

- 1 はじめに・・・何故インプラントトラブルは起きるのか
- 2 情報提供
 - 1) 国民生活センター
 - 2) NHK報道
 - 3) 週刊朝日MOOK
- 3 歯科医師会
 - 1) 歯科医療白書 2008年版
 - 2) 日本顎顔面インプラント学会調査報告
 - 3) その他・ガイドラインについて
- 4 厚生労働省
 - 1) 医療機関ホームページガイドライン
 - 2) 医療機能情報提供制度
- 5 おわりに・・・インプラントトラブルに合わないために

1 はじめに・・・何故インプラントトラブルは起きるのか

2011年12月22日に独立行政法人 国民生活センターより、「歯科インプラント治療に係わる問題 ―身体トラブルを中心に―」¹が、歯科インプラント治療により危害を受けたという相談情報を分析し、消費者への情報提供とトラブルの未然防止・再発防止のために関係機関への要望と情報提供が行われた。この国民生活センターの情報提供後、2012年1月18日にNHKクローズアップ現代で「歯科インプラントトラブル急増の理由」²が放送され大変な衝撃を受けた。しかし消費者はいまだに、どこの歯科診療所に行けば安全で安心なインプラント施術を受ける事ができるかまた、どこの歯科診療所の施術で患者が苦しい思いをしているのか知る事ができない。

筆者は2011年11月に3本のインプラントの埋入手術を受けたばかりであるため、より関心

1 国民生活センターの報道発表資料：http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf
アクセス2012.8.31

2 NHKクローズアップ現代：http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail_3143.html
アクセス 2012.8.19

を深め、周囲の友人・知人の様子を聞くことにした。まず、1本当たりの価格に大きな差がある事、施術後に痛みが残り、10日間おかゆしか食べる事が出来なかった人、首にまで内出血が広がりその後、発熱した友人等を知る事ができた。知人は施術に不満はあっても、インプラントはこのようなものと諦めているようだ。

筆者は循環器疾患のため、抗血液凝固剤・血管拡張剤・抗コレステロール剤・消化器官用薬の服用を続けている。歯科医師より施術前の服用中止を求められたため、循環器医師に相談した結果、症状が安定していたために4日間の服用中止が認められ、1ヶ月前のCT撮影を確認しながら、インプラント埋入手術を受ける事ができた。何の問題もなく、「麻酔が切れたら固いもの以外何でも食べられます」と言われ、現在まで問題がなく、自分の歯が戻ったように感じて過ごせる事は幸運であったとしか思えない。

何故インプラント施術を受けることにしたのか。その動機は、保険適用外の部分入れ歯と保険適用の部分入れ歯を使用した結果、保険適用の部分入れ歯は厚みがあり、咀嚼機能より、口中の違和感と、話し言葉、特に電話での発音が聞き取りにくいようで、よく相手から聞き返されることがあり、このまま歳を重ね、人と話す事が面倒になって行く事を恐れた結果である。

国民生活センターの情報提供（2011年11月15日までの記録）後、消費者庁事故情報データベース³にインプラントに係わる記録が13件（2012年8月31日現在）収載され、その多くは国民生活センター・全国消費生活情報ネットワークシステム（PIO-NET）からの情報提供によるため、国民生活センター情報と同一と考える。13件の中には重大事故が2件含まれている。13件の中には同一人物からの訴えが2件含まれており、同一人物の訴えは、60歳代の患者「歯科医で上あごの歯に13本のインプラントを植えたが、痛みがひどくなり半年で11本が抜けた。相談できるところはないか」と「歯科医の責任を求めたい」と言うものであった。傷病の程度は1ヶ月以上とある。読むだけで相談者の痛みや悔しさや伝わってくる。13件の他に、10件の返金・慰謝料等金銭に関する問い合わせや訴えがある。この10件の問い合わせもインプラント施術に満足していない結果である。

こんな状況が放置されて良いはずは無く、消費者（患者）は情報がなく、どの歯科診療

3 消費者庁事故情報データベース：http://www.jikojoho.go.jp/ai_national/

所に行けば安心・安全なのか、自分に合った施術方法はどんな方法か、いくら費用が掛かるのかなどは歯科診療所に行くまで知る方法はなく、特に歯科医の技術の程度は全く知る事は出来ない。そこでかかりつけ医、インターネット広告やチラシ広告に頼り、埋入本数の多い歯科診療所、あるいは料金の安い歯科診療所、通うのに便利な歯科診療所で施術することになる。

2010年の医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、歯科診療所は全国に6万7400あり、その内、44%[歯科医療白書 2008年版 N=374(回収率37.4%)]の診療所でインプラント施術が行われていた。現在はより増加していると思われる。消費者が情報を知るシステムと歯科医師の専門性の強化がなければ、被害者を減少させることは出来ないと考える。また歯科医師自身も施術の結果を全て知る事はなく、満足出来ていないのではないかと、患者は施術結果に不満、不信があれば、別の歯科診療所に行くことになる。

本稿ではインプラントに関する情報提供の状況、歯科医師会及び厚生労働省のトラブル減少についての対策などについて見ていく。

2 情報提供

情報提供については1) 国民生活センター 2) NHK報道 3) 週刊朝日MOOK について見ていく。

1) 国民生活センター

国民生活センターでは、歯科インプラント治療に係る問題 – 身体的トラブルを中心に – を公表している。その中で同センターは基準やガイドラインの作成、危害を加えた際の対応の改善、インターネット上の広告・ホームページの規制などを求めている。

国民生活センターからの警告は要望先として(i)消費者庁消費者政策課(ii)社団法人日本歯科医師会(iii)日本歯科医学会(iv)公益社団法人日本口腔インプラント学会(v)特定非営利活動法人日本歯周病学会(vi)社団法人日本口腔外科学会(vii)社団法人日本補綴歯科学会に対して行われ、情報提供先としては(i)厚生労働省医政局歯科保険課(ii)厚生労働省医政局総務課(iii)消費者委員会事務局(iv)独立行政法人医薬品医療機器総合機構(v)日本歯科医療管理学会に対して行われている。以下は国民生活センターからの情報の概要であ

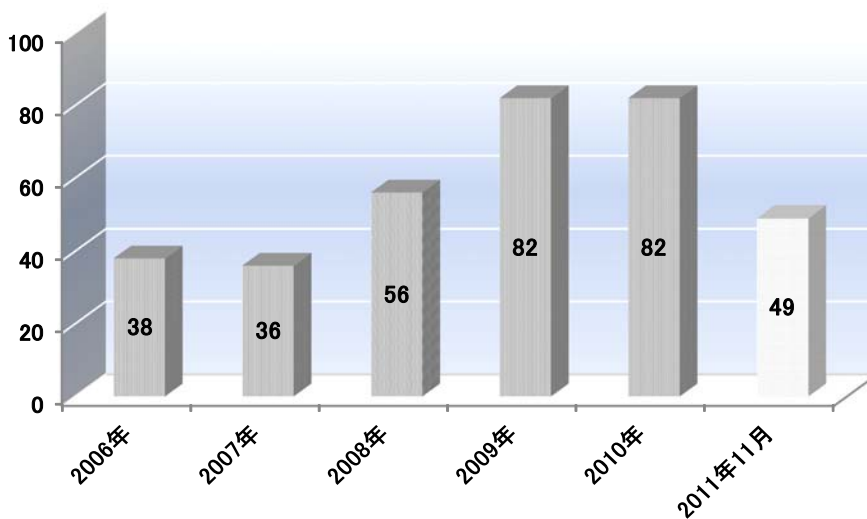
る。

① 歯科インプラント治療とは、歯の喪失により生じた欠損部分の顎の骨に人工物を埋め込み、これを支台として歯冠部や歯肉への代替物を取り付け、損なわれた咀嚼機能や審美、発音などを回復する治療法である。

② 危害を受けたという相談の概要

(i) 相談件数：インプラント治療に関する相談は、2006年以降の約5年間（2011年11月15日まで）で2,086件寄せられ、歯科治療に関する相談（13,060件）の16.0%を占めていた。相談内容は「安全・衛生」または「品質・機能・役務品質」に関する相談が51.0%（1,063件）と約半数をしめた。危害を受けた相談は343件（16.4%）であり、2011年は11月15日まで、前年同月は48件であり、件数は増加傾向にある（図1）。

図1 相談件数の推移 n=343

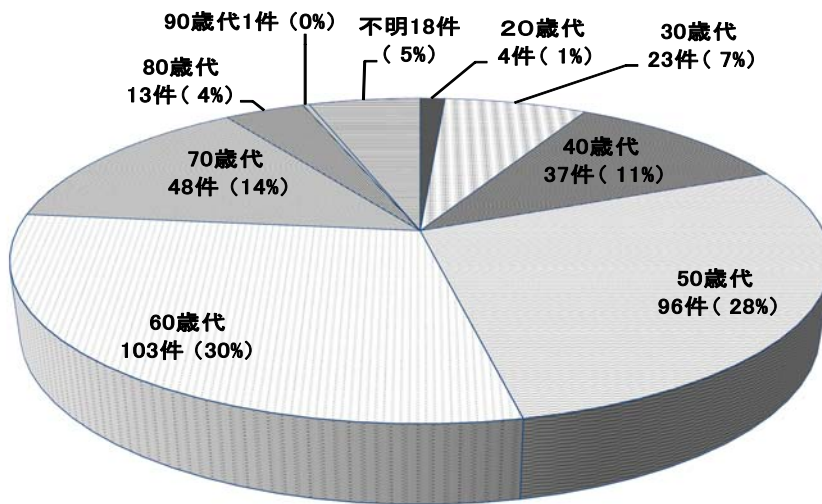


(出所) 国民生活センターの報道発表資料：

http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf アクセス2012.8.31

(ii) 被害者の年代・性別：60歳代（103件、30.0%）、50歳代（96件、28.0%）で合わせて6割近くを占めた。また性別では女性が283件で、男性が59件の5倍であった（図2）。

図 2 年代別件数 n=343

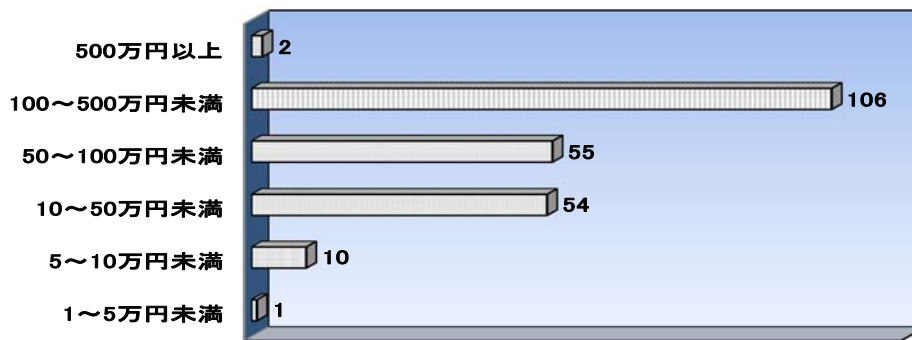


(出所) 国民生活センターの報道発表資料：

http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf アクセス2012.8.31

(iii) 契約購入金額： 危害を受けた相談のうち、契約購入金額の回答者228件の平均額は120万円であり、228件の回答者の71.5% (163件) は50万円以上であり、47.4% (108件) は100万円以上の契約であった (図3)。

図 3 契約金額別トラブル件数(n=228)

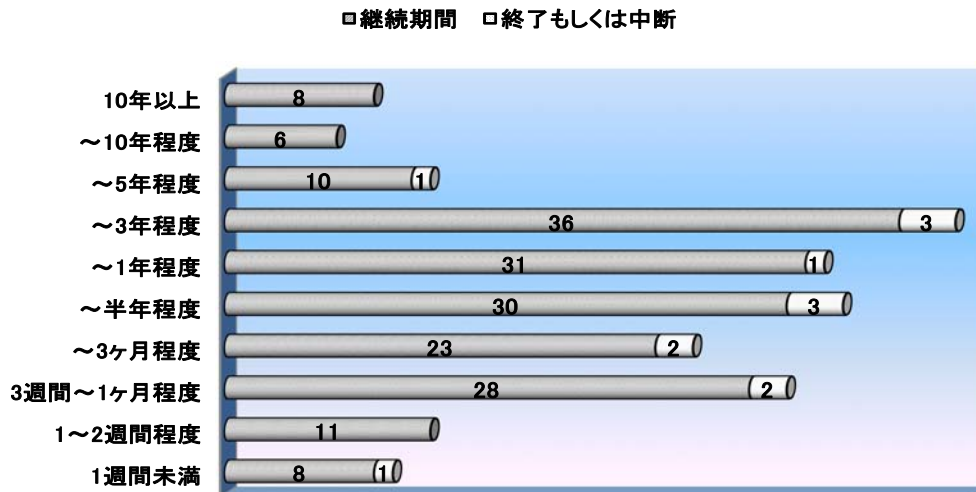


(出所) 国民生活センターの報道発表資料：

http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf アクセス2012.8.31

(iv) 身体症状の継続した期間： 継続期間の記載のあった相談204件のうち、1ヶ月を超えた相談が154件 (75.5%)、そのうち64件 (41.6%) は1年を超えて身体症状が継続した。危害を受けた相談の82.5%は相談受付時に痛みなどの身体症状が継続していると言う相談であった (図4)。歯科インプラントによる危害を受けた際に、他の医療機関の受診を求める相談は (165件、48.1%) であった。

図4 身体症状が継続した機関(n=204)

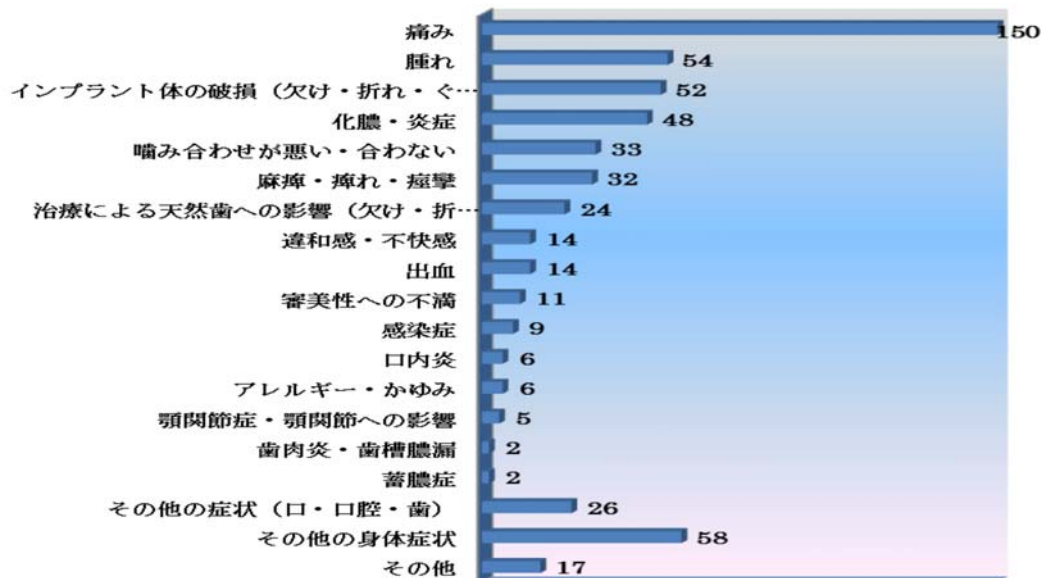


(出所) 国民生活センターの報道発表資料：

http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf アクセス2012.8.31

(v) 危害を受けたという部位及び内容： 危害を受けた部位のほとんどが「口・口腔・歯」であった(301件、87.8%)その内容を分析した結果、歯や口腔の痛み、腫れ、インプラント体の破損、化膿・炎症、噛み合わせが悪い・合わない、麻痺・痺れが多かった(図5)

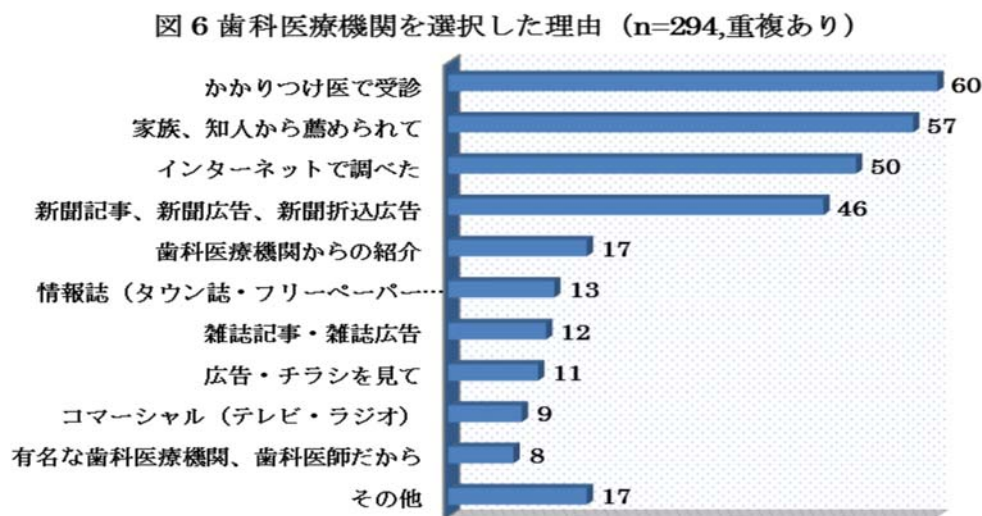
図5 身体症状の内容(n=343,重複あり)



(出所) 国民生活センターの報道発表資料：

http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf アクセス2012.8.31

(vi) インプラント治療を行う歯科医療機関の広告：治療を受けた歯科医療機関を選択したきっかけについて294件についての集計（図6）。



（出所）国民生活センターの報道発表資料：

http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20111222_2.pdf アクセス2012.8.31

インターネット上の広告・新聞折込広告、フリーペーパー上の広告に不適切な広告が見られた。歯科医療機関のホームページは医療法上、「情報提供」「広報」として扱われ、広告規制対象外であるが、消費者にとって非常に重要な情報収集の手段であるために調査を行った結果、インターネット上の広告同様な不適切な表現の記載がみられた。

(vii) 問題点：

- インプラント治療によって危害を受けると、症状や治療が長期化するおそれがある。
- 基準やガイドラインがないために歯科医師によって治療の水準に差があるおそれがある。危害を受けた場合の対応が不十分・不適切。
- 治療内容・治療方法・治療リスクなどの治療前の説明が不十分。
- 危害を受けた時、対応に誠意がなく不満や不信を持ち、転院を希望する事例が多い。
- インプラント治療を行う歯科医院のホームページは、インターネット上の広告と同様な不適切な広告がある。
- 消費者が危害を受けた場合、消費者センターでのあっせん、解決は非常に困難。

消費者は複数の相談窓口にお問い合わせせざるを得ない状況である。

(viii) 消費者へのアドバイス

- a) 情報収集を行う事及び歯科医に対してリスクの説明を受ける事。
- b) 施術後も定期的に歯科診療所に通い口腔清掃を行う。
- c) 危害の問題が発生した時はセカンドオピニオンを得る、大学病院の診察も薦める。
解約・返金・補償を求める時は弁護士会などに相談（有料もある）。

以上、この国民センターからの警告は大変細かく、分かりやすく説明されている、この警告によって社会は歯科インプラントに対してより一層注視するようになったことは確実である。この警告後も患者に対して、リスクの説明をしっかりとしている歯科医師はまだ少数派ではないだろうか。また患者は比較的高齢者が多く、情報の収集を行う事とされても具体的な方法が明示されないと難しい事となる。

2) NHK報道

NHKでは2011年11月から2012年5月まで、歯科インプラントの現状についてのキャンペーン報道がなされた。2011年11月・12月には「おはよう日本」で、2012年1月18日には「クローズアップ現代」で同月20日に「朝イチ」で取り上げられ、多くの消費者が現状を知る事になった。

- ① NHK生活情報ブログ歯科医療最前線から、「広がるインプラント治療 相次ぐトラブル」2011年11月24日放送。

この放送では、実際のインプラントトラブルにあった患者の事例を紹介し、歯科大学病院教授から「インプラント治療は、専門性が高く、幅広い知識や高度な技術が求められる。これまで大学ではインプラント治療についてほとんど教えられていなかった。そのため、インプラントを始めようとする歯科医師の多くが、製造メーカーが開く“講習会”などで学んでいるのが現状です」この発言はトラブルにあった患者が聞いた時、高額を払いながら、自分はまるで実験台になったような気持ちになり、痛さも・悔しさも倍加されると推察する。

さらに「日本口腔インプラント学会」⁴では100時間の研修を終了し、試験に合格した歯科医師を「専門医」として認定しているが、全国で約700名しかいない。「解剖学・歯周

4 日本口腔インプラント学会：<http://www.shika-implant.org/> アクセス2012.05.21

病・噛み合わせなどをトータルに学ばない事が、問題が起きる原因」と述べている。歯科大学の中には体系的に教えようという動きが出できたようだ。

その他、厚生労働省は現状をどう考えているのか「インプラント治療は、患者と医療機関との契約に基づいて行われる自由診療のため、保険診療とは違い、強制的な指導はできない、今年度、研究班を作って情報収集を始める」とある。日本歯科医師会では歯科医師の選び方のポイントを以下のように示している。

(i) インプラント以外の治療法、ブリッジ・入れ歯について夫々の長所・短所を平等に説明してくれる。

(ii) インプラント治療を始める前に、治療計画書を提示し、費用について説明してくれる。

② クローズアップ現代「歯科インプラント トラブル急増の理由」2012年1月18日放送。

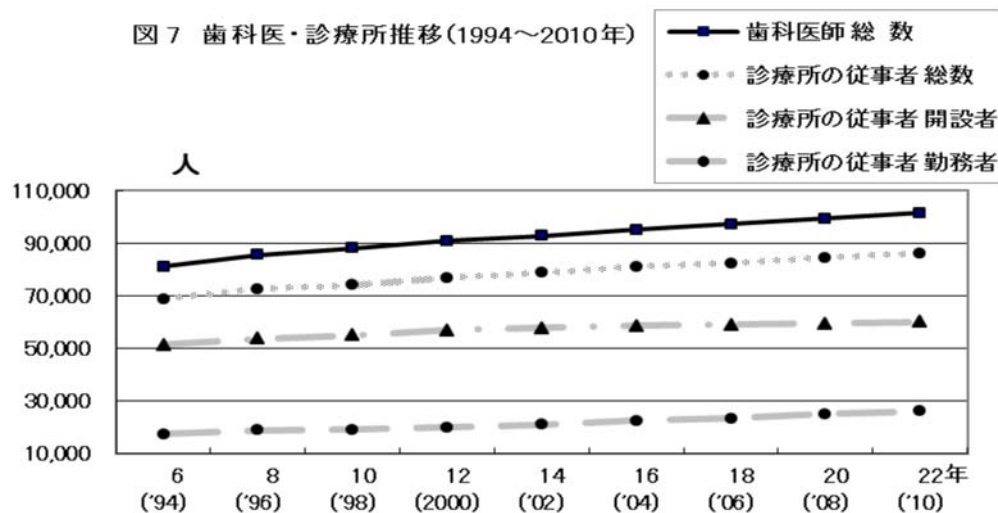
この放送では多くの視聴者が衝撃を受けたと思われる。トラブルの背景は十分な技術を持たない歯科医師が治療を行っている実態があったからである。NHKが行った歯学部のある全国の大学病院に行ったアンケート調査では、治療後に不具合を訴えて大学病院を訪れた患者は2年半で2700人以上、最初に治療した歯科医師の技術や知識不足を上げた大学は86%であり、さらに難しいケースへの無理な治療を挙げた施設は76%に上がり、技量を超えた無理な治療がトラブルの温床になっていたと指摘している。

小宮山彌太郎 東京歯科大学教授⁵は「インプラントに関する講義は10年ほど前から始まっているが、実習は最近になって始めるようになった。教育を受けていない歯科医師がインプラントに目を向けるようになり、どこで知識・技術を学ぶのか、ここに問題があった。治療の難しい点は患者一人一人、全部違いがあるため、CT検査などの事前の準備が大切、患者の主訴をよく聞き、よい点、悪い点を説明すれば問題は少なくなる。患者の全身状態を把握できる力、現在かかっている医科主治医の意見も尊重し、連携を取る事が大事」と述べている。

5 小宮山彌太郎 東京歯科大学教授：1971年東京歯科大学卒業 歯学博士 東京歯科大学 臨床教授

1980年から1983年にかけてスウェーデン、イェーテボリ大学留学。近代インプラントの祖であるブローネマルク教授に直接師事し、ブローネマルク法を日本に紹介して初めて導入した。

また、アンケート調査では歯科の経営環境の悪化を挙げているところが半数近くあり、保健診療だけでは経営が成り立たないということで、インプラントを導入した歯科医師もいた。(図7)は歯科医師・歯科診療所数の増加を示した。



(出所)平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査:

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001084609> アクセス2012.10.31

③ 「歯科インプラント～治療前の検査が不十分～」2012年7月02日放送。

この放送では、厚生労働省研究班の調査報告を基にした資料報告で、骨粗しょう症の患者が、9年前から服用していた「ビスホスホネート系薬剤」による影響で細菌への抵抗力が弱くなっていたために、インプラント周辺が感染により骨が壊死した患者の報告がある。これは治療前の持病や服用している薬などの調査を怠った結果である。

④ 「日本歯科医師会・大久保会長に聞く」2012年6月8日放送。

この放送ではNHK生活情報ブログにNHK米原達生記者との対談が記載されている、その中で「歯科には治療費や診療内容など医科に比べてよく分からない部分がある」という指摘に対して、大久保会長からは「保健では機能的な部分を保障し、快適さの強い部分は自費になる事が多い」。また「診療内容がこれでいいのかが分からない、価格が高くなれば改善するのか、評価方法を明確にすべき」という指摘に対しては「歯科医療では検査が少ない、今後取り組んでいきたい」。「患者の“分からない”不安・相談・苦情に応ずる場所が必要、歯科医師会で相談やセカンドオピニオンが受けられないか」の提案に対しては「疑問や相談に答える常設的な窓口が必要かもしれない」。その他にも記者から取材を通して国民の安心を実現するために (i) 治療の可視化 (ii) 歯科医院の立場表明 (iii)

トラブル時の第三者的な団体の必要性の3つの提案があった。

⑤ 「インプラント治療、事前検査徹底を」 2012年10月26日放送。

この放送では10月13日に横浜市で行われた、「インプラント治療を安全に行うためのシンポジウム」の様子が記載されている。シンポジウムにはおよそ150人の歯科医師が参加し、発表を行った歯科大学教授からは「事前検査を徹底する事がトラブルの防止につながる」他の教授からは「安全を確保するためには患者の状況を見極め、治療をしない判断も必要」「インプラントは歯科における20世紀最大の発明と言われているが、信頼は大きく揺らいでいる」など強い危機感を感じている事などが、詳しく記載されている。

3) 週刊朝日MOOK

2012年2月10日発行の「いい歯科インプラント治療医を選ぶ！」は完全保存版として朝日新聞出版から発売された。

発刊した理由は、①インプラントトラブルは何故起こるのか？歯科医院経営をめぐる苦しい社会情勢がある、②歯科医師の技量の問題 ③歯科医院の広告と宣伝に問題があると指摘されている。

① インプラントトラブルは何故起こるのか？どうすれば防ぐことが出来るか？が本研究の主題である事から、歯科医院経営をめぐる苦しい社会情勢とは何かを「歯科医師過剰」と「国民医療費」との関連について調査する。

(i) 「歯科医師過剰」について、文部科学省の「学制百二十年史」によると、昭和60(1985)年までに人口10万人当たり歯科医師数を50人程度確保することが提唱されたが、45(1970)年度以降の私立の新設等に続き、51(1976)年から54(1979)年までに四国立大学歯学部が新設された。その結果、入学定員が44(1969)年度に1,260人から、56(1981)年度には3,360人となり、目標は55(1980)年までに達成された。その後、厚生省において医師・歯科医師の需要について再検討がなされ、平成7(1995)年に歯科医師になるものを20%程度抑制する事を目標とし、入学者の削減、入学定員の厳守等の提言を得た。平成3(1991)年までの削減数は658人(19.5%)となっている。最近では、平成10年の厚労省の需給検討会において、さらに10%程度の削減が必要とされ、平成24(2012)年度の入学者は2,417名、昭和60(1985)年に対する削減率は27.8%になっている。

最近の歯科医師国家試験合格者は2010年2,408名、2011年2,400名、2012年2,364名であった。まだ過剰感は続くと思われる。入学定員と入学者の推移は（表1）の通りである。

表 1 歯学部歯学科入学者の推移

年度	合計		国立		公立		私立	
	入学定員	入学者	入学定員	入学者	入学定員	入学者	入学定員	入学者
1960	690	799 (115.8%)	90	100 (111.1%)	120	132 (110.0%)	480	567 (118.1%)
1965	1,140	1,443 (126.6%)	240	240 (100.0%)	120	146 (121.7%)	780	1,057 (135.5%)
1970	1,460	2,139 (146.5%)	340	321 (94.4%)	120	122 (101.7%)	1,000	1,696 (169.6%)
1975	2,220	3,066 (138.1%)	340	338 (99.4%)	120	120 (100.0%)	1,760	2,608 (148.2%)
1980	3,360	3,374 (100.4%)	840	850 (101.2%)	120	121 (100.8%)	2,400	2,403 (100.1%)
1985	3,380	3,440 (101.8%)	860	847 (98.5%)	120	120 (100.0%)	2,400	2,473 (103.1%)
1990	2,732	2,751 (100.7%)	685	678 (99.0%)	95	96 (101.1%)	1,952	1,977 (101.3%)
1995	2,714	2,709 (99.8%)	680	677 (99.6%)	95	95 (100.0%)	1,939	1,937 (99.9%)
2000	2,697	2,662 (98.7%)	665	623 (93.7%)	95	96 (101.1%)	1,937	1,943 (100.3%)
2005	2,667	2,625 (98.4%)	635	601 (94.6%)	95	96 (101.1%)	1,937	1,928 (99.5%)
2010	2,566	2,173 (84.7%)	620	623 (100.4%)	95	95 (100.0%)	1,891	1,489 (78.7%)
2012	2,417	2,306 (95.4%)	539	541 (100.4%)	95	95 (100.0%)	1,783	1,670 (93.7%)

(出所) 文部科学省 歯科教育に関する基礎資料;

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/08092415/001.pdf アクセス2012/8/27

(出所) 文部科学省 学校基本調査報告書;

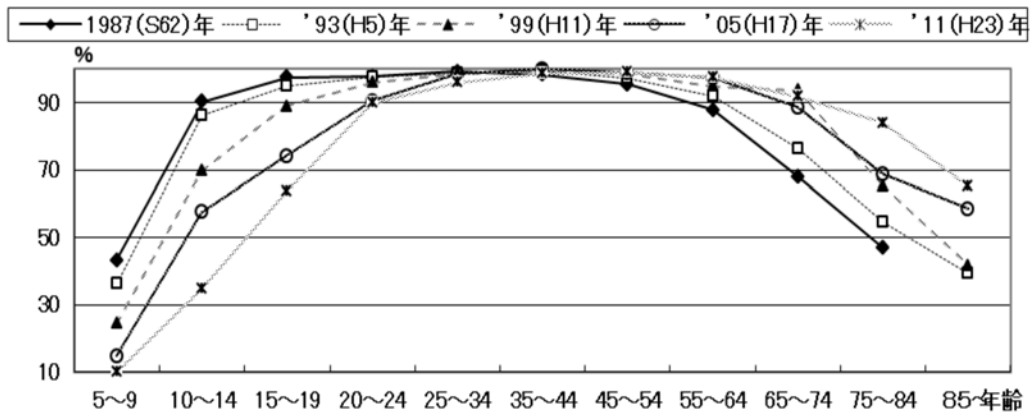
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001040920&cvcode=0> アクセス2012/12/24

一方、大学歯学部の開設は1960年には〔東京歯科大学・日本歯科大学・日本大学・大阪歯科大学・九州歯科大学・東京医科歯科大学〕の旧制歯科医学専門学校と大阪大学の7大学であり、1965年〔愛知学院大学・神奈川歯科大学・広島大学・東北大学・新潟大学・岩手医科大学歯学部〕6大学が設置、1980年代前半に歯学部が16校に新設・増設され、現在、国立大学11校、公立1校、私立学校法人15校、日本大学と日本歯科大学では2校の歯学部がある。

2012年度の歯学部の入学状況は私立大17校の内、7校で募集人員を下回ったことが、文部科学省の集計で分かった、昨年は10校であったから3校減少したが、募集人員の2割に満たない学校もあった。定員割れは2009年度12校、2010年度は11校、2011年度は10校と推移している。文部科学省では学生の確保が困難だったり、国家試験の合格率が低迷している大学に入学定員の見直しを提言している。

2010年末の医師・歯科医師・薬剤師調査の歯科医師総数は101,576名となり、人口10万人に対して79.3人となっている。1970年の人口10万人に対して歯科医師50人が適正数であれば、その1.58倍となる。1960～1980年までは子どもの「虫歯の洪水」と言われるほど虫歯が多い時代であったが、子どもの虫歯は減少している（図8）。

図8 現在歯に対してう歯を持つ者の割合



(出所)2011年歯科疾患実態調査について:<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html> アクセス2012/6/6

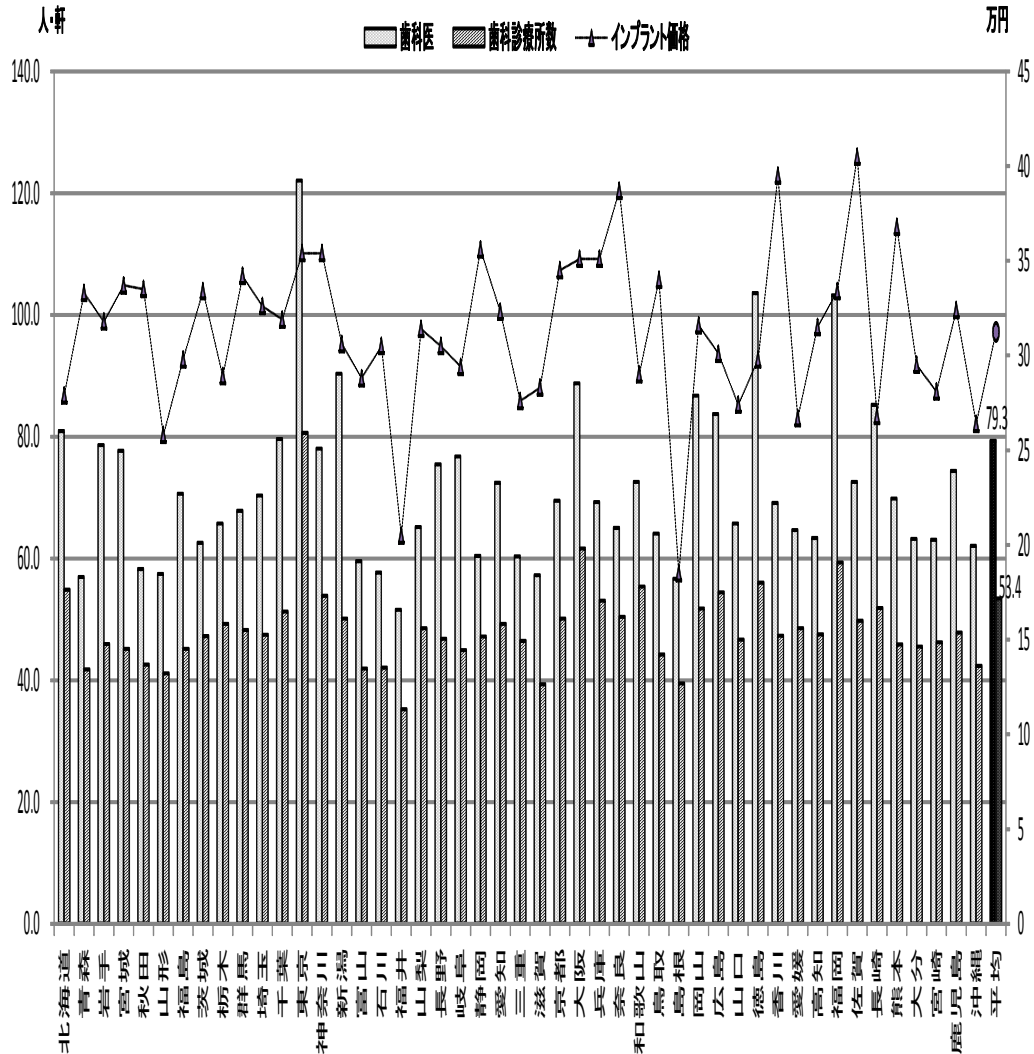
5～9歳、10～14歳の虫歯保有者は1987年には夫々43.3%、90.4%であったが、2011年の歯科疾患実態調査では10.0%、34.7%に減少し、虫歯予防の意識が高まっている。大人の喪失歯の調査では、80歳以上で20本以上の歯を有する者の割合は、1985年には7%であったが、2011年には38.3%になり、8020の達成者は3人に1人以上となり、歯に対する意識が高まった結果であり、歯科疾患の患者は減少していることは明らかである。

(図9)は都道府県別の10万人に対する歯科医師数・歯科診療所数(左軸)と週刊朝日MOK調査による、アンケート有効回答専門医のインプラント1本の最低平均金額(右軸)を比較すると、かなりばらつきのある事がわかる。

人口10万人に対して歯科医師数、()内は10万人あたりの歯科診療所数、最も多いのは東京都122.0人(80.6施設)、徳島県の103.5人(56.0施設)、福岡県103.2人(59.3施設)、新潟県90.3人(50.1施設)、大阪府88.7人(61.6施設)であった。東京都のように歯科医師数の多い地域では患者の奪い合いが起こっているようである。少ない県は福井県の51.5人(35.2施設)が最も少なく、島根県56.6人(39.4施設)、青森県の56.9人(41.7施設)、滋賀県57.2人(39.3施設)、山形県57.4人(41.1施設)であり、大学歯学部のある県が歯科医師の人数が多くなっている事がわかる。全国平均は79.3人(53.4施設)。

インプラント1本当当たりの最低金額平均では回答した専門医の人数が都道府県により偏りがあり、東京都120名と多く、5名以下の県が17県(青森5・秋田3・山形3・富山5・石川3・福井2・滋賀4・奈良3・和歌山4・鳥取1・島根1・香川4・愛媛3・高地1・佐賀2・宮崎4・沖縄3)もあり、この専門医の少ない県ではインプラント平均金額とは云えない。

図9 都道府県別人口10万に対する歯科医師・診療所数・インプラント平均費用



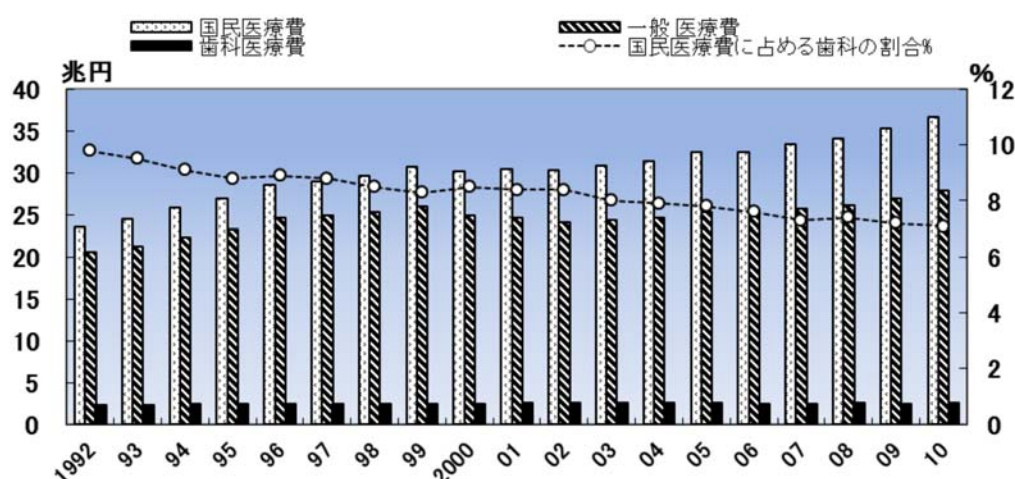
(出所) 2010年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況：

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/dl/gaikyo.pdf> アクセス2012/5/4

(ii) 「国民医療費」(図10)との関連を見ると、苦しい社会情勢の原因であることが分かる。

国民医療費は1992年に23.5兆円から2010年には36.6兆円と1.55倍に増加している、一般医療費は同じく20.5兆円から27.9兆円と1.36倍に増加しているが、歯科医療費は同じく2.3兆円から2.6兆円と18年間に3千億円の増加であり、伸び率は1.13である。1996年に2.5兆円

図10 国民医療費・歯科医療費の推移



(出所) 2010年医療費の動向 :

<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/> アクセス2012/5/2

になりその後ほぼ同額で推移し、2001年に2.6兆円となったが、その後減少もあり2010年に2.6兆円になっている。国民医療費に占める歯科医療費の割合(右軸)は、1992年には9.8%であったが、年々減少し2010年は7.1%まで減少している。調剤費は1992年には0.7兆円であったが、年々増加し2010年には6.1兆円と8.7倍と大幅に増加した。

国民医療費の中で歯科医療費はずっと押えられているために、歯科診療所では保険診療だけでは経営が難しく、自費診療⁶(保険外診療)に目を向けるようになるのは当然の結果である。

(表2)は厚生労働省の医療経済実態調査による2007年6月、2009年6月、2011年6月の各1ヶ月、1施設当たりの損益集計の最近3回の調査結果である。

この調査は社会保険による診療を行う全国の病院、一般診療所、歯科診療所、保健薬局を対象に経営の実態を明らかにする事を目的に隔年で調査している。歯科診療所について抽出率は1/50である。2007年の調査対象施設は1,141施設、有効回答は711、有効回答率は62.3%であった。2009年の調査1,100施設中有効回答施設は661、有効回答率は60.1%、2011年は1,124施設中有効回答609施設、有効回答率は53.6%であった。

6 自費診療(保険外診療)：機能の回復・維持以外の診療で、矯正、インプラント・ホワイトニング等、特別な材料による特定治療費も認められている。

表 2 医療経済実態調査(歯科診療所)

	16回 2007・6月				17回 2009・6月				18回 2011.6月			
	個人	構成比率	法人	構成比率	個人	構成比率	法人	構成比率	個人	構成比率	法人	構成比率
有効回答施設	593	%	116	%	551	%	108	%	391	%	82	%
(医業収入 単位千円)	3,455	100.0	6,775	100.0	3,616	100.0	8,033	100.0	3,526	100.0	7,440	100.0
医業収入 I	2,984	86.4	5,365	79.2	3,115	86.1	5,649	70.3	3,133	88.9	6,163	82.8
労災等	3		15	0.2	11	0.3	5	0.1	0	0.0	6	0.1
自費診療	423	12.2	1,318	19.5	442	12.2	2,181	27.2	359	10.2	1,156	16.2
その他	45	1.3	78	1.2	48	1.3	198	2.5	34	1.0	116	2.2
介護収入 II	2		18	0.3	1	0.0	16	0.2	4	0.1	46	0.6
(医業・介護費用) III	2,228	64.5	6,017	88.8	2,415	66.8	7,299	90.9	2,535	71.8	6,842	92.0
(損益差額) I + II - III	1,229	35.6	760	11.2	1,202	33.2	750	9.3	995	28.2	644	8.7

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/iryoukikan.html>

(出所)厚生労働省 医療経済実態調査 アクセス 2012/4/22

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&tclassID=000001035974&cycleCode=0&requestSender=search

個人経営の歯科診療所は(医業・介護費用)Ⅲに開設者の報酬は含まれていない。職員の給与、医薬品購入費、歯科材料費、委託費(歯科技工等)、減価償却費等である。

3回の歯科診療所実態調査結果の損益差額(I+II-Ⅲ)は個人経営では122.9万、120.2万、99.5万と減少し、法人でも76.0万、75.0万、64.4万と減少している事が分かった。

医業収入の内インプラントを含む自費診療の構成比率は個人経営で各々12.2%、12.2%、10.2%、法人では19.5%、27.2%、16.2%であり、2011年はいずれも減少した。

歯科経営をめぐる苦しい社会情勢は「歯科医師過剰」「国民医療費」共に明らかである。次に②の「歯科医師の技量の問題」がある。

(表3)は週刊朝日MOOKが2011年度のインプラント講座の有無について、アンケート調査を行い、インプラント講座の無い大学を×とした。筆者は2011年に×であった大学の2012年シラバスから、インプラント講座を調べた結果を表にした。現在でも未だ講義も行われていない大学があることは愕きであり、当然、臨床が行われている大学は極く限られていることが推察される。

文部科学省「モデル・コア・カリキュラムの改定に関する専門研究委員会」議事録⁷(2011年2月23日)によると<歯科医師としての必要な臨床能力の確保>として、インプラント関係の実習やカリキュラムがないことは、現在の臨床に即していないので改善すべき。インプラント学は口腔分野の領域が70%を占め、昨今の臨床の中で重要な分野である。との意

7 「モデル・コア・カリキュラムの改定に関する専門研究委員会」議事録:

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/032-1/gijiroku/1304565.htm

アクセス2013/3/15

表 3 全国歯科大学・歯学部 インプラント講座

		週刊朝日調査(2012・2・10発行) インプラント講座の有無	2012年度シラバス インプラント講座(選択科目も含む)
国公立	北海道大学	×	○顎口腔機能改善学
	東北大学	○口腔システム補綴学分野	
	東京医科歯科大学	○インプラント・口腔再生医学	
	新潟大学	△生体歯科補綴学分野、魚島勝美教授のもとで扱っている	
	大阪大学	○歯科補綴学第一教室	
	岡山大学	○インプラント再生補綴学分野	
	広島大学	×	○歯科補綴学第一
	徳島大学	△口腔顎顔面補綴学一部でインプラントを教えている	
	九州大学	○インプラント・口腔再生医学義歯補綴学	
	長崎大学	○口腔インプラント学	
私立	鹿児島大学	×	○歯科インプラント治療学
	九州歯科大学	○口腔再建リハビリテーション学	
	北海道医療大学	○クラウンブリッジインプラント補綴学分野	
	岩手医科大学	○口腔インプラント学分野	
	奥羽大学	×	○口腔インプラント学
	明海大学	×	○口腔顎顔面外科学口腔インプラント学
	東京歯科大学	○口腔インプラント学	
	昭和大学	×	×
	日大歯学部	×	×
	日大松戸歯学部	○口腔インプラント学	
	日本歯科大学	×	×
	日本歯科大学新潟生命歯学部	×	×
	神奈川歯科大学	×	○歯科インプラント学
	鶴見大学	×	×
	松本歯科大学	×	×
朝日大学	○インプラント学分野 永原研究室		
愛知学院大学	△高齢者歯科学講座の中に口腔「インプラント科」が設置されている。		
大阪歯科大学	×	○口腔インプラント学	
福岡歯科大学	○咬合修復学講座 口腔インプラント学分野		

(出所) 週刊朝日MOOK「いい歯科インプラント治療医」を選ぶ！(145頁)

見がパブリックコメントで寄せられていることが紹介されている。その後公表された歯学教育モデル・コア・カリキュラム教育内容ガイドライン2010年度改訂版⁸(2011年3月31日)、インプラントの臨床実習内容は水準4「原則として指導者の歯科医療行為の見学にとどめるもの」と記載されている。患者のインプラント手術を安全に行うことが出来る歯科医師になるまでには、多くの知識・技術の研鑽が必要になることが理解できる。

週刊朝日MOOKの〈米国では25年も前から歯学部生にインプラント治療を教育していた〉(268頁)には「日本では2010年に初めて歯科医師国家試験の出題基準にインプラント項目が盛り込まれた。文部科学省が定める歯学部の教育指針でも、教えるべき項目の一つに挙げられているが、その内容は、極めて初歩的な段階にとどまっている」と記載している。パ

8 歯学教育モデル・コア・カリキュラム教育内容ガイドライン2010年度改訂版：http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_3.pdf アクセス2013/3/1

ブリックコメントのご意見にあるように、現実の臨床現場と教育環境はかなりの乖離があり、歯科医師免許があれば誰でもインプラント施術が可能となっている現状がトラブル発生の当然の帰結のように思える。

米国のカリフォルニア州立大学ロサンゼルス校（UCLA）に週間朝日MOOKの記者が取材した記事（268頁）の中に、顎顔面補綴学科のジョン・ビューマー教授の言葉として「韓国・シンガポール・タイなどアジアには、非常に質の高い教育をしている大学があるのに、日本の歯学教育は先進諸国の中で一番悪い。その理由は、臨床トレーニングが非常に貧困なことです」とあることから、歯科医師がインプラント治療に係わる総合的な教育と臨床を行われていない事が海外からも指摘されている。

インプラント施術に関するガイドラインは日本歯科放射線学会が決めた「インプラント画像診断ガイドライン」（2008年9月1日）以外のガイドラインは無い。唯一の画像診断ガイドラインを守らずに、安易に施術を行っている歯科医師がいる事にも問題がある。

③歯科医院の広告と宣伝の問題については、2012年6月29日付けで厚生労働省より「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針（医療機関ホームページガイドライン）」が示されたため、後述する。

④その他、週刊朝日MOOKには「オッセオインテグレーション（骨結合）」を発見したスウェーデン人ブローネマルク教授のインタビュー、インプラント治療の名医の紹介（12名）、「インプラント治療の基礎知識」「インプラント治療の真実34」などが掲載され、「インプラント治療の真実34」では、例えば、事前の検査項目、どんな手術方法があるか、費用はどのくらい掛かるか等々、患者が知りたいと思う事が詳しく掲載されている。この「インプラント治療34」における設問は、これから施術を受ける人の指針となり、かなりの知識が得られる。

この本が圧巻なのは「患者が安心してインプラント治療を受けるには、情報開示が必要」という認識で、日本歯科保存学会⁹、日本補綴歯科学会¹⁰、日本歯周病学会¹¹、日本口腔インプラント学会の4学会の専門医がいる歯科診療所・大学病院について北海道から沖

9 日本歯科保存学会：<http://www.hozon.or.jp/>

10 日本補綴歯科学会：<http://www.hotetsu.com/>

11 日本歯周病学会：<http://www.perio.jp/information/topics.shtml>

縄まで3,209名の専門医にインプラントに関する調査用紙を送付し、インプラントを行っていない人を除き、診療所782名、大学病院39施設の調査結果が記載されていることである。診療所名、住所、年間のインプラント患者数/本数、費用、CT（コンピューター断層撮影）の有無等々が表にまとめられている。全国の診療所の治療費の平均金額は1本当たり32.7万円～39.9万円であった。都内の診療所は全国平均より3万円ほど高く、大学病院の平均額は全国平均より約6万円高くなっている。診療所では歯科CTについて、所有しているが33%であったが、所有していない67%の医院は他の医療機関と提携し、術前にCT撮影を行っているか否かが重要と思われるが、調査は行われていない。

上記4学会の他に日本口腔外科学会^{1 2}の専門医の記載が無いのは残念に思う。日本口腔外科学会は先の日本消費者センターからの警告の要望先として挙げられていることから、専門医は多くのインプラントの施術を行っている事が予測できる。

日本口腔外科学会のHPには2012年11月12日、理事長名で大きく赤文字で〈緊急〉として、会員の皆様へ「週刊朝日MOOK」の調査依頼アンケートに協力しないように。本学会理事会はこのアンケートに調査実施を了解していない。依頼文書やアンケート項目に不適切な表記が多い。調査事務局に謝罪をするように申し入れている」としている。消費者としては、アンケート中の不適切な部分を指摘し、それを誌上に記載する事を条件とした上で、アンケートに協力し、より多くの専門医を消費者に明らかにし、インプラント施術を行う専門医と、その技量を公表する必要があると考える。

日本口腔外科学会の専門医は厚生労働省から広告が可能になった専門医（口腔外科専門医・歯周病専門医・歯科麻酔専門医・小児歯科専門医・歯科放射線専門医）であり、告示で定める基準を満たす団体として認定を受けている。認定基準は「医業、歯科医業若しくは助産師の医業又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項」（2007年厚生労働省告示第108号）で定められ、基準の第一条二のり、「資格を認定した医療従事者の名簿が公表されていること」となっているが、専門医の名簿・住所はなく、病院名、所在地（〇〇市）、数、が記載されている、これは名簿とは言えず、消費者にとっては不親切である。

日本歯科医学会の傘下には21の専門分化会（表4）と19の認定分科会があり、多くの専門

1 2 日本口腔外科学会：<http://www.jsoms.or.jp/>

分科会のHPには「一般の方へ」、「お近くの専門医」として医師の氏名、勤務先の名称・住所等が記載され、消費者は近隣の専門医を知る事が出来るが、インプラント施術を行っているか否か、インプラントに関するアンケートにあるような詳しい内容は知る事が出来ない。

専門医制度・認定医制度は各専門分科会によって独自に決められていて一律ではないが、専門医資格認定には歯科医師免許証登録後、認定された研修施設でカリキュラムに従って数年間の診療に従事し、専門分科会に継続して数年間会員であり、その後試験によって認定され、数年後には更新の必要がある。各専門分科会の会員数と専門医、厚生労働省から認定されている専門資格名である（表4）。この広告可能な認定された専門資格名の中にインプラント専門医が認められていない事が残念に思われる。

インプラント治療のような新しい分野では年々新たな治療法・素材が開発されているために、専門分科会で研究発表に接し研鑽が必要となっている。

一方、医科では現在55種の専門医が認定専門医と認められているが、専門医制度改革が厚生労働省の検討会で議論されている。医科では各学会の認定制度から、専門医資格の認定と、その養成プログラムの評価・認定の2つの機能を持った、第三者機関の認定制度に改められる新制度に移行しようとしているため、やがて歯科においても同様な動きになると思われる。

表 4 2012年日本歯科医学界専門分科会会員数

専門分科会	会員数(2012年)	専門医	最終認定日	資格名
歯科基礎医学会	2,449	---		
日本歯科保存学会	4,465	794名	不明	
日本補綴歯科学会	6,569	782名	不明	
日本口腔外科学会	9,704	1788名	2011.6.28現在	口腔外科専門医
日本矯正歯科学会	6,380	2,739名(認定医)	不明	
日本口腔衛生学会	2,468	---		
日本歯科理工学会	2,007	---		
日本歯科放射線学会	1,285	202名(認定医)	2011.7.7現在	歯科放射線専門医
日本小児歯科学会	4,521	1102名	不明	小児歯科専門医
日本歯周病学会	8,719	921名	不明	歯周病専門医
日本歯科麻酔学会	2,351	241名	不明	歯科麻酔専門医
日本歯科医史学会	502	---		
日本歯科医療管理学会	1,189	---		
日本歯科薬物療法学会	708	---		
日本障害者歯科学会	4,426	373名(認定医)		
日本老年歯科医学会	2,533	---		
日本歯科医学教育学会	1,818	---		
日本口腔インプラント学会	12,199	803名	2012.4.16現在	
日本顎関節学会	2,531	167名		
日本臨床口腔病理学会	532	---		
日本接着歯学会	920	95名(認定医)		

<http://www.jads.jp/about/outline.html>

日本歯科医学会 専門分科会一覧 アクセス2012/5/21

3 歯科医師会

この章では、歯科医師会がインプラントに関してどのように取り扱っているか歯科医師会関連について見ていく。

1) 歯科医療白書2008年版

この白書は2009年2月28日に社団法人日本歯科医師会、日本歯科総合研究機構の監修で、5年振りに発行された。白書の内容は第1章から第14章まであり、口腔保健の現状・歯科医師の需要と供給・国民経済と歯科医療費・歯科サービス価格・診療報酬・診療所の経営・経営分析・歯科医師所得分析・IT化・保険制度改革・国際比較・都道府県別歯科医療費・歯科医師会等が収載されている。この第9章「歯科医師所得の経済分析」9. 自費診療に関する国民意識と歯科インプラントの経済分析として、インプラントを含む自由診療と価格に関するアンケート調査報告が収載されている。

歯科の自由診療に対して、(i)国民がどの程度の情報をもっているのか、(ii)国民の歯科医院探しはどの程度か、(iii)歯科医師の参入障壁はどのくらいあるのかを、国民・歯科医師に対してのアンケート調査を株式会社ジーシーと共同で行っている。(調査会社のデ

データベースから無作為に抽出した14,000人に郵送、1,463人から回答。回答率10.5%）。また同調査を、1,000施設の歯科診療所に郵送し、374施設から回答を得た。回答率37.4%である。結果は以下の通りである。

(i)国民の自由診療に対する認知度、インプラント、ホワイトニング、歯列矯正、を「知っている人」はそれぞれ62.1%、79.9%、96.4%であったが、自由診療に対して特に情報を得ようとはしていないし、自由診療は保険診療より質が高いと思っている人が56.0%であった。(ii)国民の情報サーチ範囲が狭く、歯科医院の選択基準は、通うのに便利(22.0%)、先生の対応が良い(19.9%)、医療技術のレベルが高い(15.2%)、治療内容を分かりやすく説明してくれる(12.4%)、であったが、実際に通っている歯科医院は自宅(66.6%)または勤務先(12.7%)の近くであり、患者のサーチ範囲は非常に狭いことが分かった。

インプラントを受けた事のある人の年齢は50代だが、女性は40、50代で、自営業、年収は1200万以上とある。(iii)歯科医師側の参入障壁について、インプラント治療を実施している44.%、インプラント治療の阻害要因としては、患者への経済的負担(27%)、安全性の問題(25%)、技術の問題(17%)、設備投資の負担(5%)と供給側の問題を挙げる歯科医師は半分程度であり、技術的なサポートが利用できれば、インプラント治療を積極的に行うと回答した歯科医師は67.7%もあり、技術面で参入障壁があることが示唆されると記載されている。

このアンケート調査にはインプラントトラブルについては全く触れられていない、国民が歯科の自由診療に対してどのように理解し、どのように歯科医院を選んでいるか、歯科医師のインプラント治療に関する考え方を調査対象としているため、インプラントトラブルに関する歯科医師会の考え方を知る事ができないが、インプラントに関して歯科医師が技術的に未熟であると認識している事を知ることが出来た。まとめとしてインプラント治療に代表される自由診療を普及させるには、まず「価格のあるものには費用がかかる」と言う事を国民に理解してもらわなければならない」そのためには「一定の質と価格をモニターする第三者機関の存在が不可欠である」としている。

「一定の質と価格をモニターする第三者機関」は消費者にとって大変望ましく、一時も早く設立する事を切望する、質と価格だけでなく、トラブルを抱えた患者の救済機関とし

ての機能を持たせる事を提案したい。

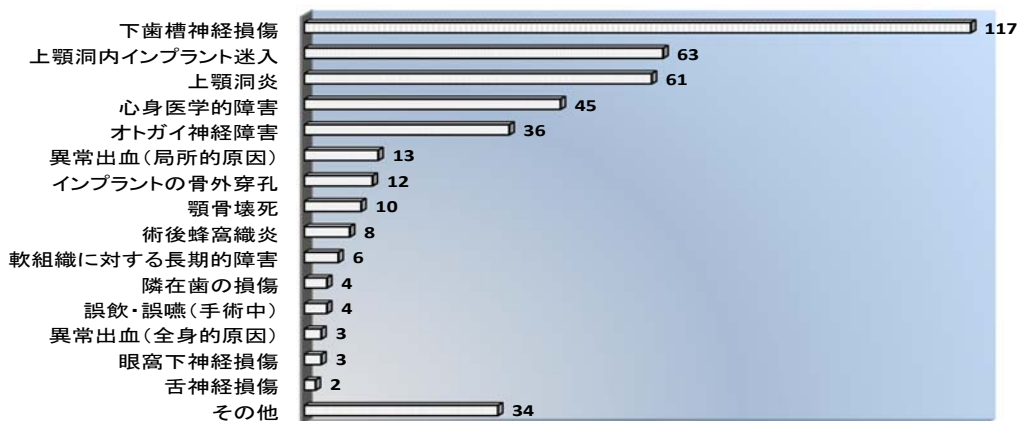
先の小宮山弥太郎歯科医師はトラブル減少のためには「患者さんにもっと賢くなって頂きたい」と発言している。たとえ患者はセカンドオピニオンを求め、他の医院からも見積書を貰い、検査方法や金額を比較できたとしても、各々の歯科医師の技術的能力は知る事は出来ない。このために大きな違いがなければ、家の近くで通いやすい、あるいは価格の安い方の歯科医院を選ぶ事になる。消費者に歯科医院の選択をさせるには情報の公開しかなく、インプラント施術を行う全ての歯科医院・歯科医師に対し、情報の公開を義務づける必要があると考える。

2) 日本顎顔面インプラント学会「インプラント手術関連の重篤な医療トラブルについて」

この「調査報告書」は日本歯科医学会の認定分科会である、日本顎顔面インプラント学会が、歯科医師会側としては初めて行った、インプラントの医療トラブルに関する調査報告である。この報告は同学会の「日本顎顔面インプラント学会誌、第11巻第1号（2012年4月25日発行）」に掲載されている。この調査は2009年1月より2011年12月末までの3年間について、2012年2月13日～3月30日まで、同学会が認めた認定施設（79施設）にアンケート用紙を郵送し、74施設から回答を得た（回収率94%）。

インプラント手術関連の重篤な医療トラブル（図11）は3年間の合計発生件数として421件、2009年158件、2010年127件、2011年136件であり、これらのほとんどが、他施設でのインプラントトラブル症例の後処置を認定施設が担当した。下歯槽神経損傷や他の神経を損傷したものを合わせると神経損傷は158件、トラブル全体の37.5%であった。

図 11 インプラント手術関連の重篤な医療トラブル発生件数(2009～2011)
n=421

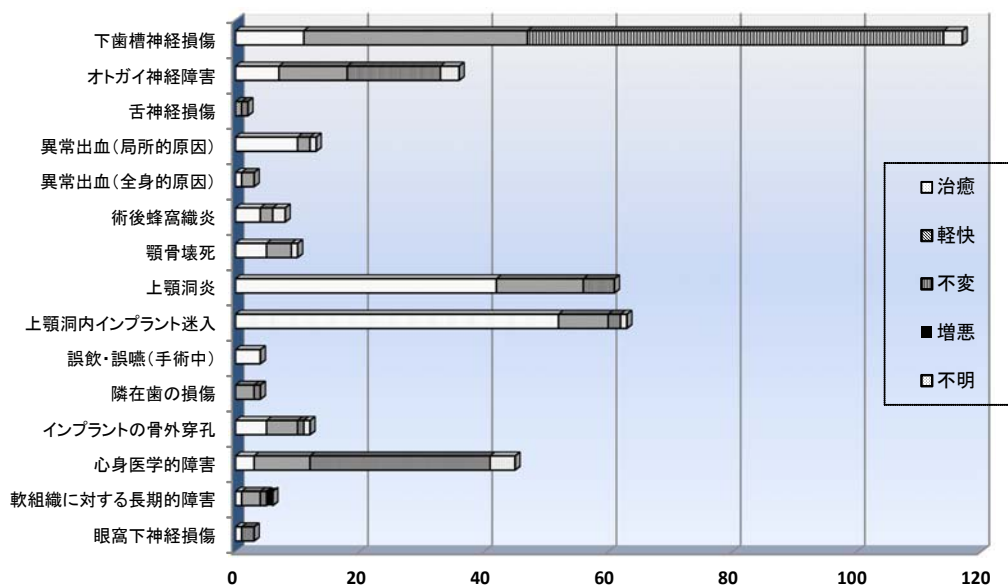


(出所) 日本顎顔面インプラント学会誌、第11巻第1号 2012年4月25日 p 32

一方治療の結果（図12）、3年間の合計治癒は：146例（37.7%）、軽快100例（25.8%）、不変124例（32.0%）、増悪1例（0.3%）、不明16例（4.1%）であった。治癒あるいは軽快に向かって良好な経過を得た症例は、63.5%であったが、症状の改善が認められなかった、あるいは悪化した症例は32.3%を示した。神経損傷をまとめると158例中85例（53.8%）が不変であり、神経麻痺のトラブルが継続して残っている事が分かった。

その他の症例では治癒率が高い。神経損傷原因はドリリング（顎の骨にドリルで穴を開ける）に起因していることが多く、術前にCT撮影が行われ適格な診断、治療計画がなされ

図12 各種トラブルの転帰



（出所）日本顎顔面インプラント学会誌、第11巻第1号（33頁）

ていれば、手術手技によるトラブル数を減少させられたかもしれない、としている。

今回の調査はインプラント治療が行われた総数が不明であるため、「トラブル発生率」は検討することが出来なかった。今後インプラント治療の登録制度等の整備が必要とし、同学会からは「国際インプラント手帳」が提案され、医療トラブルを最小限にするために歯科医師に協力を呼びかけでいる。患者がダウンロードして歯科医院に持って行き、インプラント治療を始める前に詳細をこの手帳に記入して貰い、万一術後に何らかの不具合を感じた際に、大学などの大きな病院の口腔外科あるいはインプラント科を受診した時、適切な処置がスムーズに行われることが紹介されているが、残念ながら宣伝不足で消費者は

知らないと思われる。

3) 「日本歯科評論 10」2011年10月11日発行の特集、インプラント治療における問題とその対応——何をすればよいか？してはならないか？——の中で、春日井昇平教授（東京医科歯科大学歯学部附属病院、インプラント外来）は「インプラント治療における問題点を考える」として、

(i) インプラントの利点；・義歯の安定・残存歯への負担がない・
(審美的な回復が可能)・(あらゆる欠損様式に対応)、()内は全ての症例に合致しない。

(ii) 欠点；・侵襲が大きい・骨が不足する場合は困難・長期の治療期間・高額な費用・失敗すると回復が困難・天然歯列との調和・軟組織との結合に問題があるとしている。

(iii) インプラント治療の成功基準（トロント会議、1998年）

a) インプラントは患者と歯科医の両方が満足する機能的・審美的な上部構造物をよく支持している。

b) インプラントに起因する痛み、不快感、知覚の変化、感染の兆候等がない。

c) 臨床的に検査する場合、個々の連結されていないインプラントは動揺しない。

d) 機能開始1年以降の経年的な1年毎の垂直的な骨収集は平均0.2mm以下である。

春日井歯科医師の成功基準に加える事を提案する新たな項目

e) 治療終了後に問題が起きなかった、あるいは問題が起きたとしてもその問題を解決する事ができた。

以上のa～eまでが満たされた時にインプラントは成功したと言える、患者が満足していない時や軽度でも不具合がある時には成功とは云えないそうである。

インプラント治療で問題を起こさないために必要なこととしては、インプラント治療の手順は「診査・診断・治療計画（インフォームドコンセントを含む）」→「インプラント埋入手術」→「補綴治療」→「メンテナンス」の4段階に分けられる、外科的な手術の習熟が重要であり、診査・診断・治療計画の段階が極めて重要と述べている。この「日本歯科評論」は歯科医療従事者を対象としているために患者へのアドバイスはないが、歯科医師に重要な事は消費者にとっても重要な事であり、審査・診断・治療計画（インフォームドコンセント）の部分で患者は納得が出来るまで質問してみる事が大切である。特に既往

症のある患者は医科の主治医に相談することも重要と思われる。

春日井教授はアエラ2012年11月5日号の、TVキャスター-草野仁氏との対談で今までインプラント治療を受けた人は、世界で800万人、日本で100万人以上と語っているが、厚生労働省の2011年度の歯科疾患実態調査¹³の中で、今回初めて行われたインプラント有無調査（表5）によると、調査総数3,716人（15歳以上）中2.6%の人がインプラントを有していた。この割合は2010年10月の国勢調査の15歳以上人数に直すと、2,891千人（111,218千人×2.6%）となり非常に多い、調査対象者に偏りがあったのだろうか。特に55～64歳では765.9千人（17,812千人×4.3%）、65～74歳では672.7千人（15,190千人×4.4%）と他の年代に比較して多い事がわかる。

表 5 インプラントの有無調査

年齢	人数(人) 総数	割合(%)		
		あり	なし	不詳
総数	3,716	2.6	94.0	3.4
15～24	202	—	97.0	3.0
24～34	315	1.0	97.1	1.9
35～44	498	1.0	95.0	4.0
45～54	467	2.1	96.8	1.1
55～64	726	4.3	93.9	1.8
65～74	839	4.4	92.0	3.6
75～84	565	1.2	91.9	6.9
85～	106	2.8	90.6	6.6

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html>

(出所)2011年歯科疾患実態調査について アクセス2012/6/6

4) インプラント ガイドラインについて

日本歯科医学会の専門分科会、日本歯科放射線学会¹⁴に「インプラント画像診断ガイドライン」第2版 2008年9月1日設定がある、このガイドラインは不適切な診断によって、患者への不必要な医療被曝等が起こらないように指針を示した。このガイドラインの目的は口内法X線撮影やパノラマX線撮影での予備的な診査を行い、CT（三次元画像）を組み合わせ

1 3 歯科疾患実態調査：歯科保険状況を把握するために6年に1度行われる、全国を対象とし、平成23年

度国民生活基礎調査より設定された単位区から無作為に抽出した300単位の世帯及び当該世帯の満1歳以

上の世帯員を調査客体としており、今回被調査者数は4,253人（男1,812人、女2,441人）。 [http://www.](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html)

[mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html) アクセス2012/6/6

1 4 日本歯科放射線学会：<https://www.jsomfr.org/>

せる事が常識的となっているために、CTを中心に説明している。対象患者はインプラント治療を受ける全ての患者、利用者はインプラント治療に携わる全ての歯科医師である。としているが、インプラント治療に携わる全ての歯科医師が、このガイドラインを守っていないことは明らかであり、今後、訴訟事例が増えるに従って守られる事になると思われる。

日本歯周病学会では「歯周病患者におけるインプラント治療の指針 2008」がある。歯周病患者のインプラント治療について、検査・診断・メンテナンス療法まで書かれている。

日本口腔インプラント学会では2012年6月に「口腔インプラント治療指針」（80頁）を出版した。この指針は一般的と認められる、診察・検査・評価・診断・治療計画・インフォームドコンセントの方法・術式等が書かれている。また同学会には歯科医師用に「インプラント治療のためのチェックリスト2012年版」が作成された、いずれも出来て日が浅いために未だ浸透していないと思われる。このように各学会に於いて指針が作られているが、歯科医学界全体としてのガイドラインは制定されていない。

4 厚生労働省

厚生労働省における取り組みについて以下見ていく。

1) 医療機関ホームページガイドライン¹⁵

従来、医療広告ガイドラインは（平成19年9月28日告示）制定されていたが、医療機関のホームページは病院の情報を得ようとする人が閲覧する、情報提供や広報として扱われ、広告とは見なされていなかった。インターネットが一般的となった現状では、美容医療サービス・歯科インプラント等の自由診療を行う医療機関において、ホームページに掲載されている治療内容や費用と受診時の医療機関の説明対応が異なる等、ホームページの記載内容に起因するトラブルが発生している。全国の消費生活センターには広告に関する相談が多数寄せられ、消費者庁から医療機関のホームページ上の不適切な表示等に対して適切な対応が求められている。前出の国民生活センターからも同様な対応が求められている。

厚生労働省では「医療機関では、営利を目的として、ホームページにより不当に誘引す

15 医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針（医療機関ホームページ ガイドライン）；<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002kr43-att/2r9852000002kr5t.pdf> アクセス2013/

る事を慎み、国民・患者保護の点でも、ホームページに掲載されている内容を適切に理解し、治療等が選択出来るよう、客観的で正確な情報提供が行われるべきである」。医療機関のホームページを一律に医療法の広告とすると、保険診療を行う一般の医療機関で、患者が知りたい情報、例えば治療法・施術の内容、効果などがインターネットで入手できなくなるデメリットがある。そのため今回の要請は美容医療サービスや歯科インプラント治療などの自由診療分野を対応するとしている、「医療情報の提供のあり方に関する検討会報告書」¹⁶を踏まえ、従来通り原則として医療法の対象とはしないこととしているが、ホームページの内容の適切なあり方に関してガイドラインを作成したとしている。

医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針（医療機関ホームページガイドライン）は2012年6月29日に案が示され、同年9月28に告示された。

(i) ホームページへの記載は不適切な事項

a) 内容が虚偽、客観的事実の証明が出来ない事項

例：「加工・修正した術前・術後の写真などの掲載」、「絶対安全な手術の提供」
「〇%の満足度」等

b) 他との比較、優位性を示そうとする事項

例：「日本一」、「No.1」「最高」「〇〇の治療では日本有数の実績」（事実であっても誤認のおそれがあり不可）「著名人が受診」（事実でも不可）

c) 内容が誇大、医療機関にとって都合の良い情報の過度な強調

例：任意の専門資格「〇〇学会認定医」（活動実態のない団体による認定）

施設認定「〇〇協会認定施設」（活動実態のない団体による認定）

体験談の強調、「患者に謝礼を支払い医療機関に都合の良い体験談」

d) 医療内容と直接関係のない事項による誘引

例：物品の贈呈等

e) 早急な受診をあおる表現や費用の過度な強調

例：「ただいまキャンペーン実施中」「期間限定〇〇療法50%オフ」等

(ii) ホームページに記載する事項（自由診療）

16 医療情報の提供のあり方に関する検討会報告書：アクセス2012/10/15

・通常の治療内容や費用が医療機関によって大きく異なり、その内容・費用を明確にする必要がある。平均的費用が明確でない場合は最低金額から最高金額までの範囲を示す。治療のリスクや副作用などを分かりやすく掲載する。

当ガイドラインは関係団体の自主的な取り組みとしているために、違反に対して罰則は無いが、今後改善されていく事と思われる、2013年の初頭でも相変わらず違法なホームページが氾濫している。

一例を示すと、「キャンペーン20% OFF 先着100名」「1本埋入 10万円を8万円（1回法）」「国内No.1 インプラント」「日本最大級 月250人がインプラント」「おどろきの20年保障」「こんなに安くていいの」「どこよりも安全で高品質な治療を納得の価格で」「体験談」「インプラント年1,000件以上」「他院との値段の比較」等。

2) 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）¹⁷

2007年4月1日より改正医療法によって設立された、医療機能の情報提供制度である。住民・患者による医療機関の適切な選択を支援する事を目的とし、病院等に対し、医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけ、都道府県知事はその情報を住民・患者に提供する制度である。

この制度では、医療機関は基本情報（診療科目・診療日・診療時間）のほか、対応可能な疾患・治療内容等、歯科を例にとると、診療科目として歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科に分類されている。歯科インプラントについては独立した項目はないが、歯科口腔外科を検索するとインプラントの施術を行っているか否かを知る事ができる県もあるが、検索が難しい県もある。東京都の「医療機関案内サービス ひまわり」¹⁸は疾患名が細分化され探しやすい。また、「提供する医療体制」あるいは「診療内容」の項目に、専門医資格や医療従事者数等を知る事ができ、地域の病院・診療所の検索が可能である。

17 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）：

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html

アクセス2013/01/10

18 東京都 医療機関案内サービス ひまわり：

<http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qg/qg13tomnlt.asp> アクセス2013/01/10

この医療情報ネットは各都道府県で制作しているため、県毎にホームページに違いがあり分かりにくい県があることが難点であるが、今後の問題としてもっと消費者が使いやすくなる事を期待する。前出の「医療情報の提供のあり方に関する検討会」では都道府県に技術的助言を行い、もっと検索しやすくし、機能の追加を行い医療機関のホームページにリンクし、制度の普及・啓発に努めて、医療を提供する側と受ける側の間に「情報の非対称性」を可能な限り緩和することが今後の課題として挙げられている。

おわりに・・・インプラント トラブルに合わないために

2007年5月22日に東京都中央区八重洲の歯科医院でインプラント手術を受けた70歳の女性が手術中に大量出血し、死亡した事件はその後、遺族4人が歯科医院と院長を相手取り、約1億9000万円の損害賠償を求める訴えを東京地裁に起こしたことが2008年6月25日分かった。警視庁は業務上過失致死容疑で立件に向けて、詰めの捜査を進めている。（2008年6月26日付け日産経新聞の記事）。この死亡事故はインプラント手術を行っている全ての歯科医師にとっても、インプラントを受けようとしている消費者にとっても驚きであり、大変不幸な事故であった。医療行為にはリスクがあるとはいえ、何故こんな大事故が発生してしまうのか。この事故によって歯科医師・消費者の両者が、インプラントに対してより緊張感を持つ事が重要であるが、「情報の非対称」の基で、より歯科医師側の責任は重大と言える。（追記）2013年3月4日、東京地裁は業務上過失致死罪に問われた院長、飯野久之被告（68）に禁固1年6か月、執行猶予3年（求刑禁固2年）の判決を言い渡した。弁護側は控訴する方針。（日経2013年3月5日）

そこで消費者はインプラント治療の被害に合わないために消費者が行うことのできる最大の防御は専門医を探すことである。

専門医の探し方は

(i) 「日本歯科医学会のHP」→「専門分科会一覧」→（日本補綴歯科学会）・（日本歯周病学会）・（日本歯科保存学会）・（日本口腔外科学会）・（日本口腔インプラント学会）、「各学会HPの専門医一覧」から探す。ただ、日本口腔外科学会・日本口腔インプラント学会の専門医一覧は再三の名簿変更により、より一層探しにくくなっている。また上記の専門医はすべてインプラント手術を行っているとは限らない。

(ii) 「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」から探す。各県のホームページから探すより、大本の厚生労働省の制度説明から探すほうが良い。各都道府県の掲載ページに移動する。「医療機関を探す」→「診療科目や診療領域」→「口腔外科」検索→各診療所一覧→「診療内容・提供保健・医療・介護サービス」を開けると、専門医であれば、その資格名が記載されている。各県によって表示方法は異なっているが、地域を指定して検索が可能である。

(iii) 前出の週刊朝日MOOKから探す。

今後の課題としては次の3点を挙げる事ができる。

(i) 「インプラントガイドライン」を作成することが急務である。ガイドラインに則った治療を行う事を義務付ける必要がある。厚生労働省は「自由診療は保険診療と違い強制的な指導はできない」としているが、自主規制では減少はできないと考える。ガイドラインに沿う事の出来ない歯科医院はこの治療法から撤退する必要がある。ガイドラインが出来ることによって、事前の検査・画像診断・臨床検査・服薬状況等を歯科医師が知る事が出来るようになり、リスクの高い患者を選択し大学病院に紹介することによって、トラブルは減少すると思われる。

(ii) 「医療機能情報の提供制度」の活用である。この制度は2007年4月からと新しく、なじみのない制度であるが、都道府県知事は報告の督促や報告の内容の是正の命令を出し、命令に違反した場合は、「開設の許可の取り消し」や「期間を定めた閉鎖」という罰則が規定されている強力な制度であるため、消費者は安心して利用できると考えられる。ただ一般医科に比べて歯科は緊急性に乏しいためか、内容が貧弱な上に、口腔インプラント専門医が広告対象外であるために、インプラント治療の検索にはまだまだ使い勝手が悪い。専門医資格の記載がない県もあり、実際には多くのインプラント手術が行われている診療所の「提供する医療体制」にインプラントの記載がない県もある。全ての道府県の医療情報ネットが東京都の「医療機関案内サービス ひまわり」と同等になる事を希望する。

現状の歯科では「医療の実績、結果に関する事項」の項目には前年度の平均来院患者数が記載している県が多いが、この項目に他の自由診療の実績を含め、インプラント患者数、施術本数が記載されると消費者にとっては情報公開として役立つ事になり、歯科医院選択

の助けになると考える。

(iii) 患者が歯科医院を選ぶチェックリストが必要である。患者は高額支払いと不安な気持ちでインプラント手術を受けるのであるから、より慎重に歯科医院を選ぶ姿勢が必要である。

- a) 手術前・手術後も長期間通う必要があることを念頭に、専門医を探す。
- b) 候補の医院について「医療情報ネットワーク」で歯科医院の全体像を知る。
- c) 歯科医院の清潔感、診療室はもちろん医療従事者、トイレ等。
- d) 歯科医師の年齢、極若い人、高齢者は敬遠する。
- e) インプラントを強く勧め決断を急がせる歯科医師は敬遠する。
- f) インプラントのメリット・デメリットを説明しない歯科医師は敬遠する。
- g) 1本当たりの専門医による全国平均金額は最低～最高で、32.7万円～39.9万円であった、大きくかけ離れている時にはセカンドオピニオンを実行する。
- h) 既往症・病歴・服薬状況を尋ね、主治医と連携しない時は敬遠する。
- i) CTの撮影に対応できない時は敬遠する。

参考文献

- 野村真由美・広井良典・尾崎哲則「日本の歯科医療政策 医療経済と国際比較の視点から」 勁草書房 2007
- 森山 満 「医療過誤・医療事故の予防と対策一病・医院の法的リスクマネジメント」 (株)中央経済社 2002
- 春日井昇平 「インプラント治療における問題を考える」 日本歯科評論10 (株)ヒョーロン・パブリッシャーズ 2011
- 河島大四 『「いい歯科インプラント治療医」を選ぶ!』 朝日新聞出版 2012