

骨粗鬆症を中心とする

骨吸収抑制薬投与に関する医科歯科連携の手引き

-千葉県骨粗鬆症マネージャー連携協議会編- 他地域用



※各郡市保険審査会にご確認の上、ご使用ください

1. 医科歯科連携の概要

この「骨粗鬆症を中心とする骨吸収抑制薬投与に関する医科歯科連携の手引き」は骨吸収抑制薬を処方する**医師**、骨吸収抑制薬を投与されている患者さんを診察している**歯科医師**の先生方のための医科歯科連携マニュアルです。骨粗鬆症以外の疾患にも使用できる様作成してあります。

2. 整形外科・骨吸収抑制薬処方医の先生方へ

骨吸収抑制薬の有害事象の1つである、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（Anti-resorptive agent-related Osteonecrosis of the Jaw：ARONJ）の発症率は0.1%とされています（広島県呉市行政レセプトデータより）。患者さんの不利益にならないよう、処方開始前・薬剤変更の際には歯科医院へご連絡頂けると幸いです。

3. 歯科医師の先生方へ

骨粗鬆症治療において歯科医師の介入は骨吸収抑制薬の治療を安心・安全に継続させることに寄与すると言われています。また、顎骨の異常は骨粗鬆症のサインの1つと言われ、積極的な医科歯科連携は患者さんに多くの利益となります。簡単な書式になっていますので、まずはこの手引きに沿って医科歯科連携を開始して頂けると幸いです。

診療報酬

様式1-1：整形外科・骨吸収抑制薬処方医の先生から歯科医院へ	250+(*100)点
様式1-2：歯科医院の先生からの返答	0点
様式2-1：歯科医院の先生から骨粗鬆症が疑われる場合 歯科医院の先生から骨粗鬆症治療中断症例が見つかった場合	250点
様式2-2：整形外科の先生からの返答（歯科治療・口腔ケア依頼）	250+(*100)点
様式3-1：歯科医院の先生から照会（観血処置に対する休薬/変更の相談）	120点
様式3-2：整形外科の先生からの返答（照会に対する返答）	120点
様式4-1：歯科医院の先生からの観血処置後の治療依頼	250点
様式4-2：整形外科の先生からの返答（観血処置後の治療依頼に対する返答）	0点

250点：診療情報提供料（I）

100点：歯科医療機関連携加算 医科医療機関の医師が歯科医療機関に紹介した場合
*人工関節置換等の周術期に限る（悪性腫瘍関連は別フォーマット）

120点：診療情報連携共有料（3カ月に1回） 歯科診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

問合せ：

千葉県骨粗鬆症マネージャー連携協議会

東京歯科大学オーラルメディシン・口腔外科学講座

東京歯科大学市川総合病院骨粗鬆症リエゾンサービスチーム



情報提供書(Ⅰ)
骨粗鬆症連携 [医科→歯科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿 令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名 印患者氏名
患者住所 性別 男 ・ 女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

骨粗鬆症 関節リウマチ 自己免疫疾患 ()
がん骨転移 (癌種:) その他 ()

紹介目的

上記診断のため下記の薬剤を { 処方する予定です。
 年 月より投与しております。 }

顎骨壊死リスクあり

BP経口製剤 BP注射製剤抗RANKL製剤 抗スクレロスチン製剤

顎骨壊死リスクなし

ビタミン製剤 SERM ホルモン製剤Ca製剤 PTH製剤

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

骨吸収抑制薬投与に猶予があります。

本薬投与の開始を遅らせた方が良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ください。

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ご配慮お願い致します。

既往歴及び家族歴

脆弱性骨折(部位:) 糖尿病 間質性肺炎 その他 ()ステロイド使用 (あり (現在: mg) 使用歴あり なし)

症状・治療経過および検査結果

現在の処方

BP経口: ダイドロネル・フォサマック・ボナロン・アレンドロン酸・ベネット・アクトネル
リセドロン酸Na・リカルボン・ボノテオ・ミノドロン酸・ボンビバBP注射製剤: パミドロン酸Na・ボナロン・ゾメタ・リクラスト・ゾレドロン酸・ボンビバ静注抗RANKL製剤: ランマーク・プラリア抗スクレロスチン抗体製剤: イベニティ

情報提供書(Ⅰ)に対する返書
骨粗鬆症連携書(返信)[歯科→医科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

- 歯周病 根尖性歯周炎(歯の根の治療) 義歯(入れ歯)治療
 う蝕(虫歯)治療 補綴治療(被せ物)

治療経過

- 歯科疾患の治療開始前です。
 歯科疾患の治療中です。
 歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。

骨吸収抑制薬を使用される患者様に対し、ARONJ(骨吸収抑制薬関連顎骨壊死)予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、薬剤変更などがございましたら、当院にご一報いただければ幸いです。

既往歴及び家族歴

症状および検査結果

現在の処方

備考

情報提供書(Ⅰ)

骨粗鬆症連携 [歯科→医科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

歯科傷病名

- 歯周病 根尖性歯周炎 (歯の根の治療) 義歯 (入れ歯) 治療
 う蝕 (虫歯) 治療 補綴治療 (被せ物) その他 ()

医科傷病名

- 骨粗鬆症疑い 骨粗鬆症 関節リウマチ 自己免疫疾患 ()
 がん骨転移 (癌種:) その他 ()

紹介目的

当院歯科パノラマX線写真における下顎骨形態の評価において骨粗鬆症が疑われました。つきましては起因での精査および加療をお願いいたくご紹介させていただきました。

過去に上記のごとく診断を受けていたとのことですが、加療が中断されているようです。つきましては精査および加療再開をお願いいたくご紹介させていただきました。また、骨吸収抑制薬投与歴につきましてもご教示頂けますと幸いです。

骨吸収抑制薬を使用される場合は、ARONJ(骨吸収抑制薬関連顎骨壊死)予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、その投与に際しては、当院にご一報いただければ幸いです。

既往歴及び家族歴

症状・治療経過および検査結果

- 歯科疾患の治療開始前です。
 歯科疾患の治療中です。
 歯科疾患の治療は終了し、口腔管理・口腔ケア継続中です。

現在の処方

情報提供書 (I)

骨粗鬆症連携 (返書) [医科→歯科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿 令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名
患者住所 性別 男 ・ 女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

骨粗鬆症 関節リウマチ 自己免疫疾患 ()
がん骨転移 (癌種:) その他 ()

紹介目的

ご紹介頂きました患者さんですが、
上記診断のため下記の薬剤を

処方する予定です。
 年 月より投与しております。

顎骨壊死リスクあり

BP経口製剤 BP注射製剤

抗RANKL製剤 抗スクレロスチン製剤

顎骨壊死リスクなし

ビタミン製剤 SERM ホルモン製剤

Ca製剤 PTH製剤

骨吸収抑制薬投与に猶予があります。

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ください。

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ご配慮お願い致します。

既往歴及び家族歴

脆弱性骨折(部位:) 糖尿病 間質性肺炎 その他 ()
ステロイド使用 (あり (現在: mg) 使用歴あり なし)

症状・治療経過および検査結果

検査結果 (YAM値 % 年 月 日計測)

骨吸収抑制薬投与歴 (なし あり:薬剤名 / 年 月より開始)

現在の処方

BP経口: ダイドロネル・フォサマック・ボナロン・アレンドロン酸・ベネット・アクトネル
リセドロン酸Na・リカルボン・ボノテオ・ミノドロン酸・ボンビバ

BP注射製剤: パミドロン酸Na・ボナロン・ゾメタ・リクラスト・ゾレドロン酸・ボンビバ静注

抗RANKL製剤: ランマーク・プラリア

抗スクレロスチン抗体製剤: イベニティ

診療情報連携共有

骨粗鬆症連携（観血処置）〔歯科→医科〕

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿 令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業

傷病名

歯科傷病名

- 歯周病 根尖性歯周炎（歯の根の治療） 義歯（入れ歯）治療
 う蝕（虫歯）治療 補綴治療（被せ物） その他（ ）

医科傷病名

- 骨粗鬆症疑い 骨粗鬆症 関節リウマチ 自己免疫疾患（ ）
 がん骨転移（癌種： ） その他（ ）

紹介目的

治療に際し、顎骨露出をともなう観血処置（抜歯・デンタルインプラント埋入など）を計画しております。

つきましては、骨吸収抑制薬の投与経過についてご教示ください。必要があれば休薬、薬剤変更などのご相談させて頂けますと幸いです。

歯性感染症・疼痛があり、治療可能であれば早急に歯科治療を行う必要があります。

治療計画中であり、時間に余裕があります。

既往歴及び家族歴

症状・治療経過および検査結果

現在の処方

診療情報連携共有

骨粗鬆症連携（観血処置返書）[医科→歯科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿 令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名 印

患者氏名
患者住所 性別 男 ・ 女
電話番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業

傷病名
骨粗鬆症疑い 骨粗鬆症 関節リウマチ 自己免疫疾患（ ）
がん骨転移（癌種： ） その他（ ）

紹介目的

ご連絡ありがとうございます。現在、下記薬剤を投与中です。

顎骨壊死リスクあり 顎骨壊死リスクなし
BP経口製剤 BP注射製剤 ビタミン製剤 SERM ホルモン製剤
抗RANKL製剤 抗スクレロスチン製剤 Ca製剤 PTH製剤

脆弱性骨折のリスクが高く休薬は困難です。休薬・薬剤変更が可能なので（休薬[ヶ月間]・薬剤変更）を指示しました。
（最終投与： 年 月 日）顎骨壊死のリスクとなる薬剤投与はありませんので、治療を進めて頂いて構いません。顎骨壊死のリスクとなる薬剤投与歴はありますが終了しています。
（最終投与： 年 月 日）

既往歴及び家族歴

脆弱性骨折（部位： ） 糖尿病 間質性肺炎 その他（ ）
ステロイド使用（あり（現在： mg） 使用歴あり なし）

症状・治療経過および検査結果

BMA投与歴：

現在の処方

BP経口：ダイドロネル・フォサマック・ボナロン・アレンドロン酸・ベネット・アクトネル
リセドロン酸Na・リカルボン・ボノテオ・ミノドロン酸・ボンビバ
BP注射製剤：パミドロン酸Na・ボナロン・ゾメタ・リクラスト・ゾレドロン酸・ボンビバ静注
抗RANKL製剤：ランマーク・プラリア
抗スクレロスチン抗体製剤：イベニティ

情報提供書(Ⅰ)

骨粗鬆症連携（観血処置後）[歯科→医科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業

傷病名

歯科傷病名

- 歯周病 根尖性歯周炎（歯の根の治療） 義歯（入れ歯）治療
 う蝕（虫歯）治療 補綴治療（被せ物） その他（ ）

医科傷病名

- 骨粗鬆症疑い 骨粗鬆症 関節リウマチ 自己免疫疾患（ ）
 がん骨転移（癌種： ） その他（ ）

紹介目的

この度は骨吸収抑制薬の休薬・薬剤変更にご協力頂きまして誠にありがとうございました。
20 年 月 日に観血処置を行いましたことをご報告致します。

今後は貴院にて骨密度検査の上、必要があれば骨吸収抑制薬の処方をして頂くように患者様には説明しておりますので、御高診のほどよろしくお願い申し上げます。

骨吸収抑制薬を使用される場合は、ARONJ（骨吸収抑制薬関連顎骨壊死）予防のために口腔管理・口腔ケアが大切であることをご指導いただきますとともに、薬剤変更などに際しては、当院にご一報いただければ幸いです。

既往歴及び家族歴

症状・治療経過および検査結果

現在の処方

情報提供書 (I)

骨粗鬆症連携 (観血処置後返書) [医科 → 歯科]

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

-
- 骨粗鬆症
-
- 関節リウマチ
-
- 自己免疫疾患 ()
-
-
- がん骨転移 (癌種 :)
-
- その他 ()

紹介目的

ご紹介頂きました患者さんですが、
上記診断のため下記の薬剤を

-
- 処方する予定です。
-
-
- 年 月より投与しております。

顎骨壊死リスクあり

 BP経口製剤 BP注射製剤 抗RANKL製剤 抗スクレロスチン製剤

顎骨壊死リスクなし

 ビタミン製剤 SERM ホルモン製剤 Ca製剤 PTH製剤 BP経口 : ダイドロネル・フォサマック・ボナロン・アレンドロン酸・ベネット・アクトネル
リセドロン酸Na・リカルボン・ボノテオ・ミノドロン酸・ボンビバ BP注射製剤 : パミドロン酸Na・ボナロン・ゾメタ・リクラスト・ゾレドロン酸・ボンビバ注 抗RANKL製剤 : ランマーク・プラリア 抗スクレロスチン抗体製剤 : イベニティ

既往歴及び家族歴

 脆弱性骨折 (部位 :) 糖尿病 間質性肺炎 その他 ()
ステロイド使用 (あり (現在 : mg) 使用歴あり なし)

症状・治療経過および検査結果

検査結果 (YAM値 % 年 月 日計測)

骨吸収抑制薬投与歴 (なし あり : 薬剤名 / 年 月より開始)

現在の処方