歯科医療の専門性に関する協議・検証事業
報告書

令和４年３月

一般社団法人日本歯科専門医機構

目　次

Ⅰ．委託事業をまとめるにあたって　1
Ⅱ．協議・検証方法　2
Ⅲ．日本歯科専門医機構における歯科専門医の認証の現状と展望
［1］新たな歯科専門医領域の整備状況　3
［2］認定・運用審査作業から見た歯科専門医制度の課題と展望　6
［3］歯科医療の専門性を踏まえた歯科専門医の意義と整備状況
【1】歯科保存領域　14
【2】補綴歯科領域　18
【3】総合歯科領域　21
［4］基本領域以外やサブスペシャルティ領域の歯科専門医のあり方　25
Ⅳ．国民に信頼される歯科専門医と歯科専門医制度
［1］国民目線から見た歯科専門医制度の現状と期待　28
［2］地域開業医から見た歯科専門医制度の現状と期待　32
［3］歯科専門医制度を視野に入れた医療体制のあり方　38
［4］地域包括ケアシステムのなかでの歯科専門医の役割　39
［5］歯科専門医の質の担保のための機構と各学会との役割
【1】歯科専門医制度における学会オートノミーに対する機構の支援・連携　43
【2】専門医認定における診療技能の評価　46
【3】共通研修制度について　50
［6］歯科専門医の質の担保と専門医取得更新のための研修の場の提供　53
Ⅴ．歯科医療の質の向上のための歯科専門医の制度設計
［1］歯科専門医制度を視野に入れた卒前教育のあり方　57
［2］歯科専門医制度を視野に入れた卒後研修のあり方　60
［3］歯科専門医制度を視野に入れた地域開業医の生涯研修のあり方　63
［4］歯科専門医制度を視野に入れた大学での生涯研修のあり方　66
［5］歯科専門医制度を視野に入れた歯科医師の生涯研修のあり方(総括)　68
資料
［1］日本歯科専門医機構社員に対するにアンケート調査の結果　資料-01
［2］歯科大学・歯学部に対するアンケート調査の結果　資料-09
［3］外部参考人からの意見聴取資料　資料-15
［4］日本歯科専門医機構の活動状況　資料-41
［5］「矯正歯科専門医」と「インプラント歯科専門医（仮称)」の協議状況について　資料-55

Ⅰ．委託事業をまとめるにあたって

一般社団法人　日本歯科専門医機構
理事長　　今井　裕

一般社団法人日本歯科専門医機構（以下，機構）が設立され，3 回目の春を迎えた．その設立にあたっては，住友前理事長の強力な指導力のもと，一般社団法人日本歯科医学会連合，公益社団法人日本歯科医師会からの物心両面の支えにより，当初 26 学術団体がその趣旨に賛同され設立に至ったことが，つい昨日のように想い出される．

そして，多くの先生方が結集し機構の組織作りが始められたが，その過程において，機構という第三者機関による評価に対する理解が得られ難く，総論賛成・各論反対なる状況に陥ることが時にみられた．しかしながら，厚生労働省との協議を重ねるとともに，ワークショップ開催等による機構への理解を深めるための努力，そして先生方の英知により機構の理念，基本的な考え方，ならびに整備指針，等がおおむね 1 年で整えられ，遂には認証（当時）の段に至った．

残念なことに，その直後から新型コロナ感染症（COVID-19）パンデミックにより，これまでに経験のない社会生活を強いられる状況に陥り，機構もその活動に大きな影響を受ける事態になった．そのような状況下に 2019 年度厚労委託事業を受託することができたことは，停滞していた歯科専門医機構の活動に弾みをつける契機となり，改めて歯科の専門性やその制度の在り方について活発な論究がなされた．引き続き 2020 年度も厚労委託事業を受託し，これまでの歯科専門医の整備状況の検証と十分な議論がなされなかった新たな専門領域の在り方が協議され，歯科専門医制度の骨子が示された．コロナ禍は，その後も衰えることなく現在まで続いているが，報告書で示された内容は機構の活動の源泉に繋がっている．

機構の活動も軌道に乗り，方向性がある程度定まってきたなか，幸いに 2021 年度も厚労委託事業を落札することが出来た．今年度は，従来から実施されている整備状況の検証に加え，歯科医療の専門性，勤務場所に関わらず専門医取得・更新を行うことができる体制のあり方について協議することが求められている．我が国の歯科医師の約 9 割が歯科診療所で勤務し歯科診療を提供していることを勘案すると，極めて重要な案件で歯科界の新たなる挑戦となるが，委員による建設的な協議に期待している．

結びに，コロナ禍により日常生活が奪われ，連携することが極めて困難な社会状況のなか，ひとつのチームとして本報告書の作成に携わっていただいた全ての方々に衷心よりお礼申し上げる．

令和 4 年 3 月

Ⅱ．協議・検証方法

１．組織編成

日本歯科専門医機構の中に，以下の委員から構成される厚生労働省委託事業に係る委員会を設置し，本事業を遂行した．

役職	氏名	所属
委員長	市川　哲雄	徳島大学大学院医歯薬学研究部教授（口腔顎顔面補綴学研究分野）
副委員長	丸山　高人	永松・横山法律事務所　弁護士
委員・幹事	馬場　一美	昭和大学歯学部教授（歯科補綴学講座）
委員	秋山　仁志	日本歯科大学生命歯学部教授（総合診療科）
委員	石井　信之	神奈川歯科大学教授（口腔統合医療学講座）
委員	一戸　達也	東京歯科大学教授（歯科麻酔学講座）
委員	伊藤　孝訓	日本大学客員教授，(一社)日本歯科専門医機構総務理事
委員	木村　博人	弘前医療福祉大学教授
委員	豊田　郁子	患者・家族と医療をつなぐ NPO 法人架け橋・理事長
委員	柳川　忠廣	（公社）日本歯科医師会副会長 (一社)日本歯科専門医機構副理事長

（五十音順）

２．協議，検証方法

まず，委員会で歯科医療の専門性に関する協議・検証項目を抽出後，各項目の担当者を決定した．次に，全国歯科大学・歯学部および日本歯科専門医機構所属の社員学会へのアンケート調査（令和３年 12 月に依頼，令和４年１月 15 日回答〆切；資料１，２），外部の参考人からの意見聴取（令和４年１月２０日，資料３），および日本歯科専門医機構に存在する歯科専門医に関する資料をもとに各担当者は協議・検証報告書（案）を執筆した．計４回の委員会とメールでの協議を経て，本報告書をまとめた．

Ⅲ．日本歯科専門医機構における歯科専門医の認証の現状と展望

［1］歯科専門医の認証の現状と展望

委員　伊藤 孝訓

（日本大学客員教授，日本歯科専門医機構総務理事）

1.　はじめに

歯科専門医制度は，歯科医師の生涯研修を担う重要な制度で，卒前の歯学教育，臨床研修医教育そして専門医研修にわたる「シームレスな歯科医師の養成に向けた取り組み」[1)] の一環として構築する必要がある．日本歯科専門医機構（以下，本機構）における歯科専門医の定義は，「それぞれの専門領域において適切な研修教育を受け，十分な知識と経験を備え，患者から信頼される専門医療を提供できる歯科医師」である．まさしく，国民に対してある一定以上の適切な歯科医療が提供できる歯科医師の証として，生涯に渡る研修と On the job training(OJT)を繰り返し学び続けていることを目的とし，その一つの担保として歯科専門医の制度を考えることが重要である．

本機構は，歯科専門医が国民に対して安全で適切な歯科医療を提供し，わかりやすい歯科専門医制度を整備するために，平成 30 年 4 月の発足時より既に広告可能となっている 5 歯科専門医の機構認定，新たな 5 領域専門医の制度認証，国民向けの情報提供の充実化等を進めている．

そこで，現在，既に広告可能機構認定 5 専門医の制度認定の経過，そして新たな領域専門医，すなわち歯科保存，補綴歯科，矯正歯科，インプラント歯科，総合歯科を対象に，各歯科専門医の制度設計について意見交換を重ね議論を重ねている．本稿では令和 3 年 4 月 1 日以降，歯科専門医制度の整備および認証状況において，本機構の活動状況，新たな歯科専門医認定のための社員学会との意見交換，既に広告可能な歯科専門医の認定状況，歯科専門医の共通研修について，現行の問題点の抽出とその対応，さらに展望について報告する．

2．新たな歯科専門医領域の整備状況

「歯科医師の資質向上等に関する検討会，歯科医療の専門性に関するワーキンググループの方向性(案)」において，①在宅等における侵襲度の高い歯科治療やハイリスク患者へ対応可能な歯科医師の養成の在り方②歯科医師の自己研鑽の方策や，研修についての情報提供の在り方，③各学会の専門医制度について，客観的な評価方法，評価基準等の在り方，④近接・類似する領域における研修，認定の在り方，⑤国民に情報提供すべき歯科医療の専門性及び専門性資格とその評価の在り方について提言されている [2)].

これらの提言を具現化するには，既に認定した専門医（口腔外科専門医，歯周病専門医，歯科麻酔専門医，小児歯科専門医，歯科放射線専門医）に続けて，新たな歯科専門領域の資格として進めている歯科保存専門医（仮称），補綴歯科専門医（仮称），矯正歯科専門医（仮称），インプラント歯科専門医（仮称），そして総合歯科専門医（仮称）を創設するために，本機構はその社員学会である各学会に理解・協力を求めるために，昨年に引き続き，社員学会との意見交換会を精力的に行っている．新たな歯科専門領域に関連する学会との意見交換は，掲げる歯科専門医の持つべき特性と具備すべき要件，そして国民が求める専門医について，各学会責任者と意見を重ねることで，連携する学会がオートノミー下で構築している．意見交換会に参加する学会は，当初において参加希望する学会の了承を得た後に，現実的な組み合わせによる連携学会が対象となっている．

これまでに新たな歯科専門領域に連携する学会と意見交換を行い，現在の進展状況をまとめる（資料４）．

３．専門医の広告表示に関する厚生労働省医政局からの施行通知について

専門性の広告に関する医療告示の一部改正が令和 3 年 10 月 1 日より適用され，厚生労働大臣の告示により，本機構が認定する専門医の広告が可能になった．なお，一定の期間を経た後，「機構認定専門医」として認定された場合，「学会認定専門医」としては広告ができない [3]．この医療告示を受け，本機構は 11 月 26 日に記者会見を実施した．この新たな認定制度の施行は，直接的に当機構の制度・運営に影響を与えるものとなり，第三者機関としての説明責任を果たし，公正・中立な態度で，調査・評価・提言を行うものである．

４．歯科専門医機構の理事会・各種委員会の開催状況

令和 3 年 4 月以降の理事会・各種委員会等の開催は，昨年に引き続きコロナ禍で自粛が求められたために，活動そのものは対面と Web でのハイブリッド形式の会議で行った．昨年度認定された既に広告可能な 5 専門医については，各専門医と研修施設の運用審査，並びに制度改善指導，そして新たな歯科専門領域については，連携する学会との意見交換を重ね新たな専門医の制度の確立を進めている．また，各種委員会についても検討課題の処理を進め，活動の充実化を図っている(資料 1).

５．歯科専門医の認証の現状と展望

新たな専門領域の歯科専門医については，歯科保存専門医（仮称），補綴歯科専門医（仮称），矯正歯科専門医（仮称），インプラント歯科専門医（仮称），そして総合歯科専門医（仮称）を対象として進められている．既に機構認定された 5 歯科専門医は一つの学会で構成されるが，複数学会が参加して一つの歯科専門医をつくるということなので，関連学会の現有歯科専門医制度を調査することからスタートした．これまでに設立された近似の学会に対して合意形成を求め機構認定歯科専門医を作るため，意見交換はアカデミックな事象でない組織構造的な問題があり難航している．歯科医学会連合の社員は，正社員が 25 学会，準会員が 20 学会である（2019 年 4 月現在）．これらがすべて，現在進められている 5 領域専門医を目指すと，対象とならない分野も生じる．10 専門医以降についても今後検討する必要がある．領域歯科専門医とやや視点の異なる総合歯科専門医(仮称)については，基幹学会がないために多くの学会の参入も考えられたが，厚労省のワーキンググループの提言に基づくと，ハイリスク患者や多職種連携が求められ，これらに対応可能な学会となると限られ，日本障害者歯科学会，日本有病者歯科医療学会，日本老年歯科医学会が連携することで進められている．本機構が提案する総合歯科専門医(仮称)の専門医制度に関わる研修プログラム案（研修目標，到達目標，評価等）に対して，各学会がどのように対応するか検討されている．国民が理解しやすい名称の必要性も再考することで合意を得ているが，その一方で，充填，補綴および矯正の技術に属する行為は歯科医師にのみ認められた行為であることから，補綴等については国民に広く周知させることも必要であるため専門医名称に用いることとした．その背景には「医歯二元論」によるところの考えである．欧米の専門医とは，医療制度の違いから名称および数について同様には考えられないので，参考にする程度にとどめる．

また，新たな領域専門医の申請は，専門医の認定基準として研修内容（経験症例数，特化した治療内容等）申請者の要件，認定試験の実施，合同協議会の設置，研修施設の要件訊について意見交換して，本機構としては全く新たな専門医としての構築を目指し，従前の学会とは異なることを理解させ具体性をもって意見交換を進めている．

現段階で，補綴歯科専門医（仮称，Ⅲ－[3]－【2】参照）については，意見交換会も終了し，専門委制度整備委員会へ申請書の作成提出をしている．その後，認定制度審査および運用審査（個人，研修施設）に進

むと今秋には専門医が誕生する予定である．引き続き，歯科保存専門医（仮称，Ⅲ－[3]－【1】参照）と矯正歯科専門医（仮称，資料５）については半年遅れで誕生する目標地点がみえてきている（資料５）．インプラント歯科専門医（仮称）については，日本口腔インプラント学会と日本顎顔面インプラント学会の二つで進めているが，大学人が主体な学会と開業歯科医が主体な学会という特徴から，具体的な協働体制ができず遅れている（資料５）．そして，総合歯科専門医（仮称，Ⅲ－[3]－【3】参照）については，厚労省のワーキンググループの提言に基づき，ハイリスク患者や多職種連携へ対応可能な専門医として，３学会（障害者歯科，有病者歯科，老年歯科）が連携し構築する総合歯科医と，ゲートキーパー的な歯科医師の役割の必要性から，機構と日本歯科医師会とで協議を進めることとなり，二つの立ち位置を明確にすることが先になり，具体的な制度設計に遅れがでている(資料４).

さらに，今秋には医科専門医の課題となっているサブスペシャルティ専門医について厚労省の回答が出るため，その結果に応じて他の機構専門医についても検討することができると考える．

６．おわりに

専門性の広告に関する医療告示の一部改正が令和３年 10 月１日より適用され，厚生労働大臣の告示により，本機構が認定する専門医の広告が可能になったことは，歯科の専門医制度を推し進める上で，重要な事項となった．歯科専門医制度の整備および認定を進める上で，大きな後押しとなった．今後，新たな歯科専門医認定のための社員学会との意見交換を重ね，既に広告可能な歯科専門医の認定制度や歯科専門医の共通研修等について，さらに第三者機関としての説明責任を果たしていくものである．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

１）シームレスな歯科医師の養成に向けた取組の現状と課題
https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/000560394.pdf（令和４年２月 16 日参照）

２）歯科医師の資質向上等に関する検討会　歯科医療の専門性に関するワーキンググループの方向性（案）.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_247470.html（令和４年２月 16 日参照）

３）専門医の広告表示に関する厚生労働省医政からの施行通知について(日本専門医機構)
https://jmsb.or.jp/senmoni_news/（令和４年２月 16 日参照）

［2］認定・運用審査作業から見た歯科専門医制度の課題と展望

委員　木村　博人
（弘前医療福祉大学教授）

1. はじめに

（一社）日本歯科専門医機構（以下「機構」という.）専門医申請学会評価認定委員会（以下「評価認定委員会」という.）は，令和元年８月より，５つの申請学会（歯科麻酔学会・歯周病学会・小児歯科学会・歯科放射線学会・口腔外科学会，以下「５学会」という.）の歯科専門医制度に対する「認証審査及び運用審査」を実施し，令和２年６月～10 月の間に，各制度について機構認証を可とする答申を理事会・社員総会に提出した.

引き続き，機構認証５学会に対し，令和２年度運用審査を実施し（審査対象は，令和元年４月１日～令和２年３月 31 日の期間内に新申請学会専門医制度 審査対象項目と評価指標．規・更新認定された専門医・研修施設），令和３年３月末に理事会へ報告書を提出した．令和元年度・２年度において，評価認定委員会が実施した「歯科専門医制度に対する審査・評価・認証と運用審査」の作業を通じて，明らかとなった幾つかの課題については，先の「厚生労働省委託事業　歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書」[1, 2]において述べた.

この度の報告書では，我が国の歯科診療提供体制の現状を踏まえ，「勤務先に関わらず専門医取得・更新を行うことができる歯科専門医制度のあり方」の検証に際し，５学会に対する歯科専門医制度の認定・運用審査作業を通じて明らかとなった諸課題の内，特に，「歯科専門医を育成する研修体制」に焦点を絞って現状分析し，今後，新たに歯科専門医制度を申請予定の学会及び機構が取り組むべき方策と展望などについて提言する.

２．先行５学会の歯科専門医制度における「専門医育成の研修体制と要件」の現状

令和２・３年度の運用審査において提出された歯科専門医制度「運用審査」資料などに基づき，「専門医育成の研修体制と要件」を示す指標となる「Ⅰ専門医の研修期間と研修方法」,「Ⅱ専門医資格の申請要件・認定方法」,「Ⅲ専門医資格の更新要件」,「Ⅳ専門医研修施設の要件」の４項目について，５学会の専門医制度における現状を分析した．その結果を踏まえて５学会の対照表を作成し，本報告書の末尾に掲載した**【Ⅲ-2 資料１（一社）日本歯科専門医機構認証「５学会における専門医育成の研修体制と要件」対照表】**.

以下，資料１に沿って５学会の現状を比較検討する.

１）専門医の研修期間と研修方法

①研修期間（会員歴を含む）

５学会はいずれも研修期間を５年以上（会員歴５年以上を含む）と定めている．ただし，口腔外科学会は６年以上と明記している.

②研修方法（研修施設での研修期間）

全ての学会が専門医研修カリキュラムを制定しており，３学会が「研修期間中は，研修施設において指導医の下に５年以上の研修」と定めている．一方，歯周病学会は「認定医取得後，研修施設において指導医又は専門医の下に２年以上の研修」と定め，小児歯科学会は「研修施設で１年以上の研修」と定めている.

２）専門医資格の申請要件・認定方法

①認定医資格／研修修了証明書（報告書）

専門医資格を取得する前段階として，４学会が「認定医資格」の取得を申請要件としている．ただし，歯周病学会は関連学会の認定証を容認している．また，各学会における名称は異なるが，研修修了証明書は指導医の署名により発行されており，歯科麻酔学会は麻酔専従証明書と業務内容証明書の提出，小児歯科学会は教育研修記録簿と教育研修単位取得証明書の提出を以って研修修了証明書としている．

②診療実績（臨床研修評価記録／経験症例記録）

５年以上の研修期間内における臨床研修の達成度に対する評価は，専門医資格の取得要件として重要である．資料１のⅡ-②に示されるように，５学会はいずれも経験すべき最小限の症例数を明示し，診療実績報告（一覧表）の提出を求めている．ただし，歯科麻酔学会・歯科放射線学会・口腔外科学会の経験症例数は比較的多く，教育機関附属病院等の大規模な研修施設に従事することが必要となるものと思われる．

③専門領域研修・学術活動の記録

各専門領域の研修として，４学会が専門領域講習・セミナー等の受講を要件と定めている．小児歯科学会は，特段の専門領域研修は定められていないが，専門医研修カリキュラムにおいて，診療対象である小児の特徴と適切な対応に関する知識の修得について明記されている．

また，学術活動の記録として，５学会はいずれも当該学会主催の学術大会への参加・発表や学術論文の発表を要件としている．

④専門医資格の認定方法

５学会はいずれも筆記試験と口頭試問により，客観的かつ総合的に合否を判定する制度を採用している．これに加えて，口腔外科学会は実地審査，歯科放射線学会は実地試験を実施し，申請者の実践的診療技能を直接評価する制度を採用している．また，歯科麻酔学会では，申請前に研修修了実技評価と実技シミュレータ試験を実施しており，前記の２学会と同様，診療技能の評価・判定は厳格に実施されている．

３）専門医資格の更新要件

① 診療実績（診療症例数・報告書など）

更新申請前５年間における診療実績として，５学会中３学会が診療（経験）すべき症例数を具体的に明示している．一方，歯周病学会と口腔外科学会は更新申請前５年間における診療実績を更新認定の要件として定めていない．歯周病学会は生涯研修記録簿の提出を求めているが具体的な数値目標は示されておらず，口腔外科学会は資格更新前の診療実績については不問である．

② 専門領域研修（学会・研究会参加など）

各専門領域の研修については，５学会すべてが当該学会への参加と専門医研修会への受講を更新要件とし，その研修目標（回数）は単位制として算定する制度を採用している．ただし，歯周病学会以外の４学会は，学会発表・論文発表の実績を研修単位に合算する制度を採用している．

③ 学術活動（学会発表，論文発表など）

５学会すべてが，当該学会での発表や学会誌（他の学会誌を指定する場合も含め）への論文発表を更新要件とし，各々単位制を採用している．

４）専門医研修施設の要件

①研修指導体制（指導者数など）

４学会が「常勤指導医１名以上」を研修施設の認定要件としている．歯科麻酔学会は，「歯科麻酔専門医の常勤」あるいは「日本歯科麻酔学会の認定する麻酔科認定病院」を研修機関（＝施設）として認定している．他に，歯学教育機関又は歯科麻酔科を院内標榜する医療施設を「歯科麻酔学指導施設」として，研修施設の上位に位置付けている．

なお，研修施設に準じる施設を認定する学会も多く，歯科麻酔学会は「準研修機関」，歯科放射線学会は

「研修協力機関」，口腔外科学会は「准研修施設」と称し，各施設との連携協力（例：当該施設での勤務歴や経験症例数の評価）を通じた指導体制を採用している．

②研修施設の認定要件（診療実績・症例数など）

５学会中３学会が「研修施設の診療実績（症例数）」を認定要件としている．歯科麻酔学会は「全身麻酔100 例以上」，小児歯科麻酔学会は「小児患者 1 日 10 名以上又は 50%以上」，口腔外科学会は「全身麻酔手術件数 50 例以上，口腔外科入院症例 80 例以上」などと定めている．

一方，２学会は認定要件として具体的な診療実績（症例数）を定めていない．その内，歯周病学会は「研修施設の概要・見取り図，研修・教育内容（講義・実習・症例検討会・症例見学・治療参加）」の提出を認定要件としている．また，歯科放射線学会は「特定の画像撮影・診断装置の設置」を認定要件と定めているものの，過去５年間に新規認定研修施設は無く，直近では，研修施設 22 施設と研修協力機関８施設による指導体制となっている．

３．先行５学会の歯科専門医制度における「専門医育成の研修体制」の分析

上記２において，先行５学会における「専門医育成の研修体制」の現状について列記したが，専門医に相応しい診療技能を修得させるための研修体制は，各専門領域における診療対象疾患の症例数や診療技能の特殊性に依存していることが類推される．

すなわち，歯科麻酔専門医と歯科放射線専門医の育成については，各々の研修カリキュラムに記載されているような多種多様な疾患（症例）に対し，種々の検査・診断・治療を実施することが可能な研修施設であることが求められ，研修施設の設備レベルや地域性（人口密度・人口構成）の側面から，地域的にも限定された医療施設にならざるを得ないことが容易に類推される．実際，令和３年末現在，歯科麻酔学会の研修施設は 41 施設，歯科放射線学会の研修施設は 22 施設である．

これに対して，歯周病専門医の育成については，診療対象疾患の症例数が多いことから，特殊な病態や治療（手術）手技における指導が求められるとしても，全国的に研修体制を構築できるものと思われる．しかし，歯周病専門医に相応しい診療技能を保証するためには，一定の基準を満たす指導体制を構築し，診療技能の修得レベルを多角的かつ厳格に審査・認定する制度を工夫すべきであり，一般国民に対し，歯周病専門医取得者と非取得者における診療技能の差異を明確に提示することも求められる．

小児歯科専門医についても同様に，小児歯科の診療対象者は幅広く，乳幼児から学童に至るまで地域における歯科医療ニーズは決して少なくないことから，小児歯科学会認定研修施設における歯科診療所の比率が相対的に大きくなることが推定される．

これらの中間に位置づけられるのが，口腔外科専門医であろう．口腔外科の診療対象範囲は幅広く，地域医療ニーズも多様なため，多くの総合病院内に診療科が開設されている．それに加えて医科系大学病院や歯科系大学病院などの教育施設においても学生教育・専門医研修の場として位置付けられており，研修施設が豊富に確保されているのは恵まれた研修環境と言えよう．

次に，５学会の専門医制度運用の実情として，令和２・３年度の新規あるいは更新認定した「専門医の所属施設や研修施設」について「大学・病院系と歯科診療所」の２種別に区分し，比較検討を試みたので，以下に紹介する．

４．令和２・３年度「歯科専門医制度運用審査」提出資料から見た専門医の研修体制の現状

1）機構認証５学会認定「専門医及び研修施設」の「所属施設又は研修施設の種別」による区分（表１）

令和２・３年度の５学会の運用審査資料と各学会ホームページ掲載内容を基に，「新規・更新認定専門医

数と所属する研修施設（勤務先）」及び「新規・更新認定研修施設数とその区分（種別）」の２点について，解析した．なお，研修施設（勤務先）の区分（種別）に関しては，「大学・病院系」と「歯科診療所」に大別した．

（1）正会員数・専門医数，正会員に対する専門医の割合

令和２年度専門医制度「運用審査」の時点において，５学会の正会員数は，歯科放射線学会と歯科麻酔学会が 1,000～2,000 名台，小児歯科学会が 4,000 名台，歯周病学会と口腔外科学会が 8,000～11,000 名台と，大きく３つの規模（小規模・中規模・大規模）に区分される．また，専門医数もほぼ正会員数に比例し，歯科放射線学会と歯科麻酔学会が 200～300 名台，小児歯科学会と歯周病学会が 1,100 名台，口腔外科学会が 2,000 名台と，同様に３つの規模に区分される．

一方，正会員数に対する専門医数の比率は，必ずしも学会の規模と相関せず，最小が歯科麻酔学会の 12.4%であり，歯周病学会 13.3%，歯科放射線学会 15.4%，口腔外科学会 19.3%と続き，最大が小児歯科学会の 26.9%であり，５学会の平均は 17.8%であった．すなわち，５学会では正会員の 10 人に２人弱が専門医を取得していることを示している．

（2）新規認定専門医と所属施設の内訳

令和２年度に機構認定された「５学会の新規認定専門医数」は，表１に示す通りである．各学会の専門医名簿資料を基に，（学会認定の時点で）専門医が所属する施設とその種別について分析した．

その結果，歯科麻酔学会，歯科放射線学会，口腔外科学会の専門医は，「大学・病院系」に所属する者の割合が高く，各々93.7%，100%，99.6%であった．これに対して，歯周病学会と小児歯科学会の専門医は，「歯科診療所」に所属する専門医の割合が高く，各々63.2%，40%であった．

（3）更新認定専門医と所属施設の内訳

令和２年度に機構認定された「５学会の更新認定専門医数」についても同様に，各学会の専門医名簿資料を基に，（学会認定の時点で）専門医が所属する施設とその種別について分析した．

その結果，歯科麻酔学会・歯科放射線学会・口腔外科学会の専門医は，「大学・病院系」に所属する者の割合が高く，各々80%・90%・68.6%であった．これに対して，歯周病学会と小児歯科学会の専門医は，「歯科診療所」に所属する者の割合が高く，各々77.9%，77.5%であった．

（4）研修施設総数・指導医総数，研修施設に対する指導医の割合

５学会の研修施設総数は，歯科放射線学会 30 施設，歯科麻酔学会 41 施設と少なく，小児歯科学会 93 施設，歯周病学会 164 施設と続き，最大は口腔外科学会の 305 施設であった．指導医総数は，歯科麻酔学会 32 名，歯科放射線学会 75 名と少なく，小児歯科学会 242 名，歯周病学会 278 名と続き，最大は口腔外科学会の 955 名であった．

また，１研修施設当りの指導医数は，最小が歯科麻酔学会 1.78 人，最大が口腔外科学会の 3.13 人であり，５学会の平均は 2.50 人であった．

（5）新規認定研修施設数と施設の種別内訳

令和２年度に機構認定された「５学会の新規認定研修施設数」とその種別について分析した．その結果，いずれの学会も新規認定数は１桁と少なく，歯科麻酔学会１施設と口腔外科学会９施設は全て「大学・病院系」に区分されるものであった．これに対して，歯周病学会４施設と小児歯科学会２施設は，「歯科診療所」の割合が高く，各々75%・100%であった．なお，歯科放射線学会では，新規認定研修施設は無かった．

（6）更新認定研修施設数と施設の種別内訳

令和２年度に機構認定された「５学会の更新認定研修施設数」についても同様に分析した．その結果，歯科麻酔学会は 10 施設，口腔外科学会は 30 施設であったが，「大学・病院系」の割合が高く，各々90%・

96.7%であった．これに対して，歯周病学会４施設・小児歯科学会２施設は,「歯科診療所」の割合が高く，各々100%・50%であった．なお，歯科放射線学会では，更新認定研修施設は無かった．

表１　機構認証５学会認定「専門医及び研修施設」の「所属施設又は研修施設の種別」による区分※

学会名 分析項目	歯科麻酔 学会	歯周病 学会	小児歯科 学会	歯科放射線 学会	口腔外科 学会
(1)正会員数（令和２年度）	2,636	8,496	4,377	1,472	11,017
(1)専門医数	**328**	**1,133**	**1,178**	**227**	**2,128**
専門医の対正会員比率（%）	12.4	13.3	26.9	15.4	19.3
(2)新規認定専門医数と所属施設	16	19	30	8	88
【大学・病院系／歯科診療所】	【15／1】	【7／12】	【18／12】	【８／０】	【85／3】
歯科診療所の比率（%）	6.3	63.2	40.0	0	3.4
(3)更新認定専門医数と所属施設	45	131	249	20	369
【大学・病院系／歯科診療所】	【36／９】	【29／102】	【56／193】	【18／２】	【253／116】
歯科診療所の比率（%）	20.0	77.9	77.5	10.0	31.4
(4)研修施設総数／指導医総数	**41／32**	**164／278**	**93／242**	**30／75**	**305／955**
１研修施設当り指導医数（人）	0.78（注）	1.70	2.60	2.50	3.13
(5)新規認定研修施設数	1	4	2	0	9
【大学・病院系／歯科診療所】	【１／0】	【1／3】	【0／2】		【９／０】
(6)更新認定研修施設数	10	4	2	0	30
【大学・病院系／歯科診療所】	【９／１】	【0／4】	【1／1】		【29／１】

※出典：令和３年度（第１・２期）歯科専門医制度「運用審査」資料及び各学会ホームページ掲載内容

（注）歯科麻酔学会では，研修施設の他に教育機関（大学附属病院）を「指導機関」と位置づけ，研修施設数に算定していない．また，当該機関に所属する指導医についても指導医数に算定していない．

5. 先行５学会の歯科専門医制度における「専門医育成の研修体制」の課題

１）専門医育成の研修方法と専門医資格申請要件の課題

前記の『２．先行５学会の歯科専門医制度における「専門医育成の研修体制と要件」の現状』に記載したように，専門医の研修方法については，全ての学会が研修年限を５年以上と定めているものの，必ずしも研修施設への在籍を必須要件とは定めていない．また，研修期間内における臨床研修の達成度に係る申請要件として，５学会は経験すべき最小限の症例数を明示し，診療実績報告（一覧表）の提出を求めている．ただし，歯科麻酔学会・歯科放射線学会・口腔外科学会の経験症例数は研修年限５年間としても相当多く，歯学部・歯科大学附属病院規模の研修施設に勤務することが必要となるものと思われる．このことは，専門医の診療領域によっては，（専門医取得を目指す）研修医を雇用する医療施設の確保には自ずと限界があることを示すものである．

２）専門医更新認定における診療実績の評価と専門医の就業環境について

専門医の質を担保するためには，修得した専門診療技能を維持・発展させることが求められる．従って，専門医取得後又は更新認定後５年間を経た専門医の診療技能を担保する目安として，いわゆる診療実績（診察・検査及び手術・処置に係る経験すべき症例数）が求められる．一方，上記１）に記載したように，研修

医ばかりでなく専門医を雇用できる研修施設（医療施設）の確保には限界があり，表１（3）に示されるように，歯周病専門医と小児歯科専門医では，更新認定専門医が所属する医療施設の８割近くが歯科診療所となっている．

これに対して，歯科麻酔専門医・歯科放射線専門医・口腔外科専門医では，「歯科診療所」に所属する者の比率が 10～30%と低く，このことは，対象疾患の稀少性や診療内容の特殊性を示すものに他ならない．また，これら３つの専門医に関しては，その勤務形態と大いに関係があり，診療実績の十分な研修施設に在籍することが更新要件として必須となる．しかし，別の見方をすれば「当該専門医の診療技能を担保できる研修施設を安定して確保・維持できるか」という課題も生じる．特に，歯科麻酔学会と歯科放射線学会の専門医制度における研修施設（医療施設）は，地域的にも数量的にも極めて限定的であり，更新認定要件における診療実績の評価方法や国民の認知度向上なども含め，今後の制度運用について幅広く検討することを推奨する．

６．提言　～新領域歯科専門医制度構築の視点と継続性のある歯科専門医制度の確立に向けて～

１）歯科医師の就業状況について（医師との比較）

令和２年度「厚生労働省委託事業　歯科医療の専門性に関する協議・検証事業 報告書」[2)] の 49 頁に記載したことであるが，歯科医師免許を取得後，１年間の初期臨床研修を修了した歯科医師にとって，その後の生涯研修のスタートとなる後期研修の場，すなわち研修体制（指導者や診療設備など）の整備された研修施設や生活・身分を保証する雇用環境・経済的支援などは極めて不十分である．

このことは，直近の「平成 30(2018)年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」[4)] においても，データとして示されている．一部抜粋し要約すると，医療施設に従事する医師の総数，約 31 万２千人の内，病院（病院及び医育機関附属病院）に従事する医師は約 20 万８千人，比率にして 66.7%である．また，「取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名の施設種別にみた医療施設に従事する医師数」によれば，医師総数 31 万２千人の内，57 に及ぶ専門医資格の取得者（複数回答）は約 19 万３千人強，比率にして 62.0%である．その内．病院（病院・医育機関附属病院）に従事する医師は約 12 万８千人，比率にして 66.5%である．要するに医療施設に勤務する医師の３分の２は専門医資格を有し，その内，３分の２が病院に勤務し，３分の１が診療所に勤務していることになる．

これに対して，医療施設に従事する歯科医師の総数 10 万２千人弱の内，病院（病院・医育機関附属病院）に従事する歯科医師は約１万２千人弱，比率にして 11.5%であり，診療所に従事している歯科医師は約９万人，比率にして 88.5%である．また，「取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名，施設の種別にみた医療施設に従事する歯科医師数」によれば，歯科医師総数 10 万２千人弱の内，５つの専門医資格の取得者（複数回答）はわずか 4,853 人，比率にして 4.8%である．その内．病院（病院・医育機関附属病院）に従事する歯科医師は 1,851 人，比率にして 38.1%である．

２）新領域の歯科専門医制度における研修体制の整備に向けて

前述のように，先行５学会における専門医制度は，当初アカデミアを主体とする学会運営の中で制度設計されたという歴史的背景に加えて，一部の学会では，対象疾患の稀少性や検査法・治療法の特殊性から，専門医育成の研修体制の整備には種々の制約があり，研修施設の地域的配置にも限界があった．

従って，新領域における歯科専門医の育成と研修体制のあり方は，「歯科医師の９割近くが歯科診療所に従事しているという就業環境の中において，現実的にはどのように制度設計していくか？研修体制はどのように構築していくか？」という観点も踏まえて検討されなければならないものと考える．

例えば，新領域の歯科専門医制度を構築して行くためには，必ずしも研修施設という物理的空間に拘泥

することなく，「専門医の質を担保する新たな臨床研修の仕組み」を検討することが求められよう．具体的には，歯科診療所と歯育機関附属病院・総合病院等との連携の下に，幅広い「研修施設群方式」と実行可能な「カリキュラム制」を採用し，国民の負託に応えられるような歯科専門医制度を構想して行くことも一案となるのではないだろうか．そのためにも，日本歯科医師会との連携協力は必須であり，現状の歯科医師会における生涯研修制度の活用も視野に入れつつ，実施可能な制度設計と運用を確立することが望まれる．

7．まとめ

本報告書では，先行５学会の歯科専門医制度における「歯科専門医を育成する研修体制」の現状を分析し，その結果に基づき，「勤務先に関わらず専門医取得・更新を行うことができる歯科専門医制度のあり方」の検証を試みた．

現在から将来に向かって，「卒直後の歯科医師あるいは専門医資格は無くとも地域医療に貢献する若手の歯科医師」が，自らの「生涯研修のスタートあるいは中間点」に立った時，夢のあるキャリアアップの姿，目指すべき専門医の姿がイメージできるような専門医制度の構築が喫緊の課題であり，ひいては国民に対し，日々進歩・発展する歯科医療技術の成果を提供することにつながるものと確信し，本稿を閉じる．

なお，先の報告書[2)]でも記したように，本機構には，各申請学会の歯科専門医制度の客観的評価・認証に止まらず，一歩先の歯科専門医制度の標準化と再整備を促進する役割を担う責務がある．このような歯科専門医のあり方に係る改革・改善は，国民目線に立った「安全かつ安心な歯科医療の質の担保」へ寄与することに他ならず，改めて厚生労働省を始めとする公的機関からの財政的支援を期待するものである．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

１） 日本歯科専門医機構　歯科医療の専門性に関する協議・検証事業 報告書，37-42 頁，令和 2 年 3 月．https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_01.pdf?t=1644653872508（令和 4 年 4 月 11 日参照）

２） 日本歯科専門医機構　歯科医療の専門性に関する協議・検証事業 報告書，43-49 頁，令和 3 年 3 月．https://jdsb.or.jp/pdf/202103_report_01.pdf?t=1644589493435（令和 4 年 4 月 11 日参照）

３） 日本歯科専門医機構 申請学会専門医制度 審査対象項目と評価指標．https://jdsb.or.jp/pdf/senmoni_seido_shinsa_taishoukoumoku.pdf?t=1644585764401（令和 4 年 4 月 11 日参照）

４） 厚生労働省　平成 30(2018)年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況，４～21 頁，令和元年 12 月．

Ⅲ-２資料１（一社）日本歯科専門医機構認証「５学会における専門医育成の研修体制と要件」対照表

	歯科麻酔学会	歯周病学会	小児歯科学会	歯科放射線学会	口腔外科学会
Ⅰ専門医の研修期間と研修方法：①研修期間，②研修方法（研修施設での研修期間）					
①	・専従歴５年以上	・研修歴５年以上	・研修歴５年以上	・研修歴５年以上	・研修歴６年以上
②	・研修施設で５年以上の研修	・研修施設で２年以上の研修	・研修施設で１年以上の研修	・研修施設で５年以上の研修	・研修施設で６年以上の研修
Ⅱ専門医資格の申請要件・認定方法：①認定医資格／研修修了証明書，②診療実績（臨床研修評価記録／経験症例記録），③専門領域研修・学術活動の記録，④専門医資格の認定方法					
①	・認定医資格 ・麻酔専従証明書 ・業務内容証明書	・認定医資格；関連学会認定証含む ・教育研修単位	・教育研修記録簿 ・教育研修単位取得証明書	・認定医資格 ・研修証明書	・認定医資格 ・研修証明書 ・研修実績報告書
②	・症例一覧表（年間 100 症例） ・周術期管理症例報告書・麻酔記録	・専門医申請患者一覧表 ・症例報告書：メインテナンス 10 例	・診療実績（研修）証明書簿 ・症例リスト ・患者リスト	・履修記録 ・読影報告 200 例 CT／核医学検査などを含む	・診療実績一覧表 ・口腔外科手術 100 例，入院管理 50 例以上
③	・救急蘇生講習会 ・学会発表／論文発表	・専門医教育講演 ・学会発表／論文発表）	・学会発表（筆頭），論文発表	・放射線取扱研修 ・学会発表，論文発表	・教育研修会ー ・学会参加／発表 ・学術論文
④	・筆記試験，口頭試問で総合判定	・筆記試験，口頭試問で総合判定	・筆記試験，症例課題／口頭試問	・筆記試験，実技試験	・筆記試験，口頭試問，実地審査
Ⅲ専門医資格の更新要件：① 診療実績（診療症例数・報告書など），② 専門領域研修実績（学会・研究会参加など），③ 学術活動（学会発表，論文発表など）					
①	・全身麻酔・全身管理症例 500 例 ・業務内容証明書	・診療実績は更新要件としない ・生涯研修記録簿	・診療実績証明書 ・患者リスト 60 例 ・生涯研修記録簿	・読影報告書 100 例 ・診療実績報告書	・診療実績は更新要件としない
②	・学術集会参加 ・指定講習会受講	・学会参加 ・認定医・専門医教育講演受講	・学会参加 ・専門医研修セミナー受講	・学会参加 ・研修会受講	・学会参加 ・研修会受講
③	・学会／論文発表	・初回：学会発表	・学会／論文発表	・学会／論文発表	・学会／論文発表
Ⅳ専門医研修施設の要件：①研修指導体制（指導者数など），②研修施設の認定要件（診療実績・症例数など）					
①	・常勤歯科麻酔専門医１名以上	・常勤指導医１名以上	・常勤専門医指導医１名以上	・常勤指導医１名以上	・常勤指導医１名以上
②	・研修機関：全身麻酔 100 例以上 ・所定の診療設備，研修行事	・診療実績：不問 ・所定の診療環境 ・研修プログラム ・教育／研修行事	・診療実績：小児患者１日 10 名または 50%以上 ・所定の診療設備	・診療実績：不問 ・所定の画像診断装置，定期的教育行事	・全身麻酔手術件数 50 例以上 ・口腔外科入院症例 80 例以上

［3］歯科医療の専門性を踏まえたその専門性の意義と整備状況

【1】歯科保存領域

委員　石井信之
（神奈川歯科大学歯科保存学講座歯髄生物学分野教授）

1. 歯科保存領域の専門性

歯科保存領域の専門性は，「歯・歯周組織の基本的管理能力を背景として，保存修復治療・歯内療法領域において科学的根拠に基づく専門的・統合的治療を要する疾患への対応」を提唱して制度設計を進めている．一方，歯周組織を考慮しない歯科保存治療は存在しないため，保存修復と歯内療法治療時には必ず歯周基本治療を同時進行する必要がある．

歯科保存（保存修復，歯内療法）専門医の目指す診療行為は，歯科保存領域の疾患予防と先進医療において高い治療成功率に寄与することが可能である．歯科保存専門医は生涯を通じて歯科医療水準の向上，普及を図ることを目的として活動することが求められる．現在，歯科保存学各分野の進歩は著しく，国民が高い水準の治療を受診するためには，学問の進歩に対応できる広範な知識と錬磨された技術，技能を備えた優れた臨床歯科医を社会に送ることが必要であり，これを通じて社会に貢献することが歯科保存専門医の使命であると考える．

2. 歯科保存専門医の整備状況

歯科保存の専門性については，一般の歯科医から理解が得られる歯科保存の専門性について協議し合意を得た．今後，歯科保存学会が先導して研修システム等についてまとめ，先行して認証を受けることで合意した．歯内療法学会，日本接着歯学会，レーザー歯学会，日本歯科審美学会の 4 学会は，連携協力をすることとなった．その連携方法は，それぞれの学会背景（開業医が多い数，他学会専門医の混成等）が異なるので，各学会における対応を考えることになった．さらに，現行の学会専門医が機構専門医に移行する際の移行条件，研修内容，研修施設の基準（主研修施設と準研修施設）について骨格案が決定し，今後は具体的運用について検討する．

5 連携学会（日本歯科保存学会・日本歯内療法学会・日本接着歯学会・日本レーザー歯学会・日本審美歯科学会）の連携方法は，日本歯科保存学会の専門医制度を中心として，それぞれの学会が相互乗り入れをする形で，研修施設等の制度構築を具体化する．新制度への移行スケジュールを確認し，大きな進展がみられた．

1)認定研修機関における研修内容と歯科保存専門医としての認定方法

専門医機構の条件を満たした認定研修機関（大学病院，医療機関）において，5 年以上の専門教育を通して，歯科保存診療に関する知識，技能と態度の修練を行った後，専門知識に関する多肢選択式筆記試験，および専門医ケースプレゼンテーション（症例報告，治療成績に関する発表ならびに慎重な質疑応答）により技能と態度の審査を行い，それぞれの合格をもって専門的な能力を有すると判定された歯科医師を歯科保存専門医と認定している．なお，現在，認定医申請時の必要実績症例について協議進行中であり，歯科保存領域の基本症例と先進治療や難易度が要求される症例について概ね専門医機構の指示に従って意見統一がなされた．特に，先進治療や難易度が要求される症例に対しては，詳細な治療報告書（病態に対する考え方，治療法の選択理由，治療経過・管理内容の科学的根拠に基づく論理的に説明書の提出）が基準となる予定である．

①保存修復分野の専門性認定基準

歯科保存専門医は，根面齲蝕はもとよりライフステージに応じたう蝕の管理を実践することによって，生涯を通して健全な歯と口腔環境を維持させることに加えて，初期の非活動性う蝕を進行させないことや，修復後の歯面にう蝕を発症させないことを使命とする．すなわち，患者個人のう蝕リスクに応じた口腔管理を継続することで，長期にわたる口腔の健康を維持することを責務としている．

保存修復領域の先進領域治療には，低侵襲治療や歯髄温存療法が含まれるが，これらを可能にしたのは近年の接着技術の進歩と接着材料の開発による．現在のう蝕治療は，最小限の切削が可能になり，同時に審美的歯冠修復を施すことが可能となり，適応症例は広範囲な歯冠部歯質の欠損にも広がっている．先進領域治療の光学印象と CAD/CAM を応用したメタルフリー修復治療には高い専門性が必要とされている．

②歯内療法分野の専門性の専門性認定基準

歯内療法は歯の硬組織疾患，歯髄疾患，および根尖性歯周疾患を対象とし，歯を健康に保存する究極的治療で治療の成功には極めて高い専門性が必要とされる．

最先端治療の知識と診療技術修得を要する治療として，歯内療法領域の診断と治療に三次元情報が得られるコンピューター断層撮影（CBCT）と歯科用マイクロスコープが導入され，臨床症状の正確な原因把握と精密な歯内療法が可能になった．歯内療法は治療部位が直視できないことから，治療経験年数が短い歯科医師は偶発事故（根尖孔破壊，髄床底穿孔，根管壁穿孔）の発生によって歯の保存が困難になることが多かった．

歯科保存専門医は最新機材や材料を応用し，偶発事故症例歯も保存を可能にして感染根管治療の成績を飛躍的に向上させた．1990 年以降の歯内療法領域の技術革新と材料開発は，治療成績の向上と迅速治療に貢献した．これら最先端治療の知識と診療技術修得には高い専門性が必要とされている．

2)認定研修機関における研修内容と歯科保存専門医としての認定方法

専門医機構の条件を満たした認定研修機関（大学病院，医療機関）において，5 年以上の専門教育を通して，歯科保存診療に関する知識，技能と態度の修練を行った後，専門知識に関する多肢選択式筆記試験，および専門医ケースプレゼンテーション（症例報告，治療成績に関する発表ならびに慎重な質疑応答）により技能と態度の審査を行い，それぞれの合格をもって高度な能力を有すると判定された歯科医師を歯科保存専門医と認定している．今後は，認定に必要な実績症例数は日本歯科専門医機構との協議結果を踏まえ，5 年間に必要とされる基本症例数の提示と先進治療や難易度が要求される症例に対する治療報告書（病態に対する考え方，治療法の選択理由，治療経過・管理内容の科学的根拠に基づく論理的に説明書の提出）作成が基準となる予定である．

一方，大学勤務以外の開業歯科医の研修機関として，専門医機構の基準を満たした準研修施設を設置し，準研修施設の登録を行った後に研修内容を履修可能にすることで歯科保存専門医申請を可能にすることが，連携学会および機構との意見交換会で同意が得られている．

3)歯科保存治療の質保証

審査を経て認定された歯科保存専門医は，保存修復と歯内療法の難症例はもとより科学的根拠に基づく標準治療を実施する能力を担保し，生涯にわたる中・長期的な口腔機能管理を行うことができる専門性を有している．さらに，資格取得後の専門医は 5 年毎に研修単位(症例発表，臨床研修，臨床関連の基礎研究，学会発表，論文執筆等)取得が義務付けられている．歯科保存専門医は資格取得後も生涯にわたって自らの知識を広げ，技能を磨き，常に研鑽する責務を果たすことによって，「医療安全の確保」と「歯科医療の質の向上」に貢献することができる．

4)歯科保存専門医養成の基盤組織と現在の取り組み

①専門医養成基盤組織

歯科保存治療の学術と臨床研究は，保存 3 専門分野における治療の実践，向上，および発展に関する研究を行う歯科医師，歯科衛生士，研究者の集合体として日本歯科保存学会が中心的役割を担っている．さらに，各 3 専門分野では最先端治療と研究の細分化が進み「保存修復学」分野は日本接着歯学会，日本歯科審美歯科学会，日本レーザー歯学会が設立された.「歯内療法学」分野は日本歯内療法学会,「歯周病学」分野は日本歯周病学会が積極的に活動を継続している．現在，歯科保存専門医の設立においては，上記の 6 学会（日本歯科専門医機構社員学会）が連携して専門医申請に向けた提出症例の統一，研修プログラムや研修カリキュラム項目の内容を分担して研修会などを実施するとともに，歯科保存専門医認定のための評価基準を策定することで合意がなされた.

現在，日本歯科専門医機構の求める専門医基準との整合性について最終調整中である.

②専門医申請に向けた各連携学会間の合意事項

歯科保存専門医申請時の提出臨床実績症例について（a,b,c の合計 330 症例）

a.難易度を必要とする専門症例（10 症例）

主とする専門分野を保存修復分野と歯内療法分野を選択可能にする.

各症例のレポート：病態に対する考え方，治療法の選択理由，治療経過・管理内容を科学的根拠に基づいて論理的に説明し，参考文献を示す.

*歯周病専門医との棲み分け：歯周基本治療検査結果提示を上記数症例で必須とする.

＜保存修復領域の専門症例＞

【予防管理領域】

ライフステージに応じたう蝕予防管理（エナメル質初期う蝕，根面う蝕）

【歯髄保護領域】

最新器材を用いた的確な歯髄保護処置（レジンコーティング法，歯髄温存療法）

【低侵襲領域】

う蝕による広範囲歯冠部欠損・少数歯欠損に対するコンポジットレジン修復

非齲蝕性硬組織疾患(Tooth Wear・変色歯)の重症化防止と低侵襲治療

歯の形態異常に対する審美的低侵襲性修復治療

【先進領域】

光学印象(CAI)と CAD/CAM を応用したメタルフリー修復治療

＜歯内療法領域の専門症例＞

【抜髄・感染根管領域】

ラバーダム装着のための隔壁作製を必要とする治療

狭窄した髄室・根管形態（歯髄結石の存在を含む）に対する治療

10°以上の湾曲を有する歯根形態に対する治療

歯内歯周病変に対する治療,

【外傷歯に対する歯内療法】

歯根吸収（歯根尖吸収,内部吸収,外部吸収）に対する治療

【顕微鏡下の歯内療法】

根管に存在する切削器具破折片,ポストコアー装着歯の除去またはバイパス形成,根管口下部の穿孔封鎖,歯根端切除術（前歯，小臼歯，大臼歯）,垂直性歯根破折歯の保存に対する治療

b.基本治療症例（案）　（20 症例; 保存修復治療 10 症例，歯内療法 10 症例）

各症例レポート：病態に対する考え方，治療法の選択理由，治療経過・管理内容を科学的根拠に基づいて論理的に説明し，参考文献を示す.

c.臨床実績を示す症例（案）（約 300 症例；保存修復治療症例数と歯内療法症例数は，基本的に同等数とする．）

各症例は，部位，診断名，治療内容等を様式に従って書類提示．提示 300 症例（案）については，基本症例に加えて一口腔単位のう蝕予防管理，一般歯科医からの紹介難症例，先進治療等が含まれ，これらの症例については単位加算が検討され，一般歯科医療との相違が明確化される.

3.　専門医の地域偏在と研修施設について

主研修施設は大学病院の歯科保存関連講座が担当し，29 歯科大学と 3 医科大学の 85 研修施設が専門医育成を開始予定であるが，歯科大学がない地域においては準研修施設が専門医プログラムと診療指導を補完する.

準研修施設の認定には，以下に示す日本歯科専門医機構の要求条件 5 項目を満たすことが連携 5 学会間で同意を得た.

①指導医が 1 名以上常勤している

②研修実施に必要な設備を有する

③研修カリキュラムを適正に実施可能な施設である

④研修活動報告書を提出する

⑤研修施設との間に研修管理委員会を設置する

大学病院勤務外の連携学会会員（日本歯内療法学会，日本接着歯学会，日本レーザー歯学会，日本歯科審美学会）は，機構認定の準研修施設に所属し所定研修プログラムを終了後に歯科保存専門医取得可能になる．歯科保存専門医の地域偏在解消には，歯科保存学会と連携学会の準研修施設認定と登録が必須と考える.

4. おわりに

本稿で提案した歯科保存専門医の具体的な運用方法等については，詳細な検討を加えて機構へ提出予定である．歯科保存専門医は，社会が求める医療安全と良質の歯科医療提供を担保することによって，国民の健康と社会保険診療の永続性を維持することに貢献できるものと考える.

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない.

【2】補綴歯科領域

委員　馬場一美
（昭和大学歯学部歯科補綴学講座 教授）

1．はじめに

補綴歯科という用語は現状では十分に国民に浸透しているとはいえないが，患者からは義歯やブリッジに関連した機能的，審美的要望は多い．しかし，現状では国民が難度の高い専門的な補綴歯科治療を希望した際にどの施設を訪れればよいのかが十分明らかでない．

歯科補綴専門医制度が整備され日本歯科専門医機構に認証されることにより，補綴歯科に関連した情報が広く国民に周知されるばかりでなく，補綴歯科専門医の標榜は前述のような難度の高い補綴歯科治療を求める患者にとって受診先を選択する際の良い指標となると期待される．さらに，専門医制度の運用は歯科補綴学のさらなる充実に貢献すると考えられる．

本章では上記の点を踏まえて補綴歯科専門医制度の意義と本専門医制度の整備状況を解説する．

2．補綴歯科専門医が担うべき社会的な役割

超高齢社会において歯の欠損に対する歯科治療，すなわち補綴歯科治療の需要は年々高まっており，前述の様に多くの患者から「より良く義歯で噛めるようにしてほしい」,「もっと審美性の高いものにして欲しい」などの要望がある．また，口腔がん治療後の顎顔面補綴のように難度が高く専門性の高い領域をはじめとして，後期高齢者，要介護高齢者に対する摂食嚥下機能，構音機能を補助する装置による治療，ブラキシズムに対する口腔内装置を用いた治療など補綴歯科専門医の治療守備範囲は広い．補綴歯科専門医はこうした患者のニーズに対応すること，さらにこれらの領域における歯科医療レベルの向上を通して，国民の健康増進に貢献するという社会的な役割を担う．

3．補綴歯科の専門性

補綴歯科の専門性とは，本学会が認定した研修機関で一定期間の研修を積んだ上で，高頻度にみられる通常の歯質，歯の欠損症例（基本的症例，後述）とともに，治療効果が得られにくい難症例にも対処できる知識，態度，臨床技能をもち，行った補綴歯科治療の質を保証するものである．

補綴歯科治療の対象となる症例とその病態を以下に示す．

1）基本的症例

齲蝕，歯周病，外傷によって，歯の一部もしくは歯を失った状態の中で，本学会の診断基準（症型難易度分類）[1)]に基づき Level I，II に分類される高頻度にみられる症例を基本的症例とする．専門医にはこうした基本的症例に対して，適切な検査診断のもと確実に形態・機能の回復できる臨床技能が求められる．

2）難症例

齲蝕，歯周病，外傷によって，歯の一部もしくは歯を失った状態の中で，本学会の診断基準（症型難易度分類）[1)]に基づき Level III，IVに分類される症例，および顎・顔面の一部を失ったり高度な機能異常をきたしている症例を難症例とする．

一般歯科医では対応困難な症例で，これらの症例に対して適切に補綴的対応ができることが補綴歯科専門医の重要な認定要件である．対象となる典型的な難症例を以下に列挙する．

① 顎顔面欠損症例

② 著しい顎堤吸収を伴う症例

③　すれ違い咬合の症例
④　咬合平面の乱れ・咬合崩壊・低位咬合等を伴う症例
⑤　摂食機能障害（加齢による機能低下を原因とする症例は除く）
⑥　口蓋裂
⑦　全顎的審美障害
⑧　ブラキシズム・顎機能障害

４．認定研修機関における研修と専門医認定

日本補綴歯科学会が認定する認定研修機関において，5 年以上の専門教育を通して補綴歯科診療に関する知識，技能と態度の研修を行った後，専門知識に関する多肢選択式筆記試験および専門医ケースプレゼンテーション(3 年以上経過例の報告，発表ならびに質疑応答)により審査を受け，それぞれの合格をもって高度な臨床知識，技能，態度を有すると判定された歯科医師を補綴歯科専門医と認定する[2,3]．なお，臨床的技能を担保するための要件として設定されている必要な経験症例数は 5 年間で基本的な症例 100 装置（部分的床義歯 30 装置以上）以上，難症例は 20 症例以上である．

５．補綴歯科専門医の質保証

本専門医制度を構成している研修機関は，全国の補綴学関連教室を例外なく内包し，歯学部教育や大学院教育の高度化を支えるとともに，新しい時代に向けた補綴歯科医学の進歩に合わせて持続的に補綴専門医研修プログラムを刷新し，高度補綴治療を担う専門医として具備すべき知識・技能・態度を身につけるための教育制度を常にブラッシュアップしてきた．具体的には毎年内容が刷新される多肢選択式筆記試験で補綴歯科領域の知識を確認しそれを専門医取得の初期要件としている．また，信頼性・妥当性が実証されている症例難易度分類に基づき明確に定義づけられた[4,5]，「基本的症例」ならびに「難症例」に対応できる臨床技能を有することを認定要件としている．つまり，補綴歯科治療を専門とて先進性が高く高度な医療を実施できることはもちろんのこと，社会に広く求められる標準的な治療を確実に実施できることも認定要件の柱としている．専門医資格の更新についても技能・態度の担保のため基本的症例，難症例の経験症例の報告を求めるだけでなく，先端の学術研究や臨床技術に触れる機会である学術大会等への参加，自己研鑽の結果を発表する歯科補綴学に関連する報告を求め，常に最新の専門知識を身に付けていることを担保する．さらに共通研修を受講し医療や歯科全般に関連する知識を求める．

専門医を育成するための研修機関についても，指導体制・設備，受け入れ補綴患者数等についての認定ならびに更新要件を設定し専門医研修機関としての質の担保を行う．

６．国際的な貢献と国際標準との整合性

社会の超高齢化により補綴歯科治療の需要は高まっており，高齢者の健康寿命延伸に対して補綴歯科医療の担う役割は大きい．また，デジタル技術の活用により歯科医療は大きく変貌しているが，この分野でも補綴歯科が中心的役割を担っている．補綴歯科専門医制度はこうした役割を通して歯科医療の向上に大きく貢献するのみでなく本邦を追って超高齢社会になろうとしている多くの国にとって参照可能な医療システムモデルとなると期待される．

また欧米においてはすでに補綴歯科領域の専門性は広く認知されており，米国では１）Fixed prosthodontics（固定性補綴），２）Removable prosthodontics（可撤性補綴），３）Implant prosthodontics（インプラント補綴），4)Maxillofacial prosthodontics（顎補綴）の 4 領域を補綴歯科専門医が担当する対

象領域として認定しており[6]，我が国の補綴歯科専門医と完全に合致した制度が運用され社会に大きく貢献している．

７．新制度への移行

日本補綴歯科学会は日本歯科専門医機構による本専門医制度の認証を目指し，令和４年４月から新たな専門医制度へと移行しその運用を開始する予定であり，新制度移行後には専門医，専門医研修機関の認定・更新には新たな認定基準が適用される．ただし，新制度開始後７年間を移行期間としこの期間には暫定措置を講じ，専門医制度の質を担保しつつ，その継続性を維持しながら円滑に新制度への移行を目指す．この点については日本歯科専門医機構との 13 回にわたる意見交換会を通して議論を重ねて得られた指針を遵守する予定である．

８．おわりに

本章では補綴歯科専門医の専門性，認定要件，社会的貢献，海外のシステムとの整合性，旧制度からの移行等に焦点をあてながら，補綴歯科の専門性の意義と当該領域の専門医制度の整備状況について概説した．

以上述べたように，補綴歯科専門医は社会なニーズに合致し，国民の健康増進に重要な役割を担うと考えられる．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

１） 市川哲雄，佐藤博信，窪木拓男，佐藤裕二，秀島雅之，和気裕之，安田登，服部正巳，貞森紳丞，尾関雅彦，友竹偉則，永尾寛，大山喬史，赤川安正．歯質欠損,部分歯列欠損,無歯顎に対する症型分類の提案．歯医学誌 25: 63-75，2006.

２） 公益社団法人日本補綴歯科学会．補綴歯科専門医研修プログラム作成指針．https://hotetsu.com/files/files_192.pdf(令和４年３月１日参照)

３） 公益社団法人日本補綴歯科学会．補綴歯科専門医研修カリキュラム(令和 2.2) (XLS)．https://hotetsu.com/files/files_420.xls(令和４年３月１日参照)

４） 窪木拓男ほか．補綴歯科治療の難易度を測定するプロトコルの信頼性の検討 -（公社）日本補綴歯科学会による多施設臨床研究-．日補綴会誌 5 : 224-239, 2013.

５） 窪木拓男ほか．補綴歯科治療の難易度を測定するプロトコルの妥当性の検討 -（公社）日本補綴歯科学会による多施設臨床研究-．日補綴会誌 11 : 355-375, 2019.

６） Home /American Board of Prosthodontics. https://www.abpros.org/(令和４年３月１日参照)

【3】 総合歯科領域

委員　一戸達也
（東京歯科大学歯科麻酔学講座教授）

1. はじめに

厚生労働省は 2017 年 12 月 25 日に，「歯科医師の資質向上等に関する検討会」の中間報告書において「歯科保健医療ビジョン」を提言し，今後の歯科保健医療の需要と提供体制の目指すべき姿のイメージ図を示した（図 1）[1]．この中で，地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関の役割として，特に歯科診療所に対しては，①専門分野に応じた歯科診療所間の役割分担，複数の歯科診療所のグループ化，歯科診療所の規模の確保等を検討し，個々の歯科医療従事者の負担を軽減しつつ，機能分化を図ること，②歯科診療所は外来診療に加えて病院や在宅等における訪問歯科診療を行うことが求められており，訪問歯科診療の提供が困難な歯科診療所は，当該歯科診療所内の外来診療と訪問歯科診療との役割分担，外来診療時間の調整による訪問歯科診療の実施，訪問歯科診療を実施している他の歯科診療所との連携を図ること等が考えられること，を提言している[1]．そして，これからの歯科医師像として，「日常生活自立度や疾患等により全身状態が多様な患者に対応するために，歯科医師はより高度な知識や技術が求められると同時に，研修などを通じて，訪問歯科診療等の機材等が限られた診療環境の下で歯科診療を行う場合のスキルひいては専門性の向上を図ることが必要である」と指摘し，「かかりつけ歯科医は地域包括ケアシステムの一翼を担い，地域保健活動や外来受診患者の口腔疾患の重症化予防のための継続的な管理を通じて，地域住民の健康の維持・増進に寄与すべきである．患者の身体状況・住まい等が変わっても，関係者と連携しつつ切れ目なくサービスを提供するなど，ライフステージに応じ，患者のニーズにきめ細やかに対応し，安全・安心な歯科保健医療サービスを提供することが求められる」と地域包括ケアシステムの中でかかりつけ歯科医が果たすべき機能・役割について明示している[1]．

これを受けて，2021 年には厚生労働省に新たに「歯科医療提供体制等に関する検討会」が設置され，現在，かかりつけ歯科医の役割を含む歯科医療機関の機能分化と連携などをテーマとした議論がなされている[2]．

2. 総合歯科専門医（仮称）のイメージ

日本歯科専門医機構におけるこれまでの議論の中で，新しい歯科専門医としての総合歯科専門医（仮称）にはふたつのイメージが出されている．

そのひとつはイギリスやアメリカの総合歯科医のイメージであり，いわゆるかかりつけ歯科医の機能を果たすものである．自身は一次医療を実施し，必要に応じて患者を各領域の専門医に紹介するという意味で 2 階建ての構造となっている．この体制は，前述した「地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関の役割」のうち，「①専門分野に応じた歯科診療所間の役割分担」，すなわち地域歯科医療におけるゲートキーパー的役割に当てはまるものである．

もうひとつの「②歯科診療所は外来診療に加えて病院や在宅等における訪問歯科診療を行うこと」に関してみると，世界で最も高齢化が進んだわが国において，訪問歯科診療は地域歯科医療の中での歯科医師の役割として極めて重要な機能である．しかも，訪問歯科診療は，既存の広告可能な 5 専門医や今後，新しく誕生するであろう，いくつかの専門医にとって専門外の領域であり，総合歯科専門医（仮称）がこの領域において標準的な歯科医療を提供できる歯科医師となることが期待される．この点から考えると，総合歯科専門医（仮称）の機能は他の専門医と同列の 1 階建て構造である．

これらのふたつのかなり異なった機能を総合歯科専門医（仮称）の役割の中にどのように落とし込むかについては，機構と日本歯科医師会との間で継続して議論がなされてきている．加えて，この点について，前述した「歯科医療提供体制等に関する検討会」での深い議論も期待される．

これまでの議論や社員学会や各大学へのアンケート調査の結果（資料 1, 2），および参考人からの意見聴取結果（資料 3）を踏まえ，日本歯科専門医機構としては，総合歯科専門医（仮称）は多職種連携，訪問歯科診療，摂食嚥下リハビリテーション，ハイリスク患者の歯科診療などにおいて地域歯科医療の中心的な役割を果たす存在であるのが望ましいと考えている．一方，前述したゲートキーパー的役割を果たす歯科医師については，このような歯科医師もまた地域歯科医療の中で極めて重要な役割を果たすことから，日本歯科医師会との間でその対象や認定手続きなどを主題として，2021 年度に 4 回の意見交換会が実施された．

3. 総合歯科専門医（仮称）の持つべき能力と研修システム

日本歯科専門医機構新規専門医制度小委員会では「新たな歯科診療専門医の持つべき能力と研修システムに関する提案」をまとめている[3)]．この提案では，「シームレスな歯科医師の養成」を念頭に置きながら，①新たな歯科診療専門医としての総合歯科専門医（仮称）の持つべき能力，②総合歯科専門医（仮称）制度の対象者，③総合歯科専門医（仮称）の研修システムについて提案し，総合歯科専門医（仮称）の研修プログラム及び研修カリキュラム（案）を示している．

本提案の中では，新たな歯科診療専門医としての総合歯科専門医（仮称）の持つべき能力として，他の領域別専門医や他職種と積極的に連携でき，高齢者の病態（生理的特徴），医科の common disease を含めた全身状態の評価と全身管理，感染予防，救急処置，在宅医療，摂食嚥下機能，コミュニケーション等に関する幅広い知識と技能を修得した，総合的な診療能力が求められることを提案した．また，総合歯科専門医（仮称）制度の対象者としては開業歯科医を中心とした地域歯科医療の中で活躍する歯科医師を想定した．

専門医のための研修システムとしては，プログラム制とカリキュラム制の両者を提案した．プログラム制は，既存学会の専門医の養成と同じく，機構の中に設置する委員会の統括のもと，各社員学会が分担する研修プログラムを作成し，指定の研修機関でプログラムを終了した段階で，専門医試験の受験資格が認定され，合格をもって専門医資格を取得するものである．研修は歯科大学等の基幹施設のみで完結型の研修ではなく，研修施設群（医学部口腔外科を含む病院歯科・歯科医師会・開業医等の連携）を構築し，地域医療に配慮したローテンション方式の研修を行う制度とする．

一方，カリキュラム制は，すでに臨床歯科医師として少なくとも 5 年以上，訪問歯科診療など地域歯科医療に積極的に参加している日本歯科医師会会員や大学附属病院・総合病院勤務歯科医師等を想定し，臨床経験や所定の研修を経て，プログラム制と少なくとも同等レベルの到達目標を達成した段階で，専門医試験の受験資格が与えられるもので，その合格をもって専門医資格を取得する．研修年限については，上限は規定されないが，プログラム制で必要とされる研修期間を必要とする．また，研修の際には，日本歯科医師会が所蔵する生涯研修ライブラリーを活用することも有用であると考えられる．以下に，研修プログラム及び研修カリキュラムにおける研修目標の基本骨格を示す．

【到達目標】

1. 全人的な歯科医療・口腔健康管理の提供

1）患者中心の歯科医療の修得

2）患者中心のコミュニケーション技法の修得
3）医療安全，感染予防対策，個人情報保護
2. 地域における口腔保健アプローチの実践
1）保健・医療・介護・福祉事業への参画
2）地域ニーズの把握とアプローチの実施
3. 様々な診療の場での継続的な包括的歯科医療アプローチの実践
1）多様かつ複雑な健康問題への対応
2）外来での口腔健康増進・疾病予防・治療・リハビリテーションの実施
3）緊急性を要する疾患や障がい者の初期診療の実施
4）在宅等での被介護患者に対する歯科医療・口腔健康管理の実施
5）継続的な歯科医療・口腔健康管理の実施
4. 多職種との協働による歯科医療・口腔健康管理の実践
1）多職種協働のチーム医療の実施
2）医療機関連携および医療・介護連携の実施
3）所属医療機関の運営マネジメント能力の修得
5. 職業規範の遵守
1）倫理観と説明責任
2）自己研鑽
3）研究と教育

【経験目標：経験すべき歯科処置】
1. 歯科診療の現場での医療安全管理
2. 口腔診察・検査・治療計画立案・治療手技等
3. 一般的な口腔疾患・障がい者に対する個別処置
4. 在宅等での療養患者への歯科訪問診療
5. 医療･介護の連携活動
6. 保健事業・予防医療
7. 救急処置

なお，総合歯科専門医（仮称）資格を取得した歯科医師の専門医資格更新に際しては，知識領域の研修については，各地域で診療に従事する歯科医師の利便性を考慮し，オンラインを活用した研修会を積極的に実施することが望まれる．

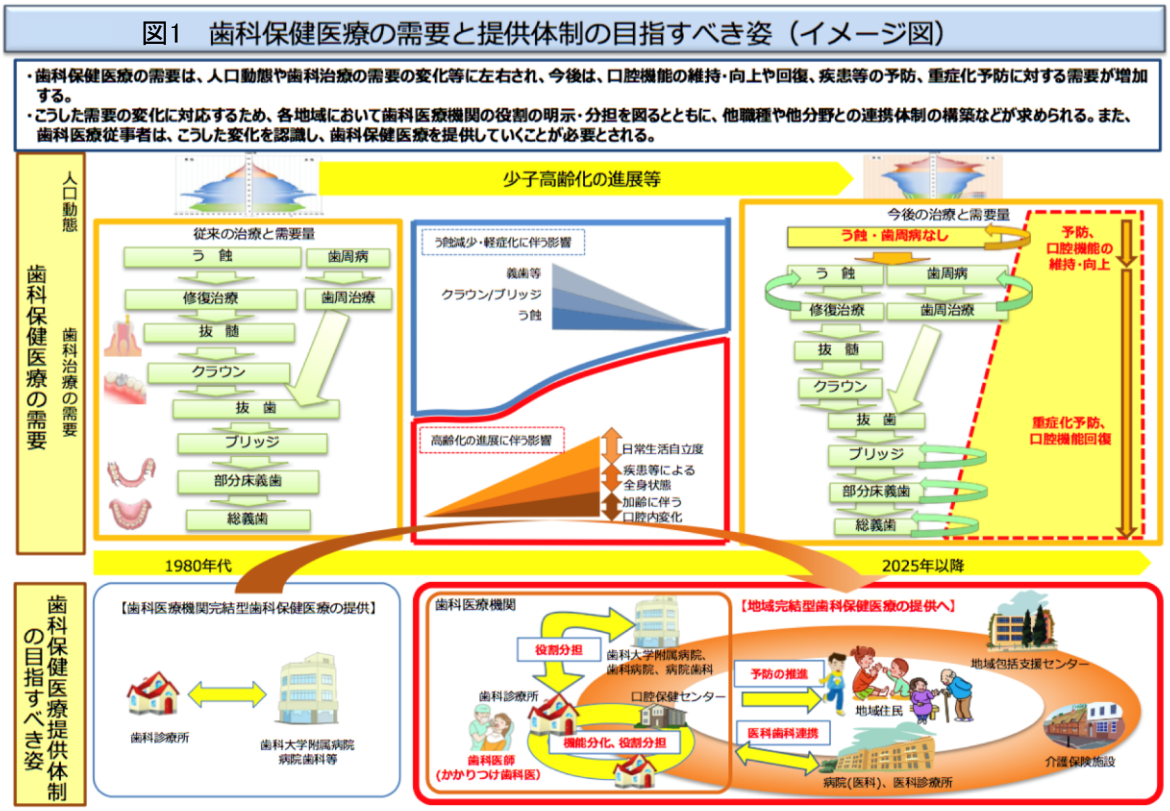
4. 総合歯科専門医（仮称）養成の基盤となる組織

総合歯科専門医（仮称）には，1 学会だけでその機能を果たすための基盤となる機構の社員学会は存在しない．したがって，複数の社員学会が連携しながら総合歯科専門医（仮称）を養成する制度設計が必要であると考えられる．

機構では，この点を踏まえて，これまでに 2 回のワークショップと通算で 11 回（2021 年度：6 回）の関連学会意見交換会を開催した．そして，総合歯科専門医（仮称）の基盤となる組織は機構が適切であるとの考え方でコンセンサスを得た．その上で，機構の社員学会である日本障害者歯科学会，日本有病者歯

科医療学会，日本老年歯科医学会などが連携して前項で述べた研修プログラムや研修カリキュラムの各項目の内容を分担して研修会などを実施するとともに，総合歯科専門医（仮称）認定のための評価基準を策定することで合意がなされ，現在，その作業中である．なお，前述した３学会の既存の認定医や専門医をどのように取り扱うのかについては，今後の更なる議論が必要である．

5. おわりに



歯科保健医療ビジョン（2017年12月25日）

総合歯科専門医（仮称）制度の具体的な運用方法等については今後更に詳細な検討が必要であるが，社会の求める歯科の新しい専門医として，総合歯科専門医（仮称）は超高齢社会の中で極めて重要な役割を果たすものと考える．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1）「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告書 ～「歯科保健医療ビジョン」の提言．
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000189586.pdf（令和４年２月４日参照）

2）歯科医療提供体制等に関する検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127375_00006.html（令和４年２月４日参照）

3）日本歯科専門医機構新規専門医制度小委員会：新たな歯科診療専門医の持つべき能力と研修システムに関する提案．

［4］基本領域以外やサブスペシャルティ領域の歯科専門医のあり方

委員　市川　哲雄
（徳島大学大学院医歯薬学研究部教授）

1.　はじめに

日本歯科専門医機構において，歯科専門医制度の第三者認証が開始され，機構発足前にすでに広告可能であった 5 学会の制度および運用の認証が終了している．本機構の立ち上げ時に示した基本方針 [1] および整備指針 [2] において掲げた認証すべき 10 の基本領域の歯科専門医の半分が終了したことになる．現在残り 5 つの領域の認証の検討が鋭意進められている．この基本 10 領域については，社員学会でも歯科大学・歯学部でもほぼ認識されている（資料 1，2）．

日本専門医機構では，基本領域 19 領域の専門医の上に，サブスペシャルティという 2 階建ての専門医制度の構造になっている [3]．医科の場合は，大学における講座（分野），診療科がある意味基本領域であり，その融合領域がサブスペシャルティになる．その専門性の領域については問題になることは少なく，専門医は「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて，十分な知識と経験を持ち，患者から信頼される標準的な医療を提供できるとともに，先端的な医療を理解し情報を提供できる医師」と定義され [3]，領域区分よりその研修の深さ（研修の内容）が議論になる．一方，歯科の場合には，医科の場合における 1 基本領域に相当するように思われ，基本領域においてもどの領域を持って歯科専門医とするかが問題になってきた．

ここでは，すでに機構が基本方針の中で設定した 10 領域の歯科専門医以外の領域の歯科専門医の可能性について議論したい．

2.　歯科専門医領域における基本 10 領域の意義

機構の基本方針で掲げた基本 10 領域の 8 領域は，ほぼ歯学部における旧来の講座に基づいている．つまり，歯科保存（歯周病），補綴歯科，口腔外科，歯科矯正，歯科放射線，小児歯科，歯科麻酔が相当する．あとの 2 領域は，国民生活センターからの発表でしばしばその治療が取り沙汰されたインプラント歯科と，要介護高齢者の増加に対する対応で，厚生労働省や日本歯科医学会でのワーキングで取り上げられてきた総合歯科（仮称）である [1, 4]．前述の通りすでに本機構の発足以前に広告可能であった口腔外科，歯周病，歯科麻酔，小児歯科，歯科放射線の 5 領域の制度は認証され，それ以外の歯科保存，補綴歯科，歯科矯正の 3 領域については，令和 4 年度にはその認証の見通しが明らかになるであろう．

サブスペシャルティについては歯科においてはまずは考えないと言うことを機構の基本方針で掲げた．歯科医療の質の向上からは，新たな領域の歯科専門医が必要であるかを常に考えていかなければならない．基本領域の認証に目処がたった現在，再度 10 領域以外の歯科専門医やサブスペシャルティを含めた全体の制度設計の検討を開始する時期が来ているのかも知れない．

社員学会へのアンケートは，やはり自らの領域の歯科専門医の認定の希望が書かれていたが，それはサブスペシャルティが妥当であるという意見もあった．歯科大学・歯学部のアンケートでは，とくに強い意見はなかったが，10 領域でも多すぎるという意見があった一方，診療科として名前を挙げている領域はできるだけ含めてほしいという意見もあった．この意見は，基本方針の④「中長期的な歯科医療の向上に貢献し，国際的にも認知される制度であること」にも通じることである．

3. 米国の状況との比較

米国の歯科専門医は従来 American Dental Association (ADA)の認証であったが，ADA から独立した機

関 The National Commission on Recognition of Dental Specialties and Certifying Boards（NCRDSCB）で，各組織の専門医を認証している．ADA の認証時には 9 専門医であったが，NCRDSCB による認証になり 12 専門医となっている [5,6]．

NCRDSCB にあり，本機構の 10 領域に含まれていない専門医には，Dental Public Health，Endodontics，Oral and Maxillofacial Pathology，Oral Medicine，Orofacial Pain があり，逆に NCRDSCB に含まれておらず，機構にあるものは歯科保存専門医，インプラント歯科，総合歯科である．

本機構で検討中の歯科保存専門医は Endodontics を含んでいるもので，本稿での議論からは除外できるであろう．インプラント歯科専門医は，米国では口腔外科，補綴歯科の分業が進んでいるために，その融合領域であり，両方を包含する歯科専門医としての認証がないと考えられる．

Dental Public Health は，歯科疾患の予防と制御，および地域社会の組織的な歯科保健を担当する領域である．国民の歯科保健教育，疫学調査，集団歯科医療プログラムの運営，地域単位での歯科疾患の予防とコントロールなどに関わるものであり，行政あるいは学校保健と関わりが深い．これに携わる歯科医療職は多くは必要ないが，重要な業務であることは間違いない．

Oral and Maxillofacial Pathology は，日本の場合には日本病理学会において口腔病理専門医が発行されている．認定基準，試験を含んだ制度自体は，日本病理学会内で医科も歯科も統一されている．日本専門医機構で基本領域の一つとして病理専門医は認証されているが，日本専門医機構における認証は医師のみであるため，口腔病理専門医はあくまで学会認定のみで広告可能ではない．口腔病理専門医については，国民の受診先の選択に際し問題になることはほとんどないと考えられるが，医科の基本領域としての病理専門医が認められている以上，同様に口腔病理専門医の第 3 者認証を考えていかなければならない．

Orofacial Pain については，口腔顔面痛はしばしば地域の歯科診療所の中でも遭遇する症状であり，患者にとっては慢性痛は患者の QoL を著しく低下させる．この領域は，臨床歯科医学各分野はもちろん，心療内科や臨床心理，基礎医歯学分野など広い分野と関係し，専門性の高い領域でもある．この領域を所掌する専門学会も存在し，教育研究を担当する分野講座や臨床を担当する診療科が存在する大学病院もある．検討されてもよい分野かもしれない．

Oral Medicine については，医学的に複雑な背景を持つ患者の口腔健康管理，および口腔・顎顔面領域に影響を及ぼす医学的関連疾患，障害，状態の診断と管理を担当する領域である．日本でも口腔内科学会が存在し，大学においても教育研究を担当する分野講座や臨床を担当する診療科が増えている．ただし，総合歯科専門医（仮称）や口腔外科専門医と重なる部分が多いのも事実である．

4. 10 領域以外の歯科専門医の可能性

基本 10 領域以外の歯科専門医の可能性を考える場合にも，その理念に立ち返って検討されなければならない．つまり，

① プロフェッショナルオートノミーに基づいた歯科専門医（および歯科医療従事者）の質を保証・維持できる制度であること
② 国民に信頼され，受診先の選択に際し良い指標となる制度であること
③ 歯科専門医の資格が国民に広く認知される制度であること
④ 中長期的な歯科医療の向上に貢献し，国際的にも認知される制度であること
⑤ 地域医療に十分配慮した制度であること

これらの観点と前述の米国の歯科専門医制度から考えて，その歯科専門医を持つ歯科医師数はそれほど必要なくても，2 次医療を担う歯科専門領域，たとえば口腔病理，顎顔面補綴，口腔顎顔面痛，歯科心身症

領域などは今後検討されてもよいと考える．

国民目線から考えると，地域の患者の最前線に立つゲートキーパー的な歯科医あるいはかかりつけ歯科医の質の保証という観点も重要である．専門医制度のなかで，医科では「標準的な医療を提供できる」ことを基本として，医師国家試験合格後 5 年で取得できるプログラムになっている．歯科でも外形上はそれをほぼ踏襲しているものの，実質的にはスーパードクター，卓越した技術とは言わないまでも「特別な歯科医師」という感覚であるのはまだ拭えない．しかし，歯科医療がより予防，機能管理型にシフトしていることや，新型コロナ感染症の蔓延などによって，国民とより密接に接するかかりつけ歯科医の重要性が高まっていることから，このようなゲートキーパー的な歯科医やかかりつけ歯科医の質の担保という観点を制度設計上において忘れてはならない．また，医科系では日本専門医機構とは別な組織として，口腔衛生学会などの 8 学会と日本医師会などの 6 団体が社会医学系専門医協会を立ち上げ，社会医学系の専門医制度の構築を進めている．米国の歯科専門医制度の中にも前述のように Dental Public Health の制度を持っている．そういったことから，社会歯科学系の歯科専門医制度の構築，あるいはかかりつけ歯科医，学校歯科医との連携を持った歯科専門医/認定医も今後機構が関わることを検討されるべきと考える．

4. おわりに

国民および歯科医師にとって有益な専門性，専門領域の議論の上，歯科専門医の定義とその領域を明確にし，当初定めた 10 の基本領域以外の歯科専門医制度を検討する時期が来ていると考える．ただし，これは日本歯科専門医機構だけの議論ではなく，幅広い学術領域，国民，行政，臨床医の意見を結集して，見直しの議論を進めていく必要がある．

その際には，制度を維持するためには卒前臨床教育，卒後研修からシームレスな生涯研修体制を踏まえておかなければならない．

謝　辞

口腔病理専門医については，石丸直澄徳島大学大学院教授にご教示いただいた．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 日本歯科専門医機構．歯科専門医機構が認定する専門医の制度設計の基本方針．
https://jdsb.or.jp/pdf/seidosekkei_kihonhoushin.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）
2） 日本歯科専門医機構．歯科専門医制度基本整備指針．
https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）
3） 日本専門医機構．https://jmsb.or.jp/about/（令和 4 年 3 月 1 日参照）
4） 国民生活センター．あなたの歯科インプラントは大丈夫ですか－なくならない歯科インプラントにかかわる相談－　http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20190314_1.html（令和 3 年 3 月 1 日参照）
5） 松村英雄：歯科医師の専門性に関する資格の行方／歯学の行方．歯科評論 76：11 – 13，2016.
6） https://www.ada.org/en/ncrdscb（令和 4 年 3 月 1 日参照）
7） 日本歯科医師会．2040 年を見据えた歯科ビジョン―令和における歯科医療の姿―
https://www.jda.or.jp/dentist/vision/（令和 4 年 3 月 1 日参照）

Ⅳ．国民に信頼される歯科専門医と歯科専門医制度

［1］ 国民目線から見た歯科専門医制度の現状と期待

委員　豊田郁子
（NPO 法人架け橋理事長・日本歯科専門医機構理事）
宮脇正和
（医療過誤原告の会会長・日本歯科専門医機構理事）

１．はじめに

日本歯科専門医機構は,「歯科専門医」の基本的な考え方について,『それぞれの専門領域において適切な研修教育を受け，十分な知識と経験を備え，患者から信頼される専門医療を提供できる歯科医師』と定義し，認定する専門医制度の基本的理念として，①プロフェッショナルオートノミーに基づいた歯科専門医（および歯科医療従事者）の質を保証・維持できる制度であること，②国民に信頼され，受診先の選択に際し良い指標となる制度であることを示している．

また，認定する口腔外科専門医，歯周病専門医，歯科麻酔専門医，小児歯科専門医，歯科放射線専門医の５つ以外に，認証が検討されている専門医（総合歯科専門医（仮称）を含む）に関しても，その必要性を国民が認識できるような説明や広報が必要であり，広報の役目を担う本機構が果たす役割は大きいと考える．

本機構は設立時より社会的信頼の向上と抜本的改革を図るため，歯科医療関係者のみの運営ではなく，外部からの開かれた運営を目指して，国民（患者）の立場である第三者を理事や委員などに積極的に登用し，その意見を尊重しながら運用している．本機構の現行の体制に参画している立場から，近年の社会情勢も鑑みつつ，国民目線から見た「専門医制度」の現状と期待について述べていきたい．

２．国民（患者）から見た歯科の現状についての考察

国民（患者）の目線で医科を見ると，体調を崩して医療機関を受診する場合，病態・疾患の部位，臓器，対象患者の年齢等で専門性を考慮した受診先を選びやすい．しかし，歯科の場合，医療機関を選択するためのサポート情報が少なく，近隣の評判やインターネットの情報から探すことが多いため，専門医の存在を知らずに自宅や職場に近い場所を受診先に選ぶことが多い．また，実際に近隣の歯科診療所で一連の検査を受けても，診断後の説明が分かりにくく納得いかないと感じている人の声は患者会にも寄せられている．

歯科受診の際に，患者が戸惑ったことや不満の声の一部を以下に紹介する．

・自分で最後までケアしながら少しでも自分の歯で食事をしたいと思っていたが,「いずれ悪くなるから，次回は前歯を抜きましょう」と言われ，先生の治療しやすいようにされた気がした．
・床に落とした「部分入れ歯」を水道水で軽く洗って，消毒せずにそのまま口に挿入された時には驚いた．先生自身は「マスク」「手袋」で防備しているが，肝心な患者の衛生面など，もっと考えて欲しい．
・「どうされました？」と尋ねられてから，歯科治療が終わってもマスクを取らない先生に不安がよぎった．マスクを取って挨拶してほしい．歯科医師が数人いる診療所では，自分の主治医が分からず不安だった．
・入れ歯が合わず食べる時に痛くて困っている．高齢者の入れ歯を合わせるのは難しいのかもしれないが，何回通っても合わないのに，先生は何も言ってくれない．足が悪いから遠い所に通えないので，なるべく近くの診療所で入れ歯を上手に合わせてくれる先生を紹介してもらいたい．
・アレルギー体質のため設備が整った大学病院での治療を希望したが，歯を抜いただけで診療所に戻された．まだ治療中の歯が何本もあったが，先生は診療所でも心配ない理由を説明してくれないから怖くて通うのを止めてしまった．特異体質の患者の不安を理解し，総合的に診てくれる先生を紹介してほしい．

患者の相談窓口として全国（各都道府県）に設置されている医療安全支援センターには，「歯科」の相談も多く寄せられている．東京都がまとめている令和 2 年度「患者の声相談窓口」実績報告では，過去 5 年間の診療科別相談件数が公表されており，都本庁の平成 27 年度～31 年度の集計では，「精神科（心療内科含む)」,「内科」,「整形外科」に次いで,「歯科」の相談割合が多い．都保健所においては「内科」,「歯科」,「精神科（心療内科含む)」の 3 科に関する相談が全体の 4 割を占め，過去 5 年間では「歯科」を含めた 3 科と「整形外科」に関する相談が全体の 5 割を占めている．平成 31 年度の対象機関が把握できた相談のうち「歯科診療所」に関する相談は 752 件で,「相談」が 421 件(56.0%),「苦情」が 316 件（42.%）の割合となっている．
また，令和 2 年度は全体件数が 651 件で「相談」が 369 件(56.7%),「苦情」が 266 件（40.9%）であった．最も多い内訳は,「相談」「苦情」ともに「医療行為・医療内容」であり，次いで「医療費（保険診療，自由診療)」や「コミュニケーションに関すること」となっており，歯科診療において患者が抱える悩みや苦情の内容は多岐にわたることがうかがえる．

歯科治療に際して不安や不満が募ると，患者は主治医とのコミュニケーションが図れないまま，納得できる検査・診断・治療方針の説明を求めて別の診療所を探さざるを得ないと考える．しかし，探し直す判断材料がないことも多く，歯科診療所を転々とする人は少なくない．

一般的に患者が歯科医師に求めるのは，特別な高度技術ではなく，丁寧な診察，的確な検査と診断，治療方針等のわかりやすい説明である．特に，診察時の専門医療の適切な情報提供とインフォームド・コンセントの実施は欠かせない手続きであり，日常的な病状説明に加えて患者に合った治療方法を患者自らが選択できるように説明することで，患者の理解度が増して自己決定プロセスが支えられ，患者の視点に立った，安全・安心な歯科医療の提供につながるものと考える．

また，患者の不安や不満につながる要因として，これまで歯科医師個人の資質だけに頼られてきたことも考えられ，現状の歯科医師の教育とする卒後研修の内容や生涯教育制度において，資質向上・能力向上に向けた教育内容を強化することも検討していただきたい．

３．日本歯科専門医機構への期待

医療法で標ぼうが認められている歯科の診療科は，歯科，小児歯科，矯正歯科，歯科口腔外科の 4 科であり，専門医として広告が認められているのは口腔外科，歯周病科，歯科麻酔科，小児歯科，歯科放射線科の 5 分野であるが，30 以上の学会が独自の認定制度を設けている．しかし現状は，歯科関係者が認識している認定制度に留まっており，患者が歯科を受診するにあたり専門分野の医療機関の選択を助ける手掛かりになるとは言えない．歯科専門医と受診先の選択は，各専門学会の申請をもとに，本機構が審査して専門医の認定をするだけでは参考になりにくく，患者には各専門医の専門性を理解するための情報提供が必要であり，その仕組みとして，選択を判断するためのサポート体制の構築が求められる．

例えば，本機構のホームページ，SNS やテレビ等の媒体を通して，歯科専門医を選択する仕組みについて国民（患者）に分かりやすく情報を提供し，患者が住居地域に開設している歯科診療所を選択できるようサポートする体制の構築などが挙げられる．また，患者からの要望・意見等を受け付ける目安箱を診療所内に設置し，丁寧な回答を公表するなどして，患者や家族とともに歯科診療所の質向上に活かす取り組みについても推奨を求めたい．

本機構では，本制度における共通研修の意義として,「専門領域によらず，歯科医師として共通に理解すべき知識や技術と社会から求められている医療人としての必要な基本姿勢・態度・知識，患者を全人的に理解し，患者・家族と良好な人間関係を確立するために，患者・家族のニーズを身体・心理・社会的側面から

把握し，ともに納得できる医療を行うために安全・安心な配慮を実施できる能力である」と定義している．

そのため，本機構認定の共通研修は，医療安全・感染対策はもとより，患者が真に求めている「医療倫理」・「患者の人権尊重」・「医療コミュニケーション」・「社会的規範」等のいわゆるノンテクニカルスキルの領域を養成する内容も取り入れている．共通研修の意義を多くの歯科医師が深く理解し，真摯に向き合うことで，国民に信頼された安全・安心な歯科医療への進展が図られるよう切に願っている．

４．歯科の専門性における ICT の利活用

厚生労働省は，令和３年 11 月より「ICT を活用した歯科診療等に関する検討会」を開催している．近年の新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い．歯科診療についても医療機関の受診の困難さに鑑みた時限的・特例的な対応として電話や情報通信機器を用いた診療をして差し支えないこととされており，本検討会は，適切な実施に関する考え方を示すことが目的とされている．第１回の検討会では ICT を用いた歯科診療について，以下の特徴と論点が示された．とりまとめの「歯科診療における ICT の活用についての手引き」は，令和３年度内に作成される予定であるが，現状の社会情勢を鑑みると，ICT の活用は長期化することも予想されるため，ICT を用いた歯科診療においても，専門性の向上と体制整備は必要であると考える．

【ICT を用いた歯科診療について】

○ 歯の病気による通院者率は 70 歳から減少するが，「かみにくい」と自覚している者（有訴者率）は年齢とともに増加している．

○ 歯科訪問診療を提供している歯科診療所は増加傾向にあり，歯科医療機関のうち約 15%である．

○ 歯科専門職による口腔機能管理等を実施することで高齢者の誤嚥性肺炎発生，術後合併症の発症を抑えられることが報告されている．

○ 検証事業において，病院及び介護施設における ICT を活用した歯科診療について調査を行ったところ，「歯科医療に関する助言」「口腔衛生管理の実施」「摂食嚥下障害の評価」に対するニーズが高かった．

○ 検証に際しては，情報管理，同意取得，対面での初診等については，「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を遵守するとともに，初診及び定期的に歯科医師による対面診療を実施した．

○ 検証では，口腔の衛生管理等（Dentist to P with DH）において，歯科衛生士が訪問による口腔衛生管理等を実施する際に遠隔の歯科医師が口腔内の状況を確認することで，より詳細な指導が可能になったり，介護保険施設においては，歯科医師が訪問診療を行うタイミングと当該利用者に対して介護サービスを提供している看護職，介護職員の勤務シフトが合わなかった場合に，勤務時間中に ICT を活用して歯科医師に相談できた．

【論点】

高齢化が進展する中で，誤嚥性肺炎の予防等の観点から口腔の衛生管理に対するニーズが高まっている．ICT の活用は，歯科診療所にいながらにして，歯科衛生士に対して相談・指導を行うことができることから有効な手段であると考えられるが，安心・安全に歯科医療等を提供する観点から，どのような対応が必要であると考えられるか．

5.まとめ

わが国は長寿国であり，健康寿命を維持するために歯科の専門性への期待は大きい．65 歳以上は 3 割を超え，高齢化と少子化を迎えた日本において，これからの歯科専門医は技術的な専門性に加えて，歯科治療のプロセスに寄り添う「かかりつけ歯科医」の役割を担うことが求められている．歯科診療所による標準的な歯科治療（歯科保存科，補綴歯科，総合歯科）のみならず，介護が必要な高齢者や，医療的ケアが必要な児など，歯科受診のアクセスに困難を抱えている患者を地域包括ケア等と連携して在宅で積極的に支えることが，より必要とされる．また，一人の患者がいくつもの疾患を併存していることで他科の歯科専門医にも診てもらいたいと希望することがあるが，主治医に断られることへの心配や，相談しづらいなどの悩みを抱えている患者は少なくない．このような患者や，受診先を転々とする患者が増えることのないように，これからの専門医の在り方として，専門医同士の連携や紹介し合う環境を根付かせることが重要であると考える．

しかし，そのためには全国各地に専門医がいる必要があるが，歯科医師の大半が勤務交代の難しい開業医（診療所に従事）であり，特に地方の開業医が専門医を目指すことの困難さは想像に難くない．

本委員会が実施した，地方で尽力される専門医へのヒアリングにおいても，地域の開業医が認定研修を受講することや，専門医を維持するための資格更新の要件を満たすことの厳しさが明らかにされている．

また，各県内に歯科が無い大学病院が多い中で，専門医が大学病院に偏る現象が起きており，それが定着すると多くの患者が専門医に診てもらう機会を得られないことが懸念される．

本制度における教育内容の質を下げないことは大前提であるが，大学病院勤務以外の歯科医師が資格を取得しづらい体制は改善を図る必要があると考えられ，診療所に従事する歯科医師の勤務環境を踏まえた資格取得への体制整備が望まれる．

それらの体制構築を求めるとともに，今後は信頼される「かかりつけ歯科医」の役割や，ゲートキーパー的な役割を担う歯科専門医（総合歯科専門医（仮称）を含む）の養成と活躍に期待したい．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 平成 31 年度，令和 2 年度，「患者の声相談窓口」実績報告，東京都

2） 「ICT を活用した歯科診療等に関する検討会」資料，HP，厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_547700_00004.html

3） 「歯科診療における新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」厚生労働省（事務連絡 令和 2 年 4 月 24 日）

［2］地域開業医から見た歯科専門医制度の現状と期待

委員　柳川　忠廣
（公益社団法人　日本歯科医師会副会長）

1. はじめに

殆どの歯科医師が開業医でGP（一般歯科医）であり，幅広い診療範囲で総合的に歯科医療を提供している現状をふまえ，また高齢化の進展に伴う在宅医療やハイリスク者への対応及び多職種連携など，社会の歯科医療ニーズの多様化に対応するために，歯科医療提供体制において必要とされる歯科の専門性について，これまで様々な場で議論されてきた．

その上で，歯科の専門性を方向付けるための前提として，歯科医療の現場に混乱をきたすものであってはならず，また国民や歯科医師から理解を得られやすい専門分類であることが重要で，さらに充分な議論の上で，将来の歯科界を担う若手歯科医師の目標となる専門医制度を構築する必要がある．

多くの歯科医師がそれぞれ専門性を有しながらも，総合歯科的な役割を担っている現状からのパラダイムシフト，つまりジェネラリストからスペシャリストへの転換が成立するような歯科界を目指すのか，今のところ有識者の意見が分かれるところである．

2. 歯科専門性の現状と課題

歯科医療における専門性を考える上では，機能分化と歯科医療機関間の連携に関する体制が基軸となるのではないか．一般に歯科領域において一定程度の機能分化がなされ，診診連携及び病診連携が実施されている分野は，主に口腔外科，矯正歯科，障がい者歯科，小児歯科などに限られ，決して多くはない．何れも自院では診療が困難な患者や治療技術について依頼をするものである．各学会の厳格な基準を達成し，専門的な知識と技能を有する専門医がそれらの依頼に応えるとともに，歯科医療水準の向上に寄与している．つまり地域医療の中で，専門性の高い歯科医療を提供する機会があってこその専門医であり，また別の側面からは，将来に向けてその領域の潜在的又は新たな歯科需要を喚起することにも繋がるとの期待がある．

さらに今後は，機能分化と連携の実績を積み重ねることで社会からの信認を得，それぞれの専門領域を地域医療の中に根付かせる必要がある．またその環境を整備するためには，専門的な技術などに対する診療報酬上の評価に係る議論は避けて通れない．

新たな専門医制について，先行している医科と比べ歯科は未だ緒に就いたところであり，また医科と歯科では状況が異なる．特に，地域医療や地域包括ケアシステムにおけるゲートキーパーを想定した「医科の総合診療医」を，同様な視点で歯科に応用することについては慎重に考えざるを得ない．

以下，幾つかの課題と対策に分けて述べる．

1）国民から見えやすい専門分類

かかりつけの歯科医療機関で治療や定期的管理を受けている国民にとって，ケースによっては，より高度で専門性の高い診療を受ける必要が生ずることがある．歯科界にとって，アカデミアが主体となり歯科の研究分野や臨床領域を広め，深めることは極めて重要であり，大いに期待するところであるが，医科における専門科単位で考えれば，歯科は単科である．また医科では専門領域がほぼ明確であるが，歯科領域に一定の機能分化は必要としても，医科のように細分化してそれぞれ専門性を持たせることについては，歯科大学病院のような環境下でなければ国民からも理解されにくい．

またこれとは別に，歯科の４標榜科名（歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科）と，広告可能な５専門医資格（口腔外科・歯周病・歯科麻酔・小児歯科・歯科放射線）との間に乖離があることも課題であり，さらに専門分野の名称については，患者の受療に繋がりやすい，また専門医へ照会する側の歯科医師が患者に対し説明しやすい名称を設定すべきである．その上で相応しい名称が決まれば，日本歯科専門医機構は元より，厚労省，歯科医師会，学会などが連携することで，国民への周知を図ることが可能となる．

２）歯科医師から理解される専門医制度

新たな歯科の専門医制度を構築し定着を図る上で，社会からの信認は元より，歯科医師からの理解が不可欠である．現状の医療保険制度の下で歯科医療機関を経営する観点からも，歯科医師が特定の専門領域だけで歯科医業を継続するとしたら，矯正歯科や病院歯科など幾つかの分野に限られ，とりわけ地方においては困難である．また GP（一般歯科医）が専門医の見解を求める場合は別として，実際に専門医療機関に患者を紹介するとなれば，地理的にもアクセスしやすい範囲が望まれる．これについても地方においては厳しい状況にある．

つまり専門医制度にとって最も重要な，「患者がより高度で専門的な歯科診療を円滑に受けられる環境」を整備するためには，幾つかのハードルがある．対策の一つとして分かりやすいのは，地域においても専門医が専門的な歯科診療に専念できるような診療報酬上の評価を設定することがあるが，加算というようなアドバンテージでは不十分であろうし，特別な機器等を用いた先進的な手技となると，かなり限定的なイメージがある．現状ではそこまでは至らないが，厚労省は近年の診療報酬改定において，かかりつけ歯科医機能の評価を充実する方向性を示している．その内容は，歯科疾患の重症化予防や，外来から訪問歯科診療への移行，医科歯科連携及び多職種連携の評価など幅が広い．ただしこれらの施設基準は，多くの歯科医療機関にとって努力次第で手が届く範囲内にあり，高い専門性とは一線を画している．

歯科においても，日本歯科専門医機構から専門医制度整備指針が示され，各学会はそれに適うプログラムを整備し，機構は各学会のプログラムを検証することとしている．さらにプロフェッショナルオートノミーに基づき，機構が認定した歯科専門医が医療広告の対象となることが決まっている．

専門医は高度なレベルの知識と技能を習得すべきであるが，ただしその領域ごとに，地域歯科医療の現場で求められる専門性のレベルや，地域ごとに必要となる専門医の数には多少の差異があって然るべきである．現状で専門医の定員制を推す意向は全くないが，あらゆる領域で研修基準などを画一化するのではなく，ある程度柔軟な制度の運用が必要ではないだろうか．

歯科医師が旨とする良質な歯科医療提供を支援するために，またこれから歯科医師を目指す者や歯科大学などで研鑽する若い歯科医師たちの将来のためにも，あるべき歯科専門医制度が構築されることを大いに期待するものである．

３）歯科医師の働き方及びキャリアパスへの対応

医師の働き方については，主に病院勤務医の時間外労働の是正や，それに伴う他職種へのタスクシフトが課題となっているが，他にも多様な働き方についてフォーカスすべきである．とりわけ女性のライフイベントにより起こりうる，就業環境の変化への対応は重要である．そしてこのことは，専門医の取得や更新についても同様である．女性歯科医師は開設・管理者より勤務者の割合が多く，50 歳代でも約半数が勤務者であり，時間的制約から専門医資格に係る実績や研修の受講などに支障を来たしやすい．

また女性歯科医師に限らず，自身の病気や子育て，介護などの都合で一旦離職した場合に，専門医資格の維持や更新について柔軟に対応できること，また様々なキャリアパスに対応できるような選択肢が用意さ

れることが，歯科専門医の制度設計上においても重要である．さらに，研修施設及び指導医の不足や偏在が常態化していることからも，地域格差の是正や，e ラーニングなど ICT 活用の充実が求められるところである．

4）地域包括ケアシステムにおける歯科専門医

国民の健康観の高揚，歯科保健に係る意識の向上により 8020 の達成率が高まり，高齢になっても口腔機能を維持できている割合が高くなってきている．一方で，要介護となっても市区町村はじめ関係者の連携により，住民が適切なサービスを利用できるような体制を整えることで，人としての尊厳を保ちながら自立した日常生活を継続することが地域包括ケアシステムの目的であり，そこに地域の歯科医師の係わりが求められている．具体的には訪問歯科診療の実施，医療・介護分野との連携構築，増加する認知症患者への対応，介護認定審査会や地域ケア会議への参加，病院における栄養サポートチームや退院時カンファレンスへの参画，食支援など多岐にわたる．

これらの中で認知症について例示すると，認知機能が低下した高齢者が身近な医療機関で専門的な医療を受けられる体制の確保が不可欠であり，そのために歯科医師も認知症の特性をよく理解し，早期発見と専門機関への紹介などに努める必要がある．この認知症対策と歯科専門医がどのように関与するかについては一考を要するが，認知症をふくめ，自立性が減じた高齢者はこれまでできていた口腔健康管理が困難となり，う蝕や歯周病が早期に悪化する傾向がある．特に歯科医療機関への受療が途絶えると加速度的に重症化リスクが高まる．このため，より専門的な口腔健康管理を要することになる．

そこで必要とされるのは，患者の居場所や状況が変わっても，切れ目のない歯科保健医療を提供するために，本人や家族は元より，地域の医療機関や介護施設，ケアマネジャー，行政担当者などと有機的な連携が取れ，機動的な対応ができるコーディネーター役の歯科医師の存在である．また，地域包括ケアシステムの中で，質を担保した訪問歯科診療などを実施し，地域の核となる歯科医療機関や，その後方支援を担う病院歯科の存在も極めて大きい．地域歯科医師会などを中心としてこれらの基盤ができている市区町村の状況を参考とし，地域包括ケアシステム及び多職種連携に対応できる歯科専門医の位置づけや，地域の実情に応じた研修のあり方などついて具体的な検討を進め，関係者間の合意を図るべきである．

5）歯科医療における専門医の定着

障がい者歯科を一例として述べる．患者のもつ病気や障がいにより，一般の歯科診療所では受療困難なケースがある．その場合かかりつけの歯科医師は，障がい者歯科の専門外来や，設備が整った医療機関へ紹介する必要が生ずるが，対応できる高次歯科医療機関が少ない地域も多い．また本来は，障がい者歯科センターなどを自治体が開設すべきだが，財政面や専門医確保の問題から困難な状況にある．さらに次善の策として，基幹病院の歯科・口腔外科に専門医を非常勤雇用することも行われているが，明らかにこの領域の専門医は不足し，また専門医が居たとしても地域に定着していない．

その要因の一つとして，養成数の不足以外に，障がい者歯科診療の困難さやリスク，診療に要する時間などに見合う診療報酬が不十分なことが挙げられる．多くの地域では患者の受け入れ態勢が整っていないため，通院に数時間かけて高次医療機関を受診するケースも散見され，また一方で，短期入院により全身麻酔下でかかりつけ歯科医と病院歯科医が共同治療するようなオープンシステムは未だ全国に普及しておらず，限定的である．

国民への歯科医療提供体制の中に広く専門医の定着を図る上では，需要サイドからの検証が不可欠であり，そもそも専門性の高い歯科診療（治療技術）が求められている領域とは何か，新たな歯科需要とは何

か，さらに領域ごとに必要な専門医数などについて，国はより明確にすべきである．その視点が欠けると，歯科専門医は歯科医療水準の高度化及び地域への貢献という大きな役割を果たすことなく，ともすれば専門医の取得や更新がゴールになりかねない．

併せて，専門医へ患者を紹介する GP（一般歯科医）の側も研鑽を積み重ねることで，自院で行う歯科診療の質を高めるべきことは言うまでもない．また GP（一般歯科医）が行う通常歯科診療と，専門医が行う専門的歯科診療との差異や，診療報酬上の評価などについても多角的かつ充分な検討を重ね，整理して示す必要がある．

3. おわりに

海外においては，かかりつけ歯科医では対応できない場合に専門医を受診するシステムが確立されている国があると聞くが，その基盤として専門医取得のハードルが相当に高いことや，公的医療保険と民間保険が共存する体系などがあるとされる．日本においては，歯科医の診療範囲の多くが公的医療保険でカバーされており，患者にとってメリットが大きい一方で，逆に専門分化が進まない要因ともなっている．医療制度における専門医の位置づけや，専門的な歯科診療をどのように評価するかについては，引き続き充分な議論の下に，社会の信認を得る必要がある．

さらに優れた歯科医師養成のためには，歯学教育から国家試験，臨床研修，生涯研修へと，これらを連動したシステムとして機能させるべきであり，専門医研修もその一環として捉えるべきである．とりわけ，卒前の診療参加型臨床実習と卒後の臨床研修，さらに専門医研修との連続性が極めて重要であり，加えて日歯生涯研修制度とどのように紐づけるかについても整理を要する．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 日本歯科医師会．平成 29 年度歯科医療の展開に向けた協議・検証事業事業報告書
2） 日本歯科医師会．平成 30 年度歯科医療の展開に向けた協議・検証事業事業報告書
3） 日本歯科専門医機構．歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書（令和 2 年 3 月）
4） 柳川忠廣．【メッセージ】総合歯科的な専門医に関する見解．日歯雑誌令和 3 年 9 月号

［3］歯科専門医制度を視野に入れた医療体制のあり方

委員　伊藤 孝訓
（日本大学客員教授，日本歯科専門医機構総務理事）

1．はじめに

超高齢社会への対応，歯科医療の質の向上並びに口腔機能の向上への対応として新しい技術の修得等が歯科界に求められている．そのため，専門医による専門性の高い歯科医療の提供や歯科訪問診療等の要請が今後ますます増加することが考えられる．日本歯科医師会は 2040 年を見据えた新歯科医療の提供において，新たなビジョンを提言している[1)]．また，日本歯科医学会は，今後の歯科医療提供の新機軸として期待する多機能の歯科診療所（いわゆる 1.5 次歯科医療機関）[2)] のあるべき姿に対する検討を行っている．

これらの考えを踏まえて，今後の新たな医療体制が展開される中で，日本歯科専門医機構（以下，本機構）がどのように協働して専門医の育成を行い，国民医療へ提供することができるか，具体的な方策について考察する．

2．1.5 次歯科医療機関とは

現在の医療体制は，かかりつけ機能を中心とした日常的な医療を基盤としながら，必要に応じて専門治療が受けられるよう，地域の医療機関が役割を分担し連携している．

1）一次（初期）歯科医療：通常みられる病気や外傷等に加えて，疾病予防や健康管理等で，地域に密着した包括的な医療を担っている．他の医療機関や専門的な医療機関等と連携し適切な対応が求められている．歯科においては，地域に根差し，患者が初めてかかる歯科診療所，すなわち「かかりつけ歯科診療所」である．

2）二次歯科医療：入院治療や専門治療を提供している地域の中核的病院がこれに当たる．歯科においては，口腔保健センター，障害者歯科センター，病院歯科等で診療所が扱えられない，緊急対応や入院対応ができる医療機関である．

3）三次歯科医療：特殊・先進的な医療に対応する先進的な技術と特殊な医療機器を有する高度・専門的な医療機関で，特定機構病院や大規模病院がこれに当たる．歯科においては，複数の診療科や口腔外科を有し，重篤な患者に対して緊急対応や入院対応ができる大学付属歯科病院，もしくは総合病院歯科口腔外科等である．

これらの医療体制と異なり，日本歯科医学会は歯科診療の新機軸として多機能の歯科診療所として，「1.5 次歯科診療所」，すなわち，1 次歯科医療機関と 2 次医療医機関との間に位置づけられる医療機関を提案している．口腔外科をはじめとし，歯科の専門的治療（日本歯科医学会の基幹学会の専門医が 1 人以上いる）ができる体制を整え，複数の歯科医師が治療に従事している歯科診療所を想定したもので，多機能型歯科診療所をイメージしている．

3．歯科専門医制度を医療体制への組み入れ

本機構は専門医認定を通して，歯科医師全体の質の担保を図る歯科専門医制度を現在推し進めている．個々の歯科医師の能力を高め，国民に対する高度な医療を提供するには，すべての歯科医師が専門性を持つことがよいかもしれない．しかし，米国や英国のような専門医制度に特化した国においても，一般歯科医（GP：General Practitioner）は存在し，一般歯科医が対応できない問題が生じた場合において，専門

医へ紹介を促すという連携システムが活用されているのも事実である．

わが国の医科専門医をみると，診療に従事しようとする医師は，初期研修修了後，19 基本診療領域のいずれか 1 つの専門研修に進み，いずれかの基本領域専門医になることが進められている．専門医を持つことで，医療の質を担保でき，患者に信頼され，受診の良い指針になり，「公の資格」として，国民に広く認知され評価されている．しかし，医療の進歩は多くの恩恵を国民にもたらすが，一方，医療の分化は患者について見えている範囲が狭まっている．そのため，「分化医」は自分のわからない症状＝自分の対象ではない，と思っているかのように他の診療科への受診を勧める．これらの問題や専門医へのアクセスの問題を解消するための方策として，すべてが領域専門医ではなく，基本診療領域の 19 番目に総合診療専門医が組み込まれている．

現在の歯科専門医は，機構認定を取得しているものはまだ僅か 2,000 人程度で，すべての歯科医師が取得するまでには相当な時間を要すると思われる．現在，かかりつけ機能を中心とした一般的な歯科医療を基盤としながら，必要に応じて専門治療が受けられる制度から，将来，医科のような専門医制度に移行することが良いことか難しい判断である．医科の総合診療専門医と同じようなアクセスに迷わない総合歯科医も必要である．

現在進めている「総合歯科専門医（仮称)」は，ハイリスク患者や多職種連携へ対応可能な専門医として，３学会（障害者歯科，有病者歯科，老年歯科）が連携し構築することで決まっているが，ハイリスク患者の全身状態の管理を行う当該専門領域の専門医名称については，もっと目的に合致した名称がふさわしく，「総合歯科」本来の治療範囲とは異なると考える．

日本歯科医学会が提言する「1.5 次歯科診療所」は，歯科専門医を配置して歯科の専門的治療ができる歯科診療所を想定したもので，多機能型歯科診療所をイメージしている．本機構が認定する各種専門医が，現在進めている診療所にいると，診療所を専門研修施設として登録することで，大学研修施設の小型版が構築される．歯科大学のない県においては，この仕組みを優位に進めることで患者は専門治療へのアクセス圏も解消される．全国規模の範囲で臨床研修終了後にすべての歯科医が大学で研修しなくても，地方で専門研修を行うことができるという利点がある．

日本歯科医学会の「1.5 次歯科診療所」に関するアンケート調査[1)] によると，検討委員会の推薦 43 歯科医療機関に調査依頼した結果，23 医療機関（回収率 53.3%）から回収があった．ほとんどの施設は法人格を有して，診療所の所有権はオーナーシップに基づいていた．また，ほとんどの歯科診療所は，厚労省歯科医師臨床研修施設と歯科衛生士養成校の「臨床実習施設」の指定を受けていた．養成にかかわる運用費が施設において大きな課題となっていることが報告されている．しかし，その重要性は認識されており，専門医取得にかかる諸費用や時間への配慮が重要な課題と考えるとまとめられている．

これらの点を鑑みて，「1.5 次歯科診療所」は専門医研修には適切な施設と考えることができるが，運営上の経済的問題が重くのしかかり，何らかの方策が必要である．一般歯科医（ＧＰ）を総合歯科専門医（仮称）レベルに上げるには，このような施設を個人経営でなく，例えば，全国レベルで県歯科医師会が創設運営することで，地域の診療レベルの向上につながり，しいては日本歯科医師会員が専門医取得のための一助になる可能性が考えられる．ゲートキーパー的な歯科医師の役割も必要も問われているので，一般歯科医（GP）と領域専門医との連携においても，スムーズなアクセスのもとでよいシステムが構築されると考える．

かかりつけ機能を中心とした日常的な医療を展開している一般歯科医（GP）の特徴は，乳幼児から高齢期までのライフステージに応じた継続管理や重症化予防のための適切な歯科医療と保健指導ができることである．これらの能力について専門医名称としては疑問がもたれるが，加えて，専門医への紹介を促す

役割を持つ歯科医の存在も国民にとってニーズは高いと思われる．今後，総合歯科については，現在の基本領域専門医に加えて，サブスペシャルティ専門医や 2 階構造に対する考え方に変化が生じると，連携の仕方や立ち位置については，まだ検討の余地は残っている．

4. おわりに

日本歯科医学会が提言する「1.5 次歯科診療所」は，歯科専門医を配置して歯科の専門的治療ができる多機能型歯科診療所を想定したものである．そこに各専門医を配置することで，診療所との連携，さらに研修施設として活用し専門医研修ができることで，地域の歯科医療の質向上につながると考える．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 2040 年を見据えた歯科ビジョン―令和における歯科医療の姿―，日本歯科医師会，2020.10. https://www.jda.or.jp/dentist/vision(令和 4 年 2 月 16 日参照)

2） 2040 年を見据えた新歯科医療提供に関する答申書―多機能の歯科診療所いわゆる 1.5 次歯科医療機関（診療所）の役割とあるべき姿に関する提案―，日本歯科医学会，2021.2.https://www.jads.jp/activity/files/toushin_20210216.pdf (令和 4 年 2 月 16 日参照)

［4］ 地域包括ケアシステムのなかでの歯科専門医の役割

委員　市川　哲雄
（徳島大学大学院医歯薬学研究部教授）

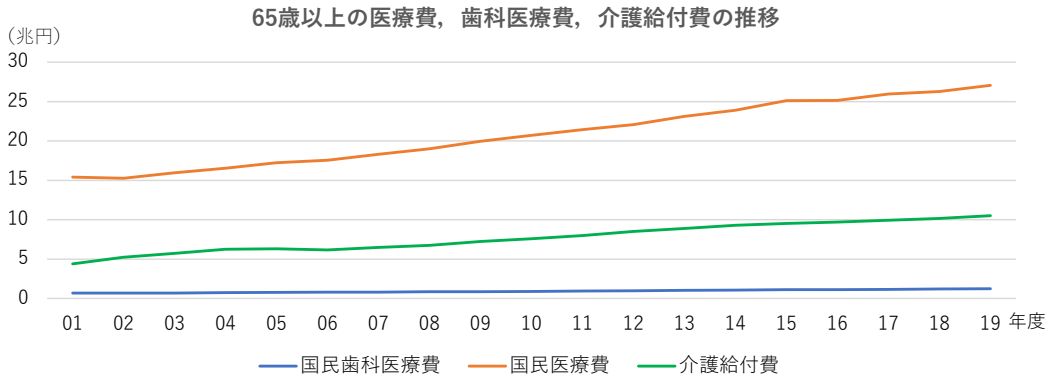
3. はじめに

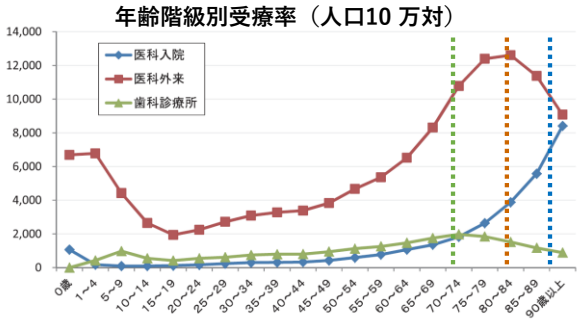
わが国は，諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行し，65 歳以上の人口は，2021 年 9 月現在 3600 万人を超え [1]，2042 年の約 3900 万人でピークを迎え，その後も，75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想される [2]. 当然, 後期高齢者の割合が増えれば, 国民の医療や介護の人的および物的需要が増加し，同時に相対的に生産年齢人口が減少すれば，医療，介護の負担をどうするかが喫緊の最重要課題となる.

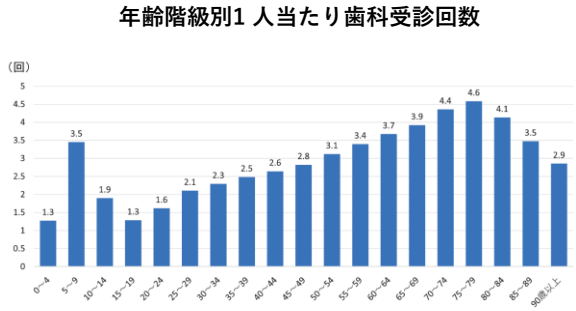
このため，厚生労働省においては，2025 年（令和 7 年）を目途に，高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している [3].

医療費や介護費については年齢とともに増加するのに対して，歯科医療費は 65 歳をピークに，徐々に減少する（下図）[4]．これは歯科医療の必要性が減るというのではなく，受診できない患者が増加していると見ることができる.

本稿では以上の観点を踏まえ，この地域包括ケアシステムと歯科専門医がどのように関わるかを議論したい.





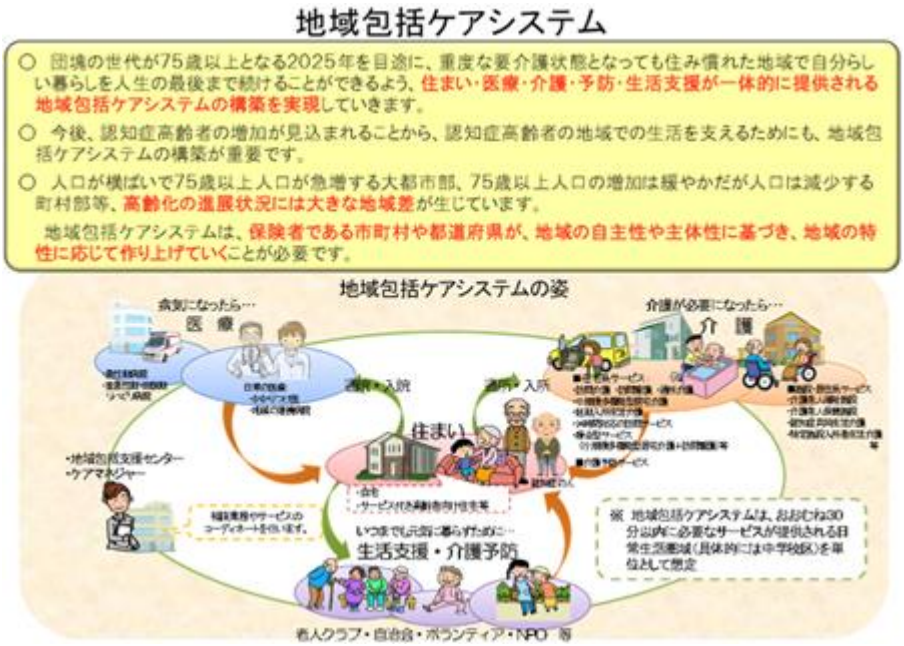


2. 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは，地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律において，地域の実情に応じて，高齢者が，可能な限り，住み慣れた地域で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，医療，介護，介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう.），住まい及び自立した日常生活の支援が包

括的に確保される体制と定義されている．生活支援，介護予防，医療，介護について一体的に包括的に取り組む体制を言う．当然，歯科とか医科とか，病院・診療所とか住まいの問題とかというこれまでの垣根を取り払って考えなければならない[5]．

この地域包括ケアシテムが機能するため求められる歯科医師としては，3 つの観点が求められると考える．



① 口腔から，高齢者の介護予防，疾病予防に貢献できること．

② 歯科医療を通して，患者の自立支援，生活支援に貢献できること．

③ 地域で歯科医療を必要とする患者に適切な歯科医療を提供できること．

多くの歯科医療関係者は，③地域で歯科医療を必要とする患者に適切な歯科医療を提供することだけ，つまり，在宅や高齢者施設での歯科治療，口腔ケアを行うことが歯科医が地域包括ケアシステムに貢献することだと考えている節がある．しかしそれはある一面だけを捉えているだけである．地域包括ケアシステムの自助，互助，共助，公助という理念を類型化し，表現している「地域包括ケアシテムの植木鉢」が示すように，①②の部分が重要であり，この部分を担う地域の歯科医師の質の向上と③の部分が求められる．

図：進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」．
自助，互助などのより個人の心構え，対応が重要になっている．

３．地域包括ケアシステムのなかでの必要な歯科専門医

以上の地域包括ケアシステムにおける歯科医師像を踏まえた上で，歯科専門医制度で必要な歯科医師像を考えていく．

多くの歯科専門医は，通常の一般開業医では対応が困難な患者を診療できるという前提で構築されている．そうすると，前述の③の「地域で歯科医療を必要とする患者に適切な歯科医療を提供できる歯科医師の観点」からは，要介護高齢者，障害者，有病高齢者に対して適切な歯科治療や口腔管理ができる歯科医師が求められるわけである．これは，現在日本歯科専門医機構の中で議論が進められている総合歯科専門医（仮称）が相当するであろう[6]．

一方，①②の部分ができる歯科医師について，つまり口腔から高齢者の介護予防，疾病予防に貢献し，一般の歯科医療を通して患者の自立支援，生活支援に貢献できる歯科医師は地域包括ケアシステムの中ではなくてはならない存在である．同時に高齢者の問題は高齢者だけで考えるのではなく，小児－成人－高齢者とシームレスで口腔の健康を育成し，維持管理することが求められる．こういった観点からの地域活動のできる歯科医師の育成，歯科医師の質の向上，担保は極めて重要になる．この部分を歯科専門医制度の中でどう考えていくかどうかは議論の分かれるところかもしれない．しかし，第 3 者認定ということを通して，この部分の歯科医療，口腔保健の質の担保，質の向上を求めることも有効なことではないかと考える．

もともと医療広告自体は，患者等の利用者保護の観点から規制されていたが，その後患者等に正確な情報を提供し，その医療機関の選択を支援する観点から判断されることになっている[7]．「専門医」という名称，用語にこだわらず，第三者機関によって認定された適切な研修を受けていることを広告，表示可能にすることは，上記の判断からは妥当なものであると考える．

４．おわりに

一概に地域包括ケアシステムと行っても，これは各地域でそのあり方，地域，行政，事業者のなどの連携，取り組み方が大きく異なり，完成系の見えないジグソーパズルのようなものと言われる[5]．共通するのは多職種連携であり，地域住民とこういったサービスを提供する人たちとの Face to face のとの関係を築くことが重要であり，総合歯科専門医（仮称）を含め歯科専門医制度にはなじまないかもしれない．しかしいずれの歯科専門医においても，地域との関わりをなくしては医療自体が成立しないわけで，このようなシステムを専門医制度の中で理解していくことは重要であろう．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

１） 総務省．統計からみた我が国の高齢者．https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics129.pdf（令和 4 年 2 月 16 日参照）

２） 内閣府．高齢社会白書．https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf（令和 4 年 2 月 16 日参照）

３） 厚生労働省．地域包括ケアシステム．https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（令和 4 年 2 月 16 日参照）

４） 厚生労働省．平成 26 年（2014）患者調査の概況

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin /hw/kanja/14/dl/01.pdf（令和 4 年 2 月 16 日参照）
5） 市川哲雄，白山靖彦(編)：歯科がかかわる地域包括ケアシステム，医歯薬出版，東京，2017.
6） 日本歯科専門医機構．歯科専門医機構が認定する専門医の制度設計の基本方針.
https://jdsb.or.jp/pdf/seidosekkei_kihonhoushin.pdf（令和 3 年 3 月 1 日参照）
7） 厚生労働省．医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針 （医療広告ガイドライン）等について
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000206548.pdf（令和 4 年 2 月 16 日参照）

［5］歯科専門医の質の担保のための機構と各学会との役割

【1】歯科専門医制度における学会オートノミーに対する機構の支援・連携

委員　伊藤 孝訓

（日本大学客員教授，日本歯科専門医機構総務理事）

1．はじめに

わが国の医師・歯科医師免許は，一部の国に導入されている免許更新制を導入していない．医師は2年間の臨床研修後，現在ではほとんどの医師が新制度の専門研修に進み，現行の学会認定の医師専門医の取得も約60%に及んでいる．そのため，医師免許の更新ではないが，専門医資格の更新により質の担保がほぼなされていると考えられる．その一方で，歯科専門医の取得は約5%と少ない．機構認定歯科専門医に至っては，これまでの5専門医において約2,000人程度の取得である．診療技術の進歩は目覚ましいにもかかわらず，新たな知識や技能の修得は，個々の歯科医師自らの生涯学習に委ねられているのが現状である．

そこで，専門医制度を支える各学会のオートノミーについて，本機構がいかに支援・援助するかについて考察する．

2．プロフェッショナルオートノミーとは

医科の専門医制度の進展状況と異なり，歯科において専門医制度を用いた免許の更新制を描くには程遠い．従来の学会認定された専門医資格は，更新時に機構が認定する新専門医資格として一定条件のもとで移行認定している．さらに，現在，新たな5領域専門医の制度を認証するために，連携する学会との意見交換を進めている．既に広告可能な歯科専門医と異なり，いくつかの学会が連携し新たな歯科専門医を創生するので，個々の専門医背景を重視し多様性を意識して支援している．その中で，関連学会のこれまでの整備状況を確認することで，新たな専門医の認定基準について各学会の連携合意の下で，研修カリキュラム作成，共通整備指針の作成，合同協議会の設置，認定試験制度を具体的に作成している．基本的理念は，プロフェッショナルオートノミーに基づいて，これまでの各学会専門医の認定基準を，新たに作成する機構専門医の認定制度として構築している．

専門医制度は，医療職（profession）として集団を形成し，規約を制定し，それを遵守し自らそのメンバーを教育し合い，自主的に運営されていくという意味で自律的である．職業的責任を果たすために，自分で自ら律する，自己の決定を支配する，という積極的自由 positive freedom[1] という概念で語られた時もあるが，freedom という言葉には，干渉されずに奔放にといったエゴイズム的な意味も含まれ，医療事故などの際に，誤解を招きかねない．やはり，社会や集団の規約を遵守し，より確かな evidence に基づき，互いに教育しながら高めていく時代へと変わってきたために，プロフェッショナルオートノミーに基づいた行動が社会から求められている．

3．望ましい（理想的な）連携の在り方

既に広告可能な5専門医は，単独の学会で認定されているが，現在進められている5領域専門医については，いくつかの学会が連携することで設立される．専門領域は近似しているが，細かな点では異にしている学会同士が，合意形成するにはたいへん難しく，機構主導で開催される意見交換会は重要な会議と位置付けられる．連携をうまく図るには，以下のような項目を念頭において進めている．

① 意見交換会において，各学会の専門性でできることの限界等について相互理解を図っておくこと

がスムーズな連携につながる．（役割分担の明確化）

② 連携学会の責任者同士が，顔の見える日常的なつながりを作ることで，信頼関係の醸成が大切である．

③ 関係機関の責任者もしくは担当者レベルで定期的な会議を設けることで，情報交換を行い，相互理解するシステムをつくる．

④ 学術大会・研修会・ケースカンファレンスにおいて合同開催することで，お互いの特徴を理解し，他の学会の長所を知るよう進める．

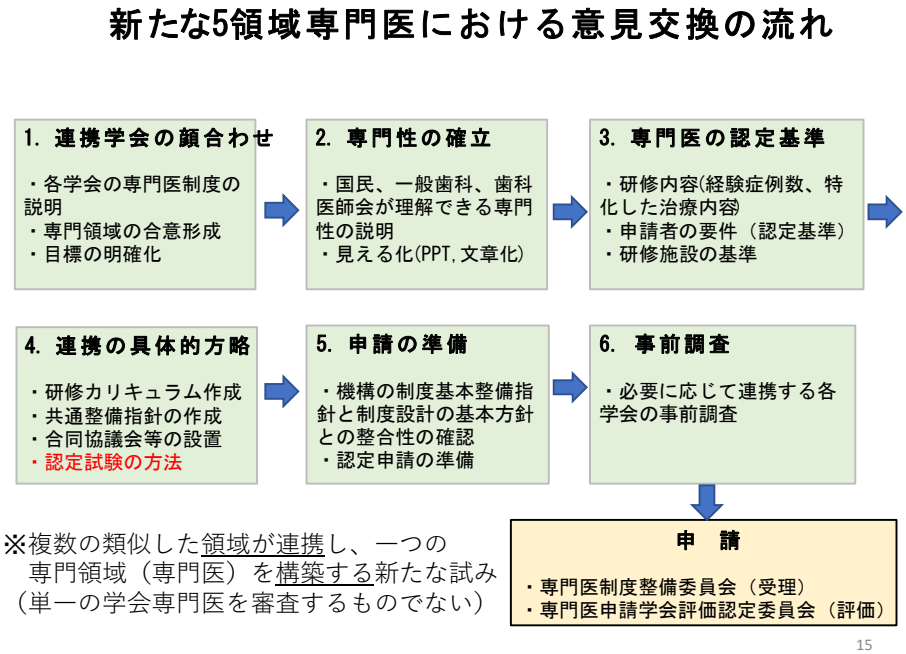
⑤ 国民からの相談事項（クレーム対応等）に対する合同機関を設けて，情報を共有し相談機能を活性化させて，適所に対応するシステムをつくる．

⑥ 研修，認定要件の基本となる関係書類様式を統一し，データベースの共有化を図る．

４．日本歯科専門医機構の支援・連携

本機構は，新たな５専門医を策定するにあたり，オブザーバーとして中立的な存在として第三者の立場，すなわちニュートラルな立場から，責任説明を果たし，透明性を確保するために，調査・評価・提言等を行っている．意見交換会の進め方は，これまでの既に広告可能な一学会による専門医ではなく，いくつかの学会を連携させることにより，一つの専門医を作るという新たな課題が含まれている．専門を近似する学会は，当初は一つであった学会が分かれて誕生した経緯がある．それらが一緒に連携して一つの専門医を名乗るので，学会が別れた背景，これまでの歯科医学会の考え等，多くの諸問題を考慮しながら協議も進めなければならない．

一つの専門医としてまとまるには，関連学会の特異点の抽出，新たな専門領域の合意形成，具備すべき認定条件の策定，認定のための具体的方略，整備指針の策定について，各専門医によって異なる問題を対処しながらまとめるには，各学会の考えを傾聴し，一つずつマイルストーンを達成して，進めなければならないと考える．



５．おわりに

既に認定されている広告可能 5 専門医については，これまでの認定制度を踏襲し認定した．将来，新規参入する歯科医師に対して，専門研修プログラムに基づいた臨床研修ができるようにするには，現時点で改善が必要と思われる研修機関の要件や研修方法について，毎年の運用審査時に改善内容を確認し，各学会のオートノミーのもとで，説明責任が果たせるよう本機構は指導するつもりである．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

１）医師の裁量と医師の責務，櫻井秀也，日本医師会雑誌：132(1),73～77,2004.

【2】専門医認定における診療技能の評価

委員　木村　博人
（弘前医療福祉大学教授）

1. はじめに

（一社）日本歯科専門医機構（以下「本機構」という.）は，歯科専門医制度基本整備指針[1)]において，歯科専門医（以下「専門医」という.）が修得すべき診療能力として，以下の４項目を掲げている.
①専門的知識，②専門的診療技能（診察，検査，診断，処置，手術など），③専門医としての倫理性・社会性を備えた診療態度，④科学的思考，生涯学習，研究手法などの学術的姿勢.

「専門医の質」とは，上記の４項目として掲げられた「診療能力」に他ならず，各学会が新規に専門医を認定するためには，専門医の育成（研修）体制を適正に整備し，専門研修の成果を適切な「認定要件と認定基準」の下に認定するという作業が必須となる．一方，修得した専門的診療能力が継続的に保持されていることを認定する作業も「専門医の質」を担保するためには必要であり，５年に１度は，適切な方法により「当該専門医の診療能力を再確認し，資格の更新を認定する」ことが求められる.

このような，専門医の育成と新規認定及び専門医資格の更新認定のプロセスにおいては，特に「専門的診療技能をどのように評価し認定するか」が重要な課題となる.

本報告では，先行５学会における診療技能の評価・認定の実態を踏まえ，本機構と学会の役割等に関し，今後のあるべき方向性について述べる.

2. ５学会の専門医認定審査における診療技能評価の現状

５学会の歯科専門医制度申請書ならびに令和３年度（第１期・第２期）専門医制度「運用審査」における審査資料及びヒアリング時に提出されたサンプリング資料（デジタル版）を基に，各学会の専門医認定審査における診療技能の評価と認定の現状について，比較検討し，文末に示した（**表１**）.

なお，サンプリング資料とは，（新規・更新）認定された専門医及び研修施設が，各学会へ実際に提出した申請資料の中から，一定の割合で無作為に抽出し，ヒアリング時に確認したものである.

１）専門医の新規認定審査における診療技能の評価と認定

（１）経験症例の評価・認定

５年以上の研修期間内に経験すべき症例数について，全ての学会が目標値を設定し，評価・認定している．しかし，具体的な数値については，学会ごとに大きく異なり，歯科麻酔学会，歯科放射線学会，口腔外科学会の３学会は，経験すべき「診察・検査・手術・処置などに係る」症例数を各々500，200，160 例以上と定めている．また，３学会はいずれも「経験症例（履修記録，診療実績）一覧表」に加えて，専門領域各分野での症例数を指定し，診療内容等を記載した「症例報告書」の提出を要件としている.

一方，歯周病学会では，提出すべき症例一覧表は 10 症例であるが，症例の選択・作成基準を厳格に規定し，検査診断データと併せて提出することとしている．また，小児歯科学会では，提出すべき症例リストは 10 例であるが，所属する研修施設の小児患者の受診状況等を記載することにより，経験すべき症例数について間接的に評価・認定している.

（２）診療技能（技術）に対する総括的評価・認定

研修期間中に修得した「専門医に相応しい診療技能（技術）の習熟度」に対する（総括的）評価・認定は，各学会において様々な工夫がなされており，各専門領域の特徴に応じた方法を採用している.

歯科麻酔学会は，申請書提出前に，指導医による２種類の実技評価を受け合格することを要件としている．歯周病学会と小児歯科学会は，症例供覧に対する口頭試問（いわゆるケースプレゼンテーション試験）を実施しており，申請者の診療技能を専門的知識と併せて総合的に評価・認定する仕組みを採用している．また，歯科放射線学会は，課題症例の画像を提示し，その読影（画像診断）に関するレポート提出を以って実技試験としている．なお，歯科放射線学会を除く４学会は，筆記試験や症例供覧の際に口頭試問を実施している．

一方，口腔外科学会は，筆記試験・口頭試問合格者に対し，複数の審査員が申請者の所属する研修施設（医療施設）に赴き，申請者が執刀する口腔外科手術を実地審査する仕組みにより，検査・診断に関する口頭試問と併せ，申請者の診療技能を直接的に評価する方法を採用している．

２）専門医の更新認定審査における診療技能の評価と認定

専門医の診療能力（知識・技能・態度・学術的姿勢）は，５年毎に更新認定するものとされているが，その中でも「診療技能の評価・認定」については，５学会の間には大きな差異が認められる．

歯科麻酔学会は，更新申請前５年間の診療実績を 500 例以上とし，歯科放射線学会は診療実績（読影報告書）を 100 例と定めている．これに対し，小児歯科学会は所属する研修施設の小児患者の受診状況等を記載することにより，診療技能を間接的に評価・認定している．

一方，歯周病学会と口腔外科学会は，申請前５年間における診療実績（診療実施症例）については，更新認定要件として定めていない．

３．専門医の診療技能評価における学会の課題と機構の役割

１）専門医の診療技能評価における学会の課題

本報告では，「専門的診療技能」を専門領域の疾患や病態に係る「診察，検査，診断，処置，手術などの手技・技術」と位置づけ，５学会における評価・認定方法の現状について分析した．その結果，専門医の診療技能に対する評価と認定のプロセスは，各学会の専門領域と診療内容に応じて，様々な制度設計の下に運用されていることが明らかとなった．特に，新規認定専門医の申請における「診療実績」については，必ずしも一定の経験症例数が要件とはされておらず，更新認定専門医については申請前５年間の診療実績を要件としない学会もあった．

このように，５学会における「診療技能の評価・認定」が，必ずしも一定の基準に則して実施されていないという現状は，各学会の専門医制度における専門医の育成体制や研修体制が多様であることとも関連している．事実，各専門領域においては，研修対象となる疾患の症例数，検査・診断・処置に必要な医療設備の特殊性，研修施設の地域的配置の問題等，種々の制約があり，その中で各学会が独自の研修体制を構築し，実施せざるを得なかったものと思われる．

しかし，本報告の冒頭で述べたように，「専門医の質」を「専門的知識，専門的診療技能，診療態度，学術的姿勢」の４項目について，「各学会が定めた修得すべき診療能力」とするならば，「専門的診療技能」を担保するのは，一義的には当該専門医を育成し，評価・認定する学会である．

一方，「機構認定専門医の質」を担保するためには，本機構の制度認証審査と運用審査による歯科専門医制度の標準化という観点も踏まえ，専門医を育成・評価・認定する学会には，現行の専門医制度と運用方法等について第３者の評価を受け，当該専門医制度の改善に真摯に取り組む姿勢が求められる．

２）専門医の診療技能評価における機構の役割

各学会認定専門医の診療技能（知識・技術・態度）の習熟度について，本機構（評価認定委員会）が，当該分野における専門的知見の下に客観的に評価・認定することは困難と言わざるを得ない．本機構（評価認

定委員会）の役割は，専門医を認定する学会の専門性（スペシャルティー）と自律性（プロフェショナルオートノミー）を尊重しつつも，「申請学会専門医制度　審査対象項目と評価指標」[2)] に記載の通り，『「歯科専門医制度基本整備指針」に準拠する審査対象項目と評価指標などに基づいて，当該専門医制度等が合理的に設計され，その運用が妥当か否かを判定する』ことに他ならない．

本機構設立後，約３年の間，評価認定委員会による「先行５学会の歯科専門医制度審査・評価と運用審査」の経緯を振り返るならば，外形的審査の側面があるものの，適宜，５学会に対し「助言と指導，改善の要請等」も行ってきた所である．特に直近の運用審査においては，更新前の診療実績の適正な評価，共通研修受講の制度化，各種申請書のデジタル化等につき各学会へ検討を要請しており，各学会の専門医制度は徐々に改善されているものと受け止めている．

4. おわりに

専門医が具備すべき診療能力の内,「専門的診療技能」は,「専門的知識」,「診療技能を実践する専門医の倫理性や診療態度」,「専門的知識と診療技術の向上を図る学術的姿勢」の「３要素」と密接に関連し，相互に補完するものと位置付けられる.「歯科専門医」とは，これら４要素について「各専門領域の定める水準の診療能力を修得した個人（歯科医師）」を指し示すものであり,「専門医の質」とは，専門医がこれらの要素に係る標準的かつ専門的診療能力を適切に保持している状態を指すものである．

従って，専門医を育成し認定する学会は，適正な研修カリキュラムもしくは研修プログラムを整備すると共に，専門医取得を目指す歯科医師が「当該専門領域の診療能力を確実に修得できる」研修体制を整備することが,「専門医の質の保証」につながるものと考える．

具体的には，研修施設における On the Job Training を通して，指導医の直接的かつ形成的評価（フィードバック）が実施できる体制を整備し，専門医を育成することが理想的な姿と思われる．また，専門医の診療技能を維持・向上を確認する「更新認定審査のプロセス」も非常に重要であり，その際にも，上記の４要素についてバランス良く審査し，評価・認定することが肝要となる．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

１）（一社）日本歯科専門医機構　歯科専門医制度基本整備指針.
https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf（令和４年３月１日参照）

２）（一社）日本歯科専門医機構　申請学会専門医制度　審査対象項目と評価指標.
https://jdsb.or.jp/pdf/senmoni_seido_shinsa_taishoukoumoku.pdf（令和４年３月１日参照）

表１「５学会の専門医認定審査における診療技能の評価・認定」対照表

	歯科麻酔学会	歯周病学会	小児歯科学会	歯科放射線学会	口腔外科学会
１　専門医の新規認定審査における診療技能の評価・認定：①経験症例の評価・認定，②診療技能（技術）の総括的評価・認定					
①	・全身麻酔／全身管理／疼痛治療症例一覧表：年間 100 症例，計 500 例以上 ・症例報告書（周術期管理報告書・麻酔記録）	・専門医申請症例一覧表 10 例 ・症例報告書／検査データ表／検査チャート表 ・申請症例(専門医試験申請症例に関する資料の作成基準に規定)	・診療実績証明書（研修施設の勤務状況・小児患者の受診状況等を記載） ・症例リスト：10 症例	・研修カリキュラム履修記録 ・読影（画像診断）報告書：200 例以上（筆頭 100 例以上） ・CT／MRI／核医学検査等を 50 例以上	・診療実績報告書（口腔外科手術・入院管理各 20 例／管理診断 10 例） ・口腔外科手術 100 例以上（難易度区分別指定） ・入院管理 50 例 ・管理診断 10 例
②	・研修修了実技評価シート ・実技シミュレータ試験合格書 ・口頭試問	・症例供覧と口頭試問 ・到達目標 10 項目について採点	・症例供覧（委員会指定症例，受験者指定症例）と口頭試問	・実技試験（課題症例の読影とレポート作成）	・口頭試問 ・実技試験（申請者担当手術の実地審査により評価判定）
２　専門医の更新認定審査における診療技能の評価・認定方法：①診療実績の評価・認定					
①	・全身麻酔・全身管理症例：年間 100 症例，計 500 例以上	・診療実績（診療実施症例数など）の評価・認定については検討中	・診療実績証明書（研修施設の勤務状況・小児患者の受信状況等を記載）	・診療実績報告書 ・読影報告書 100 例以上	・診療実績（診療実施症例数など）は更新要件としない

【3】共通研修制度について

委員　丸山　高人
（永松・横山法律事務所　弁護士）

1. はじめに

日本歯科専門医機構（以下「当機構」という.）は,「歯科専門医制度基本整備指針」Ⅶにおいて,「各専門領域の枠を超えた，医療人・歯科専門医として修得すべき基本的知識や態度（人間性や社会性を含む）に係る研修あるいは学修の機会等」を歯科専門医共通研修と定め，歯科専門医資格の認定または更新の要件として受講を必須としている[1)]．歯科専門医資格の認定または更新の要件となるものであるから，各専門領域学会が運用する歯科専門医制度内に共通研修制度を取り込む必要があり，当機構の専門医制度及び制度運用の審査過程においてもこの点は指摘されているところである.

このように共通研修を歯科専門医資格の認定または更新の要件とした意義・目的は，結局は，患者から信頼される専門医療の提供のためにある．歯科の専門医は，解剖学的・治療技術的な意味合いで区分けされた領域専門医をもって構築されているが，専門性の高度化に伴う治療法の細分化にこだわりすぎると，ともすると本来の目的である患者の口腔機能の向上，健康生活の保持，疾病予防等に影響を及ぼすことがある．共通研修は，歯科全領域の専門医に共通して必要な教育を行うものであり，本機構も研修目標値を設定している.

患者に安全な医療サービスを提供することは，医療の最も基本的な要件であるので，共通研修項目にも「医療安全」「院内感染」が設定されているが，さらに，本機構においては，患者からの信頼を担保するために「患者中心」の実現を阻むさまざまな要因を理解し，それらを一つ一つ克服していく能力（コンピテンシー）の涵養を求めている．患者のニーズ，価値観，要望等をよく把握し，これらに応えることは「患者中心」の医療の基本で，高いレベルのコミュニケーション能力を医療現場で発揮することが期待されている.

2. 共通研修制度の改正（2022 年 4 月施行）

上記基本整備指針に基づき共通研修に関する具体的なルールを定めているのが「歯科専門医共通研修要項」である[2)]．同共通研修要項に基づき 2020 年 4 月から共通研修制度がはじまり，約 2 年間の運用における試行錯誤の結果をふまえて 2021 年 11 月に共通研修要項が改訂され，2022 年 4 月から施行が予定されている．主な改正点は次の①ないし③のとおりである[3)].

①共通研修項目の見直し

必修 3 項目（①医療倫理，②医療安全，③院内感染）と選択 4 項目（①地域医療・地域包括ケアシステム，②隣接医学・医療，③医療関連法規等，④その他）について，必修と選択の区別を撤廃し，研修項目は 5 項目（上記の必修 3 項目＋④患者・医療者関係の構築＋⑤医療関連法規・医療経済）とする.

②機構主催共通研修の受講推奨

各学会からの申請が少ない①医療倫理，④患者・医療者関係の構築及び⑤医療関連法規・医療経済について，機構において主催することとし，共通研修項目において，その受講が望ましいとの文言を追加した.

③申請期限の変更

改訂前の共通研修要項では,「申請は原則として研修会等開催の２ヶ月前までに別添資料２の申請書別添資料２を提出し（以下，略)」と記載されているが,「本機構への申請は，遅くとも研修会等開催の３か月前までに」と申請期限を変更する.

３．社員学会等が主催する共通研修

各専門領域学会は,「歯科専門医制度基本整備指針」,「歯科専門医共通研修要項」及び「共通研修の実施にあたっての種々の対応」に基づき自らの歯科専門医制度内に共通研修制度を構築し，また，共通研修の実施にあたっては「歯科専門医共通研修認定申請の手引き」に基づき，あらかじめ当機構の審査を受け，その研修等が共通研修として相応しいか否かの認定を得なければならない.

さらに，共通研修の実施後には原則として２週間以内に共通研修実施報告書とともに受講者一覧を当機構に提出しなければならない.

なお，専門領域学会（単位認定学会）以外の主催団体が共通研修を実施する場合，また，各専門領域学会（単位認定学会）が複数に及ぶ場合，共通研修の申請や実施報告の方法が異なるので,「歯科専門医共通研修認定申請の手引き」の記載などをもとに，各専門領域学会と主催団体等で受講者名簿の提出方法等について事前に協議しておく必要がある.

4. 当機構が主催する共通研修

上記の各専門領域学会等が実施する共通研修とは別に，当機構においても毎年共通研修を実施している．各専門領域学会等における申請状況や研修項目の分布等を確認しながら，各歯科専門医の受講機会を満遍なく確保することを目的としている.

そのような観点から，前述のとおり,「歯科専門医共通研修要項」の改正があり，各専門領域学会等からの申請が少ない,「医療倫理」,「患者・医療者関係の構築」,「医療関連法規・医療経済」の各項目について当機構において主催することとし，さらに，これらの項目については当機構が主催するものの受講を推奨している.

なお，当機構が主催した共通研修においても，その実施後，受講者に対して受講証明書を発行することはもちろん，さらに，専門領域ごとに区別した受講者名簿を各専門領域学会に提出し，共通研修単位の受講確認・保存に利用してもらうことを予定している.

5. 歯科専門医の共通研修の受講

各歯科専門医は，各専門領域学会等が主催し，当機構が認定した共通研修，または，当機構が主催する共通研修のいずれかを選択し，各専門領域における歯科専門医制度に従って毎年２単位（５年間で１０単位）を受講する必要があり，歯科専門医資格の認定または更新に際して当該単位の充足等が確認されることになる．なお，合理的な理由によって毎年の受講が困難である場合の特例措置を設けることを当機構として禁止するものではなく，むしろ，そのような措置を専門医制度に組み込むことを求めている.

共通研修の単位の確認方法等についても歯科専門医制度ごとに異なるものと思われるが，いずれにしても受講証明書は各自において適切に保管していただく必要がある.

なお，各専門領域学会等が主催する共通研修ないし当機構が主催する共通研修のいずれについても当機構の Web サイト上で情報提供されているので，各歯科専門医において共通研修を選択する際の参考にしていただきたい.

6. おわりに

以上のとおり，当機構と各専門領域学会等の役割分担により，各歯科専門医は共通研修を受講し，「各専門領域の枠を超えた，医療人・歯科専門医として修得すべき基本的知識や態度（人間性や社会性を含む）に係る研修あるいは学修の機会等」を得ることになる．

このような各専門領域の技能や経験にとどまらない，各専門領域の枠を超えた医療人・歯科専門医としての基本的知識や態度が求められるのは，すなわち，患者から信頼されるために必要なもので，歯科専門医の質の担保として不可欠なものであるからにほかならない．当機構と各専門領域学会等，あるいは各専門領域学会間においてを相互に補完しながら，共通研修制度の目的を広く達成することが求められる．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 日本歯科専門医機構．歯科専門医制度基本整備指針．
https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）

2） 日本歯科専門医機構．歯科専門医共通研修要項．
https://jdsb.or.jp/pdf/202201_kyoutsu-kenshu_kaitei_02.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）

3） 日本歯科専門医機構．歯科専門医「共通研修」要項の改訂について
https://jdsb.or.jp/pdf/202201_kyoutsu-kenshu_kaitei_01.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）

［6］歯科専門医の質の担保と専門医取得更新のための研修の場の提供

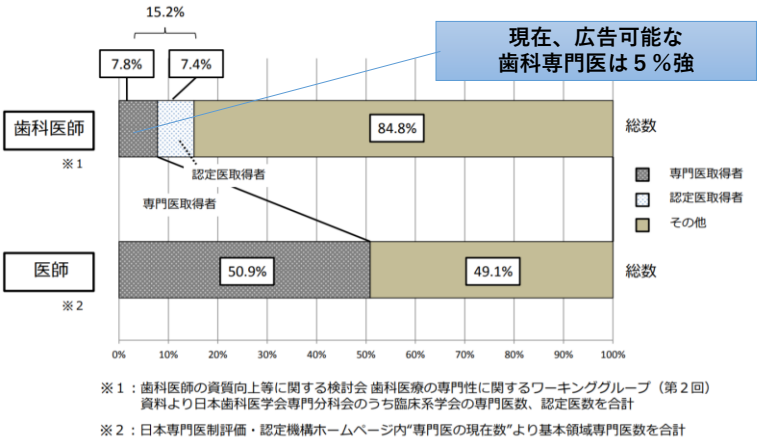
委員　市川　哲雄
（徳島大学大学院医歯薬学研究部教授）

1.　はじめに

歯科専門医は，「それぞれの専門領域において適切な研修教育を受け，十分な知識と経験を備え，患者から信頼される専門医療を提供できる歯科医師」と定義されているが[1)]，その歯科専門医制度の意義は，国民に適切な歯科医療を提供し，その質を向上させるために歯科医師に求められる生涯研修を促すための制度とも捉えることができる．そのためには歯科専門医取得・更新のためのカリキュラム整備と研修の場の提供が重要になる[2)]．

医科の場合には，大学病院，中核病院が地域に設置され，研修の場が確保されている．一方，歯科の場合には，歯科医師の多くは臨床研修 1 年が終了すれば，地域開業医での勤務になり，研修の場はその地域の診療所になる．さらに歯科における専門医はまだまだ少なく（下図）[3)]，その歯科専門医，指導医を有する地域開業医を拠点とした研修も難しい状況であると考えられる．

歯科専門医制度が生涯研修を通した歯科医療の質の担保に貢献するためには，この研修の場をどう確保していくことが重要なことになる．本稿では，医科歯科の違いを踏まえながら，研修の場の確保の観点から歯科専門医制度を考察する．



2.　カリキュラム制とプログラム制

歯科専門医制度における研修システムの方法としては以下の 2 つがあげられる．日本歯科専門医機構の歯科専門医制度基本整備指針には以下のように説明されている[2)]．

研修プログラム制とは，当該専門領域学会認定専門医資格の取得を目指す専門研修医が，当該 学会が認定する研修施設（研修施設群）等において，定められた期間内に，研修プログラムに従った専門研修に従事し，研修修了を以って到達目標の達成と判断され，専門医資格審査（いわゆる書類審査）を申請し，専門医試験の受験資格が付与される制度である．一般的に研修年限は原則 5 年とされるが，研修プログラム制では各研修施設において研修年次ごとに専門研修到達度の評価や研修内容のフィードバックなどが行われる．従って，研修プログラム修了をもって専門医資格認定要件である研修歴や研修実績などは評価・判定済みと見なされる．医学系の学会の専門医はこの制度を採用している．医科の場合には，各県少なくとも一つは

医学部があり附属病院が存在する．さらに，2 次医療，3 次医療を担う，地域の中核病院や特定機能病院が存在し，そこでの研修によって，地元に根付いた専門医教育が可能である．

一方，研修カリキュラム制は，当該専門領域学会認定専門医資格の取得を目指す専門研修医が，定められた専門研修を行い，到達目標（専門医資格認定要件）を達成したと担当研修指導医が判断した段階で，専門医資格審査（いわゆる書類審査）を申請し，専門医試験の受験資格が付与される制度である．原則として研修年限の上限の定めはないが，研修年限の下限（必須研修年限） は歯科医師免許取得後 5 年以上とされ，当該学会が認定する研修施設（研修施設群）等での研修歴や研修実績などが専門医資格審査の申請要件となる．なお，出産・育児・介護･留学等の理由がある歯科医師であっても，専門医の取得ができるような研修カリキュラム制により柔軟な対応ができる．この 2 つの制度は社員学会でも歯科大学・歯学部でも認識されており，医科の専門医制度，専攻医もある程度認識されていた（資料 1，2）．

ほとんどの歯学系の学会の歯科専門医はカリキュラム制度を採用している．口腔外科専門医の場合には，医学部歯科口腔外科の講座あるいは診療科が各県にあり，各県で口腔外科専門医を取得することが可能である．一方，歯科大学・歯学部は 29 大学 15 都道府県にしかない．従って，口腔外科以外の歯科専門医研修を各地域に勤務し，地域医療を担いながら，歯科専門医の取得，更新をどのようにすべきかについては歯科専門医制度の中で大きな問題である．

アンケート結果を見る限り，今後歯科専門医はどちらの方向に移行すべきかはまだコンセンサスが得られていないようであるが，現状のカリキュラム制における大学等の研修施設でのプログラムを充実させていくことが当面の目標であろう．いずれの制度にせよ，達成すべきその領域の歯科専門医の目標は同じであり，その質を担保することが最も重要であることはいうまでもない．

3. 研修の場の確保

1）大学病院，地域の中核病院での確保

歯科専門医における研修の場は，学会が認定している大学病院が主な研修の場になっている．つまり，ソフトウエア的にはカリキュラム制であるものの，ハードウェア的にはプログラム制に近いものである．この部分は，医科と同様に実質プログラム制度に移行していくことが，歯科医師のキャリアパス形成の上で重要ではないかと考える．同時に本当の意味でこのプログラム制に移行するためには，研修医制度と同様に，国の財政的支援が必要であることは言うまでもない．しかしながら直ちにこのようなシステムを構築し，移行すること無理であり，大学病院といえども研修施設としてのプログラムを整備，充実させ，それを見える化し，かつ学会および機構がそれを認定していくことが重要であろう．

歯科大学・歯学部において，卒前教育で歯科専門医を踏まえた取り組みあるいは情報提供している大学は 2 割程度，臨床研修では 5 割程度，その後の卒後研修では 6，7 割程度の状況であった（資料 1，2）．この値が高いか低いかは議論の分かれるところであるが，プログラム制度を取っている医科から見れば当然低いといえるであろう．

2）地域での確保

一方，大学病院での研修を整備し，プログラム化することは長期的視野に立つ構築と考えられる．現時点ではカリキュラム制度を充実し，適正な歯科専門医数を確保，維持していくことが求められる．そのためには，各地域に適正な研修施設を確保することが必要であり，大学や地域の中核病院と地域の専門医，指導医を連携させるシステム，およびそのシステムにおいて研修できるシステムを構築することが必要である．例えば日本補綴歯科学会では，大学病院を研修施設（甲）とし，専門医指導医を有する地域開業医の中であ

る一定の基準を満たす施設を研修施設（乙）とし，この連携によって，大学病院が近くにない歯科医にとっての On the job training（実際の診療における研修）を実現している．昨今の ZOOM 等におけるリモートカンファレンスも容易になっているため，歯科大学が近くになくても，あるいは大学病院等の研修施設に full time で勤務せずに，歯科専門医を取得あるいは更新するための研修がこのような連携システムによって可能となるであろう．

ただしこのシステムを構築するためには，各学会の制度設計および全国各地に適正な歯科専門医，指導医を配置する必要である．社員学会へのアンケート調査では，「地域開業医・勤務医に対して開かれた生涯研修プログラムを提供されていますか」の問いに対して 65%の学会がおこなっており，「貴学会において，地域開業医・勤務医に対して歯科専門医制度を踏まえた何らかの取り組みをされていますか」の問いに対して 43%の学会がおこなっていると回答（資料 1，2）したものの，まだまだ全国各地域での適正な歯科専門医，指導医および研修施設の配置については不十分であることは否めない．参考人からも，地方の歯科医師にとって，歯科専門医の取得，更新は大変であるという意見が述べられていた（資料 3）．

少なくとも各県に歯科専門医・指導医が常駐し，歯科専門医の研修および専門治療ができる研修施設が存在することによって，歯科医療の向上，均霑化，標準化を進めていくことが望ましいと考えられる．同時に，地域包括ケアシステムは概ね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定しており，この範囲内に総合歯科専門医（仮称）がいることが望ましい．

大学病院が地域開業医に対して生涯研修プログラムを提供しているかどうかについては，半数の大学しか提供しておらず，専門医制度を踏まえたものは 2 割程度であった．各学会においても，地域開業医に対して生涯研修プログラムを提供しているかどうかについては半数の学会しか提供しておらず，専門医制度を踏まえたものは 4 割程度であった．カリキュラム制においては，この値は必ずしも十分とは言えず，歯科の状況から見たときには，学会においても大学においても改善の努力が必要であろう．

新型コロナ感染症の蔓延によって，リモートセミナーやリモート会議が手軽にできるようになっている．従って，知識の習得に関しては以前のような，地方から大都市へのセミナーのために移動する必要は少なくなっている．しかし，そのような状況になっても，Face to face よる様々な議論や，技術習得のための On the job training は必要不可欠である．このための方策としては，大きく分けて 2 つあると考えられる．一つは各県における 2 次医療を担う地域中核病院を整備することがあげられる．もう一つは，地域の歯科専門医同士を有機的に連携させ，組織だって研修システムを構築する体制作りを学会あるいは地域の歯科医師会が，行政と協力しながら進めることが必要であると考える．たとえば，地域の歯科医師会主体で口腔保健センターが設置され，大学病院以外で障がい児（者）の治療など一般の診療所では対応が困難な治療が行われている．このような施設は専門医の研修施設に十分になりうるものである．このような施設を，地域歯科医師会，行政が連携し，拠点施設を形成し，必要な歯科専門医が出向し，必要な治療をおこなうだけでなく，研修施設として機能させることも重要である．

4. おわりに

国民および歯科医師にとって有益な専門性，専門領域の議論の上，歯科専門医の定義とその領域を明確にし，当初定めた 10 の基本領域の歯科専門医制度を構築していく必要がある．

同時に，この制度を維持するためには卒前臨床教育，卒後研修からシームレスな生涯教育体制を整備，構築し，広報活動および歯科の教育，臨床地域医療全体が協力して歯科医療の質の向上に努めなければならない．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない.

参考文献

1） 日本歯科専門医機構．歯科専門医機構が認定する専門医の制度設計の基本方針.
https://jdsb.or.jp/pdf/seidosekkei_kihonhoushin.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）

2） 日本歯科専門医機構．歯科専門医制度基本整備指針.
https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf（令和 4 年 3 月 1 日参照）

3） 厚生労働省．歯科医師の資質向上等に関する検討会資料
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000107476.pdf

4） 日本専門医機構．https://jmsb.or.jp/about/（令和 3 年 3 月 1 日参照）

Ⅴ．歯科医療の質の向上のための歯科専門医の制度設計

［1］歯科専門医制度を視野に入れた卒前教育のあり方

委員　秋山　仁志

（日本歯科大学生命歯学部教授）

1. はじめに

現在，日本にある 29 校の歯科大学・歯学部は，卒業認定・学位授与，教育課程編成・実施及び入学者受入れの 3 つの方針として，入学者受入の方針（アドミッション・ポリシー），教育課程編成・実施の方針（カリキュラム・ポリシー），学位授与方針，卒業時の達成目標（ディプロマ・ポリシー）を策定・公表している．

各歯科大学・歯学部の特色ある独自のカリキュラムは，自らのカリキュラム・ポリシーに基づき作成がなされている．また，各歯科大学・歯学部は，アドミッション・ポリシーにより選抜した高校生を受け入れ，ディプロマ・ポリシーに従い，教育課程を遂行している．

初期教育では，歯学部学生，歯科大学学生に必要な自然科学，人文科学，社会科学，情報科学教育，医療人に必要なコミュニケーション能力，倫理・プロフェッショナリズム教育を実施し，歯学教育モデル・コア・カリキュラム[1)]を基本とした基礎医学，臨床歯科医学に関する教育を実施するとともに，学生がいわゆる Student Dentist として，知識・技能・態度の基本的な内容を学ぶために診療参加型臨床実習が行われており，臨床能力の修得をめざし，基礎と臨床を統合した教育が実施されている．

2．歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂・歯科医師国家試験出題基準の改定

超高齢社会を向かえ，地域包括ケアシステムの構築が進む中，国民の健康寿命の延伸に対する医療・介護への期待が高まり，歯科医学を取り巻く環境は大きく変化している．このような中，平成 20 年に文部科学省に歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議が設置され，歯学教育モデル・コア・カリキュラムの恒常的改訂の必要性が提言され，平成 22 年度，平成 28 年度の二度にわたり歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われた[2)]．平成 28 年度改訂において，歯学教育モデル・コア・カリキュラムは「多彩なニーズに対応できる歯科医師の養成」を軸として，社会の変遷への対応，地域包括ケアシステムにおけるチーム医療や多職種連携，卒前教育・卒後教育の一貫性，診療参加型臨床実習のさらなる充実に重点が置かれ，国際的に共通する歯科医師養成の教育水準達成に不可欠な学修目標を示している．卒前教育では全国の歯科大学・歯学部に共通して学修時間の 6 割程度を歯学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠した教育を取り入れることになっている．

令和 2 年 12 月から令和 5 年 3 月にかけて，文部科学省委託調査研究事業「大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業」を遂行するために，一般社団法人日本歯科医学教育学会に設置された歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する調査研究チームが事業を受託し，現在，作業が進められている[3)]．今回の改訂では，医学教育，歯学教育，薬学教育のモデル・コア・カリキュラムの同時改訂を予定していることから，三者の課題を明確にし，地域包括ケアシステムの中で，患者中心の医療を促進するために，三者の共通の学習目標を設定し，さらに多職種協働を推進する医療人養成の視点に立った歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂素案が作成されている状況である．

なお，改訂素案では，１．基本的な資質・能力の実質化として，①アウトカム基盤型の深化に向けた検討，②社会ニーズを踏まえた学修項目の見直し，③診療参加型臨床実習の充実による資質・能力の向上，２．超高齢社会を踏まえ修得すべき基本的事項の再整理，３．方略・評価の追加（推奨事例の掲示），４．

医学教育，薬学教育のモデル・コア・カリキュラムとの一部共通化，5．総量の適正性の検証が行われる予定である．

さらに，卒前教育・卒後教育の一貫した歯科医師養成のための制度整備に必要な課題等を取りまとめた「シームレスな歯科医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆる Student Dentist の法的位置づけについて」が令和２年５月に公表され，公的化に向けて共用試験 CBT や共用試験実習前 OSCE の具体的な検討が進められており[4]，将来的には，臨床実習開始前に習得すべき知識については共用試験で出題し，歯科医師国家試験では，診療参加型臨床実習で培った能力を評価できるような出題を行うことについて議論が始まった段階である．

共用試験の公的化といわゆる Student Dentist が法的に位置づけられることにより，診療参加型臨床実習が促進され，卒前教育をより質の高い歯科医師の育成に向けさらに充実させることができると考えられる．診療参加型臨床実習は，単に経験を増やし，技術を向上させるのみならず，診療チームの一員として診療により主体性を持たせ，積極的に参加することで，知識や技術だけではなく，患者の背景など，全人的な診療に必要な視点を得る機会となることが期待される．

厚生労働省において，令和元年８月より，医道審議会歯科医師分科会歯科医師国家試験制度改善検討部会において，歯科医師国家試験制度について議論が行われており，これまでの様々な議論を踏まえ，令和３年 3 月に歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書の公表が行われた[5]．歯科医師国家試験出題基準改定部会において，今般，歯科医師国家試験出題基準の改定案が作成されている．今後歯学教育モデル・コア・カリキュラムや歯科医師臨床研修の到達目標[6]とも整合性を図りつつ，出題基準の項目付けや合格基準についても検討を行う必要がある．

卒前教育では，卒業後の歯科医師臨床研修，その後の生涯研修へのスムーズな移行が最重要課題の１つであり，歯学教育モデル・コア・カリキュラムでは，歯科医師国家試験出題基準や歯科医師臨床研修の到達目標との整合性に重きが置かれるようになっている．

今後は，社会や時代の要請に従って，卒前教育・卒後教育の一貫した歯科医師養成の必要性が求められて状況において，生涯研修に関わる歯科専門医制度を考慮したさらなるシームレスな教育システムを構築していく必要がある．

３．歯科専門医制度を視野に入れた卒前教育のあり方

シームレスな歯科医師養成課程の中で，初期段階の教育の役割は，歯科大学・歯学部が担っており，卒前教育のカリキュラムは，卒業後の歯科医師臨床研修，生涯研修への連続性を強く意識したものである必要がある．各歯科大学・歯学部の特色ある独自のカリキュラムの中でもキャリアパスや生涯学習の教育を深化させ，その中で歯科専門医制度の役割についての教育がなされることが望まれる．

今回，歯科大学・歯学部の卒前臨床教育の中で，「歯科専門医制度について学生への情報提供の有無」，「卒前教育の中で歯科専門医制度を踏まえての取り組み」について，令和３年 12 月に日本歯科専門医機構によるアンケート調査を歯学部・歯科大学に実施した（別添資料２）．その結果，29 大学中 23 大学から回答があった．

学生に歯科専門医制度について情報提供を行っている大学は５大学であり，検討中が２大学，検討予定が４大学であった．情報提供は，講義，実習の中での概略説明，歯科マッチング開始前説明会，臨床実習開始前ガイダンス，キャリアパス説明会，臨床研修プログラム説明会，個々の学生へのキャリアパス支援で行われている状況であった．歯科専門医制度を踏まえた何らかの取り組みを行っている大学は５大学であり，予定が１大学，検討中が５大学，検討予定が４大学であった．取り組み方法は，卒後進路説明，プ

ロフェショナリズム教育の一環として歯科専門医制度の紹介，歯科専門医制度を見据えた電子ポートフォリオシステムの作成等であった．

卒前教育において，具体的な歯科専門医制度の情報提供と何らかの取り組みは，医療管理学講義，プロフェション講義等で一部の大学ですでに実施されているものの，正規の講義科目の中で対応されている大学はほとんどなく，今後，シームレスな歯科医師養成を行うにあたり，歯学部学生，歯科大学学生へのさらなる周知のために，正規の講義科目で情報提供を行う必要があると考えられる．そのためには，歯科専門医制度を視野に入れた卒前教育のあり方の検討に関わる経費（予算）措置を構築し，これまで以上に卒前教育への情報提供を日本歯科専門医機構が担うことも必要であろう．さらに歯科専門医に関する歯学部学生，歯科大学学生への周知方法として，学生対象用リーフレット，パンフレット，ポスターの作成など，卒前教育の時点で，生涯研修を踏まえた情報提供を行うことが肝要である．

今後とも，更なる卒前教育・卒後教育の一貫した教育カリキュラムとなるような検討が継続して行われることが必要と考える．歯科医療の専門性に関する協議・検証を行うにあたり，国民に信頼される歯科専門医と歯科専門医制度を整備するために，歯科専門医制度を一部視野に入れた卒前教育が望まれる．

4. おわりに

卒前教育，卒後教育，生涯研修へとシームレスな歯科医師養成を行うにあたり，歯科専門医制度の位置づけを考えるうえで，卒前教育で歯科専門医制度を論じることは重要である．臨床実習，歯科医師臨床研修，歯科専門医教育におけるシームレスな歯科医師養成のためには，歯科大学・歯学部，各臨床研修施設，各専門学会の相互の連携が重要であり，歯科医師法改正により公的化される共用試験，歯学教育モデル・コア・カリキュラム，歯科医師国家試験出題基準，歯科医師臨床研修の到達目標，各学会の専門医制度の教育基準との一体的連携が必要である．

日本歯科専門医機構は，中立性と公平性を有する組織として，国民と社会から信頼される歯科診療領域の歯科専門医の診療能力を担保すると共に，更なる歯科医療の質の向上を促し，良質で適切な専門的歯科医療が国民に提供されることを目的にしている．

卒前教育における歯学部学生，歯科大学学生時代からの歯科医師としてのキャリアパス教育は重要であり，その中での 1 つのパスとして，歯科専門医の姿をさらに明確に示す必要がある．歯科専門医養成・認定において，どのような歯科医師が歯科専門医を目指すことができるのか，どのような過程で学修するのか，そしてどのように認定されるのかを明確化することが望まれる．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）．https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2017/12/26/1383961_02_3.pdf（令和 4 年 2 月 1 日参照）

2） 高等教育局医学教育課．モデル・コア・カリキュラム改訂の経緯及びスケジュール（案）等について．https://www.mext.go.jp/content/20210818-mxt_igaku-000017471_4.pdf

3） 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業，歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する調査研究，令和２年度成果報告書．https://www.mext.go.jp/content/20210615-mxt_igaku-000015481_1.pdf（令和４年２月１日）
4） シームレスな歯科医師の養成に向けた取組の現状と課題.
https://www.mhlw.go.jp/content/10804000/000543143.pdf （令和４年２月１日参照）
5） 歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-IseikyokuIjika/0000118157.pdf（令和４年２月１日参照）
6） 歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループ報告書.
https://www.mhlw.go.jp/content/000586998.pdf（令和４ 年２ 月 １ 日参照）

［2］歯科専門医制度を視野に入れた卒後教育のあり方

委員　秋山　仁志
（日本歯科大学生命歯学部教授）

1. はじめに

歯科医師臨床研修制度は平成 18 年度に必修化され，省令に基づき 5 年以内に所要の検討を加え，必要な措置を講ずることとされている．

令和 2 年 1 月に歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループ報告書が作成され [1)]，歯科保健医療を取り巻く状況の変化に対応した歯科医師養成のため，歯科医師臨床研修に関する所要の見直しを行うこととなった．この中では，卒前教育・卒後教育の連続性を考慮しつつ，急速な高齢化等，人口動態や疾病構造の変化による歯科保健医療を取り巻く状況の変化に対応した歯科医師養成とするため，歯科医師として身につけるべき基本的価値観及び基本的診療能力の修得，地域包括ケアシステムの構築など，医療の提供体制の変化を踏まえ，在宅歯科医療の提供やチーム医療・多職種連携等への対応，各ライフステージにおいて必要な歯科保健医療への対応を基本方針とした新たな到達目標が提示されており，令和 2 年度末の省令改正により，令和 3 年度から新たな歯科医師臨床研修制度が開始されることになった．

平成 18 年度の歯科医師臨床研修必修化以降，一貫して用いられてきた歯科医師臨床研修の到達目標が大幅に改正され，歯学教育モデル・コア・カリキュラムとの連携を通じて，卒前教育から卒後教育にわたってシームレスに繋がる構造となった．

2．歯科医師臨床研修の到達目標の見直し

医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会意見書（令和 2 年 1 月）を踏まえ，歯科医師臨床研修制度を見直すこととし，歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令（令和 3 年厚生労働省令第 85 号）が公布された [2)]．

臨床研修の目標とは，歯科医師臨床研修の到達目標を参考にして，臨床研修施設が研修プログラムにおいて，研修歯科医の到達すべき目標として作成されるものである．新たな到達目標は，A. 歯科医師としての基本的価値観（プロフェショナリズム），B. 資質・能力，C. 基本的診療業務の 3 つの領域から構成される．A. 歯科医師としての基本的価値観（プロフェショナリズム）は，1．社会的使命と公衆衛生への寄与，2．利他的な態度，3．人間性の尊重，4．自ら高める姿勢の 4 項目から成り立つ．B. 資質・能力は，1．医学・医療における倫理性，2．歯科医療の質の安全の管理，3．医学知識と問題対応能力，4．診療技能と患者ケア，5．コミュニケーション能力，6．チーム医療の実践，7．社会における歯科医療の実践，8．科学的探究，9．生涯にわたって共に学ぶ姿勢の 9 項目から成り立つ．C. 基本的診療業務は，1．基本的診療能力等，(1) 基本的診察・検査・診断・診療計画，(2) 基本的臨床技能等，(3) 患者管理，(4) 患者の状態に応じた歯科医療の提供，2．歯科医療に関連する連携と制度の理解等，(1) 歯科専門職間の連携，(2) 多職種連携，地域医療，(3) 地域保健，(4) 歯科医療提供に関連する制度の理解の項目から成り立つ．

新たな到達目標の中で，B. 資質・能力の 3. 医学知識と問題対応能力において，「最新の医学及び医療に関する知識を獲得し，自らが直面する診療上の問題について，科学的根拠に経験を加味して解決を図る．」の④高度な専門医療を要する場合には適切に連携する．9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢において，「医療の質の向上のために省察し，他の歯科医師・医療者と共に研鑽しながら，後進の育成にも携わり，生涯にわたって自律的に学び続ける．」の①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める．③国内外の政策

や医学及び医療の最新動向を把握する．これらの到達目標は，歯科医師臨床研修修了後の生涯研修としての卒後教育，歯科専門医教育にも繋がりを持つために極めて重要である．

歯科医師臨床研修は，研修歯科医が，歯科医師としての人格をかん養し，将来専門とする分野にかかわらず，歯科医学及び歯科医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ，一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう，基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない．歯科専門医の基本的な考え方として，歯科専門医とは，それぞれの専門領域において適切な研修教育を受け，十分な知識と経験を備え，患者から信頼される専門医療を提供できる歯科医師である[3)]ことから，歯科医師臨床研修修了後の生涯研修に向けて，国民にさらなる安全で適切な歯科医療を提供できるよう，優れた歯科医師を養成するためには，歯科医師臨床研修から生涯研修へと円滑に移行できるように，これらが一貫したシステムとして稼働することが有用である．そのためには，今後，卒後教育において，さらなるシームレスな教育システムを構築していく必要がある．

３．歯科専門医制度を視野に入れた卒後教育のあり方

今回，歯科大学・歯学部の卒後臨床教育の中で，「歯科専門医制度について研修歯科医への情報提供の有無」，「歯科医師臨床研修の中で歯科専門医制度を踏まえての取り組み」，「歯科医師臨床研修修了後の卒後研修において情報提供の有無」，「歯科医師臨床研修修了後の卒後研修において，歯科専門医制度を踏まえての取り組み」について，令和3年12月に日本歯科専門医機構によるアンケート調査を歯学部・歯科大学に実施した（別添資料２）．その結果，29大学中23大学から回答があった．

歯科専門医制度について研修歯科医に情報提供を行っている大学は14大学であり，検討中が1大学，検討予定が４大学であった．情報提供は，大学院進学に関する説明会，オリエンテーション時に講義，研修期間中での説明会，歯科医師臨床研修修了後の専門研修コースでの説明，研修セミナー，各専門診療部門からの情報提供等で行われている状況であった．歯科専門医制度を踏まえての何らかの取り組みを行っている大学は11大学であり，検討中が1大学，検討予定が3大学であった．取り組み方法は，歯科専門医申請に繋がるプロトコル作成，各専門学会への入会促進，歯科専門医制度に則った後進の育成，歯科医師臨床研修後のアドバンスコースの設置，歯科専門医制度を踏まえた令和4年度からの卒後研修の見直し，症例配当による症例検討会・報告会の実施等であった．

これらのアンケート結果から，これまで以上に日本歯科専門医機構の認証を得る広告可能な歯科専門医の存在を研修歯科医に周知していく必要があると思われる．そのためには研修歯科医に対して，日本歯科専門医機構の取り組み，日本歯周病学会，日本歯科放射線学会，日本口腔外科学会，日本小児歯科学会，日本歯科麻酔学会における「歯科専門医制度」の認証，共通研修の周知，歯科保存，補綴歯科，矯正歯科，インプラント歯科，総合歯科診療領域の新たな歯科専門医の在り方について丁寧に説明をしていくことが望ましい．歯科専門医制度を視野に入れた卒後教育のあり方の検討に関わる経費（予算）措置を構築し，日本歯科専門医機構が卒後教育に情報提供を行うことも必要であろう．具体的には，日本歯科専門医機構による歯科専門医制度をさらに周知させるために，研修歯科医を対象にしたリーフレット，パンフレット，ポスターの作成など，歯科医師臨床研修の時点で，キャリアデザインを踏まえて生涯研修に向けた情報提供を行うことが肝要である．

歯科医師臨床研修修了後の卒後教育での情報提供を行っている大学は 15 大学，検討中が 1 大学，検討予定が 1 大学であった．情報提供は，初期研修で既存の歯科専門医制度説明，各専門学会への入会促進，病院専門研修コースでの説明，在籍する専門診療部門でのキャリアパスを含めた説明，歯科専門医制度・研修プログラムの紹介等であった．歯科医師臨床研修修了後の卒後教育での歯科専門医制度を踏まえた取り組

みを行っている大学は 12 大学であり，検討中が 1 大学，検討予定が 3 大学であった．取り組み方法は，各教室単位で歯科専門医取得に向けて研究と並行して対応，将来的に歯科専門医取得コースの設定，講座単位・診療科単位で実施，歯科専門医取得のための専門研修の設置等であった．

具体的な歯科専門医制度の情報提供や何らかの取り組みは一部の大学ですでに実施されているものの，これまでの既存専門学会独自の歯科専門医制度に則った資格取得のためであり，日本歯科専門医機構の歯科専門医取得に向けての取り組みではないと考えられた．各専門学会はこれまでの自学会の認定医・専門医養成のための制度設計という観点ばかりでなく，歯科医師の卒後研修の充実の観点から歯科専門医機構の認証に関与する卒後研修プログラムを立案することが期待される．

新しく認証される歯科専門医分野とともに，国民医療にさらに歯科が貢献するために，今後は歯科医師の卒後教育の一環として，日本歯科専門医機構の認証を得る広告可能な歯科専門医のさらなる周知が必要である．

4. おわりに

シームレスな歯科医師養成における歯科専門医制度の位置づけを考えるうえで，卒後教育が果たす役割は極めて重要である．歯科医師臨床研修後のキャリアデザインとして，歯科専門医教育を念頭に入れた歯科医師養成のためには，歯科大学・歯学部，各臨床研修施設，各専門学会の相互の連携が重要である．そのためには，研修歯科医の時点で，総合歯科専門医（仮称）も含めた広告可能な歯科専門医の意義，役割について，適切に理解してもらう必要があると考える．

法律で明確化された歯科医師臨床研修制度で 1 年間以上研修を行う研修歯科医に，その後の生涯研修に繋がるキャリアパス教育の関与は極めて意義があるものと考える．それには日本歯科専門医機構から研修歯科医，研修歯科医修了者への情報提供が重要である．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループ報告書.
https://www.mhlw.go.jp/content/000586998.pdf（令和 4 年 2 月 1 日参照）

2） 歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について.
http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20210331_01.pdf（令和 4 年 2 月 1 日参照）

3） 歯科専門医の基本的な考え方.（令和 4 年 2 月 1 日参照）
https://jdsb.or.jp/about_specialist.html

［3］歯科専門医制度を視野に入れた地域開業医の生涯研修のあり方

委員 柳川 忠廣
（公益社団法人 日本歯科医師会副会長）

1. はじめに

高齢化の進展に伴う疾病構造の変化や在宅療養及び施設入所者の増加など，近年の新たな歯科医療需要に対応すべく，提供体制の整備が進められている．その中で多様化かつ高度化する歯科ニーズへの対策として，教育や研修の体制強化は元より，新たな専門医研修が一つの課題となっている．

医科と異なり，単科である歯科においては，専門分化・機能分化があまり進んでいない．さらに歯科における標榜診療科には，歯科，矯正歯科，小児歯科，歯科口腔外科があるが，それぞれの学会などが認定する専門医とは紐づけられておらず，その割合は極めて低い．

一方で日本歯科医師会（以後：日歯）は，国民への歯科医療を推進し，また質を確保するため，日本歯科医学会等との連携の下に，様々な学術事業を展開してきた．社会から信頼される歯科医師，また地域包括ケアシステムの中で医科や他職種とも連携し，かかりつけ歯科医機能を充分に発揮できる歯科医師を養成することが極めて重要であり，その能力を向上するための研修制度の充実を図っている．例えば，日歯生涯研修制度の「修了」と「認定」に明確な評価を付与し，より厳格な達成条件である「日歯生涯研修総合認定医」を設定している．これは，新たな歯科専門性に向けた専門医研修との連携を視野に入れたものである．

本稿では，特に総合歯科的な専門医に係る研修について考えを述べる．

2. 総合歯科的な専門性について

地域包括ケアシステム及び多職種連携の中で，地域医療に携わり，確りと歯科の役割を果たすために必要な幅広い知識とスキルを習得した歯科医師が数多く必要である．日歯としては，訪問歯科診療を実施し，地域ケア会議や介護認定審査会などに参加している歯科医師会会員を主たる対象とした研修体制を考えている．また別に，総合歯科的な名称については，ともすれば，国民からはすべての歯科診療（口腔外科，補綴，保存，矯正，小児）に広範に対応できる歯科医師との偏見を招きかねず，周知にあたっては注意が必要である．

求められる業務として，疾病や障がい等により通常の歯科受診が困難な患者への対応に加え，医療連携や地域包括ケアシステムへの参画などがあるが，実際には，担当行政等との連携の下に，地域の歯科医師会会員が対応にあたっていることが多い．つまりそれぞれの地域において，住民の多様な歯科的課題に応えるために，医療・介護職種や担当行政との間のコーディネーター役を担っている歯科医師が居り，そこにどのような専門性が必要であるかが重要な論点である．

このような総合歯科的な専門医の役割や研修のレベルについて，関係者間で認識が未だ十分には共有されていないことから，合意形成が必要である．高度な知識と技能を有するとともに，歯科の新たな需要や課題にマッチする専門医であるべきで，国民からも見えやすい制度設計が求められている．

日歯は，医療・介護の多職種連携の中で，地域包括ケアシステムの一員として遜色なく活躍できる歯科医師の養成を主眼としているが，地域の実情に応じた総合歯科的な専門医の配置のあり方をふくめ，さらに検討を進めていく．研修の主目的は，地域包括ケアシステム及び多職種連携に対応する歯科医師の専門性を高めることであり，また研修項目は，主に全身管理が必要な患者の歯科診療，摂食嚥下障害や医科医療機関と連携した入院患者の歯科診療と口腔健康管理，高齢者治療時における緊急時対応，介護施設や家族との経口摂食に関する連携への対応等が挙げられる．なおこれは，関連する学会の領域と重複するものであ

る．

3. 総合歯科的な専門医の研修について

日歯が日本歯科専門医機構（以後：機構）と連携することで，あるいは日歯生涯研修制度の下で総合歯科的な研修を設定するためには，日歯内部に新たなシステムを構築することまで見据えた議論及び会員の理解が必要である．また当然ながら日本歯科医学会連合等の支援が不可欠と考えるが，具体的な検討は未だこれからである．これまでの議論では，長きに亘り日歯生涯研修制度を運営したことで得た知見から，研修レベルのあり方や認定及び更新の基準や仕組み，か強診や在支診のような診療報酬上の施設基準との関係性，カリキュラム制及びプログラム制の是非等が課題となった．なおその際には，機構の新規専門医制度小委員会による「新たな歯科診療専門医の持つべき能力と研修システムに関する提案」等も参考としている．

今後も研修については，日頃より本会会員への学術的支援にあたっている日歯学術委員会の意見などを踏まえ，新たなタスクチームを設置してさらに具体的な検討を進めるとともに，機構との協議にあたっていく．以下は，本研修に関する基本的な考え方である．

（1）地域包括ケアシステムや多職種連携の中で稼働する歯科医師の安定的確保する上で，必ずしも専門医にこだわることなく，日歯生涯研修制度を強化することにより，歯科医師の従事する場や年齢を問わず，その知識と技能の更なる向上を目指す．

（2） 研修について，各学会のプログラムやカリキュラムの履修を義務づけ，厳格なレベルを学会専門医と同等に位置づけるとすればハードルは極めて高く，新たな総合歯科的な専門医を地域に普及・定着させることは適わないため，柔軟な工夫が求められる．

（3） 座学においては主に JDA E-system を利活用し，さらに映像教材等の整備を図る．他にも，歯科大学・歯学部や地域の口腔保健センター，障がい者歯科センター，基幹病院の歯科・口腔外科等の協力を得て実技研修を実施する．都市部に限らず，それぞれの地域で履修できる体制が重要であり，さらに指導医や研修施設の確保が大きな課題となる．

（4） これまで実施してきた「医科疾患及び全身管理や救急対応」「入院患者や施設入所者等への歯科治療及び口腔健康管理」「訪問歯科診療」「摂食嚥下に関する診断及び治療」等に加え，「地域包括ケアシステムへの参画及び貢献」「多職種連携における歯科コーディネーター的な役割」に関する知識やスキル等について，研修内容の充実を図る．

（5） 機構による総合歯科診療専門医（仮称）の育成研修と日歯生涯研修制度との連携を図り，具体的にどのような紐づけが可能かについて，引き続き機構との協議にあたる．

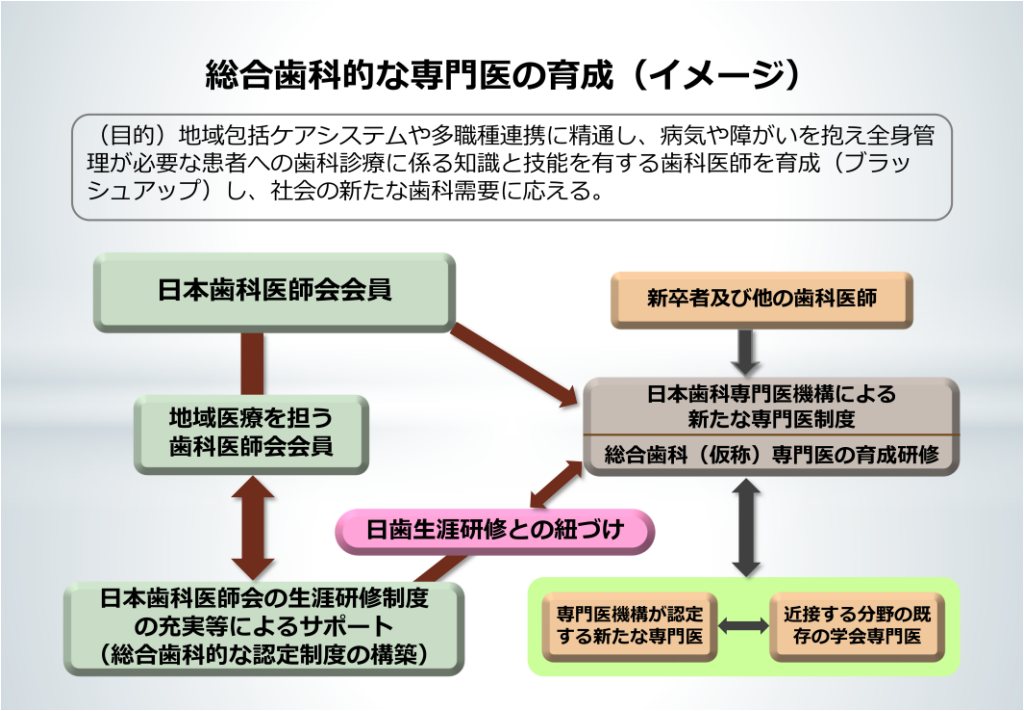
（6） 現在の「日歯生涯研修総合認定医」のシステムや認定基準等を大きく見直すことで，新たに「総合歯科的な認定制度の構築」について検討する．この議論にあたっては，本会内に専門性の高い歯科医師の育成，認定等にあたる新たなシステムを構築することが検討課題となり，実現には大きな変革を要する．

（7） 研修の受講以外にも，地域包括ケアシステムにおける症例報告等による実績評価や，指導体制についても検討課題とする．また，開業医が多い歯科の特性及び勤務医や女性歯科医師への配慮から，日歯Ｅシステムの充実により，さらに受講しやすい環境を整備する．

4. おわりに

歯科界が新たな歯科需要に応えるためには，一部の歯科医療機関や歯科医師の努力や使命感，責任感だけでは無理が生じ，現実的ではない．また人口減少が進み，さらに歯科医師の高齢化や後継者不足も散見され，歯科医師数が減少に転ずる地域がある中で，総合歯科的な専門医の全国的な配備にはかなりの時間を

要するであろう．したがって，専門性が高い歯科医師を育成する体制整備にあたることと併せ，日歯は厚生労働省等に対し，病院歯科を含めた高次歯科医療機関の整備及び行政内の歯科医療職の増強を求め，今後も地域包括ケアシステムの中で稼働する歯科医師及び歯科医療機関の安定的確保を最優先に取り組むべきと考えている．



利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考文献

1） 日本歯科医師会学術委員会．総合歯科診療専門医（仮称）についての意見書（令和 3 年 4 月 15 日）
2） 日本歯科医師会．平成 30 年度歯科医療の展開に向けた協議・検証事業事業報告書
3） 柳川忠廣．歯科における専門性について．日歯雑誌令和 2 年 8 月号【内の目・外の目】
4） 住友雅人．日本歯科専門医機構認証の歯科専門医第 1 号が誕生．日歯雑誌令和 2 年 9 月号【内の目・外の目】2020 年 6 月 1 日，

［4］歯科専門医制度を視野に入れた大学での生涯研修のあり方

委員 石井信之
（神奈川歯科大学歯科保存学講座歯内療法学分野教授）
委員 馬場一美
（昭和大学歯科補綴学講座教授）

1. はじめに

歯科医師は国民の健康維持・増進に責任を持つ専門職であり，歯科医学の進歩に対応して必要な研修を生涯にわたって続けることは当然の責務である．歯科医師の生涯研修は，国家資格取得後も専門職に従事する医師と同様に，「医療事故防止」，「医療安全の確保」および「歯科医療の質の向上」のために重要である．さらに，超高齢社会を迎えた日本の歯科医療は，従来のう蝕，歯周病の治療，咬合機能回復はもとより，高齢者を中心とした摂食や嚥下による口腔機能回復の必要性に移行しつつあり，社会的責務は今後一層大きくなることが予想される．このような社会情勢において，卒前教育機関である大学は卒後臨床研修から歯科専門医の研修施設として生涯研修のプログラム立案および研修教育において，最も重要な機能を果たす責務がある．一方，医師の大多数が病院の勤務医であるのに対し歯科医師の 85%は開業医あるいは診療所に勤務しているため，大学は卒業生や近隣歯科医院開業医及び勤務医の生涯教育と専門医研修プログラム提供の場として大学以外の準研修施設と連携して専門医育成を補完して進める責務がある．

2. 歯科専門医制度における大学での生涯研修のあり方

臨床研修終了後も大学に継続勤務する歯科医師と大学院進学者は，歯科専門医制度の研修施設において歯科専門医取得を目指すことが可能になる．

歯科大学および歯学部勤務歯科医師と臨床系大学院講座の進学者は，所属する附属病院診療科（講座）において専門医研修プログラムを受講する他，病院内の症例検討会，さらには所属専門学会において臨床研究，基礎医学研究，学会発表，論文執筆を通じて歯科専門医研修単位を修得することが可能である．現在，および将来の歯科専門医制度において大学は主たる研修施設として機能し，大学勤務歯科医師は歯科専門医取得における研修プログラムを容易に受講することが可能である．

一方，現在の歯科大学および歯学部教員および附属病院歯科医師採用枠は年々減少傾向にあり，大学院卒業後も教育職および研究職の取得が困難な状況である．歯科大学は歯科専門医研修施設として主たる研修施設であるが，歯科専門医申請には 5 年以上の研修期間を必要とするため，大学卒業後の臨床研修期間から専門医研修プログラムを開始することが望ましい．2015 年現在の歯科臨床研修施設において大学附属病院は，医科大学 32 施設，歯科大学 68 施設で募集歯科医師数は 2,939 名である．さらに，研修終了後の歯学系大学院定員数は 1,165 名である．すなわち，卒前教育からシームレスに歯科専門医制度を運用するためには，臨床研修開始時から専門医研修プログラムを開始することが望ましく，臨床系大学院生は大学院卒業時に通算 5 年間の専門医研修プログラム履修が終了し専門医申請が可能になる．大学が卒前教育からシームレスに歯科専門医を養成することが歯科医師生涯研修に貢献できると考えられる．

本事業により実施された全国 29 大学を対象とした「生涯研修」についてのアンケートによると（23 大学から回答あり），歯科専門医制度を踏まえて生涯プログラムの取り組みを行っているのは 5 大学（22%）にとどまっている．その一因として，現在，歯科専門医機構が認定しているのは口腔外科，歯科麻酔，歯科放射線，小児歯科，および歯周病の 5 歯科専門医に限られていることが挙げられる．国民は歯

科医療分野において疾患の大多数がう蝕治療と咬合回復を必要としていること，さらにこれらの疾患に対する歯科治療は難易度の高い症例や成功率の極めて低い症例が含まれることから，国民が望む予知性の高い歯科治療を実践できる歯科専門医の早期認定が待たれる．

3. おわりに

社会状況の変貌と国民意識の変化に伴って，歯科医師に対するプロフエッショナルとしての能力が強く求められ，歯科専門医制度と生涯研修もそれに対応した整備が必要とされる．大学教育機関における整備は急務であり，大学勤務外歯科医師の受動的研修（講演受講，論文情報取得）から大学病院等との病診連携等の参加型研修，さらに研修歯科医師に対する指導等を含めた行動基盤型研修制度の整備が求められる．今後の歯科専門医制度の充実には，①歯科専門医資格の拡大，②研修施設の増加，③準研修施設との密接連携等が必須であり，主たる研修施設としての大学および附属病院の役割はきわめて重要であると考えられる．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

参考資料

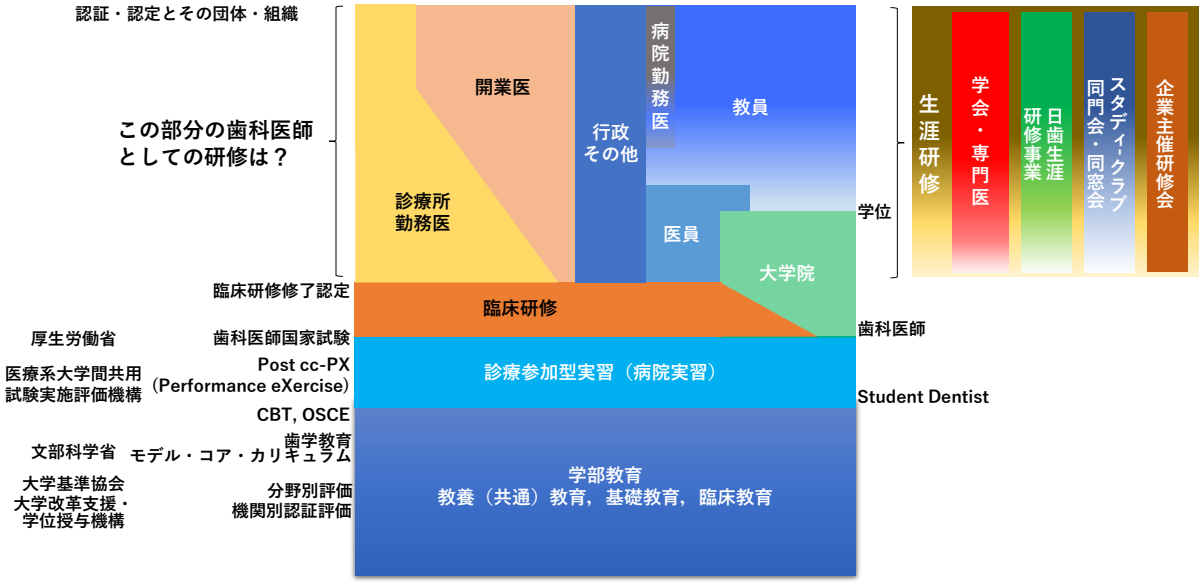
１） 橋本信也．医師の生涯教育の現状と今後の課題．医学教育 2007;39: 29-35. 2）歯科医師の教育研修制度 www.jda.or.jp > dental_data > pdf >　（令和４年３月２４日参照）

［5］歯科専門医制度を視野に入れた歯科医師の生涯研修のあり方(総括)

委員　市川　哲雄
(徳島大学大学院医歯薬学研究部教授)

1. はじめに

歯科専門医制度は突き詰めれば，日本歯科専門医機構の定款にあるように，「歯科専門医の質を担保し，さらなる向上を図り，もって良質かつ適切な歯科医療を提供すること」を目的とするものである．歯科医師の教育・研修の流れを図に示すが，歯科専門医制度は生涯研修制度の一つと捉えるのが一番分かりやすいと考える．それぞれの教育・研修，キャリアの段階での現状と問題点については，本章の４つの論文に詳細に書かれている．本稿では，卒前教育，卒後研修，地域開業医，大学の４つの立場からの論文を受けて，歯科専門医の生涯研修としての制度設計の課題と展望についてまとめる．



2. 歯科専門医を取巻く状況　―医科との比較

歯科専門医制度を歯科医師の生涯研修としての制度設計する場合には，卒前教育からの各キャリアステージ間の連携が重要である．

卒前教育，卒後臨床研修については，歯科は医科と同様秋山論文にあるように，厚生労働省，文部科学省，日本歯科医学教育学会などが関わる歯学教育モデル・コア・カリキュラム，歯科医師国家試験出題基準，歯科医師臨床研修制度の策定を通じて連携されている．しかしながらその後の歯科医師としての研修は，大学，学会，日本歯科医師会生涯研修，あるいは歯科独特なスタディクラブへの所属，同門会，同窓会での研修会，企業主催研修会の参加などで行われているが，連携されておらず，個人に全く任されている．一方，医科では専門医を取得するために，卒後研修後に専攻医になるのは医学部卒業生の 90%以上を占める．さらには，内科系や外科系ではサブスペシャルティ領域の専門医を希望しているものが多いという．つまり，専門医制度はⅣ－６「歯科専門医の質の担保と専門医取得更新のための研修の場の提供」でも述べたとおり，医科では当たり前のキャリアパスになっている．

歯科医師の多くは診療所勤務を基盤とし，それも一人の歯科医師の開業医が多いことから，今のような研修実態になったと考えられる．その生涯研修を促し，良質かつ適切な歯科医療を提供するためには，その

研修実態を見える化し，また日進月歩する歯科医療に必要な知識と技能研修ができる仕組み作りが必要であることはいうまでもない．

3．具体的な方策

これまで説明してきたような歯科の状況を踏まえ，4 つの論文を元にその具体的方策は以下の 3 つに集約できると考える．

①大学，中核病院を基盤とした歯科専門医制度の拡充

歯科専門医制度について，大学での教育，研修カリキュラムで十分に周知，導入されていない現状を踏まえ，これを教育機関として整備していくことが重要である．機構における 10 領域の認定が終了すれば，大学の講座・分野，大学病院における基本診療科の専門性の多くをカバーできる．これを契機に各学会を含め歯学界全体の問題として捉え，プログラム制としての歯科専門医制度を段階的に整備していくべきである．ただし，そこには経費の問題があり，行政に働きかけていくことも必須である．

②地域開業医での生涯研修を促し，国民にその研修を見える形にし，良質かつ適切な歯科医療を提供につなげること

日本歯科医師会生涯研修については非常に整えられているものの，それが生涯研修として質が担保されていることを見える化し，歯科専門医制度の中でどのように活用していくかが今後の課題である．機構の共通研修認定には，日本歯科医師会および都道府県歯科医師会の研修事業を含めることが明記されている．日本補綴歯科学会には，移行措置とはいいながらその専門医―認定医制度の中で日本歯科医師会生涯研修制度を組み込んでおり，参考とすべきと考える．あるいは日本歯科医師会が進める地域包括ケアシステムの中で機能するかかりつけ歯科医，ゲートキーパー的な歯科医師の質の保証については，日本歯科医師会自体が被認定団体として機能させていくことも視野に入れているようである．しかし，日本歯科医師会の設立経緯や日本医師会との立ち位置の相同性から見ると，関係学会や日本歯科医学会連合との連携を図ることでこれを達成する方が好ましいかもしれない．

研修の見える化に重要なことに，以上のようなソフトの問題と同時に研修場所の確保というハードの問題も忘れてはならない．これはⅣ－6．歯科専門医の質の担保と専門医取得更新のための研修の場の提供で述べたところである．

③専門医制度を含めた歯科医師の生涯研修制度と歯科医療体制の構築

医科の専門医制度は医療提供体制と深く関わっている．つまり，地域・診療科偏在を悪化させないような仕組みを専門医制度は担っている．医師法の一部が改正され，このうち，「医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は，医師の研修に関する計画を定め又は変更しようとするときは，あらかじめ，厚生労働大臣の意見を聴かなければならない」等の規定がされている．つまり，専門医の仕組みは，プロフェッショナルオートノミーを基盤として設計させるべきであるという基本的な考え方を前提としながら，その配置には行政，医療提供体制と深く紐付けられている．

一方，歯科においては不十分と考えられ，参考人聴取でも「歯科の見取り図（制度設計）が国民に示されていない，理解されていないのでは」という意見が出された．プロフェッショナルオートノミーからいえば，歯科医療の質の担保，向上，歯科医療体制の見取り図，つまりと現状と将来設計を国民，行政に理解してもらうことが重要であると考える．日本歯科専門医機構には，日本歯科医学会連合，日本歯科医師会も社員学会として連ねており，また歯科専門医と直接的に関係ない日本歯科医学教育学会も属していることは意義深い．しかし，歯科医師の生涯研修，歯科医療体制という観点からは，歯科大学学長・歯学部長会議，日本歯科医学会連合，日本歯科医師会等のより大きな枠組みで連絡会などを通して議論を深め，国民，行政

に働きかけていくことが重要であろう．

４．おわりに

歯科専門医制度と研修施設の構築を視野に入れた歯科医師の生涯研修の制度設計を，歯科医療提供体制として捉え，歯学界をあげて構築し，実現を目指すことで，最終的に良質な歯科医師養成を促し，適切な歯科医療を提供できるものと考える．

利益相反開示

本稿に関連して，開示すべき利益相反はない．

資料1

日本歯科専門医機構社員に対するにアンケート調査の結果

調査方法

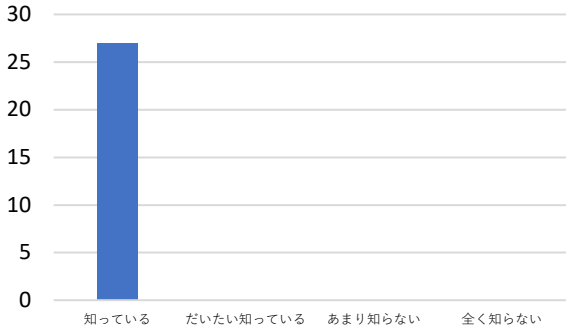
　令和3年12月に日本歯科専門医機構社員学会，団体に下記のA,Bの事項についてのアンケート用紙を電子メールで送付し，1月15日を締め切りとして返送を依頼した.

A）専門医制度と日本歯科専門医機構について

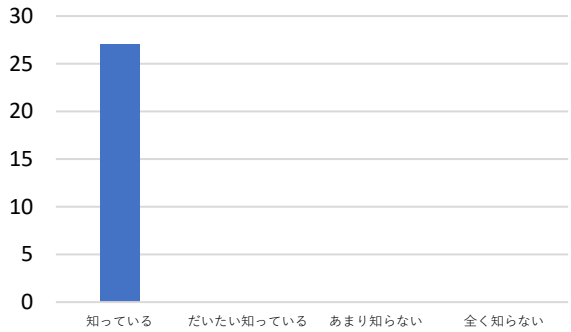
B）貴学会における地域開業医・勤務医に対する取り組みについて

日本歯科専門医機構社員数28　回答数27

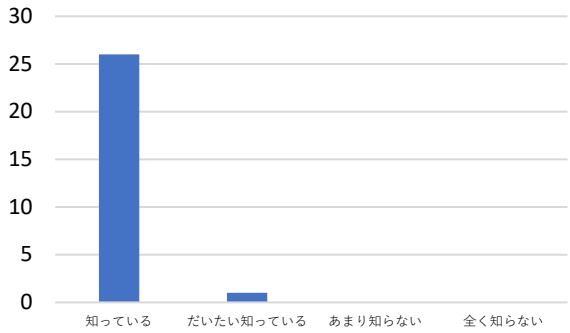
A1. 歯科専門医制度と日本歯科専門医機構についてご存じですか



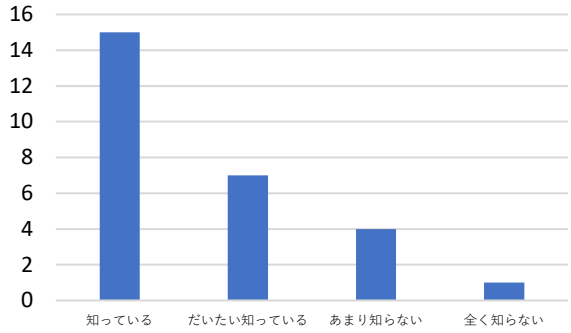
A2. 広告可能な歯科専門医のための条件に，日本歯科専門医機構の認定が必要であることをご存じですか



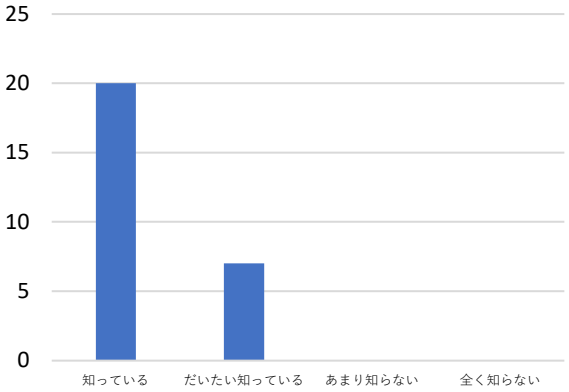
A3. 日本歯科専門医機構が定める基本10領域をご存じですか



A4. 医科の専門医制度，専攻医についてご存じですか



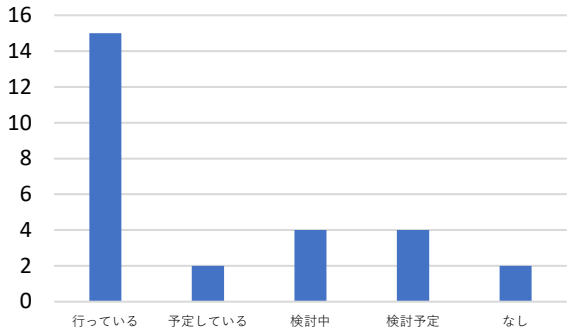
A5. 専門医制度について，現在，医科においてはプログラム制度，歯科においてカリキュラム制度が主体であることをご存じですか



10領域以外に必要な歯科専門領域があれば，記述ください．

社員団体名	記載事項
日本歯科医師会	回答なし
日本歯科麻酔学会	回答なし
日本顎関節学会	顎関節症
日本レーザー歯学会	レーザー歯科治療専門医
日本歯内療法学会	専門性の高さから言って歯内療法領域の専門医は絶対に必要．
日本障害者歯科学会	サブスペシャルティとして老年歯科専門医，障害者歯科専門医
日本口腔インプラント学会	回答なし
日本有病者歯科医療学会	社会構造に伴い変化する疾病構造に対応すべく全身的背景を考慮した包括的歯科診療である有病者歯科
日本口腔外科学会	回答なし
日本補綴歯科学会	回答なし
日本歯科放射線学会	回答なし
日本顎顔面インプラント学会	口腔ケア専門医
日本歯科医療管理学会	回答なし
日本小児歯科学会	回答なし
日本口腔腫瘍学会	がんは全身病，口腔外科専門医はがん診療の経験がなくても取得可能．国民が口腔がんはどこで診てもらったらいいのかわからないと機構のWSの際にも患者団体から指摘と同意あり，口腔がん専門医が必要
日本歯科医学教育学会	総合歯科専門医
日本歯科保存学会	回答なし
日本口腔診断学会	回答なし
日本歯周病学会	回答なし
日本歯科審美学会	回答なし
日本顎咬合学会	とくになし
日本老年歯科医学会	回答なし
日本接着歯学会	とくになし
日本臨床歯周病学会	とくになし
日本口腔衛生学	歯科公衆衛生専門医
日本歯科薬物療法学会	総合歯科専門医
日本矯正歯科学会	とくになし

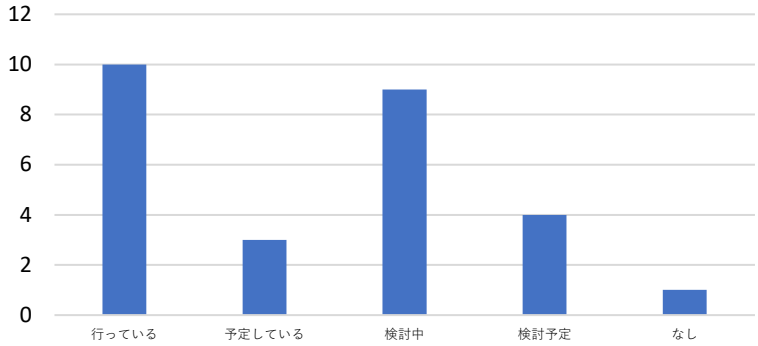
B1. 貴学会において，地域開業医・勤務医に対して開かれた生涯研修プログラムを提供されていますか



社員団体名	記載事項
日本歯科医師会	日本歯科医師会生涯研修制度
日本歯科麻酔学会	学術集会，地方会等において機構認定共通研修，それに準じた講演会などの企画・提供
日本顎関節学会	研修施設以外に関連研修施設や研修補助施設を設け，専門研修の門戸を拡げている
日本レーザー歯学会	HPリニューアルに伴い動画コンテンツを組み込み，生涯研修プログラムを作成する予定
日本歯内療法学会	専門医申請に必要なカリキュラムでプログラムされ，会員全てが受講可能．歯内療法領域全体を網羅している生涯研修に相応しいプログラム．専門医申請には7年の重複しない指定カリキュラムを受講しなければならないが生涯研修としても会員に開かれている．
日本障害者歯科学会	学会会員に対しては，認定医セミナーを年に2回実施，専門医基本セミナー（院内感染，医療安全，医療倫理）を年に1回開催．非学会会員に対しては，県単位で障害者歯科推進のための出前講座を開催．
日本口腔インプラント学会	学会認定の専門医制度を構築した際に，当初より大学所属以外の地域開業医・勤務医に対して専門医資格を得るための研修を提供することを目的として，所定の施設基準を満たした臨床系研修施設を学会が認定する制度を構築している．臨床系研修施設においては，学会が定めた研修カリキュラムに従った認定講習会，症例検討会，専修医・専門医申請時に提出する症例の個別指導等を実施することにより，地域開業医・勤務医に対して専門医研修の機会を幅広く提供する取り組みを行ってきている．
日本有病者歯科医療学会	都道府県歯科医師会との共催で知識（講義）とスキル（実習）の両面を合体させたセミナー（スキルアップセミナー）を展開．

社員団体名	記載事項
日本口腔外科学会	毎年，各支部の学術集会，併催の歯科臨床医リフレッシュセミナー，さらには，日本口腔外科学会教育研修会口腔四学会合同研修会を実施しているが，これらについては会員・非会員を対象としている．
日本補綴歯科学会	生涯学習公開セミナーを地域歯科医師会等等の連携で実施
日本歯科放射線学会	パノラマエックス線画像に関する講習と准認定医に対する講習
日本顎顔面インプラント学会	指導医・専門医・研修施設を頂点とした地域包括専門医療ネットワークの構築と生涯研修プログラムの実施
日本歯科医療管理学会	医療管理，感染管理，医療経済等本学会の特徴を生かした生涯研修プランを作成したいと考えている．
日本小児歯科学会	回答なし
日本口腔腫瘍学会	回答なし
日本歯科医学教育学会	回答なし
日本歯科保存学会	学術大会における研修会等で提供し，さらなる拡充を目指し検討中
日本口腔診断学会	回答なし
日本歯周病学会	学術大会時プログラムにオンデマンド方式の共通研修を組み込み，研修の場を提供．
日本歯科審美学会	回答なし
日本顎咬合学会	学会が認定する認定医教育研修
日本老年歯科医学会	回答なし
日本接着歯学会	2021年度は第24回日本歯科医学会学術大会において日歯生涯研修事業の研修単位取得対象である日本接着歯学会企画プログラムを提供．
日本臨床歯周病学会	全国にある支部を通じて広く地域開業医に提供できるよう検討中．
日本口腔衛生学	地域口腔保健人材の育成に向けて，平成30年度から本学会非会員の開業医（歯科医師会会員）等も対象とした研修会を開催．令和3度から新たに立ち上げた地域口腔保健実践者認定制度では，広く歯科医師会等を通じて参加を呼びかけ，本学会非会員も対象とした地域口腔保健実践者研修会を開催し，多くの開業医（非会員を含む）の参加を得ている．今後，上記で述べた研修会の活動を通じて，地域開業医・勤務医の参画も考慮しながら，更なる研修の体系化，研修内容の充実を図っていく．
日本歯科薬物療法学会	回答なし
日本矯正歯科学会	年次学術大会における生涯研修セミナーの提供．ただし，これはに日本矯矯正歯科学会認定医・指導医・臨床指導（旧専門医）向けけである．

B2. 貴学会において，地域開業医・勤務医に対して歯科専門医制度を踏まえた何らかの取り組みをされていますか



社員団体名	記載事項
日本歯科医師会	総合歯科的な専門医について，日本歯科専門医機構と協議中.
日本歯科麻酔学会	指導・研修施設における専門医取得に向けた研修カリキュラムの運用（現在は指導・研修施設等専従歯科医師に向けたカリキュラム
日本顎関節学会	認定医制度を設け，専門医の前段階としての認定医の認定を行っている．研修施設以外に関連研修施設や研修補助施設を設け，専門研修の門戸を拡大.
日本レーザー歯学会	レーザー治療における安全対策
日本歯内療法学会	従来より厚労省の認定する専門医（広告，並びに標榜可能な専門医）を目指して制度を整え実施している．専門医申請には7年の重複しない指定カリキュラムを受講しなければならないが，生涯研修としても会員に開かれている.
日本障害者歯科学会	地域医療推進委員会にて障害者歯科講座の実施，地域医療における課題抽出，指導医育成に向けての課題抽出中.
日本口腔インプラント学会	学会認定の専門医制度を構築した際に，当初より大学所属以外の地域開業医・勤務医に対して専門医資格を得るための研修を提供することを目的として，所定の施設基準を満たした臨床系研修施設を学会が認定する制度を構築．臨床系研修施設においては，学会が定めた研修カリキュラムに従った認定講習会，症例検討会，専修医・専門医申請時に提出する症例の個別指導等を実施することにより，地域開業医・勤務医に対して専門医研修の機会を幅広く提供.
日本有病者歯科医療学会	毎年の教育研修会・教育研修セミナーの実施，診療ガイドラインの作成（抗血栓療法の抜歯，訪問歯科診療全身評価マニュアルなど）

社員団体名	記載事項
日本口腔外科学会	毎年，各支部の学術集会，それと併催の歯科臨床医リフレッシュセミナー，日本口腔外科学会教育研修会口腔四学会合同研修会を実施，これらについては歯科専門共通研修の認定を目指している．
日本補綴歯科学会	専門医研修機関を（甲：大学病院，乙：開業歯科医院等）を定めている．
日本歯科放射線学会	回答なし
日本顎顔面インプラント学会	指導医・専門医・研修施設を頂点とした地域包括専門医療ネットワークの構築
日本歯科医療管理学会	全国8地区の地方会を年一回開催し，地域の開業医，勤務医等に参加してもらっている．また，希望者には，認定医研修会の受講も可能としている．
日本小児歯科学会	小児歯科研修を希望する一般開業医や勤務医のための認定医制度の構築
日本口腔腫瘍学会	回答なし
日本歯科医学教育学会	回答なし
日本歯科保存学会	研修施設外の会員に対して専門医申請が可能になる手段を検討中
日本口腔診断学会	回答なし
日本歯周病学会	専門医制度規則を改正し，専門医取得にあたって貴機構の共通研修受講を義務化．専門医新規取得時にも共通研修受講を推奨．
日本歯科審美学会	回答なし
日本顎咬合学会	機構認証専門医制度の確立に関する諸規定・施設準備 専門医になるための研修プログラム作成・評価シート作成 上記に関する会員への周知のための講演・講習会・ワークショップの企画
日本老年歯科医学会	回答なし
日本接着歯学会	2021年度は本会専門医及び専門医を志す会員を含む地域開業医・勤務医が参加可能な認定研修会を2回実施．2022年度は学術大会において専門医制度説明会を開催予定．
日本臨床歯周病学会	本学会は全国に支部を持ち会員の９割が開業医で構成されている．その会員に対して，すでに歯周病およびインプラントに対して認定医制度を持っている．特に歯周病に関しては日本歯周病学会と提携をし，本会認定医から日本歯周病学会歯周病専門医への道が開かれている．
日本口腔衛生学	令和3度から新たに専門医制度（歯科公衆衛生専門医）を立ち上げ，これに合わせて，学会全体の研修を統括する研修委員会を設置した．今後，本会の認定制度（地域口腔保健実践者，認定歯科衛生士，認定医，専門医，指導医）の各育成研修プログラムを総合的に企画・運営するなかで，地域開業医・勤務医の参画も意識した研修の充実を図っていきたい．
日本歯科薬物療法学会	本学会の認定医制度に関わる講習会やセミナーなどの実施
日本矯正歯科学会	回答なし

その他日本歯科専門医機構への意見

- 単科である歯科において基本領域をさらに増やすかについて充分な議論が必要
- 歯科医療では咬合・顎運動が重要であり，それと深く関連した分野として顎関節がある．歯科専門医の分野として顎関節を含むことは必須であり，是非顎関節を専門医制度に組み入れて頂きたい．
- 連携学会のあり方をお示しいただき，機構に認定されないが専門性の高い学会も会員数が減少して，つぶれてしまわないような対策が必要．
- 患者の受診し易さも重要な要素で，地域開業医に専門医を置かないのは「広く国民のために」とは程遠い感じがする．また，国民が容易にアクセスでき，イメージのし易さも必要と考える．歯が痛い時にどこにアクセスすれば本当の専門医につながるかの道づくりを十分に検討が必要
- 患者にわかりやすい歯科専門医
- 明確なキャリアパスが示されていないので，専門医の育成を機構がどのように展開していくのかがわかりにくい．
- カリキュラム制はプログラム制より柔軟な研修システムなはずだが，機構が求めるのは限りなくプログラム制に近いように感じる．
- 歯科特有の単語に対して国民が理解できないからと別の表現への変更を試みるよりもそれ自体を国民に理解してもらうよう努力することが重要と考える．
- 我々の学会は貴機構が定める基本10領域とは趣きが異なり，どちらかと言えば，社会歯科学系であるが，専門医制度自体が，社会的存在であり，その中に医療管理学が参画する必要性は高いと考える．これから構築される専門医制度では，広範囲な専門的知識と技能・態度を有することが求められる．本学会は，領域横断的に本制度に関わることができればと考える．
- 歯科医師の中で専門性が極めて高いのはすでに認証されている5領域のみと思われる．専門医の位置づけとしてある程度のレベルの担保なのか，誰もが悩む難症例を解決できるスーパーマンなのか，おそらく国民は後者をイメージするのではないかと思います．これらの位置づけを機構として国民にPRしていただければと思います．口腔がん専門医は後者のとらえられ方になると思います．口腔外科専門医は認定要件にがん診療の経験は必須ではなく，実際に全く経験のない先生も多数取得されています．口腔がん専門医の認定要件に口腔外科専門医を必須とするためsubspecialityの扱いになるかとは思いますが，先の機構主催のWSでも患者団体代表からも「口腔がんはどこで診てもらったらいいのかわからない」といった要望に応えるためにも口腔がん専門医についてご高配いただければ幸いです．
- 本学会は歯科医学ならびに関連領域の教育向上，充実及び発展に寄与することを目的としており，広い視野に立って歯科医学教育全般を検討し，教育内容，教育方法あるいは教育効果の評価などについて歯科医学担当者が相互に情報を交換し，研究し，討議している．したがって，本学会が機構の会員となっている目的は，各専門医の認証に係わる各学会研修プログラム・カリキュラム構築の援助およびシステム検証を担うことにあると考えている．すなわち，コアカリキュラムから研修歯科医までのシームレスな一貫性のある教育システムの先にある専門医への中継教育システムに関与することである．
- 共通研修の申請～認定の処理速度を速めてほしい．現行は開催３か月前とのことだが，開催直前に審査結果を通知されると，会員への告知に労力を要する上，オンライン上で発行する受講証明書の修正が間に合わないので，開催１か月前までに審査結果提示をお願いしたい
- 貴機構ホームページに2021年度分承認の共通研修が掲載されているが，前年度分の記載がない．これから専門医更新される方が自身の過年度分受講歴を確認する術がないので，記載を検討願いたい．すでに運用審査を終えた専門医への認定証発行時期の目途を明示頂きたい．
- 本学会は歯科薬物療法ならびに関連領域の知識の普及・向上，及び発展に寄与することを目的としており，他領域にまたがる学際的な活動を行っている．特に近年では，薬剤耐性に対する抗菌薬の適正使用，感染予防対策などに重点を置き，研修プログラム・カリキュラムの構築を充実させている．そのような活動の中で，ある専門領域に特化した専門医ではなく，一般歯科診療医が適正な歯科薬物療法を知識の習得と実践のために，貴機構には発足以来，総合歯科専門医の必要性と参画をお願いしてきた．

資料2　歯科大学・歯学部に対するアンケート調査の結果

調査方法

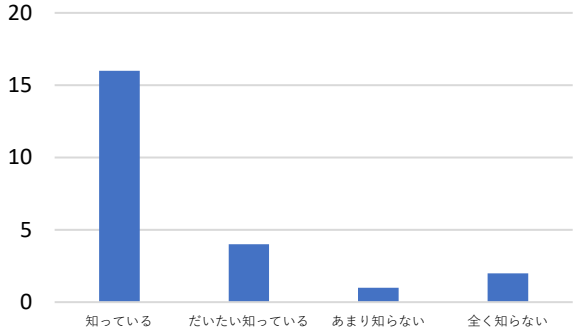
令和3年12月に各歯科大学・歯学部に下記のA,Bの事項についてのアンケート用紙を送付し，1月15日を締め切りとして返送を依頼した.

A）歯科専門医制度と日本歯科専門医機構について

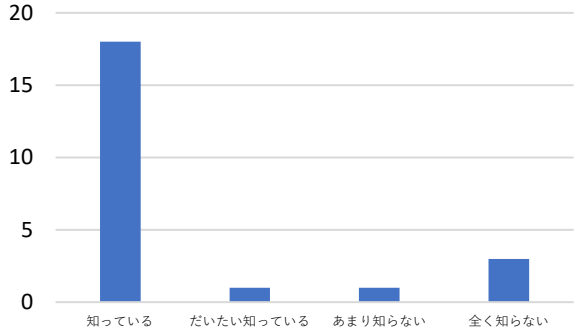
B）貴大学・貴附属病院の卒前教育，臨床研修，卒後教育，生涯研修における歯科専門医制度への取り組みについて

歯科大学・歯学部送付数29　回答数23

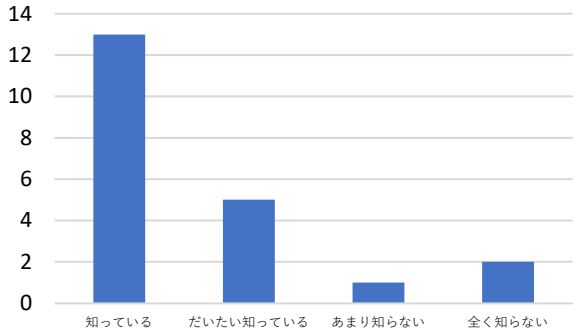
A1. 歯科専門医制度と日本歯科専門医機構についてご存じですか



A2. 広告可能な歯科専門医のための条件に，日本歯科専門医機構の認定が必要であることをご存じですか



A3. 日本歯科専門医機構が定める基本10領域をご存じですか

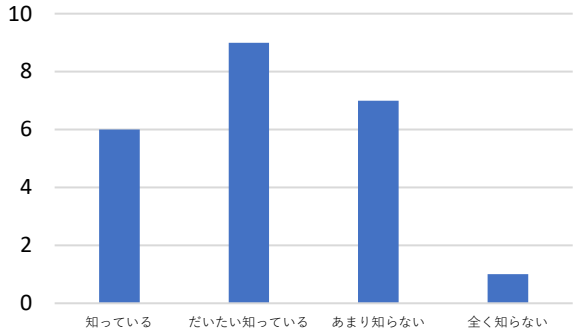


未記入…2

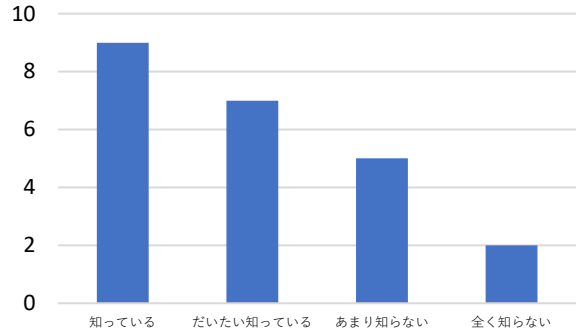
A4. 10領域以外に必要な歯科専門領域があれば，記述ください．

- 障害歯科，老年歯科（高齢者歯科），有病者歯科を一つにすることは無理があるように思う．
- 10でも多い
- 口腔内科など，他大学で診療科として名前を挙げている領域はできるだけ含めてほしい．

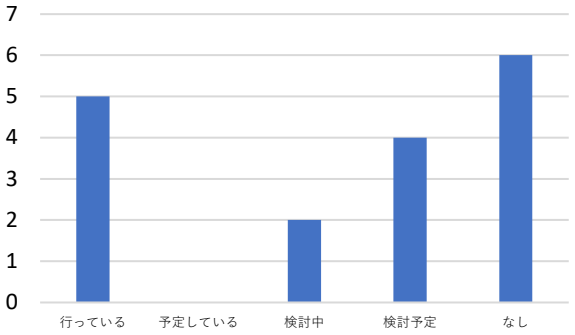
A5. 医科の専門医制度，専攻医についてご存じですか



A6. 専門医制度について，現在，医科においてはプログラム制度，歯科においてカリキュラム制度が主体であることをご存じですか



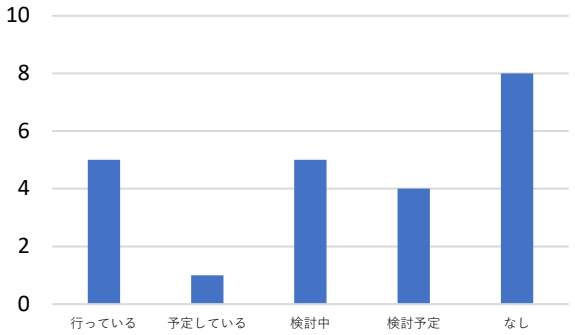
B1.貴大学の卒後教育の中で，歯科専門医制度について学生に何らかの情報提供を行っておりますか



- 講義，実習の中で概略を説明している
- 低学年では講義中，第6学年にはマッチング開始前に説明を行っている
- 4年次の医療管理学，1年次のプロフェション等
- 各講座への入局説明会，研修期間中でのアナウンス
- 特殊性のある専門歯科に関する授業において歯科専門医の概要に関して情報提供している
- キャリアパス説明会を開催している

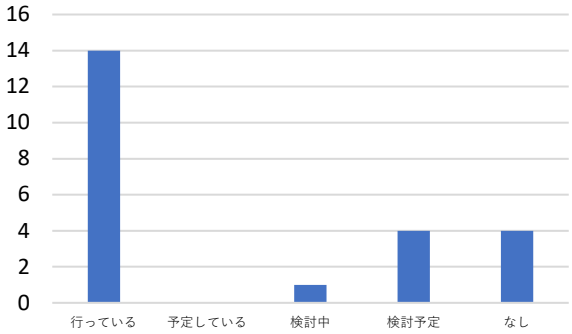
- 5年生の臨床実習開始時のガイダンスにおいて専門医の概要を説明しており，また臨床実習の後半においては，基礎から臨床までの各講座において専門分野の説明を行う時間をも設けている．そこで臨床や内容説明を行い，臨床系の講座においては取得可能な専門医について説明を行っている．
- 正規の科目としては対応していないが，個々の学生に対するキャリアパス支援の中で情報提供している
- 研修医のプログラム説明時に，専門医取得を目指したプログラムコースについて説明を行っている．
- 歯学科6年次生の学生に対して，臨床研修歯科医に対して行っている診療分野の紹介コンテンツを閲覧できるようにしている．

B2.貴大学の卒前教育の中で，歯科専門医制度を踏まえて何らかの取り組みを行っておりますか



- 電子ポートフォリオシステムを専門医制度も見すえて作成，改修している．
- 卒後の進路説明を行う際に行っている．
- 専門医の説明を踏まえて臨床実習の現場で取得のための基礎知識と技術の研鑽法をしてもらい，また見学と補助並びに可能な部分の実施体験により各専門医への興味を持ってもらえるよう指導を依頼している．
- 歯科医師のキャリアプランの一つとして歯科専門医の取得をめざす学生に対して具体的な取得までの研修を提案する
- プロフェッショナリズム教育の一環で，将来のキャリアパスを考える際の参考になるように，毎年様々な専門分野の歯科医師の話を聴く機会を設けており，一部ではあるが歯科専門医制度についても紹介する内容になっている．
- 研修医を対象に本学大学院の説明を行っており，その中で専門医制度について情報を提供している．

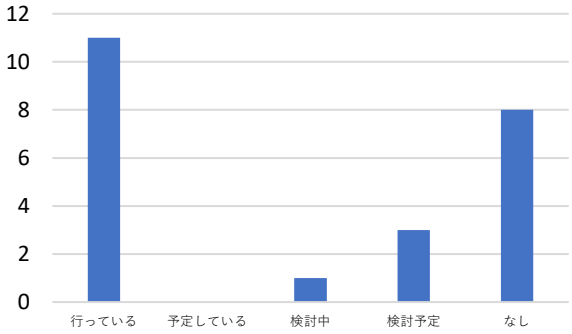
B3. 貴附属病院の臨床研修の中で，歯科専門医制度について研修歯科医に何らかの情報提供を行っておりますか



- 大学院進学に関する説明会等で情報を提供している（各科担当で）
- 大学院進学などによって専門医取得のキャリアパスが構築できることを説明している．
- オリエンテーション時に歯科専門医制度について講義をおこなっている．
- 研修期間中での説明会
- 研修修了前に附属病院におけるキャリアパスの説明と同時に歯科専門医制度について説明している．
- 臨床研修終了後の進路として本病院独自の専門研修コースの情報提供している

- 研修歯科医に対し，各専門診療部から情報提供している．
- 全員を対象としたセミナーの中で情報を提供している．
- 毎年6月頃にキャリアパス説明会を開催し，専門医制度の説明と各臨床系分野による専門医について説明している．
- 毎年行っている研修医に向けた大学院説明会の中で，2020年度より専門医制度の情報を盛り込んでいる．
- 進路説明会等で各診療科からキャリアパスを含め専門医取得制度について説明を行っている．
- 歯科専門医制度を持つ診療分野の紹介ビデオに専門医制度の研修プログラムを入れている
- 各分野の入局説明会のときに説明している分野もある．

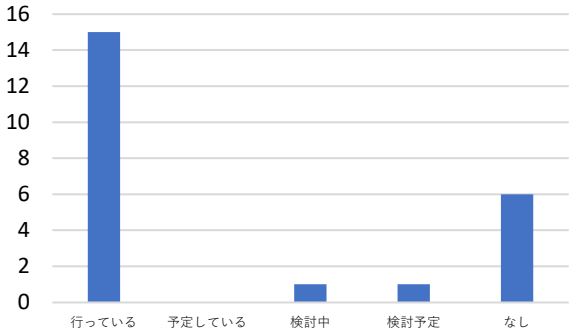
B4. 貴附属病院の臨床研修の中で，歯科専門医制度を踏まえて何らかの取り組みを行っておりますか



- 臨床研修で用いているプロトコールは専門医申請につながるように工夫している．
- レジデント，専門研修医等
- 複数の学会の研修施設として認定されており，希望者には，修練医の取得等を指導している．
- 各学会への入会，実際の診療
- 臨床研修医に附属病院におけるキャリアパスを示すとともに各講座へ歯科専門医制度に則った後進の育成を附属病院全体として従している．

- 臨床研修におけるアドバンスコースの設置（口腔外科，小児歯科，歯科麻酔，訪問歯科，歯科放射線等）．専門医取得を具体的に進めるために，学会入会に関する情報提供．
- 専門医取得を希望する者に対して，必要な臨床指導等を実施している．
- 通年大学病院で研修するプログラムは全ての専門診療科での研修を行い，大学病院と研修協力型施設とで研修を受けるプログラムは保存系，補綴系診療科を除く全ての診療科での研修を行い，各診療科で高度専門性を有する治療を一部経験できるようにしている．
- 専門医制度を踏まえた卒後研修制度の見直しを行っており，2022年度より開始を目指している．
- 専門医の取得を希望している場合，症例配当を行い，症例検討会・報告会も実施している．
- 専門診療科の研修を選択制で取り入れており，最大3か月の専門診療科研修の選択を可能としている．

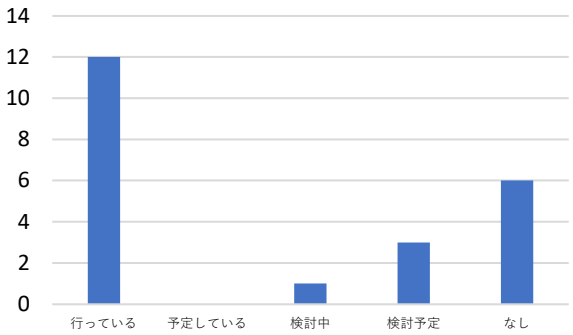
B5. 貴附属病院の臨床研修終了後の卒後研修の中で，何らかの情報提供を行っておりますか



- 臨床研修終了後，大部分は大学院に進学する．各教室担当で情報提供を行っている．
- 初期研修の中で，既存の専門医制度について情報提供をおこなっている．
- 講座単位で実施している．
- 各学会への入会，実際の診療
- 附属病院在籍時のキャリアパスを示すとともに各診療科へ歯科専門医制度に則った後進の育成を附属病院全体として促している．
- 本病院の各学会の専門研修コースにて情報提供している．

- 研修後に在籍する各専門診療部において状況提供している．
- 専門診療科に所属する形態で後期臨床研修を行っているため，全体としては実施していないが，各専門診療科で専門医に関する説明が詳細になされている．
- 各診療科にて個別に行っている．
- 修練歯科医師や大学院生に対して各診療科からキャリアパスを含め専門医取得制度について説明を行っている．
- 進学した各診療科でおこなっている．
- 歯科専門医制度を持つ診療分野の紹介ビデオに専門医制度の研修プログラムをいれている．

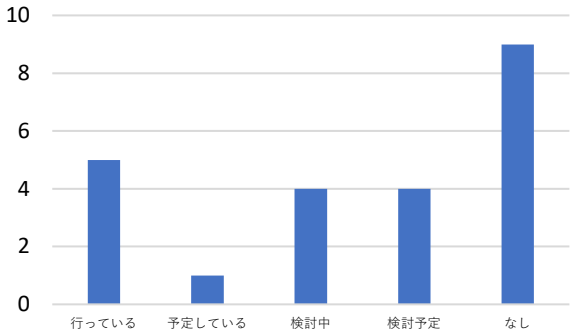
B6. 貴附属病院の臨床研修終了後の卒後研修の中で，歯科専門医制度を踏まえて何らかの取り組みを行っておりますか



- 各教室単位で専門医取得にむけて研究と並行して対応している．
- 大学院のプログラムとして将来的に認定医専門医取得を目指したコースを設定している．
- 講座単位で実施している．
- 各学会への入会，症例の講義
- 附属病院在籍時のキャリアパスを示すとともに各診療科へ歯科専門医制度に則った後進の育成を附属病院全体として促している．

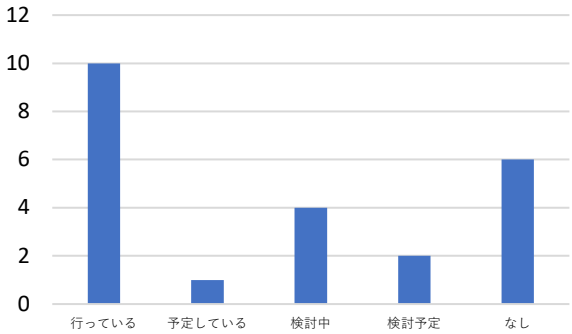
- 本病院独自の専門医取得のための専門研修を設置している．
- 専門医取得のための症例を有する患者を配当し，指導医の下で診療を行うことができる環境を整えている．
- 所属している診療科ごとに，必要な臨床指導等を実施している．
- 全体としては実施していないが，所属する専門診療科における専門医取得のためのプログラムに沿った研修を行っている．
- 各診療科にて個別に行っている．
- 修練歯科医師や大学院生に対して専門医取得のための症例配当を行い奨励検討会・報告会も実施している．
- 歯科専門医制度を持つ診療分野の研修では専門医制度に対応したプログラムで研修している．

B7. 貴大学，附属病院において，生涯（リカレント）教育において，歯科専門医制度を踏まえて生涯プログラムの取り組みを行っておりますか



- 専門医を含め生涯キャリア構築に合わせたコースを設定し内容の充実をはかる．
- 講座単位で実施している．
- 各講座のブラシュアップの中，病院でまとめている状態．
- 臨床専攻生として行っている．
- 所属している診療科ごとに，必要な情報提供，診療指導等を行っている．
- 開業医や勤務医を対象とした博士課程コースを設定している．

B.8 貴大学，附属病院の生涯（リカレント）教育において，地域開業医に対して生涯プログラムの取り組みを行っておりますか



- 各診療毎にデジタルデータをまとめ，臨床教育の充実（開業医Step up）を図る準備をしている．
- 臨床研修で行っている地域医療・病院歯科・専門医に関するプログラムをリカレント教育として発展させる．
- 診療科単位で実施している．
- 各講座でブラシュアップ中．
- 臨床専攻生として行っている．

- 障がい児患者の歯科医療に関するプログラム，訪問歯科診療に関するプログラム
- 同窓会が主催する各種講演会，講習会（実習を含む）において，生涯研修プログラムを提供している．
- 開業医や勤務医を対象とした博士課程コース生の受け入れを行っている．
- 摂食嚥下と全身管理のリカレント教育プログラムを実施している．
- 実際の臨床に役立つ診療技術，材料等のセミナーを行っている．

その他の意見

- Aの設問にある専門医制度とBで問われている専門医制度が同じものを指しているかわかりません．よってAについては記入者の理解としてBについては現行の専門医制度に対する取り組みとして回答します．
- 日本歯科専門医機構から大学歯学部宛てに正式に説明，要望がありましたか？　それはいつ頃ですか？　専門学会を通じての説明はあったのですが．

資料3　参考人に対する意見聴取方法

手続き

・委員長からメールで各委員に本意見聴取方法を連絡・確認（理事長，委員長に一任で）
・事務局から参考人への依頼，受託
・ヒアリング（リモート）の日程調整，1／20 あるいは 1／21
・ヒアリングの準備

参考人への事前資料配付

・日本歯科専門医機構定款
・厚労委託研究報告書（令和元年度，令和 2 年度）
・令和 3 年度厚労委託研究報告書項目立て
・事前に伺いたい項目

意見聴取方法

・事前に伺いたい項目を提示
・リモート会議で発言，質疑応答（一人全部で 15 分程度），リモートが無理な場合には文書で提出

〇歯科医療の向上と歯科医師の資質向上において必要なことは．歯科の専門医制度をどう見るか

【参考人】

・　小畑　真（弁護士・歯科医師）
・　鈴木　洋嗣（文藝春秋社取締役）
　（聴取順）

〇歯科専門医の取得，更新にあたっての要望，とくに実際の研修システムのあり方について

【参考人】

・　鵜飼　伸（三重県開業，全国保険医団体連合会研究部長）
・　冨田　滋（日本歯科医師会理事、山形県歯科医師会会長）
・　長谷　剛志（公立能登総合病院歯科口腔外科部長）
・　土岐　志麻（青森市開業，日本小児歯科学会専門医・指導医，理事）
　（聴取順）

参考人：小畑　真

市川

委員長の市川と申します．よろしくお願いいたします．先生にはまず「歯科医療の向上と歯科医師の資質向上において必要なことは何か，歯科の専門医制度をどう見るか」ということをお伺いしたいと思います．先生には，法律家と歯科医師の立場，そして国民の立場の３つのお立場で，まず５分間ほどご発言をいただけたらと思います．

小畑

ありがとうございます．小畑でございます．よろしくお願いいたします．若干抽象的なのテーマかなとは思いますので，どういう形でお伝えしたらいいのかなっていうとこは正直ありますが，お話させていただきます．

まず，歯科医療の向上と歯科医師の資質向上というところで必要なことはというご質問につきましては，歯科医療を向上させるための環境整備が重要なところかなと思っておりまして，具体的には，やはり，大学教育から研修医，そして実際に歯科医師として年月を重ねていく，それぞれの段階で，もちろん技術的なもの，知識的なものもそうなんですけれども，歯科医師という公的なプロフェッショナルとして，様々な活動をしていく上での心構えも含めて，適切な教育をしっかりしていくというところは一つ主要なポイントだと思っております．

歯科医師の視点から言うと，もちろん，歯科医師として自己研鑽を継続的に行っていくというところは当然ではありますが，私も立場上いろんな歯科医師の先生からご相談を受けたり，歯科に関する裁判などにも多く携わらせていただいておりますが，やはりその中で，治療内容自体を本当に医学的根拠に基づいてやってるのか疑問に感じるケースも，それなりに見受けられます．そのうち，要は周りの先生がやっているからとか，今までこうやってきたからっていう慣習的な部分に引っ張られて，エビデンスに基づく医療という意識が少し抜け落ちてしまっている部分があったりするのが気になっています．その辺は今も各学会で，例えば診療ガイドラインだとかですね，様々な医療文献とか，新たな文献も含めてですけれども，出てきている部分ではございますので，適切な情報を得ながら，継続的な自己研鑽をしっかりしていただくというのが必要なのかなと思います．

あとは，何といってもやはり経験値がすごく重要ですので，そこは頭と手を使う実践の場は極めて重要ですし，技術的な部分もそうなんですけど，やはり歯科医師は，チームで医療提供するとものでもありますので，チーム医療としての視点を持つことが重要であると思います．

また，患者さんに対するコミュニケーション，今いろいろなご相談ケース見ていると，治療内容は問題ない，もしくは，問題ないと先生が思っているけれども，患者さんとのコミュニケーションがうまくいかなくって，すごくこじれてしまってるケースというのもすごく増えてますし，スタッフなど周りの医療従事者とのコミュニケーションがうまくいってなくて，そこで労使トラブルが出てきてしまったりとか，増えてきておりますし，しっかりとしたコミュニケーションが取れないと，やはり適切な医療を提供することができませんので，コミュニケーシ

ョン能力を高めるとともに，適切な医療を提供する上で人間関係も含めた環境整備と意識改革が必要になってくるのかなというふうに思っております．

歯科の専門医制度に関しては，歯科医療の向上と歯科医師の資質向上という部分に，すごく関係するというか，そこを補う立ち位置にあるのかなというふうに思っておりまして，一言で言うと，非常にいい制度なのではないかなと思っております．専門医制度は，大きくは，患者さん側からの側面と歯科医師側の側面と大きく二つあると思うんですけど，歯科医師側からの側面で言うとやはり自己研鑽とかステップアップですね．

それがいつの時点かは別として，学生の時代からかもしれませんけど，自分がどのような歯科医師になりたいか，どういう社会貢献をしたいかというところで，しっかりとした専門医制度があれば，それを自己のステップアップというところで，適切な研鑽をする場があることは歯科医師の道を指し示す役割があると思います．しかも，その専門分野の医療技術を患者さんに提供することができるという意味でもすごくいいと思います．

患者さん側からするとですね，日本歯科専門医機構を作った趣旨のひとつでもあると思うのですけど，もう何ですかね，ちょっと言いにくい話ではありますが，平たく言うと，よくわからない学会のよくわからない認定医制度，ちゃんとしっかりと研鑽をしなくても，ちょっとセミナーとか講義を受ければ取れる認定制度とかですね，そういったものが，世の中たくさんあるわけで，あとはどこかに研修に行きましたみたいな，２，３日しか研修を受けていないのに，一見立派なサーティフィケートを待合室に飾ったり，ホームページに掲載したり，そういうアピールが多い状態だと思います．そうすると患者さんは，証書や資格みないなのがいっぱいあって，なかなかすごい先生なのかなと思うかもしれませんけど，どれが本当にしっかりとした認定医とか専門医とか，そういったものなのかっていうところが，正直わからないと思いますし，本当の意味で専門的な医療を受けられる機会を逃している可能性もあると思うんですよね．

そういう意味では，日本歯科専門医機構で認めた専門医については，広告をしてもいいですよという本当の意味での専門医という位置付けを示すことができるようになりますし，患者さん側としても適切な専門医療を受ける窓口がわかりやすいというところがあるのかなと思います．

私の方からは以上になります．ありがとうございます．

市川

ありがとうございました．何かご質問ありますでしょうか？　専門医制度というのはプロフェッショナルオートノミー，自分で自分自身を律する，研鑽をするという制度ですが，我々のような専門職の領域おいて，こういう形がいいのか，あるいは法律ではありませんが，こうじゃないといけないと，こうしなさいというふうな形にした方がいいのか，これはどちらがいいのでしょうか？　法律家の立場や国や一般の人の立場，それぞれあると思いますが．

小畑

私は前者でいいのではないかなというふうに思います．

市川

ありがとうございました．

馬場

補綴の馬場といいます．よろしくお願いします．非常にダイレクトなご意見で，あの専門医のあり方として，歯科医師にとっては研鑽を積む良い機会になるし，患者にとっては受診の参考になるという意見で，その中でよくわからない，どんなバックランドがあるのかわからないような認定だとかそういうものがちょっと今氾濫してるっていう，非常に厳しいお話を伺いまして，それ重要な点だと思うんですね．専門医機構が生まれた理由だと思うんですが，これ先生あの弁護士やられていて，係争等に当たられたときに，そういったことが取り合いになったような案件っていうのは，今，現実には起こっていますか．

小畑

そういったというのは．

馬場

変な話ですけれども，ここは本当に専門的に，この歯医者に行けば，この領域については，高いレベルの治療を受けると思っていたようなことが，実は現実的にはそうではなかったというようなことが，

小畑

そうですね．実際はあります．もちろん，今，日本歯科専門機構さんで認めている５団体についても，専門医だからといって結構トラブルになってるケースがありますので，一概には言えないんですけれども，ただこういう肩書きだったからとか，これが得意だとうたっていたから受診したのに全然違う，思っていた治療と違ったとか，口腔内がおかしくなったとか，具合悪くなったとかいうご主張は結構あります．

ただ，よくわかんない認定医だからけしからんとか，そちらが争点になることはないですね．

市川

ほかにございませんか．はい，どうぞ．

一戸

東京歯科大学の一戸です．いつもお世話になっています．先日もありがとうございました．小畑先生は弁護士になられる前に日之出歯科で研鑽を積まれたという背景がおありなので，その点を踏まえてご質問させていただきます．今この専門医機構では，既に認められている広告可能な専門医である口腔外科，歯周病，歯科麻酔，小児歯科，歯科放射線以外に，新たな専門医ということで，保存，補綴，インプラント，矯正，そして仮称の総合歯科という専門医を検討しようということで議論を続けています．先生の日の出歯科の背景を踏まえたとき，歯科の専門性として，今後，こういう領域はぜひ専門的なトレーニングをし，さらに地域医療の中で，あるいは大学病院などでもいいんですけども，そういうところで歯科医師が活躍できるような新しい専門性について，先生のお立場からサジェッションをいただけるとありがたいんですが．

小畑

ありがとうございます．日之出歯科，私，一般臨床 10 年ぐらいやらせていただいて，一般診療から，それこそ全身管理まで，ほぼ全ての治療はさせていただいてはいるんですけれども，そうですね今一戸先生が言われていた話の中でいくと，総合歯科専門医は，ある意味，定義付けも難しいところではあると思いますし，専門医としてのレベルをどこまで持っていくのかっていうところと，あとは，どのようにまとめるのかというところが重要なポイントかなとは思っています．特に超高齢社会というところで，そういう専門というか，ハブになるような先生だったりとか，ゲートキーパー的な役割が，本来であれば一番いいのかなとは思うのですけど，現実的にはちょっと難しいかもしれませんが，やっぱり大前提として，歯科医療全体のことがわかった上で，専門的なところをやっていくというところはすごく重要なのかなと思います．今の現状でいって，高齢社会の中で，治療中心から治療・管理・連携型に向けた，そういったところから言うと，やはり高齢社会にフォーカスした立場の専門医は必要なのかなと思います．

あと先生のご質問とは少しずれるんですけど，やはり保存専門医はちょっと違和感ありまして，もちろんこれまでたくさん議論がされてきてそこに落ち着いたのだとは思うんですけど，保存専門医（歯内療法）とか（修復）という表記にするのか，そうじゃないのか，結局患者さんの専門医へのアクセスを考えるに，修復が得意だと思ったのに，あのエンドの専門のとこ行ったとか，エンドが上手いと思ったら，実はそうじゃないというケースもあるかと思いますので，そこは，もともと歯周病専門医があるがゆえに，ちょっと難しいところがあるかも知れませんけれども，何かそこは，何か臨床をやっていた立場からすると，患者さんのアクセスを考えると，患者さんにわかる表記にしていただくのがいいと思います．特にエンドのトラブルが最近すごく増えているので，そこはちょっと気になりましたので，率直な感想ではありました．

一戸

ありがとうございます．総合という名称についてはいろいろな議論があるんですが，先生がおっしゃっていただいた，「高齢社会の中」でというのが一つのキーワードだと思いますので，参考にさせていただきたいと思います．最後の部分は私から答えは私がやる立場にないので今理事長なりから少し補足していただければと思います．

小畑

一戸先生あとちょっと，すいません総合歯科のところで，何ですかね，私が有床歯科診療所で，歯科麻酔医が一般歯科を積極的に行なっている日之出歯科に従事していたというのもあるんですけど，結局やろうとしていることは，歯科麻酔医が一般臨床に携わって活動していくような内容だと思っているところです．

一戸

はい．歯科麻酔の素養も生かしながらってところはあるかもしれませんね．

小畑

素養といいますか，すごく生かされる部分ではないかなと思っています．

一戸

一方で，歯科麻酔の知識と技能だけでは対応しきれないという部分もありますね．

小畑

もちろんそうです．なので，総合歯科専門医の関連団体の中に入ってはいなかったんですけど，もちろんそれは歯科麻酔学会の認定医があるから，専門医があるからというところかと思いますけれども，例えば研修のプログラムとか，あとその専門医なるための研修の内容とかですね．その中にはやっぱりその辺の素養というかサポートというかがあるといいのではないかなとは思いました．

石井

今ちょっと保存のことで少し追加させていただきたいんですけども．私も歯内療法関連の医療トラブルの解決の紛争に当たって，歯内療法関連の専門性というのは非常に重要ということを同様に思っています，ただ今井理事長が，今までご尽力いただいて，要するに保存として，全てのところをやはりあの総括して医科で言う内科のような形としてやっぱり保存は網羅しなければいけない．その中で，修復学の方はいわゆるただ集めるのではなくて，一生涯の予防管理というふうなところに重きを置いて今，専門性というものを一緒に構築しているところです．今後本当に歯内療法得意なのか修復得意なのかっていうところが，もしうまく発足できた段階ではっきり出てくると思いますので，そこはまた今後の専門医機構との討議の上で，より患者に対してメリットがあるような専門性を保存も，先生目指しておりますので，そこのところをご了解いただければと思います．以上です．

市川

ありがとうございます．先生の貴重な意見を報告書の作成，そして機構の活動にいかしていきたいと思います．本日はお忙しい中ありがとうございました．

小畑

ありがとうございました．失礼いたします．

参考人：鈴木洋嗣

市川

引き続きまして鈴木先生にお話を伺いたいと思います．委員長の市川と申します．先生にはまず「歯科医療の向上と歯科医師の資質向上において必要なことは，歯科の専門医制度をどう見るか」ということを一般の国民という立場から5分間ぐらいお話していただいて，その後に委員の方から質問させていただきたいと思います．よろしくお願いいたします．

鈴木

よろしくお願いいたします．文藝春秋の鈴木と申します．お役に立てるか，疑問ですけれども，報告書も送っていただきまして，精読させていただいた上で拙い意見で恐縮ですが，最初に述べさせていただきます．一般論で申し上げると，子供の頃から歯医者さんにお世話になってきました．最近，自宅の近所の歯医者さんに通っていますが，全体のレベルとして歯科医療の水準が凄く高くなっているな，と強く実感しています．もう子供の頃，あるいは会社入っていた当時と比べると，確実に歯科医療のレベルが高くなっている．これは皆様のご努力の賜物ではないかと考えています．

そのことを前提としてまず申し上げたいと思います．一方で，僕は雑誌が長かったので，例えば歯科医の広告を目にすると，一般の「一般歯科」というのでしょうか，駅貼り広告などには，病院名とか歯医者さんのお名前しか書いてない．ビジュアルもないし，おそらく制限があると考えていました．そういうレベルのものと，他方，クルマで高速道路を走っていたりすると歯科医の方の大きなスマイル写真が出ていて，インプラント診療の広告を目にすることがあります．

やはり商売柄（雑誌記者経験が長いため），「なんかこれ怪しいんじゃないかな」と，この広告に対して思ってしまうところもあります．すなわち医療の質を必ずしも反映した広告には見えない．一般の人から見れば，「試しに行ってみようかな」と思ってしまうのではないか．そこに行けばいろいろ説明があるのでしょうが，他の医院と比較されないまま，そこの医療を受けてしまうのではないか．実際，セカンドオピニオンもないままに診療を受けてしまうことでトラブルになったケースがあると聞いたことがございます．どうしてそんなことになるのかという疑問があります．その理由は二つあるのではないか．一つ目は，一般の医療に比べて，あくまで比較してということですけれども，この歯医者さんの世界，歯科医療界の全体の見取り図といったものが一般の人には頭に入っていないのではないかと思うんです．一般医療であれば，例えばこの報告書にあるように，心臓なら心臓専門医がいるし，がんになればその臓器別にがんの専門医がいる．あるいは内科外科といった区分が皆さんの頭の中に常識として入っていると思います．

ところが歯科医療界の場合，そのかかりつけの歯科医はいるのでしょうが，そこから先どうなっているか，おそらくわからない．つまり歯科診療全体の見取り図といったものが一般の人の頭に入っていない．だからこそ，この診療はどの部分の医療であるのかの判断がつかない．

したがって，先程のインプラントの広告など，どういう医療の宣伝であるか区別がつきにくいのだろうと思うんです．一般の方はそんなレベルではないかと思いました．
いま専門医の位置づけというものを歯科医師会として改めてお考えになっているとお聞きしました．歯科医療が次の段階で進むという段階で，一般のかかりつけ医のレベルと，さらに新しくできる専門医のレベルと，どう使い分けられているのか．役割分担，どういう仕事になってどういう医療内容になっているのか，どういう歯科診療になっているか．まず明確に全体図として示していただきたいというのが，一患者としての意見でございます．

もう一つ，別の観点から申し上げたい．広告宣伝についてです．広く国民に，そうした歯科医療の専門性の中身や進捗状況，現段階の医療レベルについて，ありていに言うと宣伝広告しなければならないと思います．私も文藝春秋で宣伝プロモーションを担当しておりますので，そのむずかしさを痛感しています．例えば，「週刊文春」であれば，どういう読者がいて，どういう媒体を使うべきなのか．新聞広告が有効であることは経験上，知っているわけですし，例えば，昨日選考会のあった芥川賞，直木賞ならば，受賞作が出た場合，どういう媒体，メディアに広告を打てばお客様がいるがわかる．しかし，この歯科医療の場合，広告宣伝，あるいは専門性への変革を，どこの誰に向かって出したらいいか，非常につかみにくいのではないかと思います．誰に向かって言ったらいいか，非常に難易度が高い．逆にいえば，インプラントの広告宣伝をたまたま見た人は，その歯科医は「腕のいいところなのかな」と思っちゃうかもしれません．というのも，宣伝するだけの資力があって，大きな広告できるような歯科クリニックは有名なとこなのだろうなと受け止めてしまう．そう解釈してクリニックなどに行く．しかし，そこが必ずしも歯科医療の質と合致しないわけです．つまり，広告宣伝する力があるからといって医療の質が合致するとは限らない．ここがなかなか悩ましいとこなんじゃないかなと考えています．それはある種のマーケットによって価格が決まるとか，マーケットによって歯科医師が選別されるということではないからですね．

この報告書にあるようにSNSでの評判だったり，口コミだったり，あるいはそれぞれのお医者様のヨコの連携だったり，ある種の噂といいますか，そういったレベルで歯科クリニックを選択している．では，そこから一歩進めるときにどういう方向でいくべきなのか．どういうふうに規制を絞ってやるのかという判断も悩ましいところでしょう．第三者から言わせていただくと，そう感じています．参考になるのは弁護士業界とかではないかと思います．ウチの家内も弁護士ですが，法律事務所の専門性などを宣伝してはいけないし，こうした案件が得意であるとアピールしてもいけない．弁護士業界も徐々にこうした宣伝が許されてきてはいるのですが．何を申し上げたいかというと，こうした専門性を国民に周知するには限界があるということです．逆に考えますと，どこまで専門性を打ち出していいのかというガイドライン，そうしたものをお示しになるのが，第一歩ではないでしょうか．そのことが国民の皆さんに歯科医療の全体の見取り図について知っていただく第一歩なのではないか．まずはそのレベルに持っていくべきではないでしょうか．駆け足ですけど整理すると，歯科医療の全体像をまず国民の皆さんに知っていただくことと，次の段階は，宣伝なり広告なりで，そのことを周知徹底するこ

と．広告宣伝の中身と医療の質をどういうふうに合致させていくのか．要は専門医療の中身を示したガイドラインをきちんと設定していくことが重要だと考えます．そこからスタートされるのはよろしいのではないでしょうか．

市川

ありがとうございました．何かご質問ありますでしょうか？

伊藤

医科と比べますと，世間に対しての広告が非常に弱いというのは歯科だと思うんですね．例えば本屋さん行ったときに健康とか壮快とか，なんとかでいくつか雑誌がありますね月刊誌で．あれは非常に医科のことをたくさん出ているんですけど，たまたま今月号に歯科がちょっと載りましたぐらいしかないんですよね．あのような雑誌で一般向けにできると，非常に理解がされやすいのかなあと思うんですけど．果たして売れますか．

鈴木

いや，もっともなご質問で．それも時間があれば申し上げようと思っておりました．「日本の名医」といったムックの形で定期的に出ています．朝日新聞出版とか，割と大きい出版社から出でいます．文藝春秋も出したことがあります．日本の名医シリーズ，その地域での医療の専門性とか，そうした内容をうたった出版物は結構出でいます．分厚い百科事典みたいなのを出すんですね．ここだけのオフレコで申し上げれば，からくりを言うと，あのムックは各病院，診療所からお金をいただいて，いわば広告費で出来ている雑誌なんですね．

だから，厳密な意味での名医なのか，疑問もあります．怒られてしまいますが，そういう部分もあろうかと思っていて，雑誌について言えば，出来ないことではありません．ただ，クリニックの資力次第，豊かであるということで名医になっちゃうのもどうかなと思います．逆に宣伝媒体として割り切って出すというのも選択肢のひとつだと思います．

しかし．そうした宣伝はおそらく皆様の本意ではないし，本当の意味でのこれからの歯科医療に必要な情報は伝わっていかないんじゃないか，そういうふうに思います．一つは，せっかく新しい試みをされているのに，それが一般のひとに理解されていない．先ほど申し上げたように歯科医療の全体像が変わっていくわけですから，そうした変革への取組みを，例えばNHK の報道番組などを通じて，世に知らしめるようなことが一番いいのかなとも考えます．

新聞広告を出すといったことは，どうしても読者が限定的になります．エリアも日本全体，全国民向けに発信しなければいけない．そういうスタイルが必要なはずですから，歯科医療を大変革するということであれば，やはり然るべきメディアで取り上げてくれるように働きかけが必要です．報道機関の側も，そういう報道の提案理由，大義があれば，取り上げてくれると思うんですね．

なぜならば，国民のほとんど，誰もが歯医者さんにかかるし，歯科クリニックは誰もが身近な存在だからです．そのわりに情報がない．それから専門医というシステムを入れられるについては，「専門医って，そもそもなんですか」，「どんな種類があるんですか」，「どういう人がどう利用するんですか」と，「お金はいくらぐらいかかるんですか」――どこまで答えら

れるかは別ですが，そういう具体的な疑問に対して，情報を適切に提供する．パックにして売り込むというのも変ですが，メディアに「取り上げてくれませんか」と言えば，そんなに無下にはされない気がします．歯科医の 90 何%は一般の開業医でいらっしゃるというデータを読んで，なるほどなと思いました．普通の一般人はそれぐらいの認識でしょう．実はいま歯科医療界は大きく変わろうとしていて，こうした専門医のシステムが出来ようとしている，これからはこうした先進医療を受けられますよといった具体的な情報は必要なはずです．その専門治療を受けるには，かかりつけ医からこういう紹介の仕方がある．あるいはこういう形でアクセスできますよ，といった情報．社会生活に身近な基本的な情報を流すには NHK が最適かなと思います．そうした公共的なメディアを通じて発信する．もちろん新聞に広告を出されるおのもいいと思うんですけど，決して報道として取り上げられないことはないテーマだと思います．

伊藤

ありがとうございます．ぜひご協力をお願いします．

今井

理事長の今井と申します．どうもありがとうございます．質問というよりはちょっとお願いがございます．私どももこの制度の周知をどのようにしていくかに，かなり苦心していまして，報道の大手の新聞社にもアクセスするのですが，なかなか読売以外は，なかなか相手にしてくれないような現状がありまして，一度機会がありましたらご相談に上がりますので，ぜひご指導よろしくお願いいたします．

鈴木

お役に立てるかどうかわかりませんが，この仕事を長くやっているとテレビ局，新聞各社にみんな知り合いがいます．さきほど申し上げたように，メディアにはアクセスのポイントがあって，具体的に誰々に対して，こういうプレゼンをすれば良いというルートがあります．
また取り上げられやすいような提案の形もあります．この企画プランだったら番組できるね，テレビだったらこういう場面がビジュアルだよねとか，そのメディアに応じた申し込みのやり方があります．取り上げていただきやすいお願いの仕方とかあると思います．
もし，必要でしたら，そうしたノウハウをお伝えできると思います．

今井

指導いただきたいと思います．ありがとうございました．

市川

ありがとうございました．先生の言われる歯科の見取り図は一般の人たちに理解されていないということで，これは機構の問題だけではなく，各学会あるいは学会連合の中でも考えていかなくてはいけません．また．その広告の内容と歯科医療の質が必ずしも比例していないことが問題であり，だから厚労省が規制をしたりあるいは緩和したりするわけで，専門医精度も今後十分に考えていきたいと思います．どうも貴重なご意見ありがとうございました．

鈴木

ありがとうございました．

参考人：鵜飼　伸

市川

それでは，全国保険医団体連合会の鵜飼先生にお話を伺いたいと思います．先生には「歯科専門医の取得更新にあたっての制度への要望，特に実際の研修システムあり方について」．先生のお立場で5分ぐらいご発言いただき，その後に委員の方から10分ほど質問させていただければと思います．よろしくお願いいたします．

鵜飼

皆さん初めまして鵜飼と申します．三重県は桑名市で開業しております．本日はこのような機会をいただきありがとうございます．一応所属団体は，皆さんお手元にあるように私全国保険医団体連合会，保団連という医療団体になっております．少し説明しますと，医科が6万5000人と歯科が4万2000人．開業医，勤務医合わせて全国で10万7000人の会員を擁する団体で，そこの研究部担当の理事をしております．主な活動内容は医師，歯科医師と患者国民が共に喜べる医療を目指して多くの患者団体諸団体と共に，医療保険制度の充実や診療報酬の改善を求める活動，会員の幅広い知識等技術を身につけたいという声に応えて，そういった研究活動などに取り組んでおります．

私の診療所ですが，三重県桑名市，皆さんご存知ではない方もいらっしゃるかもしれませんが，既に40年近く経っている団地で古くから集落が混在するところで，規模を説明しますと，私が歯科医師1人，衛生士が4人，助手が1人と，チェアが3台と，いわゆる日本での一般的な開業医の規模ということになります．か強診とかありますし1.5次歯科診療所っていうのが，今出てきましたが，そういったとこが増えていくと思いますけど，そんなような中で日々診療しております．そこを踏まえてですね，あまりちょっと深いお話はできませんが，専門医制度について，ごく一般的な開業医の立場からお話をしたいと思います．

まずは，我々一般の歯科開業医から見た専門医制度についてです．やはり一番のメリットというか，期待することは専門医取得が自分自身のキャリアアップに繋がるということです．我々国家試験に合格すれば，とりあえず歯科医師としては生きてはいけるんですが，やはり患者さんのためにも，診療所の経営のためにも，いろんな新しい技術や知識を得るために生涯研修は欠かせません．その中で所属する学会の専門医，認定医の資格を目指すということは，一つの大きな目標となり大変良いことだと考えております．大学や関連病院にそれなりの年月残っていれば認定医専門医取得は結構身近なことだと思うんですが，大学や関連病院に残れるポストを考えると，なかなかそれも難しいんじゃないかなというふうに考えています．そういう中で多くの人がだいたい卒後10年以内くらいで開業していくっていうことを考えると，開業してからもそういった資格の取得がしやすいような仕組みを専門医機構や関連学会でつくっていただくと，大変助かると思います．

また専門医取得に際して大学病院などの施設基準や専門医指導医のいる施設などで習得すべき割合が多いというふうに書かれておりますので，またこういった待遇の面でも，一昨年文科

省の無給医調査では歯科大学付属病院での無給医が非常に多いという結果が出ておったようですが，そういった待遇面での改善も必要なってくるのではないかというふうに考えています．またさっきもお話したように，専門医が診療所経営のアドバンテージにもなりますので，非常に期待はしておりますが，今は特にクリニックのホームページに関してですね，作ってるとこ多いので，患者さんがホームページを見たときに，そこに専門医がいるかどうか認定医がいるかどうか．その診療所を選んでくれるポイントの一つになるとは思います．それを考えるとやっぱりしっかりした基準を作って，専門医の内容をわかりやすく国民に発信すること．これが大事なんじゃないかなというふうに感じております．

あとそれともう一つ，標榜医と専門医の違いですね．これがなかなかやっぱ患者さんにはわかりにくくて，例えば補綴と言われても，患者さんにとってはやっぱりよくわからない，保存と言われてもやっぱりよくわからない．

ということで，やはりこれは我々が，もちろん専門医機構とかですね，関連学会，歯科医師会とか，我々保団連でもですが，そういった国民にわかりやすい情報を積極的に発信していくことがやっぱり必要ではないかというふうに思っています．そういったことも踏まえて，医療機関の広告規制とかですね，標榜医，専門医の問題をやっぱり一体として議論する必要を感じています．あとはもちろん専門医とかがですね，患者さんへの治療上の技術や知識の還元になるっていうこと．またわたしたちが，他の診療所に患者さんを紹介する場合にも，やっぱ大いに参考になるということがあります．これらがやはり大きなメリットではないかなというふうに考えております．ただですね，その中で専門医取得に関して，インセンティブの問題ですが，2040 年を見据えた歯科医療提供に関する答申にもあるように，専門医の育成は現時点ではやはり大学が大きな役割を持っておりますので，歯科大学の偏在ということによって，専門医取得は結構強く影響を受けるということから，取得に際して，田舎と都会では，やっぱりアンフェアといったらなんですけども，ちょっと状況がやっぱり変わってくるとは思うんです．ですので，そういうような理由で，専門医取得をもって，例えば診療報酬上で同一の診療行為が一物二価になるような，そういうインセンティブにはちょっと賛成はできかねるんですが，いわゆる広告が可能になるということは一つのインセンティブだと思うんですが，そういったことに関しては特に問題ないというふうに捉えております．

現時点ではやっぱり歯科というのは，やっぱり私のような個人開業スタイルが多くて，各種の専門医に紹介したり，その後のフォローを開業医が行える環境，連携する際のガイドラインとか，そういったようなものがありませんので，そして我々はやっぱりある程度の患者数を確保して，できることは技術的に専門分野でなくても自分のところで治療完結しなければ，やはり経営的に難しいというそういう現状があります．

今井先生もいらっしゃるんですが，歯保連の試案 2021 も拝見しました．実際の診療報酬でやはり大きな差があるというふうに考えております．矯正治療などの場合ですね，小児のときに口腔機能向上のトレーニングを我々一般の開業医がして，それでもなおかつ，永久歯列に問題があれば，専門医矯正の専門医に繋げるか，例えば一つの例ですが，そういうのがいいと思

うんですけど，またそのときにやっぱり子供の歯科矯正が保険適用されていれば，誰もがお金を心配せずに治療が受けられるというようなことも出てくるんじゃないかと思います．患者さんや国民のために専門医を十分に機能させるためには，やはり国民皆保険維持するべく，診療報酬などで，それを維持するのに耐えうる歯科医療費の総枠拡大が必要だというふうに考えています．

あと，もちろん専門医制度というのはやっぱ国民にとっての必要性があるのかということですが，これもひとえに我々歯科がどうやって国民に知らせていくかと．それにかかっているのではないでしょうか？患者さんがいろいろな口腔内の症状に応じて，分野についての専門的な知識や技術に詳しい歯医者さんや歯科診療所を受診することができるようになれば，その患者さんにとっても大変有益なことだと思います．一般の歯科医と専門医が，いわゆるワークシェアをして，国民に質の良い歯科治療を提供することにも全く異論はありません．歯科もそれぞれ専門があるということを，患者さんが知らないとやっぱり現実があるので，多くの患者さんが歯科診療所を選ぶことに際して基準になるのは，やはり治療技術なんですが，歯科専門医や認定医の認知度が低いためにですね，なかなかその専門医と一般開業医の連携のあり方を患者さん理解してもらえないというので，そういった理解してもらうような情報発信も必要ではないかなというふうに考えています．

そういったようなことで，あともう一つ最後に総合歯科専門医についてです．これ資料の中にありまして，読むとスーパーデンティストというよりはゲートキーパー的な役割っていうふうに書いてあるんですが，ゲートキーパーというのは専門医に直接患者さんがかからないようにすることで，専門医の負担を減らしましょうということだったと思うので，病院ではなんとなくイメージがわかるんですが，地域の歯科診療所間において，ゲートキーパー的な役割を総合歯科専門医がするとなると，やっぱり患者さんのフリーアクセスの制限に繋がる可能性が否定できないということがあるんじゃないかと思います．

これは我々保団連でもですね，医科の総合診療専門医のときも，やはり制度の問題としてあげてはおります．どのような仕組みでやるのか，ちょっと私も全然イメージが湧かないんですが，例えばNHSのような仕組みですと，総合歯科専門医が地域でかなりの数が必要になってくるというふうに考えられます．

現状ですね，今でも我々一般の開業医ではですね，専門医の歯科医師や医師あと介護福祉関連の職種と，今現実に口腔ケアセンターなどを通じて，実際に地域で参画しておりますので，地域包括ケアの一翼は担っているわけで，さらにその中で，ハイリスクの要介護高齢者の治療ができる歯科専門医としては，既に口腔外科学会とか，老年歯科学会などの専門医の先生と連携というのができていてすみ分けができていると思うので，総合歯科専門に相当するような領域の学会とか，大学の講座がないこともありますので，これに関しては拙速に制度化すべきものではなく，やはりまだまだ議論を深めていくのがいいのではないかというふうに考えております．以上です．

市川

ありがとうございました．何かご質問ありますでしょうか．

今井

今井でございます．どうも本日はお忙しいところありがとうございます．ご意見ありがとうございます．最後の総合歯科専門医のあり方だと思いますが，現在ゲートキーパーとは別の枠組みで，何らかの医学的な配慮が必要な患者さん，あるいは障害者等々の管理が必要なというふうなところで今検討しております．そして，後ほど話もあるとあろうかと思いますが，歯科医師会と今現在ゲートキーパーとしてのあり方のものと，それをどういうふうに紐付けるかということを検討しておりますので，また改めて進捗状況についてはご案内させていただきたいと思います．

以上です．どうもありがとうございました．

市川

鵜飼先生からは専門医制度については好意的なご意見をいただき，合わせていろんな問題についてご指摘をいただきました．そのほか何かございませんか．なければ時間が来ておりますので，鵜飼先生どうもお忙しいところありがとうございました．

鵜飼

どうも今日はありがとうございました．失礼します．

参考人：冨田　滋

市川

引き続きまして次は富田先生．日本歯科医師会の理事で，山形県歯科医師会の会長をされている富田先生の方からお話を伺いたいと思います．富田先生には専門医の取得更新にあたっての制度の要望期待とくに実際の研修システムのあり方についてお話をいただくわけですけども，既に富田先生からは，パワーポイントの資料をいただいておりますが，それも含めて５分間ぐらい少しご発言いただいた後に，委員の方から質問を受けていただきたいと思います．それでは富田先生よろしくお願いをいたします．

富田

日本歯科医師会の富田と申します．よろしくお願いいたします．併せて今日の資料にも記載いたしました通り，地域での会長ということで，日本歯科医師会の理事，そして地区歯科医師会の地域医療の大多数を担う歯科医師の担当者ということでご意見させていただきたいと思います．

資料にもありました通りですね，一応項目立てをいただきましたので，項目立ての通りに少しその中からですね，日本歯科医師会それから地域ということでピックアップしてお話をさせていただきたいと思います．

最初の項目立てでございますが，専門医機構における歯科専門医の認証の現状と展望ということで，特にその中の下の方にあります総合歯科領域という項目立てのところでございます．端的に申しまして，我々一般開業医にとって総合歯科専門医という今現状考えられております取得というのはですね，非常にハードルが高いだろうということでございます．できれば少し頑張って勉強していただければ，一般会員からもう手の届くという専門医を要望したいと思います．ただ，機構の方で考えていただいております障害者，有病者，老年，の３学会の総合歯科，仮称でございますけれども，これがですね，日本歯科医師会の今現状我々がずっとやってきました生涯研修事業というものに何らかの道筋ができるということについては，非常に希望が持てるところでございます．ただ，将来的にはですね，地域開業医が，地元で研修を継続して，その先の専門医の，更新をし続けることを考えると，地域で研修を受ける，受けられるということが望ましいのかなと考えます．一応，現在機構の方で考えております専門医のルートをですと，非常に我々日本歯科医師会の一般会員からすると，もう本当に少数，一部の先生方になるということにはなると思います．

ただ，もしこれは願わくばでございますけれども，専門医機構の中にですね，何か地域枠みたいなものですね．要するに日本歯科医師会の生涯研修を修了したものを別のルートで，地域の総合歯科専門医みたいなものにですね仕立てることができないかと．別ルートを一つ，そこに設けることはできないかというのも，これは現状とはそぐわないのかもしれませんけれども希望ということにはなろうかと思います．多分今のままでいきますとですね，一般の開業医の先生がたでも，大学で専門に勉強してきた等々あって，その総合専門医で専門を取ろうというよ

りも，多分所属，自分の所属学会で，専門医を目指すという方が早いだろうと考えてしまうと思われます．

次にですね，国民に信頼される専門医制度と，歯科専門医と歯科専門医制度ということでございます．やはり地域包括ケアということ，それから上位機関の紹介という，患者さんとしてはですね，どこに行けばこういう病気について診てもらえるのかということを要望していると思います．

歯科医師会としまして，生涯研修を継続的にサポートしてきて，その多数が地域医療になっているということを考えますと，その辺患者さんとしては一番利便性を考えるのかなと思います．もちろん総合歯科専門医というのが仮称というか，名前が変わるという前提で今までお話を伺っておりました．

このままなるとは思いませんけども，ただ単に噛めないとかですね，歯が痛いといって，総合歯科専門医にすぐ結び付くとはなかなか考えられない．我々同業者としてもですね，総合歯科専門医は何をやってくれるのって，全くわかりづらいということになるかと思います．

いわゆる有病者とかですね，それから寝たきり者，障害者，それから最近ですと，医療的ケア児とか，児童虐待ですね．それから周術期に関連して退院後の歯科受療等々，総合歯科専門医という名前ではなかなかちょっと難しいのかなと．

ただ，今までのかかりつけ歯科医という言葉では全くございませんけれども，そのようなですね，地域包括ケアの中で広い知識と技術を持った歯科医という意味合いのわかりやすい名称を望むところでございます．

次の項目でございます．地域開業医から見た歯科専門医制度の現状と期待ということでございます．

日本歯科医師会としても，地域包括ケアをいかに推進していくかという検討をしておりまして，これに付随してですね，専門医に手が届くというのが非常にありがたいということでございます．

そもそも専門医を作るための団体ではございませんが，総合的なスーパーGP とかですね，ゲートキーパー的な総合歯科医というものを作ってですね，地域に根ざして活躍できるという方になっていただきたいと思います．

先ほども言いましたけれども，開業医中心の日歯ではなかなか専門医取れないということで，少し我々も生涯研修終わった辺りで，頑張れば手が届くというような専門医があればいいなと思っております．一般開業医のキャリアパスというのはなかなか歯科医師の方では考えにくいんですが，そんなことがあれば，一般開業医でも何かキャリアパスの一つとして励みなんではないかなと思っております．

それからですね，歯科専門医制度を視野に入れた医療体制のあり方という項目立てでございます．歯科医学会の方で 1.5 次歯科医という案もあるようでございます．これもありかなと，一つ思います．ただ，まずは病院の歯科を充実してもらうとかですね，障害者歯科センター，それから摂食リハビリセンター等々，行政の口腔保健センターもありますけれども，これらの

ですね推進充実ということを，まず一義的に考えて，その辺が研修センター，研修施設として使えるようになれば，なおいいのかなと思います.

それから，次の項目でございますけれども，地域包括ケアシステムの中での歯科専門医の役割ということでございます．専門医というものが誕生しましても，地域住民，地域包括，それから近隣のかかりつけの内科の主治医等々との連携ということを考えますと，やはり旧知のかかりつけ歯科医の上位バージョンというような専門医がよろしいのかなというふうに考えます.

次の項目でございます．歯科医療の質の向上のために，歯科専門医の制度設計ということでございます．歯科専門医制度を視野に入れた地域開業医の生涯研修のあり方ということでございますけれども，日本歯科医師会といたしまして生涯研修制度，これ座学中心，e ラーニング，ウェブ対応の講義というようなことが今現在行われております．地域におきましては，今後どうなるかわかりませんけれども，地区歯科大学とかですね，同窓会，それから地域にあります大学病院の歯科口腔外科，病院歯科，介護施設等々での実習等々，実地研修なんかが行われれば地域で専門医を続けられるということになろうかと考えております.

もう一つ最後の〇でございますけれども，社会保険の各種施設基準等々ございます．これやはりいくつかの条件を満たせば，施設基準が取れるわけでございますけれども，これを継続しているというのは一つの指標として，実際の業績を示すということになろうかと思います.

最後これは余談等々，追記でございますけれども，広告にこだわるかこだわらないかということは，一義的にどうなのかなと，こういうことを言っていいのかわかりませんけども，こだわらないのであれば，何か日本医師会の生涯研修事業を，何か別立てで一つ建てるということを，もし可能であればということでございます.

もう一つ下の方にありますけれども，各都道府県にあります医療機能情報提供制度というのがございます．県庁のホームページから入るとだいたい従業員が何人いてとかですね，先生が何人いて，専門科目が何々あるというようなそういう情報があるんですけど，なかなか利用率というのが上がっておりません．もし，この辺の改定が最近行われると聞いております 2024 年ですか，その辺でこの辺をもう少し国県の方が活用してその中に，何かそういう専門医と総合歯科専門医というようなものが入れば，広告にはたら当たらないかもしれませんが，このようになれば，利用できるなと思っております．以上，総合歯科専門，それから日歯地域歯科医師会という面からご意見をお述べさせていただきました．ありがとうございます.

市川

はい．先生ありがとうございました．何かご質問ご意見ありますでしょうか？富田先生総合歯科のハードルが高い，ハードルが高いということをおっしゃってたんですけども，このハードルが高いというのは，これはどういった面の，勉強する量が多すぎる，あるいはそれに対していろんな時間を取られる．例えば，それは東京でしかなかなかできないんで，地方ではなかなか行きにくいだとか，そのハードルをもう少し具体的にお話いただいたらありがたいんですが.

富田

はい．実際これは取ってみて出来上がってみないと，なかなか難しいかもしれませんけれども，各学会で行われている認定専門医指導医等々のハードルを考えるとですね，開業医で一番のハードルというのは，例えば学会発表とかですね．自分の論文はプレゼンテーションするとかですね，そういう材料が少ない，そういうフィールドが少ないと，多分色々な歯科医師会で用意する学術研修会にいい出ることは全然問題ないんですね．

それから日本歯科医師会で用意しています生涯研修制度の単位を取るというのも，参加していただいて，勉強させていただける先生はまあまあいると思いますただ，やっぱり研究とかですね，症例とかっていうものをまとめ上げて発表するというのは結構ハードルが高いのかなというふうに考えますが．

市川

ということだと研修指導体制が，学会側が十分提供できてないというふうな理解で，それが，それだけじゃないんでしょうけども，その辺のところはまず一番大きな問題だというふうに考えてよろしいでしょうか？

富田

そうですね．ただそれが地域で受けられるとかですね，それから自分，それが自分の目指している総合歯科専門に生かされる，地域で生かされる内容か，どうかってのももちろんあると思います．本当にあの補綴とか矯正とか，そういうふうに特化している先生はもうもちろんそちらで勉強しておりますので，それはそれでいいんだと思いますが，地域で受けられるかどうかっていうのは大きいかと思います．

市川

ありがとうございます．その他，木村先生．

木村

富田先生，評価認定委員会の木村と申します．ありがとうございました．おそらく皆さんと認識は共有していると思いますが，歯科は特に，学会認定専門医を取得するための研修には限界があるんです．というのは，学会の指導者，研修施設が都市部に集中している，従って地域になかなか研修の場がない．研修の場がないってことは，知識，技術を修得する機会も少なくなる，一方では各地域の歯科医療を担っている歯科医師も多いという背景があります．

このことについて，整備指針や制度設計の基本方針でも明記しているんですが，歯科医師会の先生にも，キャリアパスとしてそういうふうな方向を目指す先生もいらっしゃるでしょうから，機構ともいろいろ協議して，そして生涯研修の事業に参加される方は，キャリアパスの方向性として，専門医の取得を目指すことが出来るというふうな姿を作っていきませんかということを一応提案したつもりでございます．

要するに，今おっしゃったように，ハードルが高い，学会発表，論文発表，それは学術団体が認定しているっていうこともあるので，歯科医師会で一定程度のコンセンサスが得られれば

必ずしも機構の考え方とは，反することではないんじゃないかというふうに，私個人の意見ですけども，それも考えております．

市川

ありがとうございます．他に何かございませんか．ありがとうございます．富田先生には地域歯科医療を担っている立場から，総合歯科の問題，それからゲートキーパー的なかかりつけ医等の問題から貴重な意見をいただきました．

ありがとうございました．参考にまた我々の作業を進めさせていただきます．

富田

総合歯科専門医はぜひにですね，地域医療に貢献できる方にやっていただけるというのが一番いいと思いますのでよろしくお願いいたします．

今井

すいません．今井でございます．どうもありがとうございます．貴重なご意見ありがとうございました．改めてご挨拶させていろいろとありがとうございます．

厚労委託事業参考人意見聴取（高田）

歯科専門医の取得、更新にあたっての制度への要望、期待、とくに実際の研修システムのあり方について

令和4年1月20日
日本歯科医師会　高田　滋

日本歯科医師会理事として、地区歯科医師会長として地域医療の大多数を担う地域歯科医療担当者としての意見

1、日本歯科専門医機構における歯科専門医の認証の現状と展望

1-1、総合歯科領域について

- 今考えられている「総合歯科専門医」取得のハードルは高い
- 日歯からは、会員の子が届く範囲の専門医を要望
- まずは、障害者・有病者・老年の3学会の総合歯科に（日歯生涯研修事業が）紐つけできる道もよいかもしれない。しかし将来的には地域開業医が研修を持続し、専門医を更新し続けることを考えると、地域で研修できることが望ましい

日歯生涯研修事業との連携

- 日歯生涯研修終了・認定者の延長に専門医機構の規定に従った専門医研修と紐つけできるのか。ただし一般開業医には専門医機構のハードルが高く、少数となる可能性が高いが、（もし紐付けされるなら）日歯生涯研修事業が専門医取得への道筋となる。ハードルの高さは今後の課題とするか。
- 専門医機構の中に地域枠？という形で日歯生涯研修認定者（専門医機構の研修に近似した日歯の生涯研修カリキュラムを新設？）を別のルートで（地域）総合歯科専門医」に仕立てることはできないか。（私案）
- 現在の専門医機構の規定する研修カリキュラム？では日歯の一般会員にはハードルが高すぎる。それだけの熟案があれば他の所属学会での専門医をすでに目指している。

2、国民に信頼される歯科専門医と歯科専門医制度

2-1国民目線から見た歯科専門医制度の現状と期待（地域）

- 地域包括ケアなどとの連携や上位医療機関への紹介の判断を患者（家族）は求めている。かかりつけの歯科医師に日本歯科医師会は生涯研修を継続し学術的サポートを行ってきた。歯科医師会会員は大多数が地域医療を担っている。
- 「総合歯科専門医（仮名ではあるが）」を広告しても、歯が痛いので総合歯科専門医を探すことには繋がらない。国民にとってわかりやすく歯科医療へのアクセスに役立つ名称・内容が望まれる。（同業の歯科医師でも何が専門なのかわかりにくい）

かかりつけ歯科医のような専門医

- 少子超高齢社会で必要なのは受療困難者「いわゆる有病者の受け入れや紹介」「地域包括ケアとの連携における寝たきり高齢者や障がいのある方の受け入れや紹介」「医療的ケア児や子供歯特」「退院後の歯科受療」などへの歯科の関与ができる専門医である。「総合歯科専門医」の名称では患者の利便性につながらない。かかりつけ歯科医のような「地域包括の中で広い知識と技術を持った歯科医」という意味合いの、わかりやすい名称を望ましい

2-2地域開業医から見た歯科専門医制度の現状と期待（日歯として）

- 歯科医師会は地域包括ケアシステムをいかに推進していくかを検討しており、これに付随して専門医に手が届くように考えている。日歯は専門医を作るための学術団体ではないので、総合的なスーパーGP、ゲートキーパー的な総合歯科医を登出し、地域に根差して活躍する人材を作ることが目的であることをご理解頂きたい。大学等研究機関でも専門医になるのは大変だが、開業医中心の日歯はなかなか専門医を取れないので、頑張れば手の届く範囲の専門医は会日歯会員のキャリアパスの一つとしての励みになる。

2-3歯科専門医制度を視野に入れた医療体制のあり方

- 歯科医学会が提案している1.5次歯科であるかもしれない。まずは病院歯科、障害者歯科センター、摂食嚥下リハビリセンター、行政の口腔保健センターなどの全国的な推進・充実が望まれる

2-4地域包括ケアシステムの中での歯科専門医の役割

- 専門医の資格があっても地域住民、地域包括、近隣かかりつけ主治医との日頃の連携無しでは患者との信頼が成り立たない。旧知のかかりつけ歯科医の上位バージョン的な専門医が求められる。

3、歯科医療の質の向上のための歯科専門医の制度設計

3-1歯科専門医制度を視野に入れた地域開業医の生涯研修のあり方

- 日歯生涯研修制度（座学中心単位登録、JDA E-system（eラーニング）,WEB対応講習会）
- 地区歯科大学・同窓会、大学病院歯科口腔外科、病院歯科、介護施設（などでの実地研修など）
- 社会保険の各種施設基準を継続していることなども参考（実際の実績を示している）

追記）
広告可能にこだわらないが、日歯・機構・厚労省の認定があると安心だ

- 日歯会員で積極的に地域包括ケア や有病者の診療に携わっている先生を対象に「広告可能な専門医」にこだわらない選択肢はないか？「かかりつけ歯科医」機能に近い「日歯生涯研修総合認定医（専門医）」という別立てを専門医機構の中に設けてもらえないか、または、法律の広告可能の中に歯科だけ別立てで「日歯生涯研修総合認定医（専門医）」を残すなど。

追記）
日歯生涯研修総合認定医を各県の「医療機能情報提供制度」に記載

- 例えば各県の「医療機能情報提供制度」へ「日歯生涯研修総合認定医」の記載だけなら「広告」にはならない。
- 国民に詳細な医療機関情報を提供する優れた取り組みだが、残念ながら利用が少ない。しかし2024年度までに全国統一システムに移行することとなっている。項目を追加できないか。

参考）

- 令和2・3年度日歯生涯研修第2期における参加率は51.8%
- ユーザー総数67,005人
- 終了課成者は4832名、8.1%
- 認定基準達成者は149名、0.3%

- 平成28・29年度日歯生涯研修における参加率は58.3%）
- ユーザー総数59,485人
- 終了課成者は7,933名、13.4%
- 認定基準達成者は731名、1.2%

参考人：長谷剛志

市川

長谷先生は公立能登総合病院の歯科口腔外科の部長で，ある意味地域の二次医療を担っている立場から，歯科専門医制度の更新にあたっての制度への要望だとか期待，あるいは実際の研修システムで，お立場から5分ほど発言をいただいたあと，委員から10分ぐらいの質問を受けていただければと思います．それではよろしくお願いいたします．

長谷

お世話になります．石川県七尾市にある公立能登総合病院歯科口腔外科の長谷といいます．専門医に関しては，日本口腔外科学会，日本老年歯科学会の専門医と同学会の摂食機能療法専門歯科医師，それから日本口腔科学会の専門医資格を有しております．これら全ての専門医資格は，現在の勤務先に赴任してから取得しましたが，当時，当院は学術学会認定の研修施設ではなかったため，先ずは，第一関門である学会指定期間での研鑽期間が必要という受験資格を取得するのに時間がかかりました．したがって，多くの専門医資格は，学術学会に帰属するものが多いため，特定の学会研修指定施設に属していないと，受験資格すら与えられないことが，かなり足かせになりました．そこで，地域性や病院の状況，過去の実績を勘案して頂き，特例条件をクリアして実際に受験資格を得たわけですが，それでも順当に大学の医局等に席を置いている先生に比べると2倍3倍ぐらいの時間をかけて取得した感じです．

そもそも，なぜ，先述の専門医資格に必要性を見出したかというと，石川県の能登地域には病院歯科口腔外科が唯一当院にしかないことに加え，口腔外科専門医が存在しなかったためです．さらに，当地域の患者の高齢化が非常に進んでおり，口腔外科領域の研鑽のみならず，高齢者の心身特性や認知症に対する理解を深めようと考えました．また，摂食嚥下機能に問題を抱える高齢者の増加から，いわゆる歯科治療のみならず，食べる機能を評価・サポートする重要性を認識したことも大きな転機となりました．

一方，各専門医資格取得後の更新や維持について，特定症例数を集めたりしてレポート提出しないといけないわけですが，それがかなりの労力であることと，症例に偏りが出てしまうことを問題に感じております．できれば今後，専門医資格の更新に関しては，例えば，オンラインの必須研修を受講して済ませるなど，簡略化した形式で改善していただければありがたいなというふうには思っております．

そんな感じですかね．

市川

はい．ありがとうございます．委員の先生がたから何かご発言，ご質問ありますでしょうか？

木村

先生おっしゃった最後の一言ですけども，更新の際の，専門医の更新の際の，5年間の実績，症例の実績の評価というのが非常に難しくて，今の専門性の運用審査では，そこのところ

をどうするのかということを各学会にお願いしています．医療関係者でない第三者委員からは，やっぱり更新前5年間でどのくらいの症例を診療したかは，問われるべきじゃないかという意見もあります．実際，なかなか面倒なところですが，各学会のオートノミーに任せようとは思っていますけど，全く評価しないわけにはいかないと思います．

個人的な，意見ですけども，ありがとうございます．

今井

理事長しております今井でございます．以前お会いしたことがあったと記憶しておりますので，あの本日は本当に貴重なご意見ありがとうございます．今までの既存の領域に関わらない，あの仮称でございますけれども，総合歯科専門医というものを，今先生が実践されているそのものだと思っていますけれども，やはり病院等々の考えというものも，そういうふうなものに合致しているというふうな理解でよろしいですか．

長谷

はい．ありがとうございます．例えば一つの専門医資格だけに特化して頑張ってらっしゃる先生もいるのは非常に素晴らしい事なのかと思うんです．ただ，一方で高齢者が多い当地域の中核病院にいますと，口腔外科の専門医という一枚岩で，それ以外の診療はできませんとかって言ってると，当然ですが通用しません．自己証人欲求を満たすための専門医資格であってはいけません．地域住民への還元を考えると，逆にあれもこれもオールラウンドに大体柔軟に対応可能な診療技術が，この地域で求められている空気感を感じております．そういう意味においては総合歯科専門医は必要かと思うのですが，一方で，それと歯科医師免許はどう違うのって思ってしまうのも正直なところです．

今井

よくわかります．本来の医科の中における歯科のあり方というふうな観点からすれば当然だろうし，病院で求められていると同時に，地域でも同じようにそういう要望があるというふうなことになりますかね．やはり地域の先生からご紹介を受けるというような観点から，

長谷

そうですね．当院に紹介されてくる患者の診療情報提供書の内容を見てますと，どこの病院に紹介していいかわからないときに，得意分野とする専門医資格を有した先生が明確にわかると紹介する方も助かるんだろうなと思います．患者にも示しがつきますし．

今井

分かりました．この総合についてはいろいろなご意見をいただきますが，私の確固たる信念を持って，構築したいというふうに思っておりますので，大変心強くお聞きいたしました．どうもありがとうございました．

長谷

ありがとうございます．

市川

ありがとうございます．他に何かございますか．先生は金沢大学で口腔外科をベースにして，七尾市の病院に移られて，大変な思いをされて，老年だとか摂食嚥下を取られて，今考えられいる総合歯科の領域をとって，これは本当に必要と思って捉えてそれが役に立っていることっていうことですので非常に専門医制度作る立場から言えば非常に貴重な意見をいただいたと思うんですけども，これをまた先生が，もう病院が研修施設として地域の人たちへ研修なり何らかを提供できるというのは可能というのか，時間的なものを経済的な問題も，そういったところは可能でしょうか？

長谷

ありがとうございます．なかなか大学にいたときのように教育機関ではありませんので，日々の臨床する中でどういったカリキュラムを構築していくかにもよるんですけれども，受け入れしたりすることも当然可能でございます．

市川

実際問題，更新非常に大変だという，そういうような感触は持ってらっしゃるというのは，それは他の先生がたからも，当然その更新要件が非常に難しいという，大変だというところをだと思いますけど，それは先ほどやっぱり症例を整理するところが一番やっぱり難しいところということでよろしいでしょうか？

長谷

例えば，症例を難易度別に集めないといけない学会もありまして，どうしても地域性なのかわかりませんが，偏りが出てしまいます．要望通りの全ての難易度別件数を網羅するのは，なかなか実際難しいところがあります．

市川

わかりました．はい．他の先生がた何かご意見ありますでしょうか？

木村

せっかくの機会ですから，専門医取得していることについて，病院内において何か先生のインセンティブっていうか，そういうのはあるものですか．

長谷

先生ありがとうございます．これが全くありません．逆に仇となっていることがありまして，専門医資格の更新のための学会参加を年２回までしか認めないっていうふうに，当院の管理者が言っているもんですから，取得した専門医資格すべてを継続していくにはどうすればいいのか悩んでおります．なのでオンラインとかでできれば，

木村

それは地方の私もよくわかります，先生だけじゃないと思います．先生は歯科口腔外科だと思うんですけども，スタッフ，ドクターがですね，給料は上げられないけどもう１人増えるとか，そういうのがあればいいですけどね．

長谷

そうですね．はい．今のところは全くございません．

市川

他に今よろしいですか

今井

市川先生からも，同じ質問になると思いますが，その先生がたのような病院に歯科口腔外科の先生方でですね，診療のみならず，研修施設としてですね，我々考えてるんですね．病院歯科が研修施設になると，いうようなことを考えてるんですけども，日々の診療に加えて，こういう研修の場としてというのはとても無理だとか，時間的に難しいとか，そういうふうなことは現実として起こりえますか，

長谷

そうですね．公立病院とはいえ日々の診療収益的なところが非常にシビアですので，時間の制約はございますが，一方，外部から研修生を受け入れることに関しては非常に寛容なところもあるので，実際にできるはできるかと思っております．

今井

その場合，先生がたが一定の輪を作って，そういうものを担っていいいただける，例えば先生がコアになって，そういうものを担っていただけるようなことも可能でしょうか，

長谷

能登の田舎とはいえ，今コロナの時期なので制限あるんですけれども，実際に県外から手術であったり，嚥下診療や訪問診療を見学に来られています．手術後に在宅移行してからの対応，多職種との連携とかも含めて，そういった一連の見学，研修程度なのかもしれませんが見学に来られている先生もいらっしゃいますので，もし何かご協力できることがございましたら，また，何なりとお申しつけいただければと思います．

今井

ありがとうございます．

市川

他にございませんか．なければ先生，本当にお忙しいところありがとうございます．お疲れ様です．参考にさせていただきます．ありがとうございました．

長谷

はい．失礼いたします．ありがとうございました．

参考人：土岐志麻（文書提出）

関係者のみなさま

この度は，発言の機会をいただきまして，誠にありがとうございます．

私は，青森県青森市で開業しております．日本小児歯科学会専門医指導医の土岐志麻です．

青森県という田舎で，歯科大学がない開業医専門医の現状を少しお伝えしたいと思います．当院は２０年前に開業しましたが，その当時，青森県立中央病院でしか小児の障害児の（全身麻酔による）歯科治療は受け入れてもらえず，２次医療機関もありませんでした．その後，平成２５年に障害者時歯科センターが設立されましたが，平日午前中２つのみで，全身麻酔による治療は岩手医科大学と弘前大学より歯科医師を派遣していただき行っています．どちらも青森市までは１時間半～２時間かかる場所からいらしてくださいます．そのため，受け入れる患者数は少なく，特に抑制下で治療が可能な体格の障害児は，専門医に紹介されてきます．（最後に写真を貼り付けております）

青森県には開業している小児歯科専門医は２名しかおらず，私と三沢市におひとりいらっしゃいます．（他に１名は行政に在籍していらっしゃいます）

また専門医指導医は私しかおりません．歯科大学のない地域での専門医はもちろんですが，専門医指導医は非常に重要です．指導医は専門医を育てるだけではなく，地域の小児歯科医療関係者も育てなければならないからです．「治療や予防の重要性について」「食べる飲む話すなどの機能の育て方」というような内容で地元の歯科医師会や歯科衛生士会では頻繁に講演，実習を行っています．

また，当院には青森市以外からも専門医受診を希望し，多くの小児が来院し（八戸市，弘前し，五所川原市，むつ市，つがる市などどこも車で２時間かかります），予約は３か月待ちです．それだけ，患者さんは専門医を必要としているのだと思います．

そこで，専門医取得と更新に関しまして，田舎であるからこそ，お考えいただきたい事項を発信させていただきます．

まず，専門医更新についてです．日本小児歯科学会は半数以上が女性です．私も３人の子がおり，さらに，大学院修了してからの子で高齢出産になりますので，３人の子は２年ずつしか違いません．つまり６年の間に３人産みました．その間に，更新がありましたが，延長していただけるシステムがあったので，更新可能でした．３名とも帝王切開だったためすぐに診療に戻れるわけではなく，さらに，切迫流産で２か月の入院もあり，更新に必要な単位を取得できなかったからです．

また，子どもが稀な疾患で長期入院した際にも付き添い入院が必要でした．その 間は，専門医としての仕事はできなかったかもしれませんが，生活環境が整えば，現在のように地域で必要とされる医療を提供できるようになります．

人には出産や介護だけではなく，いろいろな理由で更新単位が足りないこともあると想像されます．例えば，精神的な疾患（うつ病）などの家族がいる場合は看護が必要です．その場合

に更新延長の願いを提出できたとして，家族の診断書を提出するような項目がもしあったとしたら，酷だと思いますので，そのような書類の提出なくてもできるような制度にしていただきたいと思います．

もし更新延長が難しい場合は，更新をあきらめるのではなく，例えば，５年で単位取得はできなかったが，６年でその条件を満たした場合は，最後の１年は専門医資格停止でも構わないので，更新条件をクリアできた時点で専門医復活をお認めいただけないでしょうか？

研修に関しましては，小児歯科は治療の技術は決して特別ではありません．しかし小児への接し方，考え方，口腔機能を含めた生きるための育成という点から，診療計画を立案できるかが非常に重要です．そのような内容の講習を中心に進めていただきたいと思います．

現在，歯科医師の平均年齢は５７歳を超え，６０歳近くなっており，今から５年後の更新を考えると多くが６０歳を超えた場合，あまり更新審査が厳しいと，継続を断念する先生が多くいらっしゃるのではないかと思っています．また若手の歯科医師が専門医取得を断念する状況も考えられ，取得，更新の条件が厳しければ，今後専門医が少なくなり，せっかく立ち上がった専門医機構の存続の問題にもなるのではないかと危惧しております．

専門医の質はもちろん重要ですが，地域で必要とされる専門医が継続しやすくすることで，若手が地元へ戻って開業する際には専門医を持っていた方がよいと思えるのではないかと思います．歯科大学のない，田舎の地域でも専門医が活躍できるようにお考えいただければ幸いです．どうぞよろしくお願いいたします．

※一般の開業医でもバギーのお子さんや，気管切開のお子さんを見なければなりません．
かれらは他市から１～２時間かけて来院します．地元の専門医は必要です．

資料４　日本歯科専門医機構の活動状況

１．新たな歯科専門医領域の整備状況

1）歯科保存専門医（仮称）について

連携希望学会：日本歯科保存学会，日本歯内療法学会，日本接着歯学会，日本レーザー歯学会，日本審美歯科学会

開催日程：
第６回　令和３年４月７日　14 時 00 分～15 時 00 分
第７回　令和３年５月 19 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第８回　令和３年６月 24 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第９回　令和３年７月 29 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第 10 回　令和３年９月３日　13 時 00 分～14 時 00 分
第 11 回　令和３年 10 月８日　13 時 00 分～14 時 00 分
第 12 回　令和３年 11 月 11 日　13 時 30 分～14 時 30 分
第 13 回　令和３年 12 月 16 日　15 時 30 分～16 時 30 分
第 14 回　令和４年２月３日　15 時 00 分～16 時 00 分
第 15 回　令和４年３月 24 日　14 時 00 分～15 時 00 分

開催場所：　当機構事務局，もしくは web 会議（ハイブリッド方式）

歯科保存の専門性については，一般の歯科医から理解が得られる歯科保存の専門性について協議し合意を得た．今後，歯科保存学会が先導して研修システム等についてまとめ，先行して認定を受けることで合意した．歯内療法学会，日本接着歯学会，レーザー歯学会，日本歯科審美学会の４学会は，それぞれの学会が相互乗り入れをする形で，研修施設等の制度構築を具体化し，連携協力をすることとなった．その連携の仕方は，それぞれの学会背景（開業医が多い数，他学会専門医の混成等）が異なるので，学会ごとの対応を考えることになった．さらに，現行の学会専門医が機構専門医に移行する際の移行の要件，研修内容，研修施設の基準（主と準施設）について，引き続き検討する．

2）補綴歯科専門医（仮称）について

連携希望学会：日本補綴歯科学会，日本顎咬合学会

開催日程：
第７回　令和３年５月 13 日　15 時 30 分～16 時 30 分
第８回　令和３年６月 23 日　15 時 30 分～16 時 30 分
第９回　令和３年７月 28 日　15 時 30 分～16 時 30 分
第 10 回　令和３年９月２日　15 時 30 分～16 時 30 分
第 11 回　令和３年９月 29 日　15 時 00 分～16 時 00 分
第 12 回　令和３年 10 月 28 日　15 時 00 分～16 時 00 分
第 13 回　令和３年 11 月 25 日　16 時 00 分～17 時 00 分（終了）

開催場所：　当機構事務局，もしくは web 会議（ハイブリッド方式）

国民，一般の歯科医(含，歯科医師会)から理解が得られる補綴歯科の専門性について協議し，一定の合意を得たのちに，専門医の研修要件について協議している．基本的に補綴歯科学会が専門医，研修基準(含，研修施設)を策定し，その基準を基に顎咬合学会（開業歯科医が多い）が，参入することで合意した．

補綴歯科学会は，新制度への移行措置として暫定期間を設け，機構認定の移行基準を設定し，先ず認定研修機関の代表指導医（103 名）を補綴歯科専門医(仮称)として申請し，研修施設によるシステム構築を図る

ことになった．その後，補綴学会指導医・専門医が認定基準を満たした段階で，機構認定専門医として申請する．学会専門医の移行申請は猶予期間をもって単位の更新を行い，確実に単位を修得したものが更新時期に認定試験を受験する．なお，移行に当たり，新研修要件との整合性を調査するが，不足部分は外付けの研修等で補うこととし，具体的内容を決定する．

補綴歯科専門医の制度案は，ほぼ固まったので，今後は，機構申請書類の作成，新専門医の認定試験の整備を進めることとなった．

3）矯正歯科専門医（仮称）について

連携希望学会：日本矯正歯科学会，他関連 4 団体（社員学会ではない）

開催日程：　第 8 回　令和 3 年 5 月 13 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第 9 回　令和 3 年 6 月 23 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第 10 回　令和 3 年 7 月 28 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第 11 回　令和 3 年 9 月 2 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第 12 回　令和 3 年 9 月 29 日　13 時 30 分～14 時 30 分
第 13 回　令和 3 年 10 月 28 日　13 時 30 分～14 時 30 分
第 14 回　令和 3 年 11 月 25 日　14 時 30 分～15 時 30 分
第 15 回　令和 4 年 2 月 10 日　14 時 00 分～15 時 00 分
第 16 回　令和 4 年 3 月 17 日　15 時 00 分～16 時 00 分

開催場所：　当機構事務局，もしくは web 会議（ハイブリッド方式）

日本矯正歯科学会が制定した新たな「矯正歯科専門医（仮称）が履修すべき基本研修と臨床研修の要綱」に基づき新規対象者について検討した．3 学会の大多数は試験，基本研修，臨床研修ともに要綱の基準をクリアしたと報告を受けたが，研修評価の実態が明瞭でないことが判明した．また，新たな専門医認定試験を実施することとなった．

現在，日本矯正歯科学会のみが機構社員なので，申請は日本矯正歯科学会の会員であることが必須条件となるが，日本成人矯正歯科学会と日本矯正歯科協会の会員は，2 年の猶予期間後は対象としないことが通達された．また，2 学会のこれまでの研修実態を報告するよう求めたが未だ明らかでないため，継続して協議することとなった．今後は，新たな認定要件と各学会の専門医の要件との一致性を調査し，要件を満たしているか確認する．

4）インプラント歯科専門医（仮称）について

連携希望学会：日本口腔インプラント学会，日本顎顔面インプラント学会

開催日程：　第 3 回打合せ会（通算第 7 回）　令和 3 年 4 月 7 日　15 時 30 分～16 時 30 分
第 4 回打合せ会（通算第 8 回）　令和 3 年 5 月 19 日 15 時 30 分～16 時 30 分
第 5 回打合せ会（通算第 9 回）　令和 3 年 6 月 24 日 15 時 30 分～16 時 30 分
第 6 回打合せ会（通算第 10 回）　令和 3 年 7 月 29 日 15 時 30 分～16 時 30 分
第 7 回打合せ会（通算第 11 回）　令和 3 年 9 月 3 日 14 時 30 分～15 時 30 分
第 8 回打合せ会（通算第 12 回）　令和 3 年 10 月 8 日 14 時 30 分～15 時 30 分
第 1 回 WG（通算第 13 回）　令和 3 年 11 月 11 日　15 時 00 分～16 時 00 分
第 2 回 WG（通算第 14 回）　令和 3 年 12 月 16 日　13 時 00 分～15 時 00 分
第 3 回 WG（通算第 15 回）　令和 4 年 2 月 3 日　12 時 00 分～14 時 00 分

第 4 回 WG（通算第 16 回）　令和 4 年 3 月 17 日　　12 時 00 分～14 時 00 分

開催場所：　　当機構事務局，もしくは web 会議（ハイブリッド方式）

当初 3 学会で協議していたが，関連 2 学会（口腔インプラント学会，顎顔面インプラント学会）を中心に，認定要件を策定することになった．両学会から専門医に関するこれまでの経緯が語られたが，2 学会の主張に隔たりが大きく協議は停滞した．両学会は独自に実施したアンケートを用いて，研修方法，研修施設，症例数，施設等の実態について報告があった．両学会共に機構が求める質の担保を満足する内容でなく，以下の問題点が抽出された．

口腔インプラント学会の臨床系研修施設群において，実技研修が十分に実施されていない．顎顔面インプラント学会は，研修プログラムを持たない研修施設が多くみられ，また症例数が十分確保できていない研修施設がある．両学会はプロフェッショナル・オートノミーに問題があると判断し，代表者によるワーキングで認定要件作成のため，対面で協議を進めることになった．両学会の研修内容 SBOs を突合させて，共通部分と特異的な部分を明らかにした．新制度の研修内容を明らかにし，研修施設群を構築する予定である．

5）総合歯科専門医（仮称）について

連携希望学会：日本老年歯科学会，日本障害者歯科学会，日本有病者歯科医療学会

開催日程：　第 2 回打合せ会（通算第 6 回）令和 3 年 5 月 27 日 14 時 00 分～15 時 00 分

第 3 回打合せ会（通算第 7 回）令和 3 年 7 月 8 日 15 時 00 分～16 時 00 分

第 4 回打合せ会（通算第 8 回）令和 3 年 8 月 25 日 15 時 00 分～16 時 00 分

第 5 回打合せ会（通算第 9 回）　令和 3 年 10 月 18 日 15 時 00 分～16 時 00 分

第 6 回打合せ会（通算第 10 回）令和 3 年 11 月 26 日 15 時 30 分～16 時 30 分

第 7 回打合せ会（通算第 11 回）令和 4 年 2 月 10 日 15 時 30 分～16 時 30 分

第 8 回打合せ会（通算第 12 回）令和 4 年 3 月 24 日　　16 時 00 分～17 時 00 分

開催場所：　当機構事務局，もしくは web 会議（ハイブリッド方式）

厚労省のワーキンググループの提言に基づき，ハイリスク患者や多職種連携へ対応可能な専門医として，３学会（障害者歯科，有病者歯科，老年歯科）が連携し構築することで決まった．各学会の研修内容，施設，専門医数等について確認された．既存の各学会専門医制度は尊重しつつも，新しい専門領域を創るという考えで知恵を集め進めるよう機構より求めた．そこで，機構が考える 3 学会で構成される新たな専門医について，研修プログラム案（研修目標，到達目標等）を作成し提案した．さらに 3 学会には症型分類等を用いて専門性がわかりやすくするよう求めた．また，当該専門領域の専門医名称については，「総合歯科」でなく，国民が分かりやすい名称を早期に考えることで合意した．

また，上記とは異なるゲートキーパー的な歯科医師の役割も必要と示され，機構と日本歯科医師会とで協議を進めることとなった．日本歯科医師会の生涯研修と機構の専門医研修との紐づけ（外付け研修）を考え，到達目標を立案することで専門医を目指せるような仕組みについても検討することとなった．

２．既に広告可能な５つの機構認証歯科専門医の整備状況

令和 2 年 6 月の社員総会で歯科麻酔専門医，10 月に歯周病専門医，小児歯科専門医，歯科放射線専門医，口腔外科専門医に関する制度認証に続いて，遅れていた令和元年度の研修施設や専門医の運用審査を行い認定した．令和 2 年度の運用審査は，各学会で認定された専門医の申請を機構専門医として申請を受け，令和 3 年 6 月 7 日の社員総会で認定した．引き続き，令和 3 年度については，学会を 2 回/年開催する学会

（日本小児歯科学会，日本歯周病学会）の場合，研修期間の都合上，申請が 2 回生じるため申請を受け付けることとした．運用審査の審査対象は，第１期審査：令和２年４月１日～令和３年３月３１日の期間内に認定した専門医及び研修施設．第２期審査：令和３年４月１日～11 月末日の期間内に認定した専門医及び研修施設とした．運用審査の日程は，以下のとおりである．

① ６月中旬：申請受付開始⇒７月末：申請書提出〆切⇒８月～書面審査⇒９月～10 月中にヒアリング⇒11 月初旬：理事会答申

② 10 月初旬：申請受付開始⇒11 月末：申請書提出〆切⇒12 月～書面審査⇒１月～２月中にヒアリング⇒２月下旬：理事会答申

日本歯科麻酔学会，日本歯周病学会，日本小児歯科学会における第 1 期運用審査において，「令和 2 年度専門医制度の運用」は，適正かつ公正に実施されていることを確認した．ただし，学会ごとに「検討課題，改善事項等」についても，今後，適切に対応することを要請した．

「検討課題，改善事項等」にみられる主な事項は，①専門医更新における診療実績の充実化，②専門医の地域貢献・地域医療活動の充実化，③共通研修の受講の法制化，④専門医制度各種申請資料のデジタル化と事務局保管への取り組みが多くみられた．

これまでの機構認定専門医数と施設数について，以下にまとめる．

機構認証専門医数，施設数

2022年2月24日現在

	学会名	2019年度		2020年度		2021年度			
						第1期		第2期	
		専門医	施設	専門医	施設	専門医	施設	専門医	施設
1	公益社団法人 日本口腔外科学会	477	27	406	43	―	―	確認中	
2	特定非営利活動法人 日本歯周病学会	144	16	208	19	141	8	(373)	(35)
3	公益社団法人 日本小児歯科学会	116	7	178	25	279	4	(72)	(1)
4	一般社団法人 日本歯科麻酔学会	77	1	52	5	61	11	(85)	(6)
5	特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会	50	0	36	0	―	―	(28)	0
	合　計			880	92	481	23		
	総合計	864	51	1,744	143	2,225	166		

※2021年度から、申請は1期と2期の2回受け付ける

３．社員学会との意見交換

１）日本歯科医学会連合

日本歯科医学会連合とは，５月７日と５月 20 日の２回にわたり協議会を開催した．

本機構における専門医認定の進捗状況を説明し，日本歯科医学会連合と本機構，両団体の在り方と関係性について協議した．

従来の学会認定専門医制度の問題点が提議されたことにより歯科専門医機構が設立され，現在新たな専

門医制度の構築を行っているところであり，混乱を避けるためにも連合は傘下の学会に対して専門医制度に関する情報発信等を控えるということで合意された．歯科の専門医を国民に周知するためにも，今後も引き続き社員学会として協働し，本機構の確認のもとで多くの社員学会に対して情報公開を進めることで合意した．

２）日本歯科医師会

日本歯科医師会とは，９月 15 日，11 月 5 日，12 月 17 日，令和 4 年 2 月 16 日の 4 回にわたり協議会を開催した．協議内容は主にわが国の開業歯科医が約 85%という特徴から，領域別専門医ではなく，「総合歯科」がテーマである．

本機構より，日本歯科医師会に対して新たな歯科専門医としての総合歯科専門医（仮称）について，「総合歯科のあるべき専門性について」「総合歯科の役割および育成について」に関する意見を求める文書（令和 3 年 2 月 19 日）が送付された．その後，回答が送付された．本件に関する日本歯科医師会の現状認識と見解を以下に示す．

（１）地域包括ケアシステムや多職種連携の中で稼働する歯科医師の安定的確保のため，専門医育成に拘ることなく，日歯生涯研修制度の充実による，歯科医師会会員の知識と技能の更なる向上をめざす．

（２）具体的には，これまで実施してきた「医科疾患及び全身管理や救急対応」「入院患者や施設入所者等への歯科治療及び口腔健康管理」「訪問歯科診療」「摂食嚥下に関する診断及び治療」等に加え，「地域包括ケアシステムへの参画及び貢献」「多職種連携における歯科コーディネーターとしての役割」に関する知識やスキル等について，研修内容の充実を図る．

（３）本機構による，総合歯科専門医（仮称）の育成研修と本会生涯研修制度との連携の可否や，どのように紐づけるか等について改めて検討した上で，同機構との協議にあたる．

（４）併せて，現在の「日歯生涯研修総合認定医」のシステムや認定基準等を大きく見直すことで，新たに「総合歯科的な認定制度の構築」について検討を開始する．この議論にあたっては，例えば，本会内に専門性の高い歯科医師の育成, 認定, 管理等にあたる専門機関を設置すること等が検討課題となる．

（５）さらに研修の受講以外にも，地域包括ケアシステムにおける症例報告等による実績評価や，指導体制等も検討課題となる．また，開業医が多い歯科の特性及び勤務医や女性歯科医師への配慮から，Ｅシステムの充実により，さらに受講しやすい環境を整備する．

特に，総合歯科的な専門性のもつ意義や役割に関して，関係者間における十分な合意が必要であり，その上で，歯科界の未来を担う若手歯科医師や歯学部学生が目指すべき指標となるような，新たな制度設計を構築し，研修の体制を整えるべきと考えると報告を受けた．以上を踏まえて協議が行われた．

第１回　令和３年９月 15 日（水）17：00～18：00

機構から，広告可能な 5 学会と新しい 5 領域専門医の進捗状況について説明があり，日本歯科医師会からは歯科医師会の研修制度に対するこれまでの取り組みが紹介された．

総合歯科専門医（仮称）にハイリスク患者への対応と，ゲートキーパー的な役割があると考え，これについては両団体のコンセンサスがとれているという認識がある．

日本歯科医師会から，日本歯科医師会の会員である一般開業医に対して日歯生涯研修制度をうまく活用し，ゲートキーパー的役割を持つ何らかの資格取得につなげることができないかとの意見があった．今後の意見交換会では，ゲートキーパー的歯科医師がどのようなものか，またその育成方法について具体的にしていくとともに，日歯生涯研修制度をどのように活用していくか等を協議していくとした．

第２回　令和３年 11 月５日（金）16 :3 0～17: 30

専門医機構が考える総合歯科専門医（仮称）について説明した．厚労省 WG が示したハイリスク患者，地域包括ケア，多職種連携への対応可能な専門性を有する歯科医師について，３学会（障害者歯科，有病者歯科，老年歯科）が連携して構築する．その一方で，地域歯科医療において，専門医受診の要否を判断し円滑に紹介でき，かつ地域包括ケアシステムや多職種連携を実践しているゲートキーパー的な歯科医師が必要である．

歯科医師会としては，３学会による専門医では全国レベルの地域医療を担うことが難しく，歯科医師会員による連携参加が重要と考える．そのためには，「日歯生涯研修ガイダンス」を用いて，外付けの研修システムを紐づけすることでレベルアップする案が提案され，今後，具体的な内容の検討を行うこととなった．

第３回　令和３年 12 月 17 日（金）14：00～15：00

機構から広告可能な５ 学会と新しい５領域専門医の進捗状況と，日本歯科医師会より総合歯科専門医(仮称)をどのように考え協議しているか，以下のような「総合歯科的な専門医に関する意見（柳川私案１～５）」による報告があった．

（１）地域包括ケアシステムの中で，様々な役割を果たしている地域歯科医師会の歯科医師を学術的に支援するために，日歯として当該分野の研修の充実及び評価等について具体的な検討に入っている．

（２）前回の協議で出た，機構の専門医研修と日歯生涯研修の紐づけ（外付け研修）について前向きに詰めていきたい．日歯としては，会員である開業歯科医や病院歯科医にとって頑張れば手が届くレベルを想定している．

（３）また機構と日歯との連携の下に，日歯認定の総合歯科的な名称についても選択肢と考えている．

（４）受療困難者（有病者，障がい者，高齢者）の診療に関しては，総合歯科的な専門医の育成よりも，その受け皿となる病院歯科や障がい者歯科センター等を全国に増設及び増強することの方が重要と考えている．

（５）矯正，補綴，保存，インプラント等について，日歯が細かく口を挟むことはない．ただし，総合歯科については，元より基幹学会がなく全く新しい歯科専門医であることから，国民及び）歯科関係者に分かりやすい結論を得るべきで，期限を区切った議論とすべきでない．

それぞれの項目について，以下の点について相互の意見交換が行われた．

①ゲートキーパー的役割を持つ歯科医師と専門医との関係

②日歯生涯研修と専門医制度との紐づけ

③地域における専門医の育成方法と研修施設の在り方

歯科医師会員は，現在機構が求めている専門性のレベルを歯科医師会員に課すのはなかなか厳しいものがあるが，総合歯科のもう一つの役割と考えるゲートキーパー的役割を持つ歯科医師の育成について，意見交換をすすめることとなった．

歯科医師会の研修システムを受けた歯科医師が，さらに何らかの外付けの研修や共通研修を受けることにより，機構認定専門医へ紐づけるという方法を考えるという提案が示された．現在，地域医療と専門性についての具体的な方策等について，意見交換を続けている．

第４回　令和４年２月 16 日（水）16：00～17：00

前回，提案された柳川私案の追加内容が提案された．これまで意見交換で出された日歯認定の総合歯科

的専門性について，本機構が考えるスペシャルニーズ（高齢者，有病者，障害者）に対して，日歯としては地域包括ケア及び多職種連携による歯科のコーディネータ機能等を主体に考える総合歯科の立ち位置を議論を重ねたいとのことであった．日歯生涯研修制度と本機構の専門医制度との紐づけの具体的内容について検討していくことで合意を得ているが，日歯の見解をさらに意見交換を進める．

日本歯科医学連合に入会している日本歯科医師会会員数（参考データ）

日本歯科医学会連合が令和 3 年 9 月に調査した専門分科会員数と各学会に入会している日本歯科医師会員数の一覧を提示する．現在，進めている新たな 5 領域についても別途集計を追記した．本データは将来の歯科医師会員の専門医取得について参考になるものである．

〈令和3年12月5日作成〉

	専門医名	専門分科会名	会員	日歯会員	専門医	領域専門医	日歯会員	領域日歯会員	認定医	日歯会員
1	歯科麻酔専門医	日本歯科麻酔学会	2777	937	338		91		1333	495
2	歯科放射線専門医	日本歯科放射線学会	1498	198	255		23		476	76
3	小児歯科専門医	日本小児歯科学会	5051	2108	1162		553		80	43
4	歯周病専門医	日本歯周病学会	12167	4619	1159		726		1167	431
5	口腔外科専門医	日本口腔外科学会	10936	3621	2156		748		2804	920
6	補綴歯科専門医	日本補綴歯科学会	6526	1943	661	951	214	461	1187	403
		日本顎咬合学会（専門医→指導医）	7926	2137	290		247		3585	88
7	歯科保存学専門医	日本歯科保存学会	4551	1781	753	1272	389	658	569	109
		日本歯内療法学会	2690	1393	226		146		—	—
		日本接着歯学会	933	409	119		46		30	15
		日本レーザー歯学会	907	450	174		77		25	15
		日本歯科審美学会	5329	1370	—		—		223	98
8	インプラント歯科専門医	日本口腔インプラント学会	1621	6153	1255	1327	859	859	—	—
		日本顎顔面インプラント学会	1420	—	72		—		215	—
		日本臨床歯周病学会	4941	2038	—		—		416	333
9	歯科矯正専門医	日本矯正歯科学会	7138	3328	—	—	—	—	3429	1679
10	総合歯科専門医	日本障害者歯科学会	5088	2154	171	916	84	347	1287	624
		日本老年歯科医学会	4133	1642	273		110		318	125
		日本有病者歯科医療学会	2571	547	472		153		659	175
1		日本歯科医療管理学会	1085	695	—		—		125	126
2		日本歯科薬物療法学会	595	207	57		21		—	—
3		日本歯科医学教育学会	1714	454	—		—		—	—
4		日本顎関節学会	2061	1019	147		80		55	17
5		日本口腔衛生学会	2125	864	—		—		297	111
6		日本口腔診断学会（専門医→指導医）	1292	1040	89		58		221	104
7		日本口腔腫瘍学会	1884	585	44		12		—	—

※重複については不明　　日本歯科医学会連合提供資料

※日歯の会員種別については不明　　令和3年9月末日現在

4．日本歯科専門医機構の活動状況

1）業務報告　（令和 3 年 4 月 1 日～令和 4 年 3 月 31 日）

4 月 7 日　・連携グループ歯科保存専門医（仮称）第 6 回意見交換会
　・日本口腔インプラント学会・日本顎顔面インプラント学会
　第 3 回打合せ会

4 月 8 日　・令和 3 年度第 1 回実務者会議

4 月 9 日　・厚生労働省委託事業　事業実績報告書を厚労省に提出

4 月 14 日　・令和 3 年度第 1 回共通研修評価認定小委員会(ハイブリッド)

4 月 15 日　・監査会議

4 月 19 日　・令和 3 年度第 1 回 IT 広報委員会(ハイブリッド)

4 月 20 日　・(特非)日本歯周病学会との意見交換会(5 学会協議会)
・令和 3 年度第 1 回専門医制度整備委員会(ハイブリッド)
4 月 21 日　・令和 3 年度第 1 回共通研修企画実施小委員会(ハイブリッド)
4 月 22 日　・令和 3 年度第 1 回在り方委員会(ハイブリッド)
4 月 28 日　・令和 3 年度第 1 回総務委員会(ハイブリッド)
5 月 7 日　・(一社)日本歯科医学会連合との打合せ会(ハイブリッド)
・令和 3 年度第 2 回実務者会議
5 月 12 日　・(一社)日本歯科麻酔学会・(公社)日本小児歯科学会との意見交換会
(5 学会協議会)
5 月 13 日　・令和 3 年度第 3 回実務者会議
・矯正歯科専門医(仮称)第 8 回意見交換会
・補綴歯科専門医(仮称)第 7 回意見交換会
5 月 19 日　・歯科保存専門医(仮称)第 7 回意見交換会
・日本口腔インプラント学会・日本顎顔面インプラント学会
第 4 回打合せ会
・(公社)日本口腔外科学会・(特非)日本歯科放射線学会との意見交換会(5 学会協議会)
5 月 20 日　・令和 3 年度第 4 回実務者会議
・令和 3 年度第 1 回理事会(ハイブリッド)
5 月 26 日　・令和 3 年度第 2 回共通研修評価認定小委員会(ハイブリッド)
5 月 27 日　・総合歯科診療専門医(仮称)第 2 回打合せ会
6 月 3 日　・令和 3 年度第 5 回実務者会議
6 月 11 日　・厚生労働省委託事業報告書を理事・監事・社員学会他関係各位へ
発送した.
6 月 17 日　・令和 3 年度第 6 回実務者会議
・令和 3 年度第 2 回理事会(ハイブリッド)
6 月 17 日　・令和 3 年度定時社員総会(ハイブリッド)
6 月 23 日　・矯正歯科専門医(仮称)第 9 回意見交換会
・補綴歯科専門医(仮称)第 8 回意見交換会
6 月 24 日　・歯科保存専門医(仮称)第 8 回意見交換会
・日本口腔インプラント学会・日本顎顔面インプラント学会
第 5 回打合せ会
6 月 30 日　・厚生労働省との意見交換会
7 月 8 日　・令和 3 年度第 7 回実務者会議
・総合歯科診療専門医(仮称) 第 3 回打合せ会
・令和 3 年度第 3 回理事会(ハイブリッド)
7 月 28 日　・令和 3 年度第 8 回実務者会議
・矯正歯科専門医(仮称)第 10 回意見交換会
・補綴歯科専門医(仮称)第 9 回意見交換会
7 月 29 日　・歯科保存専門医(仮称)第 9 回意見交換会
・日本口腔インプラント学会・日本顎顔面インプラント学会

第 6 回打合せ会

8 月 18 日　・共通研修企画実施小委員会

8 月 25 日　・総合歯科診療専門医(仮称) 第 4 回打合せ会

・第 2 回専門医制度整備委員会

9 月 2 日　・令和 3 年度第 9 回実務者会議

・矯正歯科専門医(仮称)第 11 回意見交換会

・補綴歯科専門医(仮称)第 10 回意見交換会

9 月 3 日　・歯科保存専門医(仮称)第 10 回意見交換会

・日本口腔インプラント学会・日本顎顔面インプラント学会第 7 回打合せ会

・令和 3 年度第 4 回理事会メール会議実施

9 月 10 日　・日本小児歯科学会との意見交換会

9 月 15 日　・第 1 回日本歯科医師会との意見交換会

9 月 17 日　・共通研修要項の在り方について制度整備委員会と専門医申請学会評価認定員会との意見交換会

9 月 24 日　・日本歯周病学会との意見交換会

9 月 29 日　・矯正歯科専門医(仮称)第 12 回意見交換会

・補綴歯科専門医(仮称)第 11 回意見交換会

9 月 30 日　・厚生労働省との打合せ会

・令和 3 年度第 10 回実務者会議

10 月 8 日　・歯科保存専門医(仮称)第 11 回意見交換会

・日本口腔インプラント学会・日本顎顔面インプラント学会第 8 回打合せ会

10 月 14 日　・厚生労働省との意見交換会

・令和 3 年度第 11 回実務者会議

10 月 18 日　・総合歯科診療専門医(仮称) 第 5 回打合せ会

10 月 20 日　・令和 3 年度第Ⅳ期期中監査

10 月 21 日　・専門医申請学会評価認定委員会

・2021 年度第 1 期運用審査(日本歯科麻酔学会，日本歯周病学会)

10 月 22 日　・2021 年度第 1 期運用審査（日本小児歯科学会)

10 月 26 日　・第 2 回共通研修企画実施小委員会

10 月 28 日　・令和 3 年度第 12 回実務者会議

・矯正歯科専門医(仮称)第 13 回意見交換会

・補綴歯科専門医(仮称)第 12 回意見

11 月 1 日　・厚生労働省医政局歯科保健課より「歯科医医療の専門性に関する協議・検証一式について」の入札につき落札決定のメールが届いた

11 月 5 日　・第 2 回日本歯科医師会との意見交換会

11 月 10 日　・令和 3 年度第 13 回実務者会議

・令和 3 年度第 5 回理事会

11 月 11 日　・歯科保存専門医(仮称)第 12 回意見交換会

・第 1 回インプラントワーキンググループ

11 月 17 日　・令和 3 年度第 2 回社員総会(メール会議)実施

11 月 25 日　・令和 3 年度第 14 回実務者会議
・矯正歯科専門医(仮称)第 14 回意見交換会
・補綴歯科専門医(仮称)第 13 回意見交換会
11 月 26 日　・記者会見（TKP 市ヶ谷）
・総合歯科診療専門医(仮称）第 6 回打合せ会
11 月 30 日　・新事務所賃貸借契約
12 月 7 日　・2021 年度第 1 回厚労委託事業委員会
12 月 8 日　・第 4 回共通研修企画実施小委員会
12 月 9 日　・令和 3 年度第 15 回実務者会議
・令和 3 年度第 2 回社員総会(メール会議)の議案ならびに審議結果を報告
12 月 14 日　・共通研修評価認定委員会
12 月 16 日　・第 2 回インプラントワーキンググループ
・歯科保存専門医(仮称)第 13 回意見交換会
12 月 17 日　・第 3 回日本歯科医師会との意見交換会
・令和 3 年度第 16 回実務者会議
12 月 22 日　・令和 3 年度第 2 回総務委員会・令和 3 年度第 2 回 IT 広報委員会
・令和 3 年度第 2 回在り方委員会
12 月 24 日　・新事務所への荷物搬入
12 月 28 日　・仕事納め
(令和 4 年)
1 月 7 日　・仕事始め
1 月 13 日　・令和 3 年度第 17 回実務者会議
1 月 20 日　・専門医制度整備委員会
・2021 年度第 2 回厚労委託事業委員会
1 月 28 日　・令和 3 年度第 17 回実務者会議
2 月 2 日　・第 6 回理事会
2 月 3 日　・第 3 回インプラントワーキンググループ
・歯科保存専門医(仮称)第 14 回意見交換会
2 月 7 日　・第 1 回総務，IT 広報委員会合同会議
2 月 10 日　・矯正歯科専門医第 15 回意見交換会
・総合歯科専門医第 7 回打合せ会
2 月 15 日　・運用審査ヒアリング（日本歯周病学会，日本小児歯科学会，日本歯科麻酔学会）
2 月 16 日　・第 4 回日本歯科医師会との意見交換会
2 月 22 日　・第 1 回役員候補者選考が異議
2 月 24 日　・運用審査ヒアリング（日本歯科放射線学会，日本口腔外科学会）
2 月 25 日　・第 7 回理事会
2 月 28 日　・第 2 回総務，IT 広報委員会合同会議
3 月 4 日　・第 3 回厚生労働省委託事業委員会
3 月 10 日　・第 8 回理事会
・令和 3 年度臨時社員総会

3月17日　・第4回インプラントワーキンググループ
　　・矯正歯科専門医第16回意見交換会
3月18日　・第3回在り方委員会
3月23日　・第5回日本歯科医師会との意見交換会
3月24日　・歯科保存専門医(仮称)第15回意見交換会
　　・総合歯科専門医第8回打合せ会
3月25日　・第4回厚生労働省委託事業委員会
　　・第4回制度整備委員会
3月28日　・第2回役員候補者選考会議

2）令和3年度日本歯科専門医機構の委員会活動報告

（1）【専門医申請学会評価認定委員会】

本委員会は，対面とWebを併用したハイブリッド形式により，委員会を2回開催した．主な，審議事項として，機構制度認証5学会の2021年度第1期専門医制度の運用審査に係るヒアリング審査・評価の実施及び理事会答申書等を審議し，審議内容について理事長に報告した．

第1回：令和3年10月21日（木）午後3時～5時50分
　1）前回委員会における「運用審査」ヒアリングの問題点等について
　2）日本歯科麻酔学会専門医制度運用審査・ヒアリング
　3）日本歯周病学会専門医制度運用審査・ヒアリング

第2回：令和3年10月22日（金）午前10時～11時20分
　1）日本小児歯科学会専門医制度運用審査・ヒアリング

第3回：令和4年2月15日（火）午後4時～6時20分
　1）前回委員会における「運用審査」ヒアリングの問題点等について
　2）日本歯周病学会専門医制度運用審査・ヒアリング
　3）日本小児歯科学会専門医制度運用審査・ヒアリング
　4）日本歯科麻酔学会専門医制度運用審査・ヒアリング

第4回：令和4年2月24日（木）午後1時～2時20分
　1）令和3年度第1回～第3回委員会の「議事概要」について
　2）前回委員会における「専門医制度運用審査」の理事会報告について
　3）日本歯科放射線学会専門医制度運用審査・ヒアリング

第5回：令和4年2月24日（木）午後4時～5時30分
　1）日本口腔外科学会専門医制度運用審査・ヒアリング

（2）【歯科専門医制度整備委員会】

第1回：令和3年4月20日開催

共通研修，新たな歯科専門医領域とその領域における，歯科医学会連合の関与について，整備指針および制度設計の基本方針の改正，および共通研修要項の改正について審議をし，理事長にその改正案(議事要録と添付資料を参照)を提示した．

第2回：令和3年8月25開催

共通研修評価認定小委員会より，歯科専門医共通研修要項の改訂に関しての意見の取りまとめ報告を受け，歯科専門医共通研修要項の改訂ついて協議の上，共通研修企画実施小委員会送り審議することになった．共通研修項目の見直しについては，担当委員が改めて協議し，その後委員会で再度，協

議まとめていくこととした.

第 3 回：令和 4 年 1 月 20 日開催

「補綴歯科専門医（仮称)」の制度についての諮問書について協議した．日本歯科補綴学会に資料提出を依頼し，評価者については学会専門医小委員会の藤井一維委員長と専門医制度整備委員会の木村博人副委員長が担当することとなった．提出資料の「制度整備委員会での新しい歯科専門医領域の妥当性の確認事項」の内容について原案通り了承された．評価作業の整備委員会と学会専門医小委員会の関係については執行部で確認し報告することとした.

（3）【共通研修企画実施小委員会報告】

第 1 回：令和 3 年 4 月 21 日開催

令和 3 年度第 1 回委員会を開催し，広告可能 5 学会主催共通研修の実施時期を確認し，今年度の機構主催共通研修の実施について企画検討した．その結果，機構主催は年末から年始にかけての開催を設定することとなった．また，機構主催以外の研修会でも医療倫理に関する設定が少ないことから医療倫理の研修会を積極的に企画推進することとした．また，歯科医師会会員のためにも「外来環」「か強診」の内容を盛り込むことが検討された.

第 2 回：令和 3 年 8 月 18 開催

機構主催共通研修について開催方法(web 開催)，受講者管理方法や費用，講師謝礼等を検討協議し決定した.

第 3 回：令和 3 年 10 月 26 日開催

機構主催共通研修について医療倫理，院内感染対策，医療安全の講師 3 名を決定し，共通研修スケジュールを確認した.

第 4 回：令和 3 年 12 月 8 日開催

機構主催共通研修の内容，実施方法の詳細について報告があった．共通研修項目の変更について，前回本小委員会で審議した項目の変更について理事会の承認が得られ関連する規則等の変更については執行部に一任されたと報告があった．これについて関係する学会への周知を急ぐが，規約等の変更が整い次第理事長名で周知することとした．また，猶予期間についても項目変更を周知する際に言及するとした.

（4）【共通研修評価認定小委員会報告】

第 1 回：令和 3 年 4 月 14 日開催

共通研修認定申請の手引き, 共通研修認定申請書, 共通研修認定審査･判定票の各書式の改訂について審議し，さらに，各団体からの共通研修申請について審議した．その後，メール会議にて，各書式の改訂及び各団体から共通研修申請（3 団体・5 申請）を承認した．また，上記委員会にて単位認定学会以外からの共通研修認定申請の取扱いについて審議するとともに，共通研修認定申請の流れについても協議した.

第 2 回：令和 3 年 5 月 26 日開催

共通研修認定申請の手引き，共通研修認定申請書，共通研修認定審査・判定票の各書式の改訂について理事会で承認されたことを報告した．また，機構認証 5 学会との協議会についても報告した．さらに，各団体からの共通研修申請について審議し共通研修申請 1 団体・1 申請）を承認し，共通研修申請（1 団体・6 申請）については継続審議となった．また，上記委員会にて共通研修認定申請の流れについても協議した.

第 3 回：令和 3 年 12 月 14 日開催 W（eb 会議）

日本歯周病学会，日本口腔外科学会からの共通研修申請について審議を行い，承認とした．共通研修要項の変更を受けて,「共通研修申請の手引き」及び「共通研修申請書」等の改正（案）について協

議し，それぞれ承認された．

メール会議：令和 3 年 7 月 15 日，令和 3 年 8 月 18 日，令和 3 年 10 月 11 日，令和 3 年 11 月 2 日，令和 3 年 11 月 19 日，令和 4 年 1 月 7 日

各団体からの共通研修申請について，各委員が評価判定を行い，これを取り纏めた一覧表をもとにメールを用いて承認の可否について審議した．

（5）【専門医制度総務委員会報告】

第 1 回：令和 3 年 4 月 28 日開催

新たな歯科専門医領域を構築するにあたり，連携する各学術団体の専門医制度の事前調査（予備審査）をするときの費用について検討した．また，この点の条項の追加も含めて，歯科専門医制度認証料に関する規程の改正についても検討した．これらの検討内容及び資料については委員長より理事長に提出した．

（6）【IT 広報委員会報告】

第 1 回：令和 3 年 4 月 19 日開催

IT 広報委員会の主たる業務内容は，①専門医・研修施設のデータベース構築と管理，②ホームページの管理運用であることを委員会開催時（2/15,4/19）に周知し，具体的方法について議論した．専門医・研修施設のデータベース構築については，専門医認証 5 学会（口腔外科，歯科麻酔，歯科放射線，歯周病，小児歯科）間で歯科専門医機構への情報提供項目が合意され，すでに情報が提供されつつある．本委員会は情報提供後に，直ちに情報開示可能項目についてホームページで国民への周知可能になるようテストページを修正し，運用開始体制を整えた．

（7）【総務・IT 広報委員会合同会議】

第 1 回：令和 3 年 12 月 22 日開催

歯科専門医検索ページ，データベース及びバックアップについて協議した．機構認定の専門医検索（紹介）について，独立して構築するのではなく，機構ホームページのトップページからバナーでリンクすることとし，あくまで機構ホームページに付随する構成とすることとした．これに関連して機構ホームページ及び歯科専門医検索ページに至る具体的な構成を改めて検討することとした．

また，データベースについても早急に具体化する必要があることから石井 IT 広報委員長，丸山総務委員長，若尾 IT 広報委員，ホームページ制作の中屋意匠で打合会を開催し，具体案を策定し，この具体案を委員会に諮ることとした．

さらに，機構が受け付ける各学会からの審査用資料や申請資料の保管方法（デジタル化，クラウド保管等）についても上記打合会で具体案を策定することとした．

第 2 回総務，IT 広報委員会合同会議：令和 4 年 2 月 28 日（月）

①ホームページについて

機構ホームページ（トップページ）上に「専門医検索」のバナーを設置するのではなく，まずは「患者の皆様へ」というバナーを設置し，歯科専門医等について一般の方が分かりやすい解説を行うページを設け，そのうえで「専門医検索」ページへ遷移することなどを決定した．中屋意匠様にサイト修正を依頼し，修正後の Web サイトを委員会で確認し，早々に理事会に報告できるように準備していくこととした．

②データベースについて

歯科専門医及び研修施設について収集するデータ項目は決まっているが，データベースをどのようなシステムで構築するか検討している．それにあたり，機構においてデータベースをどのように利用するかが重要となるので，その利用形態や利用方法について協議された．今後継続して検討すること

とした．

③文書保管（バックアップを含む）について

各学会からの申請書等の文書保管（バックアップを含む）について，クラウドを契約し運用することがよいとの意見で一致した．具体的なクラウドサービスの選定にあたり，文書保管だけでないクラウドの活用の仕方についても今後検討していくこととした．

（8）【在り方委員会報告】

第1回：令和3年4月22日開催

在り方委員会は整備指針等の見直し，予算編成の在り方等の検討のための臨時委員会として，昨年10月1日に発足し，3回の委員会を開催した．令和3年度第1回委員会を開催した．

整備指針は主に研修会，制度設計の基本方針は，「総合歯科専門医(仮称)」の役割等について，発足時と較べて社会背景の変化の中で，記載内容に不適合がみられるので改定を図った．

また，今後の予算計画として令和4年度は，新たな専門領域専門医として3領域，事前調査費について5学会分を計上する．令和5年度は，新たな専門領域の専門医として2領域を含め都合5領域，事前調査費についても 11 学会分を計上する．支出は事務所移転による賃借料増と対象学会の増加から職員増の必要性から人件費増を計上するよう策定した．

第2回：令和3年12月22日開催

今後の事業計画に伴う会計措置として令和4年度予算について協議した．①収入としては制度認定・運営管理費として現在意見交換会を実施している新たな専門医制度申請による収入の増加が見込まれる．②支出としては認定書発行経費，事務所移転に伴う諸経費，ならびに人件費等が主な支出の増加となる．これをふまえて令和4年度予算については，今後執行部で検討し予算計上することとなった．

なお，引き続き安定した機構活動のため，中期的会計（案）も検討することとした．

（9）【厚生労働省委託事業委員会】

第1回：令和3年12月6日開催

第5回理事会にて承認された委員によって開催され，委員長に市川先生，副委員長に丸山先生，幹事に馬場先生を選出した．委託事業の内容について委員長より説明があり，協議項目と担当者について検討が行われ，執筆担当者が決定した．原稿は2月10日までに提出と依頼された．このほか，参考人から歯科専門医制度について意見聴取を行うこと，社員，大学にアンケートを行うことが委員長より説明され承認された．

第2回：令和3年1月20日開催

市川委員長より，協議内容等の説明の後，参考人6名（内1名文書提出）からリモートにより意見聴取が行われた．その後，参考人の意見も踏まえ担当委員へ執筆の分担と日程について説明があった．

（１０）【役員候補者選考会議】

第1回：令和4年2月22日（火）

会議の議長に顧問弁護士丸山高人が選出された．機構の活動状況が報告され，今後の選考会議の進め方，手順について協議された．社員からの理事候補者の推薦締切が3月18日であることから，次回は3月下旬開催として調整するとした．

資料５　「矯正歯科専門医」と「インプラント歯科専門医（仮称）」の協議状況について

「矯正歯科専門医」協議状況について

公益社団法人 日本矯正歯科学会
理事長　森山　啓司

１．矯正歯科統一専門医制度検討の経緯について

矯正歯科領域では日本矯正歯科学会，日本成人矯正歯科学会，日本矯正歯科協会が独自の矯正歯科専門医制度を運用していたため，3 学会で統一した専門医制度構築を目的に矯正歯科 5 団体懇談会(矯正歯科専門医機関の前身)を設立し矯正歯科統一専門医制度構築に向け活動していた．

2 年に及ぶ議論を経て制度の詳細を決定し，2020 年 10 月 5～9 日に第 1 回統一矯正歯科専門医審査（書類審査，筆記試験，症例審査，口頭試問）を実施した．第 1 回申請者は 317 名，実際の受験者は 263 名（症例審査受験者 224 名，審査委員 39 名）であったが，そのうち書類審査，筆記試験，症例審査，口頭試問の全てを通過した申請者は 236 名であった．

２．新たな「矯正歯科専門医」に関する歯科専門医機構との協議について

上記の統一専門医制度や第 1 回審査通過者は，日本矯正歯科専門医機関（以下，矯正歯科専門医機関）が所管する専門医制度で審査（試験）し決定したもので，その後，2018 年に新設された日本歯科専門医機構（以下，歯科専門医機構）との協議が必要となった．協議に先立ち，歯科専門医機構の社員ではない日本成人矯正歯科学会，日本矯正歯科協会は原則的に協議対象にならないこと，但し，これまでの経緯を勘案し 2 年間の猶予期間を設け，機構の基準に整合した 3 団体統一の専門医制度を構築することを条件に協議が開始された．具体的には，2021 年 1 月 28 日の第 5 回意見交換会から毎月一度ほど，歯科専門医機構と日本矯正歯科学会のみならず日本成人矯正歯科学会，日本矯正歯科協会を含めた意見交換が行われている．

協議は，これまで 3 団体で協議してきた統一制度について，機構の基本的な考え方ならびに整備指針に則り検討が進められ，一部修正が求められつつ，新たな制度設計の概略が構築されるにいたっている．なお，歯科専門医機構は，専門医認定のための十分な研修実態と充実した研修施設の設置を重視しており，十分な基本及び臨床研修実績について詳細情報の開示が求められた．矯正歯科 3 学会の研修内容や研修施設及び研修実態等の説明を行ってきたが，結果，日本成人矯正歯科学会，日本矯正歯科協会の研修については，実態を示す資料等が不足しているために，その諸要件の充足性を十分担保できないことが指摘され，その対応について現在引き続き検討している．

３．今後の展望

機構より，専門医制度の協議は社員学会である日本矯正歯科学会と行うものであり，他団体が構成組織となっている日本矯正歯科学会の外部組織である矯正歯科専門医機関は協議の対象にならない旨が示された．そのため，日本矯正歯科学会では学会内に専門医制度に関わる委員会を立ち上げ，現行の認定医制度等との互換性を保ちつつ，専門医制度を運用し機構と協議を進めていくこととした．したがって，日本矯正歯科学会内で専門医制度に関わる委員会活動が始まれば，現行の矯正歯科専門医機関は解散し，それに並行して社員学会以外の 2 団体と日本矯正歯科学会との統一制度構築の工程表を作成の上，機構に提出し，来年度には精度の高い新たな矯正歯科専門医制度の認定を目指したいと考えている．

「インプラント歯科専門医（仮称）」の協議状況について

公益社団法人 日本口腔インプラント学会
理事長 宮崎 隆
公益社団法人 日本顎顔面インプラント学会
理事長 嶋田 淳

１． インプラント歯科専門医に関する検討の経緯と現状

インプラント歯科に関する専門医については，公益社団法人日本顎顔面インプラントと公益社団法人日本口腔インプラント学会が，いわゆる広告可能なインプラント歯科専門医制度の構築に向けて，協議を重ねてきた．

2018 年日本歯科専門医機構（以下，機構）が発足したことより，機構と両学会が連携する中で協議は進められることになり，現在，機構の整備指針に基づいた新たなインプラント歯科専門医制度の構築を目指している．具体的には，両学会の専門医制度を基本にしつつ互いに補完する新たな研修プログラムと研修施設の整備，そして客観的な評価方法などに向け取り組み，インプラント歯科専門医の取得に向けて協議を進めている．

２．新たな「インプラント歯科専門医」の歯科医師像・到達目標

今年度は日本歯科専門医機構のもとで，両学会代表者による「打ち合わせ会議」を 8 回開催し，さらに，少人数で制度の詳細を詰めるための作業部会（WG）が設置されることとなり，3 回開催してきた．このなかで,「インプラント歯科専門医」の歯科医師像や到達目標等が検討され，専門医として求められる歯科医師像としては， 5 つのコンピテンスと 15 のコンピテンシーが提案され，到達目標についても診療技能や必要な知識について，協議がおこなわれ具体的な項目はほぼ固まりつつある．また，専門医研修における行動目標（SBO s ）は， 両学会で作成してきた研修カリキュラムを基本に，それぞれの学会での認定要件に相応しい方略（LS）を定め，各認定研修施設での教育と実技指導も含む教育を行っていくことで合意し，さらなる協議を進めている．なお，研修の評価は，顎顔面インプラント学会が策定した研修手帳の研修項目と口腔インプラント学会から示された研修項目とのすり合わせを行い，両学会で策定された教育研修の実施と適宜実施する試験にて評価し，全ての項目が研修完了となった場合にインプラント歯科専門医の取得申請の条件とすることで協議が進められている．

３．両学会の専門医制度の在り方について

新たな「インプラント歯科専門医制度（案)」が現在検討中である．従って，それぞれの学会の専門医制度についても，移行措置も含め新たな専門医制度が確定後検討するものとしている．

４．今後の展望

両学会は機構との協議を重ねつつ，社会（患者）から求められている質が担保された新しい広告可能な専門医制度への構築に向けて，研修プログラムの整備等に努力を重ねている．機構より，新たなインプラント歯科専門医制度の整備に一定の進展がみられた時点で，平行して両学会の専門医制度を調査し新制度との整合性を調査する考えが示されている．新制度の構築が前提となるが，調査結果を踏まえ旧制度から新制度へ移行する議論が進み条件整備が整えば，令和 4 年度には機構による新たなインプラント歯科専門医制度の認定を得て，制度の運用開始を目指したいと考えている．