

歯科医療(その2)

1. 歯科医療の現状

2. 病院における歯科の機能に係る評価

3. 医科歯科連携、医歯薬連携

4. ライフステージに応じた口腔機能の管理

5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

7月12日開催の中医協における主なご意見①

(かかりつけ歯科医や病院における歯科医療等、歯科医療機関の機能・役割について)

- ライフコースに応じた歯科疾患の重症化予防や地域包括ケアシステムにおける連携などが重要であり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所にはこれらの役割が求められている。一方で、患者にとっては、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所とそれ以外の歯科診療所の違いが分かりにくいという指摘もあり、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所がどのような役割を担うべきか考える必要がある。
- 歯科医療機関の機能分化や連携を適切にすすめ、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築するためにも、在宅歯科医療、医療安全や院内感染対策等、関連する施設基準を整理・検討すべき。
- 回復期病院や慢性期病院において、口腔と栄養の管理が一体的に行われることは、誤嚥性肺炎や低栄養の予防の観点から重要であり、地域の歯科診療所との連携も含め、リハ・口腔・栄養の一体的な取組を進めるべき。
- 歯科訪問診療を実施している患者に対して侵襲性の高い治療や専門性の高い歯科治療が必要となった場合、病院における歯科での全身管理下での治療が必要になることもある。病院歯科が、地域の歯科診療所の後方支援として歯科訪問診療や入院での歯科治療の受け入れ等、地域の状況に応じた役割を果たすことを推進するため、病院における歯科の機能についても適切に評価すべき。

(医科歯科連携をはじめとした連携について)

- がん患者等への周術期等口腔機能管理は増加してきたが、周術期だけではなく、脳血管疾患等により入院が長期になる患者の口腔・栄養管理も重要。
- 医科との連携や介護との連携が進んでいない要因を丁寧に分析した上で、連携を進めるために必要な見直しを行うべき。
- 糖尿病における医科歯科連携や各種薬剤の副作用等に関する医歯薬連携も更に進めるべき。薬により口腔に影響があるものもあり、歯科治療を行う際に注意を要する医薬品などの情報連携は非常に有効である。歯薬連携の在り方について、現場での連携が進むよう検討すべき。

(安心で安全な歯科医療について)

- 各種施設基準において、医療安全と感染対策に係る要件が位置づけられており、これらの感染対策を今後も継続することは重要。
- 医療安全と感染対策は歯科医療機関にとって当然のことであり、その上で、より充実した体制をどのように評価するのか、患者にも分かるように整理が必要。
- 新興感染症の流行時であっても継続した歯科医療提供体制を維持する観点から、歯科外来環境体制加算については、新興感染症に対する感染対策における考え方との整理も必要ではないか。

7月12日開催の中医協における主なご意見②

(重症化予防や口腔機能管理、障害児者等の歯科診療について)

- 歯を喪失する一番の原因である歯周病やう蝕は、適切な管理を行うことで重症化予防が可能である。歯周病重症化予防治療や歯周病安定期治療について、より効果的な管理を推進するため、更なる整理・見直しをすべき。
- 歯科衛生士による歯科衛生実地指導は重症化予防の観点から非常に重要である。近年は、ブラッシング方法の指導等だけでなく口腔機能や生活習慣などの観点からも歯科保健指導が行われており、実態に応じた評価を検討すべき。
- 口腔機能の管理については、口腔機能管理の中で行われる口腔機能獲得や口腔機能向上のための訓練に対する評価について検討すべき。
- 小児を含めた障害児者や認知症の方への歯科医療も非常に重要であるが、治療には患者の状態に応じた配慮や時間、通常より多い人員体制を要することが多く、実態を踏まえた評価を検討すべき。
- 医療的ケア児等について、摂食嚥下等に関し学校等への情報連携をするケースがあることから、歯科医療機関と学校等との情報連携についても検討すべき。

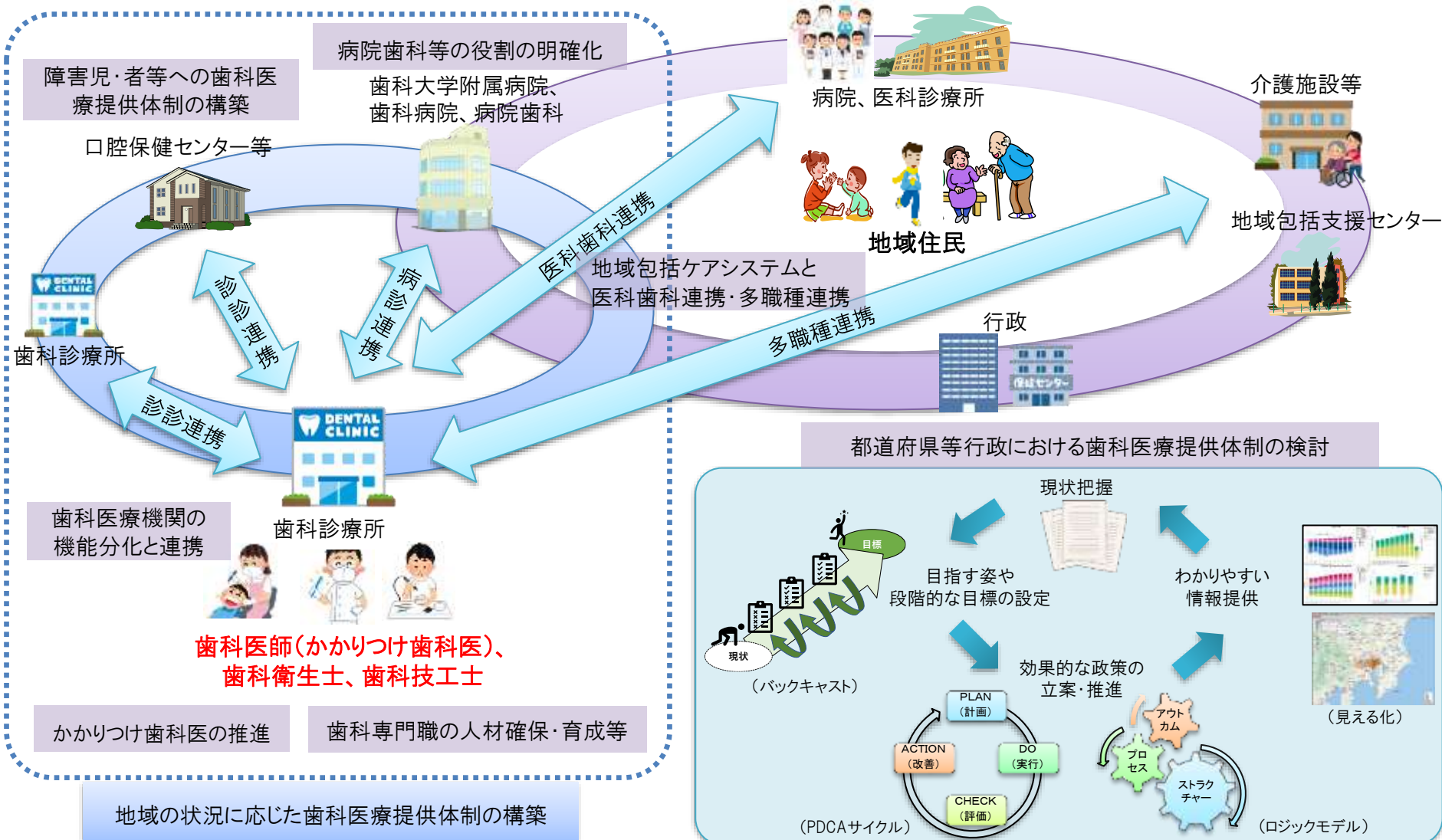
(電話や情報通信機器を用いた歯科診療について)

- 対面診療が基本ではあるが、新興感染症の感染拡大により外出が制限される状況下などでは、歯周病などの急性症状に対し、情報通信機器を用いて症状・状態を確認した上で必要に応じて投薬等を行うことは有効であり、情報通信機器を活用した歯科診療の評価も検討すべき。その他、口腔機能や摂食機能の評価、顎顔面領域の慢性疼痛の管理等、情報通信機器が活用できるものもあるのではないか。
- 口腔内の状態をどのように適切に把握するかも含め、効率的な口腔状態の確認や指導管理等、歯科領域における情報通信機器の活用について検討をすべきでないか。

(生活の質に配慮した歯科医療について)

- 糖尿病や喫煙などの生活習慣は、歯周病など口腔疾患へ大きな影響を与えることが知られているので、これらに関する管理も重要である。
- 貴金属以外の材料の保険適用は進んで来ているが、適用部位が限られている等の現状もあることから、市場価格に左右されない貴金属以外の材料の活用を積極的に検討するべき。

- 少子高齢化による人口構成の変化や歯科疾患の罹患状況の変化、医療や介護等における歯科保健医療に対するニーズの多様化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況が大きく変化している状況に対応するため、歯科医療の質の向上を図るとともに、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築することが求められている。
- これらを踏まえ、歯科医療の提供体制の構築等に関する必要な事項について、総合的に議論を行い、とりまとめられたもの。



かかりつけ歯科医の役割

- 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携
- 訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤への理解の充実、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理
- かかりつけ歯科医をもつ者の増加のための普及啓発の促進
- 新興感染症拡大時における歯科医療提供体制の整備

地域包括ケアシステムと医科歯科連携・多職種連携

- 機能を含めた歯科医療資源の見える化
- 他職種に対するニーズの把握や相互理解の促進、指標設定・評価
- 他職種等に対する口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育段階含め、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
- 人生の最終段階における口腔の管理への歯科医療関係者の関与

歯科医療機関の機能分化と連携

- 各歯科医療機関の機能の把握・見える化
- 病診連携・診診連携、歯科診療所のグループ化、規模の拡大・多機能化による複数の歯科医師が勤務する体制の整備の推進
- ICTの利活用の推進
- 歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

障害児・者等への歯科医療提供体制

- 障害の内容や重度別分析による歯科医療機関の機能の見える化
- いわゆる口腔保健センターと一般歯科診療所の役割の整理
- ハード面（設備整備等）やソフト面（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
- 医療的ケア児を含めた障害児・者を、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支え歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

病院歯科等の役割

- それぞれの地域における病院歯科の役割の明確化
- 各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
- 地域の病院歯科の果たす役割を認識し、病院歯科と歯科診療所等との連携の推進
- 地域の歯科医療提供体制の拠点としての機能

歯科専門職種の人材確保・育成等

- 学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師養成他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
- 歯科衛生士の確保（職場環境等の整備、復職支援・リカレント教育）
- 歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備、業務のあり方）

都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

- 地域ごとの歯科医療資源及び住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価
- 歯科保健医療提供体制の理想とする姿（目指す姿）を設定し、バックキャストで考えていくことの重要性
- 歯科医療提供のあり方を議論する際には、地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組む必要性

1. 歯科医療の現状

2. 病院における歯科の機能に係る評価

3. 医科歯科連携、医歯薬連携

4. ライフステージに応じた口腔機能の管理

5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

歯科医師の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

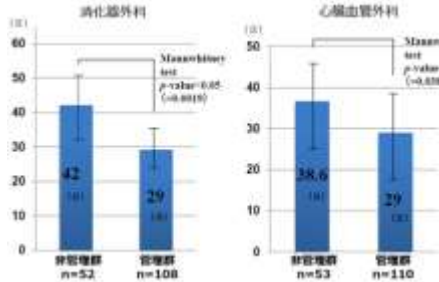
概要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



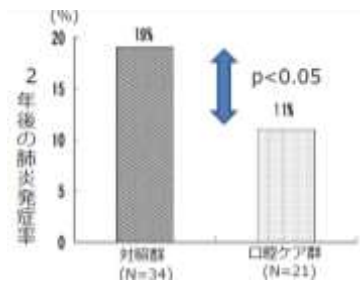
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果



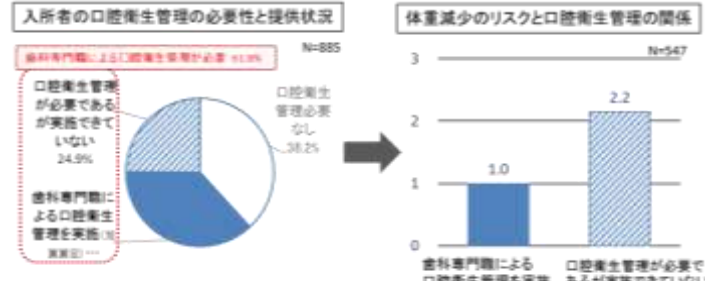
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama et al. :Lancet;1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



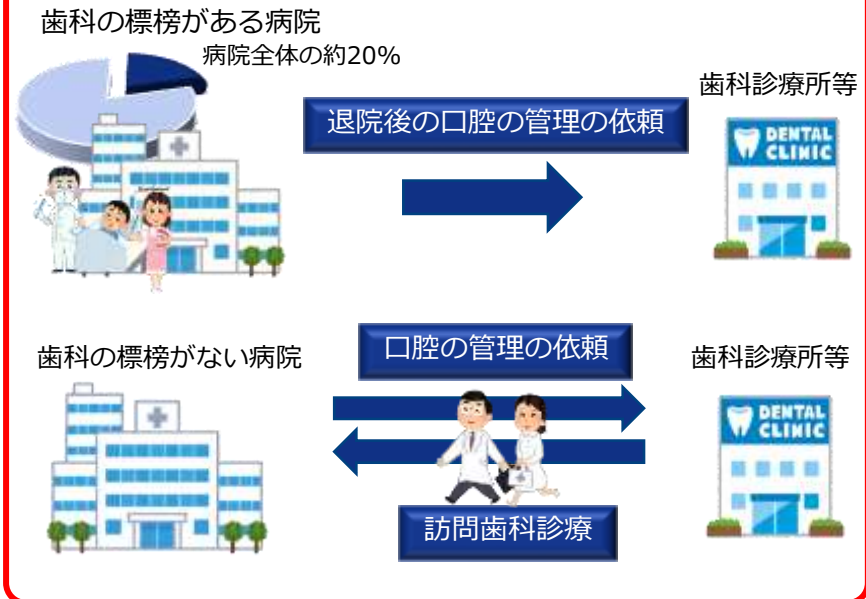
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、GDS、認知症評価

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

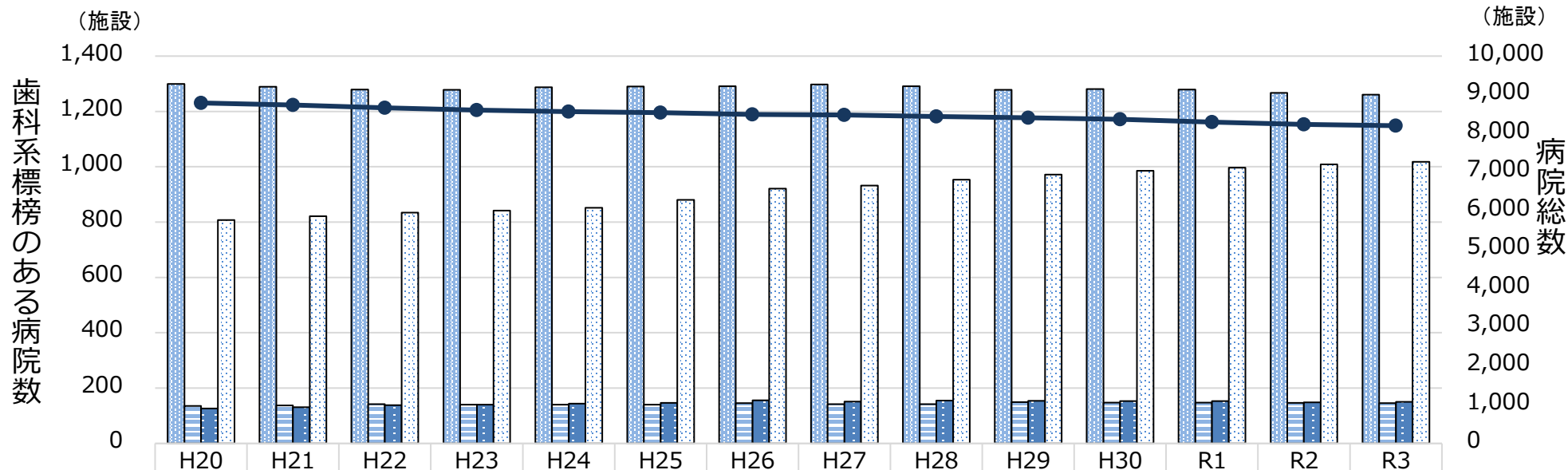
地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



歯科を標榜する病院数の年次推移

○ 歯科を標榜する病院数については、「歯科口腔外科」を標榜する施設数が増加傾向である一方、「歯科」を標榜する施設数は減少傾向である。



	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
■ 歯科	1300	1289	1279	1278	1288	1290	1291	1298	1291	1278	1281	1279	1267	1261
▨ 矯正歯科	135	137	142	140	140	140	145	142	142	149	147	147	146	145
▤ 小児歯科	126	131	138	140	144	146	156	151	155	154	153	153	148	150
▩ 歯科口腔外科	807	821	834	842	852	880	921	932	953	972	986	997	1009	1018
● 病院総数	8793	8738	8669	8604	8564	8540	8493	8480	8442	8412	8372	8300	8238	8205

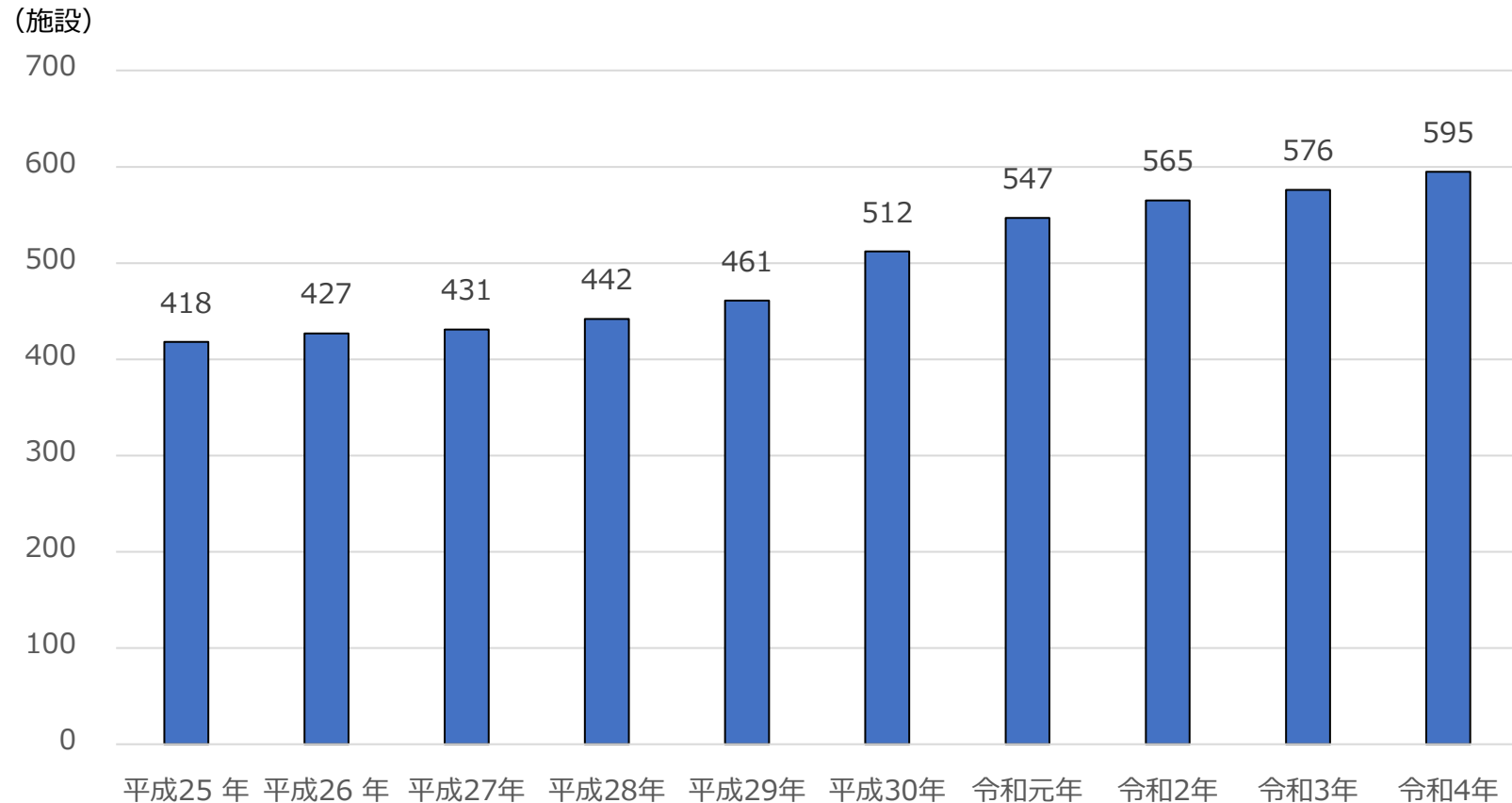
歯科系の診療科を標榜する病院数（令和2年10月1日時点）
 （歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院数）
 1,817施設

出典：医療施設調査（各年10月1日時点）
 歯科系の診療科を標榜する病院数は医療施設調査の特別集計結果

地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出医療機関数は、年々増加しており、令和4年で595施設である。

〈地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数〉



- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準は、人員配置基準の他、紹介率、手術の実施件数又は歯科診療特別対応加算の算定患者数、周術期等口腔機能管理料等の算定等が要件になっている。

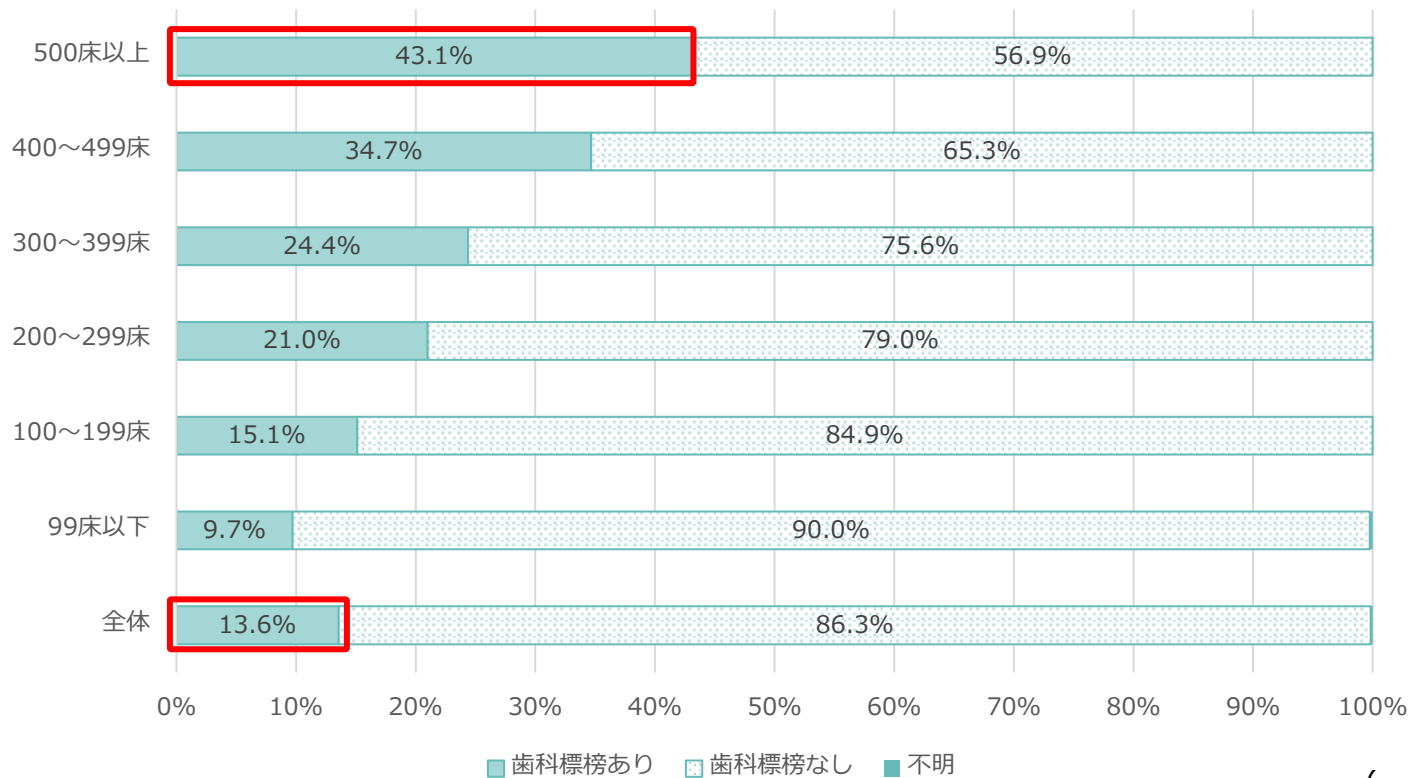
施設基準

- 看護師及び准看護師が2名以上配置されていること。
- 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- 次のイ又は口のいずれかに該当すること。
 - イ 次のいずれかに該当すること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が30%以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が20%以上であって、別表に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科診療特別対応加算を算定した患者又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が5人以上であること。
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科診療特別対応加算を算定した患者の月平均患者数が30人以上であること。
 - ロ 次のいずれにも該当すること
 - ・常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
 - ・歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)のいずれかを算定した患者の月平均患者数が20人以上であること。
- 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

病床数ごとの歯科標榜の状況

○ 一般病棟入院基本料を算定している病院の病床数ごとの歯科標榜の割合は、全体では13.6%であり、病床数が大きいほうが多く、500床以上で43.1%であった。

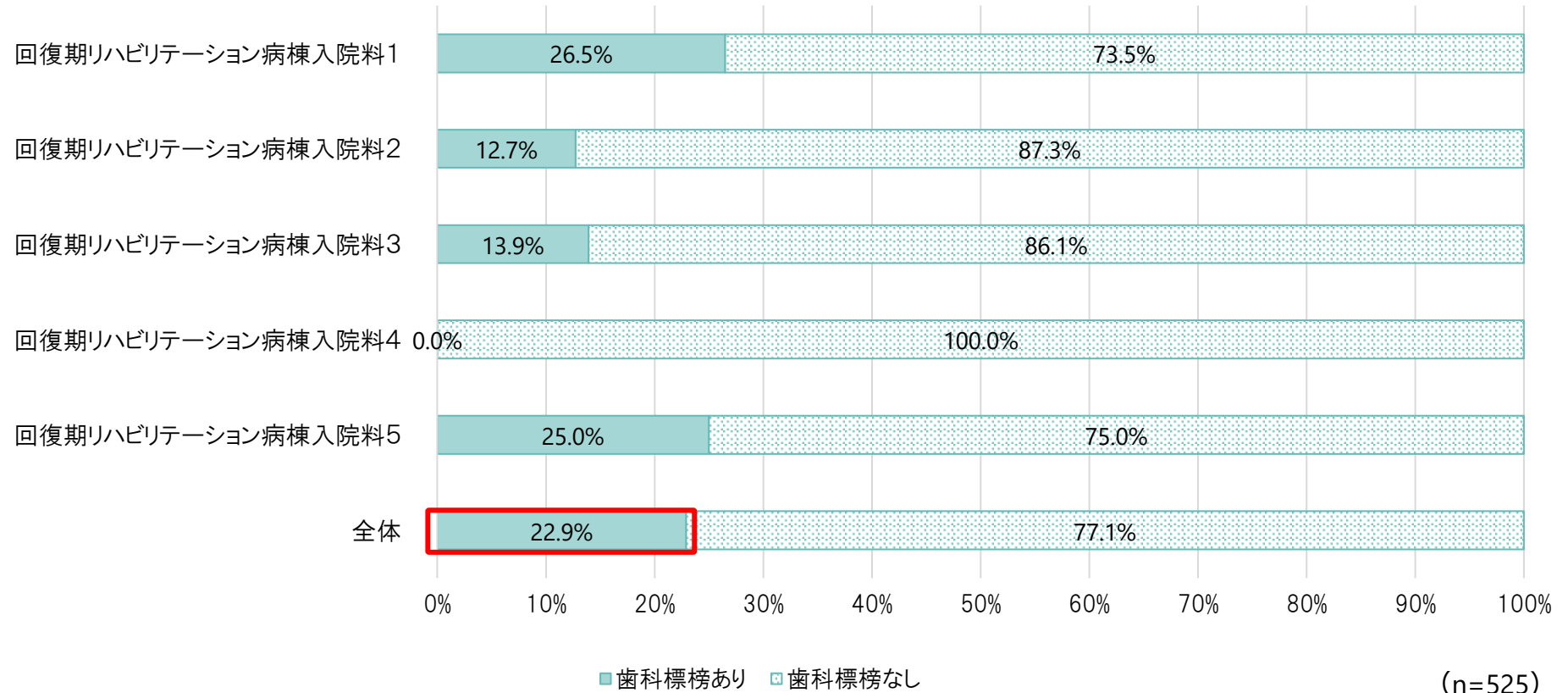
■ 一般病棟入院基本料を算定している病院の病床数ごとの歯科標榜の状況

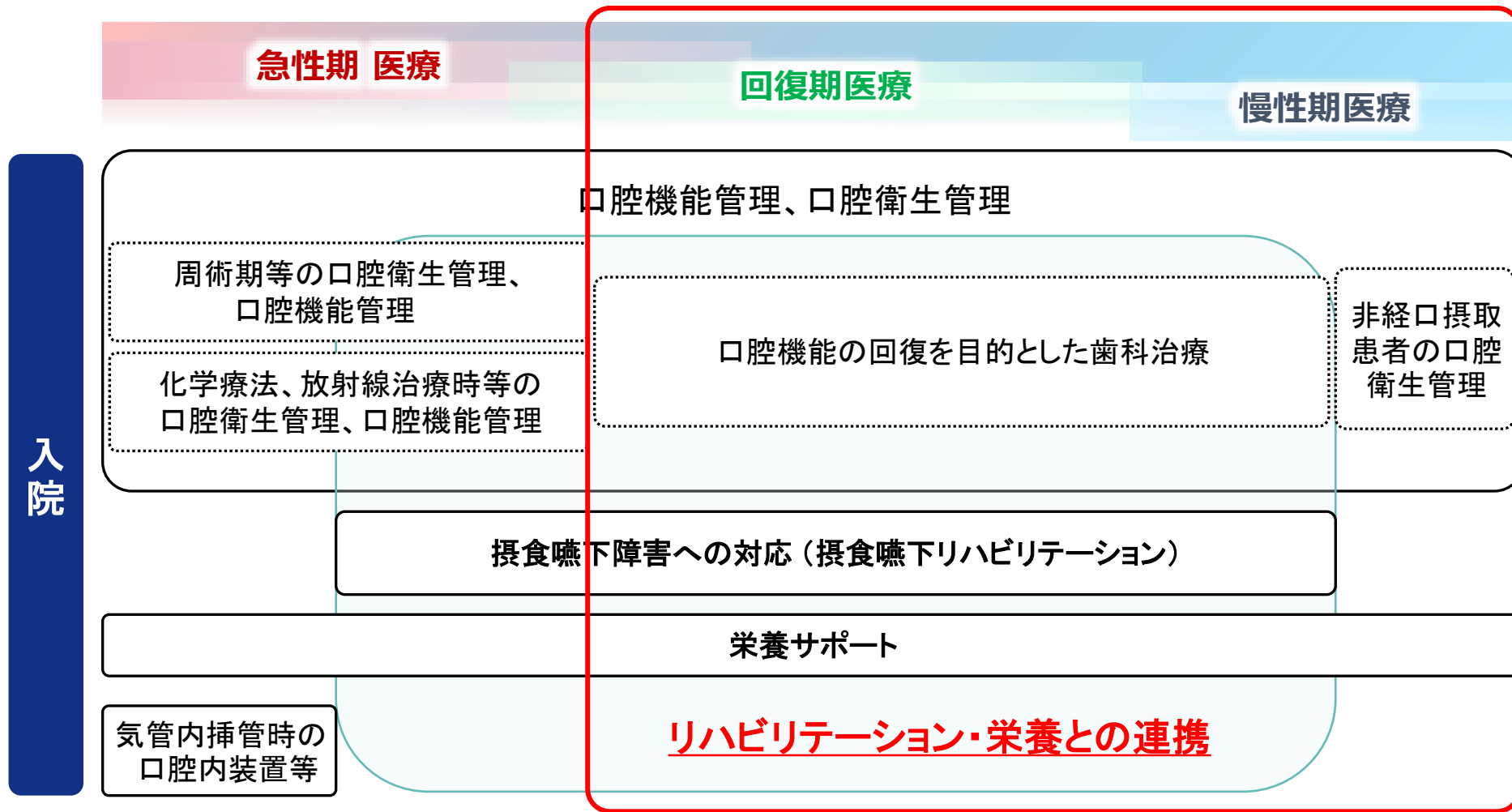


(n=4,716)

回復期リハビリテーション病棟を有する病院の歯科標榜の状況

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院の歯科標榜の割合は、全体では22.9%であり、回復期リハビリテーション病棟入院料1の病院では26.5%であった。





- 外来 (Outpatient):**
- ・地域からの紹介による患者(全身管理が必要な患者等)に対する歯科治療
 - ・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
 - ・歯科口腔外科領域の手術・処置(入院が必要なものも含む) 等

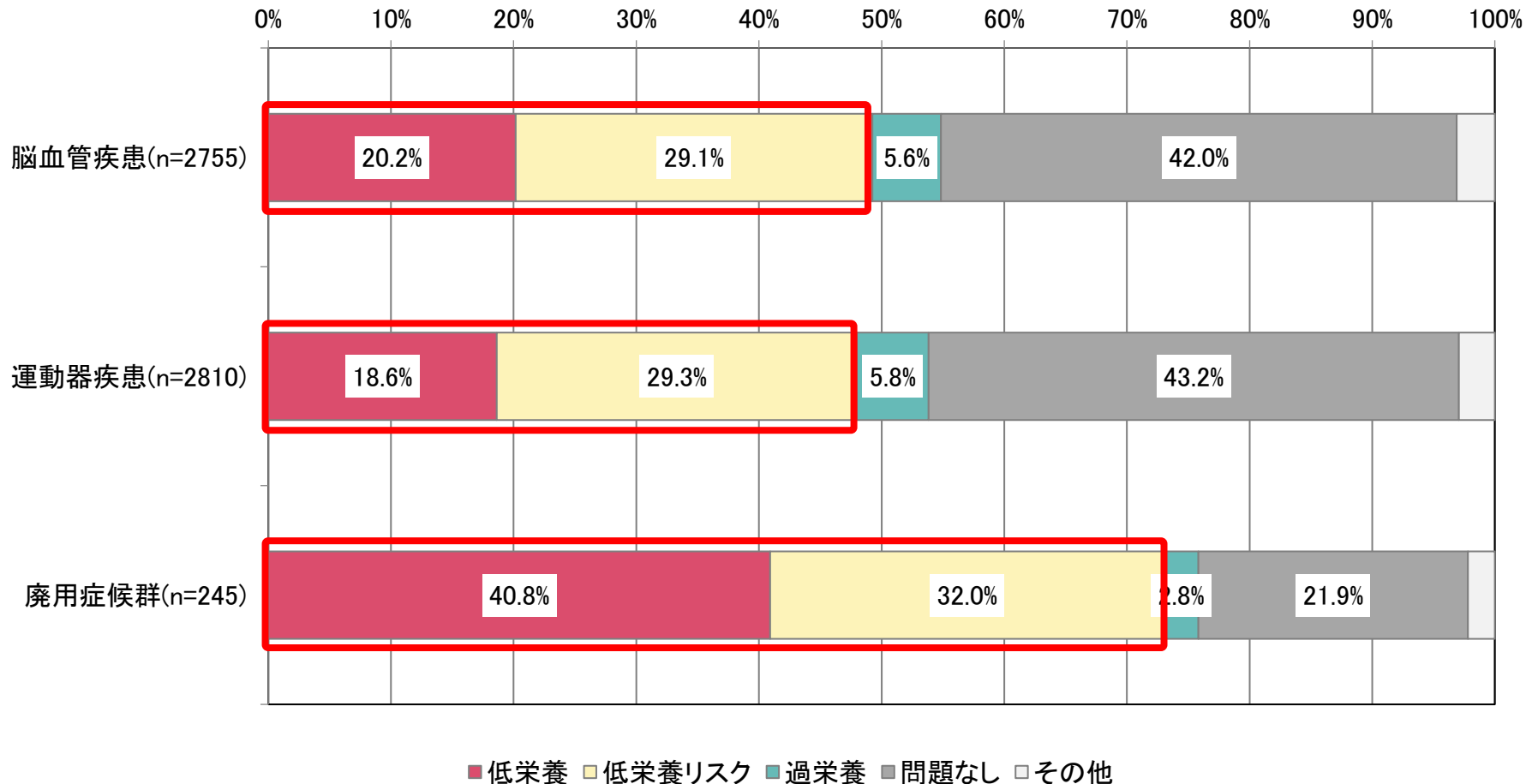
回復期リハビリテーションにおける疾患別の栄養評価

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
- 脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

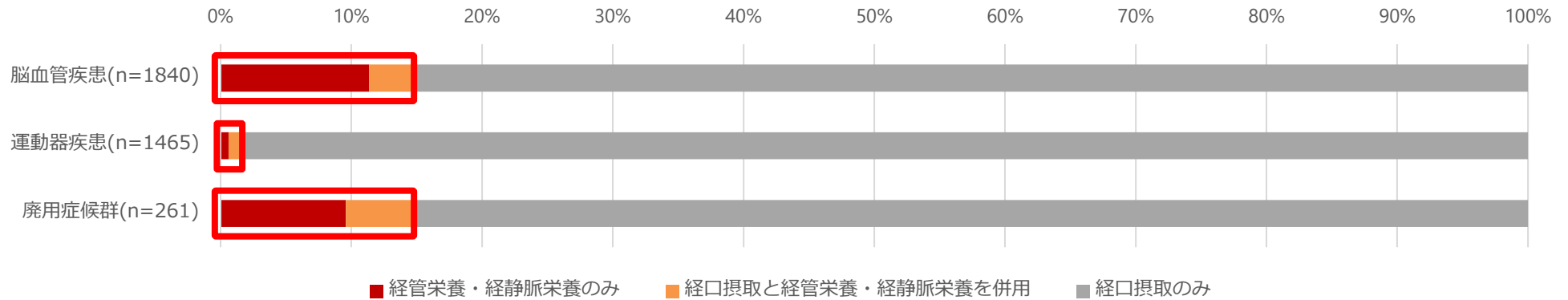
中医協 診-2参考2
5 . 10 . 27 (改)

疾患別の栄養評価

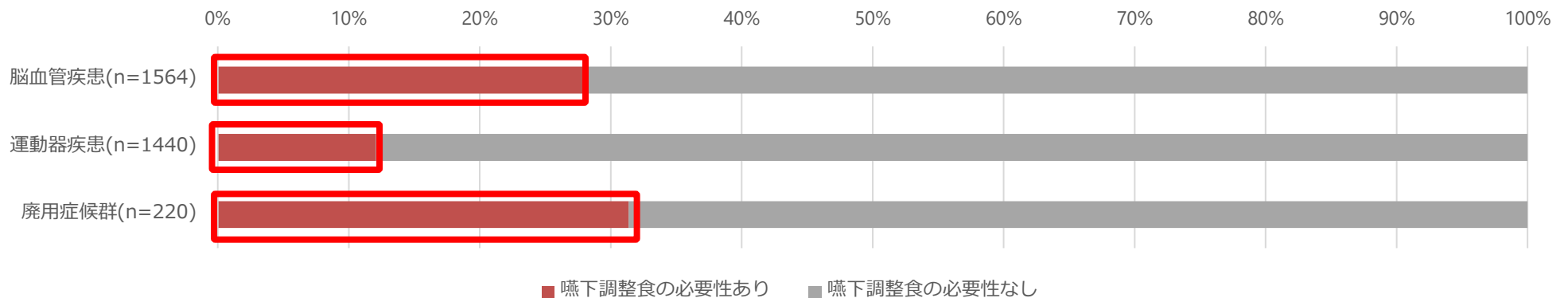


○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、疾患別に摂食嚥下の状態を見ると、どの状態においても嚥下調整食を必要とする患者が一定程度存在する。

経管栄養・経静脈栄養の有無



嚥下調整食の必要性



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（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

中医協 診-2参考2
5. 10. 27 (改)

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後) (n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

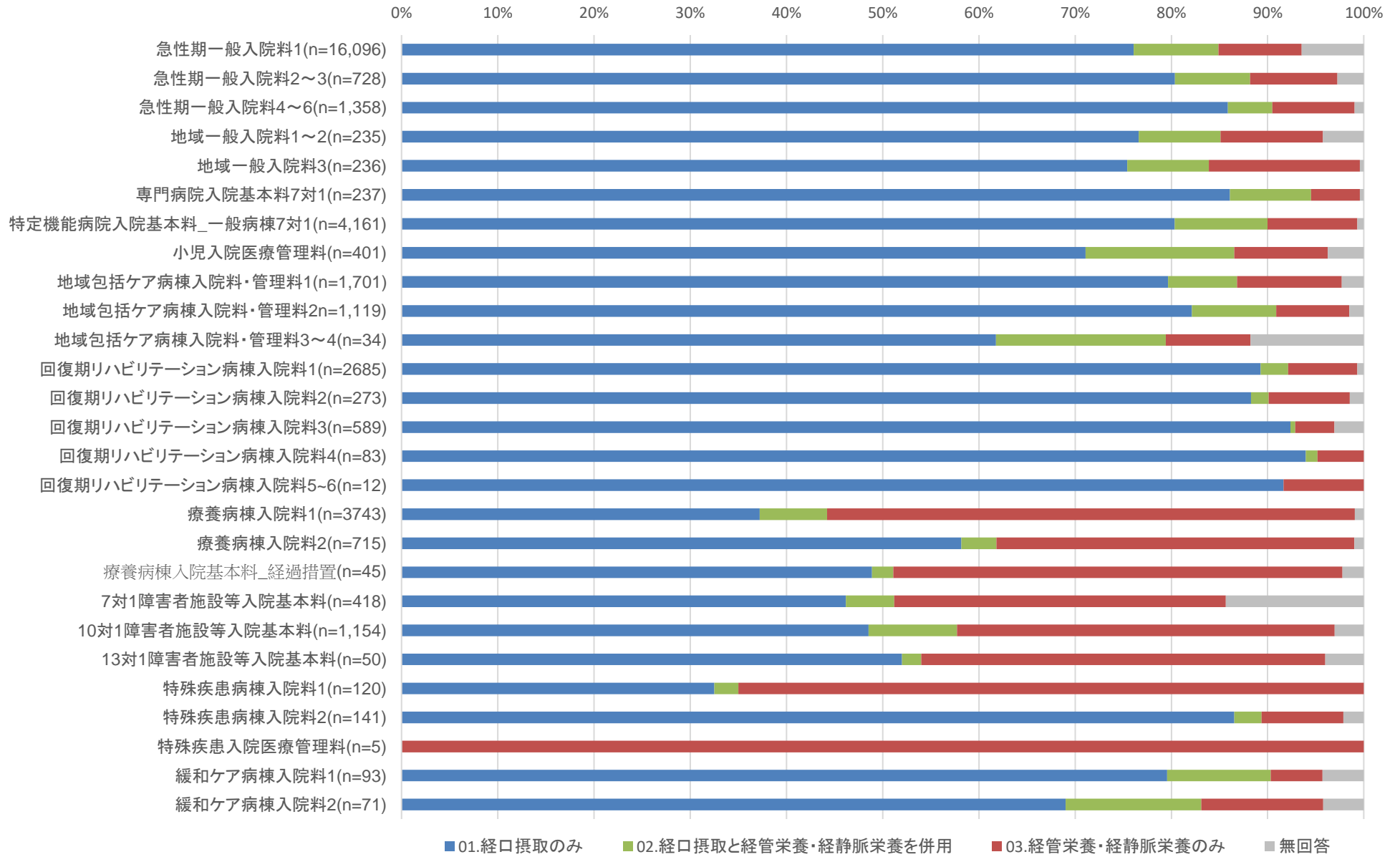
救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

入院料ごとの栄養摂取の状況



病棟における多職種連携の取組状況

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■ 各取組の実施割合及び関与している職種

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14 経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15 退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

病棟における多職種連携の取組への歯科専門職関与の状況

○ 口腔・栄養関連の多職種連携の取組について、歯科標榜のない病院では病棟での多職種連携への関与は少ないが、急性期と比較すると回復期の病棟のほうが歯科標榜の有無にかかわらず、歯科専門職の関与の割合が高い傾向となっている。

急性期一般入院
基本料 1

連携項目	歯科標榜 有無	実施有	医師	歯科医師	看護職員	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 あり	86.2%	91.8%	37.0%	97.0%	43.5%	94.2%	17.6%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		77.5%	22.9%	49.0%	83.1%	29.3%	7.8%	61.0%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		84.0%	46.9%	13.9%	91.5%	71.7%	27.8%	15.5%
11_口腔管理に関する計画の作成		55.8%	24.2%	58.2%	57.6%	22.3%	7.5%	63.7%
12_ミールラウンド		74.9%	21.3%	7.3%	86.4%	44.5%	64.9%	6.5%
13_食事形態の検討・調整		93.4%	59.3%	9.3%	92.9%	54.4%	85.1%	6.2%
16_退院時のカンファレンス	89.4%	79.2%	7.2%	97.7%	34.7%	32.8%	4.5%	
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 なし	84.0%	94.1%	1.5%	98.8%	48.8%	95.8%	8.7%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		64.1%	22.8%	6.1%	88.7%	48.7%	10.1%	21.0%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		81.1%	38.1%	0.8%	87.4%	73.9%	27.8%	7.2%
11_口腔管理に関する計画の作成		33.8%	21.4%	4.1%	69.8%	41.1%	9.1%	15.0%
12_ミールラウンド		72.3%	16.5%	0.0%	82.8%	43.4%	70.2%	2.4%
13_食事形態の検討・調整		89.9%	58.2%	0.1%	90.5%	55.3%	84.0%	1.8%
16_退院時のカンファレンス	86.5%	71.5%	0.2%	98.0%	42.1%	37.2%	2.6%	

歯科標榜あり
(n=475)

歯科標榜なし
(n=2555)

回復期リハビリ
テーション病棟
入院料 1

連携項目	歯科標榜 有無	実施有	医師	歯科医師	看護職員	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 あり	82.7%	95.1%	28.4%	98.8%	74.1%	97.5%	51.9%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		89.8%	31.8%	52.3%	71.6%	53.4%	11.4%	79.5%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		98.0%	54.2%	19.8%	85.4%	94.8%	30.2%	25.0%
11_口腔管理に関する計画の作成		70.4%	20.3%	63.8%	58.0%	52.2%	8.7%	71.0%
12_ミールラウンド		94.9%	26.9%	7.5%	91.4%	74.2%	79.6%	20.4%
13_食事形態の検討・調整		99.0%	72.2%	22.7%	95.9%	85.6%	92.8%	14.4%
16_退院時のカンファレンス	94.9%	86.0%	7.5%	100.0%	95.7%	63.4%	10.8%	
01_NST等の専門チームでのカンファレンス	歯科標榜 なし	69.9%	94.2%	1.1%	98.4%	81.0%	98.4%	10.1%
07_口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価		83.1%	36.4%	5.8%	80.4%	77.3%	12.9%	38.2%
08_摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価		97.8%	61.1%	1.5%	75.1%	96.2%	43.0%	15.1%
11_口腔管理に関する計画の作成		54.4%	53.1%	2.1%	74.1%	61.5%	13.3%	39.9%
12_ミールラウンド		84.9%	36.0%	0.9%	78.9%	69.3%	84.6%	11.8%
13_食事形態の検討・調整		96.7%	77.6%	0.8%	86.1%	84.9%	95.4%	9.3%
16_退院時のカンファレンス	96.3%	83.9%	0.8%	98.1%	92.7%	49.0%	4.2%	

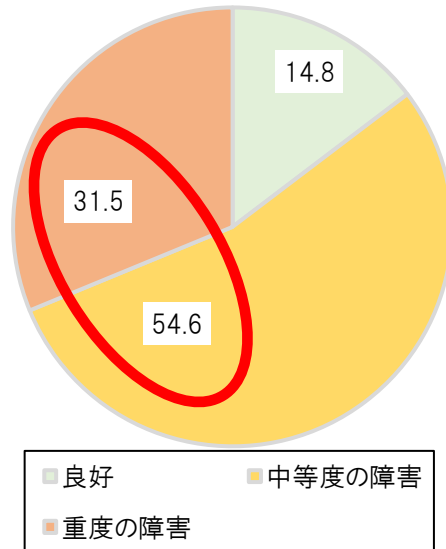
歯科標榜あり
(n=147)

歯科標榜なし
(n=223)

回復期リハビリテーション患者の口腔の状態

- 回復期リハビリテーション病棟入院の高齢患者の約8割に、なんらかの口腔機能障害が認められ、そのうちの31.5%は重度の障害であった。
- 口腔機能障害の内容を見ると、歯・義歯の問題が最も多く(中等度:46.7%、重度:31.8%)、次いで舌の問題、歯肉の問題が多かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟入院患者で口腔機能障害がある者の割合



※ROAGスコア9点以上:口腔機能障害あり

■ 口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア1	スコア2	スコア3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

【ROAGスコア】

スコア1:良好

スコア2:中等度の障害

スコア3:重度の障害

対象:回復期リハビリテーション病棟入院患者108名(2013年6月~10月までに連続入院した65歳以上の患者、男性55名、女性53名、平均年齢80.5±6.8歳)
 方法:歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。

※ROAG:改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)

声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液の8項目の状態をそれぞれ各項目の診査方法と評価基準に従いスコア1、2、3の3段階で評価

回復期病棟における患者の口腔状況と歯科の連携状況

- 回復期リハビリテーション病棟で頻繁に見られる歯科的な問題は、義歯に関することが最も多く、94.0%の施設で見られた。「問題はない」と回答した施設は0.6%であった。
- 治療内容では、「義歯修理・製作」が79.3%と最も多く、ついで「歯科治療」が75.3%、口腔衛生管理が70.6%であった。

■病棟で頻繁に見られる歯科的問題点

	N (%)
義歯	297(94.0)
歯周疾患	191(60.4)
口腔乾燥	191(60.4)
口腔衛生状態不良	187(59.2)
う蝕	161(50.9)
食欲の低下	145(45.9)
むせ	127(40.2)
出血	79(25.0)
口を開かない	72(22.8)
歯ブラシを嫌がる	67(21.2)
口腔顔面領域の痛み	18(5.7)
問題はない	2(0.6)
その他	10(3.2)

■院内歯科と訪問歯科での歯科治療実施数および内容の比較

	全体	院内	訪問	p 値
治療延べ人数 (中央値、四分位)	10(3~70)	70(10~265)	10(3~40)	<0.001
治療内容 (N, %)				
口腔衛生管理	211(70.6)	65(83.3)	146(66.1)	0.004
歯石除去・クリーニング	157(52.5)	64(82.1)	93(42.1)	<0.001
歯科治療	225(75.3)	74(94.9)	151(68.3)	<0.001
義歯修理・製作	237(79.3)	70(89.7)	167(75.6)	0.008
摂食嚥下評価 (VE, VF)	53(17.7)	22(28.2)	31(14.0)	0.005
摂食嚥下評価 (VE, VF以外)	32(10.7)	14(17.9)	18(8.1)	0.016
摂食嚥下訓練	49(16.4)	16(20.5)	33(14.9)	0.252
栄養評価	14(4.7)	8(10.3)	6(2.7)	0.012
その他	14(4.7)	2(2.6)	12(6.3)	0.245

対象: 2021年11月~2022年1月に回復期リハビリテーション病棟協会会員施設(1,235施設)で口腔や栄養に関連する医療従事者もしくは運営管理者

方法: 歯科との連携状況に関する無記名自記式質問票を郵送

分析対象: 回答のあった319施設(25.8%)

分析方法: 院内歯科(院内)群と訪問歯科(訪問)群について、 χ^2 検定及びMann-WhitneyのU検定を用いて分析

リハビリテーション患者に対する口腔管理の必要性

○ 退院時に口腔衛生・口腔機能の改善がみられる群(良好群)と、口腔衛生・口腔機能の改善が見られない群(非良好群)を比較すると、良好群は、FIMの運動項目、認知項目、合計点数、FIM効率、FIM利得が有意に高かった。

項目	全体 (n=492)	退院時ROAGスコア (口腔衛生・口腔機能の状態)		p値
		良好群 (n=126)	非良好群 (n=366)	
ROAG、中央値 (四分位範囲)		1(0-2)	1(0-2)	0.019
在院日数、中央値 (四分位範囲)	109(77-154)	101(71-151)	114(79-155)	0.31
リハ実施単位	963(665-1,350)	886(605-1,339)	1013(687-1,352)	0.27
FIM、中央値 (四分位範囲)				
運動項目	69(41-85)	83(65-89)	61(34-81)	<0.001
認知項目	25(18-31)	30(26-34)	23(16-29)	<0.001
総合計	95(60-114)	112(94-121)	82(53-109)	<0.001
FIM効率	0.27(0.14-0.40)	0.32(0.24-0.44)	0.24(0.13-0.39)	<0.001
FIM利得	27(15-40)	32(22-45)	24(13-38)	<0.001
転帰先				
自宅	337(68.5)	106(84.1)	231(63.1)	
施設	135(27.4)	18(14.3)	117(32.0)	
老健	6(1.2)	1(0.8)	5(1.4)	
療養病床	13(2.6)	1(0.8)	12(3.3)	
その他	1(0.2)	0(0)	1(0.3)	
FILS、中央値 (四分位範囲)	9(8-10)	10(9-10)	9(8-10)	<0.001
退院時ROAG、中央値 (四分位範囲)	9(8-11)	8(8-8)	10(9-11)	<0.001

FIM : Functional independence measure、機能的自立度評価表

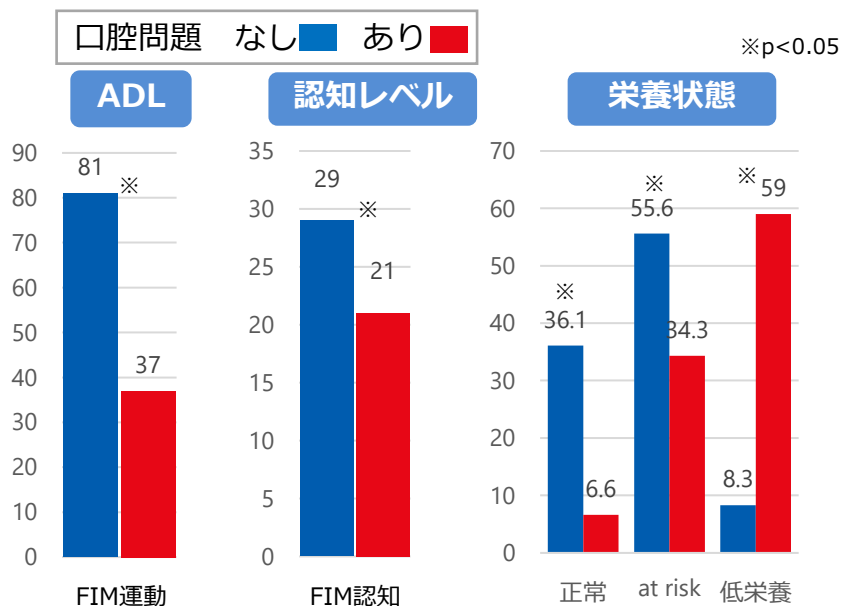
対象:A病院に2018年1月1日から2020年12月31日に脳卒中後の回復期リハビリテーション目的で入退院した患者で、入院時に口腔内に問題があると評価された患者のうち、脳卒中患者492名を対象。

方法:口腔内の状態は歯科衛生士によりROAG(Revised Oral Assessment Guide)、ADLはFIM(functional independence measure)を用いて看護師、介護福祉士を中心として評価を行った。対象者を退院時ROAG8点未満の群(口腔内良好群)と9点以上の群(口腔内非良好群)に分け、2群間の退院時FIM合計点等を単変量解析で比較した。

リハビリテーション患者における口腔とADL、栄養の関連及び口腔の管理の効果

○ 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連し、歯科専門職の介入による口腔管理は、口腔状態や咀嚼嚥下、栄養状態の改善を通じて、間接的にADLの改善等につながると考えられる。

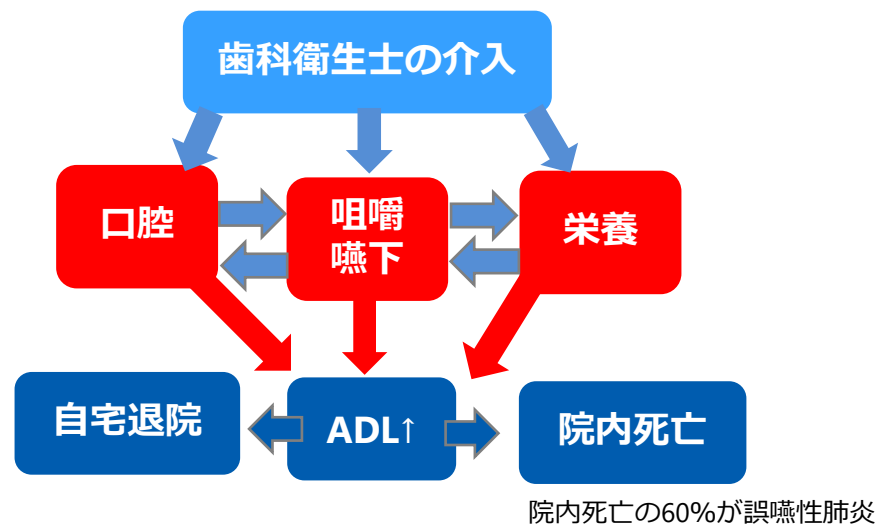
■ 口腔の問題と、ADL、栄養状態との関連



◆ 結果：口腔問題はADL、認知レベル、栄養状態と独立して関連

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056名
 方法：前向きコホート研究。評価指標は、口腔内の状態：改訂口腔アセスメントガイド (Revised Oral Assessment Guide)、身体機能、認知レベルADL：FIM (functional independence measure)、栄養状態：MNA-SFを用いて評価。

■ 歯科衛生士による介入の効果



- ◆ 結果：歯科衛生士の治療的介入の効果として、1)退院時のADL、2)入院期間、3)院内死亡を改善。
 - 歯科衛生士による治療的介入により口腔や咀嚼嚥下、栄養状態が改善し、間接的にこれらのアウトカムを改善していると考えられる。

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056人
 方法：歯科衛生士により口腔の管理を行った群(415人)と、行っていない群(641人)について、傾向スコアを用いたマッチングを行い2群間で比較。交絡因子を調整して多変量解析を実施

回復期リハビリテーション病院における口腔管理の例

長崎リハビリテーション病院の例

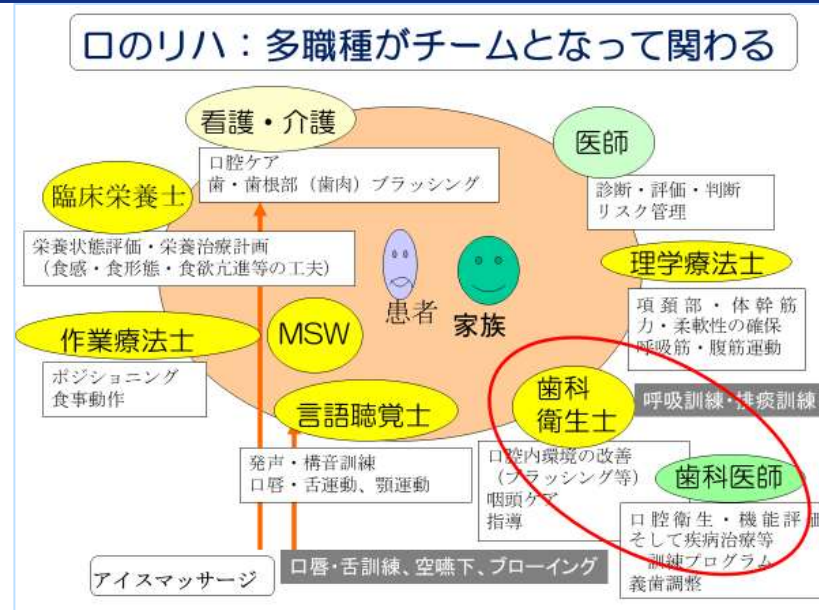
長崎リハビリテーション病院の概要

- 所在地 長崎県長崎市（人口約394,000人）
※令和5年10月1日時点 国政調査に基づく推計人口
- 診療科：リハビリテーション科、脳神経外科、整形外科、神経内科
- 病床数：143床（全て回復期リハビリテーション病床）
- 1病棟（48床）あたり職員数：医師2名、看護師22名、介護福祉士10名、理学療法士18名、作業療法士14名、言語聴覚士8名、社会福祉士2名、歯科衛生士3名、管理栄養士1名、薬剤師1名

入院患者の口腔管理

- 口腔管理の体制(歯科オープンシステム)：長崎リハビリテーション病院の歯科衛生士が窓口となり、長崎市歯科医師会と連携して歯科訪問診療等を実施。
(登録歯科医師21名：R5年4月現在)
- 依頼内容：義歯の調整が最も多い。
- 長崎リハビリテーション病院における「口のリハビリテーション」の考え方：どのような障害があっても、最後まで人としての尊厳を守り、『諦めないで口から食べる』ことを大切にするすべての活動
- 基本方針
 - ① 口腔ケアの徹底（口腔衛生・機能）：医科・歯科連携の構築
 - ② 栄養をしっかりと視野に入れる：栄養管理の実施
 - ③ 廃用症候群の予防（食事は座位）：多職種チーム医療の実現
 - ④ 徹底したチームアプローチ：多職種連携チーム医療の実現
 - ⑤ 救急から在宅まで継続した支援：医療機能の分化・連携

取組内容



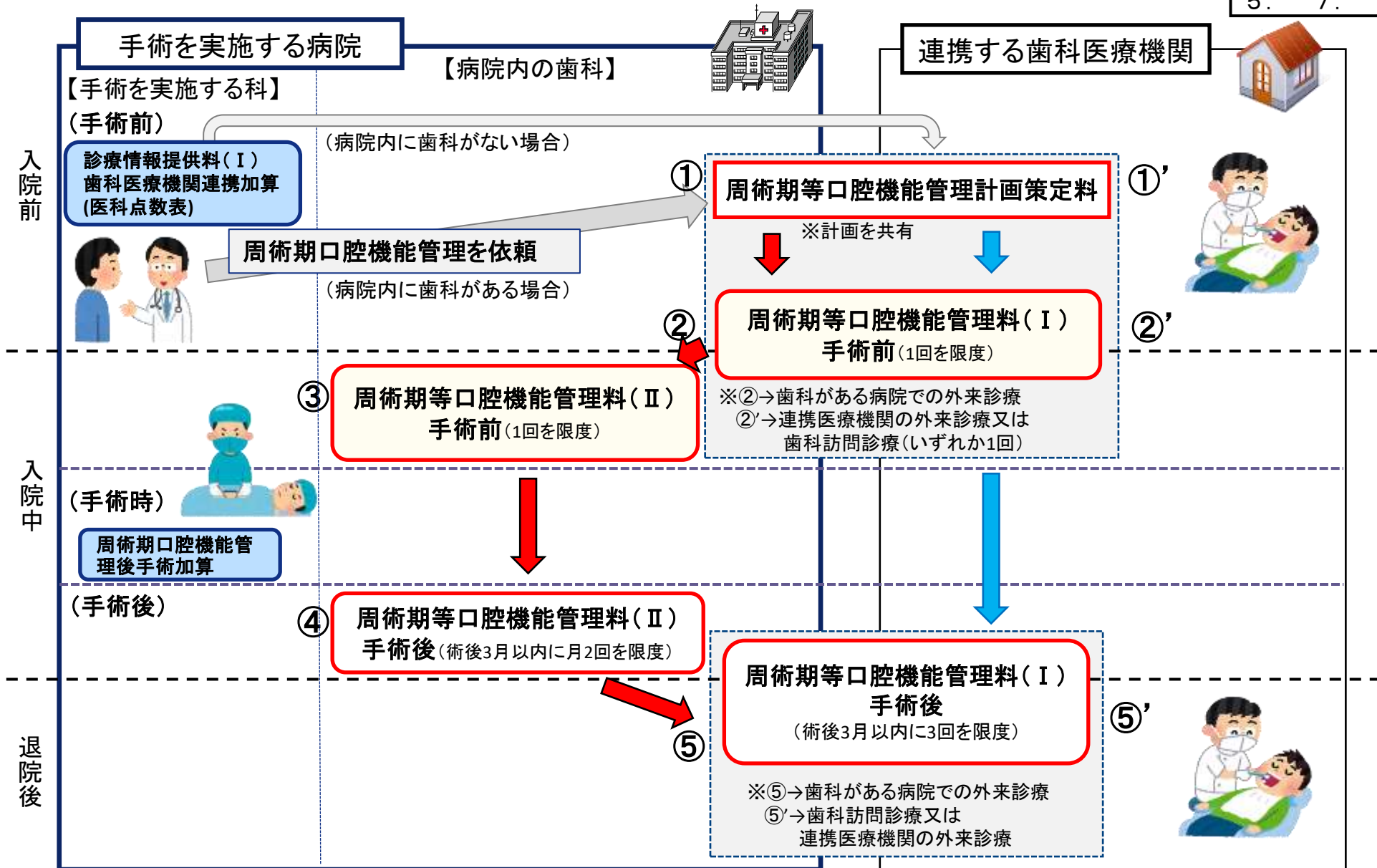
食事場面の観察：脳梗塞、右片麻痺、嚥下障害



1. 歯科医療の現状
2. 病院における歯科の機能に係る評価
- 3. 医科歯科連携、医歯薬連携**
4. ライフステージに応じた口腔機能の管理
5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

周術期における口腔機能管理のイメージ(医科で手術をする場合)

中医協 総-3
5. 7. 12



○ 周術期等口腔機能管理計画策定料は、病院併設歯科で主に算定されているが、近年、歯科診療所による算定も増加している。

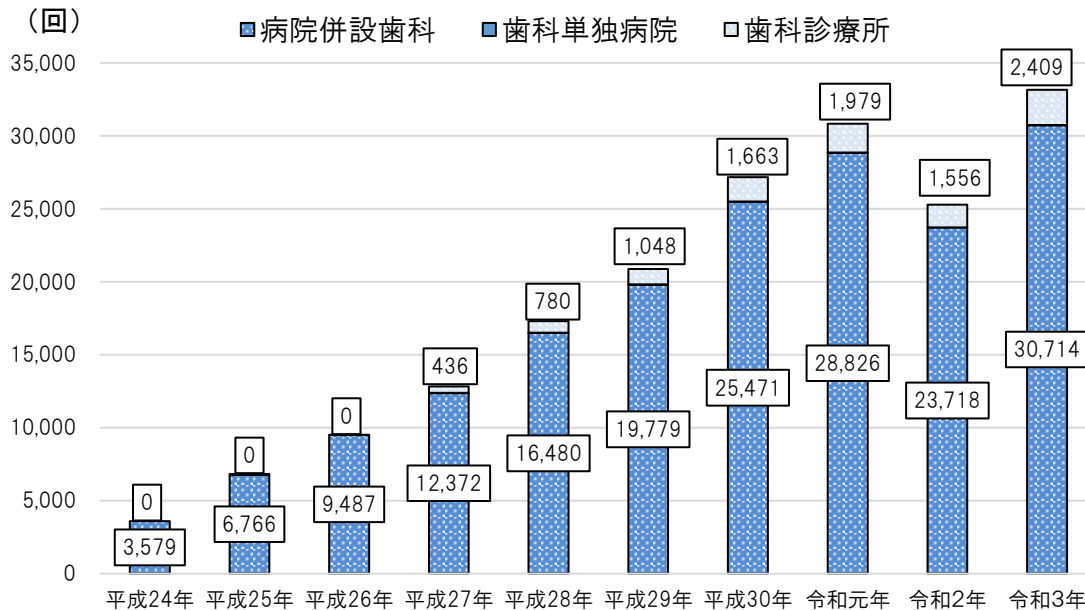
周術期等口腔機能管理計画策定料

- 歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等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、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定
- 当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定

対象患者

がん等にかかる手術または放射線治療、化学療法もしくは緩和ケアを実施する患者

＜周術期等口腔機能管理計画策定料の算定回数＞



＜周術期等口腔機能管理計画策定料の算定医療機関数＞

	令和元年度	令和2年度
診療所	9,089	9,298
病院	1,036	1,052
総数	10,149	10,360

※施設区分不詳は除外しているため、診療所分と病院分の合算が、総数と一致しない
※各年度1年間に周術期等口腔機能管理計画策定料の算定があった医療機関数

出典：歯科保健医療に関するオープンデータ
(歯科保健医療情報収集・分析等推進事業)

周術期等口腔機能管理料の状況

- 周術期等口腔機能管理に関する項目は、いずれも令和2年を除き算定回数は増加している。
- また、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)は、歯科診療所による算定も増加している。

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

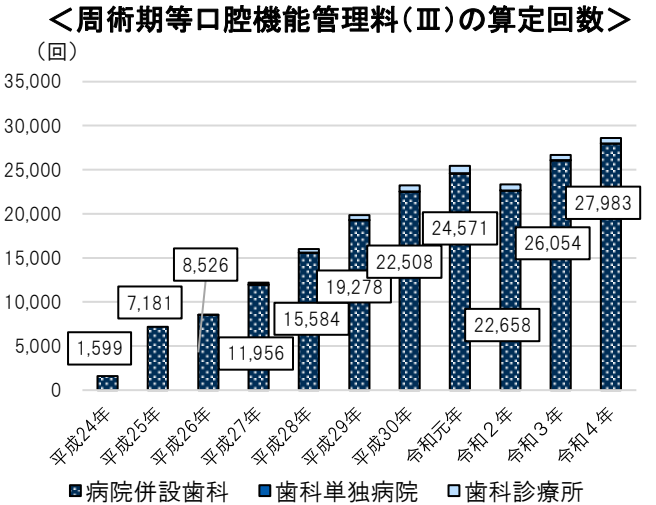
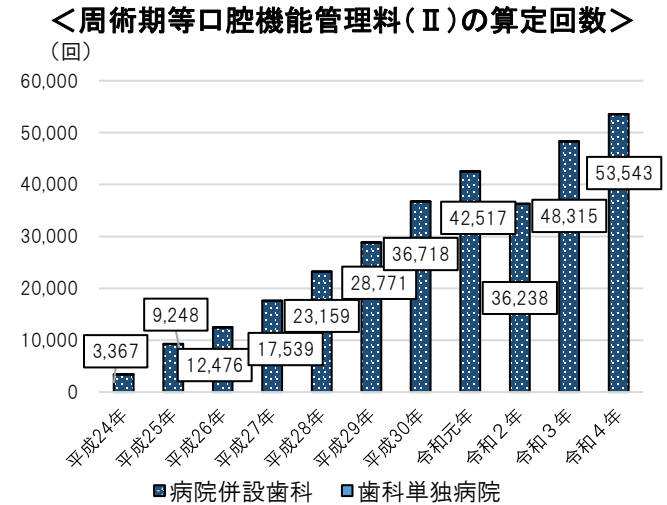
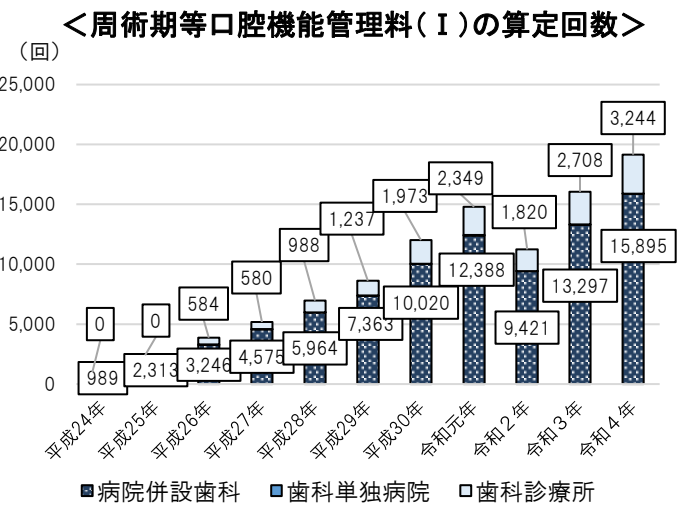
- 主に入院前後の口腔機能の評価。
- 対象患者**
- 対象となる手術の例
 - ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
 - ・心臓血管外科手術
 - ・人工股関節置換術等の整形外科手術
 - ・臓器移植手術 ・造血幹細胞移植
 - ・脳卒中に対する手術 等
 - 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

- 主に入院中の口腔機能の評価。
- 対象患者**
- 対象となる手術の例
 - ・頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
 - ・心臓血管外科手術
 - ・人工股関節置換術等の整形外科手術
 - ・臓器移植手術 ・造血幹細胞移植
 - ・脳卒中に対する手術 等
 - 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)

- 放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施又は実施予定の患者の口腔機能の評価。
- 対象患者**
- 放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者(予定している患者も含む)。



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

周術期等の口腔機能管理の推進②

周術期等口腔機能管理の対象患者の適応拡大と明確化

2. 周術期等の口腔機能管理の目的を明確化するとともに、術後から口腔機能管理を実施する場合についても取扱いを明確化する。

現行

【周術期口腔機能管理の対象手術】

周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。

- イ 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等
- ロ 骨髄移植の手術



改定後

【周術期等口腔機能管理(Ⅰ)、(Ⅱ)の目的】

- ・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、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の予防
- ・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等

【対象手術の例】

- 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

- ・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。

周術期等口腔機能管理の依頼元の診療科の状況

○ 周術期等口腔機能管理は、幅広く様々な診療科からの依頼の元に実施されているが、各病院の体制によって依頼状況は大きく異なっている。

■ 対象：平成24年4月～平成30年3月までに磐田市立総合病院を受診し歯科口腔外科で周術期口腔機能管理を実施した患者2,352名

■ 紹介診療科：紹介を受けた診療科の分布は以下のとおり。

- 消化器外科 1,191例 (53.0%)
- 呼吸器外科 365例 (16.2%)
- 呼吸器内科 283例 (12.6%)
- 乳腺外科 134例 (6.0%)
- 消化器内科 84例 (3.7%)
- 血液内科 72例 (3.2%)
- 歯科口腔外科 28例 (1.2%)
- 外科 25例 (1.1%)
- 産婦人科 24例 (1.1%)
- 泌尿器科 13例 (0.6%)
- 脳神経外科 9例 (0.4%)
- 耳鼻咽喉科 8例 (0.4%)
- 緩和医療科 3例 (0.1%) 等

出典：山中ら「当科における6年間の周術期口腔機能管理に関する実態調査」磐田市立総合病院誌20(1):2018

■ 対象：2013年1月～2020年6月に新潟大学医歯学総合病院医療連携口腔管理治療部を受診した患者

■ 原疾患の診療科別患者数

- 耳鼻咽喉・頭頸部外科が最も多い。
- 次いで、腎・膠原病内科、呼吸器・感染症内科、血液内科、腫瘍内科、整形外科が多かった。

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
循環器内科	9	20	12	23	12	12	13	101
腫瘍内科	38	45	53	39	51	42	20	288
腎・膠原病内科	65	84	82	72	78	65	29	475
呼吸器・感染症内科	49	51	54	67	48	57	17	343
血液内科	40	31	50	48	47	53	26	295
消化器内科	5	8	11	10	13	12	2	61
脳神経内科	13	11	10	15	27	32	16	124
小児科	11	16	12	9	16	13	11	88
心臓血管外科	4	1	3	6	23	71	27	135
消化器外科	4	19	19	16	29	30	10	127
脳神経外科	6	11	20	13	14	5	4	73
乳腺・内分泌外科	4	4	5	17	12	8	4	54
耳鼻咽喉・頭頸部外科	52	58	67	90	155	185	89	696
泌尿器科	13	30	30	24	14	16	5	132
整形外科	7	8	13	8	75	92	55	258
皮膚科	5	8	18	28	25	25	20	129
形成・美容外科	3	0	2	0	2	2	0	9
産科婦人科	7	6	8	7	15	2	1	46
精神科	1	6	6	4	10	11	1	39
口腔外科	30	15	29	24	14	18	18	148
その他	11	24	16	15	14	16	15	111
合計	377	456	520	535	694	767	383	

* 2020年は1-6月の患者数

* 口腔外科：口腔再建外科+顎顔面口腔外科

出典：佐久間ら「新潟大学医歯学総合病院医療連携口腔管理チーム/治療部の診療実績と今後の課題について」新潟歯学会誌50(2):2020

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

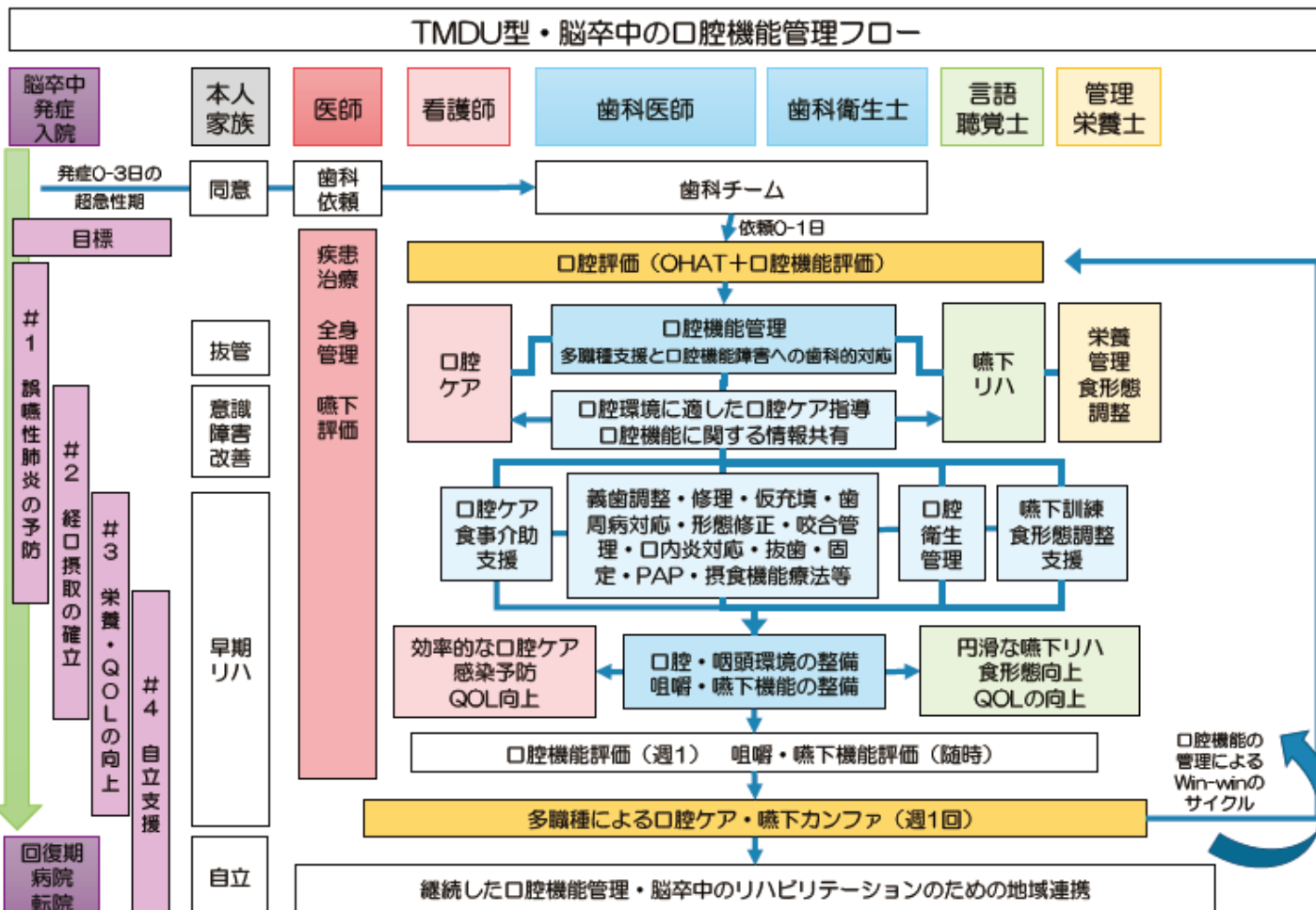
脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

脳卒中患者に対する多職種連携

- 脳卒中患者の多くに摂食嚥下障害が認められ、急性期では誤嚥のリスクが高い。
- 近年、脳卒中発症後早期に歯科が介入することの必要性が示されている。

- ◆ 摂食嚥下障害は脳卒中患者の30~70%に認められる。また、誤嚥は急性期の脳卒中患者に多い。
- ◆ 脳卒中急性期患者に対する口腔機能管理の初期の目的：誤嚥性肺炎の予防と歯科疾患が及ぼす合併症の予防
- ◆ そのため、入院後すぐに歯科チームに依頼をかけることが重要



急性期脳梗塞に対する t-PA 静注療法

- 脳卒中治療ガイドライン等では、発症から4.5時間以内の急性期脳梗塞に対し、発症時間や画像所見に基づいて慎重に適応判断を行った上でtPA静注療法を行うことが推奨されている。
- また、同ガイドライン等では、tPA静注療法による治療開始が早いほど良好な転帰が期待できるため、患者が来院した後少しでも早くtPA静注療法を始めることが推奨されている。

【脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]の記載】

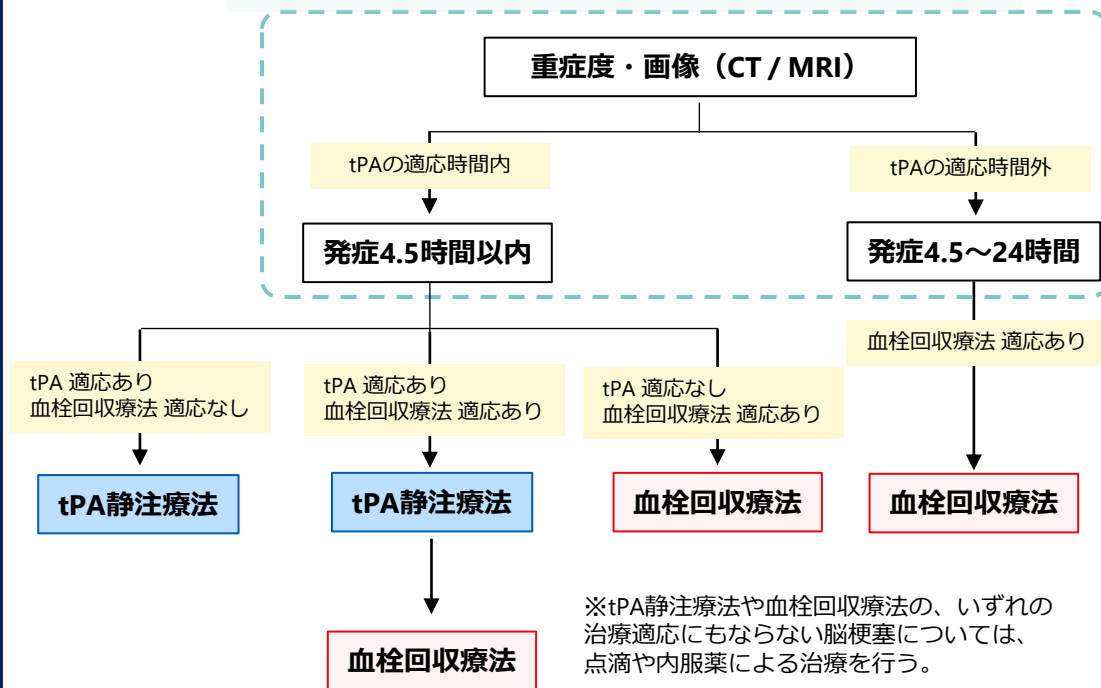
1. 遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ (rt-PA、アルテプラゼ) の静脈内投与 (0.6 mg/kg) は、発症から 4.5 時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害で慎重に適応判断された患者に対して勧められる (推奨度 A エビデンスレベル高)。
2. 患者が来院した後、少しでも早く (遅くとも 1 時間以内に) アルテプラゼ静注療法を始めることが勧められる (推奨度 A エビデンスレベル高)。

【静注血栓溶解 (rt-PA) 療法適正治療指針第三版の記載】

発症後 4.5 時間以内であっても、治療開始が早いほど良好な転帰が期待できる。このため、患者が来院した後、少しでも早く (遅くとも 1 時間以内に) 静注血栓溶解療法を始めることが勧められる【A, 高】。

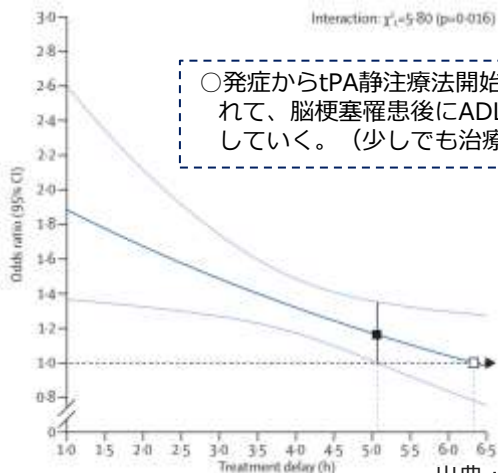
急性期脳梗塞に対する急性期治療の流れ

発症からの時間・重症度・画像所見等に基づき、画像を撮像した時点で、tPA静注療法や血栓回収療法の適応を判断する



出典：脳卒中治療ガイドライン2021[改訂2023]を元に厚生労働省健康局がん・疾病対策課にて作成

tPA静注療法開始までの時間と、脳梗塞罹患後のADLの関連



周術期等口腔機能管理の対象患者について

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者は手術を行う患者、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の対象患者は、放射線治療、化学療法または緩和ケアを実施する患者が対象となっており、手術を行わない脳卒中患者等は対象外となっている。

周術期等における口腔機能の管理の評価

- がん患者等の周術期等における口腔機能の管理等を評価

周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の**管理計画**の策定を評価】

周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 1 手術前 280点 2 手術後 190点

【主に**入院前後の口腔機能の管理**を評価】

周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 1 手術前 500点 2 手術後 300点

【**入院中の口腔機能の管理**を評価】

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

【**放射線治療、化学療法又は緩和ケア**を実施する(予定している患者も含む)**患者の口腔機能の管理**を評価】

対象患者

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。

○ 対象となる手術の例

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

- 脳卒中等による**緊急手術**において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

周術期等口腔機能管理の対象患者について

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者は手術を行う患者が対象であるが、「歯科疾患を有する患者」も対象となっていることから、外来で管理されている歯科疾患の患者についても対象となっている。

対象患者

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。

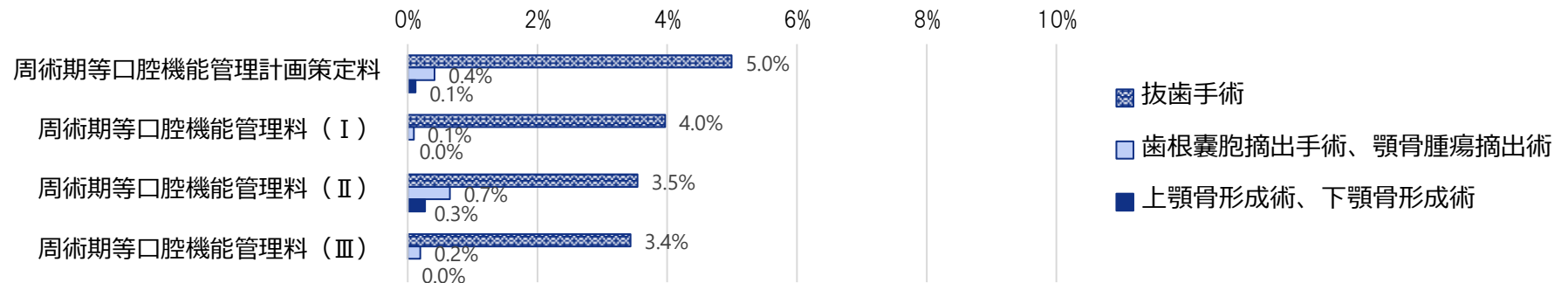
○ 対象となる手術の例

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

- 脳卒中等による緊急手術において、術前の管理を行っていない場合は手術後早期に依頼を受けた場合。

■ 歯科疾患に関連する手術の算定件数の割合(歯科疾患関連手術のうち、令和4年5月に一月あたりの算定件数が多かった上位5項目)

※周術期等口腔機能管理に関する各項目が算定されたレセプトにおいて、同月に各手術の算定があるレセプトの割合



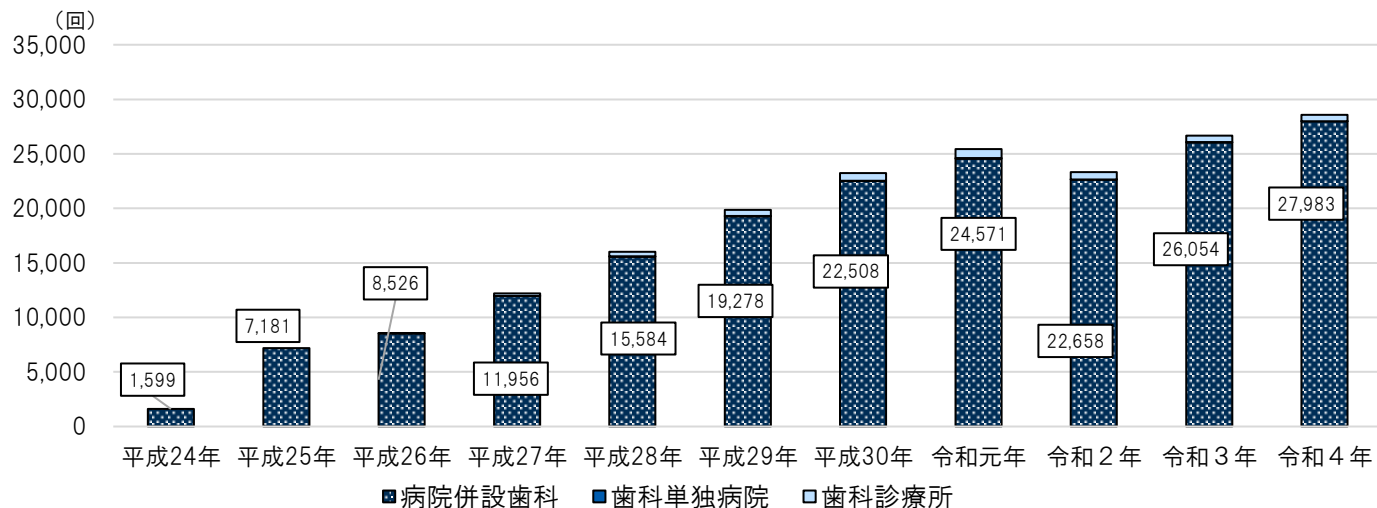
周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の実施状況

- 入院中又は外来診療により対応を行う緩和ケアの患者に対する口腔管理は、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)で評価されており、患者の状態に関わらず月に1回に限り算定することとなっている。
- 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、ほとんど病院併設歯科で実施されており、算定回数は近年増加傾向である。

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

- 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の口腔機能を管理
- 周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に、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
- 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月に、歯科疾患管理料等は算定できない。

■ 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の算定回数



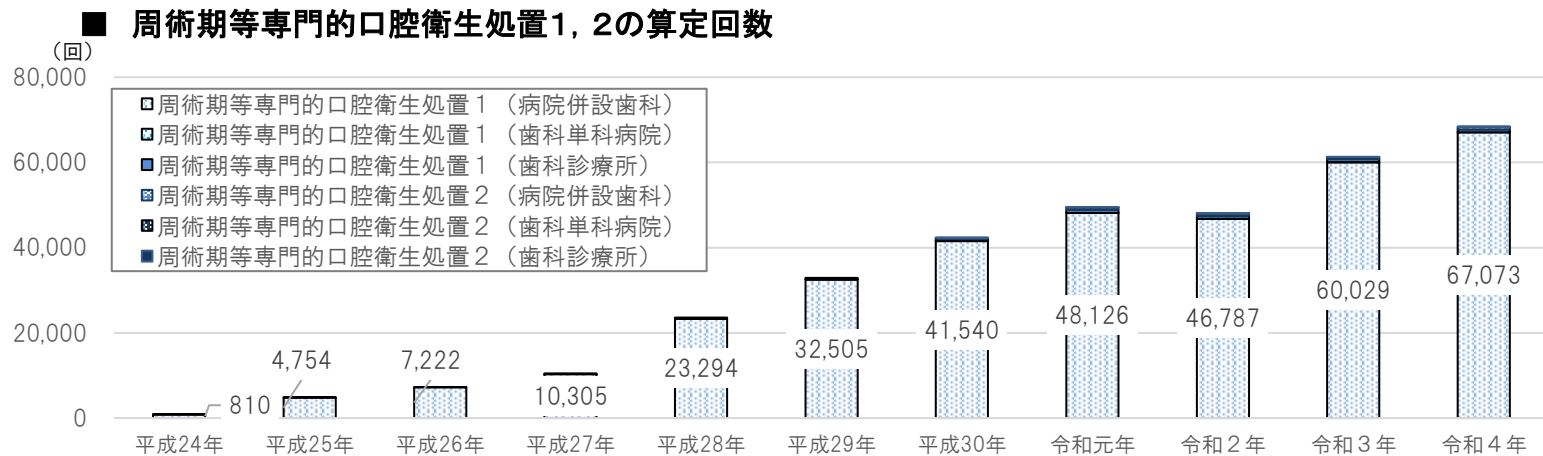
周術期等専門的口腔衛生処置の実施状況

- 周術期等専門的口腔衛生処置は、周術期等口腔機能管理を行う患者に対して、歯科衛生士が患者の口腔衛生状態にあわせて、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃や機械的歯面清掃等を行った場合の評価である。
- 周術期等専門的口腔衛生処置は、主に病院併設歯科で実施されており、算定回数は、増加傾向にある。

I029 周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

- 1 周術期等専門的口腔衛生処置 1 100点
- 2 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）

- 1について、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）を算定した入院中の患者に対して、歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、**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）を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定**する。
- 1について、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、**周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月2回に限り算定**する。



※ 平成29年までは、周術期専門的口腔衛生処置の算定回数

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

- 緩和ケア病棟や緩和ケアチームを対象としたアンケート調査(医師又は看護師が回答)において、歯科医師による専門的な歯科治療が頻回に必要なと回答した施設は約27%、歯科専門職による専門的な口腔のケアが頻回に必要なと回答した施設は約62%だった。
- 緩和ケア病棟に入院するがん患者を対象として歯科医師が口腔内の診査を行った調査において、歯科治療が必要と判断された患者の割合は半数を超えていた。

■緩和ケア病棟入院患者の歯科治療や口腔管理 (dental services) の必要性 (医師又は看護師に対するアンケート調査)

(N=210)

		N(%)	95% C.I.
General need of dental services	Absolutely necessary	78 (37.1%)	31,44
	Highly necessary	67 (31.9%)	26,38
	Necessary	51 (24.3%)	18,30
	Relatively necessary	14 (6.7%)	3,10
	Relatively unnecessary	0	0
	Unnecessary	0	0
Need of specific dental services			
Dental treatment	Often	57 (27.1%)	21,33
	Sometimes	142 (67.6%)	61,74
	Never	6 (2.9%)	1,5
Oral care	Often	131 (62.4%)	56,69
	Sometimes	72 (34.3%)	28,41
	Never	5 (2.4%)	0,4

■緩和ケア病棟入院がん患者の歯科治療の必要性 (歯科医師の診査による調査)

	n	%
不要	38	44.2
必要	48	55.8
全体	86	100

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 436施設:
(緩和ケア病棟 244施設、緩和ケアチーム 192チーム)
- ・調査手法: アンケート調査
- ・回答者: 医師又は看護師
- ・回答数: 210施設

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 5施設
(緩和ケア病棟3施設、ホスピス2施設)の患者
- ・調査手法: 5施設の入所者に対し、歯科医師による
歯科検診の実施等を含む調査を実施
- ・回答数: 本調査への協力に同意したがん患者86名

看取り加算を算定している患者への歯科訪問診療の実施状況

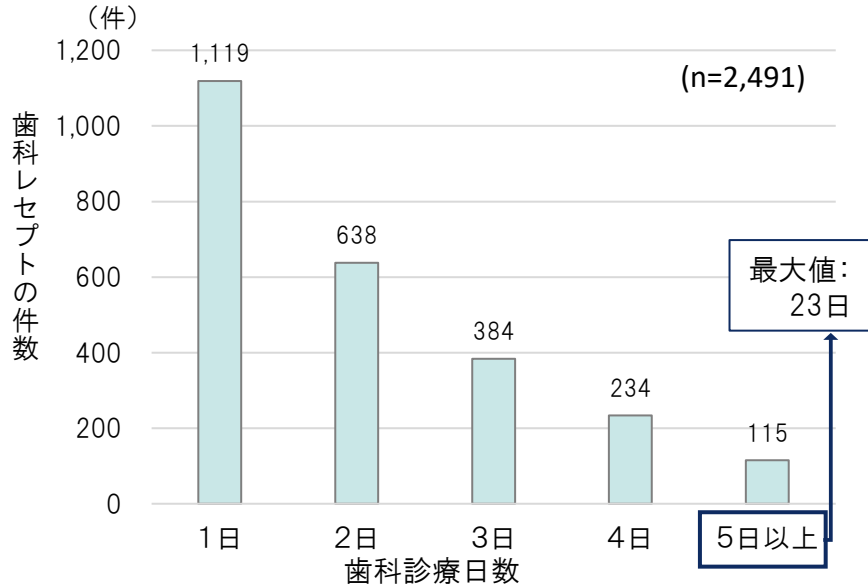
- 看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の1月以内に歯科診療を行った割合は約16%であり、診療日数は1日が最も多かったが、5日以上も一定数存在する。
- 看取り加算算定以前の最終の歯科診療の時期をみると、7日前～1日前が多い。

中医協 総-3
5. 10. 27

■ 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度

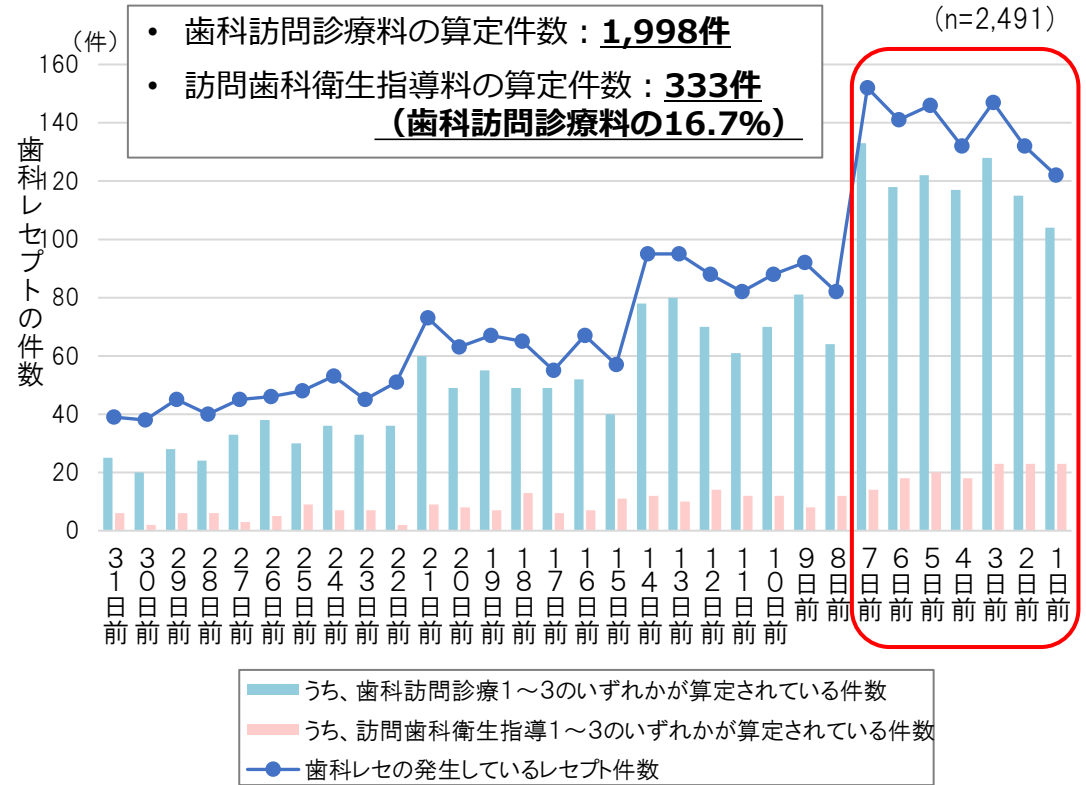
- 看取り加算算定の算定件数：**15,758件**（令和4年5月）
- 看取り加算算定の算定から1月以内に請求があった歯科レセプトの算定件数：**2,491件（15.8%）**

■ 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度



■ 看取り加算算定日以前の最終の歯科診療の時期

- 歯科訪問診療料の算定件数：**1,998件**
- 訪問歯科衛生指導料の算定件数：**333件**
（歯科訪問診療料の16.7%）



※令和4年5月に「看取り加算」が算定された医科レセプトのうち、看取り加算算定の1月以内に歯科診療を行った日（最終日）別の歯科レセプト算定件数
（1人の患者に対して複数回診療を行っている場合、最後の診療日に計上）

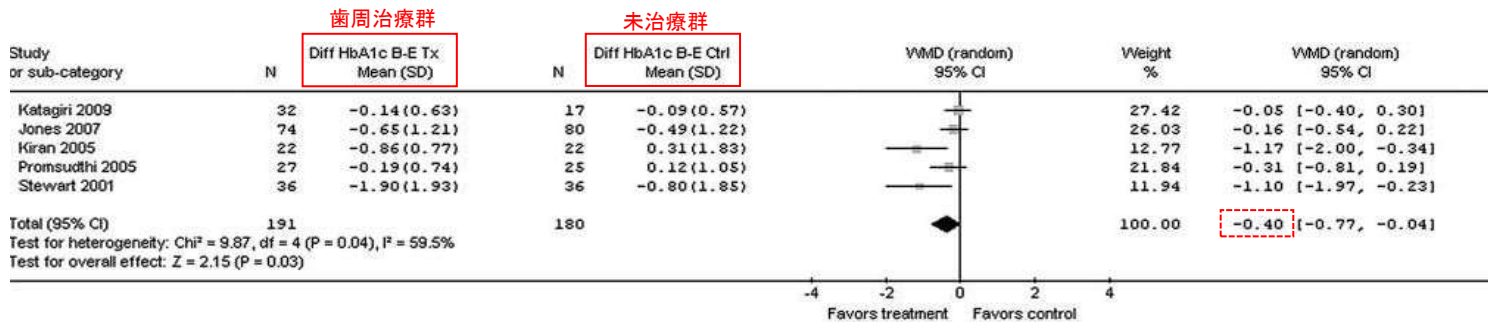
糖尿病診療ガイドライン2019 (日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている
- 2型糖尿病では歯周治療により血糖が改善する可能性があり※、推奨される (推奨グレードA) 《参考1》
(※文献の相違があるものの、共通して歯周基本治療後に、HbA1cが0.29~0.66%低下することが示されている)

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン 改訂第3版 2023 (日本歯周病学会)

- 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高い
- 血糖コントロールの不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させる
- 糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療は HbA1c の改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する (エビデンスの確実性：高 推奨の強さ：強い推奨)

○歯周治療による血糖コントロール改善効果：歯周治療による炎症性サイトカイン低下により、インスリン抵抗性の改善が促されると考えられている



メタアナリシスにおいて、2型糖尿病患者に対する歯周治療介入により未治療群に比較して、HbA1cが -0.40%有意に改善されることが示された。

《参考1》出典: Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG: Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 33: 421-427, 2010

○糖尿病患者の歯周病発症率：口腔乾燥による自浄作用低下や、歯周病細菌に対する抵抗力の低下等により、歯周病の発症率が有意に高い (「第6の合併症」とされる)

	N	Relative Risk	95%CI	p value	Relative Risk	95%CI	p value
HbA1c							
< 6.5%	5,706	1			1		
≥ 6.5%	150	1.47	1.25-1.73	0.001	1.17	1.01-1.36	0.038
Body Mass Index (BMI)							
< 22	2,319	1			1		
22-25	2,153	1.12	1.04-1.22	0.005			
25-30	1,244	1.23	1.12-1.34	0.001			
> 30	140	1.41	1.16-1.70	0.001			
Smoking status							
Never smoked	2,484	1			1		
Former smoker	1,360	1.12	1.02-1.24	0.022			
Current smoker	2,012	1.52	1.40-1.66	0.001			
Sex							
Men	4,511	1			1		
Women	1,345	0.90	0.81-1.00	0.044			
Age, yrs							
		1.03	1.02-1.03	0.001			

健診受診者5,856人を対象とした調査で、HbA1c≥6.5%の群で歯周病の発症率に係る相対危険度が1.17倍 (性別・年齢・喫煙・BMIによる調整後) であることが示された。

《参考2》出典: Morita I, Inagaki K, Nakamura F et al Relationship between periodontal status and levels of glycated hemoglobin. J Dent Res 91: 161-166, 2012

第8次医療計画における糖尿病の医療体制構築に係る指針

- 各都道府県での医療計画の策定にあたり必要な、5疾病6事業及び在宅医療の体制構築に係る指針の中の「糖尿病の医療体制構築に係る指針」において、糖尿病の初期・安定期治療や専門的利用において、「**歯科受診の促進を促すこと**」が記載されている。

糖尿病の医療体制構築に係る指針（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」より抜粋）

糖尿病は、様々な遺伝素因に生活習慣等の種々の環境因子が作用して発症する疾患である。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には必要に応じて薬物療法も含めた治療が行われる。

また、糖尿病は特有の細小血管症を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子にもなる慢性疾患であり、患者は様々な合併症により日常生活に支障を来たすリスクが高い。予防・治療には、患者自身による生活習慣の管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。

第2 医療体制の構築に必要な事項

- (2) 糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】
 - ・ 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、**歯科受診を促すこと**
- (3) 専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能【専門的治療】
 - ・ 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、**歯科受診を促すこと**

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ④ 糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う病院・診療所・検査、治療体制(人員・施設設備)・糖尿病専門医、糖尿病療養指導士の状況(人数、在籍する医療機関数)・腎臓専門医、歯周病専門医の状況(人数、在籍する医療機関数)

糖尿病患者の口腔状態等について

○ 糖尿病患者の約16～17%で過去1年間に歯の喪失があることや約32%で歯肉腫脹の既往があること、定期的な歯科受診がない者が約57%、また、現在歯数20歯未満とHbA1c8.0%以上であることと有意な関連があること等が報告されている。

■ 対象

- 全国の基本的に糖尿病を対象とする医療機関に通院中の40歳以上75歳未満の1型、2型糖尿病患者6,099名

■ 方法

- 糖尿病罹患機関は主治医が記載
- 歯周病に関する質問事項6項目と同意を得られた者に歯科医師によるレントゲン検査を含む歯周病検査を実施

■ 結果

● 歯周病に関する質問への回答（抜粋）

- 現在歯数（自己申告）：19.8±9.4本
- 過去1年間の歯の喪失既往：
 - 1型：喪失していない者84.1%、喪失した者15.9%
 - 2型：喪失していない者83.1%、喪失した者16.9%
- 歯肉腫脹の既往：既往あり32.0%、既往なし68.0%
- 歯科の定期健診の頻度：
 - ほとんど受診していない者56.5%
 - 年に1～2回 29.2%、年に3～5回 6.0%
 - 年に5回以上 8.3%

● 2型糖尿病コントロール状態と現在歯数の関係 (Table 4)

- HbA1c8.0%以上になると、現在歯数20歯未満になるORは1.02、9因子を調整したORは1.16となった。
- その他、糖尿病罹患期間等も有意な関連を示した。

Table 4 Multiple logistic regression analysis for the odds ratio (OR) of number of present teeth <20 in JDCP type 2 diabetes subjects at baseline (n = 5,065)

		OR and 95 % confidence interval (CI)	p value	adjusted OR** and 95 % CI	p value	adjusted OR*** and 95 % CI	p value
gender	male	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	female	1.19 (1.06-1.33)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01	1.21 (1.07-1.37)	<0.01
age (years)	<60	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥60	2.68 (2.36-3.04)	<0.01	2.66 (2.33-3.05)	<0.01	2.69 (2.36-3.08)	<0.01
smoking	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.04 (0.93-1.17)	0.47	1.06 (0.94-1.20)	0.35	1.06 (0.94-1.20)	0.37
duration of diabetes (years)	<10	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥10	1.41 (1.26-1.58)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01	1.24 (1.09-1.40)	<0.01
BMI	<25	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	≥25	0.88 (0.79-0.99)	<0.05	0.95 (0.84-1.08)	0.47	0.95 (0.83-1.08)	0.41
past history*	no	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	yes	1.27 (1.10-1.45)	<0.01	1.17 (1.01-1.36)	<0.05	1.18 (1.02-1.36)	<0.05
use of interdental brush	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.93 (1.71-2.18)	<0.01	2.02 (1.76-2.31)	<0.01	2.02 (1.76-2.32)	<0.01
regular dental check-ups	yes	1.0 (reference)		1.0 (reference)		1.0 (reference)	
	no	1.37 (1.22-1.53)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01	1.24 (1.09-1.41)	<0.01
HbA1c	<7.0	1.0 (reference)		1.0 (reference)		-	
	≥7.0	1.02 (0.91-1.14)	0.76	1.05 (0.93-1.19)	0.40	-	
	<8.0	1.0 (reference)		-		1.0 (reference)	
	≥8.0	1.02 (0.89-1.17)	0.77	-		1.16 (1.00-1.34)	<0.05

* no: no history of hypertension, hyperlipidemia, cardiac infarction and cerebrovascular disease.

** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (7 %).

*** Adjusted for age, gender, BMI, period from onset of diabetes, smoking status, past history, interdental brush, regular dental check-ups and HbA1c (8 %).

糖尿病患者に対する歯周病治療・管理

- 糖尿病患者に対する歯周治療は、感染のリスクの高さを踏まえた治療や血糖コントロールをはじめとした状態把握等が非常に重要であり、糖尿病担当医との連携が重要である。

糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第3版より抜粋

歯周病の発症頻度

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の発症頻度が増加するか？ → **糖尿病患者では歯周病の発症頻度は増加する。**
 - ・ 1型・2型糖尿病患者は非糖尿病患者と比較して有意に歯周病の発症率が高いといえる。

歯周病の増悪

- ◆ 糖尿病患者では歯周病の増悪がみられるか？ → **糖尿病患者では歯周病が悪化する。**
 - ・ 血糖コントロール不良な糖尿病は歯周病の進行に関与する危険因子であり、歯周病を悪化させると判断される。

歯周基本治療とHbA1c

- ◆ 糖尿病を有する歯周病患者に対して歯周基本治療はHbA1cの改善に有効か？
→ **糖尿病を有する歯周病患者に対して、歯周基本治療はHbA1cの改善に有効であり、歯周基本治療の実施を強く推奨する。**
(エビデンスの確実性:高 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 歯周基本治療介入によってHbA1cは統計学的に有意に改善するという無作為比較試験の報告が多くある。
 - ・ 複数のメタアナリシスにおいて歯周治療による、血糖コントロールの改善効果が支持されている。

歯周病安定期治療(SPT)の間隔

- ◆ 糖尿病患者にSPTを行う際、慢性歯周炎の再発・進行を防ぐために治療間隔は短くするべきか？
→ **糖尿病はSPT期にあっても歯周病に対する疾患感受性が高いと考えられるため、糖尿病患者にSPTを行う治療間隔は年4回よりも短くすることが推奨される。**(エビデンスの確実性:中 推奨の強さ:強い推奨)
 - ・ 糖尿病患者は歯周炎に対するハイリスク集団と捉えられている。したがって動的歯周治療後のSPT期においても厳格な管理を要するものと考えられる。
 - ・ 糖尿病は歯周病のリスクファクターであり、糖尿病のコントロールがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスがなされていないとSPT期間中において歯の喪失やプロービングデプスが悪化することが示されている。

糖尿病患者に対する歯科治療に係る評価

- 糖尿病患者に対する歯科治療に関し、医学管理や歯周病治療に関して評価がなされている。

歯科疾患管理料 総合医療管理加算、歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算

- **別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から**歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により**患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供**を受け、適切な総合医療管理を実施した場合の評価。
(対象患者) **糖尿病の患者**、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、H I V感染症の患者

歯科治療時医療管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料

- 施設基準を届け出た医療機関において、**歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理**を行った場合の評価。
(対象疾患) 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、**糖尿病**、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者

歯周病処置（糖尿病を有する患者）

- 計画的な特定薬剤の注入について、基本的には歯周基本治療後に行うが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者**については、歯周病基本治療と並行して実施した場合に算定が可能。

機械的歯面清掃処置

- 算定間隔について、基本的には2月に1回であるが、**診療情報提供を受けた糖尿病患者は月1回**の算定が可能。

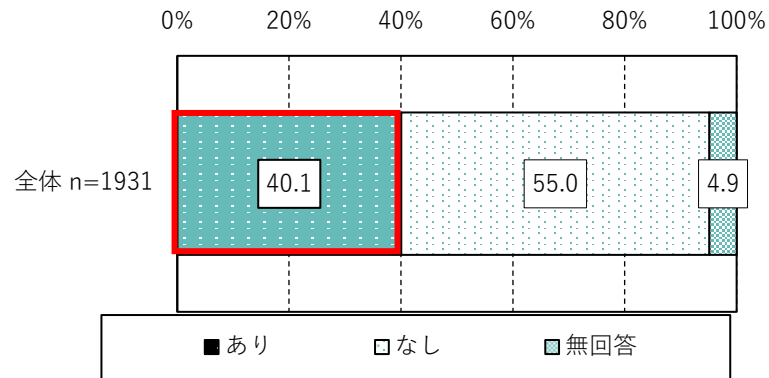
歯周病安定期治療

- 算定間隔について、基本的には3月に1回であるが、**全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合、主治の医師からの文書がある場合は月1回**の算定が可能。

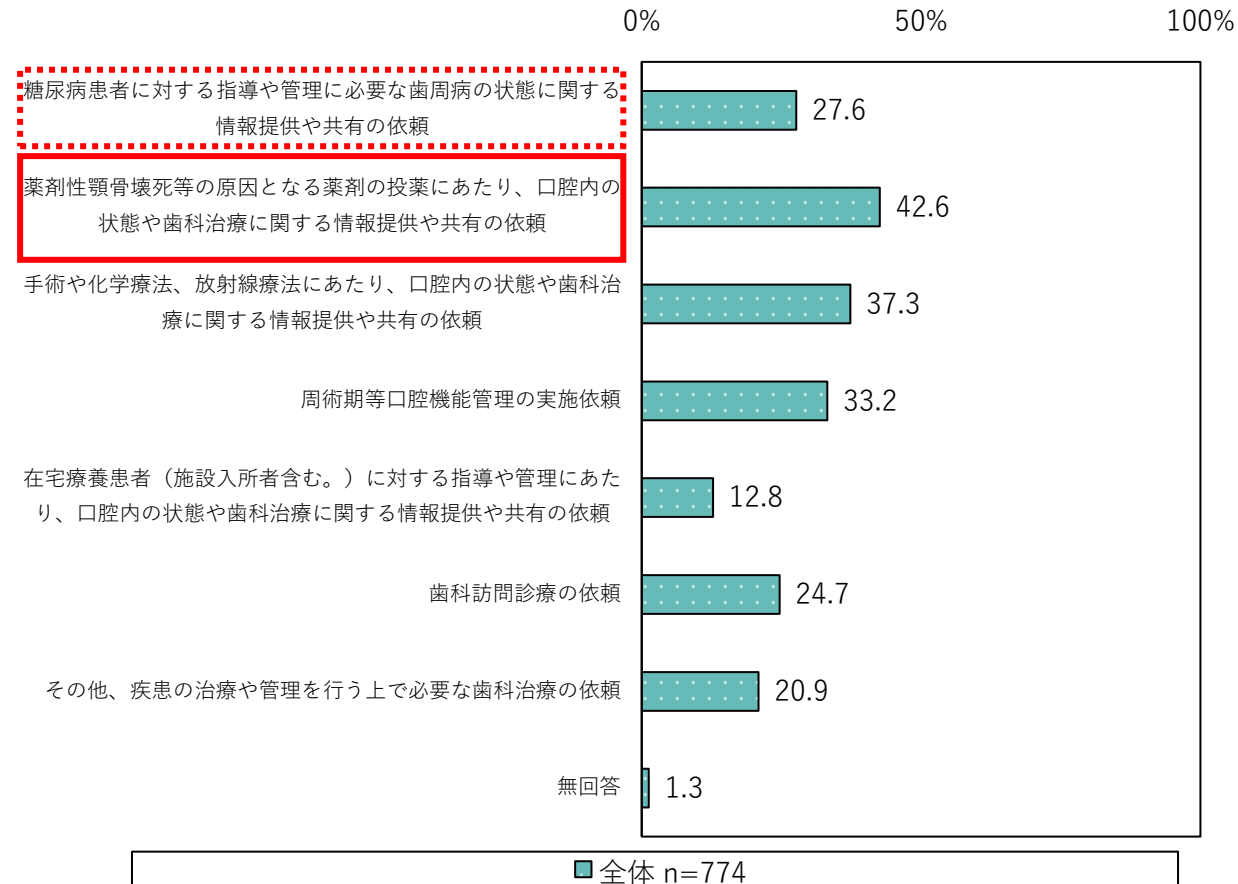
医科医療機関からの診療情報提供や共有の状況

- 医科医療機関から歯科医療機関への診療情報提供や共有の依頼の状況を見ると、「あり」と回答した歯科医療機関は約4割だった。
- 診療情報提供や共有の依頼の内容を見ると、「薬剤性顎骨壊死等の原因となる薬剤の投薬にあたり、口腔内の状態や歯科治療に関する情報提供や共有の依頼」が最も多かった。また、糖尿病患者に関する情報提供等は27.6%であった。

■ 医科医療機関からの診療情報提供や共有の依頼の有無






■ 医科医療機関からの診療情報提供や共有の依頼の内容



○ 薬剤の中には、唾液分泌を抑制する薬剤や、歯肉炎、顎骨壊死の原因となる薬剤がある。

口腔内に影響を及ぼす代表的な薬剤

口腔内環境への影響	薬効分類等	一般名
唾液分泌抑制 (口腔乾燥、衛生状態の悪化、 摂食嚥下の困難さ増大等) 	鎮痙剤、吸入薬 (末梢性抗コリン薬)	アトロピン、臭化ブチルスコポラミン、チオトロピウム
	パーキンソン病治療薬 (中枢性抗コリン薬)	トリヘキシフェニジル
	抗うつ薬 (三環系抗うつ薬、定型抗精神薬)	イミプラミン、アミトリプチン
	抗アレルギー薬 (第1世代抗ヒスタミン薬)	クロルフェニラミン、ジフェンヒドラミン
	利尿薬	フロセミド
薬物性歯肉増殖症 (口腔内の炎症、衛生状態の悪化等) 	抗てんかん薬 (ヒダントイン系薬)	フェニトイン
	降圧剤 (カルシウムチャネル拮抗薬)	ニフェジピン
	免疫抑制剤 (カルシニューリン阻害薬)	シクロスポリン
顎骨壊死 (疼痛、感染症リスクの増加等) 	ビスホスホネート系薬剤 (骨吸収抑制剤、骨粗鬆症治療剤等)	ゾレドロン酸水和物、パミドロン酸二ナトリウム アレンドロン酸ナトリウム水和物、リセドロン酸ナトリウム水和物、エチドロン酸二ナトリウム

出典: 薬剤と口腔機能 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 12:330-336,2020

口腔乾燥症の病態と治療 日補綴会誌AnnJpan Prosthodont Soc 7:136-141,2915

歯周治療のガイドライン2022

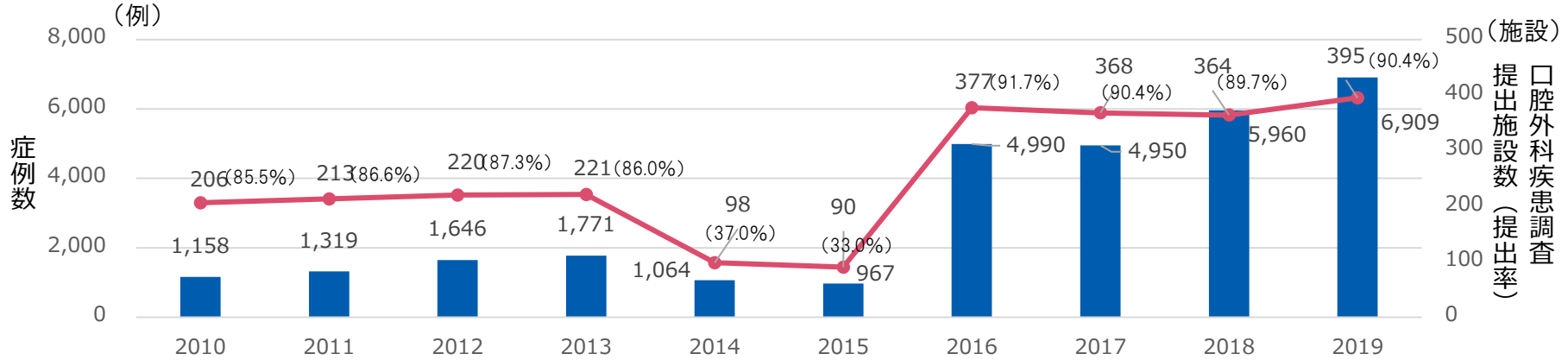
顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023(日本口腔外科学会、日本骨粗鬆症学会、日本病院薬剤師会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本骨代謝学会)

口腔機能低下症に関する基本的な考え方(令和2年3月日本歯科医学会) より作製

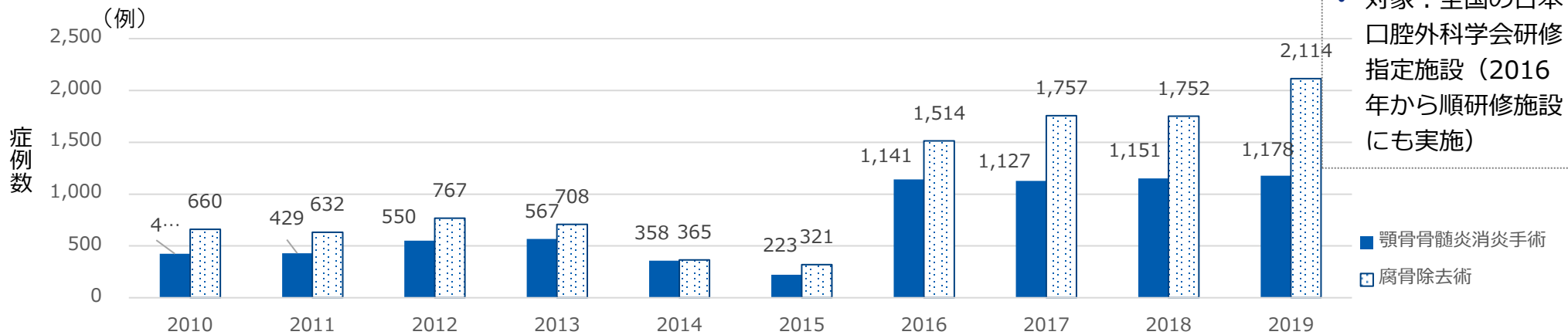
国内のビスホスホネート関連顎骨壊死患者の状況

- ビスホスホネート(BP)関連顎骨壊死(BRONJ)の患者数は、近年増加傾向にある。
- 入院手術症例数の腐骨除去術も近年増加しており、BRONJの増加を反映していると考えられる。

■ 口腔外科疾患調査における顎骨炎（BRONJ）での受診症例と調査対象施設（回答提出施設数）の年次推移



■ 口腔外科疾患調査における入院手術症例数の年次推移



出典：岸本裕充、栗田浩「国内のビスホスホネート関連顎骨壊死患者は依然として著明に増加～口腔外科疾患調査の結果から～」日口腔外誌68:161-163,2022.
を元に保険局医療課でグラフ作成

薬剤関連顎骨壊死の病態と管理

- 薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の管理に関して、本年、関係学会のポジションペーパーが改訂された。MRONJの予防に関して、従来から「医科歯科連携」が重要であることは記載されていたが、2023年版では「医歯薬連携」下での口腔管理の必要性が明記されている。

薬剤関連顎骨壊死 (MRONJ) :

ビスホスホネート (BP) またはデノスマブ (両者併せてantiresorptive agent ; ARA) をはじめとした薬剤に関連する**難治性の顎骨壊死**

【診断基準】

- 1) BP またはデノスマブ製剤による治療歴がある。
- 2) 8 週間以上持続して、口腔・顎・顔面領域に骨露出。または口腔内、あるいは口腔外から骨を触知できる瘻孔を8 週間以上認める。
- 3) 原則として、顎骨への放射線照射歴がない。顎骨病変が原発性がんや顎骨へのがん転移でない。



MRONJの原因薬剤

- 主たる原因はBP製剤とデノスマブ製剤
- 加えて、近年、ロモソズマブや血管新生阻害薬 (ベバシズマブ、スニチニブ)、免疫抑制薬 (メトトレキサート、エベロリムス) なども報告されている。

歯科治療を行う上での注意 (概要)

- 医師と歯科医師が適切に連携を図り歯科治療を継続することが重要。
- 投与開始前：必要な侵襲的歯科治療を終えていることはMRONJの発症予防に効果的。
- 投与中：低容量ARAでは、休薬を前提としない全ての治療の継続、高容量では、治療のメリットと発症リスクを勘案し治療の適否を検討すべき。 等

医歯薬連携

- 医師と歯科医師がそれぞれの役割や治療の重要性を十分理解する必要。
- 薬剤師は、医師・歯科医師及び患者をつなぐ重要な役割。

医歯薬連携の実際

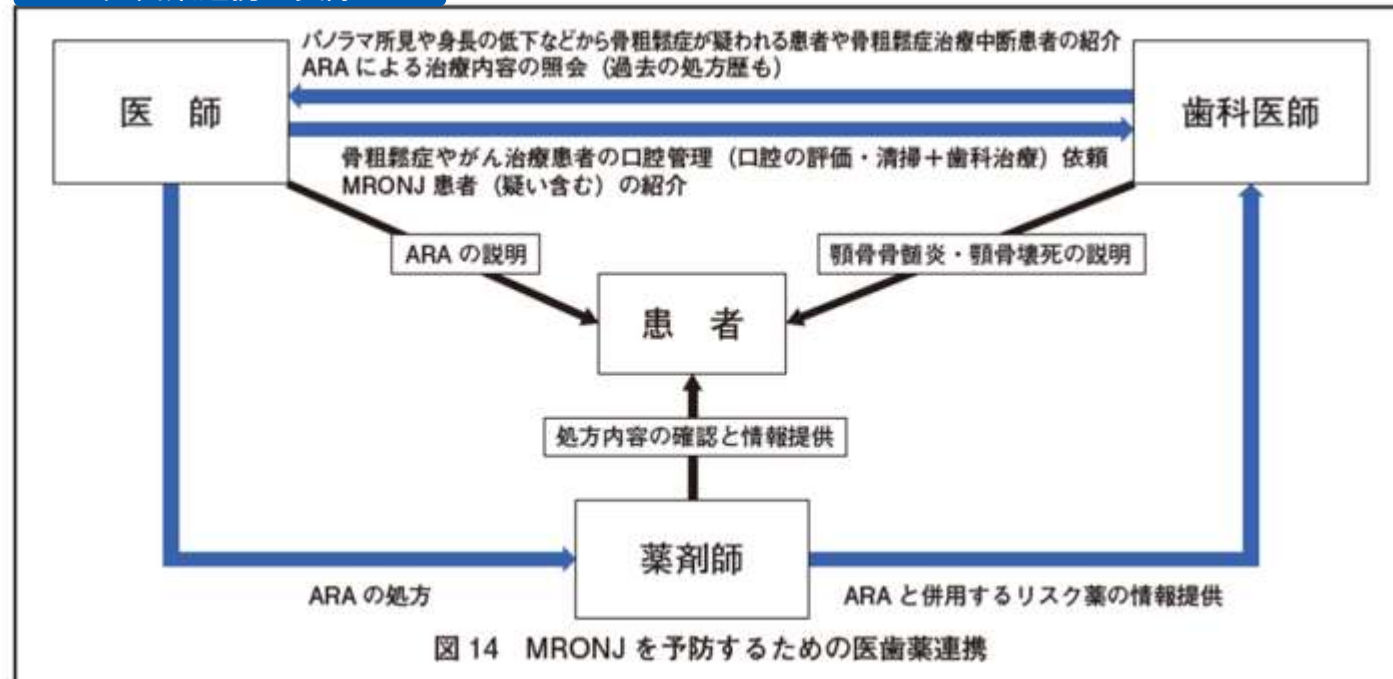


図 14 MRONJ を予防するための医歯薬連携

○ 医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関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。

歯科点数表

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]

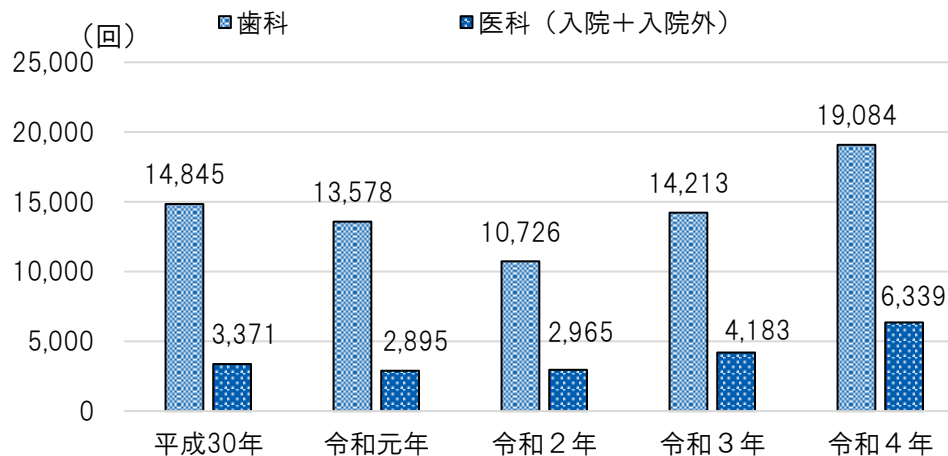
- ・ 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- ・ 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保
- ・ 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定
- ・ 診療情報提供料(I)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定不可

医科点数表

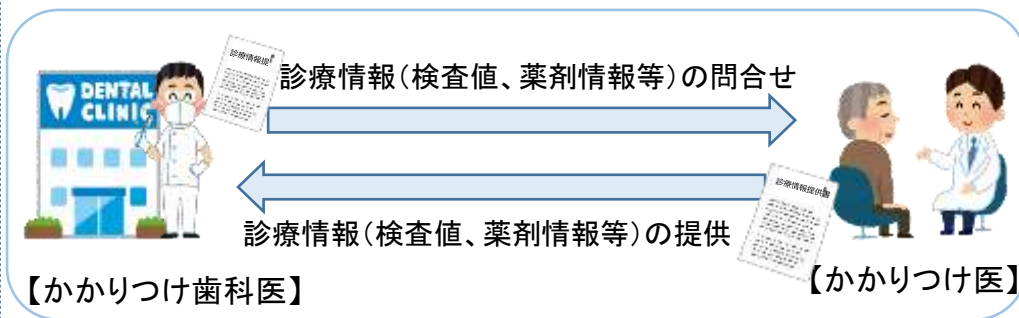
[算定要件]

- ・ 歯科診療を担う保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に3月に1回算定
- ・ 歯科診療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保
- ・ 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、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不可

<診療情報連携共有料の算定回数>



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)



1. 歯科医療の現状
2. 病院における歯科の機能に係る評価
3. 医科歯科連携、医歯薬連携
4. ライフステージに応じた口腔機能の管理
5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

歯科口腔保健の推進のための基本的な方針 口腔機能の獲得・維持・向上

- 食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るには、各ライフステージにおいて適切な取組が重要。
- 乳幼児期から青年期にかけては良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要がある。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要。

口腔機能の獲得・維持・向上における目標・計画

乳幼児期から青年期

- ・適切な口腔機能の獲得を図るため、口呼吸等の習癖が不正咬合や口腔の機能的な要因と器質的な要因が相互に口腔機能の獲得等に影響すること等の口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識の普及啓発を図る。
- ・口腔機能の獲得等に悪影響を及ぼす習癖等の除去、食育等に係る歯科保健指導等に取り組む。また、口腔機能に影響する習癖等に係る歯科口腔保健施策の実施に際し、その状況の把握等を行いつつ取り組むものとする。

壮年期から高齢期

- ・口腔機能の維持及び口腔機能が低下した場合にはその回復及び向上を図るため、オーラルフレイル等の口腔機能に関する知識の普及啓発、食育や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等に関する取組を推進する。
- ・口腔機能に影響する要因の変化は高齢期以前にも現れることから、中年期から、口腔機能の低下の予防のための知識に関する普及啓発や口腔機能訓練等に係る歯科保健指導等の取組を行う。
- ・特に高齢期では、口腔機能に影響する歯・口腔の健康状態等の個人差が大きいことから、個人の状況に応じて医療や介護等の関連領域・関係職種と密に連携を図り、口腔機能の維持及び口腔機能が低下した場合はその回復及び向上に取り組む。

小児口腔機能管理料

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者（口腔機能発達不全症の患者）に対する評価として、小児口腔機能管理加算が新設され、令和2年度診療報酬改定では歯の萌出していない患者への管理も対象に追加するとともに、診療実態にあわせて小児口腔機能管理料とした。
- 令和4年度診療報酬改定においては、対象患者の実態を踏まえて、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満とした。

小児口腔機能管理料

[対象患者]

- **18歳未満**の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、以下に該当する者

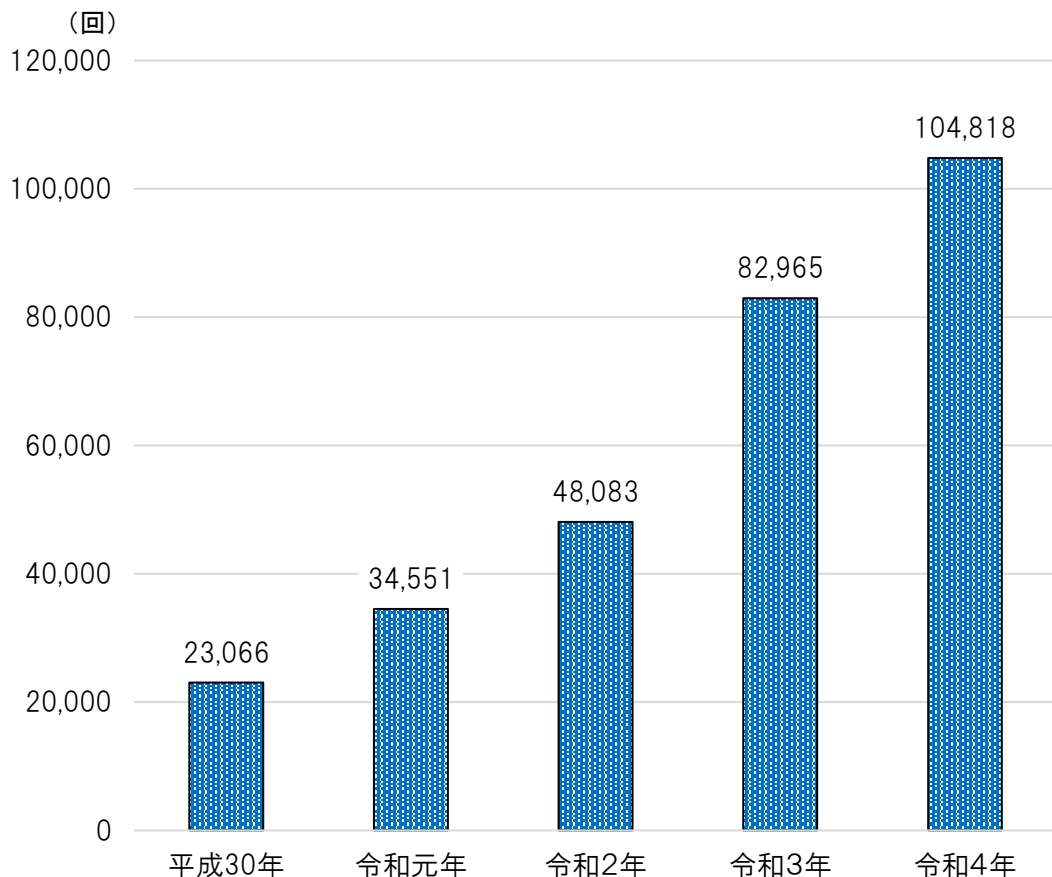
離乳完了前 食べる機能のC項目において1項目以上、 食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	哺乳	先天性歯がある
		口唇、歯槽携帯に異常がある
		舌小帯に異常がある
		乳首をしっかり口にくむことができない
		授乳時間が長すぎる、短すぎる
		哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
	離乳	開始しているが首の据わりが確認できない
		スプーンを舌で押し出す状態がみられる
話す	構音機能	口唇の閉鎖不全がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数で評価)
	その他	口腔周囲に過敏がある 上記以外の問題点

離乳完了後（18ヵ月以降） 咀嚼機能のC項目において1項目以上、 食べる機能・話す機能のC項目において2項目以上を含む3項目以上に該当		
A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
強く咬みしめられない		
咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		
偏咀嚼がある		
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等
話す	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
		口腔習癖がある
舌小帯に異常がある		
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
	その他	口呼吸がある
		口蓋扁桃等に肥大がある
		睡眠時のいびきがある
		上記以外の問題点

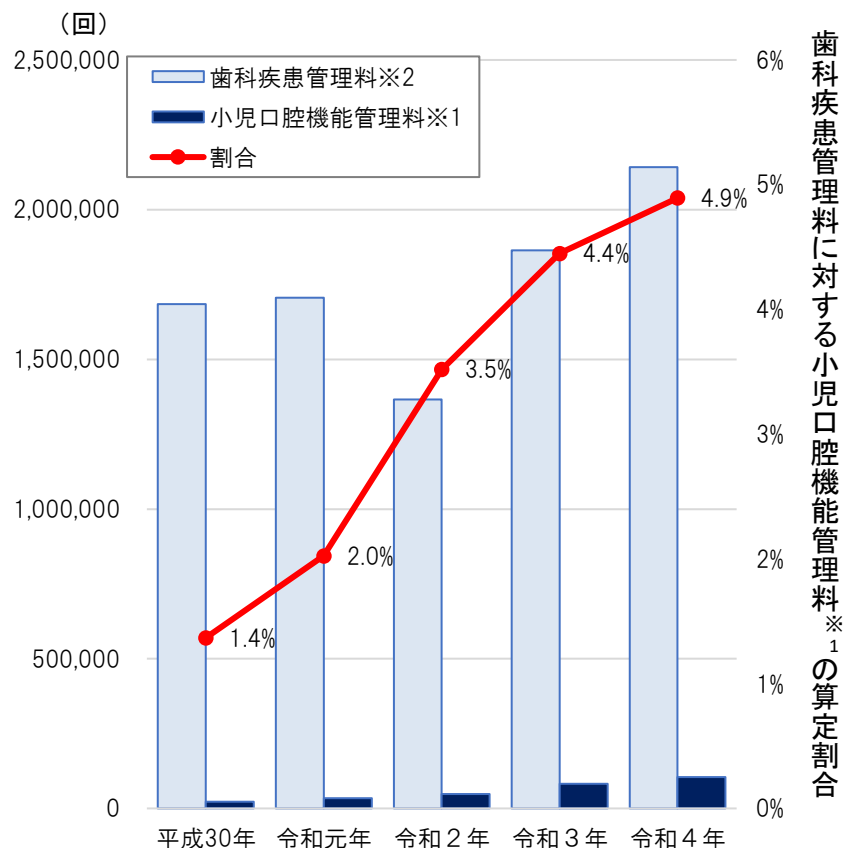
小児口腔機能管理料の算定状況

○ 小児口腔機能管理料の算定回数は、年々増加しているが、歯科疾患管理料の算定回数に対する割合は令和4年で、4.9%にとどまっている。

＜小児口腔機能管理料※1の算定回数＞



＜歯科疾患管理料※2の算定回数と歯科疾患管理料※2に対する小児口腔機能管理料※1の割合＞



※1 平成30年、令和元年は歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算の算定回数
 ※2 歯科疾患管理料算定回数：平成30年～令和3年は15歳未満、令和4年は20歳未満

小児口腔機能管理の内容

○ 小児の口腔機能管理に関しては、療養上必要な指導として小児口腔機能管理料のみで評価されているが、実際には指導管理のみではなく訓練も含まれている。

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

(小児口腔機能管理加算として、平成30年診療報酬改定で新設)

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、口腔機能の評価に基づく**管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 指導及び管理にあたっては、「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」を参考とすること。

D011-4 小児口唇閉鎖力検査 (1回につき) 100点

(令和2年診療報酬改定で新設)

- 口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、**口腔機能発達不全症の診断を目的に小児口唇閉鎖力測定を行った場合**に、3月に1回に限り算定。

口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方 (抜粋)

口腔機能発達不全症の評価と管理・指導の基本的な流れ

口腔機能発達不全症の管理 (初回時)

「食べる」「話す」「呼吸する」 口腔機能の発達評価
管理計画の立案
患者・保護者の動機づけ
顔貌・口腔周囲の写真撮影
検査 (舌圧、口唇圧測定など)

口腔機能発達不全症の管理 (継続時)

指導、評価

(毎月)

口腔機能発達不全症の管理 (継続時)

顔貌・口腔周囲の写真撮影
指導、評価
管理計画の再立案

(12か月後)

口腔機能発達不全症の管理終了 (治療) ・中止

(再開は6か月後)

目的に応じた訓練の例

口唇閉鎖力 (令和2年3月改定時に追記)

- 標準値を超えるまで口唇トレーニングを行い、口唇閉鎖力の増強・維持が確認できたら口唇トレーニングを終了する。
- **口唇閉鎖の訓練**は、受動的訓練として手指で口唇周囲をつまむ、つまんで押し上げたり、下げたりするなど口輪筋の走行に対し垂直・水平方向へ筋肉を他動的に伸展・収縮させる。

咀嚼機能

ステージ4以降、

- 咀嚼時の口唇閉鎖不全がある場合は、口頭での指示を行い**口腔周囲筋の訓練**を行う。
- 咀嚼時の**舌運動不全がある場合は、口腔筋機能療法 (MFT)**を行う。

嚥下機能

- ステージ2以降を対象として、摂取している食品を用いて**成人嚥下を獲得するための嚥下訓練**を行う。

構音訓練

- 吸指癖・舌突出癖などの習癖が認められた場合は、**筋機能訓練**などの習癖除去法を指導する。

- 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能管理加算（歯科疾患管理料の加算）として、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者（口腔機能低下症の患者）に対する評価を新設し、令和2年度診療報酬改定では、診療実態にあわせて口腔機能管理料とした。
- 令和4年度診療報酬改定では、口腔機能低下症の実態を踏まえて、対象患者を65歳以上から50歳以上とした。

口腔機能管理料

[対象患者]

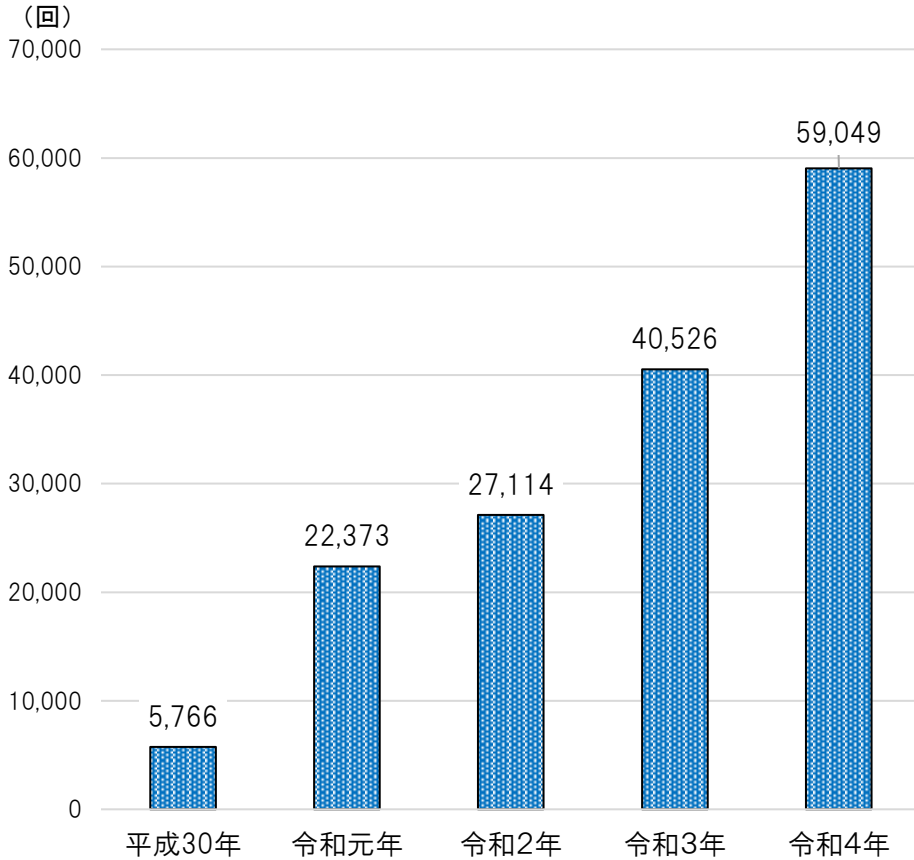
- **50歳以上**の口腔機能の低下を認める患者
- 次の評価項目（下位症状）のうち、**3項目以上（咀嚼機能低下（D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかの項目を含む。）に該当するもの**

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満（プレスケール）、500N未満（プレスケールⅡ・フィルタなし）350N未満、（プレスケールⅡ・フィルタあり）
	残存歯数	20本未満

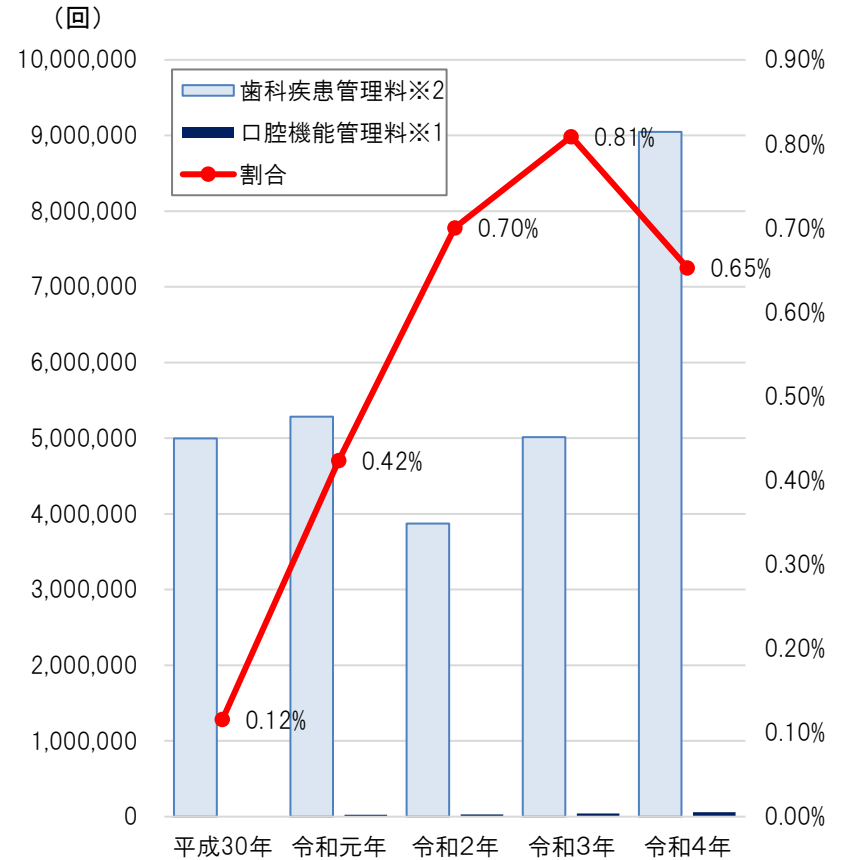
下位症状	検査項目	該当基準
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査（EAT-10）	3点以上
	自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）	Aが1項目以上該当

○ 口腔機能管理料の算定回数は年々増加しているが、歯科疾患管理料の算定回数に対する割合は令和4年で0.65%にとどまっている。

＜口腔機能管理料※1の算定回数＞



＜歯科疾患管理料※2の算定回数と歯科疾患管理料※2に対する口腔機能管理料※1の割合＞



歯科疾患管理料に対する口腔機能管理料※1の算定割合

※1 平成30年、令和元年は歯科疾患管理料口腔機能管理加算の算定回数
 ※2 歯科疾患管理料算定回数：平成30年～令和3年は65歳以上、令和4年は50歳以上

口腔機能管理の内容

- 口腔機能管理に関しては、療養上必要な指導として口腔機能管理料のみで評価されているが、実際には指導管理のみではなく訓練も含まれている。

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

(口腔機能管理加算として、平成30年診療報酬改定で新設)

- 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、口腔機能の評価に基づく**管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 指導及び管理にあたっては、「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」を参考とすること。

口腔機能低下症に関する基本的な考え方（抜粋）

口腔機能低下症の管理の概要

- 管理毎に、栄養状態や口腔機能が維持・回復しているかを臨床的観点から評価を行う。
- 管理計画に基づき、患者本人と家族に対して、状況に応じた動機付け、療養上必要な機能訓練の指導や生活指導および栄養指導を実施する。

口腔機能低下症の検査・診断

↓
管理計画の立案

↓
管理計画の患者等への説明・同意

↓
口腔機能低下症の管理

(患者への動機づけ、機能訓練の指導、生活指導、栄養指導など)

↓
再評価

↓↑
継続管理

口腔機能低下症の症状と訓練の例

咬合力低下

- 咬合力の維持・改善のために、歯ごたえのある食品摂取の指導やチューイングガムやグミゼリーを用いた咀嚼訓練などの指導を行う。

口唇や舌の機能低下

- 筋力の低下と運動の巧緻性の低下が原因となる。
- 口唇閉鎖力を向上させる訓練として、抵抗訓練の指導を行う。
- 舌圧を向上させる訓練として、等尺性収縮を目的とした抵抗訓練の有効性が認められている。舌圧子等を用いて一定の負荷を与えるように抵抗訓練を行ったり、口蓋に対して押しつけたりする訓練が有効である。
- 口唇や舌の運動範囲の拡大を目的とした可動域訓練、単音節の発音訓練、運動訓練、無意味音音節訓練、構音訓練、早口言葉、自動訓練、吹き戻しを用いた訓練など口唇・舌の巧緻性の訓練を行う。
- 歯・顎・口唇・頬・舌などの複合的な機能である咀嚼機能の低下に対しては、嚥下体操の指導、開口訓練などのほか、咀嚼訓練用食品による直接訓練の指導を行う。

※赤字部分は令和2年3月改定時に追加された内容

口腔機能の評価に関する検査の実施状況①

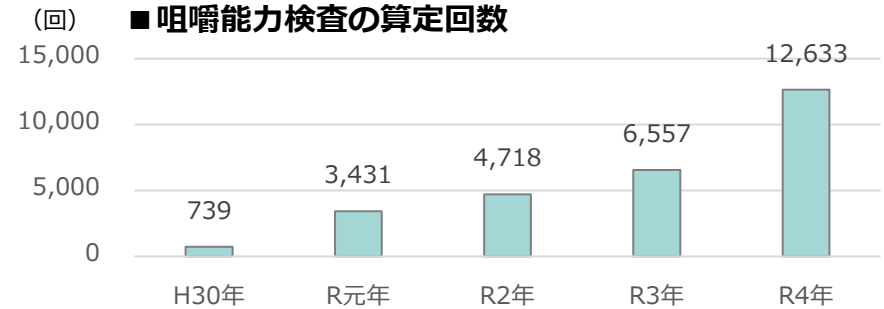
○ 有床義歯を新製する場合等に新製前後の咀嚼機能等を評価する有床義歯咀嚼機能検査や、口腔機能低下症の診断を目的として行う咀嚼能力検査や咬合圧検査の算定回数は、いずれも近年増加している。

D011 有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）

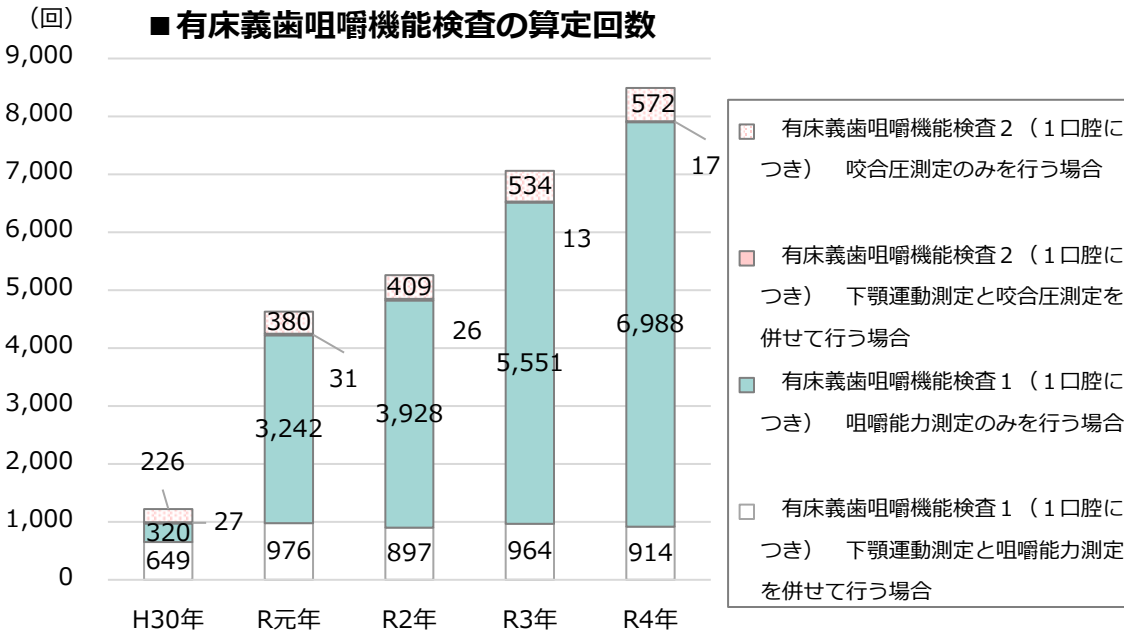
- 有床義歯咀嚼機能検査1（1回につき）
 - イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560点
 - ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140点
 - 有床義歯咀嚼機能検査2（1回につき）
 - イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550点
 - ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130点
- 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼機能検査を行った場合に算定。

D011-2 咀嚼能力検査（1回につき） 140点

- 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定。
- グルコース分析装置を用いて咀嚼能率を測定する検査。口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定。

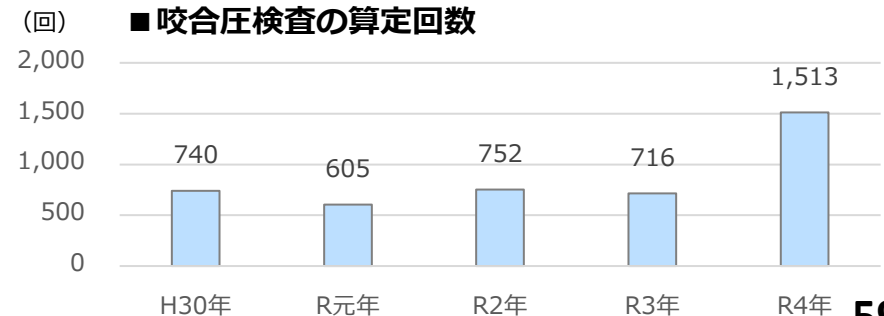


■ 有床義歯咀嚼機能検査の算定回数



D011-3 咬合圧検査（1回につき） 130点

- 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に6月に1回に限り算定。
- 歯科用咬合力計を用いて咬合力及び咬合圧の分布等を測定する検査。口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定。



口腔機能の評価に関する検査の実施状況②

○ 小児の口腔機能発達不全症の診断を目的として行う小児口唇閉鎖力検査や口腔機能低下症の診断等を目的として行う舌圧検査の算定回数は、いずれも近年増加している。

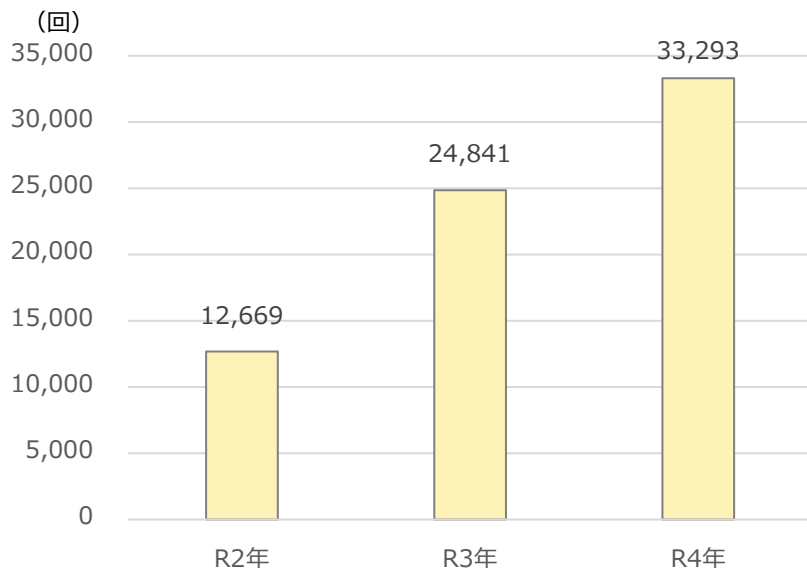
D011-4 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） 100点

- 口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、**口腔機能発達不全症の診断を目的に小児口唇閉鎖力測定を行った場合**に、3月に1回に限り算定。
- 口唇閉鎖力測定装置を用いて、口唇閉鎖力を測定する検査。

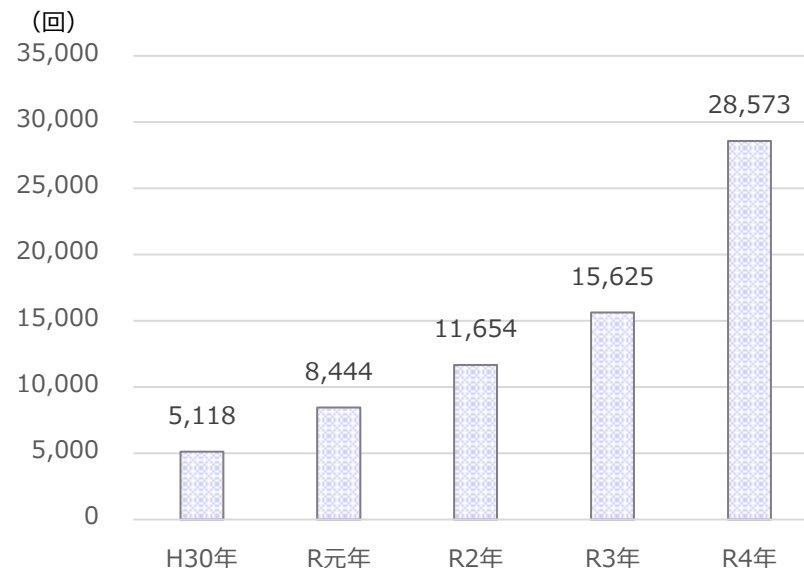
D012 舌圧検査（1回につき） 140点

- 口腔機能低下症の診断を目的として舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定。
- 舌の運動機能を評価する目的で、舌を口蓋に押し上げるときの圧力を舌圧計を用いて測定する。
- 舌接触補助床又は口蓋補綴、顎補綴を装着する患者、広範囲顎骨指示型装置埋入手術の対象となる患者に対して実施した場合は、月2回に限り算定。

■ 小児口唇閉鎖力検査の算定回数



■ 舌圧検査の算定回数



1. 歯科医療の現状
2. 病院における歯科の機能に係る評価
3. 医科歯科連携、医歯薬連携
4. ライフステージに応じた口腔機能の管理
5. 障害者・有病者・認知症の人への歯科医療

精神発達・心理的発達と行動の障害

知的障害(精神遅滞)

- ・精神遅滞の原因疾患の特徴として、エナメル質減形成、過剰歯、先天性欠如歯、不正咬合、口蓋裂などがみられる。

自閉性障害/広汎性発達障害自閉症

- ・精神遅滞の状態、行動の調整の困難性などにより、う蝕の罹患状況は異なる。
- ・歯口清掃不良によって進行した悪習癖が見られることがある。
- ・口腔の悪習癖から、二次的に歯列・咬合に異常をきたすことがある。
- ・対応に際しては、一人ひとりの特性にあった環境を整えることが重要。

強度行動障害

- ・歯磨きをさせない、口を開けない、歯磨き習慣が定着しない、暴れるため通院できない、抑制できないなど歯科保健医療管理が非常に困難。
- ・歯科保健医療管理に関して、口を開けない、暴れる、歯磨きをさせないなど困難を伴うことが多い。
- ・歯磨きの習慣の定着が難しく、予防も困難。

神経・運動障害

脳性まひ

- ・口腔衛生管理の不備や口腔機能の障害による自浄作用の低下により、う蝕や歯周疾患の罹患率が高くなる。
- ・未処置歯や口臭、歯石沈着や食物滞留が多く見られる。

筋ジストロフィー

- ・約50%以上に開咬がみられる。
- ・咀嚼筋の萎縮により、咬合力の低下や巨舌が原因で歯列弓拡大等が見られる。
- ・進行に伴い摂食・嚥下障害がおこる。

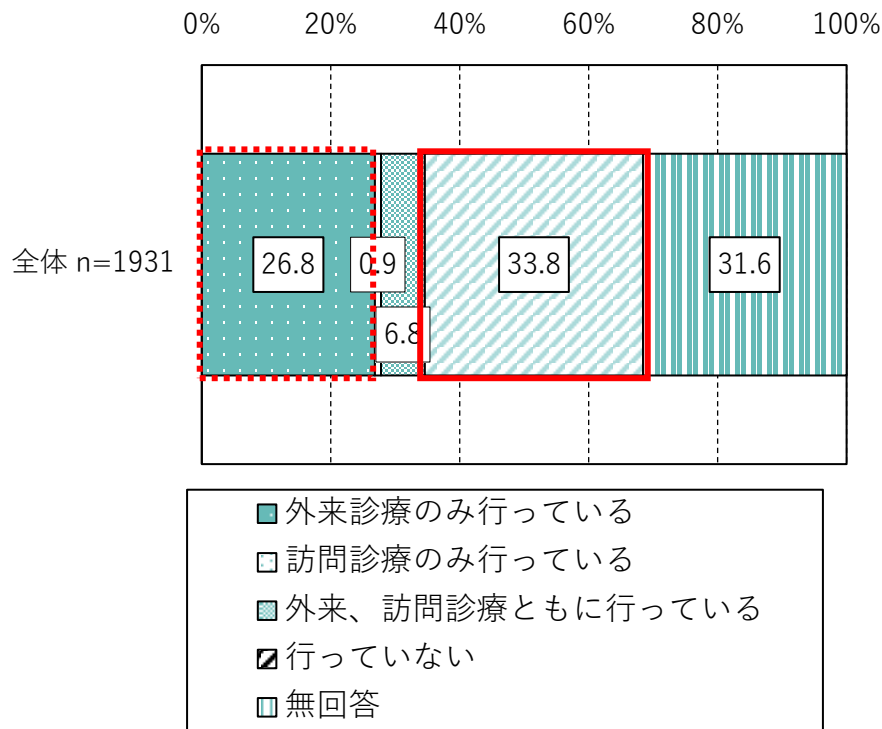
重度心身障害

- ・狭窄・V字歯列の歯列以上が上顎に多く見られる。
- ・咬合異常がある。
- ・てんかん発作による歯の破折、脱臼等が見られる。

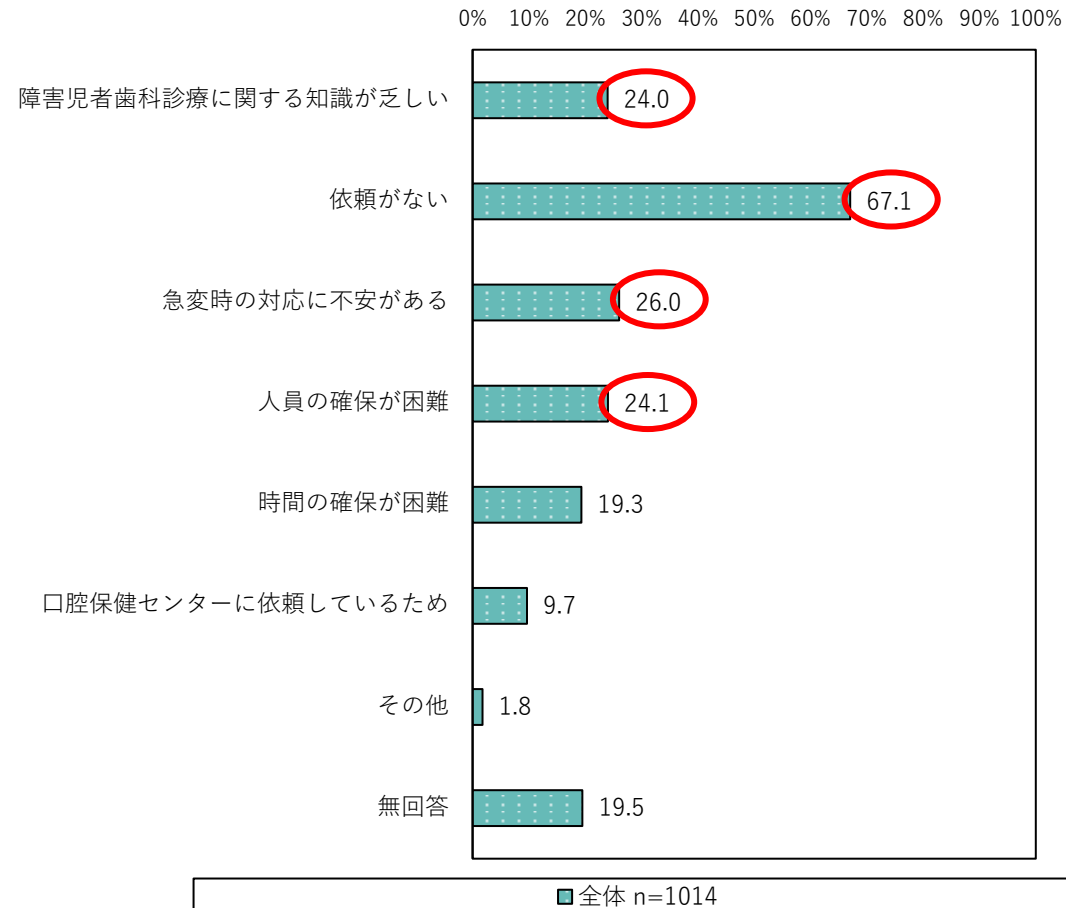
障害児者に対する歯科診療の実施状況

- 障害児者に対する歯科診療の実施状況を見ると、無回答を除くと「行っていない」が最も多く33.8%、次いで「外来診療のみ行っている」が26.8%だった。
- 行っていない理由としては、「依頼がない」が最も多く、次いで「急変時の対応に不安がある」「人員の確保が困難」「障害児者歯科診療に関する知識が乏しい」という理由が多かった。

■ 障害児者に対する歯科診療の実施状況



■ 障害児者に対する歯科診療を行っていない理由 (複数回答)



障害者への歯科治療の特徴など

○ 歯科治療の困難性

- ・患者が治療の必要性を理解できない場合、治療に必要な協力が得られない
- ・四肢や口腔の緊張や不随意運動のため姿勢の維持、開口の動作が出来ない
- ・言語によるコミュニケーションが確立しにくい

○ 特異的な歯科症状

- ・口腔の奇形・先天性の欠損、歯列、咬合などの形態学上の異常があり、それに対する対応として専門的知識や診断が必要
- ・口腔の機能的異常が、摂食・嚥下、味覚、構音、表情といった機能の不全、障害が診られ、その診断、対応に専門的知識と経験が必要
- ・う蝕、歯周病、欠損という歯科疾患の症状に特異的なことがある

平成22年度社会保険指導者研修会講演資料「地域で診る障害者歯科」(緒方克也氏)より一部改変

「著しく歯科治療が困難な者」に対する診療を歯科診療特別対応加算として評価

【著しく歯科治療が困難な者】

- ◆ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ◆ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できずに治療に協力が得られない状態
- ◆ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ◆ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

歯科診療で特別な対応が必要な患者に対する診療報酬上の評価

中医協 総 - 3
5. 7. 12

診療内容に関する評価

①歯科診療特別対応加算【+175点】

著しく歯科診療が困難な患者に対して歯科診療を行った場合の初・再診料、歯科訪問診療料の加算

②初診時歯科診療導入加算【+250点】

歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合の初診料、歯科訪問診療料の加算

③歯科衛生実地指導料2【100点】

歯科診療特別対応加算を算定している患者に対する歯科衛生士の実地指導

④個々の技術料の加算

処置、手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴の特掲診療料の各行為に対する100分の30～70に相当する点数の加算

連携に関する評価

診療情報提供料(I) 注6加算【+100点】

自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

⑥歯科診療特別対応地域支援加算【+100点】

歯科診療所が、歯科診療特別対応連携加算(歯特連)の届出を行っている歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者について、文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合の初診料の加算

歯科医療機関※1

紹介

⑤歯科診療特別対応連携加算【+150点】

他の歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者を紹介され、受け入れた場合の初診料の加算

診療情報提供料(I) 注7の加算【+100点】

自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

紹介

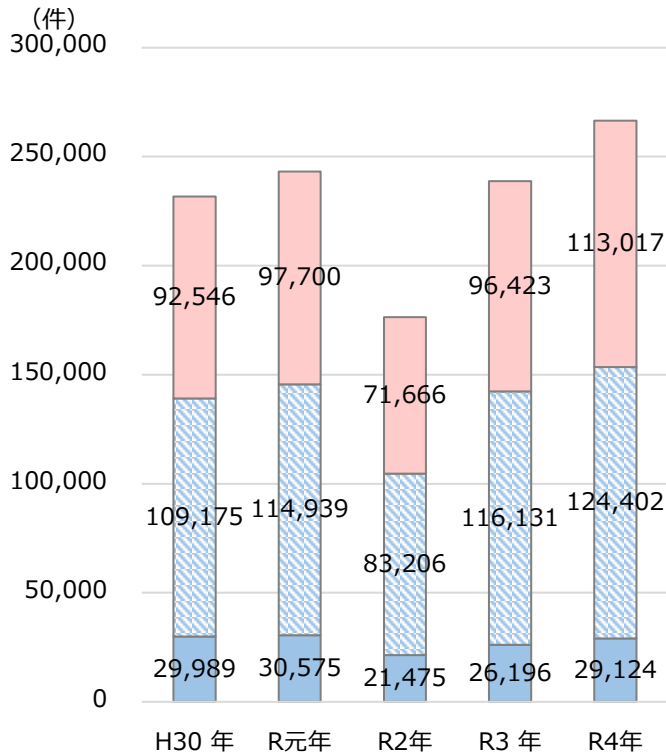
後方支援をおこなう歯科医療機関※2

※1 歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている歯科医療機関を除く
※2 歯特連又は地域歯科診療支援病院の届出を行っている歯科医療機関

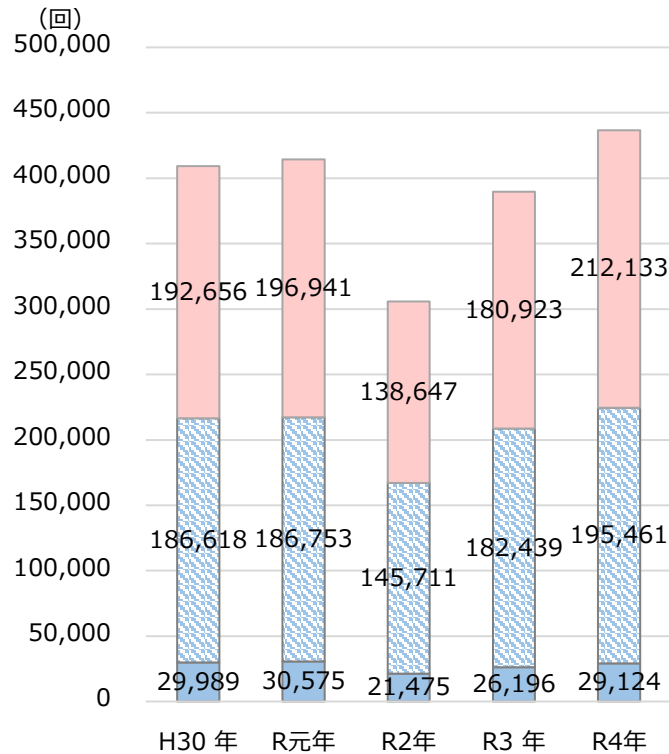
歯科診療特別対応加算の算定状況

- 歯科診療特別対応加算は算定件数、算定回数ともに令和2年に減少しているが、その後増加傾向である。
- 歯科診療特別対応加算の外来診療時の算定回数の割合は、直近5年間では約半数となっている。

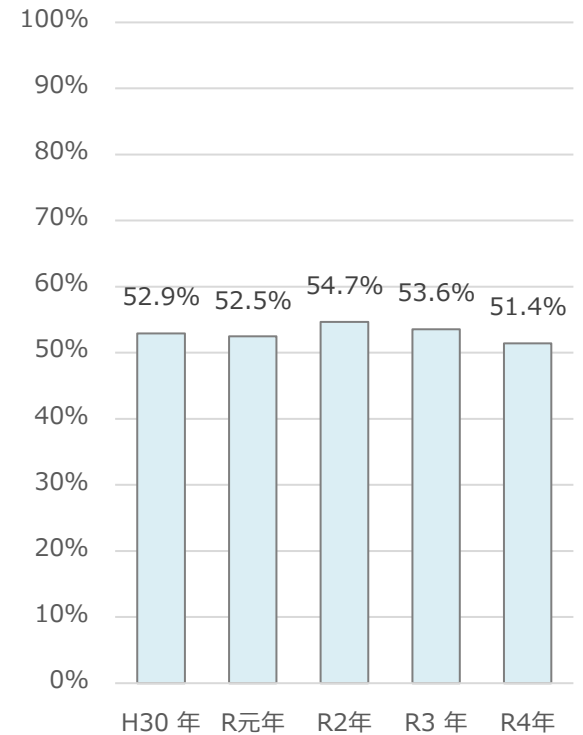
■ 歯科診療特別対応加算の算定件数



■ 歯科診療特別対応加算の算定回数



■ 歯科診療特別対応加算の算定回数
(外来診療(初診時+再診時)の割合)



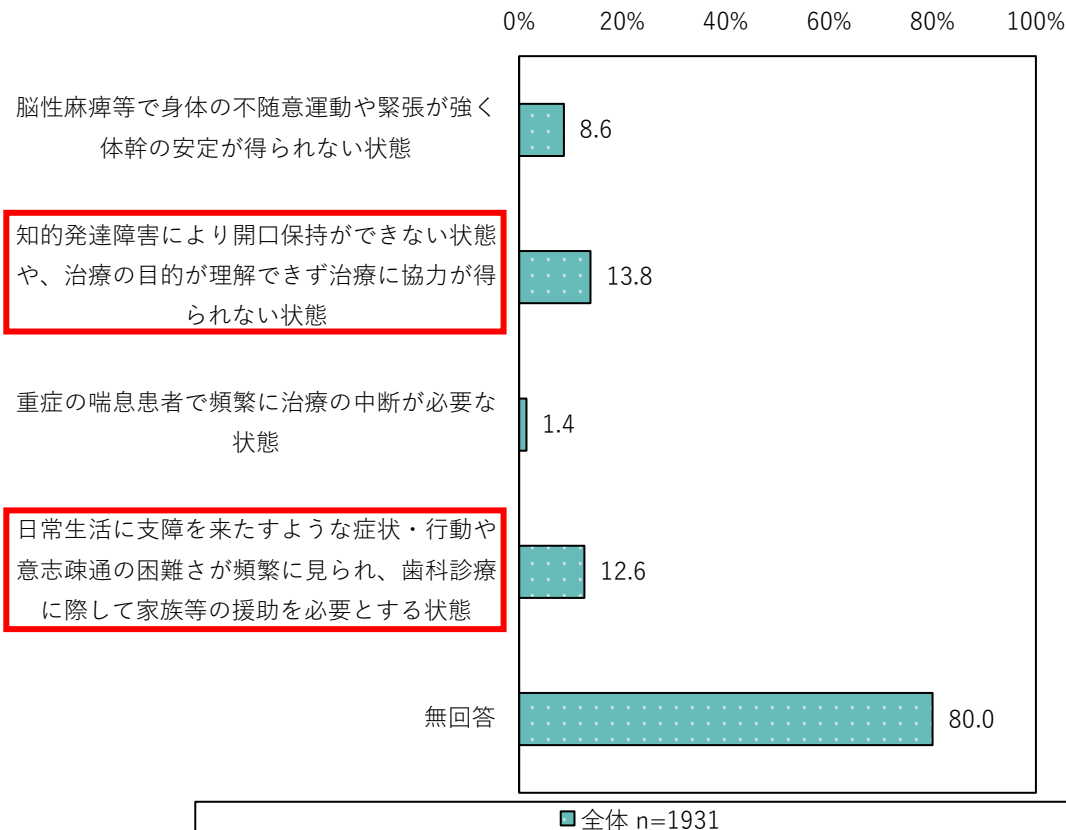
■ 歯科訪問診療料 歯科診療特別対応加算
■ 再診時 歯科診療特別対応加算
■ 初診時 歯科診療特別対応加算

■ 歯科訪問診療料 歯科診療特別対応加算
■ 再診時 歯科診療特別対応加算
■ 初診時 歯科診療特別対応加算

歯科診療特別対応加算を算定した患者の状況

- 歯科診療特別対応加算を算定した患者の状態は、無回答を除くと「知的発達障害により開口保持ができない状態や、治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態」が約13.8%で最も多く、次いで「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」が約12.6%であった。
- 対応に苦慮した場合の状態として、治療の安全性の確保が困難な場合や様々な理由で治療の中断が多いことなどがあった。

■ 歯科診療特別対応加算を算定した患者の状態



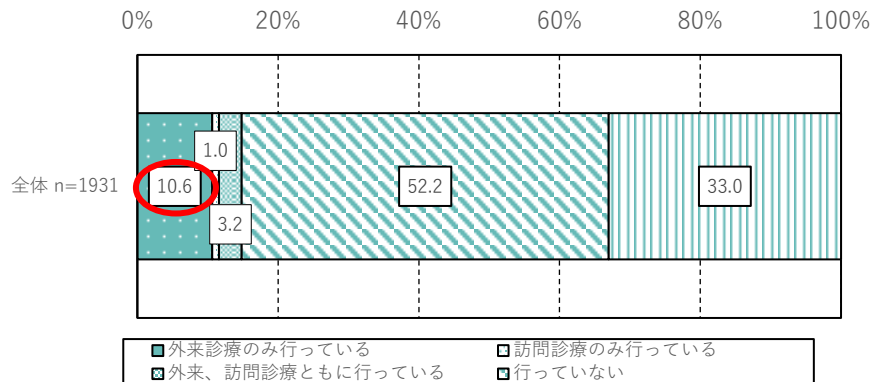
■ 対応に苦慮した場合の状態（主な内容）（自由記載）

- 恐怖心が強く、多動であり、一度パニックを起こすと、意思疎通さえ困難で、治療の安全性を確保するのが困難であった。
- 異常嚥下反射、咬反射、むせ／咳込みでの中断多いこと。
- 不随意運動があり、開口保持が困難で、治療を中断することが多く、治療が進まないこと。
- 処置中に発作をおこし呼吸困難になったこと。
- 治療中に激しい体動、不随意運動による動きが注意を要したこと。
- 反り返りが強く、体幹の保持が困難であったこと。
- 口腔内唾液が多く、絶えず吸引が必要であったこと。
- 治療の協力度が低く、意思疎通が困難であったこと。
- ユニットの着席拒否や開口拒否があったこと。

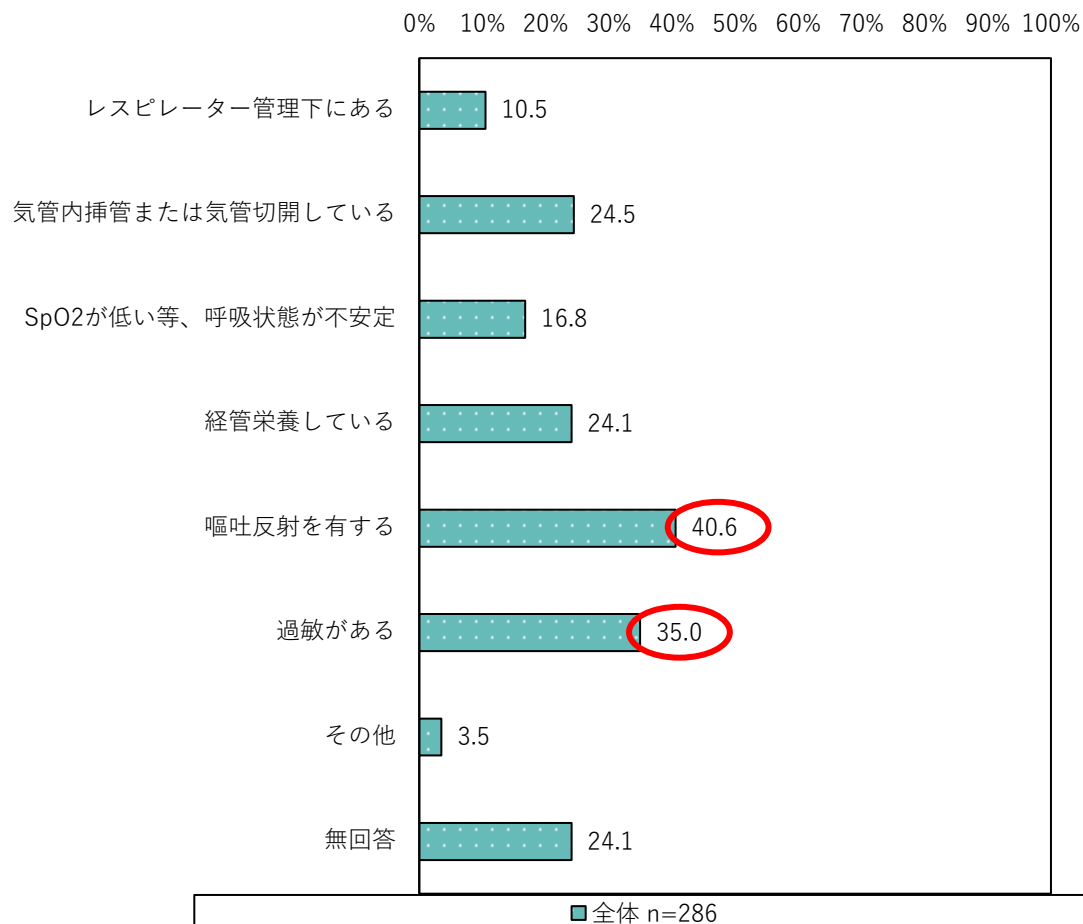
医療的ケア児に対する歯科診療の状況等

- 医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況は、「外来のみ行っている」が約10.6%、「訪問診療のみ行っている」が1.0%、「外来、訪問ともに行っている」が3.2%、「行っていない」が52.2%であった。
- 歯科診療を行った医療的ケア児の患者像は、「嘔吐反射を有する」が最も多く約40.6%、次いで「過敏がある」が35.0%であった。「気管内挿管または気管切開している」「経管栄養している」はいずれも24%であった。

■ 医療的ケア児に対する歯科診療の実施状況



■ 診療したことがある医療的ケア児の患者像（複数回答）



障害児の口腔管理上の問題点

- 障害児の口腔管理に際しては、歯科治療上の様々な問題が生じる。
- 障害児の歯科診療においては、基礎疾患のほか、治療時の協力性に問題がある場合や身体的状況により治療が困難となる場合がある。

◆ 障害児の口腔管理上の問題点（概要）

歯科治療上の問題

- ・ 障害、疾患によっては、障害児への対応と治療が難しい。
- ・ 障害の程度によっては、歯科治療と口腔管理が困難である。
- ・ 健常児と比較して障害児は歯科治療中に問題が起こる可能性が高い。
- ・ 診療を補助する人員を十分に確保する必要がある。
- ・ 障害や疾病によってはより長い治療時間を必要とする。

障害児と保護者側の問題

- ・ 障害、疾病の治療やリハビリテーションが優先され、歯科医療は二の次になりやすい。
- ・ 障害の程度によっては、通院が困難な場合が少なくない。
- ・ 障害や疾病によっては、歯科疾患に罹患しやすく進行も早い。
- ・ 障害が原因で、自分自身で歯科疾患の予防管理が困難な場合が多い。
- ・ 保護者の肉体的、精神的、経済的及び時間的負担が大きい

歯科疾患予防時の問題点

- ・ 口腔内の状態：一般的に清掃状態が不良な場合が多い。
- ・ 疾患の状態：一般的にう蝕、歯肉炎および歯周炎が多い。
- ・ 口腔機能：摂食、咀嚼、嚥下、呼吸、唾液分泌および筋活動などに問題のある者が多い。
- ・ 運動機能：手指の機能を含めて運動機能に問題がある場合が多い。
- ・ 理解度：劣っている場合が多い。

◆ 障害児の歯科診療で問題となる要因（概要）

内科的基礎疾患に起因するもの

- ・ ストレスに対する耐性：治療時の緊張などにより体調変化を招きやすい
- ・ 呼吸・循環系の異常：歯科治療に不随して呼吸・循環動態が変化しやすい
- ・ 易感染性：細菌感染に対する抵抗性が減弱している
- ・ 止血異常：観血的処置時の止血に問題がある

治療時の協力性に問題があるもの

- ・ 理解力の不足、コミュニケーションの障害が見られる
- ・ 情緒的障害により治療への適応が困難なもの、特殊な心的条件にある

身体的条件に起因するもの

- ・ 一定の診療体位あるいは静止状態を保てない
- ・ 開口状態を維持出来ないもの、十分な開口量が得られない

歯科疾患の予防や管理の実践に問題があるもの

- ・ 機能的あるいは精神的障害により、予防管理の実践が困難
- ・ 生活環境上の問題で、予防管理が十分に行えない

「強度行動障害」の定義・障害福祉サービス等報酬上の評価

意見交換 資料-3参考-1
R 5 . 3 . 1 5

○ 強度行動障害の定義

・ 自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが長時間も続くなど**周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

○ 強度行動障害に関する障害福祉サービス等報酬上の評価

- ・ 障害福祉サービス等を受ける際に行う障害支援区分の調査と併せて把握する「行動関連項目」（福祉型障害児入所施設の場合は強度行動障害判定基準表）を用いて判定。障害福祉サービス等報酬においては、**一定の点数以上となる人（24点中10点）**に対する特別に配慮された支援の提供が評価されている。（利用者数：下図参照）
- ・ **強度行動障害に至る前からの支援や行動改善が見られた後における継続的な支援**を評価するため、「行動援護」は平成20年に、「共同生活援助、短期入所、施設入所支援の重度障害者支援加算」は平成24年に、対象者判定の基準を変更した。
- ・ 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、生活介護にも「重度障害者支援加算」を設けるとともに、障害児通所支援について「強度行動障害児支援加算」を創設した。
- ・ 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において、共同生活援助の区分4・5を「重度障害者支援加算」の対象とするとともに、障害者支援施設で実施する生活介護の外部通所者にも「重度障害者支援加算」を算定可能とする等の拡充を実施した。

行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者

（国民健康保険団体連合会データ）

のべ68,906人（令和3年10月時点）



重度訪問介護
1,079人



行動援護
12,117人



短期入所（重度障害者支援加算） 4,994人
施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ） 21,933人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算） 15人



共同生活援助（重度障害者支援加算Ⅰ）4,618人
（重度障害者支援加算Ⅱ）2,759人



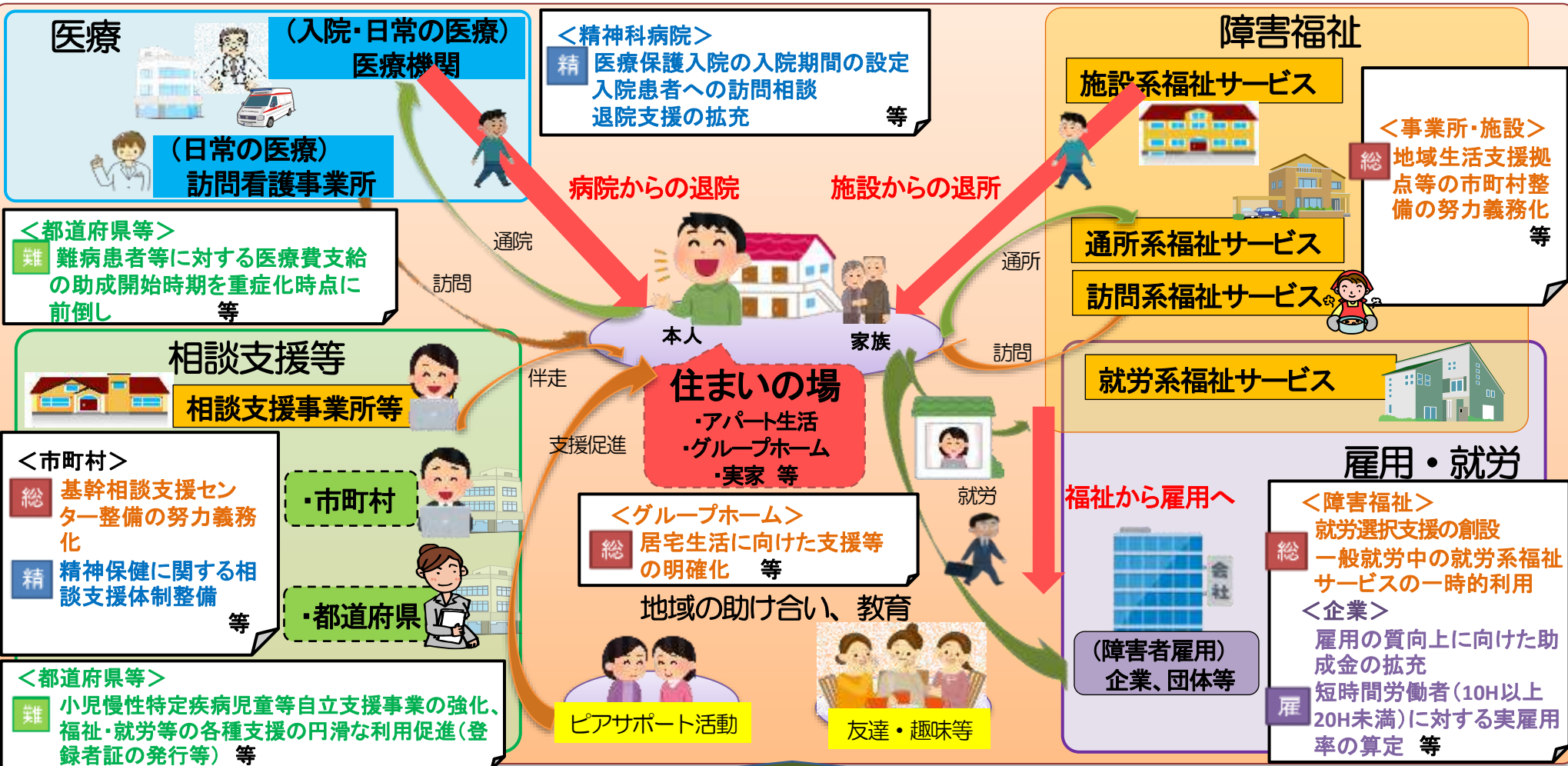
放課後等デイサービス（強度行動障害児支援加算）3,451人
児童発達支援（強度行動障害児支援加算）307人



生活介護（重度障害者支援加算）
17,633人

（参考）平成26年度から、重度訪問介護についても行動援護等の基準と同様の対象者に対して支援を提供することを可能としている。

- 障害者や難病患者等が地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指す。このため、本人の希望に応じて、
 - ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実 (障害者総合支援法関係、精神保健福祉法関係、難病法・児童福祉法関係) **総 精 雑**
 - ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上 (障害者総合支援法関係、障害者雇用促進法関係) **総 雇**
 - ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備 (難病法・児童福祉法関係、障害者総合支援法関係) **雑 総**
- 等を推進する。



歯科治療に不応行動を示す患者への対応方法

- 障害児等の歯科治療に際して、泣くあるいは拒否するなどの不応行動を示す患者に対しては行動変容法(行動療法)が行われ、患者の知的能力や障害の程度などを踏まえて選択される。

行動変容法(行動療法)の例(概要)

Tell-Show-Do(TSD)法

- これから行うことについて、話して(Tell)、見せて(Show)、行う(Do)という手順で体験させる。
- 初めて歯科治療を経験する小児や恐怖心の強い小児でより効果的。

エクスポージャー(暴露療法)

- 不安や恐怖を引き起こす刺激(条件刺激)に暴露して慣れさせ、克服した体験を積ませることで、望ましくない反応(条件反応)を消去する方法。
- 系統的脱感作: 不安や恐怖を引き起こす刺激を、弱いものから強いものへと段階的に提示することで不安や恐怖を克服することを目指す。
- フラッティング: 段階を踏まずに強い不安や恐怖を生じさせる刺激にさらすことで、不安や恐怖を減弱させる方法。

オペラント条件づけ

- 自発的な行動を意味するオペラント行動を刺激によって変化(強化あるいは弱化)させるもの。
- ほめ言葉などの快刺激を与えることによって好ましいオペラント行動の出現頻度を増加させることを目的に行う。

応用行動分析法

- 行動の段階を細かく分けて(スモールステップ)、望ましい行動を強化し、望ましくない行動を消去する方法。
- おもに自閉スペクトラム症児の個別療育で行われている。オペラント条件付けから派生した方法。

シェイピング法

- 目標とする行動をいきなり獲得させるのではなく、スモールステップに分け、少しずつ強化する方法。
- 最終的な目標行動の獲得に至るまで、容易なことから順に行わせ、その行動が生じたら強化を行う。

モデリング法

- 手本となる他者の行動を観察し、学習させることで行動の修正を促す方法。

ボイスコントロール

- 話かける際に、声の大きさ、強弱、口調などを調節することで術者に注意をひきつけ、指示に従うように働きかける方法。
- 不適切な行動がみられたら大きい声や強い口調で修正を促し、適切に行動できた場合はやさしい口調で話す。
- 他の行動コントロール法と併用することも多い。

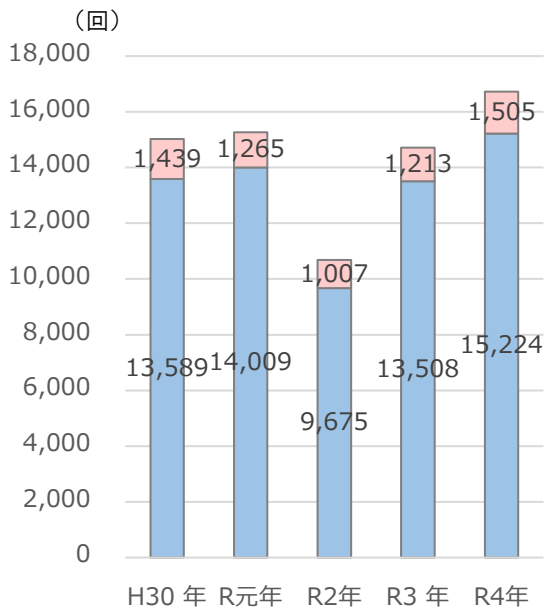
初診時歯科診療導入加算を算定状況

○ 初診時歯科診療導入加算を算定した患者に対する1年以内の再診の回数をみると、1回が最も多い一方で、13回以上も一定数あった。

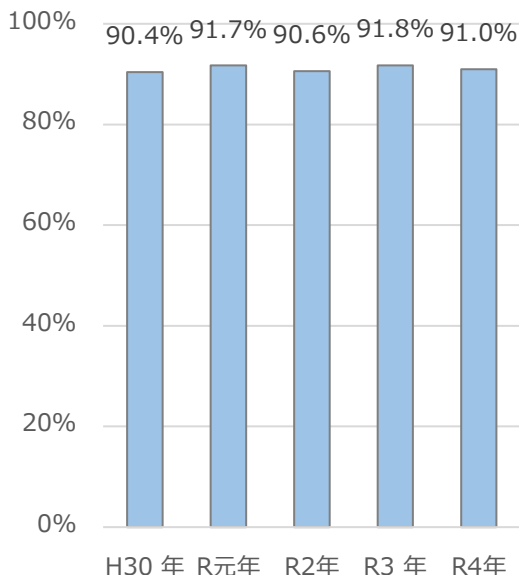
A000 初診料 注6 初診時歯科診療導入加算 250点

- 歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を行った場合に所定点数に加算
- 「歯科診療を円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門技法をいう。

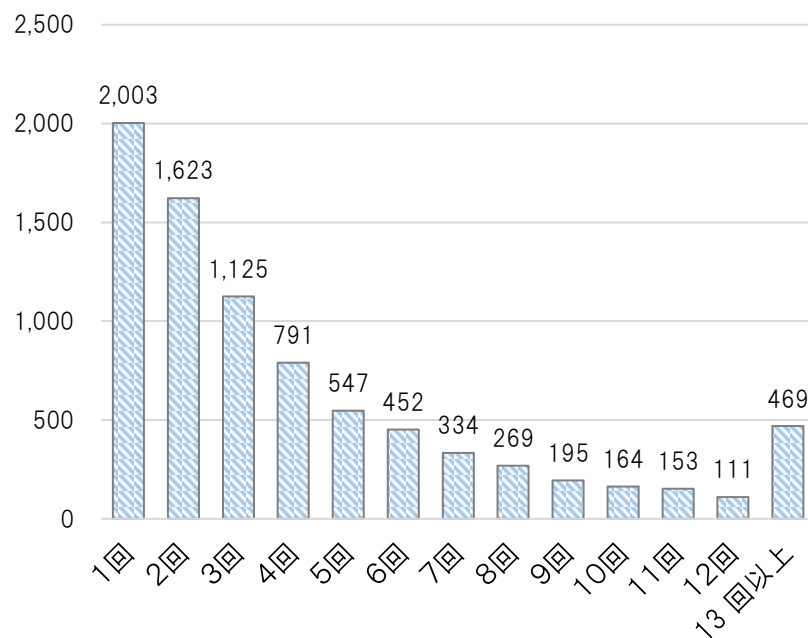
■ 初診時歯科診療導入加算の算定回数



■ 初診時歯科診療導入加算の算定回数 (外来診療の割合)



■ 初診時歯科診療導入加算を算定した患者に対する1年以内の再診の回数



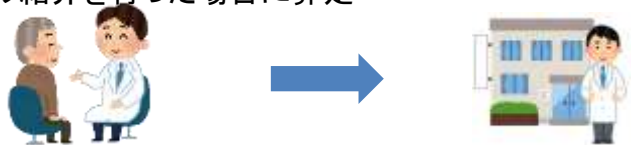
■ 歯科訪問診療料 初診時歯科診療導入加算
■ 初診時歯科診療導入加算

診療情報提供料(Ⅰ)【歯科点数表】概要

○ 診療情報提供料は、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・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価している。

① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定



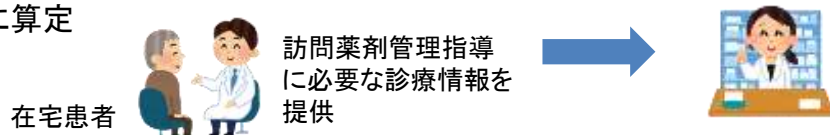
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該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に算定



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る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に算定



④ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定



診療情報提供料(Ⅰ)の加算

治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、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を添付して紹介を行った場合には**200点**を加算

検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算

イ. 退院する患者→**200点** ロ. 入院中の患者以外の患者→**30点**

診療情報提供料(Ⅰ) 注6加算

保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている歯科医療機関を除く)が、自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合、**100点**を加算

診療情報提供料(Ⅰ) 注7加算

歯特連又は地域歯科診療支援病院の届出を行っている歯科医療機関が、自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合、**100点**を加算

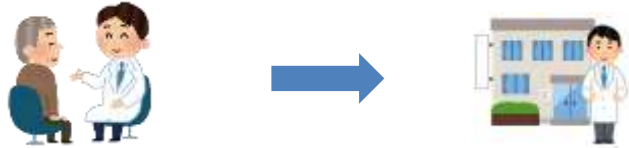
診療情報提供料(Ⅰ)概要

中医協 総 - 8 改
5 . 6 . 2 1

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・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



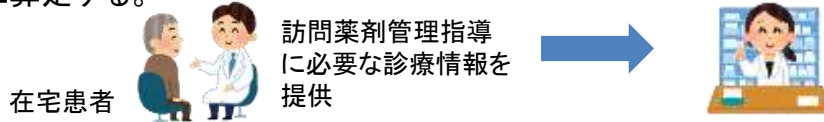
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該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に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る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に算定する。



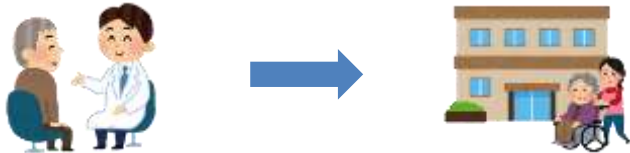
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



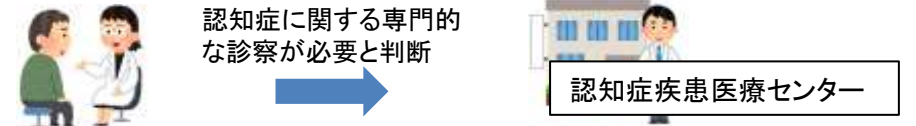
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



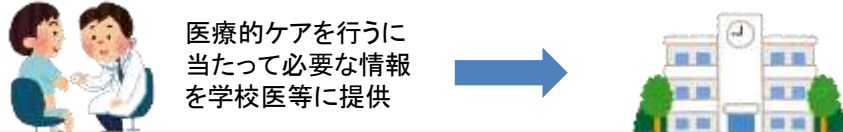
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等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。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。

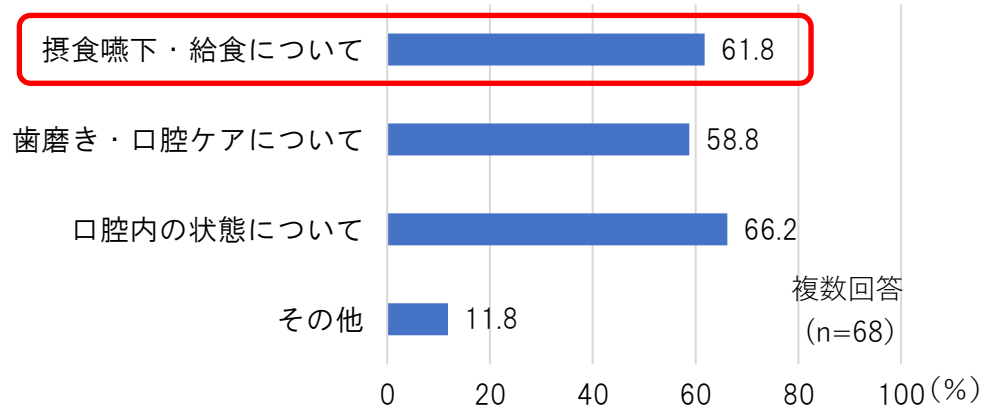


診療情報提供料(Ⅰ) 250点
(患者1人につき月1回に限り)

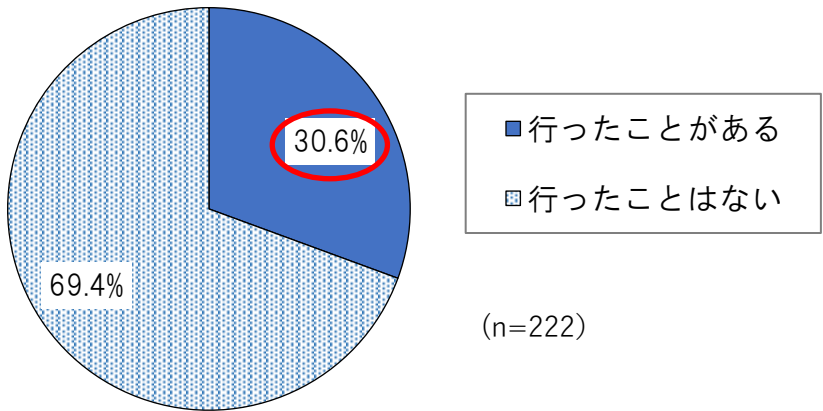
歯科医療機関から学校等への情報提供

- 日本障害者歯科学会の会員を対象とした調査では、30.6%で学校等に情報提供を行ったことがあると回答しており、その内容は「口腔内の状態」が最も多いが、「摂食嚥下、給食」についても61.8%であった。
- また、情報提供を行ったことがある場合、「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した割合が33.8%であった。

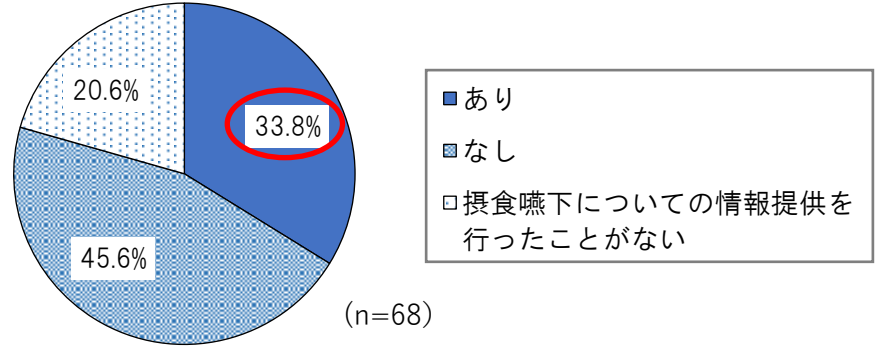
<学校等に対する情報提供の内容>



<学校等に対する情報提供について>



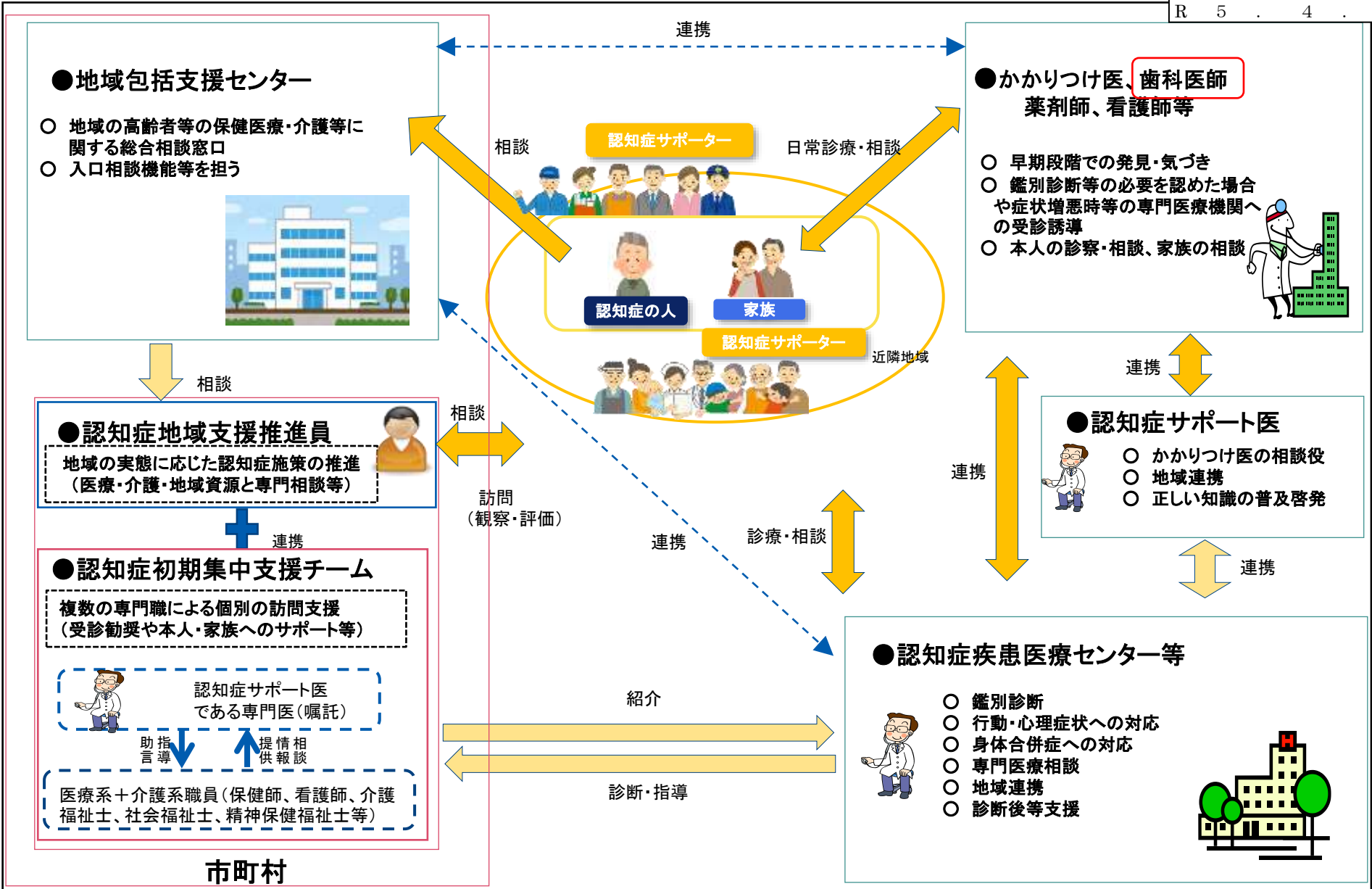
<「情報提供がないと学校等での給食が提供できないケースがあった」と回答した者の割合>



調査対象: 日本障害者歯科学会会員(悉皆)
調査手法: ウェブ調査
調査実施期間: 2023年3月29~4月10日

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

意見交換 資料-2参考1改
R 5 . 4 . 1 9



認知症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示した「認知症ケアパス」を作成し、整理

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないと理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

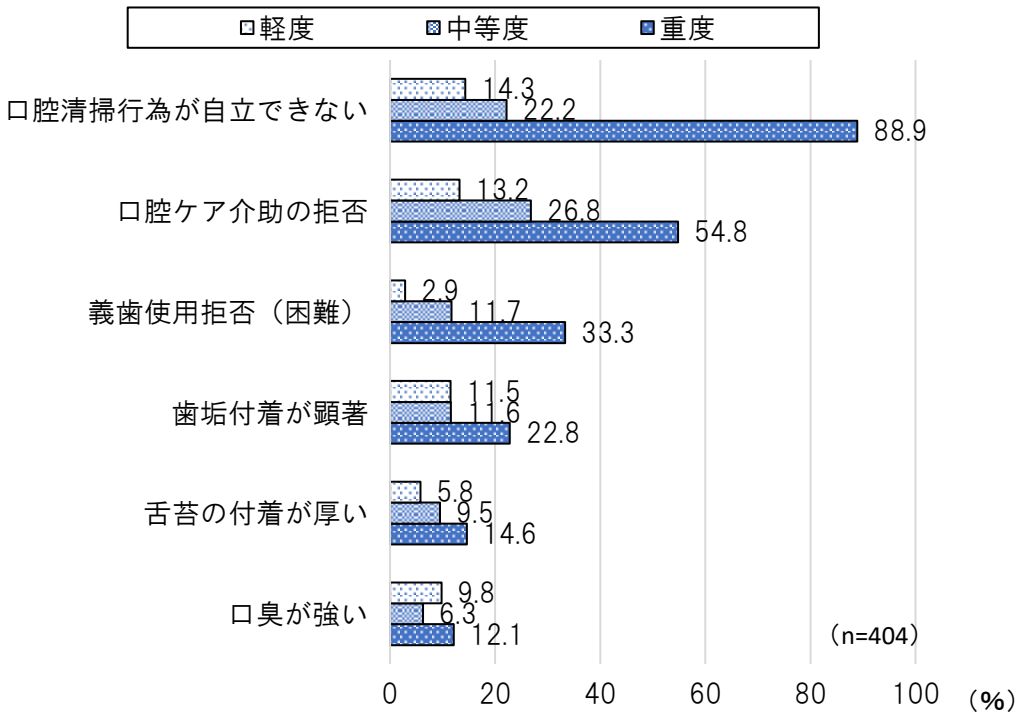
(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

認知症の人に対する歯科治療

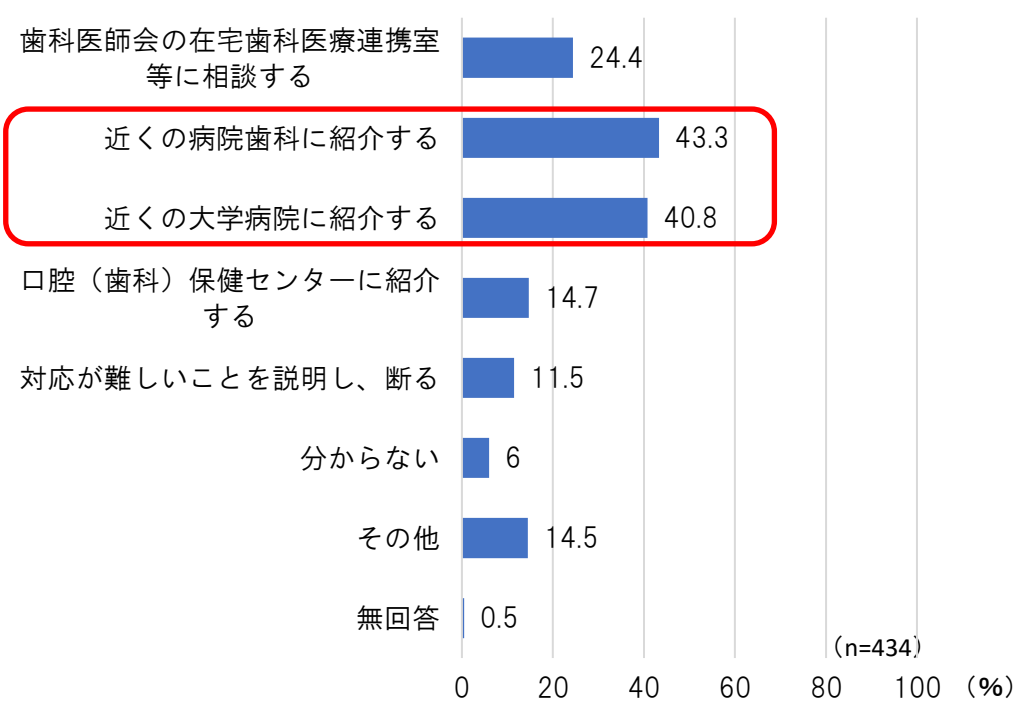
- 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケア介助を拒否する者の割合も大きくなる。
- 認知症の人に対して、歯科治療が困難な場合、「近くの大学病院に紹介する」「近くの病院歯科に紹介する」と回答した歯科医療機関が多く、それぞれ約4割となっている。

<認知症重症度別の口腔管理の状態>



調査対象: 認知症高齢者を含む施設入所者(療養型病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、通所介護事業所) 404名(男性101名、女性303名、平均年齢86.6±7.8歳)
 調査手法: 施設入所者に対し、実態調査を実施。認知症重症度は、Clinical Dementia Rating ;CDRIによる分類
 調査実施期間: 令和2年12月~令和3年1月

<歯科治療が困難な場合の対応>



調査対象: 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2 1,100施設(抽出)
 有効回答数: 在宅療養支援歯科診療所434施設(有効回答率39.5%)
 調査手法: 郵送調査
 調査実施期間: 令和2年12月~令和3年1月

認知症患者に対する歯科治療上の留意点等

- 認知症患者に対する歯科治療に際しては、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職との連携が不可欠であり、多数の関係者との連携のもと、認知症の状態や認知症以外の疾患の有無、介護環境など情報を把握した上で治療を行う必要がある。

認知症の人への歯科治療ガイドライン(抜粋)

医療・介護関係者との連携

- ◆ 歯科治療のために、家族や多職種と連携して認知症患者のアセスメントを行うことは有効か
→ 歯科臨床で認知症患者のアセスメントを適切に行うためには、**主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職種との連携が不可欠**である。**認知症の状態を把握することは予知性をもった治療・支援計画立案に必須**である。

歯科治療・管理計画の立案

- ◆ 認知機能の低下段階に応じた歯科治療・管理計画はどのように立てたらよいか
→ **認知機能が低下すると、口腔衛生に関するセルフケアは困難になり、しかも複雑な歯科治療への協力が困難**になる。このことを歯科医師は十分に理解し、**本人や家族、介護者の歯科治療および管理計画に対する希望を踏まえ、治療計画を立案**することが推奨される。
 - ・ 歯科治療計画には認知症の進行段階や認知機能障害の状態を考慮する必要がある。
 - ・ さらに、認知症の発症・進行や認知機能の経年的変化も考慮して作成されるべきである。
 - ・ 認知機能低下の有無を判断するには医科関係者、介護関係者、および家族からの情報が不可欠である。

受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合

- ◆ 受診歯科患者の認知機能の低下が疑われた場合、医科・介護関係者との連携は歯科治療・定期的な管理に有効か
→ **多職種との連携は、歯科治療および定期的な歯科管理に有効**である。
 - ・ かかりつけの歯科医院は長期にわたり患者と向き合うなかで、認知症の徴候に気づくことのできる地域資源の1つとして果たす役割は大きい。
 - ・ 近くの地域包括支援センターや認知症サポート医等の情報を得ておき、日頃から連携体制を整えておく。

※エビデンスの強さ「B(中)：効果の推定に中等度の確信がある」以上、文献による信頼度「B：支持する論文が1つ以上ある」以上、コンセンサスミーティングによる信頼度「B：ほぼ一致(最終的なVAS平均値が8.5未満7.5以上)」以上の項目から抜粋

在宅療養支援歯科診療所の施設基準(通知抜粋)

中医協 総 - 2
5. 7. 12 (改)

在宅療養支援歯科診療所 1	在宅療養支援歯科診療所 2
ア) 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計18回以上算定	過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 4 回以上算定
イ) 高齢者の心身の特性 (認知症に関する内容を含むものであること。)、口腔機能管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師を 1 名以上配置	
ウ) 歯科衛生士配置	
エ) 患家の求めに応じた迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、患家に情報提供	
オ) 後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制	
カ) 当該診療所において、過去 1 年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、 <u>保険薬局</u> 、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が 5 回以上	
キ) 以下のいずれか 1 つに該当すること <ol style="list-style-type: none"> ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年 1 回以上出席 ② 過去 1 年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ③ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年 1 回以上 	
ク) 過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること <ol style="list-style-type: none"> ① 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム等連携加算 2 の算定 ② 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定 ③ 退院時共同指導料 1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定 	

- 全身的な疾患を有する者に対する医学管理の評価として、医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価した「歯科疾患管理料総合医療管理加算」や総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングを評価した「歯科治療時医療管理料」がある。
- 歯科疾患管理料総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の算定回数は、いずれも増加傾向にある。

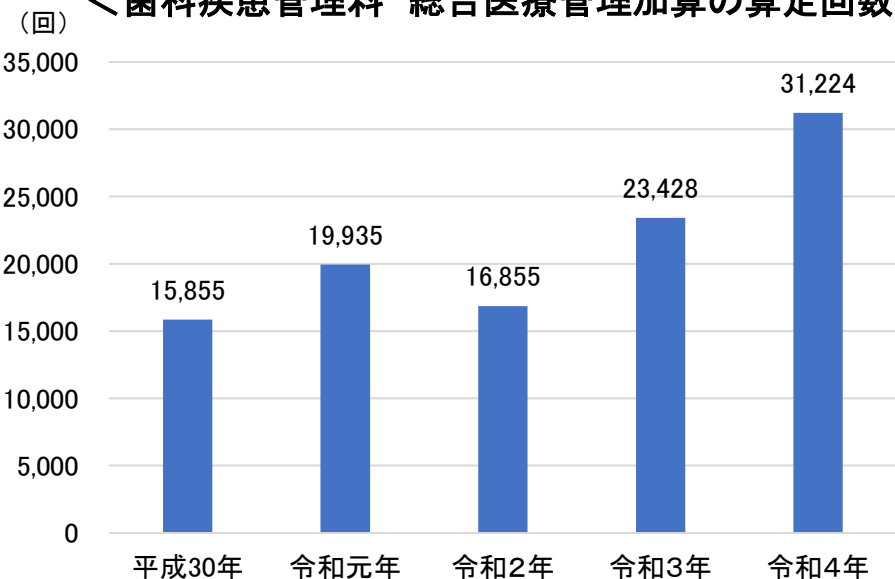
歯科疾患管理料 総合医療管理加算

医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価

対象患者

糖尿病、骨吸収抑制薬投与中、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチ、血液凝固阻止剤投与中の患者、HIV感染症の患者

<歯科疾患管理料 総合医療管理加算の算定回数>



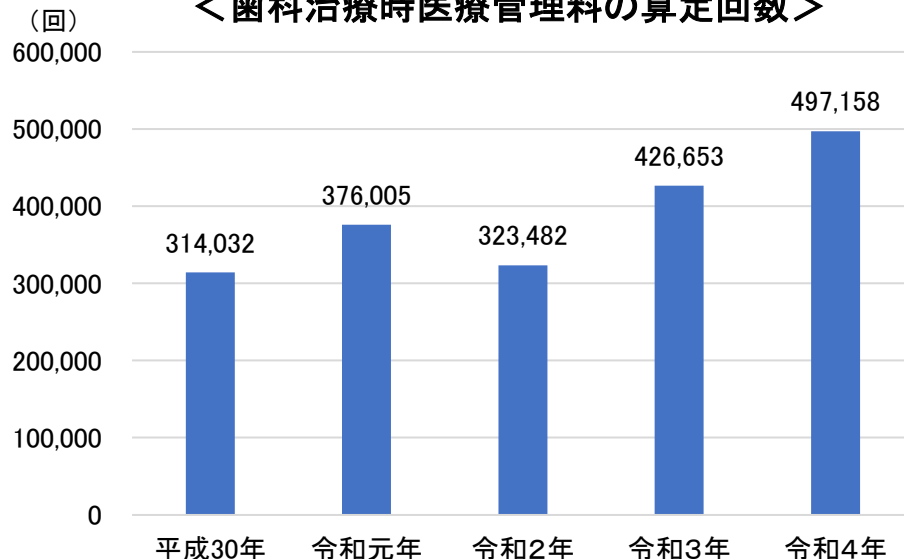
歯科治療時医療管理料

総合的な医療管理が必要な患者のモニタリングの評価

対象患者

高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者

<歯科治療時医療管理料の算定回数>



歯科医療についての現状・課題①

(病院における歯科の機能に係る評価)

- ・ 歯科系の標榜がある病院は令和2年10月1日時点で1,817施設であり、地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出医療機関数は近年増加傾向である。
- ・ 一般病棟入院基本料を算定している病院のうち、歯科系の標榜がある割合は全体で13.6%であり、病床数が多いほど多くなっている。また、回復期リハビリテーション病棟を有する病院の全体では22.9%となっている。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者において、一定程度低栄養・低栄養リスクの患者や嚥下調整食を必要とする者が存在する。一方で、病棟における栄養、リハビリテーション、口腔に関連する取組への歯科専門職の関わりは少ないが、歯科標榜のない病院はより少ない。急性期と回復期を比較すると、回復期のほうが関与している割合は多い。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院患者の約8割に、口腔機能障害が認められるという報告がある。
- ・ 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題はADLと関連しており、歯科衛生士による口腔管理を実施することでADLの改善につながる事が示唆されている。また退院後の予後QOLの改善が期待できることが報告されている。

(医科歯科連携、医歯薬連携)

- ・ 周術期等口腔機能管理に関する評価は平成24年診療報酬改定で新設され、周術期等口腔機能管理計画策定料等の関連項目の算定回数は年々増加している。病院併設歯科で主に算定されているが、近年、歯科診療所による算定も増加している。
- ・ 周術期等口腔機能管理の依頼元の医科の診療科は幅広く、各病院の体制によって依頼状況は大きく異なっている。
- ・ 近年、脳卒中に対する早期リハビリテーションが勧められており、誤嚥性肺炎予防等の観点から、歯科チームの早期介入の必要性も報告されている。
- ・ 一方、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象患者については、基本的に手術を行う患者が対象であり、手術を行わないt-PA静注療法などの患者は対象外となっている。
- ・ 緩和ケアを行う者等を対象とした周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)および周術期等専門的口腔衛生処置は、主に病院併設歯科で実施されており、算定回数は増加傾向にある。
- ・ 糖尿病は歯周病のリスクファクターであることが知られており、糖尿病患者の約16～17%で過去1年間に歯の喪失があることや、約32%で歯肉腫脹の既往がある一方で、定期的な歯科受診がない者が約57%であることなどが報告されている。
- ・ 糖尿病患者に対する歯周治療は全身状態の把握など糖尿病担当医との連携が重要であり、約4割の歯科医療機関で医科から情報提供等を受けているが、糖尿病患者に関する内容の依頼を受けた医療機関は情報提供等を受けた医療機関の27.6%であった。一方で、薬剤性顎骨壊死の原因となる薬剤に関する情報提供等を受けた医療機関は42.6%であった。
- ・ BRONJ関連顎骨壊死の患者数は、近年増加傾向にあることが報告されている。MRONJに関して、本年ポジションペーパーが改定され、従来からの医科歯科連携に加えて医歯薬連携下での口腔管理の必要性が明記された。

歯科医療についての現状・課題②

(ライフステージに応じた口腔機能の管理)

- 本年10月に改定、公布された歯科口腔保健の推進に関する基本的事項において、口腔機能の獲得や口腔機能の維持向上を図ることの重要性が引き続き示されている。
- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の算定回数は年々増加しているが、全体としては依然として低調であり、歯科疾患管理料の算定患者に対して数%にとどまっている。
- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料のいずれも、医学管理として評価されているが実際の実施内容は、療養上必要な指導・管理のみではなく、訓練も含まれている。
- 口腔機能の評価に関する検査は、咀嚼能力検査や咬合圧検査、小児口唇閉鎖力検査、舌圧検査等があり、算定回数は増加傾向であるが、それぞれ対象患者は限定されている。

(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)

- 著しく歯科治療が困難な者に対する診療を評価した歯科診療特別対応加算の算定は近年増加傾向にあり、外来患者の割合は約半数となっている。
- 歯科診療特別対応加算を算定した患者の状態としては、治療の安全性確保が困難な場合や治療目的が理解できず協力が得られないなどが多い。また、医療的ケア児に対する歯科診療を行っている歯科診療所の割合は、約15%であった。
- 障害児の歯科診療においては、基礎疾患のほか、治療時の協力性に問題がある場合や身体的状況により治療が困難となる場合がある。
- 強度行動障害は自傷、他害、破壊等の行動が高い頻度で起こるため、特別な配慮が必要になっている状態であり、個々の自閉症の特性に合わせた標準的な支援の内容を医療と福祉で共有していくことが必要である。
- 障害児等の歯科治療に際して不適応行動を示す患者に対しては行動変容法(行動療法)が行われ、患者の知的能力や障害の程度などを踏まえて選択され、初診時のみ初診時歯科診療導入加算として評価されている。初診時歯科診療導入加算を算定した患者に対する1年以内の再診の回数をみると、1回が最も多い一方で、13回以上も一定数あった。
- 認知症が重度になると口腔清掃が自立困難になる者の割合が大きくなる一方で、口腔ケアの介助を拒否する者の割合も大きくなる。認知症患者に対する歯科治療に際しては、主治医をはじめとした医療従事者や家族、介護職との連携した上で、認知症以外の疾患の有無、介護環境など情報を把握した上で認知症の状態とその変化に応じて治療・管理を行う必要がある。
- 全身的な疾患を有する者に対する医学管理の評価として、医科の担当医からの診療情報提供に基づく医学管理を評価した歯科疾患管理料総合医療管理加算があり、算定回数は近年増加しているが、認知症は含まれておらず対象患者は限定されている。

歯科医療についての論点

(病院における歯科の機能に係る評価)

- 病院における歯科の機能の評価について、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組を推進する観点から、回復期医療、慢性期医療を担う病院における口腔管理の評価について、地域の歯科診療所との連携も含めどのように考えるか。
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期医療や慢性期医療を担う病院の評価をどのように考えるか。

(医科歯科連携、医歯薬連携)

- 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理の対象患者について、現在対象外となっている脳卒中等で手術を行わない急性期患者等についてどのように考えるか。また、歯科の外来で管理され短期入院で歯科疾患の手術を行う患者の周術期等口腔機能管理の評価のあり方について、どのように考えるか。
- 終末期がん患者等の人生の最終段階においては、頻回に歯科専門職の関与が必要となる場合があること等を踏まえ、入院の終末期がん患者等に対して行われる口腔管理に係る評価についてどのように考えるか。
- 歯周病と密接に関連する糖尿病患者について、医科歯科連携による、より効果的な歯周病治療・管理を推進する観点から、糖尿病患者に対する歯周病治療や管理の評価についてどのように考えるか。
- 口腔内に影響を及ぼす薬剤が多数あることや近年、薬剤性顎骨壊死の患者が増えておりポジションペーパーが改定されたこと等を踏まえ、薬剤に係る医歯薬連携を推進する観点から薬剤の副作用等の情報共有等に関する連携の評価についてどのように考えるか。

(ライフステージに応じた口腔機能の管理)

- ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、現在、指導管理と一体的に評価されている口腔機能に係る訓練の評価について、実態にあわせて指導管理と訓練をそれぞれ評価することについてどのように考えるか。
- 客観的な評価に基づく歯科治療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査の対象についてどのように考えるか。

(障害者・有病者・認知症の人への歯科医療)

- 強度行動障害を含む、現状の歯科診療特別対応加算の対象に含まれない患者や極めて対応が困難な患者の歯科診療の評価や歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価についてどのように考えるか。また、医療的ケア児等について学校等に対する情報提供の評価についてどのように考えるか。
- 認知症患者に対する歯科治療について、かかりつけ歯科医による早期段階の発見・気づきによる関係者との情報共有・連携が重要であること等を踏まえ、認知症患者の管理や連携に関する評価についてどのように考えるか。