

平成 23 年 9 月終了

博士学位論文

患者ニーズの多様化と患者権利保護を考慮した
歯科医療組織のあり方

— 歯科技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」の研究 —

**Study on a Dental Medical Organization applicable to
Variety of Patient needs and protection of Patient rights
— A new service management model for the Dental laboratory business —**

平成 23 年 6 月 13 日

高知工科大学大学院 工学研究科基盤工学専攻 起業家コース

学籍番号 1138010

清見好伯

研究概要

日本の歯科医療業界において、医療機関のサービス化が進む中、患者ニーズが多様化し複雑になってきている。又、患者層にも大きな変化が認められる。しかし、昨今の歯科医療業界の状況は、歯科医師の過剰問題や経済問題が浮上している。国民生活の中で、もっとも深い関わりのある医療機関の歯科医院での異変が、それを取り巻く業界に大きな影を落としていることも事実である。特に、歯科技工士の離職率の向上、技術者の高齢化、技工業の疲弊といった問題が浮上しているが、従来の技工ビジネスのマネジメントや捉え方に根本的な課題が存在すると考える。若い歯科技工士の離職率が急速に向上していることは、技工ビジネスの存亡に関わる危機的状態で、現在の免許保持者の割合から20歳～29歳までの離職率は75%～79%に上る。他の免許職種では考えられない数字である。又、技工従事者の年齢別の割合も1982年度では29歳までが47%、50歳以上が12%であったが、2008年度では29歳までが15%で、50歳以上が35%占める。一般の技術系の業種と同様に、業界内での高齢化が顕著に現れている現状で、今後の技工ビジネス存続の技術継承に大きな課題が浮上する。歯科医療での患者ニーズが多様化し高度化している現状を考えれば、歯科医院と歯科技工所がどの様にビジネス関係を構築し、患者ニーズに応えられるかが課題となっている。又、その歯科技工士の減少と歯科技工所の減少も問題となる。技工ビジネスに夢を持ち資格を取得し技工所に就職した途端、地獄のような日々を過ごし将来への希望がなくなれば、誰もが転職を考えるのも無理はない。技工ビジネスの事業環境の悪化により人材を育てる財務的余裕がなくなっていることが大きな要因である。そのため技工ビジネスでは如何に人件費を抑え売り上げを上げるかに集中している。技術指導より作業分業し単純化することによって、より数をこなせるシステムを築き、仕事の配分をするため、技術者は単純作業の長時間労働となる。これでは仕事に対しても飽きがきてモチベーションの低下につながり、技術を覚えるよりも手作業の「コツ」を覚える感じである。そのため習うべき技術や考えるべきことが軽薄になり技術進歩には結びつかない環境である。

このような職務環境では、ビジネスとして技工を考えることは不可能であり将来の技工ビジネスの発展も望めない。若い技工士たちがこのような職務環境・就労時間数・待遇面など業界への魅力がなくなり、嫌気が差していることが離職率向上に拍車を掛けている。これは単に技工業界だけではなく歯科医療業界全体にも波及している。

現在の歯科医療業界のピラミッド構造を構成する頂点に属する歯科医師の医療に対する取り組みにも、大きな問題があると考えられる。社会環境が大きく変化し患者層も変化する中で、歯科医療に求められるものが大きく変化し、対応の変化の必要性が問われる環境で、旧態依然として一方的な診療体制を守り続けていることに問題があり、医療の基本的姿勢が失われていることも事実である。

このことから歯科医師の歯科医療の基本的目的や医療に対する姿勢の教育や診療報酬の見直し課題が取り上げられる。近代歯科医学が米国から伝授された時代から今日まで、歯科医療技術の目覚ましい進歩発展を遂げてきたが、患者視点に立った歯科医療から掛け離れた形で行なわれていることに課題がある。

歯科医療業界を取り巻く社会環境変化によって、医療倫理、患者層の変化、患者ニーズなどが大きく変化している現状で、従来と変わらない視点からの課題抽出と解決策を求めるのではなく、視点を変えた、業界外からの角度で課題抽出を行う必要がある。それが患者視点からの課題抽出と考える。

そこで、今回特に取り上げた研究課題として歯科医療に対して患者（顧客）レベルから見た問題点を探り、歯科医院、歯科技工ビジネスの個々の問題点を明確にして、患者（顧客）ニーズの多様化と患者権利の保護への対応を考えた、歯科技工ビジネス

モデルの構築を図る上で、現在の日本の歯科医院と歯科技工ビジネスの関係及び業務組織を分析することによって、改めて歯科医療業界での歯科技工ビジネスのポジショニングを明確にし、歯科医療現場での歯科医師と歯科技工士との「関係構造転換」モデルの提案を行なう。この関係構造転換により患者にとって、求める「もの」の情報を専門家から公平に得ることが出来、製作担当者から直接意思伝達を行うことにより、コミュニケーションギャップが生じるリスクがなくなることが挙げられる。

又、歯科医療行為を「サービス」の特徴と比較することによって、医療サービス業と定義できる。それによって、医療倫理の変革に基づき、サービス業としての患者対応を考えなければならない。そこで、これまでの「患者ニーズ」の分析により「もの」から「こと」に変化した「患者ニーズ」の充足を達成するために、歯科医療組織として、歯科医療の収益の過半数を占める補綴関連業務を支える技工ビジネスのサービス業としての取り組み方を考える。

歯科技工ビジネスは、歯科医療の医療付帯サービス業と日本標準職業分類では規定されているにも関わらず、多くの従事者は受注型製造業として認識されている。そのため、技工ビジネスとしては「もの」作り主体でのマネジメントが主流となっており、過去のビジネス分析においても、製造業としての視点からの分析、課題抽出、解決策の提示であった。今回、患者視点から技工ビジネスを分析することによって、これまでと違った方向性と課題の抽出が行えたと考える。患者ニーズが「もの」から「こと」に変化することによって、歯科医療現場での「サービス」が明確になることによって、従来の補綴物という「有形」の提供が主体と考えられていたものが、技術という「無形」のものの提供に変化しなければならない。これは技工ビジネスについても「サービス」業として認識し、歯科医師との協働を考える必要性が求められる。同時にこの「技術」という無形のもの「価値の向上」を考えた組織作りが求められることになる。又、歯科医師との協働を考える上で、技工士の教育制度やビジネス認識についても分析し、患者志向の歯科医療における協働システムの重要課題として、患者、歯科医師、技術者の三者間のコミュニケーション不足と患者の不参加が取り上げられる。この課題解消のためには、現在の歯科医療現場での垂直統合型機能分担構造から、患者を取り込んだ歯科医師、歯科技工士（技術者）、歯科衛生士の水平分業型機能分担構造に転換する必要がある。構造転換することによって、『来院した患者が、その医院で一番大事な人として扱われ、患者にとって何がベストなのかということ、患者自身が感じられる歯科医療』として、患者に提供でき、患者権利を担保した「患者ニーズの充足」という目的達成が可能と考える。次に、筆者の技工ビジネス体験事例から海外と国内の技工ビジネス環境の違い、ポジショニングの違い、技術レベルの違い、職務認識の違いなどを分析した。又、技工ビジネスとして、患者と歯科医師間の評価認識ギャップの存在から、新技術の開発のきっかけとなり、情報提供ルートの変化によって潜在需要であったものが顕在需要に移行する過程の事例を紹介した。この事例から、患者ニーズの本質が「もの」から「こと」に変化している裏付けとなり、マーケティング分析の重要性を認識した。又、初めて患者の要求によって業界内での評価が変化し、その対応に歯科医師が苦慮するという結果になった。この経験から改めて技工ビジネスに対して、患者（顧客）視点からの課題抽出と分析を行うことによって、今後の方向性を示すことが出来た。社会環境変化によって、患者の歯科医療に求めるものが大きく変化してきていることに、歯科医療の収益の過半数を占める補綴関連業務を支える技工ビジネスとしても対応を考えていかなければならない。歯科医療現場で歯科医師が患者ニーズ変化に対応する上で、患者ニーズ分析から歯科医師が何を求め、何を必要とするかを抽出し、その提供方法について組み立てなければ、歯科医師と共に患者ニーズの充足という組織目標を達成することは出来ないと考える。そこで

改めて技工ビジネスの「サービス・ビジネス」としての「指針」と「サービス」を明確にしなければならない。

技工ビジネスとしては、「技工」を媒介としたサービス活動であり、そのサービスを提供する組織作りの必要性、専門職としての知識・技術の獲得と提供、患者を取り込んだサービス・エンカウンター構築が「指針」として挙げられる。次に「サービス」としては「歯科医師の納得できる技術で患者が満足できる補綴物製作提供」となるが、状況に応じた対応も考えなければならないため「状況適応的（コンティンジェント）サービス」も提供しなければならない。そこで、組織としての理念は「患者の円滑な機能回復と要望の具現化」と考えられる。同時に歯科医師、患者に対して提供する「サービス」価値の向上を図る上で外部環境や内部環境に対してどの様に対応するか、又技工ビジネスでの「サービス」を、どの様に提供するかを決定しなければならない。

歯科医療サービスにおけるプレーヤーは技工所、歯科医師、技術者の3者であり、歯科医療サービス・マネジメント・システムはこれら技工所、歯科医師、技術者をそれぞれ三角形の頂点にし、三者が双方向的関係を有するとともにその三角形の中心に患者を位置させたモデルで表現される。

ここで歯科医院⇔技工所の関係はエクスターナル・マーケティングに対応し、歯科医師、および患者に対してそれぞれ「リレーションシップ」の構築と「患者との信頼関係構築」がその基本となるサービス・コンセプトとなる。技工ビジネスの最終目的は患者ニーズの充足であるが、本質的に歯科医院を通じた提供が主体となるためエクスターナル・マーケティングにおける提供物は、「患者志向の歯科技工技術の提供」と定義することができる。

また、技工所⇔技術者の関係はインターナル・マーケティングに対応し、雇用関係である技術者に、何が彼らにとって価値があるのか考えたとき、サービス活動を彼らが直接患者、歯科医師に提供することによって得られる「感謝」「評価」の声である。この「声」が彼らにとっては、仕事に対しての大きな原動力となり、職務意識の向上に繋がるとともに、技術者としての成長の糧となる。そのため、インターナル・マーケティングとしてサービス組織の体力向上を考え、エンパワーメント・技術者満足獲得につながるこの「声」が、直接技術者に届く環境、或は内部組織の構築が求められる。

次に技術者⇔歯科医師の関係はインタラクティブ・マーケティングに対応し、歯科医療組織の目的である「患者ニーズ」の充足を達成するために歯科医師、及び患者に対してリレーションシップの構築による信頼関係が基本となるため、それを構築する上で双方向のコミュニケーションが重要となる。そのために三者間で同時にコミュニケーションが取れる「場」が必要となり、インタラクティブ・マーケティングとして患者参加を考えた「サービス・エンカウンター」の構築が目的となる。

これら三者の関係がバランスよく機能することによって「サービス価値」の向上に繋がり魅力ある技工ビジネスの発展に寄与できる「サービス・マネジメント」のビジネスモデルとして構築できる。又、この三者間を結ぶ三角形の中心に患者を取り込むことにより、社会環境によって患者ニーズ変化での提供技工技術も複雑・高度化し、製作物も多様化する中で、患者志向のコンカレントケアが出来る歯科医療組織の一つとして、より一層の歯科医療のサービス化と患者権利保護が求められることに対応できる、技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」を構築することで業界内の改革と技工ビジネスの価値創造の向上に繋がられる。

目次

第1章 研究の背景と目的

- 1・1 研究の背景
- 1・2 研究の目的

第2章 国内・海外技工ビジネスの発祥と変遷

- 2・1 国内技工ビジネス発祥と変遷
- 2・2 海外技工ビジネス発祥と変遷
- 2・3 国内・海外技工ビジネス比較相違

第3章 国内の技工業界背景

- 3・1 技工業界内の環境
- 3・2 技工業界内環境の分析
 - 3・2・1 技工所の業態変化
 - 3・2・2 量産優位型・技術優位型技工所のメリット・デメリット

第4章 技工ビジネス先行研究・調査・報告書

- 4・1 これまでの研究、調査、報告書
- 4・2 本研究の分析方向

第5章 患者権利について

- 5・1 リスボン宣言 内容
- 5・2 医療における基本権による医療倫理

第6章 社会環境変化に伴う業界環境変化による技工ビジネスの現状分析

- 6・1 業界外部環境変化
- 6・2 社会環境変化によるニーズ変化
- 6・3 社会環境変化による歯科医師に求められた治療ニーズと治療域
- 6・4 社会環境変化に伴う技工技術と技工物変化業界の業態変化

第7章 社会環境変化に伴う業界環境ニーズ変化

- 7・1 業界環境ニーズ変化
- 7・2 現在の歯科医療現場での課題
- 7・3 歯科医療現場と技工ビジネスの関係
- 7・4 業界環境ニーズと現状環境の比較
- 7・5 協働システムについて
 - 7・5・1 歯科組織としての協働について
 - 7・5・2 患者志向の歯科医療における協働システムの重要課題について

第8章 技工ビジネス体験事例

- 8・1 創業からビジネス安定期まで
 - 8・1・1 創業時の歯科医療状況－日本国内
 - 8・1・2 技術優位型技工の必要性
 - 8・1・3 技術優位型技工の評価と存在価値
- 8・2 海外M&Aによる技工ビジネスの展開

- 8・2・1 米国現地法人「United Dental Ceramic」の設立・引継ぎ
- 8・2・2 米国技工所と日本の技工所の比較
- 8・2・3 米国・日本の歯科医師レベルの分類
- 8・2・4 日本国内・米国事例分析
- 8・3 技工新技術によるベンチャー事業としての技工ビジネス展開
- 8・3・1 義歯患者の主訴を取り入れた事例
- 8・3・2 新技術の情報開示

第9章 社会環境変化に伴う技工ビジネス改革課題の抽出

- 9・1 患者視点から技工ビジネスのマーケティング・ミックス4Cでの分析・課題抽出
- 9・2 「サービス」・「サービス・マネジメント」の基本的捉え方
- 9・3 医療業がサービス業としての検証
- 9・4 技工ビジネスのマーケティング・ミックス7Pによる分析・課題の抽出

第10章 技工ビジネス改革課題からの方向性

- 10・1 改革による技工ビジネスの特徴

第11章 改革によって求められる技工ビジネスの「指針」と「サービス」

- 11・1 技工ビジネスの「指針」
- 11・2 技工ビジネスの「サービス」

第12章 歯技工ビジネスの「サービス・マネジメント」の組み立て

- 12・1 組織の理念と文化
- 12・2 サービス・コンセプト
- 12・3 マーケット・セグメンテーション
- 12・4 サービス・デリバリー・システム
- 12・5 事業概念（イメージ）

第13章 改革による技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」の提案

第14章 技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」を構成する各マーケティングでの課題

第15章 結論

第1章 研究の背景と目的

1.1 研究の背景

日本の歯科医療業界において、医療機関のサービス化が進む中、患者ニーズが多様化し複雑になってきている。又患者層にも大きな変化が認められる。しかし、昨今の歯科医療業界の状況は、歯科医師の過剰問題や経済問題が浮上している。国民生活の中で、もっとも深い関わりのある医療機関の歯科医院での異変が、それを取り巻く業界に大きな影を落としていることも事実である。特に、歯科医院収益の54%を占める補綴関連業務を支える歯科技工業界への影響は、非常に大きいものがある。歯科医療における補綴関連は、保険診療関係と社会経済状況に大きく影響する自由診療関係とに分かれる。又、現在の歯科医療の問題点として1 治療分業科と専門分科との混同、2 歯科医師の過剰と歯科医療技術の質の低下、3 患者ニーズの認識不足、4 歯科医療業界の沈滞化が挙げられるが、その詳細については修士論文に記述している。その中で、補綴関連業務を支えている現在の歯科技工業においても、非常に深刻な課題を抱えていることに注目した。

歯科医療業界の低迷の中で、特に歯科技工士の離職率の向上、技術者の高齢化、技工業の疲弊といった問題が浮上しているが、従来の技工ビジネスのマネジメントや捉え方に根本的な課題が存在すると考える。若い歯科技工士の離職率が急速に向上していることは、技工ビジネスの存亡に関わる危機的狀態で、現在の免許保持者の割合から20歳～29歳までの離職率は75%～79%に上る(修士論文参照)。他の免許職種では考えられない数字である。又、技工従事者の年齢別の割合も1982年度では29歳までが47%、50歳以上が12%であったが、2008年度では29歳までが15%で、50歳以上が35%占める。一般の技術系の業種と同様に、業界内での高齢化が顕著に現れている現状で、今後の技工ビジネス存続の技術継承に大きな課題が浮上する。免許を取得した若い技工士が、なぜ5年も経たないうちに70%以上の割合で転職してしまうのか、技術を習得するためにはそれなりの年数が必要であり、それを満たすまでもなく転職してしまう要因が、何処にあるのか分析することが急務となっている。又歯科技工所数も前年比0.3%減の19,369件となっている。

歯科医療での患者ニーズが多様化し高度化している現状を考えれば、歯科医院と歯科技工所がどの様にビジネス関係を構築し、患者ニーズに応えられるかが課題となっているにも関わらず、その歯科技工士の減少と歯科技工所の減少が問題となる。歯科技工技術が日本に伝承され、歯科医師を通じて専門の技師の養成をされて来たが、現在歯科医師の養成課程においても技工技術については簡略化され技工技師の養成専門分化として専門学校に委託されているのが現状である。

しかし今日のように臨床現場での技工技術が高度化・複雑化がしている中で教育・訓練現場では非常に陳腐なものであり、国家資格取得のための予備校化しており、歯科医師の養成教育についても同様の状況である。余にも臨床現場との技術レベルの差が大きく養成学校卒業後、資格取得後の臨床訓練の必要性・重要性が増していることを考慮すれば若い技工士の離職率の高さは大きな問題となる。

次に歯科医師のワーキングプア問題以上に歯科技工士の過酷な就労時間と経済問題は深刻である。平成20年度の調査では平均年収347.2万円(34歳)、月の平均労働時間187時間であるがこれはあくまで調査アンケートの平均で実態とは大きな差がある。新卒初任給では17～8万円(学校提示)、しかし実態は12～13万円(技工所)からのスタートになる。彼らが学校で提示された給料を手にする頃には5年は経過している。これでは将来の生活設計が成り立たない。技工所での実働時間も14～6時間が一般的であり彼らのプライベートタイムもない勤務体制に夢がなくなっていることが挙げら

れる。

技工ビジネスに夢を持ち資格を取得し技工所に就職した途端、地獄のような日々を過ごし将来への希望がなくなれば誰もが転職を考えるのも無理はない。技工ビジネスの事業環境の悪化により人材を育てる財務的余裕がなくなっていることが大きな要因である。そのため技工ビジネスでは如何に人件費を抑え売り上げを上げるかに集中している。技術指導より作業分業し単純化することによってより数をこなせるシステムを築き仕事の配分をするため技術者は単純作業の長時間労働となる。これでは仕事に対しても飽きがきてモチベーションの低下につながり技術を覚えるよりも手作業の「コツ」を覚える感じである。そのため習うべき技術や考えるべきことが軽薄になり技術進歩には結びつかない環境である。

このような職務環境ではビジネスとして技工を考えることは不可能であり将来の技工ビジネスの発展も望めない。若い技工士たちがこのような職務環境・就労時間数・待遇面などに業界への魅力がなくなり嫌気が差していることが離職率向上に拍車を掛けている。これは単に技工業界だけではなく歯科医療業界全体にも波及している。

現在の歯科医療業界のピラミッド構造を構成する頂点に属する歯科医師の医療に対する取り組みに大きな問題があると考え。特に医療人としての資質教育に問題がある。社会環境が大きく変化し患者層も変化する中で歯科医療に求められるものを大きく変化させる必要性が問われる環境で旧態依然として一方的な診療体制を守り続けていることに疑問を感じる。歯科医師養成教育でも技工士と同様、資格取得のための予備校化した教育課程で、臨床において技術的、経験的にも未熟な状態で患者に対応するため医療人としての資質が問われる。医療人である前に人であり聖職についていることの自覚が求められる。もしこの自覚がなければ医療人として独りよがりの考えに陥ることになるからである。算術を先行させる医療に患者も嫌気が差しているのではないか。患者の主訴を患者としてよりも人として耳を傾け要望・訴えを聴くことが患者ニーズを理解する上で非常に重要な医療人としての資質と考える。歯科医師も過剰による経済問題が浮上しているが深刻な歯科医師不足に悩まされている地方もある。

地方では長期的に見たとき投下した学費や開業費用などを回収する見込みが立たないことが大きな要因で歯科医師を確保するのは依然困難な状況にある。そのために多少リスクがあっても都市部で開業せざるをえない事情が考えられる。このような状況は角度を変えて考えれば歯科医院の収益ベース中心の立地を考えた開業であり患者や国民が求める歯科医療の需要を考えた立地ではない。医療の基本的姿勢が失われていることも事実である。収益性を先行するあまり過剰化と指摘されている都市部では歯科医院間での過当競争が始まっており患者獲得の手段として補綴物のコモディティ化により値下げ競争が激化している。この状況は歯科医師の補綴物に対する考えがまったく医療から離れてしまっていることを裏付けている。地方と都市部の提供補綴物のある程度の価格格差は総合的な環境条件によって生じることは考えられるが同地区での大きな価格格差は考えられない。正しく補綴物の売り上げが歯科医院経営の柱となっている。そのため患者の要望より医療という名の下に高額の補綴物を闇雲に売りつける形となっている。当然製作原価は安いほうがよい。この現状が技工ビジネスに暗い影を落とす形になっている。このことから歯科医師の歯科医療の基本的目的や医療に対する姿勢の教育や診療報酬の見直し課題が取り上げられる。近代歯科医学が米国から伝授された時代から今日まで歯科医療技術の目覚ましい進歩発展を遂げてきたが患者視点に立った歯科医療から掛け離れた形で行なわれていることに危惧を感じる。

ここで今回特に取り上げたい研究課題として歯科技工ビジネスと技工士のビジネス意識について分析し研究することによって歯科医療の最終ゴールである補綴物の捕らえ方にも焦点を当て歯科医療の今後のサービス化に向け『来院した患者が、その医院

で一番大事な人として扱われ、患者にとって何がベストなのかということ、患者自身が感じられる『歯科医療』言い換えれば如何に患者権利が担保できるかを旨し歯科医師と共に歯科医療の収益の過半数を占める補綴関連業務を支える技工ビジネスの若手技術者にとって魅力ある技工ビジネスの発展に寄与できるビジネスモデルの構築を考える。

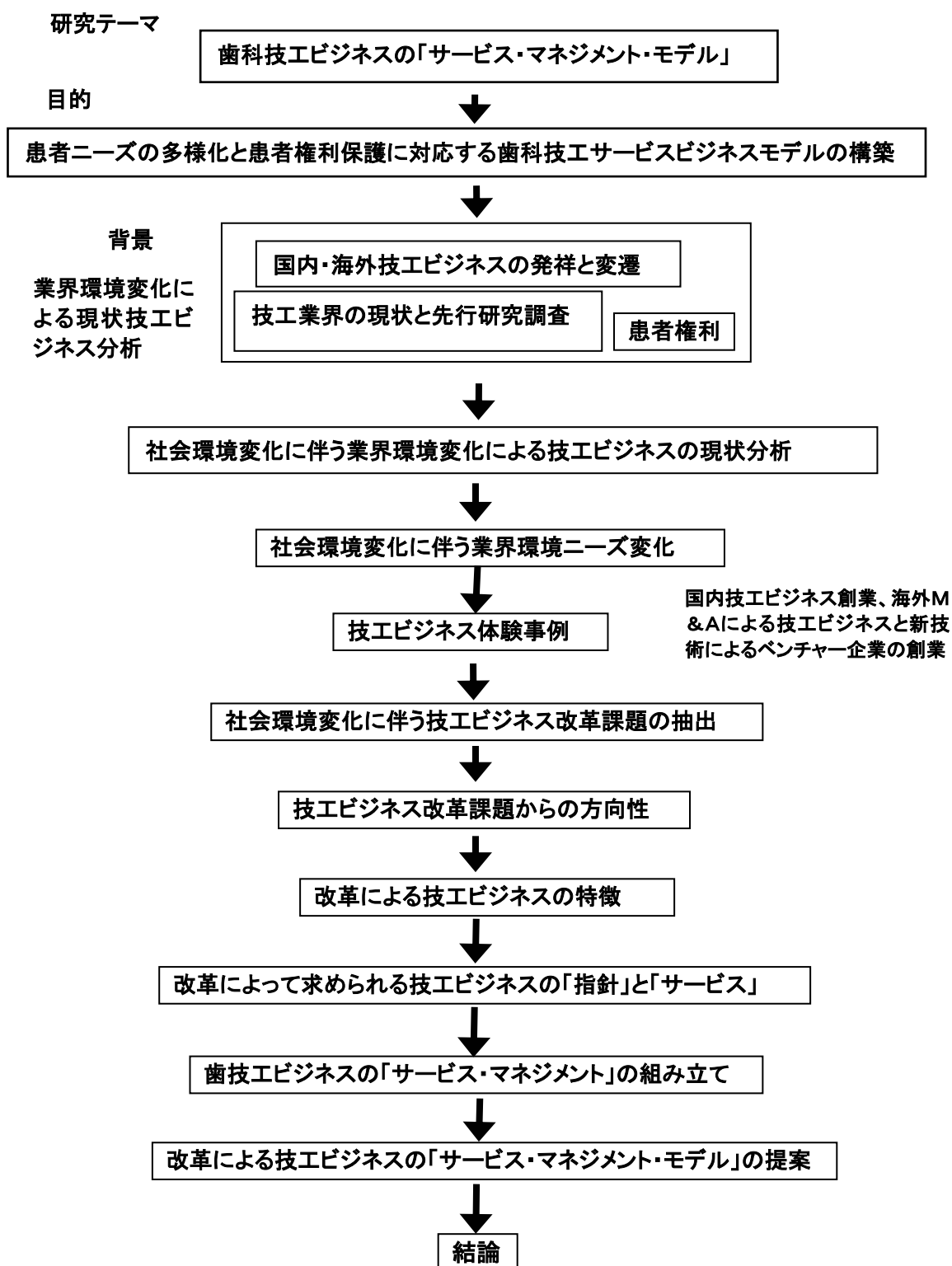
1. 2 研究の目的

歯科技工ビジネス業界において若手技術者の離職問題、経済問題、労働環境問題がクローズアップされる中で業界の沈滞化が追い討ちを掛けている環境である。歯科医療業界においても経済的な低迷問題や歯科医師の過剰問題が囁かれている。そのような業界の中で特に現在の歯科医療の収入源を支えている歯科技工ビジネスについて分析を行い従来の歯科技工ビジネスの経営課題と歯科医療に対して患者（顧客）レベルから見た問題点を探り、歯科医院、歯科技工ビジネスの個々の問題点を明確にして患者（顧客）ニーズの多様化と患者権利の保護への対応を考えた歯科技工ビジネスモデルの構築を図る上で改めて歯科医療業界での歯科技工ビジネスのポジショニングを明確にし、歯科医療現場での歯科医師と歯科技工士との「関係構造転換」モデルの提案を行う。歯科医療を医療サービス業と定義し、患者を病客・顧客として捉え、患者ニーズの過去、現在、将来への変化予想とニーズの根源となる要因を探ると共に現在の日本の歯科医院と歯科技工ビジネスの関係及び業務組織を分析することによって患者（顧客）志向の歯科医療モデル構築の一環として技工ビジネスをサービス・ビジネスとして明確に捉え「患者ニーズの多様化と患者権利の保護に対応する歯科技工ビジネスモデル」の構築を考える。

本研究の目的は以下の4項目に集約される。

- 1、歯科医療サービス化に伴う患者（顧客）志向の歯科技工ビジネスの「事業の定義、ミッション・ステイトメント」の明確化。
- 2、現在の技工ビジネス環境の分析によって現況からの脱却と今後進む歯科医療サービス化に対応できるビジネス構造と組織の提案
- 3、歯科医師と歯科技工ビジネスの「パートナーシップ・マーケティング」について。
- 4、患者（顧客）権利保護を担保した歯科技工ビジネスの「サービスマネジメントモデル」の構築。

本研究の構成を図表 1・①に示す。



図表 1・① 本研究構成図

第2章 国内・海外技工ビジネスの発祥と変遷

2・1 国内技工ビジネスの発祥と変遷

日本においては、1860年明治初期西洋の近代歯科医学が、横浜の歯科医エリオットによってもたされる。歯科技工を専門に担う者として松岡萬蔵がいた。自らの技術を歯科医師の卵に歯科私塾（後の歯科医専）で教える。

1873年、東京・大阪・京都の三府で医制が布達され、この中で歯科は口中科として独立した免許科目として取り扱われ、1875年、小幡英之助が、はじめて口中科の免許を取得した。

1876年、医師開業試験に関する通達が全国に布達され、1879年、医師試験規則が制定された。この時口中科から歯科と科名変更されるが、医科の一分科として扱われていた。

1883年、医師試験規則、医師免許規則が制定、翌年第一回医術開業試験の実施要綱が告示、この時、歯科は一般の医科試験から分離され、医科と歯科の二元制度が始まる。

1902年、東京帝国大学医科大学に歯科講座が新設され、翌年大日本歯科医会が設立された。1906年歯科・医師法及び同法施行規則が制定公布されたが、歯科医師会法は医師会法に準用された。

1907年歯科医師法と医師会規則に基づいて、各地に歯科医師会が設立され、全国的に統合した組織として日本聯合歯科医会が創立され、同年東京歯科大学が誕生した。

前年度の歯科医師法の制定により、歯科医師免許資格が厳重に制限されることによって、多年に亘る入れ歯細工に経験を持つものに対して、歯科医の他に技術師の新設と請願人に、その資格を与えることを46名の入れ歯細工職者によって、1912年（明治45年）衆議院に請願提出されるが、1913年（大正2年）歯科技術と歯科医療との分野において、これを認めることは困難という内務省意向により、衆議院請願委員会で不採択とされる。

1920年、歯科医師会規則が制定、1926年、内閣が歯科医師会令を公布し、従来の日本聯合歯科医師会が解消し、新たに日本歯科医師会が設立された。

1925年愛歯社〈歯科診療所の経営団体〉が歯科技工士の養成を開始、1929年、東京高等歯科大学〈現在の東京医科歯科大学歯学部〉に歯科技工手養成所が付設される。

1939年、東亜歯科技工士養成所〈現在の愛歯技工専門学校〉の開設。

1934年（昭和9年）技工所同業組合が結成、1939年（昭和14年）に東京歯科技工士協会が誕生、会員数30余名だった。この時期から、愛好家たちの集まりから組織的な会へと発展する。後に、この会が1942年（昭和17年）東京都歯科技工協会となり、急速に全国的な組織化の動きが活発となる。又、同年厚生省衛生局に歯科技工士の法的確立による、社会的存在意義の明確化を訴えた陳情書を提出する[52][60]。

1943年、歯科技工業者が「日本歯科技工所連盟」を結成、歯科技工士制度の法制化を求める。

この時の決議文によると、「我々は歯科医業の介補的機関として、歯科医師会の指導の下に業道の確立を期す」を謳っている。この決議文からは過去に歯科医療と歯科技術の分離を考え歯科医の他に技術師の新設を請願した陰も無く、あくまで歯科医師の配下での職域と業務内容であり、独立分離した業務追行と組織の確立する方向性は伺えないことが分かる。

1955年、歯科技工法が制定され歯科技工士としての資格が法の下で定められた。

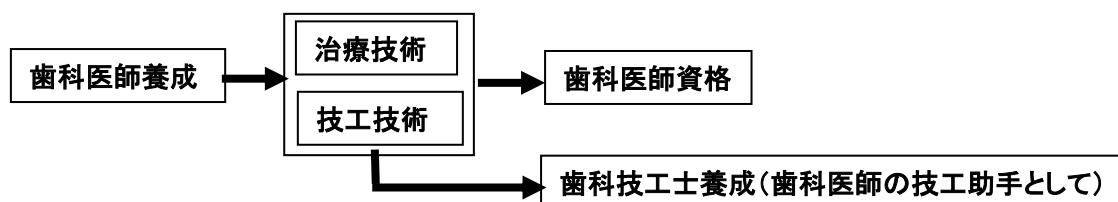
1982年、歯科技工法の一部改正により歯科技工士免許が厚生大臣免許になる。

1994年、歯科技工法が「歯科技工士法」に改正される。この改正によって、従来の

技工士養成所の厚生省管轄から文部省管轄の教育機関でも行えることが謳われ、育成制度の改革（大学化）に繋げられることになる。（日技会史 1996年3月 社団法人日本歯科技工士会 引用）これらの歴史的経緯をまとめると下記のようなになる。

1860年	明治初期西洋の近代歯科医学が横浜の歯科医エリオットによってもたされる。 歯科技工を専門に担う者として松岡萬蔵がいた。 自らの技術を歯科医師の卵に歯科私塾(後の歯科医専)で教える。
1883年	医師試験規則、医師免許規則が制定
1907年	歯科医師法と医師会規則に基づいて、各地に歯科医師会が設立
1912年	歯科医師免許資格が厳重に制限されることによって、多年に亘る入れ歯細工に経験を持つものに対して歯科医の他に技術師の新設の請願提出。翌年却下
1920年	歯科医師会規則が制定
1926年	日本歯科医師会が設立

上記の歴史的事実から技工が歯科医師養成学校で教えられていた。



1925年	愛歯社<歯科診療所の経営団体>歯科技工士の養成を開始
1929年	東京高等歯科医学校<現在の東京医科歯科大学歯学部>に歯科技工手養成所が付設
1955年	歯科技工法が制定 …… 業務内容の規定
1982年	歯科技工法の一部改正により歯科技工士免許が厚生大臣免許になる。
1994年	歯科技工法が「歯科技工士法」に改正される …… 業務従事者の規定

図表 2・①

指示書を基に義歯（入れ歯）や補綴物（差し歯・銀歯）などの製作・加工・修理を行う医療系技術専門職としての資格制度が確立されるが、職域における分離独立の制度化はなされていない。そのため歯科医師の技工助手としての職域から脱することができない。

2・2 海外技工ビジネスの発祥と変遷

今回の海外技工ビジネスについては、日本の近代歯科医療の伝承元である米国及びカナダにおける技工ビジネスの発祥と変遷を紹介する。しかし、彼らの国における技工ビジネスの発祥と変遷を紹介する上で、彼らの国がヨーロッパ諸国の英国・フランスから独立したことを考えれば、歯科医業そのものの根源が、ヨーロッパからの技術伝承の影響が大きい。

ヨーロッパにおいて“抜歯”を除いて、歯科医術は、1000年以上の間ほとんど存在しなかった。もっぱら歯科医術の仕事は理髪師（1460年ごろ、英国ではヘンリー8世、フランスではルイ14世によって免許が与えられた。）によって行われていた。その後近代歯科学の父親であると言われるフランス人 Pierre・Foucaud 博士（1676年～1761年）や英国人 Claudius・Ash（1837年にチューブ歯を発明）等が最初の研究

所機械工となった。

カナダにおいては、1982年完全な主権国家になるまでは英国・フランスによって分割統治されていた経緯があり、1816年後半、歯科医術を営む者達として非常に広いエリアのケベック地方で、理髪外科医と呼ばれる数人の存在が確認されていた。抜歯をしている間に助手が、義歯を作るという作業内容で、ほとんどが移動に多くの時間を費やされていた。また国の歯科医師数は少なかったが1860年ごろまで、歯科医療専業で生活できるのはごく僅かで、大半は副業を持っていた。

1840年代に法制化する試みがあったが、1867年にオンタリオ歯科医師会が設立された後、オンタリオ州法として歯科医療法が制定された。(この1869年の法律は、世界最初の歯科医療法として知られている。)またケベック州は、カナダで歯科医療を法的に認めて、ちょうど1ヶ月後に正確な法律制定を受け入れ、アルバータ州では1906年5月9日に歯科医師法が制定された。

歯学学校は1868年に設立されたが、トロントの歯学学校が1888年にトロント大学と合併し初めて一貫した教育制度になった。彼らは歯科医の博士学位を与えるために歯科医学部を設立し、最初の試験は1889年3月に行われ25人の合格者を出した。またその年ブリティッシュコロンビア州で21人、ノバスコシア州で40人、ケベック州で117人、オンタリオ州で494人の歯科医が登録された。開業歯科医の技工室は歯科医院の最も重要な部分だが、1912年、オンタリオ州は強制的な年季奉公契約や人員雇用のために訓練することを廃止したため、学生ではなく歯科の技工を専門にした技師(初期の歯科技工士)を雇用し始めた。

当初、歯科医師は医院内で働く技工士に従事させたが時間が経つと共に、彼らは自分自身の仕事場あるいは技工所を開き、複数の歯科医のために働き始めた。それは効率の点で労働のより精巧な区分を備えた、より大きな生産設備への変更により作業が増加した。

その年で人口875万人に対し、2590人の歯科医がいて、6年後には人口950万人に対し約3600人の歯科医がおり、1929年の調査では25%の回答率でそのうち40%未満が既に歯科技工所を利用していた。1910年以後、口腔衛生上の点で、重要なのは機械的な仕上げから生物学へと変化し、技工士は歯科医からの書面の処方にもとづく補綴物及び装置の製作を含む技術的なサービスの提供へと移行した。これは専門的および技術的な機能の明瞭な分離であった。

このことは、1914年5月地元の歯科雑誌に、“歯科医師に、衛生士、助手あるいは技工士によって行える作業で、時間を費やすことは金銭の浪費です”と掲載されていた。カナダでの歯科技工士は1926年まで社会的に知られていなかった。その年の4月にモンリオールの12人の技工士グループは、歯科技工士協会の組織を作る考えを持ち歯科技工士のモンリオール研究会を組織した。

そして1938年歯科補綴技工所協会を設立、1940年にはケベック州政府が技工所の必要性や規則および必要条件を言及する前の法案を支持していたが、やっと1944年6月にケベック州歯科技工士法として制定された。それまで、現実に彼らの協会は歯科技工士協会ではなかった。その2年後オンタリオ州で歯科技工士に関する法案が制定されたが、その他の州は、立法上歯科技工士を認めるのに、1950年代までかかった。

一方米国でも、1776年7月4日の独立宣言によって英国から独立するまでは、カナダと同様、英国からの移民たちによってもたらされた、歯科治療技術によって行われていたが1800年代には、ほぼ現代に近い歯科医療が始まり、1834年アメリカ・ニューヨークに最初の歯科医術の会が設立され1840年には歯科医師数が年季トレーニングを通じて急速に増加した。1846年には、ウィリアム・T・G/モートン(歯科医師)が、開発し行った全身麻酔下での口腔外科(頸部腫瘍)手術に成功した。

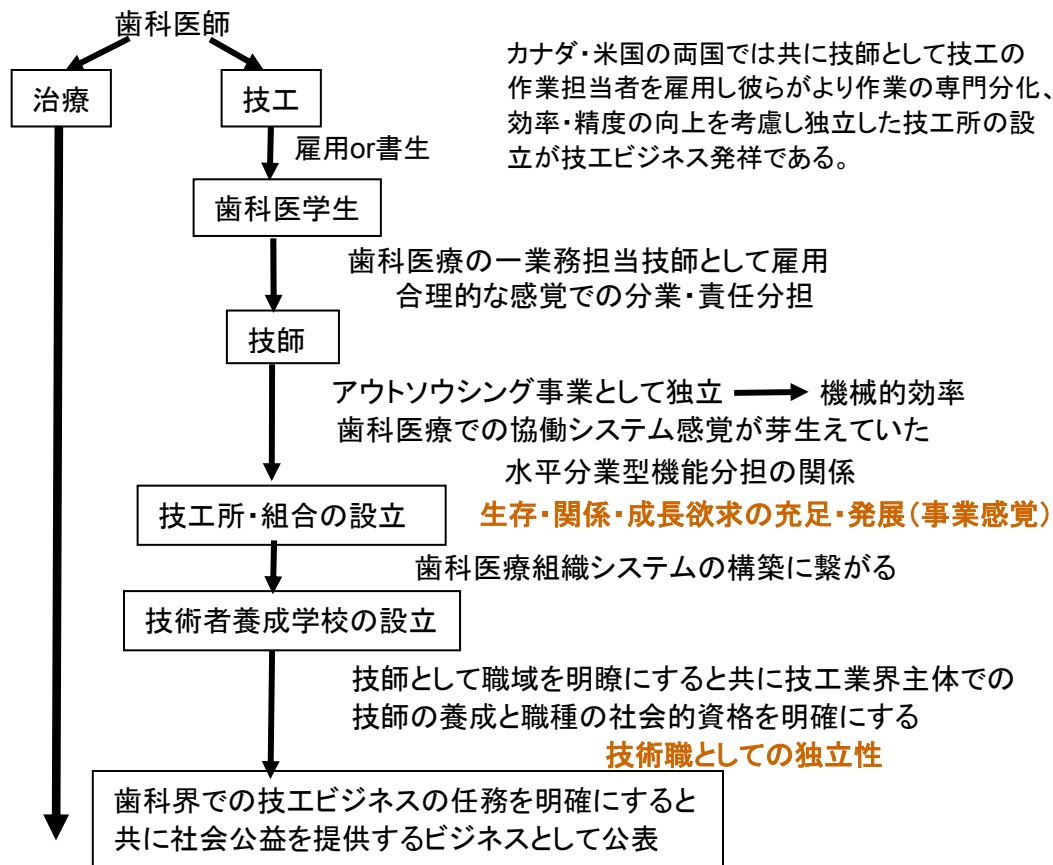
しかし、その教育は基本的で簡潔なものであり年季奉公により、わずかな知識と技術で始められていたが、すでに 1850 年代には、4つのタイプの個人開業医が出現していた。

- 1) 救急活動を行っている医科の開業医。
- 2) 医学校卒業生で年季奉公をおえ、歯科医術に限定した開業医。
- 3) 派手な宣伝をしている開業医。
- 4) 歯科医のもとで年季奉公をおえた開業医。

1844 年、アメリカの Samuel・S・White が陶歯を製造し始めるとともに、1846 年に彼は他の歯科材料製造も始めた。当時義歯は非常に高価なもので、金属床が作られていたが、1851 年に Good Year により歯科医療の専門家達が捜し求めていたものを兼ね備えたゴム床が開発され義歯が歯科医療の基礎として一般的に普及した。こうした歯科医療の時代変化の中で、抜歯をして義歯を作る歯科医師数が急増したが、その一方で、歯科医師が義歯を作るために時間を当てるよりも、その仕事を専門工や技工士に委託するようになっていた。

1854 年までに、アメリカで歯科医院外で歯科技工中心となる歯科技工所の設立の案が提案され 1887 年に設立された。1890 年ごろ、2 件の歯科技工所だけだったのが、1900 年までには 14 件、1925 年には 250 件までに、1929 年には 3000 件以上まで増加した。現在基本的には業務資格は無いが業務を円滑にこなすために技術訓練学校があるが、あくまで技術者としての養成である。しかし現在 CDT・MDT という資格を取得することによって技工所の開業を認めるという業界での動きがある。この CDT・MDT という免許もあくまで業界が創設した私的資格である [52]。

これらをまとめると下記ようになる。



歯科医師会合意の中、技工業界主体での意識変革と社会的地位の確立が行われた。

2・3 国内・海外技工ビジネス比較相違

歯科技工業として職域確立の背景に大きな違いがある。米国・カナダにおいて歯科技工士は歯科医院内において補綴物の製作をする「技術者」として雇用されていた。仕事の効率と省力化を考えて技工所が出現した。そのため基本的には業務資格は無いが業務を円滑にこなすために技術訓練学校があるが、あくまで技術者としての養成である。

しかし現在 CDT・MDT という資格を取得することによって、技工所の開業を認めるという業界での動きもあるが、この CDT・MDT という資格もあくまで業界が創設した私的資格であり社会的存在意義を求めたもので、国家レベルでの資格ではなく「技術者」としての意識レベルの創意に基づいている。

この様に、仕事の効率と省力化のために技術者として、自立した職域の確立を優先してきた。一方、日本では、同じ歯科医院内で補綴物の製作をアシスト（助手）する「ヘルパー」の人材として雇用され、製作技術などは、歯科医師からの指導によって行われていた。又、前記したように組織として活動・発展する上での決議文が示すように、あくまで歯科医師の配下での介補機関としての助手的職域であり、書生的な処遇に甘んじていたのである。そのため、戦後急速に近代歯科医療の導入により、システムや制度も含めた欧米化による職域の分離化が進んだが、一番遅く技工士資格が法的に定められる[1955年]結果となった。

しかし、今日、資格は法的に確立したが、職務については、過去の歯科技工士の組織的な活動を、起こす前に当時の政府に請願した、歯科技術と歯科医療の分離独立した形が認められていないのが現状である。同じ職域を担当する「技術者」として、海外では職域の分離独立の確立に尽力を尽くしてきたが、日本では「資格」の確立に尽力を尽くしてきた形である

比較項目		海外	国内	
資格	認可型	業界認定資格	国家資格	禁止型
従事者	独立的	技術者として認識	技工助手	従属的
認識	自立的	サービス業として認識	製造・加工業としての認識	依存的
人材養成	独立的	業界主導	歯科医師会主導	依存的
認知度	高い	社会公益を提供するサービス業	歯科医師の裏方さん	低い

図表2・②海外・国内事例の技工ビジネスの比較

海外事例分析と国内事例分析を比較検討した結果、資格において、海外では認可制度であって、「業務」が出来る形であるが、国内は、何々の「業務」はできないという禁止制度である。業種・業務認識が従属・依存型ビジネスであり海外との認識格差が大き過ぎる。

第3章 国内の技工業界背景

3・1 技工業界内の環境

業界内環境については、歯科医療の環境変化が大きく影響している。歯科医療の環境は、これまで自由診療では大きな変化が認められてきたが、最近保険診療においても変化が認められるようになってきた。新素材や新技術の開発によって、診療技術が大きく変化し保険診療にも、それらの一部が導入されることによって保険適用の技工物（補綴物）までもが多様化してきた。また、歯科医師過剰、偏在問題や世界経済の低迷による受診率の低下などによる患者争奪戦が激化している。そのため、歯科医院経営を優先に考え、診療収益の54%を占める補綴関連の支払いコストダウンに誰しも注目し、保険診療、自由診療を問わず「如何に安く、早く、数多くセットできるか」を求める形となる。このような歯科医療現場での風潮が、技工業界の環境に大きく影響を与える形となっている[1][8]。

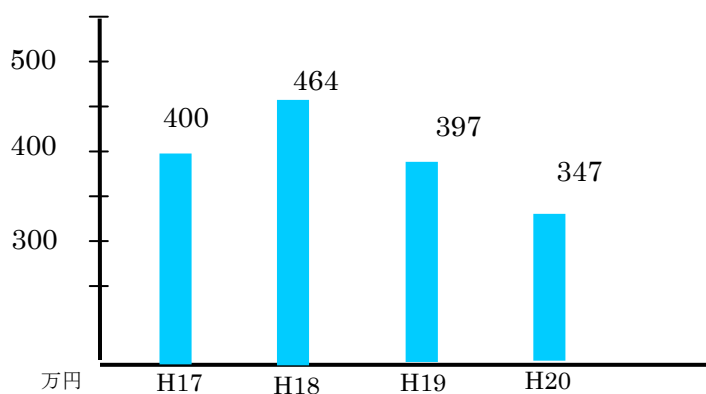
このような風潮が技工業界に与える影響は、補綴物の多様化に伴い、安価にそれらを製作する必要性から機械化、省力化という名ばかりの設備投資や人材の整理（人件費の高騰を抑える）を繰り返し、地域外の仕事も受注するといった、数量集めに奔走する形が顕著になる。

技工業での設備投資といっても、過去と比較すれば数段に差がある。どんな技工物を製作する技工所にするか、開業場所をどこにするかによって大きく変わる。最近では、環境問題の絡みもあり産業廃棄物の処理や汚水の処理も考慮した設備も必要になった。また、新技術によるツール（デジタル化）の機械類等が、かなりの高額を要す。これらを整える設備投資を行えば、当然償却やそれに似合うだけの回収をしなければならぬ。しかし、製作した技工物の単価が価格競争によって、安価に設定する形になるため、そんな中で収益を確保するためには数量の確保をしなければならぬ。数量を確保するためには、価格競争に勝たなければならない、といった負のスパイラルが働く形になり、この競争の底が、見えなくなってきたのが現状である。また、最近では、高額な機械の導入による設備投資を行っても、効率を上げた省力化に繋がらないため、人件費削減の一つの方策として受注した技工物を、より価格の安い技工所に外注を行い、最終的には人件費の安価な海外委託外注することで、価格競争に拍車をかけている。同時に最近では、納期の短縮といった取り組みもされており、朝に受注した技工物（種類によるが特に保険技工物）を夕方配達するといった技工所も出現し、営業での顧客（歯科医院）の囲い込みに、価格以外でも躍起となっている。この現状から地域密着型事業である技工業が、全国的地域での受注を促進しなければ事業採算が取れなくなってきた。この現象は、事業規模の大きい大手技工所に顕著に現れている。

3・2 技工業界内環境の分析

この現状の環境から考察すると、技工業に従事している技術者が、非常に過酷な条件下で作業をしていることが推測できる。単に労働条件の悪化として捉えられるだけでなく、その報酬も統計的（図表 3・①）に下降線をたどり、生活水準も悪化している。そのため、技術者の離職率（25～29歳で74.9%、25歳未満では79% 日本歯科技工士会調査報告 2007年度）が高くなっていることは明らかで社会問題にもなっている。

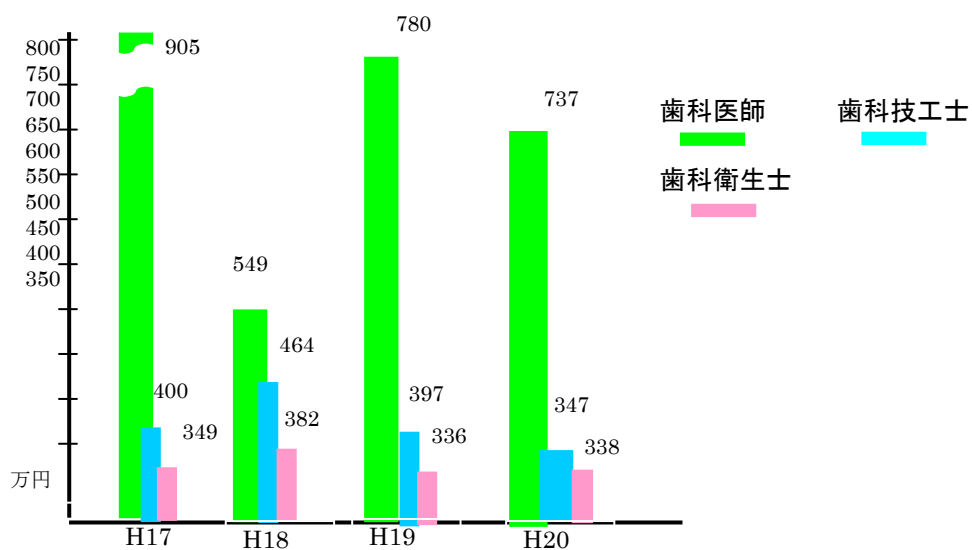
これは、単に労働条件の悪化の問題だけではなく、技術者として、人間としての尊厳にかかわる事態にまで発展しつつある[7]。



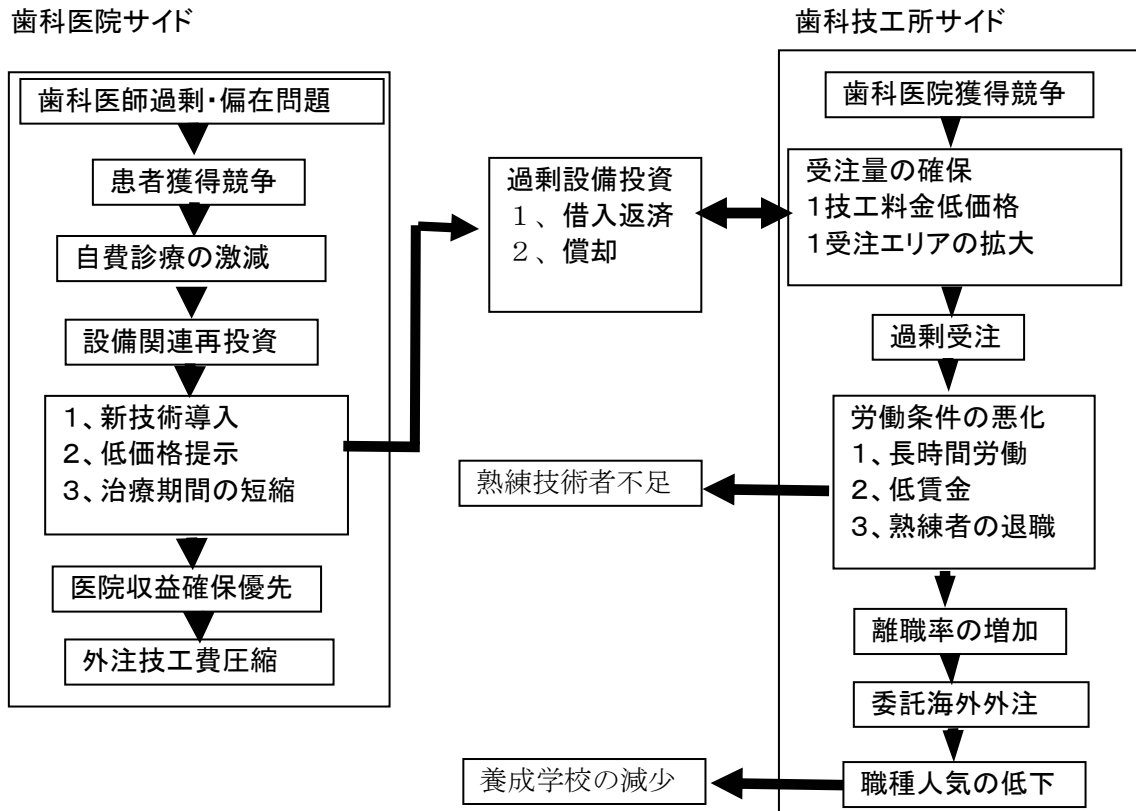
図表 3・① 歯科技工士の年収推移

平成 20 年度	歯科医師	歯科技工士	歯科衛生士
平均年収	737.9 万円	347.2 万円	338.9 万円
平均月収	52.8 万円	26.0 万円	24.7 万円
平均時給	3,033.3 円	1,391.4 円	1,443.9 円
年間賞与	104.5 万円	35.0 万円	42.6 万円
総労働時間/月	174 時間	187 時間	171 時間
平均年齢	36.5 歳	34.2 歳	31.0 歳

図表 3・② 平成 20 年度歯科医師、技工士、衛生士の所得比較



図表 3・③ 歯科医師、技工士、衛生士の年収比較



図表 3・④ 技工業界環境分析図

技工業界環境分析は、上記の図（図表 3・④）の様にとまとめられる。

この図からも読み取れるように、業界内環境は歯科医療現場の方向性に大きく影響され、常に現場の表面的なニーズを満たす形になっている。歯科医療現場での患者獲得手段として、患者への低価格化、納期短縮、新技術導入といった医院経営主体の環境に応える形になっている。

そのため、低価格によって受注量を増やしても、製作作業するのは人の手である。一人の技工士が、規定の時間内で処理できる量には、限界がある。多少の増量においては、勤務時間の調整で処理できるが、長時間、長期間に及ぶと勤務者のモチベーションも下がり、会社の財務状況にも影響する。そこで経営者としては、人件費の抑制する目的で、基本給を低く設定することで残業時間給を抑制する形となる。勤務者にとっては、労働時間数の割合に対して給与が上がらない、という矛盾を感じる。又、一方で人件費の抑制をする代替方法として、残業時間の抑制と従業員の削減を考え社外への外注を行う。これは経営者にとっては、非常に販管費の削減に貢献できる方法と考える。しかし、この状況は、単に自社の経費削減を他社に押し付け、経営を継続しているに過ぎないとする。会社経営を維持するために低価格にして、仕事量の確保を優先し、受注オーバーした分を、他社により低価格で外注する仕組みが出来上がりつつある。最近では、より人件費の安い海外に外注する（保険外技工物）技工所も出現している。この様に、国内において技工物の価格の低下によって、歯科技工に従事できる国家資格を持った技工士の人件費を削減しなければならない環境では、資格免許の価値も低下する。

因みに、歯科技工士は日本標準職業分類（平成 19 年 11 月改定）では医療業での医

療技術者と分類され、歯科技工所は日本産業分類（同年同月改定）では医療業の中で医療の付帯サービス業と分類されている。

歯科技工士法として改正（1994年）され、文部省管轄、厚生労働省管轄での養成機関で教育を受け、国家資格である免許を取得して職についても、他業種とは掛け離れた労働時間と安月給で生活を強いられる現状は、離職率の上昇と技術継承問題にも大きく影響している。技術とコンプライアンスの重要性を求めた行政と技工所の経営を優先させた経営者との間には、大きな隔たりがある。これから、社会に出ようとする若者にとっては、将来の见えない業界と、生活設計の成り立たない職業への選択は、考えられない。そのため、技術者の養成機関においても、学校経営の悪化による廃校、縮小によって、卒業生の減少が顕著になり技工業の存続問題にまで発展している。そのため、急速な技工所の業態変化も生じている。

図表3・①、図表3・②から理解できるように、歯科技工士の労働に対する年収が大きく減少傾向になり、離職率の悪化と技工所の人材不足を招く結果となる。

	平成 8 年	平成 10 年	平成 12 年	平成 14 年	平成 16 年	平成 18 年
総数	36,652	36,569	37,244	36,765	35,668	35,147

図表3・⑤ 歯科技工士数,年次別各年末現在

離職率

1、25～29歳 74.9%（平成16年時より4.9%増）7割5分（75%）

13,112（H9～H13 交付者数）－3,291（H18 就業者数）＝9,821

$9,821 \div 13,112 = 74.9$

2、25歳未満 79%（平成16年時より0.2%減）8割（80%）

11,523（H14～H18 交付者数）－2,417（H18 就業者数）＝9,106

$9,106 \div 11,523 = 79.0$

*前提条件：年度ごとの交付者年齢を20歳とする。

*資料：「衛生行政報告」（厚生労働省大臣官房統計情報部編）

平成12年をピークに減少傾向になる。平成13年に歯科医師数と歯科技工士数との割合は2：1が妥当と厚生科学研究報告に記載されていたが、それが大きく崩れようとしている。

従業員数	平成 10 年	平成 12 年	平成 14 年	平成 16 年	平成 18 年
全体	17,648	18,199	18,772	19,233	19,435
1人	13,276	13,755	14,239	14,765	N・A
2人	2,201	2,333	2,423	2,371	N・A
3人	867	857	842	846	N・A
4人	492	441	442	416	N・A
5人以上	812	813	826	838	N・A

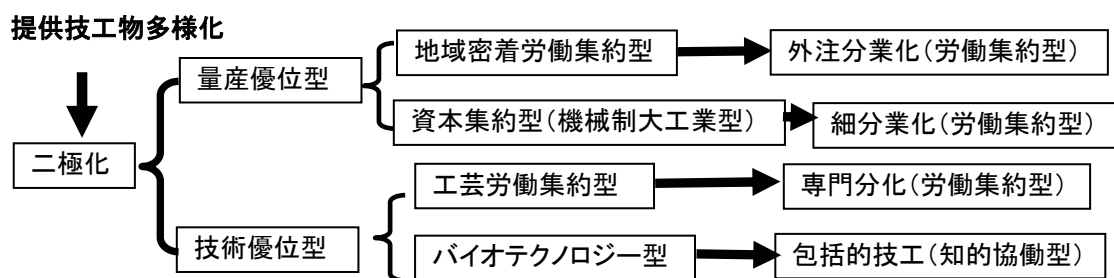
図表3・⑥ 従業員数別による技工所数(厚生労働省の調査)平成18年度分は全体のみ。

従事する歯科技工士数別にみると、「1人」歯科技工所の施設が、全体の約8割を占め5人以下が87.5%となっている。1週間の労働時間は平均65.6時間で、前回調査（2003年）より約4.8時間増えた。「71時間以上」が勤務者で26.6%、自営者で51.9%

と、長時間労働がさらに強まり、「101時間以上」自営者が12%もいるなど、勤務者に比べ就労時間ははるかに長い。「歯科技工士実態調査報告書 2006年12月」（日本歯科技工士会）によると、平成17年度、一年間の平均売上高は全体で1,460万円（前回調査より19.1%減少）、個人の平均は934万円（12.5%減少）である。この数字から、いろいろな経費と人件費を、支払わなければならない。これらから、保険主体の技工所では、短期で量を製作しなければ経営が、成り立たないことが理解できる。若い歯科技工士の離職率が高いのも、これら労働条件の悪化が、大きな要因と考えられる。この様な実情は、量産優位型技工所に限ったことではなく、技術優位型技工所にも波及している。当初技術優位型技工所は、技術力の付加価値を技術料金に反映させることが出来ていたが、技工技術の差別化に課題が残り、価格競争に巻き込まれる状況となった。しかし、一部特殊な技工技術においては、あるレベルでの付加価値が料金化できる可能性を残していることも事実である[1][5][7][8]。

3.2-1 技工所の業態変化

そこで、日本の歯科技工所としては、図表3・⑥で示すように量産優位型歯科技工所と技術優位型歯科技工所とに分かれる。従来の保険主体の治療に求められる補綴物を、患者の増加に伴って短期量産的に技工を行う必要性が、求められたために量産優位型技工所の出現と発展があった。その中で、患者ニーズと治療内容の変化により、補綴物の新種類や新材料の利用によって、歯牙の再現性を高めた技工を行う技術優位型技工所が出現し、量産優位型技工所との共栄共存競争の中で現在にいたっている（図表3・⑦）。又、量産優位型技工所においても、その規模・業務システム・業務内容・立地条件などによっても幾つかに分類できるが、基本的には如何に早く数多くの補綴物を安価で製作できるかに注力されている。しかし、保険主体の量産優位型技工所における技工料金については補綴物保険点数の7割（昭和63年、厚生省告示第165号）と上限が定められている中で料金設定を余儀なくされるため、経営上多くの課題（図表3・⑧）が浮上してくる。



図表3・⑦ 技工所業態変化

経営課題	技術課題
営業と技工現場との温度差	技術指導者の不在
技工士の定着	技術継承
仕事量の獲得	品質の維持
価格競争	暗黙知・経験知の形式知化
長時間労働	高度技術の維持
組織化	分業作業の効率化
人材確保	機械化

図表3・⑧ 量産優位型・技術優位型技工所が抱える共通経営課題

この様に、歯科技工所の業態も技工業界を取り巻く外部環境変化の影響を受け、それに対応すべく変化してきたが、業界活性化の根本的な解決策としての業態とはなっていない。ただ「包括的技工」としての知的協働型においては、業界として今後の取り組むべき業態であり、現時点で存在しない。

3・2・2 量産優位型・技術優位型技工所のメリット・デメリット

歯科技工所の分類で、営業形態によって量産優位型と技術優位型技工所に分かれることを説明してきたが、それらを歯科医師がどのように捉えていたのか分析し比較してみた。歯科技工業に対し、長年従属的な関係を持ち続けてきた歯科医師の意識感覚を分析することによって、「患者（顧客）志向の歯科医療」の構築の鍵を見出せると考える。

メリット	デメリット
納期が短い。	再製が多い。
指示が簡単。	調整が必要。
コストが安い。	セット時歯科医療人として諦めがある
数を出せる。	予後クレームが出る。
気が楽。	患者の要求に応えられない。
経費を安く出来る(技工材料・関連費用)。	常に技術進歩に悩む。

図表3・⑨ 歯科医師から見た量産優位型技工所のメリット・デメリット

メリット	デメリット
・患者の多様な要求に応えられる。	・チェアタイムが長くなる。
・患者への説明が明確になる。	・多人数の治療が出来ない。
・補綴設計の情報が共有できる。	・プレッシャーを感じる。
・指示が共有案に変わる。	・歯科医師の技術力が問われる。
・セット時の調整時間が短縮。	・完成までの期間が長い。
・アフターのリスクが最小。	・コストが掛かる。
・製作物の完成度に自信がもてる。	・歯科医師としての主体性の喪失
・責任意識が共有出来る。	

図表3・⑩ 歯科医師から見た技術優位型技工所のメリット・デメリット

量産優位型技工所に対して、歯科医師は、ほとんど医療人としての感覚がなく、単に保険治療での補綴物製作として、依頼されており医療人としての責任感が感じられない。また、歯科医師も保険だからと言う甘さの中で、技工物を物としてしか捉えていない。そのため、経費の削減に徹することが出来るが、かなりの精神的な面での割切りが必要と考える。この分析から一般的な歯科医師は、技術優位型技工所へは、高額な補綴物製作の限られた症例になっていることが分かる。しかし、このことは、症例・患者予算に対しての一方向的な差別化になり、患者（顧客）対応への差別に繋がる。これは、患者（顧客）志向より医院収益優先の傾向であり、患者（顧客）主体性の不在となり、患者（顧客）志向の歯科医療構築の課題の一つとなる。

歯科医療収益の55%を占める補綴物の製作をする歯科技工所の分類から、より患者志向の歯科医療が、望める技工所に対しての歯科医師の認識レベルの向上が望まれる。

第4章 技工ビジネス先行研究・調査・報告書

この様な現状の業界を、分析研究した論文並びに調査報告書を紹介する。

4・1 これまでの研究、調査、報告書

国内文献・ジャーナル

産業技術審議会・研究開発プロジェクト評価報告書

(産業科学技術研究開発制度次世代オーラルデバイスエンジニアリングシステム最終評価報告書)

2010年1月29日経済産業省

『歯科医療の現状を見据えた歯科技工所経営』

； Quintessence of Dental Technology 別冊，2003，131-158 和田弘毅他2

内容的には、座談会的にそれぞれが経営する自社の紹介と方針などを紹介した内容で、業界が抱える共通の課題よりもそれぞれ自社の課題についての問題点を討議する内容に終わっている。

『ラボの安定経営を実現する』

； 歯科技工 J. D. T 2007, vol 35 no. 4 ~2008, vol 36 no. 3 中野善夫

ラボ事業は製造業で、受注型産業としての営業構造改善課題、組織・人材改善課題、商品力・生産技術力改善課題を挙げる。

『2009年 歯科技工士実態調査報告書』

； 社団法人日本歯科技工士会

*実態調査結果から、技工業界として価格、賃金、労働時間、離職問題を課題と挙げている。将来展望として「歯科医療としての確立を図るべきである」としているが、歯科医療制度の確立であって職域の確立を求めたものではない。

海外 ADA ジャーナル

Dental laboratory technology in crisis 『The challenges facing the industry』
2005年5月号 653-655

「技工業界が直面している挑戦」 GORDON J. CHRISTENSEN

Dental laboratory technology in crisis, part II 『Potential solutions to the challenges facing the industry』 6月号 783~786

「解決策編」 GORDON J. CHRISTENSEN

海外については教育、及び求人・海外での歯科技工制作・歯科医師、技工士間の相互作用・歯科技工士資格の問題と解決策の提案がなされている。

国内・海外において技工ビジネスの経営課題についての研究全てが、その法的資格制度問題、設備、技術、価格問題、雇用問題、歯科医師とのコミュニケーション問題などを、製造業としてマネジメント分析研究され報告されている。しかし、包括的に技工ビジネスを「日本標準産業分類」における医療附带サービス業として、又、社会環境変化によるニーズの多様化と患者権利保護を考慮した技工ビジネスのマネジメント分析・研究・提案は今だされていない。

そこで、本研究は、技工ビジネスを「日本標準産業分類」における医療附带サービス業と明確に捉えられるかどうかを含め、マネジメントの分析研究することによって、ニーズの多様化と患者権利保護に対応でき、歯科医療組織を構成する一組織としてのマネジメントモデルを、新たに構築することに意義があると考えられる。

4・2 本研究の分析方向

これまで、技工ビジネスの自身の40年近い体験からも、明確に技工ビジネスの職種について分類され、ビジネスとして、マネジメント分析による課題抽出が行われ紹介された文献は、皆無に近いと記憶している。社会環境が、技工ビジネスとして発祥以来、大きく様変わりしている現在において、制度発足時である過去の環境下でのビジネスとしての捉え方によるマネジメント分析では、昨今の様な、サービス化社会が進む中での課題分析と対応策は、見出し難いと考える。又、技工業界その物の位置づけが、明確にされていない点が挙げられる。これは、技工業が歯科医師の技工助手である歯科技工士という個人の業の資格制度の確立によって生じてきたもので、組織的に技工業を営む上で生じた資格制度ではないため個人職種の色が強い。そのため歯科医療に携わる一つの職種であり、技工業として、組織的な事業として捉えられていないことが考えられる。しかし、大きく社会環境変化と歯科医療技術の進歩が認められる中で、技工業としても大きく様変わりしていることは事実である。また、公的機関による産業分類によって「医療附带サービス業」として規定されている事実を考えれば、従来までの歯科医療業界内における個人的職種意識からの脱却を図り、歯科医療業界を構成する一つの組織的な企業の集合体として、自立した業界として捉える必要がある。そこで、技工業外における一般企業での社会環境変化に対応すべく、各分野において非常に多くの研究論文及び文献等が存在する。中でも技術経営論、起業論、マネジメント、マーケティング、サービス、組織論、産業心理学といった、事業として捉え、継続的に発展させるための基本的な考え方や捉え方、分析方法等が、過去の事例を基に構築され、普遍的な一つの理論として発表されている。本研究では、これら一般企業における事業理論を、専門的に修学することによって、「患者が歯科医療に求めるものは何か」、「患者の求める技工とは何か」、を基本に歯科医療そのものの職種分類を定義し、医療現場における技工業の業種分類を明確にし、その位置づけと事業定義、ミッション等を「患者視点」の角度から定義し、補綴物の製造、加工する技術が主体となる特質から、技術経営論を基礎に「求められる技工業」として、マネジメント構築とマーケティング分析を行い、また現状の技工業のマネジメント環境で、ビジネスとして課題抽出を行うために、他業種などの企業と同じ視点でのマネジメント分析手法やギャップ分析による比較検討を行って見た。技工業を含めた歯科医療を外部環境からの視点で根本から分析し、その本質を見出し、産業分類の属性を定義することから始めた。又、比較検討をする上で、社会環境の経時変化に伴う歯科医療の技工ニーズ変化と技工業の業態変化も併せて分析することにより、今後の社会環境変化に伴うニーズ変化に、対応できる包括的技工業の新たな業態組織及び歯科医院との関係構造の理想的なあり方や先に抽出された課題の解決策に繋がる関係構造や組織構造が見出せると考えた。そのため、従来の技工業として事業分析が行われている切り口とは違う角度での分析を行うことによって、これまでにない非常に興味深い課題抽出が可能となり、これら課題の解消方法の一つとして、前述した知識の修学を基礎に歯科医療組織を構成する一つの組織としての技工業とその組織を支える技術者の心理分析からの職務意識を考慮した資格制度と歯科医師と患者との関係のあり方などの提案も行う。

第5章 患者権利について

「世界人権宣言」に基礎をおく

「人権問題は国際社会全体の問題であり、人権の保障が世界平和の基礎である」

1943年、第3回国連総会 「すべての人民とすべての国が達成すべき共通の基準」として採択。

1962年 米国大統領 J.F. Kennedy によって定められた消費者保護特別教書の四つの権利。

- 1、安全を求める権利
- 2、選ぶ権利
- 3、知らされる権利
- 4、意見を聞いてもらえる権利

この様に人権に基づいて様々な角度からの権利を明確にし、遵守する形の国策がとられるようになる。

医療界においてもこの人権に基づいた患者の権利を国際的な患者の権利宣言として設定した。

1981年 世界医師会総会 「患者の権利に関するリスボン宣言」の採択
⇒患者さんの権利や医療者の義務について詳しく規定

1995年 世界医師会総会 「患者の権利に関するリスボン宣言」改訂

5・1 リスボン宣言 内容

前文

医師、患者、社会一般という3者間の関係は近年著しく変容して来ている。医師は常に自己の良心に従い、患者の最善の利益のために行動すべきであるが、患者の自律と公正な処遇を保障するためにも同等の努力を払うべきである。本宣言は医療従事者が是認し、推進すべき患者の主要な権利を全てではないが列挙したものである。医師およびその他の医療に従事する者・機関はこれらの権利を認容し擁護する共同の責任を有する。法律や行政、あるいはその他の機関や組織が患者の権利を否定する際には、医師はその権利の保証あるいは回復のため適切な手段を講じねばならない。ヒトを対象とする生物医学(biomedical)研究(治療を目的としないものを含む)においても、被験者には研究を目的としない通常の治療を受ける患者と同等の権利や配慮が与えられるべきである。

原則

1. 良質の医療を受ける権利

a. 何人も差別されることなく適切な医療を受ける権利を有する。

B .すべての患者は、臨床上および倫理上の判断を外部干渉なしに自由に下すことが期待できる医師からケアを受ける権利を有する。

C .患者の治療は常にその患者の最善の利益に照らしてなされるべきである。患者に適用される治療は一般的に受け入れられた医学上の諸原則に沿うものでなければならない。

d. 質の保証は医療において欠くべからざる要素である。とりわけ医師は、医療の質の擁護者としての責任を担うことが強く求められる。

e. 供給に限りのある特定の治療を必要とする複数の患者の間で選択が必要になる場合、これらすべての患者は公平な選択手続を受ける権利を有する。この選択は医学的基準により、差別無くなされねばならない。

f. 患者は継続性のある医療を受ける権利を有する。医師は医学的に適切なケアが一貫性を保って患者に提供されるよう他の医療提供者と協力する義務を負う。医師は、患者がそれに代わる治療の機会が得られるような適切な支援と十分な配慮をすることなしに、医学的に必要な治療を中断してはならない。

2. 選択の自由

a. 患者は、民間であると公的であることを問わず医師や病院あるいは保健サービス施設を自由に選択し変更する権利を有する。

b. 患者は医療のどの段階においても別の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定権

a. 患者は自己決定権、すなわち、自分自身について自由に決定を下す権利を有する。医師は患者が下そうとする決定によりどんな結果がもたらされるかについて患者に情報を提供すべきである。

b. 判断能力のある成人患者はいかなる診断手続あるいは治療であれ、それを受ける事を承諾あるいは拒否する権利を有する。患者は自己決定をおこなう上で必要な情報を得る権利を有する。いずれの検査や治療についても、その目的、もたらされる結果、拒否した場合に予測される事態を患者が明確に理解できるよう配慮されるべきである。

c. 患者は医学の研究・教育の被験者・教材となることを拒絶する権利を有する。

4. 意識喪失患者

a. 意識の無い患者あるいは自己の意思を表現できない患者の場合、インフォームドコンセントはできる限り患者の法律上の権限を有する代理人（法定代理人）に求めるべきである。

b. 法定代理人の不在時に医療処置が緊急に必要な場合、患者がこうした状況下での医療処置を拒否する意思あるいは信念を明らかにしていない限り、患者の承諾があったものとみなす。

c. しかしながら、自殺企図により意識を失っている患者に対しては、常に救命に努めるべきである。

5. 法的無能力者

a. 患者が未成年者あるいは法的無能力者である場合は、本来患者の同意が必要な状況では患者の法定代理人の同意を求めるべきである。その場合であっても、患者をその能力の許す限りにおいて意思決定に参画させねばならない。

b. 患者が法的無能力者であっても合理的な判断を下すことが可能な場合には、その判断を尊重すべきである。その患者が法定代理人への情報開示を禁止する意思表示をした場合、その意思に従うべきである。

c. 患者の法定代理人、あるいは患者から権限を付託された者が、医師の立場から見て患者の最善の利益にかなうとみなされる治療を禁止する場合、医師は関係する司法機関などに異議申立てをおこなうべきである。緊急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することが求められる。

6. 患者の意思に反する処置・治療

a. 患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、法が特に許容し、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合にのみ、例外的に行なうことができる。

7. 情報に関する権利

a. 患者は自分の診療録（カルテ）に記載された自分自身に関する情報を開示され、自己の健康状態（自己の病状についての医学所見を含む）について十分な情報を得る権利を有する。しかし、カルテに記載されている第三者に関する個人的情報はその第三者の承諾なしには患者に開示すべきではない。

b. 情報開示により患者の生命あるいは健康に重大な害を与えると信ずるに足る理由がある場合には、例外的に患者への情報開示を差し控えることができる。

c. 情報開示は患者の属する文化的背景に従い、患者に理解可能な形でなされるべきである。

d. 患者がはっきり望む場合、第三者の生命の危機に関与しない限り、自己の情報を知らされずにおく権利を患者は有する。

e. 患者は自分に代わって自己の情報の開示を受ける人物を選択する権利を有する。

8. 秘密保持に関する権利

a. 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療に関する本人を特定し得るあらゆる情報、ならびにその他すべての個人的情報の秘密は、患者の死後も守られねばならない。ただし、患者の子孫が自らの健康上の危険に関わる情報を知る権利は、例外的に認められる。

b. 秘密情報の開示は患者本人が明確な承諾を与えるか、法律に明確に規定されている場合のみ許される。他の医療従事者への情報開示は、患者が明確な承諾を与えていない限り、業務遂行上知る必要がある範囲内でのみ許される。

c. 患者を特定することが可能なデータは保護されねばならない。データの保護はその保存形態に応じて適切になされねばならない。個人の特特定が可能なデータが導き出される生体試料や標本も同様に保護されねばならない。

9. 健康教育を受ける権利

a. 何人も十分な情報・知識を踏まえて自己の健康や保健サービスに関する選択が行なえるようになるため、保健教育を受ける権利を有する。

b. その教育には健康的ライフスタイルや疾患の予防・早期発見の方法に関する情報

が含まれねばならない。自分の健康に対する自己責任が教育の中で強調されるべきである。医師はこうした教育的努力に積極的に関与する義務を負う。

10. 尊厳性への権利

a. 患者の文化的背景や価値観と同じく、その尊厳およびプライバシーは医療や医学教育の場において常に尊重されねばならない。

b. 患者は最新の医学知識の下でその苦痛から救済される権利を有する。

c. 患者は人道的な末期医療（ターミナルケア）を受ける権利、およびできる限り尊厳と安寧を保ちつつ死を迎えるためにあらゆる可能な支援を受ける権利を有する。

11. 宗教的支援を受ける権利

a. 患者は霊的および倫理的慰安（自分で選んだ宗教の聖職者の支援を含む）を受ける権利を有し、また拒絶する権利も有する。

1999年4月 翻訳担当：福見一郎 医療改善ネットワークより

このリスボン宣言による医療の世界標準として患者権利が批准された。

医療における世界標準 ～人権に基づく患者の権利～

- 医療に対する参加権
- 知る権利と学習権
- 最善の医療を受ける権利
- 安全な医療を受ける権利
- 医療における自己決定権

にまとめられる。

これによって患者の諸権利を定める法律要綱案<1991年発表・2001年改訂>が作成され医療における患者の基本権としてまとめられた。

5・2 医療における基本権による医療倫理

1、医療に対する参加権

すべての人は、医療政策の立案から医療提供の現場に至るまであらゆるレベルにおいて、医療に対し、参加する権利を有する。

2、知る権利と学習権

すべての人は、自らの生命、身体、健康などにかかわる状況を正しく理解し、最善の選択をなすうのために、必要なすべての医療情報を知り、かつ学習する権利を有する。

3、最善の医療を受ける権利

すべての人は、経済的負担能力にかかわらず、その必要に応じて、最善の医療を受けることができる。

4、安全な医療を受ける権利

すべての人は、安全な医療を受けることができる。

5、平等な医療を受ける権利

すべての人は、政治的、社会的、経済的地位や人種、国籍、宗教、信条、年齢、性別、疾病の種類などにかかわらず、等しく最善かつ安全な医療を受けることができる

6、医療における自己決定権

すべての人は、十分な情報提供とわかりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思にもとづき自分の受ける医療行為に同意し、選択し、或いは拒否する権利を有する。

この様に患者権利を明確にすることによって、従来からの医療倫理（図5・①）が医師主体から、下記（図表5・②）の新たな医療倫理として、患者主体に変革を求めたものとなる。

パターナリズム・・親権主義・保護主義・家父長的温情主義

- ① 医師は患者の身分を問わず、患者の利益を第一に考え業を行い、患者に危害を加え不正な行為を行わない。また、医師は自ら清潔で敬虔な態度を守るべきである。
- ② 患者に対して病状を知らせることは患者によけいな心配をかけるだけであり、また素人である患者に医療上の判断をさせてはならない。

（ヒポクラテスのことば）

図表5・①

リスボン宣言によって



インディビジュアルリズム・・個人主義・個性主義

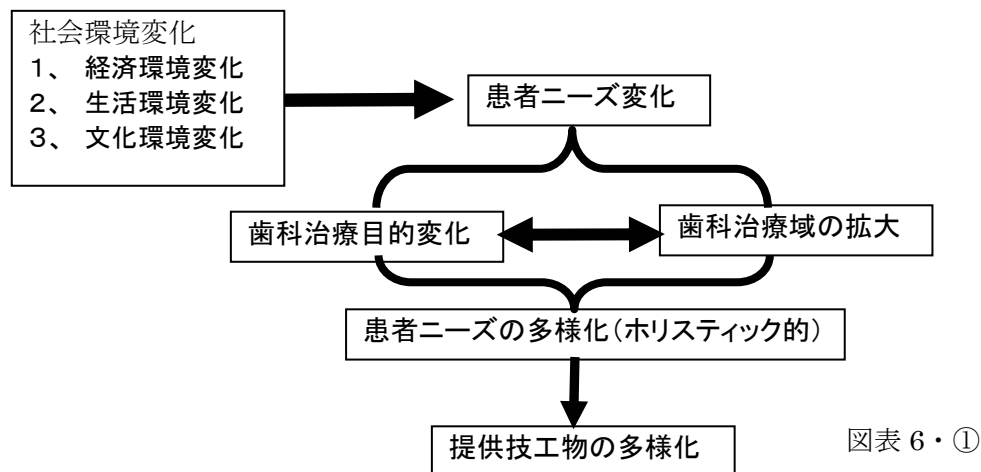
- ① 医療従事者は、常に患者を中心に考え、患者が自らの意志で行動するアドヒアランスに基づく行動を確立できるよう支援することを基盤とする
アドヒアランスに基づく行動について
 - 1、自分自身を支える責任を自分自身が持つこと
 - 2、自分を支えるためにたゆまず努力すること

図表5・② NPO 法人 明日の歯科医療を創る会 POS 参照

上記に示すように、医療倫理が「ヒポクラテスの宣誓」（紀元前4世紀）から、このリスボン宣言が採択され、患者権利の世界標準が批准されるまで、世界の多くの医学教育機関で教えられ、医師の倫理観として、医師主体の（コンプライアンス型）として根強く近年まで伝わっていた。そのために、医療においては、ブラックボックス的な環境が出来上がったのではと考える。しかし、この倫理観も社会の環境変化には、対応しきれず「リスボン宣言」以降大きく患者主体のアドヒアランス型に変化したと考える。これによって、従来のブラックボックス的な環境からオープンな環境が芽生え、カルテの開示やインフォームドコンセントの充足が義務付けられた。だが完全にこのリスボン宣言の理念に基づいたオープン化までは到達していない。これは、医療は結果に対しては、あくまで不確実性であることが起因する。医科における内科的疾患治療の投薬治療や外科的処置において、その部分を開腹するまでは明確な処置治療が出来るとはいえない。又、処置治療が出来たとしても予後の経過においては予測不可能な一面が残る。そのために結果に対しての責任の所在と、その責任をどのように取るかが、まだ不明瞭な点とし挙げられる。この様に、一步間違えれば人の生命や後遺症に係わる大きな問題となるため、出来るだけ結果に対してリスクを避ける意味合いからも、あまりオープン化は、医師自身の保身としても受け入れ難い面がある。また、歯科医療においても新技術によって施術処置を行う症例で、患者の死亡事故、後遺症が認められるようになってきたことを考えれば、歯科医師も自身の保身を優先する前に、これまで以上の医学的知識と専門性を熟慮し、患者に対して自身の技術レベルと可能性を明確に説明の出来る姿勢が求められる。これが患者の「権利」の保護に繋がり、リスボン宣言の理念と考える。

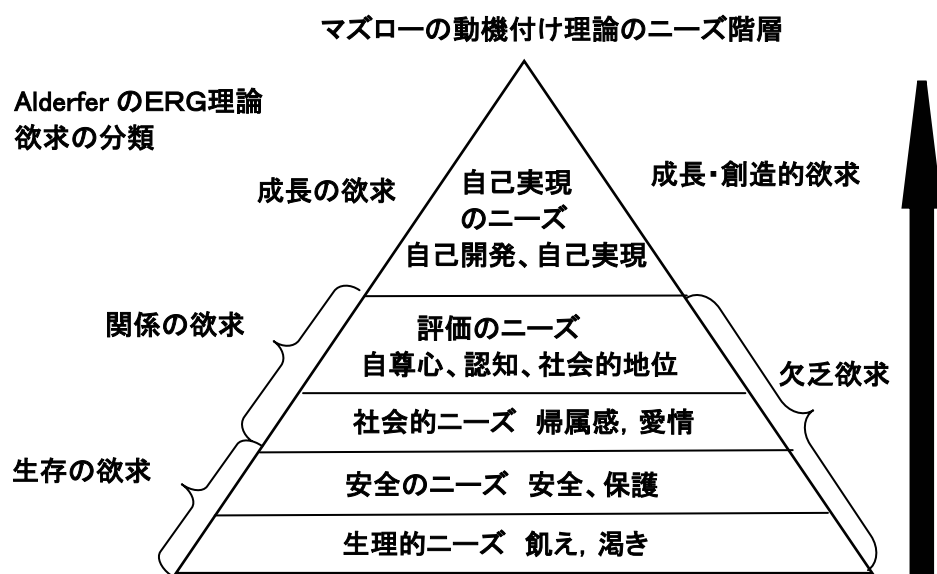
第6章 社会環境変化に伴う業界環境変化による技工ビジネスの現状分析

6・1 業界外部環境変化



図表 6・①

上記の図表（図表 6・①）が示すように、社会環境の変化によって患者の欲求が変化し、提供技工物が大きく変化した。そこで社会環境変化と欲求との関係について詳細に図表 6・②に示す。



図表 6・②

マズロー (Maslow) の動機付け理論に基づいたニーズ階層とクレイトン・アルダファ (Alderfer) の ERG 理論による欲求の分類を示したが、基礎にある生理的欲求、安全の欲求が満たされると、より上位の動機付けが強く働くことになり、最終的に人は自己実現に向かう。この様に、社会環境変化によって人の動機付けニーズに変化が生じ、患者ニーズが変化したと考える [12][17][25]。

6・2 社会環境変化によるニーズ変化

高度経済成長期 1954年～1973年

敗戦からの復活、朝鮮戦争特需、エネルギーが石炭から石油へ、所得倍増計画、東京オリンピック、大阪万博といった特需により GNP 第2位の経済成長期で、この初期には一部の富裕層にしか需要が無かった歯科補綴の材料の使用が、この時期に広く一般階層にまで広がる。

物理的ニーズ変化

安定経済成長期 1973年～1991年

中東の第4次中東戦争をきっかけに、オイルショックに陥り経済のマイナス成長を経験することによって、高度経済成長の終焉を向かえた。しかし、省エネ政策や経営の合理化によりオイルショックからの脱却が図られ、同時に付加価値の高い自動車、電気製品、半導体が発達、又、サービス化やソフト化が進み情報処理産業やレジャー産業といった第3次産業が発達した。一方、円高不況のため経済政策として、日銀の金融規制緩和と内需関連政策として「日本列島改造論」を提唱し、バブル景気に突入するが、大蔵省による土地関連融資の規制や公定歩合の引き上げによって崩壊する。

人間関係の感覚変化

グローバル化の進展

貿易の発展、異文化交流、多国籍企業の進出、インターネット・通信関連の発展等による国境無き交流が促進され、国民の一人ひとりの価値観が変化する。

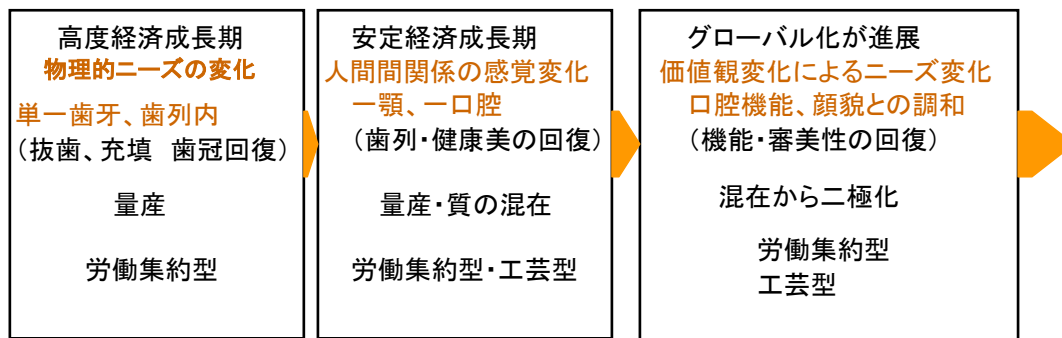
価値観変化によるニーズ変化

高齢化、一層の情報オープン化

政治政策による聖域無き構造改革によって、医療業界も情報のオープン化が進み医療過誤による訴訟が増加、又人口構成の高齢化に伴い医科と歯科の関連疾患の研究が進み、特に機能障害関連疾患に注目される。

幸福の追求によるニーズ変化

この様に社会環境が変化し、国民一人ひとりの生活水準の向上により物質的に富裕化することによって、社会での人間関係や自己評価などの精神的な充足を求めるようになる。同時に社会の構造変化の影響も受け、従来からの感覚的なものへの受容性が増すことになる。そこに国際的に社会が大きくオープン化し、広く社会全体が文化交流や人材交流、情報のオープン化が行われるようになると、社会を構成している人間の価値観が変化するという流れになる。医療に対しての認識も、社会環境の変化に大きく影響を受けていることは事実で、それによって国際的な「リスボン宣言」の採択が行われた。特に歯科医療においては、治療後に補綴処置を行うため、この社会環境変化による患者のニーズ変化や患者自身の経済状態が、大きく左右することになる。

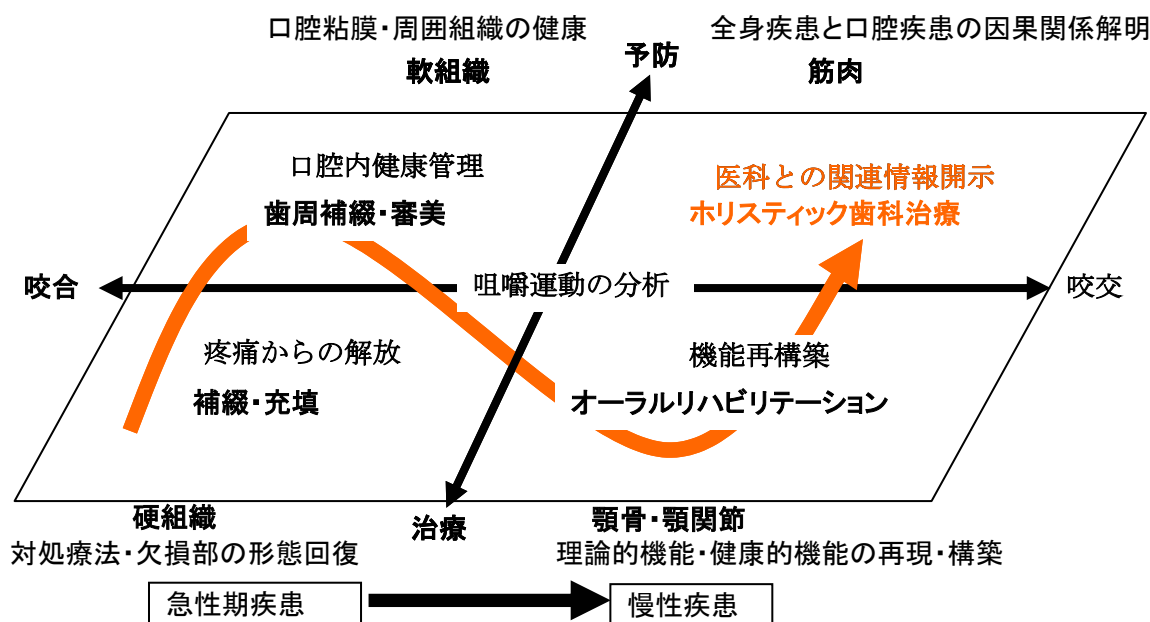


図表 6・③

図表6・③は社会環境変化による患者ニーズ変化と歯科医師の治療目的、治療域に関連して、その変化に伴う技工所の形態と業態変化を図表にまとめてみた。しかし、今後変化する患者ニーズに対して求められつつある治療域、治療目的については次項で説明したい。

6・3 社会環境変化による歯科医師に求められる治療ニーズと治療域

図表6・③では高齢化・一層の情報のオープン化で求められつつある歯科医療は、患者の健康願望から、より一層の身体の状態に対して興味を持ち、歯科に限定した疾患より、関連した疾患に対して不安を抱くようになってきている。例えば噛み合せの悪さで、顔に歪みが生じているのではとか、又、偏頭痛、肩こり、耳鳴りの原因は噛み合せからといった、医科的疾患との関連に、非常に敏感になりつつある。これによって患者が、歯科医療に求めるものが、大きく変化したことは事実である。これまでの様な、治療後の補綴処置として、単に欠損部、欠如部の補填や、その部分の審美性や機能の回復といったものではない。患者は「まるで自分の歯のように、何でも噛めて、違和感なしに自然に見えるように」という非常に抽象的な欲求であるが、唯一つ噛み合わせについての要望が大きく変化した。



図表6・④ 社会環境変化による歯科医師に求められた治療技術と方向性

そのため、これまでとは違った目的を持って患者が来院する機会が多くなり、治療後の補綴処置に対しても、その要望が強くなると思われる。社会環境変化によって、医療の一層のオープン化が進み患者自身、医療についての情報を得た上で来院するため、それにどの様に対応するかが、問われるようになっている。

1、痛みなどの症状が治まったから	35%
2、治療内容に不満がある	31.8%
3、その他	16.4%
4、通うのに不便	15%
5、治療費がかかる	11.3%
6、予約していても待たされる。	10.9%
7、十分な説明が受けられない。	8.8%
8、他院や病院の歯科の紹介を受けた。	2.9%

図表6・⑤ 歯科医院への通院中断理由

(平成11年度厚労省健康福祉調査より、重複回答)

資料は少し古いですが、図表6・⑤が示す患者が歯科治療を中断した理由で2項、6項、7項の項目に注目したい。これはまさにインターナルギャップ（コミュニケーション）があり、また、最近の民間による調査では、通院の中断理由として、『経済的理由』が51%占めるとされているが、これも明らかに5の項目と同様に患者と歯科医師の間に補綴処置に対する知識・インターナルギャップが存在するからである。次に注目される項目として、1項、4項が挙げられる。これらの項目は、患者の歯科医療に対する認識が低いのが大きな要因だが、患者の歯科医師に対する信頼を喪失することによって、急性期症状の消失と同時に「ニーズ」の消失に至っていると考えられる。この調査資料から、単に患者の歯科医療に対する認識不足として捉えるだけではなく、根本的な歯科医療の課題として、社会環境変化による患者ニーズ変化に対応する課題以上に、歯科医師の医療倫理の認識変革が、求められるのではないかと考える[6]。

6・4 社会環境変化に伴う技工技術と技工物変化

高度経済成長期

従来の補綴処置のために、使用していた印象材や補綴物の打ち出し冠、縫製冠、圧印床、ゴム床といった物の製作技術や素材が、海外からの新素材、新技術の伝来などによって、従来まで出来なかった補綴処置も可能になり、大きく技工物の精度や内容に、変化が起こり治療域も拡大した。

	従来	当時
技術	打ち出し、圧印、充填	鑄造、加熱重合
素材	金属版、ゴム	合成樹脂、合金

図表6・⑥

当時開発された印象材によって、補綴処置の必要性のある部位が、非常に鮮明な型取りの出来ることによって、補綴物としての精度や処置内容の向上に繋がり、又製作技術ではロストワックス法による鑄造によって事前にワックスで精密な型作りと調整が可能となり、選択された合金を鑄込むことで、予定した補綴物が仕上がる。また同時に歯科医療の保険導入と重なり、補綴処置症例数の増加となり手作業ながら量産対応が求められ、技術者の増員と技工所の増設が急務となる。そのため高度な技術を求められるのではなく、時間当たりの製作数量が評価基準となり技術料もそれに準じた形の設定となる。しかし、従来まで一部の富裕層に需要のあった高額な技工物も一般化したため、その差別化のため工芸的な技工物の重要が出始めた。

安定経済成長期

これまでの患者ニーズとは違い、素材の違いによる差別化より、審美的要望が強くなったため、新たな材料開発と国外からの伝来による材料使用技術が、数多く発表され、技工物の大きな変革の時期になる。又、保険と自費との差額治療が盛んに行われるようになり、社会環境変化による対人関係の重要性から治療域も、これまでの臼歯部から前歯部へと大きくシフトし「見た目重視」の技工物に変る。この時期から口を大きく開けても金属色が見えない、自然な色の技工物が求められ、素材としてセラミックスの重要が拡大する。

	従来	当時
技術	鑄造、加熱重合	焼成、光重合、アタッチメントワーク
素材	合金、合成樹脂	セラミックス、チタン

図表6・⑦

大きく変化した素材については、従来の合成樹脂が改良され光重合となり、口腔内

で直接充填が可能となり、一般の保険患者ニーズにも応えることが出来るようになった。同時に、従来まで自費診療の主体であったセラミックスの前歯補綴が、代替材料の硬質レジンによる前歯補綴が、保険診療導入により、広く患者ニーズに対応できることにはなるが、保険適用範囲の理解に混乱が生じる。また、耐久性に課題を残すこととなる。

グローバル化進展期

社会環境のIT化に伴い、国民生活のグローバリゼーションが進むことによって、情報の国境無き交流と物質的な充足感に包まれる中、国民総中産階級の精神的充足感を求めるようになる。そのため、個々の価値観が大きく変化し、自己を主体とした個性ある技工物を求めるようになる。しかし、従来まで行われていた差額診療の禁止に伴って、患者負担の増加と治療域の縮小が余儀なくされ、患者にとっては、より価値観の高い技工物の選択と技術を求めることとなる。

	従来	現在
技術	焼成、光重合、アタッチメントワーク	インプラント、CADCOM
素材	セラミックス、チタン	ジルコニア、軟性樹脂(高分子樹脂)

図表6・⑧

従来からの素材として大きく変化し、医療技術も高度な新技術が一般化し、より審美性と機能性を追及した技工物の登場となるが、それらを製作するための機械化と技術が必要となる。又、人口構成での患者層の主体が高齢化に変化し、高齢化社会の始まりに突入する。そのため患者ニーズが、大きく見た目と機能性との二分する形になる。

高齢化、一層の情報オープン化

患者層のより一層の高齢化が進み、本格的な高齢化社会になる。そのため患者ニーズにも大きな変化が生じ、口腔疾患に限らず身体健康に関連した治療への欲求が強くなる。

	現在	将来
技術	インプラント、CADCOM	代替医療とのコラボ、再生・移植
素材	ジルコニア、軟性樹脂(高分子樹脂)	生体親和性、耐久性

図表6・⑨

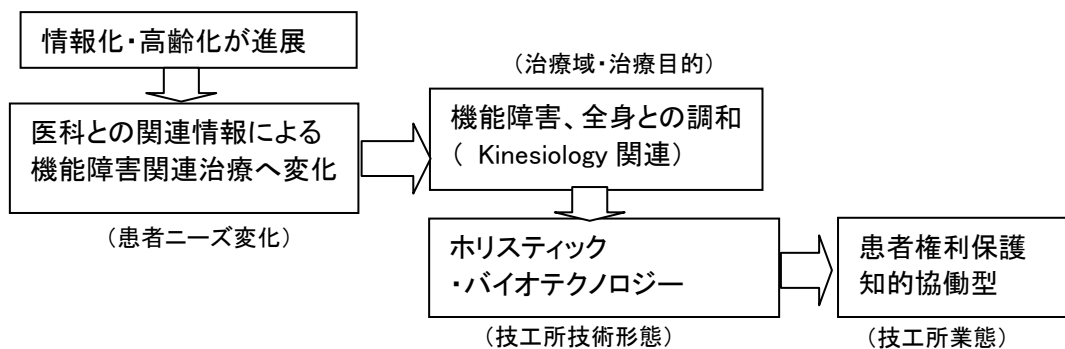
IT化によって、国内・外での歯科医療情報や口腔内疾患処置技術情報などが、ワンクリックで閲覧、比較が出来るようになっている。又、患者層の高齢化により身体健康問題にも、大きな関心が持たれるようになり、特に医科での診断で歯科疾患との関りについて、取り上げられる機会が多くなっている。そのため従来まで医科と別物としていた患者の歯科に対する認識が、医科の一分科として捉えられるように大きく変化しつつある。それによって、従来までの「患者ニーズ」が補綴処置である「もの」として考えられていたものが、患者自身の健康改善や維持、精神的な充足のための補綴処置として求められ、医科との関連処置として大きくシフトしている。これまで歯科において、「患者ニーズ」が治療技術の発達や素材の改良による補綴処置の「もの」に注目してきたが、現在になって初めて患者本来の歯科医療に対する「患者ニーズ」が明らかになりつつあると考える。

	医科的症状	歯科的治療
頭部・頸部疾患	目まい、不定愁訴、片頭痛、耳鳴り、肩こり、認知症、舌癌、	噛合わせ。顎関節症。補綴物
内科的疾患	誤飲性肺炎、消化器系、アレルギー	歯周病、噛合わせ、補綴物
成形外科	姿勢・背骨矯正、	噛合わせ
美容整形	顔貌変異・皺	咬合高径、噛合わせ
精神的疾患	集中力、	噛合わせ

図表6・⑩ 歯科的治療と関連のある医科的症状

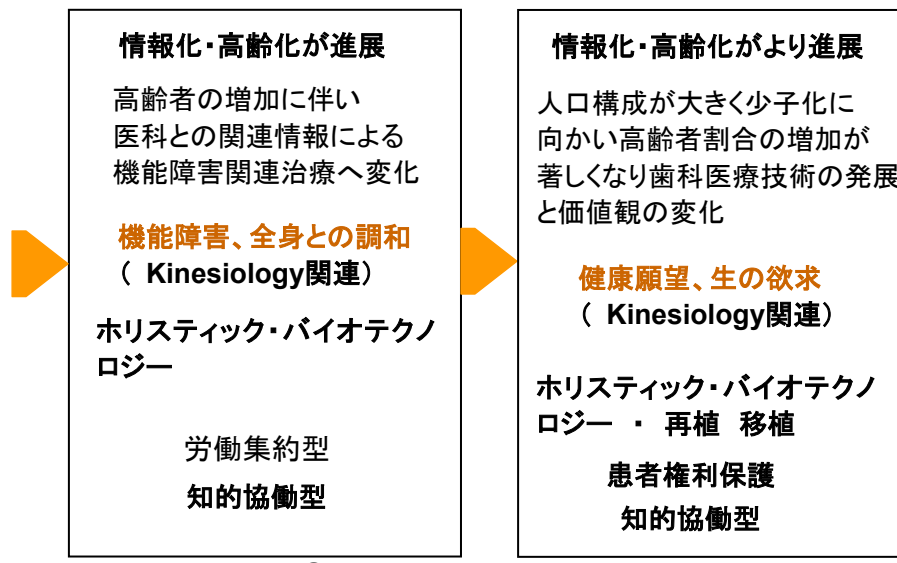
図表6・⑩が示す医科的疾患が、歯科と非常に関係があるとされているため、歯科的な症状が無くても相談に訪れる結果となっている。このような患者ニーズは今までに装着された補綴物に対し、不信感と不満を増幅させる結果であり、そのため、しっかりとしたインフォームドコンセントと理論に裏付けされた、補綴処置が求められる。これは、医科から歯科医療の機能障害による関連疾患が、多く発表されたりしているため、患者にとって無関心ではいられない状況になって来たためである。まさに従来の歯科医療の枠を超えた患者のニーズが出現したと言える[55]。

また、このような医科的症状を持った患者が現在の歯科医院を訪れたとしても、その症状を診査診断できる歯科医師は極めてまれである。たとえ診査診断が出来たとしても歯科医師一人で治療が出来るものではない。補綴装置を製作する技工士とのコラボレーションが不可欠である。また代替医療とのコラボレーションも視野に入れた形で治療計画を立てる必要がある。しかし、日本の歯科医療レベルはそこまで達しておらず、その関連すら理解できない歯科医が多い。歯科といっても医科の一分科であり、当然全身疾患との関わりについては、理解を示すべきであり研究もなされ、ホリスティックな歯科医療を目指すべきである。下記に社会環境変化によって、今後求められる治療域と治療目的変化による歯科技工所の業態変化予測を示す。



図表6・⑩ 将来の業態変化

この変化を図表6・③の「グローバル化が進展」期からの続きとして表せば、下記の図表6・⑪のようになる。又、より高齢化・情報化が進むことによって図表6・⑫に変化すると考えられる。



図表6・⑪

図表6・⑫

この中の「知的協働型」については、歯科医師、歯科技工士の関係構造が従来の垂直統合型機能分担構造での従属関係ではなく、お互いの職域、職務について、それぞれの専門分野としての尊重と自立、責任を明確にした水平分業型機能分担構造として、協働関係に変化した上で、意見交換を行いながら製作作業を行う業態を意味する[15]。

これまで述べてきた業界の社会環境変化に伴う業態変化において、根本的に業界を支える技術者個人の認識変化がない限り、大きく様変わりすることは無い。今も業界構造として、ピラミッド構造の中で、歯科医師の技工助手的認識で部下と上司というビジネス関係では、生存・関係欲求の充足が優先し、成長欲求が欠如し、自立意識がなくなっている状態と考える。そのため医療倫理変化による権利保護に対しても、第三者的立場に立った意見交換は、現在では望めない状態であり、認知的不協和心理状態での仕事の受注となり、あくまで自己防衛的自己呈示の行動によるビジネス展開が主体となる。この様な、技術者の心理状態でのビジネス関係では、患者主導型の歯科医療組織構築は不可能と考える。まずは技術者個人の技工業に対する意識改善をはかり、歯科医師への従属関係から生じる依存的絆や経済的絆からの脱却を図り、客観的に技工ビジネスを捉えられるようにしなければならない[23][24][25]。

第7章 社会環境変化に伴う業界環境ニーズ変化

7・1 業界環境ニーズ変化

患者の経済的向上と社会環境変化による人間関係変化によって、提供技工物の多様化が進む中で、技工ビジネスの業界環境ニーズが大きく変化している。しかし、過去の業界環境ニーズと現在の業界環境とを比較した図表を下記に示した。

	高度経済成長期からグローバル化期	現在の業界環境
技工所	量産	量産・専門分業化
技工技術	オールマイティー	作業分業化によるレベル低下
技術者数	増加	減少(離職率 80%に増加)
技術者需要	技工所・院内増加	技工所:増加、院内:縮小
技術者供給	増設	廃校続出(73校⇒53校)
技術料	保険主体	保険主体(ダンピング競争)
技工所の形態	営業・製作一体型	営業専業・製作専業との二極化
技工所数	増加	増加(一人開業)
業態	地域密着労働集約型	資本集約受注分業型
業種認識	加工、製造業	加工、製造業
顧客対象	歯科医師	歯科医師・大手技工所
歯科医師との関係	従属関係	従属関係
コミュニケーション	指示書ベースのトップダウン	指示書ベースのトップダウン

図7・① 業界環境ニーズの過去と現在

社会環境が大きく変化し、それに追従するように患者ニーズが進歩変化しているが、図表7・①を見ても理解できるように、現在の業界環境は、むしろ後退変化している。歯科医療現場の疲弊による技工業界へのニーズが、大きく技工ビジネス業界に大きく影響していることが理解できる。そのため、本来の患者ニーズによって、求められる業界環境ニーズから大きく乖離することになる。この原因は、歯科医療業界の沈滞化であり、それについては、2007年の倒産が歯科診療所11件で廃業の数字は含まれていないが、2001年度からの診療所の倒産は95件(82.6%)が「破産」によるもので、歯科医院でも63件(81.8%)と8割を超えた。東京では一日に一施設で廃院されていると報じている(東京歯科保険医新聞)。倒産負債額は平均「歯科医院」では1億8,100万円となり地域として「歯科医院」は「東京都」がトップ、次いで「大阪府」と人口順になっている。このことは都市部において、歯科医療に対する患者の受診率の低下と過当競争による影響が如実に現れており、保険診療における業績不振に深く関わっているようだ。又、保険医登録した新規開業歯科医院は268施設、その一方で保険診療を廃止した歯科医院は707施設あり、保険診療での歯科医院経営が、非常に困窮していることを物語っている[1][2][9]。このような歯科医院経営の行き詰まりが、業界全体に大きな影を落とす結果となって、歯科材料のメーカー、小売企業にも倒産、廃業の憂き目を味わう羽目に陥っている。又、歯科医院経営の行き詰まりが、患者本来のニーズを理解できず、違った方向への対応となり、医療訴訟という問題が多発する結果となって、医療現場での信頼が失われてしまうことになる。

7・2 現在の歯科医療現場での課題

技工ビジネスの業界環境を考える上で、歯科医療現場の課題について、どうしても取り上げる必要がある。現在のような歯科医療の疲弊状況は、単に「保険診療報酬

が低すぎるからだ」と指摘する歯科医師も多いが、本当にそうとは言えない。又、歯科医師の過剰問題についても、下記の図表が示すように多くの地域で歯科医師不足が見られ、あまり問題になる要因でもない。ではなぜ歯科医師が過剰といわれるのか分析してみる。

都道府県名	歯科医院数 件	適正医院数 件	人口 万人	都道府県名	歯科医院数	適正医院数 件	人口万人
北海道	3040	2785	557	滋賀	541	698	139.6
青森	579	703	140.7	京都	1325	1317	263.5
岩手	607	682	136.4	大阪	5460	4406	881.2
宮城	1057	1173	234.7	兵庫	2930	2794	558.9
秋田	474	560	112.1	奈良	707	705	141
山形	472	599	119.8	和歌山	557	509	101.9
福島	912	1033	206.7	鳥取	268	300	60
茨城	1381	1484	296.9	島根	285	365	73.1
栃木	990	1007	201.4	岡山	994	976	195.3
群馬	951	1008	201.6	広島	1537	436	287.3
埼玉	3352	3545	709.	山口	691	737	147.4
千葉	3148	3049	609.8	徳島	437	400	80
東京	10587	6379	1275.8	香川	457	503	100.6
神奈川	4806	4440	888	愛媛	699	726	145.2
新潟	1185	1202	240.5	高知	359	391	78.2
富山	462	553	110.6	福岡	2990	2528	505.6
石川	487	585	117	佐賀	422	429	85.9
福井	274	408	81.6	長崎	739	726	145.3
山梨	415	438	87.7	熊本	830	914	182.8
長野	1005	1090	218	大分	547	601	120.3
岐阜	938	1052	210.4	宮崎	528	571	114.3
静岡	1752	1900	380.1	鹿児島	811	865	173
愛知	3644	3680	736	沖縄	587	686	137.3
三重	857	938	187.6				

図表7・② 都道府県別人口と歯科医院件数・赤字は過剰地区(平成19年10月総務省人口統計)

上記図表が示すように、過剰地区は大都市部とその近隣地区のみである。その他の地区では歯科医師が不足しており、医師不足以上に人数が足りないのが現状である。これは、歯科医師の偏在問題として捉えるべきである。地方での無歯科医師地区が46都道府県中40府県に1046箇所存在しており、無歯科医師地区の人口は全国で29万5千人である。医師のいない無医地区787箇所、無医地区人口16万5千人と単純に比較すれば、医師よりも不足していることがわかる[3][4]。「偏在」が歯科医師過剰問題のもう一つのキーワードであるが、無歯科医地区での自治体が、診療所や助成金を用意して懸命の誘致を行っているが、都市部に偏在した歯科医師を確保するのは、依然困難な状況にある。これは、地方での歯科医療が保険主体であることを意味している。地方では高額診療の受診率が、非常に低く資格取得に掛かった費用及び開業資金の回収が短期的にできないと考えられるためである。殆どの歯科医師が開業時に金融機関などからの融資を受けているため、その返済額及び期間が、大きく影響していると思われる。そのため、高額診療の受診率の高い都市部に集中する。しかし、歯科医師が都市部で過剰となると、勤務歯科医として十分な修練を積むことなしに、早期に開業

せざるを得なくなる。又、地方での勤務医となれば保険治療の対処療法に終わり、若い勤務医の憧れでもある最新治療の研修にもならない。開業をする若い歯科医師に対して硬組織疾患・軟組織疾患・機能障害の診断を出来ることが求められるが、最近是非常に難しい状況である。そのため、技術的に未熟な歯科医が多く輩出され、医療技術の適切な競争による質的向上を望むことは不可能な状況になり、良質な歯科医療提供に関わらない面でのサービス競争を引き起こし、極端に患者数が減少した歯科診療所においては、一定の診療収入を確保するために何らかの行為を惹起する危険性も生じる。まさしく歯科医療技術の低下と患者を忘れた収益だけを考えた、経営に走る形になる。これは図表 2.3 から見ても理解できるように都市部での過剰が大きく目立ち、既に医療技術の低下と開業歯科過当競争による収益の低下が大きな問題となっている[1][5]。

では患者数が減少しているのかという増加している。図表 7・③の数字で 1996 年から 2002 年まで患者数が減少していたのが 2005 年以後増加に転じている。この数字からでも理解できるように患者数としては増加傾向にあるにも係らず、受診率が低下する状況は、他の原因が大きく関与しているのではないかと考える。確かに世界経済の低迷、テロ問題、リーマンショックといった、大きな社会問題が続く中でも、歯科医療の必要性が薄れることはないと考え。高齢化社会になり、ますます高齢者の健康管理につ

推計患者数	(総数千人)
1984 年	1.101.4
1987 年	1.210.3
1990 年	1.244.4
1993 年	1.258.9
1996 年	1.301.6
1999 年	1.149.7
2002 年	1.147.9
2005 年	1.277.2
2008 年	1.309.4

いては、大きなテーマとしてマスコミなどで取り上げられ、医科と同様に歯科医療の重要性が認識されている現状とは真逆の反応が、歯科医療現場で起こっていることに、当事者である歯科医療従事者が認知し、改めて課題について、従来の場当たりの捉え方の解決策ではなく、根本的な解決策を考えなければならない[4][5][6]。

図表 7・③ 推計患者数

	推計患者数 (総数千人)	歯科診療所数	一ヶ所当たりの 一日平均外来患者数
1984 年	1.101.4	43.926	25.1 人
1987 年	1.210.3	48.300	25.1 人
1990 年	1.244.4	52.216	23.8 人
1993 年	1.258.9	55.906	22.5 人
1996 年	1.301.6	59.357	21.9 人
1999 年	1.149.7	62.484	18.4 人
2002 年	1.147.9	65.073	17.6 人
2005 年	1.277.2	66.732	19.1 人

(推計患者数は調査当日に病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計)

図表 7・④ 歯科診療所の推計患者数の推移 厚生労働省「患者調査」から

	歯科%	全体(医科、歯科、調剤)%
平成 13 年度	1.9	3.2
平成 14 年度	-0.4	-0.7
平成 15 年度	-2.0	2.1
平成 16 年度	0.3	2.0
平成 17 年度	1.1	3.1
平成 18 年度	-2.8	0.1
平成 19 年度	-0.2	3.1

赤字年度は診療報酬改定なし

図表7・⑤ 歯科医療費の伸び 厚労省 平成 19 年度医療費動向より

図表7・④、⑤が示すように外来患者数の減少と診療報酬のマイナス改定（マイナスでなくても現状維持では材料原価の上昇を考えればマイナスになる）で、ここ数年の医療費の伸びは-1.9%で、右肩下がりとなって大きく収入減となっていることは当然である[9]。そのため、歯科医院での患者対応に歯科医院主体で利益優先の考えが、先行し定着していることが挙げられる。これは、患者の本来歯科医療に求めているもの（患者ニーズ）が、歯科医療従事者に伝わらないことに繋がり、医療従事者視点での治療と処置が行われていることになる。この状況を明確に表している資料を下記に示す[6]。

夜間・休日でも治療が受けられるように	なるべく待たせないように	診療回数を減らしてほしい	治療内容や費用について分かりやすく	保険の範囲を広げてほしい	歯科診療所や病院の歯科が近くにほしい	職場での健康診断にしかも含めてほしい	その他
40.9%	22.5%	22.5%	22.1%	35.8%	11.8%	9.9%	2%

図表7・⑥ 歯科医療への要望 [6]

図表7・⑥が示す数字から二つの大きな課題が読み取れる。一つは、歯科医師の社会変化による医療の業種認識である。医療人として人権に基づく医療の世界標準が批准され、医療倫理が大きく変化することによって、サービス業として認識し、患者対応を考慮しなければ社会に受け入れられないことが、理解できていないことである。二つ目は社会環境変化における患者ニーズの認識不足である。この二つの大きな課題を根本的に解消しない限り、国民の歯科医療への不信感は払拭できないと考える。

患者へ技術情報開示がない	インフォームドコンセントの短縮	知る権利と学習権
歯科医院収益優先	技術よりも価格になる。	安全・最善の医療を受ける権利
歯科医師主体の補綴設計	補綴設計が偏る。	医療の自己決定権・参加権

図表7・⑦ 医院利益優先による患者権利の喪失

図表7・⑦は多くの歯科医院での患者対応の特徴と患者権利を比較した。もし現在、

患者主体の歯科医療を行えているとしたら、アポイント制での診療受付だけである。一人当たりの診療時間、診療内容については、まるで大病院のER並みの素早さである。急性期症状の患者を診察する場合は、それでよいかも知れないが、患者にとってはじっくりと診察して欲しいと感じるのが当然と思える。米国でも同様に歯科医療業界の氷河期を迎えた経緯がある。その時の教訓としてM. アルキアン博士が目指すべき医院像を「来院された患者が、その医院で一番大事な人として扱われ、患者にとって何がベストなのかということ、患者自身が感じられる歯科医院」と提起している。そのためにも、院内スタッフたちの意識改革と協力が必要であり、院内構造を見直す必要がある。又、具体的に「(1)お待たせしない、(2)スタッフはフレンドリーで礼儀正しく、(3)清潔で整理整頓されていること」と提起されていることを考えれば患者と最初に対応するスタッフ達も、歯科医師と同様に医療サービス従事者としての認識と意識改革が求められることになる。現在の日本の歯科医療業界での氷河期を乗り越えるためにも、場当たりの新技術の施術や低価格の処置料の告知による患者獲得競争をするのではなく、患者主体の歯科医療に取り組むべきである。

虫歯治療	59.1%
抜けた歯の治療(義歯・ブリッジの製作・修理)	19.4%
歯周疾患(歯肉炎・歯周病)の治療	7.7%
検診・指導(定期的なものを含む)	6.0%
歯並び・噛み合せの治療	2.2%
事故などによる損傷の治療	0.4%
その他	4.2%
不詳	0.9%

図表 7・⑧ 歯科治療の受診理由(平成 11 年保健福祉動向調査概況 歯科保健)

上記の図表 7・⑧は一般人の歯科治療受診理由の調査資料だが、この数字を見てもほとんど一昔と変わらない理由が8割ほどを占める。資料は10年ほど前のものだが、近代歯科医療が発達し、大きく社会環境が変化していても、患者が歯科医療に対して期待を持って受診されていないことが理解できる。環境変化における患者ニーズの認識が歯科医療従事者に十分出来ているならば「予防」も含めた「検診・指導」や「歯並び・噛み合せ治療」の数字が大きくならなければならない。一般人(患者)から見た現在の歯科医療は、施設のイメージ変化や技術・器具、治療内容の進歩もあるが、一昔前の治療内容の処置の期待しか考えられていない。最近、マスコミなどで取り上げられている医科との関連疾患治療に、地域の歯科医院は無縁の感覚で捉えられている。又、歯科医院でもそのような疾患との関連治療は避けてきたし、保険治療として認められていない。そのため、地域密着型の「歯医者さん」であり歯科としての医療機関として捉えられていない。しかし、社会環境変化によって地域の人口構成が大きく変化することも考えれば、単に虫歯治療を中心とした歯科治療には限界があり、医科の一分科の歯科として、人口構成に沿った治療目的と治療域を考え、患者に歯科治療の情報として提供されるべきである。これによって、地域の住民にも一つの医療機関として認識され、歯科治療の重要性が啓蒙できると考える。しかし、現状は歯科医療において、患者からの信頼を得られるレベルではない。その根拠としての調査資料が次に示す図表 7・⑨である。

1、かかりつけだから。	46.5%
2、自宅から通うのに便利。	39.6%
3、予約時間通りに診てくれる。	18.7%
4、評判がいい。	13.7%
5、勤め先や学校から通うのが便利	13%
6、人の紹介	10.1%
7、治療内容や費用についてよく説明してくれる	10%
8、その他	3.8%
9、夜間、休日も治療する。	2.1%
10、不詳、	1.2%
11、訪問診療しているから	0.3%

図表 7・⑨ 患者の歯科医院を選択理由(平成 11 年度健康福祉調査より、重複回答)

図表 7・⑨の選択理由分析をしてみると、それぞれの項目でサービス化社会での消費者（患者）マインドの特徴が現れている。

- 1、7、かかりつけだから・治療内容や費用についてよく説明してくれる
 - ・・・話し易さ、顔見知り、治療歴がわかっている、気楽さ
 - ⇒個性化充実化から
- 2、5、自宅から通うのに便利・勤め先や学校から通うのが便利
 - ・・・いつでも通える。
 - ⇒利便性・合理性から
- 3、予約時間通りに診てくれる・・・待たない、予定が立てやすい。
 - ⇒時間感覚から
- 4、6、評判がいい・人の紹介・・・口コミ
 - ⇒体験から

この特徴から社会環境がサービス化社会に進展していることが裏付けられる。そのために資料としては少し古い感じがあるが、既に患者（消費者）マインドとしても変化しつつある状態と考えられる。

又、これを視る限り、患者からは利便性と親しみ易さが選択時の大きな要因になっており、治療技量とは無縁の評価になっている。受付で言葉少なく問診表を渡され記入し、治療椅子に座って白衣を着た歯科医師に、主訴を限られた時間内で話さなければならず、又、大きく口を開けて患部を見せ「はい、はい、」の歯科医師の言葉で初めて治療が始まり、患者は口を開けたまま歯科医師の説明を聞いている状況をよく見かける。これでは患者が何を望んでいるのかも解らないし、ほんとうに気心の知れた先生にしか診てもらいたくない、という感情に駆られることも理解できる。これは現実には、初診の場合、まだ多くの歯科医院内での患者対応については、高圧的で病状を診てあげる、治してあげるといった感じがあることを表している。そこで、

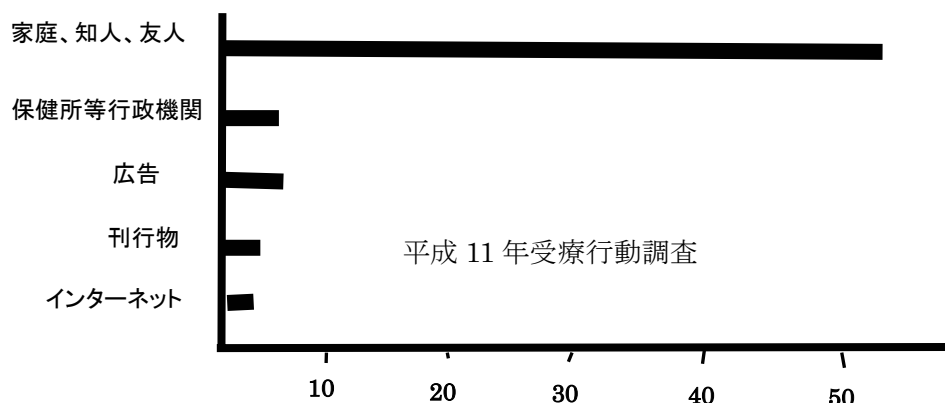
・暗黙的、間接的コミュニケーション
・組織や集団の一員としての行動
・非言語的側面重視
・人間関係に基づく利害調整
・全員一致型意思決定
・協調・妥協が重要

日本人のコミュニケーションの特徴

図表 7・⑩

図表7・⑩に日本人のコミュニケーションの特徴を挙げてみた。

この特徴から考えれば、図表7・⑨の歯科医院の選択理由が、より明確に理解できる。そのため、前述で示したように患者には「フレンドリーで礼儀正しく」接することが、まず求められる。患者獲得努力を盛んに行う前に、初診の患者に対して、歯科医師含めスタッフがどのように接するかによって、患者の医院評価が、大きく変わる。又、その患者が友人、家族にその医院での経験を話すことが、大きな広告塔となる。



図表7・⑩ 一般人が求める医療情報 (医療機関の選択)

図表7・⑪、⑫が示すように医療機関（歯科医院を含む）を選択するための情報を家族、知人、友人から得られていることが最も多く、信頼されていることがわかる。この事実をしっかりと歯科医師および歯科医院スタッフたちが認識し、前述したM. アルキアン博士の提起している、「来院された患者が、その医院で一番大事な人として扱われ、患者にとって何がベストなのかということ、患者自身が感じられる歯科医院」を目指すことが、患者獲得に最も近道と考える。この様に、患者から信頼を勝ち取った歯科医院では、歯科医療本来の治療と補綴処置が患者の協力の下で行われることになり、現在歯科医院で抱えている診療収益の減少課題も解消できるのではと考える。それは、非常に長い道のりであり、忍耐が必要であることは確かだ。しかし、現在多くの歯科医院で行われているような、場当たりの患者獲得戦略では、一時的な患者の増加と収益アップにはなるが、直に患者からの信頼を失う結果となり、ますます患者の歯科医療に対する不信感が高まる。それを防止するためにも、一日も早い歯科医師の医療に対する認識転換と行動が期待される。

情報源	割合 (%)
テレビ	10.6%
インターネット	6.8%
Eメール	0.4%
新聞	9.4%
雑誌	6.8%
週刊誌	1.7%
ラジオ	0.7%
医療機関	15.6%
友人	29.5%
その他	18.6%

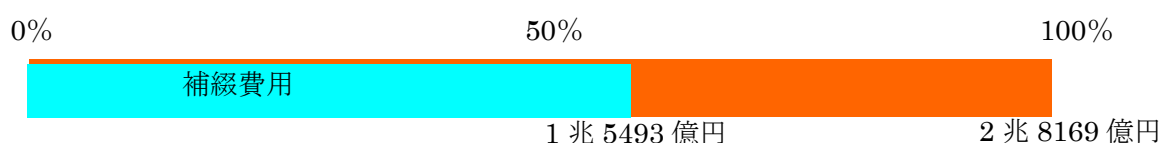
図表7・⑫ 医療情報入手先

7・3 歯科医療現場と技工ビジネスの関係

これまで歯科医療現場での課題を述べてきたが、これらの課題が技工ビジネスになぜ大きく影響するのかについて説明したい。

平成 18 年度の国民医療費は 33 兆 1276 億円（前年度 33 兆 1289 億円）内、歯科診療医療費 2 兆 5,039 億円、自由診療分は平均、保険診療分の 12,5%とされるため 3,130 億円が加算され合計で 2 兆 8169 億円が歯科医療費となる。自由診療分についてはこの数字の 5～10 倍が実際の金額と思われる。歯科診療医療費の内 55%が補綴費用として占める[1][5]。

この補綴費用の内訳として保険補綴は 75.6% 自費補綴は 24.4%となる。



図表 7・⑬ 歯科医療費内訳

	保険診療	自由診療
モデル地区	87.6%	12.4%
適正申告地区	88.8%	11.2%
大都市地区	81.8%	18.2%
全地区	84.8%	15.2%

(札幌市、東京都、名古屋市、大阪市、京都市、神戸市、福岡市)

図表 7・⑭ 「平成 18 年 12 月日本歯科医師会歯科医師青色申告」

図表 7-⑭に示す保険診療と自由診療の割合に関する数字は、あくまで所得申告に基づく数字なので、信頼性に欠けるところがあるが、月々の固定経費を保険診療収入によって、賄われているケースが多い。そのため診療報酬の改定による伸びがない最近の歯科診療所の経営で、ビル開業（テナント）されている場合と自宅開業されている場合とでは、固定経費に大きく差が出るため、ビルテナントでの新規開業時の資金返済や運転資金確保も非常に難しくなっている。そのため一定の患者獲得による保険診療の収入確保が困難であるため、自由診療主体にシフトせざるを得ない環境であり、これが都市部への偏在問題の原因を引き起こしていると考えられる。

この歯科医療現場での現状が、技工ビジネスを営んでいる歯科技工所に大きく圧迫している。当然、歯科医院収益を確保するためには、技工士雇用の廃止や外注技工費の削減、材料費の削減といった経費節減を行う結果、関連企業への圧迫は必定である。しかし、上記資料の数字をよく検討すると、平均一件当りの医療費収入は保険分で年 37,878,787 円となり、1 ヶ月 3,156,566 円に自費診療分、年 23,712,121 円、1 ヶ月 1,976,010 円を足すと月 5,132,576 円の収入となる。これは、自由診療分を保険診療分の 12.5%の 5 倍と仮定し計算したものである。確かに資料作成後 5 年以上になり、保険診療分が大幅に減少し、自由診療分も最近の経済状況の変化によって、大きく減少してしまっただけといわれているが、一方自由診療主体で診察をされている歯科医院では大きな収益減少が認められていないことも事実である。そのために多くの歯科医院では自由診療にシフトするきっかけに、最近の新しい歯科技術を患者に勧める診療を

行っているが、患者にとっては、これまでにない生体へのリスクが伴う物もあり、患者にきちっとしたインフォームドコンセントが行われ、患者の知る権利と選択する権利が守られていることを期待する。この様な、患者に対しての場当たりのな歯科医療現場の対応を受けて、診療収益の54%強を支えている補綴関連事業を営んでいる歯科技工所としても、受注型産業としての弱点から歯科医院からの要求を呑むだけと考える。また、歯科医院の収益プラスの営業を提案する形となって、本来の患者志向の歯科技工を行える環境でないことが理解できる[1]。

7・4 業界環境ニーズと現在の環境分析との比較

	現在の業界環境	業界環境ニーズ
技工所	量産・専門分業化	担当制、チーム制
技工技術	分業化によるレベル低下	高度・専門化
技術者数	減少(離職率 80%に増加)	増加
技術者需要	技工所:増加、院内:縮小	拡大(熟練者・専門家)
技術者供給	廃校続出(73校⇒53校)	学校の増設、大学化
技術料	保険主体(ダンピング競争)	患者主体(価値の向上)
技工所の形態	営業専業・製作専業との二極化	包括的技工
技工所数	増加(一人開業)	増設(技術・経験豊富)
業態	資本集約受注分業型	知的協働型
業種認識	加工、製造業	サービス業化
顧客対象	歯科医師・大手技工所	歯科医師と患者の両者
歯科医師との関係	従属関係	協働関係
コミュニケーション	指示書ベースのトップダウン	インタラクティブ

図表7・⑮ 業界環境ニーズと現状環境の比較

社会環境の変化によって、大きく医療倫理が変化し、医療業界も医療の捉え方が医師主体から患者主体へ変革が進む中で、各医療組織の目的として、「患者ニーズの充足」が挙げられている。この目的達成のために、組織として戦略が必要であるが、その前に組織としての協働を考えなければならない。

図表7・⑮が示す様に、現在の患者ニーズを主体に考えた環境ニーズと比較した時、多くの項目で現在の環境の改善が求められ、その方向性と方法論として歯科医師、歯科技工士と歯科衛生士、特に歯科医師と歯科技工士の歯科組織としての取り組み方を再考する必要性がある。

7・5 協働システムについて

これまで述べてきた「患者ニーズをどの様に満足させるか」という歯科医療組織の大きな目的に向かって、それぞれの職務目的を達成させなければならない。当然、それぞれの職務目的は完全に一致しないが、二つの職務目的を一つに考え合わせ、協働システムとしての大きな目的の達成に貢献しなければならない。又、目的が達成し貢献できれば、それによって得られた成果の一部が与えられるというシステム(協働システム)が構築されることによって、初めてシステムと参加者との間に相互依存関係が成り立つ。このシステムの「協働目的の達成」と「個人目的への寄与」を意識的に取り組んだ協働システムを、組織と定義される。組織としては①組織目的、②コミュニケーション、③組織メンバーの貢献意欲の三要素で成り立つ。歯科医療組織としての目的は「患者ニーズの充足」であり、そのためには組織戦略が必要になる。組織戦

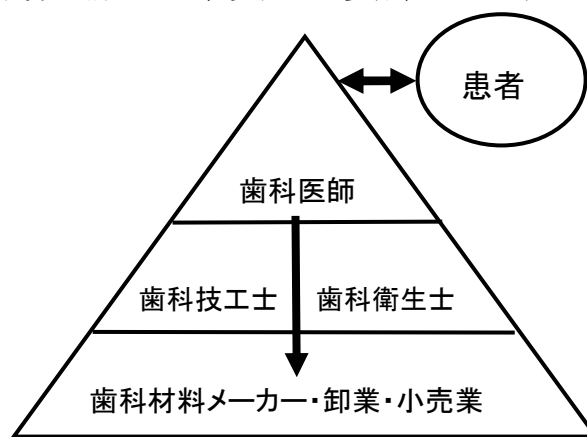
略は①目的達成の分野、②目的達成の方法、③資源の調達と割り当てなどを策定する。その戦略をスムーズに実行するためには、それに適した役割分担の仕組み、組織構造が必要になる。又、組織構造は分業システム (division of labor system) と伝達システム (communication system) とを合成したもので、前者は組織内の全ての職務内容を体系づける仕組みで、後者は各職務の遂行と職務間の連携をスムーズにするための仕組みであり、このコミュニケーションの一側面として、正確性と敏速性が求められる。又、コミュニケーションの伝達内容が、貢献意欲や貢献に深く関わるもう一つの側面であり、メンバーのモチベーションとの関りもある。組織の大小問わず、組織には、この様な仕組みが確立されて、組織目的が達成できる成果を得るのである。簡単に組織 (協働システム) について説明してきたが、企業の繁栄か衰退かは、この組織が、確立されているかどうかによって言われている。そこで、この様な組織 (協働システム) として、「患者ニーズの充足」を目的とした歯科医療を支える歯科医院 (歯科医師) と歯科技工所 (歯科技工士) との関係に当てはめてみることは出来ないだろうか。また、各歯科医院、各歯科技工所内には、それぞれの協働システムとしての組織的なものがあるが、この二種類の職域の参加者たちが一つの協働システム (組織) の中で、相互依存関係が成り立つ歯科医療組織 (チーム) を考えなければならない [15] [18] [28]。

7・5・1 歯科組織としての協働について

現在の歯科医療現場では、治療と補綴処置を行う治療室又は医院と、補綴処置に必要な補綴物の製作を行う技工室、又は、技工所とに二分されている。過去において、歯科医師法の制定による歯科医師免許資格が厳重に制限された当時、歯科医と別に、技術師の新設と資格を、政府に請願した経緯があったが、結局、当時の政府はこれを認めなかった。しかし、現在のような歯科医療現場では、高度な歯科治療と高度な歯科技工技術 (補綴物製作) のそれぞれ職域の専門性を考える必要がある。これまでの歯科医療と違って、歯科医師に対し、新たな急性・慢性の口腔疾患・疾病に対応するために、新しい治療方法や技術、薬品、器具も開発され、より高度な治療や治療域の拡大が求められるようになってきている。そのため、歯科医師は、より深い治療知識と技術が求められ、治療後の補綴処置についての設計や製作指示も、より高度で専門的知識を持つての対応が求められることになる。しかし、歯科医師が日々の診療に追われていることを考えれば、分業分担することは当然であり、補綴装置の製作担当している歯科技工士の職務の重要性は大きくなる。しかしながら、現状はここに大きな課題がある。それは歯科医師の「歯科技工技術の重要性の認識」とそれを掌る「歯科技工士の職務の重要性に対する認識の低さ」、「歯科技工士養成機関による教育内容」である。それぞれの職域に対しての「責務の認識」と職務を明確にすると共にお互いの職務を理解し、尊重し合う「協働システム」を構築することが、「患者ニーズの充足」の達成に繋がると考える。そこで、多くの日本産業界も、地球規模のグローバル化による社会変化によって、企業形態、事業形態などが大きく変化し、内部組織や研究目的、技術目的に大きな変化が生じている。もちろん顧客に対しての捉え方も変化し、様々な分野で「イノベーション」や「パラダイムシフト」が出現している [18] [31]。日本の医療業界も、国際的なグローバル化の影響を受け、変化しつつある。現在、その片鱗が少しずつ見受けられるようになってきた。本来、医師が行うべき職域において、様々な分業化 (水平分業分担構造) が進み、その職域での専門職として、国家資格又は技術資格を設定し、その責務を明確にすることにより高度な内容にも対応が出来る仕組みになっている。又、それぞれの専門職の資格を持ったスタッフが集まり、患者のデータを基にその治療方法・治療経過・手術・リハビリ

方法などをコンカレント方式で検討を行うといった、医療組織としてのシステムが確立されつつある[15][24]。同時に徹底したインフォームドコンセントの施行、カルテの開示、臓器移植、体外授精生体肝移植などの最新医療技術についての医療倫理の見直し、医療情報の提供などが挙げられ、今までブラックボックス的な業界がオープン化し、医師の患者に対する認識が変化することによって、患者を取り巻く医療環境が大きく変わろうとしていることも事実である。そこで、医療の一分科である歯科医療ではどうだろうか。医科とは少し違った特色を持つ歯科でも、医科の医療現場と同様の変化が歯科の医療現場でも求められるのではないか。歯科医療では治療と治療後に装着する補綴処置の装置（補綴物）の製作現場とに分かれる。治療現場での歯科医師、歯科衛生士との分業化が進む中、患者を取り込んだコミュニケーションによる伝達システムが確立しているが、治療後に装着する補綴装置製作については、製作担当する歯科技工士を交えた「患者」との三者間での伝達システムが確立していない。製作現場、担当者との主な伝達方法は、歯科医師からの指示書となっている。しかし、患者ニーズの変化によって求められているものが、「物」から「こと」に移行しつつある現状を考えれば、指示書での伝達システムでは、「患者ニーズ」の充足に繋がる補綴物製作指示として不十分で、「患者」を満足させる補綴物の提供は望めない。従来の単に「もの」作りの感覚での指示や指示内容では、製作担当技術者に「患者ニーズ」が伝わるものではない。そこには、歯科医師と補綴物製作を担当している歯科技工士とのコミュニケーションの取り方に大きな課題がある。歯科衛生士と同様に「患者の口腔状態・患者主訴、ニーズ」についての分析と診査を、認識共有することが最重要と考える。しかし、医科で行われているような歯科医療の現場を支える歯科医師とそのスタッフたち、或は外部医療従事者（外注先の技工士）たちによって「患者の口腔状態・患者主訴、ニーズ」について、コンカレント的な検討会や打ち合わせの機会もない現状がある。大きく社会環境が変化中での「患者対応」について、全て歯科医師の「トップダウン」指示で行われている垂直統合型の現状については、社会の環境変化に大きく遅れをとっているのではと考えられる[15][18][24]。

従来の組織として、垂直統合型機能分担構造では、現在の「多様化した患者ニーズ」の対応に対して、それぞれの専門職としての良さを100%引き出すことは不可能と思える。これでは、それぞれの職域の国家資格を持った専門家としての価値が発揮できない。確かに、養成機関で2～3年の専門知識と技術教育を受け国家資格を得た後、その職に従事し直ぐに歯科医療組織内で、インタラクティブコミュニケーションが取れるとは思えない。しかし、少なくともインタラクティブなコミュニケーションが取れるようになる教育と環境があれば、先輩指導によって、十分にコミュニケーションが取れることが出来ると考えられる。それは、養成機関での職務に対しての教育内容や期間と、自身の職務に対しての自覚の有無によるが、ここで養成教育の問題については、詳しく論じることは控えたい。しかしながら、一つの組織内で「目的の達成」のために、それぞれの職域で



図表7・⑬ 日本の歯科医療業界のピラミッド構造

国家資格を持った専門家たちによって、彼らの職務上の意見や提案について、インタラクティブコミュニケーションが取れる環境下で創めて、医療従事者たちの貢献意欲の向上に繋がると考える[18][24][25][33]。

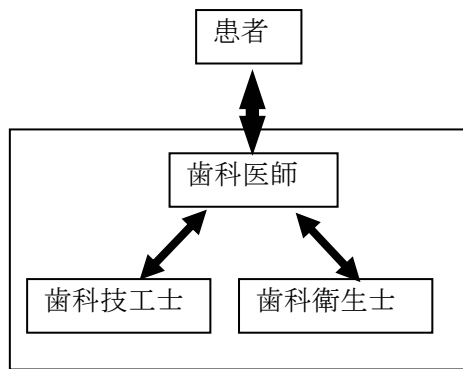
一般企業や医科領域では、既に現在のような社会環境変化に対応すべく組織構造の改革が進行中であり「変革の成否」が、組織の存続に係る問題として取り上げられている。この現状から歯科医療組織においても、組織構造変革の必要性が切迫していると思われる。そのため、まず組織（協働システム）内で、前述の環境作りと医療従事者の職域と職務に対しての自覚と責務の確立が急務と考える。それらが確立することによって、創めて「患者志向」の歯科医療における水平分業型機能分担構造として、組織（協働システム）が円滑に機能する第一歩と考える[15][18]。

7・5・2 患者志向の歯科医療における協働システムの重要課題について

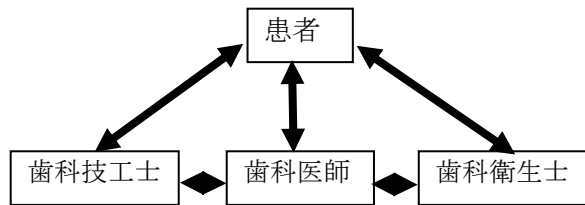
これまで、社会環境変化に伴う歯科医療に求められた、組織構造変化での協働について述べてきた。しかし、歯科医療組織の構造変化による組織（協働システム）が、医療従事者によって「患者ニーズの充足」という目的達成に向かって円滑に機能するためには、もう一つの重要な参加者について考えなければならない。特に歯科医療の場合、急性期疾患、慢性期疾患の治療後の補綴処置があるため歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を含め「患者」を取り込んだ構造変化が必要不可欠で、「患者」あつての医療、補綴処置と考える。いくら高度で精密な技術を屈指して、高額の補綴処置をしても「患者」が、「違和感、不快感、苦痛」を感じればその処置価値はなくなり、術者の自己満足に終わってしまう。同時に歯科医療への信頼が消失することになる。このことを、医療従事者である参加者は認識、自覚しなければならない。医療倫理が、社会環境変化とともに、従来から大きく変化していることによって、医療提供者の自己満足的医療提供には、多くの患者が拒否する結果になる。特に歯科医療において補綴関連が医院収益の54%を占めることから、従来から大きく変化してきた「患者ニーズ」の具現化の主体となる補綴処置の製作を行う技術者であり、組織（協働システム）の参加者である歯科技工士と歯科医師との協働において、どの様に「患者」を取り込めるかが重要課題となる。又、前述で示した患者権利を確保する意味でも「患者」の参加が不可欠である。

現在、一般開業歯科医院での治療分野としては、硬組織疾患、軟組織疾患、顎口腔機能障害による疾患などが対象になり、治療を施す上で当然「患者」への疾患に対しての説明が、十分に行われていると思われるが、ホリスティックな口腔状態の説明について、多くの歯科医院では行われていないと考える。特に患者自身の自覚のない、又は、症状として出現していない疾患の関連情報の説明がまったくないことに疑問を感じる。一つの例として歯科医院での診査・診断を行う中で、印象模型を使って歯並びや噛み合せ等の、静的な異常や問題点については説明があるものの、運動機能に関連した動的な異常や問題点についての詳しい説明が少ない。そのために最近、医科との関連も含め、歯科関連情報として運動機能障害が、マスメディアでよく取り上げられている。この様に歯科において、運動機能障害による医科との関連疾患が大きく注目されてきたことは、「患者の知る権利・学習権」と「最善の医療を受ける権利」が強く求められていることで、従来の補綴装置の製作においても、患者の予算が主体基準となる歯科医師の主導的、或は技工料との判断決定ではなく、「患者の自己決定権」が行使できる歯科医療環境づくりが最重要課題である。

その課題の解消手段として、歯科医師と歯科技工士の関係構造が垂直統合型機能分担構造（図表7・⑰）から、水平分業型機能分担構造（図表7・⑱）への転換の必要性が求められる。



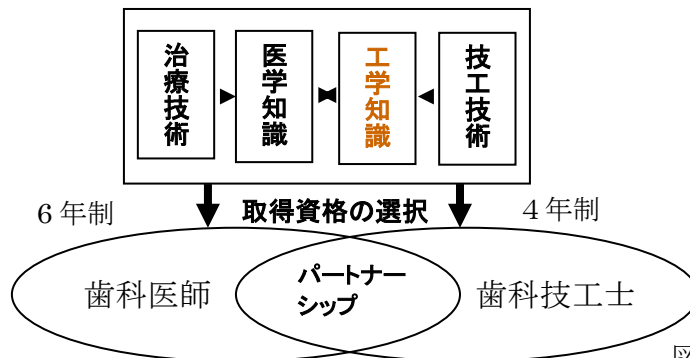
図表 7・⑰ 垂直統合型機能分担構造



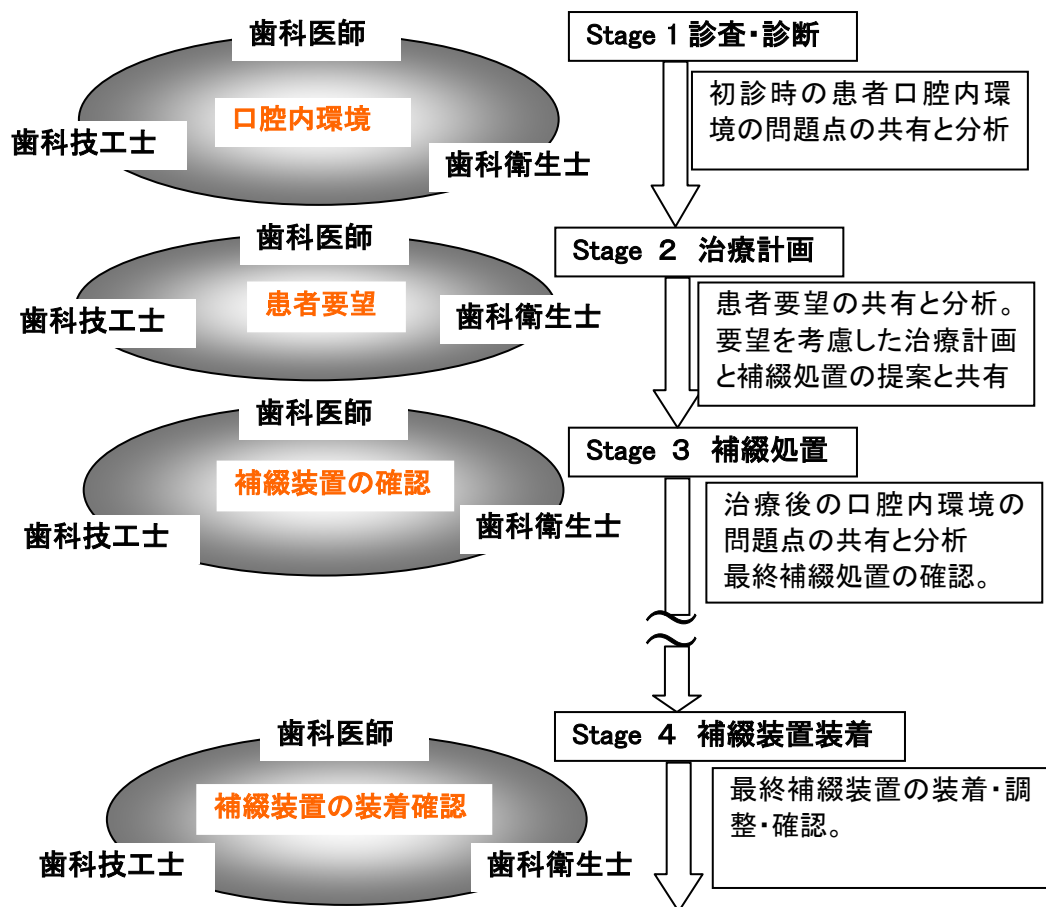
図表 7・⑱ 水平分業型機能分担構造

歯科医師にとっても、ただ単に歯科（口腔）に限らず、全身疾患との関連も含めた診査診断・治療計画と治療が求められている中で、対処療法に終始している医療システムでは、患者から医療人としての信頼と尊敬は得られない。歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士との関係構造が、垂直統合型機能分担構造（図表 7・⑰）から水平分業型機能分担構造（図表 7・⑱）に転換することによって、患者の情報取得窓口が増え、患者自身が客観的に情報を捉えることが出来、患者の権利保護と主体性の確保、患者選択の補綴処置のバリエーションが拡大する。又、情報の三者間（患者、歯科医師、歯科技工士）での共有が、出来て補綴処置に対する認識・解釈・サービスのギャップが解消できる。「患者志向の歯科医療」の基本は患者の権利保護が出来るかどうかであり、現在の患者の多様な要求を満たすために、全ての歯科医療（治療と製作）の責任を歯科医師一人が、背負うことには限界があり非現実的である[13]。過去において歯科技工士の職務宣誓で「歯科医師の下で・・・」と誓約していたが、現在となっては治療責任と補綴装置製作責任とは分離し、歯科技工士もそれに対応すべきであり、そのための自立性と責任を負える関係構造改革が求められる。又、それによる歯科医師の意識変化によって、歯科技工技術者としての自覚と責任が、より一層強く求められることになる。そのためにもより高度な技術的・工学的な知識に加えてより深い歯科医学的な知識が必要となり、歯科医師とのコラボレーションを組む上にも、患者を取り込んだマネジメント感覚が重要と考える。また、関係構造改革により、治療担当と補綴装置製作担当の明確な職務の分離を図ることによって、それぞれの職域での責任分担が明確になり、より自立した職域での専門的研究が促進され、歯科医師と歯科技工士の円滑な協働が可能になると考える。その参考例として歯科技工士の最も理想的な養成制度と協働の仕方を次の図表 7・⑲、⑳に示す。

歯科大学・歯学部+技工学部



図表 7・⑲



図表 7・⑳歯科医療におけるコンカレント方式でのミーティング例 [15]

この参考例では、技術者養成制度において、従来の2年制もしくは3年制の専門学校教育から、歯科大学の附属の場合は、技工学部、総合大学の歯学部の場合は、技工学部もしくは技工科として歯科医師養成と並行した同じ土俵での養成が、二つの関係を最もわだかまり無く結び付けられる形と考える。常に患者の口腔環境の情報を、共有しながら歯科治療を進める形であり、患者の参加も可能になっている。これによって、三者間でのコミュニケーションギャップを解消するとともに、視点の違う三者間での意見をまとめることによって、より決めの細かい治療計画に沿った患者対応が可能となる[15][18][32][34][38]。

第8章 技工ビジネス体験事例

8・1 創業からビジネス安定期まで

筆者自身歯科技工士で40年近く歯科医療業界の様々な局面と変化の中で歯科技工所を経営してきた経緯に基づいて事例紹介したい。

8・1・1 創業時の歯科医療状況－日本国内

筆者自身歯科技工士専門学校卒業後、1年間専攻科に進み修了した後に就職という過程を歩む中で2者選択の局面があった。そのため、将来開業する技工所のイメージを考え就職先を選択していた。当時下記の図表8・①が示すように院内技工室と外注歯科技工所の条件面で大きな差が認められた業務としては院内では保険技工が主体

	歯科医院内技工室	外注歯科技工所
技術面	低い(医院の技術レベル)	高い(顧客医院の満足レベル)
作業種類	限定(種類によっては外注)	多品目(保険技工含め補綴物全て)
処理能力	低い (アポ調整と外注により一定)	高い (ノルマを期限内に納品)
労働時間	短い (一般に閉院と同時に終了)	長い (一定のノルマを消化)
給与面	高い(基本給が高い)	低い(基本給安価)
商品性	低い(院内レベル)	高い(多数の顧客対応のため)
勤続年数	10年程	3~20年程
教育環境	低い・偏る(技術指導者無し)	高い(多数の先輩技工士)

図表8・① 院内技工室と外注技工所の業務比較

で、技工室で溢れた保険技工物、又は自費技工物を外注(外注技工所)に出す形だが、歯科医師も技工を行うことが出来たため、技工指示と指導が可能であった。歯科技工士免許を取得すれば、一様、歯科技工所を開業出来るが、技術修練と処理能力向上の目的で歯科医院もしくは技工所に最低でも2~3年勤務する形態をとることが多い。

そのため、将来開業に向けて技術とスピードをつけるか、経済的安定を求めるかで方向性が変わった。しかし、経済的安定を求めて歯科医院に勤務しても、10年程が限界で給与が年収400万を超えてくると、肩叩きの対象となり開業を余儀なくさせられる状況が出ていた。歯科医院でも技術修練は出来るが、医院長の技術レベル、嗜好で止まり、外注技工所として、顧客好みの技術レベルに合わせるという技術までは、修得できない。しかし、患者口腔内の状況を観察することにより、補綴物を製作する一連の作業流れと合わせて、考えることが出来る利点も認められた。当時は、患者数や歯科医師数の増加によって、歯科技工士数も増やすといった政策が取られていた。院内技工室では「歯科医師2：歯科技工士1」の割合が理想とされていたが患者数の多い医院においては、代診の歯科医師の雇用と同時に多数の歯科技工士の雇用も行っていた(理想とは正反対「歯科医師1：歯科技工士2」の雇用)。それでも余剰技工物を外注しなければ追いつかない状況であった。又、医院収益については、保険収益90~85%で、特定の患者希望により自費治療が行われ、その収益は10~15%であった。しかし、保険収入は3ヶ月後になるので、月々の回転資金としては、自費診療の現金収入で賄われていたため、少しでも自費診療をすることによって、運転資金に余裕を

持たせるレベルであった。この様な業界状況の中で、外注技工所で技術修練をしていた傍ら、自宅にて一部の歯科医師の依頼により外注技工のアルバイトをしていたが、技術修練を終え本格的に外注技工所として、開業に踏み切った。

開業と言っても、少し自宅を改造した仕事場をそれなりに整理し、技工所として保健所に届けるだけの簡易な手続きであった。多くの技工士の開業時は独りであり仕事の量も少ないため、最小限の設備で十分と考えられた。

当初は、一人で保険診療技工が主な仕事だったが、徐々に仕事量が増え、アシスタントとして研修生の雇用を始めた。其の内、紹介によって顧客歯科医師が増えると共に仕事量も大幅に増え、処理し切れなくなり外注に出す時もしばしばあった。しかし、保険診療技工は、単価が安価（創業時でも相場より少し高めに設定していたが。）なため数をこなして幾らという所があるため、全くの一人で行い（受注制限をしてでも）人件費を抑えるか、大人数（30名以上）で行い分業効率を上げ時間単価を上げるか、でないと非常に効率が悪く大赤字になる（当時の歯科技工所の平均営業純利益率は1.9%）。新規営業も出来ず配達と技工作業のみで一日平均労働時間が15～16時間、月曜から土曜日まで休み無し、という労働条件では誰もが業務態勢に疑問を抱くものである。しかし、歯科技工所は歯科医院との取引は掛売りまたは現金回収のため経費の支払いをしながら次の現金収入があるため、中々財務状況が把握しにくい。一般に独り開業の技工士の財務感覚は売り上げ＝所得と考え、経費についても井勘定的な感覚のため大幅な赤字であっても気が付かない面がある。そこで、筆者は如何に少人数でも、効率よく売り上げを上げられる単価の高い技術価値のある技工を、請け負う必要性があるのではと考えた。しかし、経営戦略を自費診療技工主体に移行し「STP戦略」を考える以前に「マーケティング・ミックス4P」を明確にしなければならぬ状態であったと考える。その中身については下記に示す通りである。

- 1、Product・・・技術価値とは何か。
- 2、Place・・・技術価値をどこで提供できるか。
- 3、Promotion・・・技術価値の存在を如何にアピールするか。
- 4、Price・・・技術価値の評価は。

といった項目である[13][21][29][58]。

8・1・2 技術優位型技工の必要性

歯科医療業界でも、今まで保険診療主体だった医院収益が、自費診療の割合が大きく変化してきていた。医療技術の進歩というより、材料の改良や新材料の開発と加工技術の向上によって、より補綴物の商品化（審美性と耐久性）として大きく向上したため、歯科医師の患者へのアプローチが容易になり、患者ニーズの変化も大いに影響していた。

一般的に、保険診療収益70～65%、自費診療収益が30～35%まで向上すると同時に歯科技工士への技術的要求も強くなり、外注先の技工所を選択するようになった。これが技工物の種類や技術レベルによる選択外注が始まったきっかけである。

従来の技工所の存在価値は、院内技工室のヘルプ的存在価値だけしかなかったが、自由診療患者の要求を満たすために、より商品価値の高いものを求めるようになり、保険診療技工物との差別化を明確にするための目的もあった。

しかし、技工料金に関しては、患者への提供価額の1/5～1/10程が相場として考えられていた。この様な状況の中、技術価値を如何に高め、高い評価が得られるかが保険診療技工主体から脱出の近道だと考えられ、まず技術レベルの向上を目指し、日本の近代歯科医療の源流である米国への技術留学を、決意することになる。技工所開

業4年目から、技術留学をスタートさせ年間4ヶ月程の米国滞在と日本での技工所経営を両立させる状況となった。

技術といっても、製作方法や材料の取り扱いなどのような「手の器用さ」に関わるものについては、逆に日本の方が上であるが、歯科医学としての補綴物の捉え方と再現・表現方法や機能解剖についての技術であり、生体に調和させるための方法論などである。これらについては、日本の歯科医師の間でも遅れていた面があり、幾何学的な機能基礎理論を学ぶことが、当時の歯科医師及び患者ニーズを満足させる補綴物製作に対応できるのではと考えた。

当時、日本の歯科医療は、米国よりも20年程遅れていると言われ、殆どの大学の歯学部や歯科大学では、米国の歯科医療技術に追いつき追い越せと、模倣する形で臨床に取り入れられていた。丁度、全米で一世を風靡した歯科理論の臨床現場での指導ラボに技術留学出来たことはラッキーと考えられ、同時に、日本の歯科医療業界の技術レベルの状況も、よく把握できる環境下でもあったと推測できる。約6年に及ぶ技術習得留学によって、米国の歯科医療状況や技術レベルと日本の状況とを比較分析し技工所経営に生かすことが課題となった。その後も、年に数回は渡米し現地の歯科医師や技工所を訪問し情報を得ていた。

米国の歯科医療技術を模倣する形で、急速な発展を遂げようとしていた日本の歯科医療にも大きな変化として、技術的な進歩と医療機器の改良と開発により、治療の多様化が進んでいた。それに追随するように補綴技工技術の発展もあり、歯科技工所も多様化を求められた。しかし、米国での治療の多様化は、口腔疾患に対して専門的に研究がなされた結果や技術的追求・向上性から生じた多様化であるに対し、日本での歯科医療は治療分業の域を脱していなかったため、中身の技術の遅れが目立つ形となっていた。その頃、既に米国は医療業態で横割りの組織作りが行われていたが、日本では縦割り業態のままであり、歯科医師一人で全ての疾患に対応していた。このような状況の中で、如何にアメリカの高い技術力が価値あるものかを、どうアピールするかが課題の一つでもあったと考える。

8・1・3 技術優位型技工の評価と存在価値

今まで、明確ではなかった技工所業態（規模に準じた）が、はっきりと分類される様になってから、保険技工主体だった大規模技工所や中規模技工所にも、技術主体の部門が出来、歯科医院からの依頼に応えられるように変化していた。しかし大手、中規模技工所の技術部門といっても、技術レベルは保険技工より少し高レベル程度（器用さ）であり、決して高度で熟練した技能を持った技工士が担当しているとは限らなかった。一方、その様な国内状況の中で、個人技工所開業の続出とパート・アルバイト人材を雇用した完全分業化に組織し、安価な技工物の提供する中規模技工所の出現によって、技工業界に大きな混乱が生じていた。患者数、歯科医師数が共に増加している状況で、まだまだ歯科技工士の供給が要求されているにも係らず、その製作物の技術料金が下がるという珍現象が起きていた。筆者自身も、技工所経営を継続していたが、保険技工の技工料金の大幅な下落が続いていたので、通常の技工所経営戦略では競合する技工所との料金競争に巻き込まれるため、競合との差別化の目的で技術留学によって習得した技術力を前面に「マーケティング・ミックス4P」を明確にして営業戦略（STP戦略）を考え実行した[36]。

Product	技工知識、技術力	Price	トライアル含め二段階の価格設定
Place	歯科医院	Promotion	学会、勉強会、機関誌症例紹介

図表8・② マーケティング・ミックス 4P

Segmentation	歯科医師・臨床経験年数10年以上
Target	自由診療主体の歯科医院
Position	歯科医院と外注技工所との橋渡し・・製作主体から設計主体に 技工所という概念からの脱却 特化補綴技工のみ製作

図表 8・③ STP 戦略

当初は、既存の顧客に対して、技術優位型技工所としての営業を試みたが、料金面が大きな障害となった。世間では値下げ傾向の中で、高い技術力とその価値が患者にとって、大切に将来的に歯科医院の評価に繋がり、他院との差別化になると歯科医師に理解させても、その付加価値を含めた料金システムが受け入れられない状況であった。確かに従来 of 技工所と業務内容においても、大きく差別化が出来ていたが、当時の顧客歯科医師が、技工所に何を求めているのか理解不足だったことが、営業戦略的に歯科医師と認識ギャップを生じ、失敗に終わったと考える [13] [38] [59]。これは、米国での技術習得中に得た、歯科医師と技工所との関係が感覚的に馴染んでいたため、日本の土壌との違いによる関係を、自覚していなかったことが原因であり、技術的ニーズにおいても、日本は遅れていたことは確かであったと考えられる。そのため、コミュニケーション一つ取り上げても、日本の歯科医師と技工所間では、大きく違いがあり、例えば製作依頼内容に対する確認業務の一環として、常にコンタクトを取ることも、日本の歯科医師にとっては、煩雑さを感じており「何のために指示書があるのか」という対応をする歯科医師さえ現れることもあり、ビジネス感覚としての対応は、アメリカナイズされていなかったと考えられる。業界内部での風潮は、アメリカナイズされた考え方で、治療システム、材料、器具の多くは、欧米からの輸入であったが歯科医師の医療に対する本質的な考え方までは、変化していなかったと考えられ、大きく営業アプローチの方向転換を迫られた。「米国仕込みの最新技術の導入と提供」というアプローチを行い、営業スタンスとしては、準日本風に変えることによって、新規顧客の獲得につながったと考えられる。しかし、現実にはハードでの技術提供の殆んどが特殊な症例のみであり、ソフト（情報）が主な提供であった。技工所本来の技術提供については、ほとんどマッチングした仕事の依頼はなく、従来レベルで十分であった。

8・2 海外M&Aによる技工ビジネスの展開

歯科医療業界の中で、技術優位型技工所として事業展開されてきたが、基本的に医療人としての認識が、米国と日本で大きな差があることが理解できた。歯科技工所と歯科医師、歯科医師と患者との相互認識不足と大きなギャップがあるために、技術優位型技工所としての存在価値は、非常に低い状態だった。そこで、改めてその存在価値を上げるために、何をすべきかを模索する中で、たまたま米国ラボの M&A の申し出があったことが、筆者の技工所にとって非常に幸運であったと考える。しかし、歯科技工ビジネスとして、本格的な米国進出は非常に未知な状況であり、他の業種のように、多額の資本で組織化した企業の進出は当たり前であるが、まだまだ保守的な色の残る（人種差別・区別化）歯科医療業界へ零細事業者が乗り込んでいくのは、多くのリスクが考えられた。また、技術留学時に米国内の技工業界関係者たちと、ある程度の人脈を持っていたことが、今回の M&A での米国進出への決断の一つであり、日本の歯科医療の源流の中で、筆者自身の技術が米国の歯科医師の間で評価されれば、本物だと確信が持てるのではと考えた。また、日本の既存顧客歯科医院に対して、技工所

の存在価値をより高められるとも考え、筆者の技術力が、本当に米国内で通用するかどうか、検証できる機会でもあった。

8・2・1 米国現地法人「United Dental Ceramic」の設立・引継ぎ

M&A での日本側からの条件として、前オーナーの秘書で従業員の一人をパートナーシップで、新しい技工所の共同責任者とすることを提案し、了承して貰うことによって、現地での言葉の障害解消と顧客歯科医院の管理及びコミュニケーションを、円滑にする課題が解消した。M&A の申し出があった技工所は、現地でも有名な技術優位型技工所の一つであり、元オーナー及びスタッフは白人達で構成されていた。M&A の申し出理由として、元オーナーの高齢化によるリタイアと、それに伴う従業員たちの失業回避目的の雇用継続であり、業績悪化によるものではなかったことが救いだった。当時、現地での技工業界では、移民やアジア人種の進出が著しく、技術料金下落問題も浮上していた。人種によって料金格差が生じていたことも事実であり、白人から有色人種である日本人に移行することによって、この問題に巻き込まれる懸念も考えられた。同じ歯科技工業を営む日系 2 世・1 世のアドバイスの中でも、悲観的展望を指摘してくれた人たちもいたため、事業継承後の売り上げ維持という大きなプレッシャーを背負う形となった。

当初は、M&A で得た米国の技工所を日本の技工所の番頭（5 年間指導してきた後輩）に任せ、オーナー自身は日本国内で技術優位型技工所として、経営の安定を計る予定だった。しかし、言語という大きな課題があった。歯科技工所にとって歯科医師とのコミュニケーションが最大の課題であり、これが出来ないと 100%の技術力があっても半分以下の評価になると考えられる。特に、米国の歯科技工事業ではコミュニケーションが最重要課題である。そのため、急遽予定を変更し筆者自身が、米国事務所に赴くことにした。この変更によって、非常に貴重で多くのことを筆者自身が学ぶことが出来たと思われる。M&A の交渉から現地法人の設立、事業の引継ぎといった、約三年に及ぶ一連の業務処理の流れを体験できたことが、これからの事業展開にも大いに役立つものと考えられた。

単身米国ラボ（技術ラボ）での引き継ぎの大きな課題は、技術レベルの低下と、価格的にも高い設定だったので、顧客歯科医院からの技術的なクレームによる価格の下落が命取りになると考え、パートナーには顧客歯科医院とのコンタクトを通じて彼らの新ラボの技術に対しての評価の聞き取り分析を任せていた。引継ぎ後約 3 ヶ月間、全ての顧客歯科医院の技術的評価を徹底的に聞き取り分析と改善を行うことで非常にスムーズに引継ぎが完了し、一軒も顧客歯科医院が失われることなくスタートできたことは幸運だった。同時に経営的にも安定し新規歯科医院の紹介まで受けるようになったことが、米国の既存顧客歯科医師に受け入れられたことを裏付けている。これは米国の歯科医師が技工所としての職域と職種の自立性を認識しており、技術力の高さが信頼度を増す証拠とも言える。営業エリアも全米一帯と制限がなく、東部からでも引き合いが来る環境であった。確かに技工料金のダンピング問題もあったが、日本とは違ったもので、低所得者対象の歯科医療機関での技工物に対してであり、審美性、機能性、耐久性といったものを要求する医院での技工物においては皆無であり、むしろプレミアが付き、価格の上昇するケースも見かけられたことも事実であった。納期においても日本のように短縮など考えられず、たとえ長く取っても納得してもらえ環境でもあった。しかし、日本で技術優位型技工所として、同様に営業活動していた筆者自身の技工所経営において、米国技工所のような経営の安定性が求められなかったため、再度、日本で技術優位型技工所の存在価値を何処に見出すか、又その評価について検討する必要性を考えることになった。

8・2・2 米国技工所と日本の技工所の比較

筆者の教え子たちの何人かは、同じ米国で東海岸や西海岸で活躍しているが、「非常に働き安く、やりがいの感じる環境だ」と又「日本の歯科技工業界には戻れないし、戻りたくもない」と異口同音に話す。国内の多くの歯科技工士の仕事に対する感想とまったく正反対の意見が聞けることに筆者としても納得がいく。そこで、国内・米国での技工所経営の事例を通じ、両歯科技工所の比較や業界組織分析を試みた。国内事例でソフト（情報）面での提供で顧客（歯科医師）との取引関係が成立していた経緯を分析してみると、日本の歯科医療が非常に米国からの影響を受けていたことがわかる。

1、日本の歯科医療情報が全て米国からであった。
2、学会での医療技術紹介は米国人であった。
3、米国の歯科医療業界との関係を尊重していた。
4、米国の歯科医療情報に貪欲。
5、米国への憧れ・羨望。

図表8・④ 日本の歯科医療の米国傾向分析

図表8・④の示す5項目が、当時の歯科医療業界内の大きな風潮であったと考えられ、患者に対しても米国での学会参加を、自慢げに話をする歯科医師も存在していて、常に米国からの情報（海外情報）が得られることによって、先生方の米国に対する精神的充足感を満たすために喜ばれたと考える。これは、日本の歯科医師にとって、ある意味、米国との医療格差に劣等感を持っていたのではないかと考える。そのため、顧客歯科医院が筆者の技工所に技工を依頼することによって、患者へのアピールとして「米国と同じ技術」での補綴処置という謳い文句にもなっていた。しかし、当時はまだまだ自由診療技工に対して、歯科医院利益優先で全てが技術優位型技工所に依頼されるとは限らなかった。そのため年間通じて安定した仕事を確保するためには営業エリアの拡大（紹介による）とサービス（情報提供）の充実が大きな課題となったと考える。

図表8・⑤が示すように、技工所経営実態に日本と米国との違いは歴然としていた。なぜ、このような違いが出ているのか、そこには歯科技工業発祥の違いが、大きく関係していると思われる。又、日本では歯科医師と技工士との人間関係の構築方法や歯科技工士として、法的な資格制度の実態が大きく米国と違うことに、関与していることも事実である。終戦後、歯科医師との徒弟制度から発展してきた日本の歯科技工士は、あくまで歯科医師の助手であり、分離した職域での職種としての認識が歯科医師には薄い。そのため、常に技工職域においては、歯科医師が行なう領域であり、ただ単に書生的感覚でしか認められておらず、自立した職域・職種ではなかったと考えられる[52]。しかし、米国では歯科医院内の技術者として発展して来たため、歯科技工士という資格はなく、一技術者として私的教育機関で技術を学び臨床に就き経験を積み、又、次のステップへ希望するために学校に戻り、技術を学ぶといった過程を経る形なので、明確に自立した職域・職種である。当然、そのたびに給与も昇給する形で、本人達の技術に対する貪欲とプライドも高く責任感も強い。

	日本 歯科技工所	米国 歯科技工所
取扱品目	多種多様	特化限定
営業特色	料金	技術
労働時間	15～16 時間	8 時間
業務主体	歯科医師	技工士
責任意識	低い	高い
集配	自社	宅配
営業日数	6日	5日

図表8・⑤ 日本と米国の技工所経営実態の違い(10人レベル規模)

そのため、あくまで技術者としてのポジションを維持しながら、職域の分離・職種の自立が認められている。

- * 米国式技術優位型技工所・・・豊富な知識（理論と臨床）と高度な技術力を持ち、生体に調和した補綴物製作と補綴設計が出来る。

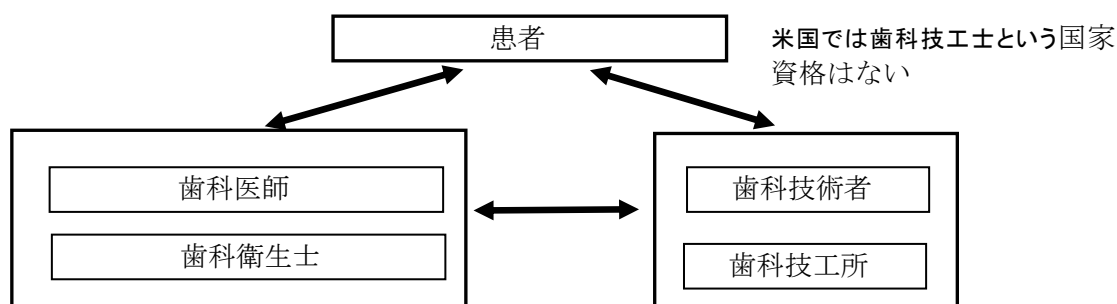
	日本の技工所	米国技工所
理論理解力	低い	高い
理論再現力	低い	高い
形態再現力	高い	高い
技術開発力	並	高い
技術応用力	高い	高い
精密性	高い	高い
観察力	並	高い
表現力	並	高い
コミュニケーション力	低い	高い

図表8・⑥ 米国・日本の技工技術比較

図表8・⑥が示す内容を分析すれば、日本の技工所が米国の技工所と同様の業務を行う上では、多くの課題を克服しなければならない。特に、コミュニケーション力の低さは、歯科医院と歯科技工所が協調して患者の要求を満たすレベルと比較すると致命的である。患者と直接対話をしなければならず、患者の要求を理解し技術的な説明もしなければならない。米国の技工所では患者の審美性を満たすために、患者が時々直接技工所に来所して、確認する方法が取られている。このような対応は、患者（顧客）志向の歯科医療を確立する上で、欠かせないシステムである。そのためにも、米国と比べ日本の技工所での低い項目については改善しなければ、歯科技工所としての自立性が成り立たない。

この事例で明確になったのは、技術評価に対する反応が日本と比べ非常に速く、その価値に対しても、ストレートに反映するすばらしい環境である。当然、顧客歯科医院の求める技術は「審美性と理論に基づいた機能性」であり、如何に自然な形態復元と口元の健康を表現できるかである。事例の顧客歯科医院の中には、多くのハリウッドスター達の症例も扱っていたので、非常に厳しい技術的要求もあったが、このような技術的要求を満たせられる事が、技術優位型技工所としての存在価値があると考えら

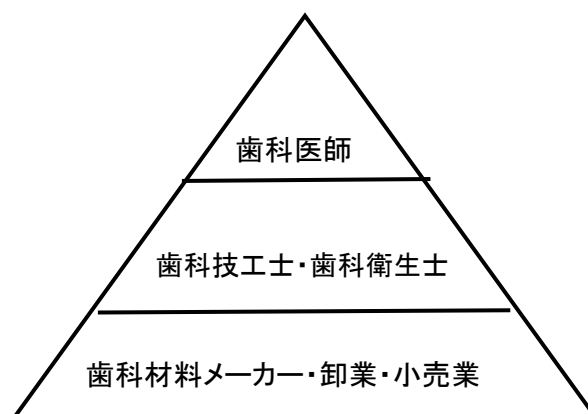
れる。米国において、基本的に歯科技工所と歯科医院との関係については、職域が補綴物製作者として分離しており、図表8-⑦に示すように患者に対して歯科医院と横並びの関係である。



図表8-⑦ 米国の歯科治療トライアングルチーム

日本では、歯科医師の視点で技術優位型技工所をまとめた図表5.⑦で示すように、残念ながら歯科医師にとって、デメリットの方が大きくクローズアップされているのではと考えられる。又、このデメリットとして挙げられている項目を考えると歯科医師としてのプライドや経営主体を脅かされるのではといった、意識ギャップの存在が認められる。米国では、非常識な歯科医院経営マインドが、日本では常識とされている。日本では、医療において主体は患者なのか、或いはそれを施術する医師なのかによって、大きく経営感覚が変わる。

これは、歯科医療が急速な発展を遂げる中で、歯科医師の医療人としての資質までは模倣できなかったと言える。日本の歯科技工業界でも、真の顧客は患者なのか、歯科医師なのかと問われる場合があるが米国では愚問になる。補綴物を製作する専門家としての立場から、患者の口腔内において、何がベストで、患者自身が納得できるものを第一に考え提案することが、大きな目的であるにも係らず、それに携わる歯科医師によって変更され、ある部分の情報だけが患者に伝えられてしまうのは、患者の経済状態（予算）を考えての話だと言われていた。（知る権利の阻害）そのため、先ず歯科医師がその提案の製作原価と医院提供対価を考えて納得しなければならない。もし、その段階で割（医院利益）が合わなければ却下されてしまい、患者に最善の補綴方法の情報が、ストレートに伝わっていなかった事例も多く見られた。当然、患者の予算との兼ね合いによって、最善の補綴物処置が出来なくても情報としては知る権利があり、それが出来なかったことは、患者自身が、本当に納得した上での話にならないのではと考える（自由選択の阻害）。一般に良い物は高い（値段）、高い（値段）物は良いという定説があるが、日本の歯科医療業界では通用しない。良い物（高品質）は高いのは理解できるが、悪い物（低品質）も高いのが日本の歯科医療業においては、当然のところがある。これが米国の非常識が日本の常識といわれる由縁である。



図表8-⑧日本の歯科医療業界のピラミッド構造

この意識ギャップが、技術優位型技工所としての営業に大きな障害となっている。当時、日本の歯科医療業界では、まだまだ保守的な業界組織（図表6.⑧歯科医師をピ

ラミッドの頂点として成り立つ)の感覚が残っているため、この様な業務提案する歯科技工所とは、非常に大きな認識ギャップがあるのではと考える。現在でも、このギャップは存在し業界の再編成に大きな障害となっている[11][13][38][58]。

8・2・3 米国・日本の歯科医師レベルの分類

次に、逆の視点で歯科技工士から米国、日本での一般的な歯科医師のレベル別の割合と、当時、顧客になっていた歯科医師の技術レベルを分類し、下記に示した。

一般に米国の歯科医師のレベルを分類するとき、歯科医師免許を保持して臨床に携わっている中で、その歯科医師の資質と技術・知識レベルを、包括的に分類し下記の図表8・⑨、8・⑩が示す4種類の呼称で分ける。

Doctor	知識と技術を備える。	5%程
Master	知識より技術がある。	15%程
Student	探求心がある。	30%程
Idiot	何も無くただ資格だけ。	50%程

図表8・⑨ 米国歯科医師の分類

となり、日本の歯科医師の場合は、下記の図表8・⑩のように分類される。Studentに属する先生方は、学術的にどれを信じていいのかわからなくなっているのが現状である。

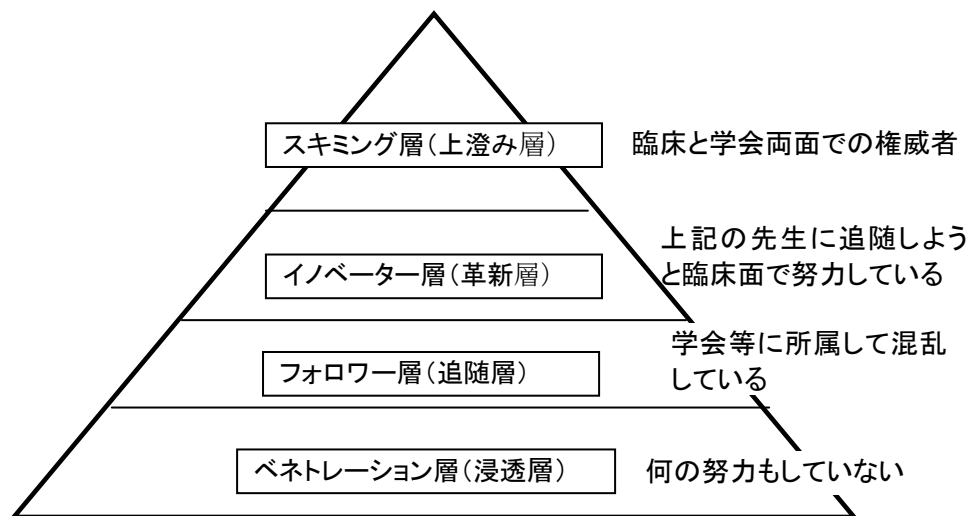
Doctor	臨床と学会両面での権威者	3%程
Master	上記の先生に追随しようと臨床面で努力している	15%程
Student	学会等に所属して混乱している	30%程
Idiot	何の努力もしていない	52%程

図表8・⑩日本の歯科医師分類

新しいもの好き、新しければ何でも買う。価格に鈍感	スキミング層(上澄み層)	4~5%
知識欲があり革新的な価値観を持ち価格に敏感。	イノベーター層(革新層)	15%
平均的で現状に満足している。	フォロワー層(追随層)	35%
価格の安さに飛びつく。ブランドは気にしない。	ベネトレーション層(浸透層)	45~46%

図表8・⑪オピニオンリーダー構造の割合

日本の歯科医師分類は、マーケティングでいう(図表8・⑪)のピラミッドに類似している[58]。



図表8・⑫オピニオンリーダー構造のピラミッド層割合

この図表8・⑫に基づき筆者の技工所顧客を分析してみると、三つ程のスタディーグループリーダー格の歯科医師達と、そのグループに所属する数人の歯科医師及び紹介による歯科医師達であった。これは、スキミングとイノベーター層に属する人たちではないかと考えられ、日本の歯科医師レベル分類では Doctor, Master 層であり非常にニッチな層に属する。しかし、技術優位型技工所の存在価値に対する理解度は、まだ低かったことは事実で、彼らに対する営業戦略に幾つかの認識ギャップをクリアしなければならぬ課題があったことが判る。

8・2・4 日本国内・米国事例分析

これまで、日本国内・米国での技工所経営事例を紹介してきたが、根本的な違いのあることが両方の業態比較分析することで、歯科技工業として、職域確立の背景に大きな違いがあることが明確になった。米国において、歯科技工士は歯科医院内において補綴物の製作をする「技術者」として雇用されていた。仕事の効率と省力化を考えて技工所が出現した。そのため、基本的には業務資格は無いが、業務を円滑にこなすために技術訓練学校があるが、あくまで技術者としての養成である。しかし、現在 CDT・MDT という資格を取得することによって、技工所の開業を認めるという業界での動きがある。この CDT・MDT という免許も、あくまで業界が創設した私的資格である。この様に仕事の効率と省力化のために、技術者として自立した職域を確立してきた。一方日本では同じ歯科医院内で補綴物の製作をアシスト（助手）する「ヘルパー」の人材として雇用され、製作技術などは歯科医師からの指導によって行われていた。そのため、助手的職域であり書生的な処遇に甘んじていたのである。戦後急速に近代歯科医療の導入により、システムも含めた欧米化によって、職域の分離化が進んだが一番遅く技工士資格が法的に定められた[52][60]。

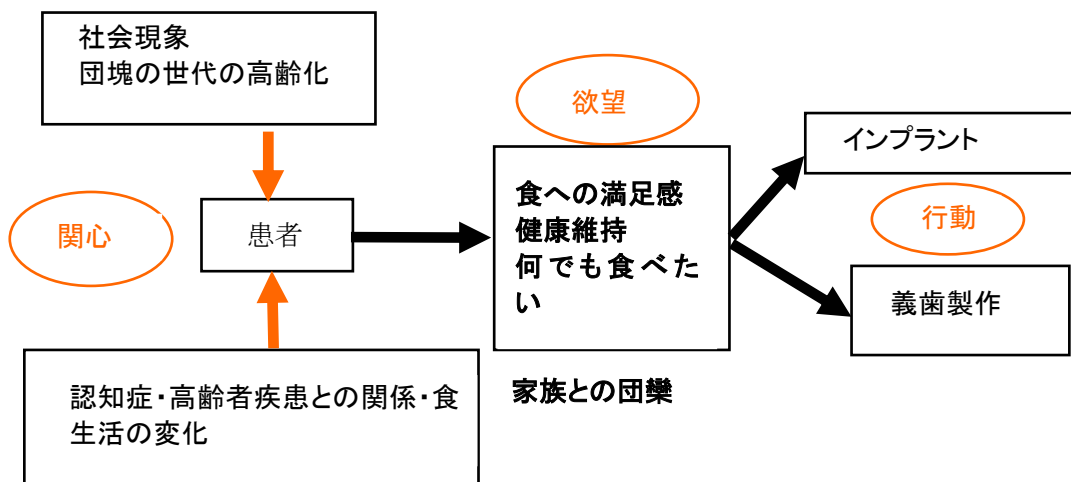
この背景の違いから、歯科医師の歯科技工業への認識に違いが生じている。この認識の違いが技工業において、米国と日本との大きな違いになっている。又、歯科医師の教育システムにも大きな違いがある。日本では、歯科医学として分離した形で学部、単科大学があるが、米国では、医学の一分科として教育されている。そのため、専門課程までは、医学部と同じ教育がなされる。この違いは、患者に対す

る医療人としての対応に違いが現れる。

米国での医療業界は、サービス業の一つとして取り組みがなされているが、日本においては、まだその水準の認識が出来ていないため、患者に対しての情報開示・対応が特殊な職域での対応となる。そのため、情報開示についても選択開示となり、患者が求める情報とは、大きく異なる場合がある。全てを公平に開示することが、サービス業としての責務になるが、現時点までには到達していない。又、サービス業として、業界内での自立分業機能分担が、米国と比べ遅れていることが挙げられる。患者に対する提供価格について、米国と比較して非常に不明瞭な点である。米国の場合は、その歯科医の経験、技術力、コスト、価値、地域によって決められているが、日本では、地域、コスト、価値で決められ、経験、技術力は余り含まれていない。まず、その歯科医の経験、技術力によって基本的なチャージが決められ、その後に、価値やコスト、地域の積み上げが行なわれることが、价格的にも合理的だと考えるが、その合理性は考慮されていない[14] [30] [37]。

8・3 技工新技術によるベンチャー事業としての技工ビジネス展開

ここ数年、行政主導で身体健康展が医師会、救急、歯科医師会、衛生士会、技工士会共催で、全国的に行われている中で、多くの一般市民からの歯科コーナーへの相談事は義歯関連であり、その多くが技工士への相談である。その内容のほとんどが、歯科医師の紹介を求めることであった。又、義歯の構造的な問題点などの質問も多く寄せられた経緯があった。これらの要望とも、疑問とも思われる患者サイドの意見をまとめ、マイナーな技工技術である義歯製作を見直す結果となった。義歯製作の増加は必然的な現象だが、それに伴って義歯への不満も増加し、その中で、インプラント治療の増加が認められる。義歯装着患者の義歯への不満が、大きく義歯に対するイメージの悪化につながり、義歯離れを引き起こしている現状で、インプラントへのニーズが大きく向上したといえる。又、歯科医師も義歯製作に対する対価の低さや技術的な問題も絡めた状況で、インプラントを勧められるため、需要の拡大につながっている



図表8・⑬ 義歯・インプラントのA.I.D.M.A

* 図表8・⑫のA.I.D.M.Aとは、消費者の購買決定プロセスモデルの一つで、まず製品の存在を知り（Attention）、興味を持ち（Interest）、欲しいと思うようになり（Desire）、動機を求め（Motive）、最終的に購買行動に至る（Action）という購買決定プロセスを経る[12][27]。

インプラントそのものは、歯牙の再植から発展したもので学術的には、あくまで推測・仮説のもとで成り立っており、生体の生理学的見地からは認められていない。そのため大学での講座が存在しない。あたかも歯科治療の最新技術として取り扱われているが、基本的にはメーカー主導の治験段階に過ぎない。そのため、臨床での使用には、多くの問題があることを患者サイドは知らされていない。もし、知れるところとなれば訴訟問題になりかねない。あまりにも患者の義歯に対する不満が多く、又、噛み締めたいと言う「ウォンツ」が、まるでインプラントニーズが拡大しているかのようになっている事例の一つである[54]。

しかし、歯科医師が真正面から義歯の問題点を研究する姿勢がなれば、義歯に対する患者の不満は解消されないことになる。インプラントに対して、歯科医師は過剰なまでの収入増の期待を寄せている結果が、歯科医学本来の方向性が失われている。

基本的には、患者の潜在的なウォンツが、社会の変化と情報の部分的な開示によって、欲望が高まり行動に大きな変化として、現れていると考えられる。しかし、この患者ニーズと歯科医師との間には、それぞれ大きな認識ギャップの課題があることを考えなければならない[13]。

まず、義歯患者が現在使用している義歯に対して、どれだけ不満があるのか歯科医師に認識されていない。そのため患者にとっては、諦めと絶望感に陥っている。義歯を装着しなければならないと宣告されると、患者は急に老け込むイメージを抱き食生活での諦めに陥る。その第一の理由は、歯科医師よる患者の義歯に対する不満の認識ギャップがあげられる。

義歯使用状況別、使用感	具合がよい	話がしにくい	入れ歯が合わない	取り外しが面倒	味が分からない	口の中に傷が出来るやすい	その他	特になし	不詳
総数	30.9%	16.0%	15.5%	14.4%	10.8%	9.5%	3.5%	22.1%	4.5%

図表8・⑭ 義歯の使用状況別にみた義歯の使用感（複数回答）

平成11年	義歯使用者	平成11年	義歯の製作経験者
65歳以上	86.4%	65歳以上	81.9%
70歳以上	87.6%	70歳以上	85.6%
80歳以上	86.4%	80歳以上	90.7%

図表8・⑮ 義歯経験者の割合（平成11年度健康福祉調査より）

痛い	18%
よく噛めない	35%
外れる	35%
その他	12%

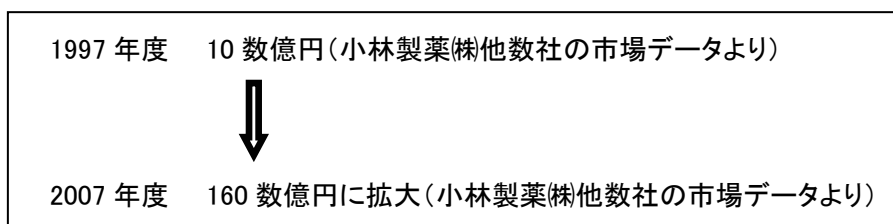
平成14年度 消費者センター、義歯の三大クレーム

図表8・⑯ 義歯患者の実態調査

平成11年度の厚生労働省の健康福祉調査の統計では、義歯患者の義歯使用感について

てまとめられているが、内容的には義歯の形状不満や機能性の不満である。

資料としては少し古いが、厚労省の「健康福祉調査」(図表8・⑭)によって、義歯患者の本音が垣間見えていた。この使用感のデータから、「具合がいい」が30.9%の数字を示すが、残りの7割ほどが何らかの不満を表している。一方、歯科医師会が各歯科医院に対して、義歯患者の満足度について調査した資料では、「不具合がある」と回答した割合が30%程で全く逆の結果となる。又、厚労省の「健康福祉調査結果」を裏付けるデータとして義歯の安定剤市場の拡大を見れば理解できる。

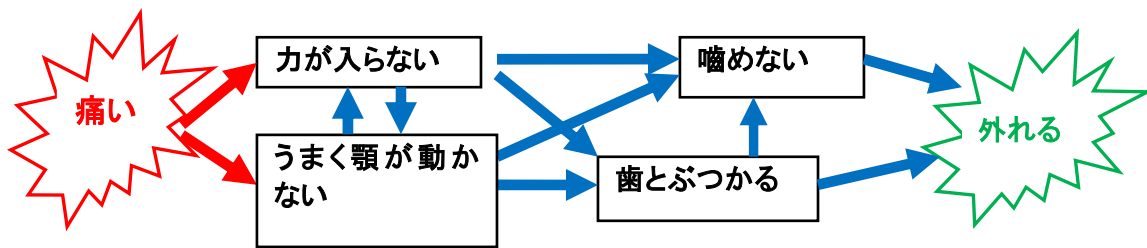


図表8・⑰ 義歯の安定剤市場

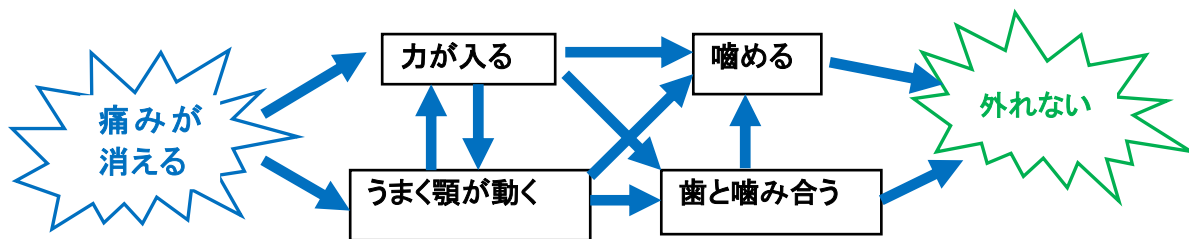
その結果、患者(一般人的発想)から義歯の一部を軟らかくして欲しいという要望が非常に多く、それに対して歯科医院での対応は皆無で為す術もない状態であったため、市販の安定剤需要の拡大に繋がったと思われる。これが、本当の義歯患者の主訴と考える。因みに、歯科医院内で使用される歯科材料としての義歯安定剤市場は、3億円以下に減少している。

一般に義歯患者の多くは、歯科医院で義歯の提供を受けた後、そのまま薬局・薬店に直行し、市販の義歯安定剤を購入している状況を裏づけている。このような義歯をポケットデンチャーと呼ばれている。患者が歯科医師に対して、義歯のクレームを訴えても「理解されない」、「分からない」という現状から、「諦めている」、「こんなものだ」という意識によって、製作された義歯に対する評価をフィードバックせず、代替材料を購入することによって、歯科医師との関係を継続させていることになる。この結果から、患者は歯科医師に本音を伝えていないことが明らかであり、歯科医師が患者の主訴の理解ができていないことも事実である。義歯は、特に、義歯の装着経験がない歯科医師にとって、患者の訴える非常に抽象的な表現を理解することは、至難の業である。そこには、時間的な流れや、コミュニケーション力、技術の表現力などが求められることになる。義歯患者が市販の安定剤を求めることによって、3大クレームである「痛い、外れる、噛めない」といった問題が一時的には消滅するが、根本的な問題解決には結びついていない。継続的な使用については、むしろ生体に対して2次的為害性をもたらすことを、安定剤メーカーも指摘している。そのため、歯科の学会でも使用の規制についての発表などがされているが、根本的な解決策についての発表などはない。患者にとって、「痛み」は感覚的な問題であり、「外れる、噛めない」は、物理的・機能的な問題として考えれば、これらのクレームの意味が、より明確になる。そのため、まず感覚の「痛みがなぜ生じるのか」を探求することによって、機能的、物理的な形状の改良方法が、明らかになると考え、痛みが生じた場合と消えた場合の生理的な分析を試みた。又、機能は筋肉によって支配されており、筋肉は神経によって支配されている。このことから「痛み」という感覚は、神経によって伝達され正常な筋肉運動が阻害される。この筋肉運動が阻害されれば、当然、義歯という物理的な形状に影響を及ぼすことになる。

クレームの因果関係を図解にしてみた。市販の安定剤を使用すれば



図表 8・⑱ 安定剤購入動機のみカニズム 1



図表 8・⑲ 安定剤購入のみカニズム 2

となり、義歯患者が安定剤を購入するメカニズムが理解できる。そこで、この図からも理解できるように、「痛み」を解消することが、患者の一番の主訴である。しかし、「痛み」の原因には様々な要素が考えられるが、基本的に義歯によって力の加わる部分に痛みが発生することが理解できた[57]。そこで、行政主導で身体健康展が医師会、救急、歯科医師会、衛生士会、技工士会共催で全国的に行われている中で、多くの一般市民からの歯科コーナーへの相談事の多くは義歯関連のこのような問題であり、そのため、その義歯を製作している技工士へ短刀直入に意見を求めた形である。その内容のほとんどが、熟練した歯科医師の紹介や義歯の構造的な問題点などの、要望とも疑問とも思われる患者サイドの意見が、多く寄せられた経緯が理解できる。そこで、前述した「痛み」の解消を主体に、マイナーな技工技術である義歯製作を見直す結果となった。

その結果、患者（一般人的発想）から、義歯の粘膜部を軟らかくして欲しいという要望が非常に多いため、従来の歯科医院での対応とは、まったく違った方法を研究することで、市販の安定剤需要の拡大に歯止めをかけ、義歯患者の要望を満たし、歯科医療としての義歯のイメージ転換に繋がる思われた。これが本当の義歯患者主訴の解決策と考える。

8・3・1 義歯患者の主訴を取り入れた事例

学術的な説明を、今回、簡単に付け加えて事例紹介を行ないたいが、当初、歯科学会や歯科医師の間では、否定的な意見が多く、市場的にも期待が持てない状況下であったと考えられる。しかし、過去の国内外での研究論文の中に、患者の要望が裏付けられるデータが存在していたことが判明、そのデータに基づいて、開発され市場に登場した事例である。

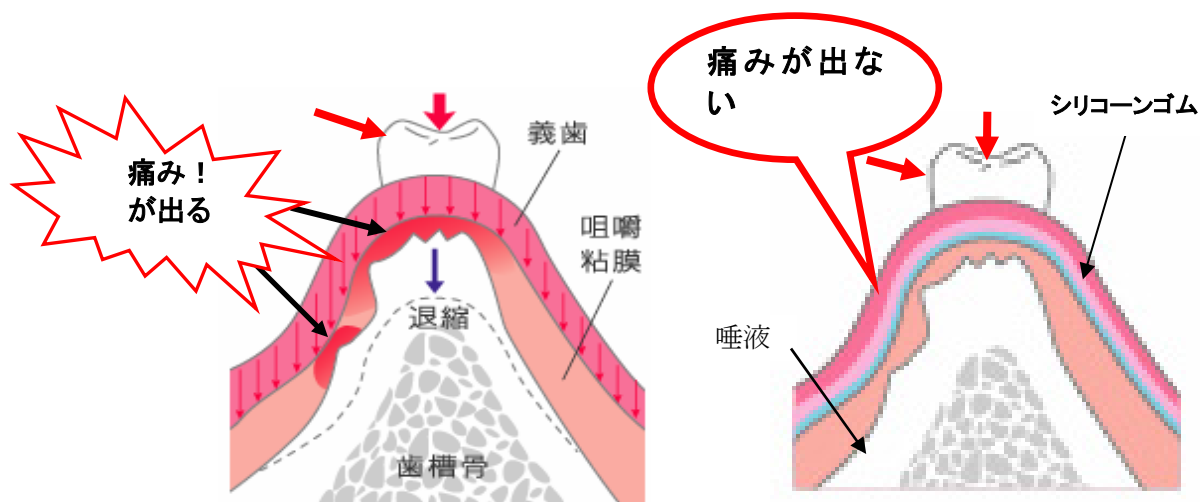
医科用材料の生体用シリコンと義歯とを合体させ、力の掛かる部分を軟らかい素材で包み込む形である。・・・・・・義歯のスペックイノベーション[53][57]。

- 1、過度な咬合圧を床全体に分散することにより、血流・新陳代謝障害を除去し顎堤に対して、良い結果をもたらす骨組織の再生を促進する。

2、床下粘膜組織に伝わる圧力を軽減することにより、部分的及び全体的な疼痛の発生を防ぐ。

3、義歯のより完全な周辺封鎖。

4、適合の改善。



図表 8・19 痛みの消失のメカニズム

この図のような構造を持つ義歯を製作する最大の問題点は、従来からの素材であるPMMAとシリコンと重合結合させることである。この技術の開発によって、患者が本来望む義歯の構造を作ることが出来、機能面においても、予測以上の効果が認められる結果となった。ただ素材の取り扱いに関しては、従来から歯科で使われていたシリコンとは違い保管管理が難しい。他に義歯の形状不満を解消するために、新素材を利用した義歯や非常に弾力性に富んだ素材による義歯などが提供されているが、基本的な患者の痛みの解消にはつながらず、ただ単に形状不満だけの解消となり、一時的な需要に止まる結果となっている。これも、歯科医師が患者にその義歯の利点、欠点を十分に説明すれば、患者サイドの不利益は発生せずに済む。しかし、患者の義歯に対する過剰なウォンツに対して、歯科医師の経営主体での医院収入を考えた解説に終わっているため、患者の良識ある選択が出来ていない事例になる。そのため今回の生体用シリコン裏装義歯についても、患者の過剰なウォンツに対し、本来の目的が伝わらず、その二次的なシナジー効果を強調する形となり、症例によっては、患者を失望させる結果につながる場合がでた。又、義歯のケアにも、患者への指導が必要となるため、これまで以上に、歯科医師とのリレーションシップの構築が必要となり、正確な情報伝達が患者にも出来るシステムが必要である[57]。

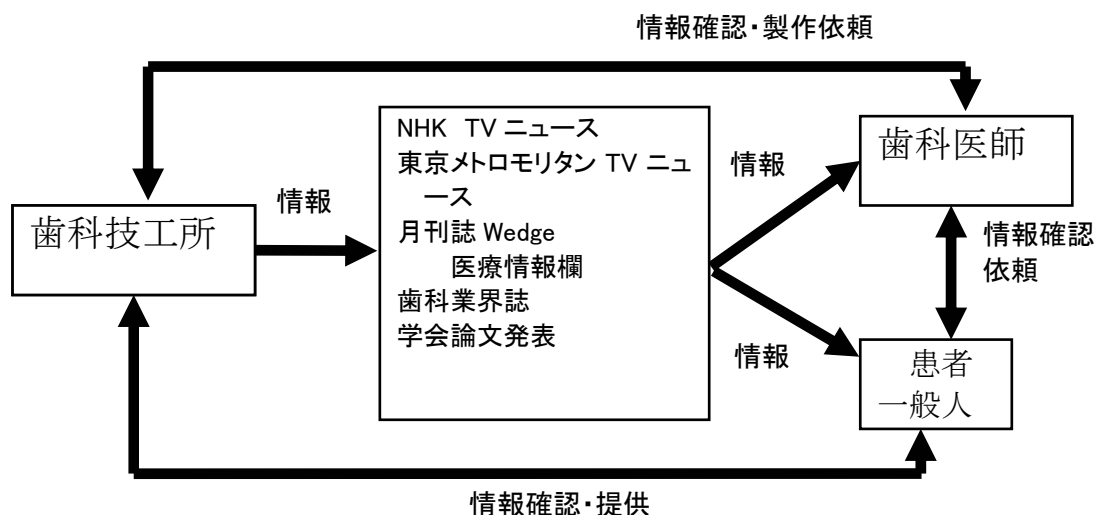
8・3・2 新技術の情報開示

この技術については、1997年4月、業界誌によって発表され、メディアでニュースとして、取り上げられた。当時の社会的ニーズが高かった義歯関連の話題のためなのか、NHKの夕方のニュースとして、報道された。開発当初、歯科医師間での技術評価は、非常に低かった。歯科医師としては、「必要性は理解できるが、需要はないだろう」という評価の中で、NHKニュースによって、テレビで4回全国放送されたのであ

る。この反響は想像を絶するもので、ほぼ一週間技工所の3本ある電話が鳴り止まず、事務所からの電話は、一切掛けることが出来ない状況が起こった。これは、業界内での評価とまったく逆の反応で、義歯患者の潜在的ニーズとウォンツが一挙に浮上したと考えられる。その後、2000年に東京のあるテレビ局によって、トレンド情報の一つとして、ニュース報道され、技術認知度が高まる中で、2006年に月刊誌Wedgeに医療情報として、取り上げられた。

これらの一連の報道によって、一般人（義歯装着者）の技術認知度が高くなり、歯科医院へ訪院の時に、患者からの要求・依頼として、取り上げられるようになったのは大きな変化である。又、業界内での需要予測と患者サイドでの需要とが、大きく食い違っていた事例となり、歯科医師の義歯患者に対するニーズの認識不足と方向違いをしていた事を裏付けている。従来までは、義歯患者に対しては、歯科医師主導で義歯の設計も決められていたが、今回のように患者サイドからの要望によって義歯の設計や仕様が決められることは、日本で近代歯科医療が構築されてから、初めての流れになったと思われる。通常、歯科医師が技術情報を得た後、患者に提案し依頼を得る形であったが、今回の情報開示は、歯科医師と同時に患者サイドにも同じ情報が公平に伝わった事が、患者の知る権利と選択の権利が甦ったと考える。

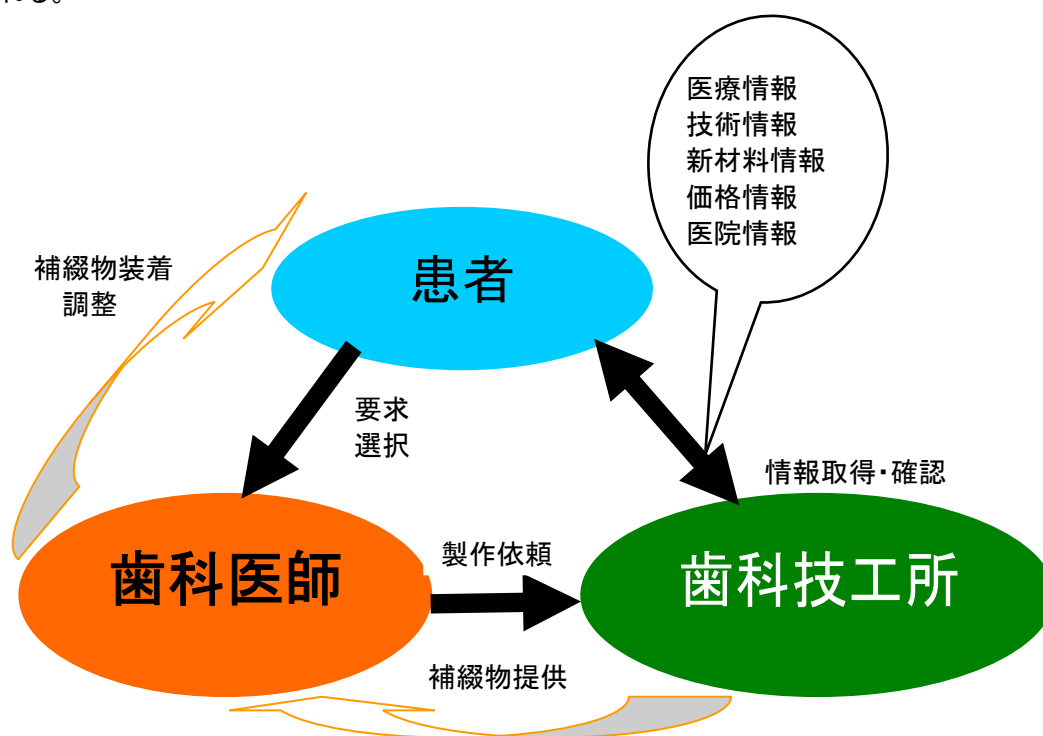
この情報開示によって、従来の歯科医療業界での技工依頼の流れも大きく変わった。基本的には、歯科医院からの依頼になるが、その多くが患者希望による依頼となり、歯科医師からの技術内容の確認とコラボレーションの要望が、歯科技工所に求められる様になったことは事実である。従来の従属的なコラボレーションから、患者の要望を満たすためとはいえ技術的な指導も含めた対等的なコラボレーションの必要性を、求められた結果と考える。



図表 8・⑳ 事例の情報の流れ

患者からの問い合わせについては、その技術の詳細についての説明を求められ、次に、取り扱いのできる歯科医院紹介を求められた形である。又、歯科医院からの問い合わせについては技術的な方法論と費用についてが多く、患者の紹介も求められる結果となっていた。今までの歯科医院主体の技工物製作の流れが、歯科技工所主体の流れに変化し、患者（顧客）への提供価格まで指導しなければならない状態となり、業界内部でも混乱が生じたと考えられる。今まで歯科医師主導で技工物、提供価格が決

められていたが、今回のような新技術による義歯についても、新しい義歯として、患者提供価格が設定されなければならない。類似義歯の価格などが参考に決められるが、基本的には技工料金の3～5倍の料金設定が考えられる。そのため、エンドユーザーである患者に提供される価格を、ある程度想定して技工料金を考える必要があると思われる。又、歯科医師が患者に話しやすい価格であることも、考慮しなくてはならない。当然技工所として、原価算出した上で料金設定を行うが、形にない技術料金の付加価値を含めた料金設定が行なわれることになる。同時に、患者からの問い合わせで提供価格の説明に対しては、地域による経済格差、類似義歯や素材との優位性に基づいて、歯科医院での患者提供価格の違いが、生じる説明もしなくてはならないと考える。最も難しい課題は、歯科医院の紹介を求められたことである。全国6万7千軒以上ある歯科医院の、歯科医師レベルをどのように計ることが出来るのか、まったく皆無の状況であったと思われる。紹介となれば、それなりの紹介者としての責任が生じ、その歯科医師の技術レベル情報を得ずしての紹介は、患者に対して大きなリスクを背負わす形になるため、非常に難しいと考える。又、患者と歯科医師との相性の問題がある。ある事例で、患者から歯科医院の紹介を求められた時、歯科医師の技術レベルを把握していた医院が、偶然、患者住所近辺だったので、特定の歯科医院として紹介した結果、患者が求める義歯ではなく、通常設計の義歯を高額で提供され「痛くて噛めない」というクレームの連絡が入り、技工所として、已む得ず製作し直した症例もあった。この事例から考察できるように、歯科医師の患者ニーズ認識は、非常に低く、歯科医師主体で補綴物が提供された場合、患者ニーズが満たされずクレームとなることが理解できる。又、これからの医療情報開示によって、歯科医師の従来の医療業スタンスでは、患者離れがより早く促進すると考えられる。今回の技術情報開示によって、多くの歯科医院では、下記のような補綴物の依頼模式図に変化したと考えられる。



図表 8・21 新しく構築できた歯科医師と技工所の関係図

この結果、歯科医師からの一方的な情報提供による選択ではなく、患者自ら情報を得ることによって、より患者自身が欲する補綴物の選択が明確になり、それを提供する歯科医師の医学的所見によるアドバイスとあわせて相談決定が出来る。しかし、これまでの多くの歯科医療情報については、業界内で留まり、今回のように多くの一般人まで知られることがなかった。そのため、一般人が望む、望まないに関わらず業界内で、消滅してしまうケースも多くあった。高齢化社会になって、多くの高齢者を含め義歯装着者の願望が、一步現実化したケースでもあったため、逆に患者サイドの要望によって、今回の事例のように、今まで歯科医療の中でマイナーであった義歯に注目され、初めて大学や多くの臨床歯科医たちが義歯を見直す形になったと考える。



図表 8・22 患者が求める義歯

しかし、上記写真が示すように、義歯粘膜面を軟らかい素材で構成することによって、患者が望むように口の中が傷だらけにならず、痛みもなくなる義歯の出現が、材料メーカーにとっても理想的だと考えられていたが、歯科医師にとって、義歯学の大きな変革となり、新たな義歯についての研究の始まりになったと考えられる。国立大のある補綴学研究室で「この義歯が発表されれば、今研究している材料の価値がなくなる。是非発表を遅らせてほしい」との要望が出されていた経緯もあったが、メディアの力によって、一般に公開されたのである。この情報公開によって、一般歯科医師が従来、否定してきた義歯の仕様が、患者の最も望む仕様となり、歯科医院での対応に混乱が生じている中で、技術開発した技工所主体で歯科医師に技術指導と提供が行なわれ、患者を誘導する形となった特異な事例である。しかし、現実には、技術開発の本来の目的が、歯科医師を通じることによって、患者には伝えられず、単に表面的な効果だけを期待させる結果となり、医学的な内容が、薄れてしまったことも事実である。そのため、結果への患者の期待が義歯の評価となるため、歯科医師の技量の影響が大きくなり、提供方法や設定価格に差が出たと考える。又、症例によっての選択などによって、患者の差別化、区別化につながり、歯科医院での全ての患者への情報開示につながらなかったことも事実である。この事例から、現在の歯科医療を取り巻く環境下では、歯科医師の医学的見地より、経営的見地が優先されていることが、明確になったと考えられる。

もっとも究極の歯科医療技術は、再生歯科医療であるが、まだ動物実験段階で臨床治験まで進んでいない状況である。その代替技術としてインプラント歯科医療が存在する。これは、義歯患者の抱える多くの問題点の解消につながるが、新たな生体組織への障害的課題が浮上していることも事実である。歯科医師にとって、このマイナスの情報を、患者に如何に伝えるかが課題である。現実には、患者に対して公平な情報

伝達をされないまま治療に臨むケースも多くあり、訴訟問題に発展していると考えられる。医科においては、最近、セカンドオピニオンという形で、最初に診査診断した病院とは別の病院で診査診断をしてもらい（患者によっては3軒、4軒と診断に納得できるまで）判断をする場合があるが、これは一つにはその病気、症状に対しての一種の情報収集行為と考えられる。歯科の場合は、このような行動が、患者サイドに余り見受けられないのも大きな課題と思われる。掛かり付けの歯科医院からの脱却が、非常に難しい事は、第7章の図表7・⑧でも理解できるが、結局は、患者自身の口腔健康管理をその歯科医師に委ねる形になり、決して患者（顧客）主体の医療の受療とは考えられず選択の余地もない。

第9章 社会環境変化に伴う技工ビジネス改革課題の抽出

社会環境変化によって、患者が歯科医院に何を求めるか、何を期待しているか、何を評価するかを分析することによって、患者（顧客）志向歯科医療の明確化が出来るのではないかと考える。

夜間・休日でも治療が受けられるように	なるべく待たせないように	診療回数を減らしてほしい	治療内容や費用について分かりやすく	保険の範囲を広げてほしい	歯科診療所や病院の歯科が近くにほしい	職場での健康診断にしかも含めてほしい	その他
40.9%	22.5%	22.5%	22.1%	35.8%	11.8%	9.9%	2%

図表9・① 歯科医療への要望（図表7・⑥と同じ）

この図表9・①を見ると、診療前の時間配分に属する項目の要望が、67.1%もあることに驚かされる。過去の診療流れから見ると、遥かに時間を割き手順を踏んでいるかのようだが、患者側から見れば、意味の無い時間の取り方に感じているようだ。日本の歯科医療のほとんどが、アポイント制を取っているのに、なぜ患者は待たされるのか、何のためのアポイント制なのか、あまり歯科医師側も理解されていないようだ。患者側にも問題はあるが、院内での治療システムが明確に構築されていないのが一つの要因と言える。院内スタッフの役割責任分担と指揮系統を、明確にしなければならない。

従来のように、歯科医師一人で、患者対応と全ての医療業務と指示を行うことは、非常に大きな負担となり、患者へのベストな医療は提供できない。これまでの歯科医療の発展に伴って、患者ニーズの多様化や医療技術の進歩による、現在の資格職（図表8・③）での分業化が進んでいる。歯科医師においても、口腔外科の難抜歯、インプラント、矯正といった治療も場合によっては、それらの処置に対応できる歯科医院、或いは附属病院に紹介されるケースが多々見られるようになってきたが、これはあくまで医療責任を回避するための対応処置である。この様な事例からも、院内の根本的な医療業務の専門分業科組織の組み立てを考えなければならない。院内のそれぞれの職種での代表的な役割を過去・現在に分け図表9・②に比較列記してみた。

過去	職種	現在
対処療法、単純補綴処置	歯科医師	対処療法、単純～複雑・最新補綴処置、カウンセリング
治療アシスタント、治療準備	歯科衛生士	歯周病管理と指導、歯石除去、スナップ印象、治療アシスタント・準備、パノラマ撮影
金属冠、インレー、床義歯の製作	歯科技工士	金属冠・インレー・義歯・セラミック・硬質レジン冠、等の製作
	歯科助手	受付、アシスタント、院内雑用

図表9・② 過去・現在の職種での役割

過去に比べ、非常に職務内容が増加していることが分かる。特に、患者と診察のために面談する歯科医師の職務については、過剰といっても過言ではない。差し詰め医科に例えるなら内科、外科、臓器移植、成形外科、美容外科と何でも御座れの状態であり、一人の医師が全ての症状に対して診査診断し治療を行うことが出来るだろうか。これでは患者が訴える症状を聞くだけで精一杯で、ゆっくりと患者の本当の主訴を観

察する時間的余裕が無い。その結果、対処療法に終わってしまっている事も事実である。中には医療過誤のケースもあり、患者自身が訴えている歯牙とは違う歯牙を処置してしまう事もある。これまでのように、画一的なスタッフの患者（顧客）対応では、患者は満足しなくなっている事も事実である。この点については、過去の歯科医院での対応が評価できる。1960年代の歯科医院は、地域密着型医療機関として根付いており、歯科医師と通院する患者との間には、親密さと気安さの仲で、治療が行える環境が、構築されていた。その後、歯科医療の欧米化に伴って、診療体系・治療内容の変化と通院する患者（顧客）層の拡大とエリアの拡大により、大きく患者対応に変化が生じたのではと考える。しかし、患者（顧客）側の歯科医院に対しての選択基準の主なもの、まだ、過去の感覚的なものが基準になっている（図表7・⑨）。その最たる事例としては歯科医師が自身の歯科治療を依頼する時、まず「何を基準に考える」かの質問に対して「話し易さ・自分の話を聞いてくれる・やさしさ」という回答が非常に多いことに驚かされる。通常歯科医師が歯科医師を治療目的に選択するのに「技術力」を第一に挙げられることを期待しての聞き取り調査であったが、意外にも一般人と同じ回答であった。そのため大学での後輩、同地区の気心の知り得た歯科医師に自身の治療を依頼するケースが多い。同業者である歯科医師ですら「技術力」より「話しやすさ・聞き上手」な歯科医師を選択していることから、先ず患者（顧客）の治療までの流れの中で、限られた時間内で、どの様に気持ちをリラックスさせ、スタッフと馴染ませ、本音で話しが出来るようにするかが求められていることを裏付けている。しかし、まだ多くの医院内での患者対応については、スタッフの高圧的で病状を診てあげる、治してあげるといった感じが残るのは、欧米化が進んでいる歯科医療システムの中身（姿勢）までは欧米化が進んでおらず、表面的な模倣に終わっている感じがする。現在の歯科治療を求める患者は、治療に取り掛かる前段階で歯科医院として医療サービス業としてのホスピタリティ的対応が求められていると考えられる。実際に治療を行う歯科医師以上にスタッフの患者に対する対応が、患者リピート率の向上に大きく影響すると思える[11][23][24]。

治療費の安さ	治療費の明確さ	治療期間の短さ	治療内容の丁寧な説明	歯科医師の人柄	歯科医師の技術力	受付やスタッフの対応	最新の治療設備の有無	クレジットや分割などの多様な支払い
3.63	4.26	3.86	4.38	4.24	4.53	4.06	3.87	3.29

図表9・③ 今後の歯科医療選択の重要視する項目(五段階評価)2009

上記表の赤字数字で示された項目の中で、技術力については、治療後の結果で評価が得られるもので、人によって大きく違いも出てくる。そのため、技術力については歯科医院の選択時に評価する回答でポイントが高いのは、現実には有るのが当然という前提で回答されている面があると考ええる。又、一般人が歯科医院選択時の決め手として「話しやすさ・聞き上手」といわれていたが、同業歯科医師でも同じ条件が当てはまることが理解できる。

患者（顧客）が、治療目的で歯科医院に来院した時は、何らかの精神的不安と症状による苦痛の限界を伴って訪れていると考えれば、非常に緊張した状況で、来院していることが理解できる。そこで、受付から言葉少なく問診表を渡され記入し、その後、名前を呼ばれ治療椅子に座って、白衣を着た歯科医師に主訴を限られた時間内で話さなければならぬ。又、大きく口を開けて患部を見せ「はいはい」の歯科医師の言葉の後、レントゲン撮影、歯科衛生士による歯周検診と進み初めて治療が始まる。しか

し、その間、患者は痛みが有る無しに関わらず、非常にストレスのたまる時間経過で、精神的不安のどん底に陥っている。もし、医療サービス業として、この状況をスタッフが理解しておれば、患者に対して、自ずとやるべきことが判るはずである。この時点でのスタッフの対応が、後のカンセリングや治療などのイメージに大きく左右する。しかし、院長でもある歯科医師は「自身の技術力に患者が付いてくる」と信じているため、余りスタッフの対応については、無頓着な面がある。歯科医師の技術力は、患者からすれば見えないものであり、評価が出来ないものであるため、受療当初含め治療後数年経過するまではわからない。そのため、患者が目に見えて理解できる技術力は、最終治療後にセットされる補綴装置である。

9・1 患者視点から技工ビジネスのマーケティング・ミックス4Cでの分析・課題抽出

これまで社会環境変化によって、歯科医療現場のより一層の改善が、求められることが明確になってきた。そのため、医療附带サービス業として、歯科医療現場を支える技工ビジネスにおいても、変化した患者視点の歯科医療をマーケティング4Cで分析し、課題の抽出とギャップ（期待－実際の経験）を明確にすることによって、その解消を考える必要がある。歯科医療技術の発達により、従来とは違って高度になっている技工技術を持って、多様化している患者ニーズの具現化を考える上で、歯科医療現場での職務関係改革の必要性が顕著になりつつある。そのため、従来の事業ポジション含めビジネス形態、業態、認識を大きく変える必要性和、患者権利の確保についても考える必要がある。前項7・4で示した業界環境ニーズと現在環境の比較（図表7・⑬）の中、9項目に大きな違いがあるため、その根源となる社会環境変化による患者が歯科医療に求めるものをマーケティング4Cで分析し、歯科医療現場での課題を抽出することによって、歯科医療に附帯する医療サービス業と位置づけられている技工ビジネスの課題も見えてくるのではと考える。

	従来	社会環境変化によって	課題	Gap
Customer solution	補綴物(もの)	実感・精神的充足感	技術力・経験知	認識ギャップ サービスギャップ
Cost to customer	保険主体	患者主体	付加価値の創造	実施ギャップ 基準ギャップ
Convenience	歯科医院内	インターネット・ネットコミュニティオープン化	エンカウンターの見直し 信頼性	実施ギャップ 解釈ギャップ
Communication	一方的	インタラクティブ・コミュニケーション	顧客対応	知識ギャップ 解釈ギャップ

図表9・④患者視点から歯科医療のマーケティング4C

図表9・④を見れば、医療現場で従来から大きく変化しているのが理解できる。又、医療提供者との間に多くのギャップが混在しているのがわかる。明らかに患者が求めているものは「行為」であり「実感」である。従来の歯科医師によって、欠損部を補うために提供される「もの」ではなく、提供されたものによって得られる機能的な充足感であり、精神的な満足感と思われる。そこには提供された「もの」の価値より、無形の技術的な評価が価値となっていることが考えられる。このことは、従来まで患者ニーズとして認識していた「もの」を、歯科医師が患者に提供しようとしても患者は素直に受け入れることが出来ない。いくら高度な技術で製作された「もの」であっ

でも、患者自身が求める「実感」が得られる保証のない限り、受け入れないことになる。この様な変化やギャップが、その「もの」を製作担当する技工ビジネスにも大きく影響し、従来との比較で変化が求められることが考えられる。この変化やギャップに対応できる方向性と方法を考える上で、医療現場が社会環境変化によって、又、大きく医療倫理が変化したことで、医科と同様に歯科医療現場も医療サービスとして捉えられるか、また成り立つか検証することが重要である。

9・2 「サービス」・「サービス・マネジメント」の基本的捉え方

医療がサービスとして捉えられるかどうかについては、まず日本でのサービスについて考えてみたい。一般に日本でサービスといえば「無料」や「安売り」「値引き」を連想するが、実際の語源としては英語の Service から来ているが、この英語の語源はラテン語の Servitium で「奴隷であること」を意味する。そこから[Servant]召使いという職業をさす言葉となり、現在では奉仕、貢献、物品の世話、公共事業、軍役、礼拝等の 20 あまりの意味を持つ言葉となった。しかし、英語における語法と、日本での使い方を比較すれば、英語の場合、大部分が何か人の活動を意味し、日本の場合のように、人の心の状態を重点とした使われ方はほとんどない。これは日本に、この言葉が活動の概念として入って来た時に、その使われている状況の理解から意味が「奉仕の態度」「奉仕の精神」といった拡大解釈されるようになったと考えられる。そのため清水滋氏によれば「態度的サービス」「精神的サービス」「犠牲的サービス」「機能的サービス」の4種類に分けている[23][44]。

態度的サービス	態度は顧客の満足感に影響する重要な媒介変数であってサービスそのものではない。サービス活動の「装い」、購買環境条件
精神的サービス	サービス活動の内容に影響を与える要素であってサービスそのものではない。精神的なあり方。
犠牲的サービス	日本独特のもので、犠牲的行為としてのサービス。
機能的サービス	サービスの本来意味する活動をさす。経済価値を有し、支払いを前提とする

図表9・⑤ 清水 滋によるサービス概念とその種類

図表9・⑤に清水氏によるサービス分類をまとめ、分析を示したが、サービス本来の意味をさすものが「精神的、機能的」と理解できる。又、日本で最初に活動概念と定義した野村清氏によれば「サービスとは人、物、システムがその機能を働かせ、有用性を発揮すること」と定義している。そこで「サービス」については数多くの経営学者によって定義され、分析されているが、特に本研究で取り上げたサービス定義と特徴について紹介する。

サービスの定義

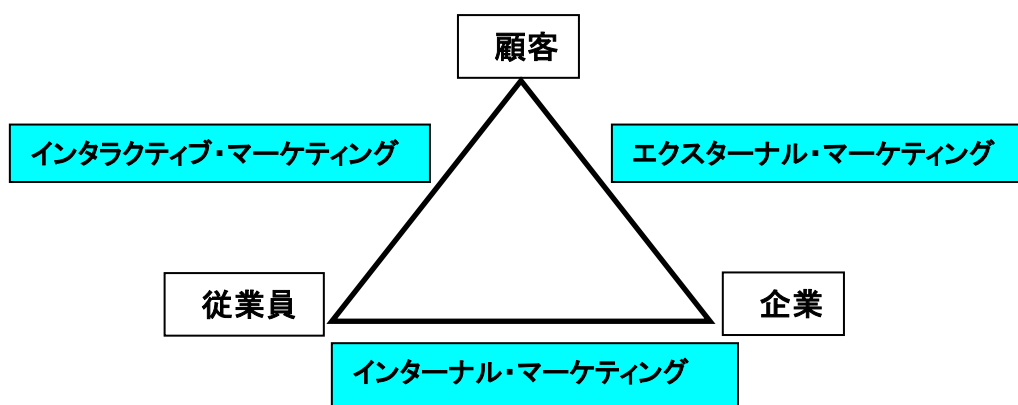
- * 一方が他方に対して提供する、本質的に無形の活動又はベネフィットであり、結果として何の所有権ももたらさないものである。・・・フィリップ・コトラー
- * 人間や組織体に何らかの効用をもたらす活動で、そのものが市場で取引の対象となる活動である。・・・近藤隆雄

サービスの特徴 [23]

- 1、無形性； 形がない
- 2、不可分性； 生産と消費が同時に行われる。
- 3、変動性； 誰が、いつ、どこで提供するかに大きく依存する
- 4、消滅性； 蓄えておくことができない

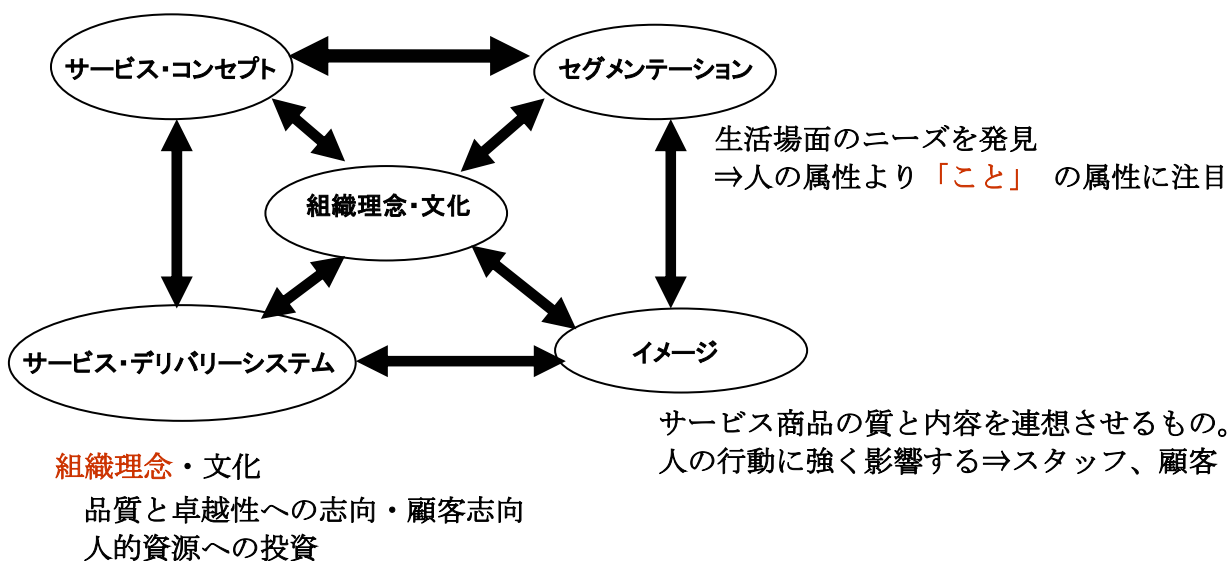
サービス・マーケティングの3つのタイプ [36][50]

- 1、エクスターナル・マーケティング；サービス・マーケティング・ミックスの経営戦略
- 2、インターナル・マーケティング；企業と従業員の関係を受け持ちサービス組織の体力向上
- 3、インタラクティブ・マーケティング；企業と従業員との間の相互作用領域



図表9・⑥

サービス・マネジメント・システム [23]



サービス・コンセプト [36][37]

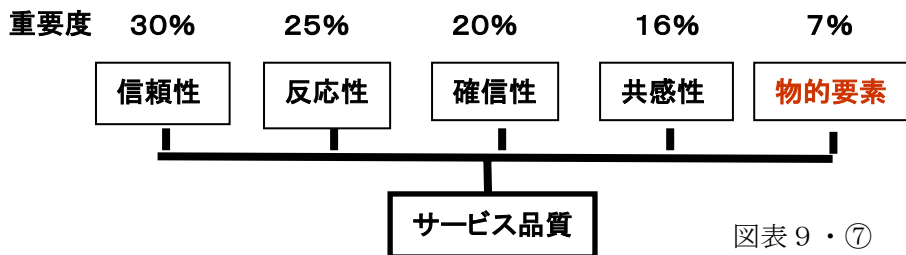
特別な能力の提供・資源の新しい結合・ノウハウの移転
サービスとしての経営活動

→ 事業定義・企業使命

サービスの品質とその特徴

- 探索品質・・・消費者が商品購入前に評価できる品質。
- 経験品質・・・商品の購入時、購入後にその商品を使用することによって判断さる。
- 信用品質・・・そのサービスを経験した後でも本当にそのサービスが期待された効果を生じるかどうか不明な場合の品質。

サービス品質基準 [23]



図表 9・⑦

サービスの分類

		サービスの対象	
		人	所有物
サービス活動	有形の働きかけ	【人の身体へのサービス】 交通機関 医療 宿泊 飲食 エステティック スポーツクラブ 理美容 葬祭	【所有物へのサービス】 モノの輸送 修理・保全 倉庫・貯蔵 清掃 衣服のクリーニング 給油 廃棄物処理 庭園管理
	無形の働きかけ	【人の心に向けられたサービス】 広告 エンターテイメント 放送 コンサルティング 教育 カウンセリング コンサート 宗教	【無形資産へのサービス】 会計 銀行業務 情報処理 保険業務 法律サービス プログラミング 調査 投資顧問

引用 C.H.Lovelock “ Service Marketing” 1996

図表 9・⑧

サービス・マーケティング・ミックス

Product	サービス商品
Place	サービスを行う場所
Price	サービス価格
Promotion	サービス 販売促進
People	サービス提供者
Physical evidence	物的環境要素
Process	サービスの提供過程
Productivity	サービスの生産性

図表 9・⑨

Product Element	サービスの商品的側面
Place and Time	サービス提供場所と時間
Price and Other Costs	サービス価格と関連費用
Promotion and Education	サービス販促と教育
People	サービス提供者
Physical evidence	物的環境要素
Process	サービスの提供過程
Productivity and Quality	サービスの生産性と品質

図表 9・⑩

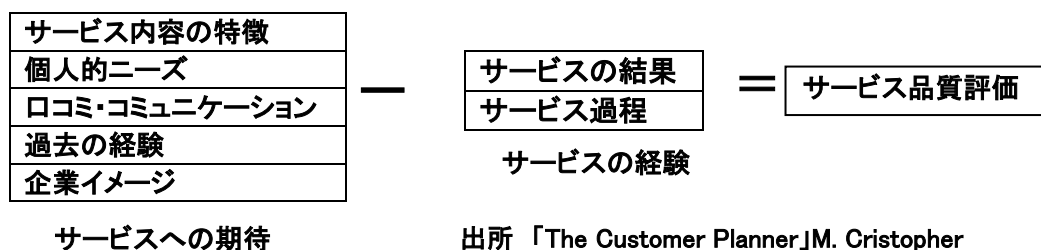
サービス・マーケティング・ミックスではマーケティング・ミックスの4Pから8P (図表 9・⑨) に分析し、より実践的に図表 9・⑩の様に分析する

サービス品質評価(ギャップ分析) 「実際の経験」-「期待」=ギャップ [13][23][38][51]

Knowledge Gap 知識ギャップ	Gap between Customer Expectations of Service and Management Perception of Customer Expectations. 提供者が考える「顧客の期待しているサービス」と顧客自身が「期待するサービス」とのギャップ
Standards Gap 基準ギャップ	Gap between Management Perception and Translation of Perceptions into Service Quality Specifications. サービス品質仕様で「提供者のサービス認知」と「サービス認知の翻訳」とのギャップ
Delivery Gap 提供ギャップ	Gap between Service Quality Specifications and Service Delivery. サービス品質仕様と提供されるサービスとのギャップ
Internal Communication Gap 内部意思疎通ギャップ	Gap between Service Delivery and (External) Communications to Customer. 「提供されるサービス」と「顧客に伝えるサービス」とのギャップ
Perception Gap 認識ギャップ	Gap between Delivered Service (Service Delivery) and Perceived Service. 「提供されたサービス」と「受け取ったサービス」とのギャップ
Interpretation Gap 解釈ギャップ	Gap between what service provider promises and what customers think was promised by service provider. 「提供者が約束したサービス」と「顧客が約束されたと思うサービス」とのギャップ
Service Gap サービスギャップ	Gap between Expected Services and Perceived Services. 「期待されたサービス」と「受け取ったサービス」とのギャップ

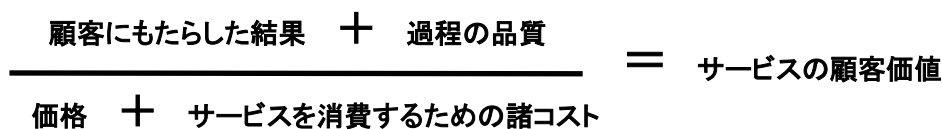
図表 9・⑪ ギャップの種類

サービス品質評価
「期待」-「実際の経験」=評価



図表9・⑫

サービスの顧客価値 [23][36]



図表9・⑬

これまでサービス、サービス・マーケティングについての基本的な捉え方をまとめてみた。又、社会環境がどの様に変化し、又、消費者意識がどの様に変化することで、サービス化が促進されるのかについて、その関係がまとめられたものを下記に示した[23]。

サービス化社会の環境的要因

- | |
|-------------|
| 1、高齢化 |
| 2、女性就労者の増加 |
| 3、環境問題と健康志向 |
| 4、情報化 |
| 5、国際化 |
| 6、規制緩和 |

+

新しい消費者の意識

- | |
|------------|
| 1、時間感覚重視 |
| 2、利便性重視 |
| 3、個性化充実化重視 |
| 3、体験重視 |
| 4、合理性重視 |

図表9・⑭

サービス財 [23]

物質的財と非物質的財とに分類・・・二元論アプローチ

「有能な機能を果たす働きのみが売買される財。」・・・野村清の定義 [45]

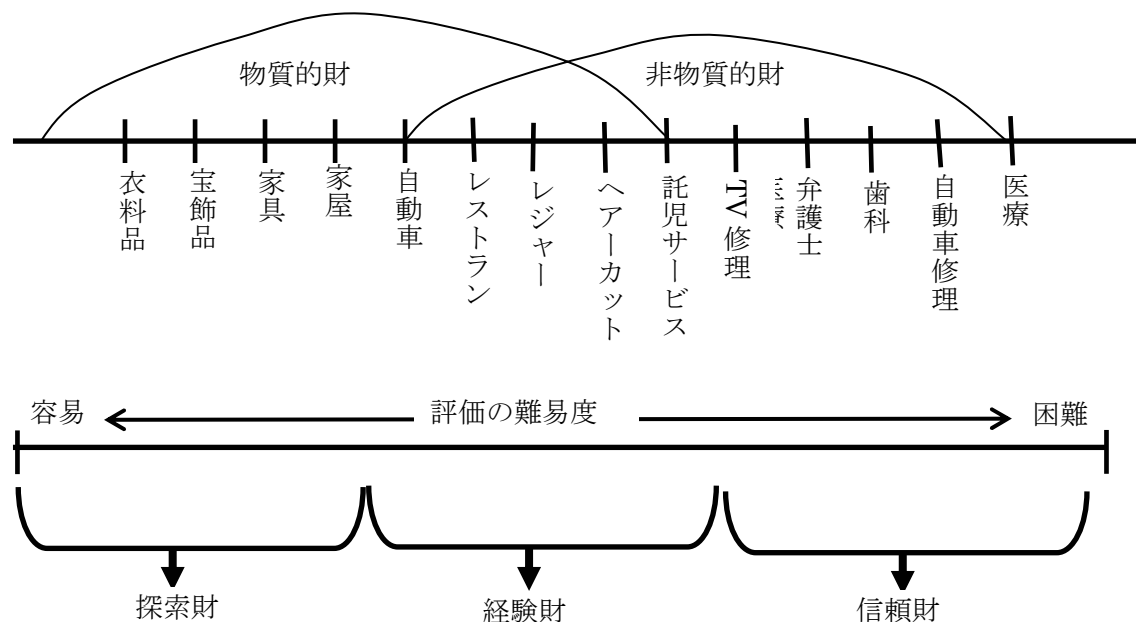
人的サービス財・・・人間が行なう労働サービスのことで、家事サービス、理容・美容、弁護士・会計士等の専門サービス、医療などを指す。

物的サービス財・・・物財の機能のみが売買されるときで、物品のレンタルやリース、遊園地、パチンコやビリヤードなどを指す。

システムのサービス財・・・システムによる有用な機能の売買で、特許権や著作権、テレビやラジオの情報のように物財を媒体に移転が行なわれない情報、大数の法則というシステムで成り立つ生命保険や損害保険などもこの中に含まれる。

最近のサービス財の分類について [23]

- 経験財・・・経験しなくてはサービスの評価が出来ないもの。
- 探索財・・・インターネット、広告の情報を見て、购买前に商品の属性を把握しやすい特性を持ったもの。
- 信頼財・・・経験してもその真価を評価できないもの。



図表9・⑮消費者的評価による商品分類

これまでの「サービス」に関連する基本的な知識を基に医療業について分析してみた。

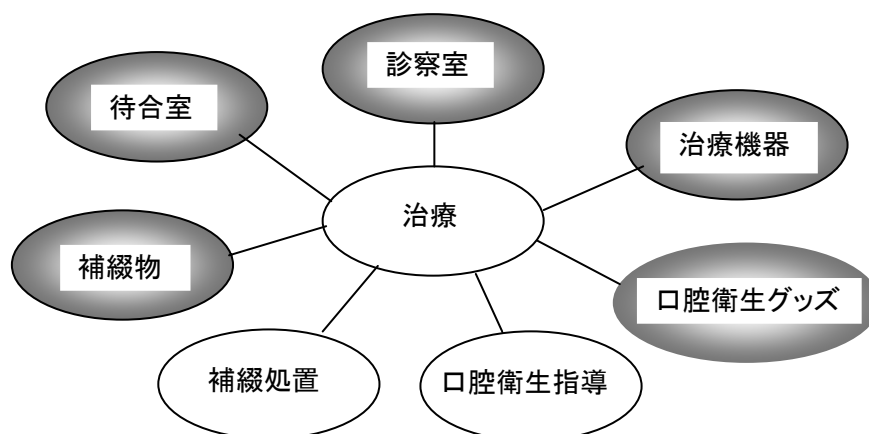
9・3 医療行為の分析によるサービスとしての検証

サービスの特徴	医療行為の特徴	歯科医療の特徴
無形性 Intangibility 非物質性	治療前に見る、触れる、味わう、聞くことが出来ない	「実感」という感覚 無形財
不可分性 Inseparability (生産と消費が同時性)	治療行為	治療・処置行為
多様性 Variability・変異性 Heterogeneity (結果と過程の等価的重要性)	提供者、提供時期、提供場所などによって治療内容が変動する	医師の施術対応と結果による
消滅性 Perishability (顧客との共同生産)	提供時点で消滅する。貯蔵が不可能	歯科処置の決定と調整

図表9・⑯ 医療行為の特徴とサービスの特徴との比較

上記図表9・⑯に医療行為とサービスの特徴比較と共に歯科医療での特徴を挙げ比較してみた。正にサービスの特徴と一致し、補綴処置を含む歯科医療も一般医科と同様にサービスとしての特徴を備えていることが分かる。医療、歯科医療をこれまでのように“聖域だ、特殊だ”とする考え方は正す必要がある。又、医療サービス財としては信頼財として考えられる。しかし医科においても治療する上で患者に医薬品を提供するが、この「もの」である医薬品の機能を交換する側面を持っているため、信

頼財としての視点が強くなる。これと同様に歯科医療でも治療後、補綴処置を行う上で補綴物を患者に提供するが、この補綴物が口腔内で喪失した歯牙の代替機能を行い、医科の医薬品と同じく機能を交換するという側面があり、信頼財としての視点が医科と同様に強くなると考えた。ただ現在の患者受療行動を見る限りでは、他のサービス財の視点経験財、探索財からも考える必要性がある[24]。



図表9・⑰ 歯科医療サービス概念図

医科と同様に図表9・⑰で示す歯科医療概念図で、治療を中心とした白抜きは無形部分と黒塗りの有形部分とに分かれる。ここで医科の医薬品と同じ扱いで補綴物を捉えることが本研究の第一の主旨である。いくら高度な機械的技術と高額な材料を使用し、匠の技術を持って製作された補綴物であっても、生体内において機能させるためには調整という技術が必要となり、「もの」から「人工臓器」へ変換させなければならない。これも医科での医師の疾病に適応した「もの」である医薬品の選択、もしくは、症状の段階に応じた選択・分量と考えられ、医薬品の機能との交換と同種と捉えられる。しかし、最近の歯科医院の傾向として、患者への告知広告の内容と医院の外装が一昔と比較して一変している[24]。確かに医療機関の建物などは、大小問わず非常にモダンな外装に変化しているが、歯科医院は特に流行の先端に行くような造りになっている。又インターネットなどによる、医院のホームページでの告知広告などは、医師法による規制ぎりぎりの告知と写真掲載などが目立つ。この傾向から推測できることは、患者獲得手段として医院のアピールとイメージ戦略が考えられるが、患者ニーズを本質的に理解せず、歯科医師の自己中心的な歯科医療の提案に終わっている。時代の流れと共に医療環境の変化も認められるが、患者の歯科医療機関へのイメージアップを図るためとはいえ、あまりにも高額な投資になっていると思われる。そのため角度を変えた歯科医療サービスの捉え方として、本質サービスの診査・診断・治療・補綴処置と表層サービスとしての過程・環境・補綴物・人材との和が真価として問われるが、現状では、むしろ表層サービスが先行し、過剰化して、歯科医療サービスの真価が問われなくなる。患者にとって、本質サービスは性質上、可視化が困難であるため非常に評価がしにくい、表層サービスは可視化できるため容易に評価しやすいので、医療サービス財の本質である信頼財から経験財、探索財としての視点が強く移行しつつある。このことが、患者の歯科医院選択に必要な基準に対して、大きな錯覚をもたらしていると考えられる。これまで医科での医療行為と歯科医療での医療行為の特徴をサービス特徴と比較し検討してきたが、すべてにおいて一致し正にサービスとして捉えられることができることが理解できた。次に歯科医療の医療付帯サービス業として位置

づけられている技工ビジネスについて分析を行う。

9・4 技工ビジネスのマーケティング・ミックス7Pによる分析・課題の抽出

技工ビジネスとして、歯科医療現場が社会環境変化に伴う患者ニーズ変化に対応するためにより一層の医療サービス化認識を深めることによって求められるものを分析し、課題を抽出する。

	現状	社会環境変化によって	課題
Product	補綴物「もの」	再現性「こと」	事業コンセプトの見直し
Place	技工所	歯科医院内+技工所	エンカウンターの見直し
Price	保険主体	患者主体(保険脱却)	付加価値の創造
Promotion	Web site	Web site・展示会 コミュニティー	オープン化・信頼性 顧客対応
People	営業マン	技術者	技術・知識レベル 顧客対応
Process	指示書(書面)	コミュニケーション ITツール	インタラクティブコミュニケーションの確立
Physical evidence	補綴物リーフレット	効果的リーフレット	表現力

図表9・⑱ 技工ビジネスマーケティング・ミックス7P

この様に、現状と比較すれば全ての項目で課題が抽出できた。又、サービスマーケティングミックスの8Pに進化した場合の「Productivity」項目を追加しても、下記の図表の様になり全てに課題が山積している状態である[13][51]。

	現状	社会環境変化によって	課題
Productivity	納期短縮	立会い	人材

図表9・⑲ 技工ビジネスの「Productivity」

これら図表9・⑱、⑲で示した課題を分析してみた。

課題	視点の変化	存在するギャップ
事業コンセプトの見直し	「もの」⇒「こと」	認識ギャップ・知識ギャップ
エンカウンターの見直し	「製作現場」⇒「処置現場」	サービスギャップ・実施ギャップ
付加価値の創造	「物価値」⇒「効果価値」	実施ギャップ・基準ギャップ
オープン化・信頼性	「もの広告」⇒「技術広告」・ 「効果広告」	解釈ギャップ・知識ギャップ
顧客対応	営業マン⇒技術者	実施ギャップ・解釈ギャップ
コミュニケーション	指示書(書面)⇒インタラク ティブ・コミュニケーション	認識ギャップ・解釈ギャップ
告知表現力	補綴物説明⇒技術説明・効 果説明	知識ギャップ・解釈ギャップ
人材	技術力⇒コミュニケーション 能力	内部意思疎通ギャップ

図表9・⑳ 技工ビジネス課題の分析

社会環境変化による患者ニーズ変化と提供技工物の多様化することによって、それぞれの課題項目での視点の変化が求められると同時に、患者・歯科医師・技工士との三者間ギャップの混在解消が求められる。これによって、患者権利保護が強く必要とされることに対しても対応が可能になる。

課題	確保される患者権利
事業コンセプトの見直し	安全権・最善の受診権
エンカウンターの見直し	参加権・自己決定権
付加価値の創造	最善の受診権
オープン化・信頼性	知る権利・学習権
顧客対応	知る権利・自己決定権
コミュニケーション	参加権・自己決定権
告知表現力	知る権利・学習権
人材	参加権・知る権利・学習権

図表9・21 技工ビジネス課題解消による患者権利保護

図表9・21で抽出されている技工ビジネスの課題解消が行えると、世界標準で批准されている患者の権利が、十分に守れることが理解できる。しかし、これらの課題解消には、先ず技術者個人の歯科医師への従属意識の解消と自立性が求められ、単に製作技術に集中した取り組みだけではなく、包括的な技工技術への取り組みが重要となる。又、個人から組織へといったチームワーク作業の有意性も検討しなくてはならない。現在、規模の大きいところで多く採用されている分業作業分担システムではなく、技術者一人ひとりの得意性を生かせる担当制で、それぞれのリーダーによって作業担当を決め最後の装着まで歯科医師と共に患者の一元管理をするシステムが、最も適応したシステムと考える。これは、担当制によるリーダーが歯科医師、患者への対応と責任を持つことによって、作業指示が一元化され明確になる。ただし固定した担当制ではなく症例、歯科医師、要望などによって担当が変化する要素を持たさなければならない。これによって、前項7・5、7・5・1に示した、歯科医療組織としての協働が行えるシステムの構築も容易となる。では、技工業が歯科医療現場で求められているサービス化と同様の方向で捉えるべきなのか、従来の製造業で受注型産業として捉えるべきなのかを、次項で検討したい[18][25][28][32][51]。

第10章 技工ビジネス改革課題からの方向性

患者ニーズ変化が歯科医療現場のサービス化を求められていることで、現在の技工ビジネスに様々な課題が抽出された。これらの課題の本質の形状が、無形であることに注目したい。

課題	視点の変化	形状
事業コンセプトの見直し	「もの」⇒「こと」	「再現」という無形物
エンカウンターの見直し	「製作現場」⇒「処置現場」	「システム」という無形物
付加価値の創造	「物価値」⇒「効果価値」	「価値感」という無形物
オープン化・信頼性	「もの広告」⇒「技術広告」・「効果広告」	「表現力」という無形物
顧客対応	営業マン⇒技術者	「信頼性」という無形物
コミュニケーション	指示書(書面)⇒インタラクティブ・コミュニケーション	「環境」という無形物
告知表現力	補綴物説明⇒技術説明・効果説明	「安全性」という無形物
人材	技術力⇒コミュニケーション能力	「能力」という無形物

図表 10・① 技工ビジネス課題の形状

図表 10・①を基本に求められている技工ビジネスを、マーケティング・ミックス 8 P で分析すると、下記のようなになる[13][51]。

Product	再現
Place	処置現場
Price	患者主体
Promotion	Web site・展示会・コミュニティー
People	技術者
Process	コミュニケーション・ITツール
Physical evidence	効果リーフレット
Productivity	立会い

図表 10・② 技工ビジネスのマーケティング・ミックス 8P

この図表 10・②から技工ビジネスの特徴を歯科医療行為の特徴とサービス特徴で比較してみた。

サービスの特徴	歯科医療の特徴	技工ビジネスの特徴
無形性 Intangibility	「実感」という感覚・無形性	「再現」・・・無形性
不可分性 Inseparability (生産と消費が同時性)	治療・処置行為	「立会い」・・・不可分性
変動性 Variability (結果と過程の等価的重要性)	医師の施術対応と結果による	「技術者の能力によって結果に差がでる」・・・変動性
消滅性 Perishability (顧客との共同生産)	歯科処置の決定と調整	「製作プロセスが全てその症例のみである」・・・消滅性

図表 10・③ 技工ビジネス・歯科医療行為・サービスの特徴比較

図表 10・③に求められている技工ビジネスの特徴を、サービスの特徴と比較してみたが、サービスの4つの特徴を備えていることが明確になった。社会環境変化による歯科医療に対する患者ニーズ変化を考えれば、単に新技術・新材料による新たな補綴物のニーズを追い求めることは、表層サービスだけを捉えているだけに終わっていることになる。これは社会環境変化の中で、物質的に充実化が実現したため、人は物のよ

うに形には残らなくても、より便利な、より楽しい心理的充足を求めて、サービス消費に向かうと考えられる、サービス化社会に突入しており、新しい消費者マインドの特徴が顕著に影響している（図表9・⑭）[23][49]。そのため、歯科医療現場と共にサービス業として、本質サービスは何であるかを改めて分析し、この二つのサービスの和である歯科医療サービスとしての真価を問える組織を作らなければならない。少なくとも、技工ビジネスにおいてはサービス業として、今後、加速される歯科医療のサービス化に対応できるシステムを、組むことが急務と考える。

10・1 改革による技工ビジネスの特徴

改革による技工ビジネスの特徴が、サービスの特徴と一致することで、技工ビジネスの方向性としては、サービス業として考えられる。

その特徴としては、「再現」「立会いの必要性」「技術者の能力によって結果に差がでる」「製作プロセスが全てその症例のみである」ことが挙げられ、その各々について説明すると、

1、「再現」については、単に物を作る技術を指すのではなく、どの様に患者の期待する機能・審美性・調和を満足させ、歯牙の代替物として、生体に二次的障害を発現させない人工臓器として提供し、歯科医師と共に、患者にその価値を実感させる技術である。これまでは歯科医師からの指示で、物を精確に製作するという技術で、製作された物の出来栄に価値を求めていた。しかし、求められる技工ビジネスの場合、歯科医療の最終治療行為として、補綴処置を考えるため、物の出来栄に焦点を当てるのではなく、如何にそれが口腔内で違和感、障害なしで機能するか、又口腔及び口腔関連の生体組織や運動機能の健康向上を考慮した製作物の設計と表現が出来、再現できるかであり、その結果、歯科医師及び患者からの技術評価が得られるのである

2、「立会いの必要性」については、社会環境変化によって、患者ニーズが大きく様変わりしている中で、その患者が要望する補綴処置の補綴物を製作担当する上で、従来の「指示書」での指示だけでは伝わらない一面もある。又、製作するものによっては、患者の持つイメージと実際の物とに、大きなギャップが存在する場合があります、そのギャップの解消と患者の口腔内環境を直視することによって、求められている技術力によって、患者要望の具現化が容易になる。同時に、歯科医師の補綴処置行為に対しての助言や製作する上での問題点などが検討でき、歯科医師と製作技術者とのコミュニケーションギャップがなくなる。又、製作物の装着時においても、補綴処置の調整時間短縮につながり、患者に対しても、製作技術者としての責任を明確にすることになる。

3、「技術者の能力によって結果に差がでる」については、当然技術者としての技術力、経験年数、コミュニケーション能力、表現力といった能力と、その人の持つ性格と職務に対する認識に大きく影響を受けることは事実であり、歯科医師と患者との人間関係によって評価されるため、「もの」に対する評価が非常に良くても、これらの能力の欠落によって、最終目的が満たされなければ評価は無になる。

4、「製作プロセスが全てその症例のみである」については、立ち会いを行うという行為によって、患者一人一人の要望を具現化するという職務上当然であり、患者にあったプロセスの組み方が必要となる。そのため、患者の数と同じだけプロセス数があり、仕上りも変化する。

以上のように「求められる技工ビジネス」においての特徴を述べたが、従来の技工ビジネスでは、単に、歯科医師を対象に受注型製造業としての認識の下、歯科医師へのアプローチを考えたビジネス展開が主体であり、受注量と処理能力を考えることが

優先されていた。しかし、社会環境変化による医療サービス化の中では、対象が歯科医師と患者も含めた範囲の広がりとなり、提供物の価値と安全性の向上を、常に考えたサービス業でなければならない。そのために、大きくサービス業として、方向転換をはかり、最終顧客である「患者」志向として、患者の価値観に合った「再現」性を考えたビジネス展開をしなければならない。従来までの単に「もの」の仕上りの評価だけを考えるのではなく、その「もの」が患者の口腔内で如何に違和感無く、又、二次的障害を生じさせること無く、耐久性を持って機能し、患者の口腔の健康を維持できる「もの」造り技術の提供であることを認識する必要がある。そのため、業界内外に対して改めて技工サービス・ビジネスとして、その「指針」と「サービス」を明確にしなければならない[11][37][39][51]。

第11章 改革によって求められる技工ビジネスの「指針」と「サービス」

歯科医療ニーズの多様化に伴う、補綴処置の複雑・高度化に対応できる患者志向の技工ビジネスとして、どの様なサービスを、どの様な組織で提供するかを定める上で、その活動の指針とサービスを明確に決めておかななくてはならない。

11・1 技工ビジネスの「指針」

：「技工」を媒介としたサービス活動である。

「技工」という技術で「患者ニーズ」の具現化を歯科医師と共に図り、患者の健全な機能回復と補填を充足する活動

・・・エクスターナル・マーケティング

：そのサービスを提供する組織作りの必要性。

患者に対し、患者権利保護を満足させ歯科医師を通じ「患者ニーズ」の具現化したものを、最大限患者が満足する形で提供できる組織

・・・インターナル・マーケティング

：専門職としての知識・技術の獲得と提供。

————→ サービス提供による付加価値の向上

患者・歯科医師に対して新技術情報、公平な情報是非の確認と提供とその具現化

・・・インターナル・マーケティング

：患者を取り込んだサービス・エンカウンター構築。

————→ 歯科医院とのビジネス関係の見直し

「患者ニーズ」の具現化を図る上で、患者・歯科医師とのインタラクティブ・コミュニケーションが取れる現場作りとシステム

・・・ インタラクティブ・マーケティング

上記4項目が求められる技工ビジネスの「指針」となる。この「指針」を基に歯科医師・患者への「サービス」を明確にする。

11・2 技工ビジネスの「サービス」

技工ビジネスは、通常取引先は歯科医院となるが、「患者志向」の技工ビジネスとしては歯科医院に来院している「患者」が最終顧客と捉えるため、歯科医師を通じた形での「サービス」を考えなければならない。そのため、従来の歯科医院に対してのサービスを見直し改めて「患者」を含めたサービスを考えなければならない

[23][30][36][49][51]。

1、歯科医院対象

コア・サービス

基本的に、技工ビジネスとして直接患者とは取引がなく、歯科医院を通じて患者へサービス提供する形になり、歯科医師が納得できて評価できるものでなくてはならない。患者が求めるものを歯科医師との協働において提供するためには、まず、歯科医師が求めるものを提供しなくてはならない。歯科治療の延長線上での治療を目的とした、補綴処置を行う上での補綴装置の製作であるため、歯科医師との協働作業とも言える。そのため、単に指示されたものを製作し、届けるといった、「もの」を製作する

「技能」を主体としたこれまでの技工ビジネスではなく、歯科医師との協働を考えた「再現」を可能にする、「技術」を主体とした、「サービス」でなければならない。それが、これから「求められる技工ビジネス」の中核となる「サービス」であると考え

る。
————→「歯科医師の納得できる技術提供」

サブ・サービス

「コア・サービス」の価値を高め、特徴を出せる「サービス」でなければならない。又、歯科医師との役割分担を理解した上で、その分野の専門家として、知識、技術情報などのソフト面を充実させ、予算内で最善の補綴装置製作の可能性や補綴処置後の二次的障害も含め、健全な口腔機能回復を考慮し、患者の価値観を満足させた補綴装置を、歯科医師と共に提供できるものでなければならない。

「患者ニーズ・機能分析相談」

「患者ニーズを満足させる」

「患者予算に合った補綴設計」 → 患者の経済的不安解消

「補綴物製作予算設定」

「補綴物価値の向上」

2、患者対象

コア・サービス

患者が歯科治療後に求める補綴処置について、十分な知識やイメージをもって歯科医師に、要求していることは皆無である。そのため、これまでは歯科医師の説明のまま補綴処置を行われてしまい、患者が満足しているか否かは不問とされていた。しかし、社会環境変化によって患者からの不満の声によって、補綴装置の再製となるケースが多くなってきている。しかし、この不満は装着された「もの」に対しての不満ではなく、患者が持つ「もの」へのイメージに対してであり、これは患者が感じる「もの」への価値感に対してでもある。患者にとって装着された「もの」に対しての本質評価は、装着後数年経過若しくは次回の口腔疾患での来院時に明らかにされる場合があるが、ほとんど患者自身での評価は出来ない。このような事象が、社会環境変化によって非常に多くなっている。「もの」を歯科医師によって装着されることによって、患者自身が何か「変化」を求めている、期待しているような感覚がある。これは、患者自身「もの」に対しての価値感を期待していると考えられる。このような現状を考えれば、歯科医師の満足より、患者の表層評価である価値感の満足も含め本質評価の満足感を、優先させる「サービス」が求められる。

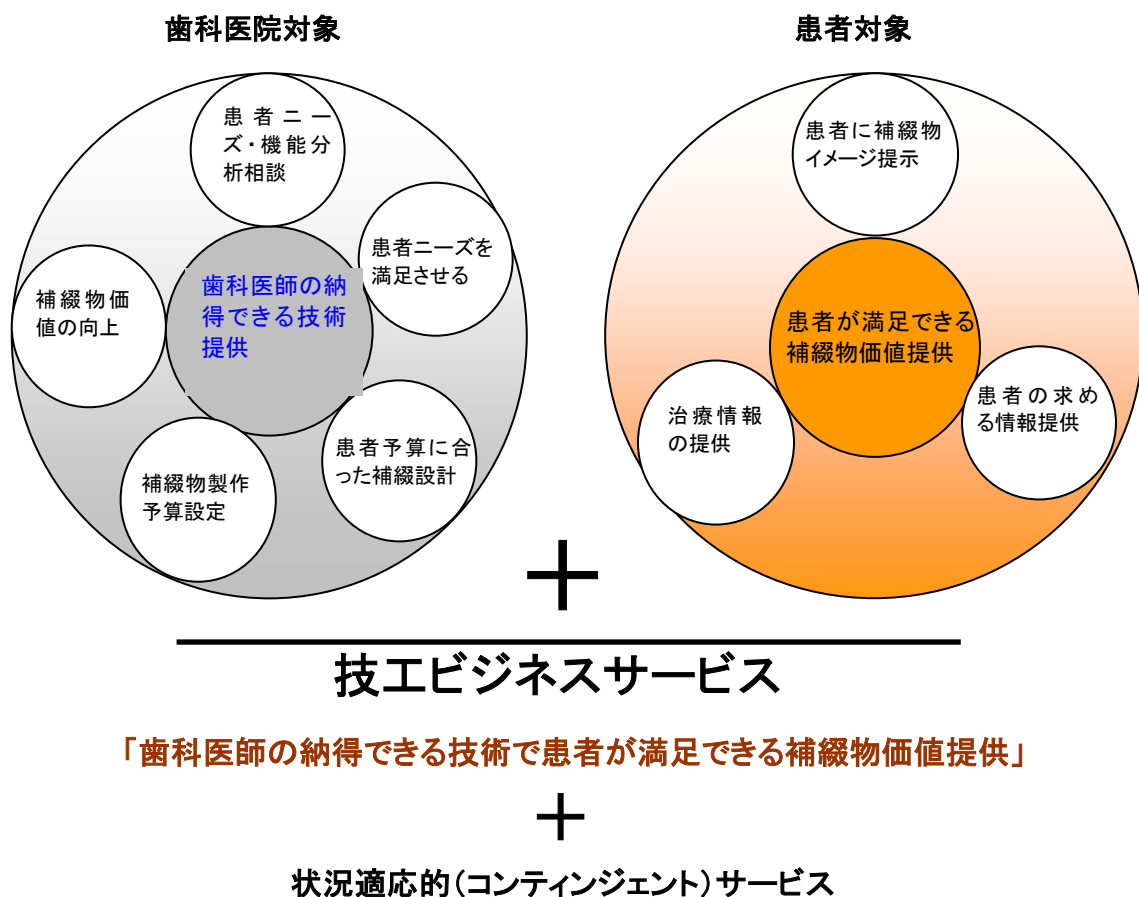
————→「患者が満足できる補綴物価値提供」

サブ・サービス

歯科医師と共に「患者ニーズ」を具現化し、補綴装置として、患者に提供することにおいて、これまで、歯科医師の指示書によって伝えられていたが、「患者ニーズ」の多様化によって、十分に内容が伝えられない点や患者のイメージが、歯科医師を通じ伝えられることによって生じるギャップの解消を考え、本研究では、歯科医師との関係構造の変革を提唱している。又、歯科医療の協働で「患者ニーズ」の具現化を考えれば、直接患者要望の聴取が不可欠となる。同時に、患者の要望する補綴装置のイメージを明確にさせると共に、医療としての補綴装置の効果を認識させることによって、コアサービスである「患者が満足できる補綴物価値提供」が充実できると考える。

- :患者に補綴物イメージ提示 → 患者の期待に応える
- :治療情報の提供 → 患者体験不安解消
- :患者の求める情報提供

これら患者対象と歯科医院対象のサービスを図にまとめれば図表 11・①のようになる。



図表 11・①

技工ビジネスサービスとして、状況適応的サービスを含ませることは、状況や顧客（歯科医師、患者）によっては、その場で解決しなければならない修理や調整に対応することによって、より顧客に対して満足感を与え、サービス価値の向上に繋がる。現在のサービス化社会が進行する中では、患者マインドの特徴である時間、合理性といった感覚に非常に敏感に反応することが考えられる。次の来院時にといった、患者負担となる二度手間のな要請は、患者にとっては、歓迎されないサービスになる。[51]

上記の「サービス」を提供するビジネスとして、活動するために「サービス・マネジメント」の組織構築を考えなければならない。

第12章 歯技工ビジネスの「サービス・マネジメント」の組み立て

12・1 組織の理念・文化・組織風土

技工ビジネスの組織の理念・文化・組織風土は、「サービス」業としての企業使命を全社員で共有することによって、各々社員の行動、姿勢、態度を導く上で大きく影響し内発的なエネルギーと適切な方向付けをするために重要であり、それぞれ違った形で、価値システムを形成することになる[23][30][36][37]。

そこで、「求められる技工ビジネス」として組織風土、組織文化は、これから培われるものであるため、先ず組織理念を決定する。

*理念・・・・

「患者の円滑な機能回復と要望の具現化」

求められる技工ビジネスとしては、歯科医師と共に「患者ニーズの充足」という目的を達成するために、歯科医療組織の一機能を担うことを認識し、歯科医師の納得できる技術で、患者の補綴装置に対しての要望を具現化する最善の努力をしなければならない。

*価値システム

顧客対象の歯科医師、患者に対して、提供する「サービス」の価値を向上させるために考えなければならない項目として、外部環境マーケティング（エクスターナル・マーケティング）、内部環境マーケティング（インターナルマーケティング）、相互作用領域（インタラクティブマーケティング）の構築である。これら3つのマーケティングが調和した形で、サービス提供することによって、提供されたサービス価値の向上が図られる。

: エクスターナル・マーケティング

サービス・マーケティング・ミックスの経営戦略

・・・サービス・コンセプトの明確化

この領域は、歯科医師、患者との関係となり、しっかりとしたニーズ分析による、サービス商品を組み立てていなければならない。特に、患者ニーズに対して歯科医師が求めるものを、或いは求められるものを明確にする必要がある。

: インターナルマーケティング

サービス組織の体力向上

・・・エンパワーメント・技術者満足 of 獲得

社内での技術者への評価である精神的な満足感とその報酬である物質的評価とが調和された、また、仕事への意欲向上に繋がる雇用システムと教育が大きな鍵となり、インタラクティブマーケティングに大きく影響する。

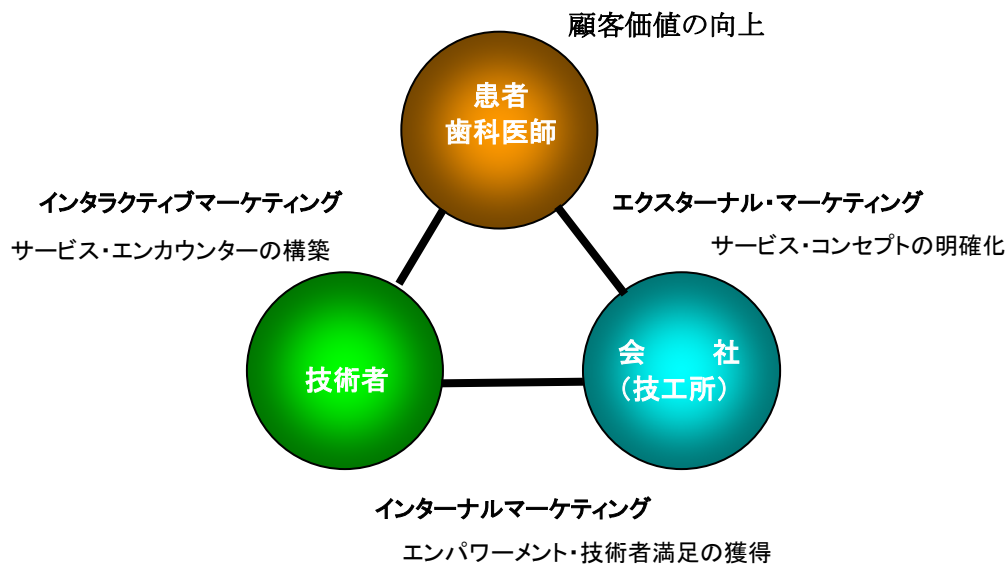
: インタラクティブマーケティング

歯科医師・患者・技術者間のリレーションシップの構築（相互作用領域）

患者の権利保護

・・・サービス・エンカウンター of 構築

会社のサービス提供による評価が決定される領域であるため、特に、インターナルマーケティング領域での担当技術者の満足度が、大きな影響を及ぼす。また、技術者のサービスに対する理解度や患者ニーズの理解度等による、円滑な対応が大きくサービス価値の向上につながる[23][30][36][51]。



図表 12・①

12・2 サービス・コンセプト

技工ビジネスの「サービス」が、歯科医院を通じて患者へ提供することを考えれば、11・2の項（技工ビジネスの「サービス」）で述べた「**歯科医師の納得できる技術で患者が満足できる補綴物価値提供**」となる。しかし、歯科医院に対しては過程に、患者に対しては結果に、サービス価値の存在がある。ビジネスの特性から、過程に「サービス」価値が認められなければ、歯科医師に受け入れられず結果に結びつかない。このことを考えれば、歯科医師を通じての過程に大きな「サービス価値向上」の仕組みを考える必要がある。社会環境変化によって、多様化した患者ニーズの具現化で、歯科医師が何を技術者に求めるかを分析し考えると、「技術」「技能」となるが、この二つには歴然とした意味の違いがある。広辞林によると、「技術」は物事を巧みに行う手段や方法であり、「技能」は物事を行う腕前と明記されている。一般に、技工ビジネスでは、技術者に、この両者を備える必要性を求めるが、医療現場では、「技能」を主体に評価されている。しかし、「技能」は経験豊富な指導者の下で、経験と感性によって養われるため従事年数、自己努力、環境によって、大きく影響する能力であり、受け取り手の主観的嗜好等でも大きく評価が影響する。又、「技術」という知識がなければ、「技能」を磨くことも出来ないと言われる。これは、「技術」知識が「わざ」であり、「技能」がその腕前となる。これまでの単に補綴装置の製作指示によって製作された補綴物の提供であれば、「技能」が主体として求められたが、社会環境変化によって多様化している患者ニーズの充足を考えれば、歯科医師も歯科医療の協働システムのメンバーである技術者の持つ知識「技術」を共有し、患者対応を考えなければ、患者の信頼を得ることが難しくなっている。そこで再度、歯科医師が技術者に何を求めているかを分析すれば、「技術」を媒体とした、技術者との「**リレーションシップ**」を求めていることになる。そのため、先ず、技工ビジネスとして、サービス提供過程となる歯科医院の医師が求める「わざ」を、どの様に提供でき納得、あるいは受け入れさせるかが重要となる。その「技術」という「わざ」を数多く取り揃え、提供することによって歯科医師との「**リレーションシップ**」を構築することが大きな目的となる。そこで、歯科医院対象の「**コア・サービス**」は、「**歯科医師の納得できる技術提供**」

となるが、あくまで「サブ・サービス」を提供することによって、歯科医師と協働を行う上でのリレーションシップの構築手段となり、最終目的は「患者ニーズの充足」である。

次に、患者に対しての「サービス」は、技工ビジネスとして具体的に今まで考えられていなかった。そこで、本研究で明確にしたい。11・2の項（技工ビジネスの「サービス」）で述べた「**歯科医師の納得できる技術で患者が満足できる補綴物価値提供**」というサービスの中で、後半部分を示す「**患者が満足できる補綴物価値提供**」が「コア・サービス」となるが、患者が技工ビジネスのサービス提供の結果に、どの様に満足感を与えるかという課題を考えなければならない。そのためには、患者が歯科医療に何を求めているかを分析し明確にしなければならない。

夜間・休日でも治療が受けられるように	なるべく待たせないように	診療回数を減らしてほしい	治療内容や費用について分かりやすく	保険の範囲を広げてほしい	歯科診療所や病院の歯科が近くにほしい	職場での健康診断にしかも含めてほしい	その他
40.9%	22.5%	22.5%	22.1%	35.8%	11.8%	9.9%	2%

図表 12・2（図表 9・①） 歯科医療への要望（重複回答）

治療費の安さ	治療費の明確さ	治療期間の短さ	治療内容の丁寧な説明	歯科医師の人柄	歯科医師の技術力	受付やスタッフの対応	最新の治療設備の有無	クレジットや分割などの多様な支払い
3.63	4.26	3.86	4.38	4.24	4.53	4.06	3.87	3.29

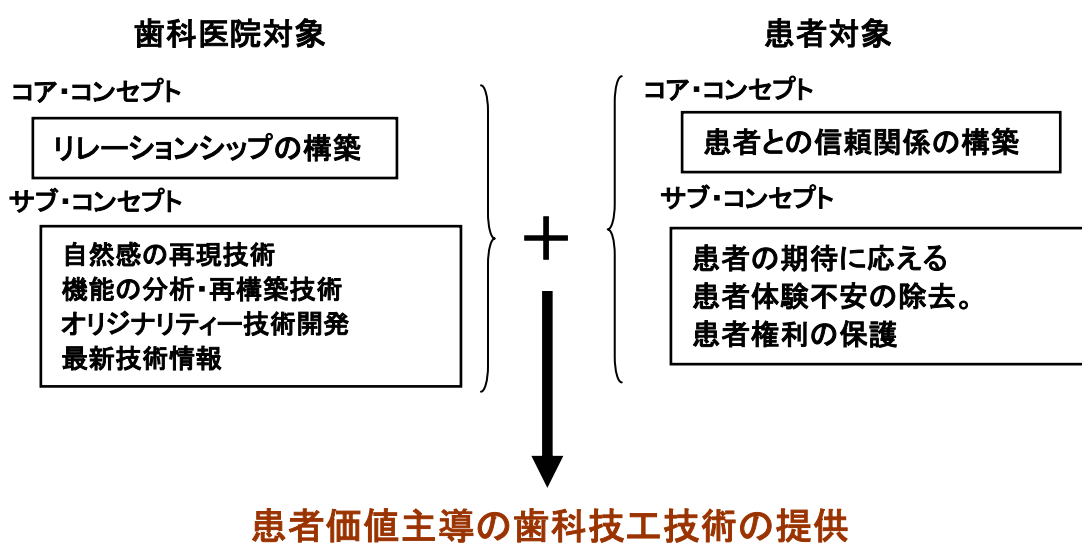
図表 12・③（図表 9・③） 今後の歯科医療選択の重要視する項目（五段階評価）2009年

前記の図表 12・②の歯科医療への要望（重複回答）は、第9章でも詳しく分析したが、診療前の時間配分に属する項目の要望が多く、院内での治療システムが、明確に構築されていないのが浮き彫りになっている。確かに、疾患、疾病によっては歯科医師にも治療時間などが特定できない面があることも事実である。又、図表 12・③の今後の歯科医療選択の重要視する項目（五段階評価）も、第9章での分析から、歯科医院選択時の決め手として「話しやすさ・聞き上手」で、歯科医師自身の歯科治療を依頼する時でも、「話し易さ・自分の話を聞いてくれる・やさしい」という回答が非常に多いことがわかっている。そのため、同業歯科医師でも同じ条件が当てはまると考えられる。このことから、患者（顧客）が、治療目的で歯科医院に来院した時は、通常、何らかの精神的不安と症状による苦痛の限界を伴って訪れていることになる。非常に緊張した状況で来院していることを考えれば、まず、この緊張を和らげることが最重要課題である。そのことを考えれば、受付から言葉少なく問診表を渡され記入し、その後、名前を呼ばれ治療椅子に座って、白衣を着た歯科医師に、主訴を限られた時間内で話さなければならない一連の過程は、患者にとって、精神的不安を増幅することになり、患者は痛みが有る無しに関わらず、非常にストレスのたまる時間経過で、精神的不安のどん底に陥っている。歯科医師によって、どのように診断されるのか、治療は痛くなくできるのか、又、長く掛かるのか、費用が高つくのか、といった不安要素が覆い被さってくる。しかし、もし、医療サービス業として、この状況をスタッフが理解しておれば、患者に対して、自ずとやるべきことが判るはずである。この時点で、患者サイドに立ったスタッフの対応が、後のカウンセリングや治療などのイメー

びに、大きく左右する。そのため、先ず、患者（顧客）の治療までの流れの中で、限られた時間内で、どの様に気持ちをリラックスさせスタッフと馴染ませ、本音で話しが出来るようにするかが求められている。この対応によって、患者は、スタッフ及び歯科医師への精神的な関係の構築を築き始める。これが、「信頼」となって歯科治療への前向きな行動に変化すると考える。しかし、これまで、歯科医療として行ってきたものが、社会環境変化によって、医療倫理の変化や医療情報が容易に得られ、氾濫している環境で、患者の経験（期待）と結果の比較により、技術面や精神的関係に基づく「信頼」の喪失に繋がっていると考えられる。そこで、今、患者として歯科医療に求めるものは、この「信頼」であり「来院した患者が、その医院で一番大事な人として扱われ、患者にとって、何がベストなのかということ、患者自身が感じられる歯科医療」と考えられる。そのため、歯科医師に対してのサービス・コンセプトとしては、歯科医師を通じての「患者ニーズ」の充足であることから「**リレーションシップの構築**」を提示した。これは、歯科医療組織としての目的達成のために、歯科医師と技術者との協働を円滑に行える関係であり、この関係が構築できることによって、歯科医師からのパートナーとしての、「依存」「信頼」が得られることになる。この段階で、初めて患者へのアプローチが可能で、直接患者へのコミュニケーションの場が出来る。最近では、歯科医師から進んで患者に技術者を紹介し、補綴処置の相談についての役割分担を説明する事例もある[33]。この様に、歯科医師から進んで患者とのコミュニケーションが取れる環境を提供する、或は出来ることに、これまでとは違う歯科医師と技術者との関係に、大きな変化が出てきていることは驚きである。そのため、この環境の中で、患者が求めている技工ビジネスの「サービス」提供の「場」として考えなければならない。歯科医師と共に歯科医療の「信頼」を得るためには、これまでの患者の歯科医療での「体験不安の解消」「患者権利の保護」と「患者の期待に応える」といった「サブ・サービス」の提供に努力しなければならない。

これまで説明してきた技工ビジネスの「サービス・コンセプト」を図表 12・④にまとめると次のようになる。

技工ビジネスとしてのサービス・コンセプト



図表 12・④

社会環境変化によって、歯科医院と歯科技工所との関係構造変化が進展しても、基本的に法的規制により技工ビジネスとしては、歯科医院を通じての患者への「サービス」提供が主体となる。そのため、この二つのビジネス対象を満足させるための「サービス・コンセプト」が重要となる。

12・3 マーケット・セグメンテーション

技工ビジネスとしてのマーケットは、技工技術者と考えれば海外事例でもあるように、医科・歯科関係のみならず、大きな広がりとして捉えることができる。

一般に、宝飾関係、映像関係といった分野での活躍も考えられるが、特に映像関係での特殊メイクの技術者は共通部分が多い。米国でも技工ビジネスとしてスタートした会社が、特殊メイクのパーツ製作が主流となっていることもある。又、医科の分野で、大きな病院での形成外科での装具製作の中でも、基本的には装具士の資格者が製作担当しているが、小さな物（指・耳・鼻）については、技工士が担当し、形成外科での移植手術の代替手段として小物の人体パーツの製作も担当することが多くなっていく。しかし、歯科と限定されている技術者としては、口腔若しくは頭蓋に参与する（首から上）パーツまでは、歯科の口腔外科からの依頼で製作担当する機会がある。

一般的には、技工ビジネスのマーケットとしての歯科診療分野は、一般歯科、口腔外科、矯正歯科、小児歯科である。しかし、多くの歯科医院では口腔外科を除き、殆どの診療科目を診察しているため、全ての開業歯科医院がマーケットとなる。

ただ「サービス・コンセプト」として「リレーションシップ」の構築を考えると、開業歯科医院からもう一步踏み込んだターゲット・セグメンテーションが考えられる。それは、歯科医師の経験、技術、知識のレベルによる組み合わせによって6通りできる。1、経験・技術・知識とも乏しい 2、知識は豊富/経験・技術は乏しい 3、技術・知識は豊富/経験が乏しい 4、技術・経験は豊富/知識が乏しい 5、経験・知識は豊富/技術は乏しい 6、経験・技術・知識とも豊富、となる。

又、患者についてのマーケットは「口腔疾患を持つ患者」とまとめてしまうと簡単だが、疾患の内容に応じて変わる。

口腔疾患としての分類で歯疾制御系科、咬合咀嚼障害系科、口顎病態系科とに分かれ、一般に**硬組織疾患、軟組織疾患、機能障害などの治療を受けている患者が対象となる**。中でも1、対処療法的患部治療と欠損部回復を望む 2、患部治療と欠損部回復による機能回復を望む 3、患部治療と欠損部の審美的回復を望む 4、患部治療後包括的口腔機能障害の改善を望む 5、包括的口腔疾患に参与する障害の解消を望む 6、顎・顔面欠損の回復を望む患者が主体となる。しかし、これから歯科医療が「サービス・ビジネス」として、歯科医師が技工ビジネスに求めてくるものは、「リレーションシップ」でありパートナーとしての「信頼」「依存」であると考えれば、従来の経済的絆を基礎とした、「リレーションシップ・マーケティング」ではなく、経済的絆と社会的絆を基礎とした、「リレーションシップ・マーケティング」に少なくとも変化させ、この経済的絆と社会的絆+構造的絆を基礎とした、「リレーションシップ・マーケティング」の関係に進化させることを、目標としなければならない。[23] そのために歯科医師と歯科技工士の構造的関係を変化させることが前提となるが、制度的な変革に期待をするのではなく、歯科技工士が自らそのポジショニングを勝ち取る努力をしなければならない。当然歯科医師との「リレーションシップ」の構築が、患者との「信頼」の構築に繋がる。ただし、この関係の必要性が理解され、求められる可能性が高い「ターゲット」を考えるならば下記の赤字で示したようになる[23][36][41][49][50][51]。

対象歯科医師

経験・技術・知識とも乏しい
知識は豊富/経験・技術は乏しい
技術・知識は豊富/経験が乏しい
技術・経験は豊富/知識が乏しい
経験・知識は豊富/技術は乏しい
経験・技術・知識とも豊富

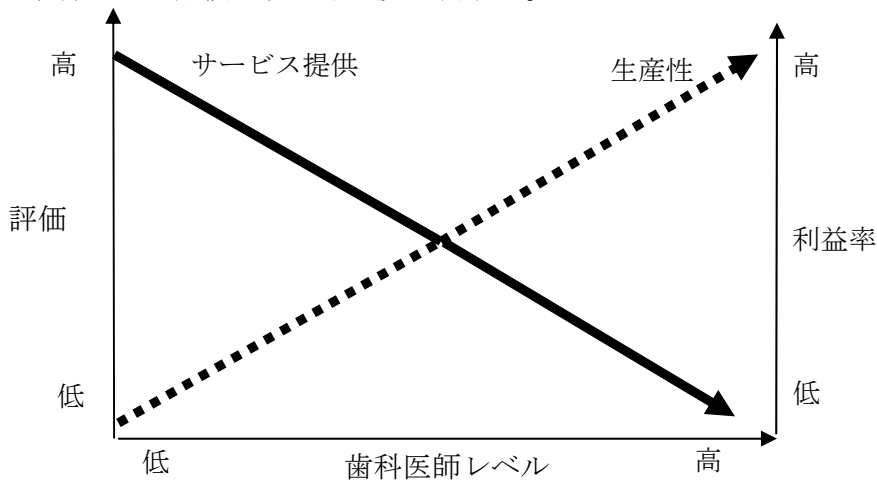
図表 12・⑤

対象患者

対処療法的患部治療と欠損部回復を望む
患部治療と欠損部回復による機能回復を望む
患部治療と欠損部の審美的回復を望む
患部治療後包括的口腔機能障害の改善を望む
包括的口腔疾患に関与する障害の解消を望む
顎・顔面欠損の回復

図表 12・⑥

対象歯科医師として、経験・技術・知識の乏しい場合、臨床では、トラブルの宝庫となりビジネスとして成立しない。又、経験・技術・知識の豊富な場合も、臨床的には指導者としてのポジションに位置し、ビジネスとしては成立しない。患者としては、対処療法的患部治療と欠損部回復を望む場合は、急性期疾患による治療となり 100% 保険治療で終わるため対象外となる。しかし、例えば保険治療で終わる患者に対しても予診対応の段階で、歯科医師とリレーションシップが構築されているならば、技術者として、セカンドオピニオン的に直接患者への情報提供として、将来的な口腔環境への影響と変化予想による、ホリスティックな身体への影響を説明することによって、患者の歯科医療への関心を高めることが出来、掘り起こしに繋がる。この様に、技工ビジネスのサービスビジネスとしてのセグメンテーションを明確にすることによって、次に考えなければならないのはポジショニングについてである。あくまで「ものづくり」ビジネスとしてのマーケティング戦略として S, T, P は従来から他社との差別化を考える上で確立されてきたが、今回提示した技工ビジネスでのサービス・コンセプトを提供する上でのポジショニングは、インターナルマーケティングに大きく影響されると考える。マーケティング・ミックス 4P での Product が「再現力 (こと)」であり無形であるため、技術者の技術レベル、経験、表現力、コミュニケーション能力によって、大きく変化する形になり、他のスタッフとのコンビネーションと機動力などの評価によっても、対応レベルが変化するため、改めて考えなければならない。例として一つのサービス内容を高レベルの歯科医に提供する場合と低いレベルの歯科医に提供する場合とでは評価と利益率が反比例する。



図表 12・⑦ 歯科医師レベルとサービス評価及び生産性と利益の関係

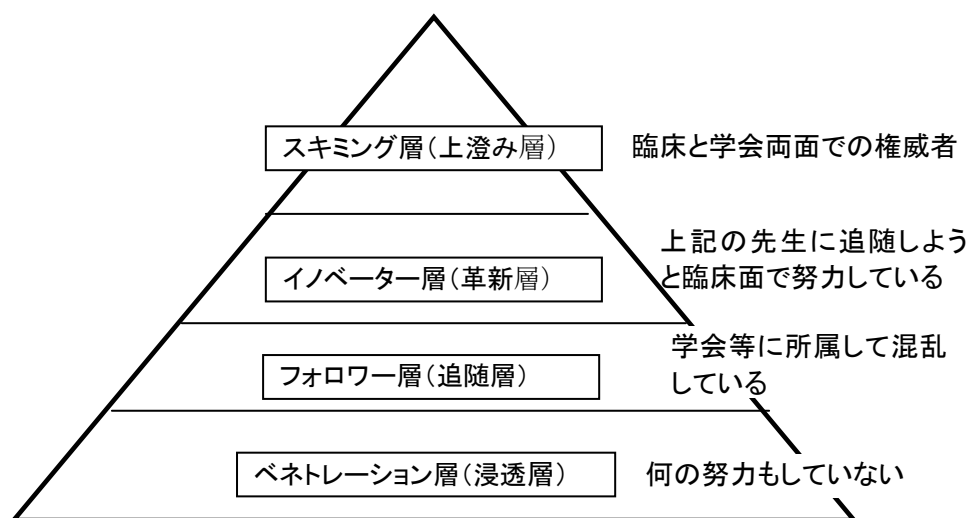
上記図表 12・⑦が示すようにレベルの低い歯科医師に対してのサービス提供は、サー

ビス価値評価は高いが、生産性が低いため利益率が悪くなり、レベルの高い歯科医師への提供は、サービス評価は、全て「当然」という認識で価値評価するため、評価そのものは低くなるが生産性が高いので利益率はよくなる。この場合の生産性とは、患者の回転効率に相当する。しかし、従業員である技術者にとって、レベルの高い歯科医師からサービス提供に対して、高い評価を得ようと努力することは、仕事効率が悪くなりビジネスとして、意味が無くなることを認識する必要がある。

ここで、歯科医師のレベルについては第8章の2・3で示した図表8・⑩、⑪を参考に考えれば、上位3%に属する歯科医師に対しての「サービス」提供は、基本的に協働を考えた形になり、ターゲットとして他の45%の歯科医師に対して「その歯科医師が何を求めているか、何が必要か」を中心にサービス内容を組み立て提供することに評価される。しかし、残りの52%に属する歯科医師レベルでのサービス提供においては、全ての技工において、患者要望分析も含め、丸投げ的なサービス提供を期待されるため技工ビジネスとして提供できるサービス内容以上の行為も絡む危険性があるために、現段階での制度化におけるビジネス行為から逸脱する可能性もあり問題が生じやすい。そのため、雇用している技術者が提供できるサービス内容のレベル判断とターゲットにする歯科医師レベルの判断が、担当する技術者選定に重要な鍵となる。これは、ビジネス展開をする上で、歯科医師の階層もオピニオンリーダー構造のピラミッド層に非常に似通ったところがあるため、新たな技工ビジネスとしてのプロモーションを行う層とサービス内容によるポジショニングについては、自社の技術者レベルによって、ターゲットとする歯科医院レベルとポジショニングが、決定されることを意味する。

Doctor	臨床と学会両面での権威者	3%程
Master	上記の先生に追随しようと臨床面で努力している	15%程
Student	学会等に所属して混乱している	30%程
Idiot	何の努力もしていない	52%程

図表8・⑩日本の歯科医師分類



図表8・⑪オピニオンリーダー構造のピラミッド層の割合 [58]

12・4サービス・デリバリー・システム

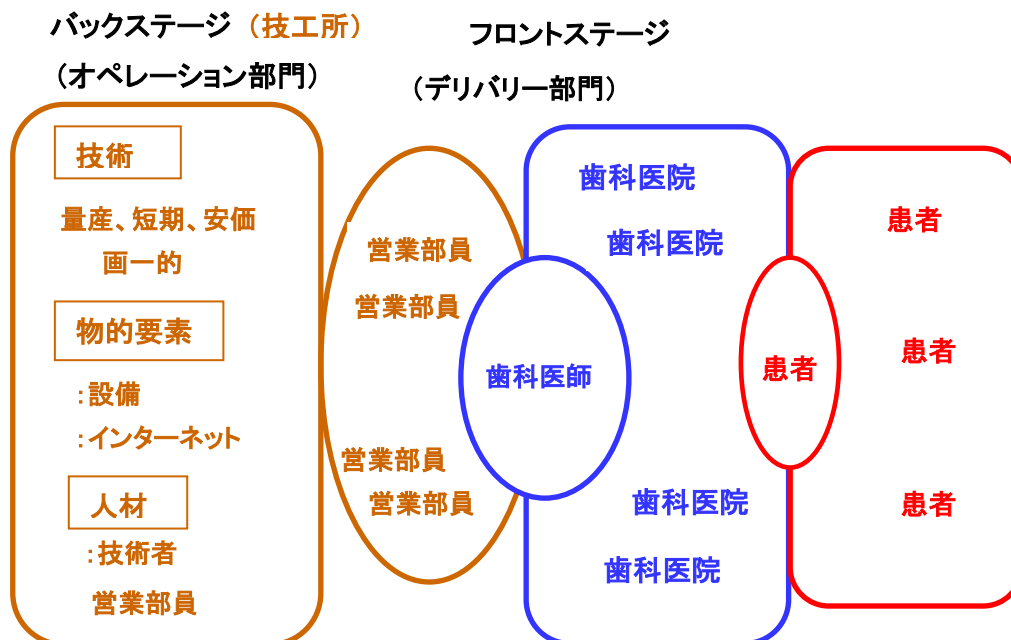
従来のサービス・エンカウンターでは、技術者の歯科医師、患者に対して直接の相互作用がなく、単なる「もの」の提供に終わる。患者ニーズが「もの」から「こと」に変化し、「有形」から「無形」の提供を、求められていること考慮すれば、従来の「指示書」でのコミュニケーションでは患者の要望「ニーズ」が十分に技術者に伝わるものではない。ここで、もう一度、歯科治療によって補綴処置が必要になった現在の患者ニーズを分析してみると下記のようにまとめられる[12][24][27][36][49][51]。

明言されたニーズ	義歯・代替歯の製作を望んでいる。
真のニーズ	違和感なく、自分の歯のようにしっかり噛めること。
明言されないニーズ	痛くないこと、外れないこと、噛めること。
喜びのニーズ	家族、友人達と食事、会話が楽しめること。
隠れたニーズ	自然な口元、表情でのアンチエイジングになること。

図表 12・⑧ 患者ニーズの分析

この患者ニーズの分析からも理解できるように、単に「もの」の製作を求めているのではなく、「行為」の可能性を求めている形である。そのため、従来の書類や伝言ゲーム的な伝達方式では限界があり、患者の望む「もの」へのニュアンスは伝わらない。又、歯科医師、患者とのコミュニケーションギャップや患者の補綴処置に対する認識ギャップが、生じている可能性も考えられる。そのため、歯科医師と技術者の「関係構造転換」を図る中で、歯科医療現場でカウンセリング時からの同席、または治療計画ミーティング参加が、理想的と考えられる。患者にとって、結果に対しての認識ギャップ、過剰期待感、不安感、疑問を出来る限り早い時期に解消する必要性があり、歯科医師に対しての、コミュニケーションギャップを解消しておかなければならない。従来のシステムでは、直接、患者が製作担当の技術者に意見を求めることも出来ず、又、技術者も患者の要望を直接確認できない。ここで、認識しなくてはならないことは、医療サービスは過程と結果に分かれ、受付から医師の患者対応も含め治療費精算までを過程とされ、疾患治療での投薬・外科的処置や歯科医療での補綴処置（物理的処置）を施した行為によって得られた状態を結果と考える。そのため、全ての医療行為の結果は、医師の治療行為の必要性の有無について判断されるところから、あくまで全治であって完治でないため不確実性と考えられる。この結果、医療サービス評価は過程で決まると考える。そのため、現在の医療現場では「サービス」提供の結果に、例え満足しても、過程に不満を感じれば、結果の評価が下がり満足度も半減する（医師に対する信頼も喪失する場合もある）。しかし、過程に満足しておれば、結果に不満があっても評価にあまり影響しないことも事実である。このことは、医療行為については結果より過程に「サービス」価値が存在すると考える。しかし、歯科医療行為の場合は、少し結果に違いが出る場合がある。それは治療の最終処置に補綴装置の装着があり、患者自らその装置を直視（表面的に）できるため、その出来栄に評価が変わることがある。これはあくまで表層評価で深層評価は、他の治療評価と同じで不確実性である。そのため、「患者ニーズ」の充足という目的達成においては、結果が医療処置という特異な特徴を備えているため、全て満足できる形にはならない場合がある

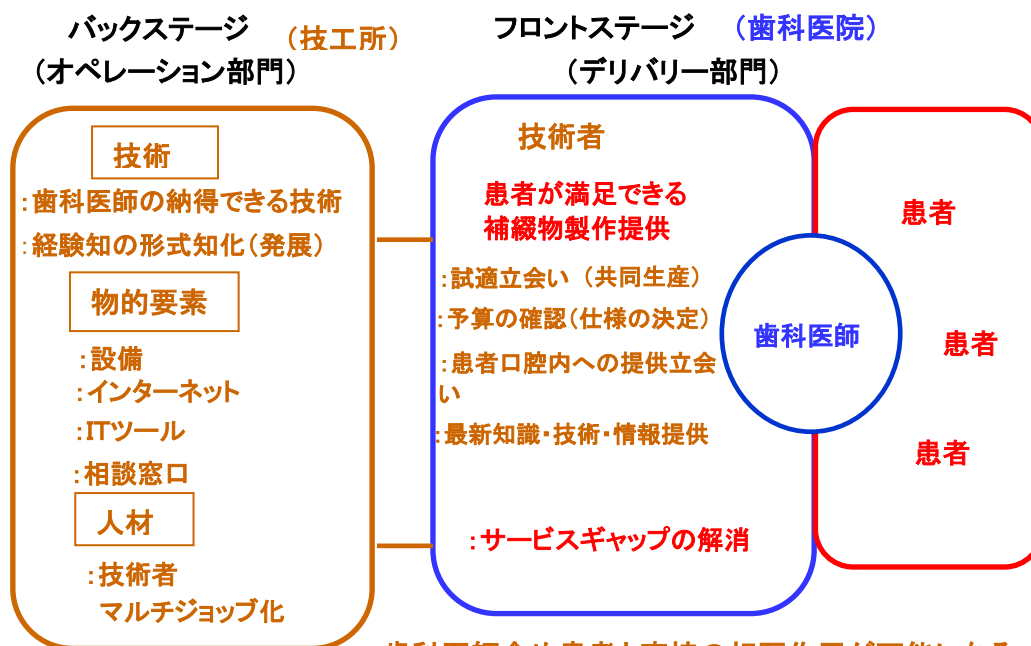
ため、提供過程に最善を尽くすことが患者に対して、最も価値ある「サービス」提供である。



歯科医師含め患者と直接の相互作用がない

図表12・⑦ 従来のエンカウンター

図表 12-⑦から理解できるように患者との距離が遠く、真の患者要望が届きにくい。従来の提供システムでは、患者⇒歯科医師⇒営業マン⇒技術者と患者要望が伝わる中で、それぞれの主観的意見の混在や重要性の認識ポイントが変化するため、患者要望のイメージにギャップが生じる。



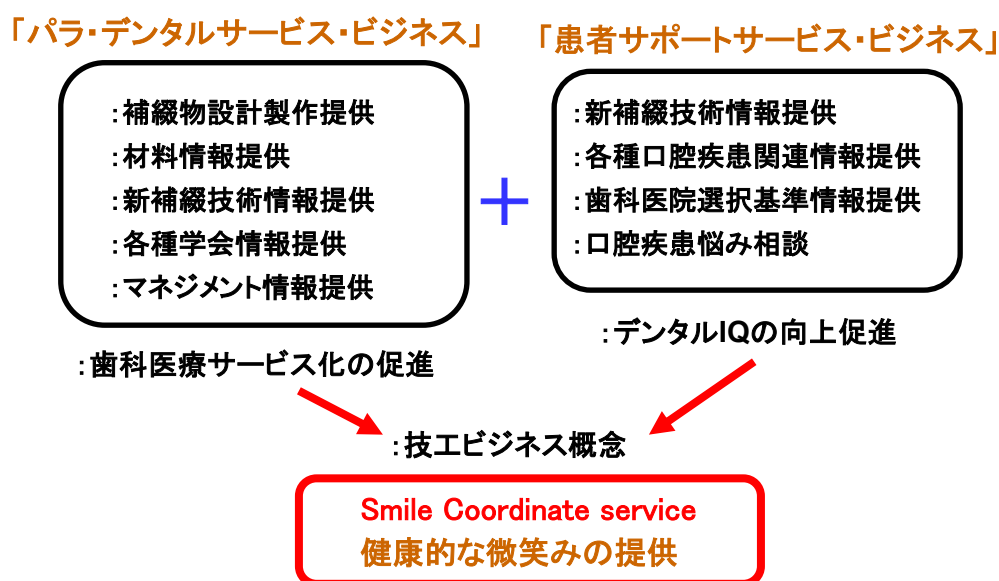
歯科医師含め患者と直接の相互作用が可能になる

図表12・⑧ 新たなサービス・エンカウンター

この様にサービス・エンカウンターにおいては、可能な限り、歯科医師と技術者との間に患者参加が出来るシステムが、技術者にとって、患者要望のイメージも容易で、患者とのギャップがなくなり、最も患者自身の補綴処置に対して、満足な価値評価が得られると考える。又、このシステムによって、患者の権利（選択、要求、学習、参加、最善の受療）が守られることになる。

12・5事業概念(イメージ)

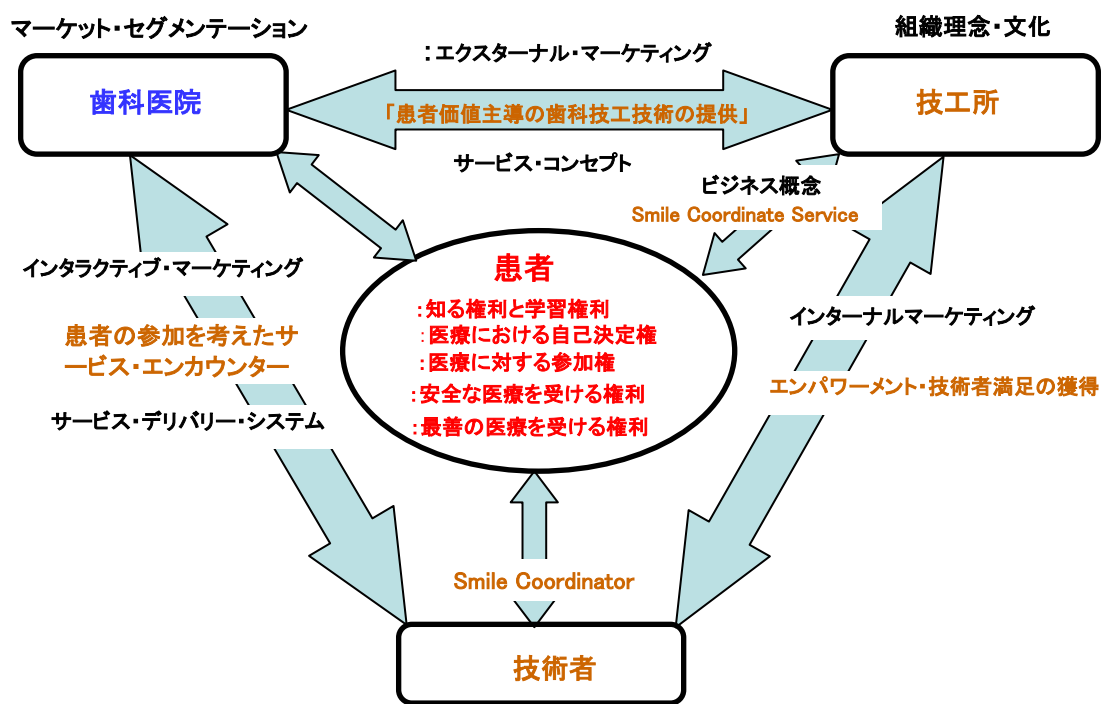
従来の技工ビジネスの概念は、黒子的概念を持たれていた。歯科医師の陰で仕事をする、歯科医師の助手と思われてきたため、患者の前に姿すら現さない存在だった。しかし、社会環境変化によって歯科医師の主業務が増すとともに、ちらちらと患者の前に姿を現し、歯科医師の指示の基、患者の口腔内で、製作された補綴装置の調整も行うといった過剰行為も見られるようになり、患者にその存在が認識されるようになった。近年では行政主導によって一般市民へ「体の健康展」という呼びかけにより、医療業界、介護関係の展示や講習会などで、職業の告知活動が行われるようになり、広く世間に職業の知られるところとなった。ここに非常に興味のある話を紹介すると、世間的には、歯科技工士は非常に稼げる職業の一つだと思われているが、業界内ではワースト3の一つである。これだけ業界外と業界内の認識の差がある職業も珍しい。おそらく歯科医療の補綴装置が、高額なためではないかと考える。ところで、事業概念としては、一般人に職業認知が進む中で、従来のような黒子的概念ではなく、明確に歯科医療従事者として、患者のデンタルIQ向上をはかり、口腔内の健康を維持するための情報提供サービスを考えれば、「患者のサポートサービス・ビジネス」の概念を持たなければならない。又、歯科医師に対しては、歯科医療サービス化の促進により、リレーションシップの構築を基本とした歯科医師と共に患者のニーズに対応する「パラ・デンタルサービス・ビジネス」という概念を持たなければならない。最終目的である「患者ニーズの充足」を達成できない。これらの概念から、最終的に患者の要望を満足させることによって、患者に「健康的な微笑を提供」するという一つの技工ビジネス概念「スマイル・コーディネート・サービス」が生まれる。又、技術者に対しては、スマイル・コーディネーターとしてのイメージが出来上がる[11][23][39][49]。



図表 12・⑨ 技工ビジネス概念

この様に、従来からの「もの」の製作を主体とした、ビジネスイメージからの脱却と、新たな技術者の職務イメージの構築を主体として考え、これからの歯科医師、患者から求められる職務内容が、イメージできる形が必要であり、患者、歯科医師、一般人へ技工ビジネスのイメージ戦略の一つになる。又、ビジネスイメージの転換は、それに従事する関係者、技術者の職務意識の転換に繋がり、職に対しての創造性を喚起すると同時に拡がりを持つことができると考える。単に既存の関係者、スタッフの意識改革の目的だけではなく、特に業界外に対して、職種ピーアールを行い、ビジネス資源として、若い人材の確保や、歯科医と共に一般人に対して、「口の働きの重要性」についての啓蒙活動時などに、従来の従属的職種としたイメージを与えるのではなく、分離独立したサービス・ビジネスとしてのイメージが重要である。大手のサービス企業でも、職務が創造できるようなイメージを与えることによって、顧客確保に繋げている例もある。このイメージを基盤に、技工ビジネスもサービス・ビジネスとしてのビジョン、ミッションが明確になり、事業戦略での基礎となる[11][23][51]。

第 13 章 改革による技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」の提案



図表 13・① サービス・マネジメント・モデル

これまで「サービス・マネジメント・システム」を構成する5つの要素について、前章まで述べてきたが、それらを図にまとめたものが図表 13・①である。

歯科医療サービスにおける、プレーヤは技工所、歯科医師、技術者の3者であり、歯科医療サービス・マネジメント・システムは、これら技工所、歯科医師、技術者をそれぞれ三角形の頂点にし、三者が、双方向的関係を有するとともに、その三角形の中心に、患者を位置させたモデルで表現される[36][49][51]。

ここで、歯科医院⇄技工所の関係は、エクスターナル・マーケティングに対応し、歯科医師、および患者に対して、それぞれ「リレーションシップ」の構築と「患者との信頼関係構築」が、その基本となるサービス・コンセプトとなる。技工ビジネスの最終目的は、患者ニーズの充足であるが、本質的に歯科医院を通じた提供が主体となるため、エクスターナル・マーケティングにおける提供物は、「患者価値主導の歯科技工技術の提供」と定義することができる。そのため、患者にとって、価値を何処に求めるかを常に追求した形で、歯科医師との協働の下による技術提供となる。

また、技工所⇄技術者の関係は、インターナル・マーケティングに対応し、雇用関係である技術者に、何が彼らにとって、価値があるのか考えたとき、サービス活動を彼らが直接、患者、歯科医師に提供することによって得られる「感謝」「評価」の声である。この「声」が彼らにとっては、仕事に対しての大きな原動力となり、職務意識の向上に繋がるとともに、技術者としての成長の糧となる。そのため、インターナル・マーケティングとして、サービス組織の体力向上を考え、エンパワーメント・技術者満足の獲得につながるこの「声」が、直接技術者に届く環境、或は内部組織の構築が求められる。

次に、技術者⇔歯科医師の関係は、インタラクティブ・マーケティングに対応し、歯科医療組織の目的である「患者ニーズ」の充足を、達成するために歯科医師、及び患者に対して、リレーションシップの構築による信頼関係が基本となるため、それを構築する上で、双方向のコミュニケーションが重要となる。そのために三者間（歯科医師、歯科技工士、患者）で、同時にコミュニケーションが取れる「場」が必要となり、インタラクティブ・マーケティングとして患者参加を考えた「サービス・エンカウンター」の構築が目的となる[23][33][36]。

これら三者の関係が、バランスよく機能することによって、「サービス価値」の向上に繋がり、魅力ある技工ビジネスの発展に寄与できる「サービス・マネジメント」のビジネスモデルとして、構築できる。又、この三者間を結ぶ三角形の中心に、患者を取り込むことにより、社会環境変化による患者ニーズ変化での提供技工技術も複雑・高度化し、製作物も多様化する中で、患者価値主導のコンカレントケアが出来る、歯科医療組織として、サービス化社会での、より一層の歯科医療のサービス化と患者権利保護が、求められることに対応できる。また技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」を構築することで、業界内の構造改革と技工ビジネスの価値創造の向上に繋がられる。しかし、この技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」の構築は、従来とまったく違った視点からの、新たな基本的な技工ビジネスの方向性と構造関係であるため、各マーケティングでの新たな課題の出現についても、考えなければならない[11][29][36][37][40][49][51]。

各マーケティング	従来の評価対象	新たな評価対象
エクスターナル・マーケティング	模型上	口腔内
インターナル・マーケティング	処理能力	生体との調和
インタラクティブ・マーケティング	なし	コミュニケーション能力

図表 13・② 新たな評価対象

上記図表 13・②に新たな評価対象についてまとめてみたが、全てが、今までに基準となるものが無い。そのため、各技工所で「これだ！」と信じられるものを作る必要がある。これら新たな評価対象が生み出す課題については次項で説明したい。

第 14 章 技工ビジネスの「サービス・マネジメント・モデル」を構成する各マーケティングでの新たな課題

前項で述べた新たな評価対象によって各マーケティングで課題が生じる。それらについて下記にまとめてみた。

エクスターナル・マーケティング

歯科医師⇔技工所との関係で、「患者価値主導の歯科技工技術の提供」によって、リレーションシップの構築を行う目的で、サービス・コンセプトとしているが、その「サービス」の提供による対価の設定が課題となる。従来であれば、「もの」の評価で技術料として設定、もしくは技術料によって「もの」の評価がされていたが、今回の新しいモデルでは、「もの」自体ではなく、「もの」が機能することによって得られる効果結果で評価される形となり、その効果結果が得られるまでの、サービス過程の評価に対する対価となる。そのため歯科医師にとっても、従来とは違った判断基準が要求されることになる。「患者ニーズの充足」を目的とした歯科医療の技工ビジネスにとっては、少なくとも、提供者サイドである歯科医師の納得できる効果が、期待できるサービス提供対価として設定されなければならない。新しい技工ビジネスにおいても、本質的に歯科医院を通じてのサービス提供となり、この対価が主となる収入源になることを考えれば、製作原価+技術料+サービス提供価格といった、加算方式で設定すべきである。これまでのように、「もの」作りの感覚での価格設定では、実際にサービス提供する技術者にとって、サービス業としての認識が薄れる。しかし、サービス提供価格を設定しても、担当技術者の経験や知識によって、歯科医師や患者からの評価が変わるため、顧客満足度の基準をどのように設定するかによって、ビジネス戦略に大きく影響する。又、この対価が技工所⇔技術者のインターナル・マーケティングとの係わりに大きく影響する[11][49][51]。

インターナル・マーケティング

技工所⇔技術者との雇用関係が大きな課題となる。サービス提供する技術者として、最も価値あるものとして、前章でも述べたが、サービス受給者からの「声」であって、それが、次の職務の原動力となる。しかし、この「声」をどの様に評価し、雇用関係に還元するかによって、技工所への忠勤心や勤労意欲に影響する。従来 of 量的な評価や、「もの」づくりとしての評価での雇用関係では、技術者としての「サービス心」の養成には結びつかず、次の成長が期待できない。そのため、技術者の限られた勤務時間内で最大のサービス活動が、可能な技工所内でのオペレーションシステムを、組み立てなければならない。たとえば、技工所の技術者を大きく「製作担当」と「サービス担当」と分け、歯科医院からの要請によって、サービス担当技術者を振り分け、サービス担当者によって、製作担当者とのチームを組織する方法や、「サービス」が必要な症例別に技術担当者決め、製作担当者とのチーム組織を組む方法などが考えられる。そのためには、技術者への人材教育が大きな投資となる。これまでのような製作技術を主体とした教育、研修だけでは、サービス提供する技術者として、歯科医師や患者に直接、対応する上で不十分であり、コミュニケーション能力が先ず求められる。又、リレーションシップの構築の必要性から、接客術的な教育が主体となると考えられる。当然、従来 of 技術教育においても、社内で常に技術という形式知と熟練者が持つ技能という暗黙知を、形式知に変換できるシステムの定着化を進めることによって、技術者全員のレベルアップを図ることも重要である。又、従来 of 営業マンが行っていた印象模型や製作物の集配達業務は、特別な事情がない限り宅配業者に委託し、営業マンは、それぞれの歯科医院で、今後治療予定の患者情報や歯科医師の求めている情報の

提供を、業務とするような形が考えられる。しかし、どのようなオペレーションシステムが組み立てられても、従業員としての「サービス活動」を評価し、報酬に公平に還元できる雇用契約ができるかが課題である[34][49][51]。

インタラクティブ・マーケティング

歯科医院⇔技術者との関係は、技工所と歯科医院とのリレーションシップ構築の基本となり、非常に重要な関係である。担当する技術者と歯科医師との人間関係の構築が基本となり、その人柄と性格に左右されることも事実である。経験や知識も豊富であっても、性格によっては、その歯科医師と合わない場合が出る。その時に、技工所として、どの様に対応するかが課題となる。又、歯科医師の性格、人柄に問題がある場合も考えられるが、サービス業としてビジネス展開をする上で、限られた人材数の中での対応になるため、一定の基準を設けた対応策も考慮しておく必要がある。技工所として、技術者の雇用時にインターナル・マーケティングでの雇用契約によって行われる中で、社員教育として必ず、顧客対応教育を行い、人との係わりにおける一般常識と行動ができる指導が求められる。即ち技工所内で技術的な教育と人間関係に必要な教育が求められ、常にサービス業としての顧客対応の訓練が欠かせない。これらの教育をある程度終了した技術者が、歯科医師との対応をすることによって、初めて歯科医師との双方向のコミュニケーションが取れ、リレーションシップ構築のスタートとなり信頼を得ることが出来る。そのために、技工所内でどの様に教育されるか、又、担当技術者の理解度に応じて顧客（歯科医師）対応が変わるため、技術教育以上に対応訓練が必要となる。特にコミュニケーション能力を高めることが求められる[11][25][31][38][49][51]。

それぞれのマーケティングでの新たな課題を下記の表にまとめた。

	課題
エクスターナル・マーケティング	サービス提供価値評価の設定
インターナル・マーケティング	技術者との雇用契約・教育
インタラクティブ・マーケティング	顧客対応策

図表 14・① 各マーケティングでの課題

今回提案した「サービス・マネジメント・モデル」はこれまでにない「技工ビジネス・モデル」であり、社会環境変化によるサービス化社会に対応できる「モデル」と考えるが、従来の技工ビジネスにおいては、サービス事業としての、「価値評価基準」「報酬基準・教育基準」「対応基準」といった指標がなく、改めて設けなければならない。そのため、これまでの、「もの」作りを基本とするマネジメント感覚からの脱却とサービス・ビジネスとしての認識が急務と考える。

第15章 結論

現在の技工ビジネスは、過去の発祥時からの業界の制度・教育・構造と歯科医師との関係を引きずった形で行われており、社会環境変化に伴った、ビジネス環境と構造ではない。社会環境の変化で医療倫理も変化し、サービス化社会に突入した、新たな消費者マインドに対応を迫られている中で、旧態依然と時代遅れの患者対応や誤ったサービス提供を行っている、歯科医療の変革が急務であり、それを支える技工ビジネスのあり方も変革が必要と考える。医科における医療現場では、医療倫理の変革と同時に、早くから医療従事者の職域の独立と制度の確立のために教育内容、期間の見直し、養成機関含め行政主導で行われてきたが、歯科医療現場においては、その対応が遅れている。その時代に合った、医療組織を構築するためにも、行政に対し、医療現場から強く現在の制度での歪を訴え、改革する方向で、再度、制度の見直しを図ることを提案すべきと考える。単に歯科医師の権益を守るため、悪戯に制度改革案を黙殺するような医療現場では先は望めない。そのためにも、本研究が示す歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士との三者間の、垂直統合型機能分担から水平分業型機能分担への関係構造の変革が必要であり、その環境づくりが急務である。そのためにも、それぞれの教育制度、内容と資格の独立性を充実させ、その上で、それぞれの職域での専門性を確立し、水平分業型機能分担構造を確立させ、患者参加のコンカレントケアが出来る協働を考えた歯科医療組織として、サービス提供がされるようにしなければならない。これは、歯科医療での補綴処置は、喪失、欠損した歯牙の代替回復と機能を障害なく行えることを提供することであって、補綴処置に使われる「もの」を提供するものではないことが本研究の中で明白になった。このことを歯科医師含めた医療従事者が理解しなければならない。社会環境変化によって、サービス化社会が促進する中で、患者ニーズの充足を目的とする、提供技工技術も複雑・高度化し、それによって具現化された製作物も多様化している。そのため、サービス化社会に対応すべく、歯科医療現場のサービス化の促進により、より一層の歯科医療のサービス化による患者権利保護の必要性も求められることになる。患者参加型の歯科医療の提供を行うためにも、歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士、それぞれの関係構造変革と患者の参加を考慮した技工ビジネスの本研究が示す「サービス・マネジメント・モデル」を構築することで、技工ビジネスの価値創造の向上と、それを支える技術者の職務意識の向上に繋がると同時に、これによって、医療の一分科として、歯科医療の存在価値と歯科医療技術の更なる向上が期待できる。下記にそれらを書きまとめた。

- : 歯科医療のコンカレントケアの実現
- : 歯科医療技術及び技工技術の向上に繋がる。
- : 多様化する患者ニーズに対応できる。
- : 患者の5つの権利が守れる。
- : 歯科医療のサービス化に対応できる。
- : 技工ビジネスのポジショニングが明確になる。
- : 技工技術者の職務意識の改善・向上。(自立性・知識と経験知)
- : 技工ビジネスの魅力向上。(職域の拡大と価値創造)

又、この研究を通じて明確に言えることは、現在の歯科医療の現状を打開するためにも、小手先による行政の法律改正や規制緩和などではなく、小泉内閣時代に打ち出した「聖域無き行政改革」を推し進める中で、歯科医療関係三法である歯科医師法、歯科技工士法、歯科衛生士法によって定められた教育、資格制度の法律の抜本的な見直しによる変革を求めるとともに、社会環境変化に準じた、歯科医療組織の抜本的な

構造改革を、行政に関係機関（歯科医師会、歯科技工士会、歯科衛生士会）からの提案によって、行えるような環境創りが重要と考える。既に医科においては、それぞれの職務に対して尊重と敬意を持った、新たな資格や制度が創出しており、中でも医療組織の中核の一つである薬剤師の教育及び資格制度にも、変革が行われ、医療組織としてコンカレントケアが可能で、社会ニーズに合わせた対策が講じられている。この現状を考えれば、医療の一分科である歯科医療も、過去に定められた規制と資格における権益を守る制度下での医療体制では、十分な医療技術提供と新しい社会環境下での患者ニーズの充足は考えられない。そのためにも、一日も早い行政と関係機関による、歯科医療組織の構造改革に繋がる変革を求めるものである。

謝辞

今回の研究に当たって担当教授富澤 治先生、平野 真教授、若木宏一教授、末包厚喜教授、村瀬儀祐教授他起業家コース関係諸先生方のご教授、ご指導を頂くことによって、現在、非常に混迷している研究対象である業界の状況を、第三者視点に立ち、実務に即した形でロジカルに深くマネジメント分析・追及を行うことができ、これまで見えなかった課題の抽出と新たな方向性を導き出せたことに加え、それらをまとめる上で、貴重なコメント及びアドバイスを頂き、この度の論文が纏められたことに重ねて先生方のご指導とご鞭撻に、心からお礼と感謝を申し上げますと共に、先生方の今後のご活躍とご健勝を祈念いたします。

清見好伯

参考文献

- [1] 「歯科医院の現状と期待される中小企業診断士の役割」平成 18 年度「調査、研究事業」、歯科医院事例研究 報告書 社団法人中小企業診断協会 平成 19 年 2 月
- [2] 「コンビニエンスストアの店舗数一覧」Wikipedia
<http://ja.wikipedia.org/wiki/コンビニエンスストアの店舗数一覧>
- [3] 「歯科医師過剰問題」Wikipedia
<http://ja.wikipedia.org/wiki/歯科医師過剰問題>
- [4] 厚生労働省統計データ、「平成 16 年度無医地区等調査・無歯科医師地区等調査の概況」
- [5] 厚生労働省統計データ、「2005 年医療経済実態調査」
- [6] ・厚生労働省統計データ、「平成 11 年度健康福祉調査」
- [7] 厚生労働省統計データ、「平成 18 年保健・衛生行政業務報告結果の概況」
- [8] 厚生労働省統計データ、「平成 20 年賃金構造基本統計調査」
- [9] 日本歯科医師会「平成 18 年 歯科医業経営の将来予測」
- [10] 中村浩二 「歯の資産価値に対する意識調査」 口腔科学学会 2004 年
- [11] 長沢伸也、「ヒットを生む経験価値創造」、日科技連出版 2005 年
- [12] 北原明彦、「消費者行動論」、創成社 2005 年
- [13] 津田倫男 「サービス・マーケティングの方法」
- [14] 酒井光雄、「コトラーを読む」、日本経済新聞出版社 2007 年
- [15] 平野真 「技術者のための起業マニュアル」 創風社 2005 年
- [16] 松田修一 「起業論」 日本経済新聞社 1997 年
- [17] 新井将能 「コトラー入門」 日本能率協会マネジメントセンター 2010 年
- [18] 丹羽 清 「技術経営論」 東京大学出版会 2006 年
- [19] P・F ドラッガー（上田惇生編訳） 「プロフェッショナルの条件」 ダイアモンド社 2000 年
- [20] エリザベス・ハース・イーダスハイム（上田惇生訳） 「P・F ドラッガー 理想企業を求めて」ダイヤモンド社 2007 年
- [21] P・F ドラッガー（上田惇生編訳）「マネジメント（エッセンシャル版）」ダイヤモンド社 2001 年
- [22] 近藤隆雄 「サービスマネジメント入門」 生産性出版 2007 年
- [23] 近藤隆雄 「サービスマーケティング」 生産性出版 1999 年
- [24] 真野俊樹 「医療マーケティング」 日本評論社 2003 年
- [25] 井上枝一郎編著 「心理学と産業社会とのかかわり」 八千代出版 2004 年
- [26] 生和秀敏・井内康輝 「医療における人の心理と行動」 培風館 2006 年
- [27] 梅澤伸嘉 「消費者心理のわかる本」 同文館出版 2006 年
- [28] R.Gehani "Management of Technology" 1998 年
- [29] P.F Drucker "The Practice of Management" 1954 年
- [30] P.F Drucker 上田惇生訳 「新訳 現代の経営 上、下」 1996 年
- [31] 児玉文雄 「ハイテク技術のパラダイム；マクロ技術学の体系」 1991 年
- [32] Von Bertalanffy.L "General system Theory" 1968 年
邦訳「一般システム理論：その基礎・発展・応用」長野 敬 他 1 名 1973 年
- [33] Nonaka. I and Konno. N "The Concept of 『B a』 Building a Foundation for Knowledge Creation" 1998 年
- [34] 野中郁次郎・竹内弘高 「組織的知識創造理論」 1995 年
- [35] Nonaka. I and Takeuchi.H "The Knowledge Creating Company" 1995 年
邦訳「知識創造企業」野中郁次郎・竹内弘高他 1 名 1996 年

- [36] フィリップ・コトラー「コトラーのマーケティング・マネジメント」2001年
- [37] T. レビット 「マーケティングの革新」 1983年
- [38] フィリップ・コトラー「コトラーのホスピタリティー&ツーリズム・マーケティング」 2003年
- [39] Bernd H. Schmit 経験価値マーケティング」邦訳嶋村和恵・広瀬盛一 2000年
- [40] 嶋口充揮・石井淳蔵「現代マーケティング（新版）」 1995年
- [41] アル・ライズ・ジャック・トラウト共著 川上純子訳「ポジショニング戦略」2008年
- [42] T. Khalil “Management of Technology” 2000年
- [43] W.・チャン・キム & レネ・モボルニュ 有賀裕子訳 「ブルー・オーシャン戦略」株ランダムハウス講談社 2005年
- [44] 清水滋「サービスの知識」 日本実業出版社 1994年
- [45] 野村清「サービス産業の発想と戦略」 電通 1991年
- [46] C.H.Lovelock 「Service Marketing」 1996年
- [47] M. Cristopher 「The Customer Planner」 Butterworth Heinemann 1992年
- [48] Malcolm Gladwell 高橋啓訳 「The Tipping Point」ソフトバンク クリエイティブ株式会社 2007年
- [49] フィリップ・コトラー 藤井清美訳「コトラーのマーケティング 3.0」朝日新聞出版 2010年
- [50] フィリップ・コトラー 木村達也訳 「コトラーの戦略的マーケティング」ダイヤモンド社 2000年
- [51] クリストファー・ラブロック、ローレント・ライト 小宮路雅博監訳
「サービス・マーケティング原理」(株)白桃書房 2002年
- [52] International Federation of Denturists, 清見好伯訳 「DENTURISM」George Brown College, Toronto 2004年
- [53] 覚道幸男 「床義歯の生理学」 学建書院 1991年
- [54] 清見好伯 「義歯装着者の口腔生理学」 医歯薬出版(株) 歯科技工 2005年
- [55] 清見好伯 「有歯顎補綴の歯牙彎曲再構築における咬合面形態の付与」
医歯薬出版(株) 歯科技工 2007年
- [56] 清見好伯 「ポーセレンラミネートベニア修復再考」 医歯薬出版(株) 歯科技工 2000年
- [57] 清見好伯 「最新シリコーン裏装義歯事情」 医歯薬出版(株) 歯科技工 2007年
- [58] 岸 孝博 「マーケティング・カフェ」 PHP 研究所、2008年
- [59] クリステンセン、「イノベーションのジレンマ」、翔泳社 2001年
- [60] 日本歯科技工士会 「日技会史 黎明期からの四十年」 社団法人日本歯科技工士会 1996年
- [61] 井部俊子 「遅れてやってきたサービスとしての医療」 KEIO, SFC, JOURNAL. Vol, 6 No1 2007年