

- ・ 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。
- ・ 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。

THE IADR-GOHIRA RESEARCH の優先事項

以下の3つの主要課題が示されている。

- 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（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）

これらの課題に取り組むために、世界的な保険医療制度（global health care systems）の多様性による様々なニーズを考慮し、主な研究目的10項目が挙げられている。

- (1) 知識の重大なギャップを明らかにする。
- (2) エビデンスに基づいた医療団体と連携して、試験的なプログラムの導入の登録を含めた、報告の基準を用いる知識基盤を開発・導入する。
- (3) 全国民と恵まれていない人々の、口腔の健康、口腔の健康に関連した行動、そして口腔のケアを求める行動の心理・社会的決定要素の意義を強調する。
- (4) 口腔の健康の格差に関する研究を、健康の格差を軽減するための広い取組みと統合することの重要性を強調する。
- (5) 社会学者や医療従事者など広い分野の人を交えた多くの学問領域に渡る研究や橋渡し研究（トランスレーショナルリサーチ）の重要性を強調する。
- (6) 健康の社会的そして環境的な決定要因に基づいた疾病予防戦略を開発し、下流戦略ではなく上流戦略を採用する (Sheiham et al., 2011)。
- (7) 口腔のヘルスリテラシーを改善するために、それぞれの文化的感受性と社会経済的な制約を考慮した上で戦略を立てる。
- (8) 過去の経験と資源の影響を認識した上で、口腔の健康増進と医療のための地域に基盤を置いた地方・国レベルのシステムを開発する (Monse et al., 2010; Dugdill and Pine, 2011)。
- (9) 均衡のとれた万人救済主義（ユニバーサリズム）を促進し、恵まれていない地域に注目する必要性を取り上げて、口腔の健康の格差に関しての問題提起を公開討論によって行う。
- (10) Adelaide Statement of Health に則して、全ての政策において他の部門とともに口腔の健康を含めることを唱える (WHO, 2010)。

研究のニーズの事例が、3つの挑戦に対応して3つの表に示される（別表 A 参照）。表は基礎研究、臨床研究、導入の3つのレベルで示されている。個々の病気について別々に述べるというよりは、すべての口腔疾患について共通の統一的テーマについて強調されている。

現在の研究事項は、全ての歯科研究領域とそれを越えた領域の戦略を明瞭に述べられていることは強調すべきである。罹患率の高い口腔疾患で関係している疾患は、う蝕 (Pitts et al., 2011)、歯周疾患 (Jin et al., 2011)、口腔がん (Johnson et al., 2011)、口腔感染症 (Challacombe et al., 2011)、顎顔面異

常(Mossey et al., 2011)である。IADR は、多くの部門間に渡る連携したプログラムの研究を進めることが、口腔の健康の格差減少という実質的な進歩につながると認識している。

成果の優先事項とスケジュール (Outcome priorities and timeline)

IADA-GOHIRA の行動への呼びかけに対する成果の優先事項とスケジュールは以下のとおりである。

- (1) 2013 年までに GOHIRA の科学的なネットワークである GOHIRN を確立し、始動する。(別表 B 参照)。このネットワークは、IADR-GOHIRA 研究の優先事項の広い波及と導入を円滑に進めるために、IADR の中に利益団体を作るものである。GOHIRN はブラジルのイグアスの滝で行われた IADR の一般セッションで 2012 年に作られ、2012 年から 2013 年にかけて、IADR の地方および国際学会においてシンポジウム、ポスターセッションを開催した。
- (2) 世界保健機関 (WHO) や世界歯科連盟 (FDI) などの主要なパートナーと連携して、口腔の健康の格差を減少するための統合的アプローチについて合意した (Petersen, 2010)。IADR の委員会の承認後、2014 年までに共同のワークショップ開催が提案されており、そこで評価可能な成果とスケジュールが定義される予定である。
- (3) 2013 年に、主な研究資金提供機関と口腔の健康に関する政策の立案者が連携することで、グローバルオーラルヘルスに関する研究への政治的優先順位を上げて注意を引きつけ、IADR-GOHIRA の目的を達成するために必要な資金と持続可能な基盤を獲得する。
- (4) 共通するリスクへのアプローチ (共通のリスクファクターとしてアプローチするという考え方) を採用し、2013 年までに子供の健康とプライマリケアを含んだ全身の健康の分野と連携させ、他の経験から学び、アイデアやアプローチを相互に生かし、相互に支持しあい、ロビー活動が最大に行われるようにし、一般的な問題に取り組む。
- (5) 子供や若年層の口腔の健康に関する現在の政策を改善することを目的とした健康推進に関する研究を 2013 年までに奨励し、疾病予防と口腔の健康推進の上流戦略とを統合したアプローチを強調する。
- (6) 2016 年までに IADR-GOHIRA のイニシアティブのために広範囲の成果の評価を監視、評価して実行する。
- (7) IADR のリーダーシップと世界の共同研究を推進する事で、2030 年までに (1 世代のうちに)、口腔の健康の世界的な格差は減少あるいは根絶されるであろう。

謝辞

国際歯科研究学会 (IADR) の世界における口腔の健康格差の研究の指針 (IADR-GOHIRA) は 2009 年より IADR の主な事業であった。全ての資金は IADR より出資された。IADR 研究委員会は 2009 年に運営グループと作業グループが結成された当初から、2010 年のバルセロナでの討論会、2011 年のアーリントンでのワークショップ、そして 2012 年のブラジル、イグアスの滝での取締役会・理事会まで IADR-GOHIRA に直接投資を行ってきた。IADR 委員会は IADR-GOHIRA の運営グループと作業グループの多大な貢献を評価している。著者らはこの論文を執筆、発表するにあたり、一切の利益相反がない。

別表 A 格差を減少するために必要な研究例 (IADR-GOHIRA)

(1) 知識の格差

基礎研究	臨床研究と疫学	トランスレーショナルリサーチ (基礎的な研究成果の臨床応用のための橋渡し研究)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔顔面痛と顎顔面奇形と口腔疾患の遺伝的多様性と傾向 ・ エナメル質と象牙質の再石灰化 ・ 口腔疾患のバイオフィルム ・ 宿主と病原体相互作用、感染、免疫 ・ 健康の社会的な決定因子の根源 (社会学的、政治的、経済的、心理的) と本質 ・ 低栄養に関連した中咽頭粘膜の免疫抑制と免疫 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 煙草規制の効果的な対策と薬物乱用が口腔の健康に与える影響 ・ 食事、栄養と口腔の健康 ・ 安全、経済的、効果的、予防的そして健康維持に役立つ薬物と材料 ・ 全ての社会的階層のメンバー (特に社会的に疎外されているものや特別な支援を必要とするもの) に対する費用効果の高い口腔ケアのアプローチ ・ 口腔疾患や全身疾患に関連して現れる口腔内症状の有効なスクリーニング。 ・ 継続した対象者の生涯に渡る研究 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔の健康の環境的、社会的そして行動的な決定要因。 ・ 現在あるエビデンスを臨床に結び付け、実用化における障害を理解する。 ・ 社会的に疎外されているもの、特別な支援を必要とするものを含む全ての社会的階層の人々が、アクセスできる口腔の健康のためのサービスの有効性の評価。 ・ 口腔の健康を改善し格差を減少させるための、より幅広い政策的介入の効果 ・ 口腔の健康の推進のための地域参加型のモデル ・ 証明された予防と治療戦略の利用の割合

(2) 口腔と全身の健康のギャップ

基礎研究	臨床研究と疫学	トランスレーショナルリサーチ (基礎的な研究成果の臨床応用のための橋渡し研究)
<p>口腔疾患の兆候と口腔疾患の悪化と全身疾患の相互作用のリスクファクター：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 遺伝子・環境相互作用 (2) 耐性におけるエピジェネティックな変化、口腔疾患に罹患しやすい遺伝子 (特に環境ストレス) (3) 環境毒と催奇形物質が口腔と全身に与える影響 (4) 口腔疾患と全身疾患の分子生物学に関連した喫煙毒素 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全身疾患の口腔症状の疫学。 ・ 口腔疾患と全身疾患の効果的なワクチン接種と対費用効果の高い感染予防プログラム ・ 全身の健康管理システムと組み合わせた口腔疾患のリスクファクターの評価、診断、管理 ・ 初期の口腔の健康と疾患が QOL に与える影響 ・ 口腔疾患と顎顔面異常に転帰する食事、栄養、肥満、糖尿、全身性の炎症、母性保健の影響について 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔疾患にコモンリスクファクターアプローチを適用する。 ・ 口腔疾患の診断と管理および口腔の健康の推進における、全ての医療従事者の役割と責任 ・ ライフスタイルの変化が、口腔と全身の健康に与える影響について ・ 母体の口腔と全身の健康が、子供の口腔の健康と感染しやすさに与える影響 ・ 治療法、健康推進、予防のための、implementation science からの

(5) 全身状態と口腔疾患の変化した生物学的な伝達経路との相互作用に関する分子生物学。		理論に基づいた方法 ・ 汚名、差別、偏見、倫理的、道徳的配慮を含む口腔と顎顔面の問題の社会的側面
(6) 加齢と口腔疾患の変化した生物学的な伝達経路の相互作用に関する分子生物学		・ 全身の健康にも影響を与える重要な構成要素としての口腔の健康の社会的推進の効果的方法

(3) エビデンスに基づいたデータの必要性

基礎研究	臨床研究と疫学	トランスレーショナルリサーチ (基礎的な研究成果の臨床応用のための橋渡し研究)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔疾患のリスクアセスメント診断、予後、管理のための根拠に基づいたマーカーと要因 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔疾患の根拠に基づいた評価システム ・ 口腔顔面痛、顎顔面異常、口腔疾患のために、研究と記録を結びつける登録、データベースとバイオバンク 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔顔面痛、顎顔面異常、口腔の健康、口腔疾患、口腔内疼痛が口腔関連 QOL (OHRQoL) へ与える個人的、社会的、社会経済的な影響 ・ コミュニケーション技術 ・ 治療ガイドラインの情報科学と介入結果の可測性 ・ 根拠に基づいた介入方法論 ・ 政策課題

別表 B

IADR Global Oral Health Inequalities Research Network-(GOHIRN)

グローバルオーラルヘルス（世界的な口腔の健康）格差の研究ネットワーク

目標

- (1) 世界的な口腔の健康の研究を促進、助成する。
- (2) 世界的な口腔の健康の格差に焦点をあてた、特に広い地域との共同研究を促進・奨励する。
- (3) 研究機関、学校そして他のセンターと協力して世界的な口腔の健康格差に関して、学際的な研究を進める。
- (4) キャリア開発と研究重視という観点で、全てのレベルの学生の指導を行う。
- (5) 世界的な口腔の健康格差の研究を促進するため、そして他の国際組織と共同するために、IADR をサポートする。
- (6) GOHIRN のゴールには以下を含む。
 - (a) 歯学部限定されない大学やその他の機関において、世界的な口腔健康科学と国際的な健康に関する優れたプログラムを奨励する。
 - (b) 世界的な口腔の健康に関する研究における能力構築のための取り組みを奨励する。

C. 公開シンポジウム

公開シンポジウム

「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～

日時：平成26年3月11日(火) 14:00～17:00
場所：東京医科歯科大学1号館9階 特別講堂
参加無料

開催趣旨：本シンポジウムでは、国際的な視点から我が国の歯科保健医療制度や歯学教育を客観的に評価し、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言を行います。今後、地域やライフステージを考慮した効果的なオーラルヘルスプロモーションプログラムを立案・実践していくために、皆様と一緒に有意義なディスカッションをしたいと思っております。皆様のご参加をお待ちしております。

プログラム

司会：古川清香(東京医科歯科大学)

第一部：我が国の歯科保健医療制度

座長：恒石美登里(日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構)
森尾郁子(東京医科歯科大学)

1. 「我が国の歯科保健医療の供給体制に関して」 平田幸夫(神奈川歯科大学)
2. 「我が国の公的医療保険制度と介護保険制度の概要」 福泉隆喜(九州歯科大学)
3. 「留学生からみた日本の歯科保健医療制度の優れた点、改善すべき点」
イ・イ・アン(ミャンマー)
ブリズニョク・アナスタシア(ベラルーシ)
ハスリナ・ラニ(マレーシア)

第二部：歯科保健医療制度の国際比較

座長：安藤雄一(国立保健医療科学院)
米満正美(八戸歯科衛生士専門学校)

1. 「歯学教育の国際的動向について」 森尾郁子(東京医科歯科大学)
2. 「海外の歯科医師免許更新制度、卒後研修制度」 植野正之(東京医科歯科大学)
3. 「北欧諸国が提案する歯科保健医療の質評価指標」 大城暁子(東京医科歯科大学)
4. 「スウェーデンの成人歯科受診促進制度等の紹介」 竹原祥子(東京医科歯科大学)
5. 「国際比較でわかる我が国の歯科保健医療制度の特徴」 川口陽子(東京医科歯科大学)

ディスカッション

総評：小畑充彦(厚生労働省医政局歯科保健課)

連絡先：東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野(03-5803-5476)

公開シンポジウム
「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～

日時 平成26年3月11日(火) 14:00～17:00
場所 東京医科歯科大学1号館9階 特別講堂

(古川) 本日司会を務めます、東京医科歯科大学健康推進歯学分野の古川です。よろしく願いいたします。不慣れな司会ではありますが、円滑に会が進むよう努めさせていただきます。ご協力のほどお願いいたします。

東日本大震災から3年がたち、本日は被災者を追悼する式典が各地で開催されております。本シンポジウムでも、追悼式に合わせて午後2時46分にお亡くなりになられた方々に対し、哀悼の意を表すとともに、ご冥福をお祈りするため1分間の黙とうを行う予定です。東京医科歯科大学の全館放送にて案内が入る予定になっておりますので、その際にはご協力のほどよろしくお願いいたします。

本シンポジウムでは、平成23年度から行われた厚生労働科学研究「地域やライフステージを考慮した歯及び口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究」において得られた成果の発表をいたします。研究で得られた成果を皆さまと分かち合い、その知見がより深められるようにと願っております。

それでは、本シンポジウムの開会の辞を、研究代表者である東京医科歯科大学健康推進歯学分野の川口陽子先生にお願いいたします。

開会の辞

川口 陽子 (東京医科歯科大学)

皆さま、本日は年度末のお忙しい中、多数お集まりいただきまして、ありがとうございます。この研究班では、私が研究代表者となり、神奈川歯科大学の平田先生、東京医科歯科大学の森尾先生、九州歯科大学の福泉先生、それから本分野の植野先生の分担研究者を中心として研究を進めてきました。研究全体の目的としては、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、歯及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言を行うことです。日本だけを見るのではなく、国際的な視点から今の日本の現状がどうなのかを分析することが目的です。研究の分担としては、平田先生には日本の歯科保健医療の供給体制、福泉先生には日本の公的医療保険制度、介護保険制度をまとめていただき、英語で情報発信する準備を進めていただきました。森尾先生は教育開発学がご専門なので、歯学教育の国際比較、それから当健康推進歯学分野の植野と川口、教室員、留学生も交えて歯科保健医療制度の国際比較という内容で、研究を進めてきました。本日の公開シンポジウムでは、その成果発表を行う予定です。

プログラムは第一部と第二部に分かれており、最後にディスカッションの時間を設けてあります。厚生労働省の小畑先生のご都合が悪く、本日はご参加できないので、高田先生に来ていただいており、まとめの総評をいただく予定となっております。第一部に関しては、日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構の恒石先生と本学の森尾先生に座長をしていただきます。第二部は、国立保健医療科学院の安藤先生と八戸歯科衛生士専門学校のみつ先生に座長をしていただきます。

本シンポジウムでは、皆さんと一緒に我が国の歯科保健医療制度をよりよい制度にするためのディスカッションをしていければと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

(古川) 川口先生、ありがとうございます。それでは早速ですが、シンポジウム第一部「我が国の歯科保健医療制度」に移ります。会場の関係で、前の方に座長の先生方にお座りいただくことができませんので、座長の先生もこちらの席に座って、スライドを見ながら進行するという形にさせていただきたいと思っております。

第一部は「我が国の歯科保健医療制度」、座長は日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構の恒石美登里先生と東京医科歯科大学の森尾郁子先生です。よろしくお願いいたします。

第一部 我が国の歯科保健医療制度

座長 恒石 美登里（日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構）

森尾 郁子（東京医科歯科大学）

（恒石） 日本歯科総合研究機構の恒石と申します。第一部前半の座長を務めさせていただきます。まず最初に神奈川県歯科大学の平田先生に「我が国の歯科保健医療の供給体制に関して」ということで、よろしくお願いいたします。

（以下スライド併用）

1. 「我が国の歯科保健医療の供給体制に関して」

平田 幸夫（神奈川県歯科大学）

#1

それでは、我が国の歯科保健医療の供給体制に関する基礎データの整理ということで、お話しさせていただきます。

この研究は3年前から始まり、最初に川口先生の下、研究班の会議がありました。今日、最初にお話があったように、日本が世界の歯科保健医療体制の確立に資するためにはどうすればよいかということで、海外を見ると同時に我が国を見ていくということで、同時に発信していかなければならないのではないかなという話があったかと思います。そこで、歯科保健医療体制の中の、特に供給体制についてのデータを整理することにしました。内容はたくさんあるのですが、その中で全部を示すことはできませんでした。詳細については23年度から本年度にかけての報告書に書いてあります。本日はその中の基本的な内容についてお話ししたいと思います。

われわれが我が国のデータを集める際に分かったことは、日本の場合にはほとんど重要なデータが備えられているということで、特に厚生労働省の中にはかなり詳細な内容まで書いてありました。そういうことから、われわれはまず日本のデータをまとめるということで進めました。

#2

データをまとめる際に、なぜ医療制度というものがあるのだろうという点について、分担研究者の中でいろいろと話をしました。われわれはまず憲法第25条についての意味をきちんと理解した上で、この医療体制が取られているということを考えていこうと考えました。日本は憲法第25条に基づいて、全ての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有することが保障されている。その保障を担保するために、その一つである医療体制があるということです。

では、具体的に、健康で文化的な生活を営む権利を有することを保障していくためにはどうすればいいかということで、具体的には、第2項の社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上というところで申刺しに行われています。特に医療に関しては、社会保障の中の医療保障というところで行われているので、この辺を中心に考えてみようということで始めました。

#3

もう一つ、憲法第25条の考え方は、国際的に見た場合にどういう位置付けなのだろうかと考えてみると、WHO 憲章の中に次のような一節があります。今年の国家試験にも出た健康の定義が書かれている一文の中に、「到達し得る最高の健康水準を享受することは、(中略)・・・全ての人間の基本的権利である」とあります。ですから、地球上の人間であれば、どんな状況であろうと最高の健康水準を享受することが保障

されるということです。それを国と個人が協力して行わなければならないということで、健康に生活することは地球上の人間の基本的権利なのだということがそこで示されたということです。その中で、では国は何をするかということで、各国がその責任を問うわけですが、我が国の場合はそれが憲法第 25 条になるかと思えます。その中で具体的にどのように進めていくかというところでは、社会保障の中の医療保障の中で主に進めていく。しかし、我が国の医療の状況を見てみると、福祉でも行われる、社会保障でも行われる、また、保健医療は公衆衛生としても行われているということで、我が国では WHO 憲章と憲法第 25 条、歯科医師法の三つを通して行われているということになります。ただ、これを誰が行うかという点について考えると、歯科であれば、歯科医師が国から免許をもらって国に代わって国民を保障していくという考え方ではないかということに行き着きました。

#4

会議の中で、海外から情報を収集するように言っているのだけれども、なかなか海外の方が日本の情報を知らないということに直面したと川口先生から何回も聞きました。そういうことで、報告書の中から八つの基本的な内容についてご説明します。

一つ目は日本がどこにあるのか、日本がどこにあるのかすら分からない国もあると伺いましたので、その点について。それから、二つ目は主に歯科医療制度で、この後、福泉先生から具体的な話をさせていただけると思うのでお任せしたいと思います。三つ目は特に国民医療費について、我が国はどういう状況であるかを世界に発信するということです。四つ目は健康状態についてで、主にナショナルデータである歯科疾患実態調査の中から、基本的な世界レベルのものについて。五つ目は人的支援ということで、医療従事者はたくさんいるのですが、その中で医師、歯科医師、薬剤師の三師調査を基にして情報を発信しようということです。六つ目は物的支援で、病院や診療所といった医療施設についてはどのような供給体制にあるのかを示しました。七つ目はパブリックヘルスで、医療とは非常に関係があるので、保健医療という点で日本でも 8020 推進運動から幾つか並べてみました。最後に、なぜ教育が入るのかということですが、医療は教育から始まるということで、今の我が国の教育体制がどうなっているか、歯科大学・歯学部と歯科医師免許について発信することにしました。

#5

まず、地図的な位置関係について、日本がどこに位置していて、どのようなところに囲まれているかを報告書に書きました。2010 年現在、人口は 1 億 2800 万人、65 歳以上の人口が 23%で、1970 年には 7.1%だったのが現在は 23%を超えているという状況です。一方で、子どもの数はどんどん減少しているということを示しました。ヘルスケアの詳細については福泉先生にお願いしますが、われわれの医療保険制度については、主に国民健康保険を基に行われているということと、その一つとして診療報酬がかなり重要な部分かと思いましたので、診療報酬の支払いの方法について基本となることも書きました。

#6-7

ヘルスケアシステムについては、医科も歯科もそうですが、日本の場合には、保険に基づいて行う診療と自由診療が存在しています。特に歯科の場合はインプラント等がありますので、どのような場合が保険であり、どのような場合が保険ではないかということも含めて書きました。

#8

特に国民医療費は、毎年全体で 1 兆円ずつ増加していて、2011 年には 37 兆円を超えます。その中で歯科の占める割合は 7%を切って 6.9%で、2 兆 6750 万円ということになっています。こういうことで、7%前後で国民医療費が推移しているということを示しました。

#9-10

ヘルスケアですが、最初のところには、日本は現在、平均寿命は 80 歳ということで進んでいます、そ

の中で海外と比較していい歯科的な内容について示しました。3歳児の歯科検診の結果では、75.6%がカリエスフリーの状態であり、12歳であれば48%がカリエスフリーの状態です。そのDMF（むし歯を経験した歯の数）については、永久歯については1.73%ということです。CPI（地域歯周疾患指数）の推移を年齢・階級別に示しました。当然といえば当然ですが、年齢特異性があるので、年齢が高くなるに従って重症化していますし、50歳前後からCPIが取れない状況、歯が喪失する状況が現れてくるということも示されています。年齢階級別に見た残存歯数は、25～29歳を頂点に徐々に減ってくるという状況です。このあたりが、これから示す8020に関係してくると思います。現在は75～79歳で10本以上あるということになっています。ここでは基本的な内容しかご紹介しませんが、詳細については報告書に書かれています。

#12-13

医療関係者は随分いるのですが、医師、歯科医師、薬剤師の三師調査では、特に歯科については2012年には10万人を超えて、人口10万人当たり80.4名という形で推移しています。歯科医師10万人のうちの85%ぐらいが診療所で歯科医療に従事しています。薬剤師の総数は約28万人です。最近の歯科医師の専門性ということで、現在、我が国では五つの専門性が標榜できるということも記載させていただきました。外科、歯周病、小児歯科、麻酔、放射線です。歯科衛生士も既に10万人を超している状況で、歯科衛生士が従事する職業についてもあり、行政は約2000人（全体の1.9%）であるということです。歯科技工士は年々減少しており、今は全体で3万5000人程度です。

#14

これは医療施設の図表です。病院と一般医科の診療所と歯科診療所ということで、歯科診療所は現在6万8000ぐらいの施設数で推移しています。少しずつ増加しているという現状です。

#15-19

パブリックヘルスということで、大きなものとしては、8020運動を中心に行われているということに記載しています。理由についても記載しました。それに伴って健康日本21というものを始めて、現在では、2012年から10年間をめぐって健康日本21（第二次）がスタートしています。

それから、歯科の法律ができたということも示してあります。また、健診は公的なものも含めて、大きなものが行われています。まずは母子保健に関する歯科健診があり、学校歯科健診、成人では節目検診が40歳、50歳、60歳、70歳で行われています。

それから、公衆衛生の代表的なものとしてフッ化物の応用があるのですが、公衆衛生ということでwater fluoridation（水道水のフッ素化）について、現在、日本では人為的に添加して行っていることはありませんので、ここはないという形にしました。一方、歯磨き剤のシェアについては、これは小児等もあるのですが、平均して90%ぐらいのシェアがあると示しました。これも、西欧から比べると少し少ないのですが、近年急激に増加して現在このような状況にあるということです。

#20-21

最後は教育ですが、全国の歯科大学の歯学部は全部で29校あるということで、卒業するまでにどのようなカリキュラム、単位をこなさなければいけないかということを書いてあります。その後、国家試験を受けるための要件を示しました。

少し駆け足でしたが、海外に発するというところを中心に、ここでは述べさせていただきましたが、詳細については報告書に全て書いてあり、そこから抜粋したものばかりなので、それをご覧になっていただければと思います。

（恒石） 平田先生、ありがとうございました。質問やディスカッションの時間は第一部の最後に取りますので、引き続き、「我が国の公的医療保険制度と介護保険制度の概要」ということで、九州歯科大学の福泉先生、よろしくお願いいたします。

2. 「我が国の公的医療保険制度と介護保険制度の概要」

福泉 隆喜（九州歯科大学）

「我が国の公的医療保険制度と介護保険制度の概要」について、今日は発表するようにと申し付かっています。海外との比較を行うに当たり、まずは自分の国の制度を押さえて、その上で比較をしていくという観点から、私の方でこのような形で述べさせていただくことになっています。

#3

まず、医療保険と介護保険についてお話しする前に、基本的な社会保障制度についてお話ししておきたいと思います。我が国において、国民生活を生涯にわたって支えている社会保障制度の全体像をご説明します。健康・医療、社会福祉関係、所得保障関係、雇用関係という具合に、ライフステージに応じて、それぞれのさまざまな社会保障の制度によって国民の生活を支えているということがお分かりいただけるかと思えます。

#4

この社会保障制度は、そのように幅広く国民の生活をサポートしているということからお分かりいただけるとおり、高齢化も進んでいる我が国において、社会保障給付費は年々増えています。2013年（平成25年度）の予算ベースの社会保障給付費は110.6兆円となっています。これがどれくらいの規模かということ、同年の一般会計の当初予算が92.6兆円なので、国家予算に匹敵する、あるいはそれを超えるくらいの額が国民に社会保障給付費として給付されているという状況です。ちなみに、これを国民1人当たりに換算すると、概ね約90万円に達する勢いということになっています。

#5-6

その中で位置付けられているのが社会保険で、我が国においては五つの社会保険制度があります。医療保険、年金保険、介護保険、雇用保険、労災保険です。社会保険の特徴は、民間の保険と違い、国が加入を強制しているということと、国がこの保険制度を管理しているということ、そして保険料は所得に応じて原則的に負担するという制度になっているということです。

#8

その中で、医療保険制度についてこれから見ていきたいと思えます。医療保険制度というのは、疾病、負傷、死亡、出産などの保険事故に係る保険給付ということになっています。現金給付の国と現物給付の国がありますが、我が国においては原則として現物給付の方式が取られています。

#9

我が国の制度は、よく2階建ての構造と言われます。右半分が1階部分に相当するもので、先ほど平田先生からお話があった医療提供体制がそれに相当します。まず医療を提供する箱物を規定している医療法の体系、そして、箱物の中で働く医療従事者を規定するさまざまな身分法の体系、こちらが我が国の医療制度の1階部分を支える大きなスキームになります。この1階の上に乗っているのが健康保険法をはじめとする医療保険制度で、ここで実際に、国民に医療保険に基づく給付が行われるという仕組みになっています。

#10

医療保険制度は、我が国において国民がどのような場所で働いているかということによって保険者が異なり、さまざまな給付がそこで行われています。大きく分けて、勤め人の方が入るのが被用者保険になります。中小企業のサラリーマンが入るのが旧政府管掌健康保険で、現在、協会健保と呼ばれているもので

す。大企業のサラリーマンが入るのが各種の健康保険組合で、公務員や学校の先生が属するのが共済組合になります。これに対し、自由業や主婦の方が入られるのが地域保険で、国民健康保険がそれに相当します。

#11

国民医療費を財源別の負担割合で見たところ、医療費全体の中で公費で負担する部分は 38.4%で、全体の約 4 分の 1 が国庫負担になっています。

#12

国民医療費ですが、医科と歯科の国民医療費を見てみると、構成割合は概ね 1:10 だと言われています。ところが、これを実際に従事している医師、歯科医師 1 人あたりに換算すると、1:3.6 ということで、見かけの構成割合ほど大きく差はついていないということがお分かりいただけると思います。

#13-14

1 人当たりの歯科医療費を年齢階級別に見ると、歯科医療費は加齢と共に増加していく傾向にあります。後期高齢者においては、8020 で歯が残ってきたとはいえ、まだまだ後期高齢者における歯科医療費は低い傾向にあります。これは、実は歯科が医科や調剤と非常に異なっている点で、医科や調剤は 75 歳以上の後期高齢者が全体の 3 分の 1 に達しているのに対し、歯科の場合、後期高齢者は 15%程度ということで、構成割合が非常に低くなっています。

#15

我が国における公的医療保険の全体のスキームとしては、各種の保険者と患者さんである被保険者、保険医療機関があり、我が国において特徴的なのは、審査支払機関が存在することです。このそれぞれの関係で給付が成り立っています。また、実際の医療の給付に当たっては患者負担が生じますが、年齢によって負担割合が違うというのが我が国の特徴です。

#16-17

医療保険の給付に当たって特筆すべきは、我が国には診療報酬制度という制度があるということです。診療報酬というのは、保険医療機関及び保険薬局が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬のことで、2 年に 1 回、会計が行われる取扱いとなっています。これは平たく言うとファミレスのメニューみたいなもので、どのようなものが保険診療の中でフォローされているかという品目表としての性格と、それに一体どれくらいの価格が付いているかという価格表としての性格と、二つの性格を持っています。

#19

一方、介護保険ですが、我が国では次第に高齢化が進んでいき、現状では騎馬戦型といって 3 人で 1 人を支えるような体系です。皆さんも騎馬戦のご経験があるかと思いますが、3 人に 1 人であれば大人でも抱えられます。それが、将来 2050 年になると、概ね 1 人で 1 人の高齢者を支えることになるので、夫婦 2 人で 2 人の高齢者を扶養していかなければいけないという社会がやってくるということで、非常に負担感が強くなります。こういったことも考えながら、今後の社会保障を考えていく必要があると思います。

#20

実際に高齢化がどのように進んでいくかということ、2010 年の高齢者が 30 年後の 2040 年にどれくらい増えるかということ、東京都においては概ね 1.4 倍、4~5 割増えると言われており、全国では第 3 位の増加率になっています。

#21

ただ単に高齢者が増えるというだけならまだいいのですが、そのときには高齢者の世帯形態も考えなければなりません。特に、高齢者2人の世帯、あるいは高齢者1人の世帯を考えてみた場合、65歳以上の高齢者の中の大部分が、独居または夫婦単独世帯ということになっています。これは、高齢者が要介護状態になったときに、それを支えてくれる人が周りにいない、もしくは老々介護にならざるを得ないということの意味しています。これをサポートするためには、公的な介護保険制度が欠かせないわけです。

#22-24

医療保険と同じように介護保険の全体像をご説明すると、保険者は市町村がなっていて、実際のサービスを提供するサービス事業者、利用者という3者の関係が成り立っています。医療保険と違うのは、介護保険では利用者の負担割合は1割に固定されているということです。介護保険の財源構成は、国庫負担率は4分の1で医療保険とほぼ変わらないのですが、公費負担と保険料の割合は原則として50%、50%になるように制度設計がなされています。介護保険の被保険者は1号被保険者、2号被保険者となっていて、一般的に給付を受けられるのが65歳以上の高齢者（第1号被保険者）です。ただ、この介護保険の特徴としては、現役世代が高齢者を支えるという観点から、40歳以上64歳以下は第2号被保険者ということになり、特別な状態にならない限りは、介護保険料を負担しながら介護保険の給付が受けられないという世代が存在しています。

#25

医療保険は2年に1回ですが、介護保険は3年に1回ずつ見直しが行われています。後でも出てきますが、利用者の増加に伴い、保険料も事業計画の3年周期ごとに徐々に増えていっているという状況です。

#26

医療保険は、基本的には国民であれば誰でも給付を受けられるのですが、介護保険は、要介護認定というものを受け、それによって階級が非該当から要介護5までの八つに分類されます。非該当になった場合には保険給付の対象とはなりませんので、市町村が行う地域支援事業によることになっております。要支援1~2という比較的軽度者に対しては予防給付が行われ、要介護1~5に対しては介護給付が行われます。介護給付と予防給付の大きな違いは、予防給付の場合は主に要介護状態になるのを防ぐという観点から施設サービスではなく居宅系あるいは通所系のサービスに限られているのが特徴です。

#27-28

要介護認定者の数は年々増えていますが、中でも要支援1から要介護1までの軽度者の増加率が大きいのが特徴的です。介護保険制度は平成12年からスタートしていますが、このような要介護者の増加に伴い、24年までの間の12年間で総費用が2.5倍に増加しています。

#29

このサービスを支えるのが介護報酬という体系です。これは、事業者が利用者介護保険サービスを提供した場合に、対価として事業者を支払われるサービスです。3年に1回の改定ペースです。歯科関連の介護保険サービスには、通所系サービス、施設系サービス、居宅系サービスの三つでそれぞれ設定されていますが、施設系サービスは要介護者に限られるので、ここは予防給付の対象にはなっていません。それぞれについてこれから見ていきたいと思います。

#30

介護保険のサービスというのは、要介護度が軽い状態から重い状態になるにつれて、利用者の利用形態が大きく変わってきます。比較的軽い段階では、デイケアやデイサービスなどの通いのサービスを受ける方が多いのですが、なかなか通えなくなってくると、自宅で介護保険サービスを受けるようになってきて、

さらに要介護度が重くなってくると、自宅ではなかなか面倒が見られなくなってきて施設に入所されるというパターンになっています。それぞれのステージに応じて口腔関連の介護保険のサービスが設定されています。

まず通所系のサービスとして設定されているのが口腔機能向上加算で、通所介護と通所リハビリテーションに設定されています。対象は口腔ケアが低下した利用者、またはその恐れのある利用者となっています。サービスの内容としては二つあり、個別的に実施される口腔清掃の指導もしくは実施、そして摂食・嚥下機能に対する訓練の指導もしくは実施となっています。口腔清掃の指導に関しては、一対一で個別的に実施される必要がありますが、摂食・嚥下に関する訓練については、集団的な指導の実施が認められています。サービス担当者は、歯科衛生士、看護職員、言語聴覚士です。

次に、居宅系サービスです。これは居宅療養管理指導費というものが設定されています。これは歯科に限らず、各種いろいろな職種の方が実施しますが、歯科に関連するものとしては、歯科医師が行うものと歯科衛生士等が行う場合の二つのサービスが算定されています。歯科医師が行うものとしては、主に、居宅サービス計画の策定に必要な情報を、居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法について指導及び助言を行うというものです。歯科衛生士については、歯科医師の指示に基づいて口腔清掃等の実施指導を行う場合が該当します。

施設系サービスとして提供されているのが、口腔機能維持管理体制加算と口腔機能維持管理加算です。口腔機能維持管理体制加算というのは、日常的な口腔ケアは介護保険施設において介護職員が提供しています。この日常的な口腔ケアの質を高めていくために、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員の方に対して口腔ケアに関する技術的な助言及び指導を行う、その体制を取っているところに対して体制加算が設定されています。これが設定されると、施設に入所されている入所者全員に対して月額 30 単位の報酬の支払いをすることになります。一方、口腔機能維持管理加算というのは、平成 24 年度の介護報酬改定において新たに設定されたものです。これは月 4 回以上、直接的な専門的口腔ケアを入所者に対して行う場合を評価した報酬で、こちらは月 110 単位が設定されています。

以上、私に与えられました、医療保険、介護保険の概要についてのご説明です。ご清聴ありがとうございました。

(恒石) 福泉先生、ありがとうございました。

質疑応答

(恒石) 先生方がすごく早口で発表されたので、黙とうまであと 3 分くらい時間がありますので、ここで一度質問を受けたいと思います。フロアの先生方、挙手して所属とお名前をお願いいたします。

私から福泉先生に聞きたいことがあります。介護費用が 12 年間で 2.5 倍に増えているということで、それは現場ですごく実感することなのですが、その中で歯科関連に使っているものを切り分けてみることはできるのでしょうか。

(福泉) できます。ただし、ここには利用者の自己負担分を含めたものが総費用として表されていますが、厚生労働省の方から統計の情報として介護給付費実態調査というものが出ています。こちらの方で、今お話ししたようなそれぞれのサービスごとに利用の単位数が出ていますので、利用されている単位数で計算すると概数が出ます。概数というのは、介護保険は医療保険とは違い、地域によって 1 単位幾らかが異なるので、統計上、全体の費用が公開されているところから歯科だけ拾い上げるのはなかなか難しいということになります。東京都のような物価の高いところは、1 単位が 13 円ぐらいになっていますが、地方では 1 単位 10 円ぐらいになっています。

(恒石) 予想されるに、歯科が使っているのは本当にわずかでしょうか。

(福泉) 額自体はそれほど大きくはないと思います。

(恒石) 他にどうですか。

(Q1) 福泉先生に質問です。私は不勉強ですが、諸外国の医療はある程度分かってはいるのですが、諸外国の介護保険、介護に関する公的な制度が何かあれば紹介していただけますか。例えばアメリカでは介護に関してはこういうものがあるなど。

(福泉) 海外の介護保険の制度についてあまり詳しくはないのですが、韓国では日本の介護保険制度に倣っているような介護保険制度が近年スタートしたという話は聞いたことがあります。ただ、恐らく、給付の範囲等は日本におけるもののように広くはないだろうとは思いますが。

(恒石) ありがとうございます。

——黙とう——

(Q2) 13番目のスライドで1人当たり歯科医療費がありましたが、これは総額ですよ。

(福泉) 人口1人当たりの歯科医療費ですが……。

(Q2) 単位が億円なので。

(福泉) 単位が間違っていました。すみません、失礼しました。

(恒石) ありがとうございます。それでは、第一部の後半を始めたいと思います。

(森尾) ありがとうございます。それでは第一部の後半ですが、「留学生から見た日本の歯科保健医療制度の優れた点、改善すべき点」ということで、東京医科歯科大学大学院博士課程で現在勉強中の海外の歯科医師の先生3名からご発表いただきたいと思います。トップバッターは、ミャンマーからイ・イ・アン先生です。

3. 「留学生から見た日本の歯科保健医療制度の優れた点、改善すべき点」

3-1. 「日本の歯科保健医療—ミャンマーと比較して—」

イ・イ・アン (ミャンマー)

皆さん、こんにちは。今日のシンポジウムで発表させていただき、どうもありがとうございます。私の発表は、日本とミャンマーの歯科保健医療を比較することです。よろしく願いいたします。

#2

最初は、基本的データについてお話しします。日本の人口はミャンマーの2倍以上です。歯科医師の数は、日本はミャンマーの30倍以上です。歯科衛生士は日本にはいますが、ミャンマーにはまだいません。人口10万人当たりの歯科医師数は、日本は80人、ミャンマーは5人です。公的部門に従事する歯科医師は、日本は0.3%ですが、ミャンマーは2.6%です。公的部門に従事する歯科医師は、主に国立病院で治療に従事しています。また、国の口腔健康プログラムも担っています。そのため、安い給料で長時間労働なので大変です。日本のように開業医が学校歯科保健などを行うことは良いと思います。歯科保健を強化するため、人的資本の配分は一つの重要な課題です。

#3

次は歯科保健制度です。日本とミャンマーを比べると、日本には公的医療保険がありますが、ミャンマーにはまだありません。開業医と国立病院では治療費が異なり、国立病院の治療費には政府からの補助があります。GDPにおける医療費の割合は、日本は9.3%ですが、ミャンマーは2%だけです。また、GDPにおける歯科医療費の割合は、日本は0.92%ですが、ミャンマーはその医療費の割合2%よりもさらに少ない割合となります。ミャンマーでは公的医療保険がありませんので、貧しい人々は治療を受けることができませんし、病気になるとさらに貧しくなってしまいます。

#4

次がライフステージ別の口腔保健プログラムです。日本には、乳幼児歯科保健、学校歯科保健、成人歯科保健、高齢者歯科保健などいろいろなプログラムがあり、日本の口腔健康状態はどんどん良くなっています。ミャンマーには学校歯科保健しかなく、しかも短期間のプログラムが多いので、ミャンマーでも歯科保健プログラムを立ち上げていく必要があります。

#5

私が日本でいろいろな学校を見学して良いと思った点は、まず、学校歯科医による毎年の歯科健診があるところです。ミャンマーでは、学校での口腔保健プログラムはありますが、治療と健康教育がメインで、歯科健診データは取っていません。また、学校給食を見て、学生は給食などを通じて口腔の健康のためのバランスの良い食事を取り、学ぶことができます。学校によっては昼食後の歯磨きやフッ化物による集団洗口を行っていることが、私には大変印象的でした。ミャンマーでは、昼食後の歯磨きなどの学校での口腔保健プログラムは、プロジェクトがあるときのみ実施していて、継続して行われていません。

#7

最後は口腔保健統計データです。日本では6年ごとに歯科疾患実態調査で国レベルのデータ収集が行われていて、そのデータが公表されています。ミャンマーでも国レベルの口腔保健調査を行おうと試みていますが、まだ実現できていません。ミャンマーでは、地域ごとに収集されたデータは、プロジェクトのためのもので、公表されているものは一部であったり、公表されていなかったりします。

#8

私は日本で、博士号の勉強だけでなく、日本の歯科医療制度や口腔保健プログラムを学んでいます。日本の歯科保健制度の良い点を学び、ミャンマーに伝えていきたいと思います。特にライフステージ別の口腔保健プログラムなどを取り入れていきたいです。また、口腔保健統計データなどは、今後のミャンマーで口腔保健プログラムを行う際に、プログラムの策定や効果を図る上で大切だと思います。日本で学んだことをミャンマーの学生や若い歯科医師たちにも教えていくことが私の夢です。皆さん、ご清聴ありがとうございました。

(森尾) イ・イ・アン先生、素晴らしい発表をありがとうございました。続いては、ベラルーシからいらっしゃっているブリズニク・アナスタシア先生にお願いしたいと思います。

3-2. 「歯科口腔保健の推進に関する法律」

ブリズニク・アナスタシア (ベラルーシ)

#11-12

皆さん、こんにちは。私は平成18年にベラルーシの国立大学の歯学部を卒業し、平成21年からベラルーシの Marina Gorka 地域の市立病院の歯科部長として働きはじめ、地域の保健医療または歯科口腔保健のシ

システムを管理しました。この業務は大変難しかったので、公衆衛生についてもっと勉強したくなりました。そして、日本に留学に来ました。現在は日本の歯科口腔保健の推進に関する法律を英語に翻訳していて、大変勉強になりました。この法律は歯科口腔保健の推進のためにとっても大事だと思うので、本日はこの法律の注目すべき点についてお話いたします。

#13

まず、日本は保険システムがあるので、この法律は歯科医療と福祉を提唱してはいません。歯科疾患の予防に特化した口腔健康保持の推進に関することとなります。これは歯科口腔保健推進のために大変重要なものになると思います。また「口腔の健康の保持・増進が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていること」と宣言し、国民の健康や QOL の向上を目指し、ヘルスプロモーションアプローチを強調しています。その上で、特別なポイントを三つがあると思います。

#14-15

一つ目は責務です。この法律は、国民の歯科口腔保健の推進に関する目標を策定することだけでなく、基本理念や計画を定め、関係者の責務などを明らかにします。しかし、歯科口腔保健の関係者だけではなく、国民全員も責務があることがとても大事なポイントになると思います。

#16-17

二つ目のポイントはライフステージの区分です。う蝕、歯周病などの歯科疾患または QOL の向上に向けた口腔機能の維持と向上は、ライフステージごとの特性を踏まえています。そして、乳幼児期・学齢期、成人期、高齢期に分けて目標と計画を設定しています。

#18-19

三つ目のポイントは研究の推進です。歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、その他の各種統計等を基に現状分析を行うとともに、これらを基に歯科口腔保健推進の具体的な目標と計画を設定しています。この具体的な目標と計画は、10 年後（平成 34 年度）が達成時期になります。また、計画的な予防と歯科医療についての研究として、口腔と全身の健康との関係、歯科疾患と生活習慣との関係、その他の研究をこれから後押しすることになると思います。

#20-21

結論としては、まず他の国ではこのような歯科口腔保健推進に関する法律はほとんどなく、日本が歯科口腔保健の推進に関する法律を制定していることは素晴らしいと思います。また、諸外国がこのような法律を制定する際には、日本のこの法律は良いモデルとなるでしょう。さらに、日本でこの法律ができたことで、国民の歯科口腔健康の向上を図ることにつながると思います。ご清聴ありがとうございました。

（森尾） ブリズニク先生、どうもありがとうございました。それでは、マレーシアのハスリナ・ラニ先生にお願いしたいと思います。

3-3. 「日本の歯科大学における学部・大学院教育」

ハスリナ・ラニ（マレーシア）

#24

ご紹介、ありがとうございました。マレーシアのハスリナです。よろしく申し上げます。私は 1997 年にマラヤ大学日本留学特別コースを修了後、東京医科歯科大学歯学部歯学科に入学しました。2003 年に卒業し、同じ年にマレーシアに帰国し、保健省に 6 年間くらい勤務し、2009 年にマレーシア国立大学に転職しました。講師として雇われているのですが、講師の座を獲得するために、Ph.D またはマスターのディグリー

ーを取得しなければならないので、2011年に東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野に入学しました。

#25-26

マレーシアと日本の基本情報について説明いたします。国土は日本とマレーシアは同じぐらいなのですが、日本の人口はマレーシアの4倍もあり、歯科医師の数は、マレーシアの20倍もあります。人口10万人に対する歯科医師数も多く、マレーシアの5倍あります。大学の数は、マレーシアは15校しかないので、日本は29校もあり、年間卒業生・新人歯科医師の数も日本の方が多く、マレーシアの4倍あります。学部生への教育は、先ほども言われましたが、日本は6年制ですがマレーシアは5年制です。学部生の臨床実習については、日本は少ないのですが、マレーシアでは約3年あります。

国家試験制度はマレーシアにはないのですが、卒業試験のときに外部者によって評価されます。臨床研修制度はマレーシアにはありません。なぜかという、卒業した時点で1人の歯科医師として政府機関の歯科医院において一般診療、または病院の緊急処置、メインは口腔・顔面領域の緊急治療ができるように歯学部で教育されているからです。ただ、歯医者が少ない代わりに義務勤務というものがあります。以前は3年間だったのですが、昨年から2年間に短縮されました。大学院教育については、日本は4年制ですが、マレーシアは臨床重視のクリニカルマスターコースがメインです。こちらも4年制ですが、海外のマスターディグリーの取得が幾つか認可されているところもあります。

#27

学部も大学院も日本で教育を受けてきた私ですが、日本で歯学教育を受けて良かった点としては、先生の数が多く、きめ細かい指導が受けられることでした。また、国家試験制度によってある程度、歯科医師の質を確保できることも挙げられます。大学院についてですが、進む機会が多く、分野も広いです。臨床だけではなく、基礎も学ぶことができます。最先端技術はもちろんですが、私にとって個人的に一番心に響いたのは、仕事熱心で、時間を大事にすること、謙虚なところなど、日本人の道徳心をじかに学ぶことができる点でした。

#28

一方で、改善した方がいいと思ったことですが、こちらは卒業してからの自分の経験から言いますと、臨床実習を増やすことができるといいかと思えます。地域保健実習など、学生がコミュニティに出る機会を与えるというのもいいですね。次に、学部学生が自分で考えるような授業を増やすこともいいかと思えます。英語による学習機会を増やすのもいいです。そうすることによって、海外に向けて日本での歯科情報をもっと提供することができます。

#29

私の発表を終える前に、こちらの写真は私の母校の大学の学生たちで、このようなコミュニティプロジェクトを毎日やっているのですが、プランニングから実施まで学生がメインで行っており、指導をしたり検診したり、治療も学生ができるようになっていきます。以上で私の発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

(森尾) ハスリナ先生、ありがとうございました。

質疑応答

(森尾) 留学生の先生にはぴったりと時間を守っていただきまして、5分間の質疑時間が残されています。第一部全体を含めて結構なので、何かご質問のある方、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。では竹原先生、お願いします。

(竹原) 発表ありがとうございました。医科歯科大学の竹原といいます。アナスタシア先生に質問があるのですが、スライドの5枚目でいろいろな責務が書いてあり、医療従事者の責務だけではなく、国民にも責任があるとありますが、先生のお考えでは国民にどういう責任があるか、説明を聞きたいと思います。

(ブリズニェク) ご質問ありがとうございます。英語でいいですか。Thank you for the question. I think that it is very important that general people were responsible for their own oral health. The Act states that people should try to acquire proper oral health knowledge and visit a dentist regularly. So that it is not only us, health providers, should take measures to promote oral health, but people themselves have responsibilities to preserve and improve their health.

(森尾) 大丈夫でしたでしょうか。国民にしても、医療者だけではなく国民も知識を得ること、そしてその知識を応用する責務があるのではないかというお答えでした。他にいかがでしょうか。それでは、第一部のプレゼンターの先生方、どうもありがとうございました(拍手)。

(古川) 座長の森尾先生、恒石先生、どうもありがとうございました。それでは、5分ほど休憩を取りたいと思います。

第二部 歯科保健医療制度の国際比較

座長 安藤 雄一(国立保健医療科学院)

米満 正美(八戸歯科衛生士専門学校)

(古川) それでは、第二部を始めます。「歯科保健医療制度の国際比較」、座長は国立保健医療科学院の安藤雄一先生と八戸歯科衛生士専門学校の米満正美先生です。よろしくお願いたします。

(米満) 皆さん、こんにちは。川口先生とは幼なじみだったもので、長い付き合いで、国際的にもいろいろ共同研究などをやりました。そういうことで、「ぜひ座長をお願いします」という話だったので、はるばる青森からやってきました。よろしくお願いたします。

(安藤) 皆さん、こんにちは。後半の座長を務める国立保健医療科学院の安藤です。川口先生には常日頃いろいろお世話になっておまして、今回は大変内容のあるシンポジウムに呼んでいただいて光栄です。よろしくお願いたします。

(米満) それでは、第二部のトップバッターは森尾郁子先生をお願いします。歯学教育の国際的動向についてです。

1. 「歯学教育の国際的動向について」

森尾 郁子(東京医科歯科大学)

#2

米満先生、どうもありがとうございます。お久しぶりです。この研究プロジェクトで私に与えられたのは、歯学教育という観点から考えてみなさいということです。本日はまず歯学教育の世界的な動向の中でも、特に歯学教育の質保証ということで、米国、英国、アジアの動き、それから日本の取組についてご報告させていただき、次に歯科医師生涯研修について、この後の植野先生の発表では、免許の更新などの点も詳しくお話があると思いますが、日本では若干情報が少ないフランスの事例についてご報告させていただければと思っています。

#3

まず、歯学教育の質保証ということを考えるときに、基本的なこととして、いろいろな教員の研修でもこういった講義を聞く機会があるのですが、まず認証評価というものには、その目的によって大きく二つの種類があると言われていています。一つは機関別の認証評価ということで、文字通り、その機関全体が評価の対象と言われていています。その目的は、その機関が設置する目的に合致した機能を果たしているかということを検証するわけで、その結果次第で、その機関に配分される予算に影響を与えるといったことも考えられます。日本の場合には、大学評価・学位授与機構などがやっている評価で、7年ごとの高等教育機関としての評価があります。東京医科歯科大学もそうですが、国立大学法人としては、法人としての評価というものもあり、それは周期が6年ということで計画を立てて評価をしているということで、こういったことは既に日本でも行われているところです。

もう一つは分野別の認証評価です。これは、それぞれの専門分野一つ一つの教育課程が評価の対象になります。こちらの方の目的は、専門職業人の育成という観点から、その課程が設置の目的に合致した成果を挙げているかということの評価するものです。特に医療といった部門は国民の保護という観点が必要です。それから、職能集団として自らを律するという側面もあろうかと思います。我が国の場合には、法科大学院をはじめとする専門職大学院があり、これについては分野別評価が行われているところです。ただ、先ほどハスリナ先生の発表で、臨床教育をもう少し充実させた方がいいのではないかというお話がありましたが、日本全体として、卒前の臨床教育が形骸化してしまっているという問題があり、日本の歯学教育は、そういった点でかなりいろいろな取組をしていて、医学にしても歯学にしても、分野別の評価が少し遅れている感があり、今、急いでキャッチアップしているところです。

#4

まずアメリカの例です。アメリカには、CODA (Commission on Dental Accreditation) という組織があります。これは米国における歯学教育に関する唯一の認証評価機関となっており、シカゴにある米国歯科医師会 (ADA : American Dental Association) の建物の中にありますが、完全にこの下の組織というわけではなく、半分独立したような組織になっています。予算としては約300万ドル (約3億円) で、このうちの約3割は歯科医師会の方から来ていますが、7割はCODA自身の予算となっていて、CODAとしては、なるべくADAからもらう割合を低くしていきたいと言っています。1906年に創立した米国歯科医学評議会というところから発展していった組織です。

認証評価機関としての権限は歯科界全体から負託されており、米国政府の教育省から認知されています。CODAは、卒前・卒後を含む歯学に関わる全ての教育プログラムを対象とした分野別評価を実施していて、約800の教育機関の1448プログラムがCODAによって認証されています。

#5

簡単に構成と機能をご説明します。1448プログラムの認証評価を行っていますが、ここには、歯科医師と歯科衛生士、歯科助手、歯科技工士、卒後のアドバンスプログラム、専門教育など、約16種類のカテゴリーを対象としています。こういった評価をするときには、いろいろな組織で全く別の枠組みで評価をするとなかなか比較ができないので、まずは認証評価のための基準 (スタンダード (項目立て)) は共通にしておいて、この項目立てに従って、まず各プログラムが自己評価書を作ってCODAに申請を行うわけです。この自己評価書を作るのが大変な手間と、なぜそのような自己評価をしたのかというような根拠書類も膨大な量を付けなければならないと聞いています。

プロセスとしては、自己評価書に基づいて外部評価者が来て、外部評価の結果を報告書として作成し、1回、各プログラムに戻して反応を見て、検討委員会 (Review Committee) という委員会にこれを上程します。こちらで協議して、最終的には委員会 (Commission) に決定を仰ぐということになっています。つまり、CODAの頭にはCommissionがあり、30人のコミッショナーの下に検討委員会の委員がいて、その下に外部評価を行う600人ぐらいの人がいるというピラミッド構造になっています。