

茨城県障害者治療センター記録（1）

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

平成 23 年度

（平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月）



Ibaraki Dental Association
社団法人 茨城県歯科医師会

目 次

1. 在 籍 者 名 簿	2
2. 誌 上 発 表	4
3. 口 演 発 表	5
4. 口 演 発 表 抄 録	8
5. 講 演 会	28
6. センター主催の講演会要旨	31
7. 録 事	34

1. 在籍者名簿

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

1) 歯科医師

<p>関口 浩（専任）センター長 東京歯科大学小児歯科学講座准教授 在籍期間：平成 21 年 9 月 1 日～現在 日本障害者歯科学会認定医、日本小児歯科学会専門医指導医、日本外傷歯学会指導医・理事</p>	
<p>大峰 浩隆（非常勤） 日本大学松戸歯学部顎顔面矯正学講座臨床教授 在籍期間：平成 2 年 10 月 1 日～現在 日本歯科人間ドック学会認定医</p>	
<p>大森 勇市郎（非常勤） 大森矯正歯科クリニック院長 在籍期間：平成 5 年 4 月 12 日～現在 日本矯正歯科学会認定医</p>	
<p>林 佐智代（非常勤） 日本大学松戸歯学部障害者歯科学講座講師 在籍期間：平成 18 年 4 月 1 日～現在 日本障害者歯科学会認定医、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士</p>	
<p>森永 桂輔（非常勤） 森永歯科医院副院長、富士市立中央病院非常勤麻酔医 在籍期間：平成 22 年 5 月 1 日～現在 日本歯科麻酔学会認定医、アメリカ心臓協会（AHA）BLS インストラクター、日本救急医学会 ICLS インストラクター</p>	

2) 歯科衛生士

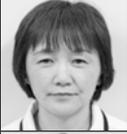
<p>野村 美奈（常勤）主任 在籍期間：平成 19 年 4 月 1 日～現在 日本歯科衛生士会障害者歯科認定歯科衛生士 日本歯科衛生士会摂食・嚥下リハビリテーション認定歯科衛生士</p>	
<p>寺門 寿恵（常勤） 在籍期間：平成 18 年 4 月 1 日～現在 日本歯科衛生士会障害者歯科認定歯科衛生士</p>	
<p>鈴木 哉絵（常勤） 在籍期間：平成 21 年 4 月 1 日～現在</p>	
<p>金子 雅子（非常勤） 在籍期間：平成 13 年 5 月 11 日～現在</p>	
<p>高橋 裕子（非常勤） 在籍期間：平成 15 年 2 月 3 日～現在</p>	

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

1) 歯科医師

丸山 容子（非常勤） 在籍期間：平成 6 年 4 月 1 日～現在	
高木 伸子（非常勤） たかぎ歯科医院長 在籍期間：平成 4 年 9 月 29 日～現在 日本小児歯科学会専門医、日本障害者歯科学会認定医、介護支援専門員 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士、健康咀嚼指導士	
梅澤 幸司（非常勤） 日本大学松戸歯学部障害者歯科学講座講師 在籍期間：平成 21 年 9 月 1 日～現在 日本障害者歯科学会認定医	
桑原 敦子（非常勤） 在籍期間：平成 21 年 10 月 16 日～現在	

2) 歯科衛生士

竹中 京子（非常勤） 在籍期間：平成 11 年 5 月 1 日～現在	
木村 貴子（非常勤） 在籍期間：平成 17 年 10 月 25 日～現在	
石居 由香（非常勤） 在籍期間：平成 21 年 5 月 11 日～現在	
狩野 晴美（非常勤） 在籍期間：平成 21 年 6 月 12 日～現在	
和地 澄子（非常勤） 在籍期間：平成 21 年 9 月 11 日～現在	
寺田 恵子（非常勤） 在籍期間：平成 12 年 3 月 17 日～現在	

3) 栄養士

手塚 文栄（非常勤） 在籍期間：平成 9 年 7 月 7 日～現在	
--------------------------------------	---

2. 誌上発表

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

No.	題名	著者	掲載誌	年月
1	第19回茨城県歯科医学会に3演題発表	関口 浩 桑原 敦子 鈴木 哉絵 村居 幸夫 飯塚 達夫 志賀 正三	茨歯会報 No.507 4・5月号 46-47頁	平成23年5月
2	水戸口腔センターと土浦歯科治療センターの障害者（児）来院患者の動態について	関口 浩 丸山 容子 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.508 6月号 15-17頁	平成23年6月
3	水戸口腔センターにおける障害児・者へのブラッシング指導の取り組み（1）	関口 浩 野村 美奈 寺門 寿恵 鈴木 哉絵 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.509 7月号 19-21頁	平成23年7月
4	水戸口腔センターにおける障害児・者へのブラッシング指導の取り組み（2）	関口 浩 野村 美奈 寺門 寿恵 鈴木 哉絵 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.510 8月号 40-41頁	平成23年8月
5	水戸口腔センターにおける障害児・者へのブラッシング指導の取り組み（3）	関口 浩 鈴木 哉絵 野村 美奈 寺門 寿恵 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.511 9月号 16-17頁	平成23年9月
6	センター主催の研修会開催される	丸山 容子 関口 浩 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.512 10月号 47-48頁	平成23年10月
7	日本障害者歯科医学会に2演題発表	関口 浩 高木 伸子 鈴木 哉絵 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.513 11月号 30-31頁	平成23年11月
8	水戸口腔センター主催の心身障害者（児）歯科予防講習会報告	関口 浩 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.514 12月号 24-25頁	平成23年12月
9	水戸・土浦口腔センターの第20回茨城県歯科医学会発表報告	関口 浩 森永 桂輔 丸山 容子 寺門 寿恵 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	茨歯会報 No.517 3月号 35-39頁	平成24年3月

3. 口演発表

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

No.	題名	発表者	発表学会	年月日	抄録掲載誌
1	茨城県の障害児・者歯科医療の現状と問題点 ～障害児・者歯科医連携ネットワーク構築を目指して～	関口 浩	第2回関東障害者歯科臨床研究会（東京）	平成23年 7月24日	プログラム・抄録集 5頁
2	当センターにおける初診患者の臨床統計	鈴木 哉絵 関口 浩 野村 美奈 寺門 寿恵 新谷 誠康 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	第28回日本障害者歯科学会総会および学術大会（福岡）	平成23年 11月5日	日本障害者歯科学会雑誌 32巻3号 249頁
3	骨形成不全症を有する小児に対する歯科治療時の全身麻酔経験	間宮 秀樹 湯村 潤子 富田 智子 一戸 達也 金子 讓 関口 浩 森永 和男	第28回日本障害者歯科学会総会および学術大会（福岡）	平成23年 11月5日	日本障害者歯科学会雑誌 32巻3号 277頁
4	障害児・者歯科診療に関する茨城県歯科医師会会員の意識・実態調査	関口 浩 丸山 容子 高木 伸子 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	第20回茨城県歯科医学会（水戸）	平成24年 2月19日	プログラム・抄録集 9頁
5	遺伝性エナメル質形成不全症の原因遺伝子解析	関口 浩 新谷 誠康 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	第20回茨城県歯科医学会（水戸）	平成24年 2月19日	プログラム・抄録集 25頁
6	外胚葉異形成症の原因遺伝子解析	関口 浩 新谷 誠康 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	第20回茨城県歯科医学会（水戸）	平成24年 2月19日	プログラム・抄録集 26頁

No.	題 名	発表者	発表学会	年月日	抄録掲載誌
7	当センターにおける永久歯歯冠修復の実態調査	寺門 寿恵 関口 浩 鈴木 哉絵 野村 美奈 金子 雅子 高橋 裕子 新谷 誠康 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 25 頁
8	シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 基調講演：障害者にとっての歯科医療	森永 和男	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 50 頁
9	シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 基調講演：障害者にとっての歯科医療	石井 拓男	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 51 頁
10	シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 障害児・者歯科診療に関する会員の意識・実態調査結果からの提言	関口 浩	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 53 頁
11	シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 東京歯科大学千葉病院障害者歯科外来における行動調整法の実際	間宮 秀樹	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 54 頁
12	シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 障害者歯科医療の現況	高野 伸夫	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 55 頁
13	最新の蘇生ガイドライン － BLS, ACLS －	森永 桂輔	第 20 回茨城県 歯科医学会 (水戸)	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・ 抄録集 35 頁

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

No.	題 名	発表者	発表学会	年月日	抄録掲載誌
1	嚥下補助義歯によって頬と下顎の動きが引き出され、摂食機能の改善が見られた脳性まひ児の一例	高木 伸子 手塚 文栄 竹中 京子 桑原 敦子 梅澤 幸司 竹中 京子	第 28 回日本障害者歯科学会総会および学術大会（福岡）	平成 23 年 11 月 5 日	日本障害者歯科学会雑誌 32 巻 3 号 201 頁
2	土浦歯科治療センターにおける患者の来院状況について	丸山 容子 梅澤 幸司 桑原 敦子 高木 伸子 竹中 京子 木村 貴子 石居 由香 和地 澄子 狩野 晴美 村居 幸夫 征矢 亘 森永 和男	第 20 回茨城県歯科医学会（水戸）	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・抄録集 24 頁
3	シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 歯科診療所における障害者歯科診療の現状と問題点	高木 伸子	第 20 回茨城県歯科医学会（水戸）	平成 24 年 2 月 19 日	プログラム・抄録集 52 頁

4. 口演発表抄録

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

口演発表 No.1

茨城県の障害児・者歯科医療の現状と問題点 ～障害児・者歯科医連携ネットワーク構築を目指して～

関口 浩

茨城県身体障害者小児歯科治療センター，東京歯科大学小児歯科学講座

茨城県には、約 86,000 人の障害児・者が在住し、県総人口の約 2.9% を占めています。障害児・者の多くは、茨城県身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）または土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）に歯科治療、摂食・嚥下リハビリテーションを希望して来院します。

最近の水戸口腔センターの延べ患者数および新患数は増加傾向にあり、今後この状況が継続した場合、センターの患者受け入れ状況はオーバーフローとなり、診療機能に支障を来すことが予想されます。この状況を回避するために水戸および土浦センターでは、障害者居住地域の歯科診療所に治療終了後の継続的な口腔ケアを依頼することや、センターへの通院が困難な患者に対しては、居住する近隣の歯科診療所に紹介するなどの連携ネットワークの構築が急務であると考えています。この目的を達成するには、障害者歯科治療を積極的に受け入れてもらえる会員の選別および会員の方々のネットワークへの参加・協力が必須であります。

そこで、障害児・者歯科医療連携ネットワーク構築のための基礎資料作りを目的に、茨城県歯科医師会会員を対象に障害児・者歯科診療に関する会員の意識・実態を調査しました。

今回、調査結果から判明した問題点とその対応策についてご紹介したいと思います。

口演発表 No.2

当センターにおける初診患者の臨床統計

鈴木哉絵¹，関口 浩^{1,2}，野村美奈¹，寺門寿恵¹

新谷誠康²，村居幸夫¹，征矢 亘¹，森永和男¹

茨城県身体障害者小児歯科治療センター¹，東京歯科大学小児歯科学講座²

【目的】

茨城県身体障害者小児歯科治療センターには県内各地区から毎年数多くの障害児・者の初診患者が来院する。これら初診患者について来院までの経緯および来院動機（主訴）などを調査したので報告する。

【資料および方法】

調査対象は、平成 20 年 4 月から平成 23 年 3 月までの 3 年間に当センターに来院した 411 人の初診患者である。これらの調査対象について、保護者または付添者が記載した問診票を用いて調査した。調査項目は、患者の初診時年齢、性別、居住地、施設入所の有無、障害・医科疾患の種類、来院動機（主訴）である。さらに、当センター宛の診療情報提供書あるいは紹介状を持参して来院した初診患者については、紹介元および診療依頼内容を調査した。診療情報提供書および紹介状を持参しなかった患者については、当センターを選択した理由を調査した。

なお、本調査は日本障害者歯科学会倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 100004）。

【結果】

1) 年齢・男女・居住地別にみた患者数

①年齢別では、0～9歳が最も多く199人（48.4%）であり、20歳未満が244人（59.4%）で約6割を占め、60歳以上は81人（16.3%）であった。なお初診時最低年齢は生後9か月、最高年齢は96歳10か月であった。

②男女別では、男性が246人（59.9%）であり、約6割を占めていた。

③居住地別では、県内44市町村中25箇所から409人が来院した。当センターの所在する水戸市が158人（38.4%）と最も多く、次いで隣接するひたちなか市が56人（13.6%）であった。2人と少数ではあるが県外（福島）からも来院していた。

2) 施設入所の有無

近隣の身体障害者養護施設に入所していたのは73人（17.8%）であり、338人（82.2%）は在宅であった。

3) 障害・医科疾患の種類（障害・医科疾患名重複あり）

障害・医科疾患の種類は精神遅滞が69人で最も多く、次いで自閉症65人、脳性麻痺52人、ダウン症候群32人、てんかん29人、脳血管障害後遺症28人、認知症27人、先天性心疾患25人の順であった。

4) 紹介患者数と紹介率および診療依頼内容

①紹介患者数は91人で、紹介率は22.1%であった。

②紹介患者91人の紹介元医療機関は病院が61人（67.8%）であり、歯科診療所が28人（31.1%）であった。

③主な診療依頼内容は「抜歯依頼」が26人（28.9%）と最も多く、次いで「摂食・嚥下リハビリテーション」が24人（36.7%）、「障害があるため」が11人（12.2%）、「治療困難のため」と「義歯の作製・調整」が各々9人（10.0%）の順であった。

5) 当センターを何で知ったか（重複回答）

「学校・施設で聞いた」が135人で最も多く、次いで「病院・歯科医院で聞いた」が127人、「知り合いに聞いた」が111人、「電話帳・インターネットで調べた」が15人の順であった。

6) 来院動機（主訴）（重複回答）

「虫歯治療」が206人で最も多く、次いで「摂食・嚥下指導」が74人、「定期健診」が66人、「義歯の調整・作製」が32人の順であった。少数ではあるが、口腔粘膜疾患、嚥み合わせ、抜歯などの治療希望があった。

【考察】

来院経緯をみると、「病院・歯科医院・学校・施設で聞いた」が多く、当センターは県医療関係者および職員の方々に十分に認知されていることが示唆された。また、診療依頼内容および来院動機では「齲蝕治療」、「摂食・嚥下訓練」を希望するものが多く、しかも患者の多くが対応困難な障害者・児であり、歯科治療時に配慮を要する医科疾患を有することから、当センターは地域の障害者・児に対して歯科医療を施す二次医療機関として重要な役割を担っていることが認識された。

骨形成不全症を有する小児に対する歯科治療時の全身麻酔経験

間宮秀樹¹, 湯村潤子¹, 冨田智子¹, 一戸達也¹, 金子 讓¹, 関口 浩², 森永和男²

東京歯科大学歯科麻酔学講座¹, 茨城県身体障害者小児歯科治療センター²

【目的】

骨形成不全症は易骨折性、青色強膜、歯牙形成不全、難聴、関節弛緩などを伴う結合組織疾患である。先天的な骨脆弱性があり、軽微な外力により容易に骨折することから、歯科診療時においても抑制下の治療は避ける必要がある。全身麻酔は治療中の患者の体動は防止できるが、導入あるいは抜管時の体動は骨折を惹起する可能性がある。

今回、我々は骨形成不全症を有する非協力的児に対し、全身麻酔下の歯科治療を安全に行ったので報告する。

【症例】

本症例の発表に際しては保護者より文書による同意を得ている。

- 1) 患児は3歳の女児。身長65cm, 体重7kg.
- 2) 基礎疾患：骨形成不全症（Ⅲ型）。生下時より10数回の骨折歴がある。
- 3) 口腔内所見：上顎BAABの歯冠破切、すべての崩出歯の象牙質形成不全。
- 4) 予定術式：生活歯髄切断および歯冠修復。
- 5) 患児の理解力は年齢相応であるが、過去に歯科治療経験が無いため治療時の体動が予測された。患児を抑制すると骨折する危険が高いために、両親が全身麻酔下歯科治療を強く希望されていた。
- 6) 問題点と対策：周術期の骨折の危険が高と考えられた。これには、①気道確保時の頭部後屈に伴う頸椎骨折、②フェイスマスクによる顔面骨折、③強制開口時の顎骨骨折、④血圧測定時の上腕骨折、⑤採血時の体動による腕の骨折、⑥抜管時など体動時の骨折、⑦診療台移動時の骨折が考えられた。そこで小児科および整形外科の主治医と連絡をとり、安全な管理方法を計画した。
- 7) 経過

全身麻酔前の検査一式は、患児と良好な医師—患者関係の構築できている小児科主治医に依頼し、異常値のないことを確認した。術前に患児の自発的な関節可動域を確認してそれを写真で記録し、処置当日はその範囲を超える動きは避けることとした。さらに患児と両親に診療台やフェイスマスクを提示して雰囲気慣れさせた。

当日、診療台の上にはタオルを複数枚敷いてクッション性を高めた。診療台への患児の移動はご両親に依頼した。血圧測定はマンシェットの加圧上限圧を120mmHgに設定し、必要最小限の測定にとどめた。

導入はフェイスマスクでセボフルラン—亜酸化窒素を流下法で投与し、徐々にマスクを顔面に密着させて行った。就眠後は経口エアウェイを挿入して愛護的に頭部を軽く後屈させることにより気道開通性は保たれた。喉頭展開は容易で、気管挿管後、術中は用手工呼吸を行った。

歯科処置はBAABの生活歯髄切断を行ったが、歯冠崩壊が前回診察時よりも進んでおり、かつ象牙質が脆弱であったことから、歯冠修復は行わず、根面板のようにレジンで蓋をして終了となった。

自発呼吸発現後に禁弛緩薬を拮抗し、バックリングを避けるため意識回復を待たずに抜管した。

覚醒後の体動はわずかで、疼痛の訴えもなかった。周術期を通じて骨折は認めなかった。

翌日以降の診察でも患児の体調は良好で、今後は小児歯科医による口腔内診察を継続していく予定である。

【考察】

骨形成不全症は Silence により I 型から IV 型までの 4 型に分類されており、本症例は 2 番目に重症なタイプであったため、周術期の骨折防止に注意した全身麻酔管理を行った。事前に主治医と密に連絡を取って管理方針を立案するとともに、患児の関節の可動域を術前に写真撮影して当日の参考とし、骨折予防に努めた。事前の十分な準備と周術期を通じた愛護的な対応により患児の骨折を予防できたと考えられた。

【結語】

骨形成不全症の 3 歳児に対して全身麻酔下に齶蝕治療を行った症例を経験した。

【参考文献】

- 1) 吉鷹輝仁, 吉岡英克: 骨形成不全症 (別冊日本臨床 領域別症候群シリーズ No.19 先天代謝異常症候群下巻, 諏訪庸夫 編), 510 - 513, 1998.

口演発表 No.4

障害児・者歯科診療に関する茨城県歯科医師会会員の意識・実態調査

関口 浩^{1,3}, 丸山容子², 高木伸子², 新谷誠康³, 村居幸夫^{1,2}, 征矢 亘^{1,2}, 森永和男^{1,2}

茨城県身体障害者小児歯科治療センター¹, 茨城県土浦心身障害者歯科治療センター²

東京歯科大学小児歯科学講座³

【目的】

茨城県在住の障害児・者が最小の負担で安心・安全かつ最適な歯科治療を受けられるようにするために、水戸・土浦口腔センターでは、歯科診療所と密接な連携組織を構築し、障害児・者患者を相互に受け入れる体制作りを推進していくことが責務であると考え。そこで、体制作りの第一歩として、障害児・者歯科医療連携ネットワーク構築のための基礎資料作りを目的に、茨城県歯科医師会会員を対象に障害児・者歯科診療に関する会員の意識・実態を調査した。

【資料および方法】

調査は茨城県歯科医師会会員 1,323 名を対象に調査票を郵送し、対象者に記入後返送してもらう方法で実施した。調査票は記名形式で、計 13 問を設定し、選択形式で回答を得た。一部の質問は複数回答および自由記載を可とした。調査期間は平成 23 年 4 月 26 日から 5 月 31 日までの約 1 か月間とした。なお、本調査は日本障害者歯科学会倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 110001)。

調査項目は、

I. 調査票回答者プロフィール

①支部名, ②診療所の所在地, ③臨床経験年数.

II. 障害者歯科診療に関する会員の意識調査

④障害児・者の歯科診療 (治療・予防) に興味があるか, ⑤障害児・者歯科の講演会や研修会に出席したことがあるか, ⑥水戸・土浦口腔センター主催の障害児・者歯科診療に関する研修会や症例検討会に出席を希望するか, ⑦相互に障害児・者を受け入れる連携ネットワークシステムが構築された場合, 登録するか.

III. 障害者歯科診療に関する会員の实態調査

⑧この 1 年間に障害児・者の歯科診療を行ったか, ⑨障害児・者の歯科診療経験があるのはどれか, ⑩貴院で障害児・者の歯科診療に際して, 施設・設備・スタッフなどに困る点があるか, ⑪貴院で治療困難な障害児・者の紹介先はあるか.

【結果】

- 1) 支部別にみた調査票の回収率：支部別にみた調査票の回収率は、水戸支部の13.7%から東西茨城支部の5.5%までばらつきがみられ、平均9.7%だった。
- 2) 臨床経験年数：臨床経験年数については、最短9年、最長66年で平均は26.8年であり、26年から30年が最も多く、44名(35%)だった。
- 3) 「障害者の歯科診療に興味がありますか」については、「ある」と「少しある」を合わせると73.8%と高率で、多くの会員が興味を持っていった。
- 4) 「障害者歯科の講演会や研修会に出席したことがありますか」については、「ない」と回答した方は約6割であり、「ある」と回答した者はわずかに約3割であった。
- 5) 「平成22年4月から平成23年3月までの1年間に障害者の歯科診療を行いましたか」については、「行った」と回答した者が7割近くを占め、会員の多くが障害者の歯科診療に従事していた。
- 6) 「貴院での障害者歯科診療に際して、施設・設備・スタッフなどに困る点がありますか」については、「はい」が47%、「いいえ」が53%であり、近似した結果であった。
- 7) 「困る点がある」と回答した52名に、その内容を尋ねた結果、最も多かったのは「対応・治療困難」と「スタッフの数・知識・経験不足」が同数の16名であり、次いで、「設備」が12名、「施設」が9名、「診療時間」が4名の順であった。
- 8) 「貴院で治療困難な障害者の紹介先はありますか」については、「はい」が48%、「いいえ」が52%であった。
- 9) 「紹介先がある」と回答した64名の紹介先は、「地域の歯科センター」が37名と最も多く、次いで、「大学病院」が24名、「病院歯科」が15名、「歯科医院」が7名の順であった。
- 10) 「今後、歯科医院と水戸・土浦口腔センターが連携し、相互に障害患者を受け入れる連携ネットワークシステムが構築された場合、登録をしていただけませんか」については、「登録する」が48%(61名)と約半数近くを占めていた。
- 11) 登録すると回答した61名の支部別にみた登録者数は、水戸支部の11名、土浦石岡支部9名、珂北支部8名、県南、日立、県西の各支部がそれぞれ7名ずつ、つくば支部5名、鹿行支部4名、東西茨城2名、西南支部1名の順であった。

【考察】

本調査の結果から、茨城県歯科医師会の多くの会員は、障害者の歯科診療に興味をもち、積極的に障害者の歯科診療に従事していることがわかりました。これからは、障害者歯科医療連携ネットワークに協力医として参加していただける61名の会員を中心に、システムの構築を本格的に進めていく必要があると思われた。

□演発表 No.5

遺伝性エナメル質形成不全症の原因遺伝子解析

関口 浩^{1,2}, 新谷誠康², 村居幸夫¹, 征矢 亘¹, 森永和男¹
茨城県身体障害者小児歯科治療センター¹, 東京歯科大学小児歯科学講座²

【目的】

遺伝性エナメル質形成不全症は乳歯および永久歯のエナメル質のみに症状が限局して発現する遺伝性疾患である。今回演者らは、父親および娘が発症した一家系について、原因遺伝子とその変異の同定を目的とした遺伝子解析を行ったので報告する。

【症例】

平成 14 年 12 月 27 日生・女兒

初診時年齢：4 歳 4 か月

主 訴：乳歯の歯冠形態の異常を主訴に、近医の小児歯科専門歯科医院を受診、当科を紹介され来院。

既往歴：妊娠中の母親と胎児に異常はなく、疾患、外傷、服薬の既往もなかった。出産は満期正常分娩で、出産時の母親の年齢は 30 歳であった。出生後の発育は順調で栄養状態も良好で、特記すべき疾患の罹患もない。3 歳児歯科健診で齲蝕があると指摘されたことがある。

現 症：上下顎乳前歯の切端・尖頭および上下顎乳臼歯咬合面部のエナメル質は減形成を呈している。探針による触診ではエナメル質表面は硬く、粗造感を認め擦過時の疼痛および冷温痛はない。エックス線画像検査では未萌出の下顎第一大臼歯および下顎切歯歯冠のエナメル質に減形成が認められる。

家族歴：両親、患児、妹の 4 人家族で、父親は乳歯および永久歯の全歯種がエナメル質形成不全であったという。妹も乳歯、乳臼歯にエナメル質形成不全を認める。家系調査では父親の兄、姉、母親の歯に同様な症状がみられた。母親には形成不全歯は認められない。

【試料および方法】

歯ブラシを用いて家族全員の口腔粘膜から採取した細胞からゲノム DNA を抽出・精製した。ゲノム DNA を試料に、エナメル質形成に関与するアメロジェニン、エナメルリン、アメロプラスチン遺伝子に対し、それぞれプライマーセットを設計し、PCR 解析およびシーケンス解析を行った。PCR 解析には TaKaRa EX Taq および AmpliTaqGold を用いた。シーケンス解析には Dye Terminator Cycle Sequencing Ready Reaction を用いて行った。DNA Sequencer 373A を用い、アメロジェニン、アメロプラスチン、エナメルリン遺伝子の塩基配列を決定した。

本研究は、東京歯科大学倫理委員会の承認(承認番号第 21 号)を得た後、家族全員の同意の下で実施された。

【結果】

1) エナメルリン遺伝子

シーケンス解析では、娘および父親のエナメルリン遺伝子のエクソン 10 に共通の変異が認められた。

1 つは 664 番目の塩基が C から T に 1 塩基置換していた。その結果、222 番目のコドンが CAA から TAA となり、コードするアミノ酸が Gln からストップコドンに変化していた。

2) アメロジェニン遺伝子、アメロプラスチン遺伝子

姉妹および両親に変異は認められなかった。

【考察】

遺伝性エナメル質形成不全症の原因遺伝子について、アメロジェニン遺伝子またはエナメルリン遺伝子の変異が報告されている。2001 年に Rajpar らが遺伝性エナメル質形成不全症家系について、最初にエナメルリン遺伝子変異を報告して以来、これまでに 14 例の報告がある。変異型は 8 種類であり、変異部位はイントロン 9 のスプライシングサイトおよびエクソン 10 に多く認められている。すなわち、これら領域は他の領域に比べて遺伝子変異が起こりやすいホットスポットであると考えられる。本家系においても、父親と姉妹のエナメルリン遺伝子のエクソン 10 に変異が認められたことから、これまでの報告と同様な結果であった。しかし、従来の報告にはない部位に変異がみられた。変異型とエナメル質形成障害の程度との関連性は未だ不明であるがエクソン 10 の変異は部分的減形成が多いとするこれまでの報告と同様であった。

患児、父親および妹は正常なエナメルリン遺伝子と変異のあるエナメルリン遺伝子の両方を有し、変異のある遺伝子が発現したために発症したものと思われた。遺伝子解析の結果から、本例はエナメルリン遺伝子の変異による常染色体優性の遺伝性エナメル質形成不全症と診断された。

外胚葉異形成症の原因遺伝子解析

関口 浩^{1,2}, 新谷誠康², 村居幸夫¹, 征矢 亘¹, 森永和男¹
茨城県身体障害者小児歯科治療センター¹, 東京歯科大学小児歯科学講座²

【目的】

無汗型外胚葉異形成症 (anhidrotic ectodermal dysplasia : AED) は、疎毛・汗腺の欠如による発汗不能・歯の先天欠如の主要3症状によって特徴づけられる遺伝性疾患である。本疾患の発症原因については、これまでに X 染色体に座位する ED1 (ectodysplasin A) 遺伝子の変異が報告されている。今回、東京歯科大学千葉病院小児歯科に来院した無汗型外胚葉異形成症の小児患者とその家族について、ED1 遺伝子を解析した結果、小児患者と母親に共通の遺伝子変異が認められたので報告する。

【症例】

患児は平成10年8月13日生まれの男児で、多数歯の先天欠如による咀嚼機能の回復および審美性の改善を希望して来院した。初診時年齢は10歳7か月である。生下時から頭髪、眉毛、睫毛がほぼ欠損し、皮膚の乾燥性変化がみられたという。その後の身体成長の進展にもかかわらず疎毛が改善しないため小児専門病院で診察したところ、①頭髪、眉毛の疎毛②反復性不明熱③副鼻腔炎④全身の無汗（発汗検査）⑤多数歯の先天欠如であることで無汗型外胚葉異形成症と診断された。歯数については当科でのエックス線画像検査で17本の永久歯欠如が確認された。家族歴では父親は正常、母親に永久歯の矮小を認める。

【試料および方法】

患児、両親および妹の口腔粘膜から、歯ブラシを用いて採取した細胞を用いてゲノム DNA を抽出し、ED1 遺伝子の8個所のエクソン領域をPCR増幅した。使用したプライマーは8組とも各エクソンの5' 端側および3' 端側のイントロン領域に設定した。次いで、これらのPCR産物の塩基配列を決定し、正常なED1 遺伝子の塩基配列および家族内で比較検討した。

なお、本研究は東京歯科大学倫理委員会の承認（承認番号第21号）を得て、被験者および保護者同意の下で実施した。

【結果】

患児のED1 遺伝子のエクソン3にC→Tのミスセンス変異が認められ、ED1 タンパク質の155番アミノ酸がアルギニン (Arg) からシステイン (Cys) に置換していると考えられた。父親および娘のED1 遺伝子には変異は認められなかったが、母親の片方のX染色体上のED1 遺伝子に患児と同様の変異（ヘテロ接合）が認められた。

【考察】

AEDは遺伝形式により、大きくX連鎖と常染色体性（優性・劣性）の2つに分類される。臨床症状はAEDの診断に重要であり、無汗（または乏汗）、疎毛、歯の先天欠如を主要症状とする。X連鎖性AEDの原因はXp12～q13.1に座位するED1の遺伝子変異であることがわかっている。そのため、X連鎖AEDはほとんどが男に発症し、女は保因者となる。しかし、保因者は1対のX染色体うち一方が不活化されており（Lyonization）、どちらが不活化されるかは細胞によって異なるため、各器官にはED1遺伝子が正常な細胞と異常な細胞が混在することになる。従って、歯・毛・汗腺などに軽症の減汗症、軽度の疎毛、部分的な歯の先天欠如、円錐歯などの部分症状を呈することが多い。

今回の症例の場合、患児の母親が変異したED1遺伝子を含んだX染色体をヘテロ接合性に有しており（保因者）、このことが母親にみられる矮小歯の原因と推察された。また、患児の妹が父母から正常な方のX染色体を受け継いでいるのに対して、患児はこの変異した方のX染色体を母親から受け継いだと考えられた。

AEDはX連鎖の他、ED1の受容体であるEDAR (EDA receptor) や、そのアダプター分子であるEDARADD (EDAR-associated death domain) の遺伝子変異で起こる常染色体優性・劣性AEDが知られているが、いずれも、現在のところ根本的治療法はなく、治療は医科的、歯科的な対症療法に限られる。今後の治療法の開発が期待される。

口演発表 No.7

当センターにおける永久歯歯冠修復の実態調査

寺門寿恵¹、関口 浩^{1,2}、鈴木哉絵¹、野村美奈¹、金子雅子¹、高橋裕子¹、新谷誠康²
村井幸夫¹、征矢 亘¹、森永和男¹
茨城県身体障害者小児歯科治療センター¹、東京歯科大学小児歯科学講座²

【目的】

茨城県身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）には県内各地区から齲蝕治療を希望して数多くの障害児・者が来院する。これら患者の中には、障害の種類や程度により一般的対応では治療困難なために、歯冠修復法の選択に苦慮する場合がある。そこで、今後の診療体制の改善に役立てることを目的として、最近1年間に当センターを受診した障害児に対して実施された永久歯歯冠修復法の応用状況を把握するとともに、健常児の過去の調査と比較検討を行ったので報告する。

【資料および方法】

調査対象は、平成22年4月から平成23年3月までの1年間に当センターに来院し、永久歯に対し歯冠修復を行った7歳児から19歳児までの患児104名の永久歯185歯である。これらの調査対象について診療録から年齢別、部位別、歯種別にみた歯冠修復法の応用状況を調査するとともに、過去の健常児調査と比較検討を行った。

調査に際しては以下の基準を設け集計した。調査期間に同一歯牙に2回以上の歯冠修復を行った場合には最終歯冠修復処置をもってした。また、1歯に対して同時に2種の歯冠修復を行った場合は2歯冠修復とした。なお、1歯に対して同種の歯冠修復材にて2窩洞の修復処置を行った場合は1歯冠修復として算定した。

【成績】

1) 年齢別にみた調査対象患児数と永久歯歯冠修復数

調査対象患児数では、17歳児が最も多く14名であり、永久歯歯冠修復数では18歳児が最も多く29歯であった。歯群別で見ると、前歯は17歳児が最も多く6名であり、修復歯数は18歳児が最も多く14歯であった。小臼歯では14歳児と19歳児が最も多くともに4名であり、修復歯数は14歳児が最も多く9歯であった。大臼歯は16歳児が最も多く9名、16歯であった。

2) 各種歯冠修復法の応用状況

修復歯総数185歯中、最も応用頻度が高かったのはコンポジットレジン修復128歯(69.2%)であり、次いでメタルインレーが44歯(23.8%)、コンポジットレジン冠7歯(3.8%)、ガラスアイオノマーセメント修復3歯(1.6%)、鑄造冠3歯(1.6%)の順であった。

3) 各種歯冠修復法の年齢別応用状況

年齢別にみると7歳から19歳までのいずれの年齢ともコンポジットレジン修復が最も多かった。

4) 各種歯冠修復法の歯群別ならびに歯種別応用状況

歯群別にみると、いずれの部位ともコンポジットレジン修復が最も多く、前歯部では80%～90%を占めていた。上下顎小臼歯および大臼歯部ではメタルインレーが30%～50%であり、鑄造冠は僅

かであった。

5) 本調査と健常児の調査の比較

平成 15 年 1 月から 12 月までの 1 年間に東京歯科大学千葉病院小児歯科において実施された健常児永久歯の歯冠修復応用状況の調査では、応用頻度の高かったのは、コンポジットレジン修復 (39.5%) であり、次いでメタルインレー (33.5%)、ガラスアイオノマーセメント修復 (15.7%)、コンポジットレジン冠 (3.1%)、鑄造冠 (0.9%) の順であり、本調査もほぼ同様な順位であった。

【考察】

障害児と健常児の永久歯歯冠修復法の応用状況の比較において大きな違いが認められなかった。これは水戸口腔センターにおいては障害の種類・程度および対応の難易度に関わらず、障害児に対して健常児と同等の最善の治療が施されていることを表している。しかし、7 歳～15 歳の幼若永久歯の歯冠修復の応用状況を見ると、今後は齲蝕予防に対するプロフェッショナル・ケアおよびホーム・ケアの重要性が示唆された。

□演発表 No.8

シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 基調講演：障害者にとっての歯科医療

森永和男

茨城県歯科医師会会長

本日は大変お忙しい中、茨城県歯科医師会主催のシンポジウムにご参加頂きまして誠にありがとうございます。また今回のシンポジウムにパネリストとして身障者対策では著名な 5 人の先生方にわざわざ水戸までお出で頂き、ご講演をいただくことになっております。先生方ほんとうにありがとうございます。よろしくお願ひ致します。

今回、各論として 5 人の先生方に詳しくお話を聞いて頂くとして、私の方からは歯科医療の現状、これからの歯科医療の在り方全般についてお話をさせて頂き、これからの障害者に対する歯科医療はどうしたらよいかというお願ひを含めてお話をさせて頂きます。

現在の歯科の状況を申しますと、日本も急激に社会状態、生活環境が変化し歯科界にとっても例外ではありません。

つい 10 年前まではむし歯が蔓延し、歯科医師数も足りず、何年もむし歯の改善に専念させられた時代が続きました。しかし、むし歯の疾患は減少しつつあります。しかし、長年むし歯の蔓延状況が続いたため、県民は歯科医師はむし歯を治す医者という概念がしみ通り、患者が歯科医療とは全身疾患を見据える医療という考え方から離れていってしまった感があります。

従って、むし歯の減少した現在県民の健康にどう対応したら良いかを考えた時、前にも申し上げました通り、高齢化社会に突入して、問題になってきましたのが、生活習慣病対策であります。それが歯科医療に反映されていませんでした。その中で生活習慣病の善し悪しが、口腔の健康に左右される事がはっきりしてまいりました。この事を我々も真剣に考えて行かなくてはなりません。真の歯科医療とはなにかを考えた時、「いのち」の大切さ、心の問題を解き明かしていく「こころ」の医療、人を支える医療と考えます。

すなわち、高度医療が発達し、医療が細分化し結果的には確かに日本は長寿国になり、多くの方が天寿を全うするようになりましたが、その一方で大半は虚弱な期間を経て亡くなっている事実を考えた時、いのちの面から考えると「人生、ゆりかごから墓場まで」その人らしい生活を送れる事が大切になって来るのではないだろうかと考えます。現在のように歯科疾患が口腔ケアを含めて生活習慣病に関与する分野はないので

はないかと考えます。まさに QOL（生活の質）を高める事ができるのが歯科医療なのです。

また、生活習慣病だけでなく、外科の合併症でも、がんにおいても罹る確率は高くなっています。このように考えてきますと障害者の問題と共通する点が多くあると考えます。

今までは障害者に対する医療が単に医療面だけに走って、果たして障害者にとって幸せや生きがいをもたらしてきたのだらかと考えます。私たちが本当に障害者の健康を考えた時その方の生きがいをサポートし終局的には社会復帰ができるような障害者医療を真に考えなければいけないと思います。

現在、茨城県水戸医療センター（水戸口腔センター）では従来の歯科治療のほかに社会復帰するための定期検診、摂食・嚥下訓練をし、順調に社会復帰していただくべく努力しております。一昨年11月8日には茨城県でも歯科、口腔に関する健康づくりの条例が施行され、昨年の8月3日に国会で口腔保健法が成立しましたが、まさに国もこころの大切さを考えてきているのではないかと、希望的観察ではありますが感じられます。

しかし、現時点ではマンパワーの不足が否めない現状であります。茨城県歯科医師会として会員の診療所との連携によってこの解決策を図っているところでもあります。これが実現すれば歯科医療はまさに障害者医療にとって中心的な役割を果たしていく分野であると考えます。

口演発表 No.9

シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して わが国の障害者歯科医療におけるノーマライゼーション

石井拓男

東京歯科大学副学長，社会歯科学研究室

我が国の障害児者への歯科治療は、歯科医師会が自発的に行う福祉的あるいは慈善的な事業として始まった。しかしそれは、その後普及したノーマライゼーションという概念とは対峙するものであったと考えられる。1966（昭和41）年、大阪府歯科医師会が肢体不自由児歯科診療所を開設した。次いで1970（昭和45）に、京都府歯科医師会が京都歯科サービスセンターを開設し障害児者の歯科治療を行った。一般の歯科診療所では、障害児者を受け入れることが困難であったことから専門的に歯科診療を行う施設が必要であった。その背景には、障害者に対するノーマライゼーションとは正反対の障害者を排除する風潮が一般市民の中にあつたことは否めない。茨城県歯科医師会の口腔保健センターも、1970（昭和45）年に開設されたもので全国的には先駆的なものの一つであった。

口腔保健センターは、一種の流行現象のように各地で設立された。1980（昭和55）年には114施設であったものが、2009（平成21）年には321施設と増加した。その設置運営も、公設公営、公設民営、民設民営と種々雑多であり、業務内容も地域やセンターにより異なるものであった。休日診療と障害者歯科医療が、その中でも最も多く実施されていたものであった。近年、訪問巡回診療が増加しているようである。障害者施設への訪問診療もあるが、要介護高齢者の訪問診療も望まれるようになってきたためと思われる。

障害者の歯科治療が次に転換期を迎えたのは、1974（昭和49）年の診療報酬改定で初再診料に心身障害者加算が新設されたときであった。この時期は、ちょうど差額徴収問題で、歯科界が世論の批判の的となった時であった。歯科界空前の事態の中で、日本歯科医師会が目すべきメッセージを出していた。「日本歯科医師会地域歯科医療対策の決定について」という通知である（図9-2）。これは、厚生大臣宛に出されたものであった。この中で日本歯科医師会は、特殊歯科疾患対策という項をもうけ、心身障害者歯科医療の研修、心身障害者歯科に対する大幅な点数の引き上げ、国立病院に心身障害者歯科の診療科の設置、歯科大学教育

に福祉医療の教育という事項を提示した。実に先駆的な、注目すべき見解である。しかし、この時の特殊歯科という用語が障害者への歯科に一つの性格付けをしてしまったようにも思われる。それは、後のノーマライゼーションとこれまた対峙するものであった。

ノーマライゼーションは、1960年ころからデンマークで法令に明記されるようになり、1971年に国連の知的障害者の権利宣言に書かれたことから世界的に広まりだした概念である。我が国には1975年ころから文献による流入が始まった。

「障害があるからといって、社会から阻害され差別される理由はない。たとえ身体的あるいは知的な障害があっても一個の人格を持ち、障害がない人と人間として何ら変わりはない。障害がある者が、社会で日々を過ごす一人の人間としての生活状態が、障害のない人々の生活状態と同じであることは権利なのであり、可能な限り同じ条件のもとに置かれるべきである」。ノーマライゼーションの考えである。

我が国では、1993（平成5）年から「障害者対策に関する新長期計画」が始まり、同年12月に障害者基本法が改正され整備が進んだ。そして、1995（平成7）年の障害者プラン・ノーマライゼーション7カ年戦略が示されたことで、ノーマライゼーションという概念と言葉が国策の中に位置づけられることとなった。この障害者プランの中に、「バリアフリー」という用語が初めて記載された。「バリアフリー」は、急速に国民の中に浸透しそれとともにノーマライゼーションの周知も進んだ。また、同時に「寝たきり老人」と呼ばれた要介護高齢者への対応と障害児者への対応が一体化することとなった。前述の口腔保健センターの業務に、在宅医療等の歯科診療が加わりだしたのもこの影響と思われる。

ノーマライゼーションの趣旨によれば、障害者とそうでない人を区別して歯科医療を提供することは望ましくないことになる。一方で公的医療保険は、いつでもどこでも医療の提供を受けられるという我が国の誇るシステムである。となると、障害者であってもまずは一般歯科診療所を受診し、状況に応じて病院等の高次医療機関を受診するというのが適切なこととなる。2010（平成22）年の診療報酬改定では、歯科診療所において障害者に対する歯科治療が困難な場合は、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。と基本的な考え方に明記され、新たな点数が創設された。障害者の場合も一般歯科診療所が担当するのが原則であることがさらに明確となった。

ノーマライゼーションの我が国への浸透を表す典型例として、医療従事者の欠格事由の改正がある。1999（平成11）年8月 障害者施策推進本部が示した「障害者に係る欠格事項の見直しについて」を受け、障害者の社会経済活動への参加の促進を図るため、国民の健康及び安全に関する資格制度等において定められている障害者等に係る欠格事由の適正化等を図ることを目的に「障害者等に係る欠格事由の適正化等をはかるための医師法等の一部を改正する法律」が2001（平成13）年に制定された。そのため、医師法、歯科医師法の免許の絶対的欠格事由から、目が見えない者、耳が聞こえない者、口が聞こえない者が削除された。そして、2005（平成17）年の医師国家試験で全盲の合格者が実現したのである。

歯科医療における障害者歯科の進展にもう一つ影響したのが、医療保険における「摂食機能障害療法」である。1994（平成6）年の診療報酬改正で、歯科点数表にリハビリテーションの部が新設された。そこに、発達遅延や額切除等による摂食機能障害患者への摂食機能療法が盛り込まれた。さらに、その適用に脳血管障害による後遺症患者が加えられたことから、一挙に症例が増加したのである。現在は誤嚥性肺炎との関連もあり、この療法の重要性は増している。

障害者歯科医療は、要介護高齢者も対象として、歯科界の大きな変革を生じせしめている。それは、歯科診療所の新たな機能の向上を促し、高次医療機関の機能整備ももとめている。そしてなにより、それらの施設機能の有効な連携と連携を円滑にする制度の整備も急がれるのである。

シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 障害児・者歯科診療に関する会員の意識・実態調査結果からの提言

関口 浩

茨城県身体障害者小児歯科治療センター，東京歯科大学小児歯科学講座

茨城県内の各地域から数多くの障害児・者が，治療，予防，検診，摂食・嚥下訓練などを希望して茨城県身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）または土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）に来院します。最近の水戸および土浦両センターの延べ来院患者数と新患者数は増加傾向にあり，今後この状況が継続した場合，センターの患者受け入れ状況は過剰となり，診療機能に支障を来すことが予想されます。この状況を回避するために水戸および土浦センターでは，治療が終了した患者の定期的な口腔ケアを紹介元の診療所または患者居住地域の診療所に依頼したり，センターへの通院が困難な患者に対しては，居住する近隣の診療所に紹介するなどの連携ネットワークの構築が急務であると考えています。この目的を達成するためには，障害者歯科診療を積極的に受け入れていただける会員のリストアップおよび会員の方々のネットワークへの参加・協力が必須であります。しかし，連携システムを構築する上で必要な障害者を受け入れる歯科診療所・協力医数に関する既存資料がなかった。そこで，昨年4月26日から5月31日までの約1か月間にわたり，全会員を対象に実施した「障害児・者歯科診療に関する会員の意識・実態調査」の結果から，連携システムに協力医として登録していただける会員数が明らかになった。その数は10支部61名である。この61名の会員を中心に，障害児・者が最小の負担で安心・安全かつ最適な歯科治療を受けられるようにするために，両センターと診療所とが密接な連携組織を構築し，障害者患者を相互に受け入れる体制作りを本格的に推進していく必要があると考える。

しかし，協力医61名の分布をみると都市部では集中し，農村部では数がすくないために十分な患者フォローができない可能性がある。そこで，実態調査で治療困難な障害者の紹介先を調査したところ，22箇所の病院歯科，近隣の歯科大学病院，専門歯科診療所があり，これら機関との連携も必要であると考えられる。

このネットワークの利点は，障害者患者を他の歯科医療機関に紹介する際，連携ネットワークを活用すれば，患者が最小の負担で安心・安全かつ最適な歯科治療を受けられるような対応が可能となる。さらに，これまで，障害者の歯科治療を実施している診療所を捜すのは困難であったが，障害者歯科医療連携ネットワークの情報を一般公開すれば，患者・保護者自身が治療を受けたい医療機関を自由に選択することができる。

一方，問題点としては，協力医の間でスキルの格差があるために，協力医の知識・技能・態度の向上を図り，歯科診療の質および協力歯科医師数の底上げが必要である。さらに，患者を紹介する際に，紹介先の協力医に患者情報を書類で伝えるため，協力医は実際に患者と会ったことがないためにコミュニケーションの具合，歯科治療時の協力程度および対応が正確に伝わり難い。これらの課題については，今後協力医と討議して改善する必要があると考える。

シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 東京歯科大学千葉病院障害者歯科外来における行動調整法の実際

間宮秀樹

東京歯科大学歯科麻酔学講座

東京歯科大学千葉病院では障害者歯科外来はⅠとⅡに分かれており、障害者歯科外来Ⅰでは、治療に非協力的な患者様や不随意運動のある患者様等に安心して治療を受けていただけるように、全身麻酔法、静脈内鎮静法など歯科麻酔科医による行動調整法を行っております。全身麻酔法では患者様は無意識となり、筋弛緩、反射の消失、疼痛閾値上昇がみられるため、体動のない安全で質の高い歯科治療を受けることができます。静脈内鎮静法は、薬物により意識レベルを低下させて患者様をリラックスさせる方法で、全身麻酔法よりも全身への影響は少なくなります。障害者外来Ⅱは小児歯科外来に併設され、小児歯科医による診療が行われております。来院された患者様がⅠとⅡのどちらの専門外来を受診することになるかは、患者様の全身状態、協力度、歯科治療内容、等を検討して上で決定されます。

2010年1年間に障害者歯科外来Ⅰに来院された患者様の延べ症例数は1,324例で、そのうち約8割が知的障害を有していました。行動調整法として、静脈内鎮静法が638例と最も多く、全身麻酔法は57例で行われていました。静脈内鎮静法は全身麻酔法よりも手軽に受けられる利点がありますが、患者様の非協力度が高いと歯科治療が行えないなどの制限があります。一方、全身麻酔法は患者様の非協力度が高くても歯科治療を行えますが、全身麻酔薬による呼吸や循環、代謝の抑制などの欠点もあります。そのため、行動調整法の適応は患者様の協力度、全身状態、歯科治療内容などを総合的に判断して決定しています。当外来ではほとんどの全身麻酔法が日帰りで行われており、この方法は患者様本人が環境の変化によるストレスを感じる事が少なく、付き添いの方にとっても負担の少ない方法です。

当外来への紹介元は院内他科から62例と最も多く、次いで他施設から19例、開業医から14例でした。茨城県身体障害者・小児歯科治療センターからも患者様をご紹介いただいております。歯科麻酔科医による全身麻酔管理下に骨形成不全症の患者様やI-cell病の患者様の歯科治療を関口先生に行っていただきました。

今回は障害者歯科外来Ⅰの現状と、全身麻酔法および静脈内鎮静法下歯科治療の実際についてご紹介させていただきます。

シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 障害者歯科医療の現況 —東京都における取り組み—

高野伸夫

東京歯科大学千葉病院病院長、口腔外科学講座

はじめに

障害者歯科医療の充実を図って、各地域に障害者歯科センターが創設されている。センターには、障害が軽度の一次医療から全身麻酔あるいは入院が必要な三次医療までの患者が数多く紹介されている。障害患者の内訳は知的障害、脳性麻痺、有病者、摂食・嚥下障害あるいは要介護患者など様々である。これら障害者

の歯科治療は、センターだけでの対応では無理が生じる。したがって、センターが司令塔となり、連携している障害者歯科治療協力施設や地域中核病院に振り分けを行っている。

また、障害者歯科センターの重要な役目として、障害者歯科医療を支える診療スタッフの育成事業がある。これまで、歯科医は主に診療所での受身的な歯科診療を行ってきたが、積極的に障害者歯科治療に取り組んでもらうため、障害者歯科治療協力医や衛生士などのスタッフを養成するものである。多くの歯科医がこの協力医となり、障害者治療に従事することは勿論、診療スタッフ教育にも従事していかなければ、障害者歯科医療の発展は期待できないと考えられる。平成23年8月2日歯科口腔保健法が成立した。この理念法には障害者のための施策も組み込まれている。低迷した歯科医療の発展にも繋がるような、地域完結型の障害者歯科医療連携体制を構築すべきと考えられる。今回、私が経験してきた東京都の障害者歯科医療の一端を紹介する。なお、今回の発表に際しての資料は東京都福祉保健局の資料を参考としている。

1. 東京都における現在までの障害者歯科医療

歯科医師会協力のもと、東京都は種々の障害者歯科治療を進めてきたが、平成7年7月東京都歯科保健対策推進協議会を発足させ、平成8年5月その報告書において障害者歯科医療の課題と今後の方向性を明らかにした。

1) 医療機関の機能分担化と連携システムの確立

障害者歯科医療においては、障害の程度と歯科治療の難易度で区分し、医療機関の種類によって役割を分担する必要がある。一次医療機関としては一般歯科診療所や障害者治療協力医など障害者の治療が可能な施設、二次医療機関はある程度の設備を持ち、鎮静法などが行える専門的施設で、時には日帰り全身麻酔などが行える施設、三次医療機関は全身麻酔下の歯科治療を中心に行い、種々の疾患を持つ患者の対応が可能で、入院下の治療にも対応できる施設と位置付けている。区分された一次、二次あるいは三次医療を、下図の如く該当する施設が担当する。まだまだその連携も完全とは言えないが、それぞれの施設が円滑に機能するよう努力している。

2) 高次医療機関の確保及び支援

現在では、区市町村に二次医療機関の役目を果たす口腔保健センター等が、行政や地区歯科医師会の甚大な協力のもと数多く設置されており、その役目を十分に果たしていると考えられる。また、東京における三次医療機関の任を負う高次医療機関としては、都立病院をはじめ多く大学病院があり、歯科を併設する拠点病院となり得る施設が多いことは幸いしている。

3) 歯科保健サービスの積極的な推進

保健所・健康センター等は定期健康診査や予防処置などの保健サービスを提供するほか、障害者に関する歯科医療情報の収集・提供や医療機関への紹介を行い、介護者、福祉施設、医療機関との密接な連携のもと、関係者全体の歯科保健意識の向上に努めている。

4) 都立心身障害者口腔保健センターの役割

二次医療機関としての役目だけではなく、都の障害者歯科医療システムの中核機関として情報管理部門を強化し、連携の要となる役割を担っている。また、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士に障害者歯科の研修を行いながら、一次、二次および三次医療機関との連携にも努めている。

上記の4つの重点項目を考慮した障害者に対する歯科保健医療対策の大系が次の図の如くである。

2. 東京都における今後の障害者歯科医療

東京都は平成17年10月、東京都歯科保健対策推進協議会に専門部会を設置し、専門部会および協議会で検討を重ね、平成18年6月、今後の障害者歯科保健医療対策の在り方についてと題した報告書をまとめた。この中には前回の報告から10年が経過し、障害者、高齢者を取り巻く社会情勢が大きく変化したため、施策の再構築を図る必要性がでてきたと述べられている。

1) 歯科医連携システムの充実と地域ケア体制のあり方

今後、高齢化による後天性障害者や在宅患者のさらなる増加が見込まれる。障害者が歯科治療や歯科健康管理のために遠方まで通うことは困難であるため、障害者医療は地域完結型である必要がある。そのためには歯科医師会の協力のもと区市町村が主体となり、一次から三次までの医療機関の機能分担を明らかにし、センターに患者が集中しないようにこれまで以上に連携の推進を図っていく必要がある。また、地域においてセンターなどを活用し、障害者医療に関与する人材育成のための研修をさらに充実させるなど区市町村の一体的・総合的な取組みも必要である。

2) 東京都保健所における今後の地域支援体制のあり方

これまで行ってきた歯科健診等の直接的サービスから障害者施設などへの支援強化へ移行する必要性があるが、専門的支援が必要と考えられる難度の高い障害者に対しては相談・保健指導を引き続き実施する必要があると考えられている。また、これまでと同じように障害者歯科治療施設の把握と紹介を行い、発達障害児の歯科診療や保健サービスを円滑化する任も負うことになる。さらに、高齢者・障害者医療に携わる人間の育成と連携の支援を行っていく他、口腔機能を向上させるなどの介護予防事業の円滑な実施に向け、市町村のニーズを把握し支援を行っていく努力も必要となる。

3) 都立心身障害者口腔保健センターの今後の役割

障害者歯科医療におけるセンター・オブ・センターとしての役割を重視し、機能の再構築を行っていく予定となっている。

重点項目を考慮した障害者に対する今後の歯科保健医療対策の大系は次の図の如くである。

おわりに

東京都における障害者歯科治療の概要について、不十分と思われるが、私の知るところを東京都福祉保健局の資料を参考にさせていただき簡単に述べた。今後、茨城県における行政的医療としての障害者歯科医療の発展に少しでも参考になればと考える。最後に、種々ご協力いただいた都立墨東病院歯科口腔外科、都立大塚病院口腔科の諸先生方に感謝いたします。

参考資料

- 1) 東京都歯科保健対策推進協議会報告書，東京都歯科保健対策推進協議会編，平成 8 年 5 月。
- 2) 今後の障害者等歯科保健医療対策のあり方について－東京都歯科保健対策推進協議会報告書－，東京都福祉保健局編，平成 18 年 6 月。

□演発表 No.13

最新の蘇生ガイドライン－BLS、ACLS－

森永桂輔

森永歯科医院，茨城県身体障害者小児歯科治療センター，富士市立中央病院麻酔科

アメリカ心臓協会（AHA）は、世界中の蘇生に関する論文を吟味し、現時点における最良の蘇生法のガイドラインを 5 年ごとに提示している。2010 年 10 月に最新のものが発表され、2011 年の夏頃から日本でもそれに沿った BLS、ACLS コースが開催されるようになった。BLS における今回の改訂の一番のポイントは、A → B → C（気道確保→人工呼吸→心臓マッサージ）が、C → A → B となり、心臓マッサージの重要性が更に強調された点である。心室細動（Vf）に対する決定的な治療は AED による除細動であることは間違いないが、除細動に至るまでの絶え間ない心臓マッサージの成否が、その後の蘇生率を大きく左右する。

日本のある自治体の統計では、AED 実施前における人工呼吸+心臓マッサージの蘇生法と、心臓マッサージのみの蘇生法では、蘇生率に有意差がないと結論づけている。ACLS では、それほど大きな変更点はないが、絶え間ない心臓マッサージを継続しつつ、2 分毎の除細動とそれに続く薬剤投与、そしてチームアプローチの重要性に加え、低体温療法など心拍再開後のケアが含まれるようになった。

(今回の私の発表では、①蘇生法の歴史、②最新の BLS・ACLS、③症例検討の 3 つのセクションがありましたが、文面の都合上、今回の抄録では②の特に BLS に関して掲載させていただきます)

心肺蘇生法 (しんぱいそせいほう, CardioPulmonary Resuscitation; CPR) は、呼吸が止まり、心臓も動いていないと見られる人の救命へのチャンスを維持するために行う呼吸及び循環の補助方法であり、人工呼吸と心臓マッサージを内容とする。心肺蘇生法 (以下 CPR と略) は、特殊な器具や医薬品を用いずに行う一次救命処置 (BLS; Basic Life Support) と BLS のみでは心拍が再開しない場合に、救急車内や病院などで救急救命士や医師が気管挿管や高濃度酸素、薬剤も用いて行う二次救命処置 (Advanced Life Support; ALS) の範囲がある。

CPR の最大の目的は脳への酸素供給維持である。脳自体には酸素を蓄える能力がなく、呼吸が止まってから 4~6 分で低酸素による不可逆的な状態に陥る。そのため一刻も早く脳に酸素を送る必要がある。2 分以内に心肺蘇生が開始された場合の救命率は 90% 程度であるが、4 分では 50%、5 分では 25% 程度となる (カーラーの救命曲線)。したがって、救急隊到着までの数分間 (7~8 分) に「現場に居合わせた人」による CPR が行われるかどうかで救命率を大きく左右する。

BLS の実施の流れは、次の 8 つの段階に分けられる。

1. 状況の確認、2. 意識の確認、3. 応援を呼ぶ、4. 呼吸の確認、5. 胸骨圧迫心臓マッサージ (CPR)、6. 気道確保と人工呼吸、7. AED による除細動、8. BLS の継続

それぞれの段階の要点を以下に述べる。

1. 状況の確認

周囲の状況を確認する。第一に周囲の安全を確認しなければならない。これは二次災害を防ぐためであり、救助者の安全が最優先である。

2. 意識の確認

近くによって肩を叩きながら相手の耳元で「大丈夫ですか？」などと大きな声で呼びかける。

3. 応援を呼ぶ

呼びかけに反応がなければ大声で叫んで助けを呼び、周囲の人に 119 番通報と AED の手配を頼む。一人で何もかも処置しようとしてはならない。

4. 呼吸の確認

呼吸の確認は以前の「見て・聞いて・感じて」は行わず、目視だけで迅速に判断するように、ガイドライン 2010 から改訂されている。不自然な呼吸は死戦期呼吸 (=心停止) の可能性が高ので、これを見逃さない。普段通りの呼吸があれば横向き (回復体位) にして救急車を待つ。10 秒以内に普段通りの呼吸が確認できなければ呼吸ナシとしてあつかい、すぐに胸骨圧迫を開始する。

5. 胸骨圧迫心臓マッサージ (CPR)

胸の真ん中に手の付け根を置き、肘を真っ直ぐ伸ばし上半身の動きで、少なくとも 5cm 程度沈むように、少なくとも 100 回/分の速さで圧迫を 30 回繰り返す。旧ガイドラインでは 4~5cm 程度、100 回/分であったが、ガイドライン 2010 から上記のように改訂されている。衣服の上からでもよい。小児、乳児の場合の圧迫は胸の厚みの 1/3 とする。毎回の圧迫解除時には胸が元の位置に戻るよう、完全に力 (体重) を抜く。圧迫が完全に解除されない状態でマッサージを続けると、胸腔内圧が上昇し、静脈還流 (心臓への血液

の流れ) が阻害されてしまい、有効な心拍出を生み出せない。

周囲に人がいる場合には約2分で交代してもらう。胸骨圧迫を2分～3分続けるのは、相当大変で、CPRの質の低下につながる。なお交代は10秒以内に迅速に行い、胸骨圧迫の中断を最小限にする。AED実施直前の胸骨圧迫の中断が10秒以上、胸骨圧迫の速さが80回/分未満、胸骨圧迫による胸部の沈みが成人の場合4cm以下となると除細動成功率が明らかに低下することが報告されている。

6. 気道確保と人工呼吸

訓練を受けていない市民救助者は、救急隊が来るまで胸骨圧迫のみのCPR（ハンズオンリーCPR）を行うべきである。ハンズオンリーCPRが有効であるのは、血中の酸素濃度がある程度維持されている心停止後約10分間である。ただし、溺水や気道閉塞など、窒息が原因と思われる場合、あるいは小児の心停止では人工呼吸を組み合わせたCPRを実施することが望ましい。小児の心停止は窒息が原因であることが多い。

①気道確保

訓練を受けた救助者が人工呼吸を行う場合は、最初の人工呼吸の前に気道確保を行う。仰向けに寝かせた状態で片方の手で額を押さえ、もう片方の人差し指と中指で顎を上を持ち上げる頭部後屈顎先拳上法を用いる。外傷患者の場合、頸椎の保護を重要視するため、下顎拳上法を用いる。口の中に異物があれば出来る範囲で除去する。

②人工呼吸

額に当てている手の親指と人差し指とで鼻をつまみ空気が漏れないようにしてから胸部がかかるく膨らむことを確認しながら約1秒かけて息を吹き込む。これを2回繰り返す、すぐに胸骨圧迫を再開する。すべての年齢において、胸骨圧迫と人工呼吸の比は30:2である。ただし熟練救助者が2人以上で小児・乳児に対してCPRを行う場合は15:2とする。

7. AEDによる除細動

AEDが手に入った場合は即座に使用する。

2010ガイドラインから一歳未満の乳児にもAEDが使えることになった。AEDの使用法は基本的に音声ガイダンスに従えばよいが、ポイントは以下の通りである。

①電極パッドを胸部に貼りつける。パッドに図示している貼付位置を参考にするが、逆になっても構わない。とにかく心臓を挟み込む位置に貼り、小児のように体表面が小さい場合は胸と背中に貼ればよい。地面が濡れていてもかまわないが、パッド間の体表が水でぬれていると、体内よりも電気抵抗の小さな水を電気が流れてしまうため、有効な除細動ができない。このため、胸部の水はタオルで拭き取る。成人と未就学の小児用の切換スイッチがあるものやパッドで区別しているものもあり、間違えてはならない。成人に小児用の設定で行っても効果は薄い。逆に小児用の切換スイッチやパッドが無い場合は成人用の設定で行ってもよい。ペースメーカーを植込まれている人はペースメーカー本体の膨らみ部分があるので、それを避けてパッドを貼る。ただし、これらは胸骨圧迫の中断が最小となるように迅速に行わなければならない。

②AEDが心拍を自動的に解析し、除細動が必要であれば音声で指示があるので、倒れている人に触れている人がいないことを確認した後に通電ボタンを押す。

③通電除細動を行なった直後、または除細動の指示がない場合は、患者の反応が認められるまで引き続き胸骨圧迫を行う。たとえ除細動により洞調律に復活していても、直後は有効な心拍出が期待できないため、ショックが行われたら、すぐに心臓マッサージを開始する。脈の確認は不要である。

8. BLSの継続

正常な呼吸や目的のある仕草などで明らかに心拍再開と判断できる反応がない限り、CPRを中断して

はならない。心拍再開と判断できる反応はあるが呼吸がない、または不十分な場合は、人工呼吸を1分間に約10回の割合で行いながら二次救命処置を行うチーム（病院外であれば救急車）が到着するのを待つ。循環も呼吸も十分に回復した場合は、気道を確保した状態（回復体位）で応援の到着を待つ。意識が戻り動けるようになっても、容体に変化する場合があるので、パッドは剥がさずにAEDの電源も入れたままにして救急隊に引き継ぐ。

超高齢化社会を迎え、我々歯科医師が有病者と向き合う機会は今後さらに増えるであろう。万が一に備え、最新のエビデンスに基づいた蘇生法を理解し、スタッフとともにそのシュミレーションを行うことが重要である。

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

口演発表 No.1

嚥下補助義歯によって頬と下顎の動きが引き出され、 摂食機能の改善が見られた脳性まひ児の一例

高木伸子¹，手塚文栄¹，竹中京子¹，桑原敦子¹，梅澤幸司^{1,2}，竹中京子¹
茨城県土浦心身障害者歯科治療センター¹，日本大学松戸歯学部障害者歯科学講座・特殊歯科²

【はじめに】

舌突出あるいは挺出癖のある摂食・嚥下機能障害者の多くは，開咬や狭窄歯列など歯列不正を呈している。顕著な開咬の場合は，口唇閉鎖介助のみでは十分な口唇閉鎖がえられず，摂食・嚥下機能向上を図るのは困難な場合がある。今回開咬の前歯部を補う嚥下補助義歯を装着することによって，頬と下顎の動きが引き出され，摂食機能に改善の見られた症例を経験し，ビデオ解析したので報告する。

【症例】

患者：10歳 男児

初診：平成16年12月1日（4歳7ヶ月時）

診断：脳奇形（多小脳回，左裂脳症），低緊張性四肢麻痺，重度精神発達遅滞

口腔内所見：開咬，狭窄歯列，高口蓋，上下顎叢生，普段から舌挺出が見られる。

経過：著しい開咬のため口唇閉鎖が困難で，舌は前後運動，食物の処理はマンチング，嚥下時に舌突出があり，食べこぼしが多い。口唇に過敏があり，口唇介助をすると児が嫌がり食事が進まないため，母親は介助に消極的であった。初診以来，摂食指導を行うも，なかなか嚥下機能や咀嚼機能が獲得できないでいた。そこで，平成21年12月に食事時の舌突出を防ぐ目的で嚥下補助義歯を製作した。

【方法】

顔面に14カ所の計測ポイントをもうけ，義歯装着ありとなしで，通常通り母親の介助で同一の食品で摂食した。それを正面からビデオ撮影し，DITECT社製DIPP-MotionPROにて解析した。

【結果】

嚥下補助義歯を装着時には，左右の頬と下顎のダイナミックな動きが見られた。

【考察】

顕著な開咬の摂食・嚥下機能障害児に，嚥下補助義歯を装着することによって義歯前歯が舌突出を防ぎ，さらに上唇の代償をすることによって摂食・嚥下運動を改善することができた。

口演発表 No.2

土浦歯科治療センターにおける患者の来院状況について

丸山容子¹，梅澤幸司^{1,2}，桑原敦子¹，高木伸子¹，竹中京子¹，木村貴子¹
石居由香¹，和地澄子¹，狩野晴美¹，村居幸夫¹，征矢 亘¹，森永和男¹
茨城県土浦心身障害者歯科治療センター¹，日本大学松戸歯学部障害者歯科学講座・特殊歯科²

【目的】

土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）には，齲蝕，歯周疾患の治療及び予防，摂食指導などを希望して，県内各地域から障害を持つ患者が来院する。今回，市町村別及び支部別来院患者数を集計したので，ここに報告する。

【資料および方法】

調査対象は、平成 21 年 1 月から平成 23 年 12 月までの 3 年間に来院した患者で、その延べ人数を居住する市町村別に月ごとに集計した。

【まとめ】

- (1) 来院患者の居住地を市町村別にみると、当センターの所在地である土浦市が 1 番多く、次いで、隣接地であり、また、施設からの来院数が多いつくば市であり、3 番目はやはり施設からの来院者が多い守谷市であった。
- (2) 支部地域別では、土浦石岡支部が 1 番多く、次いで、県南支部、つくば支部と続いた。これは、つくば支部がつくば市、つくばみらい市の 2 か所からなるのに対し、県南支部は守谷市、牛久市、龍ヶ崎市等 8 か所の市町村の広い地域にわたるためとおもわれる。
- (3) 支部地域別では、土浦石岡支部、つくば支部、県南支部、県西支部からは全市町村、西南支部からは五霞町を除く 2 市 1 町、鹿行支部からは神栖町を除く 4 市、東西茨城支部からは小美玉市のみ、水戸支部からは水戸市のみ、珂北支部からはひたちなか市のみであった。
- (4) 少数であるが、県外からは千葉県からは野田市、流山市、香取市、小見川市、栃木県からは小山市、東京都からの来院もあった。

□演発表 No.3

シンポジウム：茨城県障害児・者歯科医療連携ネットワークの構築を目指して 歯科診療所における障害者歯科診療の現状と問題点

高木伸子

たかぎ歯科医院・茨城県土浦心身障害者歯科治療センター

茨城県の歯科診療所における障害者歯科診療の現状と問題点、つまり障害者の方が、地域の歯科診療所で安心して歯科診療あるいは歯科保健を受けられるためには、私たち開業医がどんなことをしたらいいのかということを私なりにまとめてみた。

私たち歯科医師、歯科衛生士は、生きていくのに最も大切な「息をする、食べる、しゃべる、笑う」という、口腔機能を育てたり、機能を改善する重要な役割を担っている。

我が国の障害のある人の割合は、身体障害が 366 万人で半数以上、精神障害が 302 万人 41.8%、続いて知的障害児者が 54 万人 7.6% である。年齢別在宅心身障害者の推移とみると、年々増加している。急激な高齢化にともなって、がん、心疾患、脳血管障害、糖尿病などの生活習慣病が増加し、全体を押し上げている。

高齢化に伴って障害者歯科のニーズは変化しており、訪問診療や訪問による口腔ケアの要望が多くなっている。また、摂食嚥下リハビリテーションにおいても、私たち歯科に対する期待が高くなっている。口から食べることに関する支援は、QOL の面からますます必要性が認識されてきたといえる。

自閉症者の保護者・介護者が歯科医院を選択する要因についての研究によると（松本歯科大学の小笠原ら）患者にとっては、家から近く、障害についてよく理解をしているなど、障害の特性に合った治療をしてくれる歯科を求めているといえる。

しかし、現状は地域の開業医とセンターの連携がまだ不十分なため近くのかかりつけ医にかかっている状況がある。

今後の課題として 3 つ上げた。

- ① 1, 2, 3 次歯科医療機関の整備。
- ② 障害者歯科の地域協力医の養成。
- ③ 全身麻酔下歯科治療のできる医療機関の確保。

5. 講演会

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

1) センター主催の講演会

No.	題名	演者	講演会名	年月日
1	障害児の口腔ケアに際して知っておきたい全身疾患	久保寺友子	心身障害者（児）の歯科予防講習会（水戸）	平成23年 12月11日
2	子どもの摂食・嚥下機能発達	大久保真衣	心身障害者（児）の歯科予防講習会（水戸）	平成23年 12月11日

2) その他の講演会

No.	題名	演者	主催	年月日
1	障害者（児）の歯科予防歯みがき指導教室	藤田かおり 野村 美奈 鈴木 哉絵	障害者通所施設ユーアイファクトリー	平成23年 5月25日

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

1) センター主催の講演会

No.	題 名	演 者	講演会名	年月日
1	障害者歯科診療における行動調整法について	伊藤 政之	心身障害者（児）の歯科予防講習会（土浦）	平成 23 年 10 月 2 日
2	障害特性を考慮した口腔ケアの実際	竹蓋 道子	心身障害者（児）の歯科予防講習会（土浦）	平成 24 年 2 月 26 日

2) その他の講演会

No.	題 名	演 者	主 催	年月日
1	高齢障害者への食事介助の留意点	手塚 文栄	土浦老健施設ひかり	平成 23 年 5 月 30 日
2	乳幼児の咀嚼力をつける食事介助と口遊び	手塚 文栄	つくば市上広岡保育所	平成 23 年 6 月 22 日 12 月 9 日
3	ダウン症児の摂食機能と栄養特徴を理解しよう	手塚 文栄	東京都文京区ダウン症児早期療育ひよこ教室	平成 23 年 6 月 24 日
4	歯科医師、衛生士と行った在宅高齢者への災害支援	手塚 文栄	茨城県栄養士会	平成 23 年 7 月 3 日
5	障害児の摂食機能を理解し高めるために	手塚 文栄	土浦養護学校	平成 23 年 7 月 5 日
6	歯科医師、衛生士と行った在宅高齢者への災害支援	手塚 文栄	東京都歯科医師会	平成 23 年 7 月 10 日
7	障害児の摂食機能を理解し高めるために	手塚 文栄	つくば養護学校	平成 23 年 7 月 27 日
8	噛む力の弱い子どもを伸ばす給食と食べ方の見守り方	手塚 文栄	つくば市保育園	平成 23 年 11 月 16 日
9	噛む力を伸ばすための食事観察	手塚 文栄	滋賀県草津保健所	平成 23 年 11 月 22 日
10	どうして噛めたほうがいいのか、噛むにはどうしたらいいか	手塚 文栄	土浦養護学校	平成 23 年 11 月 24 日
11	高齢障害者の摂食機能を理解するための講義と実習	高木 伸子 手塚 文栄	土浦尚恵学園	平成 23 年 12 月 8 日
12	FRちゃんの症例検討会	高木 伸子 手塚 文栄	茨城県小児リハの会	平成 23 年 12 月 15 日

No.	題 名	演 者	主 催	年月日
13	栄養バランスをよくする簡単料理 パッククッキングの勧め	手塚 文栄 竹中 京子	茨城県歯科衛生士会	平成 24 年 1 月 15 日
14	障害を持つ子ども達のための肥満防止 と咀嚼機能の育て方	手塚 文栄 寺田 恵子	東京青光学園特別支援学校	平成 24 年 2 月 13 日
15	健常児、障害児の離乳食の進め方	手塚 文栄	つくば市大穂保健センター	平成 24 年 2 月 14 日
16	障害児への摂食機能相談の流れと便利 な 100 均グッズ	手塚 文栄	土浦協同病院	平成 24 年 2 月 17 日
17	口の周りの筋肉を鍛えよう	高木 伸子	茨城県学校保健会	平成 24 年 2 月 20 日
18	障害児の摂食機能の伸ばし方	手塚 文栄	牛久のぞみ園	平成 24 年 2 月 28 日
19	食を通して寝たきり予防	高木 伸子 手塚 文栄	日立多賀総合病院	平成 24 年 3 月 20 日
20	要介護者の口と栄養	手塚 文栄	茨城県歯科医師会	平成 24 年 3 月 25 日

3) 個別支援活動

No.	活 動 内 容	参加者	場 所	年月日
1	義歯修理 5 軒、口腔ケア 11 軒、摂食 機能評価 7 軒、栄養評価 9 軒、調理相 談 7 軒。手塚は栄養評価と調理相談・ 実習を主に担当。 歯科医: 升田 (愛媛)、衛生士: 坂本 (徳 島)、小宮山 (静岡)、手塚	手塚 文栄 歯科医: 升田 (愛媛)、 歯科衛生士: 坂本 (徳島)、 小宮山 (静岡)	気仙沼	平成 23 年 4 月 7 日 ～ 4 月 14 日
2	食べ方に遅れの見られる園児 5 名 (障害児 3 名を含む) の個別相談	手塚 文栄	つくば市上広岡 保育所	平成 23 年 6 月 22 日 10 月 13 日
3	食べ方や栄養に特に問題のある 3 名 について個別相談。秋に再度訪問して フォロー	手塚 文栄	東京都文京区 ひよこ教室	平成 23 年 6 月 24 日 11 月 14 日
4	食べ方が気になる生徒の食べ方観察と 相談	高木 伸子 手塚 文栄	土浦養護学校	平成 23 年 7 月 5 日
5	歯科センター患児の学校給食の様子を 見に行き、担任や栄養士と相談	手塚 文栄	つくば養護学校	平成 23 年 7 月 7 日

6. センター主催の講演会要旨

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

心身障害者(児)の歯科予防講習会のお知らせ

障害者(児)の口腔疾患の予防と口腔機能向上のためには、知的精神機能や運動機能の遅れ、さらに全身疾患の合併症等の特性を理解し、本人の障害や能力の程度にあった口腔ケアと機能訓練を行う必要があります。このため、障害者(児)に関わる多職種の方々を対象に、歯科予防講習会を下記のとおり2回開催いたします。

【第1回 水戸会場】

日時 平成23年12月11日(日) 13:30～15:30

会場 茨城県歯科医師会館 3F 講堂(水戸市見和 292-1)

受講料 無料

演題及び講師

1. 『障害児の口腔ケアに際して知っておきたい全身疾患』

神奈川県立こども医療センター 歯科医長

久保寺 友子 先生

プロフィール 1984年 東京歯科大学卒業

1988年 東京歯科大学大学院修了小児歯科学専攻(歯学博士)

1989年 神奈川県立こども医療センター歯科シニアレジデント

1991年 同センター歯科医員、1993年 同センター歯科医長

*講師からのメッセージ

知的障害、自閉症スペクトラム障害など精神・心理的発達と行動の障害、脳性麻痺など神経運動の障害の他、感覚障害、先天異常など様々な障害のある方、また重複して障害のある方もおり、その対応には様々な配慮を要します。さらにてんかん、心疾患、血液疾患などを伴っている方もいます。全身疾患に伴い、歯肉が腫れている方、出血傾向のある方、易感染性の方の口腔ケアはどんな点に注意が必要か、小児中心の内容ですが、口腔ケアを担当する際、知っておくのが望ましい全身疾患とその対応などについてお話します。



2. 『子どもの摂食・嚥下機能発達』

東京歯科大学千葉病院摂食・嚥下リハビリテーション・

地域歯科診療支援科 講師

大久保 真衣 先生

プロフィール 1999年 東京歯科大学卒業

2003年 昭和大学大学院歯学研究科(口腔衛生学専攻)修了

2005年 東京歯科大学歯科放射線学講座 助手

2011年 東京歯科大学千葉病院摂食・嚥下

リハビリテーション地域歯科診療支援科 講師

*講師からのメッセージ

食べる機能は、生まれ持っている機能ではありません。このため、定型発達児では生まれてから1歳半くらいの間で、急激に発達し獲得する機能です。障害のあるお子さんでは、ゆっくり発達したり、途中で止まってしまったりすることもあるかもしれません。そこで、我々は今まで未獲得の機能を獲得する「道づくり」(摂食・嚥下機能療法)を行います。ここが中途障害の方の摂食・嚥下機能療法とは大きく違うところです。現在、食育という言葉が聞かれるようになりましたが、食べるというのは、口だけではなく、食事の環境や食内容、心理、季節や文化も関係していきます。このため家族だけではなく、様々な職種な人たちが協力しながら「道づくり」をする必要性があると考えます。今回の話が皆様の「道づくり」の参考になると幸いです。



【第2回 土浦会場】

日時 平成24年2月26日(日) 13:30～15:30

会場 霞ヶ浦医療センター 講堂(土浦市下高津 2-7-14)

演題及び講師

『障害特性を考慮した口腔ケアの実際』

日本大学松戸歯学部特殊診療科

竹蓋 道子 先生

*障害特性を考慮したうえでの、口腔ケアの実際についての講演と、口腔ケアの実習を予定しています。

*受講申し込み方法

裏面申し込み書により、下記あてお申し込みください

*茨城県身体障害者小児歯科治療センター(水戸口腔センター) 担当 野村

◎FAX: 029-215-2573 または TEL: 029-254-4177

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

センター主催の研修会のご案内

～障害児・者の歯科診療に役立てるために～

障害者歯科診療における行動調整法

■ 日 時：平成 23 年 10 月 2 日(日) 13 時 30 分～ 15 時 30 分(13 時より受付開始)

■ 会 場：霞ヶ浦医療センター 講堂 土浦市下高津 2-7-14 電話 029-822-5050

■ 講 師：日本大学松戸歯学部 障害者歯科学講座

伊藤 政之 先生

プロフィール

1955 年 愛媛県生まれ
1981 年 日本大学松戸歯学部卒業
日本大学松戸歯学部研究生(障害者歯科学教室)入学
1991 年 日本大学 専任講師 現在に至る
日本障害者歯科学会 評議員, 認定医
日本自閉症スペクトラム学会 自閉症スペクトラム支援士 (Expert)
千葉県立香取特別支援学校 学校歯科医
千葉県立佐原病院特殊歯科 非常勤歯科医師
障がい児・者の医療を考える会 がじゅまる アドバイザー
香取海浜地域療育システムづくり検討会 委員



講師からのメッセージ

講演内容は、「なぜ私が障害者歯科をやろうと思ったのか、そしてこれからどうしようと思っているのか」(もしかしたら、これから障害者歯科をやろうと思われている先生方のヒントになるかもしれません)、「障害のある方たちの診療の工夫」などを、お話ししたいと思います。

最近の診療で思うことは、確かに障害の特性を知っておくことは必要ですが、どんな患者さんが来られても構えることがなくなって、そこに患者さんがいるとしか思わなくなってきました。

話をさせていただいて、即実践的な効果が得られるとは思いませんが、30年間障害者歯科でやってきたこと、それが誰かの心に一つでも引っかかって、自分でも出来ると思われる方が一人でもいてくれればうれしいです。

■ 対 象：歯科医師, 歯科衛生士, 歯科医療スタッフ他

■ 受講料：無 料

■ 申込み方法：下記申込書により**9月30日まで**に下記あてに、お申し込み下さい

*茨城県身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

◎FAX：029-215-2573 またはTEL：029-254-4177

※切り取らずに、そのまま FAX 送信して下さい

研修会参加申込書

診療所名		住 所	
氏 名		職 種	
電話番号		FAX 番号	

障害特性を考慮した口腔ケアの実際

前回の水戸会場に続いて、第2回目の歯科予防講習会を下記のとおり開催いたします。今回は、障害特性を考慮したうえでの、口腔ケアの実際についての講演と、口腔ケアの実習を行います。

- 日 時：平成24年**2月26日**（日） 13時30分～15時30分（13時より受付開始）
- 会 場：**霞ヶ浦医療センター 講堂** 土浦市下高津2-7-14 電話029-822-5050
- 講 師：日本大学松戸歯学部附属歯科衛生士学校 専任教員
日本歯科衛生士会障害者歯科認定歯科衛生士
日本障害者歯科学会指導歯科衛生士
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士
日本障害者歯科学会評議員

竹蓋 道子 先生

プロフィール

- 1971年 日本大学歯学部附属歯科衛生士学校卒業
日本大学歯学部附属病院
- 2000年 日本大学松戸歯学部附属病院 特殊診療科付属
- 2011年12月より 日本大学松戸歯学部附属歯科衛生士学校 専任教員



- 内 容：・口腔ケアについて（摂食嚥下リハビリテーション、口腔清掃）
・摂食嚥下リハビリテーションの間接訓練、直接訓練
・口腔ケアの実践
- 対 象：養護学校職員、養護教諭、療育施設・障害者施設職員、社会福祉士、保健師、看護師、歯科医師、歯科衛生士等
- 受講料：無 料

- 申込み方法：下記申込書により**2月24日まで**に下記あてに、お申し込み下さい
*茨城県身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）
◎FAX：029-215-2573 または TEL：029-254-4177

※切り取らずに、そのままFAX送信して下さい

研修会参加申込書

氏 名	所 属	職 種	電話・Fax
			Tel Fax
			Tel Fax
			Tel Fax

7. 録 事

I. 身体障害者小児歯科治療センター（水戸口腔センター）

平成 23 年

- 4 月 11 日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士科第 3 学年（41 期生）の障害者歯科臨床実習開始
期間：4 月 11 日～6 月 17 日
回数：6 回
人数：26 名
- 4 月 15 日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士科第 2 学年（42 期生）に対する障害者歯科学講義開始
講義期間：4 月 15 日～9 月 16 日
講義回数：10 回
講義時間：90 分 /1 回（計 15 時間）
講義内容：障害者歯科総論，障害者歯科診療，障害の種類と歯科的特徴，障害者と薬剤，
障害者歯科における歯科衛生士の役割，障害者の歯科保健指導と口腔保健管理，
障害者歯科医療・保健施設における歯科衛生士の役割
- 4 月 19 日 摂食・嚥下カンファレンス
- 5 月 25 日 障害者（児）の歯科予防歯みがき指導教室
場所：障害者通所施設ユーアイファクトリー
講師：藤田かおり、野村美奈、鈴木哉絵
内容：施設職員、利用者への歯磨き指導
- 5 月 31 日 摂食・嚥下カンファレンス
- 6 月 14 日 水戸口腔センター・土浦歯科治療センター合同打合せ会
会場：霞ヶ浦医療センター研修室
- 7 月 5 日 土浦センターの桑原先生より紹介の歯科衛生士（つくば歯科衛生専門学校卒）が見学のため来院
- 7 月 5 日 摂食・嚥下カンファレンス
- 7 月 15 日 大成女子高等学校普通科 2 年生徒 3 名が職場体験のため来院
- 7 月 24 日 第 2 回関東障害者歯科臨床研究会
会場：東京医科歯科大学湯島キャンパス 5 号館講堂
発表演題数：1 演題
- 7 月 26 日 水戸養護学校職員が摂食・嚥下リハビリテーションの見学および相談のため来院
- 7 月 27 日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士体験入学・説明会
期間：7 月 27 日、8 月 17 日、9 月 24 日の 3 日
- 9 月 6 日 摂食・嚥下カンファレンス
- 9 月 30 日 獨協医科大学医学部 5 年生 4 名が地域保健実習のため来院
- 10 月 2 日 心身障害者（児）の歯科予防講習会
場所：茨城県霞ヶ浦医療センター講堂
講師：伊藤政之（日本大学松戸歯学部 障害者歯科学講座）
演題：障害者歯科診療における行動調整法について
- 10 月 3 日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士科第 2 学年（42 期生）の障害者歯科臨床実習開始
期間：10 月 3 日～平成 24 年 2 月 17 日

- 回数：11回
人数：45名
- 10月7日 茨城県歯科専門学校歯科技工士科2年生徒の診療室および臨床見学
期間：10月7日～10月21日
回数：5回
人数：10名
- 10月25日 摂食・嚥下カンファレンス
- 10月26日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士科第2学年（42期生）の巡回実習開始
期間：10月26日～平成24年2月29日
回数：12回
人数：45名
- 11月4日 第28回日本障害者歯科学会総会および学術大会
会場：福岡国際会議場
発表演題数：2演題
- 12月6日 ハン・ジニョン歯科医師（日本大学松戸歯学部研究生）が見学のため来院
- 12月6日 摂食・嚥下カンファレンス
- 12月7日 リリー保育福祉専門学校生徒が施設・診療見学のため来院
- 12月11日 心身障害者（児）の歯科予防講習会
場所：茨城県歯科医師会館3F講堂
講師：久保寺友子（神奈川県立こども医療センター歯科）
演題：障害児の口腔ケアに際して知っておきたい全身疾患
講師：大久保真衣（東京歯科大学千葉病院摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科）
演題：子どもの摂食・嚥下機能発達
- 12月16日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士科第3学年（41期生）に対する国家試験対策補習講義
講義回数：1回
講義時間：90分
講義内容：障害者歯科学全般

平成24年

- 1月19日 第1回医局会開催
- 2月1日 心身障害児療育訓練センターにおける保護者勉強会
場所：ひたちなか市総合福祉センター野蒜教室・かなりや教室
講師：野村美奈、寺門寿恵
内容：口腔の仕組みや歯の健康・咀嚼についての講話および歯磨き指導
受講者：心身障害児療育訓練センターに通所している幼児および保護者
- 2月7日 摂食・嚥下カンファレンス
- 2月10日 筑波大学医学部5年生3名が社会医学実習のため来院
- 2月19日 第20回茨城県歯科医学会
会場：水戸プラザホテル
発表演題数：5演題

- 2月23日 第2回医局会開催
- 2月26日 心身障害者（児）の歯科予防講習会
場所：茨城県霞ヶ浦医療センター講堂
講師：竹蓋道子（日本大学松戸歯学部附属歯科衛生士学校）
演題：障害特性を考慮した口腔ケアの実際
- 2月28日 茨城県歯科専門学校歯科衛生士科第1学年（43期生）の障害者歯科診療見学実習開始
期間：2月28日～3月16日
回数：11回
人数：55名
- 3月27日 第3回医局会開催

II. 土浦心身障害者歯科治療センター（土浦歯科治療センター）

平成 23 年

- 4 月 8 日 高次脳機能障害の基礎知識 摂食への影響の観点から
講師：安岡利一（日立製作所多賀綜合病院 副院長）
- 5 月 13 日 自閉症児のコミュニケーション障害を改善する治療の試み
東洋医学と西洋医学を組み合わせた治療経験の提示
講師：川嶋浩一郎（つちうら東口クリニック）
- 6 月 10 日 嚥下回診で困っていること
講師：古田良恵（牛久セントラル病院 摂食嚥下障害認定看護師）
- 7 月 13 日 当院のリハビリテーション科紹介と摂食指導の進め方
講師：埴貴志（OT） 萩谷未央（PT）（牛久セントラル病院）
- 9 月 9 日 摂食嚥下リハビリテーション学会の報告
- 10 月 14 日 食物繊維加工食品 EDF が、医療分野で注目される理由
講師：今井冬樹（フィプロ製薬 メディカル事業部部长）
モンゴル歯科探検隊に参加して
講師：寺田恵子
家庭菜園普及プロジェクトに参加して
講師：手塚文栄
- 11 月 11 日 摂食回復支援食「あいーと」について
講師：島谷浩子（イーエヌ大塚製薬 マーケティング部）
身近なもので機能向上
講師：手塚文栄 高木伸子
- 12 月 9 日 「お口にやさしい H+B 棒付きキャンディ」の開発経緯と使い方
講師：藤原（H+B ライフサイエンス 商品開発部）
視覚と肢体・知的の重複障害を持つ H 君の給食指導
講師：菅原透（水戸養護学校 教諭）

平成 24 年度

- 2 月 10 日 現場で役立つ摂食・嚥下指導～食事支援のためのリスクマネジメント～
講師：市村和大（歯科医師 日大歯学部摂食機能療法講座）
- 3 月 9 日 開咬 S 君の口唇閉鎖へのとりくみ
講師：中山 坂本（つくば養護学校） 末石（自立活動コーディネーター）
高木 竹中 手塚

平成 24 年 8 月 23 日発行

茨城県身体障害者小児歯科治療センター

〒 310-0911 水戸市見和 2-292-1 茨城県歯科医師会館内

電話：029-254-4177
