

令和5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6年7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. 新たな4領域の専門性の現状・課題・今後のスケジュール	
1. 歯科保存専門医（仮称）	3
2. 矯正歯科専門医（仮称）	6
3. インプラント歯科専門医（仮称）	9
4. 総合歯科専門医（仮称）	11
IV. 勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について—現状と課題—	
1. 口腔外科専門医	15
2. 歯科麻酔専門医	17
3. 歯周病専門医	23
4. 小児歯科専門医	26
5. 歯科放射線専門医	29
6. 補綴歯科専門医	32
7. 歯科保存専門医（仮称）	35
8. 矯正歯科専門医（仮称）	38
9. インプラント歯科専門医（仮称）	42
10. 総合歯科専門医（仮称）	46
V. 地域偏在と名称を含む国民への情報提供について	
1. 口腔外科専門医	49
2. 歯科麻酔専門医	52
3. 歯周病専門医	55
4. 小児歯科専門医	60
5. 歯科放射線専門医	64
6. 補綴歯科専門医	67
7. 歯科保存専門医（仮称）	70
8. 矯正歯科専門医（仮称）	74
9. インプラント歯科専門医（仮称）	78
10. 総合歯科専門医（仮称）	84
11. 地域開業医の立場から	88
12. 国民の立場から	93

VI. 日本歯科専門医機構発足から現在までの本事業の実績	
1. 専門医制度整備委員会	98
2. 専門医申請学会評価認定委員会	101
3. 専門医制度総務委員会	106
4. IT 広報委員会	108
5. 今後の課題と展望	112
執筆者一覧	117

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

月並みであるが、時の流れの速さに驚きをもってこの文章を認め始めている。ちなみに、当機構は、厚生労働省内に設置された「歯科医師の資質向上等に関する検討会 - 歯科医療の専門性に関するワーキンググループ -」での議論を踏まえ、平成 30(2018)年 4 月に創設され、今年で 6 回目の春を迎え、本厚労省委託事業（以下、厚労省委託事業）も 5 度目の報告書を纏めるにいたっている。

この時の流れの中で、当機構は幸いに多くの方からご指導、ご協力を賜り、順調に活動がおこなわれているが、そのひとつである本事業による「歯科医療の専門性に関する協議・検証事業」は、機構の「道標」としてわれわれの活動を導いてくれている。その成果の一環として、今年度は歯科における新たな広告可能な専門医として、「補綴歯科専門医」が誕生したことは、ご承知のとおりである。

今年度の検討事項は、これまで検討がなされたことを踏まえ、①新たに専門医として位置づけることとなっている 4 領域の専門性のあり方、②歯科における専門医が、勤務場所に関わらず取得・更新できるような制度のあり方、③歯科専門医の地域偏在や専門医制度に関する国民への情報提供及び専門医の名称のあり方、等について検討することに加え、現状の課題と今後の展開についての意見が求められた。今年度も昨年同様に、機構の今後を見据える内容となるべく、執筆者の先生方に建設的な意見提供をお願いしたが、果たしてそうであったか、忌憚なきご意見をお寄せいただけたら幸いである。

本報告書をこれまで纏めあげる作業を通じ、歯科の専門性を協議することは、結局のところ「歯科とは何か？」が問われていることに気付かされている。つまり、新たな歯科専門医制度の構築を新たな歯科医療の創造に繋げるのか、という視点であり、社会構造の変化に相応した歯科のイノベーションを起こすことが可能か、今歯科界は問われていると思う。本報告書が、そのための礎のひとつにでもなるのであれば、望外の喜びである。

終わりに当たり、COVID-19 が 2 類から 5 類へと変更になったが、これまでとは異なった、いわゆるニューノーマルな社会での編集作業であった。そのような中、ご多忙にも関わらず、取り纏めにあたられた委員会、執筆者の先生方、ならびに本報告書作成に関わって戴いた全ての方々へ衷心より感謝申し上げます。

II. 協議・検証方法

(一社) 日本歯科専門医機構
令和5年度厚生労働省委託事業委員会
委員長 砂田勝久

第1回の委員会に於いて今年度の仕様書に沿った委員会を組織し、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個所および委員外の執筆者について協議いただいた。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が最終稿を確認した。

令和5年度厚生労働省委託事業委員会

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	丸山 高人	永松・横山法律事務所 弁護士 (一社) 日本歯科専門医機構顧問弁護士
幹事	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	小笠原 正	よこすな歯科クリニック院長, 松本歯科大学臨床教授 (公社) 日本障害者歯科学会理事長
委員	窪木 拓男	岡山大学学術研究院医歯薬学域教授 (公社) 日本補綴歯科学会理事長
委員	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, (公社) 日本矯正歯科学会理事長
委員	嶋田 淳	明海大学歯学部教授 (公社) 日本顎顔面インプラント学会理事長
委員	末瀬 一彦	(公社) 日本歯科医師会常務理事
委員	林 美加子	大阪大学大学院歯学研究科教授 (特非) 日本歯科保存学会理事長
委員	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
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	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

III. 新たな4領域の専門性の現状・課題・今後のスケジュール

1. 歯科保存専門医（仮称）

委員 林 美加子

大阪大学大学院歯学研究科教授

（特非）日本歯科保存学会理事長

佐久間克哉

佐久間歯科医院院長

（一社）日本歯内療法学会理事長

1. はじめに

歯科保存領域は、歯の形態と機能を維持することを目的として体系づけられており、歯とその歯周組織に発症する疾患を診断し、それらの予防と治療を行うために、「保存修復学」「歯内療法学」「歯周病学」の3つの専門分野から構成されている。歯周病治療に特化した専門医（歯周病専門医）は、すでに日本歯科専門医機構で認定され、その高い歯周治療レベルを維持し国民の健康に貢献している。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識されているにも関わらず、わが国で公的に認定された専門医制度は確立されていない。この度、新たに資格を申請する保存領域は「保存修復学」と「歯内療法学」の分野であり、その専門性を「歯・歯周組織の基本管理能力を背景として、保存修復・歯内療法領域において科学的根拠に基づく専門的・総合治療を要する疾患への対応」と定義して制度設計を進めている。

この歯科保存専門医（仮称；以下、歯科保存専門医）は、保存修復・歯内療法領域の歯科医療水準の向上と普及を図ることを目的として活動することが求められる。近年の少子高齢化が進む社会背景に対応し、生涯、自分の歯を保存したいという国民の期待に応えるためには、著しい進化を遂げている保存修復・歯内療法に関して、専門的な知識と高度な治療技術を提供することで、国民の口腔保健の維持・向上に貢献することが歯科保存専門医の使命である。

2. 歯科保存専門医の現状

歯科保存領域の学会として日本歯科保存学会、日本歯内療法学会、日本接着歯科学会、日本レーザー歯科学会、日本歯科審美学会の5学会が日本歯科専門医機構の認定する専門医制度の議論に参画した。2年にわたる17回の意見交換会と2回の打ち合わせ会を経て、参画5学会内の研修制度や研修施設の整備が確認された。その結果、当面は日本歯科保存学会と日本歯内療法学会の2学会が連携して、制度構築ならびに運営を行うことで合意した。

申請に際し、保存領域全般を扱う日本歯科保存学会が主導で制度案を立案し、日本歯内療法学会とのすり合わせ協議が行われた。そこでは、機構の基準を満たす研修・評価方法の構築、研修施設・準研修施設の関わり方等を検討し、両学会が合同にて2023年7月に「歯科保存専門医認定委員会」を設立しオートノミーを発揮した運営を始めている。この歯科保存専門医認定委員会には、評価小委員会と認定小委員会が設置され、両学会から委員会および小委員会の委員を選出して、本運用をめざして実際の評価および運用の検討を開始している。

具体的には、本運用開始までの移行期間中に両学会の指導医・専門医から段階的に歯科保存専門医への移

行申請を促し、対象者については移行申請に必要な共通研修の受講もすでに開始されている。また歯科保存専門医認定委員会は、移行期間の歯科保存専門医の申請トライアルを2023年10月に実施した。そこでは、特に公平性、透明性、客観性を重視しつつ、評価小委員会における症例審査と、認定小委員会における筆記試験を大きな問題なく遂行することができた。

このような経緯を経て両学会が構築した歯科保存専門医制度について、日本歯科専門医機構 専門医制度整備委員会・学会専門医小委員会において適切であると判断され、機構の専門医申請学会評価認定委員会の審議に付託された。2023年9月には、専門医申請学会評価認定委員会による専門医制度申請学会説明会が開催され、そこでの意見交換に基づいて、2023年12月に両学会から申請書類を再提出したところである。

3. 見えてきた課題

ここまでの歯科保存専門医の制度および運営の準備をとおして、「専門医の地域偏在」「研修施設と準研修施設の連携」「患者の視点で治療をイメージできる名称」「他領域の専門医との連携の具体化」「関連学会との発展的連携」が現状の課題として明らかになっており、制度運用を進めつつ解決策を考える必要がある。

専門医の地域偏在：日本歯科専門医機構が示している「歯科専門医制度基本整備指針」¹⁾によれば「地域医療に充分配慮した制度であること」とある。一方、全国の歯科大学・大学歯学部附属病院は都市部に集中しており大学病院のみを研修施設と限定することは専門医の地域偏在につながる懸念される。また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、歯科保存治療の教育機関として研修が充実している施設が地方には少ないことも事実である。この課題を解決するには、開業歯科医院を準研修施設として全国的に配置することを念頭に、まず歯科保存専門医育成のための準研修施設長となり得る指導医を計画的に育成することが日本歯科保存学会・日本歯内療法学会ともに必要であり、喫緊の課題であるといえる。

研修施設と準研修施設の連携：歯科保存専門医の申請時ならびに更新時の診療実績について、研修施設と準研修施設は同等の具体的な症例数を掲げて定めている。研修施設となる大学歯学部附属病院もしくは歯科大学附属病院での専門医育成に資する症例数はその規模ゆえ十分に確保できると考えられるが、開業歯科医院で運用される準研修施設では、複数名の専門医の養成には症例数の要件を十分に満たさない場合が生じることが予想される。上述のとおり、国民が全国のどこからでも歯科保存専門医にアクセスできる環境を整えるためには、準研修施設を充実させて専門医養成の一翼を担うことが欠かせないことより、準研修施設と歯科大学・大学歯学部の附属病院の研修施設との連携のあり方を建設的に検討すべきである。具体的には、両研修施設間での研修プログラムの共有や、研修期間の連続的な継続などによって、今後の運用が軌道に乗るように弾力性のある対応が必要である。

患者の視点で治療をイメージできる名称：歯科専門医は、患者が歯科医療機関を選択する際に信頼できる指標となるべきである。医科では臓器別や病名別の診療科の表記が種となっており、患者の視点でも比較的判断し易いのではないだろうか。歯科分野のなかでも「歯科保存」は、歯を生涯にわたって長く保存することは想像できると思われるが、具体的な治療がう蝕マネジメント、歯冠修復、および歯内療法であるとのイメージに結びつきにくいとの指摘は従来から受けてきた。一方、超高齢社会では生涯にわたって歯を保存することが健康長寿の達成には重要な鍵を握っているとの認識が一般にも広がっている。このような国民の希望を実現すべく、歯科保存の指す治療内容について、学会ホームページや市民公開講座などによる広報を強化して、患者の希望する迅速なアクセスを促して参りたい。また、日本歯科医学会および日本歯科医師会の活動をとおしても、歯科保存専門医の意義および期待される成果の発信に参画したい。

他領域の専門医との連携の具体化: 歯科保存専門医の施行に当たっては、すでに日本歯科専門医機構から認定されている多くの学会と連携すべきである。言うまでもなく、歯科保存3領域の一つである歯周領域には、歯内・歯周病変といった歯内領域と共通の疾患があるばかりか、口腔の健康維持のためにはう蝕および歯周病の両疾患に対する生涯を通じたマネジメントが必須であることから、両専門医の連携は基本となるものである。また、若年者の根未完成歯の歯内療法や、難治尖性歯周炎に対する外科的歯内療法では、小児歯科領域および口腔外科領域とも重なる部分も多い。さらに、修復治療の際の核となるMIの理念については、補綴歯科専門医との意見調整も不可欠である。このように、歯科保存専門医の施行にあたり、他領域の専門医との連携を強化することで、患者の期待に応える最新の診断、治療を提供することが可能になることより、その実現のためには、日本歯科専門医機構認定専門医の連携の意義、位置付け、そして期待される成果に関して整理して発信することが重要である。

関連学会との発展的連携: 歯科保存専門医の制度設計にあたり、当初は日本歯科保存学会、日本歯内療法学会、日本接着歯科学会、日本レーザー歯科学会、日本歯科審美学会の5学会で議論を開始し、現在、日本歯科保存学会と日本歯内療法学会の2学会が連携して歯科保存専門医を発足させる準備を進めている。他3学会も日本歯科医学会の専門分科会および認定分科会として十分な専門性を兼ね備えていることから、今後の発展的な連携について協議を継続する所存である。

4. 今後のスケジュール

まず、歯科保存専門医の制度設計について、日本歯科専門医機構 専門医申請学会評価認定委員会からの承認を目指す。同時に、制度運用については2023年11月のトライアルを経て、2024年3月には第2回移行申請を、また2024年5月には第3回移行申請の試験を実施し、円滑な運用ができることを実証する。このように、現状の二学会の専門医を段階的に滞ることなく歯科保存専門医に移行させることを計画しており、これらの実績に基づき、2024年に日本歯科専門医機構から歯科保存専門医を承認いただくことを目指す。

5. おわりに

課題として挙げた、研修施設と準研修施設の連携構築や、他領域の専門医制度との連携強化などについては、制度が承認された後も、日本歯科専門医機構を中心として協議を重ね、患者に益するシステムであることを常に念頭に置きつつ、関連学会とも積極的に連携して参りたい。

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6年1月15日参照）

2. 矯正歯科専門医（仮称）

委員 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

（公社）日本矯正歯科学会理事長

友成 博

鶴見大学歯学部歯科矯正学講座教授

（公社）日本矯正歯科学会 認定医専門医制度改革検討委員会委員長

1. はじめに

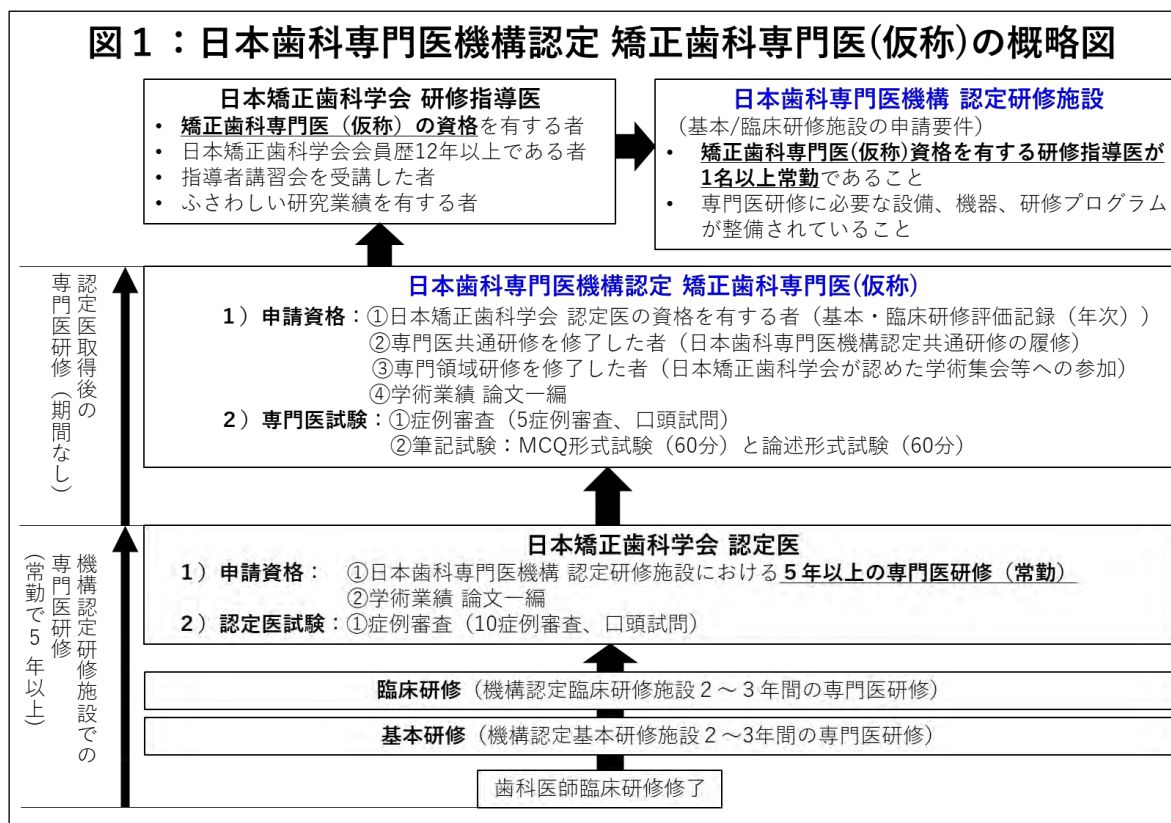
矯正歯科治療は、歯列・咬合にかかわる形態や機能の不調和に対し、成長発育に配慮しながら新たに調和のとれた形や機能へと導く創造の医療である。このような特徴から、矯正歯科は国民・社会から専門性の高い歯科医療の一つであるとの評価、認識を受けている。適正かつ標準的な矯正歯科治療を提供するにあたっては、術者の矯正歯科領域における診断、治療および術後管理に関して高度な医療技能と経験ならびに専門知識が必要である。しかし近年、メディアの多様化が進み、矯正歯科治療を希望した一般市民が取得する情報は玉石混淆で、正しい医療情報を容易に判断することは困難な状況にある。

日本歯科専門医機構（以下、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；以下略）制度が整備・認定され、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、矯正歯科専門医制度が持続性を備え、矯正歯科治療がさらに専門性の高い医療として発展していくには、若手研修歯科医の研修体制と生涯研修の充実により、良質な医療を実践できる専門医の育成に繋がる制度設計が必要である¹⁾。

2. 矯正歯科専門医制度の現状

広告可能な矯正歯科専門医の制度策定に向け、機構との度重なる協議を経て、概ね機構の示す基本整備指針に則った新たな矯正歯科専門医制度が整ってきた²⁾。第 82 回日本矯正歯科学会学術大会初日（2023 年 11 月 1 日）に開催した社員総会において、機構基本整備指針に則った新たな矯正歯科専門医制度規則・施行細則、認定研修施設制度規則・施行細則が、今後の機構との協議で微修正される可能性を含んだうえで理事会において承認された旨報告がなされた。

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、機構認定研修施設において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 年以上の専門医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関する臨床経験を積み、別に定める専門医共通研修と専門領域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、専門研修医の指導的立場として、日本矯正歯科学会 研修指導医を設けた。研修指導医の資格要件として、矯正歯科専門医の資格を有することとし、機構認定研修施設の要件として、矯正歯科専門医の資格を有する研修指導医が 1 名以上常勤であることを新たに定めた³⁾。以下、図 1 に「機構認定矯正歯科専門医（仮称）制度」の概略図を示す。



3. 新たな矯正歯科専門医制度の運用と今後のスケジュール

現在、日本矯正歯科学会 矯正歯科専門医は存在しないので、新たに策定された矯正歯科専門医制度に則った矯正歯科専門医と研修施設について日本矯正歯科学会における関係委員会と協力し、学会審査・認定を進めていくこととなった。まずは、2020年10月に実施した第一回統一専門医試験通過者(書類審査、筆記試験、症例審査を通過した者)に対して矯正歯科専門医制度の専門医資格要件の変更に伴い、1)追加研修の実施、および2)専門医研修記録の追加提出により再審査を行うこととした。1)の追加研修はオンデマンド型講義とweb試験で実施し、2)の専門医研修記録の追加書類は、基本・臨床研修評価記録、共通研修履修記録、専門領域研修履修記録、学術業績など矯正歯科専門医制度において新たに要件として追加した研修記録を審査することとした。

また、矯正歯科専門医制度における研修施設と新たに設けた研修指導医の学会審査・認定も開始することとした。機構認定研修施設の要件は、矯正歯科専門医の資格を有した研修指導医が1名以上常勤であることが必須であり、矯正歯科専門医の資格をもたない日本矯正歯科学会指導医、臨床指導医は1名以上常勤であっても新制度下では研修施設としての要件を満たさない。そこで本年度は、新制度への移行措置として機構ご協力のもと、矯正歯科専門医の資格を有していない基本・臨床研修施設長または同施設の日本矯正歯科学会指導医、臨床指導医を有する各施設の代表者1名を対象として、過去に行われた第一回統一専門医試験(2020年10月)と同等の追加矯正歯科専門医試験を実施し、矯正歯科専門医、研修指導医および研修施設の学会審査・認定を進めている。これは、基本・臨床研修施設で現在研鑽中の研修生が専門医研修を継続できるよう配慮した新制度への移行措置である。日本矯正歯科学会臨床研修施設を対象とした審査に関しては、次年度以降実施予定として詳細について検討を進めている。

さらに、機構認定共通研修については、第82回日本矯正歯科学会学術大会のJOSフォーラム(2023年11月3日)、日本矯正歯科学会HP(2023年11月6日、8日)において、矯正歯科専門医の取得には機構

認定共通研修の受講が2022年度分より必須であり、共通研修の受講単位は原則、申請前の5年間で毎年2単位、計10単位必要であるが、2023年度申請者は4単位、2024年度申請者は6単位、2025年度申請者は8単位、2026年度以降の申請者については10単位必須となることを周知している⁴⁾。

4. おわりに

日本歯科専門医機構ご協力の下で新たに策定された矯正歯科専門医制度の運用に向け、上記追加研修および追加矯正歯科専門医試験の実施・審査に関しては、日本矯正歯科学会専門医委員会および関連委員会の委員長・副委員長から構成した追加研修評価委員会を設置し鋭意作業を進めている。課題として、新たな矯正歯科専門医は日本矯正歯科学会認定医の上位資格と位置付けているため、専門医取得までの期間が若干長期化する可能性のあることが挙げられる。今後、学会認定医制度の見直しを図り、より短期間の研修で矯正歯科専門医を取得できるような整備が必要と考えている。新たな矯正歯科専門医制度が持続性を備え、矯正歯科治療がさらに専門性の高い医療として発展していくには、若手研修歯科医の研修体制と生涯研修の充実により、良質な医療を实践できる専門医の輩出に繋がる制度設計が必要である。引き続き、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、国民から信頼され、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尽力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) 齋藤 功：矯正歯科専門医（仮称）。令和4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，日本歯科専門医機構，55-58，2023。
- 2) 日本矯正歯科学会：専門医制度規則。sp_rule.pdf (jos.gr.jp)（令和6年2月22日参照）
- 3) 日本矯正歯科学会：認定研修施設制度規則。sp_rule_facilities.pdf (jos.gr.jp)（令和6年2月22日参照）
- 4) 日本矯正歯科学会：専門医制度施行細則。sp_rule_detail.pdf (jos.gr.jp)（令和6年2月22日参照）

3. インプラント歯科専門医（仮称）

委員 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

委員 嶋田 淳

明海大学歯学部病態診断治療学講座教授

（公社）日本顎顔面インプラント学会理事長

1. インプラント歯科専門医（仮称）に関するこれまでの経緯と現状

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顎顔面インプラント学会は、歯科専門医機構が発足する3年ほど前から、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、非公式に協議を重ねてきた。その後、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、それぞれが互いに歩み寄って建設的な意見交換がなされるようになった。機構によって示されている歯科専門医制度の基本整備指針においては、(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、であることが求められている。両学会は、この専門医機構の基本理念に沿って、両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うようにし、新しい専門医認定制度の構築を目指して努力を重ねてきた。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、制度の詳細を詰めるための作業部会(WG)が設置され、2023年度末までに14回の開催を重ねている。この中で「インプラント歯科（仮称；以下略）専門医」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、2023年度においては、両学会から出された研修カリキュラムの擦り合わせがほぼ終了し、専門医申請に必要な経験症例数や治療内容、研修施設の要件などについて検討作業も終了しつつある。本原稿執筆時点では、専門医規定と細則について具体的な文言の調整を行なっているところである。

2. 2つの学会が連携する専門医制度の課題

機構が認定する「インプラント歯科専門医」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。しかし、これまで、両学会の議論にはかなりの隔たりがあり、意見集約にかなりの時間と労力を費やしたのも事実である。

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（いわゆるスタディーグループ）が主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も会員になっており、インパクトファクターが付与された国際学術誌を発行するなど学術的な活動も活発になってきているものの、会員は歯科開業医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ァイ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

治療をほとんど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は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

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」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. 今後のスケジュールと展望

2023年度においては、研修カリキュラムの擦り合わせ、専門医申請に必要な経験症例数や治療内容、研修施設の要件などについて検討作業がほぼ終了し、専門医規定と施行細則について具体的な文言の調整を行なっている。2024年度の初頭には、専門医規定(案)および施行細則(案)を策定終了し、その他の必要な書類を整えて機構に申請書を提出する予定である。その後、機構での審査を経て、できるだけ早期に機構の認定を得たいと考えている。

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6年1月22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(Ver 1.2)
https://jdsb.or.jp/pdf/shika_senmoni_seido_kihon_seibishishin.pdf?t=1705953266099 (令和6年1月22日参照)

4. 総合歯科専門医(仮称)

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 小笠原正

よこすな歯科クリニック院長

(公社) 日本障害者歯科学会理事長

委員 石垣佳希

日本歯科大学附属病院総合診療科教授

(一社) 日本有病者歯科医療学会副理事長

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。このような地域医療構想への変革のなかで、歯科医療のニーズも大きく変化し、予防や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;以下略)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。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ている。しかしながら総合歯科専門医には、1学会だけでその機能を果たすための基盤となりう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を養成する制度設計が必要であると考えられた。この点を踏まえて検討を行ってきた結果、総合歯科専門医の基盤となる組織は、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(以降3学会と称す。)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. 研修内容

3学会の協議により、研修内容として、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、緊急時の対応を設定した。また、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などの肢体不自由疾患、視覚障害、聴覚障害、音声言語障害などの感覚障害、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・留意すべき疾患とした。さらに、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修得することとした。

このように総合歯科専門医の研修内容は広範囲であり、それぞれの項目の深度も多彩である。また1つの研修施設だけでは研修が完成するわけではなく、複数の研修施設で複数の指導医のもとで研修を実施しなければならない。この複雑な研修の記録を的確に記録し、研修者と指導医にとって視認性が良く、研修の進行程度を容易に認識できる記録媒体を作成しなければならない。そこで、日本障害者歯科学会の専門医制度に倣い、総合歯科専門医も研修手帳を作成することとした。研修手帳には総合歯科専門医研修プログラムのそれぞれの到達目標を年度ごとに評価するコンピテンスベースの部分とそれぞれの一般目標に関連する経験症例を記載するケースシリーズベースの部分を設定している。研修生は指導医にコンピテンスベースの部分の部分を年度ごとに評価してもらい、研修施設での経験症例も年度ごとに記述する。年度ごとに研修生と指導医が研修手帳をはさんで研修の進捗や研修生のスキルの上昇を考察するというイメージである。現在ほぼ研修手帳の様式は完成しており、細部を修正してゆく過程が残されている。

さて、この研修手帳を誤謬や不正の無いように管理するためには、Moodleのようなシステムを用い、それぞれの研修手帳に研修生や複数の指導医がログオンし記録や評価をおこなえるシステムが必要であると考え。このようなシステムの構築と管理には相当の経費が必要であるため、当面は紙ベースの運用で行うこともやむをえないと考えている。

3. 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。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。あるいは病院歯科では、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。そこで図1に示されるような1人の研修生が複数の研修施設で研修できる形態を考えている。専門医研修施設に関する要件としては以下の事項を考慮している。

- ・総合歯科専門医の研修範囲は広いとため、研修施設に得意とする（症例の多い）分野を申請してもらう。
- ・大学病院の診療科など、規模の大きいところは基幹研修施設の集合体とイメージし、それぞれの基幹研修施設は基幹研修施設が指定する連携研修施設とともに研修プログラムを実施する。
- ・基幹研修施設、連携研修施設ともに機構認定を受ける。（連携研修施設での指導医の在籍条件は要検討事項）
- ・それぞれの基幹研修施設は、収容する専門医研修生の数に応じた症例数を連携研修施設を含めた数で提示する。
- ・研修手帳には当該症例を実施した研修施設（基幹研修施設および連携研修施設）を記載する。

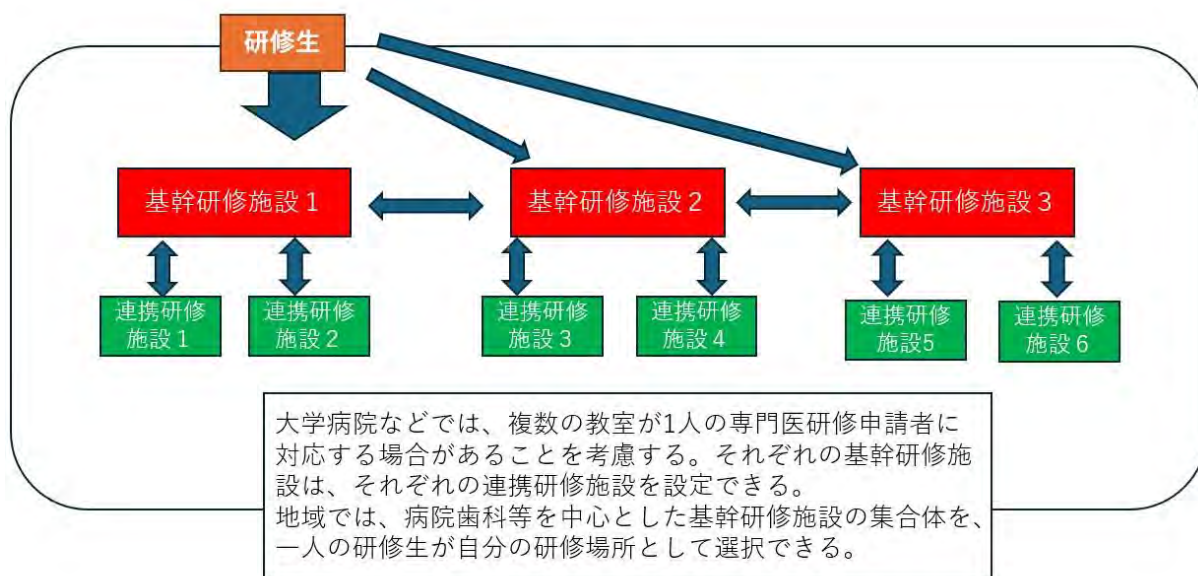


図 1. 総合歯科専門医（仮称）研修施設の構造

3学会では、それぞれの学会の研修施設に対して、総合歯科専門医での研修施設の要件の概略を示し、総合歯科専門医研修施設として申請する意思があるかどうかのアンケートを実施した（図2～4）。日本老年歯科医学会では、45件の回答のうち9割近くが、指導医の設定、症例数、申請の意思について肯定的な回答を得た。ほかの2学会も同様であった。今後、研修施設の在り方に関する議論の変遷によって変化するが、これまでの研修施設の活動も尊重したうえで、研修生にとって有意義な研修が行えて、社会から見ても適正な研修であると認識できる研修方法と研修施設を構築したいと考える。

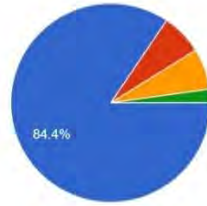
また、研修方法については、各研修施設での on the job training だけでなく、各学会が共同して研修会や研修コースを設定し、研修単位を付与するようなシステムも必要であると考えている。研修範囲が広く、かつ患者からのニーズは多様であると考えられることから、研修施設や研修方法についても既存の概念に縛られることなく、総合歯科専門医に対する社会からの要請を見据え、構築しなければならない。

4. 今後の作業

研修内容と研修施設についての骨格が定まったことから、今後は実際に制度を立ち上げ運営するためのメカニズムの構築にかかることとなる。一般的な専門医制度の運営に必要な会議体を3学会が共同して運営してゆくこととなる。（図5）3学会が総合歯科専門医委員会を構成し、その下に試験の実施、研修生や研修施設の評価や認定、制度自体のブラッシュアップや3学会共通の研修の実施などの担当する小委員会を設定する。これら委員会の正式な設定は制度が認定された後になるが、来年度より各学会は人を出し合ってプレ総合歯科専門医委員会を結成し、具体的な制度規定、運用細則、委員会規程、倫理規定等の必要な規程規則を制定し、総合歯科専門医制度申請のための書類作成に入ることとする。

今後の超高齢社会の進展に対応するためにはきわめて重要な制度である総合歯科専門医を適正かつ確実に運営するためには、さらに多くの問題が見えてくる可能性があるが、3学会のチームワークで解決してゆく所存である。

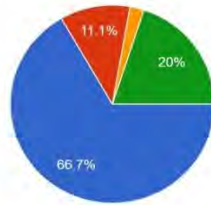
(1) 常勤の代表指導医について
45件の回答



- A. 現状のまま機構認定の代表指導医を設定できる。
- B. 現在勤務或いは新規採用の専門医を代表指導医とすることができる。
- C. 遅れるかもしれないが、機構認定の代表指導医を設定する予定である。
- D. 将来にわたっても代表指導医を設定できないと思われる。

図2. 総合歯科専門医（仮称）研修施設へのアンケート結果

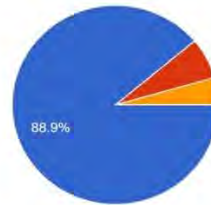
(2) 受け入れられる研修生と症例数の比率について
45件の回答



- A. ある程度症例数が必要になったとしても問題ない。
- B. 受け入れる研修生を絞らなければならない。
- C. 研修生を受け入れるだけの症例数を達成できない。
- D. 他の基幹研修施設や、病院の診療科と協力すれば症例数は達成できる。

図3. 総合歯科専門医（仮称）研修施設へのアンケート結果

(3) 総合歯科専門医（仮称）の研修施設への意思について
45件の回答



- A. 申請する意思はある。
- B. 申請する意思はあるが、現在の条件では申請できない。
- C. 申請する意思はない。

図4. 総合歯科専門医（仮称）研修施設へのアンケート結果

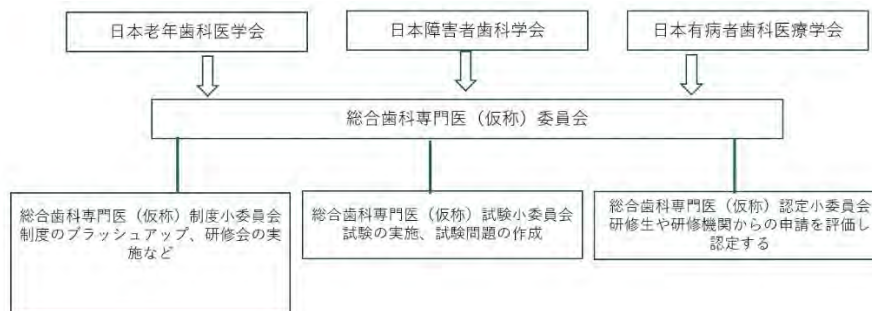


図5：総合歯科専門医（仮称）関連委員会の構成

IV. 勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について—現状と課題—

1. 口腔外科専門医

池邊哲郎

福岡歯科大学口腔・顎顔面外科学講座口腔外科学分野教授

(公社)日本口腔外科学会理事長

1. はじめに

口腔外科専門医は外科手術を対象とした専門医である。そのため国民の負託に応え、国民に必要とされる口腔外科手術とは何かが問われなければならないであろう。

2. 現 状

口腔外科専門医が、勤務場所に関わらず取得・更新できる制度設計になっているか否かという課題に対して、現行の口腔外科専門医制度においてそれに関連する項目を整理すると以下の4点になる。

1) 研修施設の要件, 2) 執刀手術の経験件数, 3) 入院管理の経験件数, 4) 専門医に相応しい学術業績, である。

現在、口腔外科専門医を取得するためには、2段階の申請が必要である。第一段階として口腔外科認定医を申請・取得し、第二段階で口腔外科専門医を申請・取得しなければならない。つまり専門医取得のためにはまず認定医を取得しなければならないが、認定医を取得するためには(公社)日本口腔外科学会の定める研修施設(病院)または准研修施設に少なくとも3年以上(准研修施設のみの研修歴の場合は4年以上(以下同様))在籍しなければならない。その後さらに3年以上在籍し研修すれば専門医の申請ができる。すなわち専門医取得のためには研修施設に6年以上在籍し研修しなければならないことになる。

認定医および専門医の申請要件はそれぞれで定められているが、ここでは専門医の認定要件の現状を説明する。外科系の専門医であるため当然ながら外科手術の実績が重視される。

執刀手術症例が100例以上必要である。口腔外科手術を、A~Dの4つの分野(智歯抜去など、良性腫瘍手術など、外傷手術など、口腔癌手術など)、I~IVの4段階(基本、中難度、高難度、超高難度)に分け、それぞれの分野および難易度の手術経験が要求され、特定の手術分野に片寄ることのないようにしている。口腔外科専門医であるためには口腔外科手術の全領域の経験を求めている。

特筆すべきことは、このような手術経験を確かめるために、書面だけでなく審査員2名が申請者の施設に赴き、実地審査を行い、手術技能や周術期の安全管理も審査していることである。

また、入院患者の管理経験も必要で、50例以上の入院症例が必要である。こちらもA~D各分野の症例が必要である。さらに、疼痛管理、摂食嚥下障害、全身疾患に関わる口腔病変、気道管理、栄養管理などの経験が10例以上、ICLS、麻酔科研修も要求される。

またそれに加えて、学術論文および学会での発表、学会出席、筆記試験、口頭試問および専門医機構の認定する共通研修も課されている。

以上のような条件は、外科系の専門医として国民の理解を得るためには、手術実績、入院管理実績、それに伴う医療安全意識および学術的背景が最も重視されると考えるからである。それゆえに、口腔外科の研修施設には全身麻酔手術設備や入院療養環境が必要となる。

以上により、現状では、一般の歯科診療所で口腔外科専門医を取得することは実際のところ困難である。

一方、病院や医育機関で専門医取得後に、一般歯科診療所に勤め、専門医の更新をする際には、診療実績要件はあるが、資格取得申請時のような手術数要件や入院管理数要件は要求していないため、学会参加および共通研修受講により所定単位を取得すれば更新可能であり、勤務場所に関わらず更新可能である。

3. 課題

上記により、現状の制度では、歯科診療所勤務で口腔外科専門医を取得することは困難なため、課題は、歯科診療所勤務で口腔外科専門医取得を可能にする制度設計は可能か否かということになる。そこでやはり重要な視点は、国民が口腔外科専門医に何を求めるか、であろう。

国民が口腔外科専門医に期待する専門性は何か。それは、例えば、顎骨骨折手術、口腔顎顔面の消炎手術、顎矯正手術、口腔癌手術、顎関節手術、口唇口蓋裂手術など口腔外科でしか行い得ない手術を、安全に確実に行う専門医であろう。従って研修施設は、入院全身麻酔による口腔外科手術を実施している施設に限定されるのは当然のことであるため、現行制度による専門医取得は国民の要望に合っていると見えよう。

一方、(公社)日本口腔外科学会の会員数は約 11,000 名であり、そのうち口腔外科専門医は 2,200 名で、約 20%を占める。全国の歯科医師の人数が約 104,000 名だとすると、そのうちの口腔外科専門医は約 2.1%に過ぎない。他方で、全国の医療施設で歯科口腔外科を標榜している歯科医師は約 29,000 名である^{1),2)}。日本口腔外科学会の口腔外科認定医は約 3,000 名で、専門医を合わせると約 5,200 名となる。つまり、歯科口腔外科を標榜する歯科診療所を含めて、国民が口腔外科の専門と考える歯科医師約 29,000 名に対して、専門医のみならず認定医を含めた口腔外科医は約 18%しかいないことになる。

口腔外科手術には外来局所麻酔で行う小手術も様々あり、むしろ患者数は入院全身麻酔手術症例よりも圧倒的に多い。外来局所麻酔で智歯抜去を安心して任せられる口腔外科専門医が各地域の歯科診療所にいることを国民は求めるものとする。

そこで手術の対象を、外来局所麻酔で行う小手術に狭める専門医を設定するのも一法かもしれない。従来の専門医を「口腔外科専門 A」とし、外来局所麻酔小手術を対象とした専門医を「口腔外科専門 B」とするような案である。または、前者を「口腔外科専門医」、後者を「歯科口腔外科専門医」に分ける案であろうか。しかし、全身麻酔手術症例や入院症例の経験があつてこそ、外来局所麻酔手術の適応を見極めて安全に行うことができると考えるならば、口腔外科専門医の要件に全身麻酔手術症例や入院症例の経験は必須ということになる。一方で、そのような経験は口腔外科認定医の取得要件に留め、口腔外科専門医取得の要件には必ずしも求めなければ、歯科診療所勤務でも、認定医資格さえあれば、外来局所麻酔手術の症例で口腔外科専門医を認めるという方向性も考えられる。いずれにしても、多くの賛否があると思われ、軽々には決められず、国民の意向を考えながら、しっかりとした議論が必要であろう。

参考文献

- 1) 厚生労働省：平成 30 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（全体版）。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/gaikyo.pdf>（令和 6 年 1 月 15 日参照）
- 2) 日本歯科専門医機構：歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書 令和 2 年 3 月。
https://jdsb.or.jp/pdf/202003_report_01.pdf?t=1698019200106（令和 6 年 1 月 15 日参照）

2. 歯科麻酔専門医

宮脇 卓也

岡山大学学術研究院医歯薬学域歯科麻酔・特別支援歯学分野教授

(一社)日本歯科麻酔学会理事長

1. はじめに

一般社団法人日本歯科麻酔学会(以下、本学会)は、歯科麻酔学に関する専門的な知識と技能を有する歯科医師に対して歯科麻酔専門医(以下、専門医)の資格を認定する制度を平成12年に制定しており、この制度は安全な歯科医療の推進、学会認定医や専門医を志望するものの指導、ならびに地域歯科医療における歯科麻酔学の普及と指導の役割を有することを目的としている(一般社団法人日本歯科麻酔学会 歯科麻酔専門医制度規則)。本学会の専門医は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号となった。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、専門医の拡充と国民へ歯科麻酔を知ってもらうことが本学会で課題としてあげられている¹⁾。しかし、一方では昨年(令和5年)の10月時点で本学会の会員数は2,903人のうち専門医数は366人(12.6%)であり、日本歯科専門医機構によって認定された他の専門医と比較すると専門医数が少ないだけでなく、会員数に対する比率も低い状況である²⁾。このことから本学会は専門医を輩出する基盤が十分ではなく、需要に対して十分な供給がなされていないことが懸念されている¹⁾。また、この問題を検討する上で専門医の地域偏在の問題を見過ごすことはできない。そこで専門医を十分に輩出することを目的に、資格申請者の勤務場所と資格取得者の都道府県別の分布状況を分析することで、「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度」について検討した。

2. 専門医および認定医の勤務場所についての調査方法

本学会では、専門医資格の申請には本学会認定医であることが条件となっている。また、認定医と専門医は、申請の時点で継続してそれぞれ5年および2年以上本学会会員であることが条件となっていることから、「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について」を検討する上で、認定医についても合わせて検討する必要がある。また、本学会では認定医と専門医の過去5年間の平均合格率(受験者に対する合格者の割合)はそれぞれ70.0%と75.0%と決して高くないが、逆に、過去5年間の平均更新率は専門医で91.8%、認定医で94.5%と比較的高いことから、本学会においては「資格の更新」よりも「資格の取得」に焦点を当てるのが適切であると考えた。資格取得者を増やすために資格者の基準を緩めることは決してできないため、「資格申請の機会」を検討することとし、勤務場所ごとの過去5年間の申請者の状況を調べた。また、地域偏在の現状を把握するため、専門医数および認定医数を都道府県別に分類し、さらに、各都道府県の歯科医師数に対する本学会の専門医数および認定医数の割合も算出し、都道府県別の専門医および認定医の分布状況を調査した。地域偏在の程度を示す指標として分布のばらつきを表す変動係数(CV値:標準偏差値/平均値)を用い、CV値が大きいほど、分布にばらつきが大きい、つまり地域偏在の程度が大きいと評価した。

3. 勤務場所ごとの専門医および認定医の申請状況

本学会には研修する機関として、「指導施設」、「研修機関」、「準研修機関」がある。「指導施設」は主に大学病院等の歯科麻酔科またはそれに相当する診療部門で本学会が認定した施設であり、現在32施設があ

る。「研修機関」およびそれに準じる「準研修機関」は本学会が制定した基準を満たし、本学会が認定した機関であり、現在、それぞれ 42 機関および 23 機関ある。公益社団法人日本麻酔科学会の認定する「麻酔科認定病院」として認定され、本学会で認められた施設も研修機関として認められている。この度は、「研修機関」、「準研修機関」、および「麻酔科認定病院」をまとめて「指導施設以外の研修機関」とし、勤務場所ごとの集計は「指導施設」、「指導施設以外の研修機関」、および「その他」に分類した。

その結果、過去 5 年間の専門医申請者は 126 人で、このうち勤務場所が指導施設であった者は、99 人 (78.6%)、指導施設以外の研修機関は 16 人 (12.7%)、その他が 11 人 (8.7%) で、約 8 割が指導施設に所属していた。この傾向は 5 年間で変わらなかった (図 1)。

一方、過去 5 年間の認定医申請者は 346 人で、このうち勤務場所が指導施設であった者は、272 人 (78.6%)、指導施設以外の研修機関は 39 人 (11.3%)、その他が 35 人 (10.1%) で、約 8 割が指導施設に所属していた。この傾向は 5 年間で変わらなかった (図 2)。

図 1 本学会の専門医申請者の勤務場所

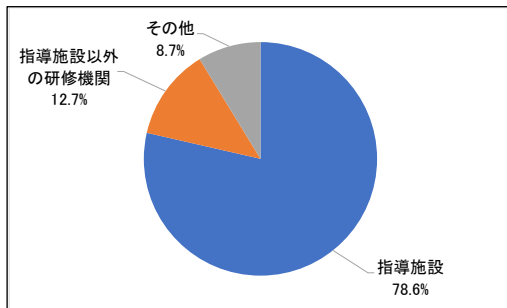
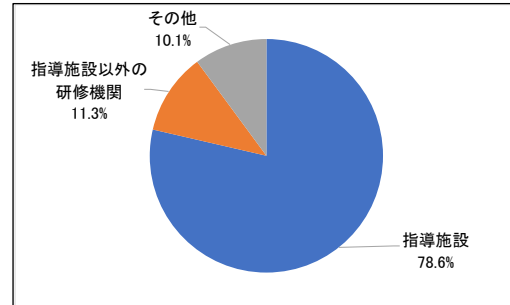


図 2 本学会の認定医申請者の勤務場所



4. 都道府県別の専門医および認定医の分布状況

都道府県別の専門医数の平均は 7.8 人であり、標準偏差値は 14.0 人であった。分布のばらつきを示す CV 値は 1.76 であり、地域偏在の程度が著明であった。最も多かったのが東京都 (76 人) で、平均以上の都道府県は北海道 (21 人)、宮城県 (9 人)、福島県 (10 人)、埼玉県 (15 人)、千葉県 (21 人)、神奈川県 (19 人)、新潟県 (13 人)、愛知県 (11 人)、大阪府 (50 人)、兵庫県 (12 人)、岡山県 (9 人)、広島県 (13 人)、福岡県 (24 人) であり (図 3)、さらに、指導施設および研修機関のある地域に偏在している傾向がみられた。

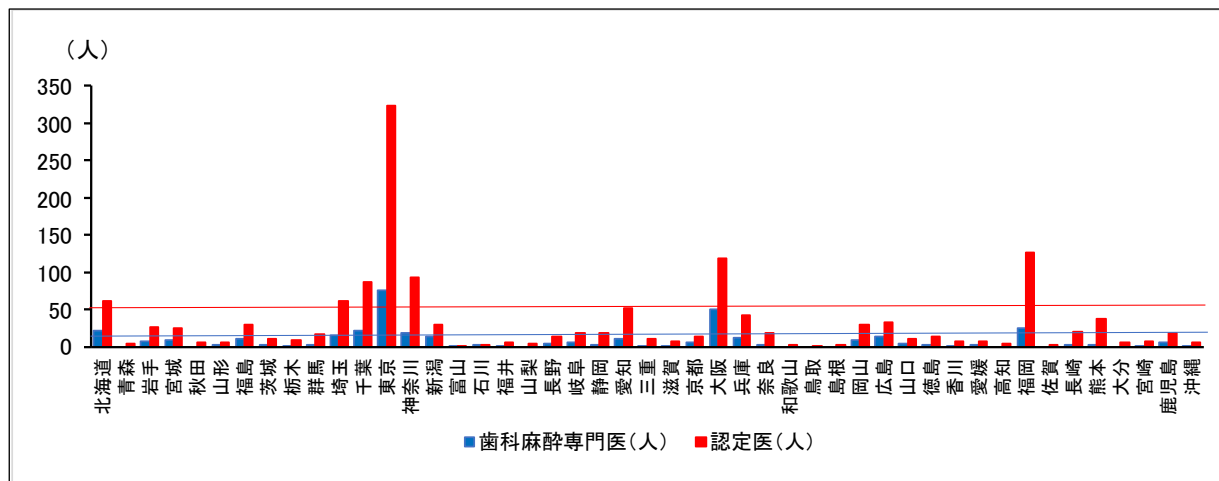
一方、都道府県別の認定医数は、本学会ホームページで公開していない資格取得者を含めると、平均は 30.9 人であり、標準偏差値は 52.7 人であった。分布のばらつきを示す CV 値は 1.71 であり、認定医数の地域偏在の程度は専門医と同様に著明であった。最も多かったのが東京都 (323 人) で、平均以上の都道府県は北海道 (61 人)、埼玉県 (61 人)、千葉県 (86 人)、神奈川県 (93 人)、愛知県 (52 人)、大阪府 (119 人)、兵庫県 (43 人)、広島県 (33 人)、福岡県 (126 人)、熊本県 (38 人) であり (図 3)、指導施設および研修機関があっても平均以下の地域が数カ所みられた。

単純に資格者数だけを比較するのではなく、令和 2 年 12 月 31 日時点での各都道府県の歯科医師数³⁾に対する割合を調べてみると、各都道府県の歯科医師 100 人に対する専門医数の平均は 0.25 人であり、標準偏差値は 0.20 人であり、分布のばらつきを示す CV 値は 0.80 であり、専門医数の地域偏在は単純に資格者数だけで分析した場合よりも小さい値であった。最も多かったのは岩手県 (0.69 人) で、平均以上の都道府県は北海道 (0.48 人)、宮城県 (0.48 人)、山形県 (0.30)、福島県 (0.71 人)、埼玉県 (0.27 人)、千葉県 (0.40 人)、東京都 (0.44 人)、神奈川県 (0.25 人)、新潟県 (0.63 人)、石川県 (0.27 人)、岐阜県 (0.29 人)、京都府 (0.30 人)、大阪府 (0.61 人)、兵庫県 (0.29 人)、岡山県 (0.50 人)、広島県 (0.50 人)、山口

県 (0.40), 徳島県 (0.35 人), 福岡県 (0.42 人), 鹿児島県 (0.37 人) であり (図 4), 指導施設および研修機関ある地域に偏在している傾向は, 専門医数だけを比較した場合よりも小さい傾向であった。

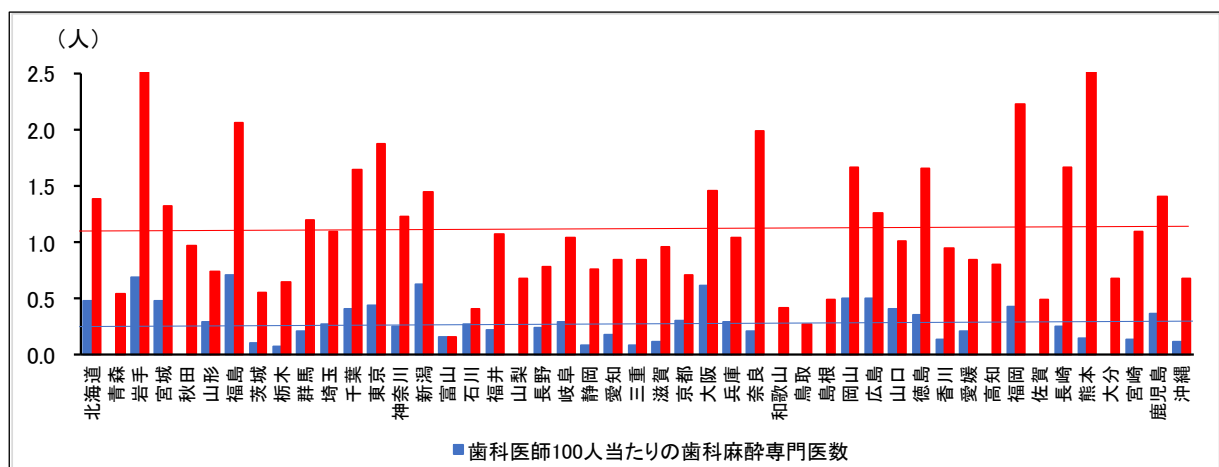
一方, 各都道府県の歯科医師 100 人に対する認定医数の平均は 1.12 人であり, 標準偏差値は 0.59 人であり, 分布のばらつきを示す CV 値は 0.53 であり, 認定医数の地域偏在は, 専門医数と同様に単純に資格者数だけで分析した場合より小さい値であった。さらに, 専門医よりも地域偏在の程度が小さかった。最も多かったのは岩手県 (2.66 人) で, 平均以上の都道府県は北海道 (1.38 人), 宮城県 (1.32 人), 福島県 (2.06 人), 群馬県 (1.20 人), 千葉県 (1.65 人), 東京都 (1.87 人), 神奈川県 (1.22 人), 新潟県 (1.45 人), 大阪府 (1.45 人), 奈良県 (1.99 人), 岡山県 (1.66 人), 広島県 (1.11 人), 徳島県 (1.65 人), 福岡県 (2.22 人), 長崎県 (1.66 人), 熊本県 (2.76 人), 鹿児島県 (1.41 人) であり (図 4), 指導施設および研修機関のある地域に偏在している傾向は同様であったが, 認定医数だけを比較した場合よりも偏在の程度は小さかった。

図 3 都道府県別の専門医数 (青) および認定医数 (赤) の分布状況



(青線は専門医数の平均値, 赤線は認定医数の平均値)

図 4 都道府県別の歯科医師 100 人に対する専門医数 (青) および認定医数 (赤) の分布状況



(青線は専門医数の平均値, 赤線は認定医数の平均値)

5. 専門医および認定医の勤務場所についての調査結果の分析

勤務場所ごとの専門医および認定医の申請状況の結果から、本学会の専門医および認定医を申請するものの大半（約9割）は指導施設または研修施設に所属（勤務）していることがわかった。このことは、本学会の申請条件として、麻酔管理症例が設定されており、麻酔管理症例が指導施設または研修施設で多くされているためであり、当然ともいえる。しかし、専門医数の申請者数が認定医の申請者数の1/3に留まっていることについては、議論の余地がある。このことはもともと本学会の専門医数が他学会よりも少ないことの要因になっており、専門医数を増やすことは本学会の課題であると考えられる。しかし、専門医数については単に数だけの問題だけでなく、後述の地域偏在の原因にもなっていると考えられる。

都道府県別の専門医および認定医の分布状況を調べる上で、単純に資格者数だけを比較するのではなく、各都道府県の歯科医師数に対する割合を調べたほうが、地域偏在について適切に評価できると考えられる。具体的には、単純に資格者数だけを比較する東京都の資格者数が圧倒的に多いため、地域偏在は単に東京都あるいは首都圏とその他の問題になってしまうのに対して、そもそも東京都は人口が多く、歯科医師数も多いため、歯科医師数に対する割合を算出してみると、突出した値になっていなく、全国の分布状況を比較することができる。その結果として、今回分析に用いた分布のばらつきを表す CV 値をもとに考察したい。

表1には、各都道府県の「人口」「歯科医師数」「本学会の専門医数」「本学会の認定医数」「人口千人当たりの歯科医師数」「人口10万人当たりの専門医数」「人口10万人当たりの認定医数」「歯科医師100人当たりの専門医数」「歯科医師100人当たりの認定医数」の平均値、標準偏差値、CV値を示している。「歯科医師100人当たりの専門医数」「歯科医師100人当たりの認定医数」のCV値を比較する、前述のとおり、「歯科医師100人当たりの認定医数」のCV値は「歯科医師100人当たりの専門医数」よりも小さく、地域偏在の程度は小さいことがわかる。つまり、認定医から専門医に申請者を増やすことが地域偏在の程度を小さくする方策のひとつになることが示唆できる。一般に、CV値は0.1未満あるいは0.05未満にすることが求められるが、地域偏在について目標をどのように設定すればいいのであろうか？ひとつの基準として歯科医師数の地域偏在は「ない」とはいえないが、CV値は0.18であるため、専門医のCV値の目標も0.18でいいのではないかと考えられる。よって、必ずしも現在の認定医の供給が十分であるとはいえないことは承知しておくべきである。

一方、本分析では歯科医師数当たりの資格者数を評価したが、人口当たりの資格者数を評価するべきであるという議論もあると考えられる。

そこで、表1の「人口10万人当たりの専門医数」「人口10万人当たりの認定医数」を比較した場合、「人口10万人当たりの専門医数」のCV値は0.89であるのに対して、「人口10万人当たりの認定医数」のCV値は0.65であり、歯科医師数当たりの資格者数と同様に、認定医から専門医の申請者を増やすことが地域偏在を小さくする方策のひとつになることが示唆できる。

	平均値(人)	標準偏差(人)	CV値(ばらつき)
都道府県人口(千人)	2658.4	2793.5	1.05
歯科医師数	2286.0	2961.4	1.30
本学会の専門医数	7.8	13.7	1.76
本学会の認定医数	30.9	52.7	1.71
人口千人当たりの歯科医師数	0.79	0.14	0.18
歯科医師100人当たりの専門医数	0.25	0.2	0.80
歯科医師100人当たりの認定医数	1.12	0.59	0.53
人口10万人当たりの専門医数	0.21	19	0.89
人口10万人当たりの認定医数	0.93	0.61	0.65

以上のことから、認定医を専門医にすることが、社会的にも本学会の課題であると考えられる。

6. 本学会における専門医制度の課題

前述の分析のとおり、本学会では認定医の申請者数の1/3しか専門医に申請していないのが現実であり、そのことが地域偏在の要因になっている。前述のとおり専門医申請者および認定医申請者の大半（約9割）が指導施設または研修施設に所属（勤務）している。逆に、指導施設または研修施設に所属（勤務）していないものは1割に満たないことに問題があるもではないかと思われる。つまり認定医の有資格者の多くが専門医資格取得の申請ができなかった可能性がある。

これは、本学会の専門医制度に起因していると考えられる。本学会の専門医の審査を受けるには、「筆記試験の時点で継続して5年以上本学会員で、かつ歯科麻酔分野の業務に専従していること」が求められている。つまり、少なくとも5年間継続して週3日以上歯科麻酔分野の業務に専従している必要があり、つまり歯科麻酔分野の業務を主としてほぼ常勤で勤務している必要がある。大学病院等の歯科麻酔科またはそれに相当する診療部門で本学会が認定した施設での常勤の人数は決して多くなく、勤務の都合上、専門医取得を諦めている認定医が多数いることが推測される。また、継続していることが条件であるため、出産・育児または留学で長期の空白期間があると、専門医取得を取得できない制度となっている。ただ、当学会の歯科麻酔分野の能力と技能レベルを下げることは決して許されるものではないので、レベルを下げることなく、認定医が現行の専門医と同等のレベルで専門医を申請できるような制度改革が必要であると考えられる。つまり、専門医を十分に輩出するためには、指導施設または研修施設に所属（勤務）していなくても、「勤務場所に関わらず専門医を取得できる制度」の構築が必要である。

7. 「勤務場所に関わらず専門医を取得できる制度」に向けて

本学会の課題として、認定医が現行の専門医と同等のレベルで専門医を申請できるような制度改革であって、指導施設または研修施設に所属（勤務）していなくても、「勤務場所に関わらず専門医を取得できる制度」の構築が必要であるが、その方策として、少なくとも5年間継続して週3日以上歯科麻酔分野の業務に専従できる研修機関が増加すること、あるいは、専従期間を短縮し、その代替として、麻酔管理を研修できる機関の拡充を挙げることができる。

少なくとも5年間継続して週3日以上歯科麻酔分野の業務に専従できる研修機関は、現在、大学附属の病院に依存しており、その他の研修機関は少ない。歯科医療においても麻酔管理の需要はあるが⁴⁾、歯科診療時の麻酔管理で得られる診療報酬は決して多くないため、公的施設であっても経営的に麻酔管理担当の常勤を増やすことは難しいと考えられる。

そこで、制度を改定し、専従期間を短縮することが現実的な方策であると考えられる。しかし、単に専従期間を短くするだけでは有資格者のレベル低下の可能性が危惧されるため、その代替として、勤務場所に関わらず麻酔管理を研修できる機会を拡充し、認定医取得であっても十分研修（症例数を確保）できる環境を整える必要がある。一つは、指導施設で非常勤の勤務医として週1-2日程度の研修を受け入れること、また、公益社団法人 日本麻酔学会の研修機関と連携し、認定医資格を取得後の週1-2日程度の研修を受けていただき、研修できる機会を増やすことを挙げることができる。また、本学会としては、医療安全の観点から認定医および専門医資格の基準の強化、および専門医取得後の研修の充実を図っていく必要がある。

8. まとめ

本学会は、日本歯科専門医機構によって認定された他の専門医と比較すると専門医数が少ないだけでなく、会員数に対する比率も低い状況である。そこで専門医を十分に輩出するための方策を考える上で、資格申請者の勤務場所と資格取得者の分布状況を分析し、勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について検討した。

専門医資格の申請には本学会認定医であることが条件となっているため、認定医についても合わせて検討した。また、本学会では認定医と専門医の合格率は決して高くなく、更新率は比較的高いことから、過去5年間の両資格の申請者を対象として、勤務場所ごと申請者の状況を調べた。その結果、両資格申請者の約8割が指導施設に所属しており、指導施設以外の研修機関は1割程度、その他が1割程度で、この傾向は5年間で変わっていなかった。

この問題を検討する上で地域偏在の問題を見過ごすことはできないため、資格取得者の都道府県別の分布状況を分析した。その結果、資格取得者は都道府県での地域偏在の程度が大きく、地域偏在が著明にみられたが、各都道府県の歯科医師数に対する資格取得者の地域偏在の程度は小さく、専門医の地域偏在に対して認定医の地域偏在の程度は小さいことがわかった。

以上のことから、認定医の有資格者の多くが専門医資格取得の申請ができなかった可能性があり、専門医を十分に輩出するためには、指導施設または研修施設に所属（勤務）していなくても、「勤務場所に関わらず専門医を取得できる制度」の構築が必要であり、本学会の制度改革が必要であると考えられた。

利益相反開示

本稿に関連して、開示すべき利益相反はない。

参考文献

- 1) 飯島毅彦: 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 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. 令和4年度厚労省委託事業 歯科医療の専門性に関する協議・検証一式 報告書 令和5年3月, 16-17, 日本歯科専門医機構.
https://jdsb.or.jp/pdf/20230331_news.pdf?t=1703982347807 (令和6年1月8日参照)
- 2) 木村博人: 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～. 令和4年度厚労省委託事業 歯科医療の専門性に関する協議・検証一式 報告書 令和5年3月, 9-15, 日本歯科専門医機構. https://jdsb.or.jp/pdf/20230331_news.pdf?t=1703982347807 (令和6年1月8日参照)
- 3) 厚生労働省: 令和2(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/index.html> (令和6年1月8日参照)
- 4) 石田義幸, 水田健太郎, 丹羽 均, 砂田勝久, 飯島毅彦: 歯科医療における全身麻酔や静脈内鎮静法の需要と供給に関する実態調査. 日本歯科麻酔学会雑誌 52(2): 印刷中, 2024.

3. 歯周病専門医

小方頼昌

日本大学松戸歯学部歯周治療学講座教授
(特非) 日本歯周病学会前理事長

1. はじめに

歯周病は細菌因子、宿主因子（年齢、全身疾患等）及び環境因子（喫煙、ストレス、栄養、薬物等）の相互作用によって引き起こされる慢性炎症性疾患で、歯周炎では歯槽骨を含めた歯周組織の破壊が生じ、最終的には抜歯に至る¹⁾。2018年の8020財団による永久歯の抜歯原因調査の結果、抜歯の原因の1位は歯周病（37.1%）で²⁾、55歳以上の日本人の歯周炎の罹患率（4mm以上の歯周ポケットの保有者の割合）は50～60%、15～24歳で約20%であり³⁾、ギネスブックに「歯周病は世界で最も一般に蔓延している感染症」と記載され⁴⁾、食事や運動、喫煙等に関する生活習慣病と位置づけられている。厚生労働省の2016年歯科疾患実態調査の報告では、80歳で自分の歯が20本以上ある8020達成者の割合が51.2%、80～84歳での残存歯数が15.3本であることから⁵⁾、低年齢からの歯周病予防と早期発見、早期治療の実践が、生涯自分の歯で食事をし、健康寿命の延伸につながると考えられる。

2020年度の届出歯科医師数は107,443人、医療施設の従事者は総数の96.9%の104,118人であり、その内訳は、病院の従事者12,329人（11.5%）、歯科診療所の従事者91,789人（85.4%）と、歯科医師の約85%が地域の歯科診療所に勤務していることから⁶⁾、歯科診療所に勤務している歯科医師による歯周病治療が必須である。さらに、歯科診療所への勤務環境での歯周病専門医の育成と研修体制の整備が望まれる。

2. 歯周病専門医数と研修施設数

日本歯周病学会の会員数は12,711人（2023年10月31日）、正会員は9,157人（歯科医師8,858人、その他）、準会員は3,452人（歯科衛生士3,334人、その他）である⁷⁾。歯周病専門医は1,175人（指導医を含む、正会員の12.8%）、指定研修施設169施設、歯周病認定医は1,416人（正会員の15.5%）であり⁸⁾、歯周病専門医数は歯科医師総数の1.1%、歯周病認定医数は歯科医師総数のわずか1.3%である。歯周病専門医の申請時に、日本歯周病学会または日本臨床歯周病学会認定医に登録後通算2年以上日本歯周病学会会員でかつ指定研修施設に所属している必要があることから、認定医育成が歯周病専門医育成と共に重要である。

3. 歯周病専門医と研修施設の内訳

歯科診療所、医育機関及び病院別の歯周病専門医の内訳は、歯科診療所649人（55.2%）、医育機関217人（18.5%）、病院309人（26.3%）の総計1,175人で、歯科診療所勤務の歯周病専門医の割合が55.2%と最も多い。研修施設の内訳は、歯科診療所132施設（78%）、医育機関29施設（17%）、病院8施設（5%）の総計169施設で、歯科診療所の割合が78%と最も多いが⁸⁾、2021年の全国の歯科診療所数が67,899件であることから、歯科診療所の研修施設数（132施設）は全国の歯科診療所数のわずか0.2%である。歯周病専門医を勤務先に関わらず取得・更新できる制度とするためには、歯周病専門医および研修施設に常勤する歯周病指導医の育成、研修施設数の増加が必要である。

4. 日本歯周病学会認定歯周病専門医制度

令和4年度の報告書の「歯周病専門医制度の現状と課題」にも記載があるが⁹⁾、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、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規則が制定され、次の各号に該当する者で、専門医委員会の審査に合格し、理事会の議を経た者は歯周病専門医として認定される¹⁰⁾。

- (1) 専門医の申請時に、日本歯周病学会認定医または日本臨床歯周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認定医・専門医教育講演を2回以上、ならびに日本歯科専門医機構が定める「共通研修」を毎年度2単位受講していること。
- (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) 中等度～重度歯周炎患者を対象に歯周治療を行った10症例を提出する（8症例以上で歯周外科処置が行われ、1症例以上の再生療法及び歯周形成手術と、初診時に65歳以上の高齢者または全身疾患を有する症例を含み、メインテナンスまたはサポータティブペリオドンタルセラピー（SPT）に入ってから6か月以上経過している症例）。
- (7) 申請者は、提出した症例のうち1症例についてのケースプレゼンテーション試験と筆記試験を受験する。

5. 日本歯周病学会歯周病認定医制度

日本歯周病学会は、次の各号に該当する者で、委員会の審査に合格し、理事会の議を経た者を認定医として認定する¹¹⁾。(1) 3年以上継続して学会正会員であること。(2) 本学会の認めた研修施設に通算3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認定医・専門医教育講演を2回以上受講していること。(4) 本学会が行う倫理に関する講演、または研究倫理に関するe-Learningの受講を1回以上受講していること。(5) 歯周病専門医提出症例と同基準の歯周炎患者の治療症例を1症例提示する。(6) 認定医試験に合格した者。

6. 日本歯周病学会学術大会での教育研修と共通研修単位の所得

日本歯周病学会は、1年に2回（春季および秋季）の学術大会を実施し、学術大会中に倫理または研究倫理講演、認定医・専門医教育講演、日本歯科専門医機構が定める「共通研修」を実施し、2回の学術大会に参加することで、歯周病専門医の新規申請及び更新に必要な単位を取得できる体制を整えている。2019年第62回秋季学術大会までは現地開催のみであったが、新型コロナウイルス感染拡大の影響で、2020年第63回春季、秋季および2021年第64回春季学術大会はWeb開催、2021年第64回秋季学術大会以降は現地とWeb（オンデマンド）のハイブリッド開催となり、今後もハイブリッド開催が継続されるため、教育研修および共通研修単位の取得がオンデマンド参加することで可能である¹²⁾。

7. 勤務場所に関わらず取得・更新できる制度についての課題

前述のように、歯周病専門医は2023年10月31日現在1,175人、日本歯周病学会正会員の12.8%であ

る。全研修施設（169 施設）中の 132 施設（78%）が歯科診療所であるが、全国の歯科診療所数（67,899）の約 0.2%である。歯周病専門医数に指導医が含まれるが、歯周病指導医がわずか 292 人であることから、まずは、日本歯周病学会正会員の中での歯周病認定医、専門医及び指導医数の増加、歯科診療所の研修施設数の増加、さらには専門医の地域偏在への対応が課題である。歯周病専門医取得のためには、初診から SPT まで歯周治療（歯周外科を含む）を行った 10 症例を、全ての治療段階の口腔内写真、デンタルエックス線写真（10 枚法以上）及び精密検査表を添付して提出する必要があるが、初診に限りオルソパントモを可とした。さらに、専門医の申請・更新に必要な教育研修単位、認定医・専門医教育講演の受講単位ならびに日本歯科専門医機構が定める共通研修の単位（毎年度 2 単位）が、年 2 回の日本歯周病学会学術大会へのオンデマンド参加で取得できるため、研修施設に所属していることが条件となるが、専門医の申請・更新が勤務場所に関わらず可能である。コロナ渦で頓挫していた年 2 回の臨床研修会（専門医が少ない県での開催）を再開し、認定医、専門医、指導医及び研修施設の増加に尽力している。

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) 小方頼昌：いつまでも健口生活 歯周病とは。月刊さかえ 63 (2)：24-25, 2023.
- 2) 働き盛りのお口の健康 CHAPTER2 歯を失う原因の第 1 位は歯周病！
<https://www.8020zaidan.or.jp/hatarakizakari/02.html>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 3) 厚生労働省：e-ヘルスネット 歯周疾患の有病状況。
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/teeth/h-03-004.html>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 4) Guinness World Record, Commonest disease non-contagious
<https://www.guinnessworldrecords.jp/world-records/67659-commonest-disease-non-contagious>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 5) 厚生労働省：歯科疾患実態調査。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 6) 厚生労働省：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/index.html>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 7) 日本歯周病学会：学会の紹介。 <https://www.perio.jp/information/>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 8) 日本歯周病学会：認定医・専門医名簿一覧。
<https://www.perio.jp/roster/>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 9) 日本歯科専門医機構：令和 4 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 5 年 3 月。 https://jdsb.or.jp/pdf/2022_jigyohoukoku.pdf（令和 6 年 1 月 9 日参照）
- 10) 日本歯周病学会：歯周病専門医。
<https://www.perio.jp/member/certification/special/>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 11) 日本歯周病学会：認定医。
<https://www.perio.jp/member/certification/recognition/>（令和 6 年 1 月 8 日参照）
- 12) 日本歯科専門医機構：日本歯科専門医機構関連。
https://www.perio.jp/member/certification/special/application_jdsb.shtml#jdsb_certification
（令和 6 年 1 月 8 日参照）

4. 小児歯科専門医

岩本 勉
東京医科歯科大学教授
(公社) 日本小児歯科学会常務理事

1. はじめに

技術革新, 加速度的に進むデジタル社会への転換, およびAI技術の進化に伴う生活環境の著しい変化は, 多くの情報を迅速, かつ効率的に獲得できる状況を可能とした. その結果, 従来の概念や慣習に対しても価値観が多様化し, 社会に大きな変革をもたらしている. さらに, そのような状況に相俟って, 超少子高齢化がもたらした労働人口の減少といった人口構成の変化は, 今日のわが国が抱える大きな社会問題の1つでもある. このようなイノベーションに導かれた新たな時代において「ワーク・ライフ・バランス」はきわめて重要なテーマとなり, 従来型の長時間労働, 時間外労働を是とした考えはもはや弊風とみなされている. 働き方に関する法改正 (働き方改革を推進するための関係法律整備に関する法律) も進み, そのため「ダイバーシティ (多様性)」と「インクルージョン (包括・受容)」という考え方で, その期待に応える職場環境へと改善する取り組みが求められている¹⁾. このようにあらゆる側面で急速に社会構造が変化する新時代を迎えている.

歯科医業のようにいわゆる技術職の世界でもこのような時代への対応は必須である. われわれ歯科医師は, 歯科大学における6年間の歯科医学教育を受けた後, 国家試験を受験することで歯科医師免許を享受されるが, その後も実践的な歯科医療の現場での研鑽は不可欠であり, さらに, より高度な専門的スキルの獲得となれば更に研鑽を求められる. このように, 現実的にはより高いレベルの知識や技術の習得を目指す場合, 勤務時間内ですべてを習得することは難しく, 個々のスキルに合わせた上での自己研鑽に励むことで, 目標に到達していくことになる. このように個々の目的や能力に幅がある中で, 自己研鑽と業務に関する線引きもまた社会から要請されている解決すべき課題の1つであり²⁾, 制度設計においても大きな時代の変革の岐路にあるといえる. 社会が進化し続ける中では, 当然の責務でもあるが, 制度設計や職場環境を改善する権限をもった立場の人にとっては, 自身が育ってきた環境や経験とは全く異なる概念であるが故, その結果がもたらす結果に対しての予測も難しい面もある. いずれにせよ既存の慣習や枠組みにこだわることなく, それを超えた創造的なアプローチを組み立てる挑戦的改革が求められる時代をこれからさらに迎えていくことになるだろう.

このような中, 専門医制度のあり方において, 「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について」検証をすることは必然の流れである. 出産, 育児, 病気, 介護等の重要なライフ・イベントがキャリア形成に影響を及ぼすことはワーク・ライフ・バランスを考える上であってはならない. 一方, 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が巻き起こしたコロナ禍に端を発したともいえる急速なWeb会議システムの普及は新たな展望を一気に加速させ, 高度化したネットワーク網を活用することでの遠隔教育の可能性を大きく広げた. このような背景を踏まえ, 小児歯科専門医制度について現状と課題を整理していきたい.

2. 現状と課題

1) 現状

公益社団法人日本小児歯科学会が定める小児歯科専門医制度は, 「小児歯科学の専門的知識と技術, そして公共使命と社会的責任を有する歯科医師を育成するとともに, 小児歯科医療の発展と向上をはかり, 小

児保健の充実と増進に寄与すること」を目的としている（公益社団法人日本小児歯科学会専門医制度規則，以下規則，規則第1章第1条）³⁾。この目的を達成するために，次に示す4つのカテゴリーの要件を定めている。

- ① 臨床研修：臨床研修は，「専門医認定委員会の審査を受け，理事会の議を経たのちに本学会が研究施設として認めた専門医指導医が常勤として所属している施設」（規則第6章）において，「（1）小児歯科治療およびこれに関する領域の診断と治療（2）小児歯科専門医カリキュラムに沿った教育研修」を専門医指導医の下で研修を受けなければならない。
- ② 学術研修：小児歯科学に関する学術研修として，小児歯科関連の学会および研修会参加すること。
- ③ 業績：小児歯科学に関する業績として，小児歯科学分野の学会・研修会および学術雑誌等への発表」すること。
- ④ 社会貢献：本会・地方会活動，講演，地域の保健活動，専門学校の講義，公共出版物への執筆などの社会貢献を行うこと。

このうち，「臨床研修」，「学術研修」，「業績」の3項目については，それぞれ最低必要単位数を定めており，それを満たさなければならない。また，専門医更新においては，「臨床研修」が「臨床実績」に置き換わるが，同様のカテゴリーで最低必要単位数を設定している。

本学会が目指す専門医育成においては，一定の水準を担保する臨床研修教育が受けることができるように，研修施設の基準を定め，研修施設の審査を行なっている。以下に，本学会が定める施設基準について述べる（規則第6章）。

- ① 学会が定める小児歯科専門医カリキュラムに沿った教育および研修が定期的に行われていること。
- ② 学会専門医指導医制度規則第1章で定める専門医指導医が1名以上常勤として所属し，施行細則に定めた診療実績を有していること。指導医1名に対して被指導医10名を限度とする。
- ③ 研修実施に必要な施設として施行細則に定めた設備や機能を有していること。
- ④ 上記の各号を満たしているか，専門医認定委員会が上記と同等以上の診療の実態，設備および機能を有すると認めた施設であること。

この③および④に関して，診療実績は，「研修施設における診療実績とは，小児患者数が1日10名以上あるいは1日あたりの受診患者に占める小児患者（18歳未満）の割合が50%以上であること」と規定している。また，研修実施に必要な設備や機能とは，「エックス線写真分析（頭部エックス線規格写真やパノラマエックス線写真）や模型分析を行うことができ，小児歯科診療ガイドラインに則した診療ができる設備を配備し，さらに小児歯科関連の図書文献を備え，文献検索ができるなど専門的な臨床研修が行えることとする。」と定めている（公益社団法人日本小児歯科学会専門医制度施行細則第8条）⁴⁾。以上の条件を満たしているかを専門医認定委員会で審査し，理事会の議を経たのちに研修施設として指定している。さらに，研修施設は5年ごとの更新審査を受けるように義務付けしている（規則第6章）。

2) 課題

本学会が目指す専門医育成における4つのカテゴリーの要件のうち，②学術研修，③業績，④社会貢献

については、研修勤務場所に限らずに実施できるが、①臨床研修（更新においては、臨床実績）については、研修施設となる主たる勤務場所以外での実施は想定外である。

小児歯科学会専門医制度における「臨床研修」に関しては、前述した本学会が承認した臨床研修施設で実施するが、実際は地域や施設規模や特性によって、受診される小児の背景などに偏りがある可能性は否定できないが、その上で、専門医としてふさわしい知識や能力、経験を有し、医療安全を認識した上で、小児歯科専門医として相応しい標準的対応法が、十分に研鑽、習得されているかを評価するために、次に示す厳格な専門医試験を実施している⁵⁾。

専門医試験は、「客観試験」（小児歯科専門医に必要な全般的知識を問う選択肢問題）、「症例課題」（提示した症例の資料にもとづいて、診断や治療計画を記述する問題）、そして、実際に自身が担当した症例についてさまざまな資料を提示させた上での「ケースプレゼンテーションおよびそれに基づく口頭試問」を2症例実施することで、これらの成績に基づき合否判定を行なっている。合否判定は、「3科目とも75点を及第点とし、3科目すべての及第をもって合格とする。及第点に達しなかった科目については、その科目のみ再度受験申請し及第点をとれば合格とする。」と定め、「合否は担当した試験委員で審議し、その合否を専門医認定委員会へ報告し、専門医認定委員会で総合的な審査を行った後に、その合否を日本小児歯科学会理事会に報告し承認を得ている（公益社団法人日本小児歯科学会専門医試験施行細則第5条）⁵⁾。

歯科診療は、通常、外科診療の一部とみされるように、歯科疾患に対し直接口腔内に処置を施す必要があるため、「①臨床研修」はきわめて重要なカテゴリーである。すなわち、理論だけでなく、小児歯科専門医として適切な治療を患者に提供するために欠かせない要素である。さらに、「臨床研修」では、ただ単純に小児歯科的手技の獲得が目的ではなく、「臨床研修」を通じて小児歯科専門医として、生涯にわたり臨床経験を積み重ねた上で実践的スキルを身につけ、個別のニーズに対応できる能力やプロフェッショナルな医療チームの一員として多職種連携が実践できる能力、日々進化する新たな技術や治療法を習得し最新の最良のケアを提供できる能力、そして、一般歯科医が対応できない小児歯科臨床的な問題や疾患や障害を踏まえた問題解決能力なども求めるため、「臨床研修」は小児歯科専門医にとっては不可欠な要素である。小児歯科専門医を「勤務場所に関わらず取得・更新できる」制度にするために、オンライン教育やリモート試験を活用する機会を作ることは可能であるが、現状「臨床研修」について、どのような形で柔軟な働き方や実務経験の認定を許容するのかということが大きな課題となる。

参考文献

- 1) 厚生労働省：令和元年度厚生労働省委託事業、職場におけるダイバーシティ推進事業報告書。2020。
- 2) 厚生労働省：医師の研鑽と労働時間に関する考え方について。2018。
- 3) 公益社団法人日本小児歯科学会：公益社団法人日本小児歯科学会専門医制度規則。2021。
- 4) 公益社団法人日本小児歯科学会：公益社団法人日本小児歯科学会専門医制度施行細則。2021。
- 5) 公益社団法人日本小児歯科学会：公益社団法人日本小児歯科学会専門医試験施行細則。2012。

5. 歯科放射線専門医

—勤務場所に関わらず取得・更新できる歯科放射線専門医について—

金田 隆

日本大学松戸歯学部放射線学講座教授
(特非)日本歯科放射線学会理事長

1. はじめに

日本歯科放射線学会は1960年に設立された特定非営利活動法人で、これまでに国際歯科放射線学会の理事長や大会長に日本歯科放射線学会の理事らが就任し、アジアの歯科放射線学会の理事長にも日本歯科放射線学会の理事らが2度就任したことがある。IF付き国際英文雑誌「Oral Radiology」の現編集長は日本歯科放射線学会の副理事長であることから、日本歯科放射線学会は歯科放射線学における世界をリードしてきたと言える。

日本歯科放射線学会の認定医制度に関しては、1994年に認定医制度が発足し、2006年には専門医制度規則が制定された。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、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、「准認定医」、「認定医」、「専門医」、「指導医」からなる。「准認定医」は専門医の入り口という位置づけで、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、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ものもある。

ところで歯科専門医とは、「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」と定義されており、歯科放射線専門医は、「国民、患者、地域の歯科医師および医師等の社会的要請に応えるために、放射線を有効かつ安全に利用し、適切な画像検査と診断を行うために必要な知識、技能、および態度を修得している歯科医師」とされている。その歯科専門医の制度は、「国民に適切な歯科医療を提供し、その質を向上させるために歯科医師に求められる生涯研修を促すための制度」とも捉えることができ、この制度を確立するためには、歯科専門医の新たな取得や更新のための充実したカリキュラム整備（ソフト）と同時に、適切な研修の場の提供（ハード）が必須であろう。

2. 歯科放射線専門医の現状と問題点

医科での放射線専門医の場合は、大学病院や中核病院が各都道府県や拠点都市に設置され、それぞれにMulti-Detector Computed Tomography (MDCT) やMagnetic Resonance Imaging (MRI) などといった大型の医療機器が設置され、研修の場が十分に確保されていると言える。さらには、それぞれの研修の場には、少なくとも一人の放射線専門医が存在し、詳細なプログラムのもと、ソフトもハードも適切に提供されているのが現状である。

一方歯科の場合は、歯科医師の多くは大学病院等での臨床研修期間の1年間が終了すれば、地域開業医での勤務になり、研修の場はその地域の診療所に移ることになる。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ので、専門医取得を目的に大学病院等に継続して在籍する歯科医師も少なくない。特にハードの面から、歯科放射線専門医取得を目指す歯科医師のほとんどは臨床研修期間終了後も大学病院等に在籍せざるを得ないのが現状である。

歯科放射線専門医は200名を超えるが、日本歯科放射線学会が認定する研修施設は全国に22ヶ所しかなく、8つの研修協力機関と合わせても30ヶ所に過ぎない。というのは、研修施設の要件として、歯科放射線指導医が常駐する施設で、MDCTやMRIなどといった大型の医療機器を有することが事実上必須となっているからである。歯科放射線専門医を含めて歯科専門医制度が生涯研修を通じた歯科医療の質の担保に貢献するためには、この研修の場をどう確保していくのが大きな問題点となろう。

3. 勤務場所に関わらず取得・更新できる制度

1) 大学病院や中核病院での「研修の場」の確保

歯科放射線専門医における研修の場は、日本歯科放射線学会が認定している上記の30ヶ所の大学病院が主である。これはハード的には医学系の学会の専門医が採用する研修プログラム制と同様と言えよう。前述したが、研修施設としてMDCTやMRIなどの大型医療機器の存在が必須としてしまえば、歯科放射線専門医取得を目指す歯科医師や更新を目論む者は大学病院や中核病院で研修せざるを得ない。

歯科系の学会の専門医が採用する研修カリキュラム制から、将来的には医科と同様に研修プログラム制に移行していくことが歯科医師としてのキャリアパス形成の上で重要であろうが、現実的には財政の問題もありかなり困難であろう。

2) 「研修の場」を大学病院や中核病院以外に求める意義

さて、勤務場所と研修の場は一致しなければならない理由はあるのだろうか？歯科放射線専門医は、放射線を有効かつ安全に利用し、適切な画像検査と診断を行うために必要な知識、技能、および態度を修得している必要があるが、果たして大学病院や中核病院に在籍しないとこれらの知識、技能、および態度は修得できないのであろうか。

MDCTやMRIを用いた画像診断を例に挙げる。MDCTを有効かつ安全に利用するための知識、技能、および態度に関しては、座学で十分修得可能である。適切な画像検査と診断を行うことに関しては、撮影自体は診療放射線技師に任せてもよいので、検査の適応判断と得られた画像の読影(=診断)に重点が置かれるべきである。この点に関しては、最近のIoTを有効に利用し、遠隔画像診断を行えばよいと考える。

さらに具体的な例を示す。歯科放射線専門医を目指す歯科医師がおり、大学病院や中核病院以外の地域歯科医院に勤務しているとする。その歯科医師が、日本歯科放射線学会に所属し、歯科放射線専門医を目指すとする。すると、いくつかの大学から、IoTを利用してその地域歯科医院もしくはその歯科医師の自宅のパーソナルコンピュータに、各大学で撮像したMRI画像などが転送される。この画像を専門医を目指す歯科医師が在宅でもよいので読影して、大学に所属する指導医に読影結果を送信する。このようなことを何症例か繰り返し、1ヶ月に1度でもよいのでそれら症例の検討会を、ZOOMなどを用いて行い、指導医は専門医を目指す歯科医師に指導し教育を行う。各大学で行われている症例検討会に、専門医を目指す歯科医師がZOOMなどで参加するのもよい。こうすれば、歯科医師は必ずしも大学病院などに在籍せずに専門医を取得したり、取得した専門医を更新したりすることが可能となると考える。

4. おわりに

歯科の専門医のなかでも、専門医取得に関して患者さんを必ずしも直接診察する必要のない歯科放射線専門医は異質なものかもしれない。しかしながらこれを逆手にとって、大学病院などに在籍せずに、開業医に勤めながら、もしくは海外で留学中にも歯科放射線専門医を取得したり更新したりすることが可能となるかも知れない。このために、日本歯科放射線学会としても、専門医制度、特に具体的な要件を改めて

見直す必要がある。

参考文献

- 1) Oral Radiology : Oral Radiology HP. <https://www.springer.com/journal/11282> (令和6年1月10日参照)
- 2) 特定非営利活動法人日本歯科放射線学会 : 日本放射線学会学会基本資料.
<https://jsomfr.sakura.ne.jp/wp-content/uploads/2022/08/teikan202208.pdf> (令和6年1月10日参照)
- 3) 日本歯科放射線学会教育委員会 編 : 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 (令和6年1月10日参照)

6. 補綴歯科専門医

委員 窪木拓男
岡山大学学術研究院医歯薬学域教授
(公社) 日本補綴歯科学会理事長

1. はじめに

機構認定補綴歯科専門医は、日本歯科専門医機構（機構）と（公社）日本補綴歯科学会（補綴歯科学会）、（特非）日本顎咬合学会（顎咬合学会）が協力して制度設計を行い、令和5年10月12日に厚生労働省の「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の一部改正について」により広告可能となった。現在、補綴歯科学会の認定研修施設のうち、新しい補綴歯科専門医の基準に適合した施設、ならびにその機関代表指導医が広告可能な補綴歯科専門医に認定されており、今後7年間の暫定期間の間に、認定要件（5年の研修期間+1年の暫定期間）を満たした両学会の候補者が順次、認定される予定である。

本機構認定補綴歯科専門医制度を構築する上で、最も苦心した点は、国民から見て、補綴歯科専門医と呼ばれる者の実力や教育レベルが担保されることにあった。そのため、認定研修施設の基準は非常に厳格に設定されている。認定研修施設には、大学病院もしくは大学附属病院の補綴歯科治療に関連する講座または診療科である認定研修機関（甲）と、必要に応じて認定研修機関（甲）の設備、図書等を利用できる体制を構築した認定研修機関（乙）がある。これらは、補綴歯科専門医認定小委員会規則に定める全ての項目を満たしていることが実地調査により適切に確認される必要がある。

今後は、この厳格な基準を運用しながら、両学会の補綴歯科専門医を育てる認定研修施設を全国に増やすこと、さらには、認定研修機関での専門医予備軍の教育を効率的に行うことが、地域格差や若手の補綴歯科専門医を育てる上で必要と考えられている。本論説では、現状の認定研修施設の施設要件や機構認定専門医の認定要件をまとめて示すとともに、今後機構認定補綴歯科専門医を増やしていくためにはどのような対策が考えられるかをまとめてみたい。

2. 現状の施設要件ならびに研修要件

補綴歯科専門医制度規則において、認定研修機関（甲）の要件は、次の様に定められている。

- 1) 補綴歯科専門医制度規則第9条に定めた指導医が1名以上常勤していること
- 2) 研修の実施に必要な設備、図書および人員を有し、かつ、十分な補綴歯科症例数を有していること
- 3) 歯科補綴学に関連する課題について定期的に教育・研修が行われていること
- 4) 大学の歯科補綴学に関連する講座または分野であること
- 5) 大学病院もしくは大学附属病院の補綴歯科治療に関連する講座または診療科であること

また、両学会が共同して運用する補綴歯科専門医認定小委員会は、これらの基準を厳密に運用するために、以下の調査を毎年、既存の研修施設に行い、大学の施設においては特に、学会での発表数や補綴関連患者数から算出される受入可能な研修歯科医師数が基準内に入っていることをチェックするようにしている。

- (1) 認定研修機関（甲）の施設名称、
- (2) 代表指導医名、
- (3) 認定研修機関の講座名あるいは診療科名、
- (4) 常勤指導医数（1名以上）、
- (5) ユニット数、
- (6) 専門医数（人員）、

(7) 専門医研修中の歯科医師数, (8) 認定医・専門医筆記試験受験者数, (9) 専門医口頭試問受験者数, (10) 治療を終了した基本症例(装置数), (11) 治療を終了した難症例(症例数), (12) カンファランス/週, (13) 研修会/月, (14) 補綴学会での発表数, (15) 補綴歯科関連学会での発表数, (16) JPR(日本補綴歯科学会の国際誌)への投稿数, (17) 補綴歯科学会誌への投稿数, (18) 受入れ可能な研修歯科医師数(算出法は, 必要基本症例数や難症例数を満たすことが可能かどうかの基準)

一方, 認定研修機関(乙)の要件は, 次のように定められている。

- 1) 補綴歯科専門医制度規則第9条に定めた指導医が1名以上常勤していること
- 2) 研修の実施に必要な補綴歯科症例数を有していること
- 3) 必要により認定研修機関(甲)の設備、図書等を利用できること
- 4) 歯科補綴学に関連する課題について定期的に教育・研修が行われていること
- 5) 両会が認める学術集会または刊行物における歯科補綴学に関連する報告が行われていること
- 6) 1) から5) を含む補綴歯科専門医認定小委員会規則に定めるすべての実地調査の項目を満たしていることを前提として実地調査を受け、適格と認定されていること

両学会が共同して運用する補綴歯科専門医認定小委員会は, これらの基準を厳密に運用するために, 以下の調査を毎年, 既存の認定研修機関(乙)に行うとともに, 新規候補施設においては, 実地調査を行い, 以下の全ての項目が基準を満たしているかを確認し, 承認をしている。

- (1) 認定研修機関(乙)の施設名称, (2) 代表指導医名, (3) 歯科補綴学に関連する定期開催の教育・研修, (4) 教育・研修のための設備一覧, (5) 教育・研修のための施設の概略図面,
- (6) 機関代表指導医(常勤医であること), (7) 研修医の週3回以上の研修,
- (8) 受入れ可能な研修歯科医師数, (9) 医療広告ガイドラインの遵守

特に, 認定研修機関(乙)の場合には, 常勤医(週3.5日以上勤務)として機関代表指導医がおり, 機関に所属する研修医が週3回以上の On the job training (OJT)研修を受けていること, 実研修歯科医数が, 補綴歯科関連治療を受けている患者数や症例数, ならびに認定研修施設に所属している指導医・専門医数に基づいて算出される研修歯科医上限数内(以下の算定基準A B Cのうち一番少ない年間受入可能研修医数とその施設の受入可能研修医数とする;算定A[基本症例装置数から算出した年間受入可能研修医数]:認定研修期間における1年間の基本症例の装置数/20装置, 算定B[難症例数から算出した年間受入可能研修医数]:認定研修期間における1年間の難症例数/4症例, 算定C[指導医・専門医一人当たり指導可能な研修歯科医数]:指導医・専門医数×14)にとどまっていること, 医療広告ガイドライン(歯科医院名称、医療機関HP、看板、等)が遵守されていることなどを重視している。

3. 現状の課題

広告可能な専門医制度を, 国民のために厳格に運用する必要があることは論をまたない。国民が, 補綴歯科専門医にアクセスするプロセスを考えれば, 医療広告ガイドラインの遵守とともに, 患者がかかりたいと考えた補綴歯科専門医へのフリーアクセスを妨げてはならない。一方で, 患者が補綴歯科専門医にかかりたいと考えた際にその数やアクセスの利便性が十分かどうかの議論も大切である。国公立大学歯学部附属病院施設の総数は29校であるが, 多くが関東圏に局在しており, アクセスの問題は大きい(地図参照, <https://www.hotetsu.com/map/index.html>)。各県に所在する医学部附属病院が内包している歯科・口腔外科には, 補綴歯科専門医が在籍している場所は少ない。したがって, これ以後は機構認定補綴歯科専門

医数を増やしたり、地域の局在を解消する方策を練らなくてはならないだろう。

特に、国公立大学歯学部附属病院の数が限られていることを考えると、認定研修機関（乙）を増やす方策が必要かもしれない。認定研修機関(甲)との連携の基に、基準を満たした機関を積極的に認定していくことも大切と考えられる。その際には、補綴歯科専門医の共同設立母体である顎咬合学会との連携も重要な要素となると考えられる。一方、週3回以上のOJT研修を可能とするためには、現在認められていない集中研修や電子研修などを多用する必要もあるかもしれない。さらには、歯学部教育がアウトカム基盤型に移行しつつある現状を考えると、移行期においては、実臨床を相互視察して、経験が豊富な開業歯科医などを認定するシステムの開発が必要となるかもしれない。

参考文献

- 1) 公益社団法人日本補綴歯科学会：補綴歯科専門医制度。 https://www.hotetsu.com/c_2572.html
(令和6年1月25日参照)

7. 歯科保存専門医（仮称）

北村知昭

九州歯科大学口腔機能学講座口腔保存治療学分野教授

(特非)日本歯科保存学会常任理事

佐久間克哉

(一社)日本歯内療法学会理事長

1. はじめに

本邦の歯科医療に見られる「国民にとってわかりにくい歯科の専門性」の改善を目的のひとつとして設立された日本歯科専門医機構のもと、現在、新たな歯科専門医の制度設計・運用に関する審査・認定が進められている。歯科保存専門医（仮称；以下略）に関する協議は、2020年より、日本歯科専門医機構と5連携学会（日本歯科保存学会、日本歯内療法学会、日本接着歯学会、日本歯科審美学会、日本レーザー歯学会）との間で開始された。開催会議数は10数回、2年にわたる協議を経て、「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に対応する専門医」として歯科保存専門医を定義し制度概略について合意すると共に、日本歯科保存学会と日本歯内療法学会が合同で先行対応することについて5連携学会間で合意形成された。現在、歯科保存専門医の制度設計と運用については、2学会が協調して進めている。

2. 歯科保存専門医の審査・運用

歯科保存専門医制度の安定運用を目的として、2023年度から日本歯科保存学会と日本歯内療法学会は合同で歯科保存専門医認定委員会を設立した。現在、歯科保存専門医に関する実務的運営は歯科保存専門医認定委員会が対応している。歯科保存専門医認定委員会は2学会それぞれから委員を選出し人数構成が均等になるようにしている。本委員会内には歯科保存専門医の専門性にかかる臨床実績や研修環境（設備、症例数）等を評価する評価小委員会、審査試験（選択肢試験、筆記試験、口頭試験）を実施する認定小委員会を設置している。今後、各学会の会員が歯科保存専門医を新規申請する際には、各学会において審査するのではなく、歯科保存専門医認定委員会において審査することになる。審査プロセスを評価小委員会と認定小委員会に分け、必要な専門的知識・技術を適切に管理する透明性の高い本体制を2学会の承認を経て構築することで、オートノミーが適切に発揮される専門医制度としている。

3. 日本歯科保存学会・日本歯内療法学会の特徴と共通する課題

日本歯科保存学会と日本歯内療法学会はそれぞれ学会独自の専門医制度を有している。学会認定専門医と認定研修施設の新規・更新申請については学会ごとに厳格に運用しているが、規則・制度の建て付けは類似しているので、2学会の専門性を包含した歯科保存専門医の制度設計と構築においては学会間で大きな乖離はない。一方で、各学会の成り立ちや構成会員の所属・勤務形態等については異なるところも多い。国民の利益となり、かつ高度な専門的知識・技術の修得を目指す歯科医師にとっても有益となる歯科保存専門医制度を安定して運用していくためには、今後取り組むべきいくつかの課題がある。

日本歯科保存学会（2022年の会員数約4,500名）は、歯科保存学から細分化された歯科保存修復学、歯内療法学、および歯周病学の3領域を包含し、広く3領域の学術研究、教育、医療・予防活動を通して国民の健康増進に寄与することを目的としている学会である。各領域における実践的な臨床研究も数多く行わ

れているが、その基盤となる基礎研究活動を主体とした学術活動が多い。そのため、会員としては、主として本邦 29 歯学部・歯科大学の 3 領域を担当する講座・分野に勤務する、あるいは大学院課程に所属する大学関係者が多く、大学以外で勤務する会員数は比率としては少なくなっている。2022 年時点での学会認定の専門医数は 740 名、研修施設は 83 施設である。最近の傾向として、厚生労働省による日本歯周病学会認定専門医の広告可能通知後は、歯科保存修復領域および歯内療法領域で活動する会員による学会認定専門医の取得率が増加している。

日本歯内療法学会（2022 年の会員数約 2,500 名）は、歯内療法に特化し、歯内療法に関する学問と技術に関する研究を通して歯科医療の発展と国民の健康・福祉の向上に寄与することを目的としている学会である。また、学会定款に示されているように、大学人と臨床開業医が均衡を保ちつつ協力することが学会運営の基盤となっている。そのため、会員の比率としては、本邦 29 歯学部・歯科大学の歯内療法領域を担当する講座・分野に勤務する、あるいは大学院課程に所属する大学関係者と、歯内療法領域の高度な専門的知識・技術の修得を目標とする開業歯科医師および歯科診療所等に所属する勤務医が、ほぼ半数ずつになっている。日本歯内療法学会に所属する大学関係者の多くは日本歯科保存学会の会員でもある。学術活動においても、開業歯科医師による臨床に重点を置いた内容が数多い。学会認定の専門医数は 2022 年時点で 249 名、研修施設は 28 施設である。会員数に占める学会認定専門医数の割合（1 割）は適正な範囲と考えるが、学会認定研修施設における歯科診療所の割合は少なく、都市部に集中している傾向がある。

2 学会に共通している課題として、学会認定専門医が国民目線ではその存在がわかりにくい（広告できない）ため、各学会の会員、とりわけ地域で活躍する開業歯科医師や勤務医である会員に、学会認定専門医資格の価値が伝わりにくいことがある。また、学会認定専門医を新規申請あるいは更新する際には、毎年開催される学術大会への参加や研修会への現地参加が要件としてあるため、開業歯科医師や様々な事情で現地参加できない会員の取得率が伸び悩み、結果として、学会認定専門医資格を有し地域で活動する会員が増えず、裾野を広げられていない。さらに、歯科保存専門医制度運用下で 2 学会共通の課題となるのは、研修施設（大学附属病院）と準研修施設（歯科診療所等）との間で見られる症例数の差異である。歯科保存専門医制度下では研修施設・準研修施設いずれに所属していても申請・更新時に必要とされる診療実績（症例数）は同じであるが、現実的には症例数は圧倒的に研修施設が準研修施設より多いという現状もある。

4. 課題に向けた取り組み

現在、歯科保存専門医の認定に向けて、日本歯科保存学会と日本歯内療法学会は連携して制度設計と運用に関する作業を進めているが、本専門医制度が認定された後、本邦における歯科専門医制度を支える専門医として安定するのは 10 年以上先になると予測される。近未来で安定した活動を行い国民の健康・福祉に寄与する歯科保存専門医とするため、2 学会は課題克服に向けた活動を学会ごとに進めると共に、2 学会間で綿密な議論・合意形成を経た活動を進めている。

現在取り組んでいる活動として、2 学会それぞれで、歯科保存専門医に関する周知を実施している。まず、2 学会の理事長および歯科保存専門医認定委員会委員長による議論と各学会理事会での承認を経て、各学会会員に向けて統一性のある周知活動を開始している。日本歯科保存学会では、年に 2 回の学術大会があることから、2023 年度はそれぞれの学術大会で歯科保存専門医に関する周知活動を行なっている。日本歯内療法学会では、全国的な学術大会が年に 1 回であるため、2023 年度は理事会での説明を経て学会認定専門医への周知をオンラインで行なっている。

学会会員への周知活動と並行して、歯科保存専門医の本格運用に向けた環境整備（研修施設、準研修施設の整備）が必要とされる。現在、歯科保存専門医認定委員会のもと、学会認定専門医から歯科保存専門

医への移行手続き（臨床実績評価と試験）、続いて、研修施設（大学附属病院）・準研修施設（歯科診療所等）の移行手続き（環境と症例数の評価）を段階的に進めている。研修施設・準研修施設の移行手続きでは、専門医教育（特に臨床実績等）において研修施設と準研修施設との間で適切な連携システムが機能するよう、準研修施設申請者には研修施設との連携体制を提示してもらい、歯科医師の所属の違い（研修施設か準研修施設か）が歯科保存専門医資格申請を目指す上で不利益とならない体制を整えている。

5. 専門医資格取得環境の改善

専門医・研修施設の申請にかかる周知活動に加え、歯科保存専門医取得を目指す学会会員が勤務場所に関わらずに資格取得と更新が可能となるよう環境の改善も行なっている。

歯科保存専門医の新規取得を目指す学会会員は、定められた研修施設（準研修施設）での専門診療実態を示す研修実績に加え、学会活動として学会での発表や専門的診療に関する研修会受講等といった要件を証明する書類を申請時に準備する必要がある。しかしながら、勤務形態（大学勤務、病院・歯科診療所勤務等）や生活環境（育児、移動制限等）によっては学術大会が開催される現地での参加が困難となることが容易に想像される。専門的知識・技術の研修を十分に受けた歯科保存専門医を育成し社会に還元するには、勤務形態・生活環境に左右されずに各種要件を準備できる環境を構築する必要がある。日本歯科保存学会はコロナ禍において学術大会を継続するために各学術大会のオンデマンド配信を実施してきた。2023年度以降も全ての学会会員が学術大会に参加できるよう学術大会オンデマンド配信を継続し、様々な制限で現地参加できない会員がオンデマンド配信を通して認定研修や学術大会時に行われる各種講習会を受講できるようにしている。日本歯内療法学会においても、学会会員の専門医資格取得環境改善に向けて、オンデマンド配信をはじめとする各種対応について検討を開始している。

加えて、各学会から独立した歯科保存専門医認定委員会の専用サイトの構築についても現在検討している。歯科保存専門医認定委員会の専用サイトを整備することにより、各学会会員の資格取得申請の分かりやすさと利便性が向上するとともに、歯科保存専門医の国民向け周知活動の場になり国民が情報収集しやすい環境が向上すると考えている。

6. おわりに

最も重要なことは、歯科保存専門医が認定され国民に広く周知されることにより、歯科保存専門医が有する高い技術と専門的知識が患者に提供される環境が本邦に安定的に構築されることである。このゴールに向け、日本歯科保存学会と日本歯内療法学会は、連携学会と的確な連絡関係を継続しつつ、現状の課題をひとつずつ克服していく。また、患者に有益な歯科医療システムを提供するため、日本歯科専門医機構のもと他領域の歯科専門医との連携システム作りについても積極的に参画することを検討している。

利益相反

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保存学会：日本歯科保存学会公式サイト。 <https://www.hozon.or.jp>
（令和6年1月20日参照）
- 2) 一般社団法人日本歯内療法学会：日本歯内療法学会公式サイト。 <https://jea-endo.or.jp>
（令和6年1月20日参照）

8. 矯正歯科専門医（仮称）

新井一仁

日本歯科大学生命歯学部歯科矯正学講座教授

（公社）日本矯正歯科学会常務理事

友成 博

鶴見大学歯学部歯科矯正学講座教授

（公社）日本矯正歯科学会 認定医専門医制度改革検討委員会委員長

清水典佳

（公社）日本矯正歯科学会 専門医委員会委員長

1. はじめに

標準的な矯正歯科治療を提供するにあたっては、幅広い専門知識に裏打ちされた高度な診断の能力と治療の技術を修得し、治療に伴うリスクを把握し、さらに他職種との連携や治療後の管理能力を身につけるための豊富な臨床的な経験が求められる。これらの特徴から、矯正歯科も専門性が高い歯科医療の一分野として広く認識されている。¹⁾

2. 日本矯正歯科学会の取り組み

日本歯科専門医機構認定による矯正歯科専門医（仮称；以下略）の申請要件となる日本矯正歯科学会認定医では矯正歯科専門研修として、2年以上の基本研修と3年以上の臨床研修で合計5年以上の常勤（年間220日以上、1,320時間以上）による研修を設けている。基本研修では、到達目標を達成するために必要な所定の研修項目、研修時間を基準とする講義、実習、演習セミナー等が含まれ、臨床研修では150症例以上の経験が求められている。

基本研修を行う基本研修施設として、卒前教育と研修医からのシームレスな教育を行うために、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）の施設長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）が全国の29大学に31施設がおかれている。また、基本研修を修了した後の臨床研修を行うために、別途定める診療科（室）、および学会が認めた施設が臨床研修施設としておかれている。現在は基本研修施設の募集は行っていないが、臨床研修施設は毎年、新規申請を受け付けている。臨床研修施設として認められるためには、指導医または臨床指導医の資格を有する指導者1名以上が過去3年間にわたり継続的に常勤で勤務していること、過去3年間における年間の初診患者数とのべ来院患者数が適切であること、研修に必要な検査機器や研修室などの設備がそろっていること、などが必要となる。さらに3年間の研修プログラムと各項目を担当する指導者の氏名、臨床研修修了時における審査方法と審査基準などを提出し、卒後教育委員会による審査を受けて合格する必要がある。今回、新たに策定された矯正歯科専門医制度においては、日本歯科専門医機構認定研修施設の要件として、日本歯科専門医機構認定矯正歯科専門医の資格を有する研修指導医が1名以上常勤であることと規定した。よって、学会認定基本・臨床研修施設の施設長は速やかに矯正歯科専門医、さらに研修指導医の資格を取得し、日本歯科専門医機構認定研修施設として若手研修生の専門研修が継続できるよう努めていく予定である。

したがって、矯正歯科の道を志す歯科医が専門研修を受けるためには、まず各大学の日本歯科専門医機構認定基本研修施設において2年以上の常勤で基本研修を修了し、その後はそのまま大学で臨床研修を続けるか、あるいは日本歯科専門医機構認定臨床研修施設において3年以上の常勤による臨床研修を受ける

かを選択することになる。こうして5年以上の研修においては、150症例以上の臨床経験と学会の認めた刊行物に掲載された矯正歯科臨床に関連する筆頭論文一編を揃える。そのうえで10症例の自己治療症例を提出して1次審査を受けた後、そのうちの2症例については学術大会で展示して口頭試問を受け、日本矯正歯科学会認定医を取得することが条件となる。その後自己研鑽を積んだ後の矯正歯科専門医申請にあたっては、申請前5年間において別に定める専門医共通研修と専門領域研修の履修要件を満たした後、カテゴリーの異なった保定後を観察した5症例についての症例審査と口頭試問、並びに筆記試験による評価を受ける。

3. 地域ごとの研修施設の分布

一般的に医療サービスの地域偏在は社会的に重要な課題の一つで、最近では医師の専門医志向の高まりに伴って、診療科の地域偏在が高まる傾向も報告されている。しかし、2004年と2014年を比較した研究によると、矯正歯科に従事する歯科医師数は全国的に増加傾向にあり、地域偏在はむしろ解消する方向にある。³⁾たとえば、厚生労働省による「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」によれば、2020年12月の全国の歯科医のうち医療施設の従事者は104,118人で、そのうち主たる診療科を「矯正歯科」と回答したのは4,274人(4.1%)で、すべての都道府県に分布している。²⁾また、当学会の認定医は、2022年11月現在3,466名で、こちらもすべての都道府県に配置されている。¹⁾

一方、2023年度には日本矯正歯科学会の研修施設として279施設が認定されている。都道府県ごとの分布をみると(図1)、人口の多い東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、福岡県に多く設置されているが、逆に青森県、和歌山県、鳥取県、島根県、山口県、高知県、沖縄県には施設が配置されていない。これは、ひとりの研修医が一定の研修期間内に十分な臨床経験を積んでいただくためには、相応の来院患者数が必要となることを考慮して臨床研修施設の条件の一つに年間の患者数の下限を定めていることが要因の一つと考えられる。

これらのことから、現在の矯正歯科を主たる診療科目とする歯科医²⁾や本学会の認定医の都道府県ごとの分布¹⁾から推察すると、比較的患者数が確保しやすい都市部に多い研修施設において充実した研修を受けた若い歯科医が、認定医取得後に全国に展開して活躍している状況がうかがえる。このような現状を踏まえ、上述の日本歯科専門医機構認定研修施設の整備を地域偏在なく進めていく予定である。

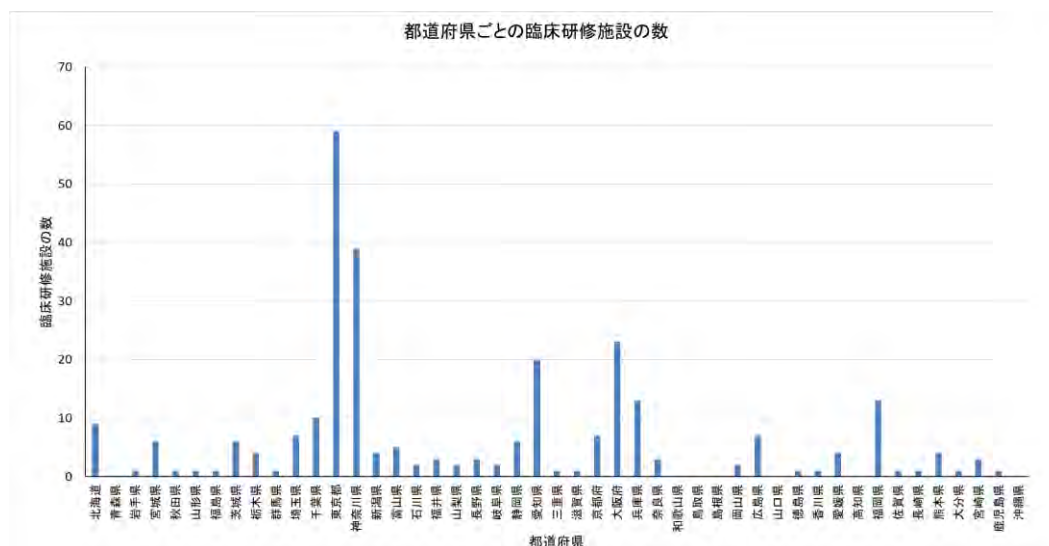


図1 都道府県ごとの臨床研修施設の数

4. 研修施設の実態報告と実地調査

1) 実態報告

日本矯正歯科学会では、2010年以來、毎年すべての研修施設に対して、1年間に治療を開始した患者数と1年間ののべ来院患者数、在籍する指導者と専門研修歯科医の名簿、および各研修歯科医に担当した患者数について実態報告を義務付けている。すべての実態報告の内容は卒後教育委員会によって審査が行われ、合格することで更新が認められる。臨床経験の機会を確保するために、ひとりの研修医あたりに担当できる患者数を確認し、必要な場合には研修医の受け入れを制限するなどの指導も行っている。なお、日本歯科専門医機構認定研修施設の更新は5年毎に行う予定である。

2) 実地調査

日本矯正歯科学会では、各研修施設における研修の実態を確認するために2011年度から実地調査を実施されてきている。これは卒後教育委員会の委員2名が、日程調整したうえで各研修施設を訪問し、新規申請時の設備を現地で確認し、指導者から研修プログラムについて説明を受け、さらにあらかじめ提出された担当患者リストに基づき、当日指名される各研修歯科医に直接面談して診断や治療の進め方も含めて研修の実態を確認するものである。毎年2～3施設の調査を行い、2019年度までに31の基本研修施設と2つの臨床研修施設に対する実地調査を行った。その後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による中断があったものの、2023年度には3施設に対する従来通りの実地調査として再開されている。

3) 勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について

専門医の育成過程における基本研修については、学部（卒前）教育と卒後教育がシームレスに繋がることが望ましいとの観点から、専門医研修における基本的事項を研修する基本研修施設は、診療科として矯正歯科を有しかつ歯科矯正学に関わる学部教育を担っている29大学31施設が担当している。

一方、臨床研修施設は常勤の臨床指導医または指導医の在籍が必要であることから一部地域には臨床研修施設が設置されていない。その要因として、現在の臨床指導医または指導医の取得あるいは更新要件のハードルが高いことが挙げられる。そこで、新たな専門医制度において設けられた研修指導医の資格取得や更新の要件を従前の臨床指導医や指導医と比較して取得・維持しやすいよう見直すことで、より多くの歯科医師が専門医取得後に研修指導医資格取得を目指すようになり、研修施設は全国的にバランスよく設置され、地域偏在の解消に向かうことが期待される。

5. おわりに

実態報告と実地調査によって、各研修施設が統一された到達目標の達成を目指しながらも、それぞれに特色ある研修が行われていることが明らかとなった。また、実地調査を受け入れた指導者が次年度に卒後教育委員会の委員として実地調査を担当する機会を得たことによって、各研修施設を相互に訪問する形となり、研修内容のいっそうの充実とともに研修施設間の標準化も期待されている。日本歯科専門医機構による矯正歯科専門医によって、さらに安全・安心で国民から広く信頼される矯正歯科治療が提供できることを期待したい。

参考文献

- 1) 齋藤 功：矯正歯科専門医(仮称)。令和4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, 日本歯科専門医機構, 55-58, 2023.

- 2) 厚生労働省：令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>. (令和5年1月10日参照)
- 3) 石丸美穂, 大野幸子, 松居宏樹, 康永秀生, 小池創一：診療科別歯科医師の地域偏在；医師・歯科医師・薬剤師調査データを用いた分析. 厚生指標 64：30-7, 2017.

9. インプラント歯科専門医（仮称）

矢島安朝

松本歯科大学特任教授

（公社）日本顎顔面インプラント学会理事

築瀬武史

（公社）日本歯科先端技術研究所名誉会長・理事

（公社）日本口腔インプラント学会理事

1. はじめに

勤務場所とは、一般歯科診療所、歯学部・医学部大学病院、医科病院歯科をさすものと考えられる。幸いにも勤務場所が専門医制度に関わる研修可能な歯科医療施設であれば良いが、既卒の歯科医師が就労や開業をしている場合は研修に困難を極める。特に研修のための勤務形態（常勤・非常勤等）や歯科医療施設の特異性は専門医の取得・更新に大きな影響を与えることは以前から知られている。同時に研修可能な施設の地域偏在が問題となる可能性もある。いずれにせよ、わが国で就労する歯科医師が公平にインプラント歯科専門医の取得・更新を可能とするシステムは国民に信頼される歯科医師の養成および国民から信頼される歯科医療の向上において重要であると考えられる。さらに勤務する地域の指導医・専門医の存在も専門医の取得・更新に大きく関わるが、専門医・指導医の地域偏在の問題は「V.地域偏在と名称を含む国民への情報提供について」（細川、嶋田担当）で記載されるため本稿では省略する。したがって、ここでは、勤務場所の特異性と勤務形態および地域格差の問題の2点に絞って記載する。

2. （公社）日本口腔インプラント学会ならびに（公社）日本顎顔面インプラント学会会員の勤務場所および地域（以下、勤務場所を記号で示す A:歯科大学あるいは歯学部病院、B:一般歯科診療所、C:医科病院あるいは医科大学の歯科、歯科口腔外科）

現在、日本顎顔面インプラント学会の会員(1,444名)の勤務場所は、その多くがAあるいはCである。わずかにAやCを退職した後のBの勤務者も存在する。

一方、日本口腔インプラント学会正会員歯科医師14,147名の構成はA:歯学系・C:医学部系施設の勤務者に加え、多くのB:一般歯科診療所の勤務者が所属している。またそれぞれの会員は、大都市圏に多く、地方には少ない傾向にある。それに伴って研修施設の多くは大都市圏や都道府県中心都市に存在し、地方部には少ない。インプラント治療を施術する歯科医師は増加傾向にあり、厚生労働省2020年医療施設調査によると一般歯科診療所総数67,874施設中24,027施設(35.4%)がインプラント歯科治療を行っている報告がなされている。当然、国民の健康指向と（公社）日本歯科医師会8020運動や啓発活動、学術団体の情報発信により咀嚼機能回復、身体機能回復に有用であるインプラント歯科治療は一般の歯科医師が手掛ける日常的な診療になりつつある。一方、インプラント歯科治療に関わるトラブルは増加傾向にあり、またインプラント希望者・受療者に対してインプラント歯科治療に関わる専門性を有した歯科医療施設の情報開示が充分であるとは言い難い。

3. ワーキンググループ内での関連する問題点の共有

昨年度の「厚生労働省委託事業 歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書 機構が求める専門

制度と各学会の制度の現状および今後の課題「インプラント歯科専門医制度」に記載されているように、協議の場として両学会から選出された委員で構成されるワーキンググループ（以下、WG）で大きな問題となった3点は以下の通りである。

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（コロナ禍でのアンケート調査）。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) 一般歯科診療所を核として形成された日本口腔インプラント学会臨床系研修施設において活発な研修活動は行われているが、「臨床現場での研修（on the job training : OJT）」が充分でない。
- 2) 両学会の研修施設である歯学部・医学部系大学病院，病院歯科口腔外科において教育研修に必要なインプラント施術症例数が乏しい施設が散見される。
- 3) 両学会の認定研修施設において研修プログラム（日程表）はあるが、現状では（一社）日本歯科専門医機構制度整備指針に準拠し、一般目標，行動目標，学習方略，評価法が明示されたインプラント歯科専門医研修カリキュラムを作成中であり，両学会が統一した教育研修を行うに至っていない。

上記問題点の「3)のカリキュラム」については今年度のWGで詳細が作成され、両学会の理事会承認を得た。したがって専門医制度基本整備指針の「専門医研修後の成果」「到達目標」「研修方略・評価方法」「専門医資格認定要件」までは明確に示され、両学会の合意も得られている。

現在WG内において、研修施設・准研修施設の要件やその細則が多く時間をかけて話し合われている。具体的には以下に記述する。

- ・日常臨床でOJTを行うためには研修施設に常時勤務する必要がある。常勤とはどの程度の勤務日数なのか問題となり討論を重ねた結果、機構からの指示もあり「週に3日以上勤務していることを常勤とする」と決められた。

これに対する問題として以下が挙げられている。

厚生労働省2020年「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると歯科医師総数107443名，一般歯科診療所の開設者・法人の代表者58867名，診療所の勤務者32922名であり，それらの歯科医師は自らの職場から研修施設として認められている両学会が認定する研修施設，准研修施設に常勤として勤務を変更することはほとんど不可能であろう。そうなると歯科医師臨床研修修了直後の歯科医師のみが研修施設に週に3日以上勤務してOJTを行い、専門医の受験資格を得ることができ、卒業して時間が経過している既卒の歯科医師たちにはもはや受験資格すらないことになる。これは明らかに「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度」とは言い難い。同時に女性歯科医師がインプラント歯科専門医をめざす上でも出産，子育てなどのライフイベントにより研修施設での3日以上の勤務は不可能な事例，研修中断も多いものと考えられ，これもジェンダーバイアスのない制度設計上において公平性に大きな問題があるとの意見もある。

- ・OJTは行われているが、症例不足あるいは症例の偏り（地域協力の一環として埋入のみでインプラント補綴は紹介医で行う大学病院あり）の目立つ施設がある。

インプラント症例数が不足している施設の対応としては、研修施設の要件として症例数の規定を設けることで解決を図る。また、埋入手術だけを行ってインプラント補綴を行っていない施設は、補綴治療の研修が不可能なため、基本的に研修施設とは認められないという方向に決定がなされた。

これに対する問題として以下が挙げられている。

地方の医学部口腔外科のいくつかの施設の症例数は少ない，あるいは症例の偏りがあることで研修施

設と認められない場合、その地域（県）には、研修施設が存在しない状態となる。さらに、地域によっては歯科医師会との協定により、単純なインプラント症例は一般歯科診療所、難症例やトラブル症例は大学病院という住み分けが出来上がっている地域ある。

いずれにせよ超高齢社会を迎えた我が国においてインプラント受療者の高齢化、疾病に罹患したインプラント受療者に対する対処が必要であり、インプラント歯科治療の多寡に関わらず、高次歯科医療機関の研修施設は教育研修ならびに地域の核となる存在として不可欠であると考える。

4. 問題点の明示と対応案

「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について」に対する問題点は以下の通りである。

○研修施設においてOJTを行う常勤歯科医師を専門医受験資格者とする。

→すでに就労、開業している歯科医師は専門医を目指すことが不可能となる。

○少ない症例数および症例の偏りのある施設を認定しない場合→地方型の歯科医療が行われている地域では、研修施設の不足により、公平な専門医育成が不可能となる、いわゆる地域格差が生ずる。

上記2点の問題点に対処するとして以下のような討論がなされた。

・OJT、常勤の問題に関しては、週に3日以上という文言は明記せず、中長期的な視野に立ち公平かつ柔軟な運用によって幅広く対応できるようにすべきではないか？今後、女性歯科医師の職場復帰の際にも、常勤問題は大きな障害になる。

これに対して明確な基準を細則等に明記しないとこれまでのような国民が分かりにくい専門医制度となる可能性が高い。これでは専門医機構設立自体が無意味なものになってしまうという意見もあった。

・研修施設の要件によって大きな地域格差が生まれることに対しては研修施設、准研修施設の位置づけを明確にし、高次歯科医療機関である研修施設と一般歯科診療所のような准研修施設との患者紹介を含めた医療連携や互恵的な教育研修の協力、補完を行う。また複数の准研修施設同士による教育研修体を補完するための互恵的な連携を図るべきであろう。しかし、これらは両学会が両学会の研修施設、准研修施設同士をマッチングして行かなければ、遅々として進行しないであろう。OJTと常勤の問題もこれら研修施設と准研修施設の連携によって解決できる方向が見つかるのかもしれない。

5. まとめ

研修施設、准研修施設の要件および細則は「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度」を十分に考慮したものでなければならない。そのためには現在の各研修施設のインプラント関連のデータ（症例数、症例内容、専門医受験人数、年間受験者受け入れ人数等）等を再度のアンケート調査によって把握する必要がある。このデータをもとに研修施設、准研修施設のマッチング資料、週3日以上OJTの方法の検討に用いることができるであろう。さらに、これらのデータをもとに聞き取り調査を行うことで、それぞれの地域性や地域におけるその診療形態の特性を把握することにつながるものと期待する。しかし、歯学部・医学部や医科病院歯科口腔外科など高次歯科医療機関、高度化された一般歯科診療所などの十分な症例数や人員確保ができる施設をまず初めに研修施設として認定し、他施設と多くの連携を必要とするような准研修施設は、一旦この制度を動かしてから詳細を決めて行けばよいのではないかという意見も散見される。

いずれにせよ「勤務場所に関わらず取得・更新できる制度」を実現するためには、研修医の身分・所属、経済的な保障、ジェンダーバイアスのない制度設計など今後、多くの調査検討が必要であろう。

参考文献

- 1) 安田安朝：機構が求める専門制度と各学会の制度の現状および今後の課題 インプラント歯科専門医 (仮称). 令和4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, 日本歯科専門医機構, 59-62, 2023.

10. 総合歯科専門医（仮称）

委員 石垣佳希

日本歯科大学附属病院総合診療科教授
（一社）日本有病者歯科医療学会副理事長

委員 小笠原正

よこすな歯科クリニック院長
（公社）日本障害者歯科学会理事長

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

1. はじめに

総合歯科専門医（仮称）（以下、本専門医）は、日本歯科専門医機構（以下、機構）と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学会により制度構築に関する打合せ会を20回行ってきた（2024年1月18日現在）。この専門医が、国民目線に立った「安全かつ安心な歯科医療の質の担保」へ寄与するためには制度設計は当然のことながらすべての歯科医師が専門医取得を目指すことのできる運用方法の確立、特に病院及び医育機関附属病院（以下、病院）や歯科診療所（以下、診療所）といった勤務場所に関わらず取得・更新できるような制度でなければならない。

研修プログラムについてはほぼ固まったが、社会的ニーズが大きく、これから発展していく分野であるこの専門医を全国展開するために現状や課題を整理し、さらに動きを加速するための今後の方向性を検討する。

2. 制度設計の現状

本専門医は地域歯科医療における多職種連携、訪問歯科診療、ハイリスク患者の歯科診療などを総合的かつ専門的に行える歯科医師の養成を目的としている。その制度設計については、重複する領域はあるものの出自の異なる3学会で作り上げる新しい制度という点では他の基本領域とは異なるものとなる。その中で各学会員が専門医取得を目指す場合の症例経験や勤務場所など置かれた状況は多彩なものとなると考える。さらに現時点でいずれの学会にも所属していない歯科医師にとってはなおさらであり、加えてこの制度をわかりやすく、かつ本専門医の重要性、必要性を広く伝える努力も必要になってくる。そして一人でも多くの歯科医師に本専門医取得を目指してもらいたいと考える。

そこでまず専門医資格の保有について医師と歯科医師を比較してみる。「令和2（2020）年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」¹⁾によると、医療施設に従事する医師の総数は323,700人で、そのうち病院に従事する医師は216,474人(66.9%)、診療所に従事する医師は107,226人(33.1%)である。また「取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名の施設種別にみた医療施設に従事する医師数」は、医療施設に従事する医師総数323,700人中の57専門医資格取得者（複数回答）が200,619人(61.9%)であり、その内訳は病院に従事する医師133,128人(66.4%)で診療所に従事する医師67,491人(62.9%)である。

つまり医師においては医療施設に従事する約3分の2が病院勤務、約3分の1が診療所勤務であり、いずれも約3分の2が専門医資格を保有している。

一方、医療施設に従事する歯科医師の総数は104,118人で、そのうち病院に従事する歯科医師は12,329

人(11.8%)、診療所に従事する歯科医師は 91,789 人(88.2%)である。また、「取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名、施設の種別にみた医療施設に従事する歯科医師数」は、医療施設に従事する歯科医師 104,118 人中、既存の 5 基本領域の専門医資格の取得者(複数回答)は 5,182 人(5.0%)であり、その内訳は病院に従事する歯科医師 2,017 人(39.0%)、診療所に従事する歯科医師 3,165 人(3.4%)である。

ここに本年度に機構より認定された補綴歯科専門医と現在検討中の 4 基本領域を合計すると診療所に従事している専門医の割合は増加すると思われるが、それでも医師と比較すると極めて低い数値であることに変わりはない。

制度設計については、「令和 2(2020)年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」¹⁾で既存の 5 領域の中で診療所に従事する歯科医師の割合が高い歯周病専門医(1,204 人中 1,030 人)、小児歯科専門医(1,278 人中 1,068 人)が参考になるかもしれないが、この 2 専門医と現在進行中の本専門医以外の 3 基本領域は基本的な評価の対象が歯科治療であるのに対して本専門医は歯科治療とともにその背景にある全身的問題も評価の対象であることが制度設計に難渋している大きな点である。

機構が認定する専門医制度は専門医が広告可能になることであるが、それは患者が受診する歯科医療機関を選択する重要な要素となり、患者にとっては良い制度である。しかし歯科医師にとってその分ハードルが高くなれば取得が困難な場合もあり、むしろ差別化に繋がらないようにすることも重要な要素といえる。特に病院と診療所を比較すると本専門医を目指すうえでの経験すべき症例の受診件数が明らかに異なるため診療所が不利にならない要件かつ質の担保ができるようなシステムの検討が必要不可欠である。また専門医を取得し継続するためには関連病院への出向、留学、ライフイベントへの対応も不可避である。この多様なキャリアパスに柔軟に対応しなければならないが、そのための研修施設、雇用環境の整備などはいまだ十分なものではないのが現状である。

3. 制度設計の課題

施設の種別にみた医療施設に従事する歯科医師数の年次推移では、歯科医師数の増加に合わせる形で診療所に従事する歯科医師数が増加している。一方、病院に従事する歯科医師は微増といった状況である(図 1)。この傾向は今後も変わることはないであろう。したがって本専門医制度が患者にとって受診先を選択する指標となるためには診療所に従事する歯科医師に積極的に取得を目指してもらわなければならない。しかしながら専門性の質を担保すべく単独で要件を満たすことのできる診療所は全国に数か所のみと思われる。したがって症例数の確保のための方策として病院と診療所が連携してプログラムを進めていく必要がある(詳細はⅢ. 新たな 4 領域の専門性の現状・課題・今後のスケジュール 4. 総合歯科専門医(仮称)に記載)。

経験症例は、技術面では歯科外来診療環境体制加算の施設基準を満たしているなど一定の施設環境整備がなされていれば大半の症例がカバーできる内容で、一部は全身状態を判断して病院と連携できるような知識を習得することで専門医試験を受験できる内容の研修プログラムを構築することになると思われる。技術面の修得には、診療所の歯科医師が病院で診療を行うとなると保険医登録など事務的な手続きが課題になるであろう。

知識面では、3 学会で開催する研修会、実習付き研修会などを企画しなければならないと考えるが開催に係る費用が全て学会負担にならないよう公的機関による財政支援を切にお願いしたい。

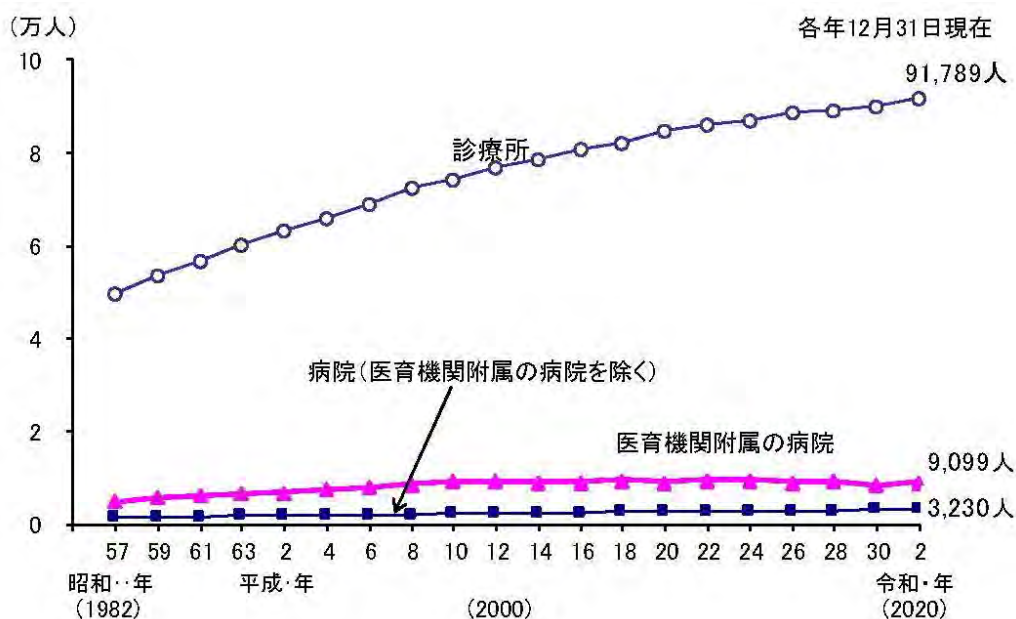


図1 施設の種別に応じた医療施設に従事する歯科医師数の年次推移¹⁾

また診療所に従事する歯科医師が対象となれば日本歯科医師会との連携は欠かせないものとなる。日本歯科医師会が展開する生涯研修制度には良質なコンテンツが充実している。集合型の研修会では期日が限定されることや働き方改革に合わせて効率よく課題を消化していくためには e-learning を活用して知識面をカバーできれば無理なく実施可能な制度設計が確立できるものと思われる。

研修施設の認定要件については、3学会で施設認定の基準が異なり、複数学会の研修施設となっているのは概ね歯学部・歯科大学附属病院である。診療所において一定の経験症例を積み重ねるとしてもすべてを修了するためにはそれら学会研修施設との連携は不可欠であろう。そのためには単独型、管理型ではなくとも協力型歯科医師臨床研修施設であれば連携を取りやすく、ひいては卒前・卒後・生涯教育といったシームレスな歯科医師養成に向けた取り組みになるものと考えている。

参考文献

- 1) 厚生労働省：令和2(2020)年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況。4-21, 2023.

V 地域偏在と名称を含む国民への情報提供について

1. 口腔外科専門医

山本哲也

高知大学医学部医学科教授

(公社)日本口腔外科学会理事・専門医制度委員会委員長

1. はじめに

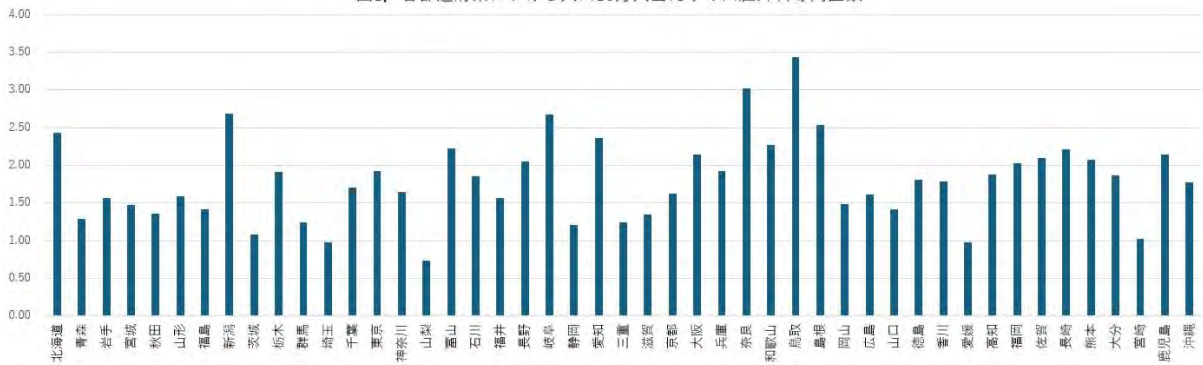
専門医の地域偏在は医科のみならず口腔外科専門医においても同様で、口腔外科専門医の数は都道府県だけではなく、各都道府県の市部・郡部においても大きな開きがあり、口腔外科医療の均てん化が図られているとは言いがたい。国民がいずれの地域に居住していても安心して口腔外科診療を受けることのできる体制の構築は喫緊の課題で、日本口腔外科学会としてこの問題に取り組んでいる。医科専門医制度は地域偏在ならびに診療科偏在の是正が専門医制度の目的の1つとされており、歯科専門医制度においても何らかの取り組みが望まれる。

一方、国民の口腔外科専門医に関する理解は十分であるとは言いがたい。そもそも口腔外科がどういった疾患を対象とした診療科目であるかが国民に十分に理解されていないと考えられる。日本口腔外科学会はホームページや市民公開講座等を通じて口腔外科専門医に関して種々の発信を行っているが、まだまだ改善の余地があり、口腔外科に関して治療の選択の参考になる情報を提供していく必要があると思われる。

2. 口腔外科専門医の地域偏在の現状と課題

2023年9月時点における日本口腔外科学会口腔外科専門医の数は2,286名で、人口10万人あたり全国平均で1.80名である。会員数ならびに口腔外科専門医の数が最も多いのは東京都であるが、人口も多いため人口10万人当たりの口腔外科専門医の数は1.92名で全国平均よりやや多い程度である。都道府県別に見てみると大きな違いがあり、最も多いのは鳥取県の3.44名/10万人で、次いで奈良県の3.02名/10万人、新潟県の2.68名/10万人と続いているが、最も少ない山梨県はわずかに0.74名/10万人で、次いで少ない埼玉県は0.98名/10万人、その次に少ない宮崎県は1.03名/10万人と、これらの県の口腔外科専門医の数は多い県の1/3程度である(図1)。この地域偏在については都道府県だけではなく、各都道府県内における偏在も当然認められ、郡部・町村における口腔外科専門医は極めて少なく、そのような地区の住民は口腔外科診療を受けるために非常に苦労しているのが実情である。

図1. 各都道府県における人口10万人当たりの口腔外科専門医数



2022年7月時点での専門医数および2020年国勢調査人口（総務省統計局ホームページ：https://www.stat.go.jp/data/nihon/02.html）より算出

この地域偏在の要因については様々なものが考えられるが、第一は口腔外科専門医の絶対数の不足である。口腔外科専門医の多くは、歯科大学・歯学部、医科大学・医学部、さらには、各都道府県の基幹病院に所属していることが多いが、歯科大学・歯学部と連携が取れていない施設、特に地方都市の施設では十分な人材を確保できず、口腔外科専門医の育成に苦勞していることも理由として挙げることができる。

したがって、地域偏在の解決の第一歩は口腔外科専門医の絶対数の増加、つまり口腔外科医の育成である。近年、歯科大学・歯学部卒業後に口腔外科を選択する研修歯科医が減少しており、口腔外科を専攻しても専門医まで取得しようという若手口腔外科医が少なくなっている。そのため、日本口腔外科学会は、若手口腔外科医委員会を立ち上げて若手口腔外科医の交流に関する事項、口腔外科の将来の活性化に関する事項、口腔外科認定医の教育に関する事項などを所掌し、実践している。その事業の1つとして、若手口腔外科医の国内他施設での研修を支援する若手口腔外科医国内研修支援制度を設立し、助成金を支給し支援を行っている。さらに、ダイバーシティ推進委員会を設立し、男女共同参画をはじめとするダイバーシティの推進戦略の策定やダイバーシティ推進のための企画・立案・実施を行い、女性口腔外科専門医の育成に努めるとともに、歯科大学・歯学部での魅力ある口腔外科教育の推進、地域口腔外科医の連携強化の促進も徐々に進めている。

しかしながら、日本口腔外科学会だけの努力で地域偏在の問題を解決することは困難であり、行政や歯科医師会の協力も必要で、奨学金の返済免除制度、専門医取得支援制度の設立、口腔外科専門医取得者・地方勤務者へのインセンティブの導入などを働きかけていくことが必要と思われる。また、歯科専門医制度を利用して口腔外科専門医の地域偏在を是正することも検討すべきと思われる。

3. 口腔外科専門医の国民への情報提供の現状と課題

口腔外科専門医の名称に関しては、国民からある程度の理解は得られていると思われるが、具体的にどのような症状や疾患が対象となるのか正確に理解されては言えない。日本口腔外科学会では広報・IT委員会を中心となり、口腔外科とは何か、口腔外科が扱う主な病気とは、どういった症状が出れば口腔外科を受診すればよいか、さらには、口腔外科専門医・認定医・指導医とは、といったことについて解説するとともに、都道府県別の専門医・認定医・指導医の名前、ならびに、専門医が在籍している医療機関（日本口腔外科学会認定研修施設・准研修施設に限る）をホームページ上に掲載している。これらとともに、日本口腔外科学会学術大会に併せて一般の人を対象とし、口腔外科および口腔外科疾患の啓蒙のための市民公開講座を実施している。しかしながら、医療・健康情報をインターネットから入手している高齢者の割合はそれほど高くはないとされており¹⁾、また、市民公開講座への参加者数も限定的である。そのため、国民全体に口腔

外科やその専門医が十分に理解されているとは言い難い。さらに、口腔外科が理解できたとしても、患者は自分自身の病状に応じた口腔外科専門医療機関の選択に苦慮しているものと思われる。

口腔外科専門医に対する国民の理解を深めるためには口腔外科学会としてホームページの更なる充実を図るとともに、SNS 等を使って国民に口腔外科や口腔外科専門医についての情報を発信していく必要がある。また、一方向の情報発信だけではなく、国民・患者参加型のイベントを企画し、口腔外科専門医に対する理解を深めてもらうのも一つの方法である。

さらに、口腔外科専門医療機関の選択に資するために、各都道府県あるいは地域ごとに口腔外科専門医が所属している医療機関が一目でわかるようなシステムを行政や歯科医師会と協力して構築するとともに、各医療機関のクオリティ・インジケータを積極的に開示し、正確な情報を提供できるようにすることが重要である。

4. おわりに

口腔外科専門医の地域偏在はさらに拡大していくものと思われ、その是正には長期的な視点での取り組みが必要であるが、口腔外科学会のみで対応できるものではなく、各関係機関の協力が必要であると思われる。口腔外科専門医に関する国民への情報提供は、口腔外科に関してだけではなく治療選択の一助となる情報を提供していく必要があると思われる。

参考文献

- 1) 金城光, 石井国雄, 齋藤俊樹, 野村信威, 濱田明日也: 高齢者の医療・健康情報の入手状況と課題. 老年社会科学 39 (1): 7-20, 2017.

2. 歯科麻酔専門医

松浦信幸

東京歯科大学 オーラルメディシン・病院歯科学講座教授
(一社) 日本歯科麻酔学会常任理事

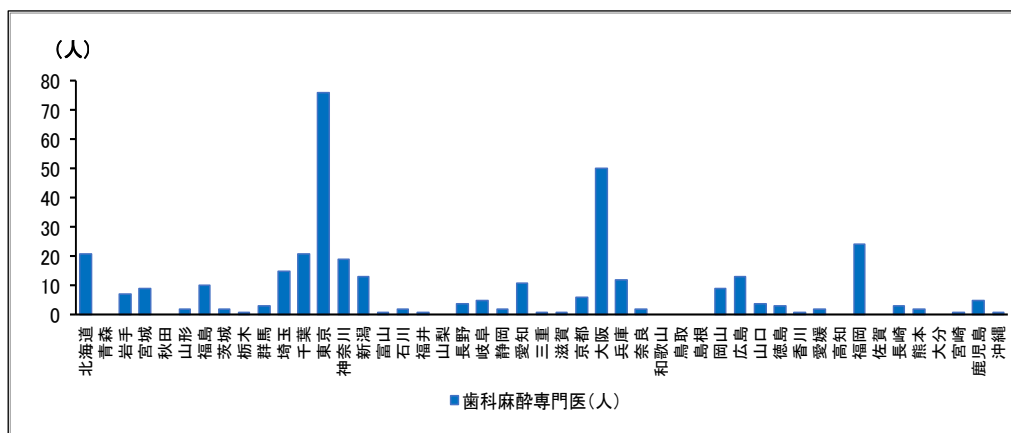
1. はじめに

日本歯科麻酔学会の専門医(歯科麻酔専門医)は、令和2年6月1日に日本歯科専門医機構から認定第1号として認められ、歯科麻酔科診療は専門性が高く、主に歯科医療における麻酔管理、歯科治療中の全身管理、および口腔顔面痛の疼痛治療を行っている。国民の歯科医療に貢献するためには、歯科麻酔科診療の専門性を広く知っていただき、麻酔管理を必要としているより多くの歯科患者に麻酔管理を提供していくことが当学会の課題とされている¹⁾。そこで、地域偏在の現状と歯科麻酔科診療の認知度を上げるために、歯科麻酔科の専門性の広告(標榜)の必要性について検討した。

2. 地域偏在について

当学会の専門医は2023年12月現在で365人であり、会員(歯科医師)の約15%とその割合は比較的低い。さらに、専門医の都道府県別の分布には偏りがあり、地域に偏在していることがわかる(図1)。専門医の地域偏在についての分析および対策については、別の報告(IV.勤務場所に関わらず取得・更新できる制度について—現状と課題—)で述べられているため、ここでは現状のみ示した。

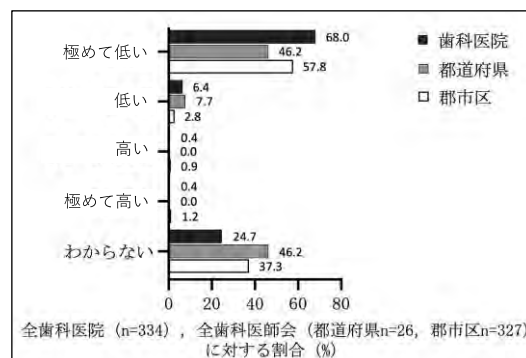
図1 歯科麻酔専門医の都道府県別の分布(2023年12月現在)



3. 歯科麻酔科診療の認知度と歯科麻酔科の専門性の広告(標榜)の必要性について

歯科医療における麻酔管理について、全国の無作為に抽出された歯科医院482施設、都道府県歯科医師会26団体、郡市区歯科医師会327団体を対象としたアンケート調査²⁾が報告されている。この調査は2022年11月15日時点における歯科医師会会員が開設している歯科医院(約68,000施設)を母集団とし、対象となる歯科医院を無作為に抽出し、2022年12月12日~2023年2月5

図2 歯科医療における麻酔管理の認知度
(文献2から引用、一部改変)



日に実施されており、対象施設も多いため信頼性が高いと考えられる。この調査結果によると、いずれの対象施設（歯科医院/都道府県歯科医師会/郡市区歯科医師会）においても、「歯科医療における麻酔管理についての患者または保護者の認知度」は極めて低いと認識されていることが明らかになっている

(図2)。認知度の普及における課題として、いずれの対象においても、麻酔管理下での歯科医療を実施できる医療機関を増やしてほしいとの回答が多数であったことも報告されている。さらに、「歯科医療における麻酔管理担当者としてはどの有資格者が望ましいか」については、歯科麻酔専門医(日本歯科専門医機構・日本歯科麻酔学会認定)と回答した施設が最も多かった(図3)。また、「麻酔管理下での歯科医療を実施可能であることを広告(標榜)することが適切な医療機関の選択に繋がるか」についての質問に対して、いずれの対象施設(歯科医院/都道府県歯科医師会/郡市区歯科医師会)においても、「そう思う」が過半数を占めていた(図4)。これらの結果から、麻酔管理下での歯科医療について国民に知ってもらうために、歯科麻酔科診療の専門性を広告(標榜)する必要がある、それが患者にとって有益になることが示唆されている。

4. 国民への情報提供について

当学会では、国民への情報提供についての様々な取り組みを行っている。まず、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、2023年に当時の飯島理事長による歯科麻酔診療の紹介記事を連載していた(図5)。

さらに、2023年10月6~8日に長崎市で開催された第51回日本歯科麻酔学会総会・学術集会では、市民公開講座「歯科治療、不安や痛みを我慢しなくて大丈夫ですよ」(座長:水田健太郎[東北大学大学院歯学研究科 病態マネジメント歯学講座歯科口腔麻酔学分野 教授])を開催し、以下の講演を企画した。

- 「歯科でも全身麻酔を使うことができます。」(講師:飯島毅彦[一般社団法人日本歯科麻酔学会 理事長/昭和大学歯学部全身管理歯科学講座歯科麻酔科学部門 客員教授])
- 「患者の立場から 患者は安全、安心、快適な歯科治療のために何を求めているのか」(講師:山口育子[認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長])

図3 歯科医療における麻酔管理担当者として望ましい有資格者(文献2から引用)

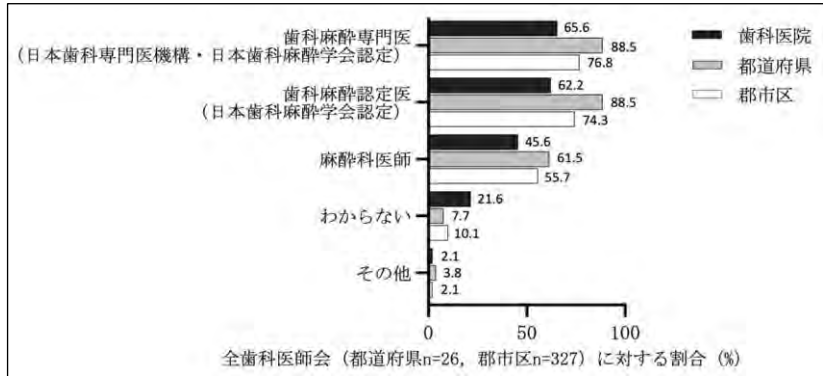


図4 麻酔管理下での歯科医療が可能であるという広告(標榜)は適切な医療機関の選択に役立つか(文献2から引用)

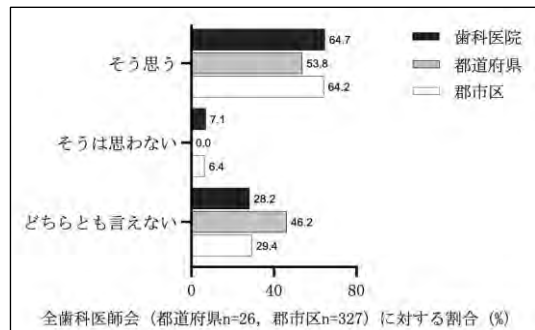


図5 COML より良い医療をつくる 会雑誌記事 (2023. 1. 15)



- 「小児および障害児・者のための歯科治療—歯科麻酔科との連携の重要性—」（講師：岩本 勉 [東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 小児歯科学・障害者歯科学分野 教授]）
- 「痛みと不安のない抜歯・口腔外科手術を～（公社）日本口腔外科学会から～」（講師：池邊哲郎 [日本口腔外科学会 理事長／福岡歯科大学 口腔・顎顔面外科学講座 口腔外科学分野 教授]）
- 「歯科医療政策の観点から」（講師：田口円裕 [東京歯科大学 歯科医療政策学 教授]）

以上の講演を通じて、参加して市民に歯科麻酔科診療の役割を知っていただき、歯科麻酔科診療を紹介するチラシ（図6）も配布した。

また、この第51回日本歯科麻酔学会総会・学術集会に先立ち、2023年10月5日にNIB長崎国際テレビの番組「news every.」で、「恐ろしくない歯科治療の現場」というテーマで、長崎大学病院の歯科麻酔科診療が紹介され、県民に広く情報提供された（図7）。

図6 市民公開講座(2023.10.8)で市民に配布したチラシ



5. まとめ

全国の歯科医院、都道府県歯科医師会、および郡市区歯科医師会を対象としたアンケート調査によると、現状では歯科医療における麻酔管理について、患者または保護者の認知度は極めて低いと認識されているが、麻酔管理下での歯科医療について国民に知ってもらうために、歯科麻酔科診療の専門性を広告（標榜）する必要があり、それが患者にとって有益になることが示唆されている。そのため、当学会では麻酔管理下での歯科医療について国民に対して様々な情報提供を行っている。

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) 飯島毅彦：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 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. 令和4年度厚労省委託事業 歯科医療の専門性に関する協議・検証一式 報告書. 16-17, 日本歯科専門医機構, 2023.
https://jdsb.or.jp/pdf/20230331_news.pdf?t=1703982347807 (令和6年1月19日参照)
- 2) 石田義幸, 水田健太郎, 丹羽 均, 砂田勝久, 飯島毅彦：歯科医療における全身麻酔や静脈内鎮静法の需要と供給に関する実態調査. 日本歯科麻酔学会雑誌 52(2)：印刷中, 2024.

3. 歯周病専門医

沼部幸博

日本歯科大学生命歯学部歯周病学講座教授

(特非)日本歯周病学会理事長

1. はじめに

特定非営利活動法人日本歯周病学会の歯周病専門医は、令和5年12月31日の時点で1,175名である。本会の専門医制度の変遷としては、平成元年10月に日本歯周病学会認定医制度が発足し、平成15年10月の特定非営利活動法人日本歯周病学会専門医制度への改正を経て、平成16年10月に日本歯周病学会専門医が「歯周病専門医」として厚生労働省に届出が受理され、さらに令和2年11月に、日本歯科専門医機構の専門医制度として認定されて現在に至っている。同じく、平成16年10月に日本歯周病学会認定歯科衛生士制度が、平成20年4月に日本歯周病学会認定医制度が発足し、認定歯科衛生士は1,413名、認定医は1,415名となっている。

このように本会の専門医制度の歴史は35年を数え、その間、認定方法に関して若干の変更や申請方法の電子化などが行われてきたが、基本的には発足当時と大きな変更は無い。

本学会の定めた専門医(最初は認定医)の理念は¹⁾、

- 1) 日本社会において歯周病専門医としての責任と誇りを持ち、医療人としての高い倫理性、人間性をもって国民に安全、安心な歯科医療を提供する。
- 2) 歯周病学・歯周治療学の専門的知識と技術を有する歯科医師であるとともに、歯科医療関係者ならびに医療関係者と連携をとり、チーム医療を実施する。
- 3) 歯周病学・歯周治療学の発展および向上を図り、歯周病と全身への配慮、高齢者に対する歯周治療、口腔管理が実施でき、地域歯科医療に積極的に参加し、もって国民の口腔保健と全身の健康増進に貢献する。
- 4) 歯周病予防教育を実践し、国民、行政関係者、報道関係者、医療従事者に啓発活動を行う。
- 5) 常に最新の学術知識、医療技術を得て、生涯にわたり自己研修する。

の5項目であり、専門医の数を順調に増やして行くことが本邦の歯周病患者を減少させ、国民の健康増進に寄与するものとして、今回の日本歯科専門医機構の専門医制度認定を契機として、さらなる飛躍を目指している。

本学会の専門医制度の運用の中で、本章のテーマである専門医の地域偏在の対策と、理念の4)にある国民への情報提供に関する検討が成されてきた。以下、本学会歯周病専門医の現況と地域偏在対策、国民に向けての啓発活動について記載する。

2. 歯周病専門医の状況

先述のように、令和5年のデータに基づく本学会の歯周病専門医数は1,175名で、その中で歯周病指導医数は292名、指定研修施設は168箇所である。

令和2年の厚生労働省 令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況²⁾における、取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名、施設の種別にみた医療施設に従事する歯科医師数の統計によると、歯科医師の中に占める専門医が一番多いのが口腔外科専門医の2.3%で、次に歯周病専門医と小児歯科専門医が1.2%、歯科麻酔専門医が0.4%、歯科放射線専門医が0.2%である。

表1 日本歯周病学会歯周病専門医の状況

都道府県	各都道府県の医療施設に従事している歯科医師数*	日本歯周病学会会員の歯科医師数**	歯周病専門医数***	各都道府県の歯科医師における日本歯周病学会歯科医師会員の割合	日本歯周病学会歯科医師会員における歯周病専門医の割合	各都道府県の歯科医師における歯周病専門医の割合
北海道	4250	388	57	9.4%	14.3%	1.3%
青森	699	30	1	4.3%	3.3%	0.1%
岩手	953	79	17	8.3%	21.5%	1.8%
宮城	1784	157	20	8.8%	12.7%	1.1%
秋田	601	40	5	6.7%	12.5%	0.8%
山形	662	40	3	6.0%	7.5%	0.5%
福島	1351	58	8	4.3%	13.8%	0.6%
茨城	1954	149	21	14.1%	14.1%	1.1%
栃木	1368	100	15	7.3%	15.0%	1.1%
群馬	1405	90	10	6.4%	11.1%	0.7%
埼玉	5468	456	43	8.3%	9.4%	0.8%
千葉	5120	449	61	8.8%	13.6%	1.2%
東京	16636	1884	274	11.3%	14.5%	1.6%
神奈川県	7397	775	82	10.5%	10.6%	1.1%
新潟	1948	226	48	11.6%	21.2%	2.5%
富山	627	41	7	6.5%	17.1%	1.1%
石川	707	49	4	6.9%	8.2%	0.6%
福井	461	19	2	4.1%	10.5%	0.4%
山梨	584	40	6	6.8%	15.0%	1.0%
長野	1583	150	24	9.5%	16.0%	1.5%
岐阜	1678	83	8	4.9%	9.6%	0.5%
静岡	2340	156	22	6.7%	14.1%	0.9%
愛知	5999	428	53	7.1%	12.4%	0.9%
三重	1161	53	10	4.6%	18.9%	0.9%
滋賀	823	38	6	4.6%	15.8%	0.7%
京都	1935	148	13	7.6%	8.8%	0.7%
大阪	7934	595	58	7.5%	9.7%	0.7%
兵庫	4052	232	23	5.7%	9.9%	0.6%
奈良	939	60	8	6.4%	13.3%	0.9%
和歌山	713	25	2	3.5%	8.0%	0.3%
鳥取	348	16	3	4.6%	18.8%	0.9%
島根	390	16	2	4.1%	12.5%	0.5%
岡山	1764	171	37	9.7%	21.6%	2.1%
広島	2544	204	27	8.0%	13.2%	1.1%
山口	969	65	7	6.7%	10.8%	0.7%
徳島	810	69	18	8.5%	26.1%	2.2%
香川	721	56	9	7.8%	16.1%	1.2%
愛媛	922	62	5	6.7%	8.1%	0.5%
高知	486	19	4	3.9%	21.1%	0.8%
福岡	5345	615	79	11.5%	12.8%	1.5%
佐賀	604	46	3	7.6%	6.5%	0.5%
長崎	1151	113	13	9.8%	11.5%	1.1%
熊本	1331	198	18	14.9%	9.1%	1.4%
大分	721	36	1	5.0%	2.8%	0.1%
宮崎	709	39	4	5.5%	10.3%	0.6%
鹿児島	1306	136	30	10.4%	22.1%	2.3%
沖縄	865	46	3	5.3%	6.5%	0.3%
総数	104,118	8,955	1,174	8.6%	13.1%	1.1%

* 厚生労働省 令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 統計表 14 医師・歯科医師・薬剤師数、従業地による都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)、業務の種別、性別(2-1) より引用
 ** 令和4(2023)12月31日の状況
 *** 令和4(2023)12月31日の状況

歯周病専門医の各都道府県での状況を見ると(表1), 歯周病専門医数が最も多いのが東京都の274名で、次が神奈川県82名、福岡県79名、千葉県61名と続く。反対に少ないのは青森県と大分県の1名、福井県、和歌山県、島根県の2名である。専門医が10名未満の都道府県は47都道府県中22県である。これは歯周病専門医の大都市圏への地域偏在を示すデータであり、歯周病専門医の少ない都道府県への学会としての対策の必要性が窺える。しかし、医療施設に従事している歯科医師数との割合の視点から調べてみると、別の地域偏在の問題が見えてくる。

本学会の歯科医師の会員数が最も多いのは東京都の1884名で、割合としては東京都の全歯科医師の11.3%である。しかし、東京都の歯科医師会員の中での歯周病専門医の割合は14.5%となり、これは全国平均の13.1%と比較して高い数字では無くなる。最も高いのは徳島県の26.1%で、鹿児島県の22.1%、岡山県の21.6%、岩手県の21.5%、新潟県の21.2%、高知県の21.1%と20%台が続く。それに対して最も低いのは大分県の2.8%である。

また学会のくくりを外した東京都の全歯科医師の中での歯周病専門医の割合は1.6%であり、これも全国平均1.1%との大きな開きは無い。この各都道府県における全歯科医師の中での歯周病専門医の割合が大きいのは、新潟県の2.5%、次いで鹿児島県の2.3%、徳島県の2.2%、岡山県の2.1%であり、最も割合が低いのが、青森県と大分県の0.1%である。

新潟県の全歯科医師の中での歯周病専門医の割合が高い理由としては、当然の結果ではあるが新潟県の歯科医師の歯周病学会の入会率が11.6%と高い上に歯周病専門医を多く輩出しているためであり、あらためて今後の本学会の方略として、本学会への入会者を増やしながらか歯周病専門医もコンスタントに育成して行く必要性が読み取れる。

このように、歯周病専門医の数の少ない各都道府県において本学会への入会を促し専門医数を増やす努力は、地域の住民が歯周病専門医と巡り会える機会を増やす上で確かに重要であり、大都市圏においても人口に見合う数を育成する必要がある。歯周病専門医が経験を積んで指導医となりまた新たな専門医を育成する連鎖が活性化されれば、先に述べた理念を持った歯周病専門医の力が多くの国民の健康に寄与することになる。「令和4年歯科疾患実態調査」の結果では、日本人における歯周病の罹患状況は、歯肉出血を有する者の割合は10歳以上で44.9%、4mm以上の歯周ポケットを持つ人の割合は45歳以降は40%を越え、高齢になるにつれて増加傾向を示しているなど、これらの状況を改善するため、歯周病専門医制度の担う使命は未だに重い。

しかし本稿はあくまでも専門性資格としての歯周病専門医の「数」の現状に基づいて論じているもので、地域特性、すなわち住民の歯周病予防・早期治療に関する意識が高く歯周治療に専門性を強く必要としない患者の多い地域や、歯周病専門医資格を持たなくても同等の知識・技術を有する歯科医師が多い地域もあることなどを議論に含めていない。すなわち本稿は、各地域の方々の歯周病の重症度と必要とされる治療の難易度、さらにそれに対峙する歯科医師の能力を根拠として歯周病専門医の必要性を論じているのでは無く、歯周治療を必要とする方々が歯周病専門医を必要とした際、どの程度身近に対応する歯周病専門医が存在するかという「数」の視点からの見解である。よって、専門医の地域偏在という問題は、数以外の因子をも考慮して慎重に論じる必要があることを付記する。

3. 歯周病専門医育成に向けての取り組み

本学会ではこれまで、地域の歯科医師会、歯科衛生士会と共に、地域における歯科医療、歯周治療の発展の支援のため、全国各地で臨床研修会を企画・開催してきており、昨年11月の時点で46回を数えている(表2)。運営方法としては、当初は学会主導で開催をしていたところから各地区の歯科医師会の

表2 日本歯周病学会臨床研修会

開催地区	開催年月日	会場	後援・共催	大会長	担当大学	実行委員長
北海道	1999年	札幌			北海道医療大学歯学部	小鷲悠典
中国	2000年11月12日	山口			広島大学歯学部(歯周病態学・教)	栗原英見
九州	2000年11月12日	大分			朝日大学歯学部	岩山幸雄
東北	2000年11月19日	郡山			奥羽大学歯学部	岡本浩
九州	2001年6月24日	長崎			長崎大学歯学部(歯周病学・教)	原宣典
中国	2001年9月16日	津山			岡山大学大学院医学総合研究科	村山洋二
四国	2001年11月18日	香川			徳島大学歯学部(保存2・教)	永田俊彦
近畿	2002年11月10日	和歌山			大阪歯科大学	今井久夫
九州	2002年11月17日	鹿児島			鹿児島大学歯学部	和泉雄一
中国	2004年2月8日	広島県福山市歯科医師会館		本山栄荘	広島大学歯学部(歯周病態学・教)	栗原英見
近畿	2004年3月7日	ピアザ淡海(滋賀・県民交流センター)		松井成一	大阪歯科大学	今井久夫
近畿	2005年3月27日	奈良県歯科医師会館	奈良県歯科医師会	林秀彦	大阪歯科大学	今井久夫
中部	2004年10月3日	山梨		金山公彦	日本歯科大学	嶋井久一
四国	2005年10月23日	高知	高知県歯科医師会		徳島大学歯学部(保存2・教)	永田俊彦
中部	2005年10月23日	静岡	静岡県歯科医師会		東京医科歯科大学大学院医学総合研究科(歯周病態学・准)	渡辺久
中国	2005年	鳥取	鳥取県歯科医師会		岡山大学大学院医学総合研究科(歯周病態学・教)	高柴正悟
中国	2006年	三重			愛知学院大学歯学部(保存3・教)	野口俊英
東北	2007年10月21日	岩手県歯科医師会館8020プラザ	岩手県歯科医師会	國松和司	岩手医科歯科大学(保存2・教)	國松和司
信越北陸	2007年12月9日	新潟県歯科医師会館	新潟県歯科医師会	岡田広明	日本歯科大学新潟生命歯学部(歯周病・教)	佐藤聡
信越北陸	2008年9月14日	ウイング・ウイング高岡内生涯学習センター	高岡県歯科医師会	岩崎弘治	松本歯科大学(保存1・教)	吉成伸夫
九州	2008年12月7日	長崎県歯科医師会館	長崎県歯科医師会	道津剛佑	長崎大学歯学部(歯周病学・教)	原宣典
東北	2009年10月18日	はまなす館(相馬市総合福祉センター)	相馬県歯科医師会	糺田浩二	東北大学大学院歯学研究科(歯周・歯内・教)	島内英俊
中部	2009年12月23日	岐阜	岐阜県歯科医師会	高木幹正	朝日大学歯学部(歯周病・教)	洪谷俊昭
北海道	2010年10月24日	旭川市民文化会館	旭川県歯科医師会	岩田谷隆	北海道医療大学歯学部(歯周病・教)	古市保志
近畿	2010年12月5日	ピアザ淡海(県民交流センター)	滋賀県歯科医師会	芦田欣一	大阪歯科大学(歯周病・教)	上田雅俊
東北	2011年8月7日	山形県歯科医師会	山形県歯科医師会	石黒慶一	日本歯科大学新潟生命歯学部(歯周病・教)	佐藤聡
関東	2011年12月4日	茨城(茨城県歯科医師会館)	茨城県歯科医師会	森永和男	日本大学松戸(歯周病・教)	小方頼昌
中国	2012年7月8日	島根(島根県歯科医師会全館)	島根県歯科医師会	仲佐善昭	広島大学大学院(歯周病態学)	栗原英見
信越北陸	2012年11月11日	福井県民ホール(アオッサ8F)、地域交流プラザ研修室(アオッサ6F)	福井県歯科医師会	齊藤愛夫	朝日大学(歯周病学分野)	洪谷俊昭
九州	2013年11月17日	熊本県歯科医師会館	熊本県歯科医師会	浦田健二	-	伊東隆利
四国	2014年4月6日	総合あんしんセンター	高知県歯科医師会	綿田英正	岡山大学(歯周病態学分野)	高柴正悟
北海道	2015年2月22日	北海道	北海道歯科医師会	高野晃	北海道大学大学院歯学研究科歯周・歯内療法学教室	川浪雅光
信越北陸	2015年3月1日	石川	石川県歯科医師会	蓮池浩	愛知学院大学歯学部(歯周病学・教)	三谷章雄
九州	2016年1月31日	熊本県歯科医師会館	熊本県歯科医師会	浦田健二	-	真京章
関東	2016年4月10日	栃木県歯科医師会館	栃木県歯科医師会	柴田勝	-	沼部幸博
中国	2016年7月3日	島根県歯科医師会館	島根県歯科医師会	渡邊公人	-	栗原英見
九州	2016年3月5日	大分県歯科医師会館	大分県歯科医師会	長尾博通	-	中島啓介
中部	2018年1月28日	三重県歯科医師会館	三重県歯科医師会	田所 泰	愛知学院大学歯学部(歯周病学・教)	菊池 毅
九州	2019年2月9-10日	佐賀県歯科医師会館	佐賀県歯科医師会	寺尾隆治	九州大学大学院歯学研究科(歯周病学)	西村英紀
東北	2019年3月17日	秋田県歯科医師会館	秋田県歯科医師会	藤原元幸	東北大学大学院歯学研究科(歯周病学)	山田 聡
近畿	2020年2月2日	滋賀県歯科医師会館	滋賀県歯科医師会	中村彰彦	大阪大学大学院歯学研究科(口腔治療学)	村上伸也
関東	2023年11月5日	群馬県歯科医師会館	群馬県歯科医師会	村山利之	東京医科歯科大学大学院医学総合研究科(歯周病学)	岩田隆紀

協力を仰ぐようになり、現在に至っている。開催を重ねるごとに本学会への入会者の少なかった都道府県でも入会者が増え、また歯周病専門医の不在の県も無くなっていることから、その成果が上がっていることが考えられる。

4. 国民向け歯周病の啓発活動

本学会は 2022 年に日本臨床歯周病学会と協力して、国民向け歯周病啓発動画（ショートアニメーション）「にゃんかむちゅ〜」を 5 編作成し、YouTube 公式チャンネルにて公開してきたが、2023 年 11 月 8 日の「いい歯の日」に合わせてシーズン 2 として続編の 5 編を公開した³⁾。これは国民に向けて歯周病に対する注意喚起をすることが役割であるが、若年層を中心にこの動画を通じて歯周病の怖さや歯周病予防、早期治療の重要性を知ってもらうことに役立っている。加えて歯科医院の待合室などで患者が視聴できるように、歯周病の病態、歯周組織検査、歯周基本治療、歯周外科手術の説明に特化した同じキャラクターを使った 4 編の動画も作成、公開している。これらのストーリー中には「歯周病専門医」に関する紹介は含まれていないが、各年齢層における「歯周病」の認知と、それに対応する歯科医師・歯科衛生士の役割を知る事で、その延長上にある歯周病専門医の存在の重要性に関しても理解できるように工夫されている。

また一般に公開されている本学会のホームページでは、トップページから歯周病専門医、認定医が検索できる⁴⁾。そこでは、都道府県ごと、または歯周病専門医、認定医のジャンルから、各資格を持つ歯科医師を有する医療機関と歯科医師名、医療機関の住所と地図によるアクセス方法が開示されている。これらは「歯周病専門医」の名称を広く公開することに役立つとともに、歯周治療を必要とする患者への有用な情報提供手段として活用されている。

なお本学会のホームページは今春リニューアルを予定しており、国民に向けての歯周病関連の情報提供と歯周治療を求める患者にとってさらに役立つ情報源となるように作成される。

5. まとめ

日本歯科専門医機構の専門医制度として認定された「歯周病専門医」の現況と地域偏在に関わる課題、本学会の国民に向けた情報提供の状況について記述した。

統計資料などでは良く歯科医師の充足数などを表現するために都道府県別人口 10 万対歯科医師数のデータなどが開示されているが、日本国民に対する適正な「歯周病専門医数」に関しては明確な見解は得られていない。しかし文中でも述べたように、国民が歯科医師に歯周病に関する専門性を求めた時に日本各地で歯周病専門医が身近に存在していること、そしてその医療機関の情報を患者がすぐに探し出し受診可能となる仕組み作りをさらに推進することが、本学会の重要な使命である。

参考文献

- 1) 特定非営利活動法人日本歯周病学会：歯周病専門医・指導医の理念。
<https://www.perio.jp/member/certification/file/idea.pdf> (令和 6 年 2 月 1 日参照)
- 2) 厚生労働省：令和 2 (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/index.html> (令和 6 年 2 月 1 日参照)
- 3) 特定非営利活動法人日本歯周病学会：歯周病を知っていますか？
<https://www.perio.jp/nyankamuchu/> (令和 6 年 2 月 1 日参照)
- 4) 特定非営利活動法人日本歯周病学会：認定医・歯周病専門医名簿一覧。
<https://www.perio.jp/roster/> (令和 6 年 2 月 1 日参照)

4. 小児歯科専門医

岩本 勉

東京医科歯科大学教授

(公社) 日本小児歯科学会常務理事

1. はじめに

小児期は、乳歯の萌出から脱落、そして永久歯へと歯が交換するとともに、歯列、咬合がダイナミックに変化する時期である。同時に歯を支える顎骨、口腔周囲筋も成長変化する。また、口腔は、栄養摂取のために食べるための器官としての役割や、言葉話すための構音器官としての役割、補助的呼吸路としての呼吸器官としての役割、そして、表情を表出するためのコミュニケーション器官としての役割を担っており、生きる上で、生活する上できわめて重要な機能を担っている¹⁾。小児期は、心身の発育期であり、口腔および顎顔面も同様に形態的に成長し、それらが担う機能が発達し、獲得、熟達していく大切な時期である。したがって、小児期の歯科診療は、成人に至るまでの過程の中で、小児の発育段階の特徴をよく把握、理解した上で、対応にあたらなければならない。治療に際しては、小児の発達に合わせて不安や緊張を和らげながら治療にあたり、小児および養育者との信頼構築に努めなければならない。また、齲蝕をはじめ、小児期の歯科疾患は成育環境および生活習慣が関わるが多く、小児歯科医は小児保健の観点から小児の日常生活のさまざまな課題にも取り組まなければならない。このように小児歯科医療は、成人歯科とは異なり、日々変化し続ける成長および発達と、小児の生活および社会環境を理解した上で、生涯を健康な口腔で過ごすための礎を築く支援を行なっていく必要がある。

市区町村は、母子保健法に基づく1歳6か月児健康診査および3歳児健康診査を実施しなければならない。さらに、地域口腔保健事業や学校歯科保健事業として、地域の幼稚園、保育園、学校における歯や口腔の健康診断や保健指導等を実施しなければならない。このように歯科医療における歯科医師の役割として、自院での診療に留まらず、地域社会における歯科保健活動にも積極的に参加し、地域の歯科保健のレベル向上に対しても期待される役割を担う。このような事業を展開し、市区町村民および国民の健康を増進していく上で、地域における小児歯科専門医は必要不可欠な存在であり、その牽引役としての活躍が期待される。ここでは小児歯科専門医の地域偏在の現状と課題について述べていきたい。

2. 現状と課題

1) 小児歯科専門医の地域偏在の現状と課題

小児歯科専門医の現状について、表1にその概要をまとめた。2023年11月14日現在、小児歯科専門医は1,183名、うち専門医指導医は240名である。小児歯科学会が区分する地方会ごとにみた場合、北日本154名、関東422名、中部161名、近畿158名、中四国123名、九州165名で、専門医指導医は、北日本37名、関東84名、中部38名、近畿24名、中四国24名、九州33名となっている。地方会ごとの人数では問題がないように思われるが、各都道府県別でみた場合に専門医の偏在の問題が明らかとなる。まず、山梨県には専門医が1人もいない。専門医が1名しかいない県もあり、鳥取県である。さらに、2名しかいない県が石川県、高知県、3名の県が青森県、秋田県、栃木県、和歌山県、島根県、香川県、大分県である。このように専門医が少ない県は地理的に近接している。

厚生労働省が実施した令和2年医師、歯科医師、薬剤師統計の概況²⁾では、小児歯科に従事している歯科医師は42,144人で、医療施設に従事する歯科医師数104,118人に占める割合は40.5%と半数に近いが、小

小児歯科専門医が約 1,200 名で割合は 1.2%で、小児歯科に従事している歯科医師に対して専門医の数がきわめて少ないのがわかる。

表 1 に総務省統計局が発表する住民基本台帳年齢階級別人口（令和 4 年 1 月 1 日現在）³⁾から 15 歳未満の人口は 15,035,540 人で、これを用いて小児歯科専門医 1 人あたりの 15 歳未満小児の対応人数を換算すると、全国平均では小児歯科専門医は 1 人あたり 12,710 人の 15 歳未満小児を対応することになる。しかし、これを都道府県別の 15 歳未満の人口および小児歯科専門医数でみた場合、広島県が 1,781 人の 15 歳未満小児に対して小児歯科専門医が 1 人の割合で最も高いのに対し、和歌山県は 223,885 人の 15 歳未満小児に対して、小児歯科専門医が 1 人の割合と最も低く、125 倍の開きがある。このように地域間のばらつきがあるため、地域における小児歯科専門医の負担が大きいことが明らかである。全国には 29 大学に歯学部があり同一都道府県内にある大学もあるため、都道府県別でみると 18 都道府県に歯学部が存在することになる。歯学部を有する都道府県は小児歯科専門医数も多く、小児歯科専門医 1 人あたりが対応する 15 歳未満小児は 9,820 人であるのに対し、歯学部がない都道府県の小児歯科専門医は 1 人あたり 45,125 人を抱えることになり、明らかに地域間格差が生じている。

このように地域偏在にはいくつかの課題が挙げられ整理すると、1 つ目は大都市圏と地方の格差である。大都市圏と地方、特に過疎化が進行している地域では適切な小児歯科医療を受けることができない。実際、齲蝕有病者率について、大都市圏と地方では大きな差が生じている。2 つ目は超少子化の影響である。大都市圏と地方では働く場所もそうであるが、子育てをする環境、特に教育に関する環境にも差があることから、子供が住む地域の偏在が生じている。そのため小児人口が少ない地域になると小児歯科医が進出しづらくなる。3 つ目は小児歯科医としての就業環境の差である。小児歯科医として働く環境やスキルアップの場として、大学や大都市圏、地方では環境が異なる。このような課題は小児歯科専門医に限って解決できる問題ではないが、地域全体の発展を考えた上での子育て支援や地域振興策として小児歯科医療のあり方も考える必要はあるだろう。

2) 名称を含む国民への情報提供

日本小児歯科学会では主には学会ホームページ⁴⁾にて専門医制度の目的および概要について説明している。専門医を養成することで地域および全国における小児歯科医療のレベル向上を図っている。また、同ホームページから都道府県別に専門医を検索でき、専門医名、勤務先、所在地、連絡先を公開している。併せてホームページ上ではさまざまな小児歯科保健に関する一般向けの情報提供を行うとともに、学術大会や市民公開講座を開くことで、最新の小児歯科医療に関する情報を共有する機会を開き、小児歯科専門医の活動等の周知に努めている。

しかしながら、小児歯科専門医の名称を含む国民への情報提供においてはいくつかの課題がある。1 つ目は、一般の国民に小児歯科専門医の存在や専門性に対する理解が得られていない可能性があることである。一般歯科や一般歯科医と違い、小児歯科専門医がもつ専門的知識や経験、スキルについて十分に認識されていない可能性がある。2 つ目は、情報化社会における正確な情報発信の責務である。現代社会は多くの情報に支えられた情報化社会であるが、中には誤った情報が拡散されている事例も多い。情報を正しく収集し、評価し、選択、活用する能力である情報リテラシーは、情報化社会においてすべての国民に求められる能力であるが、発信する側の責務は大きい。したがって、小児歯科専門医は、真実に裏打ちされた正確な

地方会	都道府県	15歳未満人口(人)	専門医数(人)	専門医指導医数(人)	専門医1人あたりの 15歳未満人数(人)
北日本	北海道	547,532	67	11	8,172
	青森	128,917	3	2	42,972
	秋田	130,458	3	0	43,486
	岩手	266,301	11	3	24,209
	宮城	90,626	21	7	4,316
	山形	117,165	5	1	23,433
	福島	206,956	9	2	22,995
関東	新潟	335,653	35	11	9,590
	栃木	227,617	3	0	75,872
	茨城	224,520	14	2	16,037
	群馬	875,579	7	0	125,083
	埼玉	738,698	54	6	13,680
	千葉	1,581,097	60	16	26,352
	東京	1,089,747	199	42	5,476
中部	神奈川	243,827	85	18	2,869
	山梨	115,242	0	0	0
	富山	136,370	5	3	27,274
	石川	94,795	2	1	47,398
	福井	92,759	4	1	23,190
	長野	242,597	22	8	11,027
	静岡	240,871	19	6	12,677
近畿	岐阜	433,374	26	9	16,668
	三重	979,454	11	1	89,041
	愛知	212,716	72	9	2,954
	滋賀	192,466	10	1	19,247
	京都	293,379	10	2	29,338
	奈良	1,039,329	8	1	129,916
中四国	和歌山	671,654	3	0	223,885
	大阪	154,068	83	17	1,856
	兵庫	104,824	44	3	2,382
	鳥取	67,955	1	0	67,955
	島根	81,286	3	0	27,095
	山口	234,621	12	0	19,552
	徳島	350,622	18	4	19,479
	香川	153,038	3	1	51,013
九州	高知	81,005	2	2	40,503
	愛媛	116,296	11	2	10,572
	岡山	155,015	31	6	5,000
	広島	74,801	42	9	1,781
	福岡	674,870	80	16	8,436
	佐賀	108,517	12	0	9,043
	長崎	163,591	20	6	8,180
	熊本	229,949	14	0	16,425
合計	大分	136,202	3	1	45,401
	宮崎	140,722	10	0	14,072
	鹿児島	211,399	21	9	10,067
	沖縄	247,060	5	1	49,412
合計	全国	15,035,540	1,183	240	12,710

表1 都道府県別小児歯科専門医および専門医指導数と15歳未満人口

情報を発信することで国民の信頼を得る必要がある。3つ目は、専門医数の不足と地域偏在である。小児歯科医療の格差に加え、専門医制度の理解、周知にも問題が生じる。4つ目は、広報活動の不足、非適合が挙げられる。広報活動が不十分の場合、国民はその存在をさらに把握することが難しくなる。

これらの課題に対応するために、小児歯科学会として積極的に情報発信する機会を増やし、進化する情報化社会の中でどのような手段での広報活動が望ましいか常に検討、改善、進化していく必要があるだろう。そして、地域の歯科医療機関や保健機関と密に連携し、専門医の偏在に対し、人的な側面に加え、高度情報化社会の技術を駆使しての解決策の検討も始める必要があると考える。

参考文献

- 1) 黒厚子璃佳, 岩田こころ, 岩本 勉: 口腔機能の発達と育成. 日本ヘルス歯科学会誌 23c:17-23, 2023.
- 2) 厚生労働省: 令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. 2022.
- 3) 総務省: 令和4年住民基本台帳年齢階級別人口(都道府県別). 2022.
- 4) 公益社団法人日本小児歯科学会: 日本小児歯科学会ホームページ. <https://www.jspd.or.jp>
(令和6年1月15日参照)

5. 歯科放射線専門医

— 歯科放射線専門医の地域偏在と「歯科放射線」の国民への情報提供 —

村上秀明

大阪大学大学院歯学研究科歯科放射線学講座教授

(特非)日本歯科放射線学会副理事長

1. はじめに

日本歯科放射線学会は設立以来 60 年以上の歴史のある法人で、研究、教育、臨床のそれぞれにおいて歯科放射線に関する学術界の唯一無二の存在と目されている。国際歯科放射線学会の理事長や学術雑誌 Oral Radiology の Editor-in-chief も日本歯科放射線学会の理事を務めてきた。

日本歯科放射線学会における研究、教育、臨床は、頭頸部領域の画像診断と口腔がんの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すが、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。歯科放射線専門医の研修制度は、この指針に基づく研修カリキュラム制をとってはいるものの、これらを施行できる機関は限られているのが現状である。

画像診断と放射線治療は機器とコンピュータの進歩とともに発展してきたが、今後は AI (機械学習、ディープラーニング) を使用した画像診断や放射線治療の立案がますます進むものと考えている。また、医科において普及が進んでいる遠隔画像診断は、歯科においても保険適用となった。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となっている。

2. 歯科放射線専門医と研修施設の地域偏在について

日本歯科放射線学会の認定医制度は、准認定医、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。さらに、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、認定医制度がより興味のあるところ、よ簡単などころから始められるようなシステムにしている。

認定医制度の根幹をなす研修施設は、指導医が 1 名以上常勤していることに加えて、学会が厳しく定める研修プログラムを提供していなければならないことから、研修施設が 22 ケ所、研修協力機関が 8 ケ所で、合計しても全国に 30 ケ所あるに過ぎない。さらにこれらは、東京都に 5 ケ所、福岡県に 3 ケ所と集中しているが、秋田県や沖縄県など研修施設がない都道府県は 25 にものぼり、その地域偏在は甚だしい。

現在 200 名以上の専門医と 75 名の指導医が歯科放射線専門医として活動しているが、MDCT (Multi-Detector Computed Tomography)、MRI、リニアックなどの大型の高額な医療機器の設置の関係から研修施設は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。歯科放射線准認定医は 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。そのことが歯科放射線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。

3. 歯科放射線専門医制度に関する国民への情報提供

歯科放射線専門医は、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。上記の目標を達成するための SNS を用いた広報活動や、大会に併催される市民向け公開講座等を積極的に行う必要がある。ただ、国民は歯科放射線専門医制度に関してどのような情報を求めているのであろうか？

眼科や心療内科を受診する際にレントゲン撮影をすることはまずない。一方、整形外科や歯科でレントゲン撮影されることは特殊なことでもなく、患者にとって容認できる診療行為であろう。このとき、放射線被曝に関して全く気にしない患者は極めて少ないと考える。従って、歯科でのエックス線撮影においては、被曝量の低減と管理の面から、正しく整備された放射線機器を使用しているか、フィルムなどの受光器は感度の高いものを使用しているか、について、患者へつまびらかに情報提供すべきであろう。その際に、歯科放射線専門医であることを表明することは有効な手段となり得ると考える。次に、撮影した画像を、担当歯科医師が正しく診断（読影）してくれているのか、ミスはないのか、なども気にかかるだろう。また検査機器によっては画像診断の限界があるので、一歩進んだ MRI 検査や核医学検査が必要と判断された場合に、安心してそれらが検査可能な病院を紹介してもらえる過程を明示すべきであろう。また、舌がんなどの口腔がんを正しく診断でき、口腔外科以外にも機能と形態を温存できる放射線治療の選択肢を提供し、患者がそれを選んだときにスムーズに紹介できるシステムを構築しておき、この手順を情報提供すべきであろう。

4. 専門医の名称のあり方

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のひとつとして届出が受理されており、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。医科では「放射線科」の標榜が医療法で認められているが、歯科の標榜可能診療科には「歯科放射線科」は含まれておらず、それゆえ「歯科放射線専門医」の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あたり歯科放射線専門医の存在を意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。

日本歯科放射線学会の認定医制度は、現在「准認定医」、「認定医」、「専門医」、「指導医」からなる。さらに認定医には「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ものもある。しかしながら、これらは国民目線でみると、分かりにくく必要のないものに映るのかもしれない。今後は、「レントゲン歯科医」「歯科エックス線医」「口腔がんの放射線治療医」などと国民にわかりやすい名称とし、名実ともに国民のためになるものとしていかなければならない。

5. おわりに

歯科放射線専門医が具備すべき診療能力には、進んだ医療機器を使用し、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考えられる。そのためには、これまでインターネットに接続されていなかった各診療所のエックス線機器や画像解析装置を、ネットワークを通じて大学のサーバーやクラウドサービスに接続し相互に情報交換をする IoT や AI を利用した画像診断と放射線治療を利用した研修指導体制も導入すべきであると考える。

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
(令和5年12月25日参照)
- 2) 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> (令和5年12月25日参照)
- 3) 特定非営利活動法人日本歯科放射線学会：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
(令和5年12月25日参照)

6. 補綴歯科専門医

小見山 道

日本大学松戸歯学部教授
(公社) 日本補綴歯科学会常務理事

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、現状では国民の「補綴歯科」に対する認知度が低く、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周知されていない。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、共同で補綴歯科専門医制度の整備を進めた。その結果、令和5年10月12日の厚生労働省医政局長通知で、日本歯科専門医機構が認定する基本的な診療領域に係る歯科医師の専門性資格として「補綴歯科専門医」が広告可能な事項として追加された。本項では補綴歯科専門医の地域偏在と名称を含む国民への情報提供に関する問題と今後の展望について述べる。

2. 地域偏在について

全国で10万人を超える歯科医師のうち、日本補綴歯科学会の会員となっている歯科医師は現在約6,500名であり、2023年12月31日現在、本年度第1期運用審査で認定された補綴歯科専門医は71名である。また、今後補綴歯科専門医への申請が考えられる、学会で認定した専門医を合わせると総計で1165名となるが、その都道府県別数は図1に示す通りである。日本中に、補綴歯科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場所であるが、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。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とされている²⁾。

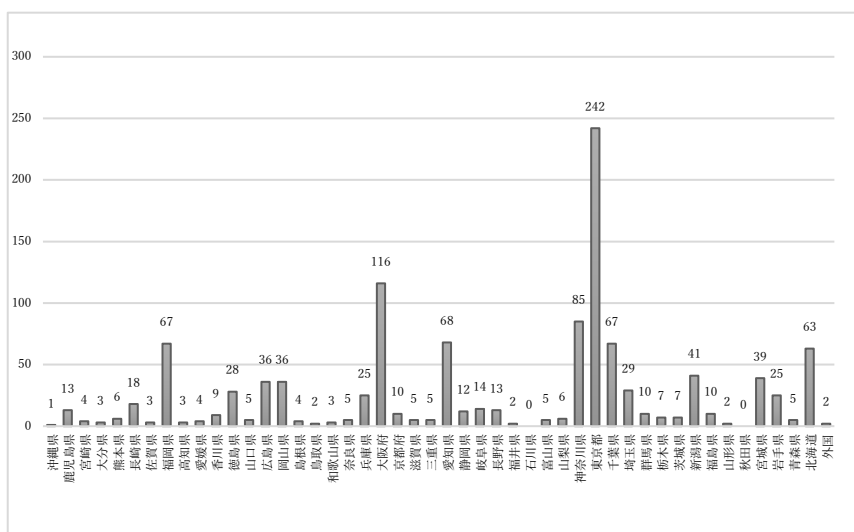


図1 都道府県別専門医数(過去の学会認定分を含む)(人)

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が、今後、補綴歯科専門医の運用においては、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日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会が協働する必要がある。すなわち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こと想定され、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。

3. 名称を含む国民への情報提供について

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²⁾、未だ改善の余地が残されている。今後、さらに補綴歯科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、容易に補綴歯科専門医へアクセスしてもらえる環境を整備することは、極めて重要である。これらの課題に関する一助として、日本歯科専門医機構と国民向けの補綴歯科治療に関するホームページの改変やポスターの作成、患者向けリーフレット作成等を精力的に進めている。(図2、図3)

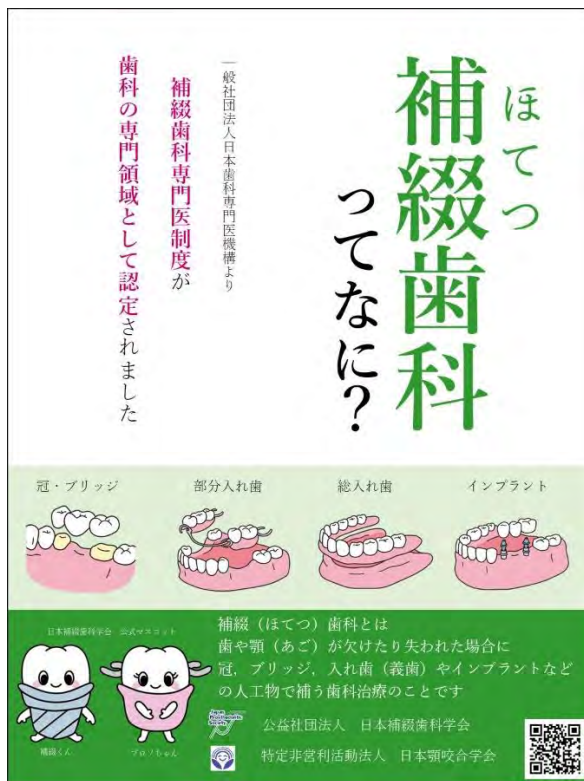


図2 国民向けのポスター案



図3 患者向けリーフレット案の一部

また、日本補綴歯科学会は、昨今の ICT 活用を勘案し、ホームページのみならず、SNS での発信も強化している。(図4) SNS の1つである Facebook での本会からの情報配信は、累積で約 2 万 3000 件の閲覧の実績がある。さらに、YouTube のプラットフォームを用いて、市民フォーラム等の国民に向けた動画を配信している。本会の YouTube チャンネルは累計で 5 万回以上の再生実績があり、今後も国民や患者向けのショートムービーなどを用いた広報活動を積極的に展開していく予定である。



図4 SNSの1つであるFacebookの画面

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更新する必要があるが、本専門医制度が日本歯科専門医機構に認定され、補綴歯科専門医の広告が可能となったことで、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、補綴歯科への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ことが期待される。

4. おわりに

日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会は、その専門性について検討を重ね、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、補綴歯科専門医を整備する過程を経て、日本歯科専門医機構が認定する基本的な診療領域に係る歯科医師の広告可能な専門性資格として「補綴歯科専門医」が追加された。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、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、地域格差の解消と共に、名称を含む国民への情報提供について日本補綴歯科学会と日本顎咬合学会が協働することにより、補綴歯科領域における歯科医療レベルの向上と共に、より多くの国民の健康増進に寄与できると考えられる。

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 6 年 2 月 1 日 参照)
- 2) 日本歯科専門医機構：令和 4 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 5 年 3 月、2023.
- 3) 日本補綴歯科学会：HP, 補綴歯科ってなに？ <https://hotetsu.com/p2.html> (令和 6 年 2 月 1 日 参照)

7. 歯科保存専門医（仮称）

石井信之
神奈川歯科大学教授
（特非）日本歯科保存学会前理事長
佐久間克哉
（一社）日本歯内療法学会理事長

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領域において発展してきた。治療技術・器材の急速な発展によって、3領域の最先端治療は高い専門性が必要となり、国民も良質な治療を求めるようになった。国民が適切で高精度の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、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専門医制度を構築し運用してきた。

歯科保存関連学会内の専門医制度が継続される中、歯周病に特化した歯周病専門医は既に第三者機関に認定され高度な歯周治療に貢献している。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、日本歯科保存学会と日本歯内療法学会において、厳格な審査を実施し専門医制度が施行されている。しかしながら、第三者機関認定の専門医制度として施行されていない。

歯科保存領域の標準治療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今後も国民に継続して提供する上で、保存修復治療・歯内療法に関する専門医制度の確立は不可欠である。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」（仮称）とすることが日本歯科専門医機構（以後、専門医機構と略す）より推奨された。

現在、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を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. 専門医の地域偏在に対する対策

専門医機構の認定を受ける歯科保存専門医は、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)が申請し認定後に、約1,000名の専門医の誕生が予測される。しかしながら、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では、今後も歯科保存専門医の地域偏在が予想される。

現在、両学会専門医数が1,2名の地域（黄枠）は、青森、山形、富山、石川、福井、奈良、和歌山、鳥取、島根、山口、愛媛、高知、熊本、宮崎、沖縄の14県である。特に山梨、佐賀、大分の3県（赤枠）は専門医が0名である（図1）。「歯科専門医制度基本整備指針」¹⁾では「地域医療に充分配慮した制度であること」とある。

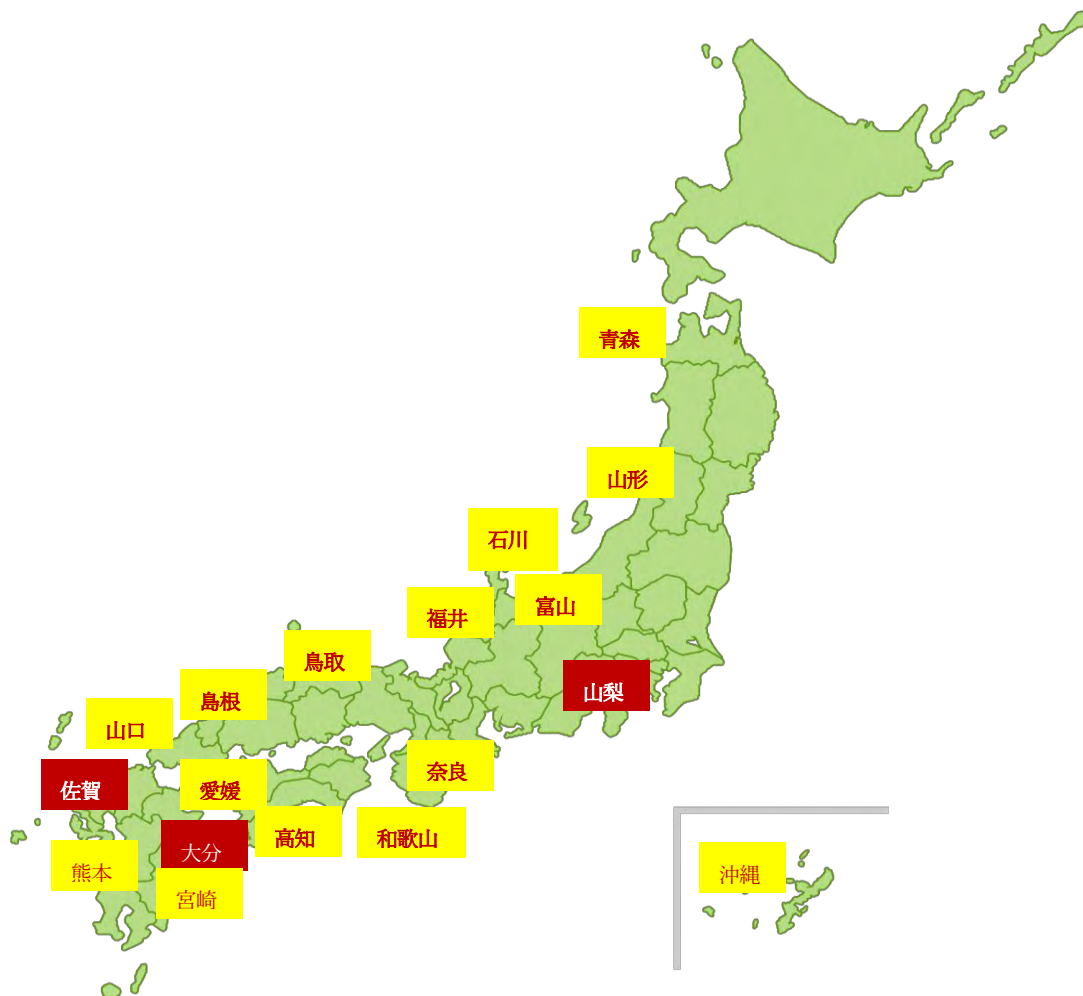


図 1：現在の歯科保存専門医の地域偏在状況（赤枠 0 名、黄枠 1or2 名）

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。専門医機構が認定する準研修施設（現両学会における準研修施設＝10）は、常勤指導医 1 名、研修関連施設の設備整備、および連携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。さらに、専門医機構の認定準研修施設は、基本的に地域医療をけん引する開業歯科医院であり、準研修施設長は歯科医院院長として経営の全責任者である。今後、準研修施設長である開設歯科医院院長の高齢化や後継者不足等により準研修施設長の継続困難が予想される。同時に主研修施設である 29 歯科大学と 3 医科大学の 85 研修施設においても、大学入学定員縮小や入学志願者減少によって講座統合が進められている現況を考慮すると、現在の両学会認定研修施設の維持は困難になることが予想される。

総括すると、日本歯科専門医機構認定の歯科保存専門医において、専門医制度暫定期間内に両学会専門医と研修施設の速やかな機構認定専門医移行と研修施設移行は最優先事項である。同時に**地域偏在解消**には、新規専門医養成と新規準研修施設の整備が必須である。さらに、現両学会専門医の継続研修は、近隣研修施設及び出身大学研修施設との緊密連携を構築し、柔軟な研修体制の整備構築が必須である。

3. 国民への情報提供

歯科保存の名称は、「保存修復」「歯内療法」「歯周療法」を包含する名称として、国民に広く認識されているとは言い難い。「日本歯内療法学会が2019年に全国的に行った調査²⁾によると「知っている歯科の専門分野」の問いに「矯正歯科24,7%」「口腔外科24,1%」「インプラント22,8%」に対し「歯内療法5,9%」「歯科保存治療4,4%」（事前調査10000人,本調査 n=1,030）であった。

先に紹介した「歯科専門医制度基本整備指針」¹⁾では「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」さらには「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。**歯科保存**の名称を広く国民に認知してもらうべく、現在は日本歯科保存学会HP³⁾と日本歯内療法学会HP⁴⁾において歯科保存治療の概要を継続的に公開し、国民への理解を深めている。

両学会HPには、**歯科保存治療**を国民目線で以下の文章で解説している。

「歯科保存治療とは、歯を抜くことなく、いつまでも自分の歯で噛めるように治療を行い、大切な歯を口の中に維持、保存し機能させていくことを目的とした歯科の重要分野です」とあり、「歯を失う主な原因は、う蝕による歯の崩壊や、う蝕の放置による歯髄組織が感染して起こる疾患のほかに、歯間部に歯垢や歯石が原因で骨が吸収する歯周疾患」としている。

歯科保存治療には、歯の崩壊による欠損部を補修する「保存修復」、歯髄組織の疾患を治療する「歯内療法」、歯周組織の疾患を治療する「歯周療法」に大別される。これらの疾患を治療し、学問的に研究する場合、それぞれを「保存修復学」「歯内療法学」「歯周病学」として確立されている。日本歯科保存学会は、歯を保存することを目的として治療を行う三分野が集まり、日本歯内療法学会は「歯内療法学」に特化した研究と治療を実践し、保存治療の向上、発展を目的とした歯科医師、歯科衛生士、研究者の集団である。

また上記の歯科保存治療の説明の他に、両学会HPは、専門医制度と専門医を公開している。今後、両学会専門医が専門医機構認定専門医として承認されることで、第三者機関認定としての指標が得られ、さらなる信頼度の向上が期待される。専門医機構認定後は、専門医機構 HP において、上記に記載された歯科保存専門医を第三者機関から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の指標となる。

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、専門医機構認定後の迅速な機構専門医への移行である。専門医機構認定歯科保存専門医申請資格者の暫定期間内の移行、研修施設と準研修施設の移行と新規専門医育成、研修施設外会員の専門医継続と新規申請援助が、機構認定専門医の地域偏在対策として極めて重要である。さらに、本格運用後の新規専門医研修の充実については、専門医機構共通研修の周知や両学会での専門医研修充実について検討する余地がある。歯科保存専門医は、社会が求める歯科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、今後も国民の口腔健康を維持することに貢献できると考える。

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6年1月20日参照）
- 2) 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.
- 3) 特定非営利活動法人日本歯科保存学会：日本歯科保存学会 HP 歯科保存とは | 日本歯科保存学会 (hizon.or.jp) <https://www.hizon.or.jp/about/>（令和6年1月20日参照）
- 4) 一般社団法人日本歯内療法学会：日本歯内療法学会HP <https://jea-endo.or.jp>（令和6年1月20日参照）

8. 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
委員 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
（公社）日本矯正歯科学会理事長
新井一仁
日本歯科大学 生命歯学部 歯科矯正学講座教授
（公社）日本矯正歯科学会常務理事
清水典佳
日本大学 名誉教授
（公社）日本矯正歯科学会 専門医委員会委員長
友成 博
鶴見大学歯学部歯科矯正学講座教授
（公社）日本矯正歯科学会 認定医専門医制度改革検討委員会委員長

1. はじめに

日本歯科専門医機構が認定する専門医制度の基本的理念としては、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（および歯科医療従事者）の質を保証・維持できる制度であること、② 国民に信頼され、受診先の選択に際し良い指標となる制度であること、③ 歯科専門医の資格が国民に広く認知される制度であること、④ 中長期的な歯科医療の向上に貢献し、国際的にも認知される制度であること、⑤ 地域医療に十分配慮した制度であること、の5項目が掲げられている。その実現に向けては、専門領域における研修教育を受け、十分な知識と経験を備えた、患者から信頼を得て専門医療を適切に提供できる歯科医師が、各地域に適正数配置されるとともに、その情報が国民に広く浸透していくことが重要である。さらに専門医の名称に関しても、受診先の選択に資する認知されやすいものであることが求められる。そこで本稿では、上記の点を踏まえて、矯正歯科専門医（仮称；以下略）に関する現時点での検討状況について述べてみたい。

2. 矯正歯科専門医の地域偏在防止に向けた検討

現在検討が進められている矯正歯科専門医制度では、基本研修、臨床研修の到達度を日本矯正歯科学会認定医（以下、認定医と略す）の審査結果をもって総合評価することとしている。言い換えれば、矯正歯科専門医の取得には、認定医資格を有することが必須の要件となっている。したがって、矯正歯科専門医の将来的な適正配置を議論する上では、認定医の現状把握を行うことが不可欠と言えよう。

日本矯正歯科学会では、1989（昭和62）年に認定医制度が整備され、その有資格者は学会ホームページ上に公開されている¹⁾。このデータベースに基づき、2024（令和6）年1月時点の認定医総数3,484名（海外を除く）の各都道府県別分布を調査した結果、認定医は全都道府県に広く分布し、空白となっている地域は存在しないことが確認された（図1）。同時に、認定医は大都市圏に集中する傾向が見られ、特に東京、神奈川、千葉、埼玉の1都3県に1,386名（39.8%）が登録されていた。これとは対照的に、青森、

秋田、鳥取、島根の4県の認定医数は10名以下にとどまっていた。その原因として、人口分布、年齢構成、地理的特性、矯正歯科医療に対するニーズ、社会経済的環境等の地域格差が影響している可能性が考えられた。また、興味深いことに、歯科大学・歯学部が存在する都道府県に比較的多くの認定医が分布する傾向が認められた。これは、教育・研修施設のある地域に専門的スキルを有する矯正歯科医が定着あるいは流入しやすい傾向を反映したものと推測される。

次に、認定医の各都道府県別分布における人口格差の影響を排除するため、令和2年国勢調査人口等基本集計結果²⁾を元に先述の認定医データベースから人口10万人当たりの認定医数の割合を算出した(図2)。その結果、図1の認定医の各都道府県別分布と比較して、人口10万人当たりの認定医数の地域格差は緩和される傾向が認められたが、東京と地方とではその分布に依然として数倍から数十倍程度の開きが認められることも明らかとなった。また、歯科大学・歯学部の存在する都道府県では、人口10万人あたりの認定医数も高い傾向を示した。なお、人口10万人当たりの認定医数の全国平均は2.2人となっていた。

我が国の矯正歯科医療の中心的担い手となる矯正歯科専門医の全国分布の将来象を検討することは、地域偏在を防止し全国的な医療の質を高めるという観点で重要である。例えば矯正歯科専門医の全体数が不足すると、地域偏在が助長され、専門医の存在しない地域が生じて国民に質の高い矯正歯科医療を届けることができなくなる可能性が生じる。一方で、その数が過剰になると、大都市圏を中心に競争が激化し医療の質が低下して国民が不利益を被る恐れもある。そこで、まず初期の目標として、全ての都道府県に広く矯正歯科専門医を配置することとし、現在の認定医数の60%強に当たる2,000名程度に到達させることを一つの目安としている。また、研修施設を全国的にバランスよく設置することが、地域格差の是正につながる可能性が考えられる。

図1 日本矯正歯科学会認定医の各都道府県別人数

(名) 公益社団法人 日本矯正歯科学会ホームページ(2024年1月現在)の資料による

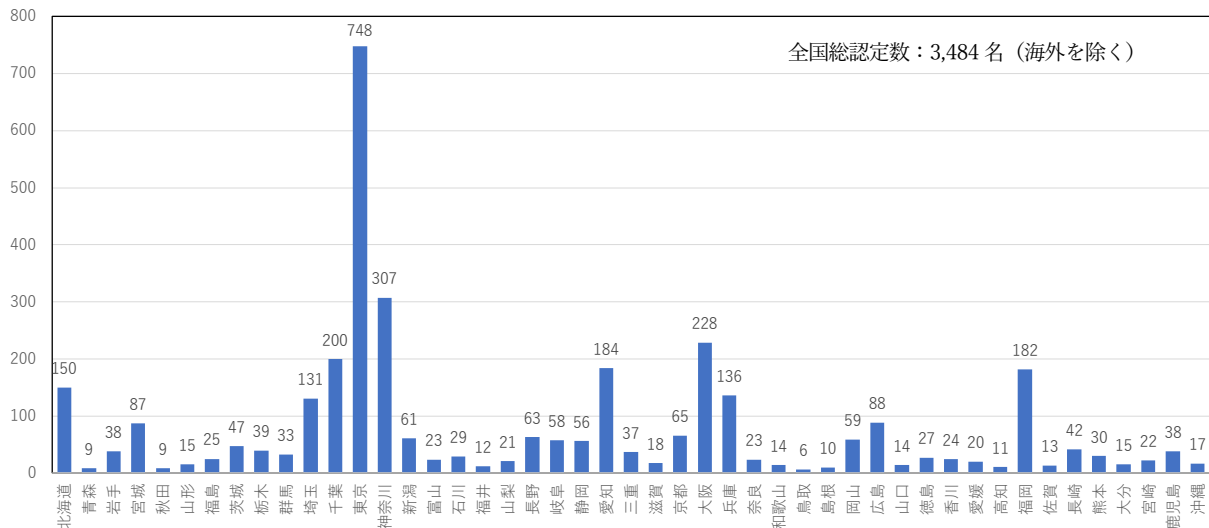
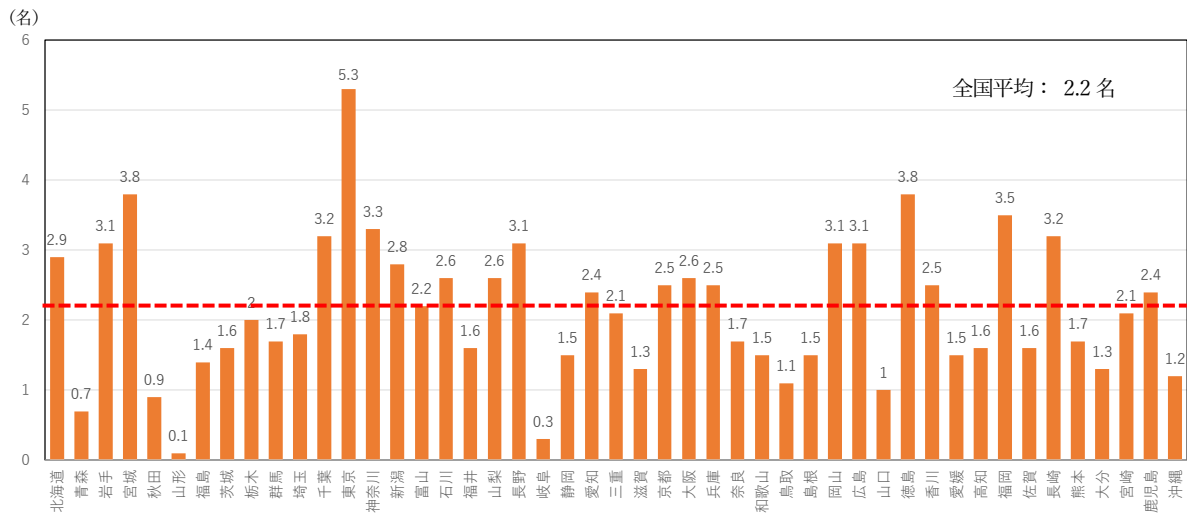


図2 日本矯正歯科学会認定医の人口10万人当たりの各都道府県別人数

公益社団法人 日本矯正歯科学会ホームページ（2024年1月現在）および令和2年国勢調査の資料による



3. 矯正歯科専門医の名称を含む国民への情報提供について

「矯正歯科」は、1978（昭和53）年の医療法改正によって診療科標榜名として認められ³⁾、その名称は一般に広く普及し、今やほとんどの国民が歯科の専門領域の一つとして認識するようになっている。したがって、新たに設置される矯正歯科領域の専門医の名称を「矯正歯科専門医」とすることは、その認知性や浸透性という観点から適切な選択と考えられる。

また、新たに認定される矯正歯科専門医の情報については、日本矯正歯科学会ホームページを通じて随時アップデートしながら公開していく予定である。これは患者の受診先選択に資する最も重要な情報源の一つになると考えられる。さらに、矯正歯科専門医が広告可能となった場合には、個人あるいは勤務先の医療施設を通じてその情報は広く社会に発信されていくものと思われる。

4. おわりに

矯正歯科専門医の審査においては、日本矯正歯科学会に設けられた倫理規程ならびにホームページガイドラインの遵守と所属施設ホームページ審査を厳格に課し、誤った情報で患者を誘引することのないようにする抑止力を持った制度設計となっている。矯正歯科専門医がより高い倫理観を有し、国民の信頼を得て、高度かつ専門的な歯科医療を担う歯科医師の集団となっていくよう、日本矯正歯科学会としては不断の努力を続けていく予定である。

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) 公益社団法人日本矯正歯科学会：ホームページ 「認定医・指導医・臨床指導医を探す」.
<https://www.jos.gr.jp/roster>（令和6年1月5日参照）
- 2) 総務省統計局：令和2年国勢調査 人口等基本集計結果.
https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf（令和6年1月5日参照）

- 3) 厚生労働省：ホームページ 医療法の一部を改正する法律の施行及び医療法の一部を改正する法律の施行に伴う関係厚生省令の整理に関する省令の施行について.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6244&dataType=1&pageNo=1 (令和6年1月5日参照)

9. インプラント歯科専門医（仮称）

嶋田 淳

明海大学歯学部教授

（公社）日本顎顔面インプラント学会理事長

細川隆司

九州歯科大学教授

（公社）日本口腔インプラント学会理事長

1. はじめに

世界医師会が1081年に発したリスボン宣言は患者の権利に関する普遍的提言である。その宣言には患者が良質の医療を受ける権利として、すべての人は差別されることなく適切な医療を受ける権利を有するとされている。一方、厚生労働省の第1回医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会（平成23年8月26日）の参考資料7（構成員提出資料、日本弁護士連合会の「安全で質の高い医療を受ける権利の実現に関する宣言」）にも、「すべての人は、医学・医療が到達し、実施が可能な安全で質の高い医療を受ける権利を有している」とある。この宣言は医療事故調査の必要性の観点から提言されたものであるが、心疾患や周産期医療などを代表とする重大な医療事故に係わるもののみでなく、病態の軽重にかかわらず、すべての医療、すなわちインプラント治療を含む歯科医療にも適用されるべきだと考えられる。また、日本弁護士連合会の人権としての「医療へのアクセス」が保障される社会の実現を目指す決議（2023年10月6日）には「いつでも、どこでも、誰でも、安全で質の高い医療にアクセスする権利が基本的人権として平等に保障されている（憲法第13条、第14条、第25条、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）第12条）」とされており、インプラント医療においても医療格差があってはならない。

したがって、このような医療を提供するためには、日本歯科専門医機構が認定する専門医においても、専門医の数が地域によって極端な分布の差が生じてはならないであろう。この点は、日本歯科専門医機構が提示している専門医の制度設計の基本方針の中で、専門医は「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」されている以上、明らかであり、同方針にも地域医療に十分配慮した制度であることと規定されている。

しかし、人口の集中や過疎にともなって、地域により歯科医師数の分布やそれに伴う専門医の分布にも地域差が生じている可能性がある。そこで、現状での日本口腔インプラント学会認定専門医と日本顎顔面インプラント学会認定の専門医の地域分布について調査し提示する。

2. 都道府県別顎顔面インプラント学会専門医数（表1、図1）

顎顔面インプラント学会の専門医は2024年1月31日現在93名である。東京の25名が最高で次いで神奈川6名、埼玉5名、北海道5名である。大都市とその近郊に多い傾向があり、また東高西低の分布も示す。人口10万人あたりの歯科医師数との関係は特に認められない。これは同一の研修施設に複数の専門医が所属していることが要因と考えられる。最も重要な点は専門医が一人も存在しなしか県が17県もあることである。したがってこのままインプラント歯科専門医が認定されていくと、多くの無インプラント歯科専門医県が出現し、インプラント医療に関する国民の間での平等なサービスの提供が困難になる。また、顎顔

面インプラント学会の研修施設についても、専門医資格の取得に必要とされる概ね年間30症例以上の治療実績のある施設の分布を図に示すと、東北地方、四国地方、九州地方に無研修施設の県が集中し、現行の体制では専門医の育成が困難で、平等な医療サービスの提供が今後も不可能となる恐れが高い。したがって、インプラント歯科専門医のスタートと同時に、これらのインプラント診療過疎地域に対して、当該県に存在する医科大学あるいは医学部附属病院の口腔外科を対象に、近地域に既存する研修施設と連携を促し、準研修施設などに指定してインプラント医療の普及と専門医の育成に努める必要があると考える。また、インプラント歯科専門医の地域による不均衡と研修施設分布の不均衡については、インプラント歯科専門医の認定が開始された後は、この制度について広く国民に周知すると同時に、今後は不均衡を改善するための方策として、インプラント歯科専門医教育を学部教育、卒後研修プログラムにも取り入れることが重要である。さらに生涯研修も含めた連続性のある教育システムを構築して、国民医療となっているインプラント治療の更なる普及を図り、多くの若き歯科医師がインプラント歯科専門医を目指すよう制度設計を練り直すことが肝要である。

3. 都道府県別日本口腔インプラント学会専門医数（表2、図2）

公益社団法人日本口腔インプラント学会は1993年に学会の制度として第1回の専門医認定試験を行い、その後30年が過ぎようとしている。正会員17125名のうち（公社）日本口腔インプラント学会資格である「口腔インプラント指導医」は204名、「口腔インプラント専門医」は1379名である。顎顔面インプラント学会よりは指導医数、専門医数ともに多いが、全会員数に占める割合は決して多くない。これは本学会がプロフェッショナルオートノミーに基づき、専門医研修修了を確認する口述試験、ケースプレゼンテーションによる症例審査を行い、「口腔インプラント専修医（現在1070名）」を認定後、専門医試験では症例数だけでなく学会発表、論文業績のハードルを設け、公平かつ厳格な口述試験、筆記試験を行ってきた結果であり、安易な資格認定を行っていない証とも言える。しかし、口腔インプラント学会専門医が地域偏在し、専門医数も充分でない現状は否定できない。そのため本学会では、専門医へのアクセスが限られている現状を踏まえ、インプラント歯科治療の代表的学術団体として学会ホームページにインプラント相談窓口を設置し、インプラント治療希望者や受療者の相談を受け付け、適正な回答を行い、ならびに歯科医療施設を探すインプラント受療者の道標となるべく本学会ホームページに本学会専門医名簿を掲載している。

（公社）日本口腔インプラント学会専門医・指導医は、顎顔面インプラント学会と同様に大都市部に集中しており、多くの指導医・専門医が（一社）日本歯科専門医機構の共通研修・審査を経てインプラント歯科専門医を取得してもインプラント歯科専門医養成のための研修施設・準研修施設ならびに付随したインプラント歯科治療の専門医歯科医療施設の地域偏在は解消されず、むしろ研修施設への常勤での在籍に固執した場合、地域偏在は増長されると考えられる。

表1 都道府県別顎顔面インプラント学会専門医数と人口、歯科医師数との関係

都道府県	人口①	歯科医師数②	専門医数③	人口10万人あたり歯科医師数	人口1万人あたりの専門医数	歯科医師数に占める専門医の割合(%)
北海道	5224614	4418	5	84.6	0.010	0.11
青森	1237984	735	0	59.4	0.000	0.00
岩手	1210534	1016	2	83.9	0.017	0.20
宮城	2301996	1896	0	82.4	0.000	0.00
秋田	959502	619	2	64.5	0.021	0.32
山形	1068027	678	2	63.5	0.019	0.29
福島	1833152	1405	0	76.6	0.000	0.00
茨城	2867009	1979	0	69.0	0.000	0.00
栃木	1933146	1387	1	71.7	0.005	0.07
群馬	1939110	1421	1	73.3	0.005	0.07
埼玉	7344765	5575	5	75.9	0.007	0.09
千葉	6284480	5221	2	83.1	0.003	0.04
東京	14047594	14245	25	101.4	0.018	0.18
神奈川	9237337	7605	6	82.3	0.006	0.08
新潟	2201272	2076	2	94.3	0.009	0.10
富山	1034814	650	1	62.8	0.010	0.15
石川	1132526	739	0	65.3	0.000	0.00
福井	766863	465	2	60.6	0.026	0.43
山梨	809974	592	2	73.1	0.025	0.34
長野	2048011	1658	0	81.0	0.000	0.00
岐阜	1978742	1735	2	87.7	0.010	0.12
静岡	3633202	2376	2	65.4	0.006	0.08
愛知	7542415	6159	1	81.7	0.001	0.02
三重	1770254	1180	1	66.7	0.006	0.08
滋賀	1413610	838	0	59.3	0.000	0.00
京都	2578087	1973	1	76.5	0.004	0.05
大阪	8837685	8184	2	92.6	0.002	0.02
兵庫	5465002	4141	4	75.8	0.007	0.10
奈良	1324473	957	4	72.3	0.030	0.42
和歌山	922584	727	0	78.8	0.000	0.00
鳥取	553407	369	0	66.7	0.000	0.00
島根	671126	409	3	60.9	0.045	0.73
岡山	1888432	1807	2	95.7	0.011	0.11
広島	2799702	2612	2	93.3	0.007	0.08
山口	1342059	991	0	73.8	0.000	0.00
徳島	719559	849	0	118.0	0.000	0.00
香川	950244	739	1	77.8	0.011	0.14
愛媛	1334841	943	0	70.6	0.000	0.00
高知	691527	497	1	71.9	0.014	0.20
福岡	5135214	5672	3	110.5	0.006	0.05
佐賀	811442	617	3	76.0	0.037	0.49
長崎	1312317	1203	3	91.7	0.023	0.25
熊本	1738301	1377	0	79.2	0.000	0.00
大分	1123852	740	0	65.8	0.000	0.00
宮崎	1069576	731	0	68.3	0.000	0.00
鹿児島	1588256	1352	0	85.1	0.000	0.00
沖縄	1467	885	0	60327.2	0.000	0.00

93

①2020国勢調査②2020厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師の現況調査

③顎顔面インプラント学会専門医数

図1 埋入症例30症例以上の施設

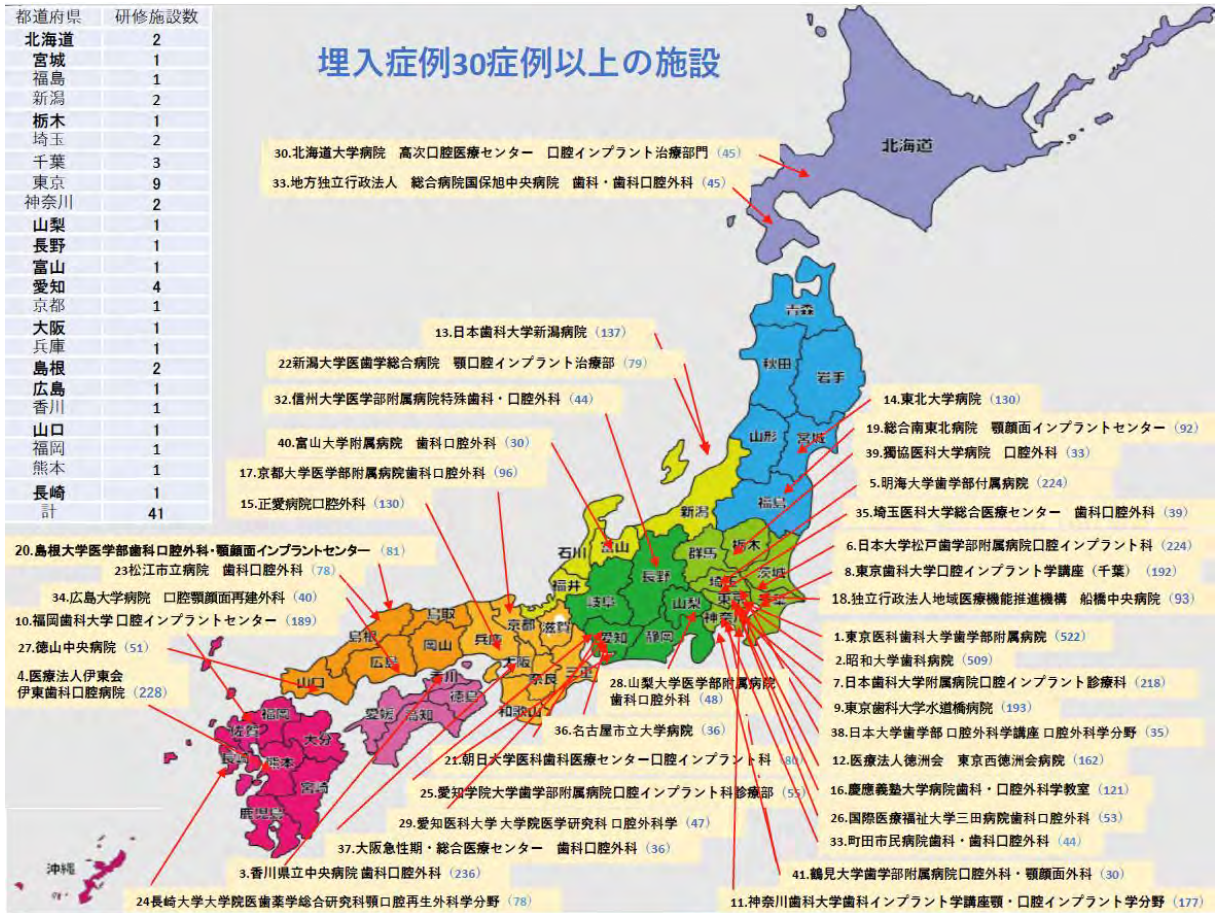


表2 都道府県別日本口腔インプラント学会専門医数と人口、歯科医師数との関係

都道府県	人口(2020国勢調査)	歯科医師数(2020厚労省現況調査)	専門医数	人口10万人あたり歯科医師数	人口1万人あたり専門医数	歯科医師数に占める専門医の割合(%)
北海道	5224614	4418	87	84.6	0.167	1.97
青森	1237984	735	10	59.4	0.081	1.36
岩手	1210534	1016	14	83.9	0.116	1.38
宮城	2301996	1896	17	82.4	0.074	0.90
秋田	959502	619	10	64.5	0.104	1.62
山形	1068027	678	6	63.5	0.056	0.88
福島	1833152	1405	13	76.6	0.071	0.93
茨城	2867009	1979	23	69	0.080	1.16
栃木	1933146	1387	22	71.7	0.114	1.59
群馬	1939110	1421	15	73.3	0.077	1.06
埼玉	7344765	5575	75	75.9	0.102	1.35
千葉	6284480	5221	76	83.1	0.121	1.46
東京	14047594	14245	251	101.4	0.179	1.76
神奈川	9237337	7605	97	82.3	0.105	1.28
新潟	2201272	2076	25	94.3	0.114	1.20
富山	1034814	650	11	62.8	0.106	1.69
石川	1132526	739	7	65.3	0.062	0.95
福井	766863	465	9	60.6	0.117	1.94
山梨	809974	592	5	73.1	0.062	0.84
長野	2048011	1658	23	81	0.112	1.39
岐阜	1978742	1735	17	87.7	0.086	0.98
静岡	3633202	2376	28	65.4	0.077	1.18
愛知	7542415	6159	76	81.7	0.101	1.23
三重	1770254	1180	12	66.7	0.068	1.02
滋賀	1413610	838	9	59.3	0.064	1.07
京都	2578087	1973	28	76.5	0.109	1.42
大阪	8837685	8184	106	92.6	0.120	1.30
兵庫	5465002	4141	43	75.8	0.079	1.04
奈良	1324473	957	12	72.3	0.091	1.25
和歌山	922584	727	8	78.8	0.087	1.10
鳥取	553407	369	0	66.7	0.000	0.00
島根	671126	409	1	60.9	0.015	0.24
岡山	1888432	1807	10	95.7	0.053	0.55
広島	2799702	2612	23	93.3	0.082	0.88
山口	1342059	991	13	73.8	0.097	1.31
徳島	719559	849	14	118	0.195	1.65
香川	950244	739	11	77.8	0.116	1.49
愛媛	1334841	943	12	70.6	0.090	1.27
高知	691527	497	6	71.9	0.087	1.21
福岡	5135214	5672	61	110.5	0.119	1.08
佐賀	811442	617	18	76	0.222	2.92
長崎	1312317	1203	11	91.7	0.084	0.91
熊本	1738301	1377	27	79.2	0.155	1.96
大分	1123852	740	10	65.8	0.089	1.35
宮崎	1069576	731	10	68.3	0.093	1.37
鹿児島	1588256	1352	8	85.1	0.050	0.59
沖縄	1468410	885	6	60.3	0.041	0.68

図2 指導医・専門医・専修医の推移（認定医含む）

■ 指導医・専門医・専修医の推移（認定医含む）



- 1992(平成4)年第1回指導医を認定。
- 2007(平成19)年「認定医制度」を「専門医制度」に移行。新たに「認証医制度」を設定。
- 2014(平成26)年「認証医制度」を、「専修医制度」に移行。

10. 総合歯科専門医（仮称）

委員 小笠原正

よこすな歯科クリニック院長

松本歯科大学臨床教授

（公社）日本障害者歯科学会理事長

委員 石垣佳希

日本歯科大学附属病院総合診療科教授

（一社）日本有病者歯科医療学会副理事長

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

1. はじめに

総合歯科専門医（仮称）（以下、本専門医）は、全身的になんらかの配慮を必要とする疾患を有する患者を対象とした日本有病者歯科医療学会、病気のある高齢者や後天性の摂食嚥下障害、在宅の高齢者を対象とした日本老年歯科医学会、障害のある人や発達期の摂食嚥下障害のある人を対象とした日本障害者歯科学会の3学会の領域を担う専門医である。つまり本専門医は、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従来の口腔中心の歯科医療ではなく、精神状態を含めた全身状態に配慮した歯科医療を提供するものである。平均寿命が上昇することによる超高齢社会と医療の発展による早産児の救命率の上昇による障害児の増加があり¹⁾²⁾、本専門医は、これから地域で益々求められると思われる。つまり本専門医は、地域歯科医療の中心的な役割を果たす存在であり、地域において一定の需要がある。しかしながら、これから構築される本専門医の地域偏在と名称を含む国民への情報提供が、現段階での大きな課題と考える。

2. 地域偏在

専門医の適正数の算出には、地域性や対象疾患の変化、新しい治療法の開発など多くの条件・要因が絡んでくる³⁾とされている。「専門医の在り方に関する検討会 報告書」（平成25年4月22日）では、新たな専門医の仕組みについては、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築すべきであるとされており、「専門医の養成数については、患者数や疾病頻度、各養成プログラムにおける研修体制等を踏まえて設定されることを基本とし、さらに、専門医及び専攻医の分布状況等に関するデータベース等を活用しつつ、地域の実情を総合的に勘案する必要がある」こと、また「新たな専門医の仕組みの構築にあたっては、少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分な配慮すべきである」⁴⁾と報告されている。

現在、日本老年歯科医学会の会員4224名のうち認定医326名、専門医98名、指導医191名、計614名が認定資格を有している（2023年12月31日現在）。有病者歯科医療学会は、会員2728名のうち認定医が708名、専門医が498名、指導医が294名である（2023年12月31日現在）。日本障害者歯科学会は、会員5034名のうち認定医が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名である。3学会ともに東京に有資格者が多く、東北、四国、中国地方に少ない傾向がある（表1）。その要因は、歯科大学をはじめとする研修機関の数に依存していると思われる。恒常的に専門医を育成し、地域

偏在を解消するためには、地域における研修施設の存在が不可欠である。現在、日本障害者歯科学会、老年歯科医学会、有病者歯科医療学会のいずれの学会も研修施設がない県がある。しかしながら、3学会のそれぞれの研修施設で3領域の研修プログラムの履修や講習会への参加を相互乗り入れすることや、連携する研修機関を位置づけることなど、柔軟な対応により本専門医の研修施設が県単位で充足できると考える。各県で本専門医の研修施設が動き出すことにより人材育成へとつながり、やがて多くの指導医を輩出し、さらに研修施設が増え、地域偏在を解消していく方向に進むと考える。

本専門医を取得する歯科医師が研修施設に所属するか否かは、研修施設を増やすこととは別問題である。僻地診療所の常勤医師384名へのアンケート結果では、「専門医取得を考えていない」が38%⁵⁾と報告されていた。地域偏在を解消するためには、本専門医を取得するメリットを明確にし、公開することが重要である。本専門医のメリットは、プログラム履修を通して「自らのスキルアップ」、と本専門医の資格を得ることによる「患者からの信頼」、「他の医師からの信頼」などが考えられる。これらは、いずれも内的動機付けである。キャリアパスなどの外的動機付けについても検討していく必要がある。また3学会の領域の総合歯科専門医であるので、3学会領域のサブスペシャリティが今後構築されれば、そのための登竜門としての本専門医を位置づけることにより、3学会の会員の多くが本専門医を目指すことが予測される。それによって地域偏在の解消へつなげることができる。

3. 名称を含む国民への情報提供

歯科専門医の名称は、その歯科医療内容がわかるものであるべきと考える。それが国民にわかりやすいものであり、適切な情報提供につながる。日本専門医機構において「総合」という名称は、すでに医科において総合診療専門医がある。また学会認定として総合内科専門医、病院総合診療専門医がある。総合診療専門医は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められると定義された⁶⁾。総合内科専門医は国民医療の大きな課題となっている内科的慢性疾患に対して、地域において、常に患者と接し、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を任務とする高レベルの一般・総合内科専門医とされている。病院総合診療専門医は、どのような疾患・病態の患者でも断らず、全人的医療を実践するマインドを持ち診療できる地域包括ケアの要としてコミュニティとつながり、患者やその家族の生涯やそれを取りまく地域を見据えた病院診療を実現することができる⁷⁾とされている。医科における総合は、幅広い年齢と疾患の診療という総合的な意味が強い。一方、総合歯科専門医（仮称）という名称は、有病者、高齢者、障害者への歯科医療を専門的に提供することを反映し、歯科診療の対象が限定されている。医科の総合という名称が先行している現在、本専門医の名称は歯科診療内容を反映したものに変えていく必要がある。それが国民への周知の第一歩となる。広告可能な本専門医は、国民の目に触れ、名称の浸透につながる。さらにホームページやSNSで情報発信することや、地域の歯科医師会会員の診療所との活発な連携が本専門医の医療内容を知らせることとなる。

4. おわりに

新たな歯科専門医の地域偏在を解消し、国民に周知され、情報提供が充実するためには、歯科界だけでなく、国民を含めた多くの人と連携して、時間をかけて努力していくことが必要と思われる。

表1 3学会の専門医数

地区	都道府県	日本障害者歯科学会	日本老年歯科医学会	日本有病者歯科医療学会
北海道	北海道	5	17	19
東北地区	青森県	1	0	1
	岩手県	3	0	0
	秋田県	1	0	5
	宮城県	5	4	1
	山形県	0	0	6
	福島県	3	2	1
関東地区	栃木県	1	4	19
	群馬県	1	2	5
	茨城県	3	4	6
	千葉県	9	23	18
	埼玉県	6	5	21
	東京都	28	84	121
	神奈川県	15	26	41
	山梨県	0	2	0
北信越地区	福井県	0	0	0
	石川県	1	1	5
	富山県	1	0	1
	長野県	1	3	14
	新潟県	1	7	17
東海地区	愛知県	19	11	21
	三重県	0	1	3
	岐阜県	3	5	8
	静岡県	5	10	9
関西地区	滋賀県	1	2	1
	京都府	8	1	15
	奈良県	1	2	9
	和歌山県	1	1	5
	大阪府	15	22	9
	兵庫県	9	5	6
中国地区	鳥取県	0	0	1
	島根県	2	1	1
	岡山県	5	10	5

	広島県	8	8	3
	山口県	0	0	3
四国地区	徳島県	2	5	1
	香川県	2	1	0
	愛媛県	0	1	5
	高知県	1	0	1
九州地区	福岡県	10	13	18
	佐賀県	2	0	1
	長崎県	2	4	3
	熊本県	2	2	4
	大分県	0	2	0
	宮崎県	0	0	2
	鹿児島県	4	3	3
	沖縄県	2	1	3

参考文献

- 1) 山邊 陽子, 森田 啓督, 宮島 悠子, 他: 国立病院機構における Post-NICU 対象者の検討 NICU と Post-NICU の現状調査と今後の課題. 医療 65: 391-95, 2011.
- 2) 前田 浩利: 小児在宅医療. 日本小児科医会会報 40: 116-18, 2010.
- 3) 千田彰一: 新たな専門医制度の仕組み 厚生省; 新たな専門医の仕組みに関する地域説明会 (京都) 15.09.23. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000094279_2.pdf (令和6年1月26日参照)
- 4) 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-att/2r985200000300lb.pdf> 2024.1.26 (令和6年1月29日参照)
- 5) 今道英秋, 古城 隆雄, 小谷 和彦, 他: へき地に勤務する医師の専門医取得に関する障害とその解決方法. へき地・離島救急医療学会誌 16: 25-33, 2018.
- 6) 北村 聖: 【総合診療専門医の現状と課題】専門医制度と総合診療専門医. 地域医学 36: 627-32, 2022.
- 7) 日本病院総合診療医学会: 病院総合診療専門医とは. http://hgmjapan.com/system/process04/process04_2/ (令和6年1月29日参照)

11, 地域開業医の立場から

(公社) 日本歯科医師会理事

佐藤真奈美

(公社) 日本歯科医師会常務理事

末瀬一彦

1, はじめに

これまでの3年以上にわたる新型コロナウイルス感染症によって地域医療提供体制の変化、非効率の是正、機能分化・役割分担、連携の必要性などが改めて浮き彫りになった。こうした歯科医療を取り巻く環境の変化に対する今後の見通しが問われている。事業拡大や、後継者問題、地域における効率を高めるための再編や統一が展開されるなか、地域の歯科医療提供体制が継続できるように努めていかなければならない。国民は都市部にいても、過疎と少子高齢化が進んだ地方にいても等しくその時勢に応じた最良・最善の歯科医療を受けられる権利を有し、歯科医療界は国民のニーズに応える必要がある。すなわち、私たちは、国民に対して歯科医療を身近に支える存在でなければならない。

2, 歯科医師の地域偏在

日本の人口は平成20年をピークに減少の一途を辿っている。また歯科診療所は平成28年の68,000件をピークに減少に転じている。日本歯科総合研究機構(以下、日歯総研)歯科医師需給に関するデータ「主たる業務の歯科医師(病院従事者・診療所開設者・診療所勤務者・その他(行政)・医療施設以外)の割合年次推移」によると、2020年(令和2年)までの過去50年間、診療所に従事する歯科医師の割合は90%前後で大幅な変化はないものの、そのなかで開設者は全体の76%から55%に減じ、勤務医を望む者は15%から31%に増加し、また病院従事者も6%から12%へ増加している。また、「都道府県人口及び歯科診療所増減の類型」では、2000年から2020年(平成12年から令和2年)までの20年間で、47都道府県は①人口が減少し、歯科診療所数も減少している:10か所 ②人口減少しているが歯科診療所数は増え続けている:28か所 ③人口が増加し、歯科診療所も増加している:9か所で、この3つの類型に分類される。この背景には、大都市を抱えているか、歯学部・歯科大学を有するか、に加えて歯科診療所の後継者問題が関与していると考えられる。日本歯科医師会「歯科医業経営実態調査(令和4年10月)」によると、今後の後継者について「予定なし・不明」が、法人立歯科診療所57%、個人立歯科診療所では75%にも上っている。人口減少が進む地域では歯科医師の新規参入は見込めず、もともと歯科医師の少ない地域においては、歯科診療所が閉院すると無歯科医地区に追い込まれるケースも散見される。

令和6年度は地域医療計画見直しの年でもあり、現在各都道府県は第8次地域医療計画の策定中である。見直しの要点として「医科歯科連携の重要性」が強調され、地域の歯科医療提供体制の状況や歯科専門職の配置状況を把握し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用し、歯科の役割を果たすことや病院と歯科診療所の連携を推進するなど、地域の事情を踏まえた取組を推進している。さらに、歯科専門職確保のため地域医療介護総合確保基金を積極的に活用することなども挙げられている。全国的には無歯科医地区が出現している現状もあり、所謂へき地歯科医療対応に迫られている自治体や歯科医師会も少なくないと想定される。医師の場合は無医地区(地区の中心的起点から概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住、容易に医療機関を利用できない地区)に居住する地域住民の医療確保を目的として、

へき地医療拠点病院（都道府県知事が指定）からへき地診療所へ代診医派遣や巡回診療など医療活動が継続的に実施できる体制が整備されている。また、医学生対象に地域医療への理解を深めるための啓発を行う、地域医療に貢献する総合診療医師を育成する、へき地医療を担う医師のキャリア形成の支援を行なうなど育成面での支援体制が整っている自治体もある。これらは、各都道府県に存在する大学医学部・医科大学の協力や、国・都道府県等の財政的補助があつての活動ではあるが、その取り組み内容には学ぶべきところが多い。

今後は、地域での人材確保のために若い世代の歯科医師に限らず、診療所を閉院したシニア世代の歯科医師の再出発なども視野に入れて、「地域医療への理解・認識」を深めるための教育や啓発等を積極的に進めていかなければならない。また、都市部と同等あるいはそれ以上の賃金を支払うための財源確保も必要である。しかし、それ以前にするべきは、大学や病院、学会、そして歯科医師会の連携である。「一つの歯科診療所でできること」あるいは「一つの病院でできること」「一つの団体でできること」ではなくて、「歯科」として地域医療の中で重要な役割を果たすことである。実効性のある、国民にとって欠くことの出来ない歯科医療を整備することが求められている。

3. 歯科専門医の地域偏在

歯科専門医の地域偏在について「育成・若手歯科医師・若手歯科専門医」「需要・供給」「連携・地域医療」の側面から検討する。

日本歯科医師会では、今後の歯科医療を担う若い歯科医師が、どこにいても、どのような環境でも活躍できる歯科界を目指すことを目的に、若手歯科医師活躍に向けた課題抽出や問題解決のための具体的な施策の検討等に取り組んでいる。令和5年4月には、全国の若手会員（50歳までとさせていただいた）との意見交換会を開催したが、その際、日本歯科専門医機構で認定されていた歯科学会の年代別割合を調査した（図1）。学会により差異はあるものの、30歳代、40歳代占める割合が3割を超えている。この若い歯科専門医の多くは大学附属病院に在籍するか、都市部の歯科診療所で診療を行っている。故に歯科専門医の偏在、歯科医療格差は当然の結果であり、避けられないシステムになっている。

歯科専門医の育成のプロセスをみれば、学会主導型であり、どの学会もカリキュラム研修であると謳ってはいるものの、内容はプログラム研修であり、学会の在籍期間を満了し、学会が認定した研修施設で、決められた期間、決められたプログラムを研修し、到達目標に達成しているかどうか判定され、到達していなければ専門医の申請ができない。質の担保という観点から、臨床研修後、大学の附属病院や都市部の研修施設等に勤務しなければ取得できないシステムになっている。そこで、卒後臨床研修を終え、地域に分散した歯科医師が、歯科専門医の道を志した時に対応できるシステムを考えなければならない。以下は私案であるが、専門医を取得したい学会に入会し、学術大会参加や症例発表を行うとともに、専門医を目指すのに必要な専門的知識を得るため、学会から配布されたテキスト・教材で自主研修し、その後評価試験を受ける、身近な研修施設で臨床研修を受ける、必要に応じてオンラインを活用して指導医の指導を受けるなど、地域での取得可能なプログラムを構築してはいかがだろうか。

歯科の需要は、供給する側の状況によって左右される傾向がある。東日本大震災での事例を示す。震災発生後交通網が寸断され、それまで長時間かけて通っていた大学病院での障害者歯科治療が受診できなくなったことを受けて、地域の支援学校父母教師会は障害児・者の歯科治療施設を地元で設けて欲しい旨の署名活動を始め、嘆願書と署名を関係機関に提出した。また日本障害者歯科学会公開シンポジウムでも、障害者自らが特殊歯科医療機関設置の必要性を訴えた。このような動きが発端となり、6年の歳月をかけて既

存の歯科口腔保健センターに障害児・者歯科治療施設が併設されるに至ったが（地区歯科医師会の全面的な協力を得、事業主体は県歯科医師会、財源には地域医療介護総合確保総合確保基金も活用）、そのことで、かつて一日かけて通院していた治療も地元の施設で受診できるようになったばかりでなく、治療を諦めていた患者や、通院を断念していた患者、さらにはこれまで治療することを全く視野に入れていなかった障害児・者までもが通院するようになった。これは「潜在していたニーズが顕在化」したケースである。また、多くの歯科医療機関が訪問診療の体制を整備している地域で、在宅歯科医療の需要が喚起された例もある。これらのことから、専門性の高い診療を提供する歯科専門医の存在する歯科医療機関が増加すれば、その分野の需要が顕在化し受診に繋がることも想定される。今後は、地域が必要としている歯科医療提供内容は何かをリサーチし、どこに誰を配置し、どのような供給システムが必要で、患者の搬送システムをどう展開するかなどについて検討していかなければならないと考える。

令和元年より、日本歯科医学会新歯科診療提供検討委員会では、「地域支援型多機能歯科診療所構想」について議論を重ねてきたが、その答申書「これからの歯科医療提供体制の新機軸として期待される地域新型多機能歯科診療所（医療機関）」を令和5年6月に日本歯科医師会に提出した。日本歯科医師会はこれを受けて、地域支援型多機能歯科診療所（通称1、5次医療機関）に関するタスクチームを編成した。各都道府県の口腔保健センターや障害者歯科診療所を発展的に改善し、障害者だけではなく、一般の歯科診療所での対応が困難な患者や高齢者や有病者治療の受け入れが可能な診療所を想定し、全身管理や麻酔下での治療も可能な施設として、人材確保（複数名の歯科専門医の採用、女性歯科医師の働き方改革）、設備整備、患者の紹介・逆紹介などのシステム、さらには財源確保を含めた検討を進め（厚生労働省に提言）ていくところである。日本歯科医学会は、第3期となる委員会名を新歯科医療提供推進委員会に変更し、日本歯科医師会での具体的な検討に資する情報を収集、経営や運用面を含めた提案書（答申書）を作成することから、地域支援型多機能歯科診療所（医療機関）構想は、日本歯科医師会と日本歯科医学会双方で検討を行う体制となった。地域支援型多機能歯科診療所に、麻酔、口腔外科、歯周病、補綴、歯科矯正などの専門常駐することによって、3次医療機関に受診する前段の診療所として、一般の歯科診療所では治療困難な患者の対応ができることが望ましい。

日歯総研調べ「口腔歯科保健センター等業務内容調査報告書」（令和4年10月1日医が現在）によると、回答のあった289施設の主な診療業務内容割合は、障害児・者診療と訪問・巡回診療の増加が著しく、休日診療は減少傾向にあり、夜間診療は横ばいであった。また、相談窓口については全体の44%が設置しており、内容は医療的ケア児・者を含む障害児・者、後期高齢者、在宅歯科医療、妊婦に関する相談の順で多く、次に乳幼児、歯周病、認知症に関する相談と続いている。地域の1、6歳児や3歳児等乳幼児歯科健診では、母親から直接相談されることも多く、内容によっては小児歯科専門医に問い合わせることもしばしばであることから、地域の口腔保健センターは、地元の歯科診療所との連携のほか、大学各分野の歯科専門医との連携も構築されると、地域住民にさらに寄り添った対応ができるのではないかと考える。本調査では、口腔保健センターの連携先として、歯科診療所70、2%、歯科標榜のある病院70、9%、歯科標榜のない病院43、9%、介護施設29、1%、訪問看護ステーション19、4%となっている。今後、専門医の地域活動拡大の一つとして、既存の口腔保健センターを利活用することも重要である。

4、専門医の名称および専門医制度に関する国民への情報提供のあり方

本制度は、歯科専門医機構発足当初から「国民にとって有益で、わかりやすいものであるべき」であり、また「治療の選択に資する情報でなければならぬ」という大原則を掲げている。しかし、現状は学会主導であり、国民を無視した制度として形骸化しつつあるように感じる。例えば、国民には馴染みの薄い「補綴

歯科専門医」という文言を使った歯科専門医が誕生した。100人にその読み方を聞いて何人が読めるだろうか？果たして国民の理解が得られているのだろうか。「国民にわかりやすい」あるいは「国民目線」と言えるのだろうか。さらに、補綴領域は歯冠修復から有床義歯、顎顔面補綴、インプラント、睡眠時無呼吸など極めて多岐にわたり、補綴歯科学会ではすべての項目に熟知し、臨床経験があり、学会での業績が必要である。業績至上主義の大学人といえども、本当にそのような専門医と呼べる歯科医師がいるのだろうか？歯科医療はかつて開業医がすべての治療を一人で行ってきたが、現在は治療分野が細分化されて、オールマイティの上にさらに専門的な知識、技術を有する歯科医師の存在が必要になっている。さらに、専門医として知識や技術面だけでなく患者に接する態度、人間性も崇高でなければならない。まずは、国民に寄り添い、国民目線で、国民がだれもがわかるような専門医名が必要ではないだろうか？

医科における専門医の名称は「臓器別」や「治療法・治療技術別」で命名されているので、国民は「総合診療専門医」と聞けば、特定の臓器に限定しない医師、あるいは特定の治療法に特化しない医師であろうことが、自ずとイメージできる。その一方で、歯科は「役割別」で命名されているといえる。しかも歯科医師の約9割が開業医、勤務医として歯科診療所に従事し、包括的歯科医療といわれるように総合的な診療を行っている。「国民が解釈」する総合歯科専門医と「専門医機構が提示？」する総合歯科専門医には齟齬が生じるように思う。歯科には「総合歯科専門医」という名称はそぐわない。かつての「総合歯科専門医（仮称）」の検討は、現在のところ日本有病者歯科学会、日本障害者歯科学会そして日本老年歯科学会にその検討を委ねているが、3学会の共通する領域としてふさわしいのは「高齢者歯科医療」あるいは「訪問歯科医療」ではないかと考える。現在、高齢者や有病者が急増し、訪問診療を行う歯科医師も増加し、社会保険診療報酬の観点からも推奨する傾向にあり、とりわけ専門性を必要とする領域である。故に診療する場所や治療環境から「訪問歯科診療専門医」あるいは「在宅歯科診療専門医」などが適切な名称であると考えられる。

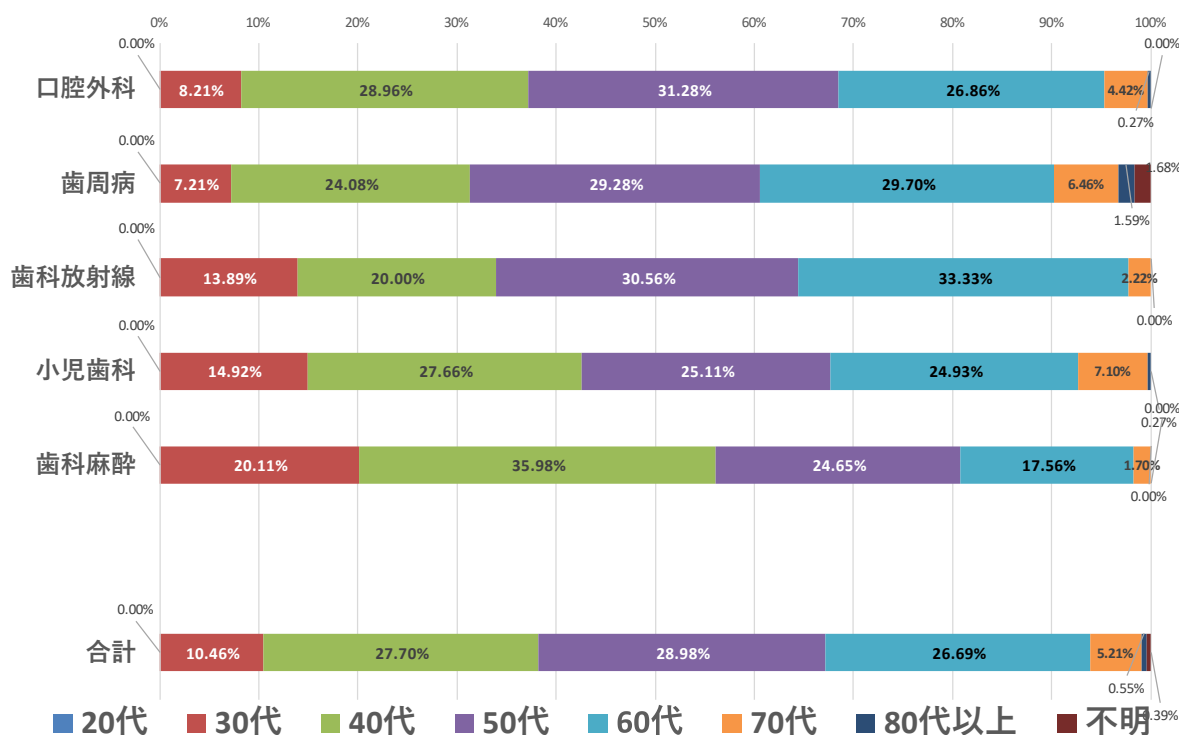
さらに、現在の各学会が行っている専門医取得のためのプログラムのなかで歯科医師としての基本的知識・技術の習得のために「共通研修」という項目があるが、日本歯科医師会生涯研修システムのなかには豊富な教材がそろっている。ビデオライブラリーはこれまでも各専門学会の著明人によって作成されてきており、各学会は、今こそこのような素材を活用していただきたい。

「専門医」を国民に広く周知していかなければならないが、各学会の市民公開講座やホームページなどを通じて行うことも大切であるが、日本歯科医師会のネットワークを通して、65,000件以上存在する全国の歯科医療機関で広報することは極めて有意義であると考えられる。

5. おわりに

これまでの経緯を拝見していると「専門医＝大学・学会」というイメージを極めて強く感じる。大学に在籍する歯科医師は、本来専門領域を極めるために研鑽しているのだから、大学附属病院に行けば、必ず専門的な歯科医療を受診することができる。「国民主体の専門医」であるならば、地域で貢献する歯科医師こそが「専門医」を取得することに大きな価値がある。日本歯科医師会の多くの会員が専門医を目指すことが必要であり、そのためには、「興味のある診療内容に応じた学会」に入会し、研鑽することが要求される。日歯生涯研修システムを有効活用し、自らの素養を高めることによって、国民から信頼され「専門歯科医」を目指していただきたいと願う。

専門医機構認定学会 専門医年代別割合



出典：日本歯科専門医機構調べ 平成5年3月

図1 日本歯科専門医機構認定学会 年代別割合 令和5年3月

参考文献

- 1) 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. 2022.
- 2) 日本歯科専門医機構：令和4年度 歯科医療の専門性に関する協議・検証事業報告書. 2023.
- 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～. 2020.
- 4) 日本歯科医師会：第200回代議員会資料 歯科医師需給に関するまとめ. 2023.
- 5) 日本歯科総合研究機構：歯科医師需給に関するデータ. 2023.
- 6) 日本歯科総合研究機構：口腔（歯科）保健センター等業務内容調査報告書. 2023.
- 7) 日本歯科医学会新歯科医療提供検討委員会：これからの歯科医療提供体制の新機軸として期待される地域支援型多機能歯科診療所（医療機関）. 2023.
- 8) 小林隆太郎：地域支援型多機能歯科診療所構想～地域におけるモデルケースの構築に向けて～.」日本歯科医師会雑誌 76（10）：30～31, 2024.
- 9) 相澤孝夫：医療における歯科の重要性. 歯科口腔医療研究会, 2023.
- 10) 朝比奈利明：提言 総合診療専門医, 国保新聞 平成29年12月. 国民健康保険中央会, 2017.
- 11) 植木 哲：医療紛争 解決への処方箋～行政・医療界・法曹界の役割と対策～. 2016.
- 12) 山崎猛男：障害児・者歯科保健・医療医療体制整備事業. 宮城県歯科医師会, 2024.
- 13) 春日雅人 編：医の変革～第31回日本医学会総会 2023 東京～. 岩波書店, 2023.

12. 国民の立場から

委員 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

2024年は、深刻な自然災害の幕開けとなり、犠牲となられた方々の御冥福をお祈りするとともに、震災からの一日も早い復興は、被災地の方々はもとより私たち国民の切なる願いである。

本年1月下旬に、私が代表を務める「医療過誤原告の会」にて群馬大学病院見学ツアーを企画し、十数名の会員が参加した。同院の医療の質・安全管理部より、10年前の重大医療事故の調査委員会について、外部調査委員会の再発防止提言をもとに、全国の大学病院に先駆け、患者家族に寄り添い、意思を尊重し、医療安全の推進をともに実践している様子を詳しく説明していただいた。これらの実践により、同院が患者家族から多くの学びを得られていることを実感でき、深く感銘した。また、見学後の交流会においても職員の方々が、私ども被害者遺族の話に熱心に耳を傾けられ、真摯な姿勢に胸が熱くなった。

大学病院見学の翌日、秋晴れの関東平野を湘南新宿ラインの電車で帰宅の途に就いたが、車窓から上州の山々、日光連山、秩父・奥多摩、富士山を眺めながら、1590年に小田原の北条氏を滅ぼして天下統一を成し遂げた豊臣秀吉から、突然、関東移封を命じられた徳川家康は、灰色の土地といわれていた湿地帯の関東を、わずか10年で利根川の治水、飲料水確保に小石川上水の建設など、関東平野を肥沃で大勢の人が生活できる土地に大改造し、江戸幕府の礎となし、現代社会の繁栄をもたらしていることに思いを馳せた。

2. 医療事故の改善活動に参画した道のり

私は今から40年前の1983年に医療事故で当時3歳の娘を亡くし、その後10年間、医療過誤裁判を闘い、裁判は勝訴の和解で終結している。医療事故に遭った被害者家族は、自身が個別に医療機関とさまざまな話し合いや交渉を行うため、非常に孤独感も強い。1991年に医療事故被害者の全国組織がつくられ、私は設立時から参加しているが、2005年から会長に就任し、現在に至っている。団体名の「医療過誤原告の会」という名称から連想すると、医療過誤の賠償金を医療機関から少しでも多く取ろうとする団体ではないかと誤解されることがあるが、単に裁判で患者側を応援する団体ではない。大切な家族が重大な医療事故に遭うと犠牲になった命の代償として、次の被害を起こさないために、その事故を教訓化してほしいと強い思いを持つため、当該医療機関には紛争に至る前に真摯に家族に向き合ってくれることを望み、話し合いで解決をはかることを求めていることから、同様の事故が起きないよう再発防止に生かしてほしいと願っている。

当会は、30年以上の活動で、入会者総数は1700名余、現在の在籍会員は320名、全国で24名の役員が、日常的に医療事故の相談対応、医療事故を再発防止に生かすような制度づくり、政策づくりの検討など、多方面の方々とも協力しながら活動を継続している。

3. 日本歯科専門医機構理事に就任

日本歯科専門医機構（以下、本機構）が創設される直前の2018年4月に、東京で第3回「閣僚級世界患者安全サミット」が開催され、先進国を中心に44か国から500名余が参加した。すべての医療段階、医療

領域において、医療サービスを提供する基本要件として患者安全の促進と実行が必要であると謳った「患者安全に関する東京宣言」が採択された。同宣言では、被害を受けた患者及び患者家族を含めた国際機関並びに他の主要な関係者と協力しながら、取組の可視化を進め、「患者安全に関するグローバルアクション」に取り組むことに努めること及び毎年9月17日を「世界患者安全の日」に定めることが提言され、WHO（世界保健機関）は、翌年に「世界患者安全の日」(World Patient Safety Day)を制定した。同サミットには、厚生労働省より患者の立場の代表者数名の患者遺族が招待され、世界で患者安全に尽力されてきた方々の熱い議論に直接ふれることができた。同年6月には、本機構の住友理事長（初代）から私に面談の申し入れがあり、歯科医療の専門性についての現状や今後の方向性などを伺った。私自身、事務系の施設管理者として歯科診療所の運営にも関わっていたことがあり、採用面接で歯学部を卒業して間もない歯科医師が十分な研修を受けられる施設が少なく非常に悩んでいることを知り、研修医が一人前の歯科医師となっていくための入り口で深刻な課題があることを認識し、当時から改善できないものかという思いを持っていた。

国民に信頼され、歯科医療の水準をしっかりと作っていくために、住友理事長より本機構を創設された経緯を伺い、国民目線でぜひ協力してほしいと要請された。専門的な機構の運営について専門外の人材を役員にする場合、一般的には運営に無難な人を選びがちだと思っていたが、医療の現状に苦しんでいる患者団体に所属する代表者に、あえて要請された理事長としての姿勢に感銘を受け、私はその時、素直にその熱意に応えたいという思いを持った。他にも、現状について、日本は約10万人の歯科医の8割以上が地域の開業医のためアクセスは良く、国民から見ればコンビニ並みに受診できる状況にはある。しかし、実際に自分の病状に合った専門的な治療を受けたい場合、どういう手がかりがあるのかというと、残念ながら現状では探す仕組みが無い。歯科の現状からいうと、多くの学会の専門医認定のレベルがまちまちで認定を受けた資格と実際の技術が必ずしも一致できているとは言えないことの指摘もされ、本機構の課題としては、各学会の専門医制度について客観的評価、内部だけでなく社会から見た評価を踏まえた評価基準と方法が必要との話も伺った。

さらに、本機構が認定した専門医の名簿をホームページに掲載し、患者や家族が自身の地域で専門医を探す仕組みを作りたいという話も伺い、確かに自らの治療で歯科診療所を探す際、近隣開業医の技術レベルや対応も含めて、格差を実感していたため、このような仕組みが作られるのは大変有難く、歯科医療全体のレベルアップ及び信頼の向上につながると感じた。

私は、2019年に専門医制度整備委員会委員に就任し、2020年に本機構の理事を拝命した。理事の中には、医療事故の患者遺族が2名、監事1名が就任しており、国民目線から厳しい意見を述べる者を迎え入れられたことは本機構の覚悟を示し、それらは社会に向けたメッセージではないかと思っている。

4. 理事としての活動で見えてきたこと

患者（国民）の立場を代表する理事は、会議の場において患者・家族の現状や意見を述べるのが主な役割と認識しているが、患者目線から見て分かりやすく信頼感が増す制度に育つことを意識し、緊張感を持って発言してきた。ほどなくして初代理事長から、現理事長に交代され、想像していたよりも早期の理事長交代になり驚いたが、理事会や小委員会等を通じて、理事長及び本機構の運営を担っている学会を代表する役員の方々が、各専門学会との橋渡しを粘り強く努力されている様子が分かり、本専門医制度の基盤づくりが着々と進んでいる印象を受けている。本機構は、創立から1年半後の2019年9月に「新たな歯科専門医のためのワークショップ」を開催している。各専門部会を代表する方々と専門医機構の役員の方々が参加し、ウィークデーにもかかわらず全国から参集され、その熱心さに感心したのを記憶している。平日の早朝から夕方5時過ぎまで長時間にわたって熱い討議が行われ、私自身も今後の歯科医療の発展について大

きな期待を持って参加した。

創立間もない時期であったためか、当日参加された歯科医師からは、専門医機構を国民の信頼や期待に沿うように変革していく必要性を言及するような発言はほぼ無かった。所属先の出身学会が、今の状況では専門医機構が求める内容を取り入れるのはなかなか難しいという意見が多く聞かれたため、これはなかなか大変だなという印象を受けた。しかし、これらの発言は、現在の歯科医療の在り方を、国民により開かれた形で、積極的に歯科のほうから国民のニーズに応えるよう大転換していくために必要な議論であって、各学会代表の方々は、その学会をまとめる責任も背負っているため、本音で語り合い課題を共有する事が大事であり、この当時は必要な議論であったと考える。同時に、このような機会を通して機構役員も改めて決意を新たにしたのではないかと感じた。本理事会では、機構役員の方々が、各専門学会の改革へ向けて各学会役員と懇談を行い、行きつ戻りつしながら少しずつ前進するプロセスを6年間積み重ねてきたことが報告されている。

2023年10月には、厚労省の医療広告ガイドラインの指針が、これまで広告可能だった主要5学会に加えて「日本歯科専門医機構が認定する基本的な診療領域に係る歯科医師の専門性資格として「補綴歯科専門医」を広告可能とする」と改定されている。

5. 歯科医療改善の課題

私は、東京都医療安全推進協議会の委員も拝命しており、東京都でも年間1万件以上、担当窓口相談が寄せられている。患者の相談窓口として全国（各都道府県）に設置されている医療安全支援センターには、「歯科」の相談も多く寄せられており、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が公表されている。都本庁の平成30年度～令和4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。令和3年度までは都保健所において「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割を占めていた。

令和3年度は全体件数が638件で、「相談」は327件(51.3%)、「苦情」が291件(45.6%)であった。「相談」の最も多い内訳は、「都本庁」では「医療費」が60件(29.0%)、「都保健所」は「医療行為、医療内容」が33件(27.5%)であった。「苦情」の内訳は「都本庁」、「都保健所合計」とともに「医療行為、医療内容」であり、それぞれ80件(43.2%)、48件(45.3%)であった。

また、令和4年度の対象機関が把握できた相談のうち「歯科診療所」に関する相談は652件で、「相談」が397件(60.9%)、「苦情」が246件(37.7%)であった。「相談」の内訳の最多は、「都本庁」、「都保健所合計」とともに「医療行為、医療内容」であり、それぞれ53件(47.7%)、64件(47.4%)であった。昨年度に相談の対象となった診療科では、「都本庁」においては、「精神科（心療内科含む）」と「内科」の2科に関する相談で全体の約3割～5割を占めて経過している。「都保健所合計」では「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約4～5割を占めて経過していたが、令和4年度は「対象となる診療科なし」が約3割を占めており、昨年から急激に増加しているため、今後も注視していく必要があると考える。

全体を通して「相談」の内訳の最多は「健康や病気に関する相談」であり、「苦情」の内訳の最多は「コミュニケーションに関する事」となっており、歯科診療においても患者が抱える悩みや苦情は多岐にわたることがうかがえるが、紛争に至る医療裁判に関しては、最高裁の統計資料によると、ここ8年間の医療事故の裁判提訴件数が年間約800件のうち、内科、外科に次いで歯科は年間約100件で3番目に多い状況で推移している。裁判に至る理由は、重大な事故が起きた場合とは限らず、患者とのコミュニケーション

や対応が適切に行われていない場合も少なくない。歯科においても、なぜこのような裁判が起きてしまうのかを考え、患者に対する人権教育、接遇、安全教育や患者とのコミュニケーションなどが適切に行われているかも加味し、これらの課題を克服するためにも、専門医機構の中で特に共通研修の果たす役割は非常に大きいと考える。

6. 歯科医偏在の課題と患者のアクセス

私たち患者・家族（国民）は、患者の人権や倫理の尊重、情報の開示や共有という視点で、どのような研修を実施しているのかについて高い関心を持っているが、先に述べたように、理事会等において患者の立場からの発言を丁寧に受け止め、実際の共通研修等で具体化がはかられてきた実感を持っている。

また、本機構のホームページ上で患者が容易に歯科専門医の検索にアクセスできることを目指してきたが、創立5年が経過し、ようやくここまでたどり着いたという印象ではあるが、今後に向けて更に大きく期待が膨らんでいる。

しかし、まだ大きな課題が残されている。既に認定された約5,000人余の歯科医師のうち、本機構のホームページには口腔外科専門医約430名、歯周病専門医約520名、小児歯科専門医約350名、歯科麻酔専門医約140名、歯科放射線専門医薬30名、合計1,500人余の氏名と勤務先住所が掲載された。例えば、私は東京郊外の人口15万人の都市に住んでいるが、住居地の市内に機構認定の歯科専門医をホームページで捜しても見つけることができず、機構認定専門医の多くが大学や都心部に偏在している現状がホームページでも浮き彫りとなっている。私たち患者は、日常的に地域の開業医と結びつきが強いこともあって全国どこでも患者が安心し、信頼感を持って機構認定の歯科専門医にアクセスしやすい仕組みを願っている。

7. 歯科医療への期待

これまでの主要な課題として、既存の専門学会を順次、本機構の認定基準を満たす基盤整備の構築と各専門学会との調整が主として行われ、成果を上げてきた。全国の歯科医師の8割以上が担っている地域の開業医の多くが、専門医機構で認定を取得し、身近に専門医へのアクセスが可能となるためにどうすればよいのか、その必要性が国民目線の私たちにも見えてきた。今後、どのようなプロセスで国民が期待するアクセスの良さを目指すのか、ロードマップを作成して国民への発信がより求められる。

歯科専門医制度基本整備指針では「本機構の認定を受けた歯科専門医は、国民から信頼される専門歯科医療を提供すると共に、地域歯科医療の維持・向上に貢献するもの」されている、地域に開業し地域医療に従事する歯科医、今後開業し過疎地域の歯科医療に従事する歯科医が、当機構の認定取得可能となるためには、研修機関、専門研修カリキュラムの課題等、総合歯科専門医（仮称）制度の具体化と関係機関との調整など、容易ではない重要課題が控えている、

そもそも歯科医療そのものが、口の中の健康だけではなく、人間の生活全体を支える大事な基盤となっていることを、年齢を重ねるにつれて実感を深めている。歯科医療を担う歯科医師の職能団体が、歯科の重要性を、より社会に発信し、本機構の創立理念が国民に広く理解されるよう国民・患者と医療情報を共有しながら信頼を広げ発展していくように、私たちも患者の立場から、国民に理解されやすい「歯科専門医の名称」の検討など、ともに努力していきたいと考えているところである。

参考文献

- 1) 住友雅人：患者本位の歯科専門医制度へ。読売新聞2018年10月17日朝刊11面（論点）、2018。
- 2) 日本歯科専門医機構：歯科専門医制度基本整備指針 Ver1.2（2021.11.10）。

- 3) 日本歯科専門医機構：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6年1月30日参照）
- 4) 厚生労働省：第3回閣僚級世界患者安全サミット 患者安全に関する東京宣言（2018年4月14日）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000204000.html>（令和6年1月30日参照）
- 5) 最高裁判所：医事関係訴訟資料（地裁）の診療科別既決件数（平成27年～令和3年）
<https://www.courts.go.jp/saikosai/vc-files/saikosai/2022/220701-iji-toukei4-shinryoukamokubetsukisai.pdf>（令和6年1月30日参照）
- 6) 東京都福祉保健局：令和4年度「患者の声相談窓口」実績報告書. 2023.
- 7) 田中和美：患者・家族とのコミュニケーション・意思決定への医療安全部門のかかわり 群馬大学医学部附属病院実践報告. 患者安全推進ジャーナル 74：16-21, 2023.
- 8) 門井慶喜：家康、江戸を建てる. 祥伝社, 2018.

VI. 日本歯科専門医機構発足から現在までの本事業の実績

1. 専門医制度整備委員会

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

専門医制度整備委員会（以下、整備委員会と略す）は、日本歯科専門医機構（以下、機構と略す）設立時に、専門医申請学会評価認定委員会とともに、理事会の下に設置された機構の主たる業務を担う 2 つの大きな委員会の一つである。その設置目的は表 1 に示すところである。歯科専門医制度の理念と基準という機構の根幹に関わる指針や歯科医師の生涯研修に関する将来構想などについて議論するところである。本稿では、整備委員会の業務と現在までの活動内容を整理するとともに、その問題点について考察する。

表 1 設立当時に規程に書かれた歯科専門医制度整備委員会の業務

- 1) 専門医制度の基本的基準(専門医制度認定の要件, 研修プログラム/カリキュラムの要件, 専門医の資格認定の要件, 研修施設の資格認定の要件, 認定取消の要件等)の策定及び検討
- 2) 専門医制度に関する諸問題の検討
- 3) 歯科医師の生涯研修の将来構想の策定
- 4) 新規専門医制度の検討
- 5) 共通研修基準の策定

2. 活動内容

1) 「制度設計の基本方針」, 「歯科専門医制度基本整備指針」の策定, 改訂

本機構が考える歯科専門医の基本的な考え方を示す「制度設計の基本方針」, および制度, 専門医を認定する際の基本的な指針である「歯科専門医制度基本整備指針」の 2 つが, 機構が歯科専門医制度を認定するための基本的な骨格である。これらは, 機構の立ち上げの際の日本歯科医学会連合の準備のための WG 時に準備され, その後機構が立ち上げの際に承認 (Ver.1 (2019.5.17)) されたものである。歯科専門医の定義である「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」と, 機構が認定する専門医制度の基本的理念「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, そして国民に信頼され, 受診先の選択に際し良い指標となる制度であること」については, 現在まで踏襲され, 変更されていない。

その後 2 回の微修正 (Ver1.1(2021.5.20) Ver1.2(2021.11.10)) がなされているが, これは総合歯科専門医 (仮称) や共通研修の位置づけなどに関するもので, 整備委員会の発議ではなく, 理事長からの改訂案についての諮問を受け, 審議したものである。

2) 新たに設定される 5 領域の歯科専門医の妥当性の検討

5 つの新たな基本領域の歯科専門医制度を立ち上げるために, 当初整備委員会は 2 つの小委員会を設置

されたものと理解している。歯科保存、補綴歯科、矯正歯科、インプラント歯科の4つの歯科専門医は、既に関係する各学会が制度設計をし、長年その制度を運用しているもので、それらを機構の基本方針や整備指針等の観点から妥当なものになるように調整するのが学会専門医小委員会の役目である。一方、総合歯科専門医のように制度から新たに立ち上げなければいけない歯科専門医を検討するのが新規専門医小委員会という理解であった。しかしこれらの小委員会の実質の活動、業務については行われておらず、新たな5領域の歯科専門医制度の機構における詳細な協議については、執行部が設置したWGのもとに行われている。従って新規専門医小委員会はこれまでも開かれておらず、学会専門医小委員会は歯科保存専門医、矯正歯科専門医の妥当性の審議のときのみ開かれた。

新たに認定される5領域の歯科専門医の整備委員会では、当該学会から出される歯科専門医制度案が「制度設計の基本方針」に照らし合わせて機構認定の専門医として妥当かどうかを審議するようである。この整備委員会での審議後、さらに理事長が指示を出し、各学会からそれを元に最終的な専門医制度案を機構に提出することになる。その案を評価認定委員会が、整備指針に合致しているかの観点から詳細な評価認定を行う。先に述べたように本委員会においては、「制度設計の基本方針」に合致しているかの観点からその歯科専門医の妥当性について評価するものの、整備委員会と評価認定委員会である意味同じことをしているわけで、手間を2度かけることとのおもわれる。

なお、整備委員会でのその専門医制度の妥当性について、表のような項目について評価した。現在まで、補綴歯科、歯科保存、矯正歯科について評価を行い、理事長に妥当であるという諮問に対する回答を行った。

表2 専門医制度整備委員会での新しい歯科専門医領域の妥当性の確認事項

確認・評価事項	説明	根拠資料
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かが明確であるか		
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のか		
III. 現専門医制度から機構認定制度への移行時に関する問題		
1. 現制度から新制度（機構認定の制度）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. 機構認定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		

3) 共通研修について

共通研修を扱う委員会として、当初、整備委員会の下に、共通研修の基準やセミナーの実施を担う共通研修企画実施小委員会と、各学会から出される共通研修申請を評価認定する共通研修評価認定小委員会が設置された。その後、整備委員会、評価認定委員会から独立してこれらの業務を行う独立の委員会に格上げされた。これについても整備委員会の発議ではなく、理事長発議の上行われた。

3. おわりに

上述したように、本委員会は、機構の根幹たる制度設計の基本方針、歯科専門医制度基本整備指針を整備してきた。その後、機構の改革なのか、在り方委員会、実務者会議なるものができて、本委員会のすべきことが不明瞭になり、理事長の諮問に回答することが業務になっている。そのため、この6年間で、新規専門医小委員会の開催はなく、学会専門医小委員会は2回、整備委員会は数回開催されたが、この1年はほとんど開催されていない。機構は委員会制度を取っており、委員会で実質審議し、理事会でその瑕疵がないかを大局的な見地から確認する組織制度と理解していた。また、委員会の活動を通して機構を担う人材を育成し、機構の理念や目標実現に貢献すべきと考えていた。機構が設立され6年が経ち、開かれた機構、公正であるべき機構にとって、本委員会がどうあるべきかを考える時期になっている。

2. 専門医申請学会評価認定委員会

木村博人

弘前医療福祉大学短期大学部口腔衛生学科学科長・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

平成30年4月、(一社)日本歯科専門医機構(以下「機構」という。)の設立を受け、歯科専門医制度整備委員会(以下「整備委員会」という。)と専門医申請学会評価認定委員会(以下「本委員会」という。)が設置された。筆者は、本委員会委員長として、「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」、「歯科専門医制度基本整備指針」、「申請学会専門医制度 審査対象項目と評価指標」の策定に関与できたことは大変な栄誉であった。

機構による「歯科専門医制度の認証」は、整備委員会の事前審査を経た後に、本委員会で審査開始することと定められ、上記3文書の趣旨を踏まえて作成された「歯科専門医制度認証申請書(様式1~4)」に基づき、令和元年8月より申請受付が始まった。当面は「いわゆる広告可能な」専門医の育成と認定を実施している基本領域5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)の専門医制度について審査し、制度認証後は引き続き5学会における歯科専門医制度の運用の実際について書面審査とヒアリング審査(サンプリング調査を含む)を実施してきた。

本稿では、令和元年度から現在までの5年間における本委員会の業務と実績を総括的に振り返る。

2. 専門医申請学会評価認定委員会の実績

1) 本委員会の業務

本委員会の業務は、機構定款第4条に基づき、以下のように定められている。(1)は歯科専門医制度の認証審査に該当するものであり、(2)~(4)が毎年度実施している歯科専門医制度運用審査に該当するものである。

- (1) 申請学会が定める専門医制度の基本的要件と妥当性の審査及び認定
- (2) 申請学会認定専門医の認定手続きと認定結果等の審査及び認定
- (3) 申請学会認定研修施設の認定手続きと認定結果等の審査及び認定
- (4) 登録学会認定専門医及び研修施設の資格更新手続きと認定結果等の審査及び認定
- (5) その他専門医・研修施設等の認定・更新に係る業務に必要な事項

本委員会は、(1)申請学会の定める専門医制度に対する審査・評価を公正に実施するため、「審査対象項目と評価指標」を明示し、それに則して客観的に評価・判定を実施してきた。(2)~(4)に該当する申請学会における専門医制度の実際の運用に対しては、各学会の専門性とオートノミーを尊重しつつも、客観的かつ中立的な視点に基づいた評価・認定審査に努めてきた。

また、令和4年度は新たに2学会より共同申請された「補綴歯科専門医制度(申請学会:日本補綴歯科学会,日本顎咬合学会)」の認証審査と運用審査を実施し、令和5年度は「矯正歯科専門医(仮称)制度(申請学会:日本矯正歯科学会)」と「保存歯科専門医(仮称)制度(申請学会:日本歯科保存学会,日本歯内療法学会)」の認証審査と運用審査を並行して進めているところである。

このように、本委員会の業務は「専門医制度そのものに対する審査」と「専門医制度の運用の実際に対する審査」という2本立てで実施してきたが、審査経過中には各学会の専門医制度運用において、多くの課題

が明らかとなり、令和元年度～令和4年度に発行された「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」^{1～4)}の中で指摘してきたところである。

2) 申請学会が定める専門医制度の認証審査と実績

本委員会に課せられた責務の一つは、申請学会が定める専門医制度および関連する規則・細則・申合せ事項・認定基準などについて評価・判定することである。実際の認証審査では、本機構が公表している「申請学会専門医制度 審査対象項目と評価指標」の各審査項目に則し、申請学会による「専門医育成の研修体制」や「専門医および研修施設の認定」に係る諸規則および申し合わせなどの制度設計が妥当であるか否かを客観的・中立的に審査し評価することを主眼としている。また、認証審査では、自己研修・生涯研修の一環として、各専門領域の枠を超えた医療人として修得すべき資質を涵養するため、本機構認定「専門医共通研修」の受講を必須とすることを制度化するよう要請した。しかし、当初、申請学会にとってはなじみの少ない制度であったため、共通研修受講に対する理解が得られるのには多少の時間を要した。

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。）の専門医制度に係る認証審査を実施し、専門医制度認証学会の第1号は日本歯科麻酔学会であった。その後、合同申請2学会が補綴歯科専門医制度の認証を申請し、令和5年度末において、本機構により歯科専門医制度認証を受けた申請学会は7学会、機構専門医認定を受けた専門医の名称は6専門医である（表1）。

表1 日本歯科専門医機構における「歯科専門医制度認証」の実績（令和6年2月15日現在）

登録番号	申請学会名	専門医名称	認証期間
第1号	日本歯科麻酔学会	歯科麻酔専門医	令和2年6月1日～令和7年5月31日
第2号	日本歯周病学会	歯周病専門医	令和2年10月23日～令和7年10月22日
第3号	日本小児歯科学会	小児歯科専門医	令和2年10月23日～令和7年10月22日
第4号	日本歯科放射線学会	歯科放射線専門医	令和2年10月1日～令和7年9月30日
第5号	日本口腔外科学会	口腔外科専門医	令和2年10月1日～令和7年9月30日
第6号	日本補綴歯科学会・ 日本顎咬合学会	補綴歯科専門医	令和5年10月12日～令和10年10月11日

3) 申請学会が定める専門医制度の運用審査

専門医制度の運用審査とは、申請学会における専門医の育成体制と新規（更新）認定や研修施設の新規（更新）認定などの手続きが、当該専門医制度に定められた諸規則に従って、適正かつ公正に運用されているか否かという視点に基づく第三者評価である。

実際の運用審査では、専門医や研修施設の新規（更新）認定数が膨大な件数に及ぶ申請学会もあること、その場合、審査用提出資料も数十頁に及ぶことなどが想定された。そこで、提出資料の書面審査を実施後に、「申請学会に対するヒアリング審査」および「認定専門医（または認定研修施設）一覧表・名簿からの無作為抽出によるサンプリング調査」を併用することとした。

一方、単なる専門医制度の運用に関する評価・判定に止まらず、専門医の新規（更新）認定においては、「専門医の診療技能の質を保証する経験症例数」と「学術活動と専門領域研修の区分と評価法」について、明確な判定基準を定め適用することを助言して来た。しかしながら、令和元年度からの3年間、本機構による運用審査の意義について、申請学会にはなかなか理解が得られず、些かの徒労感も覚える状況が続いた。

このような状況が一変したのは、令和3年10月1日付け適用の「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師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」という厚生労働省医政局長通知が契機であった。いわゆる医療広告告示（平成19年厚生労働省告示第108号）の改正によって、学会認定専門医の資格と名称は広告不可となり、本機構が行う「歯科医師の専門性に関する認定（専門医機構専門医認定）」を受けた旨のみが広告可能となった。この改正は、5学会にとっては、「一定の基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う医療従事者の専門性に関する認定（学会専門医認定）を受けた旨」を広告することが出来なくなったことでもある。ただし、経過措置が適用され、引き続き当分の間、学会認定専門医は広告可能とされている。

本委員会の運用審査に基づく「専門医（研修施設）の機構認定」は、専門医の質を保証するためであり、患者による適切な医療機関の選択に資するためでもある。特に、近年、インターネットやSNSでは不適切な医療情報が氾濫していることから、ウェブサイト内における医療広告は「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、令和6年3月22日最終改正）などにに基づき適正に実施することが必須とされている。

以上のような社会的背景を踏まえて、本委員会による運用審査（ヒアリング審査）では、申請学会ホームページ上の表記について、「日本歯科専門医機構認定・・・専門医」の名称に統一するよう繰り返し要請している。その理由は、申請学会のホームページに掲載されている「学会認定専門医」は、特定性（医業若しくは歯科医業を提供する者の氏名若しくは名称又は病院若しくは診療所の名称が特定可能であること）は有するものの、誘因性（患者の受診等を誘引する意図があること）を欠くものとして、医療広告規制の対象外とされるが、その氏名などから容易に当該診療施設のホームページにアクセス可能となれば、そこに掲載される歯科医師の専門性に関する情報は、当然ながら広告規制の対象となる。従って、申請学会のホームページでは引き続き、機構認定専門医と研修施設（診療施設）の情報を明確に区分して掲載することに留意して頂きたい。

4) 専門医制度運用審査の実績

令和元年度より開始した「専門医制度の運用審査」の結果について、機構認定専門医数と研修施設数を（新規認定数と更新認定数を合算し）表2に示した。各年度のばらつきはあるものの、令和2年度からは毎年約900～1,500名の専門医と約100～150の研修施設を認定した。その結果、令和4年度末における機構認定専門医数と研修施設の累計数は、4,489名と406施設であった。

毎年度の審査終了後は、申請学会が新規（更新）認定した専門医および研修施設（准研修施設を含む）について、「本機構認定専門医」あるいは「本機構認定研修施設」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。また、運用審査を重ねる毎に審査用提出書類の記載内容も整って来たことから、令和3年度運用審査からは、①申請書類のデジタル化、②専門医による地域医療貢献に対する積極的評価、③特定の理由のある場合の措置、④連続して複数回の更新を経た専門医の更新に対する措置、⑤学会ホームページ掲載の「専門医や診療（研修）施設の検索システム」では利用者の利便性に配慮することなどを要請している。

表2 日本歯科専門医機構認定専門医・研修施設数（令和5年3月31日現在）※

	学会名 (法人名略)	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		専門医	施設	専門医	施設	専門医	施設	専門医	施設
1	日本歯科麻酔学会	77	1	52	5	146	17	71	6
2	日本歯周病学会	194	16	260	19	452	43	195	25
3	日本小児歯科学会	122	7	116	25	279	5	402	21
4	日本歯科放射線学会	50	0	36	0	28	0	48	29
5	日本口腔外科学会	416	27	442	43	424	39	476	168
6	日本補綴歯科学会・ 日本顎咬合学会	—	—	—	—	—	—	71	69
	単年度合計	859	51	908	92	1,329	104	1,263	318
	累計認定数	859	51	1,767	143	3,096	247	4,359	565

※数値は、各年度における新規認定数と更新認定数を合算した専門医数および研修施設数を示す。なお、令和4年度の施設数は、研修施設および準研修施設の合計である。

なお、令和5年度の歯科専門医制度の運用審査は（令和6年2月末現在）進行中のため、確定値は示せないが、令和5年度運用審査による機構認定数については、以下の数値が見込まれている。

機構認定専門医は、新規認定専門医 349 名（歯科麻酔 18・歯周病 30・小児歯科 55・歯科放射線 7・口腔外科 75・補綴歯科 164）、更新認定専門医 813 名（歯科麻酔 75・歯周病 183・小児歯科 122・歯科放射線 19・口腔外科 414）の計 1162 名。機構認定研修施設は、新規認定研修施設（準研修施設を含む）59（歯科麻酔 11・歯周病 5・小児歯科 3・歯科放射線 0・口腔外科 22・補綴歯科 18）、更新認定研修施設（準研修施設を含む）156（歯科麻酔 14・歯周病 76・小児歯科 5・歯科放射線 0・口腔外科 61）の計 215 施設。この概数を表2の累計認定数と合算すれば、令和元年度から令和5年度までの5年間に於いて、専門医 5,651 名、研修施設 621 施設が本機構の認定を受けたことになる。

3. おわりに

筆者の備忘録によれば、第1回の本委員会は平成30年7月20日（金）日本歯科医師会館7階の会議室で開催されている。当時の委員（敬称略、役職）は、筆者の他、安井利一（明海大学学長）、寺田仁志（日本歯科医師会理事）、武井典子（日本歯科衛生士会会長）、青木孝文（東北大学副学長）、石和久（東京医学技術専門学校校長）、永井裕之（医療の良心を守る市民の会代表）の計7名であった。これまで数名の委員交代があったが、安井委員、青木委員には継続して努めて頂いており、改めて茲に謝意を表する次第である。現在の委員会は、筆者と上記2名の他、宮崎隆（元昭和大学副学長）、佐藤真奈美（日本歯科医師会理事）、五十嵐昭子（NPO法人支えあう会「α」理事長）、吉田直美（日本歯科衛生士会会長）、北村知昭（九州歯科大学教授）の8名により構成されている。

本委員会による「専門医制度の認証審査」と「専門医制度の運用審査に基づく専門医および研修施設の認定審査」においては、各申請学会の制度設計や認定基準、実際の運用方法などの標準化を目指し、評価・判定に努めてきたところである。制度認証開始から5年を経過する令和7年度には認証期限を迎えることから、いよいよ令和6年度からは5学会の定める専門医制度について「認証（更新）審査」を実施することとなる。また、これと並行して6つの専門医制度の（機構認定専門医および研修施設）運用審査もあり、本委員会の業務がひっ迫し委員各位への負担が過剰になることが危惧される。このような状況を踏まえるならば、専門医制度認証の更新審査は、別組織により実施されることも検討されて然るべきであろう。

最後に、歯科専門医制度が有効に運用・活用され、国民が専門性のある良質な歯科医療を享受するためにも、新規申請予定の専門医制度を含め、社員学会にはなお一層の努力と本機構への協力を期待して本稿を閉じる。

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. 2020.
- 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. 2021.
- 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. 2022.
- 4) 日本歯科専門医機構：令和4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. 2023.

3. 専門医制度総務委員会の活動について

丸山 高人
永松・横山法律事務所弁護士
(一社)日本歯科専門医機構総務委員会委員長

1. はじめに

総務委員会は、当初から設置されている委員会であり、現行の専門医制度総務委員会規程では、以下の業務を所管することが明記されている。

- (1) 当法人の運営及び内部管理に係る諸規定の整備に関する事項
- (2) 当法人の会計及び事務局の管理運営に関する事項
- (3) 他の委員会に対する支援及び補佐に関する事項
- (4) 審査料等の徴収手続きの整備とその他収支に関する事項
- (5) その他理事長の諮問した事項

委員会規程において「委員長1名・副委員長1名を含む委員7名以内をもって組織する」ことが定められており、上記事項について必要がある度に委員会を開催し、理事会に上程する議案等を協議している。

2. IT 広報委員会との役割分化

当機構設立当初は、①当法人認定専門医及び研修施設等に関する情報の管理及び運用、②専門医制度に関わる情報収集及び蓄積とデータベースの構築、③広報活動に関する業務(ホームページの開設管理を含む)及び④国民及び医療関係者への情報提供及び啓発活動についても総務委員会の所管とされていたが、これらの事項の重要性に鑑みて、IT 広報委員会を新たに設置して当該委員会に所管事項を委譲している。

3. 総務委員会の活動実績

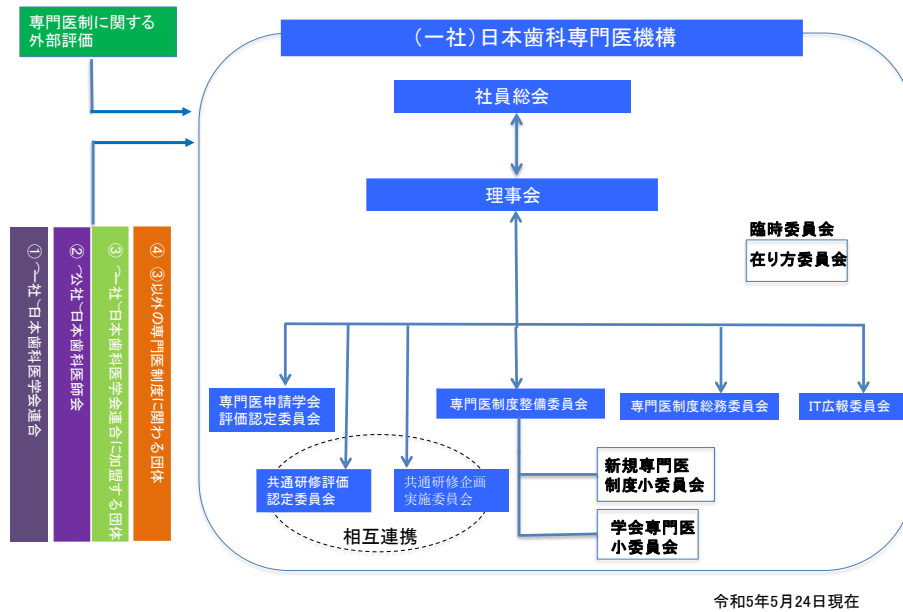
総務委員会は、前記1(1)のとおり、当機構の運営及び内部管理に係る諸規定を整備しており、例えば、個人情報取扱規程やプライバシーポリシーについての理事会上程案を審議したり、在り方委員会からの答申事項を踏まえ機構組織の見直し等も実施している(令和5年には、それまで小委員会として設置されていた共通研修評価認定委員会及び共通研修企画実施委員会を独立した委員会とすることを提案し、理事会において審議承認がなされている。後記組織図参照)。また、理事会・社員総会・委員会等の資料についてクラウド化を進めており、可能な限り効率的な運営がなされるよう協議もしている。

次に、前記1(2)のとおり、当法人の会計及び事務局の管理運営に関する事項も所管としており、在り方委員会からの答申事項等を踏まえて、役員等の活動状況及び当機構の財政状況等も鑑みて、委員等の報酬・旅費に関する規程や役員の報酬等に関する規程について適宜見直しをするなどしている。

さらに、前記1(4)のとおり、審査料等の徴収手続きの整備とその他収支に関する事項も所管としており、当機構における業務内容及び当機構の財政状況等を鑑みて、専門医制度の制度審査料及びその運用審査料、さらに共通研修審査認定料について協議し、理事会上程案を審議している。

これらに加えて、前記1(3)のとおり、他の委員会に対する支援及び補佐に関する事項も所管としているので、他の委員会が所管とする規程等の改正についても、理事会に対する上程に先立ち、総務委員会において他の規程等との整合性等を確認している。

以上のとおり、総務委員会における所管業務は多岐にわたり、他の委員会のように専門医制度の運用に直接関わるわけではないが、当機構の活動内容を後方から支援する役割を担っている。



4. 今後の課題について

当機構設立から現在に至るまで前記3において説明した活動を行ってきたが、目前にある課題に対する対応等が中心とならざるを得なかった。当機構において新たな専門領域が認定されたり、当初5学会の専門医制度認定の更新時期が到来するなど、当機構の活動としてセカンドステージに入っており、当機構の活動及び組織がバランスについても中長期的な視点からの検討を本格化させる必要がある。理事会の諮問を待たずして各委員会が自律的に活動していくことで、当機構の活動が活発化することに繋がるが、他方で各委員会の活動が整合しなければ当機構の活動目的を達することもできないので、総務委員会において当機構全体をサポートする仕組みを整えて、常に改善していく必要がある。

4. IT 広報委員会

砂田勝久

日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座教授

(一社)日本歯科専門医機構業務執行理事

飯田征二

岡山大学学術研究院医歯薬学域顎口腔再建外科学分野教授

(一社)日本歯科専門医機構 IT 広報委員

1. はじめに

専門性を持って学術、臨床活動を行っている多くの学会認定の専門医をもつ歯科医師に対して、その専門性を尊重しつつ専門医という称号の質を歯科医療界の認定機関で担保し、国民にとって安心安全な専門治療を提供できるようにすることが本機構の大きな役割であり、そのため、これら活動について国民に理解をしていただく上で、広報活動は重要である。特に、現在では医科での専門医の浸透と患者の理解の深さに比較し、歯科専門医の認知度は低いため、この制度の理解を求め、より浸透させていく上で、専門医制度施行も初期より重要な役割を担い、また、将来的に参画する歯科系学会も増加し、その分野も多様化することから、これら情報を提供する広報活動は機構の表看板としての活動を求められ本委員会の役割もさらに大きくなる。

2. 機構発足時からの委員会活動

IT 広報委員会は機構発足時では総務委員会としてスタートを切った。専門医機構自体の運営や活動の方向性を決定する機関である各学会の代表者から構成される理事会とは異なり、すでに標榜可能な診療科部門であった口腔外科、小児歯科、歯科麻酔科、歯科放射線の各学会より推薦されたメンバー並びに、患者代表である豊田委員、法的な問題点に対して意見を求められる立場で弁護士の丸山委員、そして、委員会を統括する形で今井理事が委員長として委員会の運営がなされた。

初回の委員会での顔合わせでは、学会代表者である理事会メンバーと同席の上、本機構の設立に向けた実質の顔合わせが行われ、その具体的な作業内容や方針が示された。

総務委員会では、理事会において問題となる事務的な問題点をあらかじめ想定し、機構として提案できる具体的な案を作成するところから始まり、本機構の運営骨子となる規約の作成、専門医制度を歯科医療界に根付かせる方策、学会との関係性を考慮したバランスの取れた条件の模索、制度を牽引する役割としての機構の具体的な方策などを討論し、そのどれもが、患者視点での意見を尊重するものとして、多くの議論が重ねられ、また、対外的に歯科専門医をどのように国民にアピールし制度の理解を進めるかとした広報に関しても合わせて行うものとなった。

最も多くの時間が割かれた議題としては、それぞれの専門性を持って推進されてきた各学会での機構としてその質を担保する上で、いかに、異なる分野の歯科医師に共通する知識を共有させ、国民が信頼を持って機構の認定した専門医が所属する医療機関を受診できる体系を設けるかということであった。最終的には、現在申請に1年2回、申請あるいは更新には10回の講義の受講を必須とさせ、その講義については、機構が実施するものの、各学会が独自で行うものの2種類とし、受講機会をできるだけ広く設け、また、その内容の確認を機構が行うことでその質の管理を行うことを提案することとなった。

また、その内容も、各学会の専門性に特化するものではなく、専門性を持って診療を行う歯科医師として

必須である医療安全、院内感染対策、医療倫理を必修研修項目とし、これら領域に関して専門医である以上、常に具備しなければならない最新の情報がアップデートできるように方向性を決定し、さらに選択項目とし各学会が規定する地域医療や医療法関係、隣接医学関係など、各学会で特に必要とする項目も選択項目として機構が認定して実施する方向が示された。

また、多忙な歯科医師では時として受講機会を逸してしまう事があることなどを想定し、ストレスなく申請や更新ができるように配慮し、未受講者をレスキューできるように機構が主体とした講演を開催するなど多方面から検討を行い、現在の制度の礎を検討した。

また、専門医をいかに国民にアピールしていくかを検討し、その広報の方法を検討し、機構成立時のキックオフシンポジウム以降、具体的な広報として HP を設けることとし、業者の選定を行なったのち、具体的な掲載内容などを含めた準備を進めることとなった。広報に関して多くの検討がなされたのが、機構として管理する各学会での専門医取得者のデータの管理方法と HP での活用方法であった。各学会での専門医の管理は学会事務局が統括しているが、それら個人情報が含まれるデータの提供と集計された膨大なデータの管理、また、そのデータのアップデートの方法など人数に制限がある事務局での安全な対応などが論じられ、また、HP に掲載が望まれるデータの選択と患者自身が施設の住所などから検索可能となる方法など、患者からの利便性を考えたデータ表出が検討された。

3. IT 広報委員会として独立した運営

1) 令和2年度

令和2年9月に開催された総務委員会において、機構の運営が軌道に乗ってきたこと、それに伴う総務の業務が極めて負担が大きくなってきている状況から、HP を中心とした広報や専門医のデータ管理について専従する委員会の設立する事が提案され、同年10月に総務委員会から IT 広報委員会とし独立する形で発足した。

すでに総務委員会の段階で HP の内容については、業者と検討が行われており、実質はその内容を継続して検討することとなった。

本委員会の業務については

- 1 当法人認定専門医及び研修施設等に関する情報の管理及び運用
- 2 専門医制度に関わる情報収集及び蓄積とデータベースの構築
- 3 広報活動に関する業務（ホームページの開設管理を含む）
- 4 国民及び医療関係者への情報提供及び啓発活動

とし、HP の主目的を、

- 1 国民が専門医制度を理解するための情報を発信すること
- 2 国民が専門医を検索できる用途を備えること
- 3 歯科医師自身が専門医制度を理解し、地域連携を可能とすること
- 4 専門医取得者が機構の活動を理解できること

とあらためて定めた。

独立運営以降、これまで進めてきた HP のテスト版を元に各委員より積極的な意見が提示され、改善を図っている。

また、HP を運用する上で、専門医検索に Google API の導入や患者自身が自身の疾患から専門医を検索するナビゲーションシステムの導入について検討が行われた。

骨子自体は、早期に完成されていたが、各学会認定の部分を除いて、幾度となく IT 委員と業者の間で検討が行われ、今後各学会が参画することなどの流動性を考慮しつつ、主に専門医機構に関する情報を元とした広報案が作成された。

2) 令和3年度(2021年度)

HP のデモ版が完成したことをうけ、委員会において実際の内容や操作性を詳細に検討し委員からの意見では、患者視線での構成が必要である旨の意見が多く、抜本の見直しが必要となり、業者による再度検討がなされることとなった。また、クラウドでの HP セキュリティー管理を推進する方向性が示され、データ管理の業者を選定する必要があることが示され、慎重に選定することが確認された。

3) 令和4年度

前年度よりの HP 管理に向けたクラウドの導入について、業者選定に入ったが、種々問題が示され慎重に業者選定を行うこととなった。

HP については業者により大幅なデザインの改変が行われて提案がなされた。委員会として概要並びに最終的なデザインとして問題がないと結論し、また、具体的な公開に関しても、機構認定専門医の社会での活動開始までには HP の公開は必須であることから、これをベースとして各コンテンツを充実させていくこととなった(図1)。

また、HP でのコンテンツの一つとして Web 漫画の掲載が理事より提案された。これは臓器別や疾患別で設けられる医科専門医と異なり、国民には馴染みの少ない補綴などの名称や具体的なイメージを与えにくい歯科専門医制度は文字だけでは一般の方にはその理解が困難であることが以前より、問題視されてきたことに対する効果的な解決策だと考えている。

実際には各分野の歯科専門医とはどのような疾患を扱い、治療や検査を行うのか、を国民にも理解できるように内容とし、漫画家として山田圭子氏に依頼し、出版契約を締結する旨が報告された。

4) 令和5年度

各学会へのリンク先を兼ねた学会紹介と各専門医の概要を紹介する案内文が5学会から提出されたが専門医の案内について、特有の言い回しなどが見受けられた。機構の HP としてはある程度統一した言葉回しが適切ではないかとの本委員会での提案によって各学会が修正した。今後、IT 委員会が主体性を持って HP の文言の管理運営を図ることが認識された。



4. 今後の活動

現在、広報の手段はHPをメインとしているが、若い世代を中心としたSNS環境への積極的対応として、スマートフォンでの情報提供による簡便な専門医や施設の検索が求められ、また機構認定を取得した各専門医に対する情報提供サービスとしてのメルマガ配信など、時代の流れに合わせた発展が要求されるものと考えられる。

また、治療に関する基本的な情報は動画閲覧で得られている現状がある。

各学会もそれぞれの広報委員会などで検討されている内容とは考えられるが、将来的には学会が公表する治療について動画コンテンツのリンクによる共有など、患者が求める情報をいち早く具現化できる広報が求められるものとする。

5. 今後の課題と展望

今井 裕
獨協医科大学名誉教授
(一社)日本歯科専門医機構理事長

1. はじめに

(一社)日本歯科専門医機構(以下、機構)が設立され、早いもので5年が経過したが、設立時まず取り組んだのは機構の運営・活動の基盤となるべき基本方針の策定であった。具体的には所管委員会において議論を重ね、さらに理事会にて審議のうえ「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(以下、基本方針)」,次いで「歯科専門医制度基本整備指針(以下、整備指針)」が定められた。機構は、原則として機関決定されたこれらの内容に基づき活動をおこなっており、現在までに歯科の基本10領域を定め、それらの領域に関する制度や運用についての協議を行っている(詳細には他項で述べられているので、そちらを参照されたい)。特筆すべきは、令和3年10月告示の一部改正があり、既存の制度は当分の間併存するものの医科・歯科共に専門医機構が認定するものが広告可能となり、本機構が果たすべき社会的責務はこれまで以上に大きくなったことである。そして、本制度に則り、令和5年5月の理事会にて「補綴歯科専門医制度」が新たに認定され、同年10月厚労省にて医療広告ガイドラインが変更され、当機構が認定した「補綴歯科専門医」が正式に広告可能になっている。

本稿では、これまでの機構活動の経緯とその経験を踏まえ、現在機構ならびに歯科が抱える課題等について私見を交え愚考したいと思う。

2. 何故、歯科専門医機構は設立されたのか？

歯科の専門性については、これまで学会やスタディグループ等がそれぞれ独自に認定基準を設け専門医を認定しているが、それらは自己研鑽の場であるとともに、国民に適切な歯科医療を提供する意味でも重要な役割を果たしている。しかしながら、学会等が認定する歯科専門医(制度)に対し国民から、(1)認定基準に統一性がなく、専門医のレベルが異なる、(2)類似した専門医が多数存在する、(3)専門性についての情報開示が十分でない、等の問題点が指摘され“国民のための制度なのか、よくわからない”という批判もみられていた。

このような経緯を踏まえ、2015年厚労省内に「歯科医療の専門性に関するワーキンググループ」が立ち上げられ、現行の専門医制度における問題点(案)が提起された。それを受け、(一社)日本歯科医学会連合、(公社)日本歯科医師会ならびに有識者らにより、2016年に「歯科医師専門性に関する協議会」が、引き続き2017年に「歯科医師専門医制度構築のための第三者機構設立作業部会」が設置され、協議がおこなわれた。その結果、「現在の学会等が認定する専門医制度は課題が多く、第三者機構の設置は必要不可欠」と結論づけられ、2018年4月に当機構は設立された。

機構の果たす役割は、第三者機関として中立性と公平性をもって歯科専門医の診療能力を担保すると共に、さら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を国民に提供するもので、その使命は各専門領域における専門医制度やその運用実態などを客観的に評価・認定し、もって専門医の育成と資格認定等に係る専門医制度の標準化を図るとともに、それらに関わるあらゆる情報の可視化を図るものである。つまり、第三者機関である機構が定める「歯科専門医制度」は歯科医師のためのものでなく、あくまでも“国民・患者に資する制度”として位置付けられているのである。

われわれは、この機構設立の経緯と意義を十分に理解することが、「今後の課題と展望」を考える上で極めて重要であることを忘れてはならない。

3. 歯科ならびに日本歯科専門医機構が抱える課題

1) 社会的な観点からみた課題

(1) 国民は歯科(専門医)について、良く知らない

これまでの機構活動を通じて、多くの国民は歯科がどのような教育を受けているのか、また学会(専門領域)がいくつもあり、う蝕、歯周病以外にも多岐に渡る歯科疾患に対し診療を行っていることをよく知らないことが明らかになっている。このような状況において、国民に歯科への理解を求めても困難であることは明白であり、われわれは、国民は歯科の専門医制度のみならず歯科のことを良く理解していないことを、まず知るべきである。そして、われわれ自身が国民に対して歯科について理解を得るための努力を怠ってきたことへの反省とともに、歯科が社会的評価を高め、さらに発展する為には、歯科専門医(制度)の周知のみならず歯科医学・歯科医療に関する様々な情報発信を行い、歯科に対する理解を得る努力が必要不可欠と思われる。

(2) 歯科の専門性をどのように考えるか?

歯科が医療の一分野であることに異論はないが、医科とは教育・資格とも異なる法的な制度に則り存在しており(医・歯二元論)、歯科においても、その専門性を協議することは必然と思われる。しかしながら、これまで歯科の専門性をどのように位置づけるか、本質的な議論がおこなわれてきたか些か疑問であり、検証する必要があると思われる。

学問の高度化は、必然的に学術研究の細分化・専門化することは知られている。歯科においても、戦後、教育が専門学校から大学へと移行したことにより、歯科医学は発達し、それに伴い学問の細分化(専門性)が生まれ、その状況は教育の現場にもおよんだ。特に、昭和30年代における社会の急速な発展は、社会の多様性をもたらした新たな価値観が求められるようになり、歯科においても学問の高度化と社会環境の変化を受け新たな歯科医学・医療が芽生え、多くの専門学会・研究会が誕生した。しかしながら、この変化にわれわれ自ら対応することが出来ず、一般臨床における機能分化(専門性)へと繋げられなかったことより、研究・教育と歯科医療との間に齟齬が生じ、歯科の専門性に関する人材教育のみならず歯科医療システムの在り方として課題を残したと思われる。高度に発達した歯科医療を国民に還元することは、われわれの義務であり国民の権利でもある。その観点からも歯科医療における専門性の位置付け、そしてその在り方を明確にする必要があると考える。

2) 機構の立場からみた課題

(1) 機構を設立した意義を、われわれ歯科医師がどのように理解するか?

国民の声を基に厚労省での議論を経て、われわれ自身がその必要性を理解し、機構は創設された。そして、前述したように同じ価値観を有した社員団体が協働し「基本的な考え方」、そして「整備指針」等を作成し、その考え方に則り機構は活動している。しかしながら、各論の段になると、出身学会の都合を優先して発言されている印象を受けることがみられ、国民(患者)代表の方からも現在の歯科医療の在り方を、国民により開かれ、積極的にニーズに応える内容に大転換していくため、各学会で立場や役割が異なる代表者の方々と、率直に語り合う機会を出来る限り積み重ねる必要があると論されたことがある。機構の設立趣旨ならびに社会の変化とそれに伴うイノベーションの必要性を理解し、われわれ自身の意識を改革する

必要があると思われ、機構設立の原点に立ち返り、歯科専門医の質の担保を是とし、国民に資する新しい歯科医療の創設に向け、建設的な協議が行われることを切に願っている。

(2) 歯科における生涯研修をどのように考えるか？

歯科医学・医療は日進月歩で絶えず変化しており、われわれ歯科医師は常に最新の歯科医学・歯科医療情報を学ぶ義務と責任を有し、生涯にわたり継続し学習する覚悟が必要である。医科においては、臨床研修後、多くは数年の専門研修を受け専門医となるが、専門医のための教育カリキュラや組織立った教育プログラムが整備されており、5年毎の更新により継続した研修が課せられ生涯研修の一翼を担っている¹⁾。一方、歯科では臨床研修後に専門研修の道に進む者は限られ、多くは日本歯科医師会が主宰する生涯研修、あるいは同窓会・スタディグループ・企業等による研修を受講しているのが実情であり²⁾、制度としての生涯研修の実態は明確ではない。

歯科医師免許を取得すると、それ以降更新制度はないことより、国とも相談の上、プロフェッショナルオートノミーの観点からも、われわれ自身が歯科における専門医制度をどのように位置付け、さらに生涯研修の一環としてどのように紐づけるかを含めて協議すべきと思われる。

(3) 歯科専門医の取得を希望する者が少ない

歯科医師臨床研修修了者に対するアンケート調査(令和2年度実施)によれば³⁾、臨床研修を受けた施設は大学病院(含む、病院歯科)が圧倒的に多く(88.1%)、歯科診療所は少ない(5.8%)。その一方で、研修終了後は引き続き大学病院等へ残るものは少なく、その多くは歯科診療所に勤務して(42%)、さらに10年後の進路をみると診療所希望が最も多く、大学・病院歯科等に勤務するものは極めて少ない。この傾向は医科とは異なる歯科の特徴であり、問題点のひとつかも知れない。注目すべきは、研修後の進路先決定理由として専門医資格取得を挙げているものが多くみられるにも関わらず、歯科診療所に勤務する者が多いことであり、研修したい(働きたい)が研修する(働く)場所がないということが考えられ、検証する必要があると思われる。

専門医取得を目指す歯科医師が少ない理由は明確でないが、① 歯科の専門医制度を知らない、② 歯科、あるいは自分には専門性の必要性が無い、③ 歯科専門医を取得したいが何らかの理由で出来ない、等が考えられる。②については、今回の論点にならないが、①については、学部教育から臨床研修の過程で、歯科の専門性について講義・実習等で周知を図ることが肝要と思われる。また、③については、i) 研修の為の経済的負担が大きい、ii) 資格を取得しても働く場所が限られておりキャリアパスを描くことが出来ない、III) その他(ジェンダーフリーの問題)等が、その理由として考えられる。早急に制度の整備、特に歯科専門医の地域格差の観点からも研修施設の環境整備を進めるとともに研修施設を専門医の働き場に繋げること、そして歯科専門医を専攻するものへの経済的支援への施策について、あらゆる方略をもって講じることが喫緊の課題と思われる。

4. 今後の展開

1) 現状の課題に対する対応

(1) 歯科(専門医制度)についての周知活動

まず、当機構のホームページの精度を上げるとともに、現在周知活動の一環として企画している「歯科(専門医制度)・漫画」を完成させ、周知を図る。また、社員団体、歯科医学会連合ならびに歯科医師会と連携し、あらゆる手段を講じて周知を図りたい。

(2) 歯科における基本専門領域以降の専門性について

現在の機構活動を踏まえ、歯科における基本専門領域(10)の協議に加え、今後機構が果たすべき活動について、先に行われた機構主催のワークショップにて検討がおこなわれた。その結果、以下の項目が抽出された。

① 社会歯科医学系歯科専門医の必要性について

医科の社会医学系専門医は、専門医機構とは異なる法人格を有した社会医学系専門医協会が設立され、独自に認定がおこなわれている。社会歯科医学は公衆衛生学的分野を担う重要な分野でもあり、今後、社会歯科医学の定義を含め、その専門性ならびに専門医とは何かを、深く議論する必要があると思われる。機構が、その端緒に就くための役割を担うことは重要と思われる。

② 診断系歯科専門医の必要性について

歯科の特徴に考慮した専門性を補完する専門領域について、例えば、医科にある診断系専門医は歯科には必要が無いのか、ワークショップでも議論がみられた。現在、歯科における診断系専門医は歯科放射線専門医のみであるが、今後は歯科における病理・検査の専門制度の在り方、あるいは臨床系診断科と連携し診断・検査領域を補完する専門性も視野に検討することが必要と思われる。

③ 歯科関連職種における専門性について

デンタルスタッフのキャリアアップをどう考えるかということで、本来であればそれぞれの専門学術団体が主となり検討されるべき事例と考えられる。しかしながら、第三者的機関による評価認定組織の運営は、多大な人的負担ならびに経験が必要であり、経済的にも負担が大きいことが知られている。そのため、それぞれの専門学術団体が主となりその専門性を協議することを基本とし、機構がこれまでの経験を踏まえそれぞれの専門性を協議することを支援することが必要と思われる。

④ その他

現在は協議していない歯科におけるサブスペシャリティーについても、歯科における適切な医療を受ける国民の権利、利益を勘案すると、時期をみて検討すべきであるという意見がみられている。今後、慎重にその妥当性について、協議を重ねていきたいと考えている。

以上については、今後発刊予定のワークショップ報告書を参照されたい。

(3) 歯科の専門性を活かした、新たな歯科医療の創造

前述したが戦後、歯科医学は高等教育への移行に伴い、学問として高度に発展し細分化された。それに伴い歯科医療も細分化(専門分化)したが、その実践は大学のみに限られ、一般の歯科医は従前と変わらず、専門性への確立へと繋がることはなかった。今後は歯科を担う次世代のためにも、歯科医学・医療と専門性を連動させ、抽出された課題の解決を図り、学部教育・臨床実習・卒後研修に続くシームレスな生涯研修の一環として歯科専門医制度を確立し、新たな歯学・歯科医療の構築を目指すことが必要と考える。

5. まとめ

機構設立の経緯、ならびにこれまでの活動経験から、私見を交え現在機構が抱える課題と今後の展望について思考した。今回の経験から、歯科の専門性を考えると、結局「歯科とは、何ぞや?」に行きつくことに気付かされた。先生方におかれましては、本拙文をご笑読のうえ、是非「歯科における専門性とは、そして歯科とは何か?」を、これまでの歯科の歴史を顧みつつ、明日の歯科に繋げて考えていただければ幸い

である。

参考文献

- 1) 北村聖, 永井良三: 医学教育の現状と展望, IV. 生涯教育 1. 生涯教育: わが国の現状. 日本内科学会雑誌 96 (12): 94-100, 2007.
- 2) 日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構 編: 歯科口腔保健・医療の基本情報, 2015 年度版, 第 4 章 歯科医師の教育・研修制度.
- 3) 厚生労働省医政局歯科保健課: 令和 2 年度 歯科医師臨床研修修了者アンケート (速報). (令和 3 年 3 月実施)

執筆者一覧

新井 一仁	日本歯科大学生命歯学部歯科矯正学講座教授 (公社)日本矯正歯科学会常務理事
飯田 征二	岡山大学学術研究院医歯薬学域顎口腔再建外科学分野教授 (一社)日本歯科専門医機構 IT 広報委員
池邊 哲郎	福岡歯科大学口腔・顎顔面外科学講座口腔外科学分野教授 (公社)日本口腔外科学会理事長
石井 信之	神奈川歯科大学教授, (特非)日本歯科保存学会前理事長
石垣 佳希	日本歯科大学附属病院総合診療科教授, (一社)日本有病者歯科医療学会副理事長
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
今井 裕	獨協医科大学名誉教授, (一社)日本歯科専門医機構理事長
岩本 勉	東京医科歯科大学教授, (公社)日本小児歯科学会常務理事
小笠原 正	よこすな歯科クリニック院長, 松本歯科大学臨床教授 (公社)日本障害者歯科学会理事長
小方 頼昌	日本大学松戸歯学部歯周治療学講座教授, (特非)日本歯周病学会前理事長
金田 隆	日本大学松戸歯学部放射線学講座教授, (特非)日本歯科放射線学会理事長
北村 知昭	九州歯科大学口腔機能学講座口腔保存治療学分野教授 (特非)日本歯科保存学会常任理事
木村 博人	弘前医療福祉大学短期大学部口腔衛生学科学科長・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
窪木 拓男	岡山大学学術研究院医歯薬学域教授, (公社)日本補綴歯科学会理事長
小見山 道	日本大学松戸歯学部教授, (公社)日本補綴歯科学会常務理事
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 (公社)日本矯正歯科学会理事長
佐久間 克哉	佐久間歯科医院院長, (一社)日本歯内療法学会理事長
佐藤 真奈美	(公社)日本歯科医師会理事
嶋田 淳	明海大学歯学部病態診断治療学講座教授 (公社)日本顎顔面インプラント学会理事長
清水 典佳	日本大学名誉教授, (公社)日本矯正歯科学会 専門医委員会委員長
末瀬 一彦	(公社)日本歯科医師会常務理事
砂田 勝久	日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座教授 (一社)日本歯科専門医機構業務執行理事
友成 博	鶴見大学歯学部歯科矯正学講座教授 (公社)日本矯正歯科学会 認定医専門医制度改革検討委員会委員長
沼部 幸博	日本歯科大学生命歯学部歯周病学講座教授, (特非)日本歯周病学会理事長

林 美加子	大阪大学大学院歯学研究科教授, (特非) 日本歯科保存学会理事長
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
松浦 信幸	東京歯科大学 オーラルメディシン・病院歯科学講座教授 (一社) 日本歯科麻酔学会常任理事
丸山 高人	永松・横山法律事務所弁護士, (一社) 日本歯科専門医機構総務委員会委員長
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 卓也	岡山大学学術研究院医歯薬学域歯科麻酔・特別支援歯学分野教授 (一社) 日本歯科麻酔学会理事長
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
村上 秀明	大阪大学大学院歯学研究科歯科放射線学講座教授 (特非) 日本歯科放射線学会副理事長
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	松本歯科大学特任教授, (公社) 日本顎顔面インプラント学会理事
築瀬 武史	(公社) 日本歯科先端技術研究所名誉会長・理事 (公社) 日本口腔インプラント学会理事
山本 哲也	高知大学医学部医学科教授 (公社) 日本口腔外科学会理事・専門医制度委員会委員長

(五十音順)