

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

第 20 回講演会
**「令和 6 年度診療報酬改定と
今後の医療保険制度の展望」**

日時 令和 6 年 6 月 11 日（火）

場所 Web（Zoom）

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

1) 開会挨拶

○山本座長 皆様、お待たせいたしました。ただいまから一般社団法人日本歯学系学会協議会第20回講演会を始めさせていただきます。

開会に先立ちまして、本協議会理事長の羽村先生から御挨拶を頂戴したいと思います。羽村先生、よろしくお願いいたします。

○羽村理事長 皆さん、改めまして、こんにちは。今、歯学協理事長というふうに御紹介を受けましたけれども、今日までが理事長でございまして、明日からといいますから、今からは今井先生にお任せするという形になっております。よろしくお願い申し上げます。

本日は、「令和6年度診療報酬改定と今後の医療保険制度の展望」ということで、日本歯科医師会から高橋会長、末瀬常務理事、大杉常務理事の3名の先生方をお招きしております。歯科保険は私ども歯科医療をしている者にとっては避けて通れないところでございます。

保険制度も、知っていて当たり前、知らなければいけないということですが、なかなかしっかり頭に入れておくというのができないところでございます。ぜひとも今日の講演で、新たに令和6年度から変わった診療報酬体系ですが、しっかり理解をして、また日々の診療に励んでいただければと思っております。

3人の先生方の御講演を楽しみにしております。それでは、よろしくお願い申し上げます。

○山本座長 羽村先生、どうもありがとうございました。申し遅れましたが、私、今回の座長を拝命しております日本歯科審美学会、大阪歯科大学の山本一世でございまして。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の講演会は、今、羽村先生からもお話がございましたとおり、令和6年度、今年から、ちょうど6月からスタートということで、非常にタイムリーなところでございますが、診療報酬の改定と、また今後の医療保険制度の展望というタイトルで、日本歯科医師会のほうから、非常にお忙しい先生方、そうそうたる先生方にお越しいただいております。

まず最初に、会長の高橋先生、常務理事の末瀬先生、同じく常務理事の大杉先生のお三方から、診療報酬の改定の内容とともに、今後の歯科医療の展望といったお話を頂戴する予定でございます。3人の先生方からお話を頂戴いたしまして、御質問のほうは最後にお受けしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

2) 講演会

○山本座長 それでは、早速ですが、最初の演題でございまして。高橋先生から、「これからの日本歯科医師会が目指すもの～歯科医療が大きく変わった～」というタイトルで御講演を頂戴したいと思います。高橋先生は、今さら御紹介するのもあれなのですが、御略歴が2ページから3ページに渡って記載されておりますので御覧いただければと思います。日本歯科大学を御卒業後、数々の役職を経られた後、昨年まで日本歯科医師連盟の会長をされまして、昨年5月から日本歯科医師会の会長に御就任されております。

では、高橋会長、御用意をよろしくお願いいたします。

「これからの日本歯科医師会が目指すもの ～歯科医療が大きく変わった～」

高橋 英登先生

○高橋先生 山本先生、御紹介ありがとうございます。84学会が所属されております一般社団法人日本歯学系学会協議会の先生方の本日は貴重なお時間を拝借しまして、私、そして2人の常務理事の話にお付き合いいただきまして、心より感謝申し上げます。ありがとうございます。

まず、私のほうから、前座といたしまして、今、我々の歯科界がどういう状況に置かれているのか、その辺のことを、これはもちろん全ての学会の先生方が、国民の歯科医療をどうにか守るという一つ目標に向かって一致団結して頑張っていらっしゃるわけですが、現状を御紹介したいと思っております。

それぞれの専門の学会の先生方は、それぞれのジャンルでいろいろ御活躍だと思いますけれども、俯瞰的に見た今の歯科界がどうなのかという話を、先にさせていただければと思っております。

私は群馬県の高崎の出身で、高崎高校山岳部時代から今に至るまでずっと、ほとんど勉強もせずに山登りばかりしております、1人でテントを背負って写真を撮って、その写真が本日のスライドの間に幾つか挟まっております。

この写真は美瑛で撮っているのですが、山ではなく、まるで羽村章先生がにらんでいる目つきの写真のようでして、羽村先生は同じ山登りしている仲間でしたので、その御紹介でございます。

まずは幾つか、本日、御参加の先生方は御承知の話がたくさんあるかもしれませんが、できれば今のタイムリーな歯科の現状を御紹介させていただければと思っております。

今、歯科は非常に厳しい状況に置かれているということを御紹介します。これを御覧になっていきますでしょうか。すでに御承知かもしれませんが、46兆円の総医療費のうち、歯科に幾ら来ていますか。3兆2,309億。歯科に来ているのは全体の約7%しかありません。見てください。昔は12.4%あったのですよ。12.4%あった歯科のボリュームが、どんどん差をつけられて、ぐっと差が開かれまして、このような状況であります。総医療費のうちの何と7%でやっているのだということでございます。

この辺も御認識いただければと思います。平成12年は医歯薬の順だったのです。今は完全に医薬歯の順です。ということは、我々、3兆2,309億。調剤、もちろん薬剤を含めて7兆8,800億、17.1%。我々は7%。これが現状でございます。ですから、どうにかこの低迷期を脱しないといけないと思っております。

現場の声というか、医療経済実態調査でございます。東京都のこれは有名な伝統ある調査でございます。その中で、まず歯科衛生士がいらない。歯科衛生士が1人でもいる医療機関は、いわゆる個人立ではこれ、法人立ではこれ、ということは、歯科衛生士が1人でもいる医療機関は半分ほどしか存在しない。これが現状でございます。

今回、診療報酬改定で歯科衛生士の指導料等も手をつけましたけれども、歯科衛生士が

いないという大きなハードルが我々にはございます。29万7,800人も卒業され免許取得者がいるのに、14万7,000人しか活動されていない。それが現状でございます。こういうところも、学会をつかさどっている先生方は御認識いただきたいと思っております。

それから、歯科医は儲かる。とんでもない話でございます。見てください。個人立では1,000万未満の損益差額が6割を超えています。これが現状でございます。

これは6月ですから、請求が多い月ですよ。歯科医の月収、50万4,000円です。東京都の現状はこうなのです。東京都って歯科医がいっぱいいるけれども、やっていけるのは自費があるからじゃないかと思われているかもしれないけれども、50万4,000円。

今までキャッシュレス決済がなかなか、窓口負担、自費はいいですが、保険の一部負担金になかなかうまく合致しなかった。療養担当規則により我々は全額をいただかなければいけない。いわゆるポイントをつけてはいけない。そういう趣がありましたけれども、今回はしっかりと、昨年9月29日に厚生労働省が文書を出しました。キャッシュレスでもいいですよ、ということでございます。今回、我々執行部がクリアしなければいけない1つの目標をクリアできました。

そして、もう1つは、東京都は自費が多いからいいわねと。先生方、最近御覧になっていきますか。いわゆるメタルボンドをこのお値段で患者さんに提供していたら、ほぼ赤字です。メタルボンドの焼きつけ用の金属は高騰しています。戦争の影響がありまして、投機的貴金属はどんどん値上がっています。焼きつけ用のメタルはものすごく上がっています。我々の1つの大きな欠点ですよ。今、どのくらい経費がかかっているかを知らないで、患者さんの自己負担は決まっている、こういう大きな齟齬が生じているわけでございます。逆にメタルを使わない修復が増えております。これが東京都の現状でございます。

例えばノンクラスプデンチャー、これも症例が合えばうまくいく。ラミネートも。この写真は30年持っているラミネート。ラミネートも私は決して捨てたものじゃないと思っていますけれども、いろいろと自費があるのではないかなという大きな誤解もあります。

そして個人立の損益差額がどんどん低迷している。いわゆる消費者物価の経年的変化に比べて下がってきています。

そして、東京都は自費が多いのではないかと大きな誤解をいただいています。お医者さんはよく言うのですよ「歯科は自費があるからいいですよ」。とんでもないです。歯科なんかより、よほど自費の高い一般医科はたくさんございます。歯科が決して自費が多いわけではありません。後でデータを出しますけれども。

先ほど言いましたが、歯科衛生士がなかなか確保できない中でしたけれども、今回、口腔機能指導加算の10点が加わりました。この10点を上げるだけで、本日、担当の大杉常務理事が来ていますけれども、本当に苦労した。これだけでもものすごい、いわゆる財源を食ってしまいます。私はどうにか20点頑張ってくれと言ったのですけれども、とてもとても、ここが限界でございました。ただし、10点上げることができた。

口腔機能低下症。正式に病名がつかなくても、いわゆる口腔機能の管理ということを目途に、歯科衛生士の指導があれば算定ができるわけですから、口腔機能低下症という病名

が必ずつかなければ駄目なわけではありません。こういう部分を、これから歯科衛生士がどうにか、口腔機能を低下させないようにする1つの指導でございます。それに10点が評価されました。

そして歯援診の全国平均はこの数字です。学会の先生方の影響は開業医にとって非常に大きいものがありますので、学会の先生方にぜひ御協力いただいて、しっかりと勉強していただく。学術的なバックのない診療はないのです。私は、保険は学問だとよく言いますが、今回の診療報酬改定を読み解いていただいて、例えば施設基準をしっかりとお出しになって、算定をしっかりとされる。そうすれば必ず算定は増えてくる。そして患者さんにとって有効な診療ができる。そういうことだと思っております。

このような施設基準が必要な部分が今回もたくさん含まれておりますので、いかに算定基準を満たすか。それは患者さんにとって有効な診療のための手だてでございます。

個人立の自費は東京都内ですら500万以下が55.3%ですよ。年間500万以下の自費を算定されている人が55.3%、半分以上が500万以下なのです。だから東京都は自費が多いというのは大きな誤りでございます。

そして特に教育に携わる学会の先生方、大学に所属されている先生方、頭の痛い問題でございます。国家試験問題について状況を御説明申し上げます。

実は、大臣合意文書というのがございました。もう20年も前、平成18年8月31日に大臣合意文書というのを取り交わされました。これはいわゆる歯科医師会が、歯科医の数が多過ぎてレベルダウンするのを防ぐために削減してくれということ。それは、その当時の状況として決して間違っていた方針ではないと私は思っています。けれども、それから時間がたって大分状況は変わってきているわけです。日本歯科医師会会員の平均年齢が62歳です。そして歯科大学・大学歯学部在校生の52.4%が女性です。そういうことを考える必要があります。

そして、もう1つ。人口は減るけれども、国民の歯科を見る目が変わってきています。歯科は大事だと。いわゆる全身疾患に大きく影響するのだということが国民の間に周知されています。ということは、歯科の需要は必ず増える。それなのに歯科医がどんどん減っていったら、それに対応することはできない。

政権与党の中で、国民皆歯科健診を進めると骨太の方針にしっかりと謳われています。今や52%の国民が年に一度、歯科医に行っていらっしゃる。痛くて行っていらっしゃる方やいわゆる定期管理のために行っていらっしゃる方も含めて、52%の国民が年に一回ほどは歯科医療機関を訪れています。それが国民皆歯科健診になったら倍になるわけです。そのときに歯科の従事者が絶対に足りなくなるのは目に見えています。歯科医だけではなくて、歯科衛生士、歯科関連の働く方が絶対に足りなくなるのは目に見えているわけでございます。

国家試験の状況を見てください。これが今の状況です。我々もいろいろ働きかけをしました。昨年に比べて合格者は54人、2,006人から2,060人に今回増えました。これは先生方も御承知のとおり、非常に御苦労されています。

もう1つ、既卒者の合格率が低いという事実もはっきりとしております。いわゆる新卒は何と80%を超えているような実態なのですね。ところが既卒者を混ぜたデータになると、がくっと落ちてまいります。ですから、この既卒者の人たちをどうするか。これが我々にとっても大きな命題でもあります。

今回、54人プラスになっておりますけれども、あまりにも選抜試験化になるのはいかがかなと思っています。やはり資格試験ですから、選抜試験ではないですけれども、選抜試験のような業体を擁するのはいかがかなと思っておりますけれども、こういう状況でございます。

大学に入ってストレートで国家試験まで合格する人が半分しかいない状況でございます。特に私立大学が多い歯学部の中では、本当にこれから解決していかなければならない大きな問題でございます。

歯科医師の数は減少してきています。2年前に比べて2,176名減っているのです。そして歯科医療機関数も減っているのです。これは、もっともっと顕著になってくるかと思っています。医科と薬科はそう減っておりませんが、歯科の場合は、歯科医師の数も、医療機関数も減ってきている。これは顕著に表れているわけでございます。

そしてもう1つは、診療所の勤務者。いわゆる独立して開業される方が減って、勤務をされている方が非常に増えてきている。これも傾向としてははっきりと出ております。

これは日本歯科総合研究機構の恒石先生のデータをお借りしています。歯科と医科の大きな違いの1つとして、いわゆる歯科は開業医が主体であって、最近増えつつあるけれども勤務医は少ない。お医者さんは半分勤務医です。行政にいる歯科従事者は非常に少ないわけでございます。保健所に所長として歯科医が今何人いるか。全国で7人しかいません。保健所に公衆衛生的な勉強をされた歯科医が行って活躍する場をつくることができれば、それだけでも歯科の働く場所が増えてくるわけです。

開業医として都市部の集中化が図られている。これが非常に大きな問題でございます。人口が増えて診療所が増えているところ、人口が減って診療所が増えているところ、人口が減って診療所も減っているところ、このように都道府県を大きく分けることができます。これを御覧いただくと、先生方は御地元のことを御納得いただけるかもしれない。こういう傾向がはっきりとしております。

先ほど言いましたように、国民の人口が減るのだから歯科医も減っていいのかと、そこは大きな疑問だと思えます。さっき言ったように、国民の歯科を見る目線がはっきりと違ってきています。歯科医療の大切さを分かってきています。ですから、歯科医の働く場はもっとも増えてきています。それなのに歯科医が2,176人も減っていく。これは由々しき問題です。その辺も考えていかなければいけない。

それから、歯科を標榜する病院、口腔外科を標榜する病院。これがしっかりとデータに出てきております。日本歯科医師会としても至急で対策を打たなければいけない1つの要素として、高次医療機関の枯渇というか、一般開業医が手に負えない有病者の方とか、難症例を受けていただく高次医療機関が非常に少のうございます。どんどん減ってきている。

患者さんを受けていただく場所がなくなったら、我々よりも患者さんが不幸です。そういうところも、これからやっていかなければいけない。学生数が大きく減っておりますので、大学病院の医局員の数の減少も顕著でございます。ということは、大学病院に受け皿がなくなっている。そういうところも御理解いただかなければいけないと思っております。

二次医療圏の中で、歯科の標榜病院がないのは69の医療圏、口腔外科標榜がないのが60医療圏。御覧いただきますと、こういうところが非常に問題点でございます。

そしてもう1つ、私の同級生なんかもどんどん廃業しています。跡継ぎがいない。将来の事業承継ができない。こういう1つの大きな問題が発生してきております。M&Aの会社が跡継ぎのいない歯科医療機関にものすごくアプローチをしている。それも現状として事実でございます。

そういうことも考えていかないと、地域に歯科医療機関がなくなる。最も大切な社会インフラは医療機関です。道路・ガス・水道、それも大事です。だけれども、医療機関がなくなったら国民が不幸になります。最も大切な社会インフラが枯渇しようとしている。それも大きな命題でございます。

これは我々の瀬古口専務理事が参画しております歯科医療提供体制等に関する検討会。これは厚生労働省の中にごございます。ここでもいろいろな検討がなされております。国も分かっています。このままいくと歯科医療機関数が減る。歯科の医療提供体制が非常に問題になっているということは、国も十分承知しているわけでございます。

次に8020運動です。

私は8020運動の財団法人のほうの理事長も兼ねておりますので、いろいろな運動が随分充実してきましたけれども、ここへ来て、20本残っていればいいわけではないと、機能する歯が残っていなければ意味がないでしょうということに少し方向性を切り替えつつあります。

これは少し前になるのですが、『プレジデント』。リタイア前にやるべきだったことの第1位に歯の定期検診を受けておけばよかったということが出ております。これは多くの国民が納得することでございます。

これは日本歯科医師会のデータでございます。もっと早くからやっておけばよかったと。問題が起こる前に、治療が発生する前に、予防しておけばよかったという方向性がはっきりと映し出されております。そして今回の診療報酬改定も、その辺に大きく注目されております。

先生方、御承知のとおり、歯科は自己治療しません。自分では治りません。むし歯はそのうち治るものではありません。ですから、早期に発見して早期に治療する。これが医療費のいわゆる無駄な部分の削減につながる。そして有用な部分にそれを回すことができる。医療費を削減する。それは単純な考えですけれども、いわゆる有用なところに配分替えをする、そのための早期発見・早期治療でございます。

8020運動。30年前は10%に満たなかった8020達成者が、とうとう51.6%です。すごい国です。80歳で、入れ歯を入れないで御飯がどうにか食べられる。

8020の1つのスタートですけれども、よほど偏った欠損でない限り義歯を入れずに食事をする事ができる。

そして歯周病が大きく全身疾患に影響しているということが、随分、国民の間に周知されております。特に糖尿病、そして認知症。こういうところがどんどんクローズアップされてきております。

これは千葉大学附属病院の入院患者さんに対する、いわゆる専門的口腔ケアというか、口腔機能管理、口腔健康管理。口腔ケアというのは、自身でもやる、介助者がやる、看護師もやる。我々専門職がやるのは、口腔機能管理、口腔衛生管理を含む口腔健康管理でございます。そこで大きく差異があるわけです。専門職が口腔機能管理をやると入院日数が減る。当然DPCですから、入院日数が減ったほうが病院にとってはプラスです。

そういう意味では、患者さんにとってもプラスです。余病の併発が起こらないという点でもプラスです。今は予備軍を含めて2,020万人が糖尿病の患者さんです。1兆6,000億のお金が透析にかかっています。どういう人が透析に入るか。44.2%が糖尿病から入ってきます。糖尿病性腎症から透析に至る。これは患者さんにとって決して好ましくない。透析が減る。そういう方向をしっかりとこれからイメージしていかなければいけないと思っています。

HbA1c、もうこれは周知されている医学用語です。血糖値の文言ではなく、HbA1c。『月刊糖尿』は糖尿病専門医のための雑誌です。

見てください、ここまで来ました。今まで我々が言っただけではなかなか動かなかったけれども、社会が後押しをする。国民が後押しをすることで、こういうことがどんどん進んできております。血管性の、いわゆる脳梗塞、心筋梗塞ですね。それから誤嚥性肺炎。

私は今でも患者さんを診ていますが、「先生、口の中から問題が起こって、誤嚥性肺炎で亡くなる方が85歳以上はトップですよ」と患者さんが言うような時代になってきております。

そしてもう1つは、今、大きくクローズアップされてきております。認知症でございます。MCIを含めると、すごい数の方が、今、認知症で悩まれているというか、将来を非常に危惧している。私も危惧している一人ですけれども。お医者さんと歯科医の何が違うか。お医者さんは疾病には立ち向かうけれども、障害に立ち向かうお医者さんは非常に僅かでございます。障害というのは元に戻らないこと。障害というと、言い方はきついですけれども、元に戻らないこと。歯は抜けたら、もう元に戻らない。腕がなくなったら、腕は生えてこない。ですから障害です。障害に対して歯科医は立ち向かうのです。お医者さんは義手・義足をなかなか入れません。そういう意味では、お医者さんは疾病に立ち向かうのがメインの仕事。我々は疾病と障害にも立ち向かう。そこは歯科と医科の大きな違いだと思います。

義歯を入れることで認知症が防げる。そして転倒まで防げる。これはナショナルデータベースでございますので、中途半端でない母数でございます。これは恒石先生が解析されておりますけれども、こういうことがどんどん分かってくるわけでございます。

御承知かもしれません。ある民間の保険会社が認知症保険を3年前の12月に売り出しました。その保険会社は「歯科医に行って、現在歯数を聞いてください。それによって保険の負担率を変えます」というところまで来ました。あんなにシビアな民間の保険会社が、そこまではっきりと明示されております。

そして、転倒のリスクですね。転倒で大腿骨骨折、寝たきり、そして廃用症候群、そういう方向にお年寄りが行く率が非常に高うございます。かめることが転倒のリスクを減らすということもデータとして出てきております。ですから、これも歯科医のやるべきことでございます。

これもナショナルデータベースです。歯が20本以上の方は、19本以下の方と比較して医科の医療費が少ない。これは男性と女性に分かれています。これも母数の大きいデータでございます。日歯総研の中のデータでございます。

これは先生方も御承知でしょう。私の後輩でございますけれども、米山武義先生。口腔ケアという言葉が初めてLancetに投稿された、すばらしい先生でございます。『肺炎は「口」で止められた！』、これが我々のこれからの大きな命題の一つでございます。

これもトピックスでございます。先生方は御承知かもしれません。長崎大学の呼吸器科の迎先生。今、呼吸器学会の学会長でございます。診療ガイドラインにこれがはっきりと明示されました。すごいことです。日本歯科医師会の7月号、8月号の歯科医師会雑誌に、これに関連する対談集が載りますので御覧いただければと思います。このようにはっきりと呼吸器学会の診療ガイドラインの中に入れていただいた。これも医師の見る目が今までと変わってきているという大きな証左でございます。

何しろ我々は、できるだけ自分の口でおいしく食べて、最後の最後まで自立して生きるようなことを望んでいる。これは国民が望んでいる。我々もそれをかなえてあげたいわけでございます。

サンスター制作「100年 mouth 100年 health 篇」コマーシャル放映

こういうコマーシャルがございます。

これはサンスターのデータですが、我々も組織でこの研究員をお呼びして講演を聞いたりなどしています。その中でアイヒナーの分類。これは国家試験のとき以来、あまり聞かなかったですが、欠損形態によって、いろいろ状況が変わってくるのだということ。咬合支持がなければ歯が残っていたって意味がないわけです。そういう意味で、こういうところからの考察もこれからしていく必要があるかと。歯が残っていればいいわけではない。機能する歯が残っていなければいけないのだという方向性をしっかりと明示する。こういうことも、これから必要かと思えます。

歯数と医科医療費の関係。これもいろいろなデータとして出ている。これはレセプトデータから起こしているものでございます。こういうデータがございます。

咬合支持分類と医科医療費の関係。こういうデータがどんどん蓄積されてきております。

歯数及び咬合支持分類別の医科医療費。全てちゃんと噛めることが大きく影響しているということでございます。

これは第66回秋季歯周病学会学術大会の発表でございます。喫煙と歯数の関係。Hb A1cと歯数の関係。歯科受診内容、いわゆる継続的に自己管理できているのか、治療のみなのかによって、これだけ平均の歯数が変わってくるという明確なデータも出てきているわけでございます。

ですから、歯が残っていなければどうしようもないのではなくて、我々には義歯を入れる手だてもある。

私は補綴の出身なもので、いわゆる最終治療の中で、これをかなえていこうというのが我々の大きな目標でございます。平均寿命と健康寿命の差。この間で医療費や介護費がかかるわけですから、そこをどうにか縮める。最後の最後まで、おいしく食べて、健康でいられるようにする。それが一つの大きな命題でございます。

これは後で、末瀬先生、大杉先生のほうから詳しいお話があると思いますけれども、ちょっとトピックスだけ触れさせていただきたいと思います。いわゆる生活習慣病に係る疾病管理をする。これによる医科歯科の連携が非常に大きくクローズアップされてきております。今回の診療報酬改定の大きな目玉でございます。特に糖尿病患者に対する歯科受診の推奨が医科の中ではっきりと明示されました。「糖尿病だから歯科に行ってください」、それが内科のお医者さんからの発言になるわけでございます。

病院歯科が非常に厳しい状況であるというのは前から言われておりました。特に歯科大学の附属病院は非常に厳しい状況。赤字体質。それを学納金で補てんしているような状況がはっきりとございました。どうにかしなければいけない。今回1つの大きな命題でございます。病院歯科における改定をプラス改定に持っていくということが、今回大きくクローズアップされております。

しっかりと情報収集されて、しっかりと算定される。患者さんにとって有用な診療なわけですから、しっかりとそれを行うことでプラスになるということが、はっきりと見てとれると思います。ただし、1泊2日の抜歯が不可になったりとか、ほんのわずかのマイナス点はありますけれども。うまいですね、適正化。削れということですね、お役人の言葉としては。我々にとって決していい言葉ではないのですけれども、少しこういうところはありますが、総体的にはプラスになるということは間違いない。ちゃんと情報を取って請求していただく。これが一つの大きな手でございます。

そして、周術期。これが我々と医科との大きな絡みで大きくクローズアップされつつあるわけでございます。周術期等口腔機能管理、これがどんどん算定数も増えております。私の診療室でも、「先生、今度、がんで手術するのだけれども」と言ったら、お医者さんと連携をしっかり取って、予後がよくなるんだよ、入院が少なくなるんだよということが、はっきりと見てとれる。それをもっともっと強調すべきだと思います。

そして在宅歯科も今回は大きく見直しをしておりますので、よく情報を得ていただいてしっかりと請求をしていただく。これからどんどん在宅の需要が増えてまいります、間違いなく。それに対して手だてが今まで厳しかった。それも今回、随分改善をしておりますので、見ていただければと思います。

病院の中から在宅に行っていらっしゃる方もたくさんいらっしゃいます。特別対応加算も見直しをされております。ここでは病院歯科の役割が大きく明示されております。特に感染症に関するゾーニング、個室対応。こういうところも、なかなか一般開業では難しい部分を担っていただかなければいけない。病院歯科を大事にする。これが一つの今回の大きな目玉でございます。

そしてもう1つ、情報通信機器を用いた歯科医療の推進。これは国がしっかりと打ち出しております。歯科の場合は非常に難しいと思いますけれども、これも世の中の流れでございますので、これにも対応していかなければいけないと思っています。例えば、いわゆるアフタ性口内炎なのか、義歯性の口内炎なのか、口腔内の腫瘍なのか、それをスマホで撮って送っていただく。それだけでも、我々にとって診断の一つとなるわけでございます。

私は補綴なのですけれども、25年間大学で勤務させていただいて、末瀬先生なんかと一緒に新規材料の開発、特にノンメタル材料の開発とか、接着学会の副会長もさせていただきましたので、接着について、これからの展望ですね。

これは、補強線が今まであったのがなくなってしまいました。これは補強線の金属帯とレジン床のPMMAがくっついていないから、逆に応力がかかったときに界面破壊の起点になってしまうから外されたとは私は解釈しています。特にリングルプレートは割れやすいわけでございます。

これは本日御参加いただいている日本接着歯学会、日本補綴歯科学会、日本歯科理工学会の先生方にぜひかなえていただきたい。これは接着操作をして中に接着補強線を埋め込む。それによってリングルプレートの破折が大幅に減る。これを点数化する。これも、これからの我々の一つの大きな命題でございます。これもある程度、基礎的なデータは出始めています。誰でも御理解いただけると思うのですね。こうやって接着して一体化すれば強度は上がるに決まっていますから、破折が減るのは当たり前ですね。

それから、ブリッジもいろいろな対応をしなければいけない。この単体自体での材料強度を上げるだけではなくて、いろいろな補強体を考えるべきだと思います。メタルを内在させる分には外から一切見えませんので、メタル補強材にファイバーを使うだけではないと思います。ファイバーというのはたわみますから、ファイバー補強でやるだけではなくて、極端なこと言ったらリングルバーを、ノッチを掘ってサンドブラストして中に埋め込む。20年、30年の臨床経過はたくさんございます。接着というのは、歯科の中でももっともと頑張っていける分野だと思います。

1つの目標。ムール貝の岸壁への接着。これは生体たんぱくです。化合物質ではありません。ムール貝がつくったたんぱく質によって岸壁にくっついて、潮が当たって、波が当たって壊れやしません、溶けやしません。このような新たなバイオ接着形も考える。天然素材による接着形も考える。まだまだやらなければいけない点があると思います。

カンチレバー型の接着。これは今回の保険とは違いますけれども、1番は別ですけれども、2番の欠損に対してカンチレバーの片側だけの接着も認められました。ですから、新たな1つの接着の一步かもしれません。

これは私の症例でございます。28年間、口の中で存在していた界面金冠を外しました。何ともないのです。当然リン酸セメントです。リン酸セメントの中の歯はむし歯になる。なっていないじゃないか。エナメルを残したらカリエスは進まない。何ともない歯。ここにメタルボンドを入れろという指令が来ました。メタルボンドをここに入れたら、形成量がものすごく多い。針のような形成にせざるを得ない。だったら、アクリリックレジンをくっつけばいいじゃないかと。ここをスーパーボンドでくっつけているわけです。このように全く形成していない。接着、十分じゃないですか。このような接着を使った新しい臨床技法を今やっても保険の点数には算定されませんから、こういう部分がございます。このように暫間的な欠損のところに歯牙の移動を防ぐための暫間接着、こういうことも不可能ではないと思います。

今までT-Fix、暫間固定、いわゆる歯周病で、動揺歯に対して暫間固定をする。昔はこういう点数がありました。今は全て丸められてしまいました。接着材料の算定もできない。このような不可解な部分も変えていかなければいけないかなと思っています。

今、日本の補綴の一つの特徴として金銀パラジウム合金がございます。御承知のとおり、金銀パラジウム合金というのは、金が12%、パラが20%、銀が37%、残りは銅。金・銀・パラ・銅合金です。最近、ソーラーパネルの下の銅線がいっぱい盗まれています。銅が高騰しているから。金は1万3,000円を超えています。投機金属を保険に使うのは、非常にリスクが大きいと思います。その1つの解決法として、今回の診療報酬改定で、1番から8番まで全てハイブリッド材料というか、いわゆるノンメタル材料で入れることができるようになりました。パラを使わないで入れるようになった。PEEK材料が入りました。ポリエーテルエーテルケトン。これは末瀬先生などと、エンジニアリングプラスチックの非常にハイレベルのところに位置するPEEK材料を床用材料として使おうという試みをしていた。今回はメーカーの提案によってクラウンブリッジで入りました。色はメラミン種の色です。私は12症例やりました。患者さんの評価は結構高い。かみやすいと言います。そんなに硬くないですから。少し靱性値がある。色は悪いです。最初は勘弁してよと思ったけれども、患者さんが「先生が入れた前のテックのほうがいいんだけど」とよく言われます。だけど、テック入れるより、「銀歯よりいいだろ」と。銀歯よりいいだろうということは、今のところ、破折、脱離等ございません。薄くても耐えられる機能があります。ですから形成料も少なく済みます。接着は気をつけなければいけませんけれども、私は捨てたものじゃないと思っています。

去年の12月1日から入りましたので、これを入れたことで、ほぼメタルを使わない歯冠は可能になってまいりました。

インレーも画期的です。IOS、口腔内スキャナーによって、インレーができるようになりました。そして形成料の加算。歯科技工士に対する連携加算も入りました。情報伝達によって、連携加算が取れたら70点でございます。歯科技工士が直接見たら50点だけでも、情報の伝達によって70点がつくようになりました。非常にいい点数になっていると思います。いわゆる技術料をある程度はカバーできている。ある程度はですよ、まだ完璧ではありませんけれども。機械は高いですから。

そういう意味では、もっとこれの症例というか、適用範囲を広げる。今、インレーです。何でインレーかといったら、クラウンにしたかったけれども、あまりにも影響力が大きいから、インレーのほうが症例数が少ないから、まずインレーで入れた。クラウンで入れて、ブリッジを入れて、ブリッジも高強度の材料はできておりますので、そうすることでメタルの使用量は大幅減ってくるのは間違いないと思います。

チタンも入っております。これは当然、チタン色です。ただし、チタンを鋳造できるという技工所は非常に少のうございます。チタンは本来なら加工して使うものですから。ですから、そういうところも十分カバーしていかなければいけないと思いますけれども、チタン冠、そしてレジン前装冠も、5番に前装できるようになった。そういう大きな改正がございます。ですから、勉強していただければ、ちゃんと点数が算定できる。それが今回の大きな診療報酬のポイントでございます。

CAD/CAM冠も、条件緩和が大分なされましたので適用範囲が広がっております。技術評価提案のおかげで今回27項目の技術評価提案が収載正されておりますけれども、エンドクラウン、咬合高径がない、クリアランスがない症例にはばっちりいけます。こういう意味でも、だんだん使いやすいようになってきていると思います。

この辺は後で大杉先生のほうからご説明があるかもしれませんが。いわゆる投機金属を使わなくても、これはアマルガムですけども、口の中は金属だらけ。よく「にこっと笑って銀歯が見えたら日本人だ」と言われる。金銀パラジウム合金って、世界中探しても日本にしかない合金ですからね。国策合金です。保険の制度のためにつくった合金です。それを今までずっと引きずってきた。今回の診療報酬改定で大分変わってまいりました。

いわゆるこのような金属イオンの体内への溶出等がございます。これはもう致し方ない、避けて通れない。ですけども、今は全部ハイブリッド材料でいけるようになった。ブリッジも高強度の材料が出てまいりました。

今回、保険収載までは至らなかったけれども、これがこうなって、メタルの溶出等がないわけですから、国民にとって、患者さんにとってどちらがいいか、一目瞭然です。

こういう方向で、インレーも保険で、I O Sできるようになっているのです。ですから、メタルを使わない診療をお願いします。今回の診療報酬改定で、メタルレスというのが大きな命題でありました。かなりの部分で活用できるようになった。

これも破折ですけども、ラミネートの接着によって、これはポーセレンですけども、こういうことができる。30年たってもラミネートは意外と壊れないですね。エナメルを対象に接着できますから。

マウスピースもいろいろな適用の拡大が図られております。

私どもは軽自動車で行く訪問診療に行っているのです。本当に大変です。この40kgの機械を持って行くわけですから。3人チームで行く。我々が頂く対価は1,000点です。完全に赤字です。ですから、都内では2割ぐらいしか訪問をやっている方はいらっしゃらない。それはそうです。診療室を閉めて訪問に行く。真っ赤な赤字になります。その辺も考えていかないと。

これはレセプトの最高点数、最新データです。1億7,784万6,430円。これが最高レセプトの1枚の点数です。この人は1か月にこれだけの医療費がかかっています。この人が窓口でお支払いになった金額は9万7,600円。かかった医療費は1億7,784万6,430円。脊髄性筋萎縮症、ゾルゲンスマという点滴静注薬が1億6,000万かかります。薬剤が高い。

こういう高額レセプトがどんどん出たら、どうなりますか。日本の保険はもたない。皆保険が崩れる。そういうことも、これからの大きな命題として考えなければいけない。

御高齢者の方にお金がかかるわけです。ですから健康な御高齢者を増やす。少しでも医療がかからないようにする。歯科の医療費が今こういう状況にあるわけですから、歯科の医療費を使うことで、いい意味での適正化を図る。つまり、口腔の健康を保つことで医療費を減らさないと。

所得云々は関係ない。その人の年間所得は全く無視して、これが決められていますから。どんなにお金をお持ちの方も、この恩恵にはあずかっているわけです。高額療養費制度。歯科では高額療養費なんかありませんからね。そういう意味で、やはり改善をしなければいけないところは、していかないと、我々にとって大事な皆保険制度がもたない。

時間がオーバーしていますので、ちょっと流します。これは後で末瀬先生から。今までこうやって、印象材を練って、口腔内に入れて、模型を作って、これが診療室が一番汚れる原因ですよ。それが今、あっという間に25秒で出てまいります。ものすごい精度です。本当に調整が要らないような精度でできてまいります。印象材の膨張収縮、石膏の膨張収縮、全く関係ないわけですから。

そういう意味では、こういう時代が間違いなく来ると思っていますし、これに関連する学会の先生方はもっとこれに対して研鑽を積んでいただいて、我々に対して情報をいただきたいと思っています。

国民皆歯科健診も、これから必ず進んでまいります。早期発見・早期治療が、我々の皆保険を持たせる種でございます。

歯科の医療費。総義歯。これは印象から最終調整まで、末瀬先生がFDIで各国に問合わせをして、出してきたデータでございます。全然違うわけです。桁が違う。日本は3万5,700円の保険の点数で総義歯が入るわけですよ。

これは長谷川嘉哉さんという認知症の専門医ですけれども、自分のオフィスの中にユニットを持っている。歯科に対して非常に造詣の深い方でございます。『脳の老化を止めたければ歯を守りなさい!』という本を出されております。

そして『国民皆保険が危ない』、この本が出ております。山岡先生。

そして『一生使える脳』、長谷川嘉哉先生。

糖尿病の患者さんが歯周病になりやすいのではない、歯周病を持つ人が糖尿病になりやすい、相関関係があるのだということ。

いわゆる歯根膜の圧縮によって血液が脳に行くのだと、それが認知症に大きく影響する。これは一生使えない脳になる、危ない習慣チェックシート。これは誰が出しているかというと、『むだ死にしない技術』、これはホリエモンさんが出している本でございます。

むだ死にしなければ歯科医院に行けということを書かれている。

そして、ぜひ学会の先生方にこれだけは見ていただきたい。『医療が日本の主力商品となる』。これはすばらしい本でございます。お医者さんが書かれています。

日本は先進国の中で医療のコストは最低です。さっき言ったように、総義歯が自己負担1割で2,500円で入る国がどこにありますか。例えば平均寿命は世界有数で、特に女性は世界一を続けてきた。アクセスも国によっては、救急車を呼ぶと、アメリカはタクシーの2.8倍輸送にお金がかかります。日本は無料です。無料なのは日本だけになってしまいました。入院までの待ち時間が長いために手術をなかなか受けることができない。イギリスのNHSなどはまさにそのとおりです。それに比べて、救急車が無料で、どこの医療機関でも自由に受診できる日本の医療制度は極めてありがたいものである。日本の医療制度は世界的に優れたものであったし、それは多くの医療者の献身的な努力によって世界最高水準を維持してきた。しかし、これが医療者の献身的な努力という精神論のみに支えられていたのでは、もうもたないと言っているわけです。医は仁術、それではもう今の時代はやり切れない、乗り切れない。そういうことを言っているわけでございます。

今回の診療報酬改定の大きな目玉です。治療が発生しないように予防にシフトする。これが、これからの我々のやるべきことと思っています。

これは、胃瘻をしない、東名厚木病院ですね。

この人は100歳のおばあちゃん。入れ歯を入れると入れないで笑顔が違う。縦じわが違う。我々にとって、本当におじいちゃん、おばあちゃんの笑顔のために仕事をしているようなものでございます。

これは保険を担当する先生方は御存じの齊藤憲彬先生、元の日本歯科医師会の保険担当常務の先生がお書きになった『歯科診療報酬の論点』。この中には、パラの導入のことなどがたくさん書かれております。

ちょっとオーバーしました。羽村章先生が最初から危惧をされていたオーバーをしまして申し訳ありません。雑駁な話で申し訳ありません。私は、ちょっと長かったけれども前座でございます。これから優秀な常務理事が御説明をさせていただきますので、よろしくお願いします。

これから学会活動を国民の歯科医療のために頑張っていたきたいと思っております。ありがとうございました。

○山本座長 高橋先生、本当にありがとうございました。高橋先生には、日本の歯科医療の司令塔として、まず歯科の厳しい現状。厳しいながらも、国民の歯科を見る目が変化しているということを強く訴えていただきました。あと8020と歯科との全身のかかわりですとか、今回の診療報酬改定のトピックス。さすがに保険は学問だとおっしゃるとおり、学者としてのお立場から、特に接着を含めたような臨床の非常に興味のあるお話をいただきました。何よりも国民皆保険制度を守り抜くべきであるという強い御意志を強く感じたところでございます。

お三方の先生が全て終わられて、お時間ございましたら質問の時間等設けたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

「診療報酬改定に伴うデジタル機器の潮流」

末瀬 一彦先生

○山本座長 では、続きまして、同じく日本歯科医師会常務理事の末瀬一彦先生からのご講演を頂戴いたします。末瀬先生のご略歴は、抄録集の5ページに記載されております。大阪歯科大学ご卒業後、数々の大学、学会の役職等をされまして、現在は、奈良県の歯科医師会の会長、本学協議会の会員でもございます日本デジタル歯科学会理事長、そして昨年6月から日本歯科医師会の常務理事にご就任されておられます。本日は「診療報酬改定に伴うデジタル機器の潮流」というタイトルでご講演を頂戴いたします。

では、末瀬先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○末瀬先生 山本先生、どうもありがとうございました。高橋会長は前座というより主講演でございまして、私が後座をするほうでございまして。前座にしたほうがよかったかなと思いますけれども。高橋先生は昨年6月から会長になられまして、私はその下で学術担当の常務理事を拝命しています。高橋先生になられてから、日歯をいかに変えていくか。もちろん今までのいいところは継承しながら、新しくチャレンジしていく。ある意味そういうチャンスでもあるかなと思います。チャレンジ、チャンス、チェンジをモットーにしっかりやっていこうと。

先生方のもとには日本歯科医師会雑誌が届いているかと思いますが、4月号から大きく変えました。すなわち表紙と共にコンテンツも変えまして、大きく高橋執行部のアピールをしようということで今やっております。一番大きく変わったのは字の大きさです。会員の高齢化に伴いまして、文字を大きくしています。5月号も発刊されております。6月号、7月号と、トップページには高橋会長の写真を使用しています。先生はプロのカメラマンです。歯科医は副業だと豪語している先生のすばらしい写真を毎回掲載していますので、ぜひ楽しみにしていただきたいと思います。

時間があまりございませんので、高橋先生は155枚のスライドを50分ほどでやられましたけれども、私は90枚のスライドを30分でやらないといけないので大変なのです。私は奈良でございまして、羽村先生も実家が奈良ということです。

日本の歯科医療というのは医療保険で成り立っているということ。これは先ほど来、高橋先生も申されたとおりです。最終的には金属で修復をするという、これが保険のルールになっております。

ところが、金属というのは、先ほどもお話がありましたけれども、いろいろな問題点があります（図1）。見た目が悪い。上のような金属のクラウンを装着して誰が喜んでいるか。ほかの歯がきれいな歯なのに、あそこに金属のクラウンを入れて、保険だから仕方がないなという思いです。それか

金属修復物の問題点

- * 審美不良
- * 複雑な操作性
- * 支台歯の破折
- * 歯質・歯肉の変色
- * 貴金属の高騰
- * 金属アレルギー

ら鑄造するという非常に煩雑な操作です。

皆さん方は学生時代にこれをやって、当時は非常に難しかった。今は慣れれば簡単かも分かりませんが、非常に煩雑な操作です。剛性が金属とは違いますから、歯を割ってしまう。

以前、私、支台築造に興味がありまして、いろいろな講演でお話させていただきまして、歯根長の3分の2、歯根の幅の3分の1の鑄造ポストを装着くださいということでお話をさせていただきましたが、そういうことを真面目にやっていただいている先生は、必ず歯が割れてしまうという残念な結果でございます。

それから、先ほどありました歯、あるいは歯肉の変色ですね。当然、金属イオンが溶出しますので、そういったことが必ず起こります。

それから、最近、特に注目されています貴金属の高騰ですね。これは本当に大変なことで、日常、臨床家の先生方は金属の価格が変わるだけで保険点数が変わる。毎月のように今まで変わってきました。

そして今クローズアップされているのが金属アレルギーの問題です。こういったところにも、やはり医科歯科連携というのは非常に大事なところではないかと思えます。

それでも金属を使うのですかということです。先ほど高橋先生からお話がありましたけれども、口を開ければ、日本人か外国人、特に中国人か韓国人、すぐに分かります。これだけたくさんの金属が入っているのは日本人だけですね。やはり金属をなくしていきたいというのが我々の思いです。

しかし、それに代わる材料があるのかということです。今、メタルフリーという言葉が出ていますが、例えば自費であれば、ジルコニアが今非常に話題になっています。保険診療の場合には、さすがにセラミックは使いませんので、日本は非常に優秀なコンポジットレジンを開発しています。保険にも導入をされるようになってまいりましたので、非常に進化しています。

ただ、保険に入る場合には、いろいろな条件があります(図2)。まず1つは、やはり価格が適正であるということ、価格変動しないということ。そしてある一定の強度が必要です。すぐに壊れても困る。ただ、これは5年がいいのか、10年がいいのか。そういったことは、まだまだこれからのエビデンスが必要なところです。

メタルフリー	
自費診療	金合金 → オールセラミックス(ガラスセラミックス、ジルコニア) 金属焼付陶材 → オールセラミックス(ジルコニアフレーム)
保険診療	インレー → ハイブリッド型コンポジットレジン クラウン → ハイブリッド型コンポジットレジン レジン前装冠 → ハイブリッド型コンポジットレジン ブリッジ → ファイバー強化コンポジットレジンフレーム
保険診療の妥当性	
価格が適正で、変動しないこと 耐久性が一定期間持続すること 操作性：再現性があること 一定の品質保証があること 安定的供給ができること(匠の技 X)	

そして操作性。特に、鑄造の場合にはどうしてもつくる歯科技工士さんの技術力というのが表れます。言葉は悪いですけども、うまい人、下手な人が出るわけですね。ですから、そういったことを医療に使っていいのかと。特に保険医療というのは最低限の医療を保障するもので、やはり国民に公平に与えなければいけないというのがルールです。それにもかかわらず、我々がやっている補綴装置というのは、出来栄のいい悪いが出ているわけ

ですね。これはやはりアナログです。いわゆる匠の技というのが、そこに出てしまうわけですね。しかし、保険の中では安定的に供給できなければいけない。ある程度の品質も保証されなければいけないというのが保険のルールです。

自費か保険かという話がよくあるのですが、昔、患者さんに、レジン前装冠を勧めるか、メタルボンドを勧めるかということで、いろいろ聞かれたときに、その特徴、利点・欠点を話されて、最後に、本当にどう違うのですかと言ったときに、先生は「やる気が違う」というふうにおっしゃったと。これは本音かも分かりませんが、そういったこともあるわけですね。日本には、保険と自費の治療というのがあるわけですから、これはうまく使い分けなければいけない。

私、高橋先生とよく話をするのですが、日本歯科医師会は何も保険団体ではありません。自費の材料もいい材料がたくさんあるわけですから、これはやはり勧めなければいけないということで、9月に敬老の日があります。そのときに、おじいちゃん、おばあちゃんにチタンの入れ歯をプレゼントしようと、そういうキャンペーンをしようじゃないかというような話もしています。

歯科医療におけるデジタル化は今どんどん進んできております。デジタルテクノロジーには多くの利点があります（図3）。これは歯科だけに限らず、医療でも多くの利点があります。可視化できる、ビジュアルで示すことができる、そして検査データも一元化できる。そして今教育の中でも、こういったことがどんどん進められています。

医療におけるデジタルテクノロジーの利点

- 1. 医療情報の可視化
検査・診断・インフォームドコンセント・教育への応用
- 2. 医療情報の統合・保存・伝達
各種検査データの共有化・迅速処理
- 3. 医療技術の均質化・高速化
材料の規格化・安全性・再現性・生産物の均質化
- 4. 医療器材の開発による侵襲の少ない治療
- 5. 医療廃棄物の減少

データとして扱いますので、統合・保存・伝達がすぐにできるわけですね。

3つ目、これは歯科医療では非常に大事だと思います。先ほど申しましたように、均質化と高速化、そして安全で再現性、誰にでも公平に与えることができる。特に補綴装置の形態、材料ですね。

4つ目は、侵襲の少ない治療ができる。そして医療廃棄物が減少する。こういったことがデジタルを進める上では非常に大きな利点だと思います。

デジタルといいましても、歯科医療では大きく2つに分かれると思います。医療情報のIT化、そして医療機器のデジタル化ということです。今日は後で大杉先生が医療情報についてはお話しされると思います。

医療情報のIT化に関して6月に改定されましたが、特にデジタルという情報通信を用いた場合の歯科診療の中には、これだけのものが新たに導入されました（図4）。

**令和6年6月診療報酬改定
情報通信機器を用いた歯科診療**

- （新設）医療DX推進体制整備加算 初診6点
- （新設）初診料（情報通信機器を用いた場合） 233点
- （新設）再診料（情報通信機器を用いた場合） 51点
- （新設）歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合） 148点
- （新設）小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合） 53点
- （新設）口腔機能管理（情報通信機器を用いた場合） 53点
- （新設）在宅医療DX情報活用加算
- （新設）歯科遠隔連携診療料
- （新設）歯科技工士情報連携加算 70点

いわゆる医療DXの推進ですね。これは国が進めている方針の中での歯科医療に関わるものです。ですから、我々もこういったものを1つずつ理解しながら算定していくことが非常に大事です。

マイナンバーカード。これも非常に賛否いろいろあるわけですが、国が方針を定めていますから、これをやらなければいけないし、また、こういったことは全員やらなければ、1人でもやらなかったらはっきり言って意味ないわけですね。患者情報を皆さんと共有するわけですから。ただ、オンライン資格が歯科はまだまだというか、ほかに比べると少し低い適用率とされています。だんだん増加してきていることは事実です。これを進めるために国もいろいろな策を練って、我々に少しでも点数をつけながら、これを進めたいという思いが見えてきているわけですね。

これを我々は患者さんにどんどん勧めていかなければいけない。これに関わっている公務員の人でも、まだマイナンバーカードを持っていない人もおられるわけですが、これはぜひやらなければいけない、

次に来るのが電子カルテです。こういったことが、現実問題としてどんどん出てきているわけです。今、監査指導という保険の中では厳しいルールもありますけれども、はっきり言って都道府県で保険の算定内容が少し異なる部分がありますが、電子カルテがどんどん進めば、そういったことが、AIを使いながら一般的になっていく、ある意味公平化されていくのではないかなと思っています。

そして、私が関係しております歯科技工に関するリモートワーク（図5）。これがITが進む中での大きな変化ではないかと思っています。規制改革の中で、CAD/CAMでのリモートワーク、あるいは複数人での共同利用、あるいは共同開設といったことが現実に出てまいりました。

歯科技工におけるリモートワークのメリット

- * 働き方の選択肢が拡大 → 働き方改革に貢献
 - ・女性歯科技工士の増加に伴い、産休や子育てでも業務が可能
 - ・介護をしながらの業務も可能
- * 歯科医療機関との綿密な連携が可能
- * 歯科医師や歯科衛生士をはじめ多領域の専門職とのコミュニケーションが可能
- * 補綴装置や矯正装置製作時の検討・相談などが情報通信で迅速に行える

利点というのは、女性の歯科技工士に対する配慮、あるいは介護しながらの業務、こういったことが挙げられると思います。あとは医療機関との綿密な連携であったり、コミュニケーション等々が、こういったリモートワークになります。

こういったことは検討会の中でいろいろ議論されておりまして、当然、日本の歯科技工士の資格を持っていること、そしてどこかの歯科技工所に勤務しているということが大事です。歯科技工を行える業務というのは一定範囲に限られる。すなわちデータを扱う、いわゆるCAD/CAMですね、そういったものに限った歯科技工と決められておりますし、また歯科技工録、昔は補綴物管理表ともいいましたが、これは3年間の保存義務がある。これは歯科技工指示書とは別のものです。こういったことが挙げられます。あるいは研修を受けることとか、届けを出すことも義務づけられているわけです。

そして一番下に書いてありますが、セキュリティの問題です。これは非常に厳しいものがあります。歯科技工所が扱うデジタルの情報というのは、患者さんの個人情報があるので

含まれております。ほかにCTとか口腔内スキャナー、また顔面の写真等がそこに入っているわけですね。ですから個人情報というのは非常に大事です。しかし、現実を見てみますと、歯科医院から歯科技工士に送られるのは、いわゆるメールに添付されたデータ。これが非常に使われているということで、これではやはりいけないわけですね。きちんとした個人情報の管理をしないといけないということです。

今回の保険改定において、歯科技工士連携加算というのが新設されました（図6, 7）。

歯科技工士連携加算（新設）	
印象採得	光学印象
歯科技工士連携加算1 50点 レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠またはCAD/CAM冠の前歯部の印象採得を行うにあたり、歯科医師が歯科技工士と共に対面で色調採得及び口腔内の確認などを行い、当該補綴物製作に活用した場合	歯科技工士連携加算 50点 歯科医師が歯科技工士と共に対面で口腔内の確認などを行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、光学印象歯科技工士連携加算として50点を加算
歯科技工士連携加算2 70点 レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠またはCAD/CAM冠の前歯部の印象採得を行うにあたり、歯科医師が歯科技工士と共に情報通信機器を用いて、色調採得及び口腔内の確認などを行い、当該補綴物製作に活用した場合	同時に2以上の補綴物・CAD/CAMインレーの製作を目的として印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算は1回として算定

歯科技工士連携加算（新設）	
咬合採得	仮床試適
歯科技工士連携加算1 50点 ブリッジ（6歯以上）または有床義歯（多数歯欠損＋総義歯）の咬合採得を行うにあたり、歯科技工士と共に対面で咬合状態の確認などを行い、当該補綴物製作に活用した場合	歯科技工士連携加算1 50点 有床義歯（多数歯欠損＋総義歯）の仮床試適を行うにあたって、歯科技工士と共に対面で咬合状態の確認などを行い、当該補綴物製作に活用した場合
歯科技工士連携加算2 70点 ブリッジまたは有床義歯の咬合採得を行うにあたって、歯科医師が歯科技工士と共に情報通信機器を用いて咬合状態の確認などを行い、当該補綴物製作に活用した場合	歯科技工士連携加算2 70点 ブリッジまたは有床義歯の咬合採得を行うにあたって、歯科医師が歯科技工士と共に情報通信機器を用いて咬合状態の確認などを行い、当該補綴物製作に活用した場合
印象採得・咬合採得・仮床試適それぞれの歯科技工士連携加算は、当該補綴物につき1項目を算定した場合、他の2項目目の追加算は算定不可	

印象採得、これはクラウンブリッジにおいて、歯科技工士さんと対面で、色調、口腔内の確認をした場合に50点で算定できるということ。一方では、情報通信機器を用いた場合には70点です。今、歯科技工士の業務拡大といったことも厚労省の検討会でいろいろ議論されていますけれども、これからは診療所に行かなくても、歯科技工所においても通信機器を用いればそういったことができるわけですし、そちらのほうが厚労省は点数を高くしているわけですね。ですから、これをどんどん推奨していくべきではないかと思います。そして光学印象が入ったということで、歯科技工士との連携加算ということが出てまいりました。

さらに、ブリッジ、有床義歯においては、咬合採得や仮床試適においても、こういった算定ができる。ここも対面の場合は50点、通信機器を用いた場合は70点ということで、通信機器を用いるほうが点数が高くなっている。これは明らかにデジタル化を進めようとしていることが見えているわけですね。

連携加算において新設されたのが、ここにあるようなもので、印象採得の場合にはクラウンブリッジ系です。咬合採得、仮床においては欠損補綴ということになってくるわけですね。

ただし、こういった施設基準は届出を出さなければいけないということが義務づけられております。これが今回の場合には極めて多いです。後ほど大杉常務からの話があると思います。

歯科技工士だけではなく、歯科衛生士に対しても、こういった口腔衛生管理ということで、デジタルを使っただけの連携ということも議論されております。

さて、デジタル化ということで、我々、歯科診療の中では多くのデジタル機器を使っています。デジタル化するにおいて、私たち歯科医師だけにメリットがあってはいけない。

一番大事なのは患者さんにメリットがあるということです。侵襲が少ない、あるいは治療時間が短くなる、保険に入れば適正な価格になっていくわけです（図 8）。

例えば昔はパノラマ 1 枚でインプラントを埋入していた。非常にストレスがあります。しかし、今は C T を使う、口腔内スキャナーを使えばシミュレーションもできる。そしてガイドを使って安全に埋入することもできる。ストレスの度合いが全く違うわけですね。歯科技工士においては CAD/CAM ということですね。非常に効率的、クリーンな歯科技工ができるということです。

デジタル化というなかでは、こういった口腔細菌の定量検査も見直されました。130 点が算定できる従来のものは、口腔バイオフィルム感染症の診断の目的。その半分の点数になったのが口腔機能低下症の診断ということで、口腔細菌定量検査の 2 は、しっかりと皆さん方が算定して、いわゆる口腔機能低下症という新たな病名ができていますから、これをどんどんしていくべきではないかと思います。

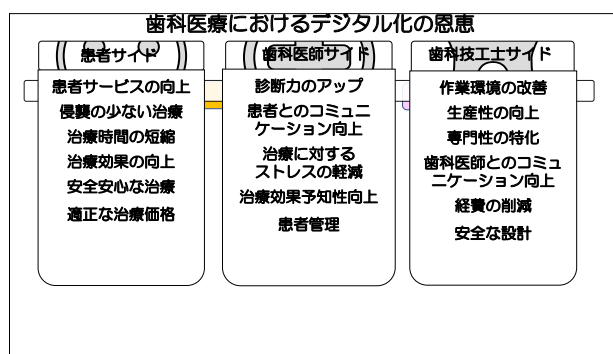
そういった中では、咀嚼能力の検査、咬合圧、あるいは舌圧という検査が入っております。この算定回数が極めて少ないと言われております。ぜひ日常臨床の中でこれを取り入れてやるのが非常に大事です。事実、口腔機能低下症という方は随分おられるのではないかと思います。

そして、なぜ今、歯科用 CAD/CAM テクノロジーなのかということです（図 9）。これは取りも直さず、最初に申しました金属修復からの脱却です。新たな歯科用 CAD/CAM も出てまいりました。新たな材料が出てきたということ、そして歯科医療の安全性、効率性、標準化。これが今、歯科用 CAD/CAM が出てきている大きな利点、メリット、役割ではないかと私は思います。

今さら言うまでもないのですが、歯科用 CAD/CAM テクノロジーというのは、スキャナー、CAD のソフト、CAM のソフト、加工装置、この 4 つの構成要素から成っています。CAD/CAM というのは自動車産業から出たわけですが、一般の工業界は CAD のソフト、いわゆる設計から始まるわけです。私たちはその前にスキャナーという部分があります。いわゆる口腔内情報を取らないと始まらないわけです。

今は模型をスキャナーする部分が多いのですが、これからは IOS を使った印象スキャナーというのが出てまいります。そこで私はあえて歯科用という言葉を入れないといけないと思っています。歯科用 CAD/CAM テクノロジー、これが我々が使っている CAD/CAM ということになるわけですね。スキャナーの部分があるということです。

日本に歯科用 CAD/CAM テクノロジーが入ってきたのは 2000 年ぐらいです。最初は



1. 金属修復からの脱却
2. 歯科医療の安全性
3. 歯科医療の効率化
4. 歯科医療の標準化

チタンを削るという、北海道大学におられた内山先生らが中心に研究がはじめられた。チタンという材料は非常にいい材料ですが、鋳造は非常に難しい。そこで、いわゆるチタンの元の材料を削り出すということから始まりました。今はジルコニアにシフトしていますが、その間には CAD/CAM 冠が保険に入ったという事実もあります（図 10）。

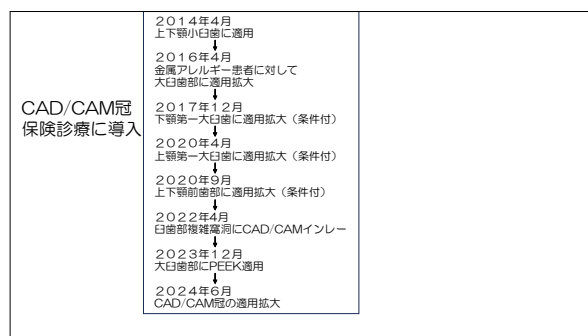
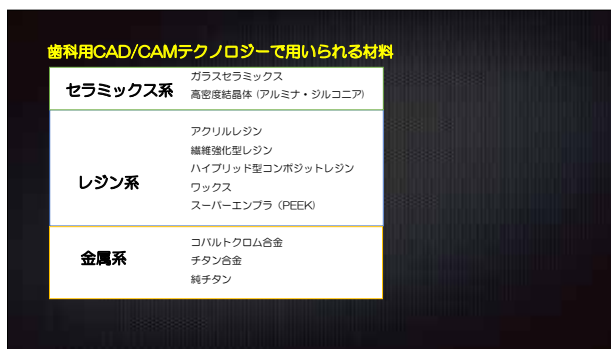
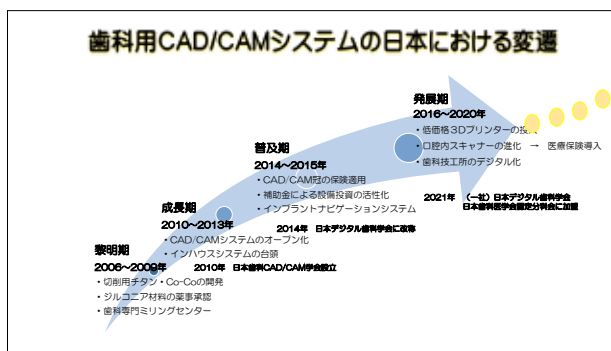
今、我々が歯科用 CAD/CAM テクノロジーで扱える材料。今まで我々が使用してきた材料が全て使用可能な材料になっています（図 11）。金合金、金パラないじゃないかと言われますが、金合金のディスクも実際はあります。前々回、ドイツでありました I D S に行ったときには金合金を削っていました。ミリングしていました。私は思わず手を出しに行って、粉を取りに行きましたけれども、それぐらい貴重なものです。誰も使いません。でも、あるのです。金パラはさすがにないです。金パラは日本しか使いませんので、これはありませんが、それ以外のものは全てあります。

さらに、最近ではジルコニア、あるいはハイブリッド型のコンポジットレジン、あるいは最近出ています PEEK といったものが、新たに CAD/CAM の材料として出てきたわけです。

保険収載されるプロセスは 3 つあります。1 つはいわゆる先進医療ルートです。そして学会からの技術提案、評価書です。これは住友会長の号令一下で本当にたくさん学会から出されています。今回も 107 の提案書が提出されまして、先ほど会長がおっしゃっていました 27 項目が優先順位として取り上げられました。これは今、非常に大事なところですから、学会からどんどん出していただきたい。ただ、研究レベルのものを出されますとなかなか通らないというか、承認もされませんし、また実際の臨床家では使えないという部分がありますので、できましたら臨床で有用な、使いやすい材料、あるいは方法を出していただきたい。

もう 1 つは、企業ルートです。これはよく期中導入と言われる部分です。これは財源が全く違いますので、高橋会長とも話して、これからどんどん進めていこうと、今 5 つほど項目が与えられているのですけれども、それを進めていこうという考えであります。

CAD/CAM 冠は 2014 年に導入されまして、これは本当に順調にと言っていると思いますけれども、新たに 6 月拡大がなされるようになってまいりました（図 12）。



2014年に入ったときには、いきなり入りましたのでびっくりしました。ありがたいけれども、大丈夫かいなと思いました。まだ当時は、歯科用 CAD/CAM テクノロジーというのがそんなに普及していなかったかも分かりませんが。でも、日本の保険制度ってすごいなと思います。こういったものが、どんどん先進医療の中に含まれてくる。口腔内スキャナーなんて、海外で言えば自費しか使っていないものですよ。非常に高いです。ところがこれが、いわゆる一般の国民皆保険制度の中で導入された。これはすごいことだと。私は世界に誇れる保険制度だと思います。

これは小白歯の CAD/CAM 冠（図 13）。今までここに金属冠を入れていたのですよ。これが CAD/CAM 冠というすばらしいものになってきた。やっと金属冠を逆転して、CAD/CAM 冠のほうが多くなってきました。これは小白歯です。残念ながら大白歯は今出たところですから、ここまでは至っていませんが、いずれこうなっていくと思います。



今さら CAD/CAM 冠と金属冠を比較するわけではありませんけれども、もちろん利点・欠点があります（図 14）。いい面・悪い面もあります。CAD/CAM 冠の場合、金属冠というのは壊れない、一生もちます。ところが、中の歯が駄目になっているわけです。CAD/CAM 冠は、確かに金属よりは弱いかもしれない。壊れるという事実、これは何か原因があるから壊れるのですよね、割れるのです。それによって歯が守られるわけですから、やはり生体側の歯を守るという意味では、CAD/CAM 冠の利用というのは非常に有意義だと私は思います。

CAD/CAM冠と鑄造金属冠の比較		
	CAD/CAM冠	鑄造金属冠
製作操作	容易（切削加工）	煩雑（鑄造）
審美性	とても良い	最悪
適合性	とても良好	良好
内部結晶構造	緻密（気泡なし）	偏析・気泡あり
咬合調整・研磨	容易	煩雑
耐久性	耐用年数あり（エビデンスなし）	ほぼ永久
咬耗・摩耗	可能性（++）	可能性（+）
破折	可能性あり	ほぼなし
保険点数	高い（安定）	やや高い（金属の相場）
歯質・歯肉の変色	全くなし	金属イオンの溶出あり
アレルギー	時にあり？（報告例なし）	金属アレルギー

これまで日本でもたくさんのエビデンスが報告されてきています。生存率と成功率というのがあります。CAD/CAM 冠は、外れても再装着できるという利点というか、そういったこともあります。そうなれば生存率は非常に高いです。大体 90% ぐらいの生存率があります。小白歯に大体 10 年たったわけです。結構長持ちしている。

今の臨床データから見えること。まだまだエビデンスは少ないですけども、10 年たって極めて良好であるということは言われます。ただ、プラークの付着が若干認められるといったことも中にはあります。症例を選択することも確かに大事ですけども、先生方が日常されるクラウン 1 個がエビデンスにつながるわけですから、どんどんそういうものを集積していただきたい。

CAD/CAM 冠の拡大、先ほどございました PEEK でございます（図 15）。昨年 1 2 月にいきなり入ってまいりました。6 番、7 番、8 番、全ての大白歯が条件なしで適用できる摩訶不思議なルールでございます。ただ、临床上ではいろいろな課題があると思います。



CAD/CAM冠 PEEK

すべての大白歯に適用可

臨床応用上の課題

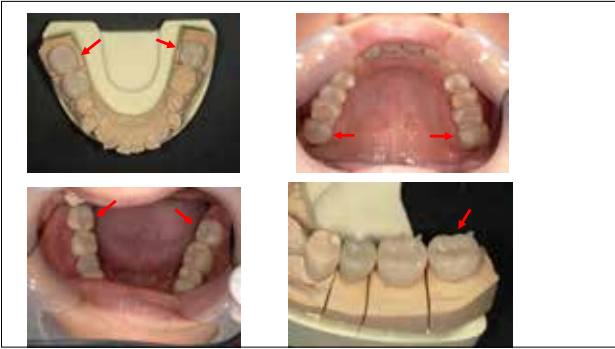
- * 色調
- * 接着性
- * 研磨性
- * テクスチャー

今ハイブリッドを使った CAD/CAM 冠の色調はすごくよくなっています。それに対して、これは 1 色です。後にも先にも、この材料は透明性は出ません。そういった意味の色調。また、接着も難しいです。MA 限定した接着剤、セメントにはよく接着するけれども、ほかのセメントには接着しにくい。それから、研磨が非常に難しい。逆に言えば、削っていきますと、柔らかいですから、毛ば立ってくるというか、最終研磨が非常に難しい。そしてテクスチャーです。表面性状ということで、これはガムにくっつくのですね。ですから、患者さんには、そういうことを言うておかないと、ガムを食べるなどとは言えませんが、「ガムはよくくっつきますよ」ということは言うておかないといけないと思います。

PEEK が導入された根拠になった論文は、広島大学の安部倉先生らが出された論文です。現在、CAD/CAM 冠の材料は 5 つのタイプに分けられています（図 16）。1 ～ 4 は今まであったハイブリッド型のコンポジットレジンですが、5 番が新たに入った PEEK です。全く性状が違います。そのことを知って使わないと、同じように使うと、とんでもないことになります。

歯槽区分	I	II	III	IV	V
適用部位	小臼歯	小臼歯	大臼歯	前歯	大臼歯
材料点数	181点	163点	316点	388点	615点
適用技術料	1200点	1200点	1200点	1200点	1200点
内面処理	45点	45点	45点	45点	45点 (必須)
無機フィラー	60%以上	60%以上	70%以上	60%以上	17~25%
ピカース硬さ		55HV0.2以上	75HV0.2以上	55HV0.2以上	25HV0.2以上
3点曲げ強さ		160MPa以上	240MPa以上	160MPa以上	180MPa以上
曲げ弾性率					5GPa以下
吸水量		32 μg/mm ² 以下	20 μg/mm ² 以下	32 μg/mm ² 以下	10 μg/mm ² 以下
無機フィラーの1次粒子径サイズ				最大径5 μm以下	
精微構造				切歯色と歯槽部色にこれらの特性を有する材料を使用	
トレーサビリティ			要	要	要
材料	コンポジットレジン	コンポジットレジン	コンポジットレジン	コンポジットレジン	PEEK

今回、6 月に改定された大白歯です。今まで 6 番まで条件つきで開放されていたけれども、7 番に開放されていなかった。しかし、7 番だって使えるじゃないかと。私たちは臨床の中でそれを観てきたわけです（図 17）。



例えば対合歯のない 7 番、あるいはデンチャーの 7 番、7 番にインプラントが装着されている 6 番、そういったものは今まで駄目だったのですね。ところが今回は、反対側の咬合状態であったり、近心の歯の咬合接触といったことがあれば、こういったことが可能になった（図 18）。これは大き



な適用拡大だと私は思います。

この適用拡大が導入される根拠になった論文は、これだと思います。私は7番にぜひCAD/CAM冠を入れてほしいということを以前から要望してまいりました。ところが、なかなか導入されなかった。東北大学の江草教授にお願いして、こういった論文を公表していただきました。

結論的に言えば、第二、第三大臼歯にCAD/CAM冠を使っても、第一大臼歯と有意な差がなかったというデータです。これは非常に貴重なデータなのですね。これが根拠になっていると私は思います。

現実には7番にCAD/CAM冠を装着していますが、全然問題ないです。

さらに、エンドクラウンというのが出ました。先ほどもお話がありましたが、非常に日本人の後方歯は高径が短いです。そういったところに活用していくという意味でしょう。これは非常にいいと思います。ただ、これはポストをつけたらだめです。これはポストクラウンになりますから、エンドクラウンではありません。ですから窩洞を利用するというのが条件です。

あと、3Dプリンターの活用。これからどんどん普及していくと思います。今、大学でもいろいろな研究もされていますけれども、いろいろな活用法があります。ただ、材料として口腔内に装着できるかどうか。薬機法の問題になってまいりますけれども、こういったものが、今どんどん開放されてきていますので、今後、大きな期待がかかっていくのではないかと思います。

そして、口腔内スキャナーです。CAD/CAMインレーに口腔内スキャナーが認められるようになりました。高齢社会と言いながら、歯科ではこんな危険なことをやっている。一步間違えば窒息死、それぐらいのことがあるわけです。これをやって誰もいい気持ちはしないわけです。皆さん、これを歯科医院でやられるのは嫌がっている。ところが、これを口腔内スキャナーで撮れるようになった。ただ、これはインレーに限るという条件です。先生方の手元に、診療所にインレー体だけが納品される(図19)。これをどのように調整していくか。非常に難しいです。

そのためには窩洞形成が非常に重要になってまいります。これが基本中の基本です。口腔内の試適をして、多分試適のときに割れる、あるいは試適をしていきなりかます、割れる。そうなったときに口腔内スキャナーが駄目だと言われるのが一番つらいです。口腔内スキャナーは頑張っています。口腔内スキャナーに責任はない。窩洞形成に問題があるわけですから、やはりここをしっかりとっていただきたい(図20)。



日本歯科医師会の生涯研修ライブラリーで、つい先般、CAD/CAM インレーの形成について公表していますので、ぜひご覧下さい。

点数がこのようについている。高橋会長が話をしていたときに、光学印象は250点で収載して欲しいなと言っていたのですが、残念ながら100点です。しかし、歯科技工士加算50点、そして形成加算が150点あります。それによって恐らく300点がついたと思います。したがって、こういったことを活用していくのも大きな利点だと思います。

アナログとデジタルの比較については今さら言うまでもありませんけれども、デジタルには非常に多くのメリットがあります。

口腔内スキャナー、世界ではたくさんのものが販売されていますし、日本にもたくさん導入されてきています。これはソフトですから、こういったものが機能(図21)としてついているもの、ついていないものかもしれませんが、自分は何に使うかということが大事なのですね。

スキャナーの優位点(図22, 23)。

口腔内スキャナーの機能

- * AI機能の搭載
 - ・上書き機能によって不要な部位を削除
- * シェードテイキング機能
- * 術後の前歯部の形態・歯列をシミュレーション
- * 時系列に撮影したデータによって口腔内(歯列)の経過観察(経年比較など)
- * 顎の側方、前方運動記録(モーション)
- * う蝕検出機能(近赤外線画像 NIRI)
- * 初診時、歯科検診時のデータの活用

口腔内スキャンシステムの優位性(1)

- 1) 印象採得時の苦痛軽減
- 2) 術者のストレス軽減
 - ①リアルタイムでの可視化
 - ②再印象(スキャン)が容易
 - ③支障のある部位のみの選択スキャンが可能
 - ④短時間で情報の保存、伝達が可能
- 3) 感染防止(医療廃棄物の軽減)
 - ①印象物の移動がない
 - ②トレーの洗浄・滅菌が不要

口腔内スキャンシステムの優位性(2)

- 5) 修復物の即日処置も可能
 - ①支台歯の汚染がない
 - ②暫間被覆冠の必要がない
- 6) 色調再現が可能(シェードテイキングが可能)
- 7) 支台歯形成の分析が可能(プレパレーションアナリシス)
- 8) バーチャルフォローアップ(口腔内の分析)が可能
- 9) データの融合が可能(フェイシャルスキャナーやCT)

これはたくさんあります。先生方は今までいろいろ見られていると思いますけれども、感染防止。石膏やワックス、印象材を使わない、トレーも使わないですから非常にいいと思います。あるいは即日処置もできるわけです。院内に歯科技工士が配置されていれば、CAD/CAM インレーは実日数1日でも算定できると思います。

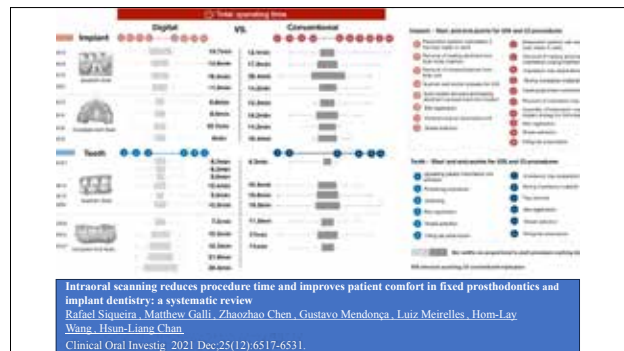
色調再現もできます。あるいは形成の分析等もできるわけですね。データですから、いろいろな形で使っていくことができる。実際の画面、ビジュアルに非常にリアルに出ます。こういった無菌顎も撮影できます。

そして何ととっても、これは喉から見ているのですね(図24)。こんなことは今までできなかった。ところが上下顎をスキャンして咬合を横から撮れば、画像を回転するだけで裏から見せる。これを患者さんに見せれば、どこにカリエスがある、プラー



クがついている、一遍に分かるわけですね。非常に喜ばれます。

こういった口腔内スキャナーに関する研究も今どんどん進んでいます。これはタイムスタディですけれども、いわゆるコンベンショナルで臨床した場合とデジタルでした場合、有意にデジタルでしたほうが短い(図 25)。あるいはこれは精度です。よく精度は大丈夫かと言われます。いろいろな口腔内スキャナーを使って精度を見ています。前歯列、前歯部だけ、臼歯部だけ。これだけ評価していきますと、臼歯部がやはり一番精度的にはいいと言われています。直線配列ですから、4番から7番までの修復物であれば、従来のコンベンショナルな方法とほとんど有意の差はないといわれています。

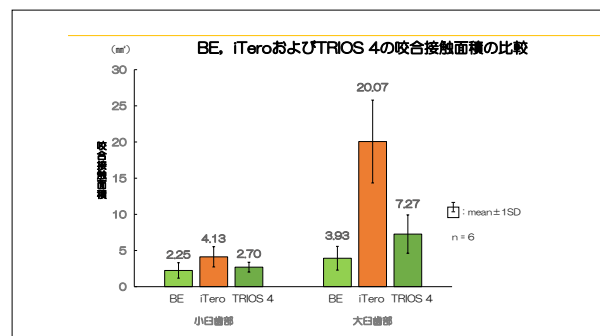


次はやはり前歯です。前歯は弯曲していますから、やはり精度的に少し劣ります。そして全歯列になると7番から7番を撮影しますが、これは7番から7番を直線的に撮影しません。やはり歯列状に沿って馬蹄形状に撮っていくわけですから、そこに少しのひずみが出て、精度が落ちる。実験ではこのようなことも報告されています。口腔内スキャナーの精度に影響する因子を図 26 にします。

口腔内スキャナーの再現性(精確性)に影響を及ぼす因子

- * スキャナーの性能
- * ソフトウェア
- * バックグラウンドの明るさ
- * 室温
- * 開口量
- * 唾液
- * 術者の経験
- * 患者・術者の動き
- * 支台歯の傾斜・高さ・配置

再現性ということでは、こういったことが問題というか、因子になります。したがって、私たちは使うときに、こういうことを十分考慮して使わなければいけない。私が1つ疑問に思ったのは、口腔内スキャナーで咬合接触を見ることができます。上下顎歯列を咬合させて横から撮るわけですが、画面上に咬合接触が左下のような写真で出る。これは本当に正しいのか。見えないところでやっているわけです。これに非常に疑問を持ちまして、左のような学会で発表してまいりました(図 27, 28)。

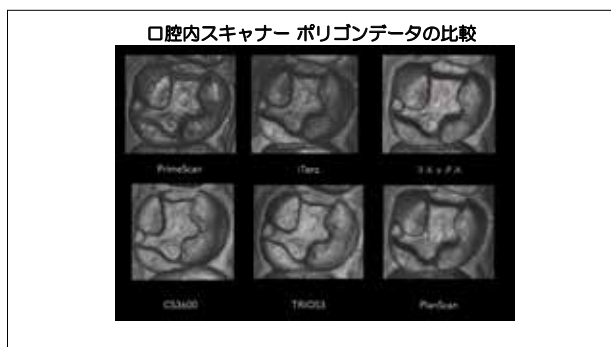


私どもの教室でやっておりました、いわゆるアド画像というか、シリコンで撮った画像の接触点と、実際にそれを比べていったということです。

実際に比べてみますと、これは非常に基本的なデータなのですが、B E というのは、

いわゆる実際のシリコンで撮ったものです。それと i T e r oあるいはT R I O Sとの比較です。小白歯あたりはそんなに遜色ない。大白歯になると機種によっては差が出てまいります。これからまだまだ検証しなければいけないのですけれども、口腔内スキャナーで撮ったときの咬合接触、極めてシビアなところですが、やはりこういった検証も非常に大事だと思います。

口腔内スキャナーによっても、やはり違います。特にこういったものをS T Lデータにしますと、ポリゴンデータではエッジの部分が非常に細かく出力されます。右のスライドのように、これは機種によって違うのです（図 29）。やはり細かいほど精度が高いけれど、細くなればなるほど、データ処理、いわゆるコンピュータに大きな負荷がかかることも事実です。ですから、できるだけスムーズなマージにするというのは当然です。

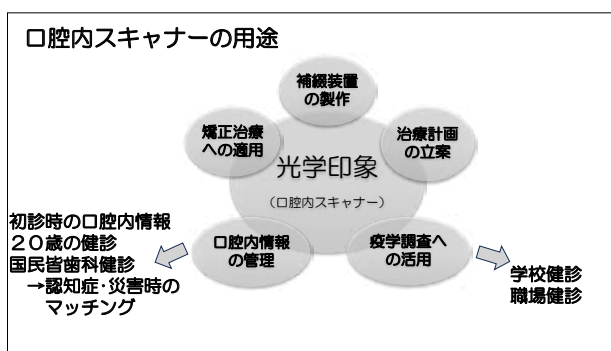


口腔内スキャナーは光学印象ですから、見えるところしか撮れないわけですね。ですから十分に注意する。

今100万円台から700万円台まで、口腔内スキャナーの価格は非常に大きな幅があります。100万、200万というのは、中国、韓国製のものが多いです。ただ、韓国は日本よりデジタルがどんどん進化していますから、決して日本より劣るということはありません。もともと日本製はないわけですが、海外のものが劣るということはなく、いろいろな幅があります。先ほど申しましたように、先生方が何に使うかということが大事なことです。車でも全てフル装備の車を使っても、使いこなせない部分があります。非常にもったいないところです。ですから、インレーやクラウンだけの印象をするのであれば、200万ぐらいで十分再現ができるということでもあります。

国産品が先日の某学会で出展されていました。この口腔内スキャナーは以前からも販売されていましたが、あまり操作性がよくなかったので、今回新たに改良されてあるものに特化して開発されていますし、それに対応しなければいけないということになるわけですね。ですから、先生方は自分が何に使いたいかが非常に大事です。

口腔内スキャナーは、現在では補綴装置を製作する、あるいはインプラント、矯正治療にも使われていますが、初診時の口腔内情報は今までスタディモデルをつくるためのスナップ印象をしていました。これを口腔内スキャナーで撮る、あるいは「はたちの健診」、すなわち全歯列の永久歯がす



べて萌出した健全な歯列の時点で全部データとして保存する。これからの国民皆健診に使うということが非常に大事です。その後の経過観察、欠損が出れば、元のデータを用いて

修復処置などを行う。あるいは認知症や災害時の身元不明者の検出（マッチング）にも活用できます。今は指紋とかカルテなどで行われていますけれども、そんなことをしなくてもマッチングすれば容易に検出できるわけですね。これは国の施策としてぜひ取り上げていただきたい（図 30）。

それから、学校健診・職場健診です。これに使うことによって疫学調査に使えるわけです。ソフトを開発するだけで、欠損であったりカリエスであったり、そういうことが全部検出されるわけですから、こういったことをぜひ進めていきたいと思っています。

以前に、某大学で口腔内スキャナーを用いた歯科健診を行いました。学生さんは非常に喜びます。自分の口の中がすぐに見ることができるわけですから理解してくれます。デジタル化された歯科医療はこれからどんどん進化していきます。日本の保険診療にこれがどんどん入り込んできているわけですから、我々それを大事に育てていく、そういったことも非常に大事ではないかと思えます。

ちょっと時間を延長して申し訳ございませんでした。本来は、大杉先生が先に保険診療の改訂の概要について話された後、私が話をさせていただいたほうがよかったのかも分かりませんが、最後に締めていただくのは大杉先生でございますので、よろしくお願いします。どうも御清聴ありがとうございました。

○山本座長 末瀬先生、どうもありがとうございました。末瀬先生は、特に日歯常務理事とともに、日本デジタル歯科学会の理事長でいらっしゃいますから、今回、保険の大きな目玉でございます医療DXの展望、またIOS、口腔内スキャナーを含めましたCAD/CAM インレー等の注意点について非常に詳しくお話しいただきました。大変勉強になったと思います。どうもありがとうございました。

「令和 6 年度診療報酬改定について」

大杉 和司先生

○山本座長 それでは最後に、同じく日本歯科医師会常務理事の大杉先生から、「令和 6 年度診療報酬改定について」ということで御講演を頂戴いたします。

大杉先生の御略歴は抄録集の 7 ページにございます。岐阜歯科大学を御卒業後、数々の役職を経られまして、昨年まで三重県歯科医師会の会長を務め、昨年 6 月から日本歯科医師会の常務理事をお務めでございます。

では、大杉先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○大杉先生 会長も末瀬先生もおっしゃりたいことがいっぱいあり過ぎて、時間がかなりおしていますが、高橋組の中で社会保険担当常務理事をしています大杉といいます。よろしくお願いいたします。

84 団体の方々が入ってみえる日本歯学系学会協議会におかれましては、2003 年の設立趣意書にあり、抄録にも書かせていただきましたが、歯学研究の推進と普及、国民の健康と福祉の向上を図ることを目的に掲げられ、いろいろな御助言を頂いていること、本

当にありがたく思います。

それでは、残り少ない時間ですけれども、走っていきますので、よろしくお願いします。

令和6年度診療報酬改定のキーポイントということで全般にお話をさせていただきます。今、高橋会長、末瀬先生からもかなり述べられていますので、そこら辺は飛ばしながらいきたいと思います。

本当に大ざっぱですけれども、診療報酬改定です。今回、0.88という財源がつきました。これに関しても、当初財務省が財政審の中で、マイナス改定であるということを言われてかなり厳しい状態だったのですけれども、日本歯科医師連盟及び日本歯科医師会がかなり頑張りまして、プラス改定を勝ち取ったところであります。ただ、その0.88の中には、賃上げ加算のプラス0.61がひもづけられており、入院時の食費の見直しということでも、これは20年見直していなかったのですけれども、0.06がひもづけられて入ってきました。また、生活習慣病を中心とした医科のほうで管理料とか処方箋料の再編ということで、マイナス0.25、都合0.42が全体的にひもづけされたところであります。

このプラス0.61に関してベースアップ評価料ということで、新規についてきたということです。歯科においては、この0.42を除いた中の0.46%が本体についてきたわけですけれども、1:1.1:0.3を維持し、その結果で0.57という改定予算がついたところであります。この0.57の中でも、40歳未満の勤務歯科医師や事務担当者、あと歯科技工所に従事する人たちに関してプラス0.28賃上げしなさいよということで、ひもづけられたということです。こういう予算の中で、いろいろな形をつけてきたということになります。

賃上げの概要ですけれども、ステップ1が0.61%全体に係る賃上げ。ステップ2が0.28%という歯科の中でのもの。ステップ3が、その残りの部分でいかに財源を配分するかということでもあります。

ステップ1に関しては、歯科衛生士さん、歯科技工士さん、歯科助手さんに対して行うことになります。政府としては、令和6年度にベア2.5%、令和7年度にベア2.0%の実現に向けて、医療機関等の過去の実績をベースにしつつ、さらに今般の診療報酬改定による上乘せの点数、賃上げ税制等を活用して政府目標値を目指すことになります。

診療報酬による賃上げは2.3%の想定であります。全従業員さんの給料の中で2.3%上げるには、初診料で何点、再診料で何点、それ以外のところで、訪問診療で何点上げる必要があるかを計算したところ、初診料で10点、再診料で2点、訪問診療1で41点、訪問診療2、3で10点つけることになりました。

そのシミュレートです。どのような分布になるかということですが、大体2.3が中央値になりながら、それよりも上の方々、下の方々がいることも踏まえてシミュレートされたということでもあります。

我々は、上の方々はもらい過ぎの形になりますけれども、下の方々はもらい過ぎじゃない、足りないというところで、ここのところを何とかしてという話をさせていただきました。ただ、保険者からすれば、もらっているところも何とかしろよという話が出てくるわけです。

設定を細かくすればするほど中央値に近づく反面、煩雑になり過ぎるということで、一番下の半分にも満たない、1.2にも満たないところの方々を何とかするという形で今回折り合ったところであります。

その1.2までの方々に対して、さらに上乗せして評価をする形にしました。ただ、この1.2までの方々は527施設中で59施設ですので、全体の11.2%ということで、10人中1人か2人が一番下のところに入ることになります。

2つ目の補てんとなる評価料がこの図になります。

0.28%の賃上げに関しては、40歳未満の勤務の歯科医師さん、事務職員さん、歯科技工所で働く方々を対象とするものです。大学の関係の方も、40歳未満の方はたくさんいると思いますけれども、その方々に対する賃上げということになってきます。

9月の中医協における歯科議論では、初・再診料で過去3回連続して歯科は上がっており、今回も感染に関することを理由に賃上げをすることはなかなか厳しいという意見を頂いていたのですが、我々は、コロナが昨年5月に5類に下がったにもかかわらず、それにもまして以前よりも厳しい感染対策を行いながら歯科医療を提供しているという自負のもと、標準的な感染予防をしっかりとしているということ。あと医療機関の職員や技工所で従事する人たち全てに賃上げが行き渡るようにするには、初・再診料しかないでしょうということで、苦渋の判断の下、初再診料に3点、再診料に2点をつけてきたところです。

また、歯科技工士さん等に関しては、つくるものに関して大幅な点数アップを持ってきたところでありまして、支台築造、金属歯冠修復等々に、持ってきたところでありまして。

ここで1つポイントになるのは支台築造ですけれども、メタル項目よりもファイバーポスト項目のほうが点数が上がっている。将来にわたってメタルレスに行くのかなということを暗示しているところでもあります。

有床義歯に関しても、今まで5点、10点しか上がりませんでした。ところが今回、30点から236点と大幅に上がっております。これはスルフォン床との折半になったわけですが、何とかレジン床も点数を上げていきたいということです。今、総義歯が2,420点になっていますけれども、スルフォン床が2,500点で、何とか将来に向けて総義歯はまだ上げていきたい方向性を示唆しています。レジン床に関しては36万床ぐらいあるのですが、総義歯がその6分の1の6万床、スルフォン床に関しては5万3,000床、総義歯が1万1,000床と少し多い状態になっているところでもあります。

残りの0.28%に関して、貴重な財源ですので、できるだけ伸びしろのあるところに高齢社会を見据えて配点してきたところでもあります。

今回、大きいポイントとして施設基準の問題。人材がいらないから手挙げできないところに関して、大学や大規模の基幹病院と異なり、一般開業医には問題になってくる。先ほど高橋会長の話にもありましたが、衛生士さんがいなくても結構あります。そこら辺のハードルを下げるという意味で、か強診、外来環に関して施設基準の問題をクリアにできたということになります。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を名称変更して口腔管理体制強化加算（口管強）

という形にしました。かかりつけ歯科医ということは、かかりつけ歯科医をしているのであれば、保険者さんのほうから、かかりつけ歯科医のメリット感、利益を得たいということなのですが、歯科は行ったところがかかりつけ医でしょうということで何の優位性もないじゃないということを言われればなしでしたので、そうではないのだよと。我々は、幼少期から高齢期まで、ライフコースに応じた管理を行いながら、きちんと診ていくのだよと。ですから、そういうことで評価立てをしていただきたいという論理に変えていきました。

訪問歯科診療に関して、か強診の施設基準にあった、連携と実績が要するというところから、体制が確保されていればいいということで、ハードルを下げました。実際に、町の中で訪問診療に行くのは難しいということはいっぱいあるのですけれども、そういう方々にも算定できるような体制を組んだということになります。

ただ、小児の口腔機能管理に絡む研修要件等が増えてきておりますけれども、そういう形でしっかりとライフコースを診ていくということになります。

とにかく訪問診療によるハードルを下げた。かつ経過措置もつけながら、口腔機能管理に関しては、1年間のうちにそこまで達すればいいよということです。

口管強に関しては、小児の口腔機能管理料と口腔機能管理料があるのですけれども、これを指導と管理と訓練に分けました。指導管理とリハビリテーションという形に分けました。小児の口腔機能管理料100点。100点を管理と指導に分けたので、歯科口腔リハビリテーション料3の新設を行いました。

口腔機能発達不全を有する18歳未満の患者さんに50点、月2回。口腔機能低下を来している患者さんに50点、月2回という形で取ってきました。小児口腔機能管理料100点がありましたけれども、口唇閉鎖力で100点、舌圧検査も小児の中に入れてきました。小児の管理料プラスリハビリテーションということで、通常的口管強を取っていない医療機関においても、10点から60点のプラスになっているということでもあります。

施設基準を取っているところは口管強の50点が入ってきますので、さらにアップの増点になりまして160点から210点ということで、60点から110点の増点になっていることになります。

先ほどの高橋会長の挨拶の中にありましたけど、保険は学問で、少しずつ積み重ねていけば、増点になるということになります。口腔機能管理料も同じような点数づけになっております。160点から210点と、60点から110点上がる状況になっております。

舌圧検査等も、3か月に1回、舌接触補助床も入れられるようにしてきました。口腔機能発達不全が疑われる患者に対しても算定可であります。

歯科衛生士さんも、カリキュラムの中で今は単なるプラーク除去ではなくて、口腔の状態や生活習慣などを踏まえた歯科保健指導の実施について教育が行われているので、当然、教育も実習もやっているのです、そこのところに点数づけをしても何ら問題ないでしょうということで、これはかなりの点数づけになるのですけれども、10点を入れてきたということです。

う蝕に関しても、指導と管理と処置と分けたということになります。

根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料30点を新設し、残念ながらフッ化物歯面塗布のほうは30点ずつ減点しましたが、よく見ていきますと、トータル的には65歳以上、あと訪問診療にも算定できるようにさせていただきましたし、フッ化物歯面塗布処置、機械的歯面処置に関しては、それぞれ別途算定可能としました。また、根管強の施設基準を取っているところには、毎月48点算定可とさせていただきました。

根面う蝕に関しては、毎月の根面う蝕管理料が取れるのでプラス30点が入ってきます。根管強を取っているところには、それに根管強加算も入ってくるので、1か月目が48点、2か月目が150点プラス、3か月目が78点、4か月目が120点と、それぞれ大幅アップになってきますので、大学、基幹病院の方々も、しっかりとう蝕に関しても管理していただければと思います。

エナメル質に関しても同様のことが言えるようにさせていただきました。毎月の管理料のプラスが出てくるということでもあります。また、根面う蝕に関してとエナメル質う蝕に関しては病態が違うので、両方を同時に算定できるでしょうという形で我々は考えておりますので、さらなる増点になろうかと思えます。

医療安全に関する問題に関しましては、コロナウィルスのところから波及してきましたけれども、医療安全と感染対策の事項を2つに分けながらしていくようにしました。今まで外来環は両方で1つになってきて、なかなか算定しにくいということで医療機関の半分ぐらいしか施設基準の届け出がなかったのですけれども、AEDを安全のほう、口腔外パキュームを感染のほう。さらに、医療安全のほうには、インシデント、医療事故に対する対策をきちんとするというので、感染対策装置器具等の設備、人的配置を考えたことになります。

ですので、外来環は廃止しましたけれども、医療安全対策と感染対策に向けて。さらに感染対策は通常の感染と、もう一步、感染症に対する対策に分けたということになります。そこで分けたのですけれども、安全対策に関しては12点、外来環の感染対策では12点。従来の23点から24点ということで1点増えた。再診料に関しても3点から4点と1点増えました。それぞれ1点、1点なのですけれども、積み重なれば大きくなります。

歯科外来感染環境対策加算2のほうですけれども、もう一段高いところ。本当はここに、もう少し点数をつけて、基幹病院の方々、コロナウィルスのときに診られなかった方々、患者さんがちょっと行くのをためらわれたところをきちんとゾーニングしていただきながら、感染対策をしていただきながら、そのところに評価をもっと持っていくたかったのですけれども、それに関しては次期の課題ということになりますが、形づくりはできましたので、次回はそのところに、もう少し点数づけを持っていきたいと思っているところでもあります。

あと、学会からの保険収載です。先ほど末瀬常務理事のほうからもありましたけれども、新規技術に関しては、医療技術評価提案からの保険収載があります。また保険外併用療養費制度の評価療養の中の先進医療の中から持ってくるものがあるのと、企業等から入って

くる、この3つの保険収載があるということです。

保険外併用療養費制度に関しましては、自費診療が入ると全部自由診療になってしまうのですけれども、この3つの評価療養、患者申出療養、選定療養に該当するものに関しては、その部分だけ自由診療で頂くという形になっています。評価療養の中の先進医療の中で、保険を見据えながら、きちんと開発していくということになります。

あと、企業からの問題ですけれども、A、B、C、Fということで、企業からの評価ということで挙げていくところがあります。今回入ってきたPEEKに関しては、C1のところから新しい機能で入ってきます。できたら、開発されたところを、新しい評価の中でどんどん出してきていただければ、保険収載が改定率とは関係なくできますので、できればしていただきたいと思います。これは年4回のチャンスがあります。医療技術評価提案に関しては2年に1回ですけれども、かなりチャンスが大きいですので、学会等、いろいろな発明等をしていただきながら、国民に資するものをどんどん入れていただければと思います。

今回、医療技術評価提案に関しては、104提案のうち、先ほどもありましたが、27項目がありました。一番大きいのは、やはりCAD/CAM冠の話になろうかと思います。また、日本歯周病学会のほうからは結合組織移植術、歯内療法学会等にはニッケルチタン等々、27あるところです。

広範囲顎骨支持型装置埋入施術・適応イに関しては、これも口腔外科学会等から、嚢胞についてもやはり入れたほうが良いだろうということで提案をいただき、今回、顎骨嚢胞等が入ってきたところです。

通信情報機器を用いた歯科オンライン連携ですけれども、これは歯科遠隔連携診療になりますが、これも日本口腔腫瘍学会、日本口腔外科学会ということで、基幹病院、高次の医療機関と1・2次の医療機関を結び、連携しながらオンラインでしていくことの評価が入ってきたということになります。

結合組織移植術に関しては、成功率も高く、きちんと根面被覆もできるという形で入ってきたことになりまして、障害児における幼保・学校への情報提供料に関しても、主治医が、幼稚園や保育園、学校等に関して、学校生活を送るための口腔内の状況等をきちんと学校医とか学校に上げれば、それなりの評価をいただくことになります。

小児の舌圧検査等も入ってきました。

また、日本補綴歯科学会からはフレンジテック等の話も入ってきました。

先ほど末瀬常務のほうからもありましたけれども、CAD/CAMインレー修復に対する光学印象に関しては、難易度としては、装置の扱いに熟練する必要があるということと、装置が高価であること等が挙げられました。点数は学会からは90点だったのですけれども、ここも将来的に見越して、厚生労働省も頑張ってください、90点でなくて、3けたは必要だろうということで100点を出していただいたところです。

また、先ほどCAD/CAMの形成は難しい、そこにポイントがあるということで、そこに150点もつけてきていただいたということです。

メタルインレー、C A D / C A Mインレー、1 6 0 点、3 0 9 点だったのですけれども、今回いろいろな要素が入りました。実は修形の除去も入ってきました。セメントも何とか3 8 点という形で点数が増えて、今回5 4 7 点まで伸びることになります。1.5 倍から2 倍近くになりますので、こういうことも積み重ねていただければよろしいかと思います。

また、第一、第二大臼歯、C A D / C A Mに関しても要件を緩和していただきました。要件は緩和していただいているのですけれども、これも基本的には日本補綴歯科学会の先生方のゴーというサインが出ないとなかなか入ってきません。そういう中で、今回のところで、6、7 インレーを両方するときはどうするのか、運用でオーケーとするのかというのいろいろありますけれども、少し細かく出していただければありがたいと思うところです。

エンドクラウンに関しては、先ほどありましたけれども、大臼歯6、7、8 番、単冠で補綴処置が認められるようになります。

P E E Kに関しては色調、研磨等の問題はありますけれども、第一、第二、第三大臼歯に拡大されております。前装冠ブリッジも医技評から入ってきております。これは生活歯歯冠形成が3 4 0 点、失活歯歯冠形成が3 0 0 点と大きく加算できるようになってきております。

接着カンチレバーも入ってきました。

また、接着って日本はすごくいいと思うのですけれども、なかなかそれに見合う点数がついてきていない。使えば使うほど赤字になってきているというところがありますので、どうか学会の先生、新規の開発されたことに関しては、かなりの評価を得ていただきながら、していただければと思います。

今回、そこの点が自動練和型に限定されていますけれども、何とか3 8 点という形でついてきたところであります。

また、今回、回復期リハビリテーション病棟の高齢者患者に、8 割、何らかの問題があると。そのうち3 1.5 %は重度の障害であったということがあります。また、口腔機能障害の内容を見ると、義歯の問題が最も多く、中等度、重度と、4 6.7 %、3 1.8 %と物すごく大きくあるところです。

また、その病院に入った流れを見ていくと、誤嚥性肺炎で再度大きい病気が発生しているということになります。ここで誤嚥性肺炎がこれだけ出ているのであれば、回復期、慢性期で歯科医が活躍する場は絶対にあるということですし、何とかそこをしたいということで、今回、回復期等口腔機能管理計画策定料3 0 0 点、また管理料ということで2 0 0 点をつけてきました。

回復期病棟等とは、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、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者さんですので、なかなか市中病院の中で歯科が入ってくるところは少ないのですけれども、歯科があるところは今後大きく伸びていただけるのではないかと思います。また、ここにおいては回復期等専門的口腔衛生処置も1 0 0 点、月2 回取れるようになりました。

病院のほうからも、回復期リハビリテーション病棟入院料に関しては、歯科医療機関に

本当に大ざっぱになりましたけれども、全体的に説明をさせていただきました。御清聴ありがとうございました。

医療従事者の賃上げの概要について（対象職種）

【ステップ1】

○ 今年の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションにおける看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+0.61%の改定

【対象職種】

薬剤師、保健師、助産師、看護婦、准看護婦、看護補助者、理学療法士、作業療法士、医療記録士、言語聴覚士、放射線技士、**歯科衛生士、歯科工士、歯科医療補助者**、診療放射線技師、診療工学的検査技師、臨床検査技師、臨床検査士、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、職業治療士、あん摩マッサージ指圧師、はり師・きゅう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医療事務作業補助者。その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

令和6年度診療報酬改定における賃上げの概要

5

中医協資料より

○ 令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現に向けて、

① 医療機関等の過去の実績をベースにしつつ、更に

② 今般の報酬改定による上乗せ点数（加算措置）の活用

③ 賃上げ税制の活用

を組み合わせることで、達成を目指す。

診療報酬（0.61%）で対応する賃上げ率は、
対象職種賃金の**2.3%**と想定

令和6年度診療報酬改定率について

2

診療報酬

+0.88%

※1 うち、※2~4（+0.42%）を除く改定分 +0.46%

各科改定率 内科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科
技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む

※2 賃上げ加算
看護職員、病院薬剤師、リハビリ専門職、看護補助者等の医療関係職種
（上記1を除く）について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア
+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 入院時の食費の見直し +0.06%

※4 うち生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化
▲0.25%

令和6年度診療報酬改定における賃上げの概要

3

診療報酬改定賃上げの概要

ステップ1 0.61%による賃上げ
(新) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料
賃上げ促進税制

ステップ2 0.28%程度による賃上げ
基本診療料のアップ
製作技工物のアップ

ステップ3 0.29%からなる
貴重な財源の配分

医療従事者の賃上げの概要について（対象職種）

4

厚労省セミナー資料より

【ステップ1】

○ 今般の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

① 病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療
関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+0.61%の改定

【対象職種】
薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、医療情報士、医療機器士、
義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科放射線技師、診療放射線技師、診療工技士、診療工技師、臨床検査技師、
臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、薬剤師、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、児童科
学士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医療事務作業
師等、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

令和6年度診療報酬改定における賃上げの概要

9

診療報酬改定賃上げの概要

ステップ1 0.61%による賃上げ
(新) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料
賃上げ促進税制

ステップ2 0.28%程度による賃上げ
基本診療料のアップ
製作技工物のアップ

ステップ3 0.29%からなる
貴重な財源の配分

0.28%賃上げに向けた初・再診料の評価の見直し

10

【ステップ2】

② 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上
げに資する措置として、+0.28%の改定

【対象職種（想定）】
40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、
事務職員、
歯科技工所で従事する者 等

0.28%賃上げに向けた初・再診料の評価の見直し

11

初診料・再診料の引き上げ

歯科診療にかかる評価について、
標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要があること、
医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、
初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

1 歯科初診料 267点 (+3点)

1 歯科再診料 58点 (+2点)

2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 291点 (+3点)

2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 75点 (+2点)

技工関連の新設、増点項目等について

12

◆支台鑲造（1歯につき）

1 固定法
イ マタルコアを用いた場合
(1) 大白歯 181点 (+5点)
(2) 小臼歯及び前歯 155点 (+5点)
ロ ファイバーポストを用いた場合
(1) 大白歯 211点 (+15点)
(2) 小臼歯及び前歯 180点 (+10点)

◆金歯歯冠修復（1個につき）

1 インレー
イ 単純なもの 192点 (+2点)
ロ 複雑なもの 237点 (+3点)
2 4分の3冠（前歯） 372点 (+2点)
3 5分の4冠（小臼歯） 312点 (+2点)
4 全部金歯冠（小臼歯及び大白歯） 459点 (+5点)

◆根面被覆（1歯につき）

1 根面被覆によるもの 195点 (+5点)

◆高強度硬質レジンブリッジ（1装置につき）

2800点 (+200点)

◆歯科技工士連携加算1（新設）（印象採得、咬合採得、仮床試戴）50点

◆歯科技工士連携加算2（新設）（印象採得、咬合採得、仮床試戴）70点

◆光学印象（新設）100点 ◆光学印象歯科技工士連携加算（新設）50点

◆有床義歯（1床につき）

1 局部義歯（1床につき）
イ 1歯から4歯まで 624点 (+30点)
ロ 5歯から8歯まで 767点 (+35点)
ハ 9歯から11歯まで 1042点 (+70点)
ニ 12歯から14歯まで 1502点 (+100点)
2 総義歯（1顎につき） 2420点 (+236点)

◆鑲造鈎（1個につき）

1 双子鈎 260点 (+5点)
2 二重鈎 240点 (+5点)

◆線鈎（1個につき）

1 双子鈎 227点 (+3点)
2 二重鈎（レストつき） 159点 (+3点)
3 レストのないもの 134点 (+2点)

◆コンビネーション鈎（1個につき）

246点 (+10点)

◆磁性アタッチメント（1個につき）

2 キーパー付き根面被覆を用いる場合 550点 (+200点)

診療報酬改定率と賃上げについて 13

診療報酬 +0.88%

※1 うち、※2～4 (+0.42%) を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科	歯科	調剤
	+0.52%	+0.57%	+0.16%

※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工等に従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む

歯科 +0.57% (賃上げ分を含む) = 貴重な財源

できるだけ、伸びしろのあるところに、高齢社会も見据えて

主な施設基準の届出状況 14

R04 歯科医療機関数 (69,807件)

	届出数 (R04)	取得率 (%)
か強診	11,795	16.9
外来環1	33,016	47.3
歯CAD・CAD/CAMインレー	57,726	82.7
ク라운・ブリッジ維持管理料	68,656	98.4

中医協資料より作成 (R04.7.1報告時点)

都道府県別各施設基準の届出状況グラフ (R05.12.1)

都道府県によって施設基準の届出に差異があります。基礎点が大きく増えますので、届出できるが医療機関は、お願いします

か強診から口管強への変更に伴う諸事項について 15

六の二の三 要 施設基準

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

名称変更

六の二の三 小児口腔機能管理料の注3に規定する

口腔管理体制強化 (口管強) 加算の施設基準

(4) 口腔機能管理に関する実績があること。

小児口腔機能に係る研修要件追加

※システムにおける研修動画を作成

(5) 次のいずれかに該当すること。

イ・ロ (略)

ハ 在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 (か強診) の施設基準の届出の障壁となっていた、歯科訪問の実績又は依頼に関する項目が、連携体制の確保と要件が緩和された。

【経過措置】
令和6年3月31日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

口管強加算について 16

口腔管理体制強化加算 (口管強)

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

要 施設基準

小児口腔機能管理料
口腔機能管理料

指導管理と訓練に分ける

指導管理
リハビリテーション

注3 口腔管理体制強化加算 50点の加算要件が追加
注5 情報通信機器を用いて行った場合の53点が追加 (過去に同項目を算定した患者に限る)

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 17

口腔管理体制強化加算 (口管強) でない歯科医療機関

小機能・口機能の体系変更

小児口腔機能管理料 100点 → 60点 (-40点)
口腔機能管理料 100点 → 60点 (-40点)

歯科口腔リハビリテーション料3の新設 (1口腔につき) (※)

(新) 1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合 50点 (月2回に限り)
(新) 2 口腔機能の低下を来している患者の場合 50点 (月2回に限り)

改定前

小児口腔機能管理料 100点 (月1回)

改定後

小児口腔機能管理料 60点 (月1回)
+
歯科口腔リハビリテーション料3 50点 (月2回に限り)
合計 60点 + 50点 or 100点
= 110点 or 160点

小児口腔機能検査100点

舌圧検査140点

小機能の診断に、舌圧検査が加わった

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 18

口腔管理体制強化加算 (口管強) の歯科医療機関

改定前

小児口腔機能管理料 100点 (月1回)

改定後

小児口腔機能管理料 60点 (月1回)
+
歯科口腔リハビリテーション料3 50点 (月2回に限り)
+
口腔管理体制強化加算 50点
= 160 or 210点

口管強の歯科医療機関は、大幅な増点

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 19

口腔管理体制強化加算 (口管強) でない歯科医療機関

改定前

口腔機能管理料 100点 (月1回)

改定後

口腔機能管理料 60点 (月1回)
+
歯科口腔リハビリテーション料3 50点 (月2回に限り)
合計 60点 + 50点 or 100点
= 110点 or 160点

舌圧検査140点

口腔管理体制強化加算 (口管強) の歯科医療機関

小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料における加算
口腔管理体制強化加算 (口管強) 50点

改定後

口腔機能管理料 60点 (月1回)
+
歯科口腔リハビリテーション料3 50点 (月2回に限り)
+
口腔管理体制強化加算 50点
= 160 or 210点

・舌接触補助床 (PAP)
新たに製作した場合2500点
旧義歯を用いた場合1000点
に口腔機能低下症等の患者で
発音・横唇障害を有するものを追加

D012 舌圧検査 (1回につき) 20

舌圧検査 (1回につき) 140点 (3月に1回)

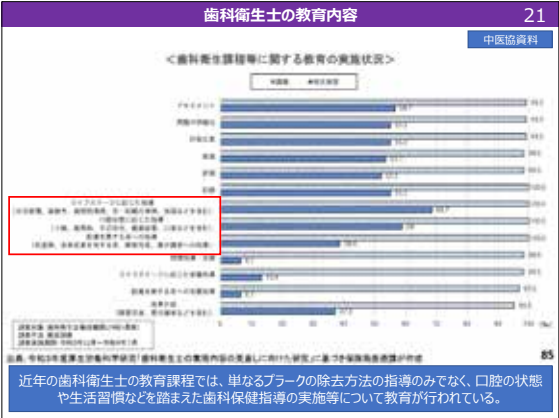
<D012 舌圧検査の告示>

注1 舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する

注2 注1の規定にかかわらず、舌接触補助床又は頸補綴を装着する患者若しくは広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して、舌圧測定を行った場合は、月に2回に限り算定

・口腔機能の発達不全が疑われる患者に対しても算定可

※舌接触補助床を装着した患者に対する舌圧検査を評価する



実地指の要件変更 22

近年の歯科衛生士の教育課程では、単なるプラークの除去方法の指導のみでなく、口腔の状態や生活習慣などを踏まえた歯科保健指導の実施等について教育が行われている。

B001-2 歯科衛生実地指導料

1 歯科衛生実地指導料1	80点
2 歯科衛生実地指導料2	100点

新設 **口腔機能指導加算 +10点**

注3 1及び2について、口腔機能発達不全又は口腔機能低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合、口腔機能指導加算 10点を加算

文書に当該指導の内容を記載
主治の歯科医師は、歯科衛生士に行った口腔機能に係る指示内容等の要点を診療録に記載

歯科口腔リハビリテーション科3で行う指導・訓練の内容と重複する場合、口腔機能指導管理加算は算定不可。

文書提供は3月に1回 ➡ 6月に1回へ変更

口管強加算とう蝕の重症化予防の関係性 23

要 施設基準

口腔管理体制強化加算（口管強）

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

う蝕の重症化予防

➡ 指導管理と処置に分ける

➡ 指導管理

➡ フッ化物歯面塗布処置

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進 24

(新) B000-12 根面う蝕管理料 30点 月1回限り **根C管**

(新) B000-13 エナメル質初期う蝕管理料 30点 月1回限り **Ce管**

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）（エナメル質初期う蝕管理加算は廃止）

改定前	改定後
1 う蝕多発傾向の場合 110点	1 う蝕多発傾向の場合 110点
2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 110点	2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 80点
3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 130点	3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 100点

根面う蝕管理料
・歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65歳以上のものに限る。）
・歯科訪問診療料の算定患者で、初期の根面う蝕に罹患しているものが対象
当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成しその内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に限り算定可能。
・同日にフッ化物歯面塗布又は機械的歯面清掃処置を行った場合は、それぞれ別算定可能。
・患者等に対し、説明した内容の要点を診療録に記載

➡ 上記両項目とも、口管強加算として48点が毎月算定可能

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 25

口腔管理体制強化加算（口管強）でない歯科医療機関 **要 施設基準**

改定前	改定後
根面う蝕 F局 110点（3月1回） 歯清 72点（2月1回） (182→0→72→110) 1ヶ月 2 3 4	根面う蝕F局 80点（3月1回） 根面う蝕管理料 30点（各月1回） 歯清 72点（2月1回） (182→30→102→110) 1ヶ月 2 3 4 +30 +30

口腔管理体制強化加算（口管強）の歯科医療機関

改定前	改定後
根面う蝕 F局 110点（3月1回） 歯清 72点（2月1回） (182→0→72→110) 1ヶ月 2 3 4	根面う蝕F局 80点（3月1回） 根面う蝕管理料 30点 歯清 72点 口管強加算 48点（各月1回） 【口管強】(230→150→150→230) 1ヶ月 2 3 4 +48 +150 +78 +120

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 26

口腔管理体制強化加算（口管強）でない歯科医療機関 **要 施設基準**

改定前	改定後
エナメル質初期う蝕 F局 130点（3月1回） 歯清 72点（2月1回） (202→0→72→130) 1ヶ月 2 3 4	初期う蝕F局 100点（3月1回） エナメル質初期管理料 30点（各月1回） 歯清 72点（2月1回） (202→30→102→130) 1ヶ月 2 3 4 +30 +30

口腔管理体制強化加算（口管強）の歯科医療機関

改定前	改定後
【か強診】（廃止） エナメル質初期う蝕 管理加算 260点（月1回）	【口管強】 250点（～10点） 初期う蝕F局 100点 エナメル質初期管理料 30点 歯清 72点 口管強加算 48点（各月1回）

根面う蝕管理料・エナメル質初期う蝕管理料は、病態が違うため同時算定は認められると考えています

外来環境の施設基準における医療安全と感染対策についての要件 27

・施設基準には、感染対策と医療安全の要素が含まれている

医療安全に関する事項	感染対策に関する事項
・偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師を1名以上配置	・歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出
・患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うための十分な装置・器具等を有し、自動体外式除動器（AED）を保有していることが院内掲示	・歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保
・診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制を確保	
・見やすい場所に、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示	
・（歯科外来診療環境体制加算2のみ） 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善を実施する体制を整備	

新たな感染対策・装置器具等の設備・人的配置

外来環境の体系変更について 28

新設

歯科外来診療環境体制加算 1（外来環）

歯科外来診療環境体制加算 廃止

➡ 歯科外来診療医療安全対策加算 1 医療安全に関する評価

➡ 歯科外来診療感染対策加算

➡ 歯科外来診療感染対策加算 1 感染対策に関する評価

➡ 歯科外来診療感染対策加算 2 新興感染症等の対策に関する評価

歯科外来診療感染対策加算 1 感染対策に関する評価
= 従来の対応

歯科外来診療感染対策加算 2 新興感染症等の対策に関する評価
= 新感染症の発生・まん延時に、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。
新型インフルエンザ等発生・まん延時の事業継続計画を策定していること。

		令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価 (評価の対象となる歯科の27項目)		
	未/ 既	技術名	主の申請学会	共同提案学会
14	未	結合組織破壊術	日本歯周病学会	日本臨床歯周病学会
15	既	NITRO-ゲル・ファイブによる根管形成加算の 施設基準の見直し	日本内歯療法学会	日本歯科保存学会
16	未	超重症児等在宅歯科医療管理加算	日本障害者歯科学会	
17	未	障害児における幼少・学校の情報提供料	日本障害者歯科学会	
18	既	咬傷防止装置（口腔内容器3）の 調製料・修理料の算定	日本障害者歯科学会	
19	既	小児の低年検査	日本小児歯科学会	
20	既	小児保険装置	日本小児歯科学会	
21	既	エナメル質初期増量加算 (小児かみそり患科患科医歯機能強化型歯科診療所)	日本小児歯科学会	
22	未	接合カンパネラ一審面	日本補綴歯科学会	日本接着歯学会
23	既	顎運動吸収が高度に進行した下顎総義歯の仮製作のための フレンジング	日本補綴歯科学会	
24	既	大臼歯CAD/CAM冠（エンドクラウン）	日本補綴歯科学会	
25	既	ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン節装冠	日本補綴歯科学会	
26	既	口腔機能低下における口腔衛生状態不良の検査	日本老年歯科医学会	
27	既	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）対象疾患の追加 (経管栄養剤硬化症)	日本老年歯科医学会	

令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価 (評価の対象となる歯科の27項目)

「広範囲顎骨支持型装置埋入手術・適応イ」について

【技術の概要】
広範囲顎骨支持型装置埋入手術・適応イの4歯以上の連続した顎骨の切除を施行し、適応疾患、適応部位を覆う。

【対象疾患】
①腫瘍：顎骨嚢腫、外傷、顎骨嚢腫等により、顎骨欠損症又は顎骨欠損症(炎症性疾患及び炎症性による骨吸収は除く。)又はこれらが骨髄腫等による骨壊死に進展
②歯肉の欠損症
③歯肉の欠損症
④上顎：歯肉欠損症、あるいは上顎部分切除後の欠損が顎骨欠損に進展
⑤下顎：歯肉欠損、あるいは下顎区域切除以上の顎骨欠損症
⑥上下顎片：欠損歯にこれら以外

【既存の歯科との比較】
・歯肉欠損症に制限が無く、広範囲顎骨支持型装置埋入手術に準じて評価される。
・顎骨嚢腫(炎症性疾患)に限定される。
・追加埋入手術が必要。



例：②歯肉欠損歯肉欠損、20歳代顎骨嚢腫症例

例：⑤上顎部分切除区域切除後の20歳代エナメル上歯嚢腫例

【診療報酬上の取扱い】

項目	1次手術	2次手術
①1J09 広範囲顎骨支持型装置埋入手術	1回1点	14,500点
②2J02 1次手術	11,500点	5,500点
③3次手術	4,500点	

[illegible][illegible]

**令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価
(評価の対象となる歯科の27項目)**

「障害児における幼保・学校への情報提供料」

【技術の概要】
 歯科主治医が、障害児の通園または通学する保育園、幼稚園、小学校等に対して、学校生活等を伝えるにあたり、必要と認められる口腔内の状態等の状態等について情報提供を実施した場合の評価

【対象者】
 児童福祉法第4条第1項に規定する障害児

【診療報酬上の取り扱い】
 診療報酬第1項（1）：290点
 診療報酬第1項第3項第3号（1）に準ずる

情報提供の流れ




口腔内での観察
 口腔機能の指導

参考：日本障害児歯科学会会長を対象としたアンケート調査結果（回答数122件）

- ① 対象：「情報提供」で「情報提供を受ける側」としてある。② 回答数：122件
- ③ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。④ 回答数：122件
- ⑤ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑥ 回答数：122件
- ⑦ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑧ 回答数：122件
- ⑨ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑩ 回答数：122件
- ⑪ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑫ 回答数：122件
- ⑬ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑭ 回答数：122件
- ⑮ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑯ 回答数：122件
- ⑰ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑱ 回答数：122件
- ⑲ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。⑳ 回答数：122件
- ㉑ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉒ 回答数：122件
- ㉓ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉔ 回答数：122件
- ㉕ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉖ 回答数：122件
- ㉗ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉘ 回答数：122件
- ㉙ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉚ 回答数：122件
- ㉛ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉜ 回答数：122件
- ㉝ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㉞ 回答数：122件
- ㉟ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊱ 回答数：122件
- ㊲ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊳ 回答数：122件
- ㊴ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊵ 回答数：122件
- ㊶ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊷ 回答数：122件
- ㊸ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊹ 回答数：122件
- ㊺ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊻ 回答数：122件
- ㊼ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊽ 回答数：122件
- ㊾ 対象：「情報提供を受ける側」で「情報提供を受ける側」としてある。㊿ 回答数：122件

[illegible]

令和6年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価 (評価の対象となる歯科の27項目)

【歯列の観察】

- ① 歯列観察用の歯列模型を用いて、フレンジンテック™を施行する。
- ② 対象歯列を

一般歯列が歯面に付した下顎前歯歯列患者
一般歯列と月分2分の社会歯列患者
が加齢計から年齢15.4歳以上の程度と判定される。

【両唇の出歯法上の表記】

- ① 唇首、唇峰位置と歯列観察されているが、唇首位置に記入されるべきものである。
- ② 本法則により、対象症例で下顎前歯歯列の安定がとられ、歯列GGAの向上が図られている。

【診療報酬上の評価】

- ① 対応診療報酬への加算
- ② 対応診療報酬に算入
- ③ 対応診療報酬に算入

【臨床形式、フレンジンテックを用いた歯列矯正】




① 歯列矯正時にフレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

② 歯列矯正時にフレンジンテックを用いた歯列矯正を行う




③ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

④ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑤ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑥ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑦ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑧ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑨ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑩ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑪ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑫ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑬ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑭ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑮ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑯ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑰ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑱ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑲ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

⑳ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉑ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉒ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉓ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉔ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉕ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉖ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉗ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉘ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉙ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉚ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉛ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉜ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉝ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉞ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㉟ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊱ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊲ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊳ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊴ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊵ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊶ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊷ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊸ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊹ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊺ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊻ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊼ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊽ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊾ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

㊿ フレンジンテックを用いた歯列矯正を行う

CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法			
医療技術評価提案書（保険未収載技術用）			
提案される医療技術名		CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法	
医療技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度（専門性等）		一部光学印象法はCAD/CAM装置の一体型あるいは分離型であっても模型あるいは直接口腔内でCAD装置を用いて行うことができるシステムを用いて行うため、すでに全部冠と同様にインレーに対しても応用できるシステムである。 難易度としては、装置に扱いに熟練する必要があること、装置が高価であることである。	
希望する診療報酬上の取扱い	妥当と思われる診療報酬の区分	M（歯科修復及び欠損補綴）	
	点数	90点（1歯につき）	

M003-4 光学印象（1歯につき） 100点 45

光学印象（1歯につき） 100点（医技評） **新設** **要 施設基準**

注1 CAD/CAMインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。【直接法により】

注2 印象採得、咬合印象咬合採得は別に算定できない。

注3 歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、製作に活用した場合、光学印象歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算。ただし、同時に2以上の修復物の製作は1回。

(2) 光学印象により取得したデータの取扱いについては、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」を遵守すること。

注10 CAD/CAMインレーの高洞形成による加算 150点（新設）



M003-4 光学印象（1歯につき） 100点 46

新設 **要 施設基準**

歯冠形成

注10 CAD/CAMインレーの高洞形成による加算 150点（新設）



M015-3 CAD/CAMインレー **CAD_In** 47

M015-3 CAD/CAMインレー 750点（1歯につき）

CAD_In

(新) 除去20点+修形120点+CAD/CAMインレー高洞形成加算150点+光学印象100点+技工士連携加算50点+CAD/CAMインレー+装着材料料

(旧) 修形120点+連合印象64点+BT18点+CAD/CAMインレー+装着材料料

メタルインレー	CAD/CAMインレー	CAD/CAMインレー（光学印象）
5歯面インレー	5歯面インレー	5歯面インレー
修復形成 120点	修復形成 120点	修復形成 120点
連合印象 64点	連合印象 64点	除去 20点
咬合採得 18点	咬合採得 18点	CAD/CAMインレー
装着料 45点	装着料 45点	修復加算 150点
接合材料 1 17点	内面処理加算 45点	光学印象 100点
264点	接合材料 1 17点	連携加算 50点
	309点	装着料 45点
		内面処理加算 45点
		接合材料 1 17点
		547点

修形の除去（20点）が認められた

6月から一部接着セメントが17点→38点

M015-2 CAD/CAM冠（1歯につき） 48

第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合（要件緩和）

通知

(2) 「1 2以外の場合」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ 前歯又は小臼歯に使用する場合

ロ 第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合（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（固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。）

① 当該CAD/CAM冠を装着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等

② 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ない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。）

(6) 分割抜歯後のCAD/CAM冠（CAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合を除く。）の製作については、上顎の第一大臼歯又は第二大臼歯を3根のうち2根（口蓋根及び近心傾側根又は遠心傾側根のいずれかを残して分割抜歯した場合であって、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。なお、下顎大臼歯を分割抜歯した場合は認められない。

(7) 特定保険医療材料は別に算定する。なお、(5)及び(6)のロについては、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）1歯分として算定する。

M015-2 CAD/CAM冠（1歯につき） 49

第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合（要件緩和）

※ CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）による咬合支持

改定後

1 CAD/CAM冠 1,200点

2 12以外の場合 1,200点

2 エンドクラウンの場合 1,450点

新設

エンドクラウンは、医技評からの提案

従来のクラウン エンドクラウン

エンドクラウンは、ポストを必要とせず、頤腔に保持力を求める補綴装置

M015-2 CAD/CAM冠（1歯につき） 50

要 施設基準

改定前

改定後

1 CAD/CAM冠 1,200点

2 12以外の場合 1,200点

2 エンドクラウンの場合 1,450点

新設

エンドクラウンは、医技評からの提案

従来のクラウン エンドクラウン

エンドクラウンは、ポストを必要とせず、頤腔に保持力を求める補綴装置

M015-2 CAD/CAM冠（1歯につき） 51

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、歯冠補綴物（エンドクラウンを除く。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、エンドクラウンを設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

注3 2については、区分番号M002に掲げる**支台築造**及び区分番号M002-2に掲げる**支台築造印象**は、所定点数に含まれ別に算定できない。

通知

(3) 「2 エンドクラウンの場合」は CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）を大臼歯に使用する場合に算定する。

エンドクラウンは、大臼歯678番単冠での補綴処置は認められています

松風ブロック PEEKの保険導入について 52

松風ブロックPEEK 区分C1（新機能） 令和5年12月1日 保険収載

機能区分：CAD/CAM 冠用材料（Ⅴ）

算定留意事項（一部抜粋）

(2) CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）及び（Ⅴ）は大臼歯に使用した場合に限り算定できる。

算定留意事項【M005 装着】（一部抜粋）

(6) 「注1」に規定する内面処理加算1は、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等を行った場合に算定する。

(8) 「注1」に規定する内面処理加算1又は「注2」に規定する内面処理加算2を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。

色調・研磨等の課題等はあるが、適応範囲は、第一、第二、第三大臼歯に拡大



M011 レジン前装金属冠（1歯につき）

53

改定前	
1 前歯	1,174点
2 小臼歯	1,174点

改定後	
1 前歯	
イブリッジの支台歯の場合	1,174点
ロ以外の場合	1,170点
2 小臼歯	1,100点

通知

(1) **レジン前装金属冠**とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面又は頬面を硬質レジンで前装したものをいい、**前歯又はブリッジの支台歯となる小臼歯に限り認められる。**

(3) レジン前装金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ（略）

ロブリッジの支台歯として小臼歯の歯冠形成を行った場合は、1歯につき**生活歯**はM001に掲げる歯冠形成の「**1のイ金属冠**」並びにM001に掲げる歯冠形成の「**注1**」及び「**注3**」の加算点数を、**失活歯**はM001に掲げる歯冠形成の「**2のイ金属冠**」並びにM001に掲げる歯冠形成の「**注1**」及び「**注7**」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、M002に掲げる支台築造の「1 間接法」又は「2 直接法」及び保険医療材料料を算定する。

ブリッジの支台歯となる第二小臼歯に前装MCの保険収載 医技評からの提案

M017 ボンテック（1歯につき）		54
接着カンチレバー 通知 (6) ブリッジは、次の適用による。 イブリッジの給付について (ハ) 延長ブリッジは原則として認められないが、第二大臼歯欠損であって咬合状態及び支台歯の骨格状態を考慮し半歯程度のボンテックを行う場合はこの限りでない。 (ト) 隣接歯等の状況がやむをえず、支台歯1歯の接着ブリッジによる延長ブリッジを行う場合は、切歯（上顎中切歯を除く。）の1歯欠損症例において、支台歯を生活歯に求める場合に限り認められる。 「医療技術の概要」 ・隣在歯1歯のみを支台歯としてカンチレバー型補綴装置を接着性レジンセメントにて装着する技術。 ・対象疾患名 ・MT（上顎中切歯を除く切歯の1歯欠損症例で、かつ支台歯となる隣在歯が健全及び動揺が軽度の症例） ・年間7231人程度と推測。（R03.6社会医療診療行為別調査より） 「既存の治療法との比較」 ・1歯のみの歯質削除で済み、支台歯の歯質はより多く保たれる。チャタテムも短く、術者、患者双方の労力が少ない。金量も少なく負担も少ない。 ・「有効性」 ・「デザイナー」の脱離は装着の脱離であるため、二次う蝕リスクが少なく、再装着も可能で良好な予後が見込める。 ・「診療報酬上の希望取扱い」 ・接着カンチレバー装置 4,957点		
		医技評からの提案

特定保険医療材料の機能区分の見直し		55
令和6年1月26日 中医学資料		
現在の機能区分 歯科充填用材料Ⅰ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型 歯科用充填材料Ⅱ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型	新設機能区分 歯科充填用材料Ⅰ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型 歯科用充填材料Ⅱ (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ①標準型 ②自動練和型	
049 歯科充填用材料Ⅰ ① 複合レジン系 次のいずれかに該当すること。 ア 充填用の光重合型複合レジン（硬化後フィラー60%以上のものに限る。）又は高分子系の初期う蝕小窩型充填材料であること。 イ 光重合型レジン強化グラスアイオノマーであり、硬化機構が光重合、化学重合又は酸-塩基反応のうち主たるもの（以下「主たる硬化機構」という）が光重合であること。		各製品の構造や原理に基づき定義を明確化

特定保険医療材料の機能区分の見直し		56
令和6年1月26日 中医学資料		
機能区分 歯科用合着・接着材料Ⅰ (1) レジン系 (2) 自動練和型	新価還価格 1,020円	現行償還価格 461円
外国平均価格との比 0.49	R5年度材料価格調査での平均毛離率 -77.08	
M005 装着 1. 歯冠修復物（1個につき） (1) 歯科用合着・接着材料Ⅰ イ レジン系 a 標準型 17点 b 自動練和型 38点 ロ グラスアイオノマー系 a 標準型 10点 b 自動練和型 12点 (2) 歯科用合着・接着材料Ⅱ 12点 (3) 歯科用合着・接着材料Ⅲ 4点		

回復期リハビリテーション患者の口腔の状態		57
新設 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合		
回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合		
回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合		
回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合 回復期リハビリテーション病棟入院患者の口腔機能障害の有無の割合		

入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名		58
新設 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名		
入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名		
入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名		
入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名		

B000-10 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点		59
回復期病棟等に入院する患者の口腔機能管理計画を歯科医師が行う場合の評価の新設		新設
回復期病棟等に入院する患者の口腔機能管理を歯科医師が行う場合の評価の新設		新設
回復期病棟等とは、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、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者		
回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定		
地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等口腔機能管理計画策定料又は管理料の実績(月平均10人以上)を選択可能な要件として追加。		
新) 回復期等専門的口腔衛生処置 100点		
回復期病棟等入院する患者の口腔機能管理が新設 月2回まで算定可		

医科歯科連携項目		60
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（医科 A308） (20) 当該入院料を算定する患者に対し、口腔状態に係る評価を行うとともに、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すこと。 【生活習慣病管理料(Ⅰ)】 (10) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注1に規定する施設基準 (1) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。 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 急性期（周術期）＋回復期（リハ・口腔・栄養）		

チーム林の重要ポイント 61

- 👍 ベースアップ評価料 (物価高騰、人件費問題対応)
→ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 I・II
- 👍 基本診療料のUP (ホスピタルフィー恒久化)
- 👍 施設基準のハードル (手上げてくれる方々が、出来るように)
- 👍 疾病予防に対する考え方 (重症化予防の推進
= かかりつけ歯科医の使命)
- 👍 口腔機能管理の育成 (管理と処置の分離)
- 👍 新規技術の保険収載 (日本歯科医学会・産業界
・行政等との連携)



○山本座長 大杉先生、どうもありがとうございました。大杉先生からは、ある意味細かくて分かりづらいと言われる今回の診療報酬改定につきまして、賃上げ加算を含めたいいわゆるプラス改定になった仕組みでございますとか、か強診から口腔管理体制強化加算がどのような経緯で導入されたかといったことについて、非常に詳しく御説明いただきました。大変勉強になったと思います。

特に先ほどの回復期の口腔機能管理ですね。先ほど高橋会長もお話しされました病院歯科に少しでもプラスになるように、周術期と同じような、日本歯科医師会の戦略的な一面であるということも大変よく理解できました。本当にありがとうございました。

すみません。座長の不手際で時間がちょっと超過してしまいましたけれども、お一方ぐらひは御質問をお受けさせていただいてもよろしゅうございますでしょうか。

非常にたくさんの方に参加していただいておりますので、御参加の方からミュートを外して御質問があればということでお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

なかなかこのような機会もございませんので、特にオンラインですと御質問もしにくいとは思いますが。もしあれでしたら、後ほど事務局のほうに御質問を頂戴いたしまして、もしもよろしければお答えいただくといったことでもよろしゅうございますでしょうか。お許しいただければ。———ありがとうございます。

最後に1点だけ私のほうから、せっかくの機会でございますので。歯学系学会協議会にお越しいただいたということもございまして、実は、昨年この講演会で歯科専門医機構の進捗状況というテーマで御講演を頂戴しておりまして、機構専門医の今井理事長もおられますが、歯科の専門医機構と診療報酬の関係が将来どうなるかということで、特に歯保連の外木先生もこの協議会の役員をされておりますので、そのようなお話もございまして、これはちょっと医科の絡みもあってなかなか難しいけれども、あのときのお話では、医科のほうでも同じような考えを持っておられるということで、今後、協議を重ねていくことになると、今井先生と外木先生がそのようなお話をされておられましたが、どうですかね。専門医機構、診療報酬、今後、将来的にどのような位置づけになるかとか、そのようなことは日本歯科医師会の先生方のほうで御教示いただけるようなことがございましたら一言お願いしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○高橋先生 ありがとうございます。私、先般も今井先生とお会いさせていただきまして、

専門医機構についていろいろと御教示いただきました。現状では、はっきりとした方向性がまだ打ち出せていない状況でございます。ですからこれから十分、これは何のためといったら、患者さんのためなのですね。その辺がはっきり明確になるような専門医機構のお考え、専門医としての立ち位置をしっかりと見据えていかなければいけないと思っています。その辺もこれから今井先生と、ゆっくりと、じっくりと話をさせていただいて、方向性を決めていきたいと思っております。これからもよろしくお願いします。

○山本座長 どうもありがとうございます。高橋先生、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

末瀬先生、大杉先生、特に御追加等はよろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございました。本日は、ちょっと時間を超過いたしましたけれども、御参加の皆様方、本当にありがとうございます。また、お三方の先生方、本当にお忙しい中お越しいただきまして、貴重なお話をいただきまして本当にありがとうございました。

3) 閉会挨拶

○羽村理事長 では最後に、閉会の御挨拶を浅海先生のほうから、よろしくお願いしますと思います。浅海先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○浅海理事 講師の先生方、貴重なお話をどうもありがとうございました。先生方からは詳細に、しかも分かりやすくお話しいただいたと思いますので、皆様もよく御理解いただいたと思います。本当に内容は盛りだくさんで、診療報酬改定のポイントのみならず、歯科を取り巻く厳しい現状であるとか、社会背景を含めた今後の方針、それから病院歯科の赤字体質まで言及いただきました。DXとか、新しい材料、いろいろな技術をお話しいただきました。この後、プロシーディングも出ますので、今日の話をよく理解して診療報酬を上げていっていただきたい。また、特定共同指導もありますので、それも考慮して適正にしていきたいと思います。

学会、大学への要望もございました。その点も御考慮いただきたいと思います。

それでは、3人の先生に再度お礼を申し上げて、この講演会を閉じたいと思います。御参加どうもありがとうございました。

○山本座長 どうもありがとうございました。

これをもちまして日本歯学系学会協議会第20回講演会を閉じさせていただきます。

本日は本当にありがとうございました。

閉 会

日本歯学系学会協議会
第20回講演会

「令和6年度診療報酬改定と
今後の医療保険制度の展望」

2025年3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：今井 裕)

事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
駒込TS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