

1. 歯科医療を取り巻く状況について

2. 地域包括ケアシステムの推進について

- 地域における歯科医療機関と施設・行政等関係機関との連携
- 医療機関間の連携
- 安心・安全で質の高い歯科医療の推進のためのICTの活用、研修等

3. 生活の質に配慮した歯科医療の推進等

- 口腔疾患の重症化予防
- 各ライフステージに応じた口腔機能の管理
- 歯科固有の技術の評価

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

＜歯周病安定期治療＞

- 歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、4ミリメートル以上の歯周ポケットを有する者に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に病状が安定した状態にある患者に対する処置を評価したもの。
- プラークコントロール、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、機械的歯面清掃等を主体とした包括的な治療。



写真:和泉雄一名誉教授(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(Ⅰ)	歯周病安定期治療(Ⅱ)
	1歯以上10歯未満 200点	1歯以上10歯未満 380点
	10歯以上20歯未満 250点	10歯以上20歯未満 550点
	20歯以上 350点	20歯以上 830点

※かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

- 1口腔につき月1回を限度として算定。
- 2回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施した月の翌月から2月を経過した日以降に行う。
- 歯周病安定期治療を開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。
- 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 管理計画書(歯周病検査の結果の要点、歯周病安定期治療の治療方針等)を作成し、文書により患者等に提供。
- 歯周病安定期治療(Ⅱ)では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、プラークコントロール、機械的歯面清掃等に加え、口腔内カラー写真撮影及び歯周病検査を行う場合の治療を包括的に評価。

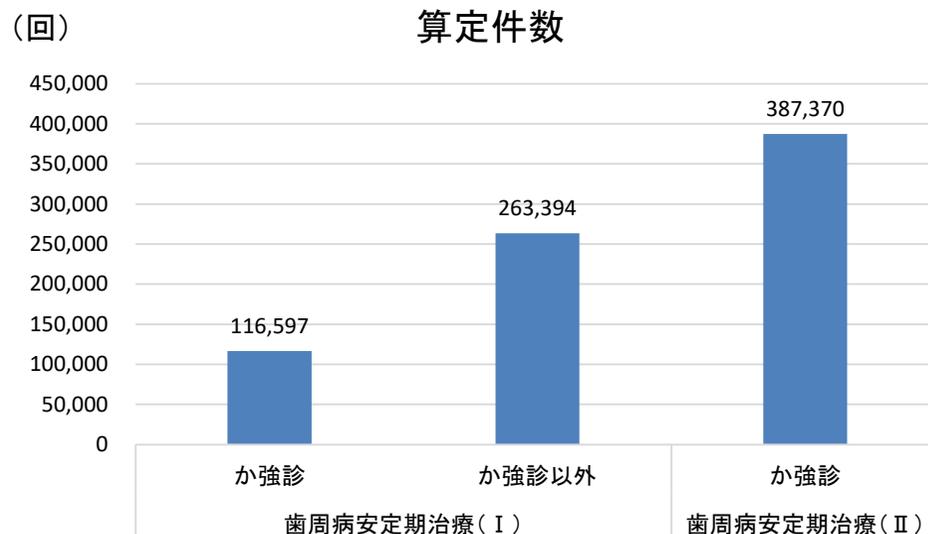
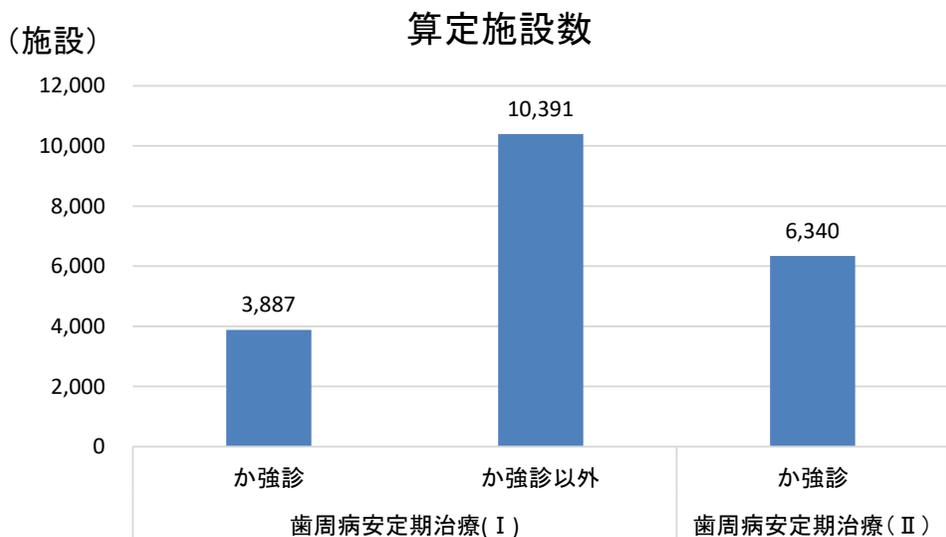
届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
歯周病安定期治療(Ⅰ)	(届出不要)	281,328	324,974	382,614	360,255
歯周病安定期治療(Ⅱ)	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 10,057	191,694	341,016	494,459	506,396

(出典)
算定回数:社会医療診療行為別統計(6月審査分)
届出医療機関数:医療課調べ(各年7月1日時点)

歯周病の重症化予防

- 平成30年12月の歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定施設数は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）で3,887回、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外（か強診以外）が10,391回であった。また、歯周病安定期治療（Ⅱ）は6,340回であった。
- 歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定件数は、か強診が116,597回、か強診以外が263,394回であった。また、歯周病安定期治療（Ⅱ）は387,370回であった。



治療種別	施設タイプ	算定施設数	算定回数	1施設あたりの算定回数
				歯周病安定期治療（Ⅰ）
歯周病安定期治療（Ⅰ）	か強診以外	10,391	263,394	25.3
	歯周病安定期治療（Ⅱ）	か強診	6,340	387,370

歯周病重症化予防の推進

歯周病重症化予防治療の新設

➤ 歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

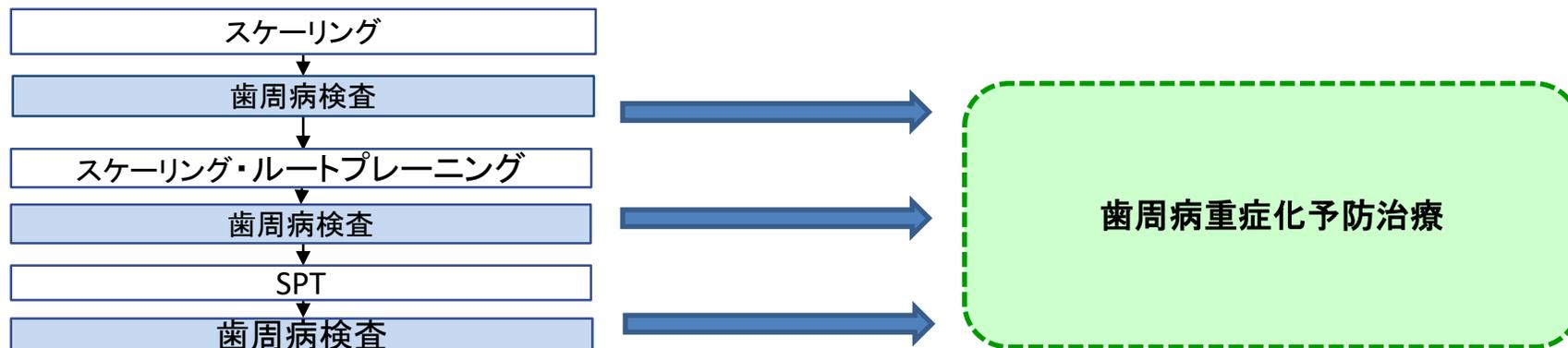
(新) 歯周病重症化予防治療	1 1歯以上10歯未満	150点
	2 10歯以上20歯未満	200点
	3 20歯以上	300点

[対象患者]

- (1) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、2回目以降の歯周病検査終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者
- (2) 部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

[算定要件]

- (1) 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- (2) 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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う。
- (3) 歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。



算定回数

(出典)
社会医療診療行為別統計(6月審査分)

	令和2年度
歯周病重症化予防治療	67,014

- 一般的に歯周炎は慢性疾患といわれているが、歯周組織の破壊は常に一定速度で進むのではなく、活動期に急速に進行する。
- 活動期か休止期かを1回の検査で診断する方法はまだ確立されておらず、通常、アタッチメントロスや歯槽骨吸収が急速に進行した場合を活動期、その部位を活動部位とよんでいる。

出典：「歯周治療の指針2015」（日本歯周病学会）

参考

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2019」（日本糖尿病学会）

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。
- 2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり、推奨される。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」（2014年） （日本歯周病学会）

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

歯周病と循環器病の関係

「歯周病と全身の健康 2015」（日本歯周病学会）

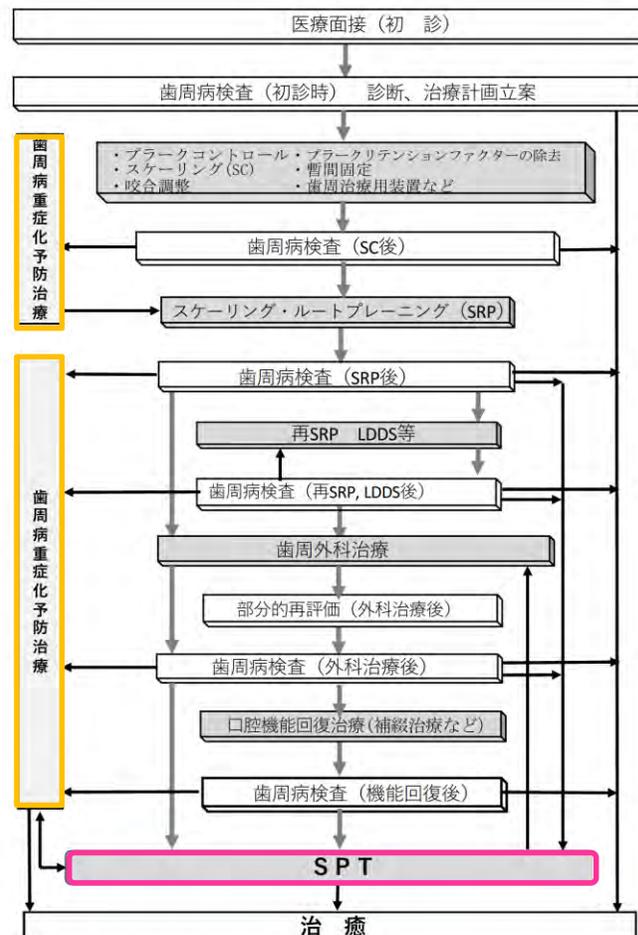
- 歯周病の罹患によって、虚血性心疾患の有病率が高くなるとの論文報告がある。他方、虚血性心疾患の発症および進行との関連については十分なエビデンスは認められないとの報告もある。
- 歯周病罹患が虚血性脳血管疾患の発症と関連があるとする報告があるが、両者の関係は明らかではない。
※ 歯周病と循環器疾患（心疾患、脳血管疾患等）の関係については、検証段階にある。

歯周病安定期治療(SPT)、歯周病重症化予防治療について

- 歯周病は進行・再発しやすい疾患であることから、治癒には至らず一時的に病状が安定した状態にある患者に対して、歯周組織を維持出来るよう継続的な治療・管理が必要。
- 歯周病が治癒には至らず一時的に病状が安定した状態にある患者等に対して、状態に応じ歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療を実施し、継続的な治療を行っている。
- 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)及び歯周病重症化予防治療に包括される診療行為が異なっている。

歯周病安定期治療(Ⅰ)、(Ⅱ)及び歯周病重症化予防治療に包括している主な診療行為

	I011-2 歯周病安定期治療(Ⅰ)	I011-2-2 歯周病安定期治療(Ⅱ)	(参考) I011-2-3 歯周病重症化予防治療
スケーリング	○	○	○
機械的歯面清掃	○	○	○
歯周病検査	×	○	×
口腔内カラー写真撮影	×	○	×



歯周病治療の流れ

歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ 報告書 抜粋

令和元年6月4日

- わが国のう蝕有病率は、乳幼児・学齢期は改善傾向にあるものの、いずれのライフステージにおいても、依然として高い。
- う蝕は単一因子による疾患ではなく、食習慣や生活習慣、家庭環境等の社会的要因や個人のリスク要因等が複合的に重積して生じているものであり、地域間や社会経済的な要因による健康格差も生じている。
- 具体的なう蝕予防対策としては、フッ化物の応用（フッ化物洗口、フッ化物塗布、フッ化物配合歯磨剤等）、シーラント、歯科保健指導等が効果的であるとされている。
- さらに、う蝕は、適切な対策により発症を予防し、進行を抑制することが可能であることから、全てのライフステージを通して、患者の状況に合わせた歯科医療機関におけるう蝕の予防・重症化予防のための指導管理等が求められる。このような対応を早期に行うために、生涯を通じた歯科健診の充実等を検討し、必要な場合には、かかりつけ歯科医等へ円滑につなげる体制の構築や保健指導の充実、う蝕の予防の指導管理等が必要な患者に十分対応できるようかかりつけ歯科医等への支援等を検討すべきである。

う蝕の重症化予防

- エナメル質結晶内に取り込まれたフッ化物によって、エナメル質の一部がヒドロキシアパタイトよりも「溶解度」の低いフルオロアパタイト、フッ化ヒドロキシアパタイトに置き換わり、酸抵抗性を高める。

フッ化物洗口：フッ化ナトリウム溶液(5-10ml)を用いて、1分間ブクブクうがいを行う方法。毎日法と週1回法とがある。

フッ化物塗布：比較的高濃度のフッ化物溶液やゲル（ジェル）を歯科医師・歯科衛生士が綿球や歯ブラシ等で歯面に塗布。
年2回以上継続して行うことが重要。

B000-4 歯科疾患管理料 フッ化物洗口指導加算 40点

- 13歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向患者。（う蝕活動性が高く継続管理を要する者）
- 患者又はその家族等に対して、下記について説明。
 - ・ フッ化物洗口に係る薬液の取扱い
 - ・ 洗口方法及び頻度
 - ・ 洗口に関する注意事項
 - ・ 薬液の取扱い等

B000-4 歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算 260点

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（※1）において、エナメル質初期う蝕（※2）に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導を実施。
- ※1 歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たもの
- ※2 エナメル質に限局した表面が粗造な白濁等の脱灰病変
- ※3 機械的歯面清掃処置やフッ化物歯面塗布処置は併算定不可

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- ・ う蝕多発傾向者（110点）
- ・ 根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者（110点）
- ・ エナメル質初期う蝕に罹患している患者（130点）

歯科疾患管理料フッ化物洗口指導加算の算定回数

H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
2,633	1,763	2,519	1,761	1,942	1,650	1,640

歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数

H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
—	—	60,027	212,080	330,310	402,961	401,724

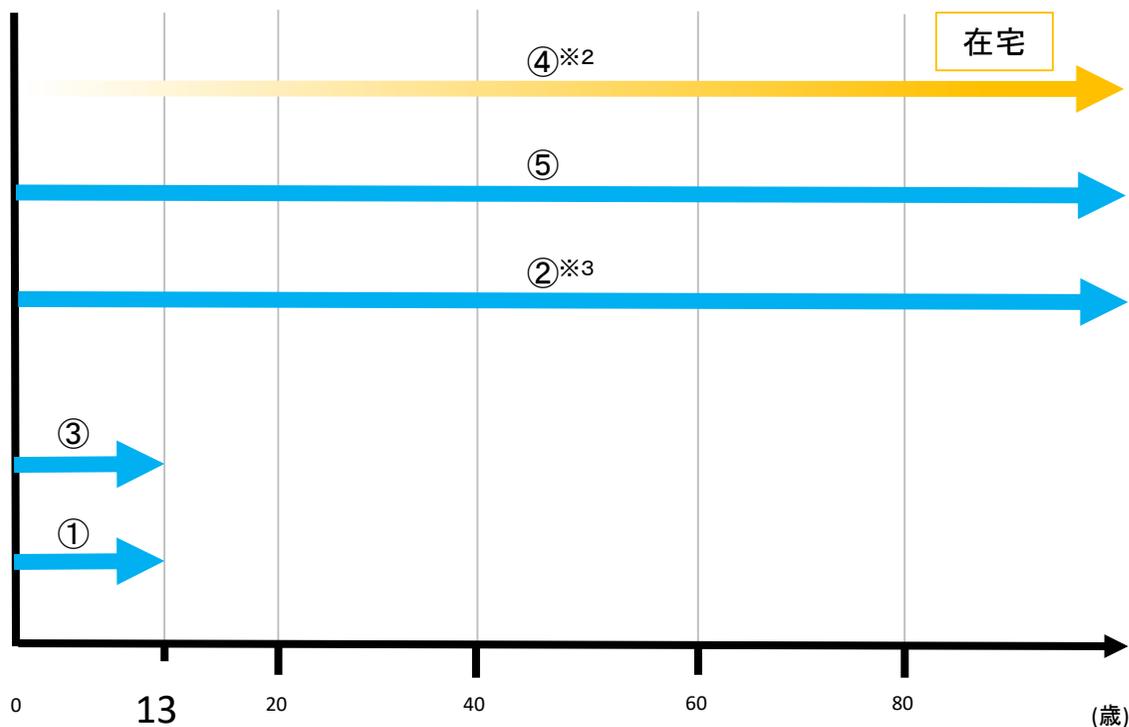
フッ化物歯面塗布処置の算定回数

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
う蝕多発傾向者	14,484	17,975	21,467	22,278	22,446	26,272	23,328
在宅等療養患者	4,610	5,160	5,763	7,451	9,944	11,696	10,166
エナメル質初期う蝕	—	—	39,475	48,004	53,486	64,430	66,801

う蝕の重症化予防の現状

- エナメル質に生じた初期う蝕に対して各ライフステージを通じて対応している。
- 小児のう蝕多発傾向者に対するフッ化物洗口指導やフッ化物歯面塗布処置については、13歳未満が対象となっている。
- う蝕に、より罹患しやすい歯根の表面にできたう蝕(根面う蝕※¹)は、歯科訪問診療を行った患者に対してのみ算定できる。

各ライフステージにおける既存のう蝕の重症化予防治療



	区分番号等	名称	対象患者
①	B000-4 注8	歯科疾患管理料 フッ化物洗口指導加算	う蝕多発傾向者 (13歳未満)
②	B000-4 注10	歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算	エナメル質初期う蝕に罹患している患者
③	I031	フッ化物歯面塗布処置 1 う蝕多発傾向者の場合	う蝕多発傾向者 (13歳未満)
④	I031	フッ化物歯面塗布処置 2 在宅等療養患者の場合	初期の根面う蝕に罹患している患者
⑤	I031	フッ化物歯面塗布処置 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	エナメル質初期う蝕に罹患している患者

※1 歯肉退縮により露出した歯根表面にできるう蝕のこと。

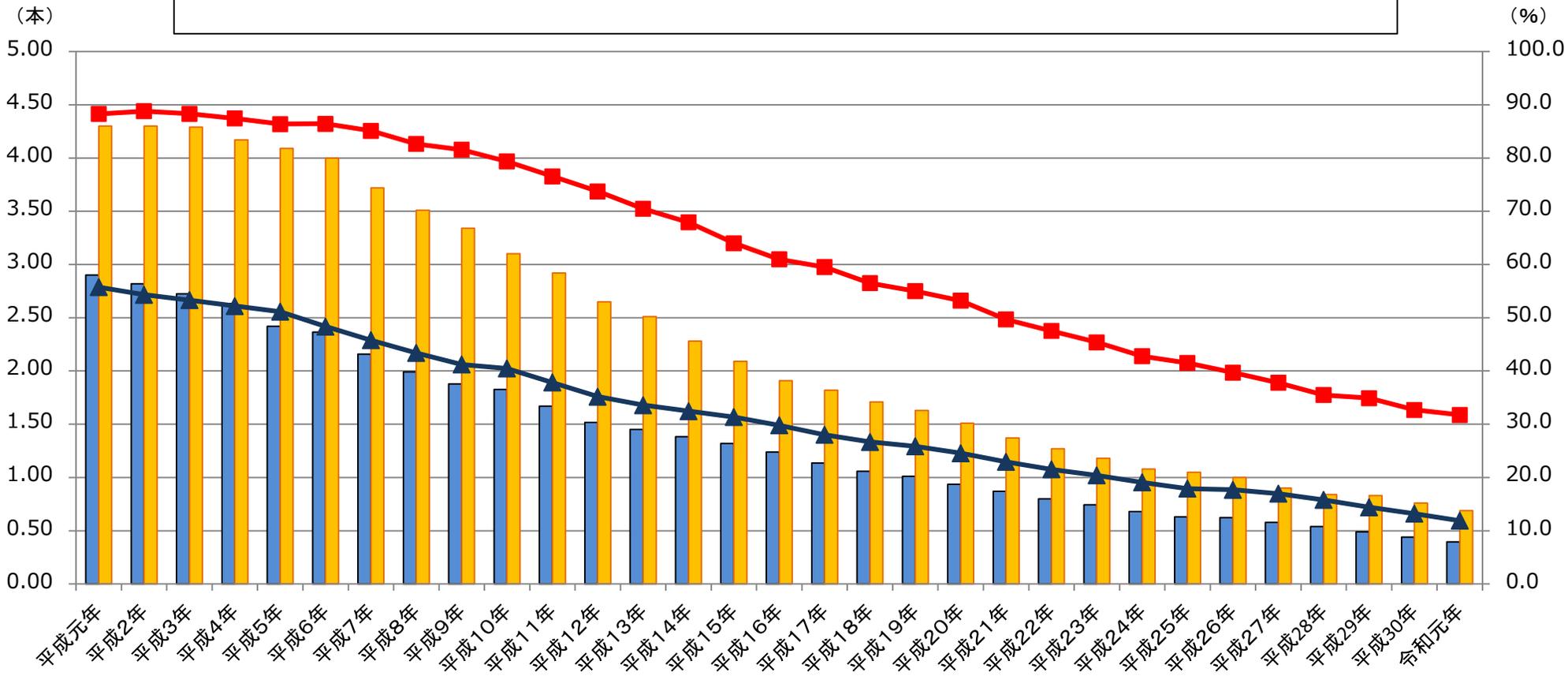
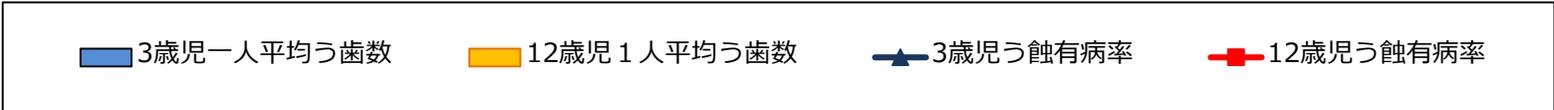
※2 歯科訪問診療料を算定した場合のみ算定できる。

※3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所のみで算定できる。

3歳児、12歳児の一人平均う歯数(※)・う蝕有病率の年次推移

※う歯:う蝕に罹患している歯

- 3歳児の一人平均う歯数は、平均2.90本（平成元年）→平均0.39本（令和元年）
う蝕有病率は、55.8%（平成元年）→11.9%（令和元年）と年々減少。
- 12歳児の一人平均う歯数は、平均4.26本（平成元年）→平均0.69本（令和元年）
う蝕有病率は、88.3%（平成元年）→31.8%（令和元年）と年々減少。



3歳児：平成25年度まで：母子保健課・歯科保健課調べ、平成26年度以降：地域保健・健康増進事業報告、12歳児：学校保健統計調査（文部科学省）

根面う蝕の有病者率

<根面う蝕>

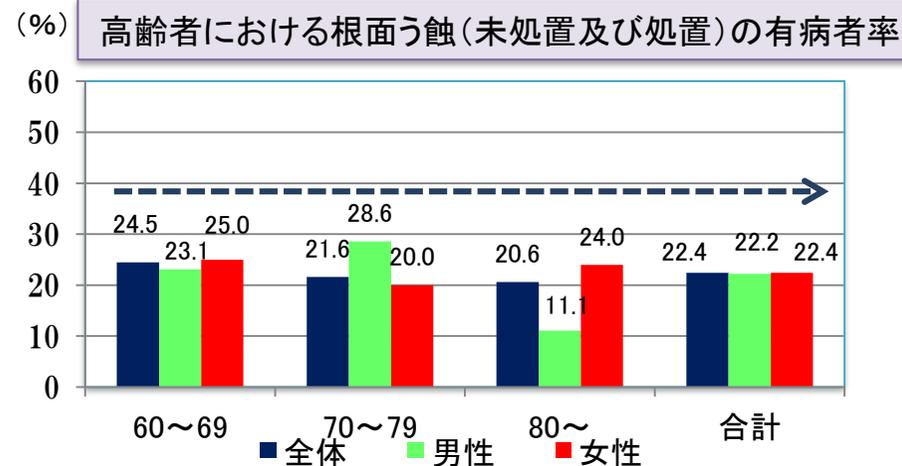
◇歯肉の退縮により露出した根面に発生し、高齢者に特徴的なう蝕。歯根は歯冠と異なり耐酸性の高いエナメル質に被覆されておらず、脱灰(歯の表面のリン酸カルシウムの結晶が溶出する現象)されやすい。



<露出した歯根(う蝕に罹患していない)>



<根面う蝕>



各年齢層で、有病者率に大きな差はみられない。

出典: 高齢者における根面う蝕の有病状況(口腔衛生学会雑誌44 1994)

小児口腔機能管理料

中医協 総 - 8
3 . 8 . 4 改

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価として小児口腔機能管理加算を新設。
- 令和2年度診療報酬改定において、歯の萌出していない患者への管理も対象に加えた。また、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態と合わせて小児口腔機能管理料とした。

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

[対象患者] **15歳未満**の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、以下に該当する者(15歳より前に管理を開始した患者については18歳未満までは継続可)

[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の**口腔機能の管理計画を策定**し、当該管理計画に係る情報を文書により提供
- ・口腔内等の状況変化の確認を目的として、**患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影**を行う。(初回算定日には必ず実施) など

離乳完了前		
食べる機能のC項目において1項目以上、食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	哺乳	先天性歯がある
		口唇、歯槽携帯に異常がある
		舌小帯に異常がある
		乳首をしっかり口にふくむことができない
		授乳時間が長すぎる、短すぎる
		哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
	離乳	開始しているが首の据わりが確認できない
		スプーンを舌で押し出す状態がみられる
話す	構音機能	口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数で評価)
	その他	口腔周囲に過敏がある 上記以外の問題点

離乳完了後 (18ヵ月以降)		
咀嚼機能のC項目において1項目以上、食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上に該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
		強く咬みしめられない
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる
		偏咀嚼がある
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
話す	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
		口腔習癖がある
		舌小帯に異常がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
		口呼吸がある
	その他	口蓋扁桃等に肥大がある
		睡眠時のいびきがある
		上記以外の問題点



算定回数

(出典)社会医療診療行為別統計(6月審査分)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度
小児口腔機能管理料 ※小児口腔機能管理加算	23,066※	34,551※	48,083

老化による口腔機能の低下



図1. 「口腔機能低下症」概念図

口腔機能低下症の概念



(一般社団法人日本老年歯科医学会HPより引用)

口腔機能低下症の診断基準：以下の7項目中、3項目を満たした場合

- ①口腔不潔 ②口腔乾燥 ③咬合力低下 ④舌口唇運動機能低下 ⑤低舌圧
- ⑥咀嚼機能低下 ⑦嚥下機能低下

⇒単一の口腔機能ではなく、各口腔機能低下の複合的要因によってあらわれる病態

口腔機能管理料

中医協 総 - 8
3 . 8 . 4 改

- 平成30年度診療報酬改定において、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価として口腔機能管理加算を新設。
- 令和2年度診療報酬改定において、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態と合わせて口腔機能管理料とした。

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

[対象患者]

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目(下位症状)のうち、3項目以上(咀嚼機能低下(D011-2)に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。)、咬合力低下(D011-3)に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。)又は低舌圧(D012)に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。)のいずれかの項目を含む。)に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
	口腔粘膜湿潤度	27未満
②口腔乾燥	唾液量	2g/2分以下
	咬合力検査	200N未満(プレスケール)、500N未満(プレスケールⅡ・フィルタなし)350N未満、(プレスケールⅡ・フィルタあり)
③咬合力低下	残存歯数	20本未満

下位症状	検査項目	該当基準
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満
	⑤低舌圧	舌圧検査
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査(EAT-10)	3点以上
	自記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)	Aが1項目以上該当



[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- ・当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。

算定回数

(出典)
社会医療診療行為別統計(6月審査分)

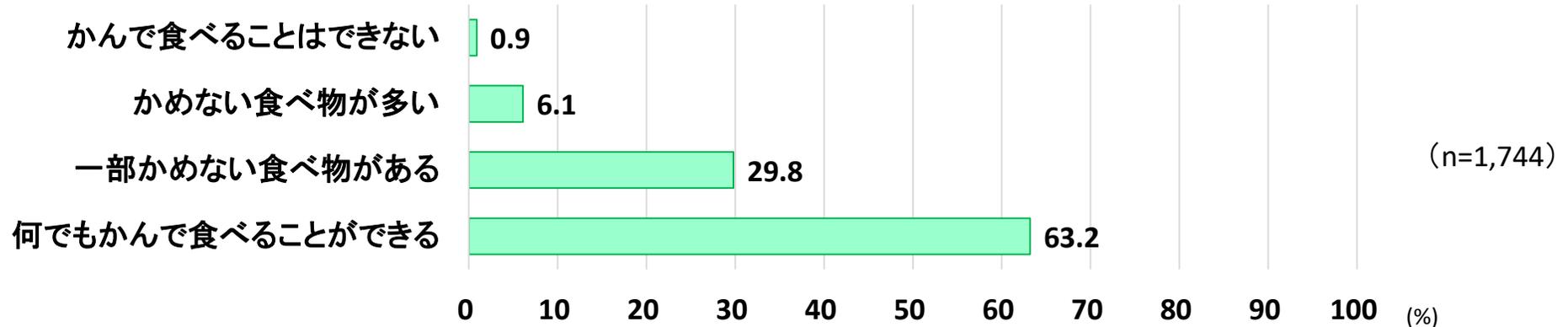
	平成30年度	令和元年度	令和2年度
口腔機能管理料 ※口腔機能管理加算	5,766※	22,373※	27,114

高齢者の口腔機能の状況

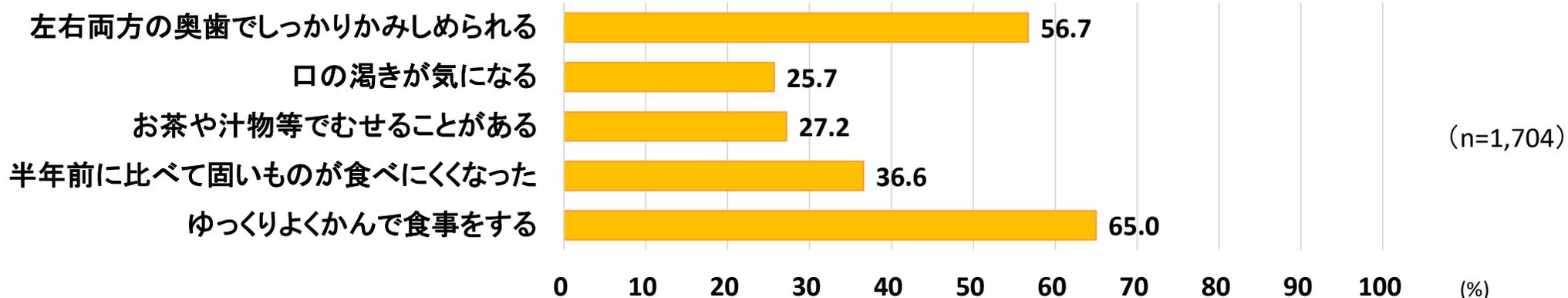
中医協 総 - 8
3 . 8 . 4

- 70歳以上の高齢者の咀嚼状況について、「かめない食べ物が多い」「一部かめない食べ物がある」と回答した者がそれぞれ約6%と約30%であった。
- 食べ方や食事の様子では「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」が36.6%、「口の渇きが気になる」「お茶や汁物等でむせることがある」がそれぞれ25.7と27.2%であった。

咀嚼の状況 (70歳以上)

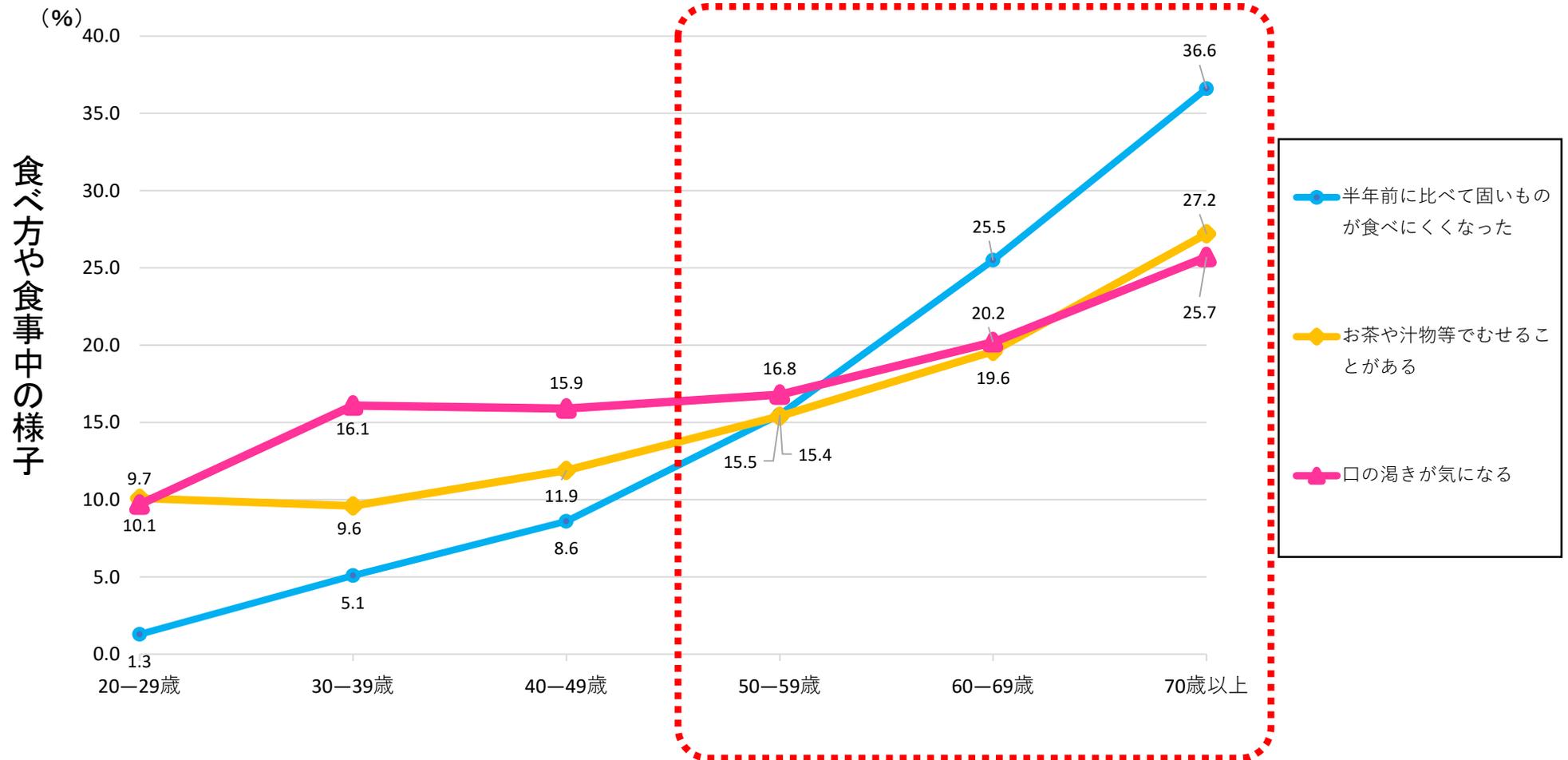


食べ方や食事の様子 (70歳以上)



口腔機能と年齢の関係性について

○ 年齢階級別の食べ方や食事の様子についてみると、50歳頃より、口腔機能の低下に関連した項目について、該当すると回答した者の割合の増加が認められる。



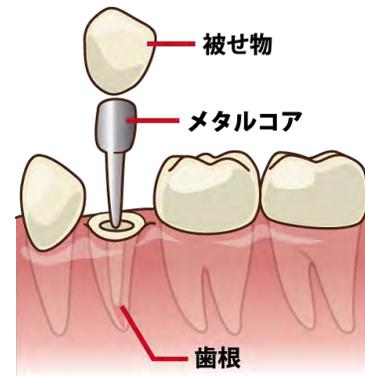
※ 図中の数値は、各項目に「はい」と回答した者の割合

歯冠形成 メタルコア加算について

- 支台築造はファイバーポスト等（非金属）でも可能であるが、この場合の歯冠形成時の加算の評価はない。
- 他方、メタルコアにより支台築造を行った場合は、歯冠形成時にメタルコア加算が算定できるが、ファイバーポスト等により支台築造を行った場合の形成方法と大きな差異はない。

M001	歯冠形成(1歯につき)	2	失活歯歯冠形成	イ	金属冠	注7	30点
				ロ	非金属冠	注8	30点

[算定要件] メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。



算定回数

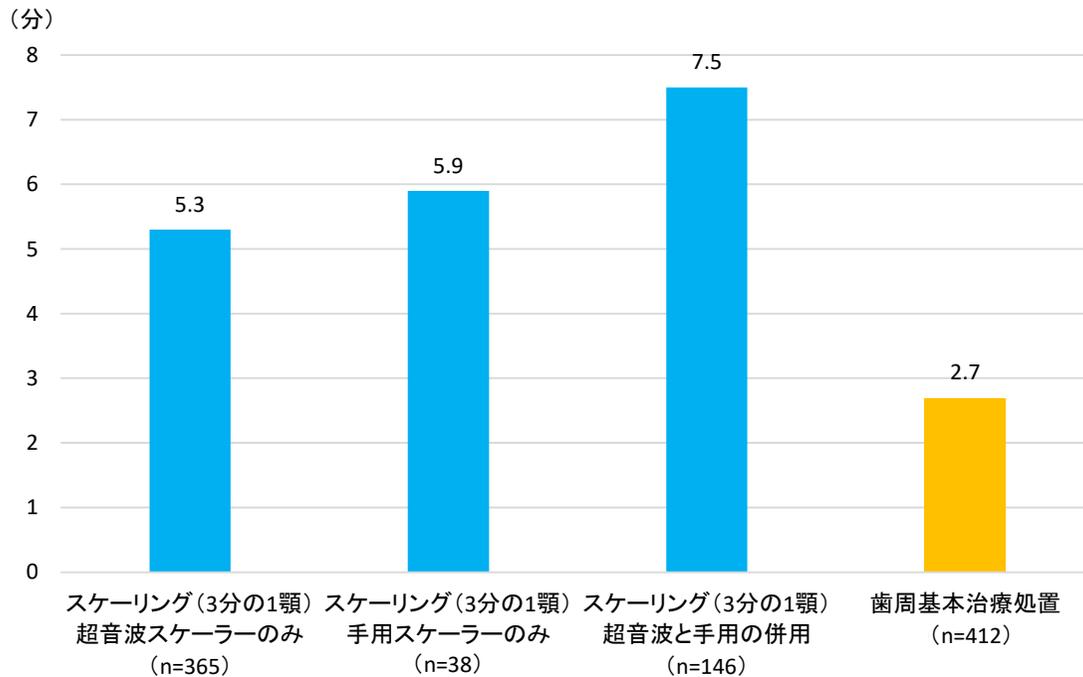
	平成30年	令和元年	令和2年
メタルコアにより支台築造 加算	486,215	432,273	353,066

歯周基本治療処置について

- 歯周疾患の症状の改善を目的とした歯周組織に対する比較的簡単な診療行為として、歯周基本治療処置がある。
- 歯周基本治療処置の平均所要時間は、2.7分であった。

I 011-3 歯周基本治療処置(1口腔につき) 10点

- ・歯周疾患の症状の改善を目的として、スケーリング(除石)等の歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤による歯周ポケット内洗浄等の処置(歯周疾患処置を除く。)を行った場合に算定する。



(出典) 歯科診療行為のタイムスタディー調査2016(日本歯科医学会)

算定回数

	令和元年度	令和2年度
歯周基本治療処置	11,283,631	8,318,937

(出典) 社会医療診療行為別統計(6月審査分)

歯科に係る主な指摘事項

(8月4日 中央社会保険医療協議会 総会)

【主な意見】

(生活の質に配慮した歯科医療の推進等について)

- 根面う蝕を含め、成人期以降のう蝕について、継続管理の仕組みの検討が必要。
- 口腔機能の管理がさらに充実されるような引き続きの対応が必要。比較的早期から口腔機能が低下する場合や小児以降から継続的に管理する場合などの検討が必要。
- 入院患者等に対する口腔の管理は重要であり、歯科専門職による口腔機能の管理を推進すべき。
- 少子高齢化の進展やう蝕の減少により、口腔機能などを含めた治療・管理・連携型へ移行し、重症化予防や機能管理が大切なことは理解できる。歯周病安定期治療などは病状が安定した際の対処であるが、治療と予防の境界線が曖昧とならないように留意すべき。
- 歯科疾患管理料について、令和2年度の診療報酬改定で初診時の点数を80点に引き下げ、長期管理について評価することとしたが、新型コロナウイルス感染症の影響はあるにしても検証が必要である。
- ICTの活用や歯科固有の技術の推進などについて評価が必要ということは理解するが、従来の技術で必要性の薄れた技術の見直しについても同時に行うべき。