

## 【歯科技工士の偏在は？】

みんなの歯科ネットワーク・Open Wiki に、歯科医師数の地域的な偏在があることを示したコンテンツを掲載しています。

(メルマガのページ

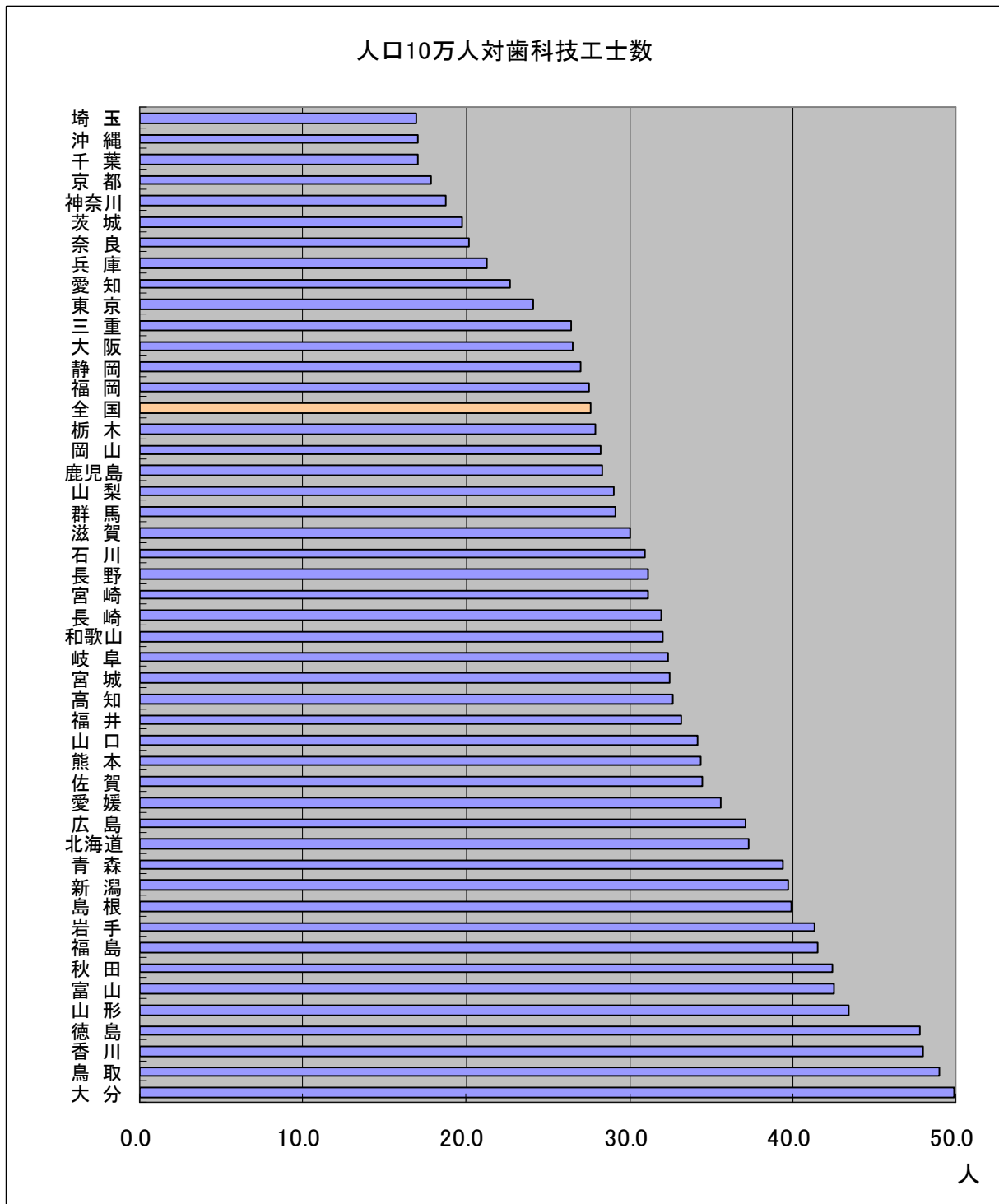
<http://www.minnanoshika.net/wiki/index.php?%A5%E1%A5%EB%A5%DE%A5%AC%A4%CE%A5%DA%A1%BC%A5%B8> のなかの★みな歯科データベース★をご覧ください。)

今回は、歯科技工士において、地域的な偏在があるのかをみていきたいと思います。

データは「厚生労働省平成18年保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）結果（就業医療関係者）の概況」「厚生労働省総称平成18年（2004）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」「総務省住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」を使用しました。2006年のデータです。

	歯科技工士	歯科技工所	人口10万人対 歯科技工士	歯科技工所 一ヶ所当たり 歯科技工士数
全 国	35147	19435	27.7	1.81
北海道	2102	1166	37.3	1.80
青 森	576	195	39.4	2.95
岩 手	574	188	41.3	3.05
宮 城	762	347	32.5	2.20
秋 田	491	153	42.5	3.21
山 形	527	174	43.5	3.03
福 島	873	470	41.6	1.86
茨 城	591	322	19.8	1.84
栃 木	561	406	27.9	1.38
群 馬	588	358	29.1	1.64
埼 玉	1190	996	17.0	1.19
千 葉	1028	605	17.0	1.70
東 京	2957	1908	24.1	1.55
神奈川	1627	1200	18.7	1.36
新 潟	968	433	39.7	2.24
富 山	474	141	42.5	3.36
石 川	362	153	30.9	2.37
福 井	272	84	33.1	3.24
山 梨	255	178	29.0	1.43
長 野	682	409	31.1	1.67
岐 阜	681	465	32.4	1.46
静 岡	1021	674	27.0	1.51
愛 知	1614	1235	22.7	1.31
三 重	491	304	26.4	1.62
滋 賀	410	220	30.0	1.86
京 都	457	364	17.8	1.26
大 阪	2294	1172	26.5	1.96
兵 庫	1184	863	21.2	1.37
奈 良	289	208	20.2	1.39
和歌山	340	154	32.0	2.21
鳥 取	299	75	49.0	3.99
島 根	297	83	39.9	3.58
岡 山	552	320	28.2	1.73
広 島	1065	543	37.1	1.96
山 口	512	194	34.2	2.64
徳 島	390	129	47.8	3.02
香 川	492	166	47.9	2.96
愛 媛	529	167	35.6	3.17
高 知	261	32	32.7	8.16
福 岡	1384	907	27.5	1.53
佐 賀	301	113	34.5	2.66
長 崎	477	220	31.9	2.17
熊 本	638	281	34.3	2.27
大 分	610	140	49.9	4.36
宮 崎	365	128	31.1	2.85
鹿 児 島	499	254	28.4	1.96
沖 縄	235	138	17.0	1.70

グラフにしてみます。



歯科技工士にも偏在が見られます。

人口10万人対歯科技工士数の一番多い大分県の49.9人と、一番少ない千葉県、沖縄県、埼玉県の17.0人とでは、2.9倍の開きがあります。

人口10万人対の歯科技工士数の少ないところは、どちらかという大都市を含む都道府県であり、逆に人口10万人対の歯科技工士数の多いところは、地方の道県であるという傾向があるようです。

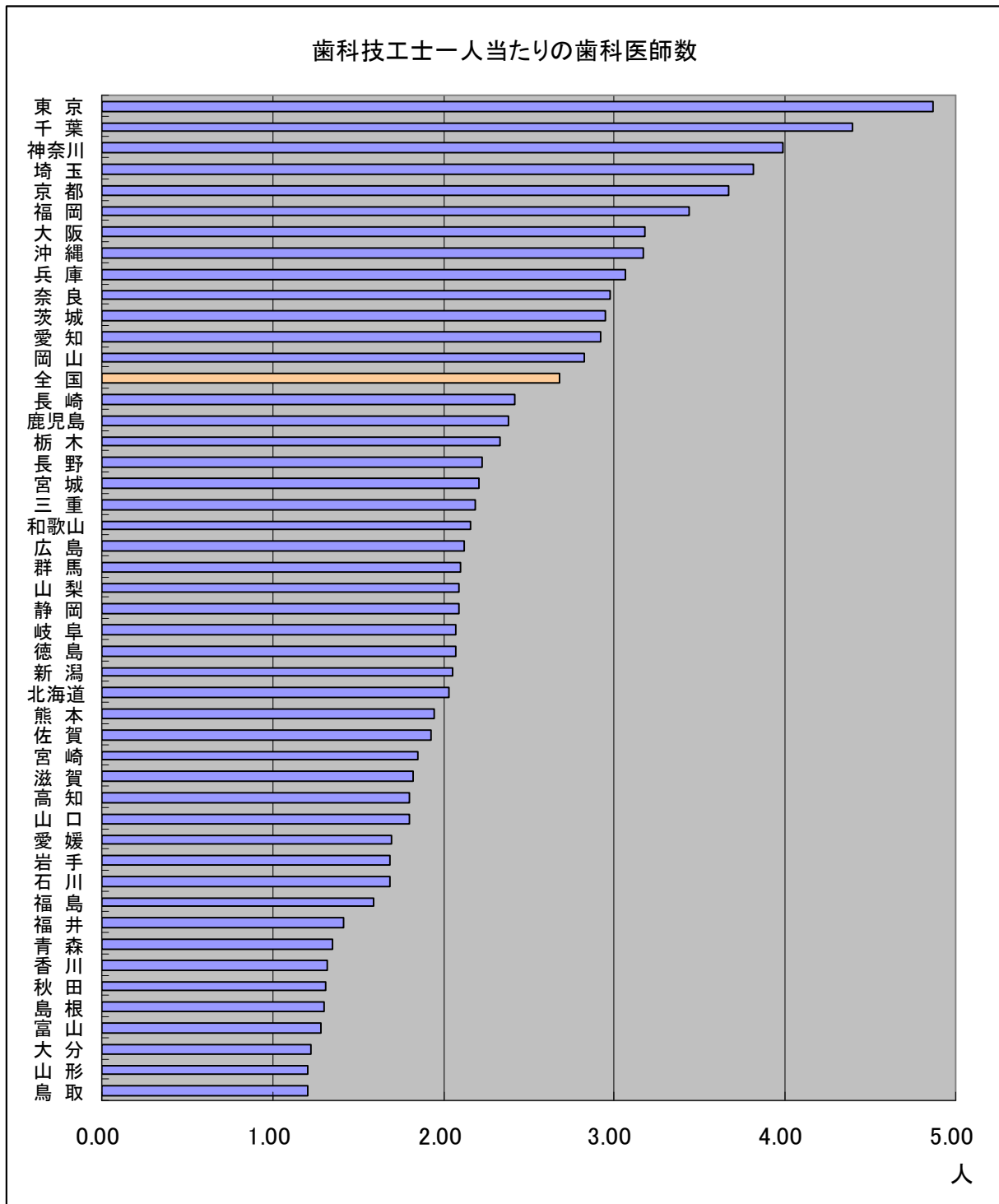
(歯科医師数とは逆の傾向です。)

大都市を含む都道府県では人口に対して歯科技工士が少ないため、仕事が多く経営環境が良い・・とはいえないでしょう。

大都市圏ほど口腔衛生状態が良く、歯科修復・補綴物の必要量が少ない、つまり歯科技工の仕事量が少なく、少ない歯科技工士で足りているのではないかと推測されます。

ただ、大都市を含む都道府県と地方の道県とで修復・補綴物の絶対量の差が、2.9倍もあるとは思えませんが、実際にはどうなのでしょう。

次に、歯科技工士の数と歯科医師の数の関係を見ていきます。グラフにしました。



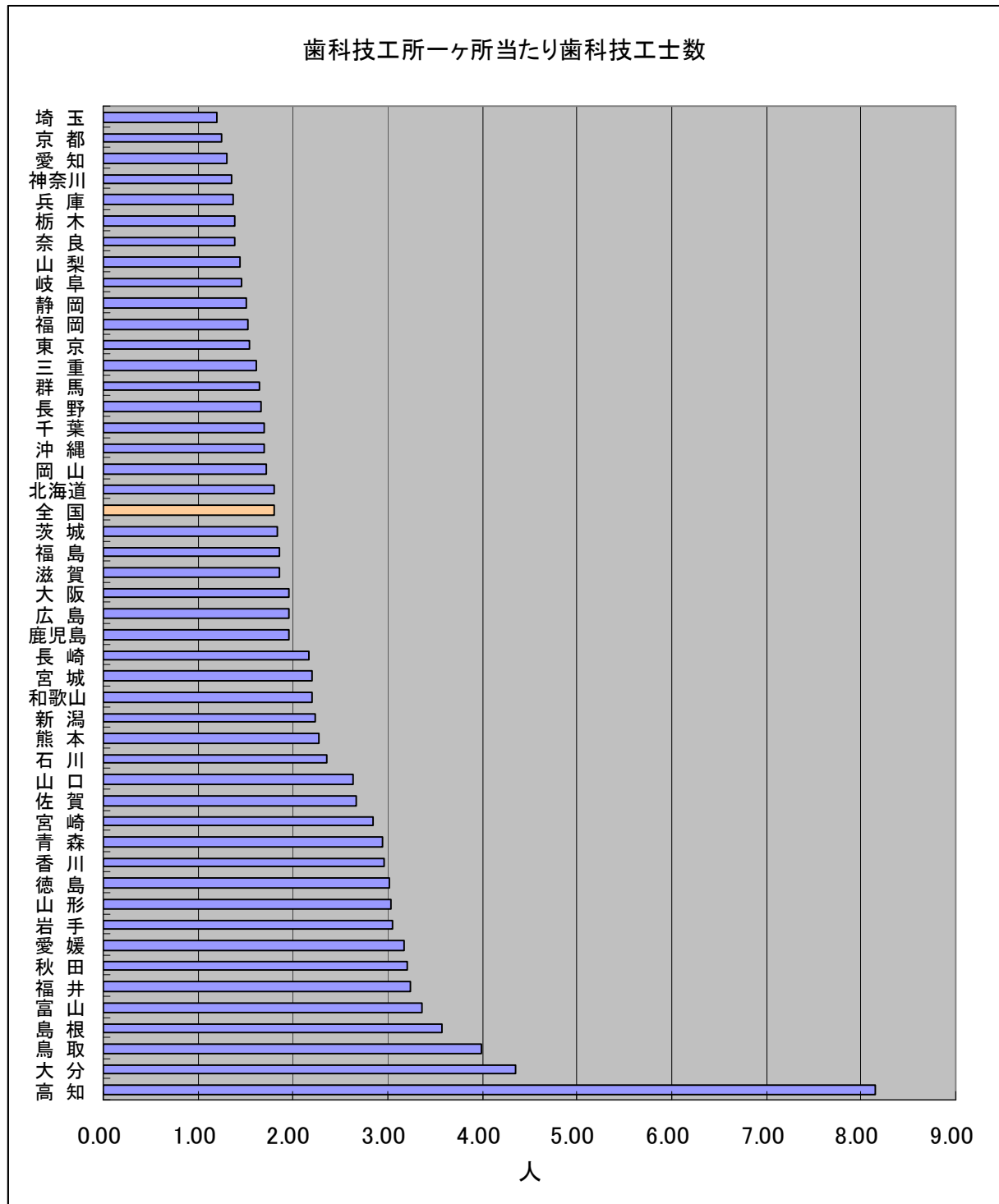
先ほど、どちらかというと大都市を含む都府県で歯科技工士が少ない（人口 10 万人対）と書きましたが、対歯科医師数では、大都市を含む都道府県で歯科技工士一人当たりの歯科医師数が多い傾向にあるようです。

これは、大都市圏では、修復・補綴物の数が少ないため歯科技工士は少ないが、歯科医師が多いため、歯科技工士一人当たりの歯科医師数が多くなっていると考えられます。

大都市圏では、歯科医院一件当たりの修復物・補綴物の量が少ないことが推測されます。

大都市圏の歯科技工士は、一定の数の修復物・補綴物を受注するために、数多くの歯科医院と契約を結ばなければならないし、そのための営業時間を多く割かなければならないのではないかと思います。

次に、歯科技工所一ヶ所当たりの歯科技工士数をグラフで見比べてみます。



歯科技工所一ヶ所当たりの歯科技工士数においても、地域的な格差が存在しています。高知県の数値が突出していますが、大規模ラボが多いのでしょうか？

大都市圏のほうが、歯科技工所一ヶ所当たりの歯科技工士数が少ない傾向があるようです。大都市圏では、小規模ラボ、個人ラボが多いのでしょうか？ 個人のラボではあるが、実質的には大手ラボの下請けラボであることも多いと聞いたこともあります。（この経営形態では営業の時間を少なくすることが可能ですが、技工物の単価はかなり低く抑えられると聞きます。）

地方では修復物・補綴物が多く、効率的に技工をこなすために、大規模化を図っているのでしょうか？

以上をまとめれば、大都市圏では、人口当たりの歯科技工士数は少なく、歯科技工士一人当たりの歯科医師数は多く、小規模なラボが多いということのようです。（地方は逆になります。）

今、歯科技工士が減少してきています。（特に近年の若年者の離職が問題になっています。）

一部では、「将来は歯科技工士不足になって技工料金が上がるのでは？」という意見（期待？）もあるようですが、果たして将来、どのようになっていくのでしょうか。

口腔内の状態は、大都市圏は地方の数年先を行くとも言われています。つまり、将来地方でも修復物・補綴物の減少が予想されます。とすれば、地方でもこれから先、ある程度は歯科技工士が減っていかなければ、一層の困窮が到来する可能性があるという見方もできます。

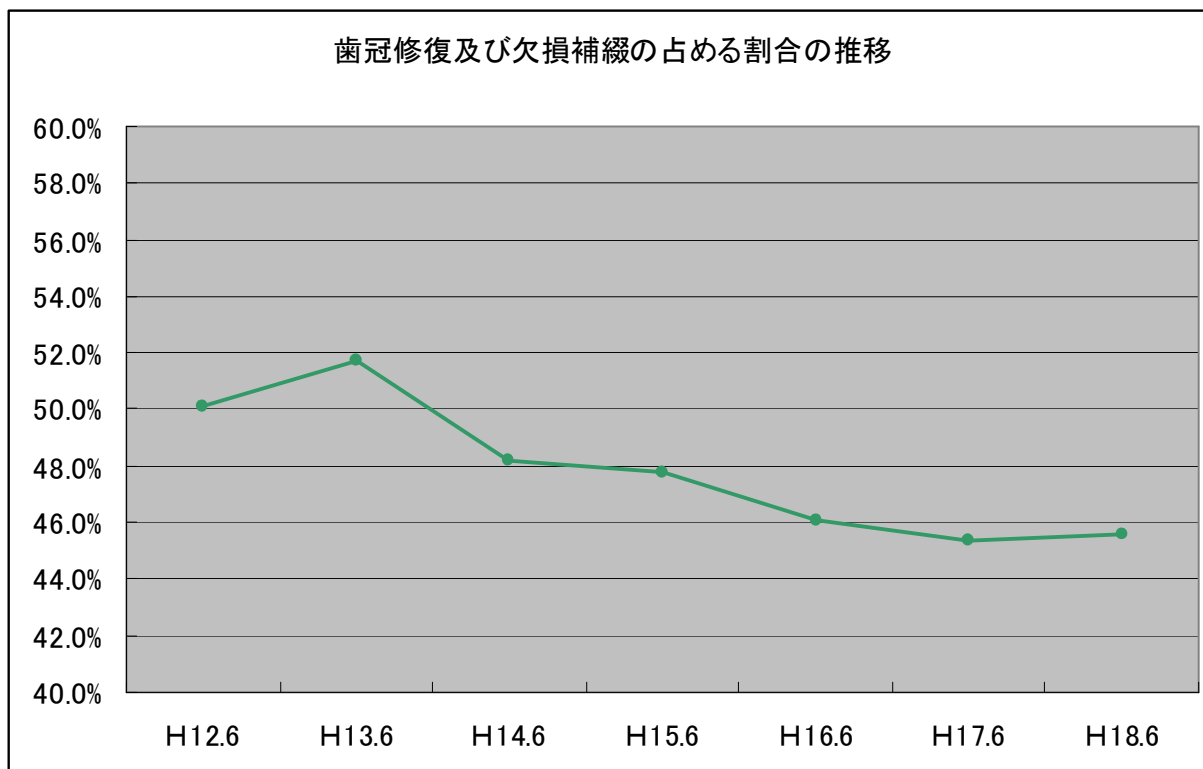
もしかして、これを予想して厚労省も今の歯科技工士に対する歯科医療政策を採っているのではないかと勘繰ってみたりもします。

次のグラフは、歯冠修復及び欠損補綴が総点数に占める割合の推移を示しています。

（厚生労働省大臣官房統計情報部 「社会医療診療行為別調査結果の概況」より作成）

（これは純粋に技工物の量を示すのではなく、例えばコンポジットレジン充填や、形成、咬合採得なども含めたものであることに留意してください。）

国民の歯科疾病構造の変化に伴い、歯冠修復及び欠損補綴が総点数に占める割合の推移は低下傾向を続けています。この傾向は歯科保険制度に大きな変更（混合診療の解禁など）がない限り、将来も続いていくことは間違いないと思われます。



国民の口腔健康・衛生状態が改善していくことは望ましいことではありますが、これから先、修復物・補綴物がますます減り、一方で歯科医院が増え続け、一歯科医院当たりの修復物・補綴物が減少すると、一日中あちこちの歯科医院へと営業に回っていないと十分な受注量を取れなくなる状況が来ないとも限りません。そうなれば、技工をする時間がなくなってしまいますから、個人ラボでの営業形態では対応が困難となり、大型ラボへの移行や海外委託技工物に頼るという流れになるのでしょうか。

今の就業技工士の年齢構成を考えれば、あと5年から10年後には数多くの歯科技工士が引退し、歯科技工を取り巻く環境に大きな変化が起きることが予想されます。しかも、この就業技工士の変化、（すなわち就業歯科技工士の減少）は、これから先の歯冠修復物及び欠損補綴の減少を上回る速さで進んでいくことが予想されます。

将来、歯科技工士は、修復物・補綴物が減少することにより、今ほどは必要とされなくなるのでしょうか。

そうではないと思います。

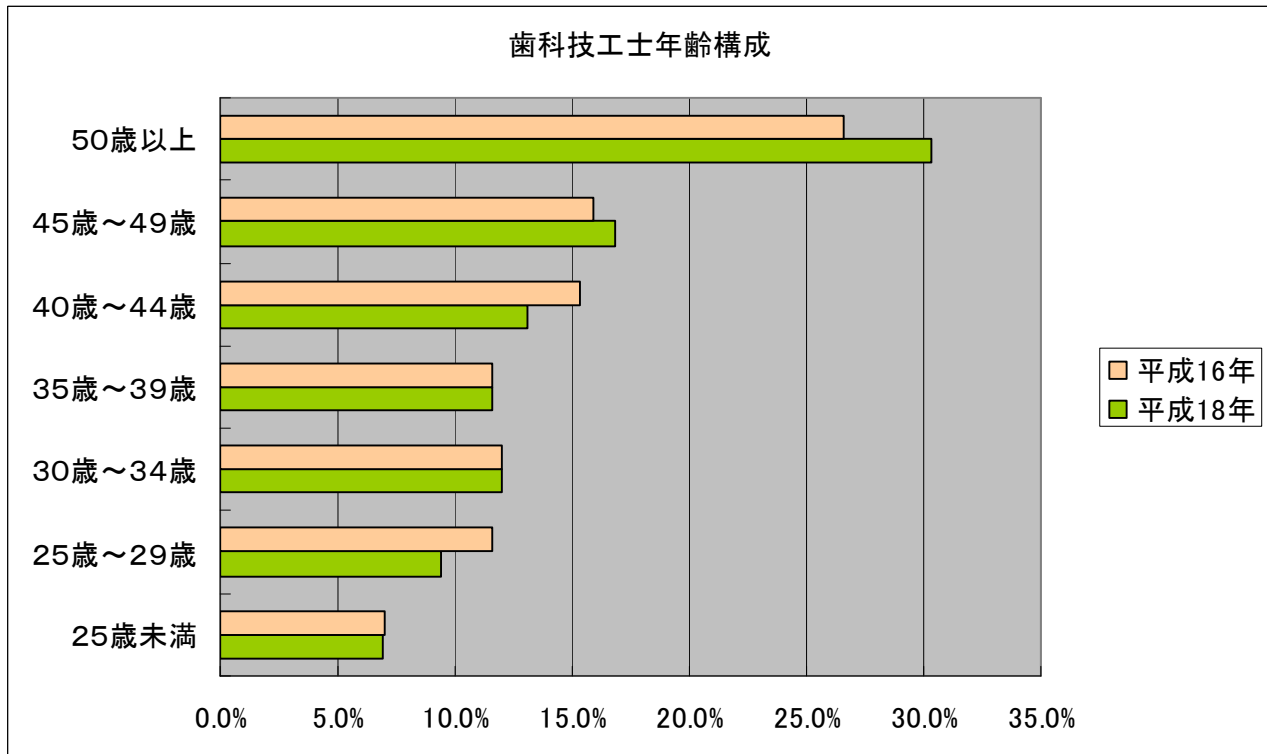
本来、歯科技工物は、個々の患者さんの口腔内環境（咬合力、咬合関係、歯周状態、健康感など）に合

わせたものを作り上げていく必要があります。

しかし、現在の保険の技工物においては、今の診療報酬・技工料金では、それ応えて作り上げていくには程遠い低いものに設定されているため、あたかもベルトコンベアー上で工業製品を作り上げていくかのように流れ作業のように製品化されているのが現状です。

将来の歯科技工士を取り巻く環境の変化は、それに対応できる環境を構築できるチャンスなのかもしれません。

勿論、それに応えることのできる技工料金の設定がなされるのが前提であるのは言うまでもありませんし、そうなるための努力は欠かせません。



今、海外委託技工物の問題がクローズアップされています。

この問題の本質はそのコストの安さにあるわけではありません。技工コストが安くなり、それが診療代に反映されれば（つまりは自費治療にかかる費用が安くなること）、治療を受ける患者さんにとっては良いことであるはずですが。

この問題の本質は、その技工物が「顔の見えない技工物」になる危険性があることです。さらに問題になるのは、それが患者さんの知らないところで行われてしまう可能性があるということです。

現にアメリカでは海外委託技工物から鉛が検出され、情報管理を法制化すべきではないかとの意見も出てきています。

歯科技工士の減少や海外委託技工物の増加は、歯科医療を受ける国民にとってどのような影響があるか、真剣に考え、対応していかなければならない時期に来ているのではないのでしょうか。

海外委託技工物の問題は、歯科技工士だけにとっての問題ではないのです。

歯科医療そのものの問題であるのではないのでしょうか。

健康保険という仕組み、あるいは医療供給体制は、その時代に合わせて変化していかなければ、国民にとっても医療者にとっても、悲惨な状況を引き起こす可能性があります。

歯科医療におけるスクラップ&ビルドは終焉の時を迎えつつあります。

予防が保険に組み込まれない限り、歯科医療者側から混合診療解禁への圧力がますます高まり、自費に活路を見出すしかなくなるかもしれません。

すなわち保険からの逃散です。

そして、歯科において、国民皆保険の崩壊が始まるのです。

いや、もう既に始まっているといっても過言ではないのでしょうか。

日本国民にとって真に必要な歯科医療とは、、、？これを考える時は既に来ています。

**「顔の見える歯科技工」** これからは、これが絶対に求められてくると思います。

関連して、みんなの歯科ネットワークの会員である Zep さんのコラム「スクラップアンドビルドかメンテナンスか？」と 36 さんの「会の最新情報」からコラム「保険立ち去り型サボタージュ」を載せてみたいと思います。

### スクラップアンドビルドかメンテナンスか？

わたしの診療所の待合室に置く雑誌の中に週間 AERA があるが、10 月 30 日号に「クリエイターは老朽オフィスで」という記事があった。ここでは、何もその内容について書こうとしているのではない。この記事の中に、或る不動産会社の方の指摘として「伊勢神宮が 20 年ごとに建て替えをするように、日本民族の建物への感性は、スクラップアンドビルドを好む」というのがあった。なるほど、そうなのか。確かに一般住宅から公共施設に至るまで、諸外国に比べるとその寿命は短い。更に言えば電化製品にしたって、自動車にしたって近年の不況のため使用年数は長くなったとはいえ、他所の国と比較してまだまだ短いと言える。その理由は、市場経済が発達しているからだけではなく、上記のような民族性からなるものなのか。それでは「もったいない」はどこへ行った？

さて、ここから。余りにも牽強付会になるが、歯科治療（特に修復・補綴処置）についてはどうであろうか。いつでも、どこでもの皆保険の気安さからか、わたしどもは患者の皆様から「また悪くなれば、やりかえるよ」とか「とりあえず詰めておいて」などの声を聞くことがある。

最近では、意識の高まりからこういう例は減っては来たが、依然として有ることには違いない。これは、それこそスクラップアンドビルドではないであろうか。歯は臓器のひとつである、こんな言い方をしなくとも人間のからだの一部であるわけだから、意識の改革が必要である。確かな根拠に基づく診断、治療技術の評価するのは当然であるが、その後のメンテナンスが重要なのである。これには歯科医の側も患者の側も、繰り返すが意識の改革が必要である。さもなければ延々とスクラップアンドビルドが繰り返されることになる。

長年言われ続けてきたことであるが、我が国歯科医療の問題点のひとつである。

2006-12-29

Zep

### 保険立ち去り型サボタージュ

2008 年 2 月 27 日（水）

現在の歯科の保険の報酬は極限まで薄められたスープです。しかしそれを飲むスープだと行政は言い張ります。ですからそれを実直に行えば、とても採算が取れる状況にはなりません。その上、保険の指導や監査はたいへん厳しく、患者さんのためと思って行った診療行為でも、制限やルールの厳密さゆえズレがあれば、厳罰になります。

以上のような状況ですから、歯科医は保険診療から立ち去ろうとする傾向がでてきているんです。つまり医療の水準がこのままでは保てないんです。それは技術的にもそうですが、感染予防など患者さんの安全に関わる基本的なことです。このままいくと保険診療に見切りをつけた歯科医達は自費にすがるざるを得ず、自費傾倒がますます強くなっていくでしょう。

お金がある患者さんはそれでもいいでしょう。しかし、裕福でない方が入れ歯を作りたくても、「ちゃんとした入れ歯は大金がないとダメ」という状況が近く訪れる可能性があるのです。

また、自らの力量に見合わない治療をリスク覚悟で行う歯科医も出てきて、医療事故に繋がるケースもより多くなるかもしれません。私は歯科医がワーキングプアかどうかよりも、歯科医療制度のそういう実体が国民へ大きな不利益をもたらす可能性がある、だからこそ医療者国民双方がこの問題を真剣に考えるべきだと言いたいのです。

2008/03/17

みんなの歯科ネットワーク

チュー