

診療ガイドラインの評価法としては AGREE 共同計画 (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) による 6 領域 23 項目と総合評価から成る方法が確立しており日本語版も利用できる。また財団法人日本医療機能評価機構による Minds 事業では、EBM の手法によって作成された診療ガイドラインのオープンデータベースが提供されている。

現在、診療ガイドラインをめぐって、適切な推奨度の表現形式、普及の方策、法的位置づけ、利益相反（利害の衝突）の課題、患者参加、情報共有とコミュニケーションのあり方など、国内外で議論が進んでいる。

今後、歯科領域においても、エビデンスに基づく診療ガイドラインの提起する課題、問題にどのように向き合うべきか、議論が進むことが期待される。

「シンポジスト」

歯科領域における診療ガイドライン作成に向けて

「分担研究者」

長崎大学医学部・歯学部附属病院
地域医療連携センター助教授

川崎 浩 二

ガイドラインはその作成方法により、以下のように類型化される。

- 1) Informal Consensus Development
専門家の意見に基づく作成方法
- 2) Formal Consensus Development
一定の手順に則って専門家の同意を測定・集約する方法（デルファイ法、Nominal Group Technique、Consensus Development Conference）
- 3) Evidence-based Guideline Development
EBM の手順に則って、問題の明確化、文献検索の手順の明示、文献の批判的吟味、勧告の作成を行う方法
- 4) Explicit Guideline Development
一つ一つの診療行為から得られる benefit, harms, costs を明示し、決断分析や費用効果モデルで指針を示す方法

現在の診療ガイドラインの標準は、3) Evidence-based Guideline Development であり、専門家の意見に基づく作成方法は過去の方法となっている。

平成 17 年度研究班において、日本語で書かれた歯科領域における診療ガイドラインと称されるものを医学中央雑誌から検索したところ、6 編がリストアップされたが、すべて Evidence-based Guideline ではなかった。

同様に、海外における歯科領域における診療ガイドラインと称されるものを National Guideline Clearinghouse、National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)、Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)、PubMed、CMA INFOBASE (Clinical Practice Guidelines)、American Academy of Periodontology、American Academy of Pediatric Dentistry から

検索したところ、115 編がヒットした。このうちの 60 編を和訳して内容を確認したところ、Evidence-based Guideline は 9 編であった。

歯科領域においては、このように Evidence-based Guideline は極めて少ない状態である。その原因のひとつは Evidence となる「人を対象とした」質の高い（研究デザインがしっかりとした）臨床疫学研究が少ないことが考えられる。また医科における臨床疫学研究はエンドポイントが「5 年生存率」、「治癒」というように明確であるが、歯科領域では、エンドポイントをどこにすべきかを明確化しにくいことも考えられる。長期展望としては、各学会が重要なエンドポイントを明確化するとともに、「人を対象とした」臨床疫学研究を強力に推進することが必要と考える。

今後、歯科領域の Evidence-based 診療ガイドラインをどのように作成していくべきかについて各学会等でも十分検討する必要がある。たとえば、Clinical Question の選択と優先順位決定は何に基づいて行うのか、作成メンバー構成をどこまで成熟度の高いものとするのか、標準的なガイドライン評価 Agree (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) を考慮するのか、改訂時期をどうするのか等々。

「シンポジスト」

診療ガイドラインと補綴治療の「症型分類」

「分担研究者」

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
口腔顎顔面補綴学分野教授 市川 哲雄
(社)日本補綴歯科学会理事(医療問題検討委員長)

(社)日本補綴歯科学会は、過去に、咬合異常の診療ガイドライン(2002)、顎機能障害の診療ガイドライン(2002)、咀嚼障害評価法のガイドライン：主として咀嚼能力検査法(2002)、顎関節症のガイドライン(2004、疑義解釈委員会に提出)を作成したが、低いエビデンスレベルに基づいたものであり、しかも主に方法の羅列であった。

Evidenced-based ガイドラインを作成するために、必要な要件を満たす前に、共通の言葉を用いて、標準化された用語を使い、標準化された調査をすることである。そして、その結果を学会員、学生、歯科医学会、歯科医師全体、厚生労働省、医療関係者、第三者機関と共有しなければならない。また、補綴歯科治療のような技術を要する治療の方針は、①臨床医の専門的スキル、②限られた医療資源、③患者の病態とおかれた環境、④患者の価値観と行動、⑤エビデンスをもとに決定される。ガイドラインの作成を行う上でエビデンスが最も不足していると思われがちであるが、「患者の病態とおかれた環境」の基準のないことがガイドライン作成の遅れ一番の原因であると考えられる。

(社)日本補綴歯科学会は2003年に、学会の新たな戦略として、「アカウントビリティーのある治療を目指した歯質、歯の欠損の病態(障害度)の指標である“症型分類”」を提案した。これは、症型分類1(初診時の多軸病態評価：

1-1：口腔の条件，1-2：身体社会的条件，1-3：口腔関連QOL，1-4：精神医学的条件）と症型分類2（機能・能力評価）からなる。現在，多施設大規模トライアル（“補綴歯科治療の難易度を決定する“症型分類1（初診時の病態評価）の妥当性，信頼性を検定するためのコホート研究）を行っている。現在まで，調査の信頼性には問題なく，この多施設大規模調査が世界に誇れる有効な調査になり得る可能性が示されている。

症型分類の効果として，①共通の診査項目を設けることにより，臨床経験の差に伴う難易度の判定の違いを軽減。若い臨床医が何を診るか指標となり，見落とし等の防止となる。②歯科医師間や施設間で患者の紹介，依頼を行う際の情報交換の目安になり，専門医制度，研修医制度等における難易度に応じた症例の選択，配当，カリキュラムの編成等に適用できる。③症例のデータ分析，施設内，施設間の種々のデータ収集，蓄積に活用できる。④歯科医療の社会に対する説明責任，評価が問われる昨今，一般にも理解しやすい明解で科学的な分類，ガイドラインの構築が必要不可欠となり，本分類はその一助をなすと期待される。⑤診療報酬等の算定の根拠となる。

最後に，補綴歯科治療を含め歯科医療に対する正当な評価を得るためには，組織的に，歯科において，検査，診断，技術，評価というスキームを確立し，組織的にクリニカルリサーチを進め，組織的に，歯科特有の理論構築をし，広報し，認知させる努力が必要であると考える。

「コメンテーター」

厚生労働省医政局歯科保健課
課長補佐 鳥山佳則

今日のシンポジウムの目的は、先行している医科のガイドラインの手法をどのように取り入れ、今後、歯科分野のガイドラインを作成するかである。

東邦大学医学部メディアセンターのサイトを閲覧すると、医科のガイドラインは検査・診断、投薬を主体とするものが多い。この点が手技中心の歯科医療との一番の相違点であろう。

高いエビデンスがない、エビデンスの研究を行うにも、大きな障壁があるなら、シンポジウムで示された consensus guideline の手法が現実的である。ガイドライン作成のための作業の多くは、文献レビューと考えがちであるが、今日のシンポジウムを通じて、専門家が泥臭く、時間をかけて熟成するものとの感を抱いた。

すなわち、中山先生の基調講演にあった GOBSAT(good old boys sitting around the table)は、EBMと対極にあるのでない。Old だけでは、困りもんであるが。

「コメンテーター」

日本歯科医学会 総務理事
住 友 雅 人

今回のシンポジウムに参加して、いま診療ガイドラインとして知られているものは実は、ガイドラインとはまったく呼べないものや、ガイドラインもどきのものが大半であると聞き、落胆とともに、あらためて真正なガイドラインの必要性を発見し、ファイトが沸いてきた方もいるのではないかと。

確かに、われわれが一般に作成しているガイドラインと称するものは、マニュアルであったり、組織内の指針である。師匠から弟子に伝えるいわゆる伝書のようなものまでガイドラインの範疇に加えている。個人的には知恵とかコツという内容のものを否定するどころか重要で必要なものと考えているが、ここでいうガイドラインとは一線を画する。

さて、日本歯科医学会は、この診療ガイドラインの作成を現執行部の重要項目とした。まず、歯科界に診療ガイドラインの定義をしっかりと示す必要があり、ガイドライン作成の目的を理解していただくことである。目的の認識は立場によってさまざまである。たとえば、診療ガイドラインの内容が医療保険に導入され、診療報酬にすぐに反映されるとの少々短絡的な期待も存在している。確かにそれも重要なポイントではある。

今回のシンポジウムから日本歯科医学会として行うことは、少々私的な見解も入っているが、以下のとおりである。

1. 各専門分科会から、過去に作成したガイドライン（と称するもの）と現在作成中のガイドラインの情報を収集すること
2. 各分科会から日本歯科医学会としてふさわしい診療ガイドラインのテーマを募集すること
3. 日本歯科医師会に診療報酬を考慮したものを含めてのテーマの提示を求めること
4. 収集したテーマを重要度、緊急度、難易度から検討し、順位付けすること
5. 診療ガイドラインの研究班から、望ましいガイドライン作成の手順を示してもらおうこと
6. ワークショップ形式の講習会や説明会を開催し、手順の周知を図ること
7. 順位付けし選定したテーマを各分科会に示し、応募によって選考されたチーム（複数の分科会もありえる）に助成金を支給すること

8. プロダクト（診療ガイドライン）を各方面に提示し、活用すること

これらの作業は早急に行わなければならない。ここで求められる診療ガイドラインの作成に必要なエビデンスは、実際の診療の場で得られるものが多い。したがって POS に基づきたいわゆる POMR の作成を習慣づける必要がある。

これはなかなか大変な意識改革を伴うことでもあり、安易な方略は存在しない。

「コメンテーター」

日本歯科医師会学術・生涯研修委員会
委員長 武部裕光

今回のシンポジウムに参加して、改めて、医科・歯科の EBM の進展度の差異に驚く。多くのガイドラインが国民に公開され、その解説書までが市販されている医科の現状は、病気を患者とともに治療するという意思が読みとれる。一方、ガイドラインの未設定の歯科医療の現状は、患者にとって歯科医療とはブラックボックス内の行為で、理解しようがないと思われるのではないかと懸念する。

日本の歯科医療の大半を担う一般開業医の一人として、早急な歯科医療に関する「EBMに基づくガイドライン」の制定を希望する。ガイドラインの策定は各専門学会に委ねられるだろうが、歯科医療の臨床のエビデンスは、医科と異なり一般開業医（日本歯科医師会会員）に蓄積されていることを留意し、それらを効果的に集約されることを希望する。

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

歯科分野における診療ガイドライン構築に関する総合的研究
－国内外の歯科診療ガイドラインについての調査と検討－

分担研究者 川崎 浩二

長崎大学医学部・歯学部附属病院 地域医療連携センター 助教授

研究要旨：昨年度収集した国内外における歯科関連の診療ガイドラインと称される文献、国内 6 編、国外 115 編のうち、英文ガイドライン 60 編の和訳が不備であったものを完成させた。ガイドラインの内容について検討を加え、その結果をシンポジウム「歯科領域における診療ガイドラインのあり方について」において発表した。日本語で書かれた歯科領域における診療ガイドラインと称される 6 編すべてが、Evidence-based Guideline ではなかった。英文ガイドライン 60 編の和訳の結果、Evidence-based Guideline は 9 編であった。歯科領域においては、Evidence-based Guideline は極めて少ない状態であった。その原因のひとつに Evidence となる「人を対象とした」質の高い臨床疫学研究が少ないことが考えられる。今後、歯科領域の Evidence-based 診療ガイドラインをどのように作成していくべきかについて十分検討する必要がある。Clinical Question の選択と優先順位決定は何に基づいて行うのか、作成メンバー構成をどこまで成熟度の高いものとするのか、標準的なガイドライン評価 Agree (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) を考慮するのか、改訂時期をどうするのか等々を視野に入れて基本的な方向性を打ち出す必要がある。

A. 研究目的

歯科診療ガイドラインを作成する準備段階として、第一にガイドラインの定義を明らかにすることが重要である。また国内・国外における歯科関連の「診療ガイドライン」が Evidence-based guideline であるかどうかを検証し、今後の歯科診療ガイドラインはどう作成されるべきかを検討することが必要である。

B. 研究方法

- 1) 昨年度収集した国外の歯科診療ガイドラインのうち不備のあった 60 編を和訳し、検討を加えた。
- 2) その結果を平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金「歯科医療分野における診療ガイドライン構築に関する総合的研究」において発表した。

(倫理面への配慮)

人を対象とした研究ではないので、倫理面には問題ない。

C. 研究結果

- 1) 国外の歯科診療ガイドライン 60 編を和訳ガイドラインは資料 1 に掲載。
- 2) 診療ガイドラインについての検討
診療ガイドラインはその作成方法により、以下のように類型化される。
 - (1) Informal Consensus Development
専門家の意見に基づく作成方法
 - (2) Formal Consensus Development
一定の手順に則って専門家の同意を測定・集約する方法（デルファイ法、Nominal Group Technique、Consensus Development Conference）
 - (3) Evidence-based Guideline

Development

EBMの手順に則って、問題の明確化、文献検索の手順の明示、文献の批判的吟味、勧告の作成を行う方法

(4) Explicit Guideline Development

一つ一つの診療行為から得られる benefit, harms, costs を明示し、決断分析や費用効果モデルで指針を示す方法

近年の医科における診療ガイドラインの標準は、(3) Evidence-based Guideline Development であり、専門家の意見に基づく作成方法は過去の方法となっている。

本研究において、海外における歯科領域における診療ガイドラインと称されるものを National Guideline Clearinghouse、National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)、Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)、PubMed、CMA INFOBASE (Clinical Practice Guidelines)、American Academy of Periodontology、American Academy of Pediatric Dentistry から検索したところ、115 編がヒットした。このうちの 60 編を和訳して内容を確認したところ、Evidence-based Guideline は以下の 9 編であった。

1. Guidelines for infection control in dental health-care settings-2003, Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 2003 Dec 19;52(RR-17):1-61.
2. Preventing dental caries in children at high caries risk. Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6 to 16 year olds presenting for dental care. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2000. 39 p. (SIGN publication; no. 47).
3. Nursing management of oral hygiene. Singapore Ministry of Health; 2004 Dec. 33 p.
4. Management of unerupted and impacted third molar teeth. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2000 Mar. 24 p. (SIGN publication; no. 43).

5. Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 Mar. 54 p.
6. Dental recall - recall interval between routine dental examinations. National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004 Oct. 118 p.
7. Prevention of dental caries in preschool children: recommendations and rationale. Am J Prev Med 2004 May;26(4):326-9.
8. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 2001 Aug 7;50(RR-14):1-42.
9. Recommendations on selected interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries. Am J Prev Med 2002 Jul;23(1 Suppl):16-20.

3) シンポジウムにおける発表

資料 2

D. 考察

歯科領域においては、未だ Evidence-based Guideline は極めて少ない状態である。その原因のひとつは Evidence となる「人を対象とした」質の高い（研究デザインがしっかりとした）臨床疫学研究が少ないことが考えられる。また医科領域における臨床疫学研究はエンドポイントが「5年生存率」、「治癒」というように明確であるが、歯科領域では、エンドポイントをどこにすべきかが明確化にされていないことも原因の一つであるかもしれない。

長期的には各専門領域において、重要なエンドポイントを優先的に明確化した「人を対象とした」質の高い臨床疫学研究を強力に推進することが必要と考える。

一方、短期的には歯科領域の診療ガイドラインを実際にどのように作成していくべきかについて歯科界である程度の統一化を行う必要がある。Evidence based Guideline ならば、Clinical Question の選択と優先順位決定は何に基づいて

行うのか、作成メンバー構成をどこまで成熟度の高いものとするのか、標準的なガイドライン評価 Agree (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) を取り入れるのか、改訂時期をどうするのか等々の検討が必要と考えられる。

ガイドラインと称されるものをその特性から類型化、定義して、それぞれを明確に使い分ける必要がある。Evidence-based Guideline だけにとらわれるのではなく、今ある最新の情報から適切なガイドラインを作成することが大事かもしれない。

E. 結論

国内外の歯科診療ガイドラインと称する文献を120編収集し、その内容を分析した。EBMによるエビデンスレベル、推奨度まで記載された質の高いガイドラインは現在分析を終了した60編中9編(15%)であり、予防・口腔ケア・管理に関するものが6編であった。英文115編の分類では小児歯科、歯周疾患、予防・口腔ケアに関するガイドラインが約60%を占めていた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

平成18年度厚生労働科学研究費補助金
「歯科医療分野における診療ガイドライン構築に関する総合的研究」
平成18年7月6日
新歯科医師会館

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 参考文献

資料 1

National Guideline Clearinghouse、American Academy of Periodontology、American Academy of Pediatric Dentistry に掲載されている歯科関連診療ガイドラインのリストとその和訳

National Guideline Clearinghouse : 文献番号 : No. 1~No.31
American Academy of Periodontology : 文献番号 : No.32~No.53
American Academy of Pediatric Dentistry : 文献番号 : No.54~No.60

【文献リスト】

1. Clinical guideline on management of persons with special health care needs
2. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children
3. Guidelines for infection control in dental health-care settings-2003
4. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry
5. Guideline on pulp therapy for primary and young permanent teeth
6. Preventing dental caries in children at high caries risk. Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6 to 16 year olds presenting for dental care. A national clinical guideline.
7. Clinical guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation
8. Clinical guideline on management of acute dental trauma
9. Clinical guideline on antibiotic prophylaxis for dental patients at risk for infection
10. Clinical guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry
11. Nursing management of oral hygiene
12. Oral health management of children and adolescents with HIV infections
13. Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults
14. Clinical guideline on appropriate use of local anesthesia for pediatric dental patients
15. Clinical guideline on appropriate use of nitrous oxide for pediatric dental patients
16. Clinical guideline on pediatric oral surgery
17. Management of unerupted and impacted third molar teeth. A national clinical guideline
18. Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea

19. Dental recall - recall interval between routine dental examinations
20. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies
21. Clinical guideline on adolescent oral health care
22. Clinical guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient
23. Clinical guideline on infant oral health care
24. Prevention of dental caries in preschool children: recommendations and rationale
25. Clinical guideline on fluoride therapy
26. Clinical guideline on the role of dental prophylaxis in pediatric dentistry
27. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home
28. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States
29. Recommendations on selected interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries
30. Summary of policy recommendations for periodic health examinations
31. Clinical guideline on appropriate use of antibiotic therapy for pediatric dental patients
32. Parameter on "refractory" periodontitis
33. Parameter on acute periodontal diseases
34. Parameter on aggressive periodontitis
35. Parameter on chronic periodontitis with advanced loss of periodontal support
36. Parameter on chronic periodontitis with slight to moderate loss of periodontal support
37. Parameter on comprehensive periodontal examination
38. Parameter on mucogingival conditions
39. Parameter on occlusal traumatism in patients with chronic periodontitis
40. Parameter on periodontal maintenance
41. Parameter on periodontitis associated with systemic conditions
42. Parameter on placement and management of the dental implant
43. Parameter on plaque-induced gingivitis
44. Parameter on systemic conditions affected by periodontal diseases
45. Guidelines for the in-office use of conscious sedation in periodontics
46. Dental implants in periodontal therapy (position paper)
47. Diabetes and periodontal diseases (position paper)
48. Periodontal regeneration (position paper)
49. The role of supra- and subgingival irrigation in the treatment of periodontal

- diseases (position paper)
50. Sonic and ultrasonic scalers in periodontics (position paper)
 51. Systemic antibiotics in periodontics (position paper)
 52. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions (position paper)
 53. Diagnosis of periodontal diseases (position paper)
 54. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect
 55. Clinical guideline on record-keeping
 56. Clinical guideline on informed consent
 57. Clinical guideline on the elective use of minimal, moderate, and deep sedation and general anesthesia for pediatric dental patients
 58. Clinical guideline on use of anesthesia care providers in the administration of in-office deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient
 59. Clinical guideline on acquired temporomandibular disorders in infants, children, and adolescents
 60. Clinical guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs

【和 訳】

1. Clinical guideline on management of persons with special health care needs

特定医科治療を必要とする患者管理に関する臨床指針

American Academy of Pediatric Dentistry; 2004. 4 p. [24 references]

http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6269

推奨要旨

治療計画設定

親／患者が最初に(通常電話)診療機関に連絡を取る事により小児歯科診療の機会が生じ、担当医と妥当な診療計画を確認する。受付が小児患者の氏名、年齢、主訴を聞き、特別医科治療の必要性と特定医科治療(SHCN - special health care needs)内容を判定し、必要な場合は小児のかかりつけ医の名前も聞く。歯科医の指導の基に診療スタッフは(通常)診療時間の延長の有無そしてまたはその患者治療の効率面から追加スタッフ配備の必要性を判定する。特別な治療の必要性同様熟達した歯科医およびチーム編成の必要性を明記し、それに従ってスタッフは以降の再来で必要となる患者にあった環境設定の準備を行う。特別な治療の計画設定の際には、歯科医は医療保険の相互運用性確保及び説明責任に関する法律(HIPPA)ならびに障害者法(AwDA)に精通しかつそれに従わなくてはならない。医療保険の相互運用性確保及び説明責任に関する法律は患者の個人情報の保護を定め、障害者法は障害者の差別を防止するものである。

かかりつけ歯科医

かかりつけ歯科医がいて特定治療を必要とする患者は適正な歯科的予防および通常処置を受けやすい。かかりつけ歯科医は個々にあった口腔予防処置を行い予防可能な歯および口腔疾患を未然に防止する。特定医療が必要な患者が成人となった時点で小児歯科医の手から離れる。継続した歯科処置のため成人口腔衛生に精通した歯科医への移行意義に関し患者およびその親/後見人を教育し準備する事は重要である。それに対する同意が患者および親/後見人から得られた時点で特定医療が必要な患者を成人歯科医へ移行し、継続管理を委任する。これが不可能な場合あるいはこれを望まない場合は、かかりつけ歯科医はその患者の継続治療を行うことができ、特定歯科治療の必要性を生じた時に紹介を行う。

患者評価

患者の医科現病・既往歴を知る事は、合併疾患悪化のリスクを抑制しながら歯科治療を行う上で必須である。正確で、網羅性があり、かつ最新の医科現病・既往歴が歯科の診断および効果的な治療計画設定の上で必須である。主訴、現病歴、合併疾患・症状、医科診療担当医、入院歴/手術歴、麻酔歴、現在の投薬薬剤名、アレルギー/過敏症、免疫状態、全身

系の精査、家族歴および社会歴、および全歯科疾患既往歴に関する情報を得る必要がある。患者/親から正確な情報が得られない場合は該当医療関係者あるいは患者担当医師への照会が必要となる。患者の再来毎に、現病・既往歴を確認し更新する必要がある。最近懸念する(確定していない)疾患・障害名、新たに出現した疾患名、および服薬薬剤の変更も記録する。各再来時更新を記録する。顕著な疾患に関しては明記・略記の区分してカルテに記録する。

全例に対し頭頸部および口腔の包括的検査を実施する。う蝕活動性試験(CAT)を実施する。CATは実施時のう蝕リスク評価であるので定期的にこれを実施して個々のリスクの変化を評価する。う蝕リスク評価、必要な口腔衛生、およびその遂行能を評価した後、個々に対応したリコール間隔設定を含む予防計画設定が望ましい。

口腔所見および推奨する特異治療の概略を患者および患者/保護者に提供する(解説する)。適時にこの情報を患者の担当医にも連絡する。

医師との協議

患者の医科診療関係者(医師、看護師、およびソーシャルワーカー)との協議により歯科医は患者の診療を調整する。適切な時点で投薬、鎮静、全麻、および安全な口腔処置を行う上で必要となる特異的規制あるいは処置について医師と協議する。歯科医および関連スタッフは常に救急医療対応準備が必要となる。

患者との意思疎通

特定医科治療を必要とする患者の治療時には、患者との良好な意思疎通を図る上で患者の精神状態あるいは知的機能の程度の評価が決定要素となる。患者受診前にしばしば親あるいは保護者から情報が提供されるのでそれが診療準備に非常に役立つ。歯科処置中に患者と直接的に意思疎通を図るべきである。言葉で意思疎通ができない患者では通常の方法とは違った種々の方法で意思疎通が可能である。意思疎通のできない患者では意思疎通そしてまたは説明の上で、時には親、家族、あるいは保護者の入室が必要となる。米国障害者法(AwDA)の要求に従い、特定医科治療が必要な患者/親との意思疎通の試みが聴力障害のような障害のため上手く奏効しない場合は、歯科医はこれらの個人とともに有効的な意思疎通手段の構築を行う必要がある。

インフォームドコンセント

歯科治療に関して全ての患者よりあるいは法的な患者の代理人より書面による的確なインフォームドコンセントを得ることが必要である。インフォームドコンセントは州法に適合しなくてはならず、かつそのまま形が通用するのであれば施設基準に適合する必要がある。インフォームドコンセント得た旨はカルテ内に歯科医の署名および証左を附して記録する必要がある。

対応誘導

特定医科治療が必要な患者の対応誘導は至難である。精神遅滞および精神的機能は正常で単なる身体障害例でも要求や抵抗行動が起こり得る。これらの行動は安全に歯科治療を行う上で支障となる。親/保護者の助力を得れば身体的および精神的障害を有する患者の多くは診察室内での管理は可能である。通常に対応誘導技術が不適切な場合保護的抑制が有効である。保護的抑制のみで包括的口腔内治療が難しい場合は適切な鎮静法あるいは全麻が対応誘導上使用される。診察室内で鎮静や全麻を含む対応誘導が不可能な場合は入院あるいは外来手術の設備のある施設での歯科治療が最も適切となる事もある。

予防計画

特定医科治療が必要な患者は口腔疾患に罹患しやすく、その口腔疾患により更に健康に影響が出る。日常の口腔衛生に対する適切な定期的監視に関する親/保護者の教育が鍵を握る。歯科専門家が口腔衛生技術を実演して見せ、障害例には適切な頭位取りを教える。またう蝕予防上フッ化物添加歯磨き剤の使用の必然性と、歯肉炎防止上連日の歯磨きと歯間清掃の必要性を強調する。身体的障害例に対しては歯磨きを自身でできるように方法の変更も許される。電動歯ブラシはこの意味で患者の応諾性を向上させ得る。フロスホルダーも口の中に手を運べない場合には有効な場合もある。歯科医療関係者は患者が適切に実施し得ない場合には適正な口腔衛生法を考案しておく事。

長期的歯科疾患予防上食事指導をしておく。歯科医は非う蝕原性食事を奨め、蔗糖含有の薬剤および炭水化物高含有補充剤はう蝕原性であると忠告する。同様に薬剤の他の副作用(例えば口腔乾燥症、歯肉過形成)にも配慮しておく事。

特定医科治療を必要とする患者には充填材使用が有効な場合もある。充填材は乳歯および永久歯の感受性の高い小窩や裂溝に用いるとう蝕を低減する。局所フッ化物(例えばブラシに乗せるゲル、口腔含嗽剤、フッ化物含有歯科用バーニッシュ、予防用歯科専用フッ素充填剤)はう蝕リスクが高ければ適応となり得る。フッ化物徐放性ガラスアイオマーを用いるような代替保存修復治療(ART)は特定医科治療が必要な例に対して予防と治療を兼ね備え有益な場合がある。歯肉炎や歯周炎のある例ではクロルヘキシジンの口腔含嗽剤が役立つ事もある。含嗽剤を飲む癖のある例に対しては歯ブラシにクロルヘキシジンを付けて用いる。重症の口腔疾患のある例に対しては適応があればクロルヘキシジンを2~3ヵ月毎使用させることにもなる。進行性歯周疾患例はその評価と治療に関して歯周病専門歯科医紹介が必要となる。

障壁

歯科医は特定医科治療が必要な例に対して地域の該当領域の医師を良く知っておく必要が

あり、適切な場合にその医師から支援を得る。特定医科治療を専門とし歯科医/患者を支援する地域病院、公的病院、リハビリ専門病院、もしくは団体がありそこでは言語および文化面での障壁がある場合は、財政面あるいは通院交通手段面の問題を支援する他地域の病院もある。

発達障害あるいは後天性口腔顔面障害例

口腔処置を必要とする発達障害例あるいは後天性口腔顔面障害例には熟慮を要する。通常これらの症例には特定医科治療の必要性に因る長時間診療あるいは高度の対応誘導技術の必要はないが、口腔疾患の治療には独特の困難さがある。遺伝性外胚葉異形成の様な発生欠損は多くの歯の喪失あるいは奇形が見られ小児および成人での進行性疲弊性障害を伴う。小児および家族との最初の接触時点より奇形に対する家族の適応および関係する歯科治療にに対してあらゆる努力が払われるべきである。歯科医はその疾患に因る成長、機能および外見への影響同様、小児の心理社会的側面に十分配慮すべきである。先天性口腔疾患は長期的な疾患の治療および小児の発達に見合った適時の治療が必要になる。外胚葉性異形成、表皮水疱症、唇裂/口蓋裂、および口腔癌例の治療にはしばしば集学的治療が必要となる。種々の専門医に依る協力的医療が治療を成功させる決定要因となる。

口腔顔面奇形と他の部分の奇形の区別を第三者的支払側はするがこれはしばしば恣意的で不公平である。遺伝性歯数不足症の小児に対しては抜歯、あるいは固定装置(総有床義歯、あるいはオーバーデンチャーを含む)そしてまたはインプラントが適応となり得る。歯科医は保険会社と協議の上でそれらの症例に対しこれらの処置適応と妥当性を考慮すべきである。

紹介

年齢、対応度、協力能の欠如、障害、あるいは医科的合併疾患のため治療が行われていないと進行性口腔疾患に罹患している例もある。治療延期あるいは治療の否認は不必要な疼痛、不快、更なる治療および医療費の必要性、不良な治療結果、および治療機会の喪失をもたらす。歯科医は患者の治療に関して倫理的に行動する義務を有する。治療が歯科医の技能を超えている場合は患者の全般的健康維持を考慮して紹介を行うこと。

2. Clinical guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance, and oral treatment for children

小児の歯科健診、予防処置、予防指導および口腔治療に関する受診間隔の指針

American Academy of Pediatric Dentistry; 2003. 3 p. [24 references]

http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6270

推奨要旨.

生後から 12 ヶ月

1. 口腔発達、病理そしてまたは障害(ある場合は診断名)の有無の評価のための口腔診断検査
2. 両親、保護者および親権者に対する口腔衛生指導
3. 歯肉縁上・縁下の歯垢・歯石の除去
4. 小児の局所・全身的フッ素摂取状況の評価(小児用フッ素化剤、フッ化物配合歯磨剤等)とフッ化物の指導. 水、食事および口腔衛生製品よりの総フッ素摂取量を判定後必要によりフッ化物補充剤の処方.
5. 授乳・哺乳法(母乳・人工乳)の評価と必要により指導.
6. 口腔衛生に関する食事指導.
7. 年齢に応じた口腔顔面外傷予防指導.
8. 非栄養的口腔習癖(おしゃぶり、指しゃぶり)に対する指導.
9. 必要な治療そしてまたは口腔疾患や口腔障害がある場合には適正な紹介.
10. 両親、親権者あるいは保護者に対する事前指導.
11. 必要な場合は小児のかかりつけ医との相談.
12. 既往歴や診察に基き患者の口腔疾患罹患のリスク評価.
13. 健診間隔の決定.

12-24 ヶ月

1. 6 ヶ月毎に生後-12 ヶ月の事項を繰り返すか疾患罹患のリスクに応じて個々に合わせて間隔変更.
2. 授乳・哺乳法(母乳・人工乳)およびこぼれ防止訓練カップの妥当性評価と必要であれば指導.
3. 保育園での摂取量も含めた小児のフッ素摂取量評価と両親への指導.
4. 必要な場合にあつては6 ヶ月毎のフッ素化治療.

2-6 歳