

結果

- 回収率:23.8%、1412名、男性1300名、女性109名、不明3名
- 平均臨床経年数:23.5±8.6年
- 日本歯科医師会会員率:96.7%
- 顎関節症に関する認定医保持率:4.1%
- CQ数:4423問
- 不適切CQ:353問
- 有効解析CQ数:4070問

9

症状と出現頻度(3.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	開口障害	1116	27.4
2	疼痛	670	16.5
3	関節雑音	648	15.9
4	関節痛	577	14.1
5	クリック	188	4.6
6	筋痛	156	3.8
7	開口時痛	129	3.2
	合計	3495/4070	85.9

10

治療法と出現頻度(5.0%以上)

順位	治療法	度数	%
1	スプリント	1471	36.1
2	薬物療法	928	22.8
3	咬合治療	433	10.6
4	レーザー治療	286	7.0
5	理学療法	222	5.5
	合計	3340/4070	82.1

11

「開口障害」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	スプリント	373	33.4
2	薬物療法	250	22.4
3	咬合治療	97	8.7
4	レーザー治療	77	6.9
5	理学療法	72	6.5
	合計	869/1116	77.9

12

「疼痛」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	スプリント	204	30.4
2	薬物療法	192	28.7
3	レーザー治療	74	11.0
4	咬合治療	59	8.8
5	理学療法	45	6.7
	合計	574/670	85.7

13

「関節痛」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	薬物療法	186	32.2
2	スプリント	165	28.6
3	咬合治療	67	11.6
4	レーザー治療	61	10.6
5	理学療法	31	5.4
	合計	510/557	91.6

14

「筋痛」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	薬物療法	55	35.3
2	スプリント	36	23.1
3	咬合治療	14	9.0
4	理学療法	12	7.7
5	レーザー治療	11	7.1
6	マイオモーター	10	6.4
	合計	138/156	88.5

15

「開口時痛」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	薬物療法	52	40.3
2	スプリント	33	25.6
3	咬合治療	12	9.3
4	開口練習	8	6.2
5	理学療法	8	6.2
	合計	113/129	87.6

16

「関節雑音」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	スプリント	314	45.5
2	咬合治療	92	14.2
3	薬物療法	62	9.6
4	レーザー治療	33	5.1
	合計	501/648	77.3

17

「クリック」について選択された治療法(5.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	スプリント	110	58.8
2	咬合治療	19	10.2
3	薬物療法	10	5.3
	合計	139/188	74.0

18

高頻度症状(3%以上)に対する高頻度治療法(5%以上)

治療種類	開口障害	疼痛	関節雑音	関節痛	クリック	筋痛	開口時痛
治療種数	22種	22種	21種	18種	16種	12種	13種
スプリント療法	33.4%	30.4%	45.5%	28.6%	58.8%	23.1%	25.6%
薬物療法	22.4%	28.7%	9.6%	32.2%	5.3%	35.3%	40.3%
咬合治療	8.7%	8.8%	14.2%	11.6%	10.2%	9.0%	9.3%
レーザー治療	6.9%	11.0%	5.1%	10.6%			
理学療法	6.5%	6.7%		5.4%		7.7%	6.2%
マイオモーター						6.4%	
開口練習							6.2%

20

薬物療法の種類について(3.0%以上)

順位	症状	度数	%
1	消炎鎮痛薬	461	49.78
2	中枢性筋弛緩薬	163	17.60
3	抗菌薬	104	11.23
4	薬物療法	36	3.89
5	関節腔内注射療法	32	3.46
	合計	796/926	86.0

結論

- ・本研究では高頻度CQが32種収集された。
- ・顎関節症に対して「スプリント」と「薬物療法の消炎鎮痛薬」が最も多くCQとして選択されていた

本研究は平成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)の一部として実施。

21

2. 日本顎関節学会はPQに対して

湯浅ら: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. 日顎誌19(3)、2007.

22

結論

- ・顎関節症の症状として開口障害とあごが痛いとの記載が多く、実際に受けている治療法としてはマウスピース(スプリント)の記載が多かった。07/3/17実施。

問題点:

- ・PQとして成立したものは36件であった。
- ・治療を受けている医療機関の影響がある。
- ・特殊な治療を受けている可能性がある。
- ・対象者が限定されている。

23

木野孔司、湯浅秀道:顎関節症の診療ガイドラインにおける“Patient Question”の系統的把握のための患者・医療消費者予備的アンケート

- ・一般歯科診療所を受診した顎関節症患者を対象
- ・グリーンデンタルクリニック, 塚原デンタルクリニック, 石川歯科医院において診療終了時に実施
- ・期間:平成19年9月1日～平成20年2月29日の6ヶ月間

24

結果

- 回収数177件
- 平均年齢 37.9 ± 15.5 歳、男性62名、女性115名
- 症状件数: 339件
- 治療法件数: 433件
- PQとして成立した件数: 417件

現在解析中!

25

歯科補綴領域におけるCQとアウトカムについて

東京歯科大学 有床義歯補綴学講座 教授
櫻井 薫

補綴歯科の診療ガイドラインは、たとえばある歯の欠如に対して、固定性か可撤性義歯あるいはインプラント義歯のどの治療法を選択したらよいかの判断を支援するいわば道具である。このような診療ガイドラインを策定するには「臨床上の疑問（クリニカルクエスション）；以下 CQ」を明確にする必要がある。臨床の疑問といっても様々な種類のものがあり、診療ガイドラインのための CQ を作成するには、「PI(E)CO 形式」を用いると良いといわれている。すなわち P：どのような患者に、I(E)：何をすると、C：対照に比べて、O：どうなるか、に則って CQ を作成する。

今回は日本補綴歯科学会の診療ガイドライン作成部会が、日本補綴歯科学会社員、卒後研修医、勤務医、一般開業医を対象とし行った「歯の欠損に対する補綴歯科治療に関するアンケート」から収集された 914 件の CQ を分析し、補綴歯科治療の臨床上の疑問にはどのような傾向があったかを提示する。またアンケート結果の中で診療ガイドラインに利用できる CQ についても紹介し、補綴歯科の診療ガイドライン作成のために必要なアウトカムについても言及する。

収集された CQ は歯科補綴学の特性のためか、治療術式に関するものが 60%以上を占め、症状に関するものはなかった。このような手技等に関するものは、イギリスの NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) では、診療ガイドラインとは別に Technology Appraisal (薬剤・機器・処置等の推奨)や Interventional Procedures (診断・処置の手順)を作成している。補綴歯科診療の特殊性として、上記のような技術的、手技的な問題を多く抱えているので、ある治療を推奨するにしても技術的な裏付けがないと意味をなさない。したがって診療ガイドラインに付随して、TA や IP も整備していかなければならないであろう。

診療ガイドラインの推奨度決定のためにはアウトカムを考慮する必要がある。補綴治療のアウトカムは、咀嚼機能、発音機能、審美性、快適性（装着感）、対応性（修理のしやすさ）、耐久性（補綴された歯列が中長期的に維持されるか）、負担（治療時間、治療に伴う不快感、苦痛）、害（誤嚥、疼痛など）、コストと様々であり、また補綴治療の場合には上記のアウトカムの階層表示が難しい。つまり、治療効果が QOL の改善に限定されるため、価値観の多様性があまりにも広く、またそれぞれの因子が相反する場合も多い。従って、患者に対して推奨するかどうかについては、利益やマイナス面、コストなどを考慮したうえでエビデンスの質を評価し、最終的に学会としてその臨床決断の推奨度を決定することにした。

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 |
| 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 研究協力者 |

歯科補綴領域におけるCQと OUTCOMEについて

東京歯科大学
有床義歯補綴学講座
櫻井 薫

歯科分野における診療ガイドラインへの
取組の現状と動向

日本補綴歯科学会診療ガイドライン作成部会

診療ガイドライン作成のためのアンケート調査

質問

- 1 臨床経験年数はどのくらいですか？
研修医、2～5年未満、5～10年未満、10年以上
- 2 日本補綴歯科学会の会員（専門医、指導医）で
すか？
非会員、会員（補綴歯科専門医、補綴歯科指導医
を取得済み）
- 3 あなたは補綴歯科治療に対しどのような臨床的
疑問をお持ちでしょうか？
今回は特に欠損補綴に関するCQを募集します。
疑問は1個以上、5個以内としてください。

調査対象施設は、

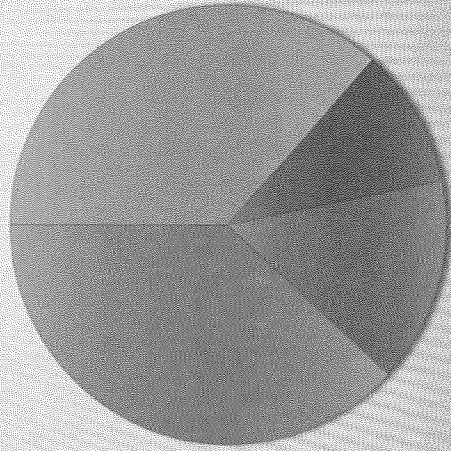
1. 日本補綴歯科学会社員
2. 歯科臨床研修施設：6施設
3. 県歯科医師会

回収状況について

- × アンケートの配布総数は1362部であり、そのうち450部が回収され、全体の回収率は33.0%であった。

5

回答者について



- 10年以上
- 5～10年未満
- 2～5年未満
- 研修医

6

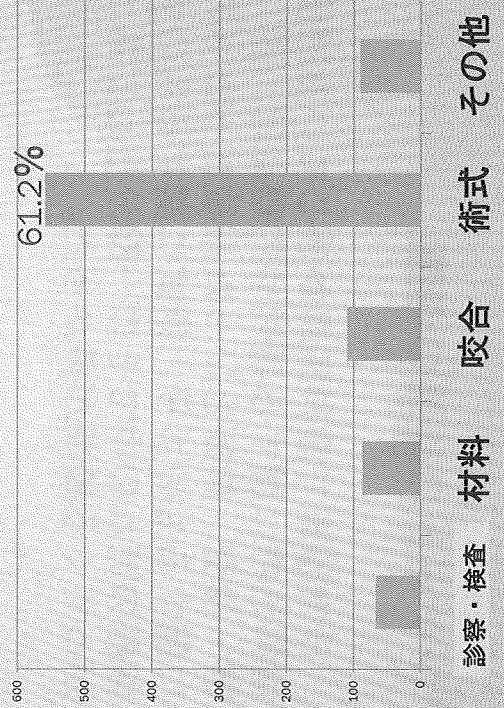
臨床的な疑問（CQ）について

- × 総数は914件、
- × 重複しているものを除くと542件

診察・検査、材料、咬合、術式、その他に分類

7

補綴歯科治療の臨床上の疑問は何か（全体）



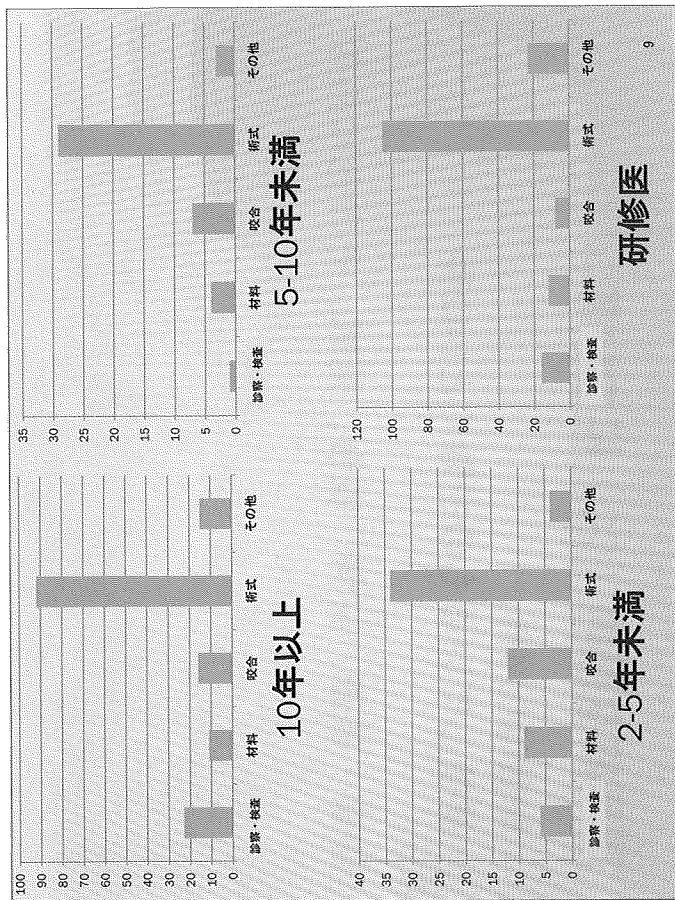
8

アンケートの結果の考察

日常臨床で歯科医師が感じている補綴歯科治療に関する疑問や問題点は、診察・検査、診断、材料といった系統だったものに関するものより、術式に関するもので診療の流れの中でその一部分としてあがってくる疑問が多かった。

10

診療ガイドラインではどのようなものがCQになるか



アンケートの結果の考察

経験年数、会員か非会員か、指導医・専門医かどちらでもないかとに分けて分析しても、その傾向に大きな違いは認められなかった。しかし「診察・検査」に関するCQは、経験年数が多いほうが、また指導医・専門医の方が多かった。

以上より補綴治療の経験豊富な者の方が、「診察・検査」に関心を持っているといえる。

11

PI(E)CO形式

- × Patients : どのような患者に (疾患・病態)
 - × Intervention(Exposure) : 何をすると
 - × Control : 対照に比べて
 - × Outcome : どうなるか
- に則ってCQを作成する。



診療ガイドライン

13

今回収集されたCQは、

歯科補綴学の特性のためか、治療術式に関するものが60%以上を占め、症状に関するものはなかった。

イギリスのNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) では、手技等に関しては、診療ガイドラインとは別に Technology Appraisal (薬剤・機器・診断方法・処置等の推奨) や Interventional Procedures (診断・処置の手順が安全か) を作成している。

14

- × 補綴歯科診療の多くは技術的、手技的な問題を抱えている。



手技のガイドラインはTAやIPとして整備していかねばならない。

- × これまでのガイドラインの多くはこの部分に属することになる。

15

今回よせられた歯の欠如に対する診療ガイドライン用のCQの例

- P : 無歯顎治療において
 - I : ボーンアンカードリッジによる治療は
 - C : 従来の全部床義歯よりも
 - O : 有効であるか (咀嚼機能、発音機能、審美性・)
-
- P : 部分歯列欠損において
 - I : ノンクラスプデンチャーは
 - C : 従来の義歯より
 - O : 有効であるか (咀嚼機能、発音機能、審美性・)

16

今回よせられたTAやIP用のCQの例

- × 無歯顎治療の印象採得において
- × 粘膜面の加圧印象を行うことは
- × 弱圧印象を行う場合よりも
- × 有効であるか
- × 無歯顎治療において
- × 使用する人工歯の形態および材質の違いは
- × 製作した補綴装置の患者満足度と予後に影響を及ぼすか

17

今回よせられたTAやIP用のCQの例

- × 支台築造において
 - × ファイバーポストは
 - × 他の支台築造より
 - × 有効であるか
- このようなCQが非常に多いので学会としても対応する必要がある

18

補綴歯科治療におけるアウトカム

- P: 部分歯列欠損において
- I: ノンクラスプデンチャーは
- C: 従来の義歯より
- O: 有効であるか(いろいろある) 治癒したか否かだけではない

20

補綴歯科治療のアウトカム

1. 咀嚼機能
2. 発音機能
3. 審美性
4. 快適性
5. 対応性 (修理のしやすさ)
6. 耐久性
7. 負担 (肉体的、時間的) PQも含まれてくる
8. 害 (誤嚥、疼痛など)
9. コスト

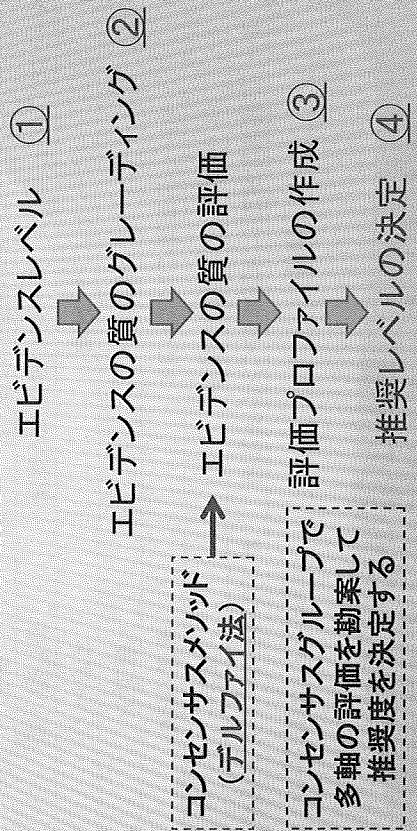
21

日本補綴歯科学会の採用した
推奨度決定までの流れ

グレードシステムを参考にした方法を採用

様々なアウトカムを並列に評価してゆく

Ex. 咀嚼機能について



23

① 研究デザインからみたエビデンスレベル

エビデンスレベル	研究デザイン
A(高い)	ランダム化比較試験
B(低い)	観察研究
C(非常に低い)	症例報告、ケーススタディー

しかし、RCTの中にも様々な質の論文がある。

24

②エビデンスの質のグレーディングと エビデンスの質の評価

ダウン因子/アップ因子	意味
研究デザインの深刻な欠点 一貫性	研究デザインの本質的で深刻な問題点(-2) 各報告結果の一致度(-1)
間接/直接	エビデンスの直接性(-1)
不正確	標本サイズ(-1)
バイアス	報告バイアス(-1)
強い関連性	相対リスク>5,<0.2(+2)、相対リスク>2,<0.5(+1)
用量	反応関係の勾配がある(+1)
交絡	効果、影響を減少させる方向に働く(+1)
一貫性	各症例報告等の一致度(+1)

25

②エビデンスの質のグレーディングと エビデンスの質の評価

エビデンスの質	その意味
H(高い)	推定効果の変更はほとんどない
M(中)	推定効果の変更の可能性はある かもしれない
L(低い)	推定効果の変更の可能性はある
VL(非常に低い)	推定効果は非常に不確か

26

コンセンサス会議だと

一般に、専門家同士の意見の集約・合意を得る方法として、会議や審議会、パネルディスカッションといった意見交換法が用いられるが、これらの方法は「グループにおける優位者や権威者、声の大きな者の影響」「テーマと無関係な意見、反対のための反対」「意見の統一に対する圧力」などによる偏りが考えられる。

27

デルファイ法

専門家グループなどが持つ直観的意見や経験的判断を反復型アンケートを使って、組織的に集約・洗練する意見収束技法。

デルファイ法ではまず、予測したいテーマについて詳しい専門家や有識者を選んで意見を求める。得られた回答は統計的に集約して意見を取りまとめ、これを添えて同じ質問を各専門家に対して行い、意見の再検討を求める。この質問とフィードバック、意見の再考という過程を数回、繰り返すとグループの意見が一定の範囲に収束してくる。

28

エビデンスの質を決定するためのテーブル

エビデンスの質の評価

エビデンスの種類	ランダム化比較試験	コホート研究	症例対照研究	横断研究	記述的疫学	基礎研究	その他	エビデンスの質
1. 診断的検査								
2. 治療的介入								
3. 予防的介入								
4. 診断的検査								
5. 治療的介入								
6. 予防的介入								
7. 診断的検査								
8. 治療的介入								
9. 予防的介入								
10. 診断的検査								
11. 治療的介入								
12. 予防的介入								
13. 診断的検査								
14. 治療的介入								
15. 予防的介入								

エビデンスが不足している場合
コンセンサスマソッド
(デルファイ法)

③補綴治療のアウトカム因子の分類

—多軸で評価—

アウトカム	推奨度決定の主要因子の中の分類
咀嚼機能	効果(治療アウトカム)
発音機能	効果(治療アウトカム)
審美性	効果(治療アウトカム)
快適性(装着感)	Downsides
対応性	Downsides(修理のしやすさ)
耐久性(ロングゲビティ)	Downsides(補綴された歯列を中長期的に維持されるか)
負担(肉体的、時間的)	Downsides(治療時間、治療に伴う不快感、苦痛)
害(誤嚥、疼痛など)	Downsides(治療後の偶発症など)
コスト	治療経費

④評価プロファイル

アウトカム	エビデンスの質	評価(有効性,害等)
咀嚼機能		
発音機能		
審美性		
快適性(装着感)		
対応性		
耐久性(ロングゲビティ)		
負担(肉体的、時間的)		
害(誤嚥、疼痛など)		
コスト		
推奨度		

推奨度
P1: 推奨する (positive)な強い推奨
P2: 推奨してよい (positive)な弱い推奨
N1: 推奨しない方がよい (negative)な弱い推奨
N2: 推奨しない (negative)な強い推奨
U: 判断不能

日本補綴歯科学会の状況

- × PICOの調査 → 実施、考察中
- × CQの選定 → 2008に約20のCQを選定済み
- × 推奨システムの設定 → 設定済み
- × コンセンサスグループとデルファイ法 → ほぼ終了

安心

患者も活用

医師の手引書 診療ガイドライン

一般回や

33

診療ガイドライン

適切な決断を下せるように支援するために、
医療者向けのガイドライン(CQ)
患者向けのガイドライン(PQ)

インフォームドコンセント

座 長

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 研究代表者
東京歯科大学 社会歯科学研究室 教授
石井 拓男

診療ガイドラインに関する経歴

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 主任研究者
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 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 研究代表者

パネリスト

日本歯科医師会 常務理事
江里口 彰

診療ガイドラインに関する御経歴

2006～2007 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
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
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 研究協力者

日本歯科医学会 総務理事
住友 雅人

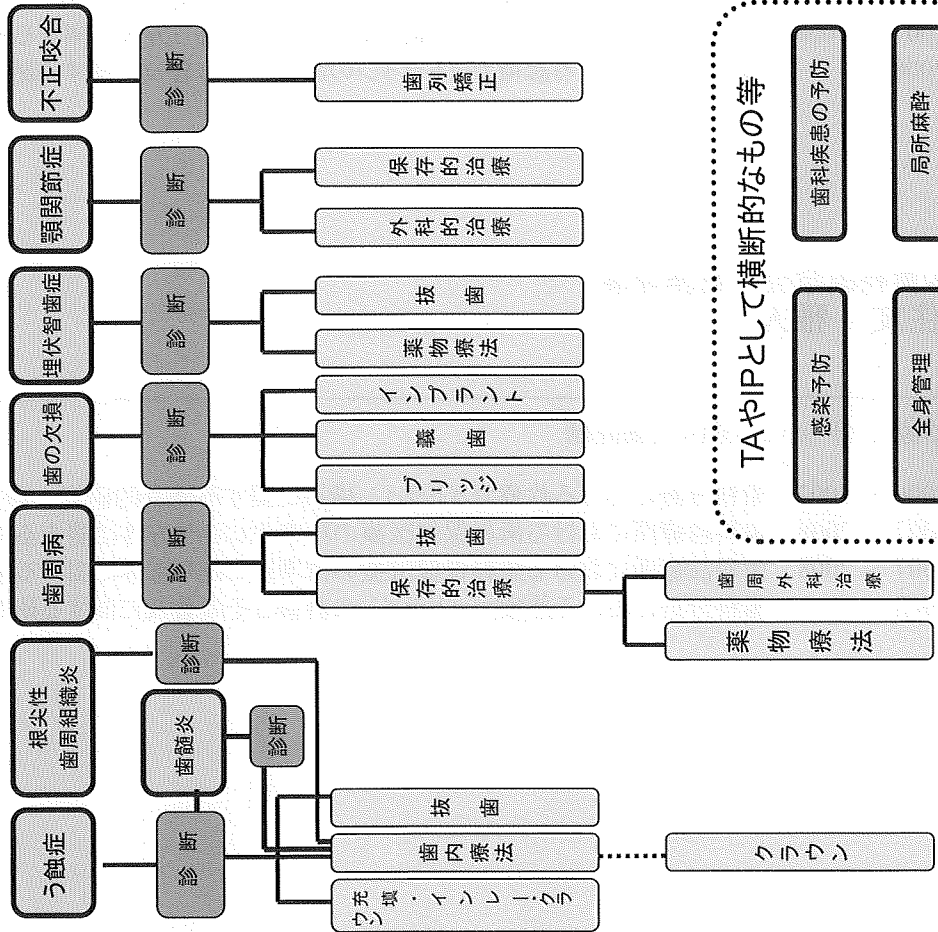
診療ガイドラインに関する御経歴

2006～2007 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
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
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 研究協力者

資料1

歯科診療ガイドラインの例

[一般歯科診療]



資料2

診療ガイドライン作成のイメージ

歯科診療ガイドライン

本検討会で歯科診療における
GL作成のための基本的な方針を示す

本検討会報告書に基づき日本歯科医学会が
一般歯科診療のGLの具体的なテーマを決定
なお、歯科専門領域については各分科会と調整のうえ決定

日本歯科医学会が
各分科会ならびに
日本歯科医師会の協力の下に
一般歯科診療のGLを作成

一般歯科診療のGLの完成

日本歯科医師会・日本歯科医学会が
一般歯科診療GLを周知・普及

各分科会が
本検討会報告書を参考に
歯科専門領域のGLを作成
(各分科会の既存のGLの
改定を行う場合も同様)

歯科専門領域のGLの完成

各分科会及び
日本歯科医師会が
歯科専門領域のGLを周知・普及

本検討会報告書に
準じているか確認

日本歯科医学会

※「GL」は「診療ガイドライン」の略

質疑応答要旨

Q1 補綴治療のように、歯科医師の技術差の大きい部分についてはどのように評価するのか？

A1 現在、日本補綴歯科学会では、症例の難易度を測定できるように、症例の種類別に症型分類を設定する作業をしています。この作業が終了すれば、診療ガイドラインと合わせて利用できると思います。しかし、術者の技術差を表現することは難しいと思います。

Q2 ある処置に対して、患者の評価と歯科医の評価と異なる場合があるが、そのような場合にはどのようにエビデンスを出してゆくのか？

A2 補綴歯科治療のアウトカムは、咀嚼機能、発音機能、審美性、快適性、対応性、耐久性、負担、害、コストなどを一つ一つ評価し、最終的にはそれを総合的に評価して診療ガイドラインとします。患者側の評価も術者側の評価も含まれて完成されます。

Q3 診療ガイドラインと専門医制度との関連は？一般開業医の評価のあり方は？

A3-1 診療ガイドラインは疾病に対する診療行為について、エビデンスに基づいた情報を提供しているものである。その診療行為を行う歯科医師が、自らの能力に照らしてその診療を実施するか、高次機関に依頼するかの判断は診療ガイドラインとは別のことである。

A3-2 ガイドライン内容は、診療の道筋を広く示すものであり、現在の診療を縛るものではなく、さらに否定するものではありません。逆に、患者さんのニーズに答え、専門家として最良と考えられる治療をするための最善の参考資料の一つとなるものです。

ただし、エビデンス（根拠）に基づいて作成される診療ガイドラインの内容は、その時点でのありったけの情報の集約となりますので、専門医は知っていて当然の内容と考えられます。

また、ガイドライン内容は一般開業医を評価する材料でもありません。（ガイドラインは、従うべき法律書とは違います。）

ガイドラインの内容は、一般開業医が、患者さんのニーズに答え、専門家として最良と考えられる治療をするための参考資料の一つに過ぎません。

A3-3 同類の症例に対して複数の治療法が存在する場合、どの治療法が目の前の患者にとって最も有効なのかというエビデンスに基づいた情報を提供することがガイドラインの重要な役割の一つである。高度な専門技術の必要性あるいは医師の個々の技術格差は別の問題であり、診療ガイドラインはあくまでも目の前の患者に対して治療を行う場合の Guidance としての情報である。

Q4 ガイドラインの国際的なコンセンサスを行う方法について、具体的な方法は？

A4 Minds診療ガイドライン作成の手引きによれば、コンセンサス会議の方法は下記表1の如くであります。各ガイドライン作成班によって用いる方法は異なります。また、それぞれ一長一短と考えられます。

参考表1. コンセンサス形成法

(Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007 より引用)

(1) フォーマルコンセンサス形成法

a. Delphi 法

Clinical Question に対し、いくつかの推奨例文を準備し、数人のパネリストが独立して投票し、その結果を公表する。一回で意見がまとまらない場合は、前回の結果を踏まえて再投票し、これを繰り返して意見を集約

→ パワーゲームを回避し、公平な検討が可能だが、創造的なアイデアは生まれにくい場合もある。

b. Nominal Group Technique (NGT) 法または Expert Panel

① Clinical Question に対し、個々のメンバーが個別に自分の案を記録する。

次に、全ての案が出尽くすまで、順に一人ひとりが案を提出する。

② 全ての案について順に議論する。その後、個々のメンバーが独立して個別に個々の案について評点付け、ないし全ての意見をランクづけする。さらなる議論を行い、再度評点づけないしランクづけを集計してグループとしての案、ないしグループとしてのランクづけを決定する。

→ アイデアの創出と議論を完全に分け、全てのメンバーが意見を述べるようセッションがコントロールされ、公平な検討が可能だが、創造的なアイデアは生まれにくい場合もある。

c. NIH Consensus Development Conferences

過去 20 年にも及び開催されているが、その時点での医療技術に関する科学的評価を行いコンセンサスを得るための会議である。パネルは利害関係のない専門家によって構成されるが、会議自体は公開されている。会議の要約である NIH consensus statement は

- 1) コンセンサスに関連した研究者による 2 日間の研究成果の発表、
- 2) カンファランス出席者とのオープンディスカッション、
- 3) 第 2 日目の残りと第 3 日目の午前にわたる審議結果に基づいて作成されている。

(2) インフォーマルコンセンサス形成法

数人のパネルが、意見を述べ合い議論を尽くし、全員で推奨文を作り上げる。

→ 全員で問題点を共有することで創造を越えた解決策が作成可能となる場合がある

Q5 診療ガイドラインの必要性に関して、外科的な行為が多い歯科医療に EBM が成立するか？

A5 成立すると考えられています。

本来EBMは、「目の前の患者さんに対し、いろいろな根拠（研究結果、医師の専門性、患者の希望）を基に最良の医療をすること」を目的とし、また、診療ガイドラインとは「特定の臨床状況のもとで、適切な判断や決断を下せるよう患者と医師双方を支援する目的で体系的に作成された文書」をいいます。

外科的な行為が多い歯科医療であってもEBMは可能であり、さらに必要と考えます。

Q6 PQ が次々出てくる可能性はあるのか？ PQ = モンスターペイシエントの声にならないか？

A6 日本患者会情報センターという組織があります。ここでは患者団体・患者が参加して、医療者とのパートナーシップを築き、社会的資源としての役割を果たそうとするところです。ここでは各種患者団体と学会等とのマッチングデータベースを構築しており、診療ガイドライン作成においても支援業務をなさっております。このような機関との話し合いを持ち、患者選択のコーディネートを願うことで、モンスターペイシエントの声は避けられると考えています。

Q7 ガイドラインを続けるとして、何処が行うのか？（資金も含めて）

A7-1 日本の臨床医が利用する診療ガイドラインは、当該疾患に関する日本の中心的・指導的な組織（場合により複数組織の合同）が中心となって作成改訂を継続すべきと考えます。このような観点から、歯科領域のガイドラインは、日本歯科医師会、日本歯科医学会、当該領域の学会がその役割に当たるべきと考えます。（参照、Minds診療ガイドライン作成の手引き2007）

そして、その中心的組織の指導の下、作成委員には、当該テーマに関わるさまざまな臨床分野から少なくとも1名ずつ、それに診療ガイドライン作成の専門的知識（臨床疫学や生物統計学、図書館・情報学）を有する者が任命されるべきです。そして、可能な限り、患者の立場を代表する者（当該疾患の経験者や一般有識者）を加えることが理想です。

しかし、資金源については、難しい問題で、医科においても全てのガイドライン作成班の共通の問題点であります。本邦で既に600以上あるガイドライン全てに国家資金を期待することは事実上不可能と考えられます。その一方、「ガイドライン策定は、我々の学会の中心事業であり、全て学会員の会費によってまかなう。」と、明言できる学会は医科においても少数派であります。

国を始めとして、各中心的組織が、下記の項目を今後の課題として十分検討してガイドライン作成を継続するべきであると考えます。

(1) 最小限の経費で