# 鹿児島県
# 医科歯科医療
# 連携マニュアル

令和６年 11 月改訂

公益社団法人
鹿児島県歯科医師会

# 鹿児島県
# 医科歯科医療
# 連携マニュアル

CONTENTS


- 会長挨拶 …… 1
  （医科歯科医療連携マニュアルの目的）
- 周術期等・回復期等医科歯科医療連携のすすめ …… 2
- 周術期等・回復期等医科歯科医療連携の流れ …… 4
  ・様式
- 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（MRONJ）医科歯科医療連携 …… 24
  ・様式
- 糖尿病医科歯科医療連携 …… 32
  ・様式
- 鹿児島県歯科医師会口腔保健センターとの連携 …… 39
  ・様式
- Q＆A …… 41
- 参考資料 …… 48

# 会 長 挨 拶
# （医科歯科医療連携マニュアルの目的）

公益社団法人 鹿児島県歯科医師会
会 長 伊 地 知　博 史

近年、様々な全身疾患の治療に際して、口腔健康管理などを中心とした医科歯科医療連携が強く望まれてきています。また、地域包括ケアシステムの構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携体制を構築することが重要で、特に、口腔健康管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を明示するとともに、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対して、医科歯科医療連携等を更に推進することが求められています。

ご周知のように、がん治療においては、日本歯科医師会と国立がん研究センターの協働のもと「口腔ケアや歯科治療をがん治療の一環として取り入れる」医科歯科医療連携事業が開始され、マニュアルが作成されています。鹿児島県におきましても、平成25年にがん診療連携拠点病院である独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センターと鹿児島県歯科医師会が連携し「鹿児島県におけるがん患者診療に関わる医科歯科医療連携マニュアル」を作成しました。

口腔健康管理をがん治療に導入することで、がん治療中の口腔内合併症を予防・軽減し、術後合併症の軽減、入院日数の短縮等患者にとって様々なメリットが確認されています。そのためには、かかりつけ歯科への常日頃からの受診が重要であり、またがん治療医師とかかりつけ歯科医師との情報の共有、円滑な連携が不可欠です。

これからはさらに医科歯科医療連携という観点から、がん治療に限らず、脳血管障害、大腿骨置換術など周術期・回復期等、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（MRONJ）、糖尿病、骨粗鬆症等様々な疾病において医科歯科医療連携を推進していかなければなりません。

今般、これまでに見直した内容、医科歯科医療連携に関わる周術期等の算定、新たに導入された診療情報提供料の算定等を整理し、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（MRONJ）、糖尿病における医科歯科連携双方向の診療情報提供書、診療報酬請求書の資料等を充実させた「鹿児島県医科歯科医療連携マニュアル」の作成に至りました。

先生方におかれましては、今後とも医科歯科連携の医療体制が確立されることで、県民の口腔の健康・全身の健康が維持され、生き生きとした豊かな人生を支え、QOLの向上へとつながり、県民の健康寿命の延伸に貢献できるようマニュアルの趣旨や内容を十分ご理解いただき、有効に活用していただきますようお願いいたします。

終わりに、本マニュアルの作成にあたりご尽力いただきました関係各位の先生方に厚く感謝申し上げます。

令和６年11月吉日

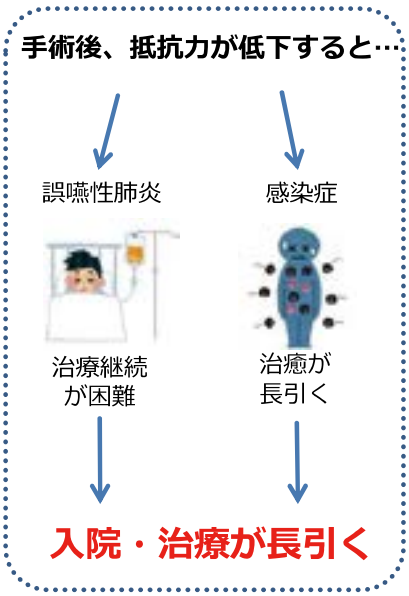
# 周術期等・回復期等に口腔機能管理を行うメリット

## ・術後感染の予防

外科的侵襲度の高い手術や、がんでの化学療法・放射線療法後は易感染状態です。
気管挿管等で、口腔内細菌がチューブ側面を経由し、術後性肺炎のリスクも高まります。

## ・歯性病巣感染の予防

口腔内の歯ぐきや歯根部分等に炎症があると、術後の投薬や口腔内乾燥等で口腔内細菌が繁殖し、その細菌が血液を介し術部で感染を引きおこします。
また、感染性心内膜炎等の合併症を引き起こす要因となります。




## ・全身麻酔時に起こりやすいトラブル（歯の脱落等）の予防

全身麻酔における気管挿管時に、歯の破折や、動揺歯の脱落などのトラブルがおこりやすいです。

## ・治療の副作用による口腔内乾燥や口腔粘膜炎の軽減や予防

抗がん剤などを含む投薬や、放射線の影響により重度の口腔乾燥症や口腔粘膜炎をおこすことがあります。

**歯科疾患を有する患者さん、口腔衛生状態不良の患者さん、脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や低栄養の患者さんには、歯科受診を強く勧めてくださいますようお願いします。**

## 「周術期等・回復期等」医科歯科医療連携とは

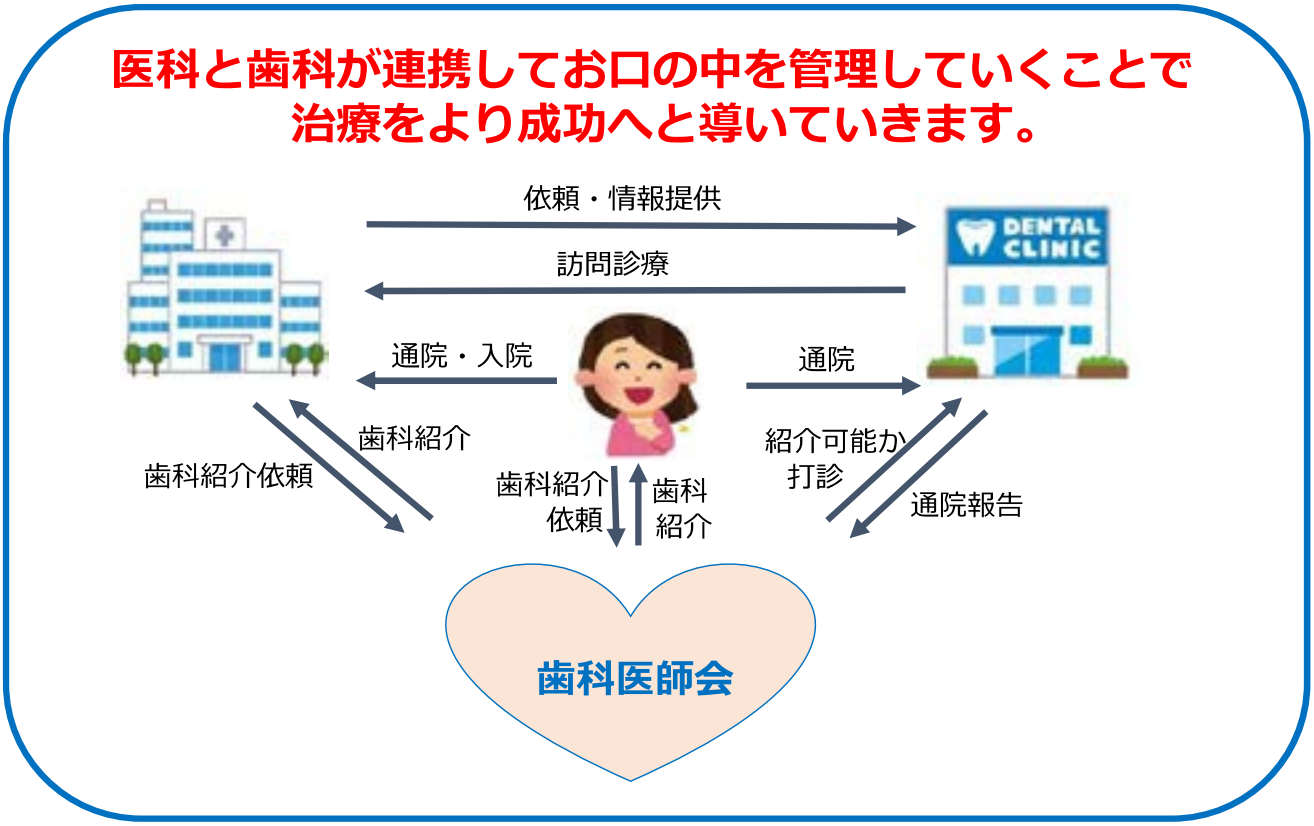
「周術期」とは、手術前・手術中・手術後という意味です。対象となる患者さんは、全身麻酔下での手術を受ける方、がん治療（手術、化学療法、放射線療法）、緩和ケア、骨髄移植を受ける方で、これまでの「周術期」は、がんを中心とした患者が対象となっていましたが、歯科疾患や口腔衛生状態不良の患者の口腔内細菌を原因とする合併症（手術部位感染、病巣感染）や、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症、脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害に関連する感染症等の予防など（資料　52ページ）、対象範囲が拡大され、『周術期等』となりました。

今、医科医療機関と歯科医療機関が連携し、がん患者に限らず、『周術期等』の患者における口腔機能管理を行うことにより、例えば全身麻酔挿管時の口腔トラブルの予防、術後合併症の予防、口腔環境改善、管理等により痛みや不快感を軽減し、食事の継続や術後早期に食事を再開できるよう、その必要性が大きく高まってきています。

周術期等における口腔機能管理が『支持療法』の一つとして定着し、闘病中の患者のＱＯＬの向上のため、さらなる医科歯科医療連携の推進が期待されます。

「回復期」とは、患者の容態が危機的状態（急性期）から脱し、合併症などを予防しつつ、リハビリテーションを行う時期です。歩行訓練や衣服の着脱や料理など日常生活におけるあらゆる動作の練習を行います。歯科では、口腔機能管理として、歯科疾患の予防・治療だけでなく、摂食嚥下リハビリも行います。嚥下障害については、状況に応じて理学療法士（PT）と言語聴覚士（ST）との連携も必要になることもあります。回復期では、身体機能の回復や日常生活に必要な動作の改善が見込めると考えられており、集中的にリハビリテーションを行うことで、その後、安定した日常生活を維持することにもつながります。

令和６年の保険改定において“回復期等”口腔機能管理が加わりました。回復期での口腔機能管理が、社会復帰に向けたリハビリの中で重要であり、歯科の新たな社会的役割として認識されています。



# 周術期等・回復期等医科歯科医療連携の流れ

## 1 医療機関より紹介状が無い場合
（病院歯科なし）

## 2 医療機関より紹介状が有る場合
（病院歯科なし）

## 3 歯科がある病院に入院して手術を受ける場合
（病院歯科のみで管理）

## 4 歯科がある病院に入院して手術を受ける場合
（自院で管理計画書を作成し、
病院歯科と連携する場合）

## 5 歯科がある病院に入院して手術を受ける場合
（管理計画書を病院歯科で作成後に、
自院で管理・治療する場合）

## 6 放射線治療、化学療法、緩和ケアを予定、
または、行っている場合

## 7 紹介状なしで来院し、放射線治療、化学療法を
予定、または行っている場合
（緊急にエピシルが必要な場合も含む）

## 8 回復期等の口腔機能管理を依頼された場合
(病院歯科なし)

## 9 回復期等の口腔機能管理を依頼された場合
(病院歯科あり)

# 1 医療機関より紹介状が無い場合
## （病院歯科なし）

### 医科医療機関（歯科なし）

**診療情報提供書の作成**
（周術期等依頼書）

入院前

診療情報提供料(Ⅰ):250点
歯科医療機関連携加算Ⅰ:100点
歯科医療機関連携加算Ⅱ:100点
**※加算Ⅱ:受診の予約を医科医療機関が歯科医療機関へ直接行った場合**

※医科での算定・上記同時算定可

入院中

入院
【手術前】

**手術**

周術期口腔機能管理後手術加算: 200点
（手術を行った医療機関での算定）

【手術後】

退院

退院時:診療情報提供等に関わる算定

### 連携歯科医療機関

口腔機能管理の必要性および今後医科と連携し行う診療内容について説明し、同意を得る

診療情報連携共有料1:120点

照会状依頼書（様式1-1） +医科用返書（様式2）を同封

口腔診査の後、治療方針を決定し、管理計画書を作成

周術期等口腔機能管理計画策定料:300点

周術期等口腔機能管理計画書（様式3）

（管理計画書を患者および紹介元に文書提供）

返書（保険算定なし） お礼文書（様式4）+ 上記 管理計画書を同封
＋必要があれば診療情報提供料または診療情報連携共有料で対応

口腔ケア・指導・歯科治療

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ):280点

（手術前に1回に限り算定可）

管理報告書の作成

周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

（管理報告書を患者に文書提供）

必要ならば入院時訪問歯科診療
口腔機能管理継続（連携する歯科）

周術期等専門的口腔衛生処置1: 100点

（手術前に1回に限り算定可）
※R6年保険改定より外来でも算定可

歯科衛生士業務記録（様式6）

口腔機能管理継続（連携する歯科）

周術期等専門的口腔衛生処置1: 100点

（手術後に1回に限り算定可）
※R6年保険改定より外来でも算定可

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ):190点

術後3ヶ月以内3回まで（入院時・退院後問わず）

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ):200点 → 算定月から6月を超える場合（長期管理加算＋50点）

月1回算定可（化学・放射線療法移行の場合）

（管理報告書を患者に文書提供） 周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

# 2 医療機関より紹介状が有る場合
## （病院歯科なし）

### 医科医療機関（歯科なし）

口腔機能管理の必要性および連携システムについて説明し、同意を得る

↓

連携歯科医療機関の決定

↓

**診療情報提供書**の作成
（周術期等依頼書）

診療情報提供料(Ⅰ):250点
歯科医療機関連携加算Ⅰ:100点
歯科医療機関連携加算Ⅱ:100点

**※加算Ⅱ:受診の予約を医科医療機関が歯科医療機関へ直接行った場合**

※医科での算定・上記同時算定可

### 連携歯科医療機関

口腔診査の後、治療方針を決定し、管理計画書を作成

周術期等口腔機能管理計画策定料:300点

周術期等口腔機能管理計画書（様式3）

（管理計画書を患者および紹介元に文書提供）

返書（保険算定なし） お礼文書（様式4）+ 上記 管理計画書を同封
＋必要があれば診療情報提供料または診療情報連携共有料で対応

↓

口腔ケア・指導・歯科治療

周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）:280点

（手術前に1回に限り算定可）

↓

管理報告書の作成

周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

（管理報告書を患者に文書提供）

**入院前**

**入院中**

【手術前】

**手術**

周術期口腔機能管理後手術加算: 200点

（手術を行った医療機関での算定）

【手術後】

必要ならば入院時訪問歯科診療
口腔機能管理継続

周術期等専門的口腔衛生処置1: 100点

（手術前に1回に限り算定可）
※R6年保険改定より外来でも算定可

歯科衛生士業務記録（様式6）

口腔機能管理継続

周術期等専門的口腔衛生処置1: 100点

（手術後に1回に限り算定可）
※R6年保険改定より外来でも算定可

**退院**

退院時:診療情報提供等に関わる算定

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ):190点
（手術を行った月から3ヶ月以内に計3回まで算定可）

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ):200点 → 算定月から6月を超える場合（長期管理加算＋50点）
月1回算定可（化学・放射線療法移行の場合）

（管理報告書を患者に文書提供） 周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

# 3 歯科がある病院に入院して手術を受ける場合
## （病院歯科のみで管理）

医科医療機関
（歯科あり）

入院前

口腔機能管理の必要性および連携システムについて説明し、同意を得る

口腔診査の後、治療方針を決定し、管理計画書を作成

（管理計画書を患者に文書提供）　周術期等口腔機能管理計画書（様式3）

周術期等口腔機能管理計画策定料：300点 ・・・・ 依頼があれば連携歯科医療機関での訪問歯科診療も可能である。

口腔ケア・指導・歯科治療

周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）：280点

（手術前に1回に限り算定可）

管理報告書の作成　周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

（管理報告書を患者に文書提供）

入院中

【手術前】

周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）：500点

（手術前1回に限り算定可）

周術期等専門的口腔衛生処置1：100点

（周Ⅰ・Ⅱ算定月に術前1回に限り算定可）

歯科衛生士業務記録（様式6）

手術

周術期口腔機能管理後手術加算：200点

【手術後】

周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）：300点

（手術を行った月から3ヶ月以内において月2回に限り算定可）

周術期等専門的口腔衛生処置1：100点

（周Ⅰ・Ⅱ算定月に術後1回に限り算定可）

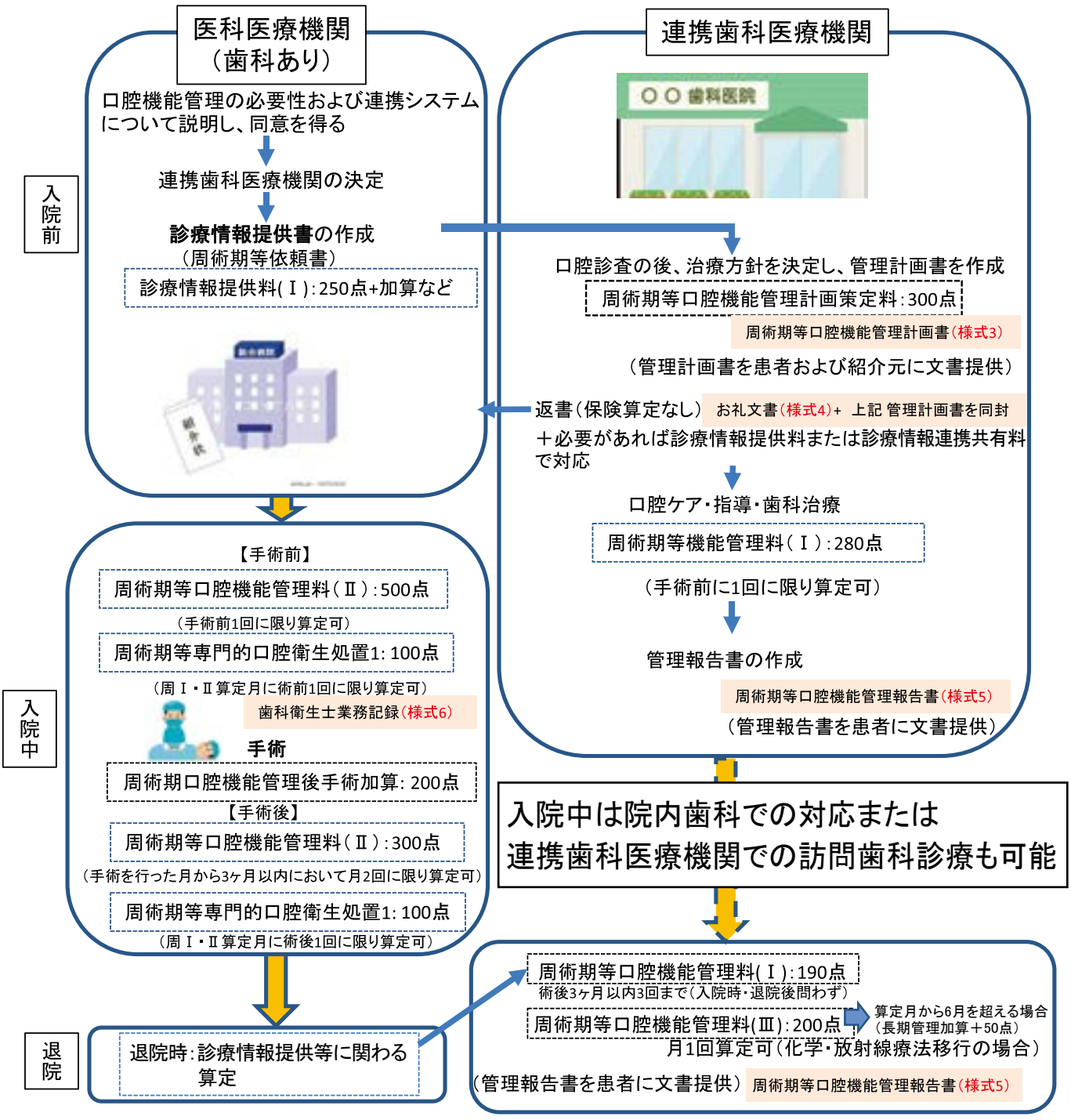
退院

周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）：190点

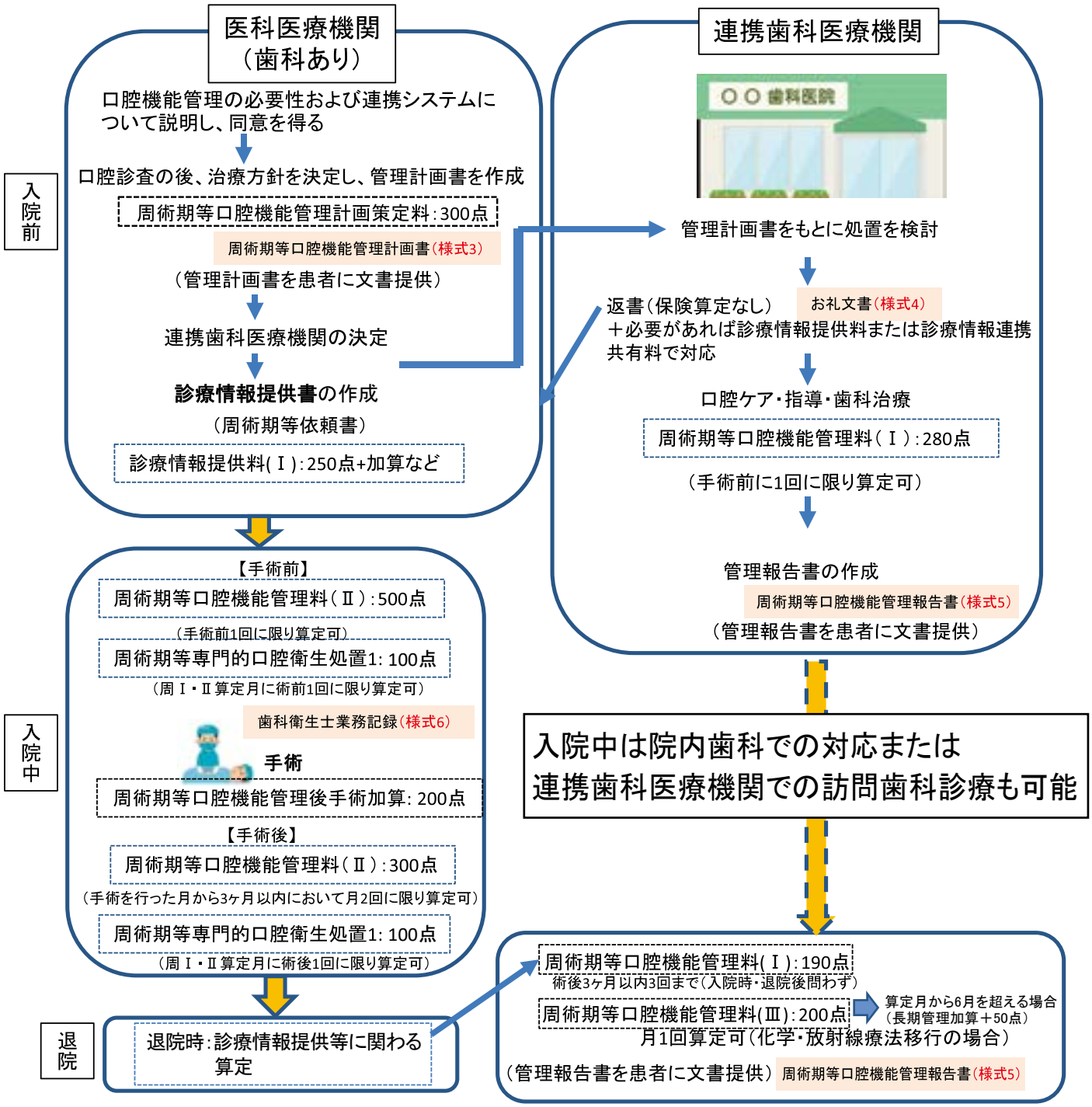
（術後3ヶ月以内3回まで算定可）　周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

（管理報告書を患者に文書提供）

# 4 歯科がある病院に入院して手術を受ける場合
## （自院で管理計画書を作成し、病院歯科と連携する場合）



# 5 歯科がある病院に入院して手術を受ける場合
## （管理計画書を病院歯科で作成後に、自院で管理・治療する場合）



# 6 放射線治療、化学療法、緩和ケアを予定、または、行っている場合

## 医科医療機関

口腔機能管理の必要性および連携システムについて説明し、同意を得る

↓

連携歯科医療機関の決定

↓

診療情報提供書の作成
（周術期等依頼書）

診療情報提供料(Ⅰ):250点+加算など

（病院歯科で管理計画書を作製し、その後、連携歯科に口腔管理を依頼することも可）

## 連携歯科医療機関もしくは病院歯科

（病院歯科で口腔管理を行う場合は、口腔管理依頼書は不要））

口腔診査の後、治療方針を決定し、管理計画書を作成

周術期等口腔機能管理計画策定料:300点

周術期等口腔機能管理計画書（様式3）

（管理計画書を患者および紹介元に文書提供）

返書（保険算定なし）お礼文書（様式4）+ 上記 管理計画書を同封
＋必要があれば診療情報提供料または診療情報連携共有料で対応

↓

口腔ケア・指導・歯科治療

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）:200点 ; 外来の場合

周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）:200点 ; 入院中の場合

（放射線治療もしくは化学療法を実施、または、予定している患者、あるいは緩和ケアの対象となる患者に対して月1回算定可）

算定月から6月を超える場合（長期管理加算＋50点）

周術期等専門的口腔衛生処置1: 100点

（周Ⅲを算定した日の属する月において、月2回に限り算定可）

周術期等専門的口腔衛生処置2: 110点

（エピシル使用の場合　1回のみ算定可）　歯科衛生士業務記録（様式6）

エピシル口腔用液 10ml : 766点

必要に応じて特定保険医療材料として口腔粘膜保護剤を算定する。
病名は『口腔粘膜炎』
発注など詳細は次項参照

↓

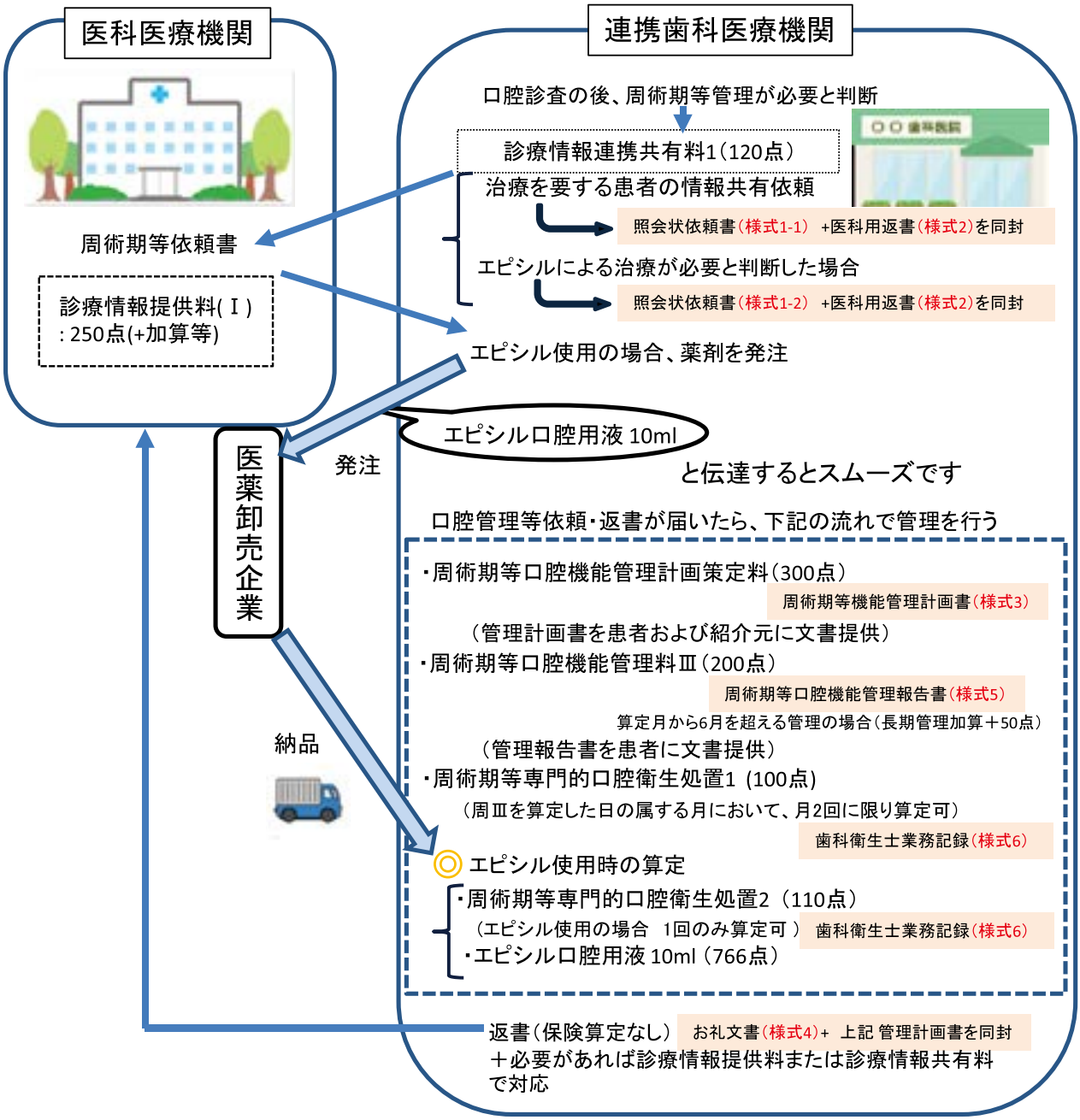
管理報告書の作成

周術期等口腔機能管理報告書（様式5）

（管理報告書を患者に文書提供）

必要に応じて病状等の情報を相互に提供する

# 7 紹介状なしで来院し、放射線治療、化学療法を予定、または行っている場合（緊急にエピシルが必要な場合も含む）




注1）エピシルは薬剤ではなく、材料扱いです。薬局での処方はできません。歯科のみでの取り扱いです。
注2）エピシルの使用には周Ⅲが必須です。

# 8 回復期等の口腔機能管理を依頼された場合
## （病院歯科なし）

医科点数表の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または地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能管理

### 医科医療機関（歯科なし）

回復期等口腔機能管理の必要性および連携システムについて説明し、同意を得る

↓

連携歯科医療機関の決定

↓

**診療情報提供書**の作成
（回復期等依頼書）

診療情報提供料(Ⅰ):250点

歯科医療機関連携加算Ⅰ:100点

※医科での算定・上記同時算定可

入院中

### 連携歯科医療機関

入院時訪問歯科診療

口腔診査の後、治療方針を決定し、管理計画書を作成

回復期等口腔機能管理計画策定料:300点

回復期等口腔機能管理計画書（様式7）

（管理計画書を患者および紹介元に文書提供）

お礼文書（様式4）+ 上記 管理計画書を同封

返書（保険算定なし）
＋必要があれば診療情報提供料または診療情報共有料で対応

↓

口腔ケア・指導・歯科治療

回復期等口腔機能管理料:200点

（月1回に限り算定可）

回復期等専門的口腔衛生処置:100点

（月2回に限り算定可）

歯科衛生士業務記録（様式9）

口腔機能管理継続

↓

管理報告書の作成

回復期等口腔機能管理報告書（様式8）

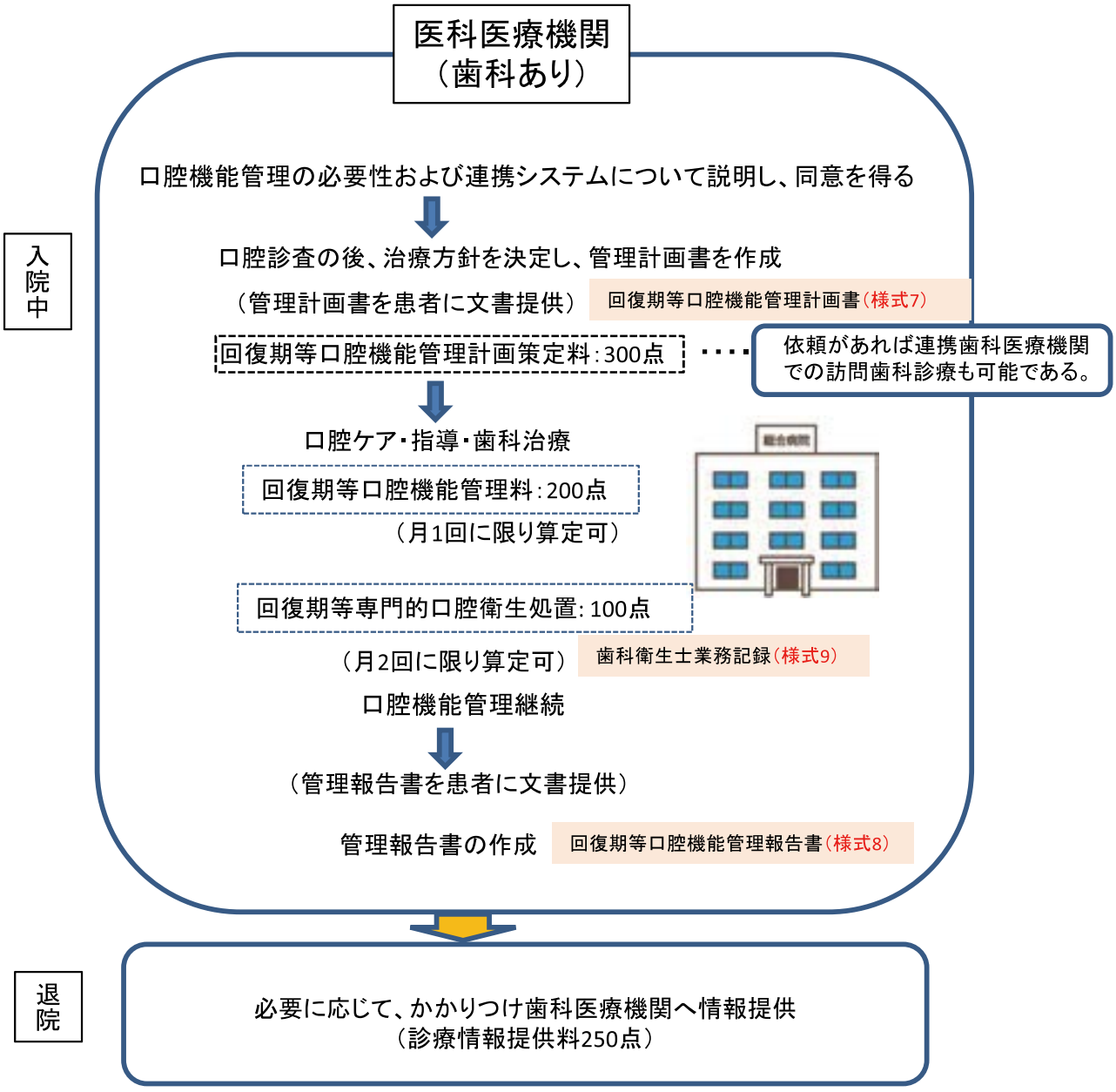
（管理報告書を患者に文書提供）

退院

必要に応じて、かかりつけ歯科医療機関へ情報提供
（診療情報提供料250点）

# 9 回復期等の口腔機能管理を依頼された場合
## (病院歯科あり)

医科点数表の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または地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能管理



様式 1-1

歯科→医科医療機関

# 周術期等連携共有に関わる照会状依頼書

記入日：令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 照会先医科医療機関名<br><br>主治医及び担当医師<br><br><br>先生 御侍史 | 連絡元歯科医療機関の住所及び名称<br>所在地：〒<br>名　　称<br>歯科医師名<br>TEL：　　FAX： |

| | |
|---|---|
| 患者様氏名　　殿 | 性別　男・女<br>TEL： |
| 患者様住所 | |
| 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日　年齢（　　歳） | |

日頃より大変お世話になっております。

この度、当院で治療をしております上記の患者様より、

□ 全身麻酔での手術　□ 放射線治療　□ 化学療法と薬物療法

□ その他全身疾患治療

を予定していると伺いました。

つきましては、当院にて口腔内の管理治療等をさせていただきたく存じます。

お忙しいところ誠にご面倒をおかけいたしますが、現在の治療状況および治療内容、今後のご予定等診療情報をご記載いただきご返送、ご教授くださいますようお願い申し上げます。

今後ともどうぞ宜しくお願いいたします。

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式 1-2

歯科→医科医療機関

# 周術期等連携共有に関わる照会状依頼書

記入日：令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 照会先医科医療機関名<br><br>主治医及び担当医師<br><br><br>先生 御侍史 | 連絡元歯科医療機関の住所及び名称<br>所在地：〒<br><br>名　　称<br><br>歯科医師名<br>TEL：　　FAX： |

| | |
|---|---|
| 患者様氏名　　殿 | 性別　男・女<br>TEL： |
| 患者様住所 | |
| 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日　年齢（　　歳） | |

日頃より大変お世話になっております。

患者様は現在、（ □ 放射線治療、 □ 化学療法および薬物治療、
□ その他全身的治療 ） にて加療中と伺いました。

現在、患者様の口腔内は口腔粘膜炎のために摂食困難となっております。エピシルを用いた治療が必要と判断致しましたが、保険診療の規定で同剤使用のためにはまず、主治医からの口腔管理の指示に関する文書が必要です。その後、周術期管理Ⅲの算定のもとに使用可能となります。

つきましては、当院にて口腔内の管理治療等をさせていただきたく存じます。
お忙しいところ誠にご面倒をおかけいたしますが、現在の治療状況および、治療内容今後のご予定等診療情報をご記載いただきご返送、ご教授くださいますようお願い申し上げます。
今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式２

医科医療機関→歯科

# 診療情報提供書（医科歯科連携用）

記入日：令和　　年　　月　　日

| 提供（連携）先歯科医療機関名<br><br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 先生 御侍史 | 紹介元医療機関名<br>〒＿＿＿＿＿＿<br>住所：<br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>医師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>TEL：　　FAX： |
|---|---|

☐ 歯科での口腔管理を依頼します。ご高診の程お願いいたします。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | | | |
| 患者氏名 | | 性別 | | 生年月日 | | 年齢 | |
| 主疾患名 | | | | 既往歴 | | | |
| 紹介目的 | | | | | | | |
| 希望する歯科処置 | ☐ 口腔内清掃、歯石除去、口腔衛生指導などの口腔ケア | | | ☐ 動揺歯の応急的固定 | | | |
| | ☐ 口腔内のスクリーニング | | | ☐ 必要であれば抜歯 | | | |
| | ☐ 義歯の新製・修理・調整 | | | ☐ う蝕・歯周病の検査 / 治療 | | | |
| 治療予定治療経過 | 手術 | 術日 | ☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 | 手術による口腔内の変化 | | | |
| | | 術式 | | ☐ なし ☐ あり | | | |
| | 抗がん剤等 | 実施日 | ☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 | | | | |
| | | レジメン | | | | | |
| | | ☐ 化学療法中　好中球数 ＜1000/μL　の可能性あり | | | | | |
| | 頭頸部放射線治療 | 実施日 | ☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 | 照射部位：口腔 | | | |
| | | 照射線量 | Gy | ☐ 含まない ☐ 含む | | | |
| BP剤/デノスマブ | 骨転移 | ☐ なし ☐ あり | 初回投与日 | ☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 | | | |
| | | | 最終投与日 | 薬剤名 ☐ ゾレドロン酸 ☐ デノスマブ | | | |
| | 骨粗鬆症 | ☐ なし ☐ あり | 初回投与日 | ☐ 予定 ☐ 実施 ☐ 未定 | | | |
| | | | 最終投与日 | 薬剤名 ☐ 内服BP ☐ デノスマブ等 | | | |
| 血液データ | 採取日 | ☐ 別紙添付 | | | | | |
| | WBC：　　/μL　(Neut　　%)　Plt：　　x10^4/μL | | | | | | |
| | その他（　　） | | | | | | |
| 他疾患について | ☐ 糖尿病（HbA1c：　　%）　☐ 高血圧　☐ 心疾患　☐ B型肝炎　☐ C型肝炎 | | | | | | |
| | その他（　　） | | | | | | |
| 内　服 | 抗血栓薬 | ☐ なし ☐ あり　：薬剤名（　　） | | | | | |
| | 抗菌・鎮痛薬 | ☐ なし ☐ あり　：薬剤名（　　） | | | | | |
| | ステロイド剤 | ☐ なし ☐ あり　：薬剤名（　　） | | | | | |
| 備　考 | 歯科治療の留意点 | 観血的処置（抜歯） | ☐ 抜歯は可能と考えます | | | | |
| | | | ☐ 抜歯が必要な場合、慎重にご判断ください（対応方法などご相談下さい） | | | | |
| | | | ☐ 抜歯は原則禁忌と考えます（対応方法などご相談下さい） | | | | |
| | | | ※抜歯が必要な場合は、治療開始時期を検討致しますのでご連絡下さい。 | | | | |
| | | 歯科治療上のリスク | ☐ 特に問題はなく、通常の歯科治療が可能です | | | | |
| | | | ☐ 白血球数が少なく歯性感染症のリスクが高い状態になる時期があります | | | | |
| | | | ☐ 顎骨骨髄炎・骨壊死などへの配慮が必要です | | | | |
| 申し送り事項（疾患のコントロール状態など） | | | | | | | |

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式３

歯科→患者様
歯科→連携医療機関

# 周術期等口腔機能管理計画書

記入日：令和　　年　　月　　日

フリガナ
患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　ＴＳＨ　　年　　月　　日生（　　歳）　男・女
患者住所
TEL：

当院では、手術等における口腔機能管理について計画書を作成しています。
以下のとおり、実施予定です。ご不明な点はお問合せください。

連携医療機関名／担当医
科
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

## ①基礎疾患の状態・生活習慣

・治療中の病気　□なし　□あり
□高血圧症（　　／　　）　□糖尿病　□脳血管障害　□心臓疾患
□その他　（　　）

・お薬　□なし　□あり　（　　）
・喫煙　□なし　□あり　（　　）本／日
・歯磨き　□朝　□昼　□夕　□寝る前　回／日
・その他　（　　）

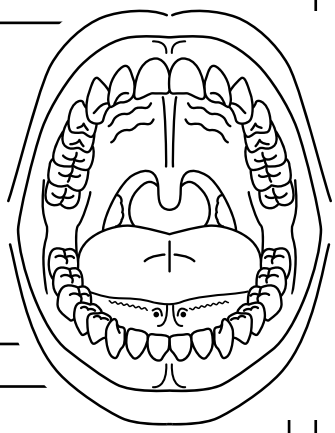
## ②主病の手術の予定

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 治療予定 | | | |
|---|---|---|---|
| □手術 | 手術予定日 | 令和　年　月　日頃 |
| □放射線療法 | 開始予定日 | 令和　年　月　日頃 |
| □化学療法 | 投与予定日 | 令和　年　月　日頃 |
| □緩和ケア | 開始予定日 | 令和　年　月　日頃 |

## ③口腔内の状態等

・口腔衛生状態　□良好　□概良　□やや不良　□不良
・入れ歯　□あり（適合；　良・不良）　□なし
□むし歯　□歯周炎　□歯肉出血　□舌炎
□口内炎・粘膜炎　□口腔乾燥　□嚥下障害
□咀嚼障害　その他、現症（　　）



## ④手術等によって予測される変化など

□口内炎・口腔粘膜炎　□顎のズレ　□顎骨の感染や壊死
□口が渇く　□口が開かない　□入れ歯があわない
□味覚異常　□カビ／ウイルスの感染　□むし歯の進行
□歯周病の悪化　□食事がしにくい　□飲み込みにくい

## ⑤周術期等の口腔機能の管理において実施する内容

□むし歯の治療　□歯周病の治療　□入れ歯の調整
□抜歯　□咀嚼訓練　□嚥下訓練
□口腔ケア　□食事指導

## ⑥日常的なセルフケアに関する指導方針

□歯磨きの方法　□うがい方法　□清掃器具の使用方法
□入れ歯の洗浄・管理方法　□口腔の保湿方法　□口腔リハビリ
その他（　　）

## ⑦その他、必要な内容

令和　　年　　月　　日

保険医療機関名

担当歯科医

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式４

# お礼とご報告

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関

先生 御侍史

〔　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　男 ・ 女 〕

〔　生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日　　歳 〕について

お世話になっております。

この度は ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様を御紹介いただき、誠にありがとうございました。

令和　　年　　月　　日　　受診

令和　　年　　月　　日　　より治療を（ 開始　開始予定 ）となりましたのでご報告いたします。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

付記　　周術期口腔機能管理計画書添付　　有り　　無（後日）

連携歯科医療機関

歯科医師

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式５

歯科→患者様

# 周術期等口腔機能管理報告書

記入日：令和　　年　　月　　日

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

## ①口腔内の状態評価

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 口腔衛生状態 | □ 良好 | □ 概良 | □ やや不良 | □ 不良 |
| 歯の状態 | □ 良好 | □ むし歯あり（C2 以上・残根） | □ 固定または抜歯が必要な動揺歯あり | |
| 歯肉の状態 | □ 良好 | □ 歯石あり | □ 炎症がある | |
| 歯磨き | □ 朝 | □ 昼 | □ 夕 | □ 寝る前　　回 / 日 |
| | □ 歯ブラシ | □ 電動ブラシ | □ フロス | □ 歯間ブラシ　□ 舌ブラシ |
| 粘膜の乾燥 | □ 乾燥なし | □ やや乾燥 | □ 唾液泡沫状 | □ 乾燥強い |
| 入れ歯 | □ あり（適合； 良・不良） | □ なし | | |

## ②施行した歯科処置の内容

□ むし歯の治療　□ 歯周病の治療　□ 入れ歯の調整
□ 抜歯　□ 咀嚼訓練　□ 嚥下訓練
□ 動揺歯の固定　□ 口腔ケア　□ 食事指導
その他（　　）

| | |
|---|---|
| □ 歯ブラシによる清掃方法 | □ スクラッビング法　□ バス法　□ その他（　　） |
| □ 歯間清掃の指導 | □ 歯間ブラシ（SSS・SS・S・M・L・LL）　□ フロス<br>□ 清掃状態は概ね良好です。この状態を維持してください<br>□ 歯と歯ぐきの境目を優しく細かく振動させて磨きましょう<br>□ 一日３回、食事をしていなくても歯磨きしましょう |
| □ 舌清掃指導 | □ 歯ブラシ　□ 舌ブラシ　□ スポンジブラシ<br>□ 舌が汚れています。舌清掃を行いましょう |
| □ 義歯の指導 | □ 入れ歯を専用ブラシで洗いましょう<br>□ 入れ歯洗浄剤を毎日使用してください |
| □ 注意点 | □ うがいはガラガラうがいではなく、ブクブクうがいを行ってください<br>□ 唇が乾燥しています。こまめにクリームを塗りましょう<br>□ 歯周炎が進行しています　□ むし歯があります<br>□ お口の中を清潔に保ちましょう<br>□ 痛みがある場合は我慢せず報告してください<br>□ 歯磨き剤がしみる場合は使用を控えましょう<br>□ 白血球の値が 2000、血小板の値が２万を下回るときは柔らかい歯ブラシを使用しましょう |

## その他、必要な内容

令和　　年　　月　　日

保険医療機関名

担当歯科医

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式６

周術期等専門的口腔衛生処置

# 歯科衛生士業務記録

記入日：令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

□周術期等専門的口腔衛生処置１

・口腔衛生状態　□良好　□概良　□やや不良　□不良

特記事項：

・口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して　□あり　□なし

舌に対して　□あり　□なし

口腔粘膜に対して　□あり　□なし

・機械的歯面清掃の実施

歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いた歯垢等の除去

□あり　□なし

・その他：

□周術期等専門的口腔衛生処置２

・がん等の治療内容　□放射線治療　□化学療法

・口腔衛生状態　□良好　□概良　□やや不良

特記事項：

・口腔粘膜の状態　□良い　□普通　□悪い

・口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して　□あり　□なし

舌に対して　□あり　□なし

口腔粘膜に対して　□あり　□なし

・口腔粘膜保護材の使用方法の説明

□あり　□なし

・その他：

担当歯科衛生士　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会

様式７

歯科→患者様
歯科→連携医療機関

# 回復期等口腔機能管理計画書

記入日：令和　　年　　月　　日

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

当院では、回復期等における口腔機能管理について計画書を作成しています。
以下のとおり、実施予定です。ご不明な点はお問合せください。

## ①基礎疾患の状態・生活習慣

・治療中の病気　□なし　□あり
□高血圧症（　　/　　）　□糖尿病　□脳血管障害　□心臓疾患
□その他　（　　）

・お薬　□なし　□あり　（　　）
・喫煙　□なし　□あり　（　　）本/日
・歯磨き　□朝　□昼　□夕　□寝る前　回/日
・その他　（　　）

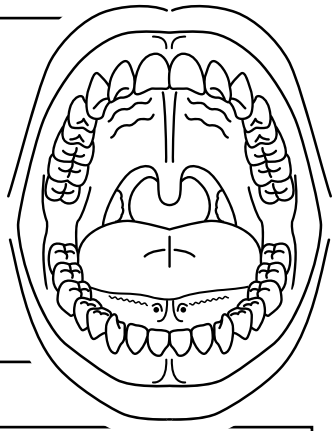
## ②主病・リハビリについて

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

リハビリ予定　□理学療法（筋力トレーニング・関節可動域訓練・歩行訓練・その他；　　）
□作業療法（作業療法・調理訓練・生活訓練・その他；　　）
□言語聴覚療法（言語訓練・高次脳機能訓練・嚥下訓練・その他；　　）

## ③口腔内の状態等

・口腔衛生状態　□良好　□概良　□やや不良　□不良
・入れ歯　□あり（適合；　良　・　不良）　□なし
□むし歯　□歯周炎　□歯肉出血　□舌炎
□口内炎・粘膜炎　□口腔乾燥　□嚥下障害
□咀嚼障害　その他、現症（　　）



## ④入院中に予測される変化など

□口内炎・口腔粘膜炎　□顎のズレ　□顎骨の感染や壊死
□口が渇く　□口が開かない　□入れ歯があわない
□味覚異常　□カビ/ウイルスの感染　□むし歯の進行
□歯周病の悪化　□食事がしにくい　□飲み込みにくい

## ⑤回復期等の口腔機能の管理において実施する内容

□むし歯の治療　□歯周病の治療　□入れ歯の調整
□抜歯　□咀嚼訓練　□嚥下訓練
□動揺歯の固定　□口腔ケア　□食事指導

## ⑥日常的なセルフケアに関する指導方針

□歯磨きの方法　□うがい方法　□清掃器具の使用方法
□入れ歯の洗浄・管理方法　□口腔の保湿方法　□口腔リハビリ
その他（　　）

## ⑦その他、必要な内容

令和　　年　　月　　日

保険医療機関名

担当歯科医

様式８

歯科→患者様

# 回復期等口腔機能管理報告書

記入日：令和　　年　　月　　日

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

## ①口腔内の状態評価

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 口腔衛生状態 | □ 良好 | □ 概良 | □ やや不良 | □ 不良 |
| 歯の状態 | □ 良好 | □ むし歯あり（C2 以上・残根） | □ 固定または抜歯が必要な動揺歯あり | |
| 歯肉の状態 | □ 良好 | □ 歯石あり | □ 炎症がある | |
| 歯磨き | □ 朝 | □ 昼 | □ 夕 | □ 寝る前　　回 / 日 |
| | □ 歯ブラシ | □ 電動ブラシ | □ フロス | □ 歯間ブラシ　□ 舌ブラシ |
| 粘膜の乾燥 | □ 乾燥 | □ やや乾燥 | □ 唾液泡沫状 | □ 乾燥強い |
| 入れ歯 | □ あり（適合； 良・不良） | □ なし | | |

## ②施行した歯科処置の内容

□ むし歯の治療　□ 歯周病の治療　□ 入れ歯の調整
□ 抜歯　□ 咀嚼訓練　□ 嚥下訓練
□ 動揺歯の固定　□ 口腔ケア　□ 食事指導
その他（　　）

| | |
|---|---|
| □ 歯ブラシによる清掃方法 | □ スクラッビング法　□ バス法　□ その他（　　） |
| □ 歯間清掃の指導 | □ 歯間ブラシ（SSS・SS・S・M・L・LL）　□ フロス<br>□ 清掃状態は概ね良好です。この状態を維持してください<br>□ 歯と歯ぐきの境目を優しく細かく振動させて磨きましょう<br>□ 一日３回、食事をしていなくても歯磨きしましょう |
| □ 舌清掃指導 | □ 歯ブラシ　□ 舌ブラシ　□ スポンジブラシ<br>□ 舌が汚れています。舌清掃を行いましょう |
| □ 義歯の指導 | □ 入れ歯を専用ブラシで洗いましょう<br>□ 入れ歯洗浄剤を毎日使用してください |
| □ 注意点 | □ うがいはガラガラうがいではなく、ブクブクうがいを行ってください<br>□ 唇が乾燥しています。こまめにクリームを塗りましょう<br>□ 歯周炎が進行しています　□ むし歯があります<br>□ お口の中を清潔に保ちましょう<br>□ 痛みがある場合は我慢せず報告してください<br>□ 歯磨き剤がしみる場合は使用を控えましょう |

## その他、必要な内容

令和　　年　　月　　日

保険医療機関名

担当歯科医

様式９

回復期等専門的口腔衛生処置

# 歯科衛生士業務記録

記入日：令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

・口腔衛生状態　□良好　□概良　□やや不良　□不良

特記事項：

・口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して　□あり　□なし

舌に対して　□あり　□なし

口腔粘膜に対して　□あり　□なし

・機械的歯面清掃の実施

歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いた歯垢等の除去

□あり　□なし

・その他：

担当歯科衛生士　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（MRONJ）医科歯科医療連携

問診にて、骨粗鬆症、骨転移を伴うがん、ステロイド剤などの長期服用の既往を認め、骨吸収抑制剤の服用もしくは注射を行っている患者に対し、医科歯科連携を行うツールです。

## ●使用法について

1．Ⓐ Ⓑ MRONJ連携

医科より 情報提供書Ⅰ（様式Ⓐ）で問い合わせがあった場合、様式Ⓑを用い、医科へ返書を行う。

2．Ⓒ Ⓓ Ⓔ MRONJ連携

Ⓒ診療情報連携共有（観血処置前）

該当する患者に対し、観血処置を行うにあたり、医科へ必要事項を記入しお送りください。その際は、診療情報連携共有料120点の算定が可能となります。また、医科からの返書Ⓓを同封してください。

Ⓔ診療情報連携共有（観血処置後）

診療情報共有（観血処置前）にて情報共有を行い、観血処置終了、治癒の確認ができた際、連携先の医科へ骨吸収抑制剤の再開の連絡として使用してください。また、その際も、診療情報連携共有料120点の算定が可能ですが、前回算定日より3 ケ月経過していない場合不可となります。

3．Ⓕ Ⓖ MRONJ連携

歯周精密検査などで、パノラマX 線撮影を行った後、過去のレントゲン写真と比較し、椎体骨密度の低下などの所見があり、整形外科にて骨粗鬆症の治療などを受けていない患者に対し、骨粗鬆症早期発見・治療を目的として医科に紹介する様式となっています。

**医科⇒歯科**

# 情報提供書（Ⅰ）（ご紹介）
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携用〉

紹介先医療機関等名

歯科

担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

**傷病名：**

□骨粗鬆症（□手術あり　　年　　月　　日）□関節リウマチ　　□自己免疫疾患（　　）

□がん骨転移（癌種：　　）　□その他（　　）

**紹介目的：**

上記診断のため下記の薬剤を｛□ 処方する予定です。／□　　年　　月より投与しております。｝

**◎MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）のリスクがある薬剤　（薬剤名：　　）**

□BP 経口製剤　□BP 注射製剤　□抗 RANKL 製剤　□抗スクレロスチン製剤　□その他

つきましては MRONJ 予防のため顎口腔領域についてご評価いただき，口腔ケアならびに必要に応じて歯科治療をお願いいたします。

---

**□上記薬剤の投与に猶予があります。**

本薬投与の開始を遅らせた方が良い場合は，その時期・期間等についてご相談ください。

**□上記薬剤の投与が、早急に必要または休薬不可です。**

原疾患の進行や全身的な状態から本薬投与を優先させますのでご配慮をお願いいたします。

**既往歴及び家族歴：**

□脆弱性骨折(部位：　　)　□糖尿病　□間質性肺炎　□その他（　　）

ステロイド使用（□あり　(現在：　　mg)　□使用歴あり　□なし　）

**症状・治療経過および検査結果：**

**現在の処方：**

**歯科⇒医科**

# 情報提供書（Ⅰ）に対するご返書
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携用〉

紹介先医療機関等名

科　担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

| |
|---|
| **傷病名：** |
| **既往歴及び家族歴：**　□骨粗鬆症　　□関節リウマチ　　□自己免疫疾患（　　）<br>□がん骨転移（癌種：　　）　　□その他（　　） |
| **検査結果および治療経過：**<br>MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のために当院へご紹介いただきありがとうございます。<br>□ **上記診断にて（　治療開始前　・　治療中　）です。**<br>**MRONJ リスクがある薬剤の**投与を待てない状況とのことですので、早急に口腔内の感染源除去を行ってまいります。また、観血処置が必要となった場合、改めてご相談させていただくことがございます。その際はご連絡いたしますのでよろしくお願いいたします。<br>□ **上記診断にて（　治療開始前　・　治療中　）です。**<br>**MRONJ リスクがある薬剤の**投与に猶予があるとのことですので、歯科治療終了まで（　　月　　日頃）まで投与をお待ちいただければ幸いです。<br>終了につきましては改めてご報告いたします。<br>□ **歯科疾患の治療は終了し、現在、口腔管理・口腔ケア継続中です。**<br>歯科的には投与を待つ必要性はないと判断いたします。<br>MRONJ 予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに薬剤変更などございましたら、当院にご一報いただければ幸いです。 |
| **現在の処方：** |
| **備考：** |

**歯科⇒医科**

# 診療情報連携共有（ご照会）
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携用：観血処置前〉

紹介先医療機関等名

科　担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

| |
|---|
| **歯科傷病名：** |
| **既往歴及び家族歴：**<br>□高血圧症　□糖尿病　□心血管疾患　□呼吸器疾患<br>□その他（　　）<br>**MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）リスクに関連する傷病名：**<br>□骨粗鬆症　□骨粗鬆症疑い　□関節リウマチ　□自己免疫疾患（　　）<br>□がん骨転移（癌種：　　）　□その他（　　） |
| **照会目的：**<br>かねてより大変お世話になっております。<br>上記診断における歯科治療に際し、顎骨露出をともなう観血処置（ 抜歯 ・ 歯周外科処置 ・ その他；　　）を計画しております。<br>**上記既往における MRONJ のリスクがある薬剤の投与状況、経過などについてご教示ください。**<br><br>□ **歯科的観点から、治療可能であれば早急に上記観血処置を行う必要があります。**<br>状況によっては薬剤変更・休薬などのご相談をさせていただけますと幸いです。<br><br>□ **症状や治療計画の状況から、時間に余裕があります。** |
| **現在の処方：** |
| **備考：**<br>□ MRONJ 予防に関してだけでなく、上記既往における現在の全身状態や歯科的観血処置に際しての注意点、感染リスクに関してなどご教示いただけますと幸いです。 |

R6.4　鹿児島県歯科医師会　地域歯科保健委員会

**医科⇒歯科**

# 診療情報連携共有（ご返書）
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携用：観血処置前〉

紹介先医療機関等名

歯科

担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

**傷病名：**

□骨粗鬆症疑い　□骨粗鬆症　□関節リウマチ　□自己免疫疾患（　　）
□がん骨転移（癌種：　　）　□その他（　　）

**紹介目的：**

ご連絡ありがとうございます。現在、下記薬剤を投与中です。

**◎MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）リスクあり**　　**◎MRONJ リスクなし**

□BP 経口製剤　□BP 注射製剤　□ビタミン製剤　□SERM　□ホルモン製剤
□抗 RANKL 製剤　□抗スクレロスチン製剤　□Ca 製剤　□ PTH 製剤

**（使用薬剤名：　　開始年月日：　　年　　月　　日）**

**□原疾患の進行状態や脆弱性骨折のリスクが高いことから休薬は困難です。**

**□薬剤変更が可能であり薬剤変更を指示しました。**
（変更後の処方：　　）

**□MRONJ のリスクとなる薬剤投与はありませんので、治療を進めていただいて構いません。**

**□MRONJ のリスクとなる薬剤投与歴はありますが、現在処方しておりません。**
（投与期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）（再開予定：　有　・　無　）

**既往歴及び家族歴：**

□脆弱性骨折（部位：　　）　□糖尿病　□間質性肺炎　□その他（　　）
ステロイド使用（ □あり（現在：　　mg）　□使用歴あり　□なし）

**症状・治療経過および検査結果：**

**現在の処方：**

R6.4　鹿児島県歯科医師会　地域歯科保健委員会

**歯科⇒医科**

# 診療情報連携共有（ご照会）
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）連携用：観血処置後〉

紹介先医療機関等名

科　担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

| |
|---|
| **歯科傷病名：** |

| |
|---|
| **既往歴及び家族歴：**<br>□高血圧症　□糖尿病　□心血管疾患　□呼吸器疾患<br>□その他（　　）<br>**MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）リスクに関連する傷病名：**<br>□骨粗鬆症　□関節リウマチ　□自己免疫疾患（　　）<br>□がん骨転移（癌種：　　）　□その他（　　） |

| |
|---|
| **ご報告：**<br>この度は情報提供にご協力頂きまして誠にありがとうございました。<br>年　　月　　日に当院での観血処置が終了しましたことをご報告いたします。<br>処置後の経過は良好であり、予後は問題ないと思われますので,御高診のほど、よろしくお願いいたします。<br><br>MRONJ 予防のために、口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに，薬剤変更などございましたら，当院にご一報いただければ幸いです。<br>今後とも何卒よろしくお願いいたします。 |

| |
|---|
| **症状・治療経過および検査結果：** |

| |
|---|
| **現在の処方：** |

R6.4　鹿児島県歯科医師会　地域歯科保健委員会

**歯科⇒医科**

# 診療情報提供書(Ⅰ)
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）骨粗鬆症連携用〉

紹介先医療機関等名

科　担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

**歯科病名：**

**既往歴及び家族歴：**

□骨粗鬆症疑い　□骨粗鬆症　□関節リウマチ　□自己免疫疾患（　　）
□がん骨転移（癌種：　　）　□その他（　　）

**紹介目的：**

□当院歯科パノラマX線写真における**下顎骨形態の評価において骨粗鬆症が疑われました。**
つきましては貴院でのご精査およびご加療をお願いしたくご紹介させていただきました。

□**過去に上記診断を受けていたとのことですが、中断されているようです。**
つきましてはご精査およびご加療をお願いしたくご紹介させていただきました。
骨吸収抑制薬投与歴につきましてもご教示いただけますと幸いです。

□また、**上記歯科診断から歯科治療におきまして観血処置が必要と考えます。**
骨吸収抑制薬の使用を開始される場合はMRONJ（薬剤関連顎骨壊死）予防のため開始時期をご相談させてください。（　　月　　日頃までに観血処置を行う予定です。）
骨吸収抑制薬の投与が早急に必要な場合（待機猶予がない場合）はお手数ですがご連絡ください。

骨吸収抑制薬を使用される場合は、MRONJ予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、その投与や薬剤変更に際しては当院にご一報いただければ幸いです。

**症状・治療経過および検査結果：**

□　歯科疾患の治療開始前です。
□　歯科疾患の治療中です。
□　歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。

**現在の処方：**

R6.4　鹿児島県歯科医師会　地域歯科保健委員会

返 **医科⇒歯科**

# 診療情報提供書(Ⅰ)に対するご返書
## 〈薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）骨粗鬆症連携用〉

紹介先医療機関等名

歯科

担当医　　先生御侍史

令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地：

紹介元医療機関の名　称：

電話番号：

医師氏名：　　印

| |
|---|
| 患者氏名：　　性別：　男　・　女<br>患者住所：<br>電話番号：<br>生年月日：　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　）歳　　職業： |

**傷病名：**

□骨粗鬆症　□関節リウマチ　□自己免疫疾患（　　）

□がん骨転移（癌種：　　）　□その他（　　）

**紹介目的：**

ご紹介頂きました患者さんですが、上記診断のため下記の薬剤を

□ 処方する予定です。

□　　年　　月より投与しております。

**◎MRONJ（薬剤関連顎骨壊死）リスクあり**

□BP 経口製剤　□BP 注射製剤

□抗 RANKL 製剤　□抗スクレロスチン製剤

（使用薬剤名：　　）

**◎MRONJ リスクなし**

□ビタミン製剤　□SERM　□ホルモン製剤

□Ca 製剤　□ PTH 製剤

---

**□骨吸収抑制薬投与に猶予があります。**

本薬投与の開始を遅らせた方が良い場合は、その時期・期間等についてご相談ください。

**□骨吸収抑制薬の投与が早急に必要です。**

原疾患の進行状態から本薬投与を優先させたいと思いますのでご配慮お願いいたします。

**□MRONJ のリスクとなる薬剤の投与はありません。**

**既往歴及び家族歴：**

□脆弱性骨折(部位：　　)　□糖尿病　□間質性肺炎　□その他（　　）

ステロイド使用（ □あり（現在：　　mg）　□使用歴あり　□なし ）

**症状・治療経過および検査結果：**

検査結果（YAM 値　　％　　年　　月　　日計測）

骨吸収抑制薬投与歴（ □なし　□あり：薬剤名　　／　　年　　月より開始）

**現在の処方**

糖尿病医科歯科医療連携について

鹿児島県における糖尿病あるいは糖尿病が疑われる患者さんの割合は年々増加傾向にありますが、残念ながらその約４割は未だ未受診と考えらえています。糖尿病が悪化すると様々な合併症を招き、結果として健康寿命の延伸を阻害しさらには要介護状態の大きな要因とも考えられています。口腔内でも第６の合併症として歯周病が悪化することが知られていますが、一方で悪化した歯周病を放置することで逆に糖尿病の病態を悪化させることも明らかになってきています。そこで鹿児島県歯科医師会として糖尿病医科歯科医療連携を推進すべく、「歯科から発信する糖尿病医科歯科医療連携ツール」を作成し、さらに保険改定に合わせて「糖尿病診療情報連携共有料の様式」を追加して対応してきました。今回この二つの様式を簡潔に組み合わせた連携パターンを作成しましたので、ご案内いたします。

糖尿病の既往あるいは糖尿病の未治療が疑われる患者さんが歯科的主訴で歯科医院を受診した場合

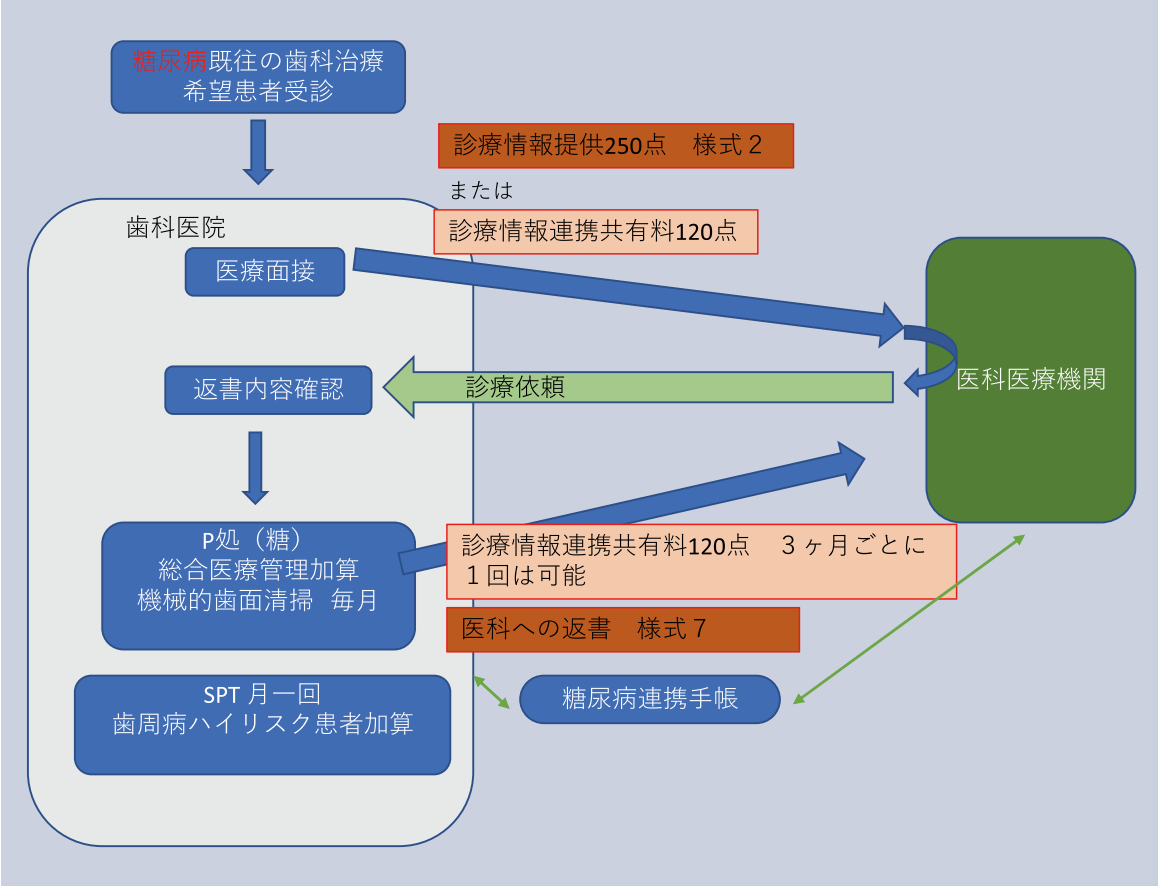
医療面接の結果

糖尿病の治療を中断しているまたは歯周病の背景に糖尿病が疑われる場合は診療情報提供（様式２）で医科医療機関へ紹介
糖尿病治療は受けているがその病態の詳細が不明な場合は診療情報連携共有料（情供様式１）を医科医療機関に発出する。その際に医科医療機関が返信しやすくするために返書の定型文書様式（糖尿病診療情報提供書（結果ご報告））を同封する。

これを受けて医科医療機関からの診療依頼の文書が確認できた場合、歯周病治療の際にはＰ処（糖）や毎月の機械的歯面清掃（歯清）等が算定可能となり、また施設基準を満たせば総合医療管理加算を算定可能となります。

その後は歯科診療の状況に合わせて３ヶ月に１回は診療情報連携共有料（情供

様式２）を算定可能となりますし、または医科への返書（様式７）を使って医療連携を進める事も可能です。さらには糖尿病連携手帳があれば毎月有効に活用する事をお勧めします。



**様式２**

# 診療情報提供書（医科宛ご紹介）

令和　　年　　月　　日

| 紹介先医療機関<br><br>病院、医院<br>科<br><br>先生 | 紹介元歯科医療機関名<br><br>所在地<br><br>電話番号<br>歯科医師氏名　　印 |
|---|---|

平素より大変お世話になっております。
下記患者様について貴科的御高診・御加療のほど、宜しくお願い致します。

| 患者氏名 | | 電話番号 | |
|---|---|---|---|
| 患者住所 | | 職業 | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |

| 紹介目的 | □ 糖尿病（耐糖能異常）の疑い<br>□ その他（　　） |
|---|---|
| 紹介理由 | □ 歯周病の病態、進行度から全身疾患との関連が疑われるため<br>□ その他（　　） |
| 歯科診断 | 歯周病の程度 □ 軽度 □ 中程度 □ 重度 □ その他（　　）<br>歯周病の状態 □ 出血指数(BOP)＿＿＿％ □ プラーク指数(PCR)＿＿＿％<br>□ 病的ポケット(4㎜以上)の割合＿＿＿％ □ 平均ポケット値＿＿＿㎜<br>歯周病以外の歯科疾患（　　） |
| 歯周病治療歴 | □ あり　□ なし　□ 治療中 |
| 当院での治療経過 | □ 歯周治療なし<br>□ 歯周治療中<br>□ 歯周治療終了後定期管理中<br>□ その他（　　） |
| 既往歴 | 糖尿病の既往 ：本人 □ あり　□ なし　□ 不明<br>：家族 □ あり　□ なし　□ 不明 |
| 現在の処方 | 投与中の薬剤 ：内服 □ あり（　　） □ なし |
| 特記事項<br>（生活習慣等） | |

【参考】歯周病の分類　　慢性歯周炎（成人性歯周炎）

a：軽度歯周炎

骨吸収は歯根の長さの1/3より少なく、ポケットは3～5㎜程度。

b：中程度歯周炎

骨吸収は根の長さの1/3～1/2程度、ポケットは4～7㎜程度。歯の動揺は軽度に増加する。

c：重度歯周炎

骨吸収は歯の長さの1/2以上、ポケットは6㎜以上で10㎜に及ぶものもある。歯の動揺は著しい。

（図引用：鴨井久一、沼部幸博著、新・歯周病をなおそう、砂書房、2008年）

情共様式１

# 糖尿病診療情報提供の依頼

令和　　年　　月　　日

| 連絡先医療機関<br><br>先生 御侍史 | 連絡元医療機関の住所及び名称<br><br>印<br>電話番号 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | 電話番号 | |
| 患者住所 | | 職業 | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日（　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |

先生におかれましては益々ご清栄のことと存じます。

さて、この度歯周病治療のために来院されました上記患者様ですが、貴院にて糖尿病加療中とお聞きしました。糖尿病は歯周治療の予後に大きな影響を与えますと同時に、重度の歯周病の場合２年後に糖尿病が悪化する率が5 倍高くなるとの報告もございますが、現在の歯周病の状態は（ 軽度 ・　中等度 ・ 重度 ）であります。

つきましては、今後も貴院での糖尿病治療継続をお願いするとともに、（現在の糖尿病の病態 HbA１c 値・ HbA1c の目標設定値・ 糖尿病治療薬 ・ 合併症の有無・糖尿病連携手帳発行の有無・重症低血糖の既往の有無など)の照会を致したく存じます。なお、ご返事は、同封の様式をご利用いただいても構いません。

お忙しいとは存じますが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

# 糖尿病診療情報提供書（結果ご報告）

令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 紹介元歯科医療機関<br><br>歯科医院<br><br>先生 | 医療機関<br>所在地<br>電話番号<br>医師氏名　　印 |

平素より大変お世話になっております。

下記患者様についての診断結果及び治療内容を報告致しますので、歯科治療をお願いいたします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | 電話番号 | |
| 患者住所 | | 職業 | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男・女 |

| | |
|---|---|
| 傷病名 | □１型糖尿病 □２型糖尿病 □妊娠糖尿病 □その他（　　） |
| 合併症 □あり<br>□なし | □高血圧 □脂質異常症 □網膜症（単純網膜症、前増殖網膜症、増殖網膜症）<br>□腎症（腎症前期・早期腎症期・顕性腎症期・腎不全期・透析療法期） □神経障害<br>□冠動脈疾患 □脳血管障害 □末梢動脈疾患 □その他（　　） |
| 既往歴 | |
| 家族歴 | |
| 症状経過及び検査結果 | １,罹患期間；約　　年　　ヶ月　　不詳<br>２,血液検査結果（　月　日実施）；血糖値　mg/dl（空腹時、随時、食後　時間）<br>HbA1c　；　　％<br>３,HbA1c の設定目標値　　％<br>４,ビスホスホネート製剤の使用　；□あり（　　）　□なし<br>５,食事療法　；　□あり　　□なし<br>６,重症低血糖の既往の有無 □あり □なし<br>７,糖尿病連携手帳の発行の有無 □あり □なし<br>８,BMI<br>９、その他 |
| 現在の処方 | 内服薬 □あり　　☑なし<br>（　　）<br>インスリン注射 □あり（　　）　□なし |
| 今後の予定 | |

情共様式２

# 糖尿病診療情報提供の依頼

令和　　年　　月　　日

| 連絡先医療機関 | 連絡元医療機関の住所及び名称 |
|---|---|
| 先生 御侍史 | 印<br>電話番号 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | 電話番号 | | |
| 患者住所 | | | 職業 | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日（　　歳） | | 性別 | 男 ・ 女 |

先生におかれましては益々ご清栄のことと存じます。

さて、現在歯周病治療中の＿＿＿＿＿＿＿＿様の経過について、下記のようにご報告いたします。現在の歯周病の状態は（軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ）であり、今後も歯周病の治療と管理を定期的に継続していく予定です。

つきましては、貴院で管理中の現在の糖尿病の病態についてその後の経過（HbA１c 値・HbA1c の目標設定値・糖尿病治療薬・合併症の有無・糖尿病連携手帳発行の有無・重症低血糖の既往の有無）の照会を致したく存じます。なお、ご返事は同封の様式をご利用いただいても構いません。

お忙しいとは存じますが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

糖尿病は歯周治療の予後に大きな影響を与えますので、引き続き貴院での糖尿病治療継続をお願い申し上げます。

**様式７**

# 診療情報提供書（結果ご報告）

令和　　年　　月　　日

| 紹介元医療機関<br><br>病院、医院<br>科<br><br>先生 | 歯科医療機関名<br><br>所在地<br><br>電話番号<br>歯科医師氏名　　印 |
|---|---|

平素より大変お世話になっております。
下記患者様についての診断結果及び今後の治療内容を御報告致します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | 電話番号 | |
| 患者住所 | | 職業 | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |

| | |
|---|---|
| 紹介目的 | ☐ 診断結果報告　☐ 経過報告　☐ 治療内容<br>☐ その他（　　） |
| 診断結果 | 歯周病の程度 ☐ 異常なし　☐ 軽度　☐ 中程度　☐ 重度 |
| | 歯周病の状態 ☐ 出血指数(BOP)＿＿＿％　☐ プラーク指数(PCR)＿＿＿％<br>☐ 病的ポケット(4㎜以上)の割合＿＿＿％　☐ 平均ポケット値　＿＿㎜ |
| | 歯周病以外の歯科疾患（　　） |
| 当院での治療経過 | ☐ 未治療<br>☐ 歯周治療中<br>☐ 治療終了後定期的管理中<br>☐ 歯周病以外の治療（　　） |
| 今後の予定 | ☐ 治療なし<br>☐ 当院で歯周治療予定<br>☐ 当院で定期的管理予定<br>☐ その他（　　） |
| 現在の処方 | 投与中の薬剤 ：内服　☐ あり（　　）　☐ なし |
| 特記事項 | |

【参考】歯周病の分類　　慢性歯周炎（成人性歯周炎）

a：軽度歯周炎

骨吸収は歯根の長さの1/3より少なく、ポケットは3～5㎜程度。

b：中程度歯周炎

骨吸収は根の長さの1/3～1/2程度、ポケットは4～7㎜程度。歯の動揺は軽度に増加する。

c：重度歯周炎

骨吸収は歯の長さの1/2以上、ポケットは6㎜以上で10㎜に及ぶものもある。歯の動揺は著しい

（図引用：鴨井久一、沼部幸博著、新・歯周病をなおそう、砂書房、2008年）

# 鹿児島県歯科医師会口腔保健センターとの連携

口腔保健センターへの紹介状（診療情報提供書）

口腔保健センターは新会館の完成にともない、これまでの２階から１階に移り、設備も一新し、会館の正面玄関を入ってすぐ左にあり、患者さんにとって大変受診しやすくなりました。

会員の皆様が患者さんを紹介しやすい口腔保健センターを目指しています。

紹介いただく患者さんは基本的に障害者（児）、医療的ケア児、要介護者等に限られますが、障害者歯科二次医療機関として、ご依頼の治療が終了後はご紹介いただいた歯科医療機関でメンテナンスを行っていただくようにしたいと考えております。

紹介方法：口腔保健センターへ電話で予約
別紙の診療情報提供書紹介状を記載のうえ患者さんにご持参いただく

◎予約連絡先　お問い合わせ先
口腔保健センター
TEL：099-223-0628
FAX：099-223-2593
e-mail:pref-kda@8020kda.jp

障害者や有病者の治療についてのご相談をお受けいたしますのでお気軽にご相談ください。

会員（かかりつけ歯科医院）→TEL：099-223-0628 口腔保健センターへ電話で予約

情報１：250点（診療情報提供書紹介状）患者持参　→　口腔保健センター

依頼元会員（かかりつけ）歯科医院　←　口腔保健センター(依頼治療終了)

# 診療情報提供書

紹介先　鹿児島県歯科医師会立口腔保健センター

年　月　日

紹介元施設名

住所

電話

歯科医師

---

患者氏名　　性別　男・女

生年月日　　年　月　日　　歳

患者住所　　電話番号

---

歯科病名または主訴

紹介目的（う蝕治療、抜歯、口腔粘膜疾患、鎮静下あるいは全麻下歯科治療など具体的にご記入ください）

全身状態

知的障害、発達障害、身体障害、要介護高齢者、認知症、その他（　　）

意思疎通（可、ある程度、不可）

糖尿病、高血圧、てんかん、その他（　　）

症状ならびに治療の経過など（具体的にご記入ください）

処方：

備考：

# Q&A

## 周術期等医科歯科医療連携を始めるにあたって

**Q1** 自院で治療中の患者から医科にて周術期等の治療を受けることに、もしくは受けている情報を得た場合には、どのように医科歯科医療連携を始めたらよいでしょうか？

**A1** 先ずは、患者の同意を得て、周術期等の医科歯科連携えるような情報提供、依頼をいただけるよう、照会状（様式1-1）を出しましょう。
情報提供依頼をいただいたら、患者が来院された事の報告、お礼をだしましょう。（様式４）

## 周術期等口腔機能管理料 Ⅰ関連

**Q1** 手術が直前に迫った状態で医科から抜歯および口腔衛生管理の依頼がありました。
当院受診した数日後に入院予定なので、抜歯対象歯もありましたが、抜歯後の治癒経過洗浄や抜糸もできない状況の場合、支持療法のみで、抜歯しなくても問題はないでしょうか。

**A1** 問題ありませんが、診療録、管理計画書にその旨記載してください。また、抜歯病名の記載も漏れがないよう気を付けてください。

---

**Q2** 手術日が決定しておらず、周術期管理の依頼がありました。算定するためには摘要欄に手術予定日を記載するようになっていますが、どのようにしたら良いでしょうか。

**A2** 必ず摘要欄に手術日の記載が必要となります。手術日が不明な場合は周術期関連の算定ができません。医療機関や主治医に問い合わせるか確実に手術日が把握できるようにしてください。

---

**Q3** 周術期等管理計画書の記載について何かポイントはありますか。

**A3** 周術期等管理計画書には、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生じた）変化等）、④周術期等の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑥その他必要な内容、⑦保険医療機関名及び当該管理を行う歯科医師の氏名等の情報を記載してください。様式については、会員サイトに掲載されています。

---

**Q4** 既に通院中の患者で、医科より歯周検査、歯石除去、口腔衛生指導などの周術期等管理依頼がありました。既に歯周病の治療や管理を行っています。どのように対応したらいいでしょうか。
また、傷病の変更、追加記載等は必要でしょうか。

**A4** 既に歯周病の治療や管理を行っている場合でも、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、周術期等口腔機能管理計画に基づき、口腔機能の管理を行えば、「周術期等口腔機能管理計画策定料」や「周術期等口腔機能管理料」の算定は可能です。既に「P病名」が挙がっていますので傷病の変更、追加記載等は必要ありません。

---

**Q5** 上下無歯顎の患者さんの周術期等管理についてです。どのような点に留意すればよろしいでしょうか。

**A5** 義歯関連病名や粘膜疾患等の病名がない場合は「術後合併症」の病名で管理を行うことができます。
また、入院中の周Ⅰ算定患者に対し周術期等の口腔管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科

衛生士が、専門的な口腔清掃（口腔粘膜を含む）等を行なった場合、「周術期等専門的口腔衛生処置１　100点」を算定できます。ただし、同月の「非経口摂取患者口腔粘膜処置　110点」は併算定できません。

**Q６** 術前に周Ⅰ（術前）を算定し術後入院期間がやや長期に及び訪問歯科診療にて対応する場合、周Ⅰ（術後）以外に算定出来る点数はありますか？
また、その際の注意点及び必要となる提供文書等もご教授下さい。

**A６** 周Ⅰ術後の算定は手術月から起算して３ヶ月以内に３回となっています。したがって、それまでは周Ⅰ術後で管理を行い、その後は歯管で管理を行うことは可能です。ただし、周術期以外での病院歯科併設の医療機関への訪問歯科診療等は算定できないため注意が必要です。周術期の管理中に病院歯科併設の医療機関に訪問歯科診療を行う場合は、管理計画の策定も行い「周術期等口腔機能管理計画策定料　300点」の算定が必要です。

## 周術期等口腔機能管理料 Ⅲ・Ⅳ関連

**Q１** 化学療法や放射線治療中の周Ⅲ・Ⅳの算定にあたり、摘要欄に化学療法や放射線治療等予定年月日の記載が必要ですが、年月日を容易に毎回把握する良い方法はありますか。

**A１** 周Ⅲを算定する時点で化学療法や放射線療法を実施する医科担当医との連携により実施日または実施予定日が把握できているはずです。摘要欄記載は予定日でも結構ですので、当初の把握内容の記載で良いです。ただし、受診ごとに患者に問診し、予定変更があるような場合は医科担当医へ確認が必要です。予定に変更が生じる際には医科担当医から一報いただけるようあらかじめ伝達しておくことも有効と考えます。

**Q２** 口腔粘膜保護材（エピシル）の処方の方法が分かりません。ご教示ください。

**A２** エピシルは特定保険医療材料に分類されているため「処方」ではありません。本材料を使用した場合に766点(10ml)を術口衛2とともに算定できます。２本目以降、追加する場合は術口衛２の算定日および患者の状態を摘要欄記載したうえで材料料のみ算定できます。病名は口腔粘膜炎などです。

**Q３** 緩和ケアの患者で周Ⅲ or Ⅳを算定しています。月1回を限度として算定とありますが、月1回のみのケアでは口腔環境を維持できない状態です。何か良い方法はないでしょうか。

**A３** 周Ⅲ or Ⅳの算定要件は月１回ですが、周術期等専門的口腔衛生処置１（術口衛１）は月２回（周Ⅰでは１回のみ）の算定が可能です。

**Q４** 歯科のある病院で、既に手術が終わり化学療法時のみの入院の治療の患者が、病院歯科で周術期等管理計画書をたて、患者の希望で入院以外時はかかりつけ歯科医院での治療、管理を希望している場合、算定日を病院歯科へも報告することによって周Ⅲを算定して良いでしょうか？また、病院歯科で周Ⅲの算定が有る月は歯管での算定で良いでしょうか？

**A４** 病院歯科で周Ⅲの算定がある場合は病院歯科で管理するということなので、かかりつけ歯科医院側が管理することはありません。あくまで周術期等管理計画に則って管理を行う必要があります。

**Q５** 周Ⅲの化学療法で体調が悪く中断が長引いた場合は、一度歯管に戻して治療管理すること良いでしょうか？
また、一度歯管に戻して良い場合、周Ⅲを再開するときは、再度医師からの情報提供が必要でしょうか？

**A５** 周術期等口腔機能管理計画策定料により、管理計画が立案されている以上、中断は単なる治療延期ですので基本的には、周Ⅲで管理になります。

---

**Q６** 放射線治療中の口腔管理の依頼書が数ヶ月遅れて届き、実際には放射線治療は既に数日前に終った状態で来院されました。口腔内には放射線の後遺症が続く可能性の高い照射部位であった為、暫くは口腔ケア口腔管理等が必要だと思われます。このような場合、周Ⅲの算定は可能でしょうか

**A６** 周Ⅲは放射線治療中または化学療法中の患者が対象ですので治療終了後からの開始は認められません。また治療再開した場合や化学療法に移行した場合に連絡いただくよう返書を出されることをお勧めします。

---

**Q７** 周術期等専門的口腔衛生処置（術口衛）について教えてください。

**A７** 周術期等専門的口腔衛生処置は、１口腔単位につき、周Ⅲを算定した患者に対し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃等を行った場合、周Ⅲを算定した月において、月２回に限り算定できます。(参考50P)
周術期等専門的口腔衛生処置１：100点
周術期等専門的口腔衛生処置２：110点

※混同注意：非経口摂取患者口腔粘膜処置：110点　☜同月内の同時算定はできません。

## 周術期等関連その他

**Q１** 術口衛１について、歯科衛生士がいないがその場合は歯科医師によるPMTCは算定可能でしょうか？

**A１** 術口衛１については、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が行うことになっているため、算定できません。

---

**Q２** 周術期等の医科歯科連携において、現に手術を行う医療機関からの依頼があって連携がはじまりますが、かかりつけ医療機関から依頼はあったものの、現に手術を行う医療機関が依頼のあった医療機関と異なり、術後経過によってかかりつけ医療機関での治療管理となるものの、現に手術を行う医療機関かからの依頼がない場合、周術期等の連携はどのようにすすめていけば良いでしょうか？

**A２** 貴見の通り手術を行う医療機関からの依頼が必要ですので、依頼のあった医療機関から手術を行う医療機関に連絡していただくか、歯科側から診療情報共有料で直接問い合わせて返書をもって連携を開始する必要があります。

**Q3** 歯科を併設する病院からの紹介があり周術期等開始するケースで、その病院歯科で管理計画書が策定されているか不明な場合でも、策定されているものとして、管理料を算定して問題ないでしょうか？

**A3** 病院歯科で管理計画を立てた上で院外にも管理の協力を頼む場合は、計画書の写しを添付する必要がありますので、計画書の写しは手元に来るはずです。その周術期等管理計画に沿って管理を行い足りない部分や変更等は文書で紹介元に連絡して管理を連携していくことになります。病院歯科から周術期等管理計画なしで紹介してくる場合は手術を歯科で行う場合を除いて、手術を担当する医科からの紹介が必要になりますので周術期の要件から外れることになります。はっきりしないケースでは紹介元に問い合わせが必要です。

---

**Q4** 歯科標榜のある病院より周術期の依頼があったが病院側が計画書を作成したか否かが不明の場合、文書にて問い合わせた場合、情報共有料の算定は可でしょうか？

**A4** 診療情報連携共有料は、医科と歯科の間で検査結果や投薬内容等の診療情報を共有するためのものです。その提供を文書により歯科から医科に求めた場合及びその返書として検査結果等のデータ提供を行う医科で算定できます。よって、紹介元医療機関の歯科に管理計画書作成したか否かのみを確認する場合はこれに該当せず、診療情報連携共有料の算定は不可となります。

---

**Q5** 手術等が終わり、術前依頼は無かったが、術後退院後に周術期等での治療管理の依頼があったものの周術期等管理計画書が術前にいずれかの歯科で策定されたか不明な場合、周術期等管理計画書を策定し、周術期等の管理の連携を行って良いのでしょうか？

**A5** まずは依頼元に確認を行ってください。術後に周術期等管理計画を行うこと自体は可能ですが、策定料の算定は連携医療機関を含め一連の治療を通じて１回に限り算定する取り扱いです。なお、管理計画書を策定した保険医療機関と周術期等口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周Ⅰおよび周Ⅱを算定する際、管理計画書またはその写しを診療録に添付してください。

---

**Q6** 術後周Ⅰから周Ⅲに移行し管理中の患者さんが、再度手術を受けることとなった場合、どのようにすれば良いでしょうか？
また、同部位で再発による異なる手術の場合、どのように対処すれば良いのでしょうか？

**A6** 周術期等口腔機能管理計画策定料は、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定するものであるが、当該疾患が治癒となった後、当初予見されなかった疾患または異なる疾患により周術期等口腔機能管理による管理が必要となった場合は、再度の周術期等口腔機能管理計画策定料を算定できる場合もあります。但し、一連でないことを明確に診療録に記載する必要があります。

---

**Q7** 最近よくガンの化学療法をされる方や人工関節の装着をされる方が、入院日や手術日が２週間、長くても１ヶ月後に予定された紹介状持って、来院されるようになりました。
口腔ケアや歯石除去、歯周病治療以外に　感染源となりそうな原因歯がある場合の処置でも悩みます。根尖病巣等でレントゲン上で根尖部の多少の骨吸収像があって特に咬合痛も打診もフィステルなどもなく、自覚症状のないようなケースでも、エンドのやり直しが必要なのでしょうか？時間的にもかなり無理がある場合が多く、何所までどのように行えば良いでしょうか？

**A 7** これは、臨床的な問題でケースバイケースだと思われます。感染源除去の観点から考えれば入院日、手術日までの期間があれば感染根管治療を行うべきだと思いますが、期間がなければ可及的な口腔機能の管理を行えばよいと考えます。

---

**Q 8** 手術までの期間が数日しかなく、短いにもかかわらず、全顎的にスケーリングは必要な場合、検査後、全顎のスケーリングを算定する場合、実日数は、最低何日必要でしょうか？

**A 8** 初診日に歯周検査を行い全顎スケーリングを行えば、場合によっては実日数１日で可能です。

---

**Q 9** 周術期等の治療管理を依頼されたものの、抜歯等口腔外科的観血処置が必要だと診断しても、現在の全身状態で抜歯等口腔外科的観血処置可能であるかの記載が無く不明な場合、治療計画に苦慮する事があります。このような場合はどのように対処すれば良いでしょうか？また、多数歯にわたる抜歯が必要な場合、患者来院から手術日予定日までに終了できない時は、依頼元の病院に相談して延期することを求めても良いのでしょうか？

**A 9** 抜歯等口腔外科的観血処置が必要であるが全身状態が不明で治療計画が立てられないのであれば、医療機関へ診療情報の提供を求めて対応するべきです。その際、文書にて診療情報の提供を求めた場合は診療情報連携共有料、または、投薬されている薬剤の休薬や変更の要請を行った場合は診療情報提供料Ⅰを算定出来ます。また、手術予定日までに終了できない場合は、依頼元の病院へ早期に連絡し、口腔内の状態を伝え、手術の延期をするかどうかは依頼元の病院との相談にて決められることだと思われます。

---

**Q10** 周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合、歯管で算定はせず、特に周Ⅲの場合、初診が切れるまで周術期等の管理で算定するのでしょうか？

**A10** がん等に係る放射線治療、化学療法の治療期間中で周Ⅲを算定されたのであれば、その放射線治療等の治療期間中に口腔機能の管理を行った場合は一連の流れとして周Ⅲを算定しますので化学療法が終了したと判断される場合は周Ⅲの管理から外れます。ただし、連携文書によって次回が始まるまでに間が空いているのが明確な場合、月によって歯管を算定するのは、継続した口腔機能管理にはそぐわないと考えられます。

---

**Q11** 手術後３カ月を超えて周術期等の依頼書を持参し、来院された場合、歯管・実地指導等の対応で良いでしょうか

**A11** ３ヵ月を超えている場合、策定料や管理料等は算定できないため、周術期ではなく記載のように歯管等による管理と通常の算定を行います。

---

**Q12** 私たち一般開業医が、周術期等の患者に対して算定できるものを今一度教えてください。

**A12**
- 周術期等口腔機能管理計画策定料…当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り、いずれかの保険医療機関で算定可能。
- 周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）手術前…手術前に１回に限り算定可能。
  手術後…術後３ヵ月以内に、計３回算定可能。
- 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ・Ⅳ）…がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者に対して算定。周術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回に限り算定可能。外来の患者の場合は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、入院中の患者の場

合は周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)で算定します。周術期等口腔機能管理料(Ⅲ・Ⅳ)は算定月から6月を超えて管理を行う場合は長期管理加算(＋50点)が算定可能です。
・周術期等専門的口腔衛生処置１(令和6年より入院中だけでなく、外来診療でも算定可能となりました。)
・周術期等専門的口腔衛生処置２
・その他必要な治療に関わるもの

## 回復期等関連

**Q１** 回復期等口腔機能管理の対象はどのような患者ですか。また、算定にあたって留意点はありますか？

**A１** 医科点数表の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が対象です。回復期等口腔機能管理の対象となるか、依頼先である医科の施設基準を確認する必要があります。

**Q２** 歯科が併設されてる病院から回復期等での口腔機能管理の依頼がありました。歯科がある病院にも訪問歯科診療で対応してもよろしいのでしょうか？

**A２** 「周術期等」と同様に、「回復期等」でも、依頼があれば訪問歯科診療は可能です。

## 返信率の低さが問題になっています

### 医科から紹介状が届いたら・・・・

●依頼日から、入院・手術まで時間がほとんどない

●患者の都合で紹介状の日付から、だいぶ日数が経過してからの受診

●全身疾患の状況から処置自体が困難

上記等、様々な事項があると思いますが、必ず紹介元に返信しましょう。

**文書提供以外にも、メール、FAX、TELでも大丈夫ですので、何らかの対応を行うことが、今後の医療連携においても重要です。**

## 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（MRONJ）関連

**Q１** 抗がん剤治療薬としてのBP剤等の薬物関連の影響等で、顎骨壊死等の発症リスクがあると思います。
このような場合、周術期等の医科歯科医療連携が可能かと思われますがいかがでしょうか？
また、薬物関連顎骨壊死と考えますと、骨粗しょう症等の治療も周術期等に該当するのではないかと思いますが、周術期等の算定についてはいかがでしょうか？

**A１** BP製剤は乳癌などでの骨転移に対する予防として用いられ、通常の抗がん剤治療薬と併用して使用されます。BP製剤自体は癌細胞へ直接作用しませんので、抗がん剤には分類されておりません。
抗がん剤を使用した化学療法を実施されている場合は、化学療法を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者の同意を得た上で周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、管理計画を文書により提供した場合に、周計が算定できます。また、化学療法を実施する患者の口腔機能を管理するため、管理内容を文書提供することで周管（Ⅲ）を月１回算定できます。
抗がん剤治療が終了し、BP製剤のみ使用している場合は歯管並びに総合医療管理加算（要施設基準及び連携文書）にて対応することとなっております。

## 糖尿病関連

**Q１** 医科から糖尿病連携で（あるいは周術期等で）、歯周病の管理を依頼されたが、当患者はすでに治療中（P治療無し）である場合、歯冠補綴を行っていない場合、必要があれば、初診に戻さずにP（Gを含む歯周）治療を開始できるのでしょうか？
また、歯冠補綴を行っている場合はどのように対処すれば良いでしょうか？

**A１** 新たな歯科疾患を発症した以外を除いて現在通院中の場合は再診扱いです。本来歯周病があるにもかかわらず、歯周治療をせずに補綴を行うことは今の時代にそぐわないとも言えます。義歯以外の補綴処置済みのケースでは歯清や実地指導等の算定しかできません。

## その他

**Q１** 気管内挿管を行う事が前提とされている場合、著しい動揺歯の抜歯等は、医科からの依頼が無くても患者の同意を得て、歯科医師の診断、判断のみで実施しても良いでしょうか？

**A１** 著しい動揺歯の抜歯等は、気管内挿管を行う前提如何に関わらず、口腔内診査等により歯科医学的な治療の必要性（口腔内感染源の除去等）を含め決定されるものと思われます。その際、患者の同意を得て、必要あれば医科への対診を行った上で実施してください。

医科歯科連携に関わる　情報提供料の算定　　令和６年 11 月 30 日現在

○診療情報連携共有料１　【120 点】
保険医療機関等に患者の同意を得て診療情報等の提供を求めた場合に、保険医療機関ごとに患者１人につき診療情報等を求めた日の属する月から起算して３カ月に１回算定できる。
※歯科から始まる医科歯科連携　＜歯科医院☞医科（かかりつけ医等）へ＞
※診療情報連携共有料は、当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に対して診療情報の提供を求めた場合でも算定できない。

○診療情報等連携共有料２　【120 点】
歯科診療を行わない別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て診療情報を提供した場合に、提供する医療機関ごとに３カ月に１回算定できる。
＜同一の保険医療機関に対して診療情報提供料(I)を算定した月は、算定できない。また、情(I)により紹介を行った月から３ヶ月以内に同一の医療機関には算定できない＞

○診療情報提供料（Ⅰ）【250 点】
＜紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定＞
※他の医療機関への治療依頼や施設等への情報提供　＜歯科医院☞医科等へ＞
付録：医科側の算定
保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又は家族の同意を得て、診療に情報を示す情報を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算１として 100 点を所定点数に加算する。
周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算２として 100 点を所定点数に加算する。

○診療情報提供料（Ⅱ）【500 点】
＜患者又はその家族からの申し出に基づき行うもので、診療情報提供料(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別＞
※治療は自院で行うがセカンドオピニオンで話を聞くために資料を付けて紹介

○診療情報提供料（Ⅲ）【150 点】
※かかりつけ医、産科医療機関との連携で、別の医療機関からの求めで診療情報を提供した場合に算定
※産科（妊婦）および地域型の医療機関に情１からの情報付き返書
＜他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する＞
＜ただし、妊娠している患者について、医科保険医療機関が産科または産婦人科を標榜し、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月１回に限り算定する＞
※医科保険医療機関からの情報提供文書に、以下[　]の届出状況の記載があれば、紹介元が、かかりつけ医機能を有する医科保険医療機関であると判断できるが、文書などから判断できない場合は、紹介元の医科保険医療機関に確認する。

［地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料・ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に限る］

付録：歯科保険医療機関の算定時の注意

施設基準（歯科保険医療機関の場合）は、保険医療機関の敷地内における禁煙を実施し、 その旨を掲示していること。施設基準の届出は不要。

産科または産婦人科から紹介された妊娠している患者に、月１回算定する場合は、妊産婦の診療に関する一定の研修を受講した歯科医師を配置していることが望ましいとされている。

情報提供文書には下記の内容を記載し、患者または医科保険医療機関に交付する。 文書の写しをカルテに添付する。

患者の氏名、生年月日、

連絡先 診療情報の提供先保険医療機関名

診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容

診療情報を提供する保険医療機関名および担当医師名

紹介元の医科保険医療機関に対し、同一の患者で情Ｉを算定した月は併せて算定不可。

初診日は算定できない。ただし自院への次回受診日の予約を行い、次回受診日をカル テに記載した場合は算定できる

医科歯科連携に関わる　周術期等の算定　　令和 6 年 11 月 30 日現在

〔周術期等口腔機能管理〕

がんなどに係る全身麻酔による手術や放射線治療・化学療法、緩和ケアを実施する患者の周術期などにおける口腔機能管理を言います。歯科診療所などでは、患者の手術内容や治療方法により、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）（周Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料　（周Ⅲ・Ⅳ）　を算定します。

周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）（周Ⅰ）術前 280 点　術後 190 点

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ・Ⅳ）（周Ⅲ・Ⅳ）200 点

病院歯科のみが算定する点数☟

周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）（周Ⅱ）手術前 500 点　手術後 300 点

［周術期等専門的口腔衛生処置］

周術期等専門的口腔衛生処置１（周Ⅲ・Ⅳ）100点

（周Ⅲ・Ⅳを算定した日の属する月において、月２回に限り算定）

（緩和ケアを実施している患者には月 4 回算定できる）

周術期等専門的口腔衛生処置１（術前）100点

（周Ⅰ又は周Ⅱを算定した日の属する月において患者に、１回に限り算定）

周術期等専門的口腔衛生処置１（術後）100点

（周Ⅰ又は周Ⅱを算定した日の属する月において患者に、１回に限り算定）

周術期等専門的口腔衛生処置２　　110 点

（口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定）

（一連の周術期等口腔機能管理において１回に限り算定する取扱いであるが、患者の状態等により、特定保険医療材料（口腔粘膜保護材）を使用する必要がある場合については、特定保険医療材料料のみ算定して差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄に口腔粘膜保護材の追加が必要となった患者の状況等を記載する。）

（2について、1を算定した日は別に算定できない）

（口腔粘膜保護材使用は周Ⅲの算定が必須）

（参考）周術期等専門的口腔衛生処置について

(1)「周術期等専門的口腔衛生処置1」とは、周Ⅰ又は周Ⅱを算定した患者又は、周Ⅲ・Ⅳを算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。

(2) 周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「周術期等専門的口腔衛生処置1」に関し、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

(3)「周術期等専門的口腔衛生処置2」は、周計に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に患者に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が放射線治療又は化学療法の副作用として生じた口腔粘膜炎に対して、専門的な口腔清掃及び口腔粘膜

保護材を使用して疼痛緩和を行った場合に算定する。なお、口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料料は別に算定し、使用した特定保険医療材料名を診療録に記載する。

(4) 周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「**周術期等専門的口腔衛生処置 2**」に関し、診療録に口腔内の状態(口腔衛生の状況、口腔粘膜の状態等)及び治療内容等(歯科衛生士が行う場合は、歯科衛生士に指示した内容及び歯科衛生士の氏名)を記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

(5) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月においては、周術期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期等口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期等専門的口腔衛生処置を実施した場合は算定する。

[特定保険医療材料:エピシル口腔溶液について]　760 点

Meiji　Seika ファルマ株式会社　☞　HP 参考　Click

エピシル情報提供ページ | 医療用医薬品 | Meiji Seika ファルマ株式会社（meiji-seika-pharma.co.jp）

https://www.meiji-seika-pharma.co.jp/medical/product/episil/index.html

〔管理計画の策定〕

周術期等口腔機能管理を行うにあたっては、管理計画を策定し患者に文書を提供して管理をすすめます。周術期等口腔機能管理計画策定料（周計）は、同一患者において手術や放射線治療などを行う病院などから文書により依頼を受けて、口腔機能管理を行う歯科診療所もしくは病院歯科などのどちらかで策定し算定します。

なお、手術などを行う病院などで管理計画を策定し、歯科診療所などで管理を行う場合は管理計画書の提供を受けることが必要となります。

令和 6 年の保険改定により手術を行わない急性期脳梗塞患者等、集中治療室における治療が必要な患者が追加されました。歯科疾患に係る手術は、入院期間が 2 日を超えるものに限ります（1 泊 2 日の智歯抜歯は不可）。

〔口腔機能管理の実施〕

管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態の把握や手術に関わる主病とその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導などを評価し、手術前後の合併症や感染の予防を目的に行います。なお、算定にあたっては、患者に「管理報告書」を提供します。

○周 I

がんなどに係る手術を予定または実施した患者の管理を行った場合は、周 I を算定します。

手術前に 1 回に限り 280 点算定します。

手術後は手術日の属する月から起算して 3 月以内に 3 回に限り 190 点を算定できます。

○周Ⅲ・Ⅳ

がんなどに係る放射線治療や化学療法の予定または治療中の患者、緩和ケアの対象となる患者に対して、管理を行った場合は、周Ⅲ・Ⅳを算定する。

外来の患者の場合は周Ⅲで月 1 回に限り 200 点します。

入院中の患者の場合は周Ⅳで周計から 3 月以内は月 2 回、その他は月 1 回 200 点を算定します。

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ・Ⅳ）は算定月から 6 月を超えて管理を行う場合は長期管理加算（＋50 点）が算定可能です。

## 医科歯科連携に係る回復期等の算定

〔回復期等口腔機能管理料〕200 点

回復期病棟等（回復期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟）に入院する患者が対象です。

〔回復期等口腔機能管理策定料〕300 点

管理計画は周術期等口腔機能管理策定料の項目を参照。

〔回復期等専門的口腔衛生処置〕100 点

回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、月２回に限り算定できます。

周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置、口腔バイオフィルム除去処置との併算定はできません。

# 周術期等口腔機能管理にかかわるレセプト請求の留意点

［通知まとめ］

（１） 周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）における口腔機能管理は、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価し、歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症（手術部位感染や病巣感染）、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防等を目的に、次に掲げるような手術において実施する。例えば次に掲げる手術の際に実施する。

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

（２） 脳卒中等による緊急手術において、手術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた場合においても周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料を算定できる。この場合においては、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の「１ 手術前」は算定できない。

（３） 周術期等の口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する。ただし、次の場合は、それぞれの管理内容がまとめて記載された管理報告書（追記する形式等をいう。）により作成しても差し支えない。

イ 同月に同一の保険医療機関において、手術前に周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、手術前の周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定する場合。この場合において、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する。

ロ 同月に同一の保険医療機関において、手術後に周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を合計して３回以上算定する場合。この場合において、手術後の１回目の周術期等口腔機能管理料に係る管理を実施した際及び当該月に予定する最後の周術期等口腔機能管理料に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する。

（４） 患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供する。

（５） 周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）は、周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、次の区分に応じて、歯科医師による周術期等における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

（６）（５）の規定に関わらず、歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して、 歯科訪問診療を行い当該管理を行う場合は 、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）により算定する。ただし、入院中の保険医療機関において周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定する月は算定できない。

（７） 管理計画書を策定した保険医療機関と周術期等に関する口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定する際、管理計画書又はその写しを診療録に添付するとともに、当該管理計画書の内容以外に必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載する。

（８） 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療時医療管理料、がん治療連携指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び歯科矯正管理料を算定している同月において、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）は、別に算定できない。ただし、同月であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において口腔機能管理を行う場合は、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定できる。

（９） 周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める。

（10） 周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期等の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。

# 口腔機能の管理による効果

## 千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

【試験概要】

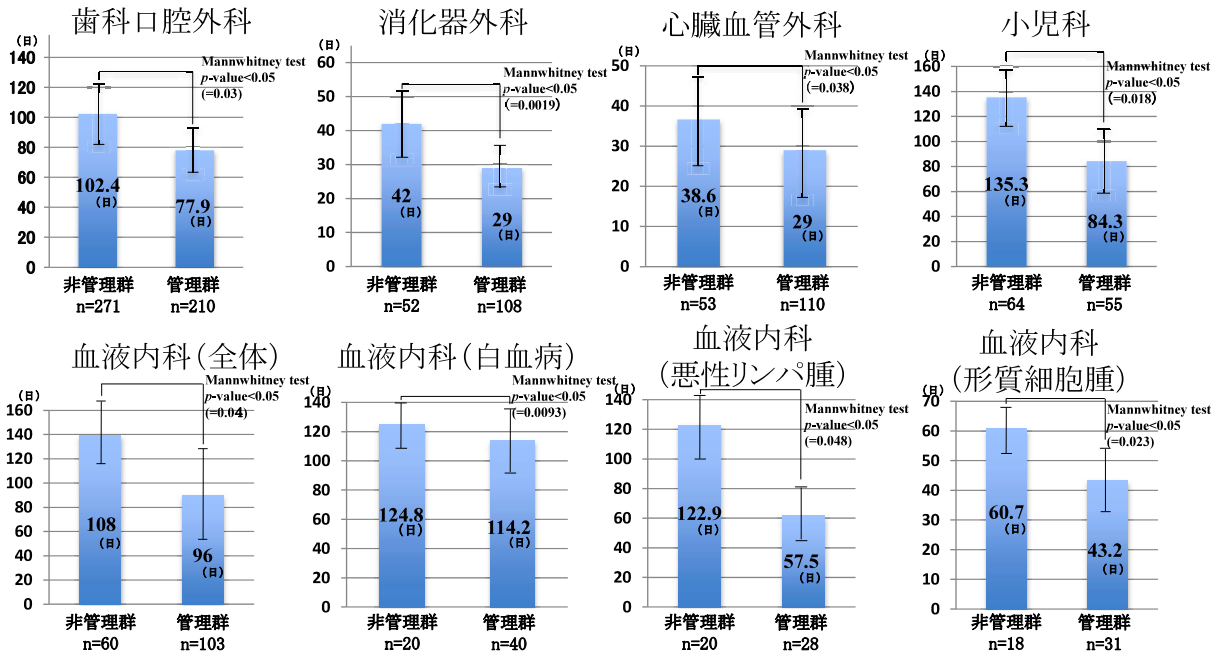
- 千葉大学医学部附属病院　歯科・顎・口腔外科にて口腔機能の管理を実施。
- 2004年1月から2013年10月までの9年10か月間。
  対象診療科により、調査期間が異なる。
- 歯科・顎・口腔外科、消化器外科、心臓血管外科の手術症例。
- 歯科・顎・口腔外科の放射線治療症例。
- 小児科、血液内科は悪性腫瘍に対する化学療法症例。

【口腔機能の管理の内容と本研究における対象群に関して】

- 「口腔機能の管理」:単なる清拭だけではなく、歯周ポケット、カリエス、歯根管内、根尖部、顎骨、唾液腺など、専門領域に対する専門的処置により、口腔の機能をできるだけ正常に保つ。
- 「非管理群」:従来の主に看護師により行われてきた口内清拭などの 一般的な口腔内ケアを受けた群。
- 「管理群」:歯科医師により診査・計画され、歯科医師・歯科衛生士により実施された専門的な口腔機能の管理を受けた群。

1

# 口腔機能の管理による在院日数に対する削減効果

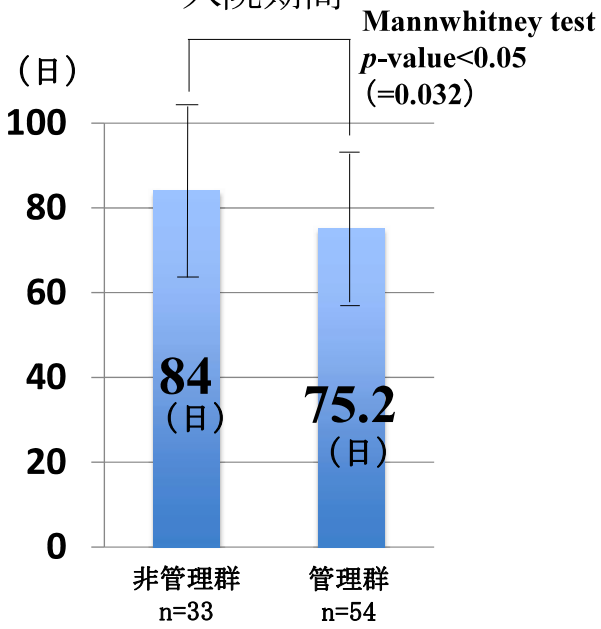



- いずれの診療科においても在院日数の削減効果が統計学的に有意に認められ、その効果はほぼ10%以上あることが明らかになった。
- 口腔に近い領域だけではなく、侵襲が大きな治療の際に口腔機能の管理が重要であると考えられる。全身的負担の大きな治療に際して、後述するように、口腔内細菌叢が崩れるのを防いでいるものと推測できる。

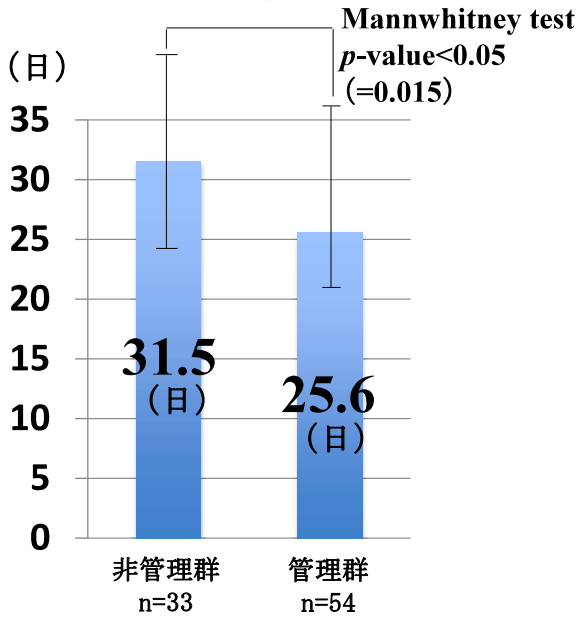
2

# 口腔悪性腫瘍患者における口腔機能の管理による放射線治療患者の在院日数に対する削減効果

入院期間




治癒期間

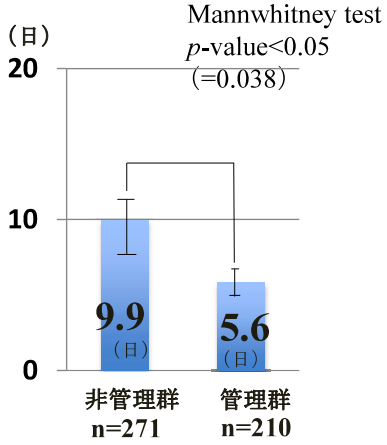



- 在院日数は統計学的に有意に短縮し、その要因としては、放射線治療終了後の治癒期間の短縮が大きいことが示唆された。

3

口腔悪性腫瘍患者における口腔機能の管理による抗菌薬投与期間の短縮

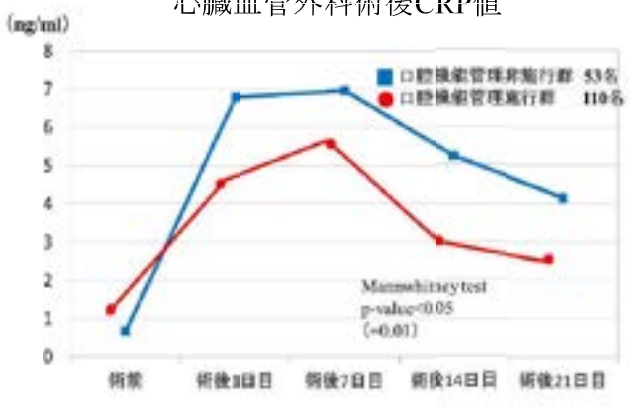
術後抗菌薬投与期間




- 口腔機能の管理により、術後抗菌薬投与期間が有意に短縮した。

口腔機能の管理が術後の回復過程に及ぼす効果

心臓血管外科術後CRP値




- 術後の回復に影響を与える感染等の外因が最も少ない心臓血管外科手術で検討した。
- 口腔機能の管理により、術後の回復が早期に回復することが明らかになった。
- 口腔機能の管理が及ぼす効果は、単なる予防効果というにとどまらず、治療効果的要素も有することが示唆される。

4

総合病院 国保旭中央病院

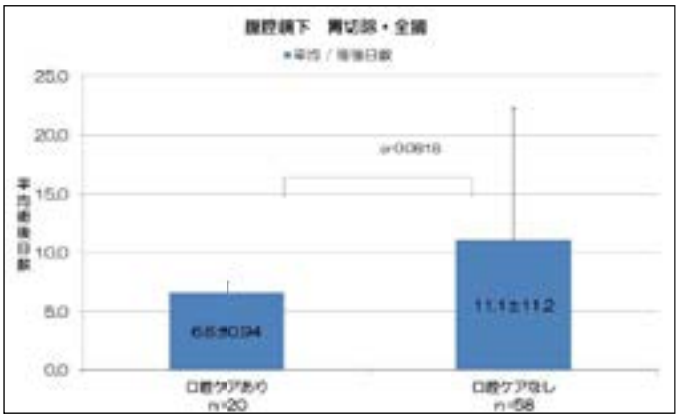
# 総合病院国保旭中央病院における周術期口腔機能管理の有用性の分析

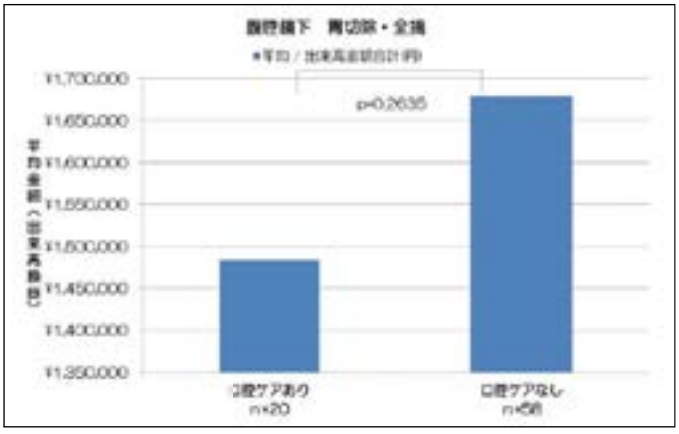
以下に2013年上半期（4～9月）における集計並びに口腔機能管理の有用性のデータの中から「腹腔鏡下の胃切除・全摘」、「開腹胃切除・全摘」での「術後日数」及び「医療費の比較」を抜粋して記載。

表中の「口腔ケアなし」群とは、従来の口腔清拭などの一般的な口腔ケアを受けた群で有り、「口腔ケアあり」群は歯科医師により診査・計画され、歯科医師・歯科衛生士により実施された専門的な口腔機能管理を受けた群をいう。

5

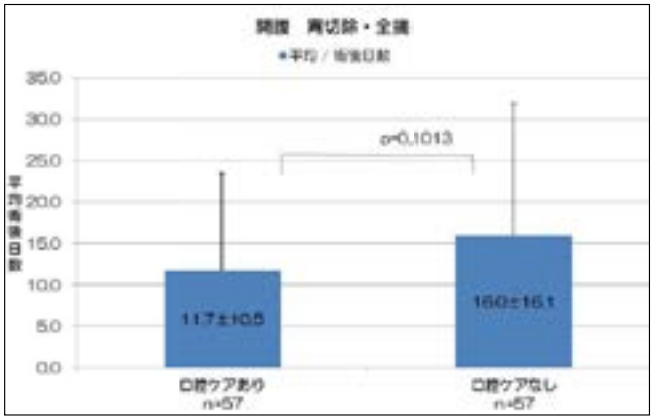
総合病院 国保旭中央病院

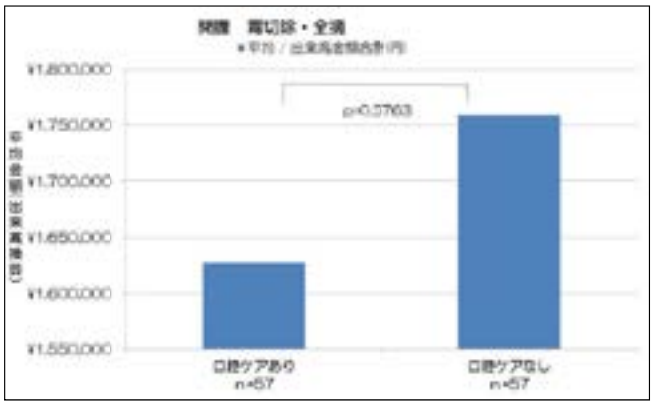



6

総合病院 国保旭中央病院




7

総合病院 国保旭中央病院

【開腹下　胃切除・全摘】

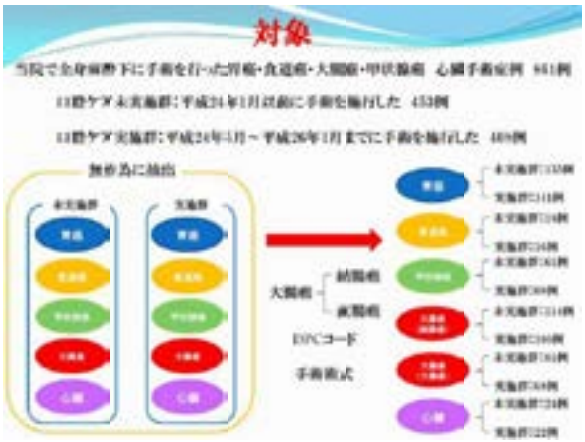
| | 口腔ケアあり | 口腔ケアなし | 全体 |
|---|---|---|---|
| 症例数 | 20 | 58 | 78 |
| 平均 / 術後日数 | 6.6 | 11.1 | 9.9 |
| 標準偏差 / 術後日数 | 0.9 | 11.1 | 9.8 |
| 死亡数 | 0 | 0 | 0 |
| 入院後肺炎患者数 | 0 | 3 | 3 |
| 平均 / DPC(円) | ¥1,524,039 | ¥1,700,905 | ¥1,655,554 |
| 平均 / 出来高金額合計(円) | ¥1,483,901 | ¥1,678,465 | ¥1,629,577 |
| 平均 / 20核酸因子の投薬 | ¥1,958 | ¥3,508 | ¥3,111 |
| 平均 / 30核酸因子の注射 | ¥14,119 | ¥46,990 | ¥38,562 |
| 平均 / 40核酸因子の処置 | ¥5,158 | ¥13,278 | ¥11,196 |
| 平均 / 60核酸因子の検査 | ¥41,890 | ¥54,464 | ¥51,240 |
| 平均 / 70核酸因子の画像 | ¥12,297 | ¥31,906 | ¥26,878 |

【開腹　胃切除・全摘】

| | 口腔ケアあり | 口腔ケアなし | 全体 |
|---|---|---|---|
| 症例数 | 57 | 57 | 114 |
| 平均 / 術後日数 | 11.7 | 16.0 | 13.8 |
| 標準偏差 / 術後日数 | 10.5 | 16.1 | 13.8 |
| 死亡数 | 1 | 2 | 3 |
| 入院後肺炎患者数 | 4 | 10 | 14 |
| 平均 / DPC(円) | ¥1,642,499 | ¥1,799,931 | ¥1,721,215 |
| 平均 / 出来高金額合計(円) | ¥1,627,496 | ¥1,758,704 | ¥1,693,100 |
| 平均 / 20核酸因子の投薬 | ¥4,118 | ¥6,954 | ¥5,536 |
| 平均 / 30核酸因子の注射 | ¥41,272 | ¥94,627 | ¥67,950 |
| 平均 / 40核酸因子の処置 | ¥11,803 | ¥19,406 | ¥15,604 |
| 平均 / 60核酸因子の検査 | ¥62,842 | ¥72,025 | ¥67,434 |
| 平均 / 70核酸因子の画像 | ¥33,920 | ¥43,833 | ¥38,876 |

8

# 大阪警察病院における
# 周術期口腔ケアの効果に関する検討

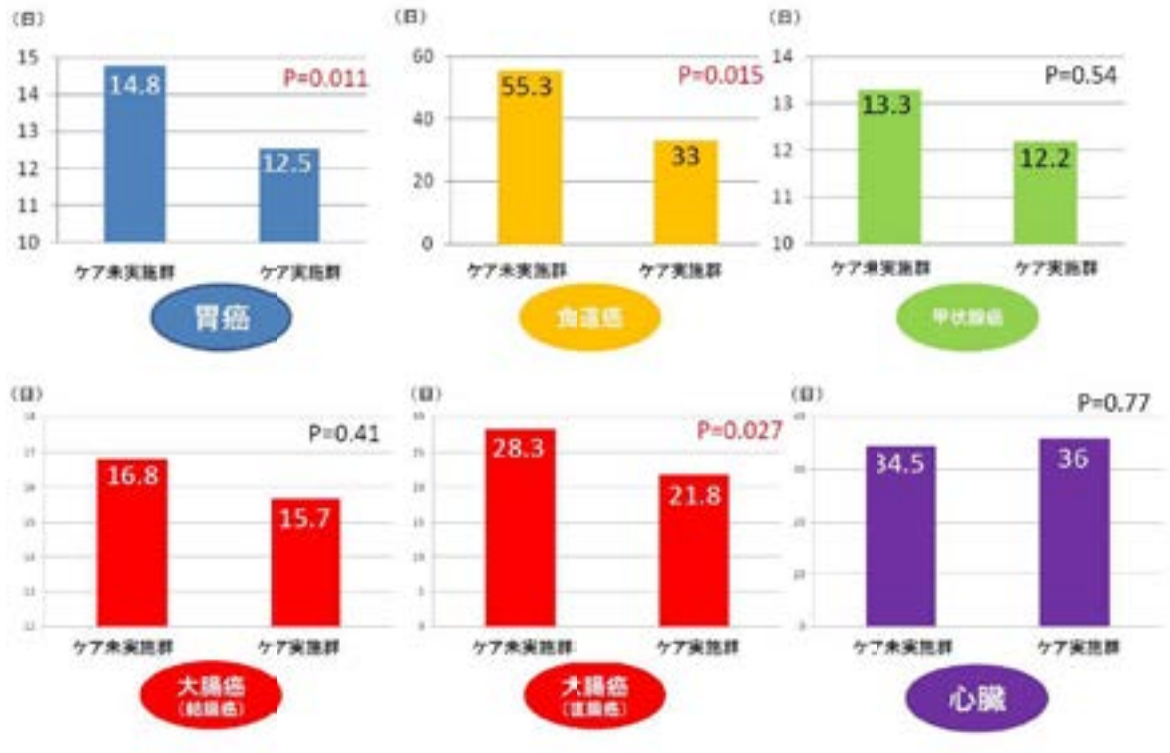


入院日数・術後合併症・医療費・術後抗菌薬使用期間・経口摂取開始日数・発熱・白血球数・CRP値の調査結果の中から抜粋して「入院日数」「合併症」「医療費」のデータを以下に示す。

※「口腔ケア未実施群」は「口腔清拭等の従来から広く行われているいわゆる口腔ケア」のみを実施した群をいい、「口腔ケア実施群」は歯科専門職により計画、実施された専門的な口腔機能管理を行った群をいう。

9

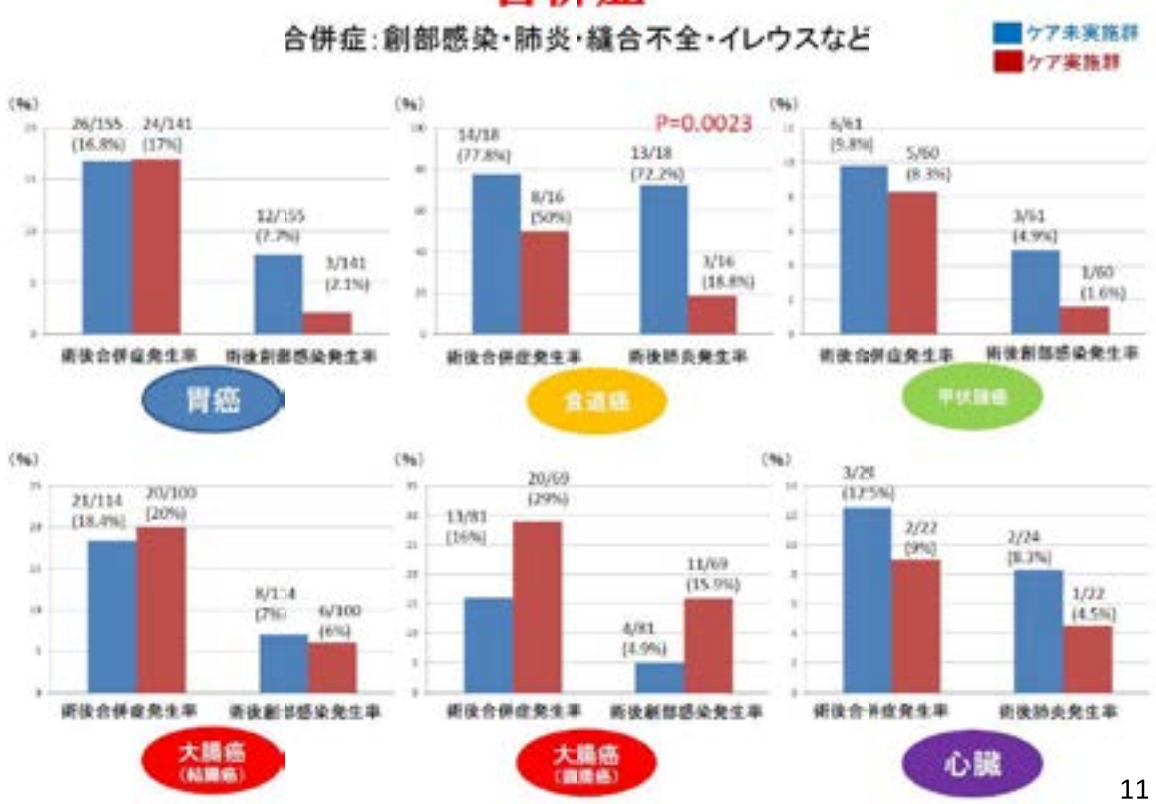
## 入院日数




10

# 合併症

合併症：創部感染・肺炎・縫合不全・イレウスなど




11

# 医療費

12

**鹿児島県医科歯科医療連携マニュアル**

発　行　日　令和６年１１月２９日

編集・発行　公益社団法人　鹿児島県歯科医師会
医療介護連携委員会
〒892-0841 鹿児島県鹿児島市照国町13-15
TEL 099－226－5291
FAX 099－223－6079

データ編集　株式会社 朝日印刷
〒890-0055 鹿児島市上荒田町55-1
TEL 099－251－2191

令和３年　８月20日　初版
令和６年11月29日　改訂