

201315006A

平成 25 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 25 年度 総括・分担研究報告書

平成 26 (2014) 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 25 年度 総括・分担研究報告書

平成 26(2014)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. 日本に関する調査研究

1. 我が国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの整理（平成25年度版）	11
平田幸夫 山本龍生 湊田慎也	
2. 日本の歯科保健医療の提供体制を海外に紹介するための情報整理に関する研究（平成25年度版）	23
資料「Basic Data on Dental Health, Treatment and Education in Japan」 平田幸夫 山本龍生 湊田慎也	
3. 我が国における介護保険制度に関する調査	31
福泉隆喜 日高勝美 山口撰崇 永井佑弥 日野聖慧	
4. 日本人の出産回数と歯の状況に関する研究	39
植野正之 川口陽子	
5. 日本における健康格差と「健康の社会的決定要因」～シンポジウム参加報告～	49
大貫茉莉 大城暁子 古川清香 植野正之 川口陽子	

B. 海外に関する調査研究

1. シンガポールの歯科医療従事者に関する養成、登録、更新制度	53
古川清香 大城暁子 川口陽子	
2. アジア諸国におけるう蝕予防に関する調査	59
資料「Caries Control throughout life in Asia」の翻訳 大城暁子 竹原祥子 川口陽子	

3.	ヨーロッパ連合 (EU) 加盟国の歯科保健医療制度に関する調査	161
	資料「EU manual of dental practice」の翻訳 竹原祥子 川口陽子	
4.	北欧諸国における歯科保健医療に関する評価指標に関する調査	255
	大城暁子 長岡玲香 竹原祥子 川口陽子	
5.	フランスにおける歯科医師生涯研修に関する調査	267
	森尾郁子	
6.	口腔の健康格差解消のための国際的研究課題 (IADR-GOHIRA) に関する調査	275
	資料「Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA)」の翻訳 竹原祥子 川口陽子	
C.	公開シンポジウム (平成 26 年 3 月 11 日) 「歯科保健医療制度の国際比較」～日本が海外から学ぶこと、海外に伝えること～	285
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	361
IV.	研究成果の刊行物・別刷	363

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

日本および海外諸国を対象として、歯科保健医療に関するさまざまな情報を収集し、その内容について比較検討を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

日本の歯科保健医療制度の特徴として、開業医が歯科治療だけでなく公衆衛生事業も担当していること、国民皆保険であり、ほとんど全ての歯科治療を含む公的医療保険制度を有していることが挙げられる。また、我が国では法律に基づいて、ライフステージ別のさまざまな歯科保健事業を全国レベルで実施しているが、このようなプログラムを有する国は多くない。歯科保健調査や研究に関しては、国際的な共通指標の使用や国際ガイドラインを参考に推進していくことが必要と考えられた。さらに、日本の歯科保健医療制度、公的医療保険制度、歯科保健状況の調査手法などは、海外と比べて優れた点が多いので、英語で海外に積極的に情報発信・情報公開していくことが必要と思われた。一方、海外調査の結果、歯科医師免許の更新制度や生涯研修制度を義務化している国が非常に多いことが判明し、医療の質の確保や国際標準化の視点から我が国においても今後検討していくことが重要と考えられた。

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
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

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

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連しており、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

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25年度の本研究では、日本に関しては我が国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの最新情報をまとめ、海外への情報発信に向けて、その内容を英訳した。また、介護保険制度に関する情報の概要をまとめた。さらに日本における疫学調査のデータをもとに、出産回数と歯の状況との関連を調査し、シンポジウムに参加して、日本における健康格差と社会的要因についての情報をまとめた。

海外諸国に関しては、シンガポールの医療従事者に関する情報をまとめ、北欧諸国で使用されている歯科保健医療の評価指標を用いて日本と北欧を比較し、さらに、フランスの生涯研修制度について調査した。また、アジア諸国のう蝕予防に関する調査、ヨーロッパ連合（EU）加盟国の歯科保健医療制度に関する調査を行った。また、国際歯科研究学会（IADR）が発表した、口腔の健康格差解消のための国際的研究課題について調査を行った。

以上の調査から得られた日本と海外諸国の歯科調査結果をもとに、シンポジウム「歯科保健医療制度の国際比較」を開催して、日本が海

外から学ぶこと、海外に伝えることを検討した。

B. 研究方法

I. 日本に関する調査研究

I-1 我が国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの整理（平成25年度版）

各項目について、以下から情報を入手してまとめた。

1. 歯科医療費の状況：厚生労働省HP
2. 歯周病有病状況の動向：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・健康増進事業報告結果
4. 医療・歯科医療の基礎データ：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HPおよび文献
5. 歯科医療の業務範囲：日本耳鼻咽喉科学会HP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HP
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 日本の歯科保健医療の提供体制を海外に紹介するための情報整理に関する研究（平成25年度版）

I-1の研究で得られたわが国の歯科保健医療提供体制に関する最新の基礎データを英訳して、今後、海外発信できるようにまとめた。

I-3 介護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、我が国における社会保険制度のひとつである介護保険の制度概要をとりまとめた。具体的には、介護保険制度の制度概要、保険給付のための事前手続き、保険給付と介護報酬、費用負担の仕組み、口腔

関連介護サービス、今後の課題について精査した。

I-4 出産回数と歯の状況について

多目的コホート研究のデータを用いて、1990年のベースライン調査と2005年の歯科調査の両方に参加した1,211名(男性562名、女性649名)を対象として分析を行った。女性の場合は出産回数を、男性の場合は子どもの数をそれぞれ0人、1人、2人、3人、4人以上の5つのカテゴリーに分類した。また、口腔内診査の結果から、現在歯数、未処置歯数、処置歯数、機能歯ユニット(n-FTU: Functional Tooth Unit)を算出し、関連について分析を行った。多変量解析の際は、年齢、学歴、甘いお菓子・飲み物の摂取頻度、かかりつけ歯科医の有無、喫煙状況、口腔衛生状態などの交絡因子を統計学的に調整した。

I-5 日本における健康格差と「健康の社会的決定要因」～シンポジウム参加報告～

2013年12月に開催されたシンポジウム「日本における健康格差と『健康の社会的決定要因』—社会疫学研究の到達点と課題—」に参加し、健康格差と「健康の社会的要因」について情報を入手し、その内容をまとめた。

II. 海外に関する調査研究

II-1 シンガポールの歯科医療従事者に関する養成、登録、更新制度

シンガポール保健省、シンガポール健康増進局、シンガポール歯科医師会、シンガポール大学、Nanyang Polytechnic(歯科専門学校)のホームページから歯科保健医療従事者に関する資料を入手した。また、シンガポールを訪問し、新たな口腔保健関連資料の入手、日本で得た情報の確認、口腔保健活動の現場視察を行い、歯科関係者との討議を行い、その内容をまとめた。

II-2 アジア諸国におけるう蝕予防に関する

調査

2013年11月にWHO、FDI、IADRの協力のもとに、タイ・クラブにおいて国際会議“Caries Control throughout life in Asia”が開催された。この会議での配布資料および出席国の歯科関係者の講演資料や聞き取りなどをもとに情報収集を行った。また、参加国のうちシンガポール、タイ、ベトナム、マレーシア、インドネシア、ミャンマー、フィリピン、カンボジア、インド、ブータン、韓国、中国、台湾、香港のう蝕予防に関連する情報を日本語に翻訳した。

II-3 ヨーロッパ連合(EU)加盟国の歯科保健医療制度に関する調査

ヨーロッパ歯科審議会(Council of European Dentists)が作成した「EU Manual of Dental Practice(2009年11月改訂)」には、EU加盟国全体の概要の説明および国別の資料が掲載されている。その内容の一部を日本語に翻訳し、日本と比較して検討を行った。翻訳した国は、チェコ共和国(Czech Republic)、ドイツ(Germany)、デンマーク(Denmark)、フランス(France)、スウェーデン(Sweden)、英国(United Kingdom)の6カ国である。

II-4 北欧諸国における歯科保健医療に関する評価指標に関する調査

2010年および2012年に発表された「A Nordic Project of Quality Indicators for Oral Health Care」の報告書の内容を翻訳して、北欧諸国が提案した歯科保健医療の質評価指標について調査を行った。また、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデンの4カ国のデータを日本と比較して、検討を行った。日本のデータは厚生労働省、文部科学省およびe-Stat等による政府統計で、平成23年歯科疾患実態調査、平成23年国民栄養・健康調査、平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査、平成22年国民医療費、平成25年学校保健統計調査

等の公表された資料をもとに算出した。

II-5 フランスにおける歯科医師生涯研修に関する調査

フランスにおける歯科医師の生涯研修や医療保険制度について、インターネットを利用して情報収集を行った。また、フランスの大学関係者にメールで問い合わせを行い、得られたデータや情報を翻訳して、まとめた。

II-6 口腔の健康格差解消のための国際的研究課題 (IADR-GOHIRA) に関する調査

Journal of Dental Researchに発表されたIADR-GOHIRAの「行動への呼びかけ (IADR-GOHIRA: A Call to Action)」を日本語に翻訳した。また、2013年10月にブタペストで開催された世界予防歯科学会 (World Congress on Preventive Dentistry: WCPD) のワークショップ「IADR-GOHIRAの導入：行動への呼びかけを実現するために」に参加して、関係者から情報収集し、口腔の健康格差解消のための国際的研究課題 (IADR-GOHIRA) についてまとめた。

公開シンポジウム (2014年3月11日開催)

題名：「歯科保健医療制度の国際比較」～日本が海外から学ぶこと、海外に伝えること～

(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. 日本に関する調査研究

I-1 我が国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの整理 (平成25年度版)

日本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関する情報を、関連資料から入手することは可能であった。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大部分整えられていることが示唆されたが、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、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 日本の歯科保健医療の提供体制を海外に紹介するための情報整理に関する研究 (平成25年度版)

日本の歯科保健医療の提供体制を簡単に英語で紹介している資料は見あたらなかった。すなわち、日本の歯科保健医療の提供体制の情報は、海外ではほとんど知られていないことが示唆される。

今後、本資料が厚生労働省などの公的機関のホームページ上で公開されたり、パンフレット等の資料として、海外の歯科保健医療の担当者との情報交換に利用されたりすることにより、日本の歯科保健状況を海外諸国に紹介しやすくなるとともに、海外の情報も入手しやすくなることが期待される。

I-3 介護保険制度に関する調査

介護保険は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う制度である。

介護保険制度の保険者は市町村 (特別区を含む) で、被保険者は40歳以上の者で、65歳以上の者を第1号被保険者、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者としている。平成23年度末現在で、第1号被保険者は

2,978万人、第2号被保険者は4,299万人である。

介護保険による保険給付を希望する利用者は、市町村の窓口にて要介護認定申請を行い、市町村は、認定調査員等による心身の状況等に関する調査を行う。次いで、介護認定審査会等を通して非該当、要支援1～2、要介護1～5の8区分に認定される。要支援又は要介護認定を受けると、介護サービスの給付を受けることができる。

介護給付に必要な費用は、サービス利用時の利益者負担を除く給付費の50%が公費により負担される。その内訳は、施設等給付費は、国が全体の20%、都道府県が17.5%、市町村が12.5%とされている。一方、居宅給付費は、国が全体の25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%とされている。

介護保険制度における口腔関連介護サービスは、通所サービス（口腔機能向上加算）、居宅サービス（居宅療養管理指導費）、施設サービス（口腔機能維持管理体制加算及び口腔機能維持管理加算）があるが、それぞれの利用者の属性に応じて、提供されるサービスの内容、サービス担当者等は異なっている。

我が国においては、高齢者数の増加と介護保険制度の定着に伴い、要介護（要支援）認定者数及び受給者数が増加している。これに伴い、自己負担分を含めた介護保険の総費用は、平成12年度に3.6兆円であったものが、平成24年度においては8.9兆円に達し、制度開始時から12年で約2.5倍に急増している。また、第1号被保険者1人当たりの月額保険料の全国平均は、第1期（12～14年度）2911円、第2期（15～17年度）3293円、第3期（18～20年度）4090円、第4期（21～23年度）4160円、第5期（24～26年度）4927円と上昇している。

社会保障制度の一分野である介護保険は、高齢者の生活を支える重要な基盤となっているが、高齢化の進展、雇用や経済情勢の変動、国民意識の多様化などにより介護保険を取り巻

く環境は大きく変化している。このような状況のなか、介護保険制度については、給付と負担のバランスを前提とした見直しの必要性が指摘されている。

I-4 出産回数と歯の状況について

出産回数と歯の状況との関連について調査したところ、男性では子どもの数と歯の状況との間に関連はみられなかったが、女性では出産回数が歯の状況と関連していることが判明した。すなわち、女性では、出産回数が多くなるにしたがい現在歯数（傾向性 $p=0.046$ ）とn-FTU（傾向性 $p=0.026$ ）が減少していた。出産回数の多い女性は出産回数の少ない女性と比較して歯科疾患罹患へのリスクが高く、歯を喪失しやすいこと、また臼歯部での咬合関係を失う可能性が高いことが明らかになった。

したがって、女性は出産により歯の喪失リスクが高まるので、歯科専門家は妊婦に対し、歯科疾患の予防に積極的に取り組む必要があることを情報提供していくことが重要と考えられた。

I-5 日本における健康格差と「健康の社会的決定要因」～シンポジウム参加報告～

社会的要因が深刻な健康格差を生んでおり、健康格差への対策には、地域の社会経済状況、住民の生活状況や健康状況などの実証研究を継続して行い、その結果に基づき政策を策定することが重要であると考えられた。同時に、健康の社会的決定要因の鍵となる概念であるソーシャルキャピタルに関する視点を有することも大切であり、その際にはソーシャルキャピタルのプラス面だけでなくマイナス面、すなわち、個人を共同体に縛りつけたり、逆に異質な他者を排除する因習的側面などへの検討も必要であると考えられた。

したがって、健康格差を解消していくためには、最初に健康格差の実態を調査し、現状を正確に把握すること、次にそれに基づきソーシャ

ルキャピタルなど健康格差を是正する対策を立案・実施していくことが重要であると考えられた。

II. 海外に関する調査研究

II-1 シンガポールの歯科医療従事者に関する養成、登録、更新制度

シンガポールでは、歯科医師の養成は、唯一の養成機関であるシンガポール国立大学歯学部にて4年間の教育期間で行われている。歯科医師の登録は、正規登録、条件付き登録、仮登録の3種類の登録区分があり、それぞれ治療可能な領域が決められている。このシステムがあることにより、卒後間もない歯科医師や、国外で学位を得た歯科医師がシンガポールで歯科治療を行う場合には、指導医のもとでその歯科医師の経験に見合う診療内容を行うことができ、質の高い安全な歯科医療を国民に提供していくことを担保していると考えられた。

また、歯科医師免許の更新制度があり、更新のためには、生涯学習を受けることが必須である。グローバル化の進展により、日本の歯科医師が海外で歯科医療を行ったり、外国で免許を取得した歯科医師が日本で歯科医療を提供したりすることが日常的に行われる可能性も予想される。さまざまな教育経験や治療技術を有する歯科医師が増えることを考慮し、歯科医療の質を保証するための制度として、シンガポールの歯科医師の登録制度や更新制度は、今後の日本においても参考になると考えられた。

II-2 アジア諸国におけるう蝕予防に関する調査

う蝕は、いまだに世界的に主要な疾患の一つであり、学童期の子供や成人や高齢者では広範囲の人が罹患している。

アジア地域の多くの国では小児期や学童期にう蝕予防プログラムなどを実施しているが、それが必ずしも国全体に普及しているとは限らない。それぞれの国の社会経済的状況、歯科

医療従事者の不足や偏在も、う蝕予防プログラムが包括的に行われない理由の一つと考えられている。また、成人へのう蝕予防プログラムはほとんどなく、高齢者でも歯科治療提供が主になっていた。

我が国の歯科保健対策は、ライフステージごとに実施されており、アジア諸国にとってモデルになると考えられた。

本調査のようにアジア各国のデータを収集してまとめて報告することは、国際的にみて非常に重要な資料となるので、今後も各国においてデータ収集を継続して行うことが大切であると考えられた。

II-3 ヨーロッパ連合 (EU) 加盟国の歯科保健医療制度に関する調査

EU加盟国における歯科保健状況や教育などの情報を包括的にまとめた「ヨーロッパの歯科事情白書」とも言える書籍を翻訳して、検討を行った。歯学教育期間、臨床研修は国によって様々であった。しかし、歯学教育の期間や臨床研修の有無や内容が異なっているにもかかわらず、EU域内の歯科大学・歯学部を修了していればEU加盟国のどこでも歯科治療ができる制度になっていた。このような制度のもとでは、歯科医師の登録機関による歯科医師の質の管理が重要であり、多くの国で、生涯研修が制度化されていた。

日本では生涯研修は現在は義務化されていないが、歯科医師会や大学主催等の生涯研修は実施されている。しかし、それらへの参加は希望者のみであるため、生涯研修を受けない歯科医師の中には依然として古い歯科医療の知識や技術のまま、新しい歯科の知識や技術から取り残されている者もいると推察される。今後、EU諸国を含めた世界の動向を視野にいれながら、国民に信頼される安全、安心で、質の高い歯科医療を提供していくために、学部教育だけでなく、生涯研修についても検討を進めていくことが必要であると考えられた。

日本とEU諸国とでは専門医制度が異なって

いるが、口腔外科専門医と歯科矯正専門医はほとんどのEU加盟国で認められていた。

II-4 北欧諸国における歯科保健医療に関する評価指標に関する調査

「歯科保健医療の質評価指標」は、具体的には歯科保健医療従事者に関する 3 項目および歯科医療費の計 4 項目のストラクチャー指標、1 年間に歯科受診した者の割合、口腔清掃習慣、甘味清涼飲料水の摂取の 3 項目のプロセス指標、子供と青少年のカリエスフリーの割合、DMFT、SiC Index、高齢者の無歯顎者と機能的咬合を有する者の割合の 5 項目のアウトカム指標で構成されている。

北欧 4 カ国と日本の口腔保健状況や歯科医療状況をこの質評価指標を用いて比較したところ、データの調査年、対象、調査方法が異なっていたり、収集していないデータもあり、共通指標を用いて歯科保健医療を国際比較することは非常に難しいことが判明した。今後、歯科保健医療を総合的に評価していくための世界共通の質評価指標を開発していくためには、豊富な口腔保健統計データを有する我が国が積極的に関与して、海外諸国と共同作業を行っていくことが必要と考えられた。

II-5 フランスにおける歯科医師生涯研修に関する調査

フランスでは 2004 年より歯科医師を含むすべての医療職業人に対して生涯研修を義務づける法律が制定され、2009 年には現行の生涯研修方式をより具体的に定めた法律が成立し、2013 年 1 月 1 日より運用されている。医療専門職対象生涯研修運営団体 (OGDPC) は、そのホームページ上で個人が自分のアカウントを作成し、主体性を持って生涯研修を立案、実施、管理できるように支援している。歯科医師の場合、5 年間の生涯研修記録は歯科医籍登録機関である ONCD に報告され、内容が不十分と認められ、勧告後も改善がみられない場合に

は歯科医籍登録が抹消されることとなっている。

フランスでは卒前歯学教育の質保証が高等教育・研究省の管轄であり、その点日本の状況と類似しているが、公衆衛生法典に「生涯研修は歯科医師の義務である」と謳われており、これに基づきここ数年で生涯研修制度の基盤整備が急速に進んでいることがわかり、その現状と課題について知ることは、日本の歯科医師育成における質保証を考える上で重要と思われた。

II-6 口腔の健康格差解消のための国際的研究課題 (IADR-GOHIRA) に関する調査

国際歯科研究学会 (IADR) は歯科疾患の健康格差解消を重要な研究課題として位置付けて、2009年に健康格差を軽減できるようなプログラムを検討するための研究組織である Global Oral Health Inequalities: the Research Agenda (GOHIRA) を設立した。IADR-GOHIRAは歯科における以下の問題を解決すべき課題として取り上げている。

- 1) 知識のギャップ、特に橋渡し研究と社会政策の不十分な取組み
- 2) 口腔の健康に対する戦略と全身の健康に対する戦略の乖離
- 3) 根拠に基づくデータの不足

IADR-GOHIRAは、上記課題を解決し世界全体の口腔保健状況改善を目的として、行動への呼びかけ (IADR-GOHIRA: A Call to Action) を作成し、2013年に発表した。世界的にみて口腔の健康に関する格差が存在しており、口腔の健康格差の問題解決には、健康の社会的決定要因に関する理解を進め、口腔疾患の予防対策を全身の健康推進と統合して推進していく必要がある。我が国においてもIADRなどの世界の潮流を必要に応じて取り入れながら、口腔保健を推進していく研究を実施する必要があると考えられた。

公開シンポジウム（2014年3月11日開催）

題名：「歯科保健医療制度の国際比較」～日本が海外から学ぶこと、海外に伝えること～

約80名が参加し、成果報告の発表の後、活発な意見交換が行われた。

D. 結論

日本および海外諸国を対象として、歯科保健医療に関するさまざまな情報を収集し、その内容について比較検討を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

* 公的歯科保健サービスの内容の違い

海外諸国と日本の歯科保健医療制度を比較すると、基本的な制度設計に大きな相違が認められる。日本では、行政が主体となって行う歯科保健サービスと、医療機関が主体となって行う歯科医療サービスの二つが主な柱になって制度が構成されている。

しかし、海外における公的歯科保健サービスは、水道水のフッリレーション等の国全体、地域全体で行う広域の予防対策、及び、小児、高齢者、低所得者、障害者等の人に対して無料または低価格で歯科治療を提供していくことを指している。日本で使われる保健・医療・福祉という分類自体が海外には存在しない。

* 公的機関と民間の歯科医師の役割の違い

海外では、公務員として働いている歯科医師、歯科衛生士が、さまざまな公的事业に携わっている。公務員の歯科医師は保健事業だけでなく、歯科医療にも従事しているが、実態としては医療の比率が非常に大きい。歯科医療を受けられない人々を対象に歯科治療を提供することが、歯科の公的サービスの中心になっているからである。海外では、民間の歯科医師、すなわち開業医が公的サービス（公衆衛生事業）を担当することはほとんどない。ボランティアの活動として、一部の開業医が学校歯科保健事業や地域での歯科保健事業に携わる事例はあるが、こ

のような活動は一般的ではない。

日本では、行政職の歯科医師の数が非常に少なく、公的保健事業は地域で開業している歯科医師が主に担っている。開業医は、診療所で歯科治療を提供すると同時に、保健所や保健センターの歯科保健事業や学校歯科保健事業において、重要な役割を果たしている。これが海外と日本との大きな違いである。

* 公的医療保険制度

このような歯科保健医療制度の違いが認められる背景として、我が国では歯科治療が公的医療保険の中に含まれているが、海外では含まれていないことが挙げられる。日本は国民皆保険であり、ほとんど全ての歯科治療（保存、外科、補綴処置）が保険診療の中で実施可能である。海外調査をして明らかになったことは、公的医療保険制度がないため、歯科治療の費用は非常に高く、貧しい人は治療を受けられない国が多かった。そこで、海外諸国では公的サービスとして歯科治療を提供しているのである。

韓国には日本と類似した保険制度があるが、保存処置と外科処置が中心で、補綴治療は保険では行えない。また、スウェーデン、デンマークなどの北欧では子供の治療は無料であるが、成人に対する歯科治療費の補助制度は十分ではない。米国、シンガポール、オーストラリアにおいては、基本的には歯科治療は民間の医療保険が主体となっている。すべての年齢層の人が、比較的安価な自己負担で公正・公平に歯科治療を受けられる日本の保険医療制度は、世界に誇れるも素晴らしい制度だと考えられる。

* 歯科に関連する法律

我が国では「歯科医師法」が「医師法」とは別に規定されているが、歯科医師の身分に関する法律が独立しているという国は少ない。また、日本では、母子保健法や学校保健安全法等の法律に基づいて、ライフステージ別のさまざまな歯科保健事業を全国レベルで実施しているが、

このようなプログラムを有する国も多くはない。

日本では、2011年に「歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）」が制定された。このように、歯科保健の推進に関する施策を総合的に推進するための歯科単独の法律を制定している国も世界には少ない。

しかし、海外では国として定められた法律はなくても、地域レベルで歯科保健プログラムを実施しているため、対象となる人口が少なく、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られるという点が、日本の参考になる場合もあった。

* 歯科保健調査の実施

日本では、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査、学校保健統計調査、歯科疾患実態調査等が、長年にわたり実施されており、歯科に関するデータは豊富である。そのようなデータがあるからこそ、日本人の口腔保健状況がこの50年間に全体として大きく改善していることや地域差が認められることが明らかになっている。

近年は、アジア地域、北欧、EU加盟国等の地域単位で同じ指標を用いて歯科保健状況を調査し、公表している場合もあった。

今後、国際比較を行うためには、我が国もこれまでの情報や経験をもとに、積極的に関与して世界共通指標を作成し、同じ基準で歯科保健に関する疫学データの収集、分析を海外諸国と協力連携して実施していくことが必要と考えられた。

* 歯科医師免許の更新制度と生涯研修制度

海外での調査結果から、歯科医師免許の更新制度と生涯研修制度を義務化している国が非常に多いことが判明した。歯科医療の質の保証・向上を目指すために必要な制度であり、最新の歯科医療サービスを国民に提供し、歯科医師が国民から信頼されるためにも、今後我が国

において検討していくことが重要と考えられる。

医療の国際標準化、国際協調が進展する中で、国を越えた歯科医師の交流機会も増加していくと予測される。日本だけがこのような必須である歯科医師の生涯研修制度を有していないことが明らかになった場合、歯科医療の国際協力、国際貢献活動を行う際に支障が生じる可能性が危惧される。

* 歯科保健研究に関する国際ガイドライン

世界的にみて口腔の健康に関する格差が存在しているため、国際歯科研究学会（IADR）は歯科疾患の健康格差を軽減・解消するために、GOHIRAの中でさまざまな研究に関する指針を提示している。

近年、わが国においても、収入、学歴、職業などの社会経済要因による健康格差が拡大しているという報告があり、日本においても口腔の健康格差の解消・改善に関する研究を推進していくことが必要である。歯科口腔保健法では、調査の実施・活用や研究の推進が、基本的事項の中で定められている。歯科保健研究の国際ガイドラインを参考にして研究を実施し、その研究成果を施策に反映させていくことが必要である。

* 海外への情報提供・情報発信

日本の歯科保健医療制度、公的医療保険制度、歯科保健状況の調査手法などは、海外と比べて優れた点が多いので、英語で海外に積極的に情報発信・情報公開していくことが必要と思われた。

E. 健康危険情報 該当なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Masayuki Ueno, Satoko Ohara, Manami Inoue, Shoichiro Tsugane, Yoko

Kawaguchi: Association between parity and dentition status among Japanese women: Japan public health center-based oral health study, BMC Public health, 13:993-998, 2013.

- 2) 山口摂崇、日高勝美、角館直樹、花谷智哉、中原孝洋、福泉隆喜、西原達次: 歯科症状有訴率と各種統計調査値の相関に関する検討、日本歯科医療管理学会雑誌, 48(1): 56-63, 2013.
- 3) 日高勝美、山口摂崇、福泉隆喜: 歯科関連企業における歯科衛生士の勤務状況に関する調査, 日本歯科医療管理学会雑誌, 48(2): 147-154, 2013.
- 4) 神田 拓、矢野加奈子、杉戸博記、福泉隆喜、日高勝美, 歯科衛生士における医療安全に関するアンケート調査, 日本歯科医療管理学会雑誌, 48(3): 229-237, 2013.
- 5) 大城暁子、長岡玲香、竹原祥子、古川清香、植野正之、川口陽子: 歯科保健医療の質評価指標 - 北欧 4 カ国と日本との国際比較 - 日本歯科医療管理学会雑誌, 2014 (印刷中)
- 6) 川口陽子: 世界の予防歯科ウォッチング File 4 シンガポール 体験型で楽しく学べる! ヘルスプロモーション学習 歯科衛生士 37 Apr, 33, 2013.
- 7) 川口陽子: 世界の予防歯科ウォッチング File 5 ドイツ子 どもたちの健康を守るため、地域でサポート! 歯科衛生士 37 May, 30, 2013.
- 8) 川口陽子、世界の予防歯科ウォッチング File 6 デンマーク 生涯にわたる定期健診の習慣が身につくように学校歯科室がサポート! 歯科衛生士 37 Jun, 32, 2013.

2. 学会発表

- 1) 福泉隆喜、山口摂崇、花谷智哉、唐木純一、角館直樹、日高勝美、西原達次: 在宅高齢

者の咀嚼能力と身体機能の関連. 第 73 回九州歯科学会総会、北九州, ポスターセッション: 2013

- 2) 福泉隆喜、花谷智哉、角館直樹、唐木純一、中原孝洋、西原達次: 高齢労働者支援のための先進事例調査. 第 73 回九州歯科学会総会、北九州, ポスターセッション: 2013.
- 3) 古川清香、浦岡有里、佐藤茉莉恵、川口陽子: 歯科保健医療制度の国際比較 第 6 報 シンガポールにおける学齢期のう蝕予防対策について、第 62 回日本口腔衛生学会・総会, 松本, 2013. 5. 15-17
- 4) 古川清香、浦岡有里、佐藤茉莉恵、大城暁子、川口陽子: 歯科保健医療制度の国際比較 第 7 報 シンガポールにおける公的医療保険制度に関する調査、第 62 回日本口腔衛生学会・総会, 松本, 2013. 5. 15-17
- 5) 長岡玲香、大城暁子、竹原祥子、古川清香、植野正之、川口陽子: 歯科保健医療制度の国際比較 第 8 報 北欧諸国が提案する「口腔保健医療に関する評価指標」について、第 62 回日本口腔衛生学会・総会, 松本, 2013. 5. 15-17
- 6) 竹原祥子、長岡玲香、川口陽子: 歯科保健医療制度の国際比較 第 9 報 スウェーデンにおける歯科医療サービス, 第 62 回日本口腔衛生学会・総会, 松本, 2013. 5. 15-17

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

Ⅱ. 分担研究報告書

A. 日本に関する調査研究

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

我が国の歯科保健医療の提供体制に関する基礎データの整理（平成25年度版）

研究分担者 平田 幸夫 神奈川歯科大学 教授
研究協力者 山本 龍生 神奈川歯科大学 准教授
研究協力者 澁田 慎也 神奈川歯科大学 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、国際的視点から我が国の新たな歯科保健医療体制の確立に資するため、まず我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

我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、国際的な視点から我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、まず我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。

なお、本研究はすでに平成23年度の分担研究報告書で報告しているが、国のデータが更新されたことに伴い、修正を加えた。

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：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・健康増進事業報告結果
4. 医療・歯科医療の基礎データ：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23年度の歯科診療医療費は2兆6,757億円であり、国民医療費の6.9%を占め、平成22年度から737億円（2.8%）の増加であった（表1）¹⁾。

平成24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日当たり点数は歯冠修復・欠損補綴が40.5%と最も高く、次いで処置が18.1%、初診・再診が12.4%、医学管理等が10.9%であった（図1）²⁾。歯冠修復・欠損補綴のうち、全体の9.0%が有床義歯であった。1件当たり点数は1,277.1点（前年比+2.0%）であり、1日当たり点数は636.5点

（前年比+0.8%）であった。

2. 歯周病有病状況の動向

我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³⁾。診査基準が同じである近年（平成17年と平成23年）における、CPIによる有所見者率を図2に示した⁴⁾。15～19歳を除き、ほとんどの年齢群で有所見者の割合が減少傾向にある。なお、コードXを除くと60歳以上の歯周疾患有病者の増加がみられる。

図3には患者調査の結果による「歯肉炎及び歯周疾患」の受療率の変化を示した⁵⁾。60～79歳の年齢群において歯周疾患の受療率が増加している。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」を挙げていた⁶⁾。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⁷⁾。

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、都道府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55.2%（平成2

3年度)と少なく、受診者数も25.4万人(平成23年度)にとどまっている⁸⁾。

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⁹⁾。

・面積

377,959.91 km² である¹⁰⁾。

・医師等の医療職種数

医師：303,268人、歯科医師：102,551人、薬剤師：280,052人である¹¹⁾。

・病院・診療所数

医療施設：179,334施設(前年比+883施設)、病院：8,565施設(前年比-40施設)、一般診療所：100,152施設(前年比+605施設)である¹²⁾。

* 歯科医療関係者数

・歯科医師数

歯科医師：102,551人であり、男性：80,256人(総数の78.3%)、女性：22,295人(21.7%)であり、平成22年から975人(1.0%)増加した¹¹⁾。人口10万対歯科医師数は80.4人で、前回は+1.1人である。

・歯科衛生士数

就業歯科衛生士：108,123人であり、平成22年から4,943人(4.8%)増加した¹³⁾。

・歯科技工士数

就業歯科技工士：34,613人であり、平成22年から800人(2.3%)減少した¹³⁾。

・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¹¹⁾、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、職業倫理面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¹⁴⁾。ちなみに、平成21年から平成25年の5年間で行政処分を受けた歯科医師は129名である。

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¹⁵⁾。実施主体は、日本歯科医師会、都道府県歯科医師会、各地区歯科医師会、日本歯科医学会、日本歯科医学会専門分科会、日本歯科医学会認定分科会、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术论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（日歯生涯研修ガイドンスの大項目（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：44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¹⁶⁾。

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¹²⁾。

歯科：1,094（全ての一般病院の14.6%）

歯科口腔外科：845（11.3%）

矯正歯科：137（1.8%）

小児歯科：141（1.9%）

・歯科診療所数

歯科診療所：68,474施設（前年比+318施設）であり、そのうち有床：37施設、無床：68,437施設である¹²⁾。

・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¹⁷⁾。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¹⁸⁾。

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）

我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（82.3%）が、一般診療所における個人一般診療所の割合（45.6%）よりも高い¹²⁾。医療法人に関しては、歯科診療所では16.8%であるのに対して、一般診療所では37.6%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¹⁹⁾。