

# 歯科保存治療認定医制度のしおり

特定非営利活動法人日本歯科保存学会

認 定 委 員 会

## 「歯科保存治療認定医認定制度のしおり」

特定非営利活動法人日本歯科保存学会

特定非営利活動法人日本歯科保存学会（以下「本会」という）は、歯科保存学の専門的知識と基本的技能を有する認定医の養成と、その生涯にわたる研修を図ることにより、医療水準の向上と普及を図り、もって保健福祉の増進に寄与することを目的に、歯科保存治療認定医（以下「認定医」という）制度を制定しました。

本「しおり」には認定医の取得に必要な事項が記載されています。本「しおり」の要項にしたがって、認定医の申請書類を認定委員会（以下「委員会」という）に提出し、申請料および受験料を納入後、試験を受けてください。特に、提出症例については、プロトコール記載例が示されていますので、本「しおり」を熟読のうえ、すべての資料を整備して委員会宛に提出してください。

認定医試験は、筆記試験と提出症例の書類審査を行ない、全ての試験に合格した者が、理事会の議を経て認定医と認定されます。

提出症例は保存修復・歯内治療・歯周治療のいずれかひとつの症例を提出してください。

認定医として認定された者は、3年後には歯科保存専門医の申請が可能になりますので認定医資格取得後はさらに歯科保存治療の知識と技能を研鑽してください。

多くの会員の皆様が、歯科保存治療の診断、治療技術、知識の向上を図り、認定医の資格を取得されますことを切望しています。

## 認定医試験を受験される先生に

症例は書類審査になります。エックス線写真が不明瞭な場合や記載事項の不備などの場合には、資料の再提出をお願いする場合がありますので、早期の準備をお願い致します。

以下は、試験の流れをフローチャートに表したものです。

申請書類ならびに症例 (1 症例) の提出	委員会で書類審査の結果、再提出を求めることがある。 再提出が期日まで間に合わない場合は、次期以降の受験となる。
筆記試験 提出症例の書類審査	開催日時・場所は委員会が指定する。
委員会での審査	合格者：理事会での承認
合格通知	不合格者が1年以内に再受験する場合、申請料の納入および申請書類の提出は不要だが、受験料は新たに納付する。 提出症例の差し替えは可とする。
認定医登録申請	

## 1. 認定医の新規申請の方法

### 【認定医認定の申請資格】

認定医の資格を申請する者は、以下の各号をすべて満たしていなければなりません。ただし、委員会の推薦を経て、理事会で承認を受けた者はこの限りではありません。

- (1) 日本国歯科医師の免許を有する者
- (2) 認定医申請時に2年以上継続して本会会員であること
- (3) 臨床研修医終了後、2年以上本会が認める研修施設において研修を満たした者、あるいは、公益社団法人日本歯科医師会の正会員又は準会員(上級医規則に準ずる。)である者
- (4) 本会認定医制度施行細則(以下「細則」という)第9条に定める所定の研修単位を満たした者
- (5) 現在、歯科保存治療に携わっている者

### 【認定医認定の申請書類】

- (1) 認定申請書
- (2) 履歴書
- (3) 研修単位カード  
研修単位算定方法に準じて、単位数をご記入下さい。また、学会参加証や認定研修会参加証の添付をもって学会参加・認定研修会参加証明と致しますので、これらの管理には充分ご留意下さい。
- (4) 1症例(分野は申請者が選択)
- (5) 細則10条に該当する者は、指導医の発行する研修証明書  
指導医の発行する研修証明書および推薦状が必要となります。
- (6) 細則11条に該当する者は、研修記録簿  
日本歯科医師会の発行する日本歯科医師会生涯研修事業参加の単位数が書かれた報告書(E-systemの参加歴の一覧をプリントしたもの等)のコピーを添付下さい。
- (7) 歯科医師免許証(複写)

### ◎研修単位に関する解説

#### (申請に必要な研修単位)

認定医の資格を申請する者は、認定医認定の申請時まで以下に定める研修単位を20単位取得していなければなりません。ただし、20単位のうち日本歯科保存学会の学会活動にかかわる研修単位(以下の研修単位の算定方法の1.に該当する部分)は15単位以上取得していなければなりません。

(研修単位の算定方法)

1. 特定非営利活動法人日本歯科保存学会の学会活動

本会学術大会参加	1開催	5単位
本会認定研修会参加	1開催	5単位
委員会が認めた本会学術大会プログラム	1開催	2単位
本会での発表 (筆頭演者)	1回	5単位
(共同演者)	1回	2単位
日本歯科保存学雑誌発表論文 (筆頭著者)	1編	5単位
(共同著者)	1編	2単位

2. 他の学会における活動

日本歯科医学会総会参加	1開催	2単位
他の学会又は研修会参加	1開催	1単位
他の研修会参加	1開催	1単位
他の学会における保存学関連事項の報告、論文発表	1編	1単位

3. 教育

教育施設での講義	1年	4単位
(1施設において1年4単位とし、年間8単位を限度とする)		

4. 歯科医師会等での学術講演

1回 4単位

(1回4単位とし、年間8単位を限度とする)

※ 上記の算定方法のうち、本会の認める他の学会、研修会及び学術刊行物は以下のように規定します。

(1) 本会の認める他の学会とは、日本学術会議に登録している専門学会ないしは本会の認める国際学会をいい、研修会とは、日本歯科医師会生涯研修事業で認められている研修会・講演会をいいます。

(2) 本会の認める学術刊行物とは、大学または日本学術会議に登録している専門学会の発行する雑誌ないしは本会の認める国際的な学術誌をいいます。

(3) 日韓歯科保存学会のように理事会の認めた共催学会は、本会と読み替えます。

※ 教育で単位を申請される場合はシラバスなどで、申請者の氏名が確認出来るものを添付願います。

※ 歯科医師会等での学術講演演者で単位を申請される場合は、申請者の氏名が確認出来る資料等を添付願います。

◎細則第11条に規定された業績は(1)～(3)のすべてが必要とされます。

(1) 本会会員歴が通算6年以上であること

(2) 公益社団法人日本歯科医師会会員であること

(3) 公益社団法人日本歯科医師会主催の生涯研修事業等に参加していること

【認定医認定の申請手続き】

認定医の資格を申請する者は、申請料及び受験料を添え、細則に定める申請書類(1症例を含む)を委員会に提出しなければなりません。委員会は、認定医認定の申請書類を審査し、基準を満たしていると認めた者に対して、筆記試験を実施します。

### 【歯科保存治療認定医試験】

筆記試験ならびに症例試験（提出症例の書類審査）の2種類です。

#### ○筆記試験

修復・歯内・歯周の各領域10題ずつの計30題を受験して下さい。

#### ○症例試験（書類審査）

申請者によって提出された1症例を委員会が書類審査します。

上記筆記試験・症例試験の実施日は、原則年2回（目安：3月と9月に開催予定）です。

#### ◎症例試験（書類審査）実施要綱

提出症例内容は、以下の条件を満たすものでなければなりません。

- 1) 修復、歯内、歯周分野の中から、受験者自身が治療した予後良好な1症例を提出して下さい。
- 2) 詳細は「提出症例の要項」を参照して下さい。

※ 筆記試験の実施日、提出資料の審査結果の通知および資料の再提出期限は受験者に通知します。

### 【認定医の認定および認定医認定証の交付】

- (1) 本会は試験の合格者を、理事会の議を経て認定医と認定します。
- (2) 認定医と認定された者は、所定の登録料を添えて本会に登録申請を行わなければなりません。
- (3) 申請に基づき認定医登録を行い、認定証及び更新記録カードを交付し、日本歯保存学雑誌・日本歯科保存学会ホームページ等に認定医氏名を掲載します。

## 2. 認定医の更新申請の方法

※ 認定医資格の更新は5年毎です。認定医の更新手続きを行わなかった時は、喪失1年以内であれば更新遅滞理由書を付して更新の請求をすることができますが、1年以上経過した場合は、理由の如何を問わず失効してしまいます。

海外留学、病気入院などで前もって更新手続きが遅れるまたはできない場合が想定される時は、委員会に書面をもってお届け下さい。

### 【認定医認定の更新申請資格】

認定医の資格更新を申請する者は、申請料(審査料を含む)を添え、次の各号に定める申請書類を委員会に提出しなければなりません。

- (1) 認定医更新申請書
- (2) 更新記録カード
- (3) 臨床実績報告書（過去5年分）：臨床に従事していることを証明する書類  
(例：研修施設在籍証明、日本歯科医師会在籍証明、歯科医院勤務証明書等)

### 〈書類記載上の注意点〉

- (2) 更新記録カード

更新記録カードには、認定医更新申請に定める研修単位を満たす参加証明などの添付が必要となります。

**【認定医更新の認定および認定医認定証の交付】**

- (1) 本会は更新条件を満たした者を、理事会の議を経て認定医として再度認定します。
- (2) 申請に基づき認定医登録を行い、認定証及び更新記録カードを交付し、日本歯科保存学雑誌・日本歯科保存学会ホームページ等に認定医氏名を掲載します。

### **3. 将来的に歯科保存専門医の申請を希望する方へ**

**【歯科保存専門医認定の申請資格】**

歯科保存専門医の資格を申請する者は、次の各号のいずれかを満たす認定医でなければなりません。詳細は歯科保存専門医規則・細則をご確認ください。

- (1) 3年以上の認定医歴を有し、歯科保存専門医申請時点で、日本歯科専門医機構より認定された研修施設で研修を修了していること。
- (2) 歯科保存専門医認定制度規則・細則で定められた研修歴・単位を有していること。

## 提出症例の要項

- 1) 修復症例は、直接法・間接法を問わず1症例とする。
  - 処置前のエックス線写真を添付することが望ましい。ただし、隣接面・咬合面など蝕の存在する部位によっては（口腔内写真で確認できないとき）、処置前のエックス線写真を必要とする。
  - 術前、術中（直接法ではう蝕病巣除去後あるいは充填直前、間接法では窩洞形成終了時）、修復直後、修復6ヶ月以上経過時の口腔内写真を必要とする（表1参照）。
  
- 2) 歯内症例は、抜髄、感染根管治療を問わず根管処置歯1症例とする。
  - 根管処置歯は、術前・術中（根管長測定時またはポイント試適時）・根管充填直後・根管充填6ヶ月以上の経過時のエックス線写真を必要とする。（表2参照）
  - ラバーダム防湿が実施されていることがわかるもの（口腔内写真またはエックス線写真）を添付する。
  
- 3) 歯周症例は、全顎の歯周基本治療を行った1症例とする。ただし、4mm～6mm程度のポケットを有する歯が、4歯以上ある症例に限る。
  - 歯周基本治療前、メンテナンスあるいはSPT時の口腔内写真の提出を必須とする（表3参照）。
  - 歯周基本治療前、メンテナンスまたはSPT時の10枚法または14枚法の全顎エックス線写真を必須とする（表3参照）。但し、歯周基本治療前に限り、パノラマエックス線画像でも可とする。
  - 歯周基本治療後の口腔内写真と全顎エックス線写真は、必要に応じて添付する。
  
- 4) 各症例は少なくとも6ヶ月以上の適切なメンテナンスあるいはSPTを行ったものとする。

※提出症例等については、本会制定の会員行動規範および患者プライバシー保護に関する指針を遵守して下さい。

※エックス線写真が電子媒体の場合は、鮮明にプリントアウトされたものであれば審査対象とする。

## 症例報告に必要な口腔内写真・エックス線写真

(表1)

保存修復	口腔内写真	エックス線写真
術前	◎	○
術中(う蝕病巣除去後、充填前または窩洞形成終了時)	◎	○
術直後	◎	
経過観察	◎	○

(表2)

歯内療法	口腔内写真	エックス線写真
術前	○	◎
術中	○(注4)	○(注4)
術直後	○	◎
経過観察	○	◎

(表3)

歯周治療	口腔内写真	エックス線写真
歯周基本治療前	◎	◎(注6)
歯周基本治療後	○	○
メンテナンスあるいはSPT	◎	◎

注1. すべての写真は鮮明であること。

注2. 上記の◎○は以下の表示である。

◎ : 添付を必須とする。

○ : 添付することが望ましい(委員会より提出を依頼する場合がある)。

注3. 保存修復・歯内療法については患歯および隣在歯が明瞭に判定できるサイズであること。

注4. 歯内療法の術中は、根管長測定時またはポイント試適時いずれか一方を提出する。  
また、ラバーダム防湿が実施されていることがわかるものを添付する。

注5. 歯周治療の口腔内写真は、全顎にわたるもの。  
また、エックス線写真は10枚法または14枚法とする。

注6. 歯周基本治療前のエックス線写真はパノラマエックス線画像でも可とする。

注7. エックス線写真が電子媒体の場合は鮮明にプリントアウトしたものであること。

【記載例】保存修復(1)

提出日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日

提出者氏名 \_\_\_\_\_

症例番号	提出者連絡先: 〒: 住所: 所属: (TEL: _____ FAX: _____)	
	検査日(西暦) 2014年 7月 7日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 年齢 37 歳
部位	主訴	コンポジットレジン・レジンインレー・金属インレー <u>セラミックインレー</u> ・ラミネート・歯の漂白・ グラスアイオプマー・その他( )
	処置内容	
現病歴	0年前に治療した。1週間前に食事中インレーが脱離、現在、一過性の冷水痛はあるが自発痛はない。	
現症	自発痛( <input checked="" type="radio"/> +)、誘発痛(無)冷・温・咬合、打診痛( <input checked="" type="radio"/> 直→+、 <input type="radio"/> 水平→+)、動揺度( <input type="radio"/> ) 亀裂(無・有)、ポケット(MB 2mm B 2mm DB 2mm ML 2mm L 2mm DL 2mm ) 電気診: (対照歯: _____)インピーダンス測定: _____ レーザー蛍光強度測定: シェード( A3 _____)、その他( _____ )	
診断	C <sub>1</sub> ・C <sub>2</sub> ・C <sub>3</sub> ・咬耗・摩耗・破折・着色・変色・その他( _____ ) 再修復処置・着色・変色・う蝕・脱落・その他( _____ )	
修復方法	修復材料	商品名(漂白含)・金属の種類( CEREC BLocs S2-M, SIRONA )
	前準備	除痛法(無 <input checked="" type="radio"/> 有)・歯間分離・歯肉排除・隔壁・その他( _____ )
	窩洞分類	1級 <input checked="" type="radio"/> 2級・3級・4級・5級・6級・WSD・根面・その他( _____ )
	覆髄	(無 <input checked="" type="radio"/> 有) 覆髄剤(材)( _____ )
	裏層	(無 <input checked="" type="radio"/> 有) 裏層材(ビューティフィルフロープラス, 松風)
	レジンコーティング	(無 <input checked="" type="radio"/> 有) レジンコーティング材( _____ )
	窩洞形成	特記事項(レーザー等)を含む: 2級ODセラミックインレー窩洞
	窩洞処理 処置方法 作製方法	接着システム: 商品名等( _____ ) 使用した機材、薬剤等(光照射器: _____ CAD/CAM CEREC Omnicam, SIRONA ) (その他: _____ ) 手順の概要(漂白含): ① 浸潤麻酔(プロネスバスタアロマ, 日本歯科薬品、オーラ注1.8ml, 昭和薬品化学工業) ② 罹患象牙質除去(ラウンドバー、スプーンエキスカベーター、カリエスチェック) ③ 裏層(クリアフィルメガボンドFA, クラレノリタケ、ビューティフィルフロープラス, 松風) ④ 窩洞形成(OD窩洞) ⑤ 光学印象採得(CEREC Omnicam, SIRONA) ⑥ セラミックインレーの設計(CEREC Omnicam, SIRONA) ⑦ セラミックインレー製作(CEREC MC XL, SIRONA) ⑧ セラミックインレー接着(パナビアV5, クラレノリタケ) ⑨ 咬合調整、側方調整(スーパーファイン, 松風) ⑩ 研磨(セラミックポリッシャー, Kerr)
	合着剤	商品名: パナビアV5(クラレノリタケ)
	備考:	CEREC Omnicamを用いた即日セラミックインレー修復

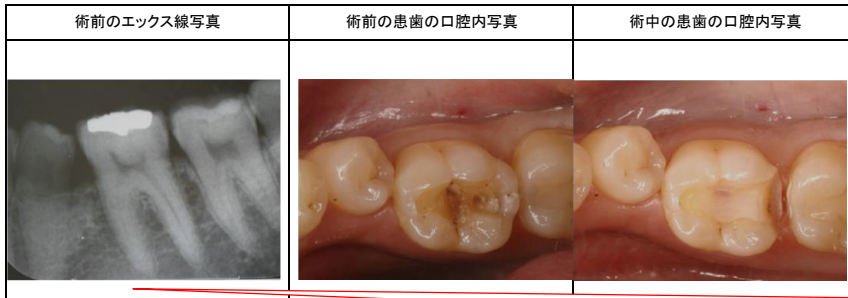
術前の検査は可能な限り詳細に行い、記載して下さい

形成方法について記載して下さい。特に特記すべき事項があれば詳細に記載して下さい。

箇条書きで、わかりやすくかつ詳細に記載して下さい

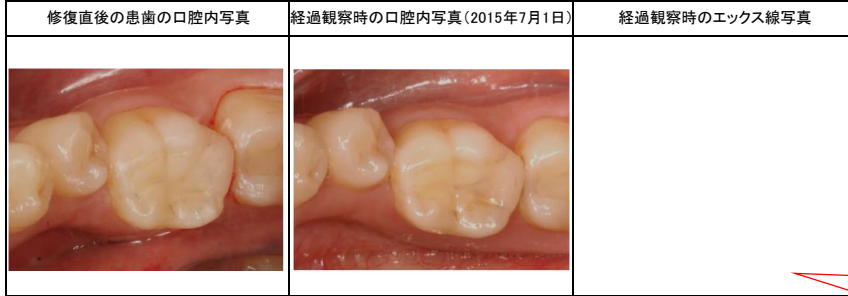
指導医氏名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

保存修復(2)



口腔内写真は、術前・術中・修復直後・経過観察時のすべてを添付して下さい。

術前のエックス線写真は可能な限り添付して下さい。



経過観察時のエックス線写真の添付が望ましいです。

	検査時期	冷水痛	温水痛	打診痛	自発痛	審美性	二次う蝕	歯肉障害	その他
術直後	2014年 7月 7日	⊖・++++	⊖・++++	⊖・++++	⊖・++++	⊖・不良 シェード	⊖・++++	⊖・++++	---++++
	2015年 2月 10日	⊖・++++	⊖・++++	⊖・++++	⊖・++++	⊖・不良 シェード	⊖・++++	⊖・++++	---++++
経過観察	2015年 8月 1日	⊖・++++	⊖・++++	⊖・++++	⊖・++++	⊖・不良 シェード	⊖・++++	⊖・++++	---++++
	年 月 日	---++++	---++++	---++++	---++++	良・不良 シェード	---++++	---++++	---++++

術直後の状態の記載は必須です。ただし、麻酔の奉効で症状が確認できない場合は、術後直近の時点での観察結果を記載してください。

経過観察は必ず記載して下さい。少なくとも6ヶ月以上の経過観察を行って下さい。

症例に関する資料は試験終了後返却いたします。 また、提出写真に関しては、他の用途で使用いたしません。	* 受付印	* 採択	* 不採択
---	-------	------	-------

指導医氏名: \_\_\_\_\_ 印

歯内治療 (1)

提出日(西暦) 年 月 日

提出者氏名



症例番号(1~3)		提出者連絡先: 〒: 住所: 所属: (TEL: FAX: )			
検査日 (西暦)	年 月 日	性別	男・女	年齢	歳
部位	7	主訴 (患歯)	昨日から、ズキズキと痛みが続いている。		
現病歴	1週間前から冷水痛と間歇的な自発痛を認めていたが、昨日になって持続的で強い痛みになっている。				
全身状態	特記事項なし				
既往歴	特記事項なし				
現症 と 検査結果	修復・補綴物	なし(あり)、種類( )	う蝕	なし(あり)	
	露髄	- (±) + エックス線写真上で 仮性露髄を疑う。	歯髄電気診	患歯(値) 56/80 対照歯(部位37:32/80) 使用器具名 analytic pulp tester	
	自発痛	-- ± (±)	誘発痛	-- ± (±)	
	程度	鋭痛、鈍痛、不快感	持続時間	5分間程度	
	種類	拍動、放散、限局、牽引	甘酸味痛	(±) ± +	
	時間	持続性、間歇性、一過性	寒冷痛	-(±) +	
	時期	昼、夜、体位変化時	温熱痛	-- ± (±)	
	打診痛	垂直: -- ± (±) 水平: -- ± (±)	咬合痛	-- ± (±)	
	根尖部歯肉腫脹	(-) ± +	根尖部圧痛	(±) ± +	
	根尖部歯肉発赤	(-) ± +	瘻孔	(+) +、部位	
その他(1)		その他(2)			
診断	急性化膿性全部性歯髄炎				
治療方針	麻酔抜髄				
治療経過	月日	臨床症状	処置内容および備考 (防湿法、根管長測定法、根管形成法、拡大号数、 化学的清掃・洗浄法、貼薬、仮封材・方法、根管充填材・方法)		
	2015/00/00	自発痛(+)、温熱痛(+)、咬合痛(+)	局所浸潤麻酔、ラバーダム防湿 (アイボリー#56)		
		エックス線検査で修復物直下に歯髄腔に	ダイヤモンドポイントで修復物、ロングネックラウンドバーで感染歯質の除去		
		接近する窩を認める。	髓室開拓、根管口明示		
			根管口部およびイスマス部をゲーツグリデンドリルにて拡大		
			電氣的根管長測定 MB 18.0 mm, ML 18.0 mm, D17.0 mm		
			NiTiファイル(プロテーパー)にて根管拡大形成		
			手用ファイルにて根尖部最終拡大号数をM根#30、D根#35とした		
			2.5%NaClOおよび15%EDTAで根管洗浄		
			カルシペックス貼薬、ストップング、ガラスイオノマーセメントで二重仮封		

指導医氏名: 印

歯内治療 (2)

※記入欄が不足した場合は、コピーしたものに記入し添付して下さい。

根管充填後の経過		
月 日	臨床経過	エックス線所見 (根管充填状態ならびに根尖周囲の状態)
2015/00/00	術後疼痛なし。打診(一)	ラバーダム防湿
		ダイヤモンドポイントで仮封材の除去
		根管長および根尖部拡大号数の確認
		(MB 18.0mm #30, ML 18.0 mm #30, D 17.0mm #35)
		2.5%NaClO、15%EDTAおよび超音波による根管の化学的清掃・洗浄
		ペーパーポイントにて根管乾燥
		根管充填用シーラー(キャナルス)の練和、塗布(ペーパーポイント)
		インジェクション(加熱加圧)法(スーパーエンドβ)で垂直加圧根管充填
		グラスアイオノマーセメントにて裏層・仮封
2015/00/00	1週間後経過観察 打診(±)	3か月後経過観察までアクセス窩洞をCRで填塞
2015/00/00	3か月後経過観察 打診(一)	予後良好のため補綴処置へ移行

術前患歯の口腔内写真	術前エックス線写真	術中エックス線写真
撮影年月日: 年 月 日	撮影年月日: 年 月 日	撮影年月日: 年 月 日
		根管長測定時またはポイント試適時術中のエックス線写真または口腔内写真でラバーダム防湿の装着が確認できるようにしてください。 なお、口腔内写真を添付する場合は、予備(下段)に添付してください。

術直後エックス線写真	経過観察時エックス線写真	予備( )
撮影年月日: 年 月 日	撮影年月日: 年 月 日	撮影年月日: 年 月 日
		

症例に関する資料は試験終了後返却いたします。 また、提出写真に関しては、他の用途で使用いたしません。	* 受付印	* 採択	* 不採択
---	-------	------	-------

指導医氏名: \_\_\_\_\_ 印

歯周治療 (1)

提出日 (西暦) 年 月 日

提出者氏名

症例番号	提出者連絡先: (TEL: _____ FAX: _____)		
検査日 (西暦)	2010年 10月 4日	性別	(男) 女 年齢 40 歳
主訴	口の臭いが気になる		
現病歴	2~3ヶ月前より、疲労時に口臭を自覚するようになり、家族からも指摘されるようになった。		
現症	1 7 動揺度 2度、31・32・33・41・42・43線上海石		
全身状態	特になし		
原因因子	歯ざしり		
診断	広汎型慢性歯周炎		

場合により広がり (広汎型、限局型) を記載して下さい。

日本歯周病学会による歯周病分類システム (2006) に準じて、記載して下さい。

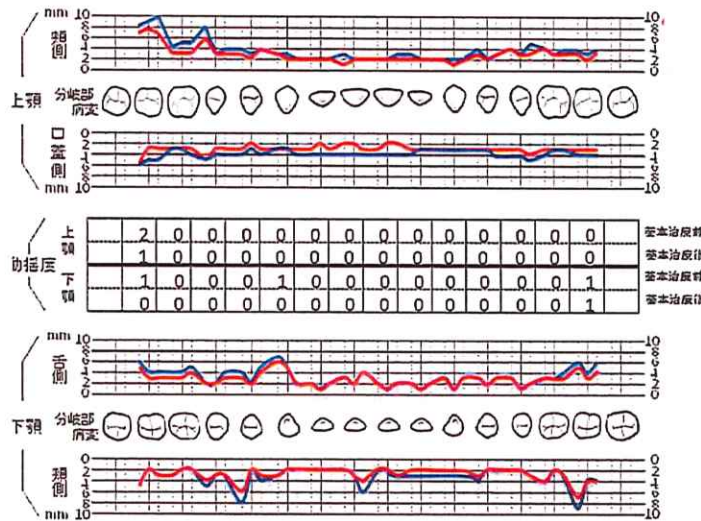
初診 2010年 10月 4日

●歯周基本治療前 (2010年10月 4日) PCR: 28.7%

PD: 青線で記入 BOP: 35.1%

○歯周基本治療後 (2011年 2月 7日) PCR: 9.8%

PD: 赤線で記入 BOP: 19.0%



指導医氏名: \_\_\_\_\_ 印





歯周治療 (3-1)

歯周病口腔内写真及びエックス線写真

提出日(西暦)

提出者氏名

症例番号	提出者連絡先:
	〒:
	住所:
	所属:
	(TEL):

正面像、左右側面像、口蓋面像、舌側面像の5枚以上。  
歯肉、歯槽粘膜の状態が十分に判別できるものを貼付して下さい。

※写真用厚紙に印刷したものを貼付するか、直接印刷してください。

歯周基本治療前口腔内写真(全顎)(撮影年月日: 年 月 日)



歯周基本治療前エックス線写真 (撮影年月日: 年 月 日)



歯周基本治療後の口腔内写真(全顎)(撮影年月日: 年 月 日)



歯周基本治療前と同様のものを  
貼付してください。

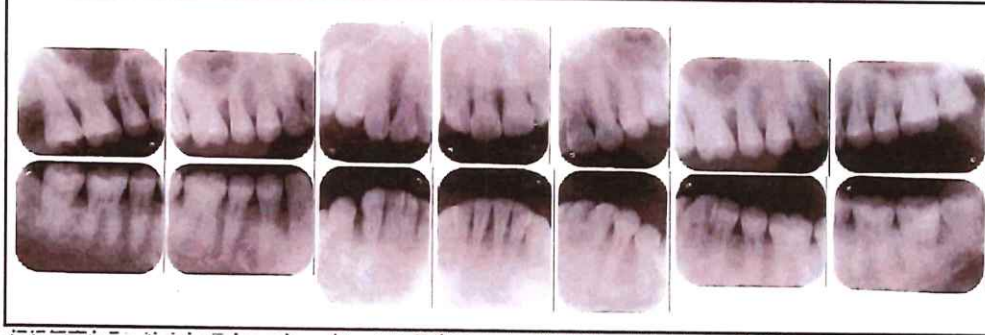
指導医氏名: 印

歯周治療 (3-2)

歯周病口腔内写真及びエックス線写真(2)

※写真用厚紙に印刷したものを貼付するか、直接印刷してください。

歯周基本治療後エックス線写真(10枚法または14枚法)(撮影年月日: 年 月 日)



メンテナンスあるいはSPT( 年 11ヶ月後のエックス線写真(10枚法または14枚法))(撮影年月日: 年 月 日)



メンテナンスあるいはSPT( 年 11ヶ月後の口腔内写真)(撮影年月日: 年 月 日)



歯周基本治療前と同様のものを貼付してください。

指導医氏名: \_\_\_\_\_ 印