

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

第 11 回講演会

「歯学・歯科界を取り巻く喫緊の重要課題
(日本学術会議、歯保連)」

日時：平成 26 年 2 月 8 日 (土)

場所：GC Corporate Center 5階レクチャールーム

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

開 会

○佐々木常任理事 それでは、定刻になりましたので、一般社団法人日本歯学系学会協議会第11回の講演会を開催させていただきたいと思います。

開会の辞

○佐々木常任理事 まず、開会の辞を宮崎副理事長からお願いいたします。

○宮崎副理事長 それでは、足元の悪い日ではございますけれども、大勢の会員の皆様にお集まりいただきまして、ありがとうございます。本当に地方からも大勢参加いただいて、感謝しております。

この協議会の講演会も通算で11回になりました。今回も昨年に引き続きまして株式会社ジーシーのほうには大変お世話になりまして、ありがとうございました。

今回は「歯学・歯科界を取り巻く喫緊の重要課題」ということで、山口先生、今井先生から大変興味深いお話が拝聴できると思います。どうぞひとつよろしくお願いいたします。
(拍手)

○佐々木常任理事 宮崎副理事長、ありがとうございました。

私、本日司会進行を務めます、学術担当常任理事の佐々木でございます。

理事長挨拶

○佐々木常任理事 続きまして、理事長の山根先生から御挨拶をいただきたいと思います。
山根先生、よろしくお願いいたします。

○山根理事長 本日は、今、宮崎先生からお話しがありましたように大変な悪天候で、理事の木村先生も飛行機が飛ばず弘前から来られないという電話がありまして、他の先生方はお越しになれるのかなと心配しました。また、小林監事からはお電話で「今日、講演会を開催出来るのかね」と言われましたが、中止するも、延期するも出席予定の方々に連絡する方法がないので、予定通り今回の講演会を開催しますとお答えしました。こういう状況にもかかわらず、ご参会頂きました先生方に御礼を申し上げるとともに、どうか活発な議論をしていただきたいと思います。

理事長としてご挨拶の機会をいただきましたので、歯学協のあり方についてお話をします。歯学協の目的の一つに、日本学術会議との強い連携を歯学協創設のときから掲げています。これまでも日本学術会議の会員の方、連携会員の方々からは本当に熱い応援をいただいております。今日も日本学術会議歯学委員会委員長の戸塚靖則先生は北海道から駆けつけていただいておりますし、講演は山口 朗学術会議会員にお願いしました。私達に

必要な学術的な情報、状況を提供していただけると期待しています。

決して歯学協は歯科医師だけの集まりではないということをもう一度御確認いただきたいと思います。いわゆる歯科界にかかわる全ての人、歯学の研究にかかわる全ての団体を集めるのが目的でございますので、歯科医師だけの集まりではなくて、歯科技工士の方々、それから歯科衛生士の方々、そういう方々にも私たちの情報を伝達できるのを目的にやっております。

その中で、臨床もあり、基礎もあるということでございますが、きょうは基礎と臨床の両方の立場から学術講演を1つ山口先生にお願いします。それから、臨床の立場からは歯学協からは独立した形をとっております歯学系学会社会保険委員会連合、歯保連と略してありますが、その会長の今井 裕先生に、歯保連の現在の活動、今後の問題点、その解決方法などをお話をいただくことになっております。

どうも私たちは立場になると人任せにする傾向がございますが、この歯学協だけは違います。理事の先生方は皆さま本当にお忙しい立場でございます。歯学部長や病院長をはじめ各大学の中心の方々や各学会を代表する重要な方々ばかりです。そういう先生方が貴重な時間を割いて大雪の中を集まっていただけというのは本当にうれしく存じます。熱い思いを結果として出すにはまだまだ道のは遠いと思いますが、どうか皆さま方の御尽力によりまして今後の歯科界を少しでも前進させたいと思うのは、理事長個人の意見ではなくて歯学協全体の思いと信じております。

どうか最後までお聞きいただきたいと思います。

よろしくお願いします。(拍手)

○佐々木常任理事 山根先生、ありがとうございました。

続きまして、今回も会場を御提供いただいております株式会社ジーシー、中尾社長から御挨拶をいただきたいと思います。

よろしくお願ひいたします。(拍手) (注：ご挨拶の要旨は講演会の後に記載してあります。)

○佐々木常任理事 中尾社長、ありがとうございました。

ここで、祝電が1通来ておりますので御紹介させていただきます。参議院議員の西村正美先生からです。「日本歯学系学会協議会第11回講演会の御盛会をお喜び申し上げますとともに、実り多き御研鑽に心より敬意を表します」ということです。長文ですので回覧いたします。

「我が国の歯科医学研究の現状と将来」

日本学術会議会員・東京医科歯科大学教授 山口 朗先生

○佐々木常任理事 それでは、早速講演会に入らせていただきます。第1席は、座長を朝田常任理事に願ひいたします。

朝田先生、よろしくお願ひします。

○朝田座長 それでは、早速第1席、山口先生のプロフィールを御紹介させていただきます。

お手元に資料がございますので詳細は割愛をさせていただきますが、山口先生は現在東京医科歯科大学口腔病理学分野の教授をなさっており、2012年から日本臨床口腔病理学会の理事長をなさっております。また、日本学術会議の会員として、日本の歯科界を牽引されており、本日の講演につきましても「我が国の歯科医学研究の現状と将来」ということで講演をいただくということになりますので、先生よろしくお願ひいたします。(拍手)

○山口 朝田先生、御紹介ありがとうございました。

図1 日本歯学系学会協議会 第11回講演会 2014年2月8日
「歯学・歯科界を取り巻く喫緊の重要課題(日本学術会議、歯保連)」

我が国の歯科医学研究の現状と将来

日本学術会議会員
東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科口腔病理学分野
山口 朗

このような機会を与えていただき非常に光栄です。本日は、日本学術会議の会員として考えていること、日本学術会議歯学委員会で行っていること、さらに私の個人的な考えを加えて「我が国の歯科医学の研究の現状と将来」というテーマでお話しさせていただきます(図1)。

日本学術会議は科学に関する重要事項を審議し、その実現を図ること、そして科学に関する研究の連携を図り、その効率を向上させることを職務としております(図2)。日本学術会議の役割としては、科学者間ネットワークの構築が重要な1つで、私もが歯学協に参加させていただいて情報提供をしているのもその一環です。それから、政府に対する政策提言、国際的な活動、科学の役割についての世論の啓発などが役割でございます(図1)。現在、学術会議会員が210名で、連携会員が2,000名ほどおります(図2)。

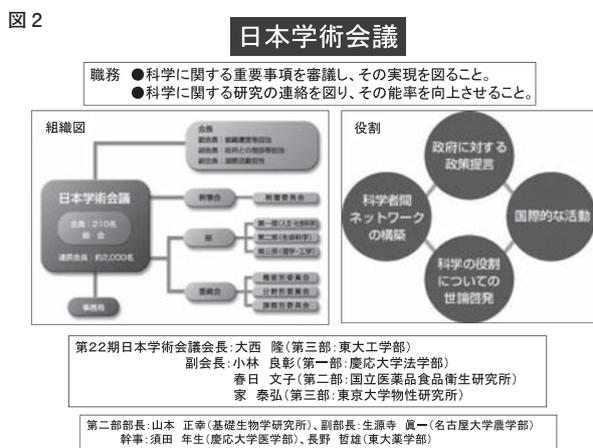


図3 **日本学術会議第二部歯学系会員(第22期)**

- 会員: 戸塚靖則、古谷野潔、山口朗(3名)
- 連携会員: 和泉雄一、岩田幸一、恵比壽繁之、小笠原康悦、覚道健治、佐々木啓一、(32名) 進藤正信、高田隆、滝川正春、丹沢秀樹、福田仁一、宮崎隆、宮崎秀夫、桃井保子、森山啓司、米田俊之、脇坂聡、渡邊誠朝田芳信、市川哲雄、岡野友宏、小林義典、島内英俊、須田英明、瀬戸院一、高田健治、田上順次、根本孝幸、前田健康、前田伸子、矢谷博文、山本照子
- 歯学委員会 (12名)**
- 基礎系歯学分科会(11名)
 - 病態系歯学分科会(11名)
 - 臨床系歯学分科会(11名)
 - 歯科医療制度に関する検討委員会(6名)
 - 歯学教育分科会(12名)
 - 健康・生活科学委員会・歯学委員会合同: 脱タバコ社会の実現分科会(12名)

図3に示すように、第22期の歯学系の会員は北海道大学の戸塚靖則先生と九州大学の古谷野潔先生と私の3名で、32名の連携会員の先生方がおります。このほかに、歯学部出身で医学系や薬学系に所属している方も2、3名いますので、約35名位が歯学系の連携会員として活動しております。

学術の大型施設計画・大規模研究計画
マスタープラン 2011

日本学術会議は、各分野の研究者コミュニティにおける大型研究計画の構想を集約し、純粋に科学的な視点から評価を行い、我が国の学術研究や科学技術の発展に真に必要なと認められた7分野43の研究計画について、その意義や概要を取りまとめたマスタープラン(以下、「マスタープラン2010」という。)を策定した(平成22年3月17日)
43計画のうち10計画の一部またはかなりの部分について予算が措置され、2010年度から動き始めている。

「マスタープラン2010」は全分野を網羅した科学者コミュニティによる大型計画マスタープランのわが国初の策定であり、分野によっては十分な検討ができなかったとの意見もある。

マスタープラン2011を策定
マスタープラン2010の43計画と新規107計画をヒアリング
生命科学分野では既存の13計画に新規5計画がマスタープラン2012として掲載

歯学系の学術会議の活動は、歯学委員会を中心として行われています。本委員会は、12名で構成されています。歯学委員会の下に基礎系歯学分科会、病態系歯学分科会、臨床系歯学分科会、歯科医療制度に関する検討委員会、歯学教育委員会等があります。また、健康・生活科学委員会と共同で、脱タバコ社会の実現分科会でも会員、連携会員が活動しております(図3)。

今日は、日本学術会議のマスタープランについてお話しさせていただきます。まず本件に関して今までの経緯等を説明させていただきます。

我が国の大型の研究に対する方向性を示す目的で、平成22年3月17日に「マスタープラン2010」が策定され、43の計画が「マスタープラン2010」に掲載されています。その43計画のうち、10計画の一部またはかなりの部分についての予算が措置されており、2010年度から動き始めています(図4)。

この「マスタープラン2010」に関しては医学系や薬学系からの応募がありましたが、歯学系の応募はありませんでした。分野によっては十分な検討ができていないという意見が出ましたので、「マスタープラン2010」に追加するために「マスタープラン2011」の応募があり、歯学委員会からも応募し、文部科学省学術機関課でヒアリングを受けました。その結果、「マスタープラン2010」の43計画に歯学委員会からの応募も含めて生命科学系から新たな5計画が追加され「マスタープラン2012」として掲載されました。

マスタープラン2012の申請の経緯と結果を少し御紹介させていただきます。このときは、歯学系では、大阪大学の米田俊之先生が学術会議の歯学委員会から、私が先端歯学国際教育研究ネットワークから、それから佐々木啓一先生が日本補綴歯科学会から別々に3つの課題を申請しました。マスタープランの申請では、各学会、研究領域でのコミュニティがとれていることが基本になりますので、歯学という分野から似通った3つが提出されると学術分野のコミュニティがとれていないという解釈になるので、1つにまとめることにしました。そのため、当時日本学術会議の会員であった米田先生を代表者にして、3つの申請を「先進歯学研究拠点の形成」という一つにまとめました。

そして、本申請に関して文部科学省でヒアリングが行われ、高齢化社会という課題に対比し、我が国の強みを生かして卓越した拠点の形成を目指すことは意義があると評価されましたが、口腔疾患と全身疾患の関連を明確にしなが、歯学分野の弱点と歯学分野の拠点としての特色がさらに発揮されるようにしていく必要があるということと、欧米の研究拠点と国際比較や具体的な戦略目標を明らかにする必要があるという改善点も指摘されました(図4)。そして、残念ながらこの計画は予算化に至りませんでした。

次に、日本学術会議歯学委員会ではマスタープラン2014が2013年3月に公募となったので、それに応募するためにいろいろな対策を行ってきました。特に、前回のヒアリン

図 5

1 作成の背景
我が国の歯学界は、医学・薬学・工学・理学などとの連携を維持して幅広い知識・技術を基盤とした歯科医学を構築し、国民の歯科医療に貢献するとともに、質の高い多くの学術的情報を世界に発信してきた。一方、近年、我が国の歯学界では、歯科医師の資質低下、研究水準の低下、研究離れ、国際競争力・指導力の低下などが懸念されている。このような状況を打破して、我が国で世界をリードする歯科医学を推進するためには、まず国内外の歯科医学の水準や研究開発の動向を比較し、今後の歯科医学研究の方向性を的確に捉えておく必要がある。

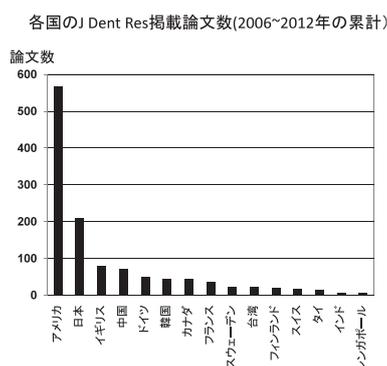
2 現状及び問題点
我が国の歯学界では、欧米に比べて歯学研究のできる歯科医師(医学における Physician Scientist)が多数育成され、歯学以外からの優れた研究者の参入も加えて、歯科医学研究を展開している。そして、我が国の歯科医学の「研究水準」「技術開発水準」「産業技術力」は世界的に見ても高いと考えられているが、その実態は十分に解析されていない。さらに、我が国でも大学横断的な学際的歯学研究拠点を創成して、歯学界の重要課題の解決に取り組むことが一つの方策であり、この点に関して十分な国際比較が必要である。

グで指摘された国際比較に関しては、「我が国における歯科医学の現状と国際比較 2013」を歯学委員会でもとめて、日本学術会議報告として 2013 年 9 月 2 日に発出しました (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-h130902.pdf>)。本報告には、歯学系の連携会員やそのほかの方を含めて 62 名の方に御執筆をいただきました。

国際比較の作成の背景と我が国の歯学の現状及び問題点は、図 5 にまとめてあります。我が国の歯学界は、医学、薬学、工学、理学などの連携を維持して、幅広い知識、技術を基盤とした歯科医学を構築し、国民の歯科医療に貢献するとともに、質の高い多くの学術的情報を世界に発信してきましたが、近年我が国では、歯科医師の資質低下、研究水準の低下、研究離れ、国際競争力、指導力の低下などが懸念されています。このような状況を打破して、我が国で世界をリードする歯科医学を推進するためには、まず国内外の歯科医学の水準や研究開発の動向を比較し、今後の歯科医学研究の方向性を的確に捉えることが必要です。また、我が国の歯科医学の研究水準、技術開発水準、産業技術力は世界的にも高いと考えられていますが、その実態は十分に解析されていません。さらに、我が国でも、大学横断的な学際的歯学研究拠点を創生して、歯学界の重要課題の解決に取り組むことが一つの方策であり、この点に関して十分な国際比較が必要です。

国際比較では、我が国の歯学研究のレベルを把握するために、「Journal of Dental

図 6



Research」に掲載された論文のファーストオーサーの国別の頻度を解析しました。その結果、アメリカが第 1 位で、日本は 2 位で、3 位以下の U K、China、Germany、Korea、Canada などとかなり引き離しておりました(図 6)。この雑誌は、アメリカの歯科医学会の機関誌ですからアメリカが多いのは当然ですけれども、日本は「Journal of Dental Research」への国

別の掲載論文数がアメリカ以外の国より非常に多いということがわかり、我が国の歯学研究のレベルの高さを示す一つの指標となります。

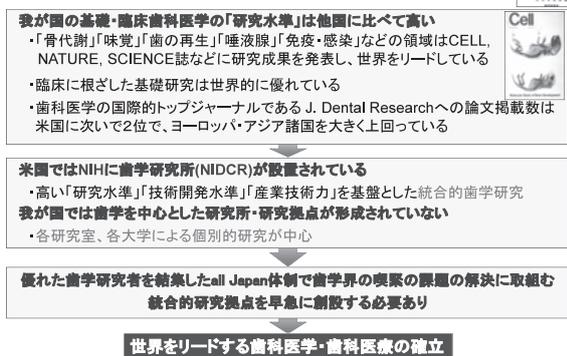
次に、マスタープラン 2014 についてお話し致します。

図 7 はマスタープラン 2014 の策定手順をまとめたものです。今回の申請は、学術会議の会員、連携会員または大学の部局長、大学の学長、学会の会長などが応募することが可能で、2013 年 3 月 31 日が応募締め切りでした。応募した約 220 計画より、分野別委員会で絞り込みを行い、学術の大型研究検討分科会で 207 計画を「学術の大型研究計画」とし

図7 マスタープラン2014 策定手順



図8 日本学術会議 歯学委員会報告(平成25年9月2日発行) 我が国における歯科医学の現状と国際比較2013



ています]。

次に歯学委員会で提案した「口腔疾患グローバル研究拠点の形成」に関して、説明致します。

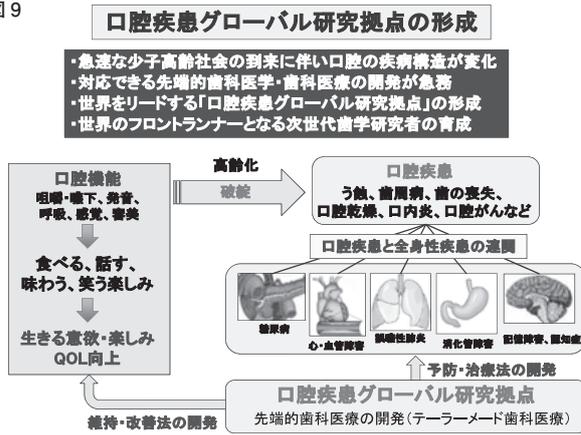
図8に日本学術会議歯学委員会報告「我が国における歯科医学の現状と国際比較2013」の重要な点をまとめてあります。まず、我が国の基礎、臨床歯科医学は、研究水準は他国に比べて高く、特に骨代謝、味覚、歯の再生、唾液腺、免疫感染などの領域は、「Cell」、「Nature」、「Science」誌などに研究成果を発表し、世界をリードしている。また、臨床に根差した基礎研究は世界的にすぐれています。さらに、歯科医学の国際的トップジャーナルである「Journal of Dental Research」への論文掲載数は、米国に次いで2位で、ヨーロッパ、アジア諸国を大きく上回っています。

問題点としましては、米国ではNIHに歯学研究所、NIDCRが設置され、高い研究水準、技術開発水準、産業技術力を基盤とした統合的歯学研究が盛んに推進されていますが、我が国では、歯学を中心とした研究所、研究拠点が形成されていないために、各研究室、各大学、各個人で研究しているのが現状です。このような状態ではとても米国に太刀打ちできないので、すぐれた歯学研究者を結集したオールジャパン体制で歯学界の喫緊の課題の解決に取り組む統合的研究拠点を早急に創設して、世界をリードする歯科医学、歯科医療を確立することが重要であるということが、私どもが発出した国際比較のまとめであります。

図9に、「口腔疾患グローバル研究拠点の形成」の背景と必要性をまとめてあります。

て選定しました。今回から、諸観点から速やかに予算化すべき大型施設計画、大規模研究計画を「重点大型研究計画」として位置づけることが行われました。207件の「学術の大型研究計画」の中の66計画を2013年9月に日本学術会議「大型研究審査小委員会」でヒアリングし、「重点大型研究計画」の選考が行われました[追記：2014年3月12日に日本学術会議より、「重点大型研究計画」が公表され、歯学委員会より提案した「口腔疾患グローバル研究拠点の形成」を含めた27計画が採択されました(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t188-1.pdf>)。さらに、これらの27計画に関して3月末に文部科学省学術機関課にて、「学術研究の大型プロジェクトに関する作業部会」の委員により、ヒアリングが行われ、現在、各計画の予算化が検討されて

図 9

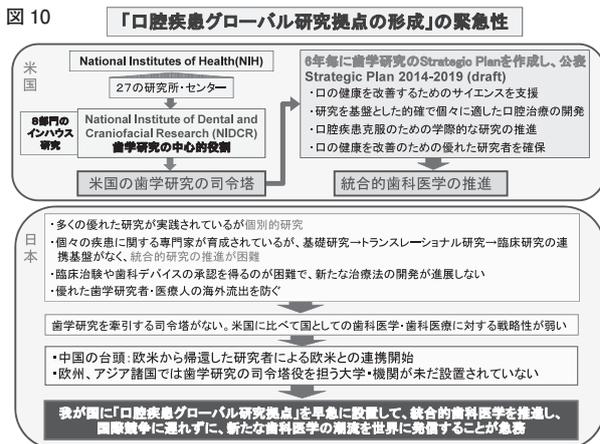


の連関が問題となっており、これらを解決する方策が必要です。そのため、本計画では口腔疾患グローバル研究拠点を形成し、テーラーメイド歯科医療を含めた先端の歯科医療を開発し、口腔疾患の予防・治療法、口腔機能の維持・改善法に貢献します。

1989年に8020運動が開始され、80歳以上で20本以上の歯を持つ高齢者が増加し、現在、高齢者では歯の喪失の他に、う蝕・歯周病、ドライマウス、口腔がんなどの発症が増加し、口だけではなく他臓器にも影響を及ぼしています。そのため、これらの疾患や病態の分子メカニズムの解明や斬新な口腔機能の回復法の開発が歯学界で解決すべき喫緊の課題となっています。そこで、我が国の歯学研究の強みを活かした基礎・臨床統合型研究体制の構築により、「口腔疾患グローバル研究拠点」を形成し、高齢者の口腔機能・口腔疾患のゲノム解析や口腔機能回復の歯科デバイスを開発して、「高齢先進国」として世界に先駆けて先端の高齢者歯科医学を確立することが、国際競争・協力で我が国がリードするのに急務です。

本計画では、研究拠点は東京医科歯科大学に設置いたします。全国の歯学部関連組織より選出した運営委員会でこの拠点を運営いたします。政策的テーマとして、先端の口腔基礎研究、口腔疾患・全身疾患連関研究、口腔疾患研究、歯科デバイス開発研究を行って、これに関する拠点研究員というのは国際公募で公募いたします。その結果、基礎・臨床統合型研究チームをつくとともに、東京医科歯科大学の疾患バイオリソースセンター、生体材料工学研究所などを利用し、医学部、工学部との連携を強化し、国際連携を推進して、先端の歯科医療、テーラーメイドの歯科医療を開発します。それとともに、次世代の口腔疾患の重要なテーマの探索を行います。本計画は10年間の予定で、総予算は70億円です。

図 10

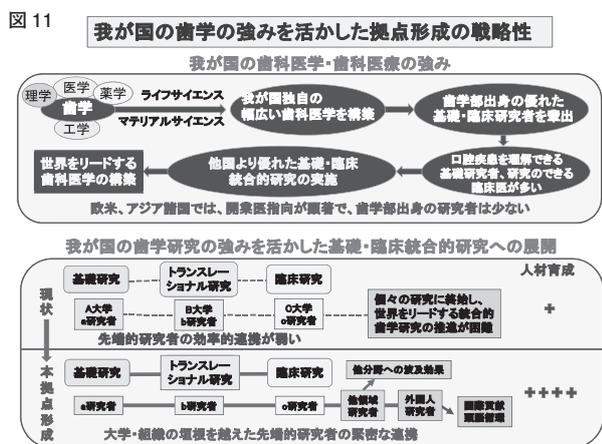


近年の急速な少子高齢社会の到来に伴い、口腔の疾病構造が変化し、それに対応できる先端の歯科医学・歯科医療の開発が急務です。口腔の機能により、食べる、話す、味わう、笑う楽しみが得られ、これらは生きる意欲・楽しみ、QOLの向上に極めて重要です。そして、高齢化に伴いこれらの機能が破綻すると種々の口腔疾患が生じます。近年、高齢者の口腔疾患と全身性疾患

成、公表しております。現在、2014-2019年までの Strategic Plan のドラフトが公表されており、私どもの計画と非常に類似した戦略が述べられています。一方、我が国で多くの優れた研究が実践されていますが個別的研究で、基礎研究、トランスレーショナル研究、臨床研究の連携基盤がなく、統合的研究の推進が困難です。つまり、現在の我が国では歯学研究を牽引する司令塔がなく、米国に比べて国としての歯学医学、歯科医療に対する戦略性が弱いと考えられます。近年、中国では欧米から帰還した研究者による欧米との連携を開始しているが、欧州、アジア諸国では歯学研究の司令塔役を担う大学・機関が未だ設置されていません。そのため、我が国に「口腔疾患グローバル研究拠点」を早急に設置して、統合的歯科医学を推進し、国際競争に遅れずに、新たな歯科医学の潮流を世界に発信することが急務であります。

本計画に関しては、日本学術会議歯学委員会にて合意を得ており、アンケート調査などにより日本歯科医学会、日本歯学系学会協議会の支持・賛同を得ております。また、日本学術会議シンポジウムの開催や日本学術会議報告を歯学関係者に送付し、本申請に関する理解を深めています。そのため、歯学界で「口腔疾患グローバル研究拠点」の設置に関する機運が熟しており、研究者コミュニティの合意は十分に得られています。

図 11 には、我が国の歯学の強みを活かした拠点形成の戦略性をまとめました。我が国の歯学は、医学、薬学、理学、工学などと連携し、我が国独自の幅広い歯科医学を構築し



て、歯学部出身の優れた基礎・臨床研究者を輩出しております。さらに、口腔疾患を理解できる基礎研究者、研究のできる臨床医を育成してきました。この点は、我が国の歯学の大きな強みで、欧米、アジア諸国では開業医指向が顕著で、歯学部出身の研究者が少ないのが現状です。このような我が国の歯学の強みを活かして、他国より優れた基礎・臨床の統合的研究を実施し、世

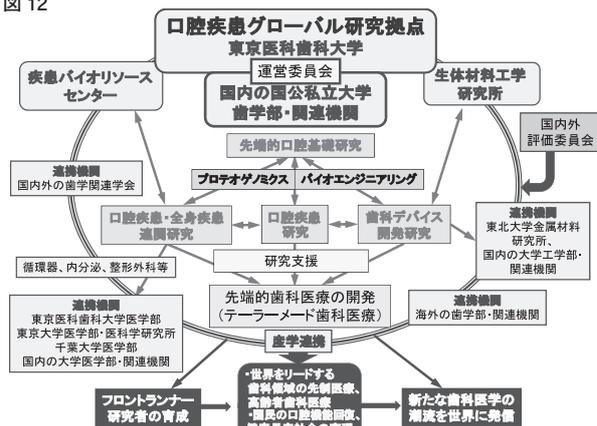
界をリードする歯科医学を構築します。一方、我が国では先端的研究者の効率的連携が弱いために、個々の研究に終始し、世界をリードする統合的歯学研究の推進が困難です。そのため、本拠点形成により、大学・組織、国の垣根を越えた先端的歯学研究者の緊密な連携を構築し、基礎・臨床統合的研究へと展開させることにより、他分野への波及効果、国際貢献、頭脳循環の活性化が期待でき、優れた人材育成も可能となります。

口腔疾患グローバル研究拠点の形成により、歯科医学・歯科医療のレベル向上、新たな歯科医療イノベーションを推進し、国民の口腔機能回復を行います。このことは、高齢者に生きる意欲・楽しみを与え、QOLを向上させ、健康長寿国の実現に大きな貢献ができます。さらに、全てのライフステージにおける歯科医療の発展や歯科産業界の発展、医療ツーリズムなどによる海外からの集客、市場拡大や歯医工連携イノベーションの発展へ貢献できます。

国際貢献、国際共同については、各大学が国際協力協定を締結している大学を基盤とした国際協力・国際共同研究を展開し、アジアにおけるリーダーシップを強化するとともに、アメリカ、ヨーロッパに関しては、若手の留学支援と欧米で活躍している日本人研究者の帰還を促進し、頭脳循環を活性化します。また、日本を中心とした国際シンポジウムなどを開催するとともに、日本の歯学研究の強みを活かして成因、病態、治療のメカニズムの解明を目指した共同研究を展開し、国際貢献します。そして、高齢社会における歯科医学・歯科医療の国際的リーダーシップを確立します。

図 12 に本計画の概要をまとめてあります。優れた歯学研究者を結集した all Japan 体制

図 12



で「口腔疾患グローバル研究拠点」を東京医科歯科大学に設置し、疾患バイオリソースセンターと生体材料工学研究所を活用し、プロテオゲノミクスを基盤とした口腔機能・口腔疾患の研究とバイオエンジニアリングを活かした歯科デバイス開発研究を行います。また、医学部・工学部との連携、産学連携や海外の歯学部などと連携して、先端の歯科医療の開発を行い、世界をリー

ドする歯科医療の先制医療、高齢者医療を構築し、国民の口腔機能回復、健康長寿社会の実現に貢献し、新たな歯科医学の潮流を世界に発信して、我が国の歯科医学を大きく前進させます。

どうもありがとうございました。(拍手)

○朝田座長 山口先生、ありがとうございました。

大変貴重なお話をいただきましたと思います。特に2014年のマスタープランとして進行している「口腔疾患グローバル研究拠点の形成」ということに向けて、今までの経緯から、2014年の今のマスタープランの流れまでを非常にわかりやすく御説明いただきました。また、最後にはNIHのお話も含めて、日本の歯学研究はどうあるべきかというあり方についても御示唆いただきましたと思いますけれども、フロアから何か御質問をいただいてもよろしいですか。

○山口 どうぞ。

○朝田座長 どうぞ。

○会場 どうもありがとうございます。

不勉強でお叱りを受けるかもしれませんが、私がほんの少し知っている知識の中で、先進諸外国の中のこれは一部かもしれませんが、研究者に対する生活保障、これが予算化されている国が幾つかあるような気がしたんですが、日本ではどうしても大学に所属したりとか研究所に所属せざるを得ない。すなわち生活を維持するためにはそういうものがなきゃいけない。ところが、そういう私が知っているところでは、科研費のようなものを申請するとその中に生活費部分まで含まれているような、一部バックにはドネーションみた

いなものがあるのかもしれませんが、そういうのは先生の頭の中に何かありますか。

○山口 基本的には、アメリカのNIHのグラントは、自分でとってくれば自分の給料もある程度上がるし、人を雇えますし、それから自分でとってきた額を大学に納めると、それなりのインセンティブがあります。そのため、大きい研究費がとれれば非常によいのですけれど、とれないと急に逆な状況になるということでもあります。

日本でもアメリカのようなシステムが良いという方もいますが、現状ではすぐ切りかえるというのは非常に困難でしょう。東京医科歯科大学では、大型の研究費をとった人には間接経費からインセンティブを与えるシステムを検討しているという話を聞いております。

○会場 ありがとうございます。

○朝田座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

○会場 歯内療法学会から来ました松尾と申します。

先生はなかなか魅力的で、国の中心にかかわっているという感じですが、今思ったのは結構トップを上げるというようなイメージが強くて、それは成果を上げるという意味では効率的だと思うんですけど、今私たちが一番問題になっているのは大学院生が減っていると。横のつながりをふやせというのは全くそうなので、何とかほかの大学と連携していきたいんですけど、その弾がないという状態なんです。それは、1つは研修医制度、余り大きい声では言えませんが、そういうのがあるんですね。要するに、学生が研究していこう、それが無い限り上に上げようとしても、下がなくなかなかいかないと思うんですけど、その辺はどのようにお考えかをちょっと。

○山口 学部レベルの問題はわかりませんが、大学院の場合は、私どもが行っている先端歯学国際研究ネットワークなどで、大学院生が発表して、賞金はないんですけど、賞状だけ与えるだけで皆さん元気になったりするので、やはりそういうところに各大学から大学院生を連れ出していただくことも重要かと思えます。しかし、そういうようなことを行っている組織が少ないのも現状です。仲よしくラブ的な集まりもよいのですが、厳しい研究、競争という状況に早いうちに学部学生、大学院生をエクスポーズすることも重要かと思えます。そのため、今回提案しているような拠点が形成されれば、大学院の教育も可能になると思えます。やはり、トップのレベルを上げないとボトムもなかなか上がってこないと思えます。そのため、ボトムアップだけ目指してもだめなので、今回提案している計画では、まずトップを上げることによってそれを目指す若手のフロンティア研究者をつくるということが理想です。

○会場 どうもありがとうございます。

○朝田座長 では、宮崎先生。

○宮崎副理事長 元気づけられるようなお話でよかったんですけども、今後のマスタープランがもしうまくいった場合に、具体的にはどういうふうに学会ですとか大学とかに働きかけとか、アプローチをして進めていくのか、その辺の話を教えていただければ。

○山口 それはまだ予算措置が全くないので何とも言えません。いずれにしても、実施する時には再度、運営委員会で話し合うこととなります。これは私の個人的な意見ですが、まず運営委員会委員として全国の国公立大学からすぐれた人材を集めることが重要です。また、研究を実践する方に関しては、今回の計画では東京医科歯科大学が中心だから、東京医科歯科大学の研究者が中心となるという訳ではなく、実践する研究テーマの内容で、我が国のトップの方を集めるということが基本になります。大学単位で人選するのではなく、個人単位で研究に沿った方を結集するのがよいと考えています。基礎—臨床の一貫型の研究チームが作れればと思っています。例えば、昭和大学の中にもすぐれた人がいるので、そのような方で研究内容に沿った方がいれば、一貫型のチーム作りのお手伝いできればと考えています。いずれにしても本計画が予算化されるということが最低条件ですので、予算化されました場合には、運営委員会でこのようなディスカッションを行い推進したいと個人的には考えています。

○宮崎副理事長 松尾先生の御質問があったんですけども、やはり若い方ですね、全国に幅広く声をかけていただくといいかなと思いますので、よろしく願いいたします。

○山口 はい。

○朝田座長 ありがとうございます。

それでは、この辺で、時間も参りましたので、山口 朗先生にいま一度拍手をお願いいたします。

ありがとうございました。(拍手)

○佐々木常任理事 朝田先生、ありがとうございました。

それでは、15分まで休憩いたします。その後講演を続けさせていただきたいと思います。

休 憩

再 開

「歯保連の活動状況と今後の展望について」

歯学系学会社会保険委員会連合会長 今井 裕先生

○佐々木常任理事 それでは、講演会を進めさせていただきたいと思います。次の今井先生の御講演に関しては、座長を森戸常任理事をお願いしてあります。

森戸先生、よろしく願いいたします。

○森戸座長 それでは、続きまして今井先生から、「歯保連の活動状況と今後の展望について」でお話させていただきたいと思います。今井先生のご略歴についてはパンフレットに詳しく書いてありますので、それをご覧頂きたいと思います。では、今井先生、よろしく願いいたします。

○今井 獨協医科大学の今井でございます。今、山口先生の高尚な話を伺った後にこの下

品な話をするというのは大変戸惑っているところですが、前々から山根先生から、どうも歯保連の理解が十分にまだ得られていないのではないか、認知されていないのではないかということで、何とか一度話をして理解を深めてくれということで、本日このようなことになりました。最初は躊躇したのですが、先生には学生時代から剣道部で大変お世話になって、申し付けられましたらノーと言えないので、やむを得ずこの場に立たされているというところでございます。



国民皆保険制度

国民すべてが何らかの医療保険制度に加入し、病気やけがをした場合に医療給付が得られること。日本の場合、1955年頃迄、農業や自営業者、零細企業従業員を中心に国民の約3分の1に当たる約3000万人が無保険者で、社会問題となっていた

しかし、58年に国民健康保険法が制定され、61年に全国の市町村で国民健康保険事業が始まり、「誰でも」「どこでも」「いつでも」保険医療を受けられる、国民皆保険体制が確立した

以来、本制度は国民の健康維持・増進に大きく貢献しており、この制度を継続・維持していくことは、現在も国民のコンセンサスとなっている。

診療報酬とは？

医療保険制度における診療報酬は、診察や治療（医療行為）ごとに決められた点数に基づいて計算され、支払われています。

では一体、診療報酬点数は、どのように、そしてどのような基準で決められているのでしょうか？

実は、誰も知らない/知らなかった のです！！

ないところで決まっているようにしか見えないのです。

これは初代の歯学協理理事長であられた赤川先生が問題提起したところですが、現在の医

きょうは歯保連の活動状況で、話す内容につきましては、こんなことをやっていますということだけしかありませんので、何かわかりにくいところがありましたらお尋ねいただければと思います。

国民皆保険制度、これは先生方もよく御承知のとおり、国民全てが何らかの保険医療制度に加入して、病気やけがをした場合に医療給付が得られることでありまして、日本の場合は1955年頃にいわゆる農業、自営業、零細企業の従業員を中心に国民の3分の1、約3,000万人が保険に入れないということで社会問題となり、それを解消するために58年に国民健康保険法が制定され、国民健康保険事業が始まりました。誰でも、どこでも、いつでも保険医療を受けられる国民皆保険体制が確立したわけです。以来、この制度は我が国の国民の健康

ところが、この診療報酬というのは十分にまだ理解はされていないわけです。今年も改正がありましたが、この診療報酬は、診察や治療ごとに決められた点数に基づいて計算され、支払われる。これは周知のとおりですが、どこで、誰が、どんなふう決められているのか。これは、先生方は御存じでしょうか。多分誰もわからないのですね。誰も知らないのです、本当にわからない

医療保険制度の中での問題は何か？

(広島大学大学院教授 赤川先生)

診療は医学・歯科医学の学問的基盤に基づいて行われるのだから、これに対する診療報酬も学問的根拠に基づいて合理的な方法によって決定されるべき。

この方法によって、診療行為や検査を適切に評価し、変更、廃止、新規の導入などを行う必要がある。

しかし、社会保険診療報酬がどのような根拠により決定されているのかは全く不明。

また、学問的根拠に基づいて診療行為や検査を評価するシステムがない。

かしながら、先ほど申し上げましたように、この診療報酬がどんな根拠で決められているのかということは誰も知らないわけです。これは、恐らく厚労省のお役人に聞いても多分分からないのではないかと思います。そして、残念ではありますが、歯科においてはこういうエビデンスをきちんとつくる、そういうふうなシステムも全くないのが現状であります。

このような問題に対して・・・

医科では：

昭和40年（1965年）慶應義塾大学医学部外科島田信勝教授が中心となり日本外科学会、日本整形外科学会、日本麻酔学会の外科系三学会が手術の診療報酬が社会保険診療報酬の中での適切な評価をされているか協議を開始した。

昭和42年（1967年）、日本医学会の外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、麻酔科、形成外科、それに口腔科学会が加わり、これら9分科会によって外保連が結成され、手術報酬に対する適正・合理的な診療報酬はどうあるべきかを学術的に追及し、昭和57年（1982年）に外保連試案（初版）として公表した。

て、9つの分科会によって外保連が結成されました。そこでは、その診療報酬の適正、合理的な報酬はどうあるべきかというものを学術的に追究しまして、そして外保連試案として昭和57年、1982年に初めて公表されました。

外保連

外保連はわが国の医療保険制度の中の外科系診療に対する適正、かつ合理的な診療報酬はどうあるべきかについて学術的に研究し、これによって合理的な外科系診療報酬体系を構築することを目的として1967年に発足した。当初、外保連に加盟していたのは8学会。現在では、95学会が加盟する大所帯となっている。

手術料の算定に用いているのは、技術度区分（難しさはどの程度か）、直接協力者人数（どのような資格の人が何人必要か）、所要時間（何時間かかるか）の3要素で、1982年、これら3要素に基づいて各手術の報酬を算出した外保連試案の初版を発表。以降、現在までに「手術報酬に関する外保連試案[第8.2版]」までが発表されている。

07年11月に完成した第7版では、技術度区分をA～Eまでの5区分に分類。新たな術式や医療機器が開発され、手術時間が短くなったものについては現時点での所要時間を反映し、その分手術料を補正した。

す。当初、口腔科学会を初めとした9学会で始まりましたが、現在では95の学会が加盟しています。ちなみに、1学会負担金が、会員数によって違いますけれども、口腔科学会は40万の拠出金を出していると思います。

そして、この外保連は、算定に用いているのは技術度区分、すなわちその手術がどのよ

療保険制度の中で問題というのはこのような点にあるということです。すなわち、診療は医学、歯科医学の学問的基盤に基づいて行われていますので、これに対する診療報酬も学問的な根拠に基づいて合理的な方法によって決められなければいけない、そして、そのような方法によって診療行為や検査を適切に評価し、変更、廃止あるいは新規の導入を図る必要があるわけです。し

ところが、こういう問題点につきまして、医科では、昭和40年慶應義塾大学の島田教授が中心となりまして、このような診療報酬が適切に評価をされているかの協議を開始しました。そして、その結果、1967年に、外科、整形外科、産婦人科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、麻酔科、形成外科、それに何と歯科の口腔科学会が加わりまし

ちょっとビジーなスライドで申しわけありませんが、いずれにしても外保連というのは、この外科系診療に対する適正かつ合理的な診療報酬はどうあるべきかについて、これを学術的に研究し、そしてそれによって合理的な外科系の診療報酬体系を構築することを目的として発足したわけ

す。これが我々のJに載っている保険点数ですが、抜歯、こんな点数ですね、埋伏歯であっても1,050点。ところが、外保連試案ですと、埋伏歯のものでここら辺の値段になります。4万から8万円ぐらいの試案が出てきます。実はこれは我々が外保連に口腔科学会から委員として出ておりまして、その中で我々がつくってきたものであります。こんなよ

うな試案がずっと外保連を通じて行われてきました。

ところが、やや鬼っこ扱いをされてきたこの外保連が、歯科医学会でもあんなものは役に立たないというふうに言われていた時期がありますが、前回の診療報酬改定の際に、何と厚労省が手術料の適切な評価というところで最新の外保連試案の評価を参考にということを公に打ち出しました。

24年度診療報酬改定（厚労省）

医療技術の適切な評価

手術料の適切な評価

平成22年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

- (1) 外保連試案を活用した手術料の引き上げ
「外保連試案第8版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

外保連試案を活用した手術料の値上げが具体的に行われたわけでありまして、これはかなりセンセーショナルなことでありまして、ちなみに口腔外科の手術もこれに連動しまして上がりました。

しかしながら、歯科における診療報酬に対する対応は余りにも惨めなものです。例えば、評価されている行為の再評価が十分に行われていないこと、そして、最新の治療技術との乖離が著しい技術も散見される上に、一般的になっている治療技術あるいは未評価になっ

ている治療技術がまだそのままになっております。その理由としましては、やはり外保連のような歯科医学的根拠を曖昧にしたまま医療の実態を軽視した診療報酬点数の諮問案づくりを、しかも非公開で行っているということが挙げられるわけです。

そこで、歯科においても、今日の医療の実態を反映し、適切な歯科医療体制を維持するためにも、純粋な学問の立場から国民からも理解が得られる妥当な歯科診療報酬体系の再構築が喫緊の課題として挙げられたわけです。

そこで、この歯学協がベースになって、歯学系学会社会保険委員会連合いわゆる歯保連をつくる準備がなされました。

私は、その時点では全くというほど、「歯保連」につきましては知りませんでした。あるとき突然に「今井、ちょっと来い」と

歯科における診療報酬に対する評価は？

診療報酬で評価されている行為の再評価等が十分に行われておらず、最新の治療技術との乖離が著しい技術も散見されるうえに、すでに一般的になっている治療技術や、いまだ未評価となっている治療技術などがある。

その理由のひとつとして、医学的根拠をあいまいにしたまま医療の実態を軽視した診療報酬点数の諮問案づくりを非公開で行っていることが上げられる。

そこで歯科においても、今日の医療の実態を反映し、適切な歯科医療体制を維持するために、純粋な学問の立場から、国民からも理解が得られる妥当な歯科診療報酬体系の再構築が、喫緊の課題であった。

歯科での問題解決は？

広島大学大学院 名誉教授
現奥羽大学長 赤川 先生

- 歯科には医科にあるような組織は現在まで存在しない
- したがって、最新の学術的根拠に基づく評価をベースとする歯科診療報酬体系を提示して、医療制度の健全な運営な運営を図るべく、組織を作り、活動しなければならない。
- この活動は純粋に学術的立場に立ち、国民のものでなければならない。
- 歯学協が「歯学系学会社会保険委員会連合（歯保連）」を作る準備をすべきである。

歯学系学会社会保険委員会連合 (歯保連) の設立

(一社) 歯学系学会協議会 (72学会加盟) では、歯学系学会の立場で医療問題に関する学術的根拠の策定について議論を重ね、歯科系診療に対する適切な診療報酬はどうあるべきかを学術的に研究し、これにより合理的な歯科系診療報酬体系の実現を図ることを目的に、平成21年8月17日27の学会により歯学系学会社会保険委員会連合(歯保連)が設立され、2014年2月現在、診療報酬に関わりの強い30学会により活動している。

歯保連の理念

国民の「食べる」「味わう」「話す」ための口腔の健康を維持、回復、増進させ、生涯を通じて健康を享受する健康長寿社会の構築に貢献することで、エビデンスに基づいた患者のための保険診療に関する提言を行い、新しい歯科医療技術等の社会保険への導入を進め、さらに関係する領域との連携を積極的に進め、国民の医療全体をさらに向上させること

- ・ 全ての情報を公開し、それらを皆が共有すること
- ・ 広く意見交換をおこなうこと
- ・ あらゆる組織と対峙しないこと

歯学系学会社会保険委員会連合の 理念、目的と基本方針

理念：私たちは国民の「食べる」「味わう」「話す」ための口腔の健康を維持・回復・増進させ、生涯を通じて健康を享受する健康長寿社会の構築に貢献します。

目的：歯科系診療に対する適切かつ合理的な診療報酬はどうあるべきかを学術的に研究し、これによって合理的な歯科系診療報酬体系の実現を目指します。

基本方針：

1. エビデンスに基づいた患者のための保険診療に関する提言を行い、国民のための歯科医療をさらに推進します。
2. 新しい歯科医療技術等の社会保険への導入を進め、歯科医学の進歩を国民に迅速に還元します。
3. 歯科医療のみならず関係する領域との連携を積極的に進め、国民の医療全体をさらに向上させます。

呼ばれまして、その席で十分に理解もしないうちに私が今の立場に立たされたということが現実です。それが平成21年の8月の17日のことで、今申しあげましたように、おまえは口腔科学会から外保連の委員になっているのでそういうことがよくわかっているだろうからおまえがやれということで、突然に私に振られたわけです。以来、今現在30学会が加盟して活動をしてまいりました。

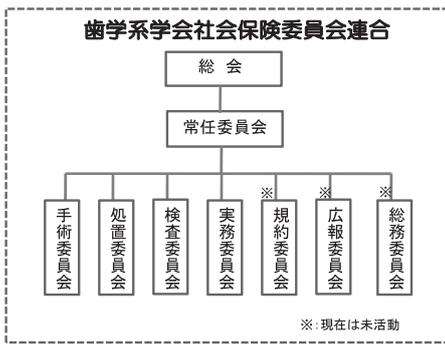
このように設立された「歯保連」ですが、「国民の食べる、味わう、話すための口腔の健康を維持、回復、増進させ、生涯を通じて健康を享受する健康長寿社会の構築に貢献することで、エビデンスに基づいた患者のための保険診療に関する提言を行い、新しい歯科医療技術等の社会保険への導入を進め、さらに関係する領域との連携を積極的に進め、国民の医療全体をさらに向上させる」ことを理念として掲げました。そして、ここで一番大事なことは、全ての情報を公開し、そしてその情報をみんなで共有するとともに、その情報をもとに広く意見交換を行うとともに、あらゆる組織とは対峙しないことを明確にし、これをあくまでも貫こうということで、活動を始めました。この食べる、味わう、話すは先ほど山口先生の高尚な話の中にもあったので、

ちょっとほっとしています。

そういうようなことで、スライドに示すような細かいいろいろな目的あるいは基本方針等々を掲げてスタートしたわけですが、ここは同じような文章ですので少しスキップいたします。

現在この歯保連の組織は、スライドに示すように、総会、そしてその下に常任委員会、さらにその下に各委員会を構成して行っておりますが、実動的には現在、手術、処置、検査、そして実務委員会が活動しておりまして、まだ総務、広報あるいは規約委員会というところは休眠状態でございます。と申しますのは、この組織をつくる時に事務局をどこに置こうかということでもいろいろな議論がございましたが、なかなか難しゅうございませ

歯学系学会社会保険委員会連合の組織図



歯保連の活動内容

1. 現在の歯科診療報酬評価項目の再検討（変更・修正・廃止など）
2. 新たに歯科診療報酬で評価すべき項目の検討
3. 医療技術を適正に評価し、必要経費についても原価計算に基づき算定した診療報酬試案、すなわち「歯保連試案」を作成する

設立以来、積極的に、「歯保連試案」の作成に取り組み、現在146の試案と8件のスクラップ&ビルドが完成しており、近く公表する予定

— 「歯保連試案」に関する基本的取り決め事項 —

歯保連試案技術提案書ver2.01は以下の取り決めにより記入される

1. 項目ごとの技術ID: 連番号(歯保連で割当するので未記入)
2. 技術項目: 医学管理、在宅医療、検査、画像診断・病理診断、注射、リハビリ、処置、手術、麻酔、放射線治療、歯冠修復・欠損補綴、歯科矯正・項目を記載(ドロップダウンで選択)
3. 技術名: 技術名を記載: なお、当該技術の概要を20字以内でわかりやすく、何を行うのか? その目的を記入する
4. 歯科点数表収載区分コードを記入: ない場合は無しとする
5. 保険収載点数を記載: ない場合は無しとする
6. 技術度: A~Eを記載(ドロップダウンで選択)
7. 所要時間: 術者: 介助者: 歯科衛生士/看護師、歯科技工士のうち一番長い時間を記載: 歯科衛生士/看護師は準備、後片付けがあるので、局麻処置+10分、全麻処置+20分とする
8. 当該技術に必要な医療材料の総和: 消耗品を含む: 医療材料の内訳を記載する
★間接経費(増値切り上げる)
処置、手術、検査などの実施に必要な器材の費用を用いる(先進治療申請要領に載った器材費などを参考にすることも一案)
間接経費=医療材料費+薬剤費+事業部門費+教育研究費+医療過誤保険料などがある
9. 執刀者、介助術者、介助者、技工士の各々の所要時間を記載: その算出根拠を記載する
10. 診療報酬額: 医療材料、人件費、その他必要経費の総和を記入する
11. 担任学会
12. ガイドラインの有無、技術の普及率、治療率、などがあれば記載する

所要時間
歯科診療行為(外来)のタイムスタディ調査③(版:歯科医学会)〔以下、歯科医学会タイムスタディ〕を参考に各学会で実態に沿う時間を定めてよい。

— 「歯保連試案」に関する基本的取り決め事項(1) —

ver2.01は以下の取り決めにより記入される

1. 項目ごとの技術ID: 連番号(歯保連で割当するので未記入)
2. 技術項目: 医学管理、在宅医療、検査、画像診断・病理診断、注射、
リハビリ、処置、手術、麻酔、放射線治療、歯冠修復・欠損補綴、歯科矯正・
項目を記載(ドロップダウンで選択)
3. 技術名: 技術名を記載: なお、当該技術の概要を20字以内でわかりやすく、
何を行うのか? その目的を記入する
4. 歯科点数表収載区分コードを記入: ない場合は無しとする
5. 保険収載点数を記載: ない場合は無しとする
6. 技術度: A~Eを記載(ドロップダウンで選択)

た。結果的には、私の講座（当時）に事務局が置いてあります。そして、3万円の会費で運営をしておられるわけで、そういう面ではなかなか広く活動を広げることができないのが現状であります。

活動内容ですが、まず現在の歯科診療報酬評価項目をもう一回見直そうと。もし余り必要がないようなものであれば、リバイスしようと。あるいは、全く使っていないだったら、もうなくしてしまおうと。これは診療報酬の財源がありませんので、財源を作るには、やはりスクラップ・アンド・ビルドという概念で、なくした部分で新しいものをつくっていきこうというように考えました。そして、新たな歯科診療報酬で評価すべき項目、新しいものをつくっていく、これがなかなか歯科はないんですね。

そして、とにかく医療技術を適正に評価して、必要経費等について、原価計算に基づいて算定した診療報酬、すなわち歯保連試案を作成するという事に一番の重点を置きました。現在約146の試案と8件のスクラップ・アンド・ビルドが完成しております。近く公表する予定ですが、具体的にどんなふうなものかをちょっと御紹介します。

基本的には、外保連試案の取り決め事項をベースに、歯科特有のものを入れて、このようなものをつくっております。

ちょっとビジーなので少し大きく分けます。1つは、いわゆる項目ごとの技術ですね。これは、普通の処置の名前あるいは手術名等々、それから項目です。管理なのか、検査なのか、手術なのか、処置なのか、このような項目別に分ける。それから、技術名ですね。そして、現在の歯科の点数表コードです、これがない場合はなし、ある場合

にはJの何番というのを記載し、さらに、実際の点数を書き、ない場合はなしと記載します。

それから、ここからですが、技術度です。これは後でまたお話しますが、AからEに技術度を分けること。それから、所要時間です。これは術者、介助者、歯科衛生士、看護師あるいは歯科技工士等々がかかった時間で最も一番長い時間を記載します。それから、例えば処置の前に衛生士さんあるいは看護師さんが準備にかかった時間もプラスにしようということで、これにかかった部分は局所麻酔で処置をする場合にはプラス10分、全身麻酔の場合にはプラス20分を加えるというような取り決めをいたしました。

— 「歯保連試算」に関する基本的取り決め事項(2) —

7. 所要時間:術者:介助者:歯科衛生士/看護師、歯科技工士のうち一番長い時間を記載:歯科衛生士/看護師は準備、後片付けがあるので、局所処置+10分、全麻処置+20分とする
8. 当該技術に必要な医療材料の総和:消耗品を含む:医療材料の内訳を記載する
- ☆間接経費(端数切り上げる)
処置、手術、検査などの実施に必要な器材の費用を用いる(先進治療申請要領に倣った器材費などを参考にすることも一案)
- 間接経費=医療材料費+薬剤費+事業部門費+教育研究費+医療過誤保険料などがある

そして、さらにこの当該技術に必要な医療材料の総和、これは消耗品を含む医療材料の内訳を記載するというので、間接経費というような考えを入れてまいりました。これが今までになかったところですが、ここには医療材料費あるいは薬剤費、事業の部門あるいは教育研究あるいは医療過誤の保険料等々が含まれてくるわけですが、現状ではこの2つだけを入れております。

この事業部門費、教育研究費あるいはこの医療過誤保険料等々については、今後どのように取り入れていくかということは今まだ議論をしているところであります。

それから、そこ(9)が総額で診療報酬額というふうになりまして、今申し上げた材料、人件費、経費の総和をここに記載していただこうと。そして、学会とガイドライン等々があればということです。

— 「歯保連試算」に関する基本的取り決め事項(3) —

9. 診療報酬額:医療材料、人件費、その他必要経費の総和を記入する
10. 担任学会
11. ガイドラインの有無、技術の普及度、治癒率、などがあれば記載する
- 所要時間:
歯科診療行為(外来)のタイムスタディ調査2010版(歯科医学会)〔以下、歯科医学会タイムスタディ〕を参考に各学会で実態に沿う時間を定めてよい。

個々のところですが、所要時間につきましては、歯科医学会が出したタイムスタディの歯科診療行為、これを一応参考に致しました。ただ、かなりこれがアバウトで、実は親知らずを我々が抜くよりも開業医の先生のほうがはるかに短く時間が設定されているんですね。僕らの常識からすると、埋伏智歯がこんな時間で抜けるわけがないというような時間が設定されているような

ことがありまして、このことも各学会にお聞きしましたら、同じようなことが各学会でもあるということで、それは最終的にどうもこのタイムスタディが実態と合わないようだったら各学会にお任せするというので、決めていただくというふうにいたしました。

人件費です。これもいろいろな意見が出ましたが、外保連が国家公務員の平均報酬額を用いていますので、やはり最終的に国といろいろな交渉をするときに、足並みがそろってないといけないのではないかという点、それから他の学会から出されてきたものの報酬額のほうが低かったのです。歯科医師がもらう給料の一定の基準というのはあるそうですが、

★ 人件費：
国家公務員平均報酬額（平成19年度）を用いる
（参考例）

歯科医師；医療職Ⅰ（平均年齢46.2歳：705,934）
 [1分当(68)：(705,934×12)/(52×40×60)=67.88]
 歯科技工士；医療職Ⅱ（平均年齢42.4歳：368,066）
 [1分当(36)：(368,066×12)/(52×40×60)=35.39]
 歯科衛生士；医療職Ⅱ（平均年齢42.4歳：368,066）
 [1分当(36)：(368,066×12)/(52×40×60)=35.39]

* 52×40×60：年間52週、1週40時間（1日8時間労働・1週5日（週休2日））、時間（分換算）

それが国家公務員の平均報酬額よりも低かったんです。それで、低いよりは高いほうがいいだろうという単純なこともありまして、この公務員の平均報酬額を用いることに致しました。具体的には、例えば我々歯科医師は医療職の1になります。ここが非常にみそでありまして、医師と歯科医師との区別がないのです。ですので、これも国家公務員のものを使う一つの決め手になり

りました。医師との差が出ないということです。

国家公務員の平均報酬額は細かくいろいろ出ていまして、計算すると大体平均年齢が46歳ぐらいだとこのぐらいのお金がもらえるということで、それを1分当たりになると幾らになるかというのを計算しました。それをベースに、例えば40分であれば、1分当たりですから掛ける40分ということでその人の人件費を出す、そんなようにいたしました。

- ★ 技術度：
技術度区分と経験年数
- 各学会の専門医・指導医取得基準を基本とする。
 - 症例分類の総合的難易度（治療の困難度）を技術度（技術の難易度）と読み替える。
 - 歯科医学会タイムスタディならびに外保連試案を参考にする。
 - 習熟に要する年限を基準にすれば、専門医・指導医取得基準との整合性が得やすい。
 - E群は歯科領域での設定は難しい。

（参考例）

- A群 初心者でも実施可能な容易な技術（卒前臨床レベルから臨床研修医レベル）
- B群 習熟にそれほどの年限を要しない技術（概ね卒後5年未満：専門医資格申請準備レベル）
- C群 習熟にかなり年限を要する技術（概ね卒後5年以上：専門医申請可能レベル）
- D群 習熟に相当の年限を要する技術（概ね卒後15年程度：専門医更新ないし指導医申請可能レベル）
- E群 D群の技術所有者であっても研鑽が必要な特殊領域の技術（他学会の専門医取得

それから、技術度ですが、これが、誰が、どういうふうに評価したらいいかというので非常に問題です。客観的な技術の評価というのはなかなか難しいので、1つは技術度区分、それと経験年数で決めようということで決めました。また、各学会の専門医、指導医、それも一つの基本にしました。それから、症例分類の総合的な難易度を技術度と読みかえること、歯科医学会のタイム

スタディあるいは外保連試案を参考にすること。こんなようなことも一応のベースとして、参考例として、A群ではいわゆる卒前臨床レベルから臨床研修医レベル、B群ではおおむね卒後5年未満、専門医資格申請準備レベル、C群は5年以上で専門医申請可能なレベル、D群は卒後15年で専門医更新ないし指導医申請可能レベル、そしてEは多学会の専門医取得者レベルというように区分しました。なお、医科でもEという難易度はほとんどなく、いわゆる神の手に近いような手術だということで、歯科ではEは現実的にはあり得ないと判断をしています。すなわちEはつけないでほしいということでお願いをします。

医療経費は、今まで直接経費で、これは先ほど申し上げましたように執刀医の経験年数等々をベースにした技術度、そして協力者数ですね、補助者が何人いるか、そして時間がどのくらいかかったのか、これが経費になってくるんですが、この3つからいわゆる人件費を算出してまいります。

さらに先ほど申し上げました間接経費、これが現状では医療材料費と手術用の機器類、こういうようなものを間接経費として計上してもらって、先ほどの表をつくっております。

☆ 人件費：国家公務員平均報酬額（平成19年度）（年間費をその倍特別給を含む）

歯科医師：医業職Ⅰ（平均年齢46.2歳）①175,185+②15,136+③15,129+④64,061+⑤5,665+⑥130,758
1分当(89)：(705,934(①+②+③+④+⑤+⑥)×12÷569,511(①+②+③+④)×4.5)÷(52×40×60)
(8,471,208+2,562,799.5+1,034,007.5)÷124,800=88.41

歯科衛生士：医業職Ⅱ（平均年齢42.4歳）①219,906+②10,239+③1,255+④28,516+⑤5,367+⑥2,783
1分当(49)：(308,006(①+②+③+④+⑤+⑥)×12÷393,916(①+②+③+④)×4.5)÷(52×40×60)
(4,416,792+1,619,622+6,036,414)÷124,800=88.37

* 52×40×60=124,800；年間52週、1週40時間（1日8時間労働・1週5日（週休2日））、時間（分換算）
* 平均給与月額（①俸給+②扶養手当+③療給の特別調整額+④地域手当等+⑤住居手当+⑥その他）
年間費をその倍特別給（①俸給+②扶養手当+③療給の特別調整額+④地域手当等）×4.5月

☆ 技術度・D（歯科医学会タイムスタディでは各群1、2（軽、重）に区分されており、隣接コンボジットレジンはD-2）
技術区分と経験年数・高度の診療技術度の行為：目安となる経験年数は10年とされている。

A群 研修歯科医が単独で行える診療技術度の行為および一般に歯科医師の指示・監督下に歯科衛生士が診療補助として実施している行為（目安となる経験年数：1年）
B群 研修終了者が単独で行える診療技術度の行為（目安となる経験年数：3年）
C群 中程度の診療技術度の行為（目安となる経験年数：5年）
D群 高度の診療技術度の行為（目安となる経験年数：10年）
E群 さらに高度の専門的トレーニングを要する高い技術度の行為（目安となる経験年数：15年）

☆ 現在の保険点数との比較
現在：296点
試算：415点
直接経費 3,450
高調形成：1,380（10×138（歯科医師89+歯科衛生士49））
印像指導：1,380（10×138（歯科医師89+歯科衛生士49））
作業用模型作製：690（5×138（歯科医師89+歯科衛生士49））
合計：3,450
間接経費 699
合計 4,149

歯科医師：2,225（25×89）
歯科衛生士：1,225（25×49）
合計：3,450

今後の活動目標

- ・ 試算の充実化 と 冊子化
- ・ スクラップ & ビルドの推進
- ・ 関連機関との連携強化

現状の問題点と今後の展望

問題点

- ・ 「歯保連」に対する理解不足
- ・ 「歯保連試算」そのものの精度をどのように高めるか
- ・ 組織としての在り方

展望

- ・ 厚労省・日本歯科医師会・日本歯科医学会との連携
- ・ ???



か遅々として進まないのが現実であります。

現状の問題点と今後の展望ですが、何よりも問題点は、私の力不足もあると思いますが、歯保連に対する理解がまだまだ十分得られていない。今回もその30の学会にちょっと忙しくて会議ができませんのでメール会議をしましたが、例えば今後、法人化を目指す必要があるというようなこと、それに対しても余り賛成をしない学会が出てくる、あるいは3万円の会費ではとても難しいと。実は、私どもの教室では大分持ち出しをしてやっているんですね。それでも値上げはだめだと。さらに、もういいんじゃないか、そんなような意見まで幾つかいただいております。教室員総出で夜中までかかって資料を作ったりしても、こんなことを言われると少々残念だなと思うことがあります。

とにかくこの歯保連がどういう意味を持って、今後歯科の立場でどういうふうにならされていくのかということは展望につながってまいります、厚労省、歯科医師会あるいは歯科医学会と極めて密なる連携を持って動くと同時に、皆さん各学会の歯保連に対する考え方をどう持っていただくか、これに尽きるものと思います。

私はこの3月で定年で主任教授をおりて特任教授という形になりますので、これ以上うちの教室でお預かりすることは難しいかなと思いますので、今後各学会でこの歯保連をどうやって生かしていくのかをよく御検討いただいて、私のお話を終わりにしたいと思います。

どうも御清聴ありがとうございました。（拍手）

○森戸座長 今井先生、どうもありがとう

ございました。

とても分かり易く説明して頂き、先程の山口先生のお話とも併せて考えることができました。歯科は18世紀に始まったと言われますが、日本ではまだ100年ちょっとの歴史しかありません。現在いろいろと問題点が浮かび上がって来ています。これまで歯科医師会が歯科界のすべてのことを引き受けて頂いたのですが、それだけでは不十分が時代が感じられ、そのことが少しずつ芽を吹き出しているんじゃないかということを感じています。変革の時期になるこの境目に我々がいるわけで、一人一人が非常に重要な責任を持っていると認識しております。

その中で、今の今井先生の診療報酬に関連しての御講演に対して追加あるいは質問がございましたらお願いしたいと思います。いかがでございましょうか。

○会場 先生、御苦労さまでございました。

今回の26年の改正に関して、それなりにいろいろ歯科の新技术等も入ったと思いますし、またいろいろな面で少しはよくなってきたと思うんですが……

○今井 11の新技术が入りましたね。

○会場 そのときに、例えばどの学会も、歯学協というか、歯保連のほうに技術評価提案書を出しているのと、歯科医学会のほうに出しているのと、大体ダブっているんだと思うんですね。

先生の御自身のぱっと見た感想だと思うんですが、どの程度歯保連でいろいろな形で応援した部分が活かされてきたかなと思われませんか。結構こういう計算式とかというのは、今回結構皆さん技術評価提案書に入れていったと思うんですけども、いかがでしょうか、具体的に。

○今井 提案書については全く歯保連は扱っていないですね、歯科医学会の専行事項なので。

ただ、僕は縁あって今回、歯科医学会の副会長になりましたので、よくざっくばらんに住友先生ともお話しします。大分その内容がよくなったということで、恐らくこれまでの歯保連試案の策定が裏で活かされているというふうに僕は期待値を持って見ております。いづれにしても、提案書の内容がかなりよくなったというふうなことは、直接お聞きしました。

○会場 基本的に歯科医学会のほうもかなりいろんな部分でアップするような仕組みをつくったし、歯保連のほうでもこういう形で各学会のそれぞれタイムスタディの部分というのは歯保連に負うところが大きいと思っているので、直接的な部分ではなくても、非常に大きな貢献はしたのかなと思っていますので、私は。

○今井 ありがとうございます。

問題は、やはり歯科医学会が今後どういうふうな方向をとるかなんですね。今と同じような歯科医師会の中に位置していると恐らく提案書が出せなくなる。ですから、その場合にどういうふうな形をとるか。そのときには、もしかすると歯保連が選ばれる可能性も残すということで、ただ歯科は小さい組織ですから余りいろんなものが乱立しているのはよ

くないんですね。

ですから、今後、先ほど申し上げましたように色々な組織とうまく連携をして、必要な部分はやはり一つにまとめていく。それは、これからまた山根先生とそれから住友先生あるいは日歯の大久保先生等も含めて、なるべく僕が間に入ってそこら辺の調整をうまくできていけたらいいのではないかな、そんなふうに考えております。

○会場 今井先生、どうもありがとうございました。

私もこの歯保連に少しかかわらせていただいたんですけども、先生の今後の歯保連の展望として御意見を伺いたいのは、私自身が感じているのは、歯科医師会から歯科医学会が外に出るとしても、基本的に歯科医学会で保険の制度を議論するときには、各分科会というものの単位としての意見というものが多分非常に強く出てくる。それに対して、歯保連の多分目的の一つが、各分科会の意見というよりも、歯科医療全体を考えたときに多分同じ医療行為をいろんな分科会がそれぞれやっていたらいいのと。そのときに、その評価が高いとか低いとか、その技術が必要かどうかという先ほど先生がおっしゃったスクラップ・アンド・ビルドの精神というのが歯保連の中に根づいてくればいいのかと思うんですけども、その辺は、歯保連はやはりその辺を主体に考えているということではよろしいんでしょうか。

○今井 先生がおっしゃるとおりですね。また、そこにしか歯保連の存在意義って僕はないと思っているんですね。

ただ、やはり今のままですと、やったほうがいいと言っても、なかなか協力を実際に行っていただけないんですね。具体的に今後各学会がやはりどういうふうにこの歯保連を育てていくかということをもう少し議論をいただかないと、多分このままドボンですね。

○山根理事長 歯保連が生まれるときからお手伝いして応援している歯学協の立場なんですけど、誤解があってはいけないのは、なぜ歯学協の外に歯保連をつくったかなんですね。というのは、これは非常に大事なことで、歯学協と一緒にあれば歯保連は余り大きなことが言えない。あくまでも独立した組織として今、歯保連が動いているわけですね。同じことを今まで日本歯科医学会にも随分語りかけてきました。ところが、今井先生は悔しい思いをしたと思うんですが、日本歯科医学会にはほとんど無視されていました。それは、日本歯科医学会がやることだから君たちのことじゃないよということを暗に言われました。ということで、先ほどの提案書と試案の違いを理解されてない方が沢山いらっしゃいます。提案書は、私たちは日本歯科医学会が厚労省から指名を受けているから、厚労省に出すのは日本歯科医学会から出せばよろしいのです。ところが、その基盤となる資料が明確でなかったんですね。やはり外保連等からの提案書に比べると根拠のない案が多く、はっきり言って裏交渉でできていた診療報酬に対して歯科の点数が上がらなかったというのが、皆さん実感としてお持ちだと思いますね。

診療報酬は公にして、国民がわかる形で議論しないと通らない。それが、利口な医科系は、表向きは外保連でやっていますけれども、もちろんこれは政治の駆け引きでございますので歯科系の政治家が動かないと決まらないのはわかっていますけれども、やはり少し

ずつでも学術的根拠を私たちが示したほうがいだろうということで、歯保連は着実に動いているわけです。

今後の展望は、今、事務局、相当愚痴を聞いておりますけれども、大学の医局に置くのは無理でございますので、何らかの形で事務局を置かないといけないなということで、これは歯学協としてもそういう意味では応援したい。また各学会からうちの学会の事務局に置いたらどうかなど温かいお申し出があります。しかし、それもまた問題なんですね。一学会の事務局に置きますとまた色がついてしまうということがありますので、できればこの歯学協に参加の皆さんのいろんな御協力を得て事務局を1つとすれば、歯学協と同じように口腔保健協会に頼むのも方法でしょう。そういうことを今いろいろと考えて、表向きには独立した団体でありながら、影ながらこの歯学系の学会全体で応援していきたいというのが、関係する多くの方々の気持だと思います。

もう一つ、日本歯科医学会で歯保連と同じ組織をつくる必要はないと、私は日本歯科医学会会長の住友先生にお話をしています。既存の歯保連という組織をお互いの共通の組織として考えれば良いわけですから、そのように出来ないか私は提案中でございます。歯保連会長の今井先生もその方向で考えています。あとは、日本歯科医学会のお考えだけとっております。歯学協としても、歯保連としても、何も意地を張っていることはないわけで、歯科界のためにいい方向であればどんどん進めていただきたいというのが、私の気持ちでもあります。

以上でございます。

○今井 先ほど朝田先生が言われたように、歯科医学会が今後どうなるかわかりませんが、仮に独立した場合に、その場合に同じ学会が同じようなことをやっても果たして意味があるかどうかということですね。ですから、そのときは非常に考えていかなければいけない。この歯保連自体のあり方をどうするかという一つの分岐点になるのではないかと、こんなふうにはちょっと思っています。

○森戸座長 まだまだあろうかと思いますが、残念ながら時間になりましたので、これで討議を閉じさせていただきたいと思っております。今日のような話が何年後かに実現することを信じ、それを求めながら終了にしたいと思っております。

では、司会の佐々木先生にマイクをお返します。

○佐々木常任理事 ありがとうございます。

閉会の辞

○佐々木常任理事 それでは、閉会の辞を野口副理事長にお願いいたします。

○野口副理事長 先生方、今日は本当に大雪の中ありがとうございました。

まさしくタイトルにもありますように、歯科医にとりまして喫緊の話題だったと思えますけれども、ただ残念ながらこのような天候で、限られた先生方だけの参加でしたが、もっ

と多くの先生方に、聞いていただき討論するような大きな問題だというふうに思いました。

私が医科歯科大学に在籍していたころには、医科と歯科の保険の点数にそれほど大きな差はなかったように思います。なぜこのような差が出てきたのだという、原因や対策について十分に考えなければいけないというふうに思います。ぜひ先生方がそれぞれの部署にお帰りになって本日の講演内容を大いに宣伝していただければと思います。

きょうは本当にありがとうございました。(拍手)

○佐々木常任理事 ありがとうございました。それでは、これで終了させていただきます。

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、講演会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 皆様、本日は13年ぶりの大雪警報という大変お足元の悪い中、株式会社ジーシー コーポレートセンターまでお運び頂きまして、誠にありがとうございました。私は昨年の10月1日付で代表取締役社長に就任いたしました、中尾潔貴でございます。まずは先代社長の中尾眞が皆様に大変お世話になりましたことを心より御礼申し上げますと共に、世代交代を致しましたこれからも変わらぬ御指導御鞭撻を賜ります様、よろしくお願い申し上げます。

今回、御挨拶の機会とお時間を頂き、この場をお借りしまして弊社の活動について御紹介させていただきます。

まず会社全体では2014年度、“世代交代”と“マルチナショナル”というキーワードを共に大きく変化をさせております。“世代交代”におきましては、30年間に亘り会社を牽引してまいりました中尾眞から小職へ社長が交代し、取締役にも新たに4名が就任しそのうち2名が40代と言う大きな若返りを図っております。

“マルチナショナル”に関しましては、スイスのルツェルンに海外の統括本部を新たに設立し、会長になった中尾眞が自ら赴任しております。これは、更に加速している世界のビジネス環境に対し時差による指示の遅れを無くし、迅速な決断と行動がとれるようにという意図を持っております。また、日本人の若手を赴任させて、ほかのヨーロッパメンバーと共に働きながら将来を担う人材を育成するという意図も持ってしております。

海外におきましては、ベルギーにありますジーシー ヨーロッパでは新本社ビルおよびシンガポールのジーシー アジアでも新オフィスが完成し、更にインドのハイデラバードにありますジーシー インディアでは新工場が完成し操業を始めております。

日本国内におきましては、このジーシー コーポレートセンターの増築工事が完成し、お客様フロアの中にこれからの歯科医療の一つのトピックスになるであろう2013年6月『Sterilization room：滅菌消毒ルーム』を新設し、加えて手洗い実習ができるコーナーを

設けました。また、この本社ビルの隣に食の応援施設“Kamulier：カムリエ”をオープンしております。この“Kamulier：カムリエ”は、これからの超高齢社会における、口腔健康の向上と人々の人生の喜びである「美味しく食べる」ということの重要性を歯科関係者のみならず広く皆様にお伝えすることを目的としてオープンしております。先程、先生方に御試食いただいた、辻口シェフのケーキもその一環として展開しております。今後も先生方からアイデアを頂き、更に企画、内容を充実させていきたいと考えております。私ども株式会社ジーシーは創業100周年である2021年に向けて、“Vision 2021”を制定し「世界一の歯科企業」を目指し日々励んでおります。日本国民、そして世界の皆様に優良な歯科医療を提供できるよう、今日ここにお集まりの先生方の御指導の下、更なる努力をまいります。

最後になりますが、この悪天候の中お集まり頂いたこの会が本当に有意義なものとなります様、また本会のこれからのご発展を祈念いたしまして、私の御挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

第11回講演会

「歯学・歯科界を取り巻く喫緊の重要課題(日本学術会議、歯保連)」

2014年7月28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：宮崎 隆)

事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
駒込T S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