

アンケート結果 報告書

在宅や介護施設での補綴歯科治療に関するアンケート

金銀パラジウム合金の代替材料に関するアンケート

補綴歯科専門医に関するアンケート

輸入歯科技工物に関するアンケート

医療問題検討委員会

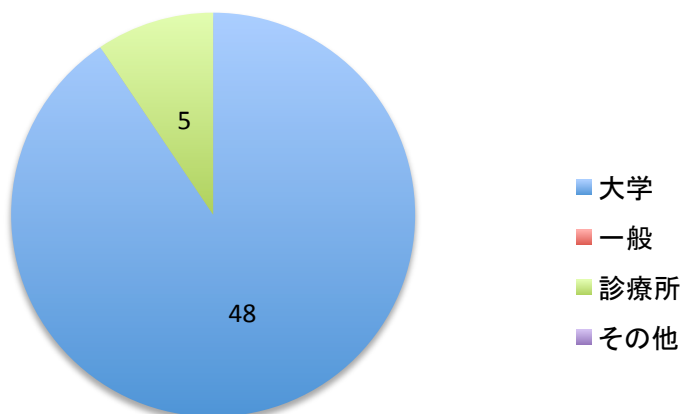
2010年11月29日

委員長	谷口 尚
副委員長	安田 登
委員	伊藤創造
	高橋英登
	向山 仁
幹事	乙丸貴史

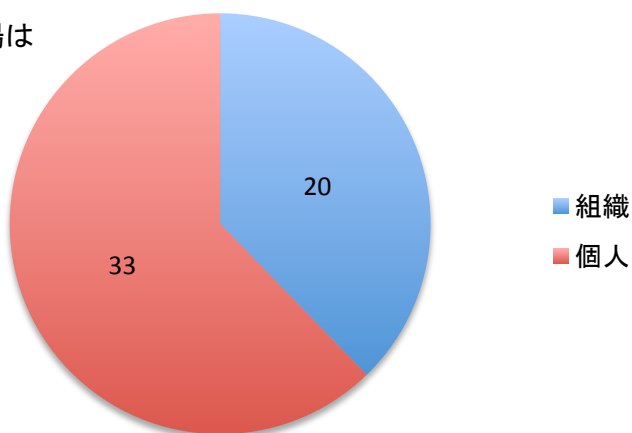
在宅や介護施設での補綴歯科治療に関するアンケート

アンケート対象 日本補綴歯科学会社員(249名)
アンケート実施方法 電子メール
アンケート回答数 53

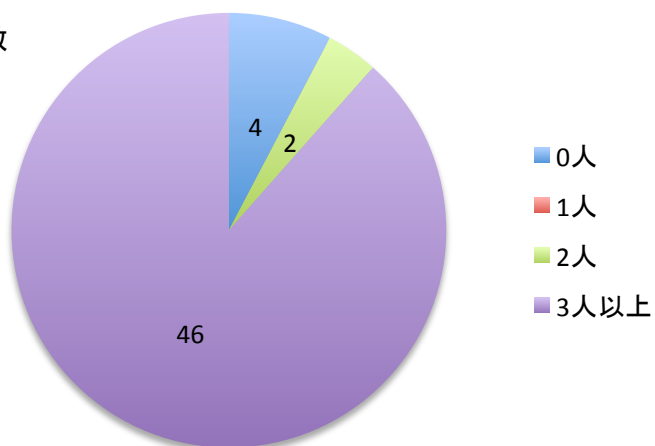
あなたの所属は



記入していただく立場は



院内歯科技工士数



1. 在宅や介護施設での補綴歯科治療についてそのご経験はありますか。

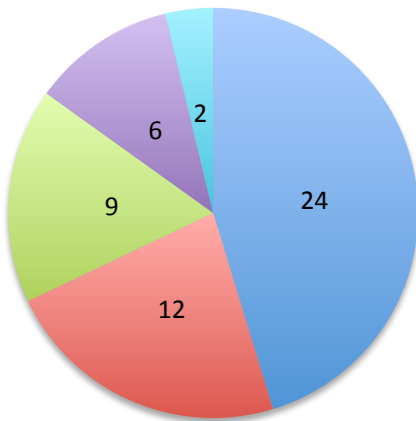
■ 全く経験なし。

■ 経験はあるが、現在は行っていない。

■ 経験はあるが、現在は要請に応じて行っている。

■ 行っているが主たる業務ではない。

■ 主たる業務として行っている。



2-1. 在宅での補綴歯科治療(クラウンブリッジ)についてどのようにお考えですか。

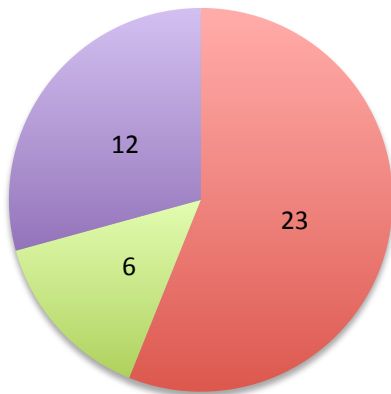
■ 根管治療後の新規の製作が多い。

■ 脱離後の再装着が多い。

■ 脱離後の新規製作が多い。

■ 2次う蝕による新規製作が多い。

- ・ポータブルユニットがないため、在宅では再装着以外の処置は困難です
- ・支台歯の破折、主なる咀嚼部位で脱離するも再装着困難が多い
- ・本来Cr-Br治療となるはずの部位を充填等で仮にすまずことが多い
- ・残根でオーバーデンチャー
- ・タービン等を使用する環境が診療室よりも不利であり、診療室のよ
うな精度の高い治療が困難と予測される
- ・義歯の破折修理
- ・二次う蝕によって抜歯もしくは残根上の義歯になることが多い



2-2. 介護施設での補綴歯科治療(クラウンブリッジ)についてどのようにお考えですか。

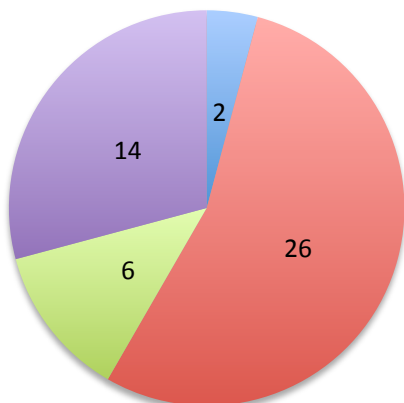
■ 根管治療後の新規の製作が多い。

■ 脱離後の再装着が多い。

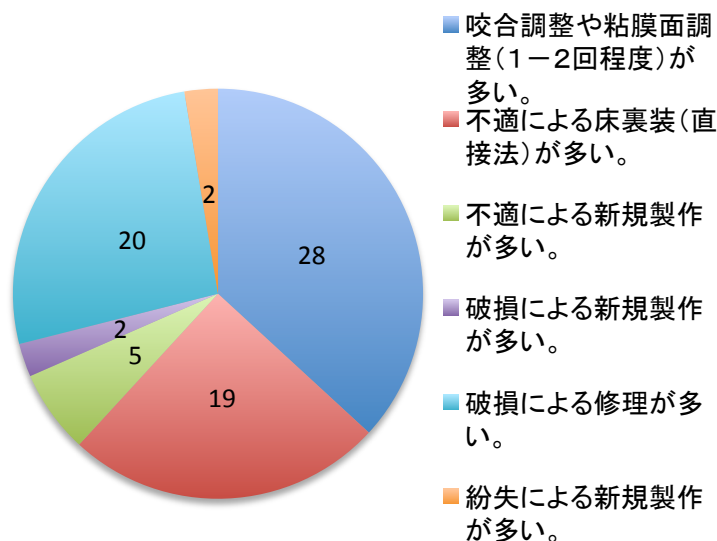
■ 脱離後の新規製作が多い。

■ 2次う蝕による新規製作が多い。

- ・クラウンブリッジの治療自体の頻度が少ないと考えます
- ・上述はかなり重複して一つに絞れないように思います
- ・残根でオーバーデンチャー
- ・義歯修理
- ・二次う蝕によって抜歯もしくは残根上の義歯になることが多い

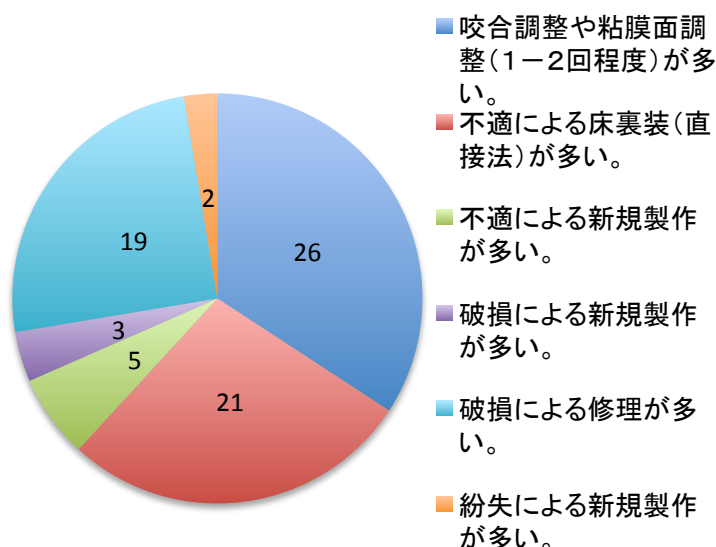


3-1. 在宅での補綴歯科治療(部分床義歯)についてどのようにお考えですか。



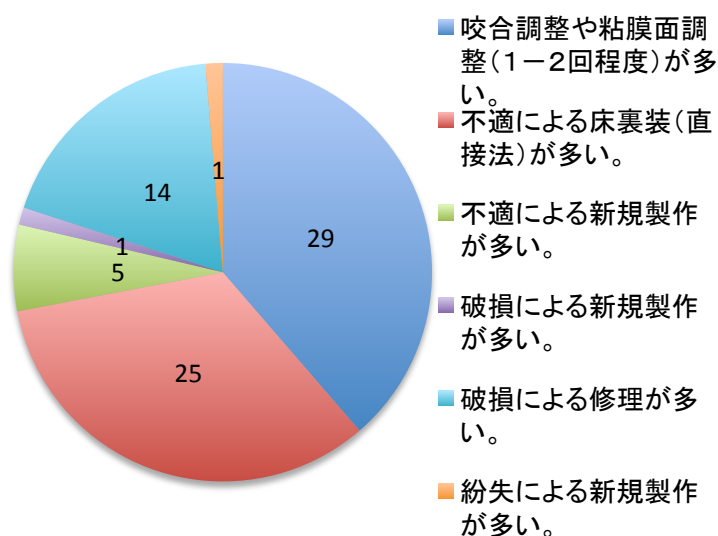
- ・新規製作が必須の場合は、在宅では十分な対応が困難であることから、基本的に病院の受診をお願いしています
- ・維持歯の脱離、破損による義歯使用ができないことが多い
- ・クラウンブリッジよりも治療が行いやすいと思う
- ・家族の要望により新規製作することもあります

3-2. 介護施設での補綴歯科治療(部分床義歯)についてどのようにお考えですか。



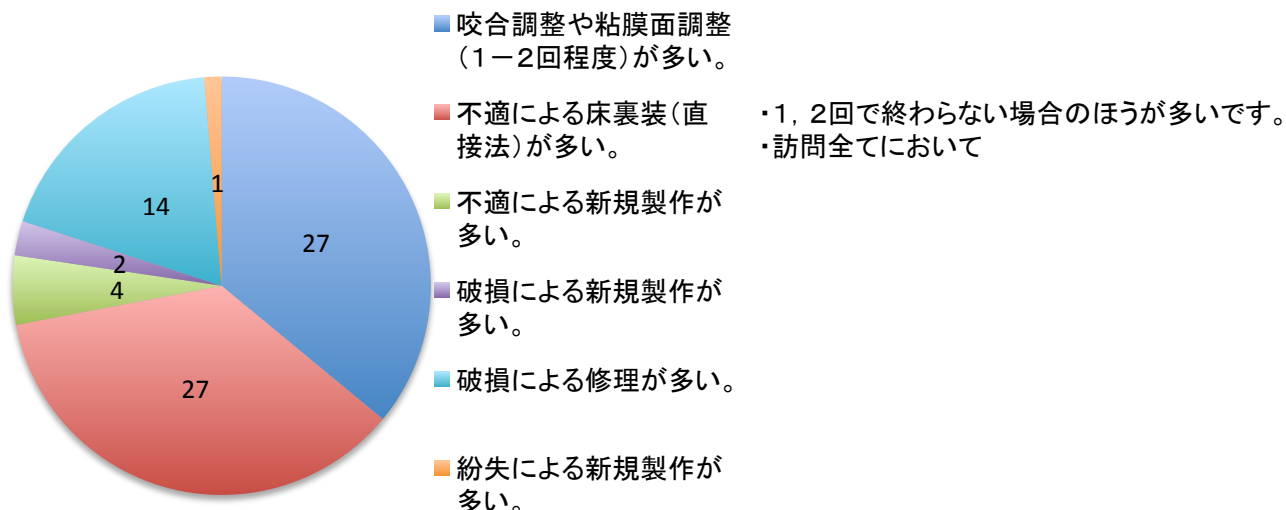
- ・一つには絞りづらく、複数回答です
- ・家族の要望により新規製作することもあります

4-1. 在宅での補綴歯科治療(全部床義歯)についてどのようにお考えですか。

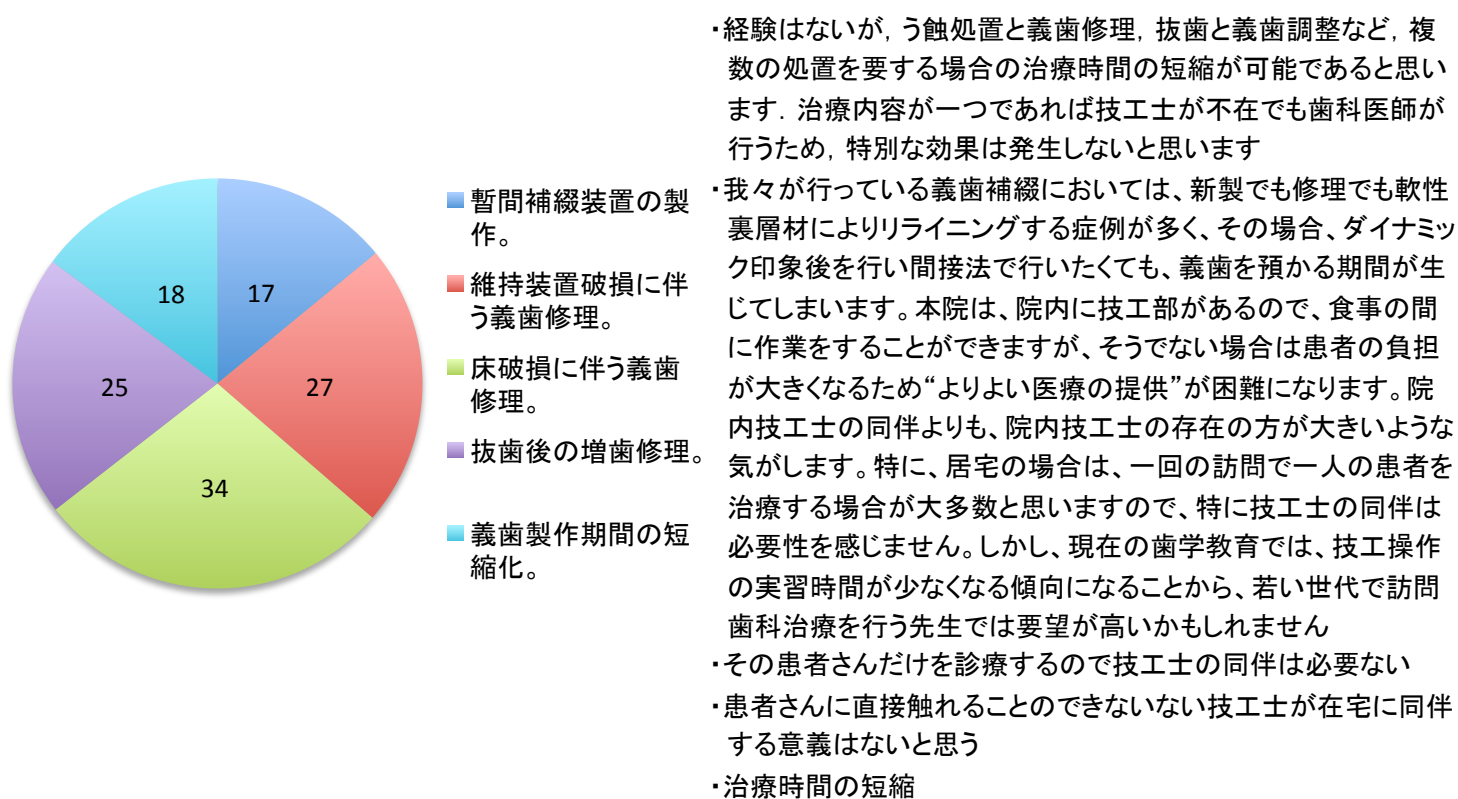


- ・新規製作が必須の場合は、在宅では十分な対応が困難であることから、基本的に病院の受診をお願いしています
- ・補綴処置のなかでは比較的導入しやすいと思う
- ・1, 2回で終わらない場合のほうが多いです。訪問全てにおいて

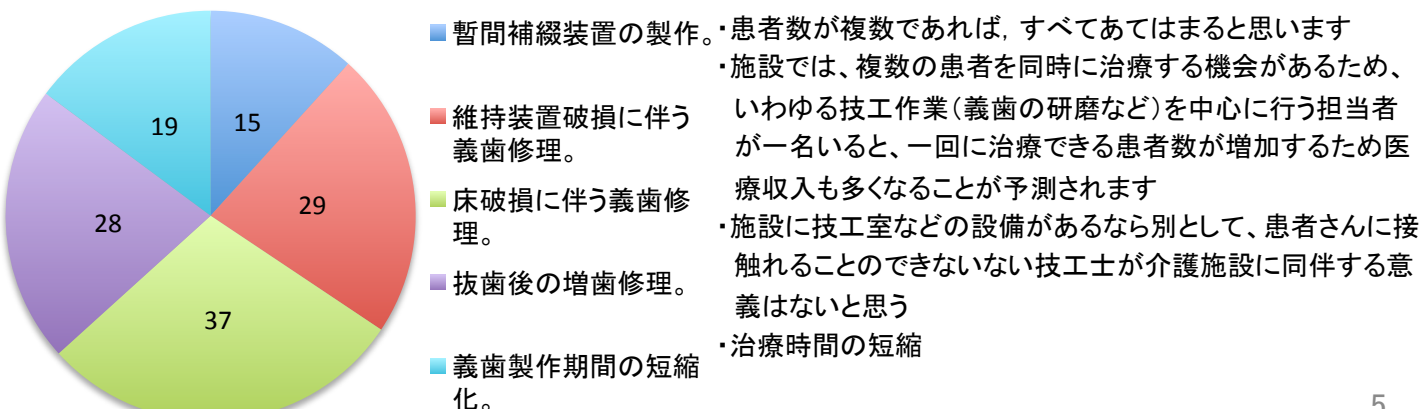
4-2. 介護施設での補綴歯科治療(全部床義歯)についてどのようにお考えですか。



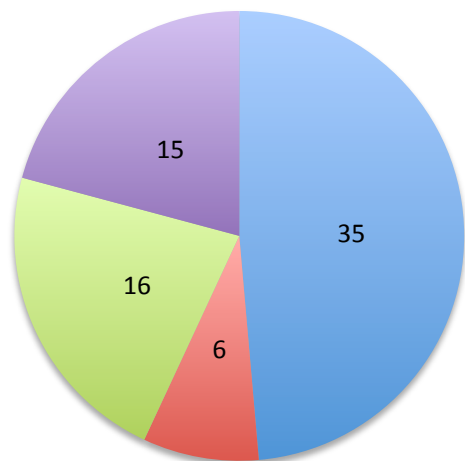
5-1. 在宅での補綴歯科治療において、院内歯科技工士が同伴することでどのような効果があるとお考えになりますか。



5-2. 介護施設での補綴歯科治療において、院内歯科技工士が同伴することでどのような効果があるとお考えになりますか。



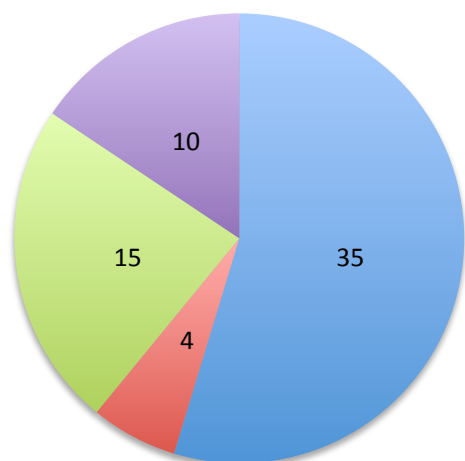
6-1. 在宅での補綴歯科治療において、院内歯科技工士が同伴することでどのような問題点があるとお考えになりますか。



- 同伴しても保険算定ができない。
- 実際に現場で歯科技工士に任せられる仕事がない。
- 持っていく器材が増える。
- 技工操作に伴う切削片などにより訪問先を汚す。

- ・毎回必要とは限らない
- ・5-1に記載したとおり、複数の処置を要する場合以外はメリットがないと思います。また人数が増えると、作業スペースが不足すること考えられます
- ・基本的に歯科医師と歯科技工士が同時並行的に行う作業はそれほど多くないと思われます
- ・院内の技工がストップする
- ・歯科技工士が必要な処置内容、場面が限定される
- ・居宅の場合、治療スペースが限られるため、歯科技工士が作業する場所の確保が難しいかもしれません。その場合、例えば、屋外での作業を許可するのということになりますが、現在の療養担当規則上、訪問歯科治療は屋内での治療に限られているので、そのあたりの検討も必要になると思います。また、患家によっては、患者と家族との関係が悪いところもありますので、あまり大人数で押しかけるのも好ましくない場合も想定されますし、患家への対応においてはコミュニケーションの教育が必要になるかもしれません

6-2. 介護施設での補綴歯科治療において、院内歯科技工士が同伴することでどのような問題点があるとお考えになりますか。



- 同伴しても保険算定ができない。
- 実際に現場で歯科技工士に任せられる仕事がない。
- 持っていく器材が増える。
- 技工操作に伴う切削片などにより訪問先を汚す。

- ・毎回必要とは限らない
- ・対象患者が複数で、義歯修理などの処置がある場合は、治療時間の短縮化が可能であると思います
- ・基本的に歯科医師と歯科技工士が同時並行的に行う作業はそれほど多くないと思われます
- ・院内の技工がストップする
- ・歯科技工士が必要な処置内容、場面が限定される
- ・施設では、一回に担当できる患者の数や、同伴する歯科衛生士が訪問歯科衛生指導を行う人数が限られるので、同伴しても保険請求できない歯科技工士より、歯科衛生士の方がメリットあると思います。また、同伴できる院内技工士を雇用できるような経済状況になるか、コマーシャルラボからの派遣が可能となるような法整備を行わないと、この議論は進まないのではないのでしょうか
- ・技工士は患者さんの口腔内を触れるわけではないので、先生が診療しないで、技工士に行なわせているなどの不信感を抱かれかねない

在宅や介護施設での補綴歯科治療へのご意見

- ・QOLの観点から、歯科医師が国民に貢献できる部分と考えます。それを支えられる制度や人員配置が望ましいといえましょう。
- ・あまり経験がないためお役にたてず申し訳ありません。
- ・大幅な補綴治療の介入が必要であるにもかかわらず、放置されている状態の患者が多く、治療を行うにも、設備、人材あるいは患者の健康状態等の制約が多く十分な治療が行えずにいる状態であり、これから、何らかの解決方法を見つけていかねばならないと考えます。
- ・在宅、施設入所を問わず、冠橋義歯症例の場合には、現装置を継続利用できる程度の軽微な2次齲蝕段階での診療依頼は少なく、このことが補綴装置新製の比率が高めているように思います。診療内容は通常の間接法による補綴ですので、診療と技工は同時並行的に進行するわけではありません。
全部床義歯症例の場合、義歯形態の不良、粘膜面の適合不良、咬合不良などが主な病態です。床縁の延長もしくは削合による義歯床形態修正、裏装による粘膜面の適合性向上、咬合面レジン添加などによる咬合の改善など、現場で即日可能な調整を組み合わせることにより、診療回数を最小限に抑えつつ、愁訴を除く診療を心がけます。直接法の作業ですので、現場での技工操作は増えますが、歯科医師が上顎の義歯を削合している間に、歯科技工士が下顎の義歯を研磨するなどの並行作業を行う以外では、技工士の同行によって診療効率の向上が見込まれようとは思われません。
部分床義歯症例の場合、維持装置の破折や支台歯の喪失例が多いように思います。単純鉤やフック程度の線鉤ならばその場で屈曲し、やや複雑な装置の場合は間接法で調製して追補しますが、それでも十分な支持、維持安定が得られない例も多く、そのことが新製の比率を高めているように思われます。間接法であればそもそも技工士の作業はありませんし、直接法で線鉤の屈曲を技工士にお願いすると、その間、歯科医師はなすべき作業を失いかねません。歯科保健指導や口腔ケアなど、歯科医師がなすべき仕事は沢山あるといえればその通りですが、補綴診療に限れば、歯科医師と歯科技工士が訪問診療の現場に同行することの意義が大きいとは思われません。
歯科衛生士は歯科医師の指示のもと、歯科医師を同行することなく患者宅などに出向き、衛生指導を行うことができます。一方、歯科技工士が単独で患者宅に出向いて、何らかの診療行為を行うことが、私には想像できかねます。そこに誤解があるのかも知れませんが、歯科技工士の訪問が歯科医師との同行を前提とすれば補綴診療の効率化への寄与は小さいという趣旨でお返事申し上げました。
- ・在宅では補綴歯科治療だけとは限らない。歯科医師も高齢者の全身状態を把握できる知識が必要と考える。高齢者のカルテに記載されている病名が判らないようでは、観血的な歯科治療は危険なため、義歯のみの治療に偏ることがある。今後は大学でも高齢者の歯科治療について十分な教育が成されることを期待します。
- ・今後、益々必要性が増すと思われるが、それをサポートする行政の仕組みを整えることが重要である。そうすれば、歯科医師過剰問題は解決できると思う。
- ・補綴歯科学会において、歯科技工士の活躍の場を模索していただくことに大変感謝申し上げます。これからの歯科技工士は、CAD/CAMなどの新しい技術の導入、利用とともに、国民に対して「目に見える医療技術者」でなければなりません。高齢社会を迎え、在宅、介護施設での歯科診療も増加することが予想され、当然義歯の補修や修理の要求は増加すると考えられます。多くの高齢者においてはすでに義歯を所有されておられることが多く、また超高齢者や介護施設においては義歯の新製が困難な場合も多々あると思います。在宅診療や介護施設において、できるだけ迅速な義歯の修理、補修の対応は患者だけでなく、家族や介護者にも大きな貢献をすることになると思います。経験豊かな(45歳くらい以上?)歯科医師であれば即座に義歯を修理することも可能と思いますが、若い歯科医師では、義歯を預かり、院内技工か外注によって修理しなければなりません。(大学教育や臨床研修において、義歯修理の理論は把握できていても臨床経験上そのような技能をほとんどしていないため!)したがって、訪問診療(在宅、介護施設診療)においては、歯科医師とともに歯科技工士、歯科衛生士の同伴によって患者や家族、さらには術者のストレスが緩和できる「チーム医療」が重要と考えます。
さらに、歯科医院に歯科技工士が在中することによって、義歯の修理だけでなく、補綴関連治療がスムーズにいくことは明白であります。保険診療において歯科衛生士の歯周疾患管理指導加算が認められているように、歯科技工士が在中することによって、義歯修理、有床義歯装着、調整、色調選択、試適時などの加算点数化されることが望まれます。このような制度化によって歯科技工士の需要が増し、激減する歯科技工士志願者の歯止めの一助になると思います。
- ・歯科においても「チーム医療」ということが叫ばれていますが、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士が臨床現場において「真のチーム医療」を実践するためには、教育現場から実践していかなければならないと思います。歯科医師が歯科衛生士や歯科技工士に対して適切な指示を行うことが法で定められているわけですから、歯科医師と歯科技工士、歯科衛生士との協働作業について卒前・卒直後の臨床実習において積極的に実践教育していくことが早急に望まれると思います。(少々、余計な意見を述べさせていただきましたが、歯科技工士および歯科衛生士教育に携わる者にとって、今一番痛感していることです。ぜひとも補綴歯科学会が中心になって活性化を図っていただきたいと存じます)
- ・手間がかかるわりに保険点数の算定が少ない。材料や機材の都合で十分な診療が行えない。

- ・リスクや手間をかけて行っているのに、衛生士だけでなく技工士を同伴してとなるとそれ相当の加算点数をつけて欲しい。技工士同伴の場合に、技工加算が算定できるようにするとありがたいです。
- ・現在の歯科技工士法では、歯科技工士は原則的に患者に触れることが許されていないので、訪問診療に同行した際の役割は限られてくるような気がします。また、歯科医師の技能の差が歯科技工士の役割を左右することが予測されます。例えば、排列の修正が必要であることを評価できる歯科医師がいるから排列修正を依頼するとか(そのような歯科医師は自分でもできるのかもしれませんが)…。もし、歯科技工士が多少でも患者に触れることが可能であれば、訪問歯科治療における歯科技工士の役割は大きくなると思いますが、それは「Denturismの問題に発展するので難しいかもしれません。しかし、前述の如く、近年の歯学教育では実習時間が短縮する傾向になることから、いわゆる技工作業が“苦手”あるいは“嫌い”な歯科医師が多いことも現状です。訪問歯科治療は、現在のところ補綴治療がメインとなっていることから、技工作業ができない歯科医師は積極的に取り組めないのかもしれませんが。このアンケートは、歯科技工士の需給問題にも関連していると思いますので、訪問歯科治療における歯科技工士の業務範囲の拡大を是非ご検討いただければ幸いです。(アンケート項目の「3」と「4」は、本院の実数としては調整が多いですが、どうしても予後の管理を頻繁に行わなくてはならない高齢者の義歯治療の特徴のように感じます。この項目は少々回答しづらかったです。)
- ・この分野は、ますます社会的な要求が強くなると思います。社会に歯科の重要性を再認識して貰い、それを実践するための制度(金銭的にも含む)を整えることは重要だとも思います。そのためには、非常に良い取り組みだとも思います。
- ・家族や介護者さんとの歯科診療に対する考え方の違い(歯科診療に対する価値観の違い)を少なくする必要があるのではないのでしょうか。家族の方が補綴診療を経験していればコミュニケーションも増すものと思いますが。介護の現場での補綴診療の必要性を、より多く啓蒙することが重要ではないかと思います。
- ・歯科訪問診療では診療室とは違い、特に補綴治療に関してはクラウンブリッジによる対応よりも、義歯での対応が多くなります。現状では訪問を専門に行なう業者的歯科医師がおおく、けして多くの患者さんが満足しているとは思えない状況にあると思います。義歯が合わないという訴えの患者さんの依頼をうけると、ただ新しい義歯を作成し満足の得られる状況ではなく終了し、「半年したら作り替えましょう」と言って半年後に作り替えにやってくる歯科医師。あるいは、やむなく他の歯科医師にお願いし状況を診てもらおうと、とても咬めるものではない義歯が装着されており、義歯が装着して半年が経過していないために、その負担があとからうかがった歯科医師にすべてかかってくる現実があります。この状況が続けば在宅医療の充実が求められる一方、歯科医師の信頼が益々失墜するのではないかという危惧をしています。私が考えるに在宅で行なえることにはある程度の制限をかけ、在宅の患者さんをいかに診療室に搬送してきて、より良い診療環境で患者さんを診てあげられるかを考えた方が良いのではないかと思います。
- ・在宅や介護施設では補綴歯科治療を必要とする患者が多いと考えられる。歯科技工士を同伴させることができれば治療の質の向上や時間短縮が期待できると考える。
- ・在宅では残念ながら歯科技工士さんに活躍していただける場は少ないと思います。仮に補綴物の修理や作製があったとしても、その場で技工士さんに依頼するほどの治療は、在宅の範囲を超えます。在宅では、複数の患者様を拝見するというのであれば、ある程度の器材を持ち込むことによって、技工士さんにその場で義歯修理等の作業をお手伝いいただけるかと思っています。
- ・在宅や介護施設での義歯の新製、調整および修理は非常に頻度が高い治療であるが、リスクマネジメントについて十分検討されているとはいえない。リスクの高い患者に対しての事故のほとんどは重大事故になるので、早急かつ十分に検討対策を求める必要があると考えます。
- ・技工士同伴に対して保険算定できるようになれば、技工士の必要性が高まり、診療の効率もよくなるので、それ自体はいいことだと思います。本院では、義歯新製、修理は歯科医師が行っており、訓練しているので技術的にも十分ですが、技工士が同伴すれば、より効率的に診療ができるようになると思います。また、実際、訪問中心の大手の歯科医院では、義歯の治療に関する歯科医師の技術不足のほうに深刻なのではないのでしょうか。できないから、面倒くさいから、義歯には手を付けないで、口腔ケアだけでまわしていると聞きます。そのため、義歯新製や修理が必要な症例も放置されることになり、結果として技工士への仕事が埋もれていると考えます。同時に、適切に診断できる歯科医師の養成も重要だと考えています。

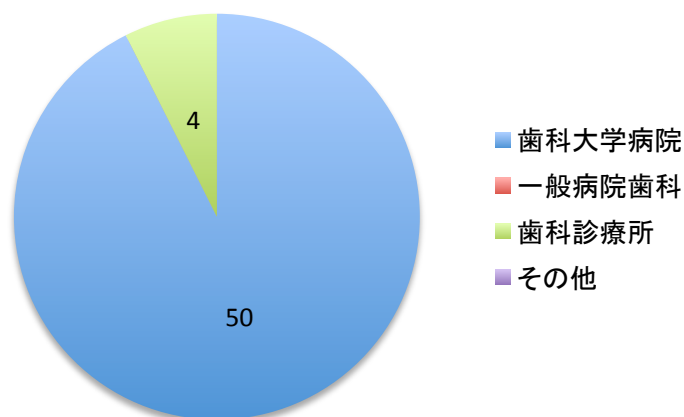
アンケート結果に対する社員からご意見

ここでのアンケート結果は、大学関係者が多く、現状を大きく反映させていないと考えられる。技工士とともに歯科訪問に行くなど、一般歯科を開業している先生方は、ほんの数パーセントにも満たないと思う。

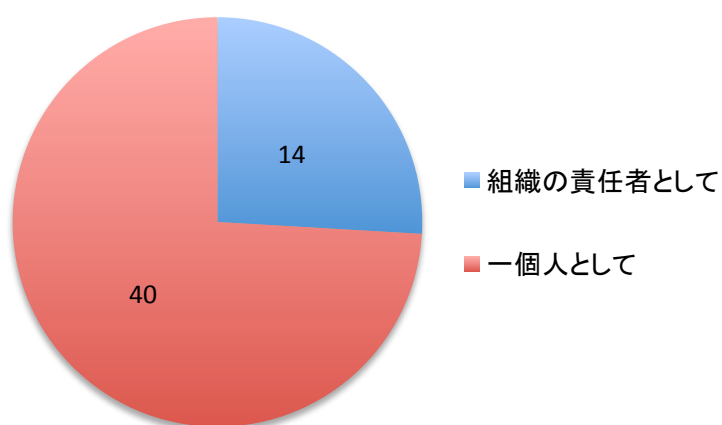
金銀パラジウム合金の代替材料に関するアンケート

アンケート対象 日本補綴歯科学会社員(249名)
アンケート実施方法 電子メール
アンケート回答数 54

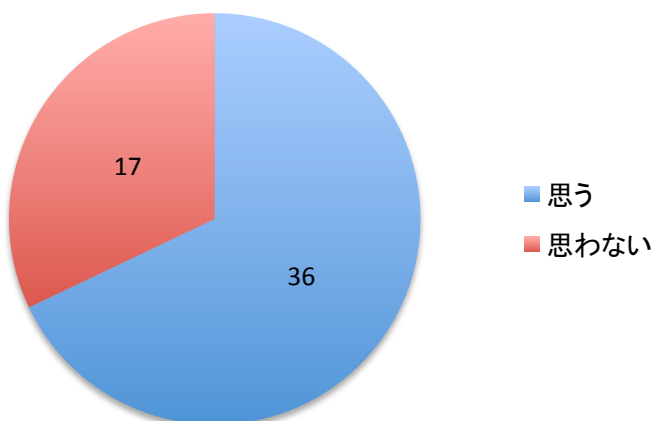
あなたの所属は



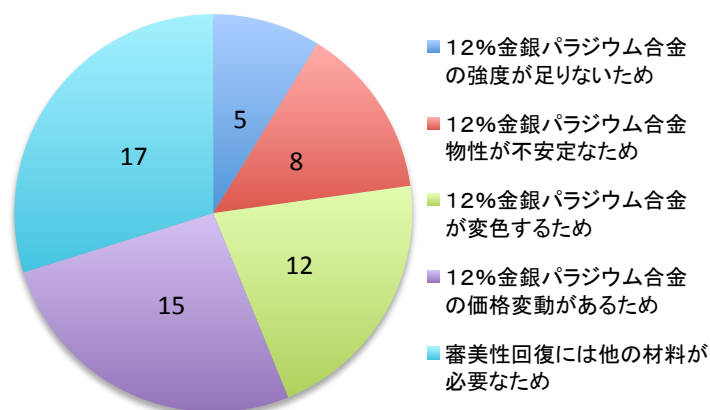
記入していただく立場は



1. 保険で認められている12%金銀パラジウム合金に対して代替材料の保険導入が必要だと思いませんか。

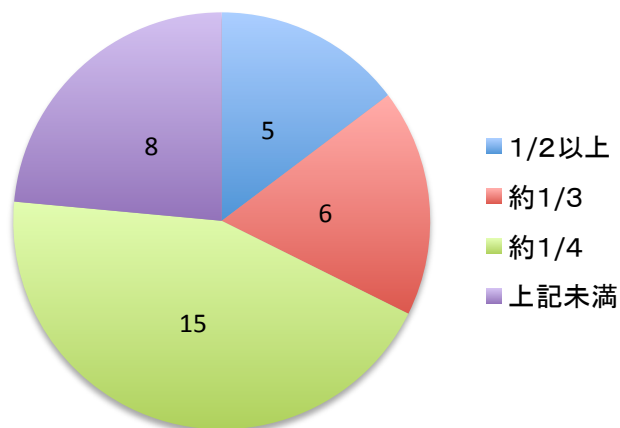


2. 代替材料の保険導入が必要だと思われた理由は何ですか(複数回答可)



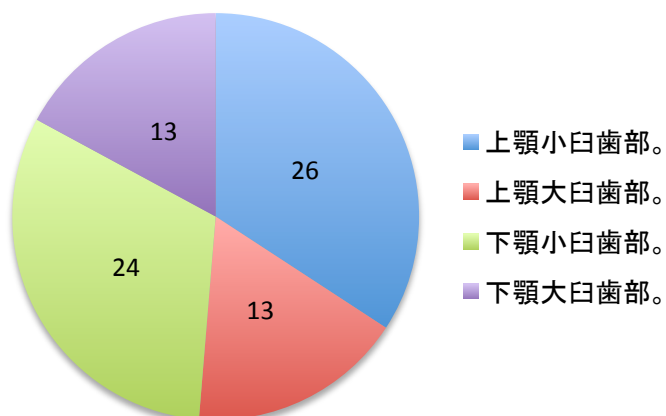
- ・金属アレルギー症例の多くに使用不可能であるため。
- ・12%金パラは日本独自の代用合金である。支台歯がダメージを受けても金パラクラウンは壊れない。審美的にもこのようなクラウンを装着して患者が満足しているはずがない。
- ・限られた資源でなく安定した(安価な)材料を使用すべき。
- ・金属アレルギーの患者さんにチタン製やコンポジットレジン of 補綴物を保険で調整できるのが望ましい。
- ・金属アレルギーに対応するため。
- ・金属アレルギーなど特殊な疾患を持つ患者への対応ができないため。
- ・金銀パラジウム合金に対してアレルギーを持つ症例があるため。
- ・金属アレルギーの症例、非金属材料による処置が必要な症例。
- ・クラスプが短期間に開いてしまうため。

3. 12%金銀パラジウム合金を補綴歯科治療に用いて問題があると感じた症例の割合はどのくらいですか。



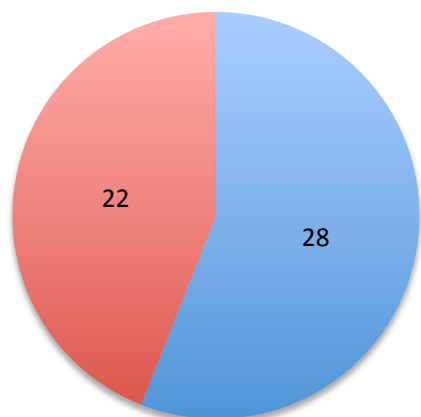
- ・金属アレルギー症例 1/50未満と思われます。
- ・金属アレルギーの患者さんの比率。
- ・金属アレルギーの症例を拝見した時に思いました。
- ・約1/20以下。

4. 新たな代替材料の保険導入が望まれる部位はどれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



- ・前歯部を含めた全部位。
- ・すべての部位、症例。
- ・部位を限定せず歯科医師の裁量に委ねるべきである。
- ・すべて。
- ・国民の審美への要求の高まりに応えるため。
- ・金属アレルギー等の場合は対象歯。
- ・全顎。
- ・特に部位は特定できません。
- ・症例によって選択できるようにする。
- ・前装が可能な代替材料であればすべての部位に適応すべきである。
- ・代替材料の種類によって異なる。
- ・各医院の自費率にも影響されると思われるが、保険治療を拡大させていけるのであれば、金属アレルギー患者へのセラミック補綴処置が望まれると考える。
- ・金属材料として特に床、などでの金パラと併用できる金属の材料を。

5. 新たな代替材料の保険導入が望まれる症例はどれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



■ 金属アレルギーと診断された症例。

■ 皮膚科より掌蹠嚢胞症と診断され、金属の除去を依頼された症例。

金属以外。

すべて。

症例を限定せず歯科医師の裁量に委ねるべきである。

審美性が求められる症例。

審美性を考慮する場合。

金銀パラジウム合金を使用するすべての症例。

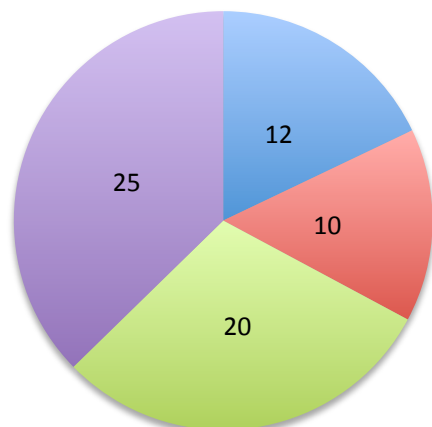
臼歯部の審美修復を望む症例。

パッチテスト等で反応がみられなかった金属あるいは非金属材料を認める。

一般の症例。

ブラキシズム症例。

6. 新たな代替材料として考えられるのは以下のどれですか。(複数回答可)



■ 高カラット金合金

■ 金の含有量を増やした金銀パラジウム合金

■ チタンまたはチタン合金

■ ハイブリッド型コンポジットレジン

医療材料、器具として承認された製品全て。

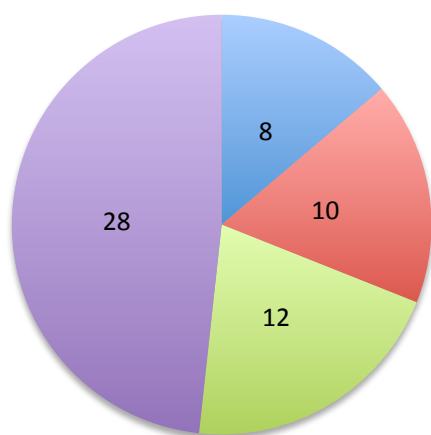
上記と一部重なるがブロック切削のチタンやセラミック。

金属アレルギーの診断名がついた時にのみセラミック系の材料。

セラミック。

金パラと併用できる金属材料。

7. 新たな代替材料の保険導入が実施されない理由はどれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



■ 12%金銀パラジウム合金に医療上の問題点がないから

■ 12%金銀パラジウム合金の価格が妥当だから

■ 12%金銀パラジウム合金の歯科技工上の取り扱いが容易だから

■ 良いと思われる代替材料がないから

・代替材料を導入する目的と必要性の絞り込みが不十分であるため。

・患者の知識不足もあるが、歯科医師が保険治療では十分であると思っているから。

・政策の不備。

・医療費に占めるコスト増大の可能性。

・価格。

・過去の使用実績が大きく、問題はあるにしても信頼もあるから。

・12%金銀パラジウム合金に関係する歯科材料メーカー？

・金銀パラジウム合金自体が代替材料だから。

・12%金銀パラジウム合金は医療上問題点が少ないから。

・現在の医療費抑制の政策の中で12%金銀パラジウム合金以上に優れたものが導入されるはずがない。劣ったものを導入するぐらいなら、今のままでよい。

・保険の治療上では、貴金属の導入は診療報酬の点から難しいと思われる。また、中途半端な新たな金属を導入しても、現段階の問題点は解決できない。

・12%金銀パラジウム合金に医療上の問題点が少ないから。

・これ以上の医療費拡大が難しく、また、現在の歯科医院の経営が難しくなっているため、医療費の拡大分は材料費へ転換されるのではなく、技術料へ転換されることを望む歯科医師が多いと考えられるため。

12%金銀パラジウム合金の代替材料についてのご意見

- ・保険の場合、材料だけでなく、診療順序や方法までがんじがらめにされている。制度のありかたとしてももう少し柔軟性が持てたらと思う。柔軟性のなさにより、まじめな歯科医師のボランティアに寄りかかっている部分が多すぎる。
(築造体の金属やら印象材やら印象法やら、挙げればきりが無い)
- ・過去に「銅合金問題」で、補綴学会は医科医療のあるべき姿を論じ、今読んでも感動する「報告書」提出している。先人達の血のにじむような文章を今の執行部はもう一度読み直して欲しい。そこには、今は亡き「社会的説明責任」にあふれている。学会としての原点に立ち返るべきである。
- ・金銀パラジウム合金の素材原価は安くなく価格変動も大きいことから、生体安全性に優れ付加価値の高いチタンの普及が望まれます。
- ・一度口腔内に装着すれば、脱離することはあっても破損することがないメタルクラウン(12%金パラ合金)で、術者も患者も治療が終わったと思っていることに問題がある。義歯においては人工材料である人工歯や床が劣化するように、保険診療においては耐用年数を定めるべきである。クラウンの材料においても3-5年の耐用年数(材料によって異なるが)を過ぎれば、再治療(クラウンの再製)をしていくことによって、保険診療をもっと効果的に回転させなければならない。
- ・12%金銀パラジウム合金の代替材料は必要と考えますが、現状としては無いので、難しいと思います。
- ・使用目的により事情が異なるので一概に言えませんが、充填や歯冠修復を目的とする場合は、レジンの適用拡大を考えてよいと思います。義歯の場合はチタンの導入が考えられますが、すでにあるコバルトクロムでも問題ないように思います。
- ・本来、医療器具として製造承認されたものであれば、その使用は歯科医師の裁量に任せられるべきである。材料が保険診療可否の決定に反映されるのは国民へ必要最低限の文化的生活を提供することの支障となっている。
- ・好きで「金属アレルギー」になった患者さんはいない。そうした方に自費でしか対応できない歯科医療の診療報酬制度に問題がある。
- ・日本でのみ使用されている金銀パラジウム合金は上記の理由から代替材料を保険に導入するべきであると考えます。
- ・日本では約20年前から金銀パラジウム合金に替わる歯科用金属としてチタン・チタン合金が開発されてきました。とくに、チタンの補綴装置への応用は大学の研究者や歯科材料メーカーの開発競争によって、臨床に使用しても差つかえないチタン製補綴装置の加工が可能になっています。しかも、チタンは価格(1g約5円)、生体安全性および機械的性質について非常に有利です。金属に医療費を投入するよりも歯科医師・歯科技工士の技術料が評価されるべきです。また、チタンの保険導入によってさらに研究が活性化し、より良い補綴装置が開発されと考えます。金銀パラジウム合金の代替金属としてチタンの導入を積極的に厚労省へ働きかけて頂きたいと強く思っています。
- ・代替材料を金属材料(金銀パラジウム)価格の問題からのみ検討するばかりでなく、審美面から考慮する小臼歯修復の前装冠導入又は、補綴修復にFCK限定を前提としない代替材料を目指すべきです。
- ・保険診療でも、金属を使うものは印象などの技術料だけにして、患者が金属については別料金で支払うシステムを作れば、現在の欠点への対応や金属アレルギーの患者さんにも対応できると考える。
- ・金パラ自体が代用合金であるということを理解していなくてはならない。
- ・金パラは、歯科用金属としては十分に有効な金属であり一概に金パラを廃止するべきではないと考える。
- ・ハイブリットコンポジット材料は、完全に金属材料に代わる材料ではないと考える。(レジン充填は、アマルガム充填の代行をしていない)
- ・金パラと併用する、材料をその長所に応じて選択し使用できることが重要であると考えます。
- ・金属材料の利点を十分に認識した、学界の対応を望む。

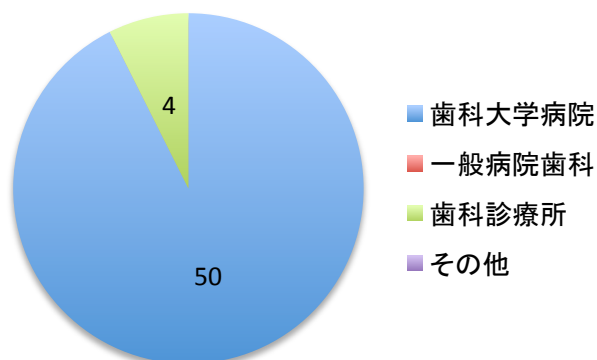
アンケート結果に対する社員からご意見

口腔内から金属をなくしてしまうのは大変結構であると考えられる。しかし、受診者がそんな高価な治療を望んでいるか、また施術するほうも患者から高額な報酬が得られるとは考えてはいない。インプラントを考えれば、そのもの自体がチタンなどの金属であり高価すぎて一般的ではない。あくまでも患者あつての歯科であり、少しでも患者に負担をかけない金属にかわるものを検討課題にして欲しい。

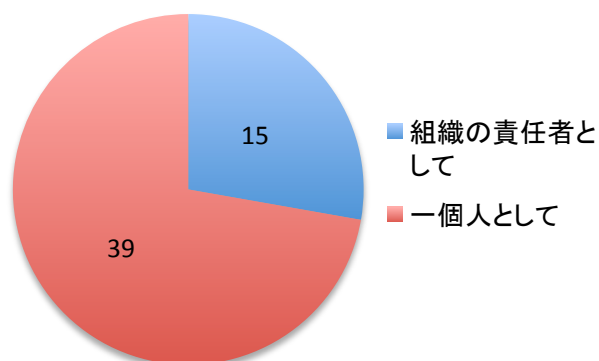
補綴歯科専門医に関するアンケート

アンケート 対象	日本補綴歯科学会社員(249名)
アンケート実施方法	電子メール
アンケート回答数	54

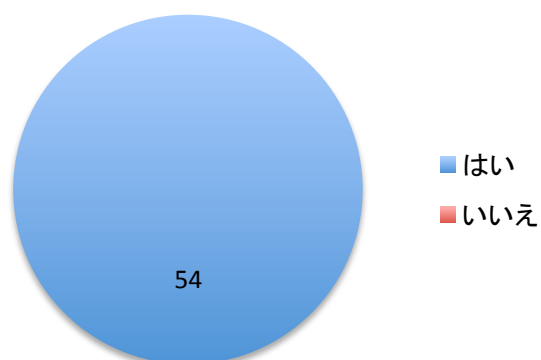
あなたの所属は



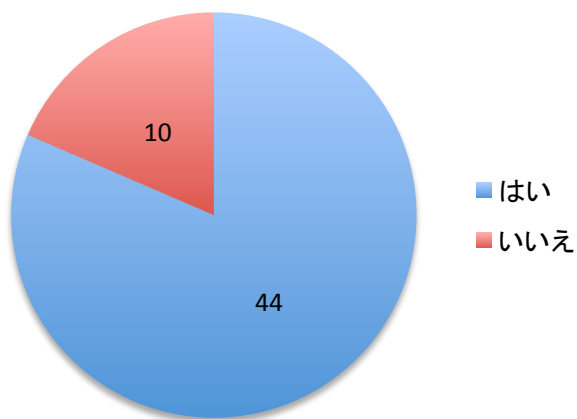
記入していただく立場は



1. 補綴歯科専門医の認定方法を知っていますか。

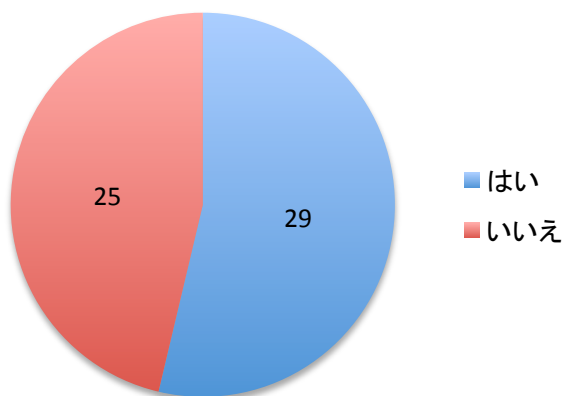


2. 補綴歯科専門医に認定方法は妥当だと思いますか。



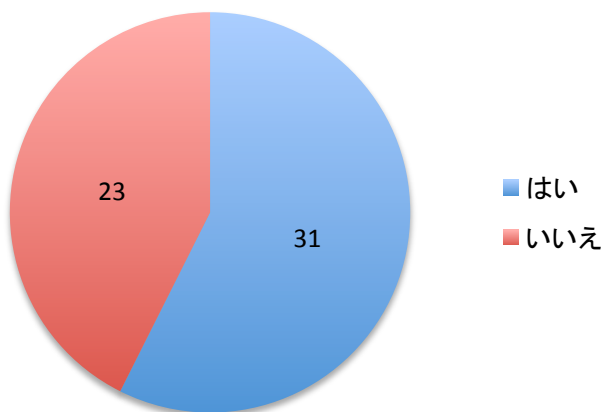
- ・学会参加が多いのでは。
- ・審査した全員が認定されるようなもの無意味では。
- ・どの分野の補綴専門医か明確にすることが国民に分かりやすい。
- ・指導医や研修施設に従属する形でないと申請できない。
- ・専門医審査結果の詳細が公表されないため、審査に出せる症例を決めにくいのでどの程度までの資料をそろえたら良いか不明となっている。
- 審査にだしたくても一部資料の欠落で出すことをためらっている人がいる
- ので、基準を緩和できるものは明らかにしてほしい。
- ・僅かな症例と紙上報告だけで「専門医」と呼ぶこと自体おこがましい。
- ・臨床経験の豊富な、学会外部の臨床医を審査委員に加えていないから。
- これだったら学会認定医で十分である。

3. 補綴歯科専門医の認定方法で技術評価が可能であると思いますか。

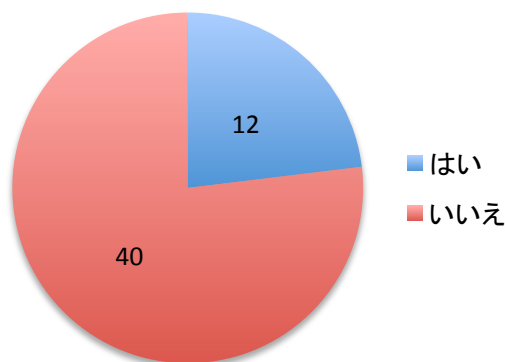


- ・ただし、術前、装着時(写真で可)、装着後(6ヶ月後、3年後)の歯列模型あるいは作業模型の提示を求めるような改善が必要と考えます。

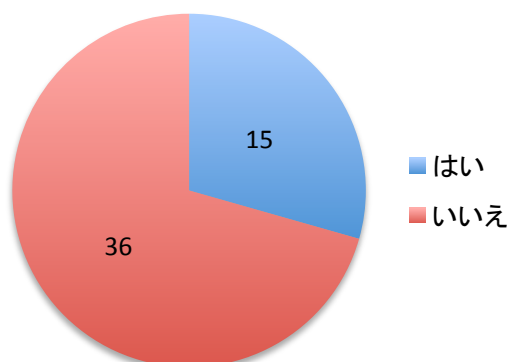
4. 補綴歯科専門医の開示の方法が妥当だと思いますか。



5. 専門医の開示されている内容で社会的に十分な説明ができていると思いますか。



6. 補綴歯科専門医を細分化して部門別専門医とすることについてどう思われますか。



- ・インプラント等の専門医が乱立することに繋がらないか？国民からみてわかりにくい。
- ・細分化するのであれば、補綴学会そのものも細分化されるのではと危惧します。
- ・国民にとってのメリットが少ない上に、理解しにくくなることが予想されるため。
- ・補綴専門医を取得するために法人化されたと思います。会員が納得できる方法を早く講じていただきたい。
- ・今のところ国民に対して開示されていないため、何とも言えない。国民が認知してこそその専門医であると思う。まず現行の専門医がどのように認知されるかを確認した上で細分化を考えるべき。
- ・細分化してその名前を国民（患者）がすぐに理解できるでしょうか。
- ・補綴歯科専門医を細分化するのではなく、追加専門領域の認定があっても良いかもしれない。
- ・クラウン・ブリッジ、部分床義歯、全部床義歯は負担様式が異なるので、補綴装置として同一に扱うべきでない。米国では、其々別の専門医となっている。
- ・補綴歯科専門医取得後の上位資格として。
- ・患者さんから見てもわかりやすいものなら。
- ・指導医が技術を含めて判断するわけですからそのような判断ができるような能力を持っていることを指導医に求めるべきであると思います。
- ・補綴そのものが社会に十分に認知されていないので、補綴って何をしているのかわかるように細分化し、各分野全般にわたって専門的な知識や技能を持ったstandard adviser、さらに部門別専門医としてレベルの高い知識や技能を持ち、指導的立場となるSuper adviserを設定するのを提案します。
- ・「補綴専門医」という表現が誰に対して意味を持つのかを考えると、現実の補綴臨床全般に精通していることが基本である。一部の基礎医学や将来性のある研究発表ができたからといって、「専門医」と呼ぶには相応しくない。
- ・補綴歯科専門医の考え方は歯科の中ですでに細分されており、さらに部門別に細分化する必要はないと考えます。
- ・本来、一般歯科は補綴治療が基本になればならないはずで、言い換えると一定レベルまで診断や治療ができなければ成り立たないと考えられます。したがって、細分化は補綴歯科専門医の位置づけを更に不明確にしたいと思います。
- ・これ以上細分化して意味があるのか？自分達の臨床の技術が、開業医のレベルに劣っているという自覚が全くない。
- ・補綴の範囲が大きいから、国民に理解されやすいでしょう。

補綴歯科専門医についてのご意見

- ・暫定期間中に認定された先生方の審査が必要では。
- ・補綴歯科医療に専門性があることは自明の理であるが、一方で補綴歯科医療の専門性が十分品質保証されているかどうかはわからない。各認定研修施設における臨床教育の質を高めるために、各認定研修施設の教育カリキュラムの策定ならびに実質化が不可欠である。教育の質向上と実質化がなされて初めて、意味のある専門医制度が確立され、臨床において他のGPと比較して広い領域における治療の実施における権利が付随するものとする。
- ・教育の質の保証(教育カリキュラムの策定と実質化)なくして、専門性は語れない。
- ・可撤性と固定性では専門性に差が認められるため、補綴(クラウンブリッジ)専門医、補綴(義歯)専門医のように分けた方が良いでしょう。その方が補綴という用語の浸透にも繋がると考えます。
- ・今後の方向性が不明なので、新規に専門医を取得した際のメリットが新人に説明できない。せめて補綴専門医の標榜があらゆる面で可能となって欲しい。
- ・患者や、補綴治療を中心に診療していない歯科医にとって、役に立つ補綴歯科医の選択手段とすることが一番求められていると思います。学会参加や研究歴も最低限必要とは思いますが、一番大切なのは正しく把握した症例数と現在の診療環境だと思います。適切な審査のためには、現在のような機械的なプレゼン方式ではなく、専門の審査委員による個別訪問などが必要かも知れません。症例数は現在の10倍くらい必要ではないでしょうか。また、専門医の年間の認定数や地域ごとの認定数に制限を設けることも必要だと思います。一方、筆記試験の必要性には疑問を感じますし、現在のように指導医や研修施設に従属する形でないと申請できないシステムも、本当に地域に貢献しようとする良心的な補綴歯科医を排除しているように思います。
- ・専門医であれば、補綴歯科専門医でなければならない治療が社会保険診療に無いのがおかしい。世の中には、ひどい義歯が溢れている。義歯治療の研鑽を積んでいない歯科医師が義歯治療を行うべきではない。社会保険の義歯治療は補綴歯科専門医に限定し、自費診療であれば補綴歯科専門医、一般歯科医の両方が可能であるように保険制度設計すれば、保険診療の義歯の質も改善し、国民の負担を軽減させながらも請求件数が減少することで逆に1義歯あたりの保険点数を増加させることができると思う。
- ・問題点は、「補綴」が、国民に理解されているかどうかであると思います。
- ・学会員全体に、学術大会などで、今回と同じアンケートを、とって、学界全体の意見を収集、集約することも必要ではないでしょうか。
- ・誰のために専門医制度をつくっているのかを明確にすべき。
- ・学会のため？各大学の講座のため？国民のために作られたとは到底思えません。
- ・学問が学問のためだけに行われており、医療現場に沿うものになっていません。
- ・インプラント学会では、専門医認可実現に向けて署名活動を会員対象に行っています。参考にされてはいかがでしょうか？
- ・補綴歯科専門医の認定方法で技術評価が必要と社会的に判断されるなら、やはり学会で評価表を作成し、申請の際、指導医の責任のもと審査を行う。ただし、指導医には専門医研修とは別に指導医研修会を実施し、評価の標準化、適正化をはかるとともに、指導医の能力向上をはかるべきと考える。
- ・「専門医」と称するからには、まず20年以上程度の臨床経験は不可欠と考えられる。
- ・補綴歯科専門医の位置づけである「一般歯科よりも高い見地から補綴治療を総合的に判定できる」資格を明確にして、開示法を工夫する必要があると思います。
- ・日本歯科医師会および厚生労働省が認めていない補綴歯科専門医は全く意味が無い。専門医と認定医の違いが解らない人間に説明しても無駄だから勝手に、どうぞおやりになってください。
- ・部門別専門医にしますと、一般の人が更に分からなくなると思います。

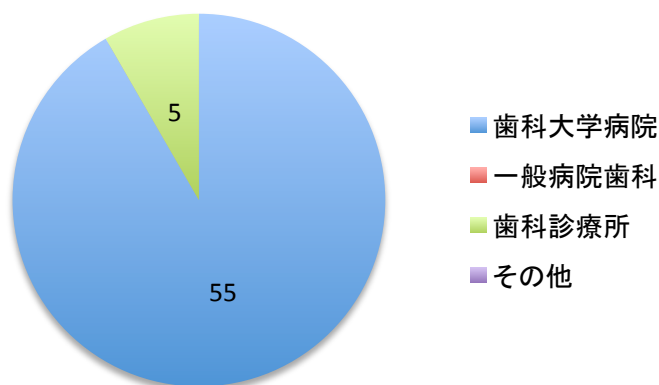
アンケート結果に対する社員からご意見

専門医の項目であるが、前にもアンケートがあり、望まれる項目が多すぎ(確かにそれらの項目を満たすことは大切であると考え)。それに見合うものが一切見られないのは如何であろう。専門医は皆、それなりに大きな努力をしているのだから、厚生労働省、補綴学会などで、検討していただければ、モチベーションがあがり、さらに発展が見込まれるものとする。

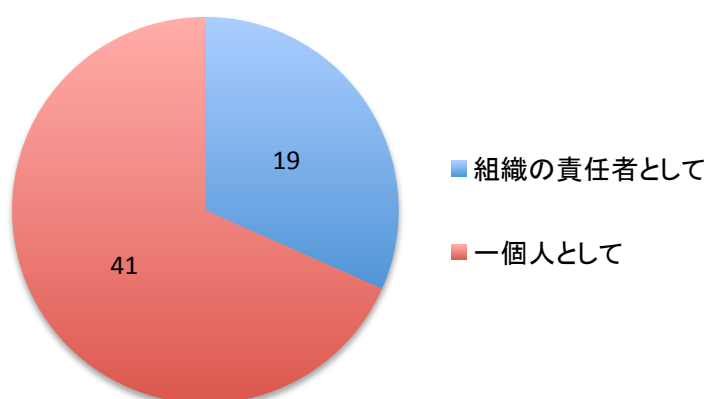
輸入歯科技工物に関するアンケート

アンケート対象 日本補綴歯科学会社員(249名)
アンケート実施方法 電子メール
アンケート回答数 60

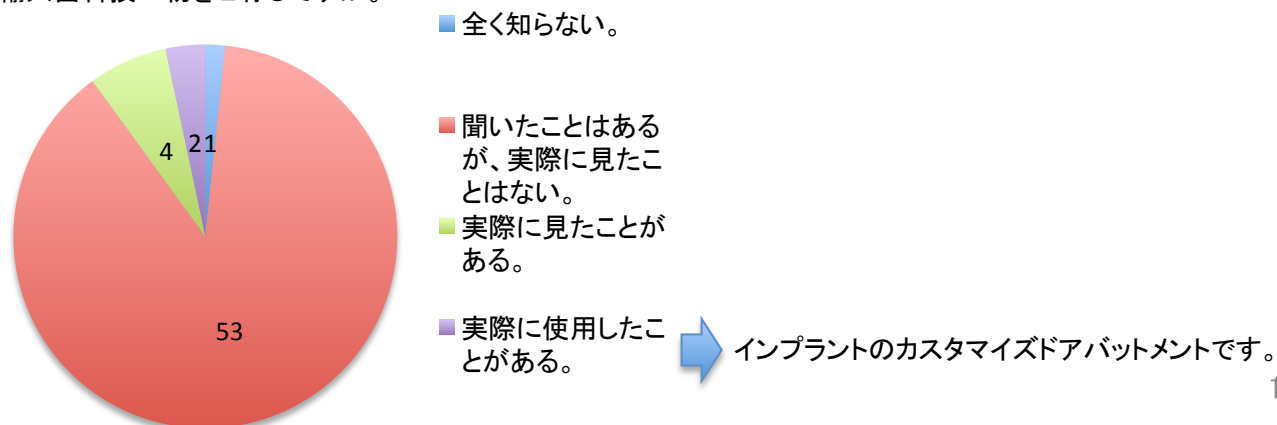
あなたの所属は



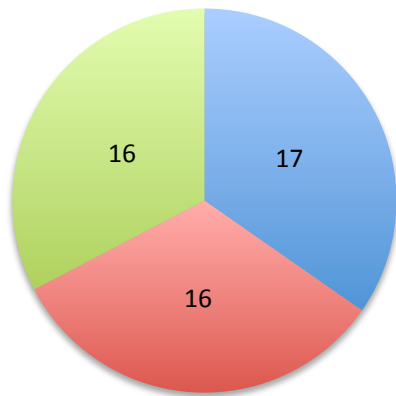
記入していただく立場は



1. 輸入歯科技工物をご存じですか。



2. 輸入歯科技工物についてどのようにお考えですか。



■ 全面的に禁止すべきである。

■ 保険診療における歯科技工物の輸入は規制すべきである。

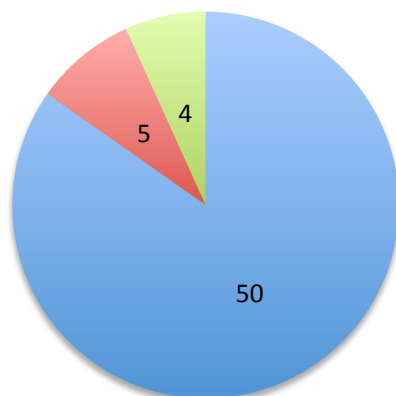
■ 品質、安全性が確認されれば、問題ないと考えられる。

■ 現状で全く問題ないと考えられる。

- ・厚労省の見解は、保険外診療【自費診療】については関知しない。つまり当該歯科医師の全責任で行うべきであるとの見解である。保険診療については認めていないので、設問の仕方がおかしい。
- ・限定された範囲では許可されてもよい。例えば特定の疾患で使用材料が限られている場合。海外の研究結果で高い性能・効果がすでに広く認められている場合。等
- ・安全性の確認方法、現状の問題点を周知した上で対応すべきと思う。
- ・安全性と共に、製作者が法律上認められているかどうかを問題とすべき。
- ・日本国内で製作できないものは仕方がない。
- ・プロセラに代表されるCAM補綴とベリリウム入り金属などを一つの輸入技工物のカテゴリーに分類して議論するのは問題があると思います。

- ・全面的に禁止すべきであるが、国内で製作できない特殊な技工物については認可制にして可とすればよい。
- ・現時点での輸入技工物は自粛すべきであるが、今後、法的根拠を整備し、外国歯科技工士とのコミュニケーションを図り、技工物の材料、技術等の国際的標準を設定するのであれば、必ずしも規制するものではないと考える。
- ・誰にとって問題がある、ないという問題ではないと思います。
- ・輸入技工物を容認するならば、日本の歯科技工士のライセンスはまったく意味がないことになります。国家試験も行う必要はありません。外国の歯科医師でも自由に日本国内で歯科治療ができるというのと同じです。歯科医療と歯科技工を、国の中の制度として、どのように考え、制度とするのか、根本的なことが問われていると思います。
- ・国内での技工需要の確保そして技工士育成のために、関税の導入を検討してはいかがか？
- ・品質、安全性、危機管理体制、責任の所在、などのルールや法整備が必要で、コンセンサスが得られるようなら部分的に認めてもいいと思う。
- ・技工士資格をもった者が製作すべき。
- ・国内保険診療に於いては尚更、保険外診療に於いても材料基準によって厳しく規制を受けている。輸入技工について規制を受けないことに合理性はない。
- ・日本の歯科技工士資格を有しない者の製作は違法ではないのか。少なくとも不相当と考える。

3. 輸入歯科技工物の利点は以下のどれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



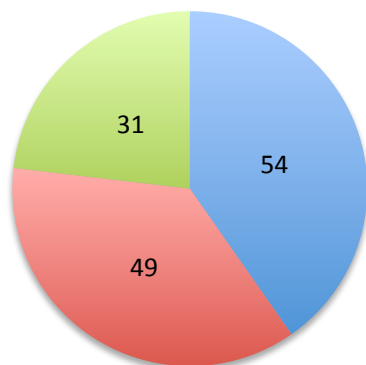
■ 歯科技工料の安さ。

■ 技術力の高さ。

■ 安全性の高さ。

- ・今後、技工士が少なくなり、保険の技工を行ってくれる技工所が地域によってはなくなることが懸念される。
- ・日本国内で製作できないから。
- ・プロセラに代表されるCAM補綴とベリリウム入り金属などを一つの輸入技工物のカテゴリーに分類して議論するのは問題があると思います。
- ・安全性がわからないので利点は挙げられない。
- ・CAD/CAMなど設備の集約による効率化とコストダウン。
- ・個人的には大きな利点があるとは思えない。
- ・現時点では輸入技工物に利点無し。
- ・改良された新たな技術や材料で製作できる。また、それらが早く導入できる。
- ・利点は何一つ無い。それは医療ではないからである。化粧品の類いであり、この設問の仕方もおかしい。
- ・不相当と考えるので、利点はない。
- ・海外の新しい技術、材料を日本で使用できる。

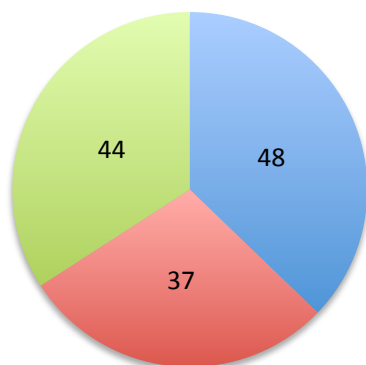
4. 患者にとって輸入歯科技工物の問題点とは、どれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



- 組成不明な金属の使用による危険性。
- 国内未認可の材料使用。
- 技術不足な歯科技工物による歯への影響。

- ・恐らく、輸入技工物であることを告知されていないこと。
- ・プロセラに代表されるCAM補綴とベリリウム入り金属などを一つの輸入技工物のカテゴリーに分類して議論するのは問題があると思います。
- ・無資格者が歯科技工物を製作する社会不安の助長。
- ・歯科医療全般への国民の不信感。
- ・細かな技巧指示や再製作が必要な時の責任の所在が不明確となりそうである。
- ・何か問題があった時の対応に時間がかかりそうに思います。
- ・装着後の調整・修理等ができない場合や制限される。治療効果が維持できない。歯科技工物の無保障化。
- ・安いという理由だけで使用するのは、医療と考えていないからである。問題点は国内の歯科技工士を圧迫することであり、歯科医が自分達だけの利益で歯科技工士を窮地に追い込むのは言語道断と言わざるを得ない。補綴学会も社会的説明責任が出来ないならば、その存在価値もなくなるであろう。
- ・日本における熟練歯科技工士の減少。

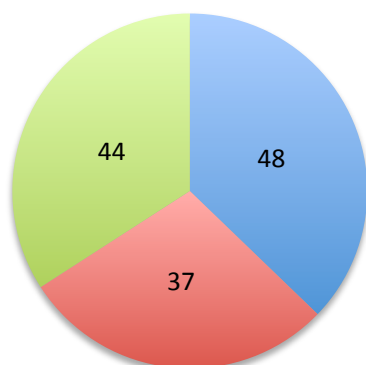
5. 技工士にとって輸入歯科技工物の問題点とは、どれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



- 国内技工の需要の減少。
- 若手技工士の育成機会の減少。
- 日本の歯科技工士資格を有しない者の製作。

- ・プロセラに代表されるCAM補綴とベリリウム入り金属などを一つの輸入技工物のカテゴリーに分類して議論するのは問題があると思います。
- ・不当な価格競争の助長。
- ・不当な材料の利用による低コストとの競争。
- ・問題があった場合、頼られるケースがあると困りそうです。
- ・技工技術の評価が不明な点。
- ・わが国の技工技術・レベルの低下。
- ・国内における技工材料、器具、新たな技術の開発について間接的な抑制になると考えられる。
- ・日本の歯科技工レベルの低下。
- ・歯科医療の発展のための共同の理念推進の妨げになる。
- ・技工報酬のダンピング化。技工士収入の低下と資格・地位の形骸化。
- ・この設問の仕方もおかしい。輸入歯科技工物を認める前に、輸入歯科医師を認める覚悟があるのか？たちまちにして中国の安い労働力に飲み込まれるという、明日は我が身の問題である。もっとも次の世代はどうでも良いと考えているなら、仕様も無い話である。

6. 歯科医師にとって輸入歯科技工物の問題点とは、どれであるとお考えになりますか。(複数回答可)



- 国内技工の需要の減少。
- 若手技工士の育成機会の減少。
- 日本の歯科技工士資格を有しない者の製作。

- ・パートナーとなる技工士の育成に障害。
- ・利用の経験がないため回答できません。
- ・規制されていない材料の使用による、国民への影響。日本の歯科技工士に対する生活基盤の減少。
- ・プロセラに代表されるCAM補綴とベリリウム入り金属などを一つの輸入技工物のカテゴリーに分類して議論するのは問題があると思います。
- ・未承認の材料使用や無資格者による製作。
- ・使用材料等に関わる信頼性の担保。
- ・金属を含む材料並びに製作過程が不明、適合性は目で見る物ではありません。
- ・患者の状態を直接見せることができない。材料の不安。
- ・質問4にあるような問題が生じた時、患者にどのような対処をするか。
- ・組成不明な金属の使用による危険性。技術不足な歯科技工物による歯への影響。
- ・質の確保に関する管理責任が事実上果たせない。
- ・どうしようもない悪い設問である。前記5の繰り返しになるので、省略する。
- ・歯科技工物への信頼性の低下。

輸入歯科技工物についてのご意見について

- ・歯科医療に対する責任の所在が不明確である。
- ・昨今、環境ホルモン等の問題点が歯科でも注目されている。国民の口腔内に装着され、長年使用される技工物に関してもある程度安全性が担保される必要があろう。
- ・安価な料金のみを理由にした輸入歯科技工物は、我が国の歯科技工業界の健全な体制の維持に障害となると考えます。
- ・安価な輸入歯科技工物は使用したことがないため、わかりません。
- ・輸入歯科技工物と一口にいても、保険診療用から自費診療用も多岐にわたる。日本の歯科技工士教育や行政制度は他国にない良さがあり、世界でも指導的立場にある。輸入を禁じることを論じるより、日本の歯科技工技術が世界に指導的役割を果たし、日本の歯科技工士免許を国際的に通用する免許にすることを考えた方がよい。現在では、日本の歯科技工技術を学びたい人が中国や韓国はじめ諸外国には多い。歯科技工を鎖国状態にするのではなく、逆に日本から発信できる方法を論じなければならないと思う。日本にあっては、歯科医師と歯科技工士との関係をもっと明確にし、歯科技工指示書の記載法や技工料金体系などを充実すべきである。一方では、歯科技工所の設備構造基準の遵守なども徹底すべきであろう。
- ・国民の安心、安全な医療が脅かされ、最終的には補綴医療の衰退と国民の不信感による歯科への悪影響の増大が考えられる。絶対に許可すべきものではない。
- ・その他(具体的に記入 プロセラに代表されるCAM補綴とベリリウム入り金属などを一つの輸入技工物のカテゴリーに分類して議論するのは問題があると思います)に記載しましたように、このアンケート自体に、目的、具体性がわかりにくく、もう少々主旨をはっきりさせていただきたく思います。2008、2009年度の厚生科研(新潟大学宮崎教授 主任研究員)で輸入歯科技工物に関する調査研究を行っていきまして、平井前理事長からの依頼で私も一部を分担させていただき、2008年度中間報告は理事会の方で報告させていただいているところです。中間報告書は事務局に保管されているはずで。なお、③金銀パラジウム合金代替材料(チタンなどを想定)に関しましても、先日の学術委員会で歯科医学会の課題研究の一つとして取り上げていくこと決まっていることも付記させていただきます。
- ・誰にとって問題がある、ないという問題ではないと思います。輸入技工物を容認するならば、日本の歯科技工士のライセンスはまったく意味がないことになります。国家試験も行う必要はありません。外国の歯科医師でも自由に日本国内で歯科治療ができるというのと同じです。歯科医療と歯科技工を、国の中の制度として、どのように考え、制度とするのか、根本的なことが問われていると思います。
- ・保険診療の点数が過少であることが本件の原因になっていると思います。歯科技工物にかかわる労働時間とコストを徹底的に調査研究し、歯科医師と歯科技工士が学歴と経験に相応しい利益を得るような保険診療点数に改訂されるよう、補綴学会としての取り組みを期待します。
- ・私は実際には輸入技工物を見たり触れたりしたことはありませんが、現在歯科界が経済的に低落しているからと言って、コストの安い輸入(あるいは国産)技工物に歯科医師が走るのは自分の首を絞めるようなものだと思います。歯科技工士とのパートナーシップがいかに重要であるかを認識しているのが職人としての歯科医師の良心の一つであるという考えに立てば、いい治療をするためにいい技工士を育て、技工士が生活できるようにサポートするのが歯科医師の務めであると思います。したがって、日本の歯科医療においては厳密な日本の資格制度のもとに育成された歯科技工士が安全な材料で製作した技工物しか使わないというのが原則であって然るべきです。他の医療分野で必要と言われている規制緩和と一緒にしてはいけないと思います。

- ・学会として認めない方向で、早急に対策を講ずるべきだと思います。
- ・保証書の添付 技工士とコミュニケーションが成り立たない技工物は使いたくない。
- ・国内も含め技工物のレベルが色々あります。料金においてもです。難しいことではあると思いますが、ある機関が品質に対して証明書をだし、一定の品質を維持することも必要だと思います。患者さんはどんなものが入っているかまったくわからないわけです。国民への「補綴」に対する認知度向上にもなると思います。
- ・国内技工士には国家試験を課しながら、品質保証の全くない技工物の輸入は論外。人工歯・アタッチメント等、義歯の構成要素には厳格な規制を適用しながら、それらを合体させた義歯自体は雑貨扱いとは、大きな矛盾である。
- ・安全性や外注、納品ルートの確実性が担保できなければメリットはなさそうな気がします。
- ・全面的に禁止すべきである。
- ・歯科医療のグローバル化にとって意義のあることと思われる。しかし、歯科医師と外国の歯科技工士間のコミュニケーションが十分にとられていないこと、外国で使用された材料に発がん性物質が含まれているとの報道がみられること、歯科技工のグローバルスタンダードが確立されていないこと、などを考慮すると、現時点では認められない。いずれは、歯科医療、歯科技工の国際化を図り、法的根拠を整備するとともに、外国の歯科技工士とのコミュニケーションを取れる環境を構築する必要があると思われるが、それまでは自粛すべき事項である。
- ・補綴物を医療材料ではなく雑貨として輸入して患者に使うということは、極論すれば歯科医療とは誰がやっても許される専門性も必要としない程度のものとの一般社会への認識を植え付けるとんでもないこと。食品の製造期限の虚偽記載や成分表示の不備でさえ大騒ぎになるというのに、補綴物はそれ以下の扱いか？！
- ・輸入技工物の存在は、日本に技工士のあり方に対して大きな問題となる。また、安価であるからということで、取り入れていくことは国民に対する本来の歯科診療の安全性という観点からも問題になると思われる。
- ・繰り返しになるが、輸入技工物は医療ではない。学会としては断じて認めるべきではない。医療でないもの（厚生省はインプラントも医療ではないという見解である。）にうつつを抜かしているから、こんな設問を作るのであろう。社団法人としての社会的説明責任を果たすためにも、早急に「反対意見」を公表すべきである。
- ・現在は雑貨として輸入されている技工物であると聞いている、必要なことは、トレーサビリティではないでしょうか。新規技術を導入するための、海外技工物と、経済的な理由での海外技工物の問題は、切り離して、考慮していく必要があると考える。
- ・聞いた話によりますと、当たりはずれが大きいそうです。また、日本で認可されていない材料を口腔内に装着すること自体、問題があり、やってはいけないことだと思います。TV報道を見た患者さんはかなり不安に思っているようです。

アンケート結果に対する社員からご意見

輸入技工物に関しては、アンケートの通りである。技工士学校にしても定員割れがおこり、これから先、歯科医師とともに頑張ろうという人材が減少していくことでしょう。ある大学の附属技工士学校では、国庫の金で、技工士養成と言いながら、技工士養成ではなく、研究者養成し、指導教官を養成するとまで学生に言い切っている本末転倒の大学附属の技工士学校があると聞いている。就職を見ると、一般企業に就職しており、税金泥棒の大学さえある。これで技工士養成と言えるのか。歯科医も少しでも経費節減のため、輸入技巧物に手を出すのは判る気がする。厚生労働省も本腰を入れて、患者を守る歯科の行政を行って頂きたいものである。

今回のアンケートは、これからの歯科界を見る上で、非常に意義あるものと考えられる。惜しむらくは、90%以上を占める一般開業の先生方の意見がもっと反映されたものであれば良かったと考えられる。