

2025 年度冬期
グラデュエーションペーパー
予稿

題 目	
歯科診療における低品質治療の放置原因と改善策の提案	
技術経営論文	ビジネス企画提案

学籍 番号	8 8 2 4 2 3 5	氏 名	萩野礼子
----------	---------------	--------	------

教 員	
主 査	内海京久
審査 委員 担当	中山裕香子

東京理科大学大学院 経営学研究科 技術経営専攻

「歯科診療における低品質治療の放置原因と改善策の提案」

1 章 はじめに

1.1 問題意識

1.2 日本の歯科医療の概況

1.2.2 歯科医院数の変遷と局在

1.2.3 患者数と診療ニーズの推移

1.2.4 国民皆保険制度と歯科診療報酬

1.3 歯科特有の問題点

1.3.1 卒後教育制度の課題と自由開業制

1.3.2 保険診療と自費診療の混在

1.3.3 技術の可視化の困難性と情報の非対称性

1.3.4 医院のブランド化と医療のサービス化

1.3.5 過当競争下の非淘汰性

1.4 本研究の目的

2 章 先行研究とその限界

2.1 信頼財（Credence Goods）と供給誘発需要（SID）の連鎖

2.2 共同生産性（Co-production）の理想と歯科現場での歪曲

2.3 「歯科治療の品質」の定義と評価の困難性

2.4 パターナリズムと患者の受動性

2.5 理念と経済合理性の乖離

2.6 A.O.ハーシュマンの Voice/Exit 理論

2.7 先行研究の限界とリサーチクエスションの導出

3 章 事前仮説モデルの構築（帰納的アプローチ）

3.1 原因候補の網羅的列挙（ロジックツリーの構築）

3.2 要素ごとの分類

3.3 共通要因の抽出

3.4 ロジックツリーの作成

3.4.1 フィードバック（FB）がかかりにくい（機能しない）

3.4.2 クリニック選びに品質が関係ない

3.4.3 品質が報われない

4 章 検証と分析

4.1 分析の目的と方法

4.2 アンケート調査

4.3 歯科医師へのインタビュー調査

4.4 分析と検証

4.4.1 アンケート結果

4.4.2 アンケート調査結果の分析と仮説検証

- (1) フィードバック (FB) の発生を阻害する要因の検証
- (2) 品質の認識のズレと選択基準の検証
- (3) 情報の欠如と「自己正当化」
- (4) 分析結果のまとめ

4.4.3 インタビュー結果と分析

- (1) 患者の Voice に対する認識
- (2) Voice が医師に届きにくい
- (3) 患者の Exit に対する受け止め方
- (4) 質向上への動機と評価の乖離
- (5) まとめ：意識の高い歯科医師においても成立しないフィードバック

4.5 モデル図と修正ロジックツリー

4.5.1 不満があったとしてもフィードバック (FB) がかかりにくい (機能しない)

4.5.2 品質が悪くても不満に思わない

4.5.3 品質が高くても報われない

4.5.4 本質原因

4.6 考察

4.6.1 分析結果の総括

4.6.2 物理的制約による Voice の発生困難

4.6.3 期待と現実のミスマッチ

4.6.4 情報の非対称性の再解釈：患者が保持する「独占的情報」

4.6.5 専門性への依拠と経路依存性による Exit の抑制

4.6.6 歯科医師の認知の鈍麻：なぜ Voice は棄却されるのか

4.6.7 情報の再解釈：自浄作用を再起動する仕組み

4.6.8 結論：適合論に基づく経営戦略への接続

第 5 章 持続的な品質改善を実現する分院展開戦略：おはぎ法人モデルの提示

5.1 研究から分かったことと解決すべき課題

5.2 中核戦略：歯科医師が自律的に努力するビジネスシステムの設計

5.2.1 目標：歯科医療の構造改革と全国展開

5.2.2 ありたい姿：ターゲットと提供価値

5.2.3 ビジネスシステムの設計：自社業務と外注の最適化

5.2.4 組織内の仕組み：自律と相互チェック

5.2.5 経営資源ポートフォリオと「見えざる資産」

5.3 展開戦略

5.3.1 顧客適合：ニーズの把握とボトルネックの解消

- (1) 顧客ニーズの束の分解
- (2) ニーズの核とボトルネックへの対策

(3) ニーズの変化への適応

5.3.2 競争適合

(1)競争軸の転換と「裏の道」戦略

(2)差別化の本丸：歯科医師が自律的に上手になる組織システム

5.3.3 資源適合

(1) 戦略に必要な資源の裏づけ

(2) 戦略が既存資源を活かしているか。

(3) 戦略が資源を蓄積する構造を持つか

5.3.4 心理適合：内発的動機を呼び覚ますエンジンの設計

(1)能動的心理適合：方向の一致をつくる仕組み

(2)テコの心理適合：爆発的な推進力の創出

5.4 分院展開のロードマップ

5.4.1 初期拠点の立ち上げ

5.4.2 Voice の収集と記録の仕組みづくり

5.4.3 近接分院の展開

5.4.4 広域展開と検証

5.4.5 継続運用と知見の蓄積

5.5 第 5 章総括：情報資産を核とした「自律的成長モデル」の確立

第 6 章 おわりに

6.1 本研究で明らかになったこと

6.2 本研究の学術的・実務的貢献

6.3 本研究の限界と今後の課題

6.4 結語

参考文献

1 章 はじめに

1.1 問題意識

本研究は、在宅歯科診療の現場において、過去の不十分な治療の積み重ねにより、口腔内が回復不能な状態にまで壊れてしまった患者に日常的に接する中で、「なぜ、ここまで来る前に誰も止められなかったのか」という疑問を抱いたことがきっかけである。歯科医療では、治療の出来栄に大きな差があるにもかかわらず、同じ保険点数で診療が行われている。通常の市場であれば、これほど中身に差のあるサービスが同一価格で提供され続けることは考えにくい。だが歯科では、質の低い診療であっても、患者が離れず、改善もされないまま存続してしまう。

この状況は、個人の倫理観や献身だけに依存するのではなく、真面目に取り組むことが「合理的な選択」になる環境が作られなければ改善されない。歯科医師が孤立した職人としてではなく、学び続ける専門職として持続可能に成長できる社会を作りたい。それは歯科医師という専門職の地位を回復し、若い世代にとって再び「目指すに値する職業」へと取り戻すとともに、なにより自分自身が自分の職業に誇りを持ちたいという、切実な願いゆえである。

1.2 日本の歯科医療の概況

歯科医院数はコンビニより多いと言われており、都市部では過度な集中により競争が激化している一方で、地方では歯科医院の不足や偏在が問題となっている。近年、従来の治療から予防やメンテナンスへと中心が移りつつあるが、全体の患者数は横ばい状態にある。国民皆保険制度は優れた制度である一方、診療報酬体系は必ずしも治療の質や技術難易度を反映していない。

1.3 歯科特有の問題点

卒後教育制度の課題と自由開業制により、客観的な技術評価を受ける機会が乏しい。保険診療と自費診療の混在は、歯科医師の判断を医学的妥当性だけでなく収益性の観点からも揺さぶる。技術の可視化の困難性と情報の非対称性、医院のブランド化と医療のサービス化、過当競争下の非淘汰性などが、質の不備を表面化させにくくしている。

1.4 本研究の目的

なぜ低品質な歯科医療が改善されることなく放置されているのか、その背景と要因を明らかにし、歯科医師自身が日常診療の中で改善の必要性を実感し、自発的に学習や工夫を継続できる状態を構想する。

2 章 先行研究とその限界

歯科治療は「信頼財」で「供給誘発需要 (SID)」を引き起こすが、従来の理論は「無自覚な放置」を解明できていない。「共同生産」の概念が「患者教育」に置き換えられ、治療失敗を患者の協力不足に転嫁する隠れ蓑となっている。口腔内という狭小な空間、時間経過などが因果関係の把握を困難にし、物理的環境（水平拘束、開口状態の強制、視界の遮断）が患者の疑問表出を困難にしている。低単価な報酬設定により、医師の倫理が経済要因に圧倒され、質の低下を許容している。ハーシュマンの「Voice/Exit 理論」も歯科医療の特殊な環境下では前提条件が満たされておらずあてはまらない。

そこで本研究は「なぜ低品質な歯科治療が改善されず放置されているのか」をリサーチクエスションとした。

3 章 事前仮説モデルの構築（帰納的アプローチ）

低品質な歯科治療が改善されない原因について、特定の理論から出発するのではなく、著者自身の臨床経験を振り返りながら、「低品質であっても診療が継続してしまう理由として思い当たるもの」をできる限りすべて洗い出すことから始めた。

治療の「質」そのものが曖昧であること、歯科医療における情報の非対称性、口腔内という部位の不可視性、患者が違和感や不満を「医療の質の問題」として言語化できないこと、歯科受診自体が「多少の痛みや不快さを伴うもの」として受け止められていること、患者が医院を選択する際に立地や予約の取りやすさなどを優先しやすいこと、転院の心理的・物理的コストの高さ、歯科医師側の「患者には治療の質は分からない」という思い込み、患者層の混在による評価軸のばらつき、皆保険制度による診療報酬の一律性、歯科診療の閉鎖的環境など、多岐にわたる要因を列举した。

これらを要素ごとに分類したところ、患者が不満を表出しにくい要因、転院が起こりにくい要因、患者の反応が診療改善に結びつきにくい要因、治療品質が選択材料になりにくい要因、歯科医師側で質向上が動機付けられにくい要因、という複数のグループに整理できた。さらに、これらのグループに共通する上位要因を抽出した結果、①フィードバックがかかりにくい、②クリニック選びに品質が関係ない、③品質が報われない、という三つに集約された。これら三つを最上位要因として、下位に具体的要因を配置したロジックツリーを構築した。

4 章 検証と分析

4.1

第3章で構築した事前仮説およびロジックツリーを検証するため、一般成人 191 名への無記名アンケート調査（5 段階リッカート尺度 49 問＋自由記述 3 問）と、歯科医師 5 名（個人開業医院の院長 2 名、副院長 1 名、勤務医 2 名）へのインタビュー調査を実施した。アンケートでは歯科に対する意識や治療の質、医院の選び方などを、インタビューでは患者の声の受け取り方や質向上への意識などを尋ねた。

4.2 分析と検証

4.2.1 アンケート結果

Voice の発生困難：61.2%が「器具で話しづらい」、77.2%が「内容確認困難」、73.2%が「良し悪し判断不可」。

Exit の抑制：80.0%が「変更は手間」、84.1%が「技術判断不可」。

品質認識のズレ：72.1%が「痛みは仕方ない」と質指標を受容、64.7%が説明と技術を混同。

利便性優先：81.6%が「近さ」、60.5%が「診療時間」を優先。

一方で、「意思を伝えても治療は改善しないと思う」、「不満を言っても仕方がない」、「歯科医に対して強く言いにくい雰囲気がある」、などの設問は否定派が多数であった。

4.2.2 アンケート調査結果の分析と仮説検証

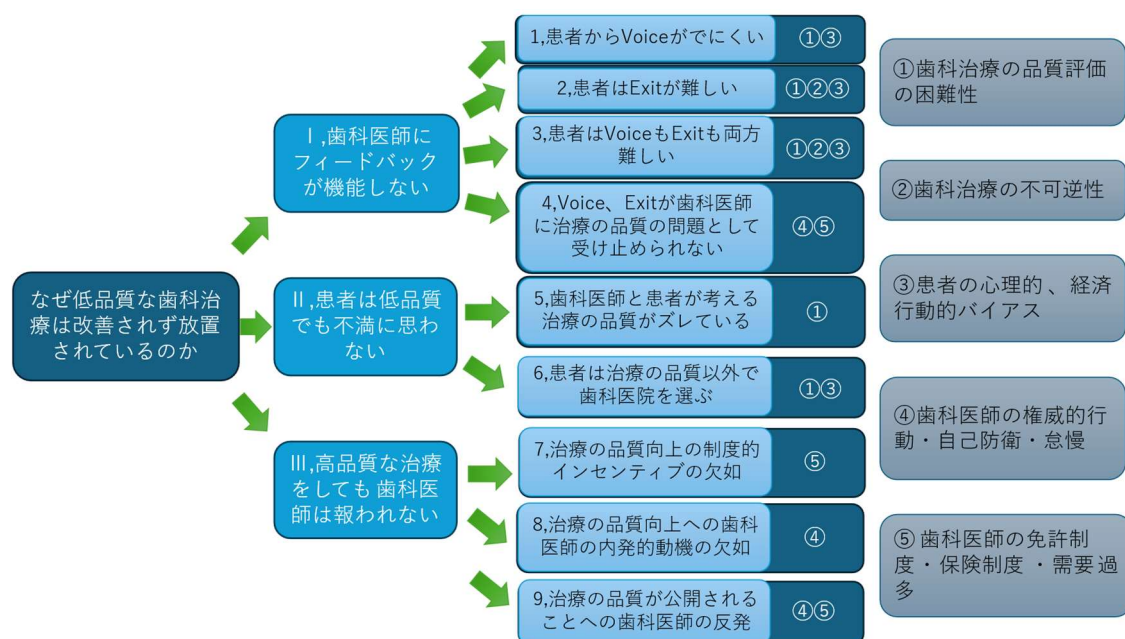
84.1%が「技術判断不能」、76.5%が「通いやすさ」で、患者は「説明の丁寧さ」「痛みのなさ」「接遇」を品質と評価する一方、医療者は専門的な治療の品質を重視するというズレが存在する。79.4%が「他院の情報を知る手段がない」一方で、79.9%が「今の医院に信頼感がある」と回答しており、品質が判断できない状況で多大なコストを投じているため、「自分の選択は間違っていない」と思い込む心理的防衛として高い信頼感が形成されている。結果として、「言いたいけれど言えない」物理的制約と、「変えたいけれど変えられない」コスト的制約が自浄作用を止めており、質の評価ができないため代替指標が用いられている。

4.2.3 インタビュー結果と分析

患者からの要望は体感的・接遇的な要素に集中し、治療技術そのものへの指摘はほとんどない。また、医師が「信頼できる」と判断した患者の意見のみが改善材料として受け取られている。規模の大きい医院では患者の不満が医師本人に届く前に吸収されてしまうこともある。患者の離脱の理由を把握する手段はなく、質の問題として検証することは困難である。対象者は質向上への強い動機を持つが、「質の高い診療が経営的に報われる実感はない」と認識していた。結果として、意識の高い歯科医師においても、Voice は技術的評価として届きにくく、Exit は改善情報として機能せず、質を高めても評価・報酬につながりにくいという状況に置かれていることが判明した。

4.3 モデル図と修正ロジックツリー

検証結果より、ロジックツリーを修正し本質原因を特定した。



4.4 考察

低品質な歯科治療が改善されない理由は、患者・歯科医師・制度がそれぞれ「そうせざるを得ない」選択を重ねた結果である。患者の Voice は、口に器具が入って話せない、治療内容が見えない、原因が特定できないなどの物理的制約で阻害されている。

本研究の最も重要な発見は、「医師が知識を持ち、患者が持たない」という一方向の情報の非対称性だけでなく、「患者のみが痛みや違和感という体感情報を持っている」という逆方向の情報の非対称性も存在することである。この患者側の情報が臨床判断に活かされて

いないことが、質が改善されない要因である。

一方、歯科治療は元に戻せないため患者は転院しにくく、歯科医師側も日々のクレームに慣れて感度が鈍り、経営が安定していると改善の必要性を感じにくい。患者の感覚を、治療の改善に役立つ情報として位置づけ直すことで、歯科医師が自発的に質向上を目指せるかもしれない。次章ではその伊丹の経営戦略論を用いて具体的なアプローチを提示する。

第5章 持続的な品質改善を実現する分院展開戦略：おはぎ法人モデルの提示

5.1 研究から分かったことと解決すべき課題

比較的介入可能性の高い要因として、「患者の心理的・行動経済的バイアス」および「歯科医師の権威的行動・自己防衛・改善回避傾向」に焦点を当て、具体的な対策を実装する。

5.2 中核戦略：歯科医師が自律的に努力するビジネスシステムの設計

5.2.1 目標：歯科医療の構造改革と全国展開

本法人の戦略的目標は、単なる一医療法人の成長にとどまらず、歯科医療全体のパラダイムシフトを見据えたものである。

5.2.2 ありたい姿：ターゲットと提供価値

「歯科選びの難民」を主たる対象とし、医学的妥当性に基づき、患者自身の主観的な納得を伴う、透明性の担保された治療プロセスという「高品質な歯科治療」を提供する。

5.2.3 ビジネスシステムの設計：自社業務と外注の最適化

「情報収集システム」の企画、「立地判断・事業設計」、「医療理念のアップデート」、「歯科医師採用の最終決定」、「カンファレンス運営」を自社で行い、システムの実装、経理、ホームページ管理などは外注する。

5.2.4 組織内の仕組み：自律と相互チェック

複数歯科医師の配置とローテーション、個人別売上ノルマの廃止、経営業務からの隔離を実施し、患者の Voice/Exit を高密度に収集・蓄積する仕組みを整える。

5.2.5 経営資源ポートフォリオと「見えざる資産」

患者の Voice/Exit のハードルを下げることによって「診療の過程に関する情報」という、他院が模倣困難な独自の情報資源が蓄積される。

5.3 展開戦略

5.3.1 顧客適合：ニーズの把握とボトルネックの解消

「高品質な治療」「安心感」「利便性」といったニーズの束を把握し、術前術後写真説明、セカンドオピニオン推奨等でボトルネックである「品質評価の困難性」などに対応する。

5.3.2 競争適合

競争軸の転換と「裏の道」戦略を採用し、「歯科医師が自律的に上手になる組織システム」という差別化の本丸を設定する。

5.3.3 資源適合

高密度に収集した Voice/Exit 情報をもとに、理念適合者が自律的に学習する。蓄積された情報資産が戦略をさらに強化し、資源が資源を呼ぶ好循環を形成する。

5.3.4 心理適合：内発的動機を呼び覚ますエンジンの設計

KPI の廃止や経営からの隔離により歯科医師を経済的合理性の呪縛から解放し、専門

職としての内発的動機へ回帰させる。Voice を通じた「答え合わせ（ショック療法）」と「感謝の還流（小さな成功）」が循環することで、医師は命令によらず自発的に技能を研磨する。

5.4 分院展開のロードマップ

初期拠点の立ち上げ、Voice の収集と記録の仕組みづくり、近接分院の展開、広域展開と検証、継続運用と知見の蓄積という段階を経る。

5.5 第 5 章総括：情報資産を核とした「自律的成長モデル」の確立

おはぎ法人モデルの核心は、「患者の Voice/Exit という未精製の情報を、歯科医師の自律的な研鑽を駆動する高純度な資源へと変換し続けるシステム」の構築にある。

第 6 章 おわりに

6.1 本研究で明らかになったこと

本研究の出発点は、「診療の質をどう担保するか」「専門職である歯科医師をどう育てるか」という実務的で切実な問題にあった。当初は手技の標準化や教育マニュアルの整備といった「教え方」の問題に取り組もうとしていたが、質の低い治療が改善も淘汰もされずに放置されている現実への違和感が、本研究の焦点を「なぜ改善が起きないのか」という問題の解明へと転換させた。

分析の結果、フィードバックの不全、患者と歯科医師の質の認識の乖離、インセンティブの歪みが要因であることが明らかになった。提示した「おはぎ法人モデル」は、患者の反応や違和感を取り込んで蓄積し、臨床の質と経営の両方に結びつけていく試みである。情報の流れを整えることで、誠実に診療に向き合う歯科医師が自然と育ち、その努力がきちんと報われる環境をつくることができる。

6.2 本研究の学術的・実務的貢献

第一の貢献は、質の評価が困難であることを制約として扱うのではなく、「質が改善され続ける状況」をどう作るかに焦点を当てた点である。第二の貢献は、患者が保持する体感情報を一次情報として再定義し、「逆方向の情報の非対称性」を示した点である。第三の貢献は、質の停滞を組織・ビジネスモデルの問題として捉え、意識を変えなくても改善が起こりうる環境設計として整理した点である。第四の貢献は、専門職が改善をやめる現象を情報の循環不全として捉え直し、専門職の裁量が大きい領域全般に応用可能な視点を提示した点である。

6.3 本研究の限界と今後の課題

本研究には、調査対象の偏り、施策の長期的な効果検証の必要性、質への関心をほとんど持たない歯科医師への適用可能性の未検証などの限界がある。

6.4 結語

本研究は、質が測れないことを理由に改善を諦めるのではなく、測れない状況でも改善が起こる仕組みを設計するという立場を示した。この視点が、歯科医療のみならず、専門職の実践全般を考える際の一つの手がかりとなることを期待する。

参考文献

- [1] Evans, R. G. Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. *The Economics of Health and Medical Care*: Edited by M. Perlman (Macmillan London) 1974; 162-173
- [2] Stephen Birch. The identification of supplier-inducement in a fixed price system of health care provision: The case of dentistry in the United Kingdom. *Journal of Health Economics* Volume 7, Issue 2, June 1988, Pages 129-150
- [3] Darby, M. R., & Karni, E. "Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. *Journal of Law and Economics*. 1973.
- [4] Uwe Dulleck, Rudolf Kerschbamer. On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods. *Journal of Economic Literature* vol. 44, no. 1, March 2006
- [5] A Donabedian. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
- [6] C F Brantley 1, J D Bader, D A Shugars, S P Nesbit. Does the cycle of re-restoration lead to larger restorations? *J Am Dent Assoc*. 1995 Oct;126(10):1407-13.
- [7] Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). "A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship." *Archives of Internal Medicine*.
- [8] Elinor Ostrom.]Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development *World Development*, 1996, vol. 24, issue 6, 1073-1087
- [9] Arrow, K. J. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *The American Economic Review*.1963
- [10] Albert Hirschman. Exit, Voice, and Loyalty. 1970