

第 16 回講演会

「我が国の保険医療の仕組み—歯保連の 歩み—外保連をお手本にして—」

日時 2019年2月14日（木）

場所 日本大学歯科病院（歯学部本館）7階
創設百周年記念講堂

開 会

○浅海座長 皆さん、こんにちは。一般社団法人日本歯学系学会協議会第16回講演会を開催させていただきたいと思います。

開会の辞

○浅海座長 開会に当たりまして、羽村理事長から御挨拶がございます。

○羽村理事長 皆さん、こんにちは。今回の講演会のタイトルにある歯学系学会社会保険委員会連合（歯保連）は歯学協から始まっています。この歯学協がなかったら、実は歯保連も生まれていなかった、という経緯がございます。恐らくそのことも外木先生からお話しただけとは思いますが。この産みの苦しみから実は今年、平成最後の年になりますけれども、ちょうど10年目になります。2009年8月に歯保連が誕生しておりますので、ちょうど私も歯保連が誕生するときに老年歯科医学会からの委員としてその場所にいましたけれども、非常に苦勞してつくられた会だと私は認識しております。この10年、非常に大事な仕事を担っている割には、なかなか私たちにはその認識がない、歯学協の会員の皆様方にもなかなかその理解がないというのが事実だと思います。ぜひとも今回の外木先生の御講演を聞いていただいて、歯保連のあり方等々を御理解いただければと思います。

最初からきょうの講演の案内になりましたけれども、常日ごろ歯学協の活動に御理解いただきまして、誠にありがとうございます。また、平成から次の新たな時代が変わっていく中で、またこれからも歯学協の活動に御理解いただき、後押ししていただければと思っています。きょうの講演、ぜひとも楽しんで下さい。

よろしく願い申し上げます。（拍手）

講 演 会

○浅海座長 理事長、ありがとうございました。

きょうの講演のテーマでございますが、理事長からも一部紹介がございました「我が国の保険医療の仕組み—歯保連の歩み—外保連をお手本にして—」ということで、外木守雄先生にお願いしてあります。

簡単に略歴を御紹介いたします。

外木先生は、東京歯科大学を御卒業後、学位を取得され、その後、スタンフォード大学に留学されております。そして、現在は日本大学歯学部口腔外科学講座の主任教授でございます。関連学会は、日本睡眠歯科学会の理事長、口腔外科学会理事、日本顎顔面インプラント学会理事等をされております。さらに、外科系学会社会保険委員会連合実務委員、歯学系学会社会保険委員会連合会長、この役職ということで今回のお話になったと思います。

冒頭にもございますように、日本は世界で例を見ない国民皆保険制度でございまして、

国民が等しく高レベルの治療を受けられる。その反面、どなたが治療されても同じ値段であるというところもございます。そして、最も問題なのは、皆さん御存じのように、医科と歯科の保険制度の構造的な問題がございまして、運営においては皆さんも御苦労されているところがあると思います。そういった現状と問題点、それから今後のことに関しましてお話を聞かせただけだと思います。また、この後、御質問の時間を設けていますので、よろしくお願ひします。

それでは、外木先生、よろしくお願ひします。

「我が国の保険医療の仕組み—歯保連の歩み=外保連をお手本にして—」

外木 守雄先生

○外木先生 ありがとうございます。ただいま御紹介にあずかりました日本大学の外木でございます。また、歯学系学会社会保険委員会連合（歯保連）の会長を務めております。

今回、このようなお話をいただきまして、羽村理事長をはじめ関係各位に深く感謝申し上げます。また、今日は、歯保連をつくっていただいた歯学協の元理事長の山根源之先生、歯保連前会長の今井 裕先生にもおいでいただいておりますが、お二人の前で歯保連の話をするのはいささか荷が重いと感じます。

今回は、まず我が国の保険医療制度のお話をし、その後、医療技術評価とはどういうことか説明させていただきます。

それには、我が国の医療技術評価への取り組みを学術的な面から先進的な立場で活動してきた外保連の概要を説明することが大切と考えております。そして、「こういう仕組みがあるんだ」ということを先生方と共有したいと思っております。

我が国の保険医療の仕組み
歯学系学会社会保険委員会連合（歯保連）の歩み
外保連をお手本にして

歯保連 試案 2016

歯学系学会社会保険委員会連合 会長
外科系学会社会保険委員会連合 実務委員
(日本口腔科学会選出)
日本口腔外科学会理事社会保険委員長
日本大学歯学部口腔外科学講座
外木守雄

130年の歴史と誇りに、未来を創る
2019年 創立130周年

Morio TONOGI, DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist, sleep surgery units

はじめに

まず、日本の保険医療制度には、第一に標準治療といわれるものがあります。標準治療というと「スタンダード」と考えがちですが、この標準治療というものは諸外国と比べて、非常に高い水準にあり、安全で確実な医療が受けられるというものであります。これに対して保険以外のものとして自由診療がありますが、この保険と自費を混合して行うものが「いわゆる混合診療」といわれるものです。いわゆる混合診療は、現在の日本の保

日本の医療制度には

いわゆる

標準治療
混合診療
自費治療
選定療養
先進(高度)医療

Morio TONOGI, DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist, sleep surgery units

険医療制度には存在しないものと考えられており、その運用には厳しい制限があることは周知のことです。この「いわゆる混合診療」を禁止する理由は、いわゆる混合診療を無制限に許可した場合、本来保険診療により一定の自己負担額において適正な医療が受けられるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を強いる場合が想定され、①お金を持っている人だけが命が助かる可能性があること、②安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療とあわせて実施される可能性が増えること、③いわゆる科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれがあることから、国民皆保険制度にそぐわないと説明されています。次に選定医療というものがあります。これはそもそも医療じゃないけど、医療行為に付随して発生するもの、例えばアロマセラピーとか医師の指名料。歯科では例えば義歯の名入れなどがこれに当たります。これらは医療として保険には絶対導入されないものですが、選定医療に登録することで、いわゆる混合診療にならないという考えに基づいています。また、過去に「高度先進医療」といわれたものが、現在、先進及び高度医療に分かれて存在しています。

ここで再度確認しておきたいことがあります、**「歯科では算定できない、いわゆる保険上歯科では算定できない。」**ことと**「歯科医師が歯科医療行為として行わないこと」と**は別の次元にあるものとして強調したいと思います。例えば睡眠薬の処方をするときに、歯科で保険算定は難しいですが、歯科医師が歯科医療行為として、「してはいけないこと」ではないと考えます。たとえば、顎関節症患者の不眠に訴えがある場合、歯科医師が睡眠薬の処方をするのは想定できますが、専門外であるので、医科と連携して処方すべきというだけの話です。ですから、よく歯科の先生とのお話の中で、「いや、それは歯科じゃできないよ」と聞かされることがありますが、それは、単に、保険医療としてそぐわないだけで、歯科医療上必要なことは自然科学的、歯科医学的に正しければ問題はない、しかし、適切な医療を展開する上で必要な措置を取るべきと考えます。ですから、今日のお話の大前提として、「歯科で算定できない」イコール「歯科医師はしてはいけない」ということではないということをお知らせしておきます。

いわゆる「混合診療」について

混合診療(保険診療と保険外診療の併用)

保険で認められている治療法 + 保険で認められていない治療法

〇〇療法 ××療法

保険診療と保険外診療は原則として併用禁止、全体について「自由診療」と整理される。

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

いわゆる「混合診療」問題に対する厚生労働省の基本的な考え方

いわゆる「混合診療」を無制限に導入した場合…

- 本来は、保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにも拘わらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化するであろう？
- 患者の負担が不当に拡大する恐れが増大
- 安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまう？
- 科学的根拠の無い特殊な医療の実施を助長する恐れが増大

一定のルールの設定が不可欠

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

選定医療(そもそも保険医療でないもの)の範疇

中區部 給-7参考1 28.4.1.3

提案・意見の概要(通知改正による対応を行う事項を除く)

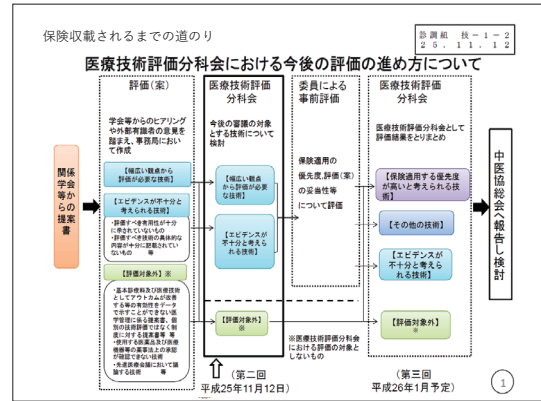
1. 新たな選定医療の追加に係る提案

| ＜全般的＞ | 項目名 | 提案 |
|--------------------------|-----|--|
| 治療中の歯疾患は自費とは区別しない特章 | | 治療方針の決定に連携が必要なく、治療の実施上は必要がないロウソックス検査等を実施するもの |
| 専門資格者による検査等 | | 審美マニキュアワークによる検査、歯周病による咬合の調整検査、歯周病による咬合の調整、セメントやセメントのための半冠検査、行方検査に対する再診行為の代行(自立支援医療等) |
| がん患者を対象としたセナーの検査等 | | がん患者に対し、患者検査等の情報や口腔ケア講習会等を実施するもの |
| セリドナゼニオン等の費用 | | セリドナゼニオンに対する費用の報償を行うもの |
| 歯周病管理システムチームの活動 | | 外科系手術に際して歯周病検査、審美科等が外来において業務管理を実施するもの |
| ピロリ菌検査の実施 | | 精査医療として心身のケアを行うもの |
| 医師の指名料 | | 手術を行う医師を指名するもの |
| 患者搬送の交通費、医師等の同乗費 | | 患者の入院受診、転院等の場合の車庫送迎費用、医師・看護婦等の同乗費用 |
| 薬機法未承認の高濃度品等の使用 | | 薬機法未承認の高濃度品・医療機器、再生医療等製品の使用を行うもの |
| 保険適用とは異なる機能・効果等での医療材料の使用 | | 保険適用とは異なる機能・効果等とは異なる医療材料の使用について、手技等に係る保険給付を行うもの |
| ＜歯科＞ | 項目名 | 提案 |
| 検査実施前の検査費 | | 内視鏡検査の実施前に画像の鮮明化を促すために検査費を給付するもの |
| 長時間の通所 | | 患者の希望による時をまたぐ長時間の通所 |
| 歯科では義歯の名入れなど | | 患者希望に対する電話や電子メール |

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

1. 歯科での保険収載までの道のり

さて、新しい技術提案が、保険収載されるには、現時点では歯科医学会が、各関係学術団体からの提案をまとめ、整理し、厚労省とヒアリングを経て、医療技術評価分科会を通して、最終的には中医協で検討され、採用されるという道のりであります。日程的には、本年の5、6月頃まで各学会の技術提案書をまとめて、それが最終的には来年の2月ぐらいまでに中医協に上がり、そこで最終的決定されるということになります。この際、最も重要なのはその提案が「相互理解、統一」されていることです。また、その提案に①学術的なエビデンスがあること、②関連する分野で意見が統一されていることが必須となります。これは、同じ技術項目に関して異なる学術団体が違う見解を示すと、厚労省ではそれを採用できない、しないことになるからです。歯科の場合この役割を担っているのは歯科医学会ですが、医科のほうには外保連、内保連、看護では看保連があります。もう一つ重要なことは、これらの団体は、「いわゆる第三者の立場である」ということが必要です。例えば歯科医師、医師が、保険請求に対する提案書をするということは、いわゆる利益を享受の立場にある者が提案をするということになり、公平性が保たれないという危惧が生じます。



保険に関する関係団体等

| | |
|----|-----|
| 医科 | 外保連 |
| | 内保連 |
| 歯科 | 歯保連 |
| 看護 | 看保連 |

いずれも第三者の立場である

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

関係学会等

| | |
|-------|----------------|
| 歯科医学会 | 専門分科会 認定分科会 |
|-------|----------------|

その申請には公益性があるか？
利益享受団体でないことが必須？
日本歯科医学会連合の設立意義

専門分科会、認定分科会の慣れない学会はどうするのか？
歯学系学会協議会の設立意義

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

2. 外保連とは

では、ここから、そのお手本となる外保連についての概要の説明をいたします。

外保連というのは、外科系の学会の社会保険委員会の連合体で、昭和42年に設立しています。その最初の9団体に歯科系から日本口腔科学会が入っています。これは東京医大の内田安信教授、東京女子医大の村瀬正雄教授らが設立時からご尽力されたと伺っております。また同大の扇内秀樹教授は、外保連での私の前任（実務委員）でいろいろとご指導いただいたことを感謝しております。この外保連に口腔科学会が設立当初からその主要学会として入ったというのは非常に大きいことと思います。これは、過去においても大きな恩恵を享受できたし、今後も、歯科医師にとって本当にありがたいことだと痛感しております。

この外保連には外保連試案というものがあります。この試案には、①医学的な根拠がある。②社会福祉、医療の国民の健康増進につながる。③最終的には、その技術により医療費の削減につながるという三原則があります。外保連はこの外保連試案というものをベースに直接、医療技術提案を行っている第三者団体という性格を持っています。この外保連内の意見統一という仕組みは、まず、外保連に加盟学会している学会しかその提案書を起案できず、外保連試案に載るには、原則、加盟学会全ての承認が必要になります。すなわち、外保連試案に載ることは103の学会が全部了承したという担保があるわけです。これがすごく重要となります。

外保連試案の構成要素は、①医療技術度、②人件費、③医療材料の総和により、その技術の経費を算出しています。直接的な経費として執刀医及び介助者の技術、経験年数度を、国家公務員給与を基に算出します。これについて、ある歯科の先生に「歯科は開業医が多いから、国家公務員の給与なんか意味がないのだよ」と言われたことがあります。実はこれには保険医療的な考え方から非常に大きな意味があるのです。国家公務員の給与というのは全国一律であり、普遍性の担保となります。例えば北海道と沖縄で医療単価が違うというのは国民医療としてその理念からあってはならないことだし、ベテランと新卒の違いも技術度すなわち号俸と等級を関与させることで具現化することができるからです。技術度については、例えばAは初期の臨床研修医程度の者、Dはサブスペシャリティを持った専門医領域の者および指導医資格を持っている者、Eは極めて特殊な技能を要する専門医で、例えば心臓移植とか極めて稀に行われる手術などを想定しています。医師、歯科医師に加えて、臨床工学士などその医療に必要なコメディカルスタッフの人件費の合計を算出し、これに要した医療材料用を加え、さらに間接経費、いわゆる減価償却とか租税公課、諸経費なども算出して、その総和を出しているわけです。

また、医療材料には、保険で償還できる特定医療材料のほか、償還できない医療材料も見直しております。これは口腔外科領域で使用する吸収性の縫合糸の中には1本7,000円から10,000円以上するものもあり、医療側に大きな負担を強いています。外保連の調べでは、頭頸部の手術で償還できない医療材料の総和は1件、1万6,000円ぐらいになると試算されています。

このようにしてその医療費を理論的算出してゆくと大抵の現行の保険点数より高くなってしまいます。また、単純に経費を算出していく方法では現状にそぐわない状況が発生しているのも事実です。これは、前回の改定で、技術の進歩によって手術時間が短くなり、正直に改定したら点数が下がったケースがありました。すごく努力して技術度を上げたら、評価が下がるというのは納得できないということで、外保連は新たな評価として、新評価基軸というものを策定しています。これは医療技術の貢献度をスコア化するもので、QOLの維持および改善ができた。機能温存とか機能回復ができた。回復効果がすごくある。医療資源を有効に使った。手術時間を短縮した。全身に与える影響が非常によくなった。などその費用対効果、および、技術の緊急度などを外保連試案の新機軸として特掲したものです。現在は、単純に、この技術は1-Aというものに当てはまると特掲するだけですが、

その後、多分係数を加えていくのだと思います。

この外保連試案には、歯科に関する項目では、口腔外科関連のものを中心に、抜歯から始まって全て入ってます。将来も見越して入っていない技術がないと思われるほど全て入っています。ただし、残念ですが、抜髄とか根充とか歯科の特異的な技術はありません。残念ですが、外保連は外科系学会の集合体なので、歯科のいわゆる補綴・保存系のものが入っていないのです。


では、この外保連試案の歯科技術の評価を提示してみたいと思います。この口腔内軟組織の異物除去、人工物の除去では、現行の保険点数では簡単なものは30点になっています。これは医科ではどのような点数になっているかというと、簡単なものは大体420点、複雑なものは1,360点、となっています。

これを外保連試案では技術度BのDrが約30分、協力歯科医師1人、歯科衛生士1人、償還できない医療材料などを総和すると約7,500円と掲示されています。現行では360円と評価されているものが単純に経費を当てはめただけで7,500円になる。ちょっと複雑なもので軟組織の深い部分にあるものだと約6万2000円になるのです。では従来の保険点数にある口腔軟組織の異物除去が36点であるという根拠はどこにあるのでしょうか？また、う蝕歯インレー修復形成(M001-3)120点、生活歯歯冠形成(M001)360点の根拠について説明できる方は、ここには誰もいないと思うのです。ここでご理解いただきたいのは「外保連試案に当てはめるとこれだけの大きな開きが出てきますよ」ということです。

次に、歯科技術において経費を算定しやすいクラウン除去について説明します。まず、外保連試案に当てはめた場合、直接経費としては除去用のバーが2本、これは1本1,080円しますので2,160円。除去に要する時間が10分。歯科医師1名で857円、歯科衛生士が1名で270


試算例：口腔内軟組織異物（人工物）除去

- | | |
|--|----------------|
| 1. 簡単なもの | 30点 (J073-1) |
| <small>(魚骨除去は基本診療料に含まれる)</small> | |
| 2. 困難なもの (組織の剥離を必要とするもの) (J073-2) | |
| (イ) 浅在性のもの | 680点 |
| (ロ) 深在性のもの | 1290点 |
| ・著しく困難なもの | 4400点 (J073-3) |
| <small>(異物の位置が特定できないため大きく深い切開が必要なもの)</small> | |

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

医科点数では：
(咽頭に及ぶもの)


- | | |
|----------------|----------------|
| ・ 簡単なもの | 複雑なもの |
| ・ 420点(k369-1) | 1360点 (K369-2) |

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

これを外保連試案では

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 簡単なもの | 複雑なもの |
| ・ 技術度B-1 (4年目以上) | D-1 (専門医クラス) |
| ・ 協力医師1人、看護師1人 | 協力医師1人、看護師1人 |
| ・ 時間数30分 | 1時間 |
| ・ ¥7,505 (外保連試案) | ¥62,390 (外保連試案) |
| 器材：咽頭ファイバースコープ使用 | |


と現行より、高い点数を医療経費より算出している。

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

このように異物除去(簡単なもの)で歯科と医科では約1.2倍の差があります

- そこで、経費率を算出しやすい類似点数項目の
クラウン除去 (J-019-2) 30点を
外保連試案の算出基準で
算定してみました。

はたして適正な医療経費を反映しているのでしょうか？

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

外保連試算に基づくクラウン除去の点数

・直接経費

除去用バー 2本 1080円×2=2160円


除去時間10分

歯科医師 x 1 =857円

歯科衛生士 x 1 =270円

歯科医師経費 800,000円/22日/月

歯科衛生士経費 250,000円/22日/月

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

間接経費

・歯科診療台 =425円


300万/減価償却7年・262日/年

技術料、電気、ガス、水道代、

租税、人件費、その他

減価償却経費

は含んでいない

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

円、すべて国家公務員給与から算出しております。そして、間接経費として、歯科診療台を7年の減価償却として10分で425円。こうすると総和は3,720円になります。これには電気・ガス、水道代、租税、受付の人とか歯科医院を維持するための人件費は含んでいません。ですから、クラウン除去に360円というのはどう考えても割に合わない。単純に「割に合わない」という表現は、適切に医療を遂行することが難しいという表現になると思います。


外保連試算では
医療経費だけでも **3720円**となる

医科点数の咽頭に及ぶもの

簡単なもの 複雑なもの

420点(k369-1) 1360点 (K369-2)

と近似してくる

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

3. 前回改定の概要

そこで、平成28年度、30年度保険改定で、口腔外科領域で要望したもの、および、受理された案件について説明します。実は、同じ医療行為でも、医科点数表には載っているけれども歯科には載っていないものが結構たくさんあるのです。口腔外科学会の社会保険委員会では、それを一つずつ洗い出して、今年度7件、前回は4件、是正してもらっています。また、算定要件の見直し、これは保険技術としては掲示されていますが算定要件が絞られており、不都合があるものなど28年度で6件、30年度で3件、修正をいただいております。また、前々回からの改定で、何で口腔外科の点数だけこんなに上がっているんだと、疑問に思われた方もいらっしゃると思いますが、これは、「口腔機能の回復に資する手術」におけるくくりで、働く世代の機能回復に資する治療方法が増点しやすい環境になっていることに関連します。外保連では、以前より顎口腔領域の手術も含めて、現実にかかる医療側の支出費用と収入の差に注目してその現状を厚労省に提示しておりました。顎口腔領域の手術ではその収支差が多く、ものによっては300%ぐらい差損になる

H 28年度保険改定と要望受理件数

- ・ 医科点数表の準拠をしていたものを歯科点数表に収載されたもの 7件
- ・ 算定要件の見直し 6件
- ・ **口腔機能の回復に資する手術点数の見直し 32件**
- ・ 複数手術に係る費用の特例の追加の件 7件

うち
歯保連+外保連 経由39件、歯保連+内保連 経由3件

H 30年度保険改定と要望受理件数

- ・ 新規歯科点数表に収載されたもの 4件
- ・ 医科点数表の準拠をしていたものを歯科点数表に収載されたもの 5件
- ・ 算定要件の見直し 3件
- ・ **口腔機能の回復に資する手術点数の見直し 42件**
- ・ 複数手術に係る費用の特例の追加の件 5件

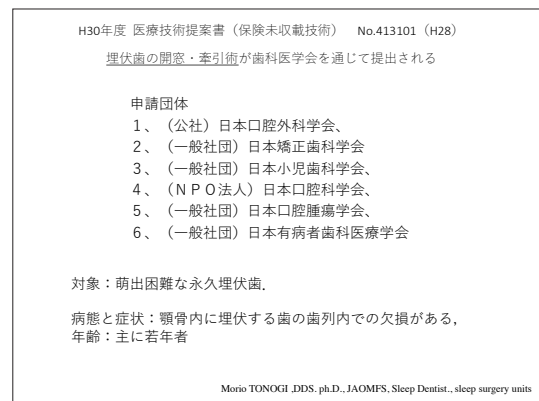
うち
歯保連+外保連 経由46件、歯保連+内保連 経由3件

 Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

ものがございます。要するに、100円稼ぐのに300円使わないとできませんというものがあられるわけですね。それを一覧表にして厚労省に提出致しました。その主張が認められたとは言及しませんが、平成28年度に31件、平成30年度は42件の増点があったということでございます。また、複数にかかわる手術の追加が7件ありました。今回、歯保連と外保連が連携したものが増点件数も含めて46件、歯保連と内保連の連携3件であります。

このように、EBMをもって適切な医療ができるよう提案すること、多様な連携をすることが大切であるといえます。

そこで、本年度、いわゆる学会間協力に基づき提案された、採用された技術についてお話をしたいと思います。平成28年度は学会間の意思統一が間に合わなかったため、一旦不採用になりましたが、平成30年度にはあらかじめ関係学会で協議して保険収載となったものであります。技術の概要は「埋伏歯の開窓・牽引術」ですが、これを、歯科医学会を通じて提出いたしました。申請団体は口腔外科学会、矯正歯科学会、小児歯科学会、口腔科学会、口腔腫瘍学会、日本有病者歯科医療学会の6団体でございました。対象は萌出困難な永久埋伏歯です。病状としては、顎骨内に埋伏する歯が隣在歯に悪影響を及ぼしている、または及ぼす可能性があるものです。具体的には上顎前歯部の犬歯の埋伏を対象としています。萌出前の犬歯が、その萌出位置を異にして、前歯、側切歯の根尖上にあり、萌出嚢胞が、拡大し、歯根を吸収



している場合、このまま経過観察しても状態は改善せず、6歯が全部だめになる可能性が高いと判断された場合、この埋伏犬歯は開窓・牽引が必要となります。このときに、まず、各科の思惑が異なります。口腔外科としては、開窓は保険で算定し、その後の開窓・牽引は矯正歯科で自費となると混合診療になるので避けたいという考えです。また、大前提として、所定点数がありません。埋伏歯の開窓術というのは点数がなく、実は顎骨腫瘍の摘出手術3cm以下2,820点を準用しています。準用というのは算定要件としては不安定なのでしっかりした点数をつけてくださいというのがその主張です。

矯正歯科は、適用を制限したいという考えがあります。歯列矯正治療は自費診療ということで認知され、成り立っている部分もあります。また、治療として単純に牽引するだけでは不十分で歯列の中へ犬歯を誘導し全体として歯列矯正治療を計画しないと成り立たない。咬合の回復まで全てを範囲とするのか？という危惧があるとされています。

小児歯科では、これらの状態を見つけ出すのは、小児歯科が関連するが、小児におけるパノラマ撮影の可否をどうするか？小児期の健診を強化したいという主張です。各科における適用拡大について、各科の思惑があるのは当然のことと思います。そこで、関連各科の代表者、社会保険の委員長が集まって調整しました。そこで、まず、適応症は、「萌出困難な永久埋伏歯、本来萌出するべき永久歯が顎骨内に埋伏している状態で、それにより隣在歯の歯根が吸収し、脱落する恐れがあるもの、たとえ脱落しなくてもあったとしても、

歯根の湾曲をきたす、加えて、開窓だけでは治療は完結せず、当該歯冠部に牽引装置を装着し、歯列及びその他の固定源を利用して牽引し、埋伏歯の萌出を図り咬合治療を行うもの」という形で決めたわけでございます。

また、これとは別に、7番が埋伏し、8番が邪魔になっている場合、8番は抜歯したほうが良いと判断しますが、低年齢の場合、これは埋伏症ではないと判断される場合があります。すなわち、根未完成で、今後、萌出できる可能性がある場合、これを保険適用として抜歯することが認められないことがあります。つまり、7番の萌出時期に8番が萌出障害の原因として明らかな場合、8番抜歯が保険算定できるということになります。

また、これまでの顎骨腫瘍の所定点数を準用していたけれど埋伏歯の開窓術と独立した所定点数を収載するようにお願いした訳でございます。次に、抜歯開窓後、牽引装置が必要となります。この算定については矯正歯科に詳細はお願いしました。その後に標準治療としての安全性、普遍性、論理性、社会的な妥当性というものも検討し、十分、適性があることを検討します。この技術は、口腔外科の教科書にも記載され、埋伏歯が咀嚼機能を十分に発揮できる場合は歯列矯正によって歯列内に誘導していくことが学生教育で行なわれていること、ドイツでは16歳以下では保険適用で行われていることなどを強調します。

また、これを混合診療のまま自費診療とした場合、所定点数の10倍～40倍の費用がかかり、加えて、矯正治療上の治療費とか、牽引に用いる材料費とか、最終的な全体的な咬合治療まで行う場合も考えていくと莫大な費用を患者に負担してもらうことになるわけです。初診・再診料も自費となり、患者の負担は計り知れないと強調しました。やはり医療は、本来、国民の健康増進に寄与するものでございますので、この治療は、保険診療でいいじゃないかという提案もしているわけで

技術を構成する内容と各科の思惑

口腔外科：混合診療を避けたい
：準備でなく正規の項目を収載
矯正歯科：適応を制限したい
：咬合の回復までを範囲としたい
小児歯科：検診の強化
：適応の拡大

技術名 → 抜歯および埋伏歯の開窓術 従来の技術：萌出困難歯の開窓

J043 顎骨腫瘍摘出(3cm以下)：2820点を準用。
担任する保険医療機関

開窓後牽引

開窓のみで萌出しない埋伏歯 → 牽引
埋伏歯の歯冠に牽引装置を装着し萌出させる技術。保険収載を提案。

独立して設置

埋伏歯の開窓・牽引 J043-1、2820点
牽引を行った場合は所定点数に加算する。 前歯：1000点、臼歯：1100点
材料価格基準（矯正治療）に
保険医療材料は特定材料費として請求する 収載されているものの経過である。
埋伏歯の歯冠が口腔内に露出するまでを治療の範囲とする。

Morio TONOGL DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

適応症：萌出困難な永久埋伏歯

- 本来萌出すべき永久歯が顎骨内に埋伏している
- 隣接歯の歯根吸収や当該歯の歯根湾曲等の2次的障害を生じると判断される場合
- 開窓療法のみでは萌出しない、あるいは期待できない場合
- 当該歯冠に牽引装置を装着し、歯列およびその他の固定源を利用して牽引し、埋伏歯の萌出をはかり、咬合治療を行うもの

Morio TONOGL DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

保険収載が必要な理由

本来萌出すべき永久歯が顎骨内に埋伏することにより隣接歯の歯根吸収や当該歯の歯根湾曲等の2次的障害を生じると判断される場合、埋伏歯の開窓術、抜去あるいは開窓・牽引が適応となる。

開窓術のみでは埋伏歯の萌出が期待できず、抜去した際には欠損補綴の必要がある場合、患者の不利益は計り知れない。また、牽引を自費で行った場合、混合診療となり、全額自費となる。

また、開窓・牽引は埋伏歯に伴う2次的障害を回避し、患者のQOLを高める有効な治療法で、新規に収載されるべきと考えられる。

これまで開窓療法の保険点数は顎骨腫瘍摘出（J043）を準用している。J043から埋伏歯の開窓を独立した手技とし、牽引を行った場合は加算とすることで、埋伏歯に対する系統を持った治療が可能になる。

Morio TONOGL DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

安全性

- 専門的な知識と技術を有した歯科医師により実施されること
- 開窓部が汚染し感染症を認めるため、専門的清掃管理が必須である。
- また、最終的に萌出が不可能な場合、人工歯根による咬合再構築などの代替治療が必要になる可能性がある。

Morio TONOGL DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

有効性、効率性、倫理性、社会的な妥当性

- 本来、通常に萌出し、咬合構築に参加できれば大きな福音がある。現在、萌出困難歯の開窓のみ認められている。
- しかし、開窓のみでは萌出しない埋伏歯は多く存在する
- 開窓後の継続治療は保険収載されていない
- また、同時に行くと混合診療となり、開窓術も自費診療となっており、患者に多くの負担を強いる
- これらを収載することで、埋伏歯に伴う2次的障害を回避し、治療の選択肢を確保して、患者のQOLを高める系統ある治療が可能となると考えられる。倫理上社会的な妥当性を有している

技術の普遍性

- 口腔外科学の教科書に記載がある。したがって学生教育で行われる普遍的な技術である。
- 埋伏歯が咀嚼機能として十分有用である場合には矯正治療によって、歯列内に誘導することが記載されている。

(最新口腔外科学 第4版 各論448頁, 1999年6月20日)

- ドイツでは16歳以下は保険適応である

共同提出機関：日本口腔外科学会、日本小児口腔外科学会、日本口腔腫瘍学会、日本歯内科学会

ございます。

まとめますと、まず、埋伏歯開窓手術は開窓のみでは成立しません。矯正歯科治療との連携が必ず必要です。平成30年度保険収載された内容は、口腔外科の領域ではJ044-2、2,820点、で所定点数と項目が収載されました。牽引装置は1装置につき500点及びいろいろな材料の算定が可能となりました。このように保険導入における道のりにおいて、EBMを持った提案と各学会間での強調は非常に有用であることが確認されました。

現状の口腔外科での算定方法

- 萌出困難の原因が被覆歯肉のみの場合
→ 歯肉切除、口腔内消炎手術（歯肉弁切除） 120点
- 被覆粘膜、歯槽骨の切除し歯冠部を露出開窓する
→ 顎骨腫瘍摘出術を準用 2,820点
収載技術名を付与して収載を求める
- 小帯を切除して開窓を行なった場合
→ 頬、口唇、舌小帯形成術 560点

混合診療での予想される患者負担

- 各種所定技術点数の10から40倍加算
- 診断に用いる各種診断料も自費
- 矯正治療上の治療費（材料費、技術料 など）
- 牽引に用いる材料費
- 最終咬合治療まで行う場合の想定
- 初診、再診料も自費

患者負担は計り知れない！本技術は国民の健康増進に寄与するものと考え収載を強く進言する

牽引に要する器材、術後管理

- 埋伏歯固定用ボタン
- インプラントアンカー
- 歯科矯正治療器具
- エラスチックゴム
- 専門的な術後管理、萌出誘導、全体的な咬合の管理
- 適切な施設基準が必要であろう

施設基準案

これは今後の折衝に！！！！

育成医療および厚生医療を担当する保険医療機関が適当と推察する

したがって、術前後で適切な、歯科矯正診断顎口腔機能診断は必須であり、これを元に行われるべきと考える。

→これは当初から申請書には入れるべきではない

4. 歯保連について

歯保連の話に移りましょう。先ほども述べましたように、医科では内保連、外保連、看保連、そこに歯保連が入るべきであるということでお話を進めます。歯保連は今後すごく重要になると考えています。

現在の歯保連は、会長を私がさせていただいて、日本小児歯科学会から鈴木広幸先生、日本歯周病学会からの栗原英見先生、日本老年歯科学会から菊谷 武先生、日本口腔外科学会から太田嘉英先生、日本補綴歯科学会から山森徹雄先生に担当していただいております。また、監事に久光久先生、今井 裕先生をお願いしております。今後、歯保連をきちんと機能していくためには歯科の総力を挙げた協力が必要です。

では、歯保連の目的、存在意義はなにか？という、外保連は直接技術提案書を書いて、その技術提案書をもとに厚労省と直接やりとりしています。歯科では、この役割は日本歯科医学会が担当

しています。そこを、歯保連が同じように歯保連試案をもとに技術提案書を作製することは、意見統一が重要という立場から現実に即していないと考えています。ですから、医療技術提案書は、従来通り、日本歯科医学会を通じておこない、歯保連ではその提案書を作製する上でのエビデンスを作るということで役割分担するべきと考えております。結論から申し上げますと、歯保連は技術提案書を作製しません。技術提案書を作製する際に先生方が、医療経費を算出する際、歯保連ではこの評価、外保連ではこうだと一つの基準としてご利用していただけたらと考えております。現在、歯保連試案2019を編集中です。ぜひとも御協力いただきたいのですけれども、今、加盟学会は29しかないのです。実は、歯保連試案2019を作っていただけの学会は、この29の学会だけです。ですから、ここに入っていない学会に、本来、主としてその項目をお願いすべきだけ隣接する加盟学会に代替してお願いするということになってしまいます。したがって、もし歯保連に加盟していない歯学協の学会の方がいらっしゃいましたら、ぜひ入っていただきたいと思います。歯保連に入っていて、一緒に歯保連試案をつくっていただきたいと思います。

まとめ

- 埋伏歯開窓手術は開窓のみでは成功しない
- 歯科矯正治療技術との連携が必須である
- いわゆる混合診療は避けたい
- しかし全額自費も避けたい

なぜなら埋伏歯を健全に利用できれば健康増進に役立つ。→ これは保険医療でしょう！

国民福祉に寄与する。医療費全体の削減につながる

Morio TONOGI, DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

そこで

歯科医療の適正化を目指して



歯学系学会社会保険委員会連合が必要です

歯保連の今後の活動計画



Morio TONOGI, DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

歯保連の役員構成

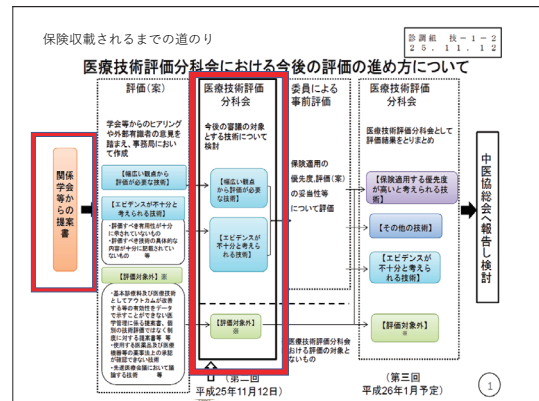
歯学系学会社会保険委員会連合
平成30・31年度（平成30年4月1日～平成32年3月31日）役員・委員

| | |
|------|-------------------|
| 会 長 | 外木 守雄（一社）日本口腔内科学会 |
| 常任委員 | 大原 裕（一社）日本小児歯科学会 |
| | 栗原 英見（特非）日本歯周病学会 |
| | 菊谷 武（一社）日本老年歯科医学会 |
| | 太田 嘉英（公社）日本口腔外科学会 |
| 監 事 | 山森 徹雄（公社）日本補綴歯科学会 |
| | 久光 久 |
| | 今井 裕 |

| | |
|----------|-------------------|
| 手術委員会委員長 | 太田 嘉英（公社）日本口腔外科学会 |
| 処置委員会委員長 | 山森 徹雄（公社）日本補綴歯科学会 |
| 検査委員会委員長 | 栗原 英見（特非）日本歯周病学会 |
| 実務委員会委員長 | 菊谷 武（一社）日本老年歯科医学会 |

歯科の総力を挙げた協力が必須です

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units



- 現在、歯科が持っている技術提案のルート
- 1、日本歯科医学会：歯科系項目
 - 2、外保連：口腔外科系項目、特に医療報酬の再評価
 - 3、内保連：薬剤系
 - 4、要望書：算定要件の変更などに最適
 - 5、歯保連：技術提案書の元となる**根拠**を作る
- これに加えて最後は政治力**
- Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

歯保連は いま！！

**歯保連試案2019を作成中です
是非ともご協力ください**

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

5. 歯保連試案について

基本的な約束事として、外保連試案に準じています。しかし、歯科医療技術は特殊なものが多く、歯保連独自のルールを策定しました。まず技術度は、単純に人件費 X 時間じゃなくて、新評価基軸を評価に加えました。なお、人件費は国家公務員の給与に準じます。担当する歯科医師の数、歯科衛生士の数、歯科技工士の数掛ける時間。時間算出の根拠は日本歯科医学会が出していただいていた2016年のタイムスタディを用います。医療材料は基本セット + 医療材料価格ですけれども、ここにも償還できない医療材料の価格の総和という形で、算出するように求めています。

歯保連の新機軸は、いわゆる歯科医療技術の貢献度をスコア化するということで、QOLの維持、改善の効果、機能温存、機能回復によって直接的アウトカムを評価し、また、医療資源を有効活用した場合、例えば時間を短縮しました、手術回数・処置回数が減りました、人的資源を集約化しましたなどで、医療資源を効率的に用いた技術なら、その評価を加える全身に与える影響、健康増進に対する貢献度を評価したり、費用対効果、その技術の緊急度というものを数字で表記することです。ただ、現時点では外保連もまだやっていませんので、この歯保連の新技术基軸というものは、単純にこれに値しますというのを掲示するだけで費用係数などを算出して評価に反映することは致しません。もう一つ、外保連試案にはありませんが、各技術の概要説明を加えます。これはその試案を策定した根拠、理由を提示するわけでございます。例えば技術名、担任学会、技術の概要、概要説明、人件費、そのようにした根拠、あとは高額機器とかガイドラインとか、そういうものを記載していくわけです。

なぜこの概要説明を加えたかという、いわゆるエビデンスが不十分と考えられる技術が歯科の領域でかなりたくさんあるからです。この技術の根拠を説明することで歯科の特殊性に合わせた、歯保連試案というものをつくっていくと御理解いただけましたら幸いです。

最後に、歯保連試案というものを技術的に、学術的ベースに基づいたEBMを持ったものとしてまず世の中に提示をする。そして、この歯保連試案を使って、歯科医療界の人たちがどのように活動を広げていくかが大切であると考えております。歯保連試案、先生方の御協力が必要になります。ぜひよろしく願いいたします。

ありがとうございました。(拍手)

○浅海座長 外木先生、ありがとうございました。

保険収載の仕組み、そしてその算定の仕組み、それを今日は、埋伏歯の牽引等の具体例を挙げながら説明いただけたと思います。また、今後の方策等もお話しいただいて、この歯保連の役割に関して、今日お集まりの方も多少なりとも御理解できたかと思えます。

今日の御説明でどなたか御質問、御追加等がございますでしょうか。一どうぞ。

○会場 昭和大学の佐藤です。どうも先生、ありがとうございました。

私も歯保連ずっとさせていいただいて、一方、先生が説明をされた歯科医学会の方の歯科医療協議会というところを通して新技術提案をしていると。両方に関わり、また、タイムスタディも関係してきたのですが、泣く泣く歯保連のほうをやめたのですが、その連携をさらにとって行って、そういった先生の持っているノウハウというか、歯保連の方で外保連とのパイプがあったりしてうまくやっていると、あと歯科医療協議会の方がシステムティックに今までずっとやってきた診療技術提案の方をうまく

| 項目 | 所属学会 |
|-------------------------------------|----------|
| その概要 | 日本歯科医学会 |
| A列: 試案名称: 試案技術名、 | 日本歯科矯正学会 |
| C列: 技術項目 | 日本歯科矯正学会 |
| D列: 歯科保険点数表に収載コード | 日本歯科矯正学会 |
| E列: その点数 | 日本歯科矯正学会 |
| F列: 術者歯科医師の技術度 | 日本歯科矯正学会 |
| G列: その人数 | 日本歯科矯正学会 |
| H列: 所要時間 | 日本歯科矯正学会 |
| I列: 術者歯科医師の人数 | 日本歯科矯正学会 |
| J列: 介助歯科医師の技術度 | 日本歯科矯正学会 |
| K列: その人数 | 日本歯科矯正学会 |
| L列: 所要時間 | 日本歯科矯正学会 |
| M列: 介助歯科医師の人数 | 日本歯科矯正学会 |
| N列: 歯科衛生士、看護士の人数 | 日本歯科矯正学会 |
| O列: 所要時間: 通常局所麻酔では1.0分、全身麻酔では2.0分加算 | 日本歯科矯正学会 |
| P列: 歯科衛生士、看護士の人数 | 日本歯科矯正学会 |
| Q列: 歯科技工士の人数 | 日本歯科矯正学会 |
| R列: 所要時間 | 日本歯科矯正学会 |
| S列: 歯科技工士の人数 | 日本歯科矯正学会 |
| T列: 人件費の総和 | 日本歯科矯正学会 |
| U列: 基本セットの名称 | 日本歯科矯正学会 |
| V列: 基本セットの価格 | 日本歯科矯正学会 |
| W列: 特定医療材料費 | 日本歯科矯正学会 |
| X列: 一部償還できる医療材料価格 (円) | 日本歯科矯正学会 |
| Y列: 償還できない材料価格 (円) | 日本歯科矯正学会 |
| Z列: 特殊材料価格 (円) | 日本歯科矯正学会 |
| AA列: 薬料 (円) | 日本歯科矯正学会 |
| AB列: 人件費+償還できない費用計 | 日本歯科矯正学会 |
| AC列: 診療報酬額 | 日本歯科矯正学会 |
| AD列: 歯保連試案新機軸 | 日本歯科矯正学会 |
| AE列: 協賛学会 | 日本歯科矯正学会 |

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAO

基本的な約束ごと

技術度: 従来の技術度に加え歯保連新評価軸を評価に加える

人件費: 国家公務員給与に準ずる
担当する歯科医師数、歯科衛生士数、歯科技工士数) X時間

時間算出は
日本歯科医学会の算出したタイムスタディ-2016を基とする

医療材料費: 基本セット価格
+ 償還できない医療材料価格の総和とする

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

技術度は総合的難易度 (治療の困難度) を考慮する。

現状の健康保険医療においても認められる歯科医療水準では配群は歯科領域では設定なし。

| 経験年数 | 技術度区分 | 引当する層分 |
|------|-------|--|
| 1年 | A | 初心者でも実施可能な容易な技術 (卒前臨床レベルから臨床研修医レベル) |
| 5年 | B | 習熟にそれほどの年数を要しない技術 (概ね卒業5年未満: 専門医資格申請準備レベル) |
| 10年 | C | 習熟にかなり年数を要する技術 (概ね卒業5年以上: 専門医申請可能レベル) |
| 15年 | D | 習熟に相当の年数を要する技術 (概ね卒業15年程度: 専門医更新ないし指導医申請可能レベル) |
| 15年~ | E | D群の技術所有者であっても研鑽が必要な特殊領域の技術 (専門医ないし指導医取得者レベル) |

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

診療報酬費効率項目を新たに評価する

歯保連試案新機軸の策定

1、歯科医療技術の貢献度をスコア化する

その技術の利点を評価する項目は以下の3つとする

(1) QOLの維持、改善効果 (機能温存・機能回復等により得られる直接的なアウトカムを評価)

(2) 医療資源の有効利用 (手術時間の短縮化、手術回数の減少、人的資源の集約化で、医療資源を効率的に用いることを推進するための評価)

(3) 全身に与える影響、健康増進に対する貢献度を評価する

2、費用対効果

3、その技術の救急度

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

融合したり、タイムスタディとうまく連携していくと、タイムスタディの方は多分2022年ぐらいに思うので、そういうところがまたその次の歯保連の改定にすぐに使えるような形でうまく連携していただけたらと思うので、是非そういうところをされたらと思います。

現在、歯保連の加盟学会は29と言われたのですが、結局最初の趣旨で言われた歯学系学会協議会にはいろいろな学会が入れるというのがありますが、歯保連にはその中の一部しか入っていない。そうすると、結局今の専門分科会プラス認定分科会よりも少ないわけですよ。だから、その辺をうまく活用するとかして何とかいい形でできればと思いますので、ぜひ、大変でしょうけれども、よろしく願いいたしたいと思います。

○外木先生 ありがとうございます。基本的に歯保連は、前任の今井会長のときから、どの組織とも対立しないということですので、協力し合うということがもちろん大前提でございます。ですから、独自にタイムスタディ策定しません。今あるものに拮抗することは歯科界にとって良いことだとは考えていません。歯保連は第三者機関ですから、第三者機関としての役割を果たし、いわゆるEBMを持った指標を一緒につくるということでございます。

先ほど先生が言われたように29団体しか入っていないので、すごく残念です。ただ、歯保連試案2019がきちんとしたものとして出たら、多分それで多くの学会に見直していただけるものと確信しております。ちなみに、2019版は、現在歯科点数表に収載されている項目しか対象としていません。今後、2022年になるか2023年になるかわかりませんが、次期版をつくるときは、新しい技術、現行の歯科点数表に載っていない技術も収載していこうと考えております。ぜひ御協力をよろしくお願いいたします。

○浅海座長 他にどなたか御質問はございますか

歯保連新評価軸の策定について

歯科医療技術がもつ意義や貢献度を新たに評価するための基礎である。これはすべての術式を評価するものではなく、個別の術式に対して、これまでの技術度、人件費及び医療材料の総和では十分評価できないものに対して+αとなる評価軸である。これは、何点あるいは何%加算するという評価でなく、歯保連試案における診療報酬評価に+αがあるというものである。

- その技術の利点を評価する項目は以下の3つとする
 - QOLの維持、改善効果
 - 1-a: 機能温存が十分なされたもの
 - 1-b: 機能回復が十分なされたもの
 - 医療資源の有効利用
 - 2-a: 手術/処置時間の短縮が図られるもの
 - 2-b: 手術/処置の回数の減少が図られるもの
 - 2-c: 人的資源/医療資源の集約化が図られ、費用対効果が増加したもの
 - 全身に与える影響、健康増進に対する貢献度を評価する
 - 3-a: 全身的な疾病の予防、治療に関連するもの
 - 3-b: 全身の健康増進に役立つもの
 - 3-c: 生命予後に関与するもの

各項目に該当する場合は、歯保連試案技術名欄に+1-aと記載することとする

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

【概要説明】 もう一つのわかりやすくを強調する方法

その試案を策定した根拠、理由を提示する。金額の記載は必ず要点のみ、表形式で記入する。

技術名
担任学会名

技術の概要：20字以内でその技術をわかりやすく説明してください。

概要説明：(各30字以内)
 所要時間：その概略をお示しください。
 人件費：技術度の設定根拠などをお示しください。
 医療材料：使用材料について説明してください。

高額機器、特殊機材：金額、使用する理由などを説明してください。

ガイドラインの有無について記入してください。あれば、その掲載を記入してください。

技術の普及度：その技術の一般的な普及度、医学的な利点、などを記入してください。

治癒率：その技術の治癒率、貢献度などを記入してください。

歯保連試案新評価軸：

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

【記載例】

- 生活歯髄切断
- 日本小児歯科学会
- 冠部歯髄を除去し、根部歯髄を保存する治療法
- 概要説明 (各30字以内)

| | |
|------------------|---|
| 所要時間 | 歯科医師の所要時間は15分、歯科衛生士の所要時間は準備片付けで、25分となる。2016年タイムスタディより引用 |
| 人件費 | 2016年のタイムスタディの結果より、D難度とした。 |
| 医療材料の内訳 | 生切の基本医療材料費、診療合消却費、滅菌器等消却費 |
| 高額機器および特殊機材(有・無) | なし |
| ガイドライン(有・無) | なし |
| 技術の普及度 | 臨床では歯髄の一部保存の有効な処置として普及している。 |
| 治癒率等 | 文献では80%以上の治癒率を示している。 |
| 歯保連試案新評価軸 | 機能温存が十分なされた |

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

あらためて

歯科医療の**新評価**を目指して

歯保連試案 2016

歯学系学会社会保険委員会連合が必要です

歯保連の今後の活動計画

Morio TONOGI DDS, ph.D., JAOMFS, Sleep Dentist., sleep surgery units

しょうか。

それでは、私から。先生、途中で、限られた財源でというお話がございました。実は医科の方ではもうずっと右肩上がり、財源がふえている。歯科はずっと横ばいであるという事実があります。今回新しく保険収載されていますので、その部分は果たしてプラスになっているのでしょうか。

○外木先生 歯科医療費がプラスになっていくというのはちょっとわからないですね。

しかし、世の中が歯科医療の重要性を理解すればプラスになっていくと思います。

○浅海座長 恐らくこの仕組みだとそうだと思うんですね。だから、おっしゃられるように、こういった詳細項目を増やしていくのが大事で、それには各学会のそういう提案が必要であるということだと思うんです。

○外木先生 現状では、その提案の根拠がないことが問題です。

○浅海座長 そうです。もちろん、提案すれば、その根拠を含めてということになると思います。

○外木先生 その根拠をつくる組織というのは、やはり歯保連だと思うんです。歯保連がその根拠をつくらなければいけないと思います。

○浅海座長 項目がはっきりわからないと、それに合わせて付けていくのが難しいですからね。

○会場 今の追加ですけれども、新しいものが入った時にどのくらい実施されるかが非常に大事だと思うんです。例えば補綴関係の検査とかいろいろ入ったりしたんですが、実際にどのくらい実施されたかを見ると、申請書で申請したものの10分の1ぐらいしか実際されていない。申請書を申請するときどのくらいされるだろうという想定を書くのですが、実際対応されるとすごく少ないと。そうすると、見込みよりも医療費が増えないということになるので、新しい技術をどんどん実際に普及していくことが非常に医療費、歯科のパイを増やすために大事なんじゃないかなと思います。

○浅海座長 そうですね。先ほどの開窓・牽引もやはり条件があって、どなたでもということではないですね。

○外木先生 その状況ですね。

○浅海座長 そうですね。そういう点もあって、多少伝えにくいところもまだまだあると思うんです。

もう一つ、途中で医科と歯科の比較で10倍、もしかしたらもっとあるかもしれないですけれども、例えば膝の印象をとった場合、印象材の量も違うんでしょうけれども、歯科の精密印象をとった場合よりも10倍以上高いという事実がございましたよね。こういうところの再評価はその仕組みの点数のパイの中でしかできないかもしれないですけれども、そういうところの再評価で上乗せというのは可能なんですかね。

○外木先生 だと思います。ですから、それは1つの学会が言うよりも歯保連試案に載っているということが重要だと思います。

○浅海座長 ほかにどなたか。

なかなかいろいろな仕組みがあって、理解しにくいところはあるんですが、今日のお話で、いろいろな仕組みとか、今後我々が行っていかないといけないということが大分御理解でき

たと思います。今後は、その辺疑問点がございましたら、また外木先生に御相談しながら各学会それぞれ、この歯科医師の—この増えていかないというのが、私は主に国家試験の合格率にも影響しているように思いますので、その辺が増えていくと合格率も上げられるのではないかと個人的には思っていますので、ぜひ御協力いただいたらと思います。

他よろしいでしょうか。

それでは、外木先生、どうもありがとうございました。(拍手)

○外木先生 歯保連試案2019をぜひ立派なものにしたいと思っていますので、本日ここにおいでの皆様方の御協力がぜひ必要ですので、どうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。

○浅海座長 それでは、外木先生にもう一度盛大な拍手をお願いします。どうもありがとうございました。(拍手)

閉会の辞

○浅海座長 それでは、閉会に当たりまして、今井副理事長から御挨拶をいただきたいと思っています。

○今井副理事長 外木先生、どうもお疲れさまでした。

本日は、我々大学人、アカデミアにとりましては、入試、あるいは卒業式、入学式等の準備に追われる大変忙しい時期でございますが、このように多くの先生方に御参加いただきましたこと、心より御礼申し上げます。

冒頭、外木先生のお話にもありましたが、私ごとながら、この歯保連の創設にかかわった者の一人といたしまして、今、外木先生のご講演を感慨深く拝聴させていただきました。しかしながら、外木先生をはじめ先生方に多くのことを積み残しましていろいろな宿題を残してしまったこと、大変心苦しく思っております。この場をおかりしておわびしたいと思いますが、この残された課題を、先生方ぜひ知恵を出し合って解決していただき、歯保連試案の精度を高めていただくこと、そして歯保連並びに歯学協のますますの御発展を祈念し、閉会の辞とさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。(拍手)

閉 会

日本歯学系学会協議会
第16回講演会

「我が国の保険医療の仕組み—歯保連の
歩み = 外保連をお手本にして—」

2019年9月17日発行

編集・発行 一般社団法人 日本歯学系学会協議会
(理事長：羽村 章)

事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
駒込T Sビル (一財)口腔保健協会 内
TEL : (03)3947-8891 FAX : (03)3947-8341

印刷・製本 株式会社トライ・エックス