

連載  
(全4回)

# あるべき専門医療を実現する

## 第4回(最終回):日本こそ世界のリーダーとなるために



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。

### 米国と日本の専門医制度の違い

米国の専門医制度は、EBMに基づいた一般歯科医療と歯科衛生士によるメンテナンスをベースとして、歯科医療全体の中に組み込まれています。歯科医療全体の中で専門医療が必要な患者さんは、必要に応じて専門医を紹介され、適切な治療が受けられるようになっています。また、専門医となる歯科医師には治療水準を担保するため、大学院レベルの正規養成課程卒業と定員数が定められています。

一方、日本はどうでしょうか。日本の歯科専門医療を取り巻く環境は、図1のような状況です。その問題点は、①歯科医療教育の問題②歯科医療制度の問題③患者の健康観の問題④歯科医師の倫理観の問題——の4つに集約されるのではないかと考えられます。

これらは一見すると、一歯科医師が解決できる問題ではないように見えますが、私は歯科診療所レベルで考えると良い方向に変えていくことができると考えています。歯科診療所には、患者さんを中心に歯科医師、専門医、歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、受付スタッフなど歯科医療に関わるすべての人々が存在し、あるべき歯科医療の実現のためにお互いに協力することができるからです。

### 世界標準の歯科医療を発展させることを目指す日吉歯科診療所

私の勤務する日吉歯科診療所(以下、当診療所)では、前回(9月号)で述べた歯科先進国での専門医制度の問題点を改善し、現在の日本における歯科医療の構造改革像、専門医療も含む将来のあるべき歯科医療のモデルを示しながら、理想の歯科医療を目指す取り

組みを始めています。診療所の中では一般歯科医(GP)、歯科衛生士、専門医、歯科技工士、歯科助手、受付スタッフがそれぞれのプロフェッショナルとして役割を分担し、1つのチームとなっています。そのチームによって、それぞれ状況の異なる患者さんの口腔の健康を生涯にわたって維持し、地域住民の口腔の健康を世界一にすることを目標とした取り組みです(図2)。

日本人の歯を失う原因のほとんどはう蝕と歯周病ですが、当診療所に来院されるすべての患者さんには、う蝕や歯周病に対するリスク評価が行われ、多くの患者さんが疾患の発症を防ぐために定期的なメンテナンスを長期的に受けています。それにより、当診療所の患者さんは、う蝕や歯周病の罹患率が少ないことがデータとして明らかになっています(図3)。

う蝕や歯周病の罹患率が減少すると、私たちの仕事がなくなると考える歯科医師がいるとすれば大きな間違いです。むしろ、定期的なメンテナンスによって歯が残ることで一般歯科医や専門医、歯科衛生士、歯科技工士、受付などの歯科医療従事者はよりレベルの高い魅力的な仕事を患者さんから求められます。治療も状態が悪化してから行うのではなく、悪化するであろうリスクを軽減するために質の高い治療を患者さんに提供することになります。メンテナンスを行っているにもかかわらず口腔状態が悪化してしまうならば、歯科医療としては成功とはいえないからです。

もちろん、その中の一部には専門医を必要とする患者さんがいます。当診療所が提示する専門医が必要な患者さんとは、生まれつき解剖学的な問題(先天的な歯牙の欠損・発生異常・位置異常、

骨格異常など)をもつ人や、全身的に口腔内の健康の維持に影響を与える特別な因子をもつ人、外傷を受けた人、咬合機能に問題がある人や顎関節症をもつ人などです。つまり、一般歯科治療やメンテナンスだけでは口腔の健康を維持することが困難な人々です。そのような患者さんには適切なタイミングで専門医が治療に介入し、かつメンテナンスを行っていくことで口腔の健康を維持することができます。そのほかには、う蝕や歯周病、外傷、咬合性疾患などがなくても解剖学的な問題がある場合などに審美改善を目的として補綴や歯周、矯正、口腔外科の専門医が介入することもあります。

ただし、このような歯科医療は、患者さんが専門医を紹介される前にすでにリスクに応じた定期的なメンテナンスを受けていて、なおかつ一般歯科医から潜在的な問題について早い段階から説明を受けていることが前提となります。

したがって、口腔状態が悪化してから患者さんが来院されるような歯科診療所や、治療予後のためだけにメンテナンスを行っている歯科診療所では、たとえ優秀な専門医が揃っていても当診療所が目指す歯科医療を実現することはできません。また、専門医が専門医として働くことができる環境、つまり一般歯科医や他の専門医、歯科衛生士とチームを組んで自分の仕事に専念できる環境であることも大きく影響します。

### 日本で専門医療も含む総合的な歯科医療を展開するための方策

現在では、若い年齢のうちからリスク評価を行い、患者さんのライフステージに応じた適切なメンテナンス

や治療を行うことで、歯の喪失を予防することができます。昨今の報道にあるように、日本ではインプラント治療に関するトラブルが急増し、大きな社会問題となっていますが、インプラント以外の歯科治療も、治療直後に生命や生活の障害を脅かす危険性が侵襲の多いインプラント治療より少ないというだけで、基本的には同じ構図の中にあります(図4)。

患者さんに必要な歯科医療を適切な歯科医療者が適切なタイミングで提供することができる体制を歯科診療所単位で整備することができれば、後に必ず結果が出て、海外の歯科先進国のように歯科医療や歯科医療従事者は国民から高い信頼を得られるようになります(図5)。そうすれば、将来はより優秀な人々が競って歯科医療界に参入し、日本の歯科医療は国民にとってますます重要な分野としてさらなる発展を遂げていくものと確信しています。

私は日本において歯科先進国と呼ばれる国々よりも進展した歯科医療を行うことは可能であると考えています(図6)。実際、当診療所には国際文献や評判を頼りに毎年のように米国やスウェーデンからも歯科医師や歯科衛生士が視察に訪れています。今後は、当診療所の総合力をもって、より健康な口腔内とさらに高い健康観をもつ患者さんを数多く育成することで、患者さんにはさらに魅力的な歯科医療、つまり再治療や後始末の治療ではなく、患者さんの真の健康に寄与できるような専門医療も含む総合的な歯科医療を展開していきたいと考えています。

あるべき専門医療を実現する当診療所の具体的な取り組みについては、2013年の『ザ・クインテッセンス』にて詳しく紹介する予定です。(了)

- ・歯科医療者、歯科関係者、患者にとって専門医の役割が明確でない
  - ・専門医療が必要な患者数が把握されていない
  - ・歯科大学・歯学部で専門医を養成する教育課程が存在しないため、治療水準が一定でない
  - ・EBMに基づく歯科医療が国全体で行われていない
  - ・専門医が能力を発揮できるタイミングで患者が来院しない
  - ・専門医標榜(広告)のための専門医
  - ・専門医であっても専門分野の診療に専念できない
  - ・海外で専門医を取得し帰国しても、国際標準の専門医療を行う環境がないので、再び日本を離れて海外で専門医として働くか、日本で専門医を標榜しながらも一般歯科医の働き方をする
- など

図1 日本の歯科専門医療を取り巻く主な諸問題。

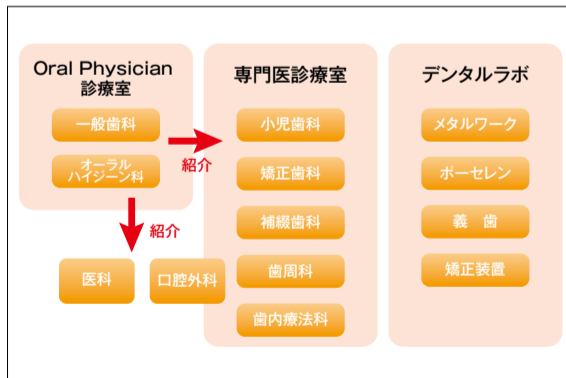


図2 Hiyoshi Oral Health Center 構想の概要図。

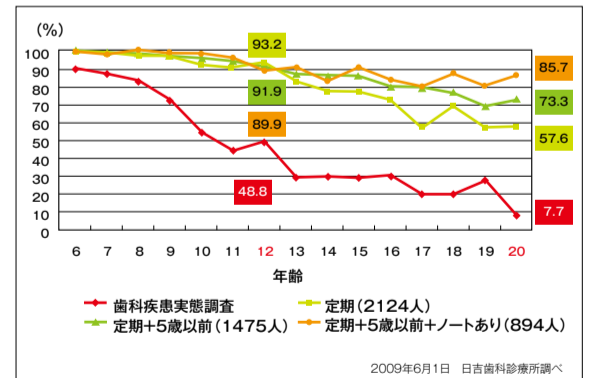


図3 定期メンテナンス患者の年齢別カリエスフリー率。

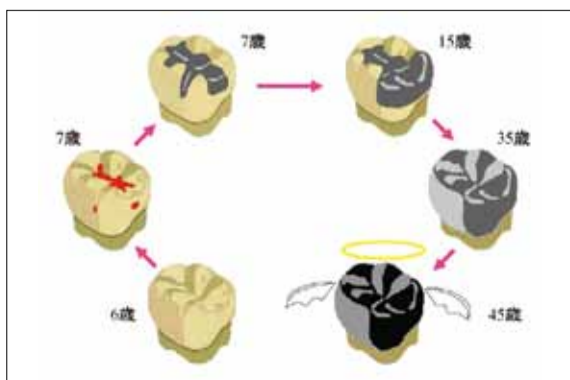


図4 治療対応型による歯のライフサイクル。

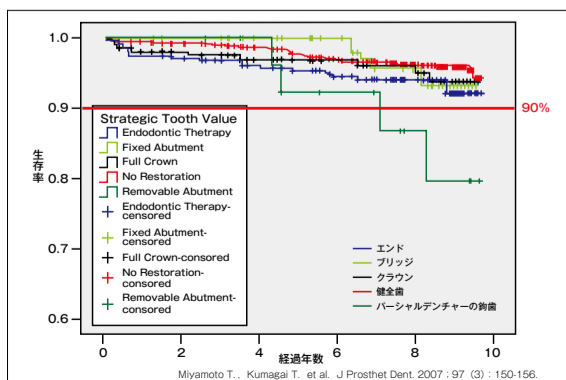


図5 15年以上メンテナンス下にある日吉歯科診療所来院患者の治療予後。

文献	ブリッジ数 歯数	平均調査年数	成功率、偶発症発生率、失敗率
<b>Systematic review</b> Torabinejad M. et al. Outcomes of root canal treatment and restoration, implant-supported single crowns, fixed partial dentures, and extraction without replacement: A systematic review. J Prosthet Dent 2007;98:285-311	31 論文中の 5363 ブリッジ	2~4年 4~6年 6年以上	成功率 (失敗率) 78% (22%) 76% (24%) 80% (20%)
<b>Meta-analysis</b> Goodacre C.J. et al. Clinical complications in fixed prosthodontics. J Prosthet Dent 2003;90:31-41	19 論文中の 3272 ブリッジ	平均 8年 (1~23年)	偶発症発生率 27% (う蝕、根管治療の必要性、脱落、審美、歯周病、歯牙破折、修復物、ポーセレンの破折)
<b>retrospective cohort study</b> 15年以上メンテナンス下にある日吉歯科来院患者のデータ Miyamoto T., Kumagai T. et al. Treatment history of teeth in relation to the longevity of the teeth and their restorations: Outcomes of teeth treated and maintained for 15 years. J Prosthet Dent 2007;97:150-156	ブリッジの 支台歯 201 歯	平均 19.2年 (15~23年)	失敗率 4.0% (う蝕、歯牙破折、修復物の破折、抜歯、その他の失敗)

図6 ブリッジ(全部鋳造冠、メタルセラミック、レジン前装冠)の予後。