

今回、このプロジェクトを頂いて、今年度中、実は今週末ですが、アメリカの歯科医学教育学会のときにちょうど CODA のいろいろなセッションがありますので、参加してくる予定です。スタンダードを変えるときには公聴会が開かれます。また、サイトビジターのための研修があったり、サイトビジットを受け入れる側の機関の事務をする人たちへのオリエンテーションなど、教育学会と一緒にそういったセッションが行われたりするので、今週末にそちらに情報収集に行きたいと考えています。大体このような枠組みで認証評価が行われています。

#6

米国の場合はスタンダードが六つの大きな領域に分かれており、その下に細かい項目があります。この教育プログラムのところに、学生さんの到達度なども書かれています。非常に膨大な根拠資料を付けるということで、7年に1回だと思いますが、2年ぐらい前から評価に向けての準備を始めているという状態です。

基準の中にキーワードが幾つかありますが、去年でしたか、特にごく最近入ったキーワードとして、科学的根拠に基づいた歯科治療というものがあります。この辺については必ず自己評価をするときに入れなければいけないことになっています。

#7

イギリスでは、コンセプトとしては似ていますが、若干違うところもあります。イギリスの場合は、ここにある GDC (General Dental Council) という組織が、英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います。CODA と違い、歯科医師を含めて、歯科医療職全体の登録を行う団体でもあります。これは歯科医師法 (Dentists Act) というものに基づいています。認証評価の第一の目標として、まずは歯科医療職として初めて登録するに足る safe beginners を輩出できるような課程であるかどうかを評価するとなっています。イギリスは欧州経済領域の中ということで、免許については相互認証という形になっているのですが、ヨーロッパの枠組みと英国国内での状況とを擦り合わせるのが大変だとおっしゃっていました。学習成果基盤型については次にお話しします。

#8

イギリスでも CODA と同じようにスタンダードがあるのですが、GDC が 2012 年にスタンダードを改定し、学習成果の項目を別立てしてあります。文書として全く違うものになっています。患者保護、質評価と検討、学生評価、公平性と多様性という四つの基準は、卒業生が目標を達成できるように環境づくりをするための大枠を決めたものです。ですから、各プログラムはこのようなことも自己評価するし、到達目標の成果についてもそれぞれ評価することになります。英国の場合には、歯科医療職というと、日本語の訳が正しいかどうかは分かりませんが、歯科医師、歯科衛生士、歯科療法士、歯科看護師、歯科技工士、臨床歯科技工士、矯正療法士の七つがあります。これらの職種の到達目標が全て並んでおり、それぞれの到達目標は、歯科医師であればこれぐらいはしておくべきとか、これは歯科医師はしなくてもよく、臨床歯科技工士がすればいいなど、比較できるような形で並んでいて、全部で 142 項目あります。

評価のプロセスは、CODA と同じような形で自己評価をして、外部評価者による視察があり、報告書を作成し、多少いろいろな条件が付いたりする場合は様子を観察して、再評価ということもあるようです。英国の場合にはウェブ上に報告書が出ているという状況です。

#9

東南アジアも、米・英の認証評価の動きを素早く取り入れています。一国ごとではなく、東南アジア諸国連合 (ASEAN) 地域全体として、このような動きに倣った動向を示しています。ヨーロッパと似たような感じですが、1995 年に、政治的・経済的なファクターで、財務大臣が AFAS (ASEAN Framework Agreement on Services) に調印しました。これは、いろいろなサービスを自由にやりとりしようということで、経済協力の枠組み協定だったわけですが、このサービスの中の一つが医療分野になっていて、この Agreement

を現実的なものとするために CCS (Coordination Committee on Services) が置かれ、特に CCS の医療分野に関して、HSSWG (Healthcare Services Sectoral Work Group) というヘルスケアサービスの分野別のワークグループがつけられています。このヘルスケアとは、医師、看護師、歯科医師の三つになっています。

歯科医師に関しては、特に、AJCCD (ASEAN Joint Coordinating Committee on Dental Practitioners) という調整委員会ができました。この調整委員会は、2009 年 2 月に調印された Mutual Recognition Arrangement (MRA) on Dental Practitioners というアレンジメントのための調整委員会となっています。MRA の A は、agreement ではなくて arrangement です。ASEAN の 10 カ国の中で、歯科医師免許を相互に認証しましょうということに向けてのいろいろな環境を整備していこうという arrangement であって、agreement ではないのだということをおっしゃられます。

いずれにしても、2015 年をめどに ASEAN 域内での歯科医師の移動を支援すること、相互認証に向けての情報交換や協力体制を構築していくこと、標準化や資格に関する優れた取組 (good practice) を採用促進していくこと、また、歯科医師の能力開発に向けて研修の機会を創出していくことが目標として掲げられています。

#10

実際に 10 カ国から代表が出てくるのですが、それぞれの国のチーフデンタルオフィサーが出てきます。PDRA (Professional Dental Regulatory Authority) という各国の代表者 2 名以内から成る委員会が組織されています。マレーシアの場合には、Malaysian Dental Council から代表者が出てきます。タイの場合は、Thailand Dental Council あるいは保健省から代表者が出るという形になっています。

#11

実際に東南アジアでは 2015 年を目安にということですが、現状はどれくらい進んでいるのかということ、状況は各国でさまざまなので、情報の共有にも努めているというところが実際のところのようです。また、そういった情報はウェブ上でも公開されているということです。課題としては、共通言語をどうするのか、歯科大学や歯科医師養成教育課程の認証評価制度をつくらないといけないのではないか、ではどうすればいいか、いろいろなこととのミニマムリクワイアメントをどのように決めるかとか、それぞれの国によって国内の状況や要件がさまざまなので、そういった点はこれからの課題であるとおっしゃっていました。やはり、歯科医師が外から入ってくることを歓迎する国とそうでない国があるということが感じられます。

#12

日本の場合少し取組が遅れていたのですが、医科の方が走り出して、歯科に関しても、現在、文部科学省の事業として、医科歯科大学を含めた連携 5 大学による歯学教育認証評価制度等の実施に関する調査ということで、検討ワーキングが立ち上がって、さまざまな情報収集を行っています。今年、いろいろとトライアルベースで、すでに基準、項目立てに関しては原案ができています。これに基づいて、何校かの歯科大学を外評価者が評価するという認証評価をやってみようという計画が今年立てられています。それで一度問題点や改善点を抽出してみて、さらに改善して、来年また委員会にかけて、さらに良いものにして、実現に向けて頑張っていこうという状況になっています。

#14-15

次の発表にもつながるのですが、歯科医療、医療関係の人材育成は、卒業時点で終わってしまうものではなく、職業人として一生を通して働くためには、知識にせよ技術にせよ、精進しなければいけないということで、生涯研修 (lifelong learning) ということがいろいろな国で言われています。フランスの歯学教育の特色については資料をお読みいただければと思いますが、フランスでも実際に生涯研修が義務化されていて、2004 年の公衆衛生法典の中にその根拠がみられます。

ただ、現実にはこれからやっていくというものについては、2013 年 1 月からしっかりとした形が見えてきました。とにかく必ず生涯研修を受けないといけないということになっています。生涯研修を行う運営団体

も立ち上がっていて、その団体のウェブサイトで、それぞれの歯科医師が自分のアカウントを作成し、そのウェブサイト上でいろいろな研修プログラムを選び、どういう研修をしたかということ自分で管理していくような仕組みになっています。ただ、実際にアカウントを作っているに入らないと、インターネット上では見られないものもたくさんあるので、これについては、この事業は終了してしまうのですが、来年度現地に行って調査したいと考えています。

生涯研修を行うために、その分、診療を休まなければならない、必要な経費も掛かるということで、それに対する補償も、1000ユーロぐらいですが認められています。2013年1月からで、5年後の2018年に、もし生涯研修をしなかった歯科医師がどうなるのかということはまだ分からないのですが、生涯研修のコースを終了したということは、本人にだけではなく、歯科医籍を登録している ONCD という県の評議会にも送られているとのこと。ですから、県の協議会も、5年に1回、登録されている歯科医師の生涯研修の状況を確認できるわけです。それでもし不十分となった場合には、登録抹消も行われる可能性があります。

#16

まとめますと、歯学教育の質保証については、先ほど見ていただいたような認証評価の基準に基づいた自己評価、外部評価者による視察、報告書の作成、結果発表といった一連の流れがグローバルスタンダードとなりつつあります。日本の歯学教育においてもこれに倣った動きが加速化しています。卒前の歯学教育については、こちらの評価とも関連して、学習成果基盤型、プロセスよりもどれぐらいできるようになったのかという成果重視の方向性が明確になっていると言えると思います。最後に、歯科医師の生涯研修の義務化が、多くの国で実施されるようになってきていることも分かりました。以上で報告を終わります。ありがとうございました。

(米満) 森尾先生、ありがとうございました。

質疑応答

(米満) 少し時間があるので、今の森尾先生のご発表に何か質問はありますか。

卒前の臨床実習は、私も大学を離れて2年になりましたが、非常に頭の痛い問題で、私のいた大学では、私費の学生料金を設定して、学生さんに臨床実習で腕を磨いてもらおうということでやったのですが、なかなか患者さんが集まらないというのをずっと聞いておりましたが、医科歯科大学の学生さんは、患者治療をしていますか。

(植野) 1年間に20人弱ぐらいです。

(米満) その学生が20人弱の患者治療ですか。それは保険診療を行っているのですか。

(植野) はい。保険診療も検診も両方しています。

(米満) ということは、学生のレベルの問題なのか。医科歯科大の学生さんは優秀だからなのかかもしれないけども、私立大学では難しいところもあって。

私がちょうど1年間行っていたイギリスのエジンバラ大学にはティーチング・ホスピタルがあって、そこには患者さんを登録して、どちらかというと低所得者層の患者がきて、歯科学生が教育の一環として、そこで歯科の治療を行うというシステムです。ですから、イギリス圏は大体そういう感じで、臨床実習も患者さんが確保されているというのがあると思います。

それでは「海外の卒後研修制度、歯科医師免許の更新制度」ということで、植野先生に発表してもらいます。

2. 「海外の卒後研修制度、歯科医師免許の更新制度」

植野 正之（東京医科歯科大学）

東京医科歯科大学健康推進歯学部植野と申します。今日は歯科医師免許更新制度と卒後研修ということについてお話ししたいと思います。

#2

海外では歯科医師免許の更新が義務化されており、一定の卒後研修を履修しないと免許が更新できない制度になっています。私ごとなのですが、昔アメリカに住んでいてアメリカの歯科医師免許を持っているのですが、そのときに初めてこういった制度があることを知りました。ところが日本にはないので、アメリカにいたとしても、何もしなくても日本の歯科医師免許は失効しないでそのまま使えるので、ある意味では非常に便利だと思います。アメリカの歯科医師免許は、私のように日本に戻って来た場合、更新しないと失効してしまいます。卒後研修には、日本にいても取れる科目と、現地に行かないと取れない科目があります。アメリカに実際に行って科目を取らないと歯科医師免許がキープできないという大変なところもある制度です。そういった背景の下、アメリカだけでなく、いろいろな国の歯科医師免許の更新制度に関する情報を収集して比較するといったことが今回の発表の目的になります。

#3

実際に今回調べたのは、アメリカ、イギリス、オーストラリアの先進国です。こういった国に実際に行って、現地の歯科保健担当者にインタビューをしたり、インターネットや文書などから情報を収集したりして、調査を実施してきました。

#4

各国の歯科医師免許の更新制度を比較すると、日本の場合は、歯科医師になったときに登録料として現在は6万円を払います。管轄は厚生労働省の医政局です。卒後研修に関して、必修の履修単位数や更新の期間、履修科目というのは、現在のところ日本では特に定められていないという状況です。

アメリカでは州ごとに違うのですが、私がいたカリフォルニアだと、2年ごとに365ドルを払って50単位を履修すると、歯科医師免許を管轄している各州の歯科審議会（Dental Board）がそれを受け取って更新するという制度になっています。履修する場合には必修科目と選択科目があるので、その中から選んで履修します。科目の取り方にもいろいろ規制があります。イギリスの場合は結構高く、毎年576ポンドを支払います。これは登録のためのお金ですが、GDCというところが登録等を管轄しています。5年ごとに250時間のCPD（Continuing Professional Development）という卒後研修の単位を取らなければいけません。推薦科目とその他の推薦科目があり、その中から選んで履修するということになります。

オーストラリアはイギリスと似ていますが、登録料として毎年586ドル（約5万3000円）を払います。ここでは3年ごとに60時間、CPDという卒後研修を受けます。オーストラリアの場合は、オーストラリアのDental Boardが卒後研修などを管轄しています。取る科目は、歯科保健に直接関わるような科目と直接には関わらないけれども関係のある科目の中から選んで履修することになっています。これが概要になります。

#5

もう少し具体的に話していきます。アメリカは各州が国みたいなものなので、州によって仕組みが全然違います。例えばアリゾナ州は更新が3年で、歯科医師だと72単位を取って、歯科衛生士は54単位を取ります。歯科助手の履修制度はありません。カリフォルニアでは、歯科医師は50単位、歯科衛生士は25単位取る必要があり、歯科助手も25時間履修しないとイケない制度となっています。このように、各州によって履修の単位数が違い、どの職種がどれくらい履修しなければいけないかが異なります。しかし取ら

なくてもいいという州はないので、どの州にいても必ず幾つかは履修しないと歯科医師免許は更新できないことになっています。

#6

カリフォルニア州の場合、2年間で50単位履修します。50単位というのは50時間くらいだと思ってください。おおよそ、1単位1時間で換算します。必修科目があり、これは必ず取らなければいけません。感染対策（Infection Control）を2単位、それから、カリフォルニア州の法令で California Dental Practice Act を2単位、あとは、基本救命法（BLS：Basic Life Support）のコースを取りますが、何でもいいというわけではなくて、米国心臓協会（AHA：American Heart Association）主催のものか、米国赤十字社（American Red Cross）が提供するもの、あるいは ADA が認めているコースを取らなければならず、他のものを取っても認められないというのがカリフォルニアの決まりになっています。コースの内容自体も決められていて、こういった内容を教えていないと認められないということまで細かく決められているというのが実際のところですよ。

#7

選択科目は、かなり広い範囲から選ぶことができます。一番取られているのが、実際の患者や地域に歯科医療を提供するために必要な科目です。予防処置や診断手順、レントゲンを含むもの、あとは治療計画や口腔内状況の記録法、インフォームドコンセントなどがあります。それから、実際の治療、審美的、修正的及び修復的な診断と治療、緊急の対処法などもあります。特にカリフォルニアは地震が多く、何度も大きな地震が起こっているのです。災害時の対処法、復興策なども選択科目の中にはあります。あとは栄養関係ものもあり、こういったものから選択科目を選ぶことになります。

#8

その他の規定ですが、全部で50単位取ることになるのですが、その中で20%を超えてはいけない科目があります。再診システムや患者の予約システム、診療の流れ、通信システム、データ管理などに関するもの、オフィスのオンライン化に関するもの、オフィスデザイン、人間工学、オフィスの事務手続き的なものなどは20%を超えてはいけないという規定があります。これらはどこにいてもできるような科目で、CDやDVDを用いて自分で勉強できます。コンピューターでオンラインのコースを取っても認められるのは、半分の25単位までです。ですから、残りの半分は必ずどこかへ行って、そのコースを取らないと認められないのです。例えば日本にいて取れるのは50単位の中の半分だけで、残りの半分は実際にアメリカに行かないと取れないという仕組みになっています。

#9

今日は歯科衛生士の方もいらしていますが、カリフォルニアの場合は、歯科衛生士の方も2年ごとに25単位を取って更新しないと歯科衛生士として働くことができません。更新料は160ドルです。歯科医師と同じように、必修の科目と選択の科目があります。必修は歯科医師と同じです。感染対策と法令と基本救命法があります。選択科目の方も皆さん歯科医師と同じような科目を取ることが多いです。そういったことから、25単位を取って更新することになります。

#10

こういったところが卒業研修を提供しているかということですが、アメリカで代表的なところは ADA です。ADA のサイトに行くと、オンラインだけではなく実際に行って取る方のコースのリストもあります。例えば、自分の場合はカリフォルニア州をピックアップして、その中から興味のあるところを選んで取ることになります。ADA の場合は、他の州の科目を取ってもカリフォルニア州では認められない場合もあるので選び方を考えなければならず、カリフォルニア州で認められる履修科目を取る必要があります。

#11

あとは、CDA (California Dental Association) というカリフォルニア州の歯科医師会の提供する卒後研修があります。ADA や CDA のものはきちんとした科目で、値段は普通ぐらいです。実際に履修するときは、いくらかかるかを皆さんかなり気にしていて、安くても良いコースを取りたいという気持ちがあるのですが、ADA や CDA は大体中間ぐらいです。

#12

歯科大学が提供しているコースは質的には非常に高いです。例えば、UCSF (カリフォルニア大学サンフランシスコ校) では、オンラインコースもあり、トラベルコースもとても人気があります。特にハワイに行くコースはみんな取ろうとするのです。ただ、内容は非常に良いのですが、ものすごく高価です。

#13

今日、英文の手紙が私のメールボックスに入ってきたのですが、ハーバード大学の CE (Continuing Education) のお誘いです。値段はコースによって違い、1000~2000 ドルぐらい掛かります。全部取ると 30 万円以上掛かったりします。ですから、こういった大学のものは、コースとしては非常に有名で良いのですが、料金は非常に高いので、実際に取るときには少し考えないといけません。お金に余裕がある方はいいのですが、普通のわれわれのような者では大変です。あとは、大学に勤めていると、大学内で CE を無料で提供する場合があるので、そういうところは大学にいる利点ではあります。

#14-15

安いところだと、歯科関連の企業があります。安いというか、無料なものもあります。しかし、無料のコースが限られているのと、取ったとしてもカリフォルニア州では認められない場合もあります。いったん無料のコースを取ってしまうと、その後大量のメールが来ます。私も一度取ったらものすごい量のメールが来たので、その後は取らないようにしています。Oral-B などの歯科関連の企業は、安い値段で提供して、後で宣伝のメールを送り付けるという手法なのです。

#16

一般企業でも CE のコースを用意しています。私が一番利用しているのはここです。コース内容としてもまあまあですし、値段もとても安いです。これはオンラインなので、ここからいくら取ったとしても半分までしか取れないのですが、こういったコースはよく利用しています。

#17-18

ただ、こうしたコースを取ると、必ずと言ってよいほど試験を受けなければいけません。これは一例ですが、Infection Control の試験に回答してメール等で送り、ある一定の得点以上でなければ単位がもらえません。ですから、ただ取ればよいというわけではなく、勉強しないと単位がもらえないような仕組みになっています。単位を取ると、証明書が発行されます。これがないと、登録するときに証明できないので、必ずこれを持っていないといけません。また、IADR (International Association for Dental Research) などの学会に行くと、行ったことで単位と証明書がもらえます。

#19-20

更新は、昔はオンラインではできませんでしたが、今はオンラインでできます。ただ、オンラインでやる場合はいろいろと制限があります。更新までに 85 日以内であるということが一つです。もう一つは、2 年以内に料金を滞納していないということです。三つ目は、dental board からこれまでに罰金を科せられたことがないということです。この三つの条件をクリアすれば、オンラインで更新ができます。

先ほど森尾先生のお話にもあったのですが、これでもし更新しなければどうなるか。今はオンライン化されているので、歯科医師番号を入力するとアクティブな歯科医師なのかインアクティブな歯科医師なのか

かが一目で分かるのです。ですから、どこかに勤めようとする、雇う方から歯科医師免許の番号を必ず聞かれるのですが、カリフォルニアの歯科医師を登録している DBC (Dental Board of California) のサイトでその番号を調べると、歯科医師免許がアクティブなのかインアクティブなのかが一目で分かります。普段は、ポケットサイズの歯科医師免許を持ち歩くことになります。免許には Expiration date が書いてあり、いつまでこの免許が有効なのかが分かります。私の免許は2014年3月までのもので、そろそろ切れますが、先週、ようやく単位が取れて更新したばかりなので、そろそろ新しいものが届くと思います。このように、常に最新の歯科医師免許を持っていないと、歯科医師として働くことができないということになります。

#21-23

イギリスでは、5年ごとに250時間の卒後研修を受けることになります。CPDを取るようになるのですが、英国の場合、CPDは、歯科専門家としていろいろな方法で専門的な能力を発展させるものと定義されています。その中の75時間は証明できる CPD といって、証明書が発行されるような CPD を取らなければいけないということです。証明できる CPD の中に、主要な推薦科目、その他の推薦科目などがあります。CPD の冊子の中にそういった詳しい内容が書いてあるので、それを見て履修することになります。単位を取ると証明書が発行され、証明書を持っていないと更新できません。

#24-25

最後はオーストラリアになります。オーストラリアでは3年ごとに最低60時間履修します。同じ CPD という言葉を使っているのですが、先ほどと同じように、専門的な資質を向上させるような手段を CPD といいます。80%は直接歯科と関係する臨床的なものやサイエンティフィックなものを履修しなければならない、残りはそうでなくてもよいと決められています。歯科と直接関係しているものとしては、歯科診療、治療法、感染対策、CPR (心肺蘇生法) などです。それ以外の歯科と直接関係ないものとしては、歯科診療所の経営法や歯科に関わる法的責任などがあります。あと、教育機関にいと、論文の審査や査読、大学での抄読会、あるいは本を執筆したときに、そういったものも単位の中に含まれるなどの利点があります。

#26-27

結論です。このようにいろいろな先進国の卒後研修を調べてきたのですが、各国とも2~5年ごとの更新制度があります。この制度に例外はなく、歯科医師免許を持っている人であれば、どこで働いていようと必ず所定の単位を履修しなければいけません。しかし、日本にはそのような制度はありません。歯科医師会や大学主催の卒後研修はありますが、別に義務ではないので、参加自体はその人の自由意思になります。ですから、卒後研修を受けなければ、ずっと受けなくても何ともないのです。昔、卒業した方が昔の知識のまま診療をしても全然問題ないのです。

日本において歯科医師の更新制度を採用する場合は、まずはその受け皿となる環境を整備しなければいけません。もし、採用されれば、歯科医師免許を更新する際に一定の研修を受けなければいけないので、医療人としての資質の向上や保証が促されるという利点があります。そのことで、国民に対してより良い歯科医療を提供することができるので、歯科医師が国民から信頼されることにもつながると考えています。

(米満) 最後にディスカッションの時間がありますのでそこでまたお聞きしたいと思います。両者とも自分の経験からお話しされたので、説得力があって、よく分かりました。ありがとうございました。

(安藤) それでは引き続き後半の方に参りたいと思います。続いて「北欧諸国が提案する歯科保健医療の質評価資料」を大城暁子先生、お願いいたします。

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）

こんにちは。話し慣れている先生の間で慣れない私が話すのは申し訳ないのですが、今日は「北欧諸国が提案する歯科保健医療の質評価指標」についてお話ししたいと思います。

#2

まず医療の質については、公的医療保険のないアメリカで診療格差を減らすために医療の質を計測、評価、改善しようという動きが見られるようになってきました。この際に、ドナベディアの論文がこの分野の研究に大きな影響を与えました。そして1980年代後半になると、アメリカでは医療施設で医療の質評価が一般に公開されはじめました。

#3

日本においては、医療への関心が高まるとともに、評判や主観ではなく、客観的な医療の質評価が必要となってきました。さまざまな研究を経て、医科の領域では、医療の質評価指標の開発、標準化、信頼のできる情報公開などがそれぞれの医療機関や「医療の質指標ポータルサイト」などで行われています。

#45

ドナベディアンの医療の質評価指標では、医療の質は、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標の三つの側面から評価できると提唱されています。具体的に、医科の領域では、ストラクチャー指標は、施設、医療機器、医療スタッフの種類や数といった医療の構造を、プロセス指標は、医療の課程、実際に行われた診療を、アウトカム指標は、医療の結果、行った診療や看護の結果としての患者の健康状態を表します。一方、歯科の領域では、医療の質評価はまだこれからという段階です。

#6

北欧諸国では、2007年より、歯科保健医療の質評価指標の開発プロジェクトが始まりました。これは北欧諸国における歯科関連の合同プロジェクトです。このプロジェクトでは、各国の歯科専門家が一堂に会して、指標の定義、データの収集方法などについて討議しました。最終的にワーキンググループは12項目から成る質評価指標を決定しました。

#7

ストラクチャー指標は、歯科医師1人当たりの人口、現役歯科医師1人当たりの人口、歯科専門医1人当たりの人口、それから歯科医療費です。プロセス指標としては、1年間に歯科受診した者の割合、口腔清掃習慣、1日1回以上歯磨きを行う者の割合、砂糖含有の清涼飲料水の摂取、1日1回以上、清涼飲料水を摂取する者の割合から成っています。アウトカム指標としては、カリエスフリーの割合、DMFT index、SiC index、高齢者の無歯顎者の割合、高齢者の機能的咬合を有する者の割合では自分の歯が20本以上ある者の割合を示しています。本研究では、北欧諸国が発表したこれらのデータと共に、既に公表された日本のデータを用いて国際比較を行いました。なお、人口の少ないアイスランドとフェロー諸島は除外しました。

#8

北欧4カ国と日本のストラクチャー指標を比較すると、ノルウェーでは登録歯科医師より現役歯科医師1人当たりの人口が1020人と少ないのですが、他国では登録歯科医師よりも現役歯科医師1人当たりの人口が多くなっています。特にスウェーデンでは、登録歯科医師1人当たりの人口は865人で、現役で働いている歯科医師1人当たりの人口は1251人と、大きな違いが認められます。日本では、歯科医師1人当たりの人口は1243人、現役歯科医師1人当たりの人口は1280人です。

#9

次にプロセス指標になります。1年間に歯科受診をした者の割合は、未成年ではノルウェーが69%と最も高く、フィンランドが50%と最も低い割合です。一方、成人では、デンマーク、フィンランドが77%と最も高く、スウェーデンが59%です。日本では48.4%とさらに低い割合となっています。

#10-12

アウトカム指標では、12歳児と高齢者のデータが主な指標となっています。まず12歳児のデータです。この数十年の間に、北欧諸国ではカリエスフリーの子どもの割合がどの国でも増加しています。12歳児のカリエスフリーの割合は、デンマークが70%と最も高く、フィンランドが42%と最も低いです。日本の12歳児のカリエスフリーの割合は67.6%です。次に12歳児のDMFTになります。こちらはデンマークが0.6と最も低く、日本は1.1です。ただ、北欧諸国では、DMFTのD、つまり未処置歯にエナメル質う蝕は含まれず象牙質う蝕以上をう蝕と診断しているため、日本との単純比較は難しいかと考えられます。

SiC indexとは、う蝕の多い上位3分の1の者の平均DMFT値です。ノルウェーでは3と最も高く、デンマークでは1.9という値になりました。日本及びフィンランドでは、SiC indexのデータはありませんでした。

次に高齢者のデータとなります。無歯顎者の割合は、全ての北欧諸国で年々減少傾向を示しています。65歳から74歳における無歯顎者の割合は、フィンランドは17%と最も高く、スウェーデンが2%と最も低いです。日本は6.6%でした。また、20本以上自分の歯を有する者の割合は、スウェーデンが76%と最も高く、デンマークが59%でした。日本は61%でした。

#13

また、このプロジェクトの中で、北欧諸国は今後利用可能な潜在的質評価指標を提案しています。これはQOLに関連した指標で、現在準備段階です。プロセス指標以外にも、アウトカム指標に影響すると考えられる指標です。これらの指標の開発が求められる領域は、患者満足度、酸蝕症とその効果的な治療法、インプラント関連、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）と考えられています。

#14

この国際比較を通じて分かったことは、生活習慣や社会経済状況、歯科医療制度の類似している北欧4カ国でも比較は簡単にできるものではなく、何年かかけてデータを収集し、標準化を行っていくプロジェクトでないと難しいということです。また、日本を加えての比較は、データのないものがあったり、調査方法、対象、調査年などが異なっていることが多かったです。

#15

国際比較をしてみて、我が国には豊富な口腔保健データがあることが分かりました。これまでの情報や経験を基に、歯科領域においても質評価指標の開発を行っていく必要があると感じました。特に日本の口腔保健データや歯科医療制度などを積極的に海外諸国に発信していくことも大切であると感じました。

#16-17

今後の展開としては、世界共通の質評価指標を開発し、国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ことが必要となってきます。その中で、豊富な統計データを生かし、日本はリーダー的な役割を果たしていくことが重要ではないかと考えました。ご清聴ありがとうございました。

（安藤） ご発表どうもありがとうございました。それでは、次の発表に移りたいと思います。次は「スウェーデンの成人歯科受診促進制度等の紹介」です。竹原先生、よろしくお願ひします。

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）

スウェーデンの公的歯科医療制度について紹介させていただきます。先ほど大城先生が北欧での動向を紹介くださったのですが、北欧の中のスウェーデンの調査をしました。スウェーデンは、社会福祉制度が古くから発達していることで有名です。歯科領域においては、歯科疾患の予防対策、予防施策が非常に充実していて、先ほどの大城先生の発表にもありましたが、子どものう蝕が特に少ないということで世界的に知られています。

#3

今回、スウェーデンについて、実際に川口先生と一緒に現地を訪問して、保健省の関連組織等を訪問して情報交換を行いましたので、それに基づいてご報告します。

#2

まず医療制度の概要ですが、スウェーデンの保健医療サービスは、日本の県に相当する広域自治体であるランスタングによって提供されています。ランスタングが病院をはじめとする医療施設を設置・運営し、そこで医療スタッフが公務員として医療サービスを提供しています。そこで発生する費用は、主に住民の所得税と患者の一部負担金によって賄われています。ランスタングの支出の90%以上が保健医療サービスが占めており、こうした医療サービスがランスタングの大きな一事業であると考えられます。

#4

歯科の分野において、まず20歳未満の子ども対象の歯科医療は、ランスタングによって全て無料で提供されています。3歳になると、スウェーデンの全国民は、歯科医療サービス（PDS：Public Dental Service）に登録され、口腔の状態について定期的な検診を受け、必要であれば治療を受けることになります。無料の歯科医療サービスの歴史はかなり古く、1930年代に始まっています。当初は16歳までの子どもが対象だったのですが、それ以降、19歳までに期間が延長されて現在に至っています。

#5

一方、20歳以上の成人を対象とした歯科医療サービスも、同じくランスタングが提供しますが、子どもと違って有料です。患者が一部負担をすることによって提供されています。提供される歯科治療は、ほとんどの歯科治療です。一般的な必要歯科治療に加えて、矯正治療や補綴治療（インプラント）も含んで歯科治療が提供されています。ただし、ここで付け加えておかなければいけないのは、全ての症例に対してこれが適用されるわけではなく、個人の口腔内状況によってこの治療が適用できるというように、状況に応じて柔軟に変化するシステムになっていることです。このように、成人に対する歯科医療サービスは、患者の一部自己負担で、残りを公的補助によって賄っているのですが、公的補助の考え方について具体例を示して説明します。

#6-7

前歯部の例として、一つ目は隅角を含んで大きく歯冠が破折した場合、二つ目が初期カリエス、三つ目が古い充填です。これら全ての症例において、コンポジットレジン修復として公的補助を受けられます。補助額は、コンポジットレジンの参照価格を基準に算出されます。参照価格は基準価格のことを示します。

患者さんによっては、大きく欠けているのでクラウンにしたいと言う人もいます。大きく歯が欠けている場合は、クラウンとして公的補助を受けることができます。補助の金額は、クラウンの参照価格を基準に算出されます。一方、実際に患者さんはクラウンの処置は受けられるのですが、公的補助はコンポジットレジン充填の参照価格を基準に算出されるので、患者さんは、実際にはクラウンとコンポジットレジンの差額を負担するという形になります。

#8

患者さんの負担する金額、公的補助の金額は参照価格を基準に計算されるのですが、その参照価格は1999年に導入された標準価格の一覧に載っています。背景には、歯科治療の費用が上昇するのを抑制し、歯科治療の質を向上させる目的がありました。公的補助の額は参照価格を基準に算出されますが、歯科医院は自由に歯科治療費を設定できるという自由競争の原理が導入されています。参照価格は患者さんに公開されていて、治療の選択の際に参考にできるようになっています。参照価格の決定方法は、物価も違うので地方ごとに設定されており、人件費、材料費、技術料などの必要なコストを全て含んでいて、処置にかかる時間も考慮されています。こういった情報は、多くの民間開業医や公的歯科医療機関から収集され、それを基に計算されています。これは毎年、改訂されています。

#9

成人対象の公的歯科医療サービスです。地方自治体に当たるランスタングが必要な歯科治療を提供します。その一方で歯科治療の補助制度があり、国全体として国家保健局が取り仕切って、高額歯科治療補助制度、歯科治療補助券制度、特定疾患補助制度という三つの補助制度を導入しています。この三つの補助制度は、2008年以降に導入された大変新しい制度です。

#10

この補助制度が導入された背景としては、これまでの歯科の問題点があります。一つ目に、20歳代の歯科の定期受診割合が他の年代に比べて低いということです。これは19歳まで歯科治療費用が無料だったのが、20歳になって急に有料になるということが一つの原因であると考えられます。一方、これまでの制度では、65歳以上の高齢者の約12万円以上の高額補綴治療に対して100%の公的補助が出ていたのですが、その結果、65歳以上の補綴治療費が他の年代に比べて多くなるという結果になりました。これは恐らく、多くの人が65歳になるまで待って補綴治療を受けたためと考えられます。そして、従来の補助制度では、全ての人に平等に、年齢を基準に平等に補助を行っていたので、年齢にかかわらずハイリスクの人が取り残される可能性がありました。

#11

こういった問題が背景にあり、新しく導入された補助制度は、基本方針として、あくまでも全国民に平等に、治療ニーズの高い人により手厚く、治療ニーズが高いイコール歯科治療費用が高い人と考えていて、そういった人には公的補助の割合を高く設定しています。また、費用対効果を考慮して、補助の対象となる治療項目は一律ではなく、個人の口腔内状況によって柔軟に変化するということに制度を改定しています。

#13

三つの補助制度を一つ一つ説明していきます。一つ目の高額歯科治療補助制度は、2008年に導入されました。これは全成人が対象となります。これが導入される以前は、65歳以上で約12万円以上の高額補綴治療費用が掛かった者に対して100%の補助をするという制度でしたが、これが裏目に出たということで、年齢ではなく、トータルの歯科治療費用でどれぐらいの補助をするというように制度を変更しました。最高で85%の補助をする制度になっています。

#14

二つ目の補助制度として歯科治療補助券制度があり、これも2008年以降に導入されました。この背景として、20歳代の定期的な歯科受診率が低いこと、また、高齢者では歯科治療のニーズが高いことを考慮したことがあります。この券は、1年ごとに配布されて持ち越しもできます。20歳代と75歳以上では同じ額、それ以外の年代では半額の補助が出ています。

#15

最後の補助制度である特定疾患補助制度は、2013年と、1年前から導入された新しい制度で、特定疾患や口腔乾燥症などの障害がある者に対して半年ごとに予防的歯科治療に対して約9000円を補助するという制度です。

#16-18

最後のまとめに入ります。スウェーデンにおいては、20歳未満の子どもには歯科医療が無料で提供されています。一方、20歳以上の成人に対しては、補綴を含む大半の種類の歯科治療が公的歯科医療制度で提供されています。歯科治療のニーズが大きい者に対しては公的補助を手厚くするというのが一貫した考え方であり、歯科治療費用が高額になるほど、公的補助の割合が高くなっています。

スウェーデンの歯科医療制度は、個人の口腔内状況に応じて、インプラントや矯正治療が提供可能かどうか決まる柔軟なシステムとなっていました。日本においては、多数歯欠損の場合は、保険治療においては義歯による補綴しか選択肢はありません。スウェーデンのような制度では、歯科治療を受ける側の選択の幅が広がり、患者のQOLの向上にもつながると考えられました。

また、歯科治療の価格には、歯科医院が自由に設定できる自由競争の原理が導入されていました。価格の自由競争を進め、歯科医師が最新の技術や材料を取り入れ、診療報酬に反映できるような柔軟な制度を導入していました。その一方で、最大85%の歯科治療補助によって患者を保護し、歯科治療のアクセサビリティにも配慮した制度となっていました。

以上、私の発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

(安藤) どうもありがとうございました。それでは、最後の発表に参ります。「国際比較でわかる我が国の歯科保健医療制度の特徴」を、川口先生、よろしく願いいたします。

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）

#2

今回、研究を始めるに当たり、どのような国と国際比較をするかという基準としては、我が国と医療水準が同程度、または類似の歯科保健制度を有する欧米、アジアの国々ということで選択しました。それは、韓国、シンガポール、オーストラリア、アメリカ、イギリス、デンマーク、スウェーデン、ドイツで、それ以外に、留学生もいるので、少し広げて他の国も見ました。現地調査に行ったり、文献、書籍、インターネットなどで情報収集を行ったりしました。英語を使っている国ではインターネットや本ですぐに調べられるのですが、そうでない国においてはあまり英語での紹介がなくて非常に苦労しました。これまでスウェーデンなど、幾つかの国はもう発表されましたので、私が視察した中で少し面白いなと思ったことをお話いたします。

ドイツには、Mother's Café という子育て支援の取組がありましたが、これは全国レベルでどこの地域でも実施しているわけではなく、一部の地域だけが行っている制度です。私たちが日本から行き、その国の歯科保健事業を見学させてくださいと言うと、大体は最高レベルの活動を見せてくれますので、それがその国の代表というわけではありません。実際に公務員の歯科医師が幼稚園に行き、歯科検診をすると同時に、すぐに歯科衛生士がデータを入力します。やはり紙媒体で記録するというのは少なく、すぐにその場でPCに入力しています。そして、その場で歯科衛生士が予防処置を行います。また、歯科健診の前には、子供たちに健康教育をして口をきれいにしてから診るという取組は面白いと思いました。

#4

スウェーデンの報告がありましたが、デンマークにおいても学校で子どもたちの治療を行っています。矯正治療も全て無料で行われます。ですから、歯並びを直したいと希望する子どもは多いですが、全体の

25%まで受けられるので、そのためのスクリーニング、どういう子どもが矯正を受けられるかという基準がきちんと決められていました。それから、私たちは保健事業を調べに行きたかったのですが、海外では、保健・福祉・医療の分け方が日本とは違います。障害者・高齢者対象の歯科治療の提供、訪問診療といったものがパブリックの保健事業だという感覚です。

#5

シンガポールではヘルスプロモーションユニットがあり、子どもたちが体験学習をしながら健康のことを学ぶのですが、歯科だけで独立しないで、他の生活習慣病と一緒に子どもたちが遊びながら学んでいくという取組みも行われていました。

#6

韓国では、今ソウル大学が有料で健康教育を行っています。今まで日本では予防や保健事業という無料というイメージが強いのですが、ソウル大学では、予防のプログラムを有料で提供していますが、非常に多くのお子さんが保護者と一緒にお金を払って学びにきています。内容としては、プラークを赤く染めてブラッシング方法を教えるというような1~2時間のコースです。それが大学としても非常に大きな収入源になっているということで、医科歯科大学も収入をできるだけ得なければいけないので、予防というものを売りにしていくことも今後必要かなと思って勉強になりました。初めは子どもだけが対象の予防プログラムだったのですが、最近は高齢者対象の健康教育の有料プログラムも提供しています。初めは大学だけで実施していたのですが、現在は企業と組んで実施しているそうです。

#7

韓国に行ったときに「あれ？」と思ったのは、日本の8020をもじって、韓国では2080が非常に有名なことです。ある歯磨き会社が2080ブランドを立ち上げています。意味は、20本の健康な歯を80歳までということで、日本と全く同じです。ただ、毎日使う歯ブラシ、歯磨き粉に2080と書いてあるので、2080の言葉のイメージは韓国のほとんどの人が知っています。日本でも8020キャンペーンが行われていますが、認知度が低いということが指摘されています。この会社は海外にも製品を輸出しているので、モンゴルに行ったときに入手した歯磨き粉には英語で2080の意味が書かれていました。うちの留学生によると、日本にいたときは8020を知っていたのですが、毎日2080歯磨き粉を使っていると、韓国の2080がオリジナルと思われているようです。このことを通じて、やはり日本はもっといろいろなことを海外に向けて情報発信していかないといけないと思いました。

#8

いろいろな国と比較したときに、まず制度設計の違いが大きくあります。日本では、行政が主体となっていく歯科保健サービスと、治療という意味で医療機関が主体となっていく歯科医療サービスの二つがメインになっています。しかし、海外では予防や公的保健事業とは、水道水のフロリデーション等、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が公的歯科保健サービスになっています。日本で使用されている、保健・医療・福祉という分け方自体が、海外では行われていません。

#9

歯科医療従事者として、歯科医師、歯科衛生士が公務員として働いています。その人たちがいろいろな公的事業に携わっており、民間の歯科医師、開業医が公衆衛生事業を担当するということはありません。ここが海外と日本との大きな違いです。

#10

日本では、行政職の歯科医師が保健事業の施策などを行い、開業医の先生が歯科治療を行うと同時に、

地域においていろいろな歯科保健事業を実施する役割があります。しかし、海外においては、開業医の先生は自分のクリニックで治療を行うだけです。公的機関の歯科医師、つまり公務員として働く歯科医師が保健事業もするし、医療も行う、どちらかという医療の比率が大きいということです。

#11

日本だと行政勤務になりますが、公的機関勤務の歯科医師の割合を見ると、福祉国家として知られる北欧4カ国では非常に多く、フィンランドやスウェーデンでは半分以上の歯科医師が公務員として働いているということが分かります。

#12-13

システムを国際比較をする上で、先ほど大城が話しましたように、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標という質評価指標で比較してみます。まず、人口10万人当たりの歯科医師数は、日本は、北欧、ヨーロッパと同じくらいかなり高い状況です。他の歯科医療従事者として歯科衛生士がいますが、他国にはデンタルセラピストや臨床（上級）歯科技工士がいます。臨床歯科技工士が直接患者さんに総義歯の製作をしたり、セラピストが抜歯をしたり、充填などの簡単な処置ができるような日本にはない歯科職種があり、治療に携わっている場合もあります。

#14

公的歯科保健事業の切り口もまた難しいのですが、日本で各年齢別に行われているもので比較してみました。それぞれの国で状況は違うのですが、全国レベルでそういう制度があるかないかということで、大まかに比較してみました。アメリカでは、基本的には治療サービスが主体になっています。学校保健においては、アメリカの一部の地域では学校歯科医制度がありますが、基本的にはアメリカには学校歯科医はいません。

#15

一方、アジアの国では、学校歯科、子どもたち対象のプログラムがあります。ただ、全国どこでもあるかというところではなく、やはり都市部が中心になります。学校の中で健康教育があったり歯科室があったりして、歯科学生やデンタルナースの学生が治療を行ったりしています。そういった中で、学校内の売店でお菓子等を売っていて、予防を強調しているのに矛盾していると思いました。

#16

また、公的歯科保健活動ではまず治療を行うことということで、歯医者のない地域においては、巡回診療で椅子を組み立てたりバスで行ったりして、歯磨き指導をしています。そういうところに歯科学生がかなり関わっているということが分かりました。

#17

日本においては国民皆保険でほとんど全ての歯科治療ができます。韓国でも似たような制度がありますが、保険では補綴治療ができないことになっています。また、先ほどスウェーデンの話でも出ましたが、治療費の補助制度がある国もあります。アメリカ、シンガポール、オーストラリアにおいては、基本的には民間の医療保険が主体になっています。

#18

「歯科医療の国際比較、歯科医療白書2008年度版」からのデータを見ると、日本においては、総歯科医療費に対する公的医療保険等の給付率が他の国と比べて非常に高いことが分かります。

#19

先ほど、スウェーデンに関する大城の発表の中では、スウェーデンの成人の定期検診の受診率が約 60% ということでした。比較するものによって少しデータが違うのですが、このデータではかなり受診率が高いということです。

海外において、ポスターや子どもたちへのキャンペーンの中で、「定期健診を受けましょう」、「悪くならないうちに歯医者さんにかかりましょう」というメッセージが非常に多く、日本ではあまり見ないものだと思います。

#20-21

歯学教育に関しては先ほど森尾先生からいろいろお話しを聞きました。また、生涯学習に関しては植野先生がお話ししてくれましたが、ヨーロッパでは 75% の国が既に生涯学習を義務化しています。また、アジアにおいても、モンゴルの歯科医師免許は 5 年間しか有効期限がなく、マレーシアやインドネシアでも免許の更新制度があります。日本は免許更新の面では非常に遅れていると思います。

#22-23

日本ではいろいろな歯科保健調査が行われており、さまざまなデータが出ています。アメリカでは全ての年齢で行われている調査がありますが、低年齢の子どもの歯科保健データはなかなか取られていないのが現状です。

#24

フッ化物の応用に関しては、局所応用はどの国でも実際されていますが、日本では全身応用はありません。食塩への添加、水道水への添加などを行っている国、大きな地域ごとの予防対策を行っている国もあります。

#25

アウトカム指標として簡単に比較できるものとして、12 歳児の DMFT があります。ただ、国によってはデータが古いこともあり、本当に現状を示すの不明な場合もあります。国際比較をするときにはデータの集め方が難しいと思います。また、その国によって、例えばエナメル質う蝕を全く見ないで象牙質う蝕のデータのみを取っているということもあるので、その点については非常に慎重に検討しなければなりません。日本は、昔は DMFT は多かったけれども、かなり減ってきていると思います。

#26

それから、成人まで健康な状態を保つ、高齢になっても自分の歯を保つということで、無歯顎者の割合を比較しています。年齢については、日本では 8020 のように 80 歳を基準にする場合もありますが、国際的には 65~74 歳を高齢者と定義して、そこでの比較をしています。

#27-28

日本では、無歯顎者の割合はかなり減ってきています。歯科疾患実態調査の経年変化を見ても減ってきていますが、日本の良さは歯の数だけで見ても分かりません。他の国は、歯がない人で入れ歯を入れていない人、本当に無歯顎のままの人が非常に多いのです。これは北欧でもそうです。日本においては何がいいかというと、治療が受けられる、歯がなくなった場合に総義歯を入れることができる、歯科医院へのアクセスがいい、保険で補綴治療までカバーできるという点です。それが日本の非常にいい点だと思います。ですから、評価の仕方としては、かめるようになってきているかということで見ないといけません。ただ無歯顎者の割合、歯の数の割合で見ると違ってきます。歯でかめる人の割合ということでは、日本の 8020 では 20 以上の歯があることを基準にしているので、日本では 8020 データは非常に豊富だと思います。

研究を始める前は、日本は海外から学ぶことが非常に多いのではないかと思います。もちろんそうですが、先進国に調査に行くと、日本の方が優れているのではないかと思います。たくさんあり、日本がも

つと情報発信をすべきだということが、この3年間の研究での最終的な結論です。

#29

日本の歯科保健医療制度の優れた点としては、いろいろな法律があること、先ほど歯科口腔保健法のこととも言いましたが、例えば歯科医師だけで身分法が独立しているという国も少ないです。日本の場合は、法律に基づいてライフステージ別の歯科保健事業を全国レベルで実施していること、実際には開業医の先生が公的歯科保健事業を担っていることが多いこと、医療保険制度の中に歯科治療も入っていて、ほぼ全ての歯科治療が保険診療でできること、データとしては口腔保健調査があり、さまざまなデータを利用することができることなどが挙げられます。

#30

ただ、海外と比較して日本がもう少し改善した方がいい点は、生涯研修制度、免許の更新制度です。すぐに導入されると困ってしまう場合もありますが、開業医の先生が実際に公的事業に関わっているということでは、やはり法律のこと、いろいろなシステムが変わっていくことについて最新情報を提供することも大事です。また、学校歯科保健で得られたデータをコンピューターでIT化し、個票データを利用したり、統計管理することで、紙ベースの集計よりも簡素化できるのではないかと思います。また、EBMのある歯科治療を行う上では、プロセス指標とアウトカム指標との関連について研究を行い、エビデンスを蓄積するという意味では、いろいろな調査のときに保健行動等も把握していくことが必要だと思います。

イギリスなどでは、予防に関するガイドラインを全ての開業医の先生に配布して、ある程度均一のメッセージを患者さんに提供しようとしています。我が国では治療のガイドラインはたくさんありますが、予防に対するガイドライン、セルフケア、プロフェッショナルケア、コミュニティケアに関するガイドラインが今後は必要ではないかと思います。歯が悪くなる前に定期健診に行くということも、もっと日本で推奨していくことが必要だと思います。また、医科と歯科の連携で、健康調査を生活習慣病と一緒にやっていくという健康づくり対策が必要ではないかと思います。

#31-33

最後になりますが、留学生が日本に来ていろいろな学んでいきます。我が国では、留学生の受け入れの数が非常に多く、海外に行く留学生の数の2倍以上になっています。特に歯科大学で学ぶ留学生は、平成24年は243名で、そのうちの40%が医科歯科大学にいます。うちの分野にも、これまで13名の留学生がおり、そのうちアジアからの留学生が11名いました。

#34

留学生たちとパブリックヘルスについて話すことがあったときに、日本にいて日本のことだけを考えるといろいろな問題が見えてきますが、彼らは自分の国にはまだそういう制度がないので、日本は制度があるだけで素晴らしいと言われました。日本だけを見ていると、改善した方がいいと思うことがたくさんありますが、医療の国際標準化、国際協調が進展する中で、日本の歯科に関してこれまで先人が培ってきたいろいろな制度、日本人の口腔保健状況が良くなっていることなどの情報を、もっと海外の人に発信していくことが必要ではないかと思います。

今回、海外に行き、「いろいろな歯科情報を学びたい」と言って、日本のことも話しましたが、海外の先生には「日本の制度の方がいいのではないかと」どこの国でも言われました。今回の研究の総括として、もっと日本の情報を分かりやすく海外に発信していくことが必要であると思いました。

ディスカッション

(安藤) 時間が押しているので予定どおりの20分までではできないと思うのですが、ディスカッションを行いたいと思います。ご質問・ご意見等があればお願いしたいのですが、いかがでしょうか。川口先生への質問だけではなくて、第二部のセッションのどなたにでも構いませんので、よろしく願いいたします。

(Q3) 川口先生、どうもありがとうございました。最後の結論は本当にそうだなと思います。今、いろいろなところで「質保証」という言葉がよく使われるのですが、先ほど植野先生がお話しになったアメリカの例で、免許更新の部分がよく理解できなかったところがあるのですが、免許更新に際して、いろいろなところで高価なものから安いものまでいろいろなメニューを出していましたが、その辺の更新のための質保証というのはどうしているのかが少し分からなかったなので、教えてください。

(植野) 質保証に関しては、内容が本当にピンからキリまであるので、ある程度、個人に任せられたところがあると思います。発表でも見せましたが、どういうコースであっても、ただ取ればいいというわけではなくて、やはりある程度の試験のようなものを受けなくてはいけなくて、本当に学んだことが理解できているかできていないかというところが最後の評価としてあります。ですので、ある程度のレベル以上の質は保証されるのではないかと思います。

もし自分にもっと向上心があれば、もっと値段の高い大学などのいいところへ行って、もっと質の高いものが目指せます。そこでどれくらい向上するかは個人にかかってくると思いますが、最低ラインは保証されていると思っています。

(Q3) ありがとうございます。

(安藤) 他にいかがでしょうか。

(米満) 先ほど、北欧の方の発表で質の評価指標というところがありましたよね。その中で、プロセスの評価の指標として、フッ化物というのは入ってこないのですか。これは大前提なのですか。なかったような気がしたので。

(大城) これは一応、北欧諸国が提案した歯科保健医療の質評価指標なのです。まだ歯科ではそれほど多く見られていなくて、これからそういう指標を話し合っていていこうという段階ですので、取りあえずというか、現段階ではこの三つをプロセス指標として取り上げていて、データを公表しているという段階です。

(米満) 指標の一つに「甘味清涼飲料水の摂取」などがあるわけで、そうだとすると、フッ化物が入らないのは、食に関しては全くもっておかしな話になるとは思いますが……。

(大城) そうですね。

(川口) 少し追加させていただくと、これは北欧4カ国だけでなく比較するということと、北欧には、他にアイスランドとフェロー諸島と6カ国あり、もともと各国のチーフデンタルオフィサーのような人が集まって、6カ国中3カ国が既に持っているデータの中から選ぶという初めの条件があり、例えばフッ化物のデータを取っていなかったということが考えられると思います。彼らもその辺のところは最後の考察の中で述べておりました。

(安藤) ありがとうございました。他にいかがでしょうか。私からよろしいでしょうか。

かなりいろいろな情報を集めていて、非常に画期的で、私の記憶ですと、それぞれの国ごとに出羽守のような人がいて、「アメリカでは」「スウェーデンでは」と、それぞれいろいろな人が代わる代わる断片的に紹介していたぐらいかなということが、総括的にこれだけのボリュームで調べられたというのは大変な成果だと思います。

今後は情報発信というか、海外に向けてと国内と両方あると思いますが、どのようなお考えでお取り組みいただけるのでしょうか。

(川口) まずは3年分の報告書をまとめなければなりません。これから年度末に向けて、ものすごく大変になると思いますが、今回報告しなかった国ごとのいろいろな情報も今、翻訳しているものがたまっておりますので、やはり年度ごとのものはまず出します。それから、報告書も3年分まとまった段階でPDFにして、どこからでもアクセスできるようにする予定です。それは日本語の情報ですが、既に平田先生の分と福泉先生の分は英語になって、昨年度も英語にさせていただいていますので、そういうものをまとめた形で、何らかの形で海外に提示できるような情報は作っていきたいと思いますが、今年度中にはそこまで完成はできないと思います。

情報発信できるもの、それも制度を詳しく説明するのではなく、外国の人は大きく概要的なことでまずいいのかなと考えています。うちには留学生が結構いまして、留学生が例えば歯科口腔保健法を日本語の辞書を引き引き翻訳してくれるなど、内容を分かっている人が聞きながらやっていくという作業で、外国人の目から見て「ここをもっと知りたい」「ここが分からない」と言われないと、日本人の視点で翻訳していくと、そのままでは通じません。日本の医療システム自身が、そのままでは海外の人には通じないということで、海外の人に分かるような英語にしていくことが必要で、それには少し時間がかかると思っています。最終的にはきちんと英語にまとめたいとは考えております。

(安藤) ぜひお願いいたします。厚生労働科学研究なのでデータベースがあるのですが、あれはとても見づらくて、1年ぐらいたつとPDFで公表されるのですが、検索でも引っ掛かりませんので、ぜひとも、そのあたりは期待しています。あとはいかがでしょうか。

これから総評を頂きますが、総評になると質問ができなくなりますので、質問等をよろしく。

(Q4) 今回あまり触れられなかった話なのですが、伺っていて気になったのは、例えば日本では在宅医療を進めていかなければならないのですが、日本の歯科クリニックの在り方、経営の仕方が、1人で開業されている方が非常に多いので、検診に行ったり、在宅に行ったりするのがなかなか難しいというお話も聞いたりします。海外のクリニック、または、クリニックというものがそもそも少なくてホスピタルが多いとか、そういう話があれば、実状としてご存じの範囲内で教えていただければと思います。

(川口) デンマークの例ですが、開業医の先生はそういったことには関わりません。公務員の歯科医師が診療台の載っている車でそちらへ行って訪問診療、または患者を連れてきて病院で診療という形で、行っています。デンマークやスウェーデンでは公務員の歯科医師がそういう人たちへの治療提供を行っています。

(Q6) そちらでカバーするんですね。ありがとうございます。

(安藤) 川口先生が何度かおっしゃっていましたが、日本の一つの特徴として、開業医さんが、かなり現場及び国のいろいろな制度づくりに相当動いていると思うのですが、その辺がやはり大きな特徴だということですか。

(川口) そうだと思います。海外では、開業医の先生が、公的事業は行わないということになっています。

(安藤) よく歯科医師会の先生が、日本の特徴として、そこが日本の大きな特徴なのではないかということ、やや自信なさげにしています。

(川口) 自信を持って言ってください。

(安藤) 確信を持ってということよろしいですね。分かりました。ありがとうございます。あとはいかがでしょうか。それでは、時間も過ぎておりますので、高田先生に総評をお願いしたいと思います。

総評

高田 淳子（厚生労働省医政局歯科保健課）

先生方、今日はお忙しい中、すてきな発表、素晴らしい発表をありがとうございました。私が気付いたこと、または今の業務の中でぜひ取り入れていきたいと思ったことを三つほどお話しさせていただきたいと思います。

私は今、歯科医師の臨床研修を担当しており、日本の歯科医師の養成の中では、他国と比較すると、学部教育、臨床実習、国家試験、臨床研修まではすごくシステムティックに固められていると思うのですが、その後、卒後2年目以降は、自分で積極的に学会に入って専門医を取ろう、大学院に行つて博士号を取ろう、歯科医師会に加入して積極的に生涯研修の勉強をしようということをしなければ、野放しになってしまうということになっています。

実際にそのような方がどれくらいいるかということも把握できていないのが実情で、今後は新たな専門医制度の在り方、生涯研修の在り方、またはそのミックスパターンなども含めて、できるだけ全ての歯科医師が何らかの新しい技術なり知識なりにアクセスできるような制度設計が必要ではないかという気がしました。

もちろん、免許更新制となると一気にハードルが上がりますし、同時に医師の制度はどうするのかという話も出てきますので、歯科の今の制度の中でどこまで頑張れるのかということが、まず必要であるという気がしました。

二つ目に、海外発信の重要性ということが多くの先生方から言われておりました。日本の歯科業界では、歯科医師の質の低下、需給のバランスの問題などがあり、厚労省の中でも、海外へ目を向けるということがなかなかできなかったように思っております。今後は、海外発信というものも、外務省なり国際課なりに頼らず、歯科保健課の方でできることをやっていきたいと思っております。

そのために、国内の学校で行われている教育の内容、または卒後研修の内容などをまずは外から見えるようにしていただくのが、われわれが発信しやすくなる方法の一つではないかという印象を持っています。

三つ目、カリエスなど、全世界のデータがWHOのホームページの中で出ていると思っております。アジアのデータであれば、川口先生が第1回にご出席いただいているチーフデンタルオフィサーの会議の中で、インドネシアかどこかが中心になって、英語が母国語ではない国のデータにアクセスしにくいということで、会議に出席している人だけでもいいので、各国でデータのリンクを貼ったり、データを持ち寄って一つのエクセル表にしたりしないかという持ち掛けがありました。

来年度、2014年度8月にマレーシアのクチンでチーフデンタルオフィサーの会議が実施される予定ですが、その辺でまた詳しい話が進むのではないかと思いますので、皆さまと情報共有を図っていければと思います。

もう一つ、福泉先生の講演の中で、75歳以上の歯科医療費が歯科についてはぐんと下がるという話がありましたが、これは歯科の病気が減っている、または不自由な人が減っているというわけではなく、多分、日本の歯科医療制度が病名を付けて、それに対して治療・処置をするという組み合わせでなければいけないので、75歳以上の歯が抜けてしまった後の病名なり処置名があまりないというのが、医療費がなかなか算定しにくい、実際には処置や手当てをしていますが、何か付けにくいということがあるのではない

かという気がしています。

今後は、それは研究者と共同しながら、リハで算定するしかないとか、ボランティアで歯科医師が持ち出しでやるしかないという実情は避けていかなければいけないと思います。

最後になりましたが、今回、研究班で調べていただいた内容は、今後、一覧総括表のような形で取りまとめただけのものと思っております。ただ、データで出せばアクセスできると思うのですが、そもそもあることを知らないという人もいますので、日本国内外を問わず、ぜひ学会等で積極的にご発表いただければうれしいと思います。

また、先ほど、われわれも反省すべきところがあると思いますが、日本の歯科保健医療制度について、われわれも英訳した法律なりを作っているのです、そういうものも積極的に外へ出していかなければいけないと思いました。また共有できるデータがあれば積極的に行っていきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いします。今日はありがとうございました（拍手）。

（古川） ありがとうございました。これをもって本日のプログラムは全て終了いたしました。