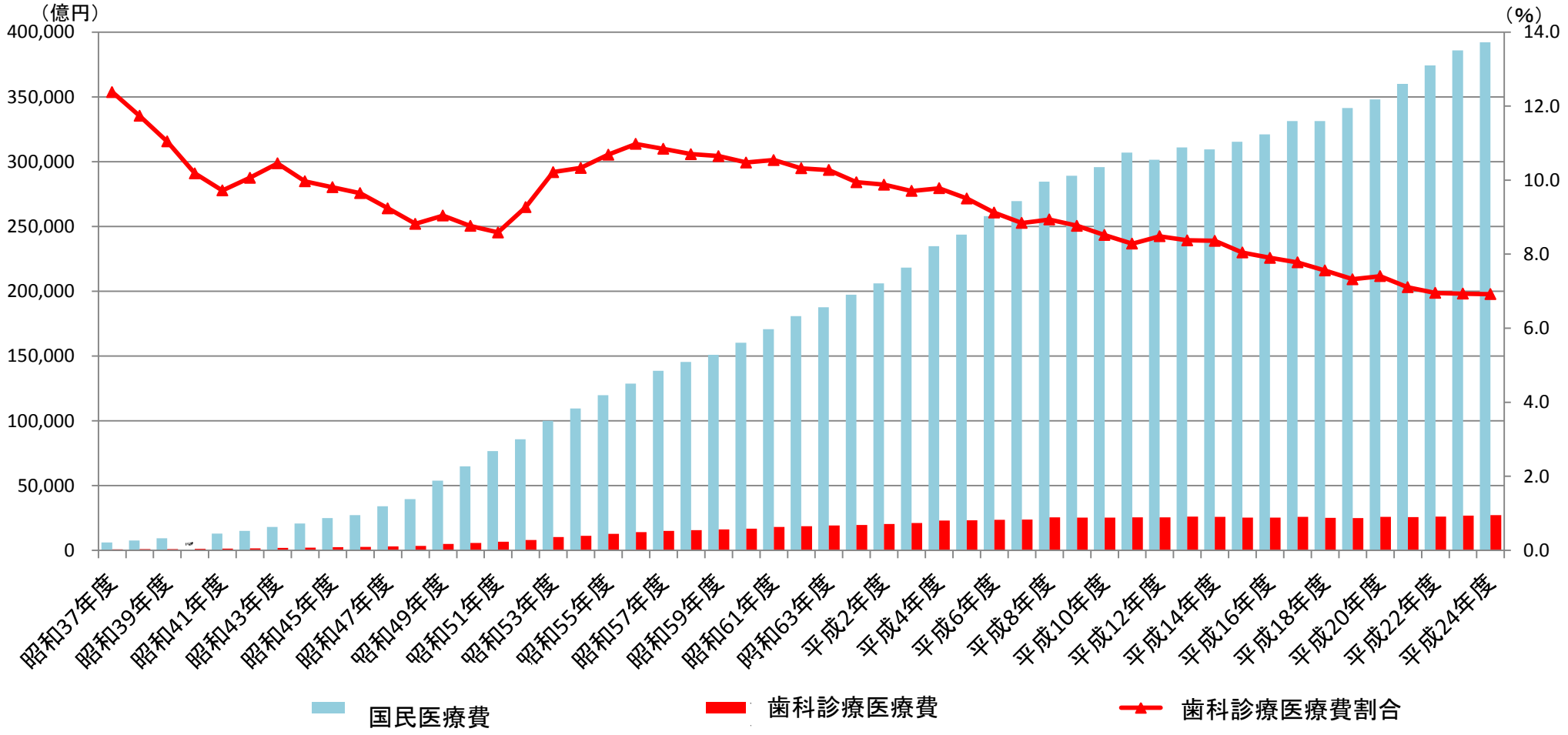
歯科医療について（その１）

目次

１．歯科医療を取り巻く現状等について
２．地域完結型医療（地域包括ケア）における歯科の対応
（１）周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進
（２）主治の歯科医師機能の評価
（３）全身的な疾患を有する患者等への対応
３．口腔疾患、口腔機能低下への対応
（１）口腔機能に着目した評価
（２）う蝕や歯周疾患の重症化予防の推進

国民医療費と歯科診療医療費の年次推移

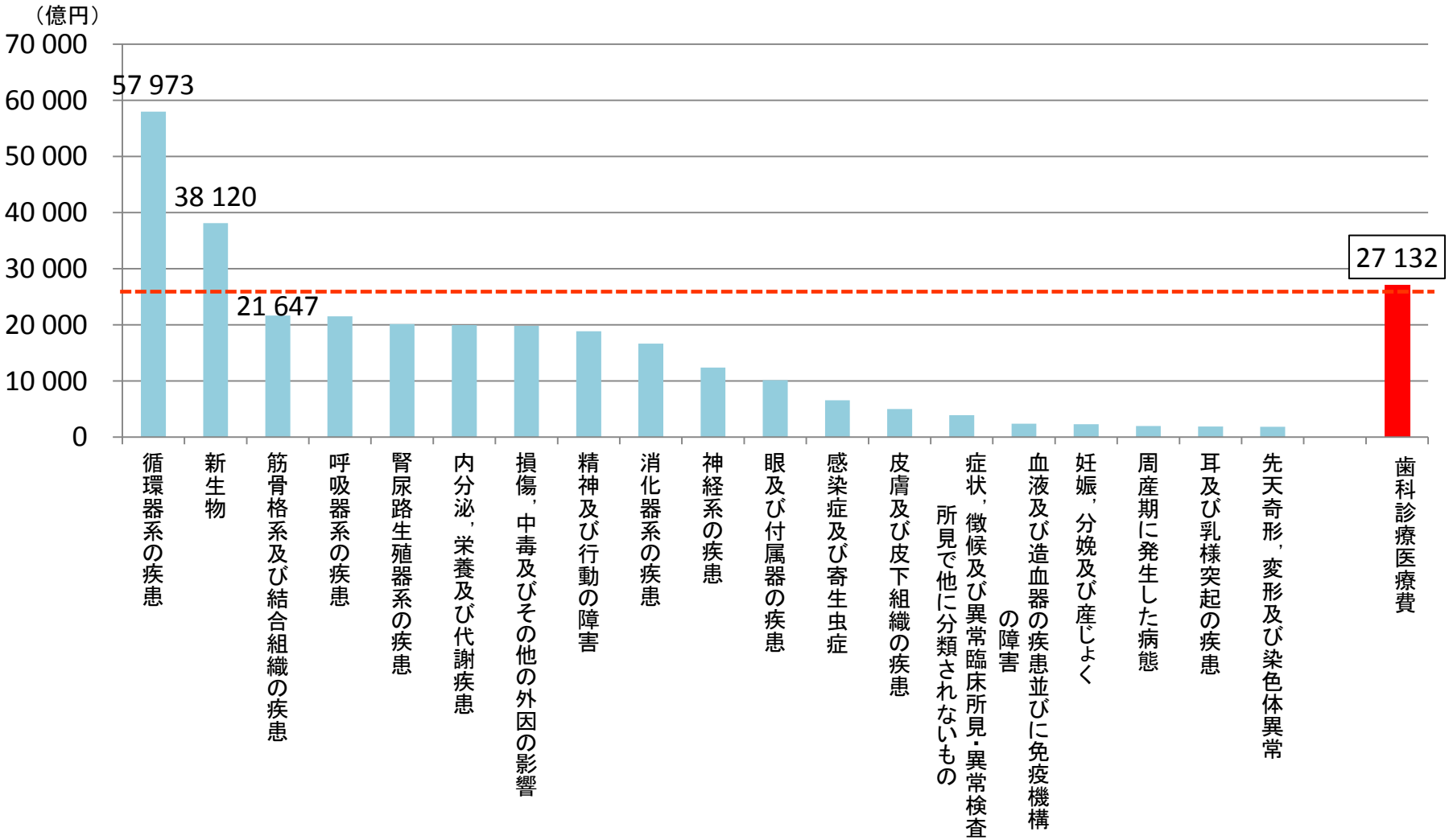
○ 「歯科診療医療費」は約2.7兆円（H24年度）であり、国民医療費に占める歯科医療費の割合は年々減少し、約7%（H24年度）となっている。



出典：国民医療費

傷病分類別医療費と歯科診療医療費

○　医科診療医療費を傷病分類別医療費にみると、「循環器系の疾患」（約5.8兆円）が最も多く、次いで「新生物」（約3.8兆円）、「筋骨格系及び結合組織の疾患」（約2.1兆円）となっている。



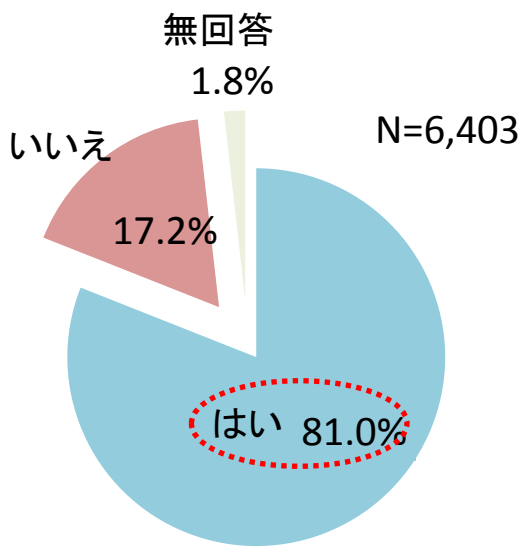
出典：平成24年国民医療費を元に保険局医療課で作成

医療機関の受診状況と傷病名

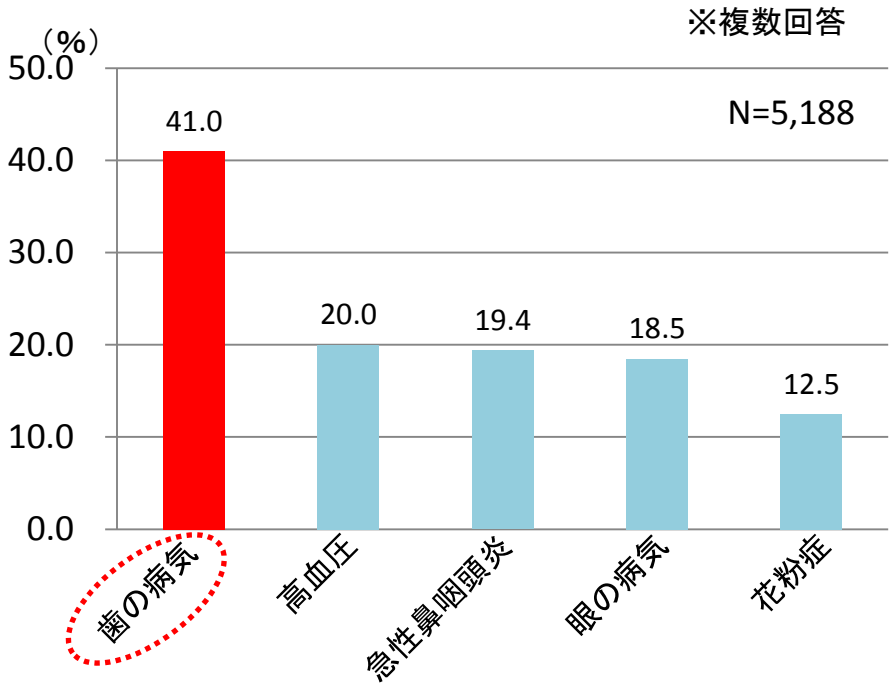
○ この1年間に病院や診療所を受診したことがある者は81.0%、受診していない者は17.2%であった。

○ 医療機関を受診した者について、受診した際の傷病名をきいたところは、「歯の病気（むし歯を含む）」が最も高く41.0%であった。

1年間の医療機関の受診状況



医療機関を受診した際の傷病名（上位5つ）



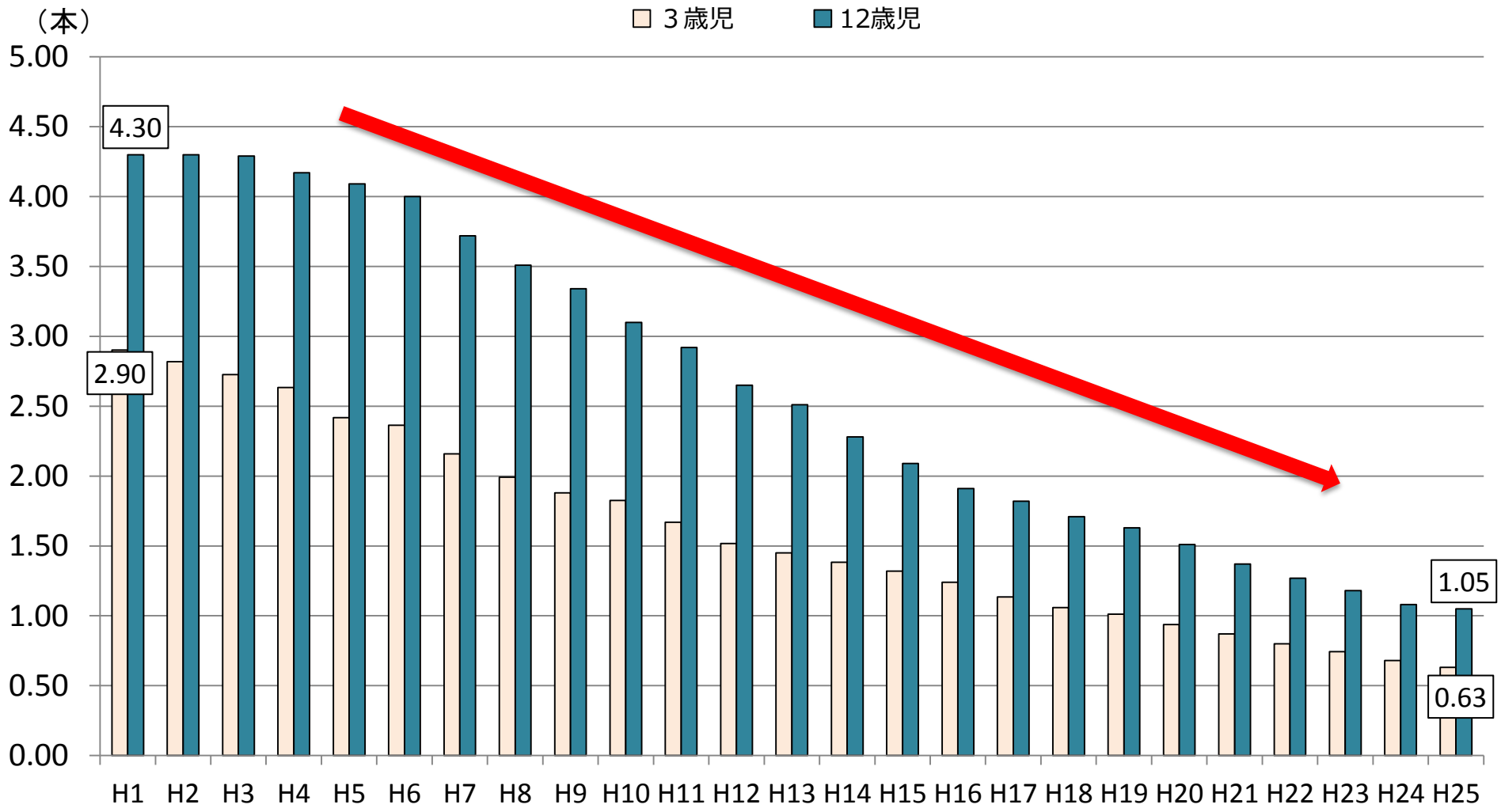
1. 調査期間　平成26年10月15日～同年11月14日
2. 調査対象者　東京都内に居住する6,000世帯（20歳以上の世帯員）
3. 調査方法（健康と医療に関する意識調査部分）　　調査対象者自身記入する留め置き調査
4. 集計対象　　3,597世帯（8,233人）のうち、回答を得られた満20歳以上の世帯員6,403人

出典：『都民の健康と医療に関する実態と意識』の結果（速報）（平成26年度東京都福祉保健基礎調査）

3歳児、12歳児の一人平均う蝕歯数の年次推移

○　3歳児のう蝕歯数は、2.90本（H1）から0.63本（H25）、と年々減少している。

○　12歳児のう蝕歯数は、4.30本（H1）から1.05本（H25）、と年々減少している。

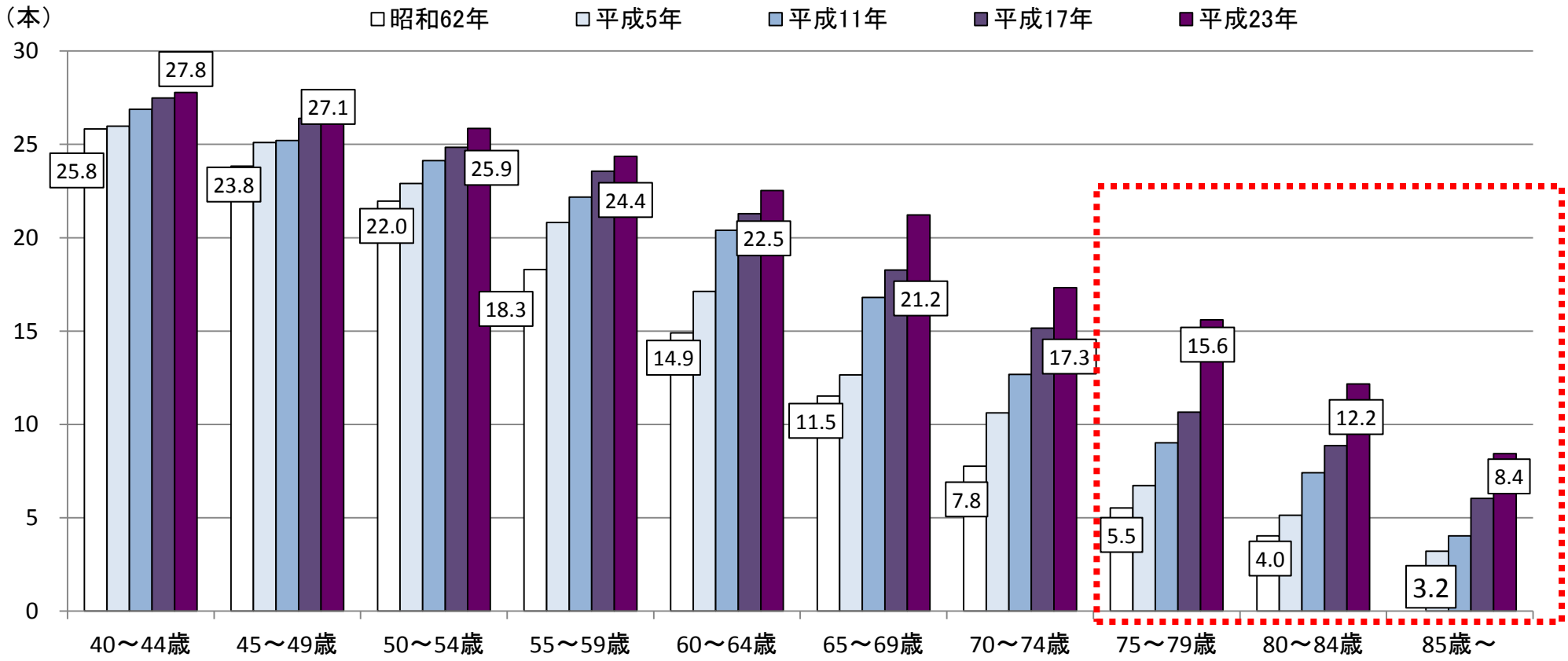


出典：3歳児：母子保健課・歯科保健課調べ、12歳児：学校保健統計調査（文部科学省）

年齢階級別の一人平均現在歯数

○ 各調査年を比較すると、すべての年齢階級で一人平均現在歯数は増加傾向にある。

○ 昭和62年と平成23年を比較すると、75～79歳で最も多く増加しており高齢者における増加が顕著である。



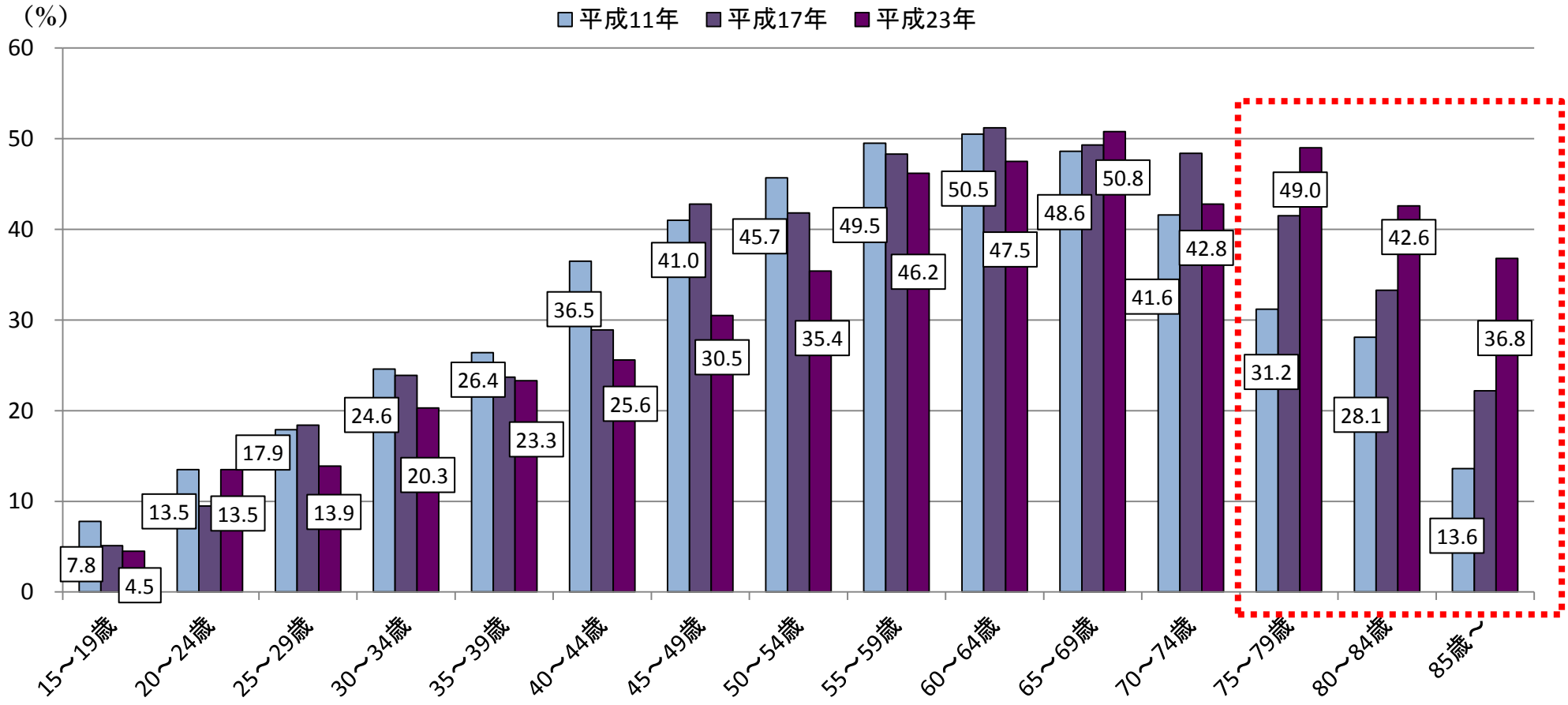
＊昭和62年の80-84の年齢階級は参考値
（80歳以上で一つの年齢階級としているため）

出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施）

歯周病罹患率（4mm以上の歯周ポケットを有する者）の割合

○ 平成11年と平成23年の歯周病罹患率を比較すると、64歳までは減少傾向にある。

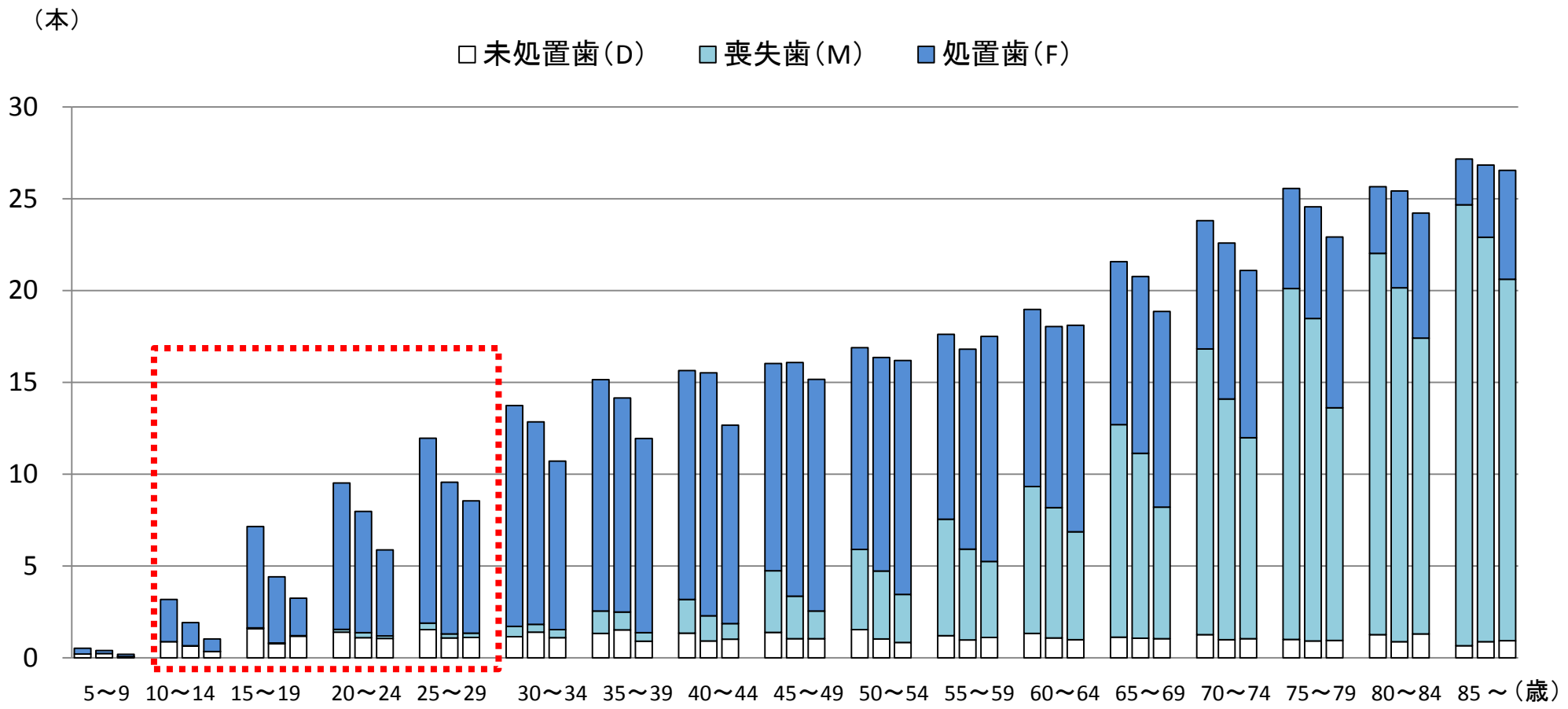
○ 一方、高齢者では増加傾向にあり、特に75歳以上で顕著である。



出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施）

年齢階級別一人平均DMF歯数の推移

○ 各調査年を比較すると、すべての年齢階級で一人平均DMF歯数は減少傾向にあり、特に30代未満の減少が顕著である。



D：未処置のう蝕歯（5歳以上、永久歯）
M：喪失永久歯、う蝕による喪失歯
F：処置永久歯、処置されたう蝕歯(ただし、二次う蝕歯はDに含める)

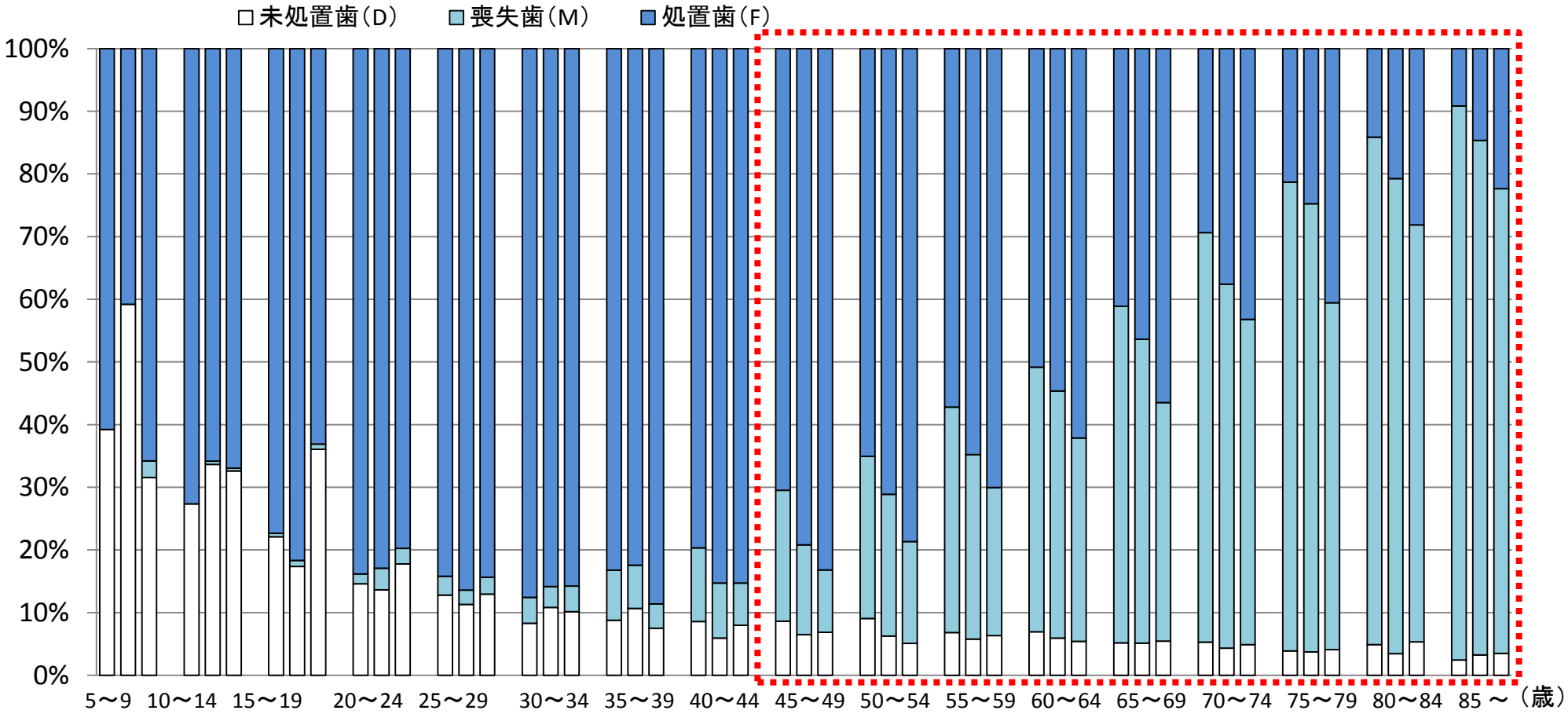
※各年齢階級の左から順に平成11年、平成17年、平成23年

出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施）

年齢階級別一人平均DMF歯率の推移

○ 各調査年を比較すると、45歳以上において一人平均処置歯（F歯）数の割合は増加傾向にある。

○ 一人平均喪失歯（M歯）数の割合は減少傾向にあり、特に45歳以上において顕著である。



※各年齢階級の左から順に平成11年、平成17年、平成23年

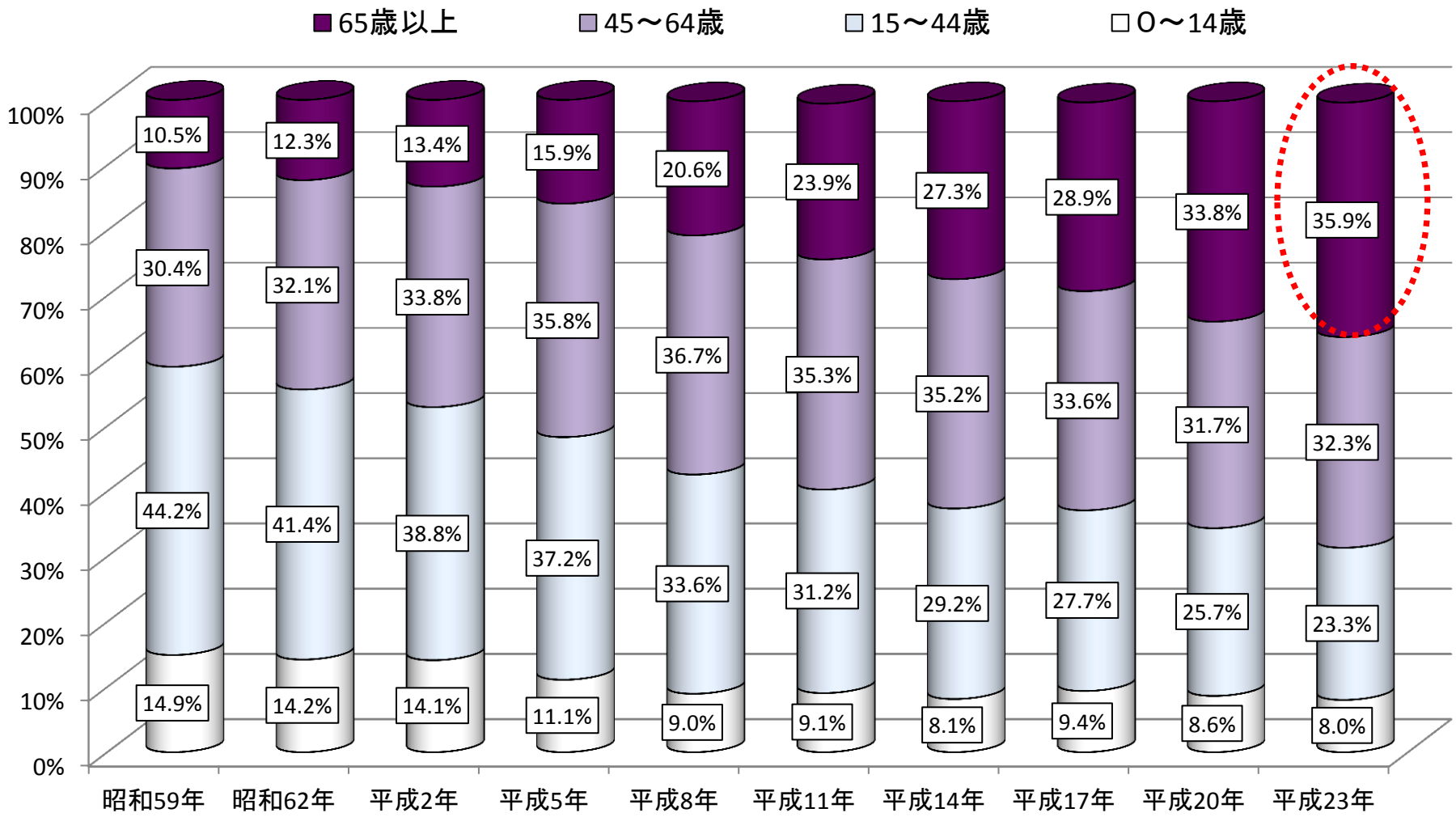
D：未処置のう蝕歯（5歳以上、永久歯）
M：喪失永久歯、う蝕による喪失歯
F：処置永久歯、処置されたう蝕歯(ただし、二次う蝕歯はDに含める)

出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施）

歯科における年齢（4区分）別患者数の割合

○　歯科診療所受診患者の年齢構成をみると、年々、若年者が減少し高齢者の割合が増加している。

○　平成2年までは半数以上が44歳以下であったのに対し、平成23年においては歯科診療所受診患者の3人に1人以上が65歳以上となっている。

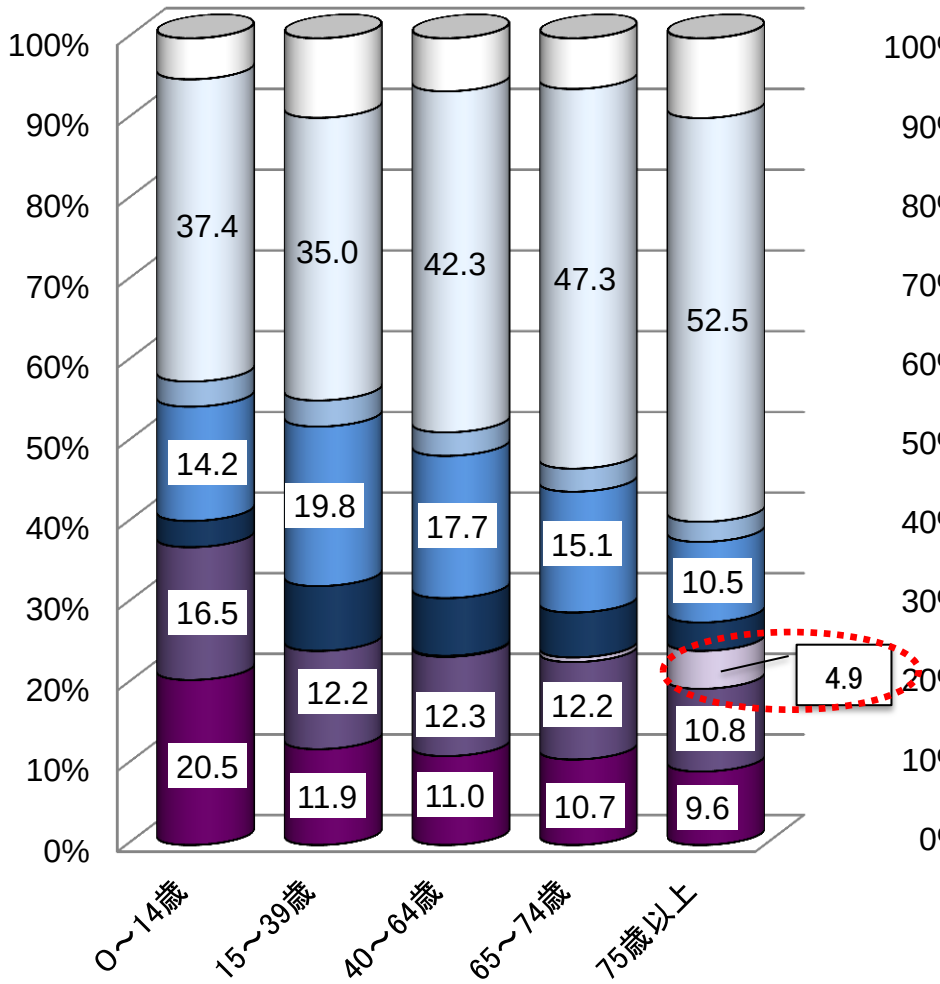


出典：厚生労働省　患者調査

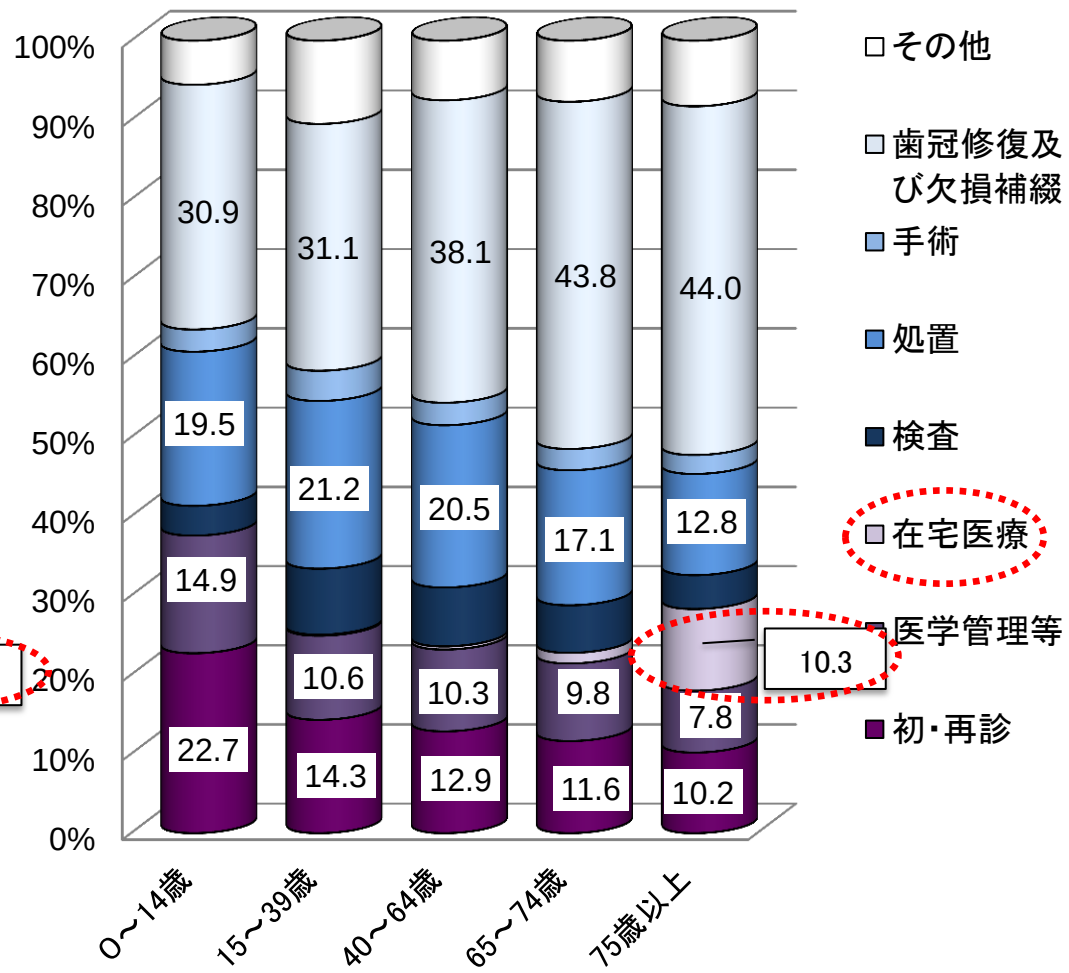
診療行為別にみたレセプト1件当たり点数の構成割合（年齢階級別）

○ 平成20年と26年のレセプト1件あたり各診療行為の構成割合を比較すると、各年齢層において「歯冠修復及び欠損補綴」が減少し、「処置」が増加している。

○ 75歳以上の後期高齢者においては、「在宅医療」の伸びが顕著である。

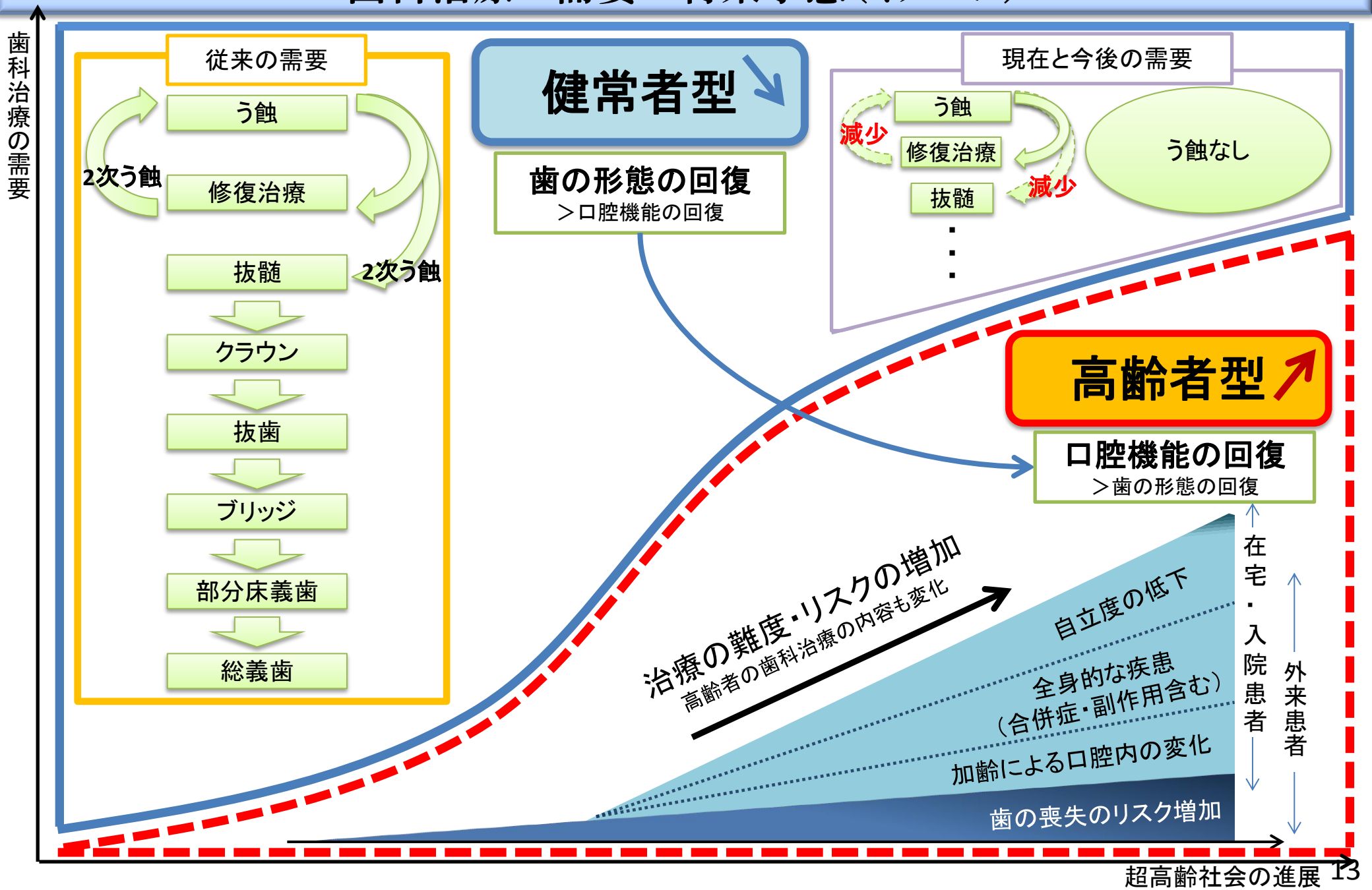


出典：平成20年社会医療診療行為別調査



出典：平成26年社会医療診療行為別調査

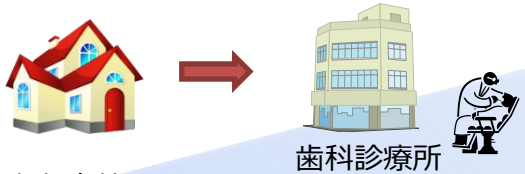
歯科治療の需要の将来予想（イメージ）



歯科医療サービスの提供体制の変化と今後の展望

● 近年の歯科保健医療を取り巻く状況の変化
・高齢化の進展等の人口構造の変化
・う蝕の減少等の疾病構造の変化
・ITの普及等による患者意識の変化
・歯科治療技術の向上

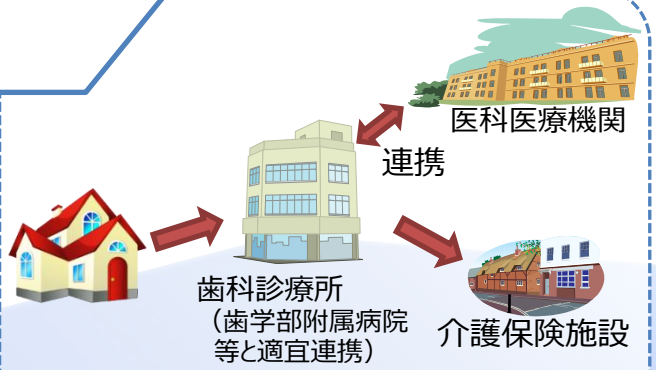
1980年



口腔内症状の発現に伴い歯科診療所を受診

【患者の特性とその対応】
う蝕等の歯科疾患に対する、う蝕処置、抜歯、補綴治療などの歯の形態回復を目的としつつ、歯科医療機関完結型の歯科医療の提供が主体

2010年



【患者の特性とその対応】
う蝕が減少する一方で、高齢化の進展や疾病構造の変化等に伴い、患者の病態像に応じた歯科医療ニーズが高まってきた。

2025年（イメージ）

【患者の特性とその対応】
今後、より一層の高齢化が進展する中で、住民のニーズに応えるために、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を含めた地域完結型医療の中での歯科医療の提供体制の構築が予想される。

歯の形態回復を主体とした医療機関完結型の歯科医療
➡ 歯の形態回復に加え、口腔機能の維持・回復の視点も含めた
地域包括ケア（地域完結型医療）における歯科医療提供体制の構築へ

（医政局歯科保健課作成資料を一部改変）

歯科治療の需要の将来予想（イメージ）とこれまでの対応

平成26年歯科診療報酬改定の概要

項目		主な評価
＜重点課題＞ 医療の機能分化・ 強化と連携、 在宅医療の充実等	在宅医療の促進	◆在宅歯科医療の推進等 ➢ 在宅かかりつけ歯科診療所加算の新設 ➢ 歯科医療機関連携加算の新設 ➢ 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設
	医療・介護の円滑な 連携の推進	◆周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携 ➢ 歯科医療機関連携加算の新設（再掲） ➢ 周術期口腔機能管理後手術加算の新設
充実が求められる 分野	歯科医療の推進	◆生活の質に配慮した歯科医療の充実 ➢ 各ライフステージの口腔機能の変化に着目した対応 • 小児保隙装置の評価 • 有床義歯の継続的管理の見直し ➢ 歯の喪失リスク増加に着目した対応 • フッ化物局所応用に関する評価の見直し • 口腔機能の維持・向上、回復に資する技術の評価の見直し
		◆新規医療技術の保険導入等（歯科） ➢ 歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価
		◆先進医療技術の保険導入（歯科） ➢ 歯科用CAD／ CAM装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価 ➢ 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術の評価
患者の視点等	医療安全対策等の推進	◆患者の視点に立った歯科医療 ➢ 初再診時における歯科外来診療環境体制加算の見直し
消費税率8％への引き上げに伴う対応		◆消費税率8％への引上げに伴う対応 ➢ 初再診料の引き上げ ➢ 歯科訪問診療料の引き上げ

平成26年診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日　中央社会保険医療協議会

1. **初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。**また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方の状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。

2. 入院医療の機能分化･連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
   (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10 対1の特定除外制度、「重症度、医療･看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
   (2) 特定集中治療室管理料の見直し
   (3) 総合入院体制加算の見直し
   (4) 有床診療所入院基本料の見直し
   (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設

3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。

4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。

5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
   (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
   (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
   (3) **歯科訪問診療の診療時間等**
   (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
   (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制

6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

平成26年診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査･検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。

8. 新薬創出･適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究･開発状況や財政影響を確認･検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。

9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。

10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。

11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72 時間要件を満たさない場合の緩和措置、**チーム医療の推進等**を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。

12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。

13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化･連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。

14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ･分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28 年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

目次

１．歯科医療を取り巻く現状等について
２．地域完結型医療（地域包括ケア）における歯科の対応
（１）周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進
（２）主治の歯科医師機能の評価
（３）全身的な疾患を有する患者等への対応
３．口腔疾患、口腔機能低下への対応
（１）口腔機能に着目した評価
（２）う蝕や歯周疾患の重症化予防の推進

平成26年診療報酬改定における対応

周術期における口腔機能管理の充実等

- 周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関連携に係る評価

（新）　歯科医療機関連携加算　100点【医科点数表】※再掲
（診療情報提供料の加算）

・歯科を標榜していない病院で、手術の部の第6款（顔面・口腔・頚部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術、第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））の手術若しくは造血幹細胞移植を行う患者について、手術前に歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合の評価

- 周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

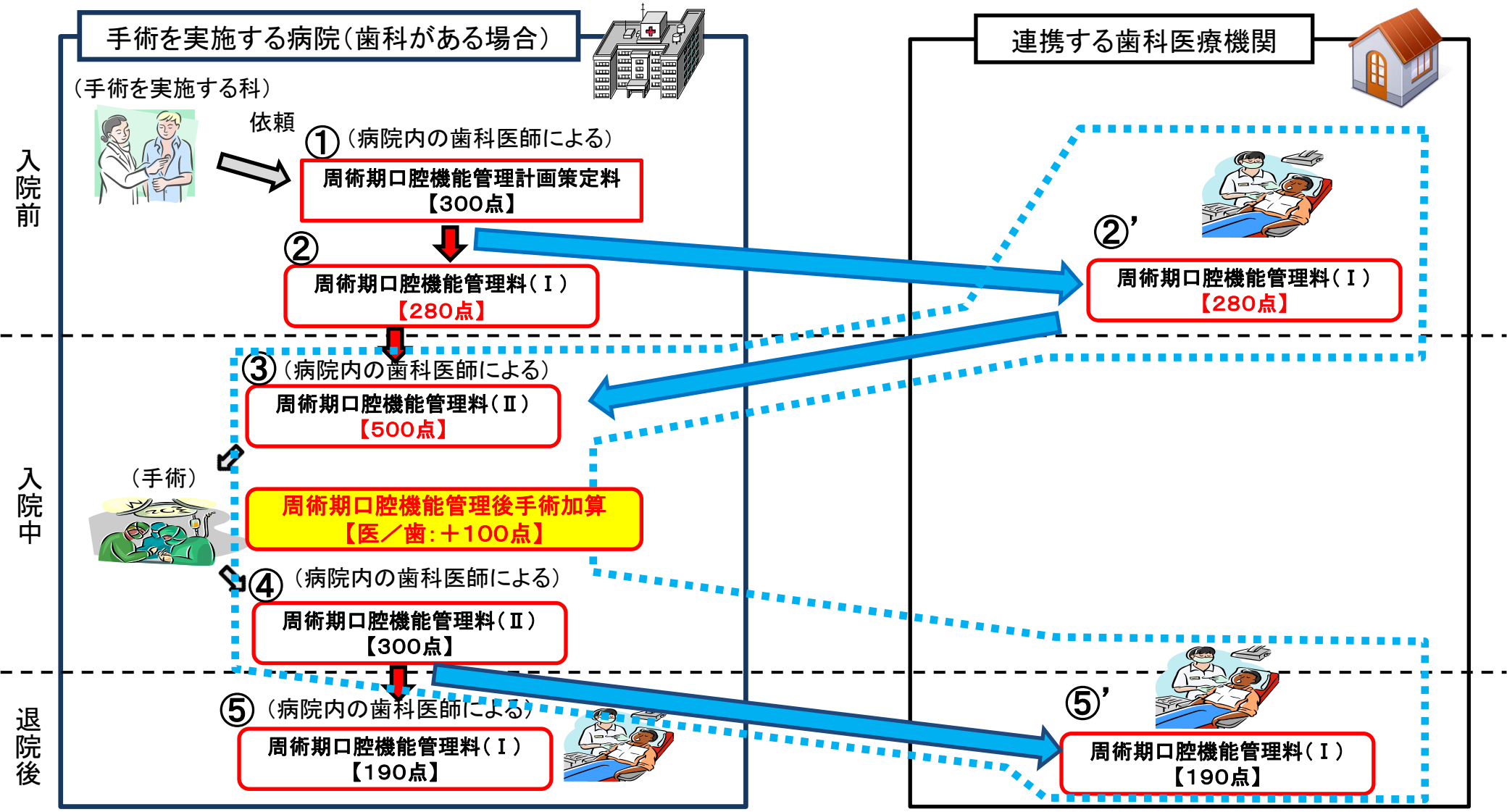
（新）　周術期口腔機能管理後手術加算　100点【医科、歯科点数表】
（手術料の加算）

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款（顔面・口腔・頚部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））を全身麻酔下で実施した場合

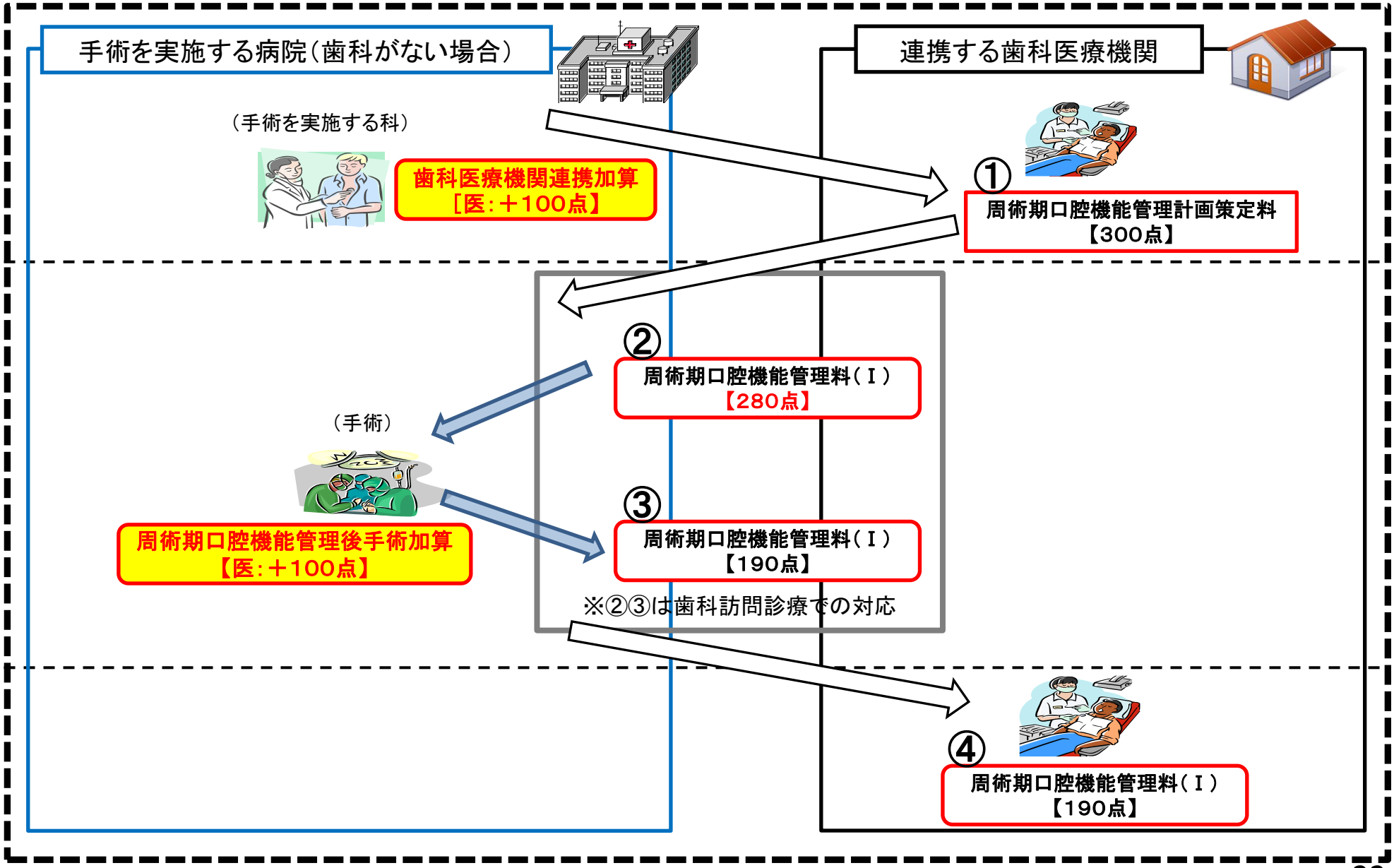
【歯科点数表】周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

周術期口腔機能管理料（Ⅰ：主として外来）　手術前　190点　→　280点
周術期口腔機能管理料（Ⅱ：入院中）　手術前　300点　→　500点

周術期における口腔機能管理のイメージ①



周術期における口腔機能管理のイメージ②



周術期における口腔機能管理料の算定状況

○ 周術期口腔機能管理の算定回数は増加しているが、その施設別の内訳をみると病院併設歯科が大部分であった。

項目別算定回数	平成24年	平成25年	平成26年
周術期口腔機能管理計画策定料	3,579	6,818	9,507
周術期口腔機能管理料Ⅰ	989	2,398	3,879
手術前	516	1,182	2,610
手術後	473	1,216	1,269
周術期口腔機能管理料Ⅱ	3,375	9,275	12,514
手術前	1,719	3,635	5,366
手術後	1,656	5,640	7,148
周術期口腔機能管理料Ⅲ	1,599	7,181	8,541

施設別算定回数（平成26年）

	病院併設歯科	歯科単独病院	歯科診療所
周術期口腔機能管理計画策定料	9,487	20	0
周術期口腔機能管理料Ⅰ	3,246	49	584
手術前	2,447	17	146
手術後	799	32	438
周術期口腔機能管理料Ⅱ	12,476	38	
手術前	5,356	10	
手術後	7,120	28	
周術期口腔機能管理料Ⅲ	8,526	15	0

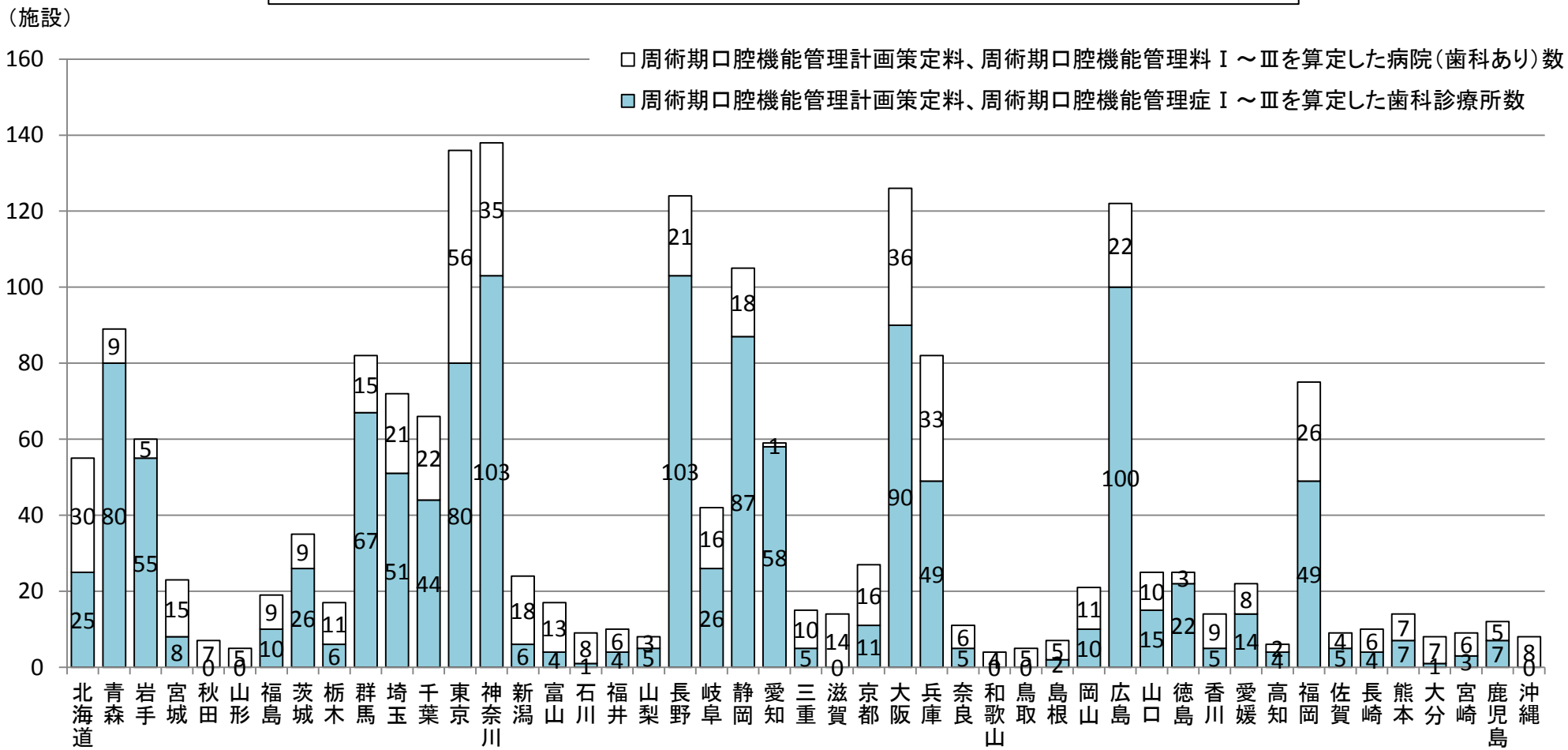
出典： 平成26年社会医療診療行為別調査

周術期口腔機能管理を行っている歯科医療機関数

○ 都道府県別に周術期口腔機能管理に関連する診療報酬の項目を算定している歯科医療機関の状況をみると、神奈川県が138施設と最も多く、全体的にみると地域差がある。

○ また、歯科診療所で周術期口腔機能管理料等が算定されていない県が6県あった。

周術期口腔機能管理料等を算定した歯科医療機関数（H25.7.1現在）

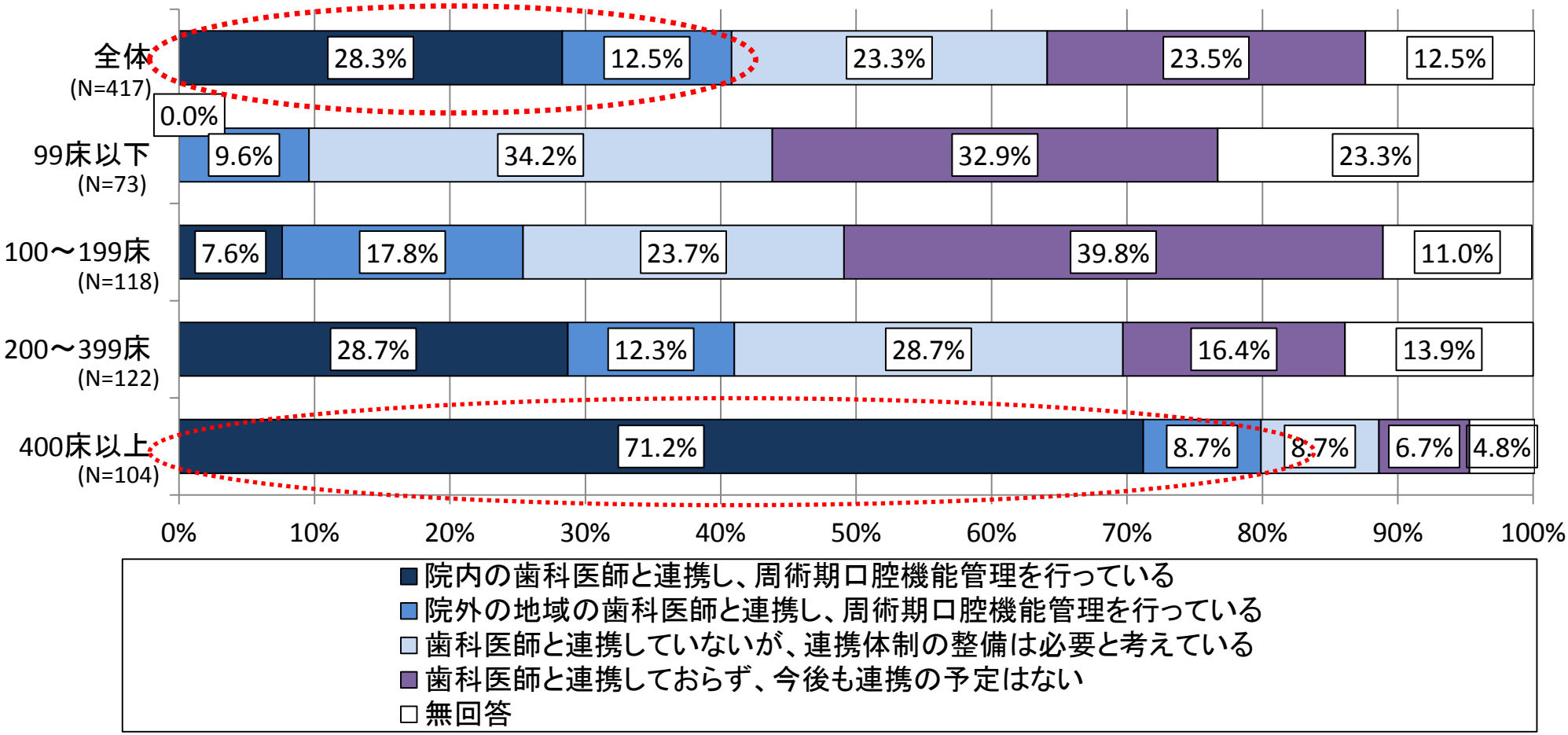


出典：保険局医療課調べ（平成25年）

周術期口腔機能管理における医科と歯科の連携状況

○ 全体では、約40%の病院において院内の歯科医師、または院外の地域の歯科医師と連携している。

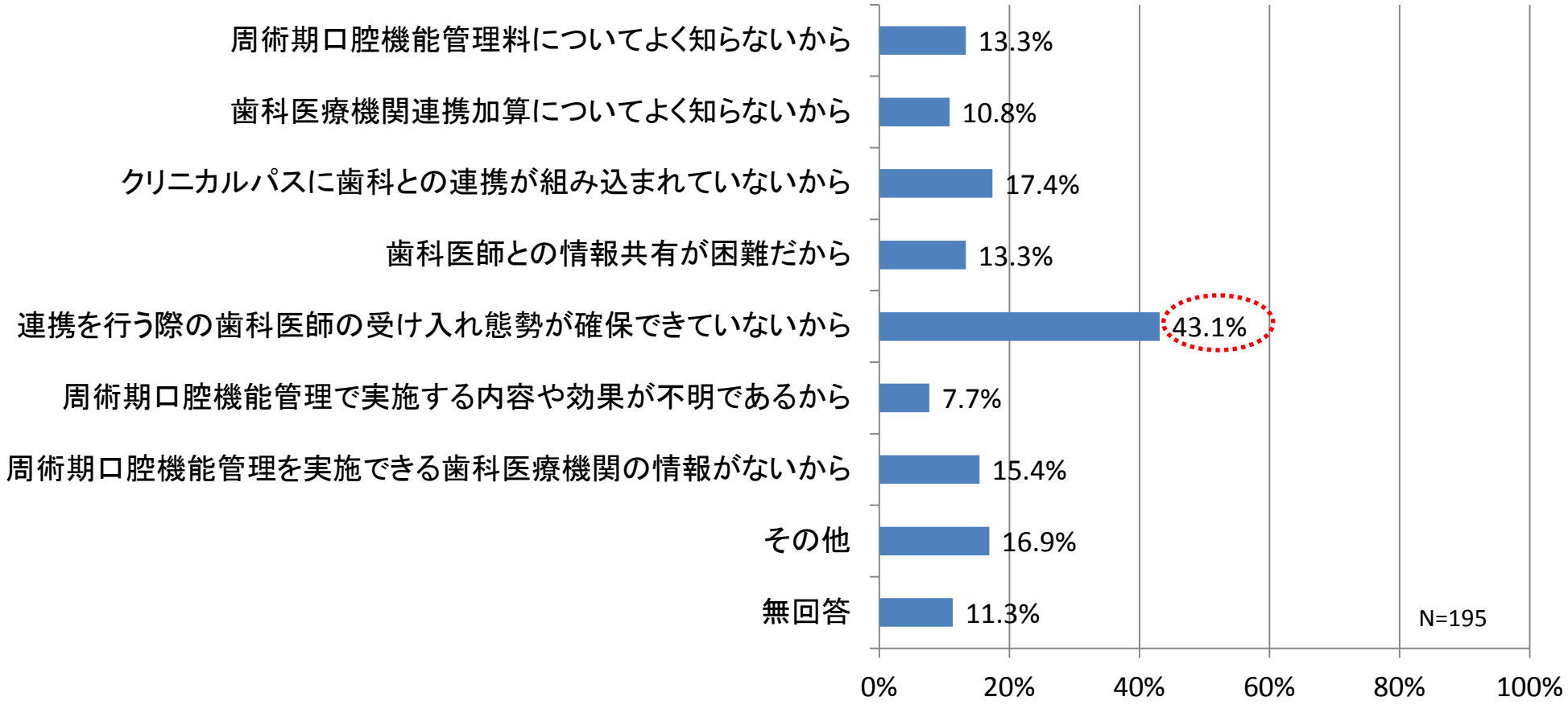
○ 歯科医師と連携している病院の割合は病床数が多いほど多く、400床以上の病院では院内又は院外の地域の歯科医師と連携していると回答した病院は約80%であった。



出典：夜間の看護要員配置の評価や月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響及びチーム医療の推進等を含む医療従事者の負担軽減措置の実施状況調査（平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査）

医科の医療機関が歯科医師と連携していない理由

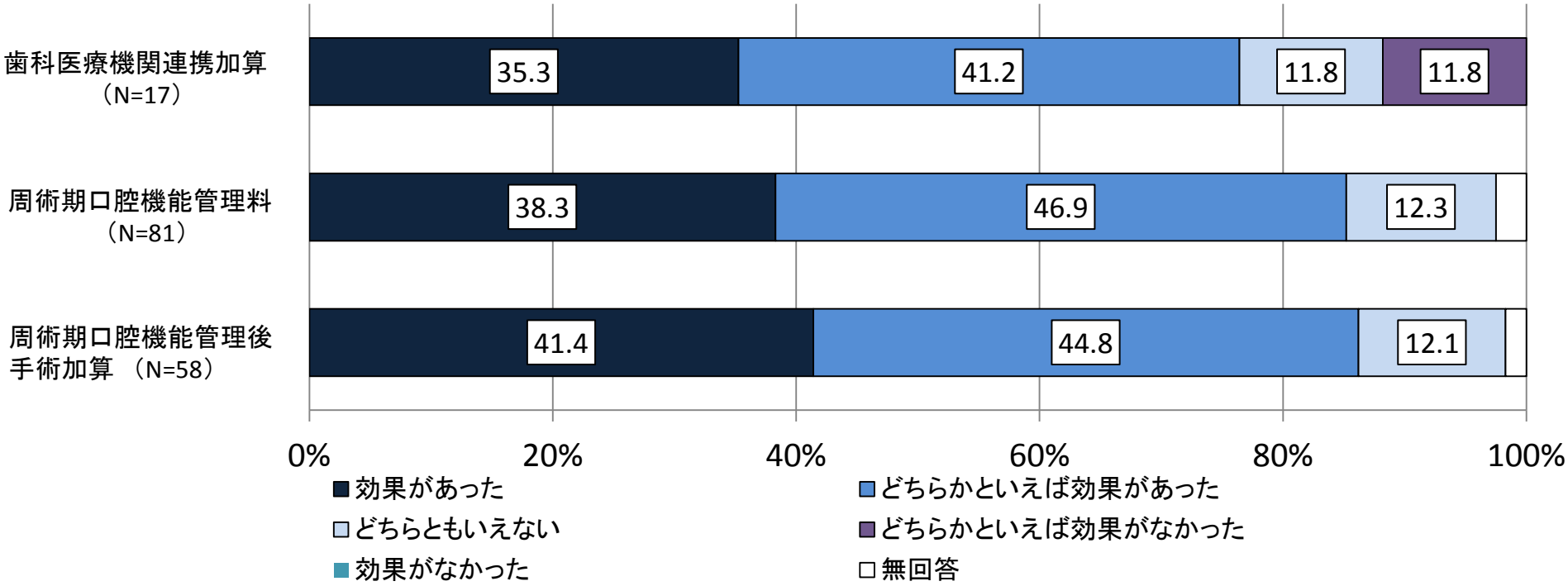
○ 病院（医科）が歯科医師と連携していない理由としては、「連携を行う際の歯科医師の受け入れ態勢が確保できていないから」が最も多く、43.1%であった。



出典：夜間の看護要員配置の評価や月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響及びチーム医療の推進等を含む医療従事者の負担軽減措置の実施状況調査（平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査）

チーム医療の推進（医科歯科連携）における周術期口腔機能管理の効果

○ チーム医療への取組（歯科との連携）を評価した診療報酬項目（歯科医療機関連携加算、周術期口腔機能管理料、周術期口腔機能管理後手術加算）について、算定している医療機関にその効果をきいたところ、「効果があった」「どちらかといえば効果があった」と回答した病院（医科）がそれぞれ約8割を占めていた。



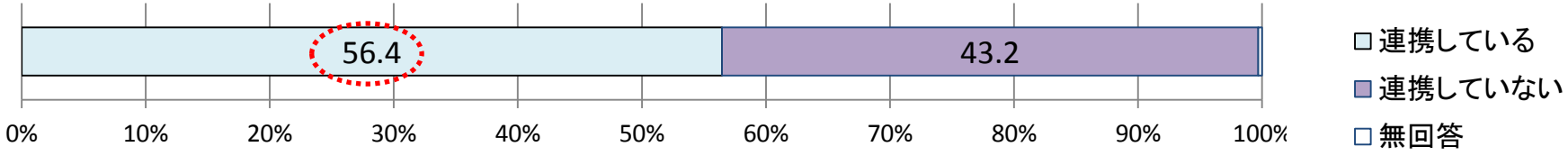
出典：夜間の看護要員配置の評価や月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響及びチーム医療の推進等を含む医療従事者の負担軽減措置の実施状況調査（平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査）

周術期口腔機能管理に関する連携（歯科を有する病院と歯科診療所）①

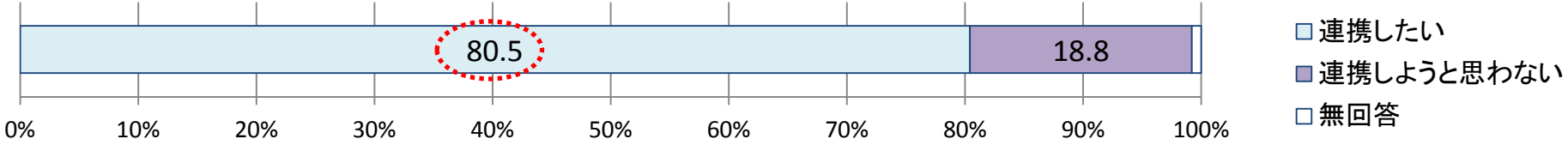
○ 周術期口腔機能管理の請求を行ったことのある医療機関（歯科を有する病院）のうち、当該患者の「かかりつけ歯科診療所」と連携している医療機関は約56%であった。

○ 「かかりつけ歯科診療所」と連携していない医療機関（歯科を有する病院）について、今後の意向を調査したところ、約80%の医療機関は「連携したい」と考えていた。

かかりつけ歯科診療所と病診連携の実施有無 （N=296）



現在かかりつけ歯科診療所と連携していない病院について、今後のかかりつけ歯科診療所と病診連携の実施意向 （N=128）



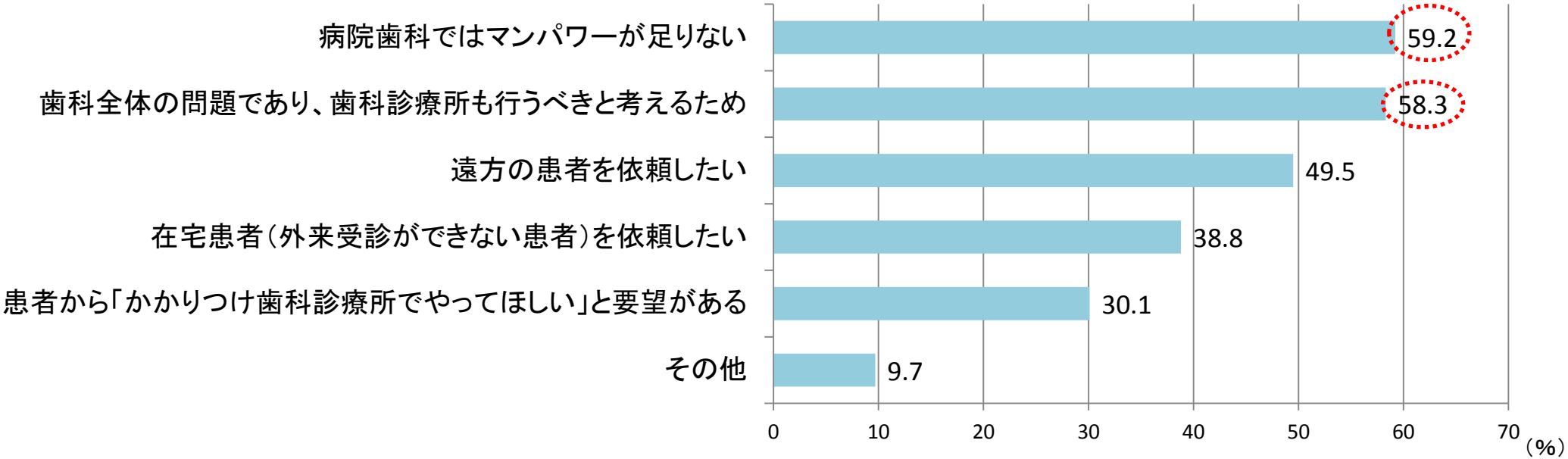
調査対象：日本口腔外科学会認定研修施設ならびに准研修施設である460施設
施設の内訳：歯学部付属病院、大学（医歯薬総合）病院、医学部附属病院歯科口腔外科、病院歯科口腔外科、歯科病院
調査期間：平成25年8月7日～同年11月12日
※「かかりつけ歯科診療所」：調査内で定義なし

出典：周術期口腔機能管理アンケート調査報告書（公益社団法人日本口腔外科学会，平成26年）

周術期口腔機能管理に関する連携（歯科を有する病院と歯科診療所）②

○　歯科を有する病院が「かかりつけ歯科診療所」と病診連携したい理由としては、「病院歯科ではマンパワーが足りない」、「歯科全体の問題であり、歯科診療所も行うべきと考えるため」が多かった。

かかりつけ歯科診療所と病診連携を実施したい理由（複数回答）　（N=103）



調査対象：日本口腔外科学会認定研修施設ならびに准研修施設である460施設
施設の内訳：歯学部付属病院、大学（医歯薬総合）病院、医学部附属病院歯科口腔外科、病院歯科口腔外科、歯科病院
調査期間：平成25年8月7日～同年11月12日
※「かかりつけ歯科診療所」：調査内で定義なし

出典：周術期口腔機能管理アンケート調査報告書（公益社団法人日本口腔外科学会，平成26年）

医科歯科連携の状況（リハビリテーション病院における連携）

○ リハビリテーション病院において、退院時カンファレンスへの歯科医師、歯科衛生士の参加がない病院が約70%であり、約90%の病院で歯科医師へ参加の呼びかけも行われていなかった。

○ その一方、歯科治療に関する必要性や医科歯科連携の必要性については、90%以上の病院で必要と回答していた。

リハビリテーション病院に対するアンケート調査結果

- 退院時カンファレンスへの歯科医師、歯科衛生士の参加状況
  - ・参加経験がない　70.4%
  - ・歯科衛生士単独参加　17.6%
- 退院時カンファレンスに院外の歯科医師の参加の呼びかけ
  - ・していない　90.4%
- 歯科治療に関する必要性
  - ・必要　96.1%
- 医科歯科連携の必要性
  - ・必要　92%

調査対象：日本リハビリテーション病院・施設協会の会員である医療機関460施設のうち、回答のあった126施設
調査期間：平成24年10月10日～同年12月31日

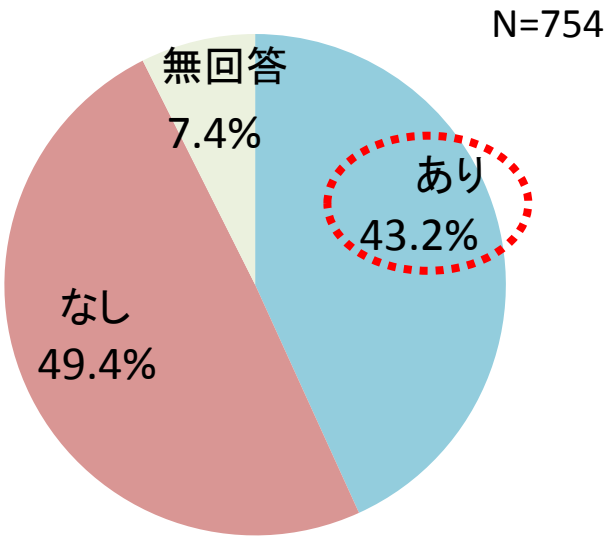
出典：　医科歯科連携におけるアンケート調査（日本歯科医師会雑誌68，2015）

【参考】介護保険施設における協力歯科医療機関の業務について

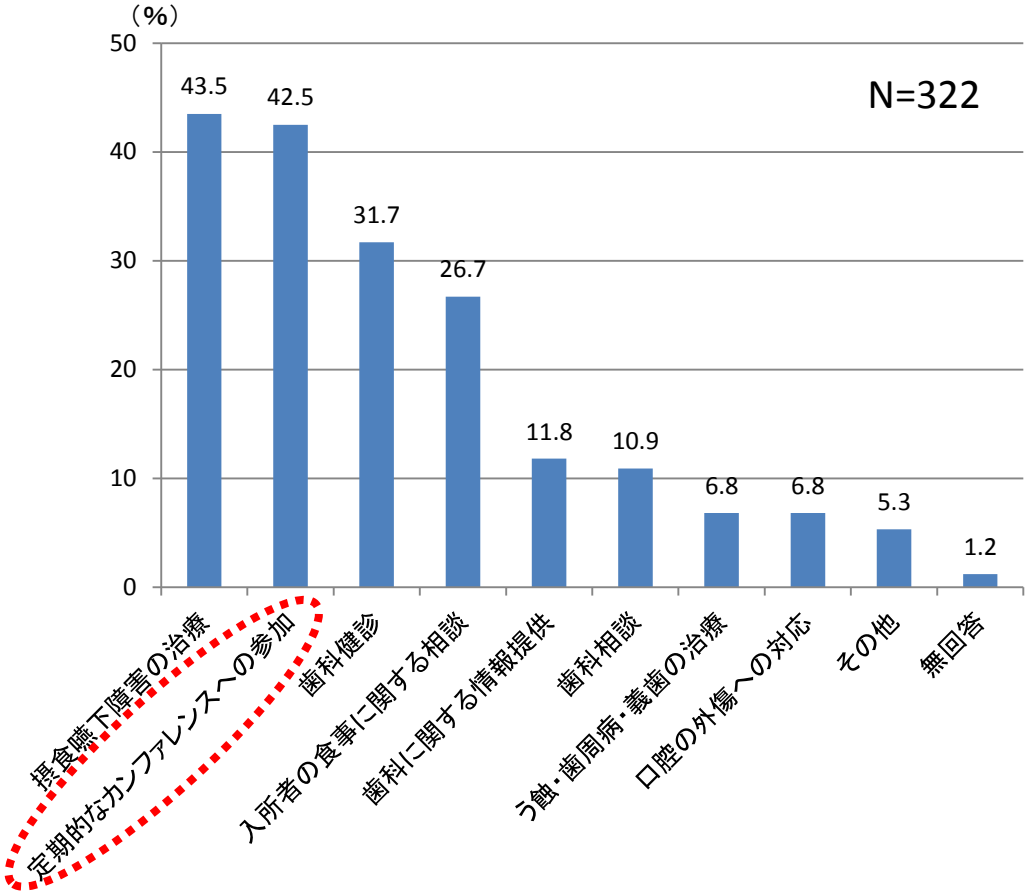
○ 協力歯科医師に行ってもらいたい業務の有無を確認したところ43.2%があると回答した。
（調査対象：介護老人福祉施設454施設、介護老人保健施設213施設、介護療養型医療施設61施設）

○ そのうち、42.5%は定期的なカンファレンスへの参加を希望していた。

協力歯科医療機関に行ってもらいたい業務の有無



協力歯科医療機関に行ってもらいたいが行われていない業務



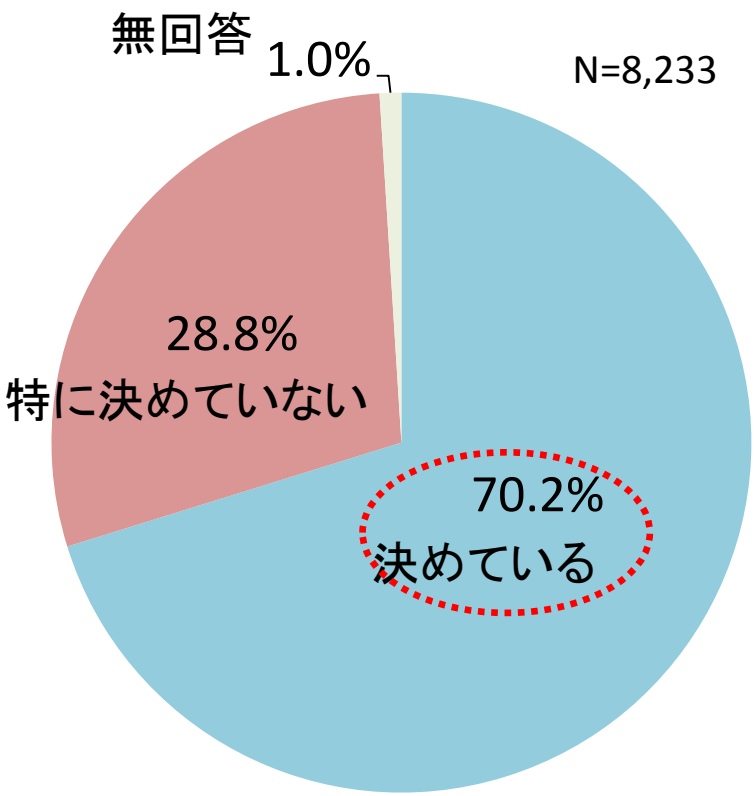
出典：介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業報告書（平成26年度老人保健健康増進等事業）

目次

１．歯科医療を取り巻く現状等について
２．地域完結型医療（地域包括ケア）における歯科の対応
（１）周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進
（２）主治の歯科医師機能の評価
（３）全身的な疾患を有する患者等への対応
３．口腔疾患、口腔機能低下への対応
（１）口腔機能に着目した評価
（２）う蝕や歯周疾患の重症化予防の推進

かかりつけ歯科医の有無

○ 20歳以上において、「かかりつけ歯科医」を「決めている」人の割合は70.2%、「特に決めていない」人は28.8%と、約7割の人が「かかりつけ歯科医」を決めていた。



【調査概要】

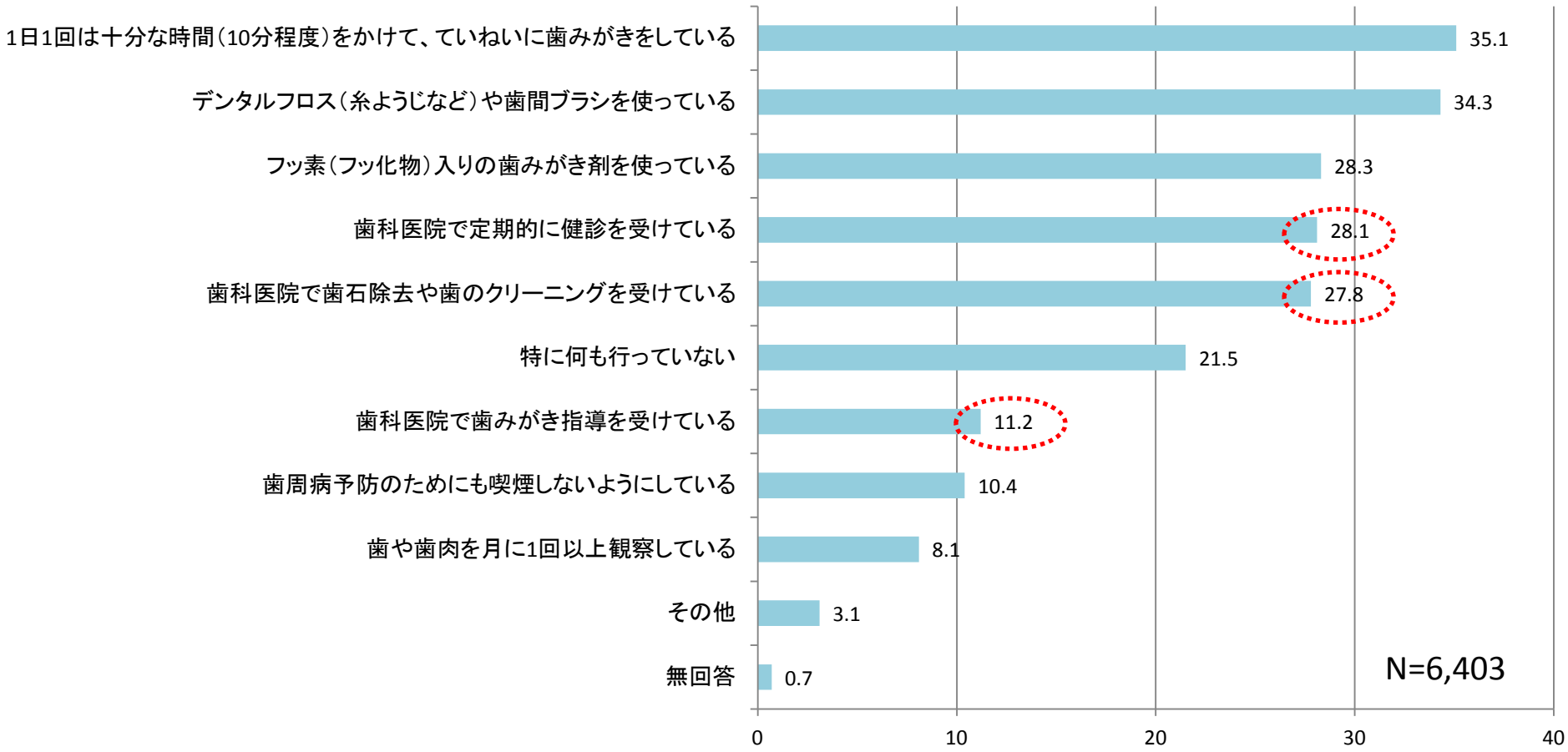
1. 調査期間　平成26年10月15日～同年11月14日
2. 調査対象者
   東京都内に居住する6,000世帯（20歳以上の世帯員）
3. 調査方法
   ①世帯状況調査と②健康と医療に関する意識調査を実施
   ①世帯状況：面接聞き取り調査
   ②健康と医療に関する意識調査：
   調査対象者自身記入する留め置き調査
4. 集計対象
   ①世帯状況
   6,000世帯のうち、回答を得られた3,597世帯
   （回収率60.0%）
   ②健康と医療に関する意識調査
   3,597世帯（8,233人）のうち、回答を得られた
   満20歳以上の世帯員6,403人

※「かかりつけ歯科医」：調査内で定義なし

出典：『都民の健康と医療に関する実態と意識』の結果（速報）（平成26年度東京都福祉保健基礎調査）

歯の健康づくりの状況

○ 「歯や歯肉の健康を保つために行っていること」を聞いたところ、「歯科医院で定期的に健診を受けている」約28%、「歯科医院で歯石除去や歯のクリーニングを受けている」約28%、「歯科医院で歯みがき指導を受けている」約11%であった。



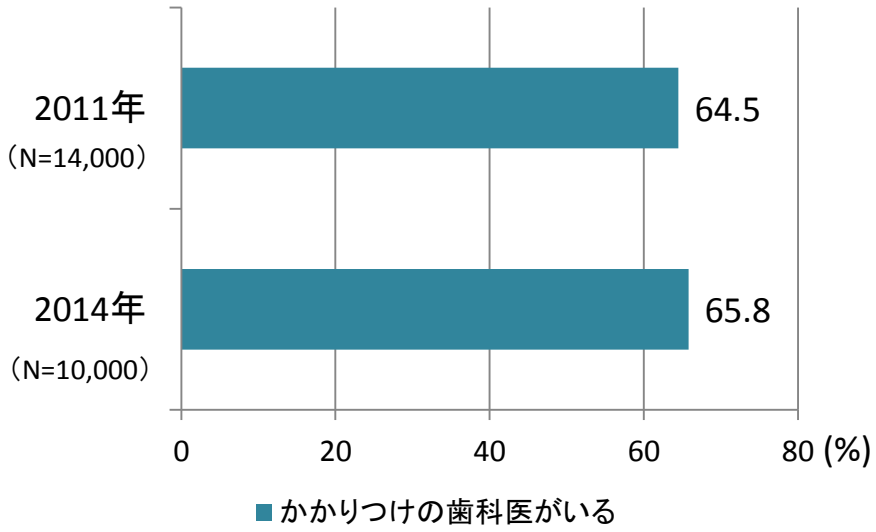
出典：『都民の健康と医療に関する実態と意識』の結果（速報）（平成26年度東京都福祉保健基礎調査）

かかりつけ歯科医がいる割合

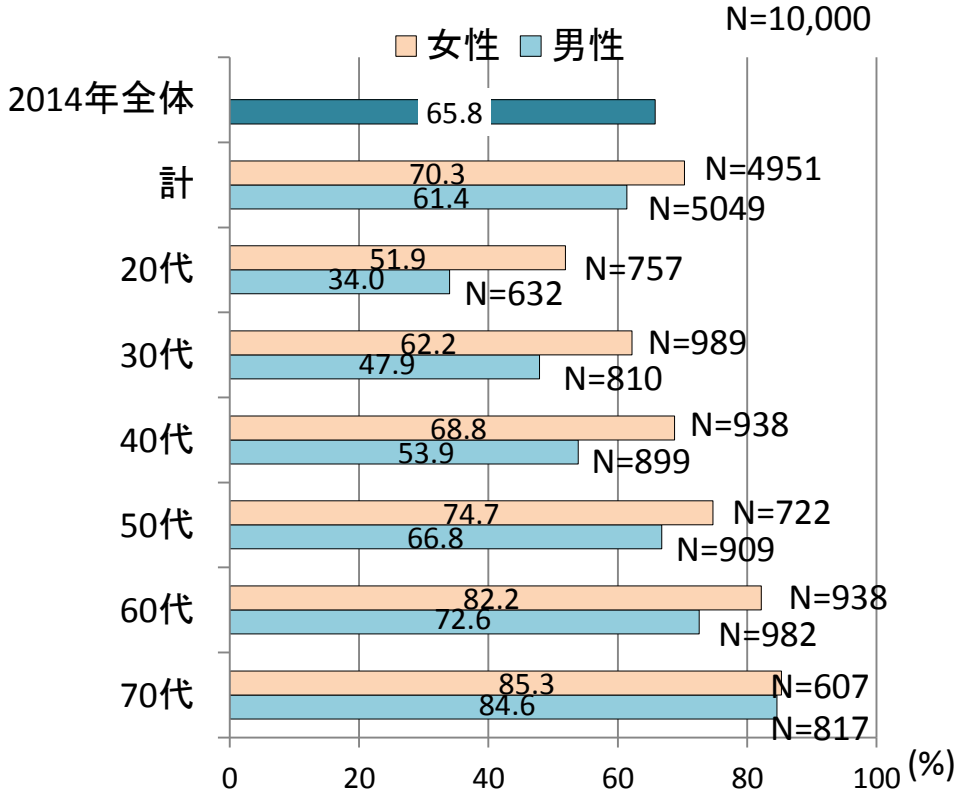
○ 「かかりつけの歯科医がいる」と答えた人は全体の約66%であり、男性よりも女性で高い値を示した。

○ 男女とも高齢になるほど、「かかりつけ歯科医がいる」と答えた者の割合が高かった。

かかりつけ歯科医の有無



かかりつけ歯科医の有無（性別、年代別）



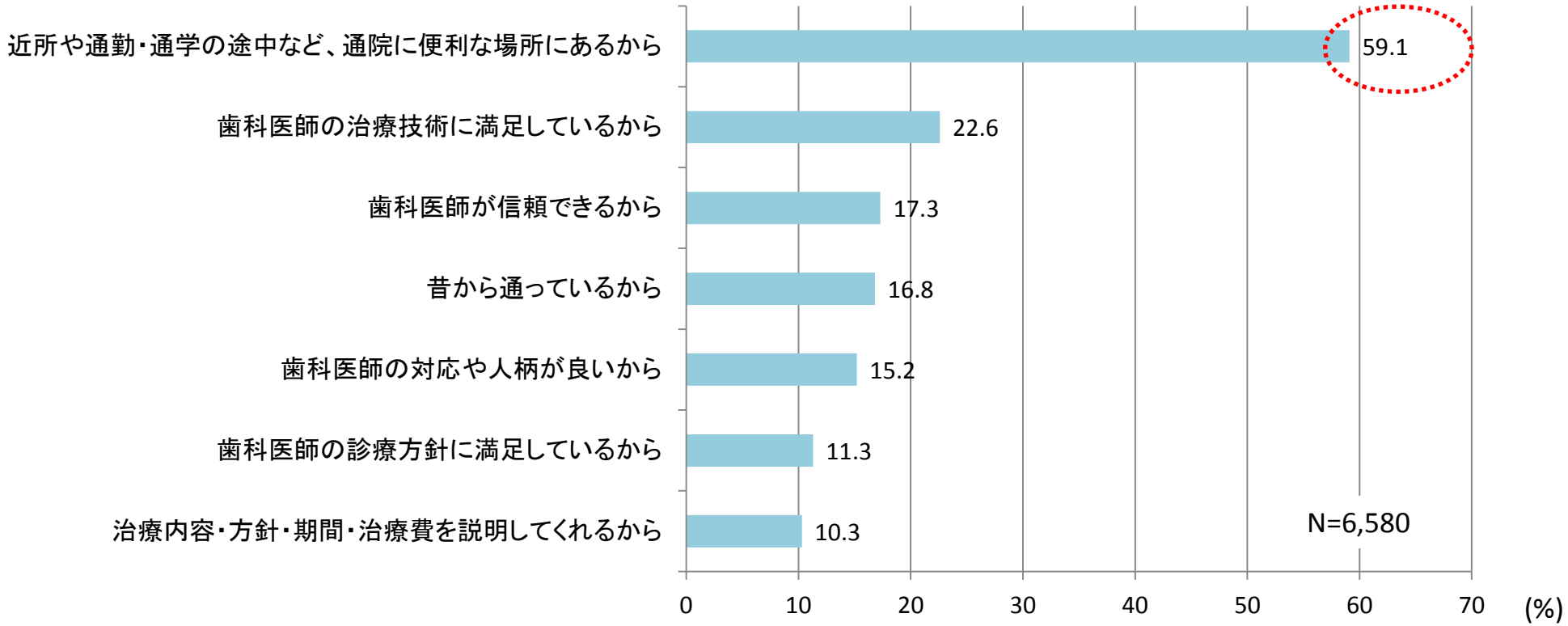
調査対象：全国の20～70代　男女10,000人
調査期間：2014年3月4日～3月6日
調査手法：インターネット調査（インターネット調査会社の保有する調査パネルを抽出名簿とするインターネット調査）
※「かかりつけの歯科医」：調査内で定義なし

出典：歯科医療に関する一般生活者意識調査（日本歯科医師会，平成26年）

かかりつけ歯科医を選んだ理由

○ 「かかりつけの歯科医」がいると回答した6,580人に対しその選択理由を聞いたところ、「近所や通勤・通学の途中など、通院に便利な場所にあるから」の割合が最も高く、約6割を占めた。

○ 次いで、「歯科医師の治療技術に満足」（22.6%）、「歯科医師が信頼できる」（17.3%）と続いた。

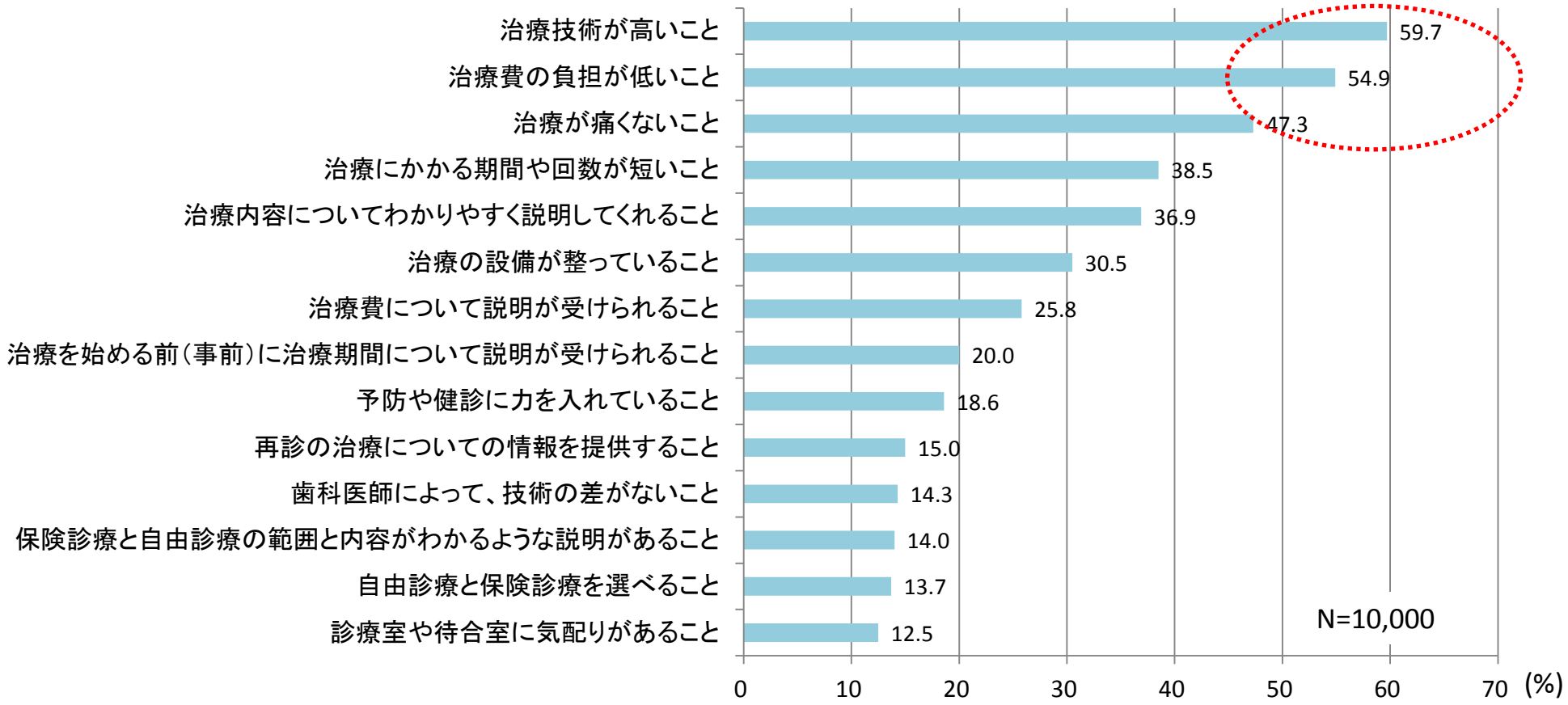


調査対象：全国の20～70代　男女10,000人
調査期間：2014年3月4日～3月6日
調査手法：インターネット調査（インターネット調査会社の保有する調査パネルを抽出名簿とするインターネット調査）
※「かかりつけの歯科医」：調査内で定義なし

出典：歯科医療に関する一般生活者意識調査（日本歯科医師会，平成26年）

歯科医師・歯科医院への期待、要望

○ 歯科医師・歯科医院に期待することは「治療技術が高いこと」が59.7%、「治療費の負担が低いこと」54.9%、「治療が痛くないこと」が47.3%であった。



調査対象・調査期間：全国の20～70代男女10,000人を対象に、2014年３月４日～３月６日まで調査を実施。
調査手法：インターネット調査（インターネット調査会社の保有する調査パネルを抽出名簿とするインターネット調査）

出典：歯科医療に関する一般生活者意識調査（日本歯科医師会，平成26年）

かかりつけ歯科医の効果について

新しいう蝕の発生と フォローアップ回数の関連

○ 歯科診療所に通院している2～18歳を対象とした調査において、フォローアップ回数が10回を超えると1回と比較して、有意に新しいう蝕ができにくくなっていた。

フォローアップの回数

1回	1.0	
2-4回	0.608	p=0.134
5-9回	0.415	p=0.065
10回以上	0.473	p=0.010

対象：2002年から2008年に歯科診療所に通院している
2歳から18歳の651人
分析方法：「新しくできたむし歯の数」を目的変数として
ロジスティック回帰分析を実施

出典：Effect of Preventive Oral Hygiene Measures on the Development of New Carious lesions,
(Oral Health Prev. Dent, 12, 2014)

かかりつけ歯科医の有無と 現在歯数との関連

○ 65歳以上の高齢者を対象とした調査において、3年以上同じ「かかりつけ歯科医」がいない者は現在歯数20本未満となるリスクが高くなっていた。

現在歯数が20本未満と関連する要因

		男性	女性
3年以上同じかかりつけ歯科医	あり	1.0	1.0
	なし	10.21（3.06～34.08）	6.66（1.43～30.97）

対象：65歳以上の高齢者
現在歯数19本以下の高齢者79人（男性19人、女性60人）
現在歯数20本以上の高齢者85人をコントロール
調査方法：質問紙調査
※「かかりつけ歯科医」：「かかりつけの歯医者（3年以上同じ）がありますか」の問いに対して「はい」「いいえ」で回答する形式により把握。

出典：高齢者で歯を20本以上保つ要因について～北海道道東地域におけるケース・コントロール研究～（口衛誌61, 2011）

目次

１．歯科医療を取り巻く現状等について
２．地域完結型医療（地域包括ケア）における歯科の対応
（１）周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進
（２）主治の歯科医師機能の評価
（３）全身的な疾患を有する患者への対応等
３．口腔疾患、口腔機能低下への対応
（１）口腔機能に着目した評価
（２）う蝕や歯周疾患の重症化予防の推進

歯科診療で特別な対応が必要な患者に対する診療報酬上の評価

診療内容に関する評価

①歯科診療特別対応加算 【＋175点】
著しく歯科診療が困難な患者に対して歯科診療を行った場合の初・再診料の加算

②初診時歯科診療導入加算 【＋250点】
歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合の初診料の加算

③歯科衛生実地指導料2 【100点】
歯科診療特別対応加算を算定している患者に対する歯科衛生士の実地指導

④個々の技術料の加算
処置、手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴の特掲診療料の各行為に対する100分の50に相当する点数の加算

連携に関する評価

診療情報提供料(Ⅰ)の加算 【＋100点】
①歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算【平成22年度改定対応】

⑥歯科診療特別対応地域支援加算【＋100点】
歯科診療所※で①歯科診療特別対応加算を算定した患者について、文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合の初診料の加算【平成24年度改定対応】
※⑤歯科診療特別対応連携加算の届出を行った歯科診療所を除く。

歯科医療機関

紹介 →

⑤歯科診療特別対応連携加算【＋100点】
施設基準を届出た医療機関で、①歯科診療特別対応加算を算定した患者を紹介され受け入れた場合の初診料の加算【平成22年度改定対応】

診療情報提供料(Ⅰ)の加算【＋100点】
施設基準を届出た医療機関で①歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算【平成24年度改定対応】
・⑤歯科診療特別対応連携加算
・地域歯科診療支援病院歯科初診料

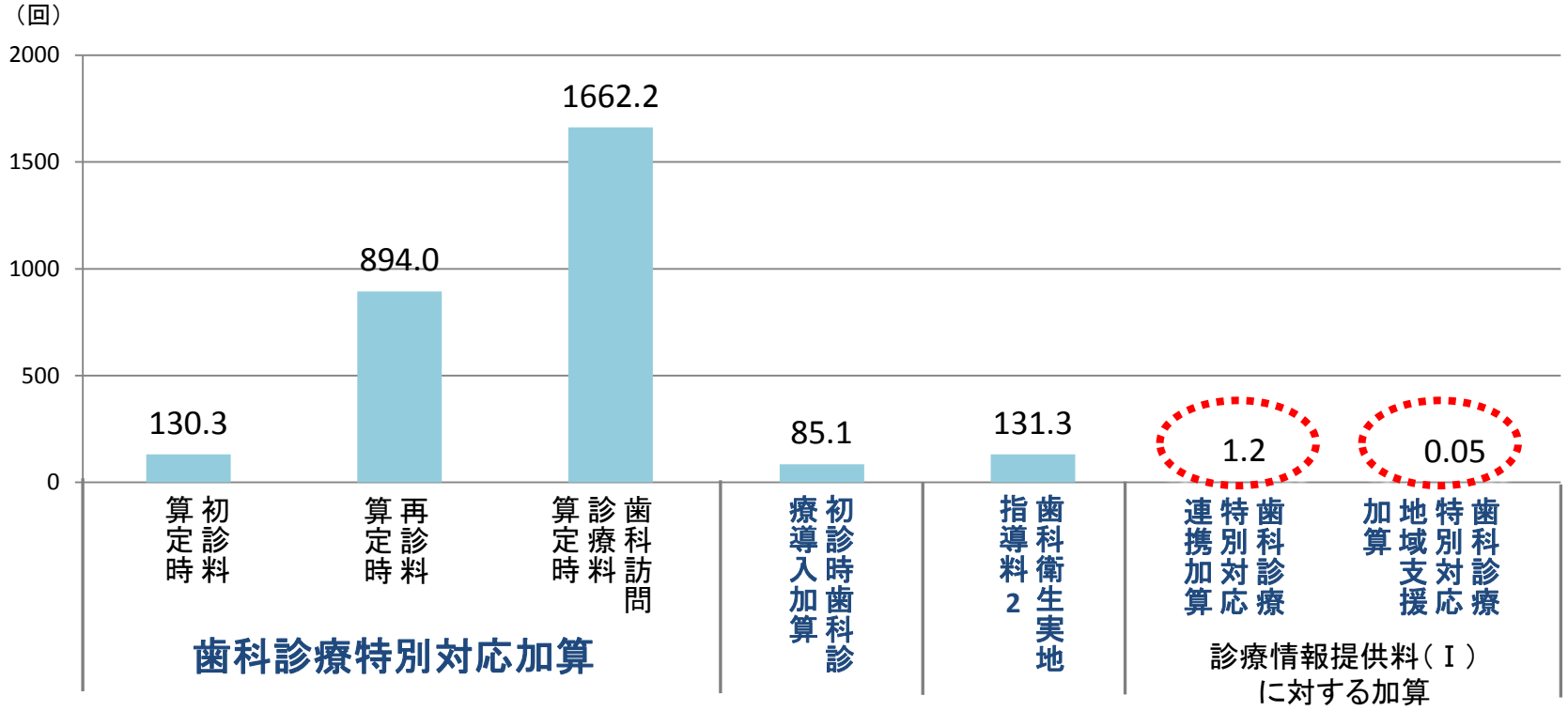
← 紹介

後方支援をおこなう歯科医療機関

算定状況（レセ100,000件あたり回数）等

○ レセ100,000件当たり回数は「歯科診療特別対応連携加算」1.2回、「歯科診療特別対応地域支援加算」0.05回となっており、ほとんど算定されていないものも認められた。

○ 歯科診療特別対応連携加算の届出医療機関数は600施設であった。



出典： 平成26年社会医療診療行為別調査

【歯科診療特別対応連携加算の届出医療機関数】

平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
447	396	590	600

○ 届出歯科医療機関数は、全歯科診療所の約1%にとどまっている。

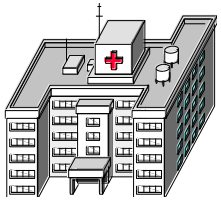
出典： 保険局医療課調べ

全身的な疾患を有する者への対応

【歯科治療総合医療管理料】

安全・安心な歯科医療を提供する観点から、全身疾患を有する患者に対する**かかりつけ医からの診療情報提供に基づき**歯科治療による偶発症等を防止するために、呼吸心拍監視装置等を用いて**総合的な医療管理を行った場合の評価**

医科医療機関



診療情報提供料の様式に基づく紹介

歯科医療機関

歯科治療上、必要な医療管理を行った場合
→歯科治療総合医療管理料【140点】
※歯科訪問診療料を算定した患者は
「在宅患者歯科治療総合医療管理料」で評価

＜対象疾患＞
高血圧性疾患 、虚血性心疾患、不整脈、心不全、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能障害、副腎皮質機能不全、脳血管障害、てんかん、甲状腺機能亢進症、自律神経失調症
骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤服用患者に限る。）
慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）

＜施設基準（告示）＞
イ　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
ロ　歯科衛生士又は看護師が配置されていること。
ハ　当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
ニ　緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

【歯科治療総合医療管理料の算定状況】

	H21.6	H22.6	H23.6	H24.6	H25.6	H26.6
算定回数	3,159	2,171	7,589	4,066	6,750	9,476

出典：社会医療診療行為別調査

○　算定回数はH24年に一度減少しているものの、近年は増加傾向にある。

歯科医療の総合的な環境整備に対する評価

【歯科外来診療環境体制加算】

歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる**歯科医療の総合的な環境整備の評価**

歯科の外来診療の特徴

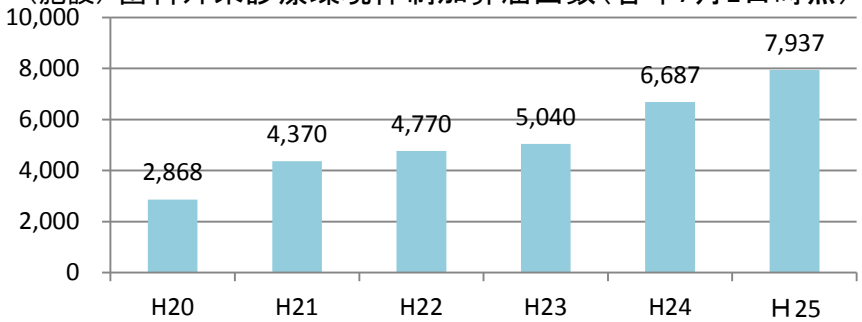
- 誤飲や誤嚥の恐れのある細小な器具や歯冠修復物が多用されている
- 偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会が多い　等

→　歯科外来診療環境体制加算　初診時　【26点】　再診時　【4点】

［施設基準］

1　所定の研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
2　歯科衛生士が1名以上配置されていること
3　緊急時の初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）を設置していること
4　診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること
5　口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること
6　感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
7　歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を整備していること
8　歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

（施設）歯科外来診療環境体制加算届出数（各年7月1日時点）



○　届出歯科医療機関数は増加しているが、全歯科診療所の約12%にとどまっている。

出典：保険局医療課調べ

地域包括ケア（地域完結型医療）への対応の課題と論点について

課　題

◆　周術期口腔機能管理に係る項目を算定している歯科医療機関数は経年的に増加しているが、その内訳を施設別にみると、病院併設歯科が大部分を占めており、歯科診療所ではほとんど算定されておらず、算定のない県もある状況であった。また、周術期口腔機能管理を実施した病院のうち、患者の「かかりつけ歯科診療所」と連携しているのは半数程度にとどまっている。

◆　各種調査において、「かかりつけ歯科医」がいると回答した者は約7割であったが、「かかりつけ歯科医」を選んだ理由としては、近所や通勤・通学に便利な場所にある」が最も多い。

◆　歯科診療で特別な対応が必要な患者、全身的な疾患を有する患者への対応を評価する診療報酬上の項目はあるが、算定件数が非常に少ない。また、歯科医療の環境整備を評価した「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準の届出を行っている歯科診療所は、全歯科診療所の約12%にとどまっている。

論　点

◆　チーム医療の推進や、歯科医療の機能分化の観点から、周術期口腔機能管理における医療機関間（病院歯科と歯科診療所等）の連携についてどう考えるか。

◆　地域包括ケアにおいて、適切な歯科医療を提供していくため、主治の歯科医師の機能・役割についてどう考えるか。

◆　患者にとってより安全で安心できる歯科医療を提供していくため、歯科診療で特別な対応が必要な患者、全身的な疾患を有する患者等の対応に関する評価及び歯科外来環境の整備についてどう考えるか。

目次

１．歯科医療を取り巻く現状等について
２．地域完結型医療（地域包括ケア）における歯科の対応
（１）周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進
（２）主治の歯科医師機能の評価
（３）全身的な疾患を有する患者等への対応
３．口腔疾患、口腔機能低下への対応
（１）口腔機能に着目した評価
（２）う蝕や歯周疾患の重症化予防の推進

平成26年度診療報酬改定における対応

各ライフステージに応じた対応等

- 小児期（正常な口腔機能の獲得・成長発育に関する評価）

（新）　小児保隙装置　600点（クラウンループ、バンドループ）

- 成人期以降（口腔機能の回復、維持・向上に関する評価）

（新）　歯科口腔リハビリテーション料1

1　有床義歯の場合　　イ　口以外の場合　　100点

ロ　困難な場合　　120点

2　舌接触補助床の場合　　190点

※有床義歯又は舌接触補助床に関する調整・指導等の評価。従前の評価について一部簡素化等を実施

（クラウンループ）

- 臨床の実態や患者の意向を踏まえた評価の見直し
  - ✓ 有床義歯管理料の評価体系の見直し及び簡素化

有床義歯管理料（新製有床義歯管理料）150点

→　新製有床義歯管理料　　イ　口以外の場合　190点　　ロ　困難な場合　230点

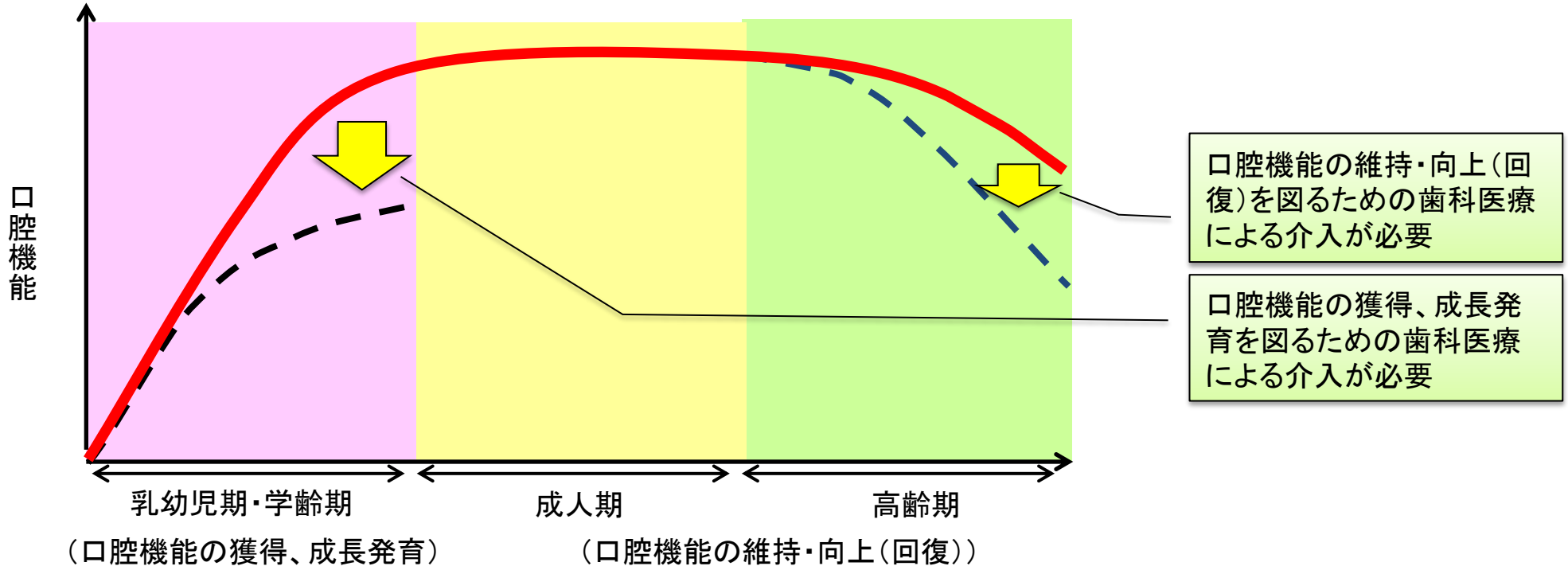
※有床義歯管理料の加算については新製有床義歯管理料に包括化

  - ✓ 歯科疾患管理料の文書提供要件見直し

→　患者又はその家族が、管理計画書に「文書提供が次回来院以降不要」である旨の内容を記載した場合は、4月に1回以上文書提供を必要としない。

加齢による口腔機能の変化のイメージ

【歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）第12条第1項の規定に基づく基本的事項】
第一　歯科口腔保健の推進のための基本的な方針
三　生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上
食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上を図るためには、口腔機能の維持・向上が重要である。
高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく、これを防ぐためには、特に、**乳幼児期から学齢期（高等学校を含む。）にかけて、良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能を獲得し、成人期・高齢期にかけて口腔機能の維持・向上**を図っていくことが重要である。



：乳幼児期・学童期に適切な口腔機能（咀嚼機能等）を獲得し、成人期に至った後、加齢に伴い（機能）低下していくイメージ
：乳幼児期・学童期に、歯科疾患や口腔機能の成長発育の遅れ等を生じ、歯科医療による介入が行われないイメージ
：高齢期に、歯科疾患や全身疾患に伴う口腔（内）症状（合併症）等を生じ、歯科医療による介入が行われないイメージ

いわゆる口腔機能障害

◆小児の口腔機能障害としては、**口呼吸(鼻閉塞)、舌癖、歯ぎしり、咀嚼障害、嚥下障害、発音障害などがある**。その原因としては、大きくは口腔習癖や口唇圧、咬合力、咀嚼力が虚弱化して生じる環境(生活)要因によるものと、発達の遅れによるものとが考えられる。

1．環境(生活)要因によるもの

①本来鼻呼吸であるべきなのが鼻疾患による鼻腔の閉鎖や口唇圧が弱く、口唇の閉鎖不全のため口呼吸になる。

②指しゃぶりやおしゃぶりによる上顎前突や開咬などの咬合異常に伴う形態の異常が生じる。

③上顎前突や開咬のために、舌の突出癖、咀嚼や嚥下、発音の機能障害を生じてくる。

④食物の軟化や噛む回数の減少に伴い、咬合力や咀嚼力が低下している。 など

2．発達の遅れからくるもの

①うまく摂食、咀嚼ができず噛まずに丸呑みしてしまう。

②うまく嚥下ができずに、誤嚥することがある。

③発達の遅れに習癖を伴うと、習癖から生じる様々な機能障害が複雑に絡むことがある。 など

◆成人期以降の口腔機能障害として、例えば、**咀嚼機能は、歯痛や歯列不正、喪失歯、義歯の不適合、筋力の低下などが原因で低下する**と考えられる。要介護者では口腔内の不具合が放置されていることが多く、**咀嚼機能が低下すると、それに付随して摂食・嚥下機能の低下**、胃腸障害、低栄養を起こす可能性がある。

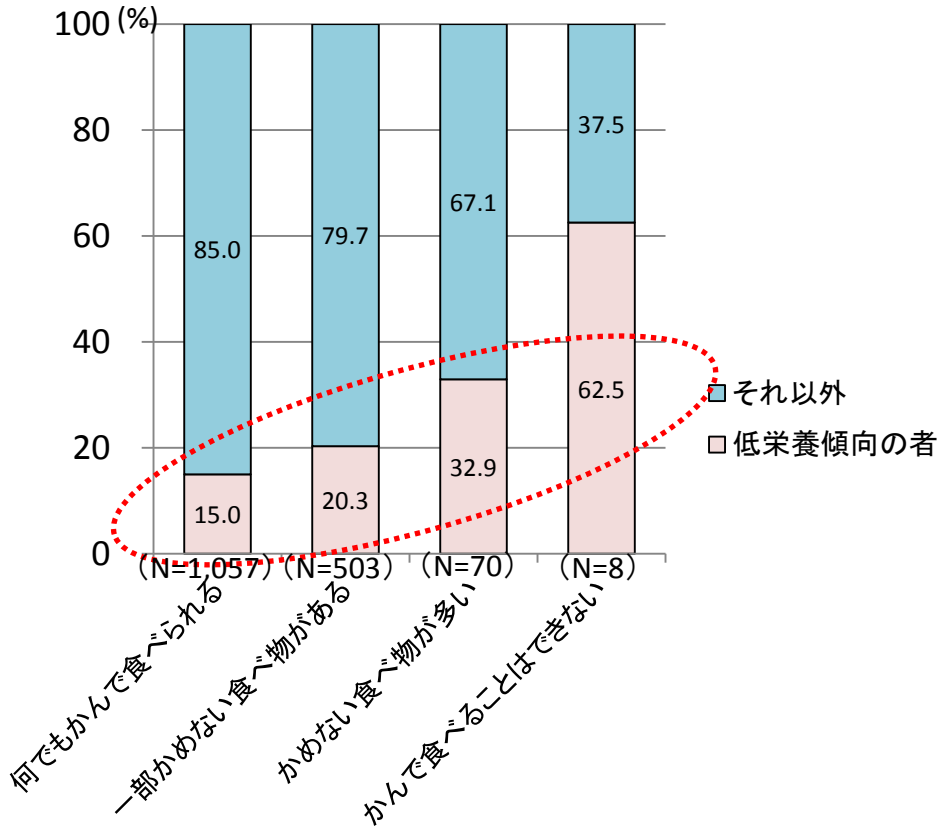
出典:「食べる機能の障害(医歯薬出版)」、「摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル(医学書院)」ほかを一部改編

主観的な咀嚼能力と歯の本数

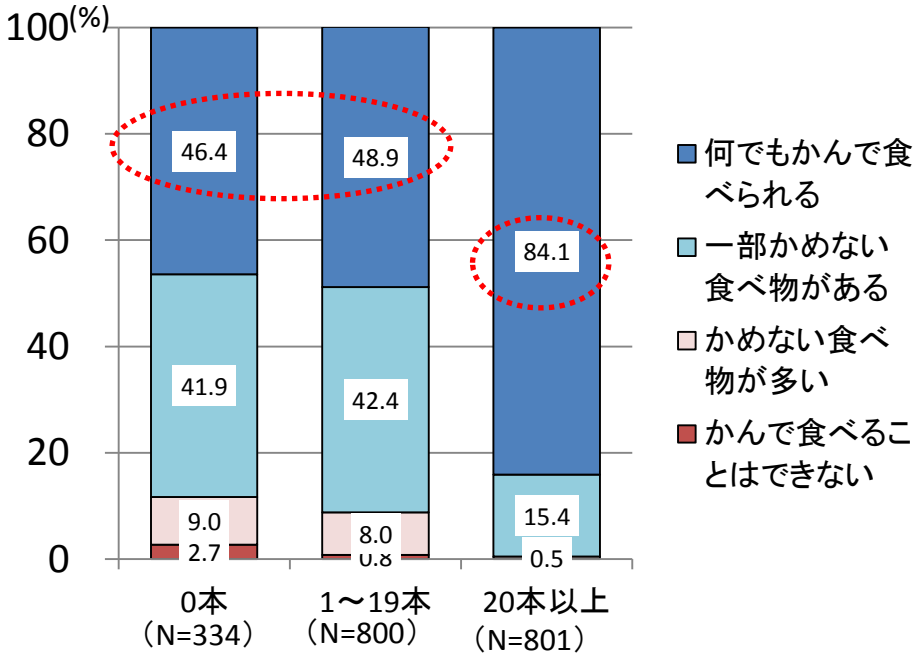
○ 70歳以上の高齢者において、「かんで食べることはできない」者ほど低栄養傾向の者の割合が高い。

○ 歯の本数が20本以上の者では約85%が「何でもかんで食べることができる」と回答している。
一方、歯の本数が20本未満になると、「何でもかんで食べることができる」者は減少し、約半数になる。

かんで食べる時の状況別、低栄養傾向*者の割合（70歳以上、男女計）



歯の本数別、かんで食べるときの状況の割合（70歳以上、男女計）



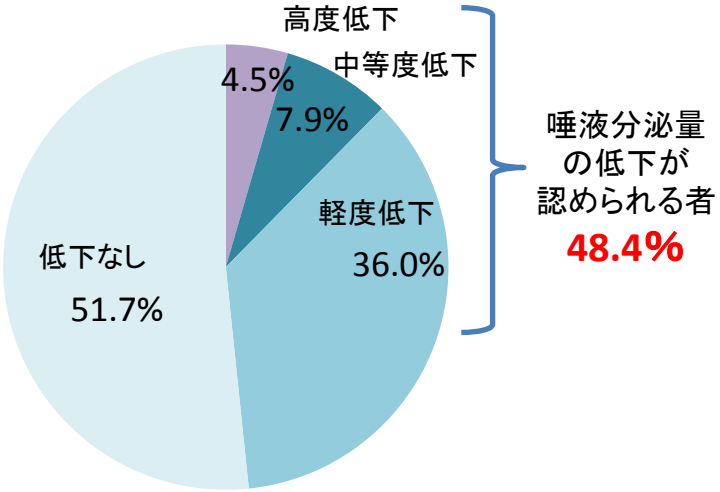
（*低栄養傾向：BMI20以下）

出典：国民健康・栄養調査（平成25年）

高齢者の口腔乾燥と薬剤について

要介護高齢者の唾液分泌量

○ 特別養護老人ホーム等に施設入所高齢者の約48.4%に唾液分泌量低下が認められた。



唾液分泌量

対象：特別養護老人ホーム等に入所する高齢者95名
唾液分泌測定方法：ガムテスト
（ガム1枚を10分間咀嚼した時の全唾液を採取）

出典：高齢者の口腔乾燥症に関する疫学調査研究
（老年歯学11，1996）

口腔乾燥を引き起こす薬剤と発現頻度

○ 日本医薬品集に掲載されている薬剤全体の約1/4である約600品目に口渇、口内乾燥、唾液分泌減少の副作用、また高血糖、脱水といった結果的に口腔乾燥症状を引き起こす可能性のある副作用がある。（略）
○ 口腔乾燥の副作用を有する薬剤を複数服用している場合には口腔乾燥症が発現しやすいことが知られている。

薬効分類	一般名	発現頻度
抗コリン薬	臭化ブチルスコポラミン 臭化プトロピウム 臭化ブリフィニウム 臭化プロパンテリン 塩酸オキシブチニン 塩酸ブロピベリン	9.4% 5%以上 6.5% 5%以上 8.98% 9.0%
抗アレルギー薬 抗ヒスタミン薬	Dマレイン酸クロルフェニラミン	5%以上または不明
抗うつ薬	塩酸イミプラミン 塩酸クロミプラミン 塩酸ロフェプラミン 塩酸アミトリプチリン 塩酸ドレスピン アモキサピン 塩酸マプロチン	34.3% 17.9% 15.8% 9.94% 6.31% 5.61% 5%以上または不明
降圧剤	塩酸クロニジン レセルピン	19.04% 5%以上または不明
抗パーキンソン病薬	塩酸メチキセン プロフェナミン	8.97% 5%以上または不明

※この他、統合失調症治療薬、てんかん薬、抗悪性腫瘍薬、筋弛緩薬、睡眠薬なども口腔乾燥を引き起こすといわれている。

出典：薬物による口腔乾燥症とその対処法（老年歯学19，2004）
（保険局医療課で一部引用改変）

先進医療に導入されている口腔機能の評価方法

技術名：有床義歯補綴治療における総合的咬合・咀嚼機能検査

先進性：咬合及び咀嚼機能の状態を３次元的かつ定量的に評価することにより、従来法では把握が困難であった微細な咬合の不正や咬合干渉の捕捉が可能となり、より的確な有床義歯治療を行うことができる検査法

口腔機能の総合的な評価

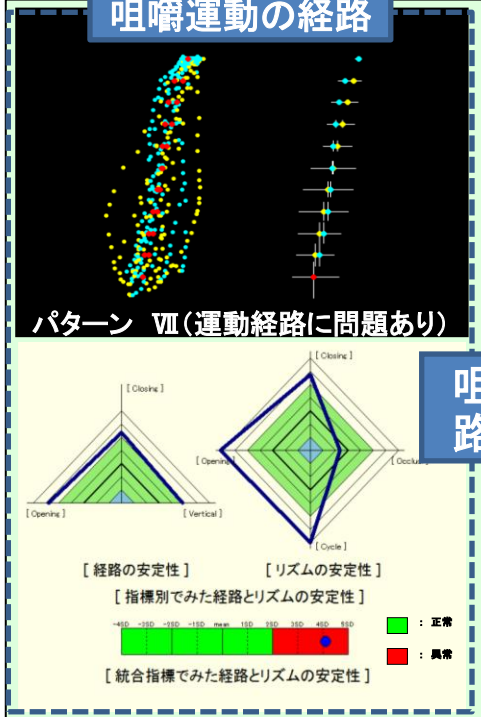
咀嚼運動の記録・分析

下顎切歯点に付けたマグネットの動きを下顎運動記録装置で記録

咀嚼能力の測定

グミゼリーを咀嚼した際のグルース溶出量を計測し、咀嚼能力を測定

咀嚼運動の経路



咀嚼能力測定

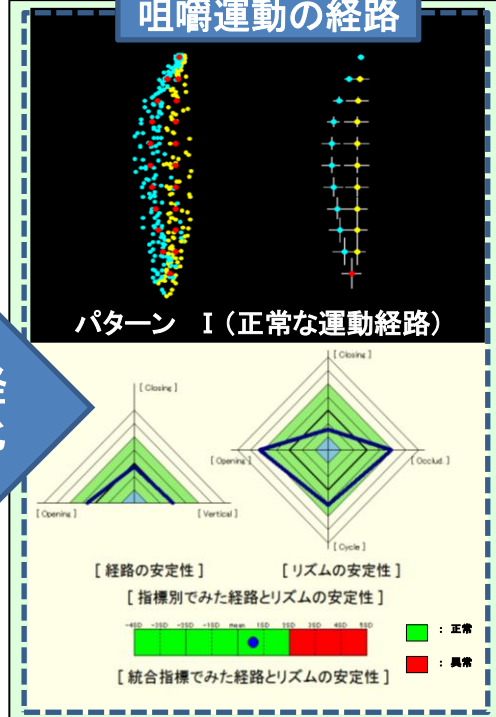
咀嚼能力＜100mg/dl

有床義歯補綴治療前
（旧義歯装着時）

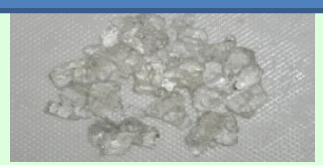
咀嚼運動経路の正常化

咀嚼能力の向上

咀嚼運動の経路



咀嚼能力測定



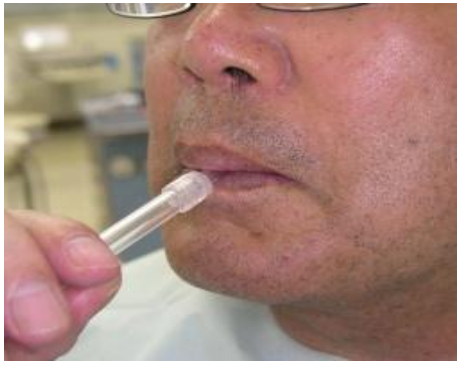
咀嚼能力≧100mg/dl

有床義歯補綴治療後
（新義歯装着時）

要介護高齢者における舌圧と口腔機能の関係

○ 特別養護老人ホームに入居する要介護高齢者において、むせのある者、食べこぼしのある者、流涎のある者、低栄養状態のリスクがある者の舌圧は、そうでない者よりも有意に低くなっていた。

舌圧測定



（広島大学歯学部津賀教授提供）

※舌圧測定器で、舌圧を測定している様子。硬質リング部を上下顎前歯で軽くはさむようにして、唇を閉じ、バルーンを舌で口蓋にむけて押しつぶさせる。

（広島大学歯学部津賀教授提供）

※舌圧測定器は、デジタル舌圧計と連結チューブ、舌圧プローブから構成。

	あり	なし	p
むせ	15.2±7.2 (kPa) (n=28)	28.8±8.3 (kPa) (n=55)	P<0.001
流涎	15.6±7.2 (kPa) (n=24)	22.2±8.6 (kPa) (n=59)	P<0.001
食べこぼし	17.9±8.0 (kPa) (n=47)	23.7±8.5 (kPa) (n=36)	P<0.01
低栄養状態のリスク	17.8±8.5 (kPa) (n=32)	21.9±8.5 (kPa) (n=51)	P<0.05

対象：特別養護老人ホームに入居する要介護高齢者83名
低栄養状態のリスク者；血清アルブミン3.5g/dl以下、過去半年間の体重減少率が5%以上

出典：施設入所高齢者にみられる低栄養と舌圧との関係（老年歯学19，2004）

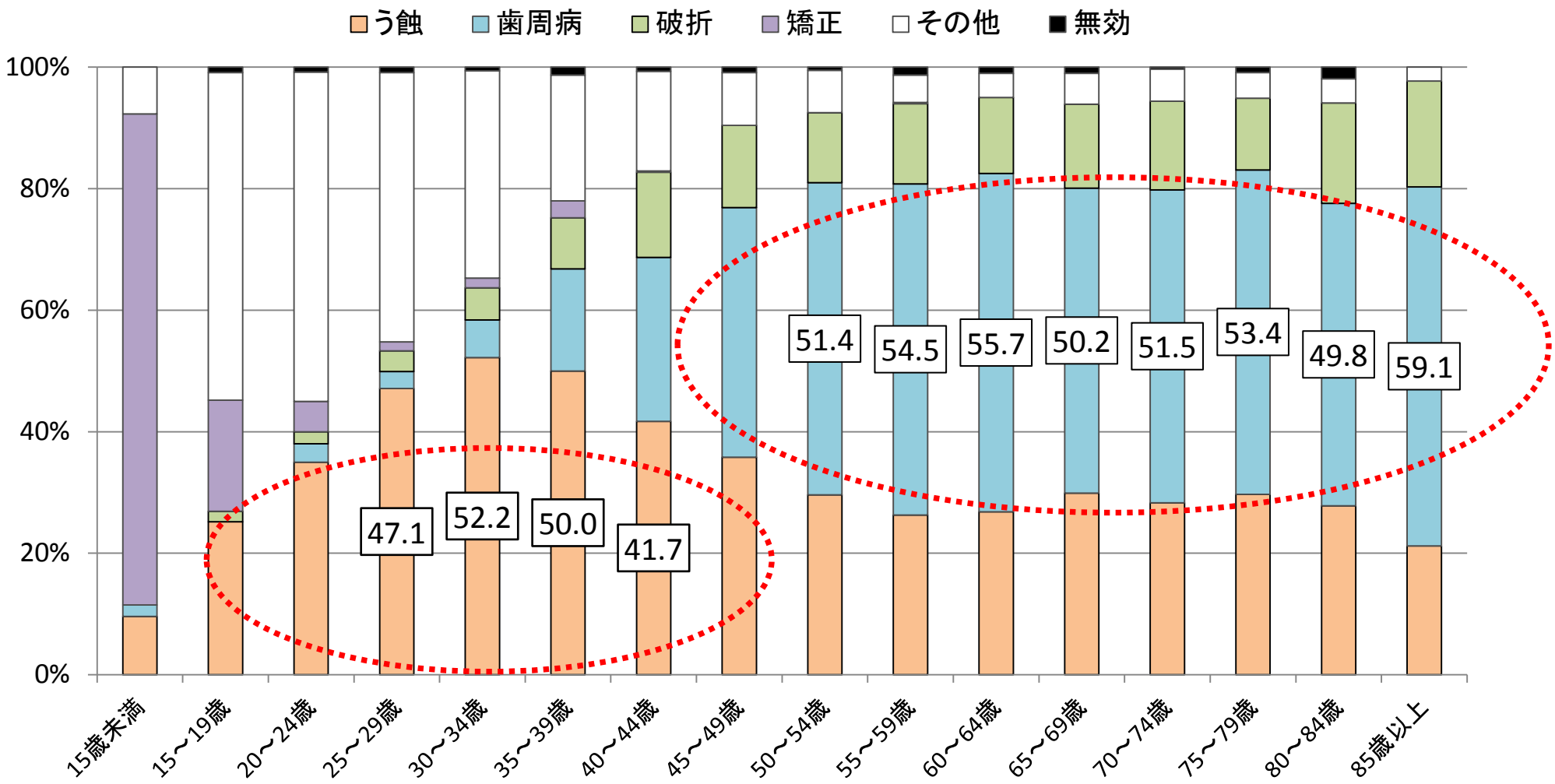
目次

１．歯科医療を取り巻く現状等について
２．地域完結型医療（地域包括ケア）における歯科の対応
（１）周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進
（２）主治の歯科医師機能の評価
（３）全身的な疾患を有する患者等への対応
３．口腔疾患、口腔機能低下への対応
（１）口腔機能に着目した評価
（２）う蝕や歯周疾患の重症化予防の推進

歯を抜くに至った主な原因

○ 40～44歳までは、う蝕が原因で抜歯に至ったケースの割合が、歯周病より多い。

○ 50～54歳以降の各年齢層において、歯周病が原因で歯を抜くに至ったケースが多くを占めている。



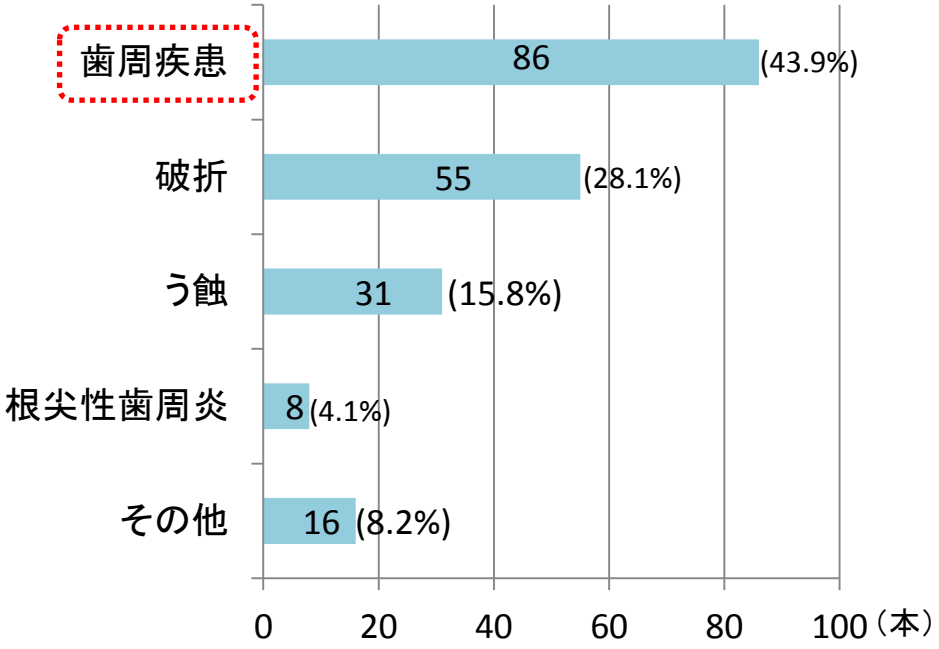
出典：永久歯の抜歯原因調査（財団法人8020推進財団，平成17年）

歯の喪失リスク要因について

○ メインテナンスに移行した患者において、抜歯に至った要因は歯周病によるものが最も多く、抜歯本数のうちの43.9%を占めていた。

○ 抜歯に至る要因として、「不定期来院」は高いオッズ比を示している

要因別の抜歯本数



メインテナンス移行後の抜歯と関連する要因

	オッズ比
性別	1.18
年齢	1.04 *
喫煙	1.22
不定期来院	2.42 *
分岐部病変	1.51
全身疾患の既往	1.44

対象：歯周治療終了後メインテナンスに移行した患者496名（男性176名、女性320名）
調査内容：メインテナンス移行後の抜歯の有無や時期、原因等

出典：メインテナンス患者における抜歯要因に関する研究（東京医科歯科大学和泉教授提供データ）

歯周病に伴う歯の喪失のリスク増加に伴う対応例

（歯周病安定期治療【SPT：Supportive Periodontal Therapy】）

（改）中医協　総－２
２５．７．３１

＜歯周病安定期治療＞

中等度以上の歯周病に限定

◇**中等度以上の歯周病（骨吸収が根の長さの１／３以上で、歯周ポケットは4mm以上）**を有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、**一時的に症状が安定した患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的として実施**される、プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした包括的な治療。

写真：和泉先生（東京医科歯科大学）提供

診療報酬上の取扱い

➢ **歯周病安定期治療**

１歯以上10歯未満	200点
10歯以上20歯未満	250点
20歯以上	350点

➢ ・2回目以降の当該治療の算定は、前回の実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降
ただし、当該治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、3月以内の間隔で実施した場合は月１回に限り算定

イ　歯周外科手術を実施した場合
ロ　全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合
ハ　全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合
ニ　侵襲性歯周炎の場合
※ロ、ハについては主治の医師からの文書を添付

根面う蝕の有病者率

＜根面う蝕＞
◇歯肉の退縮により露出した根面に発生し、高齢者に特徴的なう蝕。歯根は歯冠と異なり耐酸性の高いエナメル質に被覆されておらず、脱灰（歯の表面のリン酸カルシウムの結晶が溶出する現象）されやすい。

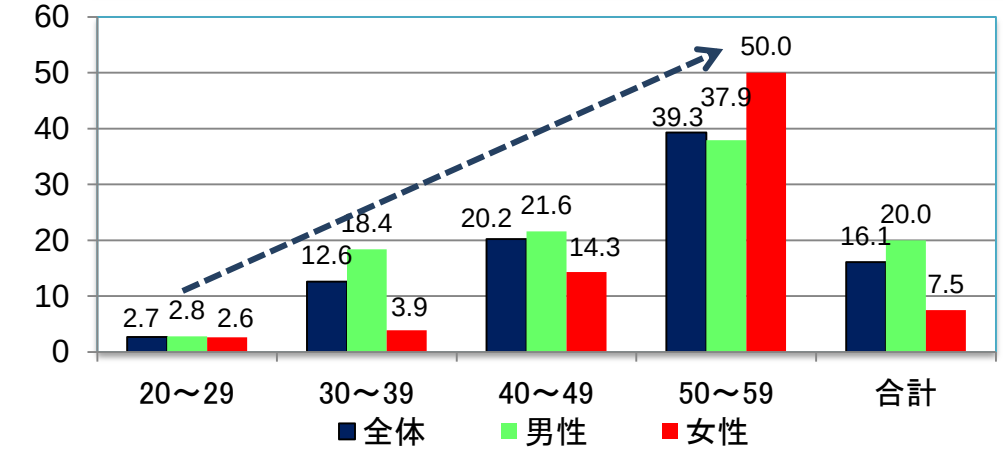
＜露出した歯根（う蝕に罹患していない）＞

＜初　期＞

＜活動期＞

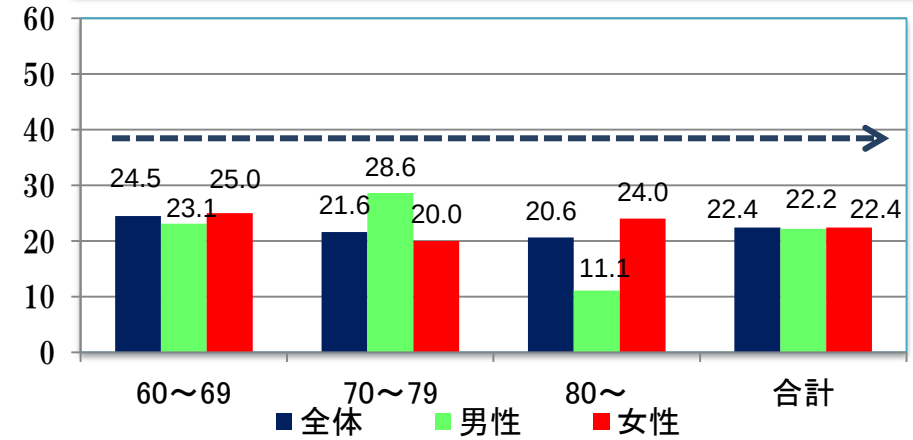
＜停止期＞

成人における根面う蝕（未処置及び処置）の有病者率



男性では30歳代、女性では40歳代より顕著に増加。

高齢者における根面う蝕（未処置及び処置）の有病者率



各年齢層で、有病者率に大きな差はみられない。

写真：大槻先生（東京医科歯科大学）提供

出典：成人集団における根面齲蝕の有病状況（口腔衛生学会雑誌41　1991）
老年者における根面齲蝕の有病状況（口腔衛生学会雑誌44　1994）

根面う蝕と歯の喪失リスクとの関係

○ 未処置の根面う歯は、有意に歯の喪失リスクになることが示されている。

歯の喪失に対する関連要因分析

*p＜0.05、**p＜0.01

独立変数	区分	モデル1		モデル2		モデル3	
		オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
性	男性（基準：女性）	1.23	0.72～2.09	1.06	0.59～1.90	1.11	0.54～2.26
未処置根面う歯数	1歯以上（基準：0歯）	1.80	0.95～3.42	2.04*	1.10～3.79	2.45*	1.21～4.98
クラウン装着歯数	0～4歯（基準）	1.00	—	1.00	—	1.00	—
	5～8歯	0.62	0.35～1.10	1.13	0.61～2.13	0.98	0.45～2.14
	9歯以上	1.78	0.91～3.48	2.94**	1.46～5.92	2.57*	1.11～5.96

オッズ比：モデル1：喪失歯0本→喪失歯1本以上　モデル2：喪失歯0本か1本→喪失歯2本以上　モデル3：喪失歯2本以内→喪失歯3本以上

対象：5年間追跡調査ができた70歳高齢者378名（男性201名、女性177名）
分析方法：多重ロジスティック回帰分析

出典：70歳地域在住高齢者の歯の喪失リスク要因に関する研究（口腔衛生学会雑誌59，2009）

平成26年度診療報酬改定における対応

歯の喪失リスク増加への対応

（新：I031）フッ化物歯面塗布処置

１　う蝕多発傾向者の場合　80点（現行評価の移行）

２　在宅等療養患者の場合　80点

［算定告示］

注1　1については、**区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合**に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

注2　2については、**区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合**に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

初期う蝕に対する新たな考え方

これまでの考え方

<u>う蝕は不可逆的に進行</u>： う蝕になったら回復は困難

＋

これまでの考え方に加えた新しい考え方

<u>初期う蝕*は可逆的変化</u>： 適切な管理による再石灰化で健全な状態に回復する可能性

（*初期う蝕：実質欠損のない白濁などのエナメル質の変化）

- ○ う蝕の初期病変は脱灰と再石灰化が繰り返される動的な平衡が脱灰に傾いた状態を指し、う蝕が一方的に進行するわけではない。
- ○ 初期のう蝕が進行すると、再石灰化による回復が期待できないため、<u>う蝕の早期診断が重要。</u>
- ○ また、フッ化物の抗う蝕効果については、脱灰に対する抵抗性の向上から、再石灰化促進効果を重視する理論へシフトしている。

Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. Caries Res. 2004;38(3):182-91.

（鶴見大学歯学部花田教授の資料を一部改変）

口腔疾患、口腔機能低下への対応の課題と論点について

課　題

◆　各種要因（歯科疾患、全身疾患等）による乳幼児期・学童期の口腔機能の成長発育の遅れや、高齢期の口腔機能の低下に対しては、従来からの形態回復を主とした歯科治療のみではなく、機能の維持・向上（回復）に着目した歯科医療の介入が重要である。例えば、高齢者を対象にした調査において、口腔機能の一つである「かんで食べること」について、主観的な咀嚼機能評価である「かんで食べる状況」と低栄養傾向に関連が認められている。しかしながら、診療報酬において、咀嚼機能を含む口腔機能の検査方法、管理のあり方等の診療報酬上の評価に関しては十分でない。

◆　歯周病の重症化予防の観点では、一連の歯周基本治療終了後に状態を維持し、治癒させることを目的とした歯周病安定期治療の評価を診療報酬に導入しているが、現在は中等度以上の歯周病患者を対象としている。

　う蝕の重症化予防の観点では、不可逆的な変化と捉えられてきたう蝕の進行が、近年、実質欠損のない初期のう蝕においては、適切な診断と管理のもとで健全な状態に回復する可能性があるという考え方がでてきている。

論　点

◆　口腔機能の評価、および口腔機能の獲得・成長発育、維持・向上（回復）の観点に着目した歯科治療について、どのような対応が考えられるか。

◆　口腔疾患に対する重症化予防の観点から、歯周病、う蝕等に対する歯科治療について、どのような対応が考えられるか。