

## ～歯科口腔外科を持つ公的病院の現状～

西田 節子<sup>\*1</sup> 島川 龍載<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>広島赤十字・原爆病院 診療記録管理課 <sup>\*2</sup>広島赤十字・原爆病院 医療情報管理課

# The current state of public hospitals with the Department of Oral and Maxillofacial Surgery

NISHIDA TAKAKO<sup>\*1</sup> SHIMAKAWA TATSUNORI<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>Medical records & Management Division, Hiroshima Red Cross Hospital & Atomic-bomb Survivors Hospital

<sup>\*2</sup>Medical Information & Management Division, Hiroshima Red Cross Hospital & Atomic-bomb Survivors Hospital

### Abstract)

So as to reduce the rate of post-surgical complications in cancer patients, in the 2012 revision of medical fees comprehensive oral functional management during the perioperative period for patients was approved. For an extended period the hospital has made efforts to build cooperation with other medical institutions. Furthermore this revision enables dental clinics to manage oral care of cancer patients.

As it has been reported that cancer patients select the institution most able to treat their respective condition as opposed to the closest to their residence, hospital doctors need to recognize this policy and adapt their treating strategy accordingly. Treatment strategy should effectively utilize dentist to manage oral function care by effectively sharing information between doctors and dentists. Furthermore a successful regional cooperation IT based networks are progressing, however the area of dental care is currently lagging behind. This is another reason why cooperation between medical and dental health care institutions is a critical issue for the future of medical care.

**Keywords:** Comprehensive oral functional management, Medical Cooperation, Regional Collaboration Network

## 1. はじめに

平成23年8月に歯科界にとって長年の懸案であった「歯科口腔保健の推進に関する法律」が施行されて1年を迎えた。また本年4月の診療報酬改定では、がん等に係る全身麻酔による手術または放射線若しくは化学療法を実施する患者に対して治療開始前から病院と地域の歯科医師が連携し、患者の口腔内有害事象の軽減と予防に取り組むことを目的とした診療報酬点数が新設された。本稿では地域医療支援病院であり、がん診療連携拠点病院でもある、広島赤十字・原爆病院(以下当院とする)の医療連携の現状について報告する。

## 2. 背景

当院では、平成16年に電子カルテシステムを導入し、平成19年には「病診連携ネットワークシステム」を構築し初年度は近隣の11医療機関と運用を開始した。11医療機関の中には、広島県歯科医師会の運営する口腔保健センターと歯科医院1件の計2施設があった。平成22年には電子カルテシステムの更新を行い、これまでに加え、画像情報はDICOM画像の配信を行うことにより、より詳細に閲覧できるようにした。それにより、徐々に参加医療機関が増え、現在ネットワークに参加している医療機関は5つの病院を含め27医療施設となっている。しかし増えたのは病院及び医科の診療所で、歯科の参加医療機関は2施設から変化していない。

また、広島県歯科医師会では、平成20年に静岡県

立静岡がんセンターと静岡県歯科医師会との連携をモデルに、「がん患者における術前術後口腔管理認定歯科医」の育成に取り組んだ。この時のコア病院は、当院と県立広島病院で、歯科医師会と協力して研修会を開催し、「認定歯科医師」の育成に取り組んだ。当初は連携が進むと思われたが、診療報酬などの経済的裏付けがなく、参加病院が少ないことと、この制度が病院医師側に伝わらなかったことで、連携は思うように進まなかった。

しかし、本年4月に保険点数が設定されたことから、今まで積極的でなかった歯科医師会会員からの問い合わせや要望が増加したことで、広島県歯科医師会は、これまでの「がん患者における術前術後口腔管理認定歯科医」制度を発展的解消し、新しく「周術期口腔機能管理システム検討委員会」(以下システム検討委員会とする)を立ち上げ、病院と地域の歯科医師が、治療開始前後における口腔管理を行うための医療連携体制を整備することとした。

このシステム検討委員会の参加病院は、当院と県立広島病院、広島大学病院、広島市民病院、呉共済病院の5病院で、歯科医師だけではなく医師も検討委員会に参加している。

これまでは医科と医科の連携、または歯科と歯科の連携は実施されてきたが、今後は、地域の歯科医院との連携が必須になると考えられる。今後の連携構築の参考にするために調査を行った。

3. 調査方法

3.1 入院患者疾病分類と院内がん登録情報

診療記録管理システムに登録された平成23年の入院患者について国際疾病分類(ICD-10)を用いて分類を行った。ここで示すIIの新生物の中には、固形がんと白血球や悪性リンパ腫などの血液がんが含まれる。(図1)次に国立がん研究所の平成20年の報告書から、院内がん登録データを用い部位別登録割合を抽出し、全国、広島県、当院の登録状況をグラフ化した。(図2)院内がん登録情報と、診療記録管理システムに登録された情報が異なるのは、院内がん登録は、自院に初めて来院したがん患者について確定診断がなされたものを登録し、再発・転移がんについては登録しないルールであり、外来患者も登録対象となるため入院ごとに病名が登録される入院患者疾病分類とは登録条件が異なる。

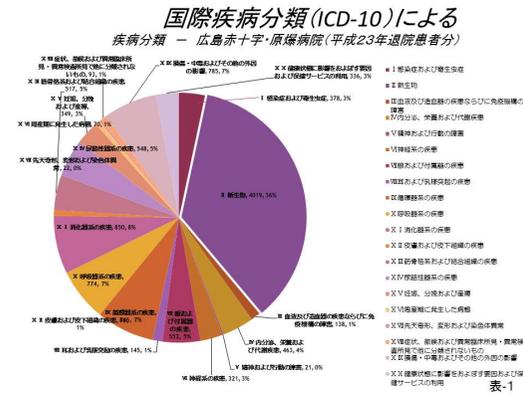


図1 国際疾病分類

部位別登録割合

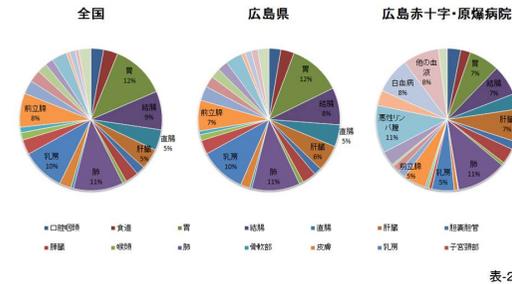


図2 部位別登録割合

3.2 来院エリア

平成23年8月から24年6月までの11か月の間に当院を受診した患者住所の郵便番号を基に地理情報システム(GIS)を用いて地図上に医科の患者を白い丸印でプロットした。(図3)次に歯科の患者を黒い丸印で

プロットした。(図4) 医科のプロット図に歯科の患者を重ねた部分は医科と歯科の両方を受診している患者を示す。(図5)この分析では、四国・九州・近畿などのエリアからの患者もいたが、割愛した。

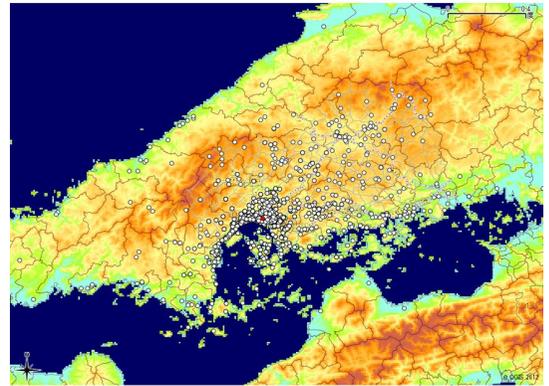


図3 患者分布分析(医科)

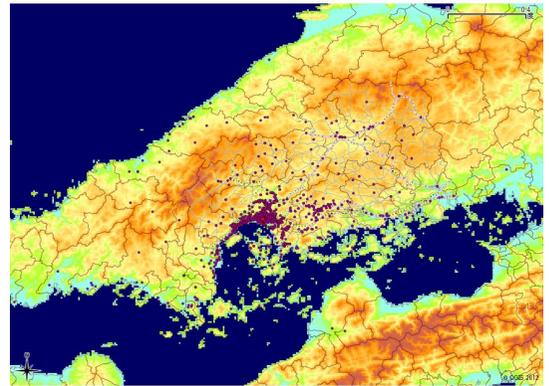


図4 患者分布分析(歯科)

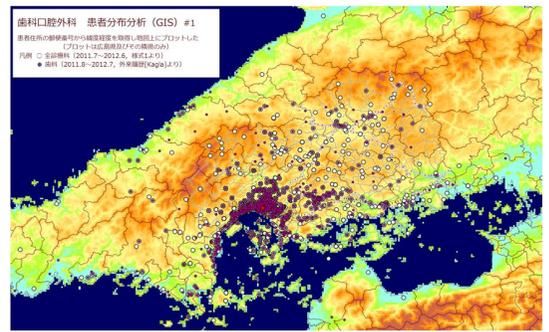


図5 患者分布分析(医科・歯科)

### 3.3 紹介・逆紹介と在院日数

医科及び歯科の平成19年から23年迄の5年間の紹介・逆紹介件数を医事システム、病診連携システムより抽出した。(図6) 紹介患者とは、当院受診時に他の医療機関からの紹介状があるもので、逆紹介とは、当院から地域の医療機関に紹介を行ったものである。在院日数については、当院はDPC対象病院であり、対象病院の入院期間は短縮傾向があるため、化学療法を行っている血液内科の平均在院日数を調査した。(図7)

#### 紹介患者数 逆紹介患者数



図6 紹介・逆紹介患者数

#### H23年度血液内科・在院日数比較 (EVE-ASP)

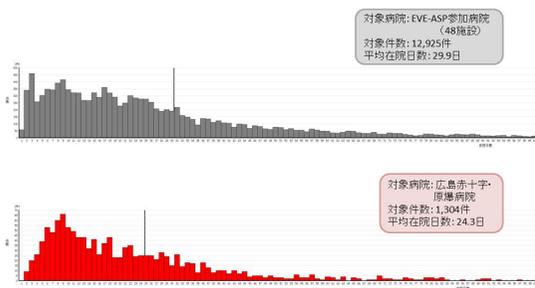


図7 血液内科・在院日数比較

### 3.4 高度医療について

がん診療拠点病院である広島大学と、がん診療連携拠点病院である、県立広島病院、広島市民病院、安佐市民病院、及び当院の5病院の平成20年から22年の7月～12月の退院患者に占める高度医療(手術、化学療法有、放射線治療有、救急車搬送有)について厚生労働省DPCデータより抽出した。(図8)

### 高度医療



図8 高度医療

### 4. 結果

ICD-10による入院患者疾病分類では全入院患者のうち36%を占める4,019人がⅡの新生物であった。部位別を示す院内がん登録情報からは、化学療法が必須である血液がん患者の占める割合が全国平均及び広島県の平均より突出していた。また患者の来院エリアは、病院のある市内中心部から西の沿岸部エリアが最も多く、県北部や県外からなど広いエリアからの受診者も存在していた。歯科口腔外科(以下歯科とする)受診者のうち遠方の患者は、病院歯科という特殊性から医科の入院中外来での受診が考えられたが、歯科単独で県外を含め遠方からの受診が認められた。

紹介及び逆紹介の直近5年間の推移は緩やかな上昇傾向を示しており歯科の占有率も紹介では14%台、逆紹介は12～13%台を推移していた。血液内科の平成23年のEVE-ASPを用いた平均在院日数ベンチマークでは、他の48施設平均より5.6日短かった。対象施設が少ないのは、血液内科のある病院が少ないためである。

高度医療の分析では当院は広島大学病院、広島市民病院、県立広島病院、安佐市民病院と比較すると、患者数は少ないものの、半年間で4000件の手術、化学療法、放射線治療を実施していた。

### 5. 考察

今回の調査から当院は、入院に占めるがん患者が3割以上であり、化学療法が必須となる血液がんの患者が多く在院日数は他病院よりも短いことが特徴的であった。また患者は二次医療圏だけではなく、広いエリアから来院していることが分かった。がん患者は心臓血管系疾患、脳神経系疾患のような一刻を争う疾患とは異なり、たとえ遠方であっても、治療実績の優れた病院を選んで受診しているという報告がある。当院の患者分布図でもその傾向が認められた。化学療法が多いということは、口腔ケアを必要とされる患者が多いということでもあるが、患者の住まいが、広い範囲にあることを考えると、医科と歯科の連携は、はなはだ困難であると言わざるを得ない。何故なら、これまで医療連携の多くは「お互いが見える」環境下での連携であったからである。また、見えない環境であっても、医科同士

の連携では、疾患や治療に対するお互いの共通したベースがあるため、理解し易かった。しかし、医科と歯科ではその共通ベースがあるとは言いがたいため、近隣であってもなかなか一歩を踏み出せない。遠方であれば尚更である。これらの問題を解決するには2つのことがクリアされる(取り組まれる)べき、と考える。1つは当院がこれまで運用してきた「病診連携システム」のように、ITを活用する方法である。検査結果や投薬をはじめ画像も閲覧することができ、メール機能を使ったやり取りも可能である。このような機能を用いると、両者の情報の共有は簡単に行うことができる。当院の地域連携課の報告では、地域連携システム導入後の平成20年4月から平成24年8月末までの、27登録施設からの総紹介件数は4,903件、そのうち患者の同意書があったのは681件、紹介元医療機関からシステムへのログイン回数は2,663件であった。しかし、当初から参加している歯科の2医療機関からの紹介件数は44件、ログイン回数は28件と医科の医療機関に比べ格段に少ない上、歯科の登録医療機関は増えていない。歯科診療所から当院歯科への平成23年度の紹介件数は1,681件と、病院全体の紹介患者の14.5%を占めているが、紹介患者情報はこれまで同様電話や紹介状がメインである。これをWEBで行うことができれば、紙に比べ格段の情報が入手でき、お互いの効率化が図れると考える。

2つ目は、両者が傍観者にならないことである。連携のスタートは紹介する側の医師をはじめとする病院スタッフと、紹介を受ける歯科医師をはじめとする医院側のスタッフとの人間同士の信頼関係から成り立つものであるが、残念ながら、医科と歯科はこれまであまり接点がなかった。病院の医師は患者に何かあると、自院の歯科に診察を依頼し、外部の歯科に紹介する事は稀であった。一方、歯科医師は自分の患者が病院に入院しても積極的に情報を収集することは少なかった。当院の血液内科の平均在院日数が短いことでもわかるように、これからますます急性期病院の在院日数は短くなり、外来化学療法が推進され、日帰り手術

なども増加していく中で、歯科が考える以上にがん患者の歯科へのニーズは高くなる。歯科は今までのような受け身ではなく積極的に医科との連携をしなければならない時期が来ていると考える。

厚生労働省は、今後ますます高齢化が進む我が国の将来の医療提供体制について、「医療・介護の提供体制の将来像の例」を示し、様々な場所で発表している。医科においては急性期病院も慢性期病院も、全ての医療機関が、これから「連携」と「機能分化」に向かって進む中でいかに生き残るかを模索している。医科も歯科も互いに傍観者としてではなく当事者として、共存できる環境を構築することが必要である。

## 参考文献

- [1] 西村 周三、堺 常雄、西澤 寛俊、日野 頌三、山崎 學 医療経営白書 2010年度版 日本医療企画、東京、2010
- [2] 百合草 健志志、太田 洋二郎、駒井 身知子、がん化学療法による口腔有害事象とその対処 がん看護 15(5): 4822010
- [3] 上条 英之 歯科口腔保健法の制定と背景 保健医療科学 Vol.60.No5 p360-365
- [4] 東京大学医療政策人材養成講座 医療政策入門 医療を動かす貯めの13講 医学書院、東京、2009
- [5] GIS次世代情報基盤の構築手法及び活用に関する調査研究(1/7) <http://www.mlit.go.jp/kokudokeikaku/gis/index.html>
- [6] 医療・介護の提供体制の将来像の例 <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai7/siryou1-1.pdf>
- [7] 平成24年度診療報酬改定の概要 4(13枚目/P.53) [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/gaiyou\\_4.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/gaiyou_4.pdf)
- [8] グローバルヘルス研究所 医療の質と経営の質 病院の本質と病院の基盤 日本医学出版、東京、2009
- [9] 石川 ベンジャミン光一、松田 晋哉 厚生労働省 平成19年度DPC調査データに基づく 病院の診療実績一覧 じほう 東京 2008
- [10] 石川 ベンジャミン光一 松田 晋哉 厚生労働省DPCデータに基づく 病院の診療実績一覧 平成20年度版 じほう 東京 2009