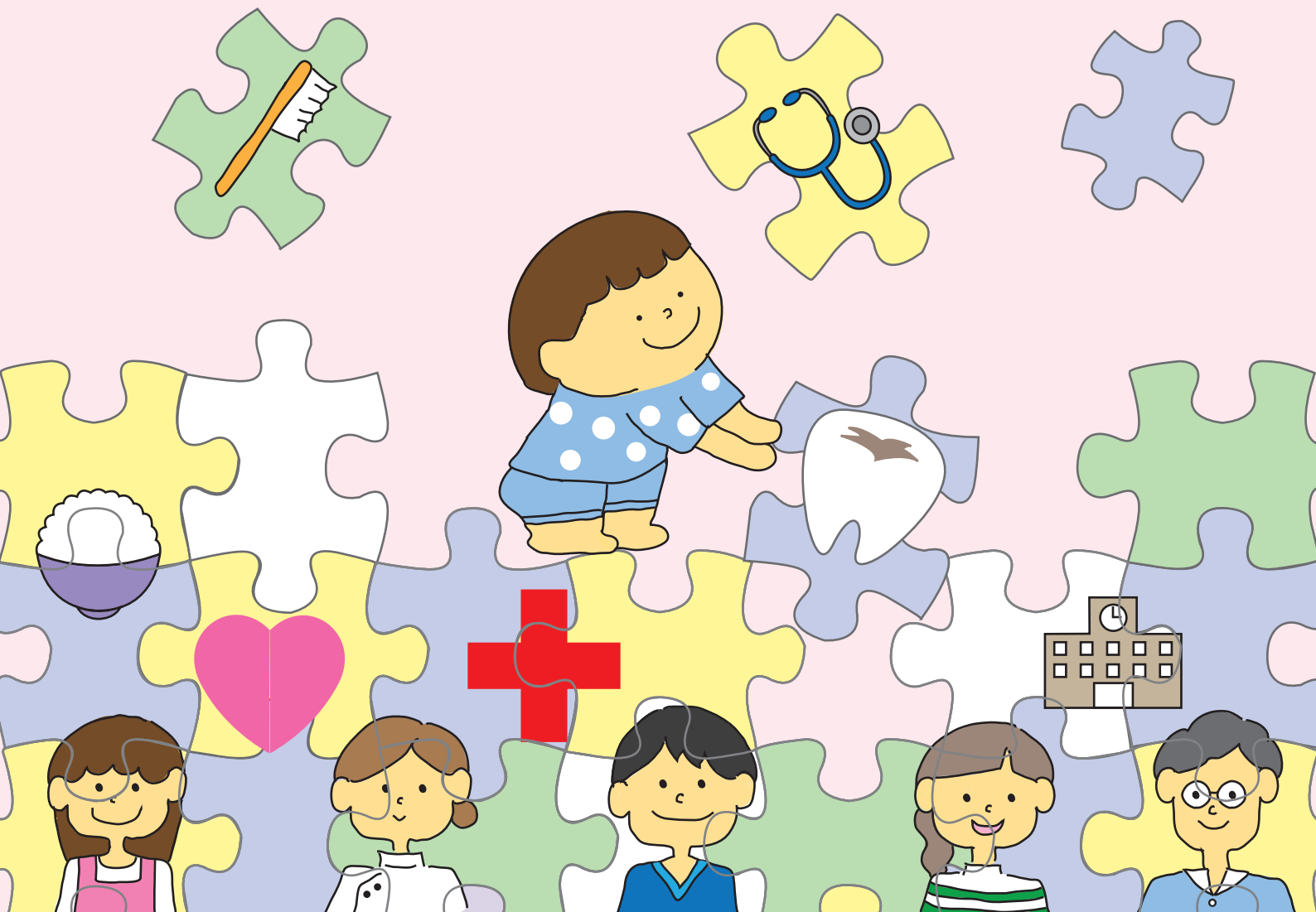


第43回 日本小児歯科学会 九州地方会大会および総会



2025

9/28(日)

子どもを支える連携医療の重要性

～小児歯科ができること～

会場

鹿児島大学郡元キャンパス 稲盛会館

〒890-8580 鹿児島市郡元1丁目21番24号

大会長

山座 治義 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児歯科学分野 教授)

準備委員会

稲田 絵美 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児歯科学分野 講師)



大会ホームページの
情報はこちら↑↑↑

事務局

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児歯科学分野
〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘 8 丁目 35-1

ご 挨 拶

日本小児歯科学会会員の皆様、九州地方会会員の皆様におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

第43回日本小児歯科学会九州地方会総会および大会は、鹿児島大学郡元キャンパスの稲盛会館および講義室で開催いたします。準備委員長は同分野の稲田絵美講師が努めます。皆様どうぞ宜しくお願いいたします。

昨今の社会情勢の変化は著しく、子どもを取り巻く環境にも様々な影響を受けております。小児歯科医療においても、歯科医療従事者だけでは子どもへの質の高い歯科医療を提供することが困難な状況も増えつつあり、子どもを中心にご家族にも寄り添った院内や地域での連携医療がこれまで以上に求められております。そこで本大会では、メインテーマを「子どもを支える連携医療の重要性 ～小児歯科ができること～」といたしました。このメインテーマを柱として、特別講演と教育講演では、小児歯科医療における医科歯科連携を医科と歯科のそれぞれ立場からの講演を予定しております。また、シンポジウムでは地域における重症心身障害児および医療的ケア児の生活等や医療およびその家族の現状について3名のパネリストから講演をいただくとともに、小児歯科が今後どのような役割を担っていけるか皆様と一緒に考えていければと思います企画いたしました。

その他にも一般ポスター発表、ランチョンセミナー等を企画いたしました。本大会がこれからの小児歯科医療の学びの一助となる有意義な大会となるようスタッフ一同、運営して参ります。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

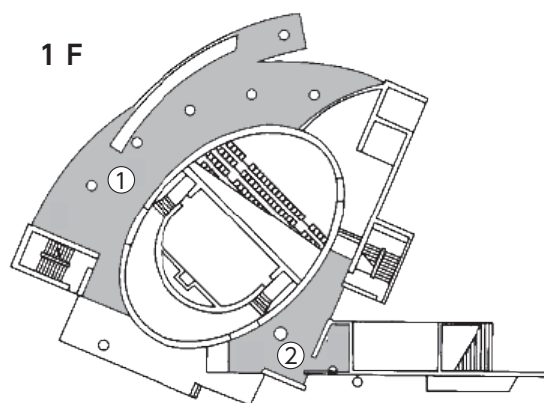
日本小児歯科学会第43回九州地方会大会および総会

大会長 山座 治義

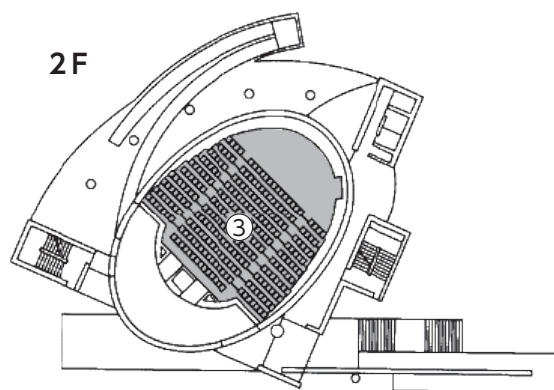
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児歯科学分野

会場のご案内

鹿児島大学郡元キャンパス 稲盛会館

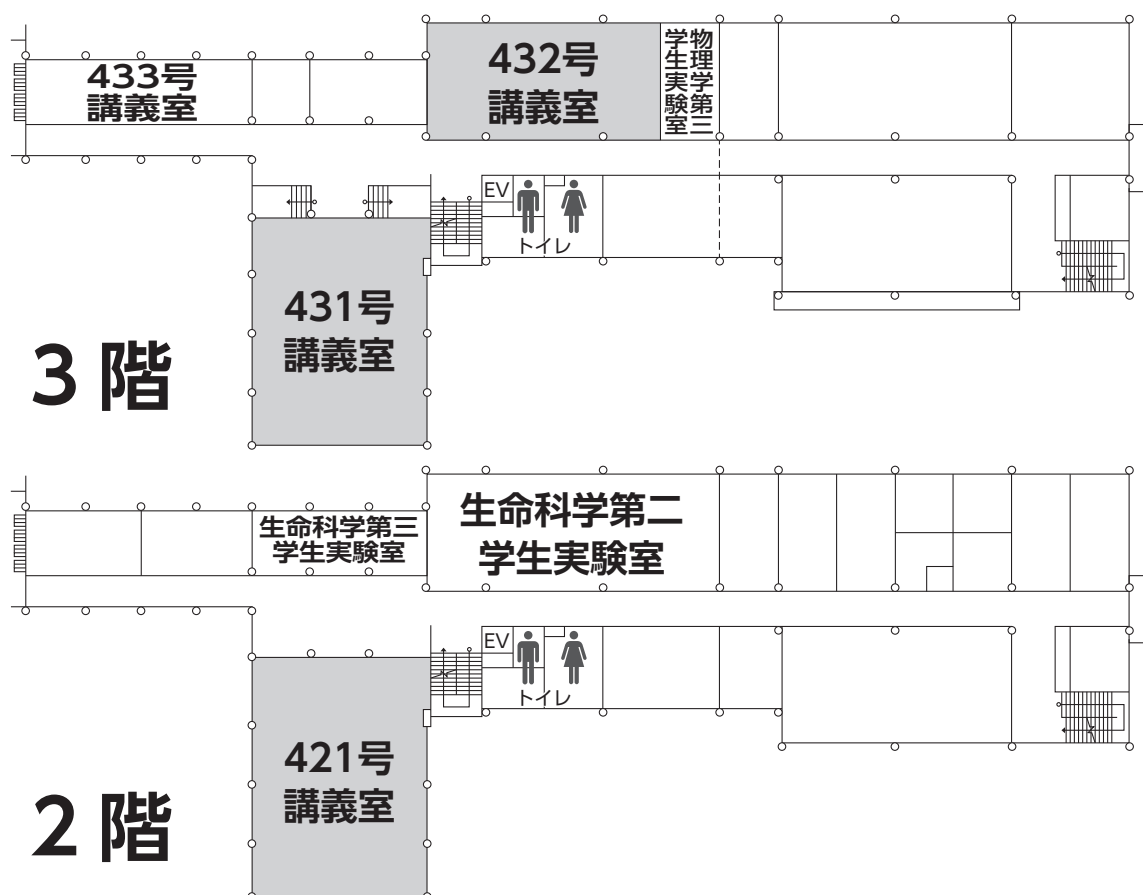


- ① 企業展示：ロビー
- ② 受付・クロック：エントランス・クロック

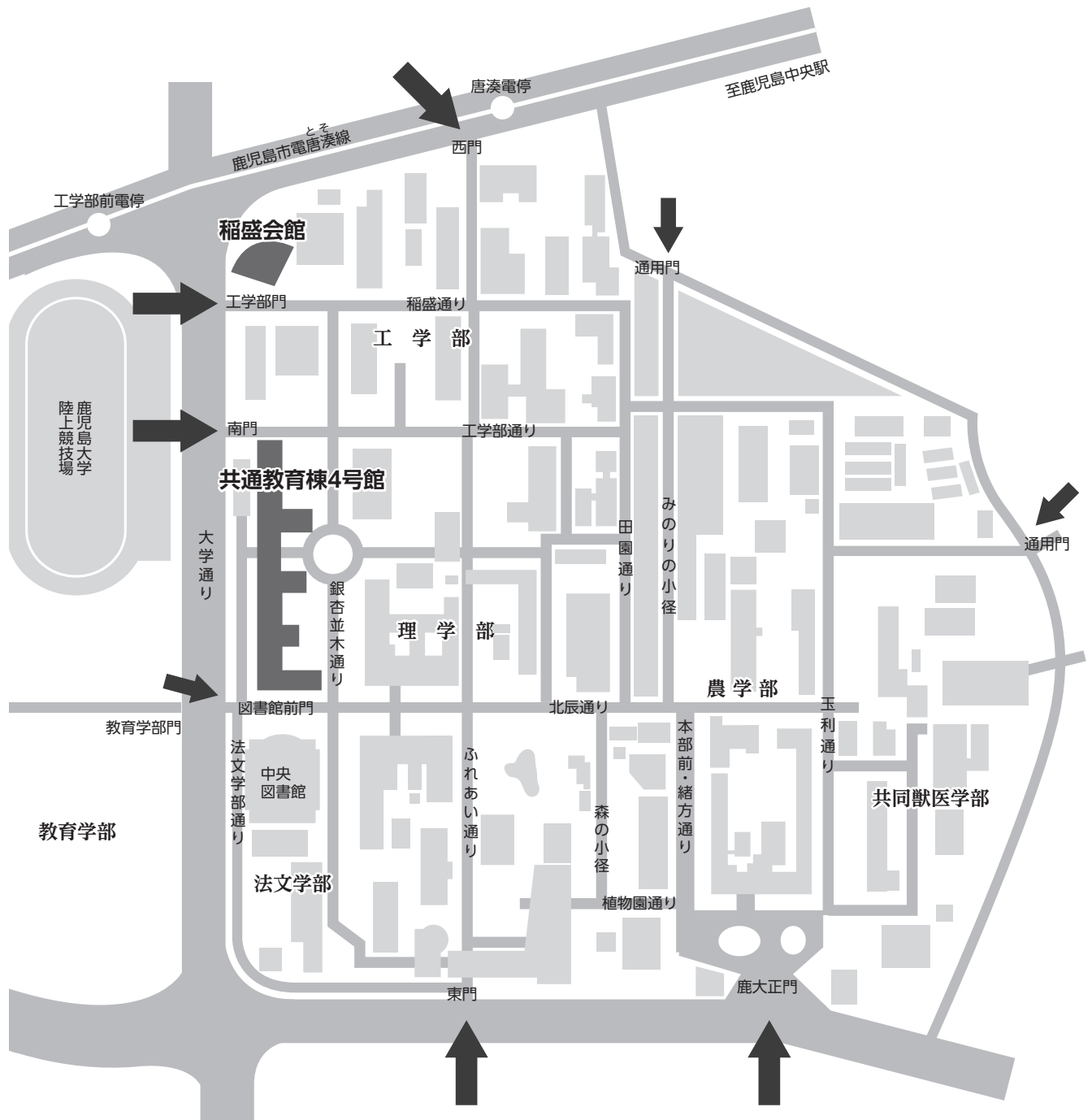


- ③ メイン会場：キミ&ケサ メモリアルホール
(270席)

共通教育棟4号館



鹿児島大学までのご案内



- 「郡元キャンパス工学部門」が会場に最も近い入り口です。
- タクシーでお越しの際は「工学部門」で下車してください。
- 鹿大正門にお越しの際は案内に従って会場までお越しください。

お知らせ

●参加される方へ

受付は、8時45分より、稲盛会館エントランスにて行います。

事前参加登録がお済みの方は、受付にて必ず参加証をお受け取りください。当日参加登録も受付可能ですが、混雑緩和のため、事前参加登録にご協力をお願いいたします。

参加証の再発行は致しかねますので、日本小児歯科学会専門医・認定医の方や、専門医取得を目指される方は、更新時まで大切に保管してください。

－クローク－

稲盛会館エントランス受付横にクロークを設置しております。8時45分から16時30分まで開設いたします。破損しやすいもの、貴重品のお預け等のご遠慮ください。

－託児－

託児室利用の申込は9月12日（金）にて、締め切らせていただきました。

当日のお申込みは受け付けられませんので、ご了承ください。

－企業展示－

稲盛会館1階ロビーで、歯科医療関連機器、器材などの展示を行っております。

－会場のご利用について－

会場内での飲食はご遠慮いただいております。ご理解とご協力をお願い申し上げます。

敷地内は、禁煙となっております。

－ランチョンセミナー：12：10～13：10－

今大会ではランチョンセミナーを2社よりご協賛いただいております。

ランチョンセミナーはチケット制となっております。チケットの入手方法に関しては、各企業の展示ブースにて配布しておりますので是非、企業展示ブースまでお立ち寄りください。

1) 「最新カリオロジーから見たう蝕予防の優れもの」

講師：天野 敦雄 先生（大阪大学名誉教授・特任教授）

会場：共通教育棟4号館 431教室

定員：100名 協賛：株式会社 松風

2) 「インビザライン・ファースト™ 導入の実際

～導入を見送っていた私が使い始めた理由と注意点～」

講 師：石谷 徳人 先生

(医療法人デンタルキッズ イシタニ小児・矯正歯科クリニック 院長)

会 場：共通教育棟 4 号館 421教室

定 員：100名 協 賛：インビザライン・ジャパン合同会社

●認定歯科衛生士の方へ

認定歯科衛生士地方会研修セミナーを開催いたします。事前申し込みはありません。時間までに会場にお越しください。

セミナー終了後に受講証を配布しますので、更新時まで保管ください。

●発表される方へ

発表者および共同発表者は、すべて日本小児歯科学会会員であると同時に、令和7年度の会費を納めた方に限ります。

展示発表は共通教育棟 4 号館 3 階432号講義室にて行います。8 時45分から 9 時30分までに規定サイズのポスターを掲示してください。貼付用の画鋏は各自でご用意お願いいたします。

ポスター討論は、15時25分から16時05分です。開始時間までに必ずご自身のポスター前で待機をお願いいたします。今回は座長の進行による発表を行います。発表時間は 5 分、質疑応答は 3 分です。ポスター撤去は16時10分から16時40分です。

ー演題発表における留意点についてー

本大会における発表に関しては、以下の点にご留意ください。

1. 演題発表に関して

- (1) COI（利益相反）の有無に関しては本文中に記載してください。
- (2) 症例報告について

発表に関して、必ず本人あるいは保護者などの同意を得るとともに、同意が得られていることをポスター本文中に記載してください。

- (3) ヒトおよび人体材料を用いた研究について

文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」あるいは「臨床研究に関する倫理指針」に基づいた研究であるとともに、研究倫理に関する必要な配慮を行ってください。

(4) その他

- ① 演題には固有名詞（病院・診療所名・施設名等）を用いない。
- ② 症例報告では患者名のイニシャルは用いず、「3歳男児」のように表記する。
- ③ 演題・本文では「齲蝕」を使用し、「う蝕」は使用しない。
- ④ 演題・本文では「エックス線」を使用し、「X線、レントゲン」は使用しない。
- ⑤ 本人あるいは保護者等の承諾のもと、顔の写真などを掲載する場合は、目の周囲をカバーする。必要以外の顔貌や表情はカットする。

2. 事後抄録の作成について

一般演題については、事後抄録を提出していただきます。事後抄録は、当大会サイト掲載の「一般演題事後抄録記載例」を参考に「一般演題事後抄録テンプレート」を用いてMicrosoft Wordで作成し、大会終了後10月3日（金）までに、事務局宛メール添付にて提出ください。事後抄録は、小児歯科学雑誌に掲載されます。原則として「小児歯科学会雑誌投稿規定」に基づいて作成してください。

事後抄録メール送付先は以下の通りです。提出後の変更は認めません。

メール送付先：inada@dent.kagoshima-u.ac.jp

：日本小児歯科学会第43回九州地方会大会事務局

●日本歯科医師会会員の皆様へ

本大会は日本歯科医師会生涯研修の認定を受けております。学会当日は、「日歯生涯研修IDカード」をご持参の上、受付にて参加手続きを行ってください

大会日程表

	稲盛会館		共通教育棟 4 号館		
	ロビー	メモリアルホール	421教室	431教室	432教室
8 : 45	受付開始				ポスター 貼付
9 : 20 }	企業展示	総会・開会式			ポスター 展示
9 : 50 } 10 : 50		特別講演 家入 里志 先生 座長：山座 治義 先生			
11 : 00 } 12 : 00		教育講演 柳田 憲一 先生 座長：福本 敏 先生	認定歯科衛生士 セミナー 稲田 絵美 先生		
12 : 10 } 13 : 10			ランチョンセミナー 2 石谷 徳人 先生 協賛：インビザライン・ ジャパン合同会社	ランチョンセミナー 1 天野 敦雄 先生 協賛：株式会社 松風	
13 : 20 } 15 : 20		シンポジウム 座長：佐藤 秀夫 先生 和田 朋子 先生 佐藤真紀子 先生 渡邊 健二 先生			
15 : 25 } 16 : 05					ポスター 討論
16 : 10		閉会式・表彰式			ポスター 撤去

稲盛会館 メモリアルホール

総 会 9 : 20 ~ 9 : 40

開 会 式 9 : 40 ~ 9 : 50

特別講演 9 : 50 ~ 10 : 50

座長：山座 治義

演 題：「100年の人生を約束するこどもにやさしい手術
—南九州から発信する小児内視鏡外科手術のCutting Edge」

演 者：家入 里志 先生（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 小児外科学分野 教授）

教育講演 11 : 00 ~ 12 : 00

座長：福本 敏

演 題：「さまざまな連携を通して見てきたこと、学んだこと」

演 者：柳田 憲一 先生（福岡市立こども病院 小児歯科 科長）

シンポジウム 13 : 20 ~ 15 : 20

座長：佐藤 秀夫

医療や支援を必要とする子どもたちへの多職種連携を考える
～小児歯科が担うべき役割とは～

I. 「時代とともに変わる重症心身障害児・医療的ケア児の生活」

和田 朋子 先生（障害児フォーラムかごしま 理事長）

II. 「誰もが等しく受けられる歯科医療を」

佐藤真紀子 先生（さとう小児歯科 院長）

III. 「重症心身障害児・医療的ケア児の今とこれから」

渡邊 健二 先生（らららこどもクリニック 院長）

閉会式、表彰式 16 : 10 ~

共通教育棟 4 号館 421教室

歯科衛生士セミナー 11:00～11:50

演 題:「ベッドサイドにおける子どもの口腔衛生:重要性と実践のポイント」

演 者:稲田 絵美 先生(鹿児島大学病院医歯学総合研究科 小児歯科学分野 講師)

ランチョンセミナー2 12:10～13:10 協 賛:インビザライン・ジャパン合同会社

「インビザライン・ファースト™ 導入の実際

～導入を見送っていた私が使い始めた理由と注意点～」

講 師:石谷 徳人 先生(医療法人デンタルキッズ イシタニ小児・矯正歯科クリニック
院長)

共通教育棟 4 号館 431教室

ランチョンセミナー1 12:10～13:10 協 賛:株式会社松風

「最新カリオロジーから見たう蝕予防の優れたもの」

講 師:天野 敦雄 先生(大阪大学名誉教授・特任教授)

共通教育棟 4 号館 432教室

展示発表

展示時間 9：30～15：25

討論時間 15：25～16：05

- P－1 超低出生体重児の多数歯齲蝕治療後に見られた体重増加に歯科保健指導の早期介入の重要性を再認識した1例
○藤瀬多佳子，池見 佳子
(大分県口腔保健センター)
- P－2 乳歯早期抜去により上顎犬歯の歯胚位置異常を改善した2例
○與倉（上籠）杏奈，長谷川大子
(はせがわこども歯科)
- P－3 過剰歯抜去を行った低ホスファターゼ症患児の1例
○橋口 大輔¹⁾，高橋 忠²⁾，梅津 哲夫³⁾，齊藤 桂子⁴⁾，松尾小百合⁴⁾，森川 和政¹⁾
(¹⁾九歯大・小児歯，²⁾ただしファミリー歯科クリニック（埼玉県越谷市），
³⁾うめづ歯科・小児歯科医院（佐賀県佐賀市），⁴⁾岩医大・小児障害歯）
- P－4 永久前歯外傷性完全脱臼の1例
○豊島正三郎
(たんぽぽこども歯科)
- P－5 1歳0か月児の歯の外傷に対し固定を行った症例
○土橋 容子，林 亮子，緒方 麻記
(はやし小児歯科医院)
- P－6 外傷による歯根破折を伴う根未完成中切歯に矯正力を加えて整復固定した1例
○深井 友理¹⁾，西田 郁子²⁾，森川 和政²⁾
(¹⁾ふかい歯科クリニック，²⁾九歯大・小児歯)

- P-7 口腔習癖による口腔粘膜の潰瘍形成が疑われる小児への対応
○田平 和久¹⁾, 三輪 佳愛¹⁾, 加藤真由美²⁾, 栗原 調¹⁾, 石井 華子¹⁾,
柏村 晴子¹⁾, 岡 暁子¹⁾
(¹⁾福歯大・歯・成育小児歯, ²⁾くばがわ歯科医院 (沖縄県那覇市))
- P-8 長期管理を行った, 含菌性嚢胞の1例
○中村 紀彦
(医療法人 なかむら歯科医院)
- P-9 小児の粘液嚢胞に対して微小開窓法を施行した4例
○絹原 有理¹⁾, 深水 篤¹⁾, 藤高 若菜¹⁾, 西村 咲輝¹⁾, 伊東 泰蔵²⁾
(¹⁾(医)伊東歯科口腔病院, ²⁾いとう歯科医院)
- P-10 舌機能訓練により舌小帯非切除にて機能回復を認めた口腔機能発達不全症の1例
○佐々木敦英¹⁾, 廣藤 雄太²⁾, 廣藤 早紀²⁾, 高山扶美子²⁾, 山田 亜矢¹⁾,
福本 敏¹⁾
(¹⁾九大・院・小児歯, ²⁾九大病院・小児歯スペシャル歯)
- P-11 重度歯石沈着により歯の萌出障害を呈した障害児の1例
○柳田 康孝, 稲田 絵美, 山座 治義
(鹿大・院医歯・小児歯)
- P-12 低ホスファターゼ症の4例
○井上浩一郎¹⁾, 押領司 謙²⁾
(¹⁾いのうえ小児歯科, ²⁾Kids Dental Clinic)
- P-13 難治性の口腔症状を契機に診断されたクローン病の1例
○伴 祐輔, 山座 治義
(鹿大・院医歯・小児)
- P-14 カテコラミン誘発型多形成心室頻拍の患児の口腔衛生管理を行った1例
○野瀬可奈子, 根間真理子, 青木 恵美, 小笠原貴子, 柳田 憲一
(福岡市立こども病院 小児歯科)
- P-15 ワイヤレスタイプの可搬型デジタルラジオグラフィーの小児歯科での使用経験
○原野 望, 石倉 行男
(医療法人発達歯科会おがた小児歯科医院)

- P-16 間食および生活習慣に対する保護者の意識と小児の齲蝕発生との関係性について
○佐伯 桂¹⁾, 大倉秀一郎²⁾, 森川 和政¹⁾
(¹⁾九歯大・小児歯, ²⁾おおくら歯科・小児矯正歯科)
- P-17 混合歯列期上顎歯列側方拡大時に生じる犬歯歯胚位置の変化 その2
○一瀬 隼汰¹⁾, 熊谷 徹弥¹⁾, 鶴田 勝久²⁾, 松尾 聡³⁾, 柏村 晴子¹⁾,
馬場 篤子⁴⁾, 岡 暁子¹⁾
(¹⁾福岡歯大・成育小児歯, ²⁾つるた歯科医院, ³⁾松尾歯科・こども歯科クリニック,
⁴⁾福岡医療短期大学・衛生学科)
- P-18 下顎第二小臼歯の歯胚がエックス線画像で確認された時期についての当院小児患者における実態調査
○平野 洋子¹⁾, 廣田 和子²⁾, 津田 裕子³⁾, 三砂 千夏⁴⁾
(¹⁾(医)秀和会小倉南歯科医院, ²⁾廣田歯科医院, ³⁾津田歯科医院,
⁴⁾九大・院・小児歯)
- P-19 北九州市立学校での集団フッ化物洗口の取り組み
○板家 隆^{1,2)}, 板家 智^{1,2)}, 黒木 貴子²⁾, 藤田 真治³⁾, 松浦 麻衣³⁾
(¹⁾公益社団法人北九州市歯科医師会, ²⁾いたや 小児歯科大人歯科医院
³⁾北九州市教育委員会)
- P-20 社会保険委員会企画発表 令和6年度社会保険診療報酬改定に関するアンケート調査
○宮川 尚之¹⁾, 福本 敏²⁾, 田中 克明³⁾, 石谷 徳人⁴⁾, 品川 光春⁵⁾
(¹⁾医療法人まほうつ会, ²⁾九州大学大学院歯学研究院小児口腔医学分野,
³⁾田中こども歯科医院, ⁴⁾医療法人デンタルキッズ, ⁵⁾しながわ小児歯科医院)
- P-21 歯科衛生士研修支援センターにおける取り組み～研修概要と受講者アンケート結果～
○馬場 篤子
(福岡医療短期大学歯科衛生士研修支援センター)
- P-22 転写因子AmeloDと結合するSelenof分子の歯胚及び歯原性上皮細胞での発現
○高橋 茉利¹⁾, 佐藤 浩¹⁾, 千葉 雄太²⁾, 山田 亜矢¹⁾, 福本 敏¹⁾
(¹⁾九大・院・小児歯, ²⁾東北大・院・小児歯)

「100年の人生を約束するこどもにやさしい手術 —南九州から発信する小児内視鏡外科手術のCutting Edge」



鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
小児外科学分野
家入 里志

略歴：

1994年 九州大学医学部卒業
1994年 九州大学医学部附属病院研修医（小児外科）
1995年 北九州市立医療センター研修医（小児外科）
1996年 国立病院九州医療センター医員（外科・小児外科）
2001年 九州大学医学部附属病院医員（小児外科）
2003年 九州大学病院助教（先端工医学診療部）
2010年 九州大学病院講師（小児外科）
2014年 九州大学大学院医学研究院 准教授（小児外科）
2015年 鹿児島大学学術研究院 医歯学域医学系 小児外科学分野 教授
2020年 鹿児島大学病院 副病院長（特命：経営戦略 働き方改革担当）
2024年 International Pediatric Endosurgery Group, President（2024/2025）
一般社団法人日本外科教育学会 理事長
2025年 一般社団法人日本小児外科学会 理事長

本邦における少子化が叫ばれて久しいが、2020年初頭からの新型コロナウイルス感染症がそれに拍車をかけ、2024年の国内出生数は69万人を切るところまで進んでいる。日本人の平均余命は戦後一貫して延びており、令和元年日本人新生児の平均寿命は107歳に到達すると予測されている。欧米に遅れて発展してきた国内の小児外科医療も、世界一といわれる新生児死亡率の低下もあり現在は世界トップレベルの成績を誇るまでに到達している。かつては生命予後の改善が最も重要であったが、その改善に伴い、現状では術後QOLならびに長期予後を考慮した手術や治療が重要視される状況になりつつある。例えば先天性食道閉鎖症は従来胸膜外アプローチによる解放手術がメインであったが、この手術では前鋸筋・広背筋・肋間筋を切離するため新生児期にこの侵襲を加えると患児の成長に伴い、右肩挙上や側弯といった胸郭の変形、肋骨の癒合による胸郭運動制限による呼吸障害を生じることが報告されている。鹿児島大学では私の着任以降、先天性食道閉鎖症に胸腔鏡手術を導入した。食道閉鎖症の胸腔鏡手術は5/3/3mmのトロカー創のみで手術が可能であり、整容性はもちろんであるが筋肉の切離を一切行わないため胸郭変形や呼吸障害を引き起こすリスクが全くない。加えて術後の平均寿命が100年以上におよぶことを考えると、食道閉鎖症の術後に成人期以降に食道癌や肺癌に罹患して手術を受ける可能性もあり、癒着を軽減できる内視鏡外科手術は、成人期での手術に際してアドバンテージがあると考えている。

一方で私が小児外科医を志してから、小児外科の講座や教授職が消失した大学・大学病院は2桁近くあり、旧帝国大学クラスでもその小児外科教室の存続が危ぶまれる状況である。これは単に少子化による患者数減少のみでは片づけられない理由も多く存在する。私は就任時に、“鹿児島大学を小児外科のリーディング施設に”とする抱負を大学医学部の同門会誌に寄稿した。その気持ちは現在も変わらないが、もう一つの大きな目標としては存続できる教室づくり、SDPs（Sustainable Department of Pediatric Surgery）とした。そのために必要なことはとりもなおさず人材育成であり、前述の小児に対する内視鏡外科手術を執刀可能な小児外科医を育成しつつ、持続可能な教室のためには人材育成をできる人材育成が必要である。外科医としてのロマンを捨てて取り組んだ教室づくり・人材育成についても解説する。

さまざまな連携を通して見てきたこと、学んだこと



福岡市立こども病院 小児歯科 科長 柳田 憲一

略歴：

昭和62年3月 九州大学歯学部卒業

昭和62年4月 九州大学大学院入学（小児歯科学）

平成5年10月 九州大学歯学部附属病院 助手

平成9年6月～12月

ワシントン大学・障害者歯科及びジョーンズホプキンス大学Swallowing Center留学

平成11年4月 聖マリア病院・小児歯科医長

平成17年11月 福岡歯科大学成育小児歯科学分野 講師

平成23年6月 九州大学病院 小児歯科・スペシャルニーズ歯科 講師

平成27年4月 福岡市立こども病院小児歯科 科長

現在に至る

小児歯科に身をおいて40年が過ぎようとし、私の歯科医師としてのキャリアも終わりに近づいてきました。二つの大学病院、民間の大きな総合病院そして現在の福岡市立こども病院の小児歯科で日々を過ごす中、それぞれの病院の様々な特色に触れ、学ぶことができました。その中でもとりわけ“連携”はとても重要なキーワードであり、うまく連携がとれると診療や物事がスムーズに進み、いろいろなことで助けられてきたと感じています。連携と言っても、病院内での他科やいろいろな部署との連携、病院外の医科や歯科との連携、病院内外での地域医療連携室を通した連携などいろいろな連携があります。

講演では、現在の福岡市立こども病院での連携を中心に話をさせていただきたいと思います。当院では先天性心疾患を持つこどもたちがとても多く、循環器科等との連携を生かし、低年齢からの口腔管理を行うことで、健康な口腔器官の育成とともに、感染性心内膜炎の予防に注力しています。先天性心疾患を持って生まれるこどもの割合は、口唇口蓋裂を持って生まれるこどもよりも多いことが分かっています。また医学の進歩により救われた命が数多く増え、それにより社会の中に入って歯科医院を受診するこどもたちも少なくありません。単純な考え方で恐縮ですが、小児歯科医としては口唇口蓋裂をもつ子どもより、先天性心疾患をもつこどもと出会う確率の方が高くなるのかもしれない。そのため当院のような小児歯科と様々な地域でご活躍されている小児歯科の先生たちとの連携はとても重要だと考えています。それぞれの小児歯科医がそれぞれにできる医療をこどもたちに提供することが大切だと思います。

最後に当院での10年以上の連携の中で学ぶことができた、感染性心内膜の予防や血液抗凝固剤などへの対応についても少し述べさせていただければと思います。感染性心内膜炎の原因は口腔と関係していることが多いとされ、歯科治療時における注意と口腔疾患の予防が最大のポイントです。特に我々小児歯科医が行っている日頃からの口腔疾患の予防管理は、そのまま感染性心内膜炎予防であると言っても過言ではないと思っています。

今回の講演が皆様の明日からの診療に少しでもお役に立てるような内容になればと思います。

「時代とともに変わる重症心身障害児・医療的ケア児の生活」



特定非営利活動法人障害児フォーラムかごしま 理事長 和田 朋子

略歴：

奈良県出身

2003年 長女誕生（享年13歳）

2008年 次女誕生（現在17歳）

2012年 特定非営利活動法人障害児フォーラムかごしま設立

2012年 生活支援センターえがお開所（重症心身障害児のみ指定障害児通所事業所）

2013年 生活支援センターえがおⅡ開所（重症心身障害児のみ指定障害児通所事業所）

2013年 えがおクリニック開設により医療型特定短期入所開始

2013年～2020年 全国重症児デイサービス・ネットワークにて全国の新規重症児デイサービスや医療型特定短期入所設立を支援のため講演

2019年～医療的ケア児支援者養成研修講師

2020年～鹿児島県医療的ケア児支援連絡協議会委員

2021年 医療的ケア児支援未経験の訪問看護師向け研修プログラム講師

医療的ケア児や重症心身障害児を取り巻く環境は、大きく様変わりしてきました。医療的ケアのある重症心身障害児の親として、また障害児福祉施設の運営に携わる立場として、その変化を当事者と支援者の両側から見つめてきました。以前は、在宅で医療的ケアを必要とする子どもを育てるという選択肢そのものが、家族の自己犠牲に強く依存していました。しかし近年、制度整備や医療的ケア児支援法の施行、地域における多職種連携の深化によって、子どもたちの「暮らし」によりやく光が当たり始めています。学校に通い、友達と過ごし、家族と日常を楽しむといった、そんな「あたりまえ」が少しずつ現実になってきたのです。

とはいえ、その「あたりまえ」を実現するために、親たちは今なお困難を背負っています。夜間の喀痰吸引、人工呼吸器のアラームに起こされる生活、そして「子どもを預けられる場所が少ない」という孤独な現実。親としての愛情と社会との間に横たわる「理解の温度差」は思いのほか深く厳しいものです。

支援する側もまた、決して容易ではありません。医療的知識や技術に加え、子ども一人ひとりの特性を理解し、尊重する心の柔軟性が求められます。「この子らしく生きる」という願いに寄り添うには、制度や職種の枠を超えた「人と人」としての関わりが必要です。福祉施設の運営を通じて出会った支援者たちは、誰もが真摯で、そして深い情熱をもって子どもたちに向き合っています。だからこそ、現場の疲弊や燃え尽きも見過ごせません。支援の持続可能性は、支援者の心身の安定なしには語れません。

医療的ケア児を育ててきた親として、そして多くの支援者と日々を共にする一人として、私は願います。誰かの人生の「一番つらい時期」に寄り添える社会であってほしい、と。そのためには、制度や環境の整備と同じくらい、私たち一人ひとりの想像力とあたたかい視点が必要です。

この発表が、子どもたちの笑顔と、それを支えるすべての人の努力に光を当てる一助となることを願ってやみません。 以上

「誰もが等しく受けられる歯科医療を」



さとう小児歯科 佐藤 真紀子

略歴：

2005年 鹿児島大学歯学部卒業
2005年 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野 入学
2009年 同上 卒業 博士（歯学）取得
2009年 鹿児島市内の開業歯科医勤務
2013年 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 小児歯科学分野 入局
2024年3月 同上 退職
2024年5月 さとう小児歯科（鹿児島市紫原） 開院

資格：

公益社団法人 日本小児歯科学会専門医
公益社団法人 日本障害者歯科学会認定医

子育てをされていて、子供の体調が悪くなれば病院へ連れていくというのは当たり前のことです。お口のことも同様に歯のこと、食事のことなど様々な困りごとがあれば歯科医院を受診します。しかしながら、障害や疾患がある場合、「大きな声を出すから迷惑をかけてしまう」「他の歯医者では難しいと言われた」「大きなバギーは入り口が狭く、診療室に入らない」「近くに医療的ケア児を診てくれる歯科医院がない」など様々な声があります。このような子供たちを持つ保護者は、一般の歯科医院を受診しても良いのか、大きな病院でないと受け入れてもらえないのではないかと思います。それらを相談したいけれどどこに連絡すれば良いかわからないという壁にぶつかります。

当院のコンセプトは「誰もが等しく受けられる歯科医療を」です。歯医者に通いたくても通えない方、受診を諦めている多くの方のために日々、歯科医療に従事しています。多種多様な難問が舞い込んできますが、どのような症例も、一旦は状況を確認し、当院で可能なものは受け入れ、難しいと判断したケースは他の医療機関を紹介することで専門医との連携に努めています。

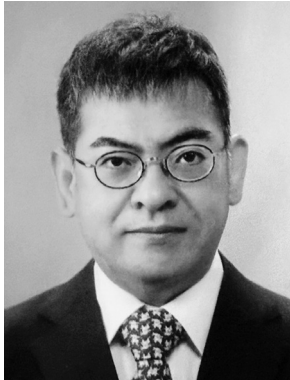
このような状況を解決するには小児歯科の私だけでは難しく、小児科、小児外科、耳鼻科、看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、療育や放課後デイサービスの支援員、保育士、幼稚園教諭、特別支援学校教諭、保健師など多職種の方々との繋がり、また広くいろいろな地域の専門職の方と連携を取ります。こちらからの紹介やお願いに対して皆様は丁寧に対応していただきます。これまで子供たちを支えるたくさんの方々と情報共有してきました。今はSNSなどでも簡単につながることができるので活用しています。

様々な疾患や障害を持つ児や医療的ケア児を抱える家族は様々な困難や試練の中で長い期間過ごすこととなります。最近では小児科の訪問診療も身近になってきました。リハビリテーションも自宅で実施します。レスパイトケアやショートステイの幅も広がり、兄弟の行事などでも利用できるようになってきました。歯科も一時的なものでなく、長く継続できる支援に取り組んでいかなくてはならないと感じています。

当院で取り組んでいる「16キロを超えての訪問歯科診療」、「放課後デイサービスでの歯科受診」、「オンラインでの摂食指導」などが正解かどうかは、わかりませんが我々が持てる技術や知識を活かして、できるだけのことを精一杯、多くの方に提供できたらと考えています。

今回はそのような取り組みを紹介していきたいと思います。

重症心身障害児・医療的ケア児の今とこれから



医療法人ららら らららこどもクリニック 院長
渡邊 健二

略歴：

北海道大学農学部卒業後、2002年に鹿児島大学医学部を卒業し、同年鹿児島大学小児科医局に入局。3か月の育児休暇を取得後鹿児島県内の総合病院小児科で小児神経分野を専門として研鑽を積む。2017年に鹿児島市でらららこどもクリニックを開院、また県内初となるクリニック併設型の医療型特定短期入所施設るるるを開設。一般外来・予防接種のみならず、小児神経疾患を中心にした専門外来や発達外来、訪問診療にも取り組んでいる。2024年には母子保健に関する功績で母子保健奨励賞・毎日新聞社賞を受賞した。

重症心身障害児とは、重度の知的障害かつ運動障害（肢体不自由）を有した子どもを総称する言葉であり、運動障害や知的障害の有無は問わず、日常的に医療的ケアを必要とする子どもを医療的ケア児と称します。日本は先進的な医療技術の下、このような医療的なサポートを必要とする医療的ケア児が全国で2万人を超えています。運動機能および知的機能の程度に応じて、医療的ケア児の状態像は多様であり、必要とする支援もそれぞれ異なり、その子に応じた対応が必要になります。

医療的ケアには呼吸器系、消化器系、排泄系など多種に及び、専門的な技術が求められ、家族は睡眠時間を削り、自身の余暇を楽しむことも出来ず、日夜を問わずケアに追われている現状があります。またきょうだい児も、余裕のない家族に遠慮し、自身の欲求を抑え、時には代わりに医療的ケアを実施するヤングケアラーの存在も近年注目されている。重症度によっては移動・外出も困難で、発熱などの体調不良時の対応も簡単ではない。また保育・教育を受ける環境も整わないこと、自然災害時への対策、成人期の移行問題など、多くの課題がある。また医療的ケアの在宅化が進む一方で、小児在宅医療を担う医師や訪問看護師の不足、都市への集中といった地域格差も大きな課題です。

こうした中で、今後の支援の方向性として、医療的ケア児支援センターを中心とした地域連携の強化、小児科・歯科・看護・リハビリ・心理などの専門職連携による包括的支援、ICTやAIを活用したモニタリングや遠隔医療の導入、医療的ケア児と家族の声を尊重したACP（人生会議）や意思決定支援の普及が求められています。さらに、摂食嚥下支援やQOL向上に資する医療機器・補助デバイスの進歩も進みつつあり、テクノロジーと人のケアの融合による“その子らしい生活”の実現が期待されています。

ベッドサイドにおける子どもの口腔衛生 ：重要性と実践のポイント



鹿児島大学病院 発達系歯科センター
小児歯科 講師
稲田 絵美

略歴：

2004年3月 鹿児島大学 歯学部 歯学科 卒業
2006年3月 鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 研修医 修了
2010年3月 鹿児島大学大学院医歯学研究科 健康科学専攻 博士課程 修了
2010年4月 鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 発達系歯科センター 小児歯科 助教
2018年10月 鹿児島大学病院 発達系歯科センター 小児歯科 講師
現在に至る

医療的ケア児とは、気管切開、経管栄養、吸引などの医療的処置を日常的に必要とする小児のことであり、在宅や病院、施設など多様な環境で生活しています。医療的ケア児は全身状態が不安定であることが多く、口腔内の衛生状態が誤嚥性肺炎や感染症のリスクに直結するため、歯科衛生士による専門的なケアが不可欠です。近年、医療的ケア児は増加傾向にあり、歯科医療従事者が関与する機会も増えてきています。

一方、周術期の小児においても、術前・術後の口腔衛生管理は重要な役割を果たします。小児がんの治療においては、外科的手術を受ける児もいますが、白血病などの血液腫瘍に対しては化学療法や骨髄移植が行われます。これらの治療中は免疫機能が著しく低下し、口腔内の感染や炎症が全身状態に影響を及ぼす可能性もあるため、継続的な口腔ケアが求められます。特に、化学療法中や骨髄移植前後は口腔粘膜炎や口腔乾燥、出血傾向などが生じやすく、細心の注意を払ったケアが必要です。免疫が低下している期間や術後の安静が必要な児に対しては、ベッドサイドでのケアが中心となり、全身状態や医療機器の使用状況に応じた配慮が不可欠です。

本セミナーでは、ベッドサイドでのケアが必要な医療的ケア児ならびに周術期の小児に対する口腔ケアを安全かつ効果的に実施するための準備と注意点について詳しく解説します。具体的には、口腔内の乾燥や炎症の評価、誤嚥予防のための体位管理、使用器具の選定など、実践的なポイントについてお話しします。さらに、口腔ケアに伴う誤嚥や出血などのリスク評価や、気管カニューレなどの医療機器との干渉を避ける工夫についてもお話しします。

また、医師や看護師との連携、介助者への指導、児本人とのコミュニケーションの工夫など、チーム医療の中で歯科衛生士が果たす役割についても解説します。本セミナーを通じて、参加者が医療的ケア児ならびに周術期小児への口腔衛生管理に対する理解を深め、現場での実践に自信を持って取り組めるようなれば幸いです。

最新カリオロジーから見たう蝕予防の優れたもの



大阪大学名誉教授・特任教授 天野 敦雄

略歴：

1984年 大阪大学歯学部卒業後、同学部予防歯科学教室に入局。研究生、医員、助手、ニューヨーク州立大学歯学部・博士研究員を経て、1997年 大阪大学歯学部附属病院・障害者歯科治療部・講師。2000年に大阪大学歯学研究科・教授に就任。2015年 大阪大学歯学研究科長・歯学部長。2021年 日本口腔衛生学会・理事長。2023年 日本歯科医学会・総務理事。2024年から大阪大学名誉教授、同歯学研究科・特任教授。

現在の科学では、むし菌菌にだけ効く抗菌製品はありません。ブラッシングは悪玉菌、善玉菌、日和見菌の全てを減少させます。ブラッシングが終わると、3種類のバイオフィルム細菌はまた増殖を始めます。最適生育環境下でのミュータンス連鎖菌は、1時間で2倍に増殖します。99%除菌されても、残った1%が1時間おきに2倍に増え、6時間後には2の6乗（64%）となり7時間たないうちに100%に戻ります。数カ月に一度のプロケアでバイオフィルムの病原性を低下させても、その効果は数日後には失われるでしょう。う蝕予防は、患者が主治医のセルフケアとプロケアによる歯質強化に期待することになります。

① 患者が主治医のセルフケア

う蝕の発症原因は、バイオフィルムの高病原化です。むし菌菌の増殖によってバイオフィルムは高病原化します。この状態をdysbiosisと呼びます。う蝕のdysbiosisは食事の度に起こります。dysbiosisはむし菌菌のエサとなる発酵性糖質と、増殖を促す酸性環境が原因です。毎食後にブラッシングで発酵性糖質と酸性環境を取り除くことがう蝕予防に欠かせません。dysbiosisの原因を取り除けるのは、歯科医師でも歯科衛生士でもありません。患者さん自身なのです。

② 歯質強化のプロケア

王道はフッ化物の応用です。フッ化物含有歯磨剤・フッ化物洗口のセルフケアと、フッ化物歯面塗布のプロケアが有効です。フッ化物を徐放&リチャージするレジンシーラントやアイオノマーセメントもお勧めです。なかでも優れたもののフッ化物は、(株)松風が開発したS-PRGフィラーです。

2025年6月26日、日本歯科医学会は大阪・関西万博で「近未来の進化系歯科医療」を発表しました。先進歯科材料のひとつとして取り上げられたのが、S-PRGフィラーです。S-PRGフィラーはフッ化物イオン、ナトリウムイオン、ホウ酸イオン、アルミニウムイオン、ケイ酸イオン、ストロンチウムイオンの6つのイオンを徐放します。これらイオンは歯質強化、抗菌、バイオフィルム成熟抑制、酸中和などの多様な作用を発揮します。

S-PRGフィラーの効果については国内外のアカデミアで多くの研究がおこなわれています。最新カリオロジーに加え、S-PRGフィラーの効果とS-PRGフィラー配合歯科材料「Giomer」をご紹介します。

参考文献

- 天野敦雄，久保庭雅恵：歯科衛生士のためのカリオロジーダイジェスト，クインテッセンス出版、2023年。

「Invisalign FirstTM導入の実際 ～導入を見送っていた私が使い始めた理由と注意点～」



イシタニ小児・矯正歯科クリニック 石谷 徳人

略歴：

1998年3月 鹿児島大学歯学部卒業
1998年4月 鹿児島大学歯学部小児歯科学講座入局
2008年3月 イシタニ小児・矯正歯科クリニック開業（鹿児島県始良市）
2018年4月 鹿児島大学歯学部 臨床教授
2022年5月～2024年5月 公社）日本小児歯科学会 副理事長

資格・学会活動等：

歯学博士（鹿児島大学）／公社）日本小児歯科学会 専門医指導医（常務理事 広報委員会 委員長）／全国小児歯科開業医会 理事（学術委員会 委員長）／成育歯科医療研究会 副会長／鹿児島大学臨床教授

演者はこれまで、アライナー型矯正装置（以下、アライナー）のInvisalign[®]を主に永久歯列期の治療の選択肢の一つとして用いてきました。一方、小児の一期治療には、院内歯科技工士が製作する従来型の矯正装置（急速拡大装置やバイヘリックスなど。以下、従来装置）を長年使用しており、精度や供給体制にも大きな問題はありませんでした。そのため、2019年にInvisalign Firstが登場した際も、導入には踏み切りませんでした。

転機となったのは2021年、長年診療を支えてくれていた歯科技工士が産休に入ったことです。これを機に装置の供給体制を見直し、Invisalign Firstの導入を本格的に検討することとなりました。院内の体制を整えながら試行錯誤を重ね、導入に至りました。

導入後は、治療設計の視認性や清掃のしやすさ、保護者とのコミュニケーションが円滑になったことに加え、スタッフの役割が明確になり、診療全体の流れも整理されました。また、iTero[®]スキャナーやClinCheck[®]を活用した治療計画・経過の可視化は、子ども本人や保護者の理解を深める助けとなりました。

現在は歯科技工士も復帰し、従来装置とアライナーを併用できる体制に戻っていますが、Invisalign Firstは当院における一期治療の重要な選択肢の一つとして定着しています。年齢や症例に応じて適切に使い分けることで、個々の患者に合った治療がより提供しやすくなりました。

一方で、慎重に考慮すべき点もあります。これまでも、小児の咬合治療を“比較的取り組みやすい矯正”と捉える歯科医師が一定数見受けられ、アライナーの普及に伴い、そうした傾向が一部に広がりつつあるようにも感じられます。特に、CAD/CAM技術の進歩やデジタルプラットフォームの発展によって治療設計が視覚的に分かりやすくなったことで、利便性が強調されがちな側面もあるかもしれません。

もっとも、デジタル技術が提供するのはあくまで「仮想の治療計画」であり、これを成長・発育という現実の変化の中でどう活用していくかは、最終的には歯科医師の臨床判断と責任に委ねられます。そのため、アライナーの利便性だけにとらわれず、適切な診断と長期的な視点に立った治療計画が重要であると考えています。

本セミナーでは、Invisalign First導入時の課題やスタッフ連携、現場での工夫、そして実際の症例や従来装置との比較を交えながら、小児歯科医の立場から導入時に押さえておくべき基本的な考え方と注意点についてご紹介します。Invisalign Firstの導入をご検討中の先生方にとって、少しでもお役に立てれば幸いです。

一般演題

P-1

超低出生体重児の多数歯齲蝕治療後に見られた体重増加に歯科保健指導の早期介入の重要性を再認識した1例

○藤瀬多佳子，池見佳子
(大分県口腔保健センター)

【緒言】

出生時体重が1000g未満の超低出生体重児は、出生直後より育児支援を受ける機会が多い。今回、超低出生体重児で、多数歯齲蝕治療後、口腔機能改善に伴い、体重増加と食行動に変化がみられた1例を経験したので報告する。

【症例】

患児：3歳9か月 男児

主訴：齲蝕治療希望。

現病歴：3歳児健診で多数歯齲蝕を指摘され、保健師から歯科受診を勧められて来院。保護者による歯磨きには非協力で、毎晩、フォローアップミルクを哺乳瓶で飲みながら寝ていた。

既往歴：胎生22週、体重424g身長28cmで出生。慢性肺疾患。児童発達支援センターで協調運動発達の遅れの指摘あり。

全身所見：体重12.1kg身長89.5cmカウプ指数12。初診時口腔内所見：Hellmanの歯齢IIA期。咬合は正常咬合、萌出乳歯全てに齲蝕あり。

【処置と経過】

乳歯20歯中13歯は歯髄処置後、歯冠修復を、7歯は充填処置を行い、咀嚼機能回復に努めた。治療完了後、定期的に口腔衛生指導及び齲蝕予防処置を行いながら、体重を測定し、食行動変化に関して保護者へ問診を行った。体重増加は、治療前の9か月間が1.2kgだったのに対し、全治療終了後の5か月間では0.9kgと加速した。治療前は白ご飯しか食べなかったが、治療完了後は肉類も食べるようになり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から、言語、運動発達面の発育に弾みがついたと評価されたとのことだった。

【考察】

低出生体重児は、歯の健康及び摂食機能に関しても、早期より専門職による支援が受けられるような体制作りが大切であると考えられた。

【文献】

令和3-4年度厚生労働科学研究費補助金研究「低出生体重児の成長・発達評価手法の確立のための研究」班作成「医療機関退院後の低出生体重児の身体発育曲線」、日本生育医学会

P-2

乳歯早期抜去により上顎犬歯の歯胚位置異常を改善した2例

○奥倉（上籠）杏奈，長谷川大子
(はせがわこども歯科)

【緒言】

上顎犬歯埋伏の発現頻度は0.8～2.9%と報告されており、臨床の現場で遭遇することも少なくない。発見が遅れてしまうと隣接歯の歯根吸収や歯列咬合への影響を生じることがある。今回、乳歯の早期抜去で上顎犬歯の歯胚位置異常を改善した症例を経験したので報告する。なお、本発表については保護者の同意を得ている。

【症例1】

患児：初診時年齢6歳0か月、女児

主訴：下の前歯を抜いてほしい

現病歴：下顎右側乳中切歯の舌側より中切歯が萌出してきたため抜歯を希望し来院した。定期管理中に上顎右側犬歯は近心傾斜し側切歯歯根との重なりを認めた。上顎右側乳犬歯および第一乳臼歯を抜去したところ、上顎右側犬歯の萌出方向は改善し自然萌出した。

【症例2】

患児：初診時年齢6歳1か月、女児

主訴：かみ合わせが気になる

現病歴：他院にて過蓋咬合を指摘され来院した。定期管理中に上顎両側犬歯は近心傾斜し側切歯歯根への近接を認めた。上顎両側乳犬歯および第一乳臼歯を抜去したところ、上顎両側犬歯の萌出方向は改善した。

現時点では上顎左側犬歯は萌出余地不足で唇側転位が予測されるため、今後も継続して経過を診ていく予定である。

【考察】

上顎犬歯の萌出障害に対しては開窓牽引といった外科処置や矯正治療を行うことが多いが、今回報告した症例は乳歯の早期抜去のみで改善でき、患児の負担軽減をはかることができた。歯胚位置異常への対応の第一選択として乳歯の早期抜去は有効であることが示唆された。

日頃の定期管理においては、口腔内やデンタルとパノラマエックス線所見に対して多角的な視点を持ち、異常を早期に発見し対応することが重要であるといえる。

P-3

過剰歯抜去を行った低ホスファターゼ症患者の1例

○橋口大輔¹⁾、高橋 忠²⁾、梅津哲夫³⁾、齊藤桂子⁴⁾、松尾小百合⁴⁾、森川和政¹⁾
(¹⁾九歯大・小児歯、²⁾ただしファミリー歯科クリニック(埼玉県越谷市)、³⁾うめづ歯科・小児歯科医院(佐賀県佐賀市)、⁴⁾岩医大・小児障害歯)

【緒言】

低ホスファターゼ症(Hypophosphatasia:HPP)は骨の石灰化に重要な役割を果たすアルカリホスファターゼ(ALP)の活性が先天的に低下または欠損することで起こる遺伝性の骨系統疾患である。

今回われわれは低ホスファターゼ症患者児の上顎前歯部に逆生の埋伏過剰歯を認めた症例を経験したので報告する。

なお、発表に関して保護者の同意を得ている。

【症例】

患児：1歳8か月、女児。

主訴：下の前歯が抜けたので診てほしい。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：受診1か月前より下顎前歯部の動揺を認め、近医を受診するも診断ができないと当科へ紹介された。初診時には既に下顎両側乳中切歯の喪失を認めた。

口腔内所見：BA|AB、B|Bの萌出とA|Aの欠損を認めた。

エックス線所見：BA|AB、B|B周囲の歯槽骨吸収を認めた。1|1部に逆性の埋伏過剰歯と思われる不透過像を認めた。

【処置および経過】

萌出乳歯周囲の歯槽骨の吸収と脱落歯の状況から、低ホスファターゼ症を疑い小児科へ精査依頼を行った。遺伝子解析の結果、歯限局型の低ホスファターゼ症と診断された。過剰歯はCBCT撮影可能な年齢で抜去を行うこととなった。

【処置および経過】

5歳になり診療協力度が向上したためCBCTを撮影し、過剰歯の位置を確認した。小児科主治医と連携を行い、術前にALP酵素補充療法を行うか検討したが、今回は行わないことになった。

抜去後も経過をみるために定期的にエックス線検査を行うこととした。

抜去後6か月までの間に歯槽骨に明確な異常を認めなかった。

【考察】

低ホスファターゼ症の治療にはALP酵素補充療法が用いられるが、歯限局型に適應されることは少ない。今回我々は骨削除を伴う処置を行ったが、酵素補充療法が必要だったかについては更なる検討が必要であると考え。

P-4

永久前歯外傷性完全脱臼の1例

○豊島正三郎
(たんぽぽこども歯科)

【緒言】

外傷により、永久前歯3歯を完全脱臼し、1歯を再植、固定、その後6年以上にわたり管理している症例について報告する。なお発表に際し保護者の同意を得ている。

【症例】

患者：8歳9か月 男児

主訴：前歯が抜けてしまった

現病歴：サッカーボールを追いかけて顔面から鉄棒に激突し、上顎前歯部を打撲した。

口腔内所見：上顎右側の乳犬歯、側切歯、中切歯と上顎左側中切歯が完全脱臼し、上顎左側側切歯不完全脱臼していた。口蓋粘膜が、剥離翻転。

全身および口腔外初見：異常は認められなかった

【処置・経過】

前歯部歯槽骨を整復し、持参した上顎右側乳犬歯、中切歯を再植した。中切歯は固定源がなく当日は縫合固定し、後日、脱落した2歯部にダミーを付与したワイヤーにての固定へ変更。受傷4年4か月後、動揺が大きく抜歯した。永久前歯3歯喪失部分へ2歯分の暫間ブリッジを装着している。

【考察】

受傷後、審美性を考慮した喪失部位への対応を行ってきた。今後、考えられる対応法としては、ブリッジによる補綴、インプラントによる補綴、矯正による対応、これら対応法の組み合わせ等が考えられ、今後、検討が必要である。

【文献】

- 1) 日本小児歯科学会：小児の外傷の実態調査，小児歯誌，34(1)：1-20，1996
- 2) 月星光博：外傷歯の診断と治療，クインテッセンス出版，東京，2009
- 3) 嘉藤幹夫：乳歯および幼若永久歯の外傷について，小児歯誌，49(3)：215-230，2011

P-5

1歳0か月児の歯の外傷に対し固定を行った症例

○土橋容子, 林 亮子, 緒方麻記
(はやし小児歯科医院)

【緒言】

乳歯外傷は1～2歳児の転倒による歯の亜脱臼が多い。対応時には様々なリスクがあるため、歯の固定は困難な場合がある。今回、1歳0か月児の歯の亜脱臼に対し途中で固定法の再検討を行い、良好な経過を得た症例について報告する。

【症例】

患児：1歳0か月。 女児。

主訴：歯をぶつけた。

現病歴：自宅にて転倒し、上唇小帯部より出血。近歯科医院を受診し抗菌薬と鎮痛薬を処方されたが、歯の動揺が気になり受傷から2日後に当院受診。

現症：身長：74cm, 体重：10kg, 離乳食は完了期で哺乳ビンでの授乳が1日2回。

口腔内所見：Hellman歯齡IC期。上唇小帯および上顎乳切歯部歯肉裂傷。上顎乳切歯に1～2度の動揺を認めた。

デンタルエックス線所見：上顎乳切歯に歯根膜腔の拡大を認めた。

診断：上顎乳切歯亜脱臼, 上唇小帯および上顎乳切歯部歯肉裂傷。

治療方針：上顎乳切歯固定。軟組織裂傷部経過観察。

【処置および経過】

線副子による上顎乳切歯の固定を行った。固定翌日に一部脱離を認め再固定。さらに4日後にも一部脱離を認めたため、印象採得を行い保護床による固定へと変更した。固定後2週間で動揺を確認し再度2週間固定を延長した。受傷から約4年経過し上顎右側乳中切歯の1/3程度の歯根外部吸収を認めるものの、生活歯で経過良好である。

【考察】

本症例では、固定法の決定において、清掃性や印象時の歯の脱臼の可能性を危惧し線副子による固定を選択したが、操作性の難しさから脱離を繰り返すこととなった。保護床を用いた固定へと変更した後は良好な経過を得ることができた。しかし保護床による固定は、清掃不良や摂食困難などを招く可能性もあるため、固定中も十分な観察が必要である。今後も1～2歳児の外傷による治療方針の決定には受傷歯の状態のみならず、様々な要因を考慮し、治療方針を決定していきたい。

P-6

外傷による歯根破折を伴う根未完成中切歯に矯正力を加えて整復固定した1例

○深井友理¹⁾, 西田郁子²⁾, 森川和政²⁾
(¹⁾ふかい歯科クリニック, ²⁾九歯大・小児歯)

【緒言】

歯根破折症例では、硬組織形成を伴う治療経過は予後がよく、歯冠側破折片がほとんど変位していない場合に多くみられる¹⁾。今回、外傷により歯根破折した根未完成の上顎中切歯に、圧下の矯正力を加え、破折片の密着をさせることで、良好な経過が得られたので報告する。なお、発表に際し保護者と患児の同意は得ている。

【症例】

患児：6歳8か月, 女児。主訴：前歯をぶつけて揺れて痛い。現病歴：弟の頭に強打し、受傷翌日に前歯の動揺と咬合痛に気づき当院を受診した。

既往歴：特記事項なし。

現症：1動揺度1, 1動揺度3, 打診痛あり。EPT(-)。1は舌側に変位し、下顎前歯と干渉あり。エックス線所見：11歯根中央部に水平な破折線を認め、1は幅0.5mmの破折線が認められた。11歯根は2/3形成され、根尖は開大していた。

【処置及び経過】

徒手整復を行ったが、両破折片を密着させることができず、1のエックス線画像において、破折部に大きな透過像が存在し、破折片間に空隙の存在が認められた。そこで、圧下の矯正力を加えて破折片の密着を試みた。5日後のエックス線所見にて1破折部の透過像の縮小が認められた。固定から7日後、机で再度打撲した。線副子の一部脱離、歯肉と上唇部の裂創を認めた。エックス線画像で11の破折部の透過像の開大が認められ、再度圧下の矯正力を加え、固定した。再固後1か月で固定除去した。受傷から6か月後、歯根の成長、破折線の不明瞭化、EPT反応の回復が認められた。

【考察】

外傷による破折において、変位や動揺が認められる場合、破折片間を密着させることで、よい予後が期待できる¹⁾。今回圧下の矯正力を加えたことにより、徒手整復よりも破折片間を密着させることができ、硬組織による治療が期待できた。今後も長期的に経過観察を行う予定である。

【文献】

1) 有田憲司：小児外傷における歯根破折歯の処置, 小児歯誌, 47(5): 683-692, 2009.

P-7

口腔習癖による口腔粘膜の潰瘍形成が疑われる小児への対応

○田平和久¹⁾，三輪佳愛¹⁾，加藤真由美²⁾，栗原調¹⁾，石井華子¹⁾，柏村晴子¹⁾，岡 暁子¹⁾
(¹⁾福歯大・歯・成育小児歯，²⁾くばがわ歯科医院（沖縄県那覇市）

【緒言】

皮膚や粘膜への自傷行為が繰り返されると瘢痕形成や欠損に至ることがあり，小児では成長を阻害する一因となる。当科では，口腔内の複数部位に咬傷や潰瘍を繰り返す定型発達児に対し，保護床装着による対症療法を行ってきた。今回は3例を報告する（保護者の文書同意取得済）

【症例1】

患者は7歳0か月の男児。以前より両側舌縁部に直径約10mmの角化を疑う白色病変を自覚していた。来院の1週間前より，右側病変部からの出血が認められたため紹介され来院。上下顎に保護床を装着したところ，症状は改善した。

【症例2】

患者は8歳2か月の女児。来院前に発熱症状があり，口唇の腫脹と強い疼痛を訴えて受診。歯科的要因が不明であったため感染症の可能性を考慮し，小児科に対診を依頼。単純ヘルペスおよび溶連菌感染は否定されたが，症状は改善せず。上下顎に保護床を装着したところ，症状の改善が認められた。

【症例3】

患者は10歳2か月の男児。2週間前から左側舌縁部に潰瘍形成と摂食困難があり，紹介され来院。左舌縁部に潰瘍が確認され，下顎に保護床を装着したところ症状は改善した。しかし，約3週間後に上口唇粘膜に重度の潰瘍が出現し，かかりつけ小児科医よりステロイドの内服が開始された。上顎に保護床を装着した結果，症状は改善した。

【考察】

小児における難治性口腔粘膜潰瘍に対して，上下歯列に保護床を装着することで歯による刺激を除去し，対症療法として症状の改善が得られた。一方で，難治性潰瘍の根本原因は自傷行為とも解釈されうる咬傷であった可能性が高い。今後はストレスや口腔機能発達不全症などにも配慮し，適切な管理を継続していく必要があると考えている。

P-8

長期管理を行った，含菌性嚢胞の1例

○中村紀彦
(医療法人 なかむら歯科医院)

【目的】

小児歯科臨床では，顎骨内の嚢胞にしばしば遭遇する。今回，混合歯列期に含菌性嚢胞を診断されてから，手術，永久歯列完成，成人に至るまでの長期管理を経験した。本人の同意を得たうえで報告する。

【症例と経過】

対象は，4歳1か月より当医院にて口腔内管理を行ってきた女性。

7歳9か月時，下顎右側Eの齲蝕が進行し，感染根管処置を行った。同時期のパノラマエックス線写真では，同部に嚢胞様透過像は認められなかった。

10歳5か月時，右下臼歯部の違和感を訴え来院。パノラマエックス線写真において，下顎右側5-6歯根部に拇指頭大の嚢胞様透過像を認めた。近隣の大学小児歯科へ紹介，同大口腔外科にて嚢胞は開窓されオブチュレーターを用いた縮小を試み，その後は当院での管理となった。

オブチュレーターは早期に使用不可能となったが，10日毎6か月間の洗浄を行い，嚢胞腔は消失した。

嚢胞の影響によって歯軸異常が認められた右下右側5も正常に萌出した。

【考察】

本症例は，高次医療機関との連携と，長期間にわたる患者，保護者の協力により，顎骨嚢胞の治癒及び，永久歯列の完成およびその維持を継続することができた。

患者は現在24歳となるが，口腔内及び，嚢胞の再発は認められない。

顎骨嚢胞の開窓術は，再発することも少くない。成長期にある小児においては短期間に嚢胞が増大する場合もあり，小児歯科臨床では特に注意して管理することが求められる。

P-9

小児の粘液嚢胞に対して微小開窓法を施行した4例

○絹原有理¹⁾, 深水 篤¹⁾, 藤高若菜¹⁾, 西村咲輝¹⁾, 伊東泰蔵²⁾

(¹⁾(医)伊東歯科口腔病院, ²⁾いとう歯科医院)

【緒言】

粘液嚢胞は、小唾液腺あるいは大唾液腺の導管が何らかの原因によって傷害され、唾液の流出障害が生じることにより発生する。治療法は、摘出術や開窓療法が選択されるが、1995年にMortonらが報告した微小開窓法は、簡便で侵襲の少ない治療法である。今回われわれは、小児の粘液嚢胞に対して微小開窓法を施行した4例について報告する。なお、本発表にあたり、患児の保護者から書面にて同意を得ている。

【方法】

当院の微小開窓法では、粘液嚢胞の大きさに合わせて3-0絹糸で3～7糸を粘膜上皮と嚢胞腔を貫通するように糸をかけ2週間後に確認し抜糸する。その際嚢胞の一部が残存している場合には最大3回まで追加処置を行うこととしている。

【症例】

症例1：15歳9か月男子。Blandin-Nohn嚢胞に対して、微小開窓法を施行し、1週間後に治癒を認めた。

症例2：8歳3か月男子。ラヌーラに対して微小開窓法を施行した結果、4週間後に治癒した。

症例3：9歳10か月男子。ラヌーラに対して微小開窓法を施行し3週間後に治癒した。しかし、10か月後、近接した部位に新たにラヌーラが出現したため、再度微小開窓法を施行しその4週間後に治癒した。

症例4：7歳8か月男子。ラヌーラに対して微小開窓法を施行し、一度は治癒するも1か月後再発した。再度微小開窓法を提案したが患児および保護者が拒否し、保護者から舌下腺摘出術の希望があったため、全身麻酔下で左側舌下腺摘出術を施行した。

【考察・結語】

当院では2014年以降、粘液嚢胞に対して微小開窓法を第一選択としている。小児患者では治療に対する協力度が低く手術が困難な場合もあるため、低侵襲かつ簡便で治癒率の高い本法は有効であると考えられた。今後も、症例を重ね、検討していこうと考えている。

P-10

舌機能訓練により舌小帯非切除にて機能回復を認めた口腔機能発達不全症の1例

○佐々木敦英¹⁾, 廣藤雄太²⁾, 廣藤早紀²⁾, 高山扶美子²⁾, 山田亜矢¹⁾, 福本 敏¹⁾

(¹⁾九大・院・小児歯, ²⁾九大病院・小児歯スペシャル歯)

【緒言】

小児期の口腔機能の発達・獲得の評価に舌圧検査があり、近年最大舌圧値の低下が口腔機能発達不全症の診断において有効な予測因子の1つであると報告されている。また、舌小帯の短縮は舌運動を制限し、摂食・嚥下や構音機能の発達を妨げ、外科的切除の適応となることも少なくない。今回、舌小帯の短縮により低舌圧を認めた口腔機能発達不全症の患児に対して、舌機能訓練を実施し、外科的切除を行うことなく機能回復が得られた1例を報告する。

【症例】

初診時年齢4歳3か月の男児で、舌小帯短縮症を主訴に紹介された。舌小帯の短縮および咀嚼時間の延長や構音障害を認め、口腔機能発達不全症と診断した。

【処置および経過】

口腔機能発達不全症に対して、月1回の舌機能訓練を8か月間実施し、舌圧および体重の変化を記録した。舌圧は初診時11.6kPaで、訓練開始1か月後から増加し、5歳1か月時に26kPaとなった。また、咀嚼時間の改善により食事量が増加し、-1.0SDであった体重は平均値まで増加した。構音障害も改善し、舌小帯の切除は実施せず経過観察とした。

【考察】

本症例は、舌小帯の短縮による低位舌を呈し、舌運動と摂食・構音機能に障害を認めた。また、保護者が離乳食期に歯齢と合わない食形態で摂取させていたことも、口腔機能の発達に影響を及ぼした可能性がある。今回、舌小帯の切除を行うことなく舌機能訓練のみで舌の機能を回復させることができた。

舌小帯の短縮は早期から舌運動を制限し、筋力低下を招き舌の挙上が困難となり、口腔機能発達不全症を惹起する一因となり得る。したがって、舌小帯短縮症児の正常な口腔機能の獲得には、早期からの舌機能訓練を行うことが重要であると考えられる。

P-11

重度歯石沈着により歯の萌出障害を呈した障害児の1例

○柳田康孝, 稲田絵美, 山座治義
(鹿大・院医歯・小児歯)

【緒言】

障害児(者)においては、歯科受診の機会が限られ、口腔衛生管理が不十分になることが多い。特に、経口摂取を行っていない場合や保護者の口腔ケアに対する理解が乏しい場合、歯石の沈着が著しく進行することがある。今回、歯科未受診のまま成長し、重度の歯石沈着により歯の萌出障害を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】

患者は18歳9か月の男性。右下臼歯部からの出血を主訴に当科来院。CHARGE症候群とFallot四徴症の既往がある。運動機能障害があり、8歳時に胃瘻を増設して以降、経口摂取は行っていない。これまで歯科受診歴はない。母親は口腔ケアの必要性を認識しておらず、歯磨き習慣は皆無であった。初診時、口腔内には全顎的に重度の歯石沈着が認められ、歯種の確認が困難な状態であった。

【処置と経過】

口腔内診察時の体動が大きく、治療に対する協力を得ることが困難と判断し、全身麻酔下で治療を計画した。当院口腔外科による入院管理の下、当科が主治医、小児科医を副主治医として、全身麻酔下でエックス線検査、歯周基本検査、歯石除去、齲蝕治療を実施した。エックス線画像所見から下顎右側乳臼歯が晩期残存し、後継永久歯の萌出方向異常が生じている可能性が考えられた。しかし、歯石を除去した結果、乳歯は歯石の中に埋入しており、後継永久歯は歯石により萌出障害を呈していた。治療後は月に1回受診していただき、口腔衛生指導とケアを継続している。

【考察】

本症例は、長期間にわたる歯科未受診と口腔清掃不良が歯石の著しい沈着を招き、歯の萌出にまで影響を及ぼしていた。障害児(者)においては、保護者の口腔衛生に対する理解と支援体制の構築が不可欠であり、早期の歯科介入の重要性を再認識する症例となった。

P-12

低ホスファターゼ症の4例

○井上浩一郎¹⁾, 押領司謙²⁾
(¹⁾いのうえ小児歯科, ²⁾Kids Dental Clinic)

【目的】

低ホスファターゼ症(以下HPP)は、歯科症状から全身疾患の診断に繋がることもあり、これまで微力ながら啓発してきました。現在、4人の症例に関わる機会がありましたので、その現況と経緯について報告する。

【症例】

(症例1)

患児: 初診時年齢1歳4か月 女児
主訴: 両側上顎乳中切歯の動揺 これまで数回にわたり発表させていただいた症例で、3歳までに10本の乳歯を喪失し、さらに永久歯下顎前歯4本を喪失しました。現在20歳5か月で全顎にわたる形成不全に苦慮しております。

(症例2)

患児: 初診時年齢0歳7か月 女児
主訴: 口腔管理希望 症例1の実妹で、出生時に血液検査によりHPPと診断されました。管理下にありながら両側上下乳中切歯と左側下顎乳側切歯あわせて5本を喪失してしまいました。現在8歳10か月で姉と同様に永久歯の形成不全がみられます。

(症例3)

患児: 初診時年齢2歳4か月 女児
主訴: 下顎前歯の動揺 通園中の保育園より、ずっと口を触っていて、下の前歯が揺れていると保護者へ相談があり、近隣歯科を受診した。その医院より問い合わせがあり、連携先を紹介することでHPPと診断された。

(症例4)

患児: 初診時年齢2歳0か月 女児
主訴: 両側下顎乳中切歯の動揺 保護者が自ら検索しHPPが疑われると来院され、かかりつけ医へ検査依頼しその後大学病院にて確定診断されました。その間に右側下顎乳中切歯が脱落した。

【考察】

症例2と3については、乳歯の早期脱落からHPPの診断に至った典型的な症例で、医科歯科連携の第一歩であり、今後は長期にわたる連携下で管理することにより患児のQOLを向上させることができると考えられた。

P-13

難治性の口腔症状を契機に診断されたクローン病の1例

○伴 祐輔, 山座治義
(鹿大・院医歯・小児)

【緒言】

クローン病(以下, CD)は若年者に好発する炎症性腸疾患のひとつで, 口腔を含む消化管に慢性肉芽腫性炎症が生じる。主な症状は腹痛, 下痢, 発熱, 全身倦怠感, 体重減少であるが, 口腔症状としてアフタ性口内炎や肉芽腫性口唇炎, 歯肉腫脹がある。今回, 難治性の口腔症状を契機にクローン病の診断に至った1例を経験したので報告する。

【症例】

患児: 8歳5か月, 男児。主訴: 歯茎の腫れが治らない。現病歴: 6歳頃から口腔周囲の発赤が出現し, ステロイド軟膏と保湿剤を処方されていたが, 改善と再発を繰り返していた。8歳3か月頃から原因不明の発熱と歯肉腫脹を認めるようになった。かかりつけ小児科と歯科を受診し, 歯科にて全身疾患を疑われ当科へ紹介となった。

既往歴: アトピー性皮膚炎, 軽度知的能力障害。
家族歴: 特記事項なし。

顔貌所見: 口唇の浮腫, 口角から頬部の発赤。
口腔内所見: 上顎前歯部に顕著な歯肉腫脹, 頬粘膜の発赤, 表面性状は粗造であった。口腔清掃状態: 不良。

エックス線画像所見: 乳臼歯部に齲蝕を認めた。
その他: 口呼吸。

【経過】

齲蝕治療と口腔清掃指導, 口呼吸の指導による口腔環境改善から開始した。また, 小児科で採取した採決結果の提供を依頼した。齲蝕治療が終了し, 口腔清掃状態は大幅に改善したが, 口腔周囲の発赤や口腔粘膜の発赤と腫脹は改善せず, CRPの高値を認めた(治療前2.35治療後3.8)。再度, 全身状態を確認したところ, 下痢と肛門部の腫瘍があると報告を受け, 当院小児科を紹介した。精査の結果, CDの診断を受け, 治療が開始された。治療に伴い, 口腔症状は改善した。

【考察】

本症例は, 通常の歯科治療で改善しない口腔症状と消化器症状がCD診断の契機となった。クローン病発症に先行し, 口腔顔面肉芽腫症を発症するという報告がある。したがって, 口腔周囲の肉芽腫性炎症を確認した場合は, 医科との連携を含め, 長期フォローが重要であると考えらる。

P-14

カテコラミン誘発型多形成心室頻拍の患児の口腔衛生管理を行った1例

○野瀬可奈子, 根間真理子, 青木恵美, 小笠原貴子, 柳田憲一
(福岡市立こども病院 小児歯科)

【緒言】

カテコラミン誘発多形成心室頻拍(以下CPVT)は極めて致死性が高く, 薬物治療と合わせて不整脈発作の予防のために生活スタイルの変更が必要となる疾患である¹⁾。運動, ストレス等が不整脈の誘発因子となり, 歯科診療にも配慮を要する。今回CPVTと診断された児へ口腔衛生管理を行った症例を経験したので報告する。

【症例】

初診時7歳5か月の男児。院内紹介で当科を受診。その際に多数歯に齲蝕を認めた。恐怖心が強く, 安全に齲蝕治療ができないと判断され, 全身麻酔下集中歯科治療が計画された。合わせて歯科衛生士による口腔衛生管理を開始した。

【経過】

当科初診後すぐにCPVTが疑われ, 抗不整脈薬が開始された。遺伝子検査にて確定診断もついた。齲蝕は全身麻酔下集中歯科治療が行われた。歯科衛生士の介入は「デンタルフロスの習慣の確立」, 「セルフケアの向上」, 「歯科衛生士のケアを安心して受けられる」を目標とした。介入初回はデンタルフロス使用時のみ叫んで嫌がった。自宅での毎日のデンタルフロス使用を指導したが本人の恐怖心により毎日の実施は出来ていない。他科での検査の身体的負担や精神的ストレス等を考慮して指導や処置を本人と相談して調整し, 安心して診療を受けられるように配慮した。それにより落ち着いて歯科受診ができている。また本人への指導の際は積極性がみられている。

【考察】

CPVTの患児への歯科診療の際はストレスにならないよう配慮が必要である。局所麻酔の使用が制限されることから, 歯科治療は最小限に留めたい。そのため日常の口腔衛生管理が重要である。口腔衛生指導や食生活指導などを通して口腔の健康維持の重要性について指導を継続する必要がある。

【文献】

1) 日本循環器学会: 遺伝性不整脈の診療に関するガイドライン(2017年改訂版)

P-15

ワイヤレスタイプの可搬型デジタルラジオグラフィーの小児歯科での使用経験

○原野 望, 石倉行男
(医療法人発達歯科会おがた小児歯科医院)

【緒言】

近年、問診やかかりつけ医の情報から患者の全身状態を評価しやすくなり、全身麻酔の術前検査が省略されることが多くなった。しかし小児歯科では、各々の特性から、それだけで評価することは困難である。今回、日帰り全身麻酔において、ワイヤレスタイプの可搬型デジタルラジオグラフィーを用いた胸部エックス線撮影を行った症例を経験したため報告する。なお、本報告において、書面により保護者の同意を得た。

【症例】

12歳女児、自閉スペクトラム症と知的能力障害があり、日帰り全身麻酔下歯科治療を予定した。亜酸化窒素とセボフルランによる緩徐導入、右側経鼻気管挿管後に胸部エックス線撮影を行ったところ、両肺野に異常所見がないこと、ならびに気管挿管チューブの適正留置を確認することができた。麻酔維持は亜酸化窒素、セボフルラン、プロポフォール併用麻酔にて行った。治療内容はフィッシャーシーラント14歯、乳歯抜歯術1歯、歯肉弁切除術1歯であり、治療時間2時間5分、麻酔時間2時間28分であった。術後管理を1時間程行った後、帰宅許可を出した。当日夜ならびに翌日の電話門診では、異常所見は認められず、経過良好であった。

【考察】

小児歯科では術前検査が困難であることが多く、全身麻酔時に異常が発見されることも少なくない。そのため当院では、導入・挿管後ではあるが、全症例に対して血液・生化学検査、十二誘導心電図、胸部エックス線撮影を施行している。今回使用したデジタルラジオグラフィーは従来と比べ、線量が半分以下でかつ迅速に撮影確認ができ、画像が鮮明という利点があり、今後は、歯科診療中の口腔内落下物の確認などにおいても活用できるものと考えられる。

【結論】

今回我々は、ワイヤレスタイプの可搬型デジタルラジオグラフィーを使用した。その有用性は確かなものであり、更なる開発が期待された。

P-16

間食および生活習慣に対する保護者の意識と小児の齲蝕発生との関係性について

○佐伯 桂¹⁾, 大倉秀一郎²⁾, 森川和政¹⁾
(¹⁾九歯大・小児歯, ²⁾おおくら歯科・小児矯正歯科)

【目的】

小児の齲蝕予防は、子どもの療育に中心的な役割を果たす保護者の協力のもとに行われる。そこで今回、小児の間食および生活習慣と齲蝕の罹患状況、さらに保護者の間食に対する意識について調査し、その関係について検討したので報告する。

【対象と方法】

当院小児歯科を受診した3～5歳の小児を対象に齲蝕歯数の検査を行い、その保護者を対象にアンケート調査(間食および生活習慣について)を行った。アンケート調査の結果を項目ごとに群分けし齲蝕歯数および齲蝕に罹患している小児の割合を比較した。齲蝕歯数についてはStudentのt検定を、齲蝕に罹患している小児の割合についてはFisherの直接検定法を用い、 $p < 0.05$ を有意とみなした。

【結果】

平均齲蝕歯数および齲蝕に罹患している小児の割合において、チョコレート摂取する小児は有意に多く、おにぎりを摂取する小児は、有意に少なかった。また、間食後にブラッシングを行っている小児は、平均齲蝕歯数が有意に少なかった。保護者が購入時におやつ成分を確認する小児は、齲蝕が少ない傾向にあった。

【考察】

間食には、日常生活において楽しさを与えるだけでなく、不足するエネルギーや栄養素を補う役割がある。今回、間食におにぎりを摂取している小児の齲蝕は0であった。また、保護者が「だらだら食べることが齲蝕発生の原因である」と考えている小児はチョコレートを摂取していても齲蝕が少ない傾向にあった。したがって、早い段階で、保護者に齲蝕予防に関する啓発を行い、それぞれの生活背景に配慮しながらそれらを実践につなげられるよう工夫することが小児の齲蝕予防に対する有効な方法であることが示唆された。

P-17

混合歯列期上顎歯列側方拡大時に生じる犬歯歯胚位置の変化 その2

○一瀬隼汰¹⁾, 熊谷徹弥¹⁾, 鶴田勝久²⁾, 松尾聡³⁾, 柏村晴子¹⁾, 馬場篤子⁴⁾, 岡 暁子¹⁾
(¹⁾福岡歯大・成育小児歯, ²⁾つるた歯科医院,
³⁾松尾歯科・こども歯科クリニック, ⁴⁾福岡医療短期大学・衛生学科)

【目的】

我々は、上顎歯列の側方拡大による上顎犬歯歯胚の歯軸近心傾斜角の改善効果を調査し第60回小児歯科学会総会にて報告した。今回、同症例を犬歯萌出まで追跡調査したため報告する。(研究倫理委員会承認番号577)

【対象と方法】

対象：当病院小児歯科でHellman歯齢ⅢA期に急速拡大装置を用いて側方拡大を行なった7例、両側犬歯歯胚14歯とした。

方法：パノラマエックス線画像を用いて、上顎犬歯の歯軸近心傾斜角とエリクソンのSector分類を経時的に計測した。上顎犬歯歯冠口腔内へ萌出が1部でも確認できた来院日で萌出年齢を計算した。

【結果】

上顎歯列弓拡大前の平均年齢は 8.60 ± 0.57 歳であり、Arch length discrepancyは -3.62 ± 3.21 mmであった。1例は通院が途絶えており、6例、12歯について追跡した。6例すべての症例において牽引による咬合誘導を必要とすることなく、犬歯は口腔内に萌出していた。口腔内萌出までに側方乳歯の抜歯が行われていたのは10歯、犬歯部粘膜開窓術が行われた症例はなかった。犬歯萌出年齢は、 10.7 ± 0.86 歳であった。

【考察】

対象とした症例において、57%が側方拡大後に犬歯歯軸傾斜角が改善し、29%は変化がなく、14%に悪化がみられた。犬歯萌出までの追跡によって、1例を除く急速拡大を行った全ての症例で犬歯は牽引を必要とすることなく口腔内に萌出しており、ⅢA期の上顎歯列弓側方拡大の効果を確認することができた。また、保定期間中に半分以上の症例で側方乳歯の抜歯が行われていたことから、粘膜開窓を含め側方拡大後から犬歯萌出までの適切な管理についても考察したい。

P-18

下顎第二小臼歯の歯胚がエックス線画像で確認された時期についての当院小児患者における実態調査

○平野洋子¹⁾, 廣田和子²⁾, 津田裕子³⁾, 三砂千夏⁴⁾
(¹⁾(医)秀和会小倉南歯科医院, ²⁾廣田歯科医院, ³⁾津田歯科医院, ⁴⁾九大・院・小児歯)

【目的】

下顎第二小臼歯（以下LP2）先天性欠如（以下先欠）と判断した部位に遅れて歯胚が出現し、治療方針を大きく変更した症例を経験したので、LP2の有無を判定する観察期間を判断するため、実態調査を行なった。

【対象と方法】

対象は、2006年1月から2024年12月までに当院を受診し、4歳0か月から4歳6か月未満の間に、治療目的で下顎臼歯部の咬翼法、デンタル、パノラマイずれかのエックス線画像（以下画像）を撮影し、LP2歯胚の有無を判断できる画像が得られた（先行乳歯に根尖病巣がある者、歯の数や発育の異常に関連する疾患を持つ者を除く）177名の画像。左右は別々の資料とし、計327枚の画像のLP2歯胚の有無を判定した。歯胚未確認の場合、文献¹⁾にならい、7歳以上観察できた患者のみ、後日治療目的での画像撮影時に歯胚を確認できた場合は、その暦齢を調べた。

【結果】

LP2歯胚有り262枚、未確認65枚で、未確認の割合は、左右差なく、女児の方がやや多かった。未確認65枚の内、7歳以上観察できたのは49枚。その中の42枚で後日歯胚を確認し、確認時の暦齢範囲は57～88か月だった。残り7枚は8歳以降も歯胚を認めず、先欠と判定した。人数としては5名で、7歳以上観察不可だった10名を除く167名に対する先欠の割合は2.99%だった。

【考察】

1988年に小児歯科学会が作製した萌出図表では、LP2の石灰化は3歳代で開始し、画像撮影への協力度が安定する4歳頃には、画像で歯胚確認可能と考えられるが、本調査では、その時期には約2割が未確認で、その後確認できた時期も7歳前後までの範囲であった。この結果から、小児の口腔管理計画は、LP2有無の判断時期を慎重に考慮して立案する必要がある事が示唆された。

【文献】

1) 山崎要一ら：日本人小児の永久歯先天性欠如に関する疫学調査，小児歯誌，48：29-39，2010.

P-19

北九州市立学校での集団フッ化物洗口の取り組み

○板家 隆^{1,2)}, 板家 智^{1,2)}, 黒木貴子²⁾, 藤田真治³⁾, 松浦麻衣³⁾

(¹)公益社団法人北九州市歯科医師会 (²)いたや 小児歯科大人歯科医院 (³)北九州市教育委員会)

【はじめに】

北九州市の齲蝕の罹患状況は改善傾向にあるとはいえ、齲蝕のない子どもたちの割合は全国平均を大きく下回り、政令市の中で最下位の状況が続いている。この状況を改善するために北九州市立学校保健会の委員等で構成した懇話会を立ち上げ協議を重ね、市立学校における歯と口の健康づくり施策の方向性、取り組み内容を検討し提言書を作成した。教育委員会では提言書をもとに「学校における歯と口の健康づくり推進計画」を策定した。その結果まず市内のすべての市立小学校の集団フッ化物洗口を開始することとした。集団フッ化物洗口の実施に至るまでの現状、経緯、課題、実施対象、目標等について報告する。

【現状】

検討開始時の令和2年度の本市と全国の齲蝕のない者の割合では本市の小学生49.2%、全国59.8%、本市の中学生57.4%、全国67.8%でありともに約10%の開きがあった。政令市で比較すると最良な都市と本市では25%の開きがあった。

【経緯】

まず3校でのモデル実施を開始した。その後、市内全126小学校の校長、養護教諭に対する説明会を実施、市内全学校歯科医に対する研修説明会を実施、各学校別に学校歯科医から学校職員に対して説明会を実施、各学校では保護者への説明を実施、教育委員会は洗口実施に先立ちリーフレット、実施手引きの作成を行った。県行政及び県歯科医師会の協力も得ながら実施に至った。

【課題】

学校現場の理解と協力にむらがあった。学校間、学級内での健康格差も著明であった。洗口実施率にもばらつきがあった。全小学校での実施率は実施対象児童の75%であった。

【実施対象】

実施対象数は46,455人（特別支援学校の対象児童170人に対してはフッ素塗布を実施）

【目標】

実施率の向上により齲蝕の減少を図り健康格差の縮小を目指す。今後は速やかに中学校卒業までの9学年にわたり実施していきたい。

P-20

社会保険委員会企画発表 令和6年度社会保険診療報酬改定に関するアンケート調査

○宮川尚之¹⁾, 福本 敏²⁾, 田中克明³⁾, 石谷徳人⁴⁾, 森川和政⁵⁾, 品川光春⁶⁾

(¹)医療法人まほうつ会, (²)九州大学大学院歯学研究院小児口腔医学分野, (³)田中こども歯科医院, (⁴)医療法人デンタルキッズ, (⁵)九歯大・小児歯, (⁶)元しながわ小児歯科医院)

【目的】

公益社団法人日本小児歯科学会社会保険委員会では、2年ごとに実施される社会保険診療報酬改定について、会員の意見を把握すべくアンケート調査を実施している。本調査では、改定内容の評価、新規に保険導入を希望する医療技術、現行制度の改善要望に関する情報を収集した。

【方法】

令和6年12月20日～令和7年1月31日まで、会員のうちメール配信可能な3,777名を対象に、Webフォームを用いてアンケートを実施した。回答は匿名で収集・集計された。本発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はない。

【結果】

有効回答数は203件、回答率は5.4%であった。診療報酬改定によって「1件あたりの保険請求点数が増加した」との回答は約2割に留まった。新規の導入希望として、保険装置の適用拡大(20件)、ラバーダム防湿(10件)、CAD/CAM(9件)、小矯正(6件)、MTAセメントの応用(5件)が多かった。また、点数の見直し要望については、非協力児への加算(8件)、歯髄保存療法(IPC等, 8件)、パノラマ撮影の算定緩和(5件)などが多かった。小児口腔機能管理料が「指導管理」と「訓練」に区分されたことに対し、肯定的回答が過半数を占めた一方で、点数が診療の労力や時間に見合わない、カルテ記載の煩雑さや審査基準の不透明さへの懸念もあった。

【考察】

今回の改定はプラス改定とされているが、技術評価や材料費の高騰が反映されているとはいえない。とりわけ、小児歯科領域においては保険点数の評価が十分でなく、専門性や予防・機能訓練の重要性が正当に反映されていないとの指摘が多かった。本調査の成果は、次期診療報酬改定への提言資料として活用する予定である。

【謝辞】

ご回答いただいた会員の皆様、調査にご協力いただいた学会事務局に深く感謝申し上げます。

P-21

歯科衛生士研修支援センターにおける取組み ～研修概要と受講者アンケート結果～

○馬場篤子

(福岡医療短期大学歯科衛生士研修支援センター)

【目的】

当大学歯科衛生士研修支援センター（以下センター）は、厚生労働省「歯科衛生士の人材確保実証事業」において実施団体に選定され、離職歯科衛生士の復職支援や新人歯科衛生士の離職防止・スキルアップ等のキャリア支援を行っている。本報告では、令和5・6年度に開催した研修会の概要、受講者アンケート結果、今後の課題について述べる。利益相反なし（学校法人福岡学園倫理審査委員会承認番号第681・686号）。

【対象と方法】

対象は10回の研修会受講者延べ278名。調査項目は①参加者属性（復職・新人・現役）、②卒業年、③勤務状況・勤務先、④他資格の有無、⑤日本歯科衛生士会所属、⑥講義満足度、⑦知識・実践の修得度。修得度は4件法・5件法およびVAS（Visual Analogue Scale）にて受講前後を比較。

【結果】

参加者は復職36％、新人33％、現役31％。卒業年は令和2～6年が最多（37％）。勤務者は75％で、一般歯科勤務が70％。他資格保有者は22％、歯科衛生士会会員は39％。講義満足度は「大変興味深かった」「興味深かった」が計97％。修得度は全セミナーで受講後に有意な上昇（ $p<0.001$ ）を認めた。

【考察およびまとめ】

センターは、歯科衛生士の多様なキャリア段階に応じた支援を通じ、地域医療の質向上と人材確保に貢献する中核的機関である。今後は、職場適応力を高めるコミュニケーション研修や、ブランク期間に応じた再教育、電子カルテ・遠隔指導に対応したデジタルスキル研修の充実が求められる。近年はデジタル技術の進化により歯科衛生士の業務内容も変化していることから、令和7年度も育児・介護等による離職者の復職支援や新人へのフォローアップを継続し、自信を持って働ける環境づくりと実践力の高い人材育成に努めたい。

P-22

転写因子AmeloDと結合するSelenof分子の 歯胚及び歯原性上皮細胞での発現

○高橋茉莉¹⁾、佐藤 浩¹⁾、千葉雄太²⁾、山田亜矢¹⁾、福本 敏¹⁾

(¹⁾九大・院・小児歯、²⁾東北大・院・小児歯)

【目的】

Selenof（Selenoprotein F）は、セレノシステインを含むタンパク質ファミリーの一種である。UDP-グルコース転移酵素（UGGT）との相互作用が知られているが、歯胚発生における機能は未解明である。先行研究において、AmeloDはエナメル質の形成に重要な役割を担う歯特異的な新規のbHLH型転写因子であり、内エナメル上皮に発現していることが示されている。本研究において、AmeloDに結合するタンパク質としてSelenofが同定され、歯の発生・分化において新たな役割を担う可能性が示唆された。そこで、歯原性上皮幹細胞におけるSelenofの発現動態と機能的役割を明らかにすることを目的とする。

【対象と方法】

本研究ではラット由来の歯原性上皮細胞株SF2を用いて、Selenofの発現および機能を解析した。ベクターとしてSelenofの発現プラスミドを構築し、トランスフェクションによりSF2細胞に遺伝子導入した。Western blot法および免疫染色により、Selenofタンパク質の発現と細胞内局在を確認した。また、シングルセルRNAシーケンス解析を行い、Selenofの歯原性上皮分化における発現を解析した。

【結果と考察】

組織免疫染色によりSelenofが内エナメル上皮及び中間層に発現していることが確認された。さらにシングルセルRNAシーケンスによって、Selenofは歯原性上皮由来の細胞全体に発現していることが示された。現在、アフリカミドリザル腎臓由来COS-7細胞とSF2を用いて、Western blot法にてSelenofのタンパク発現を確認している。

今後の計画として、SelenofのsiRNAノックダウン及び過剰発現を行い、AmeloD、Keratin15、エナメル芽細胞マーカーのmRNA・タンパク質の分化マーカーを解析することでSelenofのエナメル芽細胞分化への役割を解析する。

商業（歯科医療関連機器・器材等）展示

アレクシオンファーマ合同会社

インビザライン・ジャパン合同会社

株式会社オーティカ・インターナショナル

株式会社松風

株式会社ビーブランド・メディコーデンタル

株式会社モリタ

東京臨床出版(株)

（五十音順）



Official partner



Minimally Invasive
Cosmetic Dentistry



Smart Prevention

Smart Preventionは松風が提唱する従来のフッ化物応用による予防処置とは異なる、S-PRGフィラーを応用した新しい予防コンセプトです。

イオン徐放型トリートメントペースト

PRG プロケアジェル α

S-PRGフィラー配合
トリートメントペーストが
予防領域に登場



S-PRGフィラーって？

松風が独自に開発したバイオアクティブなフィラーです。6種類のイオンリリースにより、抗プラーク付着性の他、酸中和能の発現や、エナメル質の脱灰を抑制する特長を有します。



PRG プロケアジェル α

¥3,200

容量 80g

香味：ライムミント

販売名	一般的名称	承認・認証・届出番号
PRG プロケアジェル α	歯面研磨材	一般医療機器 医療機器届出番号 26B1X00004000283

価格は2025年5月現在の標準患者価格（消費税込み）です。

松風では独自技術S-PRGフィラーを含む製品群を「Giomer」としてカテゴライズしています。特設サイトはコチラ▶



製品の詳細はこちらまで…

松風

検索

www.shofu.co.jp



世界の歯科医療に貢献する

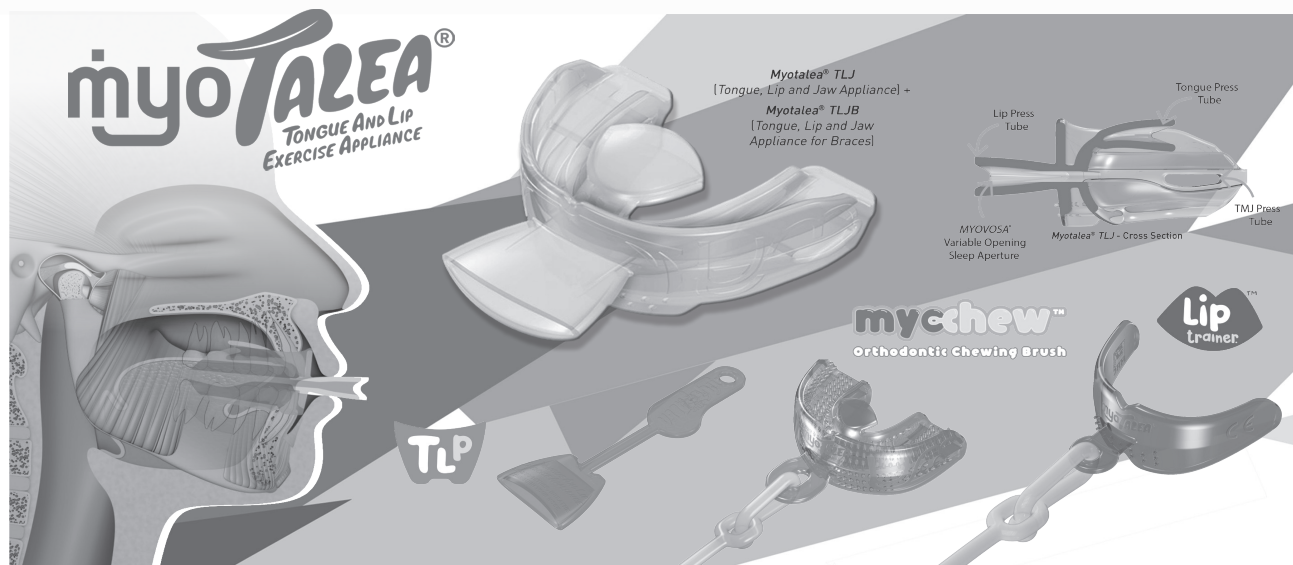
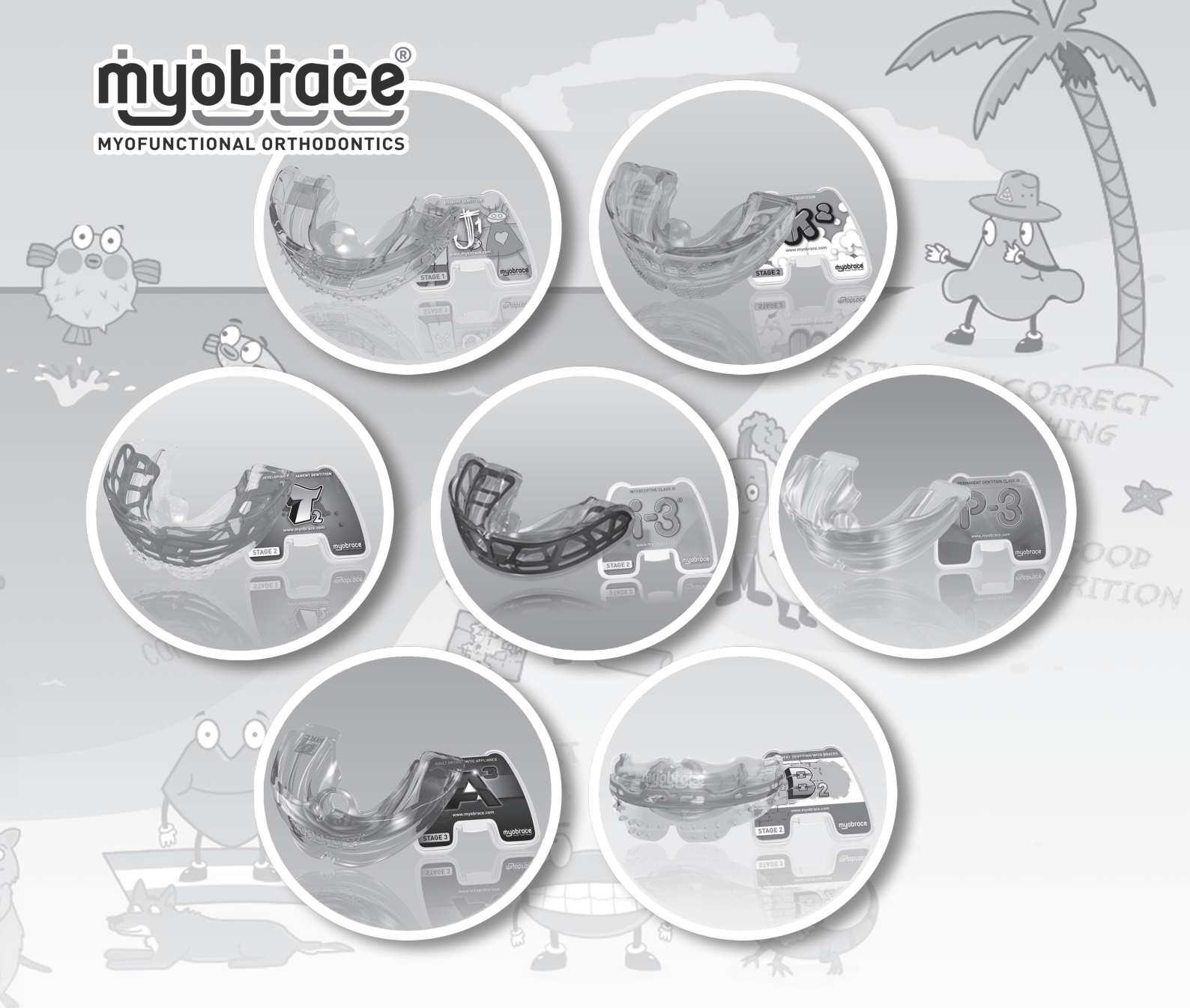
株式会社 松風

●本社:〒605-0983京都市東山区福福上高松町11 お客様サポート窓口(075)778-5482 受付時間8:30~12:00 12:45~17:00(土日祝除く) www.shofu.co.jp

●支社:東京(03)3832-4366 ●営業所:札幌(011)232-1114/仙台(022)713-9301/名古屋(052)709-7688/京都(075)757-6968/大阪(06)6330-4182/福岡(092)472-7595

myobrace®

MYOFUNCTIONAL ORTHODONTICS



医療機器認証番号 220AKBZX00107000

総輸入元

ORTHIKA 株式会社 オーティカ・インターナショナル
INTERNATIONAL LTD. マイオフィファンクショナル リサーチ社 日本総代理店

総販売元

ORTHIKA MYOSOURCE LTD.

株式会社 オーティカ マイオソース
マイオフィファンクショナル リサーチ社 日本総発売元

お問い合わせ

〒160-0022 東京都新宿区新宿2-8-6-2F MAIL:order@orthika.jp
TEL:03-3353-3676 FAX:03-3353-3830