

2005 年度版

歯科医師向けー
「インフォームド・コンセントを得るための
患者さんへの説明」

東京歯科大学同窓会学術部委員会 研究部E 編著

(卒年)

研究部主任 : 小林慶太(1983)

研究部Eチーフ: 小林 顕(1981)

チーフ補佐: 荻原俊美(1983)

担当委員 : 中澤 章(1982), 樋浦秀一郎(1985), 浜野弘規(1987), 渡邊宇一(1988)
高柳篤史(1989), 本間敬和(1992), 榎本暁子(1996), 石山智香子(1997)

アドバイザー : 東京歯科大学法歯学講座助教授 花岡洋一(1981)

目 次

はじめに	2
説明内容を規定するための基本方針と基準	3
X線検査についての説明	4
局所麻酔についての説明	4
歯科のX線検査 - 必要性和安全性について - ポスター見本	5
歯科治療時の局所麻酔 ポスター見本	6
下顎第1大白歯欠損について、患者さんからどうしたらいいか相談された	7
下顎第1大白歯潰瘍性歯髄炎	8
上顎側切歯唇側歯肉腫脹	10
上顎第1小白歯近心隣接面の接触点を含む齶蝕	12
左側下顎 6 ブリッジ脱離	13
下顎埋伏智歯周囲炎	15
歯石除去希望	17
9歳右側側切歯逆被蓋で、親がどうしたらいいか(このままでいいのか、直したほうがいいのか、直すとして、どんな方法があるのか)相談してきた	18
悪性腫瘍の疑いがある、高次医療機関へ紹介するケース	19
参考文献・URL	20
(付録) - 患者さん向け 「知っておくと役に立つ歯科ミニ知識」	23

2005年度版 歯科医師向け
「インフォームド・コンセントを得るための患者さんへの説明」
.....
2005年12月16日 第1版 発行
編著：東京歯科大学同窓会学術部委員会研究部E
発行：東京歯科大学同窓会学術部委員会

はじめに

インフォームド・コンセントとは、「同意能力のある患者さんが、自分に対してなされる診療行為について、医師から適切な情報を与えられ、それについて理解し納得したうえで、自発的に医師に与える同意³⁸⁾」である^(注)。すなわち、患者さんがインフォームド・コンセントを行うためには、医師による適切な説明が必要不可欠である。

医師が行う説明に求められる条件は、表1や表2に示される。しかし、個々のケースにおいて何をどこまで説明すべきか、具体的な基準や指針がない。

(注)「インフォームド・コンセント」は患者さんの行為であり、「医師がインフォームド・コンセントを行って治療した」という表現は誤用。また、「インフォームド・コンセント」は「患者さんの人権尊重＝自己決定権の確保」をその根源としており、医療過誤や結果責任を免責する機能を有していない。

なお、「診療行為」には（治療しない）ことを含み、「同意」には（拒否）を含む。

表1 インフォームド・コンセントを得るために、医師らが患者さんに正しく説明すべきこと²⁷⁾

診断結果に基づいた現在の病状 治療に必要な検査の内容と目的 治療の危険性と成功の確率 その治療方法以外の方法 あらゆる治療を拒否した場合にどうなるか
--

表2 説明義務が問われる事項と免責事項⁴⁴⁾

「歯科医に求められる説明義務事項」	
患者の疾患の現状	予定の歯科治療から期待される効果
予定の治療に付随する危険性	代替治療に関する情報（効果、危険性）
治療を行わなかった場合に予測される病状の推移	治療費
「説明義務の免責事項」	
患者が認識している情報	
危険性が軽微で後遺症が残らない程度の事柄	
説明により治療にマイナス効果を及ぼす事柄	

表1や表2に示される基準に従えば、“治療しない”という選択肢も含めてすべての選択肢を提示、説明しなければならないのだが、現実的な問題として“すべて”の範囲が問題であり、また時間的制約がある。さらに、説明すればするほど、かえって患者さんが理解しにくくなるのではないか、という懸念がある。また「偶発症」についての詳細な説明は、患者さんの恐怖心を煽る結果、かえって公平な選択を妨げることにならないか、という心配がある。そこで私たち医師側はある程度の裁量権を認めて欲しいのだが、法的には現在、医師の裁量権は認められていない。さらに法的には、長期間にわたる患者さんとの良好な信頼関係は説明を省略する免罪符にならない。

そこで東京歯科大学同窓会学術部委員会研究部は、歯科治療における説明内容の具体的な指針を作成することを試みた。

本書ではまず、説明内容を規定するための基本方針と基準を提示する。次に、それに基づき、バーチャルシミュレーションとして、具体例に対する説明内容を例示する（一部、実症例を用いている）。*を付した部分は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目である。

本書の趣旨は、本書の内容を初診時にすべて説明しなければならない、ということではなく、また、それぞれのケースにおける最適の治療方針を示すものでもない。患者さんのインフォームド・コンセントを得る前提としての歯科医師の説明義務基準を提案するものであり、患者さんへ説明する際の参考と

してご理解いただければ幸いです。

なお、本書は歯科医師向けであるので専門用語を用いてあるが、実際に患者さんに説明する際には、患者さんが理解できる言葉に置き換えることは言うまでもない。

説明内容を規定するための基本方針と基準

- (1) 「インフォームド・コンセント」を得る目的は、弱者になりがちな患者さんの基本的な権利（生命権、身体権、自由権、財産権）を保護することにある。
- (2) そのために、選択権が保障されることが不可欠である。
- (3) したがって、選択権を保障できるような情報開示・説明が行われなければならない。
- (4) その情報開示・説明の方法は、医師の直接的対面面談に限ることはなく、パンフレット、掲示物、コ・デンタルスタッフ、マスメディアなどによって行われて差し支えない。
(結果として患者さんが理解できたことが必要条件。)
- (5) 開示・説明される内容は、「良識人基準」^(注)を満たす中で、状況に応じて設定し得る。
(ただし、選択権を保障する配慮を要する。)
治療中の苦痛の程度、費用、治療結果の快適さ・不便さ、等に関する説明も必要な場合がある。本来すべての選択肢を提示・説明すべきところであるが、現実的に可能ではないので、やむを得ず、患者さんと対話する中でその健康観や価値観、ニーズなどを探り、患者さんが意思決定に必要な説明事項を取捨選択する。
 - a) 同じような口腔状況であっても、医師によって、患者さんによって、説明内容が異なることがある。
 - b) 大多数の医師が first choice とする治療方法がある場合、それ以外の選択肢に関する説明を簡略化できる。
 - c) 医師によって治療方法が異なる場合、それらを選択肢としてすべて提示する。患者さんの権利（生命権、身体権、自由権、財産権）を侵す可能性のある事項については、説明を省略できない。
 - ex. ・生命を脅かす危険が予想される場合
 - ・日常生活に重大な支障を来たす後遺障害を招く可能性が予想される場合
 - ex. 口唇の知覚鈍麻
 - ・抜歯に至る可能性が予想される場合
 - ・補綴物や修復物の破壊・除去、新製を必要とする場合、または予想される場合
 - ・高額な負担金を必要とする場合高次医療機関や専門医への転医を勧める場合には、その理由を明確に提示する。
- (6) 「インフォームド・コンセント」には、「医療過誤」を免責する機能はない。

(注) 「良識人基準」：参考文献 33) 388 ページ脚注 より転載

分別ある人間なら当然重要と考える事柄、たとえば手術の内容や麻酔等のリスクと他の処置の選択肢についてもわかりやすく詳しい情報を医師は自己決定の主体としての患者に与えるべきとした。これを「良識人基準」という。この場合、良識人というのは分別のある理性をもった人としての患者を意味する。

X線検査についての説明

通常のデンタルX線写真およびパノラマX線写真の撮影については、1回当たりの被曝による放射線障害発生のリスクはきわめて小さい³⁾⁵⁵⁾。したがって、利益が明らかに上回ると考えられて正当化^(註)が行われ得る場合は、そのリスクの説明は省略できる。また、撮影方法・手技に関する説明も省略してよい。ただし、患者さんから質問があった場合には、納得が得られるまで説明する。

X線検査の必要性と安全性について、ポスター（本書5ページ参照）を待合室などに掲示することによる情報提供の併用が望ましい。

(注)患者にとってありうる損害をはるかに上回る利益があることを示すこと⁵⁵⁾。

局所麻酔についての説明

適切な手技^(註)を用いることを前提に、

- (1) 針の刺入時に、チクツとする痛みがあること。
- (2) 治療中に気分が悪くなったら左手を挙げて合図すれば、直ちに治療を中断し、必要な対応をすること。

なお、疼痛性ショック等の副作用についての説明は、それらの既往がない場合には省略してよい。ただし、患者さんから質問があった場合には、納得が得られるまで説明する。

局所麻酔の副作用について、ポスター（本書6ページ参照）を待合室などに掲示することによる情報提供の併用が望ましい。

(注)術前においては、局所麻酔による副作用の既往の有無の確認や当日の全身状態の確認。
手技として、適切な刺入・麻酔液注入操作。
麻酔液注入後には、異常のないことを視診・問診により確認する。

歯科のX線検査

必要性と安全性についてー

歯や顎の内部の状態を知り、正確な診断や適切な治療を行うために、X線検査が必要です。

X線は放射線ですから大量に被ばくすると放射線障害を生じます。しかし、歯科で必要とするX線検査では、使用する線量が極めて少ないので、障害の発生する可能性は無視できるほど小さいものです。

さらに当院では、不必要な被ばくを避けることにも細心の注意を払っております。

ご心配なことがありましたら、担当医に遠慮なくご相談ください。

歯科医院

歯科治療時の局所麻酔

歯を削ったり、抜いたりする場合には、麻酔注射により痛みを抑えた治療を受けていただくことができます。その際、まれに以下のような症状が現れることがありますか、ご心配なことがありましたら、担当医に遠慮なくご相談ください。

- ・不快感、吐き気
- ・動悸・息切れ
- ・アシルギー
- ・意識消失

なお、これまでこのような症状を経験された方は、お申し出ください。

〇〇歯科医院

下顎第1大臼歯欠損について、患者さんからどうしたらいいか相談された

他に欠損歯なし。

*は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

- (1) 現時点の口腔内を説明する(後方歯の傾斜移動、上顎歯の挺出、咬合異常など)。
- (2) 欠損以前と現在との変化および今後の予測について推察し、それを説明する。
 - 今後の予測について
 - (2) - 1 短期的には、大きな問題は生じないこと。
 - (2) - 2 長期的には、隣在歯の移動、対合歯の挺出などの歯列不正、およびそれによる不正咬合の生じる可能性があること。
 - (2) - 2 - 1 それだけなら、機能的(主に咀嚼機能)に大きな問題が生じる可能性は少ないこと。
 - (2) - 2 - 2 補綴する場合には、歯列不正や不正咬合を改善するための処置を必要とする可能性が高くなり、その場合、挺出歯の切削や抜髄処置を要することもあること。
- (3) 教科書的(生物学的)には治療の必要性があることを説明する。
- (4) 選択肢の説明。(注)
 - (4) - 1 可撤性義歯
 - (4) - 2 ブリッジ
 - (4) - 3 インプラント
 - (4) - 4 移植(ドナー歯が存在する場合)
 - * (4) - 5 第2大臼歯(および第3大臼歯)の近心移動
 - 以上について、以下の項目を説明する。
 - a. 咀嚼効率 b. 装着感 c. 審美性 d. 耐久性 e. 歯牙切削の有無
 - f. 疼痛の有無、麻酔の要・不要 g. 治療期間 h. 必要な検査 i. 費用
 - j. 起こり得る偶発事故の説明
 - (4) - 6 治療しない
- (5) 患者さんが選択した処置法について具体的治療手順の説明

(注)「説明内容を規定するための基本方針と基準」(5) および c)参照のこと。

「説明内容を規定するための基本方針と基準」(抜粋)

(5)開示・説明される内容は、「良識人基準」を満たす中で、状況に応じて設定し得る。

(ただし、選択権を保障する配慮を要する)

治療中の苦痛の程度、費用、治療結果の快適さ・不便さ、等に関する説明も必要な場合がある。本来すべての選択肢を提示・説明すべきところであるが、現実的に可能ではないので、やむを得ず、患者さんと対話する中でその健康観や価値観、ニーズなどを探り、患者さんが意思決定するために必要な説明事項を取捨選択する。

a) 同じような口腔状況であっても、医師によって、患者さんによって、説明内容が異なることがある。

b) 大多数の医師が first choice とする治療方法がある場合、それ以外の選択肢に関する説明を簡略化できる。

c) 医師によって治療方法が異なる場合、それらを選択肢としてすべて提示する。

解説

この例は、治療の緊急性に乏しい点がポイントである。したがって、選択肢ごとの患者さんの負うべき「負担」と得られる「効果」について、十分に情報を提供しなければならない。ただし、膨大な情報量となるので、説明用ツールなどを用いて患者さんの理解を助ける工夫を行い、また、患者さんの健康観や価値観、ニーズに応じて説明内容を適切に簡略化し(「説明内容を規定するための基本方針と基準」(5) 参照)、患者さんが納得して選択できる配慮が必要である。

下顎第1大臼歯潰瘍性歯髓炎

主訴：下顎第1大臼歯部での咀嚼困難。

同部齲蝕症3度、自発痛なし、冷・温痛あり。

他に要処置歯なし。

*は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

- (1) 齲蝕に罹患していること
- (2) 齲蝕が歯髓にまで到達している、または極めて近づいていることが、冷・温痛の原因になっている可能性が高いこと。そのために咀嚼困難になっている可能性が高いこと。
- (3) 歯髓に対する処置が必要である可能性が高いこと。
- (4) 歯牙内部のことなので、X線写真診査が必要であること。(注1)

* X線写真診査なしでの診療について

- * (4) - 1 病巣の位置や範囲が特定できないために、患者さんに対して適切な選択肢を提示できないこと。(推測に基づくため、予後の推定が困難。)
- * (4) - 2 歯を抜かずに治療する場合、病巣の位置や範囲が特定できないために、
 - * (4) - 2 - 1 試行錯誤の治療になる。(治療後に痛みが出る可能性も十分予想できる。その場合は鎮痛剤を服用するが、十分に奏効しない可能性がある。そういったことを繰り返しながらの治療になる可能性もある。)
 - * (4) - 2 - 2 必要十分な治療ができない可能性が高いし、治療結果の良し悪しの判定もできない。
 - * (4) - 2 - 3 万一、疼痛が消失しないなど、著しい不快症状が消失しない場合は、抜歯を選択せざるを得なくなる可能性が高い。
- * (4) - 3 抜歯する場合、歯の大きさや歯根の形態、大きさ、下顎管との位置関係が把握できないため、
 - * (4) - 3 - 1 簡単に抜歯できず、歯肉弁形成・骨削除、などの複雑な処置が必要になる可能性がある。
 - * (4) - 3 - 2 下歯槽神経の損傷を回避するための適切な対応ができず、損傷した場合には、ほぼ間違いなく口唇周辺の知覚鈍麻という後遺症を残す。
 - * (4) - 3 - 3 適切に抜歯できたかどうかの判定が困難になる。

X線写真撮影後

- (5) 抜髄処置が必要で、その後の歯冠修復まで行わないとこの歯で十分な咀嚼ができるようにならないこと。抜髄の方法として、局所麻酔をして行う麻酔抜髄法と、局所麻酔をしないで行う失活抜髄法があること。
 - (5) - 1 麻酔抜髄法について
 - (5) - 1 - 1 麻酔抜髄法の術式の説明
 - (5) - 1 - 2 局所麻酔について(注2)
 - (5) - 1 - 2 - 1 針の刺入時にチクツとする痛みがあるが、それ以降は痛みがないこと。万一治療中に痛みを感じたり、気分が悪くなったりした場合には、左手をあげる合図をしてくれれば、直ちに処置を中断し、対処すること。
 - (5) - 1 - 2 - 2 麻酔は2時間ほど奏効していること。その間の飲食の際、熱いもので火傷しないよう、頬や口唇を噛まないよう、注意する必要があること。
 - (5) - 1 - 2 - 3 針を刺した箇所が1～2日ほどチクチクすることある。
 - (5) - 1 - 3 利点、欠点について
 - (5) - 1 - 3 - 1 即日、抜髄処置を完了させることができ、通院日数が少なくすむ。
 - (5) - 1 - 3 - 2 通常、処置後には著しい自発痛はなく、冷・温痛も消失すること。ただし一時的に1～2日程度、軽度の鈍痛や打診痛が発現することがあるが、通常は鎮痛剤の不要な程度である。
 - * (5) - 1 - 3 - 3 (X線写真所見によっては)生活歯髓切断法が応用できる可能性もある。抜髄前提で注意深く感染軟化象牙質の除去を行い、条件が整っている場合に限り生活歯髓切断法を応用する
 - * (5) - 1 - 4 その他の偶発症(根管治療薬の漏洩、小機器類の破折残留、急性転化、他)に関する

る説明。

(5) - 2 失活抜髄法について

(5) - 2 - 1 失活抜髄法術式の説明。さらに、奏効が不確実で予測困難のため、

(5) - 2 - 2 鎮痛剤を処方すること

(5) - 2 - 3 決められた日に来院することが必要不可欠であること

(5) - 2 - 4 抜髄完了までに数回の通院が必要である。おおよそ3～4回と思われるが、それ以上要する可能性もあること。

(5) - 2 - 5 来院日など、こちらの指示に従えば、必要以上に奏効して骨にまで影響を及ぼす可能性は低いですが、万一そうなった場合には、治療期間が長くなること。

* 骨髄炎については、患者さんから質問があった場合には、納得が得られるまで説明する。

* (5) - 2 - 6 その他の偶発症（根管治療薬の漏洩、小機器類の破折残留、急性転化、他）に関する説明。

(6) 長時間の開口が必要なこと。その間、防湿処置を行うこと。ただし、途中で苦しくなった場合には、左手をあげる合図をしてくれれば休憩できること。

* 抜髄処置（または生活歯髄切断法）以外の選択肢(注3)

*) - 1 このまま放置

*) - 1 - 1 齶窩の自然治癒（欠損の自然回復）はないこと。したがって、ここでは咀嚼できないこと。

*) - 1 - 2 歯列不正およびそれに継発する咬合不正の発現の可能性があること。

*) - 1 - 3 一般的には次第に悪化し、自発痛が発現する可能性が高いこと。その時期については予測困難であること。

*) - 1 - 4 稀に、疼痛の発現しないまま歯冠崩壊していく場合もあること。

*) - 1 - 5 通常、自発痛が発現しても、その時点で生命に重大な危険のある状況になることは稀であると推測される。ただし、歯牙を保存できるかどうかは予測できない。

*) - 2 とりあえず歯髄鎮静療法

*) - 3 抜歯

(注1)別項「X線検査の説明について」参照のこと。

(注2)別項「局所麻酔の説明について」参照のこと。

(注3)「説明内容を規定するための基本方針と基準」(5) b)参照のこと。

「説明内容を規定するための基本方針と基準」(抜粋)

(5)開示・説明される内容は、「良識人基準」を満たす中で、状況に応じて設定し得る。

(ただし、選択権を保障する配慮を要する)

本来すべての選択肢を提示・説明すべきところであるが、現実的に可能ではないので、やむを得ず、患者さんと対話する中でその健康観や価値観、ニーズなどを探り、患者さんが意思決定するために必要な説明事項を取捨選択する。

a)同じような口腔状況であっても、医師によって、患者さんによって、説明内容が異なることがある。

b)大多数の医師が first choice とする治療方法がある場合、それ以外の選択肢に関する説明を簡略化できる。

c)医師によって治療方法が異なる場合、それらを選択肢としてすべて提示する。

解 説

この例では、患者さんが治療を望めば、おそらく大多数の歯科医師が、X線検査 - 局所麻酔 - 麻酔抜髄 - 歯冠修復という一連の治療法を実施するであろうし、またそれが他の方法よりも効果的であると考えられるであろう。したがって、それ以外の選択肢に関する説明を簡略化して差し支えないものと考えられる。しかし、それでもなお私たちは、患者さんが他の選択肢の説明を受ける権利があることを意識し、その選択権を確保しつつ、上記の説明を行うことになる。

上顎側切歯唇側歯肉腫脹

39 歳女性 (注 1)

主訴： 左側上顎側切歯唇側歯肉腫脹。

右側上顎中切歯唇側歯肉にポツンとできているものが気になる。

現病歴： 両歯牙とも、およそ 20 年前に前歯部歯冠補綴 (陶材前装鑄造冠)

左側側切歯は 2 週間前頃より、唇側歯肉を押すと痛かったが放置。3 日くらい前に腫れに気づいた。それ以外に自覚症状なし。

右側中切歯は今日、気がついた。歯冠補綴後、今日まで、なんら自覚症状なかった。

現症： 左側側切歯

自発痛なし、打診痛 (+)。

唇側根端部 歯肉腫脹、カタラーゼ反応 ()、

同腫脹部圧痛 (+) 弾性軟 波動 (±)

マージン部に間隙を認めるも、2 次齲蝕部は確認できない。

右側中切歯

自発痛なし、打診痛なし、冷温痛なし

唇側根端部歯肉に瘻孔、カタラーゼ反応 (+)

2 次齲蝕部は確認できない。



(ここでは、側切歯についてのみ扱う)

* は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

(0) - 1 現症の説明。

(0) - 2 顎骨内部の病変である可能性の高いことから、X線検査が必要であること。(注2)

X線写真撮影後

(1) 根端性歯周組織炎に罹患していること。

(2) 治療には根管処置が必要なこと。(注3)

(2) - 1 根管処置とは、歯根の先にできた病巣(顎の骨の中)を治療するために、歯に穴を開け、元々ある歯髓の空間に溜まった細菌や汚染物質を完全に除去し、消毒を済ませた後、最終的にはその空間を密封することによって病巣を治す処置いう。

* (2) - 1 - 1 消毒薬には特有な臭いがある。

* (2) - 1 - 2 発癌性を指摘されている薬もある。

* (2) - 1 - 3 ラバーダム防湿法の不快感。

- * (2) - 1 - 4 小機器類の破折残留の可能性。
- (2) - 2 治療には数回を要すること。
- (3) 根管処置に際しての注意点について。
 - (3) - 1 補綴物の除去が必要で、補綴物除去の際に歯根破折や穿孔を生じる可能性があり、抜歯に至ることがある。また、除去した補綴物は再装着できない可能性が高い。
 - * 治療後の歯冠修復に関する説明
 - (3) - 2 根管治療開始に伴い急性転化（痛み）が生じる可能性があること。
 - (3) - 3 根管処置は直視できない術式なので、途中X線写真による確認を行うことがある。
 - (3) - 4 処置が完了するまでの、暫間被覆冠について。
 - (3) - 5 根管の解剖学的な理由により、将来再発の可能性のあること。
 - (3) - 6 根管治療後は、歯質が菲薄となり、将来歯根破折を生じる可能性があること。
 - (3) - 7 根管治療を開始しても、滲出液が止まらない、痛みが持続する等、良好な経過を辿らない場合があること。
- (4) 補綴物の除去が不可能な場合、患者さんが補綴物の除去を望まない場合、あるいは根管処置が良好な経過を辿らなかった場合、歯根端切除手術や意図的歯牙再植法等の外科的な処置が必要となる場合がある。
 - * (4) - 1 歯根端切除手術の術式・利点・欠点
 - * (4) - 2 意図的歯牙再植法の術式・利点・欠点
- (5) 補綴物を除去しないで、なおかつ歯肉を切らずにすませたい場合は、局所の洗浄を行い、抗菌薬等を内服する方法がある。原因の除去を行う処置ではないので、一旦はよくなるが、すぐに再発する可能性が高い。

(注1) 口腔内写真およびX線写真、年齢、性別、症状は、本人の同意を得て掲載した。

(注2) X線検査前の説明内容については、別項「下顎第1大臼歯潰瘍性歯髓炎」のそれに準じることとし、参照されたし。

(注3) ここでは保存的治療が一般的であると考え、外科的治療の説明はsecond choiceとして扱った。「説明内容を規定するための基本方針と基準」(5) b)参照のこと。

「説明内容を規定するための基本方針と基準」(抜粋)

(5) なお、開示・説明される内容は、「良識人基準」を満たす中で、状況に応じて設定し得る。

(ただし、選択権を保障する配慮を要する)

本来すべての選択肢を提示・説明すべきところであるが、現実的に可能ではないので、やむを得ず、患者さんと対話する中でその健康観や価値観、ニーズなどを探り、患者さんが意思決定に必要な説明事項を取捨選択する。

a) 同じような口腔状況であっても、医師によって、患者さんによって、説明内容が異なることがある。

b) 大多数の医師が first choice とする治療方法がある場合、それ以外の選択肢に関する説明を簡略化できる。

c) 医師によって治療方法が異なる場合、それらを選択肢としてすべて提示する。

解 説

この症例のポイントは、患者さんにとって、保存的治療では 陶材前装鑄造冠の除去を伴うこと、ポストコア撤去時における抜歯に至る可能性のある残存歯質へのダメージ、 予後の不確実性、外科的治療では 治療に対する恐怖心、 術後の不快症状、 予後の不確実性、という、次元の異なる不利益が多数見込まれることである。十分な対話を必要とし、結論を急がない配慮が求められる。

上顎第1 小臼歯近心隣接面の接触点を含む齲蝕

* は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

(1) 齲蝕に罹患しており、自然治癒はないこと。齲蝕の部位が隣接面であり、隣接面齲蝕は歯牙の内部で広がっている事が多いので自覚症状がなくても進行している事が多い。

* (1) - 1 治療しない場合の予後。

(2) 処置としては齲蝕を除去し、充填する。

* (2) - 1 齲蝕が深くて歯髄に近い場合には歯髄保護を行うこと。

(3) 処置にあたって、除痛法(局所麻酔)を実施すること。(注1)

(4) 充填材料としては金属と非金属がある。

金属：金合金、パラジウム合金

非金属：コンポジットレジン、CR インレー、ハイブリッドセラミック

これらについて、 a. 審美性 b. 耐久性 c. 費用 d. 適合精度 の説明。(注2)

* (4) - 1 金属材料

銀合金

パラジウム合金

ニッケルクロム合金

コバルトクロム合金

金合金

白金加金合金

アマルガム

* (4) - 2 非金属材料

コンポジットレジン

CR インレー

ハイブリッドセラミックス

陶材

(注1) 別項「局所麻酔の説明について」参照のこと。

(注2) これ以外の材料については、一般的でないと思われるので、基本的に説明すべき選択肢から除外した。(「説明内容を規定するための基本方針と基準」(5) b)を準用した。)

「説明内容を規定するための基本方針と基準」(抜粋)

(5)なお、開示・説明される内容は、「良識人基準」を満たす中で、状況に応じて設定し得る。

(ただし、選択権を保障する配慮を要する) 本来すべての選択肢を提示・説明すべきところであるが、現実的に可能ではないので、やむを得ず、患者さんと対話する中でその健康観や価値観、ニーズなどを探り、患者さんが意思決定に必要な説明事項を取捨選択する。

b)大多数の医師が first choice とする治療方法がある場合、それ以外の選択肢に関する説明を簡略化できる。

解説

この例は、使用材料の、審美性、医学的特徴(耐久性、適合精度、他)、費用が問題となる。保険診療でも選択肢が複数あり、患者さんの選択権を確保する配慮が必要である。

左側下顎 6 ブリッジ脱離

53歳女性

主訴：左側下顎 6 のブリッジ脱離

現症：35番歯は齲蝕症3度保存可、37番歯は齲蝕症4度保存不可、38番歯は正常に萌出している。
対合歯あり。比較的強いブラキサー。

* は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

(1) 37番歯は齲蝕で歯冠崩壊しており、35番歯も齲蝕で治療が必要であるので、脱離したブリッジをそのまま戻して今までのように装着できないこと。

・選択肢

(1) - 1 治療する

歯根の状態や、根端部の病巣の有無・程度を知る必要があるので、X線診査が必要。
さらに、現在左側奥歯のかみ合わせがなくなっており、反対側への負担が大きくなっているため、もはや左下だけの問題ではなく、口腔全体の問題として考える必要がある。そこで、全顎パノラマX線写真も必要。

(1) - 2 このまま何もしない

予後については、X線診査を行って見なければコメントできない。

* (1) - 3 脱離したブリッジを仮着する

以下、(1) - 1または(1) - 2を選択し、デンタルX線写真、パノラマX線写真を撮影したとして

(2) 37番歯は歯冠修復できないので、抜歯が適当であること。35番歯は根管治療を行った後に歯冠修復できること。したがって、最終的には、36番歯と37番歯の2歯分の歯冠がなくなること。

(2) - 1 37番歯を抜歯しない

(2) - 1 - 1 根管治療を行って根面板(含、CR充填)

歯冠修復はできないので、ここで咀嚼するためには可撤性義歯を装着することになる。

(2) - 1 - 2 何もしない

- ・通常、歯質は次第に崩壊していく。根管が感染しているため、後日、細菌感染が根端孔外にまで波及して、歯槽骨炎を惹起する可能性がある。
- ・歯冠修復ができないため、ここで咀嚼するためには可撤性義歯を装着することになる。

(2) - 2 35番歯根管治療しない

- ・後日、細菌感染が根端孔外にまで波及して、歯槽骨炎を惹起する可能性がある。そのような危険性を予期していながら、このまま歯冠修復することはできない。
- ・ここで咀嚼するためには、歯肉の高さまで歯質を削去した後、可撤性義歯を装着することになる。

(3) 欠損部治療方法の選択肢(解説参照)

以下について、

- a. 選択できる材質、b. 対合歯挺出の可能性、c. 咀嚼効率、d. 装着感、e. 審美性、f. 耐久性、g. 歯牙切削の有無、h. 疼痛の有無・麻酔の要不要、i. 治療期間、j. 必要な検査、k. 費用、l. 偶発的事故の説明をおこなう。

(3) - 1 インプラント

(3) - 2 35番歯クラウン+義歯

(3) - 2 - 1 両側性スケレトン

(3) - 2 - 2 両側性保険義歯

(3) - 2 - 3 片側性保険義歯

(3) - 3 ブリッジ

(3) - 3 - 1 38番歯を37番歯に移植または移動して「 6 」ブリッジ

(3) - 3 - 2 「 67 」ブリッジ

- (3) - 4 35番歯のみ歯冠修復し、欠損部は放置
- * (3) - 5 その他の選択肢
- *) 35番歯の予後に関する説明
 - *) - 1 35番歯に負担がかかりやすくなっており、他の歯より早期に失う危険性があること。
その場合、欠損補綴として難症例になっていくこと。その方向性を食い止めることがどんどん難しくなる可能性のあること。
 - *) - 2 35番歯を守る方法として、今のところ確かな方法がないこと。
 - *) - 2 - 1 35番歯をできるだけ守ることを重視するなら、インプラント（上部構造はハイブリッド）。インプラント以外の方法では、経験的に35番歯を守れる可能性は少ない。
インプラントで守れるかどうかは不詳。しかし、他の方法より可能性を期待できる。
 - *) - 2 - 2 37番歯を抜歯し、36、37番歯部の2本を施行したほうが良いが、同時になくても可。
 - *) - 2 - 3 35番歯は根管治療後に、金属ではなく、ハイブリッドまたは硬質レジンジャケット冠。
 - *) - 3 ブラキシズムのため、特定の歯に負担が集中しないよう配慮する必要があるので、ナイトガードの使用が望ましい。ただし、具体的な予測は困難であること。
 - *) - 3 - 1 ナイトガードについての説明
形状、材質、作製方法、使用方法、効果、費用
 - *) - 4 (3) - 2 または (3) - 4 を選択してナイトガード使用しない場合、25～27番歯の頬面にワイヤーをスーパーボンドで接着し、挺出予防する方法のあること

解 説

この例は、咬合崩壊の予兆を歯科医師がどのように考えるかにより、説明内容が異なる点がポイントである。単なる中間2歯欠損ととらえれば、別項「下顎第1大臼歯欠損について、患者さんからどうしたらいいか相談された」に準じた説明になる。他方、35番歯を早期に失う危険性が高いと認識し、その後は咬合崩壊の速度が次第に早まり、欠損補綴の難易度が高まると推測するのであれば、単なる欠損補綴の説明で済まされるだろうか？ 疑問符を付したのは、35番歯の保全を図るための有効な方法が、現在確かでないことによる。これに関する私ども研究部の見解は次のようである。

経験的に、35番歯を保全できるかどうかかなり怪しい。「67インプラントに加えてナイトガード」なら、それなりの効果を期待できるかもしれない。

やむなくブリッジなら、「67」あるいは、「8を7へ移植して6」など、せめて、35番歯への負担軽減の工夫をしておきたい。

(が、の近心での破断、の動員、移植の不確実性など、それぞれ別の問題を含んでいる。)

やむなく局部義歯なら、せめて「スケレトンで両側性」にガッチリと作っておきたい。

(が、装着感を犠牲にし、費用がかかること、の引き換えに得られる効果の大きさには、疑問が残る。)

「67のブリッジ」や「片側性の局部義歯」は、35番歯の保全という効果は期待できず、単なる欠損歯の補填という意味になる。むしろ支台歯への負担増大も懸念され、38番歯を二次齶蝕で失い、遊離端欠損を誘発する危険もある。かえって35番歯の修復のみにとどめた方が、とりあえずのマイナスが少ない。

このような不確実な将来予測の説明も、患者さんが治療方法を選択するに際して影響を及ぼす可能性があるなら省略できない、と考えるべきであろう。

下顎埋伏智歯周囲炎

23歳 女性(注1)

過去に智歯周囲炎既往1回あり、今回2回目。
消炎処置により急性症状は消失した段階



*は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

抜歯を行うか行わないかを患者さんと相談する。

(1) 抜歯を行わない場合

- (1) - 1 直ちに重篤な事態が生じる可能性は低い。
- (1) - 2 解剖学的理由から、智歯周囲炎の再発を防止できない。特に体調のすぐれない時に感染が拡大し、重篤な感染症を引き起こす可能性もある。
- (1) - 3 将来的に咬合に関与する可能性は少ない。
- (1) - 4 選択肢
 - (1) - 4 - 1 セルフケアとして第2大臼歯遠心部のブラッシングを励行し、何らかの症状が発現するまで特に治療しない。
 - (1) - 4 - 2 セルフケアとして第2大臼歯遠心部のブラッシングを励行し、プロフェッショナルケアとして歯冠周囲の洗浄を定期的に継続する。
 - (1) - 4 - 3 歯冠部のみを切断摘出し、歯根部を歯肉弁で被覆、埋没させる。
 - (1) - 4 - 4 いずれも経過次第で、抜歯が必要になる可能性がある。

(2) 抜歯を行う場合

- (2) - 1 下顎智歯が下顎管に近接しているため、抜歯に際し下歯槽神経を損傷してオトガイから下唇部に知覚鈍麻が出現する可能性がある。
- (2) - 2 現在のX線写真だけでは平面上の智歯と下顎管の関係しか確認できないために、追加のX線検査による立体的な確認が必要となる。
 - ・偏心投影撮影
 - ・下顎部のCT撮影
 - ・トモグラフィーの撮影
- (2) - 2 - 1 自院で対応できない場合、これらの設備がある施設への紹介
- * (2) - 2 - 2 追加のX線検査を行わない場合、安全に抜歯することができない。

(3) 抜歯方法について説明する

通常の抜歯方法とは異なること

- (3) - 1 対象歯は崩出スペースの減少により横向きに存在しているため、抜歯時に歯を被っている骨を削去して抜歯する方法。
1回の通院で実施され、保険診療であるが、下歯槽神経損傷の危険性を十分に回避できない。

- * (3) - 1 - 1 骨の削去量は、歯冠部が確認できるまで。
- * (3) - 1 - 2 歯冠部が確認できたら歯根部と切断し、歯冠部を除去する。
- * (3) - 1 - 3 歯根部の除去を行う。
 - * (3) - 1 - 3 - 1 歯根が複数根の場合、さらに細分化して除去する事がある。
- * (3) - 1 - 4 抜歯終了後に抜歯部分の縫合を行う。
- (3) - 2 歯牙を下歯槽神経から遠ざけるために、歯冠部の除去をおこなった後に、歯根部を矯正力により挺出させて歯根部を除去する方法。
 - (3) - 2 - 1 歯牙を挺出させるための装置は自費治療になること。
 - (3) - 2 - 2 抜歯まで2～3回の通院が必要で、歯牙の移動を確認するためにX線診査をおこなうこと。
- (3) - 3 歯冠部の除去後、歯根部を放置して経過観察とともに歯根部の除去を行う方法。
- (4) 抜歯後の不快症状について
 - (4) - 1 下歯槽神経を損傷しなくても、知覚鈍麻が出現することがある
 - (4) - 1 - 1 投薬により経過観察する。
 - (4) - 1 - 2 投薬で経過観察をおこなっても、麻痺感がとれない場合
 - (4) - 1 - 2 - 1 星状神経節ブロックの併用処置
 - (4) - 2 腫脹の出現について
 - (4) - 3 抜歯後疼痛について
 - (4) - 4 抜歯後出血について

(注1) X線写真および年齢、性別、症状は、本人の同意を得て掲載した。

解説

この症例では、直ちに抜歯することが歯科医師にとって最も安心できる選択肢である。そのため、そのように患者さんの意思を誘導しがちである。医師による適切な説明を前提に、選択権、最終決定権が患者さんにあることを意識しながら、上記の説明を行うことになる(「説明内容を規定するための基本方針と基準」(1)～(3)参照)。同時に、歯科医師の専門性という観点から適切なアドバイスを行うことも患者さんから求められる。「その職業倫理に基づき、正しい情報を十分に与え、責任をもって自らの診断と判断、オプション、アドバイスを伝え、最終的に患者の「自己決定権」を尊重しつつ「決断の共有」にいたる」³⁰⁾という視点が必要であろう。そのため、即断を求めず、このケースでは一時的に「(1) - 4 - 1」あるいは「(1) - 4 - 2」の選択肢を応用するなどのバリエーションも有効と思われる。

「説明内容を規定するための基本方針と基準」(抜粋)

- (1) 「インフォームド・コンセント」の目的は、弱者になりがちな患者さんの基本的な権利(生命権、身体権、自由権、財産権)を保護することにある。
- (2) そのために、選択権が保障されることが不可欠である。
- (3) したがって、選択権を保障できるような情報開示・説明が行われなければならない。

歯石除去希望

42歳女性 主婦

主訴：歯石除去

現症：口腔清掃状態やや不良

歯肉縁上歯石の沈着を認める 処置歯少数 欠損歯なし

問診にて臼歯部に軽度の知覚過敏

視診にて辺縁性歯周炎2度と推定

*は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

- (1) 歯周炎の疑いがあること(そう疑う根拠)
- (2) 歯周炎とは何か
- (3) 歯周炎の場合は、歯石を除去するだけでなく、歯周炎の治療が必要である。
 - (3) - 1 歯周炎治療の一般的概要
 - (3) - 1 - 1 一般的手順(検査 - 初期治療 - 歯周外科 - メンテナンス)
 - (3) - 1 - 2 期間や具体的な内容は、検査をしてみないとわからない。
 - * (3) - 1 - 2 - 1 検査の内容
 - * (3) - 1 - 3 したがって、歯周炎治療の一環として歯石除去を行う場合は、数回以上の通院を必要とする。
- (4) 歯周炎治療は受けず、歯石の除去だけを受ける場合
 - (4) - 1 検査を行わないと歯肉縁下の状態がわからないため、歯肉縁上歯石の除去しかできない。
 - (4) - 2 口腔清掃が十分でないようなので、歯石だけ除去した場合、歯肉が腫れたり、知覚過敏が発現したりすることもある。
 - (4) - 2 - 1 通常は一過性であるが、1回~数回の通院治療が必要になることが多い。
 - (4) - 2 - 2 歯周炎治療の一環として適切な時期に歯石除去を行えば、それらの不快症状発現の可能性を小さくできる。
 - (4) - 3 原因に対する対応が十分でないので、短期間で歯石が再沈着する。
 - (4) - 4 健康保険の適用外となる。
 - (4) - 4 - 1 費用、通院回数
- (5) 歯石除去の方法を説明する。

解説

この例は、日常臨床で頻繁に遭遇し、健康保険制度との整合が問題となるケースである。特段の自覚症状がなく歯石除去だけを希望する患者さんの大多数は、健康保険適用のもと、1回で済ませてもらえる、と誤解している。一般に大多数の日本人は、提供される歯科に関する情報が少なく、さらに健康保険制度が必ずしも医療現場の実態に対応しきれていないことを承知していないようである。歯科医師が、病状や治療方法のみならず、健康保険制度の説明までも行わなければならないことには違和感を禁じえないが、現実問題として、治療内容や費用、通院回数など、患者さんの負担に直接に関わることなので、説明を省略できない(「説明内容を規定するための基本方針と基準」(5) 参照)。

またこの例では、大多数の歯科医師は歯周炎治療が必要であると考えているであろう。歯周炎治療では患者さんの協力が絶対必要条件となり、相応の通院期間を要する。また歯周炎には、重症になるまで日常生活に重大な支障をきたすほどの自覚症状が発現しない、という特徴がある。したがって、「その職業倫理に基づき、正しい情報を十分に与え、責任をもって自らの診断と判断、オプション、アドバイスを伝え、最終的に患者の「自己決定権」を尊重しつつ「決断の共有」にいたる³⁰⁾という視点から、患者さんとの十分な対話が必要となる。

「説明内容を規定するための基本方針と基準」(抜粋)

(5)なお、開示・説明される内容は、「良識人基準」を満たす中で、状況に応じて設定し得る。

(ただし、選択権を保障する配慮を要する)

治療中の苦痛の程度、費用、治療結果の快適さ・不便さ、等に関する説明も必要な場合がある。

9歳右側側切歯逆被蓋で、親がどうしたらいいか(このままでいいのか、治したほうがいいのか、治すとして、どんな方法があるのか)相談してきた

女兒

上・下顎 6 4 2 1 1 2 4 6 萌出、6番は1級関係。
歯列弓において右側上顎側切歯のスペースはある。
側切歯のオーバーバイトは1mm程度。遺伝的素因なし

*は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

- (1) 右側上下顎側切歯が反対に咬合している。
- (2) 自然治癒は見込めない。このまま何もしない場合、
 - (2) - 1 歯列不正により歯周疾患になりやすい。
 - (2) - 2 混合歯列期であるため咬合育成に支障をきたす場合がある。
 - (2) - 3 顎骨の発育を阻害する可能性があり、その場合は咬合全体が不正になったり、顔貌に影響したりする可能性がある。
 - (2) - 4 永久歯列完成後に矯正治療を受けることもできるが、その場合は、本格矯正になる。
 - * (2) - 4 - 1 本格矯正の術式、費用、治療期間
 - * (2) - 4 - 2 (自院で対応できない場合) 矯正専門医への転医について
- (3) 治療方法について
 - M.T.M.をおこなう。
 - (3) - 1 舌側(口蓋)弧線装置⁵⁶⁾⁵⁷⁾⁵⁹⁾⁶⁰⁾⁶¹⁾⁶³⁾⁶⁴⁾⁶⁶⁾、切歯斜面版⁵⁸⁾⁶⁵⁾、可撤式床型装置⁶²⁾⁶⁶⁾について本例に適していると思われるものから順に、以下の点を説明する。(注)
 - a.術式
 - b.利点・欠点(治療期間、装着感、使用上の注意、取り扱いの難易度、偶発症、副作用、歯牙清掃の難易度)
 - c.費用
 - * (3) - 1 - 1 その他の治療方法⁵⁶⁾⁶⁷⁾の説明
 - (3) - 2 保定、後戻りについて説明する。
 - (3) - 3 永久歯列完成後に、本格矯正治療が必要になる場合がある。
 - (3) - 3 - 1 しかし、それを回避する可能性も含め、混合歯列期での咬合異常はその時点で早期に改善を図る方が良いとされている。⁵⁹⁾⁶⁶⁾
 - (3) - 4 患者さんの協力が必要なこと。
 - (3) - 5 来院期日を守ること。
 - (3) - 6 歯牙清掃の励行、など、指示されたことを遵守すること。
 - (3) - 7 装置が破損した場合の緊急対処方法。

(注)適応でない方法については説明する必要はない。

解 説

この例では、インフォームド・コンセントの主体が、患者さん本人ではなく、保護者である点がポイントである。“同意能力”のない患者さんであっても、その意思を斟酌しつつ保護者と相談する配慮が必要ではないだろうか。

悪性腫瘍の疑いがある、高次医療機関へ紹介するケース

*は、患者さんとの対話の中で必要があれば説明する項目

- (1) 現症の説明
 - 悪性の病変である可能性のあること、およびそう考える根拠
- (2) 診断には検査が必要なこと
- * (2) - 1 検査内容
- (3) 自医院では詳細な検査設備がないこと
- (4) 診断に専門的知識を必要とし、自分は専門医でないこと
- (5) 大学病院などの信頼できる専門医を紹介できること
 - (自分で探しても差し支えないこと)
- * (5) - 1 数箇所から選択できる
- (6) 必要な書類、資料を作成し、提供できること
- (7) 緊急性の程度について(注1)
- * (8) 放置した場合の予後については、確定診断がついていないので、コメントできない

(注1) 確定診断のついていない段階で「悪性」の部分を強調することは、患者さんの不安をいらずに煽る可能性があるため、適当ではない。しかし、高次医療機関を受診する必要性が患者さんに的確に伝わらない可能性もあるため、直ちに受診すべきか、あるいは他の都合を優先させて構わないか、などの表現で緊急性の程度を伝える。

解 説

この例では、患者さんに用意される選択肢は実質上、高次医療機関受診のみである。したがって、私たちは患者さんがその必要性を理解して同意できるような説明を行うことになる。ただし、それでもなお、患者さんは高次医療機関を受診しない権利を有しており、その権利を犯してはならない。

参考文献・URL

- 1) 草間朋子, 黒田隆, 吉沢康雄(1985): 放射線リスクの容認できるレベルを判断するための手としてのリスクの相互比較法に関する考察, 保健物理, 20, 151 - 156.
- 2) 島野達也(2003): 第16回医療放射線の安全利用研究会「妊娠と放射線」フォーラム印象記, Isotope News, 6月号, 18 - 19.
- 3) 佐野司, 岡野友宏(2003): X線撮影時の被爆防護はどこまでやりますか?, 日本歯科評論, 63: 9, 91 - 96.
- 4) 日野原重明, 福井次夫監訳(1992): 臨床決断分析 - 医療における意思決定理論 -, 第1版, 医歯薬出版, 東京.
- 5) 健康に関するリスクコミュニケーションの原理と実践の入門書:
http://www.maff.go.jp/sogo_shokuryo/kenko/risk.htm
- 6) 「医の倫理に関する国際宣言」日本医師会のHPより
- 7) 羽賀通夫(1978): 歯冠補綴学・架工義歯学講義ノート
- 8) 川添堯彬(1992): 3歯欠損ブリッジの適用と設計, 日本歯科医師会雑誌, 45: 6, 500 - 505.
- 9) 内山洋一(1993): 欠損補綴の治療 - ブリッジと有床義歯ブリッジの立場から, 日本歯科医師会雑誌, 45: 11, 1042 - 1051.
- 10) 山上芳雄, 小林尚樹, 高橋英和(1993): 固定性ブリッジの経過観察, 歯界展望, 81: 4, 964 - 965.
- 11) 安藤雄一, 小林秀人, 矢野正敏, 池田恵, 小林清吾, 堀井欣一, 瀧口徹(1994): クラウンを施した歯牙の喪失リスクについて - 健全歯との比較 -, 日本歯科評論, 618号, 195 - 205.
- 12) 染谷成一郎, 菅野博康, 寺岡康利, 齋藤正恭(1995): ブリッジにおける難症例と臨床医の対応 - パーシャルデンチャーへの移行を阻止するために -, 日本歯科評論, 636号, 62 - 107.
- 13) 菅野博康(1998): クラウン・ブリッジの10年経過から - ロングスパン・延長ブリッジを考える -, 日本歯科医師会雑誌, 51: 9, 913 - 923.
- 14) 中原泉(1999): 永久歯列の生理的成長変化 - 固定性ブリッジへの警鐘 -, 日本歯科評論, 676号, 153 - 158.
- 15) 林治幸(2002): 「咀嚼の中心」と「延長ポンティックを有する歯周補綴の予後」, デンタルダイヤモンド, 2月号, 121 - 128.
- 16) 東克章, 鶴田淳一(2002): 歯周補綴における固定性ブリッジのトラブルから学んだこと, 歯界展望, 99: 2, 305 - 315.
- 17) 中澤章(1996): 1歯欠損症例に応用した従来型ブリッジ、接着ブリッジ、インプラントの予後, Quintessence of Dental Technology, 21, 1336 - 1339.
- 18) 福島俊士, 他(2004): シンポジウム 8020と補綴臨床, 補綴誌, 48, 40 - 42.
- 19) 市川哲雄(2004): クリニカルパスと症型分類 - 日本補綴歯科学会の新たな戦略: アカンタビリティのある治療を目指して -, 補綴誌, 48, 43 - 44.
- 20) 東京歯科大学同窓会学術部委員会(2001): 歯科における「予防」, 学術研究部B報告書.
- 21) 東京歯科大学同窓会学術部委員会(2004): 「アメニティー」, 学術研究部A「外来語2」より.
- 22) 金田英一(2004): 歯科医療と説明義務, 日本歯科評論, 64: 9, 196 - 198.
- 23) 井上孝(2004): 携帯電話と部活, デンタルダイヤモンド, 29(414), 19.
- 24) 守田由雄(2004): 医師のパターンリズムは悪か, 全国保険医新聞, 第2285号, 3.
- 25) 石井拓男(2003): 歯科医師にとっての医療面接, 日本歯科医師会雑誌, 56: 1, 62.
- 26) 東京歯科大学同窓会東京地域支部連合会総合調査委員会医療管理部会(2004): 気になる言葉「メディカルインタビュー」, 東京歯科大学同窓会東京地域支部連合会会報, 第53号, 6 - 9.
- 27) 「読者から」インフォームド・コンセント, 産経新聞 9月26日(日)
- 28) 間宮秀樹, 一戸達也, 金子譲(1996): 歯科治療のストレス評価 患者はどの治療がいちばん恐いのか, 日麻酔誌, 24: 2, 248 - 254.
- 29) 木村利人(1987): インフォームド・コンセントの考え方とは?, 日本医事新報, 3311号, 106 - 107.
- 30) 木村利人(1988): インフォームド・コンセントをめぐる - バイオエシックスの視座から -, メディカル・ヒューマニティ, 3: 4, 42 - 46.
- 31) 木村利人(1989): インフォームド・コンセントのすすめ, 日経メディカル, 18: 3, 129 - 141.
- 32) 木村利人(1993): 米国にみるインフォームド・コンセントの実際, モダンメディスン, 1, 14 - 18.
- 33) 木村利人(1993): 医師・患者双方の意識改革なしにインフォームド・コンセントは進まない,

文芸春秋「日本の論点 '94」, 386 - 391 .

- 34) 木村利人(1995) : 厚生省検討会報告書の問題点 : 誤解されたインフォームド・コンセント , 「国際 BIOETHICS NETWORK」ニュースレター , 20 , 3 - 5 .
- 35) 木村利人(1996) : バイオエシックスの立場で考えるインフォームド・コンセントのあるべき姿とその方向性 , JAMIC Journal , 16 : 8 , 8 - 9 .
- 36) 木村利人(1997) : インフォームド・コンセントの成り立ちと意義 , イデアフォー通信 , 21 号 , 4 - 5 .
- 37) 木村利人(1999) : 看護のインフォームド・コンセント - 自分の人生を選び取るために - , 看護技術 , 45 : 5 , 86 - 90 .
- 38) 前田芳信, 他編(2003) : 歯科臨床研修マニュアル できる研修医の条件 , 第1版 , 84 - 90 , 永末書店 , 京都 .
- 39) 井上孝, 矢島安朝, 大澤有輝編(2004) : メディカル・インタビュー 医療面接 求められる言葉の医療行為 , DENTAL DIAMOND 増刊号、デンタルダイヤモンド社 , 東京 .
- 40) 井上孝, 松坂賢一, (2003) : 歯科における医療安全管理を考える , 月刊 DENTAL DIAMOND , 2003 年 1 ~ 12 月号合本 , デンタルダイヤモンド社 , 東京 .
- 41) 金子譲, 大曾根洋編著(1991) : 歯科局所麻酔ハンドブック , 第1版 , 日本歯科評論社 , 東京 .
- 42) 日本歯科放射線学会放射線防護委員会編(2002) : 歯科診療における放射線の管理と防護 , 第2版 , 医歯薬出版 , 東京 .
- 43) 杉崎正志監修(2004) : 臨床における不安と疑問 , 第1版 , ヒョーロン・パブリッシャーズ , 東京 .
- 44) 金田英一 , 高橋哲夫 , 端山智弘(2000) : 変わりつつある歯科医の法的責務 , 歯界展望 , 95:5 , 1025-1056 .
- 45) Rule, J.T., Veatch, R.M. (1993) : Ethical Questions in Dentistry, Quintessence Publishing Co, Inc, Illinois.
- 46) Rule, J.T., Veatch, R.M. 著, 柳澤有吾訳(2001) : デンタル・エシックス 歯科の倫理問題 , 第1版 , クインテッセンス出版 , 東京 .
- 47) 放射線防護 136 - 歯科 X 線検査の放射線防護に関するヨーロッパのガイドライン 歯科診療における安全な X 線の利用のために(2005) : <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jsomr/>
- 48) 週刊インサイド・ヒューマンボディ, (株)デアゴスティーニ, 東京 .
- 49) The Journal of Evidence-Based Dental Practice
- 50) 伊藤英之(1993) : 卒研雑記帳 バイオエシックスの社会学 , 東京歯科大学同窓会報 , 273 号 , 8 - 9 .
- 51) 野間弘康(1984) : 歯科処置後に後遺する下歯槽神経麻痺とは? , 東京歯科大学同窓会報 , 217 号 , 18 - 20 .
- 52) 木村利人(1990) : TDC 卒後研修セミナー/カセットテープ 2 いのちを考える - バイオエシックスのすすめ - , シエン社 , 東京 .
- 53) 早川吉彦(東歯大・歯放)作成資料(2005) : 「各撮影法による被ばく線量を実効線量で比較」
- 54) 日本歯科麻酔学会事故対策委員会(1999) : 歯科麻酔に関連した偶発症について 郡市区歯科医師会に対する偶発症のアンケート調査報告(平成3年1月~平成7年12月) , 日歯麻誌 , 27 : 3 , 365 - 373 .
- 55) 欧州委員会(2004) : 放射線防護 136 歯科 X 線検査の放射線防護に関するヨーロッパのガイドライン 歯科診療における安全な X 線の利用のために , <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jsomr/>
- 56) 三上直一郎(1985) : 私の M.T.M. こどもの M.T.M. , 日本歯科評論 , No.508 , 151 - 161 .
- 57) 安田公年(1992) : 一般臨床医が行える小児歯科領域における M.T.M. について(2・完) , 日本歯科評論 , No.593 , 155 - 167 .
- 58) 栗田晴海, 柏田聡明, 上野秀夫編(1993) : 開業医のための実践 M.T.M ~ はじめの一步 ~ , デンタルダイヤモンド社 , 東京 .
- 59) 安田公年(1993) : 混合歯列期における歯列管理のポイント - "ボタンのかけ違い"を防ぐために - , 日本歯科評論 , No.611 , 115 - 129 .
- 60) 栗田晴海(1993) : こどもの M.T.M. , デンタルダイヤモンド , 11 月号 , 54 - 57 .
- 61) 栗田晴海(1993) : こどもの M.T.M. , デンタルダイヤモンド , 12 月号 , 46 - 49 .
- 62) 阿部和弘(1998) : 開業医なら誰でもできる矯正 , デンタルダイヤモンド , 7 月号 , 185 - 187 .
- 63) 栗原三郎(1999) : 咬合育成矯正治療の落とし穴 , 歯界展望 , 94 : 5 , 1105 - 1110 .
- 64) 青島攻(2000) : 舌側弧線・唇舌側弧線装置の応用 , デンタルダイヤモンド , 5 月号 , 61 - 65 .
- 65) 木村純子(2000) : 口腔の健康をより長く維持するための MTM , デンタルダイヤモンド , 10 月号 , 27 - 45 .
- 66) 関口浩, 米津卓郎, 久保周平, 薬師寺仁(2001) : 少子社会における小児期の口腔健康管理 - 8020 は

- 小児から - 5. 混合歯列中期における口腔健康管理, 歯科学報, 101: 10, 877 - 886 .
- 67) 葎田秀夫(2003): チューイングブラシの効用 - 咬合誘導を目的に使用した症例から - , 日本歯科評論, 63: 4, 153 - 162 .
- 68) 厚生省薬務局医療機器開発課監修(1997): 歯科材料の物理的・化学的及び生物学的試験のガイドライン解説, (株)薬事日報社, 東京 .
- 69) 国立医薬品食品衛生研究所安全情報部(2005): 国際簡潔評価文書 No.50 水銀元素および無機水銀化合物, 世界保健機関国際化学物質安全性計画(2003) .
- 70) 中川寛一(2004): 永久歯の歯髄処置 根管貼薬剤と根管充填材の選択基準, 別冊クインテッセンス Year Book 2004, 234~235, クインテッセンス出版, 東京 .
- 71) 林正規(2004): 永久歯の歯髄処置 根管貼薬剤と根管充填材の選択基準, 別冊クインテッセンス Year Book 2004, 236~237, クインテッセンス出版, 東京 .
- 72) 中川寛一(2003): 永久歯の歯髄処置 (5) 根管貼薬と根管充填材は何を用いたらよいか, 別冊クインテッセンス Year Book 2003, 192~193, クインテッセンス出版, 東京 .
- 73) 林正規(2003): 永久歯の歯髄処置 (5) 根管貼薬と根管充填材は何を用いたらよいか, 別冊クインテッセンス Year Book 2003, 194~195, クインテッセンス出版, 東京 .
- 74) 日本歯科薬物療法学会編(2004): 日本歯科用医薬品集 2004, 36 - 37, 永末書店, 京都 .
- 75) 中牟田博敬(1999): 水酸化カルシウム貼薬の見直し, 別冊クインテッセンス 現代の根管治療の診断科学, 21~26, クインテッセンス出版, 東京 .
- 76) 荒木孝二, 和達礼子, 須田英明(1998): テーブルクリニック 最善の根管貼薬を求めて, 日本臨床歯内療法学会雑誌, 119: 2, 242 - 243 .
- 77) 福島久典編(1999): 細菌を知る・エンドが変わる, 124 - 125, 永末書店, 京都 .
- 78) 福島久典編(2004): こうして無菌の根管をつくった, 76 - 77, 永末書店, 京都 .
- 79) 紅林尚樹, 小出一久, 花沢秀美(2003): 抜髄時および感染根管治療時に施される根管貼薬剤、仮封材と治療回数についての歯科開業医アンケート調査, 日本臨床歯内療法学会雑誌, 24: 3, 78 - 82 .
- 80) 小林千尋(2003): 楽しくわかるクリニカルエンドドントロジー, 3, 51, 医歯薬出版, 東京 .
- 81) 荒木孝二(1999): 根管貼薬に水酸化カルシウムを使う理由, 歯界展望別冊 New エンドドンティックス, 102 - 110, 医歯薬出版, 東京 .
- 82) 戸田忠夫(2001): 歯内療法のアンケート結果と考察, エンドドンティックス 21世紀への歯界展望, 9 - 16 .
- 83) 畠 銀一郎, 戸田忠夫(1999): 根管清掃・消毒を中心に, 歯内療法 効率・確実を極める, 42 - 49 .
- 84) 日本歯内療法学会編(2004): グローバルエンドドンティックス, クインテッセンス出版, 東京 .
- 85) 日本臨床歯内療法学会編(2001): 別冊クインテッセンス エンドドンティックス 21世紀への展望, クインテッセンス出版, 東京 .
- 86) 日本歯科放射線学会放射線防護委員会(2002): 歯科診療における放射線の管理と防護, 第2版, 医歯薬出版, 東京 .
- 87) 鹿島勇監修(2001): これならわかるデジタルX線撮影装置, 第1版, 砂書房, 東京 .
- 88) 花岡洋一(2005): 矯正歯科臨床におけるリスクマネージメント, 別冊 Quintessence 臨床家のための矯正 YearBook'05, pp.55-58, クインテッセンス出版, 東京 .
- 89) 別部尚司(2003): 患者さんとあなたを守るインフォームド コンセント, ZOOM UP, No.116, 12 - 17 .
(<http://www.osada-electric.co.jp/jp/zoomup/116/topics2.pdf>)

(付録) - 患者さん向け

「知っておくと役に立つ歯科三二知識」

街の歯科の看板

法令により掲げられる科は4つ

一般歯科

虫歯や根の治療、入れ歯、さし歯、かぶせ物、抜歯、歯周病、人工歯根、美容審美、顎の痛み、予防、検診

口腔外科

埋まっている親知らずの抜歯、人工歯根、顎の痛み、粘膜の病気

小児歯科

子供（～20歳くらいまで）の虫歯、根の治療、かぶせ物、抜歯、かみ合わせ、予防、検診

矯正歯科

かみ合わせ、顎の痛み、美容審美、予防

しかし街で見かける看板は……。本来は上記4科に含まれている

審美歯科

ホワイトニングなど美容審美治療

インプラント科

歯がない人のチタン製人工歯根

認定医と看板

認定医とは、日本歯科医学会による各専門分科会より認定された歯科医をいう。しかしながら歯科医は誰もが必ず何かの認定医というわけではない。すなわち看板が出ていても

必ずしもその分野の認定医とは限らない。例えば、矯正歯科とでいても日本矯正歯科学会の認定医とは限らない。治療を受ける側も、数ある看板の中から自身で納得のいく歯科医を探し出すことが重要である。

- 例) 日本歯科保存学会(虫歯の治療)
日本補綴歯科学会(入れ歯の治療)
日本口腔衛生学会(予防歯科)
日本歯科放射線学会
日本歯周病学会
日本口腔インプラント学会
日本顎関節症学会
日本口腔外科学会
日本歯科麻酔学会
日本小児歯科学会
日本障害者歯科学会
日本矯正歯科学会

保険と一般治療

日本は医療保険制度が大変充実した国で国民の誰もが少ない負担で医療が受けられる仕組みになっています。皆さんが保険証を持って歯医者に行ったその先生が、保険登録医であった場合原則的にその先生は保険で診療を行わなくてはなりません。しかし保険適用でない治療方法もありますので、歯科医が患者さんのお口の状態やご希望などでそれらの治療方法を提案する事があります。それが「自由診療」です。

「保険診療」と「自由診療」には大きく次のような違いがあります。

1. 材料の違い

「保険診療」・・・歯に被せる金属冠や詰め物は銀合金か銀とパラジウムという金属の合金に指定されています。前歯ではプラスチックで天然の歯の色に近い冠を被せることができます。

入れ歯はプラスチックが主体の物となります。

「自由診療」・・・使用する金属に制限はありません。より生体に調和した金合金金属やより天然の歯に近い色を出せる材料を使う事ができます。

入れ歯は金属をベースにしたもので薄く作ることができ、異物感が少なくなります。

2. 診療内容の違い

「保険診療」・・・厚生労働省が取り決めた歯の病気を治療する方法でのみ治療が行えます。使用できる薬や材料も指定されています。

「自由診療」・・・保険診療に入っていない先進的な治療方法や最新の薬、材料を使用して治療を行う事ができます。

インプラント(人工歯根)、再生療法などは現在「自由診療」です。

病気と認められていない歯並びを治す矯正治療は「自由診療」です。

詳しい事は、担当医にご相談ください。

保険診療

- ・詰め物治療
- ・入れ歯
- ・抜歯
- ・歯石除去
- ・各種検査
- ・各種手術

など

自由診療

- ・インプラント
- ・歯面漂白
- ・特殊な入れ歯
- ・貴金属やセラミックなどによる修復
- ・矯正治療
- ・再生医療

など