

その他

日本歯周病学会認定医申請症例報告書の作成方法について

特定非営利活動法人 日本歯周病学会
認定医委員会

吉成伸夫, 有田博一, 奥田一博,
林 丈一朗, 若林健史, 古市保志

1. はじめに

従来より、本学会では歯周病治療における専門的知識と技術を有する歯科医師を育成するとともに、国民の口腔保健の増進に貢献することを目的として、専門医、指導医の資格を設けている。さらに、平成20年4月24日の理事会にて、基本的な歯周病治療の知識と技量をマスターした上で、試験に合格した歯周病学会会員を「認定医」とする認定医制度規則等が承認され、実施されている。

現在まで3回の認定医試験が実施され、90名の認定医が誕生している。ただ、筆記試験に関しては問題なく遂行されているが、症例資料に関しては、症例の選択、特に写真の提出の仕方によりバラつきがあり、さらに、第3回認定医試験より、電子媒体による提出も可能となったこともあり、今後、認定医試験を受験されようとしている会員各位に例を提示して参考にさせていただき、スムーズに認定医、専門医、指導医へのステップを上がっていただきたいと思います。

2. 認定医試験受験資格

日本歯周病学会認定医制度規則 第3章 認定医の認定及び登録では以下の要件を満たすものということになっている。

- 1) 3年以上継続して学会会員であること。
- 2) 学会が認めた研修施設に3年以上所属し、歯周病学に関する研修と臨床経験を有すること。
- 3) 学会学術大会における認定医・専門医教育講演を2回以上受講していること。

歯学部卒業後、臨床研修医となり、学会で認めた研修施設で研鑽を積み、日本歯周病学会に入会、さらに学術大会に最低2回は出席して認定医・専門医教育講

演を受講する。すなわち、臨床研修医の期間を含めて、認定医申請時に3年以上継続して学会会員であれば、認定医試験の受験資格が得られる。認定医試験は学術大会に合わせて年2回開催される。事前に申請書類を審査するため、申請期間は1月ないしは7月末頃が期限となる。詳細は、学会ホームページ、学会誌で確認していただきたい。

3. 申請資料作成

認定医試験を受験することに決めたら、認定医申請書類を学会のホームページ、歯周病専門医、申請書式よりダウンロードする。提出書類の中で、様式1～6までは事務書類であり、様式7,8が症例報告書である。

様式1は、日本歯周病学会認定医認定申請書であり、申請年月日、申請者名、捺印するのみである。

様式2は、特定非営利活動法人日本歯周病学会認定医資格審査表であり、氏名、生年月日、学会員歴、研修記録、臨床経験記録、学会の教育講演における研修、学会、研修会の参加記録、参考資料(論文、著書、学会発表、歯周研修会出席)を記入し、指導医にサイン、捺印してもらう。

様式3は履歴書であり、通常通り氏名、生年月日、本籍、現住所、学歴、職歴を記載する。

様式4は日本歯周病学会会員証明書であり、学会が証明するので氏名のみ記載すればよい。

様式5は研修証明書であり、氏名、研修期間、研修内容を指導医に記入してもらう。

様式6は最後の事務書類、認定医推薦書であり、指導医に記載してもらう。

その他に準備しておくものとして、

歯科医師免許証(A4版縮小コピー可)、

認定医・専門医教育講演参加証(A4版縮小コピー可、1枚にまとめる)

カラー顔写真 1 枚 (パスポートサイズ・4.5cm X 3.5cm・裏面に氏名記載)

認定医認定申請料銀行払込金受領書 (認定医申請料 1 万円) のコピー

宛名ラベル 3 枚 (試験通知送付先住所・氏名記入) が必要である。

4. 症例選択

上述の書類が準備できたら、様式 7, 8 の症例報告書の作成に入る。症例選択基準は、認定医制度申請症例に関する資料の作成基準にも記載されているが、以下のとおりである。

- 1) 中等度 (歯周ポケット 4mm 以上の部位が 30% 以上、かつ 6mm 以上の部位が 3 か所以上存在) 以上の侵襲性歯周炎、もしくは慢性歯周炎。
- 2) 歯周基本治療後、基本的な歯周外科処置 (フラップ手術等) を行い、口腔機能回復治療を経て、6 か月以上のメンテナンス、あるいはサポータティブペリオドンタルセラピーまで進んでいる症例。
- 3) 厚生省未承認の材料などを適用した症例は認められない。

5. 症例報告書 (図 1, 2)

条件を満たす症例を選択したら、様式 7-1, -2 に記入していく。本稿参考症例について様式 7 に沿って記載するので参考にしていきたい。

年齢、性別：45 歳 (初診時)、女性

初診：2005 年 2 月 21 日

主訴：36 歯の咬合痛

家族歴：父親は 78 歳時に間質性肺炎のため死去。生前に義歯は装着しておらず、歯科医院にもほとんど通院していなかった。母親は現在 79 歳で、腎臓結石の手術既往がある。特に口腔内に問題はなく、義歯は装着していない。兄弟は 50 歳の姉がおり、う蝕に罹患しやすいが、歯周組織に特に問題はないようである。

全身既往歴：毎年人間ドックを受診しており、健康には留意している。1990 年 (30 歳) 時に十二指腸潰瘍にて入院、薬剤の服用にて現在完治。2000 年 (40 歳) の健診時に高血圧 (140/90mmHg) を指摘され、ニバジル 2mg/day、サアミオン 5mg/day を服用している。現在血圧は、120/80 mmHg で安定しているが、毎月近在の内科医院に通院し、コントロールしている。家系的にも、父親が高血圧であり、心臓血管系疾患で死亡した親族が多い。その他特記事項なし。

口腔既往歴：乳歯列期にはう蝕が多く、頻繁に近在の歯科医院に通院した。しかし、永久歯列になってからは、特に問題なく経過し、高校生時は 1 度も歯科医院に通院していない。1982 年 (22 歳) 頃、16 歯肉部腫脹のため歯科医院を受診し、根管治療を受けたが予後不良のため抜歯、Br 処置を受けた。また、24 歯は、1990 年 (30 歳) 時に根尖部歯肉腫脹、歯の動揺の症状にて近在の歯科医院を受診、保存不可能との診断下にて抜歯、ブリッジ処置を受けた。初診より 2 か月前に 27 歯の根尖部圧痛のため近在の歯科医院を受診したが、予後不良により保存不可能と診断され、抜歯処置を受けた。さらに 1 か月前に 26 歯の補綴物が脱離し、その後 36 歯に違和感、咬合痛を自覚するようになり、子供の治療の付添として当院を来院していた際、待ち時間に本学歯周病科に精査希望にて来科された。また、その他の修復、補綴処置に関しては記憶にない。ブラッシングは、朝昼晩 3 回、横磨ぎで行っていた。23 歳に結婚後、両親の世話と妊娠のため忙しくなり、1 日 3 回のブラッシングが 2 回に減少した。この頃より、歯肉腫脹、出血を自覚していた。時々、近在の歯科医院にて歯科治療を受けていたが、歯科医師から歯周病の指摘を受けたことはない。また、40 歳頃より口内炎が頻繁に発症し、サプリメントのビタミン C 剤を服用している。

現症：

全身所見：

体格は、やや小柄で標準型 (身長 155cm、体重 53kg、BMI : 22.1-標準) であり、倦怠感を認めた。1995 年 (35 歳) 頃より受診している人間ドックでは、血圧 (降圧剤服用 : 120/80 mmHg) 以外に呼吸器、心臓、血清脂質、糖尿病、腎機能、肝機能、消化器系に特記すべき異常所見は認められていない。毎年 2~5 月に花粉症 (スギ、ヒノキ) が発症し、この間薬剤を服用している。

アルコール類として、ビールを毎晩 2 本程度 (700ml) 飲んでいる。また、20 歳頃より 1 日平均 20 本程度の喫煙を続けている (喫煙指数 : 500)。その他特記事項なし。

局所所見：

歯列・咬合所見：

歯列弓の形は、上下顎ともに放物線状であるが、45 歯の舌側傾斜、44 歯の回転、下顎前歯部の軽度叢生、下顎の正中は上顎に対して半歯分程右側に偏位している。咬合平面は水平だが、右側臼歯部の彎曲はやや強い。第一大臼歯部では補綴処置、あるいは欠損のため Angle の分類の咬合関係は不明である。前歯部のオーバーバイト、オーバージェットはとも

図1 症例報告書（様式7-1）

図1 症例報告書（様式7-2）

6) 歯内療法(46 歯)

- 7) 咬合診査, 調整
- 8) クレンチングに対する処置(ナイトガード作成)
- 9) レーザーによる歯肉メラニンの除去
2. 再評価検査
3. 歯周外科処置(下顎両側大臼歯部)
4. 再評価検査
5. 最終補綴処置, ナイトガード作成

歯周外科手術の種類とその術式選択の目的:

種類: 歯肉剥離搔爬術とファルカプラスチック(36, 46 歯)

目的: 根分岐部病変(Lindhe の分類 II 度)の改善, 清掃性の向上

治療時の留意点(治療計画の修正等):

当初の計画では基本治療の SRP 後, 17, 15, 23, 25, 46 歯の不良補綴物の除去, 歯内治療, 暫間補綴へと移行する予定であったが, クレンチングによる歯周組織に対する影響は強くないと判断し, 26 歯の暫間被覆冠の装着のみにとどめ, 治療を進行した。

治療経過:

歯周基本治療により, 病因の除去を計った。オレリーのプラークコントロールスコア(PCR)は早期に低下し, 20%以下となったが, 来院毎にかなりむらがあり数値は上下した。初診(2005 年 2 月 21 日)より, 約半年間でプラークコントロール, 歯肉縁上, 縁下のスクレーピング, SRP およびレーザーによる歯肉メラニンの除去を施行, 咬合調整, 暫間被覆冠(26 歯)の装着を行い, 再評価検査(2005 年 8 月 30 日)を施行した。その結果, 15, 26, 36, 46 歯に 4~7mm の PD が残存し, 上顎の PD 残存部位に対しては再 SRP, 下顎に対しては根分岐部病変(Lindhe の分類 II 度)の改善と術後清掃性の向上を目的として, 歯肉剥離搔爬術を施行した。術後歯周組織管理, 禁煙指導を継続しながら再評価検査(2006 年 1 月 20 日)し, 安定しているのを確認, 17, 15, 23, 25, 26, 46, 47 歯の修復, 最終補綴処置, ナイトガードの装着を行った。2006 年 3 月 4 日に再評価検査を行い, サポートィブペリオドンタルセラピーへと移行した。

特記事項と今後の問題点等:

患者は, 症状が軽度であることから, 全顎にわたる歯周病治療に対して積極的でなく, 禁煙指導に対しては明らかに嫌悪感を示した。そこで, 当初予定した不良補綴物の除去, 暫間補綴物への変更, クレンチングに対するナイトガード処置は, 基本治療において施行出来なかった。また, 禁煙が成功した場合には, 36, 46 歯の根分岐部病変に対して再生療

法も治療の選択肢に入れていたが, 未だ成功しておらず, 術後の創傷治癒が悪いと判断し, 見送った。よって, 根分岐部に再生は認められず, 安定はしているが今後注意深い SPT が必要である。

メンテナンス時の問題点とその対応:

今後も全身的, および歯周組織の安定のためにも, 内科と連携をとりつつ禁煙指導を続ける。また, メンテナンス時に 26 歯遠心部, 36, 46 歯頬側根分岐部に 4mm の PD が残存したが, 1 年 2 カ月の SPT 期間中にアタッチメントロスが進行することなく, プラーク付着, 歯の動揺, 歯槽骨吸収, 水平的根分岐部病変の進行も認められないので今後も SPT 治療にて維持していく予定である。さらに, 13 歯頬側根尖部には骨隆起が形成されてきたため, ナイトガードの調整を含め, クレンチングを常にチェックする必要がある。プラークコントロールが周期的に悪化する傾向があるため, SPT の間隔は 2 か月程度で継続している。

以上が様式 7-1, 2 に記載する内容である。

5. 症例提出

次に, 様式 7, 8 でまとめた症例の視覚資料を作成する。これには従来の紙媒体による書類の提出および写真アルバムによる症例資料の提出と電子媒体による提出の 2 通りの方法がある。本稿では後者の電子媒体による提出方法に沿って解説する(前者の提出方法は, 「認定医制度 申請症例に関する作成基準および送付方法」を参考のこと)。

症例資料については, 先述の書類と同様, 学会ホームページの歯周病専門医の中にある認定医の申請書から「認定医症例提出用テンプレート」(ppt, pptx 版)をダウンロードして用いる。取り決め事項はテンプレート内に記載されているのでわかりやすいと思うが, アナログ写真をデジタル化する場合には, 300dpi 以上の画素数でスキャンを行うこと, 各デジタル(化)写真をテンプレートに記載してある要領で整理すること, および写真を組み込んだ症例資料を, 「認定医症例・申請者〇〇〇〇」としてフルネームで保存することが代表的な注意事項である。尚, 提出する症例資料は, その後の他者による改変を防ぐ目的で, 別途 PDF 版に変換したものを提出用資料として送付する。

テンプレートページ 2, 3, 4, 8, 11 の提出は必須である。また, ページ 2 は「認定医試験 提出症例視覚資料」であり, 症例に関する必要事項を記入する(図 3)。

テンプレートページ 3, 4 は, 初診時およびメインテ

認定医試験 提出症例視覚資料

◆ 症例: 1960年12月2日生、初診時45才、女性

◆ 初診時: 2005年2月21日

◆ メインテナンス時: 2007年5月10日

◆ 歯周外科手術:

① 部位: 下顎右側第一大臼歯 (術式: 歯肉剥離掻爬術)

② 部位: 下顎左側第一大臼歯 (術式: 歯肉剥離掻爬術)

図3 認定医試験 提出症例視覚試料1

メンテナンス時の正面、左右側方面、口蓋、舌側面口腔内写真を貼り付ける(図4, 5)。写真に関する注意事項としては、以下のものであろう。

1) アンクル

ファインダー内で縦横中央に線を引いたところちょうど正中、あるいは咬合平面がのるようにする。この基準で常に撮影することにより、各ステージでの比較が容易となる。また、正面像では、患者に顎をひいてもらい前歯部歯面とカメラの撮影方向が直角になるようにして、下方からあおるような写真にならない

ようにする。

2) ピント

可及的に唾液等の水分をエアー等で除去した後、正面像では下顎前歯部にピントを合せ、臼歯部側方像では、患者の頬や口唇の緊張をゆるめ、余裕のあるスペースを作って、後方大白歯からミラーを離して、かつ、歯列とミラーが可及的に平行になるように挿入し、最後方歯にピントを合わせるようにするとうまく合う。口蓋、舌側においても口唇をリトラクター等で排除しておき、ミラーを挿入して歯列より離すことによってピントが合いやすくなる。下顎舌側は、最初に十分に唾液をバキュームした後、舌を上顎につけるように上げてもらい、舌下面に押し付けるような角度でミラーを挿入しピントを合わせる。基本的にカメラの撮影角度ラインがミラー面と直角に交わるようにできるとピントが合いやすい。

3) 範囲

必要な範囲とは、歯、歯肉、歯肉歯槽粘膜境部、小帯、口腔前庭部等であろう。テンプレートページ3の正面像では、臼歯部まで全体的に見渡せる1/2程度の倍率、臼歯部では小臼歯から大白歯まで写り、実像の入りにくい1/1.2、1/1.5程度の倍率で撮影するのが適当かと思われる。

初診時45才、女性

初診時: 2005年2月21日



メインテナンス時: 2007年5月10日

申請者氏名: 歯周〇子

図4 認定医試験 提出症例視覚試料2

初診時: 2005年2月21日

初診時45才、女性



メインテナンス時: 2007年5月10日

申請者氏名: 歯周〇子

図5 認定医試験 提出症例視覚試料3

次に、テンプレートページ8(図6)は、全顎10枚法以上のデンタルエックス線写真の初診時およびメインテナンス時の貼り付けである。必要な所見が見えるように大きさを調節する。

テンプレートページ11(図7, 8)は歯周外科手術に関する提出資料で術前、術中、メインテナンス時の口腔内写真、術前、メインテナンス時の同部のエックス線写真を貼り付ける。術中の写真に関しては、歯周外科治療の術式、骨欠損形態、根分岐部病変程度等がわかるような写真を提示する。

本参考症例では、36, 46歯の根分岐部病変に対する歯肉剥離搔爬術の写真を挙げている。再生療法の適応症例であるが、プラークコントロールの変動、喫煙者であることから予後不良と判断し、ファルカプラスティーにて形態修正、エナメル突起の除去にて対応した。

以上が必須提出症例視覚資料であるが、口腔内写真を5枚法以上の撮影枚数で提出する場合には、テンプレートページ5(11枚法用)、あるいはテンプレートページ6, 7(17枚法用)を使用して追加し、エックス線写真を上下顎に分けて提出する場合は、テンプレートページ8の代わりにテンプレートページ9, 10を使用してもよい。その他追加したい口腔内写真やエッ

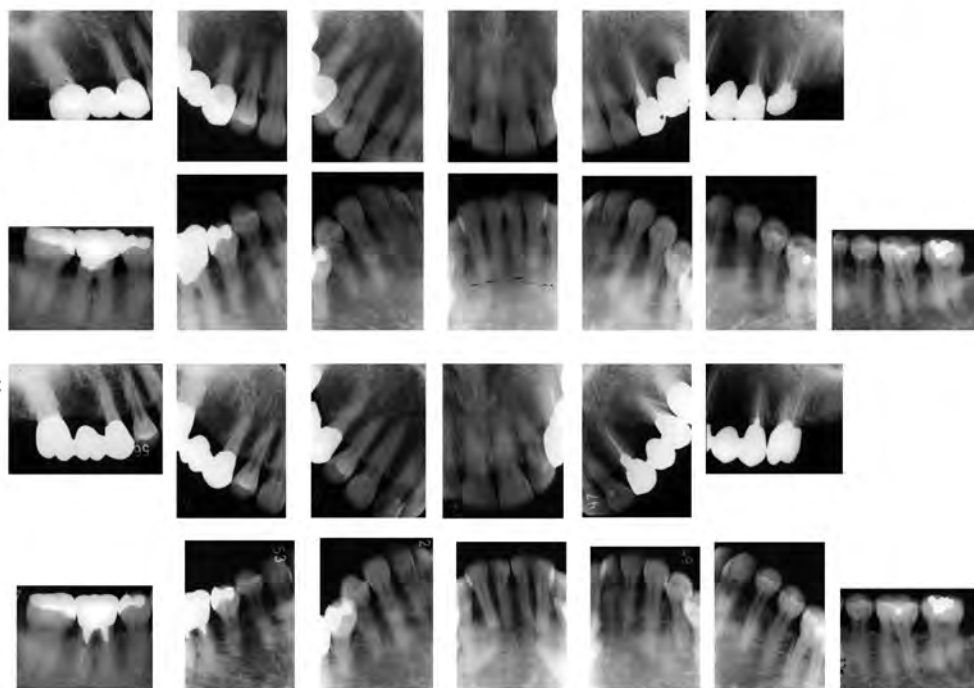
クス線写真があれば、追加した資料のポイントを明記して適宜スライドを増やしそれらを貼り付ける。本参考症例においては、下顎両側臼歯部の根分岐部病変がポイントとなるので、テンプレートページ7をアレンジして、レーザーによるメラニン除去を施行した下顎前歯部の写真も追加した(図9)。各ページには薄緑色で要領が書かれており、これに沿って画像貼り付けていけばいいので、わかりやすいと思われる。

6. 口腔清掃所見

歯周組織検査のチャート(図10)

様式7-1に記載のある通り、初診時、歯周基本治療終了時、メインテナンス移行時(およびメインテナンス後)の口腔清掃所見(プラークスコア等)と歯周組織検査のチャート(6点計測の歯周ポケット、BOP、歯の動揺度等を含む)を記入したものを提出する。また、様式8(チャート)は、日本歯周病学会指定のものを本学会ホームページよりダウンロードして使用する(図10)。口腔清掃所見と歯周組織検査のチャートも、様式8をダウンロードしたソフトを使えば簡単に作成できる。

初診時45才、女性

初診時:
2005年
2月21日メンテナンス時:
2007年
5月10日

申請者氏名: 歯周〇子

図6 認定医試験 提出症例視覚試料4

歯周外科手術時: 2005年9月15日

初診時45才、女性

部位: 下顎左側第一大臼歯(36歯), 術式: 歯肉剥離搔爬術



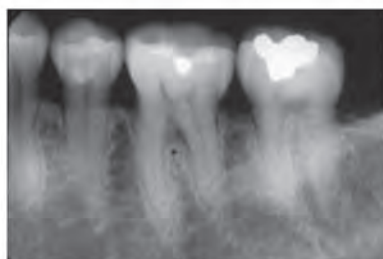
術前: 2005年2月21日



術中2005年9月15日



メンテナンス時: 2007年5月10日



術前: 2005年2月21日



メンテナンス時: 2007年5月10日

申請者氏名: 歯周〇子

図7 認定医試験 提出症例視覚試料5

歯周外科手術時:2005年10月24日

初診時45才、女性

部位:下顎右側第一大臼歯(46歯), 術式:歯肉剥離搔爬術



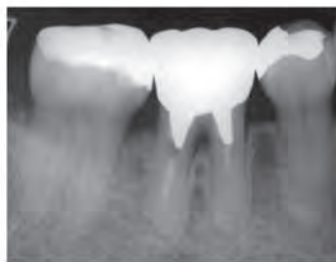
術前: 2005年10月24日

術中:2005年10月24日

メンテナンス時: 2007年5月10日



術前:2005年2月21日



メンテナンス時:2007年5月10日

申請者氏名:歯周〇子

図8 認定医試験 提出症例視覚試料6

初診時:2005年2月21日

初診時45才、女性



メンテナンス時:2007年5月10日

申請者氏名:歯周〇子

図9 認定医試験 提出症例視覚試料7

図 10 歯周組織検査

CD-R のラベルには、申請する認定医試験の回数と

申請者の名前を明記し、CD-R と紙媒体にプリントアウトした書類(原本は送付する必要はない)を、角 2 (A4)サイズのクッション封筒(エアプチ等の緩衝材入り)に入れ、表に自分の名前を記入する。そして、「ゆうパック(書留)」または「宅配便」で送付する(送付先は、「申請症例に関する資料の作成基準および送付方法」を参照)。

8. まとめ

過去 3 回の症例審査において、「歯周ポケット 4mm 以上の部位が 30% 以上、かつ 6mm 以上の部位が 3 か所以上存在」という症例選択基準を満たされてい

なかったり、「メンテナンス、あるいはサポータータイプペリオドンタルセラピーが 6 か月以上」まで進んでおらず、やむなく審査できない書類が散見されたので、ぜひ注意してほしい。

今後、我が国の成人の 8 割以上が罹患している歯周病に対して、豊富な知識と正確な手技をもつ日本歯周病学会認定医に対するニーズは、ますます高まるものと思われる。

日本歯周病学会認定医は、歯周病治療の研鑽過程の一つの目標として、また、認定医取得を将来の歯科医師としての飛躍のためのワンステップとしても利用できると思われる。ぜひとも本稿を参考に皆さんにチャレンジしていただきたい。