

デンタルスタッフのための 歯科保険診療 ハンドブック

大阪府歯科保険医協会 歯科臨床学術部編





contents

2023 For Dental Staffs

01章 社会保障制度

- 社会保障 —— 004
- 日本の医療保険制度の歴史と現状 —— 006

02章 医療保障と 医療保険制度

- 医療保障 —— 008
- 被用者保険 —— 010
- 国民健康保険 —— 014
- 高齢者の医療保険 —— 018
- 公費負担医療 —— 020

03章 保険診療のしくみ

- 保険診療の範囲と診療報酬 —— 025
- 受付事務 —— 027
- 保険請求事務 —— 031

04章 診療ワークの基礎

- 歯科医院におけるチームの構成 —— 035
- 診療の流れ —— 036
- 診療設備・器具 —— 038
- 洗浄, 消毒・滅菌 —— 040
- 共同動作 —— 044

05章 歯と口腔の基礎

- 口腔の構造と名称 —— 049
- 歯と歯周組織の構造 —— 050

06章 診査, 管理, 麻酔・投薬

- 診査 —— 054
- 歯科疾患の総合的管理 —— 056
- 麻酔 —— 061
- 投薬 —— 063

07章 歯周疾患

- 歯周疾患のしくみ —— 065
- 歯周疾患の診査・診断 —— 067
- 歯周治療の指導管理 —— 069
- 歯周治療の流れ —— 072

10章 歯冠修復

- 歯冠形成・印象採得・咬合採得 —— 096
- 歯冠修復物の種類 —— 098

08章 う蝕，歯髄炎， 根尖性歯周炎

- う蝕のしくみ —— 079
- う蝕の治療 —— 081
- 歯髄炎・根尖性歯周炎の治療 —— 085

11章 欠損補綴

- ブリッジ —— 102
- 有床義歯 —— 106

09章 外科，口腔内装置等

- 抜歯 —— 090
- 口腔内の手術と関連の処置 —— 093
- 口腔内装置等とリハビリ —— 095

12章 在宅医療と介護

- 訪問歯科診療 —— 113
- 介護保険と歯科のかかわり —— 116

コラム・ワンポイントアドバイス

- 日本の社会保障の水準 —— 005
- 医科と歯科の生い立ちと診療報酬 —— 006
- 傷病名その他の主な略称 —— 032
- グローブのまま共有物に触れないで —— 043
- 医療人の心構え 教えてください！ Q&A 1 デンタルスタッフとしての心構えは？ —— 047
 - 2 受付対応（電話対応） —— 048
- 「オーラルフレイル」の予防 —— 060
- 自動体外式除細動器（AED） —— 062
- 口腔バイオフィルム感染症 —— 076
- 摂食・嚥下障害などの口腔機能回復，向上のために 口腔体操 —— 119

03章

保険診療のしくみ



1 保険診療の範囲と診療報酬

医療保険制度で保険者は、被保険者もしくはその家族が疾病などで保険による保障を受ける状態になったときに、保険給付を行う。しかし、保険者は直接診療を行うことができないため、医療機関が保険者に代わって診療にあたる。これを「療養の給付」といい、保険診療は自由診療と異なり、一定の約束に従って行われる。

保険診療を扱う医療機関と歯科医師の指定

保険診療を扱うには、地方厚生（支）局長からその指定（登録）を受けなければならない。その方法は、病院・診療所などの医療機関を指定する機関指定方式と、歯科医師などの個人が登録を受ける個人登録方式を併用する形態をとっている。これを「二重指定制」という。

二重指定制は、医療費請求などの事務的・経済的な責任を医療機関が担当し、診療上の責任を歯科医師個人が担うことで、保険診療の責任分担を明らかにする目的がある。

地方厚生（支）局長から指定を受けた医療機関を「保険医療機関」といい、登録された歯科医師を「保険医」という。

なお生活保護法、原爆被爆者援護法、労働者災害補償保険法などによる公費負担医療を行うには、医療機関が別にその指定を受ける必要がある。

保険診療の範囲

医療保険の被保険者とその家族の「一般に医師または歯科医師として診療の必要があると認められる疾病または負傷」であれば、保険診療を行うことができる。

給付外の医療

次にあげる項目などは疾病とみなされず、保険診療では扱えない。

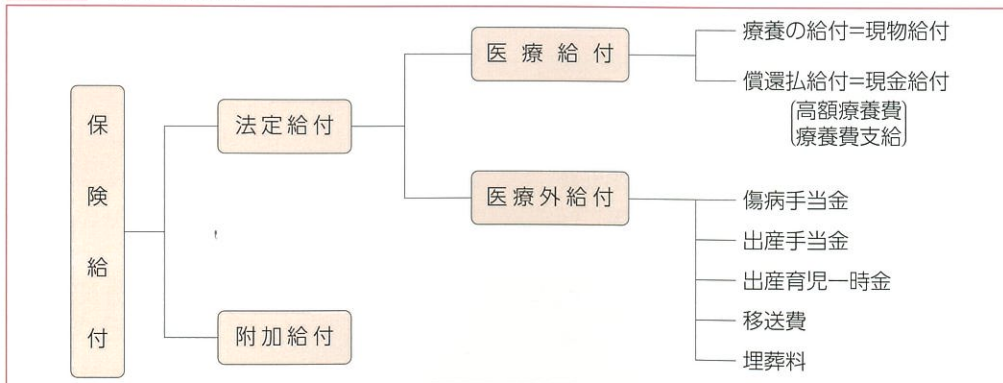
- ①健康診断や予防を目的とするもの
- ②審美を目的とするもの……唇顎口蓋裂を原因とするものを除く歯科矯正
- ③第三者行為、交通事故など

保険外併用療養費制度による差額徴収

現在、一連の診療行為の中で保険診療と自由診療の併用は認められていない。ただし、例外的に保険外併用療養費制度では、一連の

memo

図3-1 保険給付の内容



診療行為の中で保険診療と保険外診療との併用が認められている①評価療養=保険適応すべきかを検討している段階の医療技術、②選定療養=患者が医療行為や療養の環境を選んだもの、③患者申出療養=患者からの申し出を受けて、安全性、有効性に基づき、審査の上、保険外併用療養として扱われる。

歯科の「評価療養」には先進医療や医薬品の治験の診療・薬価収載前の承認などがある。ただし、先進医療は治療実績や設備などの厳しい施設基準を満たさなければ保険外併用療養費として取り扱えないので、多くの歯科診療所では自由診療扱いになる。

また、「選定療養」には小児う蝕の治療後の継続管理（P57）や金属床総義歯（P111）などがある。

取り扱い上の規則

- ①療養の概要と費用（「特別の料金」）を院内に掲示しなければならない。特別の料金は消費税を含めた総額表示が義務づけられており、院内掲示も総額表示で行う。
- ②患者の自由な選択と同意（料金等を明示した文書に患者側の署名を受ける）があった場合に限り行い、内訳を明示した領収証を発行しなければならない。
- ③特別の料金を定めるまたは変更しようとする場合は、そのつど地方厚生（支）局長に報告し、毎年7月1日にその内容を報告する。
- ④保険外併用療養費に係る療養の基準違反に対しては、違反が継続している場合、または違反後6カ月間は新たな届出事項が受理されない。

療養担当規則

保険医療機関と保険医が保険診療を扱う際、守らなければならない基本原則を「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（以下「療養担当規則」という）で定めている。

療養担当規則の第1章では、保険医療機関として必要なことから（受給資格の確認、一部負担金の受領、診療録の整備、証明書の交付など）が記載されている。

第2章では「保険医の診療方針」が示され、必要な診療を適切に行うこととされているが、以下の点では基準が定められている。

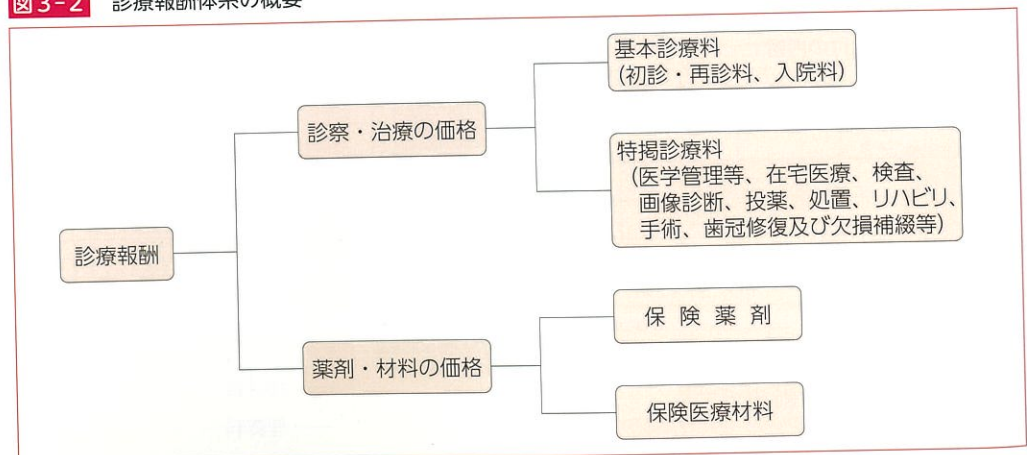
- ①投薬の基準量
 - ②歯冠修復・欠損補綴における使用可能な金属材料の範囲
- 療養担当規則に違反すれば、保険医療機関の指定取消または保険医の停止、取消しなどの行政処分がある。

診療報酬

保険医が療養担当規則に則って行った診療は、患者に現物給付として支給される。このため、診療の対価は患者負担分を差し引いた額を保険医療機関が保険者に請求して支払いを受けることになる。

保険者が医療サービスの対価として保険医療機関に支払う費用を「診療報酬」といい、各々の診療行為の評価額は「〇〇料〇点」と点数で定められている。点数に1点当たりの単価（現行1点=10円）を乗じたものが診療報酬になる。

図3-2 診療報酬体系の概要



04章

診療ワークの基礎



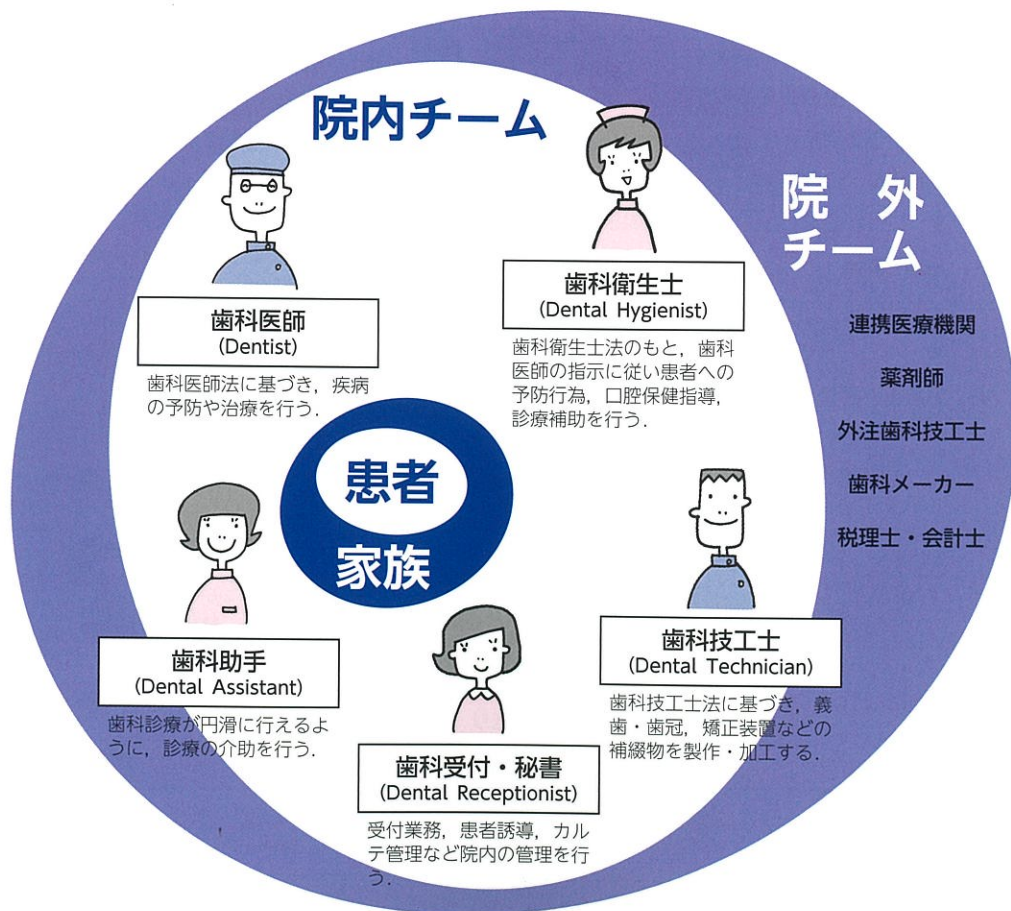
1 歯科医院におけるチームの構成

現在の歯科治療はチーム診療が主体である。チーム診療をすすめていくにあたっては、各々の責任ある分担業務の遂行、スタッフ間の連携、そして信頼関係が最も重要である。

歯科診療に携わるスタッフは、直接診療に携わる「院内スタッフ」、医院を外部から支援する「院外スタッフ」により構成される。安全で、かつ円滑な診療を提供するためには、まず各々が自分に与えられた業務に責任を持ち、確実に遂行する。そして、専門性を持ったスタッフの力が一丸となって、患者により診療を提供していくのである。患者のための診療、ハイレベルの診療、そして安心感を提供するために欠かすことができないのが、スタッフ間におけるチームワークである。

図4-1 チームの構成

memo



4 洗浄，消毒・滅菌

院内において器具はいつも清潔に消毒・管理し，いつでも使用できるように保管する。院内感染予防の対策としても，器具・器材の適切な滅菌・消毒操作を確実にマスターしなければならない。

memo

感染予防対策

標準予防対策（スタンダード・プリコーション）

患者の血液，体液（汗を除く），分泌物，嘔吐物，排泄物，粘膜，損傷した皮膚，病理組織には感染の可能性があるとなす予防策を「標準予防策」（スタンダード・プリコーション）という。

感染症の有無を問わず，すべての患者を対象に実施される。抜去歯や創からの滲出液も感染の可能性があるものとして取り扱う。

感染の3要素

感染は次の3要素がそろったときに起こる。

- ①感染源…病原体の量と病原性
- ②感受生体…侵入口の存在と患者の免疫状態
- ③感染経路…空気感染，飛沫感染，接触感染など

これら3要素の輪を断ち切ることが感染予防対策になる。

図4-13 感染の3要素

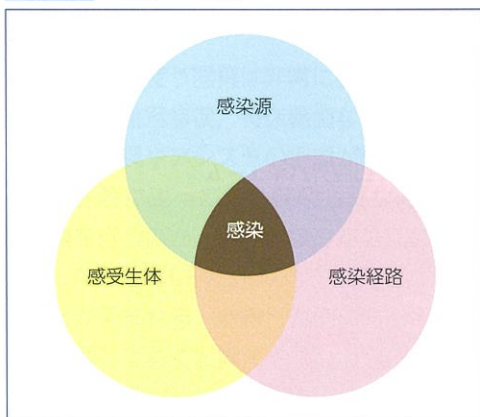
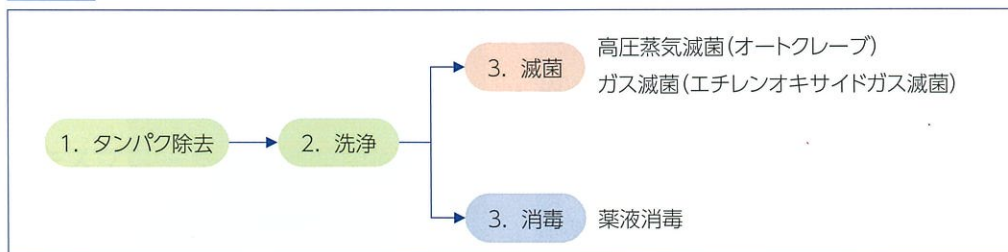


図4-14 消毒・滅菌の基本的手順



用語の分類

滅菌

すべての微生物を殺すか除去した状態にすること。無菌状態をつくる。

殺菌

微生物を死滅させること。

消毒

人畜に有害な微生物のみ殺菌すること。滅菌のような無菌状態にはならない。

抗菌

微生物の増殖を阻止すること。静菌と殺菌を含む。

静菌

微生物の増殖を薬剤の効力で阻止する。

除菌

微生物を対象物から取り除くこと。

消毒・滅菌操作手順

消毒や滅菌の際は，マスクやグローブ，ゴーグルなどを装着して防護するとともに，器具を破損・変質させないことは必須である。

- 1) タンパク除去を行う。
- 2) 洗浄を行う。

付着した汚物を水洗し，場合によってはブラシなどで清掃してから行う。

- 3) 消毒または滅菌操作を行う。

どの方法を用いて消毒・滅菌するかは，駆除される微生物の種類によって異なる。

07章

歯周疾患



1 歯周疾患のしくみ

歯周疾患は、う蝕と並ぶ口腔の二大疾患である。歯周組織（歯を支える組織）に起こる疾患で、以前は歯槽膿漏とよばれていた。初期段階では痛みなどの自覚症状に乏しいので、かなり進行してから気づくことになる。1歯単独の発症は少なく、数歯あるいは全歯にわたって起こることが多い。

歯周疾患の要因

歯周疾患は、歯の汚れ、プラーク（歯垢）が最大の要因といわれている。プラークには無数の細菌が存在し、これが歯頸部の歯肉に接触すると炎症が起こり、進行すると歯槽骨が破壊され溶けはじめる。また、プラークが歯に付着して時間が経過すると石灰化して歯石が形成される。

このほか、以下の諸要因がある。

表7-1 歯周疾患の諸要因

局所的要因	全身的要因
<ul style="list-style-type: none"> • 対合歯の喪失 • 不適合な修復物・補綴物 • 歯の形態異常 • 食片圧入 • 歯列不正 • 口呼吸 • 小帯異常 • 付着歯肉、口腔前庭の狭小 • 習癖（歯ぎしり、楊枝の乱用など） 	<ul style="list-style-type: none"> • 新陳代謝障害（糖尿病、痛風など） • ビタミン欠乏 • 栄養不全 • ホルモン異常 • 肉体疲労 • 精神的ストレス • 血液疾患（白血病など） • 薬物の副作用

プラーク：歯頸部や隣接面に残った食べかすが細菌と結合し、歯肉縁上や縁下の歯面に付着する白・淡黄色の泥状の軟らかい沈着物。

歯石：プラークが時間の経過とともに唾液中のカルシウムと結合（石灰化）し、セメント質と同程度の硬い沈着物・バイオフィルム（P76）を形成したもの。

主な症状

疾患の進行度により、次のような症状が現

れる。

- ①歯肉の腫脹、歯肉からの出血と排膿
- ②歯周ポケットの形成
- ③歯槽骨の吸収、歯肉の退縮
- ④歯の動揺
- ⑤歯の喪失

症状が進行しても通常痛みはないが、急性発作を起こすと自発痛や腫脹が強くなる。さらに進行すると歯がグラグラして咀嚼しにくくなり、歯槽骨の吸収が根尖まで達し、最後には自然脱落する。

memo

図7-1 歯肉炎（G）

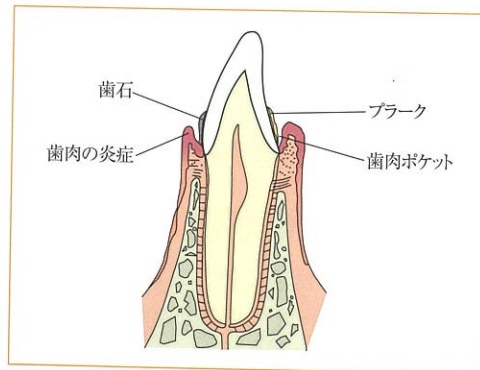
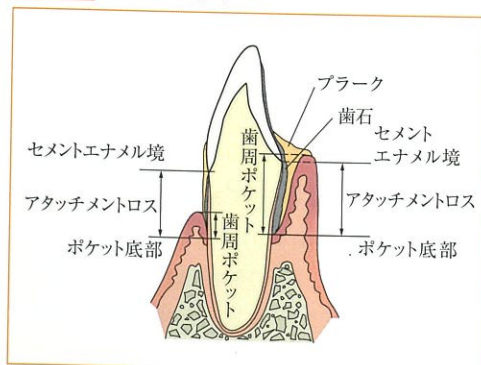


図7-2 歯周炎（P）



歯周疾患の分類

歯周疾患は歯肉炎と歯周炎に大きく分類される。

歯肉炎 (G)

歯肉にのみ炎症が生じる。歯肉が肥厚・発赤し腫脹するため、歯肉ポケット（仮性ポケット）が形成される。まだセメント質や歯根膜、歯槽骨は破壊されていない。

さらに歯肉炎は、プラークなどの局所要因が原因となる単純性歯肉炎（単G）と、全身的な要因によって起こる複雑性歯肉炎（複G）に分類される。一般的に歯肉炎を放置すると歯周炎に進行すると考えられている。

歯肉ポケット（仮性ポケット）：歯肉が腫脹したために歯肉溝が深くなってできたポケット。歯肉以外の歯周組織は破壊されていない。

歯周炎 (P)

歯肉に生じた炎症が、セメント質や歯根膜、歯槽骨など深部の組織にまでおよび、歯根に付着する歯周組織の量が減少＝アタッチメントロスが生じる。歯肉は歯面からはがれて歯周ポケット（真性ポケット）が形成される。

歯周炎が進行する速度は比較的ゆっくりで、数年単位で進行する。しかし、咬合時に強い圧力がかかったり、特殊な細菌に感染すると歯槽骨の破壊が急速に進行する。さらに、糖尿病による抵抗力の低下など、他の全身的な要因がある場合も歯周炎の進行を早める。

歯周ポケット（真性ポケット）：歯肉溝底部の接合上皮や結合組織が歯根から剥離、歯肉溝が深くなってできたポケット。

慢性歯周炎軽度 (P₁)

歯槽骨吸収は歯根の長さの1/3以内、ポケットは3～5mm程度、歯の動揺はない。歯肉は少し赤くなるが自覚症状はほとんどない。

慢性歯周炎中等度 (P₂)

歯槽骨吸収は歯根の長さの1/3～1/2程度、ポケットは4～7mm程度、軽度な根分岐部病変や歯の動揺が生じている。

慢性歯周炎重度 (P₃)

歯槽骨吸収は歯根の長さの1/2以上、ポケットは6mm以上、歯の動揺は著しく根分岐部病変も重度。病変がすすむと歯の喪失（自然脱落）も起こる。

図7-3 歯周疾患の分類 (G, P₁~P₃)

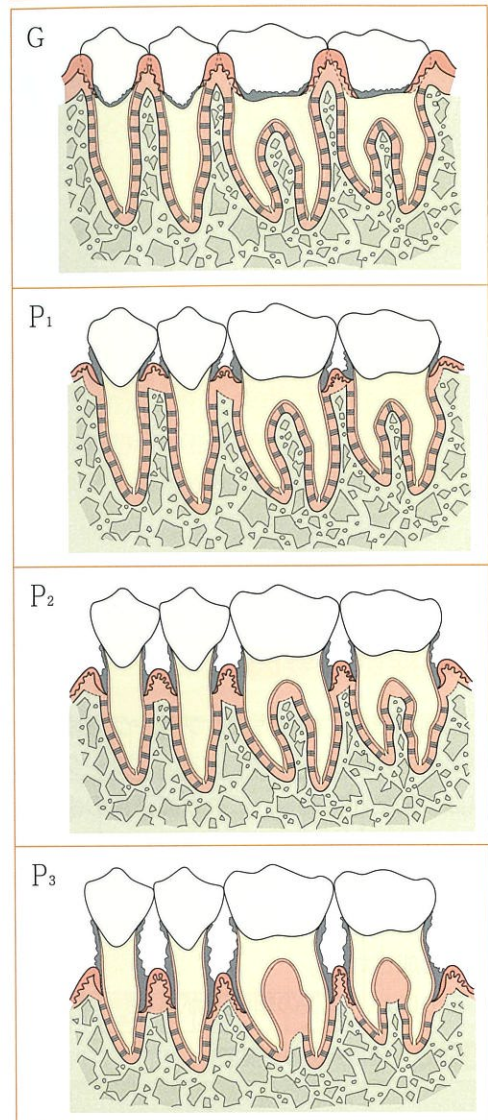


図7-4 健全な歯周組織



図7-5 歯周疾患に罹患した患者の口腔内写真



10章

歯冠修復



1 歯冠形成・印象採得・咬合採得

根管充填が終了すると、歯冠の崩壊した部分を人工的に補って歯の本来の形態に整え、対合歯との咬合を回復させる。これを「歯冠修復」という。

歯冠修復物を装着するため、残った歯冠部を修復物に適合する形態に切削する——歯冠形成。また、歯冠の崩壊が著しい場合には、歯冠形成前に欠損部分を人工物で補う——支台築造。

歯冠形成後は、形成された歯冠形態を模型上で復元する目的で型を採り——印象採得。咬合状態の位置関係を調べる作業を行う——咬合採得。

memo

支台築造

歯冠部の実質欠損が著しい失活歯に対して人工物を添加して不足部を補い、支台歯の形態に修復することで、作業模型上で築造する間接法と口腔内の窩洞に直接築造する直接法がある。銀合金などの鑄造物による方法を「メタルコア」、複合レジンと支台築造用ガラス繊維による方法を「ファイバーポスト」、複合レジンとスクリューポストなどによる方法を「その他コア」という。

その他コアで、近遠心および唇頬舌側、歯質のうち3面以上が残存している場合は複合レジンのみで築造する場合がある。

 乳歯に対する支台築造は認められない。

支台築造印象

支台築造の製作にあたり、根管を拡大した後ポスト孔の形成をし印象採得を行うこと。

歯冠形成

歯冠部の歯質を切削し、装着する修復物に適合する形態に整えること。修復物の形態によって「窩洞形成」、「歯冠形成」に区分する。

窩洞形成 (KP) (P 82)

充填あるいはインレー形態のための形成方法。

歯冠形成 (PZ)

金属冠、ジャケット冠、CAD/CAM冠、乳歯金属冠などの形成方法。生活歯に対する場合(生PZ)と失活歯に対する場合(失PZ)がある。

テンポラリークラウン (TeC)：歯冠形成後、歯冠修復物を装着するまでの間、歯髄、歯質の保護や歯の移動を防ぐ目的で、歯冠を被覆する形で暫間的にとりつける冠(仮歯)をいう。前歯にのみ適用される。

歯冠補綴時色調採得検査 (色調)：前歯における前装MC、レジン前装チタン冠、HJCまたはCAD/CAM冠の作製にあたり、その色調を決定するため、隣接歯や対合歯などシェード比較が可能な歯とシェード見本を、カラー写真で等倍に準じて撮影する。

印象採得 (imp)

歯冠修復物の製作にあたり、歯の形成状態を模型上で再現するために、各種印象材を用いて型を採ること。「単純印象」「連合印象」に区分される。

単純印象

レジンジャケット冠、乳歯金属冠などの場合に行う。

連合印象

金属歯冠修復，レジン前装金属冠，硬質レジンジャケット冠，CAD/CAM冠などの場合に，各個トレーあるいは2種類以上の印象材（寒天とアルジネートなど）を用いて精密な型を採ることをいう。

各個トレー：精密な印象採得を必要とする場合に，患者の顎堤に合わせて即時重合レジンで製作するトレー。「個人トレー」ともいう。

療養している通院困難な患者に対して用いる。

咬合採得 (BT)

咬合採得用ワックスを口腔内の歯列に置き，軽く咬合させて刻印記録する。これによって，上下顎の位置関係や対合歯との咬合関係を再現する。

咬合印象

咬合印象法は，垂直的咬合関係がある臼歯部の単冠修復を行う場合にシリコンゴム印象材を用いて支台歯と対合歯の印象と咬合関係を同時に採得する手法のこと。在宅などで

う蝕歯インレー修復形成 (修形)

う蝕に対して罹患部の削除から窩洞形成を完了し，その日のうちにインレーの印象採得，咬合採得まで行うことをいう。

図10-1 支台築造：メタルコア (上)，ファイバーポスト (中)，その他コア (下)

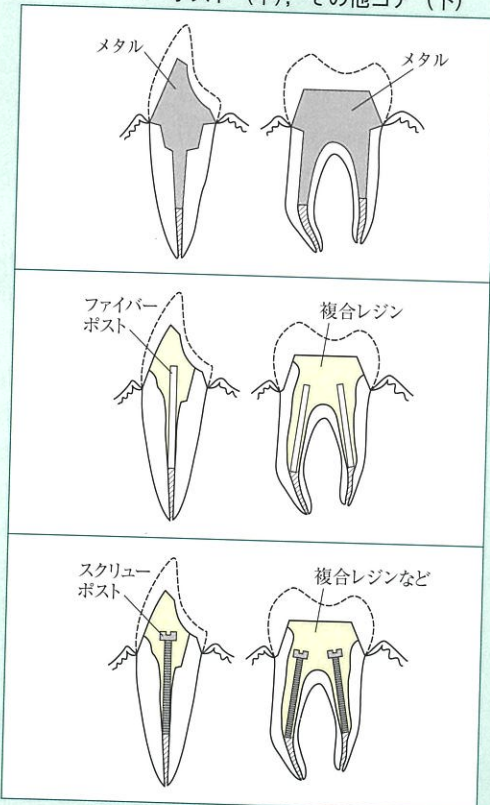


図10-2 メタルコア装着と歯冠形成

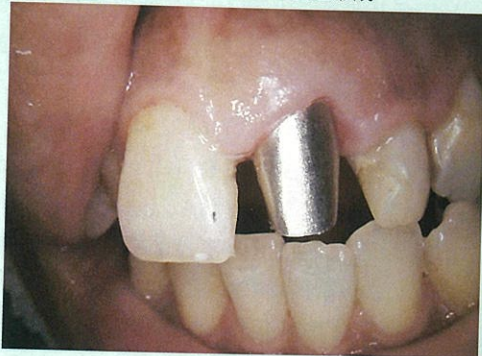


図10-3 各種既製トレー



図10-4 印象採得 (連合印象)



図10-5 咬合採得

