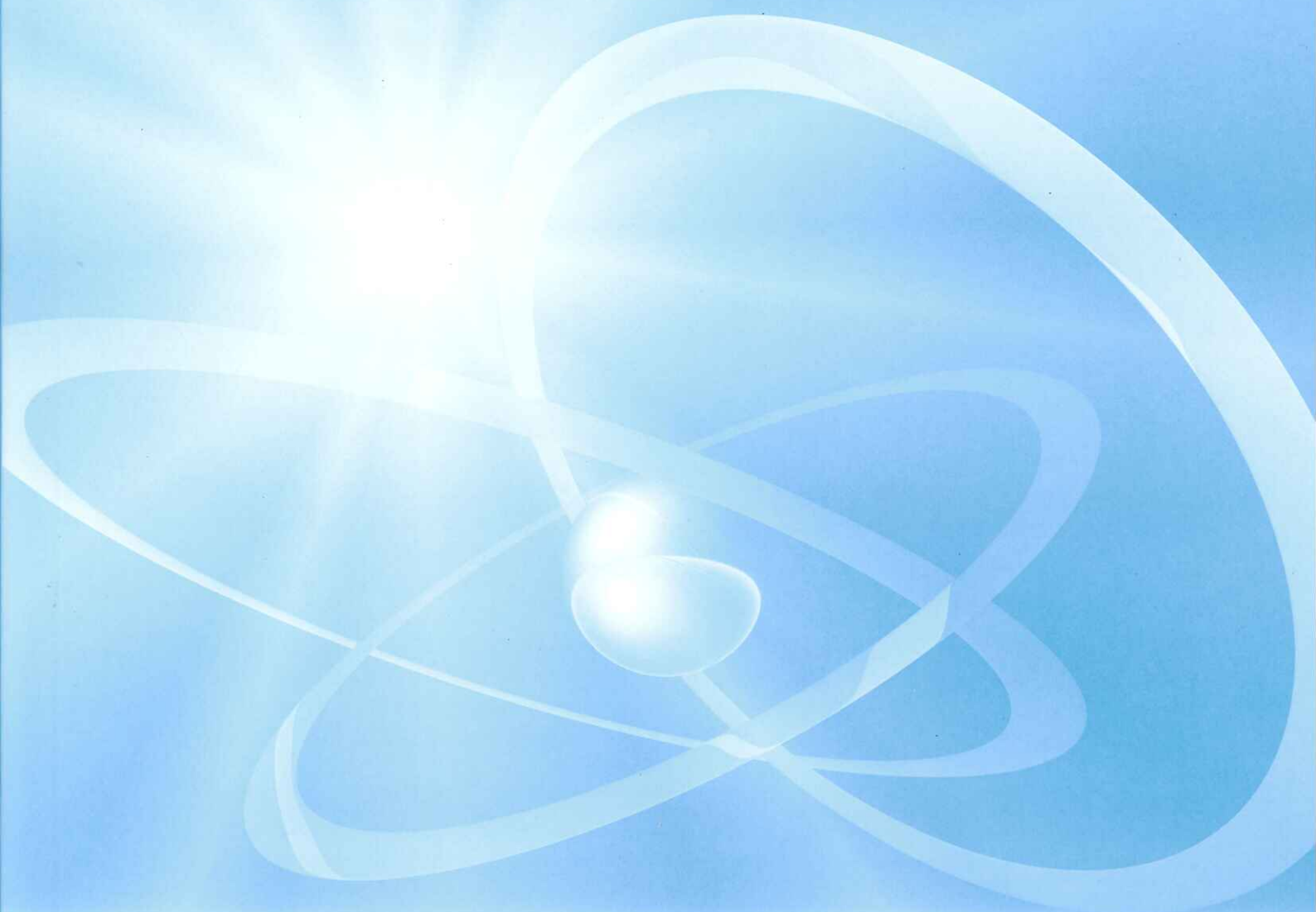


# 歯科医師需給問題 解決への提言

～歯科医療に希望をつなぐために～



2009年10月

長崎県保険医協会

# 目次

## CONTENTS

はじめに	1
<b>I 歯科医療の現状</b>	<b>2～3</b>
1. 国民の口腔健康状態の変化	
1) 口腔疾患の状況 2) キュアからケアへ 3) 検診制度	
2. 歯科医師数と地域格差	
1) 歯科医師数 2) 地域格差	
<b>II 歯科医療需要について</b>	<b>4</b>
1. 歯科医療費と受療率	
<b>III 保険診療の推移と歯科医院経営の現状</b>	<b>5～6</b>
1. 保険診療の推移と歯科医師所得	
2. 自由診療と混合診療	
<b>IV 今後の歯科医療の展開</b>	<b>7～8</b>
1. 歯科と全身疾患の関連	
2. 診療領域の拡大	
3. 医科歯科一元論	
<b>V 歯科医師養成の改革</b>	<b>9</b>
1. 歯科医師国家試験	
2. 歯科医師臨床研修制度	
<b>VI 歯科医師の職域の拡大</b>	<b>10</b>
1. 病院歯科と施設	
2. 国際協力、海外進出	
<b>VII 定年制・定数制</b>	<b>11</b>
<b>VIII 需給問題解決のための具体的提言</b>	<b>12～14</b>
1. 当面の対策	
1) 国立大学歯学部定の員削減と再編統合 2) 私立歯科大学の定員削減 3) 歯科医師臨床研修制度の延長 4) 診療報酬の引き上げと抜本改正 5) 保険外診療の保険導入 6) 職域の拡大 7) 歯科検診制度の改善 8) 無歯科医地区解消 9) 国による代診派遣センターの創設 10) オープンな検討の場の設置を	
2. 中長期的対策	
1) 海外協力の推進 2) 定数制の実施 3) 教育制度改革	
<b>資料</b>	<b>15～53</b>

# はじめに

歯科医師需給問題は20年以上にわたって国、日本歯科医師会、歯科大学等で議論されてきたが、歯科大学・歯学部の変員削減と歯科医師臨床研修制度必修化以外では目だった対策はとられなかった。厚労省、文科省、日本歯科医師会、国公立大学、私立歯科大学それぞれの利害がぶつかりあい、諸々の提案はなされるものの、国家試験という出口を締めるのが精一杯だった。

対策が後手に回る一方で、歯科医療費が極限まで抑制された結果、歯科医院経営は疲弊し、年収200万円以下のワーキングプア歯科医が5人に1人と言われるまでになった。そのような状況を反映してか、平成21年の私立大学歯学部・歯科大学入試では11校が定員割れとなった。すでに国民目線では歯科は構造不況業種となっている。

かつてのむし歯中心の歯科医療から、訪問診療をはじめとした健康と生活を支える歯科医療へと歯科医療自体は大きく変貌を遂げた。理念的には「人生を豊かにする歯科医療」ともいえる。

今後進む高齢社会においてますますその存在が必要とされるにもかかわらず、我々歯科医療従事者が希望を持ってない状況が深刻化している。このことは医療を受ける国民にとっても憂慮すべき事態である。

現状を打開すべく、歯科医師、国民双方が歯科医療に希望をつなぐことができるよう、歯科医療を取り巻く状況を総合的に検証し、具体的な提言にまとめるべく検討を進めてきた。ここに各方面に公開し、今回の提言が有意義な議論に発展するよう望むものである。

## 1. 国民の口腔健康状態の変化

### 1) 口腔疾患の状況

昭和30年代後半の高度成長期以降、食生活や生活スタイルの変貌、テレビの普及による全国一律の食文化の普及などが相俟って、むし歯洪水が全国に広がった。昭和40年代後半には歯科医師需給のギャップにより子どものむし歯洪水に対応できない事態が生じ、差額徴収問題に対する批判の高まり等を受けて、歯科110番が設置されるなどむし歯が社会問題化した。そのような時代背景の中で歯科大学・歯学部が相次いで新設され、今日の供給過剰ともいえる状態を招いた。当時の国民の口腔状態と現在を比較すると大きな改善が見られる。

歯科医師数削減に舵を切った昭和62年の3歳児のむし歯有病率は66.7%、1人平均3.3本のむし歯が、平成17年調査では24.4%、0.5本と劇的に改善した。12歳児では92.9%から58.5%へ、DMFT指数は4.9本から1.7本に低下した〔資料Ⅰ-(1)~(4)〕。

一方、成人におけるむし歯有病率は依然90%を超えたままである。但し50歳以降ではDMFT指数の低下が見られる〔資料Ⅰ-(5)〕。

喪失歯については、ほぼ全ての年代において半減した。8020運動は平成元年に始まったが、当時7%に過ぎなかった8020達成者が17年には24.1%と飛躍的に増加した。以上のようにむし歯と喪失歯の面からは、軽症化とともに口腔状態の健全化が見てとれる〔資料Ⅰ-(6)~(7)〕。

一方、歯周病は相変わらず罹患率が80%を超え、歯を失う原因のトップを占める。また歯周病と糖尿病をはじめとする全身疾患との関連についてエビデンスが確立されつつあり、医科と連携することが今後ますます重要となる〔資料Ⅰ-(8)〕。

### 2) キュアからケアへ

1989年来日したWHO 歯科部長のバームス氏は、2025年にむし歯はなくなり、エアータービンもなくなっている。スケーラーもなくなっているだろうと予測した。確かに国民の予防に対する意識の高まりはみられるが、現状からすると達成は困難と思われる。今後も中長期的には現在の診療スタイルが継続されるだろう。

ただし、8020運動が始まった平成元年（1989年）時点と比較して歯科医師数、歯科診療所数の増加は顕著（歯科医師数1.4倍、歯科診療所数1.3倍）で、患者のアクセスは格段に向上し、むし歯の軽症化にも貢献した。予防意識の向上に伴いかかりつけ歯科医を持つものが増加し〔資料Ⅰ-(9)〕、メンテナンス患者の比率が高まった。キュアからケアへの流れが今後ますます加速すると思われる。

### 3) 検診制度

乳幼児、園児、小学生から高校生までの学校検診、二十歳の検診（長崎市）、歯周病検診（長崎市では節目健診）、国保検診、事業所健診、後期高齢者検診（長崎県後期高齢者医療広域連合）等が行なわれるようになったが、成人の検診はそれぞれが散発的に行なわれており受診率が低い。事業所の中には撤退するところもある。

日歯は口腔保健法の制定に向けて自民党に働きかけ、民主党も廃案とはなったが独自法案を提出した。2009年総選挙における民主党のマニフェストにも成立を図るとの文言があり、日歯との調整如何で早期成立の可能性もある〔資料Ⅰ-(10)~(12)〕。

## 2. 歯科医師数と地域格差

### 1) 歯科医師数

歯科医師養成は、昭和30年代まで国公立大歯学部3校、私立歯科大4校、定員が690名程度に過ぎなかった。しかし、需要と供給のアンバランスが顕在化したことをふまえ、国は歯科医師養成の大幅増加を推進した。昭和45年には国公立8校、私立歯科大9校の17校1460名とした。その後、国民皆保険により受診率が向上し、むし歯が社会問題ともなる中で昭和55年には29校3360名まで定員を増やした。翌56年以降は3380名定員が続いた。特に私立歯科大の中には、定員を大幅に超えて入学者を確保する大学さえあったため、歯科医師増加は加速した〔資料I-(13)~(15)〕。

まもなく歯科医師過剰問題が浮上し、昭和61年には厚生省「歯科医師の需給に関する検討委員会」が定員の20%削減を提言するなど、厚生行政の無定見さをさらけ出した。

翌年以降募集定員は削減が続けられたが、それでも毎年3000名近くの入学者があり、2500名を超える国家試験の合格者を輩出し続けた。

平成元年に7万人程度だった歯科医師数は、現在10万人を数えるまでになった〔資料I-(14)〕。一方国民歯科医療費はこの10年間2兆5000億円前後で推移しており、歯科医院経営は困窮化し、歯科医業に対する将来不安が高まった。また、文科相と厚労相の平成18年の合意を踏まえ、歯科医師国家試験の合格率を低下させた結果、受験生の歯科離れという新たな事態を招いた。平成21年は11校で定員割れとなった〔資料I-(16)〕。現在、新規歯科医師の増加スピードは鈍化の傾向にあるが、それでも現状では毎年1500名のペースで増加しており、2025年には11000人の供給過剰になると言われている（2006年「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会」中間報告書）。

2006年現在、人口10万人当たり歯科医師数は76人を超えているが、特に都市部、歯科大学所在地に偏在している。歯科医師の絶対数の抑制のみならず、地域偏在の解消は急務である〔資料I-(17)~(18)〕。

### 2) 地域格差

九州では人口流出が加速しており、中でも長崎県は特に顕著である。2005年に148万人の人口が2015年に140万人を割り込み、2030年には115万人にまで減少すると予測されている。65歳以上の高齢者は2005年の34.9万人から2025年には44.4万人まで増加する。15歳以下の年少人口は2005年の21.9万人から2030年には11.7万人にまで減少する（\*2）。当然歯科医療の対象者も高齢者を中心としたものに変化するとみられる。人口10万人あたりの歯科医師数は歯科大学、歯学部の存在している県で多く、長崎県は2006年現在77.1人で全国7位、長崎市は14大都市と中核市において第5位と歯科医師超過密都市となっている〔資料I-(19)~(20)〕。

2007年10月現在の歯科診療所数は約6万8千か所、人口10万人当たり診療所数の全国平均は53.1で1位の東京都は82.7と突出している。長崎県は10位で51.5、最下位の福井県は33.5と地域格差が顕著になっている。長崎市は18大都市と中核市の中で第8位、中核市のみでは第2位である〔資料I-(21)~(22)〕。一方、2004年の厚労省の調査では無歯科医地区が46都道府県中40府県に1046箇所存在し、無歯科医地区の人口は30万人近くになる。これは無医地区よりも多い。歯科医師過剰といわれる中でのこの現象は、「偏在」が歯科医師過剰のもう一つのキーワードであることを強く示唆している〔資料I-(23)〕。

資料 \*1 人口減少社会を迎えるにあたっての一考察 大黒一正 2007

\*2 長崎県内の将来人口推計 長崎経済研究所 2007

### 1. 歯科医療費と受療率

国民医療費は1995年27兆円から2000年度には30兆円を超えた。同年の介護保険制度の発足により一旦減少したが、翌年からは再び増加に転じ2007年度は34兆円超となっている。一方歯科医療費は1996年度の2兆5400億円から2007年度の2兆5000億円までほとんど変化がない〔資料Ⅱ－(1)〕。WHOによると、わが国の国民の健康度は世界一であるが、国民医療費の対GDP比率はOECD加盟30か国中21位にすぎない。歯科医療費の対GDP比率を見ても、やはり他の先進国に遠く及ばない〔資料Ⅱ－(2)～(3)〕。むし歯の軽症化に加え、診療報酬の引き上げがないうえに、医科と違い新規技術の保険導入がなく自然増がないため低迷が続いている。また、経済不況による自費診療の減少も経営悪化に拍車をかけているものと見られる。

推定患者数は1996年の130万人をピークに110万人から120万人程度（ほぼ人口の1%）で推移している〔資料Ⅱ－(4)～(5)〕。啓発活動の活性化はあるものの、景気減速や雇用崩壊によるワーキングプアの増加などの影響もあって、受診率の向上に結びつくには至っていない。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口、平成14年1月推計」、及び厚生労働省の医療施設調査によると、わが国の人口は今後減少が予想されているが、2035年までに歯科診療所数は約8万2千か所となり、30年間で1万3千か所増加するものと見られる。受療率の向上がない場合、1診療所あたりの患者数は約30%減少すると推定されている〔資料Ⅱ－(6)〕。

一方、疾患別受療率では歯周炎が増加、補綴が横ばい、むし歯は減少しており、2020年ごろには補綴がむし歯を上回るとみられる〔資料Ⅱ－(7)〕。今後の少子高齢化の中で、受診率が比較的高い中高年者の受診促進がカギになると思われる。

## 1. 保険診療の推移と歯科医師所得

昭和36年に国民皆保険制度が発足した。当時の歯科医師数は3万3千人、人口10万対歯科医師数も36人にすぎなかった。その後の経済成長に伴う医療保険財源の増加、老人医療費無料化政策なども相俟って、1970年代までは国民医療費の大幅な伸びが続いた〔資料Ⅲ-1〕。

その後、高度経済成長時代の終焉を迎えるに到り、1983年に「医療費亡国論」が発表され、国は医療費抑制策へと舵を切った。同年、老人保健法が施行され、わずか10年で老人医療費無料化は廃止された。2000年には介護保険制度、2008年に後期高齢者医療制度を相次いで発足させ、社会保障抑制路線をいっそう強めた〔資料Ⅲ-2〕。

小泉内閣以降、毎年社会保障費の自然増分2200億円削減を続け、医療機関の経営難が深刻化している。

患者自己負担は社保本人が昭和59年から1割、バブル経済崩壊後の平成9年からは2割に、更に平成14年には3割に引き上げられた。高齢者の一部負担金も平成14年に定率1割、平成18年からは「応分の負担」が求められ、一定以上の所得のある人は3割となった〔資料Ⅲ-3〕。

一方、診療報酬改定は1970年代までは、二桁を越す伸び率の時もあったが、1981年の5.9%アップを最後に改定率の大幅縮小が続くこととなった。いわゆる「失われた16年」である。この間の改定は薬価差益を財源としたため、その財源はもっぱら医科のみに振り向けられ、薬価差益のない歯科では微々たる改定に留まり医科歯科格差が拡大した〔資料Ⅲ-4〕~〔5〕。

国民医療費に占める歯科医療費の割合は1976年の11.0%から2007年には7.3%にまで低下した〔資料Ⅲ-6〕。構造改革を旗印にした小泉内閣は、社会保障費抑制をいっそう強め、2002年にはマイナス2.7%、2006年にはマイナス3.16%と大幅削減したうえ、文書提供を義務化し歯科医療機関の経営を直撃した。ピーク時には3千万円近くあった歯科医一人当たりの歯科医療費が2004年には3百万円以上低下した〔資料Ⅲ-7〕。また、ペースダウンしたとはいえ歯科診療所数の増加傾向に歯止めがかからないため、1歯科診療所当たりの医療費も依然低下を続け、2007年には3600万円を割り込むまでになった〔資料Ⅲ-8〕。1997年から2007年までの10年間で、医師所得（収支差額）が2510万円から2703万円へと193万円、約8%上昇した一方で、歯科医師所得（同）は1735万円から1474万円とマイナス261万円、約15%低下した。その結果、所得の医科歯科格差は拡大し歯科は医科の半分程度にまで落ち込んでいる〔資料Ⅲ-9〕。歯科医師一人当たりの仕事量には限界があり、医療の質と医院経営を両立させるには、診療単価のアップが不可欠である。さもないと歯科医師の数が減っても窮状は変わらない。診療報酬体系の制度設計を抜本的に図らなければならない。

## 2. 自由診療と混合診療

国・厚生省は昭和50年前後の差額徴収に対する国民の不満をふまえて、「51年通知」により、保存治療までは保険診療、以後の補綴治療は自費診療を認めるという接木細工により矛盾の解消を図り、医療費抑制の一環としての歯科保険医療軽視の姿勢をとり続けた〔資料Ⅲ-10〕。

日歯も保険医療の充実を求める立場が弱かったため、新規技術の保険導入が見送られてきた。その結果、原則的に自費診療を認めない医科とは違い、保険診療の不採算を自費診療で補完する歯科特有のシステムが現在まで続いている。

保険診療の流れの中に自費診療を認める「51年通知」は、その範囲が曖昧なため、指導・監査の場で不正請求を指摘されることもあり、今後、一定の整理が必要である。

保険医療の不備に乗じて民間保険のシェアを拡大したい日米の民間保険会社の意向を背景に、規制改革・民間開放推進会議は執拗に混合診療の解禁を国に求めてきた（\*1）。

2兆5000億円の歯科保険医療費に対し、自費診療費は3000～4000億円といわれている。仮に保険導入したとして、国庫負担は1000～2000億円に過ぎないが、国の医療費抑制策には変化がない。

昭和59年に導入された特定療養費制度は特定の高度先進医療や差額ベッド、歯科における数項目のみが合法的な混合診療として認められていた。ところが平成18年に導入された保険外併用療養費制度は混合診療の対象範囲を広げることを目的にしている。評価療養と選定療養に再編成し、評価療養は保険導入のための評価を行うものとされ、先進医療が含まれる。選定療養は主としてアメニティーにかかわる部分である。先進医療の施設基準は緩和される傾向にあるが、将来の保険導入が担保されるものではない〔資料Ⅲ－(11)〕。

国民皆保険制度とはいいながら、格差社会の進行による無保険者や短期保険証を持つ国民が増加し、保険医療制度の空洞化が進む中で、混合診療の解禁は医療格差を拡大する。いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく医療にアクセスできるという社会保障としての医療の充実が社会の安心の基盤であり、社会的インフラの整備という観点から論じるべき問題である。

資料 \*1 「患者本位の医療」の実現のための「混合診療の解禁」 規制改革・民間開放推進会議 2004

\*2 「混合診療」についての見解～わが国における医療のあるべき姿～ 日本医師会 2003



## 1. 歯科と全身疾患の関連

口腔のはたす機能性や審美性は、高齢化社会を迎えた日本においては、いっそう重要になってきている。

顎口腔領域の感染巣が心内膜炎に影響することは古くから知られているが、昨今では、歯周病が糖尿病、動脈硬化、高血圧症など、生活習慣病に相関的な関係があることが学術的に証明されるようになってきた。また、高齢者の肺炎の主原因が誤嚥による口腔内細菌の肺への感染であり、口腔ケアを行うことで、嚥下障害のある患者のQOLを回復させ、ひいては、医療費の軽減につながる事が判明している。

口腔ケアを通じた医科と歯科の連携が進みつつあるものの、依然として歯科医療の大半は外来診療を主としたもので、患者ニーズに十分対応できているとは言い難い。

平成21年8月に当協会が長崎県内の病院に対して行なったアンケート調査では、低診療報酬により経営面からは不採算部門である歯科を有する病院は少数であり、入院患者に対して十分な口腔ケアが行なわれていないことが明らかになった。ただし、一部の病院では地域の開業医と連携し積極的に取り組んでいるケースも見られた〔資料Ⅳ-1〕。

訪問診療、口腔ケアの普及を妨げる要因として診療報酬の引き下げをはじめ、さまざまな規制の強化、施設基準のしぼり、要介護認定における歯科診査の不備、歯科医師の意識等があり、早急な改善が求められる。

## 2. 診療領域の拡大

平成14年市立札幌病院救命救急センターで歯科医師が（医科）麻酔科研修を受けていた問題で、医師法17条違反により麻酔指導医を有罪とした市立札幌病院における歯科麻酔医研修問題は、歯科医師が口腔以外を管理することの法律的裏付けが脆弱だったことを浮き彫りにした〔資料Ⅳ-2〕。

医師不足が叫ばれ始めて、2008年経済財政諮問会議の民間議員が歯科麻酔医を麻酔医として活用することを提案したが、日本麻酔科学会をはじめ医師側はこれをきっぱりと拒否した〔資料Ⅳ-3〕。

また、口腔外科と、耳鼻咽喉科、整形・形成外科の領域が重なる部分があり、そのせめぎ合いが続いてきたが、平成8年「口腔外科」の標榜をめぐる最終的に「歯科口腔外科」とされたのは、耳鼻咽喉科学会の圧力があつたからとされている〔資料Ⅳ-4〕。また近年においても、口腔ケアをめぐるクレーム等が報告されている。

## 3. 医科歯科一元論

明治39年に歯科医師法が制定され、初めて歯科医師の身分が法的に確立した。歯科医師の教育を歯科医学校で行なうことが考えられた際、医歯一元論と医歯二元論があつた。医師であつて歯科を専門にした人に一元論者が多く、歯科医師の間では二元論者が優勢だった。この議論は医師社会では問題にならず、歯科医師社会でのみ取り上げられたという。明治40年に「公立私立歯科医学校指定規則」が制定され、東京歯科医学専門学校と日本歯科医学専門学校の2校が認可され

た(\*1)。ここが二元論に基づく現在の歯科医学教育のスタートラインである。

昭和17年頃、医科歯科一元論運動が盛り上がったとの文献があるが、以後一元論の声は一部となり、これまで、まともに議論されたことはない。

- 資料 \*1 歯科医師とはなにか 株式会社 STOMA 飯塚哲夫 2008  
\*2 「医歯一元論」で知の統合を 田中健蔵ほか 2007  
\*3 医歯二元論から「知の統合」をめざす 瀬戸皖一 2007  
\*4 現代の医・歯二元論制度の不統一性と矛盾とは 都 温彦 2007  
\*5 幻の医歯一元論 (日本歯科評論) 中道 勇 2006

## 1. 歯科医師国家試験

平成21年の歯科医師国家試験の合格率は67.5%で、過去最低となった。これは、平成18年に相次いで出された需給に関する国の方針が背景にある。

平成18年8月に、文部科学・厚生労働両大臣によって「各大学の自主的な定員削減」と「国家試験の合格基準引上げ」を行うことを旨とする確認書が交わされた（\*1）。

さらに同年12月の厚労省「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会」の中間報告では、需給について、「現時点で歯科医師数の伸びをゼロとし、新規参入歯科医師の9割が稼動すると仮定すると、新規参入歯科医師数を約1200人程度とする必要があり、この数は、平成18年度の歯学部の募集人員、平成18年国家試験合格者数のいずれに対しても45%に相当する」とした。一方で、歯科医師の資質向上の観点にも言及し、入学時に一定の学力を有すること、共用試験・国家試験・臨床研修等を一体的に見直すことなど、歯学部入学から卒業研修までの過程で一定の「ふるいをかける」ことが必要とし、同検討会は、先の大臣間の確認書の方針に理由付けをしたうえで追認した。

平成19年12月の「歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書」によると試験内容の検討とともに、「多数回受験者への対応」として受験回数の制限、さらに大学歯学部・歯科大学に対し、不適格者への進路変更の勧奨を強化するよう求める提言がなされている。要は、合格率を維持したままで合格者数を減らすため「歯学部入学者が歯科医師国家試験を受験しない」ことが求められているとも言える。

また、「2. 歯科医師の需給」の項で、「歯科医師養成数の削減のために、国家試験合格基準の引き上げの検討を行うべきである」のところに無理やり「資質向上の観点から」という文言をはめこんだような印象を受ける。国家試験のハードルがさらに高くなることは結果として資質は上がるものの、歯科医師をめざす学生の多くが国家試験の時点でその道を閉ざされることとなり、経済的にも時間的にも多大なロスを生じる。「自己責任」で済ませられる問題ではない。

その後の経過を見ると、合格率は低下を続け、国家試験合格率が低く学費が高い私立歯科大学の志願者が急激に減少し、大学によっては定員割れを起こしている状況となっている。

- 資料 \*1 文部科学大臣宛「歯科医師養成数削減」確認書 2006  
 \*2 今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上に関する検討会中間報告書 2006  
 \*3 歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書 2007

## 2. 歯科医師臨床研修制度

平成12年の歯科医師法の改正により、平成18年4月から歯科医師臨床研修は必修化された〔資料V-1〕。資質向上の観点からとの名目で開始されたが、1年以上の臨床研修に従事するということから、新卒歯科医師の新規参入を遅らせるという需給対策の一面もある。

必修化開始後4年目を迎えたが、開始後5年を目途に見直しが行なわれる予定となっている。

募集者数は年々減少している。本年は平成18年と比較して190名少ない3637名の募集に対し、マッチ者数が3369名であった。研修施設の内訳で見ると、大学病院が圧倒的に多いが、歯科診療所の募集数が増加している〔資料V-2〕。

- 資料 \*1 歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会報告書 2004. 3  
 \*2 医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会意見書 2004. 9  
 \*3 新歯科医師臨床研修評価基準検討会中間取りまとめ 2006. 3  
 \*4 歯科医師臨床研修制度施行4年目を迎えての現状 柴田孝典 2009

## 1. 病院歯科と施設

1996年以降の10年間で歯科医師数は11680人増加し97198人となっている。そのうち病院従事者は1546人増の12269人、診療所従事者は9644人増の82324人、介護施設など医療施設以外の従事者は388人増の1351人である。これを伸び率からみると、低い順から診療所開設者（1.09）、医育附属病院（1.10）、診療所勤務者（1.23）、附属病院以外の病院勤務者（1.31）、介護施設など医療施設以外の従事者（1.40）となる。

細かくみると、診療所開設は10年間で5167件増えているが、2004-2006年の2年間は411件の開設にとどまり鈍化傾向にある。附属病院以外の病院勤務者は10年で659名、最近2年で191名、附属病院従事者は10年886名、最近2年で437名増となっている。また、診療所勤務者は10年で4477名、ここ2年で855名増である。診療所開設増加の伸びは急激に減って、診療所勤務者、附属病院勤務者の増加の伸びが大きい。歯科医師臨床研修制度との関連が示唆される〔資料VI-(1)~(2)〕。

ただし、歯科（口腔外科）を有する病院自体は減少しており、今後研修の場が減少する可能性もある。総合的な力量を持った歯科医師を養成し、高齢化に対応した二次医療機関としての機能を果たせるよう、病院歯科に対する支援策が求められる。

## 2. 国際協力、海外進出

現在、日本の歯科医師免許で就労できる国は限られている。しかし、歯科医療従事者も他の業種と同様、海外に働く場を求められているし、開拓の必要性は増加するはずである。二国間協定エクステンジ・ライセンスの拡大、日系病院・歯科医院の開設、日系企業専用ローカル病院・医院の日本人病棟開設、既に海外現地労働している日本人医師・歯科医師の長期代診等が考えられる。

アジアでは2000年以降日系の病院、歯科医院進出が増加傾向にある。上海、シンガポール、バンコク、ペナンなどには数万人規模の日本人マーケットが誕生し、日本語教育、医療のインフラの整備が進められている。医療を国家戦略に掲げる国もあり、特にシンガポール、タイは医療先進国として充実した医療インフラの構築に取り組んでいる。

タイ（在留邦人42000人）では開業に際し、タイ人とともに合弁会社を作り（株式49%以下を日本人が取得）、かつ日本人経営者一人あたり4名以上のタイ人従業員を雇用する義務があるなどの縛りがある。このことは中国もほぼ同様で、許可を得ると日本の歯科医師免許で滞在外国人を診療することも可能である。上海では長期滞在の日本人は約8万人。これに対し日本人歯科医師は10人程である。また、中国人歯科医師を技術指導しながら、中国富裕層を診療する地方もあるという。ただし開業は中国との合弁になる為、パートナー選定、報酬などのトラブルも発生している。

現在日本の医師、歯科医師免許で就労できるのはアメリカとシンガポールに限られているが、運用は限定的となっている。イギリス・フランスは医師のみに二国間協定が締結されている。さらに2015年東南アジア諸国連合（ASEAN）の経済共同体の開始にむけ人材移動の自由化を図る為、歯科医師などの専門資格を加盟国間で認め合うことが基本合意された。施行は2009年夏以降で、その後各国内での歯科医師免許運用が異なってくる可能性がある〔資料VI-(3)〕。

## VII 定年制・定数制

平成4年に発表された野村総研報告は当時の歯科界に大きな衝撃を与えた。2010年の歯科診療所の収支差額は1990年（1780万円）の40%程度（710万円）に落ち込み、国民歯科医療費は国民医療費の5%にまで低下し、2兆5千億円になるというものであった。因みに最近10年間の国民歯科医療費はほぼ2兆5千億円で推移しており、見事に符合する。すでに昭和61年には、昭和70年までに歯科医師の新規参入を20%削減するという「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」最終意見が発表され、歯科医師過剰との認識が広まりつつあったが、シミュレーションで示された具体的な数字は、想像の域をはるかに超えるほどショッキングなものだった。また、定年制についても検討され、日歯が母体となる年金基金を創設し、65歳定年、月額40万円を5年間支給するという内容で、現役診療所の経営改善を図るというものだった。日歯の委託事業であったが、一般会員にはなぜか詳細な報告はなく、どの程度真剣に検討されたのか定かではない。

その後、厚生省「歯科医師の需給に関する検討会報告書」や日歯の「歯科医師需給問題検討特別委員会」等において定年制の検討がなされてはいるが、野村総研報告書に見られる具体的なプランほどには言及されていない。わずかに日本総研「歯科医業経営の将来予測」でシミュレーションが行われているのみである。

ドイツでは1999年から保険医定年制がとられていたが、2008年に廃止された。現在は定数制が強化されている。定年制は満68歳を迎えた保険医（医師・歯科医師）は公的保険の契約が切れ、56歳以上では新規開業もできないというものだった。定数制は地域ごとに保険医定数を設け、過剰地域では開業希望者は登録順でウエイティングさせられるが、昨年改革で定員の空席の半数だけが新規参入を認められることとなった（\*1）。

わが国の場合、歯科医療白書2008年版でも触れているように、適正数の判断は難しい。白書は歯科医療の需給ギャップと過剰歯科医師の就業調整の政策実現性から1998年を変曲点として位置づけた。人口10万人当たり69.6を基準として2006年時点での過剰数は8800人としている。

また、1998年の「歯科医師の需給に関する検討会報告書」でさらなる10%程度の新規参入歯科医師の削減が提案されたが、未だ実現されていない。当時でも歯科医師過剰はすでに普遍的に認識されていたことも勘案し、1998年を変曲点にすることには妥当性がある。定数制を議論する際の基準点として位置づける。

- 資料 \*1 歯科医療白書 2008年版  
\*2 21世紀歯科医療検討会議報告書 2003  
\*3 歯科医業経営の将来予測 日本総研 2003  
\*4 歯科医師需給問題検討特別委員会報告 日本歯科医師会 2003  
\*5 わが国における歯科診療報酬体系の基本的あり方に関する研究 野村総研 1992

## 1. 当面の対策

### 1) 国立大学歯学部の変員削減と再編統合

国立大学歯学部の再編・統合をはかる。但し、実現までに紆余曲折が予想されるため当面国立大学歯学部変員は昭和40年代前半の40名に戻す。余った変員は医学部に振り向ける。これにより200名削減される。

今後の少子化、地方からの人口流出を考慮すると、国立大学の歯学部は全国の厚生局所管の各ブロックに1校とする。学生募集停止の大学は大学院大学へ特化するか、診療科は残し医学部付属病院の一部門として卒後臨床研修機関とする。外国からの研修医を積極的に受け入れ外国人歯科医研修機関とする。国立大学歯学部に歯科保健学科を新設し歯科衛生士、歯科技工士の養成を国の責任で行なう。

### 2) 私立歯科大学の変員削減

私立大学の変員は一律20%削減することにより、450名の削減が可能となる。但し変員削減に踏み切った大学に対しては、本来歯科医師養成は国の責任で行なうべきことに鑑み、更には大学経営上の観点から補助金を増額するなどのインセンティブを与える。

### 3) 歯科医師臨床研修制度の延長

歯科医療の高度化、歯科医師国家試験の難度上昇による6年次カリキュラムの縮小等を踏まえ、臨床研修期間を2年間に拡充する。

### 4) 診療報酬の引き上げと抜本改正

- ① 2000年代に入っの構造改革路線で診療報酬のマイナス改定が続き、歯科医院経営は疲弊した。歯科医療白書2008年版によると、2002年から2006年度までの改定累積値はマイナス2.7%、医療費増加率はマイナス5.4%になる。また、2007年度のわが国の医療費の対GDP比は9%でOECD加盟30カ国中21位と先進国中下位に位置する。また歯科医療費を対GDP比で見ると、わが国は0.6強%と1.4%のスペインは例外としても、ドイツ、スウェーデン等の0.8%にも遠く及ばずアメリカよりも低い。次期改定ではせめてOECD先進国並の水準に引き上げるべく、10%のプラス改定を求める。
- ② 技術や労働、コストを反映しない診療報酬体系を改正するため、中医協のもとに診療報酬体系検討委員会を設置し2年間を目途に新たな体系を確立する。
- ③ 高齢社会を支える訪問診療、口腔ケアを普及させるべく医療保険、介護保険を優先的に改善する。

### 5) 保険外診療の保険導入

- ① 歯科における自費領域は矯正治療をはじめ、補綴治療、歯周組織再生療法、審美歯科、インプラント等があるが、補綴治療の先進技術や審美歯科は非医療の分野とも考えられる。社会の要請に応える意味で一定の技術は保険導入するとして、患者の嗜好に係わる部分については、段階的な導入を検討する。また、保険導入に際しては適正な技術料評価とセットで行う。
- ② 受療率が低迷している現在、従来のむし歯、補綴中心の歯科医療から、全身の一部としての

口腔へのフィールドの拡大は、患者国民の歯科医療に対する信頼を高めるものとなる。

高齢社会に対応した歯科医療の充実をはかるために、保険未収載の口腔内科的な分野や、検査などの領域を診療報酬上で評価する。

## 6) 職域の拡大

### ① 病院歯科の充実

就業歯科医師の6割が開業医という中で、職域の拡大は喫緊の課題である。当協会が2009年に行なった県内病院へのアンケート調査では、歯科がある病院は13%にすぎず、今後設置を検討しているところは皆無だった。高齢者、有病者の増加に対応した2次医療機関としての病院歯科の経営が保証されるべく、診療報酬上の措置を早急に検討する。

また、全国の病院に向けた、病院歯科の実態とあるべき姿に関する情報発信を行なう。

### ② 介護施設における歯科医療、口腔ケアの充実

全ての特別養護老人ホームと介護老人保健施設に歯科医師、歯科衛生士の配置を義務付け、歯科診療室を設ける場合は国による財政支援を行なう。

## 7) 歯科検診制度の改善

現在、各個ばらばらの検診事業を、生涯を通じた切れ目のない検診制度として再編する。すべての国民に最低年1回の検診を保障すべく、国・自治体の責任で行なう。

## 8) 無歯科医地区解消

無歯科医地区を有する自治体に対し、自治体立歯科診療所設置に対する国の補助金制度を拡充する。

## 9) 国による代診派遣センターの創設

現在休業、病気療養などに対応する代診の派遣は、主として出身大学や同窓会が行なっているが、全国をカバーするセンターを創設し、無歯科医地区等への斡旋も行なう。また、派遣医と地域医療圏ごとの歯科医療機関の過不足状況に関するデータベースの管理・公開を行なう。

## 10) オープンな検討の場の設置を

医療に関しては中医協を始め、政府関連の審議会等多数存在するが、歯科医療に関するグランドデザインを検討する場はない。需給問題をはじめ、崩壊寸前の歯科医療を再生させるための検討会議を設置する。国、歯科医師、国公立、私立大学歯学部、病院関係者、国民の代表で構成されるものとし、議事の透明化と情報公開をはかり、国民的議論に委ねる。

## 2. 中長期的対策

### 1) 海外協力の推進

国家的指針として、現在の二国間協定の改正や他国との新たな協定を締結する。また、国際貢献やボランティアに留まらず、海外への医師・歯科医師等の医療的輸出を検討する。

## 2) 定数制の実施

自由開業医制との整合性、医師は除外して歯科医師のみに定年制を適応するか、また定年後の老後保障の制度設計はどうするか等の諸条件をクリアしての定年制の実現は難しい。

歯科医師総数の過剰と地域偏在の二面性が歯科医師過剰の特徴という面から考慮すると、定数制の採用が検討に値する。

そこで、Ⅶ(定年制・定数制)において基準点とした1998年の人口10万人当たり歯科医師数69.6人、歯科診療所数48.7を適正数とする。歯科大学・歯学部が存在する都市において特に過剰感が強いという現況をふまえ、歯科診療所数が1.2倍(58.4)を超え、且つ歯科医師数で1.5倍(104.4)を超える地域(市と東京都区部)では歯科診療所の定数制を採用する。

## 3) 教育制度改革

医学部を卒業したものが歯科医師となるよう、一元論に基づく思い切った教育制度改革を検討する。