

図4 常勤歯科医師数

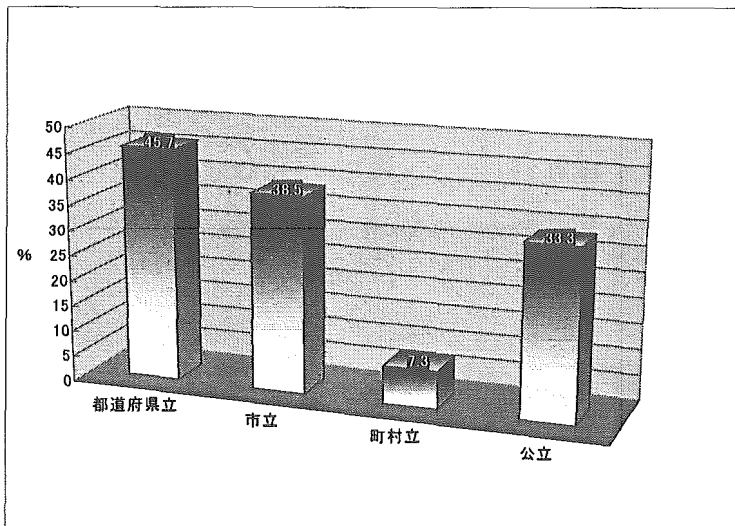


図5 育成医療機関の指定率

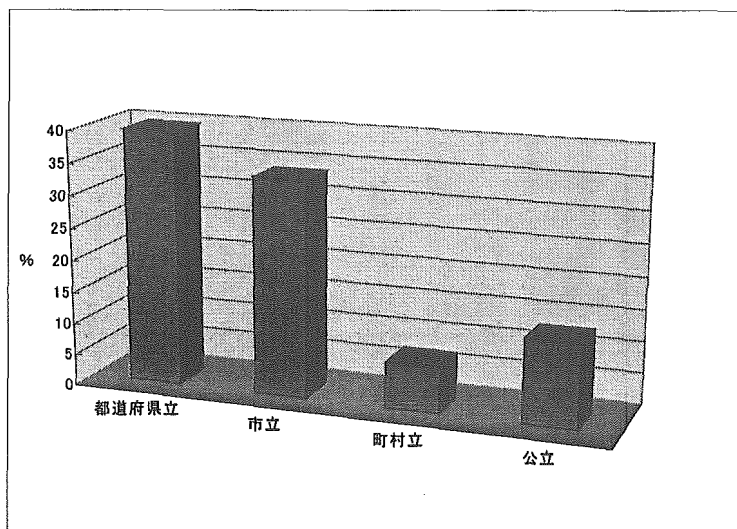


図6 エイズ患者治療施行率

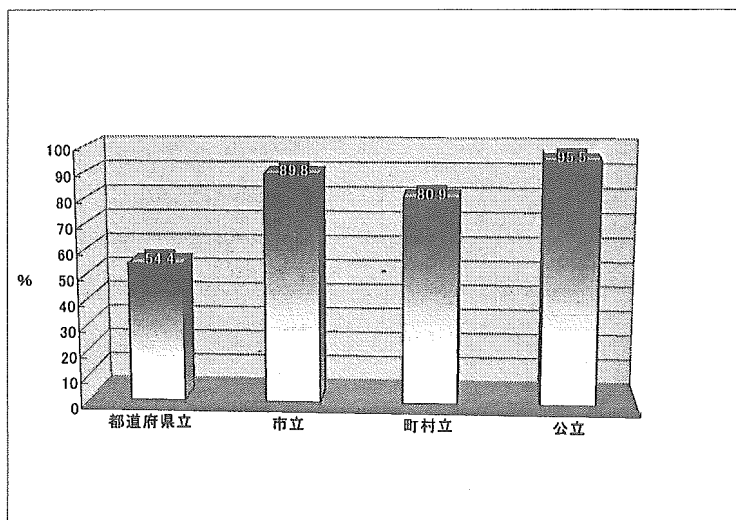


図7 救急病院指定率

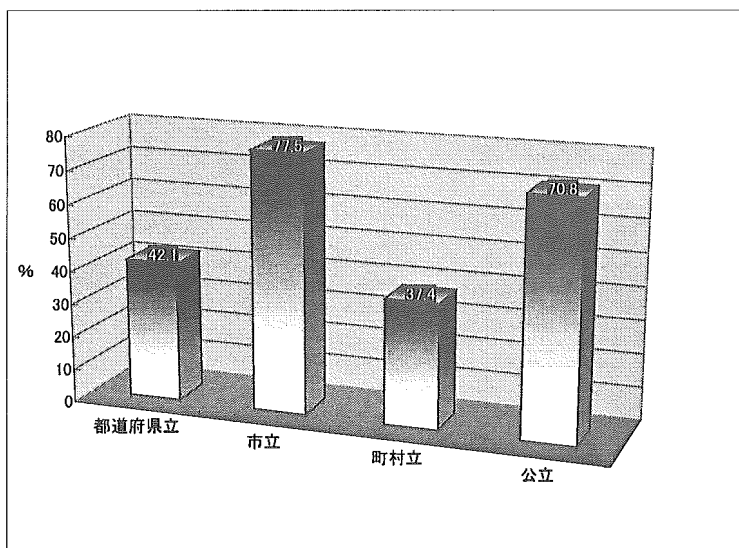


図8 口腔外科標榜率

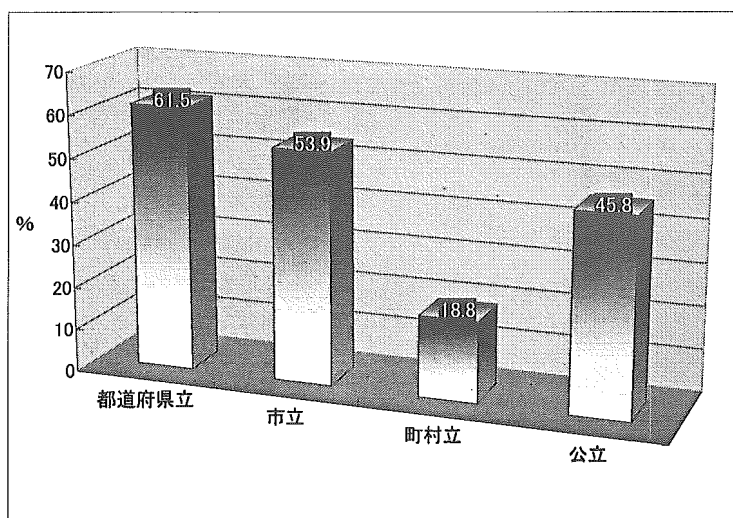


図9 学会認定医存在率

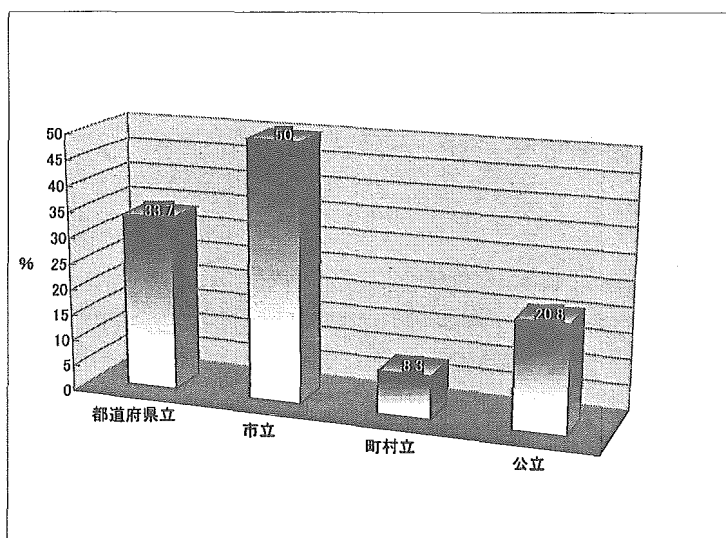


図10 口腔外科を中心に行っている施設の割合

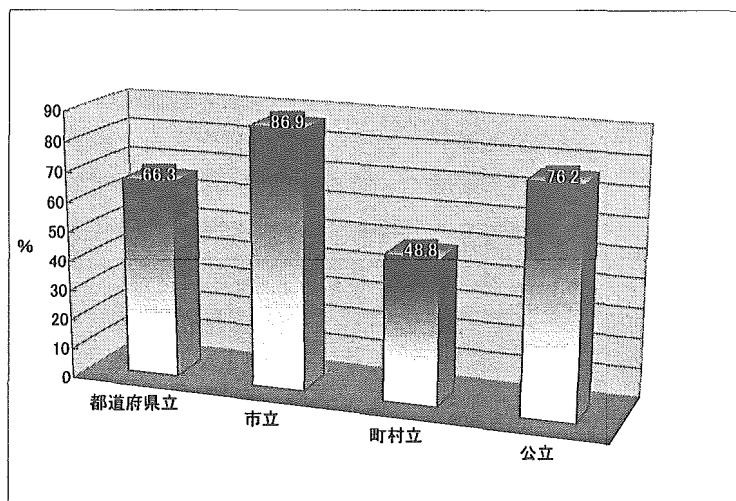


図11 有病者歯科治療に対応している施設の割合

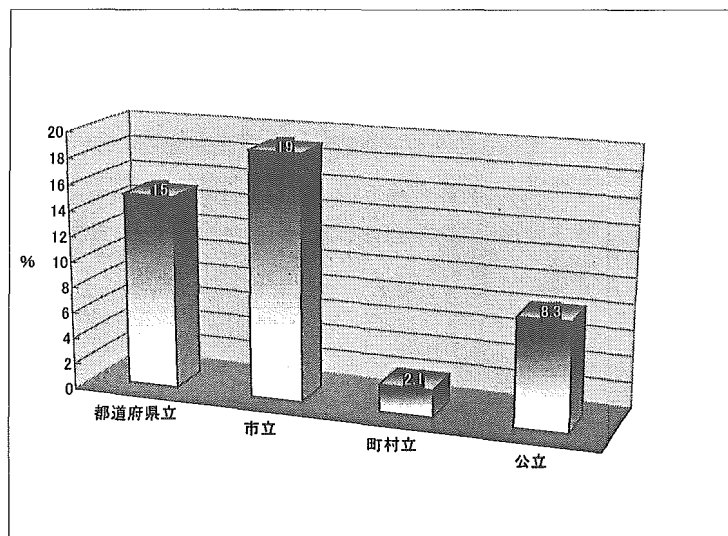


図12 歯科医師臨床研修施設の指定率

厚生科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）

（分担）研究報告書

地方自治体と大都市圏における病院歯科の現状と歯科医療提供体制からみた比較研究  
（地域差による病院歯科機能の偏りとその対策）

分担研究者 田中義弘

研究要旨：一般病院の所在地によって病院歯科を「都市型」と「地方型」に分け、両者に病院歯科の機能的な地域差があるかどうか検討した。その結果、都市型のほうが地方型に比べて 口腔外科的な高次医療に対応する専門医が 3 人以上いる病院歯科が多数あり 明確な病診連携がなされていた。次に病院歯科機能を「高次医療提供機能」、「後方支援機能」、「研修教育機能」に分けて評価した。その結果、高次医療を担当する施設は病院全体の 27% しかなく、しかも大都市圏に集中していた。後方支援機能の病院歯科は 16% しかなく、研修機能を持つそれは 9% であった。都市型、地方型それぞれの病院歯科が 採算性を維持しながらより明確な機能分化を推し進めるための方略について述べた。

A 研究目的

現在急ピッチで進められている病院の機能分化は一般病床および療養病床に病床区分が見直され、平均在院日数や患者紹介率などから 急性期病院加算の認められる病院とそれ以外の慢性期病院に分けられようとしている。今後、母体病院の動向によって一般病院の歯科、歯科口腔外科は大きく様変わりすると考えられる。

そんな中であって 従来の一般病院の歯科では口腔外科に特化した施設、一般歯科による患者サービスが主な機能である施設、それに両者の中間的存在の施設があり、地域のニーズと施設の構成要員によってその機能はさまざまであった。その中で、とくに口腔外科疾患を中心とする高次歯科医療は かかりつけ歯科医から大学付属病院に送られるという従来の連携システムから、最近はアクセスの関係や また疾患の重篤度から 地域の一般病院で扱われる疾患も多くなってきた。しかし、一般病院の歯科が高次化してきたとはいえ、一病院ではスタッフの数も限られており、連携システムとしては未分化、未成熟であることは否めない。

さらに、近年の高齢社会では、全身管理を要する いわゆる有病者の歯科治療や要介護者の歯科治療が増えており、8020運動の成果によって さらにこれらの観血的処置を要する高

齢歯科患者が増えると考えられる。これら有病者の歯科医療は 最新の高度医療機器を持ち、医科専門医のコンサルトが受けられる一般病院の歯科が最適で、「かかりつけ歯科医」の後方支援機能をもつ病院歯科が新たに重点的に育成、拡充される必要が生じてきた。

本研究では まずこれらの病院歯科の現状を把握するとともに、地域によってその機能はどう異なるのかについて検討した。次に 病院歯科を類型化する目的で、その機能を口腔外科中心の高次歯科医療と感染者、障害者などに対応する後方支援機能にわけ、さらに卒後研修を加えた 3 点を評価することで 現段階における機能分類を試みた。そして、地域完結型の病院歯科を構築するために、第一段階としてどのような機能をもつ施設に分化させ、お互いの機能をどう補完させるのか そしてそのシステムづくりは都市部と郡部でどう違うのか等を明らかにすることが研究の目的である。

B 研究方法

1. 地域による機能の差

実施した病院歯科アンケート調査では 一般病院のうち回答がえられた施設は 888 施設であった。これらの施設を以下の二つに分類した

(1) 都市型

- 病院所在地が ①政令指定都市  
 ②中核都市 (人口 30 万以上)  
 ③特殊市 (人口 20 万以上)

の都市 (合計 105) にあるもの

(2) 地方型

病院所在地が上記以外の都市 (合計 590) にあるもの

次に都市型、地方型それぞれの地域特性による病院歯科の機能について 検討を加えたが、地域の歯科医療支援機能という視点にたつてとくに深く関連があるという設問を中心に 一次集計した。

2. 病院機能の分析

1) 病院機能を以下の 3 点に絞って 関連項目からそれぞれ点数化して配点し、その合計を 100 点満点で評価した。

①高次医療の提供機能 (40 点)

\*診療内容が「口腔外科 (二次医療) 中心」

である: \_\_\_\_\_ 20 点

\*病院歯科加算「病院歯科 I」「病院歯科 II」が算定できている: \_\_\_\_\_ 20 点

②後方支援機能 (40 点)

\*感染症患者を扱っている: \_\_\_\_\_ 10 点  
 (エイズ患者、入院患者の感染症チェック、外来患者の感染症チェック、Universal Precaution、以上の 4 項目にそれぞれ 2.5 点配点)

\*救急患者を 24 時間体制で受け入れ: \_\_\_\_\_ 10 点

\*歯科の病診連携を行っている: \_\_\_\_\_ 10 点

\*在宅医療を実施している: \_\_\_\_\_ 10 点

③研修教育機能 (20 点)

\*歯科医師臨床研修施設の指定を受けている: \_\_\_\_\_ 20 点

2) 次に、以下に示す病院機能をそれぞれの点数によって 2 値化する。

(1) 病院機能総合点数が 50 点未満と 50 点以上の 2 グループ

(2) 高次医療機能が 40 点未満と 40 点の 2 グループ

(3) 後方支援機能が 25 点未満と 25 点以上の 2 グループ

(4) 臨床研修機能が 0 点と 20 点の 2 グループ  
 上記 4 項目それぞれを目的変数とし、説明変数に

「設立母体」「都市型・地方型」「常勤歯科医師数」「病床数」を設定し、関連性をロジスティック回帰で分析する。

① 設立母体: 国、公的、社会保険、医療法人の 4 つにカテゴリ化

② 都市型・地方型: 都市型、地方型の 2 つにカテゴリ化

③ 常勤歯科医師数: 連続値

④ 許可病床数: 99 床以下、100-199 床、200-399 床、400 床以上の 4 つにカテゴリ化

C 研究結果

1. 地域特性による分析結果

都市型と類系化された病院歯科は 合計 420 施設であり、地方型とされた病院歯科は 合計 468 施設であった。これら 2 つの全国分布を (図 A、図 B) 示す。さらに医育機関 (医学部、歯学部) の所在地を示す。 (図 C)

次に各種の因子のうちカイ 2 乗検定などによって両者の 有意差検定を行った。

(1) 開設者別

設立母体あるいは開設者を①国、②公的医療機関、③社会保険関係団体、④医療法人その他にわけると 都市型病院歯科では ①+②が 47.3%であったのに対して 地方型病院歯科では 54.0%であった。(有意差あり) (図 D)

(2) 歯科の紹介率

病診連携を最も端的に表すものであるが、有効回答率 61.4%で両者の平均値を較べると 都市型 15.7%、地方型 12.1%であり 有意差はなかった。

(3) 病院歯科加算の算定

病院歯科加算の算定要件は 30%以上の紹介率か 20%以上の紹介率に加えて一定の症例を一定数以上診療している施設が算定できるものであり、2 次医療機関として 認められた施設である。

病院歯科加算を算定している施設は 都市型で 25.3%、地方型では 14.4%にとどまった。(有意差あり) (図 E)

(4) 逆紹介実績

診療情報提供書を発行して他の施設に紹介することが、ほとんどないという施設の割合は、都市

型では 41.9%であったが 地方型は 51.3%と半数を超えている。逆に月 10 件以上と言う施設は 都市型においては 21.3%、地方型では 12.1%と両者に有意の差がみられた。(図 F)

(5) 常勤歯科医師数

病診連携をシステムとして進めるためには病院歯科の中に一定数以上の常勤医が必要で、この数が多いほどより専門分化した分野の仕事に専念できるということになる。都市型の平均スタッフ数は 2.00 人であるが、地方型のそれは 1.76 人であり有意差はなかった。

ただ、常勤医が 1 人の施設は都市型では 41.2%、地方型では 53.3%であり、3 人以上のスタッフがいる施設の割合は 都市型で 26.7%、地方型で 17.5%と有意差をみとめた。(図 G)

(6) 病診連携は登録医制または連携医制か

病院自身がこのようなセミオープン制度を持っているかどうかは、その施設の積極性を示すものであり、病院歯科の姿勢は 病院全体の取り組みに大きく影響される。都市型の施設の中で 27.6%は持っているに答えたのに対して、地方型では 20.8%にとどまり、有意差を認めた。(図 H)

(7) 在宅医療の実施

病院全体で在宅医療に取り組んでいるかどうかについては 特に地方型病院かどうかの判断にとって有用である。都市型では 16.3%、地方型では 28%と有意に出かける医療が展開されている。(図 I)

(8) 学会認定医

病院歯科という 2 次医療機関においてはやはり専門医がいることが望ましい。都市にある病院では 地方のそれに較べて有意に認定医のいる施設が多かった。(図 J)

2. 病院機能分析結果

1) 病院機能の総合点が 70 点以上の病院は 50 施設 (5.6%) であり、50~69 点は 96 施設、50 点以上の病院は 合計 145 施設 16.3%であった。(図 K) これらの施設の全国分布を示す。(図 L)

2) 高次医療 (口腔外科) 提供機能の点数が 20 点の病院は 120 施設 (13.5%)、40 点の病院は 116 施設、20 点以上の病院は 合計 236 施設 26.6%

であった。(図 M) これらの施設の全国分布を示す。(図 N)

3) 後方支援機能の点数が 25 点以上の病院は 142 施設 16.0%であった。(図 O) これらの施設の全国分布を示す。(図 P)

4) 研修教育機能の点数が 20 点の病院は 80 施設 9.0%であった。(図 Q) これらの施設の全国分布を示す。(図 R)

次にロジスティック回帰分析の結果を示す。(表 A~表 D)

1) 病院機能の総合点が 50 点以上に関わる要因  
\*公的機関は国立機関よりも 5.1 倍病院機能が高くなる。

\*常勤歯科医が 1 名増えるごとに 2 倍病院機能が高くなる。

2) 高次医療機能が 40 点に関わる要因

\*公的機関は国立機関よりも 3.5 倍高次医療機能が高い。

\*常勤歯科医が 1 名増えるごとに 1.5 倍の高次医療機能が高まる。

3) 後方支援機能が 25 点以上に関わる要因

\*公的機関は国立機関よりも 3.8 倍後方支援機能が高い。

\*常勤歯科医師が 1 名増えるごとに 1.6 倍後方支援機能が高い。

\*病床数が 200 床以上になると 99 床以下と比べて 3.9~6.5 倍後方支援機能が高まる。

4) 臨床研修機能が 20 点になる要因

\*公的機関は国立機関と比較して 9.5 倍研修機能が高まる。

\*常勤歯科医師が 1 名増すごとに 2.7 倍研修機能が高まる。

\*病床数が 200 床以上になると 18~52 倍研修機能が高まる。

以上をまとめると ロジスティック回帰分析を行った病院歯科の中で 4 つの病院機能と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<br>②常勤歯科医が 1 名増える<br>③病床数が 200 床以上 |
|---|

の 3 つであった。今後、病院歯科機能の強化策や

連携確立に向けて この3項目がキーワードになると考えられた。

#### D 考察と提言

##### 1. 病院歯科の類型化について

地域特性によって病院機能に差があるかどうか検討するために都市型と地方型に分けた。病院の所在地が人口 20 万以上の都市に存在するかどうかだけで、都市型か地方型かを決めるのは問題があると思われるが、都市型の一般病院歯科（図A）と地方型の病院歯科（図B）はそれぞれ分布域が明らかに異なり、両者を重ね合わせるとほどよい分布になりそうである。このうえさらに歯学部や医学部の付属病院（図C）が重なると病院歯科の大都市への極度の集中が理解できるが、これについては各地域における個別の検討が必要である。

次に3つの病院歯科機能を都市型、地方型に分けて検討した。

##### 2. 都市型に多い高次歯科医療提供機能

地方型と比べて都市型を特徴づける事柄は 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 項目であった。

この結果でみると、地方型に比べて都市型のほうが 口腔外科的な高次医療に対応する専門医が 3 人以上いる病院歯科が多数あり、そこでは病診連携がなされており、病院もセミオープンという役割分担がはっきりしていることである。

病院機能の分析結果から検討すると その総合点数 70 点を合格とする病院歯科は全体の 6%、50 施設足らずである。口腔外科などの高次医療を提供する機関は病院全体の約 1/4 施設しかなく、この数が適正かどうかは 今後疾患数調査などから再検討する必要がある。

##### 3. 地方型病院歯科の課題と対策

各論として まず各都道府県の二次医療圏域ごとに高次医療を提供する中核病院が存在するかどうかを確かめることが必要である。とくに地方・郡部で、二次医療圏域に中核病院の病院歯科がなければ開設することが望まれるが、現段階でより可能性があるのは 既存の自治体立の病院を 3 人以上の常勤医に増員し、機能拡充すべきである。

患者さんにとってアクセスしやすく、常勤医が多いより専門性の高い病院歯科は、需要の掘り起こしにつながり、口腔外科疾患の予防、啓発にもつながると思われる。そうして各地域で 1~3 次までの各次元歯科医療を完結する体制を完成させるよう積極的に努力すべきである。

この二次医療圏域ごとの地域支援型病院の分布についての分析は 厚生科学研究「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」に詳しい。

しかし現代のように新設や増員拡充が厳しい時代では、口腔外科を中心とする総合機能 50 点を合格点として 特定の優れた機能を持つ施設がいくつか集まって、トータルで 2 次医療を分担しようとする地域完結型の病診連携が今の時代はより実地的である。（図L）でみると、愛知から東海にかけての地域と、大阪から兵庫にかけての地域はフラッグがよいバランスで集中しているように見える。この2地域は 15 年ほど前から、病院歯科医の集まりがあり、連携医療に歯科医師会ともども努力している地域である。

このように病診連携や病病連携のための集まりを各地で立ち上げて その地域固有の問題を関係者が話し合うことから始めるべきである。その際、地域の歯科医師会が中心となることが望まれる。今のように急速に変化する時代には好むと好まざるとにかかわらず、病院歯科においても 効率的な医療提供のための機能分化と医療の質の向上が求められている。

##### 4. 都市型病院歯科における後方支援機能

病院歯科の第二の機能は 救急患者、感染症患者、在宅要支援患者などに対する後方支援機能である。25 点以上というのは 病診連携を基本として他に救急か在宅を支援しており、感染症のうち 2 つが実施されている病院であるが、これらの機能を持つ病院は必ずしも多くない。今後これらの患者に対する「かかりつけ歯科医」支援が、もっと必要になると思われる。とくに、高齢化に加えて 8020 運動の成果としての在宅患者に対する観血処置の増加に対して、病院歯科として入院か、または往診かによって対応することが必要で、こ

の機能を充実させる必要があろうと考える。

都市型の病院歯科で200床以下の病院は一般歯科診療や口腔外科よりも開業医と連携してこれから需要が見込まれるこれらの領域に活路を見出すべきであろう。

将来、母体病院が急性期病院となるところは必然的に高度歯科医療の提供を目指すであろうし、慢性期病院は後方支援機能や口腔ケアなどを中心とする機能にシフトせざるを得ないだろうと思われる。

有病者に対する歯科診療について、今回の調査ではコメントできなかったが、それはその定義をはっきりさせなかったからである。また、障害者歯科治療についても 外来患者数はつかめなかった。今後の調査が待たれるところである。

#### 5. 卒後研修について

教育・研修機能のうち卒後研修指定施設は全体の10%にも満たず、79施設であった。共同研究者川崎も述べているように 歯科大学が現実に卒後研修に適した患者さんが不足しているようならば、ぜひ病院歯科でより多くの卒後研修を受け入れる方向で検討するべきである。なぜなら、今後の超高齢社会に向かって 歯科医師も医療提供側の有力メンバーとしてチームの一員に加わる必要がある。そのとき歯科以外の医療メンバーと接する機会が多い程よいし、早くからチーム医療に親しんでおいたほうがよいと考えるからである。また 一般病院の歯科は有病者であふれており、これから必要とされる歯科医師の研修には最適の場と考える。

#### E 結論

病院歯科の現状分析を 都市型と地方型に分けて 地域の歯科医療提供体制から検討した。

都市型においては 地方型と比較して、常勤歯科医師数も3名以上の施設が多数を占め、高次医療中心の診療内容で 一次医療機関を補完するものであった。二次医療圏域で高度機能を持たない地方型については 200床以上の自治体立の病院で 常勤歯科医が1名や2名のところは3名に増員して整備することが、最も重要で緊急の課題で

ある。

都市型病院歯科の中で、第1の機能を持たない病院は 第2の機能であるかかりつけ歯科医の後方支援機能すなわち「医科的な管理や支え」を目指すべきである。とくに母体病院が慢性期病院を選択しようとするならば、その病院の歯科はこの第2の病院歯科機能、すなわち有病者・障害者・感染症の歯科患者、在宅要支援患者などの歯科治療や口腔ケアに専念する道を選択すべきである。もちろん、これらの機能を分化、独立させても採算性が確保できる新たな保険診療上の支援が必要なことはいうまでもない。

#### 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

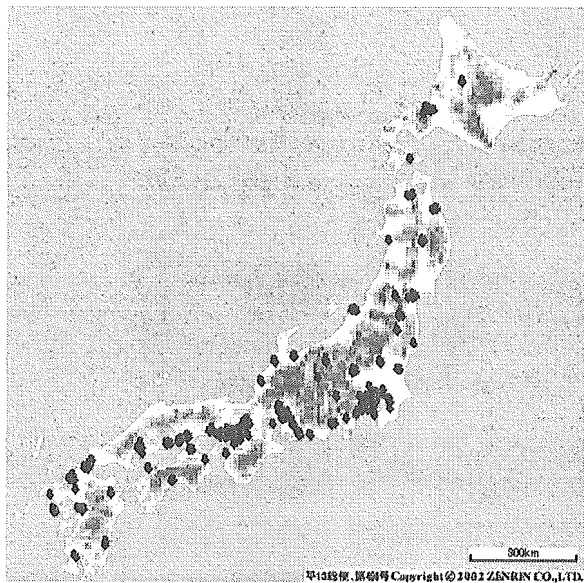
#### H研究協力者

河合峰雄（神戸市立中央市民病院歯科医長）

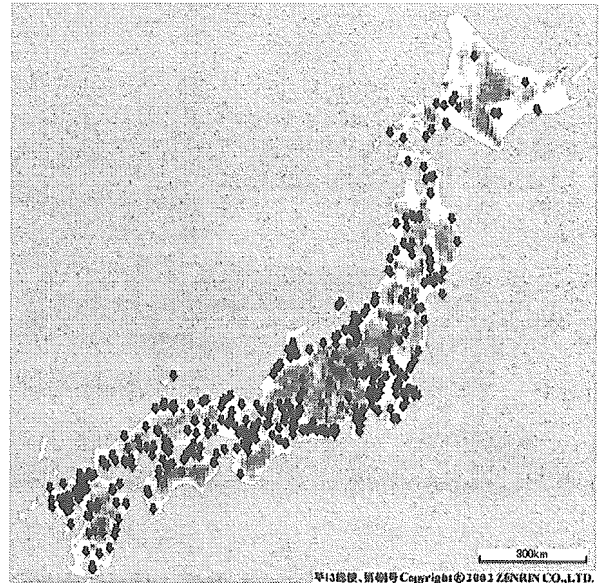
#### I 参考文献

- 1) 石井拓男, 梅田昭夫, 梅村長生, 坂井剛編: コミュニティと歯科医療をつなぐ連携システムの実践. 医試薬出版. 2001.

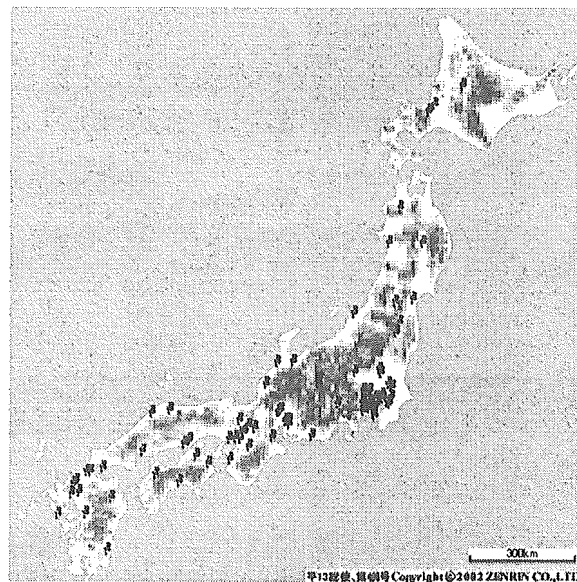




図A 一般病院都市型



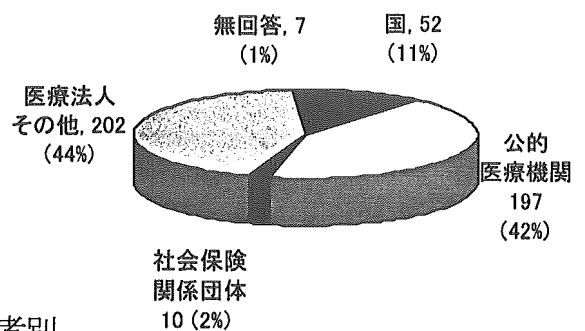
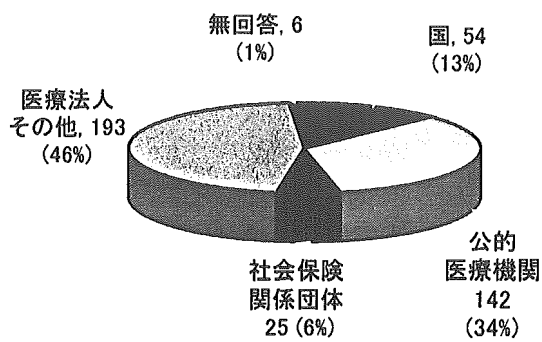
図B 一般病院地方型



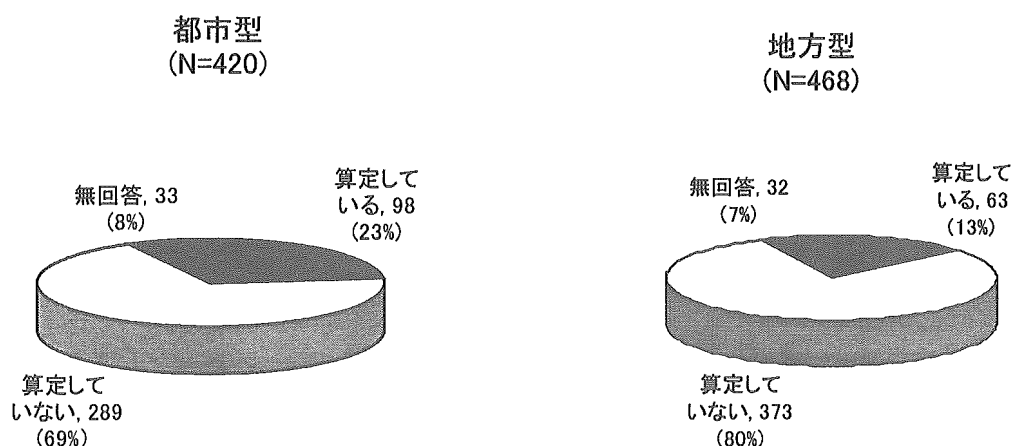
図C 医学部・歯学部附属病院

都市型  
(N=420)

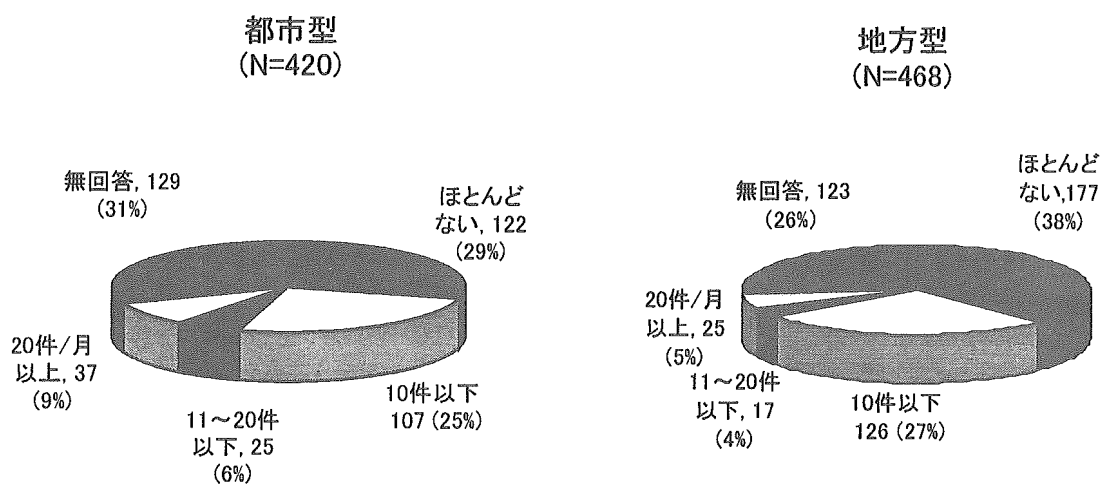
地方型  
(N=468)



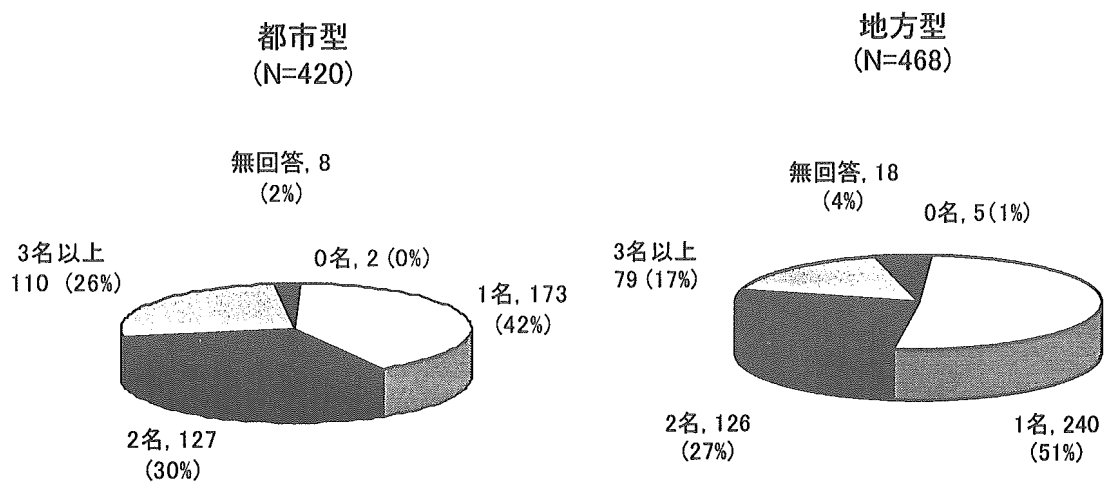
図D 開設者別



図E 病院加算



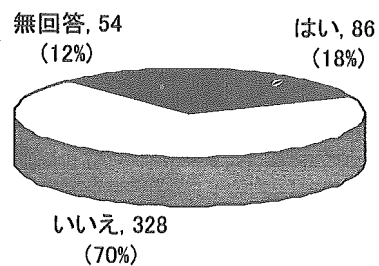
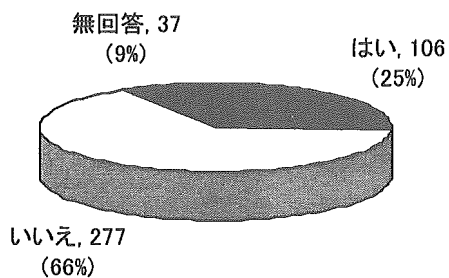
図F 逆紹介



図G 常勤歯科医数

都市型  
(N=420)

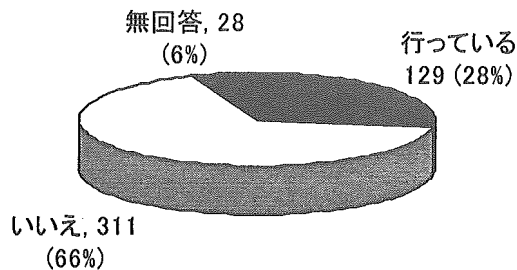
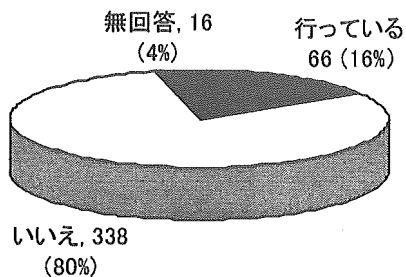
地方型  
(N=468)



図H 登録医制

都市型  
(N=420)

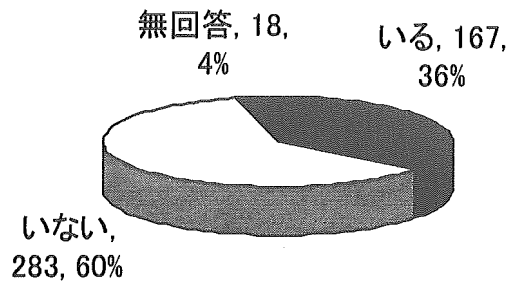
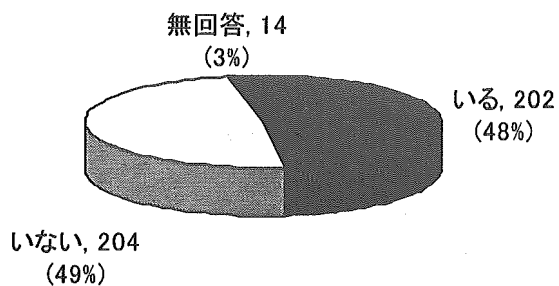
地方型  
(N=468)



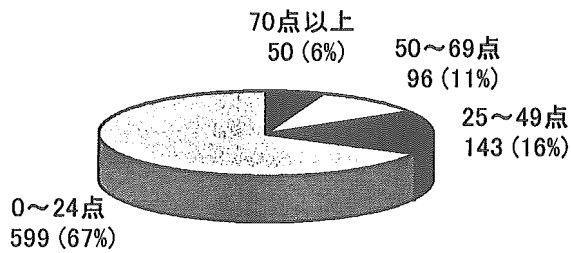
図I 在宅医療

都市型  
(N=420)

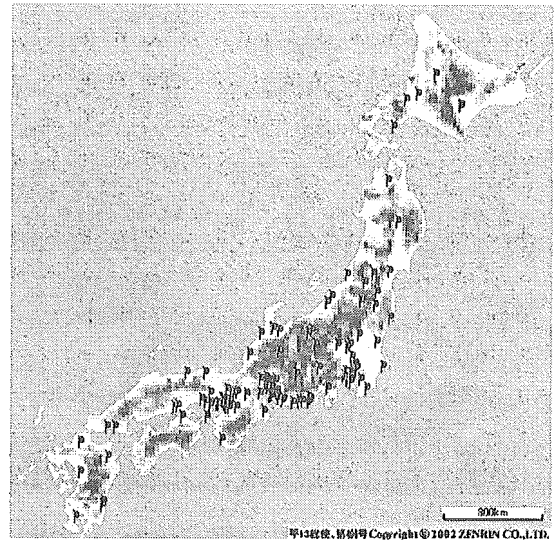
地方型  
(N=468)



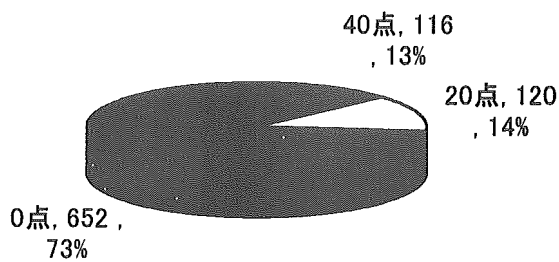
図J 学会認定医



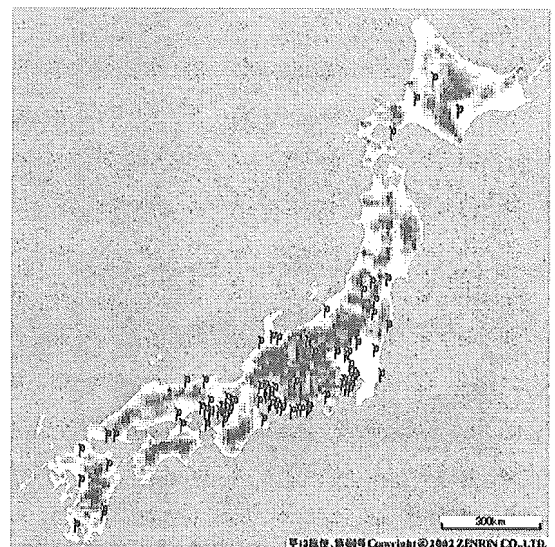
図K 総合機能



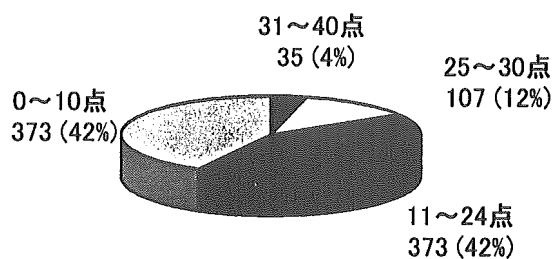
図L 総合機能 (50点以上の施設)



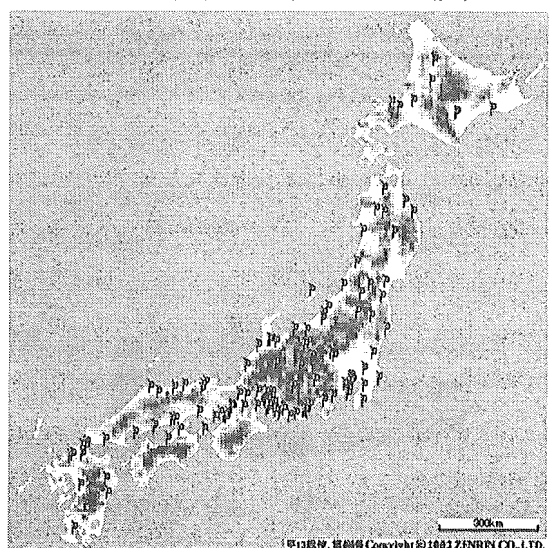
図M 高次医療 (口腔外科)

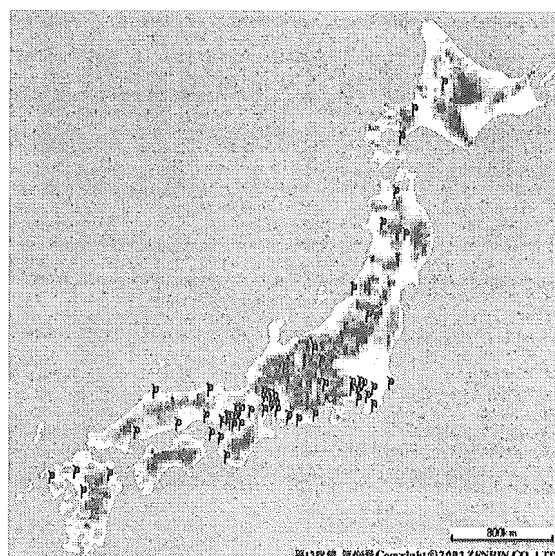
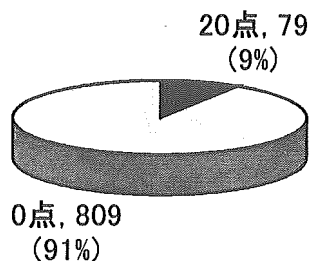


図N 高次医療 (40点の施設)



図O 後方支援 (感染、救急・病診連携、在宅支援) 図P 後方支援 (25点以上の施設)





図Q 臨床研修

図R 研修教育 (20 点の施設)

表A 「病院機能総合点が 50 点以上」を目的変数にした場合のロジスティック回帰分析結果  
 公的機関は国立機関よりも 5.1 倍病院機能が高くなる。  
 常勤歯科医が 1 名増えるごとに 2 倍病院機能が高くなる。

	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	1.62	0.00	5.07	2.17	11.88
社会保険機関	0.69	0.32	1.99	0.51	7.85
医療法人	0.58	0.21	1.79	0.73	4.41
地方型	-0.15	0.51	0.86	0.55	1.35
常勤歯科医師数	0.70	0.00	2.00	1.67	2.41
許可病床100-199床	6.76	0.49	864.80	0.00	1.78E+11
許可病床200-399床	8.07	0.41	3213.05	0.00	6.51E+11
許可病床400床以上	8.91	0.36	7431.14	0.00	1.5E+12

表B 「高次医療機能が 40 点以上」を目的変数にした場合のロジスティック回帰分析結果  
 公的機関は国立機関よりも 3.5 倍高次医療機能が低い。  
 常勤歯科医師が 1 名増えるごとに 1.5 倍高次医療機能が高まる。

	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	1.25	0.00	3.48	1.55	7.81
社会保険機関	0.58	0.39	1.78	0.47	6.67
医療法人	0.06	0.89	1.06	0.44	2.60
地方型	-0.22	0.35	0.80	0.50	1.27
常勤歯科医師数	0.42	0.00	1.52	1.28	1.82
許可病床100-199床	6.08	0.55	436.13	1.08E-12	1.76E+11
許可病床200-399床	7.18	0.48	1311.38	3.30E-06	5.12E+11
許可病床400床以上	7.83	0.44	2522.79	6.38E-06	9.97E+11

表C 「後方支援機能が 25 点以上」を目的変数とした場合のロジスティック回帰分析結果

公的機関は国立機関よりも 3.8 倍後方支援機能が高い。

常勤歯科医師が 1 名増えるごとに 1.6 倍後方支援機能が高まる。

許可病床数が 200 床以上になると、99 床以下と比較して 3.9～6.5 倍後方支援機能が高まる。

	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	1.33	0.00	3.79	1.77	8.11
社会保険機関	0.13	0.86	1.14	0.28	4.64
医療法人	0.14	0.73	1.16	0.51	2.63
地方型	0.24	0.26	1.27	0.83	1.95
常勤歯科医師数	0.44	0.00	1.55	1.33	1.81
許可病床100-199床	0.97	0.11	2.64	0.79	8.78
許可病床200-399床	1.36	0.02	3.90	1.28	11.85
許可病床400床以上	1.87	0.00	6.48	2.17	19.29

表D 「臨床研修機能が 20 点」を目的変数にした場合のロジスティック回帰分析結果

公的機関は国立機関よりも 9.5 倍臨床研修機能が高い。

常勤歯科医師数が 1 名増加するごとに 2.7 倍臨床研修機能が高まる。

許可病床数が 200 床以上になると 18～52 倍臨床研修機能が高まる。

	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	2.25	0.00	9.48	2.10	42.78
社会保険機関	1.96	0.05	7.13	1.01	50.24
医療法人	1.33	0.09	3.78	0.81	17.70
地方型	-0.52	0.09	0.60	0.33	1.08
常勤歯科医師数	0.98	0.00	2.65	2.11	3.33
許可病床100-199床	1.91	0.20	6.78	0.37	125.33
許可病床200-399床	2.89	0.04	17.96	1.10	291.91
許可病床400床以上	3.95	0.00	51.93	3.31	813.83

厚生科学研究補助金 (医療技術評価総合研究事業)

(分担) 研究報告書

大都市における病院歯科の歯科医療支援等の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制

分担研究者 佐野 晴男

研究要旨：高齢化と疾病の複雑化にともない、診療所のみで治療を完結できない患者が増えつつあり、歯科においても病診連携が重要視されるようになってきた。大都市における病院歯科の地域診療所との病診連携への対応状況と問題点を探るため、アンケート調査結果の中から、病診連携に関係する設問の回答を選び、大都市型病院歯科 (常勤歯科医 3 人以上の施設) と常勤歯科医 2 人以下の病院歯科とに分けて比較検討を試みた。その結果、前者は後者に比べて人的、設備的にやや余裕があることから、病診連携に関する実績・対応能力については優っている傾向が得られた。また、病院歯科の卒直後研修医の受け入れ先としての機能についても検討を加えた。

A. 研究目的

高齢化や疾病の複雑化、多様化に伴い、疾病によっては 1 医療機関で治療を完結することが困難となりつつある。歯科においても肝炎、HIV などの感染症患者や全身的合併症を有する患者 (歯科界でいういわゆる有病者・以下有病者と略) への対応を迫られる機会が多くなってきている。対応に特別の配慮を要するこれらの患者に対し、地域の歯科診療所と病院歯科とがお互いの受け持つべき治療を担当しつつ協同してあたる、病診連携が重要視されるようになってきた。

本研究では比較的病診連携が進んでいると考えられる、大都市にある規模の大きな病院歯科 (常勤者 3 人以上) に注目した。それら病院歯科の病診連携への姿勢、実績、設備、医療収入ならびに研修医制度に対する対応などについて、常勤者 2 人以下の病院歯科との比較検討を行い、歯科における病診連携の現状と、これを推進して行く上で問題点を明らかにすることを目的とした。

また、卒直後研修医の受け入れ先として病院歯科の有する機能についても検討を加えた。

B. 研究方法

アンケート調査票 (「一般病院用」) は、前年度 (平成 13 年 2 月～3 月) に一般病院 1369 施設に発送し、その回収件数は 962 件、回収率 70.3% であった。

回答を寄せた病院のうち、大都市にあり、地

域診療所との病診連携能力を比較的備えていると考えられる常勤歯科医 3 人以上の病院歯科を抽出した。これらと、常勤歯科医 2 人以下の病院歯科とについて、病診連携への姿勢、実績、設備、医療収入ならびに研修医制度に対する対応などに関連する回答について比較検討を加えた。明らかに特定の患者のみを治療対象としていると考えられた病院 (自衛隊病院など) を除外し、大都市にある常勤歯科医 3 人以上の病院歯科は 67 施設となった (以後、大都市型病院歯科と略す)。常勤歯科医 2 人以下の病院歯科は 673 施設であった。

統計学的な分析には統計ソフト SPSS を用いた。

C. 研究結果

1. アンケートの各質問項目別の集計結果はまとめて別紙に示してある。

2. 病院歯科の病診連携に対する姿勢：

1) 病診連携実施状況 (図 1)

「歯科の病診連携を行っているか」との質問に対し、大都市型病院歯科では、連携推進への積極的姿勢を示す選択枝のいずれか (歯科医師会と取り決めをして行っている・取り決めはないが行っている・行うように努力している) を選んだものが全体の 86.6% にのぼり、連携に消極的な選択枝 (行いたいが実施困難、行っていない) を選んだものは 13.4% であった。これに対し常勤者 2 人以下の病院歯科では、連携への積極的姿勢を選択し

たもの 63.3%、消極的姿勢であったもの 36.6%であった。

#### 2) 病院歯科加算の請求状況

「病院歯科加算を行っているか」との問いに対し、大都市型病院歯科では病院歯科 1 (紹介率 30%以上) のもの 34.3%、病院歯科 2 (紹介率 20%以上 30%未満) のもの 10.4%で、1、2 あわせて 44.7%であった (図 2-1)。常勤者 2 人以下の病院歯科では病院歯科 1 のもの 9.7%、病院歯科 2 のもの 3.0%で、1、2 あわせて 12.7%であった。

さらに、常勤者 2 人以下の病院歯科の紹介加算状況につき、有する治療台数が 3 台以下の群 (405 施設) と 4 台以上の群 (232 施設) とに分けて比較した。前者のうち紹介加算 1, 2 を受けているものは合わせて 37 施設・9.2%であるのに対し、後者では 48 施設・20.7%であった (図 2-2)。

#### 3) 逆紹介実施状況 (図 3)

「歯科で診療情報提供書を発行し他施設に紹介 (逆紹介) する頻度は?」との問いに対し、大都市型病院歯科では、月に 20 件以上としたもの 16.4%、11~19 件 10.4%、10 件以下 17.9%、ほとんどない 20.9%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、月に 20 件以上としたもの 5.1%、11~19 件 3.9%、10 件以下 27.8%、ほとんどない 37.0%であった

#### 4) 地域向け勉強会の開催 (図 4)

「院外の歯科医師が参加できるなんらかの勉強会をしているか」との問いについては、大都市型病院歯科では、行っていると答えたもの 41.8%、行っていないもの 53.7%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、行っている 30.2%、行っていない 66.3%であった。

#### 5) ウィルス性肝炎患者への対応 (図 5)

「ウィルス性肝炎患者の治療を行っているか」との問いに対し、大都市型病院歯科では、治療している 95.5%、治療していない 3.0%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、治療している 93.8%、治療していない 5.5%であった。

#### 6) エイズ患者への対応 (図 6)

「エイズ患者の治療を行っているか」との問いに対し、大都市型病院歯科では、治療している 37.3%、治療していない 58.2%であった。常勤者

2 人以下の病院歯科では治療している 14.4%、治療していない 81.4%であった。

#### 7) 外来患者に対する感染症のチェック (図 7)

「外来患者について感染症のチェックをしているか」との問いに対して、大都市型病院歯科では、観血的処置に限らず行っていると答えたもの 17.1%、観血的処置には行っているもの 14.5%、既往歴から判断して行っている 44.7%、同意の得られた患者に行っている 6.6%、原則行っていない 17.1%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、観血的処置に限らず行っていると答えたもの 10.8%、観血的処置には行っているもの 8.9%、既往歴から判断して行っている 44.6%、同意の得られた患者に行っている 6.1%、原則行っていない 29.7%であった。

#### 8) 入院患者に対する感染症のチェック (図 8)

「入院患者について感染症のチェックを行っているか」との問いに対して、大都市型病院歯科では、総ての患者に行っていると答えたもの 53.6%、選択的に行っているもの 21.7%、行っていないもの 1.4%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、総ての患者に行っていると答えたものは 43.4%、選択的に行っているもの 22.9%、行っていないもの 4.2%であった。

#### 3. 歯科の設備 (図 9)

歯科の治療ユニット数については、大都市型病院歯科では、3 台以下の施設は全体の 17.9%、4~6 台 53.7%、7 台以上 28.3%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、3 台以下の施設は 62.8%、4~6 台 34.6%、7 台以上 2.3%であった。

#### 4. 診療の力点 (図 10)

「貴科の診療内容はどれに当てはまるか」と診療の力点をどこに置いているかとの問いについては、大都市型病院歯科では、口腔外科 (二次医療) 中心であると答えたもの 44.8%、一般歯科治療 (有病者含む) 中心としたもの 46.3%、どちらともいえないもの 9.0%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、口腔外科 (二次医療) 中心であると答えたものは 14.3%、一般歯科治療 (有病者含む) 中心としたもの 51.9%、どちらともいえないもの 10.5%であった。

#### 5. 院内他科との収入比較



「貴歯科の収入についてどのように評価するか」との設問に対して、大都市型病院歯科では、他科と比べて高収入としたもの 1.5%、同程度としたもの 14.9%、低収入・著しく低収入としたもの 64.2%であった。常勤者 2 人以下の病院歯科では、他科と比べて高収入としたもの 0.6%、同程度としたもの 6.8%、低収入・著しく低収入としたもの 69.4%であった。

## 6. 研修医受け入れ

主たる施設として研修医を受け入れるには常勤者 3 人以上であることが必要とされることから、本稿目については大都市型病院歯科についてのみ集計を行った。研修医を受け入れている施設は全体の 41.8%にあたる 28 施設、受け入れていない施設は 38 施設 56.7%であった。

研修医を受け入れた施設での研修医の待遇については、医科の研修医と同等であるとした施設が 18 施設 64.3%、医科の研修医とは異なると答えた施設が 10 施設 35.7%であった。

研修医を受け入れない理由を大都市型病院歯科に問うたところ、研修指定条件を満たしていない 15、予算的裏付けがない 9、不採算である 8、メリットがない 6、管理者の許可が得られない・関心がない各 3、医科研修の指定がない 2 であった (図 11)。試みに常勤 2 人以下の病院歯科について、研修医を受け入れない理由を分析したところ、研修先の指定条件を満たしていないに加えて、予算的裏付けがないを挙げたものが最多で (10.1%)、以下メリットがない (6.2%)、関心がない (5.3%) の順であった。

## D. 考察

### 1. 研究対象について

研究対象を大都市型病院歯科 (常勤歯科医 3 人以上) と常勤歯科医 2 人以下に分けて比較した。これは、自身の複数にわたる病院歯科での体験ならびに過去の厚生科学研究における報告 (引用 1) から、常勤者が少なくとも 3 人以上でなければ、院内の入院患者や病院職員に対応するだけで能力的に手一杯となり、地域診療所との良好な連携関係を維持する余裕に欠けると考えた故である。

## 2. 研究結果について

### 1) 病院歯科の病診連携に対する姿勢

#### (1) 病診連携

大都市型病院歯科では全体の 86.5%の施設が、なんらかの形で病診連携に努力しているのに対し、常勤者 2 人以下の病院歯科では 63.3%とこれよりはるかに低くなっている。大都市では歯科を擁する病院が多く、歯科診療所数も飽和状態に達している。地域の診療所のニーズがどこにあるかを的確に掴み、地域に密着できる特性を生かして、これに応えることが大都市型の病院歯科には求められている。

#### (2) 紹介加算

病院歯科加算の算定状況は地域診療所からの紹介患者数に大きく左右され、病院歯科が地域との繋がりをどのくらいもっているかを計る大きな指標となる。大都市型病院歯科では紹介加算算定を行っているもの (1, 2 を問わず) は全体の 44.7%にのぼるのに対し、常勤者 2 人以下では 12.7%にすぎず、前者の方が病診連携に対して積極的に対応していることが分かる。

図 2-2 に示したように、常勤者 2 人以下の病院歯科のうちでも、治療台数が 4 台以上であれば紹介加算を受けている施設は倍以上となる。

全国的に病院歯科は不採算部門と位置づけられる傾向にある。紹介加算の算定はわずかでもこの傾向に歯止めをかけられよう。

病院の紹介加算算定は医科、歯科別建てで行われている。例え病院全体で紹介率が 30%を越えていようとも、歯科がそうでなければ、その恩恵を受けられない。齲蝕をはじめ歯科疾患は非常に普遍的な病変であり、入院患者や外来患者を問わず、院内他科からの紹介患者は非常に多い。当然の如くこれらの患者は紹介率に算定することは許されず、歯科の紹介率を押し下げる原因となっている。院内他科からの紹介患者を歯科の紹介率に算定することが困難であるならば、せめてこれらの数を歯科の紹介率算定から除外する措置がとれないだろうか。院内他科からの紹介患者の多くは有病者であり、病院歯科が受け持つ患者であると考える。

#### (3) 逆紹介

地域診療所と病院歯科とが競合して患者を診

療するのではなく、それぞれが診るべき患者に対応する共存共栄関係を構築するため、逆紹介の推進は重要な意味をもってくる。大都市型病院歯科では逆紹介を行っていないところは全体の20.9%であり、わずかでも行っているところは44.7%であった。これに対して常勤者2人以下の施設では逆紹介を行っていないところが37.0%であり、わずかでも行っている施設は前者に比べて36.8%と少なく、それも月10件以下の逆紹介数の施設がほとんどを占めていた。規模の小さい病院歯科が地域診療所と競合している傾向が伺える。

#### (4) 勉強会の開催

地域の開業医が参加できる勉強会は、大都市型病院歯科では41.8%が開催している。常勤者2人以下の施設でも全体の1/3の施設が行っている。地域診療所との交流の機会をもつことは病診連携を進める上で非常に重要である。

#### 2) 感染症患者対策について

地域診療所は感染症患者への対応については消極的になりがちであり、これら患者を引き受けることは病院歯科に求められている大きな機能のうちの一つであると考えられる。

ウイルス性肝炎患者に対しては、大都市型病院歯科、常勤者2人以下の歯科を問わず、全体の90%を越える施設で対応していることが分かった。しかし、エイズ患者に対しては大都市型病院歯科の37.3%が対応しているのに対し、常勤者2人以下の施設では81.4%の施設が対応せず、肝炎患者とエイズ患者とで両者の対応に大きな差がみられた。これも施設の人的、設備的能力の差によるところが大きいのではないかと。病院歯科に働く者の意識も重要な要素をもってくる。

外来患者に対する感染症のチェック体制では、常勤者2人以下の病院歯科では検査を原則的に行っていないところが約30%にのぼっている（大都市型病院歯科では6.6%）。感染症患者を診ている危険性を危惧しつつ、数少ない歯科医で外来患者をこなしている現場が想像される。

入院患者に対する感染症のチェックは両者とも何らかの形で実施しているところがほとんどであった。手術を前提に入院させる場合が多いこと

から、当然の結果であろう。

#### 3) 診療設備について

従事する歯科医師数とともに診療設備は、病院歯科の診療能力に大きく影響する。特に治療ユニット数に注目して分析を行った。大都市型病院歯科では治療ユニットが3台以下のところは全体の17.9%にすぎないのに対し、常勤者2人以下の病院歯科では62.8%と大多数を占めている。しかし、常勤2人以下の病院歯科でも治療台を4台以上有する施設では全体の20.7%が紹介1または2の加算を受けていた。これに対し、治療台が3台以下の施設ではわずかに9.2%が算定できているに過ぎなかった。人的な要素もさることながら、効率的な診療を行うには治療台数が多いことが必要であることが分かる。

診療対応能力を高め、積極的に患者紹介を受けたい病院歯科では、一台でも多く治療ユニットが欲しいところである。

#### 4) 診療の力点について

大都市型の病院歯科では口腔外科を中心に診療を行っている施設と、一般歯科治療中心の施設とはほぼ同数であったのに対し、2人以下の病院歯科では一般歯科治療中心に診療しているところが50%以上と一番多い結果が得られた。常勤者数の少ない病院歯科ほど、そこに働く者の専門性（多くは口腔外科出身者と予想した）に大きく左右され、口腔外科中心をとる施設が多いのではないかとこの予想が覆された。病診連携という概念とは関係なく地域診療所と競合して、一般歯科診療を行っているのではなからうか。

#### 5) 院内他科との収入比較

大都市型、常勤者2人以下の施設ともに他科と比べて低収入であるとするところが全体の60%以上を占めている。病診連携を積極的に進めれば進めるほど、地域診療所では対応が困難な障害者、有病者などの紹介を多く受ける結果となる。これらの患者に対応するには、普通の患者に対応する以上の配慮と時間が必要となり、不採算に陥る。病院歯科に働く者のコスト意識向上が重要であることは論を待たないが、先の紹介率の項でも述べたように経済的に何らかの公的配慮が強く望まれるところである。

具体的には全体的重篤な合併症を有する患者の治療時の心拍監視加算を病院歯科に限り認める、病院歯科で行われる静脈内鎮静法について、何らかの点数加算を認める等々である。また、咬合回復のみを目的とした入院治療は認められにくいのが現状であるが、地域歯科医師会からの紹介による患者に限り、一定期間の入院加算を可能にすること等も考えられよう。

#### 6) 研修医受け入れについて

比較的好条件で歯科の卒直後研修医を受け入れている自身の立場から、病診連携のテーマとは離れてはいるが検討を加えた。歯科を志す若者にとって、歯科医業が魅力あるものに映り、卒直後研修が有意義で経済的にも裏付けられているか否かに興味があった。医科の研修医と同等の条件で歯科研修医を受け入れている施設が有効回答 28 中半数以上ではあったが、大都市型病院歯科 67 カ所のうち 18 カ所にしかすぎず、あまりにも少ない現状と言わざるを得ない。

病院には種々の患者が訪れ、病院歯科はそれら患者の歯科疾患と向き合っている。総合病院の一員として生活するにつれ、身体の中の必要不可欠な一分野である口腔を司る重要性にも必然的に気づくことになる。この環境は歯科大学・大学歯学部では得難く、幅広い患者に対応できる能力を身につける上で、病院歯科での研修は非常に有益である。常勤 2 人の病院歯科でも予算的な裏付けがあれば研修医を受け入れたいとする施設も少なくない。研修医教育に対して積極的である施設に対しては、常勤者数に関する縛りにある程度の幅を持たせることも必要ではなからうか。

#### E. 結論

常勤歯科医が 3 人以上いる大都市型病院歯科では、常勤者 2 人以下の病院歯科と比べて人的、設備的に余力があることから、病診連携について、より積極的に対応している結果が得られた。病院歯科加算の算定状況や逆紹介患者数でもこの傾向は伺えた。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が、エイズ患者に対しては大きな差がみられた。治療ユニットが常勤者 2 人以下の病院

歯科では少ないため、必然的に診療効率も悪くなる傾向が伺えた。いずれにせよ、他科と比べて収入実績は低いとする施設が大都市型、常勤者 2 人以下の施設を問わず圧倒的に多く、治療を行う上でいろいろな配慮を要する患者を積極的に引き受ける病院歯科に対しては何らかの援助が望まれる。

#### 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

なし

#### H. 研究協力者

市川雄二

長谷川士朗

竹生康一郎

※いずれも都立荏原病院歯科口腔外科

#### I. 参考文献

- 1) 梅村長生：歯科医療分野における医療提供体制のあり方とシステム化、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、厚生科学研究班平成 11 年度総括研究報告書、1999

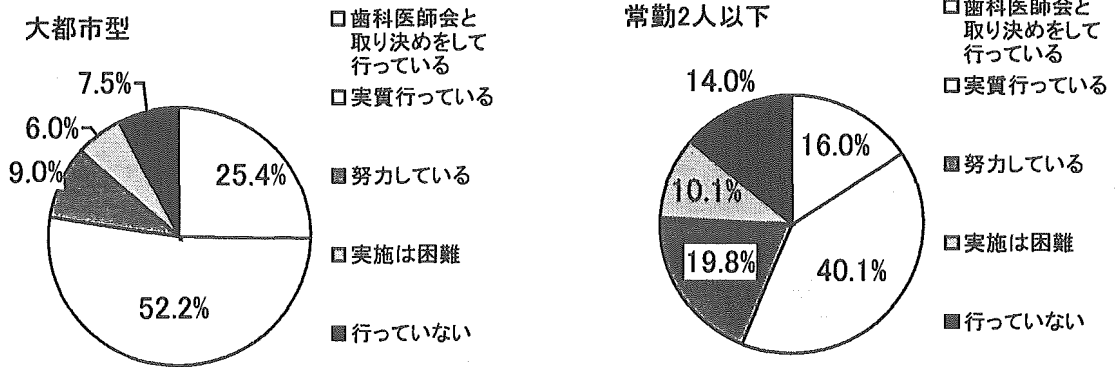


図1 病診連携に対する取り組み

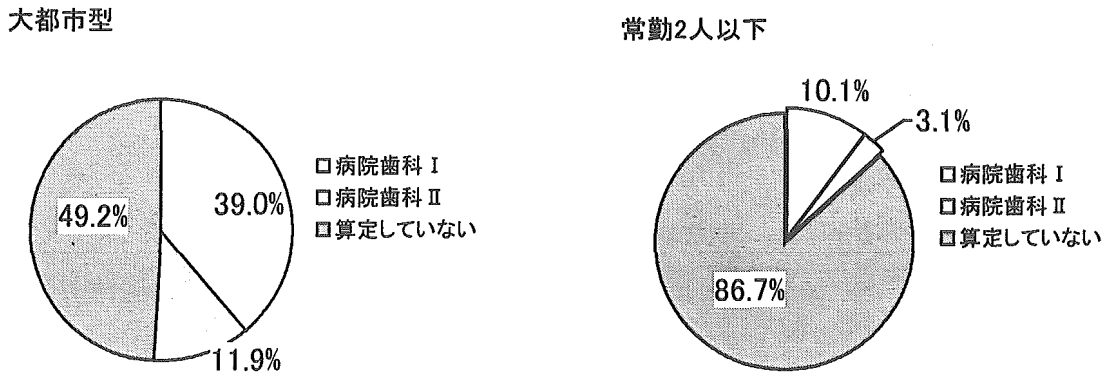


図2-1 病院歯科加算状況（大都市型、常勤二人以下比較）

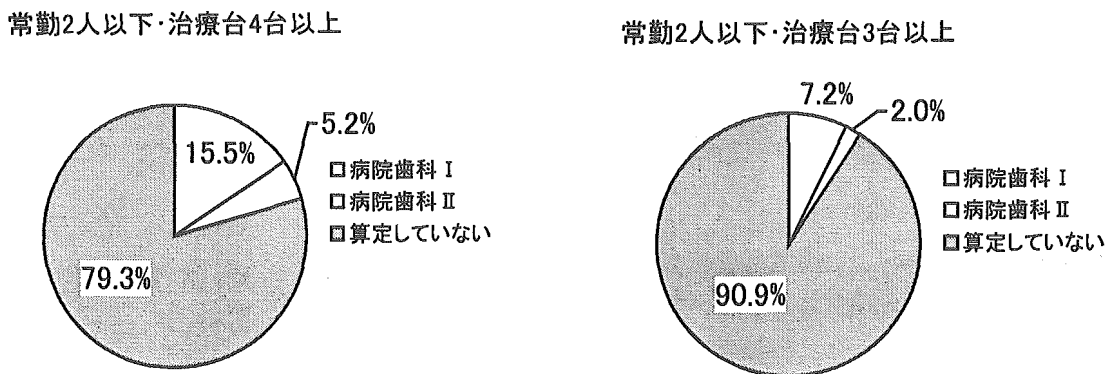


図2-2 紹介率（常勤2人以下、治療台数での比較）