

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

分担研究報告書

## 医療保険制度における医科歯科連携体制の整備のあり方の検討

研究分担者 枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所・研究員

### 研究要旨

口腔の健康は高齢期の健康の指標であり、口腔の健康が肺炎や糖尿病、循環器疾患等の全身疾患発生に関与するという報告は多くあるが、臨床現場での実践はいまだ不十分である。本検討では、わが国の医療保険制度の枠組みにおける診療情報提供料、診療情報連携共有料の要件に関し、特に歯科疾患の関係する全身疾患において相互の情報提供に含めるべき構成要素を文献的に検討した。データベースは PubMed および医学中央雑誌 Web、マインズに掲載されている各診療ガイドライン、他国の診療ガイドライン、各関係学会による指針を中心とした。

書面等による医科歯科連携、情報共有は治療方針立案の根拠であり、治療の遂行を支持するものであるが、医科歯科連携やそのあり方に関して臨床医の指針となるものは多くはない現状が明らかになった。

診療報酬の要件、医科歯科連携または協働に関する学術論文、学会発行の診療ガイドラインをもとに連携が必要な疾患と要点を検討した。質の良い医療を提供するために、具体的な連携のあり方の確立と継続的に医科歯科協働を働きかける仕組みが必要である。

### A.研究目的

口腔の健康は高齢期の健康の指標となるといわれ<sup>1</sup>、口腔の健康が肺炎や糖尿病、循環器疾患等の全身疾患発生に関与するという報告は多数ある<sup>2</sup>。しかしながら一方でプライマリケア医師の9割以上が歯科受診勧奨をしていないという報告もある<sup>3</sup>。歯科医師に対する調査においても大多数が全身性疾患に関する医科歯科連携がより促進することを望み、全身性疾患の管理に関する臨床的な訓練があるべきと考えられている<sup>4</sup>。

日本語で言う地域在住高齢者の医療現場における多職種連携は、統合ケア *integrated health care* あるいは学際的ケア *multidisciplinary care*、多職種連携 *interprofessional work (IPW)*や

*Interprofessional Collaboration* などと表現され、特に慢性疾患や高齢者ケア、あるいは教育に関して言及されることが多い。IPWの概念的な普及は見られるものの、形式的に多職種集団をつくるだけでは、有効な臨床実践に繋がらないなど臨床現場での実践はいまだ不十分である。医科と歯科の職種間の不十分なコミュニケーションについて、教育課程の分断および臨床トレーニング、知識の不十分さなどの要因が指摘されており<sup>5</sup>、

*interprofessional education (IPE)* による卒後の人材育成が必須である。IPEの点では、口腔を専門領域としない医師に対する口腔疾患の教育プログラムによって、プログラム直後の臨床現場における歯科疾患スクリーニングや歯科受診勧奨が増えたが、半年後に

はベースライン時に戻ったという報告<sup>6</sup>から鑑みると、継続的に医科歯科協働を働きかける仕組みが必要であろう。

本検討では、我が国における医療保険制度の仕組みの中で、医科歯科連携の整備の可能性について検討する。

## B.研究方法

わが国の医療保険制度の枠組みにおける診療情報提供料、診療情報連携共有料の要件に関し、特に歯科疾患の関係する全身疾患において相互の情報提供に含めるべき構成要素を文献的に検討する。データベースはPubMedおよび医学中央雑誌 Web、マインズに掲載されている各診療ガイドライン、他国の診療ガイドライン、各関係学会による指針を中心とした。

## C.研究結果

令和2年度医科診療報酬点数表においてB009 診療情報提供料（Ⅰ）、B010-2 診療情報連携共有料、B011 診療情報提供料（Ⅲ）に関して医科歯科連携に関与する項目を部分的に抜き出し表1～3に示す。診療情報提供料（Ⅰ）では、歯科疾患との関連が認められている疾患を特記して歯科医療機関との連携を示唆する記載はなく、当該医師が「別の保健医療機関での診療の必要を認め」たケースで「診療状況」を示す文書を添えて紹介の旨記載されているのみであった。歯科疾患との関連がある疾患に対して「別の保険医療機関での診療の必要を認め」るには、当該医師の知識や経験を含め医師の裁量に任されている部分ととらえられる。また近年注目されている周術期および摂食嚥下障害に関しては歯科医療機関連携加算1・2で記載があるが、診療情報提供されるべき情報の質については「診療情報」と記載されるにとどまっていた。

B009 診療情報提供料（Ⅰ）における情報の質については、退院時の転院先等施設への情報提供の際の加算要件としては「退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報」と記載がある一方、認知症専門医療機関紹介加算の要件や認知症専門医療機関連携加算の要件としては「診療状況」と記載されるなど、一定の基準や具体性はなく、裁量に任されているものと考えられる。情報の質が詳細に書かれていた項目は、検査・画像情報提供加算の要件においては「検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なもの…電子的方法により閲覧可能な形式」の記載であった。

医科点数表のうちB010-2 診療情報連携共有料は、歯科医療機関と医療機関の質の高い連携を評価するものであるが、情報の質については「診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）」の記載にとどまっている。一方B011 診療情報提供料（Ⅲ）はかかりつけ医療機関と他の医療機関の質の高い連携を評価するものであるが、情報の質は「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」とより詳細な表現になっている。さらに医科点数表では医療情報は提供することを前提としており、歯科医療情報を求める【照会】に対する評価はない構造である。しかしながら歯科点数表では診療情報提供料（Ⅲ）は算定可能であるため、医科医療機関から歯科医療機関への診療情報を求めるケースは想定がないわけではない。

令和2年度歯科診療報酬点数表においてB009 診療情報提供料（Ⅰ）、B011 診療情報連携共有料、B011-2 診療情報提供料（Ⅲ）に関して医科歯科連携に関与する項目を部分的に抜き出し表4～6に示す。歯科点数表におけるこれらの評価の「通知」は以下点数表の例

を準用することと記載される。しかしながら、診療情報提供の必要な疾患名の記載が大きく異なり、歯科点数表では「退院時」と「歯科診療特別対応加算・歯科訪問診療料」という状況の記載に留まっている点は、どういった疾患を持つ患者のどういった状況に於いて医療機関受診のために紹介するかは歯科医師の裁量に任されているものと考えられる。情報の質については、退院時の情報提供では「心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報及び退院後の治療計画等」と詳しく記載されるが、それ以外、そして「歯科診療特別対応加算および歯科訪問診療料を算定している患者」に関して「診療状況」に留まっている。どのような情報が連携相手にとって必要であるかの判断も歯科医師の裁量に委ねられているものと考えられる。

歯科点数表 B011 診療情報連携共有料は、医科点数表 B010-2 診療情報連携共有料の記載と大きく異なり、むしろ対になるような内容である。歯科点数表 B011 診療情報連携共有料は歯科から医科に情報提供を求めることを評価したもので、特に歯科診療において全身的管理の必要のある慢性疾患を対象にするが、その疾患についての詳細はやはり歯科医師の裁量に委ねられている。情報を求める際に提供される情報の質は「提供依頼目的（必要に応じて、傷病名、治療方針等を記載すること）」のみの記載に留まる。歯科点数表 B011-2 診療情報提供料（Ⅲ）は医科点数表 B011 診療情報提供料（Ⅲ）と同様であり、情報提供を求める医療機関は医科・歯科の別はない。

#### D. 考察

診療情報提供料と診療情報連携共有料に関して、情報共有を行うことで質の高い診療が効

率的に行われていることが評価されており、一方では情報の具体的な記載はなく、あえて裁量に委ねられているという状況であった。これをもとに医科と歯科の連携が必要な疾患と情報について考察する。

#### 1. 医科歯科連携に関する学術論文

医科歯科連携がなされた統合ケアの提供により適切な医療管理が可能になる<sup>7</sup>とされ、医科歯科連携の概念的な普及、必要性は叫ばれている。一方で実際の臨床現場では人材不足であることから、連携に適した人材の育成のための多職種連携コンピテンシーの概念や連携教育に必要な要素についての検討は多い。

医科歯科連携の必要性を強く主張する疾患の代表で、学会からのガイドラインが定期的に更新されているものは感染性心内膜炎であろう<sup>8</sup>。最新版では、人工弁置換術後の患者、感染性心内膜炎の既往のある患者、先天性心疾患を中心とした感染性心内膜炎のリスク患者のみならず、すべての人にとって良好な口腔衛生と定期歯科受診が重要であると強調している。経口抗菌薬予防投与の対象は、歯周組織の治療、抜歯など口腔粘膜の穿孔を伴う類の歯科処置であり、本文中に医師から感染性心内膜炎予防処置についての意思決定事項の文書・資料提供をするように明確な記載がある。また歯周病を含む全身的な CRP の上昇は冠動脈疾患の発症・進行に影響することはよく知られている<sup>9</sup>。

これに関連し、心臓血管系疾患を専門とする医師に対して歯科疾患の知識や医療連携実践に関して調査した報告では、大多数が心臓血管系疾患と歯科疾患の関係についての学びが必要であると感じ同時に、学生教育における医科歯科連携教育の充実を望んでいた<sup>10</sup>。歯科医師に対する調査でも大多数が全身性疾患に関する医科歯科連携がより促進することを望み、全身性疾患の管理に関する臨床的な

訓練があるべきと考えられていた<sup>4</sup>。

臨床上のニーズに関しては、糖尿病専門医は一定の歯科疾患に関する知識を有するといえる<sup>11</sup>が、プライマリケア医師の9割以上が歯科受診勧奨をしていないという報告もあり<sup>12</sup>医師の専門性の違い、知識や経験の違いが歯科受診勧奨に影響している可能性がある。

また治療管理中のケースだけでなく、未治療の疾患の早期発見の面でも検討する必要がある。観血処置が多く、患者に緊張を強いる歯科治療においては、高齢期の未治療の全身疾患の疑い例は、速やかに専門医受診を勧奨することが合併症を避ける目的でも行うべき医療行為である<sup>13</sup>。

実臨床で文書による医科歯科連携が進まない理由に、医科歯科連携に関し紹介すべき医療機関の見当がつかない、文書作成の手間がかかる、職種上の心理的障壁があるなどの要因があるが、適切な医学管理のためにはそれら要因の対策も必須である。特に歯科受診患者のなかには糖尿病の無症候状態の者が含まれ、口腔症状から糖尿病発症が疑われるケースを発見する機会がある。未治療の全身疾患が疑われるケースで患者の意志を無視して疾患スクリーニングを行うことや専門医を紹介することは現実的ではなく、またそのことが医科歯科連携の障壁となるケースもある<sup>14</sup>。医師、歯科医師あるいは医療従事者に対する取り組みのみならず、一般住民への啓発も車の両輪のように進める必要がある。

## 2.我が国の診療ガイドラインにおける記載

糖尿病患者の治療において実臨床では医科歯科連携が不十分であり、相互理解と互いの専門性に対する包括的な知識、紹介の実践が医療ケアの質に貢献する<sup>15</sup>と報告されている。我が国においては日本糖尿病学会は2008年にはじめて歯周病を糖尿病合併症として扱い

<sup>16</sup>、糖尿病診療において歯科依頼を勧奨したことは、歯科業界においても大きく扱われた。このことを契機に糖尿病領域の医科歯科連携の構築が始まった。糖尿病診療ガイドライン2016改定時にはCQとして歯周治療を推奨するに至った<sup>17</sup>。一方でわが国の敗血症診療ガイドラインには口腔衛生管理や歯科の文字は見当たらず（口腔咽頭除菌療法は耐性菌出現の観点から、行わないことを弱く推奨されている）<sup>18</sup>、高血圧治療ガイドラインでは合併症の睡眠時無呼吸症候群の項で口腔内装置に関する歯科口腔外科受診の勧奨があるのみで、管理中の歯科受診勧奨はなされていなかった<sup>19</sup>。脳卒中診療ガイドラインでの「歯科」の記載は抜歯時の抗凝固療法中止に関する内容のみにとどまり、発熱や嚥下障害の項には見られなかった<sup>20</sup>。

また医療・介護関連肺炎（NHCCAP）診療ガイドラインでは、誤嚥性肺炎の項で口腔ケアにエビデンスレベルⅡ、Mind s推奨グレードBが付けられているものの、歯科受診の勧奨はなされていない<sup>21</sup>。

わが国の診療ガイドライン中に歯科受診勧奨がみられるのは、我が国においては糖尿病診療ガイドラインのみであった。歯科受診と各疾患の発症や管理効果に関するエビデンスレベルが一定基準を満たす研究がなされていないことの現れと考えられる。

一方、歯科関連学会で出版されているガイドラインのうち一般的な歯科治療のガイドラインについての記述をまとめる。糖尿病患者に対する歯周治療ガイドラインでは、医科歯科連携及びそのあり方についての記述は多くないが、糖尿病の病名がある患者はすでに内科主治医がいることが前提で、医学情報がある程度確保されている条件下の文献を中心としている<sup>22</sup>。A:医学情報の収集について、全体

では CQ13 「来院時には血糖コントロールの状態を問診し、歯周病再発のリスクの程度を推測することが重要である。」など歯科受診した際の間診内容で歯科医師自身が判断することを想定して記載されている。また CQ10 では研究目的の文脈ではあるが、「今後、糖尿病の病型、発症年齢、罹病期間、治療方法、長期コントロールのレベル (HbA1c) などの客観的基準を内包した検証を経て明確なガイドラインを確立する必要がある。」とあり、検査値以外の情報収集の必要性が記述されていた。B:医科歯科連携を示唆する記述は、CQ2 「コントロール不良の糖尿病は歯周病のリスク要因になると考えられるため、歯周治療を成功させるうえでも糖尿病管理を徹底することは必須」と推奨文に書かれる点、CQ5 での「特にコントロール不良と思われる糖尿病患者については医師の判断を仰ぐ必要があるものの、糖尿病患者においても・・・歯周基本治療を実施することが推奨される。」と記載がある。また CQ6 では「日本糖尿病学会による「科学的根拠に基づく糖尿病治療ガイドライン 2013」では、手術やう蝕、感染症などで受診する際は、糖尿病担当医師と他科の医師や歯科医師との連携の必要性を述べていることから、歯周外科手術のみならず歯周治療開始に際し、必要に応じて糖尿病担当医師と良好な連携関係を築いておくことが望ましい」と、日本糖尿病学会のガイドラインを引用し記載されている。CQ8 では「長期にわたる高血糖性による微小循環障害が疑われる場合は、外科処置前に糖尿病担当医師との連携、あるいは糖尿病未治療の場合、糖尿病専門医への紹介が求められる。」と紹介について記述されていた。C:検査値や問診事項に触れる部分については CQ3 で「糖尿病関連の行動要因 (食事、運動、血糖モニタリング)」「心血管病変のリスク因子 (総コレステロー

ル、血圧) および全身の炎症マーカー (アディポネクチン、hs-CRP、フィブリノーゲン、sICAM-1)」との記載、CQ7 で「しかし、抗凝固療法を受けている患者は・・・の点に留意し、できるだけ直近の INR 値を知り、事前に消炎処置を十分に施すことが必要であると考えられる。」と記載され、検査値把握の重要性を示唆しているように思われる。全体を通して検査値は HbA1c、空腹時血糖、インスリン抵抗指数 HOMA-IR、食後血糖と心血管病変のリスク因子 (総コレステロール、血圧) および hs-CRP 等の炎症マーカー、PT-INR について散見されたが、主治医から積極的に情報収集する必要について多くの記載はなかった。また糖尿病治療薬に関する記述は見られなかった。

全身疾患を有する者への歯科治療に関する学会発行のガイドラインは、上記以外に認知症の人への歯科治療ガイドラインがある<sup>23</sup>。扱う範囲からガイドライン作成班には認知症専門医が含まれ、複数の CQ 及び推奨文に医科歯科連携、医療介護連携の必要性を記述していた。一方、一般歯科領域ではほかに全身疾患を中心に作成されたものがなく、全患者層を対象にしたガイドラインでは医科歯科連携やそのあり方の記述はなかった<sup>24, 25</sup>。

口腔外科領域では、日本有病者歯科医療学会・日本口腔外科学会・日本老年歯科医学会編の科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯ガイドラインがある<sup>26</sup>。ガイドラインが扱う範囲から、ガイドライン作成委員会に医師の参加があるため、薬剤、検査値ともに詳細であり、止血管理を中心としている。2015 年新規 CQ2 「塞栓症発症のハイリスク群 (CHADS2 スコア  $\geq 2$  の症例) において・・・術前より抗血栓療法を行っている担当医師との綿密な連携が必要である」、CQ1-5 「侵襲的な口腔外科手術 (予測出血量

が・・・など)の際には、抗血栓療法を行っている担当医師と相談し、患者の血栓・塞栓症のリスクを考慮した上でINR値を下げる」、CQ1-6「また、歯科開業医では・・・あらかじめ抗血栓療法を行っている担当医師や口腔外科のある高次医療機関との連携をとることが望ましい」、CQ2-3「抜歯に際し・・・血栓・塞栓症発症に備えて、術前より抗血栓療法を行っている担当医師と綿密な連携が必要である。」、CQ3-3「最終的に・・・判断される場合には、医師と連携の上で止血処置を行う」「・・・歯科医師は局所止血の可否に関する判断を行わなければならないが、ワルファリン療法やヘパリン療法の是正など全身的に影響の及ぶ止血処置は医師の判断のもとに行う」「抗凝固薬継続下の抜歯にあたっては、・・・万が一、局所止血処置にて対応困難な出血をきたす事態に陥った場合には、タイミングを逸することなく医師との連携を行うことが重要と考える」などと連携の必要性の記述は頻出していた。

診療ガイドラインは、その本来の作成方法からすると主に出版された論文から主診療科の治療方法を中心として編纂されたものであり、収集された論文の中に医科歯科連携の効果評価の論文は含まれていないことから、医科歯科連携に関する記述はあくまで臨床的な示唆として記述されていた。書面等による医科歯科連携、情報共有は治療方針立案の根拠であり、治療の遂行を支持するものであるが、医科歯科連携やそのあり方に関して臨床医の指針となるものは多くはない現状が明らかになった。

### 3. 連携が必要な疾患と情報の質の整理

継続的に医科歯科協働を働きかける仕組みを模索するために診療報酬の要件、医科歯科連携または協働に関する学術論文、学会発行

の診療ガイドラインをレビューした。

今回検討した文献から得られた連携が推奨される高齢期の疾患群・患者群および要点をまとめる。①合併症予防目的：悪性腫瘍および周術期の患者、高血圧、腎疾患等、②血行感染予防目的：感染性心内膜炎リスクのある心血管系疾患、糖尿病等、③止血管理目的：抗血栓療法下の患者、脳血管障害の既往のある患者等、④誤嚥等による感染管理・機能低下予防目的：摂食嚥下障害等複合リスクのある高齢者、誤嚥性肺炎の既往のある患者、認知症等、以上に対しては、積極的に継続的な医科歯科協働を働きかける仕組みが必要であろう。（ここに挙げた疾患は今回の渉猟の範囲内であり、限定的であることを追記しておく。）

医師と歯科医師は教育課程で分離され、互いに専門分野の理解のしにくさ、コミュニケーションの取りにくさがあることは否めない。しかしながら、医療の対象は生身の人間であり、すべての組織は影響しあっていることは明らかである。これらのケースでの医科歯科連携は、医療者のために行うものではなく、患者にとってより良い医療のために行うものであることを忘れてはならない。診療報酬の要件や診療ガイドラインにおける曖昧な連携のあり方の記述は、応用を許容し、「連携およびそのあり方」までも医師の裁量に任されているものと読み取れる。医師の裁量とは、エビデンスや診療ガイドラインを参考にした上で、臨床医自らが判断する診療の根拠と良心に従い、患者との話し合いの結果、人道的配慮のうえで患者に対して最適の医療を提供する義務を遂行するものである。継続的に医科歯科協働を働きかける仕組みの確立を望む。

## E. 結論

診療報酬の要件、医科歯科連携または協働に関する学術論文、学会発行の診療ガイドラインをもとに連携が必要な疾患と要点を検討した。質の良い医療を提供するために、具体的な連携のあり方の確立と継続的に医科歯科協働を働きかける仕組みが必要である。

#### <引用文献>

1. WHO, Decade of healthy ageing2020-2030:  
(<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>)
2. Boehm, et al. *J Am Dental Assoc* 2007; Lockhart et al. *Circulation* 2012; Ryden et al. *Circulation* 2016; LaMonte et al *J Am Heart Assoc* 2017.
3. John Ahern, June Nunn. The integration of oral health-related best practice recommendations in the management of patients with diabetes: a cross-sectional survey of primary care physicians. *J Public Health Dent*. 2020 Sep 12. doi: 10.1111/jphd.12397. Online ahead of print.
4. David W Paquette, Kathryn P Bell, Ceib Phillips, Steven Offenbacher, Rebecca S Wilder. Dentists' knowledge and opinions of oral-systemic disease relationships: relevance to patient care and education. *J Dent Educ*. 2015 Jun;79(6):626-35.
5. Laura B Kaufman, Michelle M Henshaw, Blase P Brown, Joseph M Calabrese. Oral Health and Interprofessional Collaborative Practice: Examples of the Team Approach to Geriatric Care. *Dent Clin North Am*. 2016 Oct;60(4):879-90. doi: 10.1016/j.cden.2016.05.007. Epub 2016 Aug 6.
6. Stephanie Mowat, Casey Hein, Tanya Walsh, Laura MacDonald, Ruby Grymonpre, Jeffrey Sisler. Changing Health Professionals' Attitudes and Practice Behaviors Through Interprofessional Continuing Education in Oral-Systemic Health. *J Dent Educ*. 2017 Dec;81(12):1421-1429. doi: 10.21815/JDE.017.102.
7. David M Mosen, Matthew P Banegas, John F Dickerson, Jeffrey L Fellows, Neon B Brooks, Daniel J Pihlstrom, Hala M Kershah, Jason L Scott, Erin M Keast. Examining the association of medical-dental integration with closure of medical care gaps among the elderly population. *J Am Dent Assoc*. 2021 Apr;152(4):302-308. doi: 10.1016/j.adaj.2020.12.010.
8. Walter R. Wilson, Michael Gewitz, Peter B. Lockhart, et al. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*2021; (<https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000000969>)
9. Slocum C, Kramer C, Genco CA. Immune dysregulation mediated by the oral microbiome: potential link to chronic inflammation and atherosclerosis. *J Intern Med*. 280(1):114-28, 2016.
10. Megan Mosley, Steven Offenbacher, Ceib Phillips, Christopher Granger, Rebecca S Wilder. North Carolina cardiologists' knowledge, opinions and practice behaviors regarding the relationship

- between periodontal disease and cardiovascular disease. *J Dent Hyg.* 2014 Oct;88(5):275-84.
11. Jonathan B Owens, Rebecca S Wilder, Janet H Southerland, John B Buse, Robb M Malone. North Carolina internists' and endocrinologists' knowledge, opinions, and behaviors regarding periodontal disease and diabetes: need and opportunity for interprofessional education. *J Dent Educ.* 2011 Mar;75(3):329-38.
  12. John Ahern, June Nunn. The integration of oral health-related best practice recommendations in the management of patients with diabetes: a cross-sectional survey of primary care physicians. *J Public Health Dent.* 2020 Sep 12. doi: 10.1111/jphd.12397. Online ahead of print.
  13. Saba Kassim, Badr Othman, Sakher AlQahtani, Alemad Mustafa Kawthar, Sterling M McPherson, Barbara L Greenberg. Dentists' attitudes towards chairside medical conditions screening in a dental setting in Saudi Arabia: an exploratory cross-sectional Study. *BMC Oral Health.* 2019 Aug 6;19(1):179. doi: 10.1186/s12903-019-0870-x.
  14. Alagesan Chinnasamy, Marjory Moodie. Diabetes Related Knowledge, Attitudes and Practice - A Survey Among Oral Health Professionals in Victoria, Australia. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2020 Apr 3;12:111-121. doi: 10.2147/CCIDE.S240212. eCollection 2020.
  15. Allauddin Siddiqi, S Zafar, A Sharma, A Quaranta. Diabetes mellitus and periodontal disease: The call for interprofessional education and interprofessional collaborative care - A systematic review of the literature. *J Interprof Care.* 2020 Dec 8;1-9. doi: 10.1080/13561820.2020.1825354.
  16. 日本糖尿病学会編著 糖尿病治療ガイド 2008、文光堂、東京、2008
  17. 日本糖尿病学会編著 糖尿病診療ガイドライン 2016、南江堂、東京、2016
  18. 日本版敗血症診療ガイドライン、日本集中治療医学会 2013;20:124-173
  19. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会、高血圧治療ガイドライン 2019
  20. 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン[追補 2019]委員会、脳卒中治療ガイドライン 2015[追補 2019]
  21. 日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドライン、2011
  22. 「特定非営利活動法人 日本歯周病学会 編 糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第 2 版 2014」  
(<http://www.perio.jp/publication/guideline.shtml>)
  23. 一般社団法人日本老年歯科医学会・日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班編集「認知症の人への歯科治療ガイドライン」
  24. 一般社団法人日本歯内療法学会 編集「歯内療法診療ガイドライン」
  25. 特定非営利活動法人日本歯科保存学会 編「う蝕治療ガイドライン第 2 版詳細版」
  26. 一般社団法人 日本有病者歯科医療学会・社団法人 日本口腔外科学会・一般社団法人 日本老年歯科医学会編集、「科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関する

ガイドライン 2015 年改訂版」  
(<https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0155/G0000741>)

**G.研究発表**

なし

**H.知的財産権の出願・登録状況**

なし

表 1

医科点数表 B009 診療情報提供料(I) (部分)

	必要なケース	必要な情報	必要な行動
診療情報提供料(I)	別の <b>保険医療機関</b> での診療の必要を認め	<b>診療状況を示す文書</b>	<b>文書を添えて患者の紹介</b>
診療情報提供料(I) +歯科医療機関連携加算1 	患者の <b>口腔機能の管理の必要</b> を認め (通知25ア) 悪性腫瘍手術心・脈管系の手術、人工関節置換術若しくは人工関節再置換術又は造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め… (通知24イ) 訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は <b>摂食機能障害を有する患者</b> について、歯科訪問診療の必要性を認め…	診療情報を示す文書	文書を添えて、当該患者の紹介
診療情報提供料(I) +歯科医療機関連携加算2 	<b>周術期</b> 等における <b>口腔機能管理の必要</b> を認め		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 <b>予約を行った</b> 上で当該患者の紹介 (通知26) 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(手術前に必要な歯科診療を行うことができる日とし、当該受診日を診療録に記載すること。)について予約を行った場合に算定する

※「患者の同意を得て」は省略

※通知

(1) 診療情報提供料(I)は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の**診療に関する情報**を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

(2) 保険医療機関が、**診療に基づき他の機関での診療の必要性等**を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

(3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、**懇切丁寧に対応**するものとする。

表 2

医科点数表 B010-2 診療情報連携共有料 (部分)

	必要なケース	必要な情報	必要な行動
診療情報連携共有料 	<b>歯科診療を担う別の保険医療機関からの求め</b>	検査結果、投薬内容等 (通知2) ア 患者の氏名、生年月日、連絡先 イ 診療情報の提供先保険医療機関名 ウ 提供する <b>診療情報の内容(検査結果、投薬内容等)</b> エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名	<b>文書により提供</b>

※通知

(1) 診療情報連携共有料は、歯科診療を担う別の保険医療機関との間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する検査結果、投薬内容等の診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに3月に1回に限り算定する。

(3) 診療情報連携共有料を算定するに当たっては、歯科診療を担う別の保険医療機関と連携を図り、必要に応じて**問い合わせに対応できる体制**(窓口の設置など)を確保していること。

表 3

医科点数表 B011 診療情報提供料(Ⅲ) (部分)

	必要なケース	必要な情報	必要な行動
診療情報提供料(Ⅲ) 	他の保険医療機関から紹介された患者又は…患者について、当該患者を紹介した <b>他の保険医療機関からの求め</b>	診療状況 (通知2) ア 患者の氏名、生年月日、連絡先 イ 診療情報の提供先保険医療機関名 ウ <b>診療の方針、患者への指導内容</b> 、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容 エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名	<b>文書により提供</b>

※通知

(1) 診療情報提供料(Ⅲ)は、かかりつけ医機能を有する医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に、患者1人につき提供する保険医療機関ごとに3月に1回に限り算定する。

(3) 必要に応じて、紹介元の医療機関が注1に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす医療機関であるかを確認すること。(かかりつけ医機能の確認)

表 4

歯科点数表 B009 診療情報提供料(Ⅰ) (部分)

	必要なケース	必要な情報	必要な行動
診療情報提供料(Ⅰ)	別の <b>保険医療機関</b> での診療の必要を認め	<b>診療状況を示す文書</b>	<b>文書を添えて患者の紹介</b>
診療情報提供料(Ⅰ) +加算 	(自院の入院ケース) (注5) 患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め…別の <b>保険医療機関</b> 、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して	退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報 (通知14) 紹介にあつては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報及び退院後の治療計画等	情報を添付して紹介
診療情報提供料(Ⅰ) +加算 	(注6) 区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する <b>歯科診療特別対応加算</b> を算定している患者又は区分番号C000に掲げる <b>歯科訪問診療料</b> を算定している患者について… 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た <b>保険医療機関</b> 、 <b>歯科医業を行わない保険医療機関</b> 又は指定居宅介護支援事業者に対して	診療状況を示す文書	文書を添えて患者の紹介

※「患者の同意を得て」は省略  
※通知  
医科点数表の区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の例により算定する。

表 5

歯科点数表 B011 診療情報連携共有料 (部分)

	必要なケース	必要な情報	必要な行動
診療情報連携共有料 	<b>歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者</b> に対し…別の <b>保険医療機関</b> (歯科診療を行うものを除く。)で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の <b>保険医療機関に文書により提供を求めた場合</b> (通知2) <b>慢性疾患</b> を有する患者又は <b>歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性</b> を認め検査結果や診療情報を確認する必要がある患者	(通知3) 当該別の <b>保険医療機関</b> に対して、診療情報の提供を求めるに当たっては、次の事項を記載した文書を患者又は当該別の <b>保険医療機関</b> に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。 イ 患者の氏名、生年月日、連絡先 ロ 診療情報の <b>提供依頼目的</b> (必要に応じて、傷病名、治療方針等を記載すること) ハ 診療情報の提供を求める <b>医療機関名</b> ニ 診療情報の <b>提供を求める内容 (検査結果、投薬内容等)</b> ホ 診療情報の提供を依頼する <b>保険医療機関名及び担当医名</b>	文書を患者又は当該別の <b>保険医療機関</b> に交付

※「患者の同意を得て」は省略  
※通知  
(1) 診療情報連携共有料は、医科の**保険医療機関**と**歯科の保険医療機関**の間で診療情報を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。  
(4) 診療情報連携共有料を算定するに当たっては、**保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制 (窓口の設置など)**を確保していること。  
(5) **保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。**

表 6

歯科点数表 B011-2 診療情報提供料(Ⅲ) (部分)

	必要なケース	必要な情報	必要な行動
診療情報提供料(Ⅲ) 	他の <b>保険医療機関</b> から紹介された患者又は…患者について、当該患者を <b>紹介した他の保険医療機関からの求め</b>	診療状況 (通知2) ア 患者の氏名、生年月日、連絡先 イ 診療情報の提供先 <b>保険医療機関名</b> ウ <b>診療の方針、患者への指導内容</b> 、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容 エ 診療情報を提供する <b>保険医療機関名及び担当医師名</b>	<b>文書により提供</b>

※「患者の同意を得て」は省略  
※通知  
医科点数表の区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の例により算定する。  
※医科点数表の区分番号B011の通知  
(1) 診療情報提供料(Ⅲ)は、かかりつけ機能を有する医療機関等と他の**保険医療機関**が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、かかりつけ機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に、患者1人につき提供する**保険医療機関ごとに3月に1回に限り算定する。**  
(3) 必要に応じて、紹介元の医療機関が「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす**医療機関であるかを確認すること。**(かかりつけ機能の確認)