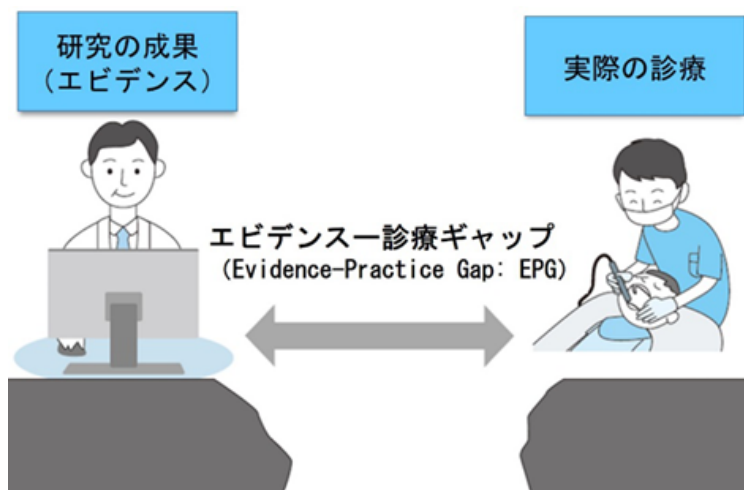


EPG（Evidence-Practice Gap : エビデンス－診療ギャップ）とは？

エビデンス（科学的根拠）に基づく診療とは、個々の患者の治療における意思決定において、最新かつ最良のエビデンスを意識的、明示的、かつ賢明に使用することと定義されています。しかし、エビデンスと実際の臨床との間にはギャップがあり、これをエビデンス－診療ギャップ（Evidence-Practice Gap: 以下EPG）と呼びます。先行研究では、予防医療、急性期医療、慢性期医療においてエビデンスにより推奨される診療を実際に受けた患者の割合は、それぞれ55%、54%、56%であったと報告されています（Mcglynn et al., N. Engl. J. Med. 2003）。歯科領域においては、日本および米国共にく齧治療においてEPGが約40%存在することが示されており、EPGの改善は国際的に喫緊の課題です。しかし、歯科診療においてEPGが発生する原因やメカニズムは国内外において明らかになっていません。



EPGの現状を理解していただくために、まずは実際に日米でEPGが生じていると思われる事例を3つ紹介します。皆様も3つの設問にご回答いただき、解説をお読みいただけますと幸いです。

上記を読んだ方はチェックして、「次へ」へ進んでください。

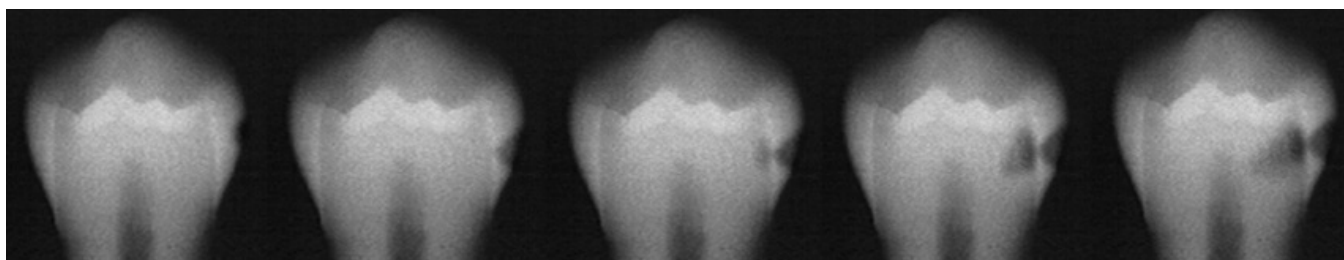
戻る

次へ

シナリオを読み、問1にお答えください。

【シナリオ】

患者は30歳の女性で、全身的な既往に特記事項はありません。患者は本日定期歯科健診で受診し、特に主訴はありません。これまでの6年間あなたの診療所に定期歯科健診の受診を続けています。写真に示す歯のほかには、処置歯やう蝕、および欠損歯が一本もありません。



症例 1

症例 2

症例 3

症例 4

症例 5

Espelid et al. 1997より

問1. う蝕の深さがどの段階になると、予防的な処置から永久的な修復処置（コンポジットレジンなど）に移行するのが良いと思いますか？

5つの写真を見てもっともあてはまるものを1つ選んでください。

<input type="radio"/>	症例 1
<input type="radio"/>	症例 2
<input type="radio"/>	症例 3
<input type="radio"/>	症例 4
<input type="radio"/>	症例 5

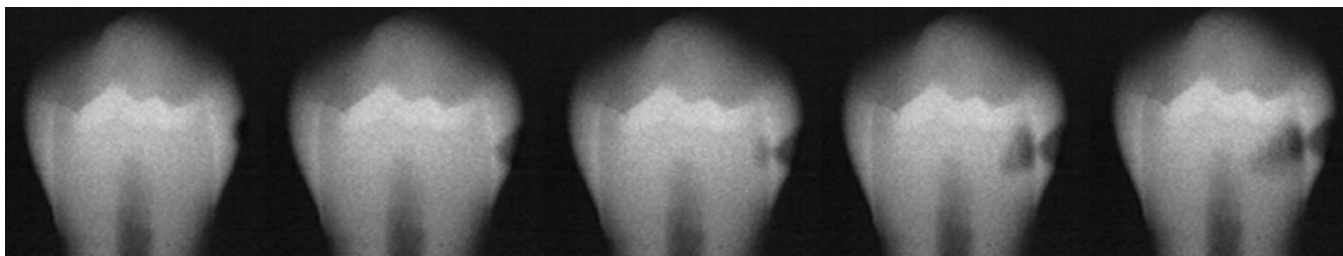
戻る

次へ

以下は問1の解説です。

【シナリオ】

患者は30歳の女性で、全身的な既往に特記事項はありません。患者は本日定期歯科健診で受診し、特に主訴はありません。これまでの6年間あなたの診療所に定期歯科健診の受診を続けています。写真に示す歯のほかには、処置歯やう蝕、および欠損歯が一本もありません。



症例 1

症例 2

症例 3

症例 4

症例 5

Espelid et al. 1997より

本設問は、隣接面う蝕の透過像が段階的に進行する5つのエックス線写真の中から、どの時点でコンポジットレジンなどの永久的な修復処置が必要と判断するかを選ぶ設問でした。本設問の症例1と症例2のエックス線写真はエナメル質う蝕に相当します。

MI（最小限の侵襲）によるう蝕管理のための6項目（FDI、2016年）¹においては、脱灰したエナメル質の再石灰化を図ることが推奨されています。「う蝕治療ガイドライン（日本歯科保存学会）」²では、「切削の対象となるのはどの程度に進行したう蝕か」という疑問に対して以下のような推奨を出しています。

以下の1)～5)の所見が認められる場合は修復処置の対象となる。特に複数認められる場合にはただちに修復処置を行うことが望ましい。（エビデンスレベル「VI」³⁻⁷ / 推奨の強さ「B」）。

- 1) 歯面を清掃乾燥した状態で肉眼あるいは拡大鏡で窩を認める。
- 2) 食片圧入や冷水痛などの自覚症状がある。
- 3) 審美障害の訴えがある。
- 4) エックス線写真で象牙質層の1/3を超える病変を認める。
- 5) う蝕リスクが高い。

上記の基準の4番目に、切削の対象となるのは「エックス線写真で象牙質層の1/3を超える病変を認める」と述べられています。また、本症例シナリオにおける患者のう蝕リスクが低いことが想定されることから、本設問の症例1および2のようなエナメル質う蝕の段階では、審美障害などの特別の理由が無い限り、切削介入は控えて予防処置および定期歯科健診にて経過を観察するという対応が望ましいと考えられます。

日米国際比較の結果

日本と米国で行われた先行研究^{8,9}より、エビデンスと本設問の回答との一致率を下表に示します。

	日本 一致率 (2017年)	アメリカ (National Dental PBRN 開業 医) 一致率 (2009年)	アメリカ (バージニア コモンウェルス大学 歯学部教員) 一致率 (2014年)	アメリカ (バージニア コモンウェルス大学 歯学部生) 一致率 (2014年)
問1	53% (109/206)	51% (297/588)	72% (28/39)	35% (27/77)

上記の結果より、日米ともにエナメル質う蝕の治療方針においてエビデンス-診療ギャップ（EPG）が存在し、改善の余地がある状況であることが示唆されました。

なお、本設問の10による17か国の調査結果を統合した2017年のメタ分析¹⁰によるエビデンス

なお、Innesら¹⁰⁾による17カ国の調査結果を統合した2017年のメタアナリシスによると、エナメル質内にとどまっている隣接面初期う蝕において、修復処置を選択する歯科医師の割合は21%であり、同様にエナメル象牙境を含む場合では48%という結果でした。よって、国際的にも早期の切削介入が行われていると考えられ、過剰診療を減らす必要があると述べられています。

【参考文献】

1. FDI World Dental Federation. FDI policy statement on Minimal Intervention Dentistry (MID) for managing dental caries: Adopted by the General Assembly: September 2016, Poznan, Poland. *Int Dent J*. 2017 Feb;67(1):6-7.
2. 日本歯科保存学会編：う蝕治療ガイドライン第2版；
http://minds4.jcqhc.or.jp/minds/dental_caries/dental_caries.pdf
3. Foster LV. Three year in vivo investigation to determine the progression of approximal primary carious lesions extending into dentine. *Br Dent J* 1998;185:353-357.
4. Igarashi K, Ohyama A, Sasaki Y, Traoka K, Toyoshima Y, Nomura Y, et al. Evidence-based approach to restorative treatment decisions on early caries. *Dental Outlook* 2000;95: pp. 56-64 [in Japanese].
5. Traebert J, Marcenes W, Kreutz JV, Oliveira R, Piazza CH, Peres MA. Brazilian dentists' restorative treatment decisions. *Oral Health Prev Dent* 2005;3:53-60.
6. Espelid I, Tveit AB, Mejare I, Sundberg H, Hallonsten AL. Restorative treatment decisions on occlusal caries in Scandinavia. *Acta Odontol Scand* 2001;59:21-27.
7. Mejare I, Sundberg H, Espelid I, Tveit B. Caries assessment and restorative treatment thresholds reported by Swedish dentists. *Acta Odontol Scand* 1999;57:149-154.
8. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK, Gordan VV, Bader JD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Hilton TJ, Frantsve-Hawley J, Gilbert GH. Concordance between clinical practice and published evidence: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc*. 2014;145:22-31.
9. Chiang HK, Best AM, Sarrett DC. Concordance Between Clinical Practice and Published Evidence: Findings From Virginia Commonwealth University School of Dentistry. *J Evid Based Dent Pract*. 2017;17:169-176.
10. Innes NPT, Schwendicke F. Restorative Thresholds for Carious Lesions: Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. 2017 May;96(5):501-508.

上記を読んだ方はチェックして、「次へ」へ進んでください。

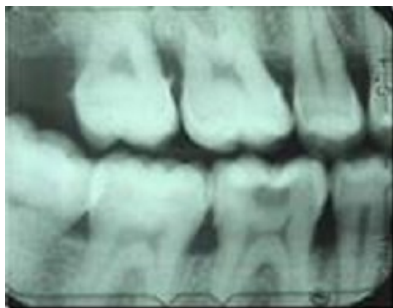
戻る

次へ

シナリオを読み、問2にお答えください。

【深在性う蝕患者のシナリオ】

患者は25歳の男性で、右下6番の中心窩に肉眼所見で象牙質に及ぶ窩がみられ、咬翼法によるX線所見でも深在性う蝕が認められる。冷水痛があり、持続時間は3秒以内であった。右下6番以外には、2箇所平滑面エナメル質う蝕が認められた。右下6番の咬翼法によるX線所見は以下の通りである。



Reprinted from Practice Impact Questionnaire with permission

問2. 右下6番のう蝕を除去していくと、予想以上にう蝕部位は深く、近心頬側の髓角に到達しているかもしれないと判断しました。

その時、あなたは普段どのようにしますか。

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | 全てのう蝕病巣が無くなるまで除去し続ける。 |
| <input type="radio"/> | 髓角付近のう蝕病巣の除去は行わず、周辺の除去にとどめる。 |
| <input type="radio"/> | 歯内療法をおこなう、もしくは専門医に紹介する。 |

戻る

次へ

以下は問2の解説です。

【深在性う蝕患者のシナリオ】

患者は25歳の男性で、右下6番の中心窩に肉眼所見で象牙質に及ぶ窩がみられ、咬翼法によるX線所見でも深在性う蝕が認められる。冷水痛があり、持続時間は3秒以内であった。右下6番以外には、2箇所平滑面エナメル質う蝕が認められた。右下6番の咬翼法によるX線所見は以下の通りである。



Reprinted from Practice Impact Questionnaire with permission

本設問は、深在性う蝕で一度にう蝕を取り除くと露髄をきたす可能性が考えられる場合に、「う蝕の完全除去（non-selective removal）」、「う蝕の部分除去（段階的除去：stepwise removal／選択的除去：selective caries removal）」、もしくは「歯内療法」のいずれを選ぶかという設問でした。

本症例は軽度の歯髄炎であり、歯髄の症状は可逆性と考えられるため、FDIが提唱するMIの概念¹に基づくと、治療開始時に「歯内療法」を第一に選択することは適切でないと考えられます。次に、う蝕を全て除去する「完全除去」と歯髄に近接するう蝕を一部残す「部分除去（段階的除去／選択的除去）」についてですが、2017年に公表されたBjorndalら²のランダム化比較試験では、エックス線写真で象牙質層の4分の3を超えるう蝕病変を有する歯を対象として、う蝕の「段階的除去」を行った場合と「完全除去」を行った場合の臨床的成功率を比較しました。その結果、「段階的除去」の方が露髄する確率が低く、かつ臨床的成功率（根尖透過像および歯髄反応の有無で評価）が約14%高いことが報告されています。

2013年に公表されたコクランシステムティックレビュー³によると、永久歯のう蝕に対して「段階的除去」を行ったケースと、「完全除去」を行ったケースをメタアナリシスにて解析した結果、「段階的除去」の方が「完全除去」よりも露髄のリスクが49%低いことが示されました。また、露髄しなかったケースにおいては、両者の術後歯髄症状の発生割合に有意な差はありませんでした。

なお、上記の「段階的除去」では、1回目の治療時に歯髄に近接するう蝕を一部残し、一定期間経過後にう窩のリエントリー（再開拡）が必要となります。そこで近年、欧米では、このリエントリーを必要とせず、そのまま一度の修復処置で完了する「選択的除去」も行われています。2020年にBarrosら⁴が行ったメタアナリシスによると、「選択的除去」は、「完全除去」よりも有意に高い成功率を有すると報告されています（リスク比：1.09 [95%信頼区間：1.02-1.17]）。さらに、2021年のコクランレビュー⁵によると、「完全除去」よりも「選択的除去（オッズ比：11.32 [95%信頼区間：1.97-65.02]）」および「段階的除去（オッズ比：2.06 [95%信頼区間：1.34-3.17]）」が有意に高い成功率を有すると報告されています。

以上より、MIの概念に基づくと、露髄をきたしそうな症例では、「う蝕の完全除去」よりも「う蝕の部分除去（段階的除去／選択的除去）」を行うことが望ましいと考えられます。

日米国際比較の結果

日本と米国で行われた先行研究^{6,7}より、エビデンスと本設問の回答との一致率を下表に示します。

日本 一致率 (2017年)	アメリカ (National Dental PBRN 開業 医) 一致率 (2009年)	アメリカ (バージニア コモンウェルス大学 歯学部教員) 一致率 (2014年)	アメリカ (バージニア コモンウェルス大学 歯学部生) 一致率 (2014年)

問2	54% (112/206)	33% (190/578)	53% (20/38)	32% (26/81)
----	------------------	------------------	----------------	----------------

日米ともに深在性う蝕における治療に関してエビデンス—診療ギャップが認められる状況であることが示されました。

【参考文献】

1. FDI World Dental Federation. FDI policy statement on Minimal Intervention Dentistry (MID) for managing dental caries: Adopted by the General Assembly: September 2016, Poznan, Poland. Int Dent J. 2017 Feb;67(1):6-7
2. Bjørndal L, Fransson H, Bruun G, Markvart M, Kjalldgaard M, Nasman P, Hedenbjork-Lager A, Dige I, Thordrup M. Randomized Clinical Trials on Deep Carious Lesions: 5-Year Follow-up. J Dent Res. 2017 Jul;96(7):747-753. doi: 10.1177/0022034517702620. Epub 2017 Apr 14.
3. Ricketts D, Lamont T, Innes NP, Kidd E, Clarkson JE. Operative caries management in adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;(3):CD003808. doi: 10.1002/14651858.CD003808.pub3. Review.
4. Barros MMAF, De Queiroz Rodrigues MI, Muniz FWMG, Rodrigues LKA. Selective, stepwise, or nonselective removal of carious tissue: which technique offers lower risk for the treatment of dental caries in permanent teeth? A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig 2020;24:521-532.
5. Schwendicke F, Walsh T, Lamont T, Al-Yaseen W, Bjørndal L, Clarkson JE, Fontana M, Gomez Rossi J, Göstemeyer G, Levey C, Müller A, Ricketts D, Robertson M, Santamaria RM, Innes NP. Interventions for treating cavitated or dentine carious lesions. Cochrane Database Syst Rev 2021:CD013039.
6. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK, Gordan VV, Bader JD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Hilton TJ, Frantsve-Hawley J, Gilbert GH. Concordance between clinical practice and published evidence: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. J Am Dent Assoc. 2014;145:22-31.
7. Chiang HK, Best AM, Sarrett DC. Concordance Between Clinical Practice and Published Evidence: Findings From Virginia Commonwealth University School of Dentistry. J Evid Based Dent Pract. 2017;17:169-176.

上記を読んだ方はチェックして、「次へ」へ進んでください。

戻る

次へ

以下の設問（問3）にお答えください。

問3. あなたは何らかの方法で患者ごとのカリエスリスク（う蝕活動性）を評価しますか？

<input type="radio"/>	はい（どのように評価しているか具体的にご記入ください） <input type="text"/>
<input type="radio"/>	いいえ

戻る

次へ

以下は問3の解説です。

問3. あなたは何らかの方法で患者ごとのカリエスリスク（う蝕活動性）を評価しますか？

はい（どのように評価しているか具体的にご記入ください）

いいえ

本問は、カリエスリスク（う蝕リスク）の評価を行っているかどうかについての設問でした。う蝕リスク評価とは、唾液検査のみならず、患者個人のう蝕のリスクを包括的に評価することです。一例として、米国歯科医師会（ADA）では、う蝕リスクの評価項目として以下の19項目を挙げています¹。

1. 過去1年以内のう蝕の発生	11. 動的矯正治療
2. う蝕原性細菌の高濃度での存在	12. 不規則な歯科受診
3. 口腔清掃不良	13. フッ化物への曝露不足
4. 薬物・アルコールの乱用	14. エナメル質の欠損
5. 家族の口腔健康不良	15. 長期にわたる授乳（哺乳瓶、母乳）
6. う蝕原性の食事	16. 歯根面の露出
7. 歯の遺伝的異常	17. 不適合修復物、マージンの不適
8. 多数の多歯面にわたる修復物の存在	18. 口腔清掃を行えない身体障害や精神障害
9. 化学療法もしくは頭頸部放射線治療	19. 口腔乾燥症（薬の副作用、放射線治療、全身疾患由来）
10. 摂食障害	

う蝕リスクに関する先行研究²⁻⁴では、患者個人のう蝕リスクの評価を行うことは、「将来のう蝕発生」、あるいは「すでに存在するう蝕の進行」を予測する上で有効とされています。また、う蝕リスク評価は、小児および成人の歯冠部う蝕のみならず、高齢者の根面う蝕の予測にも有効であるとの報告もあります⁵。よって、う蝕の診断と治療において、何らかの方法で患者個人の包括的なう蝕リスク評価を行うことが望ましいと考えられます。

参考までに、国際的なカリエスリスクの包括的評価ツールを以下に記載します²。

- 1) Caries Risk Assessment Form（米国歯科医師会: ADA）
- 2) CAT（Caries-risk Assessment Tool）（米国小児歯科学会: AAPD）
- 3) CAMBRA（Caries Management By Risk Assessment）
- 4) Cariogram
- 5) Dundee Caries Risk Assessment Model

など

日米国際比較の結果

日本と米国で行われた先行研究^{6,7}より、エビデンスと本設問の回答との一致率を下表に示します。

	日本 一致率 (2017年)	アメリカ (National Dental PBRN 開業 医) 一致率 (2009年)	アメリカ (バージニア コモンウェルス大学 歯学部教員) 一致率 (2014年)	アメリカ (バージニア コモンウェルス大学 歯学部生) 一致率 (2014年)
問3	51% (106/206)	85% (463/545)	90% (35/39)	96% (80/83)

日米国際比較の結果から、う蝕リスク評価については日本の一致率が最も低いことが示されました。よって、この項目については、国際的な見地からも日本において改善すべき項目である可能性が示唆されました。

【参考文献】

1. 米国歯科医師会（ADA）フッ化物応用ガイドライン：
http://ebd.ada.org/~media/EBD/Files/ADA_Evidence-based_Topical_Fluoride_Chairside_Guide.pdf?la=en
2. Fontana M. The Clinical, Environmental, and Behavioral Factors That Foster Early Childhood Caries: Evidence for Caries Risk Assessment. *Pediatr Dent.* 2015;37:217-225.
3. Chaffee BW, Featherstone JD, Gansky SA, Cheng J, Zhan L. Caries Risk Assessment Item Importance: Risk Designation and Caries Status in Children under Age 6. *JDR Clin Trans Res.* 2016;1:131-142.
4. Chaffee BW, Cheng J, Featherstone JD. Baseline caries risk assessment as a predictor of caries incidence. *J Dent.* 2015;43:518-524.
5. Hayes M, Da Mata C, McKenna G, Burke FM, Allen PF. Evaluation of the Cariogram for root caries prediction. *J Dent.* 2017;62:25-30.
6. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK, Gordan VV, Bader JD, Rindal DB, Pihlstrom DJ, Hilton TJ, Frantsve-Hawley J, Gilbert GH. Concordance between clinical practice and published evidence: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc.* 2014;145:22-31.
7. Chiang HK, Best AM, Sarrett DC. Concordance Between Clinical Practice and Published Evidence: Findings From Virginia Commonwealth University School of Dentistry. *J Evid Based Dent Pract.* 2017;17:169-176.

上記を読んだ方はチェックして、「次へ」へ進んでください。

戻る

次へ

【設問 1】 Evidence-Practice Gap (EPG) が生じるメカニズムに関する設問

EPGが生じる原因として考えられる以下の20項目について、それぞれ最もあてはまるものに一つチェックしてください。

	強くそう思う	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	全くそう思わない
1. ガイドライン・学術論文などのエビデンスを入手する方法を知らないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 学術論文の質やエビデンスレベルを評価する方法がわからないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. EBD (Evidence-based Dentistry) を実践した症例報告が少ないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 大学での歯学教育においてエビデンスについて学ぶ機会が少ないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 大学卒業後にエビデンスについて学ぶ機会が少ないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 診断に用いる画像情報や機器などが歯科医師ごとに違うため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. エビデンスよりも歯科医師自身の考えを優先することがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. エビデンスよりも歯科医師自身の臨床経験を優先することがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. エビデンスを理解していても、これまで行ってきた治療法を変えることに伴うリスクを避けたいため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 歯科医師自身の専門分野以外のエビデンスを更新する余裕がないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. エビデンスに基づく治療が保険制度で認められていないことがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. 患者にエビデンスに基づく治療方針を十分に説明して納得してもらう時間がないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. エビデンスよりも医院収入を優先して治療方針を決めることがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. 医院の評判の観点から、エビデンス通りではなくとも痛みなどの症状を確実に除去することがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. 国や社会全体においてEBDの重要性が認識されていないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. エビデンスに基づく治療と患者のニーズとが一致しないことがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. 患者が定期歯科健診で来院しない場合は、経過観察ができずオーバートリートメントになることがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. 個々の患者背景を考慮して治療法を選択するために必要なエビデンスが不足しているため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. エビデンスが患者に十分に普及しておらず、エビデンスに基づく治療を提案できないことがあるため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. 患者によってはエビデンス通りにいかないこともあり、必ずしもエビデンスを優先できないため	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

上記の20項目の他にもEvidence-Practice Gap (EPG) が発生する理由が考えられますか？

<input type="radio"/>	はい（どのような理由か具体的にご記入ください） <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="radio"/>	いいえ

【設問2】 Evidence-Practice Gap (EPG) が生じるメカニズムに関する設問

1. 日常の診療現場において、ご自身がEPGを減らすための取り組みをしていますか？

<input type="radio"/>	はい（どのような取り組みをしているか具体的にご記入ください）
<input type="radio"/>	いいえ

2. 自国のEPGを改善するために社会（国、大学、学会、歯科関係団体など）に希望することはありますか？

<input type="radio"/>	はい（具体的にご記入ください）
<input type="radio"/>	いいえ

戻る

次へ

【設問3】

あなた自身のことについてお聞きします。

問1. 年齢

<input type="text"/>	歳
----------------------	---

問2. 歯学部卒業年

<input type="text"/>	年（西暦）
----------------------	-------

問3. 性別

<input type="radio"/>	男性
<input type="radio"/>	女性

問4. 診療形態

<input type="radio"/>	他の歯科医師に雇用されている
<input type="radio"/>	個人開業（収益や経費や診療所の共有などを行っていない、自分一人での開業）
<input type="radio"/>	複数の歯科医師と診療所の経費や人件費などを共有しているが、共同経営ではない（収益分配はない）
<input type="radio"/>	完全な共同経営（収益および経費を共有している）
<input type="radio"/>	公的歯科医療施設
<input type="radio"/>	その他（具体的に記入してください） <input type="text"/>

問5. 過去12か月を振り返って、あなたの歯科医院は下記のいずれに最もあてはまりますか？

<input type="radio"/>	忙しすぎて、患者が予約を思うようにとれない。
<input type="radio"/>	予約をとったすべての患者の治療はできるが、診療が過密である。
<input type="radio"/>	予約をとったすべて患者の治療ができ、かつ診療は過密でない。
<input type="radio"/>	あまり忙しくない－もっと患者を診ることができる。

問6. 専門分野（複数回答可）（専門医の有無は問いません）

<input type="checkbox"/>	なし
<input type="checkbox"/>	保存
<input type="checkbox"/>	補綴
<input type="checkbox"/>	歯内療法
<input type="checkbox"/>	歯周病
<input type="checkbox"/>	矯正
<input type="checkbox"/>	小児歯科
<input type="checkbox"/>	口腔外科
<input type="checkbox"/>	口腔内科
<input type="checkbox"/>	

その他（具体的に記入してください）

問7. 診療所（勤務先）の所在する都道府県

 ※都道府県名を記入してください

問8. 診療所（勤務先）の所在する都市名

戻る

次へ

【設問4】

診療上の疑問を解決したい時、下記に示す情報源の中からどのくらいの頻度で必要な情報を得ますか？（全ての項目について、あてはまるものを1つ選んでください。）

	頻繁に 得ている	時々 得ている	ほとん ど得て いない	全く 得てい ない
1. 同僚	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 教科書・書籍	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 商業誌	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. インターネットによる論文以外の情報源（ホームページやブログなど）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 学術論文（日本語論文：英語以外の論文）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 学術論文（英語論文）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 診療ガイドライン	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 講習会・セミナー	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご意見・ご感想がございましたら下記の欄にご自由にご記入ください。（任意）

アンケートは以上となります。【送信】ボタンで完了いたします。