

社会から求められる 歯科医師像 ～歯科麻酔科的視点から 診療報酬改定を読み解く～

Dentists' Needed in Society
～ Medical Service Fee from the Perspective of
Dental Anesthesiology ～

片山 莊太郎

キーワード：かかりつけ歯科医、歯科麻酔科、診療報酬、地域包括ケアシステム、多職種協働



(かたやま・そうたろう)
ICDフェロー
歯科医師

I. はじめに

近年の急激な超少子高齢社会の進展は、人口減少も相まって社会構造そのものの転換を必要としている。地域包括ケアシステムをさらに深化させ地域共生社会を形成すること、働き方改革に代表されるような生涯現役社会と持続可能な社会の実現が提案されている¹⁾。さらには高齢者の定義にまで議論が及んでいる²⁾。このような中、医療も転換期を迎えている。

この複雑な状況下での医療の方向性を理解するには、診療報酬改定に着眼すると分かりやすい。なぜなら国民皆保険の日本にあつて診療報酬改定は、医療政策の強力な経済的誘導手段だからである。

本稿では、最近の診療報酬改定から今後の歯科医師はどうあるべきかについて、筆者が専門とする歯科麻酔科的視点で論じたい。ここでいう歯科麻酔科とは、狭義の全身麻酔法や精神鎮静法といった分野ではなく、歯科麻酔科をより広義に捉え有病者の全身管理からそれに伴う医療連携、そして周術期に予想される危機を察知し対応する能力つまり周術期危機管理も含めた視点であることを申し添える。

平成28年度、30年度改定は、2025年問題に向けて地域完結型医療（地域包括ケアシステム）の推進と質の高い医療提供体制の構築と位置付けられた。とりわけ30年度改定は、口腔機能の維持・回復を主体とした管理連携型医療へのシフトが明確化し、「地域包括ケアシステムの推進」と「口腔疾患の重症化予防」をキーワードとして、歯科医療の転換を促す内容となっている³⁾。具体的には、検査項目の新設や医学管理を中

表1 口腔疾患の重症化予防に関連する主な診療報酬項目
Table 1 Medical service fees to prevent the worsening of oral diseases

う蝕の重症化予防	エナメル質初期う蝕管理加算 フッ化物歯面塗布処置
歯周疾患の重症化予防	歯周病安定期治療
口腔機能の維持、重症化予防	(小児)口腔機能管理加算 舌圧検査 咀嚼機能検査 咬合圧検査
全身疾患への対応	総合医療管理加算 歯科治療時総合医療管理料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報連携共有料

心に大幅な改定がなされ、全身管理や医科歯科連携に関する分野が拡充された（表1）。

本稿では、この中から歯科麻酔科的視点で改定が目玉ともいえる、歯科治療時医療管理料（医管）の拡充と診療情報連携共有料（情共）、そして歯科の潜在的機能が十二分に発揮できる「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（か強診）」を取り上げ、社会から求められる歯科医師像について考えてみたい。

II. 医管の歴史と意味するところ

まずは医管の意義を述べる前に医管の歴史から理解を深めたい。もともと医管は、平成16年度改定で「歯科治療による偶発症等の抑制に係る総合的医療管理に対する評価」として、歯科診療報酬で初めて全身管理を評価する項目として収載された。さらに医管が画期的であったことは、医科主治医との連携が明確にされたことであった。当時の日本歯科麻酔学会（以下、学会）の関係者や全身管理に積極的な臨床家を中心に、生体情報モニターによる全身管理下での歯科治療を評価された喜びと生体情報モニタリング（以下、モニタリング）の普及に弾みがつくと期待から、学会内で活発な議論がされ対外的な発表⁴⁾がされた。しかしその後、モニタリング下での歯科治療が一般的なものとして普及したかというところではなかった。その要因は、対象となる医科の主病が限定されたこと、史上最大の改悪と嘲弄された平成18年度改定では事細かな文書提供が求められたこと、そして中でも足枷ともいえる最大の要因は医科主治医からの「歯科治療を行うにあたり、総合的医療管理が必要である」とする診療情報提供料の算定が要件とされたことであった。医科歯科連携を強調するあまり、医科から診療情報提供を頂かなければ医管の算定要件を満たさないというものであった。

一方では全身管理下での歯科医療の必要性が増してきている現状⁵⁾を踏まえ、歯科医療の現状に即した医管の改善が必要とされてきた。以後、この情報提供料算定の要件は削除され、主病にビスフォスホネート（BP）製剤の服用患者が加わるなどの改善があったが、結局は医科から「歯科治療を行うにあたり、総合的医療管理が必要である」として（中略）診療情報提

供を受けた患者」という文言は残ったままであった。このようなきわめて扱いにくい状況で医管は存続し、いつしか一般開業医からは忘れ去られ筆者を含めた一部のマニアックな臨床家が算定する管理料となってしまった。平成26年6月審査分の医管の算定件数は9,476件であり、同年同月の歯科レセプト件数は15,097,559件であるから、その算定割合は0.06%という超低値であった⁶⁾。

このような中、中医協において医管について「バイタルサイン等をモニタリングしながら歯科治療を行う必要性が非常に増えてきているにも関わらず、医科から紹介が必要なためその算定が伸びていない」と指摘された。これにより、28年度改定で従来の医管が医管（Ⅰ）となり、別に医管（Ⅱ）が新設された。この医管（Ⅱ）では医科からの「総合的医療管理が必要である」とした紹介が不要となり、歯科医師の判断によりモニタリングを公式に認めるきわめて画期的な改定となった。30年度改定でもその流れは加速し、この医管（Ⅱ）が今の医管となって対象疾患もさらに拡充された。また従前の医管（Ⅰ）のような医科からの情報提供を受けて行った管理は、歯科疾患管理料の総合医療管理加算（総医）として引き継がれた。

そもそも歯科治療中のモニタリングの必要性と治療内容のリスク判断は歯科医師の裁量権である。医管の算定要件から、医科から全身管理の必要性の指示を受ける必要がなくなったことは、大いに歓迎すべきことである。われわれ自身の判断で、医管を積極的に活用し、患者の全身状態を把握することは、歯科から医科へ連携を踏み出す際の大きなきっかけとなる。

ここで自験例を1例あげてみる。患者は80代女性、心房細動があり、かねてより当院受診時には生体情報モニター装着により血圧、脈拍、SPO₂監視下での治療を行ってきた。ある受診日にいつものようにモニタリングを行ったところ脈拍数約140回の頻脈を認めた。自覚症状はなかったが、早速主治医に情報提供を行ったところ、急性心不全が判明し利尿剤を併用した早期の加療につながった。

病識の高い患者は自宅で血圧や脈拍を1、2度は測定しているだろう。また内科受診時にも同様に1、2度は測定されるであろう。しかし歯科治療中に数十分

間も長時間にわたりモニタリングすることは、体調の変化や時にはストレス負荷による生体予備力の変化を早急に発見できる可能性がある。歯科治療中のモニタリングで患者の健康を「見張る」効果が期待できるのである。

Ⅲ. 診療情報連携共有料（情共）の新設

これまで、歯科から医科に対して患者の全身状態や検査結果、加療状況を照会する場合の評価はなかった。診療情報提供料1は他の医療機関での診療を必要とする場合に算定されるものであるから、診療情報提供料1により医科歯科間でやり取りが続くことは疑義が生じる可能性がある。歯科から医科への問合せで多いものは、病名・現病歴・現症³⁾であり、情共ではこの情報共有が評価された。情共の大きな特徴は、歯科点数表の収載と同時に医科点数表にも収載され、歯科側からの問い合わせに対して、医科でも情共の算定ができることである。歯科からの連携の働きかけによって医科も動くことができる、いわば医科歯科連携から歯科医科連携の流れとなっているのである⁷⁾。

情共は3月に1回の算定である。つまり歯周病患者で糖尿病のような慢性疾患患者に対し、医科と歯科と双方から慢性疾患を見守り生活指導につなげる可能性を秘めている。歯科の立場で、患者の「健康管理」に関わることができる大きなツールとなるのである。

また別の自験例をあげてみよう。患者は80代女性、当院でSPT管理中であった。骨粗鬆症に対し加療中で、患者が主治医に歯科に通院中であることを伝えると、主治医より本来BP製剤の適用であるが歯科治療が完了した後にBP剤を開始すると説明されていたようだ。その後も骨密度が低下し続け、患者が主治医からいつになったら歯科治療が終わるのかと聞かれたと申し出て、これまでの経緯が判明した。SPTの意図が伝わらず、また主治医や患者の歯科に対する過度な配慮により、BP剤による加療の開始が遅れていたのである。今後は、情共を活用した医科歯科連携を取りながら、より積極的に患者の「健康管理」に関わっていく必要があると考えさせられた1例であった。

Ⅳ. かかりつけ歯科医機能と地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムが推進され深化していく中で、歯科にはかかりつけ歯科医機能を発揮することが求められている。この大きな機能の一部分で、全身疾患を有する患者への具体的な対応策が前述した医管や情共であり、これらは歯科に医療連携を促す環境整備のようなものである。30年度改定では「か強診」についてより具体的な機能が示された。つまり、これまでの診療実績や研修修了といった体制の評価に加えて地域連携への参加実績が追加され、表2³⁾のようなより具体的に参画すべき多職種協働の支援チームが列挙

表2 かかりつけ歯科医機能強化型診療所の施設基準のうち地域連携に関する要件
Table 2 Requirements of dental clinics with enhanced dental care by family dentists

<p>次の項目のうち、3つ以上に該当すること。</p> <p>ア 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。</p> <p>イ 地域ケア会議に年1回以上出席していること。</p> <p>ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。</p> <p>エ 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。</p> <p>オ 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2を算定した実績があること。</p> <p>カ 在宅医療・介護等に関する研修を受講していること。</p> <p>キ 過去1年間に、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。</p> <p>ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。</p> <p>ケ 自治体等が実施する事業に協力していること。</p> <p>コ 学校歯科医等に就任していること。</p> <p>サ 過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績がある。</p>

された。

ではこのような支援チームの中であって歯科は何を期待され、どう立ち振る舞うべきであろうか。最近多職種に歯科の重要性が少しずつ認知されつつも、現状ではいざ協働の場となると歯科と多職種の間で乖離が生じている。歯科側からは「何を期待されるのか分からない、口腔のことに関心を持ってもらえない」などの声があり、一方多職種側からは「口腔の重要性は理解しているが口腔内までは観察が及ばない」などの声がある⁸⁾。われわれは、ことさらに歯・口腔の重要性のみを強調し理解を得ようとするのでは、いずれ協働のチームの蚊帳の外に置かれてしまい、いつまでも一員として溶け込むことは難しい⁹⁾。

歯科は、口腔領域の唯一の担い手であるとともに、口腔内のわずかな変化を察知し、その裏に隠されている異常を早期に発見する機能を秘めている。われわれは口腔粘膜を常日頃より見慣れており、粘膜変化に気づきやすい。また歯科衛生士は口腔衛生の状況から生活習慣の変化を敏感に感じ取ることがある。さらに受付で患者の些細な変化にも気づきやすい。このことは歯科ならではの異常発見の機能である。

ここでまた別の自験例をあげてみる。患者は70代女性で上顎前歯の破折により受診した。受付での対応や医療面接で認知症が疑われた。ご主人も同伴していたため、患者本人およびご主人に抜歯の必要性を説明し、了解のもと、抜歯を行い問題なく帰宅した。その後、抜いた歯を元に戻してほしいとの何度も電話があり、さらに急に来院され受付で対応を迫られた。強く認知症を疑ったため当院から地域包括支援センターに連絡を取ったところ、すでに地域包括支援センターでもこの患者のことを把握していたが、患者の希望でここ数年サービスが停止していた。この一件が発端となり再び地域包括支援センターの介入するところとなった。後ほど判明したが、ご主人も認知症でいわゆる認認介護の状態であった。

このように歯科の立場で患者の変化を感じ取り、適切な支援を受けられるように必要とされる多職種に「つなげる」ことが歯科に求められている大きな役割である。地域包括ケアシステムの中で歯科は、口腔の専門家として口腔のマネジメントにより口腔機能を維

持させつつ、その一員として多職種協働の輪に溶け込み、適切な支援に「つなげる」ことが必要である。

V. 最後に

最近の診療報酬改定で、歯科に対する具体的な医療転換の方向性と評価が顕在化した。またいわゆる骨太の方針2018にも、より突っ込んだ形で歯科の重要性が表現された¹⁰⁾。このことは、国や地域が歯科の持つ潜在能力に本気で期待を寄せている証拠であろう。健康な口腔機能を維持することがQOLに貢献し、ひいては医療費の削減と要介護度の低下につながることは周知の事実となった。歯科に地域包括ケアシステムの多職種協働の輪にしっかりと溶け込んで参画してほしいというのが、診療報酬改定から伺えるわれわれへの期待である。地域のゲートキーパーとして、患者（地域住民）の健康を「見張り」、「健康管理」に積極的に関わりながら、些細な異常が見られた場合には危機管理の察知能力を働かせて必要な支援に「つなげる」。このことが歯の治療から口腔機能管理への転換が進み、さらにその先に求められる歯科医師像ではなかるうか。日々の臨床にわずかでも歯科麻酔科的な視点を加えることで歯科の活躍の場はさらに拡大する。

謝 辞

本稿は、日本歯科麻酔学会雑誌Newsletter No.81¹¹⁾ およびNo.89¹²⁾ に掲載されたものを編集加筆したものである。これまでこのような分野について研鑽機会を与えていただいた日本歯科麻酔学会社会保険委員会、広報委員会ならびに地域医療委員会のみなさまに深甚なる感謝を申し上げます。

参 考 文 献

- 1) 山崎史郎：人口減少と社会保障 孤立と縮小を乗り越える，中央公論新書，東京，2017。
- 2) 眞木吉信，小坂健，古谷野豆，那須郁夫：学術用語シンポジウム「高齢者の定義75歳は妥当か？—老年歯科医学からの検討—」，老年歯誌，33：280-297。2018。
- 3) 厚生労働省：平成30年度診療報酬改定の概要 歯科。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203139.pdf> (2019年2月16日アクセス)
- 4) 篠塚襄，別府孝洋，西原昇，望月亮：歯科治療総合医療管

- 理料の意義と問題点, 日本歯科評論, 65:145-153, 2005.
- 5) 片山莊太郎, 立浪康晴, 片山巖: 開業歯科医院における術中モニタリング 術中モニタリングは本当に必要か?, 歯界展望, 112:138-140, 2008.
- 6) 政府統計の総合窓口 (e-Stat): 社会医療診療行為別統計, 平成26年社会医療診療行為別調査, 第1表. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450048&tstat=000001029602&cycle=7&tclass1=000001073066&tclass2=000001073071&tclass3=000001073077&second2=1> (2019年2月16日アクセス)
- 7) 西田互: 糖尿病療養指導士に知ってほしい歯科のこと, 医歯薬出版, 東京, 2018.
- 8) 村中峯子: 地域ケア会議を通じた地域包括ケア推進における歯科医療・口腔保健と保健師の役割, 保健医療科学, 65:385-393, 2016.
- 9) 望月亮, 安藤千晶, 江草正彦: 適切な支援のために～地域包括ケアシステムに果たす歯科の役割～, 日歯医師会誌, 68:43-51, 2015.
- 10) 内閣府: 経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～. <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/decision0615.html> (2019年2月16日アクセス)
- 11) 片山莊太郎: 或る歯科医師会会員の歯科麻酔的視点からみた28年度診療報酬改定, 日歯麻誌Newsletter, 81:359-360, 2016.
- 12) 片山莊太郎: 社保改定から読み解く歯科への期待, 日歯麻誌Newsletter, 89:4-5, 2018.

●抄録● 社会から求められる歯科医師像

～歯科麻酔科的視点から診療報酬改定を読み解く～
／片山莊太郎

超少子高齢社会が進展する中、社会構造の変革が必要とされ、社会保障制度の転換が図られている。歯科医療においても例外ではなく、平成30年度診療報酬改定では、歯の形態の回復を主眼とした治療中心型から口腔機能の維持・回復を主体とした管理連携型医療へのシフトが明確になった。この中で「地域包括ケアシステムの推進」と「口腔疾患の重症化予防」をキーワードとして、具体的な方向性が示された。本稿では、筆者の専門とする歯科麻酔科的視点から最近の診療報酬改定を読み解き、今後も社会から必要とされる歯科医師像について論じたい。

地域包括ケアシステムが推進される中、歯科医師には多職種協働の一員として溶け込むことが必要である。地域のゲートキーパーとして、患者の健康を「見張り」、医科歯科連携のもと「健康管理」に積極的に関わることで、そして些細な異常が見られた場合には危機管理の察知能力を働かせて必要な多職種協働の支援に「つなげていく」ことが、求められるであろう。

キーワード: かかりつけ歯科医、歯科麻酔科、診療報酬、地域包括ケアシステム、多職種協働

Dentists' Needed in Society ～ Medical Service Fee from the Perspective of Dental Anesthesiology ～

Sotaro KATAYAMA, D.D.S., Ph.D., F.I.C.D.

Facing the progression of super-aging, Japan needs to reform the structure of its society, and adopt measures for the transition of its social security systems. Dentistry is no exception, as the shift of dental care from treatment-oriented practice focusing on the morphological recovery of teeth to management-oriented and liaison-based practice to maintain/restore oral function became clearer when medical fees were revised in FY2018. As part of this revision, the direction of dentistry was defined by 2 keywords: <promoting community-based integrated care systems> and <preventing the worsening of oral diseases>. This paper analyzes the recent revision of medical fees from the perspective of dental anesthesiology, which is the author's specialty, and discusses dentists' needed in society.

As community-based integrated care systems are being promoted, it is necessary for dentists to become a multidisciplinary collaboration team member, and contribute to such care. They are expected to serve as gatekeepers for communities, who <observe> patients' health conditions, actively participate in <health management> based on medicine-dentistry liaison, and utilize their risk management skills to <facilitate> the provision of necessary support through multidisciplinary collaboration whenever abnormalities, however slight, are identified.

Key words : Family Dentist, Dental Anesthesiology, Medical Service Fee, Community-based Integrated Care System, Multidisciplinary Collaboration