

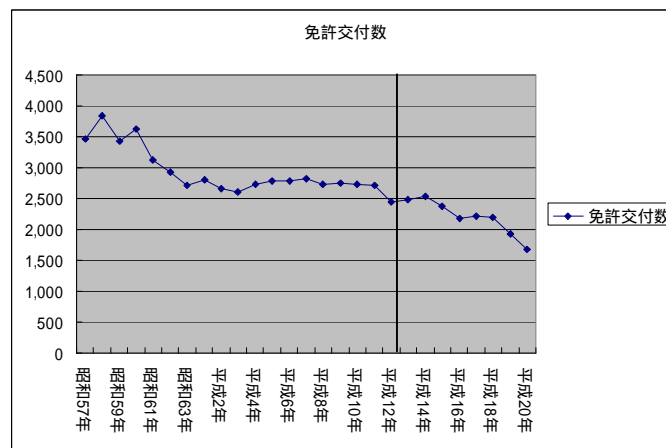
「歯科技工士問題の改善を目指して」

第9章 改善策の模索

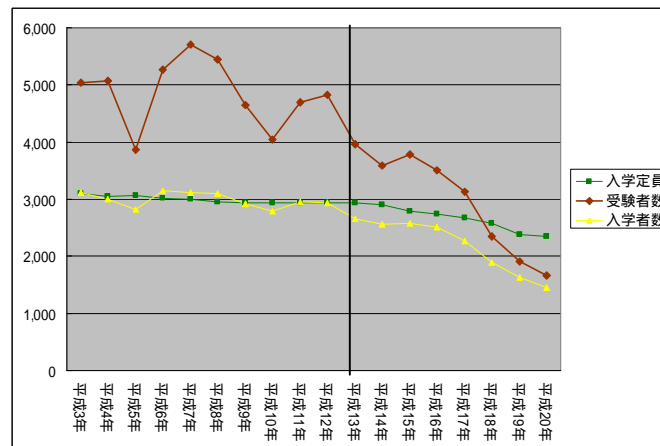
2 集約化と協同組合構想

【歯科技工士免許交付】

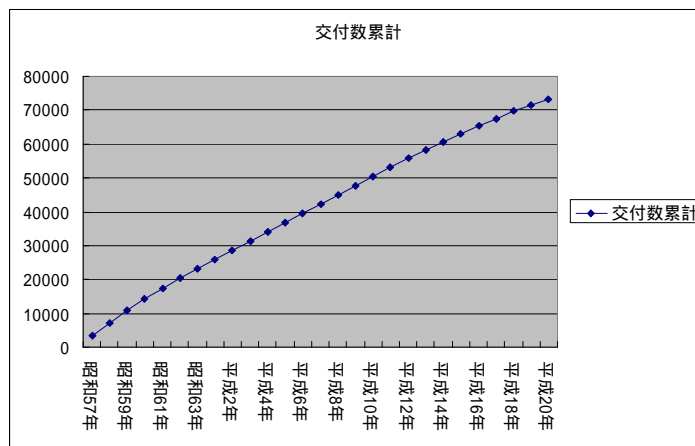
昭和 56 年に大臣免許となった時から免許交付数がカウントされるようになりました。



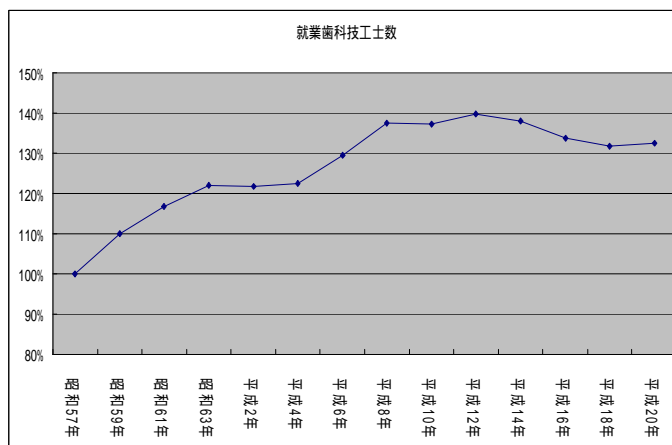
免許交付数は、昭和 63 年以降しばらくは大きな変化は見られませんでした。平成 12 年以降は年々減少傾向となってきました。これは、歯科技工士養成学校の入学者が減少し、入学者数が入学定員割れするようになってきたことによります。（下のグラフは歯科技工士養成学校の入学状況）



昭和 57 年以降の歯科技工士免許取得者の累計は以下のグラフの通りとなっています。
 (単に、免許交付数の累計であり、死亡者については考慮されていません。)



一方、就業歯科技工士数の推移は次のようになっています。

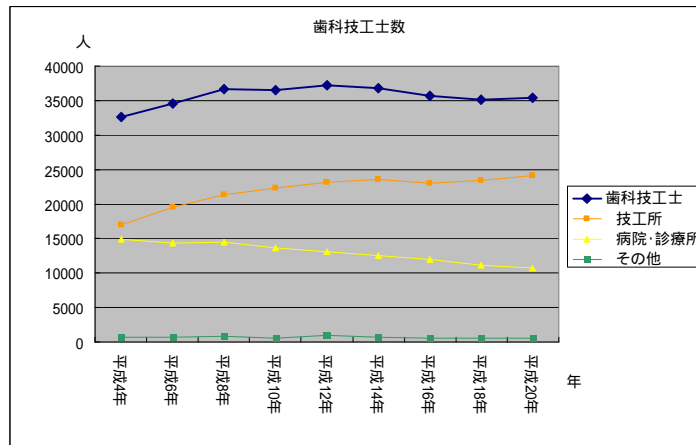


平成 8 年以降は暫減となっています(ただし、平成 20 年は平成 18 年と比較してわずかに増えています。)。就業歯科技工士数が伸びていない原因としては、歯科疾患構造の変化(歯科の鑄造歯冠修復、歯冠補綴、ブリッジ・義歯による欠損補綴の減少)があることが大きいでしょう。

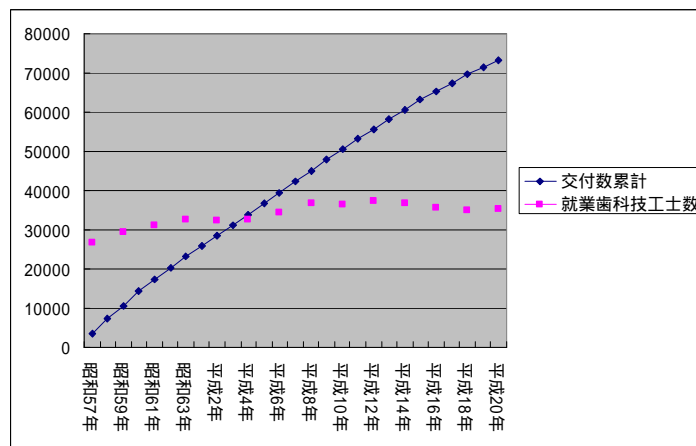
そして、もう一つには、歯科医院の経営が苦しくなってきたことによる治療内容のシフト、すなわち経費のかかる修復・補綴を避けた結果によるものも幾分かはあるでしょう。(後者の割合は少ないかもしれませんが、解析は不可能です。歯科疾患構造の変化については、後のページで、グラフで示します。)

【就業歯科技工士数】

近年は、病院・歯科診療所勤務の就業歯科技工士が減少し、歯科技工所勤務の就業歯科技工士が増えてきています。（歯科技工所勤務といっても、一人技工所から大規模技工所まで様々な形態があります。）



歯科技工士免許取得者数累計と就業歯科技工士数を並べて表示してみます。

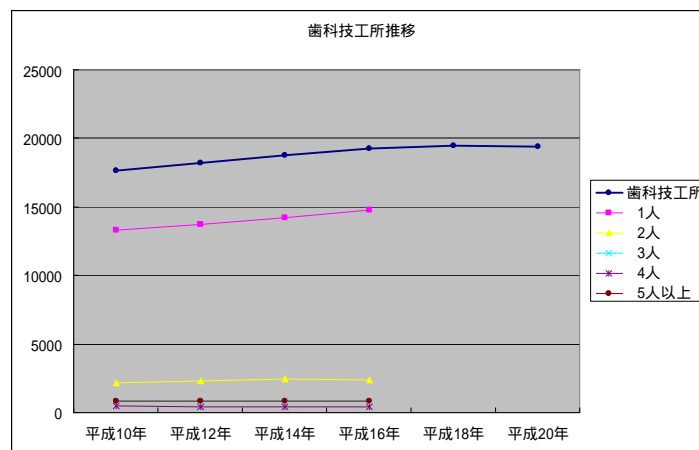


免許取得者累計が伸びていっているのに、就業歯科技工士数は、それほどは増えていません。かなりの数が、歯科技工士という職業から離れているのがわかります。

これだけ、歯科技工士免許取得者が現場から離れていても、「現場は苦しい」といいながらも業界は成り立っています。このことを考えれば、歯科技工士免許の交付数が多すぎるといえるのではないのでしょうか。過剰な歯科技工士免許交付は、資格の価値の低下にも繋がります。資格の価値が低下すると、当然経済的体力も低下してしまいます。

現在は、需要を上回る数の歯科技工士を作り出しているといえます。勿論競争は必要ですが、行き過ぎた競争は業界に歪が生じてしまいます。今、歯科技工業界は、正にそういった状況に陥っています。技工物需要が減少してきて、これからもその傾向が継続することが予想される中、歯科技工士免許取得者の適正数についての検討が必要ではないでしょうか。(第9章1参照)

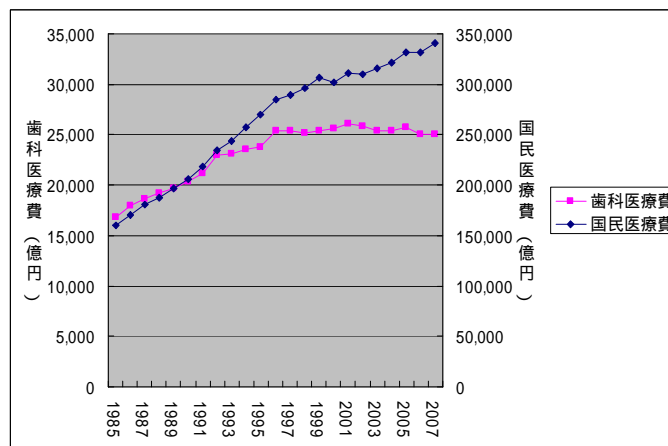
一方で、歯科技工所数は増えてきています。中でも増えてきているのは、一人技工所です。



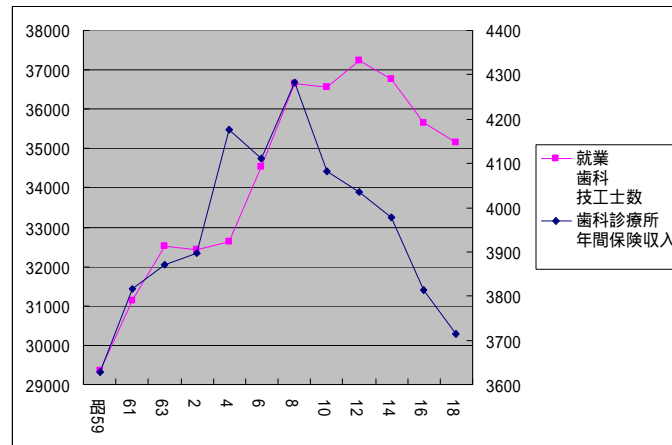
就業歯科技工士数が漸減であるのに歯科技工士所が増加していることは、規模の拡大による効率化の逆の道を行く、小規模歯科技工所が増えているということです。ここにも、今の歯科技工士問題の原因が潜んでいそうです。

【歯科医療費と歯科技工】

歯科医療費は、平成8年ころから伸び悩んでいます。

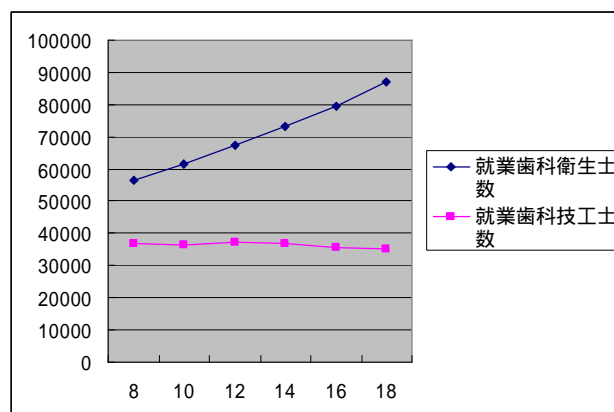


この「平成8年」は、就業歯科技工士数の伸びが止まったところとほぼ一致しています。歯科診療所一軒当たりの収入と就業歯科技工士数を並べ比較してみます。



歯科医療費が伸び悩む中でも歯科診療所数は増え続けていますから、当然歯科診療所の収入は減少傾向にあります。こういった歯科診療所の経営状態の変化が、技工物の発注にも影響を与えているのかもしれませんが。

歯科医院の経営が苦しくなると、経費を抑えるため、たとえば、インレーからCR充填、補綴より歯周というシフトはある程度は出てくると思われます。「診療行為の変化」は、国民の口腔衛生状態の変化だけでなく、歯科医師の誘導の部分も幾分かはあるのかもしれませんが。

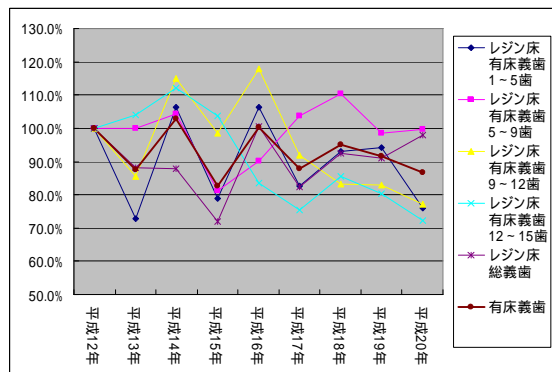
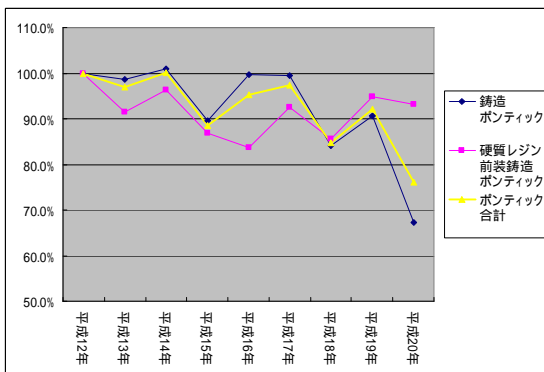
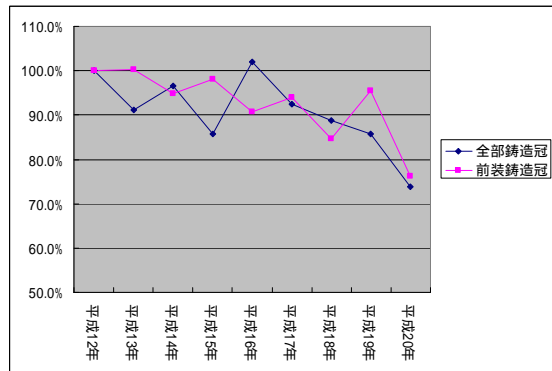
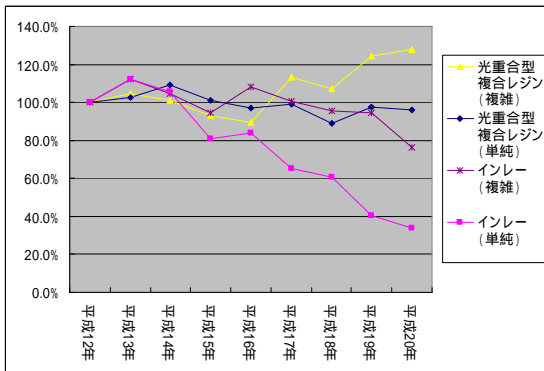
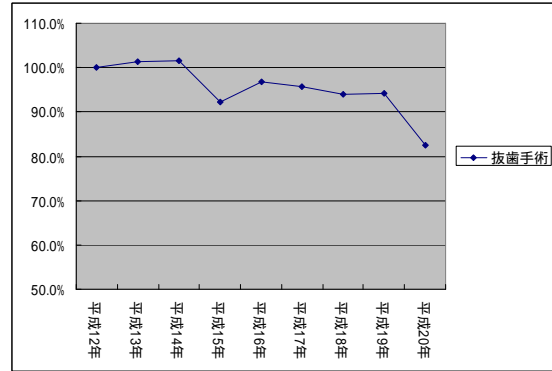
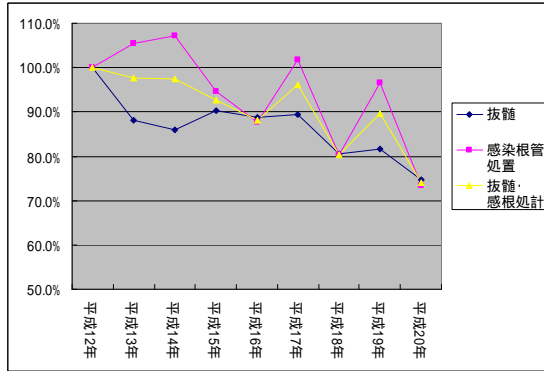


ただ、就業歯科衛生士は、歯科技工士と違い右肩上がりが増えていきます。どちらの職種も求人倍率は高いものとなっています。歯科医院経営が苦しいからというだけでは、就業歯科技工士数の増減を語れない面があることも確かです。

【歯科医療の内容の変化】

歯科疾患の治療回数の推移は次のようになっています。

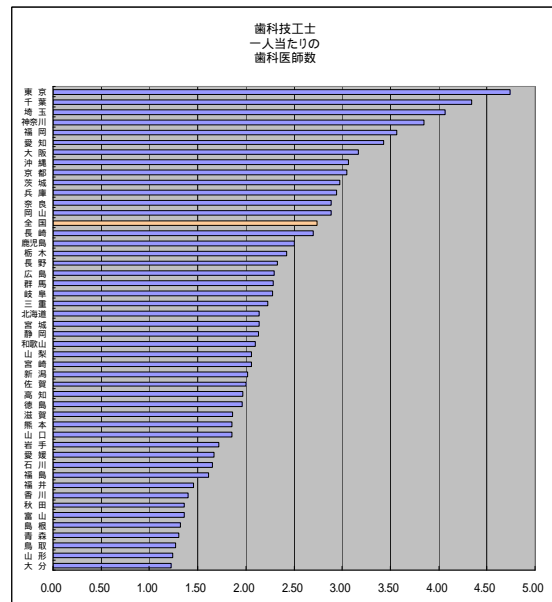
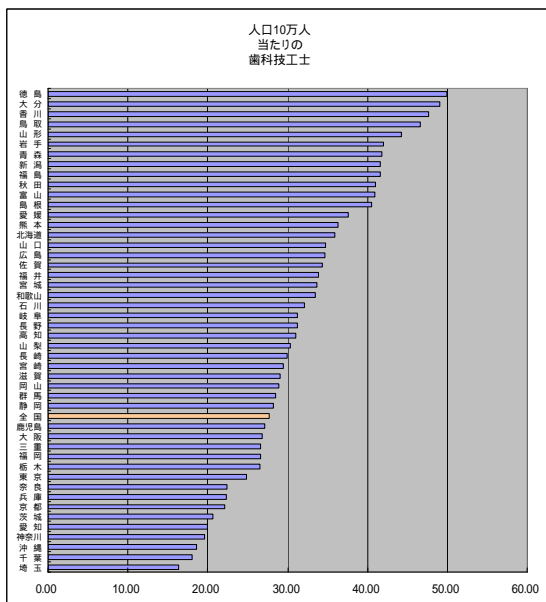
これを見ると、必要とされる歯科技工物の数は減少していることがよくわかります。



【歯科技工所の効率化・大規模化】

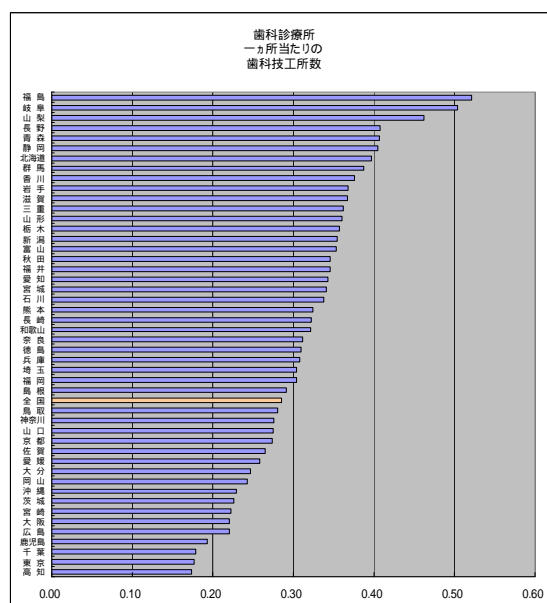
必要とされる歯科技工物の絶対数は、その地域の人口に大きく左右されます。

都道府県部悦の人口10万人対の就業歯科技工士数を見てみると、都道府県により大きな差があることがわかります。(下の左のグラフ。平成20年のデータ。)



人口 10 万人当たりの就業歯科技工士数は、16.35 人から 49.87 人と 3 倍以上の開きがあります。人口 10 万人当たりの就業歯科技工士数が多い所は、歯科技工士一人当たりの必要とされる歯科技工物が少なく、概して経営が厳しいと言えるでしょう。また、歯科技工士一人当たりの歯科医師数にも大きな差があります。(上の右のグラフ)

歯科技工物の取引は、歯科技工所と歯科診療所との間で行われます。両者の数の関係が、技工料金に影響を与えます。歯科医院にとっては、周囲の歯科技工所の数が多いほうが、取引上は有利となります。次のグラフは、歯科診療所一カ所当たりの歯科技工所数です。全国的に見ると、この数値にも大きな差が見られます。



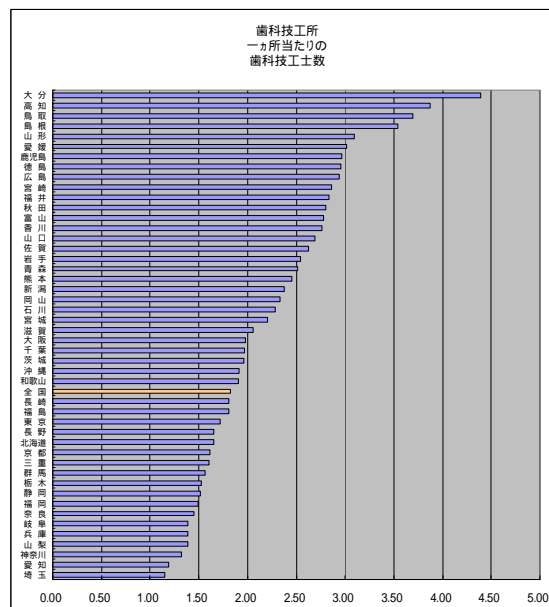
同じ歯科技工士 50 人でも、一人歯科技工所が 50 軒あるのと、25 人の歯科技工士を雇用している歯科技工所が 2 軒では、価格形成には違いが出てきます。

そこで、歯科診療所一カ所当たりの歯科技工所をグラフで示してみます。最低の県と最高の県を比べると、最高の県の歯科医院は、最低の県の歯科医院と比べて3倍くらい選択肢が広く、それだけ取引上は有利であるといえます。(歯科技工所から見ると、逆のことが言えます。)歯科技工所にとっては、歯科技工所の集約化が進み、歯科技工所の数が少ないほうが、歯科医院との取引上は幾らかでも有利な立場を取ることができます。

集約化が進むことは、寡占化が進むこととほぼイコールです。そして、寡占化が進むと、企業間の競争が弱くなり、価格下落圧力が減ることは常識です。歯科技工料金が市場価格であるなら、集約化により下落圧力から少しでも逃れることが、歯科技工所(歯科技工士たち)が取り得るべき方法のひとつではないでしょうか。

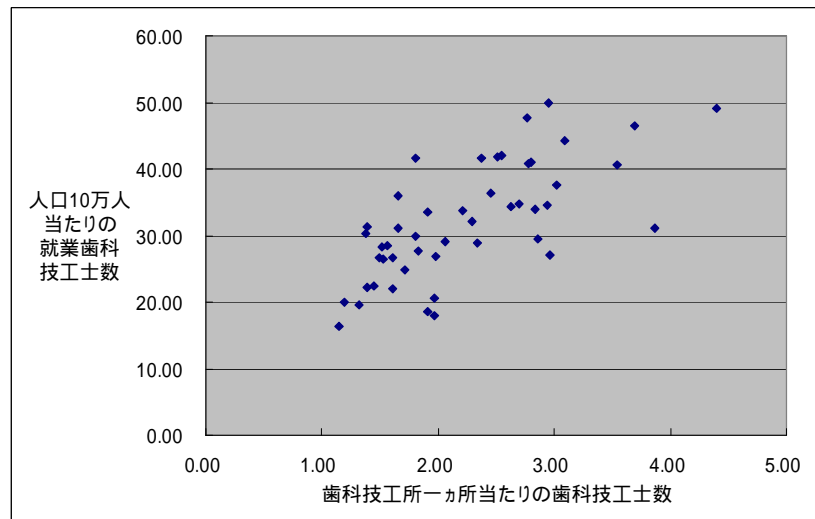
以上の3つのグラフを良く見てみると、都道府県別の順位が異なっていることがわかります。これは、その地域で歯科技工所の集約化(つまりは一人ラボから中規模・大規模ラボへ)がどれだけ進んでいるかによっています。

歯科技工所一カ所当たりの歯科技工士数が多い都道府県は集約化が進んでいることを示しています。



では、こういった都道府県で集約化が進んでいるのでしょうか。

人口 10 万人当たりの歯科技工士と、歯科技工所一カ所当たりの歯科技工士数との関連を見てください。



このグラフを見てわかるように、人口 10 万人当たりの歯科技工士が多い都道府県は、歯科技工所一カ所当たりの歯科技工士数が多くなっているという傾向が見られます。人口 10 万人当たりの歯科技工士が多い都道府県では、歯科技工士一人当たりの技工物の少なくなります。そういった地域では効率化においてはどうしても劣ってしまう一人（あるいは少人数）の歯科技工所は淘汰され、大規模化が進んできているといえるのではないのでしょうか。

【歯科技工所の集約化】

歯科技工所の集約化が進み、歯科技工所数が減少すると、歯科技工所にとっては、歯科医院に対する取引は幾分かは有利に進めることができます。将来的には、歯科医院の集約化も進んでいくことでしょう。低技工料金という歯科技工士の環境が改善するためには、歯科医院の集約化に先んじて行わなければなりません。歯科技工士の集約化が進むと、歯科医院にとっては歯科技工所の選択肢が狭まることになります。単なる需要と供給の関係だけではなく、この選択肢の数も価格形成に影響を与えるはずです。歯科技工所の集約化は、これからの歯科技工所経営環境改善にははずせないでしょう。

ただし、集約化によって歯科医院の選択肢が減れば受注競争は減るでしょうが、より占有率を高めるため受注を増やすところが多く出てくるようであれば、価格はあまり上昇しないことに留意が必要です。

歯科技工というものは、労働集約型産業の典型です。労働集約型産業というのは、労働者一人当たりの固定資産額が小さく、労務費率が高く、そして人的サービスによるものから、労働生産性は低くなります。

労働集約型の場合、人件費率が高くなるので、生産性を高めるには、1．価格を上げる。2．人件費を削減する。3．作業効率性を高める。の三つが考えられます。

1．の「価格を上げる」ことが叶わないのであれば、2．の「人件費削減」は、不足した人員のままに作業を行うか、被雇用者の給与を下げるか、3．の「効率性を高める」ためには、機械化によるのでなければ、工程の簡略化や長時間労働で補うなど、結局は「いやならやめろ」と言わんばかりの問題が生じ、これが歯科技工士の直面することとなっています。

一言で歯科技工物といっても、クラウンブリッジのみ、デンチャーのみ、またその両方、加えて歯科医療機関における自由診療補綴物の取り扱いの有無と、それぞれが生産性の向上を目的として、歯科技工所は自由な選択を行っています。

さて、ここで資本の集約を行えばどうでしょう。一般に資本の集約を行えば、機械化や高度化への対応も、人的資源の確保も有利になります。顧客である歯科医療機関の望むものへの適応範囲が広がります。また価格交渉力のある程度確保することも可能でしょう。

これに対して歯科技工士サイドからは、歯科技工所が集約化するだけでは国民に対して然程のメリットはなく、歯科医院が集約化してこそ効率化がなされるのではないかという意見が出てくると思います。歯科医師過剰が共通の認識となっただけの経営者、つまり歯科医院の開設者が必要であると考えている人は少ないでしょう。選択と集中によって歯科医療機関が、物的資源のみならず、あらゆる人的資源を潤沢にする、専門医も含め歯科医師が多数いる、歯科技工士も複数いて、中にはマイスターレベルの人がいる。歯科衛生士も同様で、もちろん士長がいる。またそれはチェーン展開かも分かりませんし、サテライト形式かも知れません。患者の利便性、効率化、高度化全てを考慮すれば、プライマリケアも高度な補綴も、また介護領域に関しても、ワンストップの大規模歯科医療機関というのはメリットがあるでしょう。更に、その代で終わらないでカルテが持ち越せるでしょうし、資金の確保と投入も行いやすいでしょう。そして規模が大きくなると、ブランド化には有利で、万が一の時には失うものも大きいので、コンプライアンスの確保にも躍起になるでしょう。また、歯科医院の集約化や大規模化というのは、材料商に対しても外注歯科技工所に対しても、先に価格交渉力を確保するというのも忘れてはなりません。

一方の歯科技工所にとっては、技工所の集約化といっても、現実的な話として一般企業の経営統合のような話をされても絵空事にしか思えない、また技工物の集配に時間がとられることに目をつけた中間業者に対する反感や疑問といったこともあるのではないのでしょうか。

歯科技工所の集約化は、なにも技工料金をUPするためだけが目的ではありません。それ

どころか価格競争力も目的のひとつなのです。集約化は効率化に直結します。そうなれば、たとえ売上が変わらずとも利潤は増えるわけです。国民の負担を上げないためにも歯科技工所の集約化はこれから先、求められていくことは間違いのないことでしょう。

そこで次のような考えも持ち上がってきます。

【協同組合構想】

集約化は、資本だけに限りません。例えば、農協に代表される協同組合があります。

協同組合（きょうどうくみあい）は、共通する目的のために個人あるいは中小企業者等が集まり、組合員となって事業体を設立して共同で所有し、民主的な管理運営を行なっていく非営利の相互扶助組織。連帯経済の主要な担い手である。

<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%8D%94%E5%90%8C%E7%B5%84%E5%90%88>

この協同組合が、共同受注をすることで、価格競争力を持つことができます。材料等を協同購入すれば、支出の面でも価格競争力を持ちます。技工物の受注は、一年を通して平均してあるものではありません。複数の技工所が受注を分け合うことで、受注量の安定化を図ることもできます。営業を共同で行うことができれば、技工に専念することも可能でしょう。

某大手技工所が採用しているシステムに近いものではありませんが、利益は組合員に公平に分配されるのが協同組合の主旨になっています。極小規模の事業体の短所をなくしたうえで、歯科技工士が独立した歯科技工所の事業主でいるという「長所」を温存できます。

良いことばかりではなく、課題もあります。現行法令上、指示書には歯科医師が技工所名を記載する必要があります。共同受注の場合は、歯科技工士法施行規則の変更が必要になります。

また、歯科技工所だけの協同組合の設立にも立法が必要となるでしょう。また、組織ができたとしても、その運営は容易なものではありません。組織が組織自体のために動くようにならない努力も必要でしょう。

また、技工所経営者としての歯科技工士はこの協同組合で「利益」を得ることができるかもしれませんが、勤務歯科技工士には、なんの役にも立ちませんから、課題もあります。

【介入】

市場に任せて、自然に「集約化」するのでは、「淘汰」という犠牲を伴います。それを防ぐには、そうなる前に、複数の歯科技工所経営者が自らの意志で合意して、歯科技工所を統合するしかありません。ただ、その場合、歯科技工所経営者は既得権を手放すこととなります。

過当競争は、一種の合成の誤謬です。個々は「合理的」に動いて、全体を苦しめます。これを防ぐには、その反対のことをすれば良いわけですが、全体を苦しめないためには、個々は「非合理的」にならないといけないのです。つまり、マクロ的な解決策は、ミクロ的には困窮策になってしまうのです。

実際問題として、政策的な介入がなければ、市場による淘汰以外の集約化は困難だと考えられます。例えば、歯科技工所の施設基準を厳しくすれば（これは、行政の裁量で可能）集約化を推進することになります。結果として、歯科技工所数は減少します。そのことが、価格競争力を高めることになり、歯科技工業界全体としては、「利益」になります。また、歯科技工士の多くは、勤務歯科技工士として働くことになるでしょう。

一方の協同組合の設立には、立法が必要です。まさに政策的な介入です。歯科技工所経営者にとって「保護策」になりますが、結果として、ひとりラボを増やすことになり、歯科技工業界全体としては、あまり「利益」にはならないと考えられます。

歯科技工士の資格のうち、「歯科技工」自体に重きを置くのか、歯科技工所の開設に重きをおくのかで、採る策が変わることになります。いずれにせよ、何らかの「政策」が採られないと、需要減の市場による淘汰が待っています。問題は、無作為も含めた政策を誰がどのように決めるか、言い換えれば、立場の違うそれぞれの歯科技工士たちの意見を反映する政策決定の仕組みがないことなのです。

2010年 9月吉日

NPO法人 みんなの歯科ネットワーク

TEAM Minerva

MINNA
みんなの歯科ネットワーク