

歯科固有の技術に関する調査
報告書

平成 17 年 3 月

日本歯科医学会

はじめに

この度、日本歯科医学会では中央社会保険医療協議会からの要請を受け、「歯科固有の技術に関する調査」を実施し、報告書をまとめるに至りました。

健康保険法の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針には、医療技術の適正な評価が掲げられ、医療従事者の専門性やチーム医療にも配慮しつつ、難易度・時間・技術力等を踏まえた評価、ならびにそのために必要な調査・分析を進めることとされております。また医療技術評価分科会におきましても、歯科固有の技術をその評価対象技術として検討することとされております。

そこで本調査では、歯科固有の技術である「歯周治療」、「補綴治療」等に関する『治療指針』について、医療担当者の意識、臨床への実践に関する実態を把握し、『治療指針』の有用性について検証いたしました。

併せて、平成16年度診療報酬改定で保険適用が認められた睡眠時無呼吸症候群における口腔内装置治療法のタイムスタディ（難易度・時間等）調査等も実施いたしました。

本調査結果が診療報酬改定におきまして、医療技術の適正評価を検討する上で、重要かつ貴重な基礎資料を提供するとともに、治療指針の方向性を探る一助となれば幸甚に存じます。

なお、年度末にもかかわらず、快くご協力頂きました歯科医師の先生方、関係各位に対しまして深く感謝いたします。

目 次

歯科固有の技術に関する調査

第1章 「治療指針」(診療ガイドライン)に関する調査

．調査設計概要	
1．調査目的	1
2．調査対象者	1
3．調査対象地域	1
4．調査対象者数	1
5．抽出方法	1
6．回収率(数)と属性	1
7．調査期間	2
8．調査方法	2
9．調査内容	2
10．調査主体	2
11．実施・集計・分析	2
12．報告書監修	2
．調査の流れ	3
．調査結果のまとめ	4
．調査結果の詳細	
1．「対象者の属性」について	6
2．「歯周病の診断と治療のガイドライン」について	8
3．「ブリッジの適応と設計」について	16
4．「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」について	22
5．「歯科訪問診療における基本的な考え方」について	26
6．「リベース」について	30
7．「スタディモデルの取り扱い」について	35
8．「新たなガイドラインが必要と思われる項目」について	39

．提言	40
．参考資料	
集計結果表	43
調査票	55

第2章 「睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置治療」に関する調査

．調査設計概要	
1．調査目的	63
2．調査対象	63
3．調査対象数	63
4．抽出方法	63
5．回収数（率）と属性	63
6．調査期間	63
7．調査方法	63
8．調査内容	64
9．調査主体・実施	64
10．集計	64
11．分析・報告書監修	64
．調査の流れ	65
．調査結果のまとめ	66
．調査結果の詳細	
1．集計・分析	69
2．装置の形態と総装置数	91
3．装置作製のための使用材料と材料料	91
．考察・提言	93

. 參考資料

集計結果表	-----	95
調査票	-----	102

第 1 章

「治療指針」(診療ガイドライン)に関する調査

．調査設計概要

1．調査目的

医療技術評価に関し、歯科固有の技術（歯周治療、補綴治療等）に関する調査（歯科疾患の重症化予防技術等の評価を含む）を行い、診療報酬改定における医療技術の適正評価の基礎資料等を得ることを目的とする。

2．調査対象者

歯科診療所の責任者（臨床経験が5年以上の歯科医師）

3．調査対象地域

全国の歯科診療所

4．調査対象者数

歯科診療所 300施設

5．抽出方法

調査対象となる全国の歯科診療所から300施設を無作為抽出し調査客体とした。

6．回収率（数）と属性

回収率は63.3%（190）

【属性】		人数	割合
歯科医師経験年数	15年未満	25	13.2
	15年～19年	35	18.4
	20年～24年	40	21.0
	25年～29年	44	23.2
	30年～39年	32	16.8
	40年以上	9	4.7
認定医の資格	なし	94	49.5
	あり	93	48.9
指導医の資格	なし	161	84.7
	あり	19	10.0

* それぞれの属性について無回答があるため、100.0%にならない。

* 病床については全て無床であった。

7．調査期間

平成 17 年 2 月 1 日～同年 2 月 15 日（最終〆切りは 21 日）

8．調査方法

往復郵送調査（アンケートとガイドラインの抜粋を送付）

9．調査内容（詳細は参考資料の調査票を参照）

- ・ 歯周病の診断と治療のガイドライン
- ・ ブリッジの適応症と設計
- ・ 有床義歯の調整・指導についてのガイドライン
- ・ 歯科訪問診療における基本的な考え方
- ・ リベースについて
- ・ スタディモデルについて
- ・ 新たに必要なガイドラインについて

10．調査主体

日本歯科医学会

11．実施・集計・分析

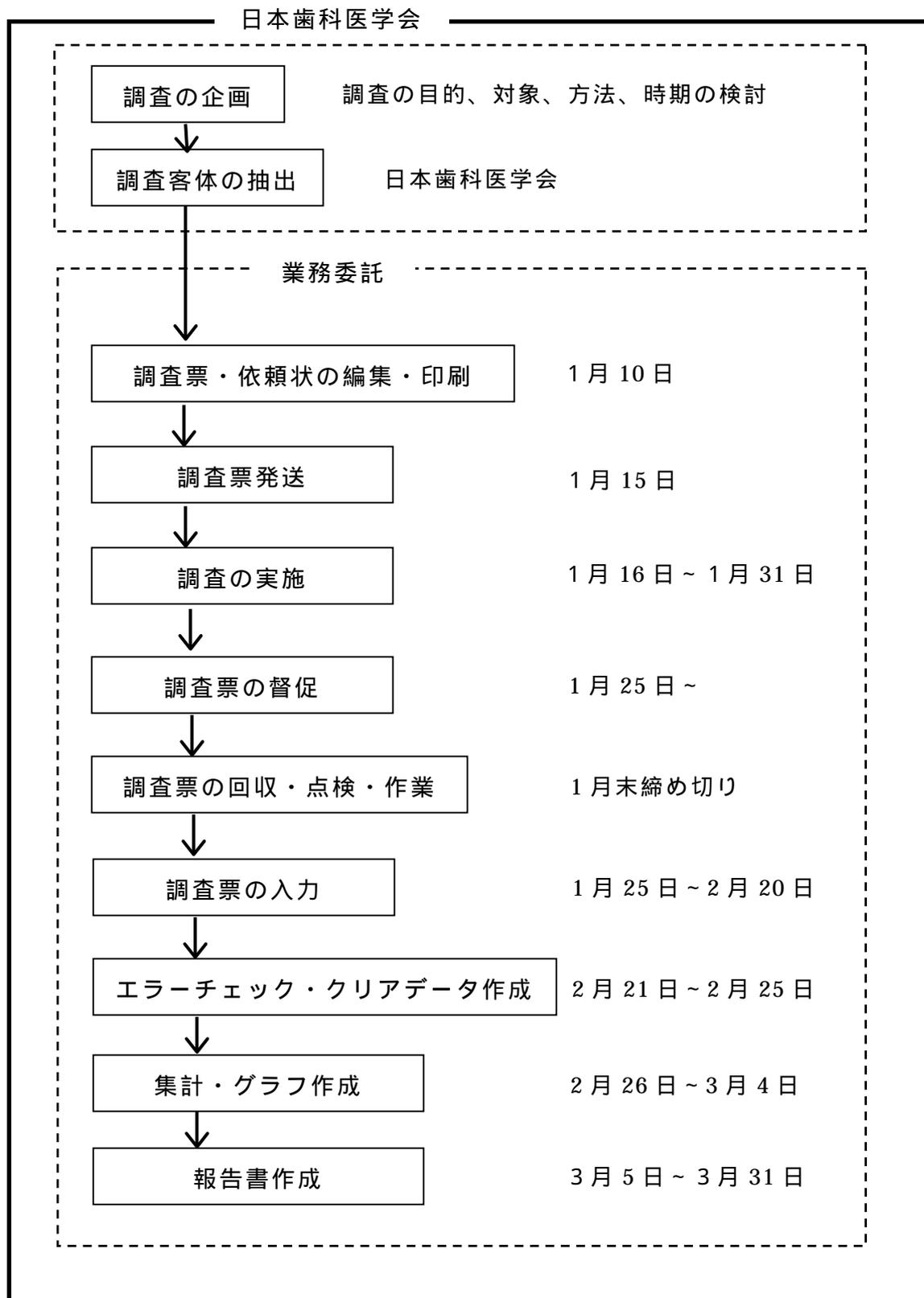
（株）山手情報処理センター

12．報告書監修

東京医科歯科大学 教授 寺岡加代

・ 調査の流れ

「治療指針（診療ガイドライン）に関する調査」に係る業務の流れ



・調査結果のまとめ

(1) 歯周病の診断と治療のガイドラインについて

参考になっている歯科医師の割合は73%で、概ね活用されていると判断できる。反面、「わかりにくい」と回答した歯科医師が36%を占め、これらの歯科医師の意見をまとめると以下のようなになる。

治療のステップが画一的である。

特にスケーリング、SRPについては症例に応じて臨機応変に出来るように記載すべきである。

ガイドラインの流れ通りにステップを踏むのが難しい。

この流れでゴールまで患者の受診意欲をつなぎとめるのは難しい。

ガイドラインに基づく診断と治療による治療成績(アウトカム)の検証をするべきである。

歯周病に関連する咬合治療についての踏み込んだ記述がほしい。

「免疫応答」に関する概念が欠如している。

(2) ブリッジの適応症と設計について

参考になっている歯科医師の割合は70%で、概ね活用されていると判断できる。反面、「わかりにくい」と回答した歯科医師が28%を占め、これらの歯科医師の意見をまとめると以下のようなになる。

ガイドラインにある適応条件に従うと、健全な歯牙を削ることが多くなる。

歯牙の分割後の適応条件に関する記載に不備がある。

遊離端の条件に関する記載が臨床に適していない。

(3) 有床義歯の調整・指導についてのガイドライン

参考になっている歯科医師と、していない歯科医師の割合はそれぞれ49%と50%で、ほぼ同数であった。参考にしない理由としては、「基本的な記述が多過ぎる」と回答した歯科医師が大半であった。現場の歯科医師たちは、改定にあたってより専門的な内容を要求している。

(4) 歯科訪問治療における基本的な考え方

今回のアンケートでは「参考になっている」と回答した歯科医師の割合が34%であり、歯周病やブリッジのガイドラインに比べ、少数であった。これはアンケートの対象者のうち訪問治療をしている歯科医師が少なかったためと推測される。したがってこの

項目に関しては、訪問治療に携わる歯科医師を対象とする詳細な調査が必要である。

(5) リベースについて

「内容がわかりやすい」と回答した歯科医師の割合が63%と多かったにも拘らず、「参考にしていない」と回答した歯科医師が67%を占めた。その理由をまとめると以下のようなになる。

技術的に古い内容の記載が多い。例えば直接法に関する記述がなく、現場では用いられることが少ない間接法の記述が多い。

材料の著しい進歩により、ソフトライニングという新しいリベース法が生まれているが、従来のリベース法の記述のみである。

(6) スタディモデルの取り扱いについて

「参考にしていない」と回答した歯科医師の割合が67%と高かった。臨床経験が短い歯科医師の答えも同様であり、現場ではあまり必要としていないと考えられる。

(7) 新たにガイドラインが必要と思われる分野

要望の最も多かった項目は「顎関節症」で約60%を占めた。以下、「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」(35.8%)、「歯の再植または移植手術」(27.9%)、「歯内療法」(21.6%)、「義歯設計」(20.0%)の順である。「顎関節症」は全ての臨床経験年数のカテゴリ - で要望が高く、「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」も経験年数40年以上の者を除き、約3割以上で要望があったことから、当該分野のガイドラインの追加が望まれる。また、「歯の再植または移植手術」が経験年数15年以下で44%を占めたことから、再植または移植という歯科治療の新たな方向性が窺える。

(単位は%で四捨五入)

項目	参考にする	参考にしない	理解できる	理解できない	分かり易い
歯周病の診断	73	26	79	19	59
ブリッジ	70	28	-	-	65
有床義歯	49	50	-	-	70
歯科訪問診療	34	64	-	-	53
リベース	32	67	-	-	63
スタディモデル	32	67	-	-	68

・調査結果の詳細

1. 「対象者の属性」について

この調査対象者の属性について詳細を見ると、日本歯科医学会分科会認定医資格有無の「資格あり」と歯科医師経験年数の関連では、(全体の49.0%を占める)「30年～39年」が56.3%、「40年以上」が55.6%、「25年～29年」が54.5%で、25年以上が5割を超えている(図-1)。

また、認定医資格者の分布を見ると、「補綴」が26.9%と最も高く、次いで「歯周病」が18.3%、「保存」17.2%、「矯正歯科」16.1%、「小児歯科」10.8%が主なものとなっている(図-2)。

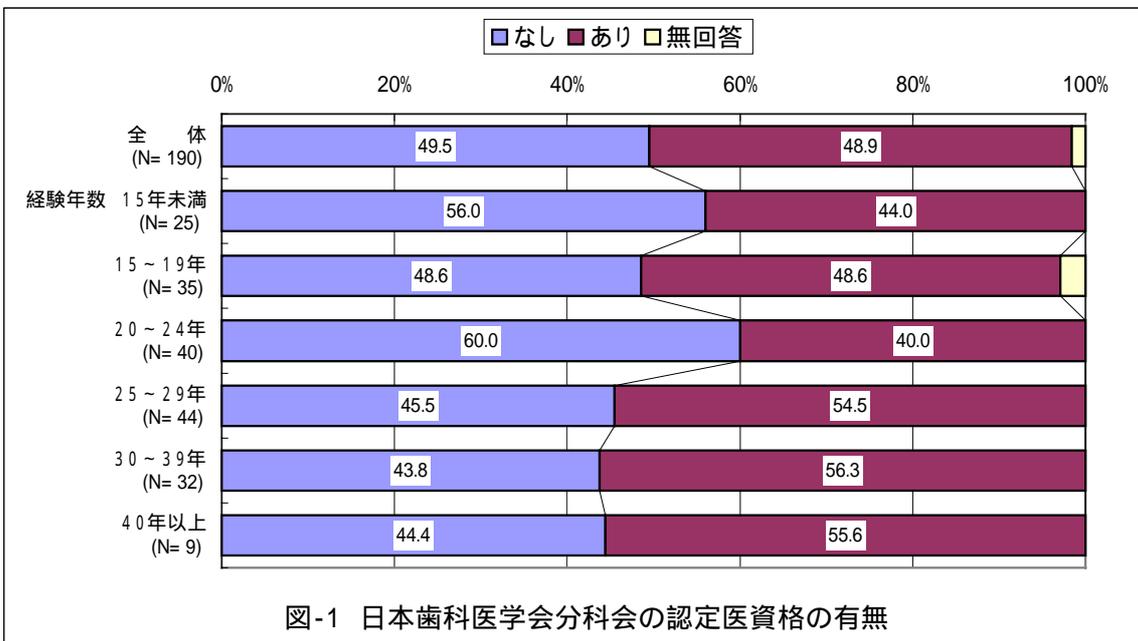


図-1 日本歯科医学会分科会の認定医資格の有無

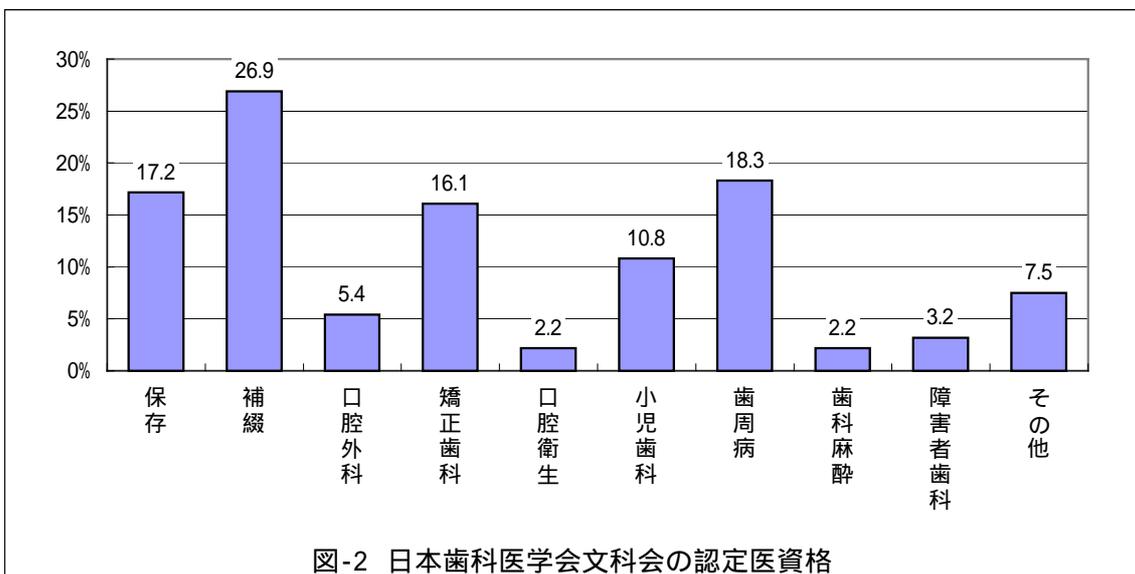
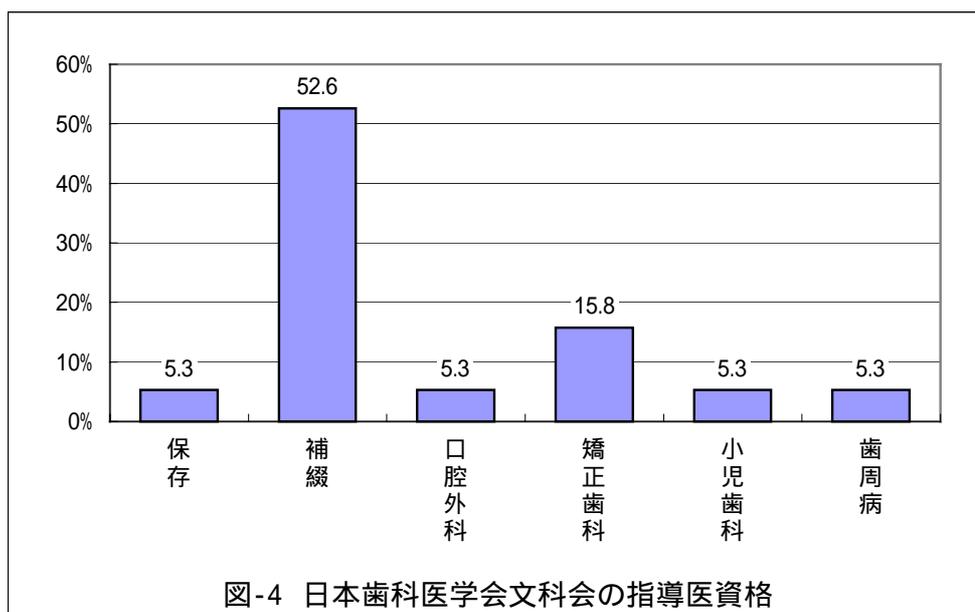
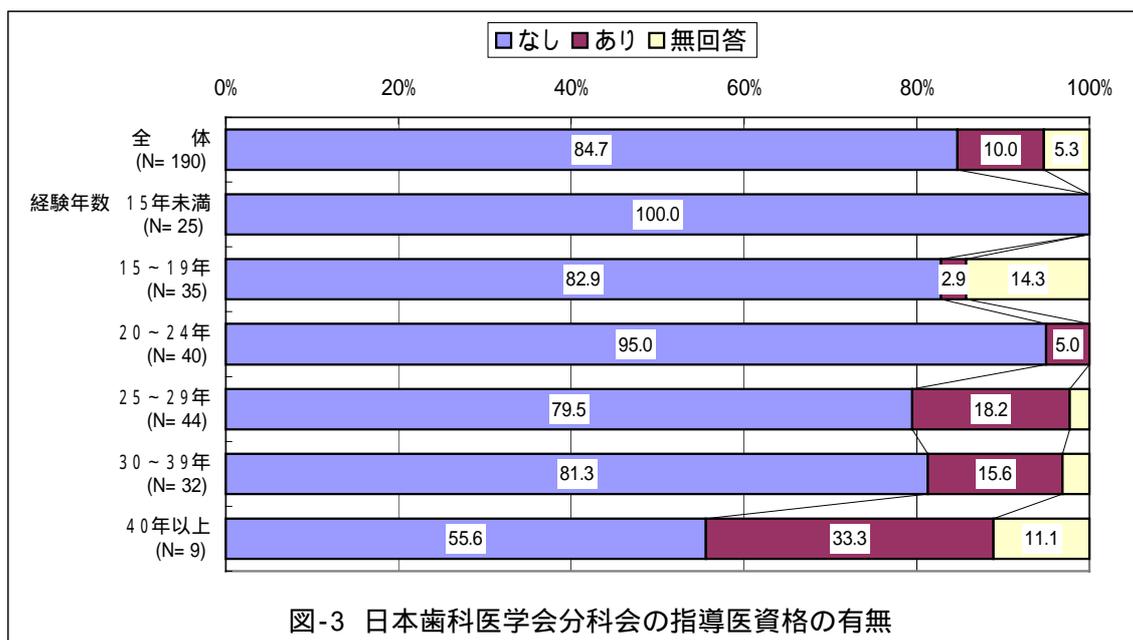


図-2 日本歯科医学会分科会の認定医資格

一方、日本歯科医学会分科会の指導医資格有無の「資格あり」(全体の10.0%で19人)について、歯科医師経験年数との関連を見ると、「40年以上」が33.3%、「25年～29年」が18.2%、次いで「30年～39年」が15.6%となっており、25年以上で8割強を占めている(図-3)。

また、指導医資格者の分布を見ると、「補綴」が52.6%と過半数を占め、次いで「矯正歯科」の15.8%、「保存」、「口腔外科」、「小児歯科」、「歯周病」がそれぞれ5.3%となっている(図-4)。



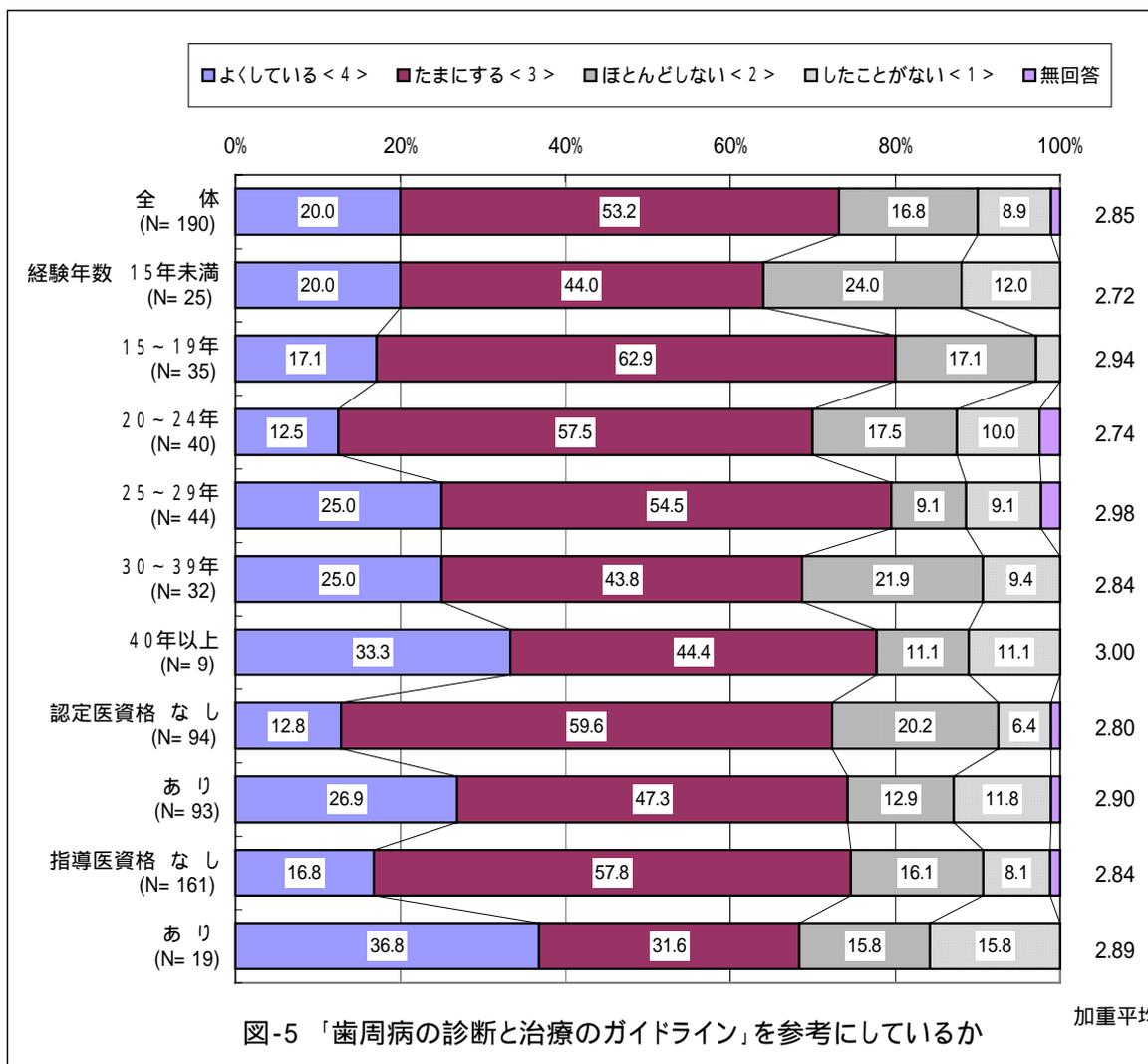
2. 「歯周病の診断と治療のガイドライン」について

「歯周病の診断と治療のガイドライン」の参考度

全体で「参考になっている」程度をみると、「よくしている」20.0%と「たまにする」53.2%を加え、『参考になっている』が73.2%となっており、参考になっている人が多い。また、「ほとんどしていない」16.8%と「したことがない」8.9%を加え、『参考にしない』が25.8%であり、加重平均は2.85であった(図-5)。

以下、表現の中の『』は「よくしている+たまにする」などを合計したものを表記する。

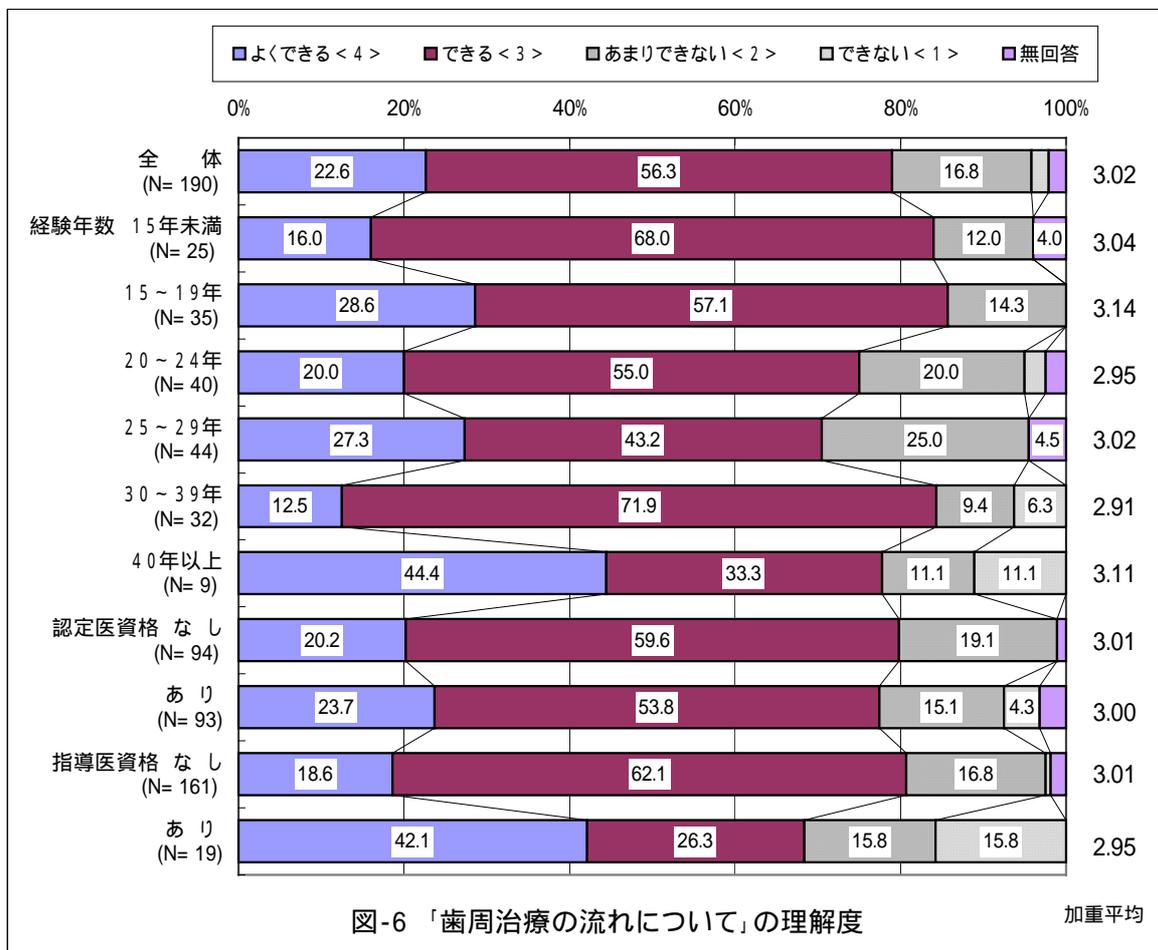
一方、下記のグラフでも分かるように経験年数別で『参考にしない』は「15年未満」と「30年～39年」の傾向が酷似している。認定医の資格の有無での差はないが、指導医の資格の有無で「なし」の方がやや参考になっている傾向が見られる。



「歯周治療の流れについて」の理解度

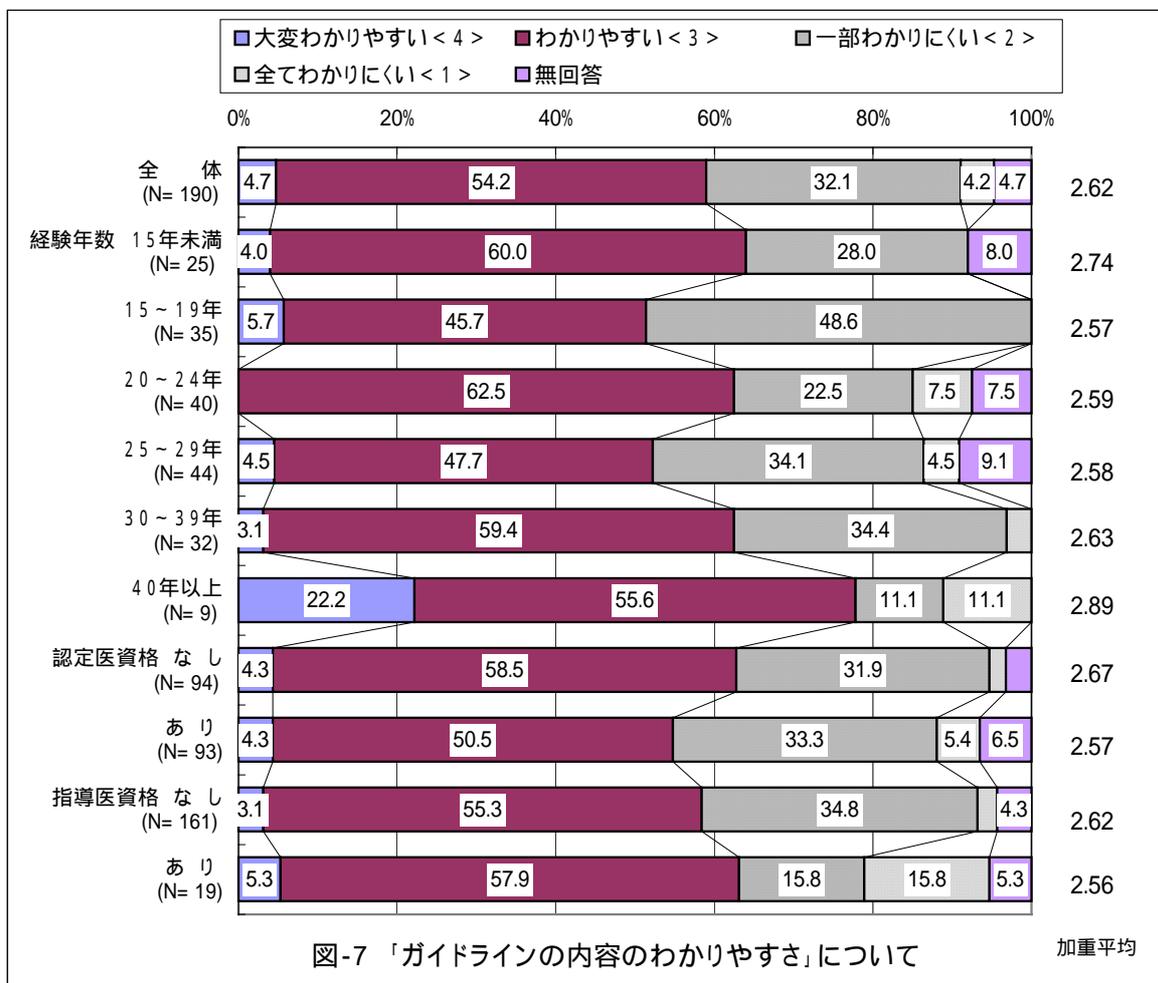
全体で、『理解できる』が 78.9%で約 8 割の人が理解しており、加重平均も 3.02 である。一方、グラフでも傾向が現れているが、経験年数別で『理解できる』は「15 年未満」「15 年～19 年」「30 年～39 年」のいずれも 85%前後を示している。しかし、「25 年～29 年」については 70.5%と最も低い(図 - 6)。

次に認定医資格の有無別では殆ど差が見られないが、指導医資格の有無別で見ると、「資格あり」の「理解できる」が 68.4%、「資格なし」の「理解できる」が 80.7%と大きな開きがある。つまり、指導医の資格を持っている人にとって理解できない傾向が強い。



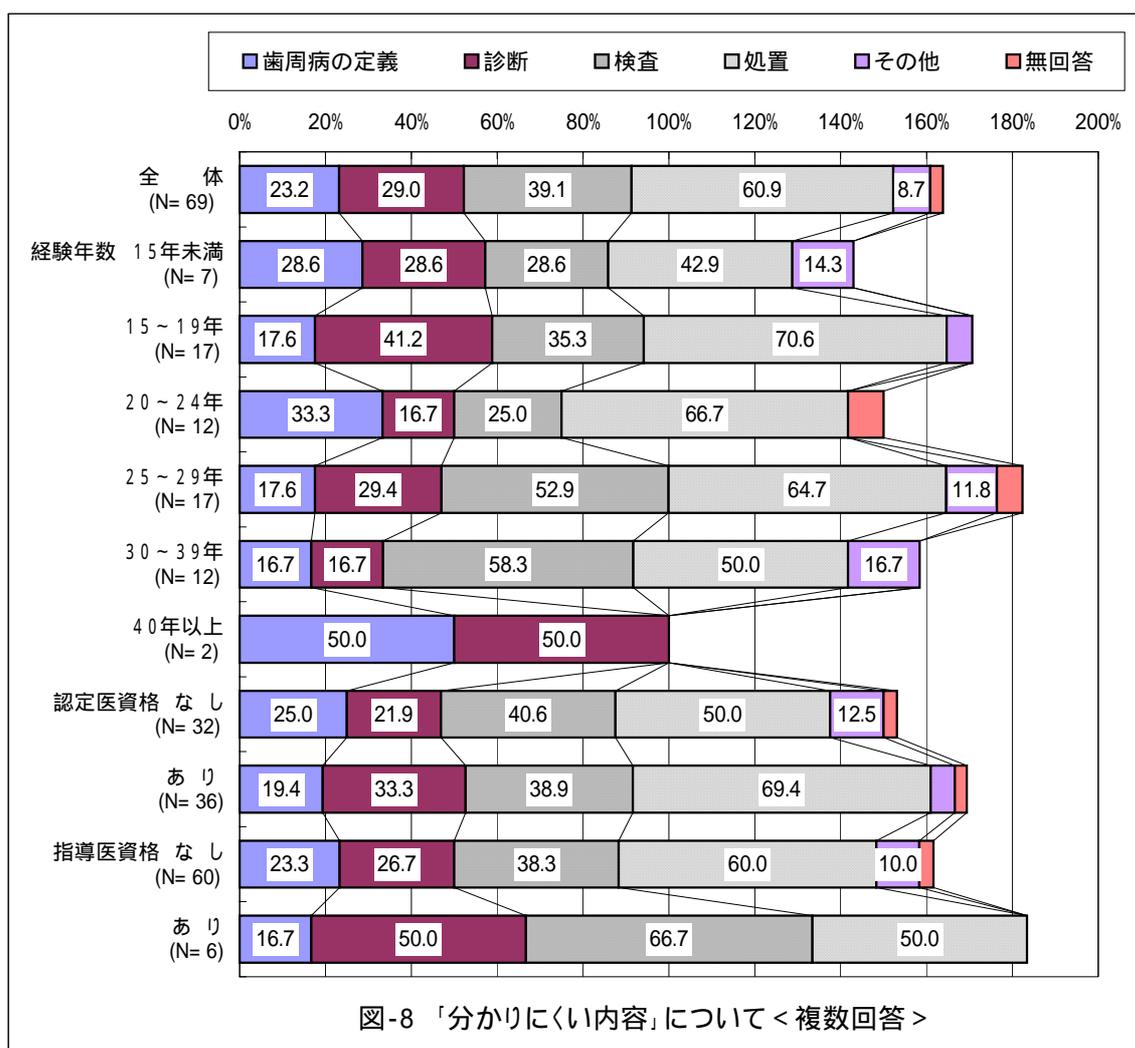
「ガイドラインの内容について」の分かりやすさ

全体で、『わかりやすい』が 58.9%で、加重平均は 2.62 である。一方、経験年数別で『わかりやすい』をみると、最も高いのが「40年以上」で 77.8%、次いで「15年未満」の 64.0%、「20年～24年」「30年～39年」のいずれも 62.5%となっている。次に認定医資格の有無別で『わかりやすい』をみると、「資格なし」が 62.8%で「あり」が 54.8%となっている。指導医資格の有無別で『わかりやすい』を見ると、「資格あり」が 63.2%、「資格なし」が 58.4%となっている。つまり、指導医の資格を持っている人と認定医の資格がない人の方が「わかりやすい」傾向が窺える(図-7)。



「分かりにくい内容」について

全体で、分かりにくい内容の部分について見ると、「処置」が60.9%と最も高く、次いで「検査」の39.1%、「診断」が29.0%、「歯周病の定義」が23.2%となっており、圧倒的に分かりにくいのは「処置」の部分である（図-8）。一方、経験年数別で見ても全ての経験年数別において「処置」が最も高く、特に「15年～19年」が70.6%である。次に認定医資格の有無別の「資格なし」の「処置」が50.0%で「資格あり」の「処置」が69.4%となっている。一方、指導医資格の有無別で「資格なし」の「処置」が60.0%、「資格あり」の「処置」が50.0%となっており、「資格」で見ると、認定医資格者は認定資格なしよりも「処置」については分かり難いとしている。また、指導医資格者は指導医資格なしよりも低い傾向を示している。



自由記入の整理・まとめ

「歯周病の診断と治療のガイドライン」の問題点について
自由記入の意見を以下の3項目に集約した。

- 1) 歯周病治療の基本的な考え方
- 2) 歯周病の検査、診断、治療計画について
- 3) 歯周病の治療内容

1) 歯周病治療の基本的な考え方

(1) ガイドラインをおおよそ評価しているもの

- (歯周病の治療の流れは理解出来る)
- (大変よくまとまっているが、もう少し歯科医師の自由裁量が欲しい)
- (基本的には、十分な内容になっている)
- (歯周病菌の検査を行って、裏付けのある治療をしていくことは重要である)

(2) 内容の更新を概略で求めているもの

- (内容を新しくして欲しい)
- (症例は全て定義づけられず、生活環境も影響を及ぼす)
- (内容は理解出来る)
- (イラスト・図・表が必要)
- (机上の理論と臨床現場が一致しない)
- (患者は理解するが、早期治療を望んでいる)
- (治療期間がガイドライン通りにいかないこともある)
- (歯周治療検査からメンテナンスまで、うまく活用できないことがある)
- (内容は理解出来るが、もう少しフレキシブルに考えたほうが良い)
- (歯肉炎についてのガイドラインが欲しい)
- (治療の流れを患者に理解させる内容を記載して欲しい)
- (歯周病は傾向治療だと捉えている)
- (ガイドラインをさらに臨床的にして欲しい)
- (項目ごとの解説はわかりやすいが、症例を示すともっと良い)
- (歯肉炎の内容を充実させて欲しい)
- (診断基準が古すぎる)
- (患者の歯周病に対する価値観とガイドラインとに違いがあり、困惑することがある)

(3) 内容の更新を具体的に求めているもの

- ・ 治療の保険適応範囲の拡大を希望
 - (歯周病治療の適用範囲の拡大を要望する)
 - (歯科医師の裁量権がなさすぎる)
 - (保険治療に則したガイドラインの拡大を希望する)
 - (治療方針が細かすぎて、治療時間がかかりすぎる)
 - (ガイドラインで一律に決められた治療に不満である)
- ・ 歯周病と補綴物の関連性の記載を希望
 - (歯周病と補綴物の関連性が重要であるのに、ほとんど触れられていない)
- ・ 歯周病の免疫応答を具体的に記載することを希望
 - (歯周病の免疫応答を具体的に記載して欲しい)
- ・ 歯周外科後の治癒の部分的評価の説明を希望
 - (歯周外科後の治癒に対する部分的評価を説明して欲しい)
- ・ 歯周病の予防が強調されすぎなので、他の部分を補充することを希望
 - (予防が強調されすぎたガイドラインである)
- ・ 歯周病と喫煙の関連の記載を希望
 - (歯周病と喫煙の関係を入れて欲しい)
- ・ 地域特性を考慮したガイドラインの作成を希望
 - (地域特性を考慮したガイドラインの作成)
- ・ ブラキシズム・咬合性外傷と歯周病の関連性に関する記載の充実を希望
 - (ブラキシズムと P との関係の記載、咬合性外傷と P の関係の記載が不十分)

2) 歯周病の検査、診断、治療計画について

内容の問題点と要望

- (1) 歯周病検査について充実させこと希望
 - (検査項目の充実を望む)
 - (歯周検査に不備があるので改善が必要)
 - (歯周検査は基本検査と精密検査を一本化すると良い)
 - (歯垢の付着状態は検査に入れないほうが良い)
 - (治療効果の部分的再評価は歯周治療の効果と違っていいのかが疑問)
 - (急発の歯周病で、初診時に基本検査ができないのは不満)
 - (細菌検査などの化学的検査項目が欠落している)
 - (精密検査の口腔清掃状態の評価をもっと改善して欲しい)
 - (検査に部位特異性を入れて欲しい)

- (治療計画の立案で、時間の設定で自由度が少ない)
- (2) 歯周病検査に対して不満がある
 - (精密検査の項目の妥当性が疑問)
 - (処置前に常に基本検査を優先させるのはどうかと思う)
 - (ガイドラインが検査中心である。患者に「また検査か」といわれる)
 - (検査に始まり、検査で終わるのは治療上、理想から離れている)
- 3) 歯周病の治療内容について
 - (1) SRP に対する要望
 - (急性期に効果のあるペリオクリンが SRP 後の 4 回しか算定出来ない。必要材料も使えない)
 - (スケーリングが数回必要なケースが多々見られる)
 - (スケーリングしてから SRP というのは時間がかかりすぎて、患者が通院出来ない)
 - (スケーリングが必要なこと、すぐ SRP が行えることが必要)
 - (海外では一日で全顎の SRP が行われているが、我が国でも出来るようにして欲しい)
 - (SRP が終了しないと歯周外科処置が出来ないことが困る)
 - (除石の必要なく、すぐに SRP 処置することを可能なようにして欲しい)
 - (初期のスケーリング後に、ペリオクリン、ペリオフィールなどの薬剤が必要なことがある)
 - (スケーリングは 1 日で全顎行えるようにして欲しい)
 - (口腔内状態の悪いものは、再スケーリング、再 SRP 等、何度でもやれるようにして欲しい)
 - (2) 継続総合診療料の活用
 - (メンテナンス時の歯周疾患継続総合診療料は活用出来ない)
 - (P 総診後に他の処置の算定が難しい)
 - (初診から 3 ヶ月以上経過しないと、P 継続出来ないことが不満)
 - (3) 歯周病が完全治癒した後でなければ、補綴処置に移行出来ないことへの不満
 - (P が完全治癒しなければ、補綴処置が出来ないのは疑問)
 - (歯周治療中に咬合痛が見られた場合に、咬合調整が出来ないのが疑問)
 - (歯周治療後の補綴の移行時期について考慮されていない)
 - (歯周治療後、時間をおいて補綴処置に移行すると、最初から歯周治療を行わなければならないことに対する不満)

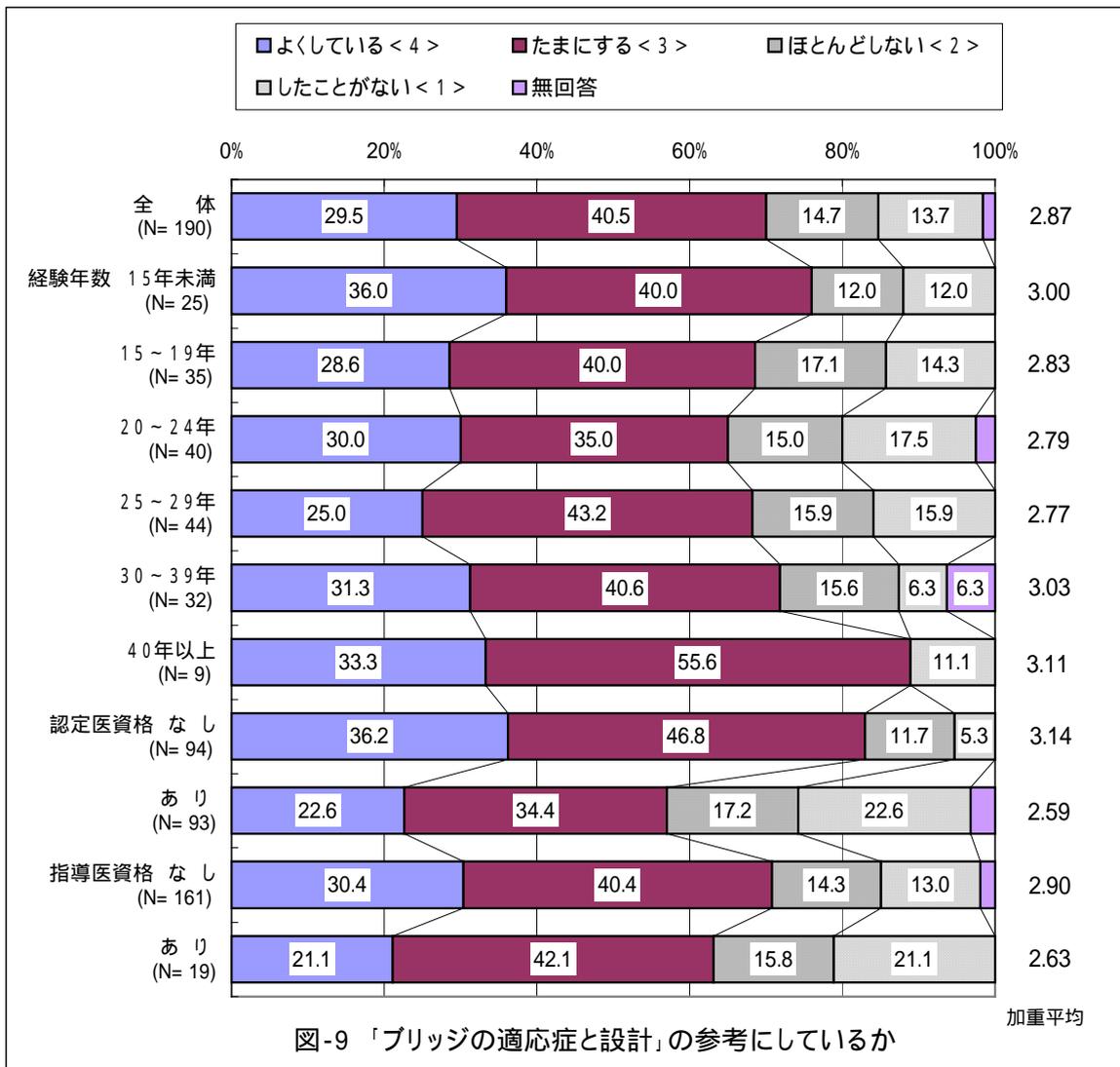
- (歯周病は部位特異性なので、1箇所でも歯周外科を行えば、他部位の最終補綴が遅れてしまうことへの不満)
- (歯周病に対する咬合治療に踏み込んだ内容を希望)
- (4) 歯周病の指導管理に対する要望
 - (メンテナンスへの移行とメンテナンス中の処置についての希望)
 - (指導管理の充実を希望)
 - (メンテナンスが保険改正で複雑になったため、簡素化を希望)
 - (単純な除石やブラッシング指導に対処する記述を希望)
 - (来院毎の PMTC と DH の指導についての記述を希望)
 - (P 管理中に P の症例が発生した場合、全て P 管理料として算入して欲しい)
 - (歯周病の部分的メンテナンスや部分的治療継続部位の再発を想定した対応が欲しい)
- (5) 歯周外科手術に対する要望
 - (緊急の外科処置、または重症の場合の FOP をわかりやすくして欲しい)
 - (歯周外科処置を行う前提で治療用装置を使用するが、基本治療後にも使用することを認めて欲しい)
 - (フラップ手術の場合、ルートプレーニングは不要と考える)
 - (歯周外科は早急な対応が必要であるが、ステップを踏まなくても可能なようにして欲しい)
 - (歯周病手術の緩和を望む)
- (6) ガイドラインの薬物療法に対する要望
 - (薬物療法を考慮して欲しい)
 - (局所薬物送達療法を早期に実施出来るようにして欲しい)
- (7) 治療の流れに対する要望
 - (症例による処置内容について、柔軟な対応をすることが必要がある)
 - (初期治療で治癒を計り、治癒しない患者に、精検から外科処置が可能なようにして欲しい)

3. 「ブリッジの適応と設計」について

「ブリッジの適応症と設計」の参考度

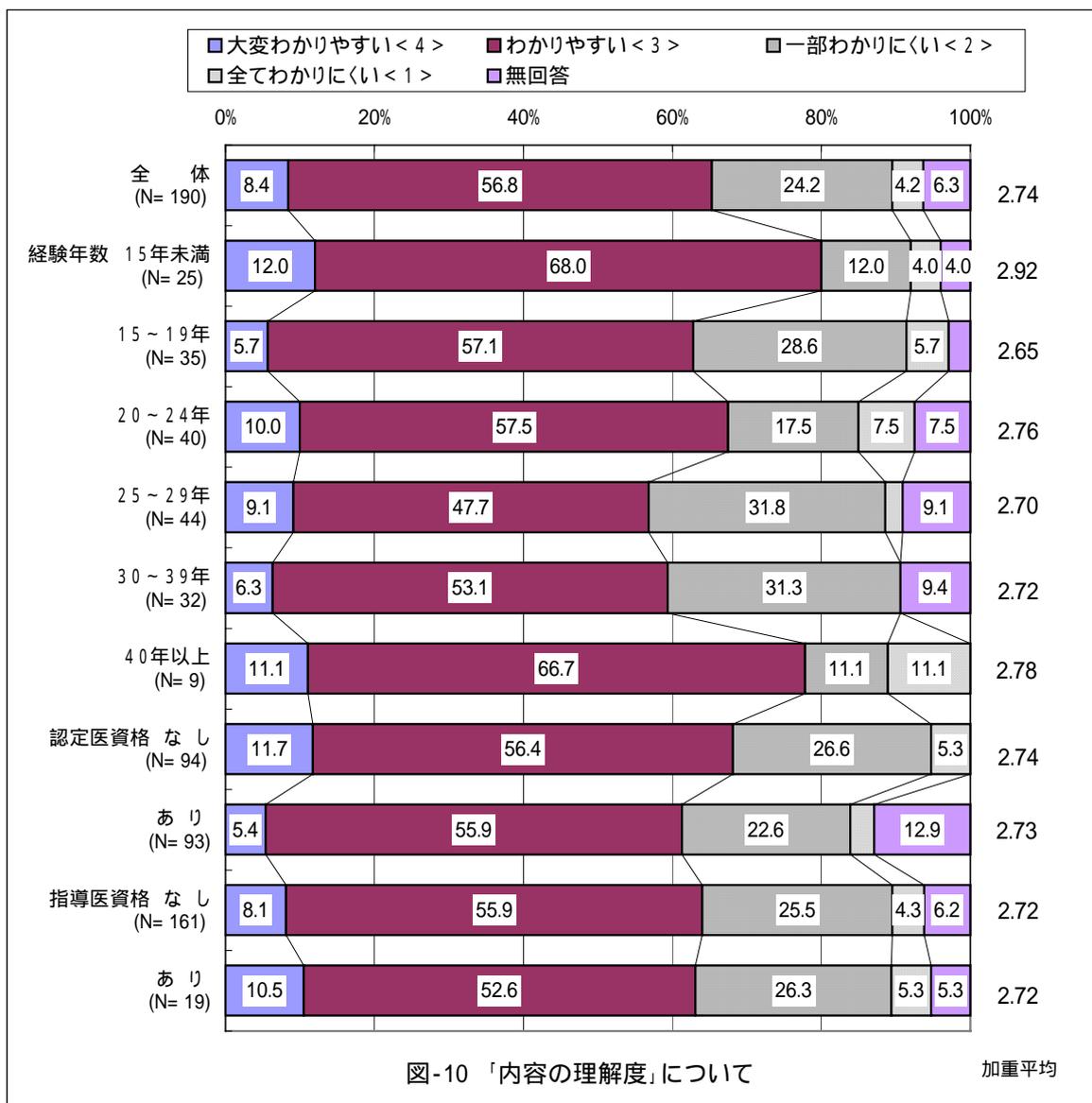
全体で『参考にしている』が70.0%となっており、参考にしている人の割合が高い。また、『参考にしない』は28.4%であり、加重平均は2.87であった（図-9）。

一方、経験年数別で『参考にする』は「40年以上」が88.9%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示している。また、認定医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が83.0%、「資格あり」が57.0%となっており、「資格なし」の方が参考にしているのが分かる。指導医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が70.8%、「資格あり」が63.2%で「資格なし」の方がやや高い傾向が見られる。



「ブリッジの適応症と設計について」の理解度

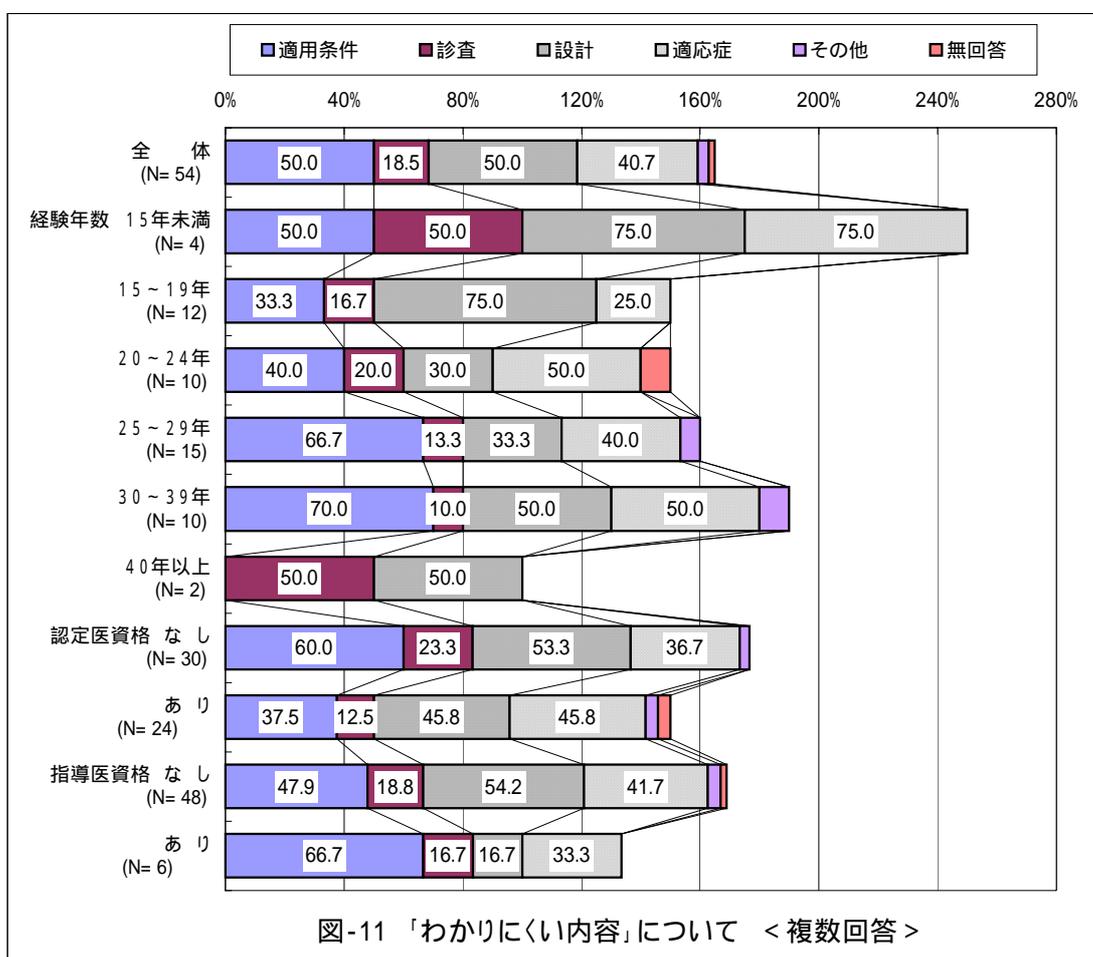
全体で『わかりやすい』が65.3%となっており、参考にしている人の割合が半数強をこえている（図-10）。また、『わかりにくい』は28.4%であり、加重平均は2.74であった。一方、経験年数別で『わかりやすい』が最も高いのが「15年未満」の80.0%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示しており、次いで「40年以上」の77.8%である。また、認定医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が68.1%、「資格あり」が61.3%となっており、「資格なし」の方がやや高い程度である。指導医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」「資格あり」いずれも63~64%であった。



「わかりにくい内容」について

全体で、わかりにくい内容の部分について見ると、「適用条件」「設計」がおのおの50.0%となっており、次いで「適応症」の40.7%、「診査」が18.5%である(図-11)。

一方、経験年数別で見ると、「15年未満」では、「設計」「適応症」がおのおの75.0%であり、「15年～19年」は「設計」が75.0%、「20年～24年」は「適応症」が50.0%、「25年～29年」は「適用条件」が66.7%、「30年～39年」は「適用条件」の70.0%となっている。(40年以上については対象サンプル数が2件しかないため割愛)。次に認定医資格の有無別の「資格なし」では「適用条件」が60.0%で、次いで「設計」が53.3%となっている。また、「資格あり」の「設計」「適応症」がおのおの45.8%となっている。一方、指導医資格の有無別で「資格なし」の「設計」が54.2%、「資格あり」の「適用条件」が66.7%となっており「資格」で見ると、認定医資格者は認定資格なしよりも「適用条件」については分かりにくいとしている。また、「設計」については、「指導医資格者」が16.7%に対し、「指導医資格なし」が54.2%と大きな差を示しており、「設計」について「指導医資格なし」は、わかりにくいが多い傾向がみられる。



自由記入の整理・まとめ

「ブリッジの適応症と設計のガイドライン」の問題点・現場との乖離点
自由記入の意見を以下の2項目に集約した。

- 1) 主に適応症の考え方について
- 2) 主に実際の設計について

1) 主に適応症の考え方について

(1) 内容の評価

- (ガイドラインは不可欠で、これを使用することで再治療が減少した)
- (ガイドラインの適応症例で判断に迷う際に役立つ)
- (まったく、参考にならない)
- (ガイドラインの内容は理解できる)
- (長期治療の場合は活用出来ない)
- (歯科医師の裁量権をもっと認めて欲しい)

(2) 内容への要望

- (画一的で現場での応用ができ、無駄に歯を削らないような記述が欲しい)
- (患者の症例は千差万別なので、現場での応用が利くようにして欲しい)
- (具体性に欠けないようなガイドラインにして欲しい)
- (ガイドラインの図や数字に工夫を取り入れて欲しい)
- (咬合の重要性についての記述が欲しい)
- (生活習慣などを加味した記述をして欲しい)
- (臨床上、適応と不適応の基準を明確にして欲しい)

(3) ガイドラインと保険との乖離

- (指数で適応症・設計を判断しているが、不適応のものでも十分設計できるものがある)
- (管理料についての制限が厳しい)
- (適応条件が患者一人一人が違うが、保険者側の解釈で決定されている)
- (ガイドライン以外の保険導入が受容されないことが困る)
- (ブリッジの非適応症例の時、リーフレットが必要と思う)
- (骨移植、インプラントなどが認知されてきた現在、このガイドラインのみの適応では困る)

2) 主に実際の設計について

(1) ガイドラインの充実に対する要望

- (遊離端のカンチレバーのトラブルが多い)
- (歯種により指数が決められているため、結果として支台歯が増加傾向にあるのを防止するための記述が欲しい)
- (抵抗値という考え方から、多数の歯を削る危険性の防止策が欲しい)
- (咬合圧負担能力から健康な歯を治療対象とすることは無意味である)
- (歯の位置や欠損に対する記述や配慮が少ない)
- (支台歯の状態、咬合形態なども適応症・設計で重要視されるべきである)
- (犬歯欠損歯の支台歯数が非常に多く困っている)
- (対咬歯列の義歯への対応を考えて欲しい)
- (抵抗性判定の一覧表が欲しい)
- (歯周病や根管処置を行った歯を支台歯とする際、指数をどの程度減らすか判断に困る)
- (ブリッジ設計上、上顎大臼歯の負担能力に疑問がある)
- (設計する際、歯の分割を行った場合に数式に該当しないことが多い)
- (欠損歯数や欠損部位の大きさ、対合歯との関係が合わないことがある)
- (計算式を簡易にして欲しい)
- (移植歯が支台歯になる場合の記述が欲しい)
- (骨植堅固な歯に対する評価が欲しい)

(2) ガイドラインと保険との乖離

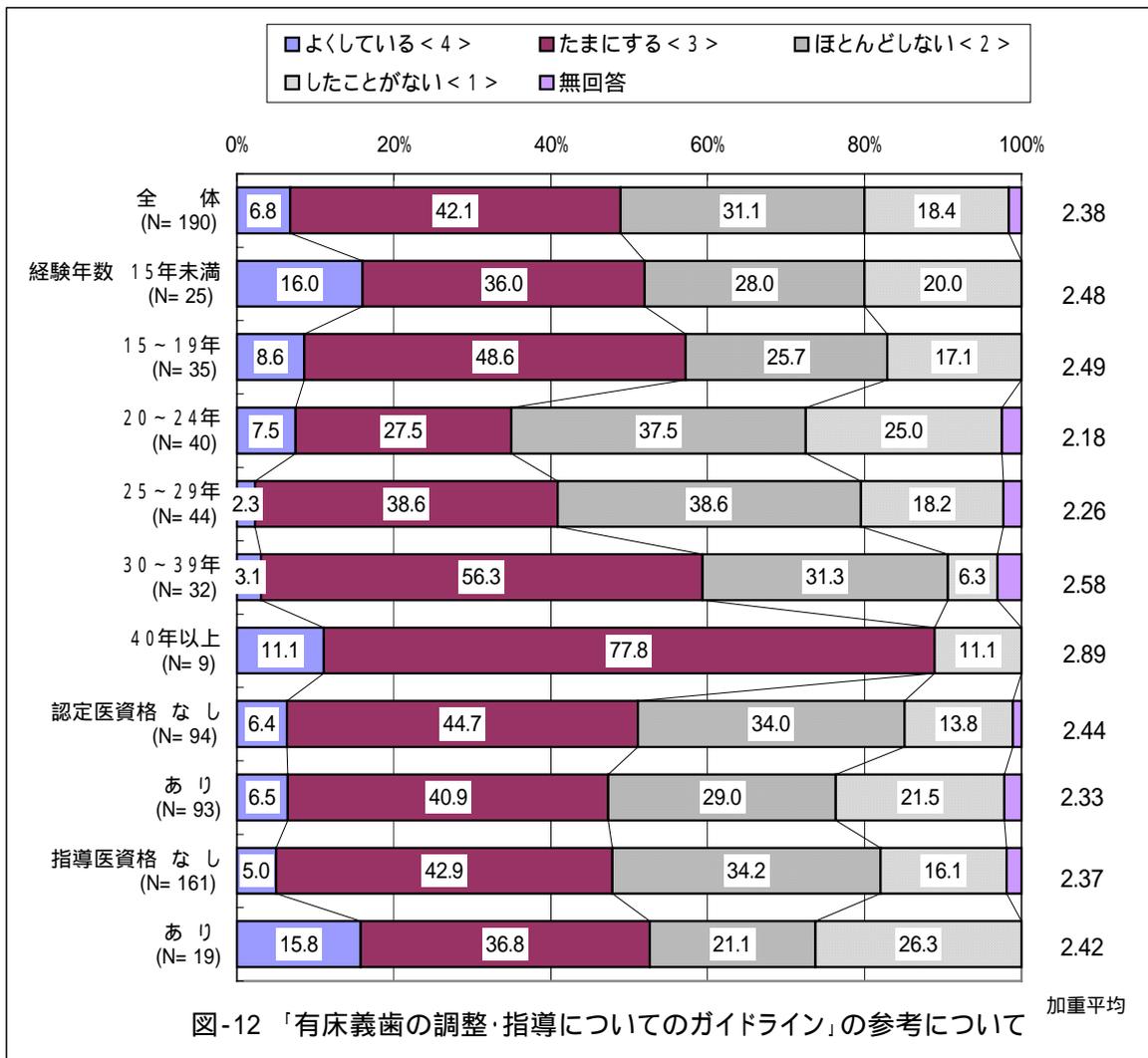
- (症例で適応出来ないとされている、遊離端ブリッジを認めて欲しい)
- (支台歯の状態や歯周状態が考慮されていないため、実際の補綴条件と乖離している)
- (ガイドラインの数式で、適応症例を決定すべきでない)
- (咬合力の視点から適用範囲の拡大を望む)
- (患者個々のケースで異なるため、一線を引くのは無理がある)
- (計算式通りに設計すると、支台歯の数が増大し、健全歯の犠牲が増加する)
- (設計上、指数が画一的のため、削る必要のない健全歯が削られることがある)
- (歯牙の骨植性はそれぞれ違うのに、適応が同一であるのは無理がある)
- (動揺歯を支台歯にすると、「ブリッジの設計に組み入れるべきでない」と決めるのは無理がある)

- (臨床的に適用と判断しても、保険適用されないこともある)
- (実態に合う設計にならないことがある)
- (適応症は数式で示すより、具体例の方がよい)
- (犬歯が欠損の場合や、遊離端を含む欠損の場合等、前方へ大きく延長しなければならないことがある)
- (症例の除外適用欄の設計も認めて欲しい)
- (欠損歯が一歯だけの場合、適応を記入するだけにしたい)
- (抵抗性の判定に対合歯、歯周病の状態を考慮して欲しい)

4. 「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」について

「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」の参考度

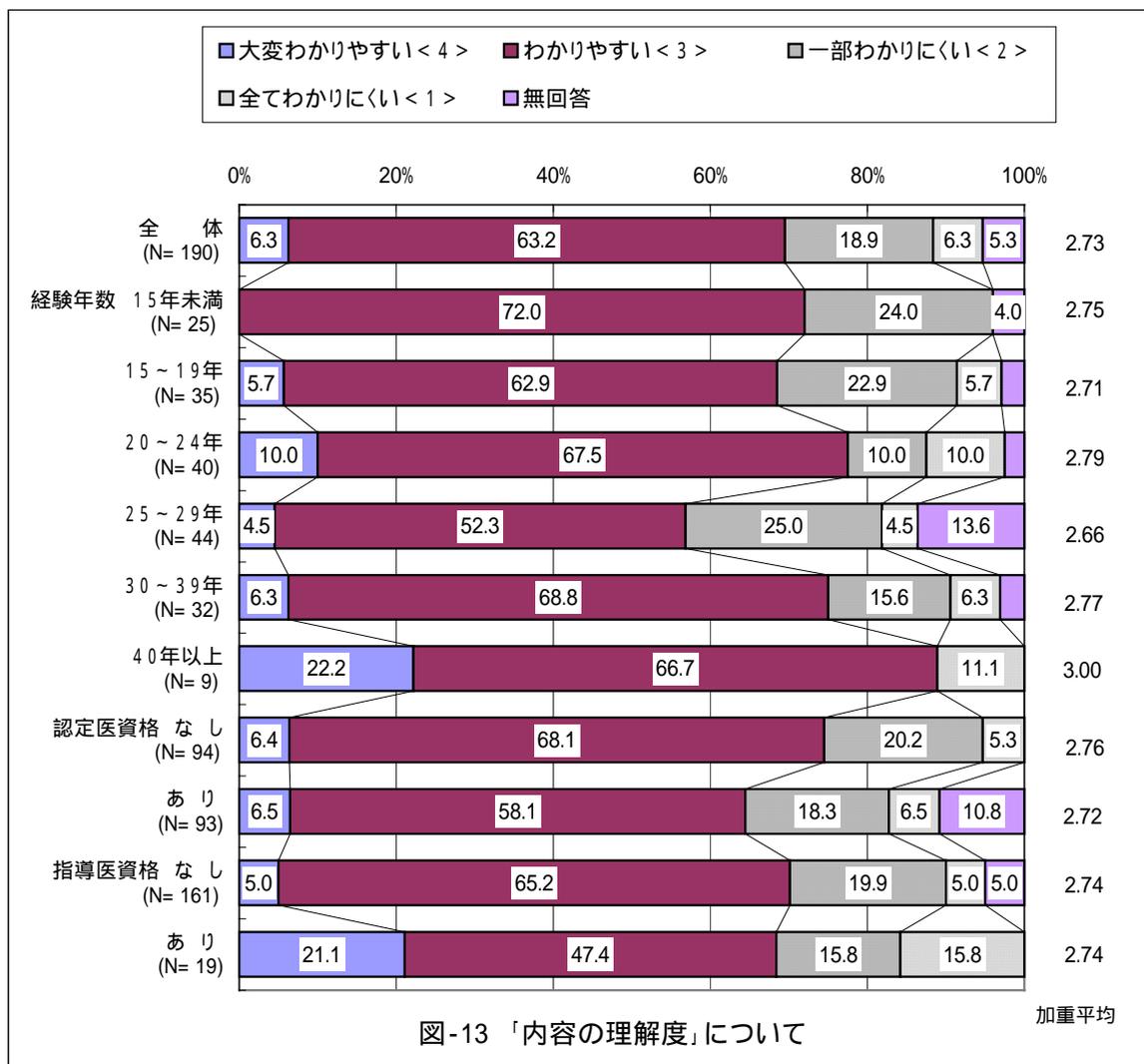
全体で『参考になっている』が48.9%となっており、参考になっている人の割合は半数を割っている。また、『参考にしない』が49.5%であり、ほぼ同じ傾向である。加重平均は2.38である(図-12)。一方、経験年数別で『参考にする』を見ると、「40年以上」が88.9%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示している。また、認定医の資格の有無で「参考になっている」を見ると、「資格なし」が51.1%、「資格あり」が47.3%となっており、「資格なし」の方が参考になっている傾向が伺える。指導医の資格の有無で「参考になっている」を見ると、「資格あり」が52.6%、「資格なし」が47.9%で「資格あり」の方がやや高い傾向が見られる。



「有床義歯の調整・指導について」の理解度

全体で『わかりやすい』が69.5%で、『わかりにくい』は25.3%であり、加重平均は2.73である。ほぼ7割の人が分かりやすいとの評価をしている(図-13)。

一方、経験年数別で『わかりやすい』が最も高いのが「40年以上」の88.9%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示しており、次いで「20年～24年」の77.5%、「30年～39年」が75.1%となっている。また、認定医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が74.5%、「資格あり」が64.6%となっており、「資格なし」の方がやや高い傾向にある。指導医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が70.2%、「資格あり」が68.5%となっており、いずれの資格保有者の方がやや低い傾向が窺える。



自由記入の整理・まとめ

「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」に関する問題点・現場との乖離点

(1) ガイドラインの評価

- (活用が出来ない)
- (学会の考え方とガイドラインはそぐわない)
- (ガイドラインとかけ離れている場合がある)
- (このガイドラインは必要性がない)
- (何の役にもならない)
- (このガイドラインを参考にしない)
- (実際は各自の考え方で作製されている)

(2) 内容の整理

- (ガイドラインは適応について解説すればよい)
- (記載が多すぎる)
- (部分的に複雑すぎる場所がある)

(3) 内容の充実

- (口腔ケアとの関係が不明確である)
- (義歯には老人問題や口腔乾燥症のように難しい問題が多い)
- (就眠時に義歯を外す必要性について、エビデンスがあるかどうか知りたい)
- (ガイドライン中に、義歯破損の原因と対処などの記述があればよい)
- (内容が乏しい)
- (総義歯と局所義歯は、有床義歯としてまとめたらよい)
- (学生教育に使えるようにしてほしい)
- (具体性に欠ける)
- (学生の教科書的に書かれているだけである)
- (内容を改訂してもらいたい)
- (説明のイラストを多くしてほしい)
- (要介護者、認知障害用の指導も必要である)

(4) 保険との乖離

- (義歯の保険点数が低い)
- (保険の義歯調整は赤字部門である)
- (内容は良いが、点数が低すぎる)
- (長期観察の期間も小刻みに設定したら良い)

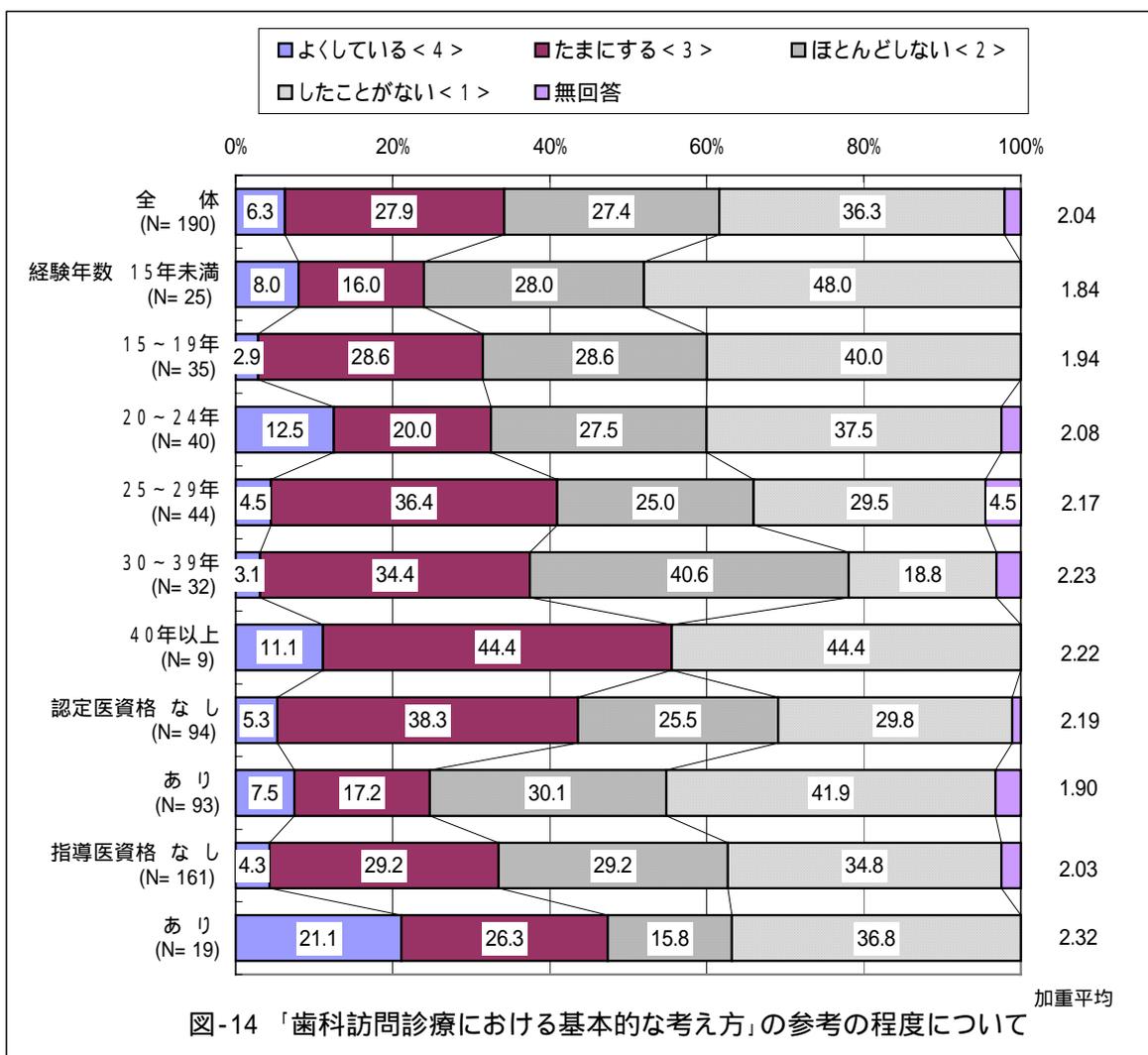
- (長期調整の点数が非現実的)
- (内容については問題がない)
- (調整回数や指導料の算定に対する制限が全て一緒なので不満である)
- (内容は問題ないが、保険の点数算定方式に疑問が残る)
- (ガイドラインに記載されていないという理由から、保険点数に算定しないのは疑問である)
- (義歯調整回数について、柔軟に対応して欲しい)
- (6ヶ月ごとの調整指導が必要かどうか疑問である)
- (歯科医師の裁量権を尊重して欲しい)
- (義歯セットの翌日の調整が大切で、再診料のみの請求に対して不満が残る)
- (5) ガイドラインを概ね肯定する
 - (問題点は特になし)
 - (ガイドラインは、この程度でよい)

5. 「歯科訪問診療における基本的な考え方」について

「歯科訪問診療における基本的な考え方」の参考度

全体で『参考にしている』が 34.2%となっており、参考にしている人の割合は半数を割っている。また、『参考にしない』が 63.7%となっており、「参考にしない」が「参考にする」のほぼ 2 倍近くで、加重平均は 2.04 である（図 - 14）。

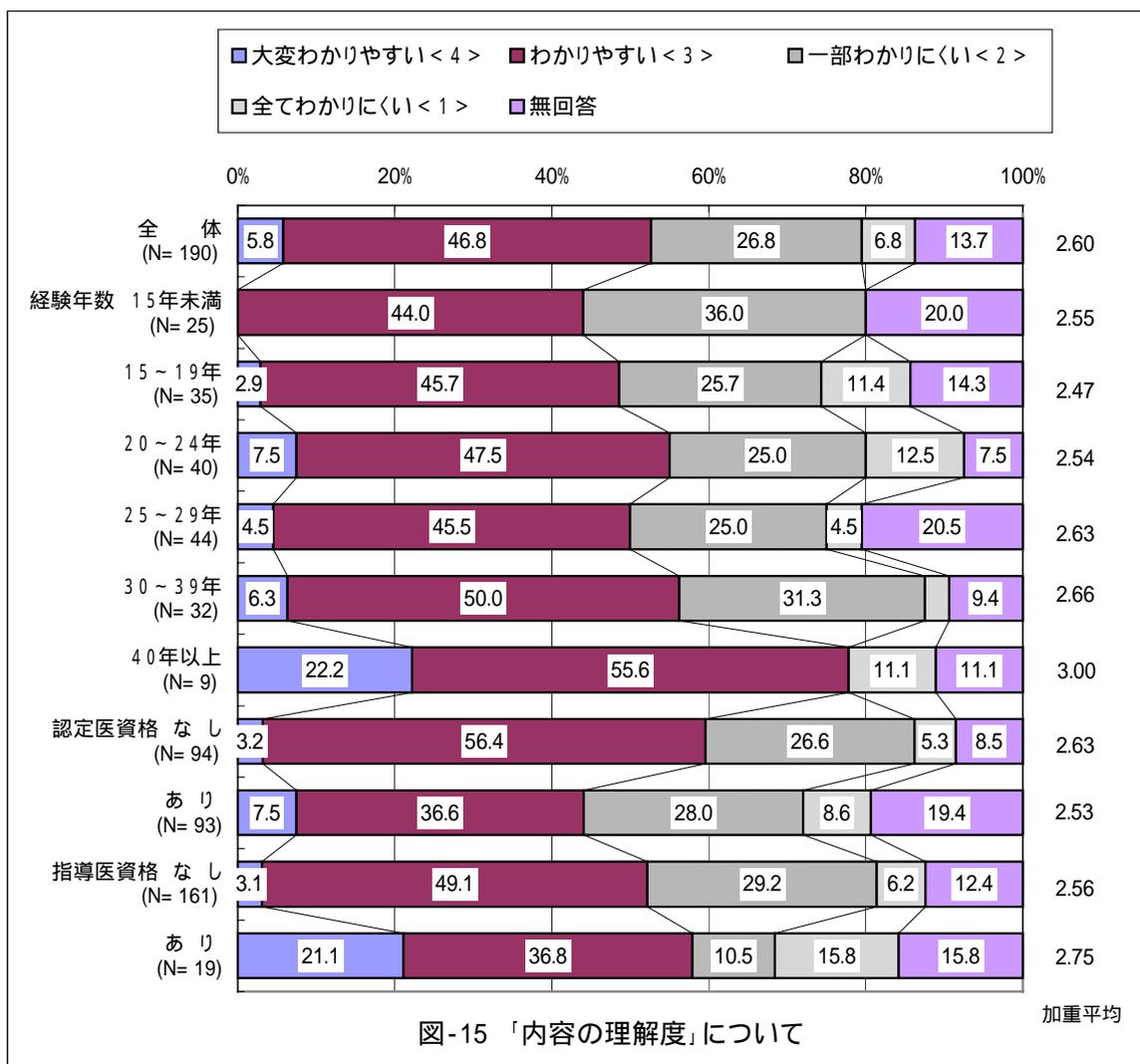
一方、経験年数別で『参考にする』を見ると、「40 年以上」が 55.5%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示している。逆に最も低いのが「15 年未満」の 24.0%で、ほぼ経験年数別に正比例して参考にしている頻度が高くなっている。また、認定医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が 43.6%、「資格あり」が 24.7%となっており、「資格なし」の方が参考にしている傾向が伺える。指導医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格あり」が 47.4%、「資格なし」が 33.5%で「資格あり」の方がやや高い傾向が見られる。



「歯科訪問診療における基本的な考え方について」の理解度

全体で『わかりやすい』が 52.6%となっており、『わかりにくい』は 33.6%であり、加重平均は 2.60 である。ほぼ半数の人が分かりやすいとの評価をしている(図 - 15)。

一方、経験年数別で『わかりやすい』が最も高いのが「40年以上」の 77.8%でこの経験年数別の層よりも高い傾向を示しており、逆に最も低いのが「15年未満」の 44.0%で、ほぼ経験年数が高くなるほど、分かりやすいという評価傾向となっている。認定医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が 59.6%、「資格あり」が 44.1%となっており、「資格なし」の方が高い傾向にある。指導医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が 52.2%、「資格あり」が 57.9%となっており、「資格あり」の方で理解度が高い。



自由記入の整理・まとめ

「歯科訪問診療における基本的考え方」に関する問題点・現場との乖離点

(1) 訪問歯科診療の基本に対する意見

- (歯科訪問診療の条件を政治的の変化させることは許されない)
- (内容を体系的に直すべきである)
- (訪問歯科診療患者の範囲がわからない)
- (訪問診療と往診の違いがわからない)
- (抜歯や歯槽骨形成等の手術は原則、訪問歯科診療では避けるべきである)
- (健康づくりのための口腔ケアを積極的に推進できるような制度に改善して欲しい)
- (訪問歯科診療の範囲を決めて欲しい)
- (訪問しか診療は企業参入防止のために作られたものかどうかが知りたい)
- (居宅からの移動が困難な患者の歯科的問題 (衛生士による口腔指導) が問題である)
- (訪問診療での処置・手術などの範囲を制限している。歯科医師の裁量権を認めて欲しい)
- (歯科訪問診療では、モラルハザードが第一だと思う。(ガイドラインでない) 文書でない内容の伝達方法を検討して欲しい)
- (首都圏と地方で同一のルールは困難。訪問診療の範囲を改正して欲しい)
- (P4 のようなグラグラの歯を抜くと菌血症を誘発しかねないので、(訪問歯科診療は) 総合病院の歯科で対応すべきである)
- (施設の診療基準をもう少し緩和してもいいと思う。1 日に 3 人程度までにして欲しい)
- (介護保険により、歯科では介護支援事業者の理解や、歯科の価値観に差が生じる。特に歯科医師が必要と思うケースでも無治療、無ケアがあるので、これらを踏まえた治療指針にして欲しい)
- (行政との連携・複数で診療する必要がある)
- (かかりつけ歯科医機能の延長線上に、訪問歯科診療があるという考え方は賛成。しかし、新しい有床義歯を作成する必要性と、困難性が強調されていない)
- (訪問歯科診療は制約が多すぎる。多くの人に気軽に受けられるようにしてあげれば良い)

(2) 臨床上の保険における問題点を指摘したもの

- (訪問歯科診療の処置加算が限定されている)
- (算定に関して、統一したガイドラインがないのではないかとと思われる)
- (検査・処置・手術、治療時間まで全て範囲を設定してしまうのは無理がある)
- (訪問診療は応急処置だから、保険請求方法のみが問題となる)
- (訪問診療料に時間の制限があってはならない。訪問診療は治療と介護の中間と思われるので、その点の保険点数の設定を明確にして欲しい。もっと口腔ケア、ねたきり予防をアピールし、点数に反映して欲しい)
- (現場の問題点をよく検討して、良い方向の診療評価にして欲しい)
- (保険算定上の問題がある)
- (新型補綴では、週 1 回程度でなく、健康な人より早く入れる必要があるので、回数を制限すべきでない)
- (患者によりレベルが違い、訪問する歯科医師の得意・不得意もあり、一律に決めることには無理がある)
- (訪問歯科診療の保険請求には、添付しなければならないものが多すぎる)
- (ガイドラインが保険の認めた医療になっていない点について知りたい)
- (訪問歯科診療で出来ること、出来ないことを区別して、テレビ等で PR して欲しい)
- (他科に行けるからといって、往診料が取れないのは疑問である)
- (具体的な内容に乏しい)
- (内容は理解できるが、訪問時間の制限があってはならない。訪問時間にはかなり幅があり、対策を検討して欲しい)

(3) ガイドラインを評価している意見

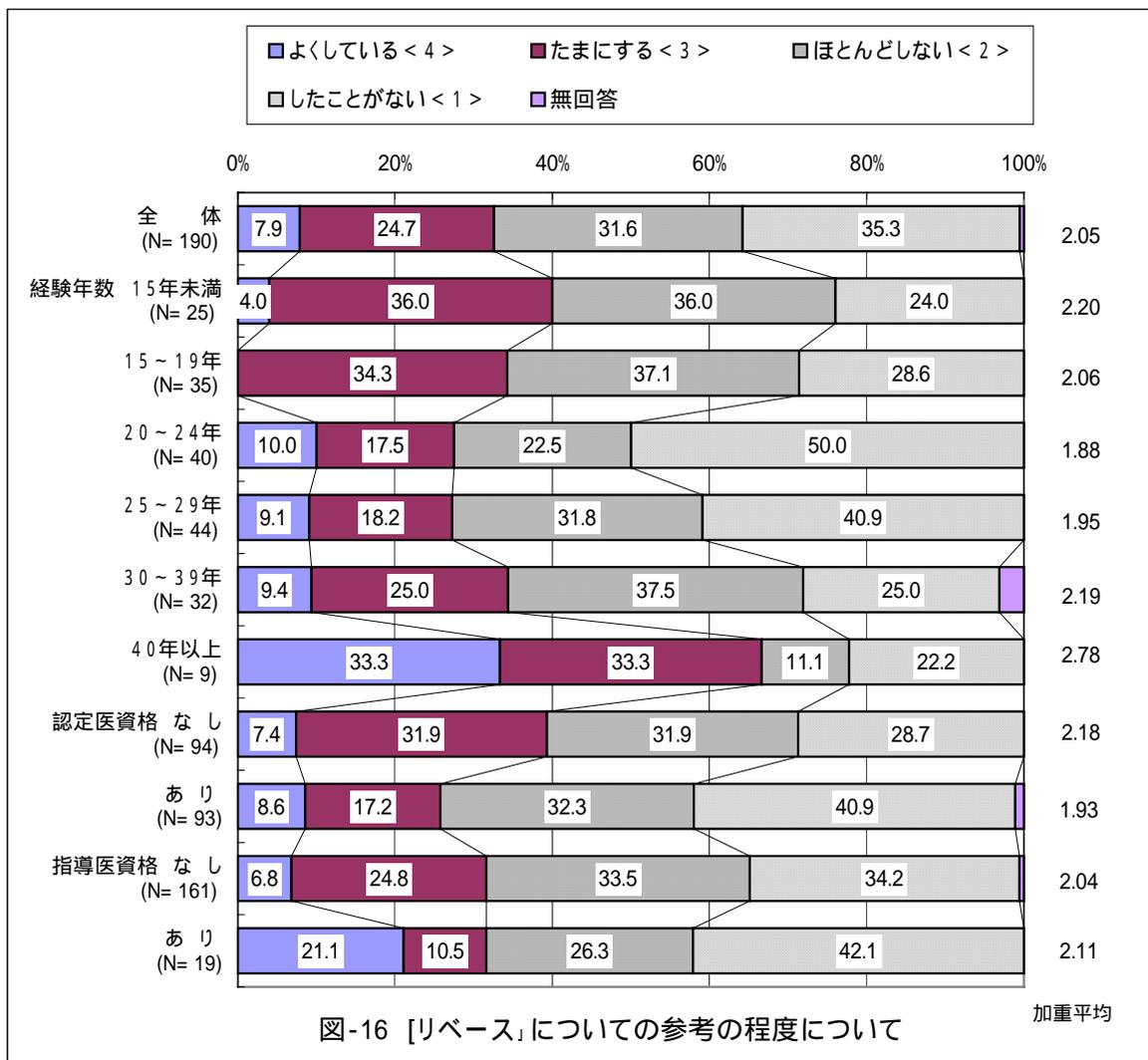
- (シンプルにまとまっている)
- (概ね妥当である)
- (介護の受入側も理解してくれるので問題はない)

6. 「リベース」について

「リベースについて」の参考度

全体で『参考にしている』が 32.6%となっており、参考にしている人が少ない。『参考にしない』が 66.9%であり、参考にする人の 2 倍が参考にしない人という結果になっており、加重平均は 2.05 である（図 - 16）。

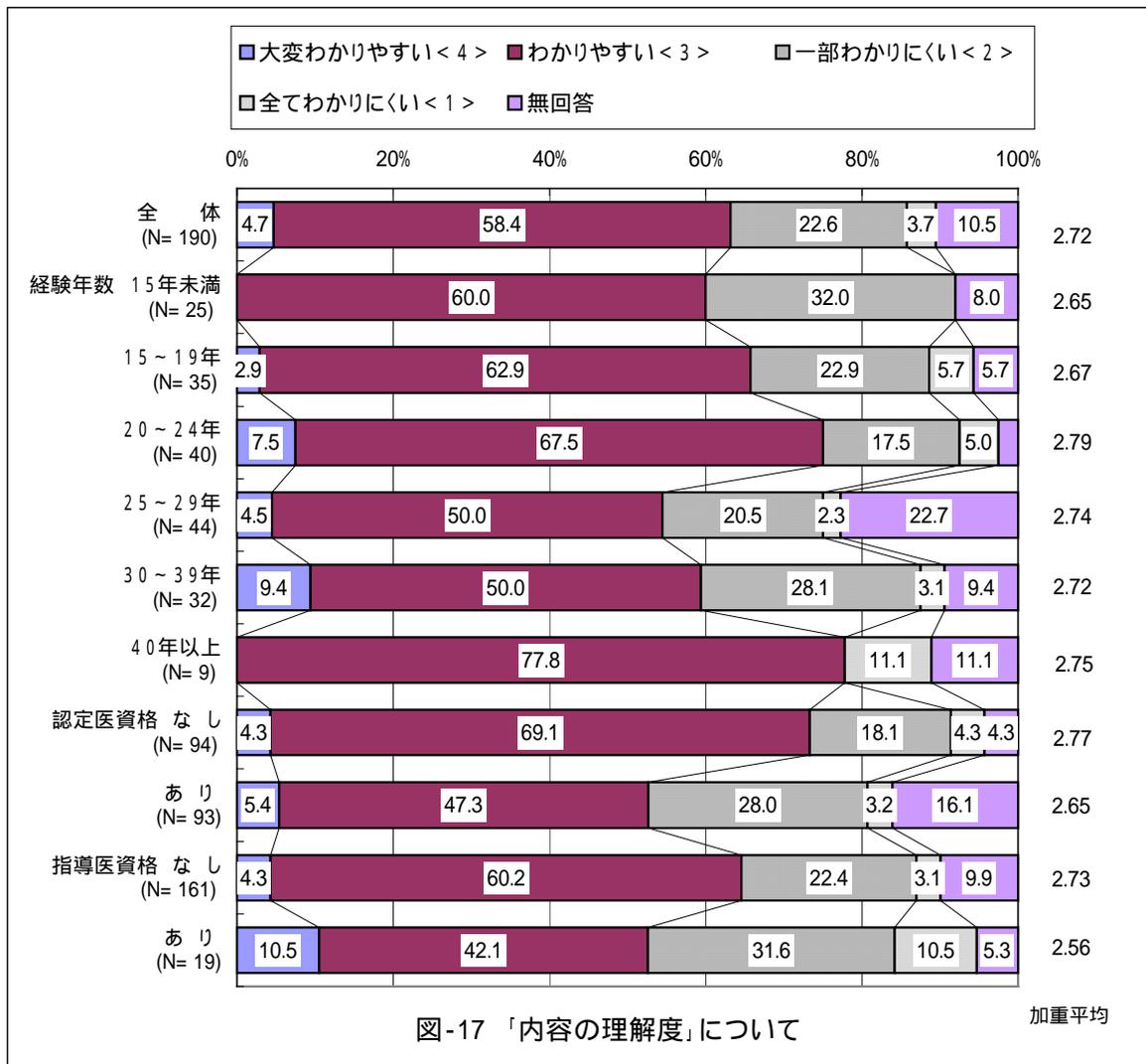
一方、経験年数別で『参考にする』を見ると、「40 年以上」が 66.6%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示している。また、認定医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が 39.3%、「資格あり」が 25.8%となっている。一方、指導医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が 31.6%、「資格あり」が 31.6%となっており、二分された形となっている。



「リベースについて」の理解度

全体で『わかりやすい』が63.1%で、『わかりにくい』は26.3%であり、加重平均は2.72である。ほぼ半数強の人が分かりやすいとの評価をしている(図-17)。

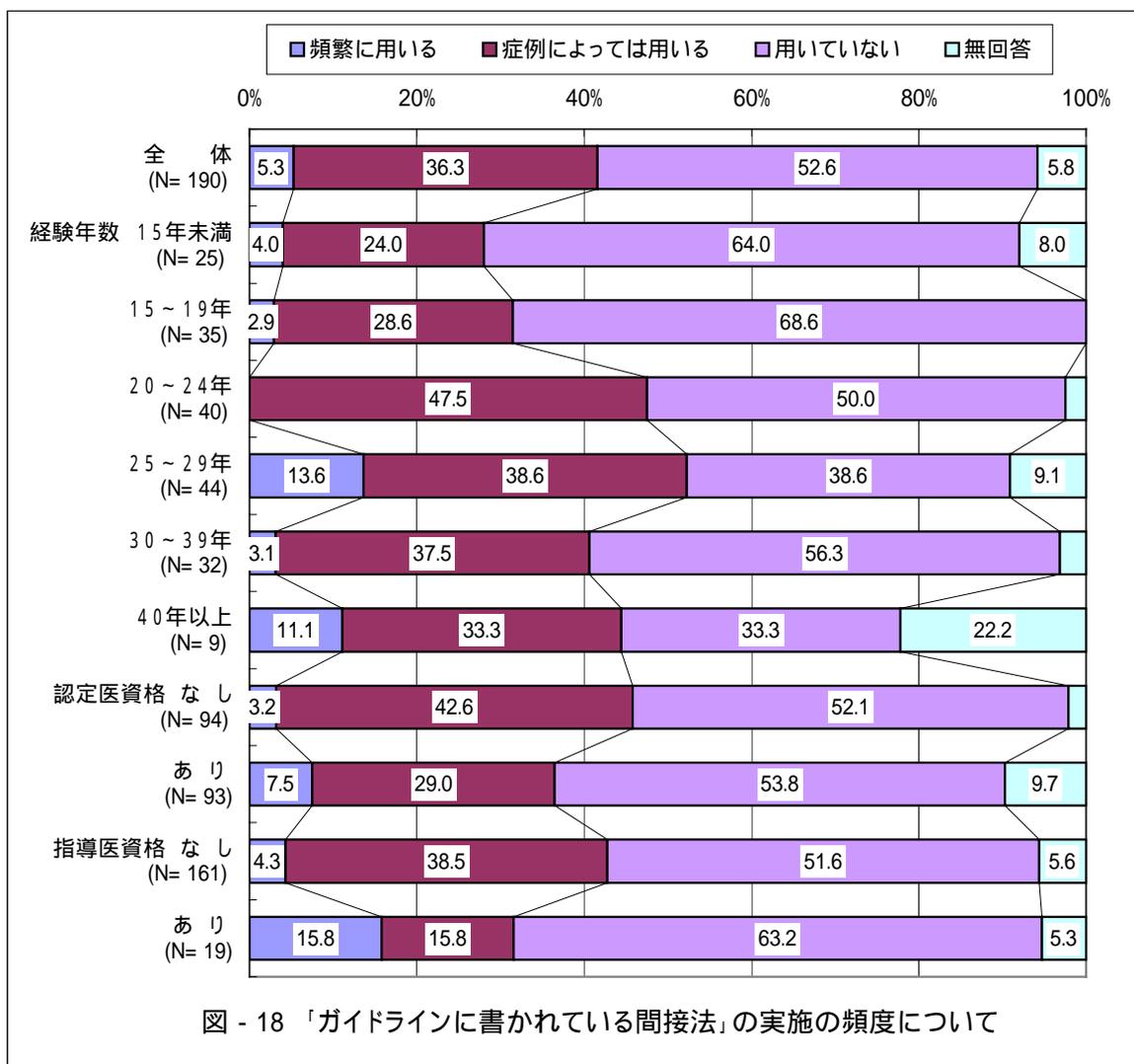
一方、経験年数別で『わかりやすい』が最も高いのが「40年以上」の77.8%でこの経験年数別の層よりも高い傾向を示しており、逆に最も低いのが「25年～29年」の54.5%である、また、認定医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が73.4%、「資格あり」が52.7%となっており、「資格なし」の方が高い傾向にある。指導医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が64.5%、「資格あり」が52.6%となっており、ここでもおのおの資格なしの方が高い傾向である。



「ガイドラインに書かれている間接法（機能印象した後にフラスコ埋没する方法）」
の実施の頻度

全体で見ると、「用いていない」が 52.6%、「症例によっては用いる」が 36.3%、「頻
繁に用いる」は 5.3%となっており、「用いていない」が半数を超えている（図 - 18）。

一方、経験年数別で「用いていない」を見ると、最も高いのが「15年～19年」で
68.6%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示している。また、認定
医の資格の有無で「用いていない」を見ると、「資格なし」が 52.1%、「資格あり」が
53.8%となっており拮抗していることが分かる。一方、 指導医の資格の有無で「用
いていない」を見ると、「資格あり」が 63.2%、「資格なし」が 51.6%となっており、
認定医・指導医とも資格を有している方が「用いていない」傾向が伺える。



自由記入の整理・まとめ

「リベース」の内容に関する問題点・現場との乖離点

(1) リベースの内容を評価しないもの

- (臨床に活用できない)
- (患者の希望による姑息的治療法である)
- (古すぎるガイドライン)
- (あまりに教科書的であり意味がない。学問的には新しい部分がない)
- (必要性があるかどうか疑問である)
- (ガイドラインの必要性を認めない)
- (補綴の一処置であるリベースにガイドラインを出す必要があるかどうか疑問である)

(2) リベース方法やリベース材に対する意見

- (リベース自体が材料的に良くない)
- (技工所で委せてあるので、院内でフラスコ埋没はしない)
- (リベース頻度は多い。主に直接法でやっているがレジン変形があるため、リベースを繰り返すことが多い。間接法は手間の割に保険点数が低いので、保険では難しい)
- (だれを対象にどういう目的で書かれているのかわからない。現在の保険ではリベースでなく、リライニングが認められていると思う。フラスコ埋没は現実的ではないが、筋圧面の改床はフラスコを使うべきである)
- (義歯の良否は粘膜面だけで決まるものでなく、咬合・人工歯の配列位置はそれ以上に大切である)
- (直接法の記述、および最近の軟質系商品の記述も必要である)
- (リベース用印象剤、印象法、添加用床用材料の学会評価を提示して欲しい)
- (臨床的には、リベースは直接法の方が便利で使いやすい。直接法のみ記述でよい)
- (患者の不便を考えると、間接法はナンセンスである)
- (リベース、粘膜面再形成は義歯をよみがえらせる有用な方法であるが、点数が低いため、安易に義歯を新生させている)
- (臨床では殆ど直接法である)
- (現場では90%以上が直接法で行っている。間接法はまれである。直接法の説明

があってもよい)

(間接法の意義は少ない。優れた直接法の材料が多く開発され、それを使えば不便を感じない。軟性裏装剤も多く市販されており、その使い方の指針が望まれる)

(新しい材料に対応していない。リベースの重要性が高くなっているにもかかわらず、現場と乖離した記述である)

(咬合面のリベースと床内面リベースを同一にして欲しくない。咬合面の咬耗に対する処置は、リベース処置と別の定義にして欲しい)

(口腔内で直接の硬いリベース剤は発熱、刺激も少なく、良くなった)

(リベースの適応に、古くない汚染されたレジン面を新鮮なレジンに置き換えることをつけ加える説明が必要である)

(間接法が行われる頻度は非常に少ない)

(軟性材料を使用した内容を加味すべきである)

(間接法は数日間義歯装着が出来なくなる。間接法の方が良い点があると思うが臨床的に出来ないことが多い)

(直接法のみでよい)

(間接法は保険から削除した方がよい)

(間接法は訪問診療で要介護者などによく使われる)

(3) 臨床現場における保険上の問題点

(技工料が安すぎる。即時義歯後のリベースが修理で査定される。添加用材料は保険内で使用可能なものを使用すべきで、ガイドラインの材料は非現実的である)

(リベース後、6ヶ月は新たなリベースの算定ができないのは長すぎる。ソフトリベースとハードリベースを区別すべきである)

(4) その他

(現在、臨床では狭義のリベースを行うことはなく、全てリライニングなので、リベースの言葉をリライニングにすべきである)

(細かくせずに、もっと単純にして欲しい)

(イラストを多くして欲しい)

(リベースとリライニングの考え方を混同しているようである。今はリライニングが主流だと思う)

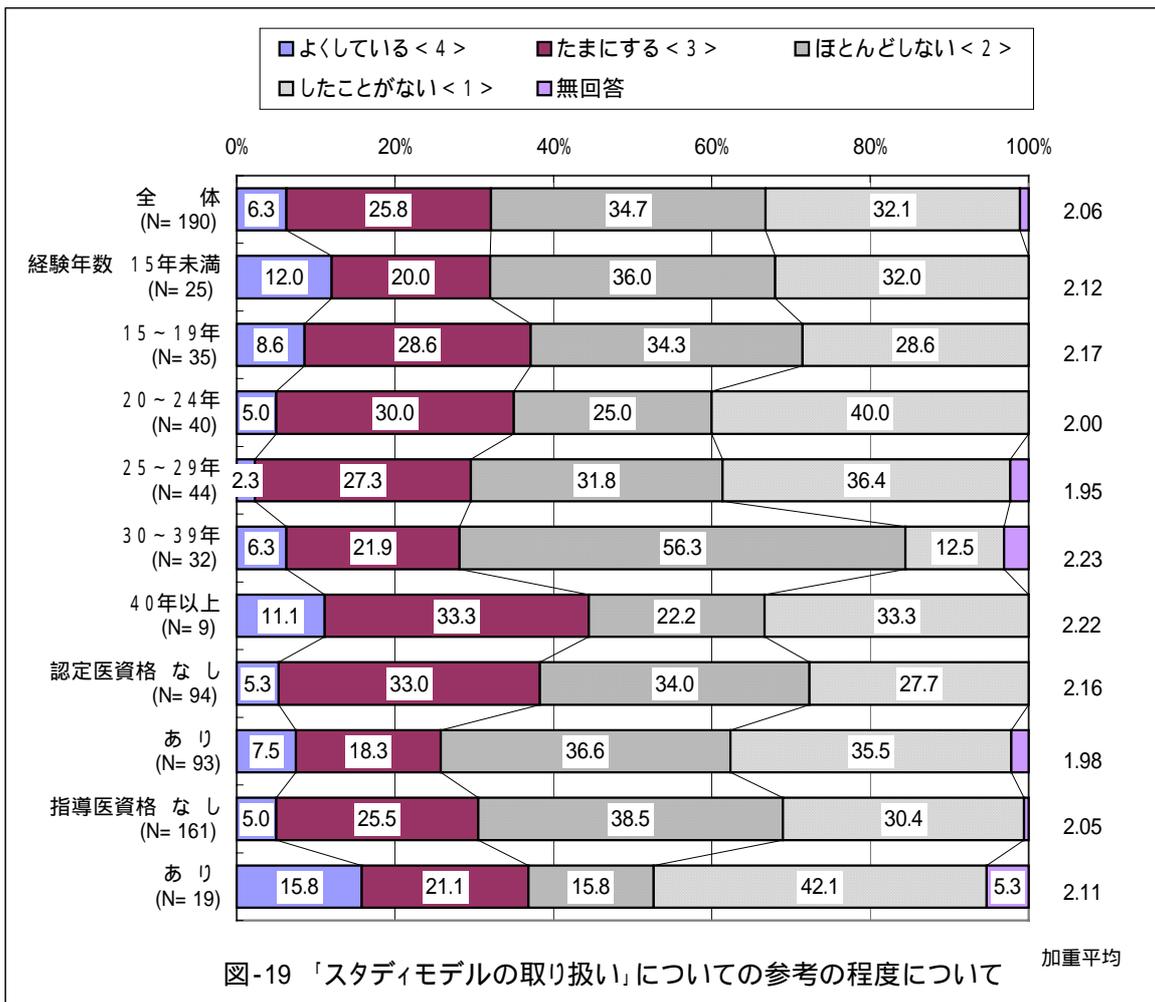
7. 「スタディモデルの取り扱い」について

「スタディモデルの取り扱い」の参考度

全体で『参考にしている』が 32.1%で、参考にしている人の割合は半数を下まわっており、『参考にしない』が 66.8%となっており、「参考にしない」が「参考にする」のほぼ 2 倍近くで、加重平均は 2.06 である（図 - 19）。

一方、経験年数別で『参考にする』を見ると、「40 年以上」が 44.4%となっており、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示している。逆に最も低いのが「30 年～39 年」の 28.2%である。また、「15 年未満」「15 年～19 年」「20 年～24 年」は 30%台を示しているが、「25 年～29 年」「30 年～39 年」はいずれも 20%台となっている。

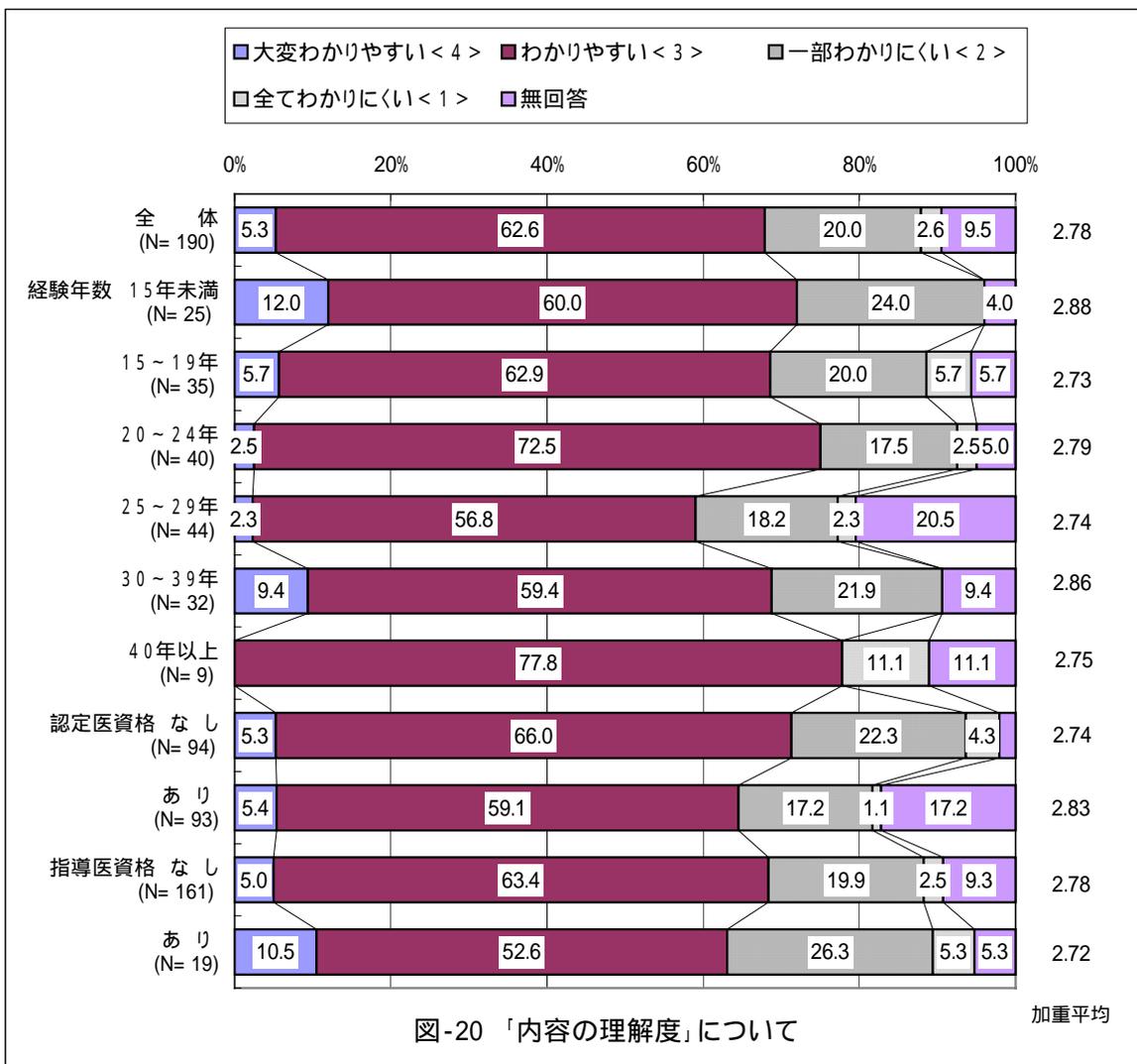
認定医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が 38.3%、「資格あり」が 25.8%となっており、「資格なし」の方が参考にしている傾向が伺える。指導医の資格の有無で「参考にしている」を見ると、「資格なし」が 30.5%、「資格あり」が 36.9%で「資格あり」の方がやや高い傾向が見られる。



「スタディモデルの取り扱いについて」の理解度

全体で『わかりやすい』が67.9%で、『わかりにくい』は22.6%であり、加重平均は2.78である。ほぼ7割の人が分かりやすいとの評価をしている(図-20)。

一方、経験年数別で『わかりやすい』が最も高いのが「40年以上」の77.8%で、どの経験年数別の層よりも高い傾向を示しており、逆に最も低いのが「25年～29年」の59.1%である。また、認定医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が71.3%、「資格あり」が64.5%となっており、「資格なし」の方がやや高い傾向にある。指導医の資格の有無で「わかりやすい」を見ると、「資格なし」が68.4%、「資格あり」が63.1%となっており、ここでもおのおの資格なしの方が高い傾向である。



自由記入の整理・まとめ

「スタディモデルの取り扱い」の問題点及び現場との乖離

(1) 保存方法及び保存期間について

- (スタディモデルの保存方法は写真でも可能にして欲しい。個別に保存しておくことは非現実的である。将来のためというのはいつまで残すのか全く理解出来ない)
- (保存期間の記述がない。いつまでも保存しなければならない)
- (外科の項で顎関節以外は全て削除して欲しい)
- (歯周病関連の記載をもっと詳しくして欲しい)
- (臨床的には咬合器に付けないほうが診査しやすいことが多い。また、模型の保存期間が長すぎる)
- (模型を保存する意義があるかどうか疑問。補綴は短期で終了するが、Pは日々変化していく一時期の再現でしかなく、治療が完了するまで保存の意義がない)

(2) ガイドラインの記載に保険が対応しない

- (初診日に算定できないことがわからない)
- (この文書でも、スタディモデルの位置づけが曖昧である。それに、介護保険の導入に伴い算定要件として挙げられた機会に、この文書をよく理解し、真のスタディモデルを採得してから、かかりつけ歯科初診料を算定していただきたい)
- (咬合分析を行うにあたり、facebow transfer を行った時の診療点数がないか、または低いと思われる)
- (スタディモデルの作成時期は主に術前が前提であるが、術後の審査にも必要で、特にかかりつけ歯科医の評価に有用と思う)
- (内容は大切なことが記載されている。ただし、この内容を保険 50 点で行うのは無理である)
- (保険点数との兼ね合いをはっきり書いた方がよい)
- (トレー用模型とスタディモデルの判断が難しく、「モ」は取らないようにしている)
- (スタディモデルを実際に使用するが、保険の条件がよく理解できず、請求していない)
- (内容が古すぎる。スタディモデルは全顎単位診査には不可欠で、初診料に含まれるとか、患者が持参したなどの足枷をつけるべきでない)

(所定点数が低すぎる)

(全てに調整性咬合器をつけることになっているが、咬合器の保有数が問題である。調整性咬合器につける時、facebow transfer も行わねば意味がなく、それだけの時間に見合った点数なのかが疑問である)

(これだけのスタディモデルを作るためにはかなりの時間を要し、各ステップが重要であるため赤字となっている)

(3) スタディモデルの意義を認めるもの

(模型の観察で、歯周疾患の歯肉の肥厚状態の観察には、写真より立体的でありブラッシング指導に使って好結果を得ている)

(現場では、スタディモデルはかなりいい加減に扱われているのではないかと思われる。大切に扱う方策が知りたい)

(スタディモデルは診療に応用している)

(スタディモデルが装置ごとの変化に伴い、幾度も行われることは考えにくく、初診時にもっと有用に使える方法はないかどうかが知りたい)

(4) ガイドラインにおけるスタディモデルの記載を評価しないもの

(必要性を感じない)

(学問的研究が不足している)

(あまりにも当たり前のことである)

(中央集権的な発想と思う)

(必要性があるか疑問である)

(欠損歯だけで、スタディモデルの必要性は決定できない)

(ガイドラインの必要はない)

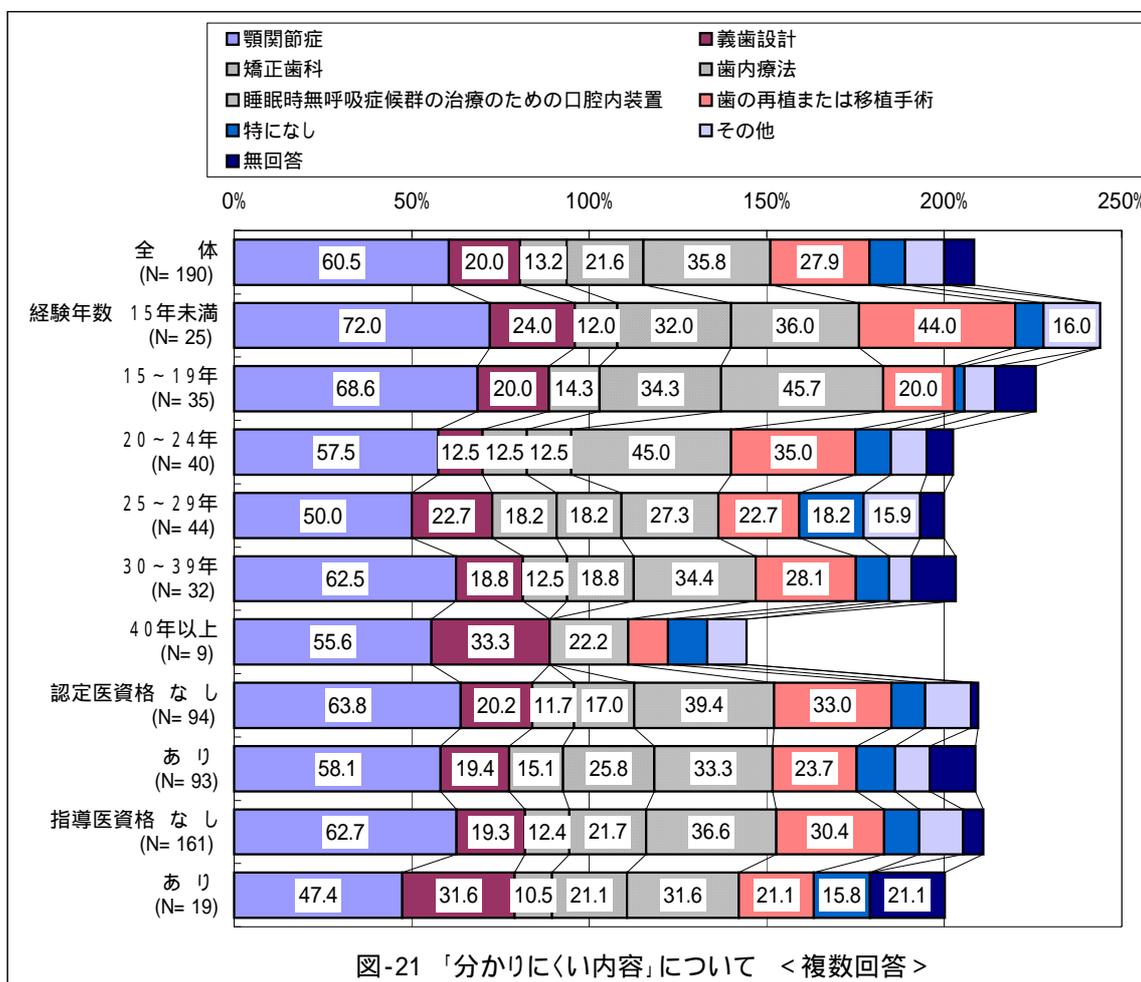
8. 「新たなガイドラインが必要と思われる項目」について

全体で見ると、「顎関節症」が60.5%、「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」が35.8%、「歯内療法」21.6%「義歯設計」20.0%、「矯正歯科」では13.2%の順で新たなガイドラインづくりの要望が高い（図-21）。

一方、経験年数で見ると、まず「15年未満」では「顎関節症」が72.0%、次いで「歯の再植または移植手術」44.0%となっている。一方、「15年～19年」「20年～24年」「25年～29年」「30年～39年」の層については「顎関節症」「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」の2項目について挙がっている。また「40年以上」については、「顎関節症」と「義歯設計」が挙がっている。

認定医の資格の有無を「資格なし」で見ると、「顎関節症」63.8%、「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」が39.4%で、「資格あり」を見ると、「顎関節症」58.1%「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」が33.3%となっている。

指導医の資格の有無で「資格なし」で見ると、この傾向は認定医の傾向と同様であるが、「資格あり」では、「顎関節症」「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」以外にも「義歯設計」についての新たなガイドライン作りの要望が挙げられるのが特徴である。



．提言

医療技術の適正評価を検討するに際しては、技術格差の是正、すなわち標準化が前提となる。標準化を推進するための一般的なツ - ルとして、診療ガイドライン（clinical practice guideline;以下ガイドラインと記す）がある。現在、歯科の臨床現場での汎用が期待されるガイドラインとして「歯科点数表の解釈：治療指針に関する法令編」に挙げられたが『治療指針』がある。そこで、『治療指針』に対する医療担当者の意識や実践の現状を分析した結果から、今後のガイドライン改定に向けての提言を以下の 7 項目にまとめた。

1．ガイドラインの目的の明確化

ガイドラインに示す内容は一般的な症例が対象であるため、個々の患者の状況により必ず当てはまるとは限らない。したがって、臨床現場において最終的な判断を強制するものでないことは、歯周病の診断と治療のガイドラインの冒頭にも記載されている。しかしながら、調査では「画一的で歯科医の裁量権が制限される」との意見が散見された。これらの意見の背景には、ガイドラインが保険算定時の足枷となっている、言い換えればガイドラインの治療の流れから逸脱すると保険診療として認められないという実態があると考える。保険診療のマニュアルではないガイドラインの目的を明確にすべきである。

2．ガイドラインの科学的根拠の明示

過去のガイドラインの多くが著名な専門家の意見交換や経験によって作成されたのに対し、現在主流となっているのは科学的根拠に基づいたガイドラインである。今回も検査方法や治療成績に科学的根拠を求める意見が多かった。尤も歯科分野には、臨床研究データの蓄積が十分でない領域もある。したがって、当面は経験知に頼らざるを得ない領域においても、現時点で可能な限りの科学的根拠を明示すべきである。

3．臨床現場からのフィ - ドバックの導入

ガイドラインの判断基準が科学的根拠であるのに対して、臨床現場ではしばしば患者の希望や採算性等が重視される。そこで、ガイドラインと実際に行われている診療との間に乖離が生じることがある。科学的根拠を優先すべきことは言うまでもないが、現場の抱える様々な制約条件を無視することはできない。より実践的なガイドラインの作成を目指すには、改定にあたって臨床現場からのフィ - ドバックの仕組みが必要である。

4. ガイドライン改定の迅速化

本ガイドラインに記載のあるいくつかの治療方法、技術、材料等がすでに過去のものであるとの指摘があった。福井次矢らの「診療ガイドラインの作成の手順」(ver.4.3)によれば、少なくとも3年を目途に改定の必要性を検討し、改定作業に取りかかるべきとある。技術進歩の急速化に応じ、改定にも迅速性が求められる。

5. ガイドラインの量的拡充

人口の高齢化や社会の複雑化により、歯科医療の対象領域も拡大する。テーマ選定の基準づくりとともに、要望が多かった「顎関節症」、「睡眠時無呼吸症候群の治療のための口腔内装置」、さらには高齢社会に対応する新たな分野を加え、ガイドラインの量的拡充を図るべきである。

6. ガイドラインの質の評価

量的拡充の一方で、質の確保が求められる。質を確保するためには、作成者以外の第三者評価を受ける必要がある。医科領域では、Terrence M. Shaneyfeltらが提唱した妥当性、再現性、信頼性、代表性、臨床的適用性、臨床的柔軟性、明確さ、詳細さ、改定の予定など25項目のチェックリスト(JAMA 1999;281:1900-5)に従って評価することが勧められている。歯科の実情に即した評価の在り方を検討すべきである。

7. 患者参加型医療への支援

患者の説明用ガイドラインへの要望があった。クリニカルパスをインフォ・ムド・コンセントのツールとして活用することと共通した発想であり、検討の余地があると考えられる。医科では医療提供者向けとは別に、図表を多用した患者向けのガイドラインが作成されている。とかくブラックボックスに陥りやすい歯科医療を、患者参加型に変えていくための支援ツールとしても期待できる。

. 參考資料

院長の歯科医師経験年数

		サンプル数	15年未満	15～19年	20～24年	25～29年	30～39年	40年以上	無回答	平均	標準偏差
全 体		190	25	35	40	44	32	9	5	23.58	8.24
経 験 年 数	15年未満	25	25	-	-	-	-	-	-	11.80	1.68
	15～19年	35	-	35	-	-	-	-	-	16.86	1.26
	20～24年	40	-	-	40	-	-	-	-	21.93	1.59
	25～29年	44	-	-	-	44	-	-	-	26.34	1.22
	30～39年	32	-	-	-	-	32	-	-	32.75	2.71
	40年以上	9	-	-	-	-	-	9	-	43.78	3.93
資 格	認定医資格 なし	94	14	17	24	20	14	4	1	22.97	8.30
	あり	93	11	17	16	24	18	5	2	24.29	8.18
資 格	指導医資格 なし	161	25	29	38	35	26	5	3	22.78	7.90
	あり	19	-	1	2	8	5	3	-	30.58	7.59
全 体		190	13.2	18.4	21.1	23.2	16.8	4.7	2.6	23.58	8.24
経 験 年 数	15年未満	25	100.0	-	-	-	-	-	-	11.80	1.68
	15～19年	35	-	100.0	-	-	-	-	-	16.86	1.26
	20～24年	40	-	-	100.0	-	-	-	-	21.93	1.59
	25～29年	44	-	-	-	100.0	-	-	-	26.34	1.22
	30～39年	32	-	-	-	-	100.0	-	-	32.75	2.71
	40年以上	9	-	-	-	-	-	100.0	-	43.78	3.93
資 格	認定医資格 なし	94	14.9	18.1	25.5	21.3	14.9	4.3	1.1	22.97	8.30
	あり	93	11.8	18.3	17.2	25.8	19.4	5.4	2.2	24.29	8.18
資 格	指導医資格 なし	161	15.5	18.0	23.6	21.7	16.1	3.1	1.9	22.78	7.90
	あり	19	-	5.3	10.5	42.1	26.3	15.8	-	30.58	7.59

病床の有無

		サンプル数	無床	有床	無回答
全 体		190	183	-	7
経 験 年 数	15年未満	25	25	-	-
	15～19年	35	32	-	3
	20～24年	40	40	-	-
	25～29年	44	44	-	-
	30～39年	32	32	-	-
	40年以上	9	8	-	1
資 格	認定医資格 なし	94	92	-	2
	あり	93	90	-	3
資 格	指導医資格 なし	161	158	-	3
	あり	19	18	-	1
全 体		190	96.3	-	3.7
経 験 年 数	15年未満	25	100.0	-	-
	15～19年	35	91.4	-	8.6
	20～24年	40	100.0	-	-
	25～29年	44	100.0	-	-
	30～39年	32	100.0	-	-
	40年以上	9	88.9	-	11.1
資 格	認定医資格 なし	94	97.9	-	2.1
	あり	93	96.8	-	3.2
資 格	指導医資格 なし	161	98.1	-	1.9
	あり	19	94.7	-	5.3

日本歯科医学会分科会の認定医資格の有無

		サンプル数	なし	あり	無回答
全 体		190	94	93	3
経 験 年 数	15年未満	25	14	11	-
	15～19年	35	17	17	1
	20～24年	40	24	16	-
	25～29年	44	20	24	-
	30～39年	32	14	18	-
	40年以上	9	4	5	-
資 格	認定医資格 なし	94	94	-	-
	あり	93	-	93	-
資 格	指導医資格 なし	161	94	67	-
	あり	19	-	19	-
全 体		190	49.5	48.9	1.6
経 験 年 数	15年未満	25	56.0	44.0	-
	15～19年	35	48.6	48.6	2.9
	20～24年	40	60.0	40.0	-
	25～29年	44	45.5	54.5	-
	30～39年	32	43.8	56.3	-
	40年以上	9	44.4	55.6	-
資 格	認定医資格 なし	94	100.0	-	-
	あり	93	-	100.0	-
資 格	指導医資格 なし	161	58.4	41.6	-
	あり	19	-	100.0	-

日本歯科医学会分科会の認定医資格

		サンプル数	保存	補綴	口腔外科 (専門医)	矯正歯科	口腔衛生	放射線	小児歯科	歯周病 (専門医)	歯科麻酔	障害者歯 科	その他	無回答
全 体		93	16	25	5	15	2	-	10	17	2	3	7	-
経 験 年 数	15年未満	11	1	3	1	2	-	-	-	4	-	-	1	-
	15～19年	17	2	7	1	1	-	-	-	6	-	-	1	-
	20～24年	16	1	3	-	2	-	-	4	4	1	1	1	-
	25～29年	24	6	7	1	5	1	-	1	2	1	2	2	-
	30～39年	18	4	3	2	3	1	-	5	-	-	-	2	-
	40年以上	5	2	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
資 格	認定医資格 なし	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	あり	93	16	25	5	15	2	-	10	17	2	3	7	-
資 格	指導医資格 なし	67	13	13	4	9	1	-	9	14	2	3	3	-
	あり	19	2	10	1	4	1	-	1	1	-	-	4	-
全 体		93	17.2	26.9	5.4	16.1	2.2	-	10.8	18.3	2.2	3.2	7.5	-
経 験 年 数	15年未満	11	9.1	27.3	9.1	18.2	-	-	-	36.4	-	-	9.1	-
	15～19年	17	11.8	41.2	5.9	5.9	-	-	-	35.3	-	-	5.9	-
	20～24年	16	6.3	18.8	-	12.5	-	-	25.0	25.0	6.3	6.3	6.3	-
	25～29年	24	25.0	29.2	4.2	20.8	4.2	-	4.2	8.3	4.2	8.3	8.3	-
	30～39年	18	22.2	16.7	11.1	16.7	5.6	-	27.8	-	-	-	11.1	-
	40年以上	5	40.0	20.0	-	20.0	-	-	-	20.0	-	-	-	-
資 格	認定医資格 なし	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	あり	93	17.2	26.9	5.4	16.1	2.2	-	10.8	18.3	2.2	3.2	7.5	-
資 格	指導医資格 なし	67	19.4	19.4	6.0	13.4	1.5	-	13.4	20.9	3.0	4.5	4.5	-
	あり	19	10.5	52.6	5.3	21.1	5.3	-	5.3	5.3	-	-	21.1	-