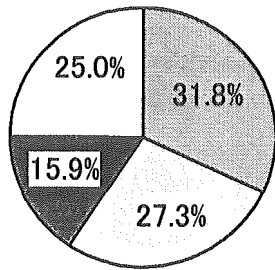
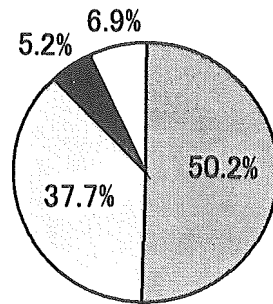


大都市型



□ほとんどない
□10件以下/月
■11~20件/月
□20件以上/月

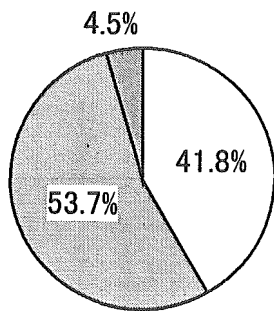
常勤2人以下



□ほとんどない
□10件以下/月
■11~20件/月
□20件以上/月

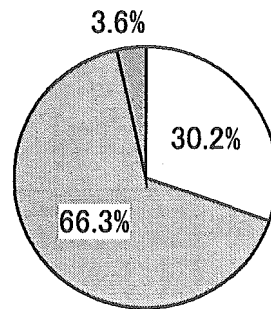
図3 逆紹介実施状況

大都市型



□行っている
□行っていない
□無回答

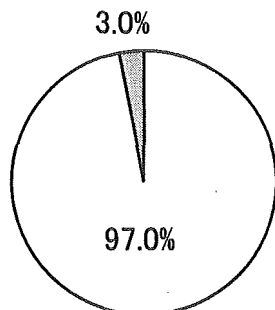
2人以下



□行っている
□行っていない
□無回答

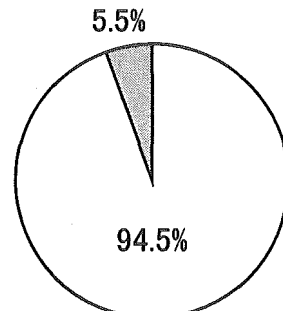
図4 勉強会の開催

大都市型



□行っている
□行っていない

常勤2人以下



□行っている
□行っていない

図5 肝炎患者への対応

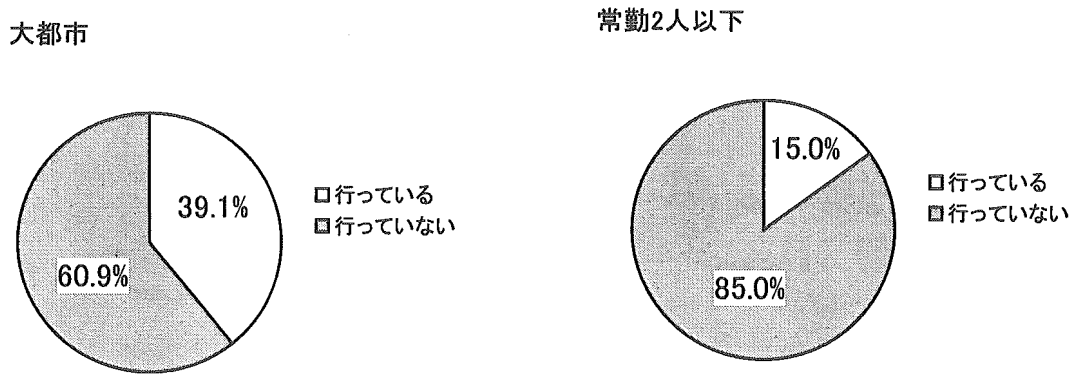


図6 HIV患者への対応

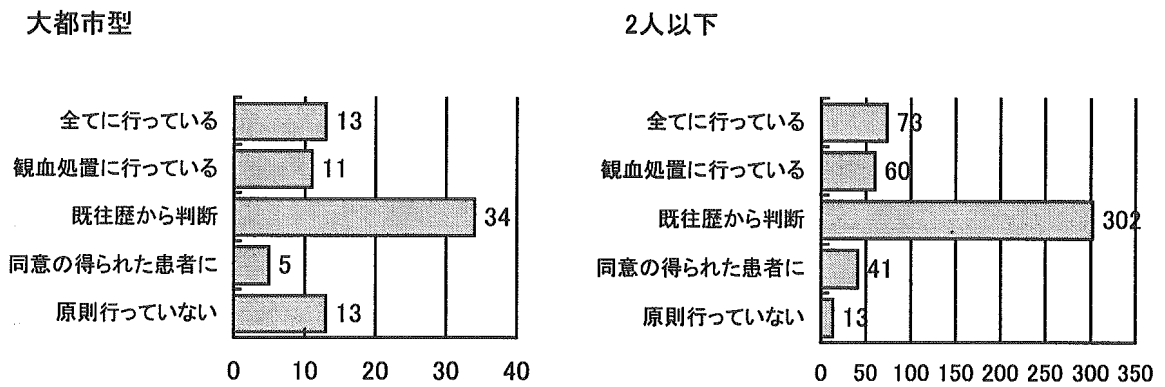


図7 外来患者の感染症チェック

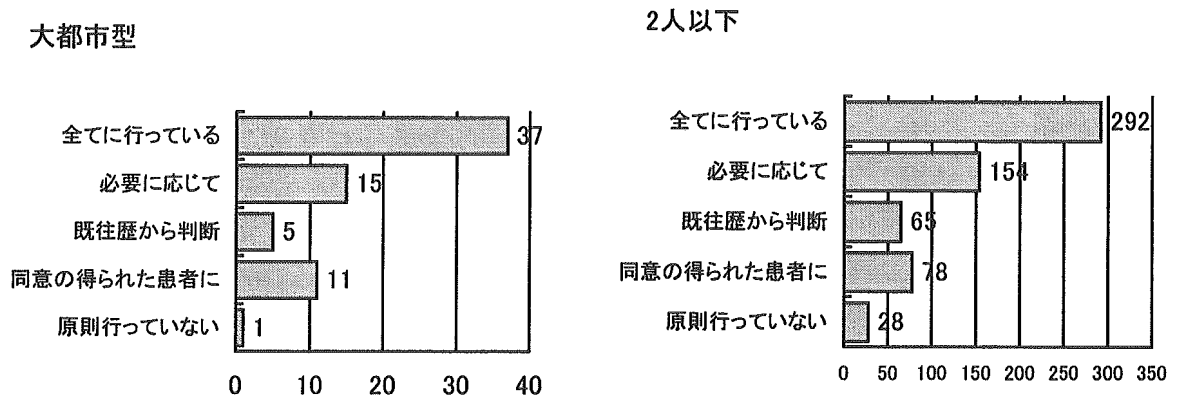


図8 入院患者に対する感染症チェック

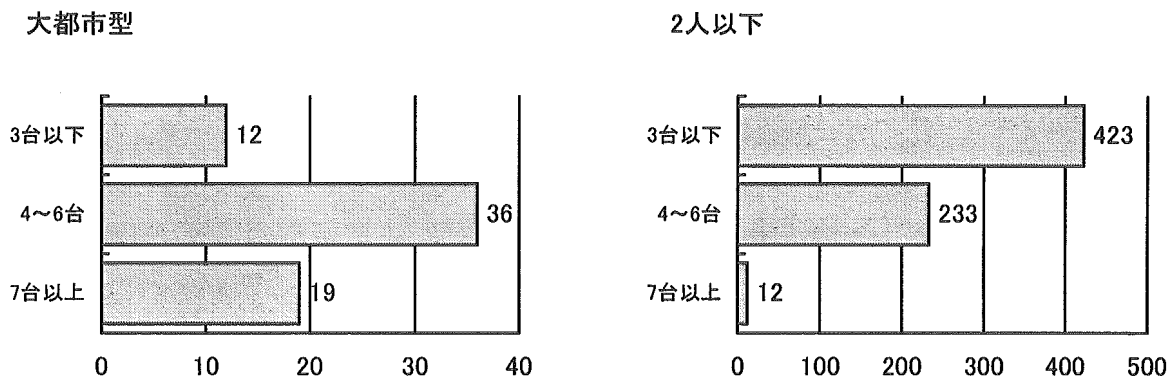


図9 治療台数の比較

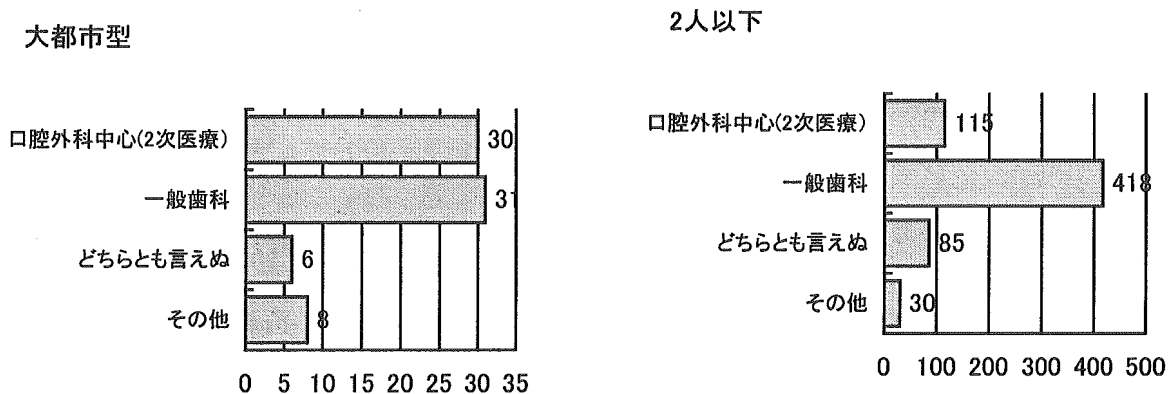


図10 診療の力点

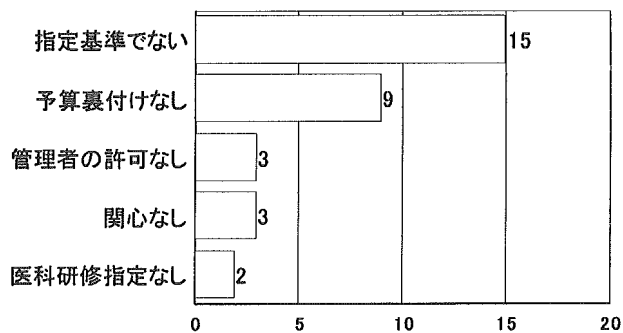


図11 研修医を受け入れない理由 (大都市型のみ)

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

一般病院における歯科施設の機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制との
かかわりについての研究

分担研究者 梅村長生
（愛知三の丸病院 歯科口腔外科部長）

研究要旨：病院歯科の地域歯科医療への支援機能はいかにあるべきかを明らかにするためには歯科を併設した病院の機能の現状を分析することが重要である。

本研究では、病院歯科へのアンケート調査結果を解析し、歯科を併設した病院の施設規模（病床数）ごとの機能を比較することによりその機能の違いを明らかにし、かかりつけ歯科医との機能面での役割分担をいかに行うかの方向性について研究した。

A. 研究目的

地域におけるかかりつけ歯科医と病院歯科との連携による地域医療での質の高い効率的な医療提供体制を推進するには、地域における病院歯科の役割分担、機能分担を明確にすることが重要である。

今回は、病院歯科のアンケート調査を用い、施設規模ごとの機能の現状を解析した。その解析から病院歯科は施設規模によって、機能に違いがあるかを明らかにすると同時に、病診連携を推進する地域歯科医療支援システムを構築するには、どのような課題があるかを明らかにすることを研究目的とした。

B. 研究方法

一般病院については類型ごとの各種基準に基づき必要施設、1病床当たりの面積、100床当たりの従業者数が定められている。しかも、第4次医療法改正に伴い一般病院も一般病床と療養病床の種別の届出が必要となり病床の機能分化が進んでいる。

病院の機能を示す指標としては、平均在院日数、入院外来比、全身麻酔施行率、投入職員数などがある。また、癌、循環器、糖尿病、慢性腎不全等の疾患対策から病院の医療機能を分類することもある。

しかし、これらは医科における病院機能を見る上では有効な指標となるが、病院における歯科の場

合、入院を必要とする口腔外科疾患を除き、多くの歯科疾患は外来診療を主体として行われているのが実態である。

従って、一般病院における歯科の機能を分析するには、まず病床規模別（200床以下、200床～400床以下、400床以上）に大きく区分した上で以下のごとく内容について多重ロジスティック回帰分析を用いて比較検討を行った。

- 1) 従業員数（常勤歯科医師数、歯科衛生士数等）
- 2) 施設設備（ユニット数等）の現状
- 3) 歯科診療の中心と入院患者数
- 4) 教育・研修の実態と臨床研修指定病院の現状
- 5) 病診連携の実態
- 6) 救急医療体制
- 7) 感染症患者数、有病者および障害者の歯科治療の実態

また、他の分担研究者と同様に病院歯科の機能を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[1]、それ以外[0]の2値化）
- ②Universal precaution の実施（実施[1]、未実施[0]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[1]、それ以外[0]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[0]、同意患者全て+観血的処置で実施+観血的処置に限らず必要に応じて実施[1]の2値化）
- ⑤感染者（エイズ患者）歯科治療の実施（実施[1]、未実施[0]の2値化）
- ⑥病診連携の実施（実施[1]、未実施[0]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（国、公的、社会保険、医療法人）
- ②都市型・地方型（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[1]、それ以外[0]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[0]、受け入れていない[1]の2値化）
- ⑥病診連携実施（実施[1]、未実施[0]の2値化）
- ⑦在宅医療実施（実施[1]、未実施[0]の2値化）
- ⑧認定医がいるか（いる[1]、いない[0]の2値化）
- ⑨主任が学会指導医か（指導医である[1]、指導医ではない[0]の2値化）

C. 研究結果

今回アンケート調査回答が得られた病院は888施設であったが、一般病床をもつ病院の回答はそのうち768病院であった。

しかし、個々のアンケート項目についての回答に記載漏れ調査票があるため、アンケート項目について母数にバラツキがあるが、誤差の範囲として分析を行った。

1) 常勤従業員数について

常勤歯科医師数は平均で1.9人であったが、病床規模別でみると病床規模が大きいほど常勤歯科医師数も多く、400床以上の規模の病院では2人以上となっているのが特徴である。歯科衛生士についても同様の傾向みられた。しかし、看護師、技士、受付については有意差は認められなかった（表1）。

2) 施設設備について

診療ユニットは平均で3.62台であるが、2台の施設が多かった。しかし、病床規模別ではユニット数に有意差がみられ、400床以上では4台以上となっている。また病棟にも歯科処置室および感染症専用ユニットをもつところは少ないとはいえ、病床規模の大きいところほど充実していることが判明した。一方、歯科外来手術室の設置については病床規模での有意差は認められなかった（表2、表3、表4）。

3) 歯科治療の中心

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床～400床以下では一般歯科と口腔外科治療が相半ばしている。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いることが判明した。また、ロジスティック回帰分析の結果から、「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（表5）。

また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（表6）。

4) 教育・研修の実態

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（表7、表8）。

5) 病診連携の実態

ロジスティック回帰分析の結果、公的機関は国立と比較して有意に病診連携をよく実施していた。また、口腔外科中心の診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た（表9）。病診連携を行っている病院が多くなっている傾向がみられるが、病診連携に積極的なのは、やはり病床規模が大きい病院ほど連携のウェイトを増し、有意差が認められた（表10、表11）。また、地区歯科医師会との取り決めは少ないものの実質的に行

っているのが現状である。今後は、地域との間での連携を行う努力が必要と思われる調査結果である。

6) 救急体制について

歯科救急の受け入れ体制については病床規模間に有意差が認められたが、救急体制をとっているのは200床以上の病院に多く、とりわけ400床以上の病院は約87%以上である。しかし、24時間体制で受け入れている病院は400床以上でもやっと50%を上まわる程度である。200床以下では可能な場合は救急を受け入れているケースが約半数あるが、受け入れているケースも多い。その理由については明確なものは指摘できなかった（表12）。

7) 感染症患者および障害者歯科治療等の実態

ウイルス性肝炎等の感染症患者、有病者および障害者の歯科治療については病床規模において違いは見られず、積極的に取り組まれている実態が明らかになった。しかし、エイズ患者の歯科治療については病床規模間に有意差があり、200床以上、とりわけ400床以上で積極的に取り組まれている（表13）。

ロジスティック回帰分析で、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を実施していないという結果であった（表14）。

寝たきり老人性痴呆患者の入院による一般歯科治療については病床規模の大きい方が取り組みが進んでいるが、取り組みに積極性は認められなかった。

D. 考察

21世紀の医療提供体制のあり方は、(1)患者の選択の尊重と情報提供 (2)質の高い効率的な医療 (3)国民の安心のための基盤づくりが3本柱となっている。これらは病院の機能分担と地域との連携が軸となって進められるが、一般病院の歯科は、そ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今回の調査結果で明らかになった。

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た。一方、感染症患者、有病者および障害者への歯科治療は病床規模にかかわらずなく取り組まれており、その意味で病院歯科の果たす役割は重要である。

今後、歯科医療機関が地域に密着した「かかりつけ歯科医」の機能を十分に果たすには、(1)患者の生活の質を重視した「口腔ケア」を主体とした在宅歯科医療の推進を図る必要がある。そのための(2)地域における一般診療所をはじめとする診診連携および病院等とのネットワーク化が急務である。そういった基盤を整備し、コミュニティの中での住民本位のサービスの組み立てが求められていると考える。一方、平成18年度からの歯科臨床研修必修化に伴う受け入れ体制の面からみると400床以上では受け入れ機関としての充実が期待できるが、それ以外の病院にあってはスタッフや設備要件が充実されることが必要と思われる。

今回の研究分析から病診連携は2次医療圏での包括的完結医療を行う上でも重要であるが、ここでも、400床以下の病院の連携推進を図ることが大切である。とりわけ、連携推進の要となる地域歯科医師会等との話し合いを含めた実質的な取り組みが望まれる。とりわけ、救急体制については、歯科の分野については病床規模にかかわらず不十分と言わざるを得ない。今後の救急医療体制の見直しの中で、歯科の役割や連携のあり方を含め根本的な検討が必要であると考えられる。

E. 結論

今回の調査により、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が、400床以下の病院歯科にあっては、従業員数や設備整備等の要件充実が最優先であるとともに、地域における機能活用のあり方を地域ニーズや歯科医師会等との連携のあり方で、住民本位のコミュニティを基盤としたサービスの組み立ての中で、機能、役割を明らかにする必要があると結論する。

F. 研究発表

- 1) 診診・病診連携シンポジウム（福岡）
2001.11.11 基調講演：歯科医療分野における医療提供体制とシステム化。梅村長生

- 2) 有病者歯科医療学会・シンポジウム（鹿児島）
2002.2.23 講演：歯科医療分野における医療提供体制のあり方。梅村長生

- 3) 診診・病診連携シンポジウム（名古屋）
2002.3.10 シンポジウム座長。梅村長生

- 4) 講演会（諫早） 2002.5.11 講演：歯科医療分野の構造改革と医療提供体制。梅村長生

- 5) 診診・病診連携シンポジウム（東京）
2002.6.16 基調講演：進む病院の機能再編と病診連携。梅村長生

- 6) 診診・病診連携シンポジウム（仙台）
2002.7.7 シンポジウム座長。梅村長生

- 7) 講演会（札幌） 2002.11.2 講演：歯科医療の構造改革と歯科の将来像。梅村長生

- 8) 診診・病診連携シンポジウム（神戸）
2002.12.7 教育講演：歯科医療分野における医療提供体制とシステム化。梅村長生

G. 知的所有権の取得状況

なし

H. 研究協力者

原 康司

（愛知三の丸病院 歯科口腔外科医長）

表1 病床数別従業員数

許可病床数		歯科医師		歯科衛生士		看護婦	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
99床以下	人数	90	41	82	10	15	5
	平均値	1.7	2.1	2.2	1.7	1.4	0.0
100～199床	度数	145	67	136	24	14	7
	平均値	1.6	2.4	2.3	1.4	0.8	0.3
200～399床	人数	252	116	219	54	86	27
	平均値	1.8	2.0	2.3	1.1	0.8	0.2
400床以上	人数	297	143	258	63	140	28
	平均値	2.2	2.0	2.5	0.9	1.0	0.3

表2 病床数とユニット台数

病床数	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値	
					95% CI	
					下限	上限
99床以下	91	3.20	1.90	0.20	2.80	3.59
100～199床	145	3.22	1.41	0.12	2.99	3.45
200～399床	250	3.34	1.67	0.11	3.13	3.55
400床以上	298	4.17	2.61	0.15	3.88	4.47
合計	784	3.62	2.11	0.08	3.47	3.77

表3 病床数と病棟歯科処置室の有無

			病棟歯科処置室がある		合計
			はい	いいえ	
許可 病床数	99床以下	度数	5	84	89
		%	5.6	94.4	100
区分	100～199床	度数	4	139	143
		%	2.8	97.2	100
	200～399床	度数	12	237	249
		%	4.8	95.2	100
400床以上	度数	51	245	296	
	%	17.2	82.8	100	
合計		度数	72	705	777
		%	9.3	90.7	100

表4 病床数と歯科外来手術室の有無

			歯科外来手術室がある		合計
			はい	いいえ	
許可 病床数	99床以下	度数	7	83	90
		%	7.8	92.2	100
区分	100～199床	度数	13	131	144
		%	9.0	91.0	100
	200～399床	度数	26	223	249
		%	10.4	89.6	100
400床以上	度数	37	257	294	
	%	12.6	87.4	100	
合計		度数	83	694	777
		%	10.7	89.3	100

表5 口腔外科中心の治療を目的変数としたロジスティック回帰分析結果

	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	0.43	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

表6 病床数と歯科標榜科名の分布

	歯科	歯科口腔 外科	矯正歯科	小児歯科	歯科・ 口腔外科	歯科・歯科 口腔外科	その他	計
99床以下	71	15	9	10	2	8	1	116
%	61.2	12.9	7.8	8.6	1.7	6.9	0.9	100.0
100～199床	99	23	8	12	14	16	2	174
%	56.9	13.2	4.6	6.9	8	9.2	1.1	100.0
200～399床	157	70	14	17	16	32	3	309
%	50.8	22.7	4.5	5.5	5.2	10.4	1	100.0
400床以上	159	104	13	14	13	54	1	368
%	44.4	29.1	3.6	3.9	3.6	15.1	0.3	100
計	486	212	44	53	45	110	7	957
%	50.8	22.2	4.6	5.5	4.7	11.5	0.7	100.0

表7 病床数と医師臨床研修指定病院

		医師臨床研修 指定病院か		合計
		はい	いいえ	
99床以下	度数	3	89	92
	%	3.3	96.7	100.0
100～199床	度数	14	128	142
	%	9.9	90.1	100.0
200～399床	度数	48	196	244
	%	19.7	80.3	100.0
400床以上	度数	183	108	291
	%	62.9	37.1	100.0
計	度数	248	521	769
	%	32.2	67.8	100.0

表8 病床数と歯科医師臨床研修施設

		医師臨床研修 指定病院か		合計
		はい	いいえ	
99 床以下	度数	1	90	91
	%	1.1	98.9	100.0
100～199 床	度数	4	140	144
	%	2.8	97.2	100.0
200～399 床	度数	14	231	245
	%	5.7	94.3	100.0
400 床以上	度数	57	240	297
	%	19.2	80.8	100.0
計	度数	76	701	777
	%	9.8	90.2	100.0

表9 病診連携実施を目的変数としたロジスティック回帰分析結果

	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	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

表 10 病床数と病診連携実施

		病診連携を実施しているか		合計
		はい	いいえ	
99 床以下	度数	34	47	91
	%	42.0	58.0	100.0
100～199 床	度数	84	50	134
	%	62.7	37.3	100.0
200～399 床	度数	185	55	240
	%	77.1	22.9	100.0
400 床以上	度数	249	44	293
	%	85.0	15.0	100.0
計	度数	552	196	748
	%	73.8	26.2	100.0

表 11 病床数と病診連携登録医制

		病診連携は登録医制か		合計
		はい	いいえ	
99 床以下	度数	7	27	34
	%	20.6	79.4	100.0
100～199 床	度数	21	63	84
	%	25.0	75.0	100.0
200～399 床	度数	50	131	181
	%	27.6	72.4	100.0
400 床以上	度数	98	145	243
	%	40.4	59.7	100.0
計	度数	176	366	542
	%	32.5	67.5	100.0

表 12 病床数と救急病院

		救急病院か		合計
		はい	いいえ	
99 床以下	度数	35	55	90
	%	38.9	61.1	100.0
100～199 床	度数	80	64	144
	%	55.6	44.4	100.0
200～399 床	度数	162	89	251
	%	64.5	35.5	100.0
400 床以上	度数	224	69	293
	%	76.5	23.5	100.0
計	度数	501	277	778
	%	64.4	35.6	100.0

表 13 病床数とエイズ患者の歯科治療

		エイズ患者の 歯科治療受入		合計
		はい	いいえ	
99 床以下	度数	4	87	91
	%	4.4	95.6	100.0
100～199 床	度数	6	132	138
	%	4.3	95.7	100.0
200～399 床	度数	31	211	242
	%	12.8	87.2	100.0
400 床以上	度数	104	187	291
	%	35.7	23.5	100.0
計	度数	145	64.3	762
	%	119.0	35.6	100.0

表 14 Universal Precaution を目的変数としたロジスティック回帰分析結果

	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	-0.25	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

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

歯科医科医育機関における機能面からみた現状分析と歯科医療提供体制の
推進に関する研究

分担研究者 川崎 浩二

長崎大学歯学部附属病院初期治療部講師

研究要旨：歯科医科医育機関における主な機能すなわち「教育病院としての機能」と「高次医療機関としての機能」について現状分析し、一般病院歯科とのかかわりの中でこれらの機能の問題点に対して検討した。歯科医科医育機関、とりわけ歯科大学・歯学部附属病院の約4分の3の施設において初診患者数は近年増加傾向または変動がないにもかかわらず、約半数の附属病院で教育上支障をきたすに至るまで卒前・卒後臨床教育用の患者は減少している。しかも約87%の病院で経営は赤字であった。その理由として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いることが考えられる。臨床教育用患者確保のための特別な制度の導入あるいは一般病院歯科における歯科研修医受け入れ要件等の再検討が必要であると考えられた。また、高次歯科診療行為に対する保険点数の見直しを行うことが不採算改善だけでなく研修医制度化の費用確保のためにも必要であることが示唆された。

A. 研究目的

歯科大学・歯学部附属病院ならびに医科大学・医学部附属病院歯科口腔外科が歯科医療に果たすべき機能面としての大きな役割は、「教育病院としての機能」と「地域における高次医療機関としての機能」である。しかしながら、「地域における高次医療機関としての機能」が強化されれば、逆に卒前卒後の臨床教育に必要な一般患者が減少して「教育病院としての機能」が低下することが懸念されている。

歯科医科医育機関が高次医療機関として果たすべき役割は、地域における一般歯科診療所との関わりに加えて一般病院歯科が二次医療機関としてどのような機能を果たしているかという事とも大きく関連している。さらに歯科医科医育機関と病院歯科との連携が密に進むならば、必要に応じて病院歯科に教育機能を拡大していくことを視野に入れて考える事が可能である。

本研究の目的は、歯科大学・歯学部附属病院ならびに医科大学・医学部附属病院歯科口腔外科における「教育病院としての機能」と「地域における高次医療機関としての機能」を現状分析するとともに、同時に病院歯科の機能を見据えながら、これら2つの機能を「効率よく」、「より高い質で

地域に提供する」ために、①現在の問題点が何であり、②それらを病院歯科の機能と関連付けてどのように改善できるかという具体策を検討することである。

B. 研究方法

アンケート調査票（「医科大学・医学部附属病院歯科施設用」ならびに「歯科大学・歯学部附属病院用」）は、平成13年2月～3月に医科大学・医学部附属病院76施設、歯科大学・歯学部附属病院29施設に発送された。回収件数はそれぞれ64件（回収率：84.2%）、27件（回収率：93.1%）であった。第二附属病院を有する歯科大学については、歯科的診療部門が少ないという理由から第二附属病院を集計対象外とした。

アンケート調査票は医科大学・医学部附属病院、歯科大学・歯学部附属病院別にd-Baseによって作成された入力画面に入力され、集計された。統計学的な分析にはSPSSを用いた。

C. 研究結果

1. 卒後臨床研修教育としての機能
 - 1) 卒後臨床研修についての現状
 - (1) 歯科大学

単独方式のみを採用している病院は 11 (40.7%)、複合方式が 15 (55.6%) 無回答 1 (3.7%) であった。他大学の卒業生の割合は単独方式採用校が 25.2%、複合方式採用校で 21.5%であった。平成 12 年度における研修医受け入れ数の平均は 40.7 人、中央値 34 人、最小値 11 人、最大値 108 人であった。研修医の報酬金額 (月額) は、平均値 98,572 円、中央値 47,500 円、最大値 20,4864 円、最小値 10,000 円であった。臨床研修のための患者数の充足については、「支障あり」と回答した病院が 14 (51.9%) であった。

(2) 医科大学

歯科医師臨床研修施設の指定を受けている病院は 56 (87.5%)、受けていない病院 5 (7.8%)、無回答 3 (4.7%) であった。また指定を受けている病院の中には実際には募集をしていないものが 1 件含まれていた。研修方式は単独方式採用施設 47 (85.5%)、複合方式の主たる施設 11 (20.0%) であった (複数回答、回答病院数 55)。研修期間は 49 病院で 2 年間で採用されていた。平成 12 年度における歯科臨床研修医受け入れ数の平均は 3.3 人、中央値 3 人、最小値 0 人、最大値 16 人であった。歯科研修医の報酬金額 (月額) は、平均値 139,430 円、中央値 167,500 円、最大値 30,000 円、最小値 6,300 円であった。

2. 歯科大学・医科大学の高次歯科医療機関としての機能 (一般病院歯科との比較評価を含む)

1) 現状

(1) 歯科紹介率・病床稼働率・入院患者平均在院日数等

歯科大学附属病院における紹介率：31.1%、病床稼働率：66.8%、入院患者の平均在院日数：14.5 日であった。医科大学附属病院の歯科に関する紹介率は 36.6%、入院患者の平均在院日数：18.8 日であった。

(2) 医科大学・医学部附属病院における設備・診療内容

歯科外来手術室を有している附属病院は 42.4%、病棟に歯科処置室を有している病院は 68.8%であった。「口腔外科 (二次医療) 中心」：約 61%、「どちらともいえない」：29.7%、「一般歯科治療中心 (有病者歯科治療含む)」：7.8%であった。

(3) 入院患者の特徴

①歯科大学・歯学部附属病院の入院患者総数は 20,728 名で (回答数 20)、その内訳 (回答数 17) の特徴は先天性形態異常 (22.7%) の割合が高いことである。次いで嚢胞 (14.5%)、悪性腫瘍 (11.8%) が多かった (図 A)。

②医科大学・医学部附属病院の歯科口腔外科入院患者総数は 9,304 名で、その内訳 (回答数 55) の特徴は、悪性腫瘍 (16.0%)、嚢胞 (15.5%)、外傷 (14.7%)、炎症 (12.8%) が多かった (図 B)。

③一般病院歯科の入院患者総数は 157,515 名で (回答数 623)、その内訳 (回答数 254~403) は「その他」が 82.5%を占める。その理由は、歯科大学、医科大学のように入院患者の病名分類が整理できていないためであろう (図 C)。

(4) 感染者治療、感染対策

①ウイルス性肝炎患者の歯科治療実施について

ウイルス性肝炎患者の歯科治療実施率は、歯科大学：96.3%、医科大学：95.3%、一般病院歯科：92.2%であった。

②エイズ患者の歯科治療実施について

エイズ患者の歯科治療実施率は、歯科大学：74.1%、医科大学：85.9%比較的高い割合であったが、一般病院歯科は 16.9%の病院でしかエイズ患者を受け入れていない (図 D)。

③入院患者の感染症チェックについて

全ての患者について行っていると回答した割合は、歯科大学：40.7%、医科大学：58.1%、一般病院歯科：49.2%であった (複数回答)。歯科大学における入院患者に対する感染症チェックは低い (図 E)。

④外来患者について感染症チェックについて

同意の得られた全ての患者に対して感染症チェックを行っている割合は低く、感染症のチェックを行う基準はさまざまであった (図 F)。

⑤Universal Precaution の実施について

Universal Precaution の実施率は、歯科大学：66.7%、医科大学：64.1%、一般病院歯科：51.6%であった。

(5) 病診連携の実態

歯科医師会との取り決めの有無に関わらず、実質的に病診連携を実施している割合は、歯科大

学：88.9%、医科大学：71.9%、一般病院歯科：49.0%であり、歯科大学で病診連携が進んでいた（図G）。

(6) 救急医療

24時間体制で受け入れを行っている病院は、歯科大学：48.1%、医科大学：73.4%、一般病院歯科：25.9%であった。

(7) 歯科大学診療科再編について

診療科の再編を実施あるいは検討している歯科大学の割合は74.1%であった。診療科が統合される一方で、口臭、顎関節症、インプラント等の特殊診療科名を標榜する科が新設され、また治療内容がわかりやすい科名に変更される傾向が認められた（別添資料A）。

D. 考察

1. 卒後臨床研修についての考察と提言

歯科大学・歯学部附属病院に対する「最近数年の新患者の変動」についてのアンケート結果は、「増加傾向にある」と回答した病院数が14（51.9%）を占め、「変動なし」と回答した病院数6（22.2%）を合わせる約4分の3の病院については少なくとも患者の減少は認められなかった（図H）。それにもかかわらず臨床研修のための患者数が不足して支障をきたしている病院は半数以上という結果であった。しかも経営的に赤字であると回答した病院は87%に達した。この一見矛盾した結果は、近年の歯科大学・歯学部附属病院を受診する患者の疾病構造が変化してきていることを表している。すなわち、卒前卒後臨床研修医向けの一般治療を目的とした患者が減少し、高次医療が必要とされる患者が増加していることに他ならない。従って新患者は増加傾向にあっても臨床研修向けの患者は減少し、臨床研修に支障をきたし始めているのである。この傾向は、歯科大学・歯学部附属病院が地域における高次医療を担う割合が高くなっていることを表しており、むしろ地域歯科医療における望ましい機能分担が行われてきていると考えるべきであろう。いずれにしても、問題は歯科大学・歯学部附属病院では臨床教育に適した患者減少しつつあることであり、それをどのように確保するかということである。

しかしその前に原点に返って再考すべきことは、卒前・卒後の臨床教育によって、どのような歯科医を育てようとしているかということである。すなわち、今後疾病構造が変化するであろう社会に対応し、何ができる歯科医を育てることが最も国民の口腔の健康に寄与できるのかを分析・検討することが重要であろう。従来どおりの保存・補綴を中心とした治療ができる歯科医を養成するのか？有病者・障害者の全身管理・口腔ケアができる歯科医を育てたいのか？専門分化したスペシャリストを育てるのか？地域あるいは個人の口腔の健康管理ができる歯科医を育てたいのか？またこれらにどの程度の比重をおいて臨床研修教育したいのか？それによって、臨床教育に適した環境が自ずと決まってくるはずである。

臨床教育用の「患者数」対策としては2つのことが考えられる。第一に卒前卒後教育に適した一般歯科診療患者が歯科大学・歯学部附属病院に来院しやすい環境を整えることである。具体的には、患者の自己負担金を一部免除するなどの措置を講じることが考えられる。長崎大学歯学部附属病院に平成12年1月から12月までの間に来院した初診患者に対するアンケート調査結果によると、初診患者全体の約21%が「教育に全面的に協力する」と回答し、「条件によっては協力する」と回答した者を含めると約47%の初診患者が臨床教育に協力する意志を示している。従って、卒前卒後研修に対するインフォームドコンセントが十分に行われ、自己負担金免除等の措置がとられることによって臨床研修協力患者の確保が期待できる可能性が考えられる。

第二に、一般病院歯科を歯科臨床医研修施設として見直すことである。本研究の結果から現在一般病院歯科が歯科臨床研修施設の指定を受けている割合は約9%（80施設）にすぎない。従って、一般病院歯科が歯科臨床研修医を受け入れることが可能な病院歯科を増やすことが考えられる。

それには病院歯科が教育病院としての能力をどの程度持っているのかを分析し、研修医受け入れ機関としての適正基準を定める必要がある。

病院歯科の4つの機能（高次歯科医療、感染対策、感染者治療、病診連携）に関わる項目、すな

わち「口腔外科中心の治療」「Universal Precaution」「入院患者の感染症チェック」「外来患者の感染症チェック」「感染者治療(エイズ患者の歯科治療)」「病診連携」をそれぞれ目的変数とし、「設立母体」、「都市型・地方型」、「常勤歯科医歯数」、「救急患者の受け入れ」、「在宅医療実施」、「認定医の有無」、「主任が学会指導医かどうか」、「口腔外科中心の診療」、「病診連携実施」を説明変数として多重ロジスティック回帰分析を行った結果、有意に正の関連をもつ項目は「救急患者の受け入れ(高次医療、病診連携と関連)」、「認定医がいる(高次医療、感染者治療、病診連携と関連)」、「主任が学会指導医(高次医療と関連)」、「口腔外科中心の診療(Universal Precaution、病診連携と関連)」、「病診連携を実施している(高次医療、感染者治療と関連)」、常勤歯科医師数(感染者治療と関連)であった。また有意に負の関連が認められた項目は、社会保険機関(Universal Precautionと関連)、医療法人(外来患者の感染症チェック、感染者治療と関連)、公的機関(病診連携と関連)であった(表A~F)。これらの結果から、病院歯科の類型と、期待する研修内容の関連付けができるかもしれない。

研修医受け入れには実質上常勤歯科医師数が重要なファクターとなる。少なくとも常勤歯科医師が2名以上でなければ研修教育は困難であろう。本研究調査結果では常勤歯科医が2名以上の一般病院数は442(49.8%)、3名以上の施設数は189(21.3%)であった(図I)。常勤歯科医が2名以上の一般病院のうち、学会の認定医がいる施設は263(59.5%)であった(図J)。また部長が学会の指導医である施設は113(25.6%)、部長以外にも指導医がいる施設は40(9.0%)であった。さらに常勤歯科医が3名以上の一般病院では、学会の認定医がいる施設は140(74.1%)、部長が学会の指導医である施設は76(40.2%)、部長以外にも指導医がいる施設は24(12.7%)、学会の研修指定機関は59(31.2%)であった。

常勤歯科医が2名以上の病院歯科で且つ認定医がいる病院歯科は263施設あるが、その全てが歯科臨床研修施設の指定を受けるならば、現在の80施設から3倍以上の病院歯科で歯科臨床研修が実

施できることになる。現在、歯科臨床研修医を受け入れている病院歯科では平均1名の歯科臨床研修医を受け入れているので、約180名分の受け入れ枠が拡大されることになる。常勤歯科医が2名以上の一般病院全てが歯科臨床研修施設の指定となると仮定するならば、約360名分の受け入れ枠が拡大される。これらの受け入れ拡大枠の値は歯科医師国家試験合格者総数約2,500名のそれぞれ、7.2%、14.4%に匹敵する。常勤歯科医師数が3名以上の病院歯科では歯科臨床研修医の受け入れが2名以上になることが期待されるので、さらに受け入れ可能人数は多くなることが期待できる。

研修医の給与を確保するために予算が必要となるが、全てを国の補助で賄うことは困難であろう。しかしながら歯科臨床研修医を受け入れる医療機関の努力だけでこれを賄うこともまた実質上無理がある。一つの案として、歯科臨床研修医を受け入れる医療機関の歯科保険点数を一律に上げるという考え方があるが、同じ内容の一般歯科治療に対する報酬が医療機関によって異なるという面で、公平性に欠けることになる。しかしながら、口腔外科的疾患、有病者歯科治療、重症患者に対するモニタリング、病診連携等の高次歯科医療機関としての病院歯科が特異的に担っている医療行為に対して保険点数を上げること、あるいは新たに点数をつけることは充分納得できることであろう。

制度の問題として今後考慮されるべきことの第一は歯科医師免許の交付時期である。現在の交付時期は6月であるが、4月からの約2ヶ月間は歯科医師免許がないために従たる施設への臨床研修ができない状態である。有効に研修を行うためにも歯科医師免許の交付時期は早めるべきであろう。第二は公的医療機関に歯科臨床研修医を派遣した場合、歯科臨床研修医も常勤歯科医師としてカウントされるため、実質的に常勤歯科医の削減につながってしまうことである。何らかの政策的対応策が必要と考えられる。

2. 歯科大学・医科大学の高次歯科医療機関としての機能について

歯科大学ならびに医科大学歯科口腔外科における入院患者に共通して多い疾患は、「悪性腫瘍」、「嚢胞」、「炎症」であり、歯科大学の入院患者に特徴

的に多い疾患は「先天性形態異常」である。医科大学は、歯科大学に比較して「外傷」の患者が多い。一般病院の入院患者の疾患と比較を試みたが、一般病院では入院患者の疾患別統計のデータが不良であり、比較することができなかった。

医科大学における診療は「口腔外科（二次医療）中心」と回答した割合が約61%で、一般診療中心の大学は7.8%に満たなかった。「全国医学部附属病院歯科口腔外科の現状 平成10・11年度 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議編」¹⁾から、57医科大学における平成11年度任意の1ヶ月間の新患者病名別統計を分析すると、外科的疾患の割合が50%未満の大学が17.5%、50%代が31.6%、60%以上が50.9%であった。これらの結果から、医科大学の診療内容は大学によって異なり、半数以上の大学が口腔外科的疾患を中心とした診療を行っているが、約3割の大学では一般歯科診療と口腔外科的治療がほぼ同じ割合であり、残りの1~2割の大学では一般歯科診療の方に重点がおかれている。

今回のアンケートでは歯科大学の外来患者の疾患別評価は行っていないが、吉田の報告²⁾の平成13年のある1日に東京医科歯科大歯学部附属病院に来院した650名が受診した診療科名を（複数回答）、研究分担者が一次医療と第二次歯科医療に分類して、二次医療を担う診療科を受診した患者の割合を算出した結果、25.2%であった。一方、平成13年度に長崎大学歯学部附属病院へ受診した外来新患者8,241名のうち口腔外科、特殊歯科などの高次歯科医療担当科を受診した割合は45.6%、再来患者も含めた総患者111,950名が高次歯科医療担当科を受診した割合は24.0%であった。

E. 結論

医科歯科医育機関（附属病院）における「教育病院としての機能」と「高次医療機関としての機能」について分析し、一般病院歯科の機能との関連の中で問題点に対する改善案を検討した。歯科大学・歯学部附属病院の約4分の3は初診患者数が増加傾向あるいは変動がないにもかかわらず、約半数の病院が臨床教育用患者不足を訴え、さら

に経営的に赤字である病院が87%あるという実態が明らかとなった。地域における病診連携が活性化し、附属病院における高次歯科医療の機能分担化が進み、有病者・障害者・感染症患者に対する高次医療を担う割合が高くなったことが臨床教育患者減と不採算の原因であると考えられた。歯科大学附属病院における臨床教育用患者確保のための特別な制度の導入あるいは一般病院歯科における歯科研修医受け入れ要件等の再検討が必要であると考えられた。また、高次歯科診療行為に対する保険点数の見直しを行うことが不採算改善だけでなく研修医制度化の費用確保のためにも必要であることが示唆された。

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

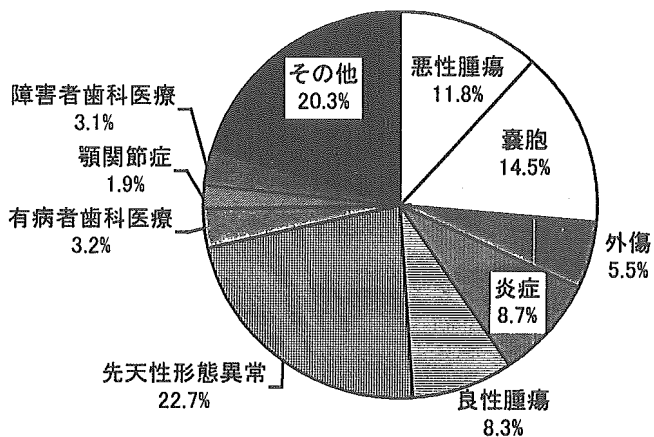
なし

H. 研究協力者

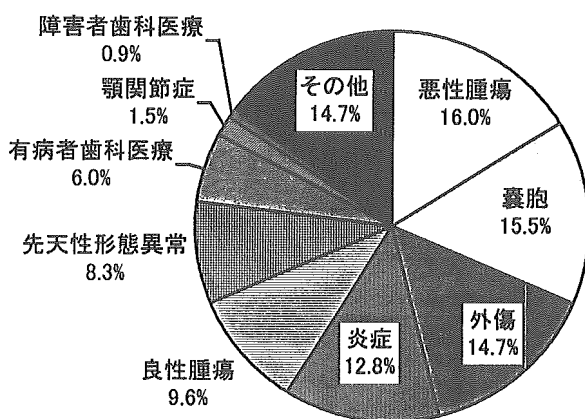
稲田浩平（長崎大学歯学部大学院生）
田中由布子（長崎大学歯学部予防歯科非常勤事務職員）

I. 参考文献

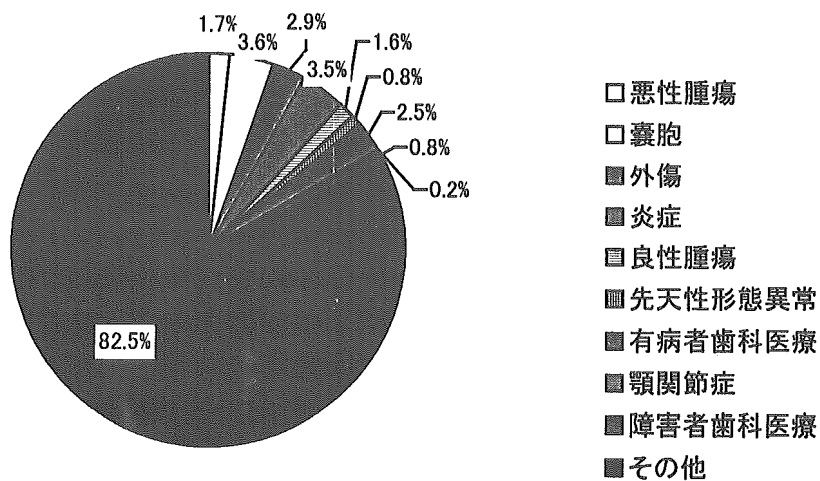
- 1) 全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議編：全国医学部附属病院歯科口腔外科の現状 平成10・11年度、コロニー印刷、2000.
- 2) 吉田直美：ある歯学部附属病院来院患者の受療行動と病院に対する評価—多重指標モデルの共分散構造分析—、口腔衛生学会雑誌、52(5): 706-717, 2002.



図A 入院患者の内訳(歯科大学・歯学部附属病院)



図B 入院患者の内訳(医科大学・医学部附属病院)



図C 入院患者の内訳(一般病院歯科)