

医科歯科連携における 保険点数と紹介の仕方について

宇部市医師会

保険担当理事 **日浦 泰博**

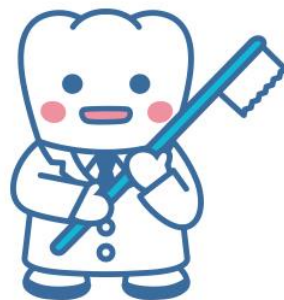
宇部歯科医師会

保険担当理事 **東村 石万**

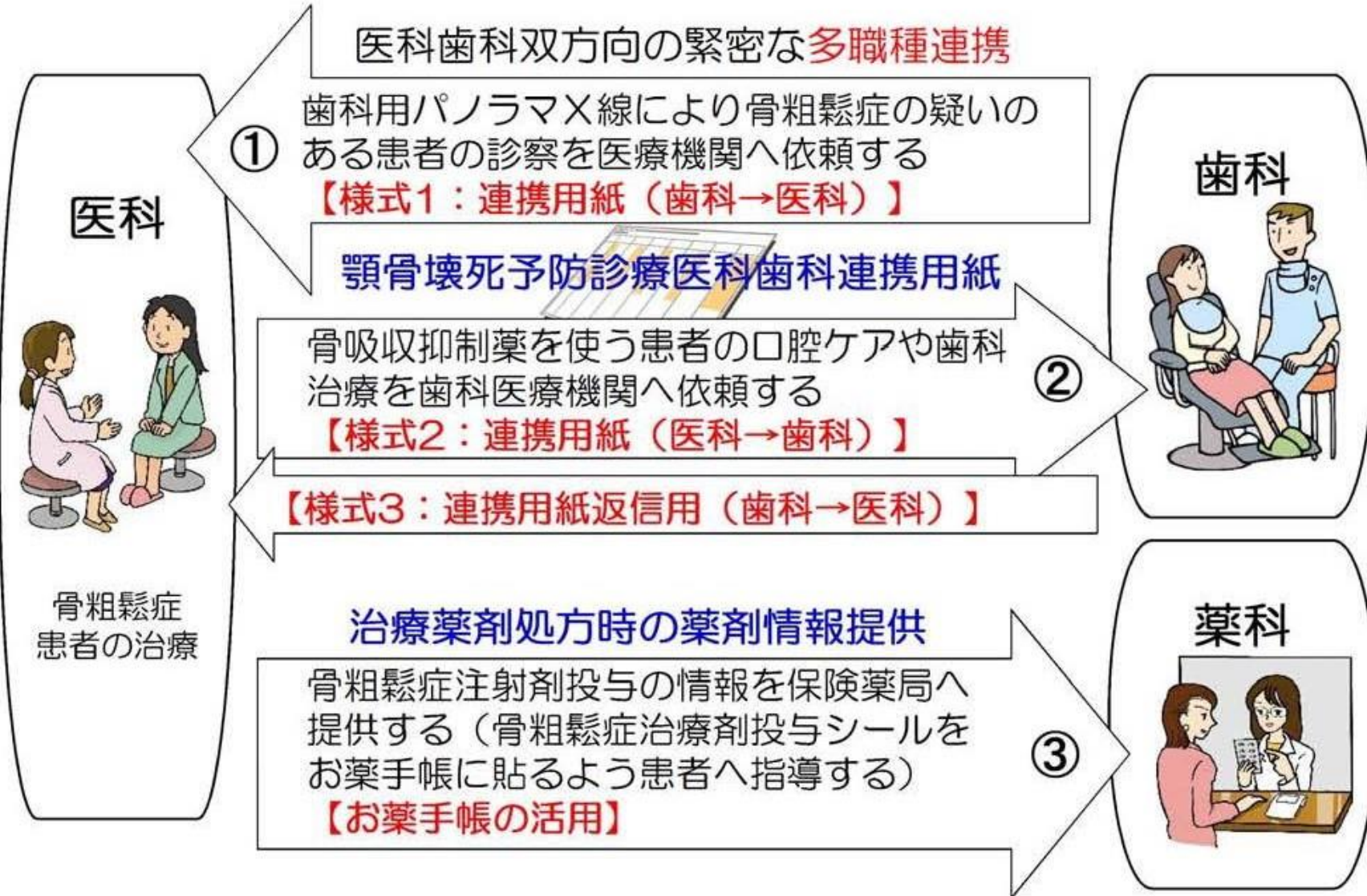


日医新キャラクター「日医君 (にちくん)」

「白衣よ坊さん」



骨吸収抑制薬関連顎骨壊死予防診療ネットワークのイメージ



診療情報連携共有について

医科

※診療情報連携共有料

略：情共 **120点** 医科

- ▶ (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回限り**算定する。
- ▶ (2)診療情報を提供するに当たっては、次の事項を記載した文書を作成し、患者又は提供する保険医療機関に交付する。また、文書の写しを診療録に添付すること
 - 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 提供する診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）
 - エ 診療情報を提供する保険医療機関名 及び担当医師名
- ▶ (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。
- ▶ (4)同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い**区分番号「B009」診療情報提供料（I）**を算定した月においては、**診療情報連携共有料は別に算定できない。**

歯科との連携を図るには？

【医科から歯科への紹介】

例) 骨粗鬆症と診断される、あるいは現在治療中で
歯科に歯科診療を依頼する

- ① 医科において、患者の口腔機能の必要性を認め、歯科診療を行う
他の保険医療機関に対して、文書提供を行う。

診療情報提供料 (I) 略：情 I (医科) 250点

↓ 歯科へ紹介

- ② 歯科において、う蝕歯治療・歯周治療・口腔ケアを行う。

↓ 医科へ紹介

↑ 歯科へ紹介

- ③ 診療情報連携共有料 略：情共 (医科) 120点算定

▶ ※以後3か月に一度②～③を繰り返していく

医科→歯科 (紹介用)

診療情報提供書 (医科歯科連携)

年 月 日

紹介先: _____
先生御机下

紹介元: _____
医師: _____
電話: _____ FAX: _____

フリガナ 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	(歳)
患者住所 電話番号	〒 _____ TEL: (_____)		

診断名	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 脊椎圧迫骨折 (胸椎・ 腰椎/新鮮・陳旧) <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 <input type="checkbox"/> その他 (橈骨、上腕骨)
	<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 (病名)	ステロイド投与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 無し
	<input type="checkbox"/> 癌の骨転移	

日頃より、大変お世話になっております。
この度上記患者様には、[_____] を

1. 処方する予定です。
2. _____年前より処方しております。

つきましては ARONJ 予防のため顎口腔領域についてご評価いただき、口腔ケア並びに必要なに応じて歯科治療をお願いいたします。

骨吸収抑制薬に猶予があります
本薬投与の開始を遅らせた方がよい場合または休薬が必要な場合は、その時期・期間等についてご相談下さい。

骨吸収抑制薬投与が早急に必要・休薬不可です。
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配慮をお願いいたします。

- ・ 診療情報の提供を求める
医療機関名
- ・ 診療情報の提供を依頼する
保険医療機関名及び担当医名

- ・ 患者の氏名、生年月日、
連絡先

- ・ 診療情報の提供依頼目的
(必要に応じて傷病名、治療
方針等の記載)

- ・ 診療情報の提供を求める内
容 (検査結果、投薬内容等)

連携可能な歯科医師リストの作成について

- ▶ 本年6月をめどに患者説明用パンフレットを作成し、各区域ごとに分けてある歯科医院名が書かれたリストを作ります。

- ▶ リスト掲載条件
本研究会を受講した歯科医院（要歯科医師会員）

- ▶ 医科の先生へお願い
 1. 医科で骨粗鬆症と診断された場合、あるいは現在治療中の場合、患者に歯科を受診していただくよう説明して下さい。
 2. かかりつけ歯科医師がある場合は、引き続きその医院に受診するよう勧め、かかりつけ歯科医師のない場合は、リストに書かれている歯科を参考にパンフレットをお渡し下さい。

齿科

※診療情報連携共有料

略：情共 120点 歯科

- (1) 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。
- (2) **慢性疾患を有する患者**又は歯科診療を行う上で、特に全身的な管理の必要性を認め、検査結果や診療情報を確認する必要がある場合、患者の同意を得て別の保険医療機関に、その患者の診療情報の提供を【文書】により求めた場合に算定する

(3) 当該別の保険医療機関に対して、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保険医療機関に交付する。また交付した文書の写しを診療録に添付すること。

- ▶ イ 患者の氏名、生年月日、連絡先
- ▶ ロ 診療情報の提供依頼目的
(必要に応じて傷病名、治療方針等を記載すること)
- ▶ ハ 診療情報の提供を求める医療機関名
- ▶ ニ 診療情報の提供を求める内容（検査結果、投薬内容等）
- ▶ ホ 診療情報の提供を依頼する保険医療機関名及び担当医名

(4)診療情報連携共有料を算定するに当たっては、保健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一人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して**3か月に1回**に限り算定する。

(6)情 I により紹介した月から起算して**3か月以内に同一の保険医療機関**に対して患者の診療情報を求めた場合において、情共は別に算定できない。

【カルテ】 【文書】 の写しを添付する。

【摘要欄】 連携先の保険医療機関名

※診療情報提供料（Ⅰ）略：情Ⅰ 250点 歯科

- (1) 患者の同意を得て診療状況を示す【文書】を添えて、
患者の必要な情報を提供する。
- (2) 紹介先保険医療機関ごとに月1回限り算定できる。
- (3) 情Ⅰを算定する場合
 - ▶ 1. 診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、
患者の紹介を行った場合
 - ▶ 2. 診療に基づき、患者居住地を管轄する市町村・又は都道府県知事が指定する、
指定居宅介護支援事業者などに対して、患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を
提供した場合
 - ▶ 3. 在宅で療養を行い通院が困難な患者の診療に基づき保険薬局に対して、在宅患者訪問
薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合
 - ：
 - ：

※カルテ・文書の写し

【摘要欄】保険医療機関以外への機関へ情報提供を行った場合は、情報提供先

歯科→医科 (紹介用)

診療情報提供書(医科歯科連携)

年 月 日

紹介先: _____ 紹介元: _____
_____ 歯科医師: _____ 印
_____ 先生御机下 電話: _____ FAX: _____

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日 (歳)	
患者住所 電話番号	〒		
	TEL: ()		

診断名	<input type="checkbox"/> う蝕歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 () 部位 ()
-----	--

日頃より、大変お世話になっております。

この度、上記患者様より骨吸収抑制剤による治療を受けておられるとお聞きました。

上記診断名にて、以下の歯科治療を実施予定です。

抜歯 歯周治療 う蝕歯治療
 その他 ()

なお、治療期間は以下の予定としております。

年 月 頃より 週間
ヶ月間 の予定

ARONJ(骨吸収抑制剤関連顎骨壊死)予防のため、治療上の注意点、諸検査結果をご教示いただけますでしょうか。

ご多忙中恐れ入りますが、よろしくお願い申し上げます。

備考

- ・ 診療情報の提供を求める
医療機関名
- ・ 診療情報の提供を依頼する
保険医療機関名及び担当医名

- ・ 患者の氏名、生年月日、
連絡先

- ・ 診療情報の提供依頼目的
(必要に応じて傷病名、治療
方針等の記載)

- ・ 診療情報の提供を求める内
容 (検査結果、投薬内容等)

[歯科 → 医科]

口腔管理後報告 兼 情報提供書

FAX : _____ 直通電話 : _____

_____ 病院・医院・クリニック

_____ 科 _____ 先生

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

歯科医師氏名

印

(フリガナ)

患者氏名 : _____ 性別 男 ・ 女

患者住所 :

電話番号 :

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

傷病名 う蝕歯 歯周病 正常 その他 (_____)

結果報告 :

上記患者様に対して、歯科的評価・管理を行いましたのでご報告申し上げます。

① 抜歯が必要な歯の有無

必要あり (抜歯完了、 / 抜歯予定) 必要なし

② 口腔内環境 (衛生状態)

良い 少し悪い 非常に悪い (_____)

尚、当該薬剤投与中の口腔管理の重要性について、貴院 (科) からご指導下さいますようお願い申し上げます。

コメント :

紹介された後の返書 (報告書) だけでは情報提供料として算定することはできません。



但し、平成30年度診療報酬改定より、「情共」の要件を満たせば3ヶ月に一度算定することができます。

医科との連携を図るには？

【歯科から医科への紹介】

歯科受診された患者さんが骨粗鬆症である可能性は??

確認してみてください！！

A：予診票などに現病歴、既往歴の記載がある。
あるいは患者からの説明など。

B：歯科医師による問診。お薬手帳の確認。
(骨吸収抑制剤投与中シール、注射、内服薬等)

C：医科からの情 I による情報提供。

歯科診療を行う上で、**全身状態**、**投薬状況**を確認することは大切！

- ▶ ① 歯科から医科へ患者の全身状態、投薬状況などの診療情報を求める。
略：情共（歯科）**120点**算定

↓ 医科へ紹介

- ② 医科において、歯科医療を担う別の医療機関からの求めに応じ、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合。
略：情共 **120点**（医科）算定

↓ 歯科へ紹介

↑ 医科へ紹介

- ③ 歯科においてう蝕歯治療・歯周治療・口腔ケア等を行う。
略：情共 **120点**（歯科）算定 ←前回算定から3ヶ月後
略：総医 **50点**（歯科）算定（**要施設基準**）

注）医科への返事のみで「情共」はできません。

※3ヶ月に一度、②～③を繰り返していく

※総合医療管理加算 略：総医+50点

(歯科疾患管理料の加算項目)

要施設基準

- (1) 糖尿病の患者、**骨吸収抑制剤投与中の患者**、
感染症内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤
投与中の患者である。
▶ 歯科治療を行うにあたり、その当該疾患の**医科の担当医から**、診療情報提供料に定める様式（全身状態・服薬状況などの記載）の**情報提供を受け、それに沿った適切な総合医療管理を実施した場合に算定可**
- (2) 算定にあたっては、担当医からの**提供文書**、
またはカルテの写しを添付する。

【摘要欄】 紹介元保険医療機関名