

中医協概要報告(2023年12月15日開催)

<第573回中医協総会 - 歯科医療その3>合計6枚

12月15日に第573回中医協総会が開催され、歯科医療(その3)が示された。

厚労省担当官から示された論点は▽かかりつけ歯科医機能に係る評価、▽院内感染防止対策に係る評価、▽歯科疾患の重症化予防の評価、▽電話や通信機器を用いた歯科診療に係る評価、▽歯科固有の技術等に係る評価、の5点。

「歯科固有の技術」では、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象である金属歯冠修復物の5年生存率は8割との報告と合わせて、当該管理料の見直しが示された。これに対し、松本真人委員(健保連)は、「クラウン・ブリッジ維持管理料は廃止が妥当と考える」と述べ、林正純委員(日歯)は、「現状に見合った仕組みの検討は理解しているが、その役割は今まで重要な位置づけで推移してきたことは間違いない。廃止の議論の前に現状に見合った仕組みの検討が必要」と廃止の意見をけん制した。また、技術料に包括され多くが算定できない歯科用麻酔の薬剤料の算定の検討も示された。林委員は、麻酔薬剤料も含めた歯科固有の技術で示された項目に対し「歯科診療報酬における課題としていずれも非常に重要な内容であり是非前向きに検討頂きたい」と述べ、松本委員は「従来通り麻酔薬剤料は包括で良いのではないか」と反対の意思を示した。

その他、か強診については、名称変更、施設基準の見直し(▽小児に求められる、かかりつけ歯科医の役割を踏まえた研修、▽定期的・継続的な管理を実施していることの実績評価、▽在宅診療専門の歯科医療機関でないことの届出)などが上げられている。

厚労省から示された論点の詳細と、論点に沿った各委員からの発言は以下の通り。

※「歯科医療その2」(11/17中医協総会)で先に示されている論点4項目:▽病院における歯科の機能に係る評価、▽医科歯科連携、医歯薬連携、▽ライフステージに応じた口腔機能の管理、▽障害者・有病者・認知症の人への歯科医療の4項目

歯科医療についての論点①

(かかりつけ歯科医機能に係る評価について)

○ 現在、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を届け出ている歯科診療所は、エナメル質初期う蝕管理や歯周病安定期治療、地域保健活動、在宅医療・介護連携の取組等を実施している割合が高く、さらに継続的・定期的な管理(歯科疾患の重症化予防等に関する継続的な管理)を行っている患者の割合も高い。一方で、患者の多くは「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の届出の有無に関わらず、自身が通院中の歯科診療所を「かかりつけの歯科診療所」と考えている現状を踏まえ、かかりつけ歯科医機能の評価のあり方について、施設基準の名称も含め、どのように考えるか。

○ かかりつけ歯科医機能の評価のための施設基準として、小児期から高齢期までのライフコースを通じた口腔の管理をさらに推進し、また在宅療養支援歯科診療所の役割との違いを明確にする観点から、現行のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に加え、

- ・ 継続的・定期的な管理を実施していることの実績の評価
- ・ 小児に求められるかかりつけ歯科医の役割を踏まえた研修
- ・ 在宅医療を専門に行う歯科医療機関でないことの届出
- ・ 歯科訪問診療の依頼がない施設においては地域の在宅歯科医療の連携窓口等との連携による歯科訪問診療の体制確保

等を追加してはどうか。

○ 現在のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に含まれているクラウン・ブリッジ維持管理料について、約98%の歯科医療機関で届出が行われていることを踏まえ、かかりつけ歯科医機能の評価としては施設基準の要件から削除してはどうか。

○ かかりつけ歯科医による口腔機能管理を推進する観点から、継続的・定期的な口腔の管理を行っている歯科医療機関による小児口腔機能管理料や口腔機能管理料の診療報酬上の評価についてどのように考えるか。

(院内感染防止対策に係る評価について)

○ 歯科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環境の体制整備を評価した歯科外来診療環境体制加算について、院内感染対策に係る評価と医療安全に係る評価の内容が混在している現状を踏まえ、それぞれ別々の評価として整理、見直しを行うことについてどのように考えるか。また、その際に、それぞれの施設基準の要件についてどのように考えるか。

○ 今後、新興感染症等が発生・まん延した場合の歯科医療提供体制の構築を進める観点から、

- ・ 新興感染症等に罹患した患者の歯科治療に対応可能な体制整備の評価
- ・ 実際に、新興感染症等に罹患した患者の歯科治療を行う場合の評価

等についてどのように考えるか。

歯科医療についての論点②

(歯科疾患の重症化予防に係る評価について)

- う蝕の重症化予防について、
 - ・ 歯科訪問診療を行うう蝕多発傾向者に対するフッ化物歯面塗布処置の評価
 - ・ 歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算とフッ化物歯面塗布処置にわかれていることを踏まえ、管理及び処置の評価の見直し
 - ・ 中年期から高齢期に多発する初期の根面う蝕の管理・処置の非切削による管理の評価等についてどのように考えるか。
- 歯周病の重症化予防に関する評価である歯周病重症化予防処置及び歯周病安定期治療について、
 - ・ 糖尿病患者の歯周病安定期治療に関する実施間隔や評価
 - ・ 歯周病安定期治療から歯周病重症化予防に移行する場合の評価のあり方等についてどのように考えるか。
- 歯科衛生士による実地指導の評価について、口腔機能に関する指導等が実施されている実態を踏まえて、歯科衛生実地指導料の評価のあり方についてどのように考えるか。

(電話や情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価について)

- 新型コロナウイルスの感染拡大時の臨時的な取扱いにおける実施状況等を踏まえ、電話や情報通信機器を用いた歯科診療の評価やかかりつけ歯科医と連携した遠隔医療の評価について、どのように考えるか。

(歯科固有の技術等に係る評価について)

- 小児の外傷歯に対して外傷後の安全管理、重症化予防等の観点から、小児における外傷歯の保護を目的とした口腔内装置の評価をどのように考えるか。
- 舌接触補助床について、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を対象とすることについてどのように考えるか。
- 口腔バイオフィーム感染症の診断および処置について、入院中の摂食嚥下障害患者等で誤嚥性肺炎のリスクが高い患者等に対する口腔細菌定量検査や非経口摂取患者口腔粘膜処置の対象患者等についてどのように考えるか。
- 医科点数表の処置の部で評価されている技術の一部のうち、歯科口腔外科領域でも実際に行われているものについて、実態を踏まえて当該技術の評価をおこなってはどうか。
- より質の高い歯科医療の提供を推進する観点から、ICTの活用を含む歯科技工士と歯科医師の連携の評価についてどのように考えるか。
- ハイブリッドレジンによる大臼歯CAD/CAM冠の適用範囲を拡大することについてどのように考えるか。
- クラウン・ブリッジ維持管理料について、当該管理料の対象についてどのように考えるか。
- 歯科矯正治療について、学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断されて受診した患者の検査・診断等の評価についてどのように考えるか。
- 歯科麻酔の技術料及び薬剤料が包括されている処置等の技術における歯科用麻酔薬の薬剤料の算定方法についてどのように考えるか。

120

<各委員からの意見>

論点：かかりつけ歯科医機能に係る評価

○林正純委員（日歯副会長）

歯科診療所を受診する患者のほとんどは、同時に複数の歯科診療所を受診することはないため、患者自身は、自分が今現在通っている歯科診療所が「かかりつけ歯科診療所」だと考える。また、歯科医師も施設基準の有無に関係なく自分は患者のかかりつけ歯科医であると思い日々診療にあたっている方がほとんどだ。しかし、各診療所の診療スタイルはそれぞれで、患者が考えるかかりつけの歯科診療所と、施設基準であるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（以下、か強診）は異なるものとの認識だ。施設基準はそもそもその目的に応じて必要な医療機関の機能や設備、診療体制、安全面などを評価するものと理解している。地域保健活動、在宅医療、介護連携の取り組みを行い、地域で必要な連携体制をとりつつ、歯科疾患の重症化予防等に関する継続的、定期的な口腔健康管理をしっかりと行っている歯科診療所を評価している現在のか強診の施設基準は、基本的にはかかりつけ歯科医の持つべき機能と体制を評価した内容と考える。一方で施設基準の名称として患者さんにわかりにくい面があるのは事実だ。患者にとってわかりやすく選んでいただけるよう、また歯科診療所にとっても、かかりつけ歯科医としての機能をしっかりと取り組んでいるところが適切に評価されるよう、名称も含めて整理していただきたい。

また、かかりつけ歯科医機能は全てのライフステージを通じて歯科医療を提供できることが基本と考えており、当然かかりつけ歯科医として小児の発育過程を踏まえた歯科診療を行うことは重要だが、現在、か強診の施設基準を届け出している歯科診療所に過度な負担にならないようお願いしたい。その上で現行の施設基準の見直しは事務局案に賛同する。

また、口腔機能管理を推進していくことは非常に重要であり、かかりつけ歯科医が担うべき役割であると考えている。現状でまだまだ取り組みが少ないところであり、今後、う蝕や歯周病の継続的な管理とともに、かかりつけ歯科医による口腔機能の管理が進むよう、診療報酬上の評価を要望する。

かかりつけ歯科医機能の評価に関して1号側委員からご指摘頂いたが、わかりやすく取り組んでいくということは我々も今考えておるところであり、しっかりと国民に資する形で進めていきたい。

○松本真人委員（健保連理事）

総論として8頁に示されるように、医科、歯科、介護との連携も含め、か強診はどのような役割を担う診療所なのか、患者にはか強診以外の歯科診療所との違いが非常にわかりにくい。そうした観点で12頁の調査結果を見ると、現在受診している歯科診療所を選んだ理由として、かかりつけの歯科診療所だからが、か強診とそれ以外で同程度の割合で最も高く、か強診を患者が認識していない状況がわかる。

一方で、21～22頁では、在宅医療や連携に係る加算や届出は、か強診の方が割合が高いことや、定期的な口腔管理の実施状況が50%以上である施設の割合は、か強診の方が高い。こうした体制や機能を持つ歯科診療所であることを、患者によりわかりやすく伝える観点から名称を見直すこともあり得ると思う。

また資料29頁に示されている小児期にかかりつけ歯科医を持つことの必要性を踏まえ、施設基準に小児の心身の特性等に関する研修受講を追加すべきだ。

また、小児を含む口腔機能管理についても、継続的かつ適切な歯科医療の提供が求められる歯科診療として施設基準に位置付けることも考えられる。

また、かかりつけ歯科医機能として、ライフステージを通じた口腔管理への取り組みの評価については、在宅医療専門の歯科医療機関ではないこと、歯科疾患管理料の長期管理加算の実績要件を追加する一方で、クラウン・ブリッジ維持管理料の要件を廃止することに異論はない。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

かかりつけ歯科医に定期的にかかることで、う蝕や歯周病の重症化が妨げるのではないかと想像するが、口腔の健康の改善とともに医療資源の配分に関しても、そういったことは大きく寄与するのではないかと。実際の改善がなされるかを端的に知るには、アウトカムのデータが必要。長期的となるが、例えば年1回患者別のデータを収集しNDBと結合してそういった効果を見ることを今後考えて欲しい。医科では健康診断の情報のようなものがあるが、そうしたものに対応した情報を歯科に関しても収集して欲しい。

論点：院内感染防止対策に係る評価

○林委員

歯科外来診療環境体制加算について、事務局提案の院内感染対策と医療安全に係る評価として見直しや整理をすることは賛同する。ただし、本施設基準は、院内感染対策や医療安全に係る体制を評価してきたものであり、現在の評価でも十分とは言えないため、患者へのより安全安心な歯科医療提供体制の維持に支障を来すことがないように、見直し、整理後も継続した応分の評価をお願いしたい。

新型コロナ感染拡大は歯科医療機関でも、当初歯科診療を継続して良いかどうかも含めて大きな混乱をきたした。しかし、歯科医療は、食べる、話す、といった、生活の基本となる部分に直接繋がる医療であり、緊急的な歯科治療が必要な患者は一定数いること、受診控えによる歯科治療や口腔管理の中断は口腔疾患の重症化をもたらすことなど、様々な経験をし、今後の新興感染症等の発生、蔓延に備えて平時から地域の歯科医療提供体制をしっかりと構築していくことの必要性を強く感じている。平時から新興感染症等の患者の一定程度の受け入れ態勢を備えた歯科医療機関を確保することや、新興感染症等の患者の歯科治療を行った際の適切な評価は重要と考えているため、地域での感染症患者受け入れ体制の構築が推進されるよう検討いただきたい。

感染防止対策に関して、現行の体制が十分とは言われていない状況があり、そういったものを適切に評価していくことが今回の議論の中にもある。感染対策と医療安全はさらに強化していくということ、これは国民に資する歯科医療提供を整えていくということできしっかりと評価して頂きたい。

○松本委員

歯科外来診療環境体制加算については、院内感染対策と医療安全の評価を分けることは検討の余地はあるが、現行と同じ体制であるにもかかわらず、単に評価が高くなることは考えにくい。また、新興感染症等の

患者に対する歯科治療については、新興感染症が発生した場合に特例的に対応するのか、事前に想定した評価を設けるのか、これは医科、調剤との関係も踏まえて検討すべきと考える。

論点：歯科疾患の重症化予防に係る評価

○林委員

う蝕の重症化予防について、フッ化物歯面塗布は、小児から高齢者までの各ライフステージにおけるう蝕の重症化予防において重要であることから、う蝕多発傾向者、エナメル質初期う蝕、初期の根面う蝕、それぞれについて、必要な患者に適切な管理と処置が提供できるよう事務局提案の内容に賛同する。

歯周病安定期治療や歯周病重症化予防治療は、歯を失う原因として最も多い歯周病に対して有効な治療であり、事務局提案の糖尿病患者への評価についてぜひお願いしたい。

また、歯周病安定期治療から歯周病重症化予防治療への移行の評価は、治療による歯周病の改善を評価するという理解はできるが、歯周病重症化予防治療は令和2年度の診療報酬改定で新設されたものであり、まだ普及を図る時期と考える。現場での大混乱がないように配慮して欲しい。

歯科衛生士への評価である歯科衛生実地指導料は、患者の重症化予防や口腔機能の回復や維持に位置する歯科臨床現場における非常に重要な指導であり、機能面の指導に対する評価も組み込んでいくことには賛同する。一方で、現状の歯科衛生実地指導料は、15分以上実施することや指導内容に関する患者への文書提供、口腔衛生状況の記録など要件も多い。改定結果検証調査の報告書を見ると、平均値で22.2分、最大値は60分と、15分以上かかって取り組んでおり、時間要件などの廃止も含めて検討いただきたい。

○松本委員

65頁の根面う蝕の進行により、患者のQOLが低下することを踏まえ適切な管理が必要なことは理解できる。また歯周病重症化予防および歯周病安定期治療については、82頁の通り、糖尿病の患者の場合に医師との連携が重要であることは理解できる。

歯科衛生実地指導料については、資料83頁を見ると、単なるプラーク除去方法のみではない教育が行われることを踏まえ、実地指導内容や時間に応じて評価にメリハリをつけることが考えられる。

○田村文誉専門委員（日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授）

61頁からのフッ化物歯面塗布によるう蝕の重症化予防に係る診療報酬上の評価について、小児の外来診療では、これまでもフッ化物歯面塗布の処置が行われており、この効果が昨今の小児のう蝕罹患率の激減に繋がっていると考えられる。一方で歯科訪問診療を行う患者に対するフッ化物歯面塗布処置は基本的に初期の根面う蝕のみが対象となっている。小児のう蝕に罹患しやすい部位は、高齢者と異なり咬合面や隣接面であるため、現在歯科訪問診療が必要な医療的ケア児等は、算定要件に当てはまらず、実際に行っていても算定することができない。歯科訪問診療が必要な小児についても対象となるよう検討して欲しい。

論点：電話や情報通信機器の用いた歯科診療に係る評価

○林委員

資料89頁にも示されているように、新型コロナの感染拡大の特例において、多くはないものの実際に実施された例があり、今後の新興感染症等の発生、蔓延に備えて体制を整備することは必要だ。また特例のもと実施された中、今後、歯科領域でも活用可能と考えられる事例、例えば口腔機能の指導管理等に対するオンライン診療や専門医とかかりつけ歯科医の連携の遠隔診療については、適切な実施体制を確保した上で、歯科の診療報酬についても評価を要望する。

ICTの利活用に関して、歯科医療、コ・デンタルスタッフとともに診療現場で直接協働することにより、より質の高い医療と結びつくことは多い。歯科技工士も院内技工士の存在はシェードテイキングや、義歯修理の観点からも重要であり、在宅に行ったときの院内、院外の技工士との連携、そういった着眼点で連携を強化していくため、ICTを使用するという好事例があれば積極的に推進し評価に繋げて欲しい。

○松本委員

91 頁に歯科専門医との連携に活用したいとの要望があり、91 頁以降の検討会の報告書や手術後の経過観察における実績を踏まえ、歯科における ICT の活用も想定できると考える。

○鳥潟美夏子委員（協会けんぽ理事）

ICT を活用した歯科診療の評価や歯科技工士と歯科医師の連携についてはぜひ進めていただきたい。

○田村専門委員

情報通信機器を用いた歯科診療について、安全上、十分に対象者を考慮した上で行うことが前提だが、小児の口腔機能発達不全症や高齢者の口腔機能低下症の指導管理において、指導や訓練の経過を見る等での活用も口腔の健康の維持向上において有効であると考えられ、特例の中で複数の医療機関で実際に行われ、一定の効果を上げている。

論点：歯科固有の技術について

○林委員

歯科固有の技術について、示されている内容の評価を進めていただくことにおおむね賛同する。クラウン・ブリッジ維持管理料はかなり以前に設けられたもので、様々な議論が過去からあったが、一定程度その役割を果たしてきたと考える。近年の医療技術の向上、接着材料の改良等により金属冠については脱離等も非常に少なくなっており、現状に見合った仕組みの検討については理解している。

今回示されている技術等は、歯科診療報酬における課題として過去から検討されているものや、近年のニーズを踏まえたものなど様々だが、いずれも非常に重要な内容であるため是非とも前向きに検討頂きたい。

クラウン・ブリッジ維持管理料について、廃止が妥当という支払側委員の意見があるが、クラウン・ブリッジ維持管理料は、様々な過去の議論がありその役割は今まで重要な位置づけで推移してきたということは間違いない。一定程度その役割は果たしてきたものであるとは考えるが、全て廃止するとの議論の前に、現状に見合った仕組みの検討が必要と考える。

また、学校歯科健診による歯列不正について、学校健診で歯列不正が指摘された学童たちが歯科診療所を訪れたときに、その診断も含めて診療報酬で評価できないことにより混乱が生じている。そうしたところも含め適切な制度設計をお願いしたい。

○松本委員

一般的に効果のエビデンスがあるものについては一定の評価が考えられるが、算定対象を明確にするなど適切な運用が必要だ。

ハイブリッドレジンによる CAD/CAM 冠については、貴金属価格の乱高下に左右されないようにする観点からも、適用範囲を拡大することには賛成したい。

ICT を活用した歯科技工士との連携は、現場の取り組みとしては推進して頂きたいが、診療報酬で対応する性格のものではない。

クラウン・ブリッジ維持管理料は廃止が妥当だと考える。

歯科麻酔の技術料と薬剤料の関係は、従来通り包括で良いのではないかと。

○鳥潟委員

学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断されて受診した患者の評価は、保護者が受診を躊躇することがないようにしたいとの思いはあるが、診療報酬の適用範囲を拡大することが適切な対応か疑問が残る。実際どの程度保険適用が可能なケースが存在するかなどの実績を踏まえた上で慎重な検討が必要。

○田村専門委員

口腔バイオフィルム感染症について、現在、検査は在宅等で療養する患者または歯科診療特別対応加算を算定する患者のみであり、また、処置についても、歯周基本治療での算定であるため、歯のある患者しか算定できないが、歯がない患者も要介護状態の患者は口腔内細菌数が多いことが報告されており、歯に付着するのは別の細菌の存在が、誤嚥性肺炎のリスク因子となっている。口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に、検査や処置が適切に実施できるよう検討頂きたい。

103 頁の非経口摂取患者口腔粘膜処置について、対象は非経口摂取者に限定されているが、実際には当初非

経口摂取であっても、回復過程でわずかな物の嚥下から練習を開始することもある。剥離上被膜は、口腔乾燥も大きな要因であり、経口摂取の練習を開始する患者に剥離上被膜が付着していることはよくあり、嚥下の練習開始前には、剥離上被膜を除去する必要がある。しかしこの時点でわずかな経口摂取をしているという要件で算定が不可能になるのは現実的ではない。要件の再検討を頂きたい。

<会内使用以外の無断転載禁止>

配布された資料は、保団連情報共有スペース「社保・審査対策」の「社保/審議会等」にて公開しておりますので、併せてご覧下さい。また、厚生労働省HPでも公開されています。

■第573回中医協総会：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00232.html