

2024 年度(第 6 回)日本口蓋裂学会認定師認定審査について

－ 矯正歯科分野の手引き －

日本口蓋裂学会では、多職種連携のもと、より良い口唇裂口蓋裂治療を実践していただくべく、また、国民に対して本疾患治療の専門性の理解を深めていただくべく 2019 年度より日本口蓋裂学会認定師制度を導入しております。審査は、書類審査で行いますが、申請者自らの分野での口唇裂・口蓋裂治療の具体的症例に加え、他分野との連携した治療についての代表的な経験症例を重点症例として提出していただき、それら書類について認定師認定委員会において、他分野の委員の陪席のもと公正に審査を進めていきます。

申請者は、手引き内容に従い、経験が十分判断されるように説明と資料添付を行い、漏れや誤りなく、期限厳守で提出をしてください。

2024 年 4 月
委員長 飯田征二

1. 書式 4、5、6、小論文の説明

書式 4：重点症例記録 (PowerPoint ; A4 (縦) プリントアウト)

- ・申請者が、主として自ら治療を担当あるいは指導した代表的な 2 症例について治療経過の記録を提出してください。
- ・提出いただく 2 症例は以下のとおりですが、重点症例 1, 2 とも硬口蓋に裂を有する唇顎口蓋裂症例とし、唇裂、唇顎裂あるいは硬軟口蓋裂単独症例は除きます。

重点症例 1

片側性または両側性唇顎口蓋裂症例：第一期治療症例（上下顎間関係の改善、骨移植後の顎裂部への犬歯等の歯の萌出誘導、排列あるいは反対咬合、中等度以上の叢生などに対処し治療結果が確認できる症例に限る。）

重点症例 2

片側性または両側性唇顎口蓋裂症例：第二期治療症例（保定開始まで至っている）

- ・第一期治療、第二期治療前後に撮影した口腔内写真（咬頭嵌合位 5 枚組み：正面、上下咬合面観、左右側面観）および顔貌写真（必須：正面、側面、オプション：口元周囲の拡大）。

- ・第一期治療、第二期治療前後に撮影したパノラマエックス線写真。ただし、顎裂部が不鮮明な場合は、デンタルエックス線写真、オクルーザルエックス線写真あるいはCTなどの提出が必要です。
- ・第一期治療、第二期治療前後のセファログラムのトレースの重ね合わせ。第二期治療前後では全体の重ね合わせとともに、上顎、下顎それぞれの重ね合わせも提出してください。原則的にトレースの重ね合わせは手書きに限ります。
- ・口腔内写真、顔貌写真ならびに各種エックス線写真には撮影時年齢を記載してください。
- ・他分野との治療連携の内容および連携診療科あるいは施設名を必ず付記してください。当該症例の一連の治療経過中での他分野との連携記録を付記してください。（注：例えば、顎裂部骨移植における形成外科／口腔外科との連携記録および連携施設名、音声言語に係わる言語聴覚士との連携記録および連携施設名など、申請者が把握している範囲で記載してください。）

※患者（保護者の同意）：重点症例の資料提出にあたっては、患者または保護者（代諾者）から同意を得ることを原則としますが、同意書の提出は必要ありません。なお、治療終了後時間が経過しているあるいは転居等の理由で同意を得られない場合には、申請者の責任の下で審査を受けて下さい。

書式5：報告症例記録（Excel；A4（横）プリントアウト）

ミニレポート 5 症例（口唇裂・口蓋裂のうち唇裂、軟口蓋裂単独症例 は除く）

- ・申請者が、主治医または指導医として治療に関係した5症例（重点症例の2症例を除く）についての記録を提出してください。
 - ・各症例について記載いただく項目は以下のとおりです。Excelファイルにある「記載例」を参考に作成して下さい。
1. 提示症例番号、2. 所属医療機関名、3. 性別、4. 初診時年齢、5. 動的治療開始時年齢（第一期）、6. 顎裂部骨移植時年齢、7. 動的治療開始時年齢（第二期）、8. 診断名（裂型と不正咬合）、9. 使用装置、10. 治療内容（選択）、11. 口唇形成手術施行医療機関名、12. 口蓋形成手術施行医療機関名、13. 言語治療実施医療機関名、14. 顎裂部骨移植施行医療機関名

※診断名は第一期治療時と第二期治療時の両方を記載してください。

書式6：業績目録（Word；A4（縦）プリントアウト）

申請者の下記条件に該当する業績を列記してください。

1. 口唇裂・口蓋裂に関する論文あるいは著書1件（共著者でも可）。
2. 口唇裂・口蓋裂に関する学会か研究会などでの発表2件（共同発表者でも可）。

- ・ 注意事項を守って記入し、自署、捺印をしてください。

小論文：業績目録（Word ; A4（縦）プリントアウト 20 行 x 20 字の 400 字まで）

口唇裂・口蓋裂治療におけるチーム医療、医療連携について記載して下さい。字数は 400 字以内とします。現在の自分のチームの課題や理想のチーム医療やチーム医療における矯正歯科を専門とする歯科医師の役割などご自身の考えを記載してください。

日本矯正歯科学会認定医資格証または指導医／専門医資格証のコピーを添付してください。

- ・ 矯正歯科分野領域においては、一般矯正歯科治療の技術レベルの担保を目的として、「日本矯正歯科学会認定医の資格を有することを原則としていますが、これらの資格を有しない場合でも口唇裂・口蓋裂患児（患者）に対する治療管理の経験が豊富で、かつ口唇裂・口蓋裂関連論文あるいは学会発表等の学術活動も十分であると認定師認定委員会が判断した場合には審査に付すことができる」、としています。上記条件に当てはまると考えられる方は、予め申請前に事務局まで照会ください。 また、指導症例を提出する方は、「研修指導医」である必要がありますので、その資格証のコピーも添付してください。

2. 問い合わせ、送付先

症例内容などの学術的質問、あるいは申請書類の記入方法、申請方法などの事務的質問は、日本口蓋裂学会事務局に、所属分野とご氏名を申し出て、メールでお問い合わせください。

一般社団法人日本口蓋裂学会事務局
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2 丁目 4 番地 12 号
新宿ラムダックスビル 9F (株)春恒社学会事業部内
jcpa-office@shunkosha.com