

連載
(全4回)

あるべき専門医療を実現する

第1回：米国の歯科事情と専門医制度について



熊谷直大 Kumagai Naota

2005年、新潟大学歯学部卒業。2006年、タフツ大学歯科大学院 Esthetic Dentistry Fellowship program 修了。2009年、タフツ大学歯科大学院 Postgraduate Prosthodontics program (歯科補綴専門医養成課程) 修了、米国歯科補綴専門医。帰国後、医療法人社団日吉歯科診療所に歯科補綴専門医として勤務。2010年、タフツ大学歯科大学院修士課程修了 (Master of Science)。2010年～タフツ大学客員講師。

医学の発展にともなう治療の選択肢の増加と専門医療の必要性

人はだれでも自分や家族が健康を害して病気になったとき、現在可能な解決方法の中から最善の選択を行いたいと願っています。医学の発展とともに、以前では不可能であった治療が可能になり、私たちにとって医療の選択肢はますます増えてきています。

多くの場合、身体の問題解決は一般医師のもとで行われますが、まれに病気が複雑なものや本人が希望する健康の回復には、専門医による高度な医学的介入が必要な場合があります。現代の医学の進歩はより細分化された科学によってもたらされており、一人の医療者が治療できる範囲は限られています。そのため、一定の領域を超えた治療が必要な場合は、専門医や専門医らによるチームで対応することにより効率的で最善に近い結果を得ることができるようになります。

患者さんは、紹介された専門医のもとで単に先進的な治療を受けるわけではありません。専門医療もまた一般医療と同じ枠組みの中で、患者さんは検査によって自分の体に起こっていることについて正確な情報を得て、その疾病の理由や解決方法など、さまざまな選択肢があることを知ります。その中から自分に適した治療方法を選び、健康を回復することで満足を得て、より高い健康観をもって今後の疾病予防に努めていく「メディカルトリートメントモデル」の中で治療を受けることになります。

そのような専門医療を行うことができる医師が一定数必要とされ、歯科分野でも歯科医学の発展とともに世界中で必要な専門医が養成されています。

私は、2009年に米国で歯科補綴専門医となり、帰国後現在では日吉歯科診療所(山形県酒田市)にて歯科補綴専門医として勤務しています。2011年からは米国で歯周病専門医となった歯科医師も当診療所に加わり、それぞれの専門医の役割を明確にした上で、既存の一般歯科医、小児歯科専門医、矯正歯科専門医、口腔外科専門医、歯科衛生士と相互に連携・協働して行う診療体制の整備を図ってきました。

そこで本欄では、全4回にわたって今後のあるべき歯科専門医療の姿について、とくに私自身が教育を受けた米国での専門医制度、歯科専門医教育、そして現在の診療所での取り組みも紹介していきたいと思えます。

米国歯科専門医数、歯科医師総数の約2割という狭き門

米国で歯科分野の専門医となるためには歯科医師となった後、米国歯科医師会(以下、ADA)によって認定を受けた大学院もしくは病院での専門医養成課程の修了が必要となります。現在、ADAによって専門医が認められている分野は、矯正歯科、口腔外科、小児歯科、歯周科、歯内療法科、歯科補綴科、歯科公衆衛生科、口腔病理科、口腔放射線科の9つです。毎年、全米人口における各専門医療が必要な患者さんの割合から専門医養成課程の定員が決められ、専門医総数は歯科医師全体の約20%に制限されています(図1)。

専門医養成課程を修了し専門医となった歯科医師は、一般歯科医(GP)や他科の専門医、歯科衛生士から患者さんの紹介を受けて、自身の専門分野の医療のみを担当します。一般歯科医は日本と同様にほぼすべての治療を担当することが可能ですが、各専門医

会は専門医に紹介されるべき患者さんのガイドラインを作成しています。とくに専門医の介入が必要な症例については、一般歯科医が専門医に患者さんを紹介することができるように、歯学部での臨床実習の段階から実際の患者さんへの治療を通じた教育が行われています。このような背景から、米国では大きな大学病院や個人歯科診療所でも患者さんの必要性に応じて一般歯科医が専門医とのネットワークによって診療を行うことができるような体制が確立されています(図2)。

入学希望者の競争率20倍、社会的評価の高い歯科医師

ADAに認定されている9つの専門医の養成課程への入学希望者は毎年多く、約10～20倍の競争率になっています。また、日本の歯学部にあたる歯科医師養成課程の競争率も近年では20倍を超えています(図3)。この背景には米国の歯科医師の年収の高さがあります。歯科医師の平均収入は医師の平均収入と双璧で、専門医となると収入は一般歯科医の約2倍となります(図4)。米国では低所得者などを除き、歯科医療には公的保険による支払いはありません。歯科医療はほぼすべて自費診療で行われていますが、それでも歯科医師が尊敬する職業の上位に挙げられ、高い評価を得ています。一般の国民がいかに健康を重要なものと考えているか、またそのことによる歯科医療の社会的な存在価値の高さを表しているといえます。

スペシャリストとなるための充実したプログラム

米国の歯科補綴専門医は、総合的な口腔再構築の専門家として他の歯科医

から紹介を受けて治療を行うこととなります。専門医養成課程に入学後は、総合診断学(診査、診断、治療計画立案)、診療管理学(診療記録、口腔内写真、X線写真の撮影方法)、歯科技工学(総義歯、部分床義歯、クラウン、ブリッジ、インプラント補綴など)を最初の3か月に学びます(図5)。

その後、実際の患者さんでの臨床トレーニングを中心としたカリキュラムが、学年授業(解剖学、病理学、微生物学、薬理学、放射線学、材料学、咬合学、顎関節、統計学、疫学)、補綴科授業(総合診断学、総義歯学、部分床義歯学、クラウンブリッジ学、インプラント学、顎顔面補綴学、診療管理学、歯周病学、口腔外科学、歯内療法学)、技工、論文レビュー、臨床研究とともに朝から晩まで3年間続きます。すべての履修内容には修了要件が細かく決められており、臨床においてもADAの求める補綴に関するすべての症例を経験し修了後に卒業となります。

専門医養成課程の授業料は決して安くはありません。授業料は一般的に年間で5～6万ドルが必要です。この他に生活費や教科書代、材料費がかかります。ほとんどの学生は銀行から学生ローンでお金を借りていますが、在学中に即戦力となる実力を身につけることで卒業後に働きながら返済していきます。

高校卒業から専門医になるまでは各専門分野によって修業年限が異なりますが、約10～14年が必要となります(図6)。また、専門医養成課程を修了後、「ボード認定専門医」といわれるさらに上級の専門医資格を取得することもできます。ボード認定専門医制度については、次回詳しく解説したいと思います。

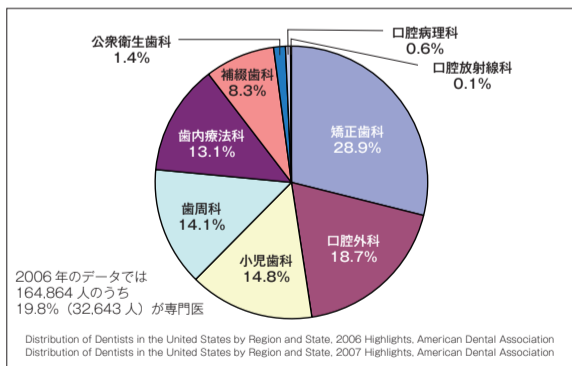


図1 米国の歯科専門医の割合。専門医総数は歯科医師全体の約20%に制限されている。

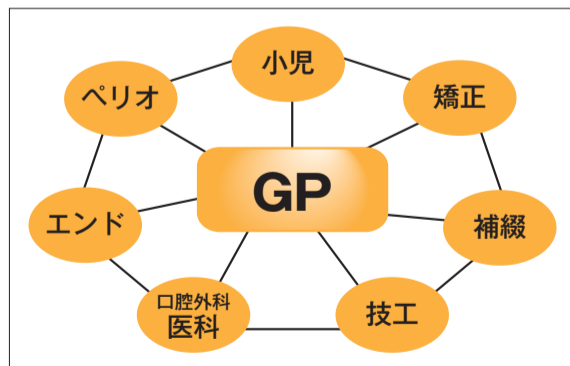


図2 GPと専門医によるデンタルネットワーク。

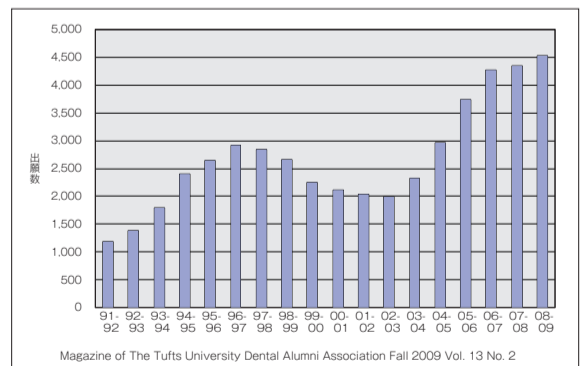


図3 タフツ大学歯科医師養成課程出願数(1991～2009年)。なお、2009年度の定員数は173名、競争率は約26倍。

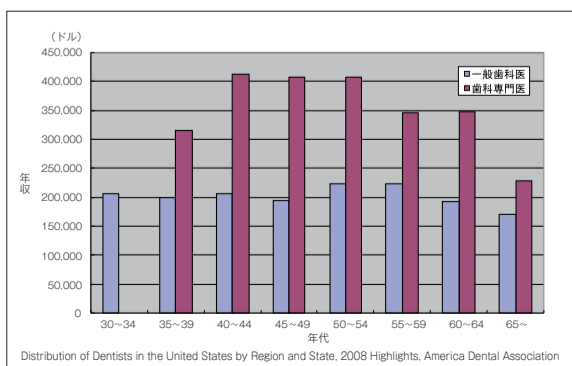


図4 米国開業歯科医師と開業歯科専門医の年収の比較。

	月	火	水	木	金
8:00-	補綴、歯周、エンド合同症例検討セミナー	口腔病理学		補綴科症例検討セミナー	咬合学
9:00-12:00	論文レビュー	論文レビュー	診療		技工書類整理
Lunch	補綴、口腔外科合同セミナー	Lunch & Learn (企業主催)	歯科放射線学	歯科薬理学	顎顔面解剖学
1:00-4:00	他科講義(歯周、エンド、口腔外科)	診療	診療	医療統計学I	生体材料学I
4:00-7:00	診療	5:00-Dr. Malament 講義	診療	診療	全部床義歯学 部分床義歯学
7:00-	技工	技工	技工	技工	

図5 臨床トレーニング中心のカリキュラム(歯科補綴科)。

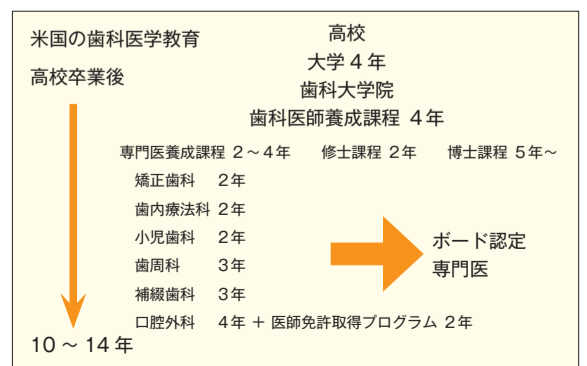


図6 米国で専門医となるために要する年数。