正歯科、ブリッジ、インプラント、単冠を除く補綴である。

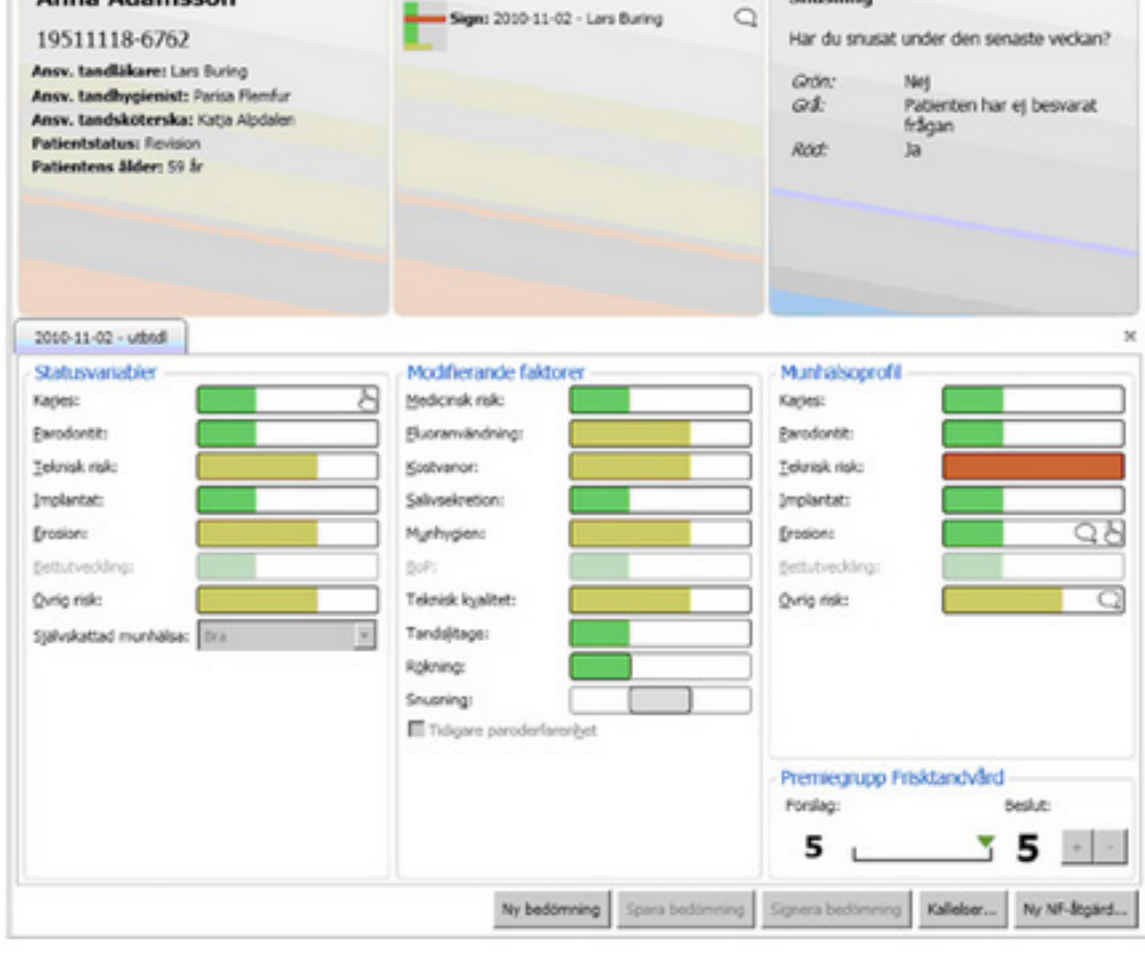
リスク評価は、臨床診査、X線診査、既往歴、問診に基づく。現在、R2というコンピュータによるリスク評価プログラムを使っている。R2は、電子カルテの一部に備わっている。患者カルテ画面からクリック一つでR2プログラムに飛ぶ。R2は歯科医師と歯科衛生士が決断をするのをサポートするものである。電子カルテ内のデータとその他の既往歴や問診で得られた情報で評価する。評価結果は、3つのカテゴリに分かれる。

1. 口腔健康プロフィール
2. キャピテーション料金の提案
3. 患者全体に関する口腔健康実態調査(予定)

画面には基本情報として、名前、生年月日、担当歯科医師名、担当歯科衛生士名、以前のR2リスク評価結果と日時が表示される。文字だけでなく、緑、黄、赤の色分けでわかりやすく表示している。患者カルテから得られた診査情報以外に、全身疾患既往歴、フッ化物利用、唾液分泌量、口腔衛生状態、喫煙状態が入力される。評価結果は、7つの棒に分けてまとめられる。

1. カリエリスク
2. 歯周病リスク
3. 充填、クラウン、ブリッジに関するリスク(テクニカルリスク)
4. インプラントリスク
5. 酸蝕リスク
6. 矯正治療リスク(小児のみ)
7. その他のリスク

そして、その患者がどのキャピテーション料金に入るのかを数字で提案をする。



口腔健康プロフィールで赤と示された場合は、「ストップ！」を意味する。この患者には予防プログラムが立てられた後、早い段階で健診が必要で、ライフスタイルを変えることに成功したかをチェックする。健診は6ヶ月毎が一般で、歯科衛生士がほとんど診る。健診毎にR2のリスク評価を行う。

黄と示された場合は「注意！」を意味する。病気と健康の間のバランスがどこか崩れているという警告である。たいていの場合、起こすべき行動は患者自身にある。歯科衛生士またはデンタルナースが患者にアドバイスする。黄の場合も、口腔健康プロモーションの後、健診が必要になる。しかし、赤の場合ほど早くなくてもいい。健診の間隔は12ヶ月に一度が多い。ほとんどは歯科衛生士が診る。健診毎にR2のリスク評価を行う。患者のリスクバランスが是正されることが望まれる。

緑と示された場合は「今の所大丈夫を意味する。ほとんど何もする必要はない。全てのリスク棒が緑であれば、歯科医師や歯科衛生士は次のように考えるべきである。「この健康的な患者の主な理由は何だろうか?」「患者に何と云えば、健康的なライフスタイルを維持してもらいやすいだろうか?」この患者は自分自身で十分な状態であるので、歯科医師や歯科衛生士の注意は必要ない。18ヶ月かそれ以上長い間隔での健診でいい。ほとんどは歯科衛生士が健診を行う。ここでは健診毎にR2のリスク評価を行い、健康的なライフスタイルとプロフィールが維持されることが望まれる。

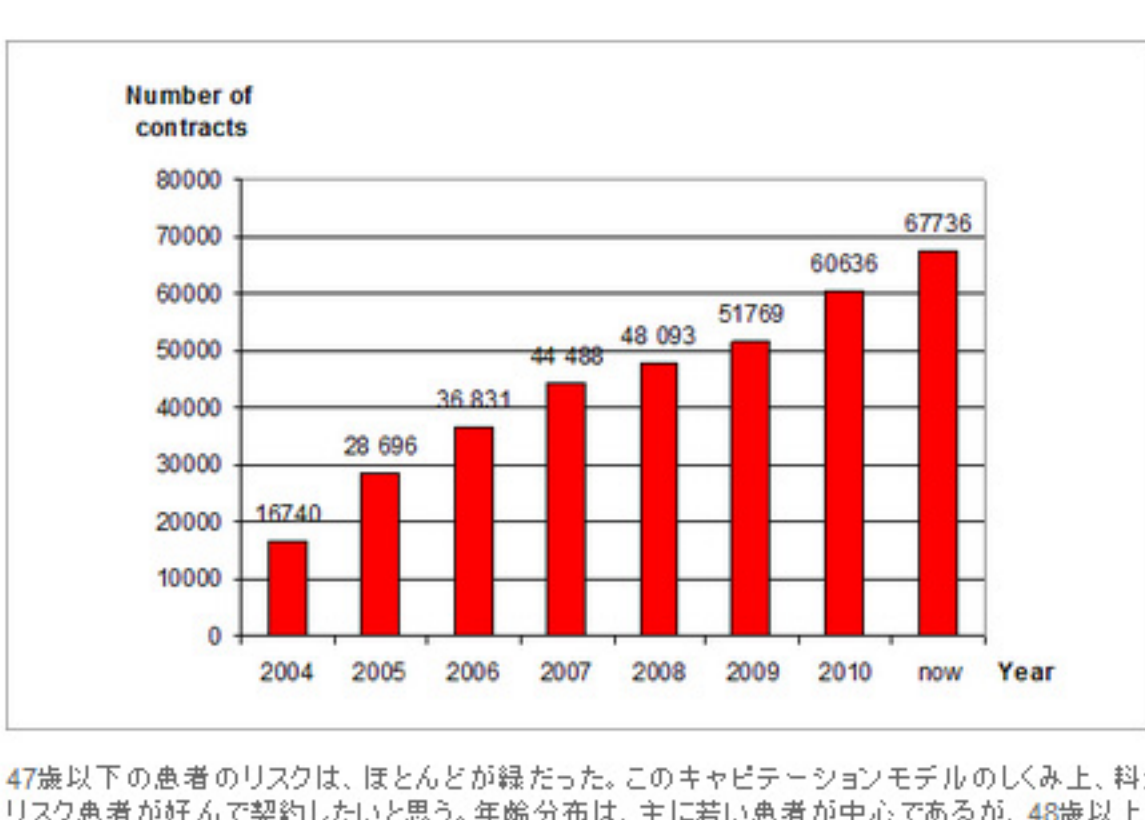
リスクに基づくキャピテーション料金

グループ	一年払い (スウェーデンクローネ)	毎月払い (スウェーデンクローネ)	一年払い (日本円)	毎月払い (日本円)
1	780	65	9,799	816
2	960	80	12,061	1,005
3	1,200	100	15,076	1,256
4	1,500	125	18,845	1,570
5	1,920	160	24,122	2,010
6	2,460	205	30,907	2,575
7	3,360	280	42,214	3,517
8	4,740	395	59,552	4,962
9	6,780	565	85,183	7,098
10	9,960	830	125,136	10,428

料金は、全ての診療費用をカバーするように計算されている。患者は国の保険からわずかに補助されている。その額は、一年に150または300スウェーデンクローネである。日本円に直すと一年に1,884円または3,769円になる。もし、患者が緑の口腔健康プロフィールならば、キャピテーショングループ1となり、さらに最大補助金をもらえるならば、一ヶ月に40クローネ(502円)の負担となる。

現在までの結果

スコネ地方におけるこのキャピテーション制は2004年のスタート以来、すぐに成功を収めている。今日、私たちの患者の30-35%がこのモデルを利用している。契約数は67,736件である。2010年7月以前は、年齢制限(20歳以上47歳以下)があったことから考えると非常に良い成績である。現在は20歳以上なら誰でも契約できる。



47歳以下の患者のリスクは、ほとんどが緑だった。このキャピテーションモデルのしくみ上、料金が低いローリスク患者が好んで契約したいと思う。年齢分布は、主に若い患者が中心であるが、48歳以上は去年の7月以前に契約できなかったことを考慮に入れる必要がある。80歳以上の患者も29人が入っていることは、嬉しいことである。若く健康な患者がほとんどであるということに問題はあるだろうか？答えはNoである。私たちはそういう患者の健康を維持したいと考え、彼ら自身で管理してほしいと望んでいる。そうすることによって、もっとニーズのあるハイリスク患者に私たちの資源を回すことができる。

現在、スコネ地方での結果を評価する研究が進行している。8つの歯科医院で、全て19歳の患者1,295人が被験者である。それらの歯科医院の歯科医師と歯科衛生士が個々の患者についてスコネ地方で以前用いられていたガイドラインでリスク評価を行った。カリオグラムとWHOモデルも同時に使い、それらと比較する。三年後にフォローアップして結果を出す、それは今年の秋の予定である。

経済的な結果については成功で、全ての費用が十分にカバーできた。Frisktandvårdenは非営利組織の公立歯科医療サービスが行う非営利モデルのため、余剰金はR2、科学研究費、マーケティングやブランディングへと再投資される。

将来の計画は、Frisktandvårdenを全成人患者の第一選択にしたいと思っている。患者、歯科医師、社会にとって最もよいシステムだと確信しているためである。また、全ての歯科治療内容をFrisktandvårdenに含める可能性も視野に入れている。スウェーデン全域の全ての歯科医師、公立、プライベートを含めてこのモデルを使えるようにしたい。

また、口腔健康プロフィールをまとめて、担当歯科医師、歯科医院、州ごとの母集団で統計をとることもできる。例えば、ローカリエリスク者は何%いるか、ハイカリエリスク者は何%いるか、といった項目を、歯科医院単位、週単位で調べることができる。

日本での応用

最後に、このようなモデルを日本で実践できるだろうかと問いかけよう。皆さんの頭の中には予防の概念が入っているだろうか？リスク評価とヘルスプロモーションに信念を持っているだろうか？患者が口腔健康に興味があるだろうか？治療の前に治療費がいかにかかるのかを知りたいと思っているだろうか？様々なリスクグループが存在しているだろうか？これらの質問がポジティブなら可能なはずである。