

診療報酬改定方針に見る 多職種連携による 医学的・経済的メリットについて

丹沢 秀樹

千葉大学大学院医学研究院 名誉教授

私の立ち位置

千葉大学大学院医学研究院 口腔科学講座 教授

千葉大学医学部⇒東京医科歯科大学歯学部

「医学だけでも、歯学だけでも治せない患者さんがいる」

平成15年度 21世紀COEプログラム 拠点リーダー

最先端治療(重粒子線、遺伝子治療、免疫治療)研究と実施

最先端医療の研究と実践

平成19年度 がんプロフェッショナル養成プラン 責任者

多職種の「がん治療・管理専門家の育成システム」構築

中央社会保険医療協議会

専門委員

医療費の有効利用、周術期口腔機能管理・多職種連携の促進

日本口腔科学会（日本医学会第31分科会）

理事長

「口腔の専門科・専門学会」、「口腔内には多数の解剖学的器官があり、それぞれに専門の学会・医療技術がある」

⇒多くの職種・学会・診療科間の「respectに基づく相互理解と連携」、
医学における「口腔の専門家」たる歯科医

日本学術会議

会員

単に医療関係者だけでなく、文科系学者の参加が必要

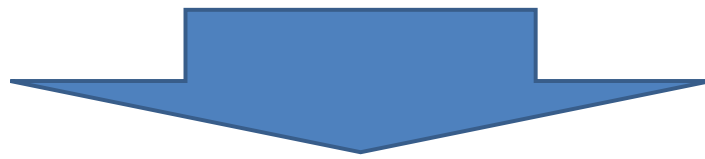
最高裁判所任命

専門委員

科学的エビデンスに基づいた合理的な判決

勝ち負けではなく、互いの理解による和解を目指す

- 口腔は全身の一臓器
- 多くの解剖学的器官と機能
⇒ 多数の学問・医療技術が発展
- 日本医学会と日本歯科医学会の
分科会に学会も分かれ、
医科と歯科に免許・資格が異なる



全てが揃ってこそ、「口腔科」
患者目線が第一！

3

I－1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

④ 診療情報の共有に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

骨子＜I－1(4)＞

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**をかかりつけ医とかかりつけ歯科医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

第2 具体的な内容

医科点数表及び歯科点数表において、診療情報連携共有料を設ける。

(新) 診療情報連携共有料 120 点
【医科点数表、歯科点数表】

4

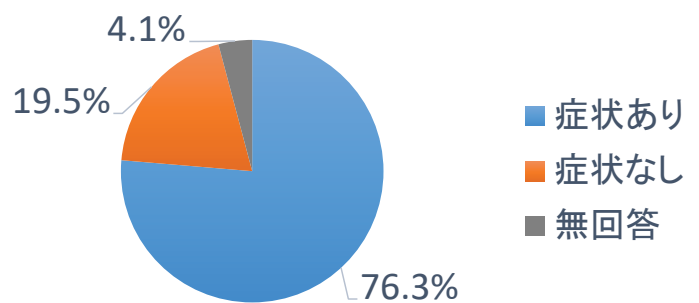
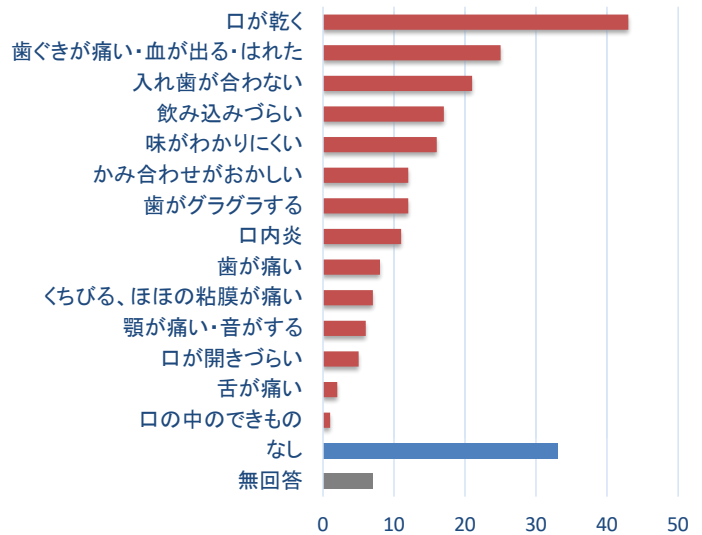
歯科医療と内科医療の両方の
情報が揃って、患者さんの全人
的医療ができる！

医療における 「口腔」と「歯科」の現状

千葉大学医学部附属病院における
口腔内の満足度調査
(調査研究、抜粋)

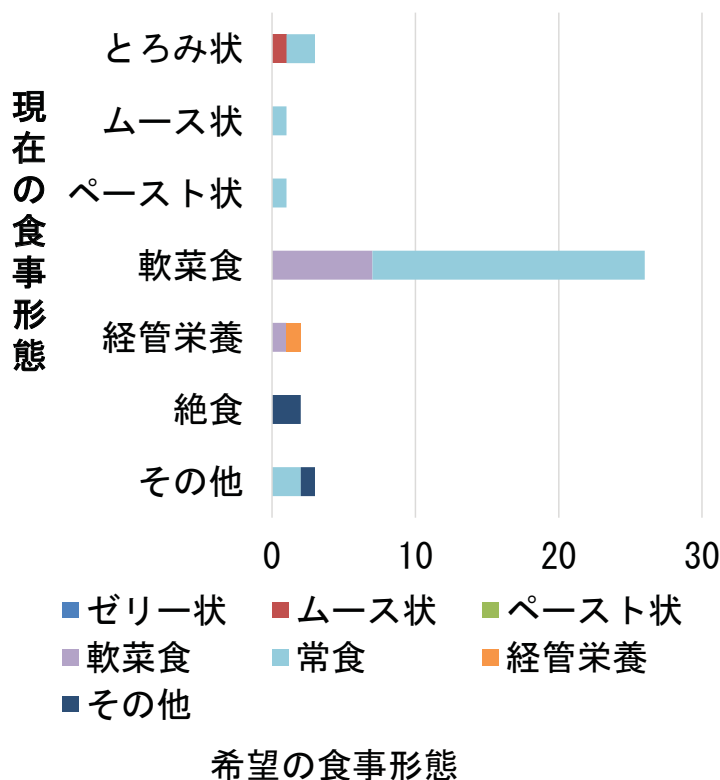
	人数	割合
口が乾く	43	25.4%
歯ぐきが痛い・血が出る・はれた	25	14.8%
入れ歯が合わない	21	12.4%
飲み込みづらい	17	10.1%
味がわかりにくい	16	9.5%
かみ合わせがおかしい	12	7.1%
歯がグラグラする	12	7.1%
口内炎	11	6.5%
歯が痛い	8	4.7%
くちびる、ほほの粘膜が痛い	7	4.1%
顎が痛い・音がする	6	3.6%
口が開きづらい	5	3.0%
舌が痛い	2	1.2%
口の中のできもの	1	0.6%
なし	33	19.5%
無回答	7	4.1%
回答人数	169	133.7%
症状あり	129	76.3%

現在のお口の中の症状

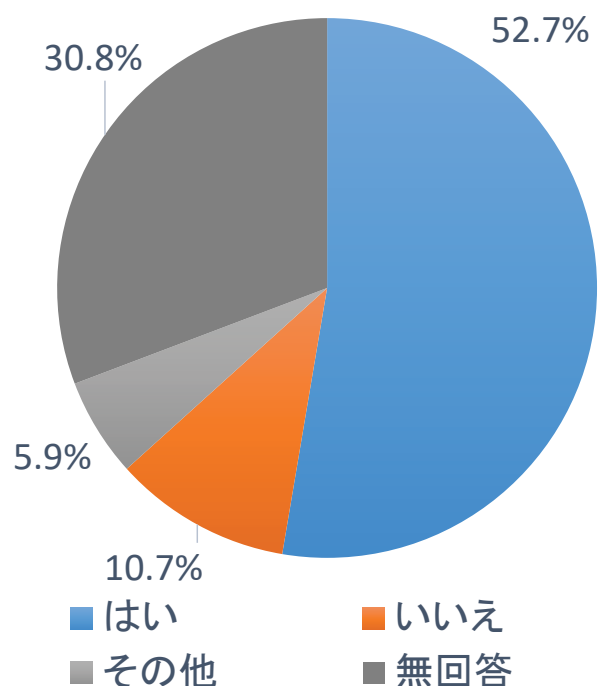


7

現在の食事形態と希望の食事形態



お口の状態が改善されれば希望の食事形態はかなえられると思うか



8

医科歯科連携の推進について

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

- 悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算の評価を充実する。

周術期口腔機能管理後手術加算 100点 → 200点 【医科歯科点数表】 ※手術加算

【医科点数表】 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1 月以内に、胸部・腹部等の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後 1 月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

栄養サポートチームの評価（歯科医師と連携した場合の評価）

- 入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加した場合を評価する。
（新） 歯科医師連携加算 50点 【医科点数表】 ※入院基本料の加算

歯科訪問診療の評価（医療施設、介護保険施設と連携した場合の評価）

- 歯科の標榜がない病院に入院中※¹又は介護保険施設に入所中※²の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その結果に基づいて歯科訪問診療を行った場合を評価する。

（新） 栄養サポートチーム連携加算 1 60点※¹ 【歯科点数表】 ⇒80点

（新） 栄養サポートチーム連携加算 2 60点※² ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

[算定要件] 歯科医師が病院の入院患者に対する栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス、回診等に参加し、また、介護保険施設の入所者に対する食事観察等の一員として参加し、**1 回目は参加した日から起算して 2 月以内に口腔機能評価に基づく管理を行った場合に60点を所定点数に加算する。2 回目以降は当該月にカンファレンス等に参加していなくても差し支えないが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して 6 月を越える日までに 1 回以上参加すること。**

最大限の医学的・経済的効果を得るために

医科総合病院NSTチームにおける医科歯科連携

既存のNSTチームによる摂食の捉え方は**摂食量**

「食事を療養計画通りに**全量摂取させるにはどうしたら良いか**」

**患者の76.3%が口腔症状を有し、
52.7%もの方が「お口の状態が改善されれば
もっと良い食事形態、美味しい食事ができる」と考えている**



NSTチームに歯科医師を加える。

**口腔の専門家による口腔の審査を考慮した多職種による管理・
治療計画を立案する。 80点に増点した意味**

登録歯科医制度等を病院が制定する

歯科医を加えて毎週1回、回心とカンファレンスを行う

1人が対象：歯科側は交通費も出ない、病院側も経済効果ない

100人単位：経済的にも成り立つ運営ができ、患者にもプラス

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

③ 歯科医療機関連携加算の対象拡大

第1 基本的な考え方

骨子＜I-1(3)＞

在宅医療における医科と歯科の連携を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に属する医師が、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合を評価している診療情報提供料（I）の歯科医療機関連携加算の在宅医療に関する部分について、見直しを行う。

第2 具体的な内容

歯科訪問診療に関する情報提供を行う場合の情報提供先及び対象患者を拡大する。

（医科点数表）

現 行	改定案
【歯科医療機関連携加算】 [算定要件] イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合	【歯科医療機関連携加算】 [算定要件] イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った 栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者（疑われる患者を含む。） について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

疾患概念の変化

従来の**臓器を中心とした疾患概念**と担当診療科



図1：正常な喉頭（声帯）吸気時



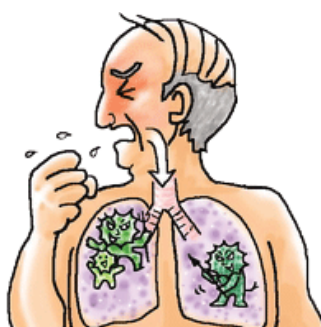
図2：喉頭癌（右声帯癌）

喉頭癌
↓
耳鼻咽喉科

求められている**機能を中心とした疾患概念**と多職種連携

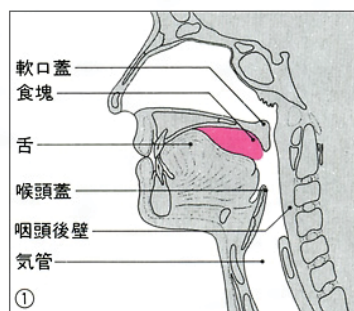


pinka.jp - 10645369

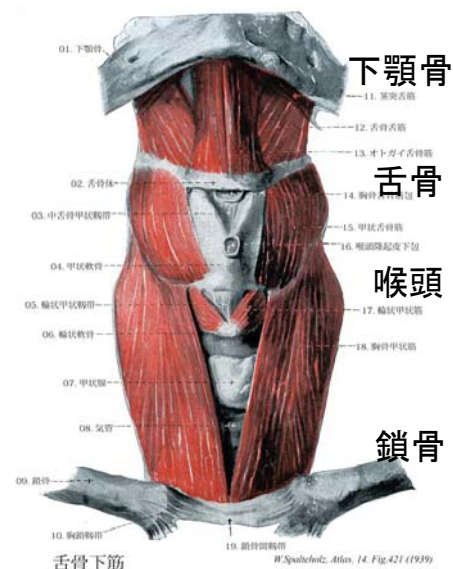
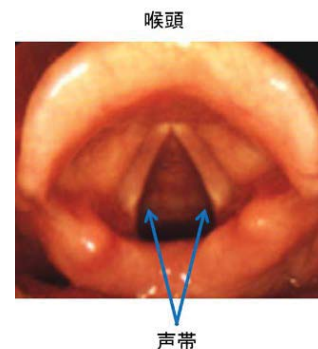
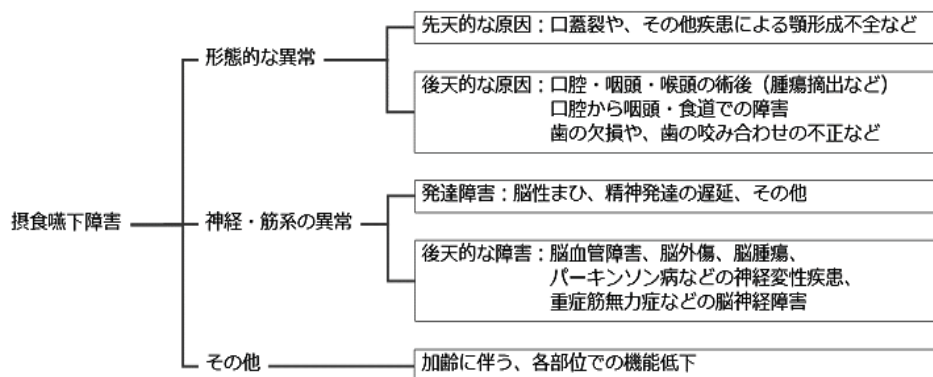
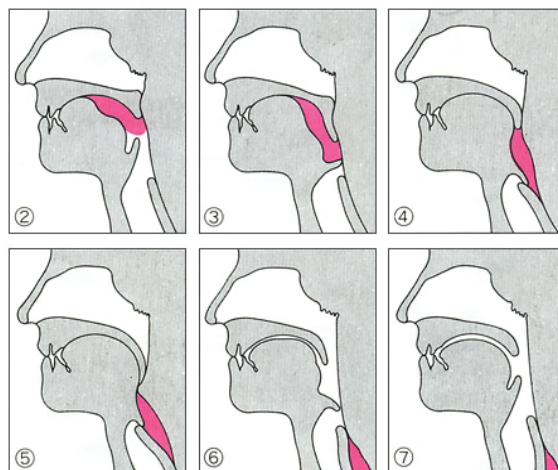


口腔機能低下
摂食嚥下障害
誤嚥性肺炎
↓
歯科
耳鼻咽喉科
神経内科等

多職種連携の重要性：誤嚥を考える



- ① 第1期
②～⑤ 第2期
⑥～⑦ 第3期の始まり



13

最大限の医学的・経済的効果を得るために 誤嚥予防のための医科歯科連携

多職種の連携が必要

不随意運動：神経内科

咀嚼：歯科

嚥下：喉頭機能の評価、総括的評価等は耳鼻咽喉科

喉頭の良位を保つための補助は歯科

検査で表現できない患者の訴え：看護師

機能訓練：理学療法士

個々の診療科の単位では不十分！

患者さんを第一に考えて、患者さんのために皆が協力する！

口腔機能管理の定義

1) 口腔ケアの種類

- ・「一般的口腔ケア」：従来の主に看護師により行われてきた口内清拭。
- ・「専門的口腔ケア」：歯科医師・歯科衛生士による歯周ポケット、根管内、根尖部、顎骨、唾液腺などに対する専門的処置。
- ・「連携口腔ケア」：歯科医師、歯科衛生士、医師、看護師など、多職種との連携による口腔内処置。

2) 歯科疾患管理

1 口腔単位で審査・計画された口腔疾患の治療・管理。

3) 周術期口腔機能管理

- ・手術目的疾患の**主治医と連携**して、口腔の専門家である**歯科医師が行う診断、計画立案、指示、実施・管理**。
- ・治療における副作用/合併症の予防・軽減を目的とする。
⇒**1口腔単位にとどまらない全人的管理に貢献する。**
- ・審査評価、管理計画、歯科衛生士、看護師などへの指示、処置、手術目的疾患の主治医への報告、地域歯科施設との連携が重要である。
- ・口腔ケアにとどまらず、歯科疾患治療や、麻酔・手術操作にともなう偶発症予防（歯の固定等）、放射線治療のための**口腔内金属除去**なども含まれる。

4) 介護における類似管理

- ・「口腔衛生管理体制加算」：歯科医師または歯科衛生士による助言・指導に基づく口腔ケア・マネジメントの計画作成と実施。
- ・「口腔機能維持管理加算」：「口腔機能維持管理体制加算」施設で、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを行う。
- ・「経口維持加算」：医師または歯科医師の指示に基づく経口摂食維持。

15

従来の対象疾患

・周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関の診療情報提供に係る評価

（新）歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】（診療情報提供料の加算）

《算定要件》

歯科を標榜していない病院で、**手術の部**の第6款（**顔面・口腔・頸部**）、第7款（**胸部**）及び第9款（**腹部**）に掲げる**悪性腫瘍手術**、第8款（**心・脈管（動脈及び静脈は除く。）**）の手術若しくは**造血幹細胞移植**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があり、歯科を標榜する保険医療機関に対して、情報提供を行った場合に算定する。

・通知

（1）周術期口腔機能管理料(I)及び周術期口腔機能管理料(II)は、**がん患者等**の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価したものであり、---

（2）周術期口腔機能管理を必要とする手術は、**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**をいう。

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

・各種解説

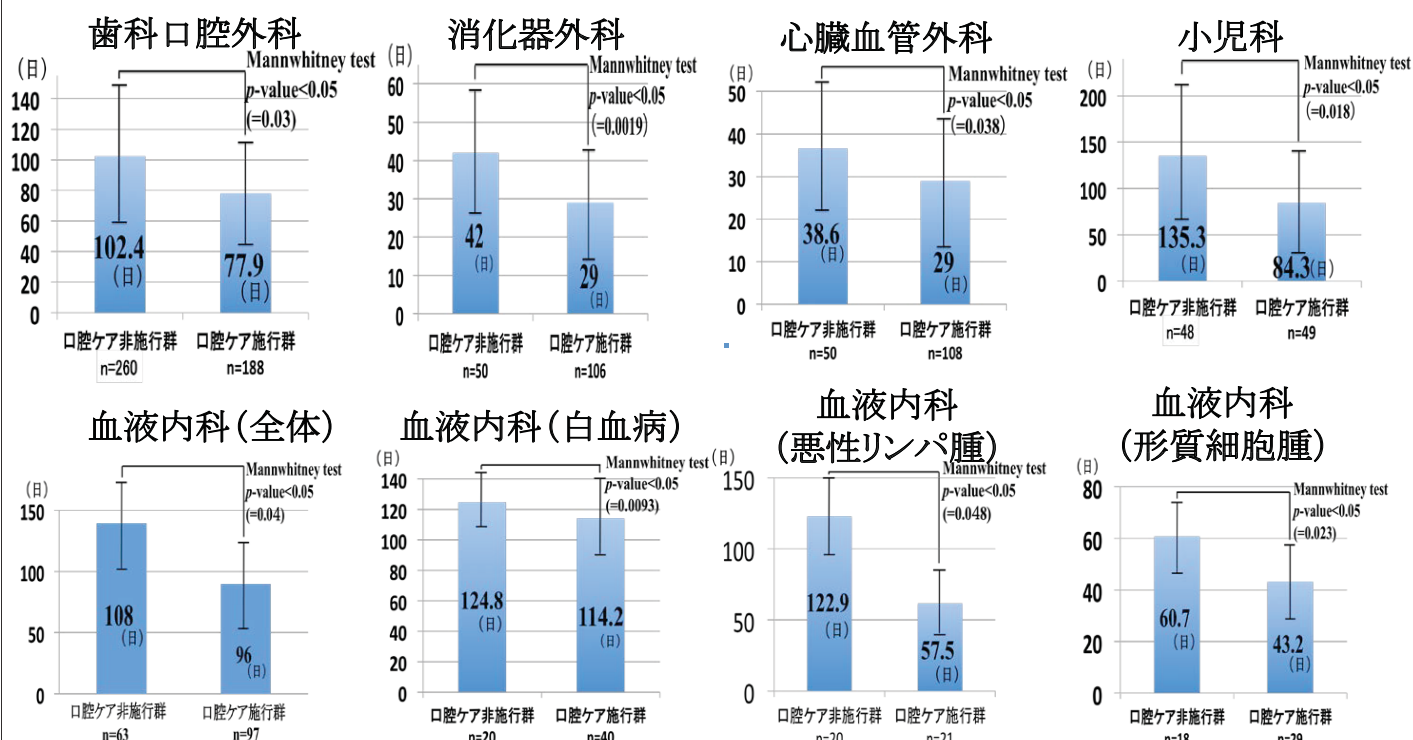
がん患者等の**全身麻酔下**で実施される、**頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術**又は**心臓血管外科手術等**をいう。

放射線治療、抗がん剤治療、等の患者の口腔機能の管理を適切に行う。

16

口腔ケアの各科患者の在院日数に対する削減効果

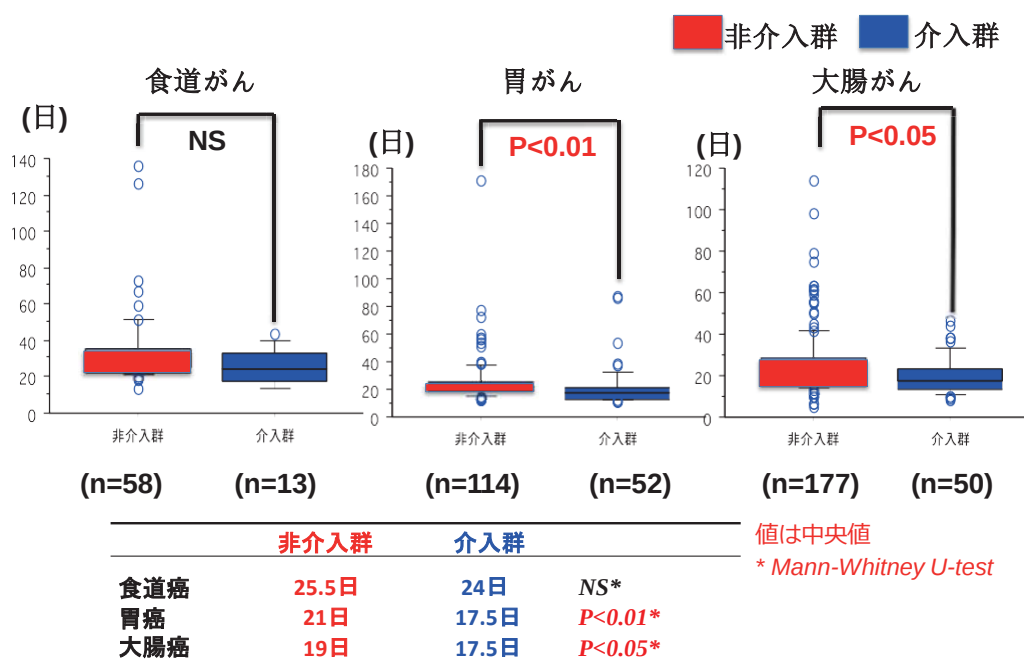
(千葉大学)



17

術後在院日数

(信州大学)

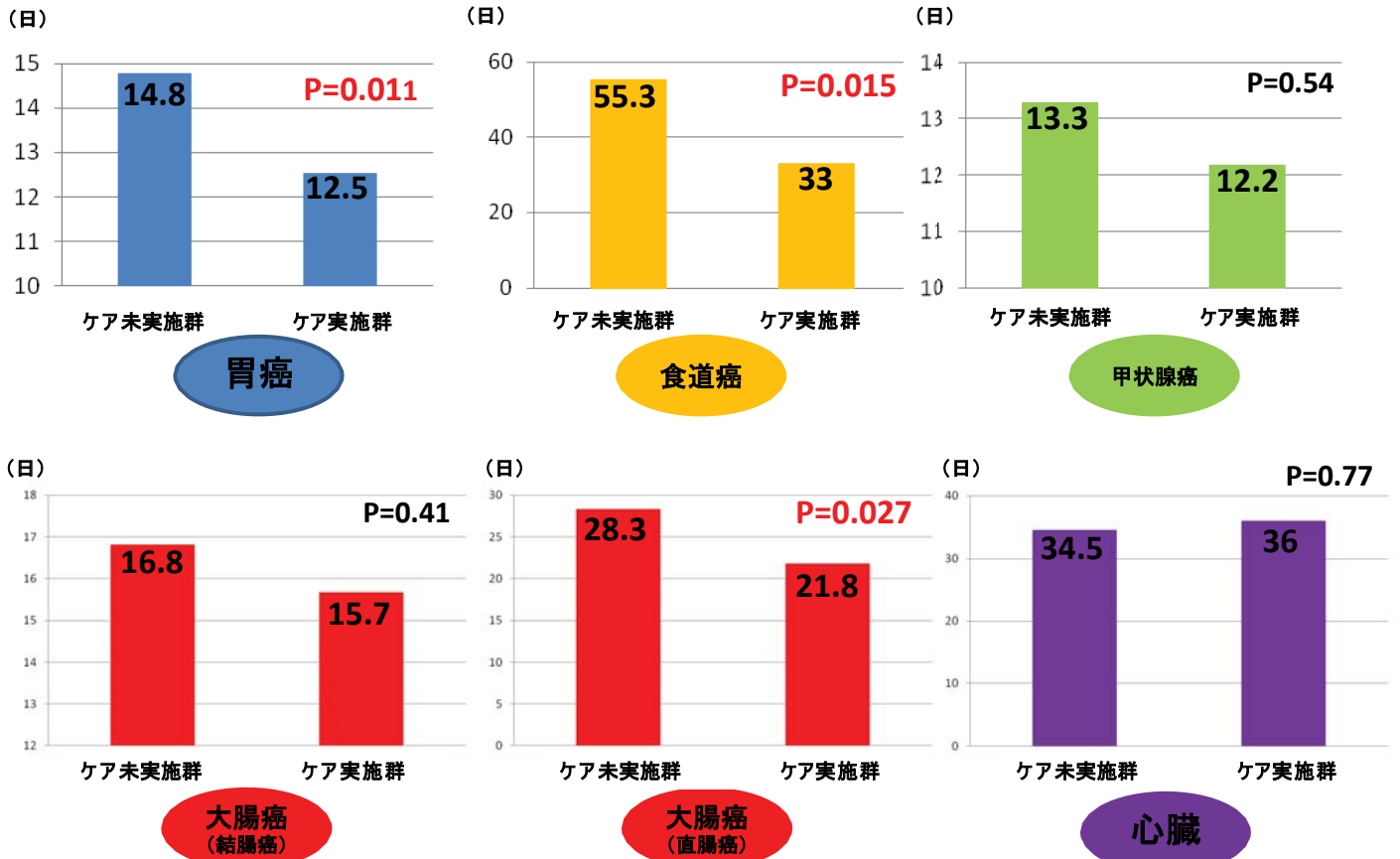


- 周術期口腔機能管理は消化器がん手術において、術後在院日数短縮効果があると考えられます。
- 口腔機能管理により術後の合併症の減少や、回復が順調となったためと思われます。

18

入院日数

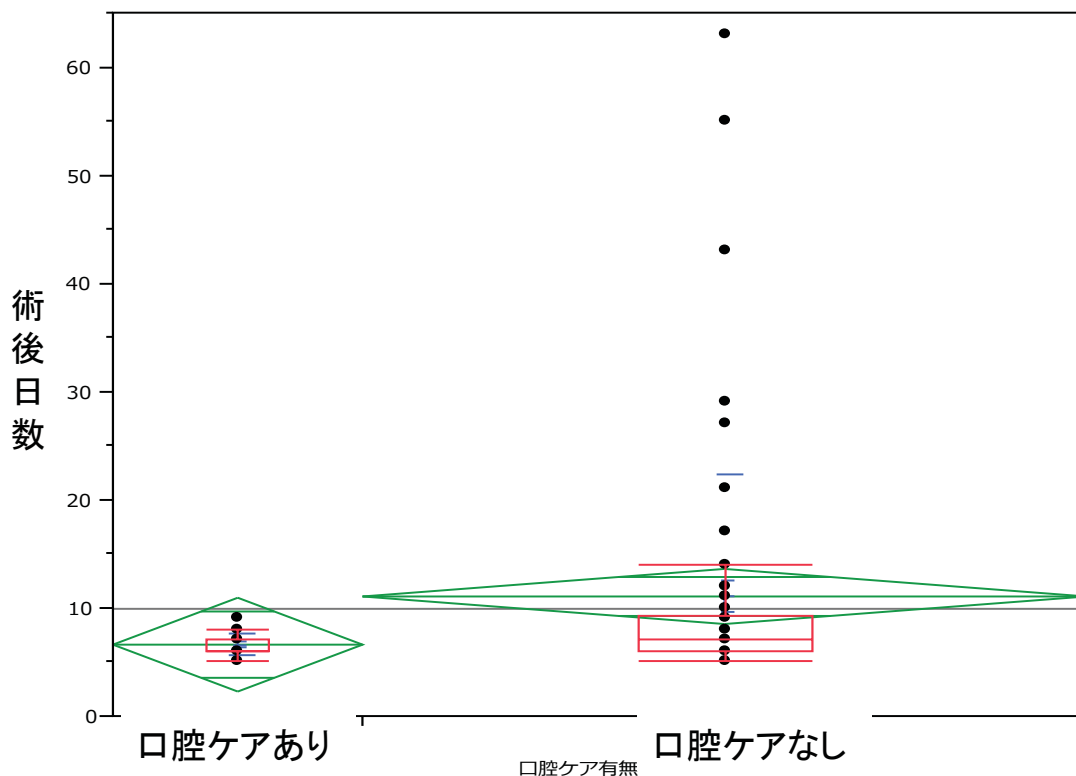
(大阪警察病院)



19

周術期口腔ケア分析 腹腔鏡下 胃切除・全摘 口腔ケア有無 術後日数比較

【腹腔鏡下 胃切除・全摘 術後日数比較】

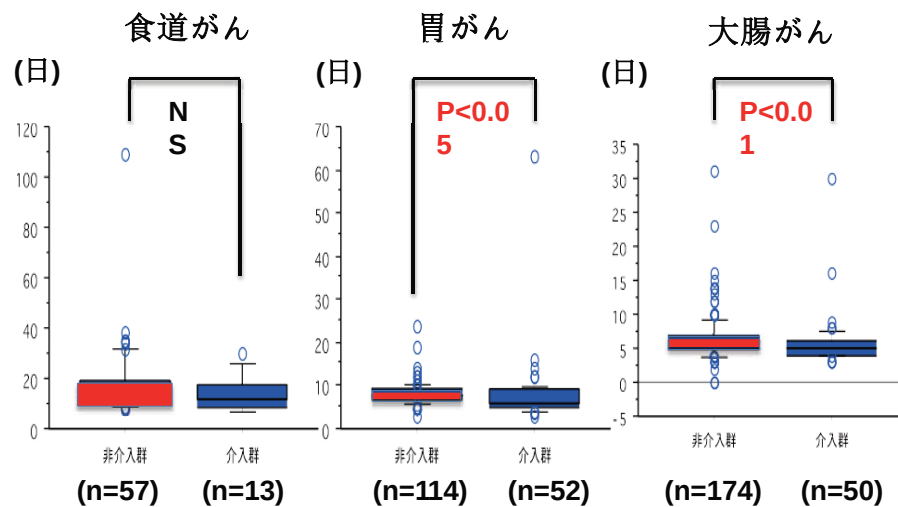


20

術後絶食日数

(信州大学)

■ 非介入群 ■ 介入群



	非介入群	介入群	
食道癌	13.5日	12日	NS*
胃癌	8日	6日	$P<0.05^*$
大腸癌	6日	5日	$P<0.01^*$

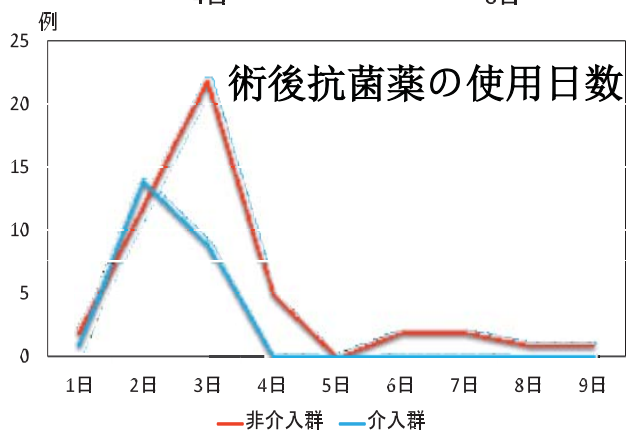
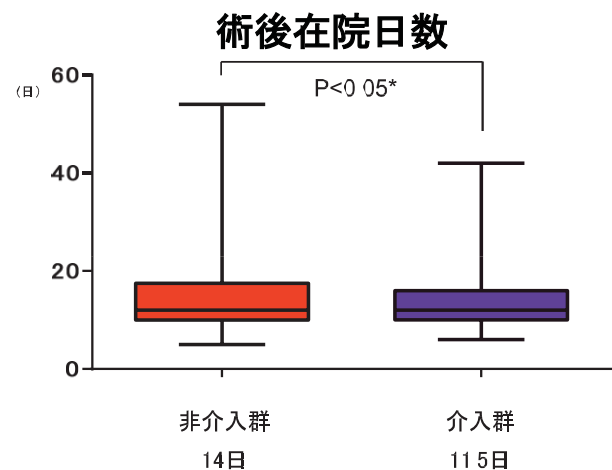
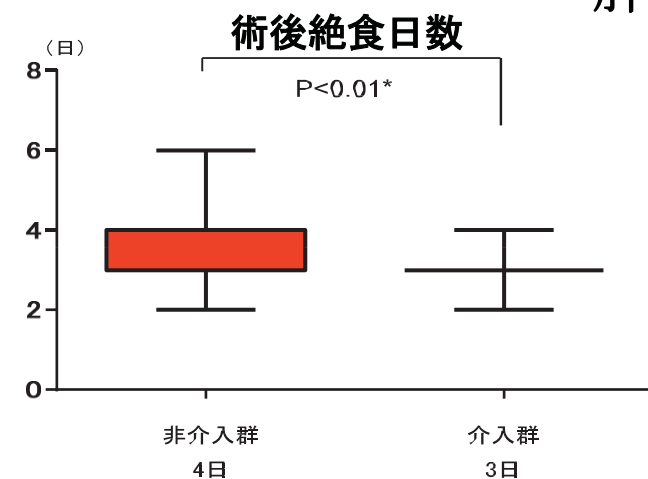
値は中央値
* Mann-Whitney U-test

- 周術期口腔機能管理は消化器がん手術において、術後絶食 期間短縮効果があると考えられます。
- 口腔機能管理により術後の合併症の減少や、回復が順調となったためと思われます。

21

肝臓癌手術

(信州大学)



非介入群	介入群	
3日	2日	$P<0.01^*$

	非介入群 (n=56)	介入群 (n=24)
年齢: (中央値,範囲)	70.5歳 (59~79歳)	68歳 (38~82歳)
術式		
肝区域切除術	29	12
肝部分切除術	18	9
腹腔鏡下肝切除術	9	3

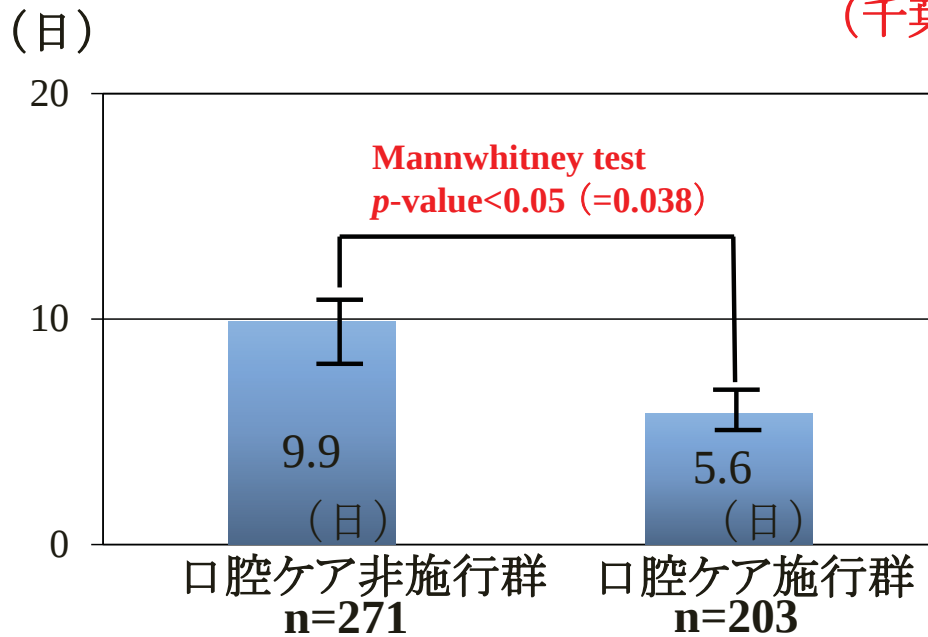
(n=80)

*Mann-Whitney U-test

22

抗菌薬投与期間

(千葉大学)



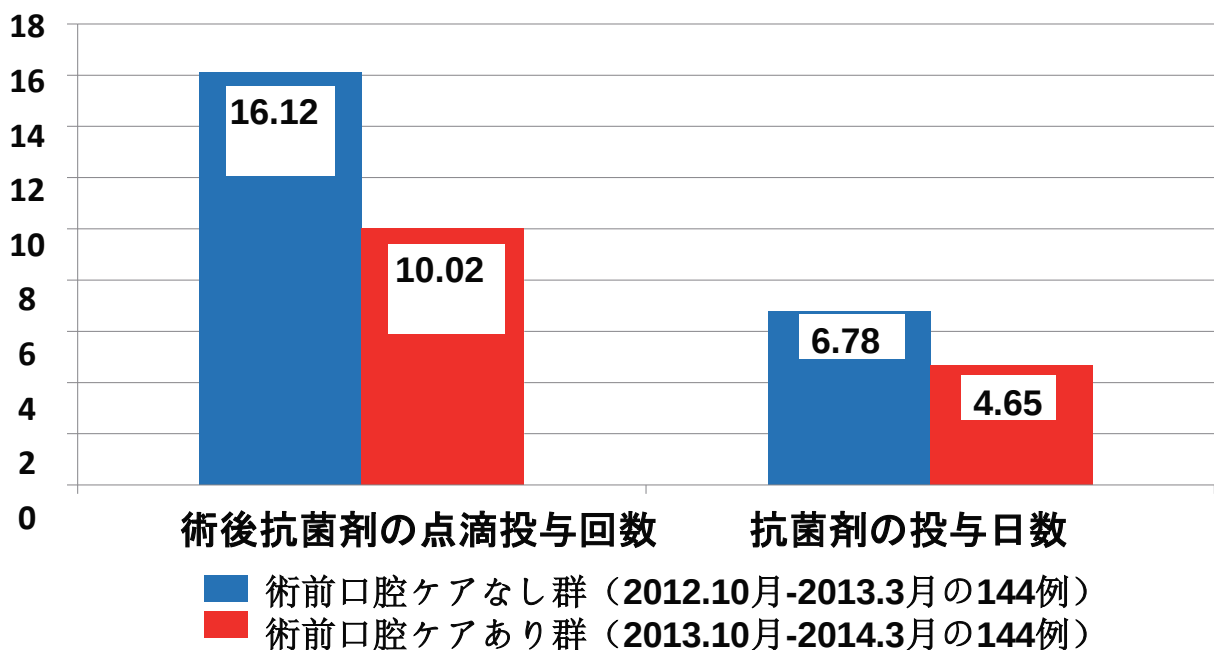
- 口腔悪性腫瘍手術患者を対象とした。
- 口腔ケアにより、術後抗菌薬投与期間が有意に短縮した。

23

長野市民病院

(信州大学報告書から)

消化器がん



*消化器がんの術前口腔ケア介入開始は2013.8月から

24

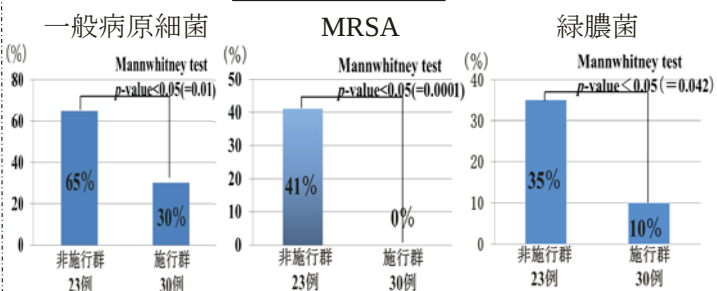
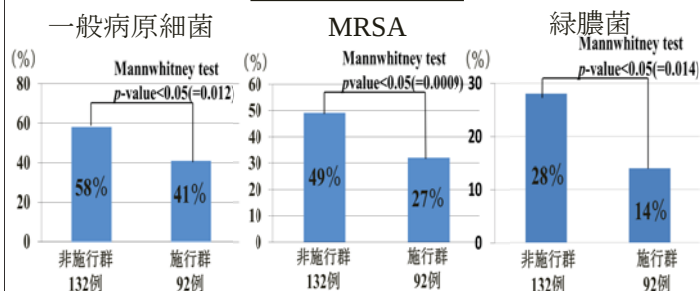
口腔悪性腫瘍患者における 病原細菌の検出率に対する効果

術後

放射線化学療法

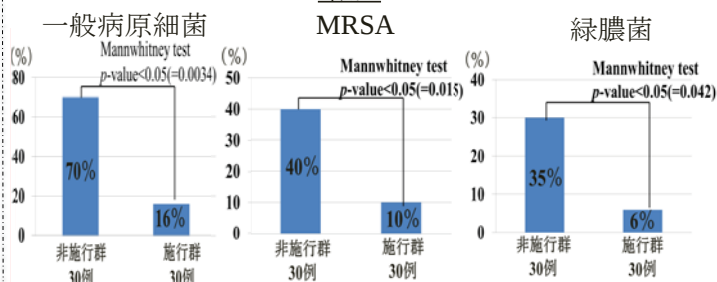
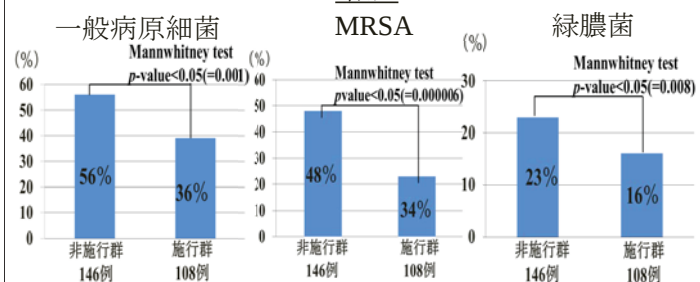
口腔内ぬぐい液

口腔内ぬぐい液



喀痰

喀痰

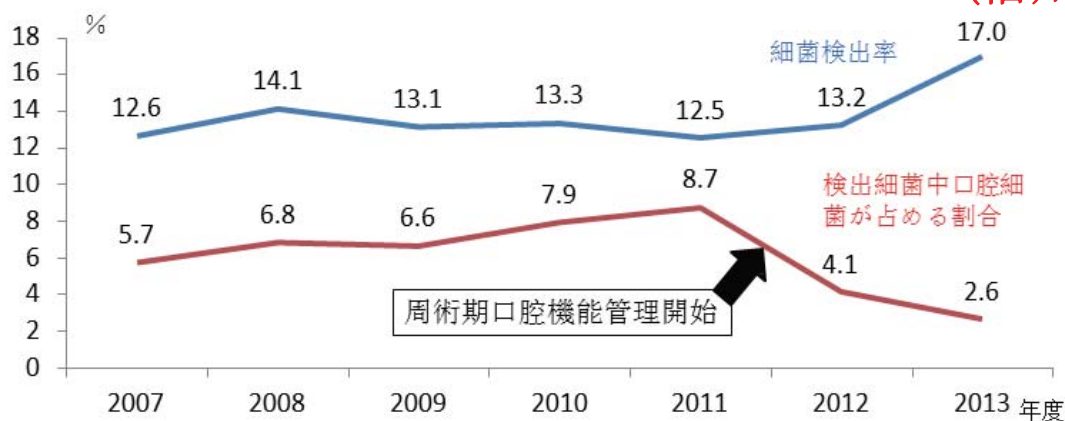


- 術後、放射線治療後どちらの場合でも、口腔ケアにより、病原細菌の検出率が大幅に下がっていた。
- 口腔ケアによる効果の大きな要因は、口腔・咽頭の細菌叢を健全に保つことであると考えられる。

25

口腔内細菌による菌血症の減少

(信州大学)



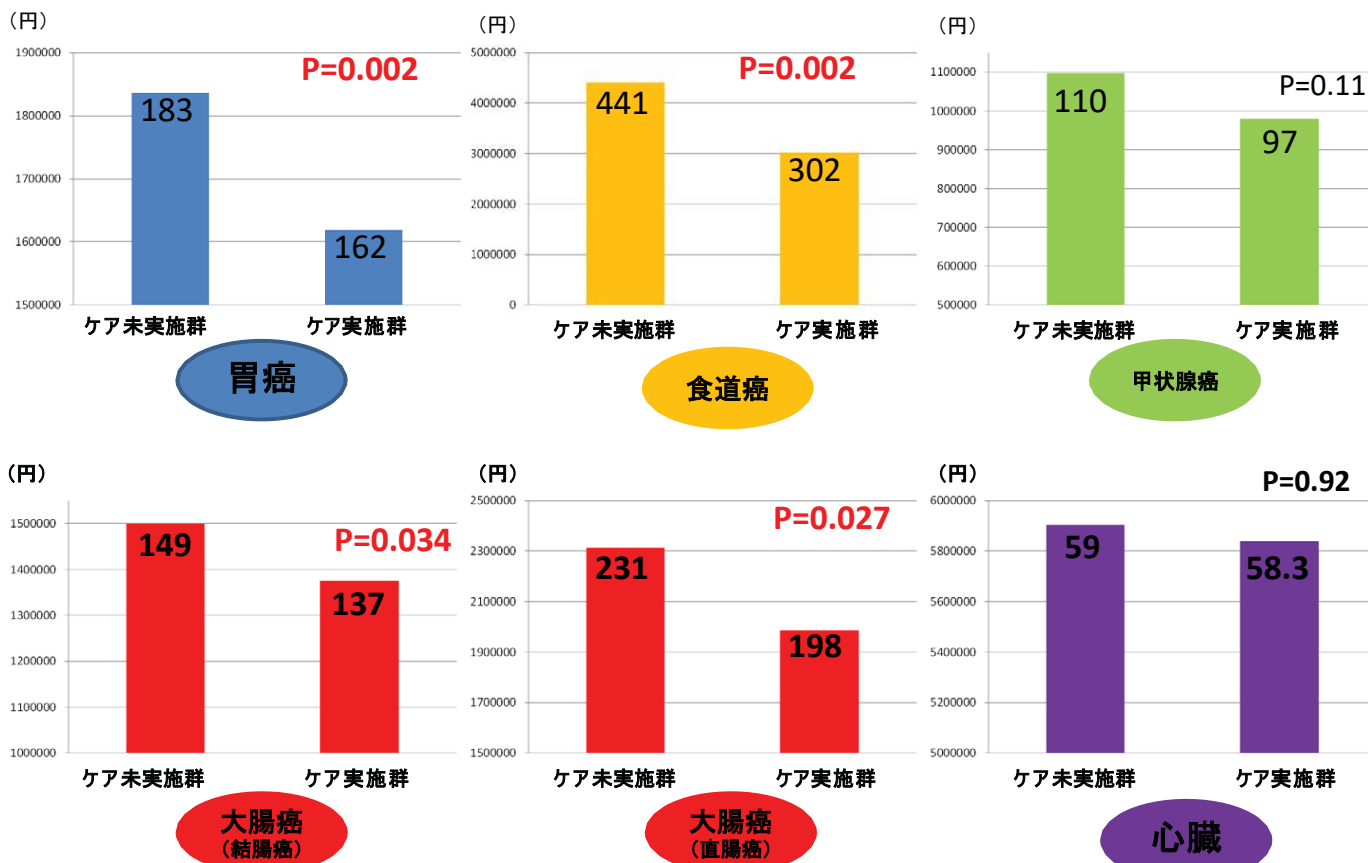
	2007-2011年度平均					2012年度	2013年度
検体数	2,108 (2007)	2,588 (2008)	2,419 (2009)	3,334 (2010)	3,676 (2011)	3,686	4,101
細菌検出率	13.1±0.6% (95%CI: 12.3-13.0%)					13.2%	17.0%
検出細菌中口腔細菌が占める割合	7.1±1.2% (95%CI: 5.69-8.59%)					4.1%	2.6%

周術期口腔機能管理開始以前(2007 年度から2011 年度まで)は、口腔細菌の検出細菌に占める割合は5.7%から8.7%で平均7.1±1.2%(95% 信頼区間5.69-8.59%)でありましたが、周術期口腔機能管理開始後には4.1%(2012年)、2.6%(2013年)と半減しました。

26

医療費

(大阪警察病院)

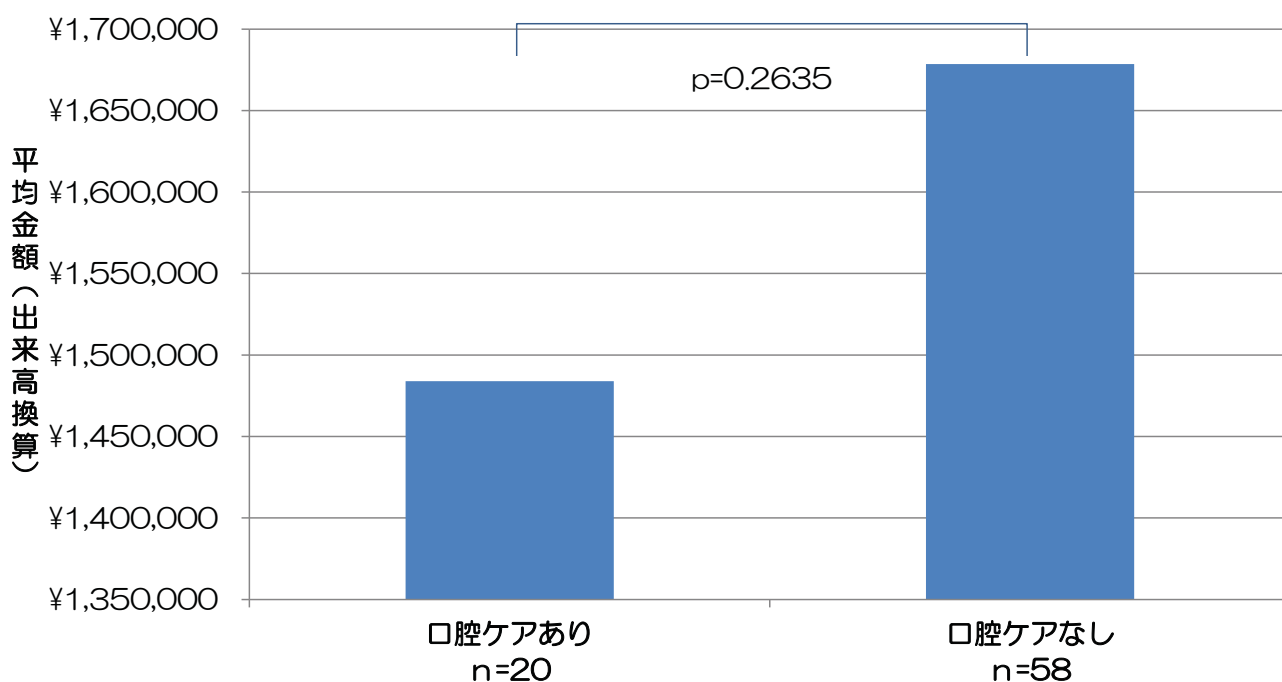


27

周術期口腔ケア分析 腹腔鏡下 胃切除・全摘 口腔ケア有無 金額比較

腹腔鏡下 胃切除・全摘

■ 平均 / 出来高金額合計(円)



28

腹腔鏡下胃切除・全摘 口腔ケア有無 比較 (2012年4月-2013年9月退院データ)

【腹腔鏡下 胃切除・全摘】

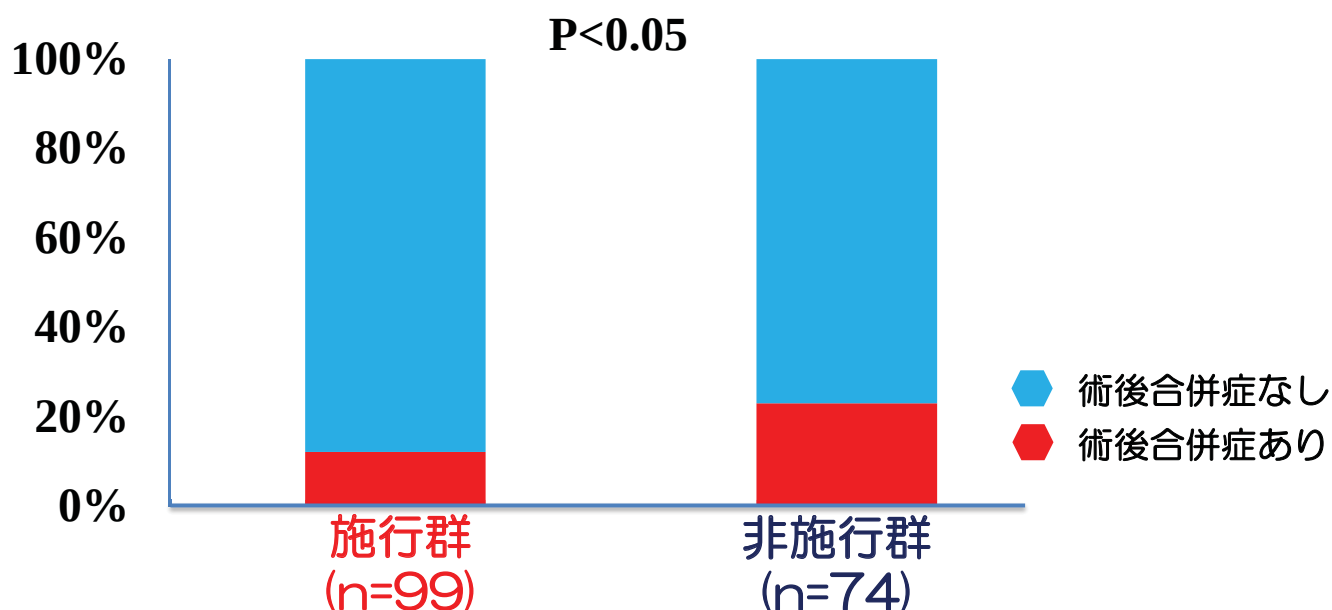
	口腔ケアあり	口腔ケアなし	全体
症例数	20	58	78
平均 / 術後日数	6.6	11.1	9.9
標準偏差 / 術後日数	0.9	11.1	9.8
死亡数	0	0	0
入院後肺炎患者数	0	3	3
平均 / DPC(円)	¥1,524,039	¥1,700,905	¥1,655,554
平均 / 出来高金額合計(円)	¥1,483,901	¥1,678,465	¥1,628,577
平均 / 20収益因子@投薬	¥1,958	¥3,508	¥3,111
平均 / 30収益因子@注射	¥14,119	¥46,990	¥38,562
平均 / 40収益因子@処置	¥5,158	¥13,278	¥11,196
平均 / 60収益因子@検査	¥41,890	¥54,464	¥51,240
平均 / 70収益因子@画像	¥12,297	¥31,906	¥26,878

29

29

総合病院 国保旭中央病院

術後合併症発症率(胃がん)

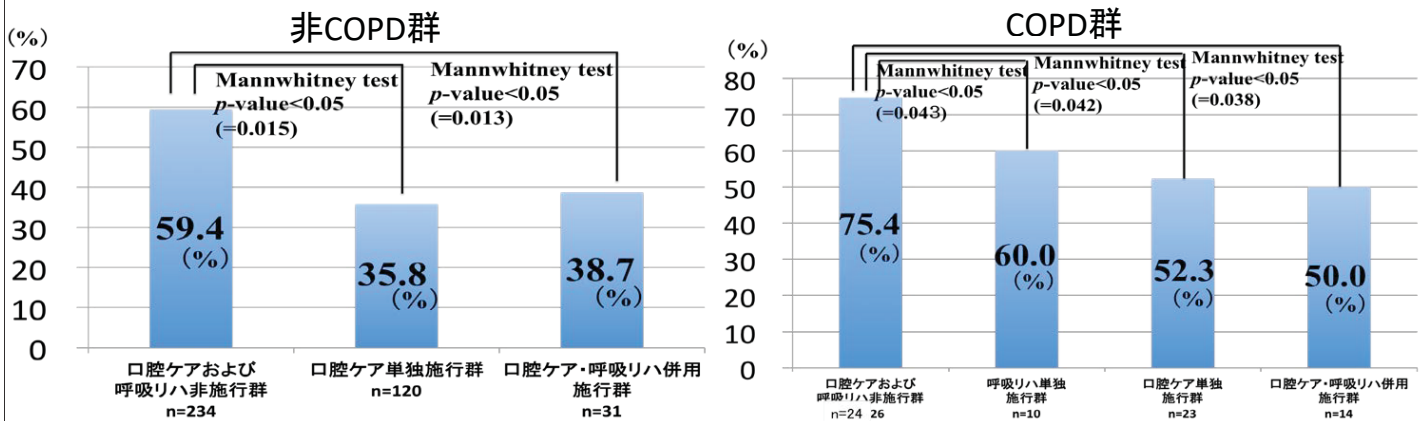


術後合併症において、周術期口腔機能管理施行群は非施行群に比べ、有意に低下している。

疾患のみを対象とし、患者背景や手術侵襲は考慮していない。

口腔悪性腫瘍COPD患者における 術後合併症に対する口腔ケアと呼吸リハの効果

炎症性呼吸器症状の発現率



【術後炎症性呼吸器症状の定義】

- 必須項目：発熱 ($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$), 末梢白血球数の上昇 ($\geq 10.0 \times 10^3/\mu\text{l}$), CRP値の上昇 ($\geq 5.0\text{mg/dl}$)
- 補助項目：咳の出現、喀痰量の増加、胸部レントゲン上の異常像

【結果の概要】

- 口腔ケアはCOPDの有無にかかわらず有効であった。
- COPD群では呼吸器リハは有効であったが、非COPDでは口腔ケアへの併用効果は認められなかった
- 呼吸器リハは喀出力増強効果、口腔ケアは慢性的気管流入唾液の病原細菌の抑制効果と言うように分けて考えると、喀出力正常な非COPD群と、喀出力に劣るCOPD群とにおける口腔ケアと呼吸器リハの役割を良く理解できる。
- 以上より、口腔ケアは慢性的な唾液の気管への流入が原因である呼吸器炎症に対しては、効果が強く見込めることがわかる。→周術期だけではなく、慢性的な病態に有効！

31

最大限の医学的・経済的效果を得るために

口腔機能管理の可能性

治癒の促進
合併症の予防・抑制
医療費の節減・有効活用
慢性疾患・病態にも有効

口腔機能管理の効果をもたらす原理に関する一考察

- ・誤嚥性肺炎発生率は10%以下 ⇒ 誤嚥性肺炎予防だけでは説明できない
- ・口腔と連続性のない臓器でも効果 ⇒ 局所感染予防でも説明しきれない
- ・細菌は20分程度で分裂増殖するため、細菌数は3時間もすれば元にもどる
⇒ 細菌数では説明できない ⇒ 病原性、すなわち病原菌の有無/数の問題を考えるべきだろう。
- ・胃は非常にPHの低い胃液を大量に分泌し、ほとんどの細菌が殺菌される ⇒ 腸管の環境は比較的安定である ⇔ 胃よりも前にある口腔咽頭の粘膜部位で多くの免疫とエネルギーが費やされている。これを節約できるので、創傷治癒が促進されたり、合併症が少なくなるのではないかな？
- ・無菌飼育をすると小動物の寿命は大幅に伸びる ⇒ 菌に対する免疫が生物の生存に多大な負担になっている。
- ・抗生剤投与で家畜が早期に肥満する。抗生剤は肥満薬でもないし、カロリーもない ⇒ 動物が細菌などに使っている免疫エネルギーが抗生剤により節約されて、その分、成長・肥満などが起こるのではないかな？

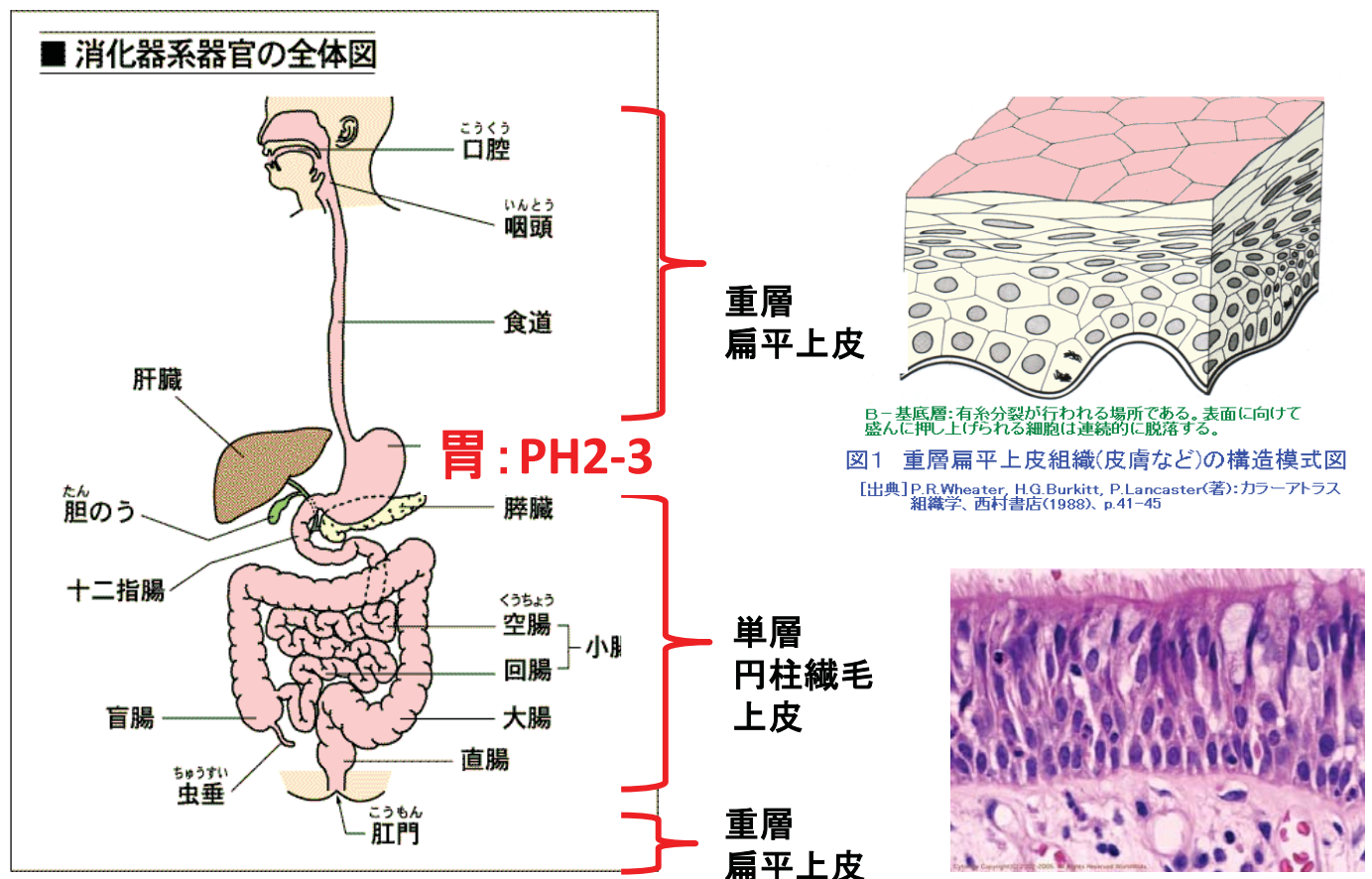


口腔ケアによる病原菌のコントロールにより粘膜免疫の負担が軽減され、その結果、創傷 治癒が促進されたり、合併症が少なくなるのではないかな？

33

口腔機能管理の根拠・効果と意義

消化管の構造と細菌に対する防御・免疫

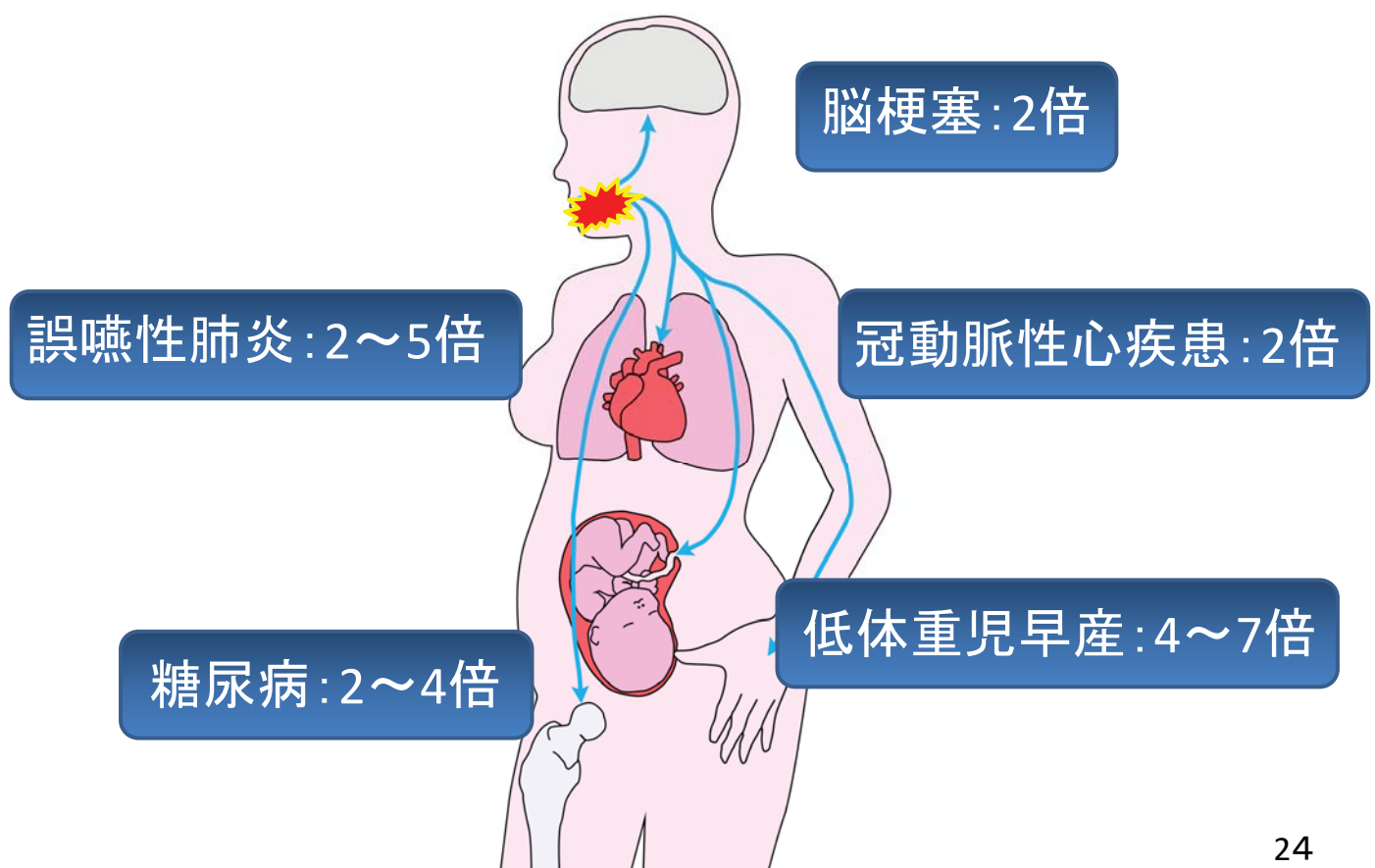


炎症性ケミカルメディエーターによる 組織傷害(例:糖尿病)



35

口腔環境に影響される全身への危険率



24

消化器・粘膜免疫からみた 口腔の特殊性

炎症としては重篤ではないが、
恒常的に継続することが
最大の特徴！

37

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

⑭ 周術期口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

骨子＜I-1(13)

＞

地域包括ケアシステムの構築に向けて医科歯科連携を推進する観点から、周術期口腔機能管理に係る一連の項目について、**対象患者の拡大**や明確化などの見直しを行う。

第2 具体的な内容

術前の管理計画策定が困難である**脳血管疾患等**の手術を実施した患者で、術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や**低栄養状態等の患者**について、**術後**、早期に口腔機能管理を開始した場合は周術期等口腔機能管理の対象となるなど、対象患者の拡大及び明確化を行う。また、周術期口腔機能管理を実施する患者の中には、**手術を実施しない患者も含まれる**ことから、名称の見直しを行う。

【追加対象】

臓器移植手術、脳血管外科手術、人工股関節置換術等人工 関節置換術
口腔内に感染源となり得る病巣がある患者、口腔衛生状態が不良である患者、肺炎の既往がある患者又は低栄養の患者等、術後合併症（術後肺炎等）のリスクが高いと考えられる患者に対して実施される手術

造血幹細胞移植の手術

脳血管外科手術等において、**手術後1月以内**に口腔機能管理の依頼を受けた場合

38

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

骨子< I-1 (6)>

入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。また、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、算定対象を見直す。

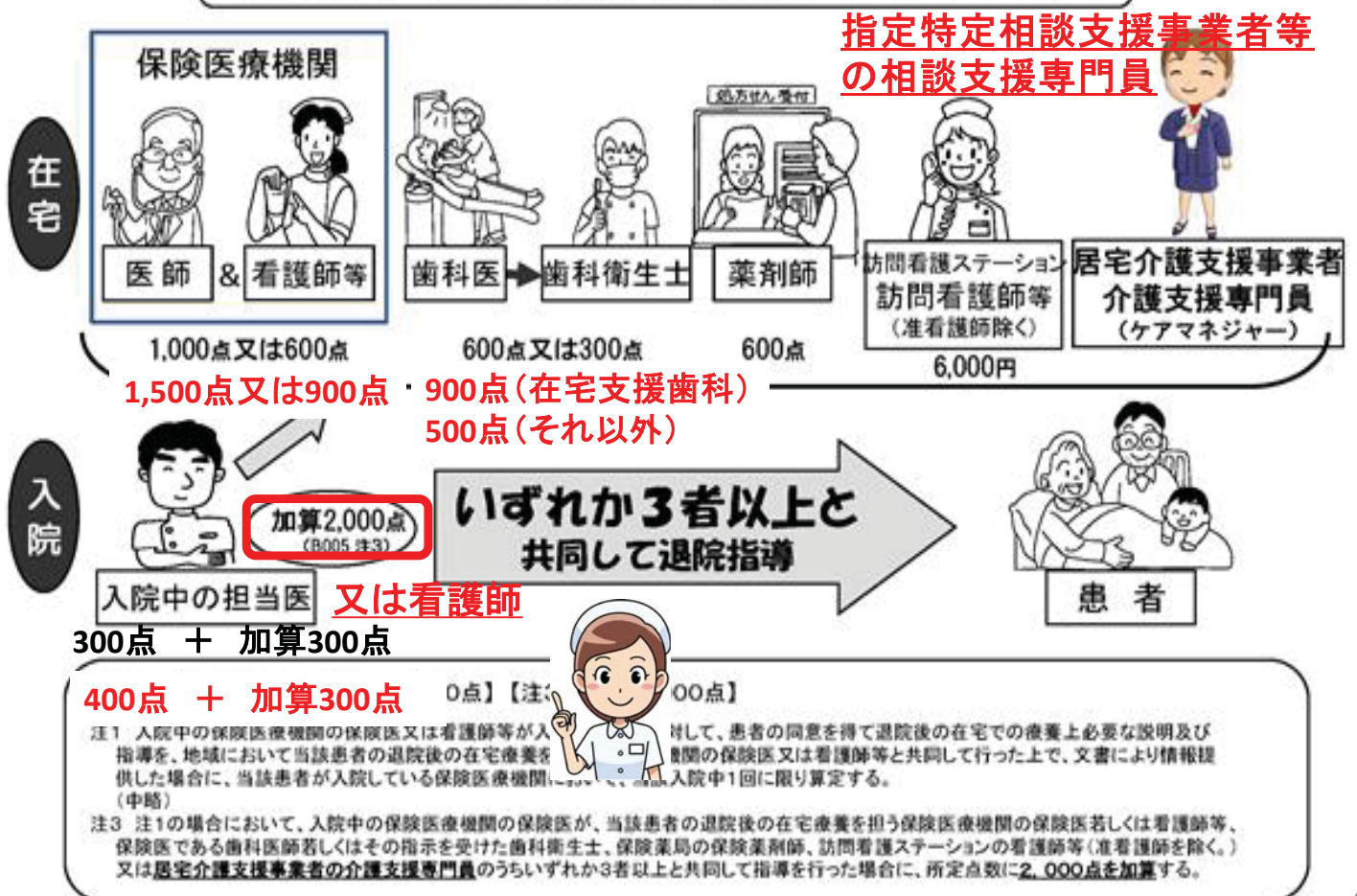
第2 具体的な内容

2. 退院時共同指導料2のうち、入院医療機関と在宅療養を担う3者以上の関係機関とが共同指導を行った場合の評価について、入院医療機関側の看護職員が共同指導を行った場合も評価対象とする。

現 行	改定案
【退院時共同指導料2】 【算定要件】 注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、 2,000点を所定点数に加算する。	【退院時共同指導料2】 【算定要件】 注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の <u>保険医又は看護師等</u> が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である <u>歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士</u> 、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは <u>指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員</u> のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、 2,000点を所定点数に加算する。

39

高齢者の退院時共同指導のイメージ



医療的・経済的効率を高めるために

地域における療養・管理の効率的推進

医科側の他業種に対する理解と思いやり

例)

- 他の業種は、個人経営、あるいは少人数経営
- カンファレンスを夕方以降行うなど集まりやすいような配慮が必要
- 1人の患者さんのためにカンファレンスを開催しても、集まってくる側にとっては非常に経済的メリットが少ない
- 来週1週間に退院予定の複数の患者に関するカンファレンス、あるいは、退院予定地域別のカンファレンスを行う
- 地区別登録歯科医、あるいは歯科医師会による紹介事業が必要

良くある誤解：「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局・薬剤師」でなければダメ
完全に療養を地域に任せなければ(完全に患者を手放さなければ)ダメ



退院後、在宅や施設での療養を円滑に行える体制を整備する事業！
これからお世話をする多業種の専門家を募集・登録する事業です！
癌など主病の管理を時々拠点病院で受けても可能です(程度による)

41

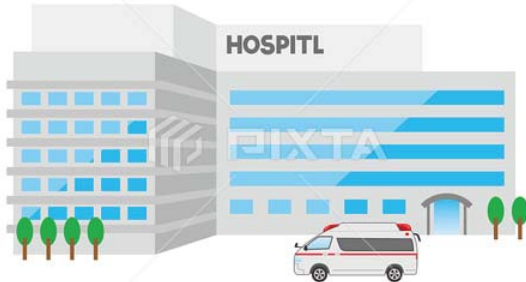
歯科医師が退院時に提供すべき情報

1. 地域医療に移行した場合に、療養を妨げる可能性のある口腔状態の**診断**
2. その予防・管理法の**立案**
3. 食物や摂食法に関する改善策に関する**診断と立案**
4. 歯科疾患の**診断**
5. **予防・管理・治療**
6. 地域医療に移行する場合、**地域協力歯科医との連携**
7. **多職種連携**
8. その他

歯科医療の第3の“業態” 連携へ！



pixta.jp - 34328880



pixta.jp - 22342776



削って入れるだけではない、
専門家としての診断・管理治療計画立案が
医療の中で求められている。