歯科医療その１

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科医療提供体制等に関する検討会　中間とりまとめ（令和６年５月27日）

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
（令和６年12月25日）資料２（改）

（１）かかりつけ歯科医の役割

○住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携の確保
○訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や認知症の有無、多剤服用に係る状況等への理解、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理への対応
○かかりつけ歯科医を持つことができる歯科医療提供体制の構築や、かかりつけ歯科医を持つ意義についての普及啓発等の推進
○新興感染症発生・拡大時における歯科医療提供体制の整備

（２）歯科医療機関の機能分化と連携

○各歯科医療機関の機能の把握・見える化の推進
○国民・患者からの多様化するニーズへの対応や高い専門性を有することが求められるため、診診連携・病診連携の推進により、地域においてカバーできる体制づくりの必要性
○ICTの利活用等の推進
○歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

（３）病院歯科等の役割

○それぞれの地域における役割の明確化
○歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
○果たす役割を認識し、歯科診療所等との連携の推進
○医科歯科連携の推進（入院患者等に対する口腔の管理等）
○歯科医療資源の再構成による機能分化や連携体制の構築等、既存の歯科診療所や有床診療所等の効果的な活用について併せて検討することの重要性

（４）地域包括ケアシステムにおける医科歯科連携・多職種連携

○他職種の口腔の管理への関心を高めるため、他職種からの歯科医療に対するニーズを把握し、相互理解を深めることの重要性
○対応が可能な歯科医療機関の機能を含めた歯科医療資源の見える化
○他職種等に対し、口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育の段階から、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
○人生の最終段階における口腔の管理に対する歯科専門職が関与することの重要性

（５）障害児・者等への歯科医療提供体制

○障害の内容や重度別の分析に加え、対応が可能な歯科医療機関の機能の見える化
○いわゆる口腔保健センターや規模・特性の多様化を踏まえた歯科診療所に求められる役割の整理
○ハード（設備整備等）及びソフト（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
○医療的ケア児を含め障害児・者等が、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支えられ歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

（６）歯科専門職種の人材確保・育成等

○歯科専門職が健康に働き続けることのできる環境を整備することの重要性
○学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師育成
○円滑な多職種連携の推進のため、学部教育の段階から他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
○歯科衛生士及び歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備等）
○行政、教育機関、関係団体や関係学会等が特性を活かし合い、連携しながら、知識や技術をスキルアップするのための取組の実施

（７）都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

○地域ごとの歯科医療資源や住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価の実施
○歯科医療提供体制の目指す姿を設定し、バックキャストで考えることの重要性
○地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組むことの重要性

目指す歯科医療提供体制の方向性（案）

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
（令和６年12月25日）資料２

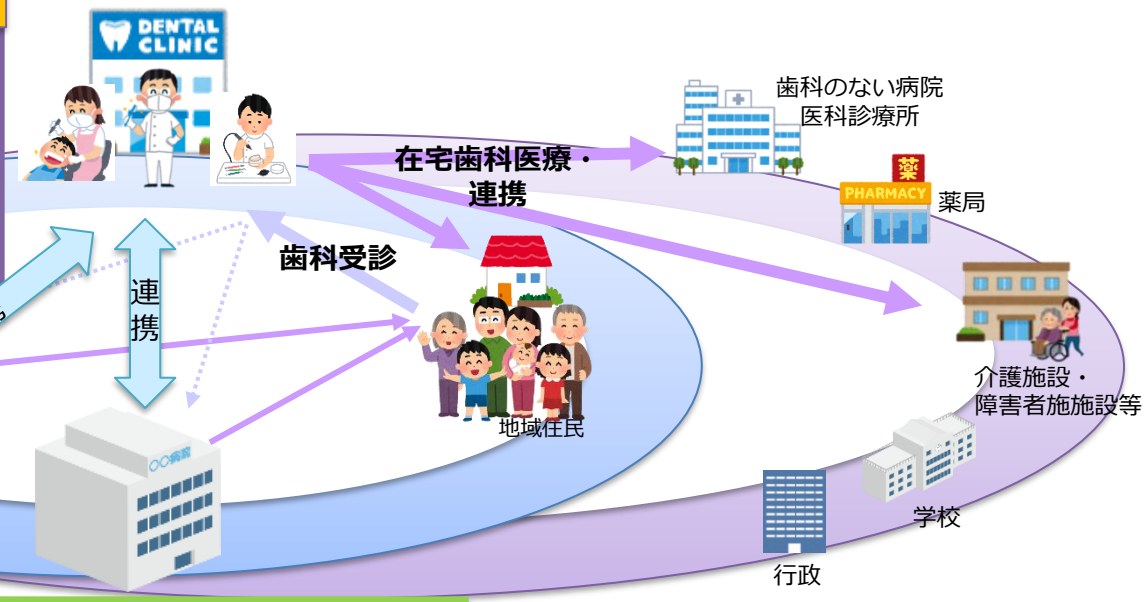
○　多様化するニーズや歯科医療資源を含め、地域の特性を踏まえた、その地域に必要な歯科医療を提供する仕組みの構築が必要である。

○　また、歯科医師の高齢化や偏在により、歯科医師の確保が課題になっている地域も出始めている。

○　都道府県においては、地域住民のニーズに応じて、歯科医療機関の機能分化（かかりつけの歯科診療所、専門性機能を持つ歯科診療所、大学病院・病院歯科等）も踏まえつつ、それぞれの機能に応じた歯科医療資源を確保するとともに、歯科医療提供体制を構築することが求められる。

かかりつけの歯科診療所

○ ライフコースを通じた口腔健康管理を行い、歯・口腔に関する相談に応じてくれる身近な存在
○ ライフステージに応じた歯科疾患の予防・重症化予防、歯科治療、口腔機能管理
○ 在宅歯科医療
○ 障害児・者への歯科医療
○ 医歯薬連携、介護関係者等の他職種との連携　等



専門的な機能を持つ歯科診療所

○ 専門性が高い歯科医療の提供機能
- 専門性が高い外来歯科医療（歯科保存、歯周病、補綴歯科、小児歯科、矯正歯科、口腔外科科等）
- 障害児・者等の歯科医療（全身麻酔・静脈内鎮静等）
- 専門性が高い在宅歯科医療　等

歯科大学病院・病院歯科等

○ 人材育成の拠点	○ 病院歯科の機能や専門性を活用した歯科医療の提供機能	○ 過疎地域を含め地域の歯科医療機関の後方支援機能	○ 大規模災害や新興感染症等のパンデミック発生時の対応	○ 入院患者の口腔管理【急性期】 ・ 周術期や化学療法・放射線治療等の口腔衛生管理・口腔機能管理	○ 入院患者の口腔管理【回復期(包括期)・慢性期】 ・ 口腔機能の回復 ・ リハビリテーション・栄養との連携

地域歯科医療提供体制の拠点的な役割

等

地域特性に応じた歯科医療提供体制構築の具体的検討のために、今後の必要量や歯科医師の適切な配置について検討することが必要。

＜骨太の方針＞経済財政運営と改革の基本方針

「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和７年６月13日閣議決定）（歯科関連）

（注：下線は次期診療報酬改定関連箇所）

糖尿病と歯周病との関係など全身の健康と口腔の健康に関するエビデンスの活用、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、**歯科医療機関・医歯薬連携などの多職種連携**、**歯科衛生士・歯科技工士の離職対策を含む人材確保**、歯科技工所の質の担保、歯科領域のＩＣＴ活用、**歯科医師の不足する地域の分析等を含めた適切な配置の検討を含む歯科保健医療提供体制構築**の推進・強化に取り組むとともに、**有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入を推進する。**

（参考）「経済財政運営と改革の基本方針2024」（令和６年６月21日閣議決定）（抜粋）

全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携を始めとする多職種間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科領域におけるＩＣＴの活用の推進、各分野等における歯科医師の適切な配置の推進により、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められた新技術・新材料の保険導入を推進する。

市場価格に左右されない歯科用材料（新歯科医療機器・歯科医療技術産業ビジョン2022版から抜粋）

- **市場価格が大きく変動する貴金属素材に依存している現状は、臨床家への安定供給の面から決して好ましいとは言えない。**
- 市場価格の変動が少なく、かつ安価な素材を活用して、歯科用貴金属合金の用途に用いることができる新たな歯科材料の開発の必要性はかねてより指摘されてきた。
- CAD/CAM 用歯科切削加工用レジンの機械的強度をさらに高めて、ブリッジにも適用可能にする開発も今後指向されると考えられる

歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえて次期診療報酬改定で対応する内容

「歯科医療提供体制等に関する検討会（R6.5中間取りまとめ）」、「経済財政運営と改革の基本方針2025」による提言等を踏まえつつ、限られた医療資源（歯科医療機関、歯科専門職）を最大限活用し、各地域の多様化する患者ニーズに応えるために、下記の内容について重点的に対応を行う。

訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や認知症の有無、多剤服用に係る状況等への理解、ライフステージに応じた歯科疾患や口腔管理への対応	在宅歯科医療 障害者歯科医療 歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療
歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築	在宅歯科医療 へき地等歯科医療
医科歯科連携の推進（入院患者等に対する口腔の管理等）	多職種連携
歯科衛生士及び歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備等）	歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保
有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入の推進	歯科治療のデジタル化等

：「歯科医療提供体制等に関する検討会(R6.5中間とりまとめ)」の提言

：「経済財政運営と改革の基本方針2025」の提言

：「歯科医療提供体制等に関する検討会(R6.5中間とりまとめ)」及び「経済財政運営と改革の基本方針2025」の提言

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

障害児(者)歯科診療の課題

○ 障害児(者)は、障害の程度や内容によって、一般に口腔内の衛生状態を困難にする要因を多数持っており、**歯科疾患の重症化及び再発リスクが高いため、口腔内の管理に際して配慮すべき点が多く、様々な対応が必要**とされる。

歯科疾患の管理上の課題

1. 歯数、歯の形態、歯質

胎生期あるいは出生前後の異常や障害が原因で、歯質、歯数や形態の異常などが多く、歯科疾患の重症化、再発リスクが高い。

2. 歯列・咬合

顎顔面の成長・発育に、先天性または後天的な異常、顎顔面周囲筋の異常緊張、運動の異常、口腔習癖に関連した歯列・咬合の異常がみられるため、歯科疾患の重症化、再発リスクが高い。

3. う蝕、歯周病

① 適切な歯科保健習慣の定着が困難で、歯口清掃不良の状態の期間が長く、う蝕や歯周病が重症化しやすい。

② 歯科治療終了後も口腔内管理の継続が難しく、う蝕や歯周病が再発しやすい。

③ 障害および合併症の治療のための薬物の長期使用が、特異的な歯科疾患の発生、増悪を助長する要因となることがある。

（出典：学建書院、小児の口腔科学第5版、P.324を改変）

歯科治療上の課題

1. 協力性確保の困難性

認知能力、環境変化への適応能力が未熟で恐怖や不安が強く、診療を拒否する患者などに対する対応法（行動調整法）の工夫が必要である。

2. 姿勢、異常反射、筋の異常緊張の制御の困難性

脳性麻痺にみられるような、診療時の筋の異常緊張・反射、不随意運動の緩和・抑制のための工夫および苦痛の少ない安定した診療姿勢を確保する工夫が必要である。

3. コミュニケーションの困難性

コミュニケーションには言語理解能力と言語表出能力が必要である。障害の種類・程度により、そのいずれか一方、あるいは両者に障害がみられる場合があり、コミュニケーションの方法に工夫が必要である。

4. 歯科治療時の医学的管理の困難性

障害者は、定型発達児に比べて重篤な合併症をもつことが多く、特に先天性心疾患、てんかんなどを合併しやすい。また、脳性麻痺、重症心身障害児などは、歯科診療時に呼吸が抑制されやすいため、注意が必要である。

（出典：学建書院、小児の口腔科学第5版、P.325を改変）

＜補綴物装着者年齢の比較＞

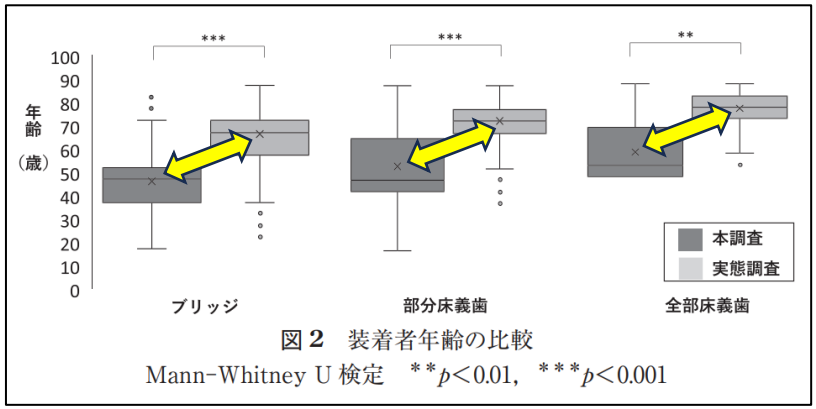
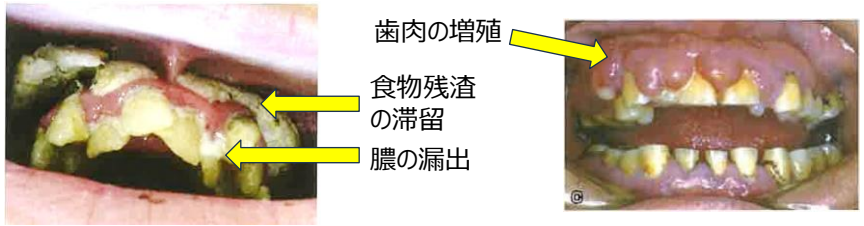


図２　装着者年齢の比較

Mann-Whitney U 検定　$^{**}p<0.01$，$^{***}p<0.001$

障害者(本調査群)の補綴物装着者率は、若い年齢階級から高い事が明らかであったため、障害の内容や程度により、歯科疾患の再発・重症化リスクが高いことが示唆されている。

＜障害を有する者の口腔内状況の一例＞



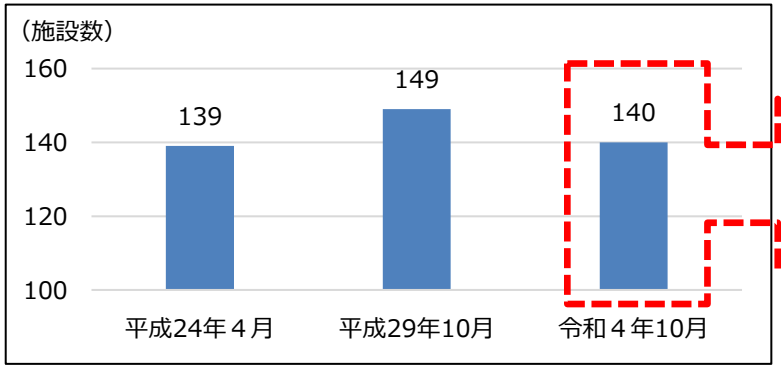
出典：「障害者における補綴物装着率の加齢変化に対する検討」尾田ら、障歯誌43：26-33，2022

出典：「障害者歯科学」（永末書店）

障害者歯科治療を専門に行う医療機関（いわゆる口腔保健センター）

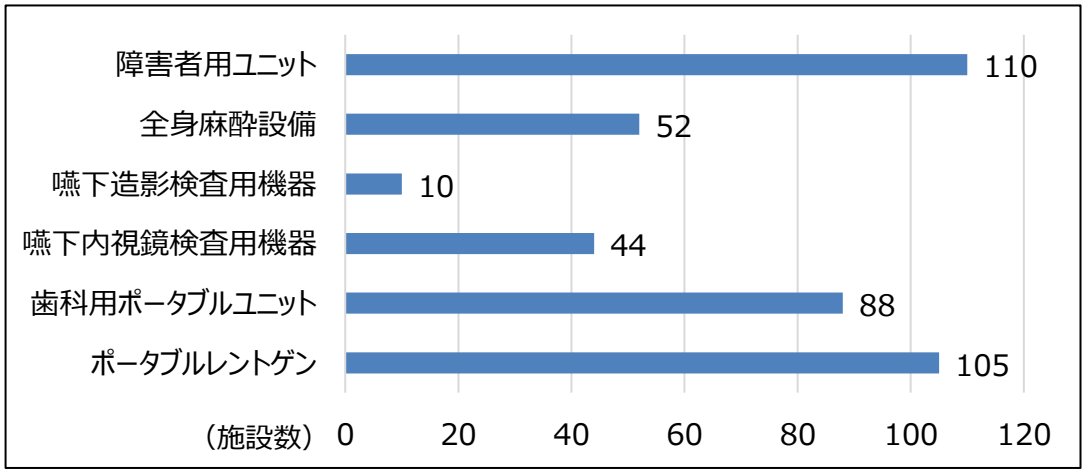
○ **障害者歯科治療を専門に行う歯科医療機関は少なく**、その代表例である地方自治体等により運営されている「口腔保健センター」は、地域の障害者歯科医療を担う拠点となっており、障害者の歯科治療や口腔内の管理を行うために、障害者用ユニットなどの特別な設備を有している施設が多い。

＜障害者歯科治療を行っている口腔保健センター数＞



注：日本歯科医師会が全国調査にあたって
各都道府県歯科医師会等を通じて調査・集計した数

＜障害者歯科治療を行っている口腔保健センターの主な設備状況＞



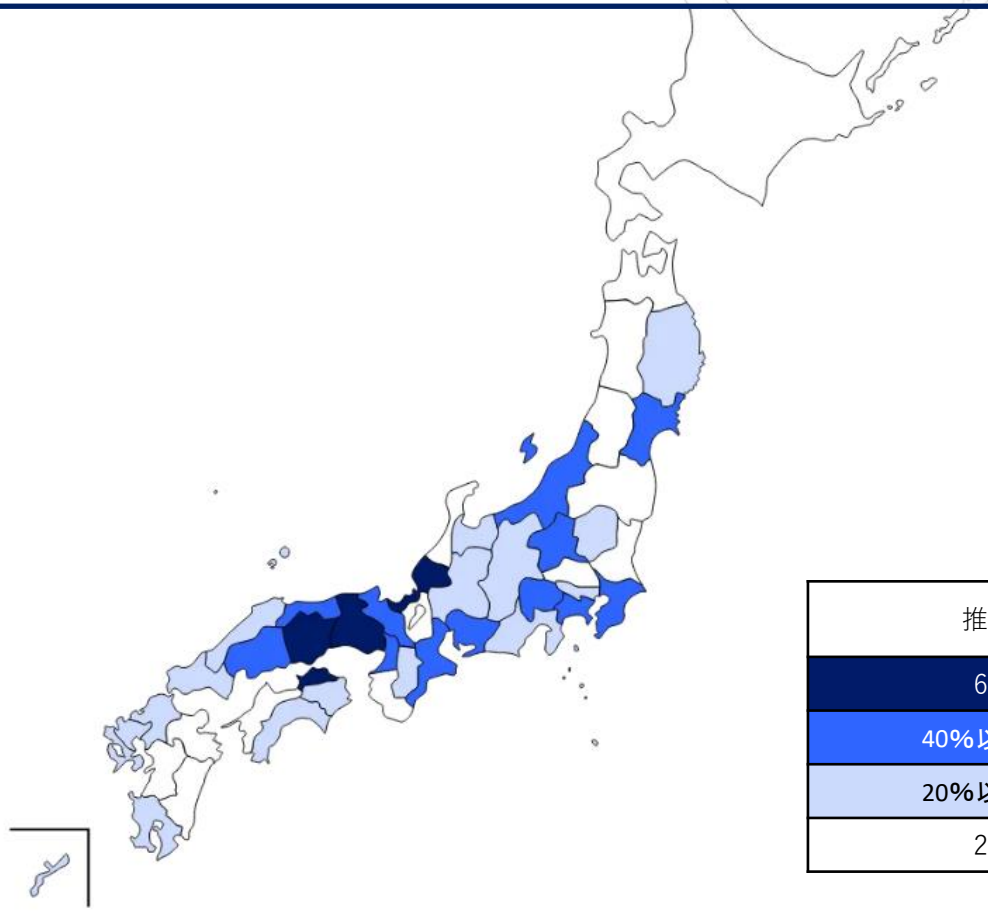
出典：口腔（歯科）保健センター等業務内容報告書（日本歯科医師会調べ）

出典：障害者歯科学会から写真提供

出典：あぜりあ歯科診療所（豊島区口腔保健センター）HP

障害者歯科診療を行っている専門歯科医療機関の状況

○障害者歯科診療を行っている専門歯科医療機関の推定供給率に都道府県差があり、必ずしも十分ではない。



推定供給率	都道府県数
60％以上	4
40％以上60％未満	12
20％以上40％未満	17
20％未満	14

推定供給率：①推定供給数/（②要治療者数/12か月）で算出

①推定供給数：Ｈ25年11月22日中医協資料より歯科診療特別対応連携加算を届出している施設において、当該加算算定人数が月80～90名のため、おおよそ１施設当たり月100名受診していると仮定し、専門歯科医療機関数※×100名を推定供給として算出

※「口腔（歯科）保健センター等業務内容調査報告書」及び日本障害者歯科学会の認定医・専門医所属医療機関から専門歯科医療機関数を集計

②要治療者数：身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳交付台帳の登録数の合計を算出※1し、そのうち約半数※2が歯科治療が必要な者と仮定

※１　重複して手帳を保有している者もいるため延べ人数　　※２「障害者歯科医療の推進に向けた調査報告書（表7）」（東京都）

出典：「口腔（歯科）保健センター等業務内容調査報告書」（令和4年10月1日時点）の調査結果を日本歯科医師会日本歯科総合研究機構より提供、
日本障害者歯科学会ＨＰ、「障害者歯科医療の推進に向けた調査報告書（R2.3）」（東京都）

歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対する歯科医療の主な改定内容の変遷

改定年度	基本診療料部分	特掲診療料部分
平成22年	➢「障害者歯科医療連携加算」（歯科医療機関からの紹介に基づき、専門性の高い歯科医療機関で受け入れ、外来診療を行った場合）の新設【100点】	歯科衛生実地指導料２（障害者の身心の特性に応じた指導）の新設【100点】
平成24年	➢「障害者加算」の趣旨をより適切に反映する観点から「歯科診療特別対応加算」に改称 ※その他の項目に関しても、全て「歯科診療特別対応●●」に改称 ➢「歯科診療特別対応地域支援加算」（専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき歯科医療機関で受け入れ、外来診療を行った場合）の新設【100点】	－
平成30年		特別な対応を要する者に対する機械的歯面清掃処置の算定回数の見直し【2月に１回 → 月１回】
令和４年	➢「歯科診療特別対応連携加算」の評価の引き上げ、要件見直し【100点 → 150点】	－
令和６年	➢「歯科診療特別対応加算」の評価体系を１～３に細分化し、対象患者（医療的ケア児、強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者）を追加 ➢「初診時歯科診療導入加算」の名称及び要件の見直し	－

＜主な評価内容＞

診療内容

歯科診療特別対応加算１～３　【175点、250点、500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、歯科訪問診療料の加算**

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

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各行為に対する100分の30～70に相当する点数**の加算**

連携

歯科医療機関(歯特連※届出医療機関以外)

診療情報提供料(Ⅰ)　注６加算　【100点】
自院で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

歯科診療特別対応地域支援加算【100点】
歯特連の届出を行っている歯科医療機関で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（診療所に限る）

紹介

紹介

後方支援をおこなう歯科医療機関(歯特連※届出医療機関等)

⑤歯科診療特別対応連携加算【150点】
他の歯科医療機関で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

診療情報提供料(Ⅰ)　注７の加算【100点】
自院で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

※歯特連：歯科診療特別対応連携加算

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

かかりつけ歯科医の役割（イメージ）

令和6年度診療報酬改定説明資料

○　ライフコースを通じて、継続的・定期的な歯科疾患（う蝕、歯周病等）の重症化予防や口腔機能の問題に対応することにより**生涯を通じた口腔の健康の維持に寄与**する。

口腔疾患の管理

- **口腔機能の獲得** → **口腔機能の維持** → **口腔機能の回復**
- **う蝕の重症化予防（エナメル質初期う蝕）** → **う蝕の重症化予防（根面う蝕）**
- **歯周病の重症化予防**

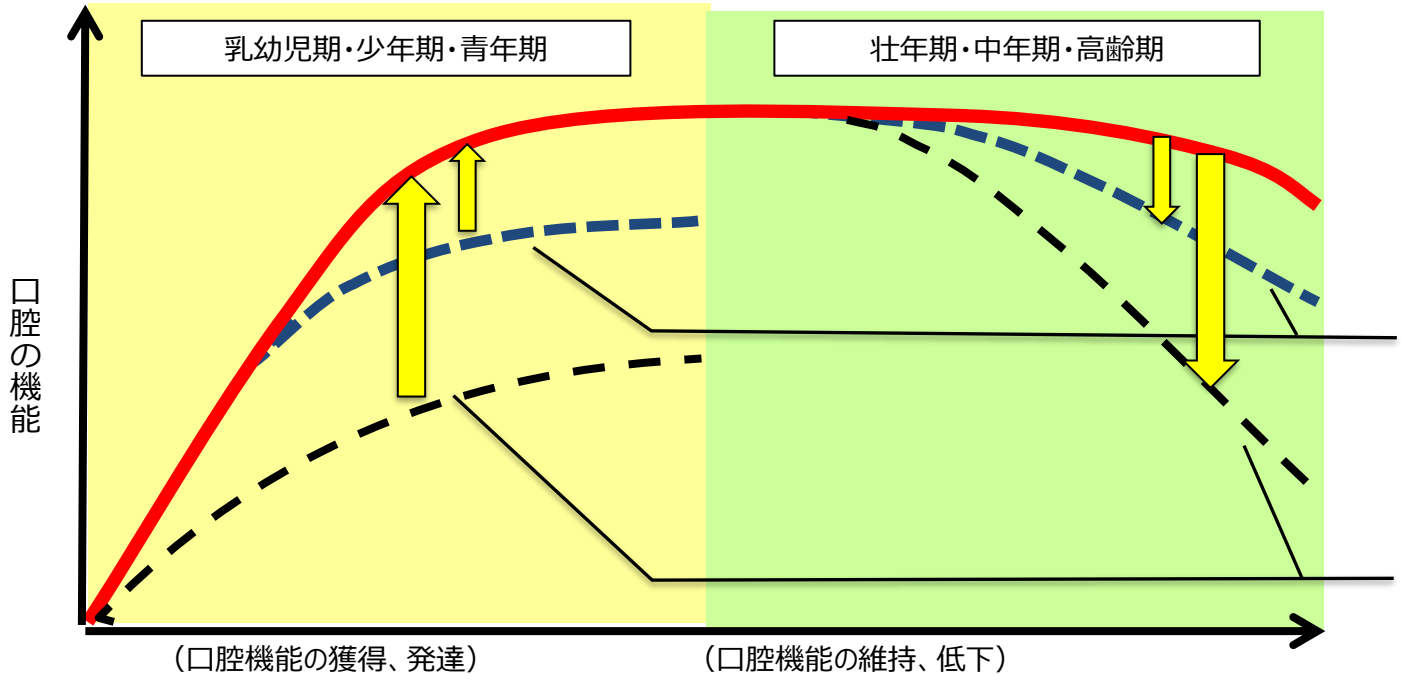
加齢による口腔機能の変化のイメージ

【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、話す楽しみ等の生活の質の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るためには、各ライフステージにおける適切な取組が重要である。特に**乳幼児期から青年期にかけては、良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要がある。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要である。**



口腔機能に何らかの問題が生じているため、歯科疾患の管理と併せて口腔機能の歯科医学的管理が必要

学会の診断基準に基づき、口腔機能に著しい問題が生じているため、口腔機能に特化した特別な歯科医学的管理が必要

：乳幼児期から青年期にかけて、適切に口腔機能が獲得・発達し、加齢等に伴い、生理的に口腔機能が低下していく状態

：乳幼児期から高齢期において、口腔機能に問題が生じ、歯科医学的管理が行われない状態

：乳幼児期から高齢期において、学会が定める口腔機能発達不全症や口腔機能低下症の診断基準に基づき、口腔機能に著しい問題が生じ、口腔機能に特化した特別な管理が行われない状態

口腔機能が十分に獲得・発達しない場合の影響（例：口唇閉鎖不全）

○ 口腔機能発達不全症の診断を実施するためのチェックリストに「口唇閉鎖不全」があるが、口唇閉鎖不全は不正咬合と有意に関連していたとの報告があるため、口腔機能に特化した特別な早期診断、介入は重要である。

対象：3～6歳の日本人児童503名（男児258名、女児245名）
方法：口唇閉鎖等の口腔習慣（指しゃぶり、唇しゃぶりまたは唇噛み、爪噛み、顎を手に乗せる）および鼻と喉の状態（鼻閉傾向、アレルギー性鼻炎、口蓋扁桃肥大）等と不正咬合の関連を評価した。

Table 4 Related factors and characteristics of malocclusion compared with normal occlusion

	Normal (n=191)	Malocclusion (n=312)	*P*
Boy ratio	51.8%	51.0%	n.s.
Incompetent lip seal	19.9%	32.7%	<0.01
Severe incompetent lip seal	8.9%	19.9%	<0.001
Nail biting	23.6%	16.0%	<0.05
Finger sucking	5.2%	9.3%	n.s.†
Lip sucking or lip biting	2.1%	3.5%	n.s.†
Chin resting on a hand	4.2%	3.5%	n.s.†
Nasal obstruction	25.1%	32.7%	n.s.
Allergic rhinitis	17.3%	17.0%	n.s.
Palatine tonsil hypertrophy	1.0%	5.1%	<0.05†
Mandibular midline deviation	35.1%	43.6%	n.s.
Unspaced dentitions	23.6%	38.8%	<0.001

†: Fisher's exact test
n.s.: not significant

口唇閉鎖不全の有無は正常咬合群と不正咬合群とで有意に差があった。

Table 5 Binary logistic regression analysis of related factors and malocclusion

	B	SE	Adjusted OR (95% CI)	*P*
Age	-0.025	0.097	0.975 (0.806–1.180)	0.797
Sex	-0.051	0.192	0.950 (0.653–1.383)	0.790
Incompetent lip seal	0.609	0.222	1.838 (1.189–2.841)	0.006
Nail biting	-0.470	0.237	0.625 (0.393–0.994)	0.047
Finger sucking	0.548	0.388	1.730 (0.809–3.701)	0.158
Lip sucking or lip biting	0.199	0.623	1.220 (0.360–4.139)	0.749
Chin resting on a hand	0.264	0.587	1.302 (0.412–4.115)	0.653
Nasal obstruction	0.352	0.211	1.422 (0.940–2.152)	0.095
Palatine tonsil hypertrophy	1.449	0.771	4.260 (0.940-19.308)	0.060

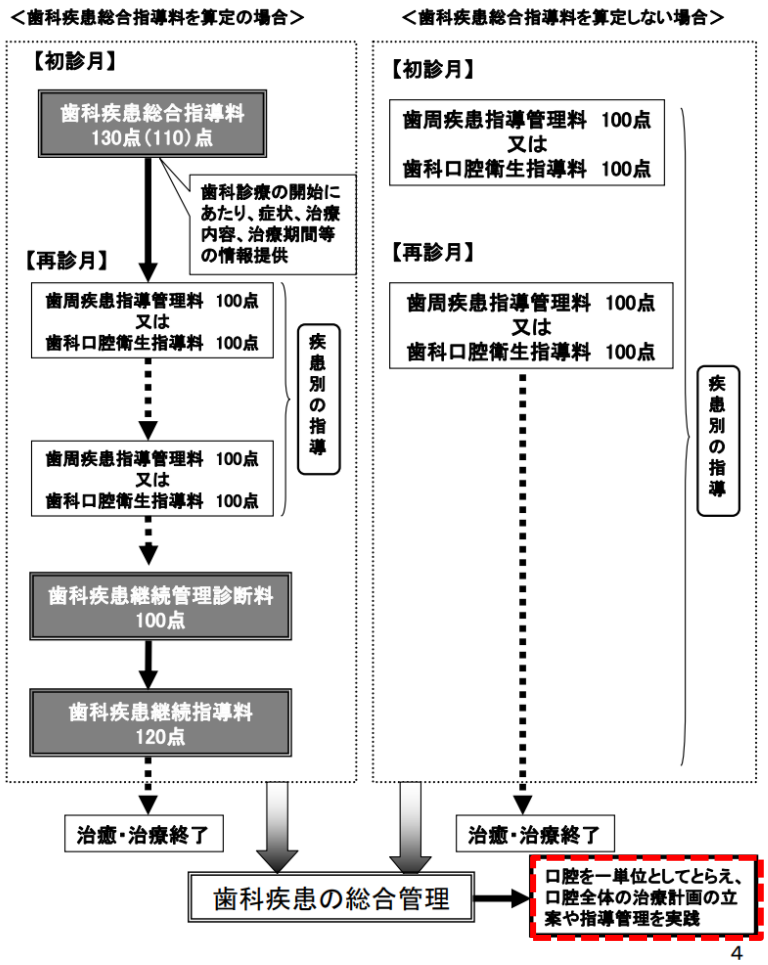
Adjusted by age, sex, incompetent lip seal, finger sucking, lip sucking or lip biting, nail biting, chin resting on a hand, stuffy nose, and palatine tonsil hypertrophy

ロジスティック回帰分析の結果、口唇閉鎖不全は不正咬合の発生に影響を与えている可能性が示唆された。

出典：「Incompetent lip seal and nail biting as risk factors for malocclusion in Japanese preschool children aged 3-6 years（Masatoshi O et al）．」BMC Pediatr. 2023 Oct 26;23(1):532.

歯科疾患や口腔機能の管理に係る診療報酬上の評価の考え方

現行の歯科疾患の指導管理体系

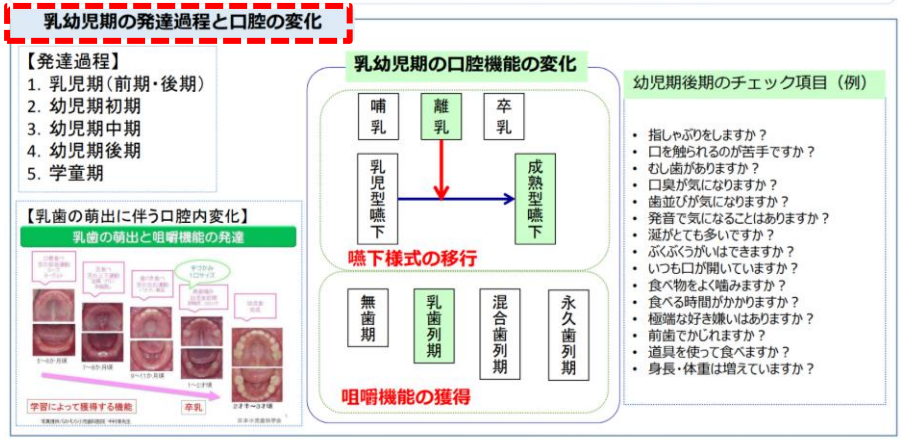


4

小児の口腔の変化

○ 乳児期から学童期の発達過程において、歯の萌出と乳歯列から永久歯列への交換（形態の変化）がおこる。
○ 同時に、口腔機能については、嚥下様式が変化するとともに咀嚼機能を獲得していく。

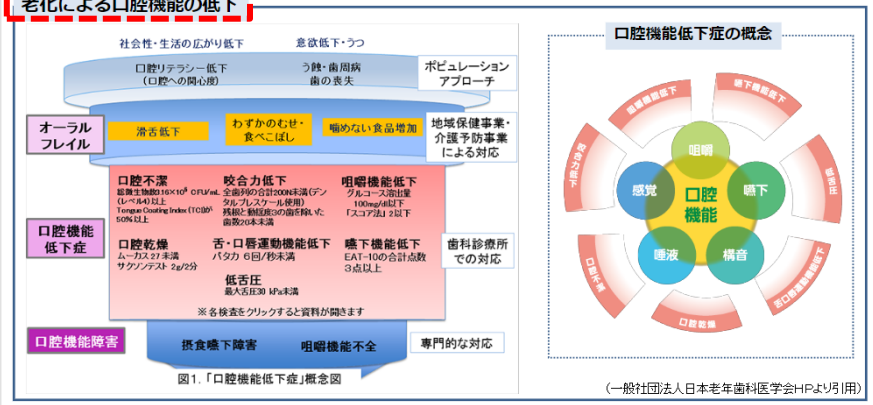
乳幼児期の発達過程と口腔の変化



⇒ 発達過程にあわせたステージ別の評価と口腔機能管理が必要

口腔機能低下症（日本老年歯科医学会）

老化による口腔機能の低下



（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

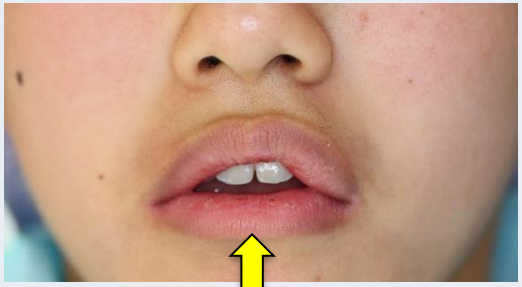
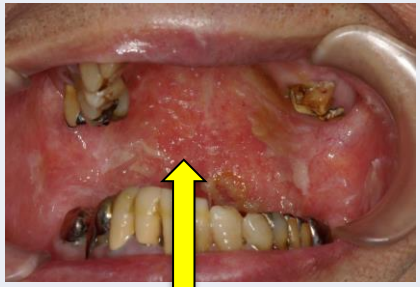
口腔内の管理は、歯科疾患と口腔機能の両面で対応

出典：「中央社会保険医療協議会基本問題総委員会」資料（平成19年11月）
「中央社会保険医療協議会総会」資料（平成29年11月）

歯科疾患や口腔機能の管理に係る主な改定内容の変遷

改定年度	歯科疾患管理料等の主な改定内容		
	歯科疾患管理料	小児口腔機能管理料、口腔機能管理料	その他
平成20年	➢ 「歯科疾患管理料」【１回目:130点、２回目以降:110点】の新設 → 「歯科疾患総合指導料」、「歯科口腔衛生指導料」、「歯周疾患指導管理料」等を廃止し、**疾患別管理体系を一本化**		
平成22年	➢ 点数の一本化【110点】		
平成24年	➢ 「機械的歯面清掃加算」の廃止（「機械的歯面清掃処置」として処置に位置付け）		
平成26年	➢ 「フッ化物局所応用加算」の廃止（「フッ化物歯面塗布処置　う蝕多発傾向者の場合」として処置に位置付け）		
平成28年	➢ 点数の引き下げ【110点 → 100点】 ➢ 「文書提供加算」【10点】の新設（文書要件の見直し） ➢ 「エナメル質初期う蝕管理加算」【260点】の新設		
平成30年	➢ **「小児口腔機能管理加算」【100点】」及び「口腔機能管理加算」【100点】の新設**		
令和２年	➢ 点数の細分化（初診月:80/100　再診月:100/100） ➢ 「長期管理加算」【100点】の新設	➢ **「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」を加算から本体に位置付け**	
令和４年		➢ 「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」の年齢要件の見直し	
令和６年		➢ 「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」の引き下げ【100点→60点】 ➢ **口腔機能管理体制強化加算【50点】及び施設基準の新設**	➢ 「エナメル質初期う蝕管理料」【30点】の新設（「エナメル質初期う蝕管理加算」【260点】の廃止） ➢ 「根面う蝕管理料」【30点】の新設

口腔機能発達不全症および口腔機能低下症の概要

	口腔機能発達不全症	口腔機能低下症
病態	明らかな摂食機能障害の原因がなく、「食べる」機能や「話す」機能などが発達段階で正常に機能が獲得できていない疾患。個人因子あるいは環境因子に専門的関与が必要な病態。 出典：口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方(令和6年3月 日本歯科医学会)	加齢に加え、様々な要因によって、口腔機能が複合的に低下（唾液量の減少、咬合力・舌の筋力低下等）している疾患。放置していると摂食嚥下障害などに陥り、また、低栄養やフレイル、サルコペニアを進展させるため、専門的関与が必要な病態。 出典：口腔機能低下症に関する基本的な考え方(令和6年3月 日本歯科医学会)
症状	 口唇の筋力が十分に発達せず、口唇の閉鎖が不十分（お口ポカン） 写真：日本歯科大学付属病院口腔リハビリテーション科　田村教授よりご提供	 唾液量の減少に伴い口腔乾燥が進行し、粘膜上皮が剥離 咬合力・舌の筋力低下等による食物残渣の沈着 写真：陵北病院　阪口副病院長よりご提供
診断基準	チェックリストのA項目（食べる機能、話す機能等）のうち、C項目（先天性歯あり、口唇閉鎖不全等）において２つ以上該当する場合に「口腔機能発達不全症」と診断。 なお、離乳完了前はC-1～C-9を、離乳完了後はC-1～C-6のC項目を1つ含む。	口腔機能低下症の７つの下位症状（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下）のうち、3 項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断。
推計患者数	約180万人（18歳以下） 算出方法：18歳以下の人口数（各年10月１日時点）に参考文献より口腔機能発達不全症に該当する割合を乗算 出典：Nogami Y, et al, Prevalence of an incompetent lip seal during growth periods throughout Japan: a large-scale, survey-based, cross-sectional study. Environ Health Prev Med. 2021 Jan 21;26(1):11. doi:10.1186/s12199-021-00933-5. , 総務省「人口推計」（2020~2024年）	約1、500万人（65歳以上） 算出方法：各年齢層の人口数に参考文献により口腔機能低下症に該当する割合を乗算 出典：Kugimiya, Yoshihiro et al. “Rate of oral frailty and oral hypofunction in rural community-dwelling older Japanese individuals.” Gerodontology vol. 37,4 (2020):342-352. 総務省「人口統計」（2024年）

歯科疾患及び口腔機能の管理に係る診療報酬上の位置づけ

○ 歯科疾患及び口腔機能の管理に係る管理については、歯科疾患や口腔機能の症状や状態に応じて、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料で主に評価している。なお、**関連学会が示している口腔機能管低下症や口腔機能発達不全症の診断基準に該当しているものの、口腔機能に特化した特別な管理が行われていない者が存在している。**

歯科疾患または口腔機能の維持や発達に係る管理が必要な患者

関連学会の診断基準に該当し、口腔機能の特別な管理が必要な患者

歯科疾患管理料で評価

歯科疾患の管理を必要とする患者
歯科疾患の継続的管理を必要とする患者
（有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く）

口腔機能の維持等に係る管理を必要とする患者
学会の診断基準を満たさないが、
口腔機能の維持等の管理を必要とする患者

口腔機能の発達等に係る管理を必要とする患者
学会の診断基準を満たさないが、
口腔機能の発達等の管理を必要とする患者

関連学会の診断基準に該当しているものの、口腔機能管理料または小児口腔機能管理料に該当しない患者

口腔機能管理料で評価

50歳以上の口腔機能低下症※の患者であって、咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査、口腔細菌定量検査のいずれかの算定実績がある患者

※７つの症状（口腔乾燥、咬合力低下等）のうち、
３項目以上該当した者

小児口腔機能管理料で評価

18歳未満の口腔機能発達不全症※の患者であって、評価項目において３項目以上該当する患者

※チェックリストA項目（食べる機能、話す機能等）のうち、
C項目（先天性歯あり、口唇閉鎖不全等）において
２つ以上該当した者

＋α

歯科医学的管理に係る専門性

歯科疾患管理料等の管理の概要について

○ 歯科疾患管理料は、歯科疾患に関連した口腔機能の確認等により管理【左票】が行われているが、**口腔機能低下症等の管理は、口腔機能に関する様々な検査結果等により特別な管理【右票】が行われている**。

初回用

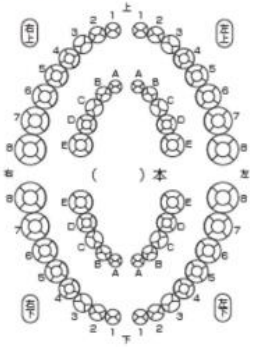
歯科疾患管理料に係る管理計画書

年　月　日

患者氏名

【基礎疾患】□高血圧症　□心血管疾患　□呼吸器疾患　□糖尿病　□骨粗鬆症
□その他（　　）
【服　　薬】□無　□有（薬剤の種類・薬剤名　　）
【生活習慣】□喫煙　□その他（　　）
【そ の 他】（　　）

【口腔内の状況】



【歯や歯肉の状態】
・4㎜以上の歯周ポケット　□有　□無
・歯の動揺　□有　□無
・歯肉の腫れ　□有　□無
・プラーク・歯石の付着状況
□多い　□少ない　□無
【むし歯】　□有　□無
【その他】（　　）

【口腔機能の問題】□無
□口腔衛生状態　□口腔乾燥　□咬合力
□舌口唇運動機能　□舌圧　□咀嚼機能
□嚥下機能
【小児口腔機能の問題】□無
□咀嚼機能　□嚥下機能　□食行動
□構音機能　□栄養　□その他

【その他・特記事項】

改善目標	□歯磨きの習慣　□歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 □喫煙習慣　□食習慣の改善（飲料物の習慣　・　間食の習慣） □口腔機能の改善・獲得 □その他（　　）
治療の予定	□むし歯（つめる・冠・根の治療）　□ブリッジ　□義歯 □歯肉炎・歯周炎の治療 □その他（　　）

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
（担当歯科医師）

管理計画書

患者氏名		年齢　歳	性別　男・女

年　月　日

【全身の状態】

1	基礎疾患	心疾患・肝炎・糖尿病・高血圧症・脳血管疾患・その他（　　）
2	服用薬剤	1．なし　2．あり　（薬剤名：　　）
3	肺炎の既往	1．なし　2．あり　3．繰り返しあり
4	栄養状態	体重：　Kg，　身長：　m
		体格指数（BMI）：　1．正常範囲内　2．低体重（やせ）　3．肥満
5	体重の変化	1．なし　2．あり　（　か月で　Kgの　増・減　）
6	食事形態	1.常食　2.やわらかい食事　3.その他（　　）
7	食欲	1．あり　2．なし（理由：　　）

【口腔機能の状態】

1	口腔内の衛生状態	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
2	口腔内の乾燥程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
3	咬む力の程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
4	口唇の動きの程度	パ発音速度　回/秒（基準値 6.0 回/秒未満）	1．正常範囲内　2．低下
5	舌尖の動きの程度	タ発音速度　回/秒（基準値 6.0 回/秒未満）	1．正常範囲内　2．低下
6	奥舌の動きの程度	カ発音速度　回/秒（基準値 6.0 回/秒未満）	1．正常範囲内　2．低下
7	舌の力の程度	舌　圧　kPa（基準値 30kPa 未満）	1．正常範囲内　2．低下
8	咀嚼の機能の程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
9	嚥下の機能の程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
10	歯・歯肉の状態	プラーク（なし・あり）　歯肉の炎症（なし・あり）　歯の動揺（なし・あり）	
11	口腔内・義歯の状態		

【口腔機能管理計画】

1	口腔内の衛生	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
2	口腔内の乾燥	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
3	咬む力	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
4	口唇の動き	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
5	舌尖の動き	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
6	奥舌の動き	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
7	舌の力	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
8	咀嚼の機能	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
9	嚥下の機能	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す

【管理方針・目標（ゴール）・治療予定等】

【再評価の時期・治療期間】

再評価の時期：約（　　）か月後

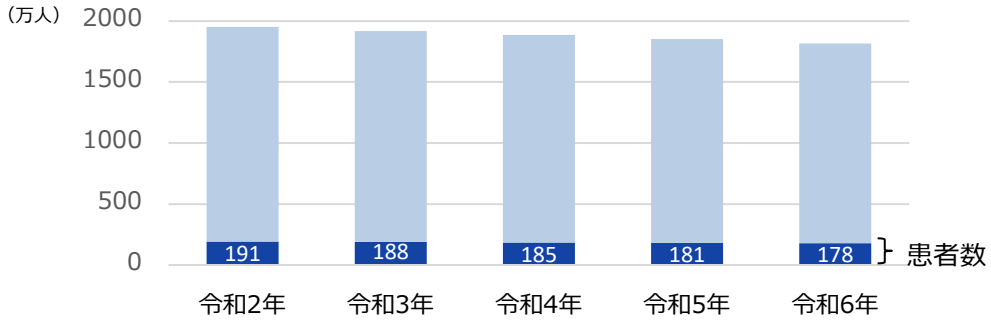
: 口腔機能に関する事項

小児における口腔機能発達不全症に係る管理の需要と供給

○18歳以下における口腔機能発達不全に係る管理は、供給率が微増しているものの約10%である。

口腔機能発達不全症に係る管理の需要推計

表１：18歳以下人口と口腔機能発達不全症の推計患者数

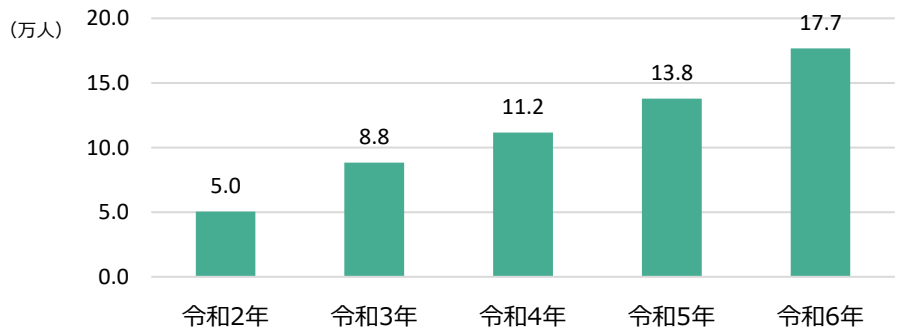


算出方法：18歳以下の人口数（各年10月１日時点）に参考文献より口腔機能発達不全症に該当する割合を乗算

出典：Nogami Y, Saitoh I, Inada E, et al, Prevalence of an incompetent lip seal during growth periods throughout Japan: a large-scale, survey-based, cross-sectional study. Environ Health Prev Med. 2021 Jan 21;26(1):11. doi: 10.1186/s12199-021-00933-5. , 総務省「人口推計」（2020~2024年）

口腔機能発達不全症に係る管理の供給

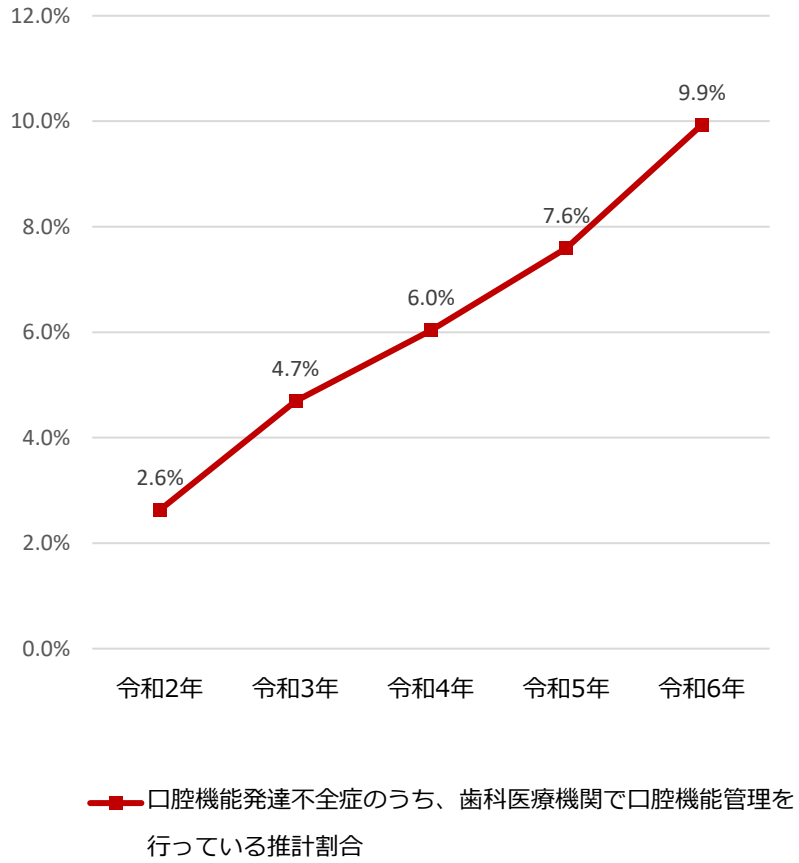
表２：口腔機能発達不全症（18歳以下）に係る管理を行っている年間患者数



算出方法：ＮＤＢ特別集計にて、小児口腔機能管理料を算定している件数と口腔機能発達不全症と診断され歯科疾患管理料のみ算定している件数を合算出（各年５月分）

口腔機能発達不全症に係る管理の推定需要に対する供給の状況

表３：口腔機能発達不全症の管理状況（推計）



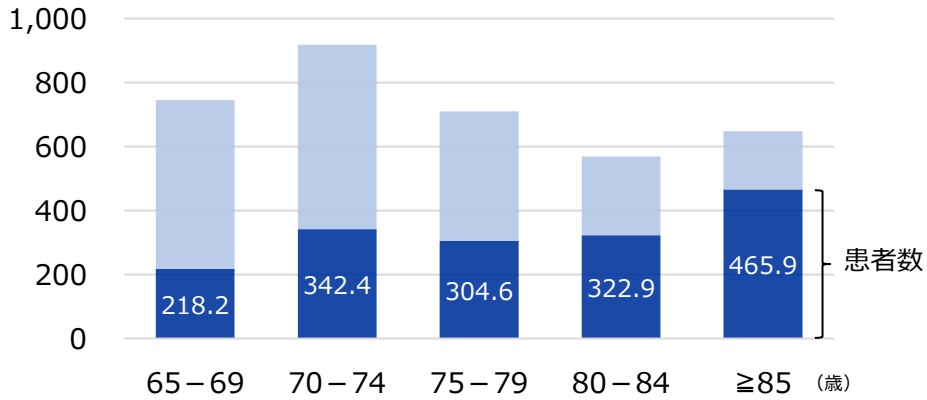
算出方法：口腔機能発達不全に係る管理の需要推計（表１）と歯科医療機関における管理の供給（表２）を基に算出

高齢者における口腔機能低下症に係る管理の需要と供給

○　高齢者における口腔機能低下症に係る管理は、需要推計に対して供給が大きく下回っている。

口腔機能低下症に係る管理の需要推計

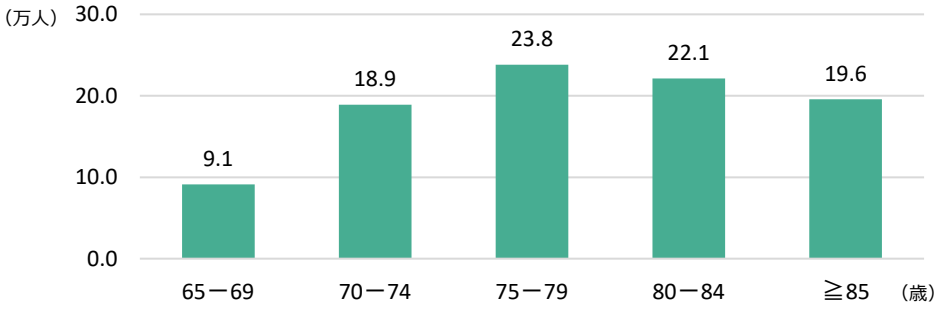
表１：65歳以上人口と口腔機能低下症の推計患者数



算出方法：各年齢層の人口数に参考文献により口腔機能低下症に該当する割合を乗算
出典：Kugimiya, Yoshihiro et al. “Rate of oral frailty and oral hypofunction in rural community-dwelling older Japanese individuals.” Gerodontology vol. 37,4 (2020): 342-352. 総務省「人口統計」（2024年）

口腔機能低下症に係る管理の供給

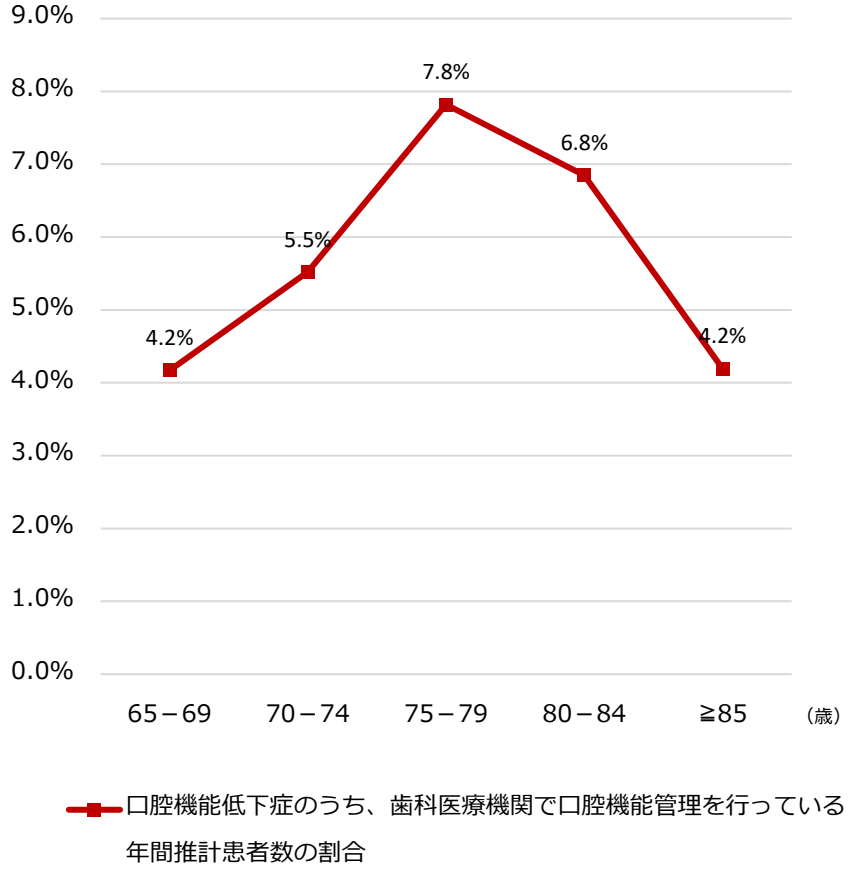
表２：口腔機能低下症に係る管理を行っている年間患者数



算出方法：ＮＤＢ特別集計にて、口腔機能管理料算定している件数と口腔機能低下症と診断され歯科疾患管理料のみ算定している件数を合算（令和５年度１年分）

口腔機能低下症に係る管理の推定需要に対する供給の状況

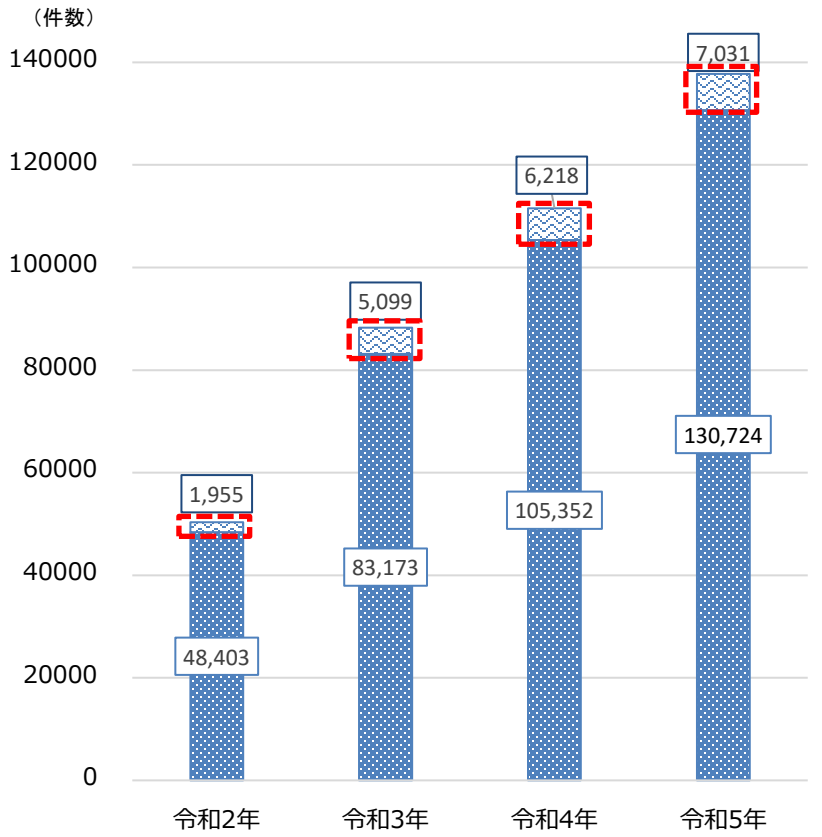
表３：口腔機能低下症の管理状況（推計）



算出方法：口腔機能管理の需要推計（表１）と歯科医療機関における口腔機能管理の供給（表２）を基に算出

小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の算定状況

○ 18歳未満の口腔機能発達不全症又は50歳以上の口腔機能低下症と診断されている者に対して、特別な管理が必要にも関わらず、小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料が算定出来ていない患者が一定数存在している。



口腔機能発達不全症で、歯科疾患管理料のみの算定件数

小児口腔機能管理料の算定件数

口腔機能低下症で、歯科疾患管理料のみの算定件数

口腔機能管理料の算定件数

出典：NDBオープンデータ（各年５月分）を特別集計

小児の咬合機能の獲得

○ 小児の正常な咬合関係の獲得を行うため、乳歯が早期に喪失した場合等に、後継永久歯の萌出スペースを確保するために保隙装置を用いて咬合誘導を図る方法があるが、算定実績は少ない。

保隙装置名	写真	適応	保険収載の有無
クラウンループ （バンドループ）		片側性乳臼歯１歯早期喪失で、喪失部の後方に歯が存在する症例	○
ディスタルシュー		第一大臼歯萌出前で、片側性第二乳臼歯の早期喪失症例	×
リンガルアーチ		①左右の第一大臼歯にバンドの適用が可能な症例 ②２歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例 ③第一大臼歯を固定しておいて、乳臼歯の適時抜去を行う症例 ④可撤保隙装置の使用が不可能な患児	×
Nanceの ホールディングアーチ		リンガルアーチと同様であるが、上顎のみに使用	×
可撤式保隙装置 （小児義歯）		①両側性の乳臼歯を早期喪失した症例 ②片側性の２歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例 ③片側性乳臼歯１歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある症例 ④乳前歯を早期喪失した症例 ⑤永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保隙を行う必要がある症例	△ 一部の症例を除き、 原則認められない

（参考）小児保隙装置（クラウンループ、バンドループ）の算定回数

令和１年	令和２年	令和３年	令和４年	令和５年	令和６年
755	782	763	751	703	1,063

出典：「小児の口腔科学」（学建書院）
社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

歯科矯正相談の流れ

○ 令和６年度診療報酬改定において、学校歯科健診で咬合異常等を指摘された場合の専門医療機関における相談等に関する評価が新設されたものの、歯科矯正相談料２の算定が多いため、どの保険医療機関においても、患者に対して適切に説明ができるよう質の担保が必要である。

学校歯科健康診断で「歯列・咬合」を指摘され、「歯科健康診断結果のお知らせ」を持参した児童・生徒に対する対応

初　診

「歯科健康診断の結果のお知らせ」から、健康診断の実施日または通知日、結果、学校名を診療録に記載するか、「歯科健康診断結果のお知らせ」を複写して診療録に添付する。

↓

医療面接及び検査

・医療面接（別に厚生労働大臣が定める疾患の有無・家族歴・口腔習癖等）
・必要に応じて顔貌写真
・必要に応じて口腔内写真
・必要に応じてエックス線撮影（パノラマ・セファロ）、歯列模型等

↓

下記に該当するかどうかを診断する

・別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常
・３歯以上の永久歯萌出不全（前歯及び小臼歯の永久歯のうち３歯以上の萌出不全がある場合に限る。）に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）
・顎変形症

↓

歯科矯正の保険適用の可否の判断

↓

結果を「学校歯科健康診断に伴う歯科矯正相談における結果報告書（説明書）」に記載して提供する。
文書の複写を取り、要点をカルテに記載する。

（参考）歯科矯正相談料の算定回数

令和6年	歯科矯正相談料１	歯科矯正相談料２
	1,254	5,062

※相談料１は顎口腔機能診断料の施設基準を満たした医療機関

出典：「歯科矯正相談料に関する基本的な考え方」（令和７年６月16日　日本矯正歯科学会・日本小児歯科学会）

有床義歯の管理等に係る評価の考え方

有床義歯に係る管理体系

【 現 行 指 針 】

有床義歯の新製

1ヶ月以内

義歯を新製した患者に対して、義歯の取扱い、義歯の保存法、義歯の清掃その他義歯の使用に当たって必要な指導や適合を図るための調整を評価

- ・新製義歯指導料　100点
- ・新製義歯調整料　120点

↓

2ヶ月以降

有床義歯の適合を図るための調整を評価

- ・有床義歯調整料　60点

【 新 た な 指 針 】

有床義歯の新製

1ヶ月以内

生体調和を主眼とした義歯の管理（調整及び指導）

- ・着脱性・形態
- ・適合性
- ・咬合関係
- ・装着感等の調整
- ・食事方法
- ・義歯の取り扱い
- ・清掃方法指導

↓

2～3ヶ月

咬合機能回復を主眼とした義歯の管理（調整及び指導）

- ・咬合機能の回復が困難な患者又は適合性が極めて悪い患者に対する調整
- ・機能回復に着目した指導

↓

3ヶ月以降

義歯による口腔機能の回復と維持を主眼とした*長期的管理*

- ・義歯の生体適合性に着目した長期的管理（調整も含む）
- ・義歯による口腔機能の回復・維持に着目した管理

有床義歯の評価の見直し①

改定前	改定後
【義歯管理料（1口腔につき）】 1　新製有床義歯管理料　150点 2　有床義歯管理料　70点 3　有床義歯長期管理料　60点	【新製有床義歯管理料（1口腔につき）】 1　2以外の場合　190点 2　困難な場合　230点 【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】（※再掲） 1　有床義歯の場合 イ　ロ以外の場合　100点 ロ　困難な場合　120点
注　咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。 【有床義歯調整管理料（1口腔につき）】30点	（注による加算及び有床義歯調整管理料については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料1に包括）

36

有床義歯の管理に係る評価は、管理期間の評価から、新製義歯の指導と義歯装着後の調整等の目的に応じた評価体系に見直し

出典：「中央社会保険医療協議会基本問題総委員会」資料（平成19年11月）
「平成26年度診療報酬改定説明会」資料

有床義歯の管理等に係る主な改定内容の変遷

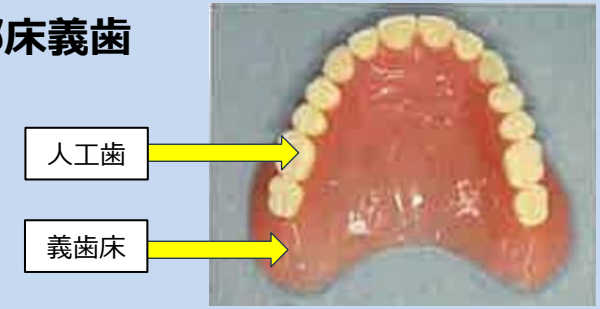
改定年度	有床義歯の管理等の主な改定内容
平成20年	➢ 新製義歯指導料と新製義歯調整料を廃止し、**「新製有床義歯管理料」**（装着後１月以内【100点】及び困難加算【40点】を新設 ➢ 有床義歯調整料を廃止し、**「有床義歯管理料」**（装着後１～３月）【70点】を新設 ➢ 有床義歯調整料を廃止し、**「有床義歯長期管理料」**（装着後３月～１年）【60点】を新設
平成22年	➢ 「新製有床義歯管理料」の点数の引き上げ【100点 → 150点】
平成26年	➢ 有床義歯管理の評価体系を**「新製有床義歯管理料」**と**「歯科口腔リハビリテーション料１（有床義歯の場合）」**に改組

新製有床義歯管理料（１口腔につき）
新製有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に１回に限り算定

歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）　有床義歯の場合
有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導（有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明）を行った場合に月１回に限り算定

新製有床義歯の管理等に係る内容について

○ 有床義歯の構造や形態は、欠損範囲や欠損部位に応じて多種多様であり、**新たな有床義歯製作時の確認・指導事項は装置や装着部位によって内容が異なる実態がある。**

各ステージの確認・指導事項	**全部床義歯**  	**部分床義歯**
装着前	✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の鋭縁の有無	✓ フレームワーク • 鋳造欠陥の有無、クラスプ鉤尖部の鋭縁の有無 ✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の鋭縁の有無
試適時	✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の適合・維持 ✓ 咬合 • 人工歯	✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の適合、アンダーカット ✓ 支台装置・維持装置 • レスト、レストシート、クラスプ、バーの適合 ✓ 咬合 • 人工歯
装着時	✓ 義歯の着脱・清掃方法、食事の摂取方法、就寝時の義歯の取扱方法など	✓ 義歯の着脱・清掃方法、食事の摂取方法、就寝時の義歯の取扱方法など
装着直後	✓ 義歯床 ✓ 咬合	✓ 義歯床 ✓ 咬合 ✓ 支台歯、粘膜の疼痛 ✓ 食物残渣の貯留

出典：「有床義歯補綴学　第1版」（永松書店）を改変、写真出典：「無歯顎補綴治療学　第４版」、「歯学生のパーシャルデンチャー」（医歯薬出版）

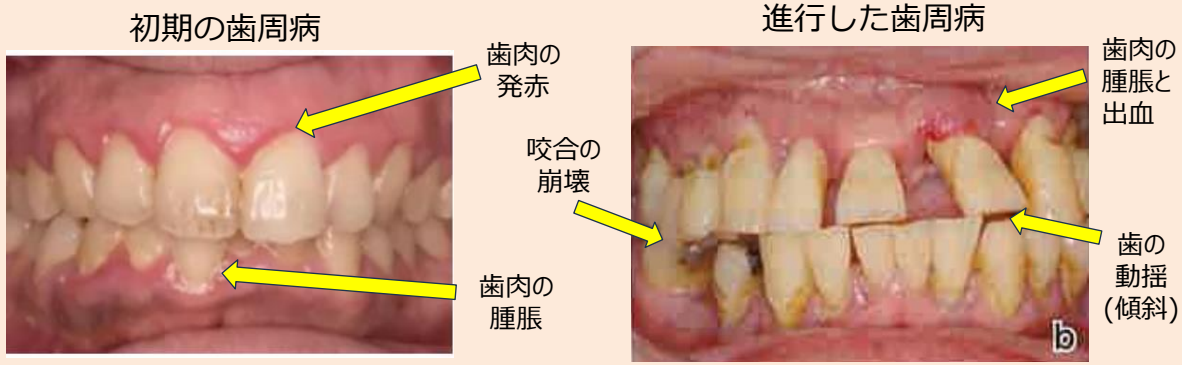
歯周病について

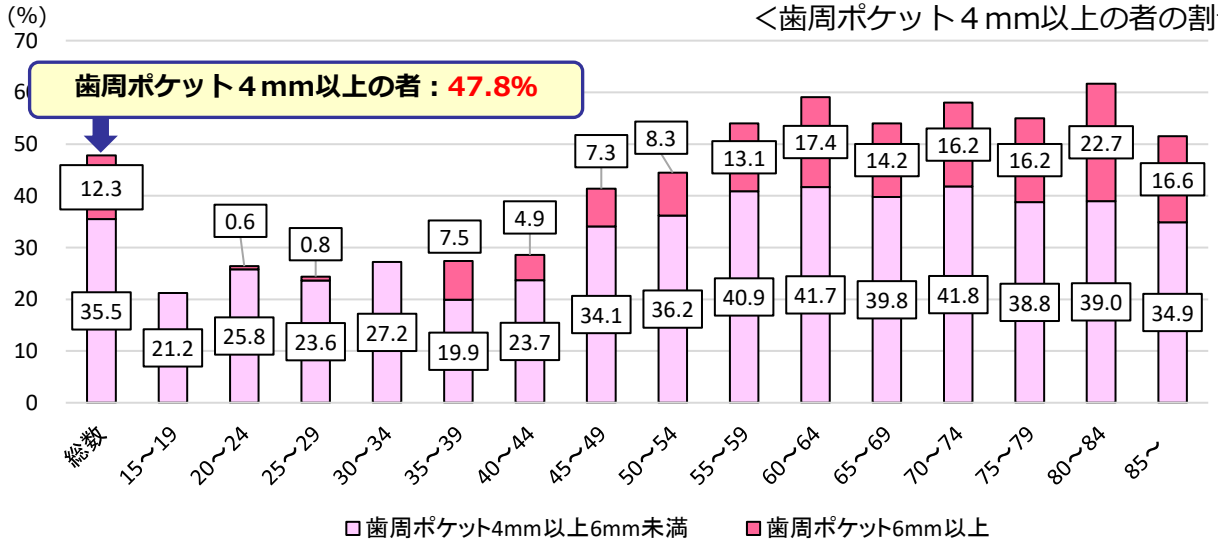
○ **歯周病は、歯と歯ぐきの境目（歯周ポケット）に細菌が侵入し、歯を支えている歯肉や歯槽骨が破壊されていく疾患。**歯周ポケットの深さは、歯周病の進行度を診断する重要な指標であり、健康な歯肉の状態であれば3mm以内であるが、4～5mmで初期の歯周病、6mm以上で重度の進行した歯周病と診断される。また、近年、糖尿病等の医科疾患との関連が報告されている。

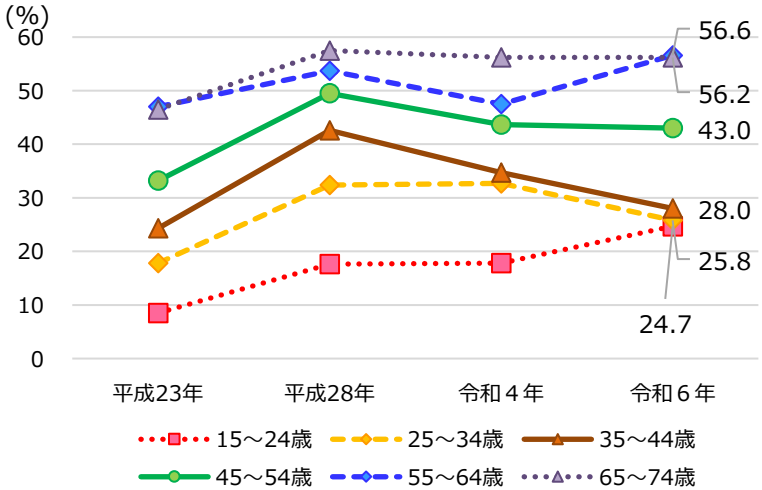
○ 歯周病は自覚症状に乏しく、進行度は患者の生活習慣や口腔内環境に大きく左右されるため早期受診による治療が極めて重要である。**なお、進行した歯周病は、静止期と活動期を繰り返しながら重症化するため、症状を静止期で安定させることが重要である。**

歯周組織の構造（図）

歯周病の進行過程





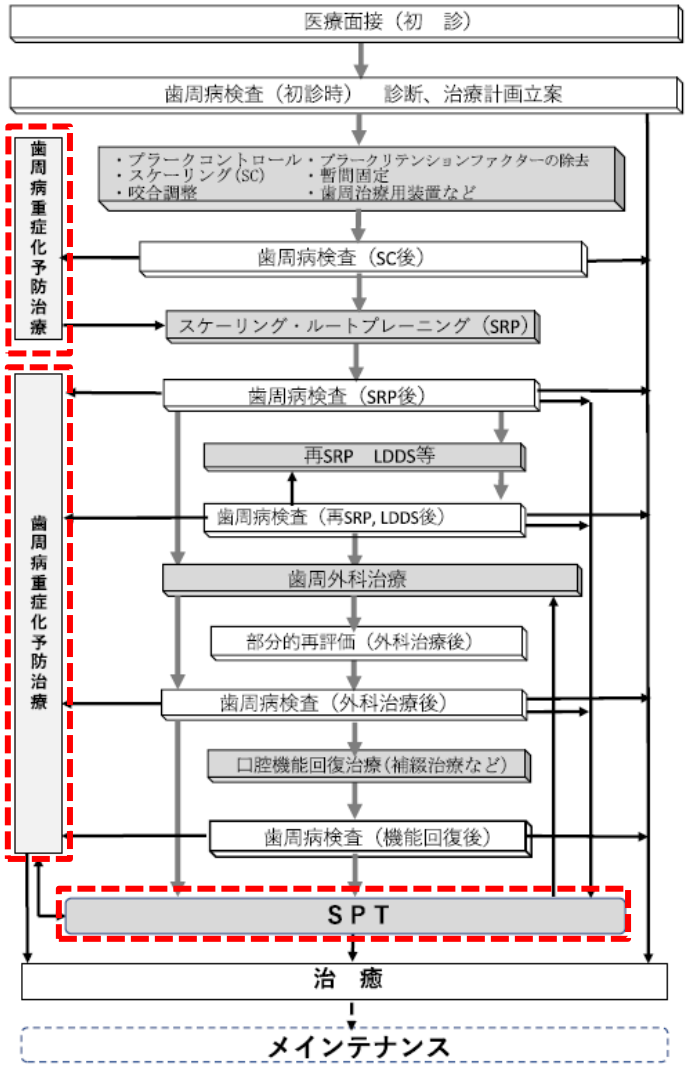


出典：令和６年歯科疾患実態調査　写真（図）出典：日本臨床歯周病学会HP 、「ザ・ペリオドントロジー」永末書店

歯周病における継続治療の考え方

歯周病は進行・再発しやすい疾患であることから重症化を予防し、安定した歯周組織を維持できるように患者のモチベーションを高め、歯科医学的な立場からプラークコントロールを中心とした**継続的な疾患管理を行うことが重要である。継続管理は歯科医療従事者が行うプラークコントロール、SC、SRP、PMTCまたはPTC、咬合調整などを主体とした定期的な治療からなる**。
臨床的に歯周組織の健康が回復し、治癒と判断できた場合は、継続管理は終了となりメインテナンスに移行する。

「歯周病の治療に関する基本的な考え方」(令和２年３月 日本歯科医学会)



継続管理

歯周病安定期治療（SPT）

SRP後あるいは歯周外科治療後の歯周病検査の結果において4 mm以上の歯周ポケットが散在するが、歯肉に炎症が認められない場合、あるいはBOPが認められない場合に病状安定と判定する。この状態を維持するために歯周病の進行度と関係なくSPTを行い管理していくことで歯周炎の重症化を抑制し歯周組織を維持安定できる。SPT期間中に病状の悪化が認められた場合には、必要に応じて歯周外科治療を行うことができる。

歯周病重症化予防治療

SCやSRP後あるいは歯周外科治療後の歯周病検査の結果、ポケット深さが4 mm未満に改善したが、歯肉に炎症又はBOPが認められる場合には、歯肉炎から歯周炎への移行や歯周炎の重症化を抑制するために継続的管理である歯周病重症化予防治療を行う。
これにより歯肉炎から歯周炎への移行や歯周炎の重症化を抑制できる。歯周病重症化予防治療期間中に病状の悪化が認められた場合には歯周病重症化予防治療を中断しSRPを行うか、歯周病安定期治療へ移行することがある。

出典：「歯周病の治療に関する基本的な考え方」(令和２年３月 日本歯科医学会)

歯周病の継続治療（包括評価）に係る主な改定内容の変遷

改定年度	歯周病安定期治療等の主な改定内容	
	歯周病安定期治療＜SPT＞	歯周病重症化予防治療＜P重防＞
平成20年	➢ **「歯周病安定期治療」**【開始日から１年以内：150点、１年超から２年以内：125点、２年超から３年以内：100点】**の新設**	
平成22年	➢ 点数の一本化【300点】	
平成24年	➢ 歯周病の悪化リスクが高い事例（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等）の治療期間の短縮（毎月）の取り扱いの追加	
平成26年	➢ 歯数に応じた点数に細分化【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】	
平成28年	➢ **「歯周病安定期治療(Ⅱ)」**【１歯以上10歯未満：380点、10歯以上20歯未満：550点　20歯以上：830点】**の新設** ➢ 対象患者の明確化（中等度以上の歯周病　→　４mm以上の歯周ポケット）	
平成30年	➢ 対象患者の拡大（歯科特定疾患療養管理料算定患者の追加）	
令和２年		➢ **「歯周病重症化予防治療」**【１歯以上10歯未満：150点 10歯以上20歯未満：250点 20歯以上：350点】**の新設**
令和４年	➢ **「歯周病安定期治療(Ⅰ)」及び「歯周病安定期治療(Ⅱ)」の統合**（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所※届出医療機関は加算【120点】で評価） ※令和６年度改定により「口腔管理体制強化加算」に名称変更	
令和６年	➢ 歯周病の重症化のおそれのある患者に対する歯周病ハイリスク患者加算【80点】の新設 ➢ 治療期間の短縮（毎月）の取り扱いの追加（糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合）	

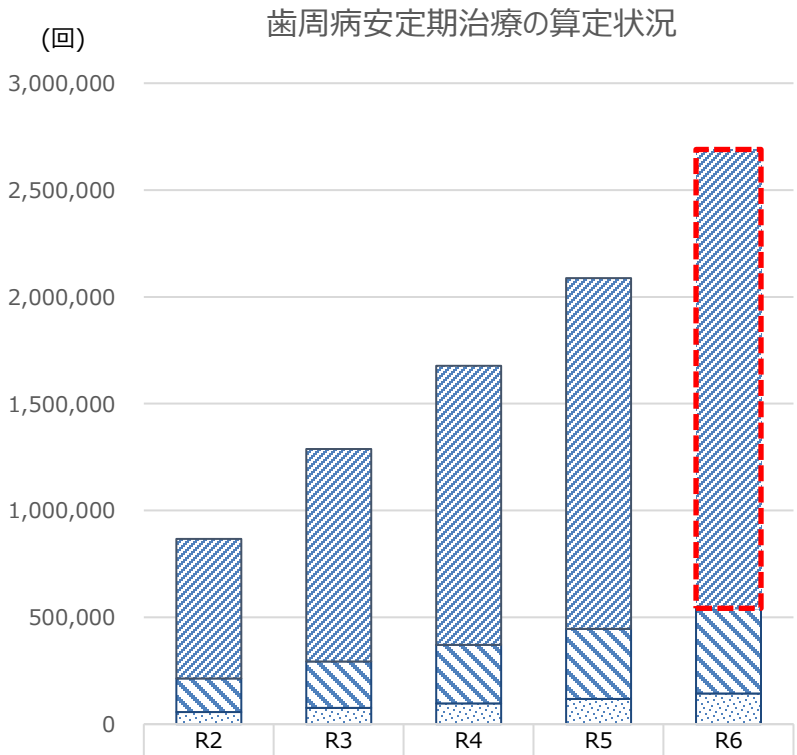
「歯周病安定期治療」及び「歯周病重症化予防治療」の比較

○ 歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の対象となる歯周組織の状態は異なるものの、内容は類似している。

	歯周病安定期治療		歯周病重症化予防治療	
略称	SPT		P重防	
点数	1歯以上10歯未満	200点	1歯以上10歯未満	150点
	10歯以上20歯未満	250点	10歯以上20歯未満	200点
	20歯以上	350点	20歯以上	300点
対象患者	歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料、歯科特定疾患療養管理料を算定している患者			
歯周組織の状態	**4mm以上の歯周ポケットを有するもの**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状態にある患者		2回目以降の歯周病検査の結果、**歯周ポケットが4mm未満の患者で、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**	
包括内容	I000-2	咬合調整（ロ 二次性咬合性外傷の場合）	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
	I010	歯周病処置	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
	I011	歯周基本治療	I000-2	咬合調整（ロ 二次性咬合性外傷の場合）
	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	I010	歯周病処置
	I030	機械的歯面清掃処置	I011	歯周基本治療
	I030-3	口腔バイオフィルム除去処置	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置
			I030	機械的歯面清掃処置
			I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置
			I030-3	口腔バイオフィルム除去処置
算定頻度	3月に1回 ※治療間隔の短縮が必要とされる場合は月1回 ※口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている歯科診療所においては月1回		3月に1回 ※口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている歯科診療所において、歯周病安定期治療後の再評価に基づき歯周病重症化予防治療を開始した場合は、月1回	

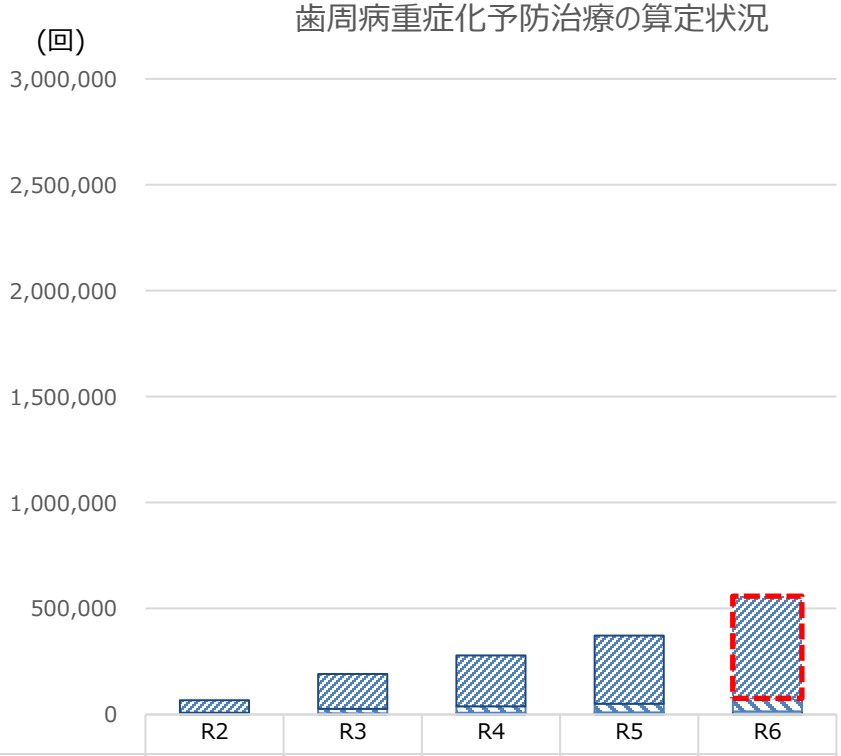
「歯周病安定期治療」及び「歯周病重症化予防治療」の算定状況

○ 歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の算定回数は年々増加しており、各々「20歯以上」が多くを占める。



	R2	R3	R4	R5	R6
歯周病安定期治療 20歯以上	653,326	994,858	1,306,214	1,642,966	2,147,496
歯周病安定期治療 10歯以上20未満	157,084	216,722	274,013	327,780	398,083
歯周病安定期治療 10歯未満	56,241	76,742	97,468	117,721	144,198

注：R2及びR3は、Ⅰ及びⅡを合算して算出



	R2	R3	R4	R5	R6
歯周病重症化予防治療 20歯以上	58,098	163,943	241,088	321,681	482,282
歯周病重症化予防治療 10歯以上20歯未満	6,485	20,985	30,139	40,306	62,431
歯周病重症化予防治療 1歯以上10歯未満	2,431	5,667	7,933	10,056	13,618

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

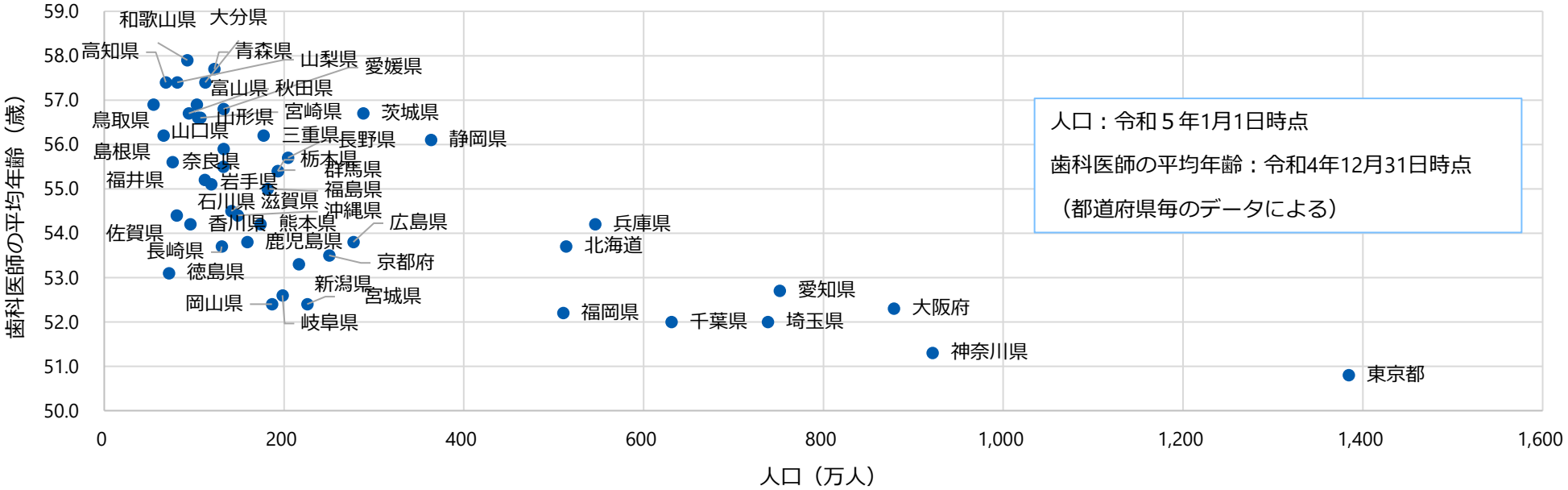
○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

人口規模と歯科医師の平均年齢

○　人口が少ない地域ほど、歯科医師の平均年齢は高く、高齢化が顕著である。
○　20年間の比較においても、人口減少地域ほど歯科医師の高齢化の進行も顕著である。

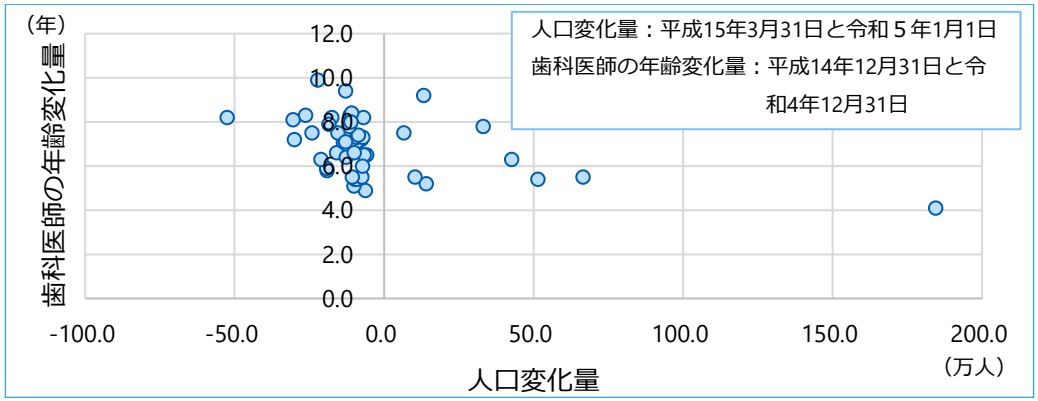
人口と歯科医師の平均年齢



○令和4年度の人口規模と歯科医師の平均年齢については、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
（Spearmanの順位相関係数:R =－0.673, p<0.01）　　※人口規模が小さいほど歯科医師の平均年齢は高い。

20年間の人口と歯科医師の平均年齢の変化の相関

○令和4年度と平成14年度の人口の変化量、歯科医師の平均年齢の変化量について、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
（Spearmanの順位相関係数:R =－0.431, p<0.01）
※人口減少が進行した地域ほど歯科医師の高齢化も進行している。



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（総務省）

歯科医師数（人口10万対医療施設従事者数）の地域差（令和４年）【二次医療圏別】

第１回歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ

○　同一都道府県内の二次医療圏における歯科医師数（人口10万対医療施設従事者数）の最大値と最小値の比較について、最もその差（倍率）が大きいのは東京都の7.65倍である。

(標記内容)

都道府県名	二次医療圏（最大） 二次医療圏（最小）	歯科医師数 歯科医師数	最大と最小の差（倍率）

北海道	札幌	99.0	2.59
	宗谷	38.2	
青森県	青森地域	62.8	1.90
	下北地域	33.1	
岩手県	盛岡	113.7	2.61
	宮古	43.5	
宮城県	仙台	93.5	1.86
	石巻・登米・気仙沼	50.2	
秋田県	湯沢・雄勝	74.8	1.66
	由利本荘・にかほ	45.2	
山形県	村山	72.7	1.66
	最上	43.9	
福島県	県中	98.3	2.10
	相双	46.9	
茨城県	つくば	83.6	1.71
	鹿行	49.0	
栃木県	宇都宮	82.4	1.65
	県北	50.1	
群馬県	桐生	81.3	2.14
	吾妻	38.1	
埼玉県	川越比企	103.7	1.78
	南西部	58.1	
千葉県	千葉	90.6	1.74
	印旛	52.0	
東京都	区中央部	436.1	7.65
	島しょ	57.0	
神奈川県	横須賀・三浦	107.4	2.05
	県央	52.4	
新潟県	新潟	120.6	2.55
	魚沼	47.4	
富山県	富山	59.7	1.15
	砺波	51.9	

石川県	石川中央	67.6	1.56
	能登北部	43.5	
福井県	福井・坂井	65.8	1.36
	丹南	48.3	
山梨県	中北	78.8	1.42
	峡南	55.6	
長野県	松本	118.1	2.51
	木曽	47.1	
岐阜県	岐阜	112.9	2.48
	飛騨	45.5	
静岡県	静岡	75.3	1.57
	賀茂	48.1	
愛知県	名古屋・尾張中部	106.7	2.10
	西三河南部西	50.8	
三重県	南勢志摩	68.1	1.17
	北勢	58.3	
滋賀県	大津	66.8	1.31
	東近江	50.9	
京都府	京都・乙訓	83.8	1.80
	丹後	46.5	
大阪府	豊能	116.0	1.97
	泉州	58.8	
兵庫県	神戸	85.1	1.50
	但馬	56.7	
奈良県	奈良	79.0	1.59
	南和	49.6	
和歌山県	新宮	92.3	1.63
	那賀	56.7	
鳥取県	東部	70.4	1.30
	中部	54.1	
島根県	益田	67.4	1.62
	隠岐	41.5	

岡山県	県南東部	114.2	2.02
	真庭	56.4	
広島県	広島	101.9	1.78
	広島中央	57.2	
山口県	下関	77.2	1.56
	長門	49.5	
徳島県	東部	123.3	1.79
	西部	69.0	
香川県	東部	74.3	1.83
	小豆	40.5	
愛媛県	今治	73.1	1.44
	宇摩	50.9	
高知県	安芸	66.7	1.12
	高幡	59.7	
福岡県	福岡・糸島	131.8	1.84
	朝倉	71.8	
佐賀県	中部	85.1	1.58
	西部	53.7	
長崎県	長崎	121.1	2.87
	五島	42.2	
熊本県	熊本・上益城	89.7	1.64
	阿蘇	54.7	
大分県	中部	68.0	1.45
	南部	46.8	
宮崎県	宮崎東諸県	78.9	1.69
	日南串間	46.8	
鹿児島県	鹿児島	115.7	2.42
	熊毛	47.8	
沖縄県	宮古	67.2	1.50
	北部	44.7	

（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計に基づく歯科医師数・住民基本台帳に基づく人口から医政局歯科保健課において算出）

歯科巡回診療車内の診療について

○歯科医療機関が少ない地域や専門医療機関がない地域では、歯科医療が十分に提供できないケースがあり、こうした地域に対して、歯科巡回診療車（治療機材等が備えられた車両）を使用した巡回診療が行われている。

○こうした診療を保険診療として行う場合は、保険医療機関である医療機関が保健所に巡回診療の手続きを届出た上で、外来診療と同様の取扱いで保険請求することができる。

（参考）歯科訪問診療車内で保険診療を行っている主な事例

（宮崎県より写真提供）

自治体名	対象地域	対象者	稼働日数
岩手県岩泉町	町内全域	町内の歯科医療機関が無い地区	約４日／週
東京都	多摩地区	障害児者施設	施設ごと１～３ヶ月単位で週１回
岐阜県	県内全域	障害児者施設	約80日／年
愛媛県	県内全般	児童発達支援センター、障害児者支援施設等	約１日／週
長崎県	県内全域	障害児者施設	約40日／年
宮崎県	離島	へき地住民	約10日／年
鹿児島県	離島（屋久島町等）	へき地住民（高齢者、障害者含む）	約40日／年

（出典：保険局医療課調べ）

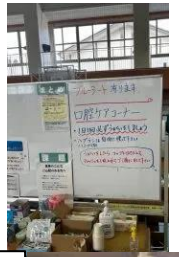
【〇能登地域等に対する復旧・復興の支援、医療施設等の耐災害性強化等】
施策名：**災害時歯科保健医療提供体制整備事業**

令和6年度補正予算額　10億円

令和６年度　厚生労働省の主要施策集より作成

施策の目的

- 大規模災害時には、医療提供能力が長期間かつ広範囲にわたり低下することが想定される。
  加えて、給水制限等により日常の口腔ケアも困難になること等により、高齢者の誤嚥性肺炎等のリスクが高まるとの指摘もあることから、避難所等で歯科保健医療提供体制を確保することは重要である。
- 令和6年能登半島地震においても、JDAT（日本災害歯科支援チーム）が避難所等で活動するとともに、被害が大きかった地域においては歯科診療車を活用し臨時の歯科診療所を開設する等、被災者の口腔管理の支援が行われた。
- また、「骨太方針2024」においても、災害時における「歯科巡回診療」等の推進による医療の継続性確保に取り組む旨が明記された。
- 災害時においても、適切な歯科保健医療提供体制を確保できるよう、必要な設備整備を行う。



施策の概要、施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

- 災害時に避難所等において歯科医療又は口腔ケア等の歯科保健医療活動の実施に必要な車両及びポータブルユニット（携帯型歯科用ユニット）等の診療に必要な器具・器材の整備を支援。
  （災害時以外は、在宅歯科医療や過疎地域等の巡回歯科診療等、平時に使用可能な状態で維持する）
- 実施主体 ： 都道府県（都道府県において補助対象先を決定）

＜車両（例）＞
- 歯科医療機器等を搬送する移動車
- 歯科巡回診療車

＜歯科医療機器等（例）＞
- ポータブルユニット
- ポータブルレントゲン
- オートクレーブ
- 浄水装置
- 発電機

（ポータブルユニット）

（ポータブルレントゲン）

（参考：DENTAPAC KOKOROリーフレット）

（参考：石川県歯科医師会HP）

（参考：石川県歯科医師会HP）

成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

- 補正予算成立後、速やかに実施要綱等を発出し、都道府県へ交付
- 新たな災害に備え、円滑に歯科専門職を被災地に派遣できるよう、全ての都道府県で災害時の体制を整備

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

医科歯科連携に係る診療報酬上の評価の端緒

1．重点課題

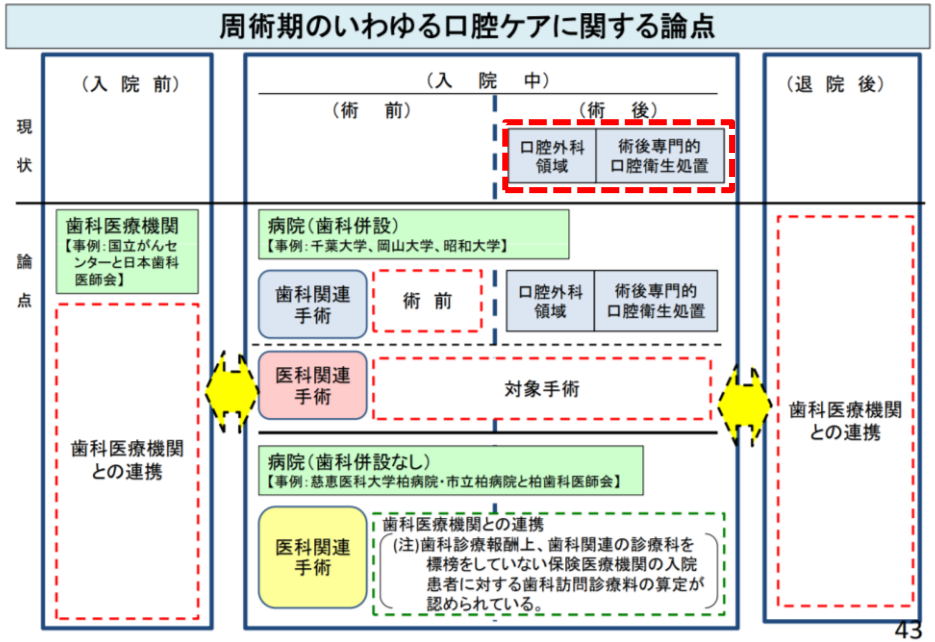
（1）病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

○ 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきで療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。

○ このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や**歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。**

「平成24年度診療報酬改定の基本方針」

基本方針の重点課題に「歯科」に関する内容が初めて明記



各病院等における取組を評価

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進（重点課題）

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価
  （術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）
  - （新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点
    【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】
  - （新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点
    【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】
  - （新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点
    【入院中の口腔機能の管理を評価】
  - （新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点
    【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】
- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価
  - （新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

周術期口腔機能管理に係る評価等を中心に医科歯科連携等を推進

出典：「中央社会保険医療協議会総会」資料（平成23年11月）
「平成24年度診療報酬改定説明会資料(歯科)」

歯科医療提供体制の確保（第８次医療計画の見直しのポイント）

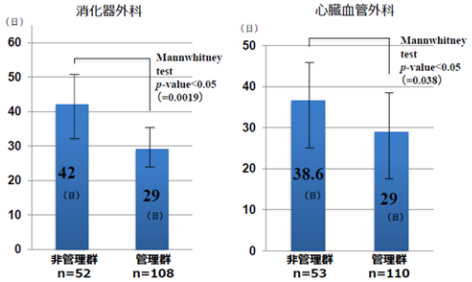
概　　要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

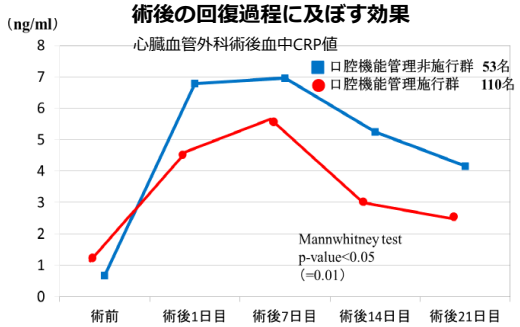
歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



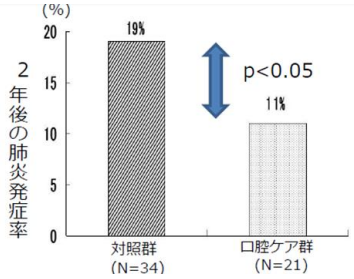
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲郎委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果



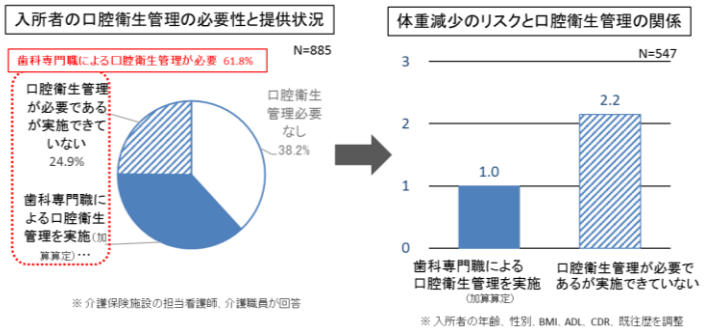
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲郎委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama *et al*. :*Lancet*;1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

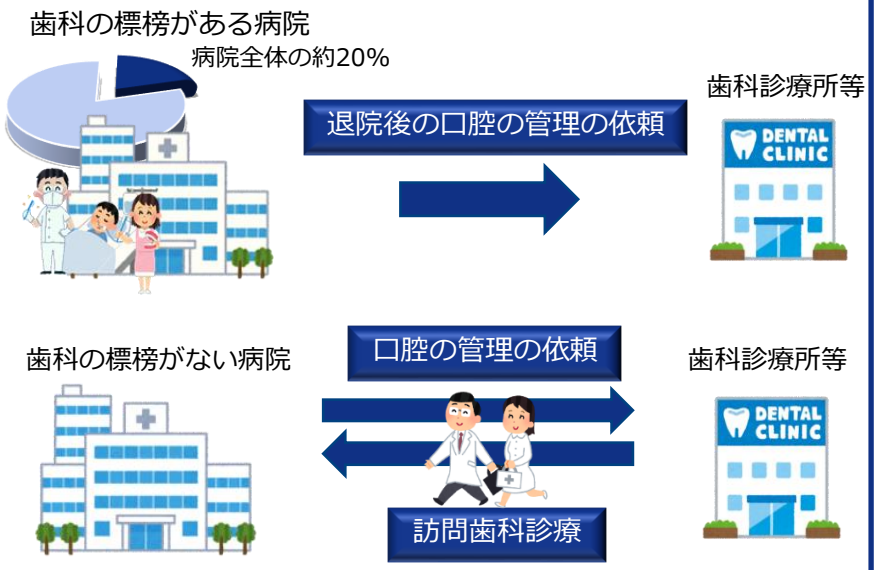


出典：令和元年度　老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



病院で求められる歯科医療（イメージ）

急性期 医療

回復期医療

慢性期医療

入院

口腔機能管理、口腔衛生管理

周術期等の口腔衛生管理、口腔機能管理

化学療法、放射線治療時等の口腔衛生管理、口腔機能管理

口腔機能の回復を目的とした歯科治療

非経口摂取患者の口腔衛生管理

摂食嚥下障害への対応（摂食嚥下リハビリテーション）

栄養サポート

気管内挿管時の口腔内装置等

リハビリテーション・栄養との連携

外来

・地域からの紹介による患者（全身管理が必要な患者等）に対する歯科治療
・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
・歯科口腔外科領域の手術・処置（入院が必要なものも含む）　　等

リハビリテーション患者に対する口腔管理の必要性

○　退院時に口腔衛生・口腔機能の改善がみられる群（良好群）と、口腔衛生・口腔機能の改善が見られない群（非良好群）を比較すると、良好群は、FIMの運動項目、認知項目、合計点数、FIM効率、FIM利得が有意に高かった。

項目	全体 (n=492)	退院時ROAGスコア （口腔衛生・口腔機能の状態）		p値
		良好群 (n=126)	非良好群 (n=366)	
ROAG、中央値（四分位範囲）		1(0-2)	1(0-2)	0.019
在院日数、中央値（四分位範囲）	109(77-154)	101(71-151)	114(79-155)	0.31
リハ実施単位	963(665-1,350)	886(605-1,339)	1013(687-1,352)	0.27
FIM、中央値（四分位範囲）				
運動項目	69(41-85)	83(65-89)	61(34-81)	<0.001
認知項目	25(18-31)	30(26-34)	23(16-29)	<0.001
総合計	95(60-114)	112(94-121)	82(53-109)	<0.001
FIM効率	0.27(0.14-0.40)	0.32(0.24-0.44)	0.24(0.13-0.39)	<0.001
FIM利得	27(15-40)	32(22-45)	24(13-38)	<0.001
転帰先				
自宅	337(68.5)	106(84.1)	231(63.1)	
施設	135(27.4)	18(14.3)	117(32.0)	
老健	6(1.2)	1(0.8)	5(1.4)	
療養病床	13(2.6)	1(0.8)	12(3.3)	
その他	1(0.2)	0(0)	1(0.3)	
FILS、中央値（四分位範囲）	9(8-10)	10(9-10)	9(8-10)	<0.001
退院時ROAG、中央値（四分位範囲）	9(8-11)	8(8-8)	10(9-11)	<0.001

FIM：Functional independence measure、 機能的自立度評価表

対象：A病院に2018年１月１日から2020年12月31日に脳卒中後の回復期リハビリテーション目的で入退院した患者で、入院時に口腔内に問題があると評価された患者のうち、脳卒中患者492名を対象。
方法：口腔内の状態は歯科衛生士によりROAG（Revised Oral Assessment Guide）、ADLはFIM（functional independence measure）を用いて看護師、介護福祉士を中心として評価を行った。対象者を退院時ROAG8 点未満の群（口腔内良好群）と 9 点以上の群（口腔内非良好群）に分け、2 群間の退院時FIM合計点等を単変量解析で比較した。

出典：大石他「回復期脳卒中患者の口腔衛生・口腔機能と退院時ADLとの関連」 Jpn J Compr Rehabil Sci Vol 13, 2022

周術期口腔機能管理等に係る改定内容の主な変遷

改定年度	周術期等口腔機能管理に係る改定内容	回復期等口腔機能管理に係る改定内容
平成24年	➢ **「周術期口腔機能管理計画策定料」【300点】の新設** ➢ **「周術期口腔機能管理料(Ⅰ)」【手術前：190点、手術後：190点】、「周術期口腔機能管理料(Ⅱ)」【手術前：300点、手術後：300点】、「周術期口腔機能管理料(Ⅲ)」【190点】の新設** ➢ 「周術期専門的口腔衛生処置」【80点】の新設（「術後専門的口腔衛生処置」の廃止）	
平成26年	➢ 「周術期口腔機能管理料(Ⅰ)」及び「周術期口腔機能管理料(Ⅱ)」の手術前の点数引き上げ【(Ⅰ)190点 → 280点、(Ⅱ)300点 → 500点】 ➢ **「歯科医療機関連携加算(診療情報提供料、医科点数表)」【100点】の新設** ➢ 「周術期口腔機能管理後手術加算(手術、医科・歯科点数表)」【100点】の新設	
平成28年	➢ 「周術期口腔機能管理計画策定料」の対象拡大（緩和ケアを実施した患者の追加） ➢ 「周術期口腔機能管理後手術加算(手術、医科・歯科点数表)」の点数引き上げ【100点→200点】 ➢ 歯科診療所の歯科医師が歯科を標榜している病院に訪問して周術期口腔機能管理が実施できるよう歯科訪問診療料の要件の見直し ➢ 「周術期専門的口腔衛生処置」の対象拡大（周管(Ⅲ)算定患者を追加）	
平成30年	➢ 名称変更（周術期 → 周術期等） ➢ 「周術期口腔機能管理後手術加算」の対象拡大（造血幹細胞移植等）	
令和２年	➢ 「周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」の点数引き上げ【190点 → 200点】 ➢ 「周術期等専門的口腔衛生処置」の算定回数の見直し（月１回 → 月２回） ➢ 「歯科医療機関連携加算２」【100点】の新設（歯科を標榜する別の保険医療機関に予約をとった上で紹介した場合）	
令和４年	➢ 「歯科医療機関連携加算１」の対象医療機関及び患者の拡充	
令和６年	➢ 「周術期口腔機能管理計画策定料」の対象拡大（集中治療室での治療を実施した患者の追加） ➢ **「周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」を、「周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」(入院外)及び「周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)」（入院中）に細分化**	➢ **回復期等口腔機能管理計画策定料【300点】の新設** ➢ **回復期等口腔機能管理料【200点】の新設**

周術期口腔機能管理及び回復期口腔機能管理に係る評価体系について

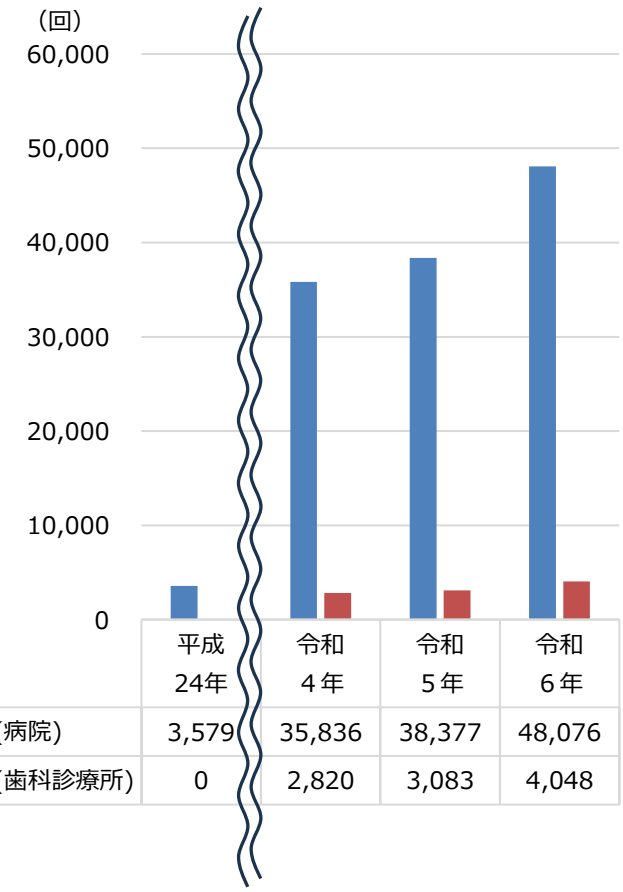
	周術期等口腔機能管理に係る評価		回復期等口腔機能管理に係る評価
創設年度	平成24年度診療報酬改定		令和６年度診療報酬改定
管理計画策定に係る評価	**周術期等口腔機能管理計画策定料** 周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合		**回復期等口腔機能管理計画策定料** 回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合
管理に係る評価	**手術を実施する患者に対する管理** **周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)** ①又は②のいずれか ①他病院においてがん等に係る※手術を実施した患者であって、入院中、外来又は在宅で治療中の患者に対する管理 ②同一病院においてがん等に係る手術※を実施した患者であって、外来又は在宅で治療中の患者に対する管理 **周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)** 同一病院においてがん等に係る※手術を実施した患者であって、入院中の患者に対する管理	**放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを実施する患者に対する管理** **周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)** 他保険医療機関又は同一保険医療機関において、がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを行っている外来患者に対する管理 **周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)** 他保険医療機関又は同一保険医療機関において、がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを行っている入院患者に対する管理	**回復期等口腔機能管理料** 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対する管理

※対象となる手術の例
頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、心臓血管外科手術、人工股関節置換術等の整形外科手術、臓器移植手術、造血幹細胞移植、脳卒中に対する手術

周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料の算定状況

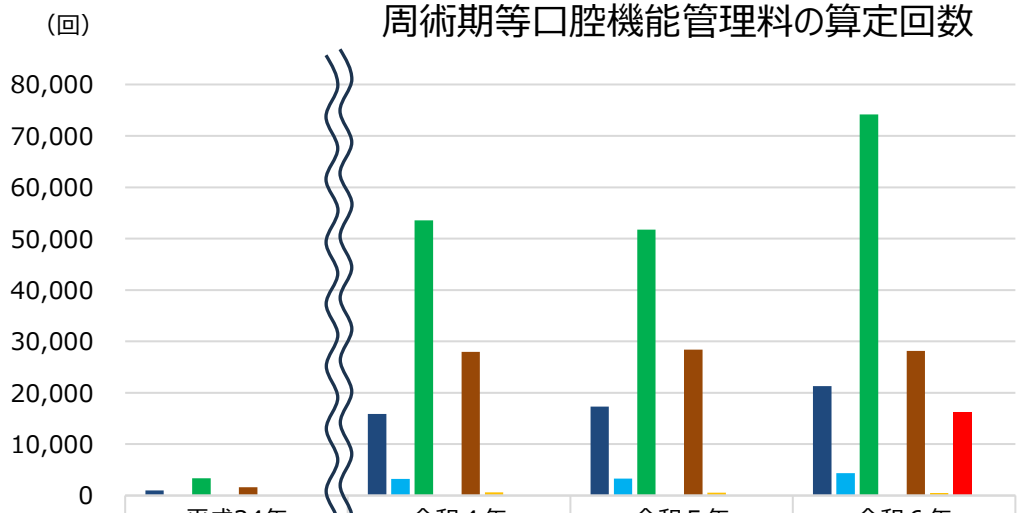
○ 周術期等口腔機能管理策定料については、歯科診療所及び病院ともに増加しているが、周術期等口腔機能管理料の多くは病院で算定されている。

周術期口腔機能管理計画策定料の算定回数



	平成24年	令和4年	令和5年	令和6年
周計(病院)	3,579	35,836	38,377	48,076
周計(歯科診療所)	0	2,820	3,083	4,048

周術期等口腔機能管理料の算定回数



	平成24年	令和4年	令和5年	令和6年
周管Ⅰ(病院)	989	15,896	17,293	21,309
周管Ⅰ(歯科診療所)	0	3,244	3,325	4,377
周管Ⅱ(病院)	3,375	53,547	51,738	74,148
周管Ⅱ(歯科診療所)	0	2	0	0
周管Ⅲ(病院)	1,599	27,984	28,402	28,127
周管Ⅲ(歯科診療所)	0	603	531	503
周管Ⅳ(病院)				16,278
周管Ⅳ(歯科診療所)				127

周管Ⅰ(病院)　周管Ⅰ(歯科診療所)　周管Ⅱ(病院)　周管Ⅱ(歯科診療所)
周管Ⅲ(病院)　周管Ⅲ(歯科診療所)　周管Ⅳ(病院)　周管Ⅳ(歯科診療所)

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

周術期等口腔機能管理に係る計画書について

○　周術期等口腔機能管理に係る計画書の作成については、周術期等口腔機能管理計画策定料で評価されており、周術期等口腔機能管理計画策定料で手術等に係る一連の治療を通じて１回の算定となっている。

○　当該計画書の記載内容は、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生じた）変化等）、④周術期等の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針等となっている。

周術期口腔機能管理計画書　　記入日 H　・　・

提供元医療機関の名称　○○○○○○○○○○○○○

提供先歯科医療機関名

所在地 ○○○○○○○○○○○○○

歯科・歯科医院・歯科クリニック　先生　　電話 ○○○－○○○－○○○○（代表）

医科歯科連携専用 相談・連絡窓口：内線○○○○

歯科医師名

（　）は記入または選択、□は✓を入れる

＜患者基本情報＞

歯科初診日（H　.　.　）

ID＿＿＿＿＿＿

名前＿＿＿＿＿＿　（男・女）　年　月　日　生まれ　年齢＿＿＿＿

①

＜基礎疾患の状態・生活習慣＞

次のデータは、歯科治療を安全におこなうために、大変重要なものです。 特に抜歯をするときに必要になります。 お酒とたばこは、手術前に必ずやめるように努めましょう。

全身状態：良好 ・ 普通 ・ 不良　（PS：　）

血液データ：白血球数：　血小板数：　（検査日H　.　.　）

全身基礎疾患：なし ・ あり

高血圧症（　/　）・糖尿病 ・ 脳血管障害 ・ 心臓疾患・その他（　）

服用薬（　）

抗凝固薬　使用：なし・あり　：薬剤名（　）

ステロイド剤　使用：なし・あり　：薬剤名（　）

生活習慣 飲酒 なし・（焼酎・日本酒 1回 合、ビール ml：週 回：　歳から　歳・現在まで）

たばこ　なし・（　本/日　歳～　歳・現在まで）

②

＜主病の手術等の予定＞

手術や放射線、化学療法の治療の流れは、下記の通りです。

病名：

病気に対する治療予定：

□手術　手術予定日　年　月　日　頃・未定

□がん化学療法（抗がん剤治療）治療開始日　年　月　日　頃・未定

治療内容：　レジメン　療法　使用する抗がん剤：

□放射線治療　治療開始日　年　月　日　頃・未定

放射線治療　放射線量　Gy（グレイ）、照射回数　回

周術期口腔機能管理計画書　　記入日 H　・　・

③

＜口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される変化等）＞

図は、口の状態を表しています。

歯科初診時所見

衛生状態：（良好・普通・不良）

歯周炎の部位（　歯頸部ライン記入）

粘膜の変化（直接記入）

ケアの回数：　回/日　（朝・昼・夕・寝る前）

義歯の使用（なし・あり：部分床（（上・下）全部床（上・下））

義歯の適合状態（良い ・ 問題なし ・ 悪い（修理必要））

手術等によって予測される変化

口腔内の変化：（あり ・ なし）

○手術による口腔内の変化

口の欠損（歯の並び・顎の骨・粘膜やその周囲・その他）

（顎のずれ ・ 口が開かない ・ 咀嚼しにくい ・ 嚥下しにくい ・ 義歯があわない）

○放射線・化学療法・化学放射線療法）による口腔内の変化

（口内炎・口の乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルスの感染・顎の感染や壊死 ・多数のう歯・口が開かない）

全身的な変化：（あり ・ なし）

⑤

＜主病の手術に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針＞

周術期に係る口腔管理の指導事項

患者・家族の口腔管理を受けることに関する同意は（□あり ・□なし）です。

手術前から手術後の継続的な口腔管理について流れを説明します。

□治療開始前のセルフケアは（□連携歯科・□当院）で行います。

□セルフケア目的・必要性の説明　（傷の感染予防・肺炎予防・ その他）

□連携医受診または手術等実施施設での口のケアに関する説明

連携歯科・または手術等実施する施設の歯科で行う処置

□歯周病の検査

□歯石の除去

□衛生士の口のケアの説明

□動揺する歯の固定　（部位

④

以下は今後の口腔管理のスケジュールです。

□入院中の口腔管理は（□連携歯科・□当院） でおこないます。

口の清掃方法やケアの仕方は、入院時にも確認のために、歯科医師、歯科衛生士より説明いたします。

□退院後の口腔管理は（□連携歯科・□当院）でおこなう予定です。

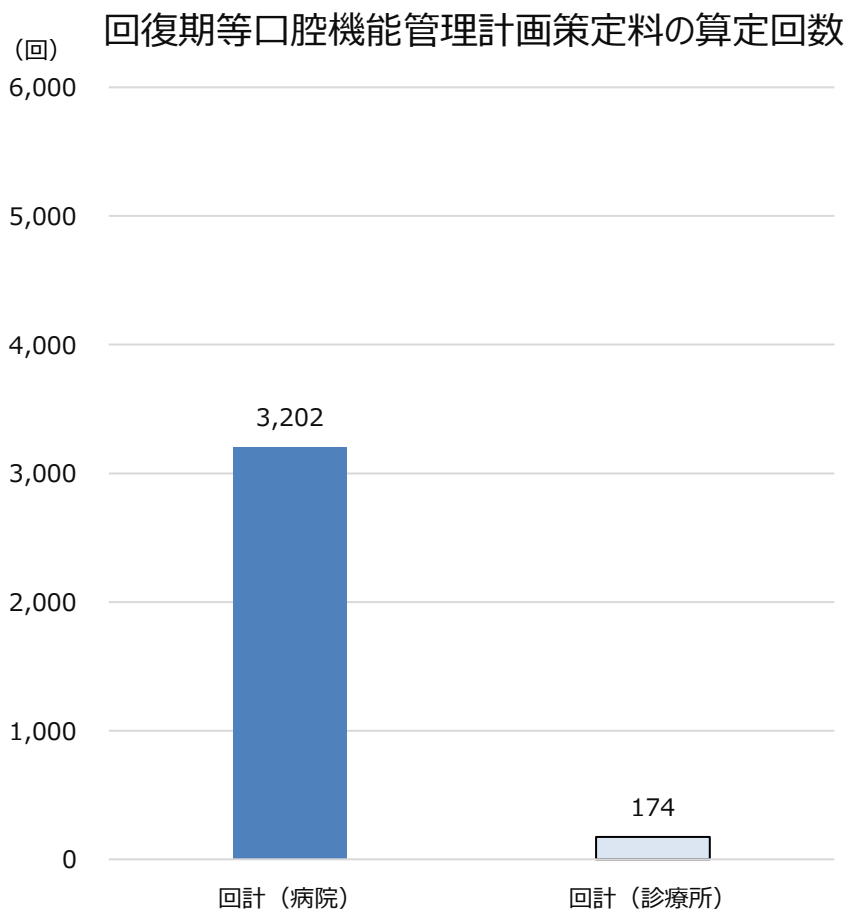
手術後の口腔内の状況により、退院後継続して口腔管理が必要かの判断がなされます。

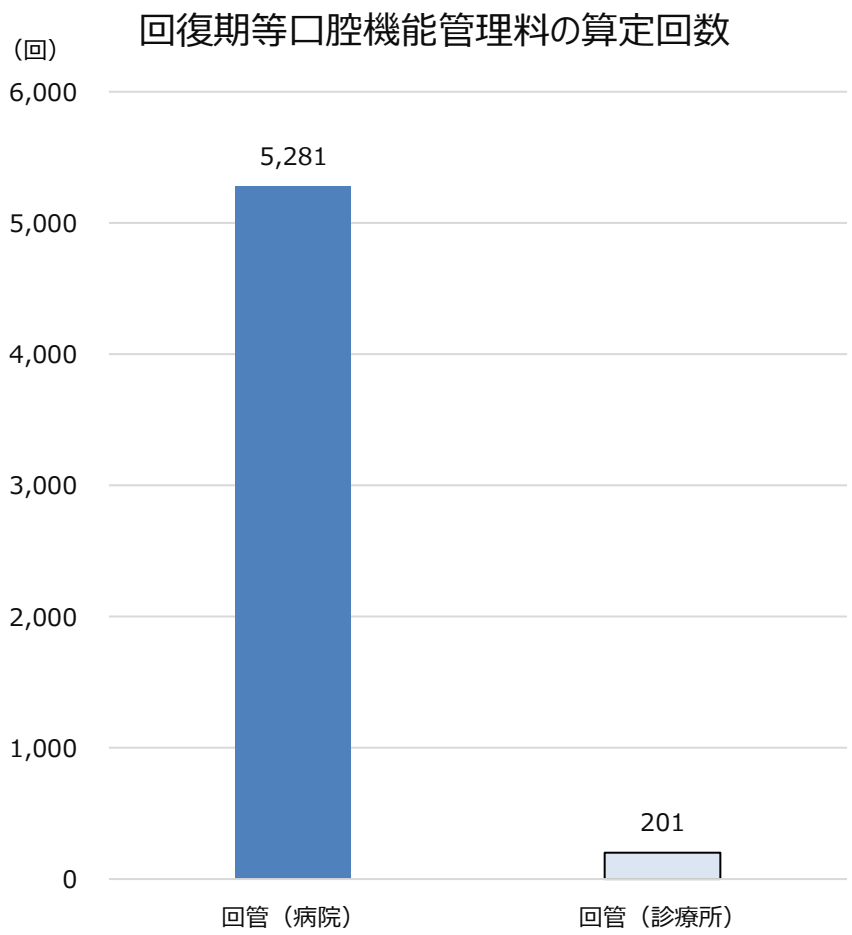
□化学療法や放射線治療時、口腔管理の指導は（□連携歯科・□当院）で行います。

出典：静岡がんセンターHP

回復期等口腔機能管理計画策定料及び回復期等口腔機能管理料の算定状況

○ 回復期等口腔機能管理計画策定料及び管理料に関しては多くは病院で算定されている。





出典：R6社会医療診療行為別統計（８月審査分 ）

多職種連携による診療報酬上の評価

○医科点数表において、歯科医療機関や歯科医師との連携による評価が多くを占めている。さらに、令和６年度診療報酬改定では、生活習慣病管理料の通知で糖尿病患者に対する歯科受診の推奨が追加された。

○調剤点数表においても、一部の項目で歯科医療機関との連携に関して評価されている。

○医科点数表にて評価されている、歯科医療機関や歯科医師との連携に関する主な項目

区分番号	項目名		内容	算定件数
Ａ２３３－２	栄養サポートチーム加算	注３　歯科医療機関連携加算	栄養障害に対する治療を歯科医師が保険医と共同して診療した場合の評価	10063
Ｂ００１－３	生活習慣病管理料（Ⅰ）	通知（10）	糖尿病患者について、歯周病治療のために歯科受診の推奨を要件化	176698
Ｂ００１－３－３	生活習慣病管理料（Ⅱ）			
Ｂ００９	診療情報提供料（ Ⅰ ）	注14　歯科医療機関連携加算１	周術期口腔機能管理又は歯科訪問診療が必要な患者に関する情報提供を歯科医療機関に行った場合の評価	3608
		注15　歯科医療機関連携加算２	歯科医療機関連携加算１の患者について歯科医療機関の予約をした場合の評価	534
Ｂ０１０－２	診療情報連携共有料		歯科医療機関からの求めに応じ患者の診療情報を提供した場合の評価	132
Ｃ００２	在宅時医学総合管理料	注15　在宅医療情報連携加算	他の保険医療機関等の関係職種と電子情報処理組織もしくは、情報通信を利用して診療情報等を活用し、医学管理を行った場合の評価	150119
Ｃ００５	在宅患者訪問看護・指導料	注８　在宅患者連携指導加算	歯科医療機関と文書等により患者の情報共有を行うとともに、共有を踏まえて指導を行った場合の評価	98
		注９　在宅患者緊急時等カンファレンス加算	患者の状態の急変等に伴い、歯科医師等と共同でカンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った場合の評価	43
Ｃ０１０	在宅患者連携指導料		歯科医療機関と文書等により情報共有を行い、共有された情報を踏まえて指導を行った場合の評価	19
手術通則	注17　周術期口腔機能管理後手術加算		歯科医師による周術期口腔機能管理後に、手術を実施した場合の評価	17080

○調剤点数表にて評価されている、歯科医療機関や歯科医師との連携に関する項目

区分番号	項目名	内容	算定件数
１５の３	在宅患者緊急時等共同指導料	患者の状態の急変等に伴い、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスに参加し、薬学的管理指導を行った場合の評価	335
１５の５	服薬情報等提供料１	歯科医療機関に対して患者の服用薬、服薬状況等の情報提供を行った場合の評価	84614

算定件数：令和６（２０２４）年　社会医療診療行為別統計　令和６年８月審査分

なお、項目全体の算定件数であり、項目によっては、歯科以外の連携も含まれている。

生活習慣病対策

○　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1．生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－５－①）

- **検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月１回に限る。）を新設**する。

2．生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－５－①）

- 生活習慣病管理料における**療養計画書を簡素化**するとともに、令和７年から運用開始される予定の**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする**。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、**少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする**とともに、**糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする**。

3．特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－５－①）

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

4．特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－５－②）

- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の**特定疾患処方管理加算１を廃止**し、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。

5．地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－５－③）

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

6．慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－５－④）

- 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、**慢性腎臓病の患者に対して**、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン」等に基づき、**患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設**する。

薬局の歯科医療機関への情報提供

➢ 保険医療機関からの求めによる情報提供に歯科医療機関が含まれることを明確化。

現行

【服薬情報等提供料】

（２）　服薬情報等提供料１は、保険医療機関から（５）のアから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

（３）～（７）　略

（８）保険医療機関への情報提供については、患者１人につき同一月に２回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月１回に限り算定できる。

改定後

【服薬情報等提供料】

（２）　服薬情報等提供料１は、保険医療機関から（５）のアから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

（３）～（７）　略

（８）保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。

ア　略

イ　**複数の保険医療機関の医師、歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師、歯科医師ごとに月１回に限り算定できる。**

ウ　**処方箋を発行していない保険医療機関の医師、歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師、歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師、歯科医師ごとに月１回に限り算定できる。**

歯科診療報酬

（新）診療情報等連携共有料１

歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、保険薬局が有する服用薬の情報等について、当該保険薬局に文書等により提供を求めた場合の評価

（保険薬局該当箇所のみ掲載）

歯科医療機関

①歯科医師からの受診する患者の服用薬等の情報の求め

②情報提供

例：抗血小板薬の内服状況

ビスフォスフォネート製剤の内服状況　等

調剤報酬

服薬情報等提供料１

薬局

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

参考　歯科衛生士の業務

予防処置

- 人が歯を失う原因の90%が「むし歯」と「歯周病」である。
- 歯・口腔の疾患を予防する処置として、「フッ化物塗布」等の薬物塗布、歯垢（プラーク）や歯石など、口腔内の汚れを専門的に除去する「機械的歯面清掃」などを実施する。
- 歯科衛生士は、このような歯科予防処置の専門家である。

歯科診療の補助

- 歯科衛生士は歯科医師の診療を補助するとともに、歯科医師の指示を受けて歯科治療の一部を担当するなど、歯科医師との協働で患者さんの診療にあたる。
- 歯科診療補助の範囲は多岐にわたり、歯科診療を円滑に行うために大切な役割を果たしている。また、歯科医師と患者さんとのコミュニケーションに配慮し、信頼関係にもとづく心優しい歯科医療を行うためにも、歯科衛生士の役割が期待されている。

手術室での協働・補助

歯科医師との協働・補助

歯科保健指導

- むし歯や歯周病は生活習慣病。そのため、正しい生活習慣やセルフケアを実行するための専門的な支援（指導）が不可欠。
- 歯科保健指導は、幼児期から高年期までの各ライフステージにおいて、また、健康な人、病気や障害のある人など、すべての人に必要な支援。
- 歯磨き指導を中心とした歯口清掃法の指導は、セルフケアのスキルアップを専門的に支援する大切な仕事。
- 寝たきり者や要介護者等に対する訪問口腔ケアも重視されている。
- 最近では、食べ物の食べ方や噛み方を通した食育支援、高齢者や要介護者の咀嚼や飲み込み力を強くする摂食・嚥下機能訓練も新たな歯科保健指導の分野として注目されている。

訪問口腔ケア（居宅）

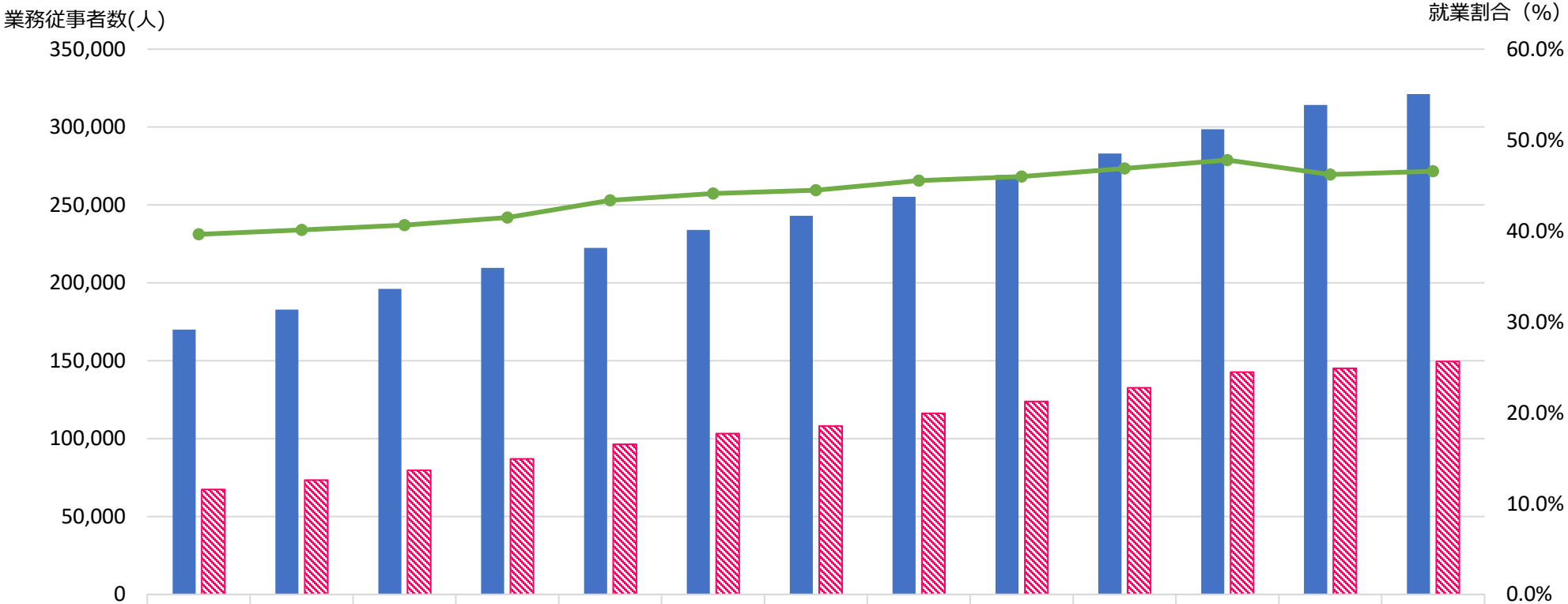
小学校で歯科保健指導

出典：日本歯科衛生士会ウェブサイト（日本歯科衛生士会 | 歯科衛生士とは TOP）一部改変

歯科衛生士免許登録者数、就業歯科衛生士数の年次推移

○　令和６年の歯科衛生士免許登録者数は321,241人（対R4年7,098人増）であり、就業歯科衛生士数は149,579人（対R4年4,396人増）である。

○　歯科衛生士免許登録者数のうち就業者の割合（就業割合）は、令和6年では46.6%となっている。



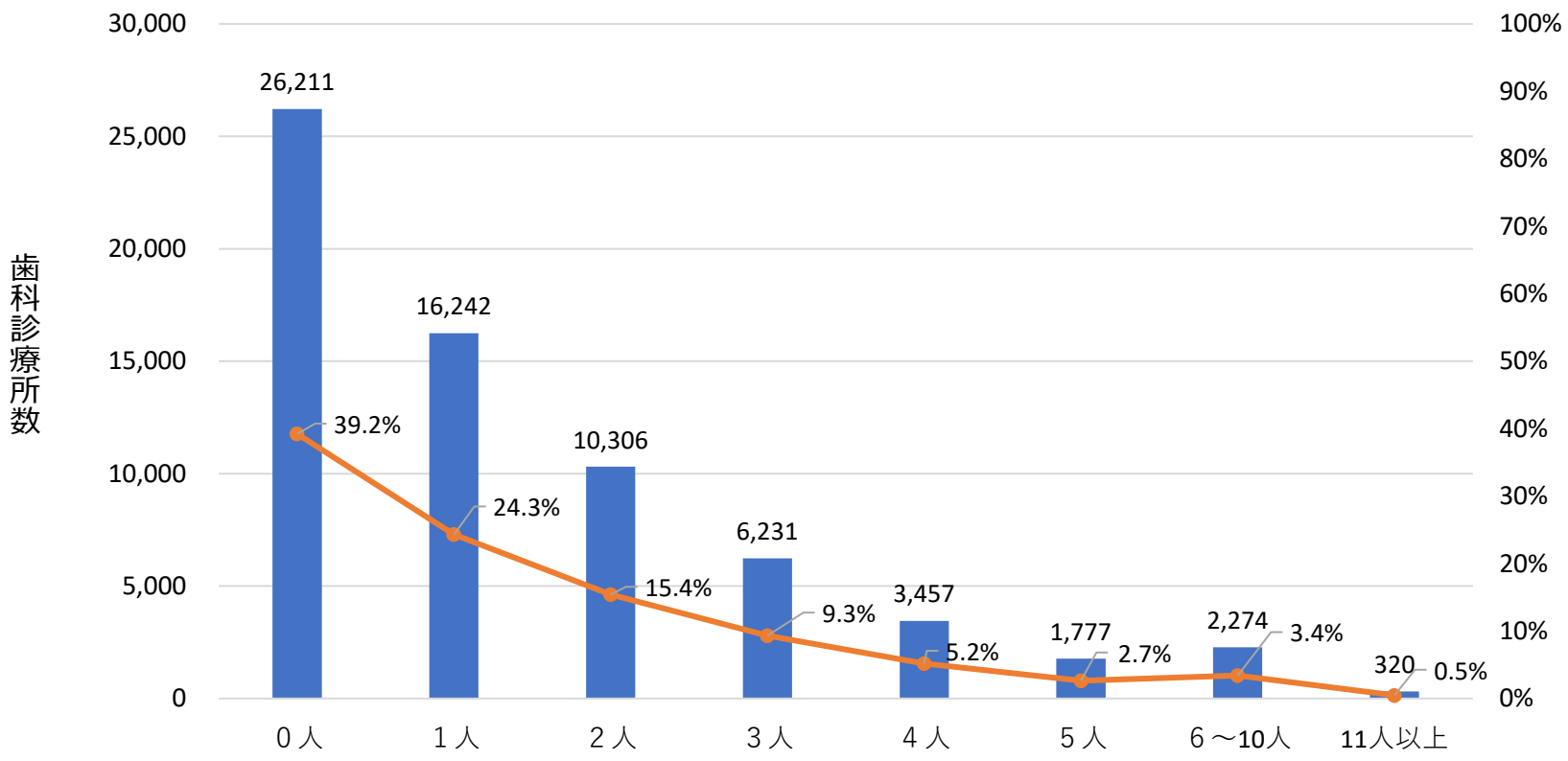
	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
免許登録者数	170,035	182,794	196,143	209,649	222,381	233,906	243,028	255,317	269,226	282,988	298,644	314,143	321,241
業務従事者数	67,376	73,297	79,695	86,939	96,442	103,180	108,123	116,299	123,831	132,629	142,760	145,183	149,579
就業割合	39.6%	40.1%	40.6%	41.5%	43.4%	44.1%	44.5%	45.6%	46.0%	46.9%	47.8%	46.2%	46.6%

（出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ）

歯科衛生士（常勤）の従事者数別の歯科診療所数及び割合

○　**常勤の歯科衛生士**の人数別に歯科診療所数をみると、「０人」が最も多く、39.2%である。

＜常勤歯科衛生士数別の歯科診療所数＞



出典：「令和５年医療施設調査」（医政局歯科保健課による特別集計）
注：従事者数０人の階級には、その職種の従事者数が空欄であった施設数を含む。

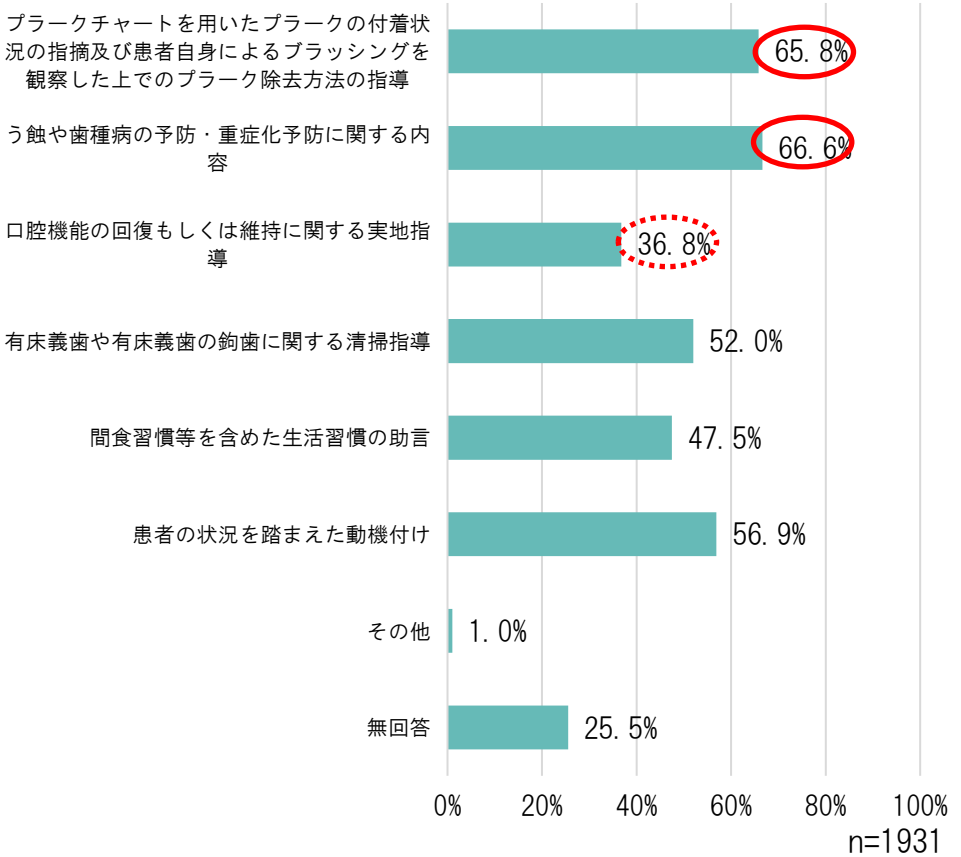
歯科衛生実地指導の実施内容

○ 歯科衛生実地指導の内容は、「う蝕や歯周病の予防・重症化予防に関する内容」「プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指導及び患者自身によるブラッシング指導を観察した上でのプラーク除去方法の指導」がいずれも約7割であった。「口腔機能の回復又は維持に関する実地指導」も36.8%で行われていた。

○ 一方で、十分に実施できていないと考える内容は「プラークチャートの作成やブラッシング観察等の時間が足りない」が64.5%で最も多かった。また、「口腔機能等の指導ができていない」も36.5%であった。

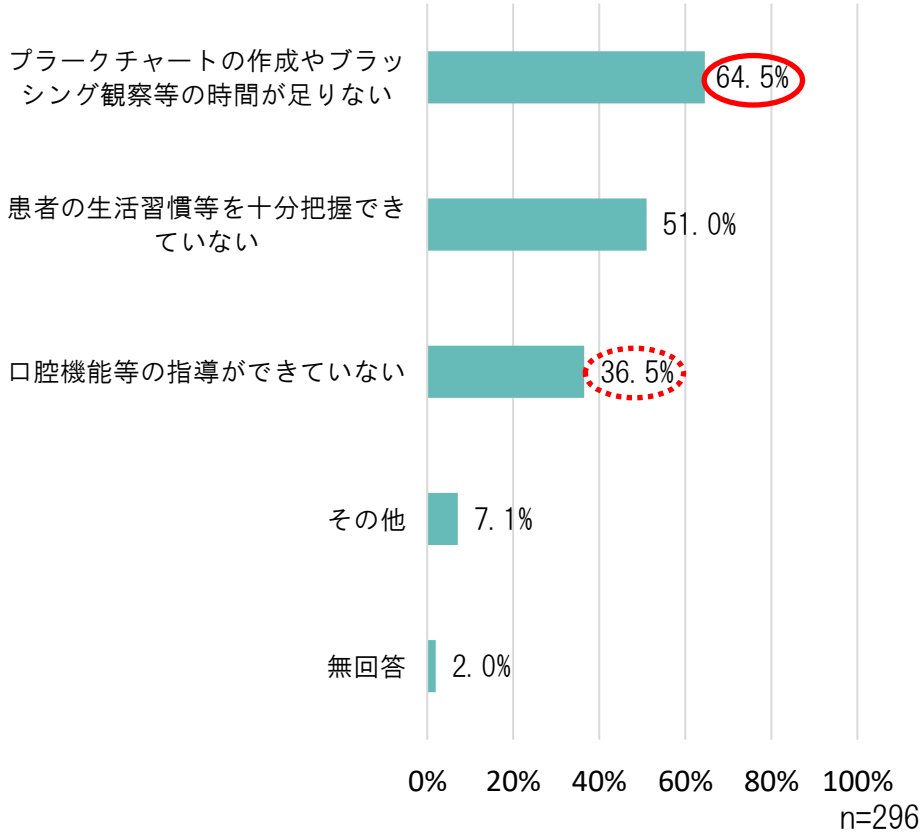
■歯科衛生実地指導の内容（複数回答）

※令和5年6月に実施指導を行った歯科衛生士による回答



■1回の歯科衛生実地指導の時間内に十分実施できていないと考える内容（複数回答）

※令和5年6月に実施指導を行った歯科衛生士による回答



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

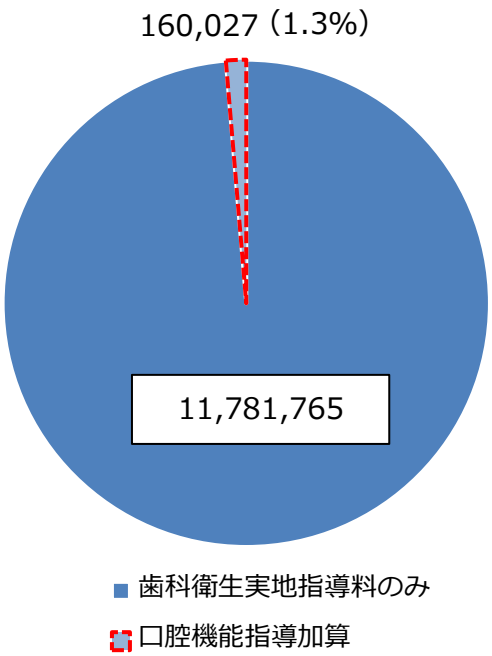
口腔機能指導加算の概要及び算定状況

○ 歯科衛生実地指導料を算定した患者のうち、口腔機能指導加算※を算定した割合は約1.3%と低い。

※口腔機能指導加算は歯科衛生実地指導料の加算

	口腔機能指導加算	（参考）歯科衛生実地指導料
対象者	口腔機能の発達不全を認める患者又は口腔機能の低下を認める患者	歯科疾患（う蝕、歯周病等）に罹患している患者であって、歯科衛生士による実地指導が必要な者
指導内容	①又は② ①正常な口腔機能の獲得を目的とした実地指導 ②口腔機能の回復又は維持・向上を目的とした実地指導	①及び② ①歯及び歯肉等口腔状況の説明 ②プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導又は患者の状態に応じて必要な事項に関する15分以上の実施指導
評価	口腔機能指導加算：12点	歯科衛生実施指導料１：80点 歯科衛生実地指導料２：100点 ※２は歯科診療特別対応加算を算定している患者

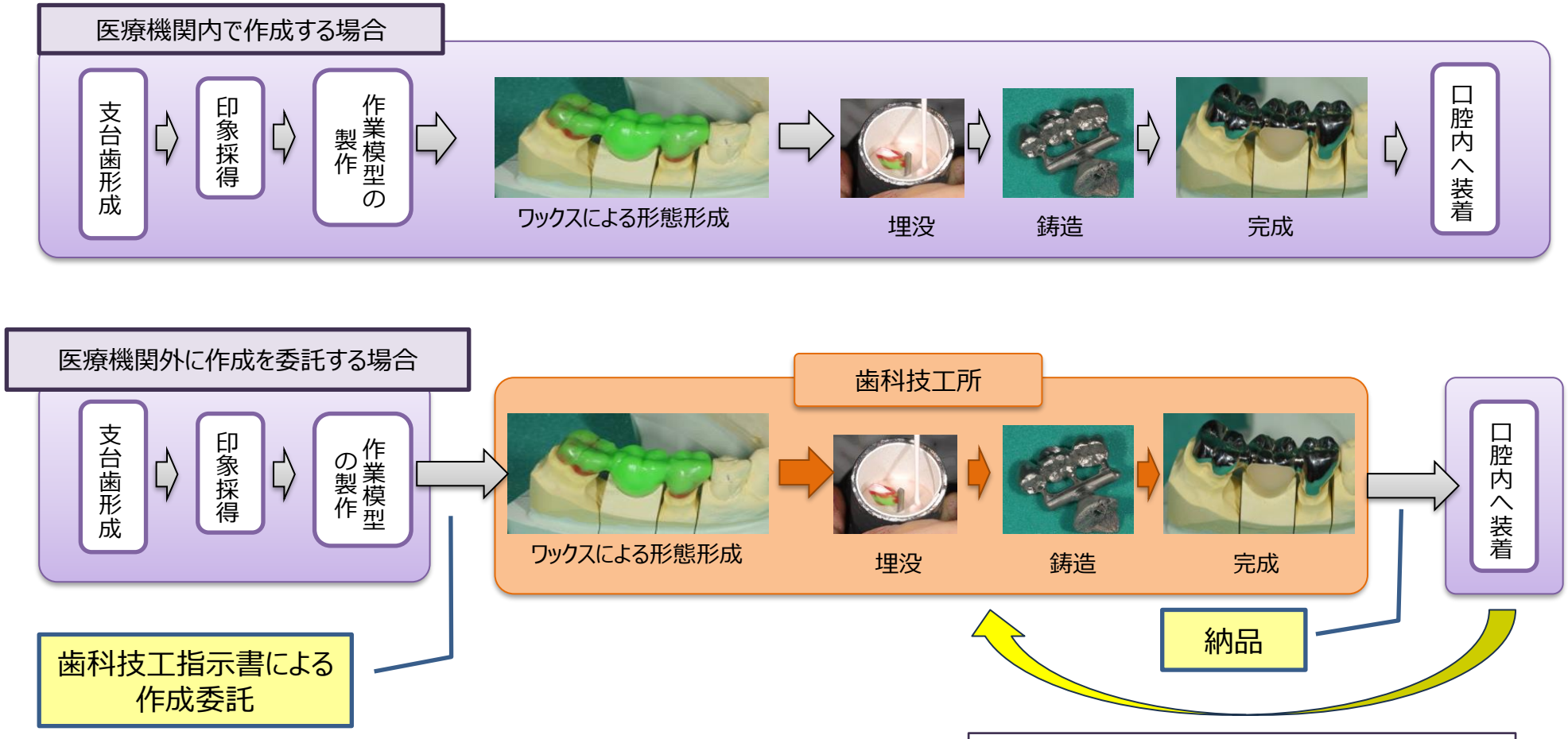
算定回数



出典：R6社会医療診療行為別統計（８月審査分）

歯科技工士と補綴物の製作工程

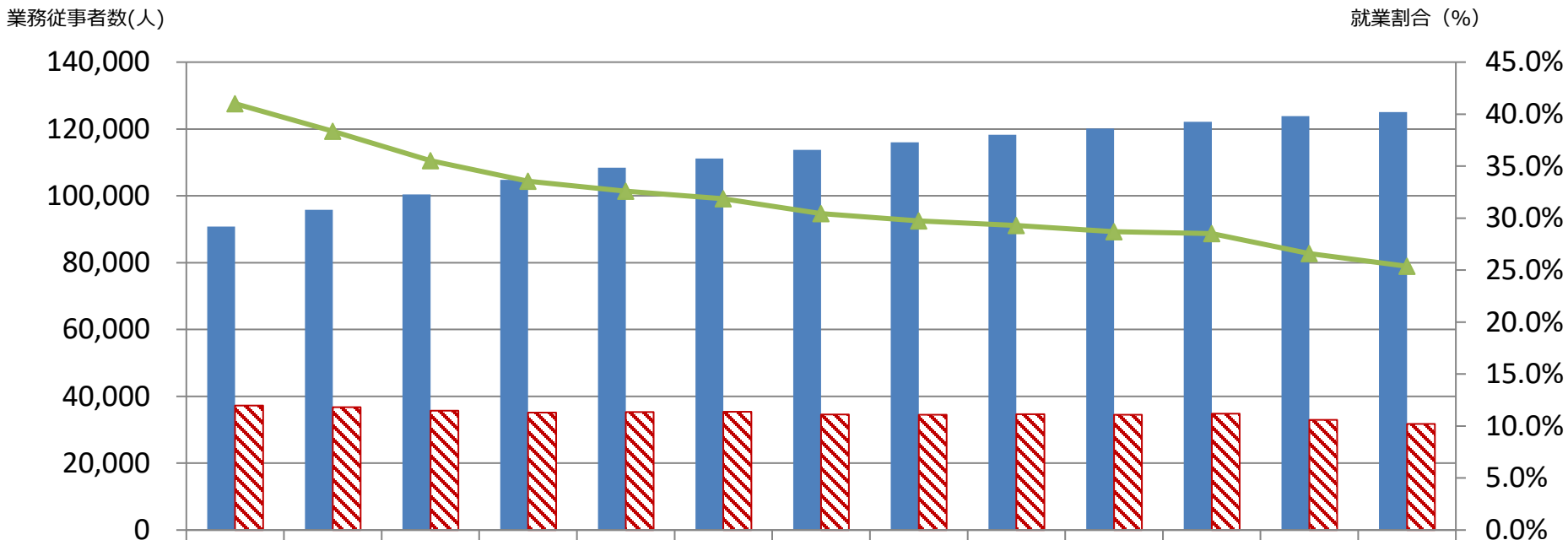
○　「歯科技工士」とは、歯科技工（患者に対する補てつ物等の作成、修理または加工）を行う者をいう。
○　なお、補綴物の製作工程には、医療機関内で製作する場合と医療機関外（歯科技工所）で製作する場合がある。



歯科技工士免許登録者数、業務従事者数の年次推移

○　令和６年の歯科技工士免許登録者数は125,093人であり、そのうち業務従事者数は31,733人である。

○　免許登録者数に占める業務従事者数の割合（就業割合）は減少傾向であり、令和6年では25.4%である。



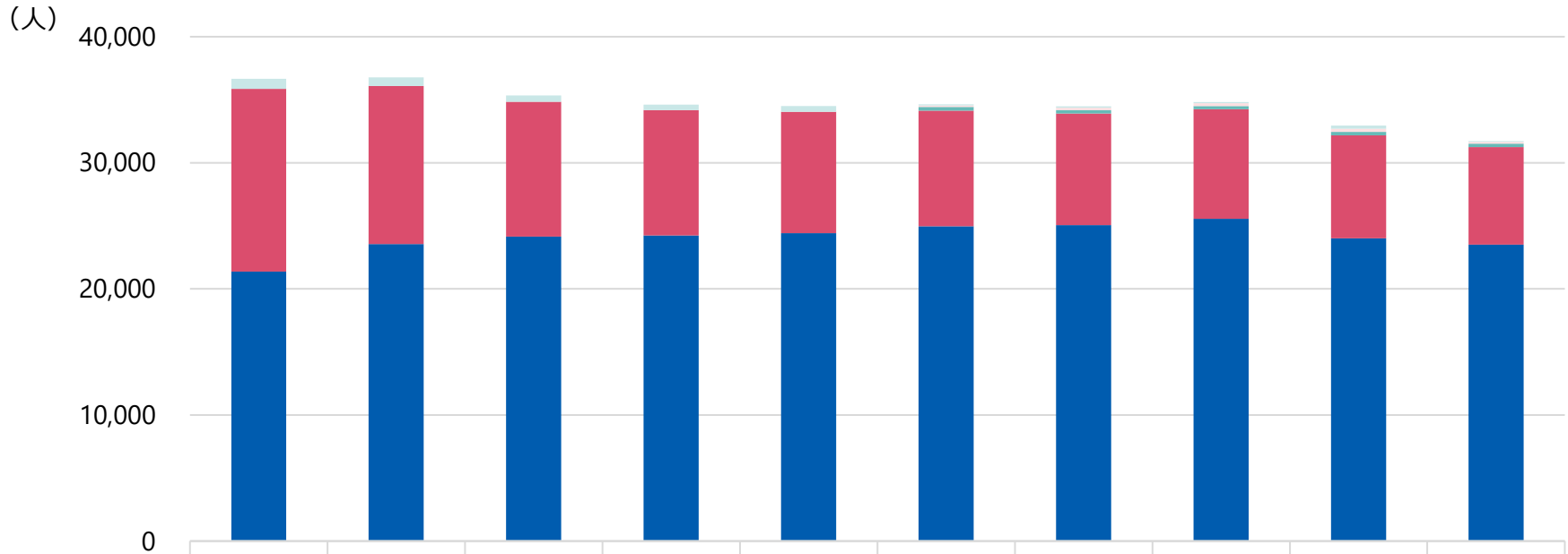
	H12年	14年	16年	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	R2年	R4年	R6年
免許登録者数	90,825	95,838	100,381	104,794	108,406	111,191	113,726	116,006	118,271	120,157	122,139	123,870	125,093
業務従事者数	37,244	36,765	35,668	35,147	35,337	35,413	34,613	34,495	34,640	34,468	34,826	32,942	31,733
就業割合（%）	41.0%	38.4%	35.5%	33.5%	32.6%	31.8%	30.4%	29.7%	29.3%	28.7%	28.5%	26.6%	25.4%

（出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ）

就業歯科技工士数（就業場所別）の推移

○　歯科技工士の就業場所は、「歯科技工所」が最も多く、令和６年では23,521人であり約74%となっている。

○　「病院・診療所」は減少傾向であり、平成８年の14,492人から令和６年では7,723人となっている。



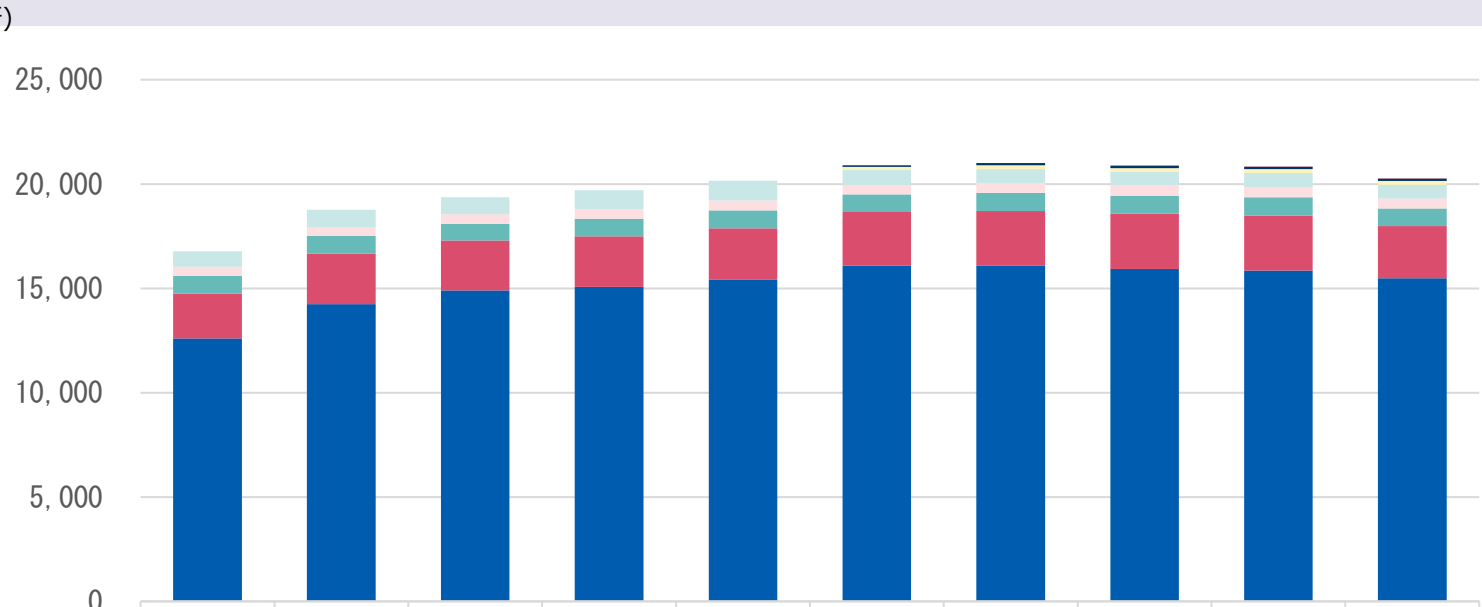
	平成８年	平成14年	平成20年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
その他	783	679	501	437	440	93	101	92	242	77
事業所	※平成28年より「歯科技工士学校または養成所、事業所」の項目を追加					118	176	224	249	146
歯科技工士学校又は養成所						291	274	258	280	266
病院・診療所	14,492	12,534	10,694	9,932	9,630	9,166	8,861	8,691	8,159	7,723
歯科技工所	21,377	23,552	24,142	24,244	24,425	24,972	25,056	25,561	24,012	23,521

（出典：衛生行政報告例）

規模別歯科技工所数の推移

○　歯科技工所数は近年ほぼ横ばいにあり、令和６年で20,278箇所である。

○　規模としては、「1人」が7割以上であり、「10～19人」、「20人～49人」、「50人以上」が微増傾向である。



	平成８年	平成14年	平成20年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
50人以上									19	20
20～49人						86	107	110	99	102
10～19人						157	176	179	188	188
５～９人	740	826	823	903	957	693	672	656	686	670
４人	450	442	451	469	474	463	468	486	484	461
３人	845	842	802	835	851	852	875	869	870	847
２人	2,139	2,423	2,394	2,426	2,475	2,564	2,604	2,647	2,647	2504
１人	12,605	14,239	14,899	15,073	15,409	16,091	16,102	15,932	15,848	15,486
合計	16,779	18,772	19,369	19,706	20,166	20,906	21,004	20,879	20,841	20,278

（出典：衛生行政報告例）

歯科医師と歯科技工士の連携

○ 厚生労働科学特別研究事業において、歯科技工士不足の解決に向けて労働環境改善の提言が作成され、歯科医療機関と歯科技工所の間を結ぶためのICTの活用が具体例として示されている。

○ 令和3年度の検証事業においてICTの導入による歯科医療機関・歯科技工所間連携の推進の取組が検証された。

「歯科技工業の多様な業務モデルに関する研究」厚生労働科学研究

■ 目的：将来の歯科技工士不足の問題を解決するため、歯科技工業の労働実態の把握と労働環境改善の提言を作成する。

■ 本研究の結果を踏まえた提言

＜歯科技工業の労働環境等の改善に資する提言＞

① 歯科医師と歯科技工士は歯科技工に関する認識と情報を共有する
② 歯科医師と歯科技工士が十分連携できる体制を整備する
③ 歯科技工士の職業内容に関する意識を改善させる
④ 労働契約書や就業規則を作成する
⑤ 歯科技工業を効率化する
⑥ 歯科技工士や歯科技工に関する社会の認知を向上させる

※③意識改善の取り組みの具体例

- 卒直後の歯科技工士が経済 的に支えられながら歯科医療機関における臨床現場での研修が可能となる制度の設計や環境の整備
- 歯科医療機関と歯科技工所の間を結ぶためのICT の活用
- 患者に歯科技工 物が試適・装着された際の状況を歯科技工士にフィードバックできる仕組みの考案

出典：平成30年年厚生労働科学研究「歯科技工業の多様な業務モデルに関する研究」

ICTを活用した歯科診療所と歯科技工士所の連携の例

◆ タブレット端末と色測計の導入による歯科技工所の働き方改革と歯科医療機関・歯科技工所間連携の推進の取組例

課題

- 長時間労働の原因のひとつに、歯冠技工物のシェード（色調）の修正や再製作が多い。
- 歯科医療機関への歯科技工物の受け渡しや指示内容の確認等に時間がかかり、歯科医療機関に出向くことに1日の1/3程度の時間を費やすことがある。

取組内容

- 歯科医療機関において色測計を用いて色調を測定し、リアルタイムで歯科技工所とつなぐ。
- 歯科技工所において、シェードガイドをみながら、歯科医師に色調や形態を確認する。

【歯科医療機関】

【歯科技工所】

効果と課題

- 修正・再製作数の減少傾向が認められた。
- タブレット端末や色測計の導入等に関するコストの課題がある。

出典：令和3年度歯科技工所業務形態改善等調査に係る検証事業報告書（日本歯科技工士会）を元に保険局医療課にて作成

歯科技工士連携加算の概要及び算定状況について

○ 歯科技工士連携加算は、歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、歯科医師と歯科技工士が対面または情報通信機器を用いて連携を行った場合の評価であり、印象採得（光学印象含む）、咬合採得、仮床試適が対象となっている。

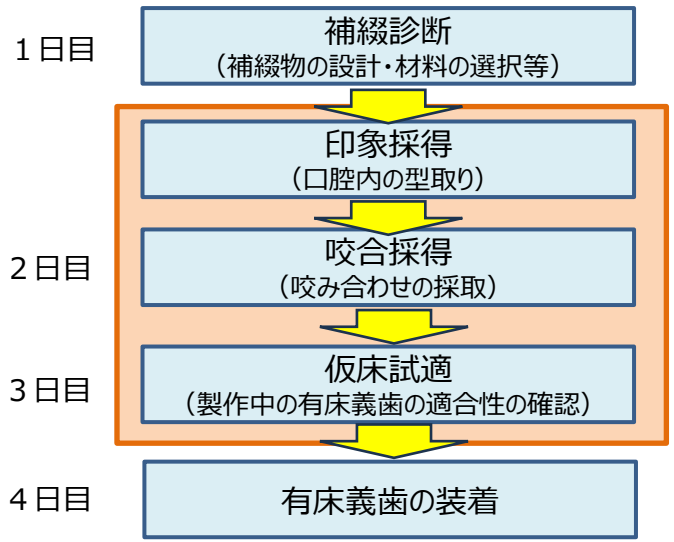
○ 歯科技工士連携加算の算定状況は、印象採得が最も多く、次いで光学印象となっている。

＜施設基準＞

○保険医療機関内に歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が図られていること。

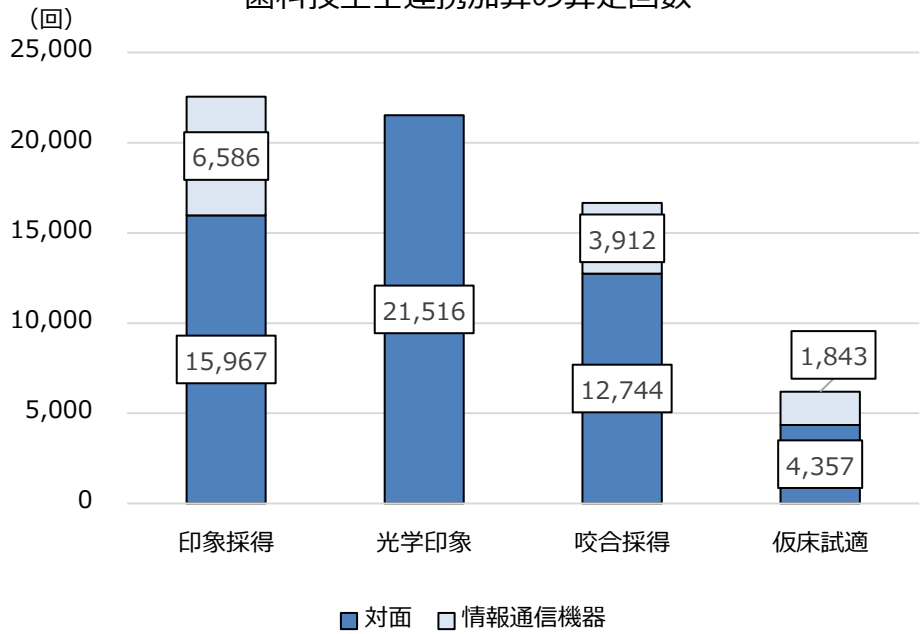
○保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。（情報通信機器を用いる場合のみ）

補綴診断から装着までの流れ（有床義歯の場合）



：歯科技工士連携加算の対象となる行為

歯科技工士連携加算の算定回数



※１　歯科技工士連携加算は、補綴物の製作工程につき１回の算定
※２　光学印象は対面のみ算定可能

出典：R6社会医療診療行為別統計（８月審査分）

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

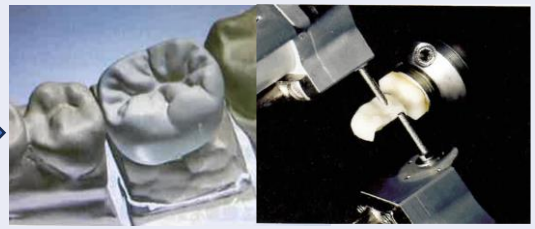
○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科治療のデジタル化の例

診療行為	アナログ	デジタル
クラウン(被せ物)やインレー(詰め物)を設計するための歯型を取る	歯型形状の器に流動性のある印象材を流し込んで歯型を採取【印象採得】 器(トレー)や歯に印象材を流し込む 	専用のカメラでスキャニングして、歯型の画像をパソコンに取り込む【光学印象】 口腔内スキャナーで画像を取得 スキャナーに取り込み転送された画像
クラウン(被せ物)やインレー(詰め物)を製作する	模型上で被せ物や詰め物を蝋で製作し、蝋形に金属を流し込む【鋳造】 蝋で製作したクラウン 鋳型に溶解した金属を流し込む	コンピュータ上でクラウン(被せ物)やインレー(詰め物)をデザインして機械で削る【※CAD/CAM】 ※Computer aided design/Computer aided manufacturing 原材料(ブロック)  コンピュータ上で設計した形状に切削

出典：「クラウンブリッジ補綴学第6版（医歯薬出版株式会社）」

上記の光学印象やCAD/CAM（CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー）は保険導入済み（適応症例は限定）

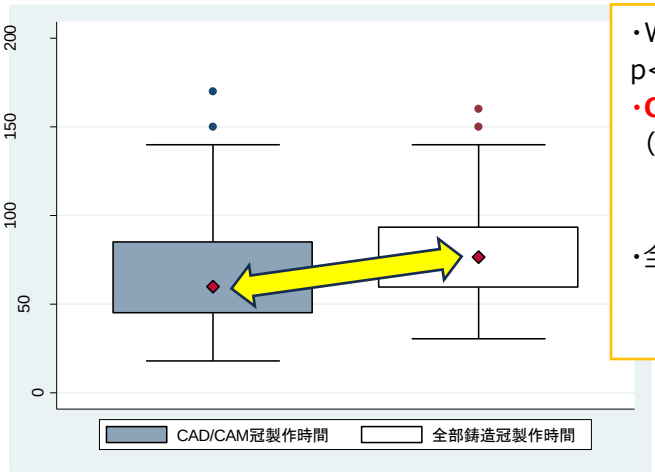
歯科治療のデジタル化による効果

○ デジタル技術を用いた歯科治療（CAD/CAM冠や光学印象）は、**作業時間の短縮（歯科治療の効率化）や業務負担軽減が報告されている。**

・CAD/CAM冠は全部鋳造(金属)冠と比較して、製作時間が約15分短く、技工業務の効率化・負担軽減を感じる者が多かった。【左欄】

・デジタル(光学)印象は従来の印象法と比較して、当該行為に係る診療時間が６分程度有意に短くなった。【右欄】

＜CAD/CAM冠と全部鋳造冠の製作時間(分) ＞



・Wilcoxon符号順位検定、p<0.001

・CAD/CAM冠製作時間（n=92）

：**中央値60分**

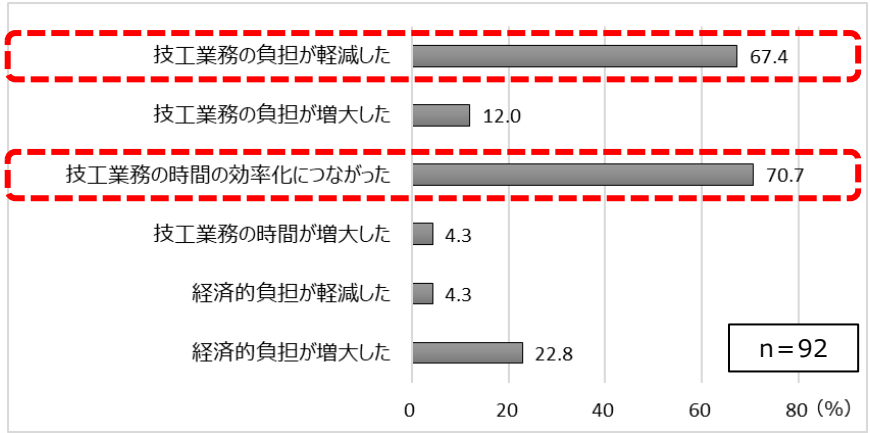
平均値66.7分（SD 29.1）

・全部鋳造冠製作時間（n=92）

：中央値77分

平均値78.0分（SD 26.8）

＜CAD/CAM システム導入による日常の歯科技工業務への変化＞ （複数回答）



出典：「CAD/CAM冠の製作に要する時間および業務状況の評価 タイムスタディ調査による分析」竹井利香，大島克郎，三浦宏子：日口腔保健誌, 12: 34-40, 2022.

＜従来の印象と光学印象の作業時間(秒)＞

対象及び調査方法
：従来の印象法やデジタル(光学)印象を経験したことがないイスタンブール大学の医歯学部の学生24人が、それぞれの方法を実施

Efficiency ※括弧左は従来、右はデジタル	Conventional (従来:アナログ)	**Digital (デジタル)**	P-value
Tray selection /Patient information (トレーの選択/患者情報の入力)	18,87 ± 2,42	19,08 ± 3,57	>0.05
Adhesive application /Laboratory prescription (トレーに接着剤塗布/技工指示内容の入力)	27,75 ± 3,12	13,63 ± 1,98	<0.001*
Upper impression /Upper scan (上顎印象/上顎スキャン)	240,70 ± 16,38	102,14 ± 17,77	<0.001*
Lower impression /Lower scan (下顎印象/下顎スキャン)	226,10 ± 10,89	98,94 ± 10,56	<0.001*
Bite registration /Bite scan (咬合採得/咬合スキャン)	91,96 ± 10,74	14,68 ± 3,82	<0.001*
Total treatment time （合計診療時間）	605,38秒 ± 23,66	**248,48秒 ± 23,22**	<0.001*

出典：「Comparison of digital and conventional impression techniques: evaluation of patients' perception, treatment comfort,effectiveness and clinical outcomes」
Yuzbasioglu E, Kurt H, Turunc R, Bilir H : BMC Oral Health2014; 14: 10

金属材料の使用の有無による比較

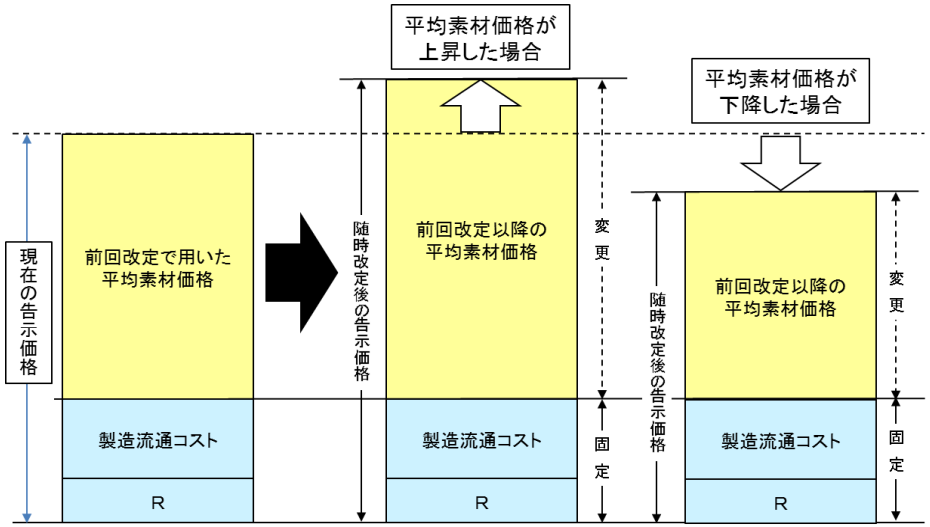
○ 歯科治療に用いられる補綴物に関しては、金属材料を使用しない場合と金属材料を使用する場合の両者があり、いずれの場合も一長一短あることから、患者の希望や口腔内の状態に応じて治療が選択されている。

	金属を使用しない場合 【レジン(強化プラスチック)等】	金属を使用する場合 【歯科用金銀パラジウム合金等】
長所	・**デジタル技術（CAD/CAM等）が比較的応用しやすく、**歯科医療従事者の製作に要する負担が少ない ・歯に近い色調であるため**審美性が良好**	・**耐久性が高く**、どの歯種や構造にも対応可能 ・**多くは保険診療の対象**である
短所	・**耐久性が金属より劣る**ため、咬合力が強くかかる歯種や連結した被せ物の形状の構造等に耐えられない場合は破損するおそれがある ・被せ物の厚みを確保しなければいけないため、天然歯を多く削る必要がある ・**保険診療の対象とならない材料や適応範囲がある**	・金属色であるため**審美性が悪い** ・多くは鋳造方式（金属を溶かして鋳型に流し込む）により製作されるため、**技工作業等に時間を要する** ・金属自体の**取引価格が変動しやすい**(市場価格の変動をできるだけ保険償還価格に反映するための独自ルールを設定) ・**金属アレルギー患者に対して使用できない**

歯科用貴金属価格の随時改定制度の変遷

○ 歯科治療で頻用されるクラウン(被せ物)等に用いられる歯科用貴金属材料を構成している金やパラジウム等は、取引価格が産出国の供給動向や景気の変動を受けやすいため、**市場価格の変動を速やかに保険償還価格に反映するために独自のルールを制定。**

改定年度	改定内容	通常改定時点での 歯科鋳造用金銀パラジウム合金告示価格 （金12%以上　ＪＩＳ適合品）
平成12年	**歯科用貴金属材料の随時方式が導入** 随時改定前の基準材料価格と随時改定時の基準材料価格に**±10%以上変動があった場合は６か月（４、10月）ごとに見直し**	510円／１ｇ
平成22年	随時改定前の基準材料価格と随時改定時の基準材料価格に**±５%以上変動があった場合は６か月ごとに見直し**	619円／１ｇ
令和２年	**随時改定方式ＩとⅡに細分化**、これまでの方式（Ⅰ）**を踏襲しつつ**、随時改定前の基準材料価格と随時改定時の基準材料価格に**±15%以上変動があった場合（Ⅱ）は別途３か月（４、７、10、１月）ごとに見直し**	2,083円／１ｇ
令和４年	**変動幅によらず、随時改定を３か月ごとに見直し**	3,413円／１ｇ
令和６年	随時改定の時期を診療報酬改定の施行にあわせ、**６、９、12、３月に見直し**	2,760円／１ｇ



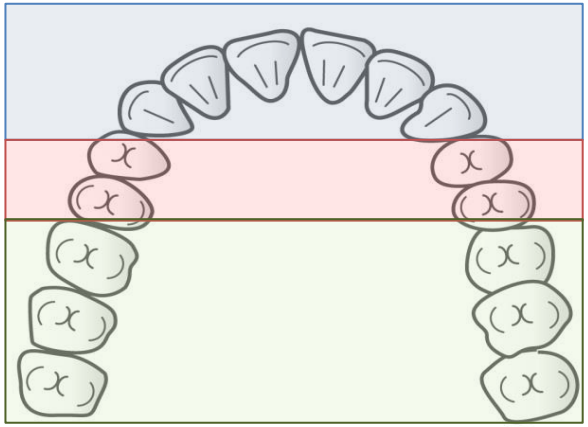
※平均素材価格は金、銀、パラジウムのそれぞれの取引価格平均値に含有比率を乗じて算出

※平均素材価格の算出には前回改定以降、改定２カ月前までの期間の取引価格を用いる

非金属材料を用いた補綴治療の主な改定内容の変遷

改定年度	改定内容			
	CAD/CAM冠	CAD/CAMインレー	高強度硬質レジンブリッジ	その他
平成20年	先進医療（平成21年5月～） 「歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠修復」			
平成22年				
平成24年			先進医療（平成24年12月～） 「金属代替材料としてグラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンを用いた三ユニットブリッジ治療」	
平成26年	➢ 小臼歯部の保険適用			
平成28年	➢ 大臼歯部の保険適用（金属アレルギーの患者に限る）			➢ ファイバーポストを用いた支台築造の保険適用【平成28年1月～】
平成30年	➢ 大臼歯部の適用拡大（上下７が残存し、咬合支持がある下顎６に限る）		➢ 高強度硬質レジンブリッジの保険導入	➢ レジンインレー、硬質レジンジャケット冠を非金属歯冠修復に統合
令和２年	➢ 大臼歯部の適用拡大（上下７が残存し、咬合支持がある６に限る） ➢ 前歯部の保険適用【令和２年9月～】			
令和４年		➢ 保険適用（対象範囲は臼歯部でCAD/CAM冠と同様）		
令和６年	➢ エンドクラウンとそれ以外に細分化 ➢ 大臼歯の適用拡大（CAD/CAM冠を装着する対側や同側の咬合支持の要件を緩和、ただし、CAD/CAM冠用材料Ｖは条件なし）			

歯の部位と歯冠修復の種類（金属材料・非金属材料別）



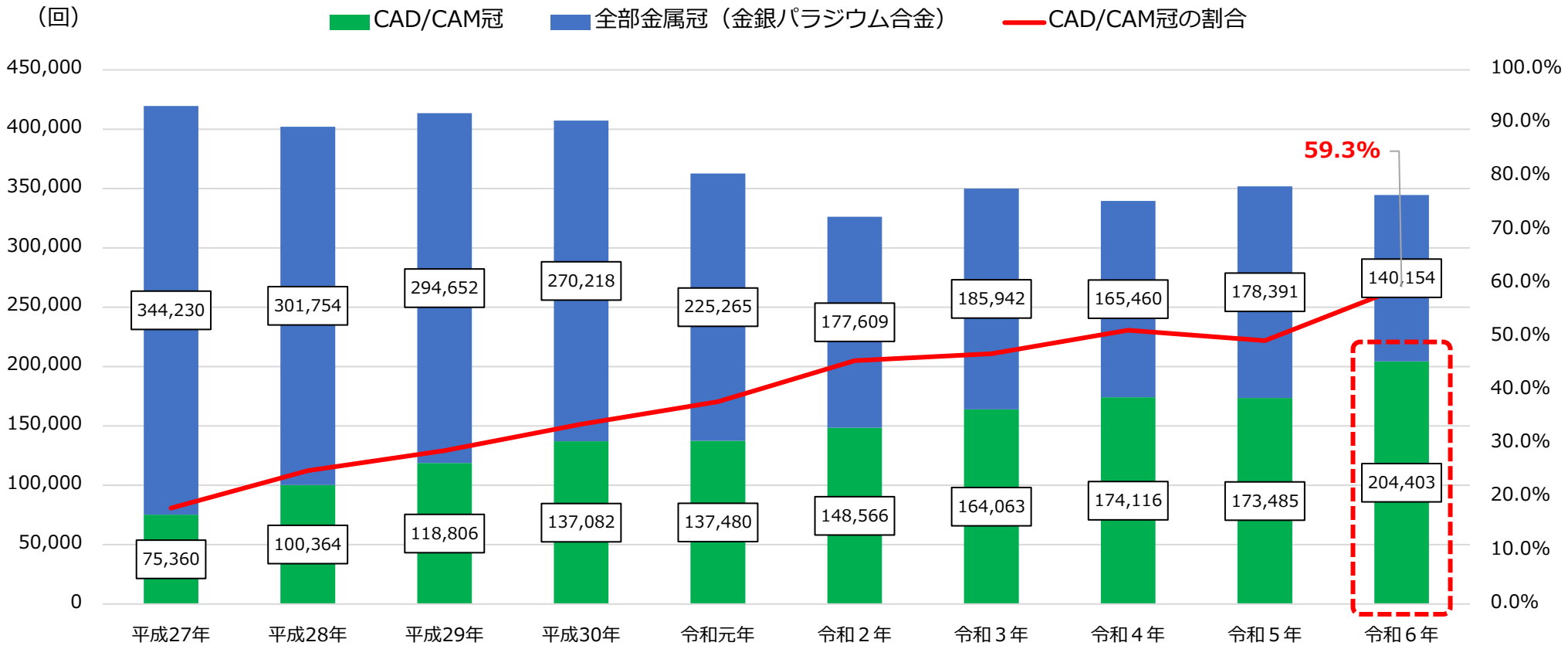
前歯	金属材料	アナログ	○４分の３冠 ○レジン前装金属冠 ○レジン前装チタン冠（R4.4～）
	非金属材料	アナログ	○硬質レジンジャケット冠
		デジタル	○CAD/CAM冠（R2.9～）
小臼歯	金属材料	アナログ	○５分の４冠 ○全部金属冠
	非金属材料	アナログ	○硬質レジンジャケット冠
		デジタル	○CAD/CAM冠（H26.4～）
大臼歯	金属材料	アナログ	○全部金属冠 ○チタン冠（R2.6～）
	非金属材料	アナログ	○硬質レジンジャケット冠 ・金属アレルギー患者：全ての大臼歯（H28.4～）
		デジタル	○CAD/CAM冠 ・金属アレルギー患者：全ての大臼歯（H28.4～） ・金属アレルギー患者以外 ①CAD/CAM冠用材料Ⅴ：全ての大臼歯（R5.12～） ②CAD/CAM冠用材料Ⅲ（R6.4～） ：第一大臼歯又は第二大臼歯にを使用する場合であって、当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持がある患者であって、いずれかに該当する場合 ✓ CAD/CAM冠装着部位の同側に大臼歯に咬合支持がある場合 ✓ 当該補綴部位の対合歯が欠損であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持がある場合

（参考）<u>冠形態以外</u>の非金属材料を用いる補綴治療
：支台築造（ファイバーポスト）
CAD/CAMインレー（小臼歯・第一大臼歯）
高強度硬質レジンブリッジ（第２小臼歯欠損の場合の臼歯３歯ブリッジ）

歯冠修復（小臼歯）の算定状況

○　小臼歯の歯冠修復は、経年的には減少傾向であるが近年は横ばいとなっている。
○　全部金属冠（金銀パラジウム合金）は減少傾向にある一方で、CAD/CAM冠は大きく増加しており、令和６年にはCAD/CAM冠の算定回数が、約59%を占めている。

＜CAD/CAM冠、全部金属冠（小臼歯）の算定回数＞



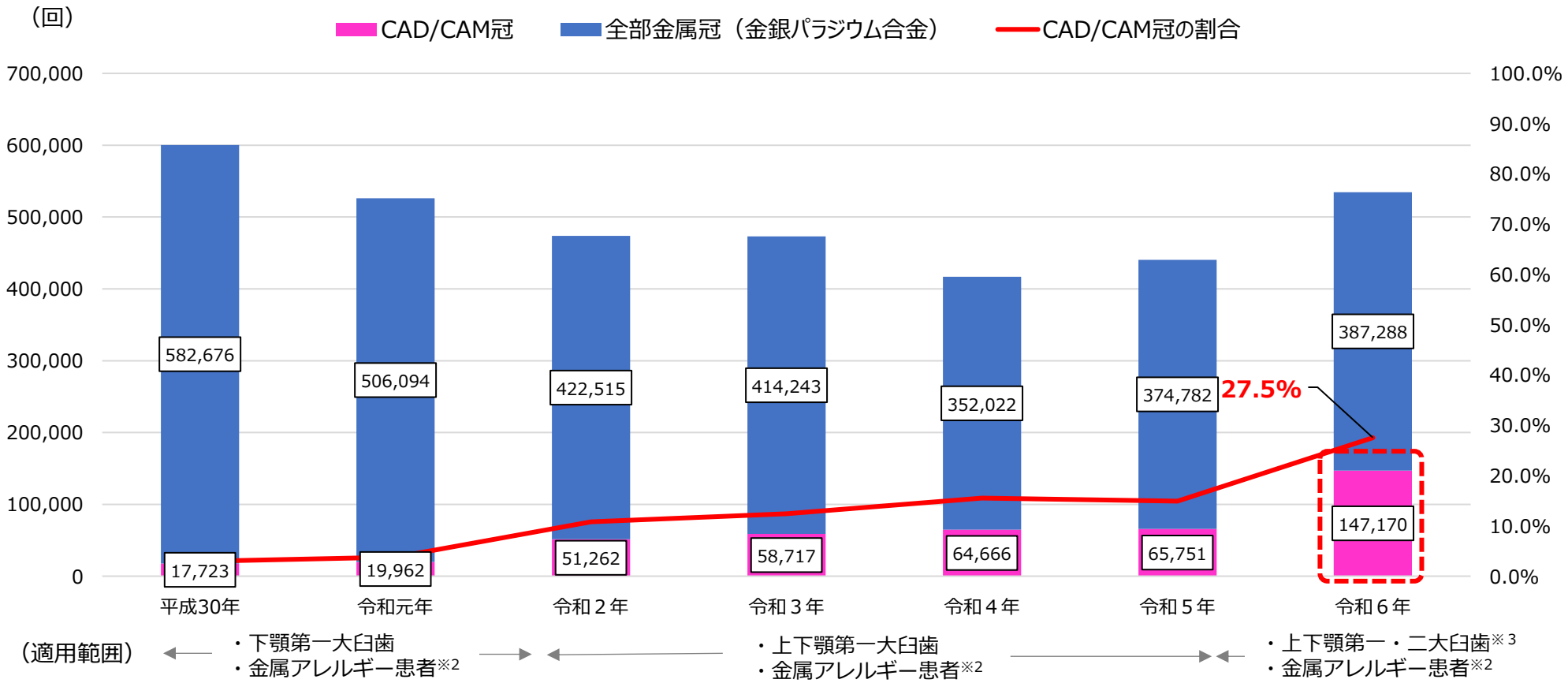
※全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

歯冠修復（大臼歯）の算定状況

○ 大臼歯の歯冠修復は、平成30年以降、減少傾向にある。
○ 全部金属冠（金銀パラジウム合金）は減少傾向である一方で、CAD/CAM冠は増加しており、令和６年は約28%となっている。

<CAD/CAM冠、全部金属冠（大臼歯）の算定回数>



※1　全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。
※2　金属アレルギー患者は全ての大臼歯が保険適用となる。
※3　材料の種類により咬合支持等の条件が設定されている。

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

現状と課題

（障害者歯科医療について）

○障害者は歯科疾患に対する再発・重症化リスクが高いものの、障害者歯科医療を専門的に行う歯科医療機関は全国的に十分ではなく、専門歯科医療機関できめ細やかな歯科医学的管理が必要とされる。

（歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療について）

○需要に対する供給が十分ではない口腔機能に係る管理・治療や、「食べる」「話す」等の生活に直結する有床義歯の管理や歯周病の治療等について、臨床の実態を踏まえた評価体系や要件等を見直す必要がある。

（へき地等歯科医療について）

○歯科医師の高齢化の進展等により歯科医療が提供できない地域や施設に対しては巡回診療車により歯科医療を提供する等、歯科医療を効率的に提供する必要がある。

（多職種連携について）

○基礎疾患を有する患者等に対する歯科医療の介入により効果が認められることから、引き続き医科歯科連携を始めとする多職種連携を進めて行く必要がある。

（歯科衛生士･歯科技工士の定着･確保について）

○高齢患者の増加等のニーズが多様化する一方で、歯科医療機関の人員が限られていることを踏まえ、歯科医療機関等での役割分担を図るため、歯科衛生士や歯科技工士の定着や確保を行っていく必要がある。

（歯科治療のデジタル化等について）

○歯科医療機関における歯科専門職の人員や業務量は限られているため歯科治療の効率化が求められ、また、経営面からも安定的に歯科治療が提供できる歯科材料を用いた治療技術を推進していく必要がある。

論　点

（障害者歯科医療について）

○いわゆる「口腔保健センター」等の障害者歯科治療の専門歯科医療機関に受診する患者の歯科医学的管理を推進するために、専門歯科医療機関で行った歯科医学的管理に関する評価についてどのように考えるか。

（歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療について）

○患者のライフコースに沿った歯科疾患や口腔機能の管理を推進するために、「歯科疾患管理料」、「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」の対象患者や評価についてどのような対応が考えられるか。また、小児の健全な咬合の育成や歯科矯正相談の適切な説明を行うために、「小児保隙装置」や「歯科矯正相談料」の評価についてどのように考えるか。

○「食べる」・「話す」等の生活に直結する新製有床義歯の管理や、内容が類似している歯周病の継続治療である「歯周病安定期治療」及び「歯周病重症化予防治療」の評価についてどのように考えるか。

○その他、生活の質に配慮した歯科医療の提供を推進するために、歯科固有の技術の評価についてどのように考えるか。

（へき地等歯科医療について）

○歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科巡回診療を適切に推進するために、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療に関する評価についてどのように考えるか。

（多職種連携について）

○医科や調剤等との連携を更に推進するために、周術期口腔機能管理等の評価や多職種連携による評価についてどのように考えるか。

（歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保について）

○歯科医療機関等の歯科衛生士及び歯科技工士の定着・確保を図るために、「口腔機能指導加算」や「歯科技工士連携加算」等の歯科衛生士や歯科技工士の業務の評価についてどのように考えるか。

（歯科治療のデジタル化等について）

○効率的かつ安定的な歯科治療の提供に資する歯科用貴金属材料を用いないデジタル技術を更に推進するために、「CAD/CAM冠」や「光学印象」等の適応や評価についてどのように考えるか。