

歯科医療再生に向けて

～自由診療による責任のある予防中心の歯科医療へ～

「民間主導で健康・医療・介護分野の課題を解決する人材育成に関する研究」
熊谷直大主任研究員、渋谷健司研究主幹

はじめに：歯科医師人気の凋落

過去 25 年間、歯学部の入學偏差値は下降の一途をたどっている。私立大学の多くの歯学部は、すでに 15 年以上にわたり定員割れを起こしており、国公立大学の歯学部でも、下位グループでは、2024 年の河合塾偏差値で、52.5（歯学科）まで下がった[1]。一般的には、歯科医師数が増え過ぎ、歯科医が稼げにくい職業となってきたことで歯学部人気は下降していると分析されている。

確かに、2022 年の世界主要国の人口当たり歯科医師数 国別比較統計・ランキングによれば [2]、日本の歯科医師数は、人口 1000 人当たり 0.82 人で、OECD 諸国の中で 13 位に位置している。これは比較的多い方であるが、12 位以上にはイスラエル、ドイツ、ノルウェー等の 1 人当たり GDP が日本より上位の国が並ぶ。長年、世界の歯科を牽引してきたスウェーデンでも人口 1000 人当たり 0.77 人で 15 位と、日本と大差はない。

人口当たり歯科医師数(2022年Health care resources, OECD)

順位	国名	人/千人	順位	国名	人/千人
1	コロンビア	1.65	21	デンマーク	0.72
2	キプロス	1.2	22	ラトビア	0.71
3	ブルガリア	1.15	23	フランス	0.68
4	ルーマニア	1.15	24	オーストラリア	0.65
5	リトアニア	1.1	24	カナダ	0.65
6	エストニア	1.1	26	オーストリア	0.61
7	クロアチア	0.96	26	スペイン	0.61
8	ポーランド	0.92	26	米国	0.61
9	イタリア	0.89	29	オランダ	0.57
10	ノルウェー	0.88	30	スロバキア	0.55
11	ドイツ	0.85	31	韓国	0.54
12	イスラエル	0.84	32	ニュージーランド	0.51
13	日本	0.82	33	トルコ	0.5
14	アイスランド	0.79	34	イギリス	0.49
15	スウェーデン	0.77	35	アイルランド	0.46
16	ベルギー	0.76	36	スイス	0.41
17	ハンガリー	0.75	37	メキシコ	0.12
18	フィンランド	0.74	(データ無し) ルクセンブルク		
18	スロベニア	0.74			
20	チェコ	0.73			

日本より人口当たり歯科医師数が多い国々で歯科医師が人気職業であることを踏まえると、単純に歯科医師数が多いことが歯科医師の所得低下や人気低下の原因とする考え方は懐疑的だ。日本で確かな健康へと導いてくれる歯科医に出会うことは、美味しいレストランを見つけるより難しいと感じている一般市民は多いのではないだろうか。この現状は、多くの人が過去に経験した歯科治療に対する不満や悪い印象に起因していると考えられる。最近では歯科の将来を見限った歯科医師の親たちが、子どもと一緒に医学部の進学説明会に殺到していると聞く。日本の歯科医療がこのように凋落することは誰も望んでいなかったであろう。問題の本質は、日本の歯科医療の質の低さや信頼の欠如にあるのではないだろうか。

世界で歯科医師は人気職種

一般的に、職業の人気は収入、働きやすさ、職務内容に大きく影響される。世界各国では、医師と歯科医師の収入は同等に高く、医師のように宿直や週末勤務がないため、歯科医師の方が医師よりも人気が高いことが多い。例えば、ドイツでは、労働環境の観点から歯科医師の方が医師より人気があり、収入も歯科医師の方が良い。歯学部に入学するためには、上位1%以内（偏差値74以上）の成績が必要とされている[3]。歯科医療先進国のスウェーデンでは、医学部に入るためには上位0.5~1.4%（偏差値76~72）、歯学部に入るためには、上位2%（偏差値70）の成績が必要となっている[4]。

米国では、医学部・歯学部ともに非常に競争が激しく、医学部に入るためにはGPA4点満点中平均3.75[5]、歯学部に入るためには平均3.61が必要である[6]。アジア地域でも同様の傾向が見られる。韓国では、医学部に入るためには、上位0.3~2%（偏差値77~70）、歯学部に入るためには、上位0.3~2.2%（偏差値77~70）の成績が必要であり[7]、香港でも医学部より歯学部の方が人気があり、入学が難しいとされている。このように、収入、働きやすさ、知的職務内容に恵まれた歯科医師は、世界各国で非常に高い人気を誇っている。

歯科医師の置かれた状況：日本、スウェーデン、米国の比較

ここで、日本の歯科医師の収入と働き方を分析するために、スウェーデン、米国と比較してみたい。歯科医療は、日本のように公的保険診療が主体の国よりも、自由診療が主体の国の方が多（スウェーデンは、歯科医師が自由に診療費を設定でき、そのうちの決められた額を公的保険が負担、米国も歯科医師が自由に診療費を設定し、そのうちの一部を民間保険や、公的保険が負担する）。歯科は医科と比べて財政上の優先度が低いことと、歯科では自由診療でも医科ほど高額になることは少ないためと考えられる。

歯科医師の平均年収は、日本では、個人診療所勤務医550万円、医療法人勤務医670万円、個人開業医1200万円、法人診療所院長1500万円である。スウェーデンでは、勤務医推定60万SEK（780万円）、個人開業医推定115万SEK（1495万円）、歯科医師2人以上の開業医

では推定 225 万 SEK (2925 万円) である。米国の場合、勤務医 18 万ドル (2160 万円)、個人開業医 23 万ドル (2760 万円)、歯科医師 2 人以上の開業医では平均 26 万ドル (3120 万円) である。また、個人歯科診療所の平均年間収益は、日本では 4800 万円、スウェーデンでは推定 300 万 SEK (3900 万円)、米国では 90 万ドル (1 億 800 万円) である。(1SEK13 円、1 ドル 120 円換算)

労働環境を見ると、全歯科医師の平均勤務時間は、日本で年間 2040 時間、スウェーデンで年間 1700 時間、米国で年間 1753 時間で、毎月の勤務日数を 20 日とすると、1 日当たりそれぞれ日本で 8.6 時間、スウェーデンで 7.1 時間、米国で 7.3 時間である。[\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[12\]](#)

患者満足度が低く、歯科医師の自己犠牲で成り立つ日本の歯科医療

日本の歯科保険診療における患者 1 人当たりの平均単価は、患者窓口負担と国からの診療報酬合わせて約 8000 円である[\[13\]](#)。仮にすべて保険診療で診療を行っている場合、日本で個人開業の歯科医師は、1 日当たり 25 人の患者を診ている計算になる。1 日勤務時間から準備、片付けのための時間 0.5 時間を引いて、1 日診療時間を 8.1 時間で計算すると、患者一人当たりの診療時間は 19 分となる。歯科では、患者の入れ替えごとに清掃消毒が必要であるために、実際の診療時間はさらに短くなる。

一方、スウェーデンでは、歯科医師の診療単価は、1 時間当たり推定 1850SEK (2.4 万円)、米国では、歯科医師の診療単価は、1 時間当たり 423 ドル (5 万円) である[\[10\]](#) [\[11\]](#)。スウェーデンにおいて、個人開業の歯科医師は、1 日当たり 6.8 人、米国では個人開業の歯科医師は、1 日当たり 8.9 人の患者を診ている計算になる。スウェーデンと米国の 1 日の診療時間を同じく 0.5 時間引いてそれぞれ 6.6 時間、6.8 時間とすると、スウェーデンの患者 1 人当たりの診療時間は 58 分、米国の患者 1 人当たりの診療時間は 46 分となる。

日本の歯科保険診療システムにおける診療単価は、米国の 6 分の 1、スウェーデンの 3 分の 1 程度であり、その結果、国際標準より患者 1 人当たりの治療時間が 1/3 から 1/2 で労働時間が長く、治療の質が下がることは避けられない。また材料費や消毒滅菌費は患者ごとにかかるために、患者数が多い日本の保険診療の方では必要経費も上昇する。診療終了後は、カルテ記載などの事務処理も患者ごとに必要となる。このように、日本の保険診療制度は歯科医師の自己犠牲に支えられており、患者満足度の低さや治療の質の低下が問題となっている。

そこで、今後国が歯科の保険診療報酬を現在の 3 倍から 6 倍に引き上げられるかと言えばそれはできないであろう。今年の診療報酬改定は、+0.88%であった。

日本では、歯科医療には以前から自由診療が取り入れられており、近年では自費診療収益を増やすことが、歯科の経営上必須となっている（日本の歯科診療所では保険診療収益が、個人診療所で平均 83%、医療法人診療所で 71%であり、自由診療部分は 17~29%となっている[8]）。

しかし、日本での自由診療は、基本的に保険診療の流れに沿って行われ、最終的な補綴物の装着など一部の治療が保険から自費に移行する形態となっている。つまり、患者は装着日の支払いが自費になったというだけで、治療の質は材料の違いを除けば保険診療と変わらない質の低い短時間治療を受けていることが多い（自費診療で保険診療では使えない良い材料を使っても、短時間治療の結果として、例えば虫歯が取りきれていなかったり、補綴物がぴったりしていなかったりすれば、その歯にはすぐ虫歯や歯周病が再発するので、患者は自費診療費を支払った分だけの利益が得られない）。

このような制度が、日本の歯科医療が世界の歯科医療と比べて、患者からの評価、歯学部・衛生士学校の人気度、歯科医療従事者の専門知識・技術、平均年収、診療所での就業満足度、診療費の価格、どの側面で比較しても低い状況を生み出している。日本の歯科医師は国際競争にさらされることがないため、保険制度の下でただ速いスピードで治療を行うことが、自分たちの技術の高さだと思い込んでしまっている。しかし、実際は、患者一人一人に適切な時間をかけなければ、患者の健康を長期に維持できるような質の高い診療は行えない。歯科医師は、短時間でのスピード診療に慣れすぎてしまい、問題の本質に気づかず、歯科医師会や歯科医師連盟などを通じて微々たる保険診療報酬上げを政治家に要求するにとどまっている。これでは、歯科医療の価値と歯科医師の能力のギャップはいつまでも埋まらないであろう。現状から抜け出す展望は描けておらず、2024 年 1-6 月には、働き方改革・円安・インフレの影響もあり、歯科医院の倒産・廃業数が過去最多となり、その数を大幅に更新した[14]。

治療をできるだけしなくて済む状況にできる歯科医療に価値がある

国内における一例として、地方都市にある歯科 A を挙げる。歯科 A では、以前から患者の健康を考え、保険診療も時間を 1 人 1 時間確保し質の高い診療を行ってきた。しかし、このような診療は行えば行うほど赤字になる。そこで、そもそも患者が虫歯や歯周病で治療が必要にならないように、自由診療による質の高い予防システムに移行した。これにより、患者 1 人当たりの治療機会を減らし、どうしても治療が必要な場合には、できるだけ自由診療による質の高い治療を受けてもらう方針を採用している。また、保険診療も必要な場合には患者が受けられるような仕組みを維持している。

診療所内では、予防メンテナンスを定期受診している患者が優先され、受けていない患者にはその重要性を丁寧に説明し、予防受診を促している。質の高い予防を行えば、虫歯・歯周病の治療機会を減らせることが分かっているからだ。例えば、歯科 A で長期にわたり予防

を行った患者のデータでは、ブリッジ（被せ物）の治療を受けた患者の20年後の再治療率は4%に過ぎない[15]。世界の系統的レビューでも6年後以降でブリッジの再治療率が20%であることを考慮すると[16]、質の高い予防の絶大な効果を示している。さらに歯科Aに5歳以前から来院する患者では85%が20歳で虫歯が1本もない状態を維持している。歯科Aで20年予防を行った全世代の歯の平均喪失本数は0.9本である。

このように、質の高い予防を行うことで、虫歯と歯周病の治療の必要性は大幅に減少する。仮に1回の歯の予防メンテナンス費用を米国、スウェーデン並みの20000円としても、3か月ごと年4回を80年間では総額640万円、4か月毎の年3回では480万円、6か月毎の年2回では320万円である。

さらに虫歯や歯周病がないところに、ホワイトニングなどの審美治療や、歯並びを治す矯正治療などの新たな自由診療の需要が生まれている。

この結果、現在、歯科Aでは自由診療収益が75%、同じシステムで診療を行う東京都心にある歯科Bでは自由診療収益が98%となっている。保険診療以外の価値の高い歯科診療を望む患者は、日本の地方にも都会にも潜在的に多く存在しており、歯科Aの年間延べ来院患者数は27000人、歯科Bの年間延べ来院患者数は7000人である。

歯科Aでは、病気にならないように予防を重視し、治療がメインの保険給付を受ける機会を減らすことで、患者は自費で歯の予防メンテナンスを受け、消費税を支払い、診療所は国に消費税を納付し、それが社会保障財源となっている。これにより、自分の健康な歯を維持し、生涯の医療費を減らすという、社会保障制度の維持に寄与する好循環が生まれている。

予防を中心とした自由診療は質の高い診療を提供できるが、保険制度を前提としないため、診療システム自体の変更が必要となる。つまり、日本独特の診療システムから国際標準の診療システムへの移行が求められる。そのため、保険診療用に育成された歯科医師や医療スタッフでは、自由診療を行う能力が不足しており、歯科AやBでは採用と育成に多大な困難と労力を経験している。

高品質な自由歯科診療を実現するために

そこで歯科医療界がこのような困難を克服していくためには、保険診療を行わない、国際レベルの質の高い自由診療を提供する歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を輩出する育成システムが必要と考える。仮にこれを「スーパーデンタルスクール（4年制）」と呼ぶことにしよう。入学条件は国内外の大学卒を対象とし、理系・文系は問わないが、英語力は、最低限英検1級レベルを必要とする。学生が大学の中で開業医の自由診療料金の半額程度で患者に診療を行えるようにする。

教官は、可能な限り日本の歯科医療界と利害関係のない日本に永住権のない外国人を起用し、数年ごとに入れ替わる。学生が質の高い自由診療を行う臨床家から教育を受けるために、日本人教官はパートタイムで、大学外で診療を行う医療機関の管理者であることを必須とする。授業は日本人教官も含めてすべて英語で行う。自由診療の診療所運営に必要な経営学と臨床研究も4年間で学ぶ。臨床研究の国際誌掲載と米国などの国家試験合格も卒業要件とする。

スーパーデンタルスクールは、民間資金による私立学校として新設し、0からブランドを育てる。良い教師と学生がいれば、その瞬間に良い学校は生まれる。卒業者は、日本の国家試験受験資格だけでなく海外の国家試験受験資格も得られるよう各国と調整する。留学生と歯学部既卒者向けのコースもつくることで、多様な人材を集めることができれば、さらに優秀な人材は集まる。

このスーパーデンタルスクールにより、4年後には保険に頼らない、高品質な自由診療を提供できる質の高い歯科医師を日本で育成することができる。予防を主体とする質の高い歯科医療の選択を日本に増やすと同時に、海外にも展開できる。また、日本の歯科医師免許取得者が海外の歯科医師免許も持っているとして外国人の患者が自由診療で治療やメンテナンスに訪れることも可能になり、医療のインバウンドの促進にもつながる。国際的な医療交流が活性化し、共同研究や治験の推進が期待されることにより、日本の医療技術の進歩と革新が促進され、国民はその恩恵を得ることができる。

日本は2060年までに、医療・介護の社会保険料率が2019年の50%増になると予測されている[17]。毎月社会保険料を支払っている歯科診療所経営者は、現行の保険制度診療報酬に従って診療を続けることがもはや持続不可能であることを瞬時に理解できるはずだ。スタッフ給与から天引きされる保険料も50%増となる。社会保険加入対象者は今後さらに拡大し、保険診療による診療報酬単価が今より減る可能性もある。さらに、インフレの影響により、診療の質が低下し、無理な歯科治療により健康を害する患者が増える可能性もある。こうした観点から、我々は次の提言を行いたい。

提言：「国民皆保険制度維持のために、知識と技術のある歯科医や経済負担の可能な患者は、自発的に保険診療主体から、予防を前提とした自由診療主体へと移行すべきである。」

その理由として、歯科Aのこれまでの取り組みから、地方においても自由診療の需要があり、各地でこの移行を積極的に行うことで、患者に以下のような利点をもたらすと考えるからである。

【予防を前提とした自由診療への移行による利点】

- 自由診療での予防メンテナンスを主体とすることで、口腔疾患や全身疾患の発症を減らし、保険給付を減少させることができる。
- 保険財源利用を減らすことで、本当に保険診療が必要で困っている患者へ財源を回すことができる。
- 一般歯科診療レベルでは自由診療で行っても、入院手術などのように高額にはなりにくく、予防メンテナンスならなおさらである。経済的に負担可能な方には、自由診療によって保険診療を上回る健康結果を提供し、満足してもらうことが可能となる。一方、経済的負担が難しい方には保険診療を利用してもらうことができる。
- 自由診療により、歯科医師は地域状況に応じた適正かつ柔軟な価格設定ができ、患者の健康を向上させることができる。また、歯科医師や医療スタッフの収入や生活水準を国際水準に引き上げることができる。
- 自由診療費を支払っている患者の期待により、能力不足の歯科医師、歯科衛生士、その他スタッフに学び直しや市場からの撤退を自然に促すことができる。
- 自由診療収入には消費税が発生するため、その納付が新たな社会保障財源となる。
- 民間医療保険の開発など周辺産業の経済発展、それによる税収増が見込まれる。

今年の診療報酬改定では、診療報酬がプラス改定でも歯科医の収入は減少する兆候が、明確に見られた。歯科医療が凋落している現状は、国際的な例を見ても、保険制度からの脱却によって再生が可能であることを示している。質の確かな自由診療への移行が進めば、患者や国民、そして政府からも信頼を得ることは可能である。

引用

- [1] 2024 年度入試難易度予想ランキング表 (国公立大), 河合塾
- [2] Health care resources, OECD
- [3] hochschulstart.de, <https://hochschulstart.de/>
- [4] Swedish Council for Higher Education, <https://www.uhr.se/en/start/>
- [5] The Princeton Review, <https://www.princetonreview.com/med-school-advice/gpa-for-medical-school>
- [6] SHEMMASSIAN ACADEMIC CONSULTING
<https://www.shemmassianconsulting.com/blog/how-hard-is-it-to-get-into-dental-school>
- [7] エデュジンインターネット教育新聞,
https://www-edujin-co-kr.translate.google.com/news/articleView.html?idxno=36380&x_tr_sch=http&x_tr_sl=auto&x_tr_tl=ja&x_tr_hl=ko&x_tr_pto=wapp
- [8] 第24回医療経済実態調査 (令和5年実施), 厚生労働省
- [9] 令和5年賃金構造基本統計調査, 厚生労働省
- [10] Statistics Sweden, <https://www.scb.se/en/>
(現地在住歯科医師らからのヒアリングを元に筆者算出)
- [11] [Income, gross billings, expenses, characteristics - 2023 results](#) - Survey of Dental Practice report, American Dental Association
- [12] [Update on Net Income of General Practitioner Dentists - 2023 data](#) - key messages slides, American Dental Association
- [13] 令和5年度 歯科医療費(電算処理分)の動向, 厚生労働省
- [14] 「歯科医院」の倒産・休廃業解散動向調査 (2024年1-6月), 帝国データバンク
- [15] Miyamoto T., Takashi K. et al, [Treatment history of teeth in relation to the longevity of the teeth and their restorations: Outcomes of teeth treated and maintained for 15 years](#), J Prosthet Dent 2007;97:150-156
- [16] Torabinejad M. et al, [Outcomes of root canal treatment and restoration, implant-supported single crowns, fixed partial dentures, and extraction without replacement: A systematic review](#), J Prosthet Dent 2007;98:285-311
- [17] 小黒 一正, [2019年度から2060年度で医療の社会保険料率が5割増の可能性も](#), 東京財団政策研究所 Review, May 10, 2024

歯科医療再生に向けて ～自由診療による責任のある予防中心の歯科医療へ～
2024年10月

<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=4580>



熊谷直大主任研究員



渋谷健司研究主幹

「民間主導で健康・医療・介護分野の課題を解決する人材育成に関する研究」

https://www.tkfd.or.jp/programs/detail.php?u_id=66



東京財団政策研究所
THE TOKYO FOUNDATION FOR POLICY RESEARCH

〒106-6234

東京都港区六本木 3-2-1 六本木グランドタワー34階

<https://www.tkfd.or.jp>

※本 Review の内容や意見は筆者個人の見解であり、当財団としての見解を必ずしも示すものではありません