

公開用No.	受付日付	指摘箇所	評価内容	質問	返答内容
1	2024/3/19	P27 及び 全体	その他	・P27 重症心身障害児者の表記について 者にかっこが有るところと無いところがあります。施薬名など(者)としなければならない場合には、かっこを付けますが、文中などはかっこを外してはいかがでしょうか。	本書では“重症心身障害”で統一しました。
2	2024/3/19	P27	その他	P27 本文 上から7行目 児者を重症児者と定めた「大島分類」が としてはいかがでしょうか。	本書では“重症心身障害”で統一しました。
3	2024/3/19	追加	その他	有効な予防歯科として、シーラントに触れなくてもよいでしょうか。	処置内容についてのガイドラインではないため本書では記載しませんでした。
4	2024/3/19	P38	その他	38ページ 「1.前投薬(鎮静法)」および「3.静脈内鎮静法」の部分で、使用する薬剤名として、ロラゼパムを入れるべきである。これはジアゼパムに比して、作用時間が短く、肝代謝も速やかであるため、過鎮静時・呼吸抑制時にも比較的に安全性が高いからである。むしろ、現状では適応外使用であることも明記すべき。	ロラゼパムは歯科での報告がありません。 過去の報告を踏まえて記載したものです。
5	2024/3/19	P38	その他	同様にこの部分で、ベンゾジアゼピン薬剤を鎮静に使用する場合、過鎮静や呼吸抑制に備え、ベンゾジアゼピンの拮抗薬であるフルマゼニル(商品名アネキセート)を治療室に常備すべきである。	P38 前投薬で追記させて頂きました。 なおベンゾジアゼピン系薬剤を使用する際には、拮抗薬のフルマゼニルの常備が必要である。
6	2024/3/19	P39	その他	39頁の5.全身麻酔の記載に関してですが、デメリットの記載がはっきりしないのではないかと思います。 「絶飲・絶食などの術前管理が不可欠であり」と、さらっと書いてありますが、そこが患者の保護者にとっては非常に大変な事であり、負担が大きいかと思います。 また、術後に暴れるや他害するなどの行動をする患者もいる事を記載してはどうでしょうか？	「絶飲・絶食などの術前管理が不可欠であり」と、「術後に暴れるや他害するなどの行動をする患者もいる」は静脈内鎮静法においても同様です。全身麻酔に限定したものではありません。ただし、メリットとデメリットを検討することは、障害者歯科臨床では重要なことなので、加筆しました。
7	2024/3/19	P35/36	その他	35・36頁の物理的な体動コントロール法に関しても、偶発症の起こる危険性が高い事や、それなりに術者は勿論の事アシストの方も練習や経験が必要である事の記載は必要ないでしょうか？	ご指摘の偶発症や医療者の習熟については、呼吸抑制や血圧降下、虚脱や身体的・心理的リスクへの配慮については文献をもとに記載しており、益と害のバランスを考慮して記載を行っています。また、医療者の十分な技術や知識の習得、説明と同意、診療録への記録、情報共有についても記載がされており、ガイドラインとして医療者が物理的コントロールを行う上での内容は網羅していると考えています。

8	2024/3/21	行動変容	その他	<p>系統的脱感作については、小児歯科の教科書の多くに記載されており、国家試験にも過去に出題されているので誤解され続け、いまだに改善されていない事に憂慮しております。</p> <p>今回は仮にもガイドラインですので正しい内容に訂正して頂くことを是非々々お願いします。ガイドラインの本文中に系統的脱感作の説明をTSDを意識したような説明にしておられますが、本来、系統的脱感作は室内でリラックスした状態に患者を置き、強く不安を感じる状況に至るまでの過程を不安階層表として作り、最も不安の小さいものから順に深呼吸するとカストレッチするなどのリラックスする方法を用いてリラックスする方法を用いて順次克服していく方法です。これを実地で行う場合もありますが、これは現実脱感作といいます。いずれにせよ不安階層表を本人と術者が相談して作成する過程があります。これを子供や知的障害をもった方に行うのは難しいので通常、歯科の臨床現場で使用される系統的脱感作と混同されているのはシェービング法です。これは簡単と思われる行動から術者が患者に提示して少しずつ脱感作して本来の目的の行動を達成する方法です。現実脱感作との違いは不安階層表を作成せず、術者が考えるという点です。これは臨床で非常に有用な方法であり、恐らくは多くの先生がTSD法と混同して使用されている方法です。</p> <p>因みに行動変容技法として小児歯科の教科書で取り上げられるTSD法ですが、これは行動変容技法ではありません。TSDを提唱した名前は失念しましたが、アメリカの小児歯科医が定義しているのですが、行動変容技法の中の幾つかの方法を取り入れた方法と言っており、行動変容技法に似ていますが本来の行動変容技法ではありません。ガイドラインである以上、言葉は正確に使用するべきだと思います。ましてや系統的脱感作とは全く違う方法であり、公的な文章であったかも系統的脱感作の一方法と思われるような表現は適切ではないと思います。またカウント法（この様な方法が公的存在するとは思えないのですが？）は記載の通り構造化の一形態に過ぎず、これもまた系統的脱感作の中の一方法のような扱いは不適切だと思います。</p> <p>それからフラディングについてですが障害者に不向きと書かれていますが、これにも些か違和感を感じます。かなり前の発表でこの大学だったかも覚えていないのですが、ASD患者にフラディングを用いたところ処置がうまくいったという内容がありました。これはある程度、熟練した行動観察する目がなければ危険ではありますが、臨床も多く経験するところでは、最も正確なフラディングなのかと言えは難しい例もあります。やむを得ずレストレーナーで身体抑制をして処置をしていると本人の拒否行動が少なくなり、ついには良好な協力が得られるケースは少なくありません。</p> <p>これはASD患者さんによくみられる現象であり、そこには構造化の原理が働いている可能性も否定できませんがフラディングが功を奏したと見ても間違いではありません。このような例もあるので不適切と言いつけるのはガイドラインとしては不適切ではないでしょうか？本文で述べられている通り、あくまでも本人のレイタンスの観察が重要であり、そしてそれと同等に本人の特性の聴取が重要であり、本人の場面切り替えがうまく行くケースなら（終わったらケロッとしているようなケース）あえてフラディングしてみるのも良いと思います。</p>	<p>TSDは行動変容技法（心理学的背景がない）ではないという指摘については、発刊された障害者歯科学雑誌45巻P49の用語集に則り修正しました。またカウント法につきましても、ご指摘されたように、混乱を招くまどめ方をしていました。スペシャルニーズデンティストリー第2版（教科書）と今回のガイドラインの小笠原先生がまとめていただいた表（p.16）を基にまどめ方を修正しました。</p>
9	2024/3/21	P16	その他	<p>P16表2に示されている「レスポンド条件付け」は正確には「レスポンド条件付けの解除」ではないでしょうか。また、その具体的方法が「系統的脱感作法」や「フラディング法」のほうです。そこで、①表2から「レスポンド条件付け」を削除する、②「レスポンド条件付け解除（系統的脱感作、フラディング）」としてひとつにまとめる、③「レスポンド条件付け解除」の枝として系統的脱感作とフラディング法を位置づける、のいずれかがよいのではないのでしょうか。同様に、オペラント条件付けとトークンエコノミー法ほかの位置づけも再考の余地があるのではないのでしょうか。</p>	<p>「レスポンド条件付けの解除」の用語は見あたりませんでした。またレスポンド条件付けは、系統的脱感作やフラディングとは明らかに異なります。</p> <p>レスポンド条件付け（消去）と修正しました。</p>

10	2024/3/21	P32	その他	<p>P32系統的脱感作の中にTSD法を含めることについては、よく検討していただくことを望みます。第106回歯科医師国家試験A64に「Tell-Show-Do法は系統的脱感作法の一つである。」という選択肢があり、これが正答となっていることが背景にあるのですが、ここで障害者歯科学会が提示するガイドラインにも同様の内容が（つまりTell-Show-Do法が系統的脱感作の一つであると）記載されてしまうと、ますます誤解が広がってしまうことが懸念されます。</p> <p>これは、歯科における行動変容技法の位置づけを心理学領域の流れを汲むものとするか、心理学とは切り離された歯科独自の考え方とするかという定義のしかたにも関係する重要な点であると思っています。私は前者、つまり心理学領域の流れを汲むものと考えており、p6に記載されているように「エビデンスに基づく」ことが大切であるなら、そのエビデンスの多くは心理学の学問領域に求めることになります。その観点からするとTSD法は心理学の学問領域から発生したのではなく、系統的脱感作を進めるにあたっての歯科における工夫であって、行動変容法そのものではないと私はみています。このことは下岡正八先生も小児歯科学の教科書に書いています。本ガイドラインのP16表2でもそのような分類のしかたになっています。一方、系統的脱感作の中にTSD法を含めるなら、このガイドラインで行動療法といっているものは心理学領域のそれとは別物である、つまり歯科独自の考え方がそこにはあることをガイドラインの冒頭に明記することが必要であると考えます。</p> <p>また、もうひとつ別の意見として、p32～33にあげられた各技法の項目ですが、これをp16表2と対比しやすいように並べるとよいのではないのでしょうか。技法の整理の仕方に首尾一貫したものがみられなければ、このプロジェクトチームの中でコンセプトが統一されていないような印象をもってしまいます。TSD法のほか、カウンツ法の位置づけもp16とp32で異なります。なお、余計なことかもしれませんが、p32の「カウンツ法」の字体が他項目と異なります。</p>	指摘事項8の通りです。
11	2024/3/21	P27	その他	<p>P.27 1行目 「重症心身障害児（者）」を「重症心身障害児者」に。 理由：団体名「全国重症心身障害児（者）を守る会」や、事業名「重症心身障害児（者）等在宅レスパイト事業」等ではない、一般的な名称の場合は、カッコをつけないほうが良いのではないかと？</p>	本書では“重症心身障害”で統一しました。
12	2024/3/21	P27	その他	<p>P.27 下から12行目 「重症児（者）の発生数は」を「重症児者」に。 理由：同上。</p>	本書では“重症心身障害”で統一しました。
13	2024/3/21	P28	その他	<p>P.28 表の前 「必要な場合には、施術後にも呼吸・循環・てんかん発作等をはじめとする全身状態の管理と対応の体制をとるべきである。」を付加。 理由：術後体調が安定するまでの間に、原疾患や合併症が悪化し対応が必要になる可能性があるため。</p>	ご指摘を鑑み、文章を変更いたしました。
14	2024/3/21	P9	その他	<p>P9 ・2)「ガイドライン利用に関わるもの」の文章中で「歯科医療従事者」と「歯科医療関係者」が混在しています。用語の定義づけを行って、統一できるのであればの方がよいと思います。</p>	歯科医療従事者で統一しました。
15	2024/3/21	P9	その他	<p>P9・3)「クリニカルエッセンスの作成について」の文章中に出てくる「うつ病」「不安症」はDMS-IVの病名の通りに「大うつ病性障害」「不安神経症」に改めた方がよいと思います。</p>	DMS-5、及び、DMS-5-TRでは、うつ病になっているためそのままの表記と致します。 不安症は不安症群に含まれているため、限局性恐怖症を含めていることから不安症群と致しました。
16	2024/3/21	P15	その他	<p>P15 ・「行動調整」とは文章中と表1に出てくる「深鎮静および深鎮静法」、「静脈麻酔および静脈麻酔法」、「全身麻酔および全身麻酔法」が混在しています。用語の定義づけを行って、統一できるのであればの方がよいと思います。</p>	「深鎮静法/静脈麻酔法」としました。 「深鎮静法/静脈麻酔法」の項で下記を追記しました。 深鎮静は、静脈経路より鎮静薬の投与により中枢神経系へ作用し、意識を消失させるものである。静脈麻酔は、静脈経路より静脈麻酔薬のプロポフォールを投与するものである。静脈麻酔薬の投与速度と投与量により鎮静レベルから深鎮静、全身麻酔レベルになる。神経発達症群の歯科治療では、意識を消失させ、歯科侵襲に体動を引き起こさない深鎮静レベルを必要とする。

17	2024/3/21	P15 P37	その他	<p>・「前投薬鎮静法」についてコメントさせていただきます。前投薬とは全身麻酔を行う前に投薬する薬剤です。したがって、文中にあるような経口投与、筋肉注射、直腸内に鎮静薬剤を病棟あるいは外来にて前投与し、手術室搬入までに奏効させて入室する事が「前投薬」と定義づけられています。前投薬を施行した患者に対しては気管挿管して確実な気道確保を行い、全身麻酔を導入維持することが大前提です。もし、上記の経口投与、筋肉注射、直腸内投与のみ行って鎮静を行う場合には「前投薬」ではなく、「経口投与薬物による鎮静」「筋肉注射投与薬物による鎮静」「直腸内投与薬物による鎮静」です。これは、前投薬という概念から大きく逸脱しておりますので、概念を改訂してください。</p>	<p>「前投薬とは全身麻酔を行う前に投薬する薬剤です。」は前投薬ではなく、麻酔前投薬です。</p> <p>前投薬とは、他の治療の前に薬物を使用して、次の治療に備えることで、典型的な例としては、手術前の鎮静剤や鎮痛剤を前投薬、手術前の予防的抗菌薬、化学療法の前制吐薬または抗ヒスタミン薬などが前投薬として位置づけられています。静脈麻酔法の前に投与する鎮静剤も前投薬として記載されている論文もあります。事前に投与する鎮静剤は、術前鎮静の目的で使用されます。それは静脈麻酔薬や鎮静剤の投与量を少なくする効果もあります。事前に投与する鎮静剤のみで歯科治療を行うならば、投与経路で示すのが適切ですが、その後の静脈内鎮静法や静脈麻酔を実施するための投与ですので、メインの鎮静法ではないという名称が適切と考えています。「前投薬としての鎮静法」として修正しました。</p> <p>日本では、前投薬は全身麻酔を行う前に投薬する薬剤だけであるとする文献がありましたら、ご教示をお願いします。それを踏まえて記載します。現時点では、見あたりませんでした。</p>
18	2024/3/21	P16	その他	<p>P16 ・4.「鎮静法」についても上記の「前投薬鎮静法」という概念が用いられております。適切な概念に改定をお願いいたします。</p>	上記に記載。
19	2024/3/21	P16	その他	<p>P16 ・最後の行の「防御反射の消失」という用語がありますが、意味が不明です。全身麻酔と明確に分けなければいけないという意味合いで使用している用語であると考えられますので、「生体防御反射が抑制されており、困難ではあるが覚醒させることができる状態」と明記すべきです。</p>	公益社団法人日本麻酔学会の「安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」からの引用です。
20	2024/3/21	P17	その他	<p>P17 ・「深鎮静および深鎮静法」、「静脈麻酔および静脈麻酔法」、「全身麻酔および全身麻酔法」が混在しています。用語の定義づけを行って、統一できるのであればの方がよいと思います。</p>	16参照
21	2024/3/21	P37	その他	<p>P37 薬物的行動調整 ・「前投薬鎮静法」という概念が用いられております。適切な概念に改定をお願いいたします。</p>	17参照
22	2024/3/21	P37	その他	<p>・「深鎮静および深鎮静法」、「静脈麻酔および静脈麻酔法」、「全身麻酔および全身麻酔法」が混在しています。用語の定義づけを行って、統一できるのであればの方がよいと思います。</p>	16参照
23	2024/3/21	P37	その他	<p>・5行目の「自然鎮静」という用語がありますが意味が不明です。用語の定義づけを行って、薬物による鎮静との違いを明記すべきであると考えます。</p>	「自然睡眠」に修正しました。

24	2024/3/21	P37	その他	<p>・6行目の「患者の病態によっては呼吸停止から心停止に至る危険性が存在する」という表現をされていますが、これは薬物による鎮静のみによる概念ではありません。例えばてんかん発作による呼吸停止をベンゾジアゼピン系薬剤の抗てんかん作用によって解除して、適切な人工呼吸を行うことも可能であると考えられます。上記の表現で一概に決めつけるのは、誤解を招くので適切な表現と薬物使用方法に改訂した方がよいと考えます。</p>	<p>「てんかん発作による呼吸停止をベンゾジアゼピン系薬剤の抗てんかん作用によって解除して、適切な人工呼吸を行うことも可能であると考えられます。」などの記載は、不要と考えます。個々の薬剤の適応について記載したものではありません。あくまでも薬物的行動調整について言及したものです。</p>
25	2024/3/21	P38	その他	<p>P38 ・「前投薬鎮静法」という概念が用いられております。適切な概念に改定をお願いいたします。</p>	17参照
26	2024/3/21	P38	その他	<p>・11行目～14行目の「前投薬としての鎮静薬・・・鎮静薬の投与が行われる」という概念も「前投薬」の概念から逸脱しており薬物の使用方法も間違っているため、削除した方がよいと思います。</p>	17参照
27	2024/3/21	P39	その他	<p>P39 ・「監視下鎮静管理」という表現が用いられていますが、これは医科で用いられる、監視下麻酔管理（monitored anesthesia care：MAC）を独自に改定した造語であると考えられます。もしも使用する場合には、（旧版）歯科診療における静脈内鎮静法ガイドラインに明記してありますので、その通りの使用方法をお願いいたします。</p>	<p>「監視下鎮静管理」は、歯科診療における静脈内鎮静法ガイドラインのP10で「4）監視下鎮静（麻酔）管理（monitored anesthesia care）」とタイトルになっている用語を引用し、引用元を参考文献として記載しています。その通りの使用です。</p>
28	2024/3/21	P39	その他	<p>・4「深鎮静および深鎮静法」、「静脈麻酔および静脈麻酔法」、「全身麻酔および全身麻酔法」が混在しています。用語の定義づけを行って、統一できるのであればの方がよいと思います。</p>	16参照
29	2024/3/21	P39	その他	<p>・「介入が必要なことがある」と書いてありますが、具体的に何の介入が必要なのか不明です。明記すべきであると考えます。</p>	<p>下記の通り修正しました。 「気道確保などの介入が必要なことがある」</p>
30	2024/3/21	P39	その他	<p>・「静脈麻酔であり、全身麻酔である」と書いてありますが、全身麻酔は次項目に挙げられているため、定義が変わってきます。もしも深鎮静（法）/静脈麻酔（法）という概念で説明をされているのであれば、概念が成立しません。つまり静脈麻酔＝全身麻酔という説明をしているので文脈からかなり逸脱しており、ガイドラインとして成り立っておりません。</p>	<p>リスクを説明するということと鎮静のレベルの境界があいまいで、鎮静、深鎮静/静脈麻酔、全身麻酔は一連のものとして下記の通りの説明しました。 「静脈麻酔は、静脈経路より静脈麻酔薬のプロポフォールを投与するものであるが、静脈麻酔薬の投与速度と投与量により鎮静レベルから深鎮静、全身麻酔レベルになる。深鎮静を目標とした場合は、全身麻酔にも対応可能な能力が求められる5)。</p>
31	2024/3/21	P39	その他	<p>・5全身麻酔 「日帰り全身麻酔」の基準を満たしていなければたとえ「自閉症スペクトラム症者」であったとしても安全に行うことができません。したがって、全身麻酔の説明の中に日帰り全身麻酔の基準を明記すべきです。</p>	<p>全身麻酔の基準を記載していないので、日帰り全身麻酔の基準も記載していません。適応症を決定するものでなく、各行動調整が有効かということを検討したものです。薬物的行動調整の基準はすべて記載していません。</p>
32	2024/3/21	P39	その他	<p>P69 解説内の2)Mangione Fらの文献を参照しましたが、あくまでもOral premedicationという用語および方法を使用しており、これらは前投薬という日本語訳ではなく「経口投与」と訳する方が正しいと考えられます。なぜなら、前述のとおり日本では前投薬はあくまでも全身麻酔の前に投薬するのが目的だからです。</p>	<p>英文での公表も考えています。Oral premedicationは経口前投薬とするのが適切と考えています。</p>
33	2024/3/21	P76	その他	<p>P76 解説内の2)van der Walt JHらの文献の前投薬は全身麻酔前の投薬であり日本語の前投薬に該当するのに対して、3)Mangione Fらの文献はあくまでも「経口投与」です。</p>	<p>CQ8は、薬物的行動調整を評価したものです。文献2)と3)は薬物的行動調整を評価したもので矛盾はありません。</p>
34	2024/3/21	P99	その他	<p>P99 「うつ病」はDMS-IVの病名の通りに「大うつ病性障害」に改めた方がよいと思います。</p>	<p>DMS-5、及び、DMS-5-TRでは、うつ病になっているためそのままの表記と致します。</p>

35	2024/3/23	P33	その他	<p>P33（2）オペラント条件付け法について オペラント条件づけですので、応用行動分析学の用語を正確に用いるべきと思います。</p> <p>応用行動分析学では、そのものにより行動が増える場合に強化子（強化因子）、そのものにより行動が減る場合に弱化学子（弱化学子）といいますが、また、ある要因が加えられた場合に『正の』、ある要因が除去された場合に『負の』と言います。褒めることにより望ましい行動が増えるとするれば、褒めるという要素が加えられたので『正の』、行動が増えるので『強化因子』となります。一方、叱責や罰で行動を弱めるとすれば、叱責する・罰を与えるので『正の』、行動が減るので『弱化学子』ということになります。</p> <p>また、同様のことから、③のレスポンスコスト法はトークンを取り上げる（負の）ことで不適応行動の減少（弱化学子）をはかるとするので、『負の弱化学子』になるはずですので、これらの部分の表現は用語の誤用と思われる。</p>	<p>ご指摘された内容を基に本文を修正しました。</p>
36	2024/3/23	P34	その他	<p>P34 2)構造化と視覚支援 視覚的に理解しやすい素材を使用することは、視覚支援ではなく、視覚的支援になるはずですが、TEACCHプログラムでは視覚的構造化を含めた視覚的支援と言われています。</p>	<p>視覚支援を視覚的支援にすべて修正しました。目次についても修正が必要ですが（私からの修正原稿には修正されています）、いろいろな言葉が使用されていますが、指摘されたように「視覚的支援」が一番意味が通じる言葉と考えました。</p>
37	2024/3/23	P55	CQ2	<p>P55 TEACCHやPECSなどを用いたコミュニケーション支援 PECSは代替拡張コミュニケーションシステムなのでコミュニケーション支援になりますが、TEACCHは自閉スペクトラム症の方や家族、支援者を対象にした包括的プログラムのことで、コミュニケーション支援とイコール関係にはならないと思います。</p>	<p>「コミュニケーション支援」がTEACCHとPECSの両方にかかるような表記になっていたので、「TEACCHを用いた視覚的構造化やPECSを用いたコミュニケーション支援」と修正しました。</p>
38	2024/3/25	P55	CQ2	<p>CQ2で「TEACCHやPECSなどを用いたコミュニケーション支援」とありますが、「TEACCH」の本来の意味からすると、コミュニケーション方法の1つのように表現するのは、やめたほうがよいように思われます。</p> <p>仮に絵カードを用いたコミュニケーションを想定されているのであれば、例えば「PECSなど絵カードを用いた視覚的なコミュニケーション支援」などとした方が、より正確な表現になるのではないのでしょうか。</p>	<p>「コミュニケーション支援」がTEACCHとPECSの両方にかかるような表記になっていたので、「TEACCHを用いた視覚的構造化やPECSを用いたコミュニケーション支援」と修正しました。</p>
39	2024/3/26	P67	CQ5	<p>P67L18 「認知行動療法はフッ化物塗布では有用であったが、口腔内診査では有用とは言えなかった。」と記載されています。</p> <p>P67L25 「以上のメタアナリシスの結果より、自閉スペクトラム症の口腔診査に行動療法の実施は、実施しない場合に比較して有用とはいえなかった。」と記載されています。</p> <p>P68L1文献3）4）は、口腔内診査、歯面研磨のレディネスに関する論文で、行動療法を行った場合と行っていない場合を比較した論文ではなく、そもそもスクリーニングで抽出された論文ではありません。</p> <p>以上から、弱いながらもエビデンスがあることがわかる文献的な記載がないので、エビデンスは「D」ではないのでしょうか、CQがフッ化物塗布の実施の場面であれば「C」が妥当かと思われますが、口腔内診査とフッ化物塗布では想定される場面が違います。</p> <p>また、エビデンスの推奨の強さを「強い」と提案する根拠が希薄であると思われるのですが、いかがでしょうか。エビデンスの推奨の強さは委員会の価値観、臨床現場の現状等で判断されるのであれば主観的なものかもしれませんが、実施が有用であると考えられるエビデンスがほとんどないのに、強く推奨する根拠を明確に記載すべきではないのでしょうか。</p>	<p>P67L18 「認知行動療法はフッ化物塗布では有用であったが、口腔内診査では有用とは言えなかった。」と記載されています。</p> <p>P67L25 「以上のメタアナリシスの結果より、自閉スペクトラム症の口腔診査に行動療法の実施は、実施しない場合に比較して有用とはいえなかった。」と記載されています。</p> <p>エビデンスの質は無作為比較試験結果でバイアスリスクと非直接性に問題がないので、Aです。推奨の強さは、統合値が1をまたいでいますが「益と害のバランス」、「負担、コスト、資源など推奨の強さの評価の際に考慮すべき項目」などを考慮して2となると考えられます。</p>

40	2024/3/26	P75	CQ7	RS_CQ7のまとめの記載には全く同意します。まとめの最後に、「上記のように、発達年齢が低く、．．．身体抑制法を行うことは有用である可能性があると考える」と記載されていますが、ある一定の条件下での実施は有用である可能性を認めているということと思われますので、評価は「2C」ではないですか。CQ4では、抽出された論文がASDに限定していない、口腔内診査場面に於いて検証していないことから、エビデンスなしとされていますが、身体抑制法を行うことは一定の有用性があると推察された、と記載されており、CQ7の歯科治療の場面では弱いながらもエビデンスが認められるのではないのでしょうか。	SR_CQ7 (web公開P10) とCQ4 「ある一定の条件下での実施は有用である可能性を認めているということと思われる」は、誤りです。エビデンスは認めなかったと記載していますので、CQ4は「なし」、CQ7は「3D」で問題ございません。 記載している一定の条件は、発達年齢が低い、行動療法が奏功しない、薬物管理が難しい、緊急性が有るというもので、他の手段がないということを示しています。その条件はエビデンスではありません。
41	2024/3/26	p63	CQ4	CQ4で引用されている鈴木らの研究（障歯誌43: 193-201, 障歯誌44: 131-142）の結果は、医科での抑制経験は後の歯科での適応行動の悪化に影響を与えるものの、歯科での抑制経験は歯科での適応行動に影響を与えないことを明確に示しています。また、鈴木らの別の論文（障歯誌43: 223-233）では、単変量解析の結果では医科、歯科での抑制経験の有無は、歯科での適応性との有意な関連性を示したものの、多変量解析の結果では、医科での抑制経験のみが抽出されています。このように、最近の研究において、歯科での抑制経験が後の歯科治療への適応性に影響を与えないことが示されています。しかし一方で、歯科での抑制により歯科適応が悪化した症例が多数報告されています。これらのことは、ASDの一部には抑制が容認される者が存在し、一部では抑制が禁忌となる者が存在することを示唆しています。自閉スペクトラム症の病態はまちまちであるので、発達や特性に関する診査を充分に行い、社会的条件も加味して、抑制に対する適応性を検討したうえで身体抑制法を実施することは有用なのではないのでしょうか。	鈴木らの論文の「歯科での抑制経験は歯科での適応行動に影響を与えないことを明確に示しています。」は、影響を与えないではなく、影響が明確でなかったということです。影響を与えないということを証明していません。従いまして「ASDの一部には抑制が容認される者が存在し、」とご指摘されていますが、容認できるASDの存在を明らかにした論文は見あたりません。ゆえに、この推奨文は適切です。
42	2024/3/26	P64	CQ4	文献1で引用されている鈴木らの論文では、ASD者の歯科初診時の適応行動には、発達年齢に加えて医科抑制経験が影響を与えていると述べており、一方で、歯科抑制経験や歯科定期検診、歯科定期検診時の抑制経験の有無と初診時の適応行動との間には有意な関連性はないという結果が示されています。筆者らはこの医科と歯科での抑制経験の違いに関して、歯科では行動療法を用いたトレーニングを行なっているのに対して、医科ではトレーニングに関する報告がなく、緊急時に抑制を行うためにトラウマになる可能性が高いと考察しています。歯科で身体抑制法を行う場合には、行動療法を併用して極力ストレスがかからないように配慮していることから、歯科適応に与える影響が弱い可能性が考えられます。また、この論文では医科抑制経験が歯科での適応行動に影響を与えることから、歯科での初診時には歯科以外の医療機関での受診状況も聞き取る必要があることを示唆しています。しかし、歯科での身体抑制法の使用が他の医療機関での適応に与える影響に関しては考察されていません。 これらのことから、「抑制経験がある場合と比べ、抑制経験がない場合は歯科適応が良い結果が報告されている」というのは正確ではありません。歯科臨床でのガイドラインなので、歯科での抑制経験が適応行動に影響を与えるというエビデンスがないことに触れないのは公正ではないと思います。また、「身体抑制法は、歯科への影響だけではなく医科も含めて他の医療機関での対応が図れない可能性がある」という記述は逆に、医科を含めた医療機関での抑制経験が歯科での対応に影響を与えるという結果ですので、正確ではありません。医科での経験が歯科へ影響を与えるから歯科での経験が医科へ影響を与えるはずだというのは根拠がなく、言い過ぎだと思います。「自閉スペクトラム症への身体抑制法は基本的には行わない」と最初から決めつけるのではなく、まず十分な診査を行った上で、エビデンスに基づいて行動調整も含めた治療方針を決定する姿勢を持つべきだと思います。	修正致しました。
43	2024/3/26	P82	CQ9	ADHDはASDを合併することが多いとは思いますが、ここに記載されている内容はASDに対するもののように思われます。	修正致しました。
44	2024/3/26	P90	CQ11,12	CQ12に記載されている内容はCQ11のものではないですか？ CQ11に記載されている背景・目的以降はCQ12のもののように思えますが、推奨文がおかしいように思います。	修正致しました。
45	2024/3/26	P95	CQ12	このCQは「行動療法を用いても歯科診療が継続できない場合」なので、歯科治療に対するレディネスが備わっていない知的能力障害者を対象にしていると思うのですが、それならば、「多数歯齦蝕などでトレーニングよりも先に歯科治療を行わざるを得ない状況の場合」は当たらないと思います。トレーニングを前提とし全麻を行う場合、歯科治療に対するレディネスは整っていると考えられるのではないのでしょうか。	修正致しました。
46	2024/3/27	P9	その他	目的から始まる9ページ。対象となる疾患の項目では、注意欠如・多動性障害とありますが、ガイドライン利用に関わる者の項目では、注意欠如・多動症とあり用語の違いがありました。	注意欠如・多動症 に統一しました。

47	2024/3/27	P18	その他	<p>18ページから始まる知的能力障害について。DSM-5で知的能力障害(ID)になりその用語で日常診療を行っていました。知的発達症の用語についても使用しております。文章中には、DSM-IV-TRの精神遅滞(MR)からICD-11の知的発達症(DID)になったと記述があります。新しい分類が出たら用語については意識して使用したいのですが、診療や学会発表で使用する用語について適切なのはどちらかありませんでしょうか。分類で異なるという理解でよろしいでしょうか。</p>	<p>法的用語としては知的障害ですが、記載されている通り医学的診断名としては知的能力障害 (ID:DSM-5)、知的発達症 (DID: ICD-11)です。現在は、DMS-5-TRで知的発達症 (IDD) が採用され、知的能力障害 (ID) の病名が引き続き使用となり併記されております。移行期ですので、どちらも誤りではありません。障害者歯科学会用語集では、知的能力障害という名称を最初に記載しています。分類で異なるのは、その通りです。</p>
48	2024/3/28	P.32~34	その他	<p>「行動変容」というタイトルについて、内容的には「行動療法」というタイトルの方がよりフィットするのではないかと印象を受けます。</p> <p>本ガイドラインP.11の「行動調整法とは」の中では、「行動療法」という用語が用いられております。</p> <p>また、障害者歯科学の唯一の教科書である、「スペシャルニーズデンティストリー 障害者歯科 第2版 日本障害者歯科学会編 医歯薬出版」p.219においては、次のような記載が見られます。“行動療法とは、学習理論に基づく技法によって、心や行動を改善させようとする心理治療法の総称である。行動療法は、「不適応行動は学習によってつくられるので、学習によって不適応行動を改善することが可能」という考えに基づいている。精神科や心療内科などで医療として用いるものを行動療法という。(中略)教育場面や子育て、経済活動、障害のある子どもの療育など、医療以外で用いられ、行動を変化させることに重きを置く場合を行動変容法という。”</p>	<p>ご指摘されたように「行動療法」の方が良いと考えます。修正しました。</p>
49	2024/3/28	P.32~34	その他	<p>「行動療法」の分類について（抜粋）</p> <p>以前より、教育現場では、障害者歯科学と小児歯科学の教科書において、分類法が異なっており、混乱が生じておりました。</p> <p>各教科書によって分類法が異なっており、統一というのは困難だと思われませんが、障害者歯科学会で発出するガイドラインであるため、障害者歯科学会が編集している「スペシャルニーズデンティストリー 障害者歯科 第2版」に沿うのが良いのではないかと思います。</p>	<p>ご指摘されたように、混乱を招くまとも方をしていました。スペシャルニーズデンティストリー第2版(教科書)と今回のガイドラインの小笠原先生がまとめた表(p.16)を基にまとも方を修正しました。</p>
50	2024/3/28	P.32~34	その他	<p>オペラント条件付け法について</p> <p>本ガイドラインでは、「正の強化因子」、「負の強化因子」とありますが、前述の障害者歯科、小児歯科の最新の教科書では、全て「正の強化子」、「負の強化子」となっておりますので、修正が望ましいと思います。</p> <p>また、本ガイドラインの負の強化因子に「罰」が含まれておりますが、オペラント条件付け法における「罰」には、「行動を刺激する」という意味合いで使用されることがあり、「正の罰」と「負の罰」が存在することから、本ガイドラインで述べられている罰とは意味合いが異なるように思います。混乱を防ぐ意味で「罰」は削除するのが良いのではないかと思います。この点に関しては、非常勤講師の先生(教育学部の心理学教授)から指摘を受けました。過去の小児歯科学の教科書が心理学分野の解釈とかなり異なっており、以前より気になっていたとことです。</p>	<p>ご指摘された内容を基に本文を修正しました。</p>
51	2024/3/28	P32	その他	<p>参考文献1, 2には系統的脱感作の要件として①不安階層表の作成、②不安制止反応の獲得、③刺激の曝露が提示されていますが、本ガイドラインの系統的脱感作についての解説にはそのような記述が有りません。従ってこの解説はエクスポージャー療法(参考文献3)の解説としては妥当かもしれませんが、系統的脱感作の解説としては不適切かと思われます。よってこの解説はエクスポージャー法(療法)の解説とし、系統的脱感作ならびにフラディング法は広義のエクスポージャー法(療法)に含まれると考えられますので、エクスポージャー法の下位のカテゴリとして解説すべきかと思われます。参考文献2を添付します。</p> <p>参考文献</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 小笠原正. Ⅲ編 1章Ⅲ行動療法. 日本障害者歯科学会編、スペシャルニーズデンティストリー障害者歯科. 第2版. 東京: 医歯薬出版; 2017. 219-229 2) 遠座奈々子、中島 定彦: 不安障害に対するエクスポージャー法と系統的脱感作法1—基礎研究と臨床実践の交流再開に向けて— 基礎心理学研究2018; 36 (2) : 243–253. 3) 厚生労働省e-ヘルスネットエクスポージャー療法: https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/heart/yk-006.html (2024.3.28検索) 	<p>ご指摘されたように系統的脱感作の3要素を加えて本文を修正しました。</p>

52	2024/3/29	各項目の記載形式について	その他	<p>各疾患の解説や各CQにおける推奨文の書き方に違いがみられますので、これらを統一された方がより読みやすく、使いやすいガイドラインになると思います。</p> <p>(例)</p> <p>B) 自閉スペクトラム症 1) 定義、2) 歴史、3) 症状と経過、4) 有病率・・・</p> <p>C) 注意欠如・多動症 1) 疾病概念、2) 原因、3) 疫学と併存疾患、4) 診断・評価・・・</p> <p>CQ5 口腔診査に行動療法を行うことが望ましい(1C)</p> <p>CQ8 歯科処置が・・・有用であると考えられるが、・・・認められなかった(1C)</p>	<p>ご指摘ありがとうございます。</p> <p>改訂時に参考させていただきます。 CQ8については、改めてメタアナリシスを行い、推奨文も修正いたしました。</p>
53	2024/3/29	CQについて	CQ	<p>CQの立て方については、もう少し限定された方が、より精度の高い検索が可能になるのではないのでしょうか。</p> <p>(例)</p> <p>CQ2 CQは歯科だけに限定されていませんが、検索式には歯科関連のワードが入っていますので、歯科に限定したCQにしても良いのではないのでしょうか。</p> <p>CQ13,14 精神障害と歯科恐怖症を同列にしてCQを作成していますが、精神障害の幅は広く、これらの疾患を一括りに扱うのは難しいと思います。</p>	<p>ガイドラインのタイトルに歯科が入っております。CQはなるべく単純かつ判りやすくするために診療ガイドライン内で協議した結果です。CQ2のタイトルに「歯科診療に」が抜けていましたので修正しました。</p> <p>CQ13,14につきましては、限定すると論文数が少なくなるため、今回は精神障害全体で論文が抽出できた病名でまとめております。</p> <p>ご指摘内容につきましては、改訂時に協議させていただきます。</p>
54	2024/3/29	CQについて	CQ	<p>はじめに採用したアウトカムの数と実際に調査したアウトカム数が一致していないCQが多くあります。CQによっては、はじめから調査するアウトカム数を限定する方が良いのではないのでしょうか。</p>	<p>Mindsの診療ガイドライン作成マニュアルに従いますと、最初にアウトカムを決めてからエビデンスの収集を行いましたので、文献がないアウトカムがあります。プロセスを明確にした結果です。</p>
55	2024/3/29	P79	CQ8	<p>CQ8 アウトカムリストでは7つですが、エビデンス総体では2つのみの評価です。</p>	<p>スコープで7つのアウトカムをリストアップしましたが、実際に検索してみると5つのアウトカムをデータとして詳細に分析した論文は見あたらなかったため、メインアウトカムを「体動の減少」と「不安感の軽減」としてメタアナリシスを行いました</p>
56	2024/3/29	CQについて	CQ	<p>エビデンス総体の書き方がCQによってばらつきがあり、必要な項目への記載がないものも見受けられます。また、エビデンス総体とSRLレポートの内容が一致していないCQもありますので、見直しが必要ではないのでしょうか。</p>	<p>症例報告も入れたため、欠損値や記入が難しいか所は空欄としております。</p>
57	2024/3/29	P59,67	CQ3,5	<p>CQ3,5 SRLレポートの評価は、選択バイアス、実行バイアス、検出バイアスは深刻なリスク(-1)であると記載されていますが、エビデンス総体のバイアスリスクは低(0)となっています。</p>	<p>CQ3 下記の通り修正しました。</p> <p>いずれも研究デザインはRCTであった。結果に影響を及ぼす選択バイアス、実行バイアス、検出バイアスはいずれも(0)で、エビデンス総体のバイアスリスクも(0)と評価した。</p> <p>CQ5</p> <p>いずれも研究デザインはRCTで、背景因子には差がなく選択バイアス(0)であった。また、結果に影響する実行バイアスと検出バイアスも(0)であった。</p>

58	2024/3/29	P79	CQ8	CQ8	エビデンスが認められなかったにもかかわらず、有用性を推奨文に入れるのはいかがなものでしょうか。解説の中で有用性に触れる方が良いと思います。	改めてメタアナリシスを行い、有用性を確認しましたので下記の通り修正しました 「いずれの論文もバイアスリスクは低く、非直接性も低いと評価した。その結果、「体動の減少」というアウトカムは、オッズ比0.01、95%CI 0-0.06、 $p < 0.0001$ 、「不安感の軽減」は、オッズ比0.12、95%CI 0.06-0.25、 $p < 0.0001$ と有用であることが示された。特に、体動の減少のみならず、不安感の軽減が明らかになったことは、歯科治療のストレスを減じ、不快な記憶を残さない有効な調整法であることが示された。」
59	2024/3/29	P95	CQ12	CQ12	推奨文は行動療法の有用性を述べていますが、身体抑制法や薬物的行動調整の有用性を問う本CQへの答えになっていないように思います。	知的障害者への身体抑制法、薬物的行動調整法のそれぞれの論文を検索して再評価し、修正致しました。
60	2024/3/29	P32	その他	G) 行動変容の項目ですが、系統的脱感作法のカテゴリーにTSD法、カウント法が入っています。TSD法は系統的脱感作と類似していますが、学習理論をもとに提唱された方法ではないことが指摘されており、近年、小児歯科学の教科書も変更されていますので、分類等について、再度見直されたほうが良いように思います。本ガイドライン中のP.16「表2.歯科で用いられる行動療法と手技」でも、系統的脱感作とTSD法・カウント法は別の分類になっています。	ご指摘されたように、混乱を招くまどめ方をしていました。スペシャルニーズスタンディストリー第2版(教科書)と今回のガイドラインの小笠原委員がまとめた表(p.16)を基にまどめ方を修正しました。	
61	2024/3/29	P35	その他	H) 物理的な体動コントロール法(身体抑制)の際は、同意書が必要との旨を記載すべきと考えます。	35ページ末行を修正いたしました。	
62	2024/3/29	P63	CQ4	CQ4	「自閉スペクトラム症の口腔診査に身体抑制法の実施は有用か?」というCQに対して、有用であるというエビデンスを認めなかったとしても、身体抑制法を否定するものにならないような配慮が必要と考えます。特に、口腔診査に対する身体抑制について触れることで、かえってこのような患者さんに対する医療者側からの診察拒否につながりかねない懸念されます。	口腔診査時の身体抑制を否定するものにならないような配慮として、解説中に身体抑制法の有用性についても、下記の通り言及いたしました。 「発達年齢が低い者への口腔診査時の行動調整法は、身体抑制法あるいは薬物的行動調整法の選択肢に限定される。歯科医療施設は、薬物的行動調整が実施可能な施設と実施できない施設がある5)。薬物的行動調整が実施できない歯科医療機関での身体抑制法について家族は理解し、満足している6)が、歯科治療の必要性がある場合、希望する者も多いが、仕方が無いと回答している者もいる。 自閉スペクトラム症の口腔診査に身体抑制法を行う際には、身体抑制法の手引きに従って①切迫性、②非代替性、③一時性について評価し7)、対象となる自閉スペクトラム症者の特性を精査し、患者本人8)と保護者の考えを尊重し治療方針を選択する機会を与えた上で、同意を得たうえでであれば、有用である可能性がある。患者の意思が確認できない場合、患者本人にとっての最善の利益(ベストインタレスト)を家族や施設職員、歯科医療スタッフとともに共同意思決定を行う9)ことが望ましい。」