

ガイドラインの役割

医師向け診療ガイドライン:

- ・ 新旧情報収集・確認
- ・ 患者に説明する治療の範囲と根拠
- ・ 保険適応の有無の確認
- ・ 場合によっては、新しい治療方法へのヒント

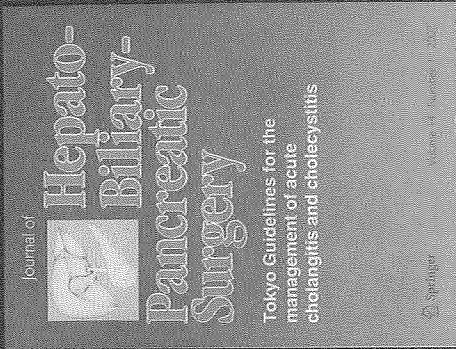
患者向けガイドライン:

- ・ 患者、一般への教育（予防、治療の双方）
- ・ 選択しうる治療法の認知

日本語版と国際版ガイドライン



2005年9月



2007年2月

Formal Consensus Approach

International Consensus Meeting
for the Management of Acute Cholecystitis,
Cholangitis
Convener: Tadahiro Takada, M.D., F.A.C.S.

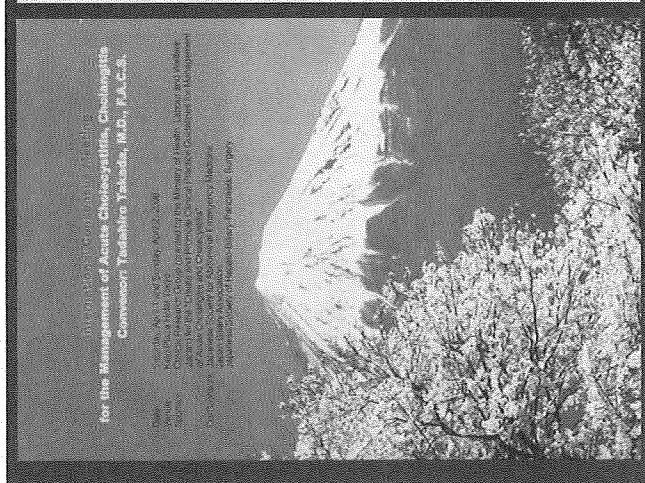
Date : Saturday, April 1 and Sunday, April 2, 2006
Venue: Keio Plaza Hotel Tokyo

Sponsor:

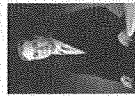
Clinical Research Group (granted by the Ministry of Health,
Labour and Welfare, Japan) for the "Create and Promote
Clinical Practice Guidelines for Management of Acute
Cholangitis and Cholecystitis"

Co-Sponsors:

Japanese Society for Abdominal Emergency Medicine
Japan Biliary Association
Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery



Chairman, publisher
for the Management of the International Consensus Meeting
for the Management of Acute Cholecystitis, Cholangitis
Convener Tadahiro Takada, M.D., F.A.C.S.



Welcome Message

from the Convener of the International Consensus Meeting

Tadahiro Takada, M.D., F.A.C.S.
Chairman, publisher
for the Management of the International Consensus Meeting
for the Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis

With respect to biliary infection, there are no world-common criteria for the diagnosis and severity assessment of acute cholangitis and cholecystitis. In 2003, based on the research on the Preparation and Publication of Guidelines for the Management of Acute Biliary Infection (PAGBI) project, I organized the International Consensus Meeting (April 1-2, 2005) in H.S. Medica-20, Japan, chief researcher: Tadahiro Takada) and with support of the Japanese Society for Abdominal Emergency Medicine, the Japan Biliary Association and the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. A working group was constituted to prepare the guidelines. The group, consisting of 46 members, mainly gastroenterologists, surgeons, physicians engaged in emergency medicine, intensive care and clinical epidemiology, had a total of 20 meetings for preparing a draft of the Guidelines. As a result of our literature search, we found that the most critical problem in the field was evidence. Then, we had consensus discussion very frequently within Japan and prepared draft guidelines. In the process of drafting, 12 meetings were held at the publication committee to study methods of surgery and internal medicine used mainly in abroad and to examine the consistency of the draft Guidelines (version 1) with them.

It was then followed by the discussion of the draft Guidelines via e-mail with the selected worldwide panelists and the draft Guidelines (version 2) which was revised by the e-mail discussion was again discussed at the International Consensus Meeting (April 1-2, 2005) in H.S. Medica-20, Japan, chief researcher: Tadahiro Takada) and with support of the Japanese Society for Abdominal Emergency Medicine, the Japan Biliary Association and the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. The Tokyo Guidelines for the Management of Acute Cholangitis and Cholecystitis was completed.

Since there are ethnic differences in health practices and healthcare facilities between each country, the guidelines promulgated in this work do not represent a national or local standard of practice in individual country, it might be difficult body for the Guidelines to be the one of the world common. However, it would be most honored for me if the Tokyo Guidelines in the text practical guidelines of Acute Cholangitis and Cholecystitis and be helpful for the early printed in this world.

TOKYO International Consensus Meeting



Overseas Panelists 30 specialists from 20 countries

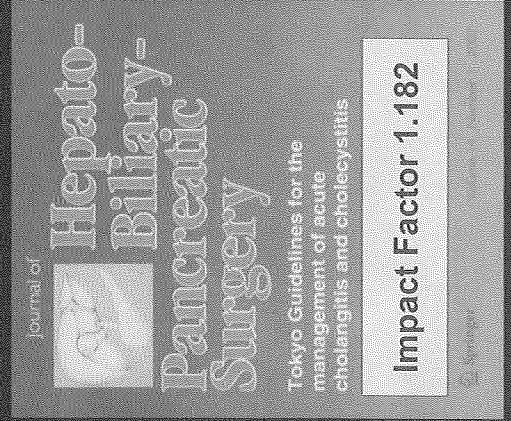
USA	Henry A. Pitt, Joseph S. Solomkin, Steven M. Strasberg, Thomas R. Gadez
Argentina	Eduardo de Santibanes
France	Jacques Belghiti
Italy	Giulio Belli
Germany	Markus W. Buechler, Horst Neuhaus
Greece	Christos Derwenis
Netherlands	Dirk J. Gouma
China	Xiao-Ping Chen
Hong Kong	Chi-Leung Liu, Edward C-S Lai, Joseph W.Y. Lau, Angus C.W. Chan
India	Avinash Sype
Indonesia	Benny B. Phillipi
Malaysia	Hajit Singh
Philippines	Seratin C. Hilvano
Singapore	Liau Kui Hin
South Korea	Myung-Hwan Kim, Sun-Whe Kim
Taiwan	Chen-Guo Ker, Min-Fu Chen
Thailand	Vibul Sachakul
Australia	Robert T.A. Padbury
New Zealand	John A. Windsor
South Africa	Philippus C. Bornman

International Consensus Meeting for the Management of Acute Cholecystitis, Cholangitis

President: Tadahiro Takada, M.D., F.A.C.S.
April 1-2, 2006 - Tokyo, Japan



Tokyo Guidelines



Jan. 2007

医科のガイドラインの講演で 繰り返し強調された事

たとえば

夜間外来に腰痛の患者が来院した とします

対応する当直医は消化器外科医で、医局の本冊には腰痛の診療ガイドラインが整備されている。

ここ2, 3日痛みがひどく、右足まで痺れるという

ガイドラインには、まず「安静臥床、薬物治療、理学療法、装具、神経ブロックなどの治療を徹底して行うべきである」、さらに「馬尾症候群は手術適応である」と、記載されている。

「先生、手術しないためです。検査も済ませたいので入院してください」
「まず安静が必要です。検査も済ませたいので入院してください」
「腰痛は、ガイドライン通りに治療すれば治りますよ。」
「このままだと、とんでもないことになってしまいますよ。」
「仕事があるんです。痛み止めのだけ下さい」
「あなたの体を思っていることです。もっと真剣に考えてください。」

患者は明日検査に来るといって、ロキソニンを処方されて帰った

翌日患者は来院せず、一週間後、再度来院された。
右足を引きずっている

「先生の言うとおりでした」
「大丈夫。ガイドラインの通り治療すれば、良くなりますよ」
「先生、コルセットはだめですか？」
「腰痛の治療は、ガイドラインで勧められている通りに治療することが近道なんです。」

これを料理本医療と言います

ガイドラインは、目の前の患者に臨床医が最良の医療を提供するための一つの資料治療方法は、患者と医師でよく相談して決めるもの

何よりも、目の前の患者が中心

しかし、何でもかんでも「勝手に」自分で決めてくださいということではなく、適正な判断を下せるように、十分な情報を提供し、**専門家としてアドバイスする**のが医療者の役割



ガイドラインの適正利用と

Evidence (根拠) に基づいた医療の実践

ーガイドライン使用者へー

1. 出版されたガイドラインをよく勉強してほしい
2. ガイドラインは法律書ではなく、大きな道筋を示すものです
3. 勉強した上で、何より患者を中心に考えてほしい
4. 実際の診療方針は、主治医と患者で相談して決めるものです

EBMの原則 ~~は~~ エビデンス優先

EBMの原則 = 患者中心 (Patient centered)

NICEにおける歯科領域の診療ガイドラインの事例について

長崎大学医学部・歯学部附属病院 准教授
川崎 浩二

1. NICEとは？

英国 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)は国営の National Health Service (NHS)の一部であり、医療の質と安全性向上のために国レベルで診療の指針を示し、標準化を目指すことを目的に 1994 年に設立された。NICE の診療ガイドラインの特徴は、科学的根拠に基づくことはもとより、作成に幅広い専門家と患者が参加すること、作成過程が透明化されていること、導入のための様々な工夫がされていること、医療経済分析と一体化していること、定期的に更新されること等が挙げられる。また国の政策として行われていることも特記すべきことである。

2. NICEのプログラム

NICE には① Clinical Guideline、② Interventional Procedures、③ Technology Appraisals という3つのプログラムがあり、①は診療ガイドライン、②は患者の体内へのアクセスや電磁放射線取扱手順の標準化、③は薬剤、医療機器、診断技術等の標準化という区分を設けている。

3. 診療ガイドライン「Dental Recall」

歯科関係の Clinical Guideline としては現在「Dental Recall - Recall Interval between routine dental examinations -」が登録されている。本シンポジウムではこの「Dental Recall」を取りあげ、その推奨度、エビデンスレベル、ガイドラインの内容、ガイドライン導入・流布のための工夫等を紹介する。

診療ガイドラインに関する御経歴

2005～2007	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 分担研究者
2007～2008	歯科診療所における歯科保健医療の標準化のあり方等に関する検討会 WG 委員
2008	歯科分野における診療ガイドラインの評価とその普及に関する研究班 研究分担者

英国 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) に おける 歯科領域診療ガイドラインの 事例について

長崎大学医学部・歯学部附属病院
川崎 浩二

NICEが提供するGuidanceのType

1. Clinical Guidelines
2. Interventional Procedures (IP)
3. Technology Appraisals (TA)

Interventional Proceduresの定義

診断や処置のための手順

- ・ 患者の体内にアクセスするための切開や穿通
一例えは、手術を行う場合や血管にチューブを挿入する。
- ・ 体を切開することなく体腔(消化管、肺、子宮、膀胱など)にア
クセスする
一例えは、口腔から機器を挿入して胃の内部を検査・処置する。
- ・ 電磁放射線(X線、レーザー、ガンマ線、紫外線など)を扱う
一例えは、眼疾患処置にレーザーを用いる。

Technology Appraisalsの定義

EnglandとWalesのNHS(National Health Service)にお
いて、新たなあるいは既存の薬剤を用いたり処置を
行う場合の推奨である。

- ・ 薬剤
- ・ 医療機器(例えば、補聴器や吸入麻酔器)
- ・ 診断技術(疾患同定に用いるテスト)
- ・ 外科的手順(例えば、ヘルニアの修復術)
- ・ 健康増進活動

1. Clinical Guidelines

- ① Dental Recall
Recall Interval between routine dental examinations
- ② Prophylaxis against infective endocarditis

5

2. Interventional Procedures

- ① 扁桃腺コブレーション手術
- ② 顎顔面再構築のためのチタンインプラント
- ③ 耳下腺洞閉鎖のためのシアノアクリレート注入
- ④ 母乳摂取困難事例の舌小帯短縮症の分離
- ⑤ 咽頭嚢の内視鏡ステイプリング
- ⑥ 歯科矯正的固定源のミニ(マイクロ)スクレーパーインプラント
- ⑦ いびきを対象とした軟口蓋の高周波切除
- ⑧ 睡眠時無呼吸症候群に対する軟口蓋インプラント
- ⑨ いびきに対する軟口蓋インプラント
- ⑩ 三叉神経痛に対するガンマナイフを用いた定位放射線手術
- ⑪ 治療的唾液腺内視鏡

6

3. Technology Appraisals

- ① Tooth decay – HealOzone
- ② Wisdom teeth - removal

7

Clinical Guidelineの例

Dental Recall

Recall interval between routine dental examinations

Clinical Guideline 19
October 2004

8

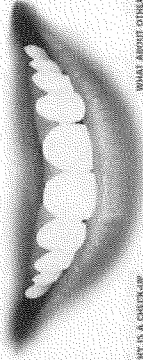
Key Clinical Question

- (a) How effective are routine dental checks of different recall frequencies in improving quality of life and reducing the morbidity associated with dental caries and periodontal disease in children?
- (b) How effective are routine dental checks of different recall frequencies in improving quality of life, reducing the morbidity associated with dental caries, periodontal disease and oral cancer, and reducing the mortality associated with oral cancer in adults?

ポスター

When should my next dental check-up be?

If you have been used to regular check-ups every 6 months, you may find this changes. The gap could be longer or shorter than this, depending on how healthy your teeth and gums are and your risk of future problems.



WHAT IS A CHECK-UP?
The dentist checks your teeth and gums for decay, gum disease, and other problems. They also clean your teeth and give you advice on how to keep your teeth and gums healthy.

HOW OFTEN SHOULD I COME BACK FOR CHECK-UPS?
After your check-up, your dentist will advise you on how often you should come back for check-ups. This will depend on your oral health and your risk of future problems.

WHAT ABOUT OTHER CHECK-UPS?
If you have other health problems, you may need to see other healthcare professionals. For example, if you have diabetes, you may need to see a diabetes specialist. If you have heart disease, you may need to see a heart specialist.

WHERE CAN I FIND OUT MORE?
For more information, visit the NHS website: www.nhs.uk. You can also call the NHS helpline on 111.

通常版
(38ページ)

NHS
National Institute for
Clinical Excellence

Dental recall Recall interval between routine dental examinations

Clinical Guideline 13
October 2014
Developed by the National Collaborating Group for
Adults' Care

When should my next dental check-up be?

If you have been used to regular check-ups every 6 months, you may find this changes. The gap could be longer or shorter than this, depending on how healthy your teeth and gums are and your risk of future problems.

WHAT IS A CHECK-UP?
The dentist checks your teeth and gums for decay, gum disease, and other problems. They also clean your teeth and give you advice on how to keep your teeth and gums healthy.

HOW OFTEN SHOULD I COME BACK FOR CHECK-UPS?
After your check-up, your dentist will advise you on how often you should come back for check-ups. This will depend on your oral health and your risk of future problems.

WHAT ABOUT OTHER CHECK-UPS?
If you have other health problems, you may need to see other healthcare professionals. For example, if you have diabetes, you may need to see a diabetes specialist. If you have heart disease, you may need to see a heart specialist.

WHERE CAN I FIND OUT MORE?
For more information, visit the NHS website: www.nhs.uk. You can also call the NHS helpline on 111.

WHAT ABOUT OTHER CHECK-UPS?
If you have other health problems, you may need to see other healthcare professionals. For example, if you have diabetes, you may need to see a diabetes specialist. If you have heart disease, you may need to see a heart specialist.

WHERE CAN I FIND OUT MORE?
For more information, visit the NHS website: www.nhs.uk. You can also call the NHS helpline on 111.

WHERE CAN I FIND OUT MORE?
For more information, visit the NHS website: www.nhs.uk. You can also call the NHS helpline on 111.

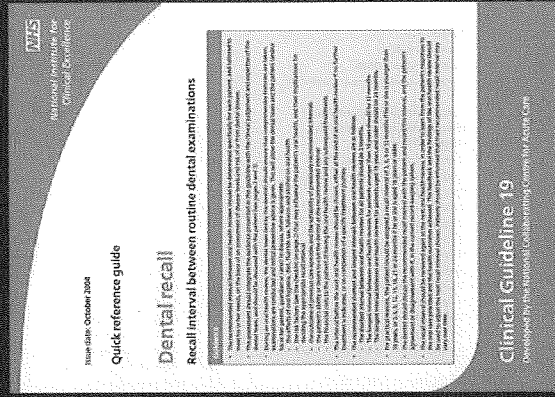
WHERE CAN I FIND OUT MORE?
For more information, visit the NHS website: www.nhs.uk. You can also call the NHS helpline on 111.

WHERE CAN I FIND OUT MORE?
For more information, visit the NHS website: www.nhs.uk. You can also call the NHS helpline on 111.

Dental Recall
Recall interval between routine
dental examinations

EVIDENCE, METHODS & GUIDANCE

1	1
---	---



Date of publication		Date of next update	Year No.	Year No.
1	1	1	1	1

Component of the guidance	How the evidence has been used to develop the guidance	How the evidence has been used to develop the guidance
1. Scope of the guidance	1. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.	1. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.
2. Frequency of dental examinations	2. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.	2. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.
3. Professional involvement	3. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.	3. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.
4. Professional involvement	4. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.	4. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.
5. Professional involvement	5. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.	5. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.

1. Scope of the guidance
The purpose of this guidance is to provide a clear and concise summary of the evidence on the effectiveness of dental recall in reducing the risk of dental caries in patients with low to moderate risk of dental caries. The guidance is based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.

2. Frequency of dental examinations
The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research. The evidence included in this guidance was based on a search of the literature for randomised controlled trials, cohort studies, case-control studies, cross-sectional studies, and qualitative research.

Contents (通常版)

- Introduction
- 1 Guidance
- 2 Notes on the scope of the guidance
- 3 Implementation on the NHS
- 4 Research recommendations
- 5 Other versions of this guidance
- 6 Related NICE guidance
- 7 Review date

Contents (Full version)

Contents

16

Contents (通常版 つづき)

- Appendix A: Grading scheme
- Appendix B: The Guideline Development Group
- Appendix C: The Guideline Review Panel
- Appendix D: NHS England clinical care pathways: overview of oral health assessment and oral health review
- Appendix E: Implementing the guideline recommendations

17

Contents

Acknowledgements	v	2.2.5 Other caries outcome measures used in our updated review	13
Stakeholder Organisations	viii	2.2.6 Periodontal Disease Outcomes	14
Abbreviations used in Guideline	ix	2.2.7 Oral Cancer	15
		2.2.8 Quality of Life	15
1 Background	1	2.3 Cost-effectiveness	15
1.1 What is a guideline?	1	2.3.1 The HTA Report model	16
1.2 Remit of the Guideline	3	2.3.2 Other studies	16
1.3 What the guideline covers	3	2.4 Conclusions	17
1.4 What the guideline does not cover	3		
1.5 Who developed the guideline?	3	3 The Context of Dental Recall	20
1.6 Guideline Methodology	4	3.1 Dental Caries	21
1.7.1 Outline of methods used	4	3.1.1 Caries Risk Assessment	22
1.7.2 Questions addressed in developing the guideline	4	3.1.2 Rate of Progression of Dental Caries	23
1.7.3 Systematic Review Methods for Key Clinical Questions	5	3.1.3 Threshold for intervention	24
1.7.4 Hierarchy of evidence	6	3.1.4 Occlusal surface caries	24
1.7.5 Health economics methods	6	3.1.5 Caries on contacting approximal surfaces	25
1.7.6 Forming and grading the recommendations	7	3.1.6 Restorative threshold of free smooth surface lesions	25
		3.2 Periodontal Diseases	25
2 Clinical effectiveness and cost-effectiveness of routine dental checks (HTA update)	9	3.2.1 Summary of the Literature Reviewed	25
2.1 Characteristics of the Included Studies	9	3.2.2 Gingivitis	26
2.1.1 Characteristics of the study settings and study design	9	3.2.3 Risk factors	26
2.1.2 Characteristics of the Participants	10	3.2.4 Rates of Progression	27
2.1.3 Characteristics of the Intervention and Comparisons	10	3.3 Oral Cancer	28
2.1.4 Outcomes	11	3.3.1 Summary of the Literature Reviewed	28
2.1.5 Quality Assessment	11	3.3.2 Epidemiology	28
2.1.6 Data synthesis and analysis	11	3.3.3 Risk factors for oral cancer	30
2.2 Results	11	3.3.4 The accuracy of clinical oral examinations in detecting oral cancer and potentially malignant conditions	31
2.2.1 Outcome Measure: Number of teeth present	12	3.3.5 Toluidine blue dye	31
2.2.2 Outcome Measure: DMFT/DMPS	12	3.3.6 Potentially malignant lesions and conditions	31
2.2.3 Outcome Measure: Decayed Teeth (DT)/Decayed Surfaces (DS)	13	3.4 Effectiveness of Dental Health Education and Oral Health Promotion	33
2.2.4 Outcome Measure: Filled Teeth (FT)	13	3.4.1 Summary of the Literature Reviewed	33
		3.4.2 General Oral Health Promotion	33
		3.4.3 Smoking Cessation	34

3.4.4 Dietary Advice	34	References	46
3.5 Factors Affecting Dental Attendance and Satisfaction with the Current Service	35	Glossary of Terms	54
3.5.1 Summary of the Literature Reviewed	35	Appendix A – NHS Clinical Care Pathways: Oral Health Assessment and Oral Health Review	59
3.5.2 Motivation for visiting the dentist	35	Appendix B – Questions addressed by the guideline	60
3.5.3 Factors influencing the frequency with which NHS patients see their dentist	35	Appendix C – HTA Update Literature Searches	62
3.5.4 Satisfaction with NHS dental services in England and Wales	36	Appendix D – HTA Update Key Study Characteristics	65
		Appendix E – Economic Modelling	83
4 Economic Modelling	38	Appendix F – Restorations, Diagnostic Accuracy and Caries Epidemiology	92
4.1 Methods	38	Appendix G – Implementing the Clinical Recommendations – selecting the appropriate recall interval for an individual patient.	100
4.2 Conclusions	38		
5 Recommendations	40		
5.1 Part 1: Clinical Recommendations	40		
6 Implementation and Audit	42		
6.1 Background	42		
6.2 Implementation	42		
6.3 Audit	43		
6.4 Research Recommendations	44		

Appendix A: Grading scheme

The recommendation grading scheme and hierarchy of evidence used in this guideline are adapted from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 50: A guideline developers' handbook), and summarised in the tables below.

Recommendation grade	Evidence
A	<ul style="list-style-type: none"> At least one meta-analysis, systematic review, or randomised controlled trial (RCT) rated as 1** (see table on page 17), and directly applicable to the target population, or A systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1*, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	<ul style="list-style-type: none"> A body of evidence including studies rated as 2**, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results, or Extrapolated evidence from studies rated as 1** or 1*
C	<ul style="list-style-type: none"> A body of evidence including studies rated as 2*, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results, or Extrapolated evidence from studies rated as 2**
D	<ul style="list-style-type: none"> Evidence level 3 or 4, or Extrapolated evidence from studies rated as 2*, or Formal consensus
D (GPP)	<ul style="list-style-type: none"> A good practice point (GPP) is a recommendation for best practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group

Guidance

ガイダンス和訳

エビデンス レベル

Level of evidence	Type of evidence
1**	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1*	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias
1 [†]	Meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias
2**	High-quality systematic reviews of case-control or cohort studies
2*	High-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance, and a high probability that the relationship is causal
2 [†]	Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance, and a moderate probability that the relationship is causal
2	Case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance, and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies (for example, case reports, case series)
4	Expert opinion, formal consensus

Grading Scheme

推奨度

エビデンス レベル

1. ガイドライン

このガイドラインのセクション 1.1 は診療の推奨を含んでいる。これらの推奨を実践する臨床家を支援するためのツールは Appendix E で見ることができる。

1.1 推奨

- 1.1.1 リコール間隔は、患者毎の疾病レベルのアセスメントと歯科疾患リスクを考慮し、患者のニーズに合わせて決定されるべきである。D
- 1.1.2 アセスメントはガイドラインに示されているエビデンスとデンタルスタッフの臨床判断や力量を統合して行うべきであり、患者とも話し合いを行うべきである。GPP
- 1.1.3 口腔保健レビューを行う間、(歯科医によって指示された)デンタルスタッフは、総合的な患者の総合的履歴を把握し、診査を行い、初期の予防的アドバイスを与えなければならない。そのためにデンタルチームと患者(患者の高親、保護者、介護人を含む)が以下のようなことについて話し合うべきである。
 - ・ 口腔保健における口腔衛生、食餌、フッ化物応用、喫煙、飲酒の影響 B
 - ・ 患者の口腔保健に影響するかもしれないリスクファクター(Appendix E のチェックリストを参照)、適切なリコール間隔を決定するためのそれらの関係 D
 - ・ 過去のケアエピソードの結果と前回推奨したリコール間隔の適合 GPP
 - ・ 推奨リコール間隔で歯科医を訪れる患者の能力や要望 GPP
 - ・ 口腔保健レビューやその結果生じた他の治療を受ける場合の患者の金銭的コスト GPP
- 1.1.4 更なる治療がない場合の口腔保健レビューの最後、あるいは特定の治療終了時点には、次の口腔保健レビュー前にリコール間隔が選択されるべきである。GPP
- 1.1.5 口腔保健レビュー間の推奨される最も短い間隔と最も長い間隔は以下のとおりである。
 - ・ 患者の最短期間リコール間隔は 3ヶ月。GPP
 - ・ 3ヶ月以下のリコール間隔は定期的なリコールでは通常必要とされない。口腔保健レビューの範囲外である。疾病マネジメント、継続中の治療、緊急の歯科介入、あるいはスペシャリストのケアのエピソードのような特別な理由で、患者はより多く来院する必要があるかもしれない。

		18歳未満	18歳以上
Step 1	・ 患者の年齢を考慮:これがリコール間隔の幅を決める	3ヶ月~12ヶ月	3ヶ月~24ヶ月
Step 2	・ 修飾因子を考慮	3ヶ月~12ヶ月	3ヶ月~24ヶ月
Step 3	・ すべての診断、予後情報を統合、必要があれば、デンタルチームの他のメンバーからのアドバイスを考慮 ・ 臨床判断を次の口腔保健レビューの間隔を推奨するために利用	3ヶ月~12ヶ月	3ヶ月~24ヶ月
Step 4	・ 患者と推奨される間隔を話し合う ・ 合意した間隔または不一致の理由を記録	discussion	discussion
Step 5	・ 次の口腔保健レビューで、間隔が適切かどうか考慮 ・ 診査間の口腔保健を維持する患者の能力によって間隔を調整	reassessment	reassessment

リコール間隔は、目的を達成していれば、同じレベルで維持されるかもしれない。疾患の活動性が低い患者では、患者とデンタルチームが十分であるという確信がもてれば徐々に間隔を長くして最長24ヶ月まで伸びることもある。疾患活動性が衰えない患者はより短いリコール間隔が必要であるかもしれないし、より密な予防的なケアや、管理が必要であるかもしれない。

患者は、もし彼らのリスクファクターに著しい変化があれば、次に予定されている診査の前に歯科医からアドバイスを求めるように勧められるべきである。患者は、新しい疾患がリコール間で発生しないという保障がないことを理解する必要がある。

- ・ 18歳未満の患者の最長リコール間隔は12ヶ月。GPP
う蝕の進行の割合は成人よりも学童期、思春期でより速く進行する。また、永久歯よりも乳歯で速いようであるというエビデンスがある(full guidelineを参照)。定期的な成長・発育上の歯列アセスメントも、子供が必要とされる。
- ・ 12ヶ月を超えないリコール間隔は予防的なアドバイスを伝えたり、強化したり、良好な口腔保健の重要性の意識を向上させる機会を与える。これは、一生涯の歯科保健の基盤を築くため、幼児で特に重要である。
- ・ 18歳以上の患者の最長リコール間隔は24ヶ月。GPP
今迄に繰り返し自分で口腔保健が維持できた実績があり、口腔疾患のリスクがない患者のリコール間隔は24ヶ月まで伸ばしてもよい。
- 1.1.6 実質的な理由から、患者は18歳未満であれば、3、6、9、12ヶ月、18歳以上は、3、6、9、12、15、18、21、24ヶ月のリコール間隔を割り付けられるべきである。GPP
- 1.1.7 歯科医は患者と推奨されるリコール間隔を話し合い、このリコール間隔についての患者の同意、不同意について現在の記録管理システムで記録するべきである。GPP
- 1.1.8 リコール間隔は、提供された口腔ケアに対する患者の反応や得られた健康結果から次の口腔保健レビューで再検討されるべきである。このフィードバックや口腔保健レビューの所見は選択される次のリコール間隔を調整するために利用されるべきである。患者は、推奨されるリコール間隔がやがて変わるかもしれないことを告知されるべきである。GPP

E1.2 Checklist of modifying factors

Checklist of modifying factors				
Name:	Date of birth:			
	Oral health review date:			
	Yes	No	Yes	No
Medical history				
Conditions where dental disease could put the patient's general health at increased risk (such as (2)-diabetic disease, bleeding disorders, immunosuppression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions that increase a patient's risk of developing dental disease (such as diabetes, xerostomia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions that may complicate dental treatment or the patient's ability to maintain their oral health (such as special needs, anaesthetic/phobic conditions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral history				
High caries (enamel and dentine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobacco use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive alcohol use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family history of chronic or aggressive (early onset/juvenile) periodontitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral surgery				
High and/or frequent sugar intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High and/or frequent dietary acid intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frictional dentures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Use of fluoride toothpaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other sources of fluoride (for example, the patient lives in a water fluoridated area)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previous episodes of dental history				
Recent and possible future exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Some factors (such as check-up)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anterior (upper) teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premature extractions because of caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Past root caries or large number of exposed roots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recently restored dentition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recent and possible future exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previous history of periodontal disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidence of gingivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presence of periodontal pockets (BPE code 3 or 4) and/or bleeding on probing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presence of furcation involvements or advanced attachment loss (BPE code 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucosal lesions				
Mucosal lesion present	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-level of oral hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaque retaining factors (such as orthodontic appliances)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saliva				
Low saliva flow rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposed and tooth surface loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clinical evidence of tooth wear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommended recall interval for next oral health review:	months	months	months	
Does patient agree with recommended interval?	Yes	No	Yes	No
If 'No', record reason for disagreement in notes				
BPE code 4 is used when attachment loss is 7mm or greater and furcation involvements are present				

チェックリスト項目についての論理的根拠

因子	その理由
既往歴	
全身疾患が歯科に及ぼす影響 ・感染性心内膜炎のリスクを増加させる心臓血管疾患 ・出血傾向や抗凝固療法 ・免疫力低下	より頻繁にリコールするべきであり、一次予防(疾患前の予防)や二次予防(疾患が発症しても初期段階であること)は必要最小限度に留めるべきである。
歯科疾患を増悪させる因子	
・糖原病 ・口腔乾燥症あるいは唾液腺に由来したリシェーグレン症候群や薬の作用によっておこる口腔乾燥 ・グルコース、スクロースやフルクトースを含む薬物療法を受けている ・抗てんかん薬(フェノイトイン)を受けている ・食道-胃逆流や過食症などの摂食障害による酸蝕	歯あるいは歯型糖原病は歯周疾患を悪化させるため、リコールは頻繁に行うべきである。とくに、ブランクコントロールは必要不可欠である。唾液の機能が低下したり分泌量が低下したりするためカリエスリスクが高くなる。そのため、より頻繁にリコールを行うべきである。 進行性のカリエスの危険性をはらっているため開閉があいたリコールは不適切である。 歯肉増殖症はフェノイトインの副作用によるものであるが、一番大切なのは口腔清掃である。しかし、口腔清掃を行っても、炎症による増殖は治まっても歯肉増殖があまり改善されないこともある。 酸蝕症を招く、より頻回にリコールを行い、嘔吐や逆流直後にブラッシングを行わないよう指導する。
歯科治療を複雑にする因子	
あるいは患者の口腔管理能力 ・学習障害など特別な配慮を要するもの ・口唇・口蓋裂 ・重症不正咬合 ・歯科恐怖症	一次予防や必要最小限度の二次予防処置に留めるべきであり、通常歯科処置は全身麻酔を必要とする。頻繁なリコールは歯科恐怖症の患者を非侵襲的な処置で慣れさせることができる。
社会的因子	
・母親や兄弟には歯が多い	その子供のカリエスリスクを悪化させる指標である。
・歯痛がある	歯周疾患を悪化させる最も強い因子であり、口腔内のリスクファクターでもある。
・過度のアルコールを飲む	口腔内のリスクファクターであり、アルコールの相乗作用がある。歯肉に炎症をきたす細菌があり、この2つの習慣を持つ場合最も悪化するべきである。口腔衛生が著しくこの2つの習慣を持たないものにはほとんど発症しない。そのため口腔衛生を含めた定期管理が必要とされる。
・家族歴に慢性あるいは進行性(若年性)歯周疾患がある	歯周疾患、特に進行性の歯周疾患は遺伝する。臨床家は家族歴性であることや、歯周疾患が安定しているのかそうでないのかについて考慮すべきである。

Guideline実施のためのツール

- Recall Intervalを決定するリスク評価を行うためのCheck List
- Check List項目についての論理的根拠の解説
- リスク評価としてのCheck Listの使い方
- Recall間隔を決定するための実際例(シナリオ) 15症例 (Patient A ~ Patient O)

歯習慣	
・多量あるいは頻回な砂糖摂取	多量の砂糖摂取はカリエスリスクを増加させる。例えば、グルコース、フルクトースやスクロース(p25参照のこと)を含む薬剤療法など。Dental Surgery National Clinical Guidelines(1997)は、一日三度の砂糖を含む薬物療法によりカリエスリスクを増加させると報告した。
・多量あるいは頻回な酸性食品摂取	ほとんどのソフトドリンクは酸性であり、かなりの砂糖の量を含む、そのため酸蝕性とう蝕発性の両方を持つ。
フッ素の利用	
・フッ化物配合歯磨剤の使用	フッ素入りの歯磨剤使用の習慣はカリエスリスクを減少させる。
・Fluoridation等によるフッ化物の利用	カリエスリスクを評価する場合、その地域の水道水がフッ素化されているのかそうでないのか考慮する必要がある。
う蝕の経験	
・最近の定期検診以降の新生う蝕、歯肉部のう蝕あるいは修復処置、う蝕による早期喪失、根面カリエスあるいは多数歯にわたる根露出、多数歯が修復処置を受けている	これらの所見はカリエスリスクが高かったことを示す。
歯周疾患の既往	
歯周疾患の既往	この指標は歯周疾患に関わる感染症を引き起こしやすく将来のリスクが高いことが予測される。
歯肉炎の所見が認められる	ある一部の人にとっては歯肉炎は歯周病へと移行する危険がある。歯肉からの出血が持続する場合、歯周疾患の状態を示す確実な指標である。
BPEコードが3または4のときまたはBOPが認められる場合	歯周疾患があるかまたは進行している部位は健康な部位が歯周疾患になるよりも進行する可能性がある。
分岐部病変が認められる場合	
あるいはアタッチメントロスが7mm以上である場合	
粘膜炎	
前癌病変といわれる白板症、紅板症や扁平苔癬	口腔癌は腫瘍学的に正常な粘膜の前癌病変が変化してできる疾患である。紅板症は高い率で悪化する。白板症で口腔癌、舌の側方や下唇にできるものはほとんどものが悪転があるいは悪転化する。臨床家は口腔癌にわたる普通とは異なる所見を見逃してはならない。
ブラーク	
口腔清掃が不良である	デンタルブラークはう蝕や歯周疾患の原因である。
ブラークが停滞し長い状態	矯正装置や局所床着歯がある場合、修復物、産生部位や裂溝が深い部分
唾液	
唾液分泌量低下	p25参照のこと
酸蝕症	
歯牙が臨床的に侵蝕されている	咬耗、磨耗や酸蝕で歯牙が侵蝕を受けている。適切な口腔清掃指導、マウスピース、食事評価やカウンセリング、逆流についての評価が必要である。通常の定期検診は歯列が安定しているか悪化しているかでその間隔は決まる。

リスク評価としてのチェックリストの利用

このチェックリストは、3段階のリスク評価の過程の一部をなす。

A) リスク因子と防御因子の同定

口腔保健に影響を与える患者の医学的・社会的既往歴、生活習慣を同定するためにチェックリストを用いる。食習慣、口腔清掃、喫煙やアルコール摂取は患者の自己評価なので、その有効性には正確さに欠けるという点で限界があるかもしれない。口腔疾患も多要因であるため、個々の因子ではなく、患者が有している複数の因子を総合的に評価することが重要である。

B) 患者の口腔保健に影響を与える因子の評価

患者の過去と現在の疾患を評価するために詳細な口腔診査を行う。過去のう蝕経験は、将来のう蝕発生の最も信頼できる予測因子である。しかし生活習慣や他の可変因子が変化すれば、その予測は変わってくる。変えることのできるリスクを評価し、その評価を患者とともに評価するという点で定期的口腔保健レビューが重要なのである。

C) 患者の将来の疾患リスクを予測する

歯科医師が収集した全情報と臨床結果を統合して、患者の将来の疾患を予測することである。歯科医は個々の患者のニーズに合わせて最適なリコール間隔を選択する。適切なリコール間隔を設定する能力は、歯科医師が患者の疾患経験の正確な記録を構築し、疾患の進行状況を把握していくことにより、時間とともに向上するであろう。そのような記録は、初診患者にはそのような記録はないので、適切なリコール間隔を設定することは困難かもしれない。最初は一般的なリコール間隔を設定し、毎回の口腔健診で行われるリスク評価に基づきある程度時間がたてば適正なリコール間隔を設定できる。例えば、新規の患者に「白斑病変」が最近出現したのか、長期間そのまゝの状態が存在していたのかは初診の患者ではわからない。適切な方針は、フッ化物局所塗布と、予防的な助言を与えること、そしてその病変をモニターするために最初は短いリコール間隔を設定することである。もしその病変が長期間に進行しないならば、リコール間隔を長くできる。

歯科疾患の、または歯科疾患からリスクが高くなるような既往歴を有した初診患者あるいは最近そのような状況になった患者に対して、同じ行動指針が適用されるだろう。最初は一般的なリコール間隔が設定され、臨床的根拠と毎回の口腔保健レビューから情報が得られる。従って時間とともにリコール間隔を少しずつ延ばしていくべきである。

NICE Guideline – Dental recall p31

患者のリコール間隔を決定する際に考慮すべき事項

3か月	成人	24か月
3か月	小児	12か月

間隔を短く

攻撃因子

- ・特記すべき医史的既往歴あり
- ・社会的リスク因子あり
- ・不良な食習慣
- ・フッ化物利用なし
- ・う蝕経験あり
- ・歯周疾患経験あり
- ・粘膜病変あり
- ・歯垢付着あり
- ・唾液分泌減少
- ・酸蝕症あり

間隔を長く

防御因子

- ・特記すべき医史的既往歴なし
- ・社会的リスク因子なし
- ・良好な食習慣
- ・フッ化物利用あり
- ・う蝕経験なし
- ・歯周疾患経験なし
- ・粘膜病変なし
- ・歯垢付着なし
- ・唾液分泌正常
- ・酸蝕症なし

口腔保健の評価

歯科医師は患者のリコール間隔を決定する際にこれらの因子を評価して臨床的に判断する

リスク(攻撃)因子と防御因子が変化すれば、生理同じリコール間隔であるではないことを患者(あるいはその両親、保護者または介護者)に理解してもらうことが大事である。臨床医と患者の両方が患者のリスク(攻撃)因子を低減し、防御因子を増加させ、リコール間隔を変えるべきである。

経験を積んでくると、臨床医は、口腔保健レビューから、迅速に簡便に直観的にリスク評価ができるようになる。

NICE Guideline – Dental recall p37-38

患者 M

年齢:69歳;男性。
 受診記録:5年間定期的に受診している。
 医史的既往歴:高血圧のため利尿薬とβ遮断薬を服用中。
 社会的既往歴:多量の喫煙;また多量の飲酒の疑い。
 食習慣:情報なし。
 フッ化物の利用:フッ化物配合歯磨剤で1日2回磨く。
 臨床的根拠と歯科的既往歴:専門医によって生検され、喫煙習慣と関連する非悪性の角化病変と判明した白斑が存在する。新生う蝕病変過去5年なし。4-6mm (BPEコード3)の中等度ポケットのある部位が若干、それに/または7mmかそれ以上のアタッチメント・ロスや分岐部病変のあるセクスタントも幾つかある。
 歯垢:口腔清掃不良:歯間ブラシやフロスのような歯間隙接面の補助的器具を使用しない。
 唾液:正常。
 その他:なし。
 治療計画:患者が歯科衛生士の歯周治療を受けるよう手はずをつける。
 次回の口腔健診に推奨するリコール期間:6か月。
 論理的根拠:患者は口腔がんのリスク因子(粘膜病変、多量の喫煙とアルコール摂取)を有する。この「白斑」は生検され、非悪性と判明して、患者は引き続き治療と健診のためあなたのとこに差し戻された。しかしながら、患者の歯周組織の状態が、口腔がんのリスク因子よりもむしろ、リコール間隔選定の主な決定要因である。患者の口腔粘膜は、6か月後に次回の口腔健診の一部として検査される。

患者 N

年齢:48歳;女性。
 受診記録:7年間定期的に受診している。
 医史的既往歴:ホルモン代替療法を受けている;その他特記事項なし。
 社会的既往歴:9年前に禁煙;また平均して週7単位の飲酒。
 食習慣:健康的な、バランスのとれた食事。
 フッ化物の利用:フッ化物配合歯磨剤で1日2回磨く。
 臨床的根拠と歯科的既往歴:歯は多数修復されているが、修復物の辺縁は到達しやすく健全である。かつてはほとんどの歯に中等度の深いポケット(BPEコード:3)があったにもかかわらず、5年前に完了した非外科的歯周治療の後、3か所だけ5mmのポケットが残る。これらはそれから変わらないままで、患者は支持的歯周メンテナンスで3か月毎に受診している。歯肉の状態は他の点では非常に良い。

歯垢: フッ化物配合歯磨剤で 1 日 2 回磨き、歯間ブラシを毎日使用する。最小限の歯垢付着である。
 唾液: 正常。
 その他: なし。
 治療計画: 患者は支持的歯周メンテナンスで 3 か月毎に受診を継続するべきである。
 次回の口腔健診に推奨するリコール期間: 12 か月。
 論理的根拠: 歯周炎の既往歴が、3 か月毎に支持的療法を継続する必要性を強調する。現在の疾患の安定性を考慮して、次回の口腔健診は 12 か月後とするべきである。

患者 O

年齢: 18 歳、男性。
 受診記録: あなたのところは初めて受診するが、他の診療所を過去 10 年以上不定期に受診している。
 医科的既往歴: ダウン症候群がある。その他特記すべき医科的既往歴なし。
 社会的既往歴: 両親と家で生活する。
 臨床的根拠と歯科的既往歴: 短く小さな臨床的歯冠と歯根をした小歯症。6 本の永久大臼歯に大きなアマルガム修復が存在している。その他の修復や歯病変は存在しない。患者はすでに 2 本の第一大臼歯を喪失している。歯肉の状態は、若干の歯間部に炎症があり不良であるが、いずれの歯にも著明な動揺やドリフトはない。歯周検査は 3.5mm より深い若干のポケットがあり、残っている第一大臼歯周囲に 5.5mm より深い BPE コード 4 を示す。広範囲に及ぶロービング時の出血がある。
 歯垢: 1 日 2 回磨くが、歯間隣接面の補助的清掃器具を全く使用しない。
 唾液: 正常。
 その他: なし。
 治療計画: 患者がホーム・ケアにおけるブラーク・コントロールの指導(この指導は患者の口腔清掃を監督するよう求められる両親にも与える)と非外科的歯周治療 1 クールを受ける。患者には支持的歯周メンテナンスで 3 か月毎に受診させるよううまくする。
 次回の口腔健診に推奨するリコール期間: 3 か月。
 論理的根拠: 患者は歯周疾患を発症する複数のリスク因子を有する。口腔清掃指導に従っていることと治療に対する全体的な反応を監視するには、3 か月のリコール期間が適当であることを示唆し、患者の歯肉の状態は安定していないようである。

Social history: Two older siblings aged 13 and 15 years, who have been patients of yours for the past 2 years. Both siblings have had decay in the primary and permanent dentition. The patient's mother also has a high DMFT (decayed, missing and filled teeth) score.
Dietary habits: Consumes carbonated soft drinks at least three times a day.
Use of fluoride: Irregular brushing; lives in an area with sub-optimal levels of fluoride in the water.
Clinical evidence/dental history: Three restorations in primary teeth and there is one carious lesion in a first permanent molar requiring restoration, gingival inflammation in all areas.
Plaque: Oral hygiene is poor.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: Preventive advice and restoration of first permanent molar.

Recall interval recommended for next oral health review: 3 months.

Rationale: The patient has a large number of risk factors and this is his first visit to the practice so a short recall interval is appropriate.

SUBSEQUENT HISTORY: After pro-active prevention, the patient reduces consumption of carbonated drinks between meals, improves oral hygiene and uses a fluoride-containing toothpaste regularly twice daily. Over subsequent visits no new caries is seen and the recall interval is initially extended to 6 months.

Patient D

Age: 35 years.
Attendance record: Has attended your practice regularly for 6 years.
Medical history: None of note.
Social history: Non-smoker and drinks alcohol occasionally at the weekends.
Dietary habits: Healthy diet with plenty of fresh fruit and vegetables and rarely consumes sugar-containing foods and drinks.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: No missing teeth, 5 occlusal amalgam fillings in permanent molar teeth. These were placed 15 years ago and have not needed replacement, all are still in excellent condition. Bitewing radiographs taken 12 months ago revealed no interproximal lesions. On examination, the patient's periodontal health is excellent (Basic Periodontal Examination [BPE] code 0 all sextants).
Plaque: Brushes twice a day and uses dental floss once a day. Has not needed oral hygiene instruction or debridement for 3 years.
Saliva: Normal.
Other: None.

Recall interval recommended for next oral health review: 24 months.

Rationale: Over a 6-year period at your dental practice, this patient has not required any restorative intervention. The patient has not had any new carious lesions over a 15-year period and has excellent oral hygiene and dietary habits. The patient's periodontal health is excellent and dental status appears stable, suggesting that a recall interval of 24 months is appropriate.

Patient E

Age: 20 years.
Attendance record: Has attended your practice every 12 months for 5 years.
Medical history: None of note.
Social history: Non-smoker, consumes alcohol occasionally at the weekends.
Dietary habits: Healthy diet with low frequency of intake of sugar-containing foods and drinks.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: Two occlusal amalgam fillings present in permanent molar teeth. The fillings were placed 6 years ago and are still in excellent condition. Bitewing radiographs taken 12 months ago revealed no signs of interproximal lesions.
Plaque: Brushes twice a day and uses dental floss once a day. Excellent oral hygiene and has not needed oral hygiene instruction or any debridement for 3 years.
Saliva: Normal.
Other: None.

E1.4 Examples of clinical scenarios involving recall interval selection

The clinical scenarios on the following pages illustrate the process of assigning a recall interval. They are not intended to capture every clinical situation that a dentist may encounter.

Patient A

Age: 4 years.
Attendance record: Attending your practice for the first time (for an oral health assessment).
Medical history: None of note.
Social history: Two older siblings aged 7 and 10 years, who have been patients of yours for the past 2 years. Both have no decayed, missing or filled teeth and have good oral hygiene.
Dietary habits: Apparently healthy; no risk factors for caries.
Use of fluoride: Brushes twice daily with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence/dental history: No caries or fillings and no other factors that may increase caries risk.
Plaque: Good oral hygiene; minimal plaque deposits.
Saliva: Normal.
Other: None.

Recall interval recommended for next oral health review: 6 months.

Rationale: The history and examination reveal no medical or social history of note and the patient has no cavities and good oral hygiene and dietary practices. However, this is a new patient with no established dental history, so you assign a conservative recall interval of 6 months initially.

Patient B

Age: 14 years.
Attendance record: Has attended your practice for regular reviews since the age of 5 years.
Medical history: None of note.
Social history: One younger sibling aged 11 years who is caries free. The patient's mother is also caries free.
Dietary habits: Apparently healthy; no risk factors for caries.
Use of fluoride: Brushes twice daily with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence/dental history: No previous history of dental caries and no other risk factors for caries; healthy gingiva.
Plaque: Good oral hygiene; minimal plaque deposits.
Saliva: Normal.
Other: None.

Recall interval recommended for next oral health review: 12 months.

Rationale: This patient is a regular attender with known past history. There is no current evidence or past history of dental disease, the medical history is clear and there are no additional risk factors. Hence the patient is considered to be at low risk and a review interval of 12 months seems reasonable.

SUBSEQUENT HISTORY: The patient develops new caries in two molars at the age of 16 years. She has developed a habit of frequent consumption of sugar-containing foods and drinks between meals and her oral hygiene has deteriorated. The recall interval is reduced to 6 months. After intensive prevention, the lapses in dietary practices and oral hygiene are reversed and no new caries are subsequently seen.

Patient C

Age: 11.5 years.
Attendance record: Attending your practice for the first time (for an oral health assessment).
Medical history: None of note.

Recall interval recommended for next oral health review: 24 months.

Rationale: Over a 5-year period at your dental practice, this patient has not required any restorative intervention. The patient's past caries experience is minimal and he has not had any new carious lesions over a 6-year period. He has good oral hygiene and dietary practices, and his periodontal health is also excellent. His dental status is judged to be stable, suggesting that a recall interval of 24 months is appropriate.

SUBSEQUENT HISTORY: The patient returns for an oral health review after 24 months. He has been living away from home for the past 18 months, having just started college. His dietary habits have changed, and he is now consuming a lot of carbonated soft drinks and 'junk food'. Oral hygiene has deteriorated - he is brushing irregularly, does not always use fluoride-containing toothpaste, and flosses occasionally. One new carious lesion (requiring restorative intervention) has developed on the occlusal surface of one molar tooth. Bitewing radiographs reveal one interproximal lesion. Two 'white spot' lesions are present on the buccal surfaces of two molar teeth. There is evidence of gingivitis in all sextants with calculus deposits on the lingual surfaces of the lower anterior teeth (BPE codes 1-2). The patient undergoes a course of treatment involving restoration of the carious lesions, oral hygiene instruction, debridement of all plaque and calculus, dietary advice, and the application of topical fluoride to white spot lesions. Recall interval for next oral health review is shortened to 6 months. He is advised that a longer interval may be recommended in the future if subsequent oral health reviews reflect improvements in dietary habits and oral hygiene.

Patient F

Age: 45 years.
Attendance record: Has attended your practice every 6 months for 3 years.
Medical history: None of note.
Social history: Non-smoker and a 'moderate' drinker.
Dietary habits: Healthy, balanced diet and, following dietary advice given at previous oral health reviews, confines intake of sugar-containing foods and drinks to mealtimes with no between meal snacking.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: The patient required considerable restorative work when first attending 3 years ago and oral hygiene at that time was poor. However, the patient has not experienced any new carious lesions since then, nor has any restorative work needed further attention. The patient's oral hygiene has improved significantly. Bitewing radiographs reveal no approximal lesions and good alveolar bone support. The BPE demonstrates gingival bleeding in two sextants but no pocketing or attachment loss (BPE code 1).
Plaque: Brushes twice a day and uses dental floss occasionally. Oral hygiene is satisfactory, although there are plaque deposits around the cervical margins of the upper and lower molar teeth.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: Further oral hygiene advice, followed by debridement of plaque deposits.

Recall interval recommended for next oral health review: 12 months.

Rationale: Over a 3-year period at your dental practice, this patient has not required any further restorative intervention after the initial course of treatment. The patient has shown good compliance with dietary and oral hygiene advice given, although the patient should be helped to improve oral hygiene around the molar teeth. Although the patient's dental status appears relatively stable at this time, you do not think it is advisable to increase the interval beyond 12 months because you feel it may be necessary to review oral hygiene.

Patient G

Age: 55 years.
Attendance record: Has attended your practice for 1 year.
Medical history: None of note.
Social history: Smokes 35 cigarettes a day and drinks alcohol daily. Has tried to give up smoking in the past but without success.
Dietary habits: Apparently healthy diet.

Use of fluoride: Uses a fluoride-containing toothpaste twice daily.
Clinical evidence and dental history: Wears an upper partial denture. The remaining dentition is sound. No obvious mucosal disease.
Plaque: Good oral hygiene.
Saliva: Normal.
Other: None.

Recall interval recommended for next oral health review: 6 months.

Rationale: The patient has two recognised factors associated with oral cancer and would therefore benefit from regular review of the oral mucosa.

Patient H

Age: 65 years.
Attendance record: Has attended your practice for 5 years.
Medical history: Asthmatic and uses a corticosteroid inhaler.
Social history: Non-smoker and has occasional alcohol.
Dietary habits: Apparently healthy diet.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: The patient is edentulous and has full dentures that are 3 years old. There is a white patch on the right lateral margin of the tongue that was assessed by biopsy in a specialist unit 5 years before and reported as a non-dysplastic leukoplakia. The patient was discharged back to the practice for ongoing care.
Plaque: Maintains good denture hygiene.
Saliva: Normal.
Other: The patient has suffered from recurrent candidal infections associated with inhaled corticosteroid therapy.

Recall interval recommended for next oral health review: 6 months.

Rationale: The patient has a recognised potentially malignant condition at a high-risk site in the mouth. Review of the mucosa at 6-monthly intervals would increase the likelihood of early detection of any malignant change.

Patient I

Age: 56 years.
Attendance record: First attended your practice 6 months ago and has been compliant in completing a course of non-surgical periodontal therapy.
Medical history: Taking low-dose aspirin because of family history of coronary heart disease.
Social history: Non-smoker, moderate alcohol intake of approximately 14 units per week.
Dietary habits: Mix of rushed meals during the week and a reasonably balanced diet at weekends.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing tooth-whitening toothpaste.
Clinical evidence and dental history: The teeth are heavily restored with a mix of large amalgam restorations and a few crowns. Although there used to be some moderately deep pockets (BPE code 3) in most sextants, only four 5 mm pockets remain, without bleeding on probing, following non-surgical periodontal therapy. Gingival health is otherwise excellent.
Plaque: Brushes twice a day and uses interdental brushes two to three times per week. The plaque score is reasonably low (25%) and is mainly limited to lingual or palatal molar surfaces.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: The patient receives advice in home-care plaque control and enters supportive periodontal maintenance on a 3-monthly recall.

Recall interval recommended for next oral health review: 3 months.

Rationale: The response to periodontal therapy is good, although plaque control is not adequate. Because you have no measure of periodontal stability, the patient's periodontal status should be re-examined in 3 months.

Recall interval recommended for next oral health review: 24 months.

Rationale: This edentulous patient has been fitted with satisfactory dentures and subsequent follow-up has been uneventful. The patient's healthy oral mucosa and established denture-cleansing regimen influence your decision to recall in 24 months. The patient is advised to reattend if there are any problems with the dentures or any change in the oral mucosa.

Patient M

Age: 69 years.
Attendance record: Has attended your practice regularly for 5 years.
Medical history: Taking a diuretic and a beta-blocker for blood pressure.
Social history: Heavy smoker; you suspect he may be a heavy drinker.
Dietary habits: No information available.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: White patches present that have been biopsied by a specialist and found to be non-malignant keratinised lesions associated with his tobacco habit. No new carious lesions in the past 5 years. A number of areas with moderate pockets of 4–6 mm (BPE code 3) and/or some sextants with furcation involvements or attachment loss of 7 mm or more.
Plaque: Poor oral hygiene; does not use interdental aids such as interdental brushes or floss.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: Arrangements are made for the patient to have periodontal care with the hygienist.

Recall interval recommended for next oral health review: 6 months.

Rationale: The patient has risk factors for oral cancer (mucosal lesions, heavy tobacco use and alcohol consumption). The 'white patches' were biopsied and found to be non-malignant and the patient was referred back to you for continuing care and review. However, it is the patient's periodontal status, rather than his risk factors for oral cancer, that is the main determinant of your choice of recall interval. The patient's oral mucosa will be checked as part of the next oral health review in 6 months.

Patient N

Age: 48 years.
Attendance record: Has attended your practice regularly for 7 years.
Medical history: Taking HRT, otherwise none of note.
Social history: Quit smoking 8 years ago; drinks on average seven units of alcohol per week.
Dietary habits: Healthy, balanced diet.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: The teeth are heavily restored but restoration margins are accessible and intact. Although there used to be moderately deep pockets on most teeth (BPE code 3), only three 5 mm pockets remain following non-surgical periodontal therapy, which was completed 5 years ago. These have remained unchanged since and the patient has been attending for supportive periodontal maintenance visits every 3 months. Gingival health is otherwise excellent.
Plaque: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste and uses interdental brushes every day. There are minimal plaque deposits.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: The patient should continue on 3-monthly supportive periodontal maintenance visits.

Recall interval recommended for next oral health review: 12 months.

Rationale: The previous history of periodontitis highlights the need for continuing supportive therapy every 3 months. In view of the stability of the disease at present, the next oral health review should be in 12 months time.

Patient J

Age: 23 years.
Attendance record: Has attended your practice regularly from a young age.
Medical history: None of note.
Social history: Non-smoker, a moderate drinker.
Dietary habits: Healthy diet and rarely consumes confectionery.
Use of fluoride: Brushes three times a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: The patient has never required restorative intervention and her periodontal health is excellent (BPE code 0 all sextants).
Plaque: Excellent oral hygiene, brushes three times a day and uses dental floss once a day.
Saliva: Normal.
Other: None.

Recall interval recommended for next oral health review: 18 months.

Rationale: Given the patient's long established dental history of no restorations and excellent oral hygiene, a recall interval of 24 months might be appropriate. However, recognising that at the patient's age lifestyles can change suddenly and dramatically, you decide to be cautious and recall in 18 months.

Patient K

Age: 21 years.
Attendance record: Has attended your practice regularly for 6 years.
Medical history: None of note and, apart from the contraceptive pill, is taking no medication.
Social history: Non-smoker, a moderate drinker.
Dietary habits: Consumes one can of carbonated soft drink per day and one bar of chocolate a day.
Use of fluoride: Brushes twice a day with a fluoride-containing toothpaste.
Clinical evidence and dental history: No decayed, missing or filled teeth and bitewing radiographs reveal no approximal lesions and good alveolar bone support. The BPE demonstrates gingival bleeding but no pocketing (BPE code 1) in 6 sextants with calculus present around the lower anterior teeth (BPE code 2).
Plaque: Brushes twice a day but does not use dental floss. Oral hygiene is unsatisfactory.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: The patient receives oral hygiene advice and professional debridement of plaque and calculus.

Recall interval recommended for next oral health review: 12 months. Clinician recommends review of oral hygiene with debridement if needed in 6 months.

Rationale: Although the patient has some risk factors for dental caries, she has not required restorative intervention and you consider a recall interval of 12 months to be appropriate for the next oral health review. In view of the patient's oral hygiene and periodontal status you recommend a review of oral hygiene with debridement if needed in 6 months.

Patient L

Age: 67 years.
Attendance record: The patient had full upper and lower dentures fitted by you 2 years ago and subsequently attended twice for easing of the lower denture.
Medical history: None of note.
Social history: Non-smoker and non-drinker.
Dietary habits: Healthy diet (lots of fresh fruit and vegetables).
Use of fluoride: Not applicable.
Clinical evidence and dental history: Healthy oral mucosa with no evidence of any mucosal lesions. Both upper and lower dentures fit and function well.
Plaque: Dentures are free of plaque deposits and the patient rinses them immediately after meals and soaks them in a cleansing solution overnight.
Saliva: Normal.
Other: None.

Patient O

Age: 18 years.
Attendance record: Attending your practice for the first time and has attended another practice irregularly over the past 10 years.
Medical history: Has Down's syndrome. No other medical history of note.
Social history: Lives at home with his parents.
Clinical evidence and dental history: Microdontia with short, small clinical crowns and roots. Large amalgam restorations are present in six permanent molar teeth. There are no other restorations or caries lesions present. The patient has already lost two first molar teeth. The gingival health is poor with inflammation present at a number of interproximal sites but there is no significant mobility or drifting of any teeth. Periodontal screening reveals a BPE code of 4 with a number of pockets deeper than 3.5 mm and several around the remaining first molar teeth deeper than 5.5 mm. There is widespread bleeding on probing.
Plaque: Brushes twice a day but does not use any interdental cleaning aids.
Saliva: Normal.
Other: None.

Treatment plan: The patient receives advice in home-care plaque control (this advice is also given to the patient's parents, who are asked to supervise the patient's oral hygiene) and a course of non-surgical periodontal therapy. The patient is placed on 3-monthly supportive periodontal maintenance visits.

Recall interval recommended for next oral health review: 3 months.

Rationale: The patient has multiple risk factors for the development of periodontal disease. The patient's dental status appears unstable, suggesting that a recall interval of 3 months is appropriate to monitor compliance with oral hygiene advice and the overall response to treatment.

Recall間隔を決定するための実際例(シナリオ)
15症例(Patient A~Patient G)和訳

患者 A

年齢：4歳

受診録：初診

病歴：特記事項無し

社会的経歴：7歳と10歳の2人の姉がいる。二人とも過去2年間あなたの患者であった。二人ともう蝕無し(未処置、喪失、処置済なし)、口腔衛生状態良好。

食習慣：外見的には健康。う蝕のリスクファクター無し。

フッ化物利用：フッ化物配合歯磨剤で1日2回歯磨き。

臨床的エビデンス/歯科的病歴：未処置歯と処置済なし。他のう蝕増殖リスクファクターなし。

歯垢：口腔衛生状態良好、フлакシ染色は極少量。

唾液：正常。

その他：無し。

次回の推奨リコール期間：6か月。

根拠：病歴ならびに診査から、医科的・社会的な問題はなく、う蝕もなく、良好な口腔衛生状態と食生活である。しかしながら、歯科的な病歴がない初診患者であるため、最初は6か月後のリコールを行う。

患者 B

年齢：14歳

受診録：5歳から定期的なレビューのためあなたの診療室に通院中。

病歴：特記事項無し。

社会的経歴：11歳の妹がいる(う蝕無し)。母親もう蝕無し。

食習慣：外見的には健康。う蝕のリスクファクター無し。

フッ化物利用：フッ化物配合歯磨剤で1日2回歯磨き。

臨床的エビデンス/歯科的病歴：過去のう蝕経験無し。う蝕のリスクファクター無し。歯内は健康。

歯垢：口腔衛生状態良好、フлакシ染色は極少量。

唾液：正常。

その他：なし。

次回の推奨リコール期間：12か月。

根拠：この患者は過去の経歴から定期的に受診している。過去にも現在にも歯科疾患は認められず、医科的な病歴の問題はなく、リスクファクターもない。従って、この患者は低リスクであると判断される。再評価の期間は12ヶ月が合理的と思われる。

その後の経過：16歳の時に2本の大白歯に新たなう蝕が発生。食間に糖を含む食品や飲料

1

Recall間隔を決定するための実際例(シナリオ)
15症例(Patient A~Patient G)和訳

を頻りに摂取する習慣ができるとともに、口腔衛生状態が低下した。リコール期間は6ヶ月に短縮。予防を強化することで、食生活ならびに口腔衛生の低下は改善され、その後の新発生う蝕は認められず。

患者 C

年齢：11歳6か月

受診録：初診

病歴：特記事項無し。

社会的経歴：13歳と15歳の2人の姉がいる。2人とも過去2年間あなたの患者であり、乳歯・永久歯う蝕を有していた。母親のDMFTスコアは高い。

食習慣：少なくとも1日3回炭酸飲料を飲む。

フッ化物利用：不規則な歯磨き。至適フッ素濃度以下の飲料水を使っている。

臨床的エビデンス/歯科的病歴：乳歯は処置済3。第一大臼歯の1本に処置が必要とされる1か所のう蝕がある。全体的に歯肉炎が認められる。

歯垢：口腔衛生状態は不良。

唾液：正常。

その他：なし。

治療計画：予防的アドバイスと第一大臼歯の修復処置。

次回の推奨リコール期間：3ヶ月

根拠：この患者は多くのリスクファクターを有しており、初診であるため、短いリコール期間が適切である。

その後の経過：率先した予防により、食間の炭酸飲料摂取が減少し、口腔衛生状態が改善され、1日2回定期的にフッ化物配合歯磨剤を使うようになる。その後継続して受診することで、新発生う蝕はなく、リコール期間は6ヶ月に延長される。

2

顎関節症の診療ガイドライン作成からの知見

～CQ・PQの収集について

東京慈恵会医科大学 歯科学教室 教授
杉崎 正志

厚生省は歯科診療ガイドラインのあり方について、その概要を平成 20 年 7 月に報告した。そこでは、一般臨床において「ある疾患の患者に、ある治療を行った場合、行わない場合に比べて、どうなるのか」(PE(I)CO:Patient, Exposure (Intervention), Comparison, Outcome) というクリニカルクエスチョン(clinical question; CQ)や患者の声である Patient Question(PQ)を用いることを求めている。顎関節学会の顎関節症初期治療ガイドライン委員会は今までに CQ や PQ 収集を実施してきた。例えば湯浅らの「顎関節症診療ガイドラインにおける Patient Question の把握にインターネットを利用するための予備調査」では「私の開口障害は、マウスピースで改善するか」が最も多く、木野らの 2007 年の第 20 回顎関節学会会場で実施した「顎関節症の診療ガイドラインにおける"Clinical Question"の系統的把握のための医療従事者アンケート調査：日本顎関節学会員による予備調査」では「疼痛とスプリント療法」の組合せが最も多くみられている。しかし、前者はインターネットという限られた環境下での PQ であり、後者は顎関節症に興味をもつ歯科医師による CQ であり、厚生省が求めるところの一般歯科診療所に従事する歯科医師あるいは患者の声とはいえない。そこで CQ に関しては平成 19 年度、厚生労働省科学研究費補助金、医療安全・医療技術評価総合研究事業「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」(主任研究者：石井拓男)の一部として、日本歯科医師会の協力の下に顎関節症治療に対するアンケートを実施し、二次データを受け取り解析した。対象者は日本歯科医師会一般会員と当該施設に勤務する非会員とし、原則的に順序抽出で一般会員数の 1/10 を、年齢群ごとに抽出した。用語の統一は筆者一人がテキストマイニングを用いて類似用語をまとめた。送付者は 5999 名で、回収率は 23.8%、1412 名であった。CQ は合計 4423 問で、不適切 CQ(353 問)は解析から除外した。その結果、治療法別有効解析 CQ 数は 4070 問で、主たる症状(3%以上)に対して選択されていた主たる治療法(5%以上)は 32 種であった。症状別ではクリック、開口障害、疼痛、関節雑音に対してスプリント療法が最も多い CQ として選択されており、関節痛、筋痛および開口時痛には薬物療法が CQ として選択されていた。その他選択された CQ は筋痛に対するマイオモニター、関節雑音に対する咬合治療、疼痛や関節痛に対するレーザー治療がみられた。また理学療法や開口練習も散見された。ガイドライン作成ではこれらの組合せについて報告する必要がある。初期治療ガイドライン作成委員会は現時点でスタビリゼーションスプリントに関する疼痛(筋痛)を選択して、推奨度の合意を得るまで進んでいる。なお、PQ については東京医科歯科大学大学院歯学部倫理委員会の承認を得て、一般歯科診療所を受診した 177 名からの PQ 収集は終了し、現在解析中である。最後に本研究に多大な御協力をくださった覚道健治、木野孔司、湯浅秀道、江里口 彰、平田創一郎(敬称略)に深謝する。

診療ガイドラインに関する御経歴

- 2006～ 日本顎関節学会疫学調査委員長
- 2006～ 日本顎関節学会初期治療ガイドライン委員会
- 2007 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 研究協力者
- 2008 歯科分野における診療ガイドラインの評価とその普及に関する研究班 研究分担者
- 2007～2008 歯科診療所における歯科保健医療の標準化のあり方等に関する検討会 委員
- 2007～2008 歯科診療所における歯科保健医療の標準化のあり方等に関する検討会 WG 委員

顎関節症の診療ガイドライン作成からの 知見

石井班2008シンポジウム

～CQ・PQの収集について～

東京慈恵会医科大学
歯科学教室
杉崎正志

1

厚生省：歯科診療ガイドラインのあり方 について

歯科診療所における歯科保健医療の標準化のあり方等に
関する検討会報告書
平成20年7月10日

2

1. 日本顎関節学会ではCQに対して

- ・ 木野ら：2007年の第20回顎関節学会会場で実施した「顎関節症の診療ガイドラインにおける“Clinical Question”の系統的把握のための医療従事者アンケート調査：日本顎関節学会員による予備調査」
- ・ 杉崎ら：顎関節症診療ガイドラインにおける“Clinical Question”の系統的把握のための一般開業歯科医師へのアンケート調査．日顎誌20(2),2007.

4

- ・ 一般開業医の視点に立った診療ガイドライン
- ・ 一般臨床において「ある疾患の患者に、ある治療を行った場合、行わない場合に比べて、どうなるのか」(PE(D)CO:Patient, Exposure (Intervention), Comparison, Outcome)というClinical question(CQ)
- ・ 患者の声「ある疾患を持つ私が、ある治療法を選んだ場合、選ばない場合に比べて、どうなるのか」というPatient Question(PQ)

3

研究方法

- 対象者：日本歯科医師会一般会員（診療所開設者および当該診療所勤務会員、非会員）
- 系統抽出法で一般会員の1/10になるように年齢毎に抽出、ただし、H18年度アンケート送付者は除き、20歳代は全例
- 送付数は5999名で、送付作業と回収作業は日本歯科医師会が実施、演者らは個人情報情報を排除した二次データを受け取り解析

5

アンケート内容

- 質問1：年齢をお書きください。 歳
- 質問2：性をお書きください。 1. 男性、 2. 女性
- 質問3：日本歯科医師会の会員ですか？ 1. はい、 2. いいえ
- 質問4：顎関節の臨床に関する何らかの認定医をお持ちですか？
1. はい、 2. いいえ
- 質問5：臨床年数をお書きください

6

質問6：私たちは先生方の顎関節症の治療における疑問を集めています。以下に疑問の書き方を示しますので、それに合わせてお書きください。なお、今回は顎関節症の中で精神的要因が主たる原因と考えられる臨床症状は除きます。

顎関節症の臨床症状に対し	どの治療法は	効果があるか？
例文		
顎関節症の関節雑音に	鎮痛剤は	効果があるか？
顎関節症の		効果があるか？
顎関節症の		効果があるか？
顎関節症の		効果があるか？
顎関節症の		効果があるか？
顎関節症の		効果があるか？

7

質問7：この顎関節症のガイドラインが完成した場合、お使いになりますか？

1. はい、 2. いいえ

ご協力ありがとうございました。

（院長先生以外の先生もご協力を頂ければ幸いです。用紙はコピーしてお願いいたします。）

このアンケートはあらかじめ日本歯科医師会学術担当理事51名に対して予備調査を行い、本質問表の問題点を抽出し、その改訂を行ってから実施した。解析には用語の統一を3次分類まで行い、テキストマイニングを用いた。

8