

義歯診察・検査記録用紙 について

(社)日本補綴歯科学会 研究企画推進委員会

【背景】

エビデンスに基づいた義歯治療のガイドラインの必要性が叫ばれ、これに対応して本学会主導で「症型分類」が作成された。しかしこれには「義歯の状況の再現性・信頼性のある評価」は含まれておらず、術前評価や義歯治療のアウトカム再現性・信頼性のある評価はいまだに困難である。そこで、本委員会では学会として提唱する義歯診察・検査用紙を試作した。

【本用紙の目的】

各時期における義歯の状態を順序よく再現性のある方法で診察・検査し、記録することを目的とする。この記録を行うことで、以下の目的を達成する。

- ・臨床判断（調整，修理，リライン，再製などの判断）に用いる
- ・適切な診察・検査方法を習得することで，補綴歯科治療の技術の底上げを行う
- ・データを蓄積することで，重要項目の選択や項目の重み付けを行い，簡便で定量的な用紙を作成する
- ・義歯治療のガイドラインの作成に寄与する

【本診査用紙のコンセプト】

- ・必要と考えられる項目を網羅（いずれは絞りこみを行う）
- ・診察・検査がスムーズに行えるような順序
- ・一覧性と保存性に配慮（A4用紙両面）
- ・別紙で診察・検査方法を詳記
- ・評価する際の判断基準を明記
- ・患者による評価は別に検討する
- ・口腔内条件の評価は症型分類を用いる

【作成までに道のり】

- ・2007年8月：義歯に関する診察・検査用紙の使用状況の調査（認定研修機関（甲79カ所）と社員へのアンケート）
→診査用紙を所有している研修機関は半数程度であり，簡便で優れた診査用紙がないことが判明
- ・2008年7月に委員会で試作した用紙を委員が使用し，ブラッシュアップ
- ・2008年8月に委員長会メンバーに用紙を送付し，使用後の感想を聴取
- ・2008年12月の委員長会に原案を提出
- ・2009年2月の委員会で細部を詰め，完成

【使用方法】

- ・A4用紙の表裏に「義歯診察・検査記録用紙①」と「義歯診察・検査記録用紙②」を印刷（可能ならカラーで）
- ・「義歯診察・検査方法ならびに判断基準マニュアル」は，チェアサイドに置いておく。（事前に目をとおしておく）
- ・該当患者に対して，記録用紙に記録してゆく。診察方法や判断基準が不明な場合はマニュアルを参照（10分程度）
- ・用紙に対する要望や意見があれば，研究企画推進委員会に提案する

【今後の展望】

- ・専門医ケースプレゼンテーションに際して，この用紙による記録を義務化とする（最初はリコール時だけでも可）
- ・多施設による大規模調査をふまえて，項目の絞り込みとスコア化の準備
- ・義歯診察・検査記録用紙（ショートフォーム）の作成（A4で表面1枚程度）

義歯診察・検査記録用紙①

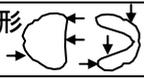
(社)日本補綴歯科学会 研究企画推進委員会案

記録日 年 月 日 記録者

番号	氏名	装着後期間(上)	年	月	<input type="checkbox"/> 旧義歯 <input type="checkbox"/> 調整後 <input type="checkbox"/> 新義歯 <input type="checkbox"/> リコール
年齢	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	装着後期間(下)	年	月	<input type="checkbox"/> 旧義歯 <input type="checkbox"/> 調整後 <input type="checkbox"/> 新義歯 <input type="checkbox"/> リコール
残存歯数:	歯式:欠損を取消線				
咬合支持数:	歯根のみに△	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		
宮地の咬合三角	支台歯に○	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	ブリッジは線で結ぶ				
	ケネディ分類 (PDのみ)	アイヒナー分類 (臼歯部の咬合支持ブロック)			
	上: <input type="checkbox"/> I (両), <input type="checkbox"/> II (片), <input type="checkbox"/> III (中間), <input type="checkbox"/> IV (前)	A: 4つの支持域あり <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3			
	下: <input type="checkbox"/> I (両), <input type="checkbox"/> II (片), <input type="checkbox"/> III (中間), <input type="checkbox"/> IV (前)	B: 支持域減少 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4			
	宮地の咬合三角, ケネディ分類, アイヒナー分類は後でも評価可能	C: 支持域なし <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3			
<p>金属を青, レジンを赤, 人工歯は黒</p>	床材料	上	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 他()
	人工歯	上	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()
	右臼歯 前歯 左臼歯	上右 上前 上左			
	下	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> 硬質レジン <input type="checkbox"/> 陶歯 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 他()
	右臼歯 前歯 左臼歯	下右 下前 下左			
	支台装置	上	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ワイヤー <input type="checkbox"/> キャスト <input type="checkbox"/> アタッチメント <input type="checkbox"/> 他()		
下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ワイヤー <input type="checkbox"/> キャスト <input type="checkbox"/> アタッチメント <input type="checkbox"/> 他()				
大連結装置	上	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補強線 <input type="checkbox"/> 屈曲バー <input type="checkbox"/> キャストバー <input type="checkbox"/> ストラップ <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> 他()			
下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補強線 <input type="checkbox"/> 屈曲バー <input type="checkbox"/> キャストバー <input type="checkbox"/> ストラップ <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> 他()				
義歯を外して・・・	問題なし	わずかな問題	中程度の問題	大きな問題	
設計 (PDのみ)	上 <input type="checkbox"/> 十分な配慮 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> わずかに改善すべき点あり	<input type="checkbox"/> 改善すべき点あり (再設計が望ましい)	<input type="checkbox"/> 根本的問題点あり (再設計が必要)	
臼歯人工歯排列 (頬舌的)	上 <input type="checkbox"/> 適切な位置 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 半咬頭分のずれ (約2 mm)	<input type="checkbox"/> 一咬頭分のずれ (約4 mm)	<input type="checkbox"/> 一咬頭分以上のずれ (約4 mm)	
支台装置 (PDのみ)	上 <input type="checkbox"/> 適切な種類・形態 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 形態に問題 (強度・審美など)	<input type="checkbox"/> 不適切な種類 (支持・維持など)	<input type="checkbox"/> 問題点のある種類 (把持がないなど)	
人工歯咬耗	上 <input type="checkbox"/> 適切なファセットあり <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> (咬合小面)	<input type="checkbox"/> 咬耗なし (咬合調整必要)	<input type="checkbox"/> 咬耗あり (咬合接触あり)	<input type="checkbox"/> 咬合面形態消失 (咬合接触なし)	
義歯破損	上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 修理不要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 修理必要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 修理不可 (再製必要)	
義歯修理痕	上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり(問題なし) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 調整必要 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 再修理・再製必要 <input type="checkbox"/>	
義歯清掃状況	上 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> わずかなプラークや着色 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 着色・歯石・プラーク (半分以下) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食渣・多量のプラーク (半分以上) <input type="checkbox"/>	
口腔内を診察・・・	問題なし	わずかな問題	中程度の問題	大きな問題	
支台歯 (PDのみ)	上 <input type="checkbox"/> M0, GI0, A0 (最も悪い歯) <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> (歯冠部に欠損なし) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M1, GI1, A1 (歯冠部に軽度欠損) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M2, GI2, A2 (歯冠部に中等度欠損) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M3, GI3, A3 (歯冠崩壊) <input type="checkbox"/>	
支台歯清掃 (PDのみ)	上 <input type="checkbox"/> プラークなし <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> :PI0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> いずれかの軸面に付着 <input type="checkbox"/> :PI1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯冠全周1/2以内 <input type="checkbox"/> :PI2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯冠全周1/2以上 <input type="checkbox"/> :PI3 <input type="checkbox"/>	
床下粘膜	上 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> :S0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 圧痕・白斑 <input type="checkbox"/> :S1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> :S2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 潰瘍・線維腫など <input type="checkbox"/> :S3 <input type="checkbox"/>	

義歯診察・検査記録用紙②

(社)日本補綴歯科学会 研究企画推進委員会案

義歯を装着して・・・	問題なし	わずかな問題	中程度の問題	大きな問題
疼痛 (着脱・咬合・加圧時)	上 <input type="checkbox"/> なし 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 着脱時にわずか <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 機能時にわずか <input type="checkbox"/> (連続装着不可)	<input type="checkbox"/> 著しい疼痛 <input type="checkbox"/> (装着不可)
維持 (着脱・機能時)	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> やや少ない <input type="checkbox"/> (機能時には問題なし)	<input type="checkbox"/> 少ない・大きい <input type="checkbox"/> (機能的に問題)	<input type="checkbox"/> 著しく少ないか大きい <input type="checkbox"/> (使用が困難)
安定・把持 (手指での加圧・咬合時)	上 <input type="checkbox"/> ほとんど動かない 下 <input type="checkbox"/> (1mm以下の動き)	<input type="checkbox"/> わずかに動く <input type="checkbox"/> (1-2mmの動き)	<input type="checkbox"/> 大きく動く <input type="checkbox"/> (2mm以上の動き)	<input type="checkbox"/> 全く安定しない <input type="checkbox"/> (離脱・疼痛)
支持 (PDのみ)	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/> (適切なレスト)	<input type="checkbox"/> レストはあるが <input type="checkbox"/> 床の沈下許容	<input type="checkbox"/> レストはあるが <input type="checkbox"/> 床の沈下大	<input type="checkbox"/> 著しく不適切 <input type="checkbox"/> (レストがないなど)
適合 (適合試験材)	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/> (均一に薄い層)	<input type="checkbox"/> 部分的に不適合 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 広範囲に不適合 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 著しく不適合 <input type="checkbox"/> (全く適合していない)
床外形 	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/> (不適切項目無し)	<input type="checkbox"/> やや不適切 <input type="checkbox"/> (1項目不適切)	<input type="checkbox"/> 不適切 <input type="checkbox"/> (2項目不適切)	<input type="checkbox"/> 著しく不適切 <input type="checkbox"/> (3項目不適切)
舌房 (一横指半開口)	<input type="checkbox"/> 舌が人工歯を被っていない	<input type="checkbox"/> 舌が人工歯の一部を被う	<input type="checkbox"/> 舌が人工歯の全部を被う	<input type="checkbox"/> 舌に人工歯の圧痕
咬頭嵌合位	<input type="checkbox"/> 両側で安定	<input type="checkbox"/> スパチュラで離開	<input type="checkbox"/> 初期接触から滑走	<input type="checkbox"/> 初期接触で離開
咬合様式	<input type="checkbox"/> リンガライズド <input type="checkbox"/> フルバランス <input type="checkbox"/> グループファンクション <input type="checkbox"/> 犬歯誘導・その他			
偏心咬合	<input type="checkbox"/> 2 mmまで安定	<input type="checkbox"/> スパチュラで離開	<input type="checkbox"/> なめらかさの欠如	<input type="checkbox"/> 側方運動困難
咬合高径 (安静空隙)	<input type="checkbox"/> 1~3 mm	<input type="checkbox"/> 4~5 mm	<input type="checkbox"/> 6~8 mm	<input type="checkbox"/> 9 mm以上, 0mm
咬合平面 (高さ・傾き)	<input type="checkbox"/> 適切	<input type="checkbox"/> 審美的に問題	<input type="checkbox"/> 機能的にも問題	<input type="checkbox"/> 著しい問題
オーバージェット (前歯人工歯)	<input type="checkbox"/> 適切 (1~4 mm)	<input type="checkbox"/> 審美的に問題	<input type="checkbox"/> 機能的にも問題	<input type="checkbox"/> 著しい問題
オーバーバイト (前歯人工歯)	<input type="checkbox"/> 適切 (0.5~2 mm)	<input type="checkbox"/> 審美的に問題	<input type="checkbox"/> 機能的にも問題	<input type="checkbox"/> 著しい問題
人工歯審美性 (色調・形態・大きさ)	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/> (自然感あり)	<input type="checkbox"/> やや不適切 <input type="checkbox"/> (自然感あり)	<input type="checkbox"/> 不適切 <input type="checkbox"/> (自然感に問題)	<input type="checkbox"/> 著しく不適切 <input type="checkbox"/> (著しく不自然)
金属要素審美性 (微笑時の露出)	上 <input type="checkbox"/> 露出無し 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 露出あり <input type="checkbox"/> (審美性に問題なし)	<input type="checkbox"/> 露出あり <input type="checkbox"/> (審美性にやや問題)	<input type="checkbox"/> 露出あり <input type="checkbox"/> (審美性に問題)
義歯床審美性 (微笑時の審美性)	上 <input type="checkbox"/> 露出無し 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> わずかな露出 <input type="checkbox"/> (審美性に問題なし)	<input type="checkbox"/> 露出 <input type="checkbox"/> (審美性にやや問題)	<input type="checkbox"/> 著しい露出 <input type="checkbox"/> (審美性に問題)
排列審美性	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> やや不適切 <input type="checkbox"/> (審美性に問題なし)	<input type="checkbox"/> 不適切 <input type="checkbox"/> (審美性にやや問題)	<input type="checkbox"/> 著しく不適切 <input type="checkbox"/> (審美性に問題)
全体的形態 <small>(義歯床外形、人工歯排列、咬合高径、適合性、維持安定)</small>	上 <input type="checkbox"/> 適切 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 違和感の可能性あり <input type="checkbox"/> (わずかな問題項目有り)	<input type="checkbox"/> 機能障害の可能性あり <input type="checkbox"/> (問題項目有り)	<input type="checkbox"/> 機能障害の可能性大 <input type="checkbox"/> (大きな問題事項あり)
全体としてみて・・・	問題なし	わずかな問題	中程度の問題	大きな問題
総合評価	上 <input type="checkbox"/> 良い 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> やや不適切 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不適切 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 著しく不適切 <input type="checkbox"/>
治療方針	上 <input type="checkbox"/> 観察 下 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 要調整 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 要修理・リライン <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 要再製 <input type="checkbox"/>

コメント：義歯自体へのコメント (この用紙、診察・検査方法についての意見もあればご記入ください)

ご意見は佐藤裕二 sato-@dent.showa-u.ac.jpまで

義歯診察・検査方法ならびに判断基準マニュアル

(社)日本補綴歯科学会 研究企画推進委員会案

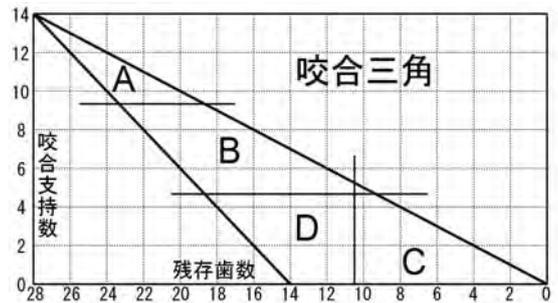
黄色い部分が記録すべき欄である。
(数字, ✓, 記述)

【時期の区分】 旧義歯：新製予定の際の旧義歯の初診時
調整後：旧義歯の調整後
新義歯：新義歯の装着後
リコール：定期リコール時

【歯式の記入例】

歯式	欠損を取消線 支台歯に○ 歯根のみに△ ブリッジは線で結ぶ	8 7 6 (5) 4 (3) 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 △ 6 7 8

【咬合三角】 残存歯数と咬合支持数から咬合の安定状態を評価する。
右図にプロットしてA-Dに判定する。



【ケネディ分類 (PDのみ)】：上下顎ごとの欠損の分類

- I：両側遊離端
- II：片側遊離端
- III：中間欠損 (欠損の前後に歯がある)
- IV：前歯部欠損 (欠損の前方に歯がない)

【アイヒナー分類 (臼歯部の咬合支持ブロック)】：咬頭嵌合位の安定性や、咬合支持能力の度合いを示している

- ・上下顎の左右大・小白歯群による4つの咬合支持域の残存状態による分類
- ・1つの支持域でそれを構成する一部の歯が失われても残存歯に接触があれば支持域は存在するとする

●4つの咬合支持域を全て持つもの

A1：歯冠修復のみ	A2：上下顎のうち1顎のみ歯の欠損あり	A3：上下顎とも欠損有り
$\frac{76 \ 54 \ 321}{76 \ 54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 4 \ 321}{76 \ 54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 4 \ 321}{76 \ 54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$

●咬合支持域が減少したもの

B1：3つの支持域をもつ	B2：2つの支持域をもつ	B3：1つの支持域を持つ	B4：支持域がない(前歯部のみに咬合接触がある)
$\frac{76 \ 321}{76 \ 54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 321}{76 \ 54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 321}{54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 321}{54 \ 321} 123 \ 45 \ 67$

●咬合支持域がないもの

C1：上下顎に残存歯がある(すれ違い咬合)	C2：上下顎のうち1顎が無歯顎	C3：上下顎とも無歯顎
$\frac{76 \ 321}{54} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 321}{76 \ 321} 123 \ 45 \ 67$	$\frac{76 \ 321}{76 \ 321} 123 \ 45 \ 67$

【床材料】：床の咬合支持する部分の多くが金属の場合に「金属床」とする。単にメタルフレームの場合は「レジン」

【人工歯】：視診および探針等での触診・打診を行い判断する。

【支台装置】：複数項目選択可

【大連結装置】：複数選択可。ストラップは幅10 mm以上。プレートは幅20 mm以上とする。

以下の項目の4段階の判断の基準は、
 <問題なし>は問題を認めない場合
 <わずかな問題>は問題を認めるものの、修正は不可欠ではない場合
 <中等度の問題>は、修正可能で、修正不可欠な問題を認める場合
 <大きな問題>は修正不可避ながら現義歯の修理では対応不能な問題を認める場合である。

義歯を外して・・・

【設計】：破折等を考えずに、もともと作製された時点での設計を評価する。

1. 状況に応じた十分な支持・把持・維持が取れ、違和感・強度などに対しても**十分な配慮**あり
2. 上記項目に対して、**わずかに改善**すべき点があるが、再設計すべきほどではない
3. いくつかの**改善すべき点**があり、再設計したほうが望ましい
4. **根本的な問題**があり、明らかに再設計すべきである

【臼歯人工歯排列】：臼歯部人工歯の頬舌的な排列位置を義歯後方から見る。

1. 状況に応じた適切な位置にある。例) 下顎：6番頬側咬頭内斜面内に歯槽頂。上顎：6番舌側咬頭内斜面内に歯槽頂がある。
2. 適切な位置から半咬頭分（約2 mm）頬舌方向にずれている。
3. 適切な位置から一咬頭分（約4 mm）頬舌方向にずれている。
4. 適切な位置から一咬頭分（約4 mm）以上、頬舌方向にずれている。

【支台装置】：破折などは考慮せず、もともとの設計について評価する。

1. 状況に応じた**適切な種類**の支台装置が**適切な形態**で用いられている。
2. 種類には問題がないが、**形態に問題**がある。例) 強度、違和感、審美性、維持に問題がある
3. **不適切な種類**の支台装置がある。例) 遊離端欠損の直接支台装置にエーカースクラスプが使用されている
 例) 中間欠損の直接維持装置に支持が得られない装置を使用（破折していた場合は、設計自体は問題なし）
4. **把持が得られない種類**の支台装置が用いられている等。

【人工歯咬耗】：臼歯部人工歯の咬耗を視診で評価する。

1. **適切な咬耗**がある。
2. 適切な咬耗がなく、咬合調整が必要である。
3. **過度な咬耗**があるが、咬合接触はある。
4. **咬合面形態消失**しており、**咬合接触がない**。

【義歯破損】：修理されていない破損の状態を視診で評価する。

1. 破損や床の著しい摩耗が**ない**。
2. わずかな破損や床の摩耗はあるものの、**修理は不要**と考えられる。
3. 破損や床の摩耗があり、**修理が必要**である。
4. 大きな破損や床の著しい摩耗があり、**修理だけでは不十分**で、再製が必要である。

【義歯修理痕】：修理されている部分を視診で評価する。

1. 修理した痕が**ない**。
2. わずかな修理痕はあるものの、**問題は無い**。
3. 修理痕に対して**調整が必要**である。
4. 問題のある修理痕があり、**再修理または再製が必要**である。

【義歯清掃状況】：視診・探針などによる触診で評価する。

1. 肉眼的に清掃状況は**良好**である。
2. **わずかなプラークや着色**が部分的に認められる。
3. **半分以下**の範囲に着色・歯石・プラークが認められる。
4. **半分以上**の広範囲に著しい着色・歯石・プラークが認められる。

口腔内を診察 . . .

【支台歯】以下の3項目について診察し、最も悪い歯の悪い項目で評価する

支台歯の動揺 (Mobility) (Millerを一部改変)

- M0. 問題なし (生理的動揺のみ、0.1mm以下)
- M1. 唇舌方向のごく軽度の動揺 (0.2mm程度)
- M2. 唇舌および近遠心方向の中等度動揺 (唇舌方向に0.5mm)
- M3. 垂直方向を含む大きな動揺 (0.75mm以上)

支台歯のGingival Index (Loeを一部改変)

- GI0. 問題なし (正常歯肉)
- GI1. 軽度の炎症 (プローブによる出血なし)
- GI2. 中等度の炎症 (プローブによる出血あり)
- GI3. 高度の炎症、自然出血

支台歯 (Abutment) 歯冠の状態 (本委員会で提案のスコア)

- A0. 問題なし (歯冠崩壊なしあるいは修復済み)
- A1. 歯冠部に軽度の欠損があるが義歯の維持・支持・把持には関係なし
- A2. 歯冠部に中等度の欠損があり義歯の維持・支持・把持に影響あり
- A3. 歯冠崩壊が大きく義歯の維持・支持・把持に役立たない、または喪失

【支台歯清掃】支台歯のPlaque Index (Loeを一部改変) で評価し、最も悪い歯で評価する。支持に用いている根面も含む

- PI0 問題なし (プラークなし)
- PI1 近遠心面、唇舌面のいずれかに付着
- PI2 全周に付着するが歯冠の半分以下
- PI3 全周にわたり歯冠の半分以上に付着

【床下粘膜】床下粘膜全体を診察し、最も悪い部位で評価する (Sore) (本委員会で提案のスコア)

- S1. 問題なし (正常粘膜)
- S2. 圧痕や白斑があるが発赤はない
- S3. 発赤を認めるが疼痛はない
- S4. 潰瘍や線維腫を認め疼痛をとまなう

義歯を装着して・・・

【疼痛】以下の方法で、義歯床下、あるいは周囲組織に疼痛を感じるかを診察する。

- ・指で人工歯部を強く加圧する。
- ・咬頭嵌合位で強く咬合させる。
- ・偏心位への滑走運動を行わせる。
- ・嚥下運動を行わせる。
- ・義歯の着脱を行わせる。

1. 疼痛なし。
2. 着脱時にわずかな疼痛を感じる（連続装着可能）。
3. 機能時（咬合時等）にわずかな疼痛を感じる（基本的には装着しているが、外している時間帯もある）。
4. 著しい疼痛を感じる（装着が不可能）。

【維持】以下の方法で、維持力が適正かどうかを評価する。

- ・指で人工歯あるいはクラスプを持って義歯の撤去を試みる。
- ・発音、舌運動、開閉口運動などの機能運動を行わせる。

1. 外れない（適切な方法により撤去可能）。
2. 抵抗はあるが比較的容易に撤去可能、しかし、機能運動時には外れてこない。
3. 容易に撤去可能、機能運動時にも外れることがある。または患者自身による撤去が難しいほど維持力が大きい。
4. 全く維持力がない、または患者自身に外せないくらい維持力が強い

【安定・把持】以下の方法で、安定が適正かどうかを評価する。（Sato et alを一部改変）

- ・指で人工歯部を加圧する。
両側性の場合は、左右側交互に加圧する。
片側性の場合は、前後で交互に加圧する。
- ・下顎では舌運動を行わせる。
- ・咬頭嵌合位で咬合させる。
- ・偏心位への滑走運動を行わせる。

1. ほとんど動かない（粘膜の被圧変位の範囲内、1mm以下）。
2. わずかに動く（粘膜の被圧変位の範囲をやや越える、1-2mmの範囲）。
3. 大きく動く（粘膜の被圧変位の範囲を越える、2mm以上）。
4. 全く安定していない（離脱、疼痛に直結する動きを示す）。

【支持】（PDのみ）以下の方法で、支持が適正かどうかを評価する。レストの配置と機能を確認する。

1. 適切にレストが設定されており、床の沈下を防止している。
2. レストの設定はあるものの、床の沈下を許容している。
3. レストの設定はあるものの、床の沈下が大きい。
4. 全くレストが設定されていない、または破折している。

【適合】以下の方法で、適合が適正かどうかを評価する。（Sato et alを一部改変）

- ・適合試験材を用いて指圧下で硬化させる

1. 均一に薄く適合試験材の層が認められる。
2. 部分的に適合試験材の厚い箇所、薄い箇所が分布している。
3. 広範囲に適合試験材の厚い箇所、薄い箇所が分布している。
4. 全く適合していない。

【床外形】以下の方法で、床外形が適正かどうかを評価する。（Sato et alを一部改変）

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・上顎のチェックポイント（3項目） ハミュラーノッチまで覆っている。 後縁がA hラインに一致している。 全体のフレンジの長さ、形態が適切である | <ul style="list-style-type: none"> ・下顎のチェックポイント（4項目） 臼後結節1/2を覆っている 舌骨筋線をこえており、適切な形態である 全体のフレンジの長さ、形態が適切である |
|---|--|

1. 全ての項目を満足している。
2. 1項目不適切
3. 2項目不適切
4. 3項目不適切

【舌房】以下の方法で、舌房が適正かどうかを評価する。(Sato et alを一部改変)

- ・一横指半開口させた状態で舌を肉眼的に観察。
- 1. **舌が人工歯を被っていない。**
- 2. **舌が人工歯の一部を被っている。**
- 3. **舌が人工歯の全体を被っている。**
- 4. 舌が人工歯の全体を被っており、**人工歯の圧痕**がある。

【咬頭嵌合位】下顎安静から軽くタッピングさせ、その後、かみしめを行わせて評価する (Sato et alを一部改変)

1. 閉口位で義歯は床下粘膜の圧縮を伴ったわずかな沈下以外の動きを示さない。
スパチュラを片側の臼歯部上下人工歯間に差し込んでひねっても、両側とも離開しない。
2. 義歯が前後左右にわずかに滑るか、回転する。
またはスパチュラを片側の臼歯部上下人工歯間に差し込んでひねったら離開する。
3. 初期接触の時点で、上下歯列間には空隙を認めないが、その後、前後左右に滑るか、回転する。
4. 初期接触の時点で、上下歯列間に空隙を認める。

【咬合様式】義歯に付与された平衡咬合の様式を評価する。

1. リンガライズド：咬頭嵌合位ならびに偏心咬合位で、上顎人工臼歯の頬側咬頭に咬合接触がなく、舌側咬頭頂が下顎人工臼歯咬合面の窩やその周囲と接触する。
2. フルバランス：臼歯の機能咬頭には前方、後方、平衡の3種、非機能咬頭には前方、後方の2種の咬合小面が形成され、咬頭嵌合位ならびに偏心咬合位にて、両側性に咬合接触する。
3. グループファンクション：咬頭嵌合位では両側性に咬合接触し、側方偏心位では作業側歯列の数歯のみが咬合接触する。
4. 犬歯誘導：咬頭嵌合位では両側性に咬合接触し、側方偏心位では作業側犬歯のみが咬合接触する。
その他：義歯に特定の咬合様式が付与された跡が認められないか、付与された咬合様式が失われている。

【偏心咬合】咬頭嵌合位から軽くかみしめたままで2mm程度の左右側方運動を行わせて評価する (Sato et alを一部改変)

1. 咬頭嵌合位から1mm側方偏心位までの運動は滑らかで、床下粘膜の圧縮を伴ったわずかな沈下以外の動きを示さない。
2mm側方偏心位で止めた状態でスパチュラを片側の臼歯部上下人工歯間に差し込んでひねっても、両側とも離開しない。
2. 同上の運動は滑らかであるが、義歯に前後左右へのわずかな滑りや、回転が生じる
2mm側方偏心位で止めた状態でスパチュラを片側の臼歯部上下人工歯間に差し込んでひねったら離開する。
3. 同上の運動は滑らかさを欠き、義歯は前後左右への滑りや、回転を示す。
4. 同上の運動は困難、もしくは運動に伴って義歯が著しく動揺し、脱離する。

【咬合高径 (安静空隙)】下顎安静位時の上下顎切歯切端の空隙量を口唇をそっと指で開いて評価する (Sato et alを一部改変)

1. 安静空隙は1~3mmで、顔貌は自然である。
2. 安静空隙は4~5mmとやや大きい、顔貌の自然感は損なわれていない。
3. 安静空隙は6~8mmと大きく、顔貌から咬合高径の低下が伺われる。
4. 安静空隙は9mm以上で、顔貌も咬合高径の低下を示す。または安静空隙がなく、顔貌からも咬合高径の過剰が伺われる。

【咬合平面】高さや傾きを評価する。(Sato et alを一部改変)

咬合平面の前縁は口裂と、後方部分は安静位の舌背の高さとほぼ一致し、咬合平面の傾斜は下顎顎提の矢状面内の傾斜などと調和し、前頭面内ではほぼ水平である場合に、適正とする。

1. 咬合平面の**高さや傾きは適正**である。
2. 咬合平面の高さや傾きがわずかに適正の域を外れ、**審美性をやや損なう**が、機能的には問題ない。
3. 咬合平面の高さや傾きが適正の域を外れ、**審美性や機能的に問題**がある。
4. 咬合平面の高さや傾きが**適正の域を著しく外れ**、**審美性や機能的に著しい問題**がある。

【オーバージェット】咬頭嵌合位での上下前歯切端間の水平的距離を目測する。

1. **1-4mm**で、**審美的・機能的問題**がない。
2. わずかに適正の域を外れ、前歯部の**審美性**をやや損なうが、機能的には問題がない
3. 適正の域を外れ、前歯部の**審美性**や咬合平衡を損ない、前歯部での咬断などの**機能的**にも支障をきたす。
4. 適正の域を著しく外れ、前歯部の**審美性**や咬合平衡を**著しく損なっている**。

【オーバーバイト】咬頭嵌合位での上下前歯切端間の垂直的距離を目測する。

1. **0.5~2 mm**で、**審美的・機能的問題**がない。
2. わずかに適正の域を外れ、前歯部の**審美性**をやや損なうが、機能的には問題がない
3. 適正の域を外れ、前歯部の**審美性**や咬合平衡を損ない、前歯部での咬断などの**機能的**にも支障をきたす。
4. 適正の域を著しく外れ、前歯部の**審美性**や咬合平衡を**著しく損なっている**。

【人工歯審美性】人工歯の色調・形態・大きさを診査する。(排列は別途。)(Sato et alを一部改変)

1. 人工歯の審美性は適正である。(PDでは天然歯とも調和)
2. 人工歯はやや不適切だが、人工歯部の自然感を損なうほどではない。
3. 人工歯が不適切で、人工歯部の自然感が損なわれ、審美性の障害を認める。
4. 人工歯が不適切であったり、多年の使用に伴う磨耗や破折、修理痕があり、著しく不自然である。

【金属要素審美性】軽く微笑ませた際の金属要素の露出を評価する。

1. 口裂を通して金属要素が見えない。
2. 口裂を通してわずかに金属部分が見えるが、自然観・審美性を損なうほどではない。
3. 口裂を通して金属部分が見えることによって、自然観・審美性がやや損なわれている。
4. 口裂を通して著しく金属部分が見えることによって、自然観・審美性が損なわれている。

【義歯床審美性】軽く微笑ませた際の金属以外の義歯床の露出を評価する。

1. 口裂を通して義歯床が見えない。
2. 口裂を通して義歯床が見えるが、色調などが調和しており、自然観・審美性を損なわない。
3. 口裂を通して見える義歯床の色調や間隙が自然観・審美性をやや損なっている。
4. 口裂を通して見える義歯床の色調や間隙が自然観・審美性を損なっている。

【排列審美性】人工歯の色調・形態・大きさを除いて、排列自体を評価する。(Sato et alを一部改変)

1. 人工歯排列の審美性は適正である。
2. 人工歯排列にわずかな問題を認めるものの、自然観・審美性に問題はない。
3. 人工歯排列に問題があり、自然観・審美性にやや問題を生じている。
4. 人工歯排列に問題があり、自然観・審美性に問題を損なっている。

【全体的形態】義歯床外形、人工歯排列、咬合高径、適合性、維持安定などを総合して評価する。

1. いずれの要素も適正で、問題の生じる可能性は非常に少ない。
2. いずれかの要素にわずかな問題を認め、違和感を生じる可能性がある。
3. いずれかの要素に問題を認め、発音障害や咀嚼障害の可能性はある。
4. いずれかの要素に大きな問題を認め、発音障害や咀嚼障害の可能性が大きい。

全体としてみて・・・

【総合評価】全ての項目を総合して、これまでの経験と照らし合わせ、義歯の現状を主観的に評価する。

【治療方針】全ての項目を総合して、これまでの経験と照らし合わせ、今後必要な治療を決定する。

1. 特に何も必要ではなく、観察でよい。
2. 調整のみを行うことで現実的な対応ができる。
3. 調整のみでは解決できず、修理やライニングなどが必要と考えられる。
4. 修理やライニングなどでは無理であり、患者が希望すれば再製を行うべきである。

【コメント】選択式の項目では十分に評価できない内容について記載。また、この用紙自体に対する感想も記載。

文献

1. Mlller S. Rotational axes in human incisor teeth. Am J Orthod 1969; 55: 307.
2. Loe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. J Periodontol 1967; 38: 610-616.
3. Sato Y. et al A method for quantifying complete denture quality. J Prosthet Dent 1998, 80: 52-57.