

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

### ・ 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** 10p  
川口陽子

### ・ 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）** 11p  
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）** 8p  
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** 7p  
福泉隆喜 日高勝美 山口摂崇 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** 10 p  
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～** 4p  
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** 6p  
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** 6p  
資料「Caries Control throughout life in Asia」の翻訳 94p  
大城暁子 竹原祥子 川口陽子

3. <b>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</b>	10p
資料「EU manual of dental practice」の翻訳	100p
竹原祥子 川口陽子	
4. <b>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</b>	12p
大城暁子 竹原祥子 長岡玲香 川口陽子	
5. <b>フランスにおける歯科医師生涯研修に関する調査</b>	8p
森尾郁子	
6. <b>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</b>	10p
資料「Global Oral Health Inequalities Research Agenda(IADR-GOHIRA)」の翻訳	
竹原祥子 川口陽子	
<b>C. 公開シンポジウム（平成 26 年 3 月 11 日）</b>	
「 <b>歯科保健医療制度の国際比較</b> 」～日本が海外から学ぶこと、海外に伝えること～	34p
	36p
<b>. 研究成果の刊行に関する一覧表</b>	1p
<b>. 研究成果の刊行物・別刷</b>	46p

## 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与しており、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目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

### 1. 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）

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

#### -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）

-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。

#### -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。

#### **-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。

#### **-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。

#### **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**

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。

##### **-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。

##### **-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。

##### **-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。

#### **-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。

#### **-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、倫理上の問題はない。

### **C．研究結果および考察**

#### **．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）**

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。

#### **-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。

#### **-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。

#### -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、出産回数が増え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。

#### -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。

## ・ 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

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。

### -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。

### -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。

#### **-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。

#### **-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る。

#### **-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、水道水のフッロリデ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、さまざまな公的事業に携わっている。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) 山口撰崇、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、山口撰崇、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.
- 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

## 2 . 学会発表

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

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 淵田 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）<sup>1)</sup>。

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）<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。

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<sup>8)</sup>。

#### 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<sup>9)</sup>。

###### ・面積

377,959.91 km<sup>2</sup> である<sup>10)</sup>。

###### ・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<sup>11)</sup>。

###### ・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<sup>12)</sup>。

##### \*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<sup>11)</sup>。人口10万対歯科医師数は80.4人で、前回比+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<sup>13)</sup>。

###### ・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<sup>13)</sup>。

・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<sup>11)</sup>、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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>。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術論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（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（「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<sup>16)</sup>。

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<sup>12)</sup>。

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<sup>12)</sup>。

##### ・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<sup>17)</sup>。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<sup>18)</sup>。

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<sup>12)</sup>。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<sup>19)</sup>。

### ○歯科衛生士の業務範囲

歯科衛生士の業務範囲において問題となるのが歯科診療の「補助」と歯科医行為である<sup>20)</sup>。日本歯科医学会に設置された「歯科衛生士業務に関わる検討会」の報告が最も新しく、絶対的歯科医行為と相対的歯科医行為の整理を行っている。

## 6. 歯科医師の専門性

歯科医師の専門性資格名の数に現在5(団体数5)である<sup>21)</sup>。

- 口腔外科専門医：公益社団法人  
日本口腔外科学会
- 歯周病専門医：特定非営利活動法人  
日本歯周病学会
- 歯科麻酔専門医：一般社団法人  
日本歯科麻酔学会
- 小児歯科専門医：一般社団法人  
日本小児歯科学会
- 歯科放射線専門医：特定非営利活動法人  
日本歯科放射線学会

## 7. 行政の歯科医師

### ・行政にいる歯科医師、ポジション、人数等

行政機関または保健衛生施設に従事する歯科医師数は年々増加傾向にあり、2012年末現在294名(行政機関：258名、保健衛生施設：36名)である<sup>11)</sup>。全体の構成割合は0.29%であり、1994年から0.23%～0.29%で推移している(表3)。

行政機関に従事する歯科医師数を性別で見ると、男性：167名(64.7%)、女性：91名(35.3%)で男性の方が多いが、男女別の歯科医師数の割合で見ると男性：0.21%、女性：0.41%であり、女性の方が割合は高い。年齢階級別内の行政機関に従事する歯科医

師の割合をみると、40-49歳(0.30%)と50-59歳(0.36%)が他の年齢階級と比較して高い。年齢階級別に行政機関に従事する歯科医師の割合で見ると、40-49歳(27.1%)と50-59歳(38.8%)で全体の約3分の2になる(表4)。

行政機関に従事する歯科医師の勤務先は都道府県(都道府県庁、保健所)、保健所を設置する市(市役所、保健所、保健センター)、特別区(区役所、保健所)、市町村(市役所等、保健センター)によって異なり、勤務体系も常勤、非常勤と別れている(表5)<sup>22)</sup>。所属先(係/班)は「健康増進(たばこ・栄養・運動など)」が多く、その他様々な部署に配属されている。

市区町村における歯科専門職は、常勤職員数に占める割合は0.2%(86名)と低いが、非常勤職員延べ数に占める割合は2.4%(36,996名)と比較的高く<sup>22)</sup>、歯科保健業務の担い手として民間の歯科医師が活用されている。これらの歯科医師は地域の所属歯科医師会から派遣される事例が多い。

業務内容は、都道府県庁、保健所設置市本庁で業務の約3分の2が歯科保健業務で、都道府県の出先(保健所)では約3分の1程度、保健所設置市・特別区の出先(保健所、保健センター)では約2分の1程度であり、出先で歯科業務の割合が低く、感染症、健康危機管理、介護予防・介護保険、難病など関与している仕事の幅が多彩である<sup>22)</sup>。

## D. 考察

諸外国の歯科保健医療の提供体制を参考に、国際的な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うため、現在入手可能な情報を入手した。情報の大部分は国のデータであり、我が国において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。

ただし、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、今後、将来を見据えた詳細な分析を行う必要性が示唆された。

## E . 結論

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うため、入手可能な情報を入手した。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。

## F . 文献

1) 厚生労働省大臣官房統計情報部(平成25年11月14日公表):平成23年度国民医療費の概況 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/dl/data.pdf> (2014年1月8日アクセス) .

- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部(平成25年6月27日公表):平成24年社会医療診療行為別調査の概況 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa12/dl/gaikyo2012.pdf> (2014年1月8日アクセス) .
- 3) 安藤雄一ほか:歯周疾患の有病状況、疫学的特徴 . *歯科ジャーナル*36:665-675、1992 .
- 4) 口腔保健協会:歯科疾患実態調査 統計表データ(全9回調査分) . 口腔保健協会,東京,2009 .
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部(平成24年11月27日公表):平成23年患者調査の概要 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/kanja.pdf>(2014年1月8日アクセス)
- 6) 木村恵子ほか:かかりつけ歯科医機能に関する研究 第一報 住民を対象としたアンケートとインタビューにおける機能項目と区分の検討 . *口腔衛生学会雑誌*48:152-154,1998 .
- 7) 福田英輝ほか:歯科受診者における歯周疾患検診についての認知状況 . *日本歯科医療管理学会雑誌*45:255-259,2010 .
- 8) 厚生労働大臣官房統計情報部(平成25年2月20日公表):平成23年度地域保健・健康増進事業報告の概況 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/11/> (2014年1月8日アクセス) .
- 9) 総務省統計局(平成23年10月26日公表):平成22年国勢調査(人口等基本集計結果) :平成22年10月1日 . <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf>(2014年1月8日アクセス) .

- 10) 国土交通省国土地理院（平成25年1月31日公表）：平成24年全国都道府県市区町村別面積調査：平成24年10月1日。  
<http://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHOMENCHO/201210/ichiran.pdf>（2014年1月8日アクセス）。
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年12月17日公表）：平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査の概要：平成24年12月31日。  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/index.html>（2014年1月8日アクセス）。
- 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年9月4日公表）：平成24年医療施設（動態）調査の概要：平成24年10月1日。  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/>（2014年1月8日アクセス）。
- 13) 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年7月24日公表）：平成24年衛生行政報告例の概要（就業医療関係者）：平成24年12月31日。  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/>（2014年1月8日アクセス）。
- 14) 厚生労働省医政局医事課：医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について：平成24年3月4日。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000024nfz-att/2r98520000024nvn.pdf>（2014年1月8日アクセス）。
- 15) 日本歯科医師会：平成24・25年度日歯生涯研修事業実施要領。2012。
- 16) 石井拓男ほか編：スタンダード社会歯科学 第4版。学建書院，東京，2012，106頁。
- 17) 石井拓男ほか編：スタンダード社会歯科学 第4版。学建書院，東京，2012，98頁。
- 18) 石井拓男ほか編：スタンダード社会歯科学 第4版。学建書院，東京，2012，98-99頁。
- 19) 日本耳鼻咽喉科学会：口のなかのがん（癌）は誰が診るの？。  
[http://www.jibika.or.jp/citizens/topics/0609\\_area.html](http://www.jibika.or.jp/citizens/topics/0609_area.html)（2014年1月8日アクセス）。
- 20) 座談会 歯科衛生士の業務について。日本歯科医師会雑誌62：433-452，2009。
- 21) 厚生労働省医政局総務課（平成25年5月31日公表）：医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名等について。  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/05/tp0531-1.html>（2014年1月8日アクセス）。
- 22) 安藤雄一ほか：歯科保健を担う人的資源の特徴。保健医療科学60：387-395，2011。

## G．研究発表

1. 論文発表  
該当なし
2. 学会発表  
該当なし

## H．知的財産権の出願・登録状況

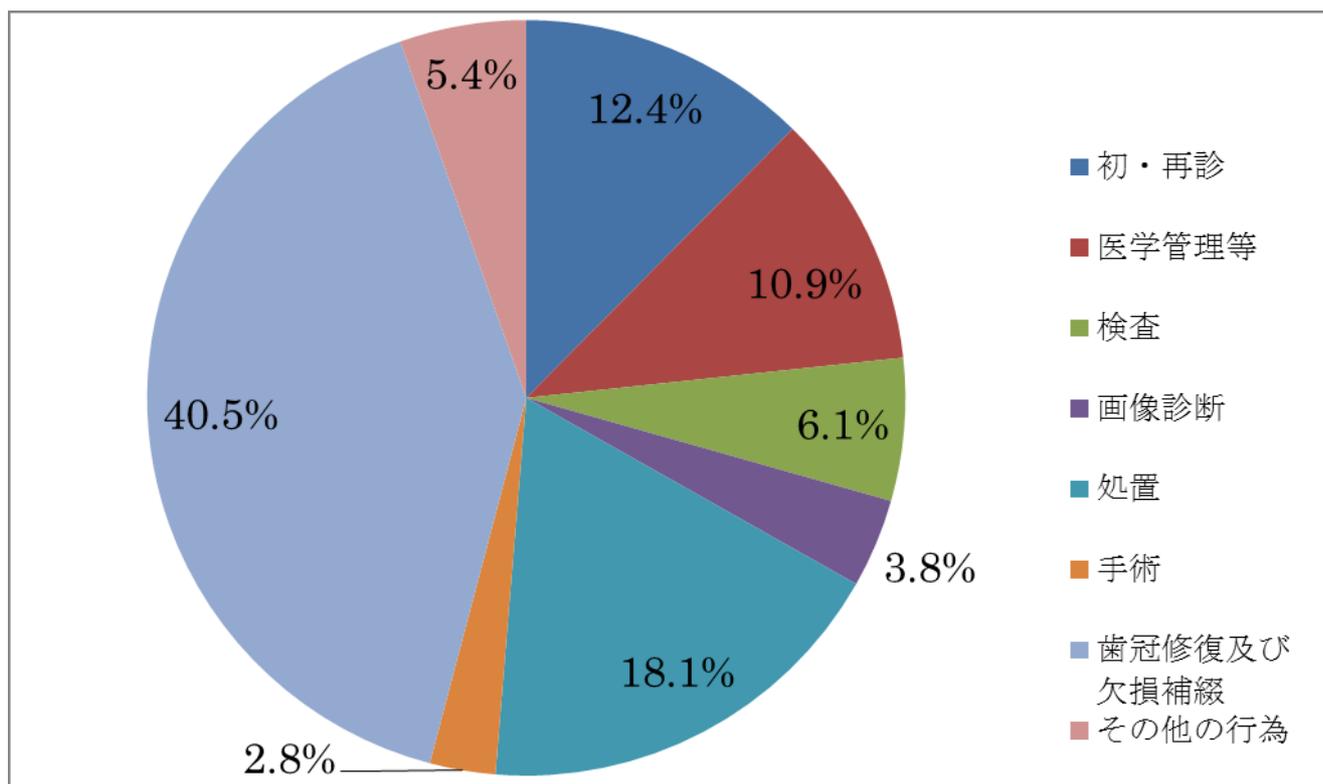
（予定を含む。）

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

表1 年齢階級別の国民医療費、歯科診療医療費、構成割合及び人口1人当たり歯科診療医療費

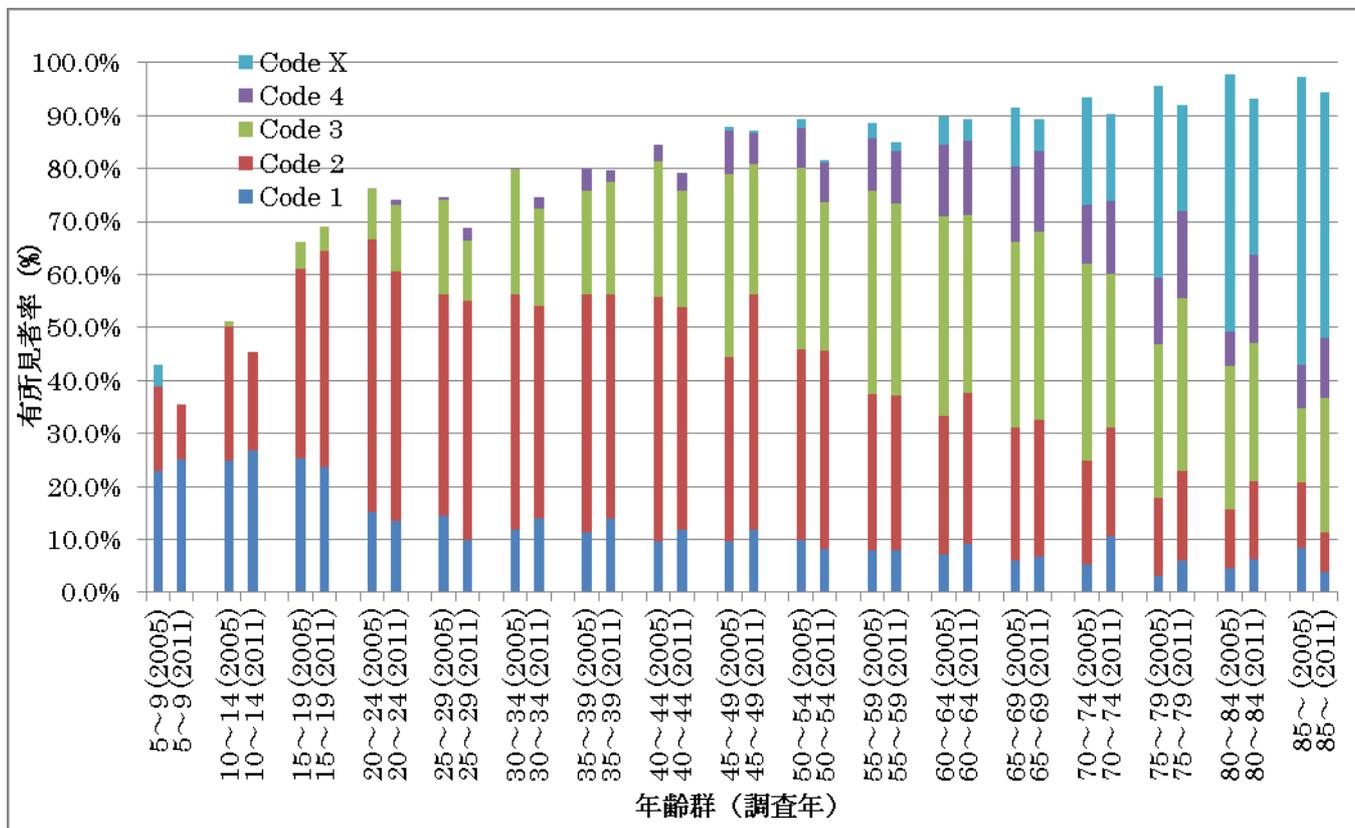
年齢階級 (歳)	国民医療費 (億円)	歯科診療医療費 (億円)	構成割合 (%)	人口1人当たり 歯科診療医療費 (千円)
0 ~ 4	12,418	413	1.5	7.8
5 ~ 9	7,087	1,100	4.1	20.0
10 ~ 14	5,330	610	2.3	10.3
15 ~ 19	4,292	571	2.1	9.4
20 ~ 24	4,945	778	2.9	12.2
25 ~ 29	7,102	1,074	4.0	14.9
30 ~ 34	9,307	1,305	4.9	16.1
35 ~ 39	12,213	1,645	6.1	16.9
40 ~ 44	13,398	1,661	6.2	17.8
45 ~ 49	14,264	1,568	5.9	19.7
50 ~ 54	17,167	1,670	6.2	21.9
55 ~ 59	23,984	2,024	7.6	24.3
60 ~ 64	39,846	2,982	11.1	28.0
65 ~ 69	37,883	2,486	9.3	31.6
70 ~ 74	45,388	2,623	9.8	36.5
75 ~ 79	47,888	2,040	7.6	33.2
80 ~ 84	40,888	1,308	4.9	29.1
85 以上	42,451	899	3.4	22.1
合計	385,850	26,757	100.0	20.9

平成23年度 国民医療費の概況より作成



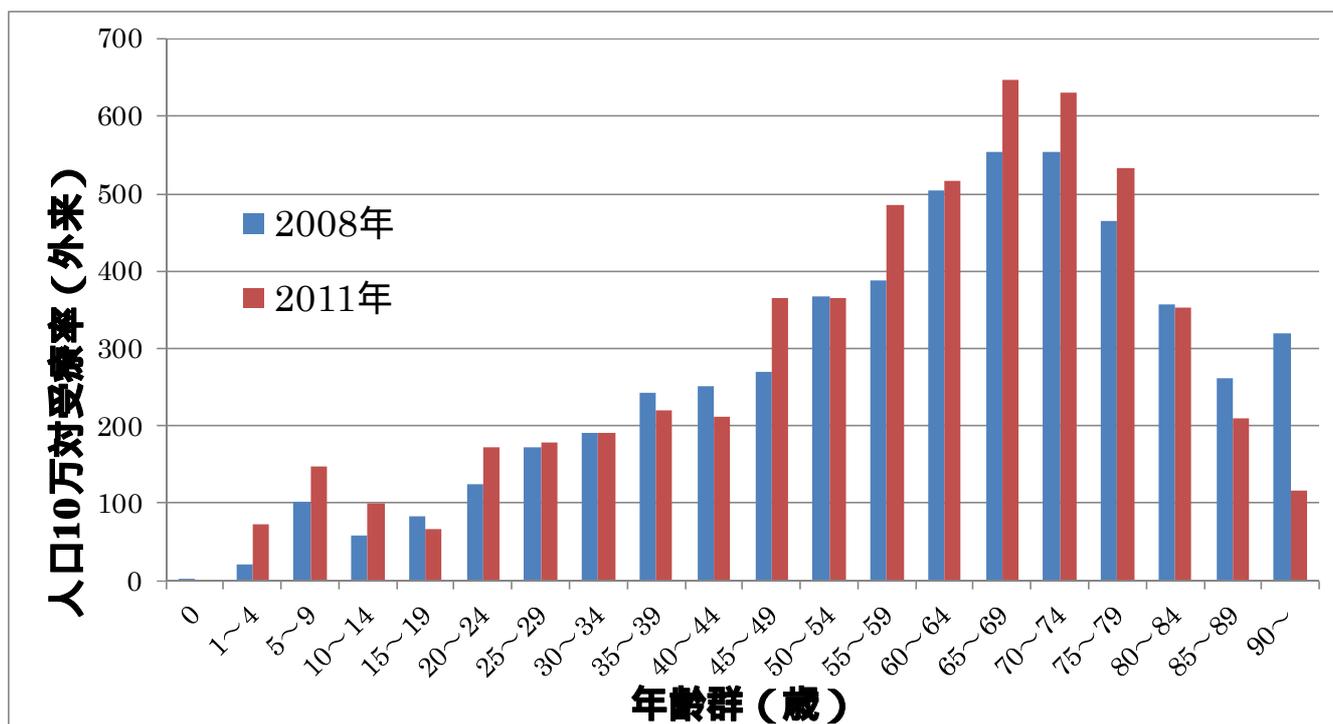
平成24年 社会医療診療行為別調査より作成

図1 歯科診療行為別1日当たり点数構成割合 (平成24年6月分)



歯科疾患実態調査より作成

図2 CPIコードによる有所見者率



患者調査より作成

図3 歯肉炎及び歯周疾患の受療率

表2 生涯研修事業修了および認定に必要な研修単位

	受講研修	教材研修	能動的研修	特別研修
修了条件	3 研修方式による合計 40 単位以上 (新入会員および 75 歳以上の会員は 20 単位)			
認定条件	3 研修方式による合計 60 単位以上、 且つガイダンス大項目すべてに単位取得			10 単位以上
認定条件	44 単位以上	10 単位以上	6 単位以上	10 単位以上

平成24・25年度 日歯生涯研修事業実施要領より作成

表3 行政機関又は保健衛生施設に従事する歯科医師数と構成割合

年	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
歯科医師(名)	185	195	205	213	252	226	231	242	271	294
構成割合(%)	0.23	0.23	0.23	0.23	0.27	0.24	0.24	0.24	0.27	0.29

平成24年 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

表4 年齢階級別の行政機関に従事する歯科医師の数、割合

年齢階級	29歳以下	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上
行政機関に従事する 歯科医師(名)	9	44	70	100	35	0
年齢階級別行政機関 に従事する歯科医師 の割合(%)	3.5	17.1	27.1	38.8	13.6	-
年齢階級内の行政機 関に従事する歯科医 師の割合(%)	0.12	0.22	0.30	0.36	0.22	-
歯科医師数(名)	7,602	20,034	23,650	27,478	16,082	7,705

平成24年 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

表5 行政に勤務する歯科医師数(名)

自治体の種類	役所*			保健所			保健センター			計		
	常勤	非常勤	小計	常勤	非常勤	小計	常勤	非常勤	小計	常勤	非常勤	総計
都道府県	40	3	43	39	0	39	0	0	0	79	3	82
保健所を設置 する市	16	0	16	26	5	31	3	5	8	45	10	55
特別区	3	0	3	4	0	4	0	0	0	7	0	7
市町村	12	5	17	0	0	0	2	3	5	14	8	22
計	71	8	79	69	5	74	5	8	13	145	21	166

\*都道府県庁、市役所、区役所等

安藤ら調査結果<sup>22)</sup>より作成

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

**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）**

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 淵田 慎也 神奈川歯科大学 大学院生

**研究要旨**

グローバル化が進む中、国際的な視点からわが国の歯科保健医療の提供体制構築に資するため、海外からの情報収集が必要不可欠である。海外から情報を収集するにあたっては、同時に日本の情報も提供する必要がある。また、インターネットが普及した現在において、わが国の歯科保健医療の提供体制に関する情報の発信も重要である。そこで昨年度に日本の歯科保健医療の提供体制に関する基礎的なデータを収集・整理し、その英訳を行った。今年度は昨年度に作成した資料におけるデータを更新するとともに、追加項目を検討して資料の充実を図った。本資料を厚生労働省のホームページで公開したり、パンフレットなどにして配布したりすることで日本の歯科保健医療の提供体制に関して、世界の国々において理解が進み、情報交換が活発になることを期待する。

**A．研究目的**

日本は少子高齢化が進み、超高齢社会に突入した。また、歯科疾患の構造にも変化が生じている。すなわち、若年者におけるう蝕有病率が減少し、歯を多く有する者が増加している。また、これらの歯科疾患の構造変化に加えて、平成24年8月には歯科口腔保健の推進に関する法律が公布された。

さらに近年の研究により、口腔の健康状態が全身の健康に大きく影響することが明らかになってきており、歯科の重要性が高まっている。また近年、安倍晋三首相が平成25年3月15日に環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）への交渉参加を正式表明するなど、わが

国を含めてますますグローバル化が進展することが推測される。

このように、歯科を取り巻く状況が大きく変化するなかで、国民のニーズに合わせ、しかもグローバルスタンダードを踏まえた新しい歯科保健医療の提供を推進することが求められている。そして、さらなる歯科保健医療の推進のための新たな方策の立案が厚生労働行政の重要な課題となっている。

時代に対応した、新たな歯科保健医療の提供推進のためには、日本の歯科保健医療の施策を客観的に評価する必要がある。そのためには諸外国との比較が有用であるが、これまであまりなされていなかった。また、諸外国

の情報を収集する際には、日本の情報を発信することも同様に重要であるとする。

昨年度は、一昨年度に収集したわが国の情報を直近（平成24年度）の情報を更新するとともに、他の情報を追加し、日本の歯科保健医療の基礎データの整理および海外への発信のための英訳を行った。今年度は厚生労働省のホームページへの掲載や、パンフレット等の資料としての情報提供に資することを目的に、さらに最新の情報に更新し、必要な情報を新たに追加した。

## B．研究方法

以下から情報を得た。

1. 書籍および文献
2. 国土交通省国土地理院：全国都道府市区町村別面積調査
3. 総務省統計局：国勢調査
4. 厚生労働省：歯科疾患実態調査
5. 厚生労働省：健康日本21（第2次）
6. 厚生労働省大臣官房統計情報部：国民医療費の概況
7. 厚生労働省大臣官房統計情報部：簡易生命表の概況
8. 厚生労働省大臣官房統計情報部：医師・歯科医師・薬剤師調査
9. 厚生労働省大臣官房統計情報部：衛生行政報告例
10. 厚生労働省大臣官房統計情報部：医療施設（動態）調査・病院報告
11. 健康日本21評価作業チーム：「健康日本21」最終評価
12. 日本歯科医師会
13. 8020推進財団

（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

地理と社会人口統計<sup>1-3)</sup>、および時に歯科を中心とした医療制度<sup>1,4)</sup>、財政<sup>1,5)</sup>、健康状態<sup>1,6,7)</sup>、人材<sup>8,9)</sup>、物的資源<sup>10)</sup>、公衆衛生<sup>11-16)</sup>、教育<sup>4)</sup>に分けて、それぞれの情報（平成25年度時点）を入手し、英訳を行った（資料）。

## D．考察

依然として、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、日本の状況を諸外国に紹介しやすくなるとともに、諸外国の情報を入手しやすくなることが期待される。

## E．結論

歯科の疾患構造が変化する日本において、グローバルな視点からの、新たな歯科保健医療の提供体制の確立に資するため、海外の情報の収集が望まれる。海外からの情報収集の際には、日本の情報を提供することで情報収集が進めやすくなると考えられる。また、日本の歯科保健医療に関する情報発信も重要である。昨年度はわが国の歯科保健医療の基礎データの整理およびその英訳を行った。今年度は、資料に関する情報更新と追加を行った。本資料を活用することにより、海外からの歯科保健医療に関する円滑な情報収集が行えると期待できる。

## F . 文献

- 1) Tataru K, Etsuji O: Japan: Health system review. Health Systems in Transition 11(5): 1-164, 2009.
- 2) 国土交通省国土地理院：平成23年全国都道府県市区町村別面積調査：平成23年10月1日 .<http://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHO/MENCHO/201110/opening.htm> (平成26年3月3日アクセス) .
- 3) 総務省統計局 (平成23年10月26日公表)：平成22年国勢調査 (人口等基本集計結果)：平成22年10月1日 .<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf> (平成26年3月3日アクセス) .
- 4) Japan Dental Association: Introduction. <http://www.jda.or.jp/en/introduction.html#intro> (平成26年3月3日アクセス) .
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成25年11月14日公表)：平成23年度国民医療費の概況 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/index.htm> (平成26年3月3日アクセス) .
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成25年7月25日公表)：平成23年簡易生命表の概況 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life12/index.html> (平成26年3月3日アクセス) .
- 7) 厚生労働省：歯科疾患実態調査 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html> (平成26年3月3日アクセス) .
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成25年12月17日公表)：平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査：平成24年12月31日 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/index.html> (平成26年3月3日アクセス) .
- 9) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成25年10月24日公表)：平成24年衛生行政報告例 (就業医療関係者)：平成24年12月31日 .[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei\\_houkoku/12/](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/12/) (平成26年3月3日アクセス) .
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成25年9月4日公表)：平成22年医療施設 (動態)調査・病院報告：平成22年10月1日 .<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/> (平成26年3月3日アクセス) .
- 11) Shinsho F: New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 movement and Healthy Japan 21. International Dental Journal 51: 200-206, 2001.
- 12) 8020 Promotion Foundation: Recognition of the 8020 Movement. <http://www.8020zaidan.or.jp/english/index.html> (平成26年3月3日アクセス) .
- 13) 健康日本21評価作業チーム：「健康日本21」最終評価 . <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf> (平成26年3月3日アクセス) .
- 14) 厚生労働省：健康日本21 (第2次) . [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou\\_nippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_nippon21.html) (平成26年3月3日アクセス) .
- 15) Kamijo H: Outline and outlook on content of new law to promote dental and oral health. Journal of Dental Health 62: 2-13, 2012.
- 16) 山本龍生 ,阿部智 ,大田順子 ,安藤雄一 ,相田潤 ,平田幸夫 ,新井誠四郎：2010年における学齢期のフッ化物配合歯磨剤の使用状況. 口腔衛生学会雑誌62(4)：410-417 , 2012 .

## G . 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

## H . 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

## Basic Data on Dental Health, Treatment and Education in Japan

### Geography and Sociodemography

Japan is located at the eastern edge of the Asian continent. It covers an area of 377,961.73 km<sup>2</sup>. Its terrain is mostly rugged and mountainous. Japan borders Korea to the west through the Sea of Japan, China to the southwest through the East China Sea and Russia to the north through the Sea of Okhotsk.

The climate varies from tropical in summer in the southern area to cold temperature with deep snow in winter in the northern area.

Japan had 128,057,352 inhabitants in 2010. The population is ageing significantly: the proportion of the population 65 years of age and over has reached 23.0%, up from 7.1% in 1970. At the same time, the proportion of the younger population aged 0-14 years continued to decrease, reaching 13.2% in 2010.

#### References:

- Tatara K, Etsuji O: Japan: Health system review. *Health Systems in Transition* 11(5): 1-164, 2009.
- 国土交通省国土地理院：平成25年全国都道府県市区町村別面積調査：平成25年10月1日。  
<http://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHO/MENCHO/201110/opening.htm> (平成26年3月3日アクセス)。
- 総務省統計局（平成23年10月26日公表）：平成22年国勢調査（人口等基本集計結果）：平成22年10月1日。  
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf> (平成26年3月3日アクセス)。

### Health Care System

Japan's health system is organized according to the model of social health insurance. The health insurance system for the employed population was introduced in 1922 and the system for the self-employed population in 1938: universal coverage was implemented in 1961. Japan's curative medicine and preventive services have been effectively separated; the former is funded by insurance and provided by private and public practitioners while the latter is funded by general tax and delivered mainly by local health authorities.

In the health insurance system, the insurer collects insurance payments from the insured. Under the present system, patients make partial payments of the actual medical charges to the hospital or clinic, and the Social Insurance Medical Care Fee Payment Fund reimburses the hospital or clinic for the medical treatment given. Thus, medical expenses are shared by the patient and the review/reimbursement organization.

All surgical and conservative dental treatments and certain prosthetic treatments are included in the scope of benefits under the health insurance program. Therefore, people can use the dental health care services provided by the health insurance system and dentists are paid a fee for service. However, certain prosthetic, implant and orthodontic treatments are not covered. In such cases, negotiations regarding the dental fees take place between the dentist and patient, with the patient paying the entire sum directly to the practitioner. Consequently, all orthodontists practice outside the health insurance system. The majority of dentists have a contract with health insurance companies but some have chosen not to participate in the health insurance system. Private insurance is available for oral healthcare but is very rare.

#### References:

- Tatara K, Okamoto E: Japan: Health system review. *Health Systems in Transition* 11(5): 1-164, 2009.
- Japan Dental Association: Introduction. <http://www.jda.or.jp/en/introduction.html#intro> (平成26年3月3日アクセス)。

## Financing

Japan's total annual health care expenditure is estimated to have been 37.4 trillion yen in 2011, or 301,900 yen per person (approximately US\$ 3,019 when US\$1 = 100 Japanese yen), accounting for 8.1% of GDP (437.2 trillion yen). Dental health care costs (2,675 billion yen) made up 6.9% of national health expenditure in 2011.

### References:

- Tataru K, Okamoto E: Japan: Health system review. Health Systems in Transition 11(5): 1-164, 2009.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (平成25年11月14日公表) : 平成23年度国民医療費の概況 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/11/index.html> (平成26年3月3日アクセス) .

## Health Status

The life expectancy at birth for the Japanese was 79.94 for males and 86.41 for females in 2012. The leading cause of death was malignant neoplasm.

The Ministry of Health, Labour and Welfare conducts a nationwide sampling survey on oral health every six years. The latest 2005 survey results show that 75.6% of 3-year-old children were caries free and the mean dft of 3-year-old children was 0.89. Among the 12-year-old children, 48.8% were caries free and the mean DMF was 1.73. Percentage of subjects with CPI code 1 or more and the mean number of teeth present according to age group are shown in Figures 1 and 2, respectively.

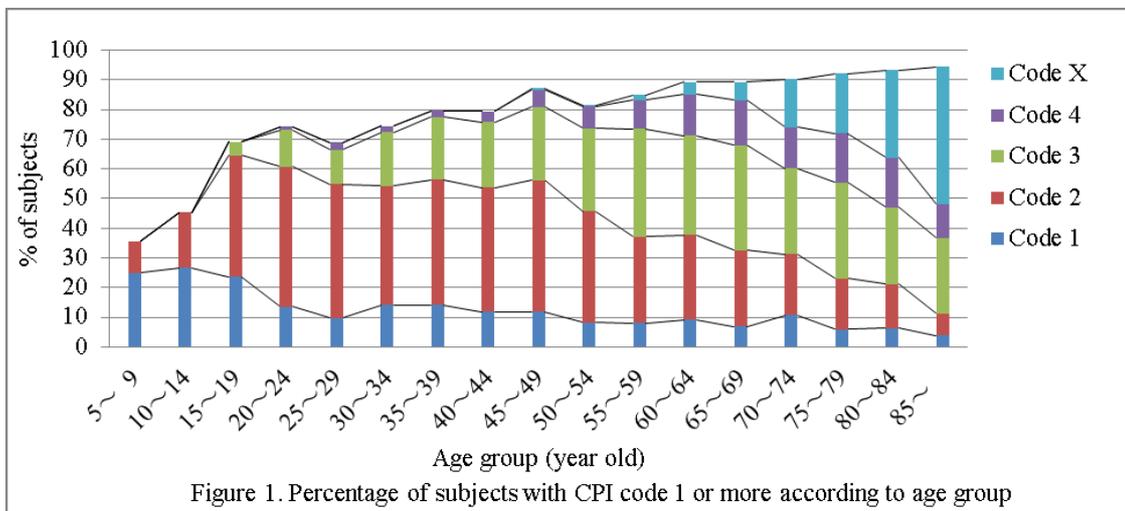


Figure 1. Percentage of subjects with CPI code 1 or more according to age group

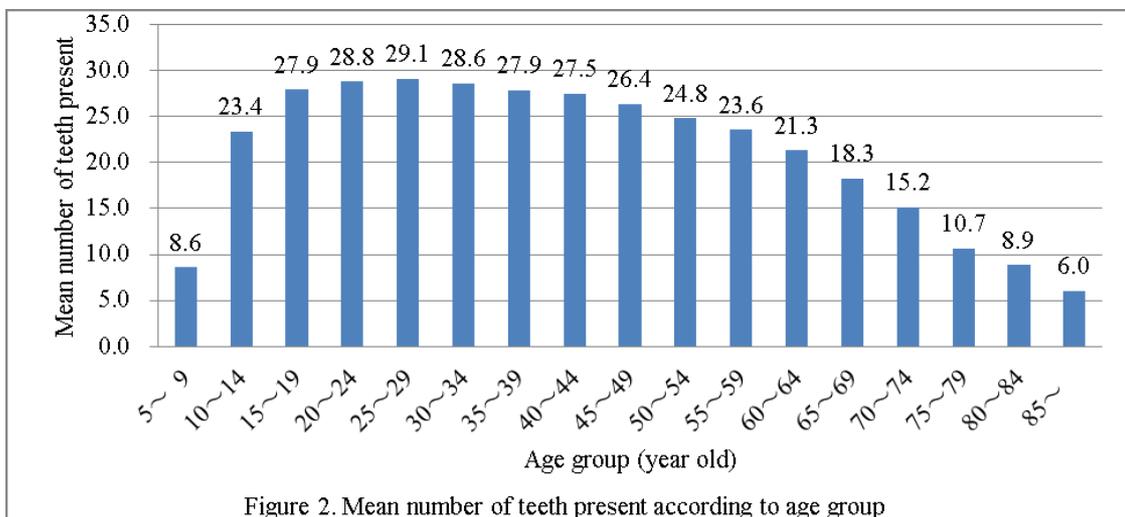


Figure 2. Mean number of teeth present according to age group

References:

- Tataru K, Okamoto E: Japan: Health system review. Health Systems in Transition 11(5): 1-164, 2009.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年7月25日公表）：平成24年簡易生命表の概況．  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life12/index.html>（平成26年3月3日アクセス）．
- 厚生労働省：歯科疾患実態調査．<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html>（平成26年3月3日アクセス）

## Human Resources

- **Numbers of health care personnel (2012)**

- Doctors: 303,268
- Dentists: 102,551
  - Number of dentists per 100,000 population: 80.4
  - Population to dentist ratio: 1,248
  - Males: 80,256 (78.3%)
  - Females: 22,295 (21.7%)
  - Number (%) of dentists working in hospitals: 12,547 (12.2)
  - Number (%) of dentists working in clinics: 87,112 (84.9)
- Pharmacists: 280,052

- **Dental specialists**

Dental specialists are now allowed to advertise based on the deregulation of advertisement in 2002.

- Oral and maxillofacial surgeon
- Periodontist
- Pediatric dentist
- Dental anesthetist
- Oral and maxillofacial radiologist

- **Numbers of dental health care personnel (2012)**

- Dental hygienists (active): 108,123
  - Number (%) of dental hygienists working in hospitals: 5,210 (4.8)
  - Number (%) of dental hygienists working in clinics: 98,116 (90.7)
  - Number (%) of dental hygienists working in municipalities: 2,033 (1.9)
- Dental technicians (active): 34,613
  - Number of dental technicians working in dental laboratory: 24,244 (70.0)
  - Number of dental technicians working in hospitals or dental clinics: 9,932 (28.7)

References:

- 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年12月17日公表）：平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査：平成24年12月31日．<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/index.html>（平成26年3月3日アクセス）．
- 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年7月24日公表）：平成24年衛生行政報告例（就業医療関係者）：平成24年12月31日．<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/>（平成26年3月3日アクセス）．

## Physical Resources

- **Number of hospitals and clinics (2012)**
  - Hospitals: 8,565
    - Including dentistry: 1,094
    - Including oral surgery: 845
    - Including orthodontics: 137
    - Including pediatric dentistry: 141
  - General clinics: 100,152
  - Dental clinics: 68,474

### References:

- 厚生労働省大臣官房統計情報部（平成25年9月4日公表）：平成24年医療施設（動態）調査・病院報告：平成24年10月1日．<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/>（平成26年3月3日アクセス）．

## Public Health

- **The 80/20 (eighty-twenty) movement**

In anticipation of more active later years with the increase in life expectancy, the Ministry of Health and Welfare and the Japanese Dental Association started an organised movement to encourage people to retain healthy teeth throughout their life with the slogan “80/20 (eighty-twenty)” which means “Keep 20 or more natural teeth by the age of 80” in 1989. To promote dental health awareness with the message of “80/20,” the Ministry of Health and Welfare encourages positive measures taken to keep 20 or more teeth at the age of 80 such as dental health education, oral health examination and oral care for frail elderly, including domiciliary dental services within the communities, by funding the activities of local governments and dental associations.

- **Health Japan 21**

To encourage people towards comprehensive health promotion, a new strategy called “National Health Plan for 21st Century (Health Japan 21)” was established by the Ministry of Health and Welfare in 2000. Health Japan 21, which calls for “A strategy for comprehensive health promotion in Japan for 21st Century,” comprised nine major sections including oral health. In the section on oral health, 13 targets to be achieved by 2010 were established. Of the 13 targets, five targets were achieved, and seven improved but not achieved in 2010.

In 2012, the second campaign of Health Japan 21 was established, and five major targets to be achieved by 2022 were established: maintenance and improvement of oral function, prevention of tooth loss, reduction of prevalence of periodontal disease, and increase of caries-free people.

- **Dental and Oral Health Promotion Law**

The Dental and Oral Health Promotion Law was enacted in August 2011. Purposes of the law are to contribute to the improvement of health of the nation, promote oral health policies for the prevention of dental diseases, and so on. Contents of the law are as follows: 1. Purposes, 2. Basic philosophy, 3. Duty, 4. Policies by government and local administration, 5. Basic items like objectives or planning for making policies for promoting oral and dental health, 6. Financial measures, and 7. Oral health support center. In July 2012, the basic items including objectives or principal plans were made and some of these items were used as targets of the second campaign of Healthy Japan 21.

- **Dental check-up**

All babies are entitled to free well-baby check-ups twice, at 1.5-2 years and 3-4 years, including dental examination and oral health guidance based on the Maternal and Child Health Act; these are provided by municipal governments. Dental check-ups are conducted once a year in elementary, junior high and senior high schools based on the School Health and Safety Act. Periodontal check-ups are conducted for 40-, 50-, 60- and 70-year-olds based on the Health Promotion Act.

- **Fluoridation**

There is no fluoridation scheme in Japan.

- **Fluoride toothpaste**

Fluoride toothpaste was used by 89.1% (95% confidence interval: 88.6-89.7%) of all subjects (elementary school students: 90.0%, junior high school students: 88.1%, boys: 88.0%, girls: 90.2%), including both those who do and those who do not use toothpaste.

References:

- Shinsho F: New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 movement and Healthy Japan 21. International Dental Journal 51: 200-206, 2001.
- 8020 Promotion Fundation: Recognition of the 8020 Movement. <http://www.8020zaidan.or.jp/english/index.html> (平成26年3月3日アクセス).
- 健康日本21評価作業チーム：「健康日本21」最終評価 . <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf> (平成26年3月3日アクセス) .
- 厚生労働省：健康日本21（第2次） . <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkounippon21.html> (平成26年3月3日アクセス) .
- Kamijo H: Outline and outlook on content of new law to promote dental and oral health. Journal of Dental Health 62: 2-13, 2012.
- Yamamoto T, Abe S, Ohta J, Ando Y, Aida J, Hirata Y, Arai S: Use of fluoride toothpaste by Japanese school children in 2010. Journal of Dental Health 62: 410-417, 2012.

## **Education**

- **Dental schools**

The Japanese dental education adopts a six-year-system, its curriculum including both liberal arts and professional subjects. There are 29 dental colleges in Japan, 11 National, one local governmental, and 17 private.

The dental curriculum consists of compulsory, selective, and elective subjects. Basically, one academic year comprises 35 weeks, including examination periods. The prerequisites for graduation are at least 188 credits acquired in six or more years. To earn credit, one requires 15 to 30 hours of classroom instructions, and between 30 and 45 hours of laboratory instruction and patient care.

- **Dental license**

Persons intending to practice dentistry in Japan must pass the National Dental Practitioner's Examination and obtain a license from Japan's Ministry of Health, Labour, and Welfare. The Examination is based on the knowledge and techniques required of a dentist concerning clinical and preventive dentistry and is prepared annually by experts appointed by the Ministry of Health, Labour, and Welfare. The Examination is in Japanese. The National Dental Practitioner's Examination and its Preliminary Examination are held at least once a year by the Ministry of Health, Labour, and Welfare.

To take the National Dental Practitioner's Examination, persons must satisfy at least one of the following categories.

- (1) Graduated in dentistry from a dental school or college approved by the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology of Japan;
- (2) Passed the Preliminary Test of the National Dental Practitioner's Examination and attended dental treatment and preventive dentistry internship for at least one year;
- (3) Graduated from a dental school not accredited by the Japanese government, but meets the standards specified in the preceding two items with respect to knowledge and techniques.
- (4) Those who have graduated from a foreign school of dentistry or who hold a foreign dental license and do not fall under item three above but have been recognized as satisfactory by the Ministry of Health, Labour, and Welfare may take the Preliminary Examination.

References:

- Japan Dental Association: Introduction. <http://www.jda.or.jp/en/introduction.html#intro> (平成26年3月3日アクセス) .

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

**我が国における介護保険制度に関する調査**

研究分担者 福泉 隆喜 九州歯科大学 総合教育学分野 准教授  
研究協力者 日高 勝美 九州歯科大学 口腔保健学科 教授  
研究協力者 山口 摂崇 九州歯科大学 学生  
研究協力者 永井 佑弥 九州歯科大学 学生  
研究協力者 日野 聖慧 九州歯科大学 学生

**研究要旨**

歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた歯科保健医療制度の国際比較を行うためには、まず我が国における制度概要を把握する必要がある。このため、我が国の歯科保健医療施策のうち、介護保険の制度概要を調査することを目的とした。

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、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。

介護保険制度を維持し、将来にわたって持続可能なものとしていくためには、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

**A．研究目的**

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ためには、まず我が国における制度概要を把握する必要がある。

このため、我が国の歯科保健医療施策のうち、初年度の平成 23 年度に先行して調査した公的医療保険制度に続き、平成 25 年度においては介護保険の制度概要を調査することを目的と

した。

**B．研究方法**

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。

(倫理面への配慮)

本研究では、我が国において、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、倫理上の問題はない。

## C. 研究結果

### 1. 制度概要

#### 1) 社会保険の特徴と介護保険制度

我が国の介護保険は、保険的手法により社会保障を行う社会保険のひとつである。社会保険には、次の3つの特徴がある。第1は、法的に加入が義務付けられており、加入保険の選択はできない「強制加入」という点である。第2は、保険料の徴収や保険給付について、「国が直接又は間接に管理又は監督を行う」という点である。第3は、民間保険と異なり、「保険料は所得に応じて自動的に決まる」という点である。

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。我が国の場合は、原則として「現物給付」の方式が採用されており、介護にかかった費用は後から保険者が介護事業者に支払う仕組みとなっている。なお、例外的に、住宅改修費(原則としてひとり生涯あたり20万円まで)及び福祉用具購入費(ひとり年間10万円まで)については、「現金給付(償還払い)される取扱いである。

#### 2) 保険者と被保険者

介護保険制度の保険者は、介護サービスの地域性、地域の実情に応じたきめ細かい対応が必

要とされることなどから、国民に最も身近な行政単位である市町村(特別区を含む)とされている。そのうえで、後述するように、介護保険財政の安定化と事務負担の軽減等をはかるため、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が市町村を重層的に支え合うこととされている。

一方、介護保険の被保険者は40歳以上の者とされている。このうち、65歳以上の者を第1号被保険者とし、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者として区分している。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。

### 2. 保険給付のための事前手続き

介護保険による保険給付については、第1号被保険者と第2号被保険者とで相違がある。すなわち、第1号被保険者においては、要介護状態又は要支援状態と判断された場合に保険給付の対象となるのに対し、第2号被保険者においては、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる特定疾病に起因する要介護状態又は要支援状態に限って保険給付の対象となる。要介護状態又は要支援状態にあるかどうかの判断は、利用者本人からの申請に基づき、認定調査等を経て、介護認定審査会の認定による。具体的な要介護認定と介護サービスの利用手続きの流れは、下記のとおりである。

#### 1) 要介護認定

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う。申請を受けた市町村は、認定調査員等による心身の状況等に関する調査を行う。この調査は、74項目の基本調査と特記事項によって構成され

ている。この認定調査に基づくコンピュータプログラムにより、まず1次判定が行われる。このコンピュータプログラムによる1次判定は、高齢者に対してどれくらいの介護サービスが必要かを示す指標として5つの分野ごとに計算される要介護認定等基準時間の長さによって示されるものである。なお、この基準時間は実際のケア時間を示すものではなく、介護の手間が相対的にどの程度かかっているかを示している。

次いで、保健・医療・福祉の学識経験者で構成される介護認定審査会において、必要に応じて、1次判定の修正を行う。その後、主治医意見書、認定調査の際の特記事項の情報をふまえ、2次判定が行われる。2次判定で示される認定区分は、非該当、要支援1～2、要介護1～5の8区分である。このうち、非該当となった者は、保険給付の対象とならず、市町村が実施する地域支援事業を利用することとなる。

要介護認定の有効期間は、原則として6ヶ月である。ただし、介護認定審査会の意見に基づき3～5ヶ月間とすることができる。平成23年4月から、区分変更認定や更新認定における要介護から要支援または要支援から要介護に変更となった場合、市町村が介護認定審査会の意見に基づき特に必要と認める場合は、3～12ヶ月の範囲内で定めることができるようになった。さらに、平成24年4月からは、新規の要介護認定や要支援認定の有効期間についても、同様に12ヶ月まで延長された。

更新の場合は、原則として12ヶ月であるが、介護認定審査会の意見に基づき3～11ヶ月の範囲で短縮することや、要介護から要介護への更新であれば上限24ヶ月まで延長できるとされている。

## 2) 介護サービス計画

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。この際、利用者が自ら必要とするサービスを選択することとなるが、介護保険サービスは多岐にわたるため、利用者の自己決定を支援するため、市町村、居宅介護支援事業者などが幅広く介護サービスに関する情報の提供を行っている。例えば、居宅サービスの場合、利用者が居宅介護支援事業者に依頼して、本人の心身の状況や希望などを助案して介護サービス事業者などとの連絡調整を行ってもらい、利用する居宅サービスの種類や内容を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成してもらうことができる。もちろん、利用者自らが直接サービスの利用計画を作成して、居宅サービスを受けることも可能である。なお、施設サービスの場合は、施設の介護支援専門員により、施設サービス計画(ケアプラン)が作成されることとなっている。

前述のとおり、介護保険サービスは多岐にわたるが、要支援者と要介護者とで大きく異なる点は、要支援者においては、要介護状態の発生の予防という観点から、訪問及び通所サービスを中心とする居宅サービスに重点が置かれ、施設サービスが設定されていないことである。

## 3 . 保険給付と介護報酬

### 1) 介護報酬とは

介護報酬とは、事業者が利用者(要介護者または要支援者)に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われるサービス費用のことである。この介護報酬は、サービスごとに設定されており、各サービスの基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて、加算又は減算される仕組みがとられ

ている。

## 2) 介護給付費単位数表

介護報酬は、厚生労働大臣が社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聞いて定める介護給付費単位数表に基づいて給付されることとなっている。この際、保険者から事業者に直接支払いが行われるのは、単位数表の9割の費用であって、残りの1割は利用者負担として、利用者が直接事業者を支払うこととされている。

介護給付費単位数表は、指定居宅サービスに要する費用の額を算定するための指定居宅サービス介護給付費単位数表、指定居宅介護支援に要する費用の額を算定するための指定居宅介護支援介護給付費単位数表、指定施設サービスなどに要する費用の額を算定するための指定施設サービス等介護給付費単位数表によって構成されている。

## 3) 介護報酬改定

介護報酬の改定は、原則として3年に1回の頻度で行われる。介護保険制度開始後、初回の介護報酬改定となった平成15年度改定では2.3%、2回目の平成18年度改定では0.5%と、いずれもマイナス改定であった。3回目の平成21年度改定で、はじめてプラス改定となり、+3.0%となった。その内訳は、在宅分1.7%、施設分1.3%であった。

直近の4回目の平成24年度改定では、引き続きプラス改定で+1.2%となった。その内訳は、在宅分1.0%、施設分0.2%であった。この平成24年度改定では、平成23年6月の介護保険法の改正を踏まえ、地域包括ケアシステム基盤強化や、医療と介護の役割分担、連携強化等の観点から改定が行われた。主な改定内容は、次のとおりである。介護職員の処遇改善については、

平成27年3月末までの時限的措置として、介護職員処遇改善加算が創設された。介護職員の人員費の地域差を是正するための地域区分については、国家公務員の地域手当に準じ、従来の5区分から7区分に見直すと共に、適用地域や上乘せ割合について見直しが行われた。医療と介護の連携については、医療機関と訪問看護ステーションが共同で退院支援する場合の評価(退院時共同指導加算)の新設等が行われた。また、訪問介護の身体介護の時間区分について、新たに20分未満の時間区分が新設された。

## 4. 費用負担の仕組み

### 1) 介護保険制度の財源構成

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(都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設に係る費用)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(施設等給付費以外の給付費)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。

公費による部分を除いた50パーセントの費用は、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者の保険料により負担される。第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、3年間の計画期間ごとに全国ベースの人口比率で定められる。平成24~26年度における内訳は、第1号保険料21%、第2号保険料29%である。

なお、人口比率に基づく按分の結果として、全国の被保険者一人当たりの保険料額は、第1号と第2号で同一水準となる。国費の5%分は、市町村間の財政力の格差の調整のために充て

られることとなっており、具体的には、(ア)要介護度の危険性の高い後期高齢者の加入割合の相違、(イ)高齢者の負担能力(所得水準)の相違、(ウ)災害時の保険料減免など特殊な場合といった事由について調整が行われる。

市町村に対する財政面の支援としては、都道府県に財政安定化基金が置かれ(財源は、国、都道府県、市町村が3分の1ずつ)、見直しを上回る給付費の増加や通常の徴収努力を行っても尚生じる保険料の未納による保険財政の赤字を一時的に補填するための資金の貸与又は交付が行われている。

なお、地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業及び介護予防事業に対する公費及び保険料負担割合は、居宅給付費の場合と同様であるが、その他の地域支援事業(包括的支援事業・任意事業)には第2号保険料からは拠出しないこととされている。

## 2)保険料

### (1)第1号被保険者(65歳以上の者)

市町村ごとに介護サービスの給付総額などに応じた定額保険料が設定される。保険料の水準は、市町村介護保険事業計画の3年度を単位とした計画期間ごとに、サービス費用見込額等に基づき、財政の均衡を保つことができるよう設定される。

第1号被保険者の保険料は、応能負担の観点から、所得段階別の保険料を設定し、低所得者への負担を軽減する一方、高所得者の負担は所得に応じたものとしている。

保険料段階は原則として6段階であるが、市町村は特別な必要性がある場合に、第5・6段階の区分を増やして7段階以上の保険料率を設定できる。

保険料の徴収に当たっては、一定額以上の老

齢年金等受給者(平成18年4月から遺族年金・障害年金まで対象を拡大)については、年金からの徴収が行われ、それ以外のものについては、市町村が個別に徴収する(普通徴収)。年金からの特別徴収の対象者は年額18万円以上の者であり、全体の約85%と推計されている。なお、平成17年10月から、普通徴収による介護保険料の収納事務をコンビニエンスストアなどに委託することが可能となっている。

### (2)第2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)

医療保険者は、被保険者1人当たり全国均一の額に各医療保険制度に加入している第2号被保険者の数を乗じた額を介護納付金として社会保険診療保険支払基金に納付することとされており、基金は集められた納付金を各市町村に一定割合で交付する。

医療保険者は、この納付金が納められるよう、それぞれの医療保険制度の算定方法に基づき第2号被保険者の保険料を設定し、一般の医療保険料に上乘せする形で一括して徴収している。

### (3)保険料の推移

平成25年度における介護保険の給付費の見込みは、8兆7499億円である。高齢化の進行による要介護者の増加や住民の介護ニーズの増加から、全国的に介護給付費が増加する傾向にある。

これに伴い、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円と上昇してきた。また、平成24年4月から第5期介護保健事業運営期間が開始さ

れたことに伴い、介護保険料の改定が行われ、第5期（24～26年度）の保険料は4927円と、第4期に比べ19.5%増となっている。

## 5. 口腔関連介護サービス

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、居宅サービス、施設サービスに設定されているが、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る。

### 1) 通所サービス

通所サービスとしては、通所介護と通所リハビリテーションにおいて、口腔機能向上加算が設定されている。同サービスの対象者は、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者である。提供されるサービス内容は、当該利用者の口腔機能の向上を目的とし、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施である。サービス担当者は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護職員、言語聴覚士とされている。

### 2) 居宅サービス

居宅サービスとしては、居宅療養管理指導費が設定されている。歯科関係では、歯科医師が行う場合及び歯科衛生士等が行う場合に給付される。提供されるサービス内容は、歯科医師が行う場合にあつては、当該利用者を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービスの策定に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言とされている。また、歯科衛生士が行

う場合にあつては、通院又は通所が困難な在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問して行う実地指導とされている。

### 3) 施設サービス

施設サービスとしては、介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）入所者等に対して、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設定されている。

口腔機能維持管理体制加算は、口腔機能維持管理に係る施設の取組を評価したものである。同加算においては、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合であつて、当該施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合にあつては、入所者等の全員に対して加算を算定する体制加算となっている。

これに対し、口腔機能維持管理加算は、介護保険施設の口腔ケアに対する取組を一層充実させる観点から、平成24年度介護報酬改定で新設されたものである。同加算においては、前述の口腔機能維持管理体制加算を算定する施設であつて、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者等に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合にあつては、当該入所者等ごとに算定する取扱いとなっている。

これらのサービスを利用した者の数については、介護給付費実態調査の結果から算定実績が分かる。同調査の平成25年12月審査分におい

て、口腔機能維持管理体制加算を算定した利用者は432,400人（施設サービス受給者全体の47.8%）、口腔機能維持管理加算を算定した利用者は47,900人（施設サービス受給者全体の5.3%）となっている。

## D．考察

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。このため、第1号被保険者の保険料の全国平均（月額・加重平均）も制度開始時と比較して、現在の第5期では約70%増となっている。

近年の、急速な少子高齢化、経済の安定成長への移行などの社会環境の変化を踏まえ、我が国の介護保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくためには、様々な課題があると考えられる。

このようななか、平成25年12月20日に社会保障審議会介護保険部会において「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられた。このなかで、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行して多様化することや、特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く、要介護1及び要介護2でも一定の場合には入所可能）ことなど、重点化や効率化を図る様々な見直しが示されている。

今後、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

## E．結論

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。

## F．研究発表

### 1．論文発表

- 1) 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
- 2) 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．
- 3) 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．

### 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．

## G．知的財産権の出願・登録状況 なし

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

**日本人の出産回数と歯の状況に関する研究**

研究分担者 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  
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**

日本だけでなく、海外においても「母親は子どもを1人出産するたびに歯を1本失う」といった意味の格言がある。そこで、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、出産回数が増え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。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。

**A . 研究目的**

妊娠や出産は母体に大きな影響を与える。妊娠時の合併症としては出血、早期破水、産褥子宮内膜炎、貧血などが挙げられる。最悪の場合、母体は妊娠・出産により重篤な状態となり、死に至ることもある。妊娠は口腔の健康状態とも関連があることが報告されている。日本には「1子を産んで1歯を失う」という格言があるが、海外においても「母親は子どもを1人出産するたびに歯を1本失う」といった意味の格言がある。

海外の研究によると、これまで出産回数は歯の喪失やう蝕等の口腔保健状況と関連があるという報告が行われている。例えば、デンマークの研究では、女性の歯の数は子ども

の数と負の相関関係にあることが報告されている。社会経済状態の悪い女性は子ども1人につき約1本の歯を喪失し、社会経済状態の良い女性は子ども2人につき約1本歯を喪失していた。同じ研究では、一卵性の女性の双子のうち、子どもの数が多い者の方が歯の数が少ないが、男性の双子ではこのような関連はみられないことが報告されている。

アメリカの NHANES（National Health and Nutrition Examination Survey）では、女性において出産回数は歯の喪失と関連があることが認められている。また、黒人と非ヒスパニック系の女性において、出産回数の増加は未処置歯面数の増加と関連していた。

一方、出産回数と口腔保健状況との間に関

連はないと結論している研究もいくつかみられる。

日本では、過去に出産回数と口腔保健状況との関連を調査した研究はほとんど行われていない。また、近年出生率が低下しているため(2012年での出生率は1.41)、出産回数との関連をみる研究は今後一層困難になると予測される。

そこで、本研究では、日本において出産回数が、現在歯数、未処置歯数、処置歯数、機能歯ユニット(n-FTU)など歯の状況と関連しているか、疫学データをもとに検討を行った。

## B . 研究方法

### 1 . 対象

1990年より日本人の癌や心疾患の罹患率や死亡率を経時的に調査し、生活習慣病の科学的な予防法を明らかにする目的で多目的コホート調査が行われている(Japan Public Health Center-based Study : JPHC)。2005年には、その一環として秋田県横手地域において歯科調査が初めて行われた。本研究では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者を対象とした。

JPHCに参加し2005年時点で55~75歳までの15,782人に対し、歯科研究参加の案内状を送付した。その結果、2005年7月から2006年1月の間に合計1,518名が歯の健康に関する質問票調査および口腔内診査を受けた。そのうち、分析に用いたのは欠損データのない1,211名(男性562名、女性649名)である。

### 2 . 出産回数・子どもの数

1990年のベースライン時の質問票調査の結果から、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。

### 3 . 学歴および保健行動

学歴は1990年のベースライン時の質問票調査に基づき情報を収集し、中学校までの者を低学歴、高等学校までの者を中等度の学歴、大学かそれ以上の者を高学歴と分類した。

保健行動として、甘いお菓子・飲み物の摂取頻度(めったにとらない、時々とる、毎日とる)、かかりつけ歯科医師の有無(あり、なし)、喫煙状況(非喫煙、過去喫煙、喫煙)を2005年の歯科保健に関する自記式質問票の結果から情報収集した。

### 4 . 歯の状況および口腔衛生状態

口腔内診査はWHOの基準に基づき、研究に参加した横手地域の歯科医師会会員である43名の歯科医師によって行われた(第3大臼歯は除外)。診査項目は現在歯数、未処置歯数、処置歯数である。

臼歯の咬合状態を示す機能歯ユニット(Functional Tooth Unit : FTU)はn-FTU(自分の歯によるFTU)を算出した。

口腔衛生状態は、全ての歯あるいは義歯を診査し、1)良好：歯表面の3分の1未満の歯垢付着、2)普通：3分の1以上、3分の2未満の歯垢付着、3)不良：3分の2以上の歯垢付着の3段階で評価した。

### 4 . 統計分析

出産回数あるいは子どもの数と人口統計学的指標、保健行動および口腔衛生状態との

線形傾向は、連続変数の場合は線形回帰分析により、カテゴリ変数の場合には Mantel-Haenzel のカイ二乗検定により解析した。

出産回数あるいは子どもの数と歯の状況との傾向性の検定は、一般化線形モデルを用いて分析した。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共変量としてモデルに投入し、統計学的調整を行った。分析は SAS9.0 を用いて行った。

## C . 研究結果

### 1 . 出産回数あるいは子どもの数と年齢・学歴・保健行動

女性では、出産回数 0 人、1 人、2 人、3 人、4 人以上の対象者数はそれぞれ 36 人 (5.5%)、68 人 (10.5%)、371 人 (57.2%)、150 人 (23.1%)、24 人 (3.7%) であった。男性では、子どもの数による対象者数はそれぞれ 25 人 (4.5%)、53 人 (9.4%)、336 人 (59.8%)、130 人 (23.1%)、18 人 (3.2%) であった。

平均年齢、学歴、甘いお菓子あるいは飲み物の摂取頻度、かかりつけ歯科医の有無と出産回数あるいは子どもの数との間に有意な関連はみられなかった (図 1~5)。

女性の喫煙者の割合は非常に低く、10%以下であったが、喫煙者の割合は出産回数が多くなるにしたがい有意に低くなった (傾向性  $p = 0.015$ )。男性では、喫煙状況と子どもの数との間に有意な関連はみられなかった (図 6)。

男性では、子どもの数は口腔衛生状態と有意な関連がみられた。子どもの数が多い者ほ

ど口腔衛生状態が悪い者の割合が有意に多い傾向にあった (傾向性  $p = 0.004$ )。しかし、女性では出産回数と口腔衛生状態との間に有意な関連はみられなかった (図 7)。

### 2 . 出産回数あるいは子どもの数と歯の状況 (単変量分析)

人口統計学および健康関連変数の調整を行わない単変量解析では、出産回数あるいは子どもの数は歯の状況と有意な関連が認められた。

女性において、現在歯数は出産回数が増加するにしたがい有意に少なくなった (傾向性  $p = 0.016$ )。一方、男性では同様の関連は認められなかった (図 8)。

未処置歯数あるいは処置歯数においては、出産回数あるいは子どもの数との有意な関連は認められなかった (図 9、10)。

臼歯部の咬合については、女性では n-FTU は出産回数の増加にしたがい有意に減少した (傾向性  $p = 0.009$ )。同様に、男性においても n-FTU は子どもの数が増加するにしたがい有意に減少した (傾向性  $p = 0.035$ ) (図 11)。

### 3 . 出産回数あるいは子どもの数と歯の状況 (多変量分析)

人口統計学および健康関連変数を調整した多変量解析において、女性では現在歯数 (傾向性  $p = 0.046$ ) および n-FTU (傾向性  $p = 0.026$ ) と出産回数との間に有意な関連がみられた。現在歯数および n-FTU とも出産回数が増加するにしたがい有意に減少した。男性では、子どもの数と歯の状況との間に有意な関連は認められなかった (図 12~15)。

## D . 考察

本研究により、日本人の女性では、人口統計学および健康に関わる要因を調整後も、出産回数は歯の状況と関連していることが明らかになった。男性では、調整後にはこのような関連は認められなかった。したがって調整前の分析でみられた子どもの数と口腔衛生状態あるいは n-FTU との関連は交絡要因によって介在されていると考えられる。

本研究の結果は、出産回数の多い女性は出産回数の少ない女性に比べ、歯周病あるいはう蝕によって歯を喪失するリスクがより高いことを示唆している。4人以上出産した女性では、出産経験のない女性あるいは出産数が1人のみの女性に比べ約3本喪失歯数が多かった。

出産回数が多い者ほど現在歯数が少ない理由を説明するいくつかの生物学的メカニズムがこれまでの研究で述べられている。

出産前に種々の生物学的変化が口腔内に起きることで、妊娠は口腔内組織に有害な影響を与えるとされている。すなわち、プロゲステロンやエストロゲンのような妊娠性ホルモンの変動が、口腔内の血管透過性を増加させ、宿主の免疫力を低下させるので、妊婦の口腔内感染症の感受性を高める。さらに、妊婦においては歯肉縁下の歯周病原性菌の病原性が増大し、*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*、*Porphyromonas gingivalis*、*Prevotella intermedia/nigrescens*、*Tannerella forsythia*、*Parvimonas micra*、*Campylobacter rectus*、*Fusobacterium nucleatum*などの細菌の構成割合が変化する。したがって、ホルモンと口腔内細菌叢の

変化が、妊婦における歯肉炎や歯周炎を悪化させやすくする。

妊娠中に起こる歯周組織の炎症は一時的なものであり、出産後に緩和する。しかし、歯周組織の破壊は出産後も持続する。出産回数が増え、歯周組織の炎症が繰り返し起こることは既存の歯周病の状態をさらに悪化させる。進行した歯周病は最終的には歯の喪失をもたらすことになる。

アメリカで行われた先行研究では、出産回数は未処置歯と関連していた。また、ベトナムの研究では、う蝕有病率は妊婦の方が非妊婦より高いと報告されている。唾液や口腔内細菌叢の変化および免疫力の低下などが、妊娠中のう蝕感受性を増加させる生物学的メカニズムとして考えられている。また、これらう蝕有病率の性差にも関与していると考えられている。しかし、本研究では、出産回数と未処置歯数との間に有意な関連は認められなかった。理由のひとつには、今回の調査では未処置歯数が非常に少なかったことが挙げられる。未処置歯数が少ないことは処置歯数が多いことにも反映されている。日本は国民皆保険であり、誰もが比較的安価で歯科治療を受けることができる。こうした制度が今回の結果に寄与していると考えられる。

アフリカで行われた研究でも出産回数とう蝕との間に有意な関連はみられていない。しかしこれは、アフリカでの歯科をとりまく環境が先進諸国とは大きく異なっていることが主な理由として挙げられる。

生物学的なメカニズム以外で、女性において歯科疾患が悪化する理由としては、多くの子どもを持つ女性は様々な理由により歯科治療を受けない傾向にあることが挙げられ

る。妊娠や出産は女性の歯科受療行動を変えてしまう。同様に、歯科医師側の態度や行動も、妊婦を治療する際には変化する。

これまでの研究で、歯科的な問題を抱えている妊婦の約半数は歯科治療を全く受けないか、あるいは出産後まで歯科治療を延期することが分かっている。そのため、歯科疾患へのリスクが高い妊婦はさらに治療から遠ざかる傾向にある。多くの妊婦は、妊娠中に起こる歯科の問題は当然起こることであり、避けることはできないと間違っ信じている。また、歯肉出血を炎症の徴候として認識しておらず、歯科治療が必要な問題として捉えていない。一般人に間違っ広まっている考えに、「胎児は母親の歯からカルシウムを奪い取る」や「歯科治療は胎児に悪影響を及ぼす」などがあるが、それらを裏付ける根拠は全くない。

一方、歯科医師側も、妊婦を治療することを躊躇し、多くの場合出産後まで歯科治療を延期する傾向にある。しかし、妊娠中に必要に応じ予防処置、修復処置、抜歯、歯周治療を含む歯科治療を行うことは安全で、効果的であることは証明されている。

本研究で、出産回数の多い女性では n-FTU が少ないことが明らかになった。このことは、歯の喪失が臼歯部の咬合状態、特に天然歯での咬合に影響を与えていることを示唆している。FTU は咀嚼能率と密接に関係しているため、出産回数の多い女性では咬合や咀嚼に問題を抱えるリスクが高いと考えられる。

本研究で日本人において、出産回数の多い女性は出産回数の少ない女性に比べ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。

しかし、本研究結果の解釈には注意すべき点もある。そのひとつは、診査を行った歯科医師内および歯科医師間の信頼性評価が行われなかったことである。もう1点は、対象者はボランティアで歯科健診に参加した者なので、必ずしも日本の代表者ではないことである。

## E. 結論

本研究の結果、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、出産回数が増えるにしたがい現在歯数と n-FTU が減少していた。

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。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

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, 2013; 13:993.

### 2. 学会発表 なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

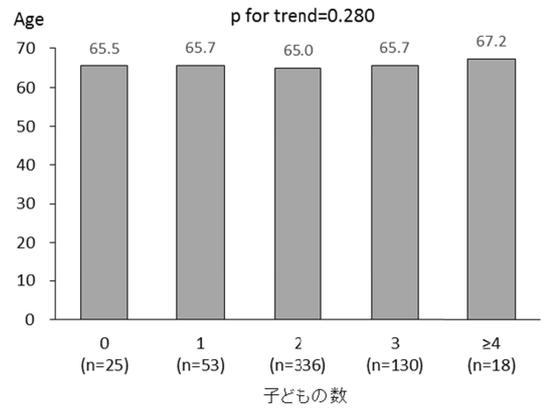
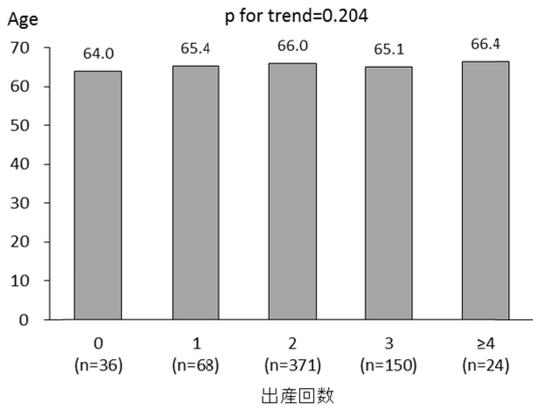


図1 出産回数あるいは子どもの数と平均年齢

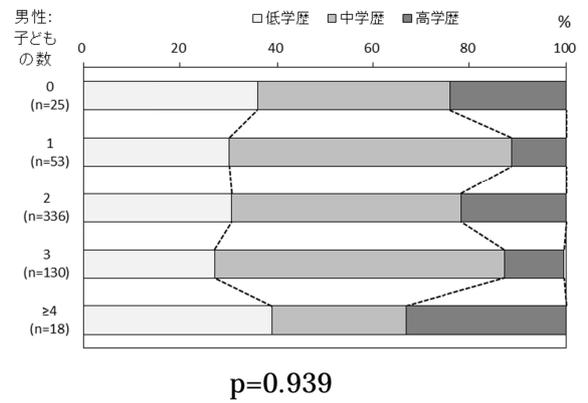
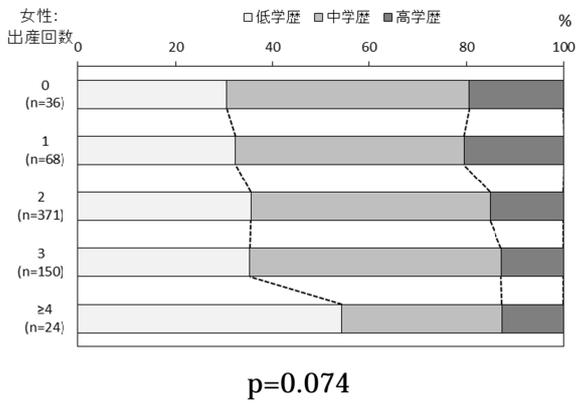


図2 出産回数および子どもの数と学歴

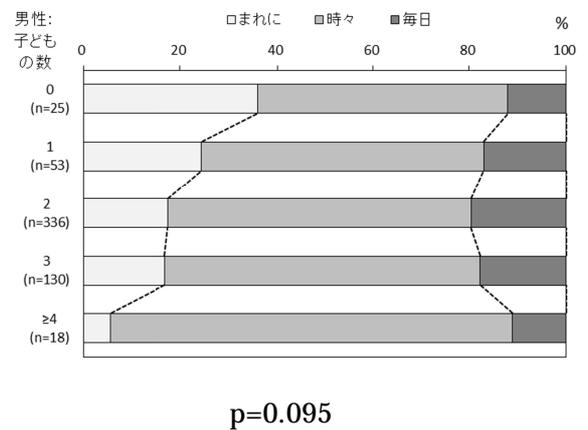
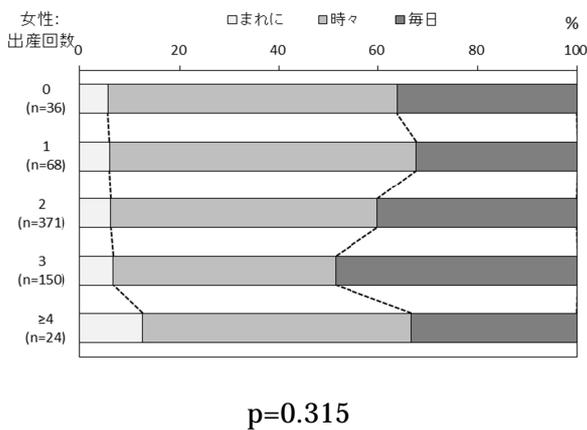
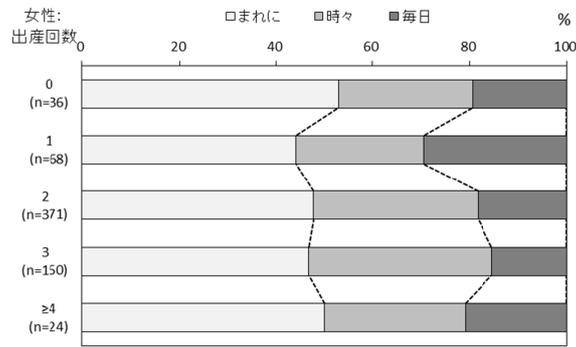
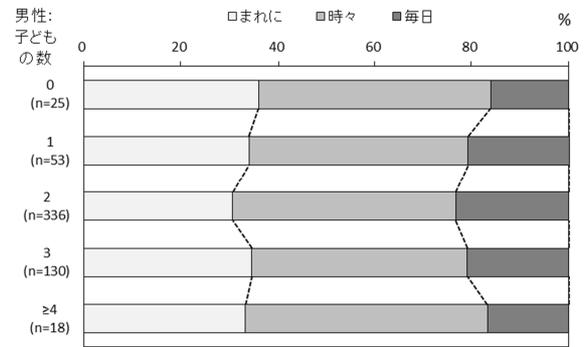


図3 出産回数および子どもの数と甘いお菓子の摂取頻度

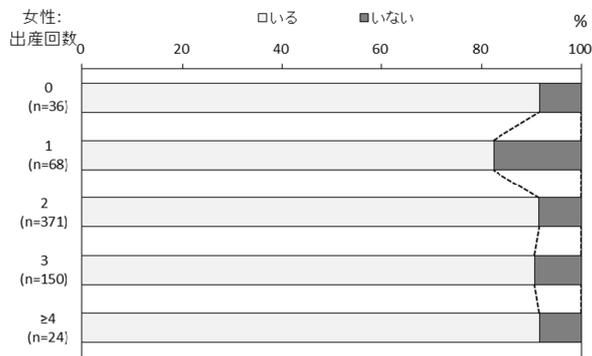


p=0.543

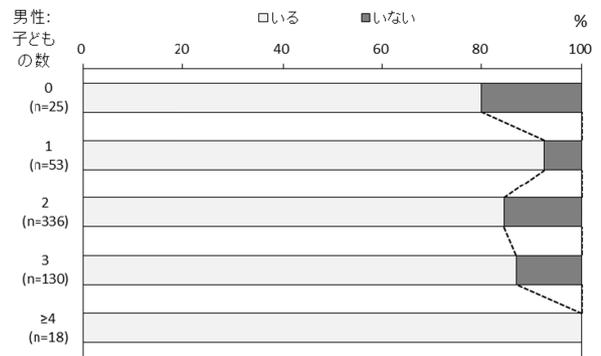


p=0.971

図4 出産回数および子どもの数と甘い飲み物の摂取頻度

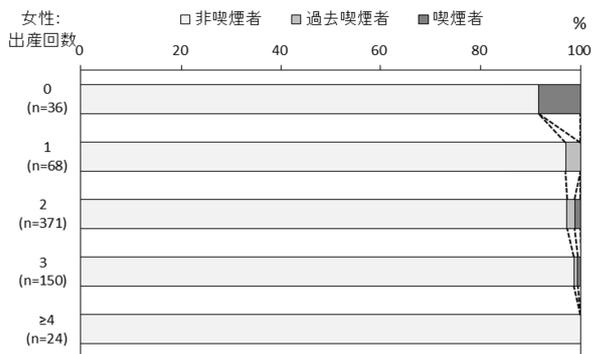


p=0.382

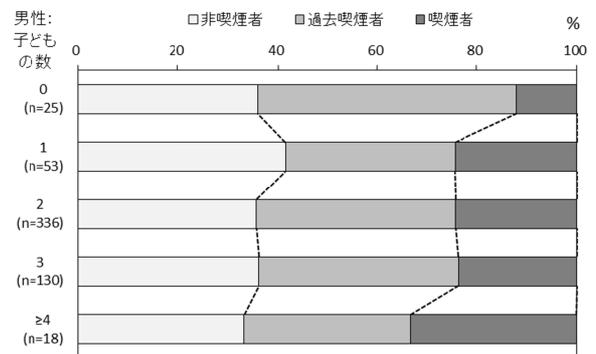


p=0.394

図5 出産回数および子どもの数とかかりつけ歯科医の有無



p=0.015



p=0.385

図6 出産回数および子どもの数と喫煙状況

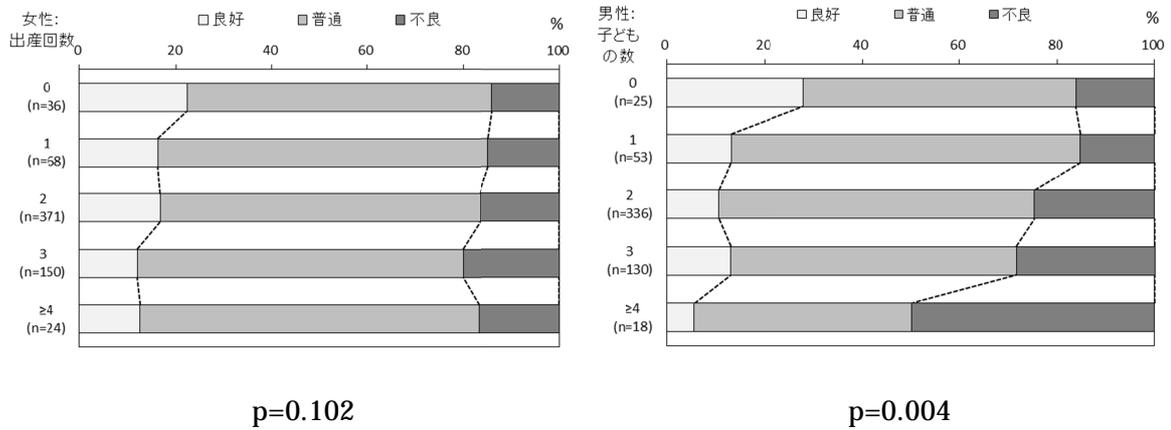


図7 出産回数および子どもの数と口腔衛生状態

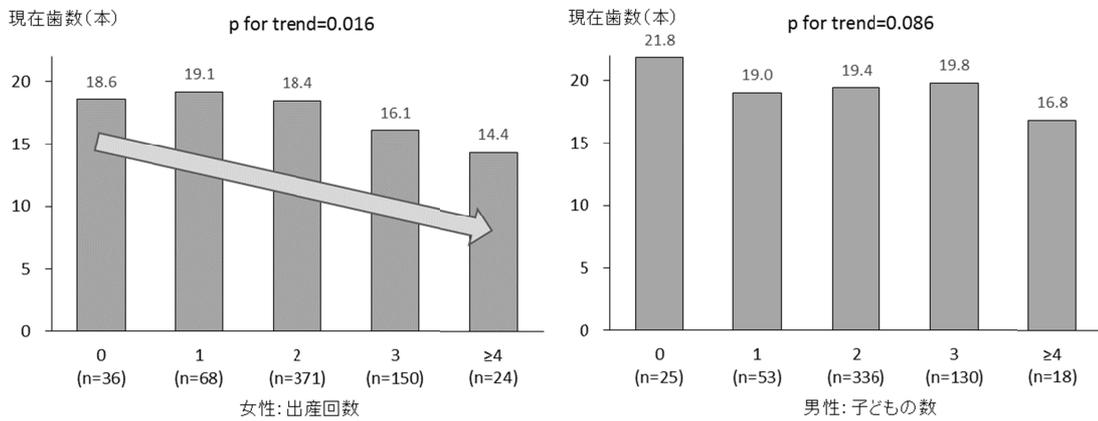


図8 出産回数および子どもの数と現在歯数 (交絡因子調整前)

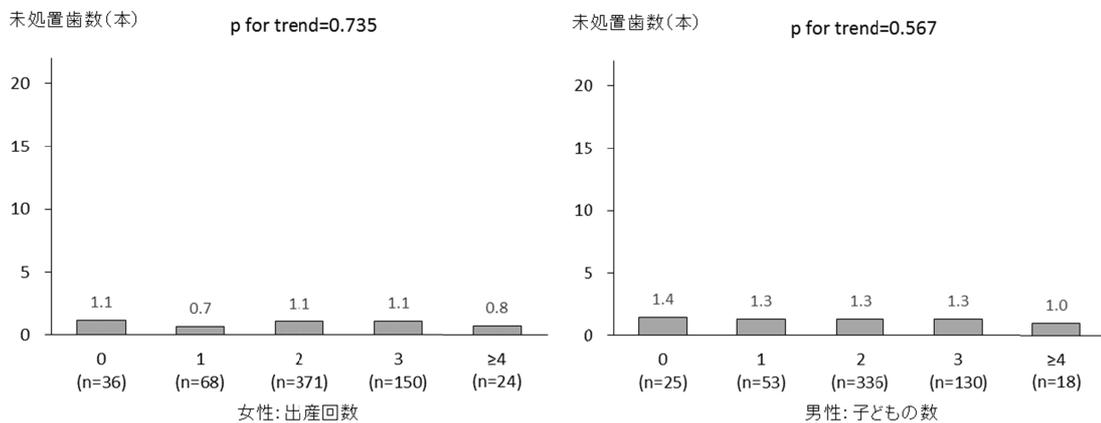


図9 出産回数および子どもの数と未処置歯数 (交絡因子調整前)

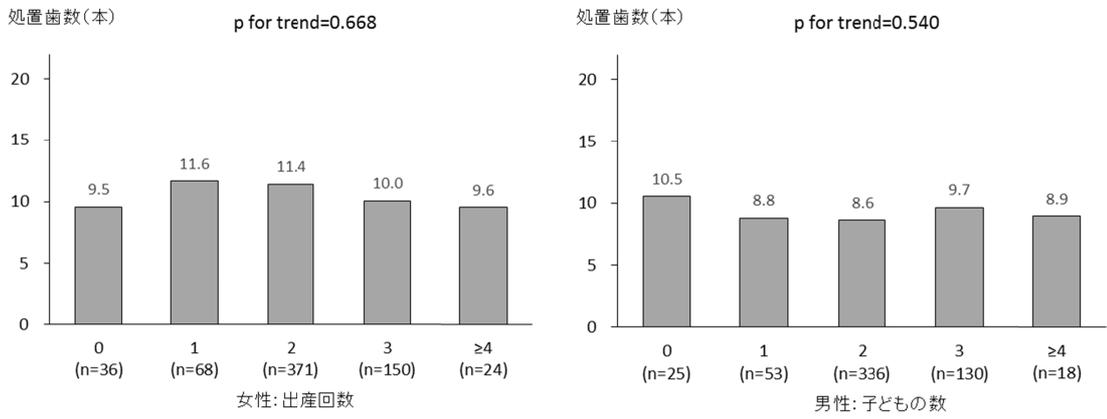


図 10 出産回数および子どもの数と処置歯数 (交絡因子調整前)

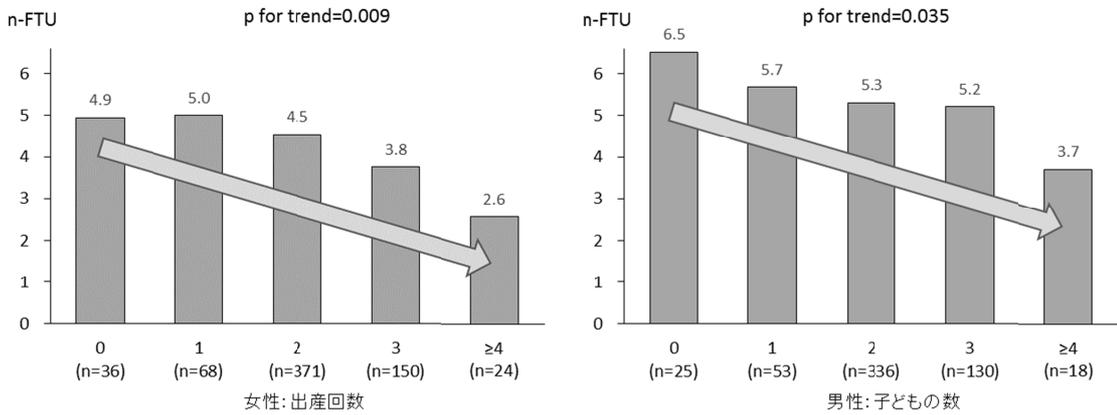


図 11 出産回数および子どもの数と n-FTU (交絡因子調整前)

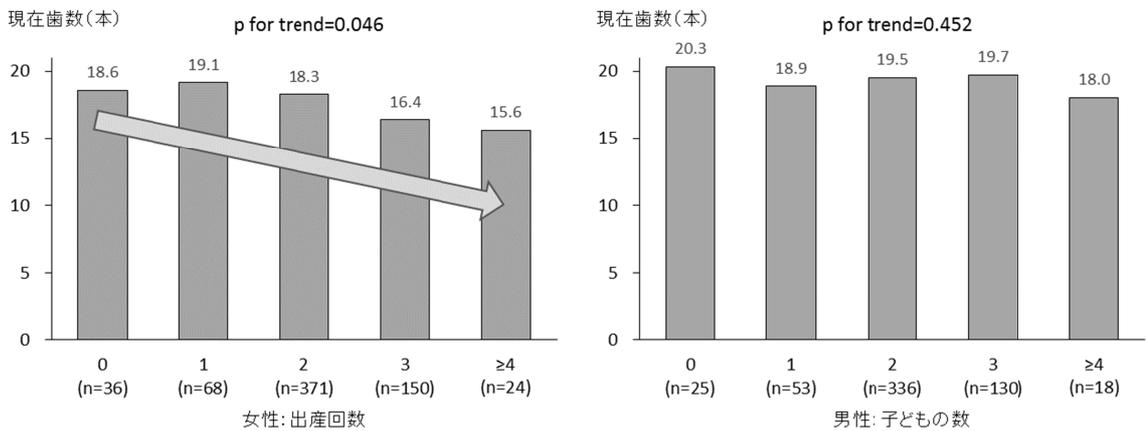


図 12 出産回数および子どもの数と現在歯数 (交絡因子調整後)

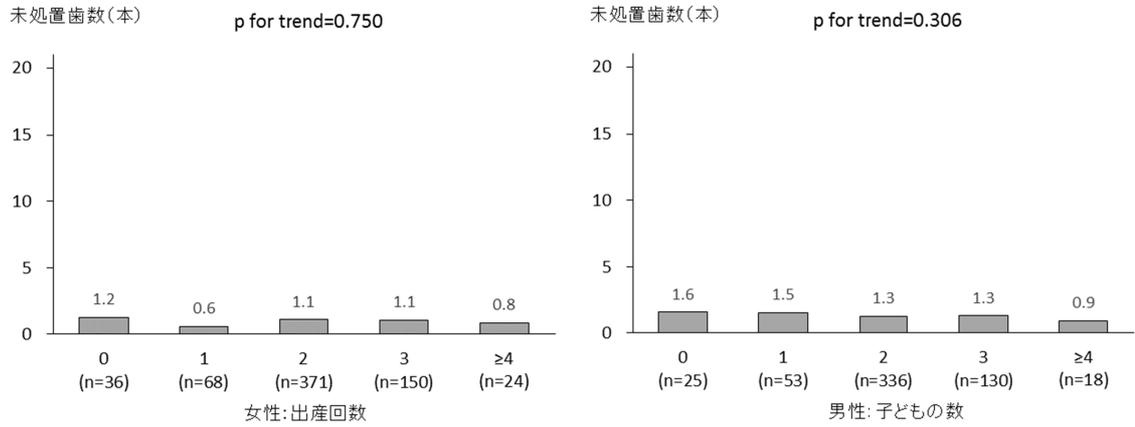


図 13 出産回数および子どもの数と未処置歯数（交絡因子調整後）

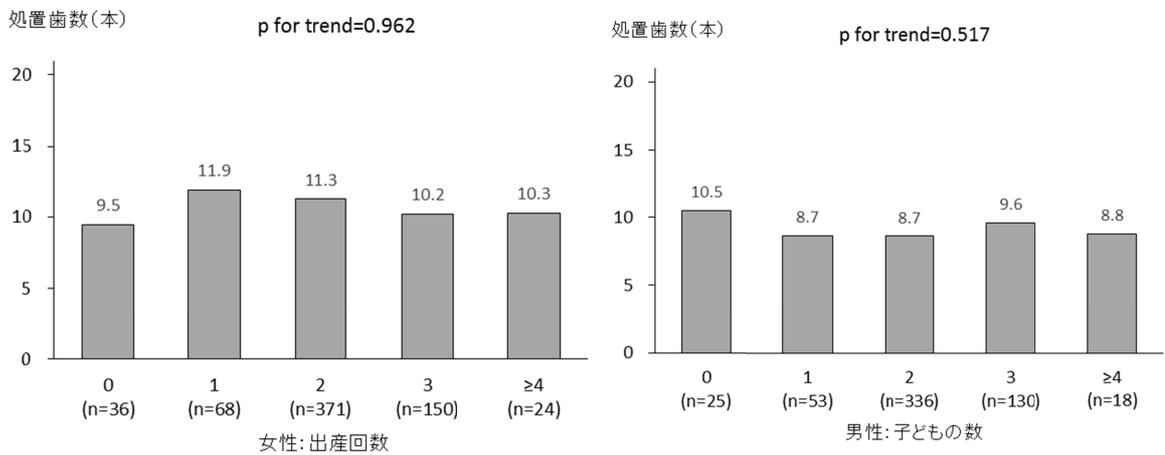


図 14 出産回数および子どもの数と処置歯数（交絡因子調整後）

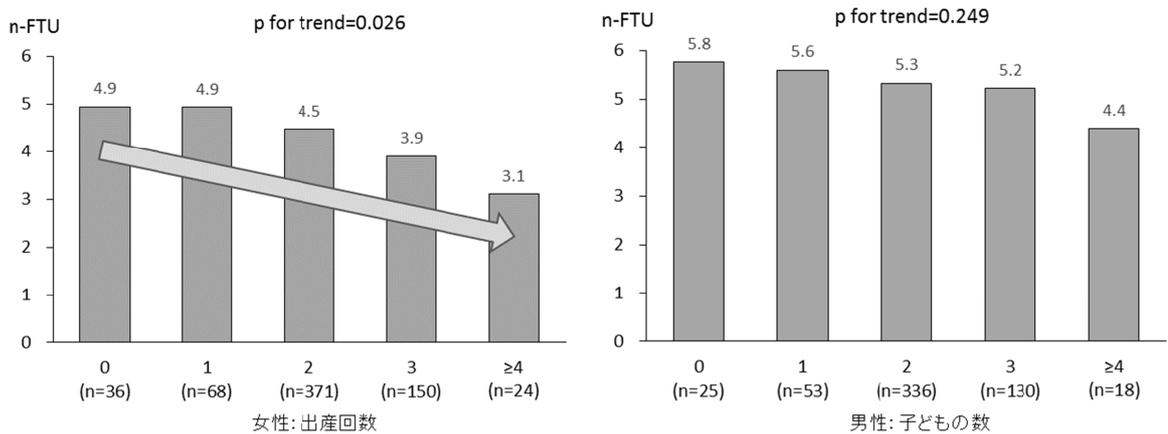


図 15 出産回数および子どもの数と n-FTU（交絡因子調整後）

**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～**

研究協力者	大貫 茉莉	東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野	医員
研究協力者	大城 暁子	東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野	研究員
研究協力者	古川 清香	東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野	助教
研究分担者	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
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**

健康社会研究センターのシンポジウムに参加し、日本における健康格差と健康の社会的決定要因に関する最新情報を入手した。その結果、社会的決定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。

**A. 研究目的**

2012年に厚生労働省は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針である「健康日本21（第二次）」を策定し、「健康寿命の延伸」に加え、「健康格差の縮小」を基本方針に加えた。また、「歯科口腔保健の推進に関する法律」の基本的事項の目標にも「口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小に関する目標」が定められている。

海外では、2009年にWHOが「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health, SDH）」を踏まえた政策と研究の推進を総会で決議した。日本においてもSDHの研究拠点として

健康社会研究センターが開設され、さまざまな研究が行われている。

現在、日本においては健康格差の実態研究や、歯・口腔の健康と転倒や認知症との関連、ソーシャルキャピタルの介護予防効果などの検証が行われている。また、社会環境レベルの要因と要介護リスクとの関連について調査するためJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究)プロジェクトが展開され、そのデータを活用した地域診断指標の開発、web上での閲覧が可能な「介護予防政策サポートサイト」の開設などが行われている。

わが国における健康格差と「健康の社会的決

定要因」について概要を把握、理解することは、今後わが国が健康社会を推進する上で、意義あるものと思われる。

## B. 研究方法

2013年12月名古屋において健康社会研究センター・シンポジウム/日本福祉大学学園創立60周年記念事業 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。

## C. 研究結果

### 1. 健康格差

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。健康には、個人の要因や個人の努力だけでは説明できない、健康へ悪影響を与える社会的要因が存在する。

### 2. 健康の社会的決定要因

健康に影響を与える個人の社会的要因として、社会的ネットワーク、社会的サポート、家族・婚姻状況、教育歴、所得、職業・就労状況などがある。また、環境としての社会的要因としては地球環境、国・公共政策、保健医療・福祉政策、ソーシャルキャピタル、コミュニティ、職場などがある。

### 3. ソーシャルキャピタル

ソーシャルキャピタルとは、人のつながり(人々の絆)が健康を増進させるという概念であり、社会的決定要因の鍵となる概念とされている。したがって、人々のつながりからもたらされる資源である。ソーシャルキャピタルは、

健康のみならず人々の幸福にも影響を及ぼすとされている。

Bourdieu はソーシャルキャピタルを、制度化されて相互に面識があったり承認したりしている、持続的なネットワークの所有と結びついた現実的あるいは潜在的資源の総体であると定義している。また、Putnam はソーシャルキャピタルを、人々の協調行動を活発にすることにより、社会の効率性を高めることのできる、信頼・規範・ネットワークといった社会的仕組みの特徴であるとしている。

### 3. アメリカでの健康格差(平均寿命)に関する研究

2012年の日本の平均寿命は82.3歳であり、米国の平均寿命は78.4歳である。その差は3.9歳であるが、ハーバード大学の公衆衛生学教授のカワチ氏は、その原因として生活習慣、遺伝子、保健医療などの要因が挙げられるが、その他に社会的要因も大きく関与していると説明している。

### 4. 日本での健康格差に関する研究

2010年よりJAGES(Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究)プロジェクトが展開されており、様々な成果(表1)が発表されている。

表1 JAGESによる研究成果

	主な独立変数	コホート		パネル		
		死亡	要介護	認知	うつ	転倒
属性	健康度自己評価(Nishi et al.2012)					
	基本属性(Nishi et al.2012,平井ら2009)					
社会経済的地位	介護保険料段階(Hirai et al.2012)					
	所得・教育年数(近藤ら2012)					
	相対的所得(Kondo N. et al. 2009;近藤ら2012)					
社会関係	スポーツ組織への参加(Kanamori et al. 2013)					
	社会参加(Takagi et al. 2013)					
	社会的孤立(Saito & Kondo et al. 2012, 斉藤ら2013)					
	ソーシャル・キャピタル(Aida et al. 2011, 2013)					
口腔	社会活動・健康行動,等(竹田ら2010)					
	歯数等(Yamamoto et al. 2012)					
	歯の状態(Aida et al. 2011)					

### 1) 基本属性との関連

基本属性との関連では、健康度の自己評価（健康度が良い、良くない）は早期死亡の予測可能な指標であることが分かっている。また、介護予防の重点課題（転倒経験、BMI、咀嚼力、外出頻度など）に該当した人では、要介護認定への移行リスクが高いと報告されている。

### 2) 社会経済的地位との関連

社会経済的地位との関連では、低所得や教育年数の短い高齢の男性では、その後の要介護や死亡へのリスクが高くなる可能性が示唆されている。また、等価所得の少なさも早期死亡リスクを高める可能性があるとして報告されている。

### 3) 社会関係との関連

社会関係との関連では、頻繁に運動をしていてもスポーツ組織に参加していない人では要介護に至りやすい、無趣味な人は認知症リスクが高い、女性は孤立状態であっても生活に満足していれば要介護リスクとならない、女性は社会関係が乏しく貧困状態の人ほど早期死亡リスクが高い、地域特性が個人の要介護リスクと関連している、などの報告が行われている。

### 4) 口腔との関連

口腔との関連では、過去に転倒経験がない人において、残存歯数 19 歯以下で義歯を装着していない人ではその後の転倒リスクが 2.5 倍高かったと報告されている。また残存歯が 19 歯以下で義歯を装着していない人では、1.9 倍認知症になりやすいと報告されている。したがって、残存歯数が少なく義歯を装着していない人では、転倒や認知症のリスクが高いことになる。

また、残存歯が 19 歯以下の高齢者では 20 歯以上の人よりも 4 年間での要介護への移行リスクが 1.21 倍高いという研究結果も報告されている。

### 5) 健康格差のモニタリング

地域において健康格差のモニタリングのために「見える化」システムづくりも進められている（[http://www.yobou\\_bm.umin.jp](http://www.yobou_bm.umin.jp) および <http://www.doctoral.co.jp/WebAtlas> 参照）。

例えば、地域の高齢者の健康状態や地域の社会資源等について把握し、課題やニーズ、必要な社会資源などを地域診断する際に、「見える化」することにより、自治体の情報共有や他の自治体との比較や全国との比較が容易となる。このシステムを用いれば、各地域においてシステムの実行状況などが一目で把握できるという利点がある。

## D . 考察

日本は、少子高齢化を迎え、今後平均寿命の延伸に伴い、健康寿命との差が拡大すると、医療費や介護給付費がさらに増大すると予測される。疾病予防、介護予防により、平均寿命と健康寿命の差を縮小することが可能となれば、社会保障負担の軽減や個人の QOL の向上につながる。さらに、健康格差の縮小にもつながると考えられる。

健康格差に対する社会政策としては、所得保障政策、雇用体系や職場のあり方、地域づくり、子育て支援、子どもの貧困撤廃などが挙げられる。現在では、非正規雇用者が増加しており、雇用機会を増やす努力や非正規労働者に対する差別撤廃も必要である。また、所得格差の拡大阻止への対策も不可欠である。

核家族、独居高齢者、高齢者夫婦の増加など

家族形態も変化してきている。このような状況では、地域の見守りやソーシャルキャピタルが重要となる。ソーシャルキャピタルには家族や近隣の均質な集団での強固な結び付きからもたらされる結合型ソーシャルキャピタルと、異なる組織や人種の人との弱い結び付きからもたらされる橋渡し型ソーシャルキャピタルがある。特に高齢者においては、食事、運動、趣味などの活動の減少や社会的孤立は健康寿命に悪影響を及ぼす。そのために、趣味や創作活動の場所を提供すること、地域づくりなど社会に参加すること、さらに支援を受けるだけでなく相互の助け合いなども必要となってくる。結合型および橋渡し型の両ソーシャルキャピタルの活用が大切となる。

健康格差対策には、地域の社会経済状況、住民の生活状況や健康状況など様々な側面からの実証研究を行い、健康格差の大きさを随時把握し、健康状態の悪い地域や、健康リスクが高い地域を明らかにすることが大切である。それらの結果をもとに具体的な政策を立案・実施することが必要である。その際、すべてのライフステージにおいて、健康的な生活を支える良好な社会環境を構築し、健康格差を縮小することが重要となってくる。

雇用体系や家族形態などの変化、所得格差の拡大などが進む現代社会において、地域づくりというソーシャルキャピタルを促進していくことが求められている。その際、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の検討も必要である。健康格差の縮小や健康な社会を推進していくためには、今後も研究調査を継続して実施し、健康づくり政策など地域や全国レベルで取り組んでいかなければならないと考え

られる。

## E . 結論

健康格差と「健康の社会的要因」について情報収集を行った結果、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。

## F . 研究発表

なし

## G . 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考資料：

- ・ 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 - 資料集 主催：日本福祉大学 健康社会研究センター
- ・ 健康格差と社会政策：政策内容と政策過程 松田亮三、近藤克則 J. Natl. Inst. Public Health,56 (2):2007
- ・ 「不平等が健康を損なう」 イチロー・カワチ、ブルース・P・ケネディ著 社会疫学研究会訳 日本評論社
- ・ 厚生労働省 HP <http://kensaku.mhlw.go.jp>

厚生労働科学研究補助金（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

**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**

研究協力者 古川清香 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野 助教  
研究協力者 大城暁子 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野 リサーチレジデント  
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**

シンガポールにおける歯科医療従事者の養成および登録、更新に関し、既存資料による調査を行った。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。

**A. 研究目的**

シンガポールは、国の面積は狭く人口は少ないが、経済的に発展しており、アジアにおいて一人当たり名目 GDP（当年の市場価格から算出される国内総生産/人口）が約 52,000US\$（5,200,000円）と最も高い国である。したがって、政治や経済の中心として、アジア諸国に大きな影響力を及ぼしている。医療に関しても、シンガポールは欧米先進国並みに発達して

おり、東南アジア地域では多くの患者が最高の医療を求めて、シンガポールの病院を受診することが報告されている。

しかし、シンガポールの歯科情報に関しては、これまで水道水フッ素化率普及率が100%であり、子供のう蝕が少ないという報告はあるが、国の歯科保健医療制度に関する報告は少ない。そこで、本研究ではシンガポールの歯科保健従事者に関する調査を行い、日本との

相違について検討を行った。

## B. 研究方法

日本において、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った。なお、訪問先は、Health Promotion Board、School Dental Centre、IT Dental Service ( 民間歯科診療所 ) である。また、保健省の歯科医師とディスカッションする時間をもつことができた。これらの資料をもとに、歯科医療従事者に関する養成、登録、更新制度についてまとめた。

( 倫理面への配慮 )

本研究ではシンガポールにおいて、すでに公表されている既存のデータを用いており、倫理上の問題はない。

## C. 結果

### 1. 歯科医療従事者の養成と登録

#### 1) 歯科医師

##### (1) 学部教育

シンガポール国立大学歯学部が全日制で歯科の学位を取得するコースがある唯一の歯科医師養成機関で、4年間で歯学の講義と実習を学ぶ。最初の2年間で臨床に必要な基礎歯学の知識を取得し、臨床歯学の講義と実習を学び、3年目以降、実際に患者治療に従事する。

##### (2) 臨床研修制度

卒業後の臨床研修制度はないが、歯科医師の登録で正規登録の歯科医師になるためには、指導医のもとで2年間の診療経験が必要となる。

##### (3) 生涯研修制度

医療の質を向上させるためには、医療従事者は継続的に最新の知識や技術を学ぶことが重要である。シンガポールでは、歯科医師免許の更新のために生涯学習が必須とされている。

##### (4) 歯科医師登録制度

歯科医師の登録には、正規登録、条件付き登録、仮登録の分類があり、その分類により歯科医療従事する際に制限がある。この分類は、非正規登録(条件付きおよび仮登録)歯科医師について、安全な歯科医療基準への対策と国民の安全確保のために、それぞれの資格や経験に見合った歯科診療の制限を行うものである。

正規登録歯科医師はシンガポール全土で独立した歯科治療を行うことが可能である。条件付き登録歯科医師は、正規登録している歯科医師の指導の下で一定期間(通常2年間)条件付きで登録された仕事を行い、その研修期間の終了後に正規登録歯科医師の申請を行うことができる。なお、条件付き登録歯科医師の指導にあたる正規登録歯科医師は、歯科局に半年に1度の指導報告書を提出する。仮登録は、国際的な観点から歯科の知識、経験、技術を習得している歯科医師や、シンガポール歯科局に認証された学位ではない学位を取得している歯科医師等に登録が許可され、短期間シンガポールにおいて診療に従事するが可能である。

### (5) 歯科医師免許の更新制度

登録歯科医師は2年に一度、免許の更新がある。診療資格の更新料は、1年毎に300S\$（約24,000円）である。

更新のためには、生涯学習を受けることが必須であり、講習会への参加、オンラインでの自己学習論文発表、教科書への執筆などに単位がある。表1に、単位取得のための具体的な活動内容を示す。

更新のために必要な単位数は70単位である。そのうち、シンガポール歯科局に認定されてい

る認証単位を50単位取得する必要がある。認証単位は、地域での講習会等への参加、学会発表、講演や論文発表、オンラインでの遠隔学習などであり、表1の単位分類の1A、1B、1C、2、3Bに示された単位である。残りの20単位は、専門ジャーナルの購読やシンガポール歯科局に認証されていないオンラインでの学習等の自己学習による単位である。

また、全体の単位の内、歯科専門領域からの単位が全体の20%を占めることが必須である。

表1 歯科医師免許更新のための活動内容と単位

分類	内容	単位	認証単位
1A (上限:2年間で10単位)	地域での講習会 講習・チュートリアルセッション 院内セミナー	参加者:1時間1単位 演者:1時間1単位	
1B(国内)	学会 講義 会議 セミナー シンポジウム ワークショップ	参加者:1時間1単位 発表者:1時間2単位	
1C(海外)	1Bと同じ	1Bと同じ	
2(出版・執筆活動) (上限:2年間で40単位)	論文発表 教科書執筆 E-learning program	第一著者:10単位 共著者:5単位 レビュー者:2単位	
3A (上限:2年間で20単位)	論文の購読 視覚教材での自己学習 オンラインプログラム(非認可)	1論文:1単位	×
3B	認定単位取得のためのコース オンラインプログラム(認可)	1単位:1講座もしくはコースにより決められている	

### (6) 専門医

歯科の専門医とは、特定の専門分野において高い教育と研修を積んだ者である。専門医と認

められるには、専門分野での数年以上の診療経験が必要である。専門医には、歯科公衆衛生、歯内療法、口腔外科、矯正、小児歯科、歯周病、

補綴の7つの分野がある。専門医の登録には、審美やインプラントなどの専門外の研修は必須ではない。

### **(7) 国外の学位をもつ歯科医のための資格試験**

シンガポールではシンガポール大学以外に歯学部がない。国外の大学を卒業した歯科医師が、シンガポールの歯科医師免許を得るためには、資格試験を受験する必要がある。資格試験の受験申請には、以下に示す項目のうち、 および ~ のいずれかを満たす必要がある。試験は英語で実施され、受験費用は 2000S\$ (約 160,000 円) である。

就業先の内定

シンガポール国民、配偶者がシンガポール国民、子供がシンガポール国民

シンガポールの歯科の学士やシンガポール歯科局が認める学士と同等の歯学の学位を有する

高度な資格を有する

### **2) オーラルヘルスセラピスト**

シンガポールではオーラルヘルスセラピストは、健康教育や予防処置と、スケーリングなどの歯周病の予防を行うことができる。現在、専門学校で 3 年間のコースを経て資格の取得ができる。

オーラルヘルスセラピストにも、免許の更新制度がある。

### **3) 歯科技工士**

歯科技工士に関して、公表されている情報がなく実態は不明であった。

### **4) 歯科助手**

歯科助手には特に資格の必要がなく、実態は不明であった。なお、個人歯科診療所において、ミャンマーから移住してきたミャンマー人歯科医師が受付および歯科助手として勤務している実態もあると聞いた。

## **2. 歯科医療従事者の種類と労働人口**

### **1) 歯科医師**

2010 年までのシンガポール歯科局の年度報告書では、シンガポールの歯科医師は、歯科大学を卒業した歯科医師(第1区分歯科医師)と、1950年以前からの既得権をもつ正式な資格をもたない歯科医師や過去のデンタルセラピスト(第2区分歯科医師)の2つに区分されて歯科医師登録が行われ、報告が行われていた。しかし、2011年以降の報告書では、歯科医師は区分されずに報告が行われている。

シンガポール歯科局(2012年)によると、歯科医師総数は1699名、歯科医師の人口比は1:3,370である。就業場所別の歯科医師数は、公的機関が357名、民間勤務が1215名、診療に従事していない者が127名である。歯科医師全体の71.5%が民間勤務をしている。

なお、2012年新規の歯科医師の登録は、シンガポール国立大学の卒業生が43名、歯科医師登録の規則に則った学位(他国での歯学部の学位など)を持つ歯科医師数は76名、新規の仮登録8名であった。

### **2) 専門医**

専門医には、歯科公衆衛生、歯内療法、口腔外科、矯正、小児歯科、歯周病、補綴の7つの分野がある。それぞれの専門医の人数は、歯科公衆衛生5名、歯内療法40名、口腔外科59名、矯正88名、小児歯科13名、歯周病37名、

補綴 61 名であった。

表 2. シンガポールにおける歯科医師数

	2011 年	2012 年
総歯科医師数	1611	1699
公的機関	318	357
民間勤務	1160	1215
その他	133	127
歯科医師の人口比	1:3,398	1:3,127

### 3) その他の歯科職種

#### (1) オーラルヘルスセラピスト

オーラルセラピストは、2012 年度は 337 名であり、就業先は、公的機関 207 名、再編成された施設（元国立病院等）20 名、民間勤務 88 名、ボランティア機関 1 名、不明 21 名であった。

#### (2) 歯科技工士数

不明であった。

#### (3) 歯科助手数

不明であった。

## D. 考察

本研究ではシンガポールの歯科医療従事者に関する調査を行った。2012 年の歯科医師数は 1,699 名である。歯科衛生士という職種はなく、オーラルヘルスセラピストが現在 337 名いる。

シンガポールの歯学教育は、歯科医師は 4 年間、オーラルヘルスセラピストは 3 年間のコースで行われている。歯科衛生士のコースはない。シンガポールには大学歯学部が 1 校、オーラルヘルスセラピストの専門学校も 1 校のみである。

シンガポールでは歯科医療の質を確保するために、歯科医師登録の際に、正規登録の他に条件付き登録、仮登録、といった分類を行い、歯科医療行為の制限を行っていた。また、2 年ごとに研修を受けて歯科医師免許を更新する必要がある。

日本においては、学部教育は 29 校の歯科大学・大学歯学部で行われ、CBT、OSCE、歯科医師国家試験、臨床研修制度が行われている。しかし、免許取得後の歯科医師の研修制度は、歯科医師会や歯科関連企業などによる講習会など、生涯研修の機会はあるが、それは必須ではなく、国として免許の更新制度や生涯研修の義務化制度は確立されていない。

今後のグローバル化の進展により日本人が外国で診療を行うことや、外国で免許を取得した歯科医師が日本で診療を行うことが可能になることも予想される。外国で修練した歯科医師が日本で歯科医療を提供する際に、国内の歯科医療の質を確保する制度として、現在シンガポールで実施されている歯科医師の登録分類や免許の更新制度は参考となると考えられた。

## E. 結論

本研究ではシンガポールの歯科医療従事者に関する調査を行った。シンガポールでは歯科医療の質を確保するための歯科医師登録の分類、2 年ごとの免許の更新制度があった。現在シンガポールで実施されている歯科医師の登録分類や更新制度は、今後、日本においても参考になると考えられた。

## F. 健康危険情報 なし

## **G . 研究発表**

論文発表 なし

学会発表

- 1) 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
- 2) 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

**H . 知的財産権の出願・登録状況** なし

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

## アジア諸国におけるう蝕予防に関する調査

研究協力者 大城 暁子 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野 リサーチレジデント  
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

2013年11月にタイのクラビで開催された国際会議”Caries Control throughout life in Asia”の資料を翻訳し、アジア各国のう蝕有病状況やう蝕予防のプログラムについて調査を行った。世界的にみて、う蝕は主な歯科疾患の一つであり、子供から成人、高齢者にいたるすべての年齢層の人々が罹患している。う蝕の原因や予防法に関してはすでに様々な方法が研究され、実証されている。多くの国で子供や学童へのう蝕予防プログラムを実施しているが、一部の地域限定のプログラムであったり、一定期間のみ実施されるプログラムのこともあった。う蝕の原因はどの年齢においても同じであることから、小学校や中学校での健康教育は非常に重要だと考えられた。

### A. 研究目的

世界的にみて、う蝕は主な歯科疾患の一つである。学齢期の子供、成人、高齢者において多くの人が罹患している。本研究では、アジア各国における子供、成人および高齢者のう蝕有病状況やう蝕予防プログラムについて調査を行った。

### B. 研究方法

2013年11月20～22日にWHO、FDI、IADRの協力のもとに、タイ・クラビにおいて国際会議”Caries Control throughout life in Asia”が開催された。会議を主催したのは Dental Innovation Foundation under Royal Patronage (DIF)、タイ保健省およびタイ歯科

医師会である。出席者はブータン、ブルネイ、カンボジア、中国、香港、インド、インドネシア、韓国、ラオス、マレーシア、ミャンマー、ネパール、フィリピン、シンガポール、台湾、タイ、ベトナムおよび日本の歯科関係者および保健省の役人である。

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。なお、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、香港のう蝕関連情報は日本語に翻訳したので、資料として添付する。

(倫理面への配慮)

本研究では、すでに保健省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、倫理上の問題はない。

## C. 研究結果

### 1. 子供のう蝕

#### 1) 子供のう蝕の有病状況

う蝕の有病状況は、地域によって大きく異なっている。開発途上国においては、近年までう蝕は少なかったが、ライフスタイルの変化と砂糖の消費量の増加、不十分なフッ化物の使用、口腔疾患予防のための国レベルのプログラムの不足などにより、う蝕有病率とう歯数が急速に増加した。これとは対照的に、過去 20 年ほどの間、先進国ではう蝕有病率の低下が報告されている。これらの傾向は、いくつかの公衆衛生対策、例えば、効果的なフッ化物の応用とともにライフスタイルの改善や口腔清掃習慣の変化、学校における口腔保健プログラムによる成果とされている。

#### 2) 12 歳児の DMFT

WHO によると 12 歳児の平均 DMFT は 1.7 である。12 歳児の平均 DMFT を各国のデータをもとに比較すると、中国とネパールが最も少なく 0.5 で、カンボジアが 3.5 で最も高かった。日本は 1.4 であった(図 1)。

### 2. 成人および高齢者のう蝕

#### 1) 成人・高齢者のう蝕有病状況

う蝕は成人が抱える深刻な健康問題の一つである。有歯顎の高齢者の半数以上が歯冠う蝕もしくは根面う蝕に罹患しており、う蝕はこの年代では、歯周病と並んで、歯の喪失の主な原因となっている。この 20 年で 13 の研究が 9

か国(アメリカ、カナダ、ブラジル、ドイツ、フィンランド、スウェーデン、日本、インド、スリランカ)で実施されている。これらの研究では、高齢者の根面う蝕の有病率は 29~89%の幅があるが、ほとんどの研究では 30~60%の有病率である。成人における年間の根面う蝕の増加は年 0.47~1.0 本で、有病率は最大 45%である。成人の根面う蝕の予防は、世界的に優先順位が高いと考えられている。

また、う蝕は社会的および行動的因子との関連が証明されている。一般的には、低所得の人は定期的に歯科を受診せず、歯磨きを頻繁に行わず、砂糖の消費量が多く、喫煙しており、う蝕に罹患している傾向が認められる。施設に入居している高齢者は、口腔保健状況が悪く、未処置のう蝕が多い。高齢の人々、特に長期間要介護状態の人々にはう蝕予防が必要である。

#### 2) 成人(35~44 歳)の DMFT

35~44 歳の平均 DMFT を各国のデータをもとに比較すると、ネパールの 2.7 が最も少なく、フィリピンの 12.9 が最も多い。日本は 12.3 でフィリピンの次に多かった(図 2)。

#### 3) 高齢者(65 - 74 歳)の DMFT

65~74 歳の DMFT を各国のデータをもとに比較すると、インドの 6.1 が最も少なく、マレーシアの 24.4 が最も多かった。日本は 20.0 だった(図 3)。また 65 - 74 歳の年齢層で DMFT のデータがない国も多かった。

### 3. う蝕予防プログラム

#### 1) 地域におけるう蝕予防

##### 子供のう蝕予防プログラム

乳幼児期、学童期を対象としたう蝕予防プログラムは多くの国で実施されていた。

シンガポールでは全ての小学校・中学校での学校歯科保健プログラム、未就学児の歯科保健プログラムや社会経済的地位（SES）の低い家庭の未就学児の歯科保健プログラムが行われている。また、う蝕リスク評価が導入されており、低う蝕リスクだと判定をされた児童は、毎年のスクリーニング検査から除外されている。

タイでは妊婦、0～2歳、3～5歳、学校での歯科保健プログラムなど年齢別に行われている。一部の学校では、フッ化物添加牛乳も児童に提供されている。また、一部の地域で行われている”No Soda School”キャンペーンでは、学校で炭酸飲料、甘味飲料、スナック菓子の販売をやめるように促している。

ベトナムでは学校をベースとした学校歯科プログラム（SDP）が導入されている。フッ化物洗口やシーラントによる予防処置が行われている。

マレーシアでは、学校歯科保健プログラムが全国的に普及している（95%以上）。

インドネシアでは学校歯科健康プログラムで、食後の歯磨き、シーラントによる予防処置を一部の地域で行っている。

ミャンマーでは子供のう蝕予防プログラムとして、小学校の教科書に口腔保健に関するメッセージを記載したり、歯磨きや健康教育が行われている。

フィリピンでは6歳未満の”Orally Fit Child Program”と学童期の”Fit for School Program”が口腔衛生状況の改善に大きく貢献した。

カンボジアでは子供を対象したプログラム”Bright Smiles Bright Future”、”Fit for School Program”、“Seal Cambodia”など様々なプログラムが行われている。

インドでは学校における健康プログラムの

中に歯科も含まれるが、主要都市で行われているため、全国的には普及していない。歯科大学によるデンタルキャンプにより、集落ごとの口腔ケア事業を実施している。

ブータンでは学校健康プログラムが行われているが、口腔に関しては古いカリキュラムのままとなっている。

韓国では学校を中心に口腔保健プログラムが行われており、小学生を対象に健康教育、小学校での歯磨き設備や歯科用ユニットの設置が行われている。

中国では未就学児にフッ化物塗布、小学生には第一大臼歯にフィッシャーシーラントでの予防処置を行っている。

台湾では小学生の98%以上が毎週昼食後にフッ化物洗口を行っている。

香港では学校歯科保健事業が全ての小学生を対象に行われている。また、ホームページでの情報提供や24時間電話相談も行っている。

### **成人・高齢者のう蝕予防プログラム**

成人を対象としたう蝕予防プログラムは、子供対象のものと比較するとあまり多くは実施されていない。高齢者を対象としたプログラムの多くはう蝕予防ではなく、歯科治療の提供である場合が多い。

シンガポールでは成人歯科サービスを行っており、主に低所得者、高齢者に治療を提供している。

タイでは”The Royal denture project”では全部床義歯の提供や高齢者へのヘルスプロモーション活動を展開している。他にも、高齢者クラブや”National Geriatric dentistry plan”などを実施している。

インドネシアでは高齢者を対象にう蝕予防プログラムの一環として、スクリーニングと歯

磨き指導を行っている。

ミャンマーでは高齢者向けのヘルスケアプロジェクトが拠点病院や保健センターで行われている。

インドでは高齢者の治療は歯科大学によるデンタルキャンプにより行われている。

韓国では高齢者を対象としたフッ化物塗布およびスクーリングプログラムを実施している。

## 2) フッ化物の応用

### フロリデーション

ブータン・ブルネイ・インド・マレーシア・シンガポールおよびベトナムでは、う蝕予防のコミュニティレベルでのプログラムとしてフロリデーションを行っていることが報告されている。

### フッ化物配合歯磨剤

参加国すべてにおいて、フッ化物配合歯磨剤が普及していることが明らかになった。

## E . 結論

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、各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。

このように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。

## F . 研究発表 なし

## G . 知的財産権の出願・登録状況 なし

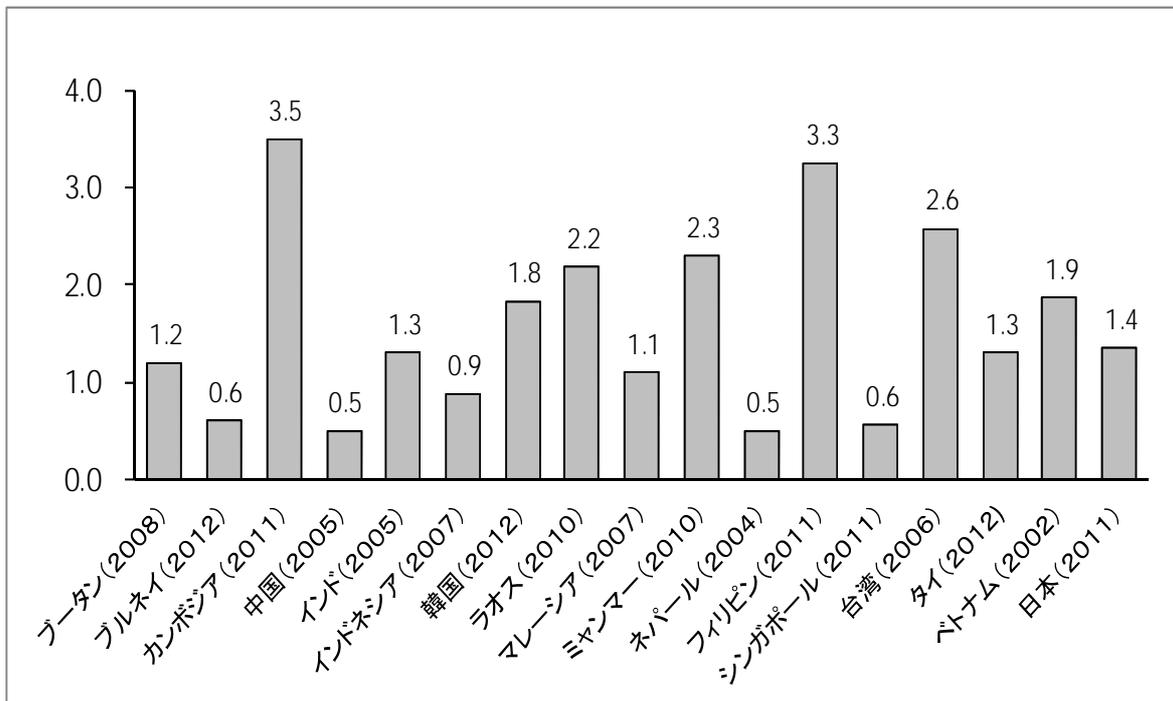


図1 12歳児の平均 DMFT の比較

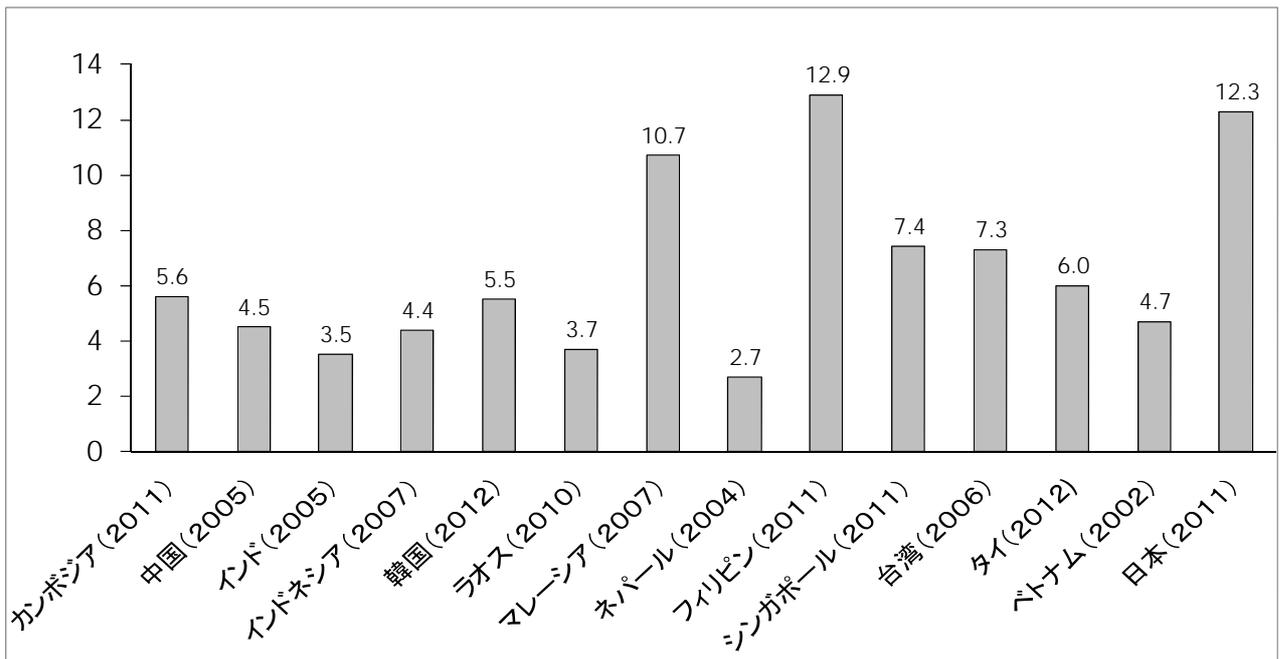


図2 35 - 44歳の平均 DMFT の比較

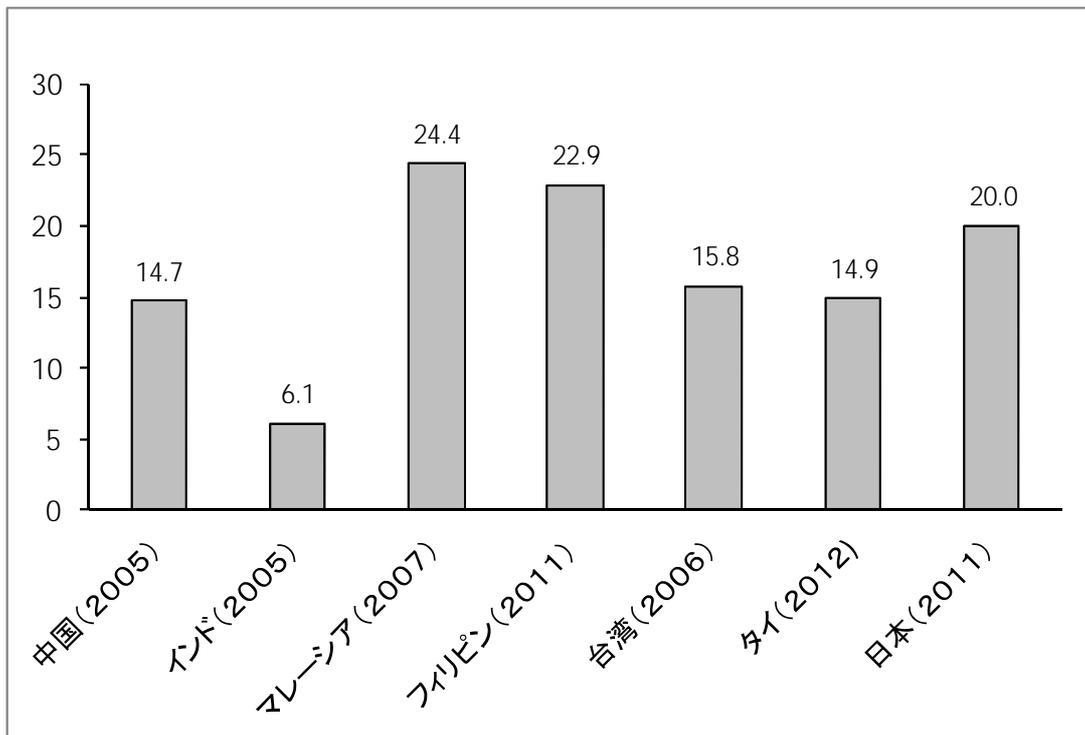


図3 65 - 74 歳の平均 DMFT の比較

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

**ヨーロッパ連合（EU）加盟国の歯科保健医療制度について**

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**

ヨーロッパ歯科審議会が2009年に発表した「EU Manual of Dental Practice」には、ヨーロッパ連合（EU）加盟国における歯科医療従事者の種類や数、教育制度、歯科保健医療制度、生涯研修、免許更新制度等に関するデータが記載されている。本研究では、この本の内容を翻訳して、EU加盟国における歯科保健医療制度について検討を行った。歯学教育の年数、臨床研修、保健医療制度等は国によって違いが認められた。生涯研修については、半分以上の国で義務化されており、現在は義務化されていないが検討中という国もいくつかあった。生涯研修の重要性が認識され、どの国も義務化の方向へ動いていた。将来、我が国においても歯科医師が最新の歯科の知識や技術を身につけ、より質の高い歯科医療を提供するために必要な制度であると考えられた。

**A. 研究目的**

ヨーロッパ連合（European Union: EU）では「移動の自由」の方針のもと、EU加盟国の国民はEU域内を自由に移動し、働くことができる。EU国内の大学で免許を取得した歯科医師も同様に、EU域内を自由に移動し、どの国においても働くことができる。しかし、国や地域により、歯科医療従事者の種類や数、教育制度、歯科保健医療制度、歯科保健状況等が異なるなかで、「移動の自由」を実現し、歯科医師の移住がスムーズにできるようにするためには、各国の歯科情報の公開が必要である。その取組みの一つ

が「EU Manual of Dental Practice」の作成である。これは2009年に英国のカーディフ大学歯学部歯科公衆衛生分野のDr. Anthony S KravitzとProfessor Elizabeth T Treasureが執筆し、ヨーロッパ歯科審議会（Council of European Dentists）がウェブ上に公開したものである。

医療の国際化、標準化が進展する中、日本においても海外の歯科情報を入手しておくことは重要である。本研究の目的は、EUにおける歯科保健医療制度および歯科教育などについての情報を収集し、紹介することである。

## B. 研究方法

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、全体の概要の説明および国別の資料が掲載されている。そこでその内容を日本語に翻訳し、日本と比較して検討を行った。

翻訳したのは、以下の6カ国である(添付資料参照、アルファベット順)。

- ・ 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)

(倫理面への配慮)

本研究では、すでに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

### 1. EU Manual of Dental Practiceについて<sup>1)</sup>

EU Manual of Dental Practiceはヨーロッパ歯科審議会によって出版されている、ヨーロッパ連合における歯科関連情報の詳細をまとめたものである。1997年に初めて出版され、その後2000年、2004年、2008～9年の3回にわたり改訂された。他の国で働くことを検討している歯科医師や歯科学生、さらに政策立案者が、必要な情報を入手しやすいように編集されている。

本書は前半がEU加盟国の項目別比較、後半が国別の詳細な情報になっている。国別の情報は、統一された項目と形式で記載されており、比較しやすいように工夫されている。

### 2. 歯科に関する保険制度

EU諸国ではすべての国が独自の保険制度を

有するが、歯科治療の場合には、患者による一部自己負担の支払いが一般的である。医療に関しては、ほとんどの国において、成人が個人負担するのは薬やメガネ代だけである。したがって、EU諸国において歯科医療費用は他の医療費用と比較して個人の負担割合が大きくなっている。国あるいは保険会社による制度として、公的保険制度、国民健康保健、民間企業による任意保険などがある。

EU加盟国における保険制度は2つに大別され、さらにそれぞれが2つに分類される。国民健康保健サービスタイプは税金を財源とし、対象者によってカテゴリカル(対象者が子供、障害者など)とユニバーサル(全国民対象、財源は税金)に分類される。社会保険制度(疾病金庫)は所得制限型と非制限型に分けられる(表1、2)。

## 3. 口腔保健データ

EU加盟国の中で、12歳児の口腔保健状態の上位はデンマーク、ドイツ、英国であった。資料として翻訳した6カ国の状況をグラフに示した。

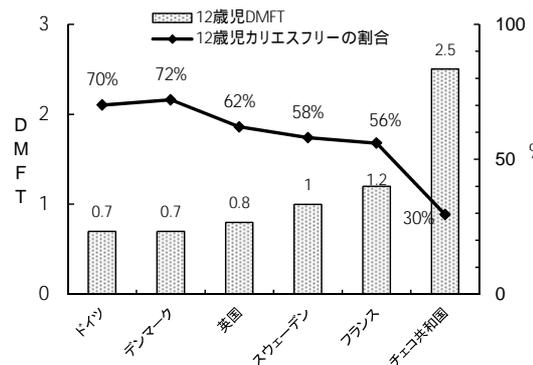


図1 主要国における12歳児の口腔保健状況

## 4. フッ化物応用

EUに属する27カ国およびアイスランド、リヒテンシュタイン、ノルウェー、スイス、クロアチアを含めた32カ国におけるフッ化物応用の状況を表に示す(表3)。フッ素は天然水に含まれている国がいくつかあるが、ハンガリー、アイ

ルランド、スペイン、英国においては水道水に添加されている。フッ化物の全身応用としてはブルガリアにおいてミルクへの添加、ラトビアではフッ化物錠剤、チェコ共和国、ドイツ、フランス、スロバキアおよびスイスにおいては塩にフッ素を添加している。

## 5. 歯科の受診頻度 (表4)

歯科定期検診のための受診頻度は、個人や国レベルのカリエスや歯周病の罹患レベル、水道水フッロリレーションなどの普及、社会経済状況などが影響している。EU加盟国から患者の通常受診頻度に関するデータを集めたところ、疾患を持つ患者は受診頻度が高くなる傾向が全体を通して見られた。大半のヨーロッパの国において、歯科医療費用の総支出と治療数は、患者自己負担料と開業医の報酬に左右される。歯科医療の分野では民間開業医が多いため、患者の支払いの管理、固定の報酬、補助金制度などが、歯科医師の治療行為および患者の歯科受診の動機付けとなる。

表4 患者の歯科受診間隔

約6ヶ月	チェコ共和国 ポーランド	マルタ
9から12ヶ月	デンマーク オランダ スイス	エストニア スロベニア
1年	オーストリア キプロス ドイツ アイスランド イタリア ルーマニア	ベルギー フランス ハンガリー アイルランド ラトビア

## 5. 歯学教育

EU全体では、歯科大学・歯学部は196校あり、国あたりの学校数ではドイツが31校と最多で

ある。EU全体では、半数の学校において入学者選抜が学力試験によって実施されている。国によっては、1年生の終わりに試験を実施しているところもあるが、ほとんどの国では、高校の成績で歯学部入学が決まる。歯学部入学者数はEU全体で14,000名以上である。そのうち61%が女性、卒業するのは平均して全体の80%にあたる学生である (表5)。

歯学教育の年限は最低5年であり、教育期間が5年以上であるのは以下の8カ国である。

- ・ オーストリア (6年)
- ・ アイスランド (6年)
- ・ オランダ (6年)
- ・ スロバキア (6年)
- ・ スロベニア (6年)
- ・ フランス (6年)
- ・ ブルガリア (5.5年)
- ・ クロアチア (5~6年)

フランスにおいては、一年次は医学部と合同で教育を受け、試験の結果により、歯学教育に進学でき、以降の5年間を歯科学生として過ごす。

英国では、既卒者(大学卒業資格保持者)を受け入れる学校が2校あり、さらにスコットランド北部に1校建設予定である。入学資格として生物学の学位が必要である。

## 6. 資格取得後の教育と研修

### (1) 臨床研修 (表6)

EU/EEA (European Unionに属する27カ国および European Economic Areaに属する4カ国)の半数が、新卒者の臨床研修を行っている。国によっては卒業後の研修が任意のところもある。臨床研修の内容、期間は国によって異なる。臨床研修が義務化されている国とその期間は表6のとおりである。

## (2) 生涯研修(表7)

EU/EEAは、歯科医師が生涯にわたり専門的な研修を継続していくことを倫理的義務としている。現在、半数以上の75%近くの国において、生涯研修が義務化している。導入を議論中の国がいくつかあり、2008年までに生涯研修を義務化している国は17カ国に増え、2010年までにさらに3カ国が導入する予定である。

## (3) 資格と登録(表8)

すべてのEU/EEAに属する国において、歯科医師は信頼できる機関に登録することが必要である。この機関は、多くの国において、歯科医師会とは異なる政府が取り決めた機関である。歯科医師として働くためには基本的な資格(歯科医師免許)は原則として必要である。加えてEU国民であることの証明、歯科医師として登録している機関からの推薦文、場合によっては保険加入に関する書類まで必要となる。

## (4) 専門医(表9)

EU/EEAの大半の国において矯正歯科と口腔外科Oral Surgery(口腔顎顔面外科Oral and Maxillofacial Surgery: OMFS)の2つが専門医として認められている。オーストリア、ルクセンブルク、スペインでは歯科分野に専門医制度がない。EC指令(European Council指令05/36, EC.)によって、オーストリア、ベルギー、フランス、スペインでは、口腔顎顔面外科OMFSが唯一医科の専門分野として認められている。オーストラリアにおいて歯科の専門医が存在しないのは、長い間歯科は医科の一分野と考えられていたからである。オーストリア国内の3大学で3年間の口腔顎顔面外科の専門医養成コースを提供している。

表9に国別の専門医の種類と人数を示した。アイスランドおよび英国は10以上の歯科分野における専門医を認めている。歯科矯正の専門

医を認めている国は28カ国、口腔外科は24カ国、歯周病分野は15カ国、小児歯科分野は14カ国、歯科公衆衛生分野は5カ国(ブルガリア、フィンランド、ドイツ、アイスランド、英国)であった。その他の多くの専門分野が、正規養成プログラムなど色々な形で実際は認められている。しかし、これらはEC歯科指令によって正式に認められていない。

EUの大半の国において、紹介状なしに専門医の受診が可能であるが、英国においては、専門医の診察を受けるためにはかかりつけ医の紹介状が必要である。

## D. 考察

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ている本マニュアルは、ヨーロッパの歯科事情白書とも言える。複数の国の状況を概観することで、大まかな動向を把握することができる。日本においては歯科医学教育白書が発行され、歯学部現状、歯科医学教育プログラム、臨床研修、専門医制度、生涯研修などについてまとめられている。医療の国際化、標準化が進展する中、本書を英語に翻訳し日本の歯科医学教育について情報提供することが今後、必要であると考えられた。

歯学教育期間、臨床研修は国によって様々であった。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が、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。このような制度において、歯科医師の登録機関による歯科医師の質の管理が重要になってくる。その意味で、生涯研修は歯科医師の質を保証するために重要であり、大半の国で制度化されていた。生涯研修はほとんどの国で義務化されており、義務化されていないが議論中という国もいくつかあった。ヨーロッパにおいては、生涯研修の重要性が認識され、義務化の方向へ動いていると

考えられた。日本において生涯研修は今のところ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がいると推察される。EU諸国を含めた世界の動向を視野にいれながら、教育内容を含めて検討を進めていくことが必要であると考えられた。

歯科専門医については口腔外科および歯科矯正専門医がほとんどのEU加盟国で認められていた。ヨーロッパにおいては、大学で数年間の専門分野の研修を受けた後に、大学および関連学会から認定を受けるシステムになっていた。専門医の研修は、監督局から認定を受けた歯学部附属病院などで行っていた(詳細は各国の翻訳資料に参照のこと)。日本においては、厚生労働大臣によって承認を受けているのは口腔外科、歯周病、歯科麻酔、小児歯科、歯科放射線専門医の5分野である。厚生労働大臣によって承認を受けている5分野以外にも、日本歯科医学会が認定する専門医および認定医が日本には存在する。専門医教育を行うのは学会で、専門医の認定を受けるためには学会に所属し、学会での発表や学会が主催する研修への参加が専門医認定の条件の一部であるという点で、EU諸国と専門医制度が異なっていた。

## E . 結論

EU 圏内において、生涯研修は全ての国において義務化はされていないが、義務化に向かって動きつつあった。歯科医師免許の取得以降も、生涯にわたって学習を続け、質の高い歯科医療を提供するのが歯科医療従事者の責務である。そのために、歯科医療従事者に対する生涯研修制度を作ることは、医療を受ける側にとってメリットが大きく、歯科医療水準の向上につながる

ると考えられた。

## F . 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

## G . 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

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

## 参考文献：

- 1) ヨーロッパ歯科審議会 (Council of European Dentists)  
<http://www.eudental.eu/index.php?ID=2740>
- 2) 日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集  
歯科医学教育白書 2011 年度版 (2009 ~ 2011 年)

表1 国民健康保健サービスタイプ

<b>National Health Service type</b> <b>国民健康保健サービスタイプ</b> ・公的 ・財源は税金および患者自己負担金 ・対象外の治療は全て民間保険	
一部の人対象 <b>(カテゴリカル)</b>  対象となるのは特定の人 のみ(例 子供 障害者 高齢者 低所得者)	キプロス アイスランド アイルランド マルタ スペイン
全国民対象 <b>(ユニバーサル)</b>  全国民が対象だが、治療 の幅が限られている。	デンマーク フィンランド ギリシャ イタリア ノルウェイ 英国

表2 社会保障タイプ(疾病金庫)

<b>Social Insurance type (疾病金庫)タイプ</b> ・強制加入の保険制度で、人によっては任意の保険で不足分 を補うこともある。 ・患者の収入によって保険料が異なる。 ・疾病金庫が提供しない治療は、自由診療で提供される。	
<b>所得制限あり</b> 全て、一部の保険による治療を提 供しない。高所得者は民間の保 険に加入する。	ドイツ
<b>所得制限なし</b> 子供 高齢者 障害者 低所得者 には提供する歯科保険サービ スには制限なし 一定の収入を超える成人には歯 科保険サービスを部分的に提供 する。	オーストリア ブルガリア クロアチア チェコ エストニア フランス ハンガリ ラトビア オランダ スウェーデン スイス

表3 EU諸国におけるフッ化物応用

オーストリア	なし
ベルギー	自然水
ブルガリア	フッ化物添加ミルク
クロアチア	なし
キプロス	自然水
チェコ共和国	食塩
デンマーク	自然水
エストニア	なし
フィンランド	なし
フランス	食塩と無料の歯磨き剤
ドイツ	食塩
ギリシャ	なし
ハンガリー	水道水フッロリデーション
アイスランド	なし
アイルランド	水道水フッロリデーション
イタリア	自然水、無料の歯磨き剤
ラトビア	リスクのある子供にタブレットと歯磨き剤配布
リヒテンシュタイン	なし
リトアニア	なし
ルクセンブルク	なし
マルタ	自然水、無料の歯磨き剤
オランダ	なし
ノルウェー	なし
ポーランド	自然水
ポルトガル	無料歯磨き剤
ルーマニア	なし
スロバキア	食塩
スロベニア	自然水
スペイン	水道水フッロリデーション、カナリー諸島は自然水
スウェーデン	無料の歯磨き剤
スイス	食塩
英国	天然水 水道水フッロリデーション 無料の歯磨き剤

表5 国ごとの歯学部数、定員、教育年数

		学校数	公立	私立	入学者/年	卒業者/年	女性の割合	年数
オーストリア	2008	3	3	0	120	119	65%	6
ベルギー	2007	5	4	1	230	175	80%	5
ブルガリア	2008	3	3	0	170	126	50%	5.5
クロアチア	2008	3	2	1	160	80	67%	5 or 6
チェコ共和国	2007	5	5	0	260	250	38%	5
デンマーク	2008	2	2	0	160	135	71%	5
エストニア	2008	1	1	0	30	30	87%	5
フィンランド	2008	3	3	0	145	81	74%	5
フランス	2008	16	16	0	1,047	900	55%	6
ドイツ	2006	31	30	1	2,547	1,539	60%	5
ギリシャ	2008	2	2	0	280	270	62%	5
ハンガリー	2007	4	4	0	255	210	53%	5
アイスランド	2008	1	1	0	7	6	67%	5
アイルランド	2008	2	2	0	84	64	60%	5
イタリア	2008	34	34	4	850	800	30%	5
ラトビア	2008	1	1	0	35	30	87%	5
リトアニア	2006	2	2	0	118	117	74%	5
マルタ	2007	1	1	0	8	8	50%	5
オランダ	2007	3	3	0	300	226	55%	6
ノルウェー	2007	3	2	1	153	110	50%	5
ポーランド	2008	10	10	0	855	809	80%	5
ポルトガル	2007	7	3	4	591	425	59%	5
ルーマニア	2008	11	8	3	1,500	1,000	60%	5
スロバキア	2008	2	2	0	101	45	60%	6
スロベニア	2008	1	1	0	70	49	70%	6
スペイン	2007	17	12	5	2,842	2,842	70%	5
スウェーデン	2008	4	4	0	247	166	67%	5
スイス	2007	4	4	0	173	126	45%	5
英国	2008	15	15	0	1,063	844	52%	5
EU全体	2013	196	176	20	14,401	11,582	61%	

表6 臨床研修が必修の国と研修期間

国	臨床研修の期間
ベルギー	12ヶ月
チェコ共和国	36ヶ月
デンマーク	12ヶ月
フィンランド	12ヶ月
ドイツ	24ヶ月
ラトビア	24ヶ月
リトアニア	12ヶ月
ポーランド	12ヶ月
スロバキア	36ヶ月
スロベニア	12ヶ月
英国	12ヶ月

注 チェコとスロバキアの36ヶ月の研修は2009年に終了した。

表7 生涯研修の有無

オーストリア	×	義務でない
ベルギー		6年間で60時間。年最低6時間
ブルガリア		3年で30時間
クロアチア		年7時間
キプロス	×	義務でない
チェコ共和国		修了証とともに義務化されている。修了証があれば給料が高くなる
デンマーク		2009年以降、年25時間の研修が義務化された
エストニア	×	義務でない
フランス		5年で800単位(時間)、最低年150時間
フィンランド	×	義務でない
ドイツ		5年ごとの免許更新に生涯教育受講が必要
ギリシャ		2008年に義務化を話し合う
ハンガリー		5年で250時間
アイスランド		任意で年20時間
アイルランド		2010年より義務化
イタリア		3年で150時間。年30時間以上、70時間以内
ラトビア		5年間で250時間
リトアニア		5年間で120時間
ルクセンブルク		歯科医師が必要内容を決められる
マルタ		義務でない。審議中
オランダ	×	義務でない
ノルウェー		倫理的に強制している
ポーランド		4年で200時間
ポルトガル		2009年に義務化
ルーマニア		5年で200時間
スロバキア		5年で250時間
スロベニア		7年で75時間
スペイン	×	義務でない
スウェーデン	×	義務でない
スイス		年10日
英国		5年で正規コース75時間に加えて非正規コース175時間、専門医の場合は時間数がやや多い。

表8 歯科医師登録の監督局と登録費用

	歯科医師登録の監督局	費用(2008)
オーストリア	地方組織を通じてオーストリア歯科医師会に登録	収入の数%
ベルギー	連邦保健局	年550ユーロ(93,500円)
ブルガリア	地方の歯学部を通じてブルガリア歯科医師会に登録	年51ユーロ(8,670円)
クロアチア	クロアチア歯科医師会	データなし
キプロス	キプロスDental Councilとキプロス歯科医師会	初年度34.17ユーロ(5800円)、 それ以降年120ユーロ(20,400円)
チェコ共和国	チェコ歯科医師会と地方監督局	年間会費に含まれている
デンマーク	保健省	データなし
エストニア	Healthcare Board/General Dental Council within the Commis	年65ユーロ(11,000円)
フィンランド	医療関連の国家監督局	年300ユーロ(51,000円)
フランス	Ordre National	年354ユーロ(60,200円)
ドイツ	KZV(保険歯科医協会)	会費に含まれている
ギリシャ	保健および社会保険省および地方歯科医師会	地方によって異なる
ハンガリー	保健省	無料
アイスランド	保健および社会保険省	データなし
アイルランド	アイルランド歯科医師会	年150ユーロ(25,500円)
イタリア	Federazione Ordini dei medici Chirurghi e degli odontoiatri	地方によって異なる
ラトビア	Pauls Stradinis' Clinical university Hospital	無料
リヒテンシュタイン	Amt fur Gesundheitsdienste, a public authority	年620ユーロ(105,400円)
リトアニア	リトアニア歯科医師会の免許管理委員会	初年度17ユーロ(2890円)、 それ以降年43.5ユーロ(7,400円)
ルクセンブルク	保健省	年200ユーロ(34,000円)
マルタ	Medical Council 2011年までは海外の歯科医師は就労許可が	年35ユーロ(5,950円)
オランダ	公的保健福祉およびスポーツ省およびBIG登録	年80ユーロ(13,600円)
ノルウェー	ノルウェー医療従事者登録監督局	年116ユーロ(19,720円)
ポーランド	地方の医師および歯科医師会	無料
ポルトガル	The Ordem dos Medicos Dentistas (OMD)	250ユーロ～1000ユーロ (42,500円～170,000円)
ルーマニア	ルーマニア歯科医師会	初期登録のみ必要
スロバキア	スロバキア歯科医師会	15ユーロ(2,550円)
スロベニア	スロベニア医師会	70ユーロ(11,900円)
スペイン	Regional colegios (central list held at Consejo in Madrid)	216ユーロ～600ユーロ (36,720円～102,000円)
スウェーデン	保健福祉庁	年64ユーロ(10,880円)
スイス	連邦局、登録は各26のCantonal authoritiesが行う	無料
英国	GDC (General Dental Council)	年550ユーロ(93,500円)

為替レートは1ポンド=170円で計算した(2014年4月時点)。

表9 専門医の種類と人数

year	歯科矯正	OS (口腔外科)	OMFS (口腔顎顔面外科)	小児歯科	歯周病	補綴	歯科 公衆衛生	その他
オーストリア	0		120					
ベルギー	380		290		95			
ブルガリア	35	226	45	577	31	116	17	yes
クロアチア	160	98		145	94	145		yes
キプロス	40	13						
チェコ共和国	299		70					
デンマーク	258		91					
エストニア	52		22					yes
フィンランド	149	85		86	2	144	105	yes
フランス	1,937							
ドイツ	3,309	2,048					480	
ギリシャ	396		174					
ハンガリー	268	43	208	285	40	NK		
アイスランド	19	3		4	10	4	4	yes
アイerland	110	35	5					
イタリア	1,900		640					
ラトビア	17	0	34	21	6	16		
リヒテンシュタイン	2	2			1			
リトアニア	73	75	23	56	35	285		
ルクセンブルク								
マルタ	7		1	2	2	1	2	yes
オランダ	261		214	40	80			
ノルウェー	192	59	0	18	74	46		yes
ポーランド	1,078	713	260	478	369	1,441	71	
ポルトガル	38	4	90					
ルーマニア	412	157	234					
スロバキア	198	89	26	74	95	64		
スロベニア	106	28	28	50	33	47		
スペイン								
スウェーデン	255	0	143	85	105	117		yes
スイス	260	154			102	61		
英国	1,158	768	220	224	280	377	116	yes
<b>総数</b>	<b>13,360</b>	<b>4,600</b>	<b>2,938</b>					

歯内療法と歯周病は国によってはひとつの専門分野とされることがある。表の数値も国によっては2つの合計のものもある。

## 1. チェコ共和国の概要

EU 及び EEA への加盟	2004 年
人口(2008 年)	10,381,130
一人当たりの GDP および PPP(2006 年)	20,612 ユーロ
通貨	チェコクラウン(CZK)
言語	チェコ語
歯科医師数	8,146 人
歯科医師一人あたりの人口	1,473 人
チェコ歯科医師会加入割合	100%

全国民が義務的に加入する健康保険システムがあり、政府が承認する 9 社により運営されている。公衆衛生予算の約 6%が歯科に使われている。約 70%の歯科治療は国の保険制度により支払われており、残りは自由診療である。専門医制度は整備されており、病院の助手は歯科衛生士のみに限られている。歯科医師の生涯研修は義務化され、受講により臨床技術の証明書が与えられ、治療料を高く設定できる。

## 2. 医療制度の概要

チェコ共和国は人口と国土が小さな国家である。チェコ共和国は共和制で民主主義国家である。国家は、議会による立法、主に大統領と政府による行政、様々な法廷による司法の 3 つに分かれている。13 の広域自治体からなり、首都のプラハも広域自治体に含まれる(13 県および首都プラハ)。

チェコの医療保険は、リスク分散の連帯の原理に沿って作られ、高いレベルの自治と、公的健康保険による様々な財源、医師と医療機関の自由な選択、公的医療保険の枠組みの中での保険会社の自由選択、そして被保険者が平等に医療サービスを楽しむことができる仕組みになっている。

医療は、主に強制加入の公的保険により提供される。強制加入の公的保険制度は州が認可した 10 社により提供される。この保険制度(疾病金庫 Sick fund)は、法的に決められた標準的な医療を提供する。契約によって加入する医療保険は補助的なものである。

公的医療保険に加入するには、定期的に保険料の支払いが必要である。加入者は様々で、被雇用者・雇用主・自営業者、州を含む。

被雇用者が公的医療保険制度に加入している場合、雇用者と被雇用者は保険料を折半して支払う。全保険料の 3 分の 1 を被雇用者が支払い、残りの 3 分の 2 を雇用主が払う。それぞれ収入の 4.5%と 9%にあたり、総給与の 13.5%になる。自営業者は、保険料を月々支払うが、支払い額は年末の会計で決まる。

州は、公的医療保険制度の加入者のための保険料を支払うが、州の予算から保険会社 insurer に、法的に必要な額が送金される。この加入者には、子供(18 歳、あるいは 26 歳の学生まで)と、年金受給者(チェコ年金制度により年金を給付されている)、育児休暇あるいは 7 歳までの少なくとも一人の子、あるいは 15 歳までの二人の子を育てている母親、国家公務員、容疑者や服役囚などが含まれる。

チェコ共和国に永住しているが、被雇用者・自営業者・州が保険料を支払っている、のどれにも当たらない人は、個人の保険会社に保険料を支払う必要がある。

		年	出典
総医療費の対 GDP 比 (%)	6.8%	2006 年	OECD
医療費の政府負担割合( 公的資金 )( % )	87.9%	2006 年	OECD

### 3. 歯科医療制度

		年	出典
総歯科医療費の対 GDP 比 (%)	0.36%	2006	チェコ歯科医師会
歯科医療費の私費の割合(%)	No data		

公的医療の予算のうち約 6%が歯科に使われている。医療の予算は、保険基金の推定額より毎年見積もられている。口腔のヘルスケアは、チェコ歯科医師会 (Czech Dental Chamber: CSK) により運営されている。

#### 1) 公的歯科医療

保険基金は強制加入の公的医療保健によって運営されているのは先述の通りである。予算の配分は、政府の医療政策により決められている。

歯科医療の 80%は医療保険制度により、残りは開業医による自費診療である。疾病金庫 (The Sick Funds) は国の法によって自主管理されている。

歯科医療は、大学病院または民間開業医と技工所により提供されている。2007 年には、約 90%の歯科医療が民間開業医により提供された。

保険のシステムでは、アマルガム充填や歯内療法(ペースト状の根管充填)、外科的・歯周病学治療、基本的な補綴治療などの基本的な保存的治療が提供される。基本的な治療項目(項目は法律によって規定されている)には外来一部負担金は発生しない。患者一人あたりの年間の治療量の限度はない。

審美的充填物、基本的でない歯内治療(ガッターパーチャーの側方・垂直的充填、加熱充填)、インプラント、成人の固定式矯正治療器具は全額患者負担である。クラウンブリッジ、部分床義歯、可撤式矯正治療器具は、一部は疾病金庫が支払い、残りを患者自身が支払う。その割合は以下の例のように、補綴物によりことなる。  
例) 金属 - セラミッククラウン = 15-20%が疾病金庫、80~85%が患者負担  
鑄造フレームの部分床義歯 = 30-60%が疾病金庫、40~70%が患者負担

治療開始にあたり事前の承認は不要で、在宅ケアの提供はない

18歳までの子供は、費用の高い治療に対しても医療保険のカバー率が高く、大人の場合、全ての充填物・全ての歯内治療・補綴物のより高価なものなどは一部自己負担でカバーしている。主にプラハと他の大きな都市の 1%以下の歯科医師、は完全に保険外で、完全自由診療をしている。歯科治療費は、直接歯科医師と交渉する契約により決められ、全額患者負担である。よって治療費用は、完全に自由である(市場調査による)。

フルタイムで働く歯科医師は通常 1,650 人の患者に対応する。ほとんどの成人は基本的には 6 ヶ月に一度定期検診を受ける。

チェコ共和国の一部の地域では、矯正治療と口腔外科専門医、歯周病、小児歯科医が不足している。

**2) 民間歯科医療保険**

記載なし

**3) 歯科医療の質の評価**

チェコ歯科医師会は、治療に関して患者が不満を訴えた時に介入する。訴えは、最終的に地方歯科医師会監査委員会で審査される。歯科医師の医療過誤や倫理問題の審査をするのは、地方歯科医師会名誉委員会である。

**4) 口腔保健データ**

		年	出典
12 歳児 DMFT	2.5	2006	歯科医師会
12 歳での DMFT がゼロの割合	29.5%	2006	歯科医師会
65 歳以上で無歯顎者の割合	18.2%	2003	歯科医師会

**5) フロリデーション**

チェコ共和国では、水道水フロリデーションは行っていない。フッ化物添加塩はボランティアベースで一部存在する。歯科医師は、年齢と患者の口腔状態によってフッ化物配合歯磨材の使用または他の局所フッ化物応用の利用を勧める。

**4. 歯科医療従事者の養成と登録****1) 学部教育**

歯科大学に入学するには高校に卒業し、卒業証書をもらう必要がある。入学に際し、学科試験に通る必要があるが、それ以外の応募要件はない。

	2007 年
学校数	5
入学者数	260 人
卒業者数	250 人
女性の割合	38%

歯科大学は医学部口腔学科として存在する。

2003 年までの学生の卒業までの年数は 5 つの歯科大学で 5 年・5 年半・6 年と異なっていた。しかし、2004 年からは歯学教育は EU の基準による新しいカリキュラムにより、全ての大学が 5 年制となった。

歯科大学の質保証の責任は教育省、大学の学長および学部長にある。

**2) 初期歯科医師免許: Primary dental qualification**

2003 年では、歯科医師免許の名前は MUDr で、一般の医師と同じであった。しかし、卒業証書では「口腔の医療に関する医科大学を卒業した医師: *Medicinae universae doctor in disciplina medicinae stomatologicae*」ように書かれている。名称変更の法律は、順に行われ、現在の歯科医師免許では MDDr である。この名称変更は、2004 年から新しい歯科教育が開始したことに関連している。

**3) 卒後研修 (Vocational Training)**

歯科医師免許に続き、熟練の歯科医師の下で 36 ヶ月の卒業後の研修があり、研修後は歯科医師会より修了証明

書が授与される。この研修は試験により完了するのでなく、指導医の判断により修了する。修了して初めて歯科医師としての正式な免許を得ることができ、開業もできる。研修期間中、歯科医師は被雇用者となり給料を支給される。この卒後研修は、臨床的な面(参加者は、予防的・診断的・治療項目のリストを満たさなければならない)、また理論的な意味での訓練(推奨されたコースと講義の受講が必修)に分かれている。

この職業訓練のシステムは MDDr の一期生が卒業した 2009 年まで続くとされている。この卒業生は他の EU 諸国と共通した教育と訓練を受けた学生で、卒業生は資格取得後すぐに他の EU 諸国で働くことができる。

2009 年には新しいチェコの法律が導入される予定で、その結果、医師と歯科医師 (MUDr.、MDDr.) 全ての卒業生が、大学修了後、ただちに免許が認められることになる。

チェコの卒後研修は、他の EU 諸国の歯学部卒業生に対しては義務化されてない。

#### 4) 歯科医師登録制度(Registration)

歯科医師は保健省、歯科医師会、地域管理局 the Regional Authority に登録しなければならない。歯科医師登録をするためには、歯科医師免許とチェコ共和国の永住許可、労働許可、そしてチェコ語の試験合格が必要である。

しかしながら、チェコの歯科医師の保健省への登録制度はないため、登録料は無料である。チェコ人でない、海外の歯科医師には、保健省の資格の確認を行うが、この手続きも無料である。

歯科医師会は、歯科医師の資格および診療状況に関する情報などを登録・管理している。

##### 外国人がチェコ共和国で歯科治療をするために必要なもの

1. 保健省管理下の大学卒業証書の確認
2. 十分なチェコ語の知識(チェコ語のテストの合格)
3. 長期居住あるいは永住許可
4. EU 諸国で取得した資格は認められる。チェコ共和国国内での歯科診療への認可は保健省が行い、EU 外からの歯科医師は許可を得ることが必須である。筆記と口頭試験がある。
5. 歯科医師会の会員登録
6. 以下に該当するものは歯科医師会に登録できる：  
チェコあるいは他国の医科大学を修了し、歯科の最終試験に合格した者  
チェコ共和国国内で診療を行う許可が下りている者

以上のことを全て満たすものは診療を行う事ができる

開業するには、更に歯科開業の免許発行のための歯科医師会の必要条件を満たす必要がある。

#### 5) 生涯研修

2004 年から、生涯研修受講が義務になった。これは主に歯科医師会により提供されているが、他の運営者も参加することができる。理論と臨床の講義がある。

歯科医師会による継続的な生涯研修を修了者には修了証明書が授与される。修了証明書には以下がある。

## 優れた技能を持つ歯科医師であることの証明書

- ・ 歯周病治療に優れた技能を持つ歯科医師であることの証明書
- ・ 口腔外科に優れた技能を持つ歯科医師であることの証明書
- ・ 小児歯科治療に優れた技能を持つ歯科医師であることの証明書
- ・ 矯正歯科治療に優れた技能を持つ歯科医師であることの証明書

この証明書は、歯科医師が教育を受けていることの証明である。推奨された臨床コースまたは理論的講義に参加することで、履修単位が与えられる。卒後研修に参加した歯科医師は 2 年間で必要な単位と規定の範囲の教育を受けると、証明書をもらう事ができる。証明書は 3~5 年間有効である。この証明書を持つ人は、いくつかの歯科治療で 10%ほど高い診療報酬を受けることができる。但し、患者が余分に支払う必要はない。

**6) 専門医養成(Further postgraduate and specialist training)**

歯科矯正医と口腔外科の 2 分野には専門医養成研修がある。この専門医養成研修に参加するには、一般歯科診療（口腔外科または医科診療も可能）に 36 カ月間従事する必要がある。そして、歯科矯正専門医は 3 年、口腔顎顔面外科専門医には 6 年間の研修が必要で、修了試験を受けて研修が修了する。

この専門医養成は大学病院内のクリニックで行われ、専門医訓練の資格を持つ大学教員による指導の下で行われる。

以下の修了書によって専門医資格が授与される。

歯科矯正専門医	上顎顔面整形外科分野における証書： 歯科矯正専門医養成コースの修了証書 attestation in maxilla-facial orthopaedics Diplom o specialzaci(v obru ortodoncle)
口腔外科専門医	顎顔面整形外科分野における証書： 口腔外科専門医養成コースの修了証書 attestation in oral and maxillofacial surgery Diplom o specialzaci (v oboru oraini a maxilofacialni Chirurgie)

専門医登録の責任は保健医療の州の教育システム the Chamber under the State Educational System in healthcare にある。専門医訓練中の歯科医師には大学から給料が支払われる。

**5. 歯科医療従事者の種類と労働人口(Workforce)****1) 歯科医師**

	2005 年
全登録歯科医師数	8,146 人
医療従事歯科医師数	7,048 人
歯科医師 1 人あたりの人口*	1,473 人
女性歯科医師の比率	65%
チェコ共和国あるいはスロバキア以外で歯科医師免許を取得した者	221 人

人口に対する歯科医師数とは、専門医を含め診療に従事している歯科医師に対する人口の数である。

2007年に、就職していない歯科医師はいないと歯科医師会により発表された。

2008年以降、働く歯科医師の数は減少すると歯科医師会は予測している。現役歯科医師の63%は50歳以上であり、年々定年になる歯科医師の数が、歯科医師として働き始める人よりも多いと予測したからである。

#### 歯科医師の海外流出

チェコ共和国から近隣の国に移る大きな動きは見られない。国を出ていく歯科医師の数と海外から来る歯科医師の数はだいたい同じである。一年でおおよそ22人の歯科医師が他国から来る一方で、同じ人数のチェコ人の歯科医師が他国で働く為の証明書を貰っている。

## 2) 専門医

専門医	専門医数(2007年)
歯科矯正	299人
口腔—顎—顔面外科専門医(OMFS)	70人

2007年、28%の歯科矯正科専門医が男性、88%の口腔—顎—顔面外科専門医が男性であった。

更に、75%の歯科医師が優れた技能を持つ歯科医師である証明書を持っており、高い診療報酬を得ている。この中には、一般歯科の証明書も含まれている。

優れた技能を持つ歯科医師である証明	歯科医師数(2007年)
小児歯科	22人
歯周病	405人
小児歯科	22人
歯科補綴	
口腔外科 oral surgery	434人
歯科公衆衛生学	

一般歯科医から専門医への紹介は一般的であるが、患者が紹介状なしに専門医を受診することは可能である。

## 3) 歯科医療補助職

歯科医療補助職には、歯科衛生士と歯科技工士の2種類ある。更に、歯科助手と受付がある。

#### 活動中の歯科医療補助職従事者数

	2007年
歯科衛生士	200人
歯科技工士	4,500人
義歯専門技工士	0人
歯科助手	7,000人
デンタルセラピスト	0人
その他	0人

全ての人数は概数である。

歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手の登録義務はない。

**(1) 歯科衛生士**

歯科衛生士は修了書 (DiS) がある場合に、チェコ共和国内で働くことが認められている。4年間の高等学校の教育修了後、歯科衛生士学校で3年間教育を受ける。

2008年に、3年間の歯科衛生士教育の学士課程 (Bachelor degree study: BSc) が始まった。

歯科衛生士は、歯科医師の指導下でのみ働くことができ、スケーリング、クリーニング、研磨、過剰充填物の除去、フッ化物塗布、シーラント、歯科健康教育を実施できる。

被雇用者として働く場合、登録は必要でない。大半の歯科衛生士は勤務して給料を得ている。2007年には職のない歯科衛生士はいないと報告されており、歯科衛生士の供給より需要が高い。

**(2) 歯科技工士**

歯科技工士の訓練は様々あり、歯科技工士専門の高等学校で4年間勉強し (歯科技工士の助手をすることで、雇われの歯科技工士として働くことが可能である) または歯科技工士を専攻して高等教育を受ける (4年の高等学校修了後に3年の歯科技工士としての教育を受ける) という道があり、高等教育修了によってDiSの称号を授与される。2008年、歯科技工士の3年間の学士BSc課程が始まった。

歯科医師会による歯科技工士の違法な歯科医療行為について報告はない。

**(3) 歯科助手 (デンタルナース)**

歯科助手は以下の適切な教育を受けていなければならない。

- 歯科助手の特別なコースに行く
- 2年間、歯科助手の学校教育を受ける
- 歯科助手は歯科医師の下で教育を受けることによって、一般的な看護師となることができる。その場合、4年間の看護師学校で教育と修了試験を受ける。

歯科助手は、歯科健康教育を行うことができる。

**6. 歯科医療 (施設の種類別)**

	歯科医師数 (2007年)
一般開業医 (General Private Practice)	6,206人
公的歯科医療施設	0人
大学	309人
病院	30人
軍隊	35人
一般開業医の割合	87%

**1) 開業医・一般歯科医 (Working in Private/General Practice)****治療費用**

健康保険を使って働く歯科医師が、健康保険に適応となる治療内容および保険適応とならない治療費用の一覧表を作成することが法により定められている。治療費用は各開業医で設定可能で、特に規制はない。一つ一つの診療単位で計算され、規制はない。保険適応となる治療内容の価格には、保険でカバー

される費用が差し引かれて示される。

よって、治療費用は開業医によって異なっている。(例えば、メタルセラミッククラウンの通常費用は2,500-4,000Czech Crowns、約100-160ユーロ)

治療費用は財務当局により管理され、会計監査や書類、患者の苦情などにより定期的にチェックされる。

健康保険が全額負担する治療の費用については、どの保険会社でも同じで、一年ごと更新される。治療費用は保険会社、歯科医師の代表(歯科医師会の会長や副会長)の交渉によって決定される。

支払いについては、契約した歯科医師は、患者一覧と行った治療内容一覧を添付して請求書を保険会社に送付(通常、月ごとにフロッピーディスクかUSB)し、30日後、保険会社から支払いを受ける。

## **開業**

歯科医院の開設場所に関する特別な規則はない。また、歯科医師が開業する場所を規制するものもない。診療を行う条件を満たすことができれば、どの建物でも歯科医院を開くことができる。しかし、診療室の最小限の大きさ、障害者のための設備などの規則は存在する。歯科医院を共同で開設するパートナーとなる歯科医師の最小限の人員には規則がない。

患者情報を売ることは法律で禁止されている。国に新しい歯科医院開設の補助は行わないため、一般的に歯科医師は銀行から借金をしなければならない。

新規に開業するには、地域の保健局に登録しなければならない。全ての必要な条件(資格、規律の遵守、衛生規則、治療設備)を満たす場合、登録が拒否されることはない。登録には一度のみ地方当局への登録が必要で、2008年で1,000CZK(40ユーロ)である。

開業医で勤務医として働く卒業生は500人以下である。

## **2) 公的歯科医療施設**

チェコ共和国には公的歯科医療施設はない。

## **3) 病院**

歯科医師のうち病院(大学または大きな病院)で働く歯科医師は、通常勤務医として雇用されている。病院はほとんどの場合、国が所有(大学病院)しているか、あるいは私立(法人)であり、すべての種類の治療と口腔外科治療を提供するのが一般的である。

このような歯科医師は歯学部学生の教育と養成にも携わっている。

病院に勤務する歯科医師の半数は専門医で、残りは研修医である。かれらは完全にあるいは部分的に雇用され、中には開業医で同時に働く人もいる。

## **4) 大学歯学部**

大学歯学部で働く歯科医師は、通常フルタイムで勤めている。中には、パートタイムの教員としての仕事と一般開業医での仕事(大学の許可を得て)を兼業している者もいる。

大学の歯科医師は全員"MUDr"か"MDDr"である。大学教員の追加の肩書きとしては、助手(As)、docent(Doc)、教授(Prof)がある。

大学講師や教授になるには"habilitaion"に合格する必要がある。これには、さらなる経歴（論文執筆や研究活動）および大学での公開講座での講義実施が必要である。博士号（PhD）も必要である（以前はCScで十分だった）。CSc（candidatus scientiarum）は1990年までチェコ共和国で使われていた科学分野における学位である。CScを取る方法はPhDと同じである。PhDは1990年代からチェコ共和国で使われるようになった。

疫学研究はチェコ統計研究所（the Czech Statistical Institute）とチェコ共和国健康情報統計研究所（the Institute Health information and Statistics of the Czech Republic）で行われている。

## 5) 軍隊

軍隊働く歯科医師の60%は女性である。

## 7. 職業上の事項(professional matters)

### 1) 職業組合

	数	年	出典
チェコ歯科医師会	8,146	2007年	チェコ歯科医師会

チェコ歯科医師会は1991年に設立された。CSKはFDI世界歯科医師連盟の正会員である。

歯科医師として働くにはCSKに登録しなければならないが、働いていない歯科医師はCSKの会員である必要がない。CSKは独立した自治体であり、非政府組織である。CSKは歯科医師の共通の利益を保護し、歯科医師の質と倫理性を維持するための職業団体である。CSKは会員である歯科医師に対する苦情の和解や、会員である歯科医師にたいして懲戒を行う。CSKは歯科医院を開院するのに必要な条件を取り決め、歯科医師の治療行為の必要条件の遵守を確認する。

CSKは地域の61の地方歯科医師会により成り立っている。CSKの最高位は地方歯科医師会で選ばれた92人の会員である。その中から、代表、副代表、15人の役員、7人の審査役員、9人の名誉会員を選ぶ。任期は4年である。

CSKは歯科医師の生涯研修にも関わっている。CSKは優れた歯科医師である証明書を発行することで生涯研修受講の証明としている。

### 2) 倫理と規制

#### (1) 倫理規定

チェコ共和国には倫理規則があり、CSKにより管理されている。倫理規則の違反は、チェコ歯科医師会地方監査局と名誉評議会（Regional Auditing Boards of CSK and Honorary Councils of CZK）により管理されている。

#### (2) 懲戒

患者からの苦情は、地域の名誉評議会（the Honorary Council of CSK）に提出され、懲戒、罰金、あるいは免許剥奪（歯科医師免許は直ぐに停止にはならない）などの処分が行われる。深刻な違法行為は法廷にて裁かれ、投獄の場合もある。苦情は歯科医師会の地方監査審議会（the professional body - the regional Auditing Board of CSK）により処理される。苦情はさらに懲戒委員会（the disciplinary body of CSK）で対応することもある。

#### (3) 情報とデータの保護

情報保護はEU指令（EU Directives）に準拠した法によって定められている。

#### (4) 広告

広告は倫理規則の範囲内で認められているが、TV やラジオでの広告はこれに含まれていない。

チェコ共和国の歯科医院は、倫理規則内で、インターネットでの広告が認めている。しかし、倫理規則はこれについての詳しい部分はない。倫理規則は CED 倫理ガイドラインに従って作成されている。

#### (5) 損害賠償保険制度 (Indemnity insurance) への加入

損害賠償責任保険はチェコ共和国の歯科医師全員に加入義務がある。適用される範囲は事前に決められていない。歯科医師は通常 1,000,000 ~ 5,000,000 CZK (32,000 ~ 160,000 ユーロ) の範囲を選んで加入する。海外で働くには、特別な契約を更に結ぶ必要がある。

#### (6) 歯科法人 (cooperate dentistry)

誰でも歯科医院を開業することができ (歯科医師以外の方が開設者となる場合は、歯科医師がいる事が必要) 会社として経営する事もできる。2008 年時点では、チェコ共和国において 244 の歯科民間企業が存在している。

企業の経営者は、活動・社内関係などについての書類を提出しなければならない。また、会社登録の審査を受ける必要がある。

#### (7) ホワイトニング

ホワイトニングは歯科医師のみ提供でき、歯科医師の管理の下で歯科衛生士が提供する事が出来る。ホワイトニングの手順は化粧品規定 (Cosmetic rules) で規制され、健康保険は適用されない。

6% 以下の過酸化物を含むものは化粧品として薬局で販売する事が出来る。

### 3) 職場での安全衛生

行政規則により、歯科医師と歯科医師の下で働く人は B 型肝炎のワクチンを接種し、その後定期的に抗体検査しなければならない。雇用主は、通常従業員の予防接種費用を負担する。

#### (1) 電離放射線

放射線防護の教育は、歯学部においてカリキュラムの一部であり必修である。

学部教育における放射線防護に関する教育は、開業してデンタル X 線やパントモを扱うには不十分である。歯科医師は国家核保全局 (State office for Nuclear Security) で 10 年毎に試験を受けなければならない。

放射線設備は国家核保全局に登録し、設備は政府の認可を受けている会社によって管理されていなければならない (毎年の点検が必要)。

#### (2) 有害廃棄物

アマルガム分離装置は 2004 年以降、ユニットに設置義務がある。歯科医院は、アマルガムの処分と分離装置の交換をするために政府認可の会社と契約しなければならない。

診療に伴い発生した有害廃棄物処分は、必ず政府公認の会社が行われなければならない。

安全衛生に関する規約	
対象	監督省庁
電離放射線	国家核保全局 (State office for Nuclear Security)
電気設備	地方政府が認可した電気設備技術者
感染対策	保健省および地方監督局
医療器具	保健省
廃棄物処理	地方政府

## 8. 経済的事項

### 1) 退職年金

通常の定年は 63 歳だが、歯科医師とスタッフはそれ以降も働く事が出来る。

国家年金制度があり、歯科医師および従業員は年金が支給される。年金額は最後に申請した収入の約 50% である。これは被雇用あるいは雇用主である歯科医師共に同じである。その他の追加的に支給される年金は、個人契約と保険料によって異なる。

### 2) 税金

#### (1) 所得税

チェコ共和国には所得税がある (2008 年 4 月 1 日時点で 25CZK (約 1 ユーロ))。

年収	年間の税 (チェコ通貨 CZK)
0 - 121,200	12%
121,200 - 218,400	14,544 CZK + 19%
218,400 - 331,200	33,012 CZK + 25%
331,200 以上	61,212 CZK + 32%

#### (2) VAT (消費税)

チェコ共和国には二つの VAT 率が存在する (9%, 19%)。

主な歯科材料 (充填物・印象物・器具) は 9%、消毒液・グローブ・予備用品、放射性物質は 19% である。

歯科治療費 (他の医療費も) には消費税は課せられない。

#### 経済的指標

チューリッヒを 100 としたときのプラハの値	プラハ 2003	プラハ 2008
物価 (賃賃料を除く)	40.5	58.7
物価 (賃賃料を含む)	41.8	57.2
賃金レベル (純)	12.4	24.7
国内購買力	32.0	43.2

出典: 2003 年 8 月と 2008 年 1 月の UBS

## 1. デンマークの概要

EU 及び EEA への加盟	1973 年
人口(2008 年)	5,475,791
一人当たりの GDP および PPP(2007 年)	30,771 ユーロ
通貨	デンマーククローナ(DKK)
言語	デンマーク語
歯科医師数	7,298 人
歯科医師一人あたりの人口	1,141 人
デンマーク歯科医師会加入割合	90%

デンマークは高度に地方分権化された国民健康保健サービスがあり、主に国税により運営されている。オーラルヘルスケアについては 18 歳未満の子供は無料、18 歳以上の成人に対しては一部補助を行っている。

デンマークには口腔外科と矯正の 2 つの専門医制度がある。

歯科医師の生涯研修は義務化されていない。

## 2. 医療制度の概要

デンマークの国土は小さく人口も少ないが、非常に発展した先進国である。

一院制議会の立憲君主制で統治され、議会は定数 179 で、議員は比例代表制の下、4 年の任期で選出される。国は 5 つの地域及び 98 の地方自治体よりなる。

自治権のあるグリーンランドとフェロー諸島を有し、これらの国は両国とも医療に関して独立して行政を行っているがデンマークの法律に従っている。

デンマークでは一般税により国の医療サービスが提供されており、特別税や民間保険などの介入はない。デンマーク国民は入院を含め、無料で医療を受けられる。ただし、病院などで専門的な治療を受ける場合は紹介状が必要である。健康管理は高度に地方分権化されて、個々の地域が大半のサービスを運営しており、地方自治体が住民の健康を管理している。

成人の歯科医療に対して政府から補助金が出ている。歯科治療に対する患者支払い額は治療により異なるが、一般的に治療費の大半を患者自身で支払う。

コペンハーゲンにある国家保健委員会 (NBH) が歯科医療に関する法律を定めている。

		年	出典
総医療費の対 GDP 比 (%)	9.5%	2006 年	OECD
医療費の政府負担割合 (公的資金) (%)	84.1%	2005 年	OECD

## 3. 歯科医療制度

デンマークでは 18 歳未満の子供に対する全ての治療は無償で提供されている。治療は大半が学校で行われる。成

人については、政府の一般的な歯科治療に対する補助金制度は、民間の歯科開業医の治療を受けた場合でも利用できる。

		年	出典
歯科医療費の対 GDP 比 (%)	0.19%	2006	DDA
歯科医療費の私費の割合 (%)	80%	2006	DDA
国全体の医療費	11,213,000,000 ユーロ	2006	
公的歯科保健サービス (18 歳未満の子供)	253,000,000 ユーロ	2006	
成人の歯科医療費	160,000,000 ユーロ	2006	

口腔ケアの支出は公的保健サービスの支出の約 9% を占める。

## 1) 公的歯科保健 (Public Dental Health Care)

### (1) 子供に対する歯科サービス

学校内に歯科診療室があり、治療や健診を行っている。コペンハーゲン市内では歯科診療室が 50 の学校内にあり歯科治療やチェックアップなどを行っている。5 つの学校には一般歯科診療室と歯科矯正診療室が併設されている。

18 歳未満の子供に対する治療は地方自治体 (Kommuner と呼ばれる) によって無償で提供され、97 の地方自治体には専属の歯科医師が存在し、それぞれが治療や予防に対する方針を持つ。

2004 年からは、地方自治体の専属の医師による治療の代わりに民間の歯科医師による治療も受けられるようになった。この場合には費用の 35% を自己負担しなければならない。16 歳で公的歯科保健サービスから民間開業医に変更可能で、費用は 18 歳まで地方自治体によってカバーされる。

田舎の地方自治体では民間の歯科医師と協力して治療をすることもあり、矯正を含め全ての治療が無料である。

### 歯科矯正について

18 歳未満の子供の矯正治療は無料であるが、希望するすべての子供が矯正治療を受けられるわけではない。全体の最大 25% の子供までが希望すれば矯正治療を受けられる。治療の必要性に関して政府が設定したスクリーニング基準があり、それをクリアした子供だけが治療を受けられる。審美的な問題だけでは治療は受けることはできない。顎関節が痛いなどの症状がひどい子供が治療を受けられる。矯正スクリーニングは学校において矯正専門医が行う。

子供の口腔状況や治療についてのデータはコンピュータネットワークを介して国家保健委員会で一元管理される。

### (2) 成人に対する歯科サービス

成人の歯科保健への補助金制度はデンマーク歯科医師会 Danish Dental Association (DDA) と各地域との間の協定による。この制度では、一部の費用を患者が負担し、残りは地方自治体を通じて歯科医師に支払われる。

平均して治療費用の約 80% を患者が払い、残りの 20% を補助金で賄う。一般的に補助金の額は予防歯科や一般診療において多く、口腔外科等のような高価な治療に対しては少ない。また、18 歳から 25 歳に対する補助金の額はほかに比べて高い。

補助金が支給される主な治療は、検査、診断、充填、外科手術、歯周治療、根管治療である。成人に対する矯正、クラウン・ブリッジ、可撤性補綴物は、全て自己負担となる。

病院でしか行えない治療、障害など何か特別な疾患を持つ患者や、経済的な困窮者あるいは高齢者に対しては、成人に対する歯科治療であっても無償で行われる。失業給付など社会保障を受けている人に対しては歯科治療補助金が自治体から給付され、失業給付などの社会保障を受けていないホームレスやア

ルコール中毒者・薬物中毒者などは無償で治療を受けられる。歯科治療が無料になる成人に対する治療は、事前に承認が必要である。

### (3) 歯科医師の診療報酬

歯科医師の全ての報酬はサービス単位 (item of service) によって支払われる。成人は平均して約 8~9 か月毎に歯科検診を受け、人口の 3 分の 2 が毎年歯科医院に来院する。

1994 年に公衆歯科保健の新しい目標が加えられた。介護施設の高齢者や在宅の精神的・肉体的障害者などの、通常の歯科制度を利用できない人が、自治体の歯科保健サービスを利用することを目標としている。

## 2) 民間歯科医療保険

成人の約 30% が民間保険に加入している。民間保険は Health Insurance Denmark という保険のひとつのみで、個人契約をする。保険タイプはカバーする治療内容が異なる 3 種類に分かれている。歯科保健の支出の 62% が民間の歯科治療によるものである。

政府は 2003 年に民間開業歯科医が政府補助金対象外の治療内容についての情報をインターネットなどで公開することを義務化した。

## 3) 歯科治療の質の評価

地方自治体は歯科保健サービスの治療の質をモニターしている。モニタリングは主に歯科医が補助金を申請するために提出する書類の処置費用を監査することによって行われる。平均治療費用の 40% を上回るあるいは下回る治療を行った場合、歯科医は理由書を提出しなければならない。このような監査は歯科保健の唯一の監査機構である。

### デンマークの健康管理の質評価プログラム

このプログラムはデンマークの健康管理サービスの質が全体として継続して向上し続けるために制定された。原則としてすべての健康管理サービスが含まれている。

初版では、デンマークの全ての公立病院およびそれらの関連施設が含まれており、続版では徐々に含まれる領域を増やしていく予定である。

## 4) 口腔保健データ

		年	出典
12 歳児 DMFT	0.70	2007	国家保健委員会 (National Board of Health)
12 歳での DMFT がゼロの割合	72%	2007	国家保健委員会
65 歳以上で無歯顎者の割合	18%	2005	OECD

## 5) フロリデーション

デンマークでは水道水フロリデーションは行われていないが、いくつかの地域では自然にフッ化物を含有している飲料水を使用している。

## 4. 歯科医療従事者の養成と登録

デンマークでは、すべての教育は無料で提供される。

就学前の 2 年間：preschool

6-16 歳まで (10 年間): 初・中等学校で義務教育

16-18 歳: 高校教育(secondary school)。

5 年間: 歯学教育

### 1) 学部教育 (Undergraduate Training)

歯科学校に入学するためには、secondary school(日本の中学校・高等学校)を卒業していなければならない。

2008 年	
学校数	2
入学者数	160 人
卒業者数	135 人
女性の割合	71%

歯学教育は国の補助金がでており、授業料はない。歯科教育だけでなく教育費用はすべて国民に対して、大学まで無償で提供される。歯学教育は 5 年間で、最初の 3 年は学士としてのコースである。教育内容の質は学部審議委員会 (Council of Faculty) がモニターする。

### 2) 研修医制度

研修医制度はない。歯科大学を卒業すると国家保健委員会(National Board of Health)から歯科医師としての資格が与えられ、勤務医として働く資格を得ることができる。開業医として働くことを希望するのであれば、国家保健委員会から個人開業の許可を得なければならない。個人開業は 1440 時間の勤務実績があり、大人と子供の患者を最低 360 時間治療した場合(これは約一年間の勤務実績に等しい)許可される。勤務医ならば年間の登録料は不要であるが、開業医の場合には、毎年約 147 ユーロを国家保健委員会に支払わなければならない。

### 3) 卒後教育(Vocational Training)

公式な卒後教育は存在しない。EU 加盟国の歯科医師はデンマークで働くことができるが、デンマークで開業する場合には国家保健委員会の許可が必要である。他の EU 諸国での免許は、職業資格指針によって個別に認められる。

### 4) 歯科医師登録制度(Registration)

国家保健委員会は歯科医としての初期登録を管理しているが、デンマーク国内の歯科大学を卒業しているかあるいは他の認可された資格を持っていることが必要である。

歯科医院を開業し、政府補助金の支払いを受けるためにはデンマーク歯科医師会 (DDA) の地方支部および国家保健委員会に登録しなければならない。国家保健委員会は必要な期間 (現在は 1 年) 歯科医師として勤務したことを証明してくれる機関である。

公的歯科サービス Public dental service に従事するのであれば、デンマーク歯科医師会への登録は必要ない。しかし公的診療所の責任者は国家保健委員会の承認が必要である。

デンマーク歯科医師会や公衆衛生歯科医師組合に登録するためには歯科医師は歯科大学を卒業していないといけない。年会費は登録料の 4 分の 1 である。

EU 以外からの歯科医師は、国家保健委員会の用意した教育を受けなければならない。

言語の必要条件については、すべての治療記録をデンマーク語で記載しなければならないこと以外に決まりはない。歯科医師は注意深く良心的に診療をしなければならない。そのために歯科医師は患者、スタッフな

どと円滑にコミュニケーションが出来なければならない。

EU 圏外からの歯科医師は国家保健委員会が行うデンマーク語での口頭試験と記述試験を受けなければならない。

### 5) 専門医養成(Further postgraduate and specialist training)

生涯研修は歯科大学、歯科医師会や民間企業などによって主催される。生涯研修は義務化されていない。2009年1月より、デンマーク歯科医師会のメンバーは年間25時間の生涯研修に従事するように勧告されているが、義務ではない。

専門医養成プログラムには矯正と顎顔面外科 (Oral Maxilla Facial Surgery) がある。専門医養成訓練を受けるためには卒後2年間の臨床経験が必要である。専門医養成訓練中は訓練先の病院や歯科大学が給料を支払う。

顎顔面外科の専門医になるためには5年間の口腔外科、口腔病理学分野、耳鼻咽喉科そして麻酔科での教育が必要である。

矯正の専門医になるためには、矯正科での3年間の訓練が求められる。

専門医の特別な学位などの称号はない。

## 5. 歯科医療従事者の種類と労働人口(Workforce)

### 1) 歯科医師

2008年	
全登録歯科医師数	7,298人
医療従事歯科医師数	4,800人
歯科医師一人あたりの人口(診療従事者のみ)	1,141
女性歯科医師の比率	50%
海外での免許取得者	データなし

労働人口は2008年時点では安定しているが、デンマーク歯科医師会は、歯科医師数は今後数年間のうちに減少してくると予測している。これは、引退する歯科医師数が新しく歯科医師になる者の数を上回ると予測されるためである。年間80~100人の規模で歯科医師が減少するとみている。

国境を超えた歯科医師の動きは少ない。

### 2) 専門医

専門医	専門医数(2008年)
歯科矯正医	258人
歯内療法医	
小児歯科医	
歯周病医	
歯科補綴学	
口腔外科学	
公衆健康歯学	
顎顔面手術(OMFS)	91人

デンマークの顎顔面外科分野の専門医の多くは病院で働いている。顎顔面外科分野の専門医と歯科矯正専門

医は開業することもできるが、ほとんどの歯科矯正専門医は公的医療保健制度 Public Health System で公務員として働いている。

一般的に専門医の治療を受けるには歯科医の紹介が必要である。しかし患者は紹介なしに専門医へ相談もでき、専門医と一般歯科医の治療選択が自由に行える。

専門医の治療は追加料金なしに受けることができる。

歯科分野において、多くの利益団体が存在している。デンマーク歯科医師会は、これらの利益団体についての最初の問い合わせ先である。

### 3) 歯科治療補助職

デンマークには3種の歯科治療補助職（歯科衛生士、歯科技工士、臨床歯科技工士）がある。

	2008年
歯科衛生士	800人
歯科技工士	1,100人 (DDAによる推定値)
義歯専門技工士 (Denturists) 臨床歯科技工士 (Clinical Dental Techs)	565人
歯科助手	4,400人 (うち800名は学生)
デンタルセラピスト	0人

#### (1) 歯科衛生士

歯科衛生士はデンマークの歯科大学で2.5年間の訓練を受ける。資格は国家保健委員会によって与えられる。卒後、衛生士として臨床に携わることができるが、歯科医師の監督なしで業務を行う、すなわち開業するためには登録が必要である。歯科衛生士は基本的な診断ができ、主に口腔健康教育と口腔疾患の予防に関わる。また、局所麻酔を行うことが認められている。

#### (2) 歯科技工士(dental technicians)

歯科技工士の養成は、歯科技工士専門学校で最大2年間行われる。教育は理論と実技である。歯科技工士には登録制の免許がなく、登録制でないため歯科技工士の登録名簿も存在しない。歯科技工士のほとんどは技工所、病院あるいは歯科大学に勤務している。開業医に雇われている者もいる。彼らの仕事はすべて歯科医師の監督なしで行われる。

#### (3) 臨床歯科技工士(clinical dental technicians)

臨床歯科技工士/義歯専門技工士は歯科技工士専門学校で4年間学び、臨床実習も行う。独立開業するためには国家保健委員会の免許が必要となる。歯科医師の診療なしで臨床歯科技工士は可撤性の全部床義歯を作ることができる。しかし、部分床義歯では歯科医師の治療計画が必要であり、患者の口腔内の病理学的変化について歯科医師への照会が必要である。臨床歯科技工士は患者と NHS(National Health Service)から報酬を受ける。

#### (4) 歯科助手(dental assistants) (Nurses)

チェアサイドで歯科医師をあらゆる面からアシストする。養成は、歯科助手・歯科衛生士・技工士養成学校や技術養成学校で行っている。歯科衛生士のアシストも行う。

## 6. 歯科医療（施設の種類の別）

	2008 年
一般開業医	3,336 人
公的歯科医療施設	1,200 人
大学	142 人
病院	63 人
軍隊	55 人
一般歯科医の割合	70%
一般歯科医の数	2300 人

### 1) 開業医（Working in Private Practice）

ここでいう開業医 private practice とは、個人で開業している、あるいは病院や大学外で他の歯科医に雇用され、専門的治療ではなく一般治療を幅広く行っている歯科医師のことを言う。

開業医院での歯科医は個人で開業しているか開業医に雇われており、給料を治療費用や政府補助金により得ている。政府は 18 歳までの子供の全治療費を負担する。政府補助金を受けず、患者からの治療費用のみで診療している歯科医はわずか 1%にも満たない。地方にいくと子供のための公共歯科サービス施設を設置するのが経済的でないということで、地方自治体は開業医と契約して開業医が子供への歯科サービスを提供することもある。

地域の開業医として登録されると、開業医の歯科医師は患者からの治療費用と政府補助金の二本立てで収入を得る。歯科医師は、治療毎、あるいは一連の治療が完了したのちに患者に請求書を提示する。

#### (1) 治療費

予防処置や基本的な治療に対する補助金は約 40%と高く、口腔外科などの高額な治療に対する補助金は低い。補助金が支払われる主な治療は、検査、診断、充填、口腔外科、歯周治療、根管治療である。成人では、矯正やクラウン・ブリッジなどの補綴治療、可綴性義歯については全額患者負担である。また 18 歳から 25 歳までの患者には補助金の割合が高く設定されている。この世代は歯科受診率が低く、歯科受診率を上げるための施策である。治療費は政府が決定しているが、デンマーク歯科医師会や地方当局は政府に治療費案を提出している。

#### (2) 開業するために(joining or establishing a practice)

歯科医師が開業するためには、国家保健委員会から独立開業のための許可を得なくてはならない。どの程度の規模で開業するのか、歯科医師やそれ以外のスタッフを何人雇うかについて決まりはない。土地付き物件は賃貸や開業歯科医が所有している場所が使われ、開業するための支援制度はない。一般的に開業時に銀行からお金を借りる。

政府に対して補助金請求以外に、開業時に登録することはない。標準的な契約規定はないが、デンマーク歯科医師会による倫理規定のガイドラインが存在する。従業員を雇う歯科医師は最低賃金を満たすこと、労働安全衛生を満たすことなどいくつかのガイドラインが定められている。出産手当は出産 4 週前から 14 週後まで支払われる。さらに地方当局からの手当も給付される。4 名以上のスタッフを雇う場合、職業保険制度の定めるルールが適応される。

開業医が基準を満たしているかの評価はデンマーク歯科医師会の 5 つの地方部会が監査する。監査は統計的なチェックと患者からの不満の取扱い方法についてである。

## 2) 公的歯科保健サービス

デンマークの 98 の地方自治体のうち、97 の地方自治体が歯科医師を雇っている。雇われた歯科医師は大学や軍、病院、公共歯科保健サービスや学校で働いている。口腔ケアを自身で行うことができない人々の治療も公共歯科サービスで行っている。

公共歯科保健サービスに従事している歯科医師は臨床の仕事以外に行政の仕事も行っている。このような公共歯科保健サービスで働くためには特別な必要事項はないが、歯科矯正医は専門医の資格を持っていないとできない。常勤でも非常勤でも働くことができる。

## 3) 病院

病院で働いている歯科医師のほとんどは口腔外科の専門医である。病院勤務の場合、全ての歯科医師は病院に雇われており、病院は地方政府により経営されている。病院で働いている歯科医師はしばしば治療と並行して行政の仕事も行っている。

## 4) 大学歯学部

大学の歯科学分野で働く歯科医師は大学に雇われている。彼らは大学での講義を担当したり、大学病院で治療したり（臨床指導医）、研究をしたり（講師）、マネージメント・研究・学生指導などを合わせて行う者（教授、准教授、上級講師）もいる。専門分野を教える外部からの講師もいる。

臨床指導医は多くの場合、非常勤で、残りの時間は臨床医として治療にあたる。

特に規定条件はないが准教授、上級講師 あるいはそれ以上の地位の歯科医師は博士号などを有することが多い。

デンマークでは 2 つの大学が疫学的研究を行っている。

## 5) 軍隊

28 人の歯科医師と 25 人の歯科助手が軍隊で働いている。歯科医師は患者を治療できるように訓練されている。治療の質の監査および教育的な仕事にも従事している。

## 7. 職業上の事項(professional matters)

### 1) 職業組合

国の職業組合はデンマーク語で Tandlaegeforeningen（デンマーク歯科医師会(DDA)）と呼ばれる。デンマークの歯科医師のうち約 90%以上が会員であり、そのうち半数が男性である。

APHD(公衆衛生歯科医師組合) 1263 人 (2008 年のデータ FDI より)

DDA (デンマーク歯科医師会) 6115 人 (2008 年のデータ DDA より)

公衆衛生歯科医師組合会員の多くがデンマーク歯科医師会会員でもある。その他の大半のデンマーク歯科医師会会員は開業医である。2008 年のデンマーク歯科医師会会員には学生 433 人と退職者 1224 人が含まれている。従って、現役のデンマーク歯科医師会の会員は約 4500 人である。

デンマーク歯科医師会は歯科医師専門家の組合として 1873 年に設立され北欧諸国の中で最も古い。世界的には最も古い歯科医師会のひとつである。

歯科医師会の目標は、以下の通りである。

- ・ 専門家としてすべての歯科医師の利益探求
- ・ デンマークにおける歯科保健の推進
- ・ デンマーク国民の歯科保健状況の向上

公衆衛生歯科医師組合は 1200 人以上の会員がいる。会員は地方の公的歯科保健サービスに従事する歯科医師で、より良い賃金と雇用条件のために 1985 年に設立された。公衆衛生歯科医師組合は歯科保健政策のゴールを掲げている。

## 2) 倫理と規則

### (1) 倫理規定

歯科治療は主に倫理規定により管理されている。これは全ての歯科医師に適用されるが従事する歯科サービスの種類によって若干の違いがある。倫理規定以外にも補助金制度の検討、患者への請求を監査、患者のクレーム処理についての法律や規則もある。

デンマーク歯科医師会の専門的法規としての倫理規定の条項では、

- 規定の目的
- 社会における歯科医師の立場
- 歯科医師と患者との関係
- 歯科医師と公衆、公共団体との関係
- 歯科医師と同僚との関係
- 歯科医師とスタッフとの関係
- 歯科医師と組合や専門家との関係
- 特約

について述べられている。

全ての治療は患者の健康を維持あるいは改善させなくてはならないという倫理的な要項がある。それ以外の歯科医師の治療に関する制約は少ない。しかし患者が治療に同意しない場合はいかなる治療もしてはならないという制約や、専門的な知識がない場合にはその治療を行ってはならないなど治療に関する制約がある。

### (2) 診療の適切性（苦情処理）

苦情を受け付けるための制度は 2 つあり、1 つは成人の歯科治療への苦情に関する制度、もう一方はその他、全ての苦情に関する制度である。

成人歯科治療の苦情受付制度はその地域の政治家やデンマーク歯科医師会の会員によって運営されている。制裁は懲戒から臨床の権利の剥奪まで多岐に渡る。決定内容は国会でも報告される。

成人歯科治療の苦情受付制度では金銭問題も取り扱う。必要なときに患者に補償するのは患者が加入している保険である。成人の歯科治療以外の苦情受付制度では歯科医師や補助スタッフに関する苦情を取り扱う。

### (3) 情報とデータの保護

情報の保護については E U の方針に基づいている。

### (4) 広告

広告は誇張なく適切で事実に基づいていなければならない。他を犠牲にして自分自身の治療のみを売り込むのは法律違反である。ラジオやインターネットなどの利用、スポンサーをつけることは許可されているが、テレビの使用は許可されていない。

多くの歯科医師が自身のホームページを持っており、政府により運営されているウェブサイト（[www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)）もある。政府のウェブサイトでは民間の歯科診療所における歯科医師の情報および他の歯科補助職の情報も掲載されている。

**(5) 損害賠償保険制度 (Indemnity insurance)**

損害賠償保険はデンマーク歯科医師会によって提供されており、民間の歯科診療所に勤務する歯科医師は加入が義務付けられている。この保険は歯科医院の経営者やスタッフの職業上の怪我や訴訟の費用、患者に怪我をさせてしまった場合、患者の携行品に傷をつけてしまった場合、さらに HIV に感染した場合もカバーされる。法的な問題に対処する保険では臨床歯科医は毎年約 100 ユーロを支払う。その他のタイプの保険では保険料は収入によって決まる。損害賠償保険はデンマーク国内で行われた臨床ケースのみをカバーする。

**(6) 歯科法人(cooperate dentistry)**

歯科医師は会社を設立でき、歯科医師でないものは会社の重役になれる。会社の重役ポストを歯科医師でないものが多数を占めることはできない。

**(7) ホワイトニング**

ホームホワイトニングと審美歯科医院で無資格者が行うホワイトニングでは、0.1%以上の濃度の過酸化水素の使用は許可されていない。

歯科医師はより高い濃度の過酸化水素を含むホワイトニング薬剤を使用でき、これらの薬剤は化学薬品として扱われる。

**3) 職場での安全衛生**

B 型肝炎などの従業員の予防接種はデンマークでは義務付けられていない。

**(1) 電離放射線**

放射線防衛に関する規則があり、学部学生は放射線防衛に関する訓練を受けることが義務付けられているが、生涯研修では義務づけられていない。全ての新しいレントゲン装置は国家保健委員会に登録しなくてはならない。

**(2) 有害廃棄物**

有害廃棄物に関する条例は非常に厳しい。アマルガムに関するものも含まれている。承認されている特定の企業と個人のみがアマルガムの回収を許される。歯科医師は廃棄物について書類を作成し誰に処分してもらったかを明らかにしておく必要がある。地方自治体がガイドラインを作成している。

アマルガム分離機は基本的には義務ではないが、いくつかの地方自治体は使用するようにと主張している。

安全衛生に関する規約	管理者
対象	放射線協会 ( National Board of Health )
電離放射線	放射線協会 ( National Board of Health )
電気設備	地方自治体
感染対策	DS2451-12 Statens Serum Institute (デンマーク政府によって作られた研究所)
職業健康安全管理	デンマーク労働省、Arbejdstilsynet
廃棄物処理	地方自治体
職場の整備とスタッフの安全の確保	デンマーク労働省、Arbejdstilsynet

**グリーンランドとフェロー諸島**

グリーンランドでは、成人および子供を含めて全ての歯科治療は公共サービスとして無償で提供されている。1 人の開業医を除いて全ての歯科医師はグリーンランド政府に雇われている。スタッフは常に不足している。

古い制度ではデンマークへは無料で飛行機が出ていたが、その制度が徐々に廃止されてきている。そのためグリーンランドでの歯科医師の需要は増加している。新しい制度では歯科医師に対して宿泊施設と帰国便を無料で提供している。この制度によってデンマーク人でない歯科医師がグリーンランドで働くことをより魅力的にしている。すべての歯科医師はイヌイットのスタッフと一緒に働いている。イヌイットのスタッフは通訳も行う。

フェロー諸島はデンマークのひとつの地方自治体である。最近まで歯科サービスは、グリーンランドと同様に全て無償で行われていたが、今日ではフェロー諸島の制度はデンマークとほとんど同様になりつつある。

## 8. 経済的事項

### 1) 退職年金と健康管理

国民年金保険料は所得の約 10%である。

政府は医療費の約 85%を支払い、残りの 15%は個人が治療の自己負担額として支払う。歯科治療では、成人の歯科治療の費用の 20%を政府が支払い、残りの 80%を患者自身が支払うためこの比率は逆となる。

一般的な退職年齢は 65 歳であるが、歯科医師は 65 歳を超えても診療をすることができる。

現在、大学教員には定年退職の制度がない。年金は退職しない限り支払われない。

### 2) 税金

#### (1) 所得税

所得税は給料に基づいている。最低では所得の 28%であり、最高だと所得の 55.3%である。

#### (2) 消費税(VAT)

消費税は特定の商品やサービスに対して 23%支払われる。歯科治療は消費税の対象ではない。歯科に関連した道具や設備、材料に関しては消費税課税対象である。

経済的指標

チューリップを 100 としたときの値	コペンハーゲン 2003	コペンハーゲン 2008
物価（賃賃料を除く）	98.9	108.0
物価（賃賃料を含む）	97.9	105.0
賃金レベル（純）	74.8	81.3
国内購買力	68.3	77.5

Source: UBS August 2003 & January 2008

脂肪税(Fat tax on food)

2011 年 10 月に不健康な食べ物に対して税金を課す目的で脂肪税が導入された。バター、チーズ、肉、油、加工食品など飽和脂肪酸を多く含む食品が課税対象となり、1kg あたり 16 DKK(1.85 ユーロ)課税される。これは課税によって、心疾患やガンを引き起こす飽和脂肪酸の摂取を抑え、デンマークの平均寿命(2011 年で 78.6 歳)を延ばすことを目的とした政策である。

### 略語

デンマーク歯科医師会 DDA

国家保健委員会 National Board of Health NBH

公衆衛生歯科医師組合 APHD

## 1. フランスの概要

EU 及び EEA への加盟	1957 年
人口(2008 年)	63,753,140
一人当たりの GDP および PPP(2007 年)	27,312 ユーロ
通貨	ユーロ
言語	フランス語
歯科医師数	40,968 人
歯科医師一人あたりの人口	1,556 人
全国歯科医師組合 (CNSD) 加入割合	50%

フランスの社会保険制度は法律により定められており、医療保険 (Assurance Maladie)、年金 (Retraite) そして家族手当 (Allocations Familiales) の 3 つに分けられる。国家からは独立した評議会により運営される。大抵の歯科治療は、協約 (The Convention) と呼ばれる契約のもと開業医によって提供される。口腔外科の 98% は、協約 (The Convention) で行われる。

専門医は歯科矯正医のみであり、歯科医療補助職は存在しない。  
生涯研修は 2004 年から義務となった。

## 2. 医療制度の概要

フランスは普通選挙により選出された大統領からなる民主主義である。二院制をとり、上院に相当する元老院は、定数が 331 名、間接選挙制が採用され、任期は 9 年、議席は 3 年ごとに改選される。下院に相当する国民議会は定数が 577 名、1 区 1 人選出の小選挙区制で選ばれ任期は 5 年である。第 3 の機関である経済・社会評議会 (Le Conseil Economique et Social) は助言するための機関であり、専門職の人々が所属し、2 名の口腔外科医も議席を持っている。

政府機関は中央集権化されており、22 の地域圏 (レジオン、Region) とその下に 4 つの海外の県を含む 100 の県 (デパルトマン、department) が存在する。多くのフランスの制度は自由主義の伝統が強く反映され、これは医師、歯科医師にも影響を与えている。

属領として、ニューカレドニア、フランス領ポリネシア、ウォリス・フツナ諸島があり、フランス共和国に属している。しかしながら保健分野における属領の政治はフランスから完全に独立している。

社会保障制度は 1945 年に制定され、大きく分けて、医療保険 (Assurance Maladie)、年金 (Retraite) そして家族手当 (Allocations Familiales) の 3 つに分類される。これら全ては国家から独立した評議会によって運営され、評議会は雇用者と労働者の代表者から構成される。医療保険金庫は経営者の代表と被雇用者から構成される。医療保険金庫は選出された代表と政府任命の指揮官が率いる。社会保険制度は国の管理下にある。

参考：社会保障サービスの内訳

家族部門：普遍的医療給付制度（いわゆる国民皆保険）(couverture maladie universelle : CMU)

家族手当（住居手当等を含む）と労働者災害保険

疾病部門：医療保険（医療および医療福祉サービス、保健用品などをカバー）

老齢部門：年金（基礎年金、特別制度、その他補足制度）

支出ベースで全サービス中最も多いのは、老齢年金及び高齢者のための生活保証補助金で、次いで医療保険、家族手当となっている。

2004年、社会保険制度は前回の保険制度改革により改変され、以下のように機能している。まず、政府は毎秋に議案を作成し、それを議会へ提出、議会は議論し、医療保険の予算案を含む議案について投票し、社会保険の年度予算を組むことになった。これにより、金庫は議案の採用をコントロールし、協約の歯科医師を含む医療関係者代表との交渉を行う。

参考：多くの開業医は、医師組合と医療費の管理機関である医療保険金庫 (caisse d'assurance maladie) との交渉によって定められる協約 (convention) で採用される診療報酬制度に基づいて収入を得ている。日本と同じように「出来高払い制度 (paiement à l'acte)」を採用している。

医療保険には、3つの大きな金庫が存在する。The CNAMTS (Caisse Nationale d'assurance Maladie des Travailleurs Salaries) は全国被用者医療保険金庫であり、国民の82%が加入している。CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Independantes) は農業以外の非被用者医療保険金庫である。The UCCMA (Union des Caisses Centrales de la Mutualite Agricole) は農業従事者全国医療保険金庫である。医療保険そのものは個人の所得税に基づいている。

全ての国民は平等に医療を受ける権利があり、フランス全土で同様の制度が築かれている。全ての個人は経済的立場により3金庫のいずれかに自動的に加入する。これらの強制加入保険は、加入者とその家族に対して、歯科治療を含む医療費の全額あるいは一部の額を払い戻す。

		年	出典
総医療費の対GDP比 (%)	11.1%	2006年	DREES
医療費の政府負担割合 (公的資金) (%)	79.8%	2005年	OECD

DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la Santé

一般的に、入院費用は個々の保険業者により支払われ、プライマリケアにかかる費用は患者が直接、医療者に支払い、その一部あるいは全額が医療保険金庫より患者に払い戻される。

2006年においては、約93.1%の入院費用が払い戻しの対象となったのに対し、外来診療と薬は67.3%のみが対象となった。(Ambulatory care = 外来診療)

### 3. 歯科医療制度

歯科医療は Liberal practitioners によって協約 (the Convention : 医師と保険者の間で結ばれる) の同意の下で行われている。フランスでは 99% の歯科医師は協約 the Convention で働いている。協約に属していない歯科医師から治療を受けた場合、患者は費用の一部あるいは全ての費用の払い戻しを要求することはできない。

フランスの国民はすべて協約の下で医療を受ける権利がある。6 歳、9 歳、12 歳、15 歳、18 歳の子供は医療保険が全額負担する健診を受けることができ、このうち、6 歳と 12 歳は義務である。健診の費用は金庫から直接歯科医師に支払われる。保存療法やシーラントの処置も同様に無償で行われる。

保存治療や外科治療では、歯科医師は患者の同意の下、費用を請求することができる。金庫により上限は異なるが、通常患者はそのうち 70% までを保険で賄うことができる。矯正治療や補綴治療などの他の治療では、歯科医師が自由に費用を設定ことができ、患者に事前におおよその費用を伝える。金庫へ事前の同意が必要であるが、金庫は治療費の一部負担をする。負担割合は過去 40 年間ほとんど変わっていない。患者は全額を歯科医師に支払い、金庫からの払い戻し請求書を発行してもらう。診療の受診回数に制限はない。

社会的弱者(無職や失業者)のために 2000 年 1 月 1 日に導入された国民健康保険料免除の CMU (Couverture Maladie Universelle) は、貧困者でも医療の受診を可能にするための保険である。歯科医師は社会保険金庫と補足的保険から直接支払いを受ける。保存治療と口腔外科治療の費用は全て協約 (convention) により定められる。補綴治療の費用は多岐にわたる。これらの診療費は、当制度が導入された 2000 年 1 月 1 日以降、改訂されていない。

フランスでは、人口の約 3 分の 2 が一年間に少なくとも一回は歯科医院を訪れている。

		年	出典
総歯科医療費の対 GDP 比 (%)	0.60%	2004	CECDO
歯科医療費の私費の割合	15.4%	2006	DREES

#### 1) 歯科治療のための民間保険

約 90% の人が任意、あるいは CMU を通して補足的保険 complementary insurance (公的医療保険を補完する民間保険のこと) に加入しており、歯科医療費の一部あるいは全額が支払われる。多くのシステムが準備されており、経済的リスクは保険会社が担う。保存的、外科的治療に関しては、強制加入保険ではカバーされない部分を、補足的保険が全てあるいは部分的に費用を負担する。補綴治療と矯正治療では、補足的保険が、強制加入保険ではカバーしない費用の最低 30% の費用をカバーする。つまり、補足的保険で治療費用の 30% かそれ以上が支払うことになる。これらの体系のいくつかは強制加入保険以上にカバーするものもある。

補助的医療保険会社 Complementary insurance には以下の 2 種類が存在する。1 つは共済組合 (Mutuelle) で、多くの場合、健康調査票なく加入することができる。もう 1 つは健康調査票を提出することにより加入できる民間保険である。歯科医師による保険販売には規制はない。

#### 2) 歯科医療の質

社会保険加入者への法規では、もし患者が治療に満足しなければ歯科医師を調査するように求めることができるとされている。苦情は社会保険金庫あるいは Council of the Ordre National に伝えられる。訴訟の場合には、歯科医師は同僚の助けを受けることができる。

身体障害者などで要望があれば、人数制限はあるが在宅歯科診療を受けることができる。求められたら、歯科医師は必ずこれに応じなければならない。

## 3) 口腔保健データ

		年	出典
12 歳児 DMFT	1.20	2006	WHO
12 歳での DMFT がゼロの割合	56%	2006	OECD
65 歳以上で無歯顎者の割合	38%	2006	OECD

## 4) フロリデーション

フランスでは、20 年以上前からフッ化物添加塩が販売されている。歯科健康教育の一環としてフッ化物配合歯磨剤が、教育キャンペーン中、子供に無償で提供されることがある。

## 4. 歯科医療従事者の養成と登録

## 1) 学部教育 (Undergraduate Training)

歯学部にはバカロレア (12 年の初等教育) 後、進学することができる。一年時の終わりに行われる試験 (医学部と共通) により、2 年生で歯学部入学が許可される。2 年生で入学許可される定員数は保健省と教育省により決定される。歯学部の教育は 6 年間で、卒業試験がある。歯学部の学位をとり、臨床に従事するためには卒業論文が義務付けられている。

2008 年の資料	
学校数	16
入学者数	1047
卒業生数	900
女性の割合	55%

大学	歯学部 2 年生の数 (2008 年)	毎年の卒業生数 (2007 年)
Paris 5	103	89
Paris 7	85	62
Bordeaux	93	66
Brest	19	12
Clermont Ferrand	53	40
Lille	80	68
Lyon	77	57
Marseille	70	52
Montpellier	58	41
Nancy	57	43
Nantes	70	54
Nice	34	21
Reims	76	32
Rennes	56	33
Strasbourg	60	47
Toulouse	70	53
<b>合計</b>	<b>1,061</b>	<b>770</b>

歯科大学は全て国立である。

歯学部の質の保証は教育省と大学の学長および歯学部長の責任である。

## 2) 免許と卒後教育

## (1) 初期歯科医師免許

歯科医師の登録資格としては以下がある。

- ・ Diplome d'etat de chirurgien dentist (Dental Surgeon) (1972年以前)あるいは
- ・ Diplome d'etat de docteur en chirurgie dentaire (Doctor in Dental Surgery)

## (2) **臨床研修**

卒後教育としての臨床研修はない。

## (3) **登録**

フランス医師会の役割の一つとして歯科医師の登録を管理することが挙げられる。フランス医師会は、登録している歯科医師が法律的に必要な学位を取得していることを保証する機関である。懲戒や健康的な問題により登録抹消も行う。

歯科医師のリストは医師会の歯科委員会により管理され、全国の歯科医師リストも管理している。歯科委員会は大学の教育基準が一定であるか評価する役割も担っている。

2008年の登録費用	354 ユーロ
------------	---------

歯科医師は登録し続けるために、年会費を払わなければならない。

フランス医師会の更なる役割として、海外の歯科医師の登録に際し、適切な学位を持ち、フランス語も堪能かどうかを調査することが挙げられる。

## **必要言語**

フランス医師会の代表が応募者の語学レベルについて評価する。

## (4) **口腔病専門医(Stomatologists)**

医学部の一分野である口腔病専門医は、歯科医と同じ治療に加え、頭頸部の手術も行うことができる。養成は医学専攻6年、それに加え、専門研修医としての病院実習を4年間行わなければならない。医学部の学位に加えて、専門医の学位も取得することができる。

2008年時点ではまだ養成中である。他のEU諸国で働くために必要な条件としての最低の研修期間は定められておらず、相手国の規定による。専門職の肩書きは、Medecin specialist qualifie en stomatologie である。

## 3) **大学院と専門医養成**

### (1) **生涯研修(Continuing Education)**

歯科医師が生涯を通して研修を受ける義務が、倫理規定に定められている。2004年に保健に関する法律が改変されたことにより、生涯研修が歯科医師の義務として定められた。生涯研修の本体は大学および医師会で、生涯研修の課目を設定し、教育内容を決定する。生涯研修受講は単位制で、毎年150単位以上、5年間で800単位の取得が義務となった。

### (2) **専門医教育**

フランスでは歯科矯正医のみが専門医として認められている。歯科矯正医としての養成は4年間で大学病院の非常勤扱いとなる。終了すると国家専門医の学位である Certificat d'etudes cliniques speciales mention orthodontie が得られる。

フランス医師会と大学、その他の専門家による組織は、法が許す限りなるべく早く口腔外科専門医を導入することで一致した。法の制定に関して 2008 年現在議論中である。

顎顔面口腔外科は医学の専門分野の一つであり、肩書は Medecin specialist qualifile en stomatologie である。

## 5. 歯科医療従事者の種類と労働人口(Workforce)

### 1) 歯科医師

2015 年までに歯科医師数が不足するとの予測から、2008 年に歯科医師の入学者数の増員が決定された。

2008 年の資料	
全登録歯科医師数	44,537 人
医療従事歯科医師数	40,968 人
歯科医師 1 人あたりの人口	1,556
女性歯科医師の比率	37%
海外での免許取得者	660 人

全国歯科医師組合 (CNSD) の報告によると、2008 年現在、失業中の歯科医師はいない。

### フランス国内外への歯科医師の動き

2008 年現在、1,056 人の外国の歯科医師がフランス国内で診療に従事している。

2008 年の資料	
外国人の歯科医師数	1,056 人
EU 圏の大学を卒業した者	541 人
EEA の大学を卒業した者	2 人
外国との協約によりフランスでの診療に従事することが許可された歯科医師	328 人
その他 (大臣の裁量など)	165 人

フランス人の歯科医師で海外にて診療に従事する者の人数は不明である。

### 2) 専門医

フランスでは歯科矯正医のみが歯科専門医として認められている。20 人に 1 人の歯科医師が歯科矯正医である。多くの歯科矯正医が自由診療を行っている。専門医の紹介制度はフランスには存在せず、患者は各歯科矯正医のところへ直接行く。

歯科矯正医の数	1,937 人
---------	---------

前述したように、顎顔面外科の専門医は医学分野の専門医であり、口腔外科の専門医制度は近年中に確立される予定である。

### 3) 歯科医療補助職

フランスでは歯科医療の分野で働くことが許可されている歯科医療補助職はなく、歯科助手と歯科受付、歯科技工士が存在する。

2008 年	
歯科衛生士	0 人
歯科技工士	19,500 人
義歯専門技工士	0 人
歯科助手	15,000 人
歯科療法士	0 人

### (1) 歯科技工士

歯科技工士に登録制度はない。歯科技工士になるためには技工所や技工学校での3年間のトレーニングが必要となる。直接患者に接することなく、歯科医師の技工指示書の下で働く。

多くの歯科医師が個々の技工所を利用し、2008年現在では4,950か所の歯科技工所が歯科技工士を雇っている。歯科診療所の技工室で技工士を直接雇っている歯科医師もいる。

近年、違法な義歯専門技工士や臨床歯科技工士が、全国歯科医師組合(CNSD)により摘発され、違法診療により有罪判決を受けている。

### (2) 歯科助手

歯科助手の資格は、歯科診療所と歯科助手養成学校での2年間のトレーニングにより取得できる。養成はCNQAOS(Commission Nationale de Qualification)により統括されている。資格は登録制ではない。

## 6. 歯科医療(施設の種類別)

2008 年のデータ	
一般歯科医 (開業歯科医)	35,180 人
開業歯科医で勤務する歯科医師(salaried private practice)	544 人
公的歯科医療施設	2,389 人
大学	276 人
病院	250 人
軍隊(2004 年のデータ)	42 人
口腔病専門医 Stomatologist (2007 年)	1331 人
一般開業医の割合 (%)	87%

### 1) 一般開業医における仕事

多くの歯科医師が開業医として、個人、あるいは何名かの歯科医師と共に開業している。開業医の収入は全て患者からの治療費によるものである。同じ診療所に勤務する歯科医師は相互に契約を結ぶ義務がある。フランス医師会は、雇用に関する契約について、いくつかの規定を定めており、歯科医師は、スタッフを雇うにあたり、雇用機会均等法や出産手当、労働衛生、法的な労働時間(週に35時間まで)、有給などの労働基準法を守らなければならない。さらに、雇用者の生涯研修や給料に関する事柄を定めた労働協約も守る義務がある。労働協約は歯科医師組合と労働組合の交渉により決定される。

歯科医師は通常、彼らのリストに登録されている約1,500人の患者を診察する。成人患者は年に約1.5回歯科医院に来院する。

歯科医師は退職年金や社会保障の福利厚生を受けることができる。

#### 診療報酬

全国歯科医師組合(CNSD)によると、歯科医師はフランスでは日々研鑽せずに、新たな技術や材料を用いて治療を行っていない場合は処罰される。フランスでは、歯内治療の費用は他の多くの国に比べ、1.5~2倍ほど低い。高度な技術が必要なことや毎回の治療で長い時間を要することは、あまり考慮されていない。

一方で、補綴治療の費用は他の諸国に比べると高いが、強制加入保険でカバーされる費用は非常に少ない。フランスでの全歯科治療費の内訳は、60%が一般歯科と外科治療、35%が補綴治療、5%が矯正治療となっている。

協約の下、各治療は価格ごとの分類である見積もり表に分けられている。価格表は保健省の特別委員会により作成されている。外科、矯正、保存、補綴の4分野から構成される。

#### 開業するためには

歯科医院を開業するに当たり、歯科医師や従業員の人数などの制約はない。歯科医師自身だけあるいは雇用した歯科医師と一緒に働くことはできるが、平均一人のアシスタントを雇っている。

土地は賃貸あるいは所有しているものである。一般的に、新規に開業するものは退職する歯科医師から建物と器具、患者リストにアクセスするための権利を買い取る。患者リストにアクセスするための権利の価格はここ3年~4年間の会計に基づく。開業するにあたり州から援助は出ないので、歯科医師は銀行でローンを組む。郊外や地理的に特別な地域では減税を受けられることもある。

#### 規範

社会保険金庫は開業医が規範に従ってサービスを提供し、料金を請求することを管理する。開業医は患者から直接支払いを受ける。その時のサインが患者から支払いを受けたことを証明するもので、患者が払い戻しを受けるために必要である。社会保険金公的歯科保健サービス庫評議会の歯科医師が治療の妥当性をチェックする。

### **2) 公的歯科医療施設 (Public Dental Service)**

フランスには真の公的歯科診療所は存在しないが、金庫や地方自治体、共済組合 (Mutuelle) によって運営されている歯科診療所が少しある。約 5%の歯科医師がこれらの診療所で働き、給与を支給され、あらゆる患者を治療する。

このような診療所を経営している組織は協約(Convention)に従って、治療費用を受け取る。共済組合(Mutuelle)は共済規範(the code de la Mutualite)により管理されて、広告などの規範が定められている。

### **3) 病院**

どの大学病院(CHU)も歯科診療を行い、入院患者、外来患者ともに受け入れている。診療は病院歯科医・大学病院歯科医師や歯学部学生によって行われる。歯学部が併設されていない大学病院にも歯科がある。

Maxillo-dental pathologies(顎歯科病理学)や口腔病理学、歯科の外傷の治療も行う。地域病院では、これらの分野が一般歯科に含まれていることもある。これらの科で働く歯科医師は国家レベルの試験で選抜される。病院に雇用されている歯科医師は非常勤あるいは常勤で、病院歯科医の肩書きを持つ。病院はさらに Attaches と呼ばれる歯科医師を雇っており、彼らは病院外で自身の歯科医院を開業しており、週に数時間だけ病院で働いている。非常勤の歯科医師は、その他の時間を開業医で働いても良い。

### **4) 大学歯学部**

歯科医師の教育と生涯研修は CSERD (Centres de soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires 歯科治療、

教育、研究機関)で行われる。この施設は 16 あり、それぞれ大学病院に設置され、歯科医師が雇われている。保健省と教育省の予算で運営されている。病院は臨床経験と大学の理論的で実践的な教育を提供する。スタッフは病院と大学での二つの役割があり、それぞれに対して給料をもらう。また研究を行うという役割も担っている。大学スタッフは以下の肩書きで雇われる。

大学病院のアシスタント(Assistants Hospitaliers Universitaires) は地域試験によって選ばれ、延長無しで 4 年間の任期である。非常勤として雇われ、週に 20 時間の労働である。通常は医学生物学の修士号を持っている。

Maitres de Conference des Universites-Praticiens Hospitaliers は病院の臨床家で、国家の競争試験によって選ばれる。45 歳以下で一年間の養成機関の後、終身的地位を得ることができる。非常勤と常勤があり、通常は二年間アシスタントとして働いたのち、Diplome d' Etudes approfondies という大学院の学位をとることができる。

Professeurs des Universites-Praticiens Hospitaliers は国家の競争試験によって選ばれ、通常は 55 歳以下である。彼らは非常勤であり、少なくとも 3 年以上 Maitre de Conference として過ごした後、研究能力(Habilitation a diriger der recherches) 証明書や博士号 (Doctorat d' Etat) が与えられる。

他にも歯科医師養成に関与するスタッフがいる。病院や大学から直接雇われ、Charges d' Enseignement (ジュニア講師 Junior lecturer)として働いている歯科医師や、期間限定で Attaches Hospitaliers として働いている者もいる。非常勤の大学病院の歯科医師と同様にこれらの歯科医師もそれぞれの開業先での診療も続けることができる。

## 5) 軍隊

数人の常勤の歯科医師が軍隊で働いており、そのうち女性の占める割合は定かではない。

## 7. 職業上の事項(professional matters)

### 1) 職業組合

歯科医師の主な職業組合は、全国歯科医師組合 the Confederation Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) であり、1935 年に設立され、100 の部門から成り、フランスで診療に従事している歯科医師の 50%が所属している。

政府と共に口腔ケアに対する計画をたてる権限を持っている。全国歯科医師組合は金庫とも連携をとっており、組合の代表として公共団体から認識されている。したがって、全国歯科医師組合は歯科に関する政策の全ての局面に関わることができる

全国歯科医師組合(CNSD)は歯科医療に関わる全ての問題を分析することにより、歯科医師をサポートし保護する役割を持つ。それには以下のような分野での戦略や政策がある。

- 初期歯科教育
- 専門能力
- 職業上の人口統計学 (Professional demography)
- 公的当局と社会構造関連における歯科治療
- 生涯研修
- 予防歯科
- 税
- 年金
- 歯科スタッフの養成

## ➤ 国際問題

フランス歯科医師会（ADF）は 1970 年に設立され、開業歯科医、専門医、大学、病院、個々の職業組合のメンバー、学会などフランスの全ての歯科専門家が所属している。

フランス歯科医師会は、Conseil d'administration によって運営され、組織の全てのメンバーと 3 年の任期で選出された 12 人の理事による委員会から成る。総会では、理事の提案を受けアクションプログラムが毎年決定される。法令委員会は職業上の恒久的な問題、例えば制度や法、技術について取扱い、具体的には、年次会議の組織や生涯研修、国際問題、情報、職業上の法律、大学病院の生活などが挙げられる。諮問委員会は医療経済学や医療機器、医療の質などの特別な問題について扱う。

	人数	年	出典
フランス医師会加入者数	44,537 人	2008	CNO
フランス歯科医師会（ADF）加入者数	20,800 人	2008	ADF
歯科医師職業組合（CNSD）加入者数	15,000 人	2007	CNSD

## 2) 倫理と規則

### (1) 倫理規定

公的サービスの使命を果たすために法律に基づき倫理規定が定められている。規範はフランス及びフランスの属領を含む全ての歯科医師に診療形態に関係なく強制的に適応され、患者と公衆の健康の保護が目標とされる。

法律は歯科医師としての備えておくべき役割と能力について定めている。職務を遂行し、公衆保健法および道徳規約に定められている規範を遵守する上で必要な、道徳的で、誠実で、適正な能力があり、献身的であるかを見る。歯科医師としての職業に敬意を払い独立を守る。保健省および教育省の提出した質問や問題を調べ、国とヨーロッパの歯科医師を代表する。

これを達成するために、行政命令（the Order）には 3 つの特権が定められている。

- 行政能力 (Administrative competence) : It controls access to the profession by registration process
- 法的能力 : Its steps in the regulation of the profession according to legal methods
- 管轄能力 : Its controls the profession and more specifically at a disciplinary level

規範は省議や地域的あるいは地域間の議会、国民評議会を通してその目標を達成する。司法は 2 段階になっている。第一レベルとして地域評議会そして上訴レベルとして国民評議会の懲戒委員会がある。全体として Conseil d'Etat は上訴を行う。倫理規定は患者との契約や同意と秘密遵守、生涯研修、歯科医師間の関わり合いや広告についての内容を包括している。

倫理規範は患者との契約を結び、同意し、秘密の保持、生涯研修、歯科医師と広告の関係をカバーする。通常の司法手続きでは、裁判所は専門家の証言による証拠に基づいて判断する。

全ての歯科医師は歯科医師の評議員のメンバーを決めるための選挙に参加する。評議員のメンバーは地域の評議員を決めるための選挙に参加する。地域あるいは地域間の評議員は全国評議会のメンバーの選挙を行う。

### (2) 懲戒

協約上のトラブルが起きた場合、その歯科医師は、協約と契約している歯科医師のアドバイザーと歯科医師職業組合の代表からなる委員会により審議される。歯科医師以外は含まれていない。制裁には罰金から、一時的な診療停止、登録抹消などが行われる。

### (3) 情報とデータの保護

フランスでは 2004 年 8 月より個人情報保護法が施行された。さらに、職業上で知りえた個人健康状態の情報を保護する倫理規定条項（5 条 5.15.2）による個人の保健データ保護が、歯科医師と歯科医療従事者向けに定められている。インターネット上での診療相談は違法である。倫理規定は個人の健康状態に関するデータ保護を管理し、医師会により布告された憲章の基本である。歯科医師がウェブサイト上で広告することは許可されており、その管理を医師会が行っている。

歯科医師はコンピュータ上に保管された情報を国家情報自由委員会 CNIL（Commission nationale informatique et liberte）に報告する義務がある。また、患者データがコンピュータに保存されていることを患者に伝えなければならず、コンピュータ保存されている情報に関する問い合わせが患者からあった場合には、患者データを開示しなければならない。

### (4) 広告

広告に関する一般的なガイドラインは倫理規定 12 条に書かれており、歯科医師は直接的、間接的であれ、あらゆる形式の広告を禁止している。

13 条：電話番号帳には、氏名、住所、電話番号、ファックス番号、診療時間、専門分野を掲載することができる。しかし、費用を払って載せる内容は広告とみなされる禁止されている。

14 条：診療所のあるビルの入り口に、歯科医師という身分、氏名と専門分野、開業地、学位、診療時間、診療場所、診療所の電話番号を記載することができる。歯科医師は卒業した歯科大学の名前と場所を記載しなければならない。診療時間、診療所の階、電話番号の記載は任意である。

歯科医師は診療所のウェブサイトを持つことが許されているが、医師会の規則により内容とその構成は厳格に決められている。

### (5) 賠償責任（インデミニティ型）医療保険制度

2002 年 3 月以降、賠償責任保険への加入は、全ての医療従事者に義務付けられている。全国歯科医師組合(CNSD)のメンバーには、会員になるとグループ保険にも加入する。多くの保険会社が職業上の個人賠償責任保険を提供し、診療中の事故に対する補償を行うことができる。診療内容に応じて様々な値段の保険が用意されている。

例えば、一般開業医で全国歯科医師組合(CNSD)のメンバーの場合は年間 160 ユーロ、インプラント治療を行っているならば、プラス 215 ユーロである。助手はプラス 80 ユーロ、専門的な助手はプラス 60 ユーロである。全国歯科医師組合(CNSD)のメンバーでない場合は法的支援付きで年間 400 ユーロ、インプラント治療も行っているならば 795 ユーロかかる（2008 年の価格）。

保険は、最大期間が 2 カ月で、診療を EU 諸国あるいはアンドラ公国、スイスで行う場合は対象となるが、それ以外の海外諸国で診療に従事する場合は対象外である。

### (6) 歯科法人

歯科医師は、個人あるいは歯科医師同士で、企業として開業することができるが、歯科医師の資格が無

いものが診療所の所有者となることはできない。例外として、Societe d'ExerciceLiberal (SEL, 法人化した診療所)や歯科医師の死後法定相続人となった場合、死後5年間は所有者となることができる。5年を過ぎえ、診療所を継ぐことができない場合は、診療所を売りに出さなければならない。これは比較的新しい制度である。

これ以外に、もし、歯科医師が死亡し、歯科医師でないものが相続人となった場合には、診療所を所有する権利はないが、もし、フランス医師会から許可されたならば、できうる限り最善な方法で診療所を売りに出すことができる。また、もし相続人のうちの一人が歯科医師になるための勉強を始めているならば、その課程が修了するまで猶予がある。

### (7) ホワイトニング

ホワイトニングは化粧品として扱われており、いくつかの商品は処方箋なしで買うことができる。しかし、倫理的、財政的な観点から全国歯科医師組合(CNSD)はホワイトニングの製品の販売を反対の立場をとっている。

### 3) 職場での安全衛生

公的あるいは民間で治療や予防に従事するものは、歯科医師とスタッフを含めて、感染のリスクがあるため、B型肝炎、ジフテリア、破傷風、ポリオのワクチンを接種しなければならない。これは、the Health General Directionからの勧告されている。

安全衛生に関する制約	
対象	監督省庁
電離放射線	Institut de radioprotection et de surete nucleaire (IRSN)
電気設備	Local town planning authority
廃棄物処理	Direction Regionales des Affaires Sanitaires et Sociales(DRASS)
医療機器	Health General Direction
感染対策	Health General Direction

#### (1) 電離放射線

放射線防御のトレーニングは、現在では学部のカリキュラムの一部になっている。2004年より、患者の放射線防御として生涯研修での履修が必須となり、全ての歯科医師が2009年の6月19日までに履修することが義務付けられた。この資格は10年毎に更新される。

放射線装置は IRSN に申告することにより管理され、申告は5年間有効である。フランスは放射線防御に関する新たなルールを制定する予定であるが、2009年現在まだ計画中である。

#### (2) 有害廃棄物

EUの有害廃棄物綱領では、アマルガムも有害廃棄物として収集するように指示しており、フランスの法律に組み込まれている。アマルガム分離装置は全てのユニットに設置することが1998年より法律で義務付けられ、排水中アマルガムの95%（重量比）が回収されなければならない。

有害廃棄物は、登録し、ライセンスを得た業者が回収しなければならない。

## 8. 経済的事項

## 1)退職年金

フランスでは、給与所得でなく開業している自営の開業医は、特別な退職年金 CARCD( Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes ) という社会保障省附属の基金に加入することができる。基本的な歯科医師の退職年金の制度は 1948 年に確立され、1955 年には改変され補完年金制度となった。CARCD は基金の拠出者と受取人の双方により選出されたメンバーからなる委員会により運営される。

給与所得を得ている雇用者の退職年齢は通常 65 歳だが、自営の開業歯科医には法律的な年齢制限が定められていないため、その年齢を超えても診療を行うことができる。

## 2)税金

国民所得税 ( national income tax ) と一般社会税 ( Contribution Sociale Generalisee, CSG ) , さらに給料に対する加算税 ( the Contribution destinee au Remboursement de la Dette Sociale, RDS ) がある。RDS は 2014 年 1 月 31 日までに導入される予定である。CSG と CRDS は総所得、損倍賠償保険、ボーナスに基づいて決定される。

所得税の課税割合は最高で 40% であり、67,546 ユーロ以上稼いだものに課せられる。

### (1) VAT (付加価値税)

通常のレート : 19.6% ( アルコール、たばこなど。歯科医師の器材や材料、器具にも課せられる。)

軽減税率のレート : 5.5% ( 食べ物 )

超軽減税率のレート : 2.2% ( 払い戻し可能な薬 )

### 経済的指標

チューリッヒを 100 としたときのパリの値	パリ 2003	パリ 2008
物価 ( 賃貸料を除く )	79.2	94.5
物価 ( 賃貸料を含む )	75.7	95.0
賃金レベル ( 純 )	56.0	58.0
国内購買力	64.5	61.0

Source: UBS August 2003 & January 2008

## 1. ドイツの概要

EU 及び EEA への加盟	1957 年
人口(2008 年)	82,221,808 人
一人当たりの GDP および PPP(2006 年)	28,314 ユーロ
通貨	ユーロ
言語	ドイツ語
歯科医師数	83,339 人
歯科医師(診療従事者)一人あたりの人口	1,247 人
ドイツ歯科医師会の会員の割合	100%

健康保険組合の制度に基づいた保険制度(疾病金庫"sick funds")が従来から確立されている。人口のほぼ 90%が 355 の金庫のうちどれか一つに属している。民間保険も多く利用されている。歯科医療費は疾病金庫の範囲内の治療であっても、保険でカバーできる額は制限されている。

専門医制度と歯科医療補助職に関する制度は非常に発達している。ドイツ連邦歯科医師会(National federation of chamber)は Bundeszahnärztekammer、BZAK として知られており、全ての歯科医師は地方会のメンバーになることが義務付けられている。

生涯研修は 2004 年から義務化された。

## 2. 医療制度の概要

ドイツは EU 連合の設立にかかわった主要国の一つである。政府の連邦制度では、歳出・歳入や政策の決定を地域レベルで行わせており、地方税増税の決定も地域レベルで行われており、地方分権の制度が根付いている。

首都はベルリンである。

議院は二院制であり連邦議会(Federal Assembly or Bundestag)と連邦評議会(Federal Council or Bundesrat)から成る。連邦議会は 603 議席、小選挙区比例代表制による直接選挙によって選ばれ、代表になるためには住民 5%の投票あるいは 3 つの直接委任を得なければならない。任期は 4 年である。一方、連邦評議院は 69 議席で、直接選挙により選ばれた州政府の代表である。

連邦議会の議員選出のための国民選挙は 4 年(あるいは 4 年以下)毎に行われるが、連邦参議院では国民選挙が行われることはない。これは連邦参議院が 16 の州政府の代表からなるためであり、連邦参議院は各州で選挙が行われた結果によっていつでも、連邦参議院の州代表を交代することができる。

ドイツの大統領は 5 年の任期で連邦会議(連邦議会議員と各州代表で構成)による間接選挙により選出される。首相は連邦議会での絶対的多数の賛成により選出され、任期は 4 年である。

ドイツでは疾病金庫の会員に対し医療を提供する健康保険制度がとられている。疾病金庫は国が認めた健康保険団体で、現在国内に 253 の組合がある。同様に民間保険組合も存在する。

国民の大多数の 87.5%が疾病金庫の会員であり、基礎健康保険が適用される。

疾病金庫は非営利団体であり、財源は全て保険料のみで賄われており、月収が 4,012.50 ユーロ以下の被雇用者は

必ず加入しなくてはならない。給与所得者の場合は平均して総収入の 14.8%を保険料として雇用者と被雇用者が折半して負担する。もし、個人がすでに疾病金庫のメンバーであり、収入が一定額を超える場合は、その疾病金庫に加入し続けるか、民間医療保険に移行するかを自由に選択することができる。しかしながら、自営業者で収入が一定額を超えている者は疾病金庫に加入できない。

疾病金庫に加入していない者の多くが民間医療保険に加入している。民間健康保険は保険法によって制御され、疾病金庫よりも柔軟な保険パッケージを提供している。民間健康保険は治療費の払戻しを行い、保険料は保険がどこまでカバーするか、年齢、被保険者の既往歴で決まる。民間健康保険の加入は、家族単位ではなく個人レベルで、子供も個別に加入しなければならない。

法律下での健康保険の目的は、疾病金庫、医師組合、歯科医師組合により全体を管理することにある。健康保険の管理は、他の部門同様に連邦政府レベル、州政府レベルで行われている。

		年	出典
総医療費の対 GDP 比 (%)	10.9%	2007 年	BZAK
医療費の政府負担割合 (公的資金) (%)	76.9%	2006 年	OECD

### 3. 歯科医療制度

#### 1) 歯科医療サービス

歯科医療を提供している主な組織は以下の通りである。

疾病金庫	ドイツには 350 の疾病金庫があり、主に 5 つのグループに分類することができる。州に承認された自治的な非営利団体で、雇用者と被雇用者から成る。一定の収入以下の被雇用者とその扶養家族を補償する。
民間健康保険	営利団体であり、疾病金庫の加入義務がないものが対象となる。保険法によって管理されている。
保険歯科医協会 (KZVs)	所属する 22 の団体により運営されている。健康保険制度の下で治療を行う歯科医師は必ずこの保険に加入しなくてはならない。KZVs は法定健康保険において予算を決めたり歯科医師への支払金額を決定したりするときに重要な役割を果たすことになる。
KZBV(ドイツ連邦歯科保険医協会)	国の法的団体であり、法的健康保険組合とともに、法律の制度内での歯科医療の基準を定める。州の保険歯科医協会のサポートも行う。
歯科医師会 (Dental Chambers Zahnärztekammern)	17 の歯科医師会が各州レベルで存在し、伝統的職業的な組合を成している。専門家としての研鑽の義務責任を果たすのみでなく、公衆衛生の向上にも寄与する役割がある。ドイツで診療しているか、ドイツに住んでいる全ての歯科医師は該当する地域の歯科医師会に加盟する義務がある。
BZAK(ドイツ連邦歯科医師会)	Bundeszahnärztekammer は国レベルでの歯科医師会であり、国家、国家間レベルで全ての歯科医師が共通の関心を持つようであることを表明している。

歯科医療サービスは法律に基づく制度の下、ドイツ連邦歯科医師会、地域の歯科医師会が疾病金庫と協力して組織化されている。ドイツの 16 の州 (Land)には 17 の保険歯科医協会 (KZV)があり、保険歯科医協会 (KZV) は州ごとに存在し、最大の州 Nordrhein-Westfalen には 2 つある。そこには疾病金庫によりカバーされる治療を行うことのできる全ての歯科医師が記されている。

保険歯科医協会 (KZV) の主な役割は、

- 疾病金庫の加入者とその扶養家族に歯科医療の展望について認識させる。
- 登録歯科医師の管理、監督
- 地域的なレベルでの健康保険組合との交渉

- 歯科医師会員の権利の保護
- 歯科医師養成のための委員会の運営と課題の解決
- 健康保険からの保険負担代金の徴収と会員である歯科医師への分配
- 歯科医師の登録者リストの管理
- To appoint dental representatives on admission, appeal and contract committees and for regional arbitration courts

### (1) 国民が受ける利益

基本的に、疾病金庫の会員であれば、全ての成人と子供に医療を提供する。放射線検査、検査、診断、充填、インレー、口腔外科、予防処置、歯周病と歯内治療に対して、治療費の 100%を疾病金庫が支払う。クラウン・ブリッジなどは 50%、子供の矯正治療は 80%を疾病金庫が支払う。インプラントは給付対象ではない。約 75%の成人、約 70%の子供が疾病金庫を利用している。

一般的な歯科治療を受けるために、疾病金庫からパウチャーが必要である。パウチャーは治療を受ける資格があることを証明するものである。パウチャーは同時に、歯科医師の請求時に必要である。患者は初診時に歯科医師にパウチャーを手渡す。歯科医師が患者に費用を請求しないで治療をし、4半期ごとに KZV に取りまとめたパウチャーを提出する。KZV が請求書をチェックし、疾病金庫に送付する。KZV は疾病金庫からお金をもらい、歯科医師に支払いをする。

2004 年 1 月以降、4 半期ごとの歯科検診のために成人は 10 ユーロの診察料を支払う。診察料は疾病金庫に転送される。

補綴治療においては、全ての保険のある患者は民間医療保険か公的保険かを選ぶが、両方でカバーはされない。

		年	出典
総歯科医療費の対 GDP 比 (%)	0.80%	2004	BZAK
歯科医療費の私費の割合			

### 2) 民間の歯科医療保険

疾病金庫である公的保険に加入を必要としていない、あるいはできない場合は、民間医療保険に加入できる。例えばフリーランスで働いている人、公務員、疾病金庫の収入制限を超えている雇用者などである。保険のカバーする割合も様々ある。

2006 年の終わりに、8,600,000 人が包括的民間医療保険に加入していた。2008 年時点で、48 の民間医療保険があった。民間保険会社は規模や経済状況が様々である。最大の医療保険会社 3 社が 3,300,000 人、全体の 40%以上の保険をカバーしている。

疾病金庫と契約を結ばず、私費だけで治療しているのは開業医の 2%以下に過ぎない。

### 3) 歯科医療の質評価

歯科医療の質の監督は、連邦委員会の歯科医療のガイドライン(the Gemeinsame Bundesausschuss) に沿って行われる。疾病金庫と歯科治療のための連邦当局 (the Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) は共にこの委員会の代表である。委員会の主な役割は、疾病金庫においてどのような歯科治療を提供するか法律範囲内で決定していくことである。これには、新しい治療法や治療材料の承認の可否の決定も含まれている。さらに、治療の

価格を決定する役割も担っている。

日々の監査は KZV によって行われ、請求書のチェックや歯科医師の治療量などが評価される。特定の治療の量が標準よりも著しく乖離している場合は、説明を求められる。それ以外の質の評価として、患者の苦情や専門家の意見を聴く。

自由診療の歯科医師は、治療水準のモニターは上述のとおりである。私費患者の場合も同じようにモニターされる。請求書は外部機関に評価のために送付しなくてもいい。ただし民間保険会社がモニターする。患者の苦情が大半の歯科医師の治療の質にもっとも強い影響を及ぼす。

在宅ケアは、自由診療（後述）において老人ホームなどの施設と契約を結んだ歯科医師によって行われる。

#### 4) 歯科保健データ

		年	出典
12 歳児 DMFT	0.70	2005	WHO
12 歳での DMFT がゼロの割合	70.1%	2005	DMS IV
65 歳以上で無歯顎者の割合	22.6%	2005	DMS IV

#### 5) フロリデーション

天然水や牛乳にフッ素添加は行っていないが、フッ素添加塩は広範囲にわたり普及している。食卓に出される塩の 69.2%がフッ素添加されている。

### 4. 歯科医療従事者の養成と登録

#### 1) 学部教育（Undergraduate Training）

歯科大学に入るためには学生は高校卒業試験である Abitur に合格し、医歯薬系コース評価試験で良好な成績を収めなければならない。

1 校を除いて全ての歯科大学は公立大学であり、医科大学の一部である。私立の歯科大学はヴィッテン・ヘアデッケに 1 校ある。学部課程は 5 年である。

2008 年のデータ	
学校数	31 校
入学者数	2,547 人
卒業者数	1,539 人
女性の割合	60%

2006 年には公立歯科大学では合計約 2030 人の定員があった。志願者の増加により、試験合格者をやむを得なく入学を許可したため、実際の入学人数は定員を超え、2500 人以上となった。従って、現在の歯科学部生は合計で約 13,600 人である。

歯科大学の質の保証は大学と各州の科学教育省が行っている。

#### （1） 歯科医師としての資格の取得と研修

##### 歯科医師の資格

主な学位は州の歯科資格試験で得ることのできる Zeugnis über die zahnärztliche Staatsprüfung である。

### 卒後研修(Vocational Training: VT)

歯科医師として登録し、疾病金庫によって治療を行うためには、ドイツの歯科大学を卒業し、学位を取得したドイツ人の歯科医師は2年間の卒後研修が義務付けられている。卒後研修終了者のみがKZVに加入の申請ができる。疾病金庫の治療を独立して行うようには、広い専門知識と管理能力だけでなく、健康保険に関係した法律、歯科専門知識、管理能力、歯科医量補助者を教育指導する能力、開業のための組織能力なども必要である。つまり、若い歯科医師が直面する問題を解決できるように働くことが期待されている。

歯科医療補助者になるための義務化された公式トレーニングはないが、幅広く系統的な知識を身に付けるための寄付講座がほとんどの歯科医師会で開設されている。卒業試験はなく、2年間歯科医療補助者として働いたことを証明すれば十分である。非常勤で働いている歯科医療補助者は2年以上の受講が義務付けられている。

他のEU諸国から来た歯科医師でEUの学位を持つものに対しては、2年間の卒後研修は義務付けられていない。

### 2) 歯科医籍の登録

KZVが歯科医籍の登録を管理している。2006年には、1,754人が加盟し、1,725人が脱退した。登録費用には、KZVの会費も含まれている。

#### 必要言語

患者とコミュニケーションをとるためにドイツ語を理解することが必要だが、法律的な必要事項は存在しないが、志願者の言語能力に不安な可能性があると考えられる場合は、保険医療当局が試験を実施することになる。

### 3) 卒業後の教育と専門医の養成

#### 生涯研修制度

ドイツでは、生涯研修に参加することは倫理的な義務である。生涯研修の授業料は診療の経費として所得税から控除される。2003年に施行された新しい健康法によって、2004年1月から生涯研修の義務化と5年ごとの資格更新が導入された。生涯研修の内容と時間はドイツ連邦保険医協会(KZBV)によって決定され、ドイツ連邦歯科医師会(BZAK)の承認の下2004年6月に採択された。

#### 修士課程

近年、大学では、卒後の修士課程の制度が確立し始めたが、ほとんどが仕事をしながらのパートタイムのコースで、インプラント学や機能療法学、歯周病学、歯内療法学、矯正学、口腔外科学、審美学、レーザー治療学などの授業が開講されている。授業は約60~120ECTSであり、最終試験を受けると修士号を取得できる。(ヨーロッパのクレジット交換制度で1ECTは25~30時間の仕事量に値する。)

#### 専門医の教育

17州の全ての地域で認められているわけではないが、4つの専門医が存在する。

- ・ 口腔外科専門医
- ・ 歯周病専門医
- ・ 矯正専門医
- ・ 歯科公衆衛生専門医

歯周病専門医はWestfalenでのみ認められている。

歯科公衆衛生専門医を除く全ての専門医養成コースは4年間で、大学病院あるいは認可された研修クリニックで行われる。歯科公衆衛生専門医の養成はそれぞれの環境で行われる。

- ・ 歯科矯正専門医は、終了認定として、Landeszahnärztekammern(州の歯科臨床審議会: Chamber of Dental Practitioners of the Lander)から、Kieferorthopädieという歯科矯正専門医の認定証を授与される。

- ・ 口腔外科専門医は Landes Zahnärztekammern（州の歯科臨床審議会）から、Fach Zahnärztliche Anerkennung für oralchirurgie/Mundchirurgie という口腔外科専門医の認定証を授与される。
- ・ 歯周病専門医は矯正専門医や口腔外科専門医と同様に、the Zahnärztekammer Westfalen-Lippe から歯周病専門医の認定証が授与される。
- ・ 歯科公衆衛生専門医は公衆衛生の講座の試験に合格した場合に、Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen の称号が授与される。

十分な数の自由診療をしている歯科医師が、矯正分野と口腔外科分野の歯科医師養成の許可を得ているため、専門医養成コースの研修生の人数に制限はない。専門医になりたいものは必ず大学に1年間出席しなくてはならないため、実際には養成者数に制限があることになる。専門医養成を受ける者は被雇用者になることができ、雇用者から給料を受け取る（歯科医師養成を行う許可を得た自由診療における歯科医師の場合は、大学か病院）。

\*自由診療については後述。

専門医養成が終わり修了試験に合格した後、専門医として認められ、歯科医師会に専門医として登録される。

## 5. 歯科医療従事者の種類と労働人口(Workforce)

### 1) 歯科医師

毎年、1,500人から1,600人の新しい歯科医師が誕生し、歯科医師の数は増加している。しかし、この増加傾向は今世紀初頭に比べれば緩やかである。ドイツ連邦歯科医師会（BZAK）は2008年現在歯科医師の人数は過剰であると認識している。

2008年のデータ	
全登録歯科医師総数	83,339人
医療従事歯科医師数	65,929人
歯科医師一人当たりの人口（診療従事者数のみ）	1247
女性歯科医師の比率	39%
海外での免許取得者	2,838人

歯科医師であり失業している者の人数は少数ながら報告されている。

#### ドイツ国内外への歯科医師の動き

2008年では、ドイツ国外から来た歯科医師は3,300人を超えているが、そのうち現在診療に従事している者の人数は90%以下である。ドイツで資格を取得した歯科医師が、海外でどのように診療しているかは不明である。

### 2) 専門医

専門医は主に開業したり、病院や大学で働いているが、多くの専門医は公的歯科サービスに従事したり、疾病金庫に直接雇用される者もいる。専門家の地方団体や協会が多く存在する。

2008年のデータ	
歯科矯正専門医	3,309人
歯内療法専門医	
小児歯科専門医	
歯周病専門医	40人

補綴専門医	
口腔外科専門医	2,048 人
歯科公衆衛生専門医	480 人

ドイツには専門医と他の歯科医師の比率に限度はない。また専門医の治療を受けるための紹介は義務ではない。一般的に、患者は一般歯科医から専門医を紹介されることが多いが、紹介状なしに受診することも可能である。

### 3) 歯科医療補助職

ドイツでは、歯科医療補助職のみが歯科医師の監督の下で働くことができ、常に患者の治療に対する責任を負う。独立して働くことはできない。

歯科医療補助職の種類はかなり複雑であり、チェアサイドでの歯科助手(Zahnmedizinische Fachangestellte) から歯科衛生士までいる。歯科助手として登録すると、Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF)や Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV)、Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) という歯科衛生士の資格を得ることができる。これらの資格はほとんど全ての州に存在し、BZAK によって管理されている。

2008 年のデータ	
歯科衛生士	350 人
歯科技工士	58,000 人
義歯専門技工士	0 人
歯科助手	170,000 人
デンタルセラピスト	0 人
その他	0 人

注) 全て予測値である。

#### (1)チェアサイド歯科助手 (Zahnmedizinische Fachangestellte)

歯科医療補助者の主なものが Zahnmedizinische Fachangestellte である。3 年間の歯科診療の後、職業学校に通い、修了試験に合格すれば、歯科医師会から資格が与えられる。

#### (2)Zahnmedizinische Fachassistenten

Zahnmedizinische Fachassistenten には、ZMF、ZMP、ZMV の 3 つのグレードがある。すべて歯科のチェアサイドのアシスタント(Zahnmedizinische Fachangestellte)である。

- Zahnmedizinische Fachassistentin(ZMF)：歯科医師会で 700 時間のトレーニングを受けることが義務であり、仕事内容には歯科疾患予防のためのサポートやセラピー、組織や運営、ZMF の訓練まで含まれる。
- Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP)：歯科医師会で 350 時間以上のトレーニングを受けることが義務であり、仕事内容には予防のサポートや患者に対する動機づけ、口腔内情報の提供が含まれる。
- Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV)：歯科医師会で 350 時間以上のトレーニングを受けることが義務であり、仕事内容には、運営サポート、充填、アシスタントの教育が含まれる。

ZMF、ZMP、ZMV のそれぞれの人数に関するデータは存在しない。

**(3) 歯科衛生士**

歯科衛生士になるためには、チェアサイドアシスタントとして 3 年のトレーニングと試験を受け、ZMP と ZMF としてまず 300～700 時間の訓練と試験を受けなければならない。さらに 800 時間の訓練と、地域の歯科医師会（Dental Chambers）による試験がある。

彼らの仕事には患者への助言や動機づけ、予防、スケーリングなどがある。

通常は給与制の雇用形態である。

**(4) 歯科技工士**

歯科技工士は患者を治療することは許されていない。トレーニング期間は 3 年間で、40%が職業学校での教育、60%は歯科技工所での教育である。歯科技工士の試験に合格した後、歯科技工士として登録できる資格が与えられる。歯科技工所を経営する技工士のみが歯科技工士組合に登録する。

歯科医師は歯科技工士を雇うことができるが、大抵の場合は独立した歯科技工所と契約を結んでおり、歯科医師の作成した技工指示書に基づき歯科補綴物を作成している。患者を直接治療することはできない。

**6. 歯科医療(施設の種類別)**

2008 年のデータ	
歯科医（開業医）	63,000 人
公的歯科医療施設	450 人
大学	2,000 人
病院	200 人
軍隊	450 人
一般開業医の割合	96%

（全ての値は予測値である。）

**1) 開業医 (Free Practice)**

ドイツでは、大学や病院の外で個人あるいはグループで開業し、一般的な治療や専門的な治療を幅広く提供している開業形態を Free Practice と言う。60,000 人以上の歯科医師が開業医として働いており、これは全歯科医師の 95%を占める。開業医のほとんどが自営業であり、治療費により生計を立てている。完全私費診療を行っているのは 2%以下である。

KZV に登録した開業医は、保険に加入している患者の治療を行うことができ、地域の KZV を通して疾病金庫に治療費を請求することができる。

**(1) 治療費 (Fee scale)**

国で治療費の基準は定められておらず、ドイツ連邦歯科保険医協会である KZBV と疾病金庫が話し合い被保険者の標準ケアパッケージを決めている。点数制を用いており、治療内容に対して点数が定められている。それぞれの地域で、点数の換算値（金銭的価値）が決められる。

保険の加入の有無に関わらず私費治療の患者が支払うべき料金は GOZ（Gebührenordnung für Zahnärzte）という連邦法により定められており、ユーロで治療料金が定められている。治療の難易度により、歯科医師は基本的な料金を推奨されている料金の 3.5 倍にまで上げることができる。通常、平均的な難易度だが余分な時間が必要である治療は 2.3 倍される。2.3 倍を超える治療の場合にはそれを超えることを証明する根拠の提出が求められる。3.5 倍以上になる場合には、患者の同意書が必要である。しか

し、GOZ と民間保険との間には直接的な連携がないため、民間保険会社は GOZ と調和をとって、基準額の 3.5 倍の治療費までは支払う。

## (2) 開業するために

開業するに当たり、歯科医師やその他のスタッフの数など歯科医院の規模に関する制約はない。土地は賃貸物件か所有物件であり、開業するにあたり州からの援助はないため歯科医師は銀行でローンを組むことが多い。

同じ開業医で働くにあたり、特別な契約要件は存在しない。男女雇用機会均等、出産手当、労働衛生、労働安全、有給、健康はドイツとヨーロッパの法により保護されている。

開業する時には、完全に新規に開業することも、居抜き歯科医院を購入して開業することも、既存の共同経営の歯科医院に参入することもできる。2006 年に開業した歯科医院のうち、19%は単独での新規開業、52%が既存の歯科医院購入による開業、29%が現存する新規に共同経営の歯科医院を開く、あるいは既存の共同経営歯科医院への参入であった。既存の歯科医院を購入する場合、大抵は患者のリストも同時に購入することが多い。

新規開業するということは、通常は完全に新しい患者を獲得していくことを意味する。2007 年には、疾病金庫の治療を行う歯科医師が、特定の場所への開業を制限する制度が廃止された。つまり歯科医師は、経済的な問題が制限要素にはなるが、どこにでも開業できる。開業における規制は、疾病金庫による診療のライセンスの有効期限が 68 歳までということを除いて、経済的な条件をクリアすれば歯科医師は自由に開業できるようになった。

歯科診療所は通常、オフィスか個人宅かアパートメントにあり、店やショッピングモールの中には無い。

常勤の登録されている歯科医師は約 1,000 人である。

## 2) 公的歯科診療所 (Public Clinic)

国民の健康をモニターし維持するために公的歯科サービスが存在する。公的歯科サービスで提供する内容は、診査・診断・予防である。歯科医師は、Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen として雇われ定員は決まっている。公共歯科サービスで働くためには、歯科医師は卒業研修を修了し、公衆衛生の試験に合格していなければならない。現在、歯科公衆衛生の専門分野は 16 の州のうち、1 つの州を除いて全ての州に存在する。

公的歯科サービスの質は、熟練した歯科医師が率いる歯科医師のチームが評価し、苦情処理は他のサービスで行われる処理と同様の対応がとられる。

一般的に、公的歯科サービスに従事する者は他の診療形態の歯科医師に比べて勤務時間がフレキシブルで、学校予定に合わせて、勤務時間の長さも変わる。女性の占める割合が多い。彼らは公的歯科サービスだけでなく、自由診療に従事することが許されている。

## 3) 病院

約 200 人の歯科医師が病院で働いており、そのすべてが口腔顎顔面外科医である。口腔顎顔面外科医は歯科医師会あるいは医師会のいずれかで登録することができ、大抵の口腔顎顔面外科医は医師会で登録しているため、正確な数字は不明である。

重傷な病気に罹患している入院患者を治療する外科医は、公的あるいは民間病院のベッドを用いる。外科医は自

由診療であり、病院に雇用されているわけではない。歯科医師を雇っている病院は少なく、一部の歯科医師は疾病金庫に雇われている。すなわち、疾病金庫以外の民間保険の患者を治療しても構わない。

#### 4) 大学歯学部

2,000 人を超える歯科医師が大学や歯学部で被雇用者として働いている。大学が許可すれば、大学病院外での診療にも従事することができる。全ての歯科大学が、外来患者と入院患者の治療の混合なので、大学や歯学部で雇われている歯科医師のほとんどが、総合病院あるいは病院と関連して診療を行っている。

ドイツの歯学部における主な学位は大学教授である。その他には、大学助手、Oberarzt, academic dentists などがある。卒後訓練に対する公式的な必要条件はないが、教授は habilitation と呼ばれる過程を通じて資格を与えるが多い。これには、原著研究の記録と歯学部で特別講義をすることによる教育権取得が関与している。

教授の職は外部の候補者から選挙により選ばれることが多い。それ以外には歯科医師の昇進に関する規制はない。苦情処理は他の施設で働く歯科医師と同様に行われる。

給料は助手から教授まで地位により異なる。教授は患者を個人的に治療する権利を有しているので、個人的な収入は大学からの給料にその治療費が足された額となる。

#### 5) 軍隊

450 人を超える歯科医師が軍隊で常勤として働いており、女性はごく僅かである。

### 7. 職業上の事項(professional matters)

#### 1) 職業組合

	数	年	出典
Bundeszahnärztekammer	65,929 人	2008 年	BZAK

#### (1) Zahnärztekammern (Dental Chambers) ドイツ歯科医師会

ドイツ歯科医師会は口腔衛生の改善のために働く歯科医師の利権を表明する伝統的な団体である。全ての歯科医師はドイツ歯科医師会の会員にならなくてはならない。組合は法律的な要件を決定する役割も持つ。16 の州に 17 の歯科医師会があり、そのうちのいくつかはさらに細分化されており、より地域的なレベルで働く。自己制御性の強い伝統に基づいた民主的な選挙により選ばれた組織である。( they are democratically elected organizations with strong traditions of self-regulation. )

主な活動は以下の通りである。

- 専門家としての倫理指針の制定と遵守
- 会員への助言とサポート
- 歯科補助スタッフを含む歯学部学部課程と生涯研修の組織化と促進
- 権力者や立法府、団体に対する職業集団としての意思の表明
- メンバーの職業的な義務を遵守しているか否かの監視
- 就業時間以外の歯科の緊急サービスの提供
- 歯科の質の保障と生涯研修のサポート
- 歯科医師同士あるいは歯科医師患者間の紛争の仲裁

#### (2) the Bundeszahnärztekammer (BZAK) ドイツ連邦歯科医師会

the Bundeszahnärztekammer (BZAK)は連邦レベルでの歯科医師会であり、メンバーは各州の歯科医師会で、代表者を連邦歯科医師会の最高意思決定機関である連邦総会に派遣し、BZAK の最高意思決定が行われる。BZAK の会長は連邦会長と副会長と共に BZAK 局 ( BZAK-Board ) を組成する。

BZAK は歯科医師の健康に関する利益、政治上、そして職業上の利益を代表する。2003 年に表明された究極の目的は、歯科における自由かつ未来志向の患者中心の健康ケアシステム作りと、第三者の影響のない歯科医師と患者の関係の確立である。

BZAK は 2003 年以降、ブリュッセルにも支部ができて、EU に近い場所で常時事務所が開設されている。事務所ではヨーロッパ歯科審議会の運営機能を持つ。

### (3) 関連組織

1 カ月に 2 度、Zahnärztliche Mitteilungen (zm)が発行され、これは、ドイツ歯科医師会とドイツ連邦歯科保険医協会の意思伝達手段の一つでもあり、ドイツ国内や国外の歯科分野の政治問題、健康、社会政治、科学的な発見や革新、歯科学会や会合などが掲載されている。歯科臨床や経営、歯科経済などの幅広いトピックスを取り扱う。

ドイツ歯科医学会 (Institut der Deutschen Zahnärzte) はドイツ歯科医師会と連邦歯科医師会の両方の機関である。IDZ の仕事は研究と臨床に根ざした仕事を導入することで、BZAK と KABV に対して科学的な助言をする機関である。

ZZQ (Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung) 歯科品質局

ドイツ歯科医学会の中の自治組織の一つであり、歯科に関連する材料の品質保証に関する助言を連邦歯科医師会と連邦歯科保険医協会に対して行う。

### (4) The Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ) ドイツ歯科医師独立協会

ドイツ歯科医師独立協会はドイツにおける非営利的な自発的歯科協会の中で、最も大きな協会である。1950 年代に設立され、政治家やドイツ議会に対してリベラルな健康政策を提唱している。ドイツ歯科医師独立協会の国家的なレベルに加えて、ヨーロッパや国際的なレベルでも歯科の政策において影響を与えている。

FVDZ はヨーロッパ歯科審議会でも活発で、FDI のヨーロッパ地域部会の準メンバーである。

ドイツ歯科医師独立協会(FVDZ)の目的は、以下の序文に基づくドイツの歯科医師の職業的な利益を促進し代弁する。

- ドイツ歯科医師の自由団体の目的は、患者の利益のために歯科医師の自由診療を保障すること
- 歯科医師が自らの職責を果たすことができるのは、経済的な保護の下で自由診療を行う場合である。
- ドイツ歯科医師の自由団体の目的は、患者と歯科医師間の双方における十分な信頼関係である。この信頼関係は、歯科医師が職責を果たすのに必要である。
- ドイツ歯科医師の自由団体は、疾病金庫における基本を要求する。
- ドイツ歯科医師はこれらの基本的要求を実現するための支援を求める。

## 2) 倫理と規則

### (1) 倫理規定

ドイツの歯科医師は倫理規定に沿って働かなければならず、それには歯科医師間における関係や行動、患者との契約、同意、秘密保持、生涯研修、広告などについて定められており、特に広告に関しては厳しく規制されている。この規範は地方歯科医師会によって管理され、地域によって少しずつ異なる。BZAK (連邦歯科医師会) はこの基礎となる倫理規定のサンプルを提供している。

患者との契約は通常は口頭で行われるが、複雑な治療や疾病金庫から事前に承認が必要な場合、例えばクラウンなどの補綴物に関しては同意書の作成と治療費の記録が必要となる。全ての治療は歯科医師により

記録されていなければならない、インフォームドコンセントが必要である。

## (2) 懲戒

患者が治療に関して苦情がある場合、歯科医師会と KZV(保険歯科医協会)の双方が苦情処理委員会を持っており対処する。苦情内容に基づき、歯科医師会から指名された熟練した中立の歯科医師がセカンドオピニオンを述べる。もし、この歯科医師がその治療が十分でないと判断した場合は、もう一度同じ治療が無償で提供される。どちらの苦情処理手続きにおいても歯科医師は苦情処理委員会に進言する権利を持っている。

医療過誤などの重大な苦情に関しては仲裁裁判所や職業的な法律に基づいた裁判所にて取り扱う。職業的な法律に基づく制裁には、口頭あるいは文書における叱責、訓戒、行政的罰金(上限額は 50,000 ユーロ)、期限付きあるいは無期限の資格の剥奪などがある。重い制裁が課されることは非常に稀である。

## (3) 広告

歯科医師は専門的な資格、力を入れている点(プライオリティ)、主な活動ポイント、設備について広告することができる。情報は事実に基づき、適切で正当性のあるものでなければならず誤解を生むようなものは認められない。歯科における広告の規制の大幅な緩和と自由化が 2001 年から 2002 年に、連邦憲法裁判所の判決に基いて行われた。

電子商業指示はドイツの規制が厳しいため、未だに導入されていない。

## (4) 情報とデータの保護

歯科医師は職業的な秘密を保持する義務がある。医療上で知りえた情報の機密性の保護は、歯科医師の職業倫理と刑法の双方に定められている。職業上の秘密保持については、歯科医師全てに当てはまる。歯科医師自身はもちろん、歯科補助スタッフやその他の関連するスタッフ全てにも当てはまる。

連邦情報保護法に基づく患者の個人情報保護は、医師の秘密保護との関連で大変大切である。

## (5) 保険と損害賠償保険制度

全ての歯科医師は損害賠償保険に加入しなければならない。民間の保険会社でこの保険に加入することができ、保障上限額は事前に決められており、大抵は 200 万ユーロである。歯科医師は約 250 ユーロを年に保険料として支払っている。この保険は、個人的なケースや短期間での治療を除いて他の EU 諸国で長期間治療に従事している場合はカバーされない。

## (6) 歯科法人

歯科医師でない者は歯科医院の経営者になることはできないため、歯科医院の経営者の大半は歯科医師である。ここ数年来、競争の原理が導入されたことにより、歯科診療の自由化が進んだ。2007 年から歯科医師の雇用は促進され、医学と歯学の様々な資格者が様々な場所で協力して診療に従事する施設の開設が可能になった。つまり、国際投資家による大手歯科診療所の設立が促進された。

## (7) ホワイトニング

ドイツでは、ホワイトニングの薬品は医薬品とみなされるため規制されており、歯科医師(あるいは歯科医師の監督の下で資格を持つ補助スタッフ)のみが、施術することを許されている。

## 3) 職場での安全衛生

感染コントロールは法律により行われており、歯科医師を始めとする診療従事者はこれを遵守しなければならない

い。保険等医療当局がコンプライアンスを監督し、もしコンプライアンスが得られない場合は、制裁の対象となる。

### (1)電離放射線

放射線防御に関する特別な法律が存在する（2003 年 Röntgenverordnung）。放射線防御についての訓練は歯学部学生に義務付けられている。また、歯科医師は生涯研修として 5 年ごとに放射線防御に関する 8 時間のコースの受講が義務付けられている。補助スタッフは、歯科医師の指示の下のみ撮影することが許される。

レントゲン機器は届け出が必要である。機器は 5 年ごとに専門家の技術的なチェックを受けなければならない。

### (2)有害廃棄物

医療廃棄物の廃棄は、Richtlinie für Abfallversorgung in Einrichtungen des Gesundheitswesens により規制されている。アマルガム分離器と排水の下水道廃棄については特別の部局がある。アマルガム分離器に関しては、1990 年より導入が義務付けられている。

安全衛生に関する制約	
対象：	監督省庁
電離放射線	歯科医師会（Dental Chambers）
電気設備	工場検査官（Factory Inspectorate）
感染防御	保健医療当局
医療機器	厚生省医薬品研究所（BfARM）
廃棄物処理	歯科医師会、地区保健医療当局

## 8. 経済的事項

### 1) 退職年金

引退する年齢は個人的な背景によるが、現在では通常 62 歳から 68 歳である。疾病金庫の歯科治療をしているは、68 歳で引退しなければならない。

ドイツの平均退職年金額は給料の約 60% であり、そのほかに個人的に加入している保険や年金により額が決まる。自由診療の歯科医師は Altersversorgungswerk に加入している。Altersversorgungswerk は医師会・歯科医師会が組織・運営する特別な年金システムである。このような年金システムは医師と共通のシステムもあれば、歯科医師のみのものもある。

**2) 税金****(1) 所得税**

未婚者で収入が 205,000 ユーロを上回る場合、あるいは既婚者で収入が 500,000 ユーロを上回る場合に 45%が課せられ、それが最高額である。

(2) 付加価値税 (VAT) は 19%である。

チューリッヒを 100 としたときのベルリンの値	Berlin 2003	Berlin 2008
物価 (賃貸料を除く)	75.4	81.2
物価 (賃貸料を含む)	71.9	78.2
賃金レベル (純)	54.5	70.1
国内購買力	65.0	89.5

(UBS 2003 年 8 月 2008 年 1 月)

## 1. スウェーデンの概要

EU 及び EEA への加盟	1995 年
人口(2008 年)	9,182,927 約 900 万人 東京 23 区とほぼ同数
一人当たりの GDP および PPP(2006 年)	30,210 ユーロ GDP 3234 億ドル (2006 年)
通貨	スウェーデン・クローナ (SEK) 1 ユーロ = 8.63SEK 1SEK = 11.5 円 (2012 年 7 月)
言語	スウェーデン語
歯科医師数	14,355 人
歯科医師一人あたりの人口	1,239 人
スウェーデン 歯科医師会加入割合	95%

歯科専門医制度は普及し、歯科医療補助者の制度は発達している。

歯科医師の生涯研修は必須ではない。

## 2. 医療制度の概要

スウェーデンはノルディックの国であり、国民の 85%は国の南半分に住んでいる。首都はストックホルムである。政治は立憲君主制だが、元首である国王は儀礼的職務のみ行う。

スウェーデンの議会は Riksdag (リクスダグ) と呼ばれ 349 人の議員によって構成される。彼らは 29 の選挙区から代表として選ばれている。2008 年時点で、Riksdag には 7 つの政党がある。

ヘルスケアを含む政治の多くは地方自治体に委任されている。地方自治体には住民に選出された議会があり、課税を行う (注: 2008 年においてスウェーデンには 290 のコミューン (kommun: 市) と 20 のランズティング (Landsting、日本の県に相当する)。自由な移民政策によって、人口増加の 48%を移民が占め、スウェーデンは多文化国家となっている。

社会的な支出は GDP の約 30%を占める (2005)

		年	出典
総医療費の対 GDP 比 (%)	9.1%	2006	OECD
医療費の政府負担割合(公的資金) (%)	84.6%	2006	OECD

大部分の医療は国の社会保険システムによって提供される。疾病手当・子供手当・障害手当や年金も提供する。国の社会保険システムは、Local Social Insurance Office (地方社会保険事務所 Försäkringskassan) を通して、政府機構の the National Social Insurance Board (国家社会保険庁 Riksförsäkringsverket) として機能する。スウェーデンに居住する者は皆、16 歳になった時に The Social Insurance Office (社会保険事務所 Försäkringskassan) に登録される。1950 年代、60 年代の医療の拡大は特に二次医療に集中したため、現在のスウェーデンでは、専門家による病院での治療の割合が高く、医療へ期待は高い。歯科を含む医療費は約 85%が政府予算で賄われている。スウェーデン国民の一般医療費用の大半は税金から支払われ、受診時に医者へ 15 ユーロ(2008)を支払う。

### 3. 歯科医療制度

歯科医療は地方自治体の仕事だが、地方自治体自身がサービスを直接提供しなくてもよい。

		年	出典
総歯科医療費の対 GDP 比 (%)	0.68%	2006	SCB
歯科医療費の私費の割合 (%)	78%	2005	NBHW

SCB Källa SCB Nationalräkenskaperna  
The National Board of Health and Welfare

#### 1) 公的歯科医療

ほとんどすべての歯科医療は次の2つの方法のうちどちらかで提供されている。1つは19歳までの子供に無料で歯科医療を提供する Public Dental Service(PDS)である。医療は、主に地方自治体の管理下の地方歯科医院で行われる。子供とその保護者は PDS に行くか、民間開業医に行くかを選ぶことができる。次に PDS による無料の歯科医療を受ける資格のない成人と高齢者は、部分的援助をうけた歯科医療を PDS、もしくは民間開業医で受けることができる。

この基本体制は2008年に変更され、2008年1月に新しい国民保険制度機構が導入された。

##### (1) A dental care voucher : 歯科医療券

歯科医療券が導入された。歯科医療券の価値は30~74歳の人は32ユーロ、20~29歳の人と75歳以上の人は64ユーロである。この券は歯科医療において定期健診などの費用の支払いや、歯科医療の支払いに使用できる。

##### (2) A high-cost protection scheme : 高額医療費補助制度

高額医療費補助は、患者の歯科医療費のうち、321~1590ユーロの場合は50%、1590ユーロを上回っている場合は85%を補償する。はじめの320ユーロは必ず患者が支払う。

##### (3) Reference prices : 参照価格

補償レベルは“参照価格”に基づく。国が定めた参照価格は価格を左右する効果があり、患者は簡単に歯科治療費を比べることができる。治療費は自由に設定でき、社会保険から助成金が出る。民間開業医は自分で治療費を決められる。地方自治体は地方自治体内のすべての公的歯科医療機関の治療費を決める。

##### (4) Reimbursement : 償還

すべての歯科医療費で償還されるわけではない。予防措置と疾病治療は優先される。歯科治療費の償還は対費用効果が高く、かつ社会経済的に効率的である。長期の病気や特定の病気、特別な必要がある場合、歯科治療費の補助が得られる。2004年、総歯科医療費はおよそ21億ユーロだった。そのうち、患者の支払いは13億ユーロであり、税金からは8億ユーロであった。このうち3.3億ユーロは国家保険制度から提供された。

PDS の治療を受けるのは郊外よりも都心のほうが簡単である。2004年の1年間、16歳から84歳までのうち、68%が歯科を受診していた。2年間では、成人のおよそ85%が歯科医院を受診していた。

#### 2) 民間歯科医療保険

民間保険も歯科医療に適用可能だが、非常にまれである。

### 3) 歯科医療の質の評価

スウェーデン歯科医療法 (Dental Act) では『全スウェーデン国民は良質の歯科医療を受ける権利がある』とある。医療の基準は the National Board of Health and Welfare (保健福祉庁) の the Regional Department (地域部門) によって監視される。保健福祉庁は、歯科医療従事者に医療の質への留意を促すための規制を行っている。歯科医療はレックスマリアと呼ばれるシステムによって管理され、重大な事故を引き起こした、あるいはその可能性があったものなど、すべてのインシデントが報告される。

### 4) 口腔保健データ

		年	出典
12 歳児 DMFT	1.00	2005	WHO
12 歳での DMFT がゼロの割合	58%	2005	OECD
65 歳以上で無歯顎者の割合	No data		

### 5) フロリデーション

スウェーデンでは歯科医師がすべての子供たちに予防活動を行っているにもかかわらず、フロリデーション政策は行われていない。子供たちは初診で時に歯ブラシか歯磨き剤をもらう。

## 4. 歯科医療従事者の養成と登録

### 1) 学部教育

歯科大学はすべて国立で、各大学の医学部の一部である。歯科大学に入るには中等教育を修了しなければならない。入学試験はなく、学部教育は5年間である。

	2008 年
学校数	4
入学者数	247 人
卒業者数	166 人
女性の割合	67%

歯科大学の質は National Agency for Higher Education (高等教育国家機関) によって保証される。

### 2) 初期歯科医師免許: Primary dental qualification

歯科大学終了後、学生は “Tandläkarexamen” という歯科の学位を与えられる。

### 3) 卒後教育 (Vocational Training)

スウェーデンに資格取得後の臨床研修制度はない。

### 4) 歯科医師登録制度 (Registration)

スウェーデンで歯科医師として活動するためには、資格を持つ歯科医師は the National Board of Health and Welfare unit for Qualification and Education (保健福祉庁の資格・教育部門) から許可を得なければならない。当局は歯科医師の登録簿を管理する。歯科医師免許と専門医資格について登録が行われる。

登録費用 (2008)	64 ユーロ
-------------	--------

歯科医師は毎年再登録する必要はない。

The Social Insurance Office (社会保険事務所 Försäkringskassan) でも全国社会保険機構に加入した開業医の登録簿を管理する。歯科医師は社会保険助成金を請求する前に全国社会保険機構に登録しなければならない。

い。登録には学位証明書が専門医証明書の提出が必要である。

#### Language requirements : 言語能力

歯科医師はスウェーデン語を理解し話さなければならないが、登録において公式な語学テストはない。しかし、case book をスウェーデン語で記入し、患者がそこに書かれていることを知る権利があるため、雇用する側はスウェーデン語の知識を要求する権利がある。

#### 生涯研修

生涯研修は必須ではない。スウェーデン歯科医師会には生涯研修プログラムがある(2年に1度すべての会員に送付される)。またほとんどの地方自治体の公的歯科保健部門でも同様のことを行っている。民間企業による教育コースもあり、民間主導で生涯研修が行われている。

### 5) 専門医養成(Further postgraduate and specialist training)

専門医コースは3年間であり、一般歯科医として2年間の臨床実施後に専攻できる。専門医コースは大学病院か保健福祉庁が承認した卒後研修施設で受けられる。2007年には283ヶ所で受け入れ可能であり、そのうち50%に専攻者が配属されていた。専門医養成には、要請に応じて直接、あるいは地方自治体の補助金を通じて間接的に、給料が地方自治体から支払われる。2008年には専門医の50%が54歳以上であり、いくつかの専門領域では将来不足が予想される。

#### 8つの専門医コース

歯科矯正  
 歯内治療  
 小児歯科  
 歯周病  
 歯科補綴  
 口腔顎顔面放射線  
 口腔顎顔面外科  
 顎口腔生理学

専門医研修の人数は制限されている。報酬制度は分野ごとに異なる。

EU が認めた専門分野である矯正と口腔外科を終了すると保健福祉庁が発行する『bevisomspecialistkompetens i ortodonti』(歯列矯正を専門に扱っている歯科医師であると掲げる権利を与える証明書)や『bevisomspecialistkompetens i oral kirurgi』(口腔外科を専門に扱っている歯科医師であると掲げる権利を与える証明書)を得られる。

## 5. 歯科医療従事者の種類と労働人口(Workforce)

### 1) 歯科医師

	2005年
全登録歯科医師数	14,355人
医療従事歯科医師数	7,414人
歯科医師1人あたりの人口*	1,238人
女性歯科医師の比率	49%
海外での免許取得者**	2,193人

\* 医療従事歯科医師

\*\* 65歳以下の歯科医師

スウェーデン歯科医師会は活動中の歯科医師が減少していると報告している。考えられる理由として、引退する歯科医師の増加、1990年代半ばの政府による学部学生の定員40%削減、また歯科医師の国外への移住人数が国内への移住人数よりも多いことが挙げられる。しかし、引退する歯科医師と新人との数はつりあっているため、この減少の原因は移民問題であると考えられる。スウェーデンの歯科医師に失業の心配はない。

#### 歯科医師の海外流出

ここ数年スウェーデン歯科医師の海外移住により国内の歯科医師数が減っている。移住先の大部分はイギリスかノルウェーだった。2008年までにこの流出傾向は終わったように見受けられる。

## 2) 専門医

専門医	専門医数(2005年)
歯科矯正	255人
歯内治療	42人
小児歯科	85人
歯周病	105人
歯科補綴	117人
口腔顎顔面放射線	41人
口腔外科	0人
口腔顎顔面外科	143人
公衆衛生	-
口腔病理学	30人

2008年、歯科医師の約11%が専門医であった。患者は一般歯科医師によって専門医に紹介される。多くの専門医はPDSか大学で働く。民間で働く専門医はごくわずかだが、その多くが定年に近づいている。専門医のための協会は数多くあり、そのリストはスウェーデン歯科医師会から取り寄せることができる。

## 3) 歯科医療補助職

スウェーデンでは歯科補助業務の制度は非常に発達しており、多くの歯科治療が歯科医療補助職によって行われる。チェアサイドの歯科看護師以外に、歯科衛生士・歯科技工士・歯列矯正補助士という3種類の歯科医療補助職がある。

#### 活動中の歯科医療補助職従事者数

	2008年
歯科衛生士(2005年の推定値)	3,194人
歯科技工士	推定値 1,000~1,200人
義歯技工士	0人
助手	11,274人
デンタルセラピスト	0人
歯列矯正補助士	360人

### (1) 歯科衛生士

スウェーデンの大学で歯科衛生士になるための訓練を受けるためには、2教科Aレベルの成績が必要である。大学では2~3年のオーラルヘルスサイエンスに関する学部教育を受ける。オーラルヘルスサイエンスは、医学、歯学および行動科学の分野から構成される。資格取得後、すべての衛生士が保健福祉庁によって免許を受ける。独立して働くためには資格登録が必要である。衛生士業務として、う蝕と歯周病の診断、一時的な充填と局所麻酔(下顎の浸潤麻酔)を行うことができる。

大部分の衛生士は歯科医師のいる医療施設で働き、40%は民間開業医、60%は公共歯科医療施設で働いている。彼らは専門の損害補償保険に加入することを求められる。2008年時点では、約225人が開業している。歯科衛生士は歯科衛生士の仕事に法的責任をもち、患者に歯科医師の料金とは異なる料金で診療を行う。独立している225人中約30人が自分自身で開業している。

## (2) 歯科技工士

歯科技工士になるには、2教科Aレベルの成績と歯科学校における3年間の講義と実習が必要である。資格取得後、技工士は保健福祉庁から免許を受ける。歯科技工士は資格登録を行わなくても働くことができる。業務内容は補綴物と歯列矯正装置の製造である。技工士は直接患者と接する仕事はしない。技工士の20%未満は地方自治体に雇われ、80%は民間で働く。2006年～2007年、65人の技工士が資格を得た。

## (3) 義歯技工士

スウェーデンに義歯技工士はいない。

## (4) 歯列矯正補助士

歯列矯正補助の訓練は1年間で、歯列矯正が学べるところならどこでもよい。歯列矯正補助は訓練により決まった診療手順を行うことができるが、矯正歯科医の監督下でしか働けない。歯列矯正補助従事者数は公式にはわからないため、上記の数は歯科医師会の推定値である。

## (5) 歯科看護師

歯科看護師の65%は地方自治体に雇われている。そのうちの大部分が中年層である(2008年)。2008年1月から歯科看護師のための共通教育が行われている。

## 6. 歯科医療(施設の種類別)

	歯科医師数(2007年)
一般開業医(GP)	3,290人
公的歯科医療施設	4,124人
大学	263人
病院	150人
軍隊	2人
一般開業医の割合	44%

### 1) 開業医・一般歯科医(Working in Private/General Practice)

スウェーデンでは、公共施設や病院、歯科学校以外の場所で個人あるいは少人数で働いている歯科医師を民間開業医(private practice)と呼ぶ。general practiceの意味は専門医でない一般歯科医師である。民間開業医は自営業であり、主に治療費の請求と社会保険からの補助金で生計を立てている。一般的に歯科医師は治療に対する費用(出来高払い)によって収入を得る。治療内容が公的歯科保険でカバーされているものなら、歯科保険から償還を受けることができる。2008年のデータでは1%未満の歯科医師が私費の患者だけを受け入れていた。

#### 料金表

2008年に新しいシステムが発表された(3. 歯科医療制度参照)。

診療所において歯科医師や従業員の数に制限する規則はない。診療所で勤務する大多数の新人歯科医師は共同経営者としてグループ経営に加わる。新たに開業する歯科医師に対する地方自治体の援助はなく、通常開業医は銀行から貸付を受ける。

歯科診療所はどんな建物にも開設することができ、新規開業にあたって制限はない。開業責任者は、例えば

アマルガムセパレーターを設置するといったように、院内に特定の環境整備と技術の調整を行わなければならない。

診療所で働く歯科医師に対する標準的な契約関係に関する規定はないが、契約をすることは強く推奨されている。彼らはオーナーである主要な歯科医師にパートナーとして、もしくは賃貸契約で雇われる。この賃貸契約とは部屋や器具、従業員をオーナーから借りることである。こういった歯科医師は自分の患者を持っており、月々の固定賃貸料が収入の何%かを支払う。歯科医師は通常約 1500 人の患者を持っている。治療の質についての規制はすでに述べたとおりである（3.3 歯科医療の質の評価の項参照）。

## 2) 公的歯科保健サービス (PDS)

公共歯科医療として 19 歳以下の子供に無料の治療を行っている。また、成人に対しても治療を提供している。PDS は地方自治体の資金で運営され、公的保険の補助金が利用できる治療と同じ内容の治療を広く提供している。成人の場合、民間開業医における治療に対して、公的医療保険の償還制度および同じ料金体系が適応される。

公的歯科保健サービスでは、すべての歯科医師の 55% を雇い、約 700 人が専門医である。専門医は PDS の歯科医師からだけでなく、開業医からも患者を受け入れる。歯科医師は給料制である。

歯科の学位の他、PDS で働くために必要な資格は、専門医の場合は規定された追加訓練を受けた専門医資格である。

治療が無料で提供される場合を除き、PDS の歯科医師のモニタリングは民間医の歯科医師と同じである。スウェーデンでは、在宅ケアは一般的ではなく、通常公的歯科保健サービスに従事する歯科医師が提供する。

## 3) 病院

スウェーデンでは、病院で働く歯科医師は地方自治体からの給料制である。通常、病院外で患者を診ることに対する規制はない。障害者や重度の全身疾患をもった患者に歯科治療を提供する。歯科医師は歯科治療時、一般的な鎮静や笑気を利用することができるが、鎮静や麻酔は提供できない。正式な大学院訓練が要求される。

## 4) 大学歯学部

歯科医師は大学の従業員として大学と歯学部で働く。彼らは歯学部の仕事と他の非常勤の仕事に従事することが許されており、大学の許可があれば民間開業医で働くこともある。スウェーデンの歯学部大学の肩書は、以下のとおりである。

肩書き	業務内容
教授	教育と研究を担当
准教授	教育と研究を担当
助教	教育を担当

年齢規定や訓練条件はないが、大部分の昇進は研究経歴に基づいている。常勤の職員は、1/3 を教育に、1/3 を自分の患者に、残りの 1/3 を研究に費やす。

## 5) 軍隊

スウェーデン軍では 2 人の常勤歯科医師がいる。

## 7. 職業上の事項(professional matters)

### 1) 職業組合

スウェーデン歯科医師会 Sweden Dental Association (SDA) には4つの関連団体がある。

スウェーデン民間開業歯科医師会 (the Swedish Association of Private Dental Practitioners)

スウェーデン公的歯科保健歯科医師会 (the Swedish Association of Public Dental Officers)

スウェーデン歯科大学教員会 (the Swedish Association of Dental Teachers)

スウェーデン歯学部学生会 (the Swedish Association of Dental Students)

これらの協会の1つに入会すると、スウェーデン歯科医師会の会員資格も自動的に得る。スウェーデンのすべての歯科医のほぼ95%は、スウェーデン歯科医師会のメンバーである。

	数	年	出典
スウェーデン歯科医師会 (SDA) 加入者数	7,005 人	2008	FDI

スウェーデン歯科医師会には、スウェーデン職業組合連合 Swedish Confederation of Professional Associations(SACO)の会員資格を通して、スウェーデンの他の専門組織との緊密なつながりがある。

### 2) 倫理と規制

#### (1) 倫理規定

スウェーデン歯科医師会は会員のためにいくつかの倫理ガイドラインを策定した。そのガイドラインはスウェーデン歯科医師会の規則に組み込まれ、協会の最高意思決定部門によって策定された。スウェーデン民間開業歯科医師会は倫理規約を策定した。歯科医師と被雇用者あるいは他の歯科医師の関係において、同じ院で働いている民間開業医との間で明確な契約の必要はない。しかし従業員は、雇用の機会均等、母性保護、労働衛生、最小限の休暇、健康と安全性などに関して、国とヨーロッパの法律で保護されている。

#### (2) 懲戒

患者が不満を述べ、歯科医師が直接解決できない場合には2つの解決方法がある。民間開業医のための地方医委員会(歯科医師による)か、PDSのための地方委員会(歯科医療者以外が多い)に依頼する方法、保健福祉庁の医療責務委員会 Medical Responsibility Board (HSAN)に頼る方法の2パターンがある。HSANの構成員は、政府により任命され、特別な知識を持ち、医療に関する質問に見識を持つ。歯科の問題に意見を述べるのは常に歯科医師である。HSANは制裁を適用できる唯一の機関である。制裁方法は4つあり、注意、警告、裁判期間中の免許停止、免許の取り上げである。歯科医師が免許を無くす最も一般的な理由は病気である。逆にあまりみられないのが犯罪と技術不足である。ストックホルムの地方裁判所においてHSANの決定に対する訴訟ができる。

#### (3) 情報とデータの保護

新しい患者情報法 Patient Data Act は2008年7月1日から実施された。この法律は所有者にかかわらず全ての診療提供所に適応され、とりわけ、患者情報の保存義務、内部機密と診療提供者による電子アクセス、直接アクセスやそのほか電子方法によるデータと文書の漏洩、国や地域の質の記録といった問題について規制する。また、特に健康と医療サービスの分野における情報保護について改正が行われた。

#### (4) 広告

広告は法律によって規制されている。歯科医師は自分を他の歯科医師と比較できず、自分は誰それより良いと謳うこともできない。広告では基本的な情報のみ表示することができる。広告は、『公正で正確で信頼できる』ものでなければならない。

歯科医師はインターネットで広告を打つことを許されているが、情報保護と、電子取引、商売上の法律を

まもる必要がある。

### (5) 損害賠償保険制度 (Indemnity insurance) への加入

歯科医師の賠償責任保険加入は義務である。PDS で働く歯科医師には国の保険制度がある。民間開業医のための保険はスウェーデン民間開業歯科医師会によって、Praktikertjänst に加入した歯科医師には、Praktikertjänst よって提供される。(Praktikertjänst グループは医療・学校・福祉の民間企業であり、オーナー自身が開業医である。)

民間開業医のための賠償責任保険は、更に必要となる医科・歯科治療のコストや、収入の損失への補償、痛みと苦しみによる被害、肉体的障害や怪我、その他の不利益に対し金銭的援助を提供する。開業医は、収入に応じて現在毎年 180 ユーロ から 582 ユーロほど支払っている(2008 年)。この保険はスウェーデン内で働いている歯科医師に限られる。

### (6) 歯科法人(cooperate dentistry)

歯科医師は株式会社を設立することができる。歯科医師でない者は、これらの会社をすべて、もしくは部分的に所有することができる。

### (7) ホワイトニング

スウェーデンには、歯のホワイトニング製品は医療品として管理されていない。化粧品に分類され小売業で売られているホワイトニング製品では、過酸化水素水許容濃度は最高 0.1% である。過酸化水素水の上限は最高 0.1% に規制されているが、より高い濃度の製品がよく小売店で取引されている。これは、新しくより緩い規則が EU から導入されると考えられているためである。

## 3) 職場での安全衛生

医療従事者は予防接種の義務はない。しかし一般的には B 型肝炎などの予防接種の実施が推奨される。

### (1) 電離放射線

もっとも一般的な X 線装置(75 キロボルト未満)を使うには、特別な許可は必要ない。しかし、機械を動かすため、歯科医師はスウェーデン放射線防護条例 Swedish Radiation Protection Ordinance の規定を満たす必要がある。生涯研修と訓練は義務ではない。パノラマ X 線を購入して使うためには、歯科医師は卒業教育を受ける必要がある。パノラマ X 線機器や、新しい X 線機器(75 キロボルト以上)は登録する必要がある。この機器は歯科医師あるいは歯科医師の監督下でしか使ってはいけない。

### (2) 有害廃棄物

1999 年 1 月から、国の法律によってアマルガム分離器が必須となった。すべてのユニット、もしくは建物ごとに必要となる。廃棄物が国の規則に沿って処理されない場合、歯科医師は責任を問われる。

安全衛生に関する規約	
対象	監督省庁
電離放射線	スウェーデン放射線保護局, SE-171 16 Stockholm
電気設備	地方の監督局
感染対策	国家保健福祉委員会, SE-106 30 Stockholm
医療器具	医療製品機関, P.O. Box 26, SE-751 03 Uppsala
廃棄物処理	スウェーデン環境保護局, SE-106 48 Stockholm

## 8. 経済的事項

### 1) 退職年金

1937 年以前に生まれた人々は旧制度に従って年金を受け取る。1928~1953 年に生まれた人々は、一部を新制

度によって、一部を旧制度によって年金を受け取る。1954 年以降に生まれた人は皆、新制度によって年金を受け取る。新しい年金制度は生涯の年収を基に、年収の 18.5%を支払う。通常の定年は 65～67 歳である。歯科医師は 70 歳まで治療を行える。慢性疾患や障害により働けない人々のために、地方社会保険事務所による障害者年金がある。

## 2)税金

### (1) 所得税

年収 52,436 ユーロ (2008)以上の場合、所得税率が年収の 58%で、最も高い税率になっている。

### (2) VAT (消費税)

歯科機材や器具、材料を含む商品の価格の 25%の所得税が課税される。公共輸送機関、ホテル、食料品などでは 12%、新聞や映画券は 6%で消費税率は低い。

### 経済的指標

チューリップを 100 としたときの ストックホルムの値	ストックホルム 2003	ストックホルム 2008
物価 (賃賃料を除く)	91.1	97.8
物価 (賃賃料を含む)	88.1	92.9
賃金レベル (純)	56.5	65.7
国内購買力	59.9	70.6

出典: 2003 年 8 月と 2008 年 1 月の UBS

## 1. 英国の概要

EU 及び EEA への加盟	1973 年
人口(2008 年)	61,185,981
一人当たりの GDP および PPP(2006 年)	29,052 ユーロ
通貨	英ポンド 1.25 ユーロ = 1 ポンド(2008)
言語	英語(ウェールズ語、ゲール語)
歯科医師数	35,873 人
歯科医師一人あたりの人口	1,974 人
英国歯科医師会加入割合	60%

NHS (National Health Service) は税金を主な財源とし、すべての人々に対して医療サービスを提供している。NHS の財源の約 80% は税金でまかなわれているが、薬剤の処方、歯科治療、眼鏡などの眼科ケアに対しては患者に一定の自己負担金が課せられる。歯科のプライマリーケアの約 40% は、州の NHS システムで支払われているが、他は患者の一部負担金や全額自己負担(私費診療)となっている。

多くの専門医があり、歯科医療補助職に関する制度は発達しており、臨床への従事の有無に関わらず、すべての歯科医師と歯科医療補助職に生涯研修が義務付けられている。

## 2. 医療制度の概要

グレートブリテン及び北アイルランド連合王国(英国)は、議会制民主主義および君主制の国である。立法において女王は象徴的な役割を果たし、議会は二院制である。公選制により選ばれた議員からなる下院(庶民院)は主に法案の最終的な決議を行う。上院(貴族院)は全議員が爵位を持つ貴族によって構成され、下院に再考を促す役割を担っている。英国には歴史的に労働党、保守党、自由民主党の三政党がある。英国の政治は首相と閣僚(大臣)によって行われる。首都はロンドンである。

英国は 1948 年より包括的な NHS を実施しており、それは税金を主な財源としており、全国民に対して医療サービスを提供している。現在では、NHS の約 95% は税金で運営されているが、薬剤の処方、歯科治療、眼鏡などの眼科ケアに対しては患者に一定の自己負担金が課せられる。

NHS の予算は議会(Parliament and Assemblies)で決定され、政策導入はイングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの 4 つの地域の保健省と、イングランドにおける地方自治体にある地方保健当局(PCT (Primary Care Trust)) および他の 3 つの地域の地方保健当局によって行われる。

国レベルでの一般開業医への患者登録システムがあり、成人、子供ともに基本的な医療サービスは登録したかかりつけ医(GP)において無料で受けることができる。かかりつけ医は患者に治療を提供するだけでなく、必要な場合には、専門医や適切な医療機関(病院)に患者を紹介し、NHS の「守衛」としての役割も果たしている。

薬剤の処方、歯科治療、眼科ケアのサービスの財源に関しては徐々に変化しており、現在はサービスを受けるために一部自己負担金を支払う人々が多くなっている。実際、歯科治療に関しては、私費治療を受ける者が増加し、また、NHS で歯科治療を受ける場合も自己負担金が増加しているため、現在すべての歯科医療費のうち 60% が患者による自己負担金であり、残りの 40% が税金により支払われている(英国歯科医師会による推計 2007 年)。

現在のところ、民間医療保険の資金規模も入会している人の数も少ないが、医療サービスにおける民間医療保険

の割合は徐々に増加している。

		年	出典
総医療費の対 GDP 比 (%)	8.3%	2005	OECD
医療費の政府負担割合(公的資金) (%)	87.1%	2005	OECD

### 3. 歯科医療制度

#### 1) 歯科医療サービス

英国の歯科医療は、3つの異なるサービスで提供されている（GDS、CDS、HDS）。他のヨーロッパ諸国と同様に、多くの歯科医療サービスは公務員ではない、病院ではなく個人歯科診療所を有する開業歯科医の下で提供されている。このような一般開業医（GDP）が NHS の患者を受け入れる場合は、その地域の保健当局で決められている General Dental Service(GDS)のもとで働くこととなる。GDS との契約による歯科医療サービスは、イングランドとウェールズ、スコットランドと北アイルランドで異なる。

##### (1) イングランドとウェールズ

イングランドとウェールズでは、患者はあらかじめ公式に歯科医に登録する必要はなく、基本的には来院した順に歯科治療を受けることができる。治療費の何割という支払い方法ではなく、受けた治療に応じて4種類に定められた額の治療費を患者は支払う。この治療費は毎年見直され、2007年では定期健診とスクリーニング、歯面清掃などの16.2ポンドから、クラウンブリッジなどのより複雑な治療の198ポンドと、患者の支払額が決められている。

##### (2) スコットランドと北アイルランド

基本的には GDP（開業医）への治療費の支払いは出来高払い制度であるが、人頭制も一部あり、報酬や直接の払い戻し制度もある。GDP に支払われる費用には、治療に使った材料の費用や診療報酬、診療手当、医療費の償還も含まれる。

スコットランドでは、36ヶ月の契約によって契約患者として継続治療あるいは一時的な治療を受けることができる。一時的な治療に関しては、治療項目に制限がある。

NHS を利用して歯科治療を受ける場合、NHS が決めた治療費用の80%を自己負担額として、歯科医に支払う。一回の歯科治療の支払い負担限度額が決められている(約550ユーロ：2008年)。

##### (3) 英国全体

NHS では、18歳以下の子供や妊産婦、福祉制度の補助（生活保護）を受けている者、19歳以下で全日制の教育を受けている者は、自己負担金なしに歯科治療を無料で受けることができる。在宅歯科治療や義歯の修理など、開業医による NHS の治療のうちいくつかの項目は全ての患者に対して無料で提供される。

通常、NHS による歯科治療費は、民間開業医での治療費の半分あるいは半分以下となっている。

英国の多くの地域で NHS による歯科治療を開業医で受けることは困難であり、4つの政府は「アクセスセンター」を開設して対応している。「アクセスセンター」には給与を支払われる GDP（開業医）や公衆衛生専門の歯科医師が配属されており、患者は NHS と同じ費用負担でさまざまな歯科治療を受けることができる。

基本的には誰もが GDP を受診することができる。しかし、多くの歯科医師は、NHS での歯科治療を希望

する全ての患者を受け入れてはいない。英国の歯科医師のほとんどは NHS の治療を行っており、私費診療患者のみを受け入れる歯科医師は数百名のみである。NHS と契約している歯科医師の多くは、できる限り NHS による治療を減らし、多くの私費診療を行おうとしている。

実際は成人の約 50%、0～18 歳の子供の 60%が、GDP に年に一度定期的に受診し、ケアを継続して受けている。

英国には、地域歯科医療サービス(Community Dental Service, CDS)もある。これは、スペシャルケアが必要な小児や成人、あるいは開業医の少ない地域など、何らかの事情で歯科医療へのアクセスに問題がある人々に対して、公務員の歯科医師が歯科医療を提供する医療機関である。ここでは歯科公衆衛生サービスを提供したり、疫学研究のためのデータ収集の支援なども行っている。

さらには、歯科医療は一般の大きな病院や歯科大学付属病院（医育機関）でも提供される。英国では専門医による歯科治療は主に病院で提供される（Hospital Dental Service, HDS）。専門医による治療は地域の開業医や地域歯科医療サービスの歯科医師からの紹介により行われる。近年、口腔外科などの専門の治療は、high street practice で、多く行われるようになってきた。なお、従来より矯正治療は一般開業医によって行われている。

病院で提供されるすべての歯科治療と地域歯科医療サービスで提供されるほとんどの歯科治療は無料である。

開業医(GDS)、地域歯科医療サービス(CDS)、公的歯科医療サービス(PDS)、病院歯科医療サービス(HDS)の4つのサービスは連携し、いずれも地域・地方レベルの保健当局と公的資金で運営管理されている。保健当局は契約に基づき、地域における歯科医療サービスの提供者に、サービス料金を支払っている。

このシステムで働く歯科医師に対する NHS による収入は、毎年の支払額の提言を行う The Doctors' and Dentists' Review Body (DDRB)の準独立委員会（quasi-independent）により決定される。しかし、政府は常にその提言に従うわけではない。新卒歯科医師は研修 GDP として働き、国の給与レベルで給与が払われる。

多くの患者は半年ごとに定期歯科健診を受診しているが、口腔保健状況が改善したことにより、現在では半年ごとに定期歯科受診をしている成人は、50%以下と考えられている。

		年	出典
総歯科医療費の対 GDP 比 (%)	0.60%	2004	Manual
歯科医療費の私費の割合(%)	50%	2008	BDA

## 2) 民間の歯科医療保険

英国では、歯科治療費のための民間の医療プランや医療保険に加入している者は 10%以下である。民間の歯科医療保険は、一般の医療保険とは別なもの、あるいは、それに追加するものとなっている。ほとんどの民間保険は個人仕様であり、個人が会社に対して直接保険料を支払い、その保険料を払った個人が保障される。最も大きなプラン（Denplan）は前払い制で、参加している歯科医師は人頭制（診療行為ごとに点数を加算する方式とは異なり、担当する患者数に応じて報酬を受取る方式）の報酬を得る。人頭制においては、患者に提供した医療内容に関わらず、担当する患者数に応じて報酬を受取るため、提供する歯科治療の量によっては経済的なリスクを負うことになる。ここ数年、多くの保険会社が歯科医療保険の市場に参入し始めている。民間歯科医療プランや保険は、それぞれの会社が様々な料金設定をしている。一般的に保険でカバーする料金はすべての会員に対して一

定の基準料金を設けているが、個別プランを希望する場合、口腔内の保健状況の良好な者しか会社は歯科医療費をカバーしない。

### 3) 歯科医療の質の評価

歯科医療の質をモニターする監督部署は、どのようなサービスが提供されているかにより機関が異なる。NHS から給料が支払われている開業医に対しては、国の基準と比較した治療状況の分析が行われている。国の基準限度を超えている場合、一人あるいは複数の患者の治療内容について、地域の Dental Reference Officer (DRO)が調査を行う。地域の保健当局は患者からの苦情を受けると DRO に調査するよう依頼する。また、DRO は GDS を行っている臨床開業医の治療を任意に抽出し、適切に行われているかを評価する。

NHS を行う歯科診療所はすべて不満・苦情への対応をしなくてはならない。どのような苦情も最初は歯科医師に対して訴えられる。もし、そこで歯科医療に対する不満が解決しなければ、地域の保健当局に伝えられることになる。スコットランドと北アイルランドでは、重大な苦情は NHS の規範委員会 で扱われる。もし規則違反が見つければ、歯科医師は無料で再治療を行ったり、NHS への歯科医師の登録を抹消されたりする。イングランドとウェールズでは、歯科医師が十分な治療水準を満たさない場合は、NHS の名簿から抹消される。また、職業上の違法行為については歯科医療審議会 (General Dental Council : GDC) に問い合わせることもできる。その場合、GDC は歯科医師を問責し、診療を行う権利を剥奪することができる。保健当局や GDC に、異議申し立てを行う権利もできる。病院や地域医療サービスで行われる歯科治療に対しては、ヘルスサービス苦情制度がある。

NHS の規制外で行われる治療に対しては、2006 年に歯科医療苦情サービスが設立された。ここでは患者および歯科専門家に対して助言を行っており、GDC とは独立している機関である。

### 4) 口腔保健データ

		年	出典
12 歳児 DMFT	0.80	2005	CECDO
12 歳での DMFT がゼロの割合	62%	2005	OECD
65 歳以上で無歯顎者の割合	36%	2005	OECD

### 5) フロリデーション

英国では約 6,000,000 人が、フッ化物濃度 1ppm に適正に調整された水道水あるいはほぼ同等な濃度レベルの天然水の供給を受けている。すなわち、英国の総人口の 10 分の 1 がう蝕予防に効果のあるレベルにフッ化物濃度が調整された水を飲用していることになる。

いくつかの地域では、人々は準適正値である 0.3~0.7ppm のフッ化物濃度の天然水を飲用している。これはう蝕予防にある程度は効果があると考えられるが、適切なレベルには達していない。また、エセックス州、ウィルとシャー州、ノーフォーク州などの一部の地域では、天然に認められるフッ化物の量が場所や時間によって異なるため、正確なフッ化物濃度を測定することは非常に難しい。

英国の多くの地域において、プライマリーケア基金 (Primary Care Trust : PCT) や 地域当局 Boards は、歯科診療所に依頼してフッ化物配合歯磨剤を小児に対して無料で提供するようにしている。また、問題のある小児を対象にして、歯科医師に歯科治療の一環としてフッ化物バーニッシュを行うよう契約を結んでいる。

2008 年の政府の水道水フロリデーション支援への声明により、小児のう蝕が蔓延している地方では、フロリデーション供給施設について検討が行われることとなった。

#### 4. 歯科医療従事者の養成と登録

##### 1) 学部教育 (Undergraduate Training)

英国には歯科大学が 15 校あり、そのすべてが州立の大学である。スコットランドのアバディーンにある最も新しい大学は 2008 年 9 月に設立された。多くの歯科大学に入学するためには、高校における理系の教科で最低 3 つ以上のレベル A をとらなければならない。競争は厳しく、通常すべての教科で高い点数を取っていなければならない。イングランドの 2 校 (Preston と Plymouth) とスコットランドの 1 校 (Aberdeen) の 3 校は、学士入学 (生化学系の大学卒業生) のみを受入れている。Liverpool と King's College London にも学士入学のプログラムがある。

スコットランド以外の地域の学生は、授業料をすべて支払わなくてはならない。しかし、州から低金利の融資を受けることができ、これは、大学卒業後に、収入が増加し最低限度額以上になってから返済することができる。多くの大学では 2004 年から入学者数を大幅に増員したため、卒業生の数は 2009 年から増加している。

2008 年のデータ	
学校の数	15 校
定員数 (入学数)	1063 人
卒業数 (2007)	844 人
女性の割合	52%

大学	歯学部学生数	毎年の卒業生数
Aberdeen	None yet	None yet
Belfast	209	38
Birmingham	408	65
Bristol	324	48
Cardiff	325	57
Dundee	353	54
Glasgow	419	75
Leeds	387	51
Liverpool	378	50
London	1193	211
Manchester	407	72
Newcastle	427	70
Plymouth	120	None yet
Preston	64	None yet
Sheffield	371	53
<b>合計</b>	<b>5,385</b>	<b>844</b>
2004 年以降、多くの大学が定員を増やしたため、2009 年以降卒業生数は増加する見込みである。		

##### 質の保証

The General Dental Council は、歯科大学のカリキュラムの質を保証するための責任を担っており、歯科医師と歯科医療従事者を養成する学校の教育課程の内容と質の審査を定期的に行っている。

##### 2) 歯科医師としての資格の取得と研修

###### (1) 歯科医師の資格

すべての大学において卒業時に歯科医学の学士号 Bachelor of Dental Surgery (BDS、BChD) を取得することができる。1960 年代後半までは、多くの大学は LDS (Licentiate in Dental Surgery) の学位を与えてい

た。LDS は、Royal College of London、Edinburgh、Glasgow で授与されていたが、2003 年以降は授与されなくなった。

## (2) 卒後教育 (Vocational Training)

英国において、卒後教育は卒業後の必須の資格となっている。卒後教育を受けない場合には、NHS システム下では働けない。

## 3) 歯科医籍の登録

英国内で歯科診療を行いたい歯科医師は歯科医療審議会 (General Dental Council : GDC) に必ず登録しなくてはならない。GDC は歯科医師の監督当局であり、歯科医師の登録および専門医の名簿管理を行っている。歯科医師としての登録費用には 550 ユーロかかる (2008 年)。

有資格者が、英国で歯科医師として登録するためには、EU/EEA 内の歯科大学を卒業したことの証明書、および、現在登録している国の保健当局からの本人が特に問題がないことの保証する手紙 (英国以外の国の歯科医師の場合) パスポートと健康診断書を提出しなければならない。

EU 国民ではあるが EU 以外の国の歯科大学を卒業している場合は、その資格、技能、知識、経験等が英国の歯科医師に比べてどうであるか、GDC が評価を行う。もし GDC がその候補者は基準を満たしていないと判断したならば、外国歯科医師登録試験 (Overseas Registration Examination, ORE) を受験しなければならない。

### 必要言語

EU 国民に関しては、歯科医師として登録する際には英語の試験を特に設けてはいない。しかしながら、IELTS などの語学試験に合格することが、NHS のもと一般開業医として働くためには必要とされている。EU 国民でないものは IELTS をパスし、その後 GDC の外国歯科医師登録試験に合格しなくては、歯科医師として登録することはできない。

## 4) 卒後教育と専門医養成

### (1) 卒後教育 (Vocational Training)

英国では NHS の仕事を行うためには、歯科医師は通常、開業医、パブリッククリニック、病院において指導者の元で臨床研修プログラムを修了しなければならない。GDP や地域での歯科研修は、週に 4 日臨床診療を主として行い、週に 1 日は自由コースを提供している。独立して開業する前に、また、非監督下での治療を行うためには、臨床研修の修了証を取得しなくてはならない。

英国以外の EU 加盟国の歯科大学の卒業生は、臨床研修を受ける条件を免除されるが、もし希望するならば研修を受けてもよい。EU 以外の国の卒業生は臨床研修を受けるか、もしそれまでに一般診療に従事した十分な経験があるならば能力技能訓練 (competency training) を一般開業医で受ければよい。雇用先の一般歯科医院、PCT (Primary Care Trust) などによって、雇用先の歯科医師のサポートの下で能力技能訓練の時間が与えられる。臨床研修あるいは能力技能訓練修了して初めて、歯科医師は地域の有資格者リストに名前が掲載され、NHS のもとでの患者治療が許可される。

スコットランドと北アイルランドでは、EU 以外から来た歯科医師はまずはメインリストに登録された歯科医師の下で働く補助スタッフ名簿に加えられ、通常は常勤として 1 年間勤務あるいはそれと同等の仕事量を行う非常勤勤務の期間が過ぎたらメインリストに登録される。

### (2) 生涯研修

専門医、行政医、登録している退職した歯科医師を含め、すべての歯科医師が 5 年間に 250 時間に及ぶ生

涯研修を受けなければならない。この生涯研修には 75 時間の証明付き卒業研修( verifiable postgraduate education ) と、175 時間の一般生涯研修( general /informal postgraduate education )が含まれている。verifiable activity は授業コースへの参加や、双方向の遠隔授業、診療評価、ピアレビューなどがあり、これらすべてに学習目標や具体的な成果が定められている。2007 年より verifiable activity にはいくつかのコア科目が入るようになり、放射線防御と感染防御も含まれるようになった。歯科医師は活動内容を必ず記録し、毎年順守したことを証明しなくてはならない。この生涯研修制度は GDC により管理運営されている。

NHS の歯科医師は、生涯研修の一環としてピアレビューと診療評価に参加することが義務づけられている。スコットランドでは NHS に登録している歯科医師は、これらの生涯研修に参加している時間に稼げたであろう診療収入の補償手当を受けることができる。

大学院課程の歯科専門教育はロンドンとエジンバラの二か所の大学に設置されているが、学部教育を行う他の多くの大学にも卒業教育機関が設置されている。

### (3) 専門医養成

専門医の養成はすべて Medical Royal College の監督の下、登録されている病院、PCT、他の保健当局のトレーニング場所等で、general professional training ( 臨床研修期間を含む ) の 2 年間に引き続き、3 ~ 5 年かけて行われる。どの専門医を目指すかにより異なるが、専門医になるためには 5 ~ 7 年が必要である。GDC は条件を満たす歯科医師に専門医としての名称使用の許可を与え、また、その登録名簿の管理を行う。英国の口腔外科と矯正の二つの分野の専門医は EU によっても承認される。英国の法律の下では、人々および歯科医師の双方の利益になると考えられれば、どのような専門医も GDC は承認することができる。GDC の名簿に登録された歯科医師は、専門医を名乗れることを意味するが、臨床範囲が登録された分野に限定されるということではないし、専門外の分野で治療する権利を制限するものではない。

英国では 2008 年現在、以下の分野の専門医が承認されている。

- ・ 口腔外科専門医
- ・ 歯内療法専門医
- ・ 歯科矯正専門医
- ・ 歯周病専門医
- ・ 保存修復専門医
- ・ 補綴専門医
- ・ 歯科公衆衛生専門医
- ・ 口腔内科専門医
- ・ 小児歯科専門医
- ・ 口腔細菌専門医
- ・ 口腔病理専門医
- ・ 歯科顎顔面放射線専門医

## 4. 歯科医療従事者の種類と労働人口(Workforce)

### 1) 歯科医師

労働人口が徐々に増加しているにも関わらず、英国の一部の地域では深刻な歯科医療従事者の不足が生じている。理由は複雑であるが、非常勤で働く女性歯科医師の増加が大きな原因だと考えられる。英国の 4 つの政府は、この歯科医療従事者の問題について異なる対応をしている。

2008 年のデータ	
全登録歯科医師数	35,873 人
医療従事歯科医師数	31,000 人
歯科医師一人当たりの人口 ( 診療従事者数のみ )	1,976
女性歯科医師の比率	40%
海外での免許取得者	8,672 人

上述したような歯科医師の不足問題にも関わらず、英国では歯科医師としての資格をとってすぐの者に未就労の者がいることが報告されている。新しく資格を得た歯科医師は、NHSで独立して診療にあたる前にNHSで臨床研修を受けることが義務付けられている。英国の中には、そのような研修を行う場所が十分にあるが、新卒の歯科医師はそのような場所では働けなかったり、働きたいと希望しないことがある。

#### 英国内外への歯科医師の動き

英国で資格を得た歯科医師の人数	27,201 人
EU/EEA で資格を得た歯科医師の人数	4,865 人
試験を受験して資格を得たもの	1,622 人
その他の手段で資格を得たもの	2,185 人

今世紀の初め、特に 2004 年より新しい EU 加盟国より英国への歯科医師の移住が相次いだため、英国では歯科医師は増加している。

英国で資格を得たもの	27,201 人
アイルランド	613 人
スウェーデン	957 人
その他の EU/EEA	3,278 人
南アフリカ	1,420 人
その他の海外	2,404 人

## 2) 専門医

一部の専門医はコンサルタントとして病院で働いている。しかし、歯科公衆衛生の分野で働くコンサルタントはプライマリーケア基金やその他の地域保健医療当局に雇われている。大学附属の教育病院で働いている専門医もいる。

現在、多くの専門医が開業医としてその専門分野に特化した診療に従事しているが、希望すれば専門医も一般診療を行うことができる。しかし、専門医としての診療を行う場合は、一般開業医や他の専門医からの紹介患者の治療を行うことが普通である。現在、矯正専門医は非常勤あるいは常勤の専門医として病院外で働くことが多く、病院での矯正治療では手術介入を伴うような複雑で高度な症例が増加している。

2008 年のデータ	
歯科矯正専門医	1,158 人
歯内治療専門医	187 人
小児歯科専門医	224 人
歯周病専門医	280 人
歯科補綴専門医	377 人
保存修復専門医	290 人
歯科顎顔面放射線専門医	25 人
口腔外科専門医	768 人
口腔顎顔面外科専門医 (OMFS)	220 人
歯科公衆衛生専門医	116 人
口腔内科専門医	82 人
その他	33 人

専門医による組織や学会の数は多い。

### 3) 歯科医療補助職

英国では歯科医療補助職は口腔ケアの専門家（dental Care Professionals, DCPs）と呼ばれている。チェアサイドでのアシスタントを行う歯科看護師以外に、6つの職種がある。

- ・ 歯科衛生士
- ・ デンタルセラピスト（Dental Therapists）
- ・ 矯正セラピスト（Orthodontic Therapists）
- ・ 歯科技工士
- ・ 臨床歯科技工士
- ・ 口腔健康教育士（Oral Health Educators）

口腔健康教育士を除く、他のすべての口腔ケアの専門家は General Dental Council（あるいは公的教育プログラム）に登録しなければならず、GDC によって定められた厳しい倫理規定や職業規範を守らなければならない。これらの歯科医療補助職も5年間で少なくとも150時間は生涯研修を受けなくてはならない。最低50時間は証明付きの生涯学習 verifiable CPD (Continuing Professional Development) でなければならない。証明付きの生涯学習（Verifiable CPD）であるためには、明確な学習目的と目標、期待される結果、質の保証がある研修であり、適切な第三者機関による参加・出席の書面での認証が必要とされる。

未登録の者によって違法の歯科医療行為が行われていることがあるが、そのような者は GDC によって告訴される。

2008年のデータ	
歯科衛生士	5,340人
歯科技工士	7,094人
臨床歯科技工士	93人
歯科看護師	40,665人
デンタルセラピスト	1,154人
矯正セラピスト	10人
その他	0人
<b>歯科医療補助職総数</b>	<b>51,951人</b>

注)何人かの歯科医療補助職は複数の職種に登録しているため、個々の職種の合計よりも総数が多くなっている。

#### (1) 歯科衛生士

歯科衛生士の養成は歯科衛生士学校で通常24~27か月間行われる。歯科衛生士学校は歯科大学に併設されていることが多い。歯科衛生士学校に入るためには、通常歯科看護師としての資格が必要であり、成績はAレベルが要求される。資格をとるとディプロマが与えられる。スコットランドのダンディーにある学校では現在、授業の期間が3年に延長され、学位が授与される。

歯科衛生士は歯科医師の指導下でのみ働くことができる。歯科医師は歯科衛生士の治療プランを準備するが、歯科衛生士の治療に立ち会わなくてもよい。歯科衛生士の仕事は2003年まではGDCによって決められていたが、法律の変更により、どのような訓練を受けたかにより許される仕事の範囲が定められることになった。

歯科衛生士の主な仕事は以下のとおりである。

- 幅広い年齢層の患者を対象に口腔衛生ケアを提供する。
- 歯周組織の状態を改善あるいは維持するために患者のセルフケアの計画をたてる。
- 歯科に関する詳細な既往歴と全身の既往歴を聴取する。
- 歯周組織検査を行い、結果を記録する。歯周病の状態を把握し、モニターするためにさまざまな指標を利用する。
- 患者に予防的口腔ケアを提供し、歯科医師がう蝕、歯周病、歯の摩耗等の治療をする際に協力する。
- 手用および超音波機器を使用して縁上・縁下歯石の除去および根面デブライドメントを行う。
- プラークに起因する疾患の管理を適切な抗菌薬を用いて行う。
- 歯周治療の一環として修復物の表面の調整を行う。
- フッ化物の歯面塗布とフィッシャーシーラントを行う。
- 患者に禁煙指導を行う。
- 一般歯科治療の中で X 線写真を撮り、現像し、患者に説明する。
- 浸潤麻酔
- 仮封とテンポラリーセメントでのクラウンの仮着を行う。
- 印象採得を行う。
- 解剖学的な特徴を見極め、異常のあるものを認識し、一般的な病態を解釈し、口腔がんのスクリーニングを実施して、適切な医療専門医へ紹介する。
- ラバーダムをかける。
- 救急蘇生を行う。

歯科衛生士がさらなるキャリアの向上で習得できる技術には以下のようなものがある。

- 歯科医師の指示の下でホワイトニングを行う。
- レントゲン撮影の指示を出す。
- 吸入鎮静法を行う。
- 歯科医師が確認した後に、創傷の抜糸を行う。

歯科衛生士が行ってはいけない事項としては以下が挙げられる。

- 病気を診断する。
- 歯の修復をする。
- 根管治療を行う。
- 修復をしていない歯の表面を調整する。
- 抜歯する。

病院や診療所で働く歯科衛生士の給料は、時間給でもらったり、診療費の一部を歩合してもらったりしている。常勤の歯科衛生士の給料は職場環境により異なるが、一般診療に従事している者の方が給料は高い。歯科診療所を持っており、歯科医師を 1 名以上雇っている歯科衛生士もいる。

## (2) デンタルセラピスト

デンタルセラピストの養成にはいくつかの異なったコースがあり、それぞれの養成学校によって入学資格も異なる。多くの場合、入学のためには、A レベルか GCSE で 6 科目以上の履修が義務づけられている。多くの学校では、デンタルセラピストの養成にはフルタイムで 27 か月必要である。デンタルセラピストは歯科衛生士の業務もできるよう同時に訓練されている。いくつかの学校は授業期間を 3 年間に延長することで、学士号が取得できるようにしている。

さらに、現在では、すでに歯科衛生士の資格を持つ者に対してさらにデンタルセラピストとしての資格を得るための集中授業を受けられるコースを設けている学校もあり、これは一日の授業時間により異なるが、6か月から12か月ほどで取得できる。2004年に2つのデンタルセラピストの学校がSalfordとPortsmouthに開校したが、そこでは、たとえAレベルでなくても6ヶ月間の基礎コースを先に取れば、歯科看護師の資格を持つ学生の入学を認めている。

デンタルセラピストの資格を取得したものは、ディプロマや学士が授与される。診療を開始する前に必ずデンタルセラピストはGDCに登録しなくてはならない。デンタルセラピストの給料は歯科衛生士と同程度である。

デンタルセラピストは診断を行わず、患者の治療計画に対する責任もない。歯科医師はデンタルセラピストの治療プランを準備しなければならないが、治療の際にいる必要はない。デンタルセラピストは歯科衛生士と同じ業務を行うことができ、さらに以下の業務に従事することができる。

- 乳歯、永久歯に直接充填を行う。
- 乳歯に対して生活断髄を行う。
- 乳歯を抜歯する。
- 乳歯に既成冠をセットする。
- 患者のケアプランを作成する。

デンタルセラピストがさらなるキャリアの向上で習得できる技術には以下のようなものがある。

- 吸入鎮静法を行う。
- 処方箋の詳細な内容を変更する。(処方箋の発行は禁止)
- レントゲン撮影の指示を出す。
- 歯科医師の指示の下でホワイトニングを行う。
- 歯科医師が確認した後に、創傷の抜糸を行う。

デンタルセラピストは、あらゆる臨床の場で仕事に従事することができる。

### (3) 矯正セラピスト

この資格はDCPにより新しく設立されたもので、2007年に授業が開始され、2008年に初となる10名の矯正セラピストが登録された。

矯正セラピストの養成は現在6校(ブリストル、カーディフ、エジンバラ、リーズ、マンチェスター、ワーウィック)で行われており、最短一年でディプロマを取得できる。歯科看護師、歯科衛生士、デンタルセラピスト、歯科技工士の資格を有する者で、条件を満たす臨床経験のある者はこのコースを受講することができる。

矯正セラピストは治療で以下のような役割を担う。

- 矯正治療の開始前に歯面清掃及び歯面研磨を行う。
- 適切な器具を見極め、選び、使用し、維持管理する。
- 受動的可撤式矯正装置を装着する。
- 歯科医師により調整された能動的可綴式矯正装置を装着する。
- 固定式矯正装置、矯正用接着剤、接着セメントを除去する。
- 印象採得を行う。
- 研究模型作成のための石膏注入、トリミングをする。
- 歯科医師不在下での矯正装置の安全を確認する。

- 矯正用ヘッドギアの調整を行う。
- 歯科医師によって調整された矯正用フェイスボウの調整を行う。
- 咬合採得（下顎矯正のためのフェイスボウの判読を含む）を行う。
- ブラケットとバンドを装着する。
- アーチワイヤーの準備、装着、調整、除去をする。
- 矯正装置の管理についての患者への説明と口腔ケアについての指導を行う。
- 歯間拡大装置の調整を行う。
- 下顎舌側保定装置の調整を行う。
- 他の医療専門家へ紹介を行う。
- 救急蘇生を行う。

矯正セラピストがさらなるキャリアの向上で習得できる技術には以下のようなものがある。

- 歯科医師の処方に基づきフッ化物パーニッシュを塗布する。
- 矯正装置のアクリルの部分を修理する。
- プラークと歯肉の状態を指標を用いて評価する。
- 歯科医師が確認した後に、創傷の抜糸を行う。

矯正セラピストが行ってはいけない禁止事項としては以下が挙げられる。

- 歯肉縁下歯石を除去する。
- 局所麻酔を実施する。
- クラウンを再セットする。
- 仮封をする。
- 活性薬剤の塗布

矯正セラピストは病気の診断や治療計画の立案、矯正用ワイヤーを締めることはできず、これらは歯科医師によって行われる。

#### (4) 歯科技工士

歯科技工士の養成は 11 の大学と短大で行われており、卒業証書か証明書(ビジネスと技術教育評議会：Business and Technician Education Councils (BTEC)、スコットランド職業訓練委員会:Scotvec in Scotland)、あるいは学士 (Birmingham、Liverpool、London、Nottingham College では歯科技工学基礎学士を授与する) を取得することができる。教育課程は基本的には 4 年間で、さらに 2 年間の専門課程を受講することもできる。

歯科技工士は独立して働く前に、GDC に登録しなくてはならない。歯科技工士の給料については不明である。歯科技工士は歯科医師に指示された技工物を作成することが許されているが、それを患者の口腔内では行ってはいけない。

歯科技工士の仕事は以下のとおりである。

- 技工室に持ち込まれた症例について、どのように技工物を作成するか検討する。
- 歯科医師や臨床歯科技工士と協力して働き、歯科技工物のデザインを決定する。
- 技工指示書に基づき、カスタムメイドの歯科技工物のデザイン、計画、製作を行う。
- 歯科技工物の修理、修正を行う。
- 人工歯の色や形を合わせる。
- 技工室における物理的、化学的、細菌学的汚染を防ぐための感染予防対策を行う。
- 完全で正確な技工記録を保存する。

- 完成して技工室から診療所へ送られた技工物の安全性と質を保証する。
- 他の医療専門家へ紹介を行う。

歯科技工士がさらなるキャリアの向上で習得できる技術には以下のようなものがある。

- 診療所において歯科医師の治療の補助を行う。
  - 印象採得
  - フェイスボウの記録
  - 口腔内、口腔外でのトレース (Intra-oral and extra-oral tracing)
  - インプラントのフレームの評価
  - 咬合採得、バイト
  - Cad-Cam のための口腔内の窩洞のスキャン
  - チェアサイドで歯科医師の補助としてアタッチメントの調整
- 診療所で臨床歯科技工士の治療の補助を行う。
  - 印象採得
  - フェイスボウの記録
  - 口腔内、口腔外でのトレース (Intra-oral and extra-oral tracing)
  - 咬合採得
  - 頭部 X 線規格写真のトレース
  - 口腔内写真の撮影

歯科技工士が行ってはいけない禁止事項としては以下が挙げられる。

- 診療所で歯科医師と一緒にではなく歯科技工士だけで働く。
- 可撤性補綴物作成の際に臨床的な行為を行う。
- 技工士だけで、患者の臨床的な診査を行う。
- 口腔粘膜とその下部組織の異常を鑑別する。
- 可綴式補綴物の調整を行う。

歯科技工士は、口腔内の処置が必要ない場合には人々の義歯の修理を行うことが許されている。歴史的には歯科技工士は歯科医師に雇われて、歯科診療室に設置された技工室で働いていたが、2008 年以降はこのような状況は非常に珍しくなった。現在では、多くの歯科技工士は民間の歯科技工所で働いており、歯科医師、PCT、他の保健当局に技工物の料金を請求している。病院に雇われて働いている歯科技工士もいる。

##### (5) 臨床歯科技工士

2008 年までは、英国国内でこの資格を取得する教育コースはなかった。カナダのジョージブラウンシティカレッジのコースは GDC のカリキュラム基準を満たしてはいたが、EU 以外の国の資格であるため、GDC は登録すべき資格としては認めていなかった。しかし、General Dental Practice の学部（一般歯科診療学部）はこの卒業証書を認め、ジョージブラウンシティカレッジの卒業生に独自の卒業証書を与えていた。一般歯科診療学部の卒業証書は歯科医療補助職として登録される資格となり、現在、ジョージブラウンシティカレッジの卒業生のみが、この資格保有者として認められている。

2008 年 7 月、英国の制度に基づいた初めての臨床歯科技工士のコースがエジンバラ歯科大学において 2008 年後半より提供されると発表された。

臨床歯科技工士の専門性は、可綴性補綴物を作成し、患者に直接試適することができることである。仕事は主に義歯の作成である。デンタルチームのメンバーから独立して、自らの判断で無歯顎の患者に対して

総義歯を作成することができる。現在では、歯科医師が患者の口腔内状況を診て治療計画を立てた場合には、部分床義歯も同様に独立して作成することができる。

臨床歯科技工士の仕事は以下の通りである。

- 歯科既往歴と全身的既往歴を聴取する。
- 患者に可綴式補綴物をセットするための技術的、臨床的な処置を行う。
- 臨床的に診査を行う。
- 可撤式補綴物をセットするために必要となるレントゲンや他の画像撮影を行う。
- 加齢変化による正常と病的な状態の鑑別をする。
- 口腔粘膜とその下部組織の異常を見つけ、必要な紹介を行う。
- 可綴式補綴物の調整を行う。
- 適切な助言を患者に行う。

歯科技工士がさらなるキャリアの向上で習得できる技術には以下のようなものがある。

- 口腔健康教育を行う。
- スポーツ用のマウスガードを作成する。
- テンポラリーセメントでクラウンの再セットを行う。
- 歯科医師の指示の下、いびき対策用の装置を作成する。
- 歯科医師が確認した後に、創傷の抜糸をする。

臨床歯科技工士は独立して働く前に GDC に登録しなければならない。臨床歯科技工士の給料については不明である。他の歯科医療補助職と同様の規範に基づき働いている。

## (6) 歯科看護師

歯科看護師は歯科医師の助手としてチェアサイドで働く。英国では、歯科看護師は通常感染対策を行い、患者の検査結果の記録をとる。

歯科看護師の教育と養成は最初のうちは非公式的に雇用主の歯科医師によって行われるが、短大や専門学校にもさまざまなレベルの歯科看護師の off-site 教育システムがある。典型的なコースは 1 週間に 1 回、あるいは夜間に講義があり、歯科看護師の研修生はこの授業を履修しなければならない。

試験当局による最終試験を経て、国の認定機関によって認められた専門資格が与えられる。資格を得た歯科看護師は GDC に登録をしなければならない。登録した歯科看護師は、歯科医師とともに働くことができるが、他の歯科医療補助職と同様に、生涯研修を受けるや規範に従うことが要求される。

歯科看護師の仕事は以下のとおりである。

- 装置も含めて、診療室の環境を整え維持する。
- 手術室あるいは技工室での物理的、化学的、細菌学的汚染を防ぐための感染予防対策を行う。
- 他の歯科医療担当者が実施した口腔内診査を記録する。
- 歯科材料の準備、練和などの取扱いを行う。
- 治療中の施術者に対するチェアサイドでの補助をする。
- 完全かつ正確な患者の記録を保存する。
- 歯科レントゲン撮影のための装置や材料を準備する。
- 歯科レントゲン写真を現像する。
- 患者をモニターし、支援して、安心させる。
- 患者への適切な助言を行う。

- 医学的な緊急事態の時に患者と同僚に支援を行う。
- 救急蘇生を行う。
- 他の医療専門家へ紹介をする。

歯科看護師がさらなるキャリアの向上で習得できる技術には以下のようなものがある。

- 口腔健康教育やオーラルヘルスプロモーションを行うためのより高度な技術を獲得できる。
- 意識下鎮静法で治療を行っている患者の補助を行う。
- スペシャルケアが必要な患者の治療における診療補助の技術を獲得できる。
- 口腔内写真撮影を行う。
- 人工歯の色や形を合わせる。シェードテイキングを行う。
- ラバーダムを装着する。
- プラークの付着状態を測定し記録する。
- 研究模型への石膏の注入、トリミングをする。
- 歯科医師が確認した後に、創傷の抜糸を行う。
- 個人トレーと咬合堤の作成をする。
- 可綴式補綴物のアクリルの部分の修理をする。
- 頭部 X 線規格写真のトレースをする。

歯科医師の指示下、行うことのできる更なる技術は以下の通りである。

- 歯科医師の指示の下、レントゲンを撮影する。
- 歯科医師の指示の下、局所麻酔を行う。
- 歯科医師の指示の下、フッ化物パーニッシュの塗布を行う。
- 歯科医師の指示の下、マウスガードやホワイトニング用のトレーを作る。
- 歯科医師や臨床歯科技工士の指示の下、印象を採得する。

歯科看護師は診断をしたり治療計画を立案したりすることはない。他のすべての技術は、登録された他の歯科医療補助職でも実施できるものである。

#### (7) 口腔健康教育士 (Oral Health Educators)

口腔健康教育士は個人や集団に対して口腔ケアに関する指導を行う。これは歯科医師による監督の有無に関わらず、あらゆる状況下で行われる。ディプロマをとることは可能だが、口腔健康教育士の資格は登録する必要はない。一般の教師や歯科看護師などが口腔健康教育士となることが多い。

### 5. 歯科医療(施設の種類別)

2008年のデータ	
一般歯科医（開業医）	24,000
公的歯科医療施設	1,800
大学	400
病院	2,000
軍隊	210
政府	250
全体に占める一般開業の割合	77%
診療所の数	11,000

NHSで監督なしで働くためには全ての歯科医師は英語が話せることが必須である。IELTS という試験を行い、リスニング、スピーキング、アカデミックリーディング、アカデミックライティングの 4 つの分野で最低 6 を獲得しなければならない。

加えて、犯罪による 6 か月以上の実刑を、いかなる国においても受けていないことを証明しなければならない。

### 1) 開業医 (General Practice)

英国では、病院や学校以外で、個人あるいは数名で開業し、一般的な幅広い診療を提供している歯科医師を開業医と呼ぶ。イギリスには 11,000 人の一般開業がいるとされる。約 3 分の 1 が個人で開業しているが、大抵の開業医は 2 名以上の歯科衛生士や歯科療法士を雇っており、グループ診療を行っている。

いくつかの開業医は患者の技工物を作成するために歯科技工士によって所有されていたり、自ら歯科技工所を営んでいたりする。しかしながら、このような開業医はまだ NHS の治療の対象とはなっていない。臨床歯科技工士は無歯顎の患者に総義歯を作成するとき以外は、必ず歯科医師の指示下で働かなくてはならない。

開業医として働く多くの歯科医師は自営業者であり、患者の治療費と政府からの支払い金により生活している。開業医の数が増加するに従い、私費治療のみを行う歯科医師も出てきたが、このような歯科医師はまだ全ての開業医の 20% 以下である。

#### (1) イングランドとウェールズ

開業医は行った治療に応じて報酬を得るのではなく、UDA (Units of Dental Activity) が契約価値に応じて定めた年間固定収入額の 12 等分された額を毎月支払われる。これは、患者への歯科治療の費用から歯科医師、その他歯科医療従事者の費用まで全てを含んだ額である。設定された目標を達成できないと、支払額の返納や次年度からの契約価値が下げられることになる。

例えば、2006 年の 4 月 1 日に開業し、契約したとすると、契約価値は 2004 年の 10 月 1 日から 2005 年の 9 月 30 日までの活動に基づいて定められることになる。多くの歯科医師はこの UDA の契約価値の設定方法には欠陥があるとしている。

鎮静治療など通常の契約価値には含まれていない治療に対する患者からの直接的な支払いは、直接収入となる。

#### (2) スコットランドと北アイルランド

NHS が規定した料金表によって、政府と患者の負担割合が定められている。570 ユーロを超える歯科治療、成人への矯正治療などを開始する前には、中央当局 (Practice Services Dental Division, Central Services Agency) の許可が必要である。加えて、基本的な診療費や年功、継続教育に応じて追加的な給付手当が発生する。

#### (3) 英国全体

受けた治療費の全額を自己負担する私費治療の患者に対して、支払額の限度は設定されていない。民間医療保険については前述を参照のこと。

同じ開業医に勤務する歯科医師間の契約的な必要事項は特に無い。BDA や他の同様の機関に契約書の草案がある。これらの契約は自営業単位で行われ、雇用の権利は全くないか限定されている。

開業医における雇用者は、雇用の権利や雇用機会均等、出産手当、労働衛生、最低休暇、健康、安全の面で英国およびヨーロッパの法に基づき保護されている。

### 開業するためには

歯科医師の開業場所を制御するための特別な法律は存在しない。NHSの対象外として開業するならば、地域の計画法に従えばあらゆる場所で開業できる。

鎮静治療や新しい治療を行う開業医に対しては、開業前に PCT や地方保健当局が安全衛生規制を遵守していることを検査する権利がある。歯科医師や従業員数に関する規定はないが、歯科治療を行うために適した建物でなければならない。建物は所有あるいは賃貸でいい。開業するに当たり、州から少額の援助があり、歯科医師は銀行でローンを組むことが多い。

歯科医師は通常は、研修を修了した後、勤務医として働き始める。その後、開業する。伝統的には開業医は自宅や店の上の階が多かったが、現在では、一階に開業するものや、高級店舗が並ぶ通りやショッピングモールあるいは医療ビルの中に開業するものも増えている。

開業医は GDC の登録者によってのみ所有されているが、配偶者を亡くした者は配偶者の死後 3 年を限度として歯科医院を所有できる。

開業医として NHS に属するためには歯科医師は損害賠償保険への加入、診療所の住所と地域保健当局への登録時期を明らかにしなくてはならない。

NHS の開業医は一週間に平均 160 人の患者を診察し、約 2,500 人の患者が彼らの患者としてリストに登録されている。完全な私費患者は少数である。

私費患者専門の開業医は一週間に平均 100 名の患者を診察する。BDA によると、歯科医師の数が増加するにつれ、NHS からは独立し完全な私費診療のみを行う歯科医師の数も増加しているという。

### イングランドとウェールズ

2006 年 3 月 31 日以降に契約を結んだ全ての歯科医師は新しい NHS に加盟することが許されている。しかしながら、2006 年 3 月末時点で契約を結んでいない歯科医師が、新たに NHS の治療を提供する診療所の開業を希望する場合は、開業希望地域での資金調達をしなければならない。資金調達ができることが、利用可能な資金獲得と PCT による地方のニーズ評価を決定する。

### スコットランドと北アイルランド

NHS に属する診療所の開業には規制はないが、診療の手当はない。実際のところ、特定地域での開業を促すインセンティブ政策がある。

## **2) 公的歯科医療施設 (Public Clinic)**

公共歯科(CDS)は地域歯科サービス (salaried Primary dental care service) として知られている。従事するものの多くが子供への治療や在宅歯科治療、身体障害者など歯科治療を受けることが困難な者への治療を提供している。このサービスは歯科医師を clinical dental officer や senior dental officer, dental service manager として雇い運営されている。公共歯科サービス(CDS)の一員として働くためには専門的な卒後教育が義務ではないが、資格によって昇進できる。多くを女性が占めている。

多くの公的歯科保健サービスが、個人の開業医によっても提供されるようになってきているのは、NHS の歯科治療においてアクセスの問題があると保健当局が考えているからだ。

公共歯科サービスにおいて歯科医師のモニターは保健当局より発行されたガイドラインに沿って行われる。全ての歯科スタッフは診療評価に参加することが義務付けられている。苦情処理についてはすでに述べたように他の歯科医師と同様である。

### 3) 病院

病院で働く歯科医師は NHS 信託 (NHS trust) の職員である。病院歯科医師は、非常勤で働いても良く、制限がないことを、雇用主が許可した場合、病院外でも治療ができる。

歯科医師は hospital consultant, associate specialist, staff grade position として働く。病院には career grade post, junior training grade post (eg house officer, specialist registrar) がある。コンサルタントとして昇進するためには、専門家の養成課程を履修しなければならない。Maxillo-facial surgery (顎顔面手術) に従事するためには歯科の資格の他に医科の資格も必要である。

病院で働く歯科医師は診療評価と Royal Surgical Colleges の教授陣によって監督される。全ての病院歯科医師は診療評価に参加することが義務付けられている。

### 4) 大学歯学部

大学の歯学部で働いている歯科医師は皆被雇用者である。個人的な診療は多くの場合、制限されており、歯科医師は雇用主と交渉することになる。しかしながら、多くの地域の歯科医師や GDP は非常勤の講師として働いている。

イギリス歯学部での主な職階は、大学教授、senior lecturer、講師 (Lecturer) である。英国では歯学部教員は大学での肩書きの他に病院での名誉肩書きもある。歯科医師は昇進するために、博士号や修士号などの学位取得や論文発表だけでなく、臨床専門家のトレーニングも受けなければならない。大学の歯科医師は約 60% の時間を歯科臨床に費やし、残りの時間を教育と研究、大学運営に費やす。

### 5) 軍隊

2008 年、軍隊に従事する常勤の歯科医師の約 3 分の 1 が女性であった。

2008 年の歯科医師の数	
陸軍	121 人
空軍	47 人
海軍	42 人

## 6. 職業上の事項 (professional matters)

### 1) 職業組合

英国における歯科医師のための主な組織は英国歯科医師会 (BDA, British Dental Association) である。

	数	年	出典
英国歯科医師会	20,680 人	2008 年	BDA
歯科医師組合	2,500 人	2008 年	DPA

現役歯科医師の約 60% が英国歯科医師会のメンバーである。専門家の組合であると同時に英国歯科医師は歯科医師のための労働組合でもあり、NHS の下で働く歯科医師の労働安全環境改善のために 4 つの英国の政府 (イング

ランド、ウェールズ、北アイルランド、スコットランド)との交渉を行う。英国歯科医師会には学会としての役割もある。学会には4つの専門分野があり、中央委員会が代表をつとめている。その4分野とは、General Dental Practice, Hospital Dental Services, Community and Public Dental Services, Clinical Academic Staffである。さらに英国歯科医師会は地方支部と地方部会が存在する。

また、専門医の組織以外に開業歯科医による小規模の歯科医師会や研究会、勉強会も存在する。

## 2) 倫理と規則

### (1) 倫理規定

歯科医師としての規範は歯科医師の登録機関である GDC によって発行されたガイダンスに記されており、患者との契約や同意、守秘義務、継続教育、広告が含まれている。この規範は GDC によって規定されている。歯科医師間や歯科医師と歯科医療従事者間の関係に対する助言とガイダンスは BDA (英国歯科医師会) や他の組合により提供されている。

### (2) 懲戒

GDC は英国の歯科医師の主な規範を定める機関で、歯科医師や歯科医師でないものを含め 70 名以上の Fitness to Practice Panel (FTPP) が審査員団を構成し、職業上の行為や健康問題、再登録、勤務評価について審議する。

審問は法定において行われ、検察側と弁護側、そして参考人が招集される。陪審員は法律顧問により援助される。FTPP の陪審員の勧告の下、診療でミスを起こした歯科医師は犯罪の程度により訓戒、執行猶予、歯科医師リストからの抹消が行われることがあり、そのような場合には診療に携わる権利を失うことになる。歯科医師には、法廷闘争に持ち込む権利がある。

### (3) 情報の保護

英国では情報の保護規制は厳格に行われ、すべての歯科医師がこれを満たさなければならない。情報監督官に対する毎年の届出(年 50 ユーロ)はコンピューター上で情報を管理している開業医に義務付けられている。

### (4) 広告

法的であり、社会的基準からみて見苦しくなく、公正で真実に基づいている広告や宣伝物のみが許可されている。歯科医師は新聞や雑誌、ラジオ、そしてテレビで宣伝することが許されている。紙に印刷されたものを含むすべての広告は、少なくとも一人の歯科医師の名前を含んでいなくてはならない。広告や宣伝物は悪評を含んではならない。また、立証が不可能なことや他の歯科医師や治療に対する優位性を記すことも許されていない。

歯科医師は広告のためにウェブサイトを利用してもよいが、英国歯科医師会は CED の定めたガイドライン(2001年 Directive on Electronic Commerce が成立したのちに制定された)に従うように勧告している。

### (5) 損害賠償保険制度

賠償責任保険への加入は NHS の下で働く全ての歯科医師に義務づけられている。専門職の損害賠償保険は Dental Protection Ltd, the Dental Defence Union, そして the Medical and Dental Defence Union of Scotland and some commercial companied により提供されている。これらの保険は助言、訴訟費用をカバーし、事実上無制限の損害賠償を受けられる。歯科医師のタイプにより、異なった額の保険が用意されているが、常勤の一般歯科医の場合は年間約 1,950 ユーロ支払うことになっている。(開業しているものは 2,150 ユーロである。)

損害賠償は、海外で働く歯科医師も補っている。

### (6) 歯科法人

2006年まで歯科医師のみが歯科診療所を経営することができたが、新しい規則ではGDCの全ての登録者が開業することができ、法人組織にすることも可能になった。外部の商業組織により経営されている診療所もある。法人化してチェーン展開する診療所では株式市場に上場し、300か所以上開業しているものもある。グループ開業をしている多くの歯科医師が法人化することは金銭的に有利だと考えている。

言うまでもなく、現在、これら全てのケースにおいて管理者の多くが歯科医師、あるいは歯科医療の専門職でなければならない。

### (7) ホワイトニング

2001年6月、上院は歯のホワイトニングの代理店は、医療用品の網領ではなく、EUの審美網領によってカバーされるようにという条約を承認した。これは、0.1%以上の過酸化水素を含む製品、あるいは同等量を放出する混合物を含む製品は法律で罰せられる行為であるということを示す。ホワイトニングの製品は通常、3.6%の過酸化水素を含む。

2007年以降、GDCは「歯の審美的な改善を目的とした材料を歯に用いて処置することは登録歯科医師のみに許されるとした。ホワイトニングに関する臨床的なアドバイスについても同様である。違法な治療を行う歯科医師はGDCによって刑事的に告訴される。

## 3) 職場での安全衛生

歯科医師や歯科医師のために働いているものはB型肝炎の予防接種をし、定期的に抗体の有無を調べなくてはならない。雇用者は大抵スタッフの予防接種の費用を負担するが、現在、英国の多くの地域では地域保健当局の職業健康サービスにより無償でワクチン接種をすることができる。

### 1) 電離放射線

歯科診療は電離放射線規制2000に基づいて行われる。歯科医師とその他の歯科医療従事者は初期の訓練の一環で電離放射線について学ぶ。一度診療に出ると、5年ごとに行われる継続教育で知識を最新のものにしなければならぬ。この訓練を受けているものだけが歯科診療でレントゲンを撮ることができる。歯科医師はレントゲン写真の質について、定期的に監査を受けることが奨励されている。

診療所自体にも規則がある。装置はそれぞれの地域のルールに従い維持、使用されなければならない。遵守していることの証明を表示し、定期的な検査を受けなければいけない。

### 2) 有害廃棄物

診療で出た廃棄物は有害廃棄物とみなされ、2005年の有害廃棄物の規則（イングランドとウェールズ地方）に則り扱われる。同様の規則が、スコットランドと北アイルランド諸国も適用されている。診療の廃棄物は資格を得た回収業者によって、廃棄物の内容と適切な廃棄法を伴う適切な書類とともに取り扱われる。最終的に廃棄される前に、焼却や滅菌されるなどされる。

規則では、アマルガムも有害廃棄物に指定されており、下水道に廃棄してはならない。既存および新しい規則では、アマルガム分離機を設置し、アマルガムが規則に準じて集められ処理されなければならない。

安全衛生に関する規則	
------------	--

対象：	管理者
電離放射線	地方レベルでの健康安全局 (Health and Safety Executive at local level)
電気設備	地方レベルでの健康安全局
廃棄物処理	地方レベルでの健康安全局
医療機器	医療機器開発局
感染防御	地方保健当局

## 7. 経済的事項

### 1) 退職年金

NHS の下で働いている歯科医師は大抵の場合 NHS の老齢退職手当、退役年金手当の制度に加入している。歯科医師は診療支出を引いたあとの純所得の 5%～8.5%を支払い、毎年を経済状況により異なるが NHS は 14.2%を退職基金のために使う。支払い割合はインフレーションによって毎年見直される。40 年後、歯科医師は基金の 80 分の 1（もし現役歯科医師であるなら）を、病院や地域の雇われ歯科医師であれば最後の給与に基づき年金の支払いを受けられる。2010 年以降は 50 あるいは 55 歳から年金額は減るが、早期退職が可能である。大学職員は似ているが独立した年金がある。

NHS 以外で働いている歯科医師は自分の年金に対して自己責任があり、最終年金支払い額が積み立てられた金額で決まるという民間の年金に加入する。

通常の退職年齢は 65 歳であるが、NHS の開業医は 70 歳まで診療を続ける。アシスタント（あるいは performer）として NHS あるいは民間で働く歯科医師には、決まった退職年齢はない。

### 2) 税金

国民総所得税と地方自治体税がある。

#### (1) 所得税

基本税は収入の 20%であり、これは課税最低限度額約 7,000 ユーロを上回っている者に課せられる。さらに、収入が 60,000 ユーロを上回っている者には 40%が課せられる。国民保険への費用も発生する（60,000 ユーロの収入で 10%支払い、かつ全所得に対して 1%支払う）。

#### (2) 付加価値税（VAT）

付加価値税（VAT）は 17.5%であり、備品や道具、材料など全ての者に課せられるが、電力などの特定のものに対しては 5%とされている。

経済的な指標

チューリッヒを 100 としたときの ロンドンの値	London 2003	London 2008
物価（賃貸料を除く）	97.6	104.7
物価（賃貸料を含む）	111.4	123.0
賃金レベル（純）	63.9	78.4
国内購買力	63.6	63.7

(UBS

2003 年 8 月 2008 年 1 月)

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

**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**

研究協力者 大城 暁子 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野 リサーチレジデント  
研究協力者 長岡 玲香 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野 歯科衛生士  
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**

本研究の目的は北欧諸国が提案した「歯科保健医療の質評価指標」を紹介し、北欧4カ国と我が国の歯科保健医療データを比較し、指標の妥当性や有用性について検討を行うことである。「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。

**A. 研究目的**

医科領域においては医療の質に関する評価や情報の共有化・公開への関心が高く、病院ごとの臨床指標を数値で示すことで客観的に医療の質を評価し、公表することがすでに行われている。その際、我が国でも海外でも使用されているのがストラクチャー、プロセス、アウトカムの各項目からなる質評価指標（Quality indicator）である。指標の定義（算出方法）

や妥当性（医療の質を反映したものであるか）等のいくつかの課題は指摘されているが、質の高い医療を国民に提供していくために、評価指標の開発、標準化の手法、指標公表の影響等についてさまざまな研究が行われている。

一方、歯科領域においては質の評価に関する研究は、これまでは我が国ではほとんど実施されていない。北欧諸国（デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン、フェロー諸

島、アイスランド)では、2007年10月から、「歯科保健医療の質評価指標の開発プロジェクト」が開始され、各国の歯科専門家が集結し、共通使用できる有益な質評価指標の作成を試行してきた。これまで、う蝕や歯周病等の口腔疾患に関しては、有病率、う蝕経験指数(DMFT index)、地域歯周疾患指数(CPI)等の指標を使用して、疾患ごとの有病状況や重症度を評価することができた。しかし、国民の口腔保健状況、口腔保健行動、歯科医療体制等を総合的に評価し、その国(地域)を代表した歯科保健医療の質を客観的に評価できる適切な指標は現在のところ存在しない。

本研究の目的は、北欧諸国が提案した歯科保健医療の質評価指標を紹介し、北欧4カ国と我が国の歯科保健医療データを比較し、この質評価指標の妥当性や有用性について検討を行うことである。

## B. 研究方法

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。報告書には北欧の6カ国の口腔保健状況が記載されていたが、本研究では人口が少ないフェロー諸島(48,351名)とアイスランド(318,452名)は除外し、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。

(倫理面への配慮)

本研究では、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、倫理上の問題はない。

## C. 研究結果

### 1. 歯科保健医療の質評価指標の定義および選択された理由

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(Structure indicators)、プロセス指標(Process indicators)、アウトカム指標(Outcome indicators)から構成されている。各指標の中で挙げられた項目を示す。また、今後利用可能な潜在的質評価指標(Potential quality indicators, indicators to be developed)も提示されている。以下に、これらの指標の定義と選択された理由について具体的に説明する。

- |   |
|---|
| 1) <b>構造指標</b> Structure indicators<br>歯科医師一人あたりの人口<br>現役の歯科医師一人あたりの人口<br>歯科専門医一人あたりの人口<br>歯科医療費            |
| 2) <b>プロセス指標</b> Process indicators<br>1年間に歯科受診した者の割合<br>口腔清掃習慣<br>甘味清涼飲料水の摂取                               |
| 3) <b>アウトカム指標</b> Outcome indicators<br>カリエスフリーの割合<br>DMFT<br>SiC Index<br>高齢者の無歯顎者の割合<br>高齢者の機能的咬合を有する者の割合 |

## 1) ストラクチャー指標

ストラクチャー指標は歯科保健医療従事者に関する3項目の指標(歯科医師一人あたりの人口・現役で働いている歯科医師一人あたりの人口・歯科専門医一人あたりの人口)と歯科医療費に関する項目の計4指標で示される。保健医療システムの構造因子は、保健システムの効果的な管理と目標を達成するための基盤となる。

歯科保健医療従事者に関しては登録者数だけでなく、現役で働いている者の数をモニターしていくことが重要である。将来の保健医療サービスの提供の変化に柔軟に対応できるように、保健医療従事者を規制するシステムを国として保有することが大切である。また、歯科保健医療の質を高め、国民の需要に見合う適切なサービスを提供していくためには、必要な歯科保健医療従事者の確保、また地域や施設においてあらゆるレベルのケア(第一次、第二次、第三次予防)を提供するために適切な人材を公正に配置することが必要である。

歯科医療費は国の財政状態、保健システムの組織構造、市場経済や社会的因子等に影響を受ける。この指標には一人が1年間に公的および民間機関で消費する口腔保健サービス、ヘルス用品、公的な保健プログラムや予防のプログラムの実施および管理運営費、歯科保健医療のインフラ整備などの資本投資等が含まれる。この指標は口腔保健サービスのコストに関する情報も提供し、ヘルスケア改革プログラムの組織構造、プロセス、内容、開始についても示唆するものであり、経済的指標として保健医療システムを比較分析する際に使用できる。通貨単位は国ごとに異なるので、歯科医療費は共通のユーロ通貨に換算して比較されている。

## 2) プロセス指標

プロセス指標は、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計3指標で構成される。

1年間に歯科受診した者の割合は1年間の口腔保健サービスの利用パターンや利用頻度を示すものである。受診パターンは文化的背景に影響され、国によって違いがみられる。北欧諸国における現在の目標は、誰もが1年に1回歯科受診をすることではなく、個人の必要度に応じて歯科受診することである。この指標が選ばれた理由は、ほぼ全ての北欧諸国において登録記録と面接調査に基づいて、1年間に口腔保健サービスを利用する者の割合がデータ収集されているからである。この指標は長期的に継続して収集できるので、各国が集計結果を詳細に分析していくことが重要である。

二大歯科疾患であるう蝕と歯周病は生活習慣病と考えられており、良好な口腔清掃習慣と砂糖の摂取制限等で効果的に予防できると考えられている。自分の口腔の衛生状態に気付くことは日常の歯磨き習慣のモチベーション向上のために大切である。歯磨き行動は自己効力感や青少年が自分の健康をコントロールできると感じるレベルと関連がみられる。歯磨きは、特にフッ化物配合歯磨剤と併用することで、健康な歯肉の維持や歯垢付着のコントロールに効果的な方法である。一般的には、1日2回の歯磨きが推奨されている。

甘味清涼飲料水の消費は体重過多や肥満の有病者率の増加の面からみて、身体に悪い食品摂取の指標となる。甘味清涼飲料水は一般的には栄養のある飲食物の摂取を抑制する「カロリーがないもの」と誤解されているが、現在の食事ガイドラインと合わせて、青少年には甘味清涼飲料水をあまり摂取しないように啓発して

いくことが必要である。甘味清涼飲料水や他の糖類の消費は、青年期のう蝕や脱灰などの口腔疾患のリスクを上昇させ、また、その危険性が蓄積されると報告されている。

### 3) アウトカム指標

アウトカム指標は子供と青少年におけるカリエスフリーの割合、DMFT index、Significant Caries Index (Sic Index) 高齢者における無歯顎者の割合および機能的咬合を有する者の割合の計 5 指標から構成されている。

子供と青少年のカリエスフリーの割合は、地域、国、国際レベルでの口腔保健状況の評価や経年変化をみるときに使用できる指標である。この指標は、う蝕による未処置歯、喪失歯、処置歯 (DMFT) のない者の割合で示されるが、う蝕の定義としては WHO Basic Method<sup>14)</sup>が推奨するように、象牙質う蝕を cut-off point としている (エナメル質う蝕は含まない)。う蝕の診断基準の違いがこの指標の数値に大きく影響する可能性があるため、比較する際は注意が必要である。

子供と青少年の DMFT index は国際的に認められたう蝕を評価する標準的な指標で、信頼性と再現性がある。この指標は永久歯もしくは乳歯のう蝕の総計値としても使え、個々の要素 (D、M、F) に分けて使用することもでき、集団の平均レベルを評価し、経年変化をモニターするために利用できる。しかし、現在、エビデンスに基づいた公的な保健施策を立案する際の焦点は、歯科治療の提供 (充填処置) ではなく、予防プログラムや予防サービスの提供へとシフトしている。したがって、DMFT index だけでなく、予防により初期う蝕をコントロールできることを示すために使用可能な新しい

指標が必要であり、また、疾患の進行を阻止するために修復処置を行う必要性や修復程度を評価できる指標も必要となる。

多くの国でう蝕の有病状況には偏りがあることが示されている。すなわち、DMFT index の高いもしくは非常に高い子供がいる一方で、カリエスフリーの子供もいる。DMFT の平均値はこの偏りを反映しない。SiC Index は、う蝕の多い上位 1/3 の者の平均 DMFT である。う蝕経験の多い子供は成人になると複雑で高額な歯科治療が必要となることが予測されるので、SiC Index によりう蝕の多い子供を明らかにすることは、予防活動を開始するターゲットを定めるための指標となる。したがって、国として最初の目標は、WHO の目標の 12 歳児の DMFT を 3 以下にすることである。次の目標は 12 歳児のう蝕の多い上位 1/3 の子供の DMFT (Sic Index) を 3 以下にすることである。国レベルでの Sic Index の目標が達成できたら、地域、地区、都市、もしくは学校単位での Sic Index 3 以上のところが予防のターゲットとなる。これは "Health for All" のコンセプトである。

良好な口腔衛生状況、歯科治療へのアクセス、歯科医療の技術的進歩および社会経済的因子等は人々が高齢になっても自分の歯を維持できることに関連している。天然歯をすべて喪失した人は心理的、社会的そして身体的障害を背負うこととなる。高齢者の無歯顎者の割合は過去の歯科疾患の罹患状況および口腔保健を評価する指標となる。WHO は高齢者として 64 ~ 74 歳の年齢層の使用を勧めている。

高齢者において口腔の健康状態が不良な者は体重が減少し、全身の健康にも影響を及ぼす。早期に歯を喪失すると無歯顎になる可能性が高くなるが、歯の喪失予防に取り組んでいる間

は、歯の機能回復に関する適切な評価指標が必要となる。高齢者における機能的咬合を有する者の割合は、すべての歯の存在や欠損に対する指標というよりは、将来の口腔保健への展望を幅広く示す指標となる。この指標により、う蝕の発生や重症う蝕を減らす予防プログラムのインパクトを評価することができ、また、成人における将来の補綴必要性を計画するツールともなる。集団における口腔保健調査では、現在歯を20歯以上保有している者や咬合している臼歯数を満足できる口腔状況として定義している。

#### 4) 今後利用可能な潜在的質評価指標

潜在的質評価指標は、将来 QOL(生活の質)に関連した歯科保健医療の質の評価に利用可能と考えられる指標で、定期的歯科健診、口腔の健康の自己評価、口腔の機能障害の計3項目が挙げられているが、まだ準備段階である。

この数十年で北欧諸国に住む人々の口腔保健状況は大きく改善した。ほとんどの北欧諸国で18歳以下の子供は公的歯科保健サービスを定期的に受診し、その間隔は1年以上にまで延びている。この指標は口腔保健サービスを定期的に利用している人の割合であり、口腔保健サービスからドロップアウトする可能性のある人を特定する際にも役立つと考えられている。

個人が認識している健康状態は、人々の健康への自覚や身体的・心理的要因を反映している。口腔の健康の自己評価の指標は、一般的には「あなたのお口の健康状態はどうか?」と質問し、「とても良い」、「良い」、「普通」、「あまり良くない」、「良くない」と回答させ、「とても良い」、「良い」と思っている者の割合で示す。この指標による成人における健康に関する自己評価は、文化的背景や国民性に影響される。

口腔の機能障害は QOL に関連している。口腔の機能障害による不利益を調査することは、歯科治療に長期間アクセスできなかったことを示す指標となる。この指標は、過去1年間に口腔、歯もしくは義歯の問題で食べることや噛むことに困難を感じた経験のある成人の割合で示す。

これらの潜在的質評価指標によるデータは、現段階ではすべての北欧諸国で収集できていないわけではない。しかし、重要な指標だと考えられているので、将来的には北欧諸国ですべての完全なデータの収集を計画している。

## 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(表1)

### 1) ストラクチャー指標

#### (1) 歯科保健医療従事者一人あたりの人口

歯科医師一人あたりの人口を比較すると、ノルウェーでは登録歯科医師よりも現役歯科医師一人あたりの人口が1020人と少ないが、他国では登録歯科医師よりも現役歯科医師一人あたりの人口が多くなっている。特に、スウェーデンでは歯科医師一人あたりの人口は865名、現役で働いている歯科医師一人あたりの人口は1251名と大きな違いが認められる。北欧4カ国の現役歯科医師一人あたりの人口で比べるとノルウェーが1020人で最も少なく、フィンランドが1402人と最も多い。日本では歯科医師一人あたりの人口は1243人、現役歯科医師一人あたりの人口は1280人である。

専門医の種類は国によって異なるため、共通の歯科矯正専門医と口腔外科専門医の数で比較している。専門医一人あたりの人口および現役専門医一人あたりの人口のどちらもノルウェーが最も少なく、ノルウェーには専門医が多いことがわかる。日本の専門医制度は北欧諸国

と異なるため、比較は困難である。

歯科衛生士に関するデータをみると、現役歯科衛生士一人当たりの人口はノルウェーが 3960 人、デンマークが 3758 人、スウェーデンが 2584 人、日本が 1179 人となっており、日本では働いている歯科衛生士が北欧より多いことが判明した。

## (2) 歯科医療費

北欧 4 カ国の人口一人あたりの歯科医療費の総額（日本円に換算）は、スウェーデンが 41,160 円と最も高く、フィンランドが 15,960 円と最も少ない。北欧 4 カ国の一人あたりの公的歯科保健サービスの費用に関しては、国家間の差は小さく約 1 万円である。算出方法が異なるため比較は慎重に行わなければならないが、日本での歯科医療費は 20,300 円で、平成 22 年の国民医療費の年齢階級別国民医療費の「歯科診療医療費の人口一人あたり医療費」を用いた。日本における人口一人あたりの公的口腔保健サービス支出に関しては公開された資料はなかった。

## 2) プロセス指標

### (1) 1 年間に歯科受診した者の割合

1 年間に歯科受診した者の割合は、子供や青少年(18/19/20 歳未満)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。日本では満 5 歳から 17 歳までの幼児、児童および生徒に関しては、学校保健安全法に基づき健康診断が毎年 1 回あるので、ほぼ 100% であると言える。

一方、成人ではデンマークとフィンランドが 77%、スウェーデンが 59% である。日本の成人の歯科受診のデータ 48.4% は、平成 23 年の国民健康・栄養調査の過去一年間に歯科検診を

受けた者の割合を利用した。

### (2) 1 日 1 回以上歯磨きを行う者の割合

11 歳、13 歳、15 歳で 1 日 1 回以上歯磨きしていると回答した者の割合をみると、女子のほうが男子よりすべての国でどの年齢でも高かった。男女ともにスウェーデンが最も高く、フィンランドが最も低く、男子では 50% 以下であった。なお、日本のデータは、平成 23 年歯科疾患実態調査の「1 日 1 回以上歯磨きをする者の割合」で、10~14 歳、15~19 歳の年齢層の数値を参考にした。

### (3) 甘味清涼飲料水の摂取

北欧 4 カ国の比較から、甘味清涼飲料水を 1 日 1 回以上摂取する者の割合が年齢の上昇とともに増加している。どの年齢も女子よりも男子のほうが、毎日摂取する者の割合が高い。15 歳女子では 3~11%、15 歳は男子で 7~18% である。日本では、この年齢層の甘味清涼飲料水の摂取に関する国のデータはなかった。

## 3) アウトカム指標

### (1) 12 歳児のデータ比較（カリエスフリーの割合、DMFT index、Sic Index）

この数十年の間に、北欧諸国ではカリエスフリーの子供の割合がどの国でも増加している。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。平成 23 年歯科疾患実態調査の結果によると、日本の 12 歳児のカリエスフリーの割合は 67.6% である。

12 歳児の平均 DMFT はデンマークが 0.6 と最もう蝕が少ない。日本の学校保健統計調査の 12 歳児の DMFT は 1.05 で、ノルウェーより少ない。北欧諸国では、DMFT では未処置歯

(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<sub>3</sub>MFT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に実施されており、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等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** 印刷中で記入してください

### 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)

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、これを続ける。

#### 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あり 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	Honoraries 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	Honoraries libres	10,75 €	70 %	7,53 €
Contention 1 <sup>re</sup> année 保定 1 年目	Honoraries libres	161,25 €	100 %	161,25 €
Contention 2 <sup>e</sup> année 保定 2 年目	Honoraries 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、倫理上の問題はない。

## 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。格差の問題に効率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、IADRI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の方針</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.

## 論説（和訳）

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を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した、社会的、物理的環境に関する研究を促進する。

- ・ 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"> <li>・ 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</li> <li>・ エナメル質と象牙質の再石灰化</li> <li>・ 口腔疾患のバイオフィルム</li> <li>・ 宿主と病原体相互作用、感染、免疫</li> <li>・ 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</li> <li>・ 低栄養に関連した中咽頭粘膜の免疫抑制と免疫</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 食事、栄養と口腔の健康</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 継続した対象者の生涯に渡る研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔の健康の環境的、社会的そして行動的な決定要因。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> <li>・ 口腔の健康の推進のための地域参加型のモデル</li> <li>・ 証明された予防と治療戦略の利用の割合</li> </ul>

( 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"> <li>(1) 遺伝子・環境相互作用</li> <li>(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 )</li> <li>(3) 環境毒と催奇形物質が口腔と全身に与える影響</li> <li>(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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全身疾患の口腔症状の疫学。</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 初期の口腔の健康と疾患が QOL に与える影響</li> <li>・ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 治療法、健康推進、予防のための、implementation science からの</li> </ul>

<p>(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。</p> <p>(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</p>		<p>理論に基づいた方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>
---	--	--

(3) エビデンスに基づいたデータの必要性

<p><b>基礎研究</b></p>	<p><b>臨床研究と疫学</b></p>	<p><b>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)</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔疾患の根拠に基づいた評価システム</li> <li>・ 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、データベースとパイオバンク</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ コミュニケーション技術</li> <li>・ 治療ガイドラインの情報科学と介入結果の可測性</li> <li>・ 根拠に基づいた介入方法論</li> <li>・ 政策課題</li> </ul>

**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。

## 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者名	論文タイトル	発表雑誌名	巻号	ページ	出版年
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
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
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
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
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
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施設	歯科衛生士 クインテッ センス	37 Apr	33	2013
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
川口陽子	世界の予防歯科ウォッチング File 3 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