

# 周術期等口腔機能管理（化学療法・放射線治療）に伴う 病診連携のご案内

平素より、地域医療連携にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび当院では、**化学療法・放射線治療を受けられる患者さんの周術期等口腔機能管理**に取り組んでおります。

## ■ 周術期等口腔機能管理の必要性

全身麻酔手術や化学療法・放射線治療では、**身体の抵抗力が低下し、口腔内の感染症や誤嚥性肺炎などの合併症**が起きやすくなります。

治療開始前から十分な口腔ケアを行い、口腔内環境を整えることで、合併症の予防と治療の質向上が期待できます。

この取り組みは平成 24 年度より健康保険診療に導入され、**計画策定料・管理料等の算定**が可能です。

## ■ 化学療法・放射線治療領域での連携の流れ

### 患者さんがお持ちになる書類（3点セット）

1. 診療情報提供書（当院より作成）
2. 周術期等口腔機能管理計画書（印旛郡市歯科医師会様様式）
3. 周術期等口腔機能管理報告書

### 貴院での対応内容

- 齲歯、歯周病、動揺歯など**口腔機能に影響を及ぼす歯牙**の処置
- **口腔ケア**の実施
- **計画書の策定・保管**（②の計画書へ治療計画を記載し、貴院で保管）
- **報告書の作成・送付**（③の報告書を作成し、患者さんへお渡し）

なお、貴院では以下の保険点数が算定可能です。

| 項目              | 点数   | 備考                  |
|-----------------|------|---------------------|
| 周術期等口腔機能管理計画策定料 | 300点 | 計画書策定時              |
| 周術期等口腔機能管理料Ⅲ    | 200点 | 月1回算定可              |
| 周術期等専門的口腔衛生処置 1 | 100点 | 月2回算定可（管理料Ⅲの算定月に限る） |
| 周術期等専門的口腔衛生処置 2 | 110点 | 口腔粘膜保護材使用時（月1回まで）   |

また、治療期間中、**必要に応じて継続的な歯科受診**を患者さんへご指導いただけますと幸いです。

お忙しいところ恐れ入りますが、患者さんの安全な治療のため、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。