

歯科医療の専門性に関する協議・検証等一式
報告書

令和5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. 令和4年度機構認定歯科専門医における専門医制度とその運用について	
1. 運用審査における審査方法と内容	3
2. 運用審査作業から見た歯科専門医制度の課題と展望	9
3. 運用審査を踏まえた機構認定歯科専門医の現状と今後の改善点	
1) 歯科麻酔専門医	16
2) 口腔外科専門医	18
3) 小児歯科専門医	21
4) 歯周病専門医	27
5) 歯科放射線専門医	31
4. 地域の開業歯科医から見た機構認定歯科専門医	35
IV. 新たに位置づける機構認定歯科専門医について	
1. 新たな機構認定歯科専門医に求める専門性	38
2. 新たな機構認定歯科専門医制度策定の実際	42
3. 機構が求める専門医制度と各学会の制度の現状及び今後の課題	
1) 補綴歯科専門医（仮称）	48
2) 歯科保存専門医（仮称）	52
3) 矯正歯科専門医（仮称）	55
4) インプラント歯科専門医（仮称）	59
5) 総合歯科専門医（仮称）	63
4. 卒前教育、卒後研修から見た歯科専門医の専門性について	67
5. 地域医療に従事する歯科医から見た新たな機構認定歯科専門医	72
V. 国民目線から見た機構認定歯科専門医について	76
VI. 新たに位置づける機構認定歯科専門医における連携の形態について	
1. 複数の学会が連携して構築する専門医制度及びその運用	
1) 補綴歯科専門医（仮称）	80
2) 歯科保存専門医（仮称）	83
3) インプラント歯科専門医（仮称）	86

4) 総合歯科専門医（仮称）	88
2. 中心学会に統一して構築する専門医制度とその運用	
1) 矯正歯科専門医（仮称）	94
3. 各学会の専門医／認定医とその連携形態	96
【資料】 類似の名称を有する学会の専門医等と新たに位置づける機構専門医との関係について	
1. 日本顎咬合学会認定医・指導医制度	99
2. 日本歯内療法学会専門医・指導医制度	102
3. 日本接着歯学会認定医・専門医・指導医制度	108
4. 日本レーザー歯学会認定医・専門医・指導医制度	110
5. 日本歯科審美学会認定医制度	114
6. 日本矯正歯科協会専門医制度	118
7. 日本成人矯正歯科学会認定医・臨床指導医制度	120
8. 日本口腔インプラント学会専修医・専門医・指導医制度	122
9. 日本顎顔面インプラント学会専門医・指導医制度	124
10. 日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医・指導医制度	126
11. 日本障害者歯科学会認定医・専門医・指導医制度	128
12. 日本老年歯科医学会認定医・専門医・指導医制度	133
13. 日本有病者歯科医療学会認定医・専門医・指導医制度	136
 執筆者一覧	 139

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5回目の春を迎える。機構の理念・活動方針ならびに規定等の策定から運用へ、そして現在ではそれらが更に整備され、既に広告可能な5専門領域に加え、新たな5つの専門領域の創設への議論が深まっている。恐らくは、近々歯科における新しい専門領域が創造されるものと期待している。

そして、この度令和4年度厚労省委託事業（以下、厚労委託事業）「歯科医療の専門性に関する協議・検証一式」が採択され、4度目の報告書を纏める機会をいただいた。これまでの報告書を顧みると、機構が設立された経緯や活動状況のみならず、解決すべき課題や近未来の歯科医療までも見据え言及され、これらの提言がその後の機構の活動に繋がっていることに気付かされると思う。つまり、われわれがまとめ上げる厚労委託事業報告書は単なる報告書ではなく、機構の「道標」となり、今後の方向性を見据えるものとなるのである。従って、今回報告書を纏めるに当たり、執筆される先生方には自由で、かつ建設的な情報の提供をお願いした。

今年度の具体的な検討事項は、①広告出来る学会の専門性、②新たに位置づけることとなっている専門性、③その他の類似の名称を持つ専門性（②を整理した結果、類似の名称をもつこととなる専門性を含む）の在り方について整理する、である。①、②については、概ね整理がついたものと思われるが、広告出来る専門医は、国民にとって分かりやすく治療の選択に資する情報であるべき、とする原則から勘案すると、③については、自由記載にした影響もあったのか、患者の視点というよりも個々の学会の主張が垣間見え、反省点のひとつであるとともに、今後検討を有するものと思われた。

この厚労省委託事業は、これまでCOVID-19パンデミックと同じ時間軸で進み、そして今、日常はwithコロナへと転換しニューノーマルな生活が推奨されている。しかしながら、現在もなお制約のある生活は続いており、本報告書の取り纏めも十分とは言えない環境下での作業であった。このような困難な状況下でひとつのチームとして連携し、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ます。

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	砂田 勝久	日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学教授, (一社) 日本歯科専門医機構専務理事
副委員長	市川 哲雄	徳島大学大学院医歯薬学研究部教授
副委員長	丸山 高人	永松・横山法律事務所, (一社) 日本歯科専門医機構顧問弁護士
委員	秋山 仁志	日本歯科大学生命歯学部教授, (一社) 日本歯科医学教育学会理事長
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, (特非) 日本歯科保存学会理事長
委員	石垣 佳希	日本歯科大学総合診療科教授, (一社) 日本有病者歯科医療学会常任理事
委員	一戸 達也	東京歯科大学学長
委員	伊藤 孝訓	日本大学客員教授, 北原学院歯科衛生士学校校長, (一社) 日本歯科専門医機構業務執行理事
委員	岡崎恵一郎	(公社) 日本歯科医師会学術委員長
委員	小笠原 正	(公社) 日本障害者歯科学会理事長
委員	木村 博人	弘前医療福祉大学短期大学部口腔衛生学科教授
委員	古郷 幹彦	大阪大学名誉教授, なにわ歯科衛生専門学校校長, (一社) 日本歯科専門医機構理事
委員	豊田 郁子	NPO 法人架け橋理事長, (一社) 日本歯科専門医機構理事
委員	馬場 一美	昭和大学歯科病院病院長, (公社) 日本補綴歯科学会理事長
委員	水口 俊介	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野教授, (一社) 日本老年歯科医学会理事長
委員	村上 伸也	大阪大学大学院歯学研究科教授, (一社) 日本歯科専門医機構業務執行理事

(五十音順)

2. 協議・検証方法

第1回の委員会に於いて昨年度の本事業委員に今年度の仕様書に沿って新たな委員を加えた委員会を組織し、報告書提出までの日程を確認した。加えて各委員にそれぞれの担当箇所および委員外の執筆者について協議した。以上の経緯で決定した執筆者に執筆を依頼し、原稿が集まった時点で第2回委員会を開催して意見交換を行った。その後委員会の意見を各執筆者にお戻しして修正稿を作成していただき、第3回委員会で内容の調整を行った後に委員長と副委員長で最終稿を作成した。

Ⅲ. 令和4年度機構認定歯科専門医における専門医制度とその運用について

1. 運用審査における審査方法と内容

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業務執行理事)

1. はじめに

日本歯科専門医機構(以下、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、そして新たな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。

令和3年度厚生労働省の告示¹⁾によって機構の認定する歯科専門医制度が広告可能の要件となった。機構設立以前に広告可能な5歯科専門医については、当分の間は機構認定がなくても広告可能であるが、将来的には機構認定がなければ広告はできないであろう。医科と同じく歯科専門医とその認定制度は新たな段階に入ったと捉えられる。現在、既に広告可能機構認定5専門医の認定作業は4年目を迎え、毎年歯科専門医が誕生している。そして新たな領域専門医である歯科保存(仮称)、補綴歯科(仮称)、矯正歯科(仮称)、インプラント歯科(仮称)、総合歯科(仮称)を対象に、各歯科専門医の制度設計と制度認証を進めている。

本稿では、既に広告可能機構認定5専門医に対して、4年目を迎えた認証・認定作業における審査の方法と審査内容をまとめる。その際に生じている課題については、次項に委ねる。

2. 専門医申請学会評価認定委員会での審査の流れ

運用審査は、専門医申請学会評価認定委員会(以下、委員会)による申請学会の提出資料に対する「書面審査」と「ヒアリング審査」とし、現在は新型コロナウイルス感染症対応としてオンラインを併用したハイブリッド会議により毎年実施している。審査の流れは、申請受付を終了後に各委員による提出資料に基づく事前の書面審査、そして機構制度認証学会の専門医担当者へのヒアリング審査を実施し、本委員会で見解を取りまとめ理事会への結果の答申となる。運用審査は学会審査は書面で行い、研修施設と個々の専門医に対する審査はヒアリングが加えられる(図1)。

図1 専門医申請学会評価認定委員会での審査の流れ



1) 運用審査の申請期間

運用審査は年2回(前期・後期)行われている。当初は、説明不足によるためか各学会の申請回数も定まらなかったが、現在では下欄の日程で定期的に進められている。

日程 審査	申請受付 開始日	申請受付 締切日	書面審査 期間	ヒアリング 実施期間	理事会 答申
第1期	7月11日	8月10日	8月中	9月~10月	11月
第2期	11月14日	12月13日	12月中	1月~2月	3月

運用審査は、2022年度を例にとると、〈第1期〉「専門医制度運用審査」は、2021年12月1日~2022年5月31日の期間内に、機構制度認定学会が〈新規または更新〉認定した専門医および研修施設が対象となる。2022年度〈第2期〉運用審査は、2022年6月1日~2022年11月30日の期間内に、機構制度認定学会が〈新規または更新〉認定した専門医および研修施設が対象となる。

学会認定が年1回のみ実施されている場合は、第1期または第2期のいずれかに一括して提出を受け付ける。学会認定が年2回実施されている場合は、指定された第1期若しくは第2期の申請期間内に受け付ける。現在2回の受付対象学会は、日本歯周病学会と日本小児歯科学会である。また更新については学会当該年度に更新時期を迎えたものが対象となる。

2) 運用審査対象資料の提出

- (1) 機構制度認定学会は、運用審査の申請日までに、本委員会から出されている「運用審査対象資料の記載要領」に従い、区分 A：学会活動「専門医制度運用審査基本情報」の各欄内に必要事項を記入の上、区分 B・C の資料と共に提出すること。
- (2) 「運用審査対象資料」(区分 A～C) は、原則として PDF ファイルによるものを、本機構事務局宛メールに添付して提出すること。
- (3) なお、提出ファイル名は、学会名(略称可)に区分 A, B, C と①～④などの記号を付すこと。〈例〉
***学会 A①, ***学会 B②, **本学会 C③
- (4) 提出した PDF ファイル文書を全て印刷し、下記の「運用審査対象資料」の記載順序に従って綴じたものを 1 冊、本機構事務局宛に送ること。
- (5) 提出資料(印刷物)の冒頭(表紙)は【目次】とする。【資料②】【目次】の記載順序、「付箋の表記」および「提出資料の名称」などの記載例に準拠すること。
- (6) 提出資料(印刷物)の項目毎に、最初のページに「付箋を付す」こと。
「区分 B」の資料について、匿名を要する個人情報(氏名・生年月日・住所等)について、以前は黒塗りをしていたが、本機構においては専門医・施設等を特定するための重要な情報なために黒塗りせずに提出すること。資料の保管には十分注意すること。

3) 運用審査対象資料の記載要領

区分 A：基本情報

- (1) 学会の名称：代表者の氏名(所属機関・役職)を記載すること。
- (2) 最近 5 年間の学会活動を記入すること。
(追加提出資料) ①対象年度に発行した学会雑誌の表紙及び目次のコピーを提出すること。②同年開催の学術集会抄録集・プログラムの表紙および目次等を提出すること。
- (3) 審査年度内の専門医制度に係る活動実績(専門医の新規認定数・更新認定数・総数、指導医・研修施設の新規認定数・総数、その他特記すべき活動実績)を記入すること。特に、「専門医制度に係る規則・細則が改定された場合」は、改定箇所がわかる資料を添えて提出すること。

区分 B：専門医の新規認定および更新に係る資料

- ① 専門医の新規認定および更新認定に係る資料は、審査経過と合否判定結果が簡潔で理解しやすい資料を提出すること。
- ② 新規認定専門医および更新認定専門医の名簿は一覧表だけでなく、学会 Web サイトでの公表方法がわかる資料を提出すること。
- ③ 専門資格の更新認定審査に係る資料においては、判定基準も記載されていること。

区分 C：研修施設の新規認定および更新に係る資料

- ① 研修施設の新規認定および更新認定に係る資料は、審査経過と合否判定結果が簡潔で理解しやすい資料を提出すること。
- ② 新規認定研修施設および更新認定研修施設の名簿は一覧表だけでなく、学会 Web サイトでの公表方法がわかる資料を提出すること。
- ③ 研修施設の更新認定審査に係る資料

区分 D：(ヒアリング時に提出)：専門医・研修施設の新規認定および更新認定に係る資料

- ① 指定サンプル番号の新規認定専門医，更新認定専門医「申請書類」一式
- ② 指定サンプル番号の新規認定研修施設，更新認定研修施設「申請書類」一式
- ③ 上記のサンプル番号は，区分Aの基本情報に基づき本委員会が指定する。

以上を次表にまとめる（表1）。資料提出時の運用審査対象資料の記載要領については，申請時に配布されるので，熟読してまとめるようにして頂きたい。不備が生じている場合は，修正・追加等が求められる。

表1 専門医制度運用審査の提出資料

【例示】		(一社)日本歯科専門医機構 2022年度(第2期)専門医制度運用審査 提出資料【目次】	
		学会名(略称可): _____ 学会 提出年月日: 2022年**月**日	
大項目区分	付箋の表記	提出資料の内容	提出資料の名称 【注】下段はあくまでも例示です。 機構制度認証学会は、適宜、(上書き・追加・削除)修正して下さい。
区分A: 学会活動	基本情報	2022年度(第1期)「専門医制度運用審査」基本情報	**学会2022年度(第2期)「専門医制度運用審査」基本情報
	A①	2021年度発行の「学会雑誌の表紙および目次頁」	**学会雑誌、第1～4号の表紙および目次頁
	A②	2021年度開催の全国学術集会「抄録集等の表紙および目次頁」	第60回**学会学術大会抄録集号(第60巻4号)
区分B: 専門医制度	B①-①②	専門医資格の 新規認定審査 (①経過と②結果)に係る資料	B①-①20**年度第1回専門医審査委員会議事録(抜粋) B①-②20**年度専門医「新規認定審査」合否判定一覧表
	B②-①②	新規認定専門医 の名簿(又は一覧表)および公表に係る資料	B②-①20**年度新規認定「**専門医」名簿 B②-②学会ホームページの公表画面に係る資料
	B③-①②	専門医資格の 更新認定審査 (①経過と②結果)に係る資料	B③-①20**年度第**回専門医認定委員会議事録(抜粋) B③-②20**年度専門医「更新認定審査」合否判定一覧表
	B④-①②	更新認定専門医 の名簿(又は一覧表)および公表に係る資料	B③-①20**年度更新認定「**専門医」名簿(一覧表) B③-②学会ホームページの公表画面に係る資料
区分C: 研修施設	c①-①②	研修施設の 新規認定審査 (①経過と②結果)に係る資料	c①-①20**年度第**回専門医制度委員会議事録(抜粋) c①-②20**年度研修施設「新規認定審査」合否判定一覧表
	c②-①②	新規認定研修施設 の一覧表および公表に係る資料	c②-①20**年度新規認定「**専門医研修施設」一覧 c②-②学会ホームページの公表画面に係る資料
	c③-①②	研修施設の 更新認定審査 (①経過と②結果)に係る資料	c③-①20**年度第**回研修施設認定委員会議事録(抜粋) c③-②20**年度研修施設「更新認定審査」合否判定一覧表
	c④-①②	更新認定研修施設 の一覧表および公表に係る資料	c④-①20**年度更新認定「**専門医研修施設」一覧 c④-②学会ホームページの公表画面に係る資料
	その他	**当該審査対象期間内における専門医制度運用に係る重要な資料	**学会「**専門医制度規則・細則」(20**年**月**日改訂) **学会「**専門医制度規則・細則」、「新旧対照表」

4) 運用審査・評価

制度運用審査・評価の手順については、申請学会が提出した資料をもとに、各委員が「専門医制度申請書の記載内容と提出資料との整合性」「専門医・研修施設の新規認定および更新認定に係る審査の経緯や認定の手続きなどの妥当性」について審査・評価を行う。現在は、木村博人委員長、宮崎 隆副委員長および歯科大学、日本歯科医師会、日本歯科衛生士会、患者団体代表等の委員により審査が行われている。

書類審査にあたり提出資料が不足もしくは理解しがたい場合は、再提出が求められる。各委員は「運用審査」評価票の大項目区分毎に【評点】を記載する。なお、区分B・Cは、細分されているので、各々細かく評点を記載する。【評点】の基準は、3段階（a:運用は適切である。 b:若干の改善を要する。 c:大幅な改善を要する。）とする。【評点】がbまたはcの場合は、「委員の評価・意見」欄に、改善すべき事項などを具体的に記載する。そして最後に、表の最上段にある【総合評価】の欄に、評点を記載する。総合評価の基準も上記と同様であるが、『当該専門医制度の運用が「適切と認定」することが妥当か否か』という観点から判定される。申請書類は、日本歯科専門医機構のホームページに記載されている様式1～4を参照すること²⁾。

ヒアリングは、新型コロナウイルス感染症対策として、対面とWebを用いたハイブリッド審査である。事前審査された内容について各委員の評価が通達され、その後に質疑応答が行われる。提出書類の不備が目立つので指導を要する。

5) 「サンプル調査」

サンプリング資料の審査は、当該申請時の記載内容が専門医制度諸規則や区分B・区分Cの提出資料と合致していることを確認するものである。従って、提出または持参するサンプリング資料は最小限とする。サンプル数は、各々の認定者数・認定施設数を踏まえ、1桁⇒30～50%、2桁⇒10～30%、3桁⇒5～10%を目安とし、抽出した。また、資料は期日までにPDF形式により本機構までに提出すると共に、サンプル数の半分以上は出席者が運用審査ヒアリング当日必ず機構事務局に持参し、質疑に対応できるように用意すること。必要に応じて申請者のホームページ等から情報収集することがある。

3. 機構認定歯科専門医数および機構認定研修施設数

現在までの機構認定の実績は次表のとおりである。来年度には第1期の機構認定歯科専門医の更新時期を迎える。本機構が活動する以前の専門医数とほぼ同じような数になってきている（表2）。

表2 機構認定歯科専門医数および機構認定研修施設数

2023年3月3日現在

	学会名	2019年度		2020年度		2021年度				2022年度			
						第1期		第2期		第1期		第2期(予定)※	
		専門医	施設	専門医	施設	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	—	—	426	39	476	—	—	14
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	—	—	178	25
3	公益社団法人 日本小児歯科学会	116	7	178	25	279	4	72	1	—	—	436	21
4	一般社団法人 日本歯科麻酔学会	77	1	52	5	61	11	85	6	71	1	—	—
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	—	—	48	29
	合計	864	51	880	92	481	23	984	81	547	1	662	89
	総合計			1,743	143	2,225	166	3,209	247	4,303	248	4,965	337

各学会の認定専門医全員を一括して認定せず、毎年度学会の更新時に合わせて申請を求めた結果、機構認定歯科専門医として国民が求めている質の担保は保持されていると考える。今後は、既歯科医師に対応するだけでなく、新卒歯科医師に対しても臨床研修歯科医からスムーズに専門研修ができる環境が構築されることが望まれる。

4. おわりに

広告可能な5歯科専門医については、4年目を迎え、これまで毎年運用審査を行い約5,000名の専門医、約300余りの研修施設が機構認定されている。また新たな領域歯科専門医については、複数学会が合意することで一つの歯科専門医を創出するにあたり、多くの問題を解決しながら制度設計を構築し専門医申請へと審査を進めている。機構認定歯科専門医の具有すべき要件は、回を重ねるごとに明瞭になってきている。今後、広告可能な5歯科専門医は更新を迎えるにあたり、改めて歯科専門医の機構認定申請学会の制度、研修施設、専門医資格の認定要件および認定基準、更新の要件、専門医共通研修の要件等について、自己点検・自己シート²⁾を有効活用し、プロフェッショナルオートノミーのもとで専門医制度を構築されることが望まれる。

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) 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/0000209841.pdf>, (令和5年2月5日参照)
- 2) 日本歯科専門医機構. 歯科専門医制度認証申請. <https://jdsb.or.jp/application/> (令和5年2月5日参照)

2. 運用審査作業から見た歯科専門医制度の課題と展望

～5つの機構認定「歯科専門医制度」と「補綴歯科専門医（仮称）制度【認定審査中】」における運用審査作業を踏まえて～

委員 木村 博人

（弘前医療福祉大学短期大学部口腔衛生学科教授，

（一社）日本歯科専門医機構専門医申請学会評価認定委員会委員長）

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「委員会」という。）は、令和元年度より、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係る運用審査を実施し、毎年度、各学会が新規（更新）認定した専門医および研修施設について、機構認定専門医あるいは研修施設として公表（広告）することは差し支えない旨の答申を理事会へ報告してきた。

筆者は、委員会委員と共に、申請学会における歯科専門医制度の実際の運用に対して、客観的かつ中立的に評価・認定審査を実施し、その中で明らかとなった多くの課題について、令和元年度～令和3年度に3回発行された「厚生労働省受託事業 歯科医療の専門性に関する協議・検証事業 報告書」^{1～3}の中で指摘してきたところである。令和4年度は、新たに2学会（補綴歯科学会、顎咬合学会）より共同申請された「補綴歯科専門医（仮称）制度」の認定審査と運用審査を実施したので、これを加えた「6つの歯科専門医制度」の運用審査における実務的作業の中で明らかになった幾つかの改善すべき課題とその対応などについて報告する。

また、本稿では「専門医の診療技能の質を保証する経験症例数」や「専門医の診療研修環境としての研修施設における専門領域症例数」に対する各専門医制度の更新認定における評価・判定のあり方について報告する。併せて、7学会の定める歯科専門医制度の制度設計と運用の現状を踏まえ、「歯科専門医の地域偏在」に対し申請学会が継続的に取り組むべき方策について提言する。

2. 歯科専門医制度「運用審査」作業における課題と対応について

1) 運用審査の受付回数と申請書類について

（1）運用審査対象期間の分割による機構認定の迅速化

令和2年度の運用審査までは、1年に1回、審査前年4月1日～審査年3月31日の1年間における各学会の専門医制度運用実績（学会活動、専門医および研修施設の新規・更新認定など）を審査対象としていた。しかし、それでは、申請学会の認定時期と機構の認定時期との間隔が1年近く空いてしまう場合もあることから、委員会に「運用審査申請から機構認定の期間を短縮する工夫」が要請された。

そこで、令和3年度の運用審査より、運用審査対象期間を年2回に分割することとした。具体的には、令和3年度運用審査は移行期間として、第1期（前年4月1日～審査年3月31日）と第2期（審査年4月1日～11月30日）に分割して年2回実施し、令和4年度から第1期（審査前年12月1日～審査年5月31日）と第2期（審査年6月1日～11月30日）の各期間内における学会の運用実績を審査対象とすることとした。

しかしながら、令和4年度第1期は、2学会（歯科麻酔学会と口腔外科学会）からの運用審査申請に止ま

り、第2期では第1期を併せた期間（令和3年12月1日～令和4年11月30日）内における3学会（歯周病学会、小児歯科学会、歯科放射線学会）の運用実績を審査対象とした。ただし、口腔外科学会からは第2期の審査対象期間内における新規認定研修施設の資料が提出され、運用審査を実施した。

このような現状の背景には、運用審査申請書類準備の事務量や学会認定が1年間に複数回実施されるなど、申請学会にも種々の事情があると推測されるが、今後、申請学会においては、迅速な資料提出による適時な機構認定が、専門医・研修施設のためばかりでなく、国民の診療機関の選択に資するためでもあることに配慮して、年2回実施する運用審査の仕組みを活用頂きたいと願うものである。

（2）運用審査申請書類の定型化

令和3年度の運用審査までは、提出すべき運用審査資料として、大きく「基本情報（学会活動、専門医制度の活動実績など）」、「専門医の新規・更新認定に係る資料」、「研修施設の新規・更新認定に係る資料」、「その他、修正された規程などの資料」の4点について審査資料の提出を要請していた。資料の提出に際しては、事前に「専門医制度運用審査申請要領」を配布し、それに基づいた資料の提出を要請してきたが、提出資料には統一した書式・様式が無いことから、委員会委員による書面審査が効率的に進まず、審査の負担も過大な状況が続いた。

そこで、令和4年度第1期運用審査より提出資料の表紙を「目次」とし、各審査項目に割り振った記号・番号等に対応した付箋を資料毎に付すこととした。しかし、「Ⅲ. 1. 運用審査における審査方法と内容（担当：伊藤委員）」の「表1／専門医制度運用審査の提出資料」に記載されている提出項目の内、専門医資格の新規（更新）認定および研修施設の新規（更新）認定における「審査経過を説明する資料（B①-①, B③-①, C①-①, C③-①）」については、定型化することが困難であった。

いずれにしても、委員による運用審査が効率的に実施できるよう、全ての申請学会へ分かり易い申請書類の提出を求めているところであり、申請学会の真摯な対応を期待している。将来的には、運用審査に対する書面審査は、委員への審査依頼前に、1次審査として機構事務局において申請資料の有無や体裁などを確認することを目指したい。

2) 「専門医の更新認定要件としての診療実績評価」について

（1）専門医の更新認定における診療実績の評価

令和3年度報告書³⁾末尾掲載の『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』で示したように、令和4年度運用審査においても歯科麻酔学会、小児歯科学会、歯科放射線学会の専門医更新認定審査における診療実績（診療症例数や報告書など）の評価は適切であった。また、口腔外科学会は、本機構の助言・指導を踏まえ、令和4年11月、専門医制度施行細則の改正等により「資格更新要件として診療実績を必要単位とする」と定めたことから、令和5年度以降の運用審査申請資料に反映されることが期待される。一方、歯周病専門医の更新認定においては、生涯研修記録簿の提出を求めているが、診療症例数などは示されておらず、早急に対応することを要請している。

「補綴歯科専門医（仮称）制度」では、同専門医制度施行細則（令和4年10月24日改正）において、専門医の新規（更新）認定申請時に、「歯科補綴学に関連する領域の疾患の診断および治療」に係る基本症例と難症例の提出を認定要件と定めている。しかし、同制度の運用審査では、診療実績の評価・判定結果の記載などが不明瞭であったため、新制度への移行期間を設け追加研修を実施し専門医を認定しているものの、移行期間中であっても診療実績に対する一定の評価・判定は必須として、専門医の認定審査を再度実施

するよう要請しているところである。

3) 「研修施設の更新認定要件としての診療実績評価」について

(1) 研修施設の更新認定における診療実績（症例数など）の評価

5学会中3学会（歯科麻酔学会、小児歯科学会、口腔外科学会）が「研修施設の診療実績（症例数など）」を更新認定の要件としている。一方、2学会（歯周病学会、歯科放射線学会）は、更新認定の要件として「所定の診療環境や設備など」を定めているものの、研修施設における診療実績（症例数など）については具体的な数値を定めていない。ただし、歯科放射線学会の29研修施設は全て歯科大学病院もしくは大学歯学部附属病院のため、専門医の育成研修に資する症例数については十分確保されていることから、更新認定の要件を定めていないものと推量された。

「補綴歯科専門医（仮称）制度」では、移行期間における対応として、現行の研修機関（甲・乙）に対する更新認定審査を以って、研修機関を新規認定している。ただし、各研修機関（甲・乙）における基本症例数と難症例数の記載を認定要件としているが、大学系の研修機関（甲）や歯科診療所を主とする研修機関（乙）の中で、年間症例数に著しい差異が認められ、一部の研修機関については審査経過の妥当性に疑義が生じた。また、研修機関の認定が新規認定専門医の在籍と連動しているものの、研修機関（乙）の中には症例数あるいは診療設備などが不適切な施設が認められた。これらを踏まえ、研修施設の認定審査においては、専門医育成の場として適正であることに加え、患者の選択に資する医療施設としても適切であるか否かという観点から、認定審査を再度実施するよう要請しているところである。

3. 専門医の研修体制のあり方と歯科専門医の地域偏在の課題について

1) 専門医制度「運用審査」資料から見た「専門医の所属施設」と「研修施設」について

(1) 「新規認定専門医の所属施設」および「研修施設の種別」の分析

5学会における「歯科専門医の地域偏在と専門医の研修体制の課題」については、前述の令和3年度報告書³⁾に記述したが、歯科専門医の地域偏在の要因を議論するためにも、3つの専門医制度（歯周病・小児歯科・補綴歯科≪仮称≫）の運用における研修施設の種別について分析を試みた。

本稿では、歯周病学会と小児歯科学会の令和4年度（1期・2期）「運用審査」申請書類に基づくデータに、「補綴歯科専門医（仮称）制度」運用審査資料のデータを加え、【表1】3学会における「専門医の所属施設」および「研修施設の種別」を作成した。ただし、補綴歯科学会認定の研修施設については、旧制度からの移行期間であったため、補綴歯科専門医（仮称）制度の審査資料より、旧制度の数値を一部引用した。また、共同申請学会である「顎咬合学会」では、新制度における専門医や研修施設の認定実績が無いことから引用しなかった。

なお、この3学会に共通する事項は、診療の対象となる症例（患者）が都市部ばかりでなく、地方においても相当の数が見込まれること、専門医資格を持たない「歯科診療所勤務の歯科医師」も当該診療領域疾患の診断と治療を担っていることである。

(2) 3学会の正会員数と専門医数

正会員数は、歯周病学会が8,000名台、小児歯科学会が4,000名台、補綴歯科学会が6,000名台と、中規模～大規模学会に区分される。専門医数は、歯周病学会と小児歯科学会が1,000～1,200名台、補綴歯科学会が（旧制度データ）1,100名台であった。また、正会員に対する専門医の比率は、小児歯科学会が24.9%

と大きく、歯周病学会と補綴歯科学会（旧制度データ）では約15%前後であった。

（3）新規認定専門医が所属する「医療施設」の種別

令和4年度運用審査において、学会（新規）認定専門医は、歯周病学会19名、小児歯科学会28名、補綴歯科学会89名であった。運用審査申請資料（専門医名簿など）を基に、学会の認定時に専門医が所属する医療施設の種別について分析した。その結果、各学会の新規認定専門医の内、歯科診療所に所属する者の割合は、歯周病学会が約40%、小児歯科学会は約20%であった。前年度運用審査では各々約60%と40%であったことから、大学・病院系の専門医の比率が増加していた。一方、補綴歯科学会は約20%であったが、新制度へ移行するため歯育機関に所属する専門医（指導医）の認定を優先させたという背景があり、共同申請団体（顎咬合学会）の正会員数が7,873名であることも踏まえるならば、今後は歯科診療所に所属する歯科医師の新規認定申請が大きく増加し、歯周病専門医や小児歯科専門医の比率に迫るものと見込まれる。

（4）「新規（更新）認定研修施設の種別」の分析結果

令和4年度運用審査において、学会認定（新規・更新）研修施設は、歯周病学会25施設、小児歯科学会23施設、補綴歯科学会89施設であった。その内、歯科診療所の比率は、歯周病学会が100%、小児歯科学会は約90%、補綴歯科学会は約20%であった。ただし、補綴歯科学会認定研修施設については、新制度への移行期間であり、今後は歯科診療所の研修施設が大幅に増加することが見込まれる。

【表1】3学会における「専門医の所属施設」および「研修施設の種別」

分析項目	歯周病学会 (令和4年度)	小児歯科学会 (令和4年度)	補綴歯科学会 (令和4年度)
(1)正会員数	8,684	4,372	6,526
(2)専門医総数	1,192	1,088	89<<1,147>>
正会員数に対する専門医の比率 (%)	13.7	24.9	1.4<<17.6>>
(3)新規認定専門医数	19	28	89
所属施設【大学・病院系／歯科診療所】	【11／8】	【22／6】	【71／18】
歯科診療所の比率 (%)	42.1	21.4	20.2
(4)新規・更新認定研修施設数（研修施設総数）	25 (164)	23 (92)	89<<1,147>>
【大学・病院系／歯科診療所】	【0／25】	【2／21】	【71／18】
研修施設数に対する歯科診療所の比率 (%)	100	91.3	20.2
【注1】 << >>内は、補綴歯科専門医制度申請書（様式2）より抜粋した旧制度における数値である。			
【注2】 歯周病学会と小児歯科学会のデータは、令和4年度（第1期・第2期：審査対象期間は令和3年12月1日～令和4年11月30日）運用審査資料より作成したものである。			

4. 歯科専門医制度の運用における「専門医の質保証と地域偏在」について

1) 専門医の更新認定における診療実績（症例数など）の評価について

専門医の質、特に専門領域における診療技能を担保するためには、資格取得後も専門診療技能のレベルを継続的に維持・発展させることが求められる。従って、専門医資格の更新を認定する学会は、診療実績（診察・検査および手術・処置に係る経験症例数）について適正に評価・判定することが必須となる。

令和4年度、6学会における専門医の更新認定審査では、上記2. 2) (1)に記載の通り、歯周病学会と補綴歯科学会において、経験すべき症例数などの診療実績が明記されていなかった。このことは、両学会認定専門医の診療対象となる疾患（症例）が比較的中高年齢層に多く、全国的に幅広く分布し地域偏在も少ないことから、専門医の日常診療の中で十分な実績を得られるため、更新認定要件として具体的な数値目標を設定しないものと推量している。

しかし、専門医に相応しい診療技能を保証するためには、診療技能の維持・向上レベルを多角的に審査・認定する仕組みを実施すべきであり、診療対象症例が多いからこそ、一般国民に対し、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が求められる。ただし、専門医資格の更新認定審査における診療実績の評価については、各専門領域の診療内容や症例の多寡に応じて、必ずしも画一的な経験症例数を認定要件と定めるのではなく、あくまでも各々の専門医が修得する専門的診療技能を担保することを目標とすべきである。

2) 研修施設の更新認定における診療実績（症例数など）の評価について

令和4年度、5学会における研修施設の更新認定審査では、上記2. 3) (1)に記載の通り、歯周病学会と歯科放射線学会において、経験すべき症例数などの診療実績が明記されていなかった。

委員会としては、全ての申請学会に対し、専門医取得を目指す歯科医師に対する専門研修を適切に実施するためには、研修施設における適正な症例数への評価・判定が必須であり、更新認定要件を適切に設定することを助言・指導しているところである。

5. 提言～専門医地域偏在の解消に向けた継続性のある歯科専門医制度のあり方～

令和3年度の報告書³⁾の末尾6.に記載したように、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、どのように制度設計していくか」という現状を踏まえて構築され、運用されなければならないものと考える。

以下、「臨床研修方略としてのOJTのあり方」と「資格取得後の診療技能の評価」における課題を取り上げ、それらを解決することが「専門医の地域偏在」を解消する道筋にもつながることを提言する。

1) 歯科専門医の取得を目指す歯科医師の臨床研修方略としてのOJTについて

歯科専門医制度の運用において、歯科専門医の取得を目指す歯科医師が、専門領域の診療技能（知識・技術・態度）、特に、経験すべき疾患の診断・治療技術を修得するためには、一定の対象疾患症例数が見込まれる研修施設に勤務し、指導医または専門医の指導の下、OJT(On the Job Training)を通じた臨床研修指導を受けることが最も効率的であり、研修目標への到達度評価も容易であることは論を待たない。

課題の1つは、毎年、卒後臨床研修（1年）を修了する約2,000名弱の歯科医師の内、一定数の専門研修を希望する者に対して、歯科基本専門10領域にわたる各専門分野の学会認定研修施設が希望者を受入

れ、少なくとも3年以上継続雇用できる設備的・財政的基盤が整備されていないことであろう。このような状況がOJTを主体とする診療技能修得の方略を制限する大きな要因となっているものと思われる。

中長期的には、専門研修を希望する者が、一定の年限、充実した診療設備や指導体制を有する研修施設に在籍し、歯科医師免許保有者に相応しい雇用・労働条件を保証された環境の中で、OJTを受けることが理想的な専門研修のあり方であろう。しかし、短期的には、大中都市部の歯育機関が研修施設の中核を構成しているという現状を前提として、全国各地域の歯科医療施設を活用し、OJTを含む臨床研修を柔軟に実施し、診療技術を適正に評価・判定できるような制度設計と運用の工夫が求められる。近未来的には、ICT技術を活用したVR（Virtual Reality）教育も視野に入れた臨床研修方略を採用することも有り得ると考える。

2) 勤務場所に関わらず専門医の取得・更新を行うことができる体制について

もう1つの課題は、令和3年度報告書³⁾の主題である「卒後数年を経てから専門医の取得を目指す歯科医師」や「地域歯科医療を担う歯科医師が専門医取得後、容易かつ適正に資格更新を可能とすること」を想定した制度設計と運用について、機構と申請学会の共通認識が定まっていないことである。現行の歯科専門医制度の多くは、卒直後の歯科医師を対象とし、歯育機関を中心とする専門医育成に重点が置かれているために、前記の2つの視点からの取り組みが不十分であり、地域偏在の一因ともなっている。

このような状況を改善するためには、臨床研修施設への在籍に拘泥することなく、診療実績や診療技能修得レベルに対する評価・判定方法を工夫し、専門医の質を担保する制度設計が必要と思われる。この件に関しては、同報告書³⁾53～56頁に市川哲雄委員が詳細に記述しているので、参照頂きたい。

3) 歯科専門医の地域偏在を軽減・解消する方策について

上記1) 2) を踏まえて、歯科専門医の地域偏在を軽減・解消する方策について若干の私見を述べる。

始めに、歯科麻酔専門医と歯科放射線専門医の研修施設は、診療対象疾患の特殊性と修得すべき診療技能の習熟度、施設の設備レベルなどの側面から、自ずと大中都市部の歯科大学・歯学部附属病院に集中せざるを得ないことは容易に理解できる。しかし、一定の割合で歯科診療所勤務の専門医も更新認定されていることから、専門医の質保証を担保しつつも診療実績の評価・判定においては多少柔軟に対応することも許容範囲と考える。口腔外科学会認定専門医と研修施設については、比較的地域偏在の問題は少ないのが現状であり、改正された専門医更新における診療実績の評価・判定を着実に進めることを期待する。

一方、歯周病専門医、小児歯科専門医、補綴歯科専門医（仮称）、そして新たな専門領域として機構との意見交換会を重ねている各学会の専門医制度の設計と運用では、歯科医療の現状を踏まえつつも専門医の質保証を担保し、かつ地域偏在が解消されるように種々の工夫が必要となる。例えば、歯科医師の雇用環境と指導体制の現状を前提にするならば、専門医の認定要件として、「研修施設に常勤し、5年以上のOJTを必須」と定めることは、非現実的であるばかりか、地域偏在を助長しかねないものとなる。

地域偏在を解消する方策としては、「歯科診療所と大学附属病院との連携」あるいは「複数の歯科診療所が集合体を形成し専門臨床研修を分担する」などの「研修施設群方式」を採用することも一案である。例えば、いわゆる「スタディグループ」の基幹となる歯科診療所を専門医研修施設として認定し、適正な研修カリキュラムと診療技能評価の下に運用することも検討に値する方策であろう。また、現在、検討中の総合歯科専門医（仮称）制度においては、日本歯科医師会の生涯研修制度の活用を視野に入れた実現可能な制度設計と運用体制を確立し、地域歯科医療を牽引する歯科専門医の育成を目指すことが望まれる。

6. おわりに

本報告書では、先行する5つの歯科専門医制度に加え、新規認定審査中の「補綴歯科専門医(仮称)制度」に対する「運用審査」の実務作業を通して明らかとなった諸課題と対応について報告し、「歯科専門医の地域偏在の解消に向けた方策」を提言した。先の報告書でも述べたが、「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」において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求められており、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が、国民の福祉向上につながるものと確信している。

最後に、歯科専門医制度の運用実務を担う本機構への財政的支援、特に事務局の整備・拡充については、改めて厚生労働省、日本歯科医師会、社員学会等、多方面からの支援を期待しつつ本稿を閉じる。

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. 令和元年度 厚生労働省受託事業 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.
報告書1 https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_01.pdf?t=1678781562297
報告書2 https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_02.pdf?t=1678781562297
報告書3 https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_03.pdf?t=1678781562297
報告書4 https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_04.pdf?t=1678781562297
報告書5 https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_05.pdf?t=1678781562297
報告書6 https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_06.pdf?t=1678781562297
- 2) 日本歯科専門医機構. 令和2年度 厚生労働省受託事業 歯科医療の専門性に関する協議・検証事業 報告書. 令和3年3月.
報告書本文 https://jdsb.or.jp/pdf/202103_report_01.pdf?t=1678781562297
報告書資料 https://jdsb.or.jp/pdf/202103_report_01_enq.pdf?t=1678781562297
- 3) 日本歯科専門医機構. 令和3年度 厚生労働省受託事業 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.
https://jdsb.or.jp/pdf/20220331_news.pdf?t=1678781562297

3. 運用審査を踏まえた機構認定歯科専門医の現状と今後の改善点

1) 歯科麻酔専門医

歯科麻酔を広く知ってもらうための取り組み

委員 飯島 毅彦

(昭和大学歯学部全身管理歯科学講座歯科麻酔学部門教授,
(一社)日本歯科麻酔学会理事長)

1. はじめに

歯科麻酔専門医は日本歯科麻酔科学会が2000年に始めた専門医制度であり、日本歯科専門医機構により令和2年6月1日に専門医機構の認定第1号として認証された。現在約330名が登録されている。歯科麻酔科の歯科医療における専門分野としては歯科患者の麻酔管理、歯科治療中の全身管理、および口腔顔面痛の疼痛治療である。現在、保険請求件数から推定される歯科麻酔専門医の麻酔管理件数は年間約15万件である。北米での歯科麻酔管理症例数と比較すると症例数は約十分の一に過ぎず^{1) 2)}、歯科患者にとって歯科麻酔管理を必要とする潜在的な患者数は多く、今後、歯科麻酔専門医の拡充と国民へ歯科麻酔を知ってもらう活動が必要である³⁾。

2. 運用上の課題

歯科専門医制度の目指す歯科医療における専門性の普及という観点から改善すべき現在の運用上の問題点がいくつか挙げられる。専門医制度の運用上の課題としては、まず国民に対して歯科麻酔の周知が不足していることが挙げられる。このことは歯科専門医制度基本整備指針の基本理念⁴⁾のなかに示されている以下の3項目と関連する。

- 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
- ⑤ 地域医療に十分配慮した制度であること

本来、歯科医療上麻酔管理が必ず必要と考えられる障がい者の歯科治療でも麻酔管理が行われていないところは、約半数以上の自治体に及んでおり、歯科で麻酔管理が応用できることが知られておらず、患者からの要望すら出てこない地域も見られる。都市部から少し離れただけで歯科麻酔管理はほとんど行われておらず、地域格差は大きな問題である。これまで日本歯科麻酔学会は専門医資格を整えてきたが、今後は国民に広く周知し、歯科の中でも専門性の高い麻酔科管理を広げていく活動が必要である。

次に挙げられるのが専門医を輩出する基盤が十分ではなく、その需要に対して十分な供給がなされていないことである。全身麻酔を含めた麻酔管理は患者の生命を左右することもあり、主体的に麻酔管理が施行できるための技術と知識を習得するには数年の専従期間が必要である。歯科麻酔管理が行われている医療機関は歯科大学あるいは大学歯学部付属病院が主であるが、これらの施設ではこの専従期間の間、専門医を志望するものの雇用を維持することは困難を伴う。そのため、現在ある32指導施設のうち定期的に専門医を輩出している施設は約3分の1にとどまっている。麻酔は安全管理を保証できないと生命にかかわるため、専門医の知識上、実技上のレベルの維持は必須であり、その基準は緩められないために指導施設を増やす、試験合格率を上げるということは安易にはできないという背景がある。

3. 問題点に対する取り組み

現在、歯科麻酔の需給バランスを客観的に評価するために日本歯科医師会、都道府県歯科医師会、郡市歯科医師会会員を対象にアンケート調査を行なっている。これは歯科麻酔の周知度、歯科の麻酔管理の必要性を調べるものである。このアンケート調査により地域による意識の違いなども知ることができ、地域偏在の問題を考える材料になる。また、公的な支援が必要な障害者歯科医療においても同様のアンケート調査を行なっており、歯科麻酔管理を広く普及させるために必要な行政の協力を求めるための資料作りにも役立つものと考えられる。これらのアンケート調査は歯科医師を対象としたものであるが、国民に対する広報活動にも取り組んでいる。患者の会である認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML の協力を得て、歯科麻酔の紹介記事を連載している。また、市民公開講座を学術集会時に企画して、広く歯科の麻酔管理の理解を広めようとして取り組んでいる。

医科における麻酔は、昭和 35 年に特殊標榜科と指定され、麻酔管理をすることの専門性が認められている。現在、2 年間の麻酔業務の経験者に厚生労働省は麻酔科標榜医の認定を行なっている。この麻酔科標榜医は医科麻酔管理料としてその技術に対する保険点数を請求できる。これとほぼ同様の麻酔経験のあるものに対しては歯科麻酔管理料が設定されている。歯科麻酔科が特殊標榜科として認められる蓋然性があり、標榜が可能となれば広く国民にも歯科麻酔を周知できると考えられる。平成 7 年に特殊標榜科としての審査申請が厚労省に提出されたが、翌年 3 月に結論は保留になっている。今後、標榜科認定に向けての活動を広げていく。

4. おわりに

日本における歯科麻酔は学会設立から 2022 年に 50 周年を迎えた。これまでその専門性の整備を行ってきた。今後は国民の歯科医療により貢献するために、歯科麻酔の周知をはかり、より多くの麻酔科管理を必要とする歯科患者に麻酔を提供していく必要がある。また、歯科医療の安全性を向上させ、歯科領域の痛みの診療にも貢献することも歯科麻酔専門医が歯科医療に役立つことにつながる。

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) El-Mowafy A, Yarascavitch C, Haji H, Quinonez C, Haas DA. Mortality and Morbidity in Office-Based General Anesthesia for Dentistry in Ontario. *Anesth Prog* 66(3) : 141-50, 2019.
- 2) Jastak JT, Peskin RM. Major morbidity or mortality from office anesthetic procedures: a closed-claim analysis of 13 cases. *Anesth Prog* 38(2) : 39-44, 1991.
- 3) 飯島毅彦, 西村晶子. 特集 昭和大学の医療連携における歯学部役割について 日本における歯科麻酔の流れと歯科麻酔科医育成における医歯連携. *昭和学会誌* 80(5) : 390-395, 2020.
- 4) 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 5 年 2 月 13 日参照)

2) 口腔外科専門医

より高いレベルの口腔医療をめざして

委員 古郷 幹彦
(大阪大学名誉教授、
(一社)日本歯科専門医機構理事)

1. はじめに

口腔外科は口腔および顎顔面の疾患を取り扱い、わが国民の歯・顎口腔顔面の臓器・組織の健康状態の診察および同部の疾患・障害の予防と治療を目的とする。その目的のためには高度な専門的医療を必要とする。

2. 診療範囲

口腔領域 (Oral Surgery) と顎顔面領域 (Maxillofacial Surgery) の範囲を包括した口腔・顎顔面領域 (Oral and Maxillofacial Surgery) であり、具体的には歯、歯周疾患、口腔粘膜、顎骨および口腔周辺の臓器 (唾液腺、顎関節を含む) に発症する炎症・外傷・良性腫瘍・悪性腫瘍・口唇裂口蓋裂をはじめとする先天異常・顎変形症などの後天異常・口腔粘膜疾患・嚔胞・唾液腺疾患・神経性疾患・顎関節疾患、その他の口腔顎顔面に起因する異常を診断し治療する。

3. 診療内容

診療は上記疾患の予防・初期コントロール・根本的治療・予後コントロールに及ぶが、おもに外科手術治療を主体とする。そのため、高いレベルの診断能力と外科手技、および全身管理能力が必要とされる。なお、歯・及び歯周疾患の治療においても、顎骨の削合を伴う埋伏歯の抜去など高度な外科的侵襲を伴う疾患の治療が主体となる。

4. 口腔外科専門医

1) 日本歯科専門医機構による認定

平成 30 年日本歯科専門医機構設立当初より既存の 5 領域専門医の一つとして運用審査ののち日本歯科専門医機構より認証を受けた。平成 3 年度厚労省告示により日本歯科専門医機構認定として広告可能となっている。機構による新規専門医認定作業は毎年行われている。

2) 専門医に要求される事項

これらの診療において国民に良質な標準的医療を提供するためには、専門医が生涯にわたって適切な教育を受け、十分な知識・経験を持ち、医療現場において指導的立場で活躍することが必要であり、さらに先端的医療を理解し、患者に情報提供できることが重要である。そのため疾患に対する知識だけでなく、医科との連携に必要な医学知識の取得とその更新、そして何よりも外科手術技能を高く保つことが要求される。

上記の要件を満たすために、口腔外科専門医の取得のためには、歯科医師免許 (医師) 免許取得後、初期研修を終了してから 6 年以上、学会認定の研修施設 (准研修施設) に所属し、口腔外科に係わる診療と

学術活動に従事して口腔外科認定医（学会認定）取得後一定以上の実績を有することが必要条件となる。口腔外科専門医の資格は、①広い範囲の症例経験を記載した申請書類の審査、②筆記試験・口頭試問、③手術実地審査、の3段階を経て認定される。特に実地審査は、試験官が申請者の口腔外科手術を実際に見学し、その手術能力を判定する。5年ごとの資格更新が必要であり、期間内に一定の研修実績を上げることが必須となっている。さらに機構認定の共通研修受講が必要となっている。さらに日本口腔外科学会では欧米の基準にレベルを維持するため International Board for Certification of Specialists in Oral and Maxillofacial Surgery (国際口腔顎顔面外科専門医)の試験に合格し Fellow となるよう推奨している。

3) 現在の専門医数 2250名

研修施設 308 准研修施設 226 2022年1月時点

口腔外科専門医数は他の歯科領域に比べて多い。これは学会認定専門医の厚労省による認可が早かった（平成15年11月）という歴史的な理由と地域中核施設としての病院歯科口腔外科の必要性が高く携わる歯科医師数も多く口腔外科学会会員数が1万1千人を超えるところが大きいと考えられる。認定医数・専門医数・指導医数の過去9年の変化を表に示す。2014年から認定医は約2,000人、専門医は約400人、指導医は約200人増となっている。

口腔外科認定医・専門医・指導医数（人）

年	認定医	専門医	指導医
2014	1041	1853	802
2015	1277	1885	822
2016	1627	1926	846
2017	1743	1966	870
2018	1936	1994	896
2019	2327	2061	924
2020	2578	2128	955
2021	2804	2156	989
2022	3052	2241	1015

（※各年10月現在の数/専門医には指導医で専門医資格を持っている方を含む）

5. 問題点

1) 医科病院におけるあり方

歯科口腔外科標榜の施設と口腔外科専門医が勤務する施設は一致することが少なく、口腔外科専門医施

設が国民に分かりにくい。また口腔外科専門医の多くは病院勤務であり（新規認定専門医の99.6%は大学・病院系の勤務）、多くの医科専門医とともに勤務するため、病院経営者における医科専門医と歯科専門医との制度上の相違（保険制度や共通研修の相違や働き方など）の理解を得るのが難しいことがある。

2) 地域偏在について

特に人口密集地以外の地域には口腔外科専門医が少ない。これら地方の病院歯科口腔外科では医業収入の問題から複数の指導医・専門医の雇用が難しく、指導医不在のため研修施設となることが難しくなっている。大病院が存在する大都市に専門医が集中する傾向があり、口腔外科医療の地域格差が懸念される。

3) 高齢の専門医について

運用審査指摘により終身専門医(65歳以上)を廃止し、高齢の専門医にも専門医更新制度を適用した。多くの歯科医師が専門医を返上した。少子高齢化のなかで定年退職後でも十分な能力を有する歯科医師の再活用する方策を検討する必要がある。

6. 予算要求

現在全国に広がる地域研修施設での専門医実地試験や施設認定には実際現場に認定のための委員を派遣して行っている。そのための旅費計上が多額となっている。特に施設認定経費は施設が研修施設として適切か現地確認するための費用であり、できるならば機構からの援助をお願いしたい。

7. おわりに（今後の展望）

口腔外科専門医は医科の外科系と同様、主として専門的な外科手術に携わり、地域包括ケアシステムにおいては、歯科医療と医科医療を仲介する立場にあるため、医療安全、院内感染防止、医療倫理、地域医療連携についての集約した研修、すなわち高いレベルの共通研修が必要となる。

2007年歯科医学教授要綱が改訂され各診断と治療方針の決定に際し、「全身症状を関連させて理解できる素養およびこれらの疾患の予防に関する知識を教育する」という項目が追加されたが、口腔外科においてはまさに卒前教育よりも卒後においてこれらの教育が、医学の進歩とともに従来の歯科教育以上のレベルで求められている。地域医療において、医科歯科連携の必要性が日々増していることから、国民の信頼を得るために、総合歯科など新規の歯科専門医の医学的素養のレベルアップに口腔外科が貢献する必要があると思われる。

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) 平成19年改訂 歯学教授要綱
- 2) 白砂・古郷 編 口腔外科学第4版 医歯薬出版 2020年2月
- 3) 令和3年厚生労働省委託事業報告書「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

3) 小児歯科専門医

委員 木本 茂成

(神奈川歯科大学歯学部小児歯科学教授,
(一社)日本歯科専門医機構業務執行理事)

1. はじめに

近年、日本においては少子高齢化とそれに伴う疾病構造の変化から、歯科医療に対する社会のニーズは著しく変容している。急激な少子化と核家族化により、子どもの親への依存度は高まり、親子関係も変化し、小児歯科医療において複雑な対応を迫られる小児患者も増加している。特に地域医療の中核をなす大学附属病院においては、齲蝕の予防や管理、不協力児とその保護者への対応、口腔外傷、歯性炎症、埋伏過剰歯や歯牙腫等による永久歯萌出障害、口腔習癖への対応、さらに歯列・咬合の異常など、患児の来院理由は極めて多岐にわたっている。しかしながら、歯科医師の中には、小児歯科の主たる役割を、歯科疾患(齲蝕や歯周疾患)の治療と齲蝕予防という限られた領域の古い概念で捉えている例も見受けられる。かつての「齲蝕の洪水」と呼ばれた時代も終わりを告げ、社会から求められる小児歯科医療の役割も大きく変化している。現在では、齲蝕とその继发疾患や外傷などを初めとして、口腔習癖やアレルギー等による口腔周囲筋の異常など、顎・口腔の健全な成育を妨げる口腔機能の獲得の遅れを早期に発見し、これを改善することが今日の小児歯科医療に求められる本質となっている。

2. 小児歯科医療の特徴と専門性

現在、広告可能な5つの歯科専門医のうち、成長発育期というライフステージに特化した歯科医療を対象としているのは、小児歯科専門医のみである。小児歯科専門医は他の4つの歯科専門医と異なり、対象となる病態あるいは診療の方法によって区別されるものではなく、齲蝕予防・口腔衛生指導、齲蝕・歯冠修復処置、歯内療法処置、外科的処置(抜歯、小手術や外傷への対応)、咬合誘導処置、障害児への対応、口腔機能管理など多岐に及んでいる。また、歯科医療における他の専門領域とは異なり、診療における説明や指導は、患者である小児とその保護者を対象としている。

以上のような広範囲の診療範囲とは別に、近年、口腔機能発達不全症が公的医療保険の対象となる病名として導入され、口腔機能の発達支援という新たな領域が加わった。一方、2021年の学校歯科保健統計調査結果によれば、我が国における12歳児の1人平均齲蝕歯数は0.63歯となり、この40年間で著しい疾病構造の変化を生じている。また同年の合計特殊出生率は1.30と少子化に歯止めがかかっていない現状である。このような小児における疾病構造の変化や、一家庭当たりの子どもの数の減少は保護者の歯科治療に関する意識を大きく変容させている。このような背景から、未就学児をもつ保護者において、小児の歯科医療に高い専門性を求める要求は高まっている。

3. 小児歯科専門医制度の現状と課題

小児歯科専門医制度は日本小児歯科学会により平成17年(2005年)に制定され、翌平成18年(2006年)3月に広告可能な歯科専門医制度の1つとして厚生労働省に受理された。令和5年1月末現在、1086名の小児歯科専門医が日本小児歯科学会の認定を受けている。

小児歯科専門医は、最低5年間の日本小児歯科学会会員として専門医指導医の在籍する研修施設における

研修歴が必要であり、そのうち最低2年間は大学歯学部附属病院小児歯科において臨床研修を含む一定の研修単位取得が義務づけられている。また、同学会専門医認定委員会が行う小児歯科専門医の試験において、症例に関する論述試験、多肢選択式客観試験、症例に関するプレゼンテーションと口頭試問が実施され、一定の基準を満たした場合に合格となる。専門医試験合格者は同学会理事会の承認を経て小児歯科専門医として学会の認定を受ける制度となっている。さらに、令和元年（2019年）に日本歯科専門医機構の制度認定を受けた後、同機構の運用審査を経て小児歯科専門医は毎年の更新者ならびに新規申請者から、順次同機構の認定を受けた小児歯科専門医に移行している。

その一方で、歯科の標榜診療科名には小児歯科があり、一般歯科においても小児歯科を標榜する診療所が多いことから、小児歯科を標榜する歯科医師と小児歯科専門医との違いを認知している国民は少ない（図1）。実際に全国で10万人を超える歯科医師のうち、約4万人が小児歯科を標榜する歯科診療所で勤務している（表1）。また、日本小児歯科学会の会員となっている歯科医師は現在約4,400名であり、同学会が認定する小児歯科専門医は1,086名（2023年1月末）にすぎない（表2）。さらに小児歯科専門医の多くは大学病院に在籍するか、大都市近郊において歯科診療を行っているため、小児患者に対する専門的な歯科医療の提供には地域格差を生じているといえる（図2）。

表1

診療科別に医療施設に従事する歯科医師数(人)

総数*	104,118
歯科	94,022
矯正歯科	22,502
小児歯科	42,144
歯科口腔外科	30,756
臨床研修歯科医	1,987

令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

表2

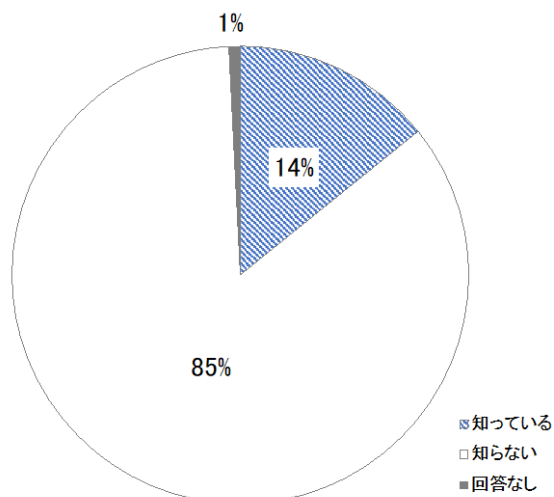
取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名別にみた歯科医師数

	歯科医師数	割合(%)
総数	104,118	100
口腔外科専門医	2,369	2.3
歯周病専門医	1,204	1.2
歯科麻酔専門医	375	0.4
小児歯科専門医	1,278	1.2
歯科放射線専門医	198	0.2
取得している資格なし	98,936	95.0

令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

図1

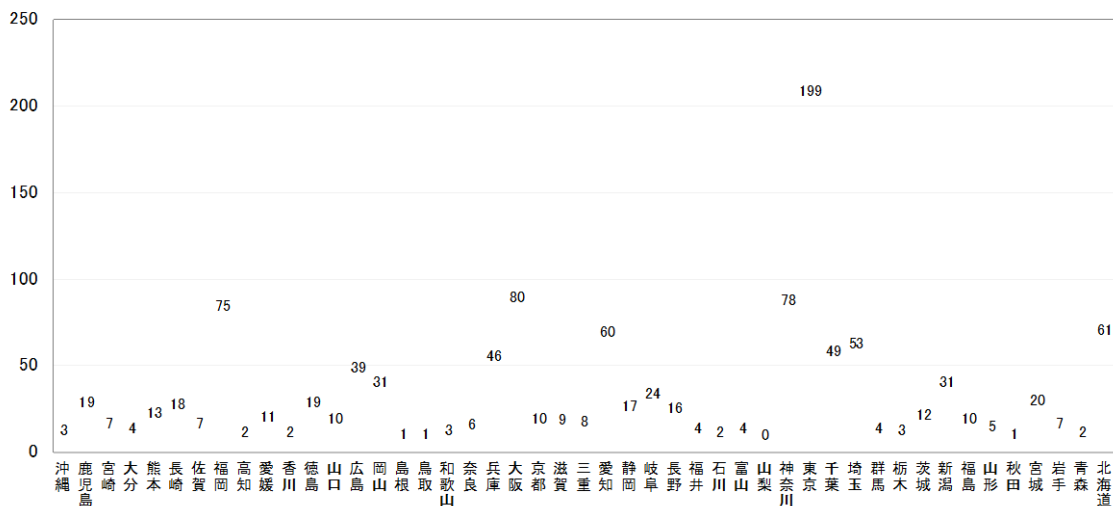
小児歯科専門医に関する保護者の認知度



箕島ら, 保護者による子どもの歯科医院選択基準に関する傾向と特徴小児歯科学雑誌, 50(5): 414-422, 2012より引用作成

図2

都道府県別小児歯科専門医数(指導医含む)(人)



公益社団法人日本小児歯科学会資料(2023年1月末現在)より作成

また一部の企業により新規開設の歯科医院を小児患者に特化した歯科医療施設としての開業形態を推奨するセミナーが数多く開催されている。専門医研修施設における研修経験のない歯科医師が小児歯科専門歯科医院を開業することも珍しくない現状は、小児患者に対する歯科医療の質を担保できない状況を生む一因となっている。現在、小児歯科専門医の歯科医療機関には、症状の悪化した状態で受診する小児患者も少なからず見受けられる。このような状況は、専門的な歯科治療を必要とする患者とその保護者にとって、適切な歯科医療機関選択の目安を示すことの必要性を物語っている。したがって、広告可能な歯科専門医制度をもつ学会による国民への専門医制度の周知や医療機関の検索方法の提供のみならず、国民への歯科専門医制度や受診先選択の一助となる情報提供に関する日本歯科専門医機構の役割はますます大きくなっている。

4. 日本歯科専門医機構の認定を受けて

日本小児歯科学会認定の小児歯科専門医は、2019年度に日本歯科専門医機構による制度認定を受け、その後各年度において新規専門医申請者ならびに更新申請者を対象として専門医制度の運用審査を受けている。日本歯科専門医機構の評価を受ける以前は、広告可能な歯科専門医制度を有する他の4学会ともに制度や運用に関する審査を受ける機会はなかった。今日、様々な領域の歯科専門医は、良質な歯科医療の質を担保し、国民から信頼の得られる制度であることを広く周知できる段階に至ったといえる。

日本歯科専門医機構の審査および認定を機に、日本小児歯科学会では小児歯科専門医の制度設計ならびに研修内容、小児歯科専門医・研修施設認定に関する審査の在り方についての見直しを開始している。同学会では、専門医制度の運用審査を受けて、令和2年5月と令和3年10月に専門医制度規則ならびに専門医制度施行細則の改訂を行った。現在、日本歯科専門医機構の定める歯科専門医制度基本整備指針に則して、専門医研修プログラムと研修記録簿の見直し、研修施設認定・更新に関する基準の明確化に向けて整備を進めている。

5. これからの小児歯科専門医の在り方

歯学部卒業後、歯科医師として小児歯科専門医研修施設において研鑽を積んだ経験のない場合、誤った治療方針から適切な治療時期を逸してしまうことが少なからず見受けられる。さらに歯科医療施設間で小児患者への対応に大きな差が生じていることも日常の臨床において認めざるをえない現状となっている。このような状況を改善し、小児患者一人一人に対して最良の歯科医療を提供するために努めることは、社会における小児歯科専門医の使命である。

我が国の少子化対策において、小児歯科専門医は地域医療における小児歯科標榜歯科医や学校歯科医、保健所を含む行政機関、さらに産科医や小児歯科医との連携をはかり、社会全体が小児の健全な育成に目を向けるような環境づくりに中心的な役割を果たすべきである。具体的には、かかりつけ歯科医としての一般歯科医による小児の歯科疾患予防と管理、そして小児歯科専門医としての専門的な治療を要する患者への対応という役割分担を明確に国民に示すことが必要である。

また、成育過程にある小児とその保護者ならびに妊産婦に対して必要な医療等を切れ目なく提供するための国の施策である成育医療等基本方針（平成30年）に鑑み、これからの小児歯科専門医には以下のような役割が求められているといえる。

1) 国民への情報発信

産科や小児科との連携をはかり、口腔保健に関する正しい知識を妊婦の時期から身につけさせることにより、次のような効果が望まれる。

- (1) 妊娠中からの母胎の健康をはかり、健全な顎・口腔の組織や歯の形成を期待する。
- (2) 子どもへの齲蝕原因菌の伝播と定着をコントロールする。
- (3) 授乳・離乳に関する正しい知識を提供することにより、健全な嚥下・咀嚼機能の獲得を促す。
- (4) 親子による望ましい食習慣の形成により、齲蝕予防や後の生活習慣の予防を目指す。
- (5) 幼児期からの口腔習癖の改善により、健全な口腔機能の発達を促す。

2) 地域の小児歯科標榜歯科医との連携

小児歯科専門医のみが小児に対する歯科医療の提供を担うことには不可能であるため、かかりつけ歯科医となる地域の小児歯科標榜歯科医の協力が必要である。地域の歯科医師会におけるセミナーや研修会により、かかりつけ歯科医師の小児患者における口腔機能の発達支援に関する対応の向上を目指す。

3) 地域における市民への啓発

歯科医師のみならず地域住民に対し、定期的に口腔保健に関する研修会を開催し、正しい知識の習得をはかることで、家族単位ひいては地域社会における小児の健康を育むことにつながるといえる。

5. おわりに

国民から信頼される専門的な歯科医療を提供するために、歯科専門医制度の第三者評価認定機関である日本歯科専門医機構の認定を受けることで、小児歯科専門医は小児の健全な口腔機能の発達支援と口腔の健康増進の役割を再認識すべき時期を迎えている。小児歯科専門医制度を発足させ、制度の運用を担う日本小児歯科学会には、他の歯科専門医制度との整合性を図り、標準的な歯科医療を国民に示しながら、必要に応じて専門的な歯科医療の提供するための体制を構築する責任が課せられている。地域によって小児歯科専門医の絶対数が不足している現状においては、かかりつけ歯科医となる小児歯科標榜医の協力なしには、社会における大多数の小児の口腔保健の維持・増進は望めないと考えられる。特に歯科専門医はプロフェッショナルオートノミーに基づき、最新の知見や最良の医療レベルを習得するための自己研鑽を続けることが社会における責務である。

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) 厚生労働省. 令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師統計の概況.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/dl/R02_1gaikyo.pdf (令和5年2月7日参照)
- 2) 文部科学省. 令和3年度学校歯科保健統計調査結果(速報値)
https://www.nichigakushi.or.jp/dentist/material/pdf/toukei_2021.pdf (令和5年2月7日参照)
- 3) 厚生労働省. 令和3年(2021年)人口動態統計月報年計(概数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf> (令和5年2月7日参照)

日参照)

- 4) 田中光郎, 石塚 治, 荻田修二, 木本茂成, 高野博子, 橋本敏昭, 藤原 卓, 山崎要一. 小児歯科専門医に通院している患児保護者の小児歯科専門医に対する意識調査. 小児歯科学雑誌 53(4):455-461, 2015.
- 5) 箕島直美, 小森令賀, 横山三菜, 菊地暁美, 熊坂純雄, 大久保孝一郎, 木本茂成. 保護者による子どもの歯科医院選択基準に関する傾向と特徴. 小児歯科学雑誌 50 (5) : 414-422, 2012.
- 6) 木本茂成. 小児医療従事者として知っておきたい小児歯科のトピックス. 小児保健研究 90 : 90-97, 2018.
- 7) 日本小児歯科学会. 小児歯科受診を考えている方へ. <https://www.jspd.or.jp/consultation/> (令和 5 年 2 月 7 日参照)
- 8) 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 5 年 2 月 7 日参照)
- 9) 日本歯科専門医機構. 歯科専門医制度基本整備指針 ver 1.2. https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf (令和 5 年 2 月 7 日参照)

4) 歯周病専門医

歯周病専門医制度の現状と課題

委員 村上 伸也

(大阪大学大学院歯学研究科教授,

(一社)日本歯科専門医機構業務執行理事)

1. はじめに

歯周病は、デンタルプラーク（デンタルバイオフィルム）が原因となり、歯を支える歯周組織が慢性炎症的に破壊される疾患である。原因が解明され、その予防法、治療法も明確にされているにも関わらず、全世界的にその罹患率は、依然として極めて高く、ギネスブックで「歯周病は世界で最も一般に蔓延している感染症」と記されている。2018年に我が国の8020推進財団が行った「第2回永久歯の抜歯原因調査」によると、歯を失う原因の第1位は歯周病で、37.1%を示している¹⁾。8020運動の成果として、壮年期までの4mm以上の歯周ポケットを有する歯周病患者の割合はほぼ横ばい傾向にあるものの、おそらく高齢者の多くが20本以上の歯を有するようになった裏返しとして、75歳以上の高齢歯周病患者が経年的に増加する傾向が生じている²⁾。一方、歯周医学（periodontal medicine）の研究成果として、歯周病が全身健康に悪影響を及ぼすことを示唆する多くの学術論文が報告されている³⁾。そのため、摂食、咀嚼、審美に限らず、様々な日常生活に局面において、「歯が支えるQOL」を高く維持し健康寿命を延伸するためには、歯周病に対する予防、早期治療に取り組むことは極めて重要である。すなわち、国民が自らの必要に応じて、専門性の高い歯周病治療を受けられる医療体制を国内に構築することは、極めて重要かつ喫緊の課題であると考えられる。

特定非営利活動法人日本歯周病学会は、「歯周病学の臨床的経験を通しその専門的知識と技術を有する歯科医師を育成するとともに、歯周病学の発展および向上を図り、もって、国民の口腔保健の増進に貢献すること」を目的として、特定非営利活動法人日本臨床歯周病学会とも連携し、日本歯周病学会専門医制度を確立した⁴⁾。そして同制度は、2004年10月5日に我が国において広告可能な専門医制度としての認証を受けるに至っている。本稿では、当初の学会認定の歯周病専門医制度を紹介するとともに、日本歯科専門医機構の運用審査を踏まえ、新たに位置づけられた機構認定歯周病専門医制度の現状を解説し、今後の課題・改善点等について、概説を試みる。

2. 特定非営利活動法人日本歯周病学会認定歯周病専門医制度

「歯周病学の臨床的経験を通しその専門的知識と技術を有する歯科医師を育成するとともに、歯周病学の発展および向上を図り、もって、国民の口腔保健の増進に貢献すること」を目的として、特定非営利活動法人日本歯周病学会は、以下のような制度規則等（ここでは概略のみ記す）を制定し、学会の自助努力により、その制度を継続的に運用してきた。

- ① 専門医の申請時に、認定医または関連学会認定医に登録後通算2年以上本学会会員であること。
- ② 日本歯周病学会認定医または日本臨床歯周病学会認定医に登録後、本学会の認めた研修施設に通算2年以上所属し、歯周病学に関する研修と臨床経験を有すること。
- ③ 本学会学術大会における専門医教育講演を2回以上受講していること。

- ④ 専門医申請時に定められた教育研修単位を取得していること。
- ⑤ 禁煙宣言に対して同意した非喫煙者であること。
- ⑥ 重症度が中等度以上の歯周炎患者を対象として、10 症例を申請症例として提出すること（そのうち 8 症例以上で、歯周組織再生療法、歯周形成手術を含む歯周外科処置が行われていること）、またすべての症例において、アクティブな歯周治療終了後のメンテナンスが 6 ヶ月以上経過していること。
- ⑦ すべての申請者は、提出された申請症例を基にケースプレゼンテーションを行い、その際に口頭試問が課せられる。

これらの手続きを経て、歯周病および歯周病治療に関する知識、診断、治療能力を審査し、国民の口腔保健の向上に資する歯周病専門医の育成、認証を行ってきている。注目すべきは、申請症例として、個々の歯、歯周組織を対象として評価しているのではなく、あくまでも 1 口腔 1 単位として、全顎的かつ包括的な歯周病治療能力（必要に応じて、う蝕・歯内治療や補綴治療、矯正治療、インプラント治療等の口腔機能回復治療を含む）を審査している点が挙げられる。

本制度の運用により、現在までに 1,453 名の歯周病専門医が誕生している（2022 年 12 月 31 日現在）。

3. 日本歯科専門医機構の運用審査を踏まえ、新たに位置づけられた機構認定歯周病専門医の現状

2018 年、「中立性と公平性を有する組織として国民及び社会に信頼され、歯科医療の基盤となる歯科専門に制度を確立することによって、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」を目的として、一般社団法人日本歯科専門医機構が設立された。その後、「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⁵⁾」に基づき、日本歯周病学会認定歯周病専門医制度は、機構による制度・運用審査を受審し、その審査結果を基に以下のような制度改善を実施している。

- ① 専門医向けに「歯周病専門医研修カリキュラム」を定め、歯周病専門医に必要な歯周病学の専門的知識と技能の修得目標一般目標(GIO)と到達目標(SBOs)を明示した（2021 年度済）。
- ② 専門医申請向けに「日本歯周病学会専門医申請にあたって」を定め、歯周病専門医取得に必要な書類、症例基準、研修受講義務を明示した（2021 年度済）。
- ③ 研修施設向けに「歯周病専門医研修施設カリキュラム」を定め、歯周病専門医育成にあたって習得すべき内容を明示した（2021 年度済）。
- ④ ケースプレゼンテーション試験の客観性と説明責任の向上を目指し、試験の到達目標を明示し、点数評価を導入した（2021 年度済）。
- ⑤ 専門医委員会の詳細な議事録作成を徹底した。
- ⑥ 専門医新規取得要件に発表業績追加した（2022 年度済）。
- ⑦ 専門医新規取得要件(書類審査、ケースプレゼンテーション試験)に筆記試験を追加導入した（2022 年度済）。
- ⑧ 申請方法をオンライン化し、新規申請については資料のデジタル化を推進した（2021 年度）。

さらにこれらの制度改善に加え、歯科専門医「共通研修」の受講義務が課せられている（年間 2 単位、申請、更新までの 5 年間に 10 単位以上）。同共通研修は、「当該専門領域の枠を越え、歯科専門医として修得

すべき基本的知識や診療態度の維持・向上に係わる学修の機会」と定義されており、これまで日本歯周病学会の学術大会の機会に提供されてきた専門医教育講演とは異なる観点の修学機会が提供されることとなり、歯周病専門医の質保証に大いに資するものと考えられる。このことを受け、日本歯周病学会では、学術大会の機会に、日本歯科専門医機構から求められている「医療倫理」、「患者・医療者関係の構築」、「医療安全」、「院内感染対策」、「医療関連法規、医療経済」の共通研修をローテーションで提供するよう、学術大会の体制構築をすでに終えている。

これらの制度改善を推進することにより、歯周病専門医の質担保、国民への説明責任がより高く設定されることとなった。今後も継続的に現状分析を行い、適切にPDCA（Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（対策・改善）のサイクル（PDCAサイクル）を回すことにより、国民の期待に十分に応えられる歯周病専門医制度が運用されていくことが期待される。

4. 機構認定歯周病専門医制度に関する今後の課題・改善点等

「歯周病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国民に提供すること」を目指し、歯周病、歯周病治療に関する最新情報を絶えず国民に提供すること、国民の求めに応じて、容易に歯周病専門医へアクセスしてもらえ環境を整備することは、極めて重要であり、今後も日本歯周病学会と日本歯科専門医機構が緊密に連携し、目的達成に向けて継続的に努力することが求められる。

歯周病、歯周病治療の国民への啓蒙のみならず、日本歯周病学会・日本歯科専門医機構の活動、機構認定専門医となることの意義や価値が、国民に広く知られ、理解され、支援されることが欠かせない。そのため、適切な情報発信の工夫や努力が一層期待される。日本歯周病学会では、これらの課題に関する一助として、日本歯科専門医機構からの feedback を踏まえ、現在国民向けの歯周病に関するホームページの改変を精力的に進めている。今後も、国民、有識者のコメントも得て、継続的にその内容を update していくことが予定されている。

一方、日本中、あまねく歯周病専門医へのアクセスが担保される体制が構築されることは、多くの国民に期待されることである。しかしながら、2022年12月31日現在、歯周病専門医（学会認定と機構認定を含めて）は1,193名存在するが、その多くは、歯学部、歯科大学が存在する都道府県に集中しているのが実情である⁶⁾。日本歯周病学会では、この状況を改善するために、臨床研修委員会を立ち上げ、歯学部、歯科大学が存在しない都道府県を対象として、歯周病・歯周病治療に関する臨床研修会を、年2回開催している⁷⁾。今後も、この活動を、継続・活性化していくことで、最新の歯周病治療の啓蒙を推進し、歯周病専門医に関する地域偏在の問題解消の一助としたい。

5. おわりに

歯周病は、う蝕とならび、歯科における2大疾患の一つであり、我が国においても、依然としてその罹患率は高い。さらに、歯周病は、多くの全身疾患に対してリスク因子として作用することが、多くの文献から示唆されていることもあり、超高齢社会の日本において、国民の健康長寿、幸福寿命の延伸を考える上で、適切な歯周病治療を早期に受けることは欠くことができない。そのため、多くの国民は、必要なときに専門的な歯周病治療を提供してもらえ、歯周病専門医が身近に存在することを、強く期待しているものと思われる。日本歯科専門医機構の設立を良いきっかけとして、我が国の歯周病専門医制度がさらに改善、発展していくことが期待される。またその制度は、国民にとって大切な制度で有り続けるのみなら

ず、次代の歯科医療を支える若い歯科医師達にとって、生涯研修としての良い目標になる制度であり続けることを念じてやまない。

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) 働き盛りのお口の健康.
<https://www.8020zaidan.or.jp/hatarakizakari/02.html> (令和5年2月10日参照)
- 2) 厚生労働省 平成28年歯科疾患実態調査.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-28-02.pdf> (令和5年2月10日参照)
- 3) 歯周病と全身の健康 特定非営利活動法人日本歯周病学会編. 2015年
- 4) 特定非営利活動法人日本歯周病学会認定歯周病専門医制度.
https://www.perio.jp/member/certification/special/application_new.shtml
- 5) 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5年2月10日参照)
- 6) 日本歯周病学会認定医・専門医名簿一覧.
<https://www.perio.jp/roster/> (令和5年2月10日参照)
- 7) 日本歯周病学会臨床研修会.
<https://www.perio.jp/member/news/clinical.shtml> (令和5年2月10日参照)

5) 歯科放射線専門医

委員 浅海 淳一

(岡山大学学術研究院医歯薬学域歯科放射線学分野教授,
(一社) 日本歯科専門医機構理事)

1. はじめに

日本歯科放射線学会は1960年に設立され¹⁾、The International Association of DentoMaxilloFacial Radiology (IADMFR) は、The 1st International Congress of DentoMaxilloFacial Radiologyの開催に伴い1968年に設立された²⁾。日本歯科放射線学会からは設立当初から本国際学会に参加しており、1974年に第3回大会を京都で開催した³⁾。Asian Congress of Oral and Maxillo-Facial Radiologyは1996年から開催されており、2013年に日本を中心としてその母体となる組織Asian Academy of Oral and Maxillo-Facial Radiology(AAOMFR)が設立された⁴⁾。AAOMFRのSecretary generalは設立以来2代にわたり日本歯科放射線学会から輩出している⁵⁾。日本歯科放射線学会は英文誌Oral Radiologyを1985年から発行しており⁶⁾、2018年にはMedlineに掲載された。歯科放射線領域でMedline掲載誌はIADMFR発行のDentomaxillofacial RadiologyとOral Radiologyの2雑誌のみである。

このように日本歯科放射線学会は世界の歯科放射線領域の中で常に中核をなしてきており、放射線診断・治療において世界をリードしてきた。また、歯科放射線専門医は2010年3月17日に厚生労働省が広告可能とした歯科専門医と認められており、2018年4月に発足した日本歯科専門医機構からも認定されているように国内でもその専門性は認められている。一方医療法で標榜が認められている歯科の診療科には歯科放射線科は含まれておらず、それゆえ国民からの認知度は高くないと考えられる。今後患者が歯科を受診するに当たり歯科放射線専門医の存在を認識するような認知度を高めるための活動が必要と考える。

2. 歯科放射線専門医が担うべき社会的役割

歯科放射線専門医に関しても歯科放射線学の専門的知識と臨床技能を有し、特に画像診断をより深く行う歯科放射線専門医を育成することにより、歯科放射線医療の発展と普及を図り、もって国民の保健福祉の増進に寄与することを目的としている(特定非営利法人 日本歯科放射線学会 専門医制度規則)⁷⁾。上記の目標を達成するための広報活動や公開講座等を積極的に行う必要がある。

3. 歯科放射線における専門性(画像診断と放射線治療)

歯科放射線学会においては、画像診断と放射線治療の両輪で進めてきた。詳細は歯科放射線学教育指針に示してあるが、①放射線とその防護、②歯・口腔顎顔面領域の画像検査、③歯・口腔顎顔面領域の画像診断、④口腔顎顔面領域悪性腫瘍の放射線治療と多岐にわたるカリキュラムを有する⁸⁾。

1) 歯科における画像診断

画像診断は機器の発展とコンピューターの発達とともに発展してきた。日本では歯科においてCT、MRI、PET、超音波検査(US)をはじめとしたすべての診断機器を使用できることから、アドバンスな機器を使用することによって、より正確な画像診断を提供している⁹⁾。CBCTの開発を世界に先んじて進め、機器の小型化や安価な提供により世界的な普及に重要な役割を果たした¹⁰⁾。さらにUS装置の小型化

もすすんでおり、口腔内 US の開発もすすんでいる¹¹⁾。今後は、画像診断において被曝が問題になっている現在、電離放射線を使用しない画像診断を進めることが必要である。現在は硬組織を US や MRI で表現できるようになってきており^{12, 13)}、将来的には US や MRI によって口腔領域の診断ができるようになり、遮蔽の必要もなく診断ができることを目指している。また機器開発の一方で、世界的に、医用画像に対する情報通信および人工知能技術の応用が進んでいる。歯科で汎用されているパノラマ X 線画像から患者の歯の状態を自動的に調べるプログラムや、全身疾患である骨粗鬆症の可能性を評価するプログラムが開発されている¹⁴⁾。今後も AI (機械学習, ディープラーニング) を使用した画像診断が進むと考えている。また、医科において普及が進んでいる遠隔画像診断は、歯科においても健康保険が適用されている。しかし、歯科遠隔画像診断を利用する施設や診断件数は未だ少ないので、地域の歯科診療施設への周知を図ることが今後の課題である。

2) 口腔における放射線治療

口腔領域における悪性腫瘍に対し、歯科医師が放射線腫瘍医として直接放射線治療を行うことができるのは世界の中で我が国だけである(口腔放射線腫瘍認定医 22 名)。我が国では IMRT などの高精度放射線治療や重粒子線治療、陽子線治療、抗癌剤の超選択動注と放射線治療を組み合わせた化学放射線療法、ならびに小線源治療にも歯科医師が関与している⁹⁾。ホウ素中性子補足療法は現在機器の小型化と薬剤の開発が行われており、正常組織保存ができることから今後期待される治療法である¹⁵⁾。一方、わが国でも他国の歯科医師同様、放射線治療患者に対し、放射線治療前、治療中、及び治療後の口腔ケアという形で放射線治療に携わることも多くなっている。専門医の数と技術の維持が必要とされる。

4. 認定研修機関における研修と専門医認定

認定医制度に関しては、日本歯科放射線学会では1994年に認定医制度を発足し、2006年には専門医制度規則が制定されている。歯科放射線専門医は2010年3月17日に厚生労働省から「専門医資格認定団体」の認可を受けており、さらに2018年4月に発足した日本歯科専門医機構から認定されている。日本歯科放射線学会の認定医制度は、現在「准認定医(旧称:優良医)」、「認定医」、「専門医」、「指導医」からなる。

「准認定医」は日本歯科放射線学会の会員になり、生涯学習研修会を受講後、試験に合格すれば認定される。その後、順次ステップアップできるシステムになっている。また、「認定医」には「口腔放射線腫瘍認定医」、「PET核医学歯科認定医」、「歯科用CBCT認定医」のそれぞれの専門に特化した認定医もある。

歯科放射線専門医は学会の正会員として5年以上を継続し、日本歯科放射線学会が認定する認定研修機関において、専門教育を通して歯科領域の画像診断と放射線管理のための医療技能を習得し、歯科医師および国民からの歯科領域の放射線治療に関する質問等に応じて適切な対応と指示を行うことのできる能力を備えたうえで、専門知識に関する多肢選択筆記試験および実技試験により審査を受け、それぞれの合格をもって高度な知識、技能を有すると判定された歯科医師を歯科放射線専門医と認定する。なお臨床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研修カリキュラム履修記録は5年間で読影(画像診断)報告 200 症例以上(筆頭 100 例以上)、CT/MRI/核医学検査等を 50 例以上である。実技試験は課題症例の読影とレポート作成によって行われる⁷⁾。加えて学会参加による研修や学会発表、論文発表等も必要である。

5. 歯科放射線専門医の質保証

歯科放射線専門医の更新認定審査においては、5年間で診療実績報告書・読影報告書100例以上が義務付けられている⁷⁾。また、学会参加による研修や学会発表、論文発表等も必要とされている。

6. 国際的な貢献と国際基準との整合性

日本歯科放射線学会は現在1,300名以上の会員が所属している。諸外国における歯科放射線学会の会員数は、最も多いアメリカや韓国でも400名程度であり、日本の歯科放射線医は国際的にも最大規模の学会を組織している。現在200名以上の専門医と75名の指導医が歯科放射線診断医として活動している。このように歯科放射線診断分野において日本は世界でも最大の学会組織とマンパワーを有している。アジア諸国には歯科放射線専門が存在しなかったり、少なかったりすることから専門医を有しない国も多くある。アジア諸国のAAOMFRのSecretary generalとしてアジア諸国のために専門医制度を設立することも必要であると考えている。そのことが日本国民やアジア諸国の国民、ひいては世界に歯科放射線専門医を認知してもらえることに繋がると考える。

7. 専門医の地域偏在と研修施設について

日本歯科放射線学会の認定医制度は、先に述べたように現在「准認定医(旧称:優良医)」、「認定医」、「専門医」、「指導医」があり、ステップアップできるシステムを取っている。加えて「口腔放射線腫瘍認定医」、「PET核医学歯科認定医」、「歯科用CBCT認定医」を設けている。このことにより興味のあるところからまた簡単などころから進めるようなシステムにしている。その根幹をなす研修施設は学会指導医が1名以上常勤していることに加えて、学会の定める研修プログラムを有していることから研修施設が22施設、研修協力機関が8施設である。現在200名以上の専門医と75名の指導医が歯科放射線診断医として活動しているが、設備の関係から主に歯科を有する大学病院に限られているのが現状である。歯科放射線准認定は500名以上であることから、准認定医を認定医、専門医までステップアップできるシステムを構築することが今後の課題と考える。そのことが専門医の地域偏在の解消のカギとなるであろう。また、地域の枠を超えて遠隔画像診断を普及させることも、地域偏在の是正に有効と思われる。

8. おわりに

歯科放射線学会専門医が具備すべき診療能力にはアドバンスな機器を使用し、放射線防護や放射線治療に関する「専門的知識」や「専門的診断技能」が含まれる。それゆえ、現状では設備の整った施設でないと研修が難しい。そのことが、研修施設が30施設程度にとどまっている要因となっている。したがって、歯科放射線学会は適正な研修カリキュラムを整備するとともに歯科放射線専門医を目指す歯科医師が「当該専門領域の診断能力を確実に習得できる」研修体制をさらに整備し、地域偏在をなくすことが歯科放射線専門医の増加と質の保証に繋がるものとする。そのためにはWEBやIoT・AIを利用した放射線診断・治療を利用した研修指導体制も導入すべきと考える。

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) 特定非営利活動法人日本歯科放射線学会学会概要
https://www.jsomfr.org/?page_id=680
- 2) IADMFR gallery
<https://iadmfr.one/congress/gallery.html>
- 3) International Association of DentoMaxillofacial Radiology HP
<https://iadmfr.one/>
- 4) AAOMFR Asian Academy of Oral and Maxillo-Facial Radiology
https://www.jsomfr.org/?page_id=4946
- 5) AAOMFR HP
<http://www.aaomfr.org/AAOMFR/welcome.html>
- 6) Oral Radiology HP
<https://www.springer.com/journal/11282>
- 7) 特定非営利活動法人日本歯科放射線学会学会基本資料
<https://jsomfr.sakura.ne.jp/wp-content/uploads/2022/08/teikan202208.pdf>
- 8) 歯科放射線教育の指針（2020年度改訂版）
https://jsomfr.sakura.ne.jp/wp-content/uploads/2021/05/kyouikushishin_2020.pdf
- 9) 我が国における歯科医学の現状と国際比較 2013
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-h130902.pdf>
- 10) 歯科用 CBCT “3DX multi image micro CT” 発売 20 周年を迎えて
<https://pdf.dental-plaza.com/dentalmagazine/wp-content/uploads/sites/2/2021/05/177-1.pdf>
- 11) 研究代表者：林 孝文. 歯科用小型超音波画像診断装置の開発（J21K0060）. 共同研究（新潟大学・デントロケミカル）
- 12) Hayashi T. Application of ultrasonography in dentistry. Jpn Dent Sci Rev 2012; 48:5-13.
- 13) Kocasarac HD, Geha H, Gaalaas LR, Nixdorf DR. MRI for Dental Applications. Dent Clin N Am 2018;62(3):467-480.
- 14) Katsumata A, Fujita H. Progress of computer-aided detection/diagnosis (CAD) in dentistry. Japanese Dental Science Review. 2014;50: 63-68.
- 15) がん患者に優しい治療が可能な次世代型の BNCT 用加速器駆動中性子発生装置を開発
<https://www.ntrc.okayama-u.ac.jp/cms/wp-content/uploads/2020/11/%E5%90%8D%E5%A4%A7%E3%83%97%E3%83%AC%E3%82%B9%E7%99%BA%E8%A1%A8%E8%B3%87%E6%96%99.pdf>

4. 地域の開業歯科医から見た機構認定歯科専門医

委員 岡崎 恵一郎

((公社)日本歯科医師会学術委員長)

1. はじめに

平成14年より医科において各団体が認定する専門医について申請により広告可能となった。その後、平成15年から口腔外科¹⁾、平成16年から歯周病²⁾、平成18年から歯科麻酔・小児歯科³⁾、平成22年から歯科放射線⁴⁾と歯科においても5つの学会専門医が順次広告可能となった。その後、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に一般社団法人日本歯科専門医機構(以下、機構)が設立され、機構内での専門医制度の審査が行われ、令和2年6-10月にかけて上記5つの学会専門医が認定された⁵⁾。そして、医療法の一部改正により令和3年10月1日、機構が認定する専門医の広告が可能となった⁶⁾。現時点で機構により認定を受けている専門医は、この5つの学会専門医のみである。

2. 現時点での機構認定専門医と学会認定専門医の特徴

これら5学会の専門領域の認定・運用審査・それぞれの専門医制度の特徴について、令和3年度の「歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書」⁷⁾で木村博人委員により詳細に報告されている。

就業環境(大学・病院系/歯科診療所)を比較すると各学会で大きな差が見られる。すなわち、更新専門医数のほとんどが大学・病院系勤務の歯科麻酔学会(診療所比率20%)・歯科放射線学会(診療所比率10%)、更新専門医数の多くが歯科診療所勤務の歯周病学会・小児歯科学会(共に診療所比率78%)、その中間の口腔外科学会(診療所比率31%)となる。また、専門医数も歯科放射線学会227人、歯科麻酔学会328人、から歯周病学会1,133人、小児歯科学会1,178人、そして口腔外科学会2,128人と、歯科放射線学会・歯科麻酔学会が少なく、歯周病学会・小児歯科学会・口腔外科学会が多いようである。これら比率や専門医人数は、その領域の特性を考慮すればある程度もったもな状況であると推測される。

口腔外科に関しては各都道府県に医科の大学附属病院があり、そこに歯科・口腔外科があるため、国民や地域の開業歯科医がアクセスすることが比較的容易である。一方、歯科放射線・歯科麻酔は学会専門医名簿(現時点で機構専門医に移行していない学会認定専門医も含めて考察)を確認すると歯学部・歯科大学のある都道府県に偏在し、歯科大学がない県では0-2名程度の専門医数も認められ、地域偏在が顕著である。

歯周病学会や小児歯科学会においても専門医1名のみが2県、2名のみが4県・3名のみが3県・計9県(歯周病)、専門医1名のみが1県・3名のみが7県・計8県(小児歯科)と、大都市や歯学部・歯科大学のある都道府県への偏在が認められる(2023年2月10日各学会ホームページ閲覧)。

このことから歯科医師数の偏在(図1)⁸⁾同様、歯科専門医の偏在も今後問題となることが予想される。

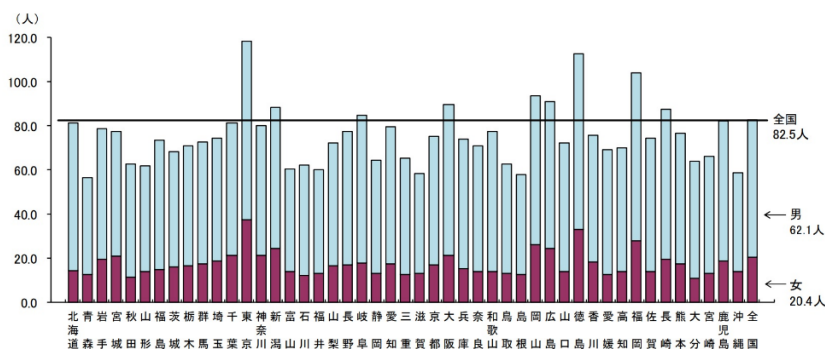


図1 都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対歯科医師数

3. 地域の開業歯科医の視点で考える機構認定歯科専門医との連携

現在、広告可能な歯科専門医は5つあるが、日常臨床において地域の開業歯科医が歯科専門医と一部重複して臨床を行っている領域として、小児歯科と歯周病がある。一方、歯科の標榜できる診療科は4科（歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科）存在する。標榜もでき機構専門医としても認証されている小児歯科を例に考えると、令和2年の調査で、診療所において主たる診療科として「歯科」を掲げる（標榜する）歯科医師は84,490人・92%であるのに対し、「小児歯科」を主たる標榜科としている歯科医師は1,582人・1.7%である。一方、複数標榜している診療所の中で「小児歯科」を標榜する歯科医師は41,466人・45.2%と主たる診療科と大きく異なる数字となる。多くの地域開業歯科医が小児歯科を標榜する中、どのようなタイミングで、どのような患者を専門医に紹介すべきか判断が難しい状況である。判断の一部は地域開業医の技能によるものであり、その一部は専門医側の受け入れ体制・麻酔科などとの連携状況に左右される。

歯周病については「抜歯原因の37.1%が歯周病である⁹⁾」とされ抜歯原因の第1位であり、多くの地域の開業歯科医が歯周病患者を日常的に診療していることが推測される。多くの歯周病患者が存在することから地域の開業歯科医の歯周治療に対する役割は大きいと思われる。複雑な機能回復を要する状態・急速な組織破壊・全身疾患との関連などが認められる場合、地域の開業歯科医によっては歯周病専門医との連携を図りたく考えるが、地域偏在などにより連携が困難なこともある。

歯科あるいは歯科口腔外科については「全国の344医療圏のうち、約70医療圏では歯科標榜病院がない。」とのデータ（図2）が示されている¹⁰⁾が、それに加え、前述の通りすべての機構認定専門医において地域偏在が認められる。

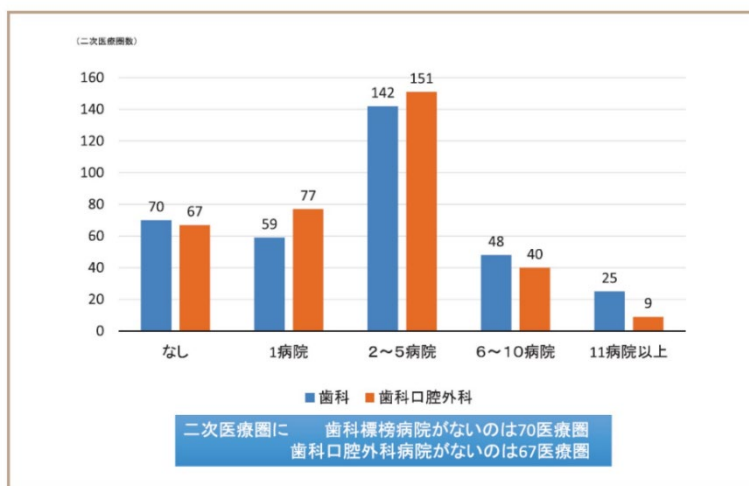


図2 二次医療圏の歯科または歯科口腔外科を標榜する病院数
厚生労働省「医療施設調査」より日本歯科総合研究機構作成

地域の開業歯科医（会員）に対し、日本歯科医師会はオンラインを用いた日本歯科医師会 E システムを活用し、二次医療のない離島や過疎地に勤務する会員に対しても生涯研修により学び続けることを奨励している。コロナ禍において生涯研修セミナーを会場受講からオンライン配信に変えたところ、受講者が従来に比較し増加し、会員の研修に対する意欲を垣間見た。とは言え、地域の開業医のみでできることには限りがある。また、歯科標榜病院の急激な増加は経営的な観点から容易ではないと予想される。さらに、歯科麻酔・歯科放射線専門医は、その性質上歯学部・歯科大学附属病院に偏在するようである。そこで、機構認定専門医、中でも専門医数の比較的多い口腔外科・小児歯科・歯周病専門医が、歯学部・歯科大学のない県に勤務・開業し、地域の歯科開業医のよりどころとなることを期待したい。将来は、歯科麻酔・歯科放射線専門医が歯学部・歯科大学附属病院以外でも活躍できるよう、専門医数の増加、活躍の場の創出が必要となるであろう。

4. おわりに

現在の機構認定専門医に加え、これから認定がはじまる 5 領域の専門医についても同様であるが、それぞれの専門医数を一定数保てるよう機構認定歯科専門医制度が普及し、シームレスな歯科医師養成体制の一部となり、それが、機構専門医制度の基本理念にある「国民に信頼され、受診先の選択に際しよい指標となること」・「地域医療に十分配慮した制度となること」に繋がることを願う。

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) 厚生労働省. 「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」の一部改正について. 医政総発第 1119001 号. 平成 15 年 11 月 19 日.
- 2) 厚生労働省. 「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」の一部改正について. 医政総発第 1005001 号. 平成 16 年 10 月 5 日.
- 3) 厚生労働省. 「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」の一部改正について. 医政総発第 0324001 号. 平成 18 年 3 月 24 日.
- 4) 厚生労働省. 「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」の一部改正について. 医政総発第 0317 第 2 号. 平成 22 年 3 月 17 日.
- 5) 日本歯科専門医機構. 令和 2 年度「歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書」令和 3 年 3 月.
- 6) 厚生労働省. 医療法第六条の五第三項及び第六条の七第三項の規定に基づく医業, 歯科医業若しくは助産師の業務又は病院, 診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項の一部を改正する告示の施行について. 医政発 0929 第 7 号. 令和 3 年 9 月 29 日.
- 7) 日本歯科専門医機構. 令和 3 年度「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.
- 8) 厚生労働省. 令和 2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 令和 4 年 3 月 17 日.
- 9) 8020 推進財団. 第 2 回永久歯の抜歯原因調査報告書 平成 30 (2018) 年 11 月.
- 10) 日本歯科医師会. 2040 年を見据えた歯科ビジョンー令和における歯科医療の姿ー 2020 年 10 月.

IV. 新たに位置づける機構認定歯科専門医について

1. 新たな機構認定歯科専門医に求める専門性

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

日本歯科専門機構（以下、機構と略す）は、日本歯科医学会連合の主導のもとに設立され、基本方針¹⁾と整備指針²⁾を整備し、その認定を開始した。当初示された基本領域 10 歯科専門医のうち機構設立以前に広告可能であった 5 歯科専門医については、機構において制度が認定され毎年の運用審査が行われている。残りの 5 歯科専門医については、補綴歯科、矯正歯科、歯科保存の 3 歯科専門医は、その専門医制度が基本方針に合致したものかどうかについて専門医制度整備委員会で承認され、専門医申請学会評価認定委員会で整備指針に合致した制度であるか、その制定された制度で適切に運用されているかの審査に入るところである。

補綴歯科、矯正歯科、歯科保存、インプラント歯科、総合歯科（仮称）の 5 歯科専門医は、新たに位置づける機構認定歯科専門医ということで各該当学会と機構とで調整が行われてきた。さらに令和 3 年度厚生労働省の告示³⁾によって日本歯科専門医機構が認定したものが広告可能な歯科専門医の要件となったことから、機構認定の役割とその認定の公正性、透明性が非常に重要になっている。

本稿では、専門性の意義と専門性の評価について考察する。

2. 専門性の意義

機構の基本方針で掲げた基本 10 領域は、ほぼ歯学部における臨床講座（分野）に準じている。つまり、歯科保存学、歯周病学、歯科補綴学、口腔外科学、歯科矯正学、歯科放射線学、小児歯科学、歯科麻酔学は各歯科大学・歯学部にも必ず設置されている科目であり関係講座を有する。インプラント歯科は最近多く大学で講座として設置されている。総合歯科（仮称）は、老年歯科（高齢者歯科）、障がい者歯科などが相当する。大学の附属病院でも、上記の領域は診療科として名前を挙げている領域であり、これらのことから考えれば、歯科における専門性を適切に評価していると考えられる。大学の臨床講座や診療科と対応しておれば、基本方針の④「中長期的な歯科医療の向上に貢献し、」にも通じることであり、生涯研修⁴⁾、研修体制の構築において非常に好都合である。とくに、医科の研修制度であるプログラム制に⁵⁾近づけるためにも以上のことは重要な意味を持つ。

さらに基本方針の④「国際的にも認知される制度であること」については、米国の歯科専門医の認定組織である The National Commission on Recognition of Dental Specialties and Certifying Boards (NCRDSCB) で認定している 12 歯科専門医と比較できる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 であり、逆に NCRDSCB に含まれておらず、機構にあるものは歯科保存、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。インプラント歯科は、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。

総合歯科（仮称）は高齢化が進む日本ならではのものであるが、Oral Medicine が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ことから、この部分と重なるかもしれない。いずれにしても新たに位置づける5歯科専門医は国際的に見ても妥当であると考えられる。

一方、標榜医から考えた場合、歯科では、歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科であり、歯科保存、歯周病、補綴歯科、インプラント歯科、総合歯科はある意味この歯科の一括りの中に入ってしまう。しかし、前述の通り歯科保存学、歯周病学、歯科補綴学は歯学部基幹講座であり基幹診療科で、これがなければ歯科は成り立たない。専門性を歯科の中の「専門」と捉えるならば、難症例、稀少な症例に対応できるということになってくるであろうが、その一方で、医療の中の「専門」と捉えることも重要であり、この視点にたてば、医科の定義である「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(歯科)医師」⁷⁾の養成が目標となろう。

また今後各分野の先進的な技術導入において、それを行うことが妥当かどうかは専門医を有することが一つの判断材料になってくるかもしれない。

3. 専門性の評価

専門領域の評価については、制度整備委員会で表に示すような確認・評価項目で評価されている。これらの評価については、明確な指標があるわけではなく、基本方針の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」において、社会が必要としている歯科専門医かどうか、当該領域で国民が求める標準的な歯科医療を実施できる歯科専門医の質が担保されているかが判断材料であろう。そしてこの歯科専門医が認定され、広告可能になった場合に、どのような社会的効果が生まれたかも重要で、その検証を機構や当該学会で行う必要がある。

4. おわりに

機構において、新たに位置づける5歯科専門医の策定、認定作業が鋭意進められている。この5つの歯科専門医が機構発足前に広告可能にならなかった反省を踏まえて、機構という第三者組織の認定によって歯科医療の発展と国民にとって受診先の選択に際し良い指標につながることを期待したい。

表 歯科専門医制度整備委員会における歯科専門医制度の妥当性の確認、評価事項

確認・評価事項

I. 機構の基本方針に照らした新しい歯科専門医制度の妥当性、意義

1. 基本方針5条件に対する本歯科専門医制度の妥当性

- 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
社会が必要としている歯科専門医かどうか
当該領域で国民が求める標準的な歯科医療を実施できる歯科専門医の質が担保されているか
- 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

II. 複数の学会が本歯科専門医に関わって申請するときのその実施体制に関する問題

1. 複数の学会が本歯科専門医にどのように関わっているのが明確であるか

2. 複数の学会におけるカリキュラムの共通性の担保

カリキュラム設定・改善のための組織が整備されているか

共通であることをどう担保するか

3. 複数の学会における認定が同質であることの担保

認定のための組織的が整備されているか

同質であることをどう担保するか

III. 現専門医制度から機構認証制度への移行時に関する問題

1. 現制度から新制度（機構認証の制度）移行時の要件の変更点について

専門医の要件の変更点について

現制度の専門医から新制度の専門医への移行時での質の担保

現制度の指導医から新制度の指導医への移行時での質の担保

変更に伴う専門医数と指導医数の増減，将来における確保数，各地域での確保について

研修施設の要件の変更点について

現制度の研修施設から新制度の研修施設への移行時での質の担保

変更に伴う研修施設数の増減，将来における確保数，各地域での確保について

2. 制度の継続性が担保されるか

IV. 機構認証における社会的影響の予想とその対応

どのような効果があるか

今後どのような改善，連携を計画しているか

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5年2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5年2月1日参照)

3) 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-Seisakujouhou10800000-Iseikyoku/0000206548.pdf> (令和5年2月1日参照)

- 4) 市川哲雄. 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. 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4年3月.
https://jdsb.or.jp/pdf/20220331_news.pdf?t=1664923173324 (令和5年2月1日参照)
- 5) 市川哲雄. 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. 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4年3月.
https://jdsb.or.jp/pdf/20220331_news.pdf?t=1664923173324 (令和5年2月1日参照)
- 6) 市川哲雄. 基本領域以外やサブスペシヤルティ領域の歯科専門医のあり方. 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4年3月.
https://jdsb.or.jp/pdf/20220331_news.pdf?t=1664923173324 (令和5年2月1日参照)
- 7) 日本専門医機構. <https://jmsb.or.jp/about/> (令和5年2月1日参照)

2. 新たな機構認定歯科専門医制度策定の実際

委員 丸山 高人
(永松・横山法律事務所,
(一社) 日本歯科専門医機構顧問弁護士)

1. はじめに

2018年12月21日に当機構理事会において承認された「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」¹⁾において、従前広告可能であった5専門医に加え、「その専門医像や専門領域について十分に協議した上で、歯科保存(仮称)、補綴歯科(仮称)、矯正歯科(仮称)、インプラント歯科(仮称)、総合歯科診療(仮称)の専門医認定に配慮する。」ことが確認された。そして、これらの新たな専門領域については2021年6月24日実施の「第17回医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」の資料において、おそらく初めて厚生労働省医政局内の検討会として確認がなされた²⁾。

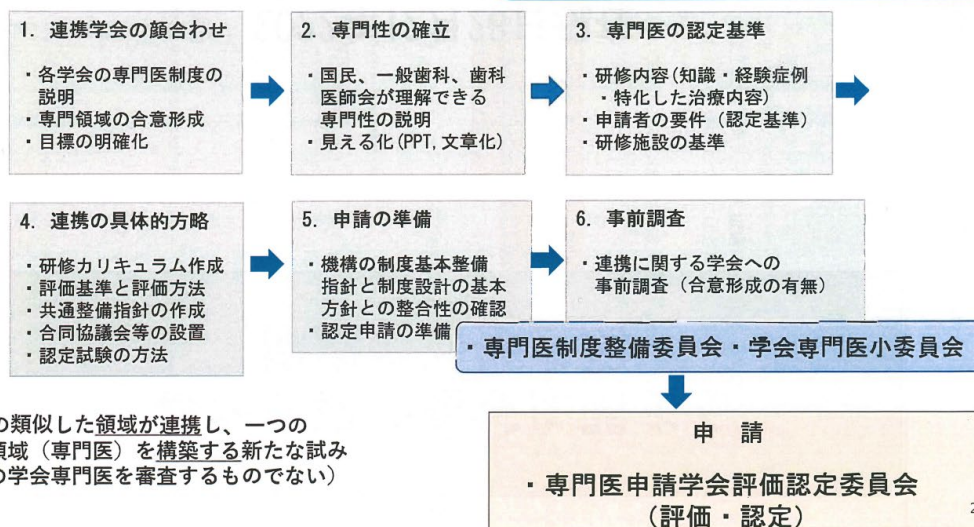
当機構は、上記基本方針にあるとおり「専門医像や専門領域について十分に協議」するために、関連学会に対して連携希望についてアンケートを実施し、連携希望があった学会を対象として当機構内で意見交換会を実施している。意見交換会を実施していく過程において、当該専門領域における歯科専門制度を中心的に担う学会が集約されて、更に具体的な専門医像や専門領域の設計について協議が進められた。

意見交換会における協議の概要については、以下の図1のとおりである。意見交換会を通じて関連学会において専門医制度が確立されたら、正式な専門医制度の認定審査に先立ち、認定審査の対象とすることの適否に関する事前審査が行われる。事前審査の実施によって本審査(専門医申請学会評価認定委員会)に不当な予断を及ぼさないよう、事前審査は専門医制度整備委員会(学会専門医小委員会)が担当することになっている。本稿においては、意見交換会、事前審査、正式な評価認定の各段階ごとに新たな機構認定歯科専門医制度策定の実際を述べていきたい。

— 意見交換会の実施 —

新たな5専門領域(連携学会※)による
意見交換の大枠の流れ

意見交換会の位置付け：
学会によるオートノミーを原則とし、機構の基本的考え方・整備指針をベースとした機構執行部との協議会(理事会承認)



※複数の類似した領域が連携し、一つの専門領域(専門医)を構築する新たな試み(単一の学会専門医を審査するものでない)

図1 意見交換の大枠の流れ(出典:日本歯科専門医機構 令和4年度第10回理事会資料)

2. 意見交換会の実施

前述のとおり「専門医像や専門領域について十分に協議」するため、プロフェッショナルオートノミーを原則として、連携希望があった学会を対象として当機構内で意見交換会を実施している。

意見交換会の大枠の流れとしては、前掲図のとおり、①連携学会の顔合わせ、②専門性の確立、③専門医の認定基準、④連携の具体的方略、⑤申請の準備、⑥事前調査（事前審査）という手順で進められた。

1) ①連携学会の顔合わせ及び②専門性の確立の段階において、各学会が従前有する専門医制度の内容を確認した上で、機構認定の対象となる新たな歯科専門医制度の構築に向けて、専門医像や専門領域について十分に協議がなされた。

この段階において「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」（上記基本方針）であるとともに、歯科医師間においてもその専門性が明確になるように意識がなされた（各専門領域においてポンチ図等が作成されてそのイメージも共有された）。他方で、国民の理解を得やすいよう専門医制度の整理がある程度求められている前提のもと、複数の学会が関与・連携することによる各専門性の統合について関係者が苦心した。

2) 専門医像や専門領域について一定のコンセンサスが得られたら、③専門医の認定基準及び④連携の具体的方略の段階において、それを具体的に実現するための研修制度等について協議がなされた。各専門領域の特性に応じて、経験症例数、研修施設における研修内容、指導医による研修評価等が議論され、当機構の「制度設計の基本方針」及び「歯科専門性制度基本整備方針」³⁾に整合する枠組みの準備が進められた。この段階において、研修施設における研修は、指導医が常勤する研修施設における常勤研修が基本となることから、各学会を通じて又は機構から直接、各学会が従前有する研修施設の実態調査（各専門領域の研修対象となる症例数など）がなされ、新たな歯科専門医制度における研修施設としての基準を満たすかどうかの確認などもなされた。なお、医科の領域と異なり歯科の領域では開業医が多数を占めることから大学中心の主たる研修施設と開業医等も含む准（準）研修施設を設け、互いに補完することで、充実かつ実情に即した研修制度の構築がなされた。

さらに、③専門医の認定基準及び④連携の具体的方略の合意ができたら、既存の専門医制度からの移行要件（新たに構築された専門医との関係で不足する部分の補填方法）についても議論がされた。

3) 以上の段階によって新たな歯科専門医制度の内容が確定したら、⑤申請の準備及び⑥事前調査（事前審査）の段階において、当該専門医制度を運営する合同協議会の設置及び関連規則等の整備、さらに担当する各学会における機関決定を経て、当機構の「制度設計の基本方針」及び「歯科専門性制度基本整備方針」との基本的な整合性を確認する。

これらの準備ができた段階で、当機構理事長から、専門医制度整備委員会に対し、上記基本方針・整備方針とともに国内外の医療及び歯科医療の状況に照らし、当該歯科専門医制度の妥当性について諮問がなされる。

4) 上記のとおり意見交換会等（打合せ会やワーキンググループを含む）が実施されており、具体的には、補綴歯科専門医について15回、歯科保存専門医について18回、矯正歯科専門医について20回の意見交換会等が実施されており、これらの歯科専門医制度は意見交換会等の段階を完了し、その後の専

門医制度整備委員会等による事前審査を経て、現在は専門医申請学会評価認定委員会による本審査の段階にある。

他方、インプラント歯科専門医について20回、総合歯科専門医について18回の意見交換会等が実施をされており、現在は前掲図のうち③専門医の認定基準ないし④連携の具体的方略について協議がなされているところである。具体的な協議回数等は後掲図2のとおりである。

<補足資料>新たな専門領域に関する協議（意見交換会、打合せ会、WG等）開催状況

		矯正（仮称）		補綴（仮称）		保存（仮称）		インプラント（仮称）		総合（仮称）	
2020年	9月	10日	第1回	18日	第1回	18日	第1回	10日	第1回	25日	第1回
	10月	28日	第2回	30日	第2回	30日	第2回	27日	第2回		
	11月	26日	第3回					26日	第3回	5日	第2回
	12月	17日	第4回	11日	第3回	10日	第3回			10日	第3回
2021年	1月	28日	第5回	20日	第4回	28日	第4回	21日	第4回	21日	第4回
	2月	25日	第6回	25日	第5回	25日	第5回	24日	第1回（第5回）	24日	第1回（第5回）
	3月	30日	第7回	30日	第6回						
	4月					7日	第6回	7日	第3回（第7回）		
	5月	13日	第8回	13日	第7回	19日	第7回	19日	第4回（第8回）	27日	第2回（第6回）
	6月	23日	第9回	23日	第8回	24日	第8回	24日	第5回（第9回）		
	7月	28日	第10回	28日	第9回	29日	第9回	29日	第6回（第10回）	8日	第3回（第7回）
	8月									25日	第4回（第8回）
	9月	2日	第11回	2日	第10回	3日	第10回	3日	第7回（第11回）		
		29日	第12回	29日	第11回						
	10月	28日	第13回	28日	第12回	8日	第11回	8日	第8回（第12回）	18日	第5回（第9回）
	11月	25日	第14回	25日	第13回	11日	第12回	11日	第1回WG（13）	26日	第6回（第10回）
	12月					16日	第13回	16日	第2回WG（14）		
2022年	1月										
	2月	10日	第15回			3日	第14回	3日	第3回WG（15）	10日	第7回（第11回）
	3月	17日	第16回			24日	第15回			24日	第8回（第12回）
	4月	21日	第17回	21日	第14回						
	5月	27日	第18回			12日	第16回	17日	第4回WG（16）	12日	第9回（第13回）
	6月			2日	第15回						
	7月	28日	打合せ会			29日	第17回			29日	第10回（第14回）
	8月	25日	第19回								
	9月					1日	2学会-1	15日	第5回WG（17）	28日	第11回（第15回）
	10月										
	11月							10日	第6回WG（18）	17日	第12回（第16回）
	12月							22日	第7回WG（19）	22日	第13回（第17回）
2023年	1月										
	2月							16日	第8回WG（20）	16日	第14回（第18回）
	3月					9日	打合せ				
	4月										

図2 新たな専門領域に関する協議（出典：日本歯科専門医機構 令和4年度臨時社員総会資料）

3. 学会専門医小委員会（専門医制度整備委員会）

当機構理事長から専門医制度整備委員会に対して上記諮問がなされた場合、本報告書39頁掲載の「歯科専門医制度整備委員会における歯科専門医制度の妥当性の確認、評価事項」に従って確認・評価がなされる。初めて事前審査が実施されたのは補綴歯科専門医制度であり、そのときには上記の確認・評価事項に関する策定もあったため親委員会である専門医制度整備委員会が事前審査を担当したが、それ以降実施された歯科保存専門医制度及び矯正歯科専門医制度については当該委員会に属する学会専門医小委員会が

事前審査を担当した（学会専門医小委員会が事前審査を行う場合でも、親委員会である専門医制度整備委員会宛てに評価報告がされて審議がなされ、同委員会委員長より理事長宛てに答申がなされる）。

なお、事前審査の担当が各委員に割り振られるが、その際は担当する歯科専門医制度について利益相反が生じないよう各委員に対する配点に慎重な配慮がされている。

具体的な確認・評価については、前掲の確認・評価事項のとおり、①機構の基本方針に照らした新しい歯科専門医制度の妥当性・意義、②複数の学会が本歯科専門医に関わって申請するときの実施体制に関する問題、③現専門医制度から機構認証制度への移行時に関する問題、④機構認証における社会的影響の予想とその対応という事項について、関連する学会から提出された資料（研修カリキュラム、経験症例数、研修制度に関する規則等）に基づき、当該専門医制度について評価認定申請を受理することが妥当かどうか判断される。

上記のとおり事前審査が実施されており、現在までに、補綴歯科専門医制度、矯正歯科専門医制度及び保存歯科専門医制度について、これらの専門医制度が基本方針及び基本整備指針等に照らして妥当であり専門医制度評価認定委員会の審議に付託することが「可」と判断されている。

4. 専門医申請学会評価認定委員会

学会専門医小委員会（専門医制度整備委員会）において、専門医制度評価認定委員会の審議に付託することが「可」と判断する答申がなされた場合、理事長から申請学会に対してその旨が報告される。

この報告を受けて申請学会から「申請学会専門医制度 評価認定申請書」その他必要書類が提出されることによって専門医申請学会評価認定委員会における審査が開始される。

基本的な審査手順については従前広告可能であった5学会と同様であり、まずは専門医制度自体の認証審査がなされ、これが認証されたら、次に当該専門医制度に基づく運用について認証審査がなされることになる（図3）。ただし、従前広告可能であった5学会と異なる点として、新たな歯科専門医制度は複数学会による合同協議会として運営されること、既存の歯科専門医制度をそのまま用いるのではなく新たな歯科専門医制度として構築されたことがある。そのため、複数学会間における具体的な連携方法や現専門医制度から機構認証制度への移行に関する方法について慎重に議論がなされた。

上記のとおり本審査が実施されており、現在までに補綴歯科専門医制度の認証を経て、現在、補綴歯科専門医制度の運用審査が行われており、近日中にその審査結果が理事会に上程されるものと思われる。また、矯正歯科専門医制度及び保存歯科専門医制度についての制度審査も行われる予定である（令和5年3月現在において矯正歯科専門医の申請書が提出されているが、保存歯科専門医の申請書についても近日中に提出があると思われる）。

申請学会の専門医認定の流れ

2021.3.30版

(申請に係る資料はWebで確認すること)



図3 申請学会の専門医認定の流れ（出典：日本歯科専門医機構 令和4年度第7回理事会資料）

5. 歯科専門医の質の担保及び地域偏在の解消のために

以上のとおり、新たな機構認定歯科専門医制度の策定及びこれに対する審査等が着実に進められており、歯科専門医の質の担保のために非常に重要な役割を果たしている。

意見交換等においても歯科専門医の質の担保のために、指導医が常勤する研修施設における常勤研修を基本とすることが確認されており、前述のとおり研修施設の実態調査（各専門領域の研修対象となる症例数など）がなされており、新たな歯科専門医制度における研修施設としての基準を満たすかどうか多角的に検証がされている。

ただ、歯科専門医の質の担保が継続されるため、さらに歯科専門医数の地域偏在が生じないようにするためには、研修施設における研修生・専攻生の雇用確保及び身分保障（待遇面を含む）、研修施設側が受け入れるのに無理がないことが何よりも重要となる。国民の受診選択の指標にするという専門医機構制度の理念をサステナブルに実現するためには、各専門医ないし各研修施設の自己犠牲ではなく、公的機関による物的・人的な資源の提供、さらには診療報酬上の適切な評価が不可欠である。

6. おわりに

以上のとおり、歯科専門医の質の担保のために、新たな機構認定歯科専門医制度の策定及びこれに対する審査が着実に進められており、補綴歯科専門医制度の運用審査が完了すれば、当該運用審査の対象となった歯科専門医については当機構の認定が得られることになる。

令和3年厚生労働省告示第347号により、2021年10月1日から、当機構が行う歯科医師の専門性に関する認定を受けた旨は広告可能となっているので、上記運用審査が当機構理事会で承認された時点において広告可能となると思われる。医療広告ガイドラインでも「専門医機構が認定するいわゆる専門医等の資格(基本的な診療領域に係るものに限る)を有する旨を広告しても差し支えない」と説明されている⁴⁾。

ただし、広告可能となる時期や対象等を含めて円滑な運用のため、当機構と厚生労働省との間で審査承認状況を適切に共有・協議することは、これまで実施してきたとおり、今後も必要であると思料する。医療広告ガイドライン及びそのQ&Aにおいて広告可能な専門医名が限定列挙されており、歯科保存（仮称）、補綴歯科（仮称）、矯正歯科（仮称）、インプラント歯科（仮称）、総合歯科診療（仮称）が基本領域となることは既に確認されているが、これらを追加する方法等についても確認する必要がある。

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5年3月1日参照)
- 2) 厚生労働省. 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会資料.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000796781.pdf> (令和5年3月1日参照)
- 3) 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5年3月1日参照)
- 4) 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.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001041462.pdf> (令和5年3月1日参照)

3. 機構が求める専門医制度と各学会の制度の現状及び今後の課題

1) 補綴歯科専門医（仮称）

委員 馬場 一美

(昭和大学歯科病院病院長,
(公社)日本補綴歯科学会理事長)

1. はじめに

超高齢社会において歯質ならびに歯の欠損に対する補綴歯科治療の需要は年々高まっており¹⁾、患者からの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歯科医療機関を受診すれば適切な治療を受けることができるのかが明らかでない。こうした国民のニーズに対応すること、さらに補綴歯科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ことを目指し、公益社団法人日本補綴歯科学会（以下、日本補綴歯科学会）と特定非営利活動法人日本顎咬合学会（以下、日本顎咬合学会）は共同で補綴歯科（仮称）専門医制度の整備を進めてきた²⁾。本項では補綴歯科（仮称）専門医制度の整備状況と今後の課題について述べる。

2. 補綴歯科専門医（仮称）の専門性

補綴歯科専門医（仮称）の専門性とは高頻度にみられる一般的な歯質、歯の欠損症例（基本的症例）に対して標準的な治療を確実に実施できることのみならず、一般歯科医では対応困難で治療効果を得ることが難しい症例（難症例）に対応できる知識、臨床技能および態度を有し先進性が高く高度な医療を実施できることである。基本的症例と難症例は日本補綴歯科学会の診断基準（症型難易度分類）でそれぞれ Level I, II, Level III, IVに分類される症例が該当するが^{3,4)}、難症例については、症型難易度分類 Level III, IVに加えて以下に示す顎顔面の一部を失うなど高度な形態異常や顎口腔系に生じた機能異常を呈する症例も含まれる。

- 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
- 9) 睡眠時無呼吸症候群

図 難症例の定義と補綴歯科の専門性



3. 補綴歯科専門医 (仮称) の認定と新制度への移行

補綴歯科専門医 (仮称) の認定資格を得るためには一般社団法人日本歯科専門医機構 (以下, 日本歯科専門医機構) によって別途認定される研修機関において5年間の研修を行い, 基本的症例 100 装置以上, 難症例 20 症例以上の経験を始めとして, 学術大会出席, 歯科補綴学に関する発表, 歯科補綴学に関連する領域の疾患の診断および治療記録, 歯科補綴学に関連する領域の疾患の診断および治療記録の提出, ケースプレゼンテーション審査の合格, 専門医試験合格, 歯科専門医共通研修受講等からなる条件を満たすことが求められる。

補綴歯科専門医 (仮称) の認定審査は, 日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会が共同で運営する補綴歯科専門医制度・認定委員会 (以下, 「制度認定委員会」), 補綴歯科専門医認定小委員会 (以下, 「認定小委員会」) において行われ, 両学会理事会の議を経て日本歯科専門医機構にて最終的に認定される。

新制度への移行に際して暫定移行期間を設け（新制度開始後7年間）、この期間は暫定認定基準をもとに補綴歯科専門医（仮称）の認定を行うが、専門医研修体制を中断なく維持するため、先ず研修機関の代表指導医を補綴歯科専門医（仮称）として申請する。その後、その他の指導医ならびに専門医の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。暫定期間の認定審査についても前述と同様、認定小委員会と制度認定委員会によって行われ、最終的には両学会理事会の議に基づき日本歯科専門医機構にて認定される。

4. 今後の課題と対応

前述の様に、社会の高齢化に伴い補綴歯科治療の需要は年々高まっているにも関わらず、補綴歯科という用語は十分に国民に認知されているとはいえない。また、専門的な補綴歯科治療を希望した際にどの施設に訪れれば適切な治療を受けることができるのかについても十分明らかでない。こうした問題に対応して日本補綴歯科学会では様々な情報提供を行って来たが⁵⁾、未だ改善の余地が残されている。今後も引き続き、同様の活動を継続する必要があるが、本専門医制度が日本歯科専門医機構に認定され、補綴歯科専門医（仮称）の標榜が可能になれば、補綴歯科という用語が広く国民に認知される端緒となり、前述した要望を持つ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。

また、現状では専門医、専門医研修機関とも大学等の教育機関に集中しており、また、都市部への集中傾向が認められる。本制度に対する国民のニーズに応えるためにはこうした地域格差の是正に取り組む必要がある。今後、大学等の教育機関がない地域の開業歯科医院を研修機関として認定するなど、地域格差の解消に向けて両学会が協働する必要がある。特に、開業歯科医師会員の多い、日本顎咬合学会における制度運用の拡充には大きな期待が寄せられる。

5. おわりに

日本補綴歯科学会は2023年に学会設立90周年を迎えるが、長年その専門性について、また補綴歯科という用語の周知活動を行ってきた。日本歯科専門医機構とのこれまでの意見交換会、制度審査、運用審査のヒアリング等、補綴歯科専門医（仮称）を整備する過程を経て、こうした長年の活動の成果が結実しつつある。また、日本顎咬合学会と連携し本専門医制度を運用することで、補綴歯科領域における歯科医療レベルの向上を通して、より多くの国民の健康増進に寄与できると考えられる。

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。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 平成28年歯科疾患実態調査結果の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-28-02.pdf> (令和5年年3月1日参照)
- 2) 日本歯科専門医機構. 令和3年厚生労働省委託事業報告書「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. https://jdsb.or.jp/pdf/202103_report_01.pdf (令和5年年3月1日参照)
- 3) 窪木拓男, 他. 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.

- 4) 窪木拓男他. 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.
- 5) 日本補綴歯科学会. HP, 補綴歯科ってなに? <https://hotetsu.com/p2.html> (令和5年3月1日参照)

2) 歯科保存専門医（仮称）

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、
（特非）日本歯科保存学会理事長）

1. はじめに

歯・歯周組織の健全な維持と治療を対象とする歯科保存学は、学術の進歩に伴って、保存修復学、歯内療法学、歯周病学の3領域に分かれて進化してきた。近年では治療技術・器材が劇的に発展したことで3領域の各治療には高い専門性が必要となり、国民も専門的治療を求めるようになった。

歯科治療を受診する国民が適切な歯科保存治療を受けること、および歯科保存治療の精度向上を目的として、現状の専門医制度として日本歯科保存学会、日本歯周病学会、および日本歯内療法学会において制度を構築し運用してきた。

学会内の専門医制度が継続される中、歯周病治療に特化した専門医（歯周病専門医）は既に公的（第三者機関評価）に確立され本国の高い歯周治療レベルの維持に貢献している。一方、歯に生じる硬組織疾患や歯髄・根尖歯周組織疾患を治療対象とする保存修復治療・歯内療法については、専門知識・技術を持つ歯科医師の必要性が国内外で認知されているにも関わらず、公的に認証された専門医制度は認証されていない。標準治療の確立と高度専門的知識・技術が必要とされる保存修復治療・歯内療法を選択する機会を国民に提供する上で、保存修復治療・歯内療法に関する専門医制度の確立は必須である。国民が歯周病専門医と区別しやすく、また「歯の保存」を専門とすることを明確にする上で、保存修復治療・歯内療法に関する専門医を「歯科保存専門医」とすることが推奨されている。

保存修復治療・歯内療法に関する学術研究の急速な進歩や、超高齢社会を迎えた社会背景に対応し専門的知識有し高度な治療技術の提供を通して社会に貢献することが歯科保存専門医の使命であり、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ている。

2. 機構が求める歯科保存分野の専門性

現在、歯科保存専門医に必須の専門性として「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、日本歯科専門医機構指導のもとに歯科保存専門医制度の設計を構築し申請中である(2023年1月)。

専門医制度は患者から信頼され、社会貢献を実践するための以下の4項目を基本事項として設計・運用が実践できるように制度を構築した。

1) 職業的自立性(プロフェッショナルオートノミー)に基づいた歯科保存専門医の質を

保証・維持できる制度

- 歯科保存専門医の知識、技術、態度の育成(カリキュラム作成)と評価
- 研修施設の年次報告および研修指導医による研修内容評価
- 歯科保存専門医の行動規範、倫理規定、個人情報保護、臨床研究倫理指針、利益相反規定の制度設計

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

日本歯科保存学会と日本歯内療法学会は、学会 HP に専門医研修施設と専門医を公開しているが、機構認定専門医として認定されることは第三者機関認定としての指標が得られ、さらに信頼度の向上が得られる。認定後には、機構 HP において専門医研修内容等について公開することが可能になり、国民が受診先を選択する上で指標となる。

3) 歯科保存専門医の資格が国民に広く認知される制度

日本歯科専門医機構 HP において専門医を国民に公開することが可能になり、国民に広く認知される制度として認知されることが予想される。

4) 中長期的な歯科医療の向上に貢献し、国際的に認知される制度

英国は General Dental Council (GDC) 認定の保存修復と歯内療法専門医を認定し、米国は米国歯科医師会 (American Dental Association; ADA) 認定の歯内療法専門医を認定し、韓国は国家認定の歯科保存(歯内&修復)専門医制度が実施されていることから、日本歯科専門医機構が認定する歯科保存専門医は世界の先進国に認知される制度として評価される。本制度の中長期的な歯科医療の向上を考慮した際に、日本の歯科医療は国民皆保険制度が基本であり、誰もが保健医療を受診することができる制度である。日本歯科専門医機構認定の歯科保存専門医制度は、歯科診療報酬体系が公的機関と民間機関が混在する医療保健と私費診療の共存体系であり、英国と EU 諸国が実施している診療の質管理に重点を置いた専門医制度の踏襲が望ましいと考えられる。

3. 今後の課題

1) 専門医の地域偏在に対する対策

日本歯科専門医機構の認定を受ける歯科保存専門医(仮称)は、申請学会専門医から移行する暫定期間中に日本歯科保存学会専門医(756名)と日本歯内療法学会専門医(215名)が申請予定で認定承認を受けた際、約1,000名の専門医が誕生することが予測されるが、29歯科大学と3医科大学の85研修施設が設置されていない地域における専門医の地域偏在が予想される。現在、両学会専門医数が2名以下の地域は、青森、山形、山梨、富山、石川、福井、奈良、和歌山、鳥取、山口、愛媛、高知、佐賀、熊本、大分、宮崎、沖縄の17県である。特に山梨、佐賀、大分の3県は専門医が0名である^{1,2)}。

地域偏在を解消するには、今回の歯科保存専門医申請書に記載された準研修施設の整備と充実が必須である。日本歯科専門医機構が認定する準研修施設(現候補施設=10)は、常勤指導医1名、研修関連施設の設備、および連携する研修施設間に研修管理委員会の設置が必要条件として求められている。以上のことを考慮すると、暫定期間内に新規指導医養成と準研修施設の整備が必須である。さらに、現学会専門医の継続的な研修には、近隣研修施設及び出身大学研修施設との緊密な連携を構築することが必要である。また、今後の歯科大学卒業予定の研修医に対しては、研修医期間を通じてシームレスな専門

医資格申請に必要な研修を修得させることが必要と考える。

歯科保存専門医の地域偏在解消には、日本歯科専門医機構が求める要件を満たした申請学会（日本歯科保存学会と日本歯内療法学会）の準研修施設認定促進活動と登録促進が必須と考える。

4. おわりに

本稿で提案した歯科保存専門医の今後の課題は日本歯科専門医機構承認後の具体的運用方法である。まず、歯科保存専門医申請資格者の暫定期間内への移行、準研修施設の充実と指導医育成、研修施設外会員の専門医継続と新規申請方法に関する改善が必要である。さらに、本格運用後の新規専門医研修の充実については、歯科専門医機構の指示に従って詳細な検討を加えて改善する余地がある。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持続性を維持することに貢献できるものとする。

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) 日本歯科保存学会. HP, 認定医専門医一覧. <http://www.hozon.or.jp/list/> (令和5年3月6日参照)
- 2) 日本歯内療法学会. 専門医. <https://jea-endo.or.jp/doctors/specialst.html> (令和5年3月6日参照)

3) 矯正歯科専門医（仮称）

齋藤 功

（新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科矯正学分野教授）

1. はじめに

矯正歯科治療は、歯列・咬合にかかわる形態や機能の不調和に対し、成長発育に配慮しながら新たに調和のとれた形や機能へと導く創造の医療である。このような特徴から、矯正歯科は国民・社会から専門性の高い歯科医療の一つであるとの評価、認識を受けている。適正かつ標準的な矯正歯科治療を提供するにあたっては、術者の矯正歯科領域における診断、治療および術後管理に関して高度な医療技能と経験ならびに専門知識が必要である。しかし、現状では矯正歯科治療を希望した一般市民が矯正歯科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、高度な専門医療を提供できる歯科医師であるか判断することは困難である。

日本歯科専門医機構の示す歯科専門医制度基本整備指針に則った矯正歯科専門医（仮称；以下、矯正歯科専門医）制度が整備・認証され、矯正歯科専門医の資格が国民に広く広告されれば矯正歯科治療を希望する患者の受診先の選択に際し良い指標となる。また、矯正歯科領域に関連した正確な情報が広く国民に周知されれば、わが国における矯正歯科医療レベルのさらなる発展に寄与し、ひいては国民の医療・福祉の向上に貢献することが期待される。

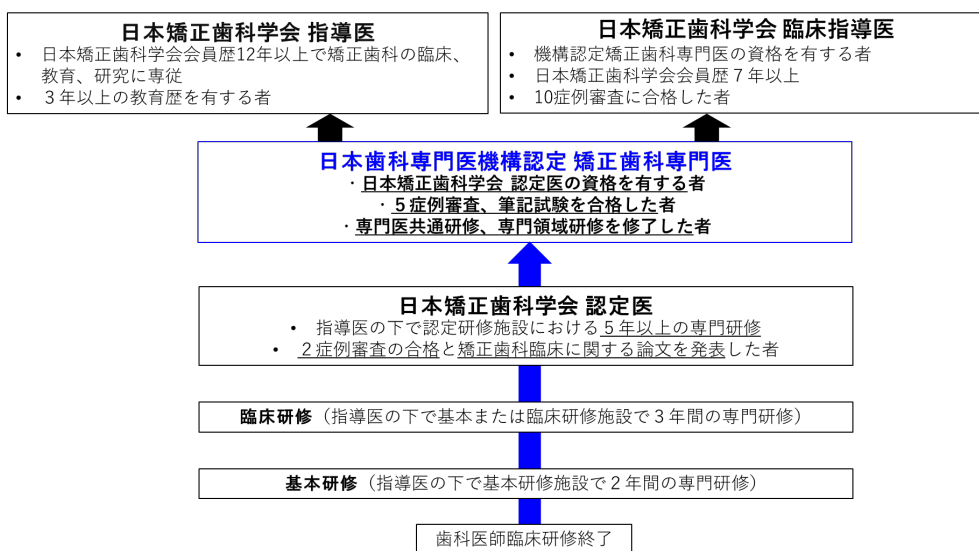
2. プロフェッショナルオートノミーに基づいた歯科専門医（および歯科医療従事者）の質を保証・維持できる制度であること

矯正歯科専門医は、矯正歯科領域における診断、治療および術後管理に関して高度な医療技能と経験ならびに専門知識を有し、他診療領域の歯科医師または医師ら他職種との連携を図り、標準的な矯正歯科治療を提供する能力を有する者とする。矯正歯科専門研修は基本研修と臨床研修からなり、修得すべき歯科矯正学、矯正歯科治療および関連分野の知識・技能・態度について、A～Hの8つのコンピテンシー（A.一般生物学と隣接医学の理解、B.歯科矯正学の基礎領域の理解、C.診察・検査・診断および治療計画の理解と実践、D.治療の基本的事項の理解と実践、E.他の分野との連携の理解と実践、F.臨床マネジメントと矯正歯科医としての倫理についての理解と実践、G.その他、必要事項の理解と実践、H.治療経験）からなり、到達目標と年次ごとの修練プロセス、達成基準、評価方法、学習方略、キーワードなどを設定している。また、認定研修施設は、主たる基本研修施設（以下、基本研修施設という）と従たる臨床研修施設（以下、臨床研修施設という）からなり、基本研修施設は、別に定める所定の研修項目、研修時間を基準とする講義、実習、演習セミナー等を含めた矯正歯科基本研修と合計150症例以上の矯正歯科臨床研修を行い、臨床研修施設は、矯正歯科基本研修の症例を含め合計150症例以上の矯正歯科臨床研修を行っている。日本矯正歯科学会は、基本研修を行うために基本研修施設を、臨床研修を行うために臨床研修施設を指定している。基本研修施設は、歯科矯正学に直接関連する学問分野を教授する講座（分野）の管理指導医たる主任教授の指導の下で、大学の附属病院において主に矯正歯科治療を行う診療科（室）とされ、臨床研修施設は、別途定める診療科（室）、および学会が認めたその他の施設としている。

3. 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

矯正歯科専門医の資格取得には、歯科医師臨床研修終了後、学会指定研修施設において日本歯科専門医機構が示す研修目的に準拠した基本研修と臨床研修からなる5年以上の矯正歯科専門研修の修了と所定の学術業績を修めた後、学会認定医委員会による症例審査に合格し、日本矯正歯科学会認定医を先行して取得する必要がある。認定医取得後は、更なる矯正歯科治療における臨床経験を積み、別に定める共通研修と専門研修の履修要件を満たした後、日本矯正歯科学会専門医委員会による症例審査、筆記試験に合格することが資格要件となる。さらに、矯正歯科専門研修医の指導的立場として、日本矯正歯科学会指導医と臨床指導医を設ける。以下図1に、日本歯科専門医機構認定矯正歯科専門医の資格要件と学会各認定制度の概要について示す。

図1 日本歯科専門医機構認定矯正歯科専門医および日本矯正歯科学会認定制度の概略図



日本歯科専門医機構認定矯正歯科専門医：

矯正歯科専門医は、矯正歯科領域における診断、治療および術後管理に関して高度な医療技能と経験ならびに専門知識を有し、他診療領域の歯科医師または医師ら他職種との連携を図り、標準的な矯正歯科治療を提供する能力を有する者とする規定する。専門医の資格を得ようとする者は、本学会に申請し、学会専門医委員会の症例審査、筆記試験に合格する必要がある。

矯正歯科専門医認定審査を申請する者（以下、申請者という）は、次の各号を満たす者に限られる。

- 1) 歯科医師免許を有する者
- 2) 歯科医師免許を取得後、引き続き5年以上、学会の正会員である者
- 3) 認定研修施設における矯正歯科基本研修修了後、その期間を含め5年以上にわたり矯正歯科臨床研修を修了した者（施設長の承認を必要とする）。なお、修了時の到達目標については別に定める。
- 4) 学会認定医資格を有する者。
- 5) 原則的に医育施設もしくは医療施設に常勤している者（週32時間以上勤務）
- 6) 学会の認めた刊行物に矯正歯科臨床に関する筆頭論文を公表した者
- 7) 別に定める共通研修と専門研修を履修した者

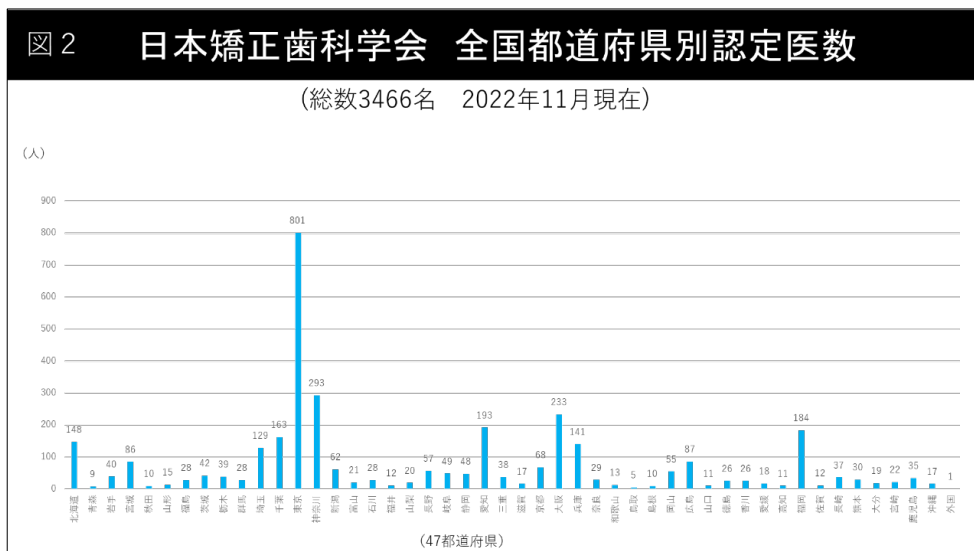
- 8) 学会倫理規程を遵守する者
- 9) 学会ホームページガイドラインを遵守する者

4. 歯科専門医の資格が国民に広く認知され、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

日本矯正歯科学会は、歯科矯正学・矯正歯科臨床の進歩・発展を目的に1926年に設立された日本を代表する歯科矯正学を専門とする学術団体である。日本各地の矯正歯科医を中心に、7,000名以上(7,257名；2022年11月現在)の会員により構成されている。また、矯正歯科医療の水準の維持と向上を図ることにより、国民に適切な医療を提供することを目的として、認定医、指導医、臨床指導医(旧専門医)、基本研修施設、臨床研修施設の資格を認定し、認定証の交付を行っている。さらに、日本矯正歯科学会は、矯正歯科の国際組織である世界矯正歯科医連盟(World Federation of Orthodontists; WFO；1995年結成)¹⁾、および、アジア太平洋矯正歯科学会(Asian Pacific Orthodontic Society: APOS；2001年創立)²⁾に、いずれも我が国を代表する矯正歯科の学術団体として創設時より参加して中心的な役割を担ってきている。なお、過去に日本矯正歯科学会が運営してきた矯正歯科専門医制度(現臨床指導医制度)は、日本で唯一の国際的に認知された矯正歯科専門医制度としてWFOに登録されていた³⁾。

5. 地域医療に十分配慮した制度であること

日本歯科専門医機構認定矯正歯科専門医の申請要件として、日本矯正歯科学会認定医資格を有する者と定めている(認定医総数3,466名 2022年11月現在)。将来的に矯正歯科専門医は2,000名程度確保する予定であり、現在の認定医が矯正歯科専門医を取得するとともに、地方における従たる研修施設を充実させることにより専門医の地域偏在が解消され矯正歯科専門医は日本各地に配置されると予想している。



6. おわりに

矯正歯科専門医制度の一元管理を目的とし2022年3月、日本矯正歯科学会の新規委員会として日本矯正歯科学会専門医委員会が設置された。本委員会が所掌する内容は、指導医、研修施設の認定、研修評価シ

システムの構築、専門医認定のための試験、審査実施に関する検討などとしている。新たな専門医制度が適切かつ継続的に運用されるには、現存する認定医制度との整合性に配慮し、若手矯正歯科研修医にとって励みとなる仕組み作りが必要である。今後、日本歯科専門医機構の示す歯科専門医制度基本整備指針に則り、国民に信頼され、矯正歯科治療の受診先の選択に際し良い指標となる矯正歯科専門医制度の早期実現を目指し引き続き取り組んでいく所存である。

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) World Federation of Orthodontists; WFO.
<https://www.wfo.org/about-wfo/history/>（令和5年2月10日参照）
- 2) Asian Pacific Orthodontic Society: APOS.
<https://www.asianpacificortho.org/info/about/>（令和5年2月10日参照）
<https://www.wfo.org/about-wfo/programs/society-of-orthodontic-specialty-certifying-boards/>（令和5年2月10日参照）

4) インプラント歯科専門医(仮称)

矢島 安朝

(松本歯科大学教授,

(公社)日本顎顔面インプラント学会常任理事)

1. はじめに

ここに記載された内容は、日本顎顔面インプラント学会および日本口腔インプラント学会合同のWGにおいて協議され、計画されている事項であり、今後これらは各学会の理事会・代議員会等で承認される必要のある事柄である。

2. WGで明確となった現状の各学会専門医制度の問題点

日本顎顔面インプラント学会および日本口腔インプラント学会は連合方式の専門医制度確立を目指してWGで協議を重ねている。まず、両学会が主体的に全研修施設を対象としたアンケート調査を行った。内容は「年間インプラント症例数」「指導医、専門医、研修医等の人数」「研修方略」「研修のための設備」「診療のための設備」等である。この調査をもとにWGにおいて「機構専門医制度の基本的な考え方」にそって問題点を抽出した。その結果最大の問題点として以下の3点が明確となった。

- 1) 日本口腔インプラント学会臨床系研修施設において「臨床現場での研修 (on the job training: OJT)」が行われていない。
- 2) 日本顎顔面インプラント学会の研修施設の主となる歯科大学、歯学部、病院歯科口腔外科においてインプラント症例数が著しく低く、研修には明らかに症例不足の施設がある。
- 3) 両学会研修施設において研修カリキュラムが作成されていないため、一般目標、行動目標、学習方略、評価法が明示されておらず、学習者が研修の方向性や範囲を理解できない。

3. 上記問題点への対応と歯科専門医制度基本整備指針に則った制度設計

WGにおいて上記問題点を考慮し、国民に信頼され受診の選択の指標となる制度をめざして以下の項目を検討した。

1) 専門研修後の成果

両学会共通のカリキュラムを作成した。15のユニットを作成し、それぞれのユニットのGIOにより研修後の成果を学習者に対して明確に示した。これらGIOにより機構認定インプラント歯科専門医の診療領域、診療範囲、修得すべき診療能力が提示された。

2) 到達目標 (行動目標)

各ユニットの総数121項目のSBOsによって機構認定専門医をめざす学習者にとって、その知識、技能、態度領域における具体的な学習行動が示され、より明確な学習方向が提示された。同時に学習者の学術的姿勢、つまり科学的思考、生涯学習、研究手法などの内容、範囲および要求水準が明確となった。また国民にとっても、121項目のSBOsが明示されたことにより「機構認定専門医とは、これらの121項目の行動目標を達成し得た歯科医師である」ということが明確となり、専門医像をイメージしやすくなった。これこそ、「国民からわかりやすい専門医」の根本部分であると考え、つまり、どんな人が、どんなことができ

る人が専門医なのかを明確に示すことが可能となった。

3) 研修方略, 評価方法

方略には指導医のもと、実際の臨床現場における治療・トレーニングが示され、on the job training を実現するための技能、態度領域のLSが示された。またこれらの評価には指導医、上級医ばかりでなく多職種からの観察記録評価表を用いることとした。知識領域のLSとしては、両学会が協力して学会本部からのWEBによる一斉共通講義が検討され、地域格差、人的資源・物的資源の差を解消する方法が調整されている。また自己学習もLS中に明記され、形成的評価によるフィードバックにより、更なる学習効果の向上を計画している。

4) 指導体制

新制度への移行期間を設け各学会の指導医に対し追加研修を課した後、試験を実施し、専門医（指導医）指導に当たる予定である。特に臨床現場での技能領域の指導に当たっては、研修者および指導医ともにその研修施設の常勤であることを規定し、日常的に研修者の臨床能力の把握が可能となるように配慮し、これを明示することにより、国民から信頼される機構専門医をめざす。

5) 専門医資格の認定要件

申請に必要な単位数についてもまとめられた。インプラント治療の種類別に難易度を3つのレベルに分け、それぞれの処置に対する重み付けを行った。申請には合計200単位以上を必要とした。また最低30症例以上を経験し、まんべんなく様々な症例を経験させるための規定も加えた。さらにインプラント治療は高齢者を対象とすることが多いため、リスクファクターとなる全身疾患の管理症例の経験もレポートとともに提出を義務付けた。

その他、研修修了証明、研修達成度評価記録、研修手帳、症例一覧表、学会・講習会の出席、論文・学会発表記録等の提出も計画している。さらに総括的評価としての専門医認定試験については、両学会合同の試験委員会等を立上げ、筆記試験、口頭試問、実技試験を予定している。

6) 研修施設の要件

両学会とも今までの研修施設を再評価し、上記の研修が可能である施設を新たに認定する必要がある。特に日本顎顔面インプラント学会では症例数の少ない施設は認定研修施設とはできない。また日本口腔インプラント学会では、OJTを行うことのできない施設は認定研修施設とは認められない。さらに、研修者はその研修施設に常勤として勤務していなければ研修者と認められない。などの事項を決めているが、具体的にどのような研修施設で運営してゆくべきかの議論は不足しており、今後のWGでの話し合いにより計画されることとなる。現在のところ、研修施設および准研修施設を認定し、それぞれが不足部分を補完しながら連携して研修を実施するシステムを計画している。

4. 指導医・研修施設の現状と地域偏在に対する対応

インプラント治療は「都会型歯科医療」に分類され、若者の流出が止まらず高齢化率の高い地方よりも、生産者人口の厚い高齢化率の低い都会に多くの症例が集中するといわれている。したがって、現在の両学会の専門医も都会に集中し、地方には両学会の研修施設や指導医も極端に少ない傾向がある。

1) 現在の研修施設の偏在

日本顎顔面インプラント学会研修施設が存在しない県¹⁾ (筆者調べ) :

岩手県, 群馬県, 和歌山県, 鹿児島県 合計 4 県

日本口腔インプラント学会研修施設が存在しない県²⁾ (筆者調べ) :

山形県, 茨城県, 静岡県, 三重県, 和歌山県, 石川県, 福井県, 山口県, 鳥取県, 島根県, 高知県, 大分県, 宮崎県, 沖縄県 合計 14 県

このうち両学会のどちらの研修施設も存在しない県は和歌山県の 1 県である。

2) 現在の指導医の偏在

日本顎顔面インプラント学会指導医不在の県¹⁾ (筆者調べ) :

和歌山県 (専門医も 1 名のみ), 沖縄県 (専門医も 0 名) 合計 2 県

日本口腔インプラント学会指導医不在の県²⁾ (筆者調べ) :

福島県, 山形県, 山梨県, 和歌山県, 高知県, 愛媛県, 島根県 (専門医も 1 名), 鳥取県 (専門医も 0 名)
沖縄県 合計 9 県

このうち両学会のどちらの指導医も存在しない県は和歌山県と沖縄県の 2 県のみ

3) 研修施設・指導医の偏在についての対応

現在の研修施設が存在しない県に機構専門医の研修施設を新たに立ち上げるには、多くの症例数の確保と指導者の問題から長期間を要するものと考えられる。したがって両学会の研修施設が協力することにより、各県 1 研修施設を立ち上げることは比較的容易であると思われる。そこで問題となるのはどちらの施設も存在しない和歌山県となる。ここでは学会本部の強力な介入が必要になる。また地方の医療レベルを向上させるために地方自治体を巻き込んだ行政への強い働き掛けも必要となるものと思われる。

指導医の偏在も大きな問題となる。研修施設、准研修施設を新設するためには、暫定的に現在の指導医を利用する方法となる。指導医がいなければ研修施設を新設することはできず、機構認定専門医の地域格差が生じてしまう。これらを解決する方法は、研修施設の偏在対応と同様に学会本部の強力な介入や隣接する各県の研修施設、特に人的資源に余裕のある大学系研修施設との連携により改善したいと考える。

5. おわりに

現在まで WG によって機構認定インプラント歯科専門医制度の内容が 8 割方構築されている。今後、各学会の理事会等で説明し承諾を得ることになるが、この場面では容易に理解し賛同を得られると考えられる。しかし、一般会員に説明し理解してもらった場面ではかなり厳しいものとなるであろう。今までの専門医制度とは明確に異なる点、つまり研修施設基準の厳格化、インプラント補綴の実施に伴う各施設の診療体制の変更、さらに既存の専門医の既得権等が問題となる可能性が高い。いずれにせよ、根気よく丁寧な説明を繰り返さなければならないと考えている。

参考文献

1) 日本顎顔面インプラント学会. 認定研修施設一覧, 指導医一覧.

Jamfi.net/senmoni/list_shisetu.html （令和5年2月18日参照）

2) 日本口腔インプラント学会. 認定研修施設一覧, 指導医一覧.

Shika-implant.org/index.html （令和5年2月28日参照）

5) 総合歯科専門医（仮称）

委員 水口 俊介¹⁾，小笠原 正²⁾，石垣 佳希³⁾

¹⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野教授・(一社)日本老年歯科医学会理事長，
²⁾ (公社)日本障害者歯科学会理事長，³⁾ 日本歯科大学総合診療科教授・(一社)日本有病者歯科医療学会常
任理事)

1. はじめに

わが国における人口の高齢化は急速に進み，疾病構造の複雑化等に伴い国民の健康・生活習慣や医療提供に関するコンセプトが大きく変化し，医療は病院完結型から地域完結型へ転換している．このような状況で高齢者の口腔健康を維持し増進していくためには，一般の歯科医師だけではなく，高齢者や有病者，障害者の歯科治療についての十分な知識と経験を有する歯科医師の協力が重要であることは論を待たない．

2. 総合歯科専門医（仮称）について

このような背景のもとに，地域医療構想を理解し，総合的な診療能力を有して，口腔の健康や機能にかかわる問題について適切な対応等が行え，多職種との連携医療などを提供できる専門医として総合歯科専門医(仮称)が考えられた．したがって本専門医は一般的な歯科医師としての要件を一段と高いレベルで満たしており，歯科医療の変化に対応し，高齢者，障害者，有病者等に対して十分な知識を持ち，診療室以外の環境でもその診療技術を十分に発揮できる能力を有していなければならない．

この理念のもとに，令和2年9月25日（金）より，3回にわたって，日本顎関節学会，日本歯科薬物療法学会，日本口腔診断学会，など13学会と日本歯科医師会が参加し，総合歯科専門医（仮称）の在り方から議論がなされた．当初，上記の能力だけではなく，患者の状態を正確に判断し適切な専門技術を有する歯科医師へつなげる「ゲートキーパー」的な総合歯科専門医も議論された経緯がある．議論の結果，総合歯科専門医（仮称）の制度構築に関しては，日本有病者歯科医療学会，日本障害者歯科学会，日本老年歯科医学会の3学会が協力し担当することになり，令和3年2月より3学会と日本歯科専門医機構の間で12回にわたる議論ののちに，本専門医の研修プログラム案がほぼ完成した．本専門医の理念は，超高齢社会が進展するわが国にとって極めて重要な問題であり，かつ本専門医の守備範囲はきわめて広い．3学会がそれぞれ得意とする分野を持ち寄ることによりほぼすべての範囲をカバーすることができると考えられる．3学会の有機的な協力が質の高い制度構築には重要である．

3. 日本有病者歯科医療学会の本制度構築への貢献¹⁾

日本有病者歯科医療学会は，医学の進歩や文化の発達などに伴い，日常の歯科診療で全身的になんらかの配慮を必要とする基礎疾患を有した患者（いわゆる有病者）の占める割合が増加するであろうと，1990年9月26日「開業歯科医院で対応し得る医学的知識の研鑽あるいは臨床に直結した全身管理を普及させること」を目的に日本有病者歯科医療研究会発足委員会が結成された．そして1991年4月27日，正式に学会（初代理事長日本歯科大学・故園山昇名誉教授）として発足した．その後1992年2月29日・3月1日の両日，第1回日本有病者歯科医療学会学術大会・総会（日本歯科大学）が開催され，今日まで毎年欠くことなく年次学術大会・総会を開催している．

2007年には日本歯科医学会認定分科会に登録（2019年，専門分科会に昇格）が認められ，2010年12月

26 日一般社団法人格を取得、2011 年には学会認定医制度を発足させ、その精度を高めるべく努力を重ねており、確実に学会基盤は定着しているところである。

会員数は 2,728 名（2022 年 11 月 26 日現在）で、その内訳が一分野に限らず多領域の専門家によって構成されているところが本学会の特徴である。具体的には、歯科大学口腔外科、歯科麻酔、医科大学歯科口腔外科、病院歯科口腔外科、一般歯科臨床医、医科ならびに歯科衛生士の 6 部門からなり、原則として会員数比例制により代議員、理事数が決められ、互選により選出された理事と代議員によって執行部が構成されている。

本学会は年次総会・学術大会をはじめ、学術教育研修会、学術教育セミナー、救命救急研修、ICD 講習会など、学術のみならず臨床に則した研修会を適時実施している。年次学術大会長は各部門から推薦された理事、代議員が順次、機会均等に主管している。近年は都道府県歯科医師会との連携も積極的に行っており、学術大会開催地の都道府県歯科医師会に共催や後援として参画していただいたり、実習付き共催セミナー「スキルアップセミナー」を全国展開しながら有病者歯科医療に必要な知識や技術の認知と有病者歯科医療を担う人材育成に努めている。

また、有病者歯科医療を「有病者歯科学」という一つの学問体系と位置付けた複数の刊行物やガイドラインを発行している。なかでも 2010 年に発行した「抗血栓療法抜歯に関するガイドライン」は現在も増加傾向にある心疾患・脳血管疾患に対して質の高い歯科医療の実現を目指した患者と医療者の双方を支援するものとして Minds ガイドラインライブラリにも収載されている。また「訪問歯科診療－歯科医師のためのリスク評価実践ガイド」は訪問診療に限らず歯科医院においても全身状態の評価ガイドとして他職種連携での情報交換ツールとして役立つものと思われる。

学会認定医制度は、2022 年 12 月時点で認定医 708 名、専門医 498 名、指導医 294 名が資格を取得し、研修施設も全国に 151 施設を認定しているが資格取得後も 5 年毎に資格更新のために最新の知識と技術を学び続けることを義務づけている。さらに歯科医のみならず認定歯科衛生士制度も開始し、これまでに 233 名が資格を取得している。現在では、2040 年を見据えた新歯科医療提供体制において必須となる患者のリスク管理のために認定医制度をシステム化し、安全で安心な有病者歯科医療を学会全体でサポートする体制の構築を目指して学会組織のさらなる充実を図っているところである。専門医の地域偏在は解決すべき喫緊の課題ではあるが、可及的早期に各都道府県に配置するためには専門医のいない地域では隣接エリアの専門医と学会が連携しながら専門医を育成していくことが肝要となる。

4. 日本障害者歯科学会の本制度構築への貢献²⁾

1970 年代まで障害児者は歯科医療から取り残されていたが、1973 年に「心身障害を背負って人生を旅する人達の福祉に貢献する我々の精一杯の活動を行う」ということで障害者歯科学会の前身である「日本心身障害児・者歯科医療研究会」（初代理事長 上原進先生：日本大学松戸歯学部）（後に日本障害者歯科医療研究会と名称変更）が発足した。1983 年に第 11 回日本障害者歯科医療研究会が開催された後に 1984 年に日本障害者歯科学会（理事長 上原 進教授）と名称変更し、第 1 回学術大会（大会長 上原進教授：千葉県医療センター）が開催された。今年、第 40 回の学術大会を札幌で開催することになっている。日本の障害者歯科医療に貢献して半世紀である。1,983 年の会員数は 273 名であったが、2,022 年では 5,034 名となった。日本障害者歯科学会は、大学と地域の歯科医師会の両輪で活動し、学術大会開催も大学と地域の交互に担当していることが特徴である。また障害のある人への貢献のために医療福祉連携委員会の設置が他の学会と異なるところである。

日本障害者歯科学会は、日本の障害者歯科医療の充実と発展を目的に活動し、臨床・研究成果の普及、教育の標準化、障害者歯科治療の均てん化を行ってきた。

臨床・研究成果の普及として 2,022 年までに 105 冊の学会雑誌を発刊し、原著論文が 425 編、その他の論文が 698 編、総数 1,122 編の論文を掲載した。刊行物としては、「障がい児・者歯科検診マニュアル【2018 年】」、「歯科治療時の身体抑制法に関する手引き【2018 年】」、「小児在宅歯科医療の手引き【2021 年】」を発刊した。また Minds ガイドラインライブラリにも収載された「ダウン症候群の歯科診療における診断と処置方法ガイドライン」を公開した。

教育の標準化としては、2,009 年に学会編集の教科書「スペシャルニーズデンティストリー」を発刊し、2,017 年には第 2 版を発刊した。さらに臨床実習の標準化として参加型臨床自習マニュアルとして「頭頸部口腔診察【2018 年】」、「障害者へのブラッシング指導【2018 年】」、「移乗【2019 年、2020 年修正版】」、「口腔保健指導【2020 年】」、「障害の特性を考慮した介助みがきの指導【2021 年】」、「安全管理-内部障害への対応【2022 年】」などを公開してきた。

障害者歯科治療の均てん化として、認定医が 1,381 名、認定医指導医が 196 名、専門医が 181 名、専門医指導医 41 名を輩出してきた。認定医研修施設が 266 歯科医療機関、専門医研修施設が 38 歯科医療機関を認定している。認定医は、すべての都道府県に存在し、認定医研修施設がないのは、1 県のみで、障害者歯科医療の均てん化は進んでいる。しかしながら、障害者歯科医療の格差は、存在する。全身麻酔や静脈麻酔下の障害者歯科治療が実施できない県があるので、歯科麻酔学会と連携し、是正することを協働している。日本障害者歯科学会はこのような基盤を持って機構認定歯科専門医の育成に貢献できると考えている。

専門医の地域偏在については、現在の地域別専門医数から考えると、地域に総合歯科専門医（仮称）研修施設や総合歯科専門医（仮称）が偏ることは避けられない。よって考慮すべき問題は専門医研修施設や専門医が少ない地域をカバーする手段の考案になると考える。3 学会のいずれかの専門医指導医が在籍している歯科医療機関を積極的に総合歯科専門医（仮称）研修施設として承認することにより専門医が少ない地域での専門医の育成を継続していくことが可能となると考える。さらに県をまたいだ研修プログラムの承認も有効と考える。

5. 日本老年歯科医学会の本制度構築への貢献³⁾

日本老年歯科医学会は 1986 年に日本老年歯科医学研究会として発足し、1990 年に日本老年歯科医学会として発足した。以来、高齢者歯科医療の責任学会であるという自覚のもとに、多くのテキストブック、ガイドライン、学会見解論文、マニュアル、用語集を発行している。現在（2023 年 1 月）会員数 4224 名、各都道府県に支部を持ち研修会等を実施し、安全安心な高齢者歯科医療に貢献をしている。

日本老年歯科医学会は高齢者歯科医療に関連するほぼすべての部分をカバーしているが、特に、歯科訪問診療、緩和ケア、摂食嚥下リハビリテーション、認知症患者の歯科治療、多職種連携において総合歯科専門医（仮称）制度に貢献できると考える。歯科訪問診療においては学会の立場表明として「在宅歯科医療の基本的考え方」、「歯科における訪問診療を示す学術用語に関する考え方」を発出し、学会編集ガイドラインとして「歯科訪問診療における感染予防策の指針」「介護保険施設等入所者の口腔衛生管理マニュアル」「口腔ケアリーフレットおよび高齢者施設職員向け口腔ケアの手引き」など多くのマニュアルを作成している。摂食嚥下リハビリテーションにおいては、「摂食機能療法専門歯科医」の養成・認定事業、「摂食・嚥下リハビリテーションにおける診断支援としての舌機能検査法ガイドライン」「摂食・嚥下障害、構音障害に対する舌接触補助床(PAP)の診療ガイドライン」「日本老年歯科医学会嚥下内視鏡検査指針」といった質の高いガ

イドラインを作成している。認知症に関しては「認知症患者の義歯診療ガイドライン」「認知症の人への歯科治療ガイドライン」を作成している。多職種連携に関しては、「脳卒中患者への医科歯科連携に関するガイドブック」「要介護高齢者の口腔・栄養管理のガイドライン」を作成し、介護保険事業に関する大変多くの老人保健健康増進事業を実施しており、総合歯科専門医（仮称）の制度構築には十分な能力を有しているといえる。

また日本老年歯科医学会は2011年より各都道府県に支部を設置し歯科医師会や教育機関と協力し支部主催の研修会を主催し、高齢者歯科医療に関する知識や技術の啓発に力を入れているため、総合歯科専門医（仮称）の地域における活動にも十分貢献できる体制を有していると考える。

また、日本老年歯科医学会においては2007年より認定事業を運営し、認定医326名、専門医98名、指導医191名、計614名の認定資格のある会員を有している。また全国に88個の研修機関を有し、定められた専門医研修の到達目標に基づき専門医の養成を行っており、これらをベースとして総合歯科専門医（仮称）の制度構築に貢献したいとかがえている。

6. おわりに

このように、総合歯科専門医（仮称）の制度構築を担当する3学会はそれぞれの領域において十分な力量を有していると考えられる。しかしながら今後は研修機関、制度の運用法等の細部を協議しなければならない段階となる。お互いの制度と総合歯科専門医（仮称）としての理想的な制度に関して熟考し、境界領域や検討の過程で生じる新たな問題について十分な協議の上対応することで、国民や社会の要求に応えることのできる制度を構築できるものと考えられる。

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) 日本有病者歯科医療学会ホームページ, <https://www.jjmcp.jp/> (令和5年3月22日参照)
- 2) 日本障害者歯科学会ホームページ, <https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh-hp/html/> (令和5年3月22日参照)
- 3) 日本老年歯科医学会ホームページ, <https://www.gerodontology.jp/> (令和5年3月22日参照)

4. 卒前教育、卒後研修から見た歯科専門医の専門性について

委員 秋山 仁志

(日本歯科大学生命歯学部教授,
(一社)日本歯科医学教育学会理事長)

1. はじめに

少子超高齢社会を迎え、疾病構造の変化や社会的ニーズの多様化により、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、今日、歯科医学を取り巻く環境は大きく変化している。少子超高齢社会の進展とともに、人口構造の変化や歯科疾患罹患状況の変化に伴い、歯の形態回復を主体としたこれまでの「治療中心型」の歯科治療だけではなく、全身的な疾患などもふまえ、関係者と連携しつつ、患者個々の状態に応じた口腔機能の維持・回復を目指す「治療・管理・連携型」をふまえた地域包括ケアシステムの構築に対応した歯科治療が必要とされている¹⁾。歯科医療を取り巻く状況は大きな変革期を迎えており、それに伴い、歯学教育もかつてない勢いで変革が求められている。

2040年には我が国の生産年齢人口の減少とともに、高齢人口はピークを迎え、それ以降も高齢化率は上昇を続けると予測される。この人口構造の変化に応じた医療人の養成が社会的に重要である。歯科医師養成には、6年間の卒前教育に加えて、歯科医師臨床研修や専門研修等、一定期間の時間を要する。このため、これらの専門教育を経て、歯学部学生、歯科大学学生、研修歯科医が医療人として活躍する2040年以降の社会を想定する必要がある²⁾。2040年の歯科医師像を視野に入れ、優れた歯科医師養成のイメージを国民に提示するために、質の高い歯科医療提供を目指し、卒前教育と卒後教育の研修内容や研修システムの充実を図る必要がある。歯科医師の資質の維持・向上の実現にあたっては、歯学部、歯科大学、日本歯科医師会、関連学会および行政がそれぞれの立場で歯科医師育成を考え、互いの連携のもと、歯学教育制度、研修制度を強化・充実させていく必要がある³⁾。

今日の歯学教育を取り巻く状況として、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂、臨床実習前共用試験の公的化、診療参加型臨床実習客観的臨床能力試験の正式実施、歯科医師国家試験出題基準改定、省令改正による新たな歯科医師臨床研修制度の開始、アウトカム基盤型カリキュラムに基づく分野別認証評価、諸外国との教育ネットワークの構築、倫理・プロフェッショナリズム教育の推進、卒前教育・歯科医師臨床研修・生涯研修のシームレスな学修のあり方の検討、他専門学会、歯科専門医機構との連携などが挙げられる⁴⁾。

2. 歯学教育モデル・コア・カリキュラム

卒前教育において、歯学教育モデル・コア・カリキュラムは、各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分抽出し、「モデル」として体系的に整理したものである。各大学における具体的な歯学教育は、学修時間数の6割程度を目安にモデル・コア・カリキュラムをふまえたものとし、残りの4割程度の内容は、各大学の入学者受入れの方針、教育課程編成・実施の方針、卒業認定・学位授与の方針等に基づき、大学が自主的・自律的に編成するものである²⁾。

歯学部学生、歯科大学学生が卒業までに修得すべき基本的歯科診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を示した歯学教育モデル・コア・カリキュラムが令和4年11月に改訂された。この歯学教育モデル・コア・カリキュラム令和4年度改訂版²⁾は、令和6年度の歯学部、歯科大学の入学生から導入が予定

されている。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が行われており、医学教育・歯学教育・薬学教育の3領域で統一したキャッチフレーズとして、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」を掲げている。医療者としての根幹となる資質・能力を培い、多職種で複合的な協力をを行い、多様かつ発展する社会の変化の中で活躍することが求められ、変化し続ける未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成を目指している。

歯学教育モデル・コア・カリキュラム令和4年度改訂版²⁾では、社会情勢の変化に伴い、患者中心の医療を実践するために医科・歯科連携の推進等に対応する必要がある。Information and Communication Technology (ICT)の急速な発達に伴い、遠隔医療やArtificial Intelligence(AI)を用いた診断医療の応用等が進み、医療従事者としての情報リテラシーや個人情報保護の考え方、時代とともに変化する医療倫理についての学修の必要性等があることから、第1章に歯科医師として求められる基本的な資質・能力、第2章に学修目標+学修目標の別表、第3章に学修方略・評価、診療参加型臨床実習実施ガイドラインが提示されている。

歯科医師として求められる10の基本的な資質・能力は、「プロフェッショナリズム」、「総合的に患者・生活者をみる姿勢」、「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」、「科学的探究」、「専門知識に基づいた問題解決能力」、「情報・化学技術を活かす能力」、「患者ケアのための診療技能」、「コミュニケーション能力」、「多職種連携能力」、「社会における医療の役割の理解」となり、これにより、医師・歯科医師に求められる基本的な資質・能力の共通化が図られている。「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」では、「より安全で質の高い歯科医療を実践するために、絶えず省察し、生涯にわたって自律的に学びながら他の歯科医師、医療者と研鑽し続けるとともに、積極的に医療者教育に関わっていく」とあり、「科学的探究」では、「社会に適応する医学を創造していくために、医学・医療の発展のための歯学研究の重要性を理解し、科学的・批判的思考を身に付けながら学術・研究活動に関与していく」とあり、いずれも専門性を考慮した生涯学習に向けて、医療人として生涯にわたって修得・研鑽するように、その資質・能力を涵養することになっている。

3. 歯学系新共用試験

歯科医師の卒前教育において、歯学部学生、歯科大学学生は歯科医師の資格を欠き、業として歯科医行為を行った場合、形式的には無免許歯科医業罪の成立が問題となるが、実質的には違法性がなく無免許医業罪には当たらないと解釈し得るとされてきた。

歯学教育における臨床実習では、歯科診療は外科的な領域が多く、侵襲を伴う診療が大きな割合を占めることから、患者の安全や権利の保護には格段の配慮が必要である。歯学部学生、歯科大学学生が診療チームの一員として診療に参加しながら、臨床実習を行うためには、指導體制の充実とともに、歯学部学生、歯科大学学生の質を担保することとその歯科医行為について法的な位置づけを行うことが重要である。令和3年5月21日に成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法などの一部を改正する法律(令和3年法律第49号)」において、歯科医師法(昭和23年法律第202号)の改正が行われ、大学において歯学を専攻する学生であって、共用試験に合格した歯学部学生、歯科大学学生は、臨床実習において歯科医師の指導監督の下、歯科医師として具有すべき知識及び技能の修得のために歯科医業を行うことができることとなった⁵⁾。Student Dentistの称号は、歯学部、歯科大学が実施する歯学系共用試験に合格し、臨床実習に必要な知識、技能、態度を身に付けていると認められた学生に授与される。歯科医師法改正により歯学系共用試験が公的化⁶⁾となり、令和6年度から新共用試験として実施される運びで

ある。Student Dentist を公的化することで、歯学部学生、歯科大学学生の歯科医行為を法的に担保できるため、診療参加型臨床実習が促進され、より質の高い歯科医師の育成に向け、卒前教育をさらに充実させることができると考えられる。また令和3年度から診療参加型臨床実習客観的臨床能力試験（Post-CCPX）、臨床実地試験（CPX）、一斉技能試験（CSX）の正式実施が開始されている。

診療参加型臨床実習における歯学部学生、歯科大学学生の歯科医業が法的に位置づけられることにより、単なる知識、技能、態度の修得にとどまらず、実際の患者を相手にした診療経験を通じて、医療現場に立った時に必要とされる診断及び治療等に関する思考法、対応力、実践的な技能や臨床を通じた研究意欲等を養うこと等が期待されており、卒前教育の更なる質の向上が期待されている。卒前教育、卒業教育、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、生涯研修での歯科専門医制度の位置づけを考えるうえで、卒前教育の更なる質の向上は極めて重要である。

4. 省令改正による新たな歯科医師臨床研修制度

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。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）をふまえ、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）⁷⁾が公布され、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、卒前教育から卒業教育にわたってシームレスに繋がる構造が図られた。

新たな到達目標は、A. 歯科医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）、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（プロフェッショナリズム）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構成される。

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歯科専門医教育にも繋がりがあがる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涵養し、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⁸⁾。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、今後とも卒前教育、卒後教育において、さらなるシームレスな歯学教育システムの充実を行っていく必要がある。

5. シームレスな歯科医師養成に向けた取り組み

診療参加型臨床実習では、Student Dentist として、患者との人間関係の構築、診療補助、指導歯科医の下での基本的な診療、診療器具の準備・片付けを実施している。歯科医師臨床研修では新たに提示された到達目標⁷⁾に向けて、臨床研修施設において一般診療、診療手技に対する指導歯科医からの適切な態度、技術指導が行われている。さらに生涯研修に向けて各専門領域における講義、研修等が行われている。

歯科医師の専門性の修得においては、卒前教育、歯科医師臨床研修、その後の生涯研修に向けた専門領域プログラムへとつながる流れの中で、学修者の学修活動に対しての適切な評価が必要となる。歯科医師として求められる資質・能力は、多面的な能力(コンピテンス)として扱われ、実際に知識、技能、態度等の評価可能な能力(コンピテンシー)により構成される。学修成果には、卒前教育、卒後教育の各段階で期待されるレベルがあり、各段階での評価に対する基準設定が必要となる²⁾。

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取り組みは、一部の大学や大学病院ですでに実施されているものの、正規の講義科目の中で実施し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、正規の講義科目の中で情報提供を行う必要がある。また歯科医師臨床研修において、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病院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、一般社団法人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は行われていないのが現状である。歯科医師の卒後研修の充実の観点から、一般社団法人日本歯科専門医機構の認定に関与する卒後研修プログラムの構築が期待される。そのためには、歯学部学生、歯科大学学生、研修歯科医への歯科専門医制度を視野に入れた情報提供に関わる予算・経費措置を構築し、一般社団法人日本歯科専門医機構が卒前教育、卒後教育へ情報提供を行うことが必要である。歯科専門医に関する歯学部学生、歯科大学学生、研修歯科医への周知として、情報提供のためのリーフレット、パンフレット、ポスターの作成等、シームレスな歯科医師養成に向けた取り組みとして、生涯研修を踏まえた情報提供を行うことが望まれる。

6. 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、卒後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、歯学部、歯科大学、各臨床研修施設、各専門学会の相互の連携が重要であり、歯学教育モデル・コア・カリキュラム令和4年度改訂版、歯学系新共用試験、歯科医師国家試験出題基準、歯科医師臨床研修の新たな到達目標、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。

一般社団法人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ともに、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としている。歯学部学生、歯科大学学生、さらに研修歯科医から歯科医師としてのキャリアパス教育は重要であり、自身の将来につながる歯科専門医の姿を明確に示すために、歯科専門医の養成・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早い段階で周知することが望ましいと言える。

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、卒後教育が必要である。

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) 田口円裕. 今後の歯科医療の展望と歯科医師の役割, JICD 52 (1) : 16-23, 2021.
- 2) 文部科学省. 歯学教育モデル・コア・カリキュラム令和4年度改訂版.
https://www.mext.go.jp/content/20221202-mtx_igaku-000026049_00002.pdf (令和5年2月10日参照)
- 3) 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/pdf/vision-all.pdf> (令和5年2月10日参照)
- 4) 秋山仁志. 歯科医学教育と本学会の役割, 歯科医学教育白書2021年版(2018~2021年). 2-6, 口腔保健協会, 2023.
- 5) 厚生労働省. 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000737490.pdf> (令和5年2月10日参照)
- 6) 厚生労働省. 厚生労働省共用試験の公的化に係る論点について. 令和4年度第1回医道審議会医師分科会医学生共用試験部会資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000932166.pdf> (令和5年2月10日参照)
- 7) 厚生労働省. 歯科医師法第16条の2第1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5年2月10日参照)
- 8) 日本歯科専門医機構. 歯科専門医の基本的な考え方. https://jdsb.or.jp/about_specialist.html (令和5年2月10日参照)

5. 地域医療に従事する歯科医から見た新たな機構認定歯科専門医

委員 岡崎 恵一郎

((公社)日本歯科医師会学術委員長)

1. はじめに

現在、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）、総合歯科専門医（仮称）の5領域について、新たな歯科専門領域として、その構築のため関連学会と認証の議論が進められているとのことである。先行して認定された5つの領域の専門医も含め、専門医制度が確立することにより、地域医療に従事する歯科医と専門医との連携、もしくは領域の異なる専門医同士の連携が実現すると予想される。

歯科診療所の多機能化については、日本歯科医学会から地域支援型多機能歯科診療所（仮称）¹⁾について提言されている。そこには「その役割として、診療所形態として最多を占める個人開業歯科診療所や、口腔外科を中心とした病院歯科では十分な対応が困難であった、訪問歯科診療、通常の歯科治療が困難な患者に対する全身麻酔あるいは静脈内鎮静法管理下歯科診療、歯科専門医による専門的な歯科診療などが挙げられる。さらに、今後予想される個人開業歯科診療所が減少した際の歯科医師の雇用確保、歯科医師不足に対する救世主と目される女性歯科医師のワークライフバランスを考えた勤務体制の確保に寄与することが期待される。加えて、歯科専門医がそのスキルを遺憾なく発揮するとともに、知識技術をアップデートする生涯研修や、専門医を育成・輩出していく場としての機能も望まれる。」と様々な役割が求められている。超高齢社会における地域包括ケアシステムの一助となる役割、女性歯科医師の増加などにより開業を望まない歯科医が増えた際の受け皿、研修の場などまさに多くの機能が求められている。

筆者は1990年代に米国の歯科専門医養成課程を卒業した。米国では当時すでに一般歯科医といくつかの歯科専門医が一つの場所に開業する「歯科医療モール」が散見された。それぞれが独立開業した運営で、互いに連携していく形態である。近年では複数の一般歯科医・歯科専門医が一つの診療所内で分業する「グループプラクティス」が増えているようである。今回、歯科専門医機構の新たな領域の歯科専門医制度が整うことにより、それぞれの役割がこれまで以上に明確となり、我が国でも米国の歯科医療モールやグループプラクティスのような領域の異なる歯科専門医同士や、歯科専門医と一般歯科医が連携する場が作られることとなるだろう。そこでは、地域支援型多機能歯科診療所（仮称）には及ばないかも知れないが、様々な領域の歯科専門医の連携が図られることにより、歯学部・歯科大学の存在しない地方都市でも、患者がより歯科専門医による治療を享受しやすくなると期待したい。

2. これからの地域医療

日本では、2025年にはいわゆる団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる。現在、歯科医療は歯科医療費の95%強を歯科診療所で提供し、外来における歯科診療が中心であるが、歯科診療所の受療率は70-74歳をピークに減少する。一方、介護が必要となった高齢者の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%存在するが、実際に歯科医療につながっている割合は2.4%にとどまっている（図1）とされる。また、歯科訪問診療を実施する歯科診療所の割合は2割にとどまる²⁾。

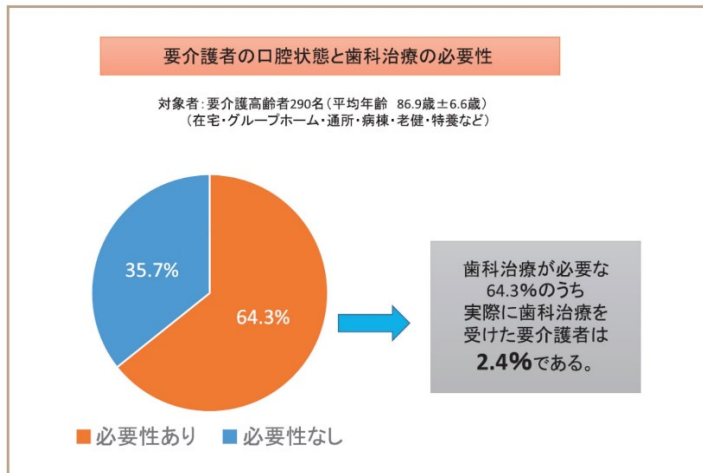


図1 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性
令和元年度日本歯科医学会プロジェクト研究「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」中間報告書より引用

この状態に対応するため、平成29年12月「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告において、歯科診療所は、今後の患者のニーズの変化に対応するため、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いる。それと同時に、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、ライフステージに応じた患者のニーズに対応し、地域住民の健康の維持・増進に寄与することが求められている³⁾。また、平成30年度の診療報酬改定においてもこの概念が取り入れられた(図2)⁴⁾。疾病構造の変化の中、歯科訪問診療・在宅医療・地域における病診連携・地域包括ケアへの参画は地域医療に従事する歯科医の重要な責務である。

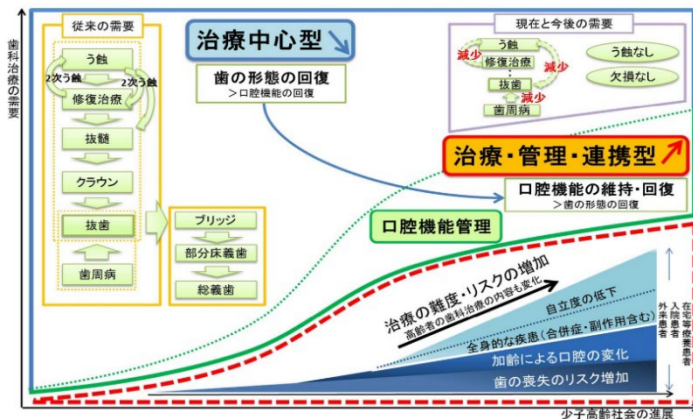


図2 歯科治療の将来予想(イメージ)
平成30年度診療報酬改定の概要 歯科

3. 総合歯科専門医(仮称)と歯科医師・歯科専門医の地域偏在

令和3年度「歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書」⁵⁾において、一戸委員は総合歯科専門医(仮称)について、「日本歯科専門医機構としては、総合歯科専門医(仮称)は他職種連携、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る」としている。また、総合歯科専門医(仮称)養成の基盤となる組織として、「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、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」としている。

一方、人口10万対歯科医師数(都道府県別)をみると歯学部・歯科大学が存在する都道府県や、大都市をかかえる都道府県に歯科医師は偏在している(図3)⁶⁾。そして、本報告書「地域の開業歯科医から

見た機構認定歯科専門医」セクションにも記載したとおり、多くの歯科専門医においても専門医数に地域偏在が認められる。

総合歯科専門医（仮称）の養成基盤となる3学会は、学会という組織の性質上、歯学部・歯科大学の附属病院に所属する歯科医師が多く含まれることが推測される。一方、超高齢社会にともなう疾病構造の変化に対応するための歯科訪問診療・在宅診療という医療の性質を考えると、歯学部・歯科大学の存在する一部の都道府県や大都市のみへの総合歯科専門医（仮称）の偏在はあってはならない重要な課題である。

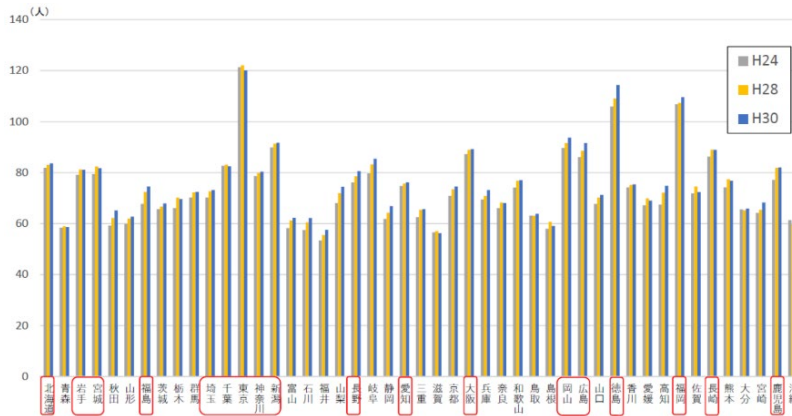


図3 人口10万対歯科医師数（都道府県別）：歯科保健医療に関する最近の動向
赤枠は歯科大学がある都道府県
○平成24年から平成30年の間では増加傾向にある県が多いものの、地域によっては平成28年から平成30年の間の変化は小さい（又は減少傾向）地域もでている。

4. 地域医療に従事する歯科医がかかわる機構認定歯科専門医

令和3年度の報告書⁵⁾において一戸委員は、日本歯科専門医機構新規専門医制度小委員会でもまとめた「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」において、「総合歯科専門医（仮称）の持つべき能力として、他の領域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習得した、総合的な診療能力が求められる」と記述し、総合歯科専門医（仮称）には高いレベルの能力が求められている。ただし、「そ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」としている。

大学で研鑽を積み総合歯科専門医（仮称）を取得した歯科医師が全国にまんべんなく配置されればよいが、前述の歯科医師・歯科専門医の偏在状況を鑑みると、あまり期待できない。それを解決するには、その地域に開業し地域医療に従事する歯科医師、または、歯科医師・歯科専門医が少ない地域に今後開業し地域医療に従事することとなる歯科医師が、日本歯科医師会の生涯研修Eシステムなどで知識を学び、基盤となる3学会から提供される研修にて技能を習得するような研修方略を期待したい。もちろん、機構の歯科専門医制度基本整備指針や他の歯科専門医制度から判断し、すべての地域医療に従事する歯科医が取得できるような容易なものとはならないと考える。ただし、総合歯科専門医（仮称）の運用にあたっては、研修機関に一定年限在籍しないと取得できない専門医ではなく、機構から日本歯科医師会に提示された「総合歯科診療専門医(仮称)の専門研修プログラム・研修カリキュラム(案)」⁷⁾にあるような「既卒歯科医師向け研修カリキュラム(案)」が必須と考える。これにより、歯科専門医機構が認定する専門医制度の基本的理念に記載された「地域医療に十分配慮した制度であること」が達成されることとなる。

全国くまなく総合歯科専門医（仮称）を配置するには、日本歯科医師会生涯研修Eシステム内に、日本内科学会が採用しているJ-OSLER⁸⁾のような研修実績登録評価システムを構築するとよいのではないだ

ろうか。専門医取得時だけでなく、専門医更新の際の実績評価にも用いることができる。基幹病院勤務者は地域医療に従事する歯科医との連携を記録し、訪問歯科診療を担当する歯科医は訪問実施時に概要を登録、相互評価または審査員審査などにより形式的評価を積み重ねることが可能となるかと思われる。

※ J-OSLER（日本内科学会専攻医登録評価システム：Online system for Standardized Log of Evaluation and Registration of specialty training system）は「新・内科専門医制度」において2018年4月にスタートした、専攻医が受け持った症例をオンラインで登録するシステム。

5. おわりに

超高齢社会にともなう疾病構造の変化に対応するには、地域偏在のない一定数の総合歯科専門医（仮称）が必要であり、それにより国民目線に立った安全かつ安心な医療を提供することができ、機能する専門医制度となると考える。

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) 日本歯科医学会新歯科医療提供検討委員会. 新歯科医療提供検討委員会中間答申 令和4年7月14日.
- 2) 日本歯科医師会. 2040年を見据えた歯科ビジョンー令和における歯科医療の姿ー. 2020年10月
- 3) 厚生労働省. 「歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告～「歯科保健ビジョン」の提言～ 平成29年12月25日.
- 4) 厚生労働省保険局医療課. 平成30年度診療報酬改定の概要 歯科「歯科治療の将来予想（イメージ）」 平成30年3月5日
- 5) 日本歯科専門医機構. 令和3年度「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
- 6) 厚生労働省. 歯科保健医療に関する最近の動向「人口10万対歯科医師数（都道府県別）」 第1回歯科医療提供体制等に関する検討会資料. 令和3年2月19日
- 7) 日本歯科専門医機構. 総合歯科診療専門医(仮称)の専門研修プログラム・研修カリキュラム(案) 2019年2月22日版.
- 8) 日本内科学会. J-OSLER（日本内科学会専攻医登録評価システム）について.
<https://www.naika.or.jp/nintei/j-osler/about/>（令和5年2月11日閲覧）

V. 国民目線から見た機構認定歯科専門医について

委員 豊田 郁子

(NPO 法人架け橋理事長, (一社)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, (一社)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、歯科医療を取り巻く社会情勢や、環境の変化、患者・家族のニーズの多様化に伴い、平成30年(2018年)4月の機構創立時より、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てきた。

また、この間に歯科医療の質向上への制度整備は着実に推進され、広告可能な5学会(口腔外科、歯周病、歯科麻酔、歯科放射線、小児歯科)の認定に加え、令和3年(2021年)に、新たに歯科保存、補綴歯科、総合歯科について見直しを行い、現在は、矯正歯科、インプラント歯科(すべて仮称)の5領域と合わせて認定の協議を進めている。これら機構認定歯科専門医について、その必要性を患者・家族が認識できるように日常的な国民へのサポート情報の提供体制が必要であり、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。それらを踏まえ、本機構の現行の体制に参画している立場から国民目線から見た機構認定歯科専門医と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

患者・家族の相談窓口として全国(各都道府県)に設置され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「患者の声相談窓口」実績報告では、毎年、過去5年間の診療科別相談件数等が公表されており、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」に関する相談件数は752件で、「相談」が421件(56.0%)、「苦情」は316件(42.%)であった。また、令和2年度は、全体件数は651件で、「相談」が369件(56.7%)、「苦情」は266件(40.9%)、令和3年度は全体件数が638件、「相談」は327件(51.3%)、「苦情」が291件(45.6%)となっている。「相談」の内訳の最多は、「都本庁」では「医療費」が60件(29.0%)、「都保健所合計」は「医療行為、医療内容」が33件(27.5%)であった。「苦情」の内訳の最多は「都本庁」、「保健所合計」ともに「医療行為、医療内容」で、それぞれ80件(43.2%)、48件(45.3%)との結果からも、歯科は上位のまま推移しており、診療において悩みを抱える患者や家族は少なくないことがうかがえる。

例えば、患者・家族の悩みの一つに治療の選択に資するサポート情報が少ないことがあげられる。歯科の標榜は、治療方法別の名称が多く、患者が受診先を探そうとしても治療領域や専門性がわかりづらい。

そのため、インターネットの情報から専門医情報を正確に入手することが難しく、その存在を知らずに周囲の評判のみで自宅や職場に近い歯科診療所を選ぶ人は少なくない。

実際に患者会に寄せられる相談では、歯科の受診先において、一連の検査や診断後の説明、治療方針等に疑問や不満が募ると、主治医とのコミュニケーションが図れないまま、納得できる説明や治療を求めて

別の施設を探すしかないと考える人が多いが、その一方で、施設を変えても同じことが起きるのではないかと悩む人は珍しくない。このような経験を持つ患者は少なくないため、治療の選択に資する情報提供への期待は大きく、今後の課題として患者・家族のニーズを具現化することが必要であると考えられる。

3. 機構認定歯科専門医への期待

本機構が審査・認定している「歯科専門医共通研修」は、基本的な考え方として、「当該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」と定めている。これは、「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」を意味する。

本機構の社員学会は、専門医制度に係る規定において専門医の新規認定および資格更新の要件として、本機構認定「共通研修」の受講を必修と定め、毎年2単位、専門医資格更新は、5年間で10単位の受講を必修としている。研修項目には、医療倫理（医療倫理の基本、臨床上の倫理課題、患者の人権と医療等）、患者・医療者関係の構築（インフォームド・コンセント、患者の自己決定権の尊重、患者と医療者の情報共有、コミュニケーション力等）、医療安全、院内感染対策等がある。

現在では、医療者と患者が治療を進めるうえで、インフォームドコンセントの必要性が認知されているが、わが国における医療安全の取り組み以前（20年程前）は、医療情報の共有や患者の人権尊重について定着が遅れていた。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し、自己決定プロセスを支えることが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する。

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、丁寧に患者を診察し、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が、少子高齢化、医療的ケア、治療施設、在宅等の対応において、国民のニーズの多様化への改革は一部にとどまっており、歯科専門医の意義について国民の理解が進んでいるとはいえない。しかしながら、この間の歯科医師の教育・卒後研修の内容や生涯教育制度の現状に改善が求められ、本機構の共通研修として具現化した意義は国民的な視点から大いに期待したい。

継続的な共通研修の受講により、患者・家族の心情に寄り添い、歯科専門医の人権意識向上の維持や、国民が求めているニーズに応える体制づくりが進むことを願ってやまない。

その上で、機構認定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、国民（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るため、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は急務である。

4. 安全で質の高い歯科医療の提供を目的とした医科麻酔科研修

厚生労働省は、令和4年4月より、「歯科医師の医科麻酔研修に関する検討会」を開催している。

歯科医師の医科麻酔科研修については、平成14年7月に歯科医師の医科麻酔科研修の質的向上、安全性の確保、研修の統一化に資することを目的として「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」を策定し、平成20年6月に改訂されたが、この間わが国の少子高齢化による人口構成や歯科疾患の構造変化、及び患者のニーズの多様化などによる歯科保健医療を取り巻く状況を踏まえて、患者に対して安全で質の高い歯科医療を提供する観点から、本検討会において、この10数年間の歯科医師の医科麻酔科研修の実施状況

を評価・検証し、現在のガイドラインの運用上で指摘されている課題等についての議論が行われた。

【論点】

- 適切な研修を実施体制の確保し安全な医療を提供する観点から、説明と同意の取得、指導医の指導体制及び麻酔記録の記載等についてガイドラインの遵守を推進するために、どのような取組が考えられるか。
- 現状一律の研修内容となっているが、質の高い医療を提供するため、どのような対応が考えられるか。また、研修受講者の習熟度等に応じた研修内容を分析・検討するため、当該受講者の臨床経験等に加えて、どのような情報を登録・収集することが考えられるか。

歯科治療の手術等、特に全身麻酔に関して不安を感じる患者は少なくない。しかし実情は、歯科医師による麻酔の取り扱いに関して国民が知る機会が極端に少ない。手術までに熟慮期間を設けずに、医科麻酔研修について数分の説明で同意書にサインを求めることがないように適正な同意書の運用は必要不可欠であり、患者に対して安全・安心で質の高い歯科医療を提供するために、医科麻酔研修がどのような目的で行われているのか等、広く国民に知らしめて頂きたい。

5. おわりに

少子高齢社会を迎えたわが国では、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ですが、今後の歯科診療の心配事として、介護が必要な高齢者、医療的ケアが必要な児を在宅で支える地域包括ケア等の体制、疾患を併存する患者が他の歯科専門医の受診を希望する際の専門医間の紹介や、連携体制等への定着化に不安が残るため、これらに関わる専門性とサポート体制の強化を求めたい。

それらを願う一方で、全国の歯科医師の大半は開業医（診療所に従事）であり、一部の地域では無歯科地区も存在し、歯科専門医が大学病院や都市部に集中することによる地域偏在、歯科医師、専門医不足が懸念されている。本委員会が過去に実施した歯科専門医のヒアリングにおいても、地域開業医の認定研修の受講や専門医を維持する資格更新の要件を満たすことへの困難さが明らかになっている。そのため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について検討が必要と考える。

また、歯科施設内に表示されている各学会専門医の認定状は、現状において国民の歯科医師評価の手掛かりになりえていない。しかしながら、患者が自身の病状に合った受診先として機構認定の歯科専門医や医療施設情報に接することができ、適切な医療施設の選択が可能になれば、標榜名称の普及や歯科の専門性への信頼向上につながるであろう。すでに本制度は5年が経過し、広告可能な5学会をはじめとして、機構認定の共通研修や審査、専門医認定・医療施設認定の体制整備、必要情報のデータベース化やホームページによる広報は着実に進められているが、国民が容易に検索しやすい方法での情報公開については、迅速な対応が必要とされる。

このような体制構築を求め、今後も信頼される「かかりつけ歯科医」やゲートキーパー的な役割を担う機構認定歯科専門医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) 東京都. 平成 31 年度, 令和 2 年度, 令和 3 年度, 「患者の声相談窓口」実績報告.
- 2) 厚生労働省. 「歯科医師の医科麻酔研修等に関する検討会」資料.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_547700_00005.html(令和 5 年 3 月 22 日参照)

VI. 新たに位置づける機構認定歯科専門医における連携の形態について

1. 複数の学会が連携して構築する専門医制度及びその運用

1) 補綴歯科専門医（仮称）

委員 馬場 一美
(昭和大学歯科病院病院長、
(公社)日本補綴歯科学会理事長)

1. はじめに

補綴歯科治療の需要は、超高齢社会において年々高まっており、患者からの義歯やブリッジに関連した機能的、審美的要望は多い¹⁾。しかし、補綴歯科という用語が十分に国民に認知されているとは言えず、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歯科医療機関を受診すれば適切な治療を受けることができるのかについても明らかでない。こうした国民のニーズに対応すること、さらに補綴歯科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ことを目指し、公益社団法人日本補綴歯科学会（以下、日本補綴歯科学会）と特定非営利活動法人日本顎咬合学会（以下、日本顎咬合学会）は一般社団法人日本歯科専門医機構（以下、日本歯科専門医機構）との意見交換会やヒアリング等を経て補綴歯科（仮称）専門医制度の整備を行ってきた。本項ではその経緯と両学会の連携形態の概要について述べる。

2. 連携に至る経緯と連携の形態

日本補綴歯科学会は、日本歯科専門医機構との意見交換会で協議を重ねて整備した新たな専門医制度を令和4年4月1日から運用している。新制度への移行に際しては暫定期間を設け（新制度開始後7年間）、暫定移行基準に沿って、先ず研修機関の代表指導医を補綴歯科専門医（仮称）として申請し、その後、その他の指導医ならびに専門医の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こととした。

連携学会である日本顎咬合学会は旧制度においては「咬み合わせ認定医」と「咬み合わせ指導医」を認定してきたが、専門医の制度やその認定研修機関の運用、研修カリキュラム等に未整備の部分があった。そのため今後、日本顎咬合学会は日本補綴歯科学会と協働して補綴歯科（仮称）専門医制度を運用するために必要なシステムを整備することとした。

これらの状況を踏まえ、両学会が合同の委員会を組織し、補綴歯科（仮称）専門医制度における教育資源や研修制度の管理、専門医ならびに研修機関の認定に関わる業務を共同で行うこととした。具体的には、日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会は合同で補綴歯科専門医制度・認定委員会（以下、制度認定委員会）、下部組織として補綴歯科専門医制度小委員会（以下、制度小委員会）ならびに補綴歯科専門医認定小委員会（以下、認定小委員会）を設置し（図 日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会の連携体制）、制度小委員会は補綴歯科治療の質的向上を図るための新制度と生涯学習（専門医試験・専門医研修会・臨床研鑽会・咬合フォーラム等）にかかわる業務を担い、認定小委員会は専門医および認定研修機関の新規ならびに更新認定の審査を行う。

専門医および研修機関の認定手続きについては、認定小委員会、制度認定委員会の順に審議・認定されたものについて、両学会の理事会の議に基づき日本歯科専門医機構へ申請のうえ評価を受ける。なお、前述の新制度移行に伴う暫定移行期間における認定審査についても全く同様の手順で認定を行う。

制度認定委員会、制度小委員会、認定小委員会を中心とした運営により両学会で運営される本専門医制度

の同一性を担保する。

補綴歯科専門医（仮称）制度における 日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会の連携体制

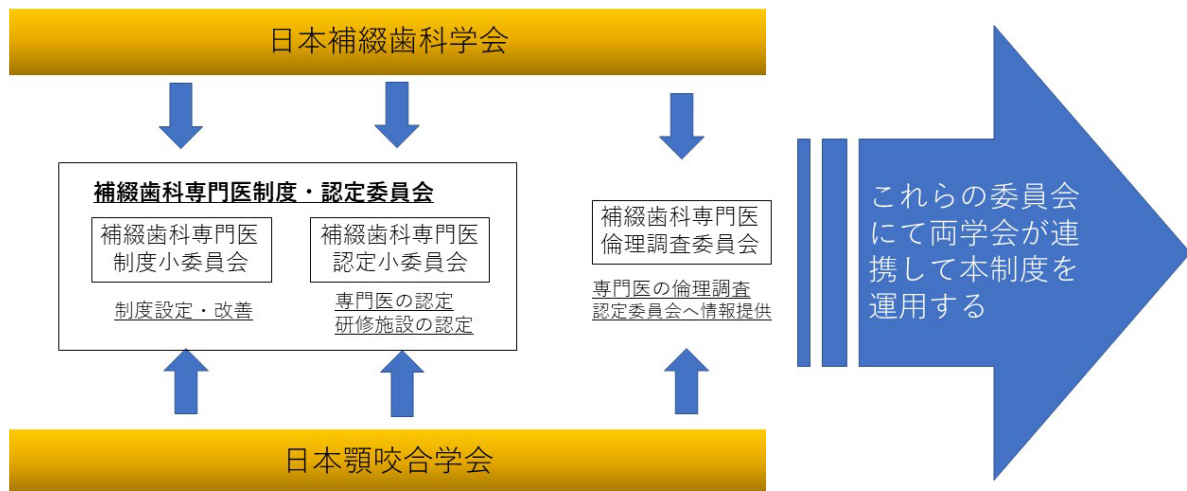


図 日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会の連携体制

3. 今後の展望

前述のように専門医制度の整備状況の違いから現状では、新制度で専門医に移行することができる日本顎咬合学会の会員数は限られている。これについては、両学会で運営する制度小委員会が中心的役割を担い、日本補綴歯科学会が運用してきた教育資源や研修システムを共有することで対応する予定である。

また、他の多くの専門医制度と同様、補綴歯科（仮称）専門医制度においても、専門医、専門医研修機関とも大学等の教育機関が多い都市部への集中が認められる²⁾。国民のニーズに応えるためにはこうした地域格差の是正に取り組む必要がある。日本顎咬合学会の研修制度が整備され、開業歯科医師が多い同学会会員が本専門医制度を活用して補綴歯科（仮称）専門医として認定されれば、専門医、専門医研修機関の地域格差是正の一助となると期待される。

4. おわりに

補綴歯科（仮称）専門医制度が補綴歯科治療を通して広く国民の健康増進に貢献するためには³⁾、日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会、両学会の特徴を活かしながら緊密な連携を図ることが必須である。日本歯科専門医機構との意見交換会やヒアリング等を通して整備してきた連携形態を基盤とした補綴歯科（仮称）専門医制度を運用することで前述の目的が達成されると考える。

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) 厚生労働省. 平成 28 年歯科疾患実態調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-28-02.pdf> (令和 5 年 3 月 1 日 参照)
- 2) 鈴木昌. 専攻医の都道府県分布に関する検討. 医学教育 50 : 225-235, 2019.
- 3) 市川哲雄. 歯科の基盤を支え, 創る補綴の矜持. 日補綴会誌 9 : 159-162, 2017.

2) 歯科保存専門医（仮称）

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、
（特非）日本歯科保存学会理事長）

1. はじめに

歯科保存の専門性については、一般歯科医師と国民（受診者）から理解が得られる歯科保存の専門性について日本歯科専門医機構と協議を重ね、歯科保存専門医（仮称）を申請中である。歯科保存専門医は、日本歯科保存学会が研修システム等を構築し、日本歯内療法学会、日本接着歯学会、レーザー歯学会、日本歯科審美学会との5学会で連携協力を進め共同申請予定（日本歯科専門医機構・歯科保存専門医意見交換会1～17回）であったが、各学会の申請整備状況を鑑み、現在の学会専門医制度が日本歯科専門医機構の整備要件に適合する日本歯科保存学会と日本歯内療法学会が連携して申請することで合意（歯科保存専門医意見交換会2022年8月18日）を得た。

2. 複数学会連携の歯科保存専門医制度：複数学会の歯科保存専門医への連携

上述のとおり、歯科保存専門医の申請については、日本歯科保存学会と日本歯内療法学会が先導して歯科専門医機構に申請し、先行認定受けることで合意したことより、その後は両学会と機構で協議を重ね、日本歯科保存学会が中心となり新たな機構認定の歯科保存専門医制度（研修内容、研修施設の基準（研修施設と準研修施設、ならびに新制度への移行条件等）の骨格案が策定され概ね合意がなされてきた。

3. 複数学会における専門医研修カリキュラム共通性の担保

1) 認定研修施設における研修内容と歯科保存専門医としての認定方法

歯科保存専門医の申請には、専門医機構の条件を満たした日本歯科保存学会、日本歯内療法学会の認定研修施設（大学病院、医療機関）と準研修施設において、5年以上の専門教育を共通カリキュラム受講を通して学習し、歯科保存診療に関する基本および専門的知識、技能と態度の修練を行うことを必須とする。その後、認定基準に基づいて、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（症例報告と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。

歯科保存専門医の専門性である保存修復治療と歯内療法は連続性のある治療技術であるが、学術的には区分されていることから、認定基準については領域毎に示されている。

2) 歯科保存専門領域の専門性

(1) 保存修復分野の専門性認定基準

歯科保存専門医は、専門領域のひとつである保存修復治療において、根面う蝕はもとよりライフステージに応じたう蝕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、最小限の切削と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

歯科保存専門医は、専門領域のひとつである歯内療法において、歯の硬組織疾患に続発する歯髄疾患および根尖性歯周疾患を対象とし、歯を健全に保存する上で極めて高い専門性治療を実施し、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。従来、歯内療法では治療部位を直視できないことから、治療経験年数が短い歯科医師および専門的知識・技術を修得していない歯科医師は偶発事故（根尖孔破壊、髄床底穿孔、根管壁穿孔等）を起こし歯の保存が困難になることが多かった。1990年以降、最先端治療の知識と診療技術修得を要する治療として三次元情報が得られるコンピューター断層撮影（CBCT）と歯科用実体顕微鏡が導入され、臨床症状の正確な原因把握と精密な歯内療法が可能となり偶発事故症例歯も保存を可能にして治療成績を飛躍的に向上している。これらの最新機材を用いた診査・診断・治療には高度な専門性が必要となる。

3) カリキュラム設定の組織整備及び共通性の担保保証について

日本歯内療法学会の研修施設（大学附属病院）は、基本的に日本歯科保存学会研修施設と同一施設であるため、両学会は共通の歯科保存治療専門医・認定医研修ガイドラインを有している。新制度の歯科保存治療研修カリキュラムは研修ガイドラインを基本として作成されたことから共通性のカリキュラムが担保されている。さらに、いずれの研修項目もルーブリック評価による到達度客観的評価が行われることから評価基準も保証されている。

カリキュラム設定や研修評価の組織整備は、両学会合同の専門医認定委員会によって実施される。歯科保存専門医に関するすべての事項に両学会合同委員会が組織されることから、制度整備と運営において常に共通性が担保される。

4. 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、保存修復治療と歯内療法の標準治療はもとより科学的根拠に基づく難治症例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、毎年、研修施設で研修を受けることでその知識・技術を維持し、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。

5. 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（保存修復学、歯内療法学、歯周治療学）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、各保存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、歯科保存専門医制度の設立においては、上記連携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。

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。

<保存修復領域の専門症例 (前述3.2) ① >

【予防管理領域】 【歯髄保護領域】 【先進領域】

<歯内療法領域の専門症例 (前述3.2) ② >

【抜髄・感染根管領域】 【外傷歯に対する歯内療法】

【外傷歯に対する歯内療法】 【顕微鏡下の歯内療法】

b. 基本治療症例 (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

c. 臨床実績を示す症例 (300 症例(400 単位))

各症例は、部位、診断名、治療内容等を様式に従って書類を提示する。

提示300 症例は、基本症例に加えて一口腔単位のう蝕予防管理、紹介難症例、高度先進治療症例は単位加算化される。

6. おわりに

本稿で提案した歯科保存専門医の今後の課題は、歯科保存関連学会との連携強化である。歯科保存専門医認証後には、日本接着歯学会、レーザー歯学会、日本歯科審美学会と研修施設、研修カリキュラムを共有し、地域偏在の解消と歯科保存領域の標準治療と精度の高い診療を提供する必要がある。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持続性を維持することに貢献できるものと考えられる。

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。

3) インプラント歯科専門医（仮称）

細川 隆司

（九州歯科大学歯学部教授，
（公社）日本口腔インプラント学会理事長）

1. はじめに

インプラント歯科関連の学会の中で公益社団法人格を有する2学会、すなわち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により、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、歯科専門医機構が発足する前から非公式に協議を重ねてきていた。2018年に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が進められるようになり、それぞれが互いに建設的な意見交換がなされるようになって両学会は互いに歩み寄りを見せた。その結果、2022年度においては、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最終的な詰め作業を行なっているところである。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、機構が認定するインプラント歯科（仮称）専門医の確立に向けて鋭意協議を進めている。

2. 2つの学会が連携する意義と具体的な協議内容

機構が認定する「インプラント歯科専門医（仮称）」制度構築の意義は、2つの主要な歯科インプラント関連の学会がそれぞれ独自に認定してきた2つの制度を一つの統一した専門性を認定する制度として運用し広告可能にすることで、患者から見てわかりやすく信頼できる医療の提供体制が構築できることにある。

これまでの2学会の協議のなかで、「インプラント歯科専門医（仮称）」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、5つのコンピテンスと15のコンピテンシーが提案された。また、到達目標についても診療技能や必要な知識について、両学会の作業部会において協議がおこなわれ具体的な項目はほぼ固まっている。専門医研修における行動目標(SBOs)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、両学会が合同で立ち上げた委員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. 2学会の連携に関する課題と今後の展開

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、2022年度末までに9回の開催を重ねている。このなかで、「インプラント歯科専門医（仮称）」の歯科医師像や到達目標等が検討され、研修カリキュラムや研修施設の要件等についても協議を行なっているところであるが、両学会には、設立の時点から異なった理念のもと運営されてきた経緯がある。日本口腔インプラント学会は、開業医を中心とした研究会が母

体となって設立された学術団体であり、現在では多くの大学所属の口腔外科医や補綴医が会員になっているものの、歯科開業医の会員が半数以上を占めている。一方、日本顎顔面インプラント学会は、大学の口腔外科専門医を中心に設立された学会であり、会員の多くが大学病院や病院歯科の口腔外科医であり、両学会の会員構成プロフィールは大きく異なっている。そのため、歯科インプラントの埋入手術は豊富な経験があるものの上部構造（補綴）に関する治療を全く行わない口腔外科医や、一般的な歯科インプラント治療の症例数が多いが全身麻酔による手術や広範囲顎骨支持型補綴などの臨床経験がない歯科開業医などの専門医研修をどのようにするか、専門性をどのように担保し適正に認定していくか、などについて、機構も交えた作業部会等で幾度となく協議を行ってきた。その結果、様々な議論を経て、ようやく両学会の連携、協力を前提とした適切な研修内容や方略を見出しつつある。

4. おわりに

専門医を育成し認定する2つの学会は、お互いが連携、協力して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求められている。前述したような解決すべき課題はあるものの、両学会がそれぞれの特長を出し合い、お互いが専門医研修において連携し、協力体制を築くことにより、患者から見て信頼できるより良い専門医制度が構築できるものと確信している。

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)

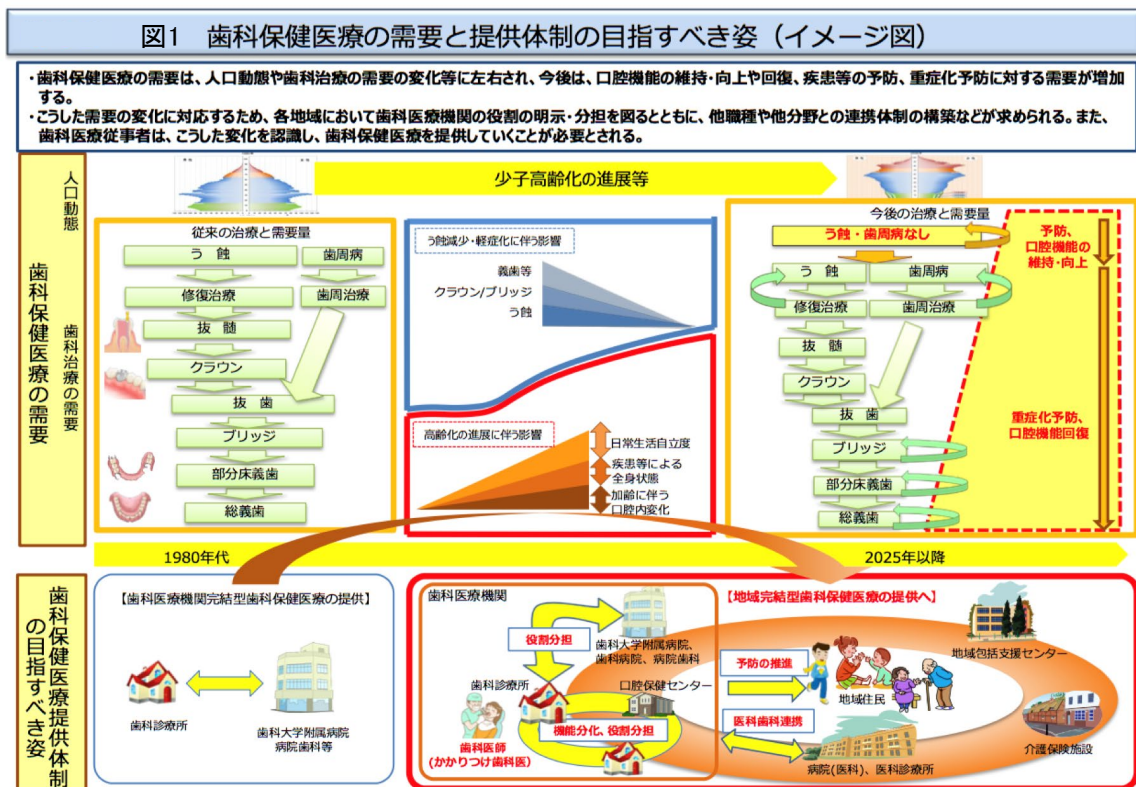
4) 総合歯科専門医（仮称）

委員 一戸 達也¹⁾、水口 俊介²⁾、小笠原 正³⁾、石垣 佳希⁴⁾

(¹⁾ 東京歯科大学学長、²⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野教授・(一社) 日本老年歯科医学会理事長、³⁾ (公社) 日本障害者歯科学会理事長、⁴⁾ 日本歯科大学総合診療科教授・(一社) 日本有病者歯科医療学会常任理事)

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⁾。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の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



歯科保健医療ビジョン(2017年12月25日)

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

これらの提言や議論を踏まえ、日本歯科専門医機構として総合歯科専門医（仮称）の果たすべき役割について検討を行ってきた結果、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、障害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。そこで、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」をまとめた³⁾。本提案の中では、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。

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日本歯科専門医機構の社員学会は存在しないため、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。この点を踏まえて検討を行ってきた結果、総合歯科専門医（仮称）の基盤となる組織は日本歯科専門医機構が適切であり、日本歯科専門医機構の社員学会である日本老年歯科医学会、日本障害者歯科学会、日本有病者歯科医療学会が連携して研修プログラム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た。これを受けて、2022年度は日本歯科専門医機構と前述した3学会の代表者との間で5回の「総合歯科専門医（仮称）打合せ会」を開催し、ほぼ意見が集約されたところであり、本稿でその概要を述べる。

3. 総合歯科専門医（仮称）認定における要協議事項

総合歯科専門医（仮称）を養成する制度設計に関与する3学会はそれぞれ異なった会員基盤を持ち、多くの重複する部分を有するが、それぞれ独自の目的に沿って活動している。したがって構築する制度は3学会が合同して一つの新しい制度を立ち上げるのが望ましい。そしてこれらの学会が以下の事項について十分協議し制度の確立を目指さなければならない。

1) 研修内容

日本有病者歯科医療学会は、有病者（有病高齢者を含む）の歯科治療に必要な診査・検査、管理の基本、歯科治療上配慮すべき注意点、緊急時の対応について、一般目標と到達目標を担当した。日本障害者歯科学会は、知的能力障害、自閉スペクトラム症などの神経発達症群、脳性麻痺、重症心身障害児者、医療的ケア児、てんかん、筋ジストロフィー、Parkinson病、ALSなどの肢体不自由を理解すべき疾患、視覚障害、聴覚障害、音声言語障害などの感覚障害を理解・留意すべき状態、統合失調症、不安または恐怖関連症群、双極症または関連症群などの精神障害を理解・留意すべき疾患についての口腔管理・歯科治療について担当した。日本老年歯科医学会は歯科訪問診療、終末期の歯科治療、摂食嚥下リハビリテーション、認知症患者への対応について担当した。これらは研修施設に関する議論が完了していないため方略や

到達度評価が未定な部分もあるが、ほぼすべての到達目標において「理解し実施できる」と高度な到達目標が設定されている（表）。

2) 研修施設および研修方法

すでに3学会は全国に約300の研修施設を持ち、認定医、専門医の養成を行っている。しかしながらこれらを概観すると、総合歯科専門医（仮称）の研修内容をすべてカバーできる研修施設は多くないと考える。したがって、研修施設が分担して一人の専門医申請者の研修を担当するという新たな制度を構築する必要があるのではないかと考える。大学病院のようなところは、病院自体を研修施設としてHUB的役割の代表指導医を決めて、当該の診療科や講座がその部分の研修を担当する。専門医申請者は、その病院の研修生、専攻生、大学院研究生などの身分となる。病院歯科では、その元来の機能により研修範囲のすべてをカバーできるであろうが、施設によっては症例数の偏りがある可能性がある。大規模な開業歯科医は研修施設になりうる設備や症例数を有するが、医科との綿密な連携を検討しなければならない。また、各歯科医師会が運営する障害者診療センターもその指導医や症例数によっては研修施設の中に組み込める可能性もあると考える。また、超高齢社会の進展は大都市だけでなく過疎地においても深刻である。したがって、最終的には地域による偏在も考慮し、各地の専門医の活動を支援するような研修施設の配置も考慮する必要があるだろう。

これらの研修方法については各研修施設での on the job training だけでなく、各学会が共同して研修会や研修コースを設定し、研修単位を付与するようなシステムも必要である。研修範囲が広く、かつ患者からのニーズは多様であると考えられることから、研修施設や研修方法についても既存の概念に縛られることなく、総合歯科専門医（仮称）に対する社会からの養成を見据え、構築しなければならない。

3) 既存の専門医制度との関係

日本有病者歯科医療学会では認定医708名、専門医498名、指導医294名、日本老年歯科医学会では認定医326名、専門医98名、指導医191名、日本障害者歯科学会では認定医1,352名、認定医指導医196名、専門医181名、専門医指導医41名が既に活動している。超高齢社会における安心安全な歯科治療体制を早急に完成するためにはこれらの人材を効果的に新しい制度に組み入れることを考慮する必要がある。指導医に関しては、まったく新規の指導医を整備するには膨大な時間がかかるため、従来の指導医に対して自分の守備範囲を明確に宣言させ、対応する研修内容に尽力させる。これは研修施設間の有効な協力関係につながる。専門医に関しては自分の研修履歴では不足であった領域の単位や症例を追加することにより、新制度設立当初の有効な専門医数を保持し、全国的な総合歯科専門医（仮称）の体制を可及的に早期に確立する必要がある。また将来の専門医である認定医に対しては、これまでの研修の履歴を棄却しモチベーションを損なうことなく、これまでの研修からシームレスに新しい研修制度に移行していくような運用を考慮すべきであろう。また、総合歯科専門医（仮称）の活動の場は、大学や大病院ではなく、実際に患者が居住する地域である。地域偏在や地域格差を考慮すると、日本歯科医師会とのなんらかの協力関係を模索する必要があると考える。また日本歯科医師会は質の高い生涯研修システムを運用している。このシステムを高度かつ高頻度に受講している歯科医師会会員については、総合歯科専門医（仮称）認証への何らかのルートを設定すべきではないかと考える。

4. おわりに

複数の学会で一つの制度を構築するのはこれまで前例のないことである。細かな矛盾や齟齬が各所で生じる可能性がある。しかしながら総合歯科専門医（仮称）設立の理念に基づき十分協議し乗り越えていかなければならない。

表：検討中の（仮）総合歯科専門医研修プログラム案

目標	一般目標	到達目標	中項目	小項目	知識or技術	難易度			
A.有病者歯科医療に必要な診査・検査	治療計画立案に必要な診察を実施する。	(1)医療面接ができる	主 訴	全身的、局所的 常用薬	知識・技術	易			
			現病歴						
			既往歴						
		(2)全身の診察ができる	アレルギー	日常生活慣、喫煙歴、社会歴	日常生活動作				
			家族歴						
			患者背景						
		(3)顎・顔面・口腔を診察できる	患者・家族の考え方・希望	呼吸、脈拍、血圧、体温	知識	易			
			全身の外観						
			意識状態・精神状態・発達の状態						
		(4)全身の症候を評価できる	バイタルサイン	成人期、小児期	知識	易			
			顔色						
			所見リンパ節						
			唾液腺						
			口腔粘膜						
			体重減少・増加						
発熱、全身倦怠感									
脱水、浮腫									
痙攣、意識障害									
歩行異常、不随意運動、麻痺、筋力低下									
めまい									
咳、喀痰、喘鳴									
チアノーゼ、胸痛、呼吸困難(息切れ)、動悸									
血圧変動(高血圧、低血圧)									
治療計画立案に必要な検査を実施する。	(1)検体検査を指示できる	不整脈	血液検査、凝固・線溶、血液型・輸血関連・赤沈	知識	易				
		悪心、嘔吐、下痢							
		貧血							
		発達							
		精神症状							
		視覚障害・聴覚障害・コミュニケーション能力							
		感覚過敏・鈍麻							
		睡眠障害、頭痛、頭重感							
		摂食嚥下障害							
		一般臨床検査							
		血液検査							
		生化学検査							
		免疫血清検査							
		微生物学的検査							
		呼吸機能検査							
(2)生体機能検査を指示できる	心機能検査	発達遅れの遅れ、落ち着きがない、言葉が遅い、学習困難	知覚、思考、気分・感情、意欲・行動						
	消化管機能検査								
	肝・胆機能検査								
(3)発達と知能を評価できる。	腎機能検査	成人期、小児期	知識	易					
	内分泌・代謝機能検査								
	基礎代謝検査								
(4)口腔機能低下症検査を実施できる	腎機能検査	成人期、小児期	知識	易					
	皮膚検査								
	発達年齢、精神年齢、IQ、MMSE、HDS-R								
(5)摂食嚥下機能検査を実施できる	摂食嚥下機能検査	スクリーニング検査、精密検査、認知機能評価、栄養評価	知識・技術	易					
	多形(滲出性)紅斑								
	歯肉肥厚(歯肉増殖)								
(6)有害作用による口腔症状を具体的に述べる。	唾液分泌量減少、唾液分泌量増加	スクリーニング検査、精密検査、認知機能評価、栄養評価	知識	易					
	味覚異常								
	抗腫瘍薬による粘膜炎								
B.有病者管理の基本	(1)診療に必要な体制・設備を説明できる	歯肉交代現象	摂食支援 反射抑制座位、半座位	知識	易				
		治療環境							
		患者の体位							
(2)薬物療法の基本を述べることが	チーム医療	鎮静薬の前投薬、吸入鎮静法、静脈内鎮静法、全身麻酔法	技術	易					
	薬物の効果に影響する因子								
	薬物の併用								
C.歯科治療上配慮すべき注意点	全身管理に留意すべき疾患を理解する。	薬物投与上の注意	心不全、虚血性心疾患、不整脈、高血圧、心臓弁膜症、心筋・心臓疾患	技術	易				
		循環器疾患							
		脳血管疾患							
		神経・運動器疾患							
		呼吸器疾患							
		代謝性疾患							
		内分泌疾患							
		腎・泌尿器疾患							
		肝疾患							
		血液・造血器疾患							
		免疫疾患							
		精神疾患							
		その他特殊な対応が必要な状態							
		(2)患者管理上問題となる薬剤服用患者への対応を説明することができる				がん薬物療法	抗腫瘍薬、分子標的薬	知識・技術	中
		がん治療法							
骨粗鬆症治療薬									
(3)がん治療と緩和医療を説明することができる	向精神薬	抗てんかん薬、抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ剤	知識・技術	中					
	周術期口腔機能管理								
	終末期がん患者の口腔管理								
	緩和ケア								

D. 緊急時の対応	歯科治療時の偶発症や緊急時の対応を理解する。	(1) 歯科治療時の偶発症を説明できる	パニック・パニック障害 仰臥位低血圧症候群 迷走神経反射 過換気症候群 局所麻酔薬中毒 ショック 心原性、アナフィラキシー メトヘモグロビン血症 低酸素・低酸素 全身状態の増悪 高血圧緊急症、喘息発作、低血糖	知識・技術	易								
		(2) 緊急時の対応を説明できる	原凶の推定 バイタルサインの変化 意識障害の評価 Japan Coma Scale、Glasgow Coma Scale 脳卒中の判別 重要臓器の機能評価			知識・技術							
		(3) 救急処置を要する症状を説明する。	失神 痙攣重積発作 呼吸困難 胸痛 嘔吐 皮膚症状 二次救命処置 気道異物除去				知識・技術						
		(4) 救急処置を説明する。	病診連携 病診連携・病病連携 保険・医療・福祉・介護・教育・療育・保育・心理・NGOの連携 家族との連携 地域連携クリニックバス 地域ケア会議 地域一体型NST(栄養支援チーム) ミールラウンド 退院時カンファレンス					知識・技術					
E. チーム医療	多職種連携におけるチーム医療の重要性を理解する。	各種連携を理解できる	病診連携 病診連携・病病連携 保険・医療・福祉・介護・教育・療育・保育・心理・NGOの連携 家族との連携 地域連携クリニックバス 地域ケア会議 地域一体型NST(栄養支援チーム) ミールラウンド 退院時カンファレンス	知識	易								
						F. 障害者の社会背景と歯科医療			障害者の心理社会的問題を把握し、支援する	障害者の社会背景と制度を説明できる	障害者の社会背景 社会制度	障害者の概念、ノーマライゼーション、国際生活機能分類 障害者基本法、身体障害者福祉法、精神障害者福祉法、障害者総合支援法、障害者差別解消法、発達障害者支援法、障害者自立支援法	知識
G. コミュニケーション方法	障害者と適切なコミュニケーションをとる	障害に応じたコミュニケーション法を実施できる	知的能力障害、自閉スペクトラム症、 視覚障害 聴覚障害	発達、精神年齢、TEACCHプログラム、視覚支援、PECS、マカトン、 誘導法、媒体利用、点字 手話、ジェスチャー、コミュニケーション機器、環境整備	知識・技術		易						
						H. 障害者の歯科治療		障害者の特性を理解し、歯科治療を実施する。	(1) 障害者への歯科治療計画と歯科治療上配慮すべき事項を説明できる	疾患の特性と歯科治療上配慮すべき事項 レディネス 行動療法とその他の手技 体動のコントロール	神経発達症(知的能力障害 自閉スペクトラム症 ADHD 限局性学習症)、身体障害(脳性麻痺、筋ジストロフィー、二分脊椎)、精神障害(統合失調症、てんかん、双極性、抑うつ症、限局性恐怖症、パニック症) 発達年齢(精神年齢)、経験 行動療法:レスポデント条件づけ、リラクゼーション、系統的脱感作、フラッディング、オペラント条件づけ、応用行動分析、トーンエコノミー、タイムアウト、レスポンスコスト、シェイピング その他の手技: BIMアプローチ、Tell-Show-Do、カウント法、ボイスコントロール、ハンドオーバーマウス、視覚支援	知識	易
I. 障害者の歯科的健康管理	障害者の特性と個人の周囲環境に応じた歯科的健康管理を実施する。	(1) 障害の種類とレベルに応じたブラッシング指導を実施できる	障害の種類とレベルによる歯磨き能力 学習理論を応用した指導	オペラント条件づけ 応用行動分析 シェイピング スキナーのプログラム学習	知識	易							
							(2) 口腔と特徴と障害者に周囲環境に配慮した保健指導を実施できる	各障害における口腔の特徴 障害の種類とレベルによる自立の限界 障害者の周囲環境 介助歯磨きの指導、 食習慣への保健指導	保護者、グループホーム、障害者施設、相談支援専門員 発達年齢、触覚過敏、開口保持困難への対応、うがいができない 甘味へのこだわりとパニック	知識	易		
J. 歯科訪問診療	歯科訪問診療における歯科的対応を理解し実施する。	(1) 歯科訪問診療の対象や制度について説明できる	歯科訪問診療の対象と病期(ステージ) 医療保険制度、介護保険制度、社会資源	要介護高齢者、重症心身障害児者、医療的ケア児者、神経難病患者、急性期、回復期、生活期、終末期 在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所 薬局、訪問看護ステーション、栄養ケアステーション	社会的環境、高齢者の生活機能評価	知識						易	
							(2) 歯科訪問診療における口腔健康管理計画を策定できる	経管栄養管理(胃ろう、経鼻経管栄養)、輸液・中心静脈栄養 在宅酸素療法、気管切開・人工呼吸器管理	知識	易			
		(3) 安心安全な歯科訪問診療を実施する。	歯科治療上対応が必要な疾患、患者管理上問題となる薬剤 歯科治療時の偶発症、救急処置、感染管理 訪問診療における検査と診療器材	家族関係と社会的環境の理解 訪問診療における危機管理、緊急時対応 医師との連携(医療情報の収集) 服薬状況 緊急時の対応とリスク管理、薬剤情報の確認、モニタリング	知識・技術	易							
							(4) 歯科訪問診療における多職種連携を理解し実践する。	医師、看護師、保健師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士(医療ソーシャルワーカー含む)、家族、キーパーソン	知識	易			

K. 緩和ケア(終末期の歯科診療)	終末期の歯科診療について理解し実施する	(1)終末期の歯科診療について説明できる	緩和ケアとターミナルケア(終末期医療)、全人的苦痛(トータルペイン)、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)患者の心理と対応、家族支援、倫理的配慮		知識	易
		(2)終末期の歯科診療について適切に実施できる	アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践、緩和ケアチーム、ホスピス		知識・技術	易
L. 摂食嚥下リハビリテーションの理解と実践	摂食嚥下リハビリテーションについて説明する	(1)摂食嚥下リハビリテーションに関する基礎的な事項について説明できる	解剖	口腔、鼻腔、咽頭、喉頭、食道の構造 摂食嚥下に関する筋、神経	知識	易
			生理	摂食嚥下の5期モデル、摂食嚥下のプロセスモデル 嚥下のメカニズム、中枢機構、咀嚼・嚥下・呼吸の協調運動		
			発達	摂食嚥下機能の発達段階(8段階)		
		(2)摂食嚥下障害の原因と病態について説明できる	摂食嚥下に関する諸因子	唾液、栄養、呼吸、姿勢、発声、構音	知識	易
			摂食嚥下障害の原因	機能的疾患、器質的疾患、心理的疾患、薬剤の副作用		
			摂食嚥下障害の病態	喉頭侵入、誤嚥、口腔内残留、咽頭残留、不顕性誤嚥 重症度分類、摂食嚥下障害の合併症		
	(3)摂食嚥下障害の評価、診断を実施できる	スクリーニングテスト	質問票、RSST、MWST、 フードテスト、咳テスト、 頭部聴診、その他の評価法	技術	易	
		嚥下内視鏡検査	合併症とその対策 正常所見と異常所見	知識	難	
		嚥下造影検査	合併症とその対策 正常所見と異常所見 小児に対する嚥下造影検査 内視鏡下嚥下機能検査との比較	知識	難	
		口腔健康管理 訓練	口腔衛生管理、口腔機能管理 間接訓練(基礎訓練): 食物を用いない訓練 直接訓練(摂食訓練): 食物を用いた訓練	技術	易	
	(4)摂食嚥下障害への対応について説明し実施できる	食事介助	食事場面の観察、 食事形態の調整、 姿勢、介助法、補助具、食器	技術	難	
		治療的アプローチ	PAP、PLP、その他の補綴装置、 薬物療法	技術	難	
リスク管理		誤嚥への対応、窒息、嘔吐への対応	技術	難		
摂食嚥下リハビリテーションの実施に必要な知識を習得し、実践する						
M. 認知症患者の歯科治療に関する知識と技術の習得	認知症患者の歯科治療に関する知識と技術を習得する	(1)認知症の疾患特徴及び病状を理解し説明できる	認知症の原因疾患の特徴と症状、診断基準、進行に伴う症状の変化	4大認知症、その他の認知症疾患、画像診断(形態画像検査、脳機能画像検査)、神経学検査、その他の検査、DSM-5で整理された認知機能、本人の感じている世界やスピリチュアルペインの理解、行動心理症状(BPSD)の成因	知識	易
			認知機能や生活機能等の評価	スクリーニング検査(MMSE-J、HDS-R、DASC-21等)、重症度評価(CDR等)		
			薬物治療	一般的な薬物治療、症状に影響を与える薬物の理解、非薬物療法の考え方		
		(2)認知症に関する地域の社会資源との連携を説明できる。	認知症関連施策、社会制度、事業、権利擁護	認知症施策推進大綱、事業、権利擁護(成年後見制度、高齢者虐待防止法等)	知識	易
			認知症の人の支援に資する社会資源	地域包括支援センター、地域ケア会議、認知症の人と家族の会、ピアサポート、認知症カフェ等	知識	易
			認知症医療介護保健福祉に関する多職種連携	認知症医療連携(認知症サポート医、認知症患者医療センター等)、介護保険サービス、相互理解と連絡調整方法	技術	易
			認知症ケア・支援の基本、合理的配慮と社会的支援、意思決定支援	医療とケアの目標、合理的配慮、本人と介護者への診断後支援、非薬物的介入、心理教育、家族支援、認知症ケア・メソッドの習得、	技術	易
		(3)認知症患者の歯科治療を適切に実施できる	認知症患者の歯科治療における要点	症状への気付き、診断前支援と連絡調整、歯科医療機関におけるBPSDの予防と対応	技術	易
			認知症患者の治療計画の立案と支援調整	急性転化症例や口腔外科症例の治療計画と支援調整、摂食嚥下機能低下時の治療計画と支援調整	技術	易
			認知症の症状や進行、社会的条件に合わせた治療の実施	様々な進行の程度や居住地や家族、認知症患者の全身状態等に合わせた歯科治療の実施	技術	難

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) 厚生労働省. 「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5年3月22日参照)
- 2) 厚生労働省. 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5年3月22日参照)
- 3) 日本歯科専門医機構. 令和3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. 令和4年3月.

2. 中心学会に統一して構築する専門医制度とその運用

1) 矯正歯科専門医（仮称）

森山 啓司

（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面矯正学分野教授、
（公社）日本矯正歯科学会監事）

1. はじめに

矯正歯科領域では、長年にわたり公益社団法人日本矯正歯科学会、特定非営利活動法人日本成人矯正歯科学会、一般社団法人日本矯正歯科協会の3学会がそれぞれ独自の矯正歯科専門医制度を設けて運営を行っていたため、類似した資格認定制度が複数存在する状況が生じていた。そこで、これらの制度を一本化し、国民や患者にとって分かりやすく医療の選択に資するものへと改革を行うことで、国が広告可能と認める専門医制度の実現を目指すこととなった。

2. 3学会による統一した矯正歯科専門医制度検討の経緯について

3学会で統一した矯正歯科専門医制度を構築することを目的に、2017年5月1日に矯正歯科5団体懇談会（上記3学会に公益社団法人日本臨床矯正歯科医会、日本歯科矯正器材協議会を加えた5団体から構成。後に日本矯正歯科専門医機関へと改組）を設立し、再整備に向けた議論が開始された。2年余にわたり新制度の骨格について協議した後、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。一方、同年、日本矯正歯科学会は、一般社団法人日本歯科専門医機構に社員学会として加盟し、同機構が定める承認基準に則した制度構築に向けて更なる改変・充実を図り、新たな矯正歯科専門医（仮称；以下、矯正歯科専門医）制度の実現を目指すこととなった。2020年9月から2022年8月までに計19回開催された日本歯科専門医機構における意見交換会には、日本矯正歯科学会が専門学会の代表として、また、日本成人矯正歯科学会と日本矯正歯科協会はオブザーバーとして参加した。

3. 新たな「矯正歯科専門医制度」に関する日本歯科専門医機構との協議について

矯正歯科3学会の研修プログラム、研修施設、および、研修評価等の詳細情報に関する精査が行われた結果、日本成人矯正歯科学会、日本矯正歯科協会の2学会の研修については、実態を示す資料等が不足していたために、諸要件の充足性を十分担保できないとの判断がなされた。また、新たな矯正歯科専門医制度は、日本歯科専門医機構に所属する日本矯正歯科学会が中心となって推進することとなった。これを受けて、2022年3月に日本矯正歯科学会内に「専門医委員会」を設置して整備を進めるとともに、3学会の合意により2022年12月27日付けで日本矯正歯科専門医機関は解散されることとなった。

4. 移行期間における追加研修特例措置の検討について

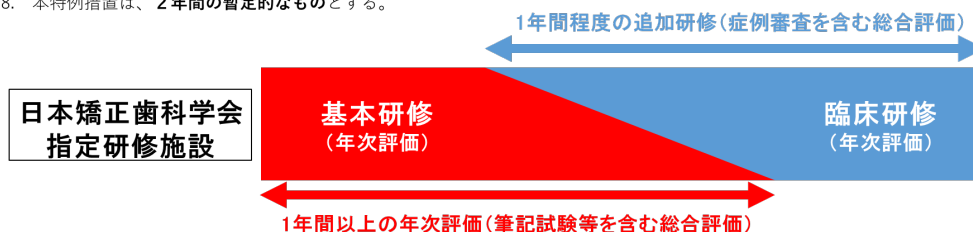
日本歯科専門医機構との意見交換の結果を踏まえ、研修の実態を担保する資料が不十分であった日本成人矯正歯科学会、日本矯正歯科協会の2学会に所属する旧専門医については、2年間の暫定期間に限り、日本矯正歯科学会指定研修施設における1年以上の研修、ならびに、その後半から移行的に開始される1

年程度の追加研修を修了することで、専門医申請資格を認める特例措置を講じることとなった（図1）。この事項を踏まえ、2022年9月には、歯科専門医制度基本整備指針¹⁾に則した矯正歯科専門医制度認定に関わる申請書を作成し、日本歯科専門医機構制度整備委員会に付議を申請した。その後、2022年11月中旬に日本歯科専門医機構学会専門医小委員会によるヒアリングを受け、同委員会からの指摘に従って申請書を修正するなど正式申請に向けた準備を進めている。

☒ 矯正歯科専門医制度移行期間における追加研修特例措置の概要

他の2団体（日本矯正歯科学会および日本成人矯正歯科学会）において過去に履修した研修と評価の実態が、当時の状況に照らして、日本矯正歯科学会のそれと同等であることが証明できないと判断された者については、以下の要件を満たすことを前提に専門医申請を認める。

1. 日本矯正歯科学会指定基本研修施設（歯科大学、歯学部矯正歯科）にて1年間以上の研修年次評価を行い、引き続き同施設（歯科大学、歯学部矯正歯科）にて1年間程度の追加研修を行う。
2. 各研修は1単位3時間（午前或いは午後）とし、1か月に4単位、1年間で48単位（144時間）取得することを可能とする。
3. 基本研修期間中に臨床研修を並行して履修する場合は、1か月に最大8単位を取得することを可能とする。
4. 別表（追加研修プログラム）に示す研修内容を原則的にすべて履修し、各研修施設における指導医から履修証明書に署名、捺印を得ることとする。
5. 基本研修修了時には筆記試験等を行い、これに合格することを必須とする。
6. 臨床研修修了時には自験例を提出し症例審査に合格することを必須とする。
7. 矯正歯科専門医を申請する者は、日本矯正歯科学会認定医資格を取得することを必須とする。
8. 本特例措置は、2年間の暫定的なものとする。



5. おわりに

現在、日本矯正歯科学会の専門医委員会を中心に、①専門研修指導医の認定、②研修施設の認定・評価システムの構築、③専門医認定のための試験・審査の実施に関する検討、④暫定期間における追加研修プログラムの策定ならびにその実践、などを検討しながら、矯正歯科専門医制度の一元管理システムの構築を早急に進めている。今後は、日本矯正歯科学会、日本成人矯正歯科学会、日本矯正歯科学会の有する認定医・指導医等の資格認定制度との整合性を図りつつ、国民にとってより分かりやすく矯正歯科治療の選択に資する資格認定制度の整備に努めていく予定である。

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. 歯科専門医制度基本整備指針.
https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf（令和5年2月13日参照）

3. 各学会の専門医／認定医とその連携形態

委員 市川 哲雄

(徳島大学大学院医歯薬学研究部教授、

(一社)日本歯科専門医機構専門医制度整備委員会委員長)

1. はじめに

日本歯科専門医機構（以下、機構と略す）は、基本領域 10 領域の制度認定及び運用認定を進めている。医科の日本専門医機構による認定は、基本領域においては 19 領域である¹⁾。歯科と医科の大きな違いは、医科においては一専門医一学会であり各学会でその整備指針などが決められている。一方、機構が関わる歯科専門医において、すでに認定されている 5 学会、つまり機構発足時にすでに広告可能であった口腔外科、歯周病、小児歯科、歯科放射線、歯科麻酔の 5 歯科専門医は、医科同様一専門医一学会である。しかしこれから新たに位置づけられる機構認定歯科専門医は、同じ名称の歯科専門医に対して複数の学会が連携した制度、運用の方向で進められている。

本稿ではその連携の仕方および歯科の学会全体における専門医、認定医のあり方を考察する。

2. 連携の方法

一つの歯科専門医の名称に対して、複数の学会がどのように加わるかについて、図 1 のような加わり方、連携の仕方が考えられる。

先行の 5 学会歯科専門医と矯正歯科専門医は単独型になる。つまり一つの学会が責任を持って一つの歯科専門医制度を制定し、運用するというものである。補綴歯科専門医は制度整備委員会の審議時は並列型 A であった。つまり、補綴歯科専門医を希望する補綴歯科学会、顎咬合学会がそれぞれ同じ制度を共有し、それぞれで認定するというものである。その後並列型 B に変わったようである。並列型 B というのは、複数の学会が協議をして一つの制度を構築し、認定も合同で設置する組織で行うものである。歯科保存専門医も並列型 B であり、インプラント歯科専門医も並列型 B で検討されていると考えられる。総合歯科は積み上げ型が考えられ、一つの制度としての研修内容をそれぞれの学会の研修内容を相互に研修し、積み上げ、最終的に合同で設置する組織で認定するというものである。そのほかに責任学会型として、一つの主幹の学会が制度を運営し、認定するが、そこに組み込まれるいくつかの学会があるというものである。

連携と言っても一つの歯科専門医に対しては、一つの制度、研修内容、認定基準となる。この部分の制度設計、認定体制、運用体制を構築するところが連携では一番重要になる。その一方で、学会の設立意義などを考えると、これらの整合性を取り、共有することは難しいのではと危惧する。また現時点ではよいが、将来的に研修内容、認定基準などの変更時には問題を生じる可能性も否定できない。つまり、その学会の独自性や発展を妨げるものであってはならないわけで、その観点から機構の公正性と透明性の担保がより求められるであろう。

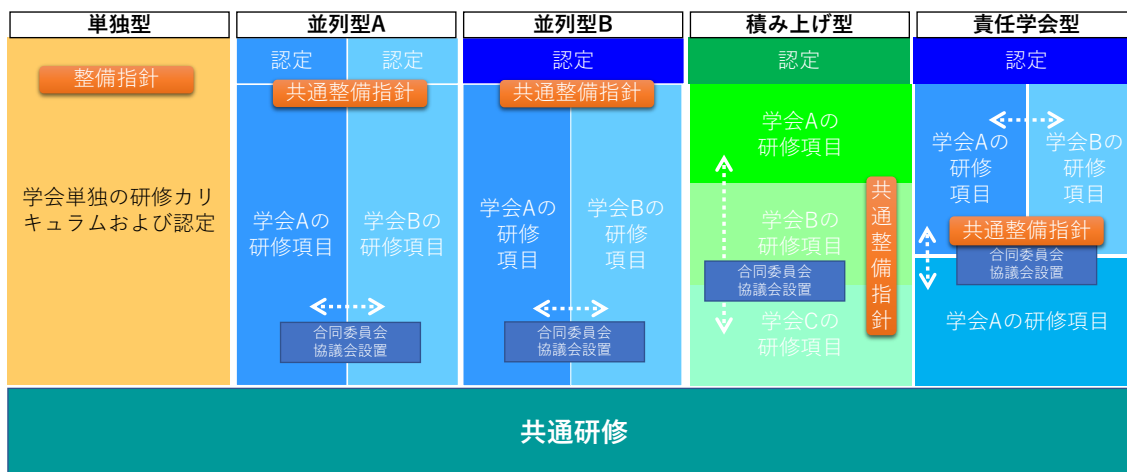


図1 一つの歯科専門医に対して、考えられる学会の連携方法

3. 基本領域10領域以外の専門医・認定医のあり方

臨床系の多く学会は、専門医制度あるいは認定医制度を有している。日本歯科医学会連合会員46学会のうち、専門医・認定医制度をもっている学会は40であり、機構に所属している学会は27、機構に属さず、専門医・認定医制度をもっている学会は9あるという²⁾。なお、機構所属でも日本歯科医学教育学会のように、学会自体は専門医・認定医制度はもっていないものの、機構の活動を支援する立場で加盟している学会もある。さらには、日本歯科医学会連合にも属さず、専門医・認定医制度やその類似の制度を有している学会や団体もあるであろう(図2)。

臨床系の学会ならば当然、自らの学術活動をもとにその臨床技術やその臨床結果を向上させるのが目的であり、その目的に資する人材養成のために専門医・認定医制度を設けている。つまり、学会が考える専門医・認定医制度は、第一に歯科医療の向上を踏まえた制度である。一方、機構はこのような学会の専門医・認定医制度の意味を考慮しながら、国民の歯科医師、診療所選択にとって適切かどうかの観点で認定に重きを置くものであろう³⁾。当然、各学会が専門医・認定医制度を設定するのは各学会の裁量であり、自由である。ただし、機構が認定し、広告可能となる歯科専門医名と同じ、あるいは紛らわしい名称は、やはり学会のプロフェッショナルオートノミーの観点から避けなければならない。

機構は基本10領域以外の歯科専門医認定については現段階では明確な方向性を示していないし、医科のサブスペシャリティ領域に相当するものは認定しないとしている。機構認定歯科専門医の整備によって、多くの専門医・認定医制度も整理、淘汰されていくだろうが、しかし実際問題、広告可能な機構認定歯科専門医とそうでない専門医・認定医というものが残るであろう。今後はこれらの専門医・認定医制度が歯科医療の向上、あるいは国民が求める適切な歯科医療サービス提供にどうつなげていくかも重要な課題であり、各々の学会や機構だけの問題ではなく、歯科界全体の問題として考えていかなければならない。

4. おわりに

歯科特有の一つの歯科専門医に複数の学会が参加する制度、運用について説明し、その問題点を指摘した。今後基本方針にあるように、国民、学会両方において好結果になるような制度と運用になることを期待する。

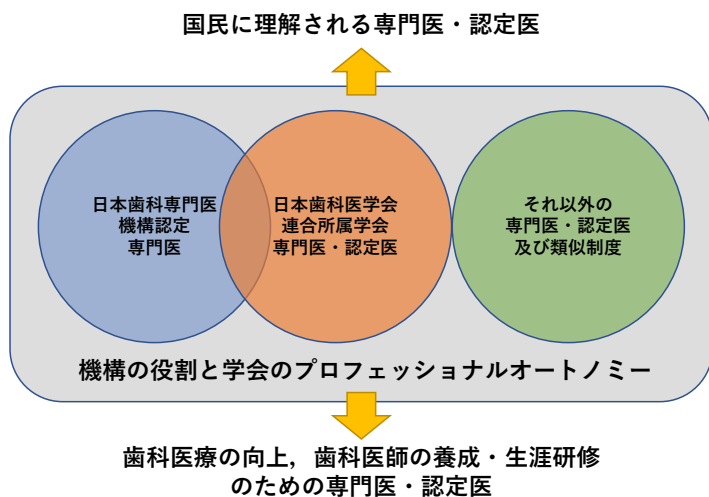


図2 専門医・認定医のあり方

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) 日本専門医機構. <https://jmsb.or.jp/about/> (令和5年2月1日参照)
- 2) 市川哲雄. 日本歯科医学会連合会員学会における専門医・認定医制度の現状. 日歯連合誌2023(掲載予定)
- 3) 市川哲雄. 歯科専門医認定制度の意義と一般社団法人日本歯科医学会連合における役割. 日歯連合誌2022; 1: 6-11. doi.org/10.57468/jjdsf.22-002.

【資料】類似の名称を有する学会の専門医等と新たに位置づける機構専門医との関係について

1. 日本顎咬合学会認定医・指導医制度

委員 黒岩 昭弘

(松本歯科大学歯科理工学講座教授,
(特非)日本顎咬合学会理事長)

1. はじめに（背景：日本顎咬合学会の設立趣旨）

咬合は、歯科の根幹であり歯科臨床の各々の処置は咬合と密接に関連している。しかし、日本には、咬合の専門講座がなく、幾つかの分野（補綴・矯正・歯周病等）が、各々の立場から咬合を追究していた。そこで、咬合について統合的な観点から臨床の場で患者のニーズに応えられるよう、学会の設立機運が高まり、1979年3月「国際ナソロジー学会アジア部会」設立。1982年7月、「日本顎咬合学会」として発展的に分離独立し現在に至る¹⁾。

2. 専門医の現状

1) 専門医設立プロジェクトと分野

これまで特定非営利活動法人日本顎咬合学会（以下、顎咬合学会）は認定分科会であったので、専門医は設けていなかった。2019年4月17日一般社団法人日本歯科専門医機構（以下、専門医機構）設立と共に専門医設立プロジェクトを設立。初期には補綴歯科専門医と総合歯科専門医へアプローチしたが、総合は我々の考えている方向と違うことがわかり、一般社団法人日本補綴歯科学会（以下、補綴学会）とすり合わせの上、共同で機構認定 補綴歯科専門医を目指すこととなった。

2) 学会が有する認定医資格

1993年4月、「認定医資格制度」を発足。顎咬合学ならびに関連する領域の臨床に深い知識と経験を有し、日常の臨床でそれを実践している会員歯科医師に「咬み合わせ認定医」の資格を与えている。2004年5月12日から顎咬合学ならびに関連する領域の臨床に深い知識と経験を有し、日常の臨床で認定医やそれを目指すものを指導できる会員歯科医師に「咬み合わせ指導医」の資格を与えている²⁾。

3. 日本補綴歯科学会と相違

1) 顎咬合学とは

健全な咬み合わせのために乳児期の歯の萌出から咬合の完成までを管理し、出来上がった咬合を保全あるいは高齢者においては失われた咬合の再建を図ることによって全身の健康を獲得することを目標としている。それを達成するために歯科臨床のみならず基礎分野まで探求し、分野も保存・補綴・口腔外科だけでなく小児歯科・矯正歯科・高齢者歯科などを横断しながらも、咬み合わせに特化した学問である³⁾。

2) 現存資格と専門医制度の関係

顎咬合学会と補綴学会は同じ咬合を取り扱う学会であるが、咬み合わせを中心に考える顎咬合学会と欠損補綴を主軸とした補綴学会と協働で専門医を作るにあたり目的とする範囲に本学会の準備不足もあり差が生じた。それに対して検討したところ、現存の「咬み合わせ認定医・指導医」を機構認定「咬み合わせ専門医」とすることが望ましいが、その実現は困難であることは理解している。そのため、当面は本学会の認定

医制度を継続しつつ、その基準を機構認定に準拠するよう努力したいと考えている。

3) 日本補綴歯科学会との連携

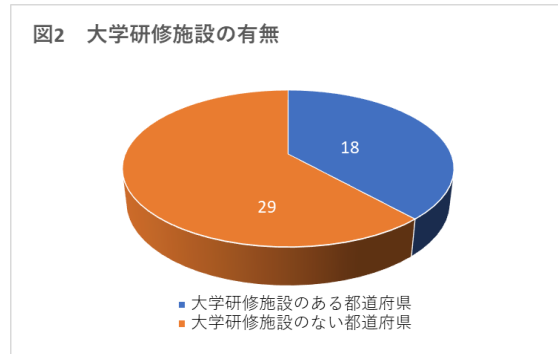
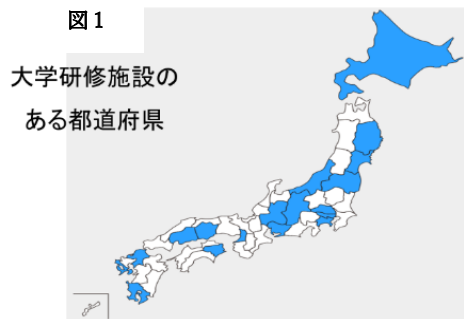
補綴学会との連携としては2020年9月18日から15回におよぶ専門医機構を中心とした意見交換会によって制度設計を行い、運用においては同じ組織による合同会議（ならびに現補綴歯科専門医制度・認定合同委員会）によって意思の疎通を行っている。未整備であった専門医の骨格に関しては、顎咬合学会の認定委員会（あるいは専門医関連委員会）が軌道に乗るまでは補綴学会のサポートにより、審査等が行われるよう覚書を交わしており、これは両学会の理事会ならびに専門医機構でも承認されている。

4. 今後の問題点

顎咬合学会では研修施設は制定していたが、諸事情によって運用していなかった。これは学会員に臨床医（開業医）が多いことに起因する。今回の専門医の制度設計では大学の研修施設が中心の組み立てになっており、この点が顎咬合学という大学内に講座がない本学会のウイークポイントとなるが、この点も補綴学会の歩み寄りによって初期には補綴学会の施設基準によって認可を受けた施設を中心に活動し、最終的に自学会で拡大できればと考えている。

5. 将来性

大学中心の学会や研修施設では歯学部が存在しない地域（図1、2）で専門医が少なくなることが予想される。本学会が専門医制度を運用することは養成機関がない地域を補完するうえでも非常に有利になる。



また、一般的な症例や処置のスピードは開業医が早いので、大学中心の学会組織と制度設計を協働して運用することによっても習得すべきケースをこなす点では有利である。逆に難症例や稀有な症例は大学の施設に頼れる点でも大学中心の学会と臨床家の学会が連携することは多くの利点があると思われる。

6. おわりに

今後、必要な措置としてシステムや施設を運営していく上での経費を明確化する必要がある。特にカリキュラムの中に資源や経費とそれを負担するものの明文化がされていないので、早期にWSなどを開催して専門医のシステムのコンセンサスを学会理事から一般会員まで得る必要がある。明確で透明性の高い経費のフローを考えないとトラブルも発生するし、システムも継続しないと考える。特に専門医制度に関しては2学会の運用となるため、事務作業や経費運用の明確化も目指す必要がある。

利益相反開示

本稿に関連して、開示すべき利益相反はありません。

参考文献

- 1) 日本顎咬合学会. 日本顎咬合学会とは. <https://kokumin.ago.ac/about/>(令和5年3月22日参照)
- 2) 日本顎咬合学会. 定款・規定. <https://ago.ac/academic-information/the-articles-of-incorporation/>(令和5年3月22日参照)
- 3) 日本顎咬合学会. 日本顎咬合学会情報. <https://ago.ac/academic-information/about-us/>(令和5年3月22日参照)

2. 日本歯内療法学会専門医・指導医制度

佐久間 克哉

((一社) 日本歯内療法学会理事長)

1. はじめに

一般社団法人日本歯内療法学会は我が国において歯内療法に特化した唯一無二の専門学会である。研究に裏付けられた歯内療法を具現化し「臨学一体」を理念として活動をしている。「臨学一体」を物語るように大学関係者と開業医がほぼ半々の会員構成となっている(2022年12月31日現在 大学・病院勤務者1,223名, 開業医1,247名)。

最新で確実な医学的根拠に基づく臨床を提供すべく、大学関係者における研究成果をもとに開業医が臨床実地を担い、国民の健康に寄与すべく活動をしている。

また、学会設立当初より諸外国の歯内療法関連学会との交流があり、世界に認められている歯内療法の専門学会である。信頼関係に基づいた国際的な情報交換が定期的に行われ、歯内療法における日本の窓口は本学会のみであり、また歯内療法に関する国際学会を主催する資格を有するのにも本学会のみである。

IFEA: International Federation of Endodontic Association (国際歯内療法連盟) に加盟している

APEC: Asia Pacific Endodontic Confederation (アジア太平洋歯内療法学会) に加盟している

学会設立(1980年, 前身の日本歯内療法協会が設立母体)から現在までの40余年, 症例審査を義務付けた専門医制度を導入しており, 研究業績のみならず日本の臨床的な歯内療法の医療技術に貢献してきた実績を有している。

日本歯科医学会の専門分科会として臨床歯科医学の向上に貢献出来得る学会と自負するところである。

2. 一般社団法人日本歯内療法学会の専門性

歯内療法は歯科医療の根幹であり、歯内療法学専門の学会を持つことは国民に対する学会の責務とも言え、日本歯科医学会のみならず日本歯科医師会の活力を高め日本の歯科医療の発展に寄与すると考えられる。

国民の歯科医療の多くが開業歯科医によって担われている現在、大学関係の研究者と開業歯科医の緊密な交流が実施されている本学会は歯内療法を実施する日本の歯科医師の臨床レベル向上に寄与している。また歯学教育においては卒前、卒直後の歯内療法技術習得のため学会主導で製作された動画教材(基本技能習得、先進技能習得)を学会ホームページ¹⁾で公開している。

また、大学での歯内療法実習においてこの動画が使われているところもある。学生、研修医を対象に技術習得のための人工歯(狭窄根管訓練用、根管内異物除去用訓練用)を学会で開発・製作し販売に至り、シームレスな研修を実現し歯学教育分野においても「歯内療法学」の専門性における責務を果たしている。

諸外国の歯内療法専門学会との国際交流は世界の潮流を導入するだけでなく、日本の歯内療法の研究や臨床を世界にアピールし、世界に日本の代表学会としての窓口である本学会の専門性を認識させることとなっている。国際学会を主催することは、国際基準で活動している証であり、日本の歯科医学の水準を世界に示したことと認識している。2013年5月には第9回世界歯内療法会議を本学会が主催している¹⁾(須田英明大会長)。

3. 一般社団法人日本歯内療法学会の考える歯内療法専門医

当学会の考える“歯内療法専門医”とはスーパードクターを作ることではなく、グローバルスタンダードを確実に実践できる歯科医師を輩出し、日本の歯科医療の底上げを図ることにある。

これをもって国民に再治療のない歯内療法を実践することで国民医療費を抑制し、長期で健康を維持できる機能を提供することであると考える²⁾。

国民にとって歯科の専門医とは「健康を担う治療のできる歯科医師」と考えるのが妥当で、論文執筆数や大学での地位を関連付けることは妥当ではない。日本の歯内療法の現状は再治療がとて多い頻度で行われていることである³⁾。その原因はどこに起因するのかは一口に言えないところに根深さがあるのである。日本における「歯内療法」は保険制度の診療報酬で日常的に施されている治療法であるため、多くの国民はその専門性の高さに気づきにくい環境にある。限られた財源の医療費において診療報酬を変化させることは困難で治療の質の維持や最新治療の導入には限界もあると考える。そのような中、本学会は良質な治療を提供できるよう歯内療法専門医としての制度設計を厳格化し学会自らその姿勢を律して専門性を維持している。

歯科専門医として、国民の信頼を得るには良識と経験を持ち、間断なく自己研鑽を積み、医学的知識を豊富に備え、自身を律し、科学的根拠に基づいた良質な治療が担保されることであり、さらに全人的に判断できる能力を備え患者やその家族の要求を社会的側面からサポートし納得の医療と不安を取り除く配慮も専門医として必要であると考えている。

名称としての「歯内療法」は国民に周知されているかと言えばまだ十分でないと言わざるを得ない。この点を踏まえ本学会では専門性を唱える活動の一環として「歯内療法」という名称、言い換えれば言葉そのものを国民に認知してもらうことを前提に歯内療法のPR活動を2018年より開始し、国民への啓発活動に努めている。専門性の高い学問を担う学会の責務であると認識している。

4. 日本歯科専門医機構の定める専門医

日本歯科専門医機構（以下、機構）の定める歯科専門医とは「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」⁴⁾と定義している。一方、医師の分野では日本専門医機構は専門医を「それぞれの専門領域において適切な教育を受けて、十分な知識・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」⁵⁾と定義している。すなわち医師における専門医は「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではないとしている⁶⁾。

この部分では医師の分野の考えの方が、先に述べたように本学会の考える“歯内療法専門医”の考えと合致している。

一方、「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」⁷⁾ではその他の留意事項の総合歯科専門医に触れて「地域歯科医療において標準的歯科医療を提供し（中略）歯科医師認定に配慮する」とあり総合歯科専門医（仮称）だけは「専門医療を提供できる歯科医師」ではない。

機構の定める基本理念⁷⁾⁸⁾の最初には「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」とあり、さらに「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」とある。

プロフェッショナルオートノミーに関して世界医師会は「個々の医師が診察に際して、外部の第三者ない

し個人から不当あるいは不適切な影響を受けることなく自らの専門的判断を自由に行使するプロセス」⁹⁾と説明している。すなわち専門的職種の人間は自分たちで律するという条件付きで職業上の自由を与えられるという社会契約と考えられる。あるべき姿としては「病院勤務医と開業医」という垣根を取り払い外部の規制を受けず自己規律に従って行動するということと考えることができる。プロフェッショナルオートノミーを求める側も求められる側もこの言葉の持つ真の意味を理解しておく必要がある。プロフェッショナルオートノミーは医療従事者であれば備えていなければならない基本的資質である。

受診先の選択に際し良い指標となる制度とはどのような制度であろうか。まずは専門分野の名称が挙げられる。医科の分野では臓器別や病名別の診療科が目につくので比較的判断し易いのではないだろうか。歯科の分野は受診先を探す際の診療領域や専門性が判断しづらく「歯が痛い」「歯肉が腫れた」等の訴えに対する患者の受診要望を速やかに誘導できる「アクセス方法」を構築し、容易に理解できる方法を告知していかなければならないであろう。

5. 今後の展望

専門医の地域偏在は今後も続く課題となるであろう。「歯科専門医制度基本整備指針」⁷⁾⁸⁾では「地域医療に充分配慮した制度であること」とある。地域偏在を無くすには全国くまなく存在する開業医の協力を得なければ成り立たない。歯学部、歯科大学の附属病院中心では地域偏在は解消されない。また地方の病院歯科のほとんどが口腔外科領域の診療科が中心であることを考えると歯内療法の教育を受けた歯科医は少ないのではないだろうか。

このような問題点を解決すべく、今後は機構認定歯内療法専門医あるいはサブスペシャリティー制度などを考慮した制度設計を待ち望むものである。本学会は常に「国民にどのような形で貢献していくか」を考え、いつでも期待にこたえられ活躍できる準備をしている。国民のためになる地域医療を支える歯科医師を輩出し専門的治療を担うことで国民の健康の一助となり、これをもって国民医療費を抑制するという国益にも寄与するものである。

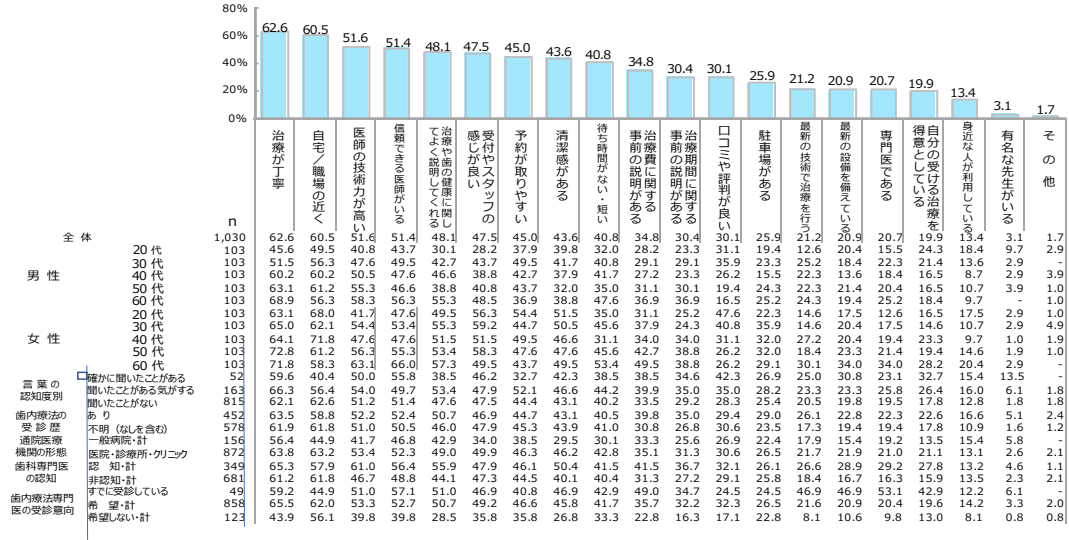
2019年に本学会が全国的に行った調査¹⁰⁾によると＜歯科を選ぶ際の重視点＞（表1）では「医師の技術力が高い」が「治療が丁寧(1位)」「自宅や職場の近く(2位)」に次いで多く51.6%を占めた。また「専門医である」が20.7%を占めたのに対し「有名な先生がいる」は3.1%であった。

同じくこの調査における＜通院している歯科の形態＞（表2）では「医院・診療所・クリニック」が84.7%であり「一般病院」12.2%、残りが「大学病院」と「国立病院機構・公立病院」で3.1%であった。

歯内療法の専門医の担当意向調査では＜歯内療法は専門医ではない歯科医でも治療可能です＞と表示したうえで＜歯内療法の専門医に担当してもらいたいと思いますか＞（表3）という質問に対し「専門医の治療を受けたいと思う」「どちらかと言えば、専門医の治療を受けたいと思う」が83.3%に上った。

表 1 歯科医療機関を選ぶ際の重視点（複数回答）

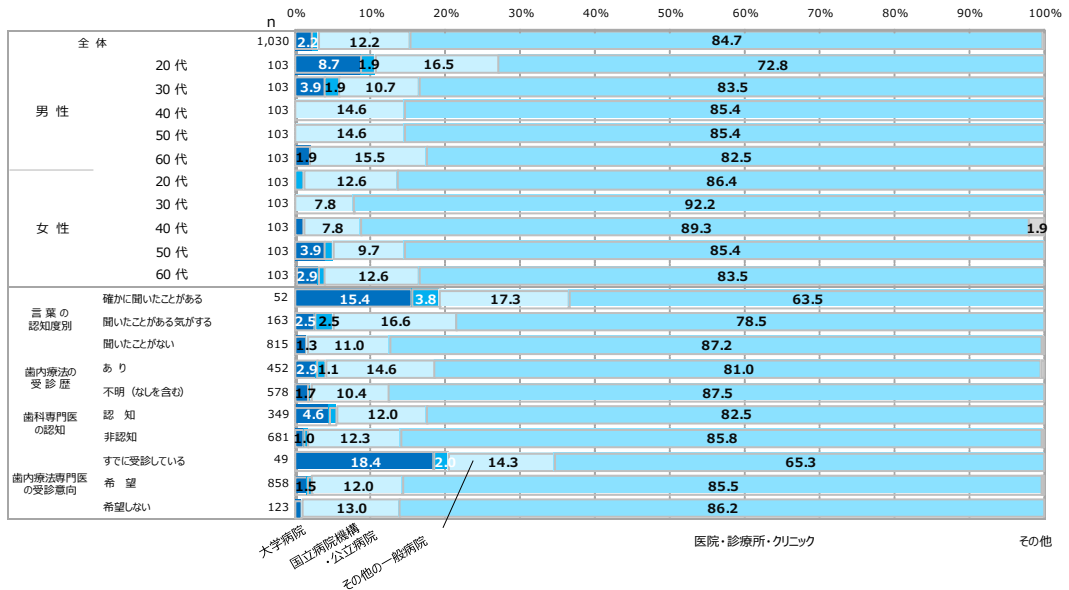
質問事項：あなたが歯科医院や病院の歯科を選ぶ際に重視する点として、あてはまるものを全てお選びください。



(表 1)

表 2 通院する歯科医療機関の形態

質問事項：あなたが通院している歯科医院・病院の歯科の形態としてあてはまるものをお選びください。

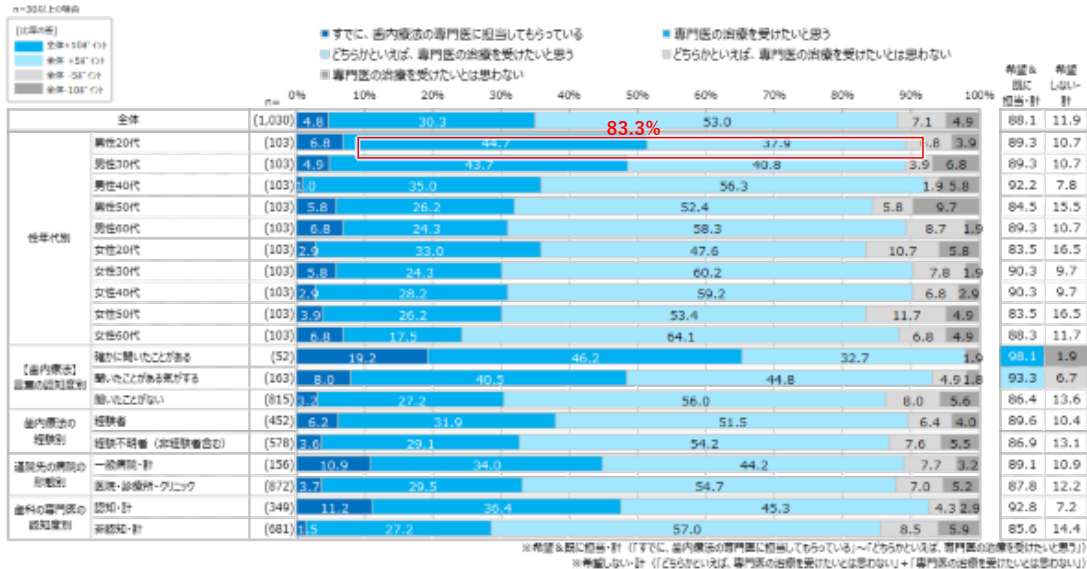


(表 2)

表3 歯内療法の専門医の担当意向

- 歯内療法の専門医に担当してもらいたいという意向がある人の割合（希望&既に担当・計）は全体で 88.1%。
- 既に歯内療法の専門医に担当してもらっている人は 4.8%。

質問事項：【歯内療法】の治療を受ける場合、歯内療法の専門医に担当してもらいたいと思いますか。※歯内療法は専門医ではない歯科医でも治療可能です。



(表3)

この調査からも国民は「医院・診療所・クリニック」の「医師の技術力が高い」先生で、できれば「専門医の治療を受けたい」…と望んでいることが読み取れる。

今後の対応として、あくまでも患者（国民）が望む形の制度に近づける努力が必要と考える。また、現在実際に活躍しているベテラン専門医についてその貢献フィールドについての考慮も必要ではないだろうか。

医科の分野では日本専門医機構発の「新たな専門医制度について専門医の認定と更新」¹¹⁾というプレゼン資料の中でベテラン専門医の更新について触れられている。「領域で相応の経験を有する専門医の知識・経験を、後進の指導に活かす目的」として専門医（学会専門医を含む）を連続して(仮に)4回更新されている場合、次の更新から診療実績を免除するというもので、免除された分その単位を領域別講習等で補う方法を選択可能とする…というものである。さらに何回目の更新からにするかは、領域の判断を尊重する、と結んでいる。

ベテラン医師の豊富な知識と経験に基づく実績は後進の指導に役立つことは明らかである。このようなベテランが若手を指導していくサイクルこそ持続可能な望むべき姿であろう。なおかつベテランの更新時の実績証明の免除の優遇は今まで支えてきた医師たちへの敬意の表れであり判断を学会に委ねることで日本専門医機構が学会を尊重してく姿勢を見せるものであると感心させられる。これこそがプロフェッショナルオートノミーの実践ではなかろうか。

歯科の分野でもこのような考え方を踏まえた制度構築をして、持続可能な未来を期待したい。

6. おわりに

今回、日本歯科保存学会と連携して「歯科保存専門医（仮称）」を申請できることになったのはこれまで

の本学会の運営制度構築が機構に認められたからと認識している。日本歯科保存学会が先導して申請の設計をし、本学会がすり合わせていく形となった。機構の認定は第三者組織による独立性の高い制度であることは認識しているが、歯内療法学会には課題も残されている。これは扱う分野が歯科保存学の分野ではあるが本学会が歯内療法に特化した学会であるため、すべての保存分野を含む日本歯科保存学会と同じ歩調では少々無理があったかもしれない。制度設計としては「地域偏在」「治療をイメージできる名称」「患者目線でのアクセス」に対し解決していかなければならない。今後本学会が機構と共に熟考し国民に貢献できる制度の中で、存分に力を発揮できることを望むとともに、本学会の会員皆が「国民への貢献」に対し胸を張って推し進められる制度となるよう願うばかりである。

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) 日本歯内療法学会. 歯内療法基本技能習得教材実習項目, 歯内療法先進技能習得教材実習項目.
<https://jea-endo.or.jp/materials/> (2023年2月9日参照)
- 2) 日本歯科専門医機構. 会員学会アンケート回答 (2020年実施).
- 3) 厚生労働省. 社会保険診療行為別統計 2021.
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=000001154224&cycle=7> (2023年2月9日参照)
- 4) 日本歯科専門医機構. 歯科専門医とは. https://jdsb.or.jp/about_specialist.html (2023年2月9日参照)
- 5) 日本専門医機構. 歯科専門医の基本的考え方. https://jdsb.or.jp/about_specialist.html (2023年2月9日参照)
- 6) 厚生労働省. 専門医の在り方に関する検討会 報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html> (2023年2月9日参照)
- 7) 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.
seidosekkei_kihonhoushin.pdf (2023年2月9日参照)
- 8) 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 (2023年2月9日参照)
- 9) 日本医師会(訳). プロフェッショナルオートノミーと臨床上の独立性に関する WMA ソウル宣言.
https://med.or.jp/dl-med/wma/seoul_j.pdf
<https://med.or.jp/doctor/international/wma/seoul.html> (2023年2月11日参照)
- 10) 日本歯内療法学会 (編). 「歯内療法に関する生活者意識調査」, 別冊クイント日本歯内療法学会がすべての歯科医師に送る最新トレンド. p.156, クインテッセンス出版, 2021.
- 11) 厚生労働省. 新たな専門医制度について専門医の認定と更新.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000094287.pdf>
(2023年2月11日参照)

3. 日本接着歯学会認定医・専門医・指導医制度

坪田 有史

((一社) 日本接着歯学会理事長)

1. はじめに

一般社団法人日本接着歯学会は、接着歯学を専門とした学会であり、歯科保存、歯科補綴、小児歯科、矯正歯科、ならびに歯科理工など、幅広い研究者、臨床医が所属している。歯科専門医制度の構築のため、一般社団法人日本接着歯学会の専門性や位置付け、さらの今後の展望を述べる。

2. 一般社団法人日本接着歯学会の専門性

一般社団法人日本接着歯学会（以下、本会）の目的は、「接着歯学に関する学問と技術を研究し、接着歯学の進歩発展を図り、歯及び歯列の保存と口腔機能の長期維持を指向した歯科治療を実現することにより、国民の健康及び福祉の向上に寄与することを目的とする。」である。すなわち、現在の歯科医療において欠かすことができない歯科接着を学究する学会である。

歯科専門医制度は、歯科医師の生涯研修を担うと制度とされている。したがって、歯科医師が日常的に歯科医療を行うために必要な歯科接着であるため、本会の目的に照らすと、本会の専門性は歯科医師の生涯研修に必要である。

現在、本会には専門医制度が制定されており、その目的は、「接着歯学に関する最新の専門的知識と臨床技能及び医療人としての取り組みを有する接着歯科治療専門医（以下、専門医）を要請するとともに、接着歯科医療の発展と向上を図り、国民の健康維持増進を中核とする保健福祉の推進に寄与する。」である。

既に専門医認定の申請資格、申請手続き、申請書類審査、認定試験について制度規則が制定されており、実際に申請に基づき所定の審査を経て専門医認定が行われている。一方、専門医認定または更新のための研修施設については、専門医認定研修施設指定の申請資格、申請手続き、研修施設の指定・登録・更新なども制度規則が設定されている。また専門医の習得を目指す歯科医師を指導する指導医について、指導医認定の申請資格、申請手続き、認定及び登録も制度規則が設定されている。そのほかの詳細についても合わせて2020年10月4日に規則として施行している。なお、接着歯科治療専門医、指導医として活動している歯科医師の氏名などは、本会ホームページで国民へ開示している。

3. 将来への展望

現在、歯科専門医制度は、日本歯科専門医機構により歯科専門医の機構認定、新たな制度認証が進められており、本会は歯科保存領域を希望した。前述した専門医制度が本会では運用されているが、事前協議の結果、今回は参加せず引き続き組織の整備につとめることになった。

本会会員が歯科専門医の認証を受けるため、日本歯科専門医機構が認証する歯科保存専門医の制度規則に沿って、本会の制度規則を変更することを展望とする。

4. おわりに

接着歯学は、歯科臨床の実際において専門性があり、国民にとって接着歯学に精通した専門医により、健全な口腔の維持が図られている。したがって、歯科臨床における専門性を否定する理由は皆無である。

歯科専門医制度は、歯科医師側の論理・思考で構築されるのではなく、国民のために構築されるべきである。国民の視点が欠けた歯科専門医制度では、臨床を行う歯科医師にとってもメリットが感じられず、歯科専門医制度の健全な発展が困難になるのではと危惧している。

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)

4. 日本レーザー歯学会認定医・専門医・指導医制度

木村 裕一

(奥羽大学 歯学部歯科保存学講座歯内療法学分野教授,

(一社) 日本レーザー歯学会認定委員会委員長)

1. はじめに

日本レーザー歯学会は、1989年に日本レーザー歯学研究会として発足し、1992年から日本レーザー歯学会として標榜してきた。2007年には日本歯科医学会認定分科会に加入、会員数は徐々に増加し、現在は900名を超えるまでになり、2013年には法人格を取得、2017年からは日本歯科医学会専門分科会に昇格した。その間、2001年4月から認定医制度が開始され、2013年9月からは専門医制度が始まり、資格取得者は順調に増加し現在までに認定医と専門医の総計で200名を超えている。

2. 日本レーザー歯学会の現状と展望

日本レーザー歯学会は現在会員数913名（機関を含む）、認定パラデンタル23名、認定医33名、専門医168名、認定研修施設21機関である（2022年12月31日現在）。学術大会は既に34回が開催され、認定医制度が開始された2001年の第13回大会からは学会の開催ごとに認定講習会を、2008年の第20回大会からは認定講習会と併せて安全講習会を行い、会員に対して専門性の維持と安全な医療の提供に努めてきた。また、年に1回開催される学術大会とは別に、1年間の間を埋めるため丁度半分にあたる約半年後に教育研修会を開催し、既に10回に達している。これらは日本レーザー歯学会会員の知識や技術を深めて、安全で適切な治療を実践し、またはさらに向上心のある会員では認定医または専門医資格を得ることによりレーザーに対する深い知識と臨床技術を得て、レーザーの特徴を生かした安全な治療を施すことを目標としている。さらに、よりレーザー歯学に関する深い知識と経験を有しレーザー治療を指導する資格として指導医制度を設置している。現在、指導医は78名在籍している。

日本歯科専門医機構は、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、2018年の発足時から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を進めている。新たな歯科専門領域として進めているのは歯科保存専門医（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）の5領域専門医である。日本レーザー歯学会として連携しているのは歯科保存専門医（仮称）であり、ここには他に日本歯科保存学会、日本歯内療法学会、日本接着歯学会、日本歯科審美学会の4学会が連携している。日本歯科専門医機構との歯科保存専門医（仮称）に関する意見交換会には17回にわたって参加し、日本レーザー歯学会の現状と立場を説明してきた。日本レーザー歯学会の会員の専門領域は、歯科保存系（修復、歯内、歯周）、口腔外科系、歯科補綴系、矯正・小児歯科系、基礎歯科医学系と広範囲に及んでおり、歯科保存専門医（仮称）とだけの連携には違和感を感じざるを得ない状況である。しかしながら他の歯科専門領域とも複数連携するには人的資源が足りていないのが現状である。

日本レーザー歯学会としては、現在、他学会との共催講演、連携シンポジウムなどを積極的に開催し、レーザーに関するエビデンスに基づいた正しい知識と技術の普及を図っている。また卒前・卒後教育を通したシームレスな歯科医師養成に向けた取組の一環として、コロナ禍のため一時中断した形になっていたが、既

にいくつかの大学に対して学会から講師を派遣し、卒前教育の臨床実習前の教育として学生実習でのレーザーの講義と使用方法について伝授してきた。今後はこのような取組を推進し、歯科界でのレーザーに関する正しい知識と技術の普及を図ると共に、さらに国民に向けてもレーザー歯学に関するわかりやすい公開講座、学会のホームページ、その他の SNS などを利用し積極的に今まで以上に発信していく必要がある。このような取組を一つずつ遂行していくことで、日本歯科医学会専門分科会としての役割を果たし、学会として発展していく礎となると考えられる。

3. 日本レーザー歯学会の認定医・専門医制度

2013 年に開始された認定医・専門医制度について説明する。まず認定医の申請資格は次の通りである¹⁾。日本国歯科医師免許を有すること、申請時に入会日から継続して2年以上の本学会会員歴を有すること、本学会が認める研修施設において認定研修を満了した者、本学会で1回以上演者（共同演者可）として学術発表（症例発表も含む）または研究論文を1編以上著者（共同著者可）として本学会会誌に発表した者、25単位（日本レーザー歯学会の学会活動に関わる単位は15単位）以上の研修単位（施行細則）を習得した者（ただし本学会認定講習会と歯科用レーザー安全講習会の両方とも1回以上参加）²⁾、かつ認定委員会による筆答試験と口頭試問を受けて合格の判定を受けた者、となっている¹⁾。認定医の認定期間は5年間で、更新する場合は5年間で40単位（日本レーザー歯学会の学会活動に関わる単位は20単位）以上の研修単位（施行細則）を習得する必要がある（ただし本学会認定講習会と歯科用レーザー安全講習会の両方とも1回以上参加）²⁾。

専門医の資格を申請する場合には、認定医に登録後3年以上継続して本学会会員であり、50単位（日本レーザー歯学会の学会活動に関わる単位は25単位）以上の研修単位（施行細則）を習得する必要がある（ただし本学会認定講習会と歯科用レーザー安全講習会の両方とも1回以上参加）³⁾。加えて研修施設において2年以上の認定研修を修了し、研究論文を1編以上本学会誌に発表（共同著者可）、本学会学術大会で1回以上発表（共同演者可）、現在レーザー治療に携わっている者でかつ面接試験と症例試験に合格した者としている³⁾。専門医の認定期間は5年間で専門医更新の条件は50単位（日本レーザー歯学会の学会活動に関わる単位は25単位）以上の研修単位（施行細則）を習得する必要がある（ただし本学会認定講習会と歯科用レーザー安全講習会の両方とも1回以上参加）⁴⁾。

4. 国民に信頼される歯科専門医になるための日本レーザー歯学会の役割

一般的に患者が歯科医師に求めるのは、特別な高度の技術ではなく、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繋がるものと考えられる⁵⁾。このことから、国民に信頼される歯科専門医になるためには、専門の知識・技能を習得する以前に、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ことが重要となり、歯科医師に求められるものとして挙げられる⁶⁾。そのため、日本レーザー歯学会としても基本的価値観や医療倫理の涵養に関する事項にも力を注ぐ必要があり、現在、倫理委員会による医療倫理に関する教育講演を学会ごとに開催し既に6回行っている。今後も倫理委員会による教育講演を学会ごとに開催することを継続して行うことになるが、それ以外は検討事項となる。今後も引き続

き日本レーザー歯学会としては専門医を中心にして主に高度な専門の知識・技能を習得してもらう方向で推進し、国民に安全で安心な先進的な医療を提供していくことで役割を果たしていきたい。現在、日本レーザー歯学会では、認定医・専門医の取得条件や更新の条件、取得者名簿をホームページで開示しており、透明性のある状態を保っている。さらに、国民に向けてもレーザー歯学について公開講座、ホームページ、その他の SNS などを利用し疑問・質問あるいは苦情に関しても積極的に回答し、発信していく必要がある。このような取組を進めることで、国民に信頼される歯科専門医になるため学会として貢献していきたい。

5. 日本レーザー歯学会の認定医・専門医と卒前・卒後教育の対する関わり

卒前・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取組の現状と課題」が公表され、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学んだ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ところである⁷⁾。日本レーザー歯学会ではこれまで卒前教育の中で、臨床実習開始前の教育に力を入れてきた。既にいくつかの大学に学会から講師を派遣し、臨床実習前の基礎実習で講義と実習を行ってきた実績がある。認定医または専門医がいる大学であれば、診療参加型臨床実習においてもスムーズに教育が行えるが、現状ではすべての大学に日本レーザー歯学会が認める認定医・専門医が在職していない状況である。このことは学会として今後の課題であり、当面は診療参加型臨床実習に講師を派遣するなどして協力できるように体制を整え積極的に参加していく予定である。

卒後教育の歯科医師臨床研修においては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⁸⁾、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っている。この報告書では、歯科保健医療に求められるニーズの多様化に伴い、歯科医師臨床研修において修得することが望まれる内容が増す一方で、研修プログラムの大半は研修期間が1年間であることから、研修すべき内容についてはすべての研修プログラムで研修の機会を確保することが難しいなどの意見があり、いくつかが選択項目となった。レーザーに関する項目が必修または選択項目のどちらになったとしても、現状ではすべての大学に日本レーザー歯学会が認める認定医・専門医が在職していない状況であることから、レーザーに関する項目が大学によりできない状況にある。このことは学会として今後の課題であり、当面は歯科医師臨床研修に協力できるように体制を整え積極的に講師の派遣などを行い参加していく予定である。卒前・卒後教育の一貫したシームレスな歯科医師養成に向けた取組においては、日本レーザー歯学会として重要な役割を積極的に果たしていく予定である。今後、日本レーザー歯学会としては、すべての大学において認定医・専門医を養成していく必要がある。

生涯研修に関しては、学会に入会後に学術大会での各種講習会などに参加することで、現行の制度で十分に対応できていると考えられる。

6. 日本レーザー歯学会の専門性と日本歯科専門医機構認定専門医との関係

日本レーザー歯学会の会員の専門領域は、歯科保存系（修復、歯内、歯周）、口腔外科系、歯科補綴系、矯正・小児歯科系、基礎歯科医学系と広範囲に及んでおり、それぞれの領域でレーザーの応用に関する研究・研鑽を積んできている。日本歯科専門医機構認定専門医で考えるならば歯周病専門医、口腔外科専門医、小児歯科専門医、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）に渡っている。現在は歯科保存専門医（仮称）と連携をしているが、これはあくまで保存修復領域と歯内療法領域でのレーザーの応用に過ぎず、日本レーザー歯学会の一部でしかない。日本レー

レーザー歯学会の会員は他学会にも加入している人が多いため、他学会から専門医を取得する方向になることが考えられる。ただ、日本レーザー歯学会への単独加入の場合にはどのように対応するのか、今後の検討課題である。今後、日本レーザー歯学会としては歯科保存専門医（仮称）と連携しながら、他の専門医との連携は今後の検討していく予定である。

7. おわりに

日本レーザー歯学会は30年以上に渡り、レーザーに関して正しい知識と技術の普及に努めてきた。2017年からは日本歯科医学会専門分科会としてエビデンスに基づいた正しい知識と技術の伝授に役割を果たしてきた。認定医制度が開始されて20年、また専門医制度が開始されて10年が経過し、その間、規則・細則に従った適切な運用を行ってきて、専門医取得の条件、更新条件、取得者の名簿をホームページで公開し、透明性を保ってきた。そしてコンプライアンスの遵守に関して認定講習会等を通して啓蒙活動をして広めてきた。今後は日本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⁹⁾または歯科専門医制度基本整備指針¹⁰⁾に従い、申請学会の要件を満たすようにこれからも学会全体として取り組んでいく予定である。

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) 日本レーザー歯学会. 日本レーザー歯学会認定医制度規則.
http://jsld.jp/senmon/img/nintei_kisoku.pdf (令和5年2月5日参照)
- 2) 日本レーザー歯学会. 日本レーザー歯学会認定医制度施行細則.
http://jsld.jp/senmon/img/nintei_saisoku.pdf (令和5年2月5日参照)
- 3) 日本レーザー歯学会. 日本レーザー歯学会専門医制度規則.
http://jsld.jp/senmon/img/senmon_kisoku.pdf (令和5年2月5日参照)
- 4) 日本レーザー歯学会. 日本レーザー歯学会専門医制度施行細則.
http://jsld.jp/pdf/senmon_saisoku.pdf (令和5年2月5日参照)
- 5) 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4年3月).
- 6) 厚生労働省. 歯科医師の資質向上等に関する検討会資料, 歯科医療の専門性について.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000107476.pdf> (令和5年2月5日参照)
- 7) 厚生労働省. シームレスな歯科医師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5年2月5日参照)
- 8) 厚生労働省. 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5年2月5日参照)
- 9) 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5年2月5日参照)
- 10) 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5年2月5日参照)

5. 日本歯科審美学会認定医制度

大槻 昌幸
(東京医科歯科大学准教授,
(一社) 日本歯科審美学会理事長)

1. はじめに

歯科専門医制度は、専門的知識・技能を有する歯科専門医が誇りを持って歯科診療に従事するために必要かつ有用な制度である。一方で、国民が安心して安全な歯科医療を受けるための制度であるべきことは言うまでもない。一般社団法人日本歯科審美学会では、現在、認定制度により学会認定医を認定してきたが、専門医制度はなく、その制定の準備を行っているところである。ここでは、本学会が目指す専門医制度について述べたい。

2. 一般社団法人日本歯科審美学会が目指す歯科専門医制度

1) 歯科専門医制度を取り巻く背景

日本の専門医制度は、1962年以降に知識・技術面で優れた医師の育成を目的に各領域専門学会によって設立された。「国民から信頼される専門的医療に熟達した医師を育成し、日本の医療の向上に貢献することを目指す」ことを基本理念とし、2014年に一般社団法人日本専門医機構が設立された。同機構は、「国民が受診に際しわかりやすい専門医制度」、「専門医を目指す医師が誇りをもって医療に携われる制度」、「国民だれもが、標準的で安心できる医療を受けることのできる制度」を行動目標として掲げている¹⁾。

一方、2018年に、「国民及び社会に信頼され、歯科医療の基盤となる歯科専門医制度を確立することによって、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」ことを目的として、一般社団法人日本歯科専門医機構が設立された²⁾。同機構は、「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」を基本的な考え方とし、「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の質を保証・維持」でき、また、「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」であることを基本的理念としている³⁾。このような理念のもとに、現在、「口腔外科専門医」、「歯周病専門医」、「小児歯科専門医」、「歯科麻酔専門医」、「歯科放射線専門医」が制定されている⁴⁾。また、いくつかの専門医制度の設立を準備している。

2) 一般社団法人日本歯科審美学会の認定医・専門医制度へのこれまでの取り組み

一般社団法人日本歯科審美学会の前身である日本歯科審美研究会が1988年に設立された。1990年に日本歯科審美学会に名称を変更し、2015年に一般社団法人日本歯科審美学会として登記され⁵⁾、現在にいたっている。本学会は、「歯科審美に関する学問と技術を研究し、歯科審美学の進歩発展を図るとともに、会員が顎口腔の形態美・色彩美・機能美の調和が図られた歯科医療を実践することにより、国民の健康増進及び福祉の向上、活力ある円滑な社会生活の実現並びに人々の幸福感の向上に貢献すること」を目的としている⁶⁾。

2001年に制定された歯科審美学教授要綱では、歯科審美学を「顎口腔における形態美・色彩美・機能美の調和を図り、人々の幸福に貢献する歯科医療のための教育および学習に関する学問体系」と定義しており⁷⁾、審美歯科治療はそれを実践する治療ということができる。

日本歯科審美学会では、1996年に認定医制度を制定し、また、2003年には歯科技工士、歯科衛生士を対象とした認定士制度を制定した。2007年には、歯科衛生士を対象としたホワイトニングコーディネーター認定事業を開始している⁵⁾。歯科医師を対象とした認定医制度は、「歯科審美学の専門的知識および臨床技能・経験を有する歯科医師により、歯科審美医療の高度な水準の維持と向上を図り、国民の保健福祉に貢献する」ことを目的としている⁸⁾。なお、本学会は、現在、認定医制度のみで、専門医制度を有していない。

本学会は、一般社団法人日本歯科専門医機構の設立後まもなく、同機構に入会し、機構認定の専門医制度を目指してきた。その中で、歯科保存専門医（仮称）を構成する学会として参加してきたが、上述のように本学会では、専門医制度がないため、まずは本学会としての専門医制度の制定の準備中である。

3) 米国の歯科専門医制度

米国では、12の歯科専門医制度(Dental Specialist: Dental Anesthesiology, Dental Public Health, Endodontics, Oral and Maxillofacial Pathology, Oral and Maxillofacial Radiology, Oral and Maxillofacial Surgery, Oral Medicine, Orofacial Pain, Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Pediatric Dentistry, Periodontics, Prosthodontics)がある⁹⁾。なお、米国の歯科医師すべてが専門医を取得しているわけではなく、一般歯科医(General Practitioner)として多くの歯科医師が歯科医療に従事している。また、専門医は、専門以外の治療は行わないため、例えば、保存修復治療、補綴歯科治療、抜歯など広範な一般歯科診療を行いたい歯科医師は、あえて専門医を取得せず、General Practitionerとして歯科医療に従事することも多いと聞いている。

なお、審美歯科のDental Specialistは、前述の12の専門医制度にはないが、米国美容歯科学会(American Academy of Cosmetic Dentistry: AACD)が認定制度(Accreditation)を制定している¹⁰⁾。この認定を受けるための要件は、筆記試験、症例の提出、口頭試問からなり、とても難関であると聞いている。

4) 日本歯科審美学会が目指す専門医制度

医科では、「美容外科」、「美容皮膚科」などが医療広告での標榜が認められているのに対して、歯科では、「審美歯科」の標榜は認められていない。一方で、「美容外科」、「美容皮膚科」の専門医制度は、日本専門医機構では認められていない。本学会では、多くの場で、「審美」と「美容」を分けてきているが、残念ながら国民の間ではそれが周知されておらず、「審美=美容」と考えられることが多く、審美歯科治療は、「いわゆる美容(歯科)医療」とされることも多い。これについては、本学会のさらなる国民への啓蒙活動が必要と感じているところである。いわゆる美容医療については、誇大な広告、治療費に関するトラブルなどが社会的問題となることもあり、ウェブサイトを含む医療広告の規制¹¹⁾や美容医療へのクーリング・オフの導入¹²⁾などが行われてきており、本学会はそれらの実施・遵守に全面的に協力してきた。また、コンプライアンスの徹底を本学会の会員に厳しく課しているところである。

国民が安心して安全な審美歯科治療を受けるために、現在の本学会の認定制度は貢献していると自負しているが、さらに専門医制度を制定することは必要である。ひとつは、日本歯科専門医機構認定の専門医制度として認めていただくことである。機構からは、現在準備中の「歯科保存専門医(仮称)」に加わる機会をいただいているが、本学会の準備不足もあり、すぐの参加は難しいところである。また、「歯科保存専門医」の名称は本学会の特性を的確に表現しているとはいえないが、本学会としては、「審美歯科専門医」が望ましいと考え、国民もその必要性を認めてくれると期待しているが、現状ではその実現は困難なことは承知している。日本専門医機構では、基本領域とサブ領域からなる二段階制度、すなわち、サブ領域専門医

制度（いわゆる、サブスペシャリティ）を基本理念の一つとしている¹⁾。日本歯科専門医機構においても、早急にサブ領域専門医制度の導入を検討していただければ、本学会としても積極的に対応していきたい。

もうひとつは、米国 AACD が Dental Specialist と別に、学会独自の Accreditation を制定しているのと同じように、本学会も独自の専門医制度を運営することである。しかしながら、これは日本歯科専門医機構の設立の経緯から考えて好ましいことではないと承知している。そこで、最も実現可能、かつ、適切な方法として、まずは、本学会の認定医制度を創設し、その際には、機構が定めている外形基準に準拠するように努めることが望ましいと考えられる。

歯学部・歯科大学に歯科審美学の講座・研究室はほとんどなく、また、歯学部・歯科大学に勤務する本学会会員の多くは複数の学会に入会しており、他学会の専門医を取得している会員も多い。本学会の特徴のひとつは、開業医およびその勤務医の会員が多いことである。また、それらの会員のうち、他学会に加入していない者も少なくない。開業医およびその勤務医が少なくともひとつ以上の学会に入会し、研鑽を積むことは望ましいことであり、本学会がその受け皿のひとつとなることは大きな責務と思われる。他の専門医と同様に、本学会認定医も歯学部・歯科大学がある都道府県、あるいは大都市に偏在する傾向がある。国民に広く高度な審美歯科治療受診の機会を提供するためにも、この問題を解消することは喫緊の課題である。このような状況を踏まえて、本学会の専門医制度は、開業医およびその勤務医が、大学の常勤歯科医師にならずに専門医を取得できるような設計にすべきと考える。機構認定の専門医制度における指導医は大学教員が多く、また、研修施設は大学病院や病院歯科が多いが、本学会では、優秀な開業医が指導医となり、その診療施設が研修施設となることが可能となる方策を探るべきと考えている。これによって、歯学部・歯科大学がない地域にも研修施設ができることになり、認定医・専門医の地域偏在を解消する一助になるであろう。

3. おわりに

一般社団法人 日本歯科審美学会のこれからの専門医制度の構築について、本学会の特徴を踏まえて、概要を述べさせていただいた。日本歯科専門医機構のご指導の下、国民が安心して安全な審美歯科治療を受けられるよう、本学会の専門医制度を設計していきたい。

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) 日本専門医機構. 理念・行動目標・理事長挨拶
<https://jmsb.or.jp/about/> (令和5年2月14日参照)
- 2) 日本歯科専門医機構. 新たな歯科専門性の構築
https://jdsb.or.jp/greeting_shikkoubu_01.html (令和5年2月14日参照)
- 3) 日本歯科専門医機構. 歯科専門医の基本的な考え方
https://jdsb.or.jp/about_specialist.html (令和5年2月14日参照)
- 4) 日本歯科専門医機構. 認定 研修施設・専門医 一覧
https://jdsb.or.jp/about_specialist_list.html (令和5年2月14日参照)
- 5) 日本歯科審美学会. 学会小史

- <https://www.jdshinbi.net/about/history/> (令和5年2月14日参照)
- 6) 日本歯科審美学会. 定款
<https://www.jdshinbi.net/about/aoi/aoi.pdf> (令和5年2月14日参照)
 - 7) 日本歯科審美学会. 歯科審美学教授要綱
https://www.jdshinbi.net/about/education/outline_20010423.php (令和5年2月14日参照)
 - 8) 日本歯科審美学会. 認定医制度規則
https://www.jdshinbi.net/authorization/certified_physician.php (令和5年2月14日参照)
 - 9) American Dental Association. Requirements for Recognition of Dental Specialties
<https://ncrdscb.ada.org/recognized-dental-specialties> (令和5年2月14日参照)
 - 10) American Academy of Cosmetic Dentistry. AACD Accreditation & Fellowship
<https://aacd.com/accreditation> (令和5年2月14日参照)
 - 11) 厚生労働省. 医療法における病院等の広告規制について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokokukisei/index.html (令和5年2月14日参照)
 - 12) 消費者庁. 特定商取引法ガイド 特定継続的役務提供
<https://www.no-trouble.caa.go.jp/what/continuouservices/> (令和5年2月14日参照)

6. 日本矯正歯科協会専門医制度

和島 武毅

((一社) 日本矯正歯科協会会長)

1. はじめに

矯正歯科治療は、治療期間が数年間という長期に及ぶ医療で、専門性が高い歯科医療分野である。そのため、歯科大学における6年間の歯学教育の中では学ぶことが難しく、卒後専門研修が必須な臨床分野である。しかしながら自由標榜制の中、専門研修の有無に関わらず矯正歯科を標榜することが可能な医療環境であることから、矯正医療環境は混乱しており様々な医療トラブルが報告されている^{1)~2)}。

安心、安全な矯正治療を普及させるためには、一日も早く専門医制度を確立し、国民に対して医院選択の一つの指標を示すことは重要である^{3)~5)}。

2. これまでの経緯

矯正歯科領域において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それぞれ独自の矯正歯科専門医制度を運用していた。当会においては、当会専門医制度発足時(2004年)の大学での専門研修実態に大学間格差があったこと等から、臨床経験を重視した制度を採用することとした。具体的には、100症例の治験例リストの提出を義務付け、そのリストの中から審査委員会が選択した5症例の資料を審査対象として臨床能力評価を行うことを基幹に据えた制度を運営していた。

2007年から厚生労働省指導による3団体(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)懇談会等を経て3学会で統一した専門医制度構築を目的に日本矯正歯科専門医機関(以下、機関と略す)を設立し2020年10月に第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。その結果をふまえて、専門医制度に係る申請書類を日本矯正歯科学会より日本歯科専門医機構(以下、機構と略す)に提出し、それ以降3学会を含めた機構との意見交換会が合計19回開催された。その結果、当会及び日本成人矯正歯科学会においては過去における専門研修実績を担保する書類が不足していたことから、日本矯正歯科学会の認定医取得を研修実績の証とすることとなった。そのため、過去の研修実績が不足していると認定された者、及び日本矯正歯科学会認定医を取得していない者は、追加研修、認定医取得をもって専門医試験受験資格を認めることとなった。また3学会で設立した機関は解散し、日本矯正歯科学会内の専門医委員会においてその実務を引き継ぐ事となった⁶⁾。

3. 今後の展望

上記の経緯を踏まえて、可及的速やかに専門医制度認証を目指す。また、当会及び日本成人矯正歯科学会において専門研修実績が不足している者に対して、日本矯正歯科学会内の専門医委員会を中心に、暫定期間における追加研修プログラムの策定ならびにその実践などを早急に検討し、追加研修の実施に向けた環境整備を行う。また大学や人口密集地に専門医/研修施設が集中する傾向にあるので、地域偏在を改善していく必要がある。日本歯科専門医機構認定矯正歯科専門医の申請要件として、日本矯正歯科学会認定医資格を有する者と定めている(認定医総数約3,500名 2022年現在)。将来的に矯正歯科専門医は2,000名程度確保する予定であり、現在の認定医が矯正歯科専門医を取得することで矯正歯科専門医は日本各地に配置されると考えている。

4. おわりに

今後も日本矯正歯科学会, 日本成人矯正歯科学会と連携し, 安心, 安全な矯正歯科医療普及の一助となるような矯正歯科領域の専門医制度の認証を目指してゆく所存である.

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) 有松稔晃. 非抜歯から抜歯に治療方針を変更した転医症例. 日本矯正歯科協会学術雑誌 vol.18 : 6-13, 2020.
- 2) 金井鐘秀. いくつかの転医症例から. 日本矯正歯科協会学術雑誌 vol.18 : 14-28, 2020.
- 3) 和田康志. 矯正歯科領域の専門医制度の必要性. 日本矯正歯科協会学術雑誌 vol.17 : 6-18, 2019.
- 4) 清水典佳. 安心・安全な矯正歯科治療提供のために必要な取り組みと専門医制度. 日本矯正歯科協会学術雑誌 vol.17 : 19-27, 2019.
- 5) 深町博臣. 我が国における歯科矯正領域の専門医制度に関する考察. 日本矯正歯科協会学術雑誌 vol.17 : 28-31, 2019.
- 6) 深町博臣. 日本歯科専門医機構による矯正歯科領域の専門医認証について, 日本矯正歯科協会学術雑誌 vol.20 : 27-29, 2022.

7. 日本成人矯正歯科学会認定医・臨床指導医制度

村井 茂

((特非)日本成人矯正歯科学会理事長)

1. はじめに

日本成人矯正歯科学会は、昨年、発足 30 周年を迎えた。発足当時の矯正歯科治療の対象は、主に成長期にある若年者であったが、少子高齢化に伴い歯周病、全身疾患を有する成人の矯正歯科治療に対するニーズ、そして包括歯科医療の中での重要性が急速に高まっている。

矯正歯科治療は保定期を含めた治療期間が長く、技量の習得はもとより治療経過の把握には基盤的能力の涵養を目的とした卒後研修が必須の臨床分野であり、また、国民に安心、安全な矯正歯科治療を提供するためにはできる証として、日本矯正歯科学会（以下、日矯と略す）、日本矯正歯科協会（以下、協会と略す）とともに、統一された国民のための専門医制度の確立が極めて重要であると考えている。

2. 日本成人矯正歯科学会の認定制度について

当学会では認定医、臨床指導医、総合指導医の認定制度を定め、矯正歯科の知識、技術の向上を図り、国民へ安心、安全の医療を提供するよう努めている。また、大学歯学部卒業後に何らかの事情で大学での基本研修を受けることが出来なかった歯科医師にも本学会の認定医資格を取得するチャンスを与えるために、認定医研修プログラムと認定研修施設を用意している。

3. 日本歯科専門医機構での矯正歯科専門医誕生に向けて

日本成人矯正歯科学会、日矯、協会の 3 学会で専門医制度を統一すべく、2019 年に日本矯正歯科専門医機関（以下、機関と略す）が設立された。2020 年に機関で 3 団体の既存の専門医制度における【専門医】の呼称を廃止し、各学会で別の呼称に変更することが決議され、当学会では専門医を臨床指導医、指導医を総合指導医と名称変更した。同年 10 月に機関で第 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）が実施された。しかし、2018 年に一般社団法人日本歯科専門医機構（以下、機構と略す）が設立され、2021 年には機構に歯科専門医認証制度が移行された。そのため、機構との意見交換会は 2020 年 9 月から 2022 年 8 月まで、19 回に亘って開催され、意見交換会において、日本成人矯正学会の研修制度の実態調査に一部不備が指摘された。2022 年末で機関は解散。当学会の研修制度の不備による矯正歯科専門医制度移行期間における追加研修特例措置、および当学会からの申請者の中で研修歴が不足している者についての追加研修あるいは認定医の取得に関しては、日矯内に設けられる「専門医委員会」においてその実務を引き継ぐことになった。そのため、今後の試験については日矯に申請することになった。

4. おわりに

国民に対し、日々進歩発展する歯科医療を提供することと、安全かつ安心な矯正歯科医療の質の担保が最も重要と考えています。そのため、当学会では、学術雑誌発行、学術大会、認定医研修プログラムなどの活動に加え、歯並びコーディネーター研修会、矯正歯科ムック本発行などの啓発活動を通じて、国民目線での矯正歯科の理解を図っております。今後も日矯、協会と連携し、安心、安全な矯正歯科医療普及の一助となるような矯正歯科領域の専門医制度をできるだけ早期に設立できるよう協力し目指していく所存です。

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。

8. 日本口腔インプラント学会専修医・専門医・指導医制度

細川 隆司

(九州歯科大学歯学部教授,
(公社)日本口腔インプラント学会理事長)

1. はじめに

日本口腔インプラント学会は、1986年に2つの学会組織が統合されて設立された日本歯科医学会の中で最大の会員数(約17,000名)を誇る専門分科会として活動している。発足当時から学会認定医制度があり、多くの認定医、指導医を認証してきたが、2007年に新たな専門医制度をスタートさせ、認証医(現在の専修医)、専門医、指導医の資格認定が開始された。本稿では、学会認定専門医制度の概説とともに新たに位置づけられる機構専門医との関係について述べる。

2. 本学会の認定制度と機構認定専門医との関係

現在運用されている日本口腔インプラント学会認定専門医制度は、米国のインプラント歯科専門医制度に近い制度設計となっている(図1)。米国のインプラント専門学会であるAAID(American Academy of Implant Dentistry)では、大学卒業後、1年以上学会に所属し所定の教育研修を受けて口頭試問と筆記試験に合格すればAssociate Fellowの資格が与えられ、さらに5年以上学会に所属し所定の教育研修を受けて口頭試問と筆記試験に合格すればFellowの資格が与えられる。その上に、American Board of Oral Implantology/Implant Dentistry(ABOI/ID)と言う第三者機関により認証される専門医制度があり、所定の教育研修を受けて口頭試問と筆記試験に合格すればDiplomate(第三者機構認定の専門医)となる。日本口腔インプラント学会(JSOI)の専門医制度(図2)では、AAIDのAssociate FellowがJSOI専修医、Fellowが口腔インプラント専門医に相当し、Diplomateは現在検討されている日本歯科専門医機構認定の専門医に相当するものと考えて良い。大学卒業後、2年以上学会に所属し所定の教育研修を受けて口頭試問(ケースプレゼンテーション試験)と症例審査に合格すればJSOI専修医の資格が与えられ、さらに5年以上学会に所属し所定の教育研修を受けて口頭試問と筆記試験に合格すれば口腔インプラント専門医の資格が与えられる。その上に、日本歯科専門医機構より認証された広告可能な専門医制度が位置することになるが、図2に示すように、機構認定の専門医制度が発足した時点で、現在学会が認定している専門性資格の名称である『口腔インプラント専門医』は、別名称の『JSOI認定医(仮称)』等に変更した上で機構認定の専門医資格とは全く別の学会独自の教育研修制度の認定資格として当面の間継続する予定である。学会認定の専門性資格を有する会員は、機構認定の専門医に必要な専門医教育研修履歴と経験症例数などを全て満たしていることが確認できた時点で機構認定の専門医試験を受験し、全く別の専門性資格として認定を受けることになる。機構認定の専門医制度における教育研修の内容や認定試験の詳細については、現在、機構の助言のもと日本顎顔面インプラント学会との連携による制度設計の最終調整を行なっている段階である。

学会認定の指導医資格については、学会認定の口腔インプラント専門医資格を有し10年以上正会員の資格を維持し、10回以上の学会参加、学会認定の研修施設に8年以上所属して、所定の研修を修了する必要がある。さらに、学会発表6回以上、論文業績が6編以上必要とされ、インプラント補綴の最終上部構造装着後3年以上良好に経過した100症例(大学病院所属者の必要症例数は別規定)を所定の画像記録とともに

に9名の審査員(1グループ3名×3グループ)の前で治療内容について口頭試問を受け合格判定であった場合、指導医の資格が学会より認定されている。

日本口腔インプラント学会における専門医制度の研修施設としては、全国29大学歯学部全ての附属病院に加え、数多くの医学部附属病院(歯科口腔外科)を認定研修施設として認定しており、その多くは、現在、機構認定の専門医制度申請に向けて連携の協議を進めている日本顎顔面インプラント学会の認定研修施設も兼ねている。その他に、大学を離れた臨床医の研修先として、専門医・指導医が常勤する複数の研修医療機関を施設群として研修を行なっている臨床系研修施設を学会独自の基準を設けて認定しているが、機構認定の専門医制度においては、施設群を一つの研修機関とするのではなく指導医が常勤する医療機関それぞれを研修施設として審査・認定して専門研修のOJTを行い、専門医機構の整備指針に沿った専門医研修を実施する方向で検討している。

3. 今後の展望(機構認定専門医制度発足後の本学会専門医制度のあり方)

機構認定専門医制度が発足後は、学会認定専門医は学会認定医(仮称)等の別名称とし、機構認定専門医に至る研修過程において一定の研修目標の達成を表す指標(マイルストーン)として社会に周知し、患者から見てわかりやすく信頼される専門医制度を構築していくことを考えている。

4. おわりに

機構によって求められている専門医制度においては、(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の質を保証・維持できる制度、であり(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、であることが明示されている。日本口腔インプラント学会は、この専門医機構の基本理念に沿って、学会がこれまで独自に構築してきた専門医制度を基本整備指針に沿って改革を行い、学会の認定制度を基軸にして顎顔面インプラント学会とともに新しい専門医認定制度を構築していく所存である。

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) American Academy of Implant Dentistry. "Training, Expertise and Credentials"
<https://www.aaaid-implant.org/find-an-implant-dentist/> (令和5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)

9. 日本顎顔面インプラント学会専門医・指導医制度

矢島 安朝

(松本歯科大学教授,

(公社)日本顎顔面インプラント学会常任理事)

1. はじめに

本学会の特徴は、会員のほとんどが口腔外科を基盤とした診療を日常的におこなっていることである。つまり、口腔外科ベースのインプラント治療がメインとなっていることが多い。したがって、会員の中にはインプラント埋入手術は行っても、上部構造の作製等を行っていない者も存在する。

2. 本学会の特殊な専門性と機構認定専門医の違い

本学会の現在の専門医制度では、専門医申請に必要な臨床実績は「インプラント症例の診断、治療計画、埋入手術をおこなった合計 30 症例以上（インプラント埋入手術例 20 例以上、インプラントのための骨造成手術 5 例以上、インプラント除去症例 5 例以内を含むこと）の執刀医を指導医、専門医のもとで経験しなければならない」と規定されている¹⁾。つまりインプラント補綴は制度上経験しなくても良いことになっている。その代わり骨造成術、広範囲顎骨支持型装置の手術、また他院からのリスクの高いインプラント除去依頼といった本学会認定研修施設ならではの特徴的な症例の経験が追加されている。これらの点が機構認定専門医制度との最大の相違点であると考えられる。

今後機構認定専門医制度に移行してからは、当然、インプラント補綴の設計等も必要とされるため、より緊密に研修施設と准研修施設の連携を強くし、インプラント補綴に関する知識、技能、態度の習得をも図ることとなる。

3. 今後の展望（機構認定インプラント歯科専門医制度発足後の本学会専門医制度の存続）

本学会では当初、機構認定インプラント歯科専門医制度が発足するときには、従来の本学会の専門医制度の廃止、機構専門医制度への一本化、および既存の専門医は更新時に試験等による選別の後、機構認定専門医に移行するものと考えていた。これが厚生労働省および日本歯科専門医機構の方針だと理解していた。しかし、第4回インプラント歯科WG会議（2022.5.17）において、日本口腔インプラント学会は機構認定インプラント歯科専門医制度が発足してからも、機構認定インプラント歯科専門医とは別建てで口腔インプラント学会認定インプラント専門医（認定医）を存続させたい意向がある旨について、機構の考えを確認したところ、日本歯科専門医機構としては「各学会の学問の自由を侵すことはできない」との理由から学会活動に関しては介入しないとの回答であった。本学会ではそれ以来、理事会において何度も、機構認定専門医制度発足後の本学会の専門医制度の問題を討議しているが、いまだに結論が出ていない。大別すると以下の2点が論点である。従来通り、機構発足前の厚労省の考え方通り「従来の専門医制度は廃止して機構専門医に一本化することが、最も国民に分かりやすい専門医制度であり、ここを守らなければ機構設立の意味は半減する」という意見と「従来の本学会の専門医制度は、機構認定専門医制度が定める臨床実績よりも難易度の高い手術経験を求めている。これこそが専門性である。したがって専門医制度がダブルスタンダードとなって国民から理解されにくくなったとしても、本学会の専門医制度はその名を変えて存続を図るべきである。専門医という名を使わなければ良いのではないか」との意見である。この協議の結論が導き

出されるまでには、しばらく時間がかかる様に思われる。

4. おわりに

従来、広告可能と最初から認められていた日本口腔外科学会等の専門医制度は、機構の制度にすべて乗り換えることになった。しかし今後広告可能をめざす顎顔面、口腔インプラント学会の以前の専門医制度は名前を代えてその制度を残そうとすることに大きな違和感を否めない。おそらく、国民の感じ方も同様なものであろう。

参考文献

- 1) 日本顎顔面インプラント学会. HP, 専門医制度施行細則.
Jamfi.net/senmoni/PDF/senmonikisoku.pdf (2023年2月28日参照)

10. 日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医・指導医制度

高井 康博

((特非) 日本臨床歯周病学会理事長)

1. はじめに

日本臨床歯周病学会歯周インプラント認定医・指導医制度は、2003年に発足した本会認定医制度にて、その資格を取得した会員が、さらにインプラントに関する認定医・指導医を取得するための制度として2013年に発足した。

2. 本会歯周インプラント指導医の現状について

1) 歯周インプラント指導医の概要

歯周病患者に対するインプラント治療をより安心・安全に国民へ提供することを目的とし、歯周病と全身との関係に配慮しながら、歯周治療に関する専門的な知識や技術をインプラント治療にも応用することで、豊かで健康な国民生活の増進に貢献することを目的とする。

2) 資格取得要件ならびに現状

本会における歯周病に関する認定医（3年以上の研修と筆記試験、症例報告と口頭試問必須）を取得後、歯周インプラント認定医（症例報告と口頭試問必須）を取得、その後研修施設で7年以上の研修をおこない、インプラント治療の知識と技量を習得したうえで、歯周インプラント指導医試験に合格した本会会員とする。現在、歯周インプラント認定医90名、歯周インプラント指導医62名、研修施設72施設を擁する。^{1), 2)}

3. 機構認定専門医の専門性との関係および今後の展望

日本人の歯を失う原因の第一位は歯周病であり、歯を失った部位の機能・審美の回復にはインプラント治療が有効であることに異論はない。しかし、インプラント治療を行う前に、歯周病治療により歯周病が完治あるいは寛解していることが絶対条件である。また、昨今インプラントも歯周病と類似したインプラント周囲炎に罹患することが多数報告されている。これらをふまえると、インプラント治療を行うにあたって、歯周病治療に熟知した会員による本会の制度は、国民が望むインプラント専門医制度に対応できると考える。また、専門医・研修施設の地域偏在への対応として、本会は資格取得のためのマニュアルを本会ホームページに常に掲載している。また、本会は、全国に7つの支部を持ち各支部で認定医・指導医ならびに研修施設資格取得への啓発活動を積極的におこなっている。今後、機構認定インプラント歯科（仮称）専門医制度が設立された際には、その研修施設ならびに研修をおこなう歯科医師の基準を満たすように、本会制度の改革と構築をおこなう予定である。

4. おわりに

本会は、日本歯科専門医機構発足時にインプラント専門医制度の認可を受ける目的で、社員として登録した。その後、本会のインプラント指導医制度について現状を報告してきた。しかしながら現在、インプラント専門医制度の立ち上げに向けては、日本歯科専門医機構と日本顎顔面インプラント学会ならびに日

本口腔インプラント学会の3者で協議が進められており、その結果により本会もその資格が得られるように本会制度を改善・構築していく所存である。

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) 日本臨床歯周病学会. HP, 認定医について. <https://www.jacp.net/nintei/nintei/> (令和5年3月22日参照)
- 2) 日本臨床歯周病学会. HP, 指導医について. <https://www.jacp.net/nintei/ishidoi/> (令和5年3月22日参照)

11. 日本障害者歯科学会認定医・専門医・指導医制度

委員 小笠原 正

((公社) 日本障害者歯科学会理事長)

1. はじめに

障害を理由として医療などのサービス等の提供を拒否することや医療の提供に当たって場所・時間帯などを制限する、障害者でない者に対して付さない条件を付するなどにより障害者の権利利益を侵害することは、障害者差別解消法¹⁾で禁止されている。しかしながら、障害を理由として歯科治療を断ることや障害のある人へ適切な歯科治療ができないことがあった。現在も地域によっては、障害を理由に断ることがあるという。障害のある人への歯科医療の裾野を広げるために、障害者歯科学会は40年前より活動し、地域の障害者歯科センターや口腔保健センターで障害のある人への歯科医療を専門的に提供していることに貢献してきた。そうした状況をさらに強化すべく障害者歯科学会認定医制度と専門医制度が制定され、患者から信頼される障害者歯科医療を提供できる歯科医師を育成してきた。

2. 日本障害者歯科学会の専門性の歴史

1970年代までは、障害児者を診る医療機関がなく、障害児者は歯科医療から取り残されていたが、1973年に日本障害者歯科学会の前身である「日本心身障害児・者歯科医療研究会」が発足し、1984年に日本障害者歯科学会として名称変更し、これまでに障害者歯科学会は50年の歴史がある。本学会は、日本の障害者歯科医療の均てん化のために発足当初から地域の歯科医師会と連携し、学術大会の主催も大学と地域で順番に開催してきた。本学会では、認定医制度が2003年に制定された。認定医申請者は学会が承認したに認定医臨床経験施設にて一定の研修を修了することを義務づけられている。認定医臨床経験施設は、①障害者歯科医療が継続的に行われ、1週間の障害者の患者数が概ね20症例以上である、②本学会に研究発表等の積極的な参加を行っていること、③歯科診療の設備が充実し、治療椅子が2台以上であること、④認定医指導医は継続的に存在すること、⑤歯科衛生士の関わりが日常的かつ継続的であること、⑥歯科医師を対象とした研修会が定期的で開催されていること、⑦障害者の歯科医療や療育、訓練、福祉に関する図書が充実していること、⑧その他障害者歯科診療に適した環境であることが条件とされている。これまでに認定医は1381名、認定医指導医は196名を輩出し、認定医臨床経験施設は全国で266カ所であり、山形県を除いて46都道府県に存在する(図1)。

専門医制度は、「障害者歯科医療に必要な専門的知識と技能、及び継続的診療機会を有する歯科医師を認定し、良質の障害者歯科医療を担保するとともに、地域における障害者歯科医療の普及に資すこと」を目的として2017年に制定された。専門医申請者は専門医研修施設で学会認定の研修プログラムに沿った指導を専門医指導医のもとで一定期間積むことを義務づけられている。日本障害者歯科学会専門医は181名、専門医指導医は41名を輩出し、専門医研修施設は51施設が登録されている。全国で障害のある人を診る歯科医療施設は、歯科医師会立などなどのセンターが361カ所、認定医がいる施設が561カ所あり、障害者歯科医療の均てん化のために学会は貢献している(図2, 3)。

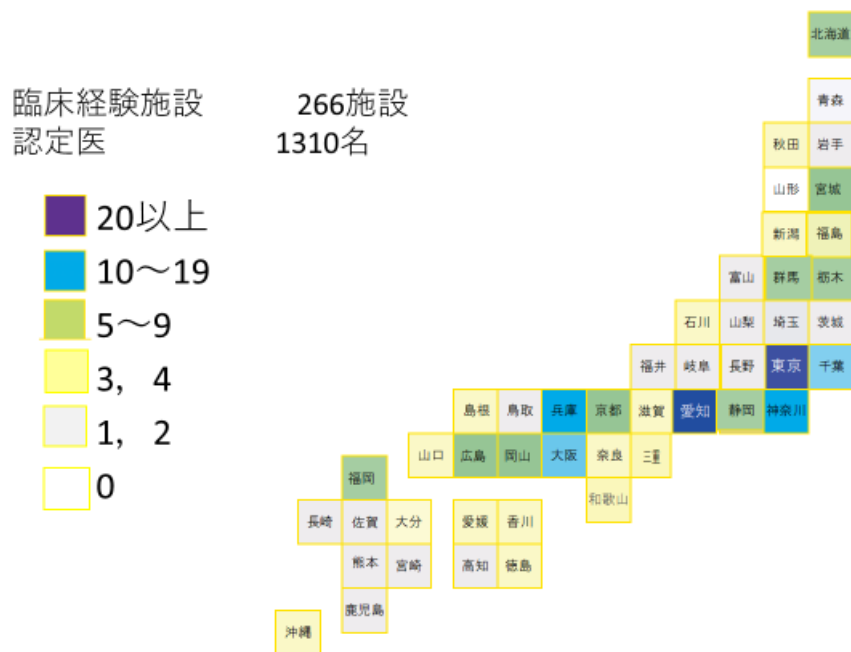


図1 臨床経験施設（認定医育成施設）

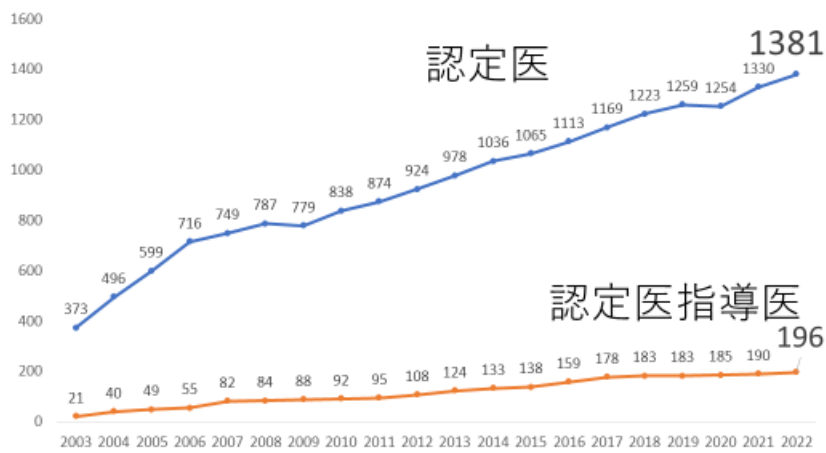


図2 日本障害者歯科学会認定医 認定医指導医

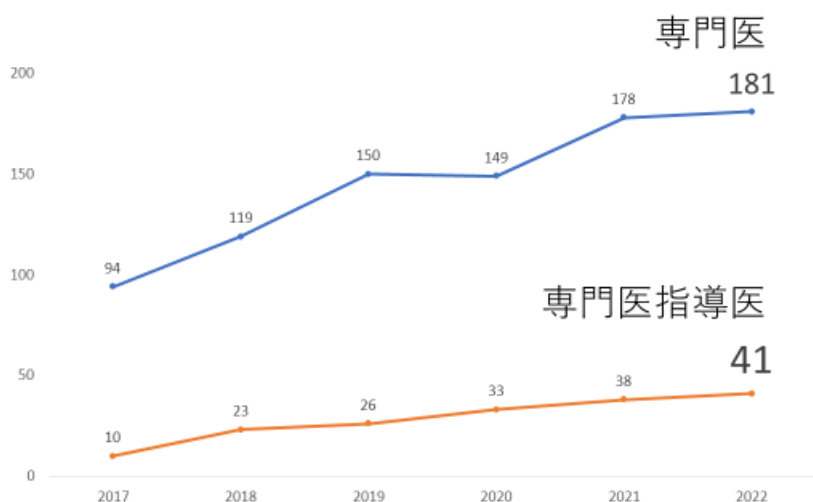


図3 日本障害者歯科学会専門医 専門医指導医

3. 日本障害者歯科学会の認定医・専門医制度

1) 認定医制度

障害者歯科学会認定医制度は、「障害者へ歯科医療を提供するために必要な臨床経験、知識を有する歯科医師を養成することにより、歯科医療の立場から障害者の社会生活や日常生活を支援し、社会福祉の向上と障害者歯科学発展に寄与すること」を目的として制定された。認定医申請者は、3年間の臨床経験と学会会員歴が求められる。学会が承認した認定医臨床経験施設にて3年間に8項目にわたる内容を臨床経験することを義務づけられ、3年間に経験した60症例の歯科診療内容の記載と経験した5症例の詳細を記載したものを提出する。また業績として学術大会での発表あるいは論文掲載の経験、救急蘇生研修会の受講歴、倫理研修会の受講歴も求められる。そのうえで記述試験と面接試問を実施、合否を決めている。認定医指導医は、10年以上の継続した学会会員歴、認定医更新を1回以上、本学会雑誌に論文を3編以上の掲載した者に認定医指導医の申請資格が与えられ、申請により面接試問が実施される。認定医、認定医指導医は5年ごとの更新が行われる。更新に際しては、一定の研修の基準が設けられている²⁾。

2) 専門医制度

障害者歯科学会専門医制度は、障害者歯科医療に必要な専門的知識と技能、及び継続的診療機会を有する歯科医師を認定し、良質の障害者歯科医療を担保するとともに、地域における障害者歯科医療の普及に資することを目的としている。専門医研修プログラムを履修するものを専攻医とよぶ。専攻医は専門医研修施設で学会が定めた研修プログラムに沿った指導を専門医指導医のもとで5年以上積み重ねなければならない。そして通算5年以上の研修プログラムを修了していること、現在の障害者歯科診療の機会が日常的であり、1ヶ月に概ね20症例(1症例2回まで)の障害者の歯科治療を継続して実施していること、一般社団法人日本障害者歯科学会雑誌または関連学会の雑誌等に障害者歯科に関連する論文を2編以上掲載した実績を有する者が専門医申請資格を有する²⁾。専門医試験は、症例要約、筆記試験、面接試問によって行われる。専門医指導医は、15年以上の学会会員歴、15年以上の障害者歯科治療経験、認定医のための指導医とし

て5年以上の経験，認定医指導医として5名以上の認定医を育成した経験，3編以上の論文掲載の業績を持つものが申請条件となる²⁾。専門医指導医試験は，面接試問によって行われる。専門医，専門医指導医は5年ごとの更新が行われる。更新に際しては，一定の研修の基準が設けられ，プロフェッショナルオートノミーを基盤として制度化されている（図4）。

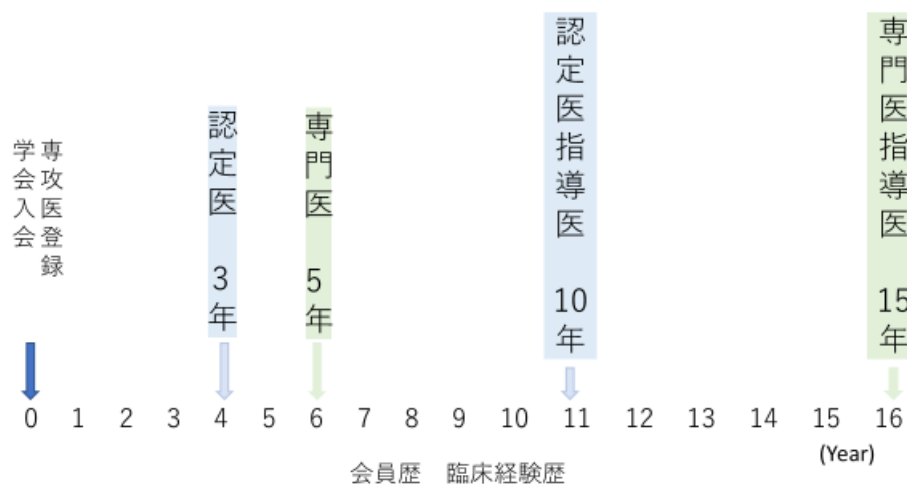


図4 日本障害者歯科学会認定制度の流れ

4. 今後の展望

日本障害者歯科学会は，地域の歯科医師会立の口腔保健センターや障害者歯科診療所を中心に障害のある人を専門的にみている。日本の障害者歯科医療の実態を考慮すると，全国の口腔保健センターや障害者歯科診療所に専門医と専門医指導医を配置することが望ましいと考える。そのため機構認定総合歯科（仮称）専門医のニーズは極めて高く，また速やかな認定開始が望まれる。以上の理由で学会認定専門医の存続を希望する学会員の存在も否定できないが，一方で機構認定と学会認定の専門医制度が並存することは国民の混乱を招く可能性が高い。今後は従来の学会認定専門医に代わる新たな名称が必要と考える。

5. おわりに

現在，障害者歯科医療は口腔保健センターや障害者歯科診療所で専門的に歯科治療を行っていることが定着している。そして障害のある人の口腔管理は，地域の開業医で実施している。こうした連携を踏まえた口腔保健センターや障害者歯科診療所で専門的にみている歯科医師に歯科専門医を取得できる環境を整えることが日本のスペシャルニーズを支えることになると考える。

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) 厚生労働省. 障害者差別解消法 医療関係事業者向けガイドライン.

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sabetsu_kaisho/dl/iryuu_guideline.pdf (令和5年2月12日参照)

- 2) 日本障害者歯科学会. ホームページ. <https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh-hp/html/>
- 3) Gem Med. 基本領域の学会認定専門医, できるだけ「機構認定専門医」へ移行を—日本専門医機構・寺本理事長. <https://gemmed.ghc-j.com/?p=41625> (令和5年2月12日参照)

12. 日本老年歯科医学会認定医・専門医・指導医制度

委員 水口 俊介

(東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野教授、
(一社)日本老年歯科医学会理事長)

1. はじめに

一般社団法人日本老年歯科医学会認定制度については、認定医制度が2007年より、専門医制度は2011年より施行されている。以来、老年歯科をとりまく状況に合わせて改正し、2019年の改正を最後に現在に至っている。

2. 日本老年歯科医学会の認定医・専門医・指導医(図1)

認定医は申請時に3年以上の正会員であり、研修施設において指導医のもとで、高齢者に必要とされる歯科医療へ3年以上従事し、学術大会や研修会の出席、および所定の診療実績と診療報告をしたものが申請できる。審査は、まず申請書類を委員会が審査し、合格した者に対して症例や研究報告に関する口頭試問と筆記試験を行う。

専門医は申請時に5年以上の正会員歴を有し、認定医取得後2年以上にわたり高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療に従事し、高齢者に必要とされる歯科診療に関わる認定研修を履修した者である。この研修カリキュラムは、高齢化と社会、老化と身体、歯科訪問診療、摂食嚥下リハビリテーションの項目を含むことを必須とし、研修機関での研修が困難な項目については、認定制度委員会が指定する「専門医申請者研修」に代替することができる。このほかに学術大会への2回以上の参加、本会主催・共催研修、(別表1の1・2))への5回以上の参加、「医療倫理」と「医療安全」と「救急救命」に係る研修会へのそれぞれ1回以上の参加が要求され、学会誌と学会誌以外への掲載論文、学術大会での発表歴2回が要求される。

指導医は専門医資格取得後、継続して5年以上本会正会員であり、高齢者に必要とされる歯科医療に関わる認定研修を履修した者であり、下記のいずれかに該当する者であることが要求される。

- 1) 大学病院等で高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療を担当する診療科又は診療部門の長である者
- 2) 専門医として通算5年以上にわたり、研修機関で高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療に従事している者
- 3) 専門医として通算7年以上にわたり、研修機関以外の病院または診療所において、高齢者に必要とされる歯科医療に関連する診療に従事している者

指導医の更新は、本人の専門医の更新(5年ごと)に合わせて自動的に更新される。

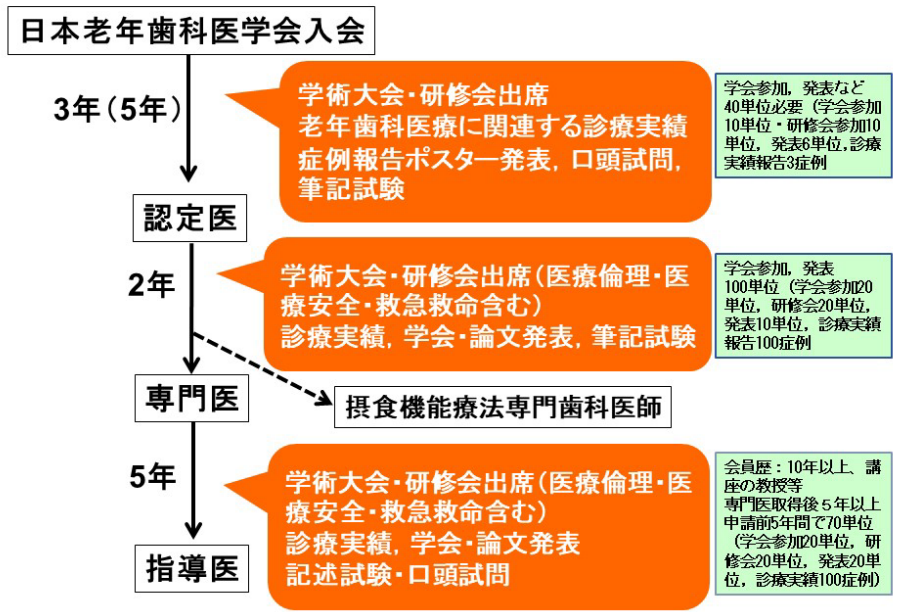


図1 認定医・専門医・指導医取得への道のり

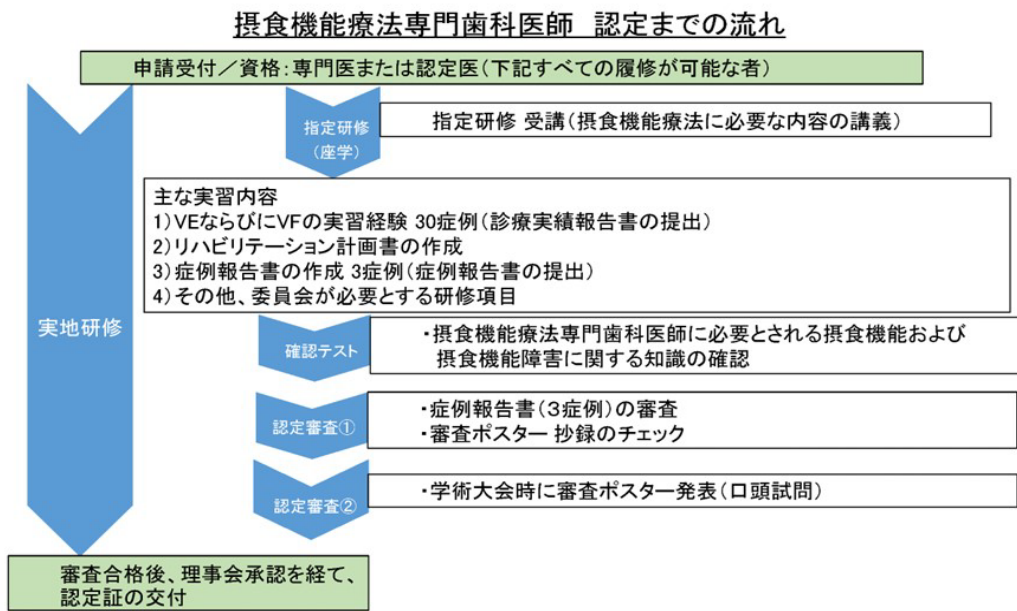


図2 摂食機能療法専門歯科医師 認定までの流れ

3. 摂食機能療法専門歯科医師の養成と認定（図2）

本会では2014年より、高齢者に必要とされる歯科医療を提供するため、摂食嚥下リハビリテーションに関する専門的な知識と技術を有する摂食機能療法専門歯科医師の養成を行っている。専門医あるいは認定医を取得した会員が、指定研修の受講ののち、研修機関において実地研修が開始されるが、VF,VEの実習症例30症例の報告書、リハビリテーション計画書と、症例報告書3症例の審査を受け、合格した者が多肢選択式知識確認試験の受験を許可される。それを合格した者がさらに症例報告書の審査を受け、口頭試問用の審査ポスターのチェックを受け、合格した者が口頭試問に望むことができる。これまで103名の摂食機能療法専門歯科医師を養成・認定している。

4. おわりに

老年歯科医療の中で今後必要とされる認定制度はいくつか考えられる。一つは終末期医療を含む在宅歯科診療、そして認知症対応であろう。これらの問題はまだエビデンスも取りづらく十分ではないため、早急には対応はできないのかもしれないが、経験値ベースで議論し研修プログラムの作成を進めなければならないし、実際の診療時の方法論を確立してゆかなければならないところである。

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) 日本老年歯科医学会. 認定制度. <https://www.gerodontology.jp/authorization/> (令和5年3月22日参照)
- 2) 日本老年歯科医学会. 摂食機能療法専門歯科医師.
https://www.gerodontology.jp/authorization/eating_function.shtml (令和5年3月22日参照)

13. 日本有病者歯科医療学会認定医・専門医・指導医制度

委員 石垣 佳希

(日本歯科大学総合診療科教授,

(一社)日本有病者歯科医療学会常任理事)

1. はじめに

日本有病者歯科医療学会認定医制度は、「歯科医学と医学との協調のもとに基礎疾患を有する患者の歯科医療を安全に、そして安心して行える全身管理を主体とした医療の促進」という学会設立趣旨のもと、より高度な有病者歯科医療を行う医療従事者を育成することをその意義としている。

2. 入会から各資格取得の流れ

本学会の認定医、専門医ならびに指導医制度の目的は、有病者に必要とされる歯科医療を提供するための知識、臨床経験を有する歯科医師を養成することにより、歯科医療の立場から有病者の健康を増進することである。

また認定研修は、有病者に必要とされる歯科医療における的確な診断と治療のために必要な知識および高度な医療技術を修得することを目的としている。そのため研修を行う研修歯科診療施設は有病者歯科またはそれに相当する診療部門のある歯科医師育成を担っている大学病院だけでなく、以下の基準を満たす病院歯科、歯科診療所等も認定している¹⁾。また資格取得後は5年毎に継続のための更新申請を要する。

- 1) 指導医が継続的に勤務していること
- 2) 有病者に必要な歯科医療が継続的に行われていること (20 症例以上の記載)
- 3) 本学会に研究発表等の積極的な参加を行っていること
- 4) 有病者の歯科治療の診断と治療に必要な歯科診療設備を有していること
- 5) 定期的に有病者歯科に関する研修や教育が定期的に行われていること
- 6) 原則として歯科衛生士の関わりが日常的かつ継続的であること
- 7) 有病者の歯科医療や療養、訓練、福祉に関する図書を有していること
- 8) 1)~7)以外で委員会が研修施設として理事会に推薦し、理事会が認定した施設

上記を満たした歯科医療機関に所属する歯科医師が認定医、専門医、指導医を目指していくことになるが、それぞれ一定期間の認定研修を経た後に筆記試験および面接試験に合格して資格認定となる。また認定後も最新の知識と技術を学び続けることを義務づけており、5年毎に学会等への参加や発表、学術誌での論文発表、症例報告などを対象とした既定の単位を履修することで資格を更新する (図1)。

3. 総合歯科専門医 (仮称) との関係および今後の展望

総合歯科専門医 (仮称) は、標準的歯科診療技能に加えて、患者のライフステージに沿った口腔機能管理の観点から、安全・安心な包括的歯科診療を提供する専門的診療能力が求められ、他職種連携によるハイリスクの要介護高齢患者等の歯科治療を担当できる歯科専門医であるとされている。

当学会が現行の専門医に求めている歯科診療技能は全身的背景に配慮した外来診療だけでなく全身管理下での対応を要する状態まで幅広く、その対象は新生児から高齢者までである。その観点からは現行の当学会専門医は総合歯科専門医 (仮称) 取得後にさらに高いレベルの歯科診療技能と知識の獲得を目的とし

たものとなる。したがって総合歯科専門医（仮称）取得を経たのちに当学会認定研修修了に向けてどのように連動していくかが今後の課題になる。当学会研修施設は歯学部・歯科大学附属病院や病院歯科が大半であるが47都道府県を網羅していないことから総合歯科専門医（仮称）を目指す歯科医師に当学会研修施設が均等に臨床経験の場を提供することは現実的ではない。2014年より当学会では開催を希望する都道府県歯科医師会との共催で実習付きセミナー「スキルアップセミナー」を開催している。また現在総合歯科専門医（仮称）研修カリキュラムを共同で作成中の日本老年歯科医学会、日本障害者歯科学会と専門医養成に向けた3学会合同研修会やeラーニング教材作成などを検討中である。

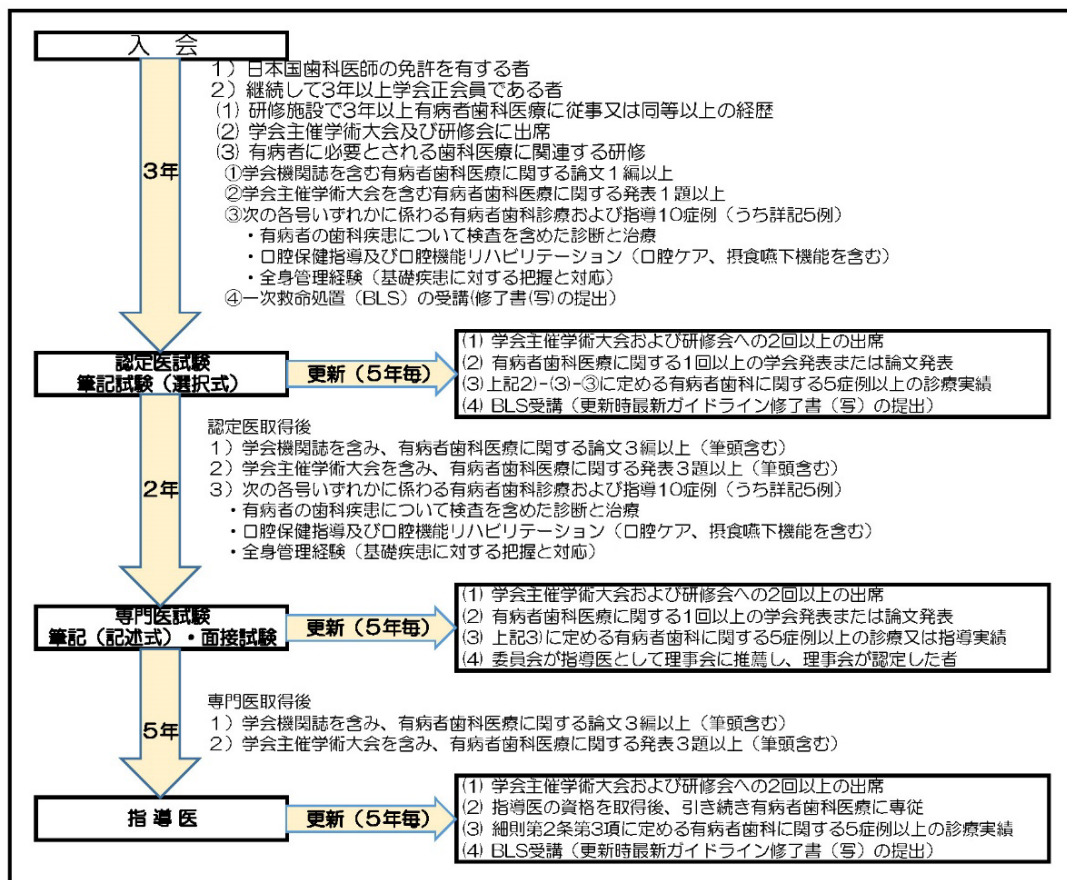


図1 現行の学会入会から各資格取得までの流れ

4. おわりに

近年の社会的背景を反映し「有病者」という用語が令和5年度歯科医師国家試験出題基準でも用いられるようになり、歯学教育モデル・コア・カリキュラムでも改訂の度に医科と連携するために必要な医学的知識に関わる項目が増加している。卒前から当該分野の専門的教育を行うための講座設置が卒業研修さらに専門医制度までの一連の流れをスムーズに展開するためには不可欠であり、早急な実現を期待したい。

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) 日本有病者歯科医療学会. 認定医, 専門医ならびに指導医制度規則施行細則.
<https://www.jjmcp.jp/certify/saisoku.pdf> (令和5年2月1日参照)

執筆者一覧

秋山 仁志	日本歯科大学生命歯学部教授, (一社) 日本歯科医学教育学会理事長
浅海 淳一	岡山大学学術研究院医歯薬学域歯科放射線学分野教授, (一社) 日本歯科専門医機構理事
飯島 毅彦	昭和大学歯学部全身管理歯科学講座歯科麻酔学部門教授, (一社) 日本歯科麻酔学会理事長
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, (特非) 日本歯科保存学会理事長
石垣 佳希	日本歯科大学総合診療科教授, (一社) 日本有病者歯科医療学会常任理事
市川 哲雄	徳島大学大学院医歯薬学研究部教授
一戸 達也	東京歯科大学学長
伊藤 孝訓	日本大学客員教授, 北原学院歯科衛生士学校校長, (一社) 日本歯科専門医機構業務執行理事
今井 裕	(一社) 日本歯科専門医機構理事長
大槻 昌幸	東京医科歯科大学准教授, (一社) 日本歯科審美学会理事長
岡崎恵一郎	(公社) 日本歯科医師会学術委員長
小笠原 正	(公社) 日本障害者歯科学会理事長
木村 博人	弘前医療福祉大学短期大学部口腔衛生学科教授
木村 裕一	奥羽大学 歯学部歯科保存学講座歯内療法学分野教授, (一社) 日本レーザー歯学会認定委員会委員長
木本 茂成	神奈川歯科大学歯学部小児歯科学教授, (一社) 日本歯科専門医機構業務執行理事
黒岩 昭弘	松本歯科大学歯科理工学講座教授, (特非) 日本顎咬合学会理事長
古郷 幹彦	大阪大学名誉教授, なにわ歯科衛生専門学校校長, (一社) 日本歯科専門医機構理事
齊藤 功	新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科矯正学分野教授
佐久間克哉	(一社) 日本歯内療法学会理事長
砂田 勝久	日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学教授, (一社) 日本歯科専門医機構専務理事
高井 康博	(特非) 日本臨床歯周病学会理事長
坪田 有史	(一社) 日本接着歯学会理事長
豊田 郁子	NPO 法人架け橋理事長, (一社) 日本歯科専門医機構理事
馬場 一美	昭和大学歯科病院病院長, (公社) 日本補綴歯科学会理事長
細川 隆司	九州歯科大学歯学部教授, (公社) 日本口腔インプラント学会理事長
丸山 高人	永松・横山法律事務所, (一社) 日本歯科専門医機構顧問弁護士
水口 俊介	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野教授, (一社) 日本老年歯科医学会理事長
宮脇 正和	医療過誤原告の会会長, (一社) 日本歯科専門医機構理事
村井 茂	(特非) 日本成人矯正歯科学会理事長
村上 伸也	大阪大学大学院歯学研究科教授, (一社) 日本歯科専門医機構業務執行理事
森山 啓司	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面矯正学分野教授, (公社) 日本矯正歯科学会監事
矢島 安朝	松本歯科大学教授, (公社) 日本顎顔面インプラント学会常任理事
和島 武毅	(一社) 日本矯正歯科協会会長

(五十音順)