

連載
(全 4 回)

あるべき専門医療を実現する 第 3 回：専門医の役割



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。

一般歯科医が対応できない範囲の責任を負う専門医

前回まで米国の歯科専門医制度とそれを支えるボード認定を含めた専門医教育について触れました。今回は、そのような教育によって養成された専門医の役割について、歯科補綴専門医を例に挙げながら解説します。

米国歯科補綴学会（ACP）によると、米国歯科補綴専門医は図 1 のように定義・解説されています。つまり、歯科補綴専門医は、歯科補綴分野におけるすべての範囲と同分野の継続した診療に対して責任を負う役割を担っています。とくに実際の診療では、一般歯科医（GP）が対応できない範囲の診療が専門医の重要な役割となります。

また、米国歯科医師会（ADA）の認定する他の 8 分野も同様に、それぞれの分野の責任を負います。各分野の専門医は、GP、他科専門医（医科も含む）、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手などのデンタルスタッフ、患者さんからなる社会全体のなかで、果たすべき役割が位置づけられていると言えます。

患者さんは口腔内に問題のある場合、まずは GP を受診します。GP で対応しきれない治療が必要な場合は専

門医を紹介されます。また、米国では歯科衛生士資格取得者の 92% が一般歯科診療所で歯科衛生業務を行い、一般歯科診療所は患者さんに対して歯科衛生士による定期的なメンテナンスを受けるための環境を与えています。そのようなベースのうえで、専門医となるために必要な教育プログラムや定員数が決定され、その課程を修了した専門医が輩出されています（図 2）。

専門医制度下における専門治療の実際

ここで、私が実際に米国で治療に携わった患者さんの一例を紹介します（図 3～6）。

患者さんは先天性の永久歯欠損と不正咬合のため、一般歯科より矯正歯科に紹介されました。その後、歯科補綴科に紹介されてインプラントを含む全体の治療計画が立案され、矯正歯科での歯科矯正治療、口腔外科でインプラント手術、歯科補綴科での補綴治療が行われました。GP、矯正歯科専門医、歯科補綴専門医、口腔外科専門医の適切なタイミングでの連携によって、最終的に最小限の補綴的介入で最善の結果を得ることができます。

前述したように米国では、治療前・中・後の歯科衛生士による定期的なメ

インテナンスのシステムが確立しているため、予後も良いであろうことが推測できます。もちろん、このような専門医による治療が必要な患者さんは、人口全体から見れば一部であり、すべての患者さんに専門医が必要というわけではありません。しかし、米国では患者さんが専門治療を必要とする場合に GP から専門医を紹介され、その必要な治療を適切な水準で受けることのできるシステム（専門医制度）が確立されています（図 7）。

私が経験したような内容が学生のうちから臨床実習を通して学べるように、大学内の学生の構成も大学外の歯科医師の構成と同じようになっています（図 8）。つまり大学では、歯学部

の学生が GP の役割を、そして専門医養成課程の学生は専門医の役割を担うことで卒業時の資格取得に向けて学んでいくことになります。また、GP と専門医間を含む医療者同士のコミュニケーションがスムーズに行えるように、大学では Evidence-based Dentistry（EBD）教育が徹底され、皆が同じ基準に基づいた歯科医療が提供できるように教育されています。さらに、各専門学会では患者さん紹介のガイドラインが作成され、大学教育にも用いられています（図 9）。

専門医制度の問題点

専門医制度について問題がまったくないわけではありません。米国でも専門医制度の問題点としては以下のことが挙げられます。

- ・ GP、専門外の歯科医師、歯科衛生士、医師などとのコミュニケーションに時間が取られる
- ・ 患者さんは各診療室の行き来に時間が取られるため、治療終了までの時間がかかる
- ・ 治療結果や全体の治療に対する責任者が不明瞭

このような問題点を改善するために、最近では 1 施設に GP、各科専門医、歯科衛生士と一緒に揃えたグループプラクティスと呼ばれる診療室のあり方が広まってきています（図 10）。とはいえ、グループプラクティスであっても米国の歯科医療を取り巻く制度や社会的背景から医療者や患者さんは制約を受けますし、必ずしも理想的な歯科医療を実現しているわけではありません。

そこで、私の勤務する日吉歯科診療所では、専門医療も含めたあるべき歯科医療の姿を実現するための試みを始めています。最終回（次回）はその実際について述べてみたいと思います。

- ・ 審美修復と歯を補う仕事を専門とし、歯学部卒業後 2 年もしくは 3 年の卒業修練を受け、最高の審美と機能を回復させる歯科医師である。
- ・ 歯科補綴専門医になるための追加修練は、米国歯科医師会（ADA）が認定した病院もしくは大学での課程によって得られる。その修練には論文批評、講義、診療、補綴技工が含まれる。
- ・ 患者さんの笑顔への最高の機能と審美を回復することに熟練した治療計画立案者である。
- ・ ADA によって認められた 9 つの専門医のうちの 1 つである。卒業歯科補綴専門課程には審美、クラウン、ブリッジ、ベニア、インレー、全部床義歯、部分床義歯、インプラント、顎関節症、口腔領域の外傷、歯牙の先天性欠損、先天性異常、いびき、睡眠障害、口腔がん治療後の再建とその後の治療に関する講義、セミナー、技工、診療修練が含まれる。
- ・ 総合的な口腔再構築の専門家であり、修復補綴の最高の治療水準の構築に取り組む。

米国歯科補綴学会ホームページ（<http://www.gotosapro.org/faqs/#7>）

図 1 米国歯科補綴専門医の定義。



図 3 専門医制度下における専門治療例。

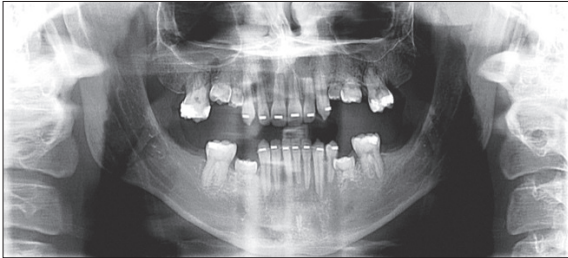


図 4 治療開始時のパノラマ X 線写真。

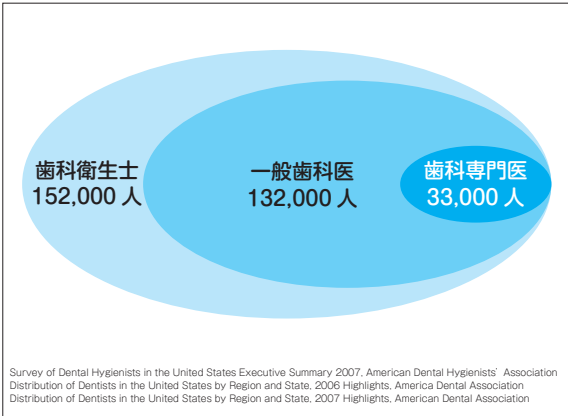


図 2 米国の歯科医療従事者数。



図 5 治療終了時の口腔内。

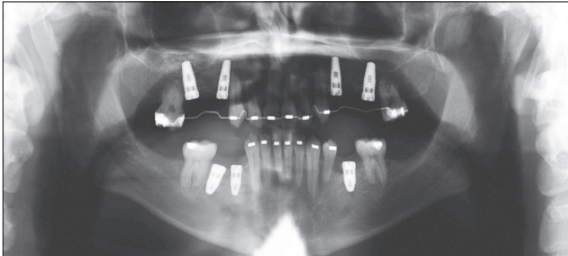


図 6 インプラント埋入後のパノラマ X 線写真。

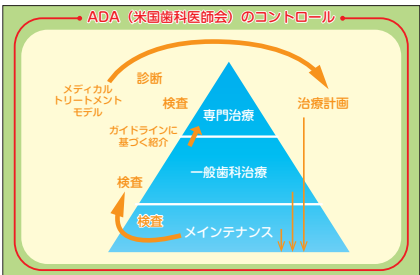


図 7 米国歯科医療の概念図。

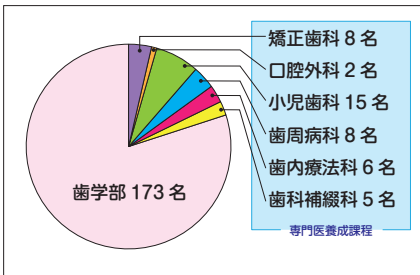


図 8 2009 年度タフツ大学 1 学年の定員。

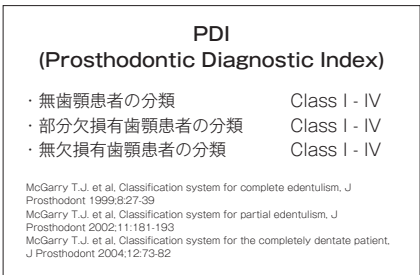


図 9 歯科補綴治療の診断指標（ガイドライン）。



図 10 グループプラクティスの概念図。