

「歯科技工士問題の改善を目指して」

第7章 臨床歯科技工士（デンチュリスト）

1 臨床歯科技工士（デンチュリスト）

デンチュリスト（Denturist）あるいは臨床歯科技工士（Clinical Dental Technician）が公認されている国は多くあるようです。少し古い資料ですが、「世界の歯科事情と安心ガイド」（平成14年7月10日発行 日本歯科医師会）に Denturist のいる国と数が掲載されています。

オランダ	216人	スイス	80人	デンマーク	729人
フィンランド	354人	インドネシア	521人	オーストラリア	1068人
キリバス共和国	2人	ニュージーランド	195人	カナダ	2000人
パラグアイ共和国	500人	イランイスラム共和国	2000人		

デンチュリストあるいは臨床歯科技工士は、患者と対面し、義歯を作ることができる技工士を言います。施術できる範囲は、その国により様々で、総義歯のみ取り扱えるところ、部分床義歯まで取り扱えるところと様々でいろいろな条件はあるらしいですが、歯科医師から独立して働き、また、患者から直接報酬を受け取ることができるのがほとんどのようです。これらの国のなかには、歯科医師が、口腔機能・組織の診査・診断から義歯を使った機能訓練に至るリハビリテーションまで行い、デンチュリストは以降の義歯の調整を行うところもあるようです。

技工作业を行う者が、患者と対面することで義歯の製作に必要なより多くの情報が直接得られ、義歯の適合性、審美性等が向上する可能性があります。

この臨床歯科技工士制度は、技工料金の直接請求を考えた場合、一番整合性の取れる制度であるかもしれません。逆に言えば、直接請求が実現するためには、技工士は臨床歯科技工士（デンチュリスト）にならないと難しいのです。この制度が実現したときは、今の義歯に関する診療報酬はまるまる臨床歯科技工所（臨床歯科技工士ではなく）に支払われることとなります。

2 歯科医師との関係

考え方としては、歯科医師の指示によらずに業務を行える臨床歯科技工士というものもありますが、それは、義歯だけできる歯科医師ということと同義です。また、歯科医師の指示によらずとも行うようになるためには、歯科医師法はじめ、かなり大掛かりな法律の改正が必要になるため、歯科医師の指示の下で行うほうが、実現性は幾分かでも高いでしょう。また、部分床義歯における鉤歯の調整は、歯周組織の診断が必要であり、また、調整（レスト座の形成など）そのものが人体への侵襲を伴う行為であるため、これも敷居が高いといえます。総義歯であれば、これらの壁の高さは低くなります。ただ、顎関節症の患者の場合、あるいは顎堤や顎堤粘膜に異常がある場合は、疾病を患った患者を治療することも必要になりますので、問題が起きてしまいます。

これらを考えると、一番壁が低いのは、「歯科医師の指示の下で、顎堤や顎堤粘膜に異常がなく、また、顎機能に異常がない無歯顎患者に限り臨床歯科技工士を認める」という方法でしょう。

この場合の制度の概要は次のようになるでしょう。

「臨床歯科技工士」

臨床歯科技工士制度とは、歯科医師の指示の下で、患者と対面して、正常な口腔内、正常な顎関節機能を有する無歯顎患者の総義歯の印象を採得し、咬み合わせを採得し、試摘をし、総義歯を装着し、またその調整を業とすることが出来る資格とする。

歯科医師法に定める場合を除き、臨床歯科技工士でなければ臨床技工業務を行ってはならない。

臨床歯科技工士法の整備や健康保険法の改正が必要となる。

歯科技工士免許を取得後一定年数以上経過し、さらに一定年数以上歯科医療機関で研修を行い、尚且つ指定の講習を受けた者が、臨床歯科技工士資格の受験資格を得る。

資格試験に合格すれば、臨床歯科技工士資格を得ることができる。

3 臨床歯科技工士の開業

歯科医師の直接の指示によらず、指示書や処方箋により、臨床歯科技工業務が行えるようにすれば、臨床歯科技工士は開業できるようになります。今の薬局と同じようなシステムです。だとすると、患者は義歯を入れるには、まず歯科医院に行くことになります。その後、指示書・処方箋を持って患者自身が臨床歯科技工所を選ぶのです。ただし、歯科医師が自分で義歯に関する診療を行うといった場合は、指示書・処方箋は発行されません。つまり、上記のような分業が成立するためには、歯科医師が義歯に関することをやらなくな

る必要があります。今の義肢装具士と医師の関係に、臨床歯科技工士と歯科医師がならないと臨床歯科技工士制度は成り立たないということです。（6 歯科医師と歯科技工士の本質的な問題で詳述）

歯科医師の指示によらずに業務を行える臨床歯科技工士であれば、歯科医師の業務が変わらなくても、臨床歯科技工士所は成立しますが、前述したようにそれは業務範囲の狭い歯科医院が出来ることとなります。無歯顎の患者にとっては受診先の選択肢が増えることになり、総義歯のみの専門化した医療機関を選択できることとなります。

しかしこのことは、逆に言えば、既存の歯科医院との競争を意味します。保険総義歯医院（臨床歯科技工士所）には患者のアクセス性のよい立地条件が求められ、それなりの投資が必要となる事になります。また、この保険総義歯医院が、総義歯の技工を通常の歯科技工所に外注委託してしまえば、この制度の意義が大きく失われますから、保険総義歯医院には、当然技工室の設置が求められます（この制度の目的を考えた場合、当然、技工操作は、普通の技工士ではなく臨床歯科技工士本人が行う必要があるでしょう。）。保険総義歯医院は、総義歯製作を行うことができる環境や感染対策がなされた診療室と、総義歯の技工が行える技工室の両方の設置が必要となります。いわば、総義歯に特化した歯科医院並みの設備が求められるでしょう。

もちろん、診療報酬の請求は、臨床歯科技工士が行うことになり、また、現在の保険歯科医師と同じような義務等が課せられます。今のような低診療報酬、特に採算性が低いといわれている義歯だけの開業が成り立つという保証はありません。

4 臨床歯科技工士制度での報酬

この制度を国民から見た場合はどうなのでしょう。国民がこの制度を受け入れてくれるとしたら、今よりも少しでも質の良い総義歯を少しでも安価に装着できる制度となったときでしょう。臨床歯科技工士が臨床を行い、また製作する総義歯は、歯科医師が臨床を行い技工士が技工操作を行う場合と比べて、その評価（価格＝診療報酬）はどうするのが適当なのでしょう。

歯科医療費抑制のために、臨床歯科技工士が作る総義歯は、歯科医師が作るそれよりも安く設定するという考えもあるかもしれませんが。（勿論、質の低下があってはならないことは言うまでもないことです。）

総義歯製作の診療報酬は、一般的に資格取得の困難さ（歯科医師＞臨床歯科技工士＞歯科

技工士)を考慮し、また、受診する患者の混乱を避けるためにも、歯科医師 歯科技工士のパターンでも、臨床歯科技工士 臨床歯科技工士のパターンでも、同程度に設定するのが良いとする考えもあるでしょう。(臨床歯科技工士を日本の歯科医療制度に組み込むのなら、1物2価は認められるものではないかとも思います。)

臨床歯科技工士は、そのスペシャリストとなるので、その診療報酬も、今の診療報酬よりも高くすべきだとの考え方もあるでしょう。

臨床歯科技工士が設立された場合、保険制度には組み込まず、すべて自費治療として臨床歯科技工士が総義歯を製作することも考えられます。その場合には、その価格は臨床歯科技工士本人が決定することになります。

ただ、自費の場合には海外委託技工物の問題が出てきます。臨床歯科技工士制度において、技工操作は臨床歯科技工士が行うことが条件となった場合、歯科医師が義歯を製作するときは安価な海外技工物が認められ、臨床歯科技工士が義歯を製作するときは本人が技工を行わないといけないことになり、もし、歯科医師が海外技工物を利用すれば価格面では歯が立たなくなってしまいます。

5 上位資格と資格の新設

ある国家資格保持者に、一定の経験もしくは研修を行うことで、従来はできないと規定されている医療行為を行えるようにしたものがありません。たとえば、救急救命士は、一定の研修を経て、気管内挿管・静脈確保ができるように法律が改正されました。これは、緊急時の一刻も早い、より効果的な救命措置が行えるように超党派での法律改正が行われたものです。

また、医師不足による医療崩壊の対策として、看護師に研修を行い、簡単な治療・投薬を行えるようにするプラクティスナースも実際に検討されています。戦争時も従軍医師の不足から、看護師などに一定の研修を行い衛生兵として医療行為を行わせていました。

プラクティスナースの場合、軽症に見えるが実は重篤な疾患の見逃し、薬剤の誤投与など、生命にかかわる危険性も指摘されています。また、ドクターカーが十分にあるならば救急救命士による医療行為は必要ありません。

それでも、こういった資格を認めるようになったのは、本来その業務を行うべき医療資格者が不足している場合に、低位資格者に便宜的に医療行為を行わせようとしているのです。

臨床歯科技工士にも同じことが言えます。歯科医師過剰が言われている中で新しい資格を設立する必要性があるのかということが一番の課題となります。

歯科医療者サイドの事情、要望ではなく、国民に大きなメリットがなければ、臨床歯科技工士の設立は困難と思われます。歯科医師が過剰であっても臨床歯科技工士制度を導入するならば、国民にとって、今よりも良質で金銭的負担の少ない義歯を装着できるメリットがなければなりません。

臨床歯科技工士が導入された国で、その制度ができたのには、当然その国の歯科医療事情や歴史とも深く関連していますが、その事情や歴史とは、歯科医師が少ない、あるいは、歯科欠損補綴が保険に組み込まれていないということなのだと推察しています。つまり、臨床歯科技工士は、歯科医師不足や国民の負担を減らすといった理由で導入されたのではないのでしょうか。となれば、日本に導入する意義は見つけにくいのかもしれません。

現在の法律では患者との対面行為は認められておらず、歯科技工士は直接患者に触れることは出来ません。法改正が必要であり新資格の設立、もしくは上位資格としての付与となると思われますが、いずれも資質の担保となる知識や資質は求められると考えられ、全ての歯科技工士に等しく与えられる資格とはならないと思われます。

当然健康保険の費用を受け取るようにするためには医師・歯科医師・薬剤師と同等程度の教育期間や資格試験が課せられると思われます。

先に書いたように、日本の歯科医療を取り巻く状況からすると、既に歯科医師の供給は過剰であり、ここに歯科医師よりさらに狭い業務範囲で参入する事になるので業として魅力があるのか、必要性が認められるのか疑問ではあります。

また、不採算部門の代表格でもある総義歯製作を行って、多大な投資に見合うだけの患者が見込まれるのか心配な面もあります。

果たして、この制度は、歯科技工士にとって、また、国民にとってどれだけのメリット・デメリットがあるのかを多方面から慎重に検討しなければならないでしょう。「デンチュリスト・臨床歯科技工士」という言葉に惑わされず、深いところまで考えを追求し、検討を重ねた上で、臨床歯科技工士が歯科技工士問題にどう影響を及ぼすかを十二分に検討すべきです。

(歯科)医療が提供されるうえで、国が安全性とか「質」を担保するために設定したのが国家資格です。そして、医療が社会保障として提供されるようにしたのが健康保険制度です。順番として、資格の制度があって、社会保障の制度があるはずで。

医療の進歩や社会情勢によって、資格の業務範囲の再編や新設があって、それに合わせた、保険制度の「変更」があるということなら国民の理解は得られます。

社会の要請から「臨床歯科技工士」が新設されて、保険制度上、診療報酬が「臨床歯科技工士院」に支払われるということはあるかもしれませんが(可能性は極めて低いけど)

直接請求のために、資格を新設するという事は、本末転倒であり国民の理解をえられないでしょう。

6 歯科医師と歯科技工士の本質的な問題

臨床歯科技工士制度の問題点をいくつか挙げてきましたが、この制度にはさらに重要な、歯科医師と歯科技工士の本質的な問題、根源的な問題が含まれています。

診断、治療をできるのは医師と歯科医師だけです。臨床歯科技工士は、診断、治療はできません。これを変えるのはおそらく無理だと思われます。

臨床歯科技工士は、治療はできませんから、つまりはある障害に対するリハビリテーションの範疇のものに限られますから、臨床歯科技工士が行うことができるのは、顎堤、顎堤粘膜、顎関節等に、疾患がないものに限られるということになります。それらの疾患の診断を行うことができるのは歯科医師だけです。ということは、まず、歯科医師を通さないと、臨床歯科技工も義歯の製作はできないということになります。歯科医師が、疾患は治療したと判断し、咀嚼機能回復というリハビリテーション部分を臨床歯科技工士が受け持つということになります。

臨床歯科技工士が行うことができるのは障害に対する機能回復・リハビリという建前での義歯製作です。リハビリテーションへの健康保険での給付は認められておらず、社会福祉制度を利用しての給付形態がとられることになると思います。となれば、臨床歯科技工士が、義歯を製作する場合は医療機関ではないことにもなります。

装具の制度が参考になります。

保険制度を利用して訓練用仮義肢・治療用装具を製作する場合には、療養費払いという制度がとられています。これは一旦、義肢装具の製作を受けた製作施設に対し現金払いを行った後、手続き機関に請求を行い、自己負担額を差し引いた金額が還付されるシステムです。

治療終了後も障害が残り、義肢装具を必要とする場合には、更生用として本人の生活にあわせた義肢装具を製作します。この場合には制度によって手続きが異なります。労災保険や障害者自立支援法の場合にはその製作または修理に要する費用（補装具費）が支給されます。

（参考サイト <http://www.rehab.go.jp/ri/hosougu/tetsuduki.html> ）

同じ義歯であっても、歯科医師が行えば治療であり、健康保険での給付が可能。臨床歯科技工が行えばリハビリであり、保険給付ができないことになり、一物二価どころか、もっとおかしなことになってしまいます。

臨床歯科技工士制度には、直接請求とか、保険技工所とか、公定価格とか言うよりも、もっと本質的な問題に繋がります。

おかしな言い回しになりますが、臨床歯科技工士がさらに資格を高め歯科医師となること（つまり、歯科技工士という資格自体の否定）、あるいは、補綴を医療から、健康保険からはずすことでしか、整合性の取れた制度とはならないかもしれません。この制度は今の日本では無理な制度となる可能性が高いでしょう。

臨床歯科技工士について考えるということは、歯科医師の存在そのものを考えるということになるのですが、今回は「歯科技工士問題の改善を目指して」がテーマですので、「歯科医師の存在本質」については、また別の機会に論じることができたらいいと考えています。

参考資料

コップの外の嵐：第三回

http://www.heraeus-kulzer.co.jp/customer/storm_060124.html

2010年 8月吉日

NPO法人 みんなの歯科ネットワーク

TEAM Minerva

MINNA
みんなの歯科ネットワーク