

201120050A

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金  
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

**地域やライフステージを考慮した  
歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究**

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

平成 24 (2012) 年 3 月

研究代表者 川口陽子

東京医科歯科大学

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

地域やライフステージを考慮した  
歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

平成 24(2012)年 3 月

研究代表者 川口陽子

東京医科歯科大学

## 目次

I. 総括研究報告書		
地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究	_____	1
川口陽子		
II. 分担研究報告書		
A. 日本		
1. わが国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの調査	_____	11
平田幸夫 山本龍生 阿部 智 湊田慎也		
2. 我が国における公的医療保険制度に関する調査	_____	18
福泉隆喜 日高勝美		
3. 先進的な歯科医療の状況に関する調査	_____	24
資料「第2 先進医療および第3 先進医療の一覧」		
大山 篤		
B. 大韓民国		
4. 大韓民国の歯科保健医療制度に関する調査	_____	53
資料「2012 年度 口腔保健事業の指針（一部抜粋）」		
川口陽子 森尾郁子 財津崇		
5. 大韓民国における公的医療保険制度に関する調査	_____	83
資料「歯科健康保険 療養給付費用および給付基準（一部抜粋）」		
川口陽子 森尾郁子 財津崇		
6. 大韓民国の歯学教育に関する調査	_____	96
川口陽子 森尾郁子 財津崇		
C. 米国		
7. 米国の歯科保健医療制度に関する調査	_____	109
資料「NHANES Oral Health Status（一部抜粋）」		
植野正之 竹原祥子		
8. 米国の医療保険制度に関する調査	_____	153
植野正之 竹原祥子		
9. 米国の歯学教育に関する調査	_____	169
森尾郁子		
10. 米国カリフォルニア州法と日本の歯科医師法との比較	_____	179
資料「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」		
杉浦 剛 川口陽子		
D. 英国		
11. 英国における公的医療保険制度に関する調査	_____	197
竹原祥子 川口陽子		
12. 英国ナショナルヘルスサービスの「エビデンスに基づいた予防ツールキット」	_____	211
資料「口腔保健の向上 エビデンスに基づいた予防ツールキット」		
川口陽子 竹原祥子 大貫茉莉		
13. 英国の歯学教育に関する調査	_____	253
竹原祥子 川口陽子		

E. デンマーク		
14. デンマークの歯科保健医療制度に関する調査	_____	261
竹原祥子 川口陽子		
F. オーストラリア		
15. オーストラリアの歯科保健医療制度に関する調査	_____	273
資料1「オーストラリアの国の口腔保健計画 2004 - 2013年の活動目標」		
資料2「オーストラリアの専門医」		
植野正之		
16. オーストラリアの医療保険制度に関する調査	_____	296
植野正之		
G. 東南アジア		
17. 東南アジアの歯科保健医療制度に関する調査	_____	315
資料1 International Symposium (Abstract)		
“Asian Perspectives and Evidence on Oral Health Promotion”		
資料2 International Symposium (Abstract)		
“Public Oral Health Activities in Indonesia and Japan”		
川口陽子 森尾郁子 植野正之 竹原祥子 財津 崇 大貫茉莉 古川清香		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	_____	405
IV. 研究成果の刊行物・別刷	_____	406

地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究

研究代表者 川口陽子 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野 教授

### 研究要旨

日本および韓国、米国、英国、デンマーク、オーストラリア、東南アジア（タイ、インドネシア、ベトナム）を対象として、各国の歯科保健医療制度、公的医療保険制度、口腔保健状況、歯学教育などに関する実態調査を行った。その結果、各国の保健医療制度、公的医療保険制度にはそれぞれの国の歴史的背景、成立過程などを踏まえた違いが認められた。海外では公衆衛生事業は、主として保健所や保健センター、公立病院などに公務員として勤務する歯科医師らによって実施されているが、日本では、開業医が歯科医院で診療を行うと同時に、自分が所属する地域において公衆衛生業務も担当している。この特性を生かした事業展開を今後推進していくことが大切であると考えられた。また、制度設計の異なる海外と日本の歯科治療費や歯科医療費の比較を行う場合には注意が必要と考えられた。歯科疾患は生活習慣病の一つであり、生活習慣の変容のために、同じメッセージを歯科医療従事者が繰り返し、患者や地域住民に伝えていくために開発された英国NHSの予防ツールキットは、我が国でも参考になると考えられた。我が国の歯科保健医療に関する基礎データは、保健医療統計の中で整備されていたが、海外の歯科関係者はその内容についてほとんど知らない場合がほとんどであった。我が国の歯科保健医療制度を海外に向けて英語で情報発信することも必要と考えられた。

### 研究分担者

平田幸夫	神奈川県歯科大学社会歯科学講座 教授
森尾郁子	東京医科歯科大学大学院 歯学教育開発学分野 教授
福泉隆喜	九州歯科大学総合教育学分野 准教授
植野正之	東京医科歯科大学大学院 健康推進歯学分野 准教授

### A. 研究目的

う蝕や歯周病の発生や進行には、食習慣、喫煙習慣、口腔清掃習慣等の生活習慣が大きく関与しており、歯科疾患は生活習慣病の一つと考えられている。う蝕は、乳幼児期・学齢期では減少傾向が報告されているが、各ライフステージにおいて有病率が高く、地域格差も認められるので、今後も効果的なう蝕対策を推進していくことが重要とされている。

また、歯周病は成人における歯の喪失の大きな原因であり、糖尿病、誤嚥性肺炎、動脈硬化、

心筋梗塞等の全身疾患と歯周病との関連も報告されており、生活習慣病対策の一環として、成人期の人々を対象に効果的な歯周病対策を展開していくことが大切と考えられている。

さらに、高齢社会の我が国では、歯の喪失や咀嚼嚥下等の口腔機能の低下等の口腔保健、口腔領域の疾患対策に対する社会の関心が高まっており、高齢者に対する歯科保健対策も必要とされている。

国や地域により、歯科保健の状況、歯科医療従事者数等歯科保健医療の提供体制、歯科医療制度等は異なっている。しかし、う蝕、歯周病等の歯科疾患の原因は基本的に同じであり、予防や治療を行う際の原則は共通している。したがって、我が国におけるこれまでの歯科保健事業等の実態把握等、歯科保健の現状及びその評価を行い、他国における予防への先進的な取組や、歯科保健を推進するための組織・制度などを把握した上で、歯科における保健と医療の相互補完性及び相乗効果にも着眼しつつ比較分析を行うことは、今後の我が国の歯科保健を推進する上で非常に参考になると考えられる。

本研究の目的は、国際的な視点から我が国の歯科保健施策を客観的に評価するとともに、国内の歯科疾患をとりまく社会環境の変遷、歯科保健の現状とその評価を行い、今後必要とされる地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた具体的な提示を行うことである。

平成23年度の本研究では、日本に関しては歯科保健医療の提供体制、公的医療保険制度、先進的な歯科医療の状況等の現状把握を行った。また、海外調査は、大韓民国（韓国）、米国、英国、デンマーク、オーストラリア、東南アジア（タイ、インドネシア、ベトナム）を対象として行い、各国の歯科保健医療制度、歯学教育などに関する調査を行った。

## B. 研究方法

### I. 日本の歯科保健医療精度に関する調査

#### I-1 歯科保健医療の提供体制に関する調査

以下から情報を得て、各項目についてまとめた。

- 1) 歯科医療費の状況：厚生労働省のホームページ（国民医療費，社会医療診療行為別調査結果）
- 2) 歯周病有病状況の動向：国の歯科疾患実態調査結果，患者調査結果および文献
- 3) 成人歯科保健医療サービス等の提供状況：文献および国の地域保健・健康増進事業報告の概要
- 4) 医療・歯科医療の基礎データ：国の国勢調査結果，全国都道府市区町村別面積調査結果，医療施設（動態）調査結果，医師・歯科医師・薬剤師調査結果，保健・衛生行政業務報告結果，厚生労働省医政局医事課のホームページ，および文献
- 5) 歯科医療の業務範囲：日本耳鼻咽喉科学会のホームページおよび文献
- 6) 歯科医師の専門性：厚生労働省医政局総務課のホームページ
- 7) 行政の歯科医師：医師・歯科医師・薬剤師調査結果および文献

#### I-2 公的医療保険制度に関する調査

厚生労働白書、各種審議会資料、成書、その他の文献を調査することにより、公的医療保険の制度概要をとりまとめた。具体的には、公的医療保険制度の制度概要、保険診療の概念と現況、診療報酬の決定プロセス、歯科診療報酬の範囲、歯科診療報酬の構成割合、保険外併用療養費制度、新規技術の保険導入の仕組み、保険医療材料の保険償還価格、歯科用貴金属の随時改定の考え方、今後の課題について精査した。

#### I-3 先進的な歯科医療の状況

厚生労働省のホームページ等から、歯科領域の先進医療に関する情報（技術の概要、当該技

術を実施可能とする医療機関の要件一覧、および先進医療を実施している医療機関の一覧等)を収集した。また、当該技術を実施するために必要となる特殊な医療機器等に関する情報を関連書籍等の情報をもとにまとめた。

## II. 韓国の歯科保健医療制度に関する調査

インターネットおよび文献書籍で事前調査をした後、2012年1月27日～31日に韓国を訪問して、口腔保健事業、医療保険制度、歯学教育に関する資料を入手し、内容を韓国語から日本語に翻訳して検討を行った。また、公衆歯科衛生活動の現場視察等を行い、歯科関係者らと討議を行った。具体的には、韓国の口腔保健事業、医療保険制度、歯学教育について、調査結果をまとめた。なお、参考としたのは、以下の資料である。

- 1) 韓国の保健福祉部、口腔・生活衛生科が2012年1月に発行した「2012年度の口腔保健事業の指針」
- 2) 大韓歯科医師協会が2012年1月に発行した「歯科健康保険一療養給付費用および給付基準」
- 3) 韓国歯科医学教育協議会が2011年12月に発行した教育白書「歯科大学・歯医学専門大学院の教育の現況 第9集(2007～2010年度)」

## III 米国の歯科保健医療制度に関する調査

インターネットおよび文献書籍で事前調査をした後、2011年9月6日～14日および2012年3月20日～27日に渡米して、歯科保健医療制度について現地調査を行った。歯科保健関係者へのインタビュー、文献からの情報収集の結果をもとに、歯科保健医療制度、医療保険制度、歯学教育について調査結果をまとめた。さらに、米国カリフォルニア州法と日本の歯科医師法を比較して、内容の比較検討を行った。

## IV 英国の保健医療制度に関する調査

インターネットおよび文献書籍で事前調査をした後、2011年12月11日～17日に英国を訪問して、歯科保健医療制度について現地調査を行った。歯科保健関係者へのインタビュー、文献からの情報収集の結果をもとに、特に、NHSによる公的医療保険制度、歯科疾患予防のための患者への助言内容、歯学教育などについて調査結果をまとめた。なお、参考とした書籍は、以下の資料である。

- 1) 英国のナショナルヘルスサービス(NHS)が2009年4月に発行した「口腔保健の向上—エビデンスに基づいた予防ツールキット(第2版)—」
- 2) 高校生を対象とした歯科医師へのキャリアガイドの本「A Guide to UK dental Schools and Dentistry as a Career」, Dental Books, Journals and CPD, 2011

## V デンマークの歯科保健医療制度に関する調査

インターネットおよび文献書籍で事前調査をした後、2011年12月5日～10日にデンマークを訪問して、歯科保健医療制度について現地調査を行った。歯科保健関係者へのインタビュー、文献からの情報収集の結果をもとに、特に学校歯科保健制度に注目して調査結果をまとめた。

## VI オーストラリアの歯科保健医療制度に関する調査

インターネットおよび文献書籍で事前調査をした後、2011年11月14日～22日にオーストラリアを訪問して、歯科保健医療制度について現地調査を行った。また、2012年1月17日～20日にNSW州の歯科保健部長が来日した際にも情報収集を行った。現地での歯科保健関係者へのインタビュー、文献からの情報収集の結果をもとに、歯科保健医療制度、医療保険制度について調査結果をまとめた。

## Ⅶ 東南アジアの歯科保健医療制度に関する調査（タイ、インドネシア、ベトナム）

タイの歯科保健に関する情報は、2011年6月13日から6月17日まで、タイの保健省および歯科大学の歯科医師が来日した際に収集した。

インドネシアの歯科保健に関する情報は、インドネシアを訪問して現地視察を行った際に、また、2012年3月5日～3月8日にインドネシア大学の歯科医師が来日した際に収集した。

ベトナムの歯科保健に関する情報は、ベトナムを訪問して現地視察を行った際に収集した。

さらに、国際シンポジウムを2回開催し、その発表や討議の内容も参考にして、東南アジアに位置するタイ、インドネシア、ベトナム3か国の歯科保健医療制度について調査を行った。

### 国際シンポジウム1（2011年6月14日開催）

題名：Asian Perspectives and Evidence on Oral Health Promotion

### 国際シンポジウム2（2012年3月6日開催）

題名：Public Oral Health Activities in Indonesia and Japan

#### （倫理面への配慮）

本研究では、我が国および諸外国において、すでに官公庁などで公表されている既存のデータを収集して分析を行うので、倫理上の問題は無い。

## C. 研究結果および考察

### I 日本の歯科保健医療精度に関する調査

#### I-1 歯科保健医療の提供体制に関する調査

わが国の歯科医療費の状況、歯周病有病状況の動向、成人歯科保健医療サービス等の提供状況、医療・歯科医療の基礎データ、歯科医療の業務範囲、歯科医師の専門性、および行政の歯科医師などの情報の大部分は、国のデータとし

て公表されており、わが国において歯科保健医療に関する現状の基礎データは大部分整えられていることが示された。

しかし、歯周病対策、成人期の歯科保健医療サービスの提供体制、歯科医療の業務範囲および専門性、行政の歯科医師の配置状況等、今後、将来を見据えた詳細な分析を行う必要性が示唆された。

#### I-2 公的医療保険制度に関する調査

我が国は国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかし、急速な少子高齢化、経済の安定成長への移行などの社会環境の変化に直面している。国民皆保険制度を維持し、我が国の公的医療保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくためには、様々な課題があると考えられる。

保険給付の範囲や費用負担に対する国民の関心は高いことから、保険外診療の占める割合が比較的高い歯科医療においては、患者の費用負担の透明性確保と歯科疾患の予防を推進する観点から、今後の医療保険制度のあり方について、国際的視点からも幅広い検討が必要と考えられた。

#### I-3 先進医療に関する調査

先進医療は「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」とされており、将来的に歯科領域の保険診療に導入される可能性があるものである。

歯科領域の先進医療に関する検討結果では、有効性、効率性等に鑑みて「インプラント義歯」が優先的に保険導入することが適切であると評価された。一方、「顎顔面補綴」、「光学印象採得による陶材歯冠修復法」が有効性、効率性



等が十分に示されていないため、先進医療から削除する方向で検討することが適当だと判断されている。

歯科領域における先進医療については、年間実施件数、先進医療総額や総合計などいずれにおいても先進医療全体に占める割合が低く、1件あたりの先進医療金額も先進医療の平均に比べて低い。それにもかかわらず、患者の自己負担割合は高い傾向にある。年間実施件数が少ないと言うことは、本当に保険導入して広く普及させるべき医療技術なのかどうかを検討する必要があることを意味する。また、患者の自己負担割合が高いということは、先進医療として一部保険負担にするメリットが少ないということであるため、歯科関係者間で十分に討議しコンセンサスを得た上で先進医療の申請を行う必要があると考えられた。

保険導入後においても、平成20年度診療報酬改定で保険導入された「歯周組織再生誘導手術」、「接着ブリッジによる欠損補綴」、「レーザー応用による齲蝕除去（無痛的窩洞形成加算）」は不採算で算定が進んでおらず、保険導入のメリットがなかったことが指摘されており、歯科領域における先進医療のあり方について早急な検討を行うべきと考えられた。

## II 韓国の歯科保健医療制度に関する調査

### II-1 韓国の口腔保健事業に関する調査

韓国では、法令に基づいてさまざまな口腔保健事業を推進している。その中で、フッ化物を応用したう蝕予防プログラムに積極的に取り組んでいる。また、予防の担い手である歯科衛生士の教育は1/4以上が4年制大学で行われている。韓国の口腔保健事業は、主として公衆衛生担当の保健所の歯科医師、歯科衛生士によって運営されており、保健所の歯科業務や学校歯科保健などの公衆歯科衛生業務を開業医が主に担っている日本とは異なっていた。

また、ソウル大学の「デンタルミュージアム」では、口腔疾患の予防に関する教育プログラム

を有料で実施していた。治療と異なり、予防に関してはこれまで無料で提供されることが多かったが、対象者が興味のある内容のプログラムを提供すれば有料であっても参加者が多く関心が高いということは、今後我が国の予防への取組みを検討するうえで参考になると思われる。

### II-2 公的医療保険制度に関する調査

韓国では1989年に国民皆保険となり、2000年からはすべての保険が一つに統合された国民健康保険に全国民が加入している。韓国の国民健康保険では、歯科に関しては保存治療や外科処置などの給付はあるが、補綴治療に対する保険給付はない。保険給付費用は相対価値による報酬制度により決定されている。歯科医院で治療を受けた場合、成人患者の本人負担金は総額の30%であるが、歯科病院で治療を受けた場合には、本人負担金は都市部では40%、地方では35%と異なっている。歯科医院、歯科病院からの保険請求はPC上のシステムを利用してオンラインで実施されている。

保険診療での報酬価値の算定に、相対価値（点数）×換算指数という計算式を導入しており、また、オンラインでの保険請求方式を導入していた。今後、日本と韓国間でお互いの医療保険制度に関する情報交換を行って、両国民の口腔保健の向上に寄与していくことが必要と考えられた。

### II-3 歯学教育に関する調査

韓国には、歯科大学が11校（国立：6校 私立：5校）あり、教育期間が6年制の大学が3校、学士入学の4年制の大学が7校、両者併存の大学が1校ある。4年制の大学は、歯学部ではなく専門大学院として教育を行い、卒業時に学生は修士の資格が得られる。学生定員は1学年約750名であり、女子学生の割合は約1/3である。歯科大学卒業後に国家試験を受けるが、合格率は97%（2010年）と高い。

歯科医療の国際化に対応するために、隣国の韓国と歯学教育に関する情報交換を行うことは、今後、日韓両国の歯学教育の改善や教育の国際連携の推進に有益であり、そのことが歯科医師の質の向上につながり、ひいては両国民の口腔保健の向上に寄与すると考えられた。

### Ⅲ 米国の歯科保健医療制度に関する調査

#### Ⅲ-1 歯科保健医療制度に関する調査

米国では、日本のように国内どこでも歯科医師免許が使用できるわけではない。大学卒業後に受けた試験の通用可能な地域でのみ、歯科医師として働くことができる。また、定期的に歯科医師免許を更新しなければならない。例えば、カリフォルニア州では2年ごとに免許の更新が必要となり、必修科目を含む50単位を履修することが求められている。

米国の歯科保健状況は、齲蝕、歯周疾患ともに我が国と比較して良好な状態であり、特に齲蝕が少ないことは、全州で行われている水道水のフロリデーションが大きく影響していると考えられた。また、国の歯科保健の目標はHealthy People 2020の口腔保健として設定されており、それに基づき各州での歯科保健活動が行われている。

#### Ⅲ-2 医療保険制度に関する調査

米国には日本のような国民皆保険制度はなく、公的な医療保険はメディケアとメディケイドのみである。メディケイドにより21歳未満の低所得者等に対する歯科治療は提供されるが、21歳以上の成人に対する歯科治療に関しては州毎にオプション選択できるようになっている。

歯科保険に関しては民間保険が主体であり、日本のように誰でも容易に歯科治療が受けられる環境にはないと言える。

米国の2010年の国民医療費は2兆6千億ドル、一人当たりでは8,402ドル、GDPの17.9%であった。そのうち歯科医療費は4.0%（1,048

億ドル）であった。一方、我が国の2010年の国民医療費は36兆6千億円、一人当たりでは28万7千円、GDPの7.6%。そのうち歯科医療費は7.1%（2兆6千億円）である。

米国と我が国では医療費に入るものが異なるので単純な国際比較は難しいが、両国ともに医療費は毎年増加傾向にある。特に米国においては医療費のGDPに占める割合が日本の約2倍であり医療費の増加は深刻な問題となっている。

#### Ⅲ-3 歯学教育に関する調査

米国には歯科大学が58校あり、公立校：37校（63.8%）、私立校：17校（29.3%）、私立—公立校：4校（6.9%）である。教育年限は4年間で、入学者の88.1%は学士号、6.1%は修士号、0.2%は博士号を取得した後に歯科大学に入学している。

免許試験の合格率については、2008年卒業生の場合、国家試験にあたるNational Board Dental Examinations (NBDE) パート1（主に基礎科目）&パート2（主に臨床科目）の合格率は99.4%、州が実施する臨床実地試験の合格率は97.9%、卒後プログラムへの合格率は87.6%となっている。

米国では卒前教育カリキュラムをはじめ、歯科保健医療を担う人材を育成する教育機関や教育課程に関するデータが定期的に収集され、調査結果が報告書として公表されている。こうしたデータ収集と調査結果公表の制度設計を行い、わが国の歯学教育に取り入れることも有効であると考えられた。

また、米国の歯科大学では、卒前教育については7年ごとに、ADA/CODAの認証評価を受けている。日本では現在、卒前歯学教育に関する認証評価制度が未だ確立されておらず、国際的にみても早急な整備が必要と考えられた。

### III-4 米国カリフォルニア州法と日本の歯科医師法との比較

米国カリフォルニア州法を我が国の歯科医療関連法と比較したところ、最も大きく異なる点は、歯科医師、歯科衛生士、歯科助手の明確な業務範囲が規定されている点であった。また、カリフォルニア州法では口腔外科医、歯科麻酔医に関する規定も別個に定められていた。

カリフォルニア州法では2年ごとに歯科医師免許、歯科衛生士免許、歯科助手の資格、口腔外科医の資格、歯科麻酔医の資格を更新する必要があり、更新には法律に定められた研修を受講することが必須とされていた。

今後、我が国の歯科保健医療施策を客観的に評価していくにあたり、他国の歯科医療関連法と比較し、日本の歯科医療関連法の特徴を踏まえて検討していくことが必要と考えられた。

## IV 英国の歯科保健医療制度に関する調査

### IV-1 公的医療保険制度に関する調査

英国の公的保険制度では、数十年間、歯科治療は出来高払い制度であった。2006年度に新しい歯科分野の公的医療保険制度が導入され、治療内容を簡単・中等度・複雑の3つに分け、自己負担額を決めるバンド制が導入された。また、プライマリーケアトラストが地域の医療サービス全般の管轄を行うようになったこと、歯科診療所の報酬の算定方法が、提供した個々の治療の総量ではなく一連の治療の総量で評価されるようになったことが大きな変化である。

英国において、プライマリーケアトラストの役割は大きく、プライマリーケアトラストが地域の公的医療保険事業の方針を決めることができるため、より地域のニーズにあった医療を提供できるというメリットがある。またプライマリーケアトラストは歯科診療所の診療内容についての監視を行い、より良い歯科医療の提

供に努めていた。

医療保険制度にはそれぞれの国の歴史的背景、成立過程などを踏まえた違いがあり、どのシステムが良いかについての統一した答えは存在しない。しかし、英国のように状況に応じて大幅な変更が実施された実例があり、また、現在も新しい制度についての検討が行われている。このような公的医療保険制度への柔軟な対応は、我が国にとっても参考になると思われる。

### IV-2 英国における予防のメッセージ

「口腔保健の向上—エビデンスに基づいた予防ツールキット（第2版）—」には、う蝕、歯周病、口腔癌、酸蝕症などに関する予防法を、セルフケアとプロフェッショナルケアという2つの視点から患者への助言としてまとめている。それぞれの予防メッセージには、エビデンスの強さがIからVで示されており、また、メッセージのエビデンスとなる参考文献もリストとして挙げられている。

日本において歯科医院で患者に提供している口腔保健メッセージと比較すると、推奨するフッ化物配合歯磨剤のフッ化物濃度、歯磨き後の洗口の有無、歯周病予防に効果のある歯磨剤の有効成分、アルコール飲酒に関する助言などが異なっていた。

提供者によって異なる予防情報が伝えられると患者は混乱してしまうので、統一した基本的メッセージを歯科医療従事者が提供していくことが重要と思われた。今後、日本においても、これまでの歯科関連の文献、書籍をもとにエビデンスを収集し、それをもとに患者への口腔疾患予防のための助言のガイドラインを作成し、普及していくことが必要と考えられた。

### IV-3 歯学教育に関する調査

英国には歯科大学が16校あり、全てが公立である。学部教育の期間は大学によって3~6年間と異なっている。歯科大学を卒業すれば歯

科医師の資格が得られ、日本のような歯科医師国家試験制度はない。歯科医師は5年間に250時間以上の生涯学習を受けなければ、免許の更新ができない。1987年に政府の方針で歯科医師数を削減することになり、当時2校が閉鎖されたが、近年、NHSの歯科医師を増員するために歯科大学が3校新設された。英国にはEUやそれ以外の国で歯科医師免許を取得した歯科医師を受け入れるシステムがある。英国では、社会環境や時代の変化に対応して、歯科医師養成システムに関しても柔軟に変更していると考えられた。

## V デンマークの歯科保健医療制度に関する調査

デンマークでは18歳未満の子供に対する歯科治療は原則無料で提供されている。一方、18歳以上の成人では、歯科治療には政府からの補助金が約20%であり、残り約80%を患者が負担する。補綴治療や矯正治療に対しては政府補助金はなく、全額自己負担となっている。このように、デンマークでは成人の歯科治療費は高いが、成人の定期歯科健診受診率は高い。この背景には18歳未満の子供を対象とした予防から治療まですべてを包括した充実した学校歯科保健サービスが大きく影響していると思われる。学校歯科保健システムが1970年代に導入されてから40年が経過し、当時恩恵を受けた学童は50歳近い年齢になっている。子供の時に受けた学校歯科保健サービスが、成人以降の歯科受診行動にプラスの方向で影響を与えていることが示唆された。

## VI オーストラリアの歯科保健医療制度に関する調査

### VI-1 歯科保健医療制度に関する調査

オーストラリアでは、2010年の登録歯科医師総数は12,223名であり、約83%が主に私立(private)の歯科診療所で働いていた。人口10万当たりの歯科医師の数は全国平均が50.3

名であるが、地域別にみると、最も少ないのは、タスマニア州35.1名、最も多いのはオーストラリア首都準州65.4名であった。

オーストラリアの歯科医師には、免許の更新制度があり、3年ごとに最低60時間の研修が義務付けられていた。

オーストラリアでは、歯科疾患の有病状況においては齲蝕、歯周疾患ともに我が国に比べ良好な状態にあり、特に齲蝕が少ないことはオーストラリア全州で行われているフロリデーションが大きく影響していると考えられた。また、国の歯科保健の目標はオーストラリア国民口腔保健計画2004-2013に設定されており、それに基づき各州で歯科保健活動が行われていた。

### VI-2 医療保険制度に関する調査

オーストラリアでは、医療に関しては、国民全員をカバーする制度であるメディケアがあり、オーストラリア国民は比較的安価で医療を受けることができる。しかし、無料で受けられる医療サービスは医師の選択ができない公立病院のみに限られており、メディケアではカバーされない診療項目もあることから、国民の約半数はより自由度の高い医療を求め民間の医療保険に加入している。一方、歯科に関しては、子どもに対しては州が提供している歯科サービスを利用することができるが、成人では公的な歯科サービスは対象が低所得者等に限定されたものしか存在せず、民間保険が主体になっている。

## VII 東南アジアの歯科保健医療制度に関する調査

東南アジアで経済的に中心的役割を担っているタイ、インドネシア、ベトナムの3か国について歯学教育、歯科医療従事者、歯科保健サービス、医療保険制度などの歯科に関する調査を行った。その結果、3か国に共通の課題として、歯科医療従事者や歯科医療機関の数が少な

く、その分布に大きな地域格差が認められ、歯科医療に対する社会のニーズに対応できていないことが判明した。公的医療保険制度も十分整備されておらず、すべての人々が適切な歯科治療を受ける環境になく、また、歯科保健関連の人員の不足から、全国レベルでの適切な予防対策が十分に実施されていないことが明らかになった。我が国の歯科医療技術や歯科保健医療制度を紹介することは、タイ、インドネシア、ベトナム国民の口腔保健の向上に寄与できると思われた。

#### D. 結論

日本および韓国、米国、英国、デンマーク、オーストラリア、東南アジア（タイ、インドネシア、ベトナム）を対象として、各国の歯科保健医療制度、公的医療保険制度、口腔保健状況、歯学教育などに関する実態調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 各国の保健医療制度、公的医療保険制度にはそれぞれの国の歴史的背景、成立過程などを踏まえた違いが認められた。また、全国レベルで歯科保健事業が行われることは少なく、地方自治体によって取り組みが行われる場合が多く、同じ国でも州などの地域によって差が認められた。地域単位のプログラムでは、対象となる人口が少ないことで、時代や環境の変化に対応して、必要であればその制度を柔軟に変化させていくことが可能になると思われた。
- 2) 日本では、地域における住民の健康づくりの推進のために、行政等が主体となって行う歯科保健サービス（公衆衛生事業）と、医療機関（主に開業歯科医院）が主体となって行う歯科医療サービスが両輪となって提供されている。しかし、海外では、水道水フロリデーションなどの広範囲な予防対策を行うことと、低所得者・障害者・

高齢者などに対して行政が歯科医療サービスを行うことが主な公衆衛生事業であり、歯科保健サービスに対する取り組みや内容が異なっている。

- 3) 海外では公衆衛生事業は、主として保健所や保健センター、公立病院などに公務員として勤務する歯科医師、歯科衛生士、デンタルセラピストらによって実施されており、民間の歯科医師（開業医）が公衆衛生事業に関与する事例はほとんどないことが判明した。一方、日本では、開業医が歯科医院で診療を行うと同時に、自分が所属する地域において公衆衛生業務も担当している。例えば、地域で開業している歯科医師は、保健所の3歳児歯科健康診査に参加したり、学校歯科医となって、母子保健、学校保健業務を担当している。これが海外諸国にはみられない日本の公衆衛生事業の特徴と考えられる。日本の歯科医師が、パブリックとプライベートと2つの業務を実施しているという特性を生かした事業展開を今後推進していくことが大切であると考えられた。
- 4) 制度設計の異なる海外と日本の歯科保健情報を比較することは、極めて困難であると思われた。例えば、歯科治療費や歯科医療費の比較を行う場合には、その国の物価指数、為替の変動、保険制度の有無、給付内容や範囲などを十分考慮に入れて検討しなければならないと考えられた。特に、私費治療に関するデータは公表されていないため、歯科医療費の国際比較を行う際には注意が必要と考えられた。また、歯科保健状況の調査に関しても、調査基準が同じであるかあらかじめ検討することが必要と思われた。
- 5) う蝕や歯周病の発生や進行には、食習慣、

喫煙習慣、口腔清掃習慣等の生活習慣が大きく関与しており、歯科疾患は生活習慣病の一つと考えられている。そこで、どの国においても生活習慣の変容のために、保健指導や健康教育が行われているが、同じメッセージを歯科医療従事者が繰り返し、患者や地域住民に伝えていくことが必要である。英国 NHS の予防ツールキットは、統一した予防メッセージを提供するという点で、我が国でも参考になるプログラムと考えられた。

- 6) 我が国の歯科保健医療に関する基礎データは、保健医療統計の中で整備されており、他国と比較するとまとまっていたが、海外の歯科関係者はその内容についてほとんど知らない場合がほとんどであった。我が国の歯科保健医療制度を海外に向けて英語で情報発信することが必要と考えられた。特に、歯科保健医療制度が不十分な開発途上国に向けて、我が国の歯科保健医療制度はモデルになると考えられた。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 日高勝美、福泉隆喜：歯科保健医療施策の近年の動向について。九州歯会誌 65(3)、68-75、2011.
- 2) 福泉隆喜、日高勝美：我が国における公的医療保険制度の概要。九州歯会誌 65(5・6)、185-191、2012.
- 3) 渡邊 裕、枝広あや子、伊藤加代子、岩佐康行、渡部芳彦、平野浩彦、福泉隆喜、飯田良平、戸原 玄、野原幹司、横山正明、大原里子、北原 稔、吉田光由、柏崎晴彦、斎藤京子、菊谷 武、植田耕一郎、小坂 健、大淵修一、池添志乃、田中弥生、武藤正樹、武井典子、池主憲夫、外木守雄、山根源之、片倉 朗。介護予防の複合プログラムの効果の特徴づける評価項目の検討-口腔機能

向上プログラムの評価項目について-。老年歯学 26(3) : 327-337、2011.

- 4) Masayuki Ueno: Low priority for oral health, Dental Tribune Asia Pacific Edition, 10(9):4, 2011

### 2. 学会発表

- 1) 渡邊裕、福泉隆喜、他：「介護予防における口腔機能向上サービスの推進に関する研究-介護予防における包括サービスの効果について-」、日本老年歯科医学会第22回学術大会課題講演、平成23年6月16日、京王プラザホテル、東京都新宿区.
- 2) 矢野加奈子、神田 拓、高橋拓史、杉戸博記、福泉隆喜、日高勝美：歯科衛生士を対象とした医療安全に関する意識調査。日本歯科衛生学会 第6回学術大会、新潟、口演：2011.
- 3) 福泉隆喜、日高勝美：歯科衛生士に対する医療安全に関する意識調査。第13回日本歯科医療管理学会九州支部学術大会、大分、口演：2011.
- 4) 福泉隆喜、日高勝美、西原達次：「口腔保健医療行政の視点から見た感染症対策」、第81回日本感染症学会西日本地方学術集会、医歯連携シンポジウム「歯科と医科のクロストーク-歯科から見た感染症対策」、平成23年10月8日、北九州国際会議場、北九州市.

## F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

A. 日本

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）  
分担研究報告書

地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究

わが国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの調査

研究分担者 平田 幸夫 神奈川歯科大学社会歯科学講座 教授  
研究協力者 山本 龍生 神奈川歯科大学社会歯科学講座 准教授  
研究協力者 阿部 智 神奈川歯科大学社会歯科学講座 助教  
研究協力者 淵田 慎也 神奈川歯科大学社会歯科学講座 大学院生

**研究要旨**

少子高齢化が進展し、歯科疾患の構造が変化する中、国際的視点からわが国の新たな歯科保健医療体制の確立に資するため、まずわが国の歯科医療費の状況、歯周病有病状況の動向、成人歯科保健医療サービス等の提供状況、医療・歯科医療の基礎データ、歯科医療の業務範囲、歯科医師の専門性、および行政の歯科医師について整理を行った。大部分は国のデータであり、歯科保健医療に関する現状の基礎データはほぼ整えられていることが明らかになった。しかし、歯周病対策、成人期の歯科保健医療サービスの提供体制、歯科医療の業務範囲および専門性、行政の歯科医師の配置状況等については、将来を見据えた分析を行う必要性が示唆された。

**A. 研究目的**

わが国は世界でも類をみないスピードで高齢化が進んでいる。また、歯科疾患の構造にも変化が生じ、う蝕の有病率が減少し、歯を多く有する者が増加している。このような状況において、いっそうの歯科保健活動を推進するための新たな方策の立案が厚生労働行政の大きな課題となっている。

そこで本研究では、国際的な視点からわが国の歯科保健医療施策を客観的に評価し、歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた具体的な提案を行うために、まずわが国の歯科保健医療の現状を整理することを目的とした。特に、歯科医療費の状況、歯周病有病状況

の動向、成人歯科保健医療サービス等の提供状況、医療・歯科医療の基礎データ、歯科医療の業務範囲、歯科医師の専門性、行政の歯科医師に着目した。

**B. 研究方法**

各項目について、以下から情報を得た。

1. 歯科医療費の状況：厚生労働省のホームページ（国民医療費，社会医療診療行為別調査結果）
2. 歯周病有病状況の動向：国の歯科疾患実態調査結果，患者調査結果および文献
3. 成人歯科保健医療サービス等の提供状況：文献および国の地域保健・健康増進事



## 業報告の概要

4. 医療・歯科医療の基礎データ：国の国勢調査結果，全国都道府県市区町村別面積調査結果，医療施設（動態）調査結果，医師・歯科医師・薬剤師調査結果，保健・衛生行政業務報告結果，厚生労働省医政局医事課のホームページ，および文献
5. 歯科医療の業務範囲：日本耳鼻咽喉科学会のホームページおよび文献
6. 歯科医師の専門性：厚生労働省医政局総務課のホームページ
7. 行政の歯科医師：医師・歯科医師・薬剤師調査結果および文献

## （倫理面への配慮）

本研究は既存の資料を用いており，倫理面に配慮する内容を含んでいない。

## C. 研究結果

### 1. 歯科医療費の状況（歯科医療費の構成要素を含む）

平成21年度の歯科診療医療費は2兆5,587億円であり，国民医療費の7.1%を占め，平成20年度から190億円（0.7%）の減少であった（表1）<sup>1)</sup>。

平成22年の社会医療診療行為別調査の結果では，歯科診療行為別の1日当たり点数では歯冠修復・欠損補綴が40.6%と最も高く，次いで処置が16.3%，医学管理等と初診・再診がともに12.4%であった（図1）<sup>2)</sup>。歯冠修復・欠損補綴のうち，全体の10.0%が有床義歯であった。1件当たり点数は1,296.1点（前年比+0.2%）であり，1日当たり点数は622.4点（前年比+1.1%）であった。

### 2. 歯周病有病状況の動向

わが国の歯周病の有病状況は歯科疾患実態調査の結果から推測される。しかし，歯周病の診査基準が毎回異なるため単純な比較は難しい<sup>3)</sup>。診査基準が類似している近年（平成11年

～平成17年）においては，15～24歳，65歳以上の歯周病有病者が増加しているが，25～64歳のそれはほとんど変化がないか減少傾向にある<sup>4)</sup>。15～24歳における有病率の増加は歯肉炎の増加によるものであると考えられる。65歳以上の歯周疾患有病者の増加はCode Xの者の割合の減少によるもの，すなわち歯を有する者の増加に起因するものと考えられる。

図3には患者調査による「歯肉炎および歯周疾患」の受療率の変化を示した。65歳以上の年齢群において歯周疾患の受療率が増加した。歯を有する者の増加による受療率の増加であると考えられる。

### 3. 成人歯科保健医療サービス等の提供状況

まず住民個人に注目し，歯科医療機関受診を促す要因について「かかりつけの歯科医院」を選ぶ理由を検討した研究結果をみると，主婦の約半数が理由として「近くにある」を挙げている<sup>5)</sup>。すなわち近接性が重要と考えられる。

地域住民における成人歯科保健サービスとして歯周疾患検診が行われているが，その認知は低いのが現状である<sup>6)</sup>。

歯科医療機関に注目すると，歯科医師会は国レベルだけでなく，県や郡市の単位で活動をしている。

行政では都道府県と政令市くらいまでは歯科医師または歯科衛生士が歯科専門職として勤務している。成人に関しては，健康増進法を根拠法として歯周疾患検診が行われているが，その受診市区町村は53.9%（平成21年度）と少なく，受診者数も22.5万人（平成21年度）にとどまっている<sup>7)</sup>。

### 4. 医療・歯科医療の基礎データ

#### ○基礎データ

##### ・人口

128,057,352人であり，平成17年から横ばいで推移（5年間で+289,000人，年平均+0.05%）している<sup>8)</sup>。

・面積

377,954.84 km<sup>2</sup> である<sup>9)</sup>。

・医師等の医療職種数

医師：295,049人，歯科医師：101,576人，  
薬剤師：276,517人である<sup>10)</sup>。

・病院・診療所数

医療施設：176,878施設（前年比+407施設），  
病院：8,670施設（-69施設），一般診療所：9  
9,824施設（+189施設）である<sup>11)</sup>。

### ○歯科医療関係者数

・歯科医師数

歯科医師：101,576人であり，男性：80,119  
人（総数の78.9%），女性：21,457人（21.1%）  
であり，平成20年から2,150人（2.2%）増加し  
た<sup>10)</sup>。人口10万対歯科医師数は79.3人で，前回  
比+1.4人である。

・歯科衛生士数

就業歯科衛生士：103,180人であり，平成20  
年から6,738人（7.0%）増加した<sup>12)</sup>。

・歯科技工士数

就業歯科技工士：35,413人であり，平成20  
年から76人（0.2%）増加した<sup>12)</sup>。

・資格取得後に需給をコントロールしているも  
のはあるか。例えば，医療圏，免許更新制，免  
許定年制等について。

歯科医師は医療圏によって開設が管理され  
る病院ではなく，診療所の従事者が84.9%と大  
部分を占めるため<sup>10)</sup>，歯科医師免許取得後に行政  
からの需給管理ができる体制となっていない。  
また，免許更新，免許定年制は施行されて  
いない。歯科医師法（医師法）第7条で「免許  
の取消，業務停止及び再免許」が規定されて  
いるが，医療倫理面等からの行政処分が目的で  
あり，需給管理ができるものではない。1998年  
から2002年の5年間に医師・歯科医師で行政処  
分を受けた者は計160名であり，そのうち107  
名（68.9%）が現場復帰している<sup>13)</sup>。

歯科医師の卒後教育・継続教育としては，平  
成2年より日本歯科医師会が主導して実施して

いる「日歯生涯研修事業」がある<sup>14)</sup>。実施主体  
は，日本歯科医師会，都道府県歯科医師会，郡  
市区歯科医師会，地区歯科医学大会，日本歯科  
医学会，日本歯科医学会所属専門分科会，日本  
歯科医学会所属認定分科会，歯科大学，大学歯  
学部，大学歯学部同窓会（校友会），日本学校  
歯科医会，認定研修会（企業・スタディーグル  
ープ等）などである。研修方式は「受講研修」，  
「教材研修」，「能動的研修」，「特別研修」  
の4種類があり，それぞれ研修単位を設定でき  
る。「受講研修」は各種講習会，日歯生涯研修  
セミナー等の講師から講義を受ける方式の研  
修を指し，1研修につき1時間1単位である。「教  
材研修」は，日歯生涯研修ライブラリー等の視  
聴覚教材や日歯雑誌等の書籍のような教材を  
自分自身で学ぶ方式の研修を指し，1研修につ  
き1時間1単位である。「能動的研修」は，歯  
科医学大会での症例発表，歯科医学関係雑誌へ  
の学術論文の投稿等の主体的な活動を行う方  
式の研修を指し，1研修につき3単位である。  
「特別研修」は「特別研修会（学術大会・総会，  
学会，歯科医学大会，生涯研修セミナー等）」  
を指し，1特別研修会につき10単位である。生  
涯研修事業修了に必要な研修単位は，実施期間  
（2年間）で「受講研修」「教材研修」「能動  
的研修」の3研修方式による合計40単位以上の  
取得となっている。生涯研修事業認定に必要な  
研修単位は，実施期間（2年間）で「受講研修」  
「教材研修」「能動的研修」の3研修方式によ  
る合計40単位以上，且つ「特別研修」による  
10単位以上を取得し，条件①（日歯生涯研修  
ガイダンスの大項目（11項目）すべてに単位  
を取得した場合）または条件②（「3研修方式  
に対する一定基準（受講研修：24単位以上，  
教材研修：10単位以上，能動的研修：6単位以  
上）」を満たした場合）を満たした場合となっ  
ている（表2）。

・医師等の職種との業務に関する比較（異なる  
点はあるか）

医師，歯科医師の業務の異なる点に関し，医

師法にあって歯科医師法に規定されていない項目として下記の4点が挙げられる<sup>15)</sup>。

1. 死体検案書の交付
2. 出生証明書の交付
3. 異常死体届出義務
4. 処方箋交付の除外義務の適用としての覚せい剤投与

これらの業務は歯科医師が行うことができない。また、医師法、歯科医師法で異なる部分として、歯科医師法（医師法）「第三章の二 臨床研修」の第16条第2項に規定される臨床研修年限が歯科医師で1年である一方で、医師では2年となっている。

#### ○歯科医療機関(歯科医師以外の歯科医療関係職種も同様)

##### ・病院歯科

病院歯科に関する直接のデータはないが、一般病院における標榜する診療科目別施設数を歯科診療科目別にみると以下のとおりである<sup>11)</sup>。

歯科：1,084（全ての一般病院の14.3%）

歯科口腔外科：829（10.9%）

矯正歯科：138（1.8%）

小児歯科：136（1.8%）

##### ・歯科診療所数

歯科診療所：68,384施設（前年比+287施設）であり、そのうち有床：41施設、無床：68,343施設である<sup>11)</sup>。

##### ・歯科診療所を開設するための手続き

歯科診療所の開設は医療法で規定されており、開設者の医師・歯科医師の資格の有無によって手続きが異なる<sup>16)</sup>。開設者が医師、歯科医師の場合、開設後10日以内に都道府県知事へ届出する必要がある。一方、開設者が医師、歯科医師以外の場合、開設前に都道府県知事、市長、特別区長の許可を得る必要がある。

##### ・広告に関する規定

医業等に関する広告制限は医療法に規定されている<sup>17)</sup>。

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）抜粋 第六条の五

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない。

一 医師又は歯科医師である旨

二 診療科名

三 病院又は診療所の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項並びに病院又は診療所の管理者の氏名

四 診療日若しくは診療時間又は予約による診療の実施の有無

五 法令の規定に基づき一定の医療を担うものとして指定を受けた病院若しくは診療所又は医師若しくは歯科医師である場合には、その旨

六 入院設備の有無、第七条第二項に規定する病床の種別ごとの数、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の員数その他の当該病院又は診療所における施設、設備又は従業者に関する事項

七 当該病院又は診療所において診療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の氏名、年齢、性別、役職、略歴その他のこれらの者に関する事項であって医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの

八 患者又はその家族からの医療に関する相談に応ずるための措置、医療の安全を確保するための措置、個人情報の適正な取扱いを確保するための措置その他の当該病院又は診療所の管理又は運営に関する事項

九 紹介をすることができる他の病院若しくは診療所又はその他の保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者の名称、これらの者と当該病院又は診療所との間における施設、設備又は器具の共同利用の状況その他の当該病院又は診療所と保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する事

項

十 診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報の提供、前条第三項に規定する書面の交付その他の当該病院又は診療所における医療に関する情報の提供に関する事項

十一当該病院又は診療所において提供される医療の内容に関する事項（検査、手術その他の治療の方法については、医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるものに限る。）

十二当該病院又は診療所における患者の平均的な入院日数、平均的な外来患者又は入院患者の数その他の医療の提供の結果に関する事項であって医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの

十三その他前各号に掲げる事項に準ずるものとして厚生労働大臣が定める事項

・医師等の職種との施設数に関する比較（異なる点はあるか）

わが国における開設者別施設数の構成割合でみると、歯科診療所における個人歯科診療所の割合（83.5%）が、一般診療所における個人一般診療所の割合（47.6%）よりも高い<sup>11)</sup>。医療法人に関しては、歯科診療所では15.6%であるのに対して、一般診療所では36.0%であり、歯科診療所の方が割合として少ない。

## 5. 歯科医療の業務範囲

### ○歯科医師の業務範囲

歯科医師の業務範囲としてこれまで問題になったのは耳鼻咽喉科との境界領域であり、これまで議論がなされてきた<sup>18)</sup>。

### ○歯科衛生士の業務範囲

歯科衛生士の業務範囲において問題となるのが歯科診療の「補助」と歯科医行為である<sup>19)</sup>。日本歯科医学会に設置された「歯科衛生士業務に関わる検討会」の報告が最も新しく、絶対的歯科医行為と相対的歯科医行為の整理を行っ

ている。

## 6. 歯科医師の専門性

歯科医師の専門性資格名の数には現在5（団体数5）である<sup>20)</sup>。

口腔外科専門医	： 社団法人 日本口腔外科学会
歯周病専門医	： 特定非営利活動法人 日本歯周病学会
歯科麻酔専門医	： 一般社団法人 日本歯科麻酔学会
小児歯科専門医	： 一般社団法人 日本小児歯科学会
歯科放射線専門医	： 特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会

## 7. 行政の歯科医師

・行政にいる歯科医師、ポジション、人数等  
行政機関または保健衛生施設に従事する歯科医師数は年々増加傾向にあり、2010年末現在271名（行政機関：240名、保健衛生施設：31名）である<sup>10)</sup>。全体の構成割合は0.27%であり、1994年から0.23%-0.27%で推移している（表3）。

行政機関に従事する歯科医師数を性別で見ると、男性：163名（67.9%）、女性：77名（32.1%）で男性の方が多いが、男女別の歯科医師数の割合で見ると男性：0.20%、女性：0.36%であり、女性の方が割合は高い。年齢階級別内の行政機関に従事する歯科医師の割合をみると、40-49歳（0.30%）と50-59歳（0.36%）が他の年齢階級と比較して高い。年齢階級別に行政機関に従事する歯科医師の割合で見ると、40-49歳（30.8%）と50-59歳（40.4%）で70%を超えている（表4）。

行政機関に従事する歯科医師の勤務先は都道府県（都道府県庁、保健所）、保健所を設置する市（市役所、保健所、保健センター）、特別区（区役所、保健所）、市町村（市役所等、保健センター）によって異なり、勤務体系も常