

ついてより積極的に対応しており、病院歯科加算の算定状況や逆紹介患者数でもこの傾向を指摘した。また、感染症患者にたいする対応では、ウイルス性肝炎患者に対しては両群ともほとんどが対応しているものの、エイズ患者に対しての対応については大きな差がみられたと報告している。

地域との連携を示すものとして、歯科医師会への加入もあげられるが、一般病院歯科では地区歯科医師会へ、医育機関では都道府県歯科医師会へほぼ50%の施設が加入しているとの結果がえられている。地域との連携は「かかりつけ歯科医」制度として保険制度において公的に確立されており、一方高次歯科医療ないし後方支援としては、一般病院歯科における病院加算という形でその受け皿の強化がなされている。

先にも触れたように、分担研究者の梅村によれば、一般病院歯科の機能の多くは病院の病床規模によって規定される側面が強いことが指摘されており、当然のことながら、病床規模の大きいほど常勤歯科医師をはじめとするスタッフが充実し、施設設備も整備されている実態がある。従って、診療機能は、施設規模が大きくなるに従って一般歯科治療から口腔外科疾患治療へのウェイトを増す機能分化が認められ、400床以上の病院歯科は広域基幹病院としての機能の役割が明らかになったとしている。

「かかりつけ歯科医」制度を推進するために病院歯科が備えるべき機能としては、医施設と共通して有病者歯科治療と口腔外科的疾患の治療があげられており、実態として責任者が日本口腔外科学会を中心とした指導医であることが15.3%であり、認定意のいる施設が41.6%存在する。また、一般病院歯科の10%が学会の研修指定機関である。さらに、病院歯科と一般診療所との病診連携を積極的に進めるべきであるとの意見が強い。

一般病院歯科における教育研修機能については、歯科医師臨床研修制度との係りが重要であるが、必修化を目前にして現在研修施設の充実が図られている。

一般病院歯科の収入は、施設によってばらつきが多いが、平均の年間総収入は、外来4,898万円、入院3,047万円と少なく、自己評価では「他科に比べて低い」および「著しく低収入」を合わせると70%弱に達する。この傾向は医施設でも同様であった。

## 2) 医科大学・医学部附属病院歯科施設

歴史的にみると医科大学や医学部が無医村解消のため開設された経緯があり、歯施設を含めて地域の中核病院として機能している施設が多い。事実、これらの病院歯科のほとんどが口腔外科的疾患の治療を中心としており、実に3/4強の施設が学会の研修病院、特に日本口腔外科学会の研修病院に指定されている。これに伴って、一般病院歯科では主任が学会の指導医であることは少ないのに対し医施設歯科では主任が指導医であるところが多い。

人的構成では、歯科衛生士の数がほとんど一般病院歯科と変わらないのに対し、常勤歯科医師数では1施設あたり10.2人と充実している。

医施設歯科では母病院の規模、併設されている診療科、設備など最も充実しており、歯科においても外来手術室や病棟内に歯科処置室のある施設が多い。また、特定機能病院の指定を受けている病院が65.6%、一般病院歯科および歯施設に対して歯科独自の紹介率が高い(43.1%)のが特徴である。このような地域との病診連携は、医局を中心とした関連病院を平均7ヶ所所有していることも大きな要因となっているものと考えられる。

感染予防対策(universal precaution)を実施している施設も多く(64.0%)、ウイルス性肝炎患者、エイズ患者の歯科治療も積極的に行っており、後方支援機能が高いと評価される。病診連携は54.7%の施設で実質的に行っている。

歯科医師会への加入に関しては、一般病院歯科が地区歯科医師会へ50%弱加入しているのに対し、医施設歯科では都道府県歯科医師会に加入している施設が最も多い。

教育研修機能に関しては、看護学校がありしかも歯科の講義をしている施設が2/3強、半数の施設が歯科衛生士の臨床研修施設となってい

る。また、院内外歯科医師に対する研修活動も活発である。教育研修のうち、近年最も注目されているのが歯科医師臨床研修であるが、平成18年の必修化を控えて現在61施設（平成13年4月1日現在）が研修施設となっている<sup>9)</sup>。

以上のごとく、医施設においては後述する歯施設を含めて3群の中で病院歯科機能がもっとも高いものと評価される。

一方、経営状態は、「他科に比べて高収入」とする回答は、0.0%であり、「他科に比べて低収入」、「著しく低収入」を合わせると67.2%に達するが、先に述べたごとく、この傾向は一般病院とほとんど同じである。

### 3) 歯科大学・歯学部附属病院

一般病院歯科と医施設歯科では、人的構成、設備、病院歯科機能などの点において量的な差はあっても質的な差は少ないと考えられる。医施設では医学部の教育という特別な機能があるものの、両者は病院という大きな組織の一員であり、常にその影響下におかれている点でも一致している。医施設では常勤医が5名未満の医施設が15.6%存在する（基資・図58）が、このような施設では病院歯科機能という点で一般病院とほとんど変わらないものと推測される。これに対して歯施設は、施設自体が病院歯科であり、規模や内部の構成、歯学教育という目的が主体で設立された点などで両者との差はきわめて大きい。設立母体が私立である施設が多いため少なくとも当初は経営的な面が重視されて設立されたといっても誤りではないだろう。

歯施設は、かつて良質な歯科医療を提供する施設として患者からの信頼が厚く来院数が多かったが、歯科医師数の増加、開業医の良質な歯科医療に対する意識改革などにより、状況は一変し一般歯科治療を希望して来院する患者が減少し、半数強の施設が臨床研修に支障をきたしている状況となっている。さらに、将来的な不安を37.0%の施設が抱えている（基資・図145）。しかし、このような状況の中でも、「歯施設を歯科医療全体像の中でどのように将来的な位置付けたらよいか」という点については、すべての施設が「教育病院とともに地域の高度歯科医療

機関」として位置づけたいとしている。

分担研究者の川崎は、歯施設の約3/4の施設において近年初診患者数は増加傾向または変動がないにもかかわらず、約半数の施設で教育上支障をきたす程臨床研修用の患者が減少しており、しかも約87%の病院で経営は赤字であったとしている。その理由として川崎は、地域歯科医療において機能分担が進み、附属病院においては一般治療を希望する患者が減少し、高次歯科医療を必要とする患者が増加しており、このことから教育病院としての機能が失われつつあることを指摘した。

## 4. 病院歯科の問題点

### 1) 病院歯科の恒常的不採算性

今回の調査を通じて病院関係者が異口同音に指摘していることは病院歯科の不採算性の問題である。調査結果でもこのことは裏付けられているが、特に歯施設ではこの傾向が強かった。歯施設以外の施設、いいかえれば一般病院歯科および医施設歯科では、母体となる病院自体の経営への影響という点で病院歯科が不利な状況に置かれる場面が現実となっている。調査の過程で聴取した自治体病院の関係者の評価では、歯科が高質特化を図れなければ廃科にせざるを得ないとの意見も聞かれたが、問題の深刻さ示す象徴的な発言であろう。診療報酬の改正が開業医主導で行なわれている現状では、病院歯科の不採算性は構造的なものといっても過言ではない。こういった状況の中で紹介率を基盤として「病院歯科加算」、が導入されたが、ひとつの方向性として病院歯科を特化させる意義は大きいものと考えられる。

病院歯科の経営的な問題については、今回の調査では簡単な収入額の提示に終わったが、詳細な実態調査を早急に行うべきであろう。

不採算性を改善するためどのような方策を講じているかとの質問に対して、保険請求の際、請求漏れのないよう努力しているとの意見がもっとも多かった。採算性の高いインプラント治療を導入するとの意見もあったものの、積極的な有効手段のないのが現状である。

病院歯科の不採算性の要因としてもうひとつ

看過できないのは、いわゆる有病者歯科治療である。高齢有病者が増加している社会情勢の中で、今後ますます需要が高まることは明白であり、今回の調査でも、「かかりつけ歯科医」制度を推進する意味から病院歯科が備えるべき機能として「口腔外科的疾患の治療」とともに三群の施設が共通してあげているのが「有病者への歯科治療」である。

有病者歯科医療は偶発症の危険性から開業医から病院歯科に安易に紹介される傾向がみられ、一方紹介を受けた病院歯科においてモニター下で時間をかけて治療してもなんらの評価もないのが現状である。これらのいわゆる有病者がどの程度歯科医療機関を訪れているかなどその実態については、日本有病者歯科医療学会を中心として報告が多くなされている<sup>10-17)</sup>。新来患者における有病者率は、報告された施設によって異なるが18.8%<sup>10)</sup>、23.5%<sup>11)</sup>、25%<sup>12)</sup>、13)、30.3%<sup>14)</sup>、76.8%<sup>15)</sup>、老年者に占める割合は80.1%と高かった<sup>16)</sup>、また、歯科診療所においても26.2%であった<sup>17)</sup>との報告もみられる。

基礎疾患に対して直接治療できない（と思われる）歯科医師が偶発症の危険におびえつつ歯科治療をしている現状は、単なる経済的評価の問題を超えて歯科医業の法的な範囲に対する不明確さを露呈しないともいい切れない。このような観点からも行政面で早急に有効な対応をすべきであろう。

## 2) 歯科医師臨床研修制度と病院歯科

平成8年現から1年以上の努力義務として発足した歯科医師臨床研修制度も平成18年を目途に必修化が予定されている。

現在、研修施設としては、すべての29歯施設とともに61医施設歯科（実施している施設）があり、加えて一般病院歯科および診療所とともに397施設（単独、複合あわせて）となっている。また、平成11年における研修率は61.1%であった<sup>18)</sup>。

必修化にあたっては研修期間を当面1年とすることとなっているが、医師と同様、研修期間を2年とすることが要望されている。必修化にあたって最も大きな問題は研修施設の不足であり、現在

早急な拡充がなされている。歯施設ではすべての施設がすでに研修機関となっており、今後募集人数を増やさない限り全体として増加しない。医施設では平成11年において244名が研修しており、研修施設の候補が若干残されている。一般病院では単独施設としては69施設、56名と少なく、一般病院の歯科施設が千数百ヶ所ある割には、指定研修施設の数ばかり少ない。この要因は、「単独研修方式による歯科医師臨床研修施設の指定基準」の「3. 常に勤務する歯科医師が3人以上であること」の縛りがあるからである。

研修指定機関は医施設歯科では61施設（アンケート調査の結果では85.9%）であるのに対し、一般病院歯科の指定は9.0%である。指定基準の改正を行って、「常に勤務する歯科医師が2人以上であること」とすれば、常勤歯科医2人以上は400施設あるので仮に1施設あたり1人ずつ研修医が増えても400人の増加となる。現実には質的な問題や経済的な要因などにより簡単ではないが、病院歯科では臨床各科をバックとした多彩な研修が可能であり、多くの施設で豊富な患者を抱えている点でも検討する価値はあろう。

歯科医師臨床研修制度に関わる大きな問題として、歯施設における研修の建前と実態との乖離の問題がある。アンダーグラデュエートの教育を含めて歯学教育で求められる臨床教育は、充填や抜髄、歯周病の非外科的治療などが基本とされ、有病者歯科治療や口腔外科的疾患の治療は進度の高いものとされている。しかし現実には、基本的な臨床教育に必要な一般歯科患者が減少傾向にあり、現場の教育に支障をきたしている傾向がみられる。歯施設においては、経営的に不採算の状況が常態化しており、経営を改善するためには、紹介率を上げることにより診療報酬上の評価を有利とし、高次歯科医療による病床利用率をあげるによりさらに経営の改善を図るという方針を取らざるを得ない。このことは病院歯科機能の向上を推進する立場からはいわば好ましい結果であるものの、研修の建前と経営的な側面とが乖離する状況が生まれている。瀬戸<sup>19)</sup>は、研究会議における意見聴取において、卒前教育においては臨床実習に協力する患者の治療費の一部

を軽減することによって必要な患者を確保する案を提唱したが、臨床研修においてもこれに準じた方策が必要かも知れない。一方、高次歯科医療の頻度を示す指標として今回の調査では、個々の歯施設における病床の年間利用率を調査した。これによれば（基資・図24）、最小値22.5%、最大値94.4%と幅広く、50%未満の施設が6施設、25%未満の施設が2施設あり、歯施設の一部では教育研修施設としてかなり厳しい状況にあるうえに、さらに経営的にも厳しい施設もあるものと推測される。

### 3) 病院歯科機能の客観的評価

研究班では「病院歯科」の機能として、(1) 口腔外科疾患の治療を主体とする高次歯科医療による地域歯科医療支援機能、(2) 有病者を筆頭に感染症患者、障害者、在宅患者に対する後方支援機能、(3) 教育研修機能、の3項目をあげた。病院歯科がこれらの病院歯科機能を発揮しつつ経営の安定化が図れれば理想的であり、このためには病院歯科機能に関連する歯科治療を重点的に評価することが合理的である。現在、病院歯科機能に関連して診療報酬上評価されている項目としては、病院歯科感染予防対策管理料、病院歯科共同治療管理料 I および II、開放型病院共同指導料 I および II、などが設定されているが、これらは紹介率と関連した病院歯科初診料および再診料（1および2）との関連のうえで設定されており、病院歯科初診料および再診料2については手術件数をも条件としている。また、このうち開放型病院共同指導料については、かかりつけ歯科医との共同診療が条件となっており、病院歯科機能を診療報酬上で積極的に評価し、効率的な歯科医療の提供体制を構築するための行政の姿勢が伺われる。

病院歯科機能に関連した診療報酬上の加算については、歯施設では、81.5%の施設が病院歯科加算1を、3.7%の施設が2を算定しており、医施設では65.6%の施設が「特定機能病院」の指定を受けている。このように、歯および医、両施設では加算を算定している施設が高率であるのに対し、一般病院（歯科）施設では、いわゆる病院歯科加算を算定している施設は、1が

13.9%、2が4.3%であり、両者をあわせても18.2%と2割に満たないのが現状である。歯科医療の効率化の意味するものは、システム上の効率化とともに、設立母体に関係なく経済的な効率化も含まれており、病院加算の算定できない残りの80%以上の一般病院歯科施設は、経営的に苦しい状況に置かれているものと容易に推測される。それではこれらの一般病院歯科施設は不必要な存在なのであろうか、答えは「否」である。その理由として以下の4点があげられる。①地域歯科医療支援病院のない二次医療圏が存在し、これらの地域では現存する施設の機能的な特化が望まれる、②今後ますます需要の高まる有病者歯科医療への受け皿として機能させる、③現在では、看護婦の手にゆだねられている入院患者（特に慢性期医療）の歯科保健医療の指導的存在として再生存続させる、④病院歯科機能に関連したよりきめ細かい評価を設定し、視点をかえて再評価する必要がある、である。

分担研究者の田中は、病院歯科機能の分析に際して関連項目を点数化して配点し、「口腔外科（二次医療）中心」と病院歯科加算の算定から高次歯科医療の提供機能を評価（40点）、感染症患者、救急患者の取り扱い、歯科の病診連携と在宅医療の実施から後方支援機能を評価（40点）、さらに研修教育機能（20点）を加えて100点満点で評価した。結果として、病院機能の総合点が70点以上の病院は50施設（5.6%）、50～69点は96施設、50点以上の病院は合計145施設16.3%（145/888）であり、必ずしも施設数の増加につながっていないが、点数配分や新たな項目を追加することによって改変することは可能である。今後、病院歯科機能のきめ細かい評価法として検討をすべきであろう。

ロジスティック回帰分析を行った病院歯科の中で正の相関が認められた項目は、①自治体はじめ公立の医療機関、②常勤歯科医が1名増える、③病床数が200床以上、の3つであり、今後、病院歯科の強化策や連携確立に向けてこの3項目がキーワードになると指摘している。

今回の調査において、分担研究者が共通して指

摘している項目に、常勤歯科医が1名の施設において病院歯科機能を発揮することの困難性をあげることが出来る。採算性の面からも2名に増員したほうが有利になるとの指摘もある。

#### 4) 一般病院歯科施設の類型化

一般病院の歯科施設は、設立母体も多岐にわたる。国立病院をはじめとして、設立母体が自治体病院であってもさらに市立、県立、町立などがあり、私立病院では、企業立、社会福祉法人、医療法人などがあげられる。当然とはいえ設立趣旨によって病院歯科の機能も規制され、急性期入院医療を主体とするか、慢性期入院医療を主体とするかによっても影響を受けざるを得ない。

一方、梅村分担研究者の調査によれば、母体となる病院の病床数によって併設される歯科に特徴があるという。一般歯科治療が中心となっているところは200床以下で多く、200～400床以下では一般歯科と口腔外科が相半ばしている、しかし、400床以上の病院では口腔外科治療を中心に行っており、さらに、入院患者数も病床規模に比例して多く、難症例のケースも自施設で対応するケースが増えている。これらから歯科治療および口腔外科分野において、病床規模別の機能分化が進んでいることを伺わせた。また、歯科医師臨床研修の指定状況は病床規模に比例して多くなっており、400床以上では約4分の1が臨床研修指定病院となっている。しかも、400床以上では単独の研修方式をとっている施設が多いのも特色である、と指摘している。

以上から、前項の客観的な評価と絡めて病院歯科、特に実態が多彩な一般病院の歯科を病院歯科機能の面から評価した類型化が必要であろう。たとえば、長期療養型病床群や慢性期病院ではむしろ要介護者の歯科診療や口腔ケアに専念すべきである。一般病院の歯科施設のうち、歯科医師が一人(一人医長)である施設では当然一般歯科治療が中心となり、採算性も悪く、一般診療所の増加とともに競合する傾向が強まると思われる。しかし、高齢社会の完成を目前にした現在、歯科治療上特に医学的な管理を要求されるいわゆる有病者歯科治療は、一人医長の施設においても十分対応可能であり、現状にお

ける(有病者歯科医療の)不採算性を改善すれば、機能する病院歯科として再生することは可能であろう。

#### 5) 「かかりつけ歯科医」制度との整合性

「かかりつけ歯科医」制度が歯科医療提供体制の中で定着しつつあり、患者と地域の歯科医療機関との関係がより密接に形成されつつある。一方、口腔外科疾患やいわゆる有病者歯科医療など高次の歯科医療の受け皿である「かかりつけ歯科医」に対する後方支援機構として、地域の病院歯科は必須の存在であり、相互の有機的な関連を深めることは良質な歯科医療を効率的に提供するという建前から歯科医療全体の基本的な枠組みである。

近年、紹介率に基づく「病院加算」により診療報酬上の推進策が講じられていることは評価されるが、歯施設および医施設歯科においてはこの算定が効果的に活かされているものの、一般病院歯科では残念ながら算定している施設の割合の低いことが今回の調査で明らかとなった。一般病院歯科は数が多くしかも地域に密着している施設が多いから、今後「かかりつけ歯科医」制度をさらに推進するためには両者の関連を強化することが必要であり、このためにはさらにきめ細かな対応が必要であろう。

瀧口は<sup>20)</sup>、病院歯科がかかりつけ歯科医と連携し、かかりつけ機能を支援可能なレベルにするためには、制度的な基盤整備を検討する必要があることを強調し、その機能を担保できるだけの診療報酬を確保することが重要であると述べている。病院歯科サイドに立ったとき、「かかりつけ歯科医」制度との関連においてこれらの施設の活性化を図るためには、恒常的な不採算を改善することが必須であり、今後、一般病院歯科の「病院加算」の算定率がなぜ低いかの要因分析を行い、一方では算定率の経時的な変動を調査する必要がある。また、病診連携の強化策として、「かかりつけ病院歯科」ともいうべき「連携医」制度あるいは登録医制度を公的に認知することも検討すべきである。

#### 5. 歯科医療提供体制における今後の課題

病院歯科は、基本的に地域の高次歯科医療を

担う施設としてまず重要な存在意義があり、したがって、機能的な整備を進めると共に、母体となる病院の経営面において不採算部門として切り捨てる対象とならないよう固有の機能と採算性の整合が成り立つような方策を講じることが急務である。このような視点から今後の課題を考えてみたとき、最も重要なことは、いうまでもなく先にあげた病院歯科機能を軸として、口腔外科疾患を中心とした高次歯科医療に積極的に取り組み再生を図ることである。一方、常勤医が2人以下の施設では、後方支援病院のない医療圏にあつては、「かかりつけ歯科医」の支援を積極的に進めて増員を図ることが第1であり、その際地域病院歯科施設間の連携によって支援体制を作ることも視野に入れるべきであろう。

今回の調査結果で40.8%を占める診療担当者が一人の施設では一次歯科医療のみを主体とせざるをえないが、このようないわば病院歯科機能評価の低い施設では、母体となる病院の状況によっては廃科といった問題も起こりうるし、近年兆候のみられる「院内委託」といった問題も起こりうる。このような施設では、歯科領域でほとんど俎上にあがらなかった入院患者に対する歯科保健医療への参画を検討すべきであろう。

全般的には、病院歯科における不採算の大きな要因となっている、現在診療報酬上なんらの評価もない有病者歯科治療への評価を確立すべきであり、これを梃子に積極的な対応を図ることがもっとも優先されるべきである。また、現状では対応が限界に達している在宅医療への後方支援として、オープンシステムによる共同管理の下に入院加療を基盤とした在宅患者への一般歯科治療を促進する必要がある。

歯科医育機関における臨床研修に質量ともに限界が危惧される現状において、研修施設として病院歯科の積極的な参入を図るためには、縛りとなっている「常勤3人」を「常勤2人」に改正すべきであり、これによる病院歯科医療の質の確保と受益を図るべきである。

一方、アメニティーを含めて良質な医療を求

める傾向が近年患者サイドに高まっており、次元医療の悪しき側面である単なるコンベアー式の制度では、患者の要望に充分応えられるとはいえない面があろう。患者が医療の質を求める要望に応えるためには、まず患者サイドの意識調査は欠かせないものと考えられる。

本研究はアンケートにより病院歯科の実態を把握すべく企画されたが、この種の調査では回答者の主観的なとらえ方によるある種の歪みがあるのは避けられない。研究面における今後の展望としては、本研究で得られた概要を基に、地域性や設立母体をも考慮しつつ、全国にいくつの病院歯科が必要であるかなど客観性の高いより具体的な研究が求められる。このためには、本研究でも一部提示された経営の実態や口腔外科的疾患の全国的症例数の実態など具体的な数値を基にシュミレーションすることが重要である。その際、本研究により試算とした病院歯科機能の多面的客観的評価の試みは、今後病院歯科機能を評価する上で有用であろう。

現在わが国の医療は、経済性と合理性を重視するアメリカ型の医療にシフトしているが、一方でアメリカ型医療の弊害と破綻も指摘されおり<sup>21)</sup>、得るものはなにもないとの行政担当者の意見も仄聞される。しかし、現実に多くの具体的な施策が導入あるいは検討されているのは事実であり、アメリカにおける病院歯科の現状、特に一般病院の歯科について調査分析すべき時期に来ているものと考えられる。今回の研究では、残念ながら調査する機会を失ったが、わが国の病院歯科の展望を予測するためには、その実態を調査することは必須であろう。

## E..結論

1) 従来不明確であった病院歯科の機能として、(1) 口腔外科疾患の治療を主体とする高次歯科医療による地域歯科医療支援機能、(2) 有病者を筆頭に感染症患者、障害者、在宅患者に対する後方支援機能、(3) 教育研修機能、の3項目に集約した。

2) これらの病院歯科機能に関して、より詳細な「病院歯科機能評価法」を作成し分析に供した。

3) 病院歯科を(1) 歯科大学・歯学部附属病院、(2) 医科大学・医学部附属病院歯科診療施設、(3) 一般病院歯科診療施設に大別し、一般病院歯科診療施設に関しては、さらに4テーマに関して分担研究を行った。

4) 結果の概要は以下のごとくである。

(1) 歯科大学・歯学部附属病院では、すべての施設の管理者が、自施設の将来像を「地域の高度歯科医療機関」と位置付けており、現実でも近年高次歯科医療を必要とする患者が増加している。一方、約3/4の施設において近年初診患者数は増加傾向または変動がないにもかかわらず、約半数の施設で臨床研修用の患者が減少し教育上支障をきたしている。経営的には約87%の施設が赤字であり、臨床研修のための建前と経営的な側面とが乖離している状況が生まれている。卒前の臨床研修に必要な患者を確保するためには、治療費の一部を研修側が負担する方策も検討されるべきである。

(2) 医科大学・医学部附属病院歯科診療施設は、病院機能に関わるほとんどの項目において、3群のうちで最も高い評価が得られた。

(3) 一般病院歯科診療施設は、総数が1,474施設、病院総数(精神病院の歯科施設を除く)の15.7%にあたり、地域歯科医療支援の提供体制に与える影響は大きいものと考えられる。これらの施設の60%は「歯科」を標榜しており、しかも一般歯科治療を中心としている施設が56.9%を占めている。今後の歯科医療提供体制における病院歯科の機能を考えたとき、これらの施設をどう特化して行くかが課題であろう。

分担研究の結果によれば、一般病院の病院歯科機能における評価は、常勤歯科医師が3名以上の施設(大都市型)と2名以下の施設で分岐しており、自治体病院では設立母体が都道府県立、市立、町村立、公立によって病院歯科機能が異なることが明確となったが、特に後方支援としての高次歯科医療機関としては「市立」において最も適しており、「町村立」はこの概念より離れていた。所在地を中心として「都市型」と「地方型」に分けて比較した結果では、病院歯科加算、逆紹介、常勤歯科医3人、登録医、

学会認定医の5項目において特徴的であった。さらに、病床規模(200床以下、200~400床、400床以上)と高次医療との関連性が高いことが判明した。

3. 今後の課題として、以下のごとくまとめた。(1) 病院歯科の恒常的不採算性の要因として有病者の歯科治療をあげ、これに対してなんらかの評価をすべきである。(2) 歯科医師臨床研修における単独施設の条件を緩和すべきである。(3) 常勤歯科医師数が2人以下、特に一人医長の施設を今後の歯科医療提供体制の中でどう位置付けるかが最も重要であり、i. 地域歯科医療支援病院のない二次医療圏において機能的な特化を促進、ii. 有病者歯科医療への受け皿として機能、iii. 慢性期医療の歯科保健医療における指導的存在として再生存続させる、などをあげた。

今後の歯科医療提供体制は、病院歯科機能評価と採算性を軸としてある程度の機能分化は自然な形で進んで行くものと考えられるが、これらの課題に対して積極的に対応することにより、「かかりつけ歯科医」との関連において歯科医療の効率化を政策的に推進することが急務であると考えられる。

おわりに

本研究は、平成12年から3年間にわたって実施された。分析の基となったデータは平成12年の実績である。その後の2年間において経済状況の低迷下、平成14年9月、厚生労働省から「医療改革試案」が発表され、わが国の医療制度が改革に向けて本格的に始動した。

このような状況下で病院歯科は、母体となる病院自身とともに、ある施設では受動的に、また別の施設では積極的に対応することによりその実態が刻々と変動しているのが現状である。

病院歯科のうち、歯科ないし医科医育機関に関しては、従来いろいろな面から調査研究がなされており、一方、開業医については、日本歯科医師会のリーダーシップの下に歯科医療全般にわたって常に行政との間で問題が論議され、実施されている。このような長年の状況の中で、一般病院の歯科施設は大学との縦割り機構の中



に埋没し、少なくとも日本病院歯科口腔外科協議会が設立された昭和60年以前には、その存在意義が真剣に論じられたことはほとんどなかったといっても過言ではない。

しかし、医療提供体制の効率化という大きな流れの中で「かかりつけ歯科医」制度が発足し、患者と開業医との間に一次歯科医療のゆるい絆が構築された。そして、2次医療の受け皿として病院歯科の機能が論議され、紹介率を基盤としたいわゆる病院歯科加算が設定された。さらに、病院歯科感染予防対策管理料、病院歯科共同治療管理料 I および II、開放型病院共同指導料 I および II が設定され、病院歯科機能の高い一般病院歯科においては、採算面でかなりの評価がなされつつある状況となっている。しかし、一般病院歯科においてこの恩恵に浴している施設は病院歯科1および2、あわせて2割に満たないのが現実であり、恩恵に浴することのない残りの80%の施設では不採算を背負いつつ将来展望を模索しているものと思われる。

今回の調査は、6名の研究者によってなされたが、このうち5名は20~30年の経歴を持つ病院歯科の責任者であり、さらに3名は日本病院歯科口腔外科協議会の執行部の主力メンバーである。日本病院歯科口腔外科協議会は、かつて小規模ながらアンケート調査を行ったことがあるが、今回の調査は対象施設の種類、施設数、調査項目の多さなどから以前の調査とは比較にならない規模であり、貴重な結果を基に病院歯科の問題点や展望について論じることができた。

このような研究は定期的に行い、経時的な変動をとらえることによってその意義が倍加されるが、5年後、10年後同様な調査が行なわれることを期待するとともに、その際本研究への反省が生かされて役に立てば幸いである。

最後に、今回の調査にあたって、きわめて煩雑な設問に快くご回答いただいた各施設の方々に深甚な謝意を表し、あわせて本研究にご協力いただいた諸機関の関係者に心から感謝する次第である。

## F. 研究発表

1. 論文発表 特になし
2. 学会発表 特になし
3. 本研究班主催のシンポジウム開催。詳細は本報告書の巻末に掲載した。

## G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし

## 文献

- 1) 医療制度改革試案 厚生労働省、2002
- 2) 医療サービス市場の勝者 レジナ・Eヘルツリンガー (岡部陽二、監訳) シュプリンガー・フェアラー東京株式会社 東京 2000
- 3) 総合研究報告書 かかりつけ歯科医と地域医療支援病院等の連携推進に関する研究 (H10-医療-047) 坂井剛、佐野晴男、梅村長生、江面晃、
- 4) 日本口腔外科学会総会資料
- 5) 特別発言 病院歯科口腔外科の現況と今後の展望 白川正順 21世紀の歯科・口腔外科は如何にあるべきか 第34回日本口腔外科学会総会の記録
- 6) 「病院歯科の現状と展望」厚生労働科学研究 (H12-医療-007) 検討・報告会抄録本報告書の末尾に掲載
- 7) はじめて学ぶ歯科口腔介護 新井俊二、小椋秀亮、寶田 博、浦澤喜一編集、医歯薬出版株式会社、東京、2000
- 8) 全国医学部附属病院歯科口腔外科の現状 平10・11年度 (1998、1999年度) 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議 2000
- 9) 厚生労働省ホームページ資料
- 10) 当科にける有病者の臨床統計 飯田啓介、吉田憲司ほか、有病者歯科医療、5:106-113, 1997
- 11) 徳山中央病院歯科口腔外科における有病者の臨床統計的観察 吉岡泉、安元信也、富永和宏ほか、有病者歯科医療、9:1-6, 2001
- 12) 市立島田市民病院における初診患者動態 (抄) 服部徹、北島正ほか、日口外誌、34:2944、



1988

- 13) いわゆる有病者に対する歯科口腔外科治療に関する臨床的検討 1. 当科における臨床統計的検討 栗田浩、腰原高志ほか、口科誌、41 : 322 - 330、1992
- 14) 総合病院における有病者、障害者歯科診療の現況について 川口辰彦、浅原道子、神崎理子 有病者歯科医療、3 : 1, 1-16, 1994
- 15) 歯科患者にみられた全身疾患の分類別、性、年代別各頻度の検討 小川光一、戸塚盛雄 口科誌、38 : 313 - 330, 1989
- 16) 歯科口腔外科における老年有病者の検討 桑沢隆補、松田百合江ほか、有病者歯科医療、7 : 33 - 39、1999

- 17) 歯科診療所受診患者における全身疾患および全身状態に関する調査 赤坂庸子ほか、有病者歯科医療、10 : 7-13, 2001
- 18) 歯科医師臨床研修に関する資料 歯科医師臨床研修の現状、厚生労働省資料
- 19) 班会議における有識者の陳述
- 20) コミュニティと歯科医療をつなぐ連携システムの実践 病診連携で変わるかかりつけ歯科医機能 石井拓男、梅田昭夫、梅村長生、坂井剛編集、医歯薬出版、2001、東京
- 21) 「マネジドケアは失敗」李・元ハーバード大助教授 メディファックス、4083、2002

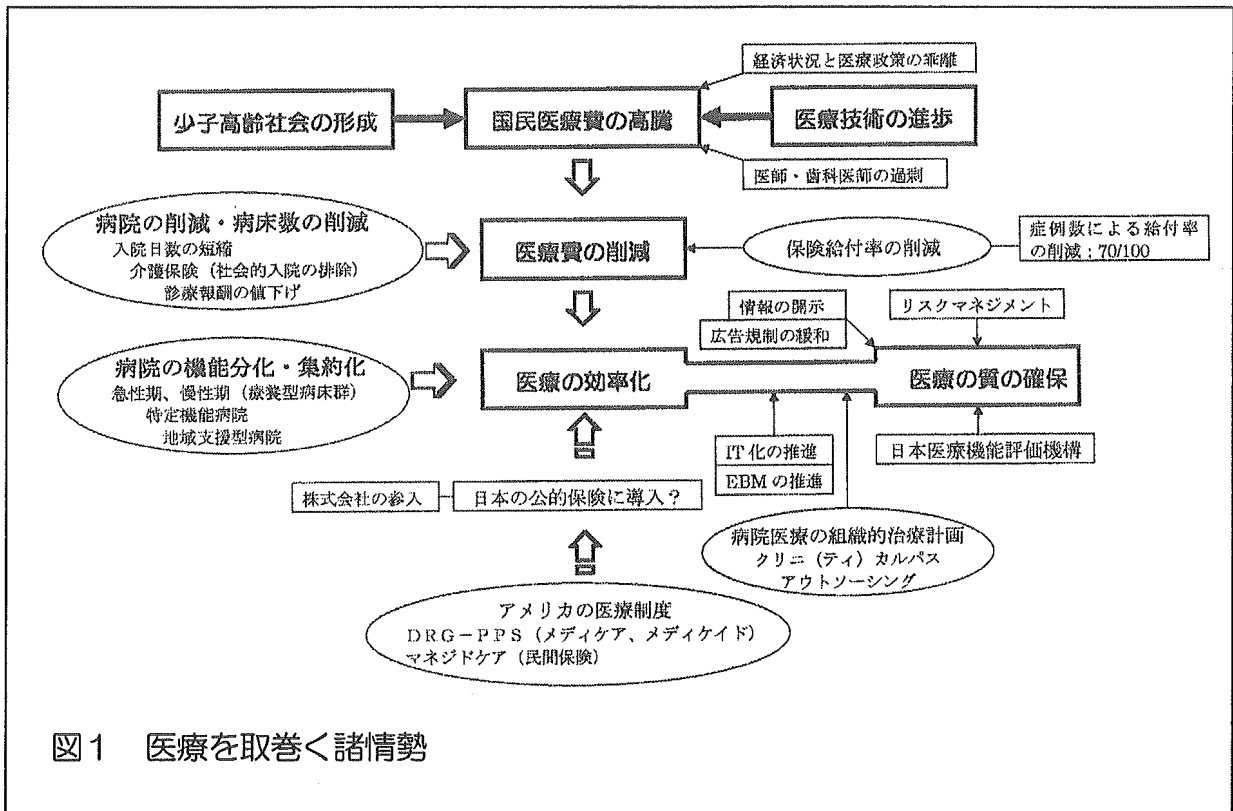


図1 医療を取巻く諸情勢

厚生労働科学研究補助金 (医療技術評価総合研究事業)  
(分担) 研究報告書

自治体病院歯科における歯科医療支援等の機能面から見た現状分析と歯科医療提供体制に  
関する研究

分担研究者 山田祐敬

岡崎市民病院歯科口腔外科統括部長

協力研究者 木下弘幸

岡崎市民病院歯科口腔外科部長

研究要旨：自治体の経常収支比率の硬直化が深刻な局面を迎えており、なかでも医療、介護、福祉の占める割合が高く財政面での重荷とされている。自治体の病院運営は地域住民への社会福祉事業として重要とされるものの、経営面から運営意義や合理性が問われ、病院の特化、縮小、廃科、廃院、移譲などが集中審議されるようになってきた。

本研究では中間報告に纏めた内容を基に、中核病院に求められる高次病院歯科機能に関連する項目の検証、施設の分布状況の把握、中小病院の現状分析と連携による病院歯科高機能化の可能性、地域特性や母体病院の特質に合わせた歯科医師の適正配置への提言、換言すれば機能別病床群における歯科医師の適正配分ならびに病院歯科医機能を発揮するために必要な意識、資質向上に繋げることを目標とした。自治体病院を4区分に分類し、病院歯科の高機能化に関連する要因分析を行い、現状から今後どのような対応が必要か、また現状で地域のニーズに応えるにはどのように努力目標を定めるべきかを探ってみた。

病院歯科機能を(1)高次歯科医療、(2)感染予防、(3)感染者歯科治療、(4)病診連携の面から評価し、このような機能を発揮するにはどのような特性を有しているのかを多重ロジスティック回帰分析を用いて解析した。これらの項目に有意に関連している項目に、「救急患者の受け入れ」、「連携医療の実施」、「認定医がいる」、「主任が学会の指導医である」、「口腔外科中心の医療」が関連していた。また、「口腔外科中心の病院」は病診連携、歯科医師数、育成医療機関指定の有無、エイズ患者治療が有意な要因となっており、なかでも病診連携が重要な要因となっていた。さらに収入面から見ると、口腔外科中心の病院、認定医のいる病院、救急患者を受け入れる病院ほど歯科医師一人当たりの保険点数が高く、都市型の病院が地方型に比して保険点数が高い結果であった。

#### A. 研究目的

公益性の高い自治体病院歯科機能には、1. 高次医療の提供、2. 医療人の研修教育、3. 一次医療への後方支援、4. 機能連携・役割分担における病院機能の提供、5. 地域完結型保健・医療福祉ネットワークシステムへの参入などが求められる。これらの内容には採算性からはかけ離れた概念が含まれるが、地域のニーズや国の医療提供体系指針に先見性を持って参入しこれに同調する努力は必要である。特に一次医療への後方支援であるためには、口腔外科・歯科麻酔の知識や技術は必須である。そこで、病院歯科機能に関する要因分析を行い、これを基に自治体病院の分析を行い設立母体別特性を探り、今後の病院歯科の在り方への提言に繋げることを目的とした。

#### B. 研究方法およびC. 研究結果

一次集計結果に基づく中間報告を踏まえて、病院歯科機能に大きく関わるとされる要因を抽出し、各項目が機能面でどのような特性を持つのか多重ロジスティック回帰分析を用いて解析し、あわせて口腔外科に関するロジスティック回帰分析を行うとともに、各関連重要項目について各自治体病院の設立母体別の状況を解析した。

##### I. 一般病院における分析方法と分析結果

##### 1. 病院歯科の機能に関する要因分析と結果

###### a. 分析方法

病院歯科の機能を①高次歯科医療、②感染予防、③感染者(エイズ患者)歯科治療、④病診連携の面から評価した。これらの機能を果たしている病院歯科はどのような特性をもっているのかを調査

する目的で多重ロジスティック回帰分析を用いて解析した。

「目的変数」には病院歯科の機能として以下の6項目を設定した。

①口腔外科中心の治療（口腔外科中心、それ以外の2値化）

②Universal precautionの実施（実施、未実施の2値化）

③入院患者の感染症チェックの実施（全ての患者、それ以外の2値化）

④外来患者の感染症チェックの実施（未実施+既往歴を見て行う、それ以外の2値化）

⑤感染者（エイズ患者）歯科治療の実施（実施、未実施の2値化）

⑥病診連携の実施（実施、未実施の2値化）

「説明変数」として以下の9項目を設定した。説明変数そのものが目的変数と一致する場合は、その説明変数は除外して分析した。

①設立母体（カテゴリ化）

国

公的

社会保険

医療法人

②都市型・地方型（カテゴリ化）

都市型

地方型

③常勤歯科医歯数（連続値）

④口腔外科中心の診療

口腔外科中心、それ以外の2値化

⑤救急患者の受け入れ

何らかの形で受け入れている、受け入っていないの2値化

⑥病診連携実施

実施している、いないの2値化

⑦在宅医療実施

実施している、いないの2値化

⑧認定医がいるか

いる、いないの2値化

⑨主任が学会指導医か

そうである、ないの2値化

b. 分析結果

1) 口腔外科中心の治療（有効分析対象数 769/888 ; 86.6%）

「救急患者を受け入れている」、「病診連携を

実施している」、「認定医がいる」、「主任が学会の指導医である」ということが統計学的有意に「口腔外科（2次医療）を中心とした診療を行っている病院歯科」と関連していた。

	B	有意確率	オッズ比	オッズ比の95.0%信頼区間	
				下限	上限
公的機関	0.43	0.29	1.54	0.69	3.44
社会保険機関	0.76	0.18	2.13	0.70	6.48
医療法人	-0.34	0.43	0.71	0.31	1.66
地方型	0.03	0.88	1.03	0.67	1.58
常勤歯科医数	-0.03	0.72	0.97	0.83	1.14
救急体制	-1.79	0.00	0.17	0.07	0.39
病診連携	2.189	0.00	8.87	3.67	21.5
在宅医療	-0.329	0.25	0.72	0.42	1.25
認定医	0.939	0.00	2.55	1.58	4.11
学会指導医	1.31	0.00	3.69	2.15	6.34

2) Universal Precaution（有効分析対象数 740/888 ; 83.3%）

Universal Precautionを実施している病院歯科と有意に関連があった項目は「口腔外科中心の診療を実施している」ことであり、「社会保険機関」では「国立」よりも有意にUniversal Precautionを実施していない。

	B	有意確率	オッズ比	オッズ比の95.0%信頼区間	
				下限	上限
公的機関	-0.25	0.36	0.78	0.46	1.33
社会保険機関	-0.92	0.03	0.40	0.17	0.92
医療法人	-0.21	0.42	0.81	0.48	1.35
地方型	0.04	0.78	1.04	0.77	1.41
常勤歯科医数	0.07	0.28	1.08	0.94	1.23
口腔外科中心	0.48	0.02	1.61	1.07	2.43
救急体制	-0.06	0.76	0.94	0.65	1.36
病診連携	-0.01	0.97	0.99	0.69	1.43
在宅医療	0.09	0.64	1.09	0.76	1.57
認定医	0.23	0.21	1.26	0.88	1.80
学会指導医	-0.10	0.70	0.91	0.55	1.49

3) 入院患者の感染症チェック（有効分析対象数 678/888 ; 76.4%）

統計学的に有意な関連が認められる項目はなかった。

	B	有意 確率	オッズ 比	オッズ比の 95.0% 信頼 区間	
				下限	上限
公的機関	0.23	0.42	1.26	0.72	2.20
社会保険機関	0.11	0.80	1.12	0.46	2.70
医療法人	0.51	0.07	1.66	0.96	2.87
地方型	-0.17	0.28	0.84	0.61	1.15
常勤歯科医数	0.02	0.81	1.02	0.88	1.17
口腔外科中心	0.33	0.11	1.40	0.93	2.10
救急体制	-0.06	0.79	0.95	0.63	1.43
病診連携	0.34	0.09	1.41	0.94	2.11
在宅医療	-0.33	0.09	0.72	0.49	1.05
認定医	0.00	1.00	1.00	0.69	1.45
学会指導医	0.27	0.29	1.31	0.79	2.17

	B	有意 確率	オッズ 比	オッズ比の 95.0% 信頼 区間	
				下限	上限
公的機関	0.14	0.70	1.15	0.57	2.32
社会保険機関	0.60	0.23	1.82	0.69	4.80
医療法人	-1.41	0.00	0.25	0.11	0.54
地方型	-0.22	0.33	0.80	0.52	1.24
常勤歯科医数	0.21	0.02	1.23	1.04	1.45
口腔外科中心	0.39	0.11	1.48	0.91	2.38
救急体制	-0.48	0.15	0.62	0.32	1.19
病診連携	1.06	0.00	2.89	1.45	5.77
在宅医療	-0.32	0.30	0.73	0.40	1.33
認定医	0.80	0.00	2.22	1.35	3.65
学会指導医	-0.21	0.47	0.81	0.46	1.44

4) 外来患者の感染症チェック (有効分析対象数 747/888 ; 84.1%)

「医療法人」は「国立」と比較して、有意に外来患者の感染症チェックを実施しない傾向がある。

	B	有意 確率	オッズ 比	オッズ比の 95.0% 信頼 区間	
				下限	上限
公的機関	-0.55	0.05	0.57	0.33	1.01
社会保険機関	-0.47	0.31	0.63	0.25	1.55
医療法人	-0.64	0.02	0.52	0.30	0.92
地方型	-0.14	0.43	0.87	0.62	1.22
常勤歯科医数	-0.06	0.46	0.95	0.82	1.10
口腔外科中心	0.09	0.68	1.09	0.71	1.68
救急体制	-0.21	0.33	0.81	0.52	1.25
病診連携	0.27	0.21	1.31	0.86	2.01
在宅医療	-0.09	0.69	0.92	0.61	1.39
認定医	0.32	0.12	1.37	0.92	2.04
学会指導医	0.30	0.24	1.35	0.82	2.24

5) 感染者治療 (エイズ患者の歯科治療) (有効分析対象数 743/888 ; 83.7%)

「医療法人」は「国立」よりもエイズ患者の歯科治療を実施しない傾向がある。常勤歯科医師数が多くなるほど、また病診連携を実施して、認定医がいることが、エイズ患者の歯科治療を実施していることと有意に関連していた。

6) 病診連携 (有効分析対象数 769/888 ; 86.6%)

公的機関は国立と比較して有意に病診連携を実施している。口腔外科中心の治療を行っている病院歯科、認定医がいる病院歯科、救急患者を受け入れているほど病院連携をよく実施している。

	B	有意 確率	オッズ 比	オッズ比の 95.0% 信頼 区間	
				下限	上限
公的機関	1.29	0.00	3.62	1.93	6.76
社会保険機関	0.80	0.13	2.22	0.78	6.31
医療法人	0.44	0.14	1.56	0.86	2.82
地方型	-0.23	0.23	0.80	0.55	1.15
常勤歯科医数	0.15	0.08	1.16	0.98	1.38
口腔外科中心	2.16	0.00	8.68	3.62	20.81
救急体制	-1.44	0.00	0.24	0.16	0.35
在宅医療	-0.13	0.55	0.88	0.58	1.34
認定医	0.57	0.01	1.76	1.15	2.71
学会指導医	-0.08	0.84	0.93	0.45	1.92

### 参考データ

歯科の収入の高低を表す指標として歯科医一人当たりの保険点数 (月) を目的変数とし (「35 万点未満」と「35 万点以上」の2分類)、説明変数は上記分析と同じ項目を用いて多重ロジスティック回帰分析を行った。非常勤歯科医師は 0.3 名として換算した。

目的変数 : income1 ([0] : 35 万点未満 [1] : 35 万点以上)。

有効分析対象数 : 527/888 ; 59.3%。

口腔外科中心の治療を行っている病院歯科、認定

医がいる病院歯科、救急患者を受け入れる病院歯科ほど歯科医一人当たりの保険点数が高かった。

地方型の病院歯科は都市型と比較して、保険点数は低かった。

	B	有意 確率	オッズ 比	オッズ比の 95.0% 信頼 区間	
				下限	上限
公的機関	0.67	0.15	1.96	0.78	4.96
社会保険機関	0.01	0.98	1.01	0.28	3.72
医療法人	-0.45	0.37	0.64	0.24	1.69
地方型	-0.55	0.02	0.58	0.36	0.92
常勤歯科医数	-0.21	0.07	0.81	0.65	1.02
口腔外科中心	1.02	0.00	2.78	1.68	4.62
救急体制	-1.30	0.00	0.27	0.12	0.61
病診連携	0.45	0.19	1.57	0.80	3.08
在宅医療	0.16	0.57	1.17	0.68	2.04
認定医	0.75	0.01	2.11	1.24	3.58
学会指導医	0.20	0.54	1.22	0.64	2.31

2. 口腔外科に関する要因分析と結果

治療内容が口腔外科中心の病院はどういった要因と関連が深いかをロジスティック回帰分析にて解析した。

分析対象数=606 (606/888=68.2%)

【目的変数】

診療内容 (口腔外科中心か否か)

【説明変数】

- ①設立母体
- ②都市型・地方型
- ③紹介状必要の有無
- ④歯科医師数 (非常勤は0.3として算定)
- ⑤育成医療機関の指定
- ⑥ウィル性肝炎患者の歯科治療 (行っている、あるいは行っていない)
- ⑦エイズ患者の歯科治療 (行っている、あるいは行っていない)
- ⑧外来患者の感染症チェック (行っていない+既往歴を見て行う、あるいは それ以外)
- ⑨Universal Precaution
- ⑩救急患者受け入れ態勢 (何らかの形で受け入れている、あるいは受け入っていない)
- ⑪歯科の病診連携 (行っている、あるいは行っていない)
- ⑫在宅医療 (行っている、あるいは行っていない)

【結果】

	B	有意 確率	オッズ 比	オッズ比の 95.0% 信頼 区間	
				下限	上限
公的機関	0.432	0.304	1.541	0.676	3.512
社会保険機関	0.650	0.283	1.916	0.585	6.280
医療法人	-0.340	0.446	0.712	0.297	1.707
地方型	0.049	0.830	1.050	0.671	1.644
紹介状必要	0.256	0.328	1.292	0.773	2.159
歯科医師数	0.180	0.023	1.198	1.025	1.399
育成医療機関の指定	0.575	0.016	1.777	1.113	2.837
ウィルス性肝炎患者治療	-0.849	0.113	0.428	0.150	1.223
エイズ患者治療	0.497	0.048	1.643	1.005	2.688
外来患者感染症チェック	0.220	0.346	1.246	0.789	1.967
Universal Precaution	0.417	0.058	1.517	0.985	2.335
歯科の病診連携	2.387	0.000	10.876	4.498	26.297
在宅医療	-0.381	0.198	0.683	0.382	1.220

統計学的に有意な項目には病診連携・歯科医師数・育成医療機関の指定の有無・エイズ患者治療があげられた。なかでも病診連携のオッズ比は10.876倍であった。ついで、育成医療機関の指定1.777倍、エイズ患者治療1.643倍、歯科医師数1.198倍であった。

II. 自治体病院設立母体別検討項目と結果

これらの要因分析の結果を各関連項目毎に自治体病院区別に検討してみた。病診連携に関しては、行っているとの回答は都道府県立では66.3%、市立86.9%、町村立48.8%、公立76.2%であった(図1)。市立に比して都道府県立や町村立では一次医療機関との関連性が希薄となる傾向が認められた。具体的な病診連携の指標としては紹介率があげられる。各自治体別の平均紹介率は都道府県立が21.7%、市立24.5%、町村立3.3%、公立13.1%であった(図2)。町村立の紹介率は都道府県立や市立に対して統計学的有意差をもって低かった。各自治体別の紹介率に関しては、10%未満が都道府県立では48.3%、市立では25.6%、町村立では86.4%、公立56.3%であった。10~20%では、都道府県立8.6%、市立17.4%、町村立4.5%、

公立 12.5%であった。20~30%では、都道府県立 15.5%、市立 19.8%、町村立 9.1%、公立 25.0%であった。30%以上は、都道府県立 27.6%、市立 37.2%、町村立 0%、公立 6.3%であった (図 3)。紹介率の高いのは市立であり、次いで都道府県立、公立であり、町村立が最も低かった。逆紹介に関しても町村立では、ほとんどないが 67.5%と最多であり、他の開設区分と比して病診間連携がとられていない傾向がうかがわれた。この点からも町村立では一次医療機関との関連性の希薄さがうかがわれた。

常勤歯科医師数に関しては、都道府県立では 1 人が 25.3%、2 人 21.7%、3 人 15.7%、4 人 3.6%であった。市立では 2 人 35.3%、1 人 29.4%、3 人 23.5%、4 人 5.9%であった。町村立では 1 人 70.8%、2 人 12.5%、3 人 2.1%、4 人 0%であった。公立では 1 人 62.4%、2 人 29.2%、3 人 4.2%、4 人 4.2%であった (図 4)。町村立や公立では 1 人の施設が半数以上を占めており、3 人の施設はごく一部であった。都道府県立では複数の歯科医師常勤の施設が 1 人の施設を上回っていたが、口腔外科に必要とされる 3 人の常勤は 15.7%であった。市立に関しては 3 人常勤が 23.5%と開設区分別では最も多く口腔外科に適した環境に近いと思われた。町村立に関しては非常勤歯科医師数 0 人が 56.2%であり、半数以上の施設において単身で人的補助の全くない環境での勤務が課せられている。

育成医療機関の指定を受けている施設は、都道府県立では 45.7%、市立では 38.5%、町村立では 7.3%、公立では 33.3%であった (図 5)。育成医療に関しては都道府県立の施設においてその自治体での中心的な役割を担っているのに対して、町村立ではその意図が全くといっていいほど認められなかった。エイズ患者治療を行っている施設は、都道府県立では 39.7%、市立では 33.7%、町村立では 7.1%、公立では 13.0%であった (図 6)。町村立や公立ではエイズ患者の歯科治療には他の開設区分と比して有意に寄与していなかった。育成医療やエイズ患者の歯科治療は、この場合高次な歯科医療の代名詞と考えられ、これらの医療を範疇とする施設は口腔外科や高次な医療を手がける環境を有していると考えられた。

このほか一次医療機関の後方支援としての高次

医療機関たり得る環境としては、その母体病院自体が救急指定であるか否か、口腔外科の標榜が上げられ専門医が常駐しているか否か、実際に口腔外科の診療を中心的に行っているか否かが問われるものと考ええる。

救急病院である施設は、都道府県立では 54.4%、市立 89.8%、町村立 80.9%、公立 95.5%であった (図 7)。市立・町村立・公立に比して都道府県立は地域住民の緊急医療に関して消極的な傾向が認められた。

口腔外科の標榜を行っている施設は、都道府県立では 42.1%、市立 77.5%、町村立 37.4%、公立 70.8%であった (図 8)。市立や公立に比して都道府県立や町村立では標榜の中に口腔外科への意思表示がなされていなかった。学会認定医が存在する施設は、都道府県立で 61.5%、市立では 53.9%、町村立 18.8%、公立 45.8%であった (図 9)。町村立では他の開設区分に比して認定医の存在率が低く、この傾向は指導医、研修指導施設の有無においても同様に認められた。診療内容において二次医療としての口腔外科を中心にしている施設は、都道府県立 33.7%、市立 50.0%、町村立 8.3%、公立 20.8%であった (図 10)。有病者に対する歯科治療に関しては、各自治体において公立 95.8%、市立 91.2%、町村立 83.3%、都道府県立 74.7%の施設が対応していた (図 11)。

歯科医師臨床研修施設に関しては、各自治体において指定を受けている施設の割合は、市立 19.0%、都道府県立 15.0%、公立 8.3%、町村立 2.1%のごとくであった (図 12)。歯科医師臨床研修は地域住民への医療の質を向上させるものであり、町村立に比して市立や都道府県立は積極的に関与している傾向がうかがわれた。地域医療の責務を担う自治体病院歯科での研修は多彩な診療内容を有しており、大学病院とは異なった特色を有している。医科研修医とともに病院内で受ける研修教育には医療人として必要な知識や技術が豊富に含まれる。このことから病院歯科は歯科医師臨床研修施設としての高い資質を有している。以上の結果より、一次医療機関の後方支援としての高次医療機関たり得る環境としては市立において最も適しており、町村立はこの概念より離れていた。町村立の実状の理由として人的要員の不足が考えられた。ただし実際には、病院における背

景人口、一次医療機関の数、同等あるいは高次医療機関との物理的な距離などの社会的要因も考察すべきである。こういった社会的要因も含めた解析は今回の解析をさらに進めた実地的なものとなり、今後地域社会の理想的な病院配置を実現させるための指針となる可能性が高いと思われる。また、自治体病院では公益性の高い施設であり、その中で医科との接点の多い歯科医療施設である。こういった特色を生かして、救急医療における歯科医師の研修問題、歯科医師臨床研修問題、大学教育カリキュラムなどの問題点の解決に向けての提言をしてみたい。

#### D. 考察

##### 1) 「病院歯科」機能

病院歯科の機能面から見た評価法として、紹介率が重要な要因として取り上げられ、紹介患者数が外来患者の、3割以上のものを病院歯科 I、2割から3割未満を病院歯科 II として取り扱われるようになった。しかし、公的医療機関では、疾患の特質から直接来院するケースや、母体病院の特質から院内他科からの、いわゆる院内紹介患者が多く、紹介率の確保が困難な状況がある。自治体病院なかでも公立、市立、町村立では地域住民密着型と成らざるを得ないことから、病院全体としても直接来院が多く紹介率があがりにくい状況にある。神経内科、脳神経外科、腎臓内科、内分泌内科や血液内科などにおいては高い紹介率が確保できるが、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科は紹介率の上げにくい科と言える。病院歯科においては、診療内容の特化、役割分担の明確化、連携医療推進などで、それぞれの地域のニーズにあった病院歯科機能が探求されなければならない。平成12年からはこれらの背景因子も考慮にいれ、これまで病院歯科 II の機能評価対象のなかから、厚生大臣が別に定める手術の件数が年間30件を超えるものを評価に加え、これらを病院歯科 I として取り扱われる事になった。また、保健、医療、福祉をコンバインドした地域完結型の医療システム構築や、医療資源の有効利用、患者医療情報の共有といった観点からも「病院歯科」と「かかりつけ歯科医」の位置付けが示され、それぞれの機能評価と共に共同管理のシステムも導入されつつある。全国の病院数は平成9年で9,413、平成10

年で9,333と変化が見られ、病院歯科においても平成9年で1,362施設、平成11年病院便覧からの抽出と追加調査で1,369施設であった。地方自治体は全国でおよそ3,200であるが、地方分権、市町村合併、補助金等を巡って流動的であるが、一律に税金を含めた財源の激減から、行政構造のスリム化や支出の抑制が実施されつつあり、赤字となりやすい病院運営に変化が見られ始めている。自治体病院は、平成9年で1,075施設、平成10年で1,074施設であり、病院全体の11.5%であった。アンケート調査対象は1,362の病院歯科に対して行われたが、回収件数は962であった。電話等の問い合わせでは、「廃科」、「病院の転身」、「病院歯科の態をなしていない」、「非常勤医師で協力不可」などであった。また、アンケート回収962件のうち「現在歯科の診療施設がある」と確認できた施設は888であり、同様に、アンケート対象となった自治体病院歯科は346施設中257施設(72.2%)であった。自治体病院の「病院歯科」として活動中の病院257は、全病院数の2.8%、全自治体病院数の23.9%である。このうち、前述の「病院歯科 I」に該当する施設は、一般病院歯科888施設中123施設(13.9%)、自治体病院歯科257施設中61施設(23.7%)である。一方、歯科医師の勤務状況では、全歯科医師数約90,000、開業歯科医師数約70,000、病院勤務者数(大学病院を含む)約7,000、一般病院勤務者数約1,000、「病院歯科」機能連携積極推進者数500以下といった状況である。また、1病院に勤務する歯科医師数は、一般病院全体で0.9人、都道府県立で1.0人、市町村立で0.6人である(平成10年病院報告(財)厚生統計協会)。歯科のある自治体病院では、「1名」が39%、「2名」26%、「3名」15%であるが、「4名以上」も都道府県立で3.6%、市立で5.9%、公立で4.2%であった。「口腔外科的疾患の対応」、「歯科麻酔の実践」、「共同管理に施行」、「二次救急への対応」、「多岐にわたる病院機能の提供」、「歯科医師臨床研修受け入れ」、「学会への参加による自己研鑽」などの諸点から考慮すると、3名体制以上が望まれる。しかし、3名以上は、一般病院全体で142施設16.0%に過ぎず、自治体病院で49施設19.1%である。常勤2名体制は、一般病院全体で226施設25.5%、自治体病院全体で67施設26.1%を占めている。常勤歯科医師2名体制



でも、機能分担を明確にして、地域医療の有機的連携システム構築のなかで評価すべきであると思われる。

## 2) 病院機能の特化

人口構成や疾病構造の変化により、国民医療の提供体制も大きく様変わりしつつある。これに伴って病院機能も、救急対応型、急性期対応型、慢性疾患対応型、長期療養型、リハビリテーション等の細分化が進み、また、緩和ケア病棟やホスピス病棟等も加わって多岐に亘るものとなった。病院歯科も地域の中での母体病院の位置付けや役割の影響を受けることになる。地方型で中核病院の少ないところでは、「救急医療」、「口腔外科医療」をはじめ「有病者歯科医療」などオールマイティーに対応しなければならないが、複数の中核病院が存在する地域や、都会型地域では、機能に基づく特化を計り、病院歯科の棲み分けを行いつつ、病院間相互の連携を模索することも必要となろう。くしくも今回の保険改正では、オープンシステムの推進や、難易度の高い所定手術と手術件数により算定点数に格差が設けられた。専門性の導入に今一步踏み込んだものといえる。どんぐりの背比べといった、症例の奪い合いの時代は過ぎ、医療圏の中で機能の特化といった質の向上と共に、より密度の高い総合医療連携が方向付けられて行くものと思われる。病院歯科での入院対応では「良性腫瘍」、「悪性腫瘍」、「嚢胞」、「外傷」、「先天性形態異常」、「顎変形症」、「炎症」、「顎関節症」(外科的処置)、「障害者歯科医療」、「有病者歯科医療」、「その他」と多岐にわたっている。また、これらの疾患に対する入院治療は、一般病院歯科全体で437施設49.2%、自治体病院歯科全体で170施設66.1%に行われている。病床の有効利用が患者への質的、経済的、時間的貢献に繋がる事も事実であり、病床利用の拡大にも努力が必要と思われる。一方、外来症例に関しても「先天異常」、「顎変形症」、「埋伏歯」、「外傷」、「炎症」、「粘膜疾患」、「嚢胞」、「良性腫瘍」、「悪性腫瘍」、「顎関節疾患」、「神経疾患」、「唾液腺疾患」、「リンパ節疾患」、「口腔心身症」、「インプラント植立」 「有病者歯科診療」、「感染症患者の歯科治療」などの紹介受診も多岐にわたっており、自院対応、協力要請、他施設紹介など、症例と程度にあわせた迅速対応のルート作りが重要である。愛知県、兵庫県、

北海道などでは病院形態、病院歯科機能、構成要員、得意科目、入院の可否、救急の対応などの情報を病院歯科医会でまとめて歯科医師会に公開し、連携ネットワークを構築している。ただし、共同管理の実践に関しては、先に述べた開業歯科医の数(「かかりつけ歯科医」登録は全国で80%強)と「病院歯科I」の数に大きな開きがあり、登録医制度を導入するにしても、今後の展開を見ながら多方面からの検討を要すると思われる。また、「病院歯科」を紹介率のみでなく、急性期、慢性疾患、リハビリ、長期療養、在宅、訪問、介護など、色々な局面での役割のもとに3ないし4のカテゴリーに分類すべき時期に来ていると考える。今回のアンケート集計からも、市立は口腔外科対応が多く、都道府県立では対応が多岐にわたって見られ、公立や町村立では有病者歯科治療が多く、加えて在宅や訪問医療が多く行われている。

## 3) 感染症への対応

外来患者に対する検査は既往症から判断して行われることが多く、観血処置に対して行われる頻度も10%程度である。3割近くが原則として検査は行われていない。反面、ユニバーサルプリコーションが町村立を除き50~60%に行われていた。「病院歯科I」では月50点の感染防止対策費が算定できるが、100%実施に向けた補助金などが考慮されるべきである。病院の果たす役割として、感染症患者の歯科治療、なかでも観血的処置ならびに手術を受けるのは当然といった認識が行き渡っている。

## 4) スタッフ構成

歯科衛生士は、病院歯科の8割に常勤雇用されており、2名が最も多く、1~4名配置されている。常勤看護婦は1名が最も多く都道府県立で30%、市立で20%強である。これらの施設では200床以上の病院も多く、また「口腔外科」の対応が多いことも関連していると思われる。また、地方条例で歯科衛生士の雇用が出来ないところもあり、今後、院内患者への口腔ケアの実践や、患者、家族へ教育の観点からも職域の拡大が望まれる。現在、医学教育、看護学教育から歯学教育が削除される傾向にあり、「口腔機能と口腔ケア」教育復活へ再考が望まれる。今後の、歯学教育そのものの位置付けがどのようになってゆくのか、極めて重要な時期を迎えている。医科における研修問題も重要

であるが、同時に口腔外科の実践、歯科麻酔の実践には看護婦（師）が望まれ、必要でもある。病院歯科における歯科医療としての救急医療や口腔外科医療たいして、歯科衛生士も看護婦（師）同様採血、筋注、患者監視などが出来、口腔ケアに加えて、咀嚼・嚥下指導、言語指導が可能となる教育改革とこれに伴う法律改正が考えられるべきであろう。歯科技工士については、「なし」と「回答なし」併せて60%と高い数値であった。常勤「1名」が多く公立で50%、町村立で40%、市立で30%強、都道府県立で20%弱であった。診療内容にもよるが、設備投資、設置スペース、採算性、人件費等から外注が多くなっているようである。

#### 5) 歯科医師会との関連

都道府県立の歯科医師会入会率は極端に低い。また、一様に日本歯科医師会への入会が低く、大半は都道府県、もしくは地区の歯科医師会に入会しており、これに伴って連携や勉強会、症例検討会が持たれる様になって来ている。日本歯科医師会、都道府県、地区へのセット入会は極めて高額で、また、個人入会となることから勤務医は殆ど入会していない。病院歯科代表者が地区に入会し、連携医療、二次救急対応、講習会・講演会に協力する事で、所属歯科医師会の委員会業務を免除されているところが多い。また、県によっては勤務医会員制度を県歯科医師会との協議のうでで発足させているところもある。

#### 6) 歯科医師臨床研修

平成17年より歯学教育にもコア・カリキュラムが実施される（平成14年より実施の大学あり）。また、歯科医師臨床研修の必須化も平成18年と迫ってきたが、医科においてはこれに先立って、平成16年より2年の必須化が決まっている。この実施に当たっては、報酬の基準化、研修施設の多様性（自学卒業生は50%以下）、給与支払いからアルバイト禁止などが検討されている。現在歯科においては、受け皿の拡大、充実に腐心しているが遅々として進んでいないのが現状である。第一点としては予算措置の無い事、文部科学省管轄と厚生労働省管轄における給与格差、労多くして益なし、教育に対する評価の無い事などが原因といえる。「人材の育成は国の投資である」との基本理念が地方自治体に浸透されていない。ましてや、「逼迫する財政難の状況下で、採算性の無い歯科医師

の雇用は考えられない」が地方自治体の大方の事務局の考えである。経済状況から医員の増員が厳しい中で、研修後引き続き労働力としてレジデント制の検討もなされている。給与に関しては、基本部分で医師、歯科医師の格差を作らぬ配慮がなされているが、研修歯科医師の一般医学常識に対する低さを嘆く声が多かった。医科研修医と共に、多くの医療人、コ・メディカルとの接点での研修もあり、研修引き受け前に十分な人物チェックとオリエンテーションが必要である。

#### 7) 病院歯科の収入

アンケート回答一様に、「他科と比べて低収入である」としている。病院歯科の収入については、一般医科の1/2~1/4とする報告がある。基本的に単位時間当たりの収益率が低く、少々の技術料アップでは解決できない。有病率が高く重篤であればあるほど、時間量的評価は逆比例的に低くなる。1患者に対するチェアタイムが長く、多人数を見られないことなどが要因である。歯科固有の手術料、処置料などは、他の感覚器系のそれと比較して極端に低いといえるが、入院では基本的に同じであることから、労せずして一定の点数は上げられる。今回、入院収入、外来収入など記載を頂いたが、個々の施設における常勤一人当たりの収入比較が出来ていないので、今後の分析に預けたい。

#### E. 結論

##### 「自治体病院における問題点と展望」

平成14年4月現在都道府県を除く地方自治体は675市、1,981町、562村で3,218を数えるが、市町村合併は各地で進められておりその数は流動的である。各自治体の財政は「厳しい」が80%数%を超えており、総務省によれば一般財源に占める人件費や公債費など固定的経費の割合である経常収支比率は、都道府県91%、市町村84%で、健全とされる80%を超え硬直化が指摘されている。なかでも「医療、介護、福祉」が37%、「地方債の返済」が31%で、財政面での重荷とされている。自治体の病院運営は地域住民への社会福祉事業として重要とはいえ、人件費、収益赤字決済補填などから、縮小、廃院、移譲、転嫁が議案の対象とされている現状にも直視する必要がある。

47都道府県および3,218市町村（内675市）の自

自治体病院総数は、都道府県 309 (3.3%)、市町村 776 (8.1%) 計 1,075 で全病院数 9,413 の 11.4% である。歯科を有する病院は全国で 1,362 (14.5%) あり、このうち自治体病院の占める割合は、都道府県 114 (8.4%)、市町村 234 (17.2%)、また、自治体病院における歯科の割合は、全病院の 3.7%、自治体病院の 32.3% である。

今回アンケート調査の分析について、病院歯科機能と母体病院、病床数、常勤医師などが関係する事から、自治体病院を都道府県立、公立、市立、町村に区分して検討した。

現在「病院歯科」に対する評価は、保険医療のなかで紹介率によってなされているが確たる定義はない。私見ではあるが、『地域完結型保健・医療・福祉ネットワーク構築のなかにあつて、母体病院機能の特質と地域のニーズに応じた役割分担、機能連携を行い、主に「かかりつけ歯科」、「かかりつけ医」をはじめ関連機関に「病院歯科」機能を提供するものである』と定義したい。

現在病院歯科機能に関連する病院指定には、「育成医療」、「研修」、「救急」、「エイズ治療拠点」、「連携治療」(顎変形)、「開放型」、「共同治療」、「手術施設基準」などがあるが、これらの大半は口腔外科に関連したものである。

一次医療への後方支援を含めた連携医療を進めるには、口腔外科、歯科麻酔の知識や技術が望まれると考え、診療内容が口腔外科中心の病院にはどのような要因が関連しているのか、1次集計で得られた有意な項目をロジスティック回帰分析にて解析した。その結果統計学的に有意となる項目には「病診連携」、「歯科医師数」、「育成医療機関の指定の有無」、エイズ患者治療が上げられたが、なかでも病診連携のオッズ比は 10.876 倍であった。

(病院機能に関する有用と考えられる各項目毎の区分別結果は 4 頁右表を参照。)

常勤歯科医師数、施設基準、病院歯科機能要項などの点から、客観的に高機能病院とされるのは市立に多く見られるものの、全体としてみても 1/4 以下で、常勤歯科医 2 名以下の施設における病院機能を如何に向上し得るかが今後の重要な鍵と思われた。

病院歯科機能には他に「他科との協力に基づく歯科医療連携」、「医療安全から病床の利用」、「共同治療、共同管理の推進」、「院内連携による病院

機能の向上」(院内紹介の取り扱い再調)、「デンタル、メディカル、コ・メディカル教育・研修」、関連医科との相互協力(麻酔、手術、処置など)などの必要性や、可能性が考えられる。

今後、常勤歯科医 1 ないし 2 名の病院歯科の連携医療における位置付けと、高紹介率の確保、慢性期対応病院への歯科の充足、老健、特老、介護などへの後方支援など具体的な役割を明確にして行く必要がある。

病院歯科に関するアンケート調査のコメントや、2, 3 の病院運営者、関連議員の意見を纏めると、「病院歯科は最も非採算と認識」、「口腔外科」の存在と必要性は一部認識あり、「基幹病院、中核病院にあつても良い」、「職員治療による病院機能維持」、「入院患者の歯科治療」、「院内連携、病診連携への関与については認識低い」、「病院勤務者は医療全般にわたる時局問題に無関心、無知」などの評価であった。また、病院運営に関しては、「厳しい状況にある」、「ことに県病院は全県民を対象とした高質な特化を図れなければ廃院に」、「経営の効率化、スリム化の実践」、「安全医療と非採算に配慮」などの意見であった。

アンケート調査結果の 1 次分析(中間報告にて報告)および病院歯科機能に関する多重要因のロジスティック回帰分析の結果を踏まえて、以下のように提案し、要望したい。

1. 国民側からみた歯科医療、病院歯科医療への認識度、期待度を調査する。
2. 首長、病院長、事務長への「病院歯科」への認識度、期待度を調査する。
3. 多岐にわたる病院歯科機能のスコア化を行い、病院歯科の客観的評価法を確立する。
4. 採算性評価のみならず公益性評価を重視し、公費負担も念頭に適正な病院歯科配置を行う。
5. 卒直後歯科臨床研修の実効を上げる為にも、卒前教育の中で歯科臨床医としての基本的な歯科臨床技術と関連する医学常識を修得させておく事が望ましい(研修医の知識、技量などから研修受け入れ拒否の意見が多かった)。
6. 有効な病診連携を図るには「病院歯科医」教育や、「病院歯科専門医」教育が望まれる。
7. 急性期対応病院には入院機能も含め、口腔外科を中心としたチーム編成が望まれる。
8. 慢性期対応病院には歯科の病床確保とともに、

口腔機能回復、改善に向けた歯科医師の編成配属が望まれる。

9. 地域完結型保健・医療・福祉ネットワーク作りに「病院歯科」の積極参加と位置づけを図り、援助する。

10. 「病院歯科医」もしくは「連携歯科医」にはいわゆる総合病院における、医科研修も含めた2年研修が望まれる。

11. 「病院歯科医」育成には、大学間や病院間交流を含めたオープンな研修システムの構築が急務である。

これらは国民への、良質かつ安全な歯科医療の提供に不可欠のものであると結論し提案した。

#### F. 研究発表

1. 論文発表 特になし
2. 学会発表 特になし
3. 本研究班主催のシンポジウム開催。詳細は本報告書の巻末に掲載した。

#### G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし

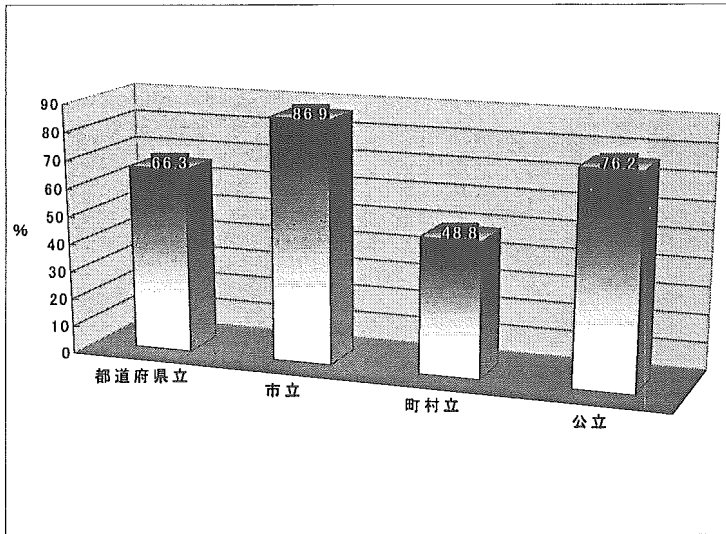


図1 病診連携実施率

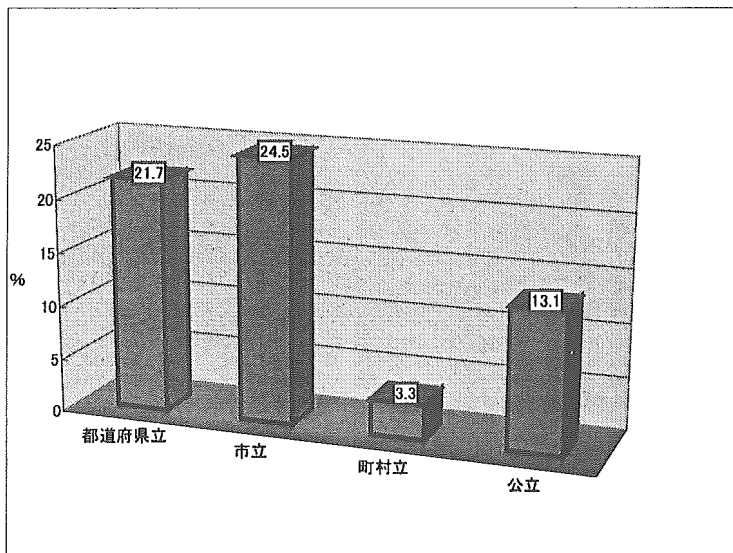


図2 平均紹介率

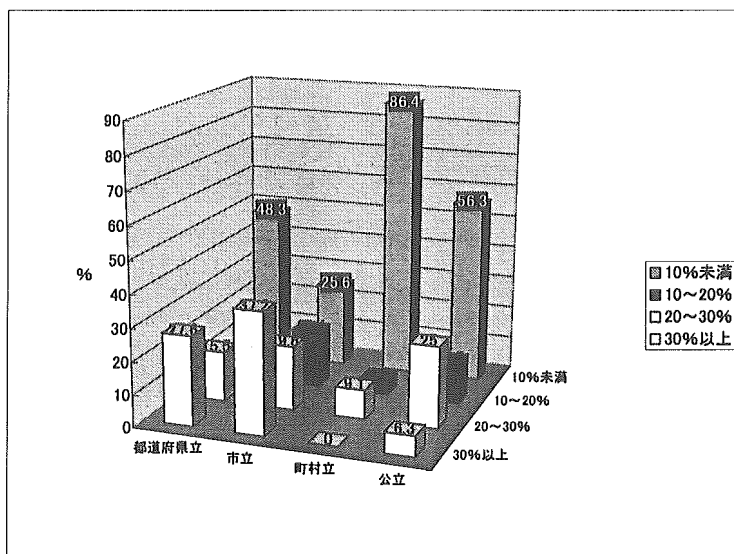


図3 紹介率