



## 病院歯科における歯科医療の展開と問題点

大生病院 歯科口腔外科 部長  
阪口英夫

(スライド1)

みなさんこんにちは。ただいまご紹介にあずかりました大生病院、阪口です。

本日は、こういう素晴らしいといひましようか、自分の一生の中にはこういうところで話をするという選択肢がありませんので、非常に緊張しております。講演に先立ち、今回の講演に際し、ご高配頂きました、渡邊先生本当にありがとうございました。また、古谷野先生、戸塚先生におかれましても、いろいろとご高配いただきまして本当にありがとうございます。また、ご推薦いただきました赤川先生、重ねましてお礼申し上げます。ありがとうございました。

日本学術会議シンポジウム 平成22年12月17日

**新しい歯科医療制度を考える**  
～病院歯科における歯科医療の展開と問題点～

大生病院 歯科口腔外科  
阪口英夫

今申し上げたとおり非常に緊張しております、何をしゃべっているのかよく分かりませんが、本日は「新しい歯科医療制度を考える」という中での病院歯科というお話をさせていただくために、このような機会を持たせていただいたと思っております。私の知っている範囲で皆さんにご提供できる情報ということでお話をさせていただきたいと思ひます。

(スライド2)

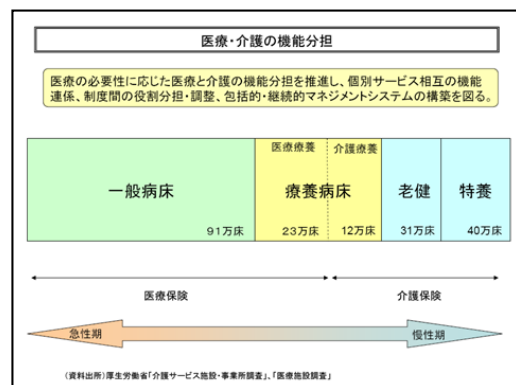
お話を始める前に、私の自己紹介を兼ねまして、勤務している病院を紹介させていただきたいと思ひます。



医療法人尚寿会大生病院というのは、埼玉県の南西部、狭山市という都市にあります。創立35年の病院であります、この真ん中にある病院が法人の中核をなす大生病院、約500床です。隣に認知症の専門病院として精神科の病院、あさひ病院が300床、そして一番新しくできた老人保健施設「愛」100床、合計で約900床の要介護高齢者を中心とした病院ということになります。

(スライド3)

これは厚生労働省が出している病院に関する

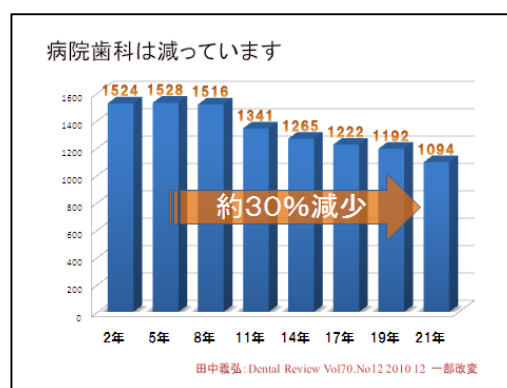


資料であります。今、病院は一般病床と療養病床、そして介護保険対応という区分がされています。それぞれ疾病やステージによって担当する病床が違うのですが、超急性期から急性期を扱うのが一般病床、亜急性期から回復期、慢性期、そして維持期の一部を扱うのが我々の慢性期病床だと考えて頂いて差し支えありません。老健施設というのは慢性期から維持期の患者さんが利用されています。

私はこの病院に勤務しまして18年です。歯科医師が常勤2名、歯科衛生士が8名という体制で、入院患者さんの治療はもとより外来の患者さんの治療を行っております。ちなみに口腔外科も標榜しておりますが、私は、経歴をごらんになっていただくとわかるとおり口腔外科は一切勉強したことがありませんで、口腔外科は専門の先生をお願いしている次第です。

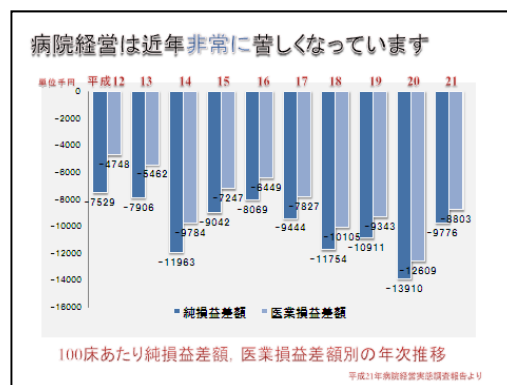
(スライド4)

今回、こういう機会を頂けたということは、病院歯科というのが年々減少しているということが背景にあるのだと考えます。病院歯科は平成5年の1,528施設をピークに年々減少し、先日発表された平成21年度医療調査では1,094施設となっており、約30%あまりもピークのときから減少してしまっています。結果、地域にある病院の歯科というのはどんどん減っているということです。



(スライド5)

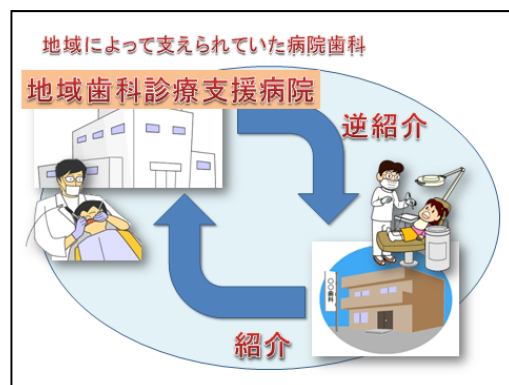
この原因というのは、もう既に皆さんご存じのとおり、歯科診療科の点数自体が非常に低くて厳しいということもさることながら、病院の経営自体も非常に厳しくなっていることも原因の1つとして上げられます。先ほどの川渕先生のお話にもありましたように、平成14年に診療報酬の実質上マイナス改定がありました。スライドに示すのは100床当たりの医業収益における純損益ですが、すべて赤字という状況です。慢性期病院はこれより少し良い状況ですが、急性期の病院は赤字続きということ、歯科診療科は非常に点数が低い、また、開業医の先生方と違って自費による収入というのはほとんど望めないというところで、病院も苦しくなってくると、非常に採算性が悪い歯科をリストラしようというような方向に考えが傾くということが、減少している主な理由であると私は考えています。



(スライド6)

病院歯科というのは、今まで地域の歯科医院で治療が困難な患者さんを紹介していた

いて診療するというのが、典型的なパターンでありました。詳細は後ほど示しますが、この診療パターンが年々厳しくなってきました。そこで、地域歯科診療支援病院という診療報酬制度を平成18年からスタートさせ、今年の改正で、新たに障害者の歯科診療を専門に行っている病院歯科にも適用になりました。昨年の時点で約300病院が地域の紹介で指定を受ける地域歯科診療支援病院となっていますが、障害者医療をやっている病院が新たに追加されたということです。しかし、実際には常勤歯科医師が2名という病院は非常に少ないうえに、看護師を配置しなくてはならないという規定もあり、届け出のハードルは、決して低くありません。



(スライド7)

平成22年12月号の「日本歯科評論」に日本病院歯科口腔外科連絡協議会理事長・田中義弘先生が論文を発表しております。その中で、病院に紹介される歯科・口腔外科の患者さんが近年減少していると報告されています。まず、交通事故の減少、そしてそれに伴う顎顔面外傷の減少です。そして、

- ・交通事故減少と顎顔面外傷の減少
- ・う蝕の減少に伴う炎症などの続発症の減少
- ・口腔がんのがん拠点病院への集中による病院歯科のがん患者の減少
- ・歯科診療所の増加、開業医への受診率低下により智歯抜歯など小手術の減少

田中義弘「Dental Review」No.12,2019.12 一部改変

きょうの他の先生方のお話にもたくさん出ていますが、虫歯が減少してしまったため重症感染症などの続発症、いわゆる頬部蜂窩織炎とか顎骨骨膜炎という患者さんが減少しているそうです。もちろんこれは歯科医院がふえて、今までは受診できなかったという方が、夜仕事が終わってから歯科医院にアクセスしやすくなったというようなことも一因にあるかと思えます。また、抗生物質がよくなったというようなこともあると思います。もう一つ、口腔がんの患者さんが、がん拠点病院、がんセンター等へ集中することによって、市中の病院歯科にがんの患者さんが行かなくなってしまったということも上げられています。さらには、歯科診療所が増加して、開業医への受診率低下したことも田中先生は上げられています。これは開業医の先生方が、患者さんが減ったことによって、例えば今まで紹介していた智歯の抜歯とか歯根端切除とかの小手術を自分でやるようになって、紹介が減ったのではないかと私は考えます。これからもこの傾向は続くようであり、紹介される患者さんが減少することが懸念されます。

(スライド8)

一方、我々のような慢性期の病院は、歯科医院



からの紹介で患者さんが来院することはまれで、多くが内部の患者さん、内部のお医者さんから治療を依頼されるという形で運営をしています。内部で紹介されるという患者さんは年々増加していき、全身疾患のある患者さんの歯科治療、最近ではインターネットの普及で患者さんご自身も、普通の歯科診療所に行くのが恐いので病院で何とか診てくれないかと言って来院される人も多くなってきました。

そして、今回のシンポジウムでも皆さんからお話が出ております、口腔ケアの管理指導、これはもう本当にこの10年、20年の間に非常に広がっていると感じています。そして摂食・嚥下障害の評価も大きな歯科の役割です。当院では、耳鼻科とも共同で行っていますが、やはり口腔機能の評価や入れ歯が合っているかどうかというのは耳鼻科から歯科に依頼をしてくるケースもあります。もちろん歯科でも嚥下チームを持っていき、入院患者さんが中心ですが、歯科でも嚥下評価をしていきます。そして、今年の診療報酬改訂にも加わりましたが、NSTなどの栄養ケアチームへ歯科医師が参加していきます。

以上のようなことから、私たち慢性期病院の歯科医師が担う仕事というのは年々増えていき、最近では病院の管理者の先生方にお会いして懇談するときにも、「いい歯科の先生いませんか？」というようなことを聞かれたりすることが多くなりました。

(スライド9)

スライドに示しますデータは平成16年のものなので、すこし古いデータで大変申しわけないのですが、我々のような慢性期の病院で歯科というのはどのぐらいのニーズがあるのかということ、当時日本療養病床協会、現在の日本慢性期医療協会という慢性期の病院で組織している協会にて調査した結果です。この調査はアンケート方式で、病院管理者（院長・理事長）に回答してもらいました。まず、「あなたの病院に歯科医師が勤務する必要がありますか」という質問に対する回答ですが、約30%の病院が「必要である」という回答でした。「勤務は必要ない」と回答した病院も約30%でしたのでほぼ同数でした。これだと何も言えないのですが、

あなたの病院に歯科医師の勤務は必要だと思いますか？

アンケート総数	①必要だと思う	②どちらともいえない	③必要だと思わない	無回答
218	68	76	65	9
100%	31.2%	34.9%	29.8%	4.1%

平成16年度 日本療養病床協会 口腔・摂食嚥下に関する療養環境調査より  
(現・慢性期医療協会)

(スライド10)

質問を変えて「あなたの病院に歯科衛生士が勤務する必要がありますか」と聞いたところ、48.6%の病院が「必要である」と回答して下さいました。「どちらとも言えない」と回答した30%の病院からの意見には、「採算さえ合えば」、「点数がつけば採用したい」と回答した病院が多数ありました。歯科衛生士は「必要ない」という病院はわずか16%しかなく、8割程度の病院は歯科衛生士な

あなたの病院に歯科衛生士の勤務は必要だと思いますか？

アンケート総数	①必要だと思う	②どちらともいえない	③必要だと思わない	無回答
218	105	59	35	8
100%	48.6%	31.7%	16.1%	3.7%

平成16年度 日本療養病床協会 口腔・摂食嚥下に関する療養環境調査より  
(現・慢性期医療協会)



ら条件が揃えば雇いたいと考えていることが判りました。

(スライド11)

この動向は、ことしの2月に行われた中医協における議論の中にも表れています。歯科の新しい診療報酬について歯科医療管理官が説明していたときに、医師である診療側の代表委員が以下のような質問をしています。

「実際に歯科衛生士に関しては医科の医療機関においても口腔ケアであるとか摂食嚥下リハビリとかさらにはNSTなどに関連したチーム医療の一員として雇用が進んでいると思う」(中略)  
「歯科衛生士に関しては歯科固有の職種というよりは医科にも共通した職種になってきているように思うので、そのあたりの縛りを緩和する考えはないか」

2010/02/03 第165回中央社会保険医療協議会総会議事録(一部抜粋)

○診療側委員(医師)  
歯科衛生士の訪問歯科衛生指導について、文章を見ると、歯科医療機関からしか歯科の依頼を受けていけないというように読めるが、実際に歯科衛生士に関しては医科の医療機関においても口腔ケアであるとか摂食嚥下リハビリとかさらにはNSTなどに関連したチーム医療の一員として雇用が進んでいると思う。(中略)歯科衛生士に関しては歯科固有の職種というよりは、医科にも共通した職種になってきているようにも思うので、その辺の縛りを緩和する考えはないか。

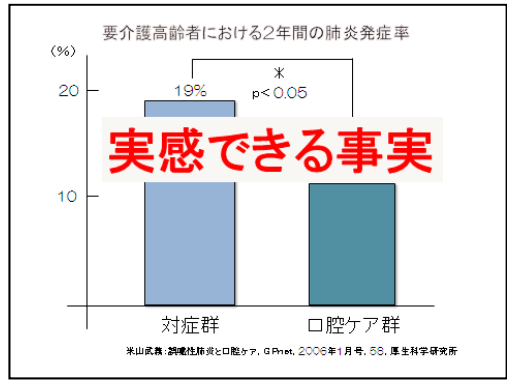
○歯科医療管理官  
歯科衛生士の訪問指導については、今までは歯科衛生士法の範疇で対応してきたところであるので、歯科衛生士法では歯科医師の指示の下にということが表示されていることから、こういった体系で評価してきたということである。ただし、診療実態として今までも、医師からの指示という想定があまりないままにやられてきたことからこのような状況になっていると考えている。医療の提供形態を基に考えると、今直ぐにはではないが今後の課題と認識している。

この質問に対して歯科医療管理官の先生は「今後の検討課題」というふうに返事をしております。

複数の慢性期病院の医師に話を聞きますと、やはり歯科衛生士法の中で歯科医師の指示にのみ診療補助行為が認められているというところを疑問にもたれていまして、次回改正の時には中医協等で議論の対象になるのではないかと思います。

(スライド12)

なぜ医師からそのような話が出るのでしょうか？スライドに示しますのは、米山武義先生が報告された有名な誤嚥性肺炎についての研究です。歯科衛生士が専門的口腔ケアを行った場合に、一般介護職が行った口腔ケアのみの群と比較して約40%も誤嚥性肺炎を予防できるという結果が出ています。実はこれまでにたくさんの要介護高齢者に関する研究がありました。例えば歯が入ると認知症が良くなるとか、入れ歯を入れると車いすから立ちあがったなどという研究です。そのような研究がたくさん出て、いまのように歯科衛生士さんを雇うことには一向に繋がらなかった。しかし、米山先生の研究が出たことによって歯科衛生士さんをどんどん雇って口腔ケアをどんどんやりましょう！という流れが生まれました。これは非常に説明しにくいのですが、病棟に衛生士さんが入ることによって明らかに誤嚥性肺炎が減る、明らかに病棟のにおいが減る、明らかに患者さんが経口摂取できる確率が上がる、ということ、医師や看護師の人たちが実感できたのではないかと思います。

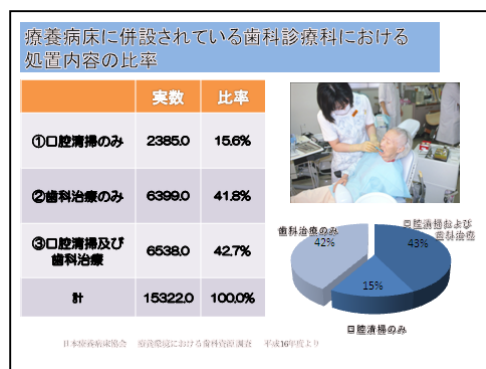


私の病院でもよくあるのですが、例えば、新聞等で何かこういうふうにしたらよくなっ

たというのを読んで、看護師さんらが病棟で実際に試すのですが、なかなかうまくいきません。実際に認知症の患者さんに入れ歯を入れることでは、実感できるほど認知症がよくなることはないということです。しかし、病棟に歯科衛生士さんを入れると特段よくなることを実感できる、それが医科の先ほどの先生方の意見につながっていると認識していいのではないかと思います。

(スライド13)

さらに療養病床に併設されている歯科診療科でも、口腔ケアの仕事というのはたくさんありますよということを示したくて、同じ平成16年に1万5,000回の歯科診療に対し、実数調査で調べたものですが、6割の患者さんに外来でもこういった口腔ケアを行って、患者さんの口腔内をきれいにするという作業が行われているということが判りました。



実際にこれらの行為については、先ほどもお話に出ておりましたように、診療報酬上の評価が全くありません。今年診療報酬改定において、障害者医療の充実というところでようやく地域歯科支援病院には一般の歯科衛生士指導よりも20点高いという点数がつけました。しかし、評価が付いたことは喜ばしいことですが、まだまだ実態には則した状況ではないと感じています。

(スライド14)

私のような若輩者が提言といいたまいますか、問題点の指摘といいたまいますか、そのようなことをするのは、大変無礼なことであると思うのですが、お叱りを覚悟でいくつかの提言をさせて頂ければと思い、用意して参りました。

急性期、慢性期を問わず、病院歯科に勤務する歯科医師がこのような口腔ケアのチームに参加

する、嚥下のチームに参加する、NSTに参加することは、病院より強く言われていることです。しかし、実際にそこに参加したからと言っても、診療報酬がないので、勤務歯科医師がその分野への協力を躊躇しているという意見が多数聞かれます。ですから、入院患者さんを含む有病者・障害者への歯科医療サービス提供促進のために、他職種協働、医師・看護師やその他の職種への口腔ケアの指導等を評価するような制度創設をお願いしたいと思います。これは外来に関してというか、診療報酬上は、やはり病院歯科というのは開業歯科診療所と異なった診療体系をもっておりますので、独特の診療報酬体系があつて良いのではないかと考えております。そのことによって病院歯科の減少に歯止めがかかる効果が期待できるのではないのでしょうか。

#### 病院歯科における歯科医療の展開を推進させるための提言1

入院患者を含む、有病者・障害者への歯科医療(サービス)提供促進のために、多職種協働や口腔ケア等の指導・管理等を評価するような、病院歯科における診療報酬体系の見直しを検討すべきである。

(スライド15)

そしてもう一つ、歯科を併設できない中小の病院への歯科医療を充実させるための方策を提案したいと思います。先ほど歯科衛生士なら雇いたいと回答している病院は、そのほとんどが200床以下であります。歯科医師が必要であると思っ

ている病院は病床数が多い病院が圧倒的です。調査でも400床以上の病院は75%に歯科が併設されているという事実があります。ですが、我が国の医療を支えている中小病院に入院している患者さんが十分な歯科医療のサービス受けられるようにすることも、歯科医療界の使命であると考えますと、歯科衛生士を適正に配置して、そのサービスの隙間を埋めることにインセンティブをつけることを歯科側から提案しても良いのではないのでしょうか。医科の先生方も歯科衛生士を病棟配置するような制度創設をお考えになられていることが、先ほどの中医協での意見でもわかります。そして、それに伴いまして、歯科衛生士法の改正も視野に

いれて、検討していく時期が来ているのではないかと感じています。この前、知り合いの医科の先生から次のような相談を受けました。「病院で歯科衛生士さんに働いてもらいたいのですが、どうしたらいいですか?」という相談でしたので、「募集を出したらどうですか」とお答えしました。「いや募集を出して、応募があったのですが、面接にいらした歯科衛生士さんに、『うちには歯科がありません』と言ったらその方に断られちゃいまして。どうしたら採用できるかと思ひまして。」というようなお話を聞きました。確かに法的に医師の指示で歯科衛生士が活動したとしても、いざ、歯科疾患を発見したときに、だれか頼りになる歯科医師がいて、初めて歯科衛生士が十分な活動ができるということでもあると思いますし、実際にもそうだと思います。医科の先生方と、我々十何年も一緒にやっていて、特に医科の先生方に歯科診療がとられるといったような危機感をもったことは、全くありません。逆に歯科に対して感謝されることが多くありますし、近年では医科の先生方の間にも歯科の重要性をご理解頂いている方が増えていますので、やはり1人でも多くの患者さんにいい療養環境が提供できればということで、このような希望が出されているのではないかと考えています。

(スライド16)

そして、やはり長く病院に勤務して思うことですが、先ほども岡野先生のお話の中にも出てきておりましたが、歯学教育の中に病院歯科に勤務するスキルを持った人材育成、特に他職種

#### 病院歯科における歯科医療の展開を推進させるための提言2

歯科併設ができない中小病院のために、歯科衛生士の配置を促すような医科へのインセンティブを提案すると同時に、歯科衛生士法の改正も検討することが必要である。

#### 病院歯科における歯科医療の展開を推進させるための提言3

歯学教育の中に、病院歯科に勤務するスキルをもった人材育成、特に、他職種との医療連携を推進できる人材育成を視野に入れた教育プログラムを入れるようにすべきである。

協働ということを推進できる人材の育成をしていただくことが重要であると感じます。

私が大学を卒業した平成元年に多職種協働ということを教える授業というのはありませんでした。看護師とは何ができるのかとか、理学療法士さんってどんな仕事をする人であるとか、ということ全くわからないまま病院に入りまして、大変苦労しました。既にそういうことを大学で教わっていれば、もうちょっと早くにいろいろな展開ができたかな？と思うところもありました。

(スライド17)

さて、昨年の歯学系学会連絡協議会でもお話をさせていただいたのですが、今日はたくさんの有名な先生方がいらしているので、私の専門分野である口腔ケアのお話を1つさせていただきます。

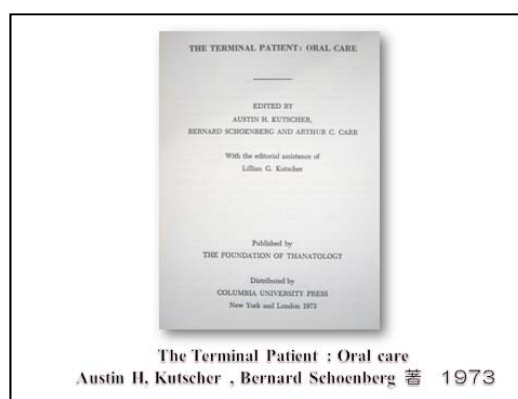
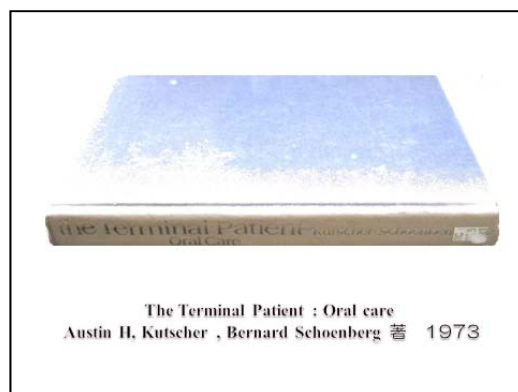
今日、多くの先生方から口腔ケアという言葉が、たくさん聞かれました。そもそも口腔ケアという言葉は、だれが・いつ・どこで使い始めた言葉か？というのが私の研究テーマであります。

口腔ケアは英語で言うとOral careが一般的に使われているようです。看護領域ではMouth careという言葉が使われています。そこで、だれがOral careという言葉の世界で最初に使ったのかを知るために、色々な文献を探しまして、ようやく1冊の本を発見しました。この本は1973年にアメリカにて出版されたもので、おそらくOral careをタイトルとして、障害者や終末期医療の患者さんへの現在という口腔ケアを書いた書物としては、世界で最古のものであろうと思います。「The Terminal Patient : Oral care」という、Austin H. Kutscher(コロンビア大学・教授)が編纂した書籍であります。

(スライド18)

この本は、実は歯科の本でも看護の本でもありません。

ここにPublished By Foundation of Thanatologyと書いてあります。Thanatologyとは、死生学のことです。つまりこの本は死生学の本であるということです。この場合の死生学Thanatologyは、終末期に対して、その患者や家族、それをケアする医療関係者の求めに応じ、死というテーマを題材に探求した学問であると言われていています。





(スライド19)

このThanatologyというのは、アメリカ、ヨーロッパで1960年代に活発化し、皆さんもご存じの事柄ですと、世界で初めてイギリスの病院にホスピス病棟を設置したシシリー・ソンドース氏が有名ですが、このホスピスを設立したのが1967年です。やはり有名なエリザベス・キューブラーロスという方が、死に関する研究報告「Death on Dying」を出版したのも1969年です。

これら死生学における象徴的研究成果が報告されたのが、1960～70年代にかけてでした。

(スライド20)

スライドはAustin H. Kutscherが2007年5月に亡くなった時の死亡記事です。この記事の中ほどに、Austin H. Kutscherが1967年にFoundation of Thanatology (死生学財団) を設立したことが載っています。1967年は、先ほどのシシリー・ソンドースがホスピスをつくった年と同じ年でもあります。つまり、口腔ケアという言葉は終末期医療、特に死生学の創設期に、その重要な立役者の一人であるAustin H. Kutscherの手によって生み出された言葉であるということがわかったのです。

なぜかはわかりませんが、これまで、日本の口腔ケア研究者の間ではこの事実はあまり知られていませんでした。ここ数年で分かった事実なのです。これを受けて、今年の日本口腔ケア学会学術大会では死生学のシンポジウムや、東大の島菌・清水先生に来ていただいてお話をいただくという企画を行いました。

(スライド21)

この本の中で、Austin H. Kutscher教授はアメリカの歯学教育の中で次のような勉強をさせなさいと提言しています。1つは、口腔ケアが行える歯科医師を育てるために、「ぜひ病院などで終末期の患者さんを歯科医学生に見せてください」と言われています。「歩行可能な人、車いすの人、寝たきりの人、さまざまな状況の患者を歯科医学生に見せてください」とも言っています。「診断の違う患者を教えるということは、患者のすべての病歴、ライフスタイル、

希望や期待、全身疾患の経過、終末期患者にあらわれる口腔内の続発症、通常の治療に患

象徴的 初期死生学研究

バーニー・グレイザー&アンセルム・ストラウス  
『死の Awareness 理論と看護』1965年  
Glaser BG & Strauss AL (1965) *Awareness of Dying*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.

シシリー・ソンドース  
(Dame Cicely Mary Strode Saunders 1918-2005)  
1967年 英国・聖クリストファー病院にホスピス病棟を設置する

エリザベス・キューブラーロス  
(Elisabeth Kübler-Ross, 1926-2004)  
1969年 *On Death and Dying* を出版する  
(『死の瞬間』山口正由訳 読売新聞社 1971年 / 『死の瞬間』鈴木義邦訳 読売新聞社 1998年、中公文庫 2001年)

山崎 徳可先生  
(東京大学大学院人文社会系研究科次世代人文学開発センター上級死生学講座) 資料より

Director, New York State Psychiatric Institute Dental Service in 1970.  
He was a leading figure in the areas of oral medicine and thanatology, and published many articles in clinical oral pathology and pharmacology. His text, *Pharmacotherapeutics of Oral Disease*, was a standard in its time. He established the Foundation of Thanatology in 1967 which supported research and symposia on the problems surrounding dying and bereavement. Our thoughts and prayers are extended to the family and friends of Austin H. Kutscher.

Patients should be seen in all types of situations: ambulatory, in a wheelchair, in bed. Teaching the differential diagnosis of a patient should include a consideration of the patient's whole history: his life style, his hopes and expectations; the specifics of systemic disease processes and their ultimate oral sequelae in the terminal patient; the extent to which such a patient can tolerate normal procedures; the status of the oral tissues of the dying patient; the obvious medical needs of the patient dying of oral cancer or with cancer invading or metastasizing to the mouth; and an ordering of priorities for his care.

歩行可能な人、車椅子の人、寝たきりの人、様々な状況の患者を歯科医学生に見せて下さい。診断の違う患者を教えるということは、患者の全ての病歴、ライフスタイル、希望や期待、全身疾患の経過、終末期患者に現れる口腔内の続発症、通常の治療に患者が耐えられるかどうか、終末期患者の口腔組織の状態、口腔癌もしくは転移癌での医療ニーズ、ケアの優先順位、などを考慮しなければなりません。

The Terminal Patient: Oral Care F16-23  
A Philosophy for the Oral Care of the Dying Patient AUSTIN H. KUTSCHER

者が耐えられるかどうか、終末期患者の口腔組織の状態などを歯学生に見せることによって終末期の患者さんを診る歯科医師育てることができる」と述べています。すでに1973年にこのようなことを本として出版されていたことには、驚くばかりです。

そして2つ目は、口腔ケアというものは口腔衛生だけではない、口腔ケアというのは多職種で協働する、つまり、口の中をきれいにするだけではなくて、終末期の患者さんにかかわるすべての職種全員が口という器官に着目して、尊厳のある終末期を迎えられるように口腔ケアを行うことが重要であると説いています。多職種協同で口腔ケアを行うことが重要とされているのは、いまの口腔ケアにも通じることであり、「尊厳ある終末期を迎えるために」という部分が、死生学より生まれた考え方であると思うのです。口腔ケアとは、人が人として生きるために、最後まで行われるべきケアであるとAustin H. Kutscherは説いています。

ちょうど時間だと思いますので、この辺りで、終わりにさせていただきます。

ご静聴誠にありがとうございました。