

歯科医院での医療連携の現状と今後の展開

- 開業医の立場から -

森本 徳明^{*1,*2}

*1 矯正歯科 森本 *2 歯科医療情報における交換・連携に関する研究会

Current status and development of medical cooperation in dental office - From the position of a dental private practitioner -

Noriaki Morimoto^{*1,*2}

*1 Morimoto Orthodontic Office

*2 Study Group on Exchange and Cooperation in Dental Information

Through the assignment study group, we have been discussing the cooperation of dental care since 2011. We have been presenting discussions mainly on dentistry cases at university hospitals and core hospitals involved in system development. Although the announcement is already known, in the case of dentistry, we consider the actual situation of individual practitioners with the largest number of workers and facilities. From there, the purpose is to find out what is necessary to promote medical cooperation in dentistry.

Keywords: medical cooperation, dental clinics, online

1. はじめに

本学会の歯科の課題研究会では、2011年から歯科の医療連携について議論を続けてきた。システム開発に携われる大学病院や基幹病院の歯科での事例を中心に発表をいただき、議論を行ってきたが、本発表は、改めて歯科の場合の、従事者数、施設数が一番多い個人開業医の実態について考察し、歯科における医療連携を進めるために必要なことを洗い出すことを目的とする。

2. 歯科医院の実態

歯科医院での医療連携を考えるうえで、まず必要なことは実態を把握することである。

2.1 個人開業医が多い

平成28年12月31日現在の厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査の発表によると歯科医師数104,533人のうち、医療施設に従事しているものが101,551人(97.1%)、その中で病院の従事者12,385人(11.8%)、診療所の従事者89,166人(85.3%)で、診療所の従事者の内訳は開設者59,482人(56.9%)、勤務者29,684人(28.4%)となっている。

また、平成28年10月1日現在の医療施設調査によれば、歯科診療所68,940施設で、そのうち有床27、無床68,913ある。また、ほかの調査によれば、開設者<開設形態>を全体で見ると、「個人立」が87.9%、「医療法人」が11.8%、「その他」が0.3%となっている。開設者<開設形態>が「個人立」で常勤歯科医師数の割合をみると、「1人」が80.8%、「2人以上」が19.2%となっている。¹⁾²⁾

2.2 オールマイティが求められた

以前は、歯科は単科であるので、歯科医院で基本的な治療はすべてできることを求められ、また、それを実現できるように教育等を受けていた。特に歯科医院が不足していた時代や地域においても、歯科医療がしっかり提供できる歯科医師を養成することが求められていた。

2.3 事業規模が小さい

歯科の開業医の平均の年間医療収入は4000万円程度で、1診療所あたりの従事者数は院長1名、受付1名、歯科衛生士ほかスタッフが3名程度といわれています。個人立歯科医院と法人その他立歯科医院では従事している職員の数は

大きく違い、常勤で約2.9名、非常勤で約0.7名、個人立歯科医院より法人その他立歯科医院の方が多く。

2.4 組織という概念・意識が薄い

歯科の病院が少なく、卒業後すぐに開業医で研修する歯科医師も多くおり、病院という組織で研修や臨床を長期間行っている歯科医師はあまり多くはない。

開業した院長は、診療のみならず経営や労務管理などのすべてを掌る必要が出てくる反面、役割分担や多職種との連携により慣れていないことも考えられる。

2.5 保険と保険外診療が混在

歯科診療では、審美性の高い補綴物や多くの歯科矯正治療、デンタルインプラント、ホワイトニング等、保険給付されない治療が、混合診療とならない形で、保険医療機関で多く行われている。そのため、保険の診療情報のみならず、保険外の診療情報も併せて、患者の医療情報として一貫性のある管理が必要であるが、なかなかなされていない。

2.6 歯科医院のデジタル化の現状

診療所では、画像検査はデジタル化が進んできているが、画像表示ソフトは専用のもので、直接、電子診療録、カルテコン、レセコンと連携して、保存や表示ができるものは少ない。また、歯科検査の多くは自家検査で検査機器のデータを一元管理するような規格のないのが現状である。最近では、CAD/CAM冠や光学印象などが徐々に普及してきているが、やはり、得られたデータがベンダー等を越えて、保存・利用できるにはなっていない。よって、診療室のデジタルデータは少しずつ増えてはいるが、相互利用できるような形のデータにはなっていないため、歯科医院のデジタル化はなかなか進んでいない。

レセコンの導入率は、平成30年1月分では、医療機関ベースで88.1%、請求ベースで96.0%であり、医科診療所の93.9%、97.8%と比べても差が小さいが、オンライン請求はそれぞれ、15.8%、20.2%と医科診療所の65.9%、69.0%と比べて明らかに低い。接続の費用より院外へのネットワークに対しての何らかの抵抗感があるのかもしれない。

3. 歯科開業医の医療連携の現状について

このような中で、保険証のオンライン資格確認や処方せん

の電子発行等の流れが進んでいる。また、寿命がのび、有病者の歯科治療の比重も非常に高くなり、歯科診療室で全身管理を行いつつ歯科治療を行ったり、自院で困難であれば全身管理のできる病院歯科への紹介等の必要が高まっている。

さらに、訪問診療のニーズも高くなり、在宅での診療や多職種との連携も重要となり、医科で電子化が進む中でそれとの連携など、大きな問題になってくることが考えられる。

3.1 紹介状(情報提供書)

歯科では、先に書いたとおり、歯科口腔外科(簡単なものを除く)、矯正歯科を除いて、治療の特殊性が薄く、歯科から歯科への紹介のケースが少ない。

歯科口腔外科への紹介としては、難抜歯や口腔粘膜病変・骨内の病変や骨折など、また、先天性疾患や有病者など、開業医では治療の難しい、また、判断できない、さらには入院・手術等を必要とする場合である。

矯正歯科への紹介としては、歯並び一般から埋伏歯の牽引や先天性疾患を伴ったり外科的矯正を併用する矯正歯科治療などとなる。矯正歯科単科である場合は、一般歯科へ齶蝕治療、歯周治療、補綴治療、便宜抜歯の依頼の紹介を行い、歯科口腔外科へは、難抜歯や埋伏歯の開窓、外科的矯正術などの紹介を行う。

歯科から医科への紹介は、歯科治療が外科的処置も含んでおり、全身状態や服薬状況によっては、歯科治療に影響を及ぼすだけでなく、全身状態に悪影響を及ぼすことがあるので、歯科では診断は下せないが、全身状態(症病名や感染症や各種検査結果を含む)や服薬状況の確認、また、歯科治療に対する注意点等を問合せたり、歯科と関連する疾患に関する意見交換をする場合などである。

主な情報のやり取りについて、考察してみる。

3.1.1 医科から歯科へ

歯科が医科より得たい医療情報とは、まず、全身状態に関する情報で、特に歯科診療を受けるうえで影響があるかどうかの情報である。その中には、服薬情報、検査情報(血液検査、感染症検査)、治療部位に関する画像情報が含まれる。

全身に係わる疾患は基本的に歯科では診断できないので、診断は医科で行われたものを、情報提供されることで、患者に対して行われている医療行為、そしてその予定等を、歯科医師は加味して、歯科での診療行為を決定することとなる。

逆に言えば、このような情報が得られない場合、患者にとって不利益な状態になるだけでなく、医療機関も不測の事態が起こる可能性が高くなり、安全な治療の提供が困難となる。

また、2012年より周術期等口腔機能管理が保険に導入され、当初はがんに限定されていたが少しずつ拡大され、また、口腔ケアの成果が出てくると医科でその重要性が認識されてきており、医科から歯科への依頼数は増加してきている。

3.1.2 歯科から医科へ

医科から誤嚥性肺炎等の予防のために、先の周術期等口腔機能管理に準じた口腔ケアを含めた機能管理を求められることが増えてきている。また、糖尿病と歯周病の相互に負の関係を与えるというエビデンスが増えるに従って、医科と連携して口腔機能管理を行うことも増えてきている。そのほか心血管疾患などのエビデンスも増えてきており、口腔ケアの重要性がさらに認識されている。

さらに、ARONJの問題があることより、骨粗鬆症の患者さんに骨吸収抑制薬等の投薬開始前に、歯科と連携を行い、必

要な口腔内の感染巣の除去と口腔ケアを行うことが発生頻度を抑えるといわれる。加えて、頻度の高くなっている生体移植時には、免疫抑制剤等の投与がされるので、口腔内の感染巣を最小限にしておく必要があり、医科と歯科の連携が緊密に行われる必要がある。

3.1.3 歯科から介護職へ

訪問診療の増加と関連し、在宅での口腔ケアに関する情報共有が、重要となってくる。口腔ケアに関しては、毎日のことなので、在宅での介護をされている介護職の方との情報交換は、重要となってくる。特に、歯磨き介助指導、義歯等の使い方、摂食嚥下に関する指導を行い、逆に患者の口腔ケアを行う上で必要な情報を提供いただく。

3.1.4 歯科から患者・家族へ

患者・家族が来院できれば、その場で診療ができるが、来院できず、在宅や施設での口腔ケアということになると、ある程度自分で管理することが必要となる。歯磨き指導、義歯等の管理、摂食嚥下指導など、わかりやすい言葉で指導すると同時に、今後、情報を共有するために在宅からテレビ電話等で動画を送っていただき指導するというようなオンライン診療が、歯科でも行われるようになるかもしれない。

3.2 院外処方せん

歯科の薬剤料の比率(総点数に占める薬剤点数の比率)は2017年6月分で1.2%で、医科の入院外の33.7%と比べてかなり低い。³⁾

さらに、平成23年度の日本歯科医師会のアンケート調査によると院外処方せん料の算定(院外処方)の回数を全体で見ると、「0回」が69.0%、「1~9回」が10.6%、「10~29回」が12.9%、「30~49回」が4.7%、「50回以上」が2.8%であり、処方している歯科医院での処方せん料の算定(院外処方)平均回数は19.3回となっている。院外処方率を全体で見ると、「0%」が、全体の約7割を占めている。全体の平均院外処方率は18.8%であった。

歯科では医科に比べて、処方率、院外処方率は低く、処方できる薬剤も歯科適用が少ないため、院内処方だけで済ませているところも多いと思われる。

4. これからの歯科診療室に求められる ICT 環境

e-Japan計画などの政策により、医療にも電子化の波が押し寄せてきている。さらに、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が本年6月12日に公布され、オンライン資格確認や電子カルテ等の医療情報化支援、審査支払基金の機能強化について示されており、それぞれの歯科医院においても、影響が多いと考えられるので、その流れに乗り遅れることなく、対応していくことが求められる。⁵⁾⁶⁾

また、小規模事業体である歯科医院が、歯科医療の安全性を確保しつつ、正確な医療記録を残していくだけでなく、他院への情報提供や、在宅診療の記録を残すと同時に多職種と情報共有を行うということに限られた時間の中で行うためにはICTの利用は必須になってくると考えられる。

主な事案について、まとめてみる。

4.1 請求業務

歯科における保険の電子請求については、3. で述べた通り、歯科医院もおおむね対応しているが、オンライン請求については、普及率が低い。様々な理由が考えられるが、事務的効率を考えると、普及をさせていく必要があると考えられる。

また、保険請求の返戻の割合が一番多いのが被保険者の資格確認で戻されていると聞いている。そのため、社会保険診療報酬支払基金では、「オンラインによる請求前資格確認」を希望する保険者には行っている。これは、電子請求されたレセプト情報から、先に資格情報を抜き出したファイルを作成し、保険者に提供することにより、資格情報に問題のないレセプト情報のみを保険者に提供するという仕組みである。⁴⁾

さらに、現在、医療機関・薬局から受診時にオンラインにより、被保険者の資格確認ができるような仕組みが実施に向けて検討されている。実現されるならば、歯科医院も対応を迫られると同時に、返戻を減らすことができるので、積極的に参加したほうがよいのではないかと考える。

本題からそれるが、私費治療時のクレジットの取り扱いやキャッシュレス決済なども導入する形になると、院内のネットワークについて統合的に管理する必要がでてくる。

4.2 電子紹介状(電子情報提供)

4章で書いたとおり、紹介状(情報提供書)の位置づけは、形を変えることがあっても、益々重要度を増してくると考えられる。その場合、情報の真正性と保存性ととも、作成の容易さおよび対費用効果が求められる。

特に、歯科は外来がほとんどなので、診療録を書くタイミングで、できるだけ時間をかけずに、必要な画像や検査結果を添付して、紹介状を作成できることが望ましい。

また、先に書いたとおり、情報を提供する相手も変わるの、受け手に応じた書式等があると、時間の短縮が図れる。

そして、忘れてはいけないこととして、他施設より送られてきた電子紹介状が、自院のシステムで、取り込む必要はないが、容易に参照できる仕組みが必要である。

歯科の開業医の多くが先に述べた通り、事業規模が小さいため、システムに費用負担を行うことが困難なので、基幹病院等がブラウザーもしくは専用アプリを使ってセキュリティを保ちつつ、入力、貼り付け、閲覧できるようなシステムを公開して、登録認証した歯科開業医が利用できるような形を作るといことはいかがかと考える。

4.3 院外処方せんの電子発行

施設の認証、発行者の認証の方法は電子院外処方せんが稼働したときのシステム要件に従うことになると考えられるが、歯科医院では、紙の院外処方せんでは、発行できなくなるので、電子発行に対応することが必要になってくる。処方する薬剤の種類が少なくても、発行部分は医科と同様なシステムが必要となるので、オンライン対応のレセコンであれば、その中に電子院外処方せん発行機能を組み込むことにより、対応するのが、発行履歴の管理と一緒にできて、良案と思われるが、まだまだ検討が必要と考えられる。

4.4 口腔診査情報標準コード仕様への対応

厚生労働省の規格として、口腔診査情報のデータの交換についての標準仕様を日本歯科医師会が中心になって策定されている。⁷⁾⁸⁾

これは、口腔内状態を過不足なく記録することを目的にして既存の標準歯式コードや標準歯科病名、各種健診の用語、WHOの歯科健診項目などから洗い出しが行われ、利用しやすさを考えてCSV形式で出力できる形で作られている。さらに、健診時や歯科治療時の情報をアップデートすることにより、医療機関間の情報共有をはじめ、災害時の身元確認等にも利用することを想定されている。

規格に準拠することにより、機種交換や異なるシステムとの

情報共有が容易になることを考えると、今後のシステムは標準的な規格に準拠していく必要があると考えられる。

4.5 情報基盤整備とセキュリティとリテラシー

前述の情報を取り扱うようになるためには、ネットワーク基盤やそれにかかわるハードの準備やセキュリティ管理が必要である。しかし、先に述べたように事業規模が小さいので、情報管理者を別に雇用することは困難で、専門的な知識のない院長が対応することになることが多いであろう。よって、システムの管理が容易にできる仕組みが求められるのと同時に、現在のレセコンの機能に、先の述べた医療連携のための新しい機能を含めたシステムが求められる。

それと同時に、機能が多様化するため、医療関係者の情報リテラシーを高める努力をする必要もあると考えられる。

さらには、訪問診療、在宅診療の情報が、院内の情報と容易に共有できるような仕組みが求められている。

5. まとめ

医療の電子化、透明化の流れは、医療費の適正化と併せて、さらに推進されていく方向であろう。歯科医療機関も積極的に参画することにより、患者、医療機関、保険者、行政を含め、よりよい形を求めていくことが必要であろう。この変化においては、医療機関、医療関係者への負担がかなり大きいものが予想されるので、患者に対してのメリットや医療機関のメリットが十分見える形で、推進されることを望む。

参考文献

- 1) 中央社会保険医療協議会,第21回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告—平成29年実施—,中央社会保険医療協議会,2017,
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/21_houkoku_iryuhoken.pdf](cited 2019-Sept-6)]
- 2) 日本歯科医師会,第21回中医協・医療経済実態調査結果(個人立歯科診療所)に対する見解,日本歯科医師会,2017,
[<https://www.jda.or.jp/jda/release/171114.html>](cited 2019-Sept-6)]
- 3) 厚生労働省,平成29年(2017)社会医療診療行為別統計の概況,厚生労働省,2017,
[<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa17/dl/gaikyo2017.pdf>](cited 2019-Sept-6)]
- 4) 厚生労働省保険局,オンライン資格確認等システムの検討状況平成30年12月,厚生労働省保険局,2018
[<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000439077.pdf>](cited 2019-Sept-6)]
- 5) 第118回社会保障審議会医療保険部会,医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の成立について,厚生労働省保険局,2019
[<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517324.pdf>](cited 2019-Sept-6)]
- 6) 第一九八回閣第二五号医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案,衆議院,2019,
[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/houan/g19809025.htm](cited 2019-Sept-6)]
- 7) 日本歯科医師会,口腔診査情報標準コード仕様 Ver.1.0,厚生労働省,2017[<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000155163.pdf>](cited 2019-Sept-6)]
- 8) 日本歯科医師会,口腔診査情報標準コード仕様 Ver.1.01,日本歯科医師会,2019
[<https://www.jda.or.jp/jda/business/pdf/Oral-examination-Information-Standard-Code.pdf>](cited 2019-Sept-6)].