

一般社団法人 日本歯学系学会協議会
第6回シンポジウム

「社会が求める歯科における 専門医制のあり方」

日時：2013年1月26日（土）

場所：GC Corporate Center

5階レクチャールーム

開 会

開会の辞

○野口副理事長 それでは、時間になりましたので、一般社団法人日本歯学系学会協議会シンポジウムを開催させていただきます。

座長を務めさせていただきます、副理事長の野口でございます。よろしくお願いいたします。

タイトルは、「社会が求める歯科における専門医制のあり方」ということで、去年に引き続いて、G C 株式会社様の御厚意で、この場所で第6回シンポジウムを行うことになりました。

G C 社長挨拶

○野口副理事長 G C の中尾 眞社長様がぜひ、去年もそうでしたけれども、一言ごあいさつを申し上げたいということですので、よろしくお願いいたします。中尾様、どうぞ。

(注：ご挨拶の要旨はシンポジウムの後に記載してあります。)

○野口副理事長 中尾様、ありがとうございました。

それでは、これからシンポジウムを開催したいと思いますけれども、きょうは5人の先生方にシンポジストとしてお話をいただきます。最初は専門医制度を実施されている学会の先生方にお話をいただきまして、その後、歯科医師会の先生、それからメディアの方にもお話をいただくというような手順でございまして、座長を私と東北大学大学院の佐々木啓一先生の2人でやらせていただきたいと思います。前半を私が担当させていただきます、後半を佐々木先生が担当いたします。

それで、このシンポジウムをこのようにして設けるきっかけになりましたのは、先生方も御存知のように日本歯学系学会協議会には、多くの学会が特別な厳しい制限もなく入会できるわけですし、さらには学内の学会も入会できます。そういう学会の少しでもお役に立ちたいということで、このようなシンポジウムを幾つか継続してやっているわけですが、今回は特に「社会が求める歯科における専門医制のあり方」ということでのシンポジウムでございます。現在の歯科の専門医制度につきましては各学会の先生方がある種の曲がり角に来ているのではないかと思います。医科でもそのような状況は同じようでありまして医科では制度そのものを変えようということで、現実には厚労省とも連携しながら非常に大きな変化を試みているようでございます。本学会ではそのことに関しまして昨年の6月に医科における専門医別評価・認定機構の理事でいらっしゃる千田彰一先生からお話をいただきました。大変に参考になりましたけれども、歯科と医科はやはりかなり違う状況であると感じました。そして、歯科独自のオリジナルなシ

ステムをつくらないと、医科と同じようにやってはいけないだろうという話であったと感じております。ただ、歯科もこのまま立ちどまっていますと、医科との差がどんどん開いてまいります。そこで今回は、ぜひ多くの先生方のお知恵を拝借しまして、存分なディスカッションをいただき、歯科の専門医制度の発展に資するような活発な御議論がいただければいいなと思っておりますので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

理事長挨拶

○野口副理事長 それでは、理事長あいさつを山根源之先生、よろしくお願いいたします。

○山根理事長 皆さんこんにちは。理事長の山根でございます。

私は本シンポジウムを主催しました日本歯学系学会協議会（歯学協）の立場から、少々お時間をいただきご挨拶させていただきます。赤川前理事長から引き継ぎまして私は2期目でございますが、現在72学会が加盟しております。今、野口副理事長からお話がありましたように、歯学協の会員である各学会は、専門分野の学会だけではなくて、大学の学会もございますし、日本歯科技工学会それから日本歯科衛生学会も入っています。歯学系と頭につきますように、歯学協は歯科医師だけの集まりではなくて、歯学に関連する学会が1つに集う連合体でございます。

立場の違う団体の連合は問題もありますが、歯科界を網羅する面では大きな力です。歯科のエゴを通すためでなく、国民に目線に向けた活動を目的としています。これまで歯科界は小さなコップの中で動いていたような感じがします。国民はどうしても、歯科とは口の中だけが守備範囲であろうと小さく考えます。先ほどの中尾G C社長のお言葉にありましたように、歯科関連の業界の方々は世界に羽ばたいて活動されておりますが、我々も国際学会等でそれぞれの専門の方々は活躍されております。しかし、国内ではまだまだ歯科全体の足場が弱いと危惧しております。

そういうわけで、これまでの歯学協の活動の中で、たくさんある学会の連携を目的として、学会間連携についてのテーマでシンポジウムや講演会を重ね、それらのプロシーディングも出させていただきました。これに対する反響はかなりあり、すでに具体的な連携をとっている学会や検討している学会もございます。先ほどの理事会でも決まりましたので、重要な課題として継続的にシンポジウムや講演会を企画していきたいと思っております。

そしてもう1つ、今回取り上げました専門医制についての議論は、実は歯学協が新しくはじめたわけではございません。歴史がございまして、日本歯科医師会それから日本歯科医学会では、かなり前に、藍先生が中心になって検討され、その委員会の資料も残っております。この必要性を歯科界の先輩たちは取り上げて、一生懸命やろうと試みられたわけです。資料を拝見しますと、なぜこれが続かなかったのか残念です。

聞きますと、現在も委員会は残っているし活動はしているそうです。しかし、私達や国民の目に見えていません。もう専門医制というのは国民の目に見えなければ意味のない時代になっています。その中で、医科では数年前から検討を始めており、もちろん厚労省の

後押しもあると思いますが、専門医制というのは自分たちの中だけではなく、国民にとっても必要な専門医制を考える時代だということで動いております。この流れに歯科はおくれないということで、歯学協は勉強会を始め、本シンポジウムの開催に至りました。皆様に御理解いただきたいのは、歯学協は先ほど申しましたように連合体でございますので、出来ることは限られます。やれるのは、多方面の方々とディスカッションをし、その記録をプロシーディングにまとめて提示することです。日本歯科医師会はじめ、関連の組織と協力しながら、歯科界から発信する国民が理解できる資料をつくっていききたい、これが本シンポジウムの目的でございます。

今日はお忙しい中を御参集いただきましてありがとうございます。どうか活発な御議論をいただいて、形にまとめられたらいいなと思います。後ほど御紹介があると思いますが、今回は我々身内だけではなくて、マスコミの代表の方にも来ていただきました。本シンポジウムの企画段階でマスコミ関係者を呼んで大丈夫かという声が上がりました。しかし、早い段階から第三者のご意見をお聞きすることは大事なことでありと考へ、シンポジストをお願いしました。もちろん批判をしていただいて結構でございます。厳しいご意見がなければ何のための会かわかりません。率直なお考へを聞かせていただけるものと期待して、今日は楽しみにしております。

こういう経緯で企画されましたシンポジウムでございますので、今後とも歯学協の活動に御支援をいただきたい。如何せん1学会5万円の拠出金で運営している連合体でございますので皆様お一人お一人のご支援が大事です。

それからもう1つ、皆様のお耳に、歯保連という言葉が最近多く入っていることと思います。歯保連会長の今井先生もここにお見えになっておりますけれども、歯保連は歯学協とは別な組織ですが、歯保連は歯学系学会社会保険委員会連合といいまして、歯学協の中の社会保険委員会の連合体でございます。だから歯学協とは密接な関係がございます。今、歯学協では表に歯保連という1つの組織を持って動いております。今後必要があれば、この専門医制に関しましても、必要な組織を関係団体と協力してつくっていくべきかなと考へております。

これまでの歯学協の経過報告と今後の展望を含めまして、理事長挨拶とさせていただきます。では、これからどうぞ、活発な御議論をお願いいたします。(拍手)

○野口副理事長 山根先生ありがとうございました。

シンポジウム「社会が求める歯科における専門医制のあり方」

「口腔外科専門医制度の変遷と今後の課題」

日本口腔外科学会常任理事 木村 博人先生

○野口座長 それでは、シンポジウムを開催したいと思います。

テーマは先ほど申し上げたとおりでございます。最初に木村先生でございます。

木村先生は、日本口腔外科学会の常任理事でございまして、弘前大学大学院医学研究科の歯科口腔外科学講座の主任教授でいらっしゃいます。ここに御略歴が書いてございますけれども、パンフレットを見ていただければわかるかと思いますが、東北大学を御卒業になりまして、弘前大学の助手、講師、助教授、そして教授ということで、さらには大学院医学研究科医科学専攻の口腔外科講座の教授に配置がえになりまして、現在は医学研究科歯科口腔外科学講座教授でいらっしゃいます。多くの社会活動も兼任されております。先生、それでは、よろしくお願いいたします。

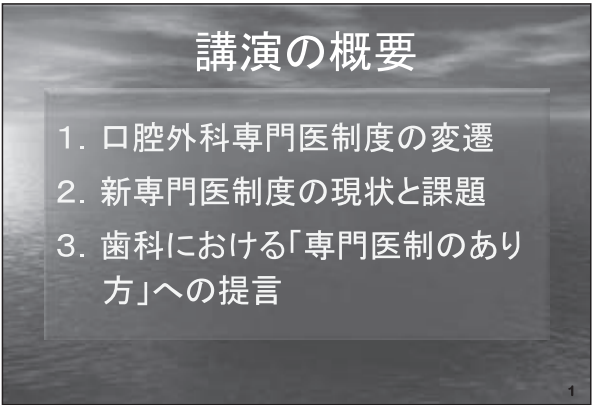
○木村 きょうはこのような大役を仰せつかりまして、非常に光栄というか緊張しております。

口腔外科学会の専門医制度委員会の委員長を少し長くやっていたので、お鉢が回ってきたのだと思いますが、シンポジウムのプログラム資料集にございますように、本日は「社会が求める歯科における専門医制のあり方」というテーマの中で、「口腔外科専門医制度の変遷と今後の課題」という題目で、我々が現在行っているところの口腔外科専門医制度の歴史と今後の課題を紹介し、それを通じてこれからの歯科における専門医制のあり方について、多少なりとも提言といえますか、メッセージを発することができればと思い、お話しさせていただきます。

講演の概要ですが、口腔外科専門医制度について、歯科における専門医制度の1つのモデルとして、このように実施して来ましてということをお紹介かたがたお話しさせていただきます。その中で、現行の専門医制度は新専門医制度と呼んでいるのですが、色々見えてきたものがあり、最近の動向も踏まえまして課題がピックアップされましたので御紹介いたします。最後に、歯科における専門医制の在り方への提言ということで、お話しさせていただきます。

少し細かくて恐縮ですが、御存じのように日本の医科系の専門医制度のスタートは、昭和37年の日本麻酔指導医制度です。このスライドは口腔外科学会の歴史も併せて記載していますが、戦後の口腔外科学会と医科の専門医制度に関連する事項を並べた表です。

昭和37年から遅れること約11年、歯科では本当に早いと思うのですが、日本口腔外科学会は認定医制度規則を制定しております。その4年後に第1回の研修機関、指導医を指定していく訳ですけど、一方、医科の方では、昭和37年から「学会認定制協議会」



	(公社) 日本口腔外科学会の歴史と専門医制度の変遷	(医科系) 専門医制度関連事項
1949 (昭和24) 年	・「口腔外科学会」新会則制定	
1956 (昭和31) 年	・第1回口腔外科学会総会 (東京)	・日本医師会「専門医制度に関する研究結果中間報告」
1962 (昭和37) 年		・「日本麻酔指導医制度」発足
1966 (昭和41) 年	・学会名を「日本口腔外科学会」に改称	・1968年「インターン制度」廃止
1973 (昭和48) 年	◎日本口腔外科学会認定医制度規則制定	
1977 (昭和52) 年	◎認定医制度規則による第1回研修機関・指導医を指定	
1981 (昭和56) 年	✓第1回教育研修会開催	・「学会認定医協議会 (学認協)」推定 (22学会)
1986 (昭和61) 年		・医学会・医師会・学認協「三者懇談会」発足 (27学会)
1991 (平成 3) 年	・社団法人日本口腔外科学会設立許可 (正会員数6,330名)	
1993 (平成 5) 年	◎「認定医制度規則」改定/平成6年11月施行	・三者懇談会により13学会の認定 (専門) 医の承認
1996 (平成 8) 年	✓診療標榜科名「歯科口腔外科」認可	
2001 (平成13) 年		・「専門医認定協議会」に改組

いわゆる学認協が出てくる昭和 56 年まで約 20 年間は何もないようです。何かあったのだとは思いますが、公式の文書には記載が無いということでして、結構早い時期から口腔外科学会はそういう認定医制度を始めていたということです。

具体的には教育研修会も始めていますが、平成 3 年の社団法人移行というのもあり、平成 5 年に認定医制度規則を一旦、現在の専門医制度に近いような内容に改定しています。丁度その頃に学認協が発展的に解消し日本医学会、日本医師会と共に「三者懇談会」が発足し、専門医を承認することになりました。これも副次的なことですが、診療標榜科名「歯科口腔外科」が認可されたのは平成 8 年ということで、かなり大きな弾みになったということになります。

そして、何といたっても専門医制度は、平成 14 年の厚生労働大臣の告示、「専門医広告に関する基準・手続」が本当にばねになったような気がします。この時期に、医科の方では専門医認定協議会が改組され、中間法人「日本専門医認定機構」ができております。一方、口腔外科学会は、口腔外科認定医制度をこの告示に合わせて、「認定医」を「専門医」という名称に読み換え、翌年に「口腔外科専門医」の広告認可を得ています。今考えますと、余談ですが「口腔外科専門医」は非常に大事な名前です。というのは最近色々な歯科領域の専門医の名称に歯科をつけるということを一部から言われていますが、この時にはそういう声押し切ったのだと思いますけれど、「歯科口腔外科専門医」ではなく「口腔外科専門医」なのです。そういう点では、非常に重みのある名称を認可されたのだと思います。

	（公社）日本口腔外科学会の歴史と 専門医制度の変遷	（医科系）専門医制度関連事項
2002（平成14）年	◎「認定医制度規則」を「専門医制度規則」に改定	・「専門医広告に関する基準・手続」厚生大臣告示
2003（平成15）年	✓（社）日本口腔外科学会認定「口腔外科専門医」広告認可	・中間法人「日本専門医認定機構」設立（55学会）
2005（平成17）年	◎新「専門医制度規則・施行細則」施行	☆「専門医制度のグランドデザイン」（日本歯科医学会「認定医・専門医協議会」公表）
2006（平成18）年	・歯科医師臨床研修制度開始	・「日本専門医制審議会」発足
2007（平成19）年	✓中間法人「日本専門医認定機構」参加拒否の回答	
2008（平成20）年	◎新「口腔外科専門医制度」による認定申請開始	・「（社）日本専門医評価・認定機構」発足（71学会）
2009（平成21）年	◎新制度による第1回専修医認定、日本がん治療認定医機構「がん治療認定医（歯科口腔外科）」	
2012（平成24）年	・（公社）日本口腔外科学会設立登記（正会員数9,941名）	・厚労省「専門医の在り方に関する検討会」中間まとめ ・医療広告ガイドライン改訂

という名称に読み換え、翌年に「口腔外科専門医」の広告認可を得ています。今考えますと、余談ですが「口腔外科専門医」は非常に大事な名前です。というのは最近色々な歯科領域の専門医の名称に歯科をつけるということを一部から言われていますが、この時にはそういう声押し切ったのだと思いますけれど、「歯科口腔外科専門医」ではなく「口腔外科専門医」なのです。そういう点では、非常に重みのある名称を認可されたのだと思います。

学会では、そのような状況と医科の専門医の流れも踏まえまして、旧来のただ読みかえただけの専門医制度・規則ではまずいということで、種々議論を重ね、2005 年（平成 17 年）に現在施行している専門医制度、新と言っていますが、専門医制度規則・施行細則を制定しました。そして、これを会員に周知して、実際の申請は 3 年後から開始しました。

同時に、これは後でお話ししますが、先ほど理事長からコメントがございました日本歯科医学会の中に、藍 稔先生を座長とする「認定医・専門医制協議会」が設置され、「専門医制度のグランドデザイン」が公表されたのが丁度平成 17 年のことでございます。

平成 20 年から新口腔外科専門医制度による認定申請が始まりますが、この年は、前回のシンポジウムにありました「日本専門医制評価・認定機構」が発足しております。専門医制とは関係ないのですが、昨年、口腔外科学会は公益社団法人に移行しましたが、昨年夏に厚生労働省から「専門医の在り方に関する検討会」中間まとめが出たというのも大きい意味を持つものと思います。

また、昨年は、広告可能な専門医に関連して、医療施設、医療機関の広告のガイドライン、特にホームページの広告のガイドラインが改訂されたというのも、専門医制度にリンクし

ているのではないかとということでございます。

口腔外科学会はこのように、旧くから種々の改訂を重ねて専門医制度を実施してきたわけですが、旧専門医制度から新専門医制度への改訂ではどのような点を主に変えたかというのを御紹介したいと思います。

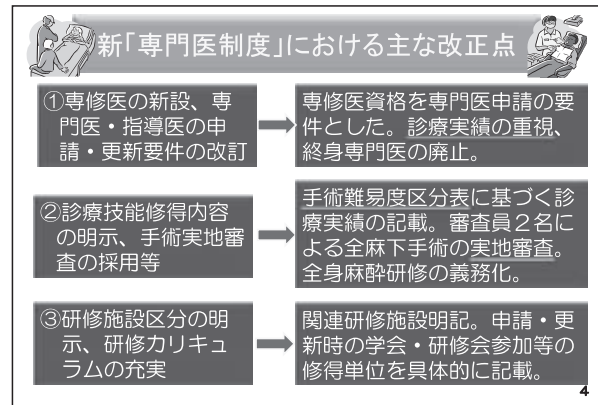
「専門医」の申請資格は後でもお話ししますが、診療技能に加え研修実績も含めまして、ハードルを少し高くしたところもありまして、会員の研修歴は6年以上ですが、実際に申請しようとする会員から見ると相当遠い目標になってしまうということで、中間点として「専修医」を新設したということが1つの大きい改正点でした。もう1つは、専門医・指導医の申請・更新要件の改訂では、診療技能を重視するという点、診療実績ですね、要するに手術も含めました臨床の能力、技能、技量、そういったものを重視する形の専門医制度に変えたということでございます。

そして良くご存知のように、広告可能な専門医制度の大原則は、専門医は更新しなければならないということです。終身専門医について、具体的に厚生労働省にお願いに行ったのですけれども、終身専門医はまかりならぬということで廃止したということでございます。

2つ目が診療技能の修得内容の評価と確認です。これもまた色々な考え方があるのですが、実際どれだけの診療技能を修得したのかということの評価するために、口腔外科学会の特徴的なやり方だと思うのですが、手術難易度区分表を作って、それに基づいた診療実績を具体的に記載する方法を採用したということです。更に、これもかなり特徴的ですが、審査員2名が申請者の施設に赴いて、全身麻酔下の手術を実地審査するということです。また、全身麻酔研修を義務化したということは、診療技能の修得内容を確認する手続、プロセスとして取り入れたということが大きいと思います。

3つ目は研修施設区分という点で、関連研修施設、準研修施設ですけれども、これを明確にしたということと、研修カリキュラムは後で御紹介しますが、細かく具体的に記載したということでございます。

施行細則の抜粋です。細かくて恐縮なのですが、先程来、話をしている診療技能の修得の申請要件は、旧規則ではこんな感じだったのです。100例以上の手術執刀者となり、その中で指定した手術を20例以上含むという、よく分からないというところがあったのですが、それを具体的に口腔外科手術として指導医あるいは専門医の下で100例行って、執刀手術は内容区分表の各分野からそれぞれ実際に行わなければいけないというふうに定めております。



② 診療技能修得の申請要件を具体的に記載した。 5

【旧施行細則第7条】2 手術症例については、100例以上の執刀者であることを要し、顎骨骨折手術、顎炎ないし蜂窩織炎手術、歯性上顎洞炎根本手術、唇顎口蓋裂手術、顎変形に対する手術、口腔並びにその付近に発生する良性及び悪性腫瘍の手術、口腔並びにその付近に発生するのう胞の摘出手術、骨、軟骨、皮膚、粘膜などの移植手術など20例以上を含むものとする。

3 入院症例については担当医として診療に従事した40例以上とする。

【新施行細則第20条】専門医申請者は、次の各号に定める項目について、所定の診療実績を修めなければならない。

1) 口腔外科手術：本学会認定指導医あるいは専門医の下で、以下のA～Fの分野から合計100例以上の執刀手術を経験しなければならない。＜中略＞執刀手術は、手術難易度区分表（別表5）の各分野の手術について、下記に定めた症例数を要するものとし、そのうちの40症例以上が中難度手術あるいは高難度手術でなければならない。

2) 入院症例の管理：担当医として手術難易度区分表（別表5）の各分野から合計50例以上の入院症例の管理を経験しなければならない。

3) 口腔外科症例の管理・診断：口腔外科の管理・診断症例として、下記に定めた要件を満たし、10例以上経験しなければならない。＜以下、略＞ 5

入院症例については、入院症例の管理ということで、担当医として色々な疾患の中から一定の数を担当しなければならない、すなわち、主治医として入院症例の管理を経験しなければならないということです。

3) の口腔外科症例の管理・診断は、これは表現が余り良くないのですが、一般の外来患者さんで重篤な合併症とか診断・治療の困難な症例をどういうふうに管理をしたとか、障害者の治療を経験したとか、そういうことを含んでおります。

手術難易度区分表は、大体こういう内容で、口腔外科手術の難易度を基本手術、中難度手術、高難度手術の3つに分けています。そして手術分野を、一番上のA歯・歯槽外科手術から消炎手術、良性腫瘍のようになっていて、最後の口腔・顎・顔面インプラント手術に至るまでAからFの5つに区分しまして、それぞれ具体的に記載しています。ただし、表を見やすくするために実際の手術名はかなり省略しております。

別表5 手術難易度区分表（2005年4月より施行）

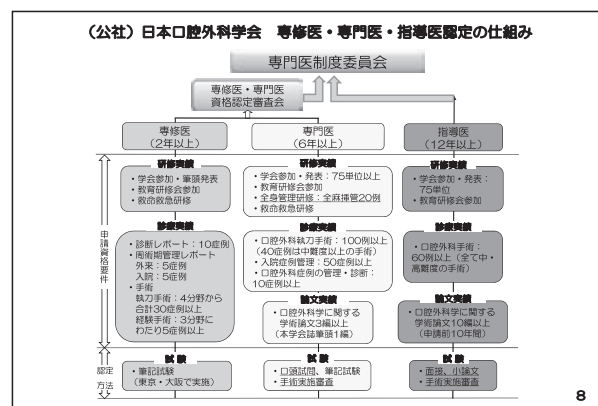
記号	分野名	基本手術	中難度手術	高難度手術
A	歯・歯槽外科手術	埋伏歯抜出手術（Winters分類・・・・）歯槽欠陥手術（歯槽・・・・）歯槽欠陥手術（歯槽・・・・）	埋伏歯抜出手術（Winters分類・・・・）歯槽欠陥手術（歯槽・・・・）歯槽欠陥手術（歯槽・・・・）	埋伏歯抜出手術（Winters分類・・・・）歯槽欠陥手術（歯槽・・・・）歯槽欠陥手術（歯槽・・・・）
B-1	消炎手術	口腔内腫瘍の摘出 炎症性腫瘍	炎症性腫瘍の摘出 炎症性腫瘍	炎症性腫瘍の摘出 炎症性腫瘍
B-2	良性腫瘍、嚢胞、腫瘍形成性疾患等の手術	頰口の嚢胞摘出・嚢出 頰口の嚢胞摘出・嚢出	頰口の嚢胞摘出・嚢出 頰口の嚢胞摘出・嚢出	頰口の嚢胞摘出・嚢出 頰口の嚢胞摘出・嚢出
B-3	唾液腺関連手術	唾液腺摘出手術 唾液腺摘出手術	唾液腺摘出手術 唾液腺摘出手術	唾液腺摘出手術 唾液腺摘出手術
B-4	上顎洞関連手術	上顎洞摘出手術 上顎洞摘出手術	上顎洞摘出手術 上顎洞摘出手術	上顎洞摘出手術 上顎洞摘出手術
C	顔面外科手術	顔面外科手術 顔面外科手術	顔面外科手術 顔面外科手術	顔面外科手術 顔面外科手術
D-1	顎矯正手術	顎矯正手術 顎矯正手術	顎矯正手術 顎矯正手術	顎矯正手術 顎矯正手術
D-2	顎顔面骨延長術	顎顔面骨延長術 顎顔面骨延長術	顎顔面骨延長術 顎顔面骨延長術	顎顔面骨延長術 顎顔面骨延長術
D-3	顎関節手術および関連処置	顎関節手術 顎関節手術	顎関節手術 顎関節手術	顎関節手術 顎関節手術
E	癌・前癌病変の手術	癌・前癌病変の手術 癌・前癌病変の手術	癌・前癌病変の手術 癌・前癌病変の手術	癌・前癌病変の手術 癌・前癌病変の手術
F-1	顔面外科手術	顔面外科手術 顔面外科手術	顔面外科手術 顔面外科手術	顔面外科手術 顔面外科手術
F-2	歯槽口蓋手術	歯槽口蓋手術 歯槽口蓋手術	歯槽口蓋手術 歯槽口蓋手術	歯槽口蓋手術 歯槽口蓋手術
F-3	再建外科手術	再建外科手術 再建外科手術	再建外科手術 再建外科手術	再建外科手術 再建外科手術
F-4	口腔・顎・顔面インプラント手術	口腔・顎・顔面インプラント手術 口腔・顎・顔面インプラント手術	口腔・顎・顔面インプラント手術 口腔・顎・顔面インプラント手術	口腔・顎・顔面インプラント手術 口腔・顎・顔面インプラント手術

専門医申請の要件としては、A分野から何例というように指定します。例えばA分野から10例以下、歯・歯槽外科だけを沢山記載しては駄目ということですね、B分野から20例以上というふうに、具体的な研修カリキュラムの目標を設定したということで、専門医の診療技能を保証する、担保するということの裏づけにしたいということで実施しております。

表 専門医申請要件としての手術難易度区分表別症例数（現行）

分野名	手術難易度区分	症例数
A	歯・歯槽外科手術	10例以下
B-1	消炎手術	
B-2	良性腫瘍、嚢胞、腫瘍形成性疾患等の手術	20例以上
B-3	唾液腺関連手術	
B-4	上顎洞関連手術	
C	顔面外科手術	5例以上
D-1	顎矯正手術	
D-2	顎顔面骨延長術	10例以上
D-3	顎関節手術および関連処置	
E	癌・前癌病変の手術	5例以上
F-1	顔面外科手術	
F-2	歯槽口蓋手術	10例以上
F-3	再建外科手術	
F-4	口腔・顎・顔面インプラント手術	

これは、本日の配布資料としてお渡ししたものの一部で、専修医・専門医・指導医の認定の仕組みを、少し細かいので拡大して示しています。専修医・専門医は「専修医・専門医資格認定審査会」が審査して、専門医制度委員会に答申し、その結果を理事会に報告するという形にしております。ここに示しました専修医の研修歴は2年以上ですが、学会の入会歴だけではなく研修施設に勤務してから何年居たかということで、複数の研修施設に在籍していた場合は、それを合算して構わないということになっております。



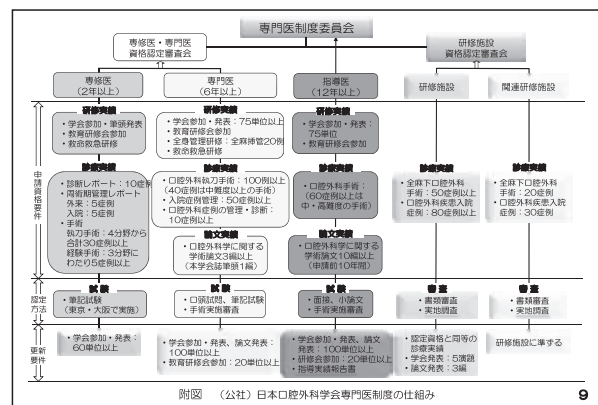
研修歴は、専修医2年以上、専門医6年以上、指導医12年以上ですが、この専門医制度規則制定の頃はちょうど歯科医師の卒後臨床研修制度の始まりでしたので、臨床研修期間の1年は入っていません。ですから、卒業後ということでは3年、7年、13年という

ことになります。厚生労働省の方は当初、臨床研修期間中は専念義務として、口腔外科だけ研修してはいけない、一般歯科治療を幅広く修得するというようになっていました。今は色々な要望が出ており、専門医制度の研修期間に1年間を入れておけば良かったというのはあるのですが、その当時は真剣に受け止めて、それを除くことにしました。

専修医、専門医、指導医も全て研修実績としては、学会の参加・発表等、研修会、救命救急研修への参加を義務付けています。診療実績については、専修医は論文実績が無く診療実績だけです。専門医・指導医も主に手術実績を報告することになっていますが、それなりの論文も書きなさいということを義務づけております。

スライドのような手続きで認定していくわけですが、実際の試験方法は、専修医の筆記試験は東京と大阪で行っております。専門医は、口頭試問、筆記試験、それから手術実地審査ということになります。指導医は面接、小論文、手術実地審査です。実は、この口頭試問と面接はどう違うのかと言われますと、指導医の申請者は研修施設あるいは学会の中でそれなりの実績をもう既に持っていますので、本当に人物評価ということになります。指導医の方は、資格取得後に専門医、専修医を養成し、一般の口腔外科会員を指導するという大事な職務ですので、人物評価という観点で面接を実施しております。

これは認定の仕組みの全体像ですが、ここでお話しするのは更新の方法と、研修施設の位置づけです。更新の方は、基本的に資格取得後、ある一定の期間研修した者は、取得時の診療技能あるいは経験・知識を維持していると認識しています。5年ごとの更新はそれなりの学会発表や学会参加、要するに自己研修を維持していけば、その更新はそんなに難



しいものではないというシステムにしています。ただ、指導医だけは、指導実績報告書という形で、実際どのように専門医・専修医を指導したかという報告書を提出させております。

一方、研修施設の方ですけれども、これも色々な議論はあったのですが、全身麻酔下での手術50症例以上を申請要件にしています。1年間365日、50週くらいですから、週1例くらい全身麻酔の手術を実施していることが目安になります。旧規則では80とか100症例だったのですが、最近は麻酔医不足とか病床の関係とかで、幾ら患者さんがいても自由に全身麻酔手術をやれるという環境ではなくなっている傾向がありますので、そのような事情を踏まえこの数を決めております。

認定方法は、書類審査と実地調査により判定します。いずれも、当初これを制定する際には非常に議論百出、反論がありました。要するに、申請する学会会員や申請する研修施設の責任者が、私達を信用できないのかという話ですね、書類審査だけでは。しかし、基本的に信用できないということで、それを行っているわけです。というのは、本当にざっくりばらんに言ってしまうと、例えば広告可能な口腔外科専門医を認定するのは学会なわけですから、その認定した資格を有する個人あるいは研修施設に対しては、学会がある

程度保証しているという部分がありますよね。その時に、この認定のシステムを曖昧にしていくことは出来ないということで、性悪説という言い方もあるのですが、専門医制度のリスクマネジメントという意味で実際運用しています。

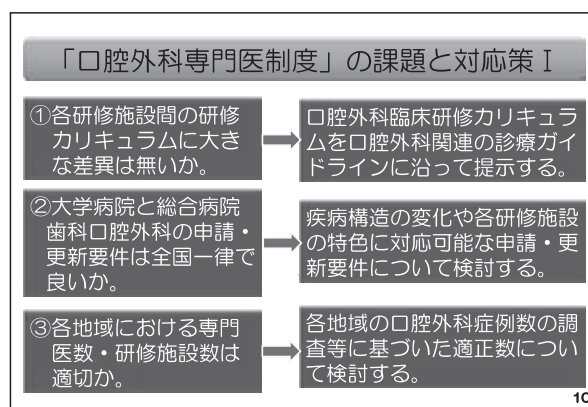
関連研修施設は実地調査に行かなくても良いのではと内心思っていたのですが、実施して5年目なのですが、1年間の症例数とか在籍年数とかを病院のデータと照合すると、不適切な申請書類も結構ありました。これは身内の恥ですけども、そういう例も1つ、2つあるので、やはり実施して良かったということです。

あと手術実地審査は、普段から手術している方はもう最初の30分で分かるのです。大体、やっているなど、それでもういいのです。というのは、手術予定日を少なくとも2週間ぐらい前に審査員に通知しますので、待機しても良い疾患、術後性上顎嚢胞とか顎変形症とかの手術に限定される訳です。急患の顎顔面外傷、下顎骨骨折なんかをどうするのかを審査員が一番見たいのですけれども、そんなケースはなじまない訳です。診療技能としての手術技能を審査するといっても、大体手術している人は分かりますし、そんなに差はあるものではないです。審査の場で細かいピンセットの使い方がどうのこうのとか、そういうことではないので、手術時間が3時間の場合は、1時間半ぐらいで帰ったりするような場合もあります。必ずしも細かい手術手技を審査するというものではなく、普段から申請書どおりの手術症例を実施しているという実績に裏づけられた診療技能を確認するというところでございます。

現在5年目と言いましたけれども、昨今の専門医制度について色んなことが言われてきていますので、それも含めていくつかの課題があり、見直しをしなければいけないと思っている所をお話しさせていただきます。

初めは、研修施設間の研修カリキュラム、研修プログラムに違いがあるのではないかとことです。差異はあると思いますのでそれをどう解決するかということで、口腔外科の臨床研修カリキュラムを考えています。口腔外科学会はお蔭様で関連学会があり、外傷ガイドライン、顎関節ガイドライン、口腔がんガイドラインなどが出ているので、今後もそれを推進していく必要があるという対応案です。

2つ目は、大学病院と総合病院の歯科口腔外科で更新要件を同じに扱うのは適切かということです。特に、5年間で何編以上の学術論文を書かなければいけないというのは、大学病院と一般病院の歯科口腔外科は一緒ですが、そのままで良いのかというのはあります。また、地方によって疾病構造が変化していて、色々な患者さんを診ていくという点の見直しと、もう1つは施設によって、唇顎口蓋裂専門病院、顎変形症が専門とか、口腔がんがメインとか、様々な特徴が出てきていますので、それに対応していく必要があるのかなと考えています。



3つ目が、医科の中間まとめなどを見て、なるほどと思ったのですが、各地域における口腔外科専門医の数、研修施設の数はいかほどかということです。まずは、各地域にどのような症例数がある、それに対応できる施設がどのくらいあるかという基礎データをとらなければいけないなと思っている所です。

研修カリキュラムは、「本学会の定める研修会カリキュラムに従い」とか、「研修カリキュラムに定められた口腔外科手術」とか規定されています。施行細則の方では、「研修カリキュラムに則した口腔外科疾患の診断と治療に必要な診療設備」を有するような研修施設とか、いろんなことを記載していますが、より具体的に口腔外科専門医の研修カリキュラムとして、6年間に何をどうするのかというのは結構明示しにくいものです。

「研修カリキュラム」と「研修の到達目標」は混同されがちですが、具体的にその対応の1つとして、一昨年9月に学会が編集し「口腔外科専門医マニュアル」、100ページほどのものを発刊しました。第Ⅰ編の基礎知識、第Ⅱ編は分野別の診療ポイントと手術手技となっています。第Ⅱ編は非常に詳しいのですが、手術難易度区分の分野別に沿って、どういうふうに治療のポイント、手術手技があるかということを記載していて、ここがメインになっています。第Ⅲ編は隣接領域の疾患の診断ということで、これらの内容で大体専門医制度の研修カリキュラムをカバーできるようになっています。まだ不足かなとは考えていますし、今後はガイドラインをこれに載せていかなければいけないなとは思っています。

とりあえず各都道府県の専門医の数と研修施設をグラフに作成してみました。まだまだ足りないようです。専門医数と研修施設数が多いのは、医師の分布と本当に同じで、東京・神奈川、近畿、中部、それから九州で、全国的にはこの4カ所に偏在しています。研修施設も大体それに比例しているのですが、中部4県は、三重、愛知、岐阜、静岡ですけども、専門医数の割には研修施設数が多く、旧専門医制度規則のときに駆け込みで研修施設になった施設があるそうで、新しい制度で5年ごとにふり落とされています。

これは、専門医制度の変遷と各種資格の累積認定数の推移を示したグラフです。一番上の折れ線が専門医です。1979年スタートで、順当に右肩上がり増加していますが、

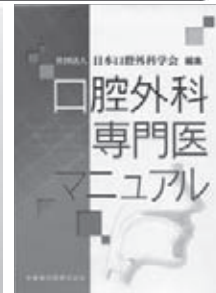
①「研修カリキュラム」が、具体的に提示されていない。

- 【専門医制度規則第13条】（専門医の申請資格）
第13条 1）～3）略
4）歯科医師または医師の臨床研修修了後、本学会の定める研修カリキュラムに従い、研修施設または関連研修施設において、通算6年以上、口腔外科に関する診療に従事していること。
- 【専門医制度規則第21条】（研修施設の申請資格）
第21条 略
2）研修カリキュラムに定められた口腔外科手術が、所定の件数以上行われていること
- 【専門医制度施行細則33条】
第33条 研修施設は、研修カリキュラムに則した口腔外科疾患の診断と治療に必要な診療設備を有し、セミナーや集談会などが定期的に開催されていること。

11

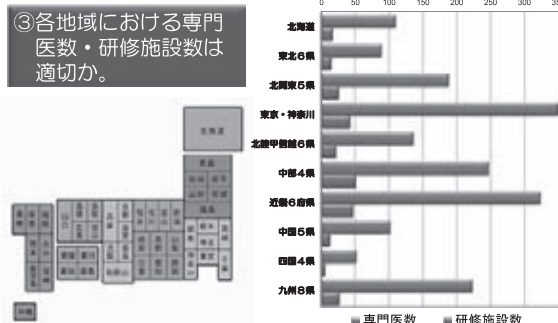
【問題点】「研修カリキュラム」と「研修（診療）の到達目標（申請要件）」は混同されがちである。

口腔外科専門医マニュアルの構成
第Ⅰ編 基本的知識
修得すべき手術、診査・診断、
周術期管理、救急救命医療
第Ⅱ編 分野別の診療ポイントと
手術手技
臨床経験（実績）として必要な
難易度別疾患と診断技術・手術
手技
第Ⅲ編 隣接・関連分野の疾患の
診断・治療および各科との連携
口腔外科症例の診断と管理



平成23年9月1日発行 12

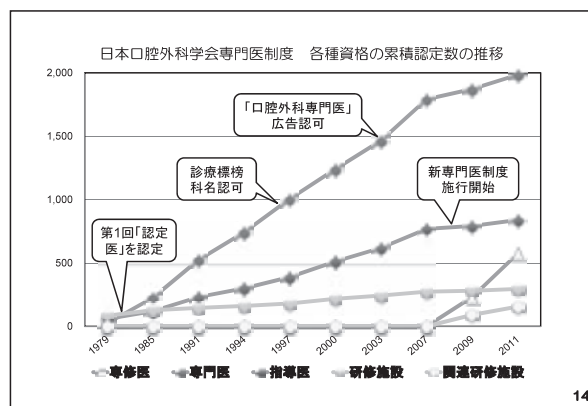
③各地域における専門医数・研修施設数は適切か。



（公社）日本口腔外科学会専門医・研修施設地域別分布

13

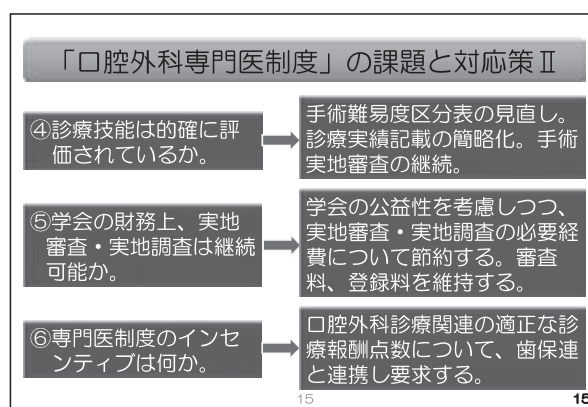
新専門医制度開始の2008年まで一直線に右肩上がりで来たのが、それ以降は指導医も専門医もブレーキがかかっています。ブレーキがかかったということは、先ほど話したように実地審査を行ったり申請要件のハードルを高くしたりというのが影響しています。今考えてみると、そういう意味では新専門医制度でしっかり見直して色々なことを決めたことが良かったと思っています。多分この方向でずっと行けば有り難いと思います。



因みに、正会員数は約1万人弱ですが、専門医は約2,000人弱ですから、正会員の約20%が専門医ということになり、指導医は850くらいですから約8%です。これが本当に適正かどうかは、医科と余り比べたことがないので、比較してみても一回チェックしないといけないなとは思っています。それから新しく関連研修施設、専修医を制度化しましたが、専修医は非常に効果がありまして、その伸びは非常に大きいです。専門医資格のハードルが高い分、目標が遠い分、その中間地点に目標を設置したという仕組みが効果を示しているのではないかと思います。

課題と対応の4つ目から6つ目ですが、診療技能の評価法は、先程述べましたように大体適切かなと思っているのですが、手術難易度区分表が多少不合理なところが出てきましたので、見直しを考えております。

それから、学会の財務運営上、実地調査は継続可能かというのは大きな課題です。本日はお示しませんが、専門医、研修施設も含めまして、審査料、登録料は約3倍に値上げしました。要するに実地審査員の旅費・宿泊費・日当などを学会が全部支出するので、結構な財政的負担になっています。



最後に、この問題はこれからディスカッションしていくのだと思うのですが、専門医制度のインセンティブですね。個人のインセンティブはないと医科の方に書いていますが、個人はなくても施設においてはインセンティブがあると考えられます。施設基準とか色々な意味で加算があり、地域診療支援加算とかもありますので、口腔外科関連の適正な診療報酬点数は、手術点数も含みまして、歯保連と提携して色々要求していく必要があります。とりあえずは、歯科口腔外科を設置する医療施設にインセンティブを与えなければいけないということでは、今までの方向性は間違っていないとは思っていますが、まだ不十分かもしれません。

手術難易度区分は、歯保連のモデルになっている外保連のレベルⅠ～Ⅳを参考にし、手術別の診療報酬点数表の点数もある程度参考にして、見直しています。現在の基本・中難度・高難度手術という3区分にもう一つ区分を加えて並べ直して、専修医はこの区分と分野で

何症例、専門医、指導医だとレベルⅡからⅣの方を何症例とし、実際の診療報酬請求も踏まえて、申請しやすくなるように見直している所です。手術分野もA～Dの4段階に簡略化して、色々関連する手術を1つにまとめて申請できるようにするという事です。

④手術難易度区分表の見直し（改訂案：2013年）					16
分野記号	分野【現行】	レベルⅠ	レベルⅡ	レベルⅢ	レベルⅣ
A-1	歯・歯槽外科手術	歯周外科手術 歯周組織再生誘導手術 歯根端切除術	埋伏智歯抜歯術（口内法） 口腔透入下顎智歯除去術	埋伏智歯抜歯術（口外法） 口腔透入下顎智歯除去術	
A-2	補綴外科手術【F-1】／顎咬形成・骨移植手術	小顎形成術（頬・口唇・舌） 骨移植手術 歯槽骨移植手術	歯槽骨造成術 顎咬形成術（1/2顎未満） 口蓋隆起形成術（2 cm以上）	歯槽骨延長術（DOG） 骨移植を含む顎咬形成術 顎咬形成術（1/2顎以上）	
A-3	口腔・顎・顔面インプラント関連手術【F-4】	インプラント植立術 インプラント取出術（困難）	上顎両側上顎 インプラント植立術	顎矯正補綴のためのインプラント植立術	顎骨インプラント植立術
B-1	消炎手術	顎骨髄炎消炎手術（1/3顎未満） 歯槽膿瘍切除術	顎骨髄炎消炎手術（1/3顎以上） 歯槽膿瘍切除術	顎骨髄炎消炎手術（全顎） 洗滌部膿瘍切除術	顎骨髄炎消炎手術（全顎） 洗滌部膿瘍切除術
B-2	良性腫瘍・嚢胞・嚢腫形成性疾患等の手術	顎骨囊腫摘出術（指頭大以上） 経口の腫瘍切除・摘出術（3 cm以上） 顎骨腫瘍摘出術（3 cm以上）	経皮的腫瘍切除・摘出術 顎骨腫瘍摘出術（1/3顎以上） 下顎区域切除術 遠近顎突起切除術	顎骨腫瘍摘出術（1/3顎以上） 下顎区域切除術 遠近顎突起切除術	顎骨腫瘍摘出術（1/3顎以上） 下顎区域切除術 遠近顎突起切除術
B-3	唾液腺関連手術	唾石摘出術（唾液腺管前方2/3） 小唾液腺腫瘍摘出術（嚢腫） 唾液腺腫瘍摘出術	唾石摘出術（唾液腺管前方1/3） 小唾液腺腫瘍摘出術（嚢腫） 唾液腺腫瘍摘出術 舌下腺摘出術	唾石摘出術（口外法） 唾液腺管形成術 大唾液腺良性腫瘍手術	大唾液腺良性腫瘍手術
B-4	上顎両側上顎手術	上顎両側上顎手術（嚢腫） 口腔上顎両側上顎手術（嚢腫）	上顎両側上顎手術（嚢腫） 口腔上顎両側上顎手術（嚢腫）	口腔上顎両側上顎手術（嚢腫）	

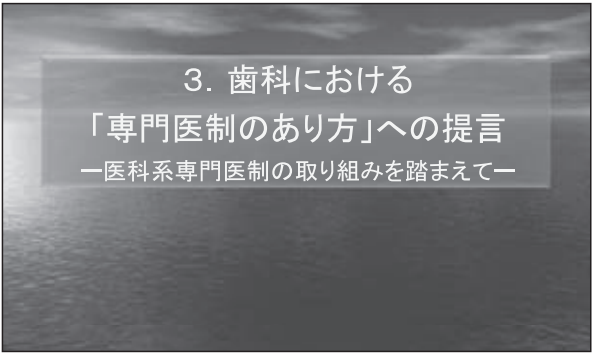
④手術難易度区分表の見直し（改訂案：2013年）					17
分野記号	分野【現行】	レベルⅠ	レベルⅡ	レベルⅢ	レベルⅣ
C-1	顎顔面外傷手術／異物除去手術	歯槽骨骨折の整復術 歯槽骨・顎骨骨折の整復術 顎骨骨折の整復術（顎骨内固定・挿入固定法）（嚢腫）	歯槽骨骨折の整復術（Le FortⅠ型） 上顎骨骨折手術（Le FortⅠ型など） 下顎骨骨折手術	上顎骨骨折手術（Le FortⅠ型） 上顎骨骨折手術（Le FortⅠ型など） 上顎骨骨折手術（Le FortⅠ型など）	顎顔面外傷手術（嚢腫） 顎顔面外傷手術（嚢腫） 顎顔面外傷手術（嚢腫）
C-2	顎咬形成関連手術／顎咬形成延長術【D-1,2】	歯槽骨皮質切開術（6歳未満） インプラントアンカー埋入術	歯槽骨皮質切開術（6歳以上） 上顎骨延長術（Le FortⅠ型）	上顎骨皮質切開術（6歳以上） 上顎骨延長術（Le FortⅠ型）	上顎骨皮質切開術（6歳以上） 上顎骨延長術（Le FortⅠ型）
C-3	顎関節手術および関連処置【D-3】	顎関節炎 顎関節炎 顎関節炎	顎関節炎 顎関節炎 顎関節炎	顎関節炎 顎関節炎 顎関節炎	顎関節炎 顎関節炎 顎関節炎
D-1	癌／前癌病変関連手術（嚢腫・嚢腫形成性疾患は別項）【E】	前癌病変（口腔癌） 口腔癌 口腔癌	口腔癌 口腔癌 口腔癌	口腔癌 口腔癌 口腔癌	口腔癌 口腔癌 口腔癌
D-2	再建外科手術【F-3】	歯肉歯槽膿瘍形成術	歯肉歯槽膿瘍形成術	歯肉歯槽膿瘍形成術	歯肉歯槽膿瘍形成術
D-3	顎顎口蓋裂手術関連【F-2】				

診療実績の評価については、疾病構造の変化や研修施設の特色に対応して見直して、2013 年度に改定します。先ほど唇顎口蓋裂の専門病院という話をしましたが、実は多くの研修施設において、顎骨骨折が本当に少なくなっています。以前に比べると、顎骨骨折は何年間に 1 例もないという病院が出てくるというほど状況が変わりました。顎顔面外傷自体が少なくなっているという可能性もありますが、表の左のように独立して要望していたのを別の手術分野と一体化することで対応しています。がんの診療はするけれども唇裂は手術しない施設も多いので、フレキシブルに対応できるように今検討しているところです。

本当はこれをしっかり話さなくてはいけないのですね。今までの話で大体ご理解頂けたと思いますが、医科系専門医制の取り組みを踏まえて、専門医制のあり方の提言ということでございます。

良く言われますけれど、「国民目線」という言葉や「患者から信頼される標準的な医療」はなかなか難しい概念です。この中間まとめで、なるほどと思いましたが、若い人をどのように育てるかという視点です。要するに、専門医資格を取得済みの人をどうするかというのを考えると、確かにものすごく難しくなりますので、これからの若い人を考えようということで、制度を組み立てていくというの

【見直し案】疾病動態と研修施設の特色に則した診療実績の評価	
現 行	修 正 案（2014年4月申請分）
施行細則（専門医 口腔外科手術、入院症例の管理） 第20条 専門医申請者は、次の各号に定める項目について、所定の診療実績を修めなければならない。 1）口腔外科手術：本学会認定指導医あるいは専門医の下で、以下のA～Dの分野からくく以下、各号の執刀手術は、＜中略＞40症例以上が中難度手術あるいは高難度手術でなければならない。 A. 歯・歯槽外科手術・・・・・・10例以下 B-1. 消炎手術 B-2. 良性腫瘍、嚢胞、腫瘍形成性疾患等の手術 B-3. 唾液腺関連手術 B-4. 上顎両側上顎手術 C. 顎顔面外傷手術・・・・・・5例以上 D-1. 顎矯正手術 D-2. 顎咬形成延長術 D-3. 顎関節手術および関連処置 E-1. 癌／前癌病変の手術・・・・・・5例以上 F-1. 補綴外科手術、歯槽骨延長術 F-2. 顎顎口蓋裂手術 F-3. 再建外科手術 F-4. 口腔・顎・顔面インプラント手術	施行細則（専門医 口腔外科手術、入院症例の管理） 第20条 専門医申請者は、次の各号に定める項目について、所定の診療実績を修めなければならない。 1）口腔外科手術：本学会認定指導医あるいは専門医の下で、以下のA～Dの分野からくく以下、各号の執刀手術は、＜中略＞そのうちの40症例以上の難易度がレベルⅡ以上の手術でなければならない。 A-1. 歯・歯槽外科手術・・・・・・10例以下 A-2. 補綴外科手術／顎咬形成手術／骨移植手術 A-3. 口腔・顎・顔面インプラントおよび関連手術 B-1. 消炎手術 B-2. 良性腫瘍、嚢胞、腫瘍形成性疾患等の手術 B-3. 唾液腺関連手術 B-4. 上顎両側上顎手術 C-1. 顎顔面外傷手術 C-2. 顎咬形成延長術 C-3. 顎関節手術および関連処置 D-1. 癌／前癌病変関連手術 D-2. 再建外科手術 D-3. 顎顎口蓋裂手術関連



「専門医の在り方に関する検討会」中間まとめ（平成24年8月31日）	
1. 検討にあたっての視点	
○ 専門医の在り方を議論するにあたっては、専門医を「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として考えるべきである。	
○ 新たな専門医の仕組みについて議論するにあたっては、これから臨床研修を修了し、専門医の資格を取得しようとする若い医師をどのように育てるかという視点で考えるべきであり、既に臨床研修を修了し、専門医の資格を取得している医師等との関係については、別途整理することとする。	
○ 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。そのような仕組みを通じて専門医を含めた医師の偏在が是正される効果が期待される。	

は、なるほどと思いました。あとは専門医の質を高めることも重要です。

これは中間まとめの概要ですが、ホームページに載っていますので、どうぞご覧になって下さい。ただ、歯科と違うところは、何と言っても地域偏在・診療科偏在の是正の所です。これは歯科の方でもあるかもしれませんが、一般的な医師不足という概念とは少し違うものと受け止めています。

その詳細は良くわかりませんが、先週金曜日に開催された検討会の配布資料がホームページに載っていました。医科ではここまで来ているのだなということを改めて確認して驚きました。かなり進んでいると思っていますけれど、工程表も出て全体スケジュールがもう具体化しています。在り方検討会の最終報告が出てから第三者機関を来年中に作ろうというのですから、すごいです。しかし、私自身は具体的なイメージが湧かないのです。専門医研修を開始するのは、医学部卒業後ですけど、全科共通の養成プログラムを作ってそれに医師を乗せて行こうというのですが、具体的な内容はなかなかイメージがつかない。また、既存の専門医に対する移行措置はどうするかというのは別途考えていくということらしいです。

医科の方がこれだけの取り組みをせざるを得ないのは、進んでいるという言い方もありますけれど、やらざるを得ないのだと思います。このスライドは1月18日の資料にあった基本領域の専門医数ですが、1例として総合内科専門医は14,753人います。日本内科学会はデータによれば8万8千人ですから、その比率は16.8パーセントとなり、非常に高い比率で総合内科専門医を名乗っています。口腔外科専門医はハードルが高いという気もしますが、専門医は正会員の約20%です。表の枠線は、約2,000人前後の専門医を有する学会を囲んだだけでございます。

ところで、専門医の定義ですが、歯科における専門医の定義をもう一回考えましょうということです。中間まとめにあったので、改

新たな専門医に関する仕組みについて

（専門医の在り方に関する検討会中間まとめ）

基本

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の養成、評価、再評価のサイクルを確立することを目指す。

現状

＜専門医の養成＞
各学会が独自に運営。学習の認定基準の統一性、専門医としての能力に格差。
＜求められる専門医像＞
専門医としての能力について医師と患者との間に存在するギャップ。
＜地域医療の安定性＞
医師の偏在、診療科目の偏在は国民の健康に与える影響は大きい。

今後の課題（引き継ぎ検討）

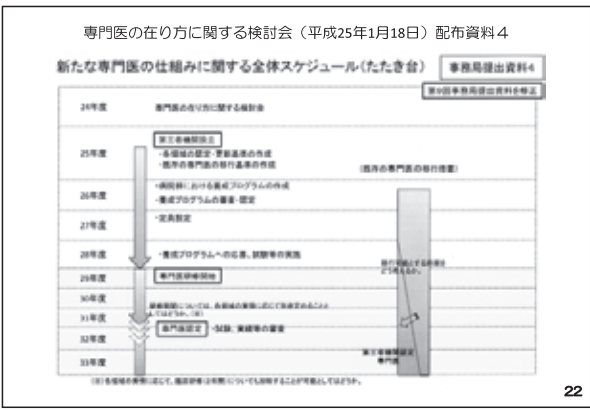
① 各学会が独自に運営する専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
② 各学会が独自に運営する専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
③ 各学会が独自に運営する専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。

新たな仕組みの導入

① 新たな専門医の仕組みを、医師を育てるものにも適用して、医師の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
② 「認定医」「認定専門医」の制度を、医師の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
③ 「認定医」「認定専門医」の制度を、医師の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
④ 各学会が独自に運営する専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。

期待される効果

① 専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
② 専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。
③ 専門医の養成・評価・再評価のサイクルを確立することを目指す。



基本領域及びサブスペシャリティ領域における専門医数
専門医の在り方に関する検討会（平成25年1月18日）配布資料3

出典：「日本専門医制度」日本専門医制度・認定制度（平成25年1月18日現在）

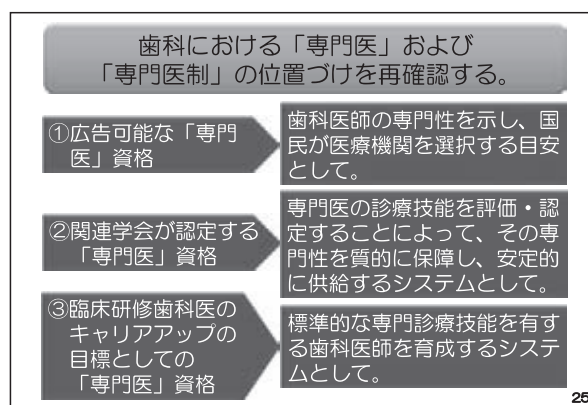
専門医名称	専門医数	専門医名称	専門医数
総合内科専門医	14,753 名	消化器病専門医	17,679 名
小児科専門医	14,827 名	泌尿器科専門医	12,472 名
皮膚科専門医	5,956 名	呼吸器科専門医	4,851 名
精神科専門医	10,099 名	血液科専門医	2,982 名
外科専門医	21,816 名	内分科専門医（内分泌・代謝・免疫・アレルギー）専門医	2,013 名
整形外科専門医	17,548 名	腫瘍科専門医	4,555 名
産婦人科専門医	12,227 名	腎臓科専門医	2,845 名
眼科専門医	10,594 名	神経科専門医	5,176 名
耳鼻咽喉科専門医	8,501 名	アレルギー専門医	3,191 名
泌尿器科専門医	8,359 名	感染症専門医	1,092 名
精神科専門医	7,111 名	老年病専門医	1,484 名
放射線科専門医	5,914 名	神経内科専門医	5,014 名
腫瘍科専門医	4,345 名	消化器外科専門医	5,446 名
産婦人科専門医	2,188 名	呼吸器外科専門医	1,250 名
眼科専門医	652 名	心臓血管外科専門医	1,818 名
皮膚科専門医	2,282 名	小児外科専門医	582 名
産婦人科専門医	2,102 名	リウマチ専門医	4,971 名
リハビリテーション科専門医	1,787 名		

歯科における「専門医の定義」を再考する

- ＊「特定の医療分野において卓越した医学知識と臨床技能を兼ね備え国民医療に寄与する者」（出典不詳）
- ＊「それぞれの専門領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な専門医療を提供できる（歯科）医師」（出典・参照：「専門医の在り方に関する検討会」中間まとめ）

めてここに転載しましたが、医科の定義をもじると「専門領域における適切な教育を受ける」という点が重要です。それから、「標準的な専門医療」はなかなか難しいと思いますが、医科の先生たちはある程度イメージがついているのだと思います。ですから、歯科の方が「標準的な専門医療」、言い換えれば「専門領域における標準的な治療」かもしれませんが、この表現は今後も使用して、それを目標にしていかなければいけないと思います。

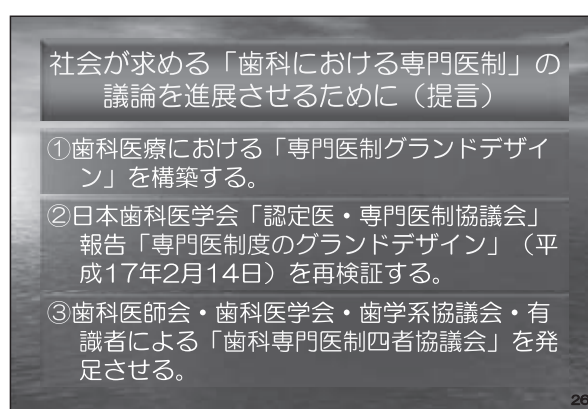
次に、「専門医」及び「専門医制」の位置づけを再確認するためには、3つのファクターがあると思います。何とんでも「広告可能な」というのは、収入とか色んなインセンティブはありますが、専門医の位置づけをはっきりさせるとします。逆に言えば、歯科医師がその専門性を示すことによって、国民が医療機関を選択する目安となるということとを改めて感じます。このような認識は皆さん大体同じだと思うのです。



2つ目は、関連学会が認定することの是非について議論の対象になっています。要するに関連学会が、利益相反じゃないですけど、認定するのはいかななものかということで、第三者機関が出てくるのでしょうか。しかし、個人的考えですが、全く医療に携わらない人たちが個々の専門領域の診療技能を評価・認定することは、できないと思っています。学会認定の意義は専門医を質的に保証して、安定的に供給するシステムです。

3つ目がやはりもっと大事だと思います。歯科医のキャリアアップ、目標です。最近良く話題にしているのですが、1年目の臨床研修を終えて2年目は色々なところに行きますが、その際、学会にも入らない、歯科医師会にも入らない、歯科医学会にも入らない、何も入らないで、どこかの病院・診療所へ行って、そこそこ研修して開業し、診療報酬のもとで収入を得るようになり、それでも歯科医師会に入らない、そういう人は相当いるはずで。というのは、恐らく東京都在住歯科医師の歯科医師会入会（組織）率を見ていると大体想像できます。今後は、専門医資格をこのような若い人のキャリアアップの目標にすべきだと考えています。

社会が求める専門医の議論というのは、とりあえずは議論を発展させるためですが、もう一回「専門医制のグランドデザイン」を構築しなければいけないのではないかと思います。そのためには、先ほど来話題になっています「専門医制のグランドデザイン」、平成17年のものを再検証して、それを実施する。もう言葉だけでは駄目で、実施する組織とし



て、具体的にここに書かせてもらいましたけれども、歯科医師会と歯科医学会と歯学系学会協議会と有識者、有識者は弁護士さんです、「歯科専門医制四者協議会」を発足させなけ

れば一步も進まないだろう、私はこう思っています。

最後に、先生方は既にお出しになったと思いますけれども、昨年末の歯科医師届出票の抜粋です。たまたま平成22年末の届出票のコピーを見たら、「(12) 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」、ここを選びなさいという欄はありませんでした。先生方は何げなく○をつけたかもしれませんが、今回新設されたということは、厚生労働省は、皆さんが指摘していますように、医科の方が終わったら歯科における専門医制の在り方についても検討する意図があるということが、これでもサジェストされていますよね、やる気は十分です。

この調査によって、各々の専門医数や勤務地など、厚生労働省は一括して、全ての専門医について資格毎に都道府県別に把握して、データとして出せる用意をしたということでございます。ですから今回のシンポジウムは本当にタイムリーだったと思います。

ちょっと長くなりまして申しわけございません。以上です。ありがとうございました。(拍手)

○野口座長 先生、どうもありがとうございました。口腔外科学会が非常に充実した進路をとっていることもよくわかりましたし、今後の展望についても我々の参考になる御指摘だったと思います。ただ時間が足りなくなりましたので、1問だけどなたかありましたら、御質問をお受けしたいのですけれども。

○会場 日本歯周病学会の理事長を仰せつかっています吉江でございます。専門医制の大先輩ということで、素晴らしい講演ありがとうございました。

2点お伺いしたいのですけれども、1点目は、先生も言われていましたように、今専門医として約2,000人ということで、全国一律でいいかという、うちの学会は非常にいろいろ範囲が広いので、何名ぐらいが国民のためになるかということについての御意見をお伺いしたいので、その中で1つ細かい点なのですけれども、一部非常に、困ったわけではないのですけれども、合格率ですね。海外に専門医を出したときの合格率。うちあたしは72%ぐらいだったと思うのですが、そういうものはどのぐらいのものなのかということが1つ目でございます。まずその1点目、いかがでしょうか。

○木村 適正な数ですね。これは分からないですね。分からないというか、自然に淘汰されていくと思っているのです。というのは、専門医の研修施設の更新がありまして、そういう時、立派にやっている専門医が在籍して何年間もしっかりやっているのに、不採算部門だということでぱったり切られて無くなってしまうところがあったりするのです。逆に新しく出ているところもあるのです。そういうのがありますので、私は医療経済の流れに任せてもいいのかなと思います。ただ関東と関西はものすごい数があるので、そこだ

歯科医師届出票 (平成24年12月31日現在)	
(12) 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 取得しているすべての 資格名の番号を○で囲 むこと。	医療法に基づいて広告することが可能とされている歯科医師の専門性に関する資格を指す。 資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。 なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。 1 口腔外科専門医 2 歯周病専門医 3 歯科麻酔専門医 4 小児歯科専門医 5 歯科放射線専門医
(注目) 平成22年末の届出票には記載欄が無かった項目である。 →厚生労働省は、「歯科における専門医制のあり方」についても検討する意図がある。	

けは真剣に考える必要があろうかと思っています。それ以外の、余り専門医のいない所は自然に変化していくと、全国的に病院歯科口腔外科は大学を含めて医科とほぼ同じように散在していますので、いいのかなとは思っています。

2つ目は……。

○会場 合格率は、もし差しさわりなければ。

○木村 質問が出るのではないかと、手元に持っているのですが、新しい専門医制度になって4年間ですけれども、専修医の方が85.8%、専門医は90%、指導医は94%です。研修施設は認定要件がはっきりしていますので91%です。書類審査の段階で駄目なもの駄目という感じになってしまいますので、ある意味で合格率が高いと言えば高いです。

○会場 そうですか、ありがとうございました。

2つ目なのですが、インセンティブの話でございますけれども、口腔外科領域は比較的病院、勤めという意味での形態が多いかと思うのですが、歯周関係は非常に個人病院が多い。個人のインセンティブがないと、それは精神的なインセンティブと同時に経済的なインセンティブがないと、皆保険制度の中でやはりより優越性を持たせないと、これは国民のためにならないだろうと思うのですが、先生はどうお考えかをぜひとも。

○木村 多分総合ディスカッションでも話題になることだと思うのですが、私は診療報酬を乗せていくしかないと思っています。いわゆる歯科医師の差別化、区別化ですね、これしかないと思っています。そのためには、当然ながら口腔外科学会もほかの学会も皆さんそうなのですが、最終的な地点として専門医資格をとるためには日本歯科医師会の会員でなければならないという条項を一文入れればいいのです。そうしたら、歯科医師会喜ぶますよ、それとセットで。中島先生にはちょっと失礼なことってしまったかもわからないですけど、そういうふうな、やはり点数じゃないですかね。

○会場 どうもありがとうございました。

○野口座長 今、佐々木先生の方から、御質問がありましたが、診療所と病院所属の割合はどのぐらいになっているのでしょうか。

○木村 ちょっとデータ持ってこなかったな。

○佐々木座長 今先生方の学会ではどうなっているのでしょうか、診療所の先生方で専門医を持っている方は。

○木村 診療所というのは開業医ですか。

○佐々木座長 開業医です。

○木村 開業医はやはり少ないと思います。専門医は2,000人ぐらいいるのですが、開業して専門医を持っている方の数は比較的少ないと思います。多分10%は無いのではないかな。恐らく総合病院と大学系病院の口腔外科に在籍という形が多いので、開業医については、後で調べておきます。

○野口座長 ありがとうございました。まだあると思うのですが、また総合討論のセッションで時間があれば討論したいと思いますので。

先生、どうも本当にありがとうございました。(拍手)

「歯周病専門医について」

日本歯周病学会認定医委員会委員長 古市 保志先生

○野口座長 では続きまして、歯周病学会の方から、「歯周病専門医について」ということ
でお願いします。北海道医療大学の歯学部口腔機能修復再建学系の歯周歯内治療学分野
教授であり、さらに今日本歯周病学会の認定委員会の委員長をやっておられます古市先生
にお話を伺いたと思います。

古市先生の御略歴については、次ページに書いてありますのでごらんいただきたいので
すけれども、鹿児島大学の歯学部を御卒業後、スウェーデンのイエテボリ大学にリサーチ
アシスタントとして出張しておられ、北海道医療大学歯科保存学第一講座の主任教授と、
同大学歯科内科クリニックの院長として現在に至っておられます。では、古市先生、よろ
しくお願いいたします。

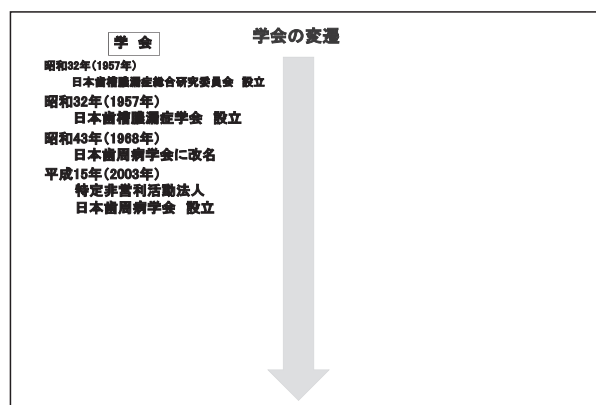
○古市 皆さんこんにちは。北海道医療大学の古市でございます。本日はこのような場を
お与えいただきまして、ありがとうございます。私は、歯周病学会の認定医制度の立ちあ
げとその後の運営に5年ほど関わっております。専門医に関してはまだ不勉強なところが
多いのですけれども、きょうは学会を代表してお話しさせていただきたいと思ひます。

本日は、現在までの歯周病専門医の変遷、
現状、そして、先ほど木村先生がお話しされ
た厚労省の中間報告を見据えた、今後の歯周
病専門医あるいは歯科における専門医制度の
あり方についてお話ができればと思っております。

歯周病学会は、昭和32年に歯槽膿漏症総
合研究委員会として発足し、昭和33年に歯
槽膿漏学会として設立されております。そ
の後、昭和43年に歯周病学会と名称変更し、
平成15年に広告可能な専門医制度として厚
労省からの認可取得にあたってNPO法人日
本歯周病学会として設立されています。

ここからは、吉江日本歯周病学会現理事長
のスライドを多く使わせていただきながら話
をさせていただきます。これは吉江先生が2

年前に理事長に就任なさるときに提示された歯周病学会の目標をまとめたスライドです。
まず、学術団体であることから、学術・科学としての充実、そして当時の会員数8,000名
の活性化という目標があります。「歯周病から国民を守る」ことが学会活動の使命であり、
歯周病につきましては口腔だけではなくて全身との関わりもかなり注目されておりますの



で、歯周組織の健康管理によって全身の健康支援を行うことを学会の最終目標とするというご提言でした。

歯周病学会の各種委員会は、研究・医療部門、教育・啓発部門、治療・認定部門、そして構想・渉外・管理部門という4つの部門に分類され、それぞれ活動しています。

その1つの大きな柱としてこの治療・認定事業がありまして、認定医委員会と専門医委員会でそれぞれ認定医および歯周病専門医の認定を行っています。口腔インプラントに関しては、インプラント関連委員会を立ち上げています。歯周病治療は、チーム医療として行われており、そのパートナーである歯科衛生士との連携が重要であることから、歯科衛生士関連委員会を立ち上げ、認定歯科衛生士の認定作業も行っています。

昨年の12月20日の時点での歯周病学会構成概要ですが、総会員数9,115名、認定医363名、認定歯科衛生士が847名、専門医が1,024名、うち指導医が199名という状況です。抄録に間違いがあり、認定医と認定歯科衛生士の数が逆転しておりますので、申しわけございませんが、ご訂正下さい。評議員が203名、理事が49名です。現在、日本には歯科医師が10万人、歯科衛生士が約9.6万人いますので、その5%近くが日本歯周学会に所属していることになります。

歯周病を程度の差を考えずに、歯肉から出血する方、あるいは歯石がついている方まで歯周病とカウントすると、日本人全体の3/4（9,500万人）が罹患していることになります。先ほどの木村先生の口腔外科学会において対象とする人数とは全く違う数字です。対象とする疾病が広い、あるいは診断が細分化されてないこともあるかもしれませんが、9,500万人が罹患している歯周病を管理する学会として、果たしてこの会員数でいいのか、あるいは果たしてこの専門医数で充分なのかは、議論の対象です。

過去8年間の歯周病学会会員の増加数を示したグラフです。上が正会員数、点線が歯科医師数、一番下の線が歯科衛生士数を示します。順調に増加していますが、歯科衛生士に急激な会員数増加がみられる半面、現在、歯科医師会員の比率が80%を割っています。専門医としての標榜を掲げられる専門医制度を有する学会の構成としては極めて不適切な状

平成23年5月26日
吉江理事長プレゼン資料

口腔・全身の健康支援

歯周病から国民を守る

会員8千名の活性化

学術・科学としての充実

平成23年5月26日
吉江理事長プレゼン資料

JSP学会内

連 携

JSP学会として

研究・医療

研 究
ペリオドンタルダイナミクス
医 療

治療・認定

認 定 医
専 門 医
口腔インプラント
歯科衛生士関連

教育・啓発

教 育
編 集
用 広
臨 床 研 修

構想・渉外・管理

学 会 有 り 方
健 康 サ ポ ー ト
国 際 交 流
倫 理 規 則

日本国民 3/4 歯周病:9500万人

歯科医師 10 万 歯科衛生士 9.6 万

JSP会員 9,155

認定医 363・認定歯科衛生士 847

専門医 1024
(内指導医199)

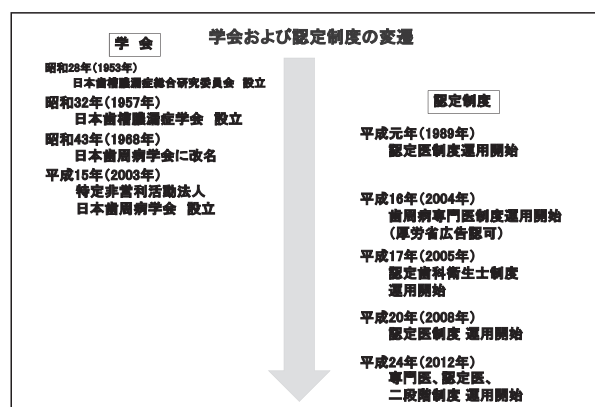
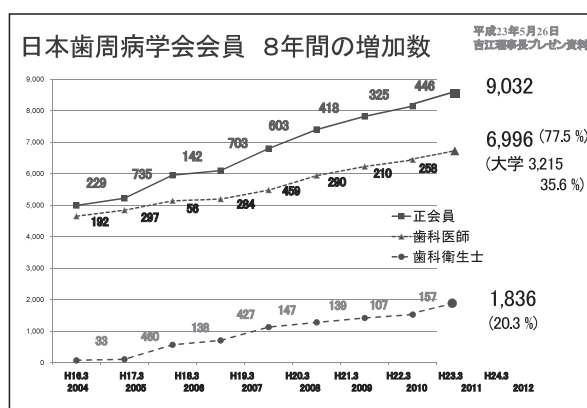
評議員 203

理事 49

平成23年5月26日
吉江理事長プレゼン資料

H24 (2012).12.20 現在

ここに各認定制度の規則をまとめます。3つの制度とも、最終的には国民の口腔保健の増進に貢献することを目標としていますが、それぞれ個別の目標としては、専門医は「専門的知識と技術を有する歯科医師を育成する」こと、認定医は、「必要な基本的な知識と技術を有する歯科医師を育成する」こと、歯科衛生士は、「歯科衛生士としての専門の知識と技術を確保する」こと、と規定しています。





日本歯周病学会認定制度

歯周病専門医、歯周病指導医制度 規則

第2条 この制度は、歯周病学の臨床的経験を通して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する。



認定医制度 規則

第1条 この制度は歯周病学の臨床的経験を通して高度な歯周治療を行うために必要な基本的な知識と臨床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する。



認定歯科衛生士医制度 規則

第1条 この制度は歯周治療および予防を通し、歯科衛生士の専門知識と技術を確保するとともに、歯周病学の発展及び向上を図り、もって、国民の口腔保健の増進に貢献することを目的とする。

ここで各制度について表にしてみました。

認定医では、会員歴を継続して3年、研修期間を3年としております。3年間の間に、歯周病学会として学術大会ごとに開催している教育講演に2回以上の出席を義務づけております。提出症例は1症例です。認定医制度では、筆記試験を実施して、技術重視あるいは業績重視ではなく、知識の担保も行っています。認定医試験は、学術大会の前日に2時間への公募制にしています。各大学から公募を題をプールしつつ運用しているという状況で

H24 (2022.12.20 現在)

認定制度の概要						
	認定医		専門医		指導医	
	新規	更新(5年毎)	新規	更新(5年毎)	新規	更新(5年毎)
会員歴	3年以上		認定医 登録後 2年以上		専門医 登録後 7年以上	
研修期間	3年以上		認定医 登録後 2年以上			
教育講演 出席	2回以上	2回以上	認定医 登録後 2回以上	2回以上	専門医 登録後 5回以上	2回以上
研修会 出席単位		50単位 以上		50単位 以上		
業績発表 単位			30単位 以上	10単位 以上		
提出症例	1 症例		10 症例 (口頭試験)		8 症例	
筆記試験	40 問					

育講演への出席と業績単位 50 単位以上の習得を更新申請資格条件としています。

2 段階制に移行してからの専門医は、認定医に登録されてから 2 年以上の研修歴、教育講演に 2 回以上出席、それから必要単位数以上の業績単位が必要になります。必要提出症例は、10 症例、そのうち 8 症例以上では歯周外科が行われ咬合再建治療まで終了、そしてメンテナンス・SPT 期間が 6 カ月以上に至っていることを条件としています。年 2 回、東京で審査会を開催し、申請者が各 1 症例のケースプレゼンテーションを行い、口頭試問によって歯周治療に関する審査を行っています。

指導医に関しましては、専門医取得後から 7 年の研修歴・会員歴を課し、口腔外科学会とほとんど同一の年数、トータルで 12 年の研修を積んで指導医の申請が可能となります。症例は、8 症例の提出になっています。指導医取得後の更新は、5 年毎であり、専門医の更新とセットです。

以上が、日本歯周病学会の認定医制度の概要です。ここで、海外に少し目を向けてみます。先ほどお話にあった医科における中間報告書の添付資料に、世界各国の医師国家試験も含めて、専門医について細かく調べた多量の資料がありました。歯科では、私の勉強不足なのですが、そこまで分析されていないと思いつつ、歯周病専門医について、さわりだけまとめてみました。

国際的な比較					
	欧州 (EFP)		日本 (JSP)		米国 (AAP)
	Specialist		専門医	指導医	Periodontist (ADA accredited program in periodontics)
会員歴			認定医 登録後 2年以上	専門医 登録後 7年以上	Diplomate (Practice limited to periodontics) 1 of 9 specialties
研修期間	3 years full time 12 institutions in EFP		認定医 登録後 2年以上		3 years full time
教育講演 出席			認定医 登録後 2回以上	専門医 登録後 5回以上	
発行元	each institution		JSP (MLHN)	JSP	each institution American Board of Periodontology
業績発表 単位			30単位 以上		
提出症例 筆記試験	Presentation of 5 cases (Research projects)		10 症例	8 症例	250 問/口頭試問 (90分)

まず欧州には、23 カ国からなる European Federation of Periodontology (EFP) があり、そこで EFP スペシャリストを認定しています。研修期間は 3 年間のフルタイムで、研修機関は、12 カ所あり、すべて大学です。即ちヨーロッパでは、専門医を教育しているのは、学会ではなく大学であり、資格認定は各大学と EFP で行っています。各教育機関での審査に続いて、EFP では 5 ケースの症例発表が課されています。また、大学および EFP では、取得条件に論文発表を義務付けています。残念ながら、現在、歯周学会では論文を課していませんが、医科の専門医制度に関する中間報告では、リサーチマインドを有し臨床研究の実践が可能な学生あるいは医師を育てるためにリサーチプロジェクトを課すべき、という意見記載がありました。ヨーロッパにおける歯周病専門医制度では、その点が進んでいることになります。

アメリカでは、American Dental Association (ADA) が認めている 9 つの専門医があり、歯周病専門医もその中の 1 つです。アメリカでも、大学あるいは教育機関での 3 年間のフルタイムでの研修が条件とされています。アメリカの違うところは、ペリオドンティスト取得後に Diplomate という歯周病専門医として歯周治療に特化したクリニックの開院が可能な資格を定めている点です。先ほどの木村先生のお話のインセンティブの付与が既に行われています。また、American Board of Periodontology という組織が、第三者評価機関として審査しています。250 問の歯周病に関する筆記試験、かつ提出症例に関する口頭試