

人口対歯科医師数に関する一私見

◎適正歯科医師数論議とその周辺

——ひとすじの光を求めて◎

坂井 剛 (昭和区)

最近の歯科医師の激増ぶりは我々の将来への希望を打ちくだくに十分なものである。今、我々が日本歯科医師会に一番やってほしい事は、確固たる歯科医師増加対策であり、中でも特に強力にやってほしいのは、歯科医師の唯一の供給源である歯科大学・歯学部の入学生定員の大巾な削減である。いわゆる、水道の蛇口をしぼることである。まず需給のバランスを整えなければ、他にどんな対策を立てても、全て無駄になってしまうからである。

そこで順序として第一にやるべきことは、目標となる適正歯科医師数をはっきりと設定することであり、次にやるべきことは、その目標に到達するための、最も効果的で具体的な削減計画を立てることである。さらに、その計画を着実に実行していく、力強い行動力がほしいのである。

ところが削減計画を論ずる時、一番問題となるのが、適正歯科医師数をどこに設定するかという事であり、今だに意見の一致をみていない。即ち目標が定まらないのである。

この点について、前回(愛歯月報、昭和59年6月号)の報告では、目標となる適正歯科医師数を人口10万対50人として、それに至る3段階の削減計画を提示し、その最終段階の◎計画まで削減を進めるべきであると強く主張しておいた。

即ち、現在の入学生定員3380人を昭和60年から6年間で段階的に削減し、6年後の昭和66年には940人(現定員の27.8%)とするものである。コンピューターの推計によれば、940人まで削減しても、10年後の昭和70年には人口10万対60人の数値はさげ難く、その後さらに80年経った昭和150年に至って、やっと目標としている50人のラインに立ち戻れるというものである。

今回の報告では、手元にある資料に示されてい

る、歯科医師密度(人口10万対比)と保険収入のデータから、定員削減計画の目標として、適正歯科医師数を人口10万対50人にすべきであると主張する根拠を示して、大方の批判を仰ぎたいと考えている。議論を展開する前に申し上げておきたいのは、この主張はあくまでも開業医の立場からみた、将来への危惧から発したものだということである。

◎グラフ1の説明

グラフ1は表-1の全国都道府県別、保険収入人口、適正歯科医師数の一覧表の中から、歯科医師密度の高い順に、上位6県、中位5県、下位5県の3グループをとり出し、その歯科医師密度の平均と保険収入の平均値とを同時に棒グラフに表わして比較したものである。上位と下位のグループ間には密度の上で2倍強の差があり、保険収入の面でも8万点の差がある。ただし、ここでいう歯科医師密度は勤務医も含んだものであり、1歯科医院当りの保険収入とは少しずれがある。

◎グラフ2の説明

グラフ2は、ここには示さなかったが、表-1と同様に作った愛知県内43地区の一覧表から、最も過密なA地区と、人口10万対ほぼ50人の密度のB地区、過疎のC地区を取り出し、棒グラフとしたものである。A地区とC地区の間には密度の上で3倍強の差があり、保険収入の面でも2倍強の22万点もの差がある。B地区ではその中間となっている。ただし歯科医師密度は地区の歯科医師会会員数で計算してあるので、グラフ1よりは1歯科医院当りの保険収入に近いものとなっている。

◎表-1と表-2について

表-1と2についてはご覧いただくこととして説明を省くが、この中で東京都と富山県の数字だけは示しておく。歯科医師密度でみると東京都は86.5人、富山県は34.8人と2.5倍の開きがあり、保険収入の面でも13万5千点と27万5千点で2倍強の14万点の差がある。

◎今回の資料から言えること

1) 現在、全国平均で歯科医師密度人口10万対50人であるが、県単位でみると30人以下から80人以上まで大きな差がある。

2) 特に11大都市では川崎市を除いて55人以上であり、東京都特別区では100人を越す超過密状態となっている。歯科医師の都市偏在の激しさが、はっきりと示されている。

3) 歯科大学・歯学部のある所在地が全般に密度の高いところにランクされている。

4) 地区によっては、このまま歯科医増が続いた場合10年後に予想されている、人口10万対70人をすでに実現しており、その時の我々の保険収入をうかがい知ることができる。

5) 歯科医師密度が高くなると逆に保険収入は低くなり、県レベルでは人口10万対50人を越すとほとんど20万点以下となっている。

6) 県レベルでも、県内の小地区レベルでも歯科医師の過密度と保険収入の逆比例関係は明らかであり、この関係をまぬがれることはできない。

以上の事から、歯科医増対策の要である入学定員の削減に失敗して、さらに過密となり、人口10万対60人、70人となった場合を予想してみると、少くとも保険収入の面では、さらに減少し、医院経営の立ち行かない場面も考えられるのである。

今後、行政改革の余波で保険点数のアップはほとんど期待できず、国民皆保険下で自費診療の拡大もない状況では、歯科医増=保険収入減の図式は定着するものと考えざるをえない。

ここで、保険収入と可処分所得について一つの試算をやってみることにする。

(例) 月平均保険収入が200万円、子供2人の4人

家族、平均的な歯科医師。自費収入は0とし、経費がほぼ収入の72%で、特祖法が適用できる。

- 年間収入 $200\text{万円} \times 12\text{ヶ月} = 2400\text{万円}$
- 年間所得 $2400\text{万円} \times 28\% = 672\text{万円}$
(所得控除を150万円と設定すると)
- 課税所得 $672\text{万円} - 150\text{万円} = 522\text{万円}$
- 所得税 $(522\text{万円} \times 0.27) - 48\text{万円} \approx 93\text{万円}$
- 県市民税 $(522\text{万円} \times 0.13) - 12.75\text{万円} \approx 55\text{万円}$
- 可処分所得(年) $672\text{万円} - (93\text{万円} + 55\text{万円}) \approx 524\text{万円}$
- 月平均可処分所得 $524\text{万円} \div 12 \approx 44\text{万円}$

誠に荒っぽい計算であるが、以上の如く、月平均200万円の保険収入では、手取り約44万円、しかもボーナスなしの月給となる。

もう一度、表-1の最後にある全国の平均値をみていただくと、人口2000人対1歯科医師、受診率8.3%で、1ヶ月の平均レセプト枚数166枚、1件平均1,119点で、185,500点となっている。すでに現状は20万点を割っている県が多いのである。

将来、国民医療費の伸びがあまり期待できないとすれば、目標としての人口10万人対50の数字は今後も我々の死守すべきレッドラインであり、この数字を適正歯科医師数として、強く主張する所以である。

◎適正歯科医師数、諸説について

WHOが過去に示した人口10万対50人は昭和58年に達成され、最近、厚生省は新たな目標として医師数を180人、歯科医師数をその1/3の60人として検討を加えると発表した。又、日歯の歯科医師増大対策検討委員会では70人に止めるべく、昭和60年度から入学定員を2220名まで戻そうとしている。しかしそのいずれもが、“国民の歯科医療が高いレベルで維持されるには、これだけの数字が必要である”といった、誰もが納得しうる様な根拠のある数字とはいえない。むしろこれだけ増やしてしまったから仕方がないという、現状追認の為の苦肉の策ともいえるのである。特に我々開業医の立場からは納得のいかない数字である。

適正歯科医師数については、歯科医師会、歯科

大学及び国民の間にそれぞれの立場での見方があり一致した数を得るのは非常に困難である。しかしこの問題を論議する以上、立場の違いはあっても何らかの根拠を示して論議し、最終的に各々の主張を抱括して、将来的な展望に立った、合理的で無理のない結論に達するべきである。

◎定員削減計画の具体策について

定員削減計画が厳しいものであればあるほど、当事者の大学側だけにその努力を強いる事はできない。当然、歯科医師会も行政もそれぞれの立場で最大限の協力をしなければならない。

その意味で前回の報告では、歯科医師会のなす事として、次の2つの提言を行った。

提言の1. 全国レベルで予備会員制度を作る。

提言の2. 日歯の学術研修セミナーを拡大、発展させ、現会員の大規模な卒後研修制度を作る。

この2つの提言は、早急に実施可能な事として日歯が中心となって行うべきである事とした。無論、我々開業医も応分の経済的負担をし、その分大学側の定員削減に伴う、経営上の圧迫を軽減できればという考え方である。又一方で歯科医増による質の低下を防ぐ意味もあつての事である。

しかし削減計画①は、現入学定員3380人の27.8%、940人まで削減するという厳しいものであり、いかに歯科医師会の協力があつても実現は不可能である。940人という定員は20年前の全国9歯科大学時代のものであり、現在の29校が共存共栄しながら達成できる数字ではない。

○大学側の変化について

誠に勝手な論議であるが、一私見として次に大学側の変化について、箇条書きにして述べてみたい。行き過ぎの点は平にご容赦いただきたい。

1) 現在の29校の内4校程度を大学院大学或は研究大学として昇格させる。一般学生の募集を止めて、医学部、歯学部出身者のみを入学させ、より高度の研究を行う大学とする。

2) 11校ある国立大学の内2校程度は大学院大学とし、残り8校程を地域毎に統合して、私立歯科大学と競合しない範囲で4校程度に減らす。

3) 17校の私立歯科大学の内2校程は大学院大学となり、残り15校の内、旧歯科大学の姉妹校で統合できるものは統合し、12~10校程度まで減らす。

4) 私立歯科大学の内、総合大学の歯学部は経営の許す範囲で定員を大巾に削減する。

5) 私立大学の内、他学部を併設できるものは、その分、歯学部定員を削減する。

以上の様な諸案が議論の対象となるものかどうか、そんなバカな事がと笑ってすまされればそれまでである。とも角、勇をふるって提案しておく。

○行政側の対応について

行政側にもいくつかの提案があるが、それを述べる前に一つ明らかにしておきたいことがある。

歯科医増について、国民の間には、医者はもっと増えてもよいではないか、まだ無医村がいっぱいあるではないか。との意見が聞かれるが、これには大きな間違いがある。過疎地とは半径4kmの範囲内に人口500人以下の地域の事であり、医師が自力で医院を経営するのは不可能な場所なのである。従って医師がいくら増加しても、やはり無医村は残るのである。この問題は行政的に解決する以外に方法はない。そうした過疎地の住民も定められた保険料を払っている以上、行政は国の責任で、そうした場所にも医療施設を作り、受診の機会を平等に与える義務を負っているはずである。我々からみれば、行政はこの面の施策を全く怠っていると言えるのであって、我々の責任ではない。

話しを元に戻して、行政側の対応についての提案を次に箇条書きにしてみる。

1) 国民に対して上質の歯科医療を提供する意味から、真の適正歯科医師数を早く設定するべきである。もし過剰な歯科医師を養成することで、無駄な国費を使い、あげく質の低下を来すようでは、厚生行政としては無能の誘りをまぬがれまい。

2) 歯科大学・歯学部で専門教育をする以上、歯科医師国家試験は、合格者の数を限定した司法試験のと同じくするわけにいかない。だとすれば、大学の入学定員を適正な歯科医師数に見合うだけに削減し、質の確保を図らねばならない。

3) 質の確保の点から、大学側、歯科医師会に協

かして、卒直後の研修制度、開業医の卒後研修等を推進していくべきである。

4) 大学側の定員削減の経過処置として、私立歯科大学への補助金に対する配慮が必要である。

5) 同じく経過処置の意味で日本の対外援助の一部として、留学生の大量受け入れも考えられるのではないだろうか。

以上、定員削減の具体策として、歯科医師会、歯科大学、厚生省、文部省等行政側へも、いくつかの提案をしてみた。市井の一歯科医が国民の歯科医療の将来を心配するあまり、やむにやまれず発した呻きとして聞き取っていただければ誠に幸いである。それなりに覚悟して、厳しい批判を受けとめるつもりでいる。定員削減の◎一計画は、こうした具体策を内に含んだものである事を、蛇足ながら今一度申しそえておきたい。

◎入学定員削減以外の歯科医増対策について

定員削減以外の歯科医増対策とは、5年後、10年後に過剰となってしまう歯科医師の失業対策のことである。増加分に見合った歯科医療需要の開拓を図ろうとするものであり、これはそれなりに力を入れねばならない仕事である。できることなら、定員削減計画が上手く成功して、失業対策は、それほど大がかりにやらなくてもよかったという結果になってほしいものである。紙面の関係もあるので、この問題の検討は他日に譲るが1つだけ心配でたまらないことを申し上げておく。

○高齢歯科医の業務確保の問題について

定員削減計画が失敗して多分達成されてしまうであろう人口10万対70人、80人の歯科医過剰時代に、戦域拡大を主とした諸対策が盛んに実施されるであろうが、これは全て若い先生達のためのものであるだろう。この影響をまともに受けるのは少数派となった高齢歯科医であるだろう。彼らは患者の極端な減少で暇をもてあまし、収入減に追

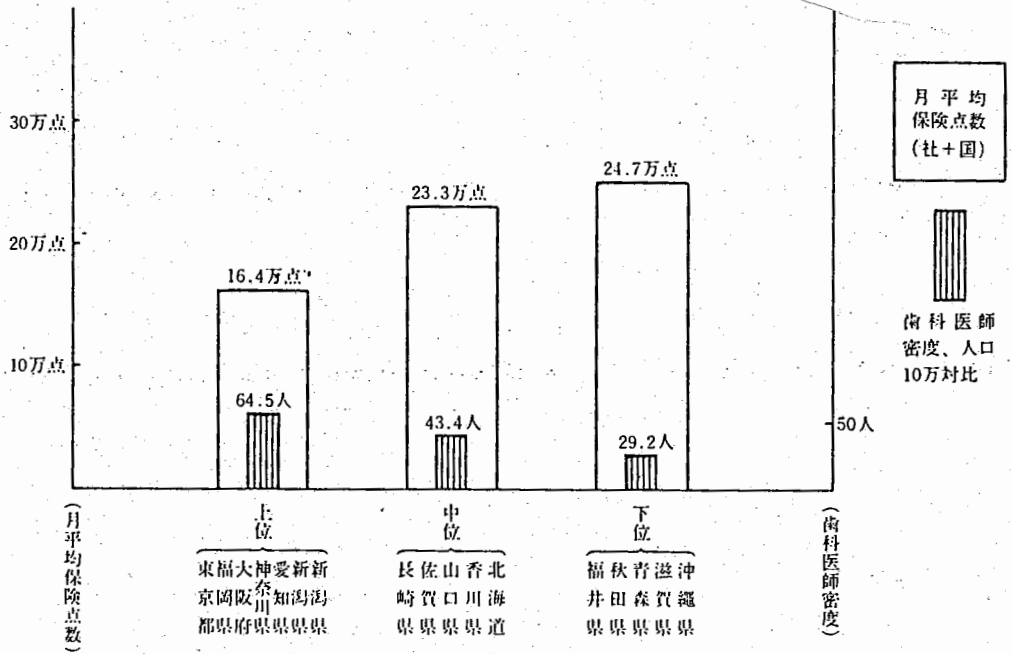
いかまれ、苦悩する毎日を送ることになるだろう。今の40代、50代の歯科医で、これからの厳しい時代に、その時の為に蓄えのできる人がどれだけあるであろうか。このことを思うと、今から何とか対策を立てておく必要があると、真実考えるのである。新しい施策が軌道に乗るには10年はかかるのである。どうかこの事も忘れないでほしい。

◎おわりに

大学側の変化について、提案したことが実行されれば、どれほどの定員削減につながるのか。これは我々がとやかく言うことではなく、大学の先生方に、歯科界の将来をよく理解していただき、誠意をもってお願いするしかない。種を播いたのが我々である以上、後仕末も又、我々が何とかつけていくしかない。誠に厳しい時代に入ったものである。以上述べてきたことは歯科医師会が組織としてやることであって、個々の医院が自らを守ることは又、別のこともかもしれない。しかし全体の状況が悪くなれば、個人的な守りは効を奏さない場面もありうるのである。この問題についてはまだまだ考えねばならぬこと、やらねばならぬことがいっぱいある。どうか力を貸していただきたい。先行きが暗いとき、人は誰でも一すじの光を求めて、思い悩み、たよる先を探すものである。その意味で我々は、県歯や日歯に期待し、たよりにしているのである。その立場にある方々には誠にご苦勞な事ですが、ぜひ頑張ってください。この報告をまとめるに当り、先輩、友人の多数の方から貴重なご意見、ご指導をいただき、特に長年の仲間である新松会の先生方からは、常に精神的な支えをいただいた事に、心から感謝している。最後に、資料について県歯事務局の方々の方々の一方ならぬご協力があつたことを記して、感謝の意を表すものです。

(おわり)

グラフ1. 歯科医師密度と保険収入との関係(全国レベル)



グラフ2. 歯科医師密度と保険収入との関係(愛知県内の地区レベル)

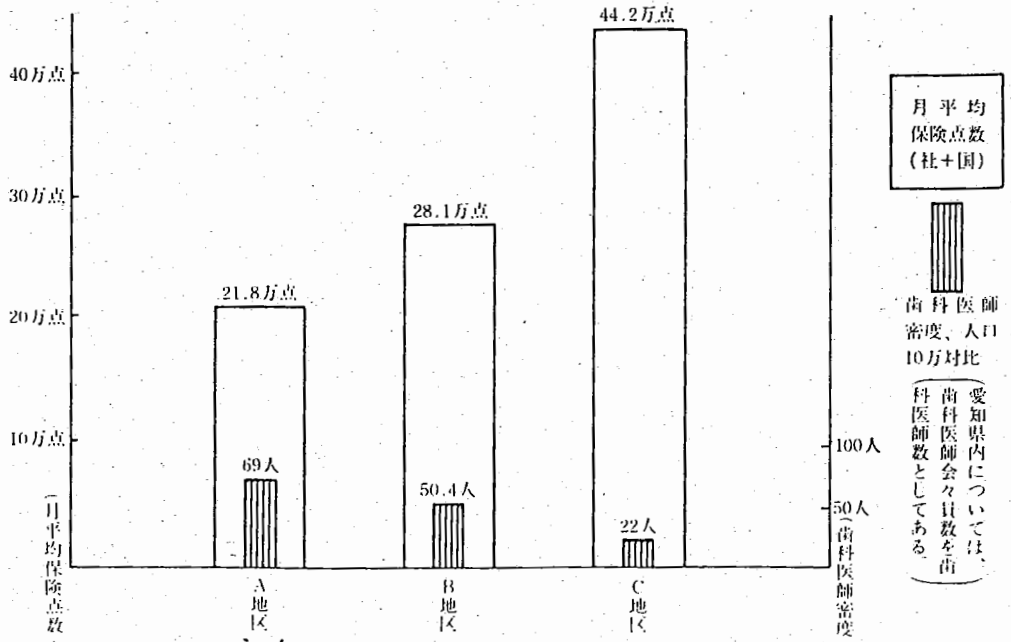


表1 全国都道府県別・保険収入(社保+国保)、人口、適正歯科医師数(歯科医師総数)

都道府県	歯科医師 (内:昭56年:社保+国保)(1歯科医師当り)		実数 (S57年)	月平均 件数	月平均 点数	1件当り 点数	人口 (常住)千人	1歯科 医師当り 人口	適正 歯科 1/2000	歯科 余 力	受診率 (4ヶ月 当り)
	順位 (人口10万対)	密度 (人口10万対)									
東京	1	86.5	10,093	113.7	135,863.1	1,194.9	11,615.1	1,150.8	5,808	△4,285	9.9
福岡	2	63.4	2,939	128.3	180,299.0	1,404.9	4,553.5	1,549.3	2,277	△ 662	8.3
大阪	3	54.9	4,689	159.5	183,693.3	1,151.4	8,473.4	1,807.1	4,237	△ 452	8.8
神奈川	4	52.2	3,718	153.8	174,777.6	1,136.1	6,924.3	1,862.4	3,462	△ 256	8.3
愛知	5	51.6	3,255	171.1	197,117.7	1,149.3	6,221.6	1,911.4	3,111	△ 144	9.0
新潟	5	51.6	1,272	168.7	176,498.2	1,046.2	2,451.4	1,927.2	1,226	△ 46	8.8
上位(1~5)計		64.5	25,966	139.3	164,771.2			1,549.3	20,120	△5,846	
広島	7	50.6	1,406	171.5	207,823.7	1,212.1	2,739.2	1,948.2	1,370	△ 36	8.8
徳島	8	50.1	415	155.0	188,930.0	1,219.1	825.3	1,988.7	413	△ 2	7.8
長野	9	49.4	1,038	183.1	169,818.3	927.2	2,083.9	2,007.6	1,042	△ 4	9.1
山梨	10	49.2	399	156.3	181,540.7	1,161.4	804.3	2,015.8	402	3	7.8
岡山	11	49.1	927	179.5	198,318.8	1,104.9	1,871.0	2,018.3	936	9	8.9
和歌山	11	49.1	536	166.7	204,903.6	1,229.5	1,087.6	2,029.1	544	8	8.2
岐阜	13	48.8	970	172.3	167,180.6	970.5	1,960.1	2,020.7	980	10	8.5
宮城	14	48.0	1,019	158.5	152,176.7	960.0	2,082.3	2,043.5	1,041	22	7.8
千葉	15	47.2	2,322	158.8	151,961.6	957.0	4,735.4	2,039.4	2,368	46	7.8
大分	16	47.0	582	162.7	216,152.5	1,328.4	1,228.9	2,111.5	614	32	7.7
兵庫	17	46.5	2,416	177.4	199,158.0	1,122.7	5,144.9	2,129.5	2,572	156	8.3
岩手	18	46.0	657	156.2	148,131.4	948.5	1,422.0	2,164.4	711	54	7.2
京都	19	45.7	1,168	177.4	199,856.7	1,126.3	2,527.2	2,163.7	1,264	96	8.2
長崎	20	45.5	725	181.3	242,501.6	1,337.3	1,590.6	2,193.9	795	70	8.3
佐賀	21	44.2	385	174.9	215,574.6	1,232.7	865.6	2,248.3	433	48	7.8
山口	22	43.5	695	187.2	214,935.9	1,148.2	1,587.1	2,283.6	794	99	8.2
香川	23	42.9	433	183.0	210,815.7	1,152.2	1,000.0	2,309.5	500	67	7.9
北海道	24	42.3	2,381	178.8	242,778.0	1,357.9	5,576.1	2,341.9	2,788	407	7.6
中位(20~24)計		43.4	4,619	180.5	233,281.6			2,299.1	5,310	691	
鳥取	25	41.6	254	207.3	245,231.6	1,182.8	604.2	2,378.7	302	48	8.7
静岡	26	41.0	1,431	202.1	188,412.5	932.5	3,446.8	2,408.7	1,723	292	8.4
福島	27	40.9	838	192.9	195,423.4	1,013.1	2,035.3	2,428.8	1,018	180	7.9
栃木	28	39.9	726	215.4	189,835.9	881.1	1,792.2	2,468.6	896	170	8.7
石川	29	39.8	450	209.0	261,831.3	1,252.6	1,119.3	2,487.3	560	110	8.4
愛媛	30	39.7	601	202.6	243,629.7	1,202.4	1,506.7	2,507.0	753	152	8.1
三重	31	38.9	667	198.5	188,860.6	951.6	1,686.9	2,529.1	843	176	7.8
奈良	32	38.8	486	192.6	197,290.6	1,024.4	1,209.3	2,488.3	605	119	7.7
島根	33	38.3	302	201.9	241,711.7	1,197.2	784.8	2,598.7	392	90	7.8
群馬	34	37.3	700	204.8	215,877.1	1,054.2	1,848.6	2,640.9	924	224	7.8
埼玉	35	36.4	2,044	198.5	177,613.2	894.7	5,420.3	2,651.8	2,710	666	7.5
熊本	35	36.4	659	198.8	243,673.0	1,225.9	1,790.3	2,716.7	895	236	7.3
高知	37	35.7	298	201.5	214,814.3	1,066.2	831.3	2,789.6	416	118	7.2
茨城	38	35.5	934	215.4	177,879.7	825.9	2,557.9	2,738.7	1,279	345	7.9
鹿児島	39	35.3	636	190.0	209,504.9	1,102.7	1,784.4	2,805.7	892	256	6.8
宮崎	40	35.2	411	216.3	264,724.7	1,223.9	1,151.6	2,801.9	576	165	7.7
富山	41	34.8	386	227.7	275,909.6	1,211.6	1,103.5	2,858.8	552	166	8.0
山形	42	33.2	417	226.7	222,259.9	980.3	1,251.9	3,002.2	626	209	7.6
福井	43	31.1	249	225.4	228,442.2	1,013.6	794.4	3,190.4	397	148	7.1
秋田	44	30.6	385	235.3	260,073.8	1,105.2	1,256.8	3,264.4	628	243	7.2
青森	45	29.6	453	227.0	267,060.8	1,176.6	1,524.0	3,364.2	762	309	6.7
滋賀	46	29.4	327	265.0	247,956.7	935.7	1,079.9	3,302.4	540	213	8.0
沖縄	47	23.7	268	199.2	213,258.1	1,070.7	1,106.6	4,129.1	553	285	4.8
下位(43~47)計		29.2	1,682	231.6	247,457.8			3,425.5	2,881	1,199	
全国		49.9	58,362	165.9	185,595.2	1,118.8	117,057.5	2,005.7	58,829	167	8.3

注: 1) ①歯科医師数は厚生省昭和57年12月31日現在、医師・歯科医師・薬剤師調査概況による。
 2) ②~⑥昭和56年度基金年報・昭和56年度国保事業年報による。但し全国組織国保組合については削除した。
 3) ⑦人口は総理府統計局昭和55年国勢調査、全国都道府県市区町村別人口による。

表2 11大都市の人口対比歯科医師数

区 分	歯 科 医 師 (人)			人 口 (常 住) (人)	昼間人口 指 数	歯 科 医 師 1人当り人口(人)	適正歯科医数 1/2,000(人)	歯科医師 過剰数(人)
	実 数	人口10万対	順 位					
東京都特別区部	8,526	102.1	1	8,349,209	127.3	979.3	4,174	△ 4,352
福 岡 市	1,091	100.2	2	1,088,617	113.1	997.8	544	△ 547
大 阪 市	2,593	97.9	3	2,648,158	138.0	1,021.3	1,324	△ 1,269
名 古 屋 市	1,707	81.8	4	2,087,884	115.0	1,223.1	1,043	△ 664
北 九 州 市	808	75.9	5	1,065,084	105.4	1,318.2	532	△ 276
広 島 市	678	75.4	6	899,394	106.2	1,326.5	449	△ 229
札 幌 市	964	68.8	7	1,401,758	102.4	1,454.1	700	△ 264
神 戸 市	850	62.2	8	1,367,392	104.4	1,608.7	683	△ 167
横 浜 市	1,615	58.2	9	2,773,822	90.6	1,717.5	1,386	△ 229
京 都 市	817	55.5	10	1,472,993	108.9	1,802.9	736	△ 81
川 崎 市	498	47.9	11	1,040,698	94.1	2,089.8	520	22
計	20,147	83.3	—	24,195,009	—	1,200.9	12,097	△ 8,050