

専門医・ケースプレゼンテーション 試験相談会後記

日時:令和5年4月23日(日)
場所:都市センターホテル606(東京)



久保田 和利(東京都)

去る4月23日専門医・ケースプレゼンテーション試験相談会が行われました。

私は提出したケースほぼすべてに問題があるとのことで早期の専門医受験は断念するべきと考えましたが、多くの改善点やアドバイスを頂けましたので参加して良かったと思います。さて、日本歯科専門医機構は、医療人としてのプロフェッショナルオートノミーを実現し、患者さんに確実で安心・安全な医療を提供することと同時に患者さんからの医院選びの基準となることを目的としています。制度が先行する医科では専門医取得は半人前の医師として認められる登竜門的な扱いでありプロフェッショナルを示すものではありません。

私はインプラント専門医試験においてはその要求レベルが高いため登竜門という扱いが適切とは思いません。その理由として、治療前と治療後のパノラマ写真比較において、インプラント治療部以外に対して新規の治療跡例えば軽度のCR処置、単純インレーを除きC2以上の修復治療、歯周治療、根管治療、補綴治療がなされている事は“口腔管理が出来ていない”とされるためです。さらに術前パノラマも“インプラント以外の治療が全て終了されている状態が望ましく”病変を残している場合“口腔内の問題を放置している”と捉えられ、術後の状態でクラウンブリッジ、根管治療など多くの治療がある場合も指摘を受けるようです。

つまり大きな大学やクリニックでは自分以外の医師に依頼することも可能でしょうが、小さなクリニックでは全てを一人でこなさなければならず、実質的に“矯正治療を除きハイレベルかつすべての歯科治療を行える”ことが前提となっています。また提出



症例には、「多数歯欠損(1齦7歯以上欠損)症例3症例以上含んでいること。但し1症例はボーンアンカードブリッジ(粘膜負担のない上部構造)でなければならぬこの場合、欠損歯数とインプラント埋入数とは、一致する必要はない」とあります。私はインプラント治療を中心とした設立40年クリニックに在籍しているが、10年間でこのようなケースは7ケースほどでした。この少ないチャンスを計画的に治療しなければならないのです。

私の教訓を記述したいと思います。専門医試験の内の面接試験では担当試験官の間でコンセンサスが取れていない様々な事項があり(詳細は省く)それについて指導医に任せることなく全て自分で把握する。インプラントはまだまだ科学的な根拠が少なくその中で一定のルールを作り試験を行っている為、“臨床”と“試験”は別であると理解し日々インプラント治療と向き合う一方で試験用のケースを別に用意する。

今、あなたは大学に所属しているでしょうか?クリニックでしょうか?いずれにしろ専門医になるということは独り立ちすることであるので、指導医にアドバイスを受けても依存するようなインプラント計画・治療を行わないことです。