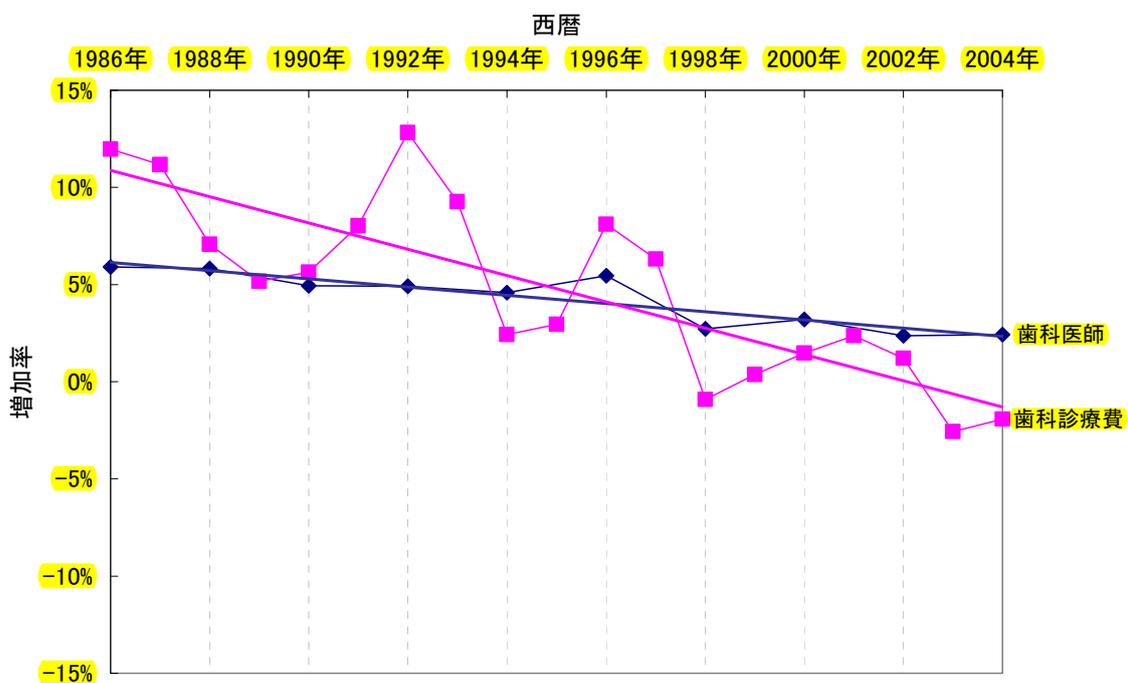


## ② 歯科医師と患者の需給関係の推定

ここまで、需要停滞（患者数の減少、医療費の伸び悩み）に対して供給増（歯科医師の増加、歯科診療所の増加）が歯科医院経営に影響を及ぼしていることを検証してきた。さらに本節で、歯科医師の需要と供給の関係について検証を行う。先に述べたように、1965年に厚生労働省は、地域における歯科医師不足の解消を目指して人口10万人当たりの歯科医師数の目標を50人と定めた。この目標は1985年までに達成すると定め、実際に1984年に50人以上を達成した。

人口10万人当たりの歯科医師数目標50人という目標は、歯科医師不足を解消するために打ち出された目標であるため、適正水準かどうかを歯科経営の観点から考え直す必要がある。1965年と現在では、「人口構成の高齢化」「疾病構造の変化」「歯科医学・医術の技術革新」「所得・消費水準の変動」「国民の健康意識」等を要因として、歯科医療に対する需要に変化があると想定できる。すなわち、人口10万人当たりの歯科医師数が50人を越えていることを原因として、歯科医師の供給過多を指摘することはできない。そこで、歯科医療費の増加率と歯科医師数の増加率を比較することで、医療費の増加率が歯科医師の増加率を上回っている、すなわち「供給増を需要増でカバーしている限りは供給過多にならない」との仮定に基づき需給関係を調べる。図表1-21に歯科医療費の増加率と歯科医師数の増加率の関係を示す。なお、グラフ中の直線は近似直線である。この結果から、1996年前後を境にして、需要と供給の関係が逆転しており、経営の観点から見ても、歯科医師過剰になっていると言える。

図表1-21 歯科医療費の増加率と歯科医師数の増加率の関係



次いで、歯科医師の供給過多によって、歯科医院の稼働率にどのような変化が生じているのかを推定する。推定に際しては、歯科診療台当たりの患者数を算出することで行う。歯科診療台の推移と稼働率の推定結果を図表 1-22 に示す。この結果より、1996 年を 100%とした場合、2002 年は 83.2%とマイナス 16.8 ポイントとなっており、1996 年と比較して歯科の稼働に余裕が生じていることが分かる。ただし、今回の稼働率の推定においては、患者一人当たりの診療時間に関する有意な統計値が得られなかったことから、患者一人当たりの診療時間が延びている可能性（インフォームド・コンセント<sup>2</sup>の実施など）は考慮されていないことに留意する必要がある。

図表 1-22 歯科診療台の推移と稼働率の推定

	1996 年	1999 年	2002 年
① 歯科診療台数	191,489	197,520	203,005
② (再掲) 歯科診療所数	59,357	62,484	65,073
③ (再掲) 歯科患者数(千人)	1301.6	1149.7	1147.9
④ 診療所あたりの歯科診療台数 ※①÷②	3.23	3.16	3.12
⑤ 歯科診療台あたりの患者数 ※①÷③	6.80	5.82	5.65
⑥ 1996 年を 100%とした稼働率	100%	85.6%	83.2%

※「医療施設調査」(厚生労働省) 統計値を元に作成

本節での考察により、経営の観点からみても歯科医師の供給過多の状況が始まっていることが確認できた。歯科医院経営としては、減少傾向の患者をいかにして増やすかが鍵となり、そのためには、差別化や CRM の実践が重要となる。

### 3. 歯科医院経営に関わる法・制度等の概況及び動向

歯科医師は専門的知識や技能が高く問われる職種であり、国民の健康維持管理を扱うため、その社会的な責任も大きい。そのため歯科医師経営に関しては、法規制や制度による制約を受けており、経営面への影響も大きい。そこで、本節では歯科医院経営を取り巻く法規制、制度などについての調査を実施し、その結果について述べる。

<sup>2</sup> 治療の内容についてよく説明を受け理解した上で(informed)、施行に同意する(consent)事である。日本では 1997 年(平成 9 年)の医療法改正によって、医療者は適切な説明を行って、医療を受ける者の理解を得るよう努力する義務が明記された。