

(D) にエナメル質う蝕は入れず、象牙質う蝕以上をう蝕と診断している。WHO のヨーロッパ地域では 2020 年までに 12 歳児の  $D_3MFT$  を 1.5 以下にすることを目標としているが、北欧諸国ではすべてこの目標を達成していた。

Sic Index はう蝕の多い上位 1/3 の者の平均 DMFT である。Sic Index はノルウェーが 3 と最も高く、デンマークが 1.9 と最も低かった。日本およびフィンランドでは、Sic Index のデータはなかった。

## (2) 65～74 歳の無歯顎者の割合・20 歯以上の歯の保有者の割合

すべての北欧諸国で無歯顎者の割合は減少傾向を示している。65～74 歳における無歯顎者の割合はフィンランドが 17% と最も高く、スウェーデンが 2% と最も少ない。日本では平成 23 年歯科疾患実態調査の結果によると 6.6% であった。

65～74 歳で 20 歯以上の歯の保有者の割合は、スウェーデンが 76% と最も高く、デンマークが 59% と最も低い。日本では平成 23 年歯科疾患実態調査より 61% であった。

## D. 考察

### 1. 歯科保健医療の質評価指標について

「歯科保健医療の質評価指標の開発プロジェクト」は、北欧諸国における初めての歯科関連の合同プロジェクトである。各国の歯科専門家が一堂に会して、指標の定義やデータ収集方法について討議が行われた。最終的には、ワーキンググループは 12 項目からなる質評価指標を決定したが、これは参加した 6 カ国中 3 カ国以上でデータの収集できた項目の中から選ばれ、さらに、今後利用可能な潜在的質評価指標として 3 項目が追加されて提示された。

これまで北欧諸国では、国独自の指標や方法による口腔保健調査を用いており、同一基準で口腔保健データを国際比較することはなかった。質評価指標のデータを初めて国際比較した 2010 年の報告書においては調査年、対象、調査方法が異なっている場合が多かった。例えば、65～74 歳の無歯顎者の割合はフィンランドでは国家統計調査のデータを、デンマーク、ノルウェーおよびスウェーデンの 3 カ国ではインタビュー形式による自己申告のデータを使用している。そこで、今後、これらの指標に関して定期的に同じ手法（厳格な定義を行い、同じ年齢層を対象とする）で継続してデータ収集していくことが必要であると提言された。実際、2012 年の報告書には新しい数値が公表されているが、同じ質評価指標を使うことに各国が同意したことで、データ収集方法の統一化、標準化が進んだと考えられる。

このように北欧諸国では歯科保健医療に関する質評価指標が実際に使用されているが、さらに多くの指標の開発、継続的なデータの蓄積が必要とされている。指標の開発が求められる領域は、「患者満足度」、「歯周疾患とその効果的な治療法」、「インプラント」、「矯正治療のカバー率」、「歯内療法成功」、「酸蝕症の有病率」「歯科受診に影響を与える因子（収入、教育、アクセスや心理的要因等）」等である。同時に、OECD の保健医療の評価指標プロジェクトとリンクさせて、今後、質評価指標の開発を行っていくことが重要と考えられている。

これまでは歯科領域では DMFT や CPI のように、う蝕や歯周病を対象とした指標を使うことが主であった。しかし、歯・口腔の健康は生活環境、社会経済状況、医療制度や個人の認識などに影響を受けることが明らかになり、口腔疾患に対する評価だけではなく疾患発症のり

スク因子（プロセス指標）を評価することも予防の視点から重視されるようになった。また、質の高い医療を求める住民は、客観的に分かりやすく数値で提示される評価指標（アウトカム指標）の開発を求めている。したがって、医科領域と同様に歯科領域においても今後、適切な質評価指標を開発し、それをもとに評価を行い、データを公開していくことが必要である。今回提示された歯科保健医療の質評価指標の妥当性・有用性の検証には、経時的なデータの収集およびプロセス指標とアウトカム指標との関連等についての研究により、エビデンスを蓄積していくことが重要と考えられる。

## 2. 北欧4カ国と日本との国際比較について

各指標の国際比較から明らかになったことは、生活環境、社会経済的状況、歯科医療制度等が比較的類似している北欧4カ国においても、共通指標を用いて口腔保健状況や歯科医療状況を国際比較することは容易ではないことである。調査年や対象、調査方法が異なっており、調査データがない場合もあった。また、本研究で示された評価指標を用いて、我が国の口腔保健データを北欧諸国と国際比較してみたが、既存データだけでは比較ができないこともあった。

ストラクチャー指標の歯科保健医療従事者の情報は、登録記録から算出することが可能であるが、現状を把握するためには、現役で働いている歯科保健医療従事者に関する情報を比較することが重要である。日本の現役歯科医師一人当たりの人口は1280人で、北欧とほぼ同じレベルである。EU諸国では歯科医師免許の相互認証制度があり、国を超えた歯科医師の移動が自由に行われている。スウェーデンにおいて登録歯科医師一人当たりの人口と現役歯科

医師一人当たりの人口に大きな違いが認められる理由は、スウェーデン人歯科医師の多くが国外で働いているからである。

北欧諸国では、歯科医療費は歯科保健医療にかかわる労働コストが主要項目となっている。労働コストが安いフィンランドでは歯科医師が減少しており、他の北欧諸国と比べると歯科医師数が少ないので歯科医療費が最も少ないと考えられる。しかし、国により歯科医療費に含まれる内容が異なっているので、データの解釈は慎重に行われなければならない。

プロセス指標として1年間に歯科受診した者の割合があるが、北欧ではどの国も子供より成人の数値が高かった。北欧諸国は子供を対象とした公的學校歯科保健サービスを有しているが、以前は毎年1回全員を対象に歯科健診を実施していた。しかし、近年は子供のう蝕が減少したため、隔年で歯科健診を実施するケースが多く、子供のリスクに応じて歯科健診の間隔が6か月から2年へと異なっている<sup>21)</sup>。そのため、1年間に歯科受診した子供の割合は70%以下の数値で成人より低くなっている。なお、北欧では学校において定期健診の重要性を子供に強調して教育しており、それが成人になっても高い定期歯科健診の受診率に結びついていると考えられた。一方、日本の成人の定期歯科健診受診者は50%以下であり、今後、受診率を向上させるための対策が必要と考えられた。

歯磨き習慣や甘味清涼飲料水の摂取に関する指標が挙げられているが、調査年齢も含めて、プロセス指標の評価項目についてはさらに検討していくことが必要と思われる。口腔疾患のリスクとの関連を調査したエビデンスをもとに、世界共通で使用できるプロセス指標の項目を新たに考えていくことが重要であろう。

アウトカム指標として、子供ではう蝕、高齢

者では歯の喪失にターゲットをおいた指標が挙げられていた。一方で、成人を対象とした歯周病に関する指標はなかった。高齢期の機能的咬合を示す国際的指標としては20歯以上の歯の保有が挙げられているが、我が国では1989年から厚生省（当時）と日本歯科医師会が提唱した「8020運動（80歳になっても20本以上自分の歯を保とう）」が全国で推進されており、20歯以上の歯の保有に関するデータの蓄積は世界一豊富である。2011年の歯科疾患実態調査によると8020達成者の割合は38.3%（推計値）で、この20年間に大きく向上している。他に、口腔機能の指標として咀嚼能力との関連がみられる機能歯ユニット（Functional Tooth Units）という指標を用いた研究も行われている。今後、口腔機能を客観的に評価でき、国際的に簡便に使用できる指標の開発をしていく際には、日本が先導して有用な指標を提示していくことが重要であろう。

本研究の中で日本との比較に用いた北欧4カ国の人口はデンマーク、フィンランド、ノルウェーが約500万人、スウェーデンが約900万人である。人口規模では、日本の北海道や福岡県（約500万人）、神奈川県（約900万人）が該当する。すなわち、北欧4カ国の国民人口は日本の都道府県レベルであることがわかる。北欧諸国の国際比較を我が国に置き換えると、都道府県別の比較に該当するのかもしれない。

今後、我が国では、既存の保健統計調査のデータを基盤として独自の歯科保健医療の質評価指標を開発し、それを使用して都道府県単位で評価してみることも興味深い。医科と異なり、歯科領域では病院評価のための質評価指標を開発するだけでなく、地域評価のための質評価指標の開発も重要と考えられる。その際、適切なプロセス指標、アウトカム指標を提示し、そ

の指標で示される数値を改善していくよう努力することで、地域住民の口腔保健の向上が期待できる。

2012年に告示された我が国の「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」の中には、ライフステージ別の口腔保健に関する目標値や都道府県を単位とした目標値も提示されている。我が国では歯科疾患実態調査が定期的実施されており、1歳6か月児、3歳児歯科健康診査や学校保健統計調査は毎年実施されている。国民健康・栄養調査の中でも口腔保健に関する調査が行われている。これらの口腔保健データの豊富さは我が国が世界に誇れるものである。しかし残念ながら、調査結果の報告は主として日本語で記載されているため、海外では日本の口腔保健データの情報を入手できない。我が国の歯科保健医療制度や口腔保健統計データを積極的に英語で発信していくことが必要である。

歯・口腔領域においても国際協調が進展し、国際標準化が推進されていく中で、我が国だけでなく世界共通で使用できる歯科保健医療の質評価指標を開発していく重要性が本研究によって示唆された。今後、国（地域）レベルで歯科保健医療の推移をモニターし、口腔保健状況、口腔保健行動、歯科医療体制など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ことが重要である。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、これまでの経験や資料をもとに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。

## E. 結論

北欧諸国が提案した「歯科保健医療の質評価指標」は、ストラクチャー指標（4項目）、プ

ロセス指標(3項目)、アウトカム指標(5項目)の12項目の指標から構成されている。また、今後利用可能な潜在的質評価指標(3項目)も提示されている。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、国(地域)レベルで歯科保健医療の推移をモニターし、口腔保健状況、口腔保健行動、歯科医療体制など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ことが重要である。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、これまでの情報や経験をもとに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。

## F. 研究発表

### 論文発表

1) 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, 印刷中, 2014

### 学会発表

1) 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

## G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表 1-1 歯科保健医療の質評価指標による北欧 4 カ国と日本の国際比較

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン	日本
<b>口腔保健医療従事者一人あたりの人口比較(人)</b>					
歯科医師一人あたりの人口	1000(2011)	1247(2011)	1029(2011)	865(2010)	1243(2012)
歯科衛生士一人あたりの人口	2590(2011)	2579(2011)	3639(2011)	1983(2010)	525(2012)
専門医一人あたりの人口	23865(2011)	20935(2011)	13623(2011)	20558(2010)	n.a.
現役歯科医師一人あたりの人口	1073(2006)	1,402(2008)	1020(2011)	1,251(2009)	1280(2012)
現役歯科衛生士一人あたりの人口	3758(2006)	n.a.	3960(2011)	2,584(2009)	1179(2012)
現役専門医一人あたりの人口	27002(2006)	n.a.	17193(2011)	22,760(2009)	n.a.
<b>歯科医療費比較 1€=120 円</b>					
人口一人当たりの総歯科医療費(€)	217€(26040 円)(2005)	133€(15960 円)(2007)	301€(36120 円)(2010)	343€(41160 円)(2011)	169€(20300 円)(2010)
人口一人当たりの公的歯科保健サービスの支出(€)	84€(10080 円) (2005)	74€(8880 円)(2007)	116€(13920 円)(2010)	94(11280 円)(2011)	-
<b>1 年間に歯科受診した者の割合</b>					
18/19/20 歳未満	64%(2009)	50%(2007)	69%(2011)	n.a.	n.a.
18/19/20 歳以上	77%(2009)	77%(2007)	76%(2011)	59%(2010)	48%(2012)
<b>1 日 1 回以上歯磨きを行う者の割合</b>					
11 歳女子	77%(2009/2010)	61%(2009/2010)	79%(2009/2010)	87%(2009/2010)	84%(2012)
11 歳男子	73%(2009/2010)	49%(2009/2010)	73%(2009/2010)	84%(2009/2010)	80%(2012)
13 歳女子	77%(2009/2010)	64%(2009/2010)	78%(2009/2010)	88%(2009/2010)	84%(2012)
13 歳男子	71%(2009/2010)	47%(2009/2010)	72%(2009/2010)	80%(2009/2010)	80%(2012)
15 歳女子	84%(2009/2010)	70%(2009/2010)	79%(2009/2010)	86%(2009/2010)	79%(2012)
15 歳男子	73%(2009/2010)	43%(2009/2010)	66%(2009/2010)	71%(2009/2010)	67%(2012)

表 1-2 歯科保健医療の質評価指標による北欧 4 カ国と日本の国際比較

	デンマーク	フィンランド	ノルウェー	スウェーデン	日本
<b>毎日砂糖含有飲料の摂取する者の割合</b>					
11 歳女子	4%(2009/2010)	2%(2009/2010)	5%(2009/2010)	2%(2009/2010)	-
11 歳男子	5%(2009/2010)	5%(2009/2010)	8%(2009/2010)	5%(2009/2010)	-
13 歳女子	6%(2009/2010)	2%(2009/2010)	8%(2009/2010)	5%(2009/2010)	-
13 歳男子	8%(2009/2010)	7%(2009/2010)	10%(2009/2010)	8%(2009/2010)	-
15 歳女子	6%(2009/2010)	3%(2009/2010)	11%(2009/2010)	6%(2009/2010)	-
15 歳男子	16%(2009/2010)	7%(2009/2010)	18%(2009/2010)	12%(2009/2010)	-
<b>12 歳児のデータ比較</b>					
カリエスフリーの割合	70%(2010)	42%(2011)	55%(2011)	63%(2010)	54%(2011)
DMFT	0.6(2010)	0.9(2011)	1.1(2011)	0.8(2010)	1.1(2011)
Sic index	1.9(2009)	-	3.0(2011)	2.4(2010)	-
<b>65～74 歳のデータ比較</b>					
無歯顎者の割合 (%)	10.0(2011)	17.0(2011)	6.7(2008)	2.0(2011)	6.6(2011)
20 本以上歯がある者の割合 (%)	59.0(2005)	-	66.0(2008)	76.0(2011)	61.0(2011)

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）  
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

フランスにおける歯科医師生涯研修に関する調査

研究分担者 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

**研究要旨**

本事業の目的は、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、歯科疾患を取り巻く社会環境の変遷、歯科保健の現状等を分析し、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示を行うことである。各国の歯科保健の状況は、実際に歯科保健医療を担う人材育成とも密接に関わっている。

欧州の歯学教育は英国における歯学教育が一つのモデルとなっており、日本の歯学教育者が頻繁に英国を訪問し、情報も豊富であるが、フランスに関しては情報が少ない状況にある。平成 24 年度はフランスの歯学教育について、その概要と最近の取組、またフランスからみた欧州連合内の歯科医師の移動について、情報収集と検討を行ったので、平成 25 年度はここ数年で基盤整備が急速に進んでいる歯科医師対象の生涯教育について研究を行った。

研究方法は、インターネットにより関連機関ホームページから情報収集を行い、詳細についてはフランスの歯科大学教員にメールで問い合わせた。

日本においては 1 年間の卒後歯科臨床研修が必修化されたものの、生涯研修については自助努力とされ義務化されていないが、フランスでは 2004 年の法改正により歯科医師を含めた医療職業人の生涯研修が義務化され、免許登録更新とも連動した制度整備に向けて変化がみられる。生涯研修プログラムの運営については新しく団体を設立し、そのインターネットサイトで歯科医師を含め医療専門職にある個人が自らの生涯研修について自己管理することになっている。概要については実際に同サイトを利用している歯科医師からさらにその詳細について調査が必要であると考えられた。

**A. 研究目的**

本事業の目的は、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、歯科疾患を取り巻く社会環境の変遷、歯科保健の現状等を分析し、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示を行うことである。各国の歯科保健の状況は、実際に歯科保

健医療を担う人材育成とも密接に関わっている。

欧州の歯学教育は英国における歯学教育が一つのモデルとなっており、歯学教育・歯科医療全般を統括する General Dental Council (GDC) は、アジアにおける歯科評議会 dental council のモデルとなっている。欧州連合内で

の歯科医師免許の相互認証の原則により、外国人歯科医師の流入が最も予測されるのは英国であり、それゆえに欧州全体の歯学教育の質保証に最も関心を持っているのも英国であると言える。

一方、フランスに関しては独自の高等教育制度や歯科医師養成課程を持っているが、欧州高等教育圏としての取組や、欧州歯科医学教育学会を中心とした欧州全体の歯学教育の質保証についても次第に関心を示しつつあり、ゆっくりではあるが変化の兆しが見え始めている。本研究では英国に比べて情報の少ないフランスの歯学教育について、今年度は特に歯科医師対象の生涯研修の制度設計とその実際について、情報収集と検討を行った。

## B. 研究方法

【インターネットによる情報収集と分析】

➤ **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)**

<<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>>

歯科医籍登録等、歯科医師に関する総合サイト

➤ **Organisation gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC)**

<<https://www.ogdpc.fr/>>

<<https://www.mondpc.fr/>>

医療専門職対象生涯研修運営団体

➤ **L'Assurance Maladie en Ligne**

<<http://www.ameli.fr/>>

国の医療保険全般に関するサイト

【メール等による照会先】

➤ **Prof. Valerie LEROI, University of Auvergne Clermont-Ferrand I**

➤ **Dr. Edouard GONNET, part-time Lecturer, University of Auvergne Clermont-Ferrand I**

## C. 研究結果

### 1. フランスの歯科医療・歯学教育の概要

フランスにおける歯科医療従事者は、歯科医師、歯科技工士、歯科助手で、歯科衛生士という職種は存在しない。専門医としては歯科矯正専門医がある。口腔内を触れるのは歯科医師のみで、歯科技工士、歯科助手は国家登録は必要ではなく、それぞれ3年、2年の研修により就業することが可能である。

歯科医籍登録機関 **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (以下 ONCD)**は、1945年9月24日付の政令により設置された組織で、フランス国内で歯科医師として働く者は、EUを含め外国で歯科医師免許を取得した者を含め、すべてここに登録されている必要があり、毎年登録更新費を支払う義務がある。ONCD設置の根拠となる法律は、フランス公衆衛生法典 **Code de la santé public** の第4部>第1巻>第2項>第1～7章にある (Article L4121～L4127)。

【参考資料1】

ONCDは全国評議会 **Conseil national**、地域あるいは地域間評議会 **conseils régionaux et interrégionaux**、県評議会 **conseils départementaux** という階層構造になっている。全国評議会は県評議会から選出された19名の歯科医師と2名の政府選出の委員からなり、地域・県評議会を統括し、保健大臣に職業倫理規定に関する提案をするなどの任務を負っている。地域・地域間評議会は事務的な職務と地域・地域間のレベルで実施する歯科医療に関するプロジェクトや提案について、調査・研究、審議を行っており、歯科医籍登録を含む主な実務は県評議会が行っている。



フランスは国民皆保険の国であり、ほとんどの歯科医師（99%）が保険治療を行っている。年度毎に決定される社会保障予算の医療費の中から、歯科医療に関わる部分が決定される。総合病院での医療費は社会保障費から直接支払われ、開業医などプライマリケアを担当する医療機関での医療費は、患者がまず各医療機関に支払い、その後、全額あるいは一部が患者に払い戻されるようになっている。ある年齢未満の未成年に対する歯科検診や予防処置には100%保険が適用される。また、約9割の国民は国の保険以外に民間保険会社等の歯科保険にも加入しているということで、国民の3人に2人は少なくとも年1回歯科医院を受診している。

卒前歯学教育は16校の国立歯学部が担っており、1年間の医療系共通課程の後に試験を経て、歯科専門課程に進学するが、進学者数は保健省と教育省との協議で毎年決められており（*numerus clausus*）、日本と違い、調整が容易である。学位（*Diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire*）と歯科医籍登録のために、卒業論文を書くことが必要とされる。免許取得のための国家試験はなく、卒後臨床研修は義務化されていない。

2004年の法改正に伴い、歯科医師についても他の医療専門職と同様、生涯研修が義務化されている。歯科医師生涯研修の根拠法は、公衆衛生法典第4部>第1巻>第4項>第3章にある（Article L4143-1~L4143-4）。

生涯研修の内容については、歯科医籍登録機関 ONCD、歯科医師組合、歯学部などが協議して決めており、5年間に800単位（年間最低150単位）を取得することが歯科医籍登録更新の要件となっている。次項では歯科医師生涯研修の概要についてまとめる。

## 2. フランスにおける歯科医師生涯研修

### développement professionnel continue (DPC)

#### 1) DPC とは

知識強化と専門実務分析・評価の2領域から成るとされ、知識強化の部分については、集団あるいは個人で、方法としては学会、セミナー等への出席あるいは、e-ラーニングなどを利用した遠隔受講がある。専門実務分析・評価については、危機管理、症例分析、予後分析についての研修とあるが、実際にどのようなことをするのかは不明である。

2013年1月からは開業医、勤務医を問わず、必ず年に最低1回は上記のような生涯研修プログラムを修了する必要があるが、これは単にある研修コースに参加したとか、インターネットでコースを履修したというものに留まらない、数か月に及ぶ包括的なプログラムを指すところがある。

#### 2) DPC の運営団体

医療専門職対象生涯研修運営団体（OGDPC）が同インターネットサイト [www.ogdpc.fr](http://www.ogdpc.fr) で、歯科医師を含む医療専門職にある者は自分の生涯研修アカウントを作成し、研修プログラムを立案し、自ら管理を行う。生涯研修プログラムが生涯研修の趣旨に合致しているかは、より専門的な別団体によりチェックされる。

#### 3) DPC への登録方法

[www.ogdpc.fr](http://www.ogdpc.fr) にアクセスして、歯科医籍登録番号などの基本情報を入力して自分のアカウントを作成し、生涯研修の記録を自己管理していく。歯科医師として働く生涯を通して、これ続ける。

#### 4) 生涯研修プログラムの選び方

www.ogdpc.fr やその他のサイトから、歯科医師生涯研修プログラムを提供するさまざまな団体にアクセスして選択する。

#### 5) 生涯研修を受けることに対する費用補償

生涯教育を受けるために必要な経費や、診療を休んだことに対する収入減への補償がある(上限 1,015 ユーロ)。

#### 6) DPC を遵守しない場合

歯科医師が行った生涯研修プログラムの修了証は、歯科医師本人だけでなく、歯科医籍を管理している ONCD の県評議会にも送付される。県評議会は少なくとも 5 年に 1 回、各歯科医師の DPC の状況を確認し、不十分と認めた場合には、適切な DPC の在り方について当該歯科医師に勧告を行う。それでも改善がみられない場合には、専門職業人としては資格不足とみなされ、登録を抹消される可能性がある。

フランスにおける歯科医師生涯研修プログラムは 2004 年に拠り所となる規則ができたものの、運用については変更が加えられてきており、現在の方式による生涯研修プログラムは 2009 年の HPST 法によるもので、2013 年 1 月 1 日から運用が始まったばかりである。より包括的なプログラムを自分で考えて、インターネット上で自己管理する方向になってきている。5 年間に 800 単位(年間最低 150 単位)を取得することは、本研究調査時点では変わっていないが、実際にインターネットで知り得る情報からは、各生涯研修プログラムが何単位と相当するのか、研修内容の詳細、提供団体などは不明である。

個々の研修プログラム参加にあたっては、歯科医師は保証金を支払う必要はあるものの(申

し込んで参加しないと保証金は没収)、きちんと参加すれば保証金は返還され、費用は OGDPC から研修プログラムを実際に行う団体に支払われる(金額によっては自己負担がある場合もある)。

生涯研修の状況は 5 年に 1 回の割合で審査されて、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抹消ということが予想されるとある。生涯研修が義務化されてから、実際に免許登録を抹消された歯科医師がいるのかは、今後 ONCD の県評議会などに調査する必要があると 2014 年 5 月に現地調査をする計画である。

### 3. フランスにおける歯科領域の医療保険

医療保険に関する情報は、L'Assurance Maladie のホームページに患者、医療者、企業向けに分かれて情報が掲載されている。患者向けサイトには、払い戻される医療費が種別に示されており、歯科医療については相談料、一般歯科治療、補綴治療、矯正治療別に、「料金(歯科医師が随意に決定できるものもある)」、「払い戻しの対象となる基本料金」、「払い戻し率」、「払い戻し額」からなる一覧表が掲載されている。払い戻し率は 7 割がほとんどであるが(自己負担率は 3 割)、10 割の場合もある。

#### 【参考資料 2】

#### D. 考察

歯科医師育成は歯科大学入学、卒前歯学教育、免許試験、歯科医籍登録、生涯研修という一連の流れの中で考えられるが、その現状や課題はそれぞれの国の高等教育制度、歯科医療制度に影響されながらも、類似点、相違点がみられるのは興味深い点である。

欧州では歯科大学卒業後、国家試験がないの

で、歯科大学卒業をもって歯科医師免許が与えられることになり、卒前歯学教育の認証評価や学生の卒業時点での知識・技能・態度における到達度評価が重要になる。英国においては、卒前歯学教育の認証評価、歯科医籍登録、生涯研修のすべてが GDC により行われていることで、より一貫性が保ちやすい状況にあるといえる。

一方フランスでは卒前歯学教育のガイドラインを決定しているのは高等教育・研究省 *Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche* であり、歯科医籍登録と生涯研修に関しては ONCD が行っている。歯科医籍登録と生涯研修が同一機関の所轄であるため、生涯研修が実効性のあるものとなる可能性は高く、生涯研修の状況が良好でない歯科医師に対しては理論上、歯科医師免許登録抹消といった事態が想定されるが、現状はどうなっているのかはさらに調査が必要である。

日本では卒前歯学教育認証評価について、文部科学省の事業として検討ワーキングが平成 24 年度より調査研究を開始したところであり、平成 26 年度にはトライアルが予定されている。免許試験、歯科医籍登録は厚生労働省の管轄であり、生涯研修については現在のところ歯科医師個人の責任に任された状況である。今後、アジア諸国、特に東南アジアでの歯科医師免許の相互認証の動きを受けて、各国の卒前歯学教育の認証評価、生涯研修の制度整備が進むことが予測され、日本においても生涯研修を視野に入れた歯科医師育成の質保証という点で、関連部署のさらなる連携が必要になるであろう。

## E. 結論

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。

## F. 研究発表

第 32 回日本歯科医学教育学会学術大会でポスター発表を行った (平成 25 年 7 月 13 日)。

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考資料：

1. 歯科医師の登録・管理、生涯教育等に関する根拠法について

フランス公衆衛生法典 **Code de la santé public**

- **Quatrième partie : Professions de santé 第4部 医療専門職**
  - Livre préliminaire : Dispositions communes 第0巻
    - Titre Ier : Coopération entre professionnels de santé
      - Chapitre unique (Articles L4011-1 à L4011-3)
    - Titre II : Gestion des fonds du développement professionnel continu des professionnels de santé
      - Chapitre unique (Article L4021-1)
    - Titre III : Représentation des professions de santé libérales.
      - Chapitre unique (Articles L4031-1 à L4031-7)
    - Titre IV : Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires
      - Chapitre Ier : Constitution de la société (Articles L4041-1 à L4041-7)
      - Chapitre II : Fonctionnement de la société (Articles L4042-1 à L4042-3)
      - Chapitre III : Dispositions diverses (Articles L4043-1 à L4043-2)
  - Livre Ier : Professions médicales 第1巻
    - Titre Ier : Exercice des professions médicales 第1項
      - Chapitre Ier : Conditions générales d'exercice. (Articles L4111-1 à L4111-8) 第1章
      - Chapitre II : Inscription au tableau de l'ordre et déclaration de prestation de services
        - Section 1 : Inscription au tableau de l'ordre (Articles L4112-1 à L4112-6)
        - Section 2 : Déclaration de prestation de services (Articles L4112-7 à L4112-8)
      - Chapitre III : Règles communes liées à l'exercice de la profession (Articles L4113-1 à L4113-14)
    - Titre II : Organisation des professions médicales 医療職の構成
      - Chapitre Ier : Ordre national. (Articles L4121-1 à L4121-2)
      - Chapitre II : Conseil national et chambre disciplinaire nationale. (Articles L4122-1 à L4122-5)
      - Chapitre III : Conseils départementaux. (Articles L4123-1 à L4123-17)
      - Chapitre IV : Chambres disciplinaires de première instance et conseils régionaux et interrégionaux. (Articles L4124-1 à L4124-14)
      - Chapitre V : Dispositions communes aux différents conseils. (Articles L4125-1 à L4125-5)
      - Chapitre VI : Procédure disciplinaire. (Articles L4126-1 à L4126-6)
      - Chapitre VII : Déontologie. (Article L4127-1)
    - Titre III : Profession de médecin 医師
      - Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours. (Article L4130-1)
      - Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4131-1 à L4131-7)
      - Chapitre II : Règles d'organisation. (Articles L4132-1 à L4132-11)
      - Chapitre III : Développement professionnel continu (Articles L4133-1 à L4133-4)
      - Chapitre V : Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle (Articles L4135-1 à L4135-2)
    - Titre IV : Profession de chirurgien-dentiste 歯科医師
      - Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4141-1 à L4141-6)
      - Chapitre II : Règles d'organisation. (Articles L4142-1 à L4142-6)
      - Chapitre III : Développement professionnel continu (Articles L4143-1 à L4143-4) ←生涯研修に関わる部分

## 2. 歯科治療で国の医療保険から支払われる部分（出典：< <http://www.ameli.fr/>>）

### Consultations 相談料

Praticien consulté 医療者の種別	Tarif 料金	Base du remboursement 払い戻しの基本となる料 金	Taux de remboursement 払い戻し率	Montant remboursé 払い戻し額
Chirurgien-dentiste 歯科医師	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Chirurgien-dentiste spécialisé en traitement ODF 歯科専門医	23,00 €	23,00 €	70 %	16,10 €
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 1 医師（区分1）	28,00 €	28,00 €	70 %	18,60 € (1)
Médecin stomatologiste exerçant en secteur 2 医師（区分2）	honoraires libres 随意設定	23,00 €	70 %	15,10 € (1)

### Soins dentaires 一般歯科治療（13歳以上の場合）

Soin dentaire 治療の種類	Tarif conventionnel 通常料金	Taux de remboursement 払い戻し率	Montant remboursé 払い戻し額
Détartrage 歯石除去	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement d'une carie une face う蝕治療（1面）	16,87 €	70 %	11,80 €
Traitement d'une carie deux faces う蝕治療（2面）	28,92 €	70 %	20,24 €
Traitement d'une carie trois faces et plus う蝕治療（3面以上）	40,97 €	70 %	28,67 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine 切歯、犬歯の抜髄	33,74 €	70 %	23,61 €
Dévitalisation d'une prémolaire 小臼歯の抜髄	48,20 €	70 %	33,74 €
Dévitalisation d'une molaire 大臼歯の抜髄	81,94 €	70 %	57,35 €
Extraction d'une dent de lait 乳歯の抜歯	16,72 €	70 %	11,70 €
Extraction d'une dent permanente 永久歯の抜歯	33,44 €	70 %	23,40 €

### Soins dentaires sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

#### 一般歯科治療（13歳未満の場合で永久歯に対する治療）

Soin dentaire 治療の種類	Tarif conventionnel 通常料金	Taux de remboursement 払い戻し率	Montant remboursé 払い戻し額
Traitement d'une carie une face う蝕治療（1面）	19,28 €	70 %	13,49 €
Traitement d'une carie deux faces う蝕治療（2面）	33,74 €	70 %	23,61 €
Traitement d'une carie trois faces ou plus う蝕治療（3面以上）	48,20 €	70 %	33,74 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine 切歯、犬歯の抜髄	38,56 €	70 %	26,99 €
Dévitalisation d'une prémolaire 小臼歯の抜髄	57,84 €	70 %	40,48 €
Dévitalisation d'une molaire 大臼歯の抜髄	93,99 €	70 %	65,79 €

**Scellement de sillons** シーラント (14歳未満の第1、2大臼歯のみ、1歯につき1回のみ)

Soin dentaire	Tarif conventionnel 通常料金	Taux de remboursement 払い戻し率	Montant remboursé 払い戻し額
Scellement de sillons シーラント	21,69 €	70 %	15,18 €

**Prothèses dentaires** 補綴治療

Prothèse dentaire 補綴物の種類	Tarif 料金	Base du remboursement 払い戻しの基本となる料金	Taux de remboursement 払い戻し率	Montant remboursé 払い戻し額
Couronne クラウン	honoraires libres 随意設定	107,50 €	70 %	75,25 €
Inlay-core インレーコア	honoraires libres	122,55 €	70 %	85,78 €
Inlay-core à clavette インレーコア	honoraires libres	144,05 €	70 %	100,83 €
Appareil dentaire 義歯 (1~3歯) [1 à 3 dents]	honoraires libres	64,50 €	70 %	45,15 €
Appareil dentaire complet 全部床義歯 (14歯) [14 dents]	honoraires libres	182,50 €	70 %	127,75 €
Bridge de trois éléments [2 dents piliers + 1 élément intermédiaire pour remplacer une dent absente] ブリッジ (1歯欠損、2支台歯)	honoraires libres	279,50 €	70%	195,65 €

**Traitements d'orthodontie** 矯正治療

払い戻し率は、120ユーロ未満の治療については料金の70%、120ユーロ以上の治療については、払い戻しの基本となる料金の100%。基本的に矯正治療の料金は随意設定である。

Traitement d'orthodontie 矯正治療	Tarif 料金	Base du remboursement 払い戻しの基本となる料金	Taux de remboursement 払い戻し率	Montant remboursé 払い戻し額
Traitement par semestre 半年毎の治療 (6 semestres maximum) 6半期まで	Honoraires libres 随意設定	193,50 €	100 %	193,50 €
Séance de surveillance 管理 (2 séances maximum par semestre) 半期に2回まで	Honoraires libres	10,75 €	70 %	7,53 €
Contention 1 <sup>re</sup> année 保定 1年目	Honoraires libres	161,25 €	100 %	161,25 €
Contention 2 <sup>e</sup> année 保定 2年目	Honoraires libres	107,50 €	70 %	75,25 €

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

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

研究協力者 竹原祥子 東京医科歯科大学国際交流センター 特任助教  
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**

健康の社会的決定要因は、健康格差の原因である。健康格差の縮小と、そのための社会的決定要因への働きかけが、近年世界的に注目されている。この潮流は歯科界にも及んでおり、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と考えられた。

**A. 研究目的**

国際歯科研究学会（International Association for Dental Research: IADR）は世界最大の歯学領域の研究学会で、会員数は11,500名を超えている。IADRの使命は歯学研究の推進と世界の人々への口腔の健康に関する知識の提供、口腔の健康に関する研究の支援、研究による成果の広報・応用の推進である。

この国際的な歯学研究組織IADRにおいて、Global Oral Health Inequalities: the Research

Agenda (GOHIRA)が組織された。GOHIRAが作成された目的は、口腔の健康に関する格差解消のために、健康に関連する社会的要因を明らかにして、世界全体の口腔保健状況を改善し、健康格差を軽減することである。IADRはGOHIRAを通じて、不健康な口腔状態や口腔疾患の格差を解消するような研究を実施していくことを国際的に歯科関係者に働きかけている。本研究では、IADR-GOHIRAの具体的な内容、GOHIRAが設定された背景等を紹介することを目的としている。

## B. 研究方法

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。英文のオリジナルは、Journal of Dental Research 誌<sup>1)</sup>に発表されたものである。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た。以上の資料をもとに、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、検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究では、すでに学術雑誌に公表されている資料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

### 1. IADR-GOHIRAによる口腔保健改善に向けた行動の呼びかけ<sup>1)</sup>

2013年に発表された「行動への呼びかけ (IADR-GOHIRA: A Call to Action)」を日本語に翻訳した (添付資料)。その中には、口腔保健格差を決定する社会的要因を解消し、世界全体の口腔保健状況を改善し、健康格差を軽減するための行動指針が示されている。また、3つの歯科における問題を提起し、解決にむけた10項目の優先事項を明らかにしている。

### 2. IADR-GOHIRA設立の背景と活動内容

国際歯科学研究学会 (IADR) は歯科疾患の健康格差を重要な研究課題と位置付けている。2009年、健康格差を軽減できるようなプログラムや優先事項を検討することを目的として、IADRはGOHIRAという研究組織を設置した。

GOHIRAは、IADR内の委員会の1つで、Queen Mary University of London, Barts and The London School of Medicine and Dentistryの歯学部教授であるDavid William先生が委員長を務めている。

IADR-GOHIRAには以下の4つの目的がある。

- 1) 口腔の健康の決定要因について理解を深める。要因として生物学的、環境要因だけでなく、行動および社会的要因についても考慮する。
- 2) 境界領域にいる弱者をターゲットした、社会的、物理的環境に関する研究を促進する。(原文と照らしたところ意味はあっています)
- 3) 国内および国家間に存在する口腔を含む全身の健康格差を軽減する研究政策に焦点をあてる。
- 4) 口腔の健康格差を示すための根拠に基づくシステマティックレビューの方法と戦略のガイドラインを作成するための利用可能な資源を開発し維持する。

以上のように、研究の方向性について示唆し、優先順位を付けることを大きな使命としている。さらに、個々の事項について検討するために、GOHIRAには以下の6つのタスクグループが編成されている。

- ・ う蝕
- ・ 歯周疾患
- ・ 口腔ガン
- ・ 口腔感染症
- ・ 発達異常
- ・ 新しい制度の導入とサービスの提供

タスクグループには世界保健機構 (WHO) と FDI のメンバーも加わり、2010年バルセロナでの IADR 総会において、GOHIRA に関する最初の報告が行われた。総会での発表内容は、Advances in Dental Research 誌 2011年5月号に GOHIRA 特集 (D. M. Williams 編集) として掲載された (図1)。以下が目次の項目である<sup>2-9)</sup>。

- (1) 世界における口腔の健康格差の研究課題  
Global Oral Health Inequalities: The Research Agenda (GOHIRA)
- (2) 口腔の健康の社会的決定要因
- (3) 世界における口腔の健康格差：研究資金提



供者の考え

- (4) 世界における口腔の健康格差：カリエス
- (5) 世界における口腔の健康格差：歯周病
- (6) 世界における口腔の健康格差：口腔の感染性疾患への挑戦とアプローチ
- (7) 口腔がんの発生と予後についての世界における口腔の健康格差：原因と解決方法
- (8) 世界における口腔の健康格差：唇顎口蓋裂の予防と対策および解決方法への挑戦
- (9) 世界における口腔の健康格差：口腔保健政策の導入と保健サービスの提供

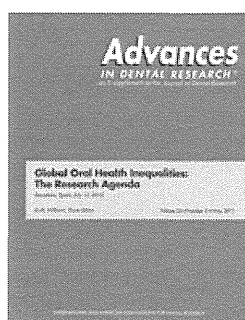


図1 Advances in Dental Research誌  
GOHIRA特集号の表紙

また、Journal of Dental Research誌で、GOHIRAの委員長であるD. William教授が健康格差に関する研究の重要性について、さらに解説を行った<sup>10)</sup>。

### 3. IADR-GOHIRAの行動指針を実現するための活動

2013年10月、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)において「IADR-GOHIRAの導入：行動への呼びかけを実現するために」というタイトルでワークショップが開催された。ワークショップでは以下の3つが、解決すべき主要課題として取り上げられた。

- 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（研究駆動型プログラム、能力構築型プログラム、測定とモニターの標準化したシステムを含む）

5つのワーキンググループで、それぞれの課題について討議した。

#### グループ1：

どのようにして包括的な予防戦略を策定するか：具体的なタイムラインと優先順位、特定の疾患をターゲットとするのか、どの社会環境の健康決定要因を含めるか。

#### グループ2：

どのように、そして誰が口腔の健康の格差を定量するのか。報告の基準を標準化した情報データベースをどのように確立するか

#### グループ3：

上流からの戦略—研究者および公的な医療従事者がどのように協力、口腔の健康改善戦略を作成、導入、評価するか。

#### グループ4：

口腔保健の促進—地域、国、国際レベルで口腔保健活動の推進について。

#### グループ5：

これからの研究の優先事項—口腔の健康格差の研究における優先事項は何か。格差の問題に効果的に対処できるような次世代の歯科研究者を育成するためにどのような教育訓練が必要か。

このワークショップで討議された内容は、今後学術誌で発表される予定である。

### 4. 世界の動向

IADR-GOHIRAの動きは、世界的な歯科保健政策の指針の動きと足並みを揃えたものである。

IADR-GOHIRAによるイニシアチブが取られた2010年、世界保健機構（WHO）はアルコール、心疾患、子供の栄養、糖尿病、食の安全、精神疾患、熱帯病、口腔疾患、望まない妊娠とその結果、タバコ、結核、暴力と不慮の外傷をすべて包括して取り組むための政策と研究課題を発表した<sup>11, 12)</sup>。国際連合は2011年9月に開催された非感染性疾患の予防とコントロールに関する高官レベルの会議で、歯科疾患をこれから解決すべき疾患の1つと捉える決議を行った。

#### D. 考察

世界的にみて口腔の健康に関する格差が依然として存在しており、WHOは口腔保健を基本的な人権の一つであるとしている。健康格差とは、単なる偶然による差ではなく、避けられるはずの健康の差を示す。この背景として、IADRは、研究の成果を現場に応用できていないことを指摘している。さらに、確かな根拠（EBM）に基づいた保健政策や保健指導が行われていないことも原因であると指摘しており、研究成果を臨床に応用するという点で、橋渡し研究の重要性が認識されている。

日本においては、歯科口腔保健の推進に関する法律（歯科口腔保健法）を通じて口腔保健向上のための対策が推進されている。歯科口腔保健法は、歯科口腔保健の推進に関する施策を総合的に推進するための法律として、平成23年に公布・施行された。歯科疾患の予防や口腔の保健に関する調査研究をはじめ、国民が定期的に歯科検診を受けること等の勧奨や、障害者・介護を必要とする高齢者が定期的に歯科検診を受けること等の内容となっており、口腔の健康格差の是正が最終目標の一つとなっている。

歯科口腔保健法の基本的事項について、表1に示した。口腔保健推進のための社会環境の整備、健康格差縮小や、歯科疾患の効果的な予防・治療法等についての研究を推進し、その研究結果の施策への反映を図ることを基本的事項として定めている。「健康日本21（第二次）」も同じように目標設定し、健康格差の縮小が一つのキーワードになっている点で歯科口腔保健法と共通している。

近年、わが国でも所得格差が拡大し、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のではないかとの懸念がある。こうした背景から、健康格差の視点を有する医療者の育成が必要であると考えられる。現在の歯科医師養成課程におけるカリキュラムでは、健康の社会的格差に関する内容が十分教育されていない。また、歯科医師の生涯研修においても、健康格差という視点での研修プログラムはほとんどない。今後、積極的に健康格差に関する情報提供や学習の機会

を設けることが必要であると思われる。

研究の分野においては、健康格差に関する研究は進みつつある。しかし、日本における歯科に関する健康格差の研究は、欧米に比べて少なく、健康の社会格差の改善方策に関する研究は、ほとんど実施されていない。歯科口腔保健法の推進を通じて、研究および調査を進め、わが国の健康格差の現状が明らかになり、改善対策策定のために役立てることができると思う。歯科口腔保健法は歯科に特化した法律であるという点で、他国に例をみない日本独自のものである。歯科の問題について全身の健康と統合して、他職種との連携を取りながら、取り組んでいく必要がある。同時にIADRなどの世界の流れを、必要に応じて取り入れながら、口腔保健を推進して行く必要があると考えられた。

表1 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(抜粋)

<b>第一 歯科口腔保健の推進のための基本的方針</b>
一 口腔の健康の保持・増進に関する健康格差縮小
二 歯科疾患の予防
三 生活の質向上に向けた口腔機能の維持・向上
四 定期的に歯科検診または歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健
五 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備
<b>第二 歯科口腔保健を推進するための目標、計画に関する事項</b>
一 目標、計画設定と評価の考え方
二 歯科口腔保健を推進するための目標、計画
<b>第三 都道府県および市町村の歯科口腔保健の基本的事項の策定に関する事項</b>
一 歯科口腔保健推進に関する目標、計画の設定と評価
二 目標、計画策定の留意事項
<b>第四 調査および研究に関する基本的な事項</b>
一 調査の実施および活用
二 研究の推進
<b>第五 その他歯科口腔保健の推進に関する重要事項</b>
一 歯科口腔保健に関する正しい知識の普及に関する事項
二 歯科口腔保健を担う人材
三 歯科口腔保健を担う者の連携および協力に関する事項

## E. 結論

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。

## F. 研究発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考文献：

- 1) Sgan-Cohen HD, Evans RW, Whelton H, Villena RS, MacDougall M, Williams DM; IADR-GOHIRA Steering and Task Groups. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA(R)): a call to action. J Dent Res. 2013 Mar;92(3):209-11.
- 2) M. Marmot and, R. Bell, Social Determinants and Dental Health, ADR May 2011 23: 201-206
- 3) Garcia and L. A. Tabak, Global Oral Health Inequalities: The View from a Research Funder ADR May 2011 23: 207-210.
- 4) N. Pitts, B. Amaechi, R. Niederman, A.M. Acevedo, R. Vianna, C. Ganss, A. Ismail, and E. Honkala, Global Oral Health Inequalities: Dental Caries Task Group-Research Agenda, ADR May 2011 23: 211-220.
- 5) L. J. Jin, G. C. Armitage, B. Klinge, N. P. Lang, M. Tonetti, and R. C. Williams, Global Oral Health Inequalities: Task Group-Periodontal Disease, ADR May 2011 23: 221-226.
- 6) Challacombe S, Chidzonga M, Glick M, Hodgson T, Magalhães M, Shiboski C, Owotade F, Ranganathan R, Naidoo S. Global oral health inequalities: oral infections-challenges and approaches. Adv Dent Res. 2011 May;23(2):227-36.
- 7) N. W. Johnson, S. Warnakulasuriya, P. C. Gupta, E. Dimba, M. Chindia, E. C. Otoh, R. Sankaranarayanan, J. Califano, and L. Kowalski, Global Oral Health Inequalities in Incidence and Outcomes for Oral Cancer: Causes and Solutions, ADR May 2011 23: 237-246.
- 8) P. A. Mossey, W. C. Shaw, R. G. Munger, J. C. Murray, J. Murthy, and J. Little, Global Oral Health Inequalities: Challenges in the Prevention and Management of Orofacial Clefts and Potential Solutions, ADR May 2011 23: 247-258.
- 9) A. Sheiham, D. Alexander, L. Cohen, V. Marinho, S. Moysés, P. E. Petersen, J. Spencer, R. G. Watt, and R. Weyant, Global Oral Health Inequalities: Task Group-Implementation and Delivery of Oral Health Strategies, ADR May 2011 23: 259-267.
- 10) Williams DM, Reducing inequalities in oral disease. Br Dent J. 2011 May 14;210(9):393.
- 11) Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes--the case of oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2011 Dec;39(6):481-7.
- 12) Equity, social determinants and public health programmes Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. World Health Organization 2010.

IADR Global Oral Health  
Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA): A Call to Action  
世界における口腔の健康格差の研究課題：行動への呼びかけ

Sgan-Cohen HD, Evans RW, Whelton H, Villena RS, MacDougall M, Williams DM; IADR-GOHIRA Steering and Task Groups. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA(R)): a call to action. J Dent Res. 2013 Mar;92(3):209-11.

### 背景

疾病予防や治療の著しい進歩を導いた研究の成果により、この30年の間に口腔内の健康は大きく改善されたものの、依然として、社会格差に基づいた健康格差は全身の健康と同様に口腔の健康にも残っている。

口腔の健康の格差は地域・社会内や地域・社会間に存在し、世界の多くの人々の生産性、生活の質に影響している。全身や口腔の健康の生物学的・社会的決定要因を研究した研究は今までも多くある。それには心理学的、社会的、環境的、経済的、文化的、そして政治的な要因の健康に対する結果（アウトカム）が含まれる(Marmot and Bell, 2011)。しかし、これらは期待したような改善を得ることができていない。国際歯科研究学会（IADR）はGlobal Oral Health Inequalities Research Agenda（IADR-GOHIRA）においてイニシアティブをとっているが、主な目的は、正しく導入されれば、口腔の健康格差を軽減できるような戦略をたてるためのエビデンスを得ることである(Williams, 2011a, b)。これまでの研究成果を生かして行った世界における口腔保健の推進、格差軽減のための行動は、まだ限られた成功しか納めていない。これはIADRが認めるところである。この課題に対処するためには社会政策を含むセクター間の緊密な関係と上流からのアプローチが必要で、それによって口腔の健康に対するアクションと、非感染性疾患の世界的な広がりや減少させるためのアプローチの統合が可能になることが明らかになっている。現在の行動への呼びかけの要点は、この問題に関する口腔保健の研究に、国際的なリーダーたちを注目させることである。IADRはこの目的を達成するために科学的、社会的そして道徳的な先駆的役割を担うことに尽力する。

全身および口腔の健康の世界的な格差の原因として、日常生活の状況と構造決定要因が挙げられる。これらには国内および国家間の経済的格差と、健康に関する社会的決定要因に対する政府の取り組みの失敗から発した政策やプログラムが含まれている。つまり、健康に関する社会構造の改善のためには、健康に関与する分野だけでなく、全ての分野が関わらないといけないという結論が導かれる(Sheiham et al., 2011)。健康格差を完全に理解するためには次の事柄に対する洞察が求められる。

- (1) 健康の社会的決定要因と社会格差
- (2) 一般的な非感染性疾患と関連して、口腔疾患は世代を通して受け継がれた結果、社会的に決定される事実
- (3) 「原因の原因」として言及される社会格差の源(Marmot and Bell, 2011)。

IADR-GOHIRAの全体としての目的は以下のとおりである。

- ・口腔の健康の決定要因について理解を深める。要因として生物学的、環境要因だけでなく、行動および社会的要因についても考慮する。
- ・境界領域にいる弱者をターゲットとした、社会的、物理的環境に関する研究を促進する。