

士、歯科助手は合わせて 17,902 人で全体の 58.4%を占める。歯科助手が歯科医療従事者の中では最も大きな集団であり、14,160 人が登録されている。

2006年の人口 10 万人当たりの歯科医師の数は 50.3 人、歯科療法士の数は 5.7 人、歯科衛生士の数は 3.3 人、口腔ケア療法士の数は 1.8 人、歯科補綴士の数は 4.4 人であった。

地域別にみると、人口 10 万人当たりの歯科医師の数は最も少ないタスマニア州で 35.1 人、最も多いオーストラリア首都準州で 65.4 人となっている。人口 10 万人当たりの歯科療法士の数は、最も少ないニューサウスウェールズ州で 3.3 人、最も多い西オーストラリア州で 13.9 人となっている（表 1）。

歯科医師の約 83%が主に私立（private）の歯科診療所で働いており、最も割合の高いオーストラリア首都準州では 97.2%、最も低いノーザン準州では 46.3%が私立診療所で働いている（表 2）。

診療領域別にみると、一般診療を行っている歯科医師が全体で 84.1%と最も多く、州毎にみると、南オーストラリア州の 78.1%が最も低く、タスマニア州の 89.5%が最も高かった。専門あるいは限定診療（restricted practice）を行っている歯科医師の割合は全体の 12.1%であった（表 3）。

出典：Oral health and dental care in Australia Key facts and figures 2011

3) 歯科専門医の種類

歯・顎顔面放射線専門医
口腔・顎顔面放射線専門医
歯科放射線専門医
歯内療法専門医
顎顔面口腔外科専門医
口腔診断専門医
口腔病理専門医

口腔外科専門医
矯正歯科専門医
小児歯科専門医
歯周病専門医
歯科補綴専門医
歯科公衆衛生専門医
特別歯科治療専門医
法医歯科専門医

参考資料：オーストラリアの専門医

専門医の 5 人に 4 人以上（82.2%）は男性で、専門医あるいは限定医として診療を行っている。その他の専門医は教育、管理・運営、研究などに携わっている。専門医の 5 分の 2 以上（38.5%）は歯科矯正医であり、15.3%が口腔・顎顔面外科医、12.3%が歯科補綴専門医、11.3%が歯周病専門医である（表 4）。

出典：Dental Board of Australia
AIHW DSRU Dental Labour Force
Collection, 2006

4) 歯科医師制度

(1) 歯科医師免許

オーストラリアで歯科医師免許を取得するには、オーストラリア、ニュージーランドまたはイギリスの歯科大学で 4 年または 5 年間の教育を受け Bachelor of Dental Surgery (B Dent) または Bachelor of Dental Science の学位を取得し、診療する州やテリトリーの歯科委員会（Dental Board）で登録を行わなければならない。

(2) 歯科医師免許更新制度

オーストラリアの歯科医師は、11 月 30 日までに免許の更新をすることが国の法律である医療従事者規律連邦法（Health Practitioner Regulation National Law Act）

で義務付けられている。歯科医師免許更新の管轄はオーストラリア歯科委員会 (Dental Board of Australia) が行っている。

3年ごとに最低60時間の生涯専門能力開発 (continuing professional development : CPD) を履修する。60時間のCPDのうち80%は臨床的または科学的なものでなくてはならない。

2010年7月1日より毎年の更新料は563ドルになっている。

① 臨床的または科学的な科目

直接歯科保健とかかわるものであり、感染対策、心肺蘇生法 (CPR)、患者診療録管理、歯科診療の技法、歯内療法、齲蝕治療、クラウン形成などが含まれる

② 非科学的な科目

間接的に歯科保健と関わるもの。診療管理、歯科における法的責任などが含まれる。

出典 : Dental Board of Australia

2. 歯科関係法律

以下の法律により歯科診療、歯科医療従事者、開業や広告について規制されている。

1) 政策

- (1) 歯科暫定方針－海外の口演者の登録
- (2) 歯科暫定方針－ボツリヌス毒
- (3) 歯科暫定方針－歯のホワイトニング
- (4) 歯科方針－コーンビーム CT

2) 規範とガイドライン

- (1) 歯科行為規範
- (2) 通知義務の歯科ガイドライン
- (3) 継続的専門能力開発の歯科ガイドライン
- (4) 歯科診療録の歯科ガイドライン
- (5) 感染防御対策の歯科ガイドライン
- (6) 広告の規制に関する歯科ガイドラ

イン

(7) 意識下鎮静法の診療領域に関する移行ガイドライン

(8) 監督に関する歯科ガイドライン

出典 : Dental Board of Australia

3. 歯科保健の状況

1) 歯科疾患の全国調査

(1) 全国小児口腔保健調査 (National Child Oral Health Survey : NCOHS)

1977年以降、NCOHSにより子どもの口腔保健データを集めている。NCOHSの目的はオーストラリアの小児の歯科疾患の実態を調査することである。調査対象となる学校は、それぞれの州と準州のカトリックの小学校、私立の小学校のリストから無作為に抽出される。抽出された小学校の中からさらに無作為に生徒が抽出され、歯科健診を受け、その保護者は質問票に答えることになる。2005年から2006年にかけての調査では、ほぼ全ての州と準州から4歳から15歳の子ども193,457人が抽出され調査が実施された。

(2) 全国成人歯科保健調査 (National Survey of Adult Oral Health : NSAOH)

2005年から2006年にかけて行われたNSAOHでは国民の代表的標本として、15歳から97歳までの国民の中から14,123人が抽出され、聞き取り調査が行われ、その中で実際に5,505人が歯科健診を受けた。これは、1987年から1988年にかけてオーストラリアで行われたNSAOHから17年ぶりに実施された全国調査である。NSAOHには、各州および準州の厚生局と共同調査しているオーストラリア集団健康研究センター (Australian Research Center for Population Health : ARCPOH) の研究者チームが携わっている。

2) 齲蝕の状況

(1) 子どもの齲蝕

2006年のNCOHSによると、乳歯または永久歯における子どもの齲蝕経験のある者（dmft+DMFT>0）の割合は5歳児で41.0%、8歳児では67.0%であった。

学校歯科サービス（School Dental Service）を受けている子どもの乳歯のdmftの平均は4歳児が1.94、6歳児は2.47、残存する乳歯数が少ない10歳児では1.24であった。4歳から6歳の子どもはそれよりも年長の子どもに比べ未治療歯率が高く、修復されている歯の数が最も多かったのは7歳児の1.45歯であった。

乳歯の齲蝕経験のある者（dmft>0）の割合は4歳～5歳児で約40%、6歳～8歳児では約60%まで増加し、10歳では約45%に減少した。

永久歯の齲蝕経験を示すDMFTは年齢と関連しており、5歳児では0.03、15歳児では2.01であった。12歳児のDMFTは1.24であった。DMFTのうち、5歳～8歳児では未治療歯が大部分を占めるのに対し、9歳以上の子どもでは処置歯が大部分を占めていた。

子どもの永久歯の齲蝕経験がある者（DMFT>0）の割合も年齢と関連しており、5歳児では1.4%、15歳児では58.0%に達していた。年齢と齲蝕罹患率の正の相関は年齢が高いほど歯が齲蝕のリスクにさらされている時間が長いことによるものである。

出典：National Child Oral Health Survey 2005-2006

(2) 成人の齲蝕

2004年から2006年のNSAOHによると、成人の平均DMFTは全体として年齢を追うごとに高くなっており、15歳から24歳の年齢階級では3.17、65歳以上では23.70であ

った。15歳から24歳では処置歯がDMFTの大部分を占めており、65歳以上では喪失歯がDMFTの大部分を占めていた。

男性は女性に比べ未処置歯が多く、女性は男性に比べ処置歯が多かった。男性の処置歯は7.24に対し、女性は8.14であった。

地域別にみると、内陸部に住む者のDMFTが最も高く14.75歯であった。全ての遠隔地域において処置歯がDMFTの大部分を占めていた。大都市では処置歯がDMFTの61.8%を占めていた。内陸部では齲蝕による平均喪失歯数が最も多かった。

保険に未加入の者では未処置歯と齲蝕による喪失歯数が多く、処置歯数は少ない傾向にあった。保険に加入している者はDMFTに対する処置歯の割合が高かった。

世帯主の収入とDMFTは関連しており、60,000ドルから80,000ドルの高い収入の世帯ではDMFTは低く、その中ではDMFTの値はほぼ一定である。齲蝕による喪失歯数は収入が最も低いグループで最大であり、収入が最も高いグループで最低であった。

未処置歯を有する者の割合は25歳から44歳の年齢階級で最も高く28.5%、65歳以上の年齢階級で最も低く21.8%であった。

未処置歯を有する者の割合は男性で28.2%であり、女性の22.7%よりも高かった。また、未処置歯を有する者の割合は遠隔地になるほど増加し、都市部では23.5%なのに対し、遠隔地では37.6%であった。また、保険の有無別にみると、保険未加入者では31.1%、加入者では19.4%が未処置歯を有していた。

全体として、世帯主の収入が高いほど、未処置歯を有する者の割合は少なかった。未処置歯を有する者の割合が最も高いのは、世帯主の年収が12,000ドルを下回る場合であり、年収が100,000ドルを上回る場合に、未処置歯を有する者の割合が最も低かった。

出典：2004-2006 National Survey of Adult

Oral Health

3) 歯周疾患の状況

2004年から2006年のNSAOHで、4mm以上のアタッチメントロスが存在する者と歯周病に罹患している者（4mm以上の深いポケットのある歯あるいはアタッチメントロスが3mm以上ある歯が少なくとも1歯以上ある者）は年齢によって異なっていた。アタッチメントロスが4mm以上の者は、15歳から24歳の年齢階級で10.5%、65歳以上の年齢階級で77.4%であった。歯周病に罹患しているものは15歳から24歳の年齢階級で2.7%なのに対し、65歳以上の年齢階級では53.4%に及んでいた。45歳から64歳の年齢階級で4mm以上の深いポケットを有する者の割合が最も高く25.4%であった。

歯周病の評価に用いられた3つの指標において、男性は女性に比べ歯周病への罹患率が高い傾向にあることが分かった。男女で最も大きく異なっていたのはアタッチメントロスが4mm以上の者の割合で、女性が38.3%なのに対して、男性で46.6%であり、その差は8.3%であった。

大都市に住んでいる者で4mm以上のアタッチメントロスを有する者は40.8%、歯周病に罹患している者は22.1%であり、どちらも低い値を示した。遠隔地に行くにしがたい、どちらの指標も割合が増加し、アタッチメントロスを4mm以上有する者の割合は55.5%、歯周病に罹患している者の割合は36.3%であった。内陸の過疎地域（regional area）で4mm以上の深いポケットを有する者が15.3%であったことを除いて、遠隔地に行くにしがたいその割合は増加していた。

また、保険の有無別にみると、歯周病に罹患している者は、保険加入者では19.4%であり、保険未加入者の27.0%に比べ低かった。

歯周病に罹患している者の割合は世帯主の収入が高いほど低かった。世帯主の年収が

12,000ドル以下の場合の罹患率が42.3%なのに対し、100,000ドル以上の場合では14.3%であった。4mm以上の深いポケットがある者や4mm以上のアタッチメントロスがある者の割合は世帯主の収入に反比例しており、収入が12,000ドルから20,000ドルの場合で罹患率が最も高く、収入が80,000ドルから100,000ドルの場合で罹患率が最も低かった。

出典：出典：2004-2006 National Survey of Adult Oral Health

4) 現在歯および喪失歯の状況

2010年の全国歯科電話聞き取り調査（National Dental Telephone Interview Survey：NDTIS）によると、15歳以上の無歯顎者の割合は5.2%であった。無歯顎者の男性での割合が4.1%に対し、女性は6.4%であり、男性の方が低かった。25歳から44歳の年齢階級で無歯顎者はほんの僅かであり、45歳から64歳の年齢階級では5.5%、65歳以上では21.1%であった。

15歳以上の有歯顎者で、義歯を使用している者の割合は13.2%であり、15歳から24歳の年齢階級では0.9%、65歳以上の年齢階級では47.4%であった。

平均喪失歯数は5.3であり、女性は5.7歯と男性の4.8歯より多い傾向にあった。年齢階級別にみると、15歳から24歳の年齢階級では2.2歯、65歳以上では11.9歯であった。

平均喪失歯数は世帯主の収入に反比例していた。世帯主の収入が最も低い群では6.7歯から10.3歯の間であり、収入が高い群で値が減少した。

全体として、何らかの歯科保険に加入している者は顕著に喪失歯数が低い傾向にあり、歯科保険の加入者の喪失歯数が4.7歯であるのに対し、未加入者は6.2歯であった。大都

市に住み歯科保険に加入している者の喪失歯数は4.4歯、大都市に住み歯科保険に加入していない者の喪失歯数は5.8歯と、大都市に住み歯科保険に加入している者は加入していない者に比べ喪失歯数が少なかった。

出典：National Dental Telephone Interview Survey, 2010

5) 歯科疾患の社会的影響について

2010年のNDTISでは、15歳以上の有歯顎者の15%が過去12か月の間に歯痛を経験したことがあると答えており、その割合は65歳以上の年齢階級で10.1%、25歳から44歳で17.1%であった。

15歳以上の成人の4分の1にあたる25%が過去12か月の間に何らかの不快感を歯に感じたとしており、15歳から24歳の年齢階級では18.7%、45歳から64歳の年齢階級では28.8%であった。45歳から64歳の有歯顎の成人の28.7%がそうした状況を懸念しており、15歳から24歳の有歯顎の成人では18.7%が懸念していた。64歳以上の無歯顎者で懸念している者は11.3%であり、25歳から44歳の無歯顎者では75.2%、45歳から64歳の無歯顎者では29.6%であった。

成人の約17%が歯に問題があることが原因で、特定の食物を食べることを避けており、そのような状態にある者は15歳から24歳の年齢階級では12.2%、45歳から64歳の年齢階級では20.9%であった。

有歯顎の成人で特定の食物を避けている者が16.5%なのに対して、無歯顎の成人は30.6%であった。15歳から24歳の有歯顎者で歯が原因で特定の食物を避けている者の割合は12.2%、45歳以上の2つの年齢階級ではそれぞれ19.7%、19.3%となっていた。

出典：National Dental Telephone Interview

Survey, 2010

6) 回避可能な入院 (Potentially Preventable Hospitalizations: PPHs)

2009年から2010年のオーストラリア病院統計 (Australian Hospitals Statistics) によると、歯科に関連するPPHsは60,251件であり、それは人口1,000人につき2.8人に相当する。地域別にみると、オーストラリア首都テリトリーでは1000人に対し1.8人、西オーストラリア州では3.6人であった。全体で見ると、歯科疾患によるPPHsの値は大都市で2.6と最も低く、遠隔な地域では3.7と最も高かった。

5歳から9歳の子どものPPHs件数は歯科に関連するものが最も多く12,291件であり、これは5歳から9歳の子ども1,000人当たり9件に当たる。次いで、0歳から4歳の7,681件であり、0歳から4歳の子ども1000人当たり5.3件になる。

出典：Australian Hospitals Statistics 2009-10

4. フッ化物の応用

1) 水道水フロリデーション

オーストラリアにおける初めての水道水へのフッ化物添加は1953年にタスマニアのビーコンズフィールドで始められた。ポートランド、ニル、ポートフェアリー、バーナワーサ、カニーバの地域では天然水に至適濃度のフッ化物が含まれている。

多くのオーストラリア人が30年から50年の間フッ化物が添加された水道水を使用している。メルボルンでは1977年から水道水へのフッ化物添加が行われている。

2010年現在、水道水へのフッ化物添加の割合は、ニューサウスウェールズ州94%、ビクトリア州90%、クイーンズランド州80%、

南オーストラリア州 90%、西オーストラリア州 92%、タスマニア州 83%、ノーザン準州 70%、オーストラリア首都準州 100%である (図 1)。

オーストラリア全体で約 90%の国民が至適濃度にフッ化物が添加された水道水を飲んでいることになる。

出典 : Department of Health, Victorian State Government

2) フッ化物局所塗布

2006 年の報告によると、歯科医院において来院 1 回あたりフッ化物溶液またはゲルを歯面塗布した回数は、12 歳から 17 歳の患者で最も多く、次いで 5 歳から 11 歳が多かった。また、ほとんどの年齢層においてフッ化物局所塗布数は経年的に増加する傾向にあった。特に 25 歳から 44 歳と 45 歳から 64 歳の年齢層においては、1993 年から 1994 年に比べ 2003 年から 2004 年では有意な増加が認められた。(図 2)

出典 : Practice activity patterns of dentists in Australia, 2006

3) フッ化物配合歯磨剤

オーストラリアでは 3 種類のフッ素濃度の歯磨剤が販売されている。子ども用の歯磨剤は 400-550ppm、一般的な歯磨剤は 1,000-1,500ppm、高濃度配合の歯磨剤では 5,000ppm のフッ素が入っている。

4) フッ化物補助製品

2006 年のフッ化物に関するガイドラインによると、オーストラリアにおいてフッ化物補助製品 (錠剤、溶液) は、フロリデーションに比べその効果がまちまちである、また学童前の子どもでは歯のフッ素症のリスクが

高まるなどの理由からその利用は勧められていない。

出典 : Guidelines for the use of fluorides in Australia, ARCPOH, 2006

5) ボトルウォーター

ボトルウォーターへの任意のフッ化物添加は 2009 年 7 月に立法化され、許可された。添加できるフッ化物の濃度はその地域の水道水のフッ化物濃度と同じでなくてはならず、0.6 ppm から 1ppm の間である。フッ化物が添加されたボトルウォーターには「フッ化物添加」と明記しなくてはならない。

出典 : Australasian Bottled Water Institute

5. アマルガムの使用状況

2006 年の報告によると、来院 1 回あたりのアマルガム修復治療数は患者の年齢が上がるにしたがい増加する傾向にあった。最もアマルガム修復が多い年齢層は、1993 年から 1994 年の調査と 1998 年から 1999 年の調査では 25 歳から 44 歳、2003 年から 2004 年の調査では 45 歳から 64 歳であった。アマルガム修復治療数はどの年齢層においても経年的に減少する傾向にあり、1993 年から 1994 年の調査と 2003 年から 2004 年調査との間にはすべての年齢階級において有意な減少がみられた (図 3)。

出典 : Practice activity patterns of dentists in Australia, 2006

6. 予防や健康増進のための方策

1) オーストラリア国民口腔保健計画 2004-2013 (Australian National Oral Health Plan 2004-2013)

2004 年にオーストラリア厚生局会議

(Australian Health Minister's Conference) によって採択され、全国口腔保健評議委員会 (National Advisory Committee on Oral Health) により実施されている。

この計画の目的は、口腔の健康を向上させるとともに歯科疾患を減少させ、オーストラリア国民全体の健康や福祉を改善することである。具体的には、すべてのオーストラリア国民が生涯を通じてできるだけ多くの歯を維持し、全身の健康の一部として良好な口腔の健康を保ち、手頃で質の高い歯科医療を受けられるようにすることである。

計画は4つの大きなテーマからなり、7つの活動分野が定められている。

(1) 4つのテーマ

- ・口腔の健康は全身の健康の統合された一部であるという認識
- ・健康増進、口腔疾患の予防と早期発見に注目した集団健康アプローチ (population health approach)
- ・適切で手頃なサービスへのアクセスー健康増進、予防、早期介入、治療
- ・口腔の健康を効果的に支持し推進するのに十分なそして適切に熟練した労働力および地域を作るための教育

(2) 7つの活動分野

- ・国民の口腔保健の促進
- ・子どもと青年
- ・高齢者
- ・低所得者と社会的弱者
- ・特別なニーズを持つ人々
- ・先住民 (アボリジニ) とトレス諸島の人々
- ・労働力開発

さらに、それぞれの活動分野において具体的な短期 (2年以内)、中期 (5年以内)、長期 (10年まで) の活動目標が定められている。

この計画をもとに各州で口腔保健活動を行っている。

参考資料 : Australia's National Oral Health Plan 2004 – 2013

D. 考察

オーストラリアの国民 10万人当たりの歯科医師数は州により異なるものの全体で 50.3人であり、2010年の日本の人口 10万人当たりの歯科医師数の 79.3人に比べ低い値であった。また、オーストラリアの歯科医師には日本の歯科医師と異なり歯科医師免許更新制度があり、3年ごとに既定の単位を履修しないと更新できない制度になっている。常に最新の歯科の知識や技術を得るためには必要な制度であろう。

オーストラリアの現在の歯科疾患の状況は、National Child Oral Health Survey (NCOHS) と National Survey of Adult Oral Health (NSAOH) で知ることができる。2005年から2006年のNCOHSによると6歳の子どもの dmft は 2.47、12歳の子どもの DMFT は 1.24 と、日本の平成 17年歯科疾患実態調査 (3.7、1.7) の結果と比べ低い水準にあることが分かる。歯周疾患に関しても、4mm以上のポケットがある者の割合は35歳から54歳の者で 23.9%、55歳から74歳の者で 23.7%といずれも日本人での罹患率 (35.6、54.9) に比べ、低かった。

齲蝕予防に関してオーストラリアが日本と異なる点はフロリデーションである。2010年のデータによるとオーストラリアの総人口の約 90%がフロリデーションされた水道水を飲んでいることになる。フロリデーションの恩恵を受けている者の割合は州や Territoryによって異なるものの、フロリデーションの全く行われていない日本と大きく違う点である。

日本の健康日本 21 のようにオーストラリアの国の歯科保健計画に Australian

National Oral Health Plan 2004-2013 がある。この計画は口腔の健康を向上させるとともに歯科疾患を減少させ、オーストラリア国民全体の健康や福祉を改善することを目的としている。計画は4つの大きなテーマからなり、7つの活動分野が定められている。さらに、それぞれの分野において具体的な活動目標が定められている。

E. 結論

オーストラリアの歯科疾患の状況においては齲蝕、歯周疾患ともにどの年齢層においても良好な状態にあり、特に齲蝕が少ないことはフロリデーションがオーストラリア全州で行われていることが影響していると考えられた。

国の歯科保健計画として、オーストラリア国民口腔保健計画 2004-2013 に具体的な歯科保健の目標が定められており、それに基づき歯科保健活動が行われている。

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 州別の人口10万人当たりの各歯科医療従事者数

業種	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT	全体
歯科医師	52.2	47.8	49.6	52.0	52.7	35.1	65.4	37.3	50.3
歯科療法士	3.3	3.8	6.0	13.9	7.7	11.4	5.7	11.0	5.7
歯科衛生士	2.2	2.3	1.8	6.6	9.8	1.0	11.3	—	3.3
口腔ケア療法士	0.6	0.8	5.6	1.8	1.7	—	—	—	1.8
歯科補綴士	5.0	5.0	3.5	4.2	2.0	9.0	4.2	—	4.4

表2 州別の歯科医師の診療形態

	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT	全体
私立	2,998	2,063	1,621	899	657	155	212	36	8,639
公立	501	356	401	166	165	17	7	36	1,647
その他	63	30	7	6	5	—	—	7	118
合計	3,561	2,449	2,028	1,071	826	172	218	78	10,404

表3 州別の歯科医師の診療領域

診療領域	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT	全体
一般	3,071	2,023	1,715	888	645	154	185	67	8,747
専門	362	308	223	121	95	16	31	4	1,161
限定	—	26	21	21	17	2	2	4	93
管理・運営	22	17	23	7	8	—	—	—	77
教育	52	41	31	24	42	—	—	—	191
研究	12	11	1	—	8	—	—	—	31
その他	42	23	14	9	11	—	—	4	102
合計	3,561	2,449	2,028	1,071	826	172	218	78	10,404

表 4 専門分野別歯科専門医の人数

	診療領域				全体
	専門診療	限定診療	教育	その他	
性別					
男	961	73	44	60	1,139
女	200	20	9	18	247
専門分野					
矯正歯科	505	15	8	4	533
歯周病	131	8	9	4	153
歯科補綴	133	14	9	15	171
口腔病理	8	0	1	1	11
口腔顎顔面外科	173	15	8	17	212
歯内療法	105	9	1	6	121
小児歯科	73	21	6	4	103
歯・顎顔面放射線	8	0	0	0	8
その他	24	11	9	29	73
合計	1,161	93	52	79	1,386

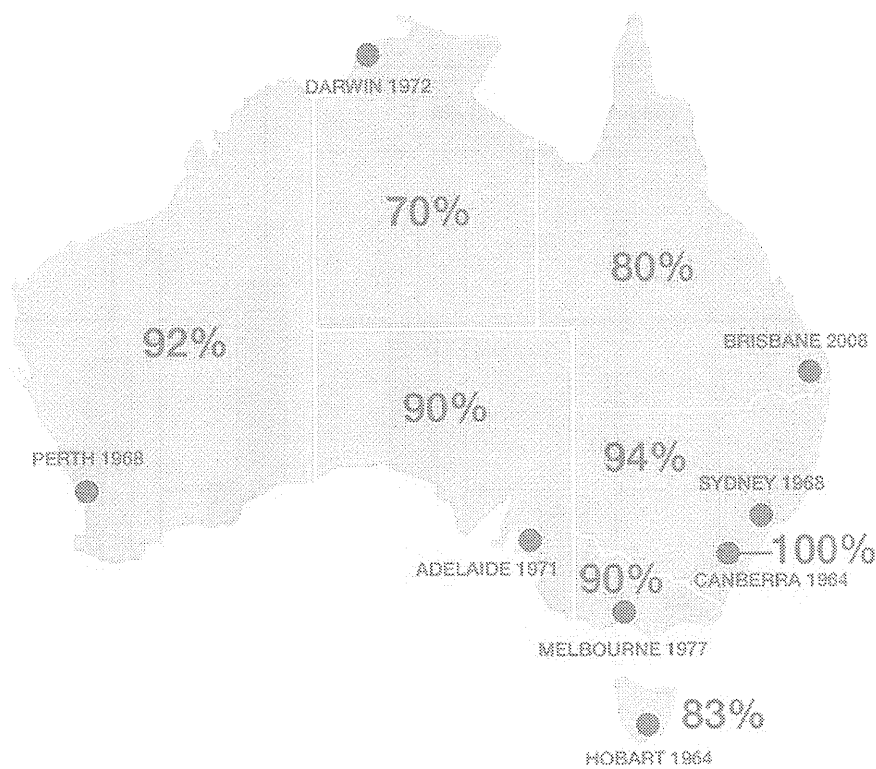


図 1 オーストラリアのフロリデーションの割合

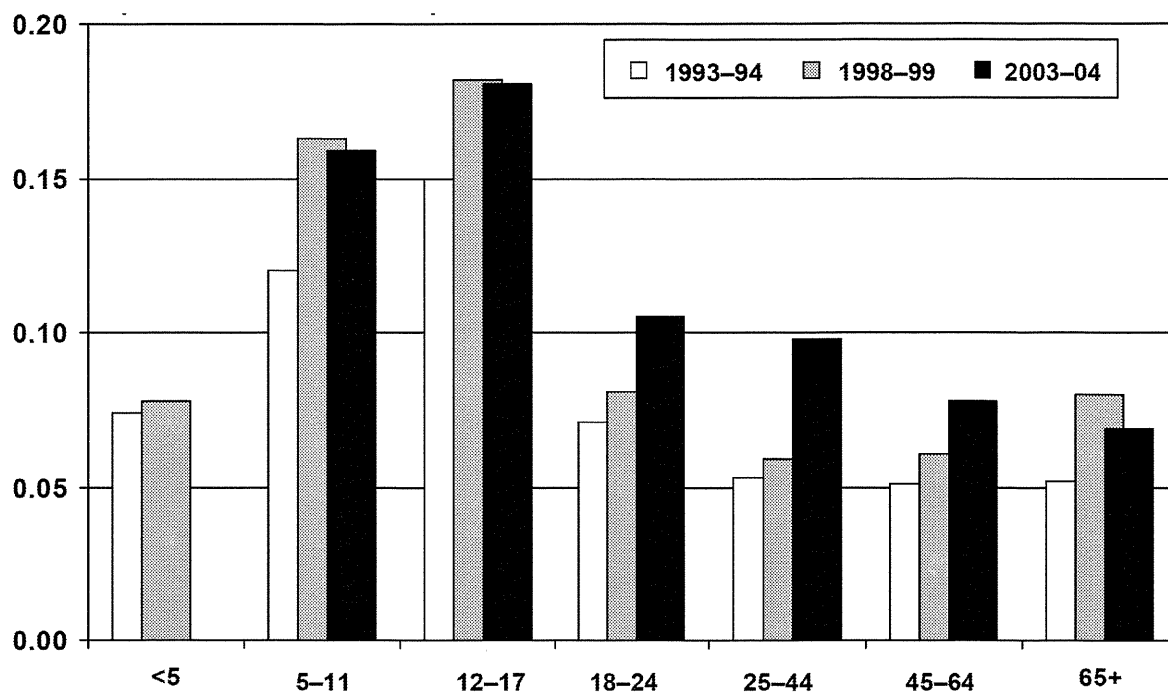


図2 来院1回あたりのフッ化物局所塗布数

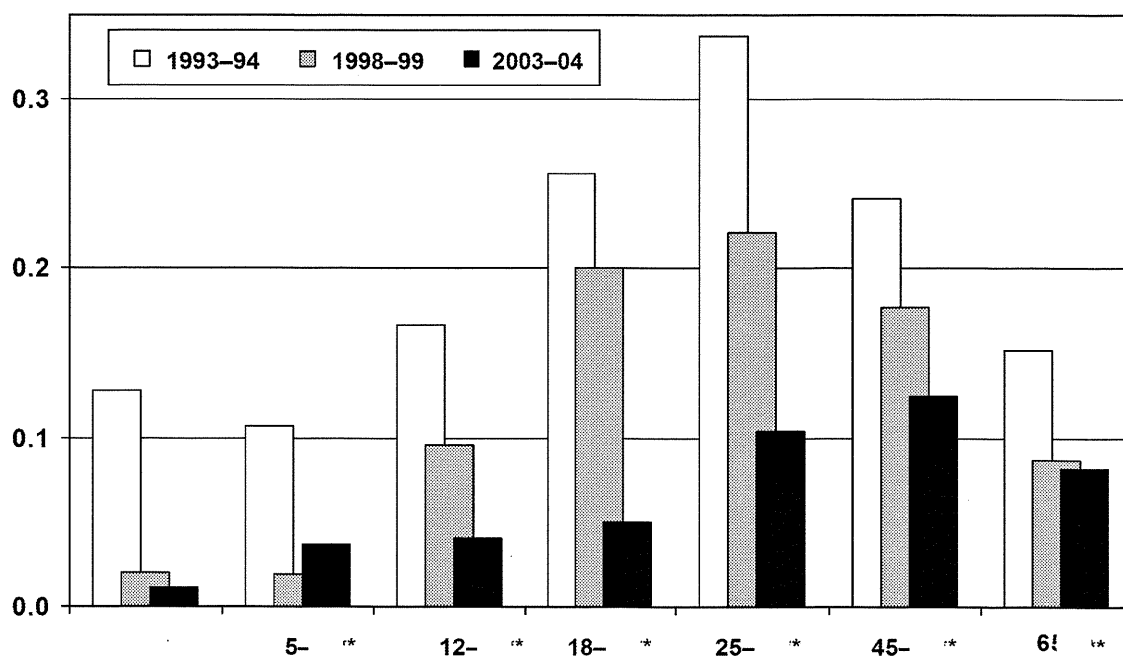


図3 来院1回あたりのアマルガム修復治療数

オーストラリアの国の口腔保健計画 2004 – 2013 年の活動目標
Australia's National Oral Health Plan

活動領域 1 : 国民の口腔保健の促進	期間
1.1 健康政策と医療制度改革の議案作成の際、口腔保健を全身の健康にとって不可欠なものとして考慮する。	短期
1.2 オーストラリア国内で1,000人以上の人口がいる地域にフッリデーション水を供給する。	短期
1.3 10年ごとに National Adult Oral Health Survey と National Children's Oral Health Survey を実施する。	短期
1.4 根拠に基づく健康推進メッセージ確立のための第一歩として、フッ化物とその他の予防製品の自由裁量の情報源利用について合意会議を行う。	短期
1.5 オーストラリアの口腔保健政策、診療、研究、情報源および根拠の収集と普及の中心となる口腔保健推進データベースと情報交換の場を作る。	中期
1.6 すべての地域において高度の、受療可能な、そして手頃な歯科医療を提供する際に、全歯科チーム（一般および専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、補綴専門医、歯科助手）の技能の最大限の利用に対して州 / 準州の歯科法令、規則、診療規約が、障壁とならないよう保証する。	中期
1.7 確かな根拠のある予防歯科的処置を支える歯科治療に対して払戻しを行う機会を医療保険業界と探究する。	中期
1.8 口腔保健と口腔保健の推進モジュールを保健活動や地域奉仕を行う開業医と教師のトレーニングに含める。	中期
1.9 健康推進計画において口腔保健が政府（地方、州、準州、国）のすべてのレベルで考慮され、実行のための適切な資源、地方のリーダーシップ、そして指定の責任によって支持されることを保証する。	中期
1.10 口腔保健、疾患、そしてそれらの決定要因に関する情報を提供するために、成人と子どもの定期的な地域調査を行う。	中期
以下も参照： 2.3 口腔保健を推進するために、スポーツやレクリエーション（例えばマウスガード、紫外線防御対策（SunSmart）、アルコール対策、栄養）において既存の健康促進や共通リスクアプローチと連携し、それに基づき構築する。	中期
1.11 以下のような口腔保健部門と協力し、口腔保健と口腔保健推進において地域や保健のための労働力を構築する ・保健、地域サービス、教育に関する政策担当者 ・人に対してサービスを提供する者およびその関係者 ・教師 ・特定の恵まれない集団を代表する組織	長期

活動領域 2 : 子どもと思春期の若者	期間
<p>2.1 以下のことに簡単な口腔保健リスク調査と予防的口腔衛生アドバイスを含める：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母子保健の看護師による所定の検査 ・リスクが高いと考えられる小児や家族に対する既存の家庭訪問プログラムもしそうしたプログラムが存在しない場合は新しくプログラムを作る。 	短期
<p>2.2 子どもや思春期の若者に対し、定期的で適時な健康診断と予防に重点を置いた歯科保健指導を提供するための学校歯科サービス (school dental services) の継続および拡大を保証する。</p>	短期
<p>2.3 口腔保健を推進するために、スポーツやレクリエーション (例えば マウスガード、紫外線防御対策 (SunSmart)、アルコール対策、栄養) において既存の健康促進や共通リスクアプローチと連携し、それに基づき構築する。</p>	中期
<p>2.4 子どもの口腔保健に有害な食品と飲物の促進と広告を制限するために政府、企業、メディアと共に活動する。</p>	中期
<p>以下も参照：</p> <p>1.6 すべての地域において高度の、受療可能な、そして手頃な歯科医療を提供する際に、全歯科チーム (一般および専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、補綴専門医、歯科助手) の技能の最大限の利用に対して州 / 準州の歯科法令、規則、診療規約が、障壁とならないよう保証する。</p> <p>1.8 口腔保健と口腔保健の推進モジュールを保健活動や地域奉仕を行う開業医と教師のトレーニングに含める。</p>	中期
<p>2.5 育児所、幼稚園、小・中・高等学校において口腔保健を育て促進する環境 (例：カリキュラム、食堂、親等を通して) を作るための取組を支持する。</p>	長期
<p>以下も参照：</p> <p>1.11 以下のような口腔保健部門と協力し、口腔保健と口腔保健推進において地域や保健のための労働力を構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健、地域サービス、教育に関する政策担当者 ・人に対してサービスを提供する者およびその関係者 ・教師 ・特定の恵まれない集団を代表する組織 <p>7.10 口腔保健従事者が以下の者たちに対して取り組む能力を築けるように学部教育と卒後教育プログラムをより一層発展させる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・0 から 5 歳の子ども ・高齢者 ・特別なニーズを持つ者 ・多様な文化を持つ者 	長期

活動領域 3：高齢者	期間
3.1 歯科疾患を持つ者あるいはリスクを持つ者を同定するために、地域で高齢者に対して行われている既存の調査方法（例：家庭や地域でのケア、高齢者ケア査定サービス）に改善されたアンケートによる口腔保健調査を含める。	短期
3.2 口腔疾患へのリスクが高いとみなされる地域の高齢者に対して、彼らが自宅でできるように補助するケアプログラムに口腔衛生を維持できるような援助を含める。	短期
3.3 高齢者療養施設に入居する際、あるいは定期的に、口腔保健専門家により、口腔のスクリーニングが行われることを保証する。	短期
3.4 高齢者療養施設のすべての者に対する全体的なケアプランの一部として簡単で実用的な口腔保健ケアプランの開発を要求する。	短期
3.5 高齢者療養施設が口腔清掃の維持と必要に応じた適時な歯科治療を含む全体的なケアプランの口腔保健部門を実践する柔軟性を持てるよう支援を保証する。	短期
3.6 自宅や高齢者療養施設で公的および私的な口腔保健提供者が治療できるように手頃でポータブルの歯科機器が利用できるようにする。	短期
3.7 フロリデーション水の供給を含め、口腔保健が高齢者の栄養計画やプログラムの開発において考慮されるように保証する。	短期
3.8 虚弱な高齢者が歯科診療所に通うことができるように手頃で適切な移動法を確立する。	短期
以下も参照： 4.1 地域開発手法を用いて、地方や遠隔地の人々、ホームレス、福祉施設や更正施設の人々、低所得者とその家族、恵まれない青少年と高齢者、アボリジニーとトレス諸島民、英語を母国語としない人々等を含む社会経済的に恵まれない集団をターゲットとした健康推進および予防プログラムを開発し実行する。	短期
3.9 所定規模の高齢者療養施設に口腔保健サービスを含む簡単な主要保健サービス提供のための小規模の専門領域を確保する。	中期

<p>以下も参照：</p> <p>1.6 すべての地域において高度の、受療可能な、そして手頃な歯科医療を提供する際に、全歯科チーム（一般および専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、補綴専門医、歯科助手）の技能の最大限の利用に対して州 / 準州の歯科法令、規則、診療規約が、障壁とならないよう保証する。</p> <p>1.8 口腔保健と口腔保健の推進モジュールを保健活動や地域奉仕を行う開業医と教師のトレーニングに含める。</p> <p>4.2 地域に住む優待券保有者が口腔保健サービスの最低限必要な基準を満たす予防に重点を置いた歯科のケアを適時受けられるようにするために公的口腔保健サービスの資金を増やす。</p> <p>4.3 優待券保有者に適時歯科のケアを提供できるようなより効率的なモデルを探索するためにすべての口腔保健チーム（一般そして専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、歯科補綴士、歯科助手）の力を合わせ、いくつかのプログラムを試みる。</p>	<p>中期</p>
<p>1.11 以下のような口腔保健部門と協力し、口腔保健と口腔保健推進において地域や保健のための労働力を構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健、地域サービス、教育に関する政策担当者 ・人に対してサービスを提供する者およびその関係者 ・教師 ・特定の恵まれない集団を代表する組織 <p>7.10 口腔保健従事者が以下の者たちに対して取り組む能力を築けるように学部教育と卒後教育プログラムをより一層発展させる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・0 から 5 歳の子ども ・高齢者 ・特別なニーズを持つ者 ・多様な文化を持つ者 	<p>長期</p>
<p>活動領域 4：</p>	
<p>4.1 地域開発手法を用いて、地方や遠隔地の人々、ホームレス、福祉施設や更正施設の人々、低所得者とその家族、恵まれない青少年と高齢者、アボリジニーとトレス諸島民、英語を母国語としない人々などを含む社会経済的に恵まれない集団をターゲットとした健康推進および予防プログラムを開発し実行する。</p>	<p>短期</p>
<p>4.2 地域に住む優待券保有者が口腔保健サービスの最低限必要な基準を満たす予防に重点を置いた歯科のケアを適時受けられるようにするために公共口腔保健サービスの資金を増やす。</p>	<p>中期</p>

<p>4.3 優待券保有者に適時歯科のケアを提供できるようなより効率的なモデルを探索するためにすべての口腔保健チーム（一般そして専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、歯科補綴士、歯科助手）の力を合わせ、いくつかのプログラムを試みる。</p>	<p>中期</p>
<p>以下も参照： 1.6 すべての地域において高度の、受療可能な、そして手頃な歯科医療を提供する際に、全歯科チーム（一般および専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、補綴専門医、歯科助手）の技能の最大限の利用に対して州 / 準州の歯科法令、規則、診療規約が、障壁とならないよう保証する。</p>	<p>中期</p>
<p>1.11 以下のような口腔保健部門と協力し、口腔保健と口腔保健推進において地域や健康のための労働力を構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健、地域サービス、教育に関する政策担当者 ・人に対してサービスを提供する者およびその関係者 ・教師 ・特定の恵まれない集団を代表する組織 	<p>長期</p>
<p>活動領域 5：特別なニーズを持つ人々 (例：知的あるいは身体的に障害を持つ者、あるいは口腔保健問題のリスクを高める、あるいは口腔保健ケアが複雑となる医学的あるいは精神的状態にある者)</p>	<p>期間</p>
<p>5.1 特別なニーズを持つ人を最初に保健サービスを訪れた際に見極め、口腔保健サービスを円滑に行えるような制度を開発し実行する。</p>	<p>短期</p>
<p>5.2 特別なニーズを持つ人に対しての最初の対応、検査、症例計画過程やサービス系統における継続的なケアを保証する適切な依頼経路と制度に適切な口腔保健指標を含める。</p>	<p>中期</p>
<p>以下も参照： 1.6 すべての地域において高度の、受療可能な、そして手頃な歯科医療を提供する際に、全歯科チーム（一般および専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、補綴専門医、歯科助手）の技能の最大限の利用に対して州 / 準州の歯科法令、規則、診療規約が、障壁とならないよう保証する。 1.8 口腔保健と口腔保健の推進モジュールを保健活動や地域奉仕を行う開業医と教師のトレーニングに含める。</p>	<p>中期</p>
<p>5.3 以下のような必要に応じた対応策を取る：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定の集団に対する優先的な対応 ・学校歯科サービス後の継続的なケアの提供のために特別なニーズを持つ青少年者の積極的な特定と経過の把握 	<p>長期</p>

<p>以下も参照：</p> <p>1.11 以下のような口腔保健部門と協力し、口腔保健と口腔保健推進において地域や健康のための労働力を構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健、地域サービス、教育に関する政策担当者 ・人に対してサービスを提供する者およびその関係者 ・教師 ・特定の恵まれない集団を代表する組織 <p>7.10 口腔保健従事者が以下の者たちに対して取り組む能力を築けるように学部教育と卒後教育プログラムをより一層発展させる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・0から5歳の子ども ・高齢者 ・特別なニーズを持つ者 ・多様な文化を持つ者 	長期
	期間
<p>活動領域 6：アボリジニーとトレス諸島民</p> <p>National Aboriginal and Torres Strait Islander Oral Health Action Plan (Commonwealth Department of Health and Ageing 2003)を実行する。</p> <p>さらに次のような活動を含む：</p>	
<p>6.1 メディケアに口腔内診査を含むアボリジニーとトレス諸島民のための2年ごとの成人の健康査定を含むという提案を支援する。</p>	短期
<p>6.2 文化的に適切で利用可能な口腔保健サービスを以下のことを通して提供する：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域レベルでの先住民に特化したサービスと主流の保健サービスの間の提携 ・患者支援のための移動手段の提供 ・文化的に適切なサービスを提供する主流の歯科サービスの割合を増やす。 	短期
<p>以下も参照：</p> <p>1.2 オーストラリア国内の1,000人以上の人口がいる地域にフロリデーション水を供給する。</p> <p>7.4 人材育成の強化、進路開発の改善、そしてより高い給与水準を通して歯科公衆衛生サービスの口腔保健専門家の求人と確保を改善する</p> <p>7.8 アボリジニーとトレス諸島民の口腔保健の学生の募集を増やすために、専用の学生枠と奨学金を含めたプログラムを開発し実行する。</p>	短期
<p>6.3 以下のことによりアボリジニーとトレス諸島民のための口腔保健推進活動を増やす：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アボリジニーとトレス諸島民を対象とした、単一のまたは他の健康推進活動（例：糖尿病、心臓血管病、タバコとアルコール制御、栄養）の一部としての戦略を開発する。 	中期

<ul style="list-style-type: none"> ・口腔清掃製品（歯ブラシ、歯磨剤、フロス）が手に入りやすいように改善する。 ・栄養のある手頃な食品が手に入りやすいように改善する。 	
<p>6.4 特にプライマリヘルスケアにおいて、保健制度や保健サービスの中に口腔保健が統合されるように以下の方法で促進する：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康な人のための健康診断ガイドラインの中への口腔保健の包含、および慢性疾患を持つ人のための定期健診制度 ・口腔保健のアボリジニーとトレス諸島民関連の健康政策への統合 	中期
<p>6.5 以下の方法でアボリジニーとトレス諸島民の口腔保健情報の収集と質を改善する：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全国先住民口腔保健データセット協定の開発 ・既存の口腔保健データの収集 ・口腔保健データの定期的で標準化された収集および普及 	中期
<p>6.6 National Aboriginal and Torres Strait Islander Workforce National Strategic Framework の一環として、アボリジニーとトレス諸島民の口腔保健改善のために利用できる口腔保健労働力を以下の方法で増やす：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アボリジニーとトレス諸島民の学生への奨学金の支給を含め、口腔保健専門分野で働くアボリジニーとトレス諸島民数を増やす ・アボリジニーとトレス諸島民の保健従事者の役割を明確化し、口腔保健労働力の重要な構成員であることを認識する ・アボリジニーとトレス諸島民の健康に寄与する口腔保健労働力の役割と必要性を説く ・アボリジニーとトレス諸島民の主要保健サービスで働く口腔保健スタッフのためのトレーニング、求人、確保のための方策を改善する ・歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士の役割を拡大する 	長期
活動領域 7：労働力開発	期間
<p>7.1 以下の方法により海外で教育を受けた歯科医の供給を増やす：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自動的に海外で教育を受けた歯科医の登録を可能にする現存の資格を維持する。 ・イギリスの一般歯科評議会（GDC）で以前に認定された歯科大学で教育を受けた歯科医師の受け入れを簡素化する。 ・オーストラリア歯科評議会（ADC）による予備試験を歯科医師が受けることを免除する海外での歯科資格の範囲を再検討する。 ・海外で教育を受けた口腔保健専門家のための登録の教育幅を拡大する。 ・海外で教育を受けた口腔保健専門家のための既存の移民取り決めの柔軟性に関して志願者、雇用者、州の保健課に与える情報を改善する。 	短期
<p>7.2 現状の歯科サービスへのアクセスを維持し、労働力自足を達成するため</p>	短期

に、オーストラリアの歯科大学での学生枠を増やすことにより、1年に少なくとも150人の卒業生によって新しいオーストラリアで教育を受けた口腔保健専門家の供給を増加させる。	
7.3 Healthy Mouths Healthy Lives に述べられているさらなる口腔保健サービスのニーズに応えるため、口腔保健専門の学生数を増やす。	短期
7.4 人材育成の強化、進路開発の改善、そしてより高い給与水準を通して歯科公衆衛生サービスの口腔保健専門家の求人と確保を改善する	短期
7.5 地方や遠隔地の学生のための専用の学生枠、地方のための奨学金、人材育成の強化、専門的なサポート、地域でのローテーションや奨励 (incentive) によって地方や遠隔地の口腔保健専門家の求人と確保を改善する	短期
7.6 高水準の歯科医療維持のための全国的なアプローチを保証するために、オーストラリアの歯科評議会の代表の役割を認識し、支持する。	短期
7.7 民間部門から熟練した医療者を引き付け、確保するために国際的に競争力があり十分なレベルまで高等教育機関の口腔保健学問の報酬を上げる。	短期
7.8 アボリジニーとトレス諸島民の口腔保健の学生の募集を増やすために、専用の学生枠と奨学金を含めたプログラムを開発し実行する。	中期
7.9 口腔保健医療者のトレーニングの全コストをより反映するレベルにおける歯科大学やその他の口腔保健トレーニングプログラムに資金を供給する。	中期
以下も参照： 1.6 すべての地域において高度の、受療可能な、そして手頃な歯科診療を提供する際に、全歯科チーム（一般および専門歯科医、歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士、補綴専門医と歯科助手）の技能の最大限の利用に対して州 / 準州の歯科法令、規則、診療規約が、障壁とならないよう保証する。 1.8 口腔保健と口腔保健の推進モジュールを保健活動や地域奉仕を行う開業医と教師のトレーニングに含める。	中期
7.10 口腔保健従事者が以下の者たちに対して取り組む能力を築けるように学部教育と卒後教育プログラムをより一層発展させる。 ・0から5歳の子ども ・高齢者 ・特別なニーズを持つ者 ・多様な文化を持つ者	長期
7.11 以下のような口腔保健部門との協同によって口腔保健と口腔保健推進における地域や保健労働能力を作る： ・健康、地域サービス、および教育での政策担当者 ・その他の社会福祉サービス提供者との関係者 ・教師	長期
7.12 公的部門の口腔保健提供者が広範囲のサービスを提供できるように、	長期

<p>州・準州の公的歯科サービスによって、全額返却の前提で歯科のケアを一般地域に提供できるように探究する。</p>	
<p>以下も参照：</p> <p>6.6 National Aboriginal and Torres Strait Islander Workforce National Strategic Framework の一環として、アボリジニーとトレス諸島民の口腔保健改善のために利用できる口腔保健労働力を以下の方法で増やす：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アボリジニーとトレス諸島民の学生への奨学金の支給を含め、口腔保健専門分野で働くアボリジニーとトレス諸島民数を増やす ・アボリジニーとトレス諸島民の保健従事者の役割を明確化し、口腔保健労働力の重要な構成員であることを認識する ・アボリジニーとトレス諸島民の健康に寄付する口腔保健労働力の役割と必要性を説く ・アボリジニーとトレス諸島民の主要保健サービスで働く口腔保健スタッフのためのトレーニング、求人、保有のための方策を改善する ・歯科療法士、歯科衛生士、口腔保健療法士の役割を拡大する 	<p>長期</p>