問が１人に 90 分ずつ行われているとのことで、個別の審査がかなり厳密にかつ詳細に行われている状況と思います。

スウェーデンの現状を概説します。ヨーロッパには、このように12の大学にスペシャリストプログラムがあり、EFP 認可のスペシャリストを育てているという状況です。3年間フルタイム、6 学期制であり、イェテボリでは、インプラントも含めた授業を行っているとのことです。統計学、生物学、カリオロジー等の講義もあり、それらについて学年末に筆記試験があります。その他、定期的なテーマ討論会・抄読会を、たとえば歯周病と喫煙などについて、開催しています。それからリサーチ課題を１題です。ほぼ全員が臨床係のリサーチ、あるいは疫学研究を１つまとめています。特筆すべきは、スウェーデンは、大学教育も含めて学費がすべて無料の国であるのに、このスペシャリストコースでは学費が有料になっている点です。現在、３年間でＥＵ諸国の人は 380 万、ＥＵ諸国以外は 440 万ということです。学費が無料の国でこれだけ研修にお金をかけるわけですから、それに対するインセンティブがあるのかという疑問がわきます。スウェーデンでは、すべての治療に国の保険制度による負担が行われますが、専門医が歯周治療を行うと専門医ではない歯科医師に比べて 20 ～ 30％高い診療報酬を請求でき、インセンティブの付与が行われています。言い換えると、高い授業料を払っても将来的にこの資格を得る価値があるという評価ができ上がっているわけです。終了までに、約 100 症例を３年間で担当する。その中の５症例はインプラント治療も推奨ということです。その中で 30 ケースについては症例報告を提出し、審査を受けています。リサーチに関しましても、プログラム終了までに論文を発表する、あるいは投稿済みにする、そしてその領域における論文のレビューをプログラム責任者に提出する、ということが行われているようです。ここまではイェテボリ大学におけるプログラムなのですけれども、その後にさらに EFP の最終テストがあって、先ほどお見せしましたように５症例の症例報告を提出し、２症例についておよび研究論文を審査対象とする口頭試問が、申請者１名につき３時間あり、審査員は、学内の審査員、学外の審査員、厚労省の審査員の３名とのことです。かなり厳しい試験がヨーロッパでは行われていて、日本の専門医とは違いがあると言えます。どちらがいいのか、それは国の事情が違いますので、いろいろ検討しなければ評価できないとは思いますが、事実だけ提示させていただきました。

欧州歯周病学会（Europian Federation of Periodontology）における Periodontist

プログラム概要　（12施設：ベルギー、フランス（2）、アイルランド、イスラエル（2）、オランダ、スペイン、スイス、スウェーデン、トルコ、イギリス）

- 3年間、6学期制、ペリオ、インプラント以外に統計学、微生物学、カリオロジーなどの講義
- 学期末に筆記試験
- 定期的なテーマ討論会を担当　（テーマ：歯周病と喫煙など）
- リサーチを1題
- 授業料；3年間 380万（EU/EES), 440万（non- EU/EES）

（＊Periodontist：診療報酬が 20～30 %増し）

終了時

- 約100症例を担当　（インプラントケースは5ケース以上を推奨）
- 30ケース（初診からSPTまで）の症例報告を最終試験2週間前に提出
- リサーチに関して、論文と その領域におけるレビューの提出

EFP最終テスト

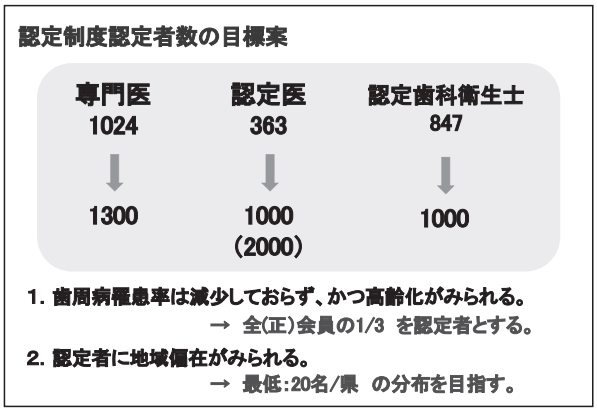
- 5ケースの症例報告を提出、2症例を口頭試問
- 研究論文（既報あるいは投稿予定）の提出と口頭試問、第6学期の筆記試験の提出
- 3時間、審査員は3名（Internal examiner, External examiner,Socialstyrelsenから各1名）

次に、日本歯周病学会の今後の目標についてお示しします。まずは、学会会員を１万人にするということです。衛生士も含めて 20 名のうち１名が会員ということになろうかと思います。現在は、9,115 人です。

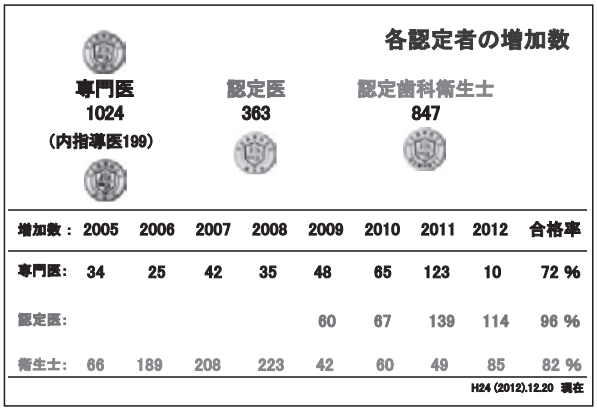
各認定制度における目標です。まずは、近年の申請率と合格率から割り出して、次の５～６年をめどにした数値です。専門医を 1,300、認定医を 1,000、あるいは 2,000、認定

歯科衛生士を 1,000 にというものです。その根拠ですが、専門医制度が発展していけば、歯周病の罹患率が下がらなければいけないのですが、現在それが現実になっていませんので、まずは有資格者を増加させるということで、全会員の 1/3 を認定資格保持者とするというものです。

２つ目は、後で詳しくお話ししますけれども、認定者に地域の偏在が見られるということで、まずはそれぞれ１つの県に 20 名以上という目標を設定しました。



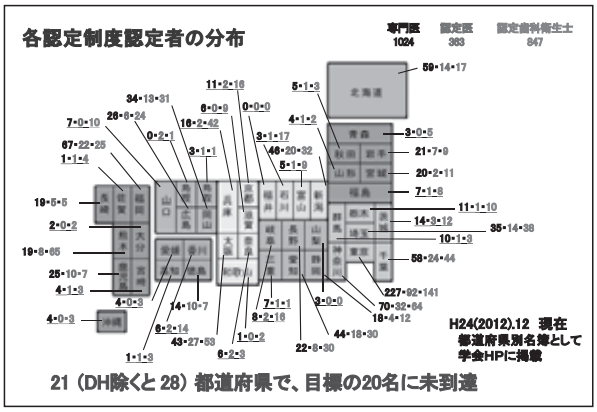
ここ８年間の専門医、認定医、衛生士の試験の合格率です。専門医が 72％。認定医は 96％でかなり高い数字になっています。歯科衛生士が 82％です。最終的に、それぞれの数を、1,300 名、1,000 名～ 2,000 名、1,000 名以上ということで設定しています。

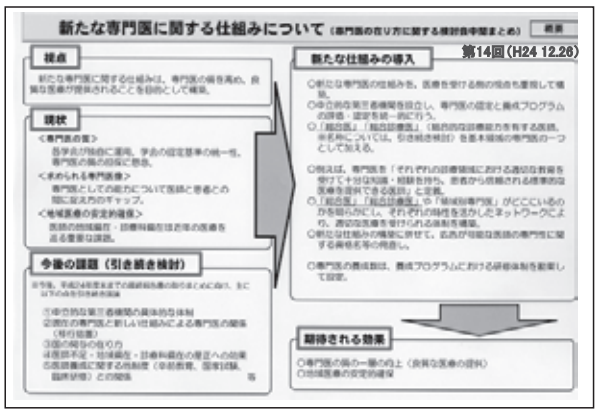


増加数：	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	合格率
専門医：	34	25	42	35	48	65	123	10	72 %
認定医：					60	67	139	114	96 %
衛生士：	66	189	208	223	42	60	49	85	82 %

H24 (2012).12.20 現在

日本地図で認定者の分布を示します。小さくて申しわけないのですけれども、黒が専門医、青が認定医、赤は認定歯科衛生士ですが、かなりやはり偏在がありますよね。当然大都市には多く、その一方、青森３・０・５、福島７・１・８、など、全部１桁の県があります。それから山梨３・０・０、和歌山１・０・２、福井が０・０・０、です。当然、各都道府県で歯学部・歯科大学のあるところは多いことが解ります。例えば四国を見ても、徳島１４・１０・７ですけれども、ほかの県ではそんなに多くない。九州で見ると鹿児島、長崎、福岡は多いのですけれども、宮崎では、４・１・３、沖縄は４・０・３です。島根０・２・１、鳥取３・１・１・、山形４・１・１と、日本海側は少ない状況です。こういう局在性、偏在性がある中で、専門医をどう運用していくかということを今後真剣に考えていく必要があります。下線を引いているところは、20 名という目標に達してない都道府県を示します。認定歯科衛生士も入れると 21 ですが、除くと 28 の都道府県で目標の 20 名に足りてないという状況です。

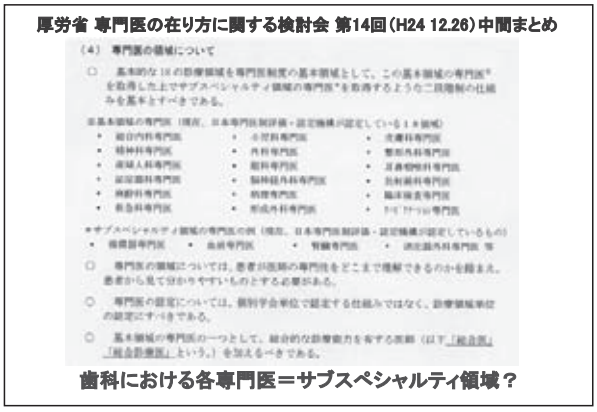




この模式図は、平成 24 年 12 月 26 日に開催された第 14 回の医科における「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」の一部です。私は、今回の発表のことを仰せつかったのが昨年末だったので、それから慌てて勉強してみたのですけれども、このような会議資料が出ていること自体に、まず驚きましたし、14 回も既にこのような会議が開催されているということもそうです。今日お配りしていますので読んでいただければと思うのですけれども、現状のところに、学会主体の専門医の認定のあり方への疑問、患者さんとの間に専門医制度の理解にギャップがあるのではないかという指摘がしてあります。

新たな仕組みの導入という部分は、新聞記事にもなっていたと思いますが、第三者機関を設ける、そして、総合医・総合診療医、これもちょっとややこしい言葉だと思うのですけれども、も含めて検討中であるという報告です。そして、新たな仕組みによって期待される効果としては、専門医の質の向上、地域医療従事者の安定的確保、があるとのことです。この辺が歯科の将来と合致するのでしょうか。医科では、平成 24 年度末までに最終報告書を取りまとめて、29 年からは実際に新しい専門医制度を運用するとのことです。今後歯科全体としてどう取り組んでいくか検討する必要があると思います。

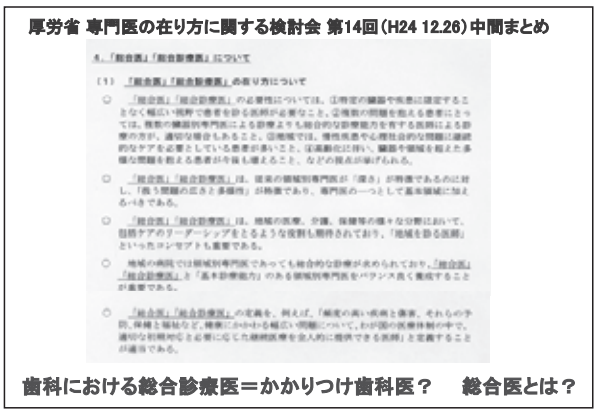
医科における中間報告に関しては、厚労省のホームページに多数の参考資料がアップされております。その中に、今までの委員会内で交わされた意見をまとめた資料があり、それには 200 数問の問いあるいは提言が書かれています。読むだけでも結構大変ですが、かなり考えさせられることが多く、本当に難しい問題であるというのが正直な感想です。



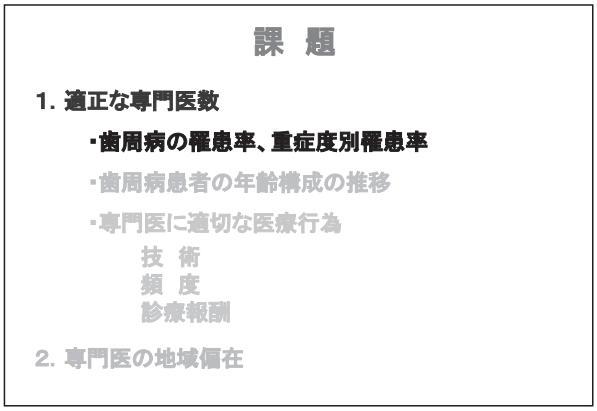
その中の一つを見てみます。医科では、専門医の領域について、現在、基本領域を 18 設けて、その上にサブスペシャリティ領域を 4 つ定めています。この「サブスペシャリティ」という言葉が、歯科においてどう定義されるかがまず問題です。医科におけるサブスペシャリティについての説明では、「専門医の領域については、患者が医師の専門性をどこまで理解できるのかを踏まえ、患者から見ても分かりやすいものとする必要がある」とあります。また「個別の単位、学会単位で認定するのではなくて、診療領域単位」と書いてあります。私は、歯科における現在の各専門医は、そのままサブスペシャリティでいいのではないかと考えております。また、医科の中間報告では、基本領域の専門医の 1 つとして、総合的な診療能力を有する総合医あるいは総合診療医を「加えるべきである」と書いてあります。

その総合医、総合診療医について詳しく見てみると、「臓器別の専門になるのは当然なのだけれども、複数の問題を抱える患者にとっては複数の臓器別専門医の診療よりも総合的

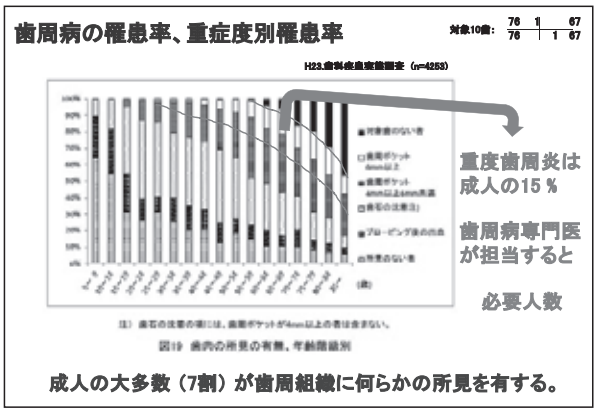
な診療能力を有する医師がふさわしい」とあり、また、「慢性疾患や心理的な問題に継続的なケアをするためにも、本当の意味のサブスペシャリティは難しいのではなかろうか」、それから、「高齢化に伴い領域を超えた専門医制も必要ではなかろうか」ということが書かれています。さらに、その下の方に、委員会意見にあったのは、「従来のサブスペシャリティは深さが必要であって、一般領域のところは広さが必要である」ということも書いています。それから「地域のリーダーシップをとらなければいけないのではないか」とも書いています。このような内容を歯科においてどのように考え、どう対処してゆくかです。これも、個人的な考えなのですけれども、総合歯科医というのは、口腔内のすべての疾患に明るく、病態を即座に判断し、必要に応じて専門医に紹介する、所謂、かかりつけ歯科医のこと、とも思ったりもしているところです。総合医について医科の中間報告では、行政的な見解、地域の医療をどうするかという見識も求められているように読めます。歯科における総合医の定義には疑問が多く残るところです。



これらのことを踏まえて今後の課題ということで考えてみますと、まず歯周病をどのように減らしてゆくかを考えなければなりません。医科の中間報告を見てみますと、今後、専門医の数をどうするかという点については、教育できるシステムとして今どれぐらい整っていて、どれくらいの人数の専門医を教育できるかということで論議が進んでいます。ですので、ある疾患に対してどれぐらい専門医が必要かということに関しては、そこまではまだ、踏み込んでないような印象を、私は受けました。

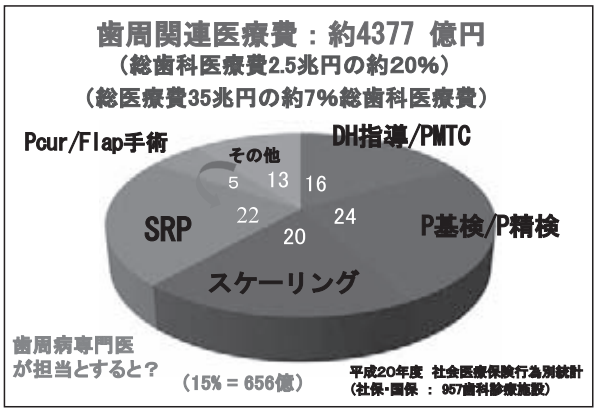


まず、歯周病の罹患率を見てみます。大多数の方が所見ありとされていますが、よく見てみると、健康な方は少ないのですが、軽度の歯周病も全部カウントされています。一方、専門医治療を特に必要としている患者を定義するとなると、歯周外科手術まで必要な患者、即ち重度歯周病罹患患者、になります。その数字は、日本にかかわらず国際的にも同じ数字ですが、15％ぐらいです。この 15％を歯周病専門医が対応したとして、必要な専門医数を試算する方法があるのでしょうか。その計算には、定時的に判断できる因子のみならず時間軸も加味する必要性、また医療経済学的な観点も必要であり、単純ではないことは

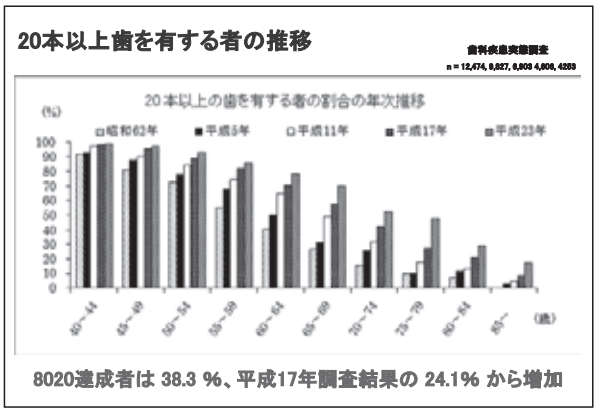


確かです。

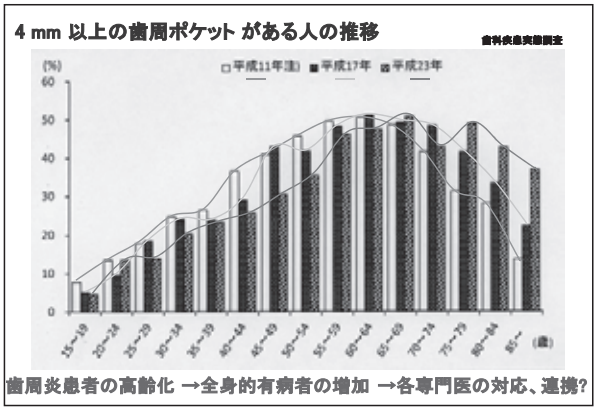
これは、平成20年の社保・国保の957歯科診療所での調査をもとにまとめられた医療行為別の表です。皆様、よく御存じのように歯科医療費は全体医療費の７％ですが、そのうち歯周関連治療費は、4,377億円であり、保険点数上ではこれぐらいの比率で歯周病の治療が行われていることになります。その中で、先ほど申しましたように、15％くらいが重度の歯周病の治療費として、それを歯周病専門医が担当すると考えると、656億円の治療費相当となります。このような単純な計算もできますが、これには自費診療は含まれておりませんし、将来的な罹患率の推移も勘案されていません。



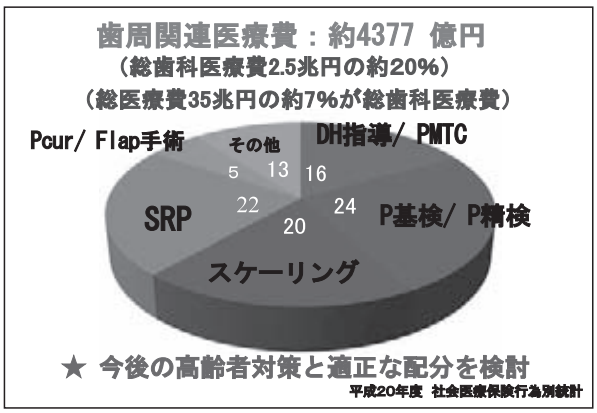
歯周病の罹患率が、今後どうなっていくかということなのですけれども。これは昨年度発表された実態調査結果です。６年前は24％が、8020を達成しておりましたが、今回は40％近くまで増加しています。



ただし、４mm以上の歯周ポケットがある人の比率を見ていきますと、この緑の平成11年の青のラインから黄色の６年後、赤の６年後と、全体が右にシフトしています。歯は残っているのですけれども、残っている歯では歯周病がふえているということになり、歯周病患者が高齢化していることを表します。それだけ治療対象者に全身的な有病者がふえる可能性が高いわけですから、その治療をどうするか。それを専門医が行うのか。また、患者の高齢化の中で、歯科での連携、医科との連携をどうしていくのか。この協議会のような組織の中でしっかり議論してゆく必要があると思っているところです。

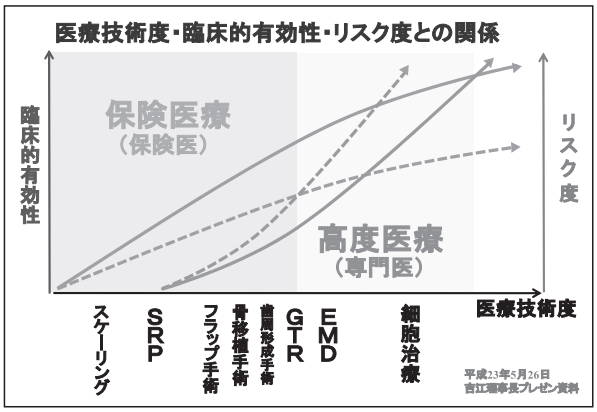


先ほどのグラフですが、このグラフは外来に通院可能な患者さんが対象となっている診療行為別ですが、これが訪問診療や有病者歯科であったりすると、この割合も当然違ってきます。その場合、今後の高齢者対策の観点から医療保険収入の適正な配分を検討するということを、まず保険制度のあり方としても

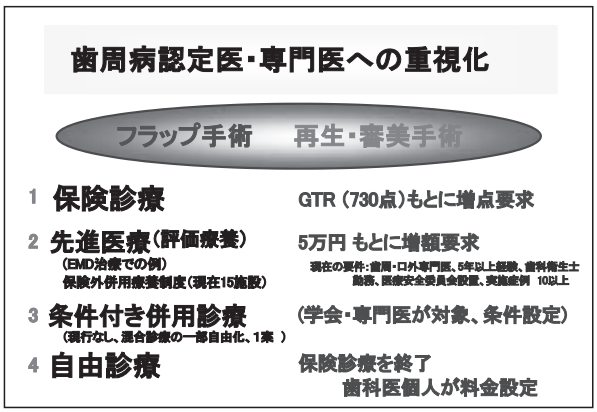


取り組んでいく必要があります。

それから、専門医にどのようなインセンティブ、あるいはどのような医療行為がふさわしいかを考える必要があります。簡単に説明をさせていただきますと、歯周病はいわゆる歯石をとるといった衛生士さんとの役割分担が可能な治療行為に始まって、歯周炎が重度になるに伴いフラップ手術の頻度が高くなり、近年ではＧＴＲ法あるいは成長因子であるエムドゲインを使った再生療法も行われています。将来的には、ｉＰＳ細胞に代表されるような、細胞治療というところまで進んでいく可能性があるわけです。それらの治療法を臨床的な有効性とリスクということで考えてみますと、有効性は重度の歯周病の患者さんに関しては原因除去だけの治療には限界がありますので、GTR 法やエムドゲインを用いる方法など高度な治療を行うことで高くなります。一方、細胞を使うとなると、有効性は高まりますが、倫理の問題および副作用などリスクは上がる可能性を秘めています。ですので、このような高度化した医療行為を歯科医師全員が行うことがいいのかという疑問があります。そこで、例えば、歯周外科治療で終わる症例は保険医が保険診療として行って、再生療法を必要とする症例では専門医が高度な医療技術で対処するという考え方もあるわけです。そうすることで、適切な教育研修を受けた、あるいは実績のある専門医が高度な治療を行うことで、有効性を上げながらリスクを下げることができるのではなかろうか、という提案です。

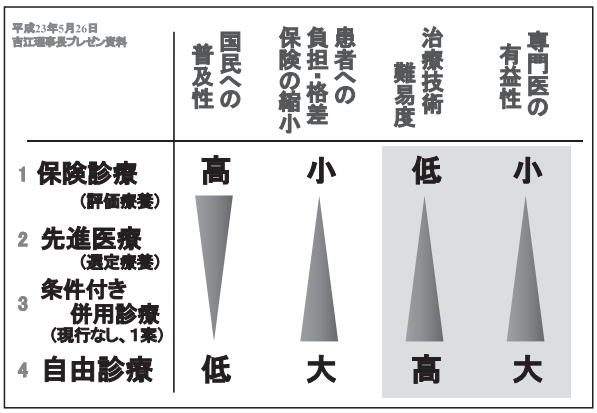


それと、先ほどの診療行為別の考え方に付随して、認定医・専門医の重視化、即ち、インセンティブをどう与えるかということも、その要否を含めて、議論する必要があります。現状では保険診療にＧＴＲが入ってきましたけれども、専門医に対する増点は今のところありません。それから先進医療としてエナメルマトリクスタンパク質（エムドゲイン）の応用が導入され、現状では、医療機関としてここに示す条件を満たせば評価療養として保険に組み込まれています。今後､現在議論となっている混合診療を「可」とするのであれば、学会として混合診療をどのように歯周治療に反映させるかを考えなければなりません。その一方、高度医療を保険から完全に切り離し自由診療とするのであれば、それに対する対応も必要です。



また、それぞれの診療方法については、国民への普及性、患者への負担・格差と保険の縮小、あるいは難易度、そして専門医への優越性、という観点からもその導入方針を議論する必要があります。自費診療で行うと、国民への普及性は低くなり、患者への負担と医

療格差は広がりますが、保険医療費を小さく抑えるには、優れています。難易度に関しましては、保険診療よりは自費診療の方が高くなければいけないというのが一般的でしょう。専門医にインセンティブを与えそれを保険制度のみに反映させるとなると、保険制度からの財源をどう賄うかが問題となります。



次に、専門医と研修施設の偏在という問題を私なりに考えてみます。まず、その偏在があっていいのか、どれぐらいが許されるのか、適切な範囲はどれくらいで、配置はどうやって決めるのか、解決策はあるか、という点です。

現在は、案１のように、各専門医が各自取得して各自で専門医を標榜しています。それも１つの方法なのですが、偏在を解消するためには、案２のように専門医を公的医療施設に限定して配置という考え方もあると思いますし、ある程度確保できたら、それ以上は案１と案２を混在させた案３のような方策も可能とは思います。ただし、やはり歯科の場合は開業医主体ですので、この公的診療機関の少なさが問題です。口腔外科では、各医学部や基幹病院に歯科口腔外科があると思うのですけれども、歯周病に特化した診療科はありませんので、そこが問題です。また、勤務医が主体の医科とも差があり、それぞれの専門医制度の構築に影響を及ぼすと思います。また、インセンティブに関しましても、先ほど申しましたように保険診療報酬そのものを上げてしまうのか、評価療養、選定療養、さらには混合診療の導入を行うかということも重要です。最終的には、単一の学会だけでは決められない問題だと思いますので、医療制度・医療政策としての対応が重要かと思います。

課　題

2. 歯周病学会　各認定制度認定者　の地域偏在
‖
研修施設の地域偏在

111 施設 / 25 都道府県

・偏在の可否？　許容範囲は？
・適切な配置は？
・解決策は？

専門医・認定医の地域偏在

・偏在の可否？　許容範囲は？
・適切な配置は？
・解決策は？

方策

案1. 各専門医の自由
案2. 公的診療施設に限定して配置
案3. 2. によって最低限の数を確保、それ以上は1.

課題

① 開業医主体の歯科と勤務医主体の医科の違い
② インセンティブの方法（診療報酬、評価療養、選定療養、混合診療）
③ 学会として、医療制度・医療政策としての対応

専門医が偏在している理由は、施設の偏在もその一因です。専門医の偏在と同じなのですけれども、歯学部・歯科大学がある都道府県には研修施設が必ずありますが、その数は現在 20 都道府県に限られています。ということは、歯学部・歯科大学のない都道府県では、教育・研修が困難となっているという現状になります。そのため、研修施設の地域偏

研修施設の地域偏在　　111 施設 / 25 都道府県

・偏在の可否？　許容範囲は？
・適切な配置は？
・解決策は？

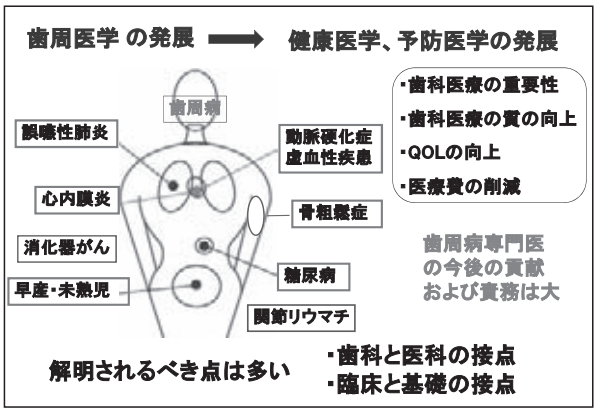
方策

案1. 各医療機関の自由
案2. 大学附属診療施設・公的診療施設に限定
案3. 2. により各地域で最低限の数を確保、それ以上は1.

課題

① 開業医主体の歯科と勤務医主体の医科の違い
② 研修プログラムの工夫（e-learning 、実習、臨床）
③ 学会として、医療制度・医療政策としての対応

在を解消するための方策として、案１のように医療機関の自由にするのか、それとも案２のように限定して行うのか、あるいは案３のように確保してそれから先は自由にするのか、いろいろあると思います。研修施設に関しましても、開業医主体の歯科と勤務医主体の医科の違いを考える必要があります。また、研修プログラム自体の工夫も今後大事になってくるのではないかと思っています。医科での中間報告の中にも、新しい専門医制度を導入することは、専門的な治療の実績を上げるということもあるのだけれども、いかに効率的に地域に貢献できるような医師を育てるかという、有効なプログラムを構築する目的も含まれていることも書かれていました。ですので、e-learning で知識教育に対応するにしても、現在のところ実習、臨床実習の実施は専門医教育に不可欠ですので、それらを組織的に計画的に実施していくことも重要です。このような観点も学会として重視しなければなりません。各学会内での対応だけではなく、学会間での連携としての対応も必要ではなかろうかと思います。



最後になりますが、歯周病については、最初に申し上げましたけれども、他の器官や臓器の疾患との関連性が注目されています。それらの関連性を歯周医学領域とし、医科と歯科の接点、臨床と基礎の接点、として今後の発展が望まれています。その発展を通して、歯科医療の重要性をアピールし、歯科医療の質の向上を図り、それに続くＱＯＬの向上を目指す、例えば、8020 達成者は医療費が少ないという研究結果も出ておりますので、最終的にはそういうところまで踏み込んでいくことによって、予防医学の発展に寄与し、その中で我々歯周病専門医がどのように貢献していけばいいか、どれぐらい責務があるかということを考えていかなければいけないと思っている次第です。

少し長くなってしまいましたけれども、ご清聴ありがとうございました。（拍手）

○野口座長　古市先生、どうもありがとうございました。時間がかなり切迫していますけれども、お一人だけ。はい、どうぞ。

○会場　開業医のオクデラと申します。インプラント学会の所属でございます。

歯科における専門医制度を昔から考えたときに、社会が求めるその状況に大きな矛盾があるのが歯周病の専門医ではないかと、そのようなことを開業医をしながらいつも感じておりました。その原点は、各大学に歯周病の講座がありまして、朝から晩までずっとやっております。それが、その地域にとってもどれだけのフェードがかかって、罹患率が下がったかどうか、それを対比するには、齲蝕の病院から発現したコントロールでフェードが非常によくかかりましたですよね。歯周だけがあれだけアプローチしてもかからないと。ただ、今先生が言ったように、歯周病の持つ特殊性という形の中で、いろんな呼び水をやりながらやることによって変わるのではないかということなのですけれども、今申し上げたいの

は、歯周病の持つ特殊性ということで、今歯周病学会での専門医が足りないところが、ある面では研究、助成、各専門医が論文を書くとか、そういうふうなことが非常に急務ではないのかなと。それで客観性を持たせながら臨床にやれば、もっと変わってくるのではないかなということで、先生はどうお考えでしょうか。

○古市　ありがとうございます。おっしゃるとおりで、歯周病は統計上では減ってないというのは事実だと思います。最初申し上げましたように、どちらかというと歯周病というくくりが余りにも大き過ぎて、発病、進行、再発のメカニズムが多数ある中で一律の治療をしているから効率が上がらないのではないか。私の個人的な意見かもしれませんけれども、先生がおっしゃったように臨床研究をベースに病因論をしっかり確立することで、個々の症例に対する個別の治療ができるようになってくれば、もう少し効率的な治療ができると考えています。そういう意味で、現在、４つの部門から構成されている歯周病学会が、部門内での活動のみならず、４つの部門の連携の中で、臨床研究の推進、臨床研修と専門医制度の充実、広報活動の推進、など、様々な方面から多角的に活動して、70％の歯周病罹患率を下げていくことが必要ではないかと思っています。

○野口座長　よろしいでしょうか。それでは、また後ほど総合討論の時間があればお願いしたいと思います。

どうも古市先生、ありがとうございました。（拍手）

「日本補綴歯科学会における取り組みを通して考えた歯科医療の専門医制度のあり方」

日本補綴歯科学会副理事長　矢谷　博文先生

○野口座長　それでは続きまして、「日本補綴歯科学会における取り組みを通して考えた歯科医療の専門医制度のあり方」ということで、社団法人日本補綴歯科学会副理事長の矢谷先生にお願いしたいと思います。

先生は現在大阪大学の大学院歯学研究科口腔機能再建学講座クラウンブリッジ補綴学分野の主任教授でいらっしゃいます。先生の御略歴については、ここに書いてございますように、大阪大学を卒業された後、岡山大学の歯学部の教授になられ、さらにその後、大阪大学の大学院歯学研究科の教授、それから副病院長、副研究科長、評議委員等を歴任されております。学会活動も非常に活発に、いろんな学会で活動されている先生でございます。よろしくお願いいたします。

○矢谷　皆さんこんにちは。ただいま御紹介にあずかりました、日本補綴歯科学会を代表して参りました矢谷と申します。

日本補綴歯科学会の専門医制の立ち上げに、最初は認定審議会の委員長として、その後の４年間を総務担当理事として深くかかわってきたということで、御指名をいただいたというふうに理解をしております。前の２つの学会とは異なりまして、我々の方は広告開示がまだ認められてないというところで、これまで専門医制の立ち上げに関してどのように

苦労してきたかというような話から始めさせていただきます。

抄録にも書きましたが、我が国における専門医制度の始まりといいますのは、平成14年3月に厚労省の告示がありまして、厚生労働大臣が定める研修体制、試験制度、その他の事項に関する基準－専門医告示をもって、広告可能な専門医資格を認定する団体の基準が定められて、同年の4月1日より適用されるという告示が出たことに始まります。これは当時の小泉内閣が、構造改革あるいは規制緩和の一環として始めたことであるわけですけれども、当時小泉内閣は小さな政府を目指しておりまして、できるだけ民間に任せられることは民間に任せよう、その方が結局は社会の活力が出るというような考え方で、学会の活動もその一環として法人化を進めて、その活動は学会の事務裁量権を増やしてやっていただこうというようなところから出てきたのだと理解をしております。

我が国における専門医制度の始まり

- 平成14年3月29日付厚労省告示158号および159号
  "厚生労働大臣が定める研修体制，試験制度，その他の事項に関する基準ー専門医告示をもって，広告可能な専門医資格を認定する団体の基準が定められ，同年4月1日より適用される…"とされたことに始まる.
  当時の小泉内閣の構造改革の一環として始まった

専門医制度の意義は、考えてみますと、大きく分けて3つありまして、1つは患者に対する情報提供。これは、専門医資格が客観的に評価された歯科医師の臨床能力を証明するものでありますから、患者が希望する歯科医師を選択する上で非常に重要な情報となるということが1つ目の意義かと思います。

専門医制度の意義

- 患者に対する情報提供
  - 専門医資格は客観的に評価された歯科医師の診療能力を証明するもの
  - 患者が希望する歯科医師を選択するうえできわめて重要な情報となる
- 医療水準の向上
  - 細分化された診療領域を担当する歯科医師の育成制度
  - 歯科医師の医療に対する努力目標の提示
- 病診連携，診診連携への貢献
  - 患者を巡る病診連携，診診連携の流れをつくる

2番目の意義は、医療水準の向上です。医師だけではなくて、歯科医師も歯科領域が非常に細分化され、年々進歩していくなかで診療を行わなければなりません。すべての診療領域に、非常に高度な知識と技能を有する、いわゆるスーパーデンティストに全員がなれるかといいますと、それはとても無理だということでありますので、細分化された診療領域をそれぞれ担当する歯科医師を育成する制度となり得るということがあります。さらに、専門医制度は歯科医師の医療に対する努力目標の提示になる。専門医資格を得ようとしますと、これはやはり勉強をしないといけないということで、努力目標になる。それがひいては医療水準の向上につながって、国民に還元されていくということが2つ目の意義かと思います。

3つ目の意義は、病診連携あるいは診診連携で、専門医制度が貢献するだろうと考えられます。専門医制度がありますと、患者をめぐる連携の流れをつくることに貢献することは明らかであります。

その告示を受けまして、医科の方では三者懇の協議を経て日本専門医制認定機構を平成15年に設立いたしました。これが厚生労働省から示されたいわゆる有名な外形基準9項目であります。この医科の認定医機構には、この当時、55学会が加盟しましたが、この外形基準を満たしていれば機械的にどんどん申請のあった専門医を、調整するというようなこ

とをせずに、次々に認定していったという歴史がございます。

その結果何が起こったかといいますと、「専門医の濫造」と書かれたこの朝日新聞の新聞記事にもありますように、2002 年３月の厚労省告示の翌年８月には専門医資格を持つ医師の数が 20 万人を超えるに至りました。当時の医師の数が約 26 万人でありましたので、８割の医師が何らかの専門医を有しているというような異常な事態が起こったわけであります。

日本専門医制認定機構 平成15年設立

- 外形基準
  1. 学術団体として法人格を有する
  2. 会員数千人以上，8割以上が医師，歯科医師
  3. 一定の活動実績と内容の公表
  4. 外部からの問合せに対応
  5. 専門性に関する資格の取得条件を公表
  6. 資格の認定に際して5年以上の研修が必要
  7. 資格の認定に際して試験を実施
  8. 資格を定期的に更新
  9. 会員と認定者の名簿を公表
- 55学会が加盟

  外形基準を満たした学会の専門医を次々と認定

専門医の乱造

2002年3月　厚生労働省告示

2003年8月　右の新聞記事

専門医資格をもつ医師の数が20万人を超えることが報じられる.

当時の医師数26万人の約8割に相当する.

その結果、非常に有名な２つのアクシデントが起こりました。2002 年から 2004 年にかけまして東京医科大学病院第２外科で、心臓外科医が、この方は日本心臓血管外科学会の専門医でありましたが、担当した心臓弁膜症の患者が次々と手術後に亡くなるというようなことが起こりました。また 2002 年 11 月には、東京慈恵会医科大学附属の青戸病院の医師、これは３名とも日本泌尿器科学会の専門医であったわけですが、前立腺がんに対して内視鏡手術をした。新聞の記事にもありますが、この３人のうち２人は内視鏡を触ったこともなかった。一人は１例見学だけしたことがあったというようなことで、手術室に業者を入れて、その指導を仰ぎながら手術をしたというようなことがあったそうであります。その患者は、大量出血による脳死状態になって１か月後に死亡しました。

専門医の起こしたアクシデント

- 2002年 - 2004年

  東京医科大学病院第2外科で、心臓外科医（日本心臓血管外科学会専門医）が担当した心臓弁膜症の患者4人が、手術後に相次いで死亡
- 2002年11月

  東京慈恵会医科大学付属青戸病院の医師3人（日本泌尿器科学会専門医）が、前立腺癌の患者に対し、内視鏡を用いて摘出する腹腔鏡下手術を行った。手術終了後に男性患者は大量出血による脳死状態になり、約1カ月後に死亡

このようなアクシデントが起こって、国民の専門医に対する信用が著しく失墜してしまいました。医科領域の方はこれを非常に深く反省をして、そこからもう一回新たな専門医制度を立ち上げるべく活動をしていって、先ほどから紹介がありますように、新たな専門医制度を立ち上げようとしています。

歯科の方は、医科がどんどんどんどん専門医を認定していくものですから、歯科も遅れをとってはならじということで、2004 年の５月 18 日に日本歯科医学会の中につくられた認定医専門医制協議会が認定医・専門医制にかかわる説明会というのを開催しました。そのときに 16 の

認定医・専門医制にかかわる説明会

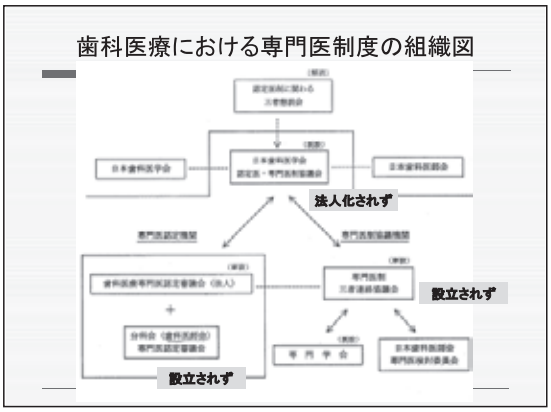
- 2004年5月18日
- 日本歯科医学会 認定医・専門医制協議会
- 16専門分科会の代表を招集
- グランドデザインの提示
- 専門医制度の組織図の提示
- 認定制から専門医制への移行が推奨された

認定医：学会が独自に認定する非公的な資格

専門医：厚労省で許可された専門医資格認定団体（学会）が認定する公的な資格

専門分科会から代表 15 名が集まりました。私もちょうどそのとき日本補綴歯科学会の認定審議会の委員長をしておりましたので、これに参加したわけでありますが、その説明会の中で、グランドデザインが提示され、専門医制度の組織図が示されたわけです。当時もう認定医制度というのは各歯科系の学会の中にもできておりました。認定医というのは、学会が独自に認定をします非公的な資格でありますが、専門医となりますと、厚労省で許可をされました専門医の資格認定団体である学会が認定する公的な資格になるということで、はっきり言葉に出しての説明はなかったのですが、どんどん専門医制に移行してほしいというようなことがこの説明会開催の趣旨だったと思います。

これがそのときに示されたグランドデザインでありますが、御覧のように独立診療系専門医制と、もう一方は基本診療系の学会の上に分化診療系の学会が乗っかる専門医制の２つを併存させる、いわゆる混合性をとるのがいいだろうということでありました。また、歯科医師としての分限を尊重して、ある領域の専門医であっても他領域の診療も可能とするという説明がございました。ですから、歯周病の専門医であれば歯周病しか治療してはいけないということではないという案ですね。それから複数の専門医資格をとってもいいというようなことのデザインが示されたわけであります。



これは組織図の方でありますが、認定医制にかかわる三者懇談会を発展的に解消いたしまして、日本歯科医学会の中に認定医専門医制協議会というのをつくった。それとは別に、専門医制度自体を協議する機関、それから専門医の認定機関を別につくりまして、専門医制協議会というのはそれらを統括するという関係をつくって活動をしようという案が示されたわけであります。ところが､認定医専門医制協議会はいずれ法人化をしますという説明がありましたが、結果的に法人化をされませんでしたし、残りの２つの機関も結局は設立されずに終わってしまいました。

この認定医・専門医制協議会だけは、各学会から専門医制の申請があったときに組織されて、今はヒアリングをするということだけを行っております。そのヒアリングの結果を厚生労働省に報告をするということで、細々と活動が続いているわけですが、残念ながら当初描かれていたようなグランドデザインとはほど遠いものになってしまっているというのが、歯科系の現状となっています。

日本補綴歯科学会の方は、2005 年に先ほどの説明会を受けて、直ちに専門医制へ移行すべく準備を始めて、2005 年の３月に基準該当届を厚労省に提出いたしまして、非常に

時間はかかったのですが、11 月にやっと認定医・専門医制協議会のヒアリングを受けました。その結果、少しやりとりがあって、そのヒアリングの結果を厚労省に持っていっていただきまして、今度は 2006 年に入って厚生労働省との調整をずっと継続したわけです。学会の方の担当は私が主にやらせていただきましたが、途中で二度も厚労省の担当官が替わりまして、３人の方とやりとりしました。替わるごとに引き継ぎが十分ではなかったため、一から説明をしないといけないというようなことで、１年かかってしまったということです。2006 年 10 月にようやく調整を終了しまして、最後の段階として日本歯科医師会に意見伺いをさせていただいたということでした。

（社）日本補綴歯科学会における専門医制移行への取り組み

- □ 2005年3月　基準該当届を厚労省に提出
- □ 2005年11月
  日本歯科医学会認定医・専門医制協議会より補綴歯科専門医に関するヒアリング
- □ 2006年　　厚生労働省との調整を継続
  途中2度も担当官が交代となり，その度に初めからの調整となり，時間を浪費
- □ 2006年10月
  厚労省との調整を終了し，日本歯科医師会に意見伺い

ヒアリングと厚労省との調整の過程では、まず名称がわかりにくいということを指摘されました。我々は「補綴歯科専門医」という名称で申請をしたわけですが、これはさんざん学会の中でも議論いたしまして、「補綴」は確かにわかりにくいが、これに替わる言葉はないというのが我々の結論だったわけです。考えてみれば、膠原病、骨粗鬆症、メタボリックシンドロームといった病名も最初はだれもわからなかった。だけど今は皆さん知っている。それはちゃんと周知の活動をして、どういう意味かを国民に知ってもらえればいいのだということで、我々は「補綴」の周知活動を一生懸命やったわけです。

ヒアリング・厚労省との調整の過程で指摘された事項

- □ 名称　‘補綴歯科専門医’は難解
  膠原病，骨粗鬆症，メタボリックシンドローム
- □ 補綴歯科に専門医は必要か？
  難易度分類による専門医と一般医とのすみわけ
- □ 試験合格率
  症例報告論文の義務付け，筆記試験の導入
  現在の合格率　7割程度

それから、補綴歯科というのは、これは一般開業医の日常臨床領域であって、そういう領域に専門医が本当に必要かということも言われました。これに対しては、きっちりとした学問的なエビデンスに基づいて分類した補綴歯科の難易度の表をつくりまして、専門医と一般歯科医のすみ分けをやろうということを提案したわけであります。筆記試験をやってないときは合格率が非常に高かったものですから、筆記試験をやっていないことも指摘をされて筆記試験を導入しました。現在合格率は７割程度になっております。

「補綴」周知への取り組みですが、どんなようなことをやったかといいますと、周知活動に特化した特命委員会をつくりました。それからインターネット調査をやりましたが、「補綴」の認知度は残念ながら十数％でした。まだまだ努力が足らないということで、市民フォーラム、これは今でも年 10 回以上やっておりますが、毎年 2,000 人～ 3,000 人の市民参加を得ておりま

‘補綴歯科’周知への取り組み

- □ 2006-2007年　赤川安正理事長
- □ 「補綴歯科」の周知策に特化した匿名医員化の設置（委員長　長岡英一鹿児島大学教授）
- □ 「補綴歯科」の認知度の調査
  1）インターネット調査（楽天リサーチ，回答者550名）
  2）アンケート（（株）ジーシー，回答者1,463名）
- □ 市民フォーラムの開催　　毎年2,000～3,000名の市民が参加
- □ 市民フォーラムの一般向けポスターの作成と配布
- □ 学会ホームページの全面リニューアル　　国民向けのコーナーの設置
- □ 「補綴歯科」周知のための名刺大カード作成
  学会のHPのURLやQRを記載したカードを18万枚印刷し，配布
- □ リーフレット「補綴歯科ってなに？」の作成
- □ 新聞での広報
  全国8紙に赤川理事長への補綴歯科治療に関するインタビュー記事掲載
- □ プレスセミナーの実施
  - ■ 第1回　2006年8月1日　読売新聞社，朝日新聞社，共同通信社など20名が参加
  - ■ 第2回　2006年11月2日　第1回と同様に約20名のプレス，マスコミ関係者が参加

す。それから補綴歯科専門医周知のためのポスターをつくったり、ホームページをリニューアルして国民向けのコーナーをつくったり、名刺大のカードをつくって配布をしたり、“補綴歯科ってなに”というリーフレットをつくってそれも配布をしたり、新聞に補綴歯科治療に関するインタビュー記事を掲載していただいたり、プレスセミナーを２回開催したりしました。この１回目のときに読売新聞の渡辺さんに参加していただいて、そこからおつき合いが始まって、今日この後お話をいただくわけです。

これがリーフレットです。こういうものをつくって、何とか「補綴」を国民の皆さんに知ってもらおうという努力をしたわけです。

名称は「補綴歯科専門医」でいこうということにしたのですが、入れ歯とか義歯を使ったらどうかということも提案されましたが、それらは補綴歯科治療の一部であるので適切ではない。かみ合わせというのはどうかというような意見も出ましたが、既にかみ合わせ認定医というのを設けている団体がありまして、ややこしい。理想的な専門医の名称は、協会名とか学会名と一致していることが望ましいので、やはり補綴を使おうということにしたわけです。補綴歯科は、一般歯科、矯正歯科、小児歯科との整合性もとれているということもあります。それから欧米各国での補綴の専門医の名称はプロソ（加える）＋オドント（歯）でプロソドンティストですから我々も補綴歯科専門医でいこうということでまとまったわけです。

名称に関する見解

① 治療内容をもっとも適切に，かつ包括して表現している．
②「義歯」あるいは「入れ歯」は国民にわかりやすいが，補綴治療の全体を表していない．さらに「人工物の専門医」との表現は適切ではない．
③「咬み合わせ治療」は内容がわかりにくく，具体性に欠ける．さらに、「咬み合わせ認定医・指導医」の資格を設けている学会が既に存在しており，これと混同される危険性がある．
④ 専門医の理想的な名称は，教科名，学会名と一致していることである．
⑤「補綴歯科」は臨床においても，教育においても歯科の基幹をなす領域であり，専門医の名称にも入ることが望ましい．
⑥「補綴歯科」は，一般歯科，矯正歯科，小児歯科などの名称と整合性がとれている．
⑦ すでに補綴歯科専門医制度が確立されている先進国での名称は“Prosthodontist”であり、「補綴歯科」を意味する“Prosth（加える）＋odont（歯）”に、ヒトを意味する“ist”がつく綴りとなっている．

すみ分けについて説明しますと、口腔内の形態的な条件、身体社会的な条件、口腔関連のＱＯＬ、そして精神医学的な条件、それぞれを診断して、その結果に基づいて総合的な補綴の難易度をレベル１～レベル４まで分類をしまして、レベル３とレベル４は、具体例のリストは別につくってありますけれども、専門医に担当していただく。その難易度の高い補綴歯科治療が終われば紹介元の一般歯科医に患者をお返しし、あとの一般治療とかメ

補綴歯科専門医と一般歯科医との病診連携・診診連携

症型分類1-1（口腔内の形態的条件）
症型分類1-2（身体社会的条件）
症型分類1-3（口腔QOL）
症型分類1-4（精神医学的条件）｛問題ない可能性群／問題あり可能性群｝

【総合的難易度の目安】
Level 1　卒前臨床実習の症例として望ましいもの（Ideal or minimally compromised）
Level 2　卒後研修医の症例として望ましいものあるいは一般歯科医で対応できる症例（Moderately compromise）
Level 3　かなり困難な症例（Substantially compromised）
Level 4　非常に困難な症例(Severely compromised)

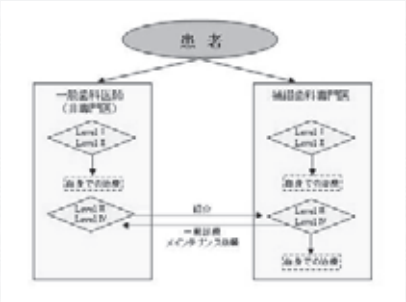
補綴歯科専門医と一般歯科医との病診連携・診診連携

Level Ⅲ
① 無歯顎で顎堤吸収が著明で、その対向関係が過度の過蓋咬合や反対咬合の症例
② 小臼歯や犬歯を含む遊離端歯列で、身体的・社会的背景がある症例
③ 残存歯質が少なく、歯肉縁下にあり、対合歯の挺出が著明な症例

Level Ⅳ
① オーラルディスキネシアや顎位の不安定な症例、また唾液分泌量の少ない症例
② すれ違い咬合や補綴クリアランスの少ない症例
③ 残存歯質が少なく、骨縁下にあり、対合歯の挺出が著明な症例

ンテナンスを継続していただくというようなことで、Win-Win の関係を築こうということを提案させていただいたわけであります。

補綴歯科専門医と一般歯科医師の連携



ところが、歯科医師会から回答書が 2006 年 12 月 28 日に返ってきました。どうしてここだけ日付まで書いてあるかといいますと、これは実は私の誕生日なのです（笑声）。大学に勤務する先生方にとって 12 月 28 日というのは御用納めの日で、明日から正月休みということで、私もうきうきして過ごしていたのですけれども、このメールが厚労省から参りまして、とんだ誕生日プレゼントだったわけです。「実際の歯科医療の現状とこの資格名とを勘案した場合、一般臨床歯科医師と専門医と判別基準が余りにも不透明であると言わざるを得ません。さらに国民の視点に立った場合、この資格名を広告することは、一般の歯科診療所における臨床歯科医師と専門医との区別、判別がつきがたく、これによる医療現場と国民の混乱が予想されます。つきましては、すべての国民に良質な歯科医療を提供することを責務としている本会といたしまして、今回の貴省からの問い合わせには了承いたしかねますので、今後のお取り扱いにつきまして貴省の御高配を賜りますようよろしくお願いします」ということでした。厚労省に間を取り持っていただいて調整していただくことを期待しましたが、学会内のことには立ち入らないというのが厚労省のスタンスですので、厚労省自体は学会との調整等は一切いたしません。これをぽんと我々のところへ送ってきただけで、あとはどうぞ勝手にやって下さいということになってしまったのです。

日本医師会と日本歯科医師会の大きな違いを考えてみますと、先ほども御説明がありましたが、日本の医療というのは病院の勤務医が支えていると言っても過言ではありません。一方、歯科医療は圧倒的に開業医が支えている。したがって、歯科医師会の会員も圧倒的に御開業の方が多いということで、歯科医師会は歯科医師の職能団体というよりも、一般開業医の利益をどうしても考えざるを得ないという立場に置かれるということは私も理解できます。この書面に示された内容は建前でありまして、全然説得力のない文言ですので、本音のところは、やはり歯科医師の中に差別化をするような制度、将来的に歯科医師の差別化につながるような制度には断固反対するということだっただろうと思います。

その後の取り組み

- □ 2007年1月16日
  日本歯科医師会幹部の方々と面談
- □ 2007年7月
  日本補綴歯科学会ホームページに厚労省の指導のもと補綴歯科専門医の名簿を掲載
- □ 2007年7月 - 8月
  読売新聞　医療ルネサンスにシリーズ歯科「歯を失ったら」を6回にわたって掲載
- □ 2007年～
  ガイドライン作成に学会を挙げて邁進

その後すぐに申し入れをして日本歯科医師会の幹部の方々との面談を持ったのでありますが、大久保会長はもちろん御出席なさって、私もあまり 1 つのことを長々とうじうじして決定を先延ばししている性格ではない。私も歯科医療の中に専門医制をつくることに反対をする気持ちはないということを私たちの前で明言をされましたが、残念ながらその後補綴歯科専門医の広

告開示を認めていただいているということにはなっておりません。

我々はそれにめげずに、厚労省の指導のもと専門医の名簿をホームページに掲載いたしましたし、プレスセミナーで縁のできました読売新聞の有名な常設コーナーであります「医療ルネサンス」に補綴歯科治療に関する６回の連載もしていただきました。それから、ガイドラインを学会を挙げてつくろうということで活動もしてまいりました。

これが「医療ルネサンス」の記事です。2007 年７月から８月にかけて掲載していただきましたが、まあその反響たるやすごいものがありました。もう学会の事務局の電話は鳴りっぱなしで、対応に追われてとんでもないことになりました。ホームページへのアクセス数も飛躍的に増えましたし、何よりも専門医名簿へのアクセスがすごいことになったということで、これではっきりしましたことは、国民は高い補綴歯科治療技術を持った歯科医師を間違いなく求めている、探していることで、我々は意を強くしました。やはり補綴領域にも専門医は必要だということで、これまでずっと活動をしてきております。

読売新聞　医療ルネサンス

シリーズ歯科
「歯を失ったら」
2007年7月27日～8月6日
にわたって6回連載

医療ルネサンスへの掲載の反響

- **当日朝より、学会事務局への電話による患者からの照会 ：**
  初日 260件
  その後5日間で 600件超
- **本学会のホームページへのアクセス ： 記事掲載前日 約 170件**
  掲載当日 約 7300件
- **専門医名簿へのアクセス数 ： 約 10600件**
- **7月27～30日の一般ページへのアクセス数 ：約 12300件**

国民は高い補綴歯科治療技術をもった歯科医を求めている

日本補綴歯科学会では６つのガイドラインを既に作成しておりますが、そのうち３つはもう既に Minds に収載をされています。歯科関係のガイドラインが現在 11 収載されておりますが、そのうち３つが日本補綴歯科学会発のガイドラインとなっております。

現在の状況でありますが、専門医が 1,143 名。指導医が 679 名、研修施設が 99 か所となっています。専門医のうち、実は１／３以上は日本歯科医師会の会員でありまして、この人たちに歯科医師会の広告開示を拒んでいることをどういうふうに説明されるのかと思ってしまうわけであります。ただ、本日の私の講演の趣旨は、そういう愚痴を言うことではなくて、そういう経験を通して、私が専門医制度の問題点についていろいろ思い当ったことがありましたので、ここからはそれについて述べさせていただきます。

日本補綴歯科学会作成のガイドライン

- □ リラインとリベースのガイドライン2007
- □ 接着ブリッジのガイドライン2007
- □ 有床義歯補綴診療のガイドライン（2009改訂版）
  Minds収載
- □ 補綴歯科治療過程における感染対策指針2007
- □ 歯の欠損の補綴歯科診療ガイドライン2008
  Minds収載
- □ 摂食・嚥下障害，構音障害に対する舌接触補助床（PAP）の診療ガイドライン2011
  Minds収載

歯科関係11のうち3つ

補綴歯科専門医制度の現在の状況

□専門医　1143名
□指導医　679名
□研修施設　99か所（甲78,乙21）

専門医のうち約3分の1は，
日本歯科医師会会員

まず１つは、専門医制の規定とか求めている水準が学会によってばらばらであることが挙げられます。ある専門歯科医は必ずしも専門性を担保しているわけではない。これは非常に残念なことでありますが、認めざるを得ないところがあります。そして数に制限は求めていない。学会はどんどん専門医をつくろうということで、今のところ動いております。専門医の適正配置がなされていない。これについても先ほどからたくさん話が出ておりました。

歯科の専門医制度の問題点

- □ 専門医制の規程や水準がバラバラ
- □ 専門医資格が必ずしもその専門性を担保していない
- □ 専門医の数に制限を一切設けていない
- □ 専門医の適正配置がされていない
- □ 研修プログラム・研修施設が整備されていない

それから、研修プログラムと施設の整備もまだまだ不十分であるというようなところです。基本原則に立ち返ってみますと、専門医制度というのはやはり患者の視点に立つものでなくてはならない。これが本当の原則であろうと思います。ということは、やらねばならないことは本当に明らかであると思うわけです。今やらねばならないことは、もっと理想的な専門医制度を歯科に導入するということではないかと思います。専門性をいかに担保するかでありますが、これはもう認定のための水準をどうしても統一していく必要がありますし、試験による評価の偏重から脱して、研修をしているときの実績をもっと評価していくべきでありますし、きっちりとした研修プログラムをつくって、つくるだけでは絵にかいたもちに終わってしまいますので、その内容と実施状況をだれかが監視をしないといけない。そして定期的な更新試験を実施していかないといけない。ただの手続きの更新ではなくて、更新試験をやっていく必要があろうかと私は思っております。

基本原則

専門医制度は患者の視点に立つものでなくてはならない

↓

今後やらねばならないことは，理想的な専門医制度を導入する

専門医の専門性をいかに担保するか

- □ 専門医資格認定のための水準の統一
- □ 試験評価偏重から脱して研修の実績を評価すべき
- □ 研修プログラムの策定と内容・実施状況の監視
- □ 定期的な更新試験の実施

そして、国民にわかりやすい制度としなければなりません。名称はできるだけわかりやい名称にする。補綴は少しここで苦労しているわけですが、横並びではなくて２階建ての制度設計を採用して、全体の構図を国民にわかりやすく公開をして利用しやすい制度にする。そして、各学会の専門医のリストをまとめて公開するというようなこともいいのではないかと思いますし、各専門医の情報、どんな経験、訓練を積んできた人かということが国民にわかる仕組

国民にわかりやすい制度とする

- □ わかりやすい名称とする
- □ 横並びではなく，2階建てとし，全体の構図を国民にわかりやすく公開する
- □ 各学会の専門医のリストをまとめて公開する
- □ 各専門医がどのような経験や訓練を積んできたのかが国民がわかる仕組みを作る

みをぜひつくるべきだと思います。

そして専門医へのアクセスが容易にならないといけない。今はまだ歯科の専門医は足りないから増やせ、増やせでいいのかもしれませんが、ずっとそれではいけないと思います。専門医の総数を公的機関で調整をして、適切な数の専門医を全国にバランスよく配置をするということが必要になろうかと思います。

以上述べてきましたようなことを実施するには、これはもう学会から切り離された、しかも国家的な規模と中立的な立場をもった第三者機関、例えば「専門医資格認定機構」、これは仮称でありますが、そのようなものを設立するしかないのではないかと思います。

専門医へのアクセスを容易にする

- □ 専門医の総数を公的機関で調整する
- □ 適切な数の専門医を全国にバランス良く配置する

提　案

- □ 専門医制度を学会から切り離した国家的規模をもち，中立的立場の第三者機関（専門医資格認定機構）を設立する

これは昨日日本歯科医学会評議員会で江藤会長が講演で使用されたスライドを少しモディファイしたものですが、医科の方はもう第三者機関の設立がそこまで来ています。さらに、このようなロードマップもつくって、この困難な事業を実現しようとしているわけです。歯科もそれに遅れてはなりませんし、医科ができないことを歯科がやれる可能性は私は十分にあると思っております。さらにいい制度、第三者機関を設立するということが、今の歯科に求められていることではないかなと思います。認定機構で、認定基準の統一と整理をし、研修カリキュラムを策定して実施状況を監視する。そして資格試験を実施する。単なる筆記試験だけではなく、やはり実地も必要になろうかと思います。そして専門医の総数を調整していく。専門医の研修施設を全国にバランスよく整備していく。こういうことを、例えば日本歯科医学会の中に設けられたような組織でもう一度やろうとしてもまた同じ失敗を繰り返す可能性が高いのではないかと思います。

専門医の在り方に関する検討会　中間まとめ
（社）日本専門医機構（仮称）

- □ 中立的第三者機関を設立して，専門医認定基準や養成カリキュラムを作成し，専門医の認定を行う
- □ 新制度施行スケジュール
  - 2013年 中立的第三者機関設立
  - 2014年 診療領域ごとの専門医認定機構発足
  - 2015年 研修プログラム策定
  - 2016年 初期研修医へ募集告知
  - 2017年 新制度による認定事業を開始

歯科専門医認定機構（仮称）

- □ 専門医資格の認定基準の統一と整備
- □ 研修カリキュラムの策定と実施状況の監視
- □ 専門医資格試験（筆記，実地）の実施
- □ 専門医の総数の調整
- □ 専門医の研修施設の整備

ただ、その第三者機関の要件といたしまして、法人格は必ず必要かと思います。これは独立性を保つために必要だと思いますし、これが問題なのですが、歯科医学会が歯科医師

会から活動費用の補助を受けていますように、例えば学会から拠出金を受けますと、この機構は学会の顔色をうかがわないといけなくなるということで、独立した財政基盤をどうしても持たなければいけないと思います。しかしながら、これが難しいですね。1つ私が勝手に考えていることですが、立ち上げ時には国に予算をつけてもらう。立ち上がったら、その維持には専門医の申請費用、更新費用を充てる。専門医の申請費用、更新費用、これは認定医も含めて学会を潤すというようなところがあります。会員を確保するということに非常に有効ということもあります。ですが、学会がそういう考えでいたら第三者機構の設立はできないと思います。その費用は全部この機構にそっくりそのまま供出をしていただいて、機構維持の費用の基礎とする。国も少し補助をするというのが役目ではないかと思いますので、そういうことも要求していくといったところが、私の浅知恵で考えたところであります。

国民にとにかく開かれた活動を行うことが必要です。一般国民を機構のメンバーに加えてガラス張りの運営をしていくということも、これからの社会では求められることかなと思います。

本当に勝手なことを申しましたが、私の話は以上であります。どうも御清聴ありがとうございました。（拍手）

○野口座長　矢谷先生、どうもありがとうございました。補綴学会が大変に苦労しているということがよくわかりましたし、それをベースに非常に新しい展望も述べていただいたと思います。

お三人の先生が今お話をされたわけですけれども、結局はそんなに大きな違いはなくて、やはり第三者機関が必要だということは皆さん共通だと思っております。

ほとんど時間がなくなりましたのですけれども、簡単にどなたかお一人、御質問いただきます。

○会場　セトでございます。矢谷先生の御意見に賛成でございます。この後の総合のディスカッションで出すべきかと思っていたのですが、今先生から生々しいお話が出てきたので、非常にしみじみと感じるところがございましたので一言言いますと、私は、先生の前段のスライドの中で、三者協議会とか何とかという、結局うまくいかなかったいろいろな協議会の中で荷を負いました。それでうまくいかなかったわけです。

それはなぜかといいますと、口腔外科学会が一番最初に入ってきた、平成15年に入ってきたときに、そのときには歯科というのは全然なかったわけですから、医科並びの視野でもって官庁から見られているわけです。それで、医科と歯科という区別も全然なかった。そこで歯科医師会から待ったがかかってきたわけです。それで歯科医師会の当時のすごい会長から私のところに電話がかかってきて、セト先生、先生の学会は歯科医師会にほとんど入ってないなと。確かに入ってないのですね。それで、その歯科医師会に入らないと、とても我々は承諾できないと、そういうような話で、慌てて電話をかけまして、各会員に電話して、みんな入ってくれ、準会員に入ってくれということで大変な努力をいたしました。

ちなみに言いますと、日本歯科医師会の準会員の規定は、準会員というのは５条２項というのですか、歯医者さんの子弟が準会員である。公立の機関ですが、私立大学の教授は全然準会員にもなれないというふうな状況から出発したわけです。それでとにかく入らないといけないというので入って、条件的には口腔外科は大体全国充足するということで問題はない。そんなことから始まっていて、そして歯科医学会の中で、今度は歯周病学会が入りたいということで、それをとにかく受け入れたいという感覚を私は持っていた。その中でも、齋藤先生が会長をやっていたときには、何とかして早期に、ちょうど先生が御指摘のように、もう専門医の方は、医科の方の専門医はわーっと来たわけです。それでもっと内科学会なんていうのはすぐさまに本郷３丁目に内科学会館なんていうのを建てたのは、専門医ができてからなのです。それで、医科の方はぶわーっと来てしまったわけです。それで国民の批判を浴びたわけです。

だけど歯科の方は無風地帯で、全然国民は相手にしてなかったというところがあるわけですが、それが逆に次第に歯科医師会と歯科医学会のだんだん利権になってきた。それで歯科医学会がいろいろやって、結局ヒアリングなんていう生意気なことをやって、それで何だかんだ言って権威になってきてしまったのです。これは、本当に私は間違いだと、そのときから思っておりました。それで、そのままずっと次の会長になってからついこの間までは、権威としてみずからの覇権の確立のために求心力を得るために、専門医、みんな弱いですから専門医になりたい、専門医とりたい、だから従順でなければいけないということに利用されていたような気がいたします。

これを第三者機構として、これは歯科の特徴なので、第三者機構をつくるのは大賛成で、もう遅過ぎるわけです。先生がおっしゃるように法人格をとって、医科の方はどんどん進んでいるわけです。それでもって、もう私は池田さんに何回も言って、医科の中にもう一回入れてくれと言ったのだけれども、歯科全体を入れてくれと言ったのだけれども、もうそのときは遅かったのですね。それでもう歯科は歯科でやってくれということになって、確かに歯科の特徴があるわけなのだけれども、もうここに来ては何がオブスタクルだったかというと、歯科医学会のやっていること自体が間違っているのですよ。歯科医学会がそれを取り仕切ってヒアリングをするなんていうのは全く間違っているので、歯科医学会とは別の法人格を持った評価認定機構をつくるべきですね。そのためにお金は各学会がみんな供出すればいいですよ。専門医をとった学会もこれからとる学会も供出すればいいので、自力でもってやるべきだと私は思っているのですが、先生はいかに思われますか。

○矢谷　私は、学会からはお金を取るべきではないと思います。

○会場　だけど、どこかでお金が……。

○矢谷　そうです。ですから専門医資格の申請費用、更新費用、これは学会のお金でなくて、機構のお金だ、機構が管理するものですから、そういうふうに割り切って、全部それを機構に供出していただくというのが私の案です。

○会場　私はそうじゃなくて、学会がやるよりしようがないなというふうに、こういう状況ではしようがない。歯科医学会が歯科医師会と一緒になって、歯科医師会はだけれども、

もうかなり前に手を引いています。
○野口座長　先生、済みません、申しわけありませんけれども時間がまいりました。ありがとうございます。
　ありがとうございました。（拍手）
　それでは、休憩が５分ということですけれども、トイレタイムもあると思いますので、できるだけ早く始めたいと思います。司会を佐々木先生にかわりますので。では、35 分ということで。

休　　憩

再　　開

「社会が求める歯科における専門医制のあり方」

日本歯科医師会常務理事　中島　信也先生

○佐々木座長　皆さん、よろしいでしょうか。短い休憩で申しわけございませんが、第２部を開始させていただきたいと思います。前半３名の先生には各学会を代表してという形で頼んでおりましたが、皆さん非常に大所高所からの御意見を出していただきまして、学会の報告とあとは御提言をいただいたということになろうかと思います。
　ここからは、社団法人日本歯科医師会を代表して、学術担当の常務理事でございます中島信也先生に、「社会が求める歯科における専門医制のあり方」ということで御講演をいただきます。
　学会専門医制あり方検討委員会に先生が所属しておりますので、そこから報告という形になろうかと思います。中島先生は、御経歴の方はここにあるとおりでございまして、東京歯科大学のご卒業で、あとは口腔外科、そして口腔外科の専門医でもございます。両者の立場を見ていらっしゃるというところで、先生は専門医制度について非常に御理解があろうかと思います。先生の方から、今の日本歯科医師会の考え方というところをお聞かせいただければと思います。よろしくお願いいたします。
○中島　御紹介いただきましてありがとうございました。始める前にのどがカラカラに渇くような状況になっていたものですから、お話がスムーズにできるかどうかちょっと心配なところがありますが、今、佐々木先生から御紹介いただきましたように、私は、日本歯科医師会の学術担当の常務理事として、執行部に入ってからもうすぐ２年経過しようとい

う時期にあります。それ以前は、全く日本歯科医師会の執行部にタッチしておりませんでしたので、言いわけをするのではありませんけれども、今日各学会のご講演いただいた状況と現在の私が肌で感じるものは、多少の差異が存在するような気持ちで第一部の講演をお聞きした感がありますが、せっかく頂いた機会ですので今日は、今現在日本歯科医師会としての考えをざっくばらんにお話してみようと思っております。

今日３先生の御講演をお聞きしましても、結果的に本来の目指す方向に大きな相違は無いように感じられましたし、それぞれ微妙に違う状況の中にあって、それぞれにとって一番良い形ができ上がればそれが一番いいのではないかと思っておりますし、そういった方向性についてはある程度の結論は見えてきているのかなという気がいたしました。その辺については私の立場としても今全く異論はございませんし、とにかく良い方向に行ければと思っていますので、今実際に問題となっているところや改善が望まれていることなどを御紹介して、その中でどういう話し合いが行われているかというところも御披露しながら、ディスカッションに生かせていければと思っていますので、そういった観点で話をさせていただきたいと思います。

どういう話から始めようかと思いまして、きょうのシンポジウムほど本当は悩んだスライドはないのですが、まず専門医ということなので、これは厚労省マターということはもう間違いない事実ですから、厚労省は専門医という定義をどういうふうにしているかというところから入らなければいけないと思いまして、ちょっとこれを出してみます。

専門医の定義

厚労省による定義では「患者に医師、歯科医師の専門分野を理解させるための情報公開のひとつ」とされ、社)日本専門医制評価・認定機構の定義では「医師国家試験に合格した医師は、自由に標榜科目を選ぶことができるが、本機構では加盟している各学会と協調し、5年間以上の専門医研修を受け、資格審査ならびに専門医試験に合格して、学会等によって認定された医師を専門医と定義」としている。

厚労省による定義では、この赤字で書かれてありますように、患者さんに対して医師、歯科医師が専門分野を理解させるための情報公開の１つであると定義をしているのです。要するに平たく言えば、広告の１つの手段であると判断しているのだと感じます。

もう一方、先ほど来出ています認定機構等々の定義では云々と書いてあって、基本的に具体的な策も文章になっていると思いますけれども、その内容に関しては全くそのとおりだと思います。

厚労省は、ここにも書きましたように、先ほどお話ししたように、「専門医とは広告であり、標榜の問題とはまた別問題」。ここで問題なのは、今日は全くそういった意見が出ませんでしたけれども、専門医制であるということ、それから専門医の広告が認可されているということ、それから後は歯科にかかる標榜科の問題と、３つがどうもごっちゃになって国民に理解されているところがあるのだろうと思いますので、その辺の区別をしていかないと、なかなか国民の理解は得

- 厚労省は
  「専門医とは広告であり、標榜の問題　とは別問題」
- 標榜科目（医療法第6条）：
  歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科

「認められない標榜科名」
インプラント科、審美歯科　など

⇒　国民には違いが分かりにくい。

られないのではないかということを、常々私は感じております。

標榜科は、先生方御存じのように、ここにありますように、医療法で決まっている歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科と、今この４つだけなわけです。認められない標榜科名が、最近いろんなところで問題になっていますが、インプラント科であるとか審美歯科であるとか、いろいろな広告媒体や日常生活の中でも随分見る機会が多いと思われる文字が、実は認可をされていないのだという事実が、国民には全く理解されていないというところが背景にあるので、この違いを国民にどうやって伝えていくかというのは、我々の１つの課題ではないかと考えています。

「専門医広告の申請に係る申し合わせについて」、先ほど来ずっといろいろなお話が出ていましたけれども、これは順番です。整理のためにちょっとお出ししますが、日本歯科医学会が中心であるべきかどうかというのはまた別問題として、今現状の中では専門分科会から連絡を受けて日本歯科医師会に連絡が来る。それが来たところで、認定医・専門医制の協議会が開催されるのです。ですから、この協議会はあくまでも不定期であって、要請に応じて開催されるというのが今の現状です。一番最近では、後でちょっと触れますが、矯正歯科学会から要請がありまして、昨年の終わりに開催されました。

専門医広告の申請に係る申し合わせについて　第4回認定医・専門医制協議会　平成15年2月25日

1. 日本歯科医学会は、専門分科会から連絡を受けたときは、日本歯科医師会に連絡するとともに、認定医・専門医制協議会を開催する。
2. 認定医・専門医制協議会は、必要な調査等を実施するとともに審議を行い、日本歯科医学会にその結果を報告する。
3. 専門分科会は、厚生労働省に専門医の広告に関する申請（専門医資格認定団体に係る基準該当届）を行う場合は、事前に日本歯科医学会にその旨を連絡する。
4. 日本歯科医学会は、認定医・専門医制協議会での審議結果を機関会議に諮り、その結果を日本歯科医師会に報告する。
5. 日本歯科医学会は、協議結果を当該専門分科会に通知する。

その後、認定医・専門医制協議会は必要な調査を実施するとともに審議を行い、歯科医学会にその結果を報告する。これは協議会ですので、歯科医学会の中の事務局でやりますが、学会から離れた別物として協議が行われて、学会の方に結果が報告されるというシステムになっています。

専門分科会は、ここにあります基準届ですけれども、厚労省に専門医の広告に関する申請を行う場合は、事前に日本歯科医学会にその旨を連絡する。要するに、こういった内容を踏まえた段取りをしてから厚労省に持っていかないと、厚労省は持ち込まれた文書のみからでは的確な判断をすることが難しいのです。ですから、専門家としてどういうふうにこの申請をとらえるかという助言をする必要があるということから、こういったシステムになっています。

日本歯科医学会は、認定医・専門医協議会での審議結果を機関会議に諮り、諮問をされたものについての結論を歯科医学会の意見として厚労省へ出すということです。またこの結果については、厚労省より歯科医師会の方へ報告されてきます。

歯科医師会は、報告された後、今度厚労省の方から関連団体を代表する立場としての歯科医師会に、この学会の専門医の広告をすることにあたってどのように評価しますかという意見提出を求められます。そこで、歯科医師会としては、理事会で協議をし結果を厚労省に伝えることになります。先ほど矢谷先生がおっしゃいましたけれども、後で述べるような理由で、回答を保留しているため、結果的に厚労省では現在のところ、補綴学会の専

門医の広告が認められないということになっています。まずは、こういったなり方で広告を認める、認めないという話が進むということを御理解いただいておきたいと思います。

団体の基準は、先ほど来出ていますように、この９つです。問題は、法人格を有していること、これはだれが見てもすぐわかることなのです。会員数についても、1,000 人以上であれば、うそがない限りはそれが通る。その８割が医師・歯科医師であること、先ほどペリオの方の学会ではここが足りないという話がありましたが、そういった取り決めがあります。

専門医資格を認定する団体の基準

（厚生労働省告示第159 号1 号の基準）（参考）

- 学術団体として法人格を有していること。
- 会員数は1,000人以上で、かつその8割が医師・歯科医師であること。
- 一定の活動実績を有し、その内容を公表していること。
- 外部からの問い合わせに対する体制が整備されていること。
- 医師または歯科医師の専門性に関する資格の取得要件を公表していること。
- 資格の認定に際して、5年以上の研修受講を条件としていること。
- 資格の認定に際し、適正な試験を実施していること。
- 資格を定期的に更新する制度を設けていること。
- 会員及び資格を認定した医師または歯科医師の名簿が公表されていること。

それから、その次からの問題で、一定の活動実績を有し、その内容を公表していることとありますが、では一定というのは何か、活動実績の評価はどのように評価されるのかというのは、この辺は見るものによってちょっと違う現実があるのです。ですから、これを評価する個々の先生方によっても、これはどうだとか、いや、このぐらいはいいのではないか、いや、これはちょっとまずいのではないかという協議がなされているのが現実です。

外部からの問い合わせに対する整理についても、このぐらいでいいか、もっと必要だという人もいろいろいらっしゃるので、この辺もやはり意見の分かれるところであります。

あとは、医師または歯科医師の専門性に関する資格の取得要件を公表する。これも公表して、それがしっかりしたものであればよろしいということになります。

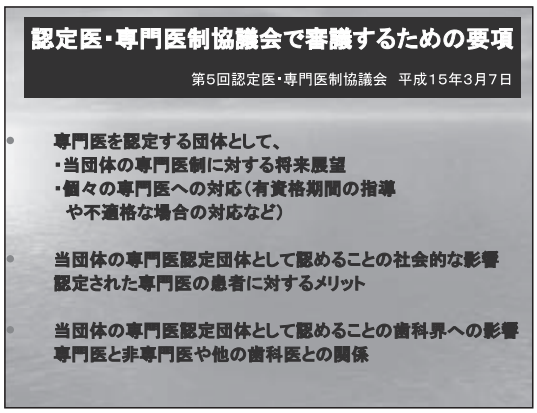
それから５年以上の研修受講。これも実際にやっていない、木村先生が先ほどちょっと研修施設の問題があるというお話もありましたが、実際にやっているとして、５年の数が足りていればよろしいかなということになります。

適正な試験を実施していること。この適正も、では口頭試問だけでいいのか、もしくは筆記試験が必要なのか、実技試験が必要なのか。これも学会によって、それぞれかなり違いがあるのが現実ですので、この辺の適正なという評価も多少ずれがあるのではないかと思います。

あとは、更新制度がちゃんとあるかどうかです。あとは、名簿が公表されている。ですから、ちょうど真ん中あたりのところが、評価する人によって大分違っていることと、厚労省の役人がかわって三度も同じことを説明しなければいけなかったと矢谷先生おっしゃいましたが、歯科医学会も歯科医師会もやはりメンバーは変わるわけです、何年か置きに。そうすると、それによって多少その辺の所の解釈に違いがあったり、その人の背景の差異によったり等々、色々な問題がその評価を変えている可能性があります。しかし、このように考え方が多少変わってくるのは、その時の社会状況も反映すべきであり、ある程度の解釈の変化はありうることと、それは御理解いただければと思います。

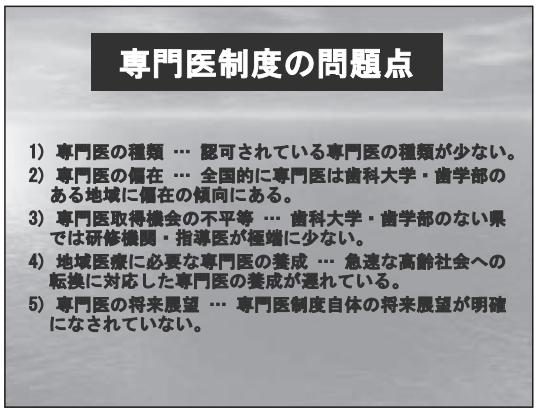
あとはこの「要項」については、これも公表されていますので、平成 15 年３月７日に取りまとめられたものですが、認定する団体として、専門医制に対する将来展望をどうするかとか、個々の専門医への対応についてどのように指導していくか。一度専門医を取得

した後、更新制だけで対応するのではなく、何かトラブルがあったときに、どう対応するか。倫理規定にのっとってどういう処分をするかというところも含めて、そういったことが問われているということ。



それから、各学会が専門医を認定する時に、その専門医が社会に果たす役割と影響をどのようにとらえているか、また専門医を取得するメリットとは何かというものが問われています。要するに、この専門医は患者のための専門医制度なので、決して自分たち歯科医がステータスのために持っているわけではなくて、患者さんに反映されなければ全く意味のないものだということと同時に、このメリットがどこにあるのかということがなかなか明確になりにくいというのが現状です。それからデメリットも当然あるので、その辺の評価もちゃんとしていかなければいけない。

それから、歯科界への影響、専門医制の無い分野を含めた歯科全体への影響です。専門医とそうでない先生と、その専門性以外の先生の関係がどうなっているかということがきちんと整理されていないといけないと思います。国民は、特に大都市は専門医もたくさんいらっしゃいますし、病院もたくさんあるし、そういった専門性による機関の区別がしやすいのですが、ちょっと離れますと、専門医はいないわ、病院はないわ、ではどうするのと。近所の先生しかいませんよという環境の中では、専門性云々と言ってもなかなかそういった状況は判断がつきにくい。例えば口腔外科の専門医しかいなかったところに、よりよい咬合を求めて義歯をつくってくださいといったときに、ではどこに行くのかという話になったりもするので、その辺が後でちょっと触れますけれども、先生方もお話になった地域の問題とか、偏在の問題とかも含めて、この辺の関係がどう整理されるかというのが、やはり個別の地区ごとに分けるわけにもいかないし、全国レベルである程度の統一は図らなければいけないという問題があるので、かなり難しい状況になっているのだなということを、きょうの今までの講演でも触れられていましたけれども、私もそう思います。



この問題点については、専門医の種類、認可されている専門医の数が少ない。これは歯科医師会のせいだとおっしゃる方もたくさんいらっしゃるけれども、私はそうではないと思うのですが、こういった数が少ないので、本当の専門、専門で今患者さんもいろいろ歯科のことを勉強するようになりましたので、こういった専門性のことについてはどうか。例えば今エンドの専門医は認定されていませんけれども、ではエンドのところでトラブった症例はどこに行くのかとなったときに、ではどうするかというのが、なかなか数がはっきりしないし、専門医とうたっているのが本当にちゃんとした学会がうたっているのか、その学会自体もちゃんとしているの

かしていないのかというのは、国民はなかなか理解できないというところがあります。

それから、先ほど来言っているように、偏在の問題。先ほど来出ている全国地図にもありますけれども、大学や大きな病院の歯科口腔外科ないし歯科があるところはそれなりの設備も整っているし、専門医の数も整っているというのがありますが、地域的には全く無いに等しいところもあります。そういう問題はペリオの学会に限らず、どの学会の専門医についても同じような地域偏在の問題があると思います。

あとは、専門医取得機会の不平等です。これは、今言ったように、歯科大学・歯学部がない地域では、例えば一般ＧＰの先生が専門医をとろうとしたときに、なかなか難しいハードルがあるという現状もあります。ですから、補綴は別として今の開業医の先生が新たに専門医を取得するのは厳しい。私は口腔外科の専門医なので、多分木村先生から言われれば数％の人間の中の一人なのだと思いますが、地域で開業していて口腔外科の専門医というのは、開業してから専門医がとれるかといったら、そんなことは絶対にあり得ないわけです。たまたま大学にいたときにそういう専門医をとっていたので、それを何とか頑張って更新をしているのが現状だということなので、ほかの学会もそういった傾向はあるのではないかと思っていますので、どうしても不平等ができやすいということがあります。

それから、地域医療に必要な専門医の養成。今歯科医療は本当に超高齢社会に向かって、求められるものが具体的に変わってきているのは周知のことだと思います。それに対応した専門医が、ではどのように連携していくのか。１つの学会の専門医だけでこの問題に対応できるわけではありませんので、その横の連絡をどうやっていくのか。では専門医の質の違いはどうするか。こちらのＡ専門医とＢ専門医の認定の仕方が違っていれば、難しい方からは文句が出ますし、簡単な方からはそんな難しいのに合わせられないよという話も当然あるわけで、その辺の問題も解決していかないと、なかなか社会に応じた専門医の養成をつくるということは難しいということが、多分先生方も理解がされていることと思います。

そういったことが、いろんなバックボーンがある中で、専門医制度自体が今後どういうふうになっていって国民に理解されるかというのが、きょうの本当の主題なのだと私は感じて、このスライドをつくりました。これは今まで言ったことと同じことを字面にしたものですので、飛ばします。

「専門医の質の担保」と「専門医制度による国民の便宜」

- 歯科医療においても時代に即した対応や技術研鑽についての適切な対応が必要である。専門医制度に対する歯科界の不適切な対応は、国民医療全体の中における歯科界の衰退を招くという強い危機感があり、専門医制度について歯科界全体として合意形成を目指して活発な意見交換を行い、戦略的に着地点を探っている。
- 歯科専門医は広告問題であり、患者誘導や診療報酬上の評価により経済格差を助長する懸念が根底にあるものの、今日の医療保険制度が危機的状況の中、地域歯科医療の閉塞性を打開し、高度化した歯科医療を広く国民に提供するためには、歯科業種のすみ分けや特殊性の細分化など専門医制度の容認および抜本的な見直しが不可欠である。
- イメージが先行、乱立している現実問題を看過せずに、歯科界全体の方向性を学会と日歯が協同して先導すべきである。

今、広告可能な専門医は、口腔外科専門医、歯周病専門医、小児歯科専門医、歯科麻酔専門医、歯科放射線専門医、これら５つになっています。

きょう初めて気がつきましたが、歯科口腔外科の標榜は認められているけれども、専門医は口腔外科専門医だということだったのです。木村先生がおっしゃったように、そこに至るには大変なご苦労があって、そういったことができたということは、きょうまずもっ

て理解をさせていただきましたが、現状は、この歯科という文字が入らないでというのはなかなか難しいというのがありますので、歯科の文字が入らないで、できれば現状の中の呼称と同じような標榜科なり専門医が認められるようになるほど理解が得られれば、もしくは医科が理解してくれればというところもあるので、その辺の政策的な問題については我々歯科医師会の仕事かなと思いますので、そういうことについては、色々な交渉をしていく中でうまくコンセンサスがとれるような下準備をして進めていかなければいけないと思っています。

広告可能な専門医

1) 口腔外科専門医
2) 歯周病専門医
3) 小児歯科専門医
4) 歯科麻酔専門医
5) 歯科放射線専門医

広告ができる専門医の認可の日が、口腔外科学会の平成 15 年 11 月 19 日を初めとして、最後の歯科放射線学会が平成 22 年 3 月 17 日です。この間ちょっとありますけれども、見てのとおり、この辺の後の方からできたものは、もうだれが見ても専門性が高いだろうと評価されるところですので、日常の臨床に即したところと非常にオーバーラップする部分の多い学会については、現状なかなかお認めしにくいというのがあります。これはもう歯科医師会だけの考えではなくて、いろんな状況から判断する中で、そういった社会状況になっているということも御理解をいただければありがたいと思います。

専門医認可年月日

◆日本口腔外科学会　平成15年11月19日
◆日本歯周病学会　平成16年10月 5 日
◆日本小児歯科学会　平成18年 3 月24日
◆日本歯科麻酔学会　平成18年 3 月24日
◆日本歯科放射線学会　平成22年 3 月17日

次いで申請状況、字が小さくて申しわけありませんが、こういったいろんな経過をとってずっと来るのですが。

最終的に今保留になっている学会が、日本歯科保存学会、先ほど矢谷先生の日本補綴歯科学会、それから日本口腔インプラント学会、この３つです。顎関節学会については、昨年出てきたものですから、歯科医学会の方ではオーケーという方向で進んでいると思います。まだ括弧にしているのは、歯科医師会としては耳鼻咽喉科学会からのクレーム等々もありましたので、その辺の状況を見ながらコメントを出さなければいけないということで、協議中という形になっています。ですから、現実にはこの４つが今抱えている問題だと考えておりますが、それぞれやはり回答保留の理由が別々に私はあると思うのです。

専門医申請状況

分科会名	専門医資格認定事前申請依頼	申請を「可」とする旨回答	厚労省医政局総務課から日歯・学会へ意見聴取	日歯から厚労省への回答	学会から厚労省への回答	専門医認可
日本口腔外科学会	–	平成15年3月7日	平成15年3月11日	平成15年10月27日	平成15年10月27日	平成15年11月19日
日本歯周病学会	平成15年10月24日	平成16年4月20日	平成16年9月1日	平成16年9月30日	平成16年9月30日	平成16年10月5日
日本小児歯科学会	平成16年12月24日	平成17年7月27日	平成18年1月24日	平成18年2月27日	平成18年2月15日	平成18年3月24日
日本歯科麻酔学会	平成17年2月25日	平成17年6月28日	平成18年1月24日	平成18年2月27日	平成18年2月15日	平成18年3月24日
日本歯科保存学会	平成17年3月25日	平成18年3月24日	平成18年11月24日	保留中	平成18年12月11日	–
日本補綴歯科学会	平成17年8月10日	平成18年1月13日	平成18年11月24日	保留中	平成18年12月11日	–
日本歯科放射線学会	平成17年12月22日	平成18年11月28日	平成19年11月21日	平成22年1月8日	平成21年12月2日	平成22年3月17日
日本口腔インプラント学会	平成19年3月8日	平成20年4月24日	平成21年11月2日	保留中	平成21年11月13日	–
日本顎関節学会	平成20年12月21日	平成23年4月25日	平成24年6月19日	–	–	–

日歯で回答保留をしている学会

- 日本歯科保存学会
- 日本補綴歯科学会
- 日本口腔インプラント学会
- （日本顎関節学会）

保存学会については、こういった経緯でずっと資格認定、平成 17 年に出て等々あって、歯科医学会の方は平成 18 年 12 月 11 日ですから、これから 1 年半ぐらい後に厚生労働省の方に認定する回答をしている。歯科医師会の方は回答保留中です。この大きな理由は、過去の歴史についてはいろんなことがあったのかもしれませんが、私が直接関わっていなかったところですので不用意な発言は避けたいと思いますので、私の認識の中でお話をさせていただくと。

日本歯科保存学会

平成17年3月25日に専門医資格認定に関する事前申請依頼を受け、日本歯科医学会は専門医制協議会等の審議を経て、申請を「可」とする旨回答。平成18年11月24日に厚生労働省医政局総務課から日本歯科医師会と日本歯科医学会に『歯科医師の専門性に関する資格及び資格認定団体』について意見聴取。日歯は回答保留中。学会は平成18年12月11日に厚生労働省医政局総務課へ認定する旨回答済。

よくわかりやすい例が、矯正にかかわる専門医制です。去年の矯正学会から出てきた矯正専門医の専門医制の問題が 1 つ挙げられるかと思います。矯正は、日本矯正歯科学会が一番大きな主たる学会だと思っていますが、それから日本成人矯正歯科学会、矯正歯科協会、この 3 つ、この 3 つから専門医制の申請が厚労省に出ているのです。それぞれが、矯正専門医という名称で専門医を提出しているのです。厚労省とすると、3 つの学会から同じものが出てくるのはまずい。だからこの中で話し合いをしていただいて、別の名前にするなり、一緒になって例えば臨床歯周病学会と歯周病学会がうまく認定になってできたように、そういう話し合いをして再提出していただければ、初めて議場に乗りますよという返事を今しているそうです。両先生きょういらっしゃるから後でもしコメントがあればと思いますが、この 3 年ぐらいの間に 17 回ぐらいこの三者会談をしているそうなのです。だけれども、17 回やっても全く平行線で、もう無理だという話をお聞きしていましたので、歯科医師会もしくは歯科医学会としては、専門分科会であるここを名指しで押すわけにはいきませんけれども本来はここが認められるべきだろうという気持ちは重々ありますので、ここの先生方に、ではここの意見がまとめられないのだったら、もう十何回やってだめなものは 20 回やってもだめでしょうという話で、もうこれを切り離して正攻法で考えられたらいかがですかということはお話しています。そういった現状もありますので、多分先生方が歯科医師会というのは学会の敵だみたいに思われているかもしれませんが、実はこういった助言も内々ではしているということも御理解いただければありがたいと思います。あくまでも 1 専門分野では 1 つの専門医です、これが基準なのです。従って歯周病学会と歯科保存学会の線引きがネックになってきます。

歯科矯正に係る専門医制の問題

- 日本矯正歯科学会
- 日本成人矯正歯科学会
- 日本矯正歯科協会

1専門分野で、ひとつの専門医

あとは補綴歯科学会。矢谷先生の話ですが、このことについては本当にここのところになって、

日本補綴歯科学会

平成17年8月10日に専門医資格認定に関する事前申請依頼を受け、日本歯科医学会は専門医制協議会等の審議を経て、申請を「可」とする旨回答。平成18年11月24日に厚生労働省医政局総務課から日本歯科医師会と日本歯科医学会に『歯科医師の専門性に関する資格及び資格認定団体』について意見聴取。日歯は回答保留中。学会は平成18年12月11日に厚生労働省医政局総務課へ認定する旨回答済。

具体的に進んでいるのだと思います。ただ、今までの経緯等々があるので、文章でやりとりしながらというのはなかなかちょっと今の状況に合わない折衝方法になっていますので、補綴学会の先生方とあと歯科医学会も通して、ではどうやったらこれが認められるようになるだろうというような話し合いを今実際のところはしているところです。

ほかの学会、保存とインプラント等については、いろんな問題もありますし、ほとんどの問題は何かというと、保存学会というのは、私が少なくとも保存学を勉強したときはエンド、ペリオ、修復といって、３つあるわけです。ペリオだけが認められてしまっているので、では残るは保存学会としてはエンドと修復充填しかないわけです。そこだけで保存学会の専門医制をとるのですかという話になってしまうので、先ほどの１分野１専門医制というところからも絡んできてなかなか現状難しいというところがありますので、その辺は保存学会の先生方にもいろいろ考えていただいてということが必要かなと思っています。

日本歯科保存学会

平成17年3月25日に専門医資格認定に関する事前申請依頼を受け、日本歯科医学会は専門医制協議会等の審議を経て、申請を「可」とする旨回答。平成18年11月24日に厚生労働省医政局総務課から日本歯科医師会と日本歯科医学会に『歯科医師の専門性に関する資格及び資格認定団体』について意見聴取。日歯は回答保留中。学会は平成18年12月11日に厚生労働省医政局総務課へ認定する旨回答済。

補綴については一番の問題は、国民にとって理解が得られる専門医の形が如何にできるかです。またこのことは歯科医師会の会員が理解しやすい構造になっていることも必要です。お金の問題、財政的な問題があるので、歯科医師会の会員が不利益になるようなことはできないからそれは反対しますよと、そう言った人もいたのかもしれませんが、今は全くそういう考え方ではなくて、何で歯科医師会が口を出すかというと、歯科医学会にお金を１人当たり 5,000 円提供しているのです。それで歯科医学会が成り立っているという背景があるので、歯科医師会の代議員会等々で、このお金はどういうふうに活用されているのですかという質問が必ず出るのです。当然それを答えなければいけない義務が我々執行部にはあるので、そういった意味では、そのお金がちゃんと国民のために資産として使われているのですよということが十分説明できないといけない。しかし、何も我々会員の中でも研修努力をしないものが、専門医でないために相対的に自分たちの評価が下がると困りますよと言っていることではないということは間違いないことなので、その辺は御理解をいただければありがたいと思います。補綴専門医については矢谷先生もおっしゃいましたけれども、２階建てにするとか、いろんなことが策として今挙がってきていますから、もう少し煮詰めれば解決するのではないかなと、私個人的には思っています。

日本補綴歯科学会

平成17年8月10日に専門医資格認定に関する事前申請依頼を受け、日本歯科医学会は専門医制協議会等の審議を経て、申請を「可」とする旨回答。平成18年11月24日に厚生労働省医政局総務課から日本歯科医師会と日本歯科医学会に『歯科医師の専門性に関する資格及び資格認定団体』について意見聴取。日歯は回答保留中。学会は平成18年12月11日に厚生労働省医政局総務課へ認定する旨回答済。

あとはインプラント学会です。これが、今明けましたからおととしになりますが、国民生活センターの報告を発端として、インプラント治療に関わるトラブルが数多く報道され

ることにより、大きな問題に発展しています。では、どうやってこれをまとめるかということを、実は口腔インプラント学会が中心になって、インプラント治療にかかわる顎顔面インプラント学会も当然ですけれども、あと、かかわる口腔外科とか補綴とかペリオの学会も含めて、ではどういう体制で問題の解決に向かったら良いかという横のつながりを持って対応できる話し合いが今やっとできてきたところです。当然、日本歯科医師会も入っていますし、日本歯科医学会も各学会の取りまとめとして入っていますし、あともう一つはきょうGCをお借りしてやっていますのであれですが、インプラント問題というのはどのような教育を受けた歯科医がとか、どういう資格の歯科医がインプラント治療をできるかということなどが、国民は理解できていないのですね。ただ、マスメディアの報道等もあって、このインプラントについては業者さんが、ある程度の講習を受けていればだれでもインプラントを購入できて埋入できるんですよと。講習会についても、実技があったりなかったり、その辺のところも不正確なところがたくさんあるので問題ではないですかというふうに問いかけられてもいますので、その辺については学会で専門医を中心として社会的なニーズにこたえられるような状況にしていただきたいということを、きょう渡邊理事長が見えていますが、インプラント学会にもお願いをしながら御理解をいただいて、今着々と進めているところだということもありますので、あえて保留中ではありますけれども、前の保留中の意味合いと今の保留中の意味合いが違うというところも、中では非常に進んでいきながら、まだまだ残念ながら今のところは保留にしてありますということをお話しします。

日本口腔インプラント学会

平成19年3月8日に専門医資格認定に関する事前申請依頼を受け、日本歯科医学会は専門医制協議会等の審議を経て、申請を「可」とする旨回答。平成21年11月2日に厚生労働省医政局総務課から日本歯科医師会と日本歯科医学会に『歯科医師の専門性に関する資格及び資格認定団体』について意見聴取。日歯は回答保留中。学会は平成21年11月13日に厚生労働省医政局総務課へ認定する旨回答済。

このことについては、実は厚労省からも催促がきています。国会質問で、この専門医についてはどうなっているのだという質問が出て、そうすると歯科医師会が何で保留にしているのだという話になるわけです。その辺も重々今言ったようなことを文章や口頭で十分説明し、正式な経過報告書で厚労省に回答して、その結果厚労省も理解をして、今の状況があるということもありますので、インプラント学会にかかわらず、いろんなところで歯科界全体で本当に考えながら行く必要があるのだろうなというのは、常々感じさせられているところでもあります。

顎関節学会。ここは最近我々に問い合わせが来ましたので、平成24年6月19日に日本歯科医師会と歯科医学会に資格認定団体についての意見聴取が来ました。日歯については、先ほどお話ししたように、実はこの辺は境界領域の問題が、口腔外科学会が標榜化するときに耳鼻科といろいろもめたのと同じように、顎関節という部位について、我々の感覚と医科の感覚が大分違っていて、

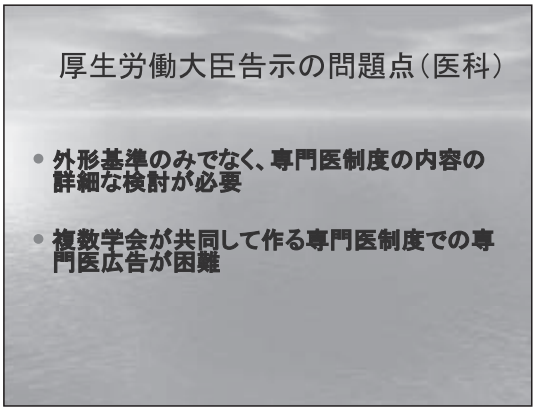
日本顎関節学会

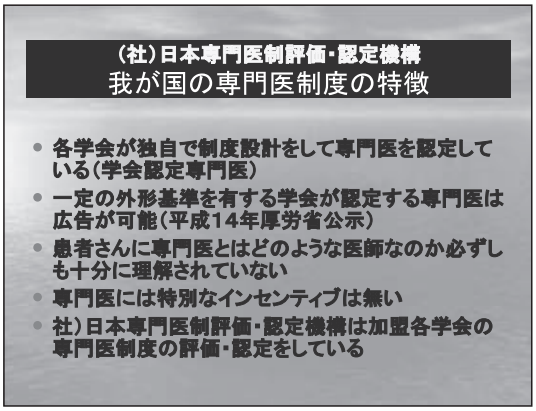
平成20年12月21日に専門医資格認定に関する事前申請依頼を受け、日本歯科医学会は専門医制協議会等の審議を経て、申請を「可」とする旨回答。平成24年6月19日に厚生労働省医政局総務課から日本歯科医師会と日本歯科医学会に『歯科医師の専門性に関する資格及び資格認定団体』について意見聴取。日歯は協議中。学会は厚生労働省医政局総務課へ回答予定で準備中。

医学会の方から問題発言が出ました。クレームが出ましたと言われた瞬間に、あ、整形外科がやはり何か言ったんだろうなというふうに私は思ったのですが、実は整形ではなくて耳鼻科が言ったのです。何で耳鼻科が言うんだろう。確かに場所的にはちょっと近いかもしれないけれども、実際に耳鼻科で顎関節をいじっている先生は多分いらっしゃらないだろうし、そういった臨床例も全くないであろう中でクレームをつけられているという現状があって、この辺は医学会からのアンケート調査をしたところ、耳鼻科がクレームを出したことですから、医学会と歯科医学会の関係、もしくは医師会と日本歯科医師会の関係も含めてうまくやっていかないと、多分話がこじれるので、せっかく今までうまくいっていた境界領域の問題などについても、また煙が立つよという話になるといけませんので、慎重に協議を進めさせていただいているところであります。

歯科医学会の方は、先ほどの９項目等々に含めて問題がないということで、回答を準備しているところだと思いますが、歯科医師会としてはそういった背景があるので、この辺についてはちょっと慎重になっているというところです。

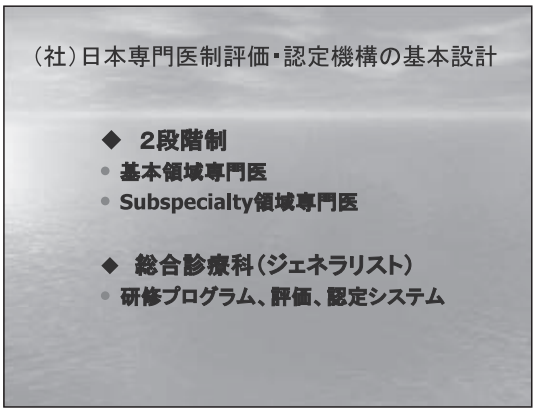
大臣告示の問題点、医科について。これは６月に私ども講演会をお聞きして、その中からお聞きした内容でありますが、外形基準のみでなく、専門医制度の内容の詳細な検討が必要であるというようなこと、それから複数の学会が共同してつくる専門医制度の専門医広告が困難だよということが言われていました。これは、先ほど来お話しした内容に関連しますので、下の問題は、これからの歯科医療を支えるためには横のつながりをちゃんととっていかなければいけないし、横のつながりをとっていくためには、認定する専門医制の基準をやはりある程度はそろえなければいけないだろうというところもあるので、その辺は学会の先生方に横の連絡を密にとっていただいて、協議をしていただきながら結果を出していくことが必要なのだろうなと思います。





我が国の専門医制度の特徴については、ここに書いてありますが、きょうの３先生のお話にもありましたし、ほとんど同じようなことなので、これは飛ばさせていただきます。

これは６月の講演会のなぞりですが。６月の講演会の中からもありましたし、あと去年の７月ですが、厚労省のあり方委員会の検討の中でも出てきた問題ですけれども、２段階制を唱えていると



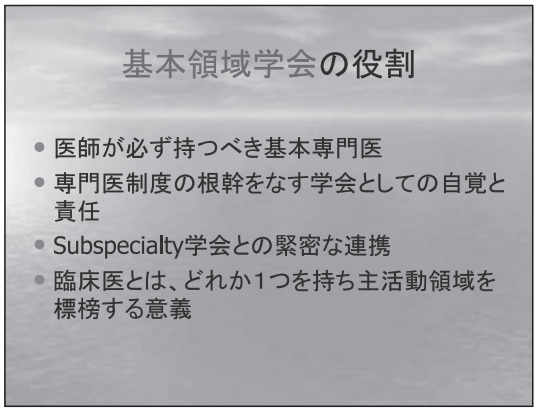
いうこと。その中には、基本領域の専門医と subspecialty の領域の専門医の２つの２段階制を考えている。

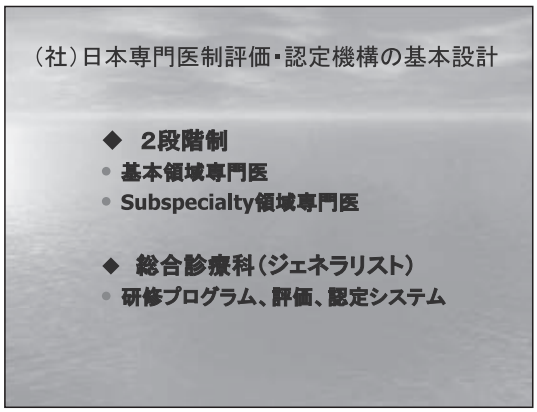
では、歯科の場合はどうかとなったときに、なかなか難しいのは、今医科で言われている総合診療科（ジェネラリスト）の問題です。これをではだれがやるのか。一般歯科臨床を横断的に捉えた学会は実際にないわけですから、ではここをだれが研修プログラムをつくって評価して認定システムをつくるような、学会の認定医制みたいなものをだれがするのかといったときには、やはりこれは歯科医会としてやらざるを得ないだろうというのが、歯科医師会の考え方です。

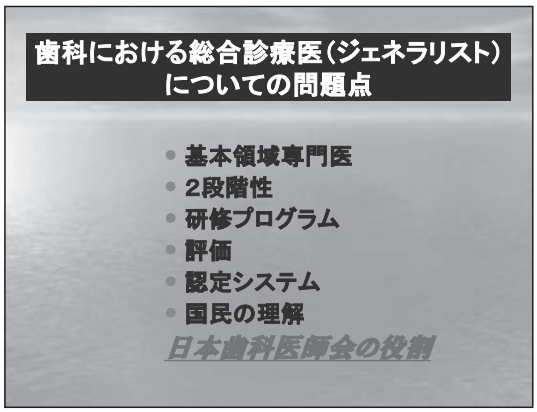
基本領域学会の専門医について、このジェネラリストの関係もすごくあるので、基本領域学会の役割としては、この状況が非常に大事になっていると思います。

ジェネラリストをどう育てていくかというのが、医科で言われているあり方検討委員会の中で、もし歯科をそのまま流用したら、ここを絶対片づけなければいけなくなってくるので、大きな問題だと考えます。

この問題点については、基本領域専門医をどうとらえていって、１階部分をどうするか、２階部分はではどうなるか。先ほどペリオの方では、１階部分はほとんどなくて、ほとんど皆さん今の歯科の専門医は２階部分ではないですかということなのですが、普通建物で１階がなくて２階建てということはあり得ないので、１階をちゃんとしなければやはりいけないのだろうと思います。で、これは２段階制。それに伴った研修プログラム、評価、認定システム、それを国民にどう理解させるかです。ジェネラリストというものを、どう理解するか。ジェネラリストが全員だったら、これはもう万々歳ですが、なかなか現状そうではないという事実もありますので、その理解をどういうふうにするか。



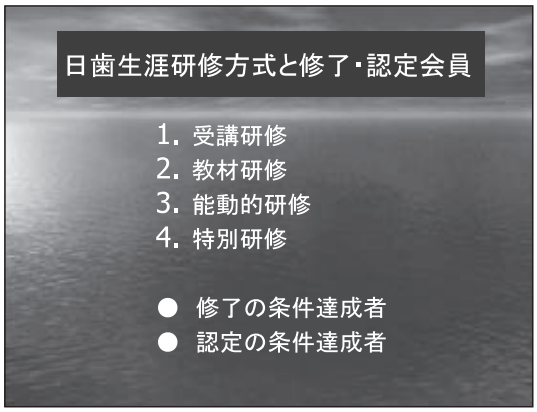




ある意味ここの４つの部分は、先ほども言ったように歯科医師会が一生懸命やっていかなければいけないことだろうと、生涯研修の中でやっていかなければいけないことだと思いますし、今までもこういうことを念頭に入れながら会員教育には研修はしてきたつもりですが、なかなかそれが会員の組織率、もしくは現状のやり方の中ではなかなか浸透していけないという事実がありますので、この辺をもう少し詳しく詰めていかなければいけな

いと思います。

今始めたことは、日歯の生涯研修方式というのがありますが、研修にはこれだけの研修があって、いろんな研修会を受講するとか、もしくは教材や、論文を読んだりしたものを研修として申請する方法、それとあとは学会に参加して発表するとか、歯科医学会総会みたいなものもそうですけれども、１日がかりでやるような 10 時間以上の研修会に参加して研修を受けるというもの、それぞれちょっと点数が違うのですが、そういったもののポイント制度になっています。



この研修を２年単位で集計をして、修了条件の達成者と認定条件の達成者と２つに分けてインセンティブを与えています。修了条件というのは、この中で、先生方ちょっとなかなか理解しにくいかもしれませんけれども、実は２年間で 40 ポイントというものが課されています。普通に研修に参加している先生には、40 ポイントはクリアできるはずの数字だと思っています。だからこれはベーシックラインとしてどの会員でも、ここは絶対到達してほしいですよというレベルが修了です。認定条件は、もうちょっと勉強したい人、もしくは一生懸命勉強している人をより評価できるように、最終的には国民がちゃんとこの違いを理解していただく研修制度になって、責任を持って医療に当たれる先生という評価が得られるような意味で、ちょっとハードルを高くした認定医条件というのがあります。

現状のところ残念ながら、生涯研修の参加率、本当は 100％なければいけないわけですが、この数字です。これは義務ではないけれども、継続的に研修する責務の意味を感じていただき、この数字が 100 に近づくようにしていかなければ行けないと思っていますが、残念ながら 100 ではなく 78.4％、これが平成 22、23 年度の集計です。先ほど言った修了基準、これも 100 であって欲しいなというのが、44.8％です。認定に至っては 8.3％しかないのです。ですから、この辺については、我々の会員教育をもう少し徹底的にやっていかないといけないだろうなと思います。

平成22, 23年度日歯生涯研修事業　統計データ概要

			平成16-17年度	平成18-19年度	平成20-21年度	平成22・23年度
対象者数（人）			59,639	59,923	60,130	59,595
		対前年度		284	207	△ 545
参加者数（人）			49,414	50,049	48,951	46,693
		対前年度		634	△ 1,097	△ 2,259
○研修者（人）			10,225	9,875	11,189	12,888
		対前年度		△ 350	1,294	1,734
参加率（%）			82.9	83.5	81.4	78.4
		対前年度	5.6	0.7	△ 2.1	△ 3.1
修了基準	達成者数（人）		25,595	24,600	22,630	20,916
		対前年度		△ 995	△ 1,970	△ 1,904
	達成率(%)：全対象者		42.5	40.7	38.0	35.1
		対前年度		△ 1.8	△ 2.8	△ 2.9
	達成率(%)：参加者		51.3	48.9	46.0	44.8
		対前年度		△ 2.4	△ 2.1	△ 1.2
認定基準	達成者数（人）		10,909	10,112	6,535	3,954
		対前年度	—	—	△ 3,577	△ 2,581
	達成率(%)：全対象者		18.3	16.9	10.9	6.6
		対前年度	—	△ 1.4	△ 6.0	△ 4.4
	達成率(%)：参加者		22.1	20.2	13.3	8.3
		対前年度	—	△ 1.9	△ 6.9	△ 5.1
	達成率(%)：対修了基準達成者		43.0	41.4	28.9	19.4
		対前年度	—	△ 1.6	△ 12.5	△ 10.0

ここについては、生涯研修の意義等々について書いてありますけれども、歯科医師会の会員が信頼性の高い歯科医療を提供するのはもっともですが、選ばれた歯科医師として国民に認知されていくことが必要であろうということ、そのためには歯科医師として生涯研修を自ら進んで習得することへの評価を高めていく必要が、我々歯科医師会

平成24・25年度日歯生涯研修事業実施要領の一部改正について

（改正の趣旨）

我々歯科医師は、国民に対して最良の歯科医療を提供すべき責任と義務がある。平成17年5月26日理事会決定の「歯科医師の倫理綱領」には、日頃より歯科医学・医療の研鑽を通じて培った知識と技術をもって、健康回復と疾病予防に貢献することが謳われている。

なかでも日本歯科医師会会員は、信頼性の高い歯科医療を提供する、選ばれた歯科医師として広く国民に認知されなければならない。そのためには、歯科医師として生涯研修を自ら進んで修得することの、評価を高めてゆく必要があると考えるに至った。平成2・3年より全国規模での歯科医師生涯研修事業が始まり20年が経過し、会員にも研修制度が十分浸透し、その意義も十分理解されたものと思われる。これまで，その修了程度に応じた修了証、認定証の発行を行い評価してきたが、修了と認定の違いについて十分浸透してはいなかったのが現状である。

そこで、平成24・25年度の実施より認定証の発行については基準を上げ、認定証の格付けを高くすることとした。修了証の基準を大きく上回る特段の研修を修得された認定証受領者については、日本歯科医師会の認定した会員として広く告知することを今後は視野に入れるとともに、生涯研修の意義を会員が自覚し、意識を高めることを目的として、今回の改正を行う。

としては組織づくりとして、していかなければいけないだろうということが書かれています。

この数字をもうちょっと高めていくために、条件を下げて数を上げればいいかという話があったのですが、それでは本来の目的からどんどん離れていってしまうので、あえて今年度24、25年度の実施分からは、認定証の発行については基準を少し上げて評価を高くするということにしました。

インセンティブ ⇔ 認定条件の改正

平成24・25年度日歯生涯研修事業　主な改正点について

項目	平成22・23年度		平成24・25年度
1. 認定の条件	本生涯研修事業認定に必要な研修単位は、実施期間（2年間）で「受講研修」「教材研修」「能動的研修」の3研修方式による合計40単位以上、且つ「特別研修」（注）による10単位以上を取得し、下記の条件①または②を満たした場合とする。	→	本生涯研修事業認定に必要な研修単位は、実施期間（2年間）で「受講研修」「教材研修」「能動的研修」の3研修方式による合計60単位以上、且つ「特別研修」（注）による10単位以上を取得し、下記の条件①または②を満たした場合とする。
2. 認定の条件：条件②	「3研修方式に対する一定基準（受講研修：24単位以上、教材研修：10単位以上、能動的研修：6単位以上）」を満たした場合。	→	「3研修方式に対する一定基準（受講研修：44単位以上、教材研修：10単位以上、能動的研修：6単位以上）」を満たした場合。

これは基本的には、先ほどお話ししたように認定の条件40単位だったものを、1.5倍にして60単位にしました。それからこれも同じです。内容的には同じなので、1.5倍ハードルを高くしたということをしました。このハードルが高くなったことで、会員がこの大事さに気づいてくれればという気持ちがあって、1.5倍高くしているのですが。

今回11月にありました歯科医学会総会でも各学会の先生方にお願いをして、歯科医師会の会員のために学会がどういうことをやっているかというのを広く認知できるようなプログラムをお願いしたいというところをお願いしたところ、各分科会から23もの応援をいただいたり、内容についても決して自分たちの学会のためになるような内容ではなくて、本来の学会から離れた位置にいる歯科医師のために、どういったものをやっているのだということを御披露していただくようなことを、それこそ費用を負担していただきながらやっていただいたのです。

学会専門医制あり方検討会より

- 一般患者が何の指標もなく漠然と診療所を取捨選択している現状に鑑み、歯科の専門性を明確に提示することは、患者の利便性を図り適切な受診を促進させ、さらに地域医療ネットワークの中で歯科医師の活躍の場を拡げることにも繋がり、ひいては歯科医療技術の正当な評価に寄与する

そういうことをやっていきながら、できれば最終的には歯科医学会総会の中で、ああいった大きな総会の中で、歯科医師会の会員がみずから発表するとか、ポスター発表するとか、そういった機会を得て研修認定していけるようなところまで高くしていければ、少し変わっていくのだろう。社会の評価も変わっていくだろうということがありますので、その辺のことをもくろんでいます。

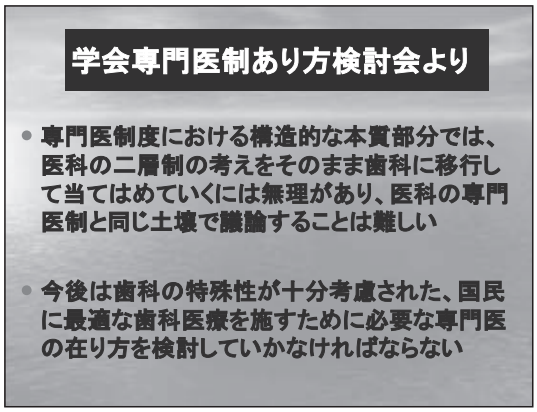
この辺は、今お話しした内容とダブっていますが、時代に即した技術研鑽を行っていかないと最終的には歯科界が衰退してしまうだろう。現実、専門医制が国民のニーズから離れていってしまえばこれもまた必ず衰退していくことになりますので、そういったことをよく考えて、この専門医が必要かという意見を広く取り入れるべきだということなので、日歯、学会のほかにも、今日もいらしていますけれどもマスコミや国民を超えた議論を行って、その中から専門医のあり方の着地点を探っていくことが必要なのだろうと思っていますので、このことについてはもう

学会専門医制あり方検討会より

- 時代に即した対応や技術研鑽を考えていかなければ、歯科界は衰退してしまうという危機感のもと、今後、歯科医療の為にどういう専門医が必要か意見を広く取り入れるべく、日歯、学会の他マスコミや国民を加えた議論を行い、戦略的に着地点を探っている

前に３人の先生がおっしゃったことと全く同じように我々も考えています。

あと問題点は、医科が今進んでいるので、歯科が乗り遅れてはいけないという話がありますが、実はこれを厚労に問いかけたところ、厚労のあるＯＢは、「歯科は医科とは全く別の状況なのだから、医科にそのまま乗ったとすれば大変なことになりますよ」という提言をしている方もいらっしゃるのです。ですから、あくまでも医科が進んでどんどんやっているからそれに乗り遅れないようにするのは確かに大切かもしれませんが、その時間を優先するが余りに、歯科の本来の構造を解体してまでそこに乗っていく必要があるのかどうかということは重要です。今実はこの医科の方のやっている厚労省の担当は医療課なのです。医療課というのは医科の方です。それの上に総務課というのがあって、反対側に歯科保健課がありますので、歯科保健課の我々がふだん折衝している技官の中では、そういう情報が来ていないのが現状です。今この中で実際に取りまとめをしている医療課の技官を呼んで、実際に医科ではどうなっているのかという、表はよく見るけれども、実際に厚労省はどの様に考えているのですかということを勉強する会を近々設ける予定になっていますので、もし機会があればそういったお話も披露できるかと思いますし、そういった中で現状の進行状況をしっかり把握し、歯科の独自性も勘案した上で、この専門医制度をつくっていくことが非常に大事なのだろうと思っていますので、その辺についてはぜひ御理解をいただけるとありがたいと思います。



前の演者からの前振りもありましたので、それについて十分お答えできたかどうかはあれですけれども、お話しした内容についてご理解いただけるとありがたいと思いますし、ディスカッションでまたお話をさせていただければと思います。ちょっと長くなってしまったかもしれませんが、ご清聴ありがとうございました。（拍手）

○佐々木座長　中島先生、ありがとうございました。非常にストレートに、今の日本歯科医師会の考え方を述べていただきました。

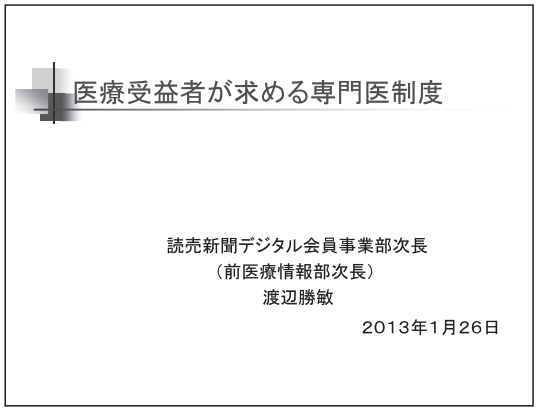
それでは１つだけ質問をお受けしたいと思いますが、特に何かございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、時間も押していますので、次の演者に交代したいと思います。

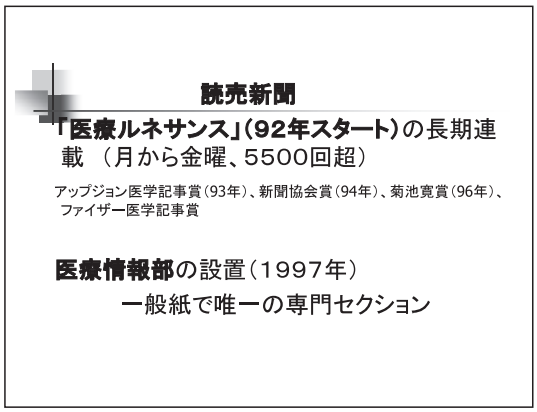
「歯科医療受益者が求める歯科専門医制」

読売新聞メディア戦略局デジタル会員事業部次長　渡辺　勝敏氏

○佐々木座長　次は、読売新聞の渡辺勝敏さんでございます。先ほど矢谷先生の御講演で、渡辺さんのお名前も出てまいりましたが、現在は、読売新聞メディア戦略局デジタル会員事業部というところの次長様でございますが、前は医療情報部の方に御所属で、「医療ルネサンス」のコラムをずっと御担当であり、また、あのテレビでは何と言うのですか……。
○渡辺　ＣＳの番組で、やはり「医療ルネサンス」という番組ですね。
○佐々木座長　ＣＳの番組で医療関係の情報番組等をつくって担当なさっていただいている方でございます、歯科の方にも非常に詳しくて理解のある方で、読売から出ている……。
○渡辺　「歯科の実力」という。
○佐々木座長　「歯科の実力」の御担当でもございます。では渡辺さん、よろしくお願いいたします。



渡辺　こんにちは。こうした場にお招きいただきましてありがとうございます。「歯科の実力」につきましては、患者さんから役に立ったという話があると同時に、広告の方はどうなっているのだ、専門医でもない歯医者が出ているぞといった御批判もいただきました。そうした経験を元に専門医制度、基本的には歯科における専門医制度はやはりあった方がいいのではないかという立場でお話をさせていただきます。そしてきょう先生方の真剣なお話を聞いていまして、今の時代、制度として専門医制度を定着させるには、やはりそれが公共の利益に役立つ、その点を打ち出していくのが必要条件なのだろうと思って聞いておりました。

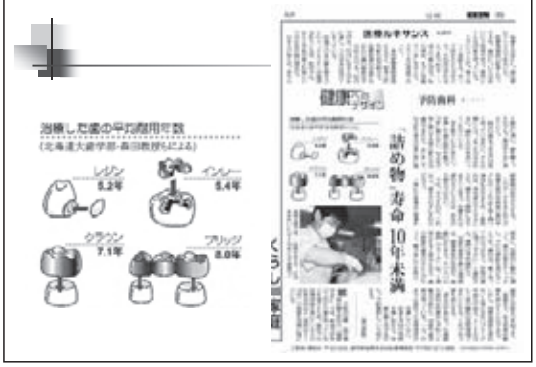


私は 1997 年に社会部から医療情報部というところに参りまして、それから医療の取材をしています。その間、医療事故が大きな社会問題となり、それと関連する形で専門医制度が大きなテーマの１つになっていきました。それは後で触れます。医療情報部というセクションは、日本の新聞で初めて医療専門の部署として 97 年に発足しました。患者に役立つ情報を提供しようというのが目的で、「医療ルネサンス」という看板連載は現在も続き、5500 回を数えています。様々な病気を扱っていますが、ほとんど医科のテーマが中心です。

歯科は国民全員がかかっているのにほとんど扱っていないんじゃないかということで、

2005年ごろから随時歯科の連載を始めました。私自身、歯科について特別な知識はなく、ただ、実感として歯医者さんに行くと歯が壊れちゃうなという疑問がありました。勉強してみると、けっして突飛な思いこみではないことがわかりました。削って詰めて、またその下から齲蝕が発生してくるわけです。最初は「予防歯科」というテーマでした。一度削り始めると悪くなりやすい。しかも自費と保険があって、随分値段も違う。じゃ、補綴物というのはどれぐらいもつのだろうかという記事を出したのです。

歯科シリーズ（05年8月～）



今、岡山大学にいらっしゃる予防歯科の森田先生のデータを元に書いた記事ですが、クラウンが7年、インレーが5年といった内容です。だから悪くなってから歯科にかかるのではなく、悪くなる前にメンテナンスに歯科に行こうという趣旨の記事です。この記事が大変な反響でした。記事を見て、「メンテナンスに行き始めたよ」という話を何人もの同僚からも聞きました。メンテナンスに通うのは当たり前の人にとっては当たり前ですけど、意外と知らない人もいます。歯科は、トラブルが解消されれば後は気にならない。だから歯科医療についての知識は深まらない感じもします。一方、歯科医からは、こんなに補綴物の寿命が短いはずはない、証拠を見せてやるといって、研究会報を送ってこられたことがあります。30年もっているクラウンがあるという1例報告でした。歯科はすべてといっていい国民がかかっているだけに、歯科のシリーズは大変に反響が多いことに驚かされました。

専門医について去年の千田先生の講演録を拝見しました。専門医というと、神の手のような医師だとか、イメージする方もいらっしゃるようですが、一般の国民はどんな仕組みで、認定されているのかといった細かいことはもちろんわかりません。何か専門のある先生だろうというぐらいだと思います。取材する中で、「専門医のあり方検討会」にある標準的な医療を行うことができる技量、知識、態度を持った習得した医師というのが納得のいく定義だろうと思います。

専門医とは？

- 標準的な診療を行うことができる技量（知識、技能、態度）を習得した医師
（専門医の在り方に関する検討会）

しかしながら、医療事故が社会問題になった時期、技術の未熟さが原因となった事故がいくつも明るみに出ました。2003年の慈恵医大青戸病院で起きた前立腺がん腹腔鏡手術の死亡事故もそのひとつです。30歳代半ばの医師は、前立腺がんの開腹手術では経験を積み、自信があったようです。そのころから腹腔鏡で低侵襲の治療をするというのが外科のトレンドになっていて、これやらないと話にならないというところがありました。今は、もっと難度の高い

慈恵医大青戸病院
・前立腺がん腹腔鏡手術死亡事件
（2003年9月25日）

肝臓がんなどにも広がっています。腹腔鏡という器具の扱いには不慣れで、非常に未熟な技術にもかかわらず、長時間に渡って手術を続け、大量の出血をさせて患者を死に至らしめたという事件です。

東京医大の心臓外科で患者が４人続けて亡くなったケースも技術の未熟さが原因でした。なぜこういうことが起こるのか。東京医大の心臓血管外科の教授は、大動脈の専門家でした。問題となった医師は、その下にいて心臓の手術では大学のトップだったのです。そうすると何が起こるか。自分が余り上手でないことを自分が気づかない。ずっとお山の大将でやっているとわからない。こうした事案の当事者は、みなさん専門医です。こうした突出した事例だけではなく、専門医といっても必ずしも臨床の能力が伴っていないということが各方面で指摘されていました。

2004年12月11日

心臓弁手術 ４人死亡

同一医師が担当

腹腔鏡手術 初テスト

腹腔鏡手術については、慈恵の事件があった後、専門医制度を何とかしなければいけないということで、実技テストを始めました。腹腔鏡は、カメラで写しているので記録が残っているわけです。実技テストを実施したところ、各病院の腕自慢が受けました。すると合格率が50％を切るような状態になりました。「器具の基本的な扱いが不慣れ」といった声が試験官からは上がりました。当時、私もいろんなところで腹腔鏡手術を見せてもらいました。そして驚きました。カメラで映し出した画面がとても見やすい状態でやっているところから、見えにくいところまで様々でした。今、腹腔鏡でやっている人たちは技術評価がなされ、その名前はネットでも公表されています。

2005年6月15日付け朝刊

腹腔鏡手術 初テスト

一線の医師 半数

乳がん学会では別の問題を耳にしました。がん医療はこの10年間乳がんを先頭にして、インフォームドコンセントのあり方やＱＯＬを大切にした治療などが進んできました。乳がんと言えば、10年前は当たり前に全摘する病院も少なくありませんでしたが、がんだけを切除する温存手術が増えてきました。そういう中で２年に一度スイスで開かれる学会があって、そこで抗がん剤の使い方などががらっと一新することもあります。現在は手術後の胸の形に配慮した「整容性」が治療のポイントとして語られています。この学会でも専門医を作りました。乳がんを専門としていなくても、外すわけにいかないということで、各大学の教授や名誉教授が続々と名前を連ねる形になりました。学会というのは難しい世界です。

医療事故が社会問題となったのを契機に、医科は臨床能力の伴う専門医のあり方が模索されるようになりました。専門医制度というのは、教育制度とも表裏の関係にあり、臨床研修制度も変わり、若い先生たちの中にもきちんと臨床の力をつけなければというムード

が広がっているように見えます。

腹腔鏡についてもこのころから技術講習会が人気を集めるようになりました。それまでは実地で患者を相手にトレーニングしていたようなものですが、それではやはりやばいと。こうした講習会に集まった若いお医者さんたちに、「こういう練習装置を使ってトレーニングしたことはないの？」と聞くと、「練習装置は病院にあったけれども、使い方がわからなかった」といった話を聞きました。教育と認定する仕組みが整うことで専門医制度が実質を持つものになるということがよくわかりました。また、標準的な能力を有する医師を育成するには、標準的な能力とは何かという水準が定まらないといけない。そこにも課題があるように思えます。

腹腔鏡手術の技術講習会

現実は…

- 適切な指導者不在
  →研修制度の不備
- 十分な症例を経験できない
  →分野による医師の偏在

↓

専門医は必ずしも信頼の指標にならない

専門医といっても必ずしも内実が伴わないという中で、私たちマスコミが行ってきたのが、病気や治療ごとの件数をアンケートして公表するという作業です。お医者さんに会うと、「この手術は200件やって合併症は３件だ」とか、経験件数を元にお話をされるわけです。そこで施設の経験値を患者の側にもお知らせしようと考えました。欧米では難度の高い手術は症例を特定の施設に集積することで質を上げるという考え方が半ば常識として成立しています。一方、日本では、食道がんのような相当難しい手術でも、年に１、２件しかやらない施設がたくさんあります。日本は人口が２倍以上のアメリカと比較しても、その２倍の病院の数があり、専門の医師が多くの病院に分散している現状があります。そのため、患者が分散して個々の医師が適切な指導を受けて、経験を積むということがやりにくい構造があります。専門医の質を担保するには、ある程度、分野ごとに定数を設ける必要があるという議論も多く耳にするところです。

シリーズ「病院の実力」（2004年から）

疾患ごとの手術件数や治療法などを本紙で独自調査

原則、月1回掲載

治療実績のアンケートからは様々な特徴がわかります。乳がん手術では、温存率という指標があります。乳がんの手術のうち、がんだけを切除して乳房を残す手術の比率です。大きさや病理的な特徴からも検討がなされ、70％程度が温存手術の対象となります。アンケート調査をすると、５％や10％といったところもあるわけです。温存率

が低い施設で「なぜ先生のところは少ないんですか」と質問すると、「いやあ、この地方の人たちは余り気にしないからね」。そんなわけないですね。それぐらい、医師本位の説明がなされていたということであります。

狭心症では、ステントが盛んに使われるようになり、心臓バイパス手術は随分数が減ってきました。これが今東京の上位の施設ですが、気になるのはむしろ少ない施設です。

年間 15 件というと月に１、２件です。手術はバイパスだけではありませんが、ほかの手術項目を見ても少ないところがたくさんあります。ある年、日本心臓血管外科学会で、症例が少ない病院は問題か？というシンポジウムが組まれて、私も呼ばれたことがあります。症例が少ない５～６施設の先生が登壇し、それぞれにおっしゃるのは、月に一度だとスタッフも慣れていないし、成績が悪いですねといった率直なお話でした。やはり症例は多い方がいいと。患者の立場を代表する私としては、あえて座長を務める学会幹部に質問をしたくなりました。「先生、こういう状態を放置していていいのですか」。すると「心臓血管外科があった方が病院の格が上がるので医師の派遣を要請される。うちの医局からこの病院に医師の派遣をやめても、どこかの医局から医師を送ってくる。だから、病院から要請があれば医師を送る」というこれもまた率直なお話でした。

歯科と比べると、医科の専門医制度は進んでいるというお話ですが、患者の立場から見ると、その内実にはお寒いところもあります。それでも臨床研修制度が 2004 年に変わり、標準的に求められる力を備えた専門医を育てていこうという方向になってきていると思います。第３者機関が統一基準を作ろうという形です。

心臓バイパス手術（東京、2011年）

榊原記念病院	171
イムス葛飾	142
順天堂	138
大崎ハートセンター	92
綾瀬循環器	82

心臓バイパス（東京・下位、2011年）

公立昭和	15
日赤医療センター	15
都立墨東	13
東邦大大橋	12
東京医療センター	7

求められる専門医制度は、やはり適切な指導と経験に基づく評価、加えて患者の声をくみ取り、必要な内容を伝えるコミュニケーションの能力も重要だろうと思います。

求められる専門医制度

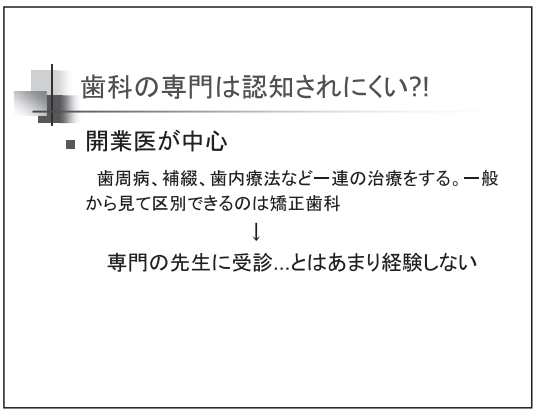
- 適切な指導者の指導と経験
- 医師の能力（臨床、知識、患者やコメディカルとのコミュニケーション…）の評価に基づく専門医認定

↓

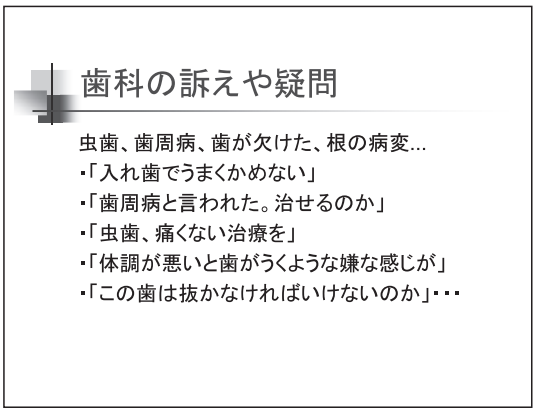
分野ごとの医師の偏在を改善＝専門医の必要数を算定
患者は安心して受診できる

医科の専門医について私たちから見た問題点を紹介しました。本題である歯科の話に入ります。歯科の専門医というのはなかなか認知されにくいだろうと思います。開業医が中心なので、受ける方も歯周病、補綴、歯内療法という専門があるということは意識していないでしょう。私も歯科の取材をするまで、補綴や歯内療法という言葉は知りませんでした。先ほど総合診

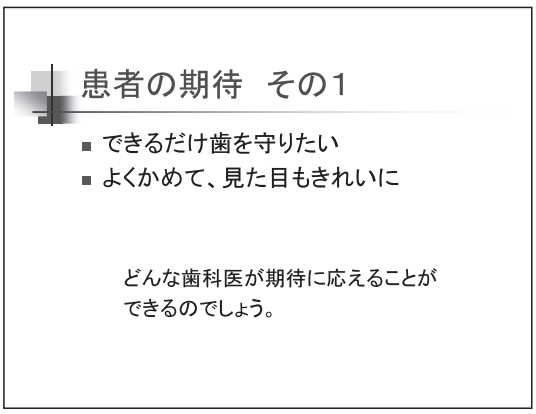
療科が話題になりました。歯科の場合、ほとんどが総合歯科医ではないかと思います。医科の場合、ちょっと大きな病院になれば、内科でも呼吸器科、循環器科と分かれています。専門があるということは患者としてもわかります。歯科の場合は歯科病院というのは大学病院以外にほとんどありませんから、なかなか専門という感覚がなじみません。開業医が中心という構造にも関連していることだと思います。



専門医という制度を社会に組み込んでいくには、それが患者のニーズや国民の利益にかなうといった要素が不可欠です。私たちが歯科医にかかるのは、虫歯や歯周病、歯が欠けた、根が何かむずむずして気持ちが悪い、入れ歯でうまくかめない、歯周病で歯を抜くと言われたけれども歯は本当に残せないのか、痛くない虫歯治療はできないか…といったトラブルなどに直面した時です。そんな時に専門医にかかると、納得できる治療に出会えるというふうになるのかどうか。そこが問われる形になるだろうと思います。



患者としては、できだけ歯を守りたいし、よくかめて、見た目もきれいにしたい。そういう願いによりよくこたえていただける歯医者さんが専門医であるということになるのかどうかというところです。



新聞で治療の記事を出すと、「こういう治療が受けられる近くの歯医者さんを教えて欲しい」と言った電話が殺到します。それが予想できたので、「歯を失ったら」というタイトルで補綴歯科を扱ったシリーズでは、日本補綴学会と事前に相談して、新聞が掲載される日には、電話で専門医の紹介をお願いし、専門医名簿を掲載したホームページのアドレスもつけておきました。大変な反響になったことは矢谷先生からお話があった通りです。

かめる入れ歯とかめない入れ歯はどう違うのかと思って取材させていただきました。記事で取り上げた先生は、補綴の専門医です。患者さんの話を聞くと、入れ歯ってかめないものだと思ってたけれど先生に作ってもらったら全然違うと言います。信頼できる技工士

とやり取りしながら入れ歯を作り、調整に５回、６回と通ってもらっていました。「基本をきちんとやる」というお話で、とにかく丁寧にやっているという印象でした。補綴の専門医に期待できるのはこういう仕事なのでしょうか。何軒か技工所も回りました。技工指示書を見せてもらうと、何も書いてないものがいくつもありました。印象がきちんととれていない札付きの歯科医の話も出ました。入れ歯が合わないという方の話はたくさん耳に入ってきます。食べるときにはちゃんと入れ歯を横に置いて食べるといった風景があるわけです。かめるようにしてくれる。専門医がそこを保証できるのであれば、非常にありがたいです。

これも反響が大きかった根の治療のシリーズです。自費で根の治療を専門でやっている診療所を取り上げました。実はこの患者さんも歯医者さんで、「うちの大学でやってもらったんだけど全然よくならなくて」ということでこっそりおいでになった方でした。大学には専門医の先生方はいらっしゃると思うのですが、どうしたことでしょう。専門医は信頼の指標になるのかという観点から気になる事例です。

根の治療

歯周病は、成人の多くが持っていて歯を失う最大の理由なわけですから、歯周病に強い先生は本当に知りたいところです。記事（右）で取り上げた先生は、歯科医というよりも患者さんとして出ていただきました。歯周病が進んで、歯がゆるゆるでどうしようもない。もう自分の歯はだめだと思ったのですが、試しにエムドゲインなど再生治療で知られる歯科医にかかったそうです。そこで徹底した掃除を受け、歯磨きも一緒に指導されて続けていると、歯の動揺が収まってきて、びっくりしたと言います。歯周病が改善して、歯茎の再生治療も受けて歯を守ることができました。この先生ご自身は、インプラント治療に熱心な方でした。歯科医であっても、歯周病が改善しうるのかどうかよくわからなかった。ましてや患者にとっては、歯を守れるのか、抜かざるを得ないのか本当に気になるところです。歯周病の専門医にかかると、的確な判断をして残せる歯は残してくれる。専門医にはそれを期待したくなります。専門医の先生方はその期待に応えていただけるのでしょうか。

歯周病

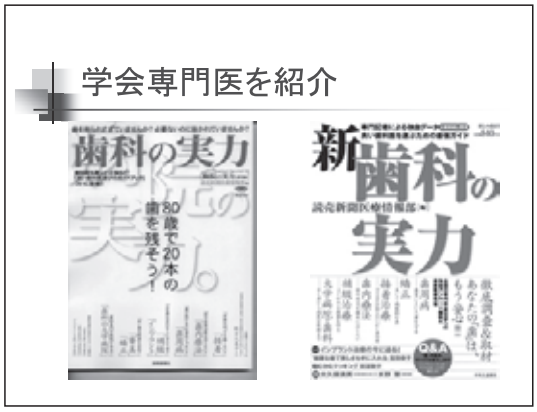
こちらの記事はインプラントのトラブルです。治療後、ずっとしびれが残っている。先生にそれを言うと、「しばらくしたらよくなるから」と言われる。しかし、しばらくがもう半年になっている。患者の方の心境も複雑です。30 万も 40 万もかけた治療だから、治療はうまくいったと思いたい気持ちもある。それでもあまりにも不快なので

治療上のトラブル

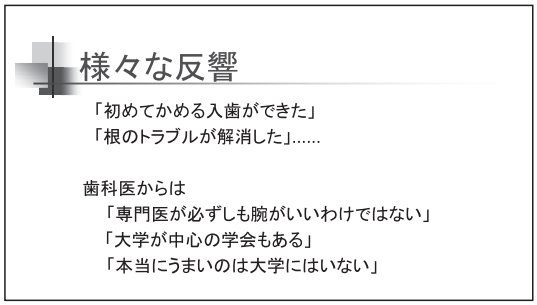
大学病院を受診してみたら、インプラントが神経にさわっているということがわかった。インプラントの専門医の方なら事後のフォローも安心だということになるのでしょうか。

金属のインレーが外れたあと、レジンで直してもらったという記事です。この記事が出た後、「レジンというもので治療してくれる歯医者さんを紹介してくれ」という電話が新聞社に殺到しました。困っちゃいますね。私もインレーやクラウンが外れては、レジンで修復していただいていますが、素晴らしい素材、技術ですよね。30 分もかけて形を整えて、かみ合わせを調整して。保険の自己負担は 2000 円もいきません。患者は幸せですけど、先生方はこれじゃやっていられません。接着の専門医もいらっしゃいますが、優れた医療の提供には、価格の要素もポイントになると思います。

新聞の記事に多くの方から問い合わせをいただき、紹介した歯科医院には電話が殺到するということが起こりました。歯の悩みを抱えた方になんとか少しでも役に立つ情報を提供したいということで作ったのが、「歯科の実力」という雑誌です。歯の問題が解決しない時や疑問があるとき、ここでだめならあっちでという具合に近くの歯科医院をやみくもに回るよりも、歯周病なら歯周病の、根の病変なら歯内療法の専門の先生に診ていただいた方がよい結果につながるのではないかと考えました。そこで、それぞれの学会に名簿を利用すること、名簿を元にアンケートをすることにご了解をいただき、先生方のご協力で専門医や認定医を一覧にした雑誌を 2008 年に作りました。



この雑誌が出て、「80 歳だけれども、この本に出ていた歯科にかかったら初めて合う入れ歯ができた」という電話を会社にいただきました。「雑誌を見て行ったけれども、あまりよくなかった」という話もありましたけれども（笑声）。長くたくさんの医療情報を提供してきましたが、通常、「よかった」と言って感謝するのは医師や歯科医師に対してで、私たちに「ありがとう」という声が届くことはあまりありませんでした。しかし「歯科の実力」では、私たちの方にも感謝の声が届いたのが興味深いことでした。



歯科の先生たちからは、むしろネガティブな声が寄せられました。「専門医が必ずしも腕がいいわけではない」とか、「大学病院が中心じゃないか」あるいは「本当にうまい歯科医は、開業している」などという声もありました。ただ、私としては、何も、名人を紹介し

ようとしたのではなく、ベターな選択肢を示したというつもりでした。その意味で専門医を紹介するという考え方は、間違いではなかったと考えています。歯科診療所はたくさんあるので、その中で専門医という形で特徴を示すことができたのは非常に意味があると思います。

専門医が社会的に認知されれば…

- 歯科選びの参考
- セカンドオピニオンの窓口

期待される

近所の歯科医を回ってみるよりもベターな選択ができる可能性

私自身も根の病変を抱えていたので、雑誌の価値を確かめる意味もあって、職業を明らかにせず歯科を回ってみました。東京都内の歯内療法の認定医を受診したところ、「うちは1回1万円かかります」と言われ、受付で、「1万円と言われたのですけれども、平均で何回ぐらい通いますか」と尋ねると、「うちは大体20回ぐらい来ますよ」。きちんとした治療をしていただけるのかもしれませんが、この費用はちょっと厳しいなと思いました。専門の先生がわかるのはいいけれど、医科とは異なり、自費診療も少なくない歯科の場合は、この問題があります。

患者の期待　その2

- できるだけ歯を守りたい
- かめて、見た目もきれいに
- 保険でできれば

「神の手」と言うよりも
「仏の心」

患者としては可能なら保険でお願いしたいと思います。医者の場合「神の手」とか言いますけれども、どちらかと言うと私も保険でレジンの修復をしていただくと、これだけの手間をかけて、この費用。「仏の心」だなんて思うこともあります。

歯科の場合は、保険と自費という負担の別があります。専門医の制度を整えていった時、どのような扱いにするのでしょうか。現状では、患者にとって保険か自費かというのは、材料の違いです。第三者機関の認定による専門医を設けた時、技術の違いを保険の費用に載せていこうという形なのでしょうか。とすれば、一定程度人数の制限をしていく必要があるのかもしれません。

歯科の特徴

- 開業医が中心
- 保険と自費治療の併存

時に保険による“慈悲治療”も

安全で標準的な医療を提供できるのが専門医ということで認定していただく制度は、患者にとっても、選択の指標となるので望ましいものだと思います。それには認定基準や教育研修のあり方を考えなければいけないという課題が残されているのかもしれません。一方で、患者の側からの危惧ということでは、歯科医療には様々な選択肢があるだけに、開業医が主体ということで、診療方針と経営方針の葛藤ということもあるかもしれないと気になってしまいます。

専門医の課題

「安全で標準的な医療を提供できる歯科」
・専門医の認定評価の基準
・教育研修のあり方

開業医が主体
→診療方針と経営方針の葛藤

赤川先生が代表をされた「歯科医療の情報提供の在り方に関する研究」中で、コミュニケーションについて調べた調査では、「歯科医とのやりとりに納得」「どちらかと言えば納得」と84％が回答をしていました。75％は「口や歯の状態」「当日の治療内容について説明を受けた」「知っている」ということでした。ただ、「費用の概算」とか「治療の短所、欠点、

リスク」「通院回数」とか、患者として聞きにくいことは余り知られていないという結果でした。

専門医といった場合、もちろん診療技術が基本ですが、患者とのコミュニケーションというのも重要な要素です。医療の究極の目的が、患者の満足であるとするならば、そこまで含めて専門医であっていただきたいと思います。

患者とのコミュニケーション

- 歯科医とのやり取りに納得
  どちらかと言えば納得　84%
- 「口や歯の状態」「当日の治療内容」等の説明を受けた　75%
- 「費用の概算」「治療の短所、欠点、リスク」「通院期間・回数」　50%未満

（インターネット・970人調査）

この前例のない超高齢時代の中で歯科は本当に大事だと思います。食べる、かむことは健康の基本ということで、新聞でも、かみ合わせの問題や、全身の病とのかかわりなども取り上げてきました。

東京都の社会福祉協議会が主催する研究会をのぞいたことがありますが、介護の現場からの発表では、歯科の問題というのは大きなテーマのひとつになっていました。発熱の原因が歯周炎だったとか、インプラントが埋まっていてそこが炎症を起こしていたのにすぐに気づかなかったといった話を取材したこともあります。歯科がいかに重要なものであるかという社会的な理解はますます広がり定着していくことでしょう。

自分で管理が難しくなった時

歯と全身の病

歯科の専門医をどう教育し、認定し、さらに社会制度の中できちんと位置づけていくのか、課題は少なくないと思います。専門医という制度を社会の利益にもつながるものに育てていく。メディアの立場でも応援していきたいと思っております。

医療受益者が求める専門医制度

- 安全で標準的な医療の提供を保証する
- コミュニケーションスキルを磨く

↓

誠実で一定の力のある歯科医が認知されることで、歯科医療への信頼感が増す。

実効ある専門医制度に期待しています
ご静聴ありがとうございました。

○佐々木座長　渡辺さん、ありがとうございました。渡辺さんをお呼びするときに、理事会等で本当は山根理事長がちょっと心配なさっていたのです。山根先生、報道関係の方、いかがでしたか。患者さんから、あるいはジャーナリスとしての取材を通しての、専門医に関するいろいろなお話を聞かせていただきました。どなたか、今の講演に対しての御質

問があればお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。もう時間も結構押していますので、あとは総合ディスカッションに少し時間をとりたいと思います。はい、どうぞ。
○会場　日本歯科大学新潟のヤマグチといいます。非常にわかりやすい御講演ありがとうございました。先生はいろいろメディアでお話しされていますけれども、歯科の専門医というのは国民の認識としては大体どの程度なのでしょう。例えば選ぶときに大半の方はやはり歯科ですよね。
○渡辺　歯科です。
○会場　例えば自分が歯周病だから歯周病専門に行くとか、そういうふうに行くというのが非常に少ないのではないか。歯科における専門医の制度を確立するために、そういうふうな方法というか、患者さんが選べないとだめなのではないかなと思うのですけれども、実際、渡辺さんがやられていろいろ反響はあったと思うのですけれども、現実のところ一般のパブリックの認識というのはどの程度だと考えますか。
○渡辺　調査したわけではありませんが、私自身も 10 年以上医療の取材をやっていて、歯内療法や補綴といった言葉は知りませんでした。歯科の専門医と言ってもよくわからないと思います。大学病院に行かれる方は、専門が分かれているのでわかると思いますが。ましてや厚労省が標榜を認めているとか、いないとか、なおさら理解の外でしょう。歯科は、しいて言えば総合診療として受け止められているのではないでしょうか。専門医としてアピールするには、「合う入れ歯を作る」とか、歯周病なら「本当に抜かなければいけないか」という疑問に信頼できる回答が得られるといったわかりやすいアピールで認知を広げていけないかとも思います。
　申し訳ありませんが、あと一つだけ申し上げさせていただきたいことがあります。山形県酒田市の日吉歯科というところに行くと、地域の患者さんのＤＭＦＴのデータが大量に蓄積されています。それを見て思うのですが、専門医で診療報酬を上乗せするといった制度ができるとすれば、自分の診療所のＤＭＦＴのデータなど治療内容をインターネットで見られるようにして、診療内容をガラス張りにするような形はどうかと思います。ハードルは高いですが、データ化するのは大事なことだと思います。
○佐々木座長　将来の方向としてそういうところは確実に考えていかなければならないのだろうなと。医科の方では結構出てきていますよね。手術成績とかそういうのがぱっと一覧で出ているようになっていますので、そんな世の中には、歯科もちゃんと対応しなくてはいけないのかなと思っています。

フロア・ディスカッション

○佐々木座長　ここから総合ディスカッションに入っていきたいと思います。時間も限られていますが、10 分程度やってみたいと思います。シンポジストの先生方、特に席を用意しませんので、前の方でという形でお願いできますでしょうか。
　本日、歯学協として専門医制のあり方ということで、本当はコンセンサスをとりたいと

いうのがこのシンポジウムの最大の目的でございました。始めディスカッションとしては、皆さんが専門医の必要性というものを、この歯科の中で感じるか感じないかというところから詰めていかなければいけないという話にもなっていました。１つ１つステップを踏んでコンセンサスをとって、私が考えているのは、プロシーディングを出しますので、ここである程度のコンセンサスを形成して、理事長のメッセージ、あるいは座長総括として記録に残す。そしてその活動を、今度は歯学協の活動として具現化して進めていくというようなステップにしたいと思っております。したがいまして、皆さんここで１つ１つ確かめていきます。

専門医の必要性というところ。各学会からは当然のことながら専門医の必要性というところを訴えられておりました。また歯科医師会の方もかなり認識が変わってきて、専門医制度の必要性、種類は異なるわけですが、必要であろうという形になっております。また、最後、渡辺さんからもあった方がいいだろう、しかし内容の問題である、あるいはわかりやすさの問題であるというようなところでございました。

歯科として、我々が今後本当に専門医制度というものを、医科の後追いという形ではございませんが、やっていくかどうかというところについて御意見ある先生がいらっしゃいましたら御発言を願いたいと思います。

○会場　東京で開業しておりますオクデラと申します。現実性がある専門医制度を現状から考えてみていただきたいと思っております。というのは、私は数々専門医を持っているのですけれども、それを維持するには相当苦行、難行があります。経済的にも相当です。今のここにいる先生方は大学の教職員、教授が学会を司っている。ほとんどそれを職業としてなり得るわけですから一生懸命細分化して複雑にやればいい。しかし開業の現場、または臨床の現場は現実に合わない。もし専門医をとらなければ治療にも踏み込めないということになれば、非常に医療の現場は混乱するような気がしております。

そこで、歯学系の協会ということを初めて私聞いたのですけれども、こういうふうな法人化されている学会があるのにかかわらず普及されていないということを現実に初めて知ったということは、私の認識のなさだと思うのですけれども、今の歯科界では学会の整理統合をして、その上に専門医制度があるべきだと思っております。余りにも煩雑で競合学会、隣接学会があり過ぎて、その都度、全部専門医制度をとっておりますので、最初に歯学学会としても、また歯学系協会としても、学会の整理統合はどう考えているのかをお聞きしたい。

○佐々木座長　御指摘ありがとうございます。理事長から。

○山根理事長　御指摘ありがとうございます。最初に私の挨拶で述べさせていただいたのですが、歯学協ではこれまで学会間連携ということを大きなテーマに掲げ、複数の学会がもっと連携しながら合理的にやれないだろうか議論してきました。確かにおっしゃるように、学会間連携の先に専門医制があります。いろいろな学会が独自の専門医を出しますと、国民は混乱します。歯学協では学会間連携と専門医制については同時進行で作業を進めて行きたいと考えています。

○佐々木座長　あと、今の御意見に対してどなたか御発言ございますでしょうか。
○木村　歯科医師会の先生方のお話は大体理解できるのですが、最初に話したように、これからの若い歯科医師をどういうふうに育成していくかという、医科の受け売りなのですけれども、そこでいくと、私も含めてここにいらっしゃる先生と今では全然教育のシステムが変わってしまっているのですね。歯科大学、歯学部を出てから1年間研修しますが、うちは定員5名ですからこれまで25人ぐらいしか指導していませんけど、ほとんど臨床はできない。そういう教育を歯科大学、歯学部がしている訳です。それで1年間一応口腔外科がメインですけれど、一般歯科診療も教えますが、全然足らない。その歯科医師が2年目から一般歯科を標榜できるのですよ、そして、歯科治療をやっていい。そのような人たちと、各学会に進んでその後研修して、それぞれの専門領域の専門医を、あるいはその前の段階でも何らかの資格をとった人が一緒でいいんですかという話をまず皆さんはして頂いて欲しいと思います。でも、先生が今おっしゃったように、学会の整理統合の話をされると、こういう議論をやらなくていいということに等しいのです。それを自覚して発言して頂かないと、私どものような立場からは納得いかない。
○会場　現実にそれをしようとか考えるのは、無理ですよ。臨床をやるなということじゃないですか、そうなれば。
○木村　ですから、現実にというと、きっと先生がおっしゃるような学会の統合とかいろんな複数学会の話が出てきて、それはやるなと言っていることと等しいと僕は言っているのです。ところが今の歯学教育からの若い人の育成という観点から、日本歯科医師会で言えば、生涯研修という観点からいけば、どういうふうな方向に位置づけるのですかということで話をさせてもらっているのです。先生のような御意見は、何人もの地元の歯科医師会の先生方からも聞いています。それはそうでしょう、私たちは教育が違うのですから、卒業してすぐ次の日から親不知を抜いていたのですから。そこのギャップを解決する方法はないです。ないのですけれども、これからどうするかということでひとつ議論させて下さいと、一番最初に僕は話したつもりで、少し感情が入ってしまい失礼しました。
○佐々木座長　ほかにどなたか、今の点に関しまして。今の話でしょうか。
○会場　関連していまして、厚労省のホームページにある医科の専門医制度のあれって、総合診療医ですか、総合医。これは先ほどお話がありますけれども、歯科の場合も基本診療領域もしくは総合診療領域というのは歯科そのものだという話ですけれども、歯科医師会の先生にお聞きしたいのですけれども、先ほど生涯研修制度でそういうふうなものを担保するとおっしゃいましたけれども、例えば総合、ＧＰというふうな歯科の専門医をつくる。各学会から外来診療、僕も口腔外科なので口腔外科の専修医の外来部門のようなところの基準、あとは歯周にしろ補綴にしろ、そういうのをずっと並べて、ＧＰの専門医というのをつくるとする。そうすると、歯科医師会の先生はそれをとっていらっしゃるのと、とってられない方と分かれますよね。そういうふうな形で、研修ではなくて専門医としてそういうものをつくるというふうなことに、歯科医師会の賛同というのは得られるのかというのが1つ。

それから、医科の方を見ていてすごく感じたのは、総合診療医等をつくると、もう全員専門医になってくるのではないか。その専門って何なのだというふうなのが、ちょっと疑問に思っているのです。そうすると、歯科は歯科でスペシャリストのような形で口腔外科、歯周、要するにある程度のグレードを決めて、そこから先はそこに紹介する、あるいは紹介できるというふうな、そういうふうな体制を一般の診療所の先生方ができるかどうか。

○佐々木座長　今の観点だと内容的な制度設計の部分にかなり入ってしまうのかなと思われますので。

○会場　申しわけありませんでした。

○佐々木座長　専門医という制度が必要かどうかというところで。

○会場　今言ったＧＰの専門医というのが必要かどうかというのを検討していただけると、学会統合ではない形なのかなと思うのですけれども。

○中島　ちょっと誤解があるのかもしれませんけれども、ＧＰの専門医というのは、先生が今日発表された中にもあったと思いますが、歯科の全体をとらえてある程度レベル以上の認識と技術を持った人という観点なのですね。ですから、私も大学を卒業してすぐ口腔外科に残り、口腔外科の勉強をずっとしていたのですが、決して補綴や保存の勉強を専門的にしたわけではありませんので、卒前教育の域を脱せずに開業したわけです。ではどこでそれを勉強してGPをやっているかというと、開業しながら臨床歯科学を勉強するわけです。多くの先生方は例えば大学へ残られてそのままスペシャリストとしてその道を極める方もいらっしゃるでしょうし、そうではなくて、途中でその道からＧＰの方に行かれる方もいるし、全く違うスペシャリティの方向に行かれる先生もいらっしゃるだろうし、それはもう御自由だと思うのです。ですから、ＧＰの専門医ということは、今この場で議論されている専門医とはちょっとニュアンスが違う。ただ、これを全く別のものとしてとらえては進めないので、ですから先ほどから出ているように１階建て、２階建ての構造で立体的に見ていく視点も必要かと思いますし、そうでないとこの専門医制度の議論は成り立たないだろうという考え方によるものです。

○佐々木座長　座長からもちょっとよろしいでしょうか。専門医の、例えば制度云々という話になると、必ず現状から皆さんお考えになります。ただ、木村先生が最初におっしゃられたように、若い人たちをどうするか、あるいは本当に教育を含めて一から出発するという感覚で、この専門医制度というものを考えないと、現状を引っ張りますよね。現状を引っ張ったら何も変わらないですね、きっと。それが今までなかなか進んで来られなかったところなのかなと思います。医科は何年かかけて研修開始というのをかなりおくらせていますよね。きっと、その後でしょうね、新制度の専門医を認めていくのは。韓国でそれやっていますよね。そうすると、四十幾つ以上は専門医になれないのですね。そういう形でも考えない限り、世の中を変えていくような専門医制、あるいは歯科の中の専門医制の確立というのは、なかなか行かないのではないかなと私はちょっと思うのです。

○会場　今の教育制度の中で、卒後研修の形がありますよね。国家試験という最大の国が認める制度がありますよね。そういうことが、彼らが生き延びてきて、それで臨床にやって、

そのスキルアップをいろんな学会なんかしていくパターンがあるわけです。それを全く無視して、再教育だ、はい、教育だって常にやっていたら、現実性がないと、私はこう感じておりますので。そのいい例には、今まで医者が……。

○佐々木座長　ちょっと済みません。今先生おっしゃられたのは、私の発言、内容とは全然違います。教育を含めたというのは、教育制度の部分、あるいは臨床研修の内容、そしてその後のずっと続いていく生涯研修の部分等を含めて、いろんな制度を考え、そして、一番いいあり方を考えていかない限り、専門医制度を作ることは不可能だと思うんですね。現状を引っ張っていたら、先生がおっしゃられるように、やはりいっぱいいろんな問題点があるわけですよね。それを全部コンプロマイズするというのは不可能ですよ。新しいものを考えない限り、そこに向かってみんなで行くような形をとっていかない限り、この議論というのは絶対に収束しないような感じがします。

○会場　原点を考えなければいけないと思います。

○佐々木座長　それがきっと、医科で今なされている検討委員会のところなのでしょうね。たからごちゃごちゃごちゃごちゃになっている。でも、あそこは厚労省が入って今進めているわけで、かなりもう、国策として専門医の部分をとにかくならすぞという、すごい1つのベクトルが働いていてあそこまで行き、その結果として総合医とか何とかというところで、一つの結論をつけようと思っているのが今の現状ですね。歯科は歯科で、そこのところをある程度でみんなで考えていかないとは思っているところです。

○中島　今のディスカッションが、私が思っていたことと全然違う方向に行っているので、もしそういう話題だったら違うスライドを出さなくちゃいけなかったというふうに思うぐらいですが、私が言った生涯研修というのは、卒前教育からずっと臨床研修医、それと若手歯科医師に係る研修の問題というのは別というか、きょうの議論からは少し離れていますが、歯科界の大きな問題ではあると思うのです。ですから、それはそれで今度お時間でもあればそういう話をする必要はあるかもしれませんが、きょうはそういう論点ではなくて、学会によっては違うかもしれませんけれども、卒業してスペシャリティの道に進んでから少なくとも7年とか10年とかたった先生方が、それを極める指標としての専門医があるべきかどうかの話だと思いますので、それについて歯科医師会の立場でどう思いますかという話をお話しているわけです。ですから、そういった観点の中での総合医的な専門医という意味でお話させていただいていると御理解をいただきたいと思います。

○佐々木座長　そういう点で、今回お話になられた5名の先生方からは、専門医の必要性というところは共通して感じられたものだと思うので、少し御異論はあられると思いますが、先生方ほかに、専門医の必要性というところで御意見ございますか。

○会場　獨協医科大学の今井と申します。ちょっと整理をしないとこの話は多分先に行かない。例えば医科といつも対比をさせますので、そこに齟齬が生じてくる。というのは、医科は先生が今おっしゃられたように国策でございます。そしてここに書いてありますように、地域偏在を直すということが、国策としてこの専門医を利用して実態として行われているのですね。実は将来的に、例えば耳鼻科を専攻しようと思ったときに、耳鼻科

の専門医は東京は何人、そして青森では何人、そういうふうに決めて、耳鼻科で東京で研修を受けたいと思っても、もう満員です。だからあなたは青森の方に行きなさい、あるいは沖縄の方に行きなさいというふうにしようとしています。ですから、そういうようなものと、我々が考えている、例えば患者にとってより有益な歯科医療を提供するための専門医とを一緒にすると、やや問題があります。したがって、１つ整理するのは、医科に合う、木村先生がおっしゃられているようないわゆ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医療を提供できる医師という専門医と、もう１つは、２階建てにする、より高度な医療を担当する専門医というものを考えて議論していかないといけない。私が思いますのは、歯科の場合は恐らく２階建てにならないと難しいと思うのです。ですから、そういう面できちんと方向性を決めていかないと、医科と余りにも一緒になっていくと非常に危険があるというふうに思います。

○佐々木座長　ありがとうございます。

○木村　時間があれなのですけれども、きょう中島先生と読売新聞の先生方から貴重な御意見いただきましたので、このような形をきっかけにして具体的にもう、僕が最後に出しましたけれども、ぜひ歯科医学会、歯科医師会には御理解いただきまして、歯学協、山根理事長のお考えもあるかと思いますけれども、何かの協議会とかそういうのも面倒でしたら、まずワーキンググループでも何でもいいからとっかかりをつけていただけないかなと希望します。それで歯科医師会の先生……大先生、失礼しました、御存じですけれども、そういうふうないろんな御意見を入れてやっていけるようにしたいなと思っております。よろしくお願いします。

○会場　大阪歯科大学、オウです。すごくベーシックな質問なのですけれども、中島先生にお聞きしたいのですけれども、きょうは日本歯科医学会、日本歯科医師会とか大きな団体の中での会議だと思うのですけれども、日本歯科医師会の中の会員の先生の中では、スタディグループとか研究会の中でさまざま専門医とか認定医というのを勝手に使っていますけれども、そういったものに関して先生はどういう御意見をお持ちでしょうか。

○中島　いろんな方がいらっしゃるので一概にどうとは言えないとは思いますが、ただ、一番の問題点は、国民から見たときに、歯科医療を誤解されやすい状況に陥っている方々がいるということは事実だと思います。ですから、それは早い時期になるべく是正をしてもらいたいと思いますが、残念ながら、その先生方は全員会員ではないので、歯科医師会としては会員には物を申せますが、会員でない先生には物を申せないというところがあります。できればそういう先生方に御理解をいただきながら、会員になっていただくような別の運動をしなければいけないと思いますが、そういった意味でも総合診療医の専門医化ができれば、そういった意味でも良い方向にうまく作用していくのではないかなとも思っています。スタディグループ等々については、本当にいろんな方がいらっしゃっていろんな考え方があるので、それは私にそこまでどうのこうのという権利はありませんが、どの先生を選択するかは患者さんの目ですから、それを選択するのに誤解が生じないように、さらにトラブルがないようにしていくということをサイドからフォローするということに

現状ではとどまってしまうのではないかと思います。
○佐々木座長　先生、短く。
○会場　先ほど木村先生からも教育の問題が提起されておりましたので、歯科の方の実態は教育のレベルが素材が悪くなってきているために、かなりレベルの低下を余儀なくされているのが現実だと思うのです。一方においては、医科の方はどんどん進歩している。先ほどの今井先生から、医科と歯科と同じ土俵では危険であるという質問、発言が出ました。まさにそうだと思うのですが、本来ならば歯科医療は医療の一翼を担っているはずなので、国民の目からすると、それは専門医と同じ単語を使って医科の方の専門医と歯科の専門医は同じレベルでもって考えられるであろうと思いますので、医科における専門医というのがどうなっているのかということを、よく考えるだけではなくて、医科の方と整合しながら専門医制度というのをつくっていくべきであろうと思います。そのために、歯科医師会がやっている総合診療科は非常に大事なキーだと思うのです。

これは平成 15 年のころからディスカッションされていて、本音としてはそれをやりたいというのはよくわかります。だけれども、どういう位置づけにするのかということがすごく問題で、定義というようなことがちゃんとはっきりしていないといけないので、例えばゲートキーパーであると言うのならばゲートキーパーでそれなりに位置づければいいと思うのですが、それを歯科医師会が評価認定して、それで歯科医師会の中から専門医をつくるというのは、なかなか国民の納得は得られないだろうと思いますので、評価認定機構という第三者の協議会ができるのであるならば、その中に歯科医師会も入ってみてはどうかと思います。
○野口副理事長　まだまだ議論があろうかと思いますけれども、時間がもう過ぎておりますので。きょうは非常に貴重な御意見をいただけたと思っています。専門医制度が必要かということに関しては、必要だという方が大部分だと思うのです。決して必要ではないとは言えないと思うのです。ただ、私、最後に申し上げましたけれども、現在の専門医制度が曲がり角に来ていて、医科ではそれをいち早くキャッチして改革している。歯科はまだそういう機運もほとんどなかったわけです。そこで我々は医科の方から意見をいただいて、歯科も何とかしないといけないということで、このような会を盛んに何回も持っているわけですから、それをいかに進めていくかということだと思うのです。それには今ある専門医の学会の先生方の御協力がなくしてはできないわけですので、先ほど協議会をつくるという御提案がありましたけれども、そのような方向に歯科界もやっていければと思っております。

ただ、その場合、今井先生がおっしゃいましたように、医科とは全く違うのだということです。ですから、医科がやっていることと同じように進めるというわけにはいかないわけですが、その最大の理由は歯科の場合は対象となる先生の大部分が開業医の先生方だということではないでしょうか。医科の場合は、勤務医と開業医が共存し歯科とはかなり異なる状況のもとに進行しているということを我々は認めなければいけないと思うのです。だから、一緒にできるところはもちろんやるべきだと思いますけれども、歯科独特の要因

を考えながらやらないと、これはなかなかうまくいかないというふうに感じます。以上です。どうも、きょうは本当に先生方、ありがとうございました。（拍手）

閉会の辞

○佐々木座長　宮崎副理事長、閉会のごあいさつをお願いします。
○宮崎副理事長　きょうは、５名の講師の先生方ありがとうございました。また、最後まで熱心な御討論ありがとうございました。
　きょうのテーマは、歯科界にとっては大変重要でございますので、日本歯学系学会協議会として今後とも引き続き議論していきたいと思います。
　本日は、まことにありがとうございました。（拍手）

閉　　会

今回、会場をご提供頂いた本協議会賛助会員の株式会社ＧＣ中尾社長から、シンポジウムに先立ちご挨拶を頂きました。その要旨は、以下の通りです。

○中尾社長　本日は、私どもＧＣ Corporate Center を御利用いただきまして、まことにありがとうございます。それでは、開会前のお時間を頂戴いたしまして、最近のジーシーの御案内をさせていただきたいと存じます。

Ｐ）　この度は、ＧＣ Corporate Center にお出ましをいただきまして、まことにありがとうございます。
Ｐ）　私どもは 1921 年の創業以来、社是として「施無畏」を掲げ、この教えのもとに、３つの経営理念をベースに経営を進めてまいりました。
経営理念

1.「口腔保健の向上を通じ、地域社会に貢献する」
2.「企業品質の向上を図り、お客様の信頼にお応えする」
3.「敬愛に満ち、明るく活力にあふれた“なかま集団”を形成する」

Ｐ）　現在、世界各地で事業を展開しており、ベルギーのＧＣヨーロッパ、中国の蘇州工場、そして日本には皆様がいらっしゃいますＧＣ Corporate Center、ＧＣ Ｒ＆Ｄ Center、富士小山工場、さらにシカゴにはＧＣアメリカなど、世界に 34 社のグループ会社がございます。
Ｐ）　その中で、私どもの研究開発を担いますのはＧＣ Ｒ＆Ｄ Center で、昨年の９月にフルオープンをいたしました。床面積は約１万m^2で、
Ｐ）「コミュニケーション・ループ」というコンセプトのもとに、新製品、新技術、新しい企画の創出力を強化することを目的に８年をかけて工事を進め完成いたしました。「場の論理」に基づく、心の共振エネルギーの場づくりを進めたわけでございます。
Ｐ）　また、当 Corporate Center は、昨年の 10 月に、「ＢＣＳ賞」（ビルディング・コンストラクター・ソサエティの賞）を頂戴いたしましたが、この賞を第１番目に受賞されたのは懐かしい東京タワーでございます。表彰式では設計していただきました谷口吉生先生にもおいでいただきました。
Ｐ）　そして３番目の機能となります製造拠点としては、富士小山工場、愛知県の春日井にございますジーシーデンタルプロダクツ、同じく愛知県勝川のジーシーアサヒとなっております。
Ｐ）　今後の予定といたしましては、当 Corporate Center を今年の８月完成を目標に現在増築工事を進めております。
Ｐ）　また、ＧＣヨーロッパにつきましては、３月 10 日のオープニングを目指しまして、現在、事務所棟の建築を進めているところでございます。なお、ヨーロッパでは、石膏埋没材の製造をはじめ、ロジスティクス機能、マーケティング機能を担っております。
Ｐ）　さて、皆様方御存じのように、私どもはＧＣクオリティマネージメント活動を 1981 年から進めており、「お客様満足の向上」、「仕事の質の向上」をねらいに、ＱＣ的なものの

見方、考え方を展開しようということで、毎年２回の全社改善活動の事例発表会等を行っているわけでございます。
Ｐ）　これらの結果、品質経営度ランキング調査では昨年度、東芝さん、富士フイルムホールディングスさんなどに続いて第６位でございました。
Ｐ）　またデミング賞では、私が昨年個人に与えられる賞でございます本賞をちょうだいすることができました。これも社員であるなかま（社員の呼称）が 34 年の長年にわたり地道にＴＱＭ（トータル・クオリティ・マネージメント）活動に取り組んできた成果でございます。
Ｐ）　さて、この 2013 年、安倍新内閣がスタートいたしましたが、我々には東日本大震災からの復興という大変大きな課題がございます。また超高齢社会への突入、さらには消費税の増税等の課題もあり、まさに市場環境激変の中にございます。
Ｐ）　この中で、私どもは世界の各拠点のなかまの力を合わせまして、ちょうど 100 周年を迎える 2021 年に向け、私どものVision2021、「健康長寿社会に貢献する世界一の歯科企業への挑戦」を続けていきたい、
Ｐ）　そして、今世紀を健康世紀にしたい、このように願っております。

　学会の先生方、今後ともどうぞ御指導いただきますよう、よろしくお願いを申し上げます。本日はまことにありがとうございます。（拍手）

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」

2013年４月16日発行

編集・発行　一般社団法人　日本歯学系学会協議会
（理事長：山根 源之）
事務局　〒170-0003　東京都豊島区駒込1-43-9
駒込ＴＳビル（一財）口腔保健協会 内
TEL：(03) 3947-8891　FAX：(03) 3947-8341

印刷・製本　株式会社トライ・エックス