平成１１年度
歯科医師・歯科衛生士
障害者歯科個別研修会
発達期コース
講義ノート

第71回：平成11年４月８日～平成11年７月22日延15日間

＊このノートの目次（3～9ページ）にリンクが貼ってあり、
ご覧になりたい項目をクリックするとご覧いただけます。

河野　　吉紀

これは、平成11年４月８日から７月22日まで、毎週木曜日、延べ15日間、東京都立心身障害者口腔保健センターにおいて行なわれた、個別研修の講義のテープを起こした講義ノートと、センターで使われている、書式を集めた資料集です。

講義ノートの内容は、Step１では、総論とセンターの基本理念、疾患特性が、Step２では、障害者歯科における問題点が、Step３では、センターの診療システムが述べられています。

個別研修は、５日間の講義と、10日間の臨床研修からなり、臨床研修では、研修生である歯科医師と歯科衛生士、センターの研修担当歯科医師、歯科衛生士の４人で１チームを作り、１人の患者を担当し、その治療にあたるというものです。また、臨床研修では、診療前後のミーティング、そして診療も１人１時間と贅沢な診療でした。

ですから、臨床研修に先立って行なわれる講義は、それに続く10日間の臨床研修を受けるという事を前提としたものであって、一般的な障害者歯科の講義というよりも、総論とセンターにおける診療の方法、手順を解説した内容でした。そして、この研修を受ける事によって、障害者歯科の診療の流れを、体得できて、障害者歯科に対する理解が深まるという、よく考えられた研修内容でした。新しい知識も、教えていただけましたし、今まで考えた事もないような視点（家庭内問題処理能力、多動の原因等）から、問題を見つめるという考え方も教えていただきました。研修が終わると、何となく出来るかなという錯覚が生じましたが、大竹先生は「君達を出来そうな気にならせれば、それで研修は成功だ」と、おしゃっていました。

センターでの研修を終わって、センターでの診療というものは、この診療システムと訓練されたスタッフがいるから出来るのだ、と思いました。これを、個人の診療所で、そのまま行なおうとしても無理です。芳賀先生は「先生方の、出来る範囲でやっていけば良い」と、おっしゃっていました。これは、センターと診療所との役割分担、医療連携といった点に、関わってくる問題だろうと思いました。今後は、自分の診療所のシステムを、今一度考え直して、また、スタッフの研修をどのようにするかを、考えていかなければならないと、感じました。

地域医療で、障害者歯科が完結できる態勢作りというのは、一開業医には、手に余る話です。センターで、基本的な考え方を教えていただいたので、今後は自分なりに、頑張ってゆきたい。大竹先生も「各論なんて、興味が無い、ここでは、総論しか教えない、各論は自分で勉強しろ」と、おっしゃっていました。これからは、自分で経験を積んで、やっていくんだな、と思いました。

１９９９、１０、１３

河野　吉紀

目次にはリンクが貼ってあります、ご覧になりたい項目をクリックしてください。

東京都立心身障害者口腔保健センター　平成11年度
歯科医師・歯科衛生士　障害者歯科個別研修会　発達期コース

＊講義ノート、目次＊

Step 1　リハビリテーション口腔保健医療の目標と歯科診療システムの理解と習得　10～73

part　1　口腔保健医療の目標〈大竹先生〉　10～24
『質の良い医療』
『口腔の健康』
『急性期の口腔ケア』
『定期健診・予防』
『何を食べるべきか』
『口腔の健康は、心身の健康』

part　2　口腔の健康管理体系〈武石先生〉　25

part　3　Persons with Oral Disabilities〈大竹先生〉　26～25
『障害とは』
『口腔保健医療からみた障害』
『地域医療』
『リハビリテーション口腔保健医療』
『人間の生物学的特徴』

part　4　PODに対する歯科医療体系〈芳賀先生〉　26～52
１、ＰＯＤとは
２、歯科医療（口腔保健医療）の目標
Life Style、ADL、QOL、HOL、自己実現
３、医療の目標を達成するためには
１介護者を共同療育者へ育成するシステム
２健康の保持増進につながるようなシステム
３チーム医療、チームアプローチによる医療システム
［症例］～摂食機能障害
４、歯科医療体系とは
１予診の予約受け付け

２予診
傾聴と受容
３保護者研修
４初診
共感的態度、ドーマン法、パーソナルスペース
５診療計画立案
６診療計画の説明、同意、拒否
保護者の行動変容プロセス
７指導、治療
動作言語、重複指示は避ける、連続指示は避ける
【まとめ】
１共同療育者に育てる
２疾病の予防または、健康の保持増進を促すようなシステム
３チーム医療

part 5　Oral Disabilitiesを引き起こす疾患の分類〈芳賀先生〉　53～58
障害関連の分類
センターにおける分類
疾患特性と個体特性
［症例］～過敏と心理的拒否
脱感作
『生きがいの創造』飯田史彦

part 6　個々のPODの問題点〈山口先生〉　58～72
１、脳性マヒ
定義、原因
姿勢運動機能障害の主な特徴
症例
対応上の注意
１てんかん発作
２抑制
ヘッドコントロール、ボールポジション
３咬反射
症例
過敏
過敏に対する対処方法

１脱感作の順序
２刺激の入れ方
３口腔内の場合
２、精神遅滞
名称について
定義、IQ分布、神経の発達
情緒の分化
恐れの年令的変化
一般的特徴
触覚防衛反応
症例
動作獲得の要因
症例
疾患の特徴と機能障害
脳性マヒと精神遅滞の比較
ダウン症
症例

STEP ２　リハビリテーション口腔保健医療におけるチームアプローチの必要性と
コ・デンタルスタッフの役割〈芳賀先生〉　73～103
口腔保健医療
口腔保健医療の構造
なぜ、口腔保健医療がＱＯＬと自己実現につながるか
医療連携、機能分担
マズロー、自己実現
症例
口腔保健医療を達成する上での問題点
１、患者側の問題点　78～85
１知的能力、知的精神機能による影響
２全身疾患
３特異的行動（問題行動）
（症例）共反応
４疾患特性
①Down Syndrome
②自閉症候群
対物認知異常、感覚統合機能異常

③脳性マヒ
２、介護者側の問題点　85～95
１障害の認知、能力評価の不適切さ
10カウント、同調現象
２養育方針や養育態度に関する問題点
エンカウント療法
３心理的受容段階上の問題
デーケン、キュプラーロス
①疑惑の時期
②ショックの時期
③悲しみ、怒り、拒否の時期
④必死の時期
⑤疲弊の時期～ショック、怒り、必死、疲弊、諦観
⑥荒れの時期
⑦ショックの時期
４家庭内問題処理能力
問題志向型問診（ＰＯＳ）
３、医療者側の問題点　96～99
１医療者側が医療の目標をどこに設定しているのか。
２診療システム
３接遇態度～高松鶴吉
４対応の基本理念
①リハビリテーション
②ノーマライゼーション
③ＱＯＬ
④自立・自律的生活
⑤自己実現
４、社会、福祉行政上の問題点　99
［症例］～問題点の捉え方　99～101
目標を達成するためには　101～103
障害者歯科をどのように進めていったら良いか
役割分担

Step ３ 診療システム　104～154
part　１　予診〈芳賀先生〉　104～110
１、予診の目的

２、予診のとり方
１主訴、来院動機
２障害
①疾患名、手帳の有無、手帳の等級
②施設名、教育・指導方針
③知的精神機能、コミュニケーション能力
④ＡＤＬの自立度
⑤特記すべき疾患
⑥特異的行動の有無
３Dental IQ
４所見
５方針

part　２　初診〈芳賀先生〉　111～119
１、初診の目的
２、初診の流れ
１診療室への導入
２身長、体重の測定
３自己紹介、事前説明
４一般検査…問診
５アンケートの問診
施設アンケート
６総合咀嚼器官の診査
７予防診査
①問診
②歯口清掃診査
＝、本人磨き
＝、介助者磨き
＝、衛生士によるレベルチェック
８事後説明

part　３　患者等の教育〈芳賀先生〉　120～122
１、教育方法
１集団研修
２個別指導
２、動機づけ

１認知的動機づけ
２社会的動機づけ
３愛情による動機づけ

part　４　診療の要約、口腔健康管理計画〈芳賀先生〉　123～131
１、診療の要約
患者の概要
２、歯口清掃の目標とSmall stepの理論的根拠
多動になる原因と対応
３、診療計画立案表
１意義
２書き方

part　５　対応〈芳賀先生〉　132～137
［症例］～９０ページの続き
何故、協力性が得られるか
［症例］

part　６　予防〈石井衛生士〉　138～147
［症例］
初診の目的
初診の際、予防から観る点
１日常生活習慣
２食生活、間食の状況
３歯口清掃習慣、状況
清掃状態の、チェックすべき点
１本人磨きの状況
①本人磨き
②レベルチェック～口頭指示、模倣、指当て指示、手添え誘導
２介助磨き
３介助者磨き
４洗口
①本人
②レベルチェック
［症例続き］
リハビリテーション口腔保健医療の目標

part　7　定期健診〈山口先生〉　148～154
　１、定期健診期間中の口腔における問題
　２、健康状態
　３、日常生活
　４、一般検査
　５、総合咀嚼器官

part　8　老年期〈中澤先生〉　――― テープ起こし予定

＊資料～口腔健康管理診療録、症例報告・症例のまとめ＊

Step1.part1　口腔保健医療の目標

センターは、地域医療の中核として存在する。地域医療というのは「いつでも、どこでも、誰でも、質の良い医療」を提供する事。その時、大事な事は「質の良い医療」であり、これが、うまく提供されていなければ意味がない。

「質の良い医療」とは何なのか、そういう事を習って初めて、いろんな技術が必要なのですが、今まで我々にはその目標設定がなかった。それが、非常に問題なんです。だから、診療を、何の為にやっているのか、といった時に明確には答えられない。

『質の良い医療』

「質の良い医療」これが、今すごく変わってきました。

1990、ＦＤＩ決議、Blackの予防拡大理論の撤回。ご存じでしたか？予防拡大しては、いけないんです。予防拡大というのは、二度とやり直さないっていう事ですよね、どうですか？何度もやり直しているよな、間違っているんですね。

1975～6年から、いろんな所で、そういう問題がでてきました。

それで「『12歳児DMFT=3』の陥し穴」（ｸｲﾝﾃｯｾﾝｽ、1989）という論文の中で、ブラック窩洞は、おかしいんじゃないかという事で、ホワイト窩洞というものを提唱したんですね、そうしたら、電話がかかってきて、ホワイトって誰ですかって、聞かれましたけれど、何度でもやり直す、それがホワイトです。どういう事かというと、できるだけ削らない、エナメル質齲蝕は、絶対に削らない。象牙質齲蝕以上にならなければ、削らない。

スウェーデンなんかでは、レントゲン見て、隣接面カリエスでは、象牙質の１／２以上いっていなければ、削ってはいけない。日本はね、ＤＭＦＴ高いよね、向こうは低いんですよ。その意味わかりますか、削らなきゃいけないものを、齲蝕とするんですよ。削らなくて良いものは、齲蝕と考えないんです。だから、日本は高くなりますよね、エナメル質齲蝕を齲蝕にしちゃうと。

最近、探針は使わないんですよ、向こうでは。それは、そういう事から使わないんです。削らなきゃいけないものに関しては、齲蝕だけれど、削らなくて良いものは、齲蝕じゃない。そうすると、下がりますよね。

ＤＭＦＴ、３本以下にしようというのですが、ＤとＭとＦというのは、一緒ですかね？同じ価値じゃないですよね。Ｍが０ならば、Ｄ、Ｆが３以上でも、価値がありますよね。要は、そうゆう事しなきゃあ良いんですよ。そのへんが、おかしいんですね。

修復学の根底が、覆っちゃう。残念ながら、なかなかそういうのが普及していかないのは、そういう事になると、修復学の教授いらなくなっちゃう。自分の職場失うような事は、なかなかやらないですよね。

本来、医療の大原則は、人の悩みであるような事を、無くしていく事なんです。だから、自分の職場を、無くしていく事なんです。こういうセンターは、無い方が良いんです。こんなもの無くても、君達病院で診られる事が、一番良いんです。今やっている事を無くす事、

人の悩みを無くす事、それが大原則です。

問題は、そういう意識があるか、資本主義とは全く逆行ですよ。利潤を追求してはいけないとか、そういう事ですから。

1991年、ＦＤＩ、Dental Health→ Oral Healthへの変更。口腔保健から、全人的保健

Dental Healthという言葉が、無くなっちゃった。我々は、Dentalではないんだ、Oral Healthなんだ。歯科医ではなく、口腔科医なんだ。口腔保健から、全人的保健へ。

そして、一番劇的に変わったのは、1994年４月７日、国連の下部機関であるＷＨＯが、この日を、Oral Health Day（口腔保健デイ）として、その時のスローガンを、Oral Health for a Healthy Lifeとした。我々が、習ってきた歯科医療の目標というものは、齲蝕、歯周疾患を予防治療して、口腔を健康にしよう、そこから先はなかった。だけど、ＷＨＯは、口腔の健康が、心身の健康につながらなければ、意味が無い、つながる方向で21世紀を変えていこうと、いっているんです。

1983年頃から、日本歯科医師会は、良い事言っている、老健法との関わりの中でね「一生自分の歯で食べよう」1988年、「歯は命、一生自分の歯で食べよう」これは、Oral Health for a Healthy Lifeと同じですね。

その到達目標は、8020運動。これは、あくまで到達目標ですから、80歳で20本、歯を残す事じゃないんです。寝たきりだったら、意味が無いんですね。歯は命、一生自分の歯で食べようという前提があって、8020にならないとね、つながんないもんね、口腔保健から、
全身の健康保健へ。それが、到達目標ですから、80歳で20本歯を残すような生活を送ると、健康が維持できるという事です。

もっと解りやすく話をすると、介護保健を無くそうという事ですよ。本来はね。

それで、やり直すんです。どんな事しても、削ればやり直すんです。治療は、欠陥があるんです。完璧な方法というのは、無いわけです。いわば、一時的な、テンポラリーレストレーションです。象牙質齲蝕以外は、健康な歯質は残すわけです。連続的な裂溝は、傷がないわけです。フリーエナメルは、残すんです。ブラックの頃は、アマルガムで、裏打ちするデンティンが無く、すぐフリーエナメルが割れてしまった。現在は、変わって、速硬性があるから、裏打ちするデンティンが、出来るわけです。そうすると、フリーエナメルにならないわけです。ですから、フリーエナメルを、取っちゃいけない。そして、壊れたら、やり直せば良いんです。象牙質齲蝕もね、齲蝕そこしかとらない。

ブラックの理論で、基本的には、残っているのは、便宜形態だけです。これは、充填物を充填しやすくする、そして、取り残しをしないという為の便宜形態。それだけで、後は無い。それでも、壊れるんです。

1990年頃から、プリベンティブ・レジン・レストレーションという考え方が、出てきたんです、現在は、そういう方向になってきています。できるだけ削らない、削るんなら、後ろへもっていくんですね。例えば、５回削り直して、抜歯になるなら、後ろへ持っていけば、４回で済むかもしれないですね。ですから、なるべく削らない。

完璧な物は、無いんです。最初はね、材質的には強いかもしれないけど、口の中っていうのは、温度変化が激しいから、膨張、収縮を繰り返していけば、絶対劣化してゆきます。で、どんな良い接着性があっても、急激に熱帯から北極にいっちゃうなんていう所では、接着性なんか、永続すると考えられないものね。やり直すんですね。やり直した時に、定期的に受診するようなシステムになっていないから、次に行く時には、多分歯髄処置ですよね。歯髄処置をすると、クラウンで治療するわけです。クラウンていうのは、最大の防禦壁であるエナメル質を削除してしまいます。だから、クラウンも15年後には、抜歯です。人間の体で最大に硬いんだよエナメル質は。なぜ、そんなに硬いか。ね、歯は失ってはいけないから、そのための最大の防禦に作ってあるんだ。その防禦壁を削り取ってしまうのが、キャストクラウン。

バケツ冠というのはね、バケツ冠にする技術の未熟さによって、バケツ冠になる。だから僕は、永久歯でも、できるだけ削らないで、乳歯冠様にする。そのかわり、既成冠は絶対使わない。間接法で、技工所で作ります。後で見ても、ほとんど判りません。だから、磨耗、咬耗して穴があく。いいじゃないですか、もう１回やり直す。ね、何度でもやり直すんですよ。要は、歯がMをゼロにするんですから。それが、8020につながっていくんです。いいですか。だから、今のキャストクラウンていうのは、象牙質被覆クラウンですよね、で僕ら考えるのは、エナメル質被覆クラウンです。で、やり直す事を、最初から話しておけば良いんですよ。永続しない物なんだから。

生体の変化の中で、永続してね、考えられないです。自分の持っている歯以外ね。あるいは、永続してはならないかもしれない。生体が変化しているのに、あわなかったら何か問題が起こりますね。それが一番極端なのが、顎関節症です。顎関節症の人の口の中には、非常に多大に補綴物が入っています。変化に適応できないんですよ。特に、12％金パラなんていうのは、硬いですから、僕は怖くて入れられないですね。病気作っているようなもんです。だったら、磨耗、咬耗したっていいじゃないですか、もう１回やり直すんだから、磨耗、咬耗するようなもので作った方が良いです。生体に歪みがかかったら、我々の作った人工物は壊れていく、それが正しい考え方です。

今までは違うもんね、歯はもったけど、病気作っちゃうもんね。一番多いのはメタボンです。壊れないように、がっちりしてるもんね。あれが、かなり顎関節症を作っています。生体の変化にあわないから。

生体の変化に、あわないようだったら、自分の入れたものを壊すという考え方ね、生体を壊しちゃいけないですから。で、やり直すんです。やり直すんで良いんです。もつわけないもんね。眼鏡だって10年やったら、あわないもんね。歯に生体をあわせようなんていう、今までの我々の考え方が間違っている。普通だったらね、眼鏡を取り替えるもんね、当たり前だ。

1994年４月７日～1995年４月６日、世界口腔保健年（World Year of Oral Health）

『口腔の健康』

口腔の健康＝心身の健康に、なかなか、まだつながっていない。

では口腔の健康とは何か、齲蝕や歯周疾患が無いだけですかね？

口腔というのは、ひとつの器官、臓器の集まりなんですよね。ですから、臓器の形態、機能が正常であれば、口腔の機能が正常になるんです。我々は、歯、顎骨、歯周組織しか考えていなかった。しかし、それだけではなく、これを動かすための筋肉、司令を送る神経。これらが、正常な機能を営んだら、口腔も正常な機能を営めるけど、これだけいろんな臓器があるんで、なかなか難しいんですね。すべてを包含できない。

唇顎口蓋裂は、最初からおかしいんです、これを正常にする事はできないんです。

機能というのは、各臓器のバランスの上にたっていて、すべて正常である人っていうのは少なく、それなりの形態と機能によってバランスを作る。少しぐらいの環境の変化によっても、バランスが壊れないようにする。それを我々は、恒常性のある口腔機能といいます。

じゃあ口腔の機能といったら何か、

哺乳動作＝摂食機能
構音機能
呼吸機能
情動の表出機能

生物として生きるための最低の機能

人間として生きる機能

呼吸機能が悪い人を、強くするには、どうしたら良いか。オギャーというのは、吸った時ですか、吐いた時ですか、我々の呼吸筋は、吸う用に出来ているんです。ですから、圧縮して出てくるんです。帝王切開は、それがないから、呼吸機能がおかしくなる事があります。だから、運動では、吸う事を言いますが、本当は吐く事の方が大事。吸うなんていう事は、十分機能が出来上がっていますけれど、吐く事は、十分機能が出来上がっていない、努力しなければいけない。吸うのは自動的に出来ますが、吐く事は練習しなければいけない。

それと食べるという事と、話すという事は、いろんな筋肉を使いますね。咀嚼筋だけで食べているかというと、そうじゃないですよね。咀嚼筋ていうのは、中心は閉口筋です。だから、日本咀嚼学会なんていうのは、おかしいんですよね。開けなきゃ食えないもんね。

離乳食が始まるのが、５ヵ月頃なんですね。なぜ？首がすわるからです。首がすわる筋肉が確実にいくから、口を開けられるんです。だから、噛める。咀嚼筋だけじゃないんです、前頸筋、広頸筋、それと口唇というのは咀嚼筋じゃないですよ。口輪筋、オトガイ筋いろいろある表情筋、そういうものを使って食べたり話したり、表情の表出をしたりします。

うまく食べられない人っていうのは、言葉が何言ってるか判らない、それと表情が非常に貧弱。ですから、摂食が上手く出来るようになると、言葉がはっきりします。それと、表情が豊かになります。それは、同じ、つながっているからです。これは、すごい事なんですよ。

食べるという事は、栄養補給だから、生まれてすぐします。哺乳も、機能といわないんです。機能というのは、自分の意志でコントロール出来る事。オッパイ吸うのは反射なんだ。何か近づきゃ口をもっていくし、吸おうとする、反射系なんだ。栄養の補給としては同じだ

けど、自分の意志じゃあ、コントロール出来ないんだ。膝蓋腱反射と同じ。

そうすると摂食、呼吸というのは何ですか、これがなきゃあ死んじゃうもんね、これは生物として生きるための最低の機能。構音と情動の表出機能、これは人間しかないですね。生物として生きるための最低の機能と、最高の機能、それを司るのが口腔です。

なかなか、そういうのを教わらないんですけれども、そこが大事。それでは、皆さんが習う事は、非常に難しい事か？そんなことは無い。こどもを１人、ちゃんと育てていれば。摂食機能の発達。食べ方が下手な人を、何するかといえば、離乳が判れば、発達させる事が、出来ます。でもなー、ぼやーと、いっちゃうんだよなー。

その人なりの、恒常性のある口腔機能を営めているという状態を、健康という。

『急性期の口腔ケア』

食べるという事を、もうちょっと進めると、何をってなる。何を食べるかという事が、もうちょっと解ってくると、心身の健康につながってくる。人間の健康は、食生活によって保持できる。

食べ方も大事だけれど、何を食べるか、その辺がもう少し解ると、寝たきり老人を無くする事も可能なんです。

「介護保険導入に当たっての摂食・嚥下機能療法の対応－特に急性期における口腔ケアについて－」（東京都歯科医師会雑誌、1999、４）急性期に対応できれば、６割は寝たきりにならないです。難しい事じゃない。

義母が脳卒中で倒れて、３日目に行ったら、鼻からチューブ「あー、やばいなー」と思いました。家は、寝たきり老人用の住宅になっていないものですから、いろんな改造しなきゃならないけど、改造するお金なんてないしね、なんとか、この人を寝たきりにしないようにして、家に帰したい。鼻から、チューブ抜いてやれば、歩いて帰ってこられるかもしれない。食べられる事は、生きられる事なんだ。

いろいろ報告しようと思って読んだら、３日目でやったのが、良かったみたい。それより前だと、脳梗塞が再発する可能性があるからね。３日目過ぎると、再発する確率が非常に少なくなる。たまたま、知らないで始めたんですけれども。

一番問題になるのは、誤嚥性肺炎。嚥下反射が失われると、誤嚥するんだね。本来、嚥下反射って、失うもんじゃ無いんですよ、系統発生学的に言って。個体発生を見ても、呼吸と嚥下というのは、延髄の近いところにある。延髄というのは、脳幹部、基本的な生きるための機能を司るところで、同じように発達したんです。で、呼吸も最初は、１つの管なんですね。で、前方部、魚類では鰓、そこで呼吸するんです。下の、腸の所で吸収するんです。ですから、体の管なんです。魚を見ていると、水を飲み込むんですね、結果として、前方で呼吸機能を営むわけです。

個体発生の中で胎児を調べたら、飲み込むっていうのが先に来るわけです。最初に嚥下で、その次に呼吸がきます。嚥下の方が先にくるっていうことは、一番大事な事から分化します

から、本来呼吸より嚥下の方が大事だって事です。生命の維持のために、非常に重要だって事です。という事は、そこが侵される本能じゃないんだ本当は。侵されるってい
う事は、死んでる人なんです。侵されるはずの無い本能が、なぜ侵されるか、寝たきりにするからです。使わないと忘れちゃうんだ人間。

まずだから、すこしづつ起こして、60度に起こして、何するか？最初から、食事や何かしないで、歯ブラシです。皆さん、歯ブラシロん中きれいにする物だと思っていますよね、そういう人にとっては、違うんです、口への刺激。刺激をすると、唾液が分泌するんです。唾液を分泌すると、飲み込むんですよね、嚥下が出来るかどうか。

で、その日から、ヨーグルトを食べさせました。ね、嚥下、絶対に侵されるべきでない、３ヵ月も寝たきりにしておくから、使わないと忘れちゃう。本来ならば、そうなってると死んでる人なんですがね。

歯ブラシで、口腔ケアの大事な所は、今言ったように、嚥下を促進するという問題があるんですけれども、誤嚥性肺炎の最大の原因は、口腔内常在菌です。ですから、そこをきれいにする事だね。食物じゃないですから、肺炎は、感染。呼吸器系感染症の６割程は、口腔内常在菌です。でもね、本当は、そうならないはずなのよ。急性期に関わりあいをもてば、忘れるわけ無いんだから。寝たきりにして、慢性期になるから、誤嚥性肺炎を起こすんです。

我々の生活空間、刺激というのは、座るか立つかなんです、寝たら何もない。これは、呆けを促進するようなものです。刺激がないと、呆けてきますね。だから、まず座る事、そして、毎日歯ブラシね。

１週間、病院には内緒でやったんだけど、女房もちょっと忙しくて、行けないよって言う。しょうがないから、主治医に、死んでも病院訴えないから、と言ったら、やらしてくれたんです。そこは、老人病院じゃなかったんで、看護婦さんがやってくれたんだけど、お粥から１ヵ月したら、他の人と同じようなもの食うようになっちゃうわけ、だって、侵されてないんだもん、食えるの当たり前なんだもん。で、１ヵ月過ぎて、この人本当は絶対安静３ヵ月って言われてる。どういうことかって言うとね、寝かせっぱなしにしているんだから、ね、介護保険を必要な人を作っているわけ。そういう風に、本来は食えるわけ無いと思っていたわけね。その看護婦さんも。看護婦さんが、驚いた。ね、そうしたら、もうちょっと何かすると、もうちょっと良くなるんじゃないか。ていうんで、車椅子で外に連れ出したんです。すばらしい機能訓練でしたね。車椅子扱ったことない人に、押してもらうと、すごく怖いんです。車椅子で、前向きに坂をおろすと、すごい怖いんです。そういう事知らないと、ものすごい怖いんです。と、今度は、おふくろが驚いちゃった。あんな怖い思いするんならってね、翌日から一生懸命、伝い歩きを始めた。で、１ヵ月半後、杖で歩いて帰ってきました。

その話を、あるところでしたら、今度は衛生士さんがね、同じようになったんです、で、同じようにやったら、１カ月半で戻ってきたんですよ。それを聞いたら、なんとかですね、介護保険を無くしたい、無くする可能性が見えてきたんですよ。ところが残念ながら、急性期に、我々の仲間が関わっていないんだよね。そういう話は、なかなか広まんないんですよ。

摂食嚥下リハビリテーション学会の中で、急性期がかなり変わっているんですね、早く良くなっているんです。

すばらしいんだよ、我々やっている事はね。だから、齲蝕や歯周病無くなっても良いんだよ。もっと、見えるじゃない。

『定期健診・予防』

かかりつけ医は、何かあったら相談に行くところ。僕の考えているのは、自分自身が何にもなくても、定期的に診てもらえる歯科医院。定期健診は、ものすごく、大事なんです。

治療は完全じゃないよね、やったらやり直すよね、そしたら予防が大事だという事になるんだけれども、予防。完全な予防方法無いもんね、今ね、それと個別化された予防法は無いんですよね。少しだけ、熊谷崇、彼らがやっているよね、ちょっと良くなってきている。今の予防法はね、ひとからげ。だめでしょ。そのために、彼らはね、個別化指導を考えているけれどもね、非常に良いと思う。ただあのサリバテストがな、高いんだよね。本当はあれ、可能性あったんですよ。キシリトール販売になった時に、スパッとやれば。あれは、本当は、診断が必要なんですよ。Ｓ・ミュータンスが多い人には、キシリトール。ね、ちょっと考えればな、そうすれば、サリバテストが保険にはいったんだけどなー。

最近、バイオフィルムという言葉がよく使われます。Ｓ・ミュータンスは、口腔内常在菌だから、０にするわけには、いかないんだと思う。０にするのは、危険なような気もする。

齲蝕と歯周病は、違う病気として習ったよね。同じ病気なんだよ、原因は。その方が判りやすいんだけどね。plaque disease、これが原因だもんね。予防っていうのは、なるべく単純が良いの。齲蝕の予防と、歯周病の予防ていうのが、別になっちゃうと、なんか別の病気になっちゃうけど、判んなくなっちゃうんだね。

僕は、フッ素ていうのは、いろいろやられているけど、あんまり好きじゃないんですね。なぜ好きじゃないかっていうと「健やかな健康は口腔保健から」につながらない部分があるんですよ。歯だけ救うっていう考え方。つながってないもん。

アメリカの研究で、水道水をフッ素化した研究があるんですけれども、低年齢の時は良いんですね、でも高年齢になると、齲蝕が多くなっちゃうんですよね、フッ素化した方が。なぜかっていうと、齲蝕には効くけど、歯周疾患には効かないからです。で、何がおこるかっていうと、形成不全です。形成不全症を残して、Mの本数を増やしたんです。そういう結論が出ているんです。両方に効くもんでなければ、当然だよね。だから、フッ素ていうのは、あんまり好きじゃないんです。

それと、フッ素っていうのは劇薬です。免許証が無いと、普通は買えません。あれは、サリンの原料です。環境汚染につながる。それでね、体の健康に直接つながらないから、好きじゃない。

齲蝕や歯周疾患が発病しやすい所っていうのは、歯ブラシや歯間ブラシやフロスが、届きにくい所なんだよ。横浜の丸森先生が、100％磨きと言いますが、あれをやると、歯ばっか

磨いてなきゃなんない。20分歯ブラシなんか、出来るわけない。あれは、宗教だって言う人がいて、教祖に洗脳されれば20分歯ブラシする。普通はやらない。面倒くさいもの。定着しないもん100％磨き。だから完全に、プラークを除去する事は、難しいんだよね。

ね、そうするとプラークを、作らないという事を考える。

糖質制限

甘い物っていうのは必要ですよね。活動するエネルギー。甘い物は好きですよね。なぜ、好きなんだよ？本質的に迫る。なぜ好きなんでしょう？

我々は、トロや霜降りの肉、好きだよね。なぜ？あれは、何でしょう。脂肪だよね。好きな様に作られている。おいしく感じるんです。なぜ、おいしく感じる？

我々人類は、500万年前に出現した、と言われるんですね。で、その頃は、狩猟採取時代、食物はいつも手に入らない。とすると、いつも手に入らないという事を想定して体が作られている。判りますか、どういう事か。「蓄める体」ね、甘い物は、すぐエネルギーになるよね。脂肪は、１ｇで９＝だよね、澱粉４＝、脂肪は蓄積して、効率的なエネルギーになるよね。という事は、「蓄める体」は、そういう物好きに、選別力高くしちゃう。だから、おいしく感じる物を多量に摂るということは、問題になるという事ですね。狩猟採取時代じゃないんだから。１万年前から、農耕牧畜文化に入って、その時代なの。いつでも手に入る。ね、今そうでしょ。499万年は、狩猟採取時代だから、そういう風に作られてる、体は。１万年では、適応していない。だから、おいしく感じる物は、良いという事とはつながっていないんです。おいしく感じる物は、気をつけなくちゃいけない。

生まれてくる赤ちゃんが、すぐオッパイ吸う。甘いよね。選別力高いっていう事もあるんですけれども、すでに知っているんですよね、甘い味。何かって言うと、羊水の中にブドウ糖が、少量入っているんです。そうして、指向性が高くなっている。そういう事を知らないで、お母さんが、１日中、甘い物食べてると、みんな羊水ん中出ていっちゃう。そうすると、甘い物好きな子が、生まれる前から作られちゃう。良い事じゃないね。

おいしく感じる物イコール体に良い物とは、違うんだ。狩猟採取時代なら、その考え方で良い。だから、摂りやすい。過剰に摂りやすい。

いろんな事が言われていますが、１日に必要な糖質は、40ｇと言われています。じゃあ、40ｇで、齲蝕や歯周病にならないかって言うと、なるんだこれ。40ｇ越えると、急激になりますけど。ていう事は、プラークコントロールが、ほとんど不可能なんだ。予防で完全な予防っていうのは、無いんだ。アクセルソンの研究で、２週間に１回、PMTCやってみていても、喪失は零テン何ミリ出てきます。

で、完全な予防がなければ、治療は必要だね。不完全な治療を補うためには、定期的に診るしかないもんね。壊れたらやり直す。ね、定期健診は、絶対に必要だ。で、そういうふうにですね、定期健診で診ていけばですよ。いいですか、それを口ん中だけでなくて、もう少し越えていくとさ、ね、すごい事でしょ。

我々は、命に直接関係ないんだよ。チューブで生きられるもんね。呼吸だって、装置付け

る。我々にとって、何が関係ある？我々は、健康しか関係ない。よくね、歯医者ん中には、医者になれなかったなんていうのがいるけど、僕らん時にもいたんだよね、いつも劣等感持ってる。違うんだ、医学の目指すものと、我々の目指すものは、違うんですよ。低いとか、高いとか無いんだ。一般の医学は生命に関与、我々は健康に関与。で、健康を望んでいるんだよ、みんな。ただ生命を救けたって、意味がないじゃんね。救けた命が、幸せにつながるのを助ける。

健康であれば、健康であるという事は、いろんな事が出来る。不健康であれば、やりたくても出来ないわけだからね、選択肢が狭くなってしまうんです。健康であれば、選択肢がそれだけ、選べるわけですよ。そういう事が、ＱＯＬの向上に関与してくるわけです。生活っていっても、いろんな考え方あるから。ただね、やりたい時に出来ないとね、ＱＯＬは向上しません。それを目指すのが、我々ねー。

だから、歯と全身の問題を、もう少し結びつけて考えるようにする。指導ね、さっきも言ったようにさ、歯ブラシでただ口ん中きれいにするっていう考え方だと、やんないけどさ、誤嚥性肺炎なくす、っていうのがあるならやる。結果として、口を開ける。今までの考え方を変えるんだね。今までの目標としたのは、結果であって目標ではないと思う。

『何を食べるべきか』

かかりつけ歯科医では、問題を患者毎に、個別化して考える。それも、全身を考える、全身の健康につながるようにね。そうすると、生活、口腔の健康は違ってくる。そして、生活は食物に。

「何を食べたら良いかは、身体と土地に聞け」と言うね。こういう、ことわざがあるんだけれども。なんで、歯の形がある？何かを食べろって、言っているんだね。

１２	２、野菜、果物、海草	乳歯、40%
3	１、肉、魚介類	20%
４５６７	４、穀類	40%

そういう割合で食べてますか。身体に聞いたら、そう言ってんだもん。そうやって食べろって。江戸から明治にかけての、医者である石塚左玄、それを受け継いだ、日本歯科の中原市五郎の「日本食養道」。

肉多いよね。まずいねー。身体からはずれると、病気するよ。これ見てごらん、主食の割合いなの。そうなってないね。副食ばっかりだね、今ね。だめですよ。これはね、古来から日本人の食べる割合なんです。という事は、日本人は、昔から長寿なんです。

1977年、アメリカ上院議員のマクバーンの報告（M委レポート）。アメリカも、現在の日本と同じように、老人病が増えたり、脳血管障害が増えて、医療費が莫大にかかったんですね。で、困った国は、こりゃなんとかしなきゃいけない。調査をして、マクバーンが報告したんですが、今の医学は、食源病であり、もっと医学は栄養を考えなければいけない。そして、その時に、一番理想的なのは何かというと、昭和30年代の日本食だといったんですね。

だから、アメリカでは、国を挙げてね肉を食うなと、もっと穀類を、米を食えと言ったわけね。その頃から、日本食は健康食として、ブームになってきたんです。で、僕は、昭和50年頃かな留学した時、無理矢理行けと言われて、その頃、日本食は、１食に10ドル位かかった（360円／1ドル）、食えないもんね。で、１ドル出すと、こんな厚い、こんな大きな肉が食えたんですよ。それが切れないんだよね、ナイフとフォークで。最近行ったらね、柔らかい肉、安く売ってるんですね。さっき、旨いって言ったでしょ。日本人の、旨いって言うのはさ、日本人だけじゃないけど、人間ていうのはね、怠惰なんですよ。アメニティっていうね、快適、楽な生活をする。噛む事も、基本的にはね、あんまり噛まないほうが、良いんですよね。柔かい物、好きなんですよ。最近、行った奴に聞いたら、そういうのが莫大に売れている。柔らかくするのが、脂肪です。日本人のグルメ、おいしいって言うと、みんな同じになっちゃいますから、とろけるとかね、そういう言葉を使います。柔らかいっていう事です。柔かいイコールおいしいんです。人類は、みんなそうなっているんですね。アメニティ。どんどん動物的な事は、失われちゃってる。あんまり、良いことはないんですね。

なぜ、肉を食うなと、言わないんでしょう。20年前に、だめだという事を、日本はやっているんですよ、日本の国民は。じゃあ、確実に介護保険を増やすようになる。ね、何で言わない？なぜ政府は、あんなにあせって介護保険を始めるのか、アメリカが20年前に、駄目だっていう事をやっているから。じゃあ、なぜ駄目だって言えない。貿易黒字解消するために、何を買うか？買う物無いもん。自動車だって、家電だって、全然日本の方が良いもん。買う物無いじゃないですか。貿易黒字は解消できないでしょ、ね、食料でしか。肉食うな、なんて言ったらまずいもんね。貿易摩擦、もっとおかしくなっちゃうもんね。肉と牛乳は、最初の頃に自由化されました。規制緩和って、よく考えたら問題なんですよ。今、日本は成長ホルモンを使って育てた牛は、輸入禁止なんです。規制緩和という事はね、輸入しろという事なんです。ポストハーベストがあったって、輸入しろという事なんです。これが本当の意味の規制緩和。日本の国民が言うわけないじゃない、気をつけないとね。裏がある。

だから、堺で0-157、牛の大腸菌ですから、もしも岡山で、徹底的に調査したら、出てきちゃうんですよ牛の大腸菌。と、困るじゃない牛肉食わないなんて言ったら。だから、調べなかったの国は。判りますか、適当に誤魔化したでしょ。なぜ堺で、第１次感染源は、出ないという事になるんです。カイワレ？カイワレに、0-157が増殖する能力はない。ただ、保菌者が触っただけです。たまたま触っただけです。何か、見つけなきゃしょうがないんですから。きたないよね。牛肉だったらやばいもんね。所沢のダイオキシンだってそうでしょ、いっぺんに、ああいうふうに、買わないようになっちゃうんだから。そうすると、こういう肉食わないっていうようになっちゃう。国際問題になっちゃう。

マクドナルド知ってますね、あれは個人の事業として入ってきたんじゃないですよ。国の政策として入ってきたんです。牛肉を好きにさせれば、良いんです。牛肉は売れなくても良いんです。牛肉を育てるためのトウモロコシ、これを売りたい。アメリカは、工業大国じゃないんです、農業大国。で、日本ははまったよね、それにね。で、その次に狙っているのは

中国。中国、反対しているんですよ。日本がやった失敗が、見えるもん。

日本の食料自給率は30%。どういう事か、判りますか？売らないよって言ったら、みんな餓死しちゃう。アメリカの占領政策が、成功しているっていう事です。日本は、アメリカの植民地なんだ。言いたいけど、言えないじゃない。首相になると、みんな参勤交代みたいに行くじゃない。日本は独立国じゃないですよ。日本はアメリカの言いなり。言えないじゃない、食料自給率30%じゃ。食料送んないって、言われたら、それで終わりじゃない。ねー、だからイギリスも、フランスも、ドイツも、みんな自給率高くしたんです。言いたいこと言いたいから。アメリカが守ってくれるわけがない。自分の方に及ばなければ、守らない。当たり前だよ、人間、自国の不利になれば、抵抗する。平和憲法があるから？関係ない、アメリカの軍隊がいるから。ね、憲法で防げるんだったら、今頃うまくいっているよな。

それで、もうひとつ、堺で0-157が発病しなかった子供達が、たくさんいるんですよ。ある食べ方をしていたんです。どういう食べ方だと思う？ね、和食は素晴らしいよね。素晴らしい食べ方があるんですよ。おばあさんの食べ方見てみよう。味噌汁とおかずとご飯があると、おばあちゃんは、最初に味噌汁を少し飲むよね。少しお箸を浸ける。なぜかって言うと、箸を浸けないと、ご飯がくっついちゃうんです。多量に飲まないです。その後、おかずを食べる。ご飯、おかず食べてる間に、多量には水分摂らないです。ところが、皆摂るよね。食卓にね、水分を置いちゃってな。あれは、西洋式の食べ方、まずいんですよ。それが、0-157発症させた。という事は、胃酸は強烈な酸なんです。塩酸です。どういう事か。強度な殺菌性を持っていて、外から入ってくる細菌を、殺す役割を持っている。そういう作用を壊してしまうのは、食事中の水分。で、堺の子でもね、食事中に水分摂らない子は、0-157発症しなかったんです。皆さん残念ながら、学校給食で、それを壊されちゃった。学校給食指導法の中に、あるんです。そればっかり食べないで、まんべんなく食べるようにっていう「三角食べ」書いてある。牛乳、パン、おかず。

おばあちゃん見てると、食べ終わったら飲むよね、多量に水分補給。水分補給ともう一つ悪い事は、噛まない。咀嚼しないでも食べられるんですよ、流し込む。今日から駄目よ、食べながら水分を摂るのは。素晴らしい、人体の生理を破壊しているんだから。ちゃんとうまく出来ているんだ、日本人は。

学校給食も小麦粉を使う。貿易黒字の解消だ。牛乳必ず置いてある。おかしいよね、ご飯に牛乳。聞いてみると、牛乳つけないと、補助してくれないんだって。みんな壊されちゃったんだよなー、素晴らしい伝統がね。

『口腔の健康は、心身の健康』

原因があるから、病気になるんじゃないんだね。負けるから、身体が。健康な身体、それから、食生活が基本だよね。

細菌→身体→病気
‖
健康な身体
共生
食生活

今の医学の間違いは、細菌をたたく、そうすると、薬剤耐性菌を確実に作り出すんです。当たり前だよね。細菌だって生き物だもの。

生きるっていう事は、どういう事かっていうと、自己のＤＮＡの、複製をたくさん作るっていう事が、生きるっていう事です。それが、生命としての使命なんです。ですから、薬を使うと、それに対抗する体を作り出すんです。それが、MRSAだとか、バンコマイシン耐性菌。必ず作り出すんです。今の医学、細菌をたたくでしょ、間違っている。健康な身体をやんなきゃ。そこで、共に生きる医学、共生。あったていいじゃないのよ。負けない身体があれば。ね、よくさ日本人は、東南アジア行くと、コレラになるけど、現地の人ならないね。それは、なぜかっていうと、抗菌思想が、日本の中にある。あれが、間違い。無くする方向にいくんじゃなくて、こっちを強くする。清潔思想は、間違いです。小さい病気した方が良いんです。そしたら身体は、どんどん強くなる。細菌は、単細胞だから、20分で世代交代しちゃうんですよ。で、突然変異はどんどん起こっているし、変なことしていると、O-157みたいに、あれは赤痢菌に食い込んじゃったんです。とんでもない事になっちゃう。良いんだ、細菌いたって。ね、負けない身体。それを毎日やっていればさ、寝たきりにならないんだ。介護を必要としなくなるんだ。それが、本当なんだね。それが、口腔ケアになるんだけど、そこまでいっていない。

それで、今までの予防っていうものは間違い。予防の間違いっていうのは、個別化していなかったんです。本当は、どこがおかしいか。マンネリ化していくわけです。いつも同じ事しか、言わないんだもの。モチベートされないもん。本当は、ちゃんと問診票とか作って、その中で、そのライフステージにあった問題点を抽出して、それで指導していくんだ。アンケートを作って、問題点を抽出し、自分で考えさせる、そうしたらマンネリ化しない。

それも、全身につながる、ということは、口は身体の一部、口に悪いものは、身体にも悪いに決まっているわけです。

糖質が40ｇより少なくても、齲蝕とか歯周病にもなるけど、それ程ひどくならないです。40ｇを越えるとね、確実におかしくなってくる。これ、さっき言った「蓄める身体」だよね、もう必要ないといってね、取り込まない身体じゃないんだよ。１万年位前から、あんまり変わってないんですよね、狩猟採取時代の身体から、農耕牧畜の身体になっていない。取り込んじゃうんだ、食べるから。

で、「蓄める身体」だから、消化しようとするね。小腸から、ビタミンB_1の消化酵素によって、消化吸収されるわけですね。ビタミンB_1とは、何かといったら、意欲のビタミンですね。ね、意欲がそがれてくるんです。

そして、糖質なんていったら、身体の体液を酸性化するんです。酸性化されたら困るわけですよね。我々の身体は、恒常性がある。その中和剤として、カルシウムが使われる。で、体液の中のカルシウムは、抵抗力と関係がある。だから、糖質を多量に摂ると、化膿しやすくなる。

それでも足りないというと、どっからくるかというと骨から。骨粗鬆症、問題んなるよね。女性ね、甘い物が好きだからね、骨折、それも大腿部頚部骨折が多い。女性は、骨折から寝たきりんなる場合が多い。

そして、それでも足りないと今度は、神経に入っているカルシウム。神経に入っているカルシウムは、刺激の伝達を一定にするんですよね。どういうことか、それが使われると、イライラする、切れちゃう。だから、切れる子の多くは、糖質の多量摂取。ファンタ、ジュース、オレンジ、ああいうのどんどんね、すぐ使われちゃうもんね。イライラするんですよ。一定にならない、情緒が不安定。それは、アメリカの少年院に入った子供達の研究で解ったんですよ。大人しくなっちゃう、穏やかんなっちゃう。日本の切れる子の場合もね、その辺の食生活が影響しているような気がする。学級崩壊やなんか、もっと考えた方が良いんじゃないかなと思う。

で、それでも足りないと筋肉から、筋肉の活動を制限する。

でね、「蓄める身体」だから、蓄積するんだ、効率的な形である脂肪として。で、肥満。肥満が続くと、高血圧。高血圧が続くと、動脈硬化。動脈硬化が、心臓に起こると心筋梗塞、脳に起こると脳卒中。それで老人病につながっていくわけですよ。ということは、寝たきり老人の口の中には、ちゃんとした歯がない。

歯に悪いものは、身体に悪い。で、歯が警告出すわけですよね、駄目だよ、駄目だよ。無視する、ねー。

だからね、8020運動っていうのは、ちょっと疑問を覚えるんです。いいのかな？生まれた時は歯がない「年を取ると子供に戻る」と言うね。だから、歯がない方が、良いのかな。歯がない方が、口腔内常在菌は、定着する場所が無いんだから、誤嚥性肺炎で死ぬ危険も、少なくなるんですね。8020よく判んないですね。もっと違う意味でね、考えなければ。

質のいい医療
↓
健康
↓
ＱＯＬの向上

質のいい医療は、何かといったら健康。健康は、何かといったら生活の質、ＱＯＬを、向上させる事につながる。1994年、ＷＨＯ、Oral Health Care、この言葉を日本の厚生省は、口腔保健医療と訳した。その時まだね、Careという言葉を、訳しようがなかったんですね。Careこれ、介護という意味ですね。Cure治療とは、違うんですね。本来は、CareとCureというのは、砂原先生に言わせると、医療というものの両側面です。

医療
- Care介護
- Cure治療

だけど、今までの医療というのは、Cureに傾きすぎて、Careというものが無かったから、問題があった。本当は２つなんだ。特に歯科は、Careなんですね、治療が中心じゃない。

Oral Health Careを口腔保健医療と訳した。これは、良い言葉だ。より、予防的な保健と言ったのはね。で、医療の側面は２つです。CareとCureが、一体化されたものが医療です。それは、ＱＯＬの向上につながる。健康であれば、選択肢の数が広がる。何でも、可能性が高く、広くなる。それを、目指す。

で、今までは、治療の原則というのは、人生50年代に作られたものなんですね。Blackの予防拡大の理論が確立したのは、1891年なんです。100年前。100年前というのは、平均寿命50歳なんだよね。Black窩洞に従った、今までの治療で、歯をいつ頃失うかというと、40〜60歳ぐらいで、歯を失ってしまう。ということは、今までのやり方では、全く通用しないんだ。

４〜５年前に、患者さん、老人は、暇だから待合室をサロンにする、といわれた。違うんだ、患者さんは、入れ歯を入れたら食いたいんだよね。食える入れ歯を入れてくれないから、行ったんだ。自分の、歯科側の対応能力が低いのを、患者にすりかえちゃうんだね。反省の仕方が拙い。患者さんはね、入れ歯を入れたら食べたいんだよね、入れ歯入れても食べられないんだよね。なぜかっていうと、人生50年の治療原則に従って、入れ歯が作られたから。咬合器、今の、手でこうやって動かすでしょ。動くの、80歳の人？年を取ると、変わっていくんだよね、口腔内環境再現していないよね。筋肉動かないよね。患者は、食いたいから、食えないからしょうがない、義歯を集めちゃう。義歯を収集させるのは、我々なんだよね。駄目なんだよ、治療原則50年。だから義歯はあくまで、人工臓器なんだよね。だから、使いこなせるようにする、という技術も補綴学になきゃ駄目なんだよ。欠損した機能を回復すると、書いてあるけどさ、形が整わなけりゃ機能は、回復できないじゃん。それは、人生50年でないから。

で、この手を、治しました。これで終わりじゃないよ。手は、物をつかむためにあるんだよね、練習するもんね。それを、医療と言うんです。我々は、義歯を入れたら終わり、食えなきゃ、話せなきゃ、その義歯を使いこなす機能訓練を伴う補綴学が必要。本当はね、義歯なんて、技工士にやっちゃやいいんだよ。使いこなせる所だけもらえりゃ。自分の仲間を、大事にしない仕事は、必ず崩壊していきます。だから、医者は上手いじゃないですか。

Step.1 part.2　口腔の健康管理体系

全都民、1000万の内、3.18%障害者がいる。その内の、４割はＧＰにて診療可能である。
地域医療
１次医療機関～ＧＰ、身近にいて、相談に乗ってもらえる。
２次医療機関～専門医
３次医療機関～高度専門医

Step.1 part.3　Persons with Oral Disabilities

『障害とは』

いつでも、だれでもと、さっき言いました。だれでもの中に、障害のある人がっていうと、障害とは何かが解んないとね。

1975年、ＷＨＯが、障害の定義をしたんですね。これは、今までと全く考え方が違います。昔は、脳性マヒというと、障害者なんですよ。ダウン症というと障害者です。それは違う、それは病気の名前だと、言ったんです。これは、すごく大事なことです。それは、病気の名前、疾患名。ところが、昔は疾患名イコール障害だったんです。障害じゃないんですね、障害を持つ可能性のある病気だけど、障害とは関係ないんだ。この考え方は、非常に大事です。

障害は、人間。皆さん、難しいと思っていますけど、人間なんですから、人間として対応できれば、対応は見えてくる。ただね、慣れていないからそう感じるだけなんで、そんな難しいことじゃない。病気を持った人間である。ここの考え方、根本はすごく大事なことですね。で、その病気がある事によって、いろんな事が起こってくる。

一番判りやすいのは、脳性マヒ。どういう事が起こるかというと、最初に起こるのは、手足がうまく使えないという問題、Impairment、機能形態障害（生物レベルの障害）。そうすると、足が使えないと、歩けないという問題が起こってきます、Disability、能力障害（日常生活レベルの障害）。歩けないと、どこへでも行けないという、社会的不利を持つ事になります。英語では、ハンディキャップと言います。皆さんの考えているハンディキャップと、全く違いますよね。ハンディキャップを、障害と考えているでしょうが、障害という意味は、全く無いんです。

Impairment、機能形態障害（生物レベルの障害）
↓
Disability、能力障害（日常生活レベルの障害）
↓
Handicap、社会的不利（社会生活レベルの障害）

ゴルフやボーリングのハンディキャップと同じです。辞書引くと、競技を楽しむ上で、強い人が負う余分な負担、て書いてあります。それを前提に、競技を楽しむ上でね、いつも負けてたら、面白くないもんね。いつも勝っても、面白くないもんね。だれが勝つか判らない、公平な条件を作るという事です。それをハンディキャップといいます。

人間はだれでも、幸せになるために生まれてくる。幸せになれない条件は、社会で負わなきゃいけないよね。そういう疾患を持った人達、ダウン症でも、脳性マヒでも、自閉症でも、こういう人達が生まれる確率は、決まっているんですよ。これ、勝手に変えちゃいけないんですよね。

ダウン症　　１／７００人
脳性マヒ　　１／５００人
自閉症　　１／１０００人
知的障害　　１／５００人

という事は、社会がある人数があれば、生まれるんですよね。そういうのが社会とするならば、そういう人を含まれて世の中考えなければ。そういう病気を持つ事によって、いろんな問題が出てきたんだもんね、それこそ社会が歪んじゃう。

今言ったようにＣＰという病気を持つと、手足がうまく使えない。足が使えないと、歩けない。歩けないと、どこへでも行けないというハンディキャップを持つけれども、その人が、手を使えたら、電動車椅子で歩けないという能力障害なくなっちゃうもんね。どこへでも行けないという、社会的不利なくなっちゃうんです。ところが、現実には、段差があったり、階段があるから社会的不利は、社会が作る。という事は、ＷＨＯは、そういう問題を持つ人もいれて、社会と考えるなら、そういう人も住みやすくしなきゃいけない。住みやすくない社会のために、社会的不利をもたらせるならば、その社会こそ歪んでいると考えなければ。

ね、そういう人も生まれてくる確率決まってるんなら、そういう人も含めて社会と考えるなら、社会的不利は起こるはずがないんだ、本来は。起こさせるそういう社会こそ歪んでるんだ。ていう事で、1975年は障害者の事を、こう呼んでいたんですね「Handicapped Person with 社会」ですよね。

不利な条件を持たされた人がいる。だれによって？社会に。だから、社会が歪んでいるからHandicapped Personが、出来るわけ。という事は、こういう世の中こそ、おかしいんだ、ね。だから、Handicapped Personという言葉は、消えちゃっているんです。現在使っていない。では、何て言うか。これDisabled Personね。これは、個人的問題だもんね。

障害の中で、一番重いのは、社会的不利ですね。これが一番重い。で、それは社会が歪んでいるから。で、その社会が歪んでいるのならば、Handicapped Personという言葉を使う事自体がおかしい。本来あってはならないんですから。

あるよね。確率が。たまたま、自分じゃなかっただけだから。たまたま、自分の子じゃなかっただけなんだ。どっかに生まれるんだ。それを、世の中として受け入れるのが、当たり前なんだから、受け入れない世の中が歪んでいる。それで、Disabled Personという 言葉になったんです。

ＷＨＯでは、階層的に、段階的に障害が重くなっていますが、そうならない人もいます。一気に、社会的不利が生じてしまう人もいます。それは、何でしょうね？機能形態障害、能力障害が無くても、ある病気を持っていると、一気に社会的不利を負わされる。何です。ＡＩＤＳ、Ｂ型肝炎なんかもそうだよね。という事は、こういう物をよく理解しないと、作られちゃうんですよ、社会的不利を。これは、簡単には移らないですよね。基本的には、性病だから、血液、体液の交換が無ければ移りませんから、一緒に住んだって移ん無いんです。

＋　　＋　　アメリカではね、このような事も起こります。一緒に暮らしているんだよね。アメリカじゃ、お父さんのスプーン、お母さんのスプーンなんて無いもんね。食器は、全部共有だよね。でも、移らない、体液の交換が無ければ。

父　　母

妹　　兄

＋　　－　　そういう事を知らないと、抗体＋なんていうと、日本じゃ、全部排除しちゃうよね。それでさ、僕が抗体＋になったら、ここへ勤められない。そんな簡単に、移らない。

ＡＩＤＳっていうのは、後天性免疫不全症、免疫能が低下しているんです。何でもない病気で、死んじゃうんです。我々は、健常なら絶対ならない、カリニ肺炎なんて抵抗力があるからならない。本来、こういう人が、恐がるんですよ。感染して、死んじゃうんだもんね。我々より、恐いですよ彼らの方が。何でもない病気、我々絶対ならない病気で、死んじゃうんですもん。

恐ろしがる事は無いんです。彼らの方が恐いんです、何でもない病気で、死んじゃうんだから。それに、簡単に移らない。我々、移る危険性は、あるかもしれないけど、針刺しで明確になったら、有名になっちゃうよ。

それと、これなぜならないか知っていますか。ＡＩＤＳが、あるから病気になるんじゃないですね。負けるから身体が、負けない身体があればいいんです。これは、１／３０の確率、だから、お母さんが抗体＋だから子供が、必ず成るとは限らない。一番は、臍帯から感染する、それから出生時、もう一つは、オッパイです。体液ですから、あれ血液が変形するんですね。それでも、１００％じゃないんです。全部成るんじゃないんですよ。

そういう、正しい知識を持たないと、障害を作っちゃうんですね。特に、社会的不利を作っちゃう。

ね、ちょっと手がうまく使えないと、箸がうまく持てないと、日本では和風レストラン行けないよね。ところが、その人がさ、インドに生まれたらどうなる。手掴み、良いでしょ。障害は、対応能力、考え方によって変わっちゃうんですよ、重くも出来るし、軽くも出来る問題。我々の考え方で、変わっちゃうんです。残念ながら、日本ていうのは、非常に重くしちゃう部分があるんです。なぜだか知っていますか？まあ、そういう人達を隔離しちゃう。日本だけ、養護学校があるのは。先生、難しいって言ったよね。でもさ、小学校時代から、そういう人に会ってれば、難しくないよ。理解が出来ないから難しいだけなんだ。人間なんだもん、基本的には、ね。人間なんだもん。

よくね、エスカレーター作ってるよね、みんなあれ昇りだよね、あれも、そういう事知らない人が作っている。我々にとって必要じゃないよね、エスカレーター。誰に必要なのか？足の不自由な人に必要ならば、足の不自由な人は、昇る事は辛いけど、怖くはないんだ。足の不自由な人は、下りの方が怖いんだ。それと我々、年取ってくるよね足から。そして、そういう駅は使いにくい。何かを選択する時に、よく考えないと、無意識に社会的不利を作り出してしまうんだ。

その１番は、日本は隔離政策、理解する場所がないわけです。だけど、エスカレーター２基つけたいんだけど予算の関係でなんてね、呼ばれて考えた時にさ、そういう人と会っていれば、そういえばあいつ階段昇る時、肩貸してくれとは言わなかったけど、降りる時、肩貸してくれよ、と言ったよなー、となれば、下るのが当たり前の事が、解るよな。

理解がない。隔離しちゃえば。そりゃもう、人間なんだ。病気を持った人間。その病気に対して、理解して。

どっかに生まれる。たまたま、自分じゃなかっただけ。判りますか？ていう事はね、診なきゃいけないんですよ。それが義務なんですよ。残念ながらね、そういう機会なかったからしょうがないけど。で、障害者歯科ある所も無いしね、ちゃんとした病院もね、そういう所ない、今はね、これもおかしい。

1991年、米国民障害者法（差別を無くす法律なんです）では、Disabled Personというと、Abled Personもいるよね、人間は２つの種類の人間がいると、こういうと、差別になるんです。変だろ、人間なんだよ。だから、その法律は、Americans with Disabilities Act（能力障害を持ったアメリカ人の法律、ＡＤＡ）、まだまだ、日本はそこまでいって いない。1983年から、1992年12月９日まで国連障害者の10年で、いろんな事やったんですけれど、ま、そういうのやったから、これもできたんですけれどね。その障害者が、Dis-abled Personで、これは、一般的な障害者の考え方。ただ、口腔保健医療からみると、少し違うよね。例えば、指が欠落していたからといって、口腔保健医療的には、問題ないよね。だから、障害者と、口腔保健医療からみた障害者っていうのは、イコールにならない。

『口腔保健医療からみた障害』

口腔保健医療からみた障害とは、何ですか？

１、近所で診てもらえないという障害

解りますか、普通の社会生活出来ないんですから。それがね、その先生が、そういう人を診ていて対応できれば、社会的不利無くなっちゃうもんね。

近所で診てもらえないという障害が、一番大きい。

２、能力障害 —— 摂食機能障害
構音機能障害

自分で歯ブラシが出来ない、食べられない。摂食機能障害、構音機能障害、あるいは、上手く歯ブラシが持てないという手指機能障害。

で、本来は、そこの、食べる事も、話す事も、口腔保健医療の領域だから、本来は出来なきゃいけない。ま、教育されてないからしょうがないんだけど、我々の対応で、いくらでも出来るんだから、出来るだけ我々医療の責任において、それを、軽くしてあげる。

で、障害、普通の生活が普通に出来ない状況、それを、しようというのが、ノーマライゼーション、そういう人もいて、世の中。そういう人と、一緒に暮らせる世の中。『五体不満足』ていう本が売れていますよね。あれには、書いてある「不便だけど、不幸じゃない」っ

て書いてありますよね。それを、ノーマライゼーション。人は、幸せになるために生まれてくるんだものね。まあ、不便なのは、不便だけど、これはしょうがない。だが、不幸であってはならない。不幸にさせないようにするのが、ノーマライゼーション。そういう人もいて、世の中なんだ。

だから、本当は、こういう割合で生まれるんだとすると、学校は、こういう割合で、こういう子が、いないといけないんだ。本当は、それがノーマライゼーション。いや、その子ひとりでね、そこに行けと言ってるわけじゃないんだ。養護学校行けばわかるけど、先生の数と生徒の数、同じ位いる、行けるんですよ。一緒にやれなんていうのは、それはかわいそう、お互いに。年中支援が必要、死ぬまでね。そういう体制を作ってあげる、なんとか生きていける。ね、隔離しちゃうと、解んなくなっちゃうんだよな。だから、そういうのは、隔離しちゃうとね、自分が悪かったと、自分を責めるお母さんいるんですよ。関係ない、どっかに生まれるんだもん。誰が悪いとか、そんな問題じゃないんですよ。だから、それには、自分の身の回りにあれば、もうちょっと考えを変えられたんだよ。だから、まずいよね、だけど、変わんないだろうな。養護学校無くしたら、校長のポスト無くなっちゃうから、やんねえだろうな。日本だけ、先進国ん中で。せめてさ、運動場くらい一緒にしてやってさ、ああいう子も居たんだなって思わせる、ね、そうすると、もう少し優しくなれる、もう少し子供達も考える。いじめっていうのはね、自分と違うから、いじめるんだ。だから、そういうのも、居るんだっていうのを見せなきゃ。

平等であるなんていう事は、考えられない。平等じゃないですよ。ね、顔が違うように、みんな違うんだ。平等じゃないから、公平にするんだ。ところが、日本は平等にしちゃうもんね。平等じゃないんだ。均一じゃないんだ。均一じゃないものを、公平にしようとする努力は大切なんだけど、日本は平等にしようとする。皆、同じでなきゃいけない、と言うんです。皆、同じであるはずがないよ。みんな違うんだ。能力だって差があるよ、だから、それを公平にするという考え方が必要なんだが、残念ながら無いね。

『地域医療』

まあ、それは、健常な人だってそうだよね。すべて、開業医で診てあげられないよね。例えば、口腔癌が来たらね。そういう意味じゃあ、いつでも、どこでも、誰でも、質の良い医療を提供しようとするけれども、近所で診てもらえないような状況が起こる。その状況を解決しようというのが、地域医療。特に、障害のある人達に、必要ですよ。そのために、ここがあるんですけれども、だから、ここへ送り込めば良いという考え方では困るんですよ。できるだけ、社会的不利を無くしていきたいんですよ、無くなってもらいたい。だから、ただ単に診療をするだけでは、地域医療としてはマイナス。プラスにならない。診療だけでなく、研修もないとね、地域医療。

社会的不利を無くするためには、２つある。皆さん方が能力をあげる、それと、患者さんが、そこに行けるようになる。２つの、両方があるんだね。そのために、途中に保護者研修

ってやるんです。けれども、それは、近医に行ける事を目指す。我々も努力するけれども、患者さんも努力してほしい。でも、我々が、いつもここでやっている様な事は、開業医の先生も、出来るようになってほしいんです。

摂食なんか、ここでしかやってないけれども、開業医の先生も出来るはずなんですよ。難しい事じゃない。難しけりゃ、送れば良い。何でもそうだけど、ダウン症だからだめと言わないで、ちょっと診てやりゃあ良いんです。出来そうだったら、やれば良いんです。出来なけりゃ、無理してやらずに送れば良い。出来る範囲でやって下さい、出来ない所を我々が、補完しましょう。やらなきゃ、絶対うまくいかないんですよ。出来る事でやって。

そういう意味では、地域医療というのは、地域の中でやりとりが出来れば。

地域医療 —— 補完する医療

診療

研修

僕は、ここが出来てから言っているんだけれど、ここがね、他のセンターもそうだけれども、新しく作る時に、その時に気を付けなければならないのは、窓口は開業医、絶対に。医療連携とは、そういう事だからね。そうすれば、先生としても、診てあげられる人も組み込まれるわけだからね。ところが、ここ、近所で診てくれない人が、みんな来ちゃうんだ。と、本来、センターの思っているさー、近所で出来ない人じゃないんです。だから、絶対その間違いを起こさない、紹介システムでやらないと。だから、今どれ位かというと、１ヵ月に１回しか診れないんだよ。みんな、忘れちゃうもんね。根治なんかやってると、大変だよ。何だか、分かんなくなっちゃうよ。だから、ここを窓口としちゃったら、医療連携なんか成り立たない。

そして、医療連携でどういう事を、やるかっていうと、情報提供料って、どんどん上がってるよね、それは、どういう事かって言うと、開業医にそういう事でもっと、協力してほしいんです。だから、点数上げたんだよ。そんな、難しい事じゃない。名刺でも入れときゃ良い。そうしたら、220点貰えるんだよ、５分でね。186＋175＋220、そうしてほしいって、言ってんだから、それを上手く使わないと駄目だ。

そして、我々は、近所に行ける事を目指して、診療していきますから、送り返したいのよ。ところが、直接ここに来ちゃっていますから、送る先が無いんだよ。どうも、まずいんだ、紹介と逆紹介システムが成り立っていないんですよ。なー、みんな、そうなんだよなー。経営的に潤うようになっているシステムを、壊している、歯科医師会は。

で、出来なきゃ、また、戻せば良いんだ。難しいのもあるでしょうし、難しくなっちゃう事も有る。それは、しょうがない。

確実に歯科医の数は増えて、相対的に、患者の数は減っていくわけですねー。それを、患者にするという努力、その事が収入につながるわけです。僕は、必ずそれを奪い合うという将来が来るんだよね、見えてる。だったら、もっと格好よくさー、患者が少なくなったから、診てやろうというんじゃなくてさー、もっとヒューマニズムにのっとってさー、そうすれば

格好良い。

『リハビリテーション口腔保健医療』

みなさん、リハビリテーションていうと、機能訓練とか、機能回復という意味が有ると思うでしょ、全く無いんです。これは、辞書引いて欲しいんだけれど、英語の辞書ですけれども、社会復帰・復位・復権という意味がある。

リハビリテーションで、一番有名なのは、ジャンヌ・ダルク、宗教裁判で、第１審で有罪になった、その宗教では人間として認めないという事になった。第２審が開かれ、無罪になった、人間として認めるという事になった、リハビリテーション。

だから、リハビリテーションていうのは、全人的権利の回復。じゃあ、最初から無い人、CPの人というのは、最初から権利を持っていないわけだね。回復じゃないよね、獲得も含めて、ハビリテーション。リハビリテーションていうのは、その内の一部。

じゃ、なぜ、リハビリテーションていうのが、機能訓練になったかっていうと、第１次、第２次世界大戦の時に、手足を失った傷病兵、戦争によって傷ついた人達が、一杯居たんです、アメリカに。で、国のために戦ったから、国としては税金で、その人達の生活を保障したわけです。軍の金が使われたら、困るもんなー。なんとか、その人達の機能訓練をして、職業に就ければ、税金をあげるんじゃなくて、税金くれるよね、そういう風にしようとした。そういう時に、使われた言葉がリハビリテーションで、見たらさ、松葉杖で歩く練習したり、作業療法で手と目の協調、見ているとさ機能訓練なんだよね。で、見ている奴が間違えて、リハビリテーションて機能訓練か。違う、機能訓練をして社会復帰する、本来は、軽く使えない重い言葉なんだ。

で、いつでも、どこでも、だれでも、質の良い医療を受ける権利がある。その権利を、取り返そうとするのが、リハビリテーション口腔保健医療。

障害がある人の口腔保健医療を通じて、障害の軽減、克服を目指す。そして、センターでは、社会生活への参加。自閉症の子供達は、ああいう椅子に寝られるようになりますよね。どういう事が起こるかって言うと、床屋に行けるようになる。社会生活への参加、あるいは復帰ですよね。

診療室で見たでしょうけれど、特殊な物ってあんまり無いよね。車椅子用のユニットは、ほとんど飾りで、使わない、１年に１回か２回使う位。なぜ、ああいうのを使わないのか、だって近所に無いもん、ああいう椅子が、判りますか。という事は、車椅子で来ても、我々は、作業療法士（ＰＴ）がいる。そういう人達が居て、椅子から立ち上がってユニットに移動する練習をするんです。そうしたら、近所に行けるようになる。ね、社会的に復帰して、近所で診てもらえるようになる。だから、無いんですよ。あってはいけないんです。出来るだけ、近所にある、ちょっと椅子がね、低くなるだけです。この辺には、手摺りがあるけど、あれも飾りみたいようなもんです。

『人間の生物学的特徴』

こういうような病気を持つと、興味を持つんですね、これどういう病気か。我々は、生まれてすぐに、立って話せないよね。

人間は、系統発生学的に進化したものである。我々の脳は、３層に分かれている。一番下の脳、これは脳幹部、爬虫類の脳。大脳辺縁系、哺乳類の脳。一番上に載っかってる脳を、大脳皮質という、これは霊長類、人類共通です。

人類の正確な特徴は、何かというと、完全二足歩行、音声言語です。

生まれてすぐ、立って歩けないよね、話出来ないよね。どういう事かっていうと、大脳皮質は使っていないって事。使ってんのは、脳幹部と大脳辺縁系だ。脳幹部は、呼吸、嚥下の中枢、オッパイ飲む所だよね。大脳皮質は、使ってないんですよ、使ってれば歩けんだし話せる。どうですか、だからね、この脳が、だんだん高次の脳が使えるようにしていくって事が、発達なんです。発達する所に、何か発達しないっていう事がある。

生まれてすぐに、大脳皮質の中に、250億の脳細胞がある。で、10才から20才の間に140億に減っちゃう。使わないと減ります、いらない脳はね。で、20才過ぎると１日に10万個ずつ減っていくの。で、僕ね、59だから、まずいなと思う。大分、減っちゃった。大丈夫だよ。全部死ぬのに、300才位かかる。ところが、人間の寿命は、120才位。という事は、この140億の脳細胞を、使わずに死んじゃうんだよね。何ででしょうかね、勿体ないね。人間は、進化の歴史の中の産物なんだ。という事は、140億の脳細胞を使いきるまで、進化するはずなんだ。はず、っていうのは、そこまで人類生き延びないみたいだけどね。

140億の脳細胞を使いきれない、という事は、我々は、欠陥人間なんだ、障害を持っているんですよ。完成されていないんだから。それを、気が付かないという認知障害を持っている、だから滅びるんだよ。

さっき、狩猟採取時代の話したよな。自分の食料を、自分で作り出す所から狂っちゃった。そして、戦争が始まる。狩猟採取時代は、戦争なんか無いもの。蓄える物が無いから、馬鹿馬鹿しいもんね、単なる殺し合いは。戦争っていうのは、領土を広げたりね、自分の種類の数を、増やすためにやる。相手が、何も持っていなかったらね、戦争する意味が無いもんね。だから、日本は１万２千年前から１万年間、縄文、狩猟採取。その頃は、ほとんど戦争が無かった。矢尻も小さいし、殺傷能力も弱かった。弥生、農耕文化が入ってきた時に、稲作が始まって、蓄える事を知って、それから戦争が始まりました。それから、殺傷力の高い矢尻が、たくさん出てくる。そして、骨にそういうもの刺さった骨がたくさん出てくる。

食料を生産できるという事は、本当は恐ろしい事だ。どういう事かというとね、自然の摂理を外れちゃっている。という事は、食料が確保できなきゃ、それを越えて数を増やせないわけだから、決まっているわけです数が。人間は、違うんです、越えちゃったわけです。

チンパンジーなんか、５年間は、授乳期間中。どういう事かというと、人間もそうだけど、オッパイをあげている時は、妊娠しないようになってるわけです。チンパンジーは、本能的にオッパイをあげる事によって排卵しないようなってる。よく、チンパンジーが殺すよね、

子供を。それは、他の所から来た雄が子供を殺す。殺さなきゃ、自分の子供は、出来ないわけだから、それで殺す。生命体は、自己のＤＮＡを殖やす事が重要なんだから、自分の子が欲しい。その子が居る限り、授乳期間で自分の子が出来ないわけだから、殺すしかない。それで数を保つ。

ガイア仮説、地球は、一つの大きな生命体であり、人類もそういう意味では、一つの細胞に過ぎない。いろんな生物が集まって、で、細胞の数は、本来決まっているんです。人間以外はね。が、人間は、数をどんどん殖やしますよね。どういう事かというと、癌化した癌と同じですよ。その癌化した人類によって、環境汚染が起こされるわけですね。すべて、人間の数が増す事によって、起こっている。という事は、大きな生命体である、地球の生命も失われる可能性あるよね。だから、生命体は、免疫抗体作るわけです。何ですか。それが、ＡＩＤＳです。ね、Sexすると移る。数を殖やそうとすると、移るんだから、殖やしちゃいけない、と言っているんです。だから、共に生きる（共生）という考え方をしないと、新しい免疫抗体を作るばかりです。みんな一緒、すべて共生する。

人間が、自分の意志で最初にやる事は、何だと思いますか。自動的にやるんではなく、自分の意志でやることは？指しゃぶり。最初は、うまくいかないんだよね。なぜかっていうと、神経線維は、電気刺激で、最初は裸線だから、うまく伝わらない。何回かやると、グリアCe11が被覆する。そして、シナプスの終末ボタンの所で、伝達物質を作るんです。一番有名なのは、アセチルコリン。ある程度、溜まると刺激が伝達される。10回、20回、30回やると、口の中に入る。そうすると、それまでは、顔傷だらけです。そういうふうにして、指が口の中に入るようになる。で、そういうふうな発達の仕方が、うまくいっていない子がいるんだよ。例えば、１／10しか被覆してくれないと、300回やんなきゃ、駄目だもんね、指が入んないもんね。脳内伝達物質を１／10しか作んなくちゃ、基本的には、
300回やんなきゃだよね。あるいは、シナプスが壊れていたら、別のルートをいかなきゃだよね、１、２、３、４、５、60回やんなきゃならない。

どういう事かっていうと、そういう病気を持ってる子でも、そういう病気がない子でも、１日は24時間しかないんですよ。という事は、１年で歩けるようにならないんだよ。１年で話せるようにならないんですよ。ゆっくり、発達する。それは理解できるよね。人間なんだから。ね、そういう刺激が、うまく通らないんだから、ゆっくりゆっくり発達する。

人間の生物学的特徴

１、巧みな手

２、意志伝達のための言葉

３、予期できる能力

４、高度な社会性

人間の生物学的特徴を獲得できるのは、72ヵ月（６才）、すべての発達検査は、72ヵ月を境としています。それ以上は無いんです。という事は、それを獲得できれば、教育が始まるんです。解りますか、すべて、72ヵ月。だから、発達が遅れている子は、72ヵ月で人間の生

物学的特徴を獲得できないんです。だから、学校行ってもいいけどさ、漢字を教えるんじゃなくてさ、人間の生物学的特徴を教えるんだ。それが、判ってないんだ。

で、こういうのを発達させるのは、何かというとさ、正しい育児、保育をするんだ。育児とは、効率的な神経回路の構築を育児という。健常な子というのは、あっという間に歩いている、知らないうちに、話しているもんね。そうならないんです、という事は、障害のある子は、ゆっくりだから正しい育児、保育をしなきゃならない。という事は、お母さんを、ちゃんとやらなきゃ育たない。普通の子は、いらないもんね、お母さん。ね、そういうダウン症の子を持ったから、お母さんを演じるしかないもんね。幸せだよね。ただ、それが長すぎるから、可哀相だけどね、長いんだよね。他の子は、勝手に育って、勝手に出ていくけどね、なかなか出ていかないんだよね、障害のある子はね。

摂食も同じなんだよ、こういうように難しく考えることないんだよ。基本的には、発達の過程は決まっているから、発達段階をやり直せば良い。

よく暴れる子がいますね、なぜ暴れるか知っていますか？痛くなくても、暴れるんですよ。なぜだと思う？予知できる知的能力が、低いんだよね。先生方もそうでしょ、あと５分位で、僕の話が終わると思ってるから、我慢できるんでしょ、これが終わらなかったら、パニックんなっちゃうよな。終わるの、分からせればいいじゃん。そうしたら、我慢できる。どうしたらいい？数、数えさせる。我慢の大原則は、お風呂に肩まで入れた。あれが、我慢なんだ。で、特別な事をしないんですよ、健常な子にやってた事を、よく考えれば、なぜやってたのかなって、それを繰り返すだけだから。

我慢は、予想は、数を数えて、ちゃんとあるんだから、お風呂入れる。それを使えば、だから、歯ブラシの時に、それを練習するんですよ。それを毎日やってればさ、それを家でもやるんですよ。ね、ゆっくり発達しているんだから、何回もやんないとインプット出来ないわけですよ。学校でも、同じようにやる。そうすると、我慢も見えるから、10やれば終わると思うから、暴れないんですよ。みなさん、黙ってやるからなー。育児の原則、保育の原則に従えば、難しくないんだ。

それと、年を取ると子供に戻るから、基本的には、同じ事なんだよな。６才で人類になって、死ぬ６年前からおかしくなって、そしてだんだん衰えていく。きんさん、ぎんさん、外に行く時にさ、乳母車押してるよね。あれ、立ってるの大変なんです。１才の子、歩き始める時にやるんですよ。老年期は、発達期と同じですから、対応すれば良いじゃないですか。老人性痴呆症、知的障害です。脳卒中の後遺症、脳性マヒです。同じです。そういうのみると、特別になっちゃうんです。摂食嚥下障害なんていうと、何かわけ判んなくなっちゃうんです。離乳のやり直しだよ。そうしたら、見えるじゃんよう。難しいと、権威付けするからね、難しくないんだよ。

Step１．リハビリテーション口腔保健医療の目標と歯科診療システムの理解と習得

センターでは、障害とは何かという事に大きなウエイトを置く。というのは単なる物を扱ったり、この人達は、コミニュケーションがとれないから、何を話しても仕方がない、とにかく口の中をきれいにすればいいんだ、というように誤解されては困るからである。　障害者歯科医療の本質である、障害児への対応そして障害のある人達にどのようにアプローチしていったらいいのかを中心に、具体的なセンターのやり方について説明したい。

Step１．part4　PODに対する歯科医療体系

１．Ｐ.Ｏ.Ｄ.(Persons with Oral Disabilities) とは、

生活上の困難、不自由、不利益をもたらすような、口腔疾患や口腔機能障害を持つ人達。

例えば、中途障害、交通外傷で脳に外傷を負い、脊損で車椅子になった。この場合口の中には障害はなく、首から上は健常であるから、障害者歯科医療の対象にはならない。

逆に、歯科的不安・恐怖症があって口の中の治療を一切させない。虫歯があって痛くて、ぐらぐらしていても、歯医者に行かない。そうすると、疼痛とか口臭とかいろいろな問題で、本当は社会的に、不利益、不自由を生じているはずである。拡大解釈をすると、そういう心理的外傷をうけて歯科恐怖症になり、口腔内の健康管理、口腔機能の恒常性を保持できない。そのような人達は、PODの範疇に含まれる。

そのような人達に対して、我々はどのような医療を施せばよいのか。

我々は、乳幼児から高齢者まで、あらゆるライフサイクルに対応して、口腔内の健康管理をしてゆこうと考える。だから、8020の出発点はある意味では乳幼児の健康管理からが１つであり、そして、社会に出た後、どうやって口腔内の健康管理を支援、援助してゆくか、そのようなライフステージに対応できるような方法をとらなくてはいけない。

２．歯科医療（口腔保健医療）の目標

医療提供者としての立場では、「いつでも、どこでも、誰にでも、質のよい(高い)歯科医療を提供する」ということが、目標となる。

歯科医療の受給者側、患者を生活者としてみた場合、生活者の目標というのは、

●ＱＯＬ(Quality of Life：生命、生活、人生の質)

生活者にとっては、質のよい医療を、いつでも、どこでも受けられる、安心して、口の中の異常、病気に悩まされる事無く、健全なある意味で豊かな生活を送れる。

●自己実現

●ＨＯＬ(Happiness of Life)

が、あげられる。
　なぜ、歯科医療をやっていて、生活者のＱＯＬに関われるのかを、考えてみたい。歯科医療の目標の歴史的な変遷を、見ていくと、大正、昭和の初期、戦争中は、口腔疾患の予防が前面にうちだされた。
　昭和50年代、口腔疾患の予防は、全身の健康と非常に関わりあう。という事で、少しずつホリスティックなホールボディという形に目が向いていった。
　この時期までは、大体おやつ、間食、食生活、歯口清掃という問題を前面にうちだしていた。ところが、昭和50年代後期から昭和60年代、虫歯の氾濫期があり、その後規則正しい生活リズムという所に、視点をおいてきた。
　ここ５～６年は、生活リズムだけではない、日常生活習慣すべてを含んだLife Style(生活様式)全般を、見なおそうという動きになってきている。成人病が生活習慣病になった。世の中全体が、生活様式の乱れに目が向いている。
　まず、生活リズムが乱れています。朝起きても、なんとなくボーとしていて、午前中の授業も、こうボーとしていて、ちょっと目が覚めてきたなーというと、「先生、うんち」小学校の低学年は、午前中大体おトイレ行きたくなる。そして、夜になると目が冴えて、10時、12時までテレビゲームをやっている。食事は、どうなっているかというと、朝食は摂りにくい、塾の行き帰りなどで外食産業、自販機のジュース、スナック菓子などが手に入りやすい、このように、食生活リズム、睡眠リズム、排泄リズムもくずれる。
　運動はどうかというと、教育関係者の間で、10年程前から「三間（さんま）の無い時代」という事が言われている。
　時間～遊ぶ時間、５～６年前まではポケベル今はPHSで管理されている。
　空間～遊ぶ場所
　仲間～遊ぶ仲間、昔は異年齢集団（ガキ大将が連れ歩く）があった。
今は、運動したくてもできない。ちょっとぐらいの時間しかないので、ちょっとぐらいサッカーやってもつまらない、仲間もいないので、家で何かしようというと、テレビゲームというのが、一般的に流行りやすい状況になってきている。このように、生活リズムが乱れている。
　Life Styleというのは、生活リズムとADLからなる。

ＡＤＬ（日常生活習慣）
　朝起きてからの、排泄の行為がちゃんと定期的に行なわれているか、そして、きちんと清拭されているか。食事は、１日30品目摂るようなメニューとなっているか。お茶碗、お箸の持ち方、食べ方の姿勢はどうか。着衣も、きちんと洗われて、太陽に干されて、つぎあてされていても清潔な衣服をちゃんと着ているかどうか。衣服のボタンがけとか、そういう行為がちゃんと出来ているか。今の子供たちにとってみれば、

マジックテープで靴を履くといった、便利さの方にいっている所がある。
　就寝も最近は、洋式でベット、そして子供たちがシーツを敷いたり、そろそろ汚れてきたな、湿っぽいなとか、そういう判断が無い。枕がけ、布団掛け、シーツ管理などなかなか難しい。このような、生活の質や充実度を、どうやっていくか。
　私達は、生活そのものも、少し雑になりつつある。

　昔は、あくまでも口腔の問題、それからそこに全身が入ってくる。という流れだったのだが、それではなぜ齲蝕の罹患率が下がらないのか。もっと生活者としての国民患者が、解りやすい、身近な目標を設定しなければいけないんじゃないかということで、ＱＯＬ、8020という具体的な目標が増えてきている。
　ちなみに、8020は現象論で見てはいけない。80才で20本の歯があるからいいのではなく、80才で20本の歯が残っているような生活を送りましょう。という生活に重きをおいている。生活を整えないで現象論だけ一生懸命言ってもだめですね。
　歯科医療は、口腔保健医療として、保健と医療をドッキングさせることにより、ＱＯＬを高めてゆこうと考える。

ＨＯＬ(Happiness of Life)
　今までは、世の中の流れを見ると、質とか内容に注目されていた。でも、質とか内容にばかり目を向けていると、いいかげんうんざりしてしまう。何か、すごい義務感で、自分の生活の質を高めるには、どうしたらいいかとか、こういう事に注意しなくちゃいけないとか、そういう事を考えていくと、すごく苦痛になってきます。そうすると「人間は幸せになるために生まれてくる」どうすれば幸福になれるのか。

自己実現
　患者さんや、保護者の自己実現をめざす。自分の一生を見たときに、僕の一生は、脳性麻痺だったけれども、電動椅子、ワープロを使って、自分なりにいろんな文章を職業として、アルバイトとして書いた、そして最終的には、グループホームでみんなと一緒に仲良く生活して、人生が送れたというふうになれば、彼そのものは、自己実現が達成できたということです。
　みなさんも歯科医師として、夫として、それから父親として、どの部分でも結構ですから、一生を振り返ったときに、子供たちの心の中に、相手に、地域に、社会に、何か残っていくような、逆に言えば自己実現できたという事を、考えてください。

　目の前の患者さんが、少しでも生活の中に幸せを感じられるように、我々歯科医療の中で、援助できればいいなあ、という考え。これが、当センターのリハビリテーション口腔保健医療の目標です。

今、目の前の患者さんに、治療や指導をしているときに、本当に、QOL、HOL、自己実現につながっているのか、それをよく考えなければならない。

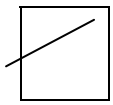
口の中に、ゴールドインレーが入っていても、家に帰ると吐いたり、熱を出したりまた、診療の前の日になると吐いたり、眠れなかったり、腹痛を訴えたり、自家中毒の傾向を起こして、その患者さんが嫌がるようになってきたら、それは本末転倒ですね。強いストレスをかけて、心身はアンバランスな状態になってしまったという事です。その患者さんにとっては、生活が苦痛になっていくわけです。そのように考えて自分達の目の前の患者さんに、何をなすべきか、何につながっていくのか、それを、考えていただきたい。

３．医療の目標を達成するためには

医療の目標を達成するためには、いくつか重要な課題があります。

１介護者（保護者、介助者）を共同療育者（co-therapist）へ育成するシステム

障害のある人達というのは、何らかの形で、一生、社会あるいは家庭に、援助、



援助　　支援をしてもらう人達である。障害のある人達だけではなく、人間は、一人では、絶対生きていけない、共生できるものがないと生きてゆけない。

口腔保健医療の目標を達成するためには、介護者（保護者、介助者）が、いかに私達と同じような考え方を持った共同療育者になれるかどうかが重要である。

食事の摂り方、食べさせ方、口唇の排除の仕方、歯磨きの仕方、生活リズムの送り方などを介護者（保護者、介助者）も一緒に考えてもらうために、健康、口腔機能（食べること、話すこと）といったことを、少しずつ話してゆく。

２健康の保持増進につながるようなシステム

①予防システム

②定期健診システム(Recall system)

患者さんの口の中が、歯周疾患、硬組織疾患でダメージを受けているのを、我々の治療でいったん健康状態に回復させる、この状態を保持増進させるためには、予防システムや、定期健診システム(Recall system) があったほうがいい。

３チーム医療、チームアプローチによる医療システム

院長１人、衛生士１人、助手１人、受付１人、技工士１人これが診療の基本ですが、先生１人で医院運営が行なわれているかというと、そうではない。電話がかかってくれば受付の対応が、医院運営に大きく影響します。予約のとり方、会計のミスそういう正確性の問題が医院の顔として１つ１つでてきます。あそこの受付は、しょっちゅうミスがあるとか、お金はすぐ間違うとか、そういうくだらない事が、

評判につながってきます。

歯科衛生士が、予防指導、間食、食生活指導をする。先生が、治療、予防指導をする。技工士もいる。ということで、一つの基本単位であっても、実はその医院では、チーム医療を行なっている。１人１人が、自覚を持って、その責任の中で、役割を果たさなければ、うまく医院経営は行なえなくなる。

もっとこれを、拡大していくと、言語聴覚士、栄養士、保健婦といった専門職種をとりこんでいって、総合的に患者さんの生活全体を、捉えていけるようになるとよい。

症例～摂食機能障害を持つ患者さんの何人かを見ていただきます。

［症例１］

中等度の障害を持って生まれた患者、歩いたり、片言、言葉もしゃべったりしていた、ところが４才の時、交通事故にあい、脳外傷をうけ、脳幹部損傷をおこした。脳幹部とは生命維持機能を司るところで、睡眠、食欲といった生体リズム（生体リズム）を司るところがやられている。この患者さんは、25時間周期で、２週間おきに昼夜転倒が繰り返される。

さあ、この状態で、どのように生活に支障をきたすでしょう。

これから医療従事者として、障害のある患者さんを目の前にしたときに、いかに共感性を豊かにできるか。この患者さんを見た時に、自分は何を感じられるか、感受性、感性、共感性これが、医療従事者として最も重要です。この感性が無い人には、指導も、それから何かを一緒にやっていこうとした時にも、非常に難しいです。

昼夜転倒しているという事は、学習効果が激減するという事です。昼間一生懸命、リハビリで、足の使い方、手の動かし方、いろいろやろうとします。でも、ボーと寝ていたらどうでしょう、覚醒していないのです。では、覚醒している夜中にやればいいですか、それは、社会的に無理です。ですから、こういう生活リズムが逆転してしまう患者さんは、まず学習効果、訓練効果が激減します。

本人がいかに、脳幹部損傷によってダメージを受けているか。食欲中枢も無いので、食べたいという、気持ちも、表現も出てこない。それから、咀嚼リズム、嚥下中枢もやられているので、むせが生じやすい。そのため、チューブ栄養になってしまう訳です。そういう、個人的なダメージというものがあります。

それから、もう一つ介護者はどうでしょう。子供の生活リズムに、ついついあわせるようになってしまう。だから、夜中に起きていたり、食事をあげたりするようになってしまう。生活リズムが、乱れてしまいます。介護者の、心理的、肉体的ダメージを想像して下さい。

今度は、この家庭の生活を見て下さい。こういう家族が、家族旅行、海外旅行、レストラン、映画館、外食、学校生活できますか。

もしかしたら、お兄ちゃんは思春期で、今荒れの時期がきているのかもしれない、ところが、お母さんは下の子の面倒をみなければならない。だけど、お兄ちゃんの、荒れ思春期の

対話も、心をくだかなければならない。ましてや、中学受験とか、高校受験とか、いろんな事が重なったら、お母さんは、お父さんは、どうしたらいいのでしょう。こういう事を、頭に入れて、指導をいかにすべきなのか、いかに介護者と接したらいいのか、関わりを作ったらいいのか､そういう事を考えていかないと､いい仕事が出来ないわけです。 こうやって、一人の患者さんを通しても、いろんな事が、共感できます。

この子は、どういう生活をしているのだろう。

この保護者は、どういう生活をしているのだろう。

この家庭は、どういう生活をしているのだろう。

この患者さんが、もし全身運動とか、感覚統合療法で、昼夜逆転の生体リズムが治っていって、昼間起きていて、夜寝るようになったら、どうなりますか、保護者の生活の質は今よりも、上がりませんか。眠りたい時に、眠れるんですよ。それから、家族旅行も出来るようになる、抱っこしながらバギーで行くかもしれない、車椅子で行くかもしれない。そして、流動食や、ミキサー食かもしれない、でも食べてくれれば、自分でハンディーミキサー持っていって、処理できるわけです。そうすると、ちょっと生活の質が広がる。

［症例２］

この患者さんも、脳の損傷によって、嚥下中枢にダメージを受けていて、お水、牛乳、お茶、食事を摂ろうと思っても、うまく飲み込めない。だからチューブ栄養で、毎回、お母さんが、流動食を作って、チューブで摂らせていました。それから、喉に痰がからまれば、排痰といって、指にガーゼを巻いたものを、口のなかに突っ込んで、痰を取ってあげなければならない。食事が終わったら、排痰させたり、げっぷをさせたり、そして、すぐに横にすると、戻ってきて、逆流して、喉に詰まるので、１時間位はリラックスチェアーで、起こした状態でいなければならない。

このお母さんは、まだお若いように見えます。だけど、この表情の下には、どういう生活を送っているかを、よく考えなければならない。プロとして。

共感はしても、これを受容しすぎてはいけない、衛生士さん特にそうですけれども、受容しすぎると、相手がかわいそうになって、何にも指導できなくなってしまう。相手の生活がいろんな問題を、抱えていると、こちらから何も言い出せなくなってしまう。それはまだ、半（セミ）プロです。

本当のプロは、それを乗り越えて、問題点が解って、共感して、相手の苦しみとか、悲しみが解っても、じゃあ、このお母さんと、どうやって話し合って、どこから生活を改善していけばいいのかと、一緒に共育できる人、この人が、本当の意味でのプロです。

家庭の状況を知りつくしてしまうと、何も出来なくなる、それは半（セミ）プロです。そこから一緒に、お母さんの苦しみと、生活の状況を理解しながら、どうやって健康な生活に持っていこうか。お母さんと、衛生士さんお互いが、症例を通して、勉強になっていく、指導の幅が大きく広がっていく。いろいろな事を感じて、いろいろな事を理解しあえるように

なる。

［症例３］

この患者さんは、夜、呼吸不全で呼吸が停まってしまうので、気管切開を、してあります。時々、吸引器で吸引します。こういう、吸引器を持って、はたして海外旅行が出来るかどうか。良く考えている御両親だと、これでも、海外旅行に行かれます。多少は、肉体的な負担があるけれども、もっと精神的な家族で一緒に仲良く生活するとか、いろんな思いがあるからです。

この研修の最初から、最後まで、自分の担当した患者さんと、保護者が目標に近づくにはどうしたらいいかを、ずっと考えて下さい。

この患者さんは、食事の一口目を、非常に嫌がる、恐がるのです。これは、なぜか解りますか。気管切開が行なわれていたので、今まで経口摂取が少なかったのです。だから、口の中の感覚が、味覚に関しても、触覚に関しても、ものすごく鋭敏なんです。じゃあ、障害があるから、この患者さんは、感覚が鋭敏なのかというと、そうではない。この子は感覚異常があるのかというと、異常ではなく、そこまで発達していないだけなのです。

介護保険で、介護を受ける人の、口腔機能、口の中の状態や食べ方の、アセスメント、評価が、クローズアップされていますけれども、その評価と同時に、介護する家庭、家族の評価も非常に重要です。これを、変えなければ患者さんの食べ方、口腔ケアは変わりません。

４．歯科医療体系とは～目標を具体化させるためのシステムである。

予診予約受け付け…傾聴、TEL対応

ＴＥＬ

予診…傾聴、受容→かかわり形成

急患　保護者研修、成人、介助者研修…集団的動機付け

初診…共感的態度→かかわり形成を深める。

情報収集の場である（問診、アンケート、行動観察）

診療計画立案…スタッフミーティング

診療計画の説明、同意、拒否…共同療育者への第一歩。

資料の説明

資料の分析結果の、問題点の提示

指導　治療 …chair sideにおいて、いかに保護者（介護者）を育てるか。

共同療育者への第二歩。

再評価

他の医療機関　　定期健診

１予診の予約受け付け

一般的には、紹介状を持って、あるいは電話で予約をする。この際、傾聴して、電話対応には気を付ける。

障害児を持つ、母親は、何回も診療拒否をされたり、たらいまわしをされたり、それから、やっと診てもらえたなと思っても、治してくれているんだけれども、言葉の隅々に「ちぇっ、こんなに動いたらやれないよな。」とか、「こんなに、何本もあったら時間ばっか、かかっちゃうよな。」とか、もしですよ、自分の子供が治療を受けていてそばで見ていた時に、そういう言葉がかけられたとします。そしたら、どうで

すか。

母親、介護者というのは、自分の障害を持っている、御主人、子供さんを連れていく時に、いろいろ余計な事まで考えます。本当に診てくれるのだろうか、先生にご迷惑かけないだろうか、この医院はエレベーターが有るんだろうか、２階はどうなっているんだろうとか、そういった事を、２～３晩、考えて電話をしてくるというのが、多いです。特に、診療拒否とか、前に泣いて暴れて、先生にご迷惑をかけて、大変な思いをしてやめてしまった、という経験の有る家族の場合は、御夫婦で、本当に考えます。痛がっているし、食事も摂れないし、かわいそうだ、どうしよう。でも、診てくれる所、あるかなー。で、ようやく、電話を入れるわけです。その電話を、入れるときの状況というのを、自分の身において、良く考えていただければ、解ると思います。

その時に、「何才ですか、ご住所はどこですか。」とか、お話を伺います。その時に、「今、６才で、自閉症候群なんです。」と、言われた時に「ああ、自閉症の方でも、うちでは大丈夫ですよ、ただ、無理な場合もありますから、拝見して、無理だったら、別の所をご紹介しますよ。」その、一言だけでも、すごく楽になります。

下らない事なんですけれども、彼女らにとっては、素晴らしい事なんですね。下らない事で、毎日、嫌な思いをしているのです。電車の中で、ロッキングを始めると、「あいつなに」とか、小学生が指差して「あのお兄ちゃん、変な事やってるよ」とか奇声を発すると「うるさい」とか、若い女の子を、ちょっと押したりすると「何すんの」と叱られてしまう、唾はきをすると叱られてしまう、隣近所からは「うるさい」「部屋の中で、ジャンプさせるな」「徘徊させるな」とか、夜中でも嫌味の電話が、かかってきたりする。

そういう、普段から、すごくナーバスな生活を送っている方が多いです。そういう方が、電話をかけてくるというのが、どういう事かという事が、いかに共感できるかですね。医療人として。

で、その時に、しっかり聴いてそして「まず、拝見します」とか「じゃあ、もしかしたら、こういう所の方がいいかもしれませんね」とか、とにかく傾聴することが大切です。

２予診

センターの診療体系には、予診というものが、あります。

予診では、傾聴と受容によって、関わり形成をします。

始めてきた時には、子供も、保護者も、介助者も緊張しています。初めての場所で初めての人達の前で、問診されたり、診査されたりします。その時、じっくり話を聴き、受け入れるという態度が重要になってきます。

例えば「うちの子、今、おやつを１日３回冷蔵庫から、好きな物をとっては食べているし、ジュースも飲んでいる。」と言われても、その時には、拒否、訂正、注意を

しないのが原則です。第１回目のカウンセリングですから、受容という形で、まず、母親の言っている悩み、生活、考え方を一番重要視する。それによって、母親は「ああ、先生よく話を聴いてくださった。」という事で、関わりを作っていく。

また、ここでの情報収集では、問題点の概要を把握する。

３保護者研修～成人研修、介助者研修

同じ悩み、生活、境遇、立場、環境におかれている人達に集まっていただいて、私達の考え方、障害の問題、我々の医療を通してQOLをいかに育てるか、といった話をする。そうすると、保護者の方達は「あ、そうか、そういう考え方もあるんだ。」それから「そういう目標に、私達も向いていかなくちゃいけないんだ。」ということで集団的動機付けが行なわれます。すなわち、モチベーションを与えるのです。

あ、この先生は、こういう障害を認めてくれている、医療の目標をこういう所においてくれている、そしてなおかつ、センターの場合、いろんなチーム医療で、摂食、言語とか、幅広い包括医療が可能であるという事が解ると、安心して、頼れます。

４初診

共感的態度、問診をとりながら、あるいはアンケートをチェックしながら、ちょっとしたあいづち、言葉がけこれが、母親の心の中に響いていく。

例えば、アンケートの中に、「今までに訓練施設や、通所施設に通った経験がありますか、どのような事をされましたか。」今までの、経過を知るための項目ですが、そこに、３才でドーマン法というのが、出てきたとします。

ドーマン法というのは、競馬騎手の、福永さんという方が、20年も前に落馬して、半分植物人間になってしまったのですが、アメリカ、フィラデルフィアのドーマン博士が、ドーマン法をやった所、今では、ようやく馬を歩かせる所までは、回復したそうです。

ドーマン法は、パターニングといって、毎日十数時間、家の中を四ん這いで移動させたり、雲梯を一日何回となくやらせたり、マスキングといって、自分の排気を何回か吸わせて、血中の酸素分圧が落ちてきた所で、ぱっとマスクを放して、新鮮な酸素を吸わせ、脳の活性を高めるとか、いろんな方法があります。

そういう、訓練方法を知っていて「お母さん、ドーマン法をやっていたの、じゃあ家事も大変だったし、誰かボランティア頼んで、一緒にそういう練習やったんでしょ大変でしたね。」と、この一言、これが共感的態度なんです。

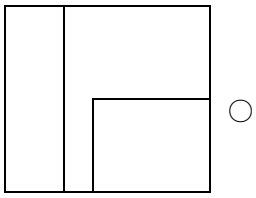
例えば、主訴で「うちの子、ごはんを食べると、むせてね、吐いちゃうんですよ」といった時に「え、じゃあ旅行も出来ないし、外食も出来ないから、外へ行く時にはミキサー食とか持っていくんですか。」その一言、相手の生活、境遇をカバーできる一言が、共感的態度で、関わり形成を深めていく訳です。

カウンセリング、人間関係論では、こういう微妙なしぐさ、言動、表情が、意外と対人関係の中に影響が出てくると言われています。ですから、問診をとるにしても、

その時の、表情、態度、聞き方、何かに対して共感する反応それが非常に、大切な事です。

「パーソナル・スペース」

45㎝以下は、プライベートスペースで、親密な関係の人には良いが、指導、相談には、90㎝位が、適当な距離である。



対面に座るのは、本当は、あんまり良くない。側面、直角に座るか、平行して座る方が、最初に関わりを作りやすいと、言わています。

ただ、日本では先生が、最初から平行して座るのは、まだ、流行っていない、いきなりやったら、まず、お母さんが緊張しますから、脇あたりからの方が、無難でしょう。センターでは対面です。

センターは、障害者歯科医療という事で、話を進めていますけれども、基本的には目標も、流れも、障害者、健常者の区別は無く、共通する話だと思います。

介護者を、共同療育者にする事が重要だと言いましたが、そのためには、関わりが出来なければ、相手の心が開かれません、相手の心が開かれなければ、情報収集が出来ません。

初診というのは、情報収集の場であって、情報収集が出来ないということは、指導内容、指導目標を決める時に、あやふやな目標をたてる危険性がある。

ここまでくるまでに、私達はシステムの中で、ステップを踏んで、保護者、介護者が心を開いていくように、しむけているのです。第１関門の電話の所、それから、予診で始めてきた時の、傾聴と受容、ここでいかに人を受け入れるかによって、信頼、安心されるようになる訳です。そして、保護者研修を通して、集団的動機付けをして奮い立たせるわけです「よし、私も頑張ろう」そして、初診の時に、共感的態度で更に関わりを深める、同時に、

問診・アンケート・行動観察

この３本柱で情報をしっかり、捉えます。

問診では、情報を的確につかむことが重要です。

アンケートは、成長歴、既往歴を、言葉で聞くと時間もかかるし、疲れてしまうので、いろんな事を集約して書いてきてもらって、無駄を少なくする。

これらから、情報収集をし、その時の行動を、ビデオで記録を撮っておきます。患者さんの行動、保護者の態度、表情を観察することによって、どの話になった時、顔が曇ってくるか、下向きかげんになってしまうかとか、どういう時に、明るい顔になったとか、どこでモチベーションが与えられたかとか、いろんな事が解ります。

５診療計画立案

スッタフミーティングを行い、診療計画を立案する。

6 診療計画の説明、同意、拒否

インフォームドコンセントは、本来は、説明、同意、拒否という３条件であり、拒否する権利があるのですが、都合が悪いので、成書には説明と同意だけがでてくるわけです。

インフォームドコンセントを、することによって、保護者を共同療育者すなわち、家庭で療育ができるような人に育てていく。というのが、目的です。

レントゲン写真、スタディーモデル、口腔内写真、アンケート等の、全資料を提示し、何の為にとったのか確認し、説明をします。

そして、資料を分析した結果の問題点を提示します。問題点の提示の仕方として、ただ単に、スタモを見せて「はい、ここに齲蝕があります」「はい、歯並びがこちら側が狭くなっていて、だから、反対咬合になっています」「歯肉がこういうふうに、腫れています」とかいうのも、いいのですが、問題点の提示の仕方にもいろいろあります。

問診、アンケートで「しょっちゅう、よだれが出る」「食事の時、お肉とか食べなくなってしまう、パニックになってしまう」「アイスクリームや冷たい物が、入った瞬間に、怒りだしてしまう」などの、問題点が浮かび上がってきた時、もしかすると冷たい物による刺激で齲蝕が痛み、パニックという行動に移らせているのかもしれない。齲蝕という問題が、ある意味では常同行動を起こしているのかもしれない。歯肉の自傷行為、よだれが出るというのは、小さい子供では、口内炎とか口腔内疾患があったり、歯の交換期だったり、季節の変わり目、体格の変動などによっても、唾液の流出量は変わる。そのような、いろんな問題点と関連させていく事が大切です。

『保護者の行動変容プロセス』～問題点の提示の仕方にも、ステップがあります。

問題点への気付き
↓
問題点の意識化
↓
問題解決行動
↓
具体化

○問題点への気付き

介護者に問題点を、認識させるというステップがあります。この時に、気を付けていただきたいのは、断定しないという事です。

口腔内写真、スライドなどを見せて「これは、虫歯がこうなっていて、神経に、いっています、だからこれがしみているのかもしれません。これが、我々だったらしみた場合は、痛くて急にぐっと顔をしかめたり、ぐっと体を曲げたりとか、急に

食事をやめたりとか、いらいらしたりします。口内炎ちょっとできただけでも、いらいらします」というような事を、関連づけて何となくしゃべります。断定してはだめです、ここが難しい。「今、お子さんが、食事中にパニックを起こすのは、虫歯があるからパニックを起こすんでしょう」と断定してしまうと「嘘でしょ、そんなん誰が言ったの」「本当にそんなことあるの」とこうなっちゃうんですね。

ですから、ここらへんははっきり解らない訳ですから、私達はまず、現症面ではきちんと伝えます「現症面で、齲蝕はこういう状態になっていて、神経までいっていて、根尖病巣ができる可能性がある、もしくは、こういう痛みがあるかもしれない」その中に、関連性として、生活への影響、生活への支障といった、生活関連的な事を話をします。そうすると、お母さんは、今までに虫歯っていう事には気が付いていたんですけれども、今度は、虫歯の為害性という問題点に気が付きます。

認識というのは、問題点への、気付きになります。いかに問題点を、気付かせるかという事。これがまず、母親を変えるために、非常に大切な事です。

〇問題点の意識化

しっかりと、問題点を説明してゆき「ああ、齲蝕っていうのは、神経にいってもしかしたら、痛みが出るのかな、じゃあ、大変だな」っていうのを、気付かせる訳です。

で今度は、更に一歩進んで、問題点の意識化ということで「もしかすると、先生が推測された事と同じように、うちの子は、この虫歯によってパニックを起こしていたのかもしれない、冷たいアイスクリームを食べて、しみて、イライラする。そうすると、うちの子は、表現できないから、こうやって顎を打ったり、騒いだりするのかな」という事で、段々、問題点を意識してきます。ばくぜんとした、気付きから、いろんな話を通して、問題点をはっきりと意識化してきます。

〇問題解決行動

そうすると、問題点を意識化した母親は、次にどうするか「そうか、もしかしたらこの虫歯が、パニックの原因に、偏食の原因につながっているのかもしれない」という事を考えてきて「じゃあ、どうしよう」という事で、問題解決行動をとります。

生活の面は、断定しない。齲蝕を無くしたらば、お肉がたくさん食べられ、太ってきたとか、パニックが無くなってきたとかっていったら、後で評価すればいい。「よかったですね、お母さん、もしかしたら、虫歯治して、本当にそういう症状が、治ったのかもしれませんね」と、お互いに喜べば、それは最高、それで良いわけです。

最初に断定すると、本当にそうなのかどうか解らないし、お母さんも、それを疑ってしまう危険性があります。ですから、母親をどういう風に意識化させるか。そして「そうか、もしかしたら、虫歯がパニックの原因になっているんだな」という事を考えてき

て、ご家庭でお父さんと、話しているうちに「今まで、うすうす感じていたんだけれどやっぱり、虫歯が原因で食事中、パニックになって、お皿を投げたり、ご飯をあけちゃったりしたのかもしれないね」という事で、段々どうしたらいいかなっていうことになる。そうすると、虫歯を治さなくっちゃならない。それから、健康を維持するためには歯磨きしようとか、生活を変えよう、おやつを制限しよう、という事で具体的な行動、具体化が行なわれるわけです。ここで、衛生士さん、先生が、きちんとした間食指導、食生活指導の話をすれば、相談という形でできるわけです。

ところが、これが一方通行だったらどうでしょう。レントゲンを見せて「はい、齲蝕があります。口腔模型で、こうです。スライドで、こうです。解りましたか、これが、病気なんで、これを治しましょう。で、治した後は、歯磨きをやらなければ、再発しますから、歯磨きをやって下さい。食事の摂り方は、気を付けてください。」ここには、何ら、こういうステップは踏まれていないわけです。その母親が、どういう生活を送っているかも解らずに、もしそういう指導を行なったとしたら、母親は、ある所から、拒絶し始めるんですね。「この先生、この衛生士さんの言っている事は、自分の生活をよく理解してくれていない」

今、このカウンセリング技法をとって、患者さんに気付かせていくという動きは、広がっています。

普段の生活の問題点を、いかに結びつけ、ばくぜんと、気付かせるような話し方をするかとか、もしかしたら本当に、原因となっているのかもしれないなあ、という話し方をするためには、初診での情報収集で、どういう場合に、いつ、どこで、どのようなパニックが起きているか、そして、どのようになっていくのか、そういう情報をきちんと捉えていかないと、このアプローチは、難しいですね。

ですから、少しずつで、結構ですから、いかに情報を収集していくか、収集の仕方、それを分析して計画を立てる、そして、それをいかに気付かせるようなアプローチをするか、それを、頭の中に入れて、少しずつ考えていって下さい。

Identity（自己同一性）～エリクソン（心理学）

自分の医院は、自分の医院しか出来ない医療、特色、カラーを出すという事が、問われてきます。先生方も、21世紀に向かって、どういう考え方で、どういうシステムで、どういう特色を持った、Identityのある、口腔保健センターにするか、または歯科医院にするかというのが、問われてきます。

連携する時に、相手が判らなかったら連携できますか？あの先生が、どういう事を得意としているか、何を診てくれるのか。例えば、あの先生なら、インプラントをやってくれる、それなら、この患者さんを送ってみよう、という事になります。

今後、歯科医院も歯科衛生士も、Identityを、打ち出していかなければ、生き残れなくなります。

こういった、患者の対応の仕方、保護者、介護者の対応の仕方、これらは、どんどん変わってきています。ですから、衛生士さんの雑誌に、指導論、カウンセリングが、載っていました、そういったものにも、目を通してみてください。

世の中の流れというものは、患者本位の医療体系になりつつあるな、という気がします。

このインフォームドコンセントというのは、一つには、共同療育者に育てるための、プロセスである、という事をお話したかったわけです。忙しくなると、なかなか、こういう事が、十分出来なくなります。そうすると、共同療育者に育ちませんから、指導効果が、なかなかあがりません。家庭での行動変容が、出てきません。

７指導、治療

chair sideにおいて、いかに保護者（介護者）を育てるか。共同療育者への第二歩。

家庭で「歯磨きしなさい」「お風呂に入りなさい」「我慢しなさい」と言うと、パニックを起こす、という子供さんが歯科治療のユニットでおとなしく座って、我慢して治療を受けるのか、という疑問を、お母さんは持っています。

chair sideに、お母さんを座らせて、我々の対応を見てもらいます。そして、子供さんが、段々、口を開いたり、上手になっていくのを、見せることによって、母親に、気付かせ、対応の事を教えていきます。

〇動作言語

言葉で、指示を出すより、身振りとか、動作で指示を出した方が、解りやすい。

〇重複指示は避ける

自閉症的な人の一部には、テープレコーダー的情報が全部入ってきて、情報を適確に統合したり、セレクトしたりする事が、非常に難しいという統合感覚障害を持つ人がいます。

先生方は、今、芳賀という人間の言葉を、耳から一生懸命取ろうとしているわけです、ですから外でピーポー鳴っていても、あ、鳴ってるかな。位で済むわけです。

電車の中で、あれだけ騒いでいても、本に集中できるのは、情報をセレクトし、集中する力を持っているからです。

所が、テープレコーダー的人間の場合は、あっちでガシャンという音、こっちでドアがバタンと閉まる音、衛生士が歩く音、カーテンがサラサラという音、先生が言葉掛けをする、衛生士が言葉掛けをする、といったいろんな情報が入ってくるから、混乱して、不安になって、泣いて暴れるとか、情報が這入ってきた方に、すぐ目がいっちゃう、でそっちの方に近付いていきます、そうすると、この子はじっと座っていない、多動である、というレッテルを貼られてしまいます。でも、この子にとっては、理由がある訳です。注意転動型で、情報が入ってくる方に、ついつい注意がいってしまう、だからじっと座っていられない訳です。

そういうことで、重複指示をしてしまうと、衛生士さんの声に従うべきなのか、先生の声に従うべきなのか、解らなくなってしまいます。ですから、私達の臨床では、一人が何かしゃべっている時には、一人は待ちの姿勢で、しかし、表情は豊かに、微笑みかけたりとか、そのように心がけています。

○連続指示は避ける

我々は、治療が終わると「はい、起きて、うがいをして、エプロンをたたんで、靴を履いて、帰りなさい」と、よく言いますが、知的障害のある方は、その内の、一番最後しか残らないので、連続指示をすると、混乱してしまう危険性がある。

だから、そういう子供さんに対しては「はい、起きていいよ」「うがいしていいよ」「じゃあ、エプロンたたんで」といったように、一つ一つ、課題を明示した方が、すんなりいく場合があります。

このように、子供さんが、なぜ出来るのかを、気付かせるわけです。「そうか、こうやって動作で教えると、比較的歯磨きが解りやすいんだな」とか「一つ一つ、課題を提示して、待ってあげた方が、理解しやすいんだな」というように、chair sideで対応のことを教える。

それから、虫歯というのが、どういう状態かというのを、見せてあげる。「お母さん、来てごらん、虫歯の神経ってあんまり見た事ないでしょ」っていって、見せてあげると「あ、なるほど、歯の中で、神経っていうのは、意外と大きい場所をしめているんだな」「で、詰め物をしました」といって、削った後のままの大きさと、白い詰め物をした後の回復した状態を比較させると「え、こんなにきれいに、治ったんですか」っていう風に感動します。そうやって、段々、治療の大切さ、対応の大切さ、予防の大切さが解っていったり、再認識したりします。ですから、chair sideでいかに母親、介護者、奥さんを育てていくか。というのが、大切になってきます。

【まとめ】

口腔保健医療の目的を、達成するためには、３つの重要なポイントがあると、いいました。

１共同療育者に育てる

共同療育者に育てるためには、関わりや、信頼形成が出来なければならない。それには、こういう、システムの中で、関わり形成を深めていかなければならない。

２疾病の予防または、健康の保持増進を促すようなシステム

保護者研修で、健康の大切さ、予防の大切さをお話します。そして、治療計画の立案の所でも「治しても、また問題が起こる可能性がありますよ」と、話をします。それから、もう一つchair sideで教育をします。予防の教育、治療というのは、どういうものか、齲蝕というのは、どういうものか、歯周疾患というのは、どういうものか、口の中っていうのは、どういう状況になっているのか、といった事を教育します。

それで、一回ではなかなか変わらない人は、定期健診を何回か、２年、３年と、継続する中で変えていく、そうやって、健康の教育をして、健康の保持増進につながるようなシステムを、構築するわけです。

３チーム医療

一人の力では出来ないので、いろんな所へ、チームが入っていって、情報収集したり、治療を担当したりします。

PODに対する、歯科医療体系というのは、その前段階として目標(Philosophy)がなければいけない、これは目標を、具体化させるためのシステムである。

どういう医院経営をするか、どういう患者さんを診るかといった、Philosophyがあって、そこに具体化するための、診療システム、教育システム、管理システムが成り立っていく。

センターでは、なぜこにシステムを作ったかというと、例えば、入りたての１年目の衛生士さんが担当しても、このシステムにのっていけば、何とか関わり形成、情報収集が出来るようになっています。

Step1.part5　Oral Disabilitiesを引き起こす疾患の分類

（障害関連の分類）

障害関連では、発達障害と、中途・高齢者（老年期）障害に、対極される。

１、発達障害～MR(Downを含む)、脳性まひ(CP)、自閉症候群(Autism)、てんかん(Epi)、視聴覚障害、先天異常とか他にもたくさん有ります。

２、中途・高齢者（老年期）障害～脊損、脳卒中（ＣＶＡ）、パーキンソン病、痴呆等脊損などは、Oral Disabilitiesには、直接影響は少ない。

（センターにおける分類）

ａ．発達期障害を起こす疾患

１、知的障害　２、脳性マヒ　３、自閉症候群　４、筋ジストロフィー

５、てんかん　６、ダウン症　７、その他

ｂ．老年期障害を起こす疾患

１、老人性痴呆症　２、脳卒中　３、その他

ｃ．形成あるいは整形外科的な疾患

１、唇顎・口蓋裂　２、二分脊椎症　３、脊髄損傷　４、その他

ｄ．知覚障害を起こす疾患

１、聴覚障害　２、視覚障害　３、その他

ｅ．精神と神経の障害を起こす疾患

１、精神病　２、心身症　３、ヒステリー　４、その他

ｆ．純医学的な疾患

１、循環器系疾患　２、呼吸器系疾患　３、消化器系疾患　４、腎・泌尿器系疾患

５、血液疾患　６、内分泌系疾患　７、アレルギー性疾患　８、代謝性疾患

９、自己免疫疾患　10、後天性免疫不全症　11、その他

この中で、唇顎・口蓋裂は、形態上の異常があって、それが、機能異常にも影響を及ぼしているというものです。

視聴覚障害が、直接的には口腔機能障害を及ぼしているという事には、ならない。ただし、視聴覚障害によって学習障害が起こる。例えば、私達は、目で見て物の色、大きさ、質感を判断しますが、視覚障害がある時には、視覚情報が入ってきませんので、食物の認識が遅れる場合があります。ですから、学習障害で、食べ方が、一時影響を受ける場合があります。

○疾患特性と個体特性

疾患特性～病気、疾患に伴って現われる特徴、症状。

個体特性～その人、個々の特性。その人そのもの。

疾患特性では、CPや、MRは、こういう病気であるという風に、断定されてしまうが、個体特性というのは、その人そのものをみていく。臨床で、患者さんを診るときのポイントは、

病気を診るのではない。脳卒中を診るのではなく、脳卒中という病気に罹った人を診るためには、どこをポイントとして押さえればいいかというと、まず、知的能力、運動機能、人格と社会性の問題、情緒コントロール、それから、判断適応能力をみます。こうやって、その人全体を、捉えることが必要になってきます。

我々は、往々にして障害者を、特定なものとして見てしまう。例えば、急患の電話がかかってきて、受付で「歯が、痛いんですけれど、診てもらえますか」といわれて「はい、いいですよ、住所はどちらですか、年齢はおいくつですか」と聞きます。その内、お母さんが、言いづらそうに「実は、うちの子障害が有るんですが、それでもいいですか」で、受付が先生に「実は、先生、痛がっている子なんですけれども、話を聞いてみると、障害を持っていると言うんですけれども、どうしましょうか」といわれて「どういう障害なの」
と聞くと「自閉症候群です」自閉症候群という言葉、疾患名を聞いたとたんに、疾患特性が頭に浮かんで、自閉症は、対人関係が成り立ちにくい、異常に不可解な行動をとる、パニックを起こす、また自傷行動や他傷行動が出る。といった、自閉症の疾患特性を頭に浮かべて、こういう障害者は、特別なもので、うちじゃ診られないという事で、往々にして
その疾患名を聞いた段階で、お断わりしてしまうというケースがあります。

こういう疾患特性で、人を見てしまうと、本当の意味ではその人が見えなくなってしまう。ですから、疾患特性と、個体特性の両方を理解できる医療従事者になっていただきたい。疾患特性は、成書であるいはビデオで、疾患の特徴を理解しておく。一方、問診、行動観察、アンケートで、個体特性をしっかりと認識する。そうしませんと、ベールがかかって、患者さんそのものが、見えなくなってしまいます。

同じ、自閉症候群でも、きてみたら“レインマン”のように、対人関係、言語は話すけれども、飛行機を極端に恐がるとか、床に落ちた爪楊枝なんかを、一瞬にして数を言い当てる、そういった特徴があったり、自転車がうまく乗れない子もいるし、手と足の協調運動がうまく出来ないので、かけっこや、縄跳び、ビーチボールを、うまく投げたり受け取ったり出来ない子もいます、一人一人によって様々です。

また、脳性マヒの人でも、会話がきちんと出来る人から、ほとんど出来ない人まで、様々です。そして、てんかん発作を伴う人、約３割、視聴覚障害を伴う人、約３割、こうやって、考えてくると、脳性マヒの疾患特性を全て持っている人というのは、絶対にいません。
成書には、脳性マヒは、原始反射、連合運動、不随意運動、認知障害があって、身体（ボディ）イメージが形成しにくい、等と書かれていますが、こういった、疾患特性を全部備えていて、単純障害の人は、ほとんどいません。単純障害というのは、脳性マヒだけの、
障害者という人は、あまりいません、脳性マヒに知的障害を伴っていたり、脳性マヒに自閉的傾向を伴っていたりします。そうやって、考えてきますと、疾患特性が見えなくなってきます。

例えば、19ﾏｲﾅｽ9syndromeという病名の患者さんが、今、来たとします。そういう、訳の解らない病名の患者さんが、ぽっと来られたら、何も出来なくなってしまうのでしょうか。

個体特性を、把握する方法を覚えていれば、19ﾏｲﾅｽ9syndromeであっても「言葉はどうですか」「記憶力はどうですか」「新学期で、学校に入学した時の、適応能力はどうですか」「情動のコントロールはどうですか」「感染に対する、抵抗力はどうですか」「一年間に、風邪をどれ位ひいて、どういう症状を現しますか」とか「体力は、どうですか」とか、一つ一つチェックしてゆけば、ある程度は解ります。で、単治をやっておいて、対診書を書けば良いわけです。「こういう患者さんが、今、おみえになっているんですけれども、先生の所では、どういう所を、注意しているのか教えてください」というようにすれば、疾患特性では特別な病気でも、個体特性で見れば、一人の人間として見ることが出来るし、ちゃんと連携をとれば、難しければ紹介すれば良いですし、何らかの手がかりが掴めるようになります。ですから、疾患特性だけで患者さんを、見ないように、くれぐれも気を付けて下さい。

こういっても、あと５日後に、患者さんの配当が行なわれるわけです。「〇〇先生には、15才のMRという疾患のある、お子さん」といわれると、すぐに「わー、MRか、MRは、どういう問題があるのか」という事が、MRの問題が頭をしめてしまう。それよりもまず、患者さん一人一人を見るという事を、心がけて下さい、そして、MRに関する情報を、図書室にいって、調べるなりしていただければ、という事で、その両方とも大切です。

［症例］～過敏と心理的拒否

ビデオで、一つの例をお見せしたいと思います。

〇過敏

今から、お見せするのは、口腔内に、ある特定の感覚異常を伴った患者さんです。このような、感覚異常を持った人というのは、健常児でも、ある一時期あります。また、脳性マヒの一部、自閉症の一部、知的障害の一部などで、このような事が、見られます。というと、ほとんど疾患特性が無くなってしまいます。要するに、よく見て、よく聞けば、この子が、こういう問題を抱えているかどうかが解ります。

入室の時から、ユニットに上がるまでは、全然平気です、ところが、お母さんが歯磨きをやりだしたとたん、嫌がって抵抗する。なぜ、一番信頼できるはずの、母親が歯磨きをやろうとすると、嫌がるのか解りますか？

感覚異常の一つに、触覚系の異常があります。その触覚系の異常で、過敏という現象があります。センターの調査では、口腔内を触られるのを嫌がる子は、48%、約半数いました。健常児でも、１才半から３才位までは、こういう現象が起こります。これは、生理的過敏といって、口腔内が非常に鋭敏な状態になっています。健常児の場合は、生理的過敏を、脱感作するために、２ヵ月から指しゃぶりを始めます、手しゃぶりから入って、３～４本の指をしゃぶって、親指に移行していきます。５～６ヵ月から、玩具しゃぶりで、スリッパ、ティッシュ、積み木などいろんな物を口の中に入れてきます。そうする事によって、口の中の感覚を、正常化させていく訳です。

産着も同じです、生まれたての赤ちゃんは、羊水の中で、10ヵ月間育ってきます。ですか

ら、こういう身体触覚系が、非常に鋭敏です。そのために、産着は、使い古しで、腰がないのが良いと言われています。ですから、新しいさらしで、産着は作りません、使い古しの、腰のないガーゼで作ります。光や音は、どうでしょう、直射日光のあたるような、部屋では寝かせておきません。日光浴させる時にも、足を５分間、爪先を５分間、その後、
膝までとか、下半身というように徐々にやっていきます。また、離乳食をあげる時に、薄めた果汁を一口からあげていきます。これらは、みんな脱感作です。光に対する、脱感作。産着などの、触覚系の脱感作。味覚に対する、脱感作。

触覚系の感覚で、脱感作されていない状態が、過敏です。

過敏というのは、誰が、いつ、どのような刺激を入れても、刺激の入った直後から、常に同じ拒否反応が出ます。この、患者さんの場合、歯ブラシが入った瞬間から、顔をしかめて、のけぞって、身体全体で拒否をします。

過敏というものの、イメージがわかないと思いますが、皆さん方が、正座をして、痺れている時の状態をイメージして下さい。はたして、それが同じかどうか解りませんが、触覚系が一時的な循環障害で、麻痺されています、そうすると、痺れた足で立っていても、足が何処についているのか、解らない。ちょっと、触られただけでも、気持ち悪くて、やめて下さい。と、こう言いたくなります。そういう、状況だと思って下さい。ですから、口の中に物が入っても、それが、どういう物か認識できないのです。

○心理的拒否

心理的拒否は、特定な物・刺激や、特定な人に対して、拒否反応を現します。そういう、対象物が近付くと、手ではらいのける、顔をそむけるといった、拒否行動が出ます。過敏は、刺激が、口の中に入った瞬間から、拒否が出ますが、心理的拒否は、刺激が入る前から、拒否行動が見られます。

この患者さんの場合、お母さんに、口の中を見られたくない、触られたくない。で、お母さんに対して、防御姿勢でガードする、手でふりはらう、といった拒否行動が出ます。
こういう、歯磨きの場面を見たら、もしかしたら、歯ブラシに対して、または、歯磨きしている人に対して、心理的拒否が出ているのかな、と疑ってください。

関わり方を変えたり、人が変わったり、やり方が変わるとある程度まで出来る。刺激物が変わるとやらせてくれる、やれる場合がある。これが、心理的拒否の特徴で、過敏と大いに違う点です。

○過敏は、脳性マヒの人に起こりやすい。脳性マヒの人は、手と口の協調運動に問題があったり、咬反射があったりして、指しゃぶり・玩具しゃぶりをしたくとも出来ない。そのため、生理的過敏が、残りやすい。

自閉症候群の一部には、感覚障害がある人達がいます、その人達にも過敏がみられます。また、知的障害者の中にもいる。そうすると、目の前の、障害者というレッテルを貼られた

人間に、過敏があるかどうかは、解らない。
個体特性を、しっかり見るという事が、大切です。疾患特性と、個体特性を十分認識した上で、患者さんに対応する事が大事です。

『生きがいの創造』　飯田史彦（ＰＨＰ）
発想の転換で、自分達の人生とか、組織の中でどうやって働いていけば良いかとか、いろいろ書いてあるんですけれども、その中で、私達が生きる上で、宿命的にどうにもならない事、生活を送っていく中で、我々人間がぶつかって問題となる点を、３つ言っています。
①死～これは、どの人にも避けられない、我々の常々一番、大きな問題、悩みです。
②病気になるという事と障害を持つという事
～動物ですと、即、死につながります。ライオンの牙がとれてしまったり、足が不自由になると、獲物を捕れませんので、そのまま死に結びついてしまう。人間の場合も、長期療養するような病気、障害を持たされてしまった状況は、どうにもならないような、宿命の一つになるかと思います。
③人間関係、対人関係の問題
～例えば、ある人は自分の役職、地位、経済的、金銭的な問題、そういう事で非常に悩んでいる方、いらっしゃるかもしれませんが、未開発国では、金銭的な事で悩む事はまずないです、獲物の捕り方が上手いとか、リーダーシップでまとめる力があるとかです。
最終的には、どの社会でも、どの地域でも、どこにいっても、人間の宿命として、死生観、障害観、人間観が大きな問題になってきます。
皆さん方もそうだと思いますが、ある友人、家族の死にあって、何かを気付く。
自分が病気になって初めて、何か価値観が変わってくる。障害を持って、初めて本当の意味での障害とは何かがわかってくる。
そして、夫婦の間、親子の間、職員との間、地域歯科医師会の問題、衛生士の中の問題、そのような人間関係があります。
この３つに対して、今、人間として、どういう発想の転換をしたら良いのか、という科学的証拠をもとにして、仮設をたてながら、考えを述べている本です。この本が、21世紀、発想の転換になる本かな、と思った本です。
丁度、障害者歯科というのは、このすべてに当てはまります。
今、世界各国で、産まれる前の記憶がある子がいます。過去生体験という説があります。発想の転換として、捉えれば、なぜ自分の家にダウン症の子が産まれたのかといって、ぐじぐじ悩んで、一生それを引きずってしまうケースと、発想の転換で、もしかしたら、これは、自分達が、そういう試練の中で、自分たちの勉強にもなるし、いろんな事を学ぶ場を、与えてもらったのかもしれない、だから、この子は神様から送られた子なんで、大切に育てて、

自分自身を成長させてゆきたいという、発想の転換で一生を送っていくと、そこで、全然差が開けてしまいます。

非常にその人にとって、生きがいになるような価値観、発想そういった事は、人それぞれみんな違います。ですから、私達は、相手が持っている価値観、発想方法とか、そういうのを、ある程度認めて、付き合っていかないと、難しいと思います。

Step. 1 part. 6　個々のPODの問題点

１．脳性マヒ（ＣＰ、Cerebral Palsy）

（定義）出生時の外傷による、脳損傷の結果として生じる、運動系の機能に何らかの、異常を持つもの。

発達途上の脳に、種々の原因が起こって、非進行性の病変が生じたもの。その結果、永続的な中枢神経性の運動障害が起こります。どんどん、麻痺が強くなるという進行性のものではない。

脳というのは、低次から高次へと発達してゆきます。

低次の部分というのは、脊髄、脳幹の部分です。脳幹の部分というのは、呼吸をしたり、反射を起こしたりという、生命維持にとって、最低限必要な機能がある所です。

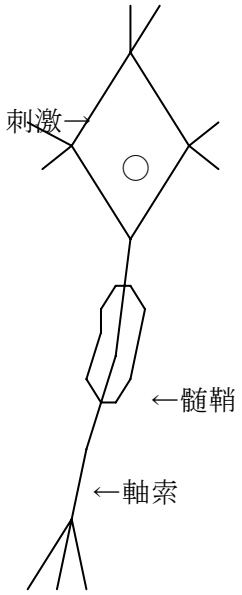
高次にいくと、だんだん中脳とか、大脳皮質の部分が発達してきます。

人間は、生まれた時は、脳が未熟で、脳幹の部分で行なわれる原始反射が認められますが、大脳皮質が発達していくに従って、原始反射を使わずに、自分の意志で物事をコントロール出来るようになっていく。脳性マヒの場合は、高次に移る途中の部分の脳に障害が起こるので、この原始反射がいつまでも残ってしまう事があります。

（原因）

出生時低酸素症が一番の原因です。

脳神経の構造は、神経細胞から、神経繊維（軸索）が伸びていて、その末端のシナプスが神経細胞同志をつないでいる。軸索のまわりを、髄鞘が取り囲んでいる。この神経細胞と、その突起である神経繊維をまとめてニューロンという。刺激が加わると、軸索を通じて次の細胞へと刺激が伝わっていくのですが、出生時低酸素症になると、軸索の部分がダメージを受ける事によって、神経細胞は、壊れていないのだが、ダメージを受けた軸索から刺激が逃げて、次の神経細胞にうまく伝導しない事によって、運動神経系が麻痺してしまう事になります。



知的障害の方の場合は、細胞の数が少なかったり、細胞の出来が悪い事によって、次の細胞に伝わる事が出来ない訳です。

（姿勢運動機能障害の主な特徴）

筋緊張異常

相反性神経支配の異常

姿勢反射の出現

非対称性緊張性頸反射（ＡＴＮＲ）

緊張性迷路反射（ＴＬＲ）

対称性緊張性頸反射（ＴＮＲ）

連合反応

平衡反応の異常

立ち直り反応の異常

筋緊張異常・相反性神経支配の異常

何かしようとした時に、筋肉の緊張が強すぎてしまったり、弱すぎてしまったりする。

私達は、手を伸ばそうとしたら、収縮する筋肉と伸展する筋肉を、うまく使って運動を支配しているのだが、そのバランスがうまくいかない。相反する神経の支配が、うまくいかないことによって、運動機能障害が起きてしまいます。

姿勢反射の出現

非対称性緊張性頸反射（ＡＴＮＲ）

顔を、右に向けた時に、右の手は伸びてしまうが、左の手は縮んでしまうという風に、顔を向けた方の腕が伸びてしまって、うまくバランスがとれなくなってしまう。

ユニットで治療をする時も、この反射で、頚の筋肉の収縮が起こってしまって、どうしても顔を正面に向けない。顔をいつも、右側に向いてしまうという、患者さんもいます。

緊張性迷路反射（ＴＬＲ）

仰向けになった時に、頭を真っすぐにしている事が、うまく出来なくて、余計緊張が強くなってしまう。

対称性緊張性頸反射（ＴＮＲ）

神経のバランスがうまくいかなくて、頚の緊張が出てしまう。

連合反応

何か運動をしようとした時に、連合して別の所にも、力が入って動いてしまう。

例えば、何か取ろうとして、手が出るのと同時に、舌も出てしまうとか、小さい子が、歯磨きをしようとして、手と頭が動いてしまうというのは、分離動作がうまく出来なくて、連合反応が起きてしまうのです。

平衡反応の異常

私達は、体勢が崩れようとしたら、バランスをとろうとして、頭を真っすぐにしようとします。頭の所で、平衡感覚を司っています。でも、脳性マヒ、特にアテトーゼ型

の方は、頭が定まらずに、平衡感覚がうまくいかなくなってしまう。

立ち直り反応の異常

私達は、回転した時に、すぐに地面に対して、頭を垂直にしようとするのだが、その立ち直りの垂直にしようとする反応がうまくいかなくて、体がよろけてしまう。

［症例］

○うまく声が出せなくて、話が出来ません、知的には全く問題が無いんですけれども、運動神経系のコントロールがうまくいきません。今、食事をしている所ですけれども、唇を閉じるとかそういう所が、うまく出来ません。

○この方は、アテトーゼ型の方です。理解力はあるのですが、常に緊張が強く、また、頭がいつもぐらぐら揺れてしまって、真っすぐ歩けません。左右に体が揺れてしまうので、自分で工夫して、手を組んで、歩いてゆきます。

エプロンをしてもらうだけで、緊張して揺れてしまう。

お母さん、介護される方も高齢になってくるので、車椅子からユニットに移す事とか、日常生活の中の入浴、トイレなどの介護が、非常に負担になってきます。腰を、痛めたりする方も多い。

○彼女は、仰向けになればなるほど、緊張が強くなってしまいます。話も、お母さんは、良く解るのですが、他の人には、なかなか解らない。トーキングエイドというのがありまして、入力すると、声が出ます。あれだけ揺れていて、キーボードに、入力出来るのは、すごいなと、思います。

○これは、理学療法士の先生に来ていただいて、どういう姿勢をとったら筋の緊張が弱まるかという事を、見ていただいています。ちょっと、顔が右に向いて、右手が伸びて、これは、ATNRが、出ています。コップを、掴もうとすると、上から手が出て、一緒に舌まで出てしまう、連合反応ですね。

○年齢が、20才を過ぎると、同じ姿勢をずっととっていますと、背骨、頚、股関節等に、歪みが出てきます。側彎、背骨が曲がってしまって、姿勢が崩れてしまうような方は、肺とか内臓が圧迫されてしまいますので、呼吸障害がおきたり、便秘がちだとかそういった問題も起きてきます。

○アテトーゼ、緊張が低いタイプ。飲込みが、上手でないので、口から出てしまう。あまり、歯を使っていない方ですから、普通の食形態を与えてしまうと、処理しにくい為か、
舌で、出してしまいます。こういう場合は、下唇を指で介助してあげて、すぐに口が開かないようにして、しっかり飲込みをさせる。という、練習をします。

○この方は、かなり高齢で、Dentureを入れるというのは、大変難しいです。

（対応上の注意）

（１）てんかん発作…1/3～1/4の方に、てんかん発作を伴った方がいます。

問診の時に、発作の頻度と、大きさ、持続時間を聞いておきます。

脳性マヒの方は、特に緊張が強いので、ユニットに座っただけでも、かなり緊張します。また、発作の大きさも、本当に記憶を失うような発作なのか、それとも、目をぱちぱちするような、すぐに意識が戻るような発作なのか。持続時間が、３分以上続いて、呼吸が速くなっていったり、発作がひどくなっていくような場合は、重積発作の場合がありますので、かかりつけ医の先生に電話をして、救急車での搬送が必要になる事もあります。発作時の対応は、お母さま方は、割と慣れていらっしゃいますので保護者に聞くのが良い。

てんかん発作がある方は、普段からお薬を飲んでいますので、ひどい発作の場合は、座薬を入れるように指示されている場合がありますので、応急処置としてまず、座薬を入れておいて、それで、治まらないような時は、病院に搬送します。

発作の後は、かなりぐったりしてしまいますので、様子を見ますけれど、その時は、浸麻をするような処置はしないで、口腔内のクリーニング位で帰したりします。

てんかん発作があっても、お薬をきちんと飲まれていれば、ある程度コントロールされていますんで、よく問診をとって、対応していただきたい。例えば、てんかんというだけで、普通高校に通っている方が、センターに来ているような事がありますので、是非そのような方の場合は、開業医さんで対応していただきたいと思います。

（２）抑制

ある程度の、不随意運動が出てきますので、抑制が必要になってきます。その時、無理に押さえると、骨が細く、もろく、変形していますので、骨折してしまう事もあります。ポイントとなるのは、肩と、関節と、骨盤です。

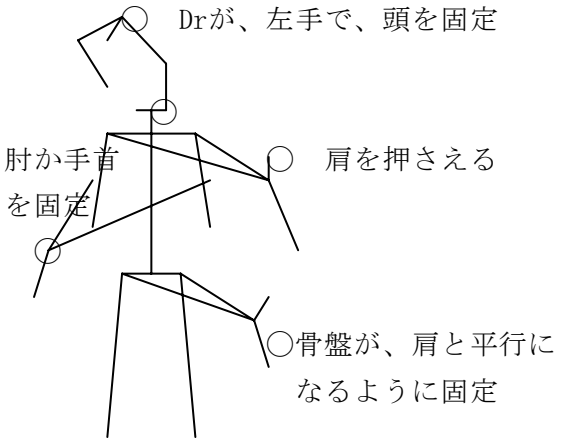
Drが、12時の位置にいて、左手で患者の頚を押さえます（ヘッドコントロール）、その時に、チェアーサイドの衛生士は、肩を押さえます、脳性マヒの子は、自閉症の子と違ってものすごい力で、ユニットから降りようとはしないのですが、これによって、ある程度上半身が固定できます。

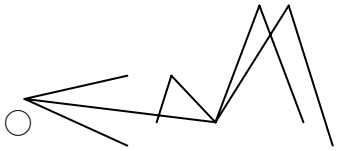
脳性マヒのお子さんの場合は、水平位にした時に、手が上がってしまいますので、その時に、無理に下に引っ張ろうとすると、肩が抜けてしまう事もありますので、そういう場合には、肘関節を押さえます。肘に、あまり力が入らないような場合は、手首に抑制を入れます。

仰向けにした時に、足がつぱってしまったり、えび反ってしまったり、緊張が出やすくなってしまう事があります。その場合に、ポイントになるのは、骨盤の位置です。骨盤がずれていると、よけい体のねじれが入ってきますので、骨盤は、肩と平行になるようにします。足が、どうしても突っ張ってしまうような場合には、膝を曲げる事によって、緊張がとれます。これは、ボールポジションというのですが、産まれてくる前、赤ちゃんは子宮の中で丸まっています。私達も、不安や緊張が強い時は、防御姿勢で俯せに寝たり、丸まったりしますが、丸める事によって、体の緊張は抜けてき

ます。治療の際、膝を曲げて、足の部分と骨盤の部分をつけて、衛生士が上から乗って、お腹の所で面で押さえるというポジションをとることもあります。

無理に治療することによって、事故を起こさない、というのが大事です。





ボールポジション

（３）咬反射

脳性マヒの子の場合は、反射があります。特に治療の時に関係するのは、咬反射といって、歯の上に物が乗った時に、思わず噛んでしまう反射です。脳性マヒの方の場合は「口を開けてください」と言うと、ものすごくたくさん開くか、噛んでしまうかどちらかで、中間の顎位というのはとりにくいです。そして、歯の上に不用意に指を置いて、急に噛まれてしまったり、という事もあります。

咬反射があると、歯磨きの際に、歯ブラシが歯の上に乗った時に、噛んでしまうという事があって、ブラッシングがしにくいです。噛みこんでしまった場合、無理に引っ張ろうとすると、傷を付けてしまったり、歯ブラシという物に対して、緊張を起こしやすくなるので、ちょっと緊張が弛むまで待って、歯ブラシを抜くのが良い。唇の、閉じの悪い方に、割と歯でとろうとする方が多い。食事の時も、スプーンを噛みこんでしまうという事がある。

咬反射というのは、脳性マヒの方の場合、自然に出てしまいますので、注意が必要です、またこのような場合は、バイトブロックや開口器を使用します。

［症例］

○脳性マヒの、お子さんの場合、顎の変形も多くなります。舌の突出がありますので、自然に舌を噛みこんでしまって、開咬になったりします。

私達は、自然に唇を閉じて、筋のバランスをとっているのですが、いつも唇がめくれ上がっているような状態ですと、前突気味になってしまう事があります。そうなると、歯肉が腫れやすかったり、プラークが付着して、こびりつきやすい、という事になります。

○顎が、小さいとどうしても歯列不正になりやすいですし、噛み込みが強くなりますので、

下顎の前歯が上顎前歯部口蓋側にあたって、突き上げてしまいます。このような場合は、エルコプレスなどでプレートを作って入れて、傷の所をガードしたりします。これは、食事の時には、はずします。また、あまり噛み込みが強い場合には、下顎の前歯を削合する場合もあります。

（過敏）

過敏とは、刺激の大小に関わらず強い拒否反応を起こす症状。

脳性マヒの方の場合は、運動機能障害がありますので、自分の意志で指をしゃぶったり、玩具を口に持っていって、しゃぶったりする事が難しくなります。口の中は、敏感なのですが、指をしゃぶったりする事によって、だんだん感覚が慣れていって、いろいろな食物を食べても平気になっていきます。これが行なわれない事によって、過敏が起こってきます。

（過敏に対する対処方法）

①脱感作の順序～方向、末端から正中へ

口の中を触られるのを、非常に嫌がる子は、歯ブラシもとても嫌がります。

ただでさえ口の中を触られるのが、嫌だっていう子が、いきなり歯ブラシでがしがし磨かれると、歯ブラシの受け入れが、ますます悪くなります。

脱感作の順序として、全身に過敏のある場合は、指先とか足とか、顔から遠い所から触っていって、撫でていって、徐々に徐々に顔の中央の方にもっていきます。

②刺激の入れ方

刺激の入れ方は、つねったり、ぱしぱし叩くんではなくて、掌を使って、全体でじわっと触ってあげる。こすったりすると、またそれが刺激になるので、掌を使って全体で触ってあげます。

③口腔内の場合

口腔内の場合、指の腹を使って、歯肉の移行部に、最初は指をおいて10数えて離します。それで大丈夫な様だったら、今度は少し前後に動かしてみて、唇にぎゅーと力が入ったり、のけ反ったりしますが、それでも10数えて、緊張が弛んだところで、指を抜くというのを、慣らしてゆきます。

口腔内は、前歯の方が敏感で、特に上顎前歯の上唇の所が一番敏感ですので、まず一番嫌がらない臼歯部から始めて、慣れてきたら前歯部というようにもっていきます。

過敏は、食べる事にも影響があります。例えば、プリンは好きだけれども、揚げ物は衣がざらざらして嫌だという場合があります。食べる事と、過敏と、歯ブラシと、口腔内清掃は、深い関係があります。

脳性マヒの概略という事でしたが、個別研修の患者さんでは、脳性マヒの患者さんが配当されるという事は、無いと思いますが、今後、健診をされたり、あまり緊張のひどくない患者さんでしたら、ブラッシング指導をする、という機会があると思います。その対応というのは、ある程度一般的な方の対応と変わらないところがあります。後は、私達の理解の部分

ですね。どうして、彼らがこんな風に動いてしまうのかとか、そういう事が予測がつけば動かれても、動くことに対する不安というのは無くなります。

治療を行なう上で、いかに安全に治療をするかという事では、例えば、開口器を入れるなり、ラバーダムをするなり、ヘッドコントロールをするなりという事が必要になってきます。

２．精神遅滞（ＭＲ、Mental Retardation）

（名称について）

「精神薄弱」という言葉を以前は、使っていたが今年（平成11年）から、マスコミ、行政関係は「知的障害」と言っている。これは、一般名であって、医学的疾患名は「精神遅滞」と言います。

（定義）

一般的知的機能が明らかに平均よりも低く、同時に適応行動における障害を伴う状態で、それが発達期に現われるものをさす。発達期とは18歳までをいう。

（手帳）～資料集№１　P.35参照

「愛の手帳」というのは、東京都で知的な遅れのある人に対して発行される、療育手帳。身体的な障害がある場合には「身体障害者手帳」が、発行される。これらは、１度から軽い方に向かって４度まで分かれています。知的測定値が50～75のものが４度の軽度とされています。75がボーダーと言われています。ただし、IQが75よりも低くても、他の項目、運動、社会性、意志疎通、身体的健康、基本的生活が全く遅れが無いと判定された場合は、いくらIQが低くても、それは医学的な精神遅滞という判定はなされません。

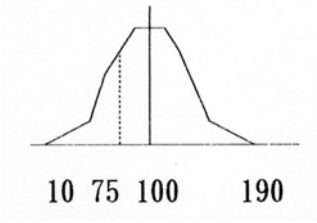
埼玉県では「みどりの手帳Ａ、Ｂ」、千葉県では「手帳Ａ、Ｂ」というように、都道府県によって手帳は、違っています。

手帳がある場合には、税金の控除、障害者年金、都営住宅に入れる、手帳の度数によっては、障害者手当て、児童手当ての金額も変わってきます。

（IQ分布）

IQを横軸にとった、正規分布図を見ますと、75というのは、左側ということですから、かなり、高いところだったという事です。

集団を、正規分布図に現しますと、このような形になります。平均を、100としますと、精神遅滞といわれている方は、この点線の中に属する人達と言われます。



ただ、これはIQというものを横軸にとって分布しただけであって、この集団が、社会から外れているというわけではない。これは、区切りの仕方による。

大きな集団というのは、必ず2-6-2の法則が有るといわれていて、IQが低いグループが２割、高いグループが２割、平均的なグループが６割というようになっています。そして、平均の部分のレベルが上がることによって、その集団のレベルが上がると言われています。

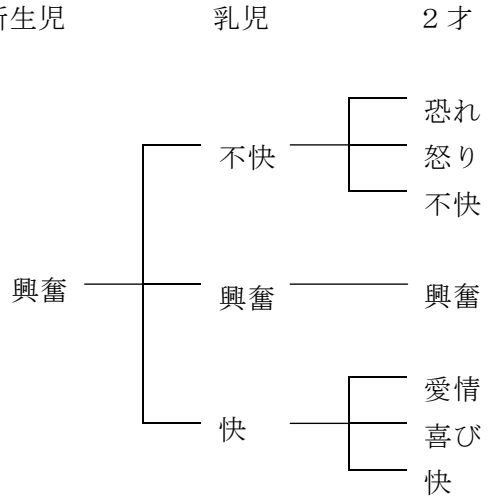
（神経の発達）

産まれたての赤ちゃんというのは、シナプスのつながりも、うまくつながっていなくて、すかすかの状態ですが、ハイハイしたり、一人で立てるようになると、神経の命令系統がうまくいくことによって、脳の中の神経細胞もつながっていく。

知的に遅れがあるという場合は、遺伝的な問題とか、産まれてからの何らかの外傷があるとか、そのような脳に何らかの病気があることによって、細胞の数が少なかったり、細胞一つ一つが脆弱であったり、神経系統のつながりがゆっくりだったり、伸びる速度が遅かったり、という方が、精神遅滞といわれます。

（情緒の分化）

情緒の分化（Bridge）



新生児は、おむつが濡れたとか、お腹が空いたとか、情緒は興奮だけです。

乳児、１才半位までの子は、快、不快、興奮の３つに情緒が分化します。そのように、だんだん情緒が分化していくのですが、知的な遅れが強い子ほど、情緒の分化も低いです。しかし、快、不快というのは乳児にも解ります。ほめられるということは、快の刺激になり、怒られるというのは、不快の刺激です。いくらIQが低くて、情緒の分化が低くても、快の部分は解りますから、こういう所に訴えて、その子の能力を引き出していくという事が、歯科治療において、大事になってきます。

２才位の子では、嫉妬をするといった、細かい情緒は分化していなくても「歯を治しましょう」と言った時に、情緒のレパートリーが、この７つ位しかなくても、興奮、不快、怒り、恐れを使って、治療を嫌がるという事があります。その際「上手に出来たね」という言葉掛けで、喜びに変わりますし、信頼関係、ラポールの形成にもつながります。

（恐れの年令的変化）

１才、突然の大きな音、未知の物、母親がいなくなること

２才、聴覚的なもの

３才、視覚的なもの

４才、聴覚的増加

５才、具体的経験

６才、想像的なもの・

発達年齢と言語の関係は、大体１才で１語文、２才で２語文で、３～４才の発達年齢であれば、お話が成り立ちます。２語文を話せるかどうかという子を対象に治療する場合に、突然大きなタービンの音を聞いたり、見慣れない探針、バキューム等が出てくると、恐がります。対応では、事前に、これが何であるかを、お話をして、見せてあげるというのが、大切です。

恐れの年齢の変化というのが、このような順序である訳ですから、これに則って、歯科治療を進めてあげないと、いたずらに恐怖をそそってしまうことになります。

（一般的特徴）

その患者さんという風に見た時に、一般的特徴が全部あてはまる訳ではなく、個人差、個体差がありますので、その方にあわせた対応が大切です。

①機能統合障害

歯磨きをするにしても、腕の動作、歯を磨くという動作、きれいにするというイメージを持ちながら腕を動かし、鏡を見ながら左右を磨くといった、機能を統合したものが障害され、身体の機能全般に遅れがあると言われています。

②感覚認知統一性の未熟

感覚が鈍感であったり、敏感すぎたりします。また、物を見た時の認識する、頭の中でこれは何だという風に解る力が弱い。

③抽象概念形成の困難

抽象的なイメージというのが解りにくく、口の中をきれいにするという事で、きれいというもの自体のイメージがわかない訳です。花を見てきれいというのと、口の中のきれいというのが、同じきれいでも、意味が違いますが、その違いを患者さんに、理解してもらうのは、難しいです。言葉の理解が難しいのであれば、それを感覚に訴えるしかないので、
口の中を常にきれいな状態に保ち、きれいという事を、体で覚えさせます。例えば、赤ちゃんでも、おむつが濡れていると気持ちが悪いという不快の部分、そういう快、不快の部分から抽象的なイメージの概念形成をしてゆきます。

④状況および関係把握の困難

歯科の先生がいて、自分の歯の治療をしてもらうという、そういう関係を把握する力が弱い事によって、歯科治療がうまくいかないという事があります。

⑤身体概念（ボディイメージ）の弱さ

顔の絵を書かせると、眉毛の無い絵を書いたりします。これは、身体一つ一つのイメージが弱い事によって、絵がきちんと書けない訳です。ですから、歯を磨くという事に関しても、口の中のどういう所の汚れを落とすかというイメージがわきにくく、ブラッシングが上手にできません。

⑥学習、記憶痕跡の不安定

すぐに忘れてしまうので、何度も何度も回数を重ねないと学習しにくい。

⑦非柔軟性の精神構造

融通がきかないという事で、変に物にこだわってしまう事がある。例えば、治療の帰りに、必ず本屋に寄るとか、お菓子をご褒美で買うとか、そういう習慣が身につくと、今日は歯を抜いたから、うがいをしちゃいけないとか、今日は麻酔をしたから、いつもは下で何か食べるんだけれどもいけないとか、そういう臨機応変な対応ができなくなる訳です。

特に、自分の都合の良い事に関しては、我を通そうとしますので、そういうご褒美は、親の自己満足で与えるのではなく、言葉で与えるという指導を、センターではしています。

（触覚防衛反応）

ある種の触覚刺激を極端に嫌がる場合があります。

皮膚と、脳神経が外胚葉系の由来ですので、その辺が神経系に関係があるのだろうと、いわれています。例えば、エプロンを付けるチェーンを嫌がるとか、タオルで身体を拭かれるのが嫌だとか、顔のまわりを触られるのを非常に嫌がるという事があります。

治療の時に、その子が感覚に敏感で嫌がっているのか、治療自体に恐怖心があって嫌がっているのかという事を、ある程度見極める事が大事です。

これは、日頃の様子「タオルで拭かれるのが嫌だ」「顔のまわりを、触られるのが嫌だ」「洋服を脱ぐ時に、顔の所を通過するのをいやがる」といったことを、問診で聞いておく必要があります。

［症例］

○この子は、中学２年、女児です。

初診、まず身近なものから入るという事で、身長体重を測ります。靴の着脱は、自分で出来ます。立川の市民病院で歯科治療をしていて、３人位の抑制でも出来ないので、センターに紹介されてきました。

抑制下で治療した事がありますので、ユニットに坐らなきゃいけないというのは、彼女は解っています、でもためらってしまって、なかなかユニットニ坐れないという状態です。

お母さんとの、問診の時ちょっとエプロンを付けようかなとするだけで、すぐにはずしてしまって、椅子からおりてしまいます。この子は、臭いに対して感覚異常がありまして、何でも物の臭いを嗅ぎたがります。緊張していて、爪噛み、指噛みをしていて、お母さんを触って、臭いを嗅いだりしています。口腔内診査の時に、呼びにいくんですけれども、逃げていきます、でもまた戻ってきます。これが、まるっきり診療室から出ていってしまうタイプと、戻ってくる子で対応が違ってきます。戻ってくるという事は、乗らなきゃいけな

いっていう気持ちがあるんだなって事が解ります。

最初は刺激の弱いものから、入っていくという事で、歯ブラシをしようとしますが、離席を繰り返します。そのような場合は、対面で立った状態でブラッシングをします。この子は、頚のまわりがすごく敏感で、頚を縮めてしまって、触られるのをとても嫌がります。

隣でタービンがなっていたので、ユニットを変えました。この時は、初診ですので、あまり強い抑制はしないで、彼女がどの位自分の力でユニットに対して、うまく出来るかを１回様子を見ました。10カウントのうちの３位でした。母親も抑制をすることに対して、ちょっと疑問を持っているようなお母さんでしたので、いきなり抑制は入りませんでした。

２回目は、まず最初に衛生士に対面でブラッシングをしてもらいました、彼女も衛生士さんの方が自分に危害を加えなさそうだなっていう事が解っています。

最初は余裕でしていたんですけれども、次に少し治療をする段階に近付いて、頚の横から手を回してブラッシングをしようとすると、離席しようとします。この場合は、椅子からおろさないようにします、何度も椅子からおりるのを許してしまうと、それが、習慣化してしまいますので、いったん椅子に上がったら、もうおりないというのを習慣付ける為には、ここで抑制が必要になってきます。

ちょっと間があると、すぐに起きようとしますので、必ず誰かが、身体の一部に少しでも触れているとか、様子を見ている必要があります。足が上を向いて、緊張していますので、ブラッシングをしながらも、足先、手がどの位、緊張しているかを見る必要があります。１回目に、上手に出来ても、その日によって患者さんの状態は違いますので、１歩進んで２歩さがるという感じです。また、起きようとしますのでこの時は、Drのトゥースクリーニングによってトレーニングします。

おりようとする時っていうのは、足から落ちていきます、この子はかなり体重がありますんで、一度落ちるとなかなか大変です。持ち上げる時は、腕を引っ張ると脱臼する事があるので、脇から持ち上げるようにします。今、衛生士が「おかしい、制服が白くなっちゃう」と言いましたが、ただ「だめだめ」「いけない」と言うのではなく、どうしてここに寝たらいけないのかっていう事を、教えないといけない。

緊急な治療が必要な所がありましたので、この時から治療をしています。ただ顔を動かしますし、直接顔のまわりを触られるのを嫌がりますので、タオルをあてて、直接顔を触らないようにして、練習を兼ねて治療を始めました。10回目位には、12時の位置から形成しなくても、ある程度治療ができるようになりました。

〇ダウンの子です。個別研修では、一見出来そうなんだけれども、ふんぎりが悪くて、なかなか治療が出来ない子が、対象になったりします。

大学の教科書でいう、障害者の口の中のイメージというのは、重度の齲蝕で、歯周疾患があって、ブラッシングがほとんど出来ない、というものですが、そのような子はセンターでは、少ないです。

この子は、開業医さんで治療していて、中断してしまって重度の齲蝕になってしまいまし

た。この子は、レベルは高い子なんです。レベルが高い子程、自分でコンビニ行って、買物して食べたりとか、施設でも、ある程度身辺自立が出来るからと、放っておかれて、ブッラッシングがあまり見てもらえないという事があります。障害が重いから、口腔内の状態が悪いというのではないんだなと、思いました。

○自閉症、男児、手帳２度。

親が一生懸命磨いていて、生活リズムも安定している事によって、口の中もかなり管理されています。

○20才、女性。

ファーストフードの裏方で、働いている子ですが、口の中には歯石が多量に付いています。このような状態で、いくら口の中の抽象的なイメージできれい、汚いを教えるといっても難しいです。

（動作獲得の要因）

①認知的要因～対人・物動作の認識

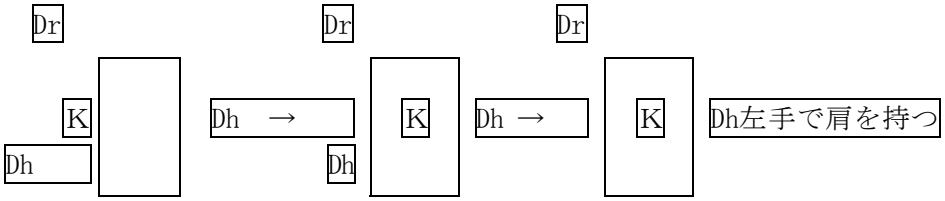
②情意的要因～意欲、集中力

③運動技能的要因～運動、動作の技能

何か動作を教えていくには、物をしっかり認識させて、やる意欲、集中力を高めて、動作、技能を高めていくという、３つの要因が非常に大事になります。精神遅滞の場合は、認知の力も弱いのですが、特に意欲や、集中力の部分が弱い子が多いです。運動は、ゆっくりならば出来るんだけれども、意欲、集中力が欠ける事によって、なかなか動作が身につかないという事が多くなります。

［症例］

○ダウン症、女児。こちらの言っている事は、十分に解るのですがとてもふんぎりの悪い子です。



初診、最初は対面で歯ブラシをして、慣れていきます。次にユニットとなると、難しい、この時、衛生士が患者を誘導すると、スムーズになります。ユニットに乗った後、衛生士の立っている位置、ポジショニングによって患者さんの離席を防ぐ事が出来ます。ユニットに対して、恐怖心があって離席したがる場合は、先生、衛生士の他に１人だれかがいると、トライアングルゾーンが出来て、安心していられます。手がちょっと、緊張していますので、ぽんぽんとたたいてあげるとか、落ち着かせてあげると良いでしょう。

口腔内診査は上手に出来ました、ブラッシングも集中力は弱いですが、対面で模倣である程度上手に出来ます。しかし今やるとなると、座り込んでしまいます。お母さんは、あまり無理にやって悪いイメージを与えたくない、という希望が有りましたので、それも、考慮します。レベルの高い子なので、ＴＳＤ見せて、触らせて、やってみてという練習が非常に効果的です。目なんか、割と落ち着いていますし、お話も十分聞いていますので、最初の部分の導入さえ丁寧にやれば、ある程度治療も可能だと思います。

ですから、どの辺が段々上手になっていくパターンなのか、何回か重ねてもなかなか難しいパターンなのか、という見極めが難しいです。

いったん座ってしまえば、後は出来る子です、ちょっと泣き声が出たり、衛生士が左手で肩を軽く持ったりしますが、治療は出来ます。泣いても、このように挨拶をして帰れる子は良いです。開業医の先生は、時間にも制限がありますので、こんなに悠長にやってられない、というのもありますが、これ位のレベルのお子さんは見ていただいて良いかなと思っています。

〇担当衛生士ではない、別の衛生士が付き、私自身も前の患者が延びて時間が無くて、焦ってやっていました。患者は、ずっと泣きっぱなしで、治療自体がストレスで、終わりなんだけれども、半分パニックになってしまっているという状態です。治療の終わり方が、良くないと、次の治療のイメージも良くないので、これは本当に失敗してしまった治療です。こういう様になった場合は、ブラッシングをして刺激の弱い物に戻って落ち着いて帰らせるという事が必要なんですが、この子の場合は、刺激の弱い物も全く受け入れられなくなってしまって、最後に一番刺激の弱い、消毒で終わりという条件付けをしようとしましたがだめでした。ユニットが起きると、終わったという事で、安心するはずですが、非常に興奮してしまって、帰りたいんだけれども、なかなか気持ちが落ち着かなくてユニットから帰れないという、心理的に良いイメージを与えられなくて終わってしまったという、１例です。ですから、挨拶もしないで帰ってしまいました。

術者側と衛生士側のタイミング、連携、治療がスムーズにいくという事が大事になります。

（疾患の特徴と機能障害）

脳性マヒの場合は、運動機能障害がメインになって、精神遅滞の場合は、適応機構が未熟、情意機能では、意欲や集中力。

自閉症は、原因は不明なんですけれども、中枢神系の機能が部分的に成熟していないといわれています。物に対しての、認識が強すぎてしまったり、弱すぎてしまったりして、その原因は解っていないんですけれども、ばらつきのある疾患です。

（脳性マヒと精神遅滞の比較）

	脳性マヒ	精神遅滞
筋トーヌス	過剰、低緊張、変動	低緊張
姿勢反応	異常	遅れ
協調反応	異常パターン	意欲、認知障害
原始反射	永久的	遅れて消失
運動発達	逆転、飛び越し	全体的な遅れ

脳性マヒは、筋の一つ一つの繊維の強さが、強すぎたり、緊張しすぎてしまったり、変動が多いです。精神遅滞の場合は、口がいつも開いてしまったり、身体がぐにゃっと柔らかい感じがするのは、筋繊維の緊張が低いためです。

姿勢反応も、脳性マヒは、異常にでてしまい、精神遅滞は、全体的な遅れというように現われます。

協調運動は、アテトーゼの方の歯ブラシなどは、同時に２つの行動を行なうような協調の運動の場合には、頭がぐるぐる動いてしまったりして、異状なパターンが出ます。精神遅滞の場合は、意欲と認識が弱いので、なかなか歯ブラシを口の中で動かす事が出来なくて、ポカーンとしたり、歯ブラシをしゃぶってしまったりという事になります。

原始反射は、健常児で６ヵ月位で消失しますが、精神遅滞の場合は、８ヵ月とか10ヵ月とか多少遅れて、完全に消失します。脳性マヒの場合は、永久に咬反射が残ってしまう事があります。

運動発達は、脳性マヒの場合、頚が座っていなくても歩行をしたり、という逆転や飛び越しがあります。精神遅滞の場合は、できなくはないけれども、全体的に動作が遅かったり、ゆっくりだったり、きちんとした動作が身に付けられないというようになります。

（ダウン症）

○歯科治療で、気を付けなければならない事は、整形外科的疾患で、頚椎亜脱臼を起こしやすい点です。治療を嫌がって、えび反ったり、ブリッジをしている時に、無理矢理頚を押さえ付けて、呼吸麻痺を起こす事も無いわけではありません。保育園、就学時には必ず頚のレントゲンを撮って検査していますので、問診で聞いて下さい。

そして頚椎亜脱臼があるような場合は、頚の下にバスタオルを敷くなどして、頚の所に無理な力がかからないような配慮が必要になります。

○心疾患については、問診で必ず聞いて、あるようでしたら、対診書を出す。心疾患の重い子では、クランプの傷でもかなりのダメージになる事がありますので、スケーリングでも観血処置として対診書を書かれた方がよろしいと思います。
○中顔面の発育不全。目の下から口の上が、中顔面ですから、耳や鼻の疾患も多くなります。いつも鼻炎であるとか、聴覚異常があるとかです。
○口腔内の特徴としては、高口蓋があります。口蓋が深いので、食べる時に舌で上顎に押し付けられなくて、丸呑みをしてしまったりという場合もあります。
　歯の形態は、割とずんぐりとした、歯冠高径の低い歯が多いです。コンタクトも、面接触の豊隆の少ない形態ですので、一度食渣が入ると、取りにくいという事があります。
○全身の健康を歯科も関与しているという事で、状況は解っているのに、音に関する関心が低いという事で、耳鼻科の受診を勧めて、浸出性中耳炎だったという事がありました。体重増加不良という時には「心疾患ないですか」とか、ある程度の知識を持って問診する必要があります。
［症例］
○血液に亜鉛が欠乏している子です。この場合、女の子でも、脱毛が起きる場合があります。ダウン症の方で、このような場合かつらを付けている方がいます。　○少々解りにくいんですけれども、目の周りの毛細血管がぷちぷち切れています。心臓が悪くて、号泣してしまうような場合は、このような事があります。ラバーダムをして治療をすると、唇や舌の色も解りにくくなるので、治療中に目の周りの血管が赤黒くなってきたら、ちょっとラバーダムを外してみてください。
　患者さんが、号泣している場合は、先生もかなり熱くなって治療している場合が多いので、短時間で済ませようという事ばかりに集中してしまいますので、そういう場合は、衛生士さんが、もうちょっと冷静に見て、患者さんのサインを見逃さないようにする必要があります。

Step. 2　リハビリテーション口腔保健医療におけるチームアプローチの必要性とコ・デンタルスタッフの役割

口腔保健医療の目標を達成する上で問題となる点

（口腔保健医療）

健康の保持、増進
疾病の予防　　口腔健康管理
健康の回復
‖
保健医療

この３条件が、口腔健康管理の基本になります。

健康の保持増進をするような関わり、教育をしていかなければならない。また、疾病の予防につながるような診療システムを持っている事。先生方の治療と、そういった事がうまく噛み合う事によって、口腔健康管理が行なわれていく。すなわち、これが口腔保健医療という事になります。

（口腔保健医療の構造）

1、健康部門：健康教育、相談、診断→「健康の保持増進」
　待合室、ポスター、VTR、ミニコミ、研修
　定期健診、チェアサイド（chair side）

2、予防部門：口腔保健指導、予防処置→「疾病（患）の予防」
　間食、食生活指導（DH）、生活指導
　シーラント、フッ素、PMTC

3、治療部門：保存、補綴、外科etc→「健康の回復」
　治療

「口腔健康管理」

4、機能（療法）部門：摂食機能療法、言語療法→「機能の育成と回復」=「発達援助」
　摂食、言語、理学療法、歯磨き行動の獲得

5、ターミナルケア（終末期医療）

身辺処理の自立
社会生活への参加
↓
障害の軽減、克服

長期的な関わり
チームアプローチ
ネットワーク

QOL
（生命力、生活力、人生の質）
自己実現

「ターミナルケア」

終末期医療に関しては、残念ながらセンターでもきちんとしたシステムはありません。例えば、筋ジストロフィーの患者さんが、30～40代になって、顎顔面の変形、呼吸器、肺機能の低下、心筋そのものの低下で亡くなられる訳ですが、終末期の患者さんが、最後の頃になって、センターにいらっしゃるというのが、非常に少ないです。本当は、在宅も含めて、

終末期のターミナルケアを、どうやっていくかという事も大切な事です。
「機能療法」
〇理学療法～姿勢体位
　例えば、脳性マヒの方が突っ張ってしまいます。その状態で、食物を食べようとすると、喉の緊張とか、顎口腔底がうまく動いていかない。それをなおすために、少し前傾姿勢をとらせたり、頭のポジションを正中にもってこさせたりします。
　診療中にユニットに寝かせると、反り返りの反射が出てしまいます、それをボールポジションという姿勢をとらせる事によって、緊張が少しでも和らぐようにします。
　理学療法士（ＰＴ）の先生方と一緒に、どうやったら患者さんの緊張をとることが出来るか、また、どうやったら歯ブラシとかスプーンを使う手が、なめらかに動かせるようになるのか、そういった事を一緒に考えてゆきます。
〇歯磨き行動獲得
　衛生士さんは、歯磨き行動獲得の為に、一生懸命指導します。我々は、子供たちは、いつのまにか、歯磨きを覚えていって、いつのまにか磨けるようになっている。と勘違いをしてしまいますが、これも学習です。ですから、子供たちが、どうやって歯ブラシを覚えていくか、そのメカニズムを知る事によって、どういう援助を与えれば、歯磨き行動がでてくるのか、という事を考えます。
〇摂食機能療法
　産まれて障害があって、食事がうまく摂れない、そういう人には摂食機能療法を行なって、食べ方、食べる機能を育成してゆきます。
　健常に暮らしていた方が、脳卒中、片マヒによってうまく咀嚼ができない、飲み込めないという状態になったら、アイスマッサージ、シンキングスワローといった飲み方の訓練、姿勢、食形態を整える事によって食べ方を少しずつ回復させていく。

　口腔保健医療の目標は、ＱＯＬと自己実現という事で、ずっと考えてきていますが、なぜ、口腔保健医療がＱＯＬと自己実現につながるのかという事を、少し解説してみたいと思います。
　口腔保健医療としてみた場合には、口腔の健康管理と、機能の発達援助が大きな目標となる。
　例えば、寝たきりの患者さんがいたとします。口の中は、すごく汚れていて、齲蝕もある、歯肉も増殖している。部屋の中も、口臭、異臭があり、体力はすれすれの状態で、ちょっと病院へ連れ出すと、風邪をひいてしまったりする。食事も思うように口から入らないし、口から入れたとしても、すぐに誤嚥をしてむせてしまう、ひどい時には誤嚥性肺炎を起こして入退院を繰り返す。ところが、この患者さんのお母さんに健康教育を行い、患者さんの口の中をきれいに、清潔にして、口腔の粘膜、軟組織の感覚を適正化させて、なおかつ、治療が出来たとします。そうすると、口の中の痛みが軽減されるし、歯肉の状態も改善され

て、食物という刺激、いろんな刺激が入ってきますが、それを認識できるようになってきます。腫れてて、プラークだらけで、常に炎症状態で、口臭があるというよりは、はるかに口腔内は改善されるわけです。

もし誤嚥が生じやすいようなら、ミキサー食、ペースト食に切り替えて誤嚥を防ぎ、高カロリーの補助食を使って、体力をつけます。

そうすると、口の中はきれいになり、どんどん体力はついて、ストッレチャーでも、車椅子でも、学校に行く事が出来るようになる。だんだん、生活の場が広がってくるわけです。

例えば、食事が出来ない子、歯磨きが出来ない子、うがいが出来ない子、そういった子は、もしセンターなどで、きちんと治療が受けられるようになれば、歯磨きも少しずつでも出来るようになる、うがいも出来るようになる、エプロンをたたむ事も出来るようになる、そして歯科治療が受けられるようになると、食事をすることも出来るようになるし、
片言でも言語が出てくるかもしれない、ですから、私達が障害のある患者さんに、口腔の健康管理と発達の援助をするという事は、少しずつでも身辺処理の自立に通じる所があるわけです。

これは、脳卒中の方も同じです。口腔健康管理を通じ、歯ブラシの使い方とか、摂食訓練をする事によって、徐々に食事が摂れるようになる、義歯の歯ブラシを片手で出来たり、着脱が上手に出来たりする、そういった身辺処理が徐々に出来てくると、意欲も出てきます。それから、少し心も楽になってきます。そして、ディケアの施設へ行って１日過ごしてこようとか、社会生活が広がっていくわけです。

食べられない人が、食べられるようになれば、外食も出来るようになるし、合宿、修学旅行にも、行けるようになるかもしれない、そうやって、徐々に社会生活が広まっていく。これは、身辺処理の自立と、社会生活への参加という、２つの目標、これが、福祉の社会でいう、障害の軽減と克服という事につながっていく訳です。

１～２ヵ月では、変わらないです、地道に３ヵ月、半年、１年という関わりを通して、スプーンの持ち方、離乳食から、乳児食、普通食へもっていくのに、何年もかかる場合もあります。

よく聞かれる話ですが、歯科治療が出来なかった子が、歯科治療が出来るようになって、ユニット、白衣に慣れてくると、床屋さんが出来るようになったり、抗痙攣剤を飲んでいる場合、定期的に採血をして血中濃度を測定するのですが、今までは採血の度に暴れていたのが、お母さんが10数えてあげたら我慢できたとか、脳波の測定もトリクロなどで眠らせなければならなかったのが、なんとかできるようになった。そういう話はよくあります。

地域の中で、医療連携、ネットワークが、大事です。学校と歯科医院のネットワーク。１次、２次、３次医療機関の医療連携。先生の所では、健康、予防部門まではなんとか出来る、だから治療と摂食機能療法の所を、センターでやってください、となれば、口の中の健康管理は、近くの歯科医院で見てもらって、月に１回位はセンターを受診するという事で、お母さん方の負担が非常に楽になります。

地域の中で、先生方が機能分担をして自分のオフィスを活用していく、無理して治療までやらなくて結構だと思います。大変混んでる中を、何人もの衛生士、受付もでてきて押さえて治療してもらうよりは、ちゃんと状況が解りますから、ここまでは、うちでやれる、ここから先は分担しよう、そのようにきちんと説明できれば、母親も介助者もよく理解できるんじゃないでしょうか。

このような関わりを通して、最終的には、その患者さんの、生命力、生活力、人生の質、豊かな人生を少しずつ高めていく事が可能ではないか。これは、すぐにこういう効果が出る場合もありますし、１年２年３年位経ってから、出る場合もあります。

お母さん、介助者が精神的に負担がとれますので、明るくなって、いろいろ報告するようになったり、話しかけたりするようになります。

ＱＯＬともう一つは、自己実現に向かって、介助者や患者さんが自分の生活や、人生を送る事が出来るようになる。

1950～60年位までは、発達という概念は「完態」「完態に近付ける事」「完態につなげる事」「完態を目指すもの」という表現を一時期されていた。これは、完全な状態に近付ける事を発達という定義で捉えていたんです。ところが、完全な状態に近付ける事が発達ならば、最初から完全な状態ではない障害のある人達は、ここからはみ出してしまいます。例えば、口蓋裂の患者さんとか、知的障害でコミュニケーションがとりにくいとか、社会生活を送れないとか、身辺処理が出来ないという人達は、この「完態」という概念からは、最初から外されてしまって、これはおかしいという事になりました。

1950年エイブラハム・マズローが「発達とは、自己実現である」といった。これは、障害があろうがなかろうが、発展途上国、先進国、どこの国の人であろうが、どんな宗教を持つ人であろうが、子供であろうが、お年寄りであろうが関係なく、自分の能力を最大限に発揮して、自分の人生または生活を充実させていく、そして自分というものを人生の中で生かしていける、お金持ちに成ったり、高級車に乗ったり、海外旅行したり、地位が高くなる事が、決してそれだけが自己実現じゃないんです。

その人にとって能力を最大限に生かして、他者と社会と自己の為に、何らかの形でその能力を生かすことが出来るか。

障害があっても、自分のもっている能力を発揮して、ようやかハイハイ位しか出来ないかもしれない、人生の中でようやく片言の言葉しかしゃべれないかもしれない、でもその子にとっては、施設の職員の顔見て、にこーと笑って、目で合図をしてみたり、そうすると、彼女なりの精一杯の努力、一生懸命の姿、それというのは、職員にも通じるわけです。
自己の能力を最大限に発揮して、彼らは自己表現するわけです。存在感をアピールするわけです。すると、このＡ子ちゃんという、一生懸命、目で合図してくれたり、表情で合図してくれたり、動かない手を一生懸命使って、食べようとする、こういう姿、表情を見ていると、職員の人達は、彼女の存在がだんだん心の中に入ってくるわけです。だから、彼女がお休みしたりすると「あれ、今日はＡ子ちゃんはどうしたの」っていうように、思い出される。

先生方も、衛生士さんも皆同じですね。歯科医師として、夫として、父親としてどのように自己実現させていくか。

私達は診療の場で、彼らが最大限に能力を発揮できるように、自己実現を目指すことが出来るように援助してゆこう。障害があろうが、無かろうが、子供達が自分の力で精一杯食べる事、話す事、歯磨きをする事、顔を洗う事、うがいをする事、エプロンをたたむ事、そういう事が、少しでも、またその子なりにある程度頑張れて、たりない部分を施設職員が補って、人生を送れるようになれば、その子の自己実現は出来たという事になります。まだ10年も20年も早いテーマですが、徐々に広がってきています。

私達としては、こういった医療構造のテーマを通して、２つの目標を続けてゆくと、ＱＯＬ、自己実現につながってゆくという事です。

［症例］

○小顎症、全身過敏、重度の精神遅滞、口蓋裂があります。口のまわりを触られるのを嫌がって、チューブ栄養です。お母さんが、抱っこしてあげようとすると、嫌がって暴れます。そうすると、母子の愛着関係で、抱っこできなくなってしまいます。母親としては、毎日介助して、育てても張り合いがないです。抱っこすれば嫌がる、食事を食べさせようとすれば食べてくれないで、のけぞってしまう。

２年経って、自分で食べたり、母親に抱っこされる事が出来るようになりました。彼は彼の能力を最大限に生かして、今一生懸命に食べようとする。彼なりに、食事が摂れるという喜び。また、お母さんのＱＯＬは高まっていきます。これが、もし、抱っこしてもだめ、食事してもだめ、家でチューブ栄養で寝たきりの状態を送ったらどうなったか、これは、だれにもわからない。でも、おそらく想像はつきます。そういう生活を送ったお子さんは、自己実現はどうだろうか、考えてみてください。

○この患者さんは、一応、補食は出来ますが、丸飲込みです。今、口からは摂ってくれました、咀嚼は不十分ですが、飲み込んでいます。普通食に近い形です。けれども、この患者さんの問題点は、食物を目の前にすると、それをつかんで感覚遊びをしてしまいます。また、内耳の三半規管を刺激して、ロッキング運動がでてきたりします。

ですから、お料理を作っても、外食へ行っても、すぐにぱっと手を出して皿の上をぐじゃぐじゃとやってしまう。親としては、非常に辛いですね。そういう経験しちゃうと、もう連れて行けなくなっちゃいます。これは、健常児でも１～２才の時にやる事です。おそらく、家の中は食物が散らかってばかりですね、戸棚とかは、油の付いた手で触ったり。

約１年経過した時点では、５～10分位、座って食事できるようになりました、咀嚼もしっかりしてきましたし、食物も前だったら机になすりつけていたんですが、少しは食物だと認識するようになってきました。これは、感覚統合療法でここまできました。

一時良くなったんですけれども、残念ながら、てんかん発作の重積発作がコントロールできなくなって、また退行してしまいました。前後に動きながら発達しているというか、今も通院しています。

こういった患者さんを、ご覧になると先生方、非常に難しいな我々に出来るのかな、と迷われると思うのですが、口の中を健康にして、摂食機能療法で、口腔機能が今どこまで発達しているかという評価を勉強して、プログラムを組んで少しずつやっていくと出来るようになります。５～６割の患者さんでは、見えてきます。後の２～３割というのは、途中で挫折してしまったり、病気を起こして継続できなかったり、重積発作で退行現象を起こして継続できなかったりします。でもお母さんにとっては、何か目標を持って一生懸命関われるという充実感、それが、生きがいにもつながってきます。

（口腔保健医療を達成する上での問題点）

口腔健康管理や発達援助を通じて最終的にはＱＯＬを高めていこうとか、自己実現に結びつけていこう、と言いました。ところが、なかなか口腔健康管理が思うようにいかない、そそて、ＱＯＬになかなか達していかない、という事があります。私達がこの目標を達成する上で、どういう問題点があるかというと、大きく次の４つに分かれます。

１、患者側の問題点
２、介護者側の問題
３、医療者側の問題
４、社会福祉行政上の問題

１、患者側の問題点
１知的能力、知的精神機能による影響
２全身疾患～特記すべき疾患
３特異的行動（問題行動）
パニック（感情爆発）、自傷、他傷（害）～攻撃行動、固執（こだわり）
常同行動、反響言語（オウム返し）、異食
４疾患特性

１知的能力、知的精神機能による影響

障害が重い場合は、やはり難しいです。言語、理解力が難しい、記憶力が長続きしない、適応能力が低いといった場合は、本当に難しいです。

２全身疾患～特記すべき疾患

例えば、急性白血病の急性期、糖尿病、腎透析していて透析の合間に治療をしなければならない場合など。

また、ダウンでファローの４徴があって、まだopeできないという患者に、ランパントカリエスがあっても30分以上の治療はリスクが高くて出来ないです。

ちゃんとそれぞれの状況を把握した上で対応してゆかなくてはなりません。

３特異的行動（問題行動）

よく発達期障害の患者さんの、一番難しい点はここら辺だと言われています。特異

的行動、一般的、社会的には問題行動と言われています。

パニック（感情爆発）、何か原因が解らなくて、突然大声を出して興奮し始める、パニック状態です。

自分を傷つける、自傷行為。相手に対して向かっていく場合には、他害（傷）行為、または、攻撃行動と言われます。

固執、こだわり。常同行動、あるときいつも同じような行動が出てくる。電車の中でロッキングしたり、常にハンカチとかタオルを持って振り回していたり、外の木陰の方で日の射すほうに向けて手を振ったり、同じ行動を毎日何回も繰り返してやります。

反響言語、昔は“おうむ返し”と言っていたのですが、今は差別用語ですからこのように言います。

一般に言われるのは、こういう所です。心身領域の方では、異食、妊産婦が葉っぱを食べたり、土、泥の付いたものを食べたり、石ころを口に含んだり、ビタミンとか鉄欠乏性貧血を起こすと一時的にこういう異食行動を起こすことがあります。

①特異的行動（問題行動）を起こす要因

=、感覚刺激を要求する行動

暇な時に、ロッキングをして三半規管を刺激するとか、「アッアッアッ」と言って、耳の所で手を叩いたり、顎打ちをしたり、髪の毛を引っ張ったり、する事があります。

これは、原因は別にあるのですが、何らかの形で、その原因から逃避しようとして、自分の感覚を刺激する場合があります。まわりからの指示や、嫌な場面から逃避しようとする、例えば、誰かが指示をしている時に「アッアッアッ」と声を出すことによって、指示を遮断しようとする。

=、感覚刺激から逃避する行動

よくあるのは、耳ふさぎ行動です。診療室に入ってくる時に、耳をふさぎながら入ってくる。

もう一つは、極端に濃い味、刺激の強い物を避ける、ソース、醤油、トマトケチャップ等を避け、食パン、白いご飯、豆腐といった味の薄い物を好んで食べ、感覚を逃避する行動が見られます。

=、感覚の弁別する行動

例えば、自閉症の患者さんが、水道の蛇口から水が１滴２滴と落ちるのを、じっと見ていたり、樹の葉の間から木漏れ日がぴかぴか見えるのを好んでじっと見ていたり、水溜まりの波紋を１時間も２時間も見ている、このような、ちょっとした変化、弁別を好んで眺めている。これは、健常者の方でも、しょっちゅうあります。喫茶店の窓からお茶を飲みながら、人や車の往来を１時間も２時間も見ていたり、多摩川の土手で、石を投げて波紋を見たりする事があります。

＝、身体内刺激

好んで身体に刺激を入れる。ロッキングなどもそうです。

②誘因

特異的行動（問題行動）を、起こす誘因。こういう状況になると、こういう行動が引き起こされる。という一般論。

＝、生理的欲求の強い場合

皆さんも、お腹が空いたり、煙草が切れるといらいらしたりします。また寝不足が続いたり、疲れたりすると、子供の泣き声とか、高い音が非常に耳障りになってきたりすると思います。

人間の身体は、アンバランスが生じると、攻撃的な行動に移ったり、不安定な状況になりやすい。小さい子になればなる程、食事時間、睡眠時間をちゃんととってあげないと、心身の発達に影響が出てきます。

＝、病気

頭が痛いとか、歯が痛いといった病気によって、パニックなどが誘発されます。

［症例］

○衛生士さんが、洗口コーナーで歯磨き指導をしようとして「歯磨きしなさい」と指示すると、突然「あああ」と自傷行為が始まったり、衛生士さんをぼーんと突き飛ばしてしまう、何でパニックが起きたのか。

こだわり行動、自分は朝起きてから、夜寝るまでの生活スケジュールがすでに組み込まれている、その通りやる事によって混乱を生ぜずに、生活を送っている。このような、生活パターンにこだわりを持っている患者さんの場合、すでに、家であの時間に歯磨きしてきたのに、何でここで歯磨きしなくちゃいけないのか。という混乱を起こして、この問題行動のいずれかが出てくるわけです。

○道順、学校の行き帰りで、今日はどうしても歯医者さんに行かなくちゃならない、家まで帰ると時間が間に合わない、途中から電車に乗ろうとして、普段の道順と変わって、電車の駅のホームに向かっただけで、パニックを起こしてしまう。という事もあります。

○着衣、灰皿、ドアの開けしめ、茶だんすの位置、物の配置。基本セットの位置が、最初にインプットした状態と違うとちゃんと並べ変えるという、こだわりですね。

○切端恐怖症で探針、注射針といった尖った物、視覚的な物を非常に恐がる。

○閉所恐怖症

○赤ちゃんの泣き声とか、隣の患者さんの泣き声に、つられて泣いてしまう。これは、共反応といって、１才前後の子供に起こる反応ですが、隣で赤ちゃんが泣いていると、つられて、泣いてしまうという現象です。

例えば、ぬいぐるみの猿が、机から落ちて、お母さんが「ああ、可哀相に、痛かっ

たでしょ」と言っただけで、２才位の子が、自分が怒られたんじゃなくても、「わー」と泣きだしてしまう。

ある障害を持った人達は、隣で怒られると、自分も怒られたと思ってパニックを起こしたり、突然泣きだしたりします。

ですから私達、治療をする時、その患者さんの特徴を十分理解して、なぜパニックを起こしたのか、知る必要があります。共反応、切端恐怖症、タービンの音などの聴覚的刺激によって起こしたのか、いろいろな場合があります。

聴覚刺激でパニックを起こしたら、治療できません。タービンで削ろうと思ったらパーキンソン様運動、リズミカルに頭を振ったり、「わー」と耳ふさぎ行動を起こしたりする事があります。そのような場合、童謡のテープを聞かせて音刺激を遮断したり、手の甲からタービンのシャワーを当てていったりとか、自分でタービンを持たせて、口の中に導入させていったりしながら、脱感作していく方法もあります。

４疾患特性

ある特定な疾患に伴う特定な症状。

発達障害児というと具体的には、MR、CP、Auti、Epi、視聴覚障害。

①Down Syndrome

＝、染色体異常～免疫機構にやや難点があって、易感染性がある。染色体異常の場合には、往々にして易感染性を伴う場合が多い。

＝、筋肉、腱の緊張異常～低緊張

ａ亜脱臼

センターでは、今までないです。でも実際には亜脱臼起こしても、すぐ帰っちゃいますからわからないです。「いやいや」っていうのを、無理矢理ユニットへ、引っ張っていって股関節や肩関節がはずれてしまうという事があります。

ｂ環軸椎亜脱臼（第２頚椎）

第２頚椎が外れやすい。筋骨がしっかりしていない、低年令児に多い。

頚椎亜脱臼症を起こした直後は、すぐに症状が出にくいと言われています。所が重症の場合、夕方や翌朝なかなか起きてこない、目は覚めているので、「起きなさい」と言うと「身体動かない」「立てない」「歩けない」といった脊損と同じような症状を訴えます。軽い場合は、手足の軽い麻痺とか痺れ感といった症状がでます。

どういう状況で起こるかというと、歯科の場合では、我々は治療、健診を行なうため、頭部をロックして固定します。所が身体の方のロックが出来ていないと、嫌がって身体をねじった時に、亜脱臼症を起こしやすい状況になります。

対処方法としては、頚の下に頭部固定用のタオルケットやマットを入れて、

頭と肩関節、腰をきちんと押さえてあげて、ずれにくいようにしてあげます。しかし、基本的にははっきりと診断がついていて、低年令児で齲蝕がそれ程ひどくない場合には、単治かサホライドで様子を見た方が良いと思います。または２次３次医療機関にまわしたほうが良いと思います。

環軸椎亜脱臼症かどうかという事は、問診で解ります。今は、ダウン症という事がわかると、頚椎のレントゲン写真を必ず撮ります。そして、そうであれば２～３才の時に「でんぐり返しは避けたほうがいい」「後から、突き飛ばしたり、そういうのは避けたほうがいい」「高い所から、突然飛び降りたりは、させないほうがいいですよ」といった注意をされます。

お母さん方も、だんだんこういう事が解ってきているので、今の若いお母さんでしたら「頚はどうですか」と簡単に問診しても「あ、大丈夫です先生、何ともないです」と答えてくれます。その場合は、きちんとした抑制体位をとってあげれば心配ないです。しかし「注意されてます」とか、コルセットを入れているような場合は、おやめになった方が良いかもしれません。

=、感情障害

知的障害の特性として、感情障害を持つ人もいる。情緒障害とは違います。

情緒障害とは、気分にむらがあって、ころころ変動しやすい状態。感情障害とは、ちゃんと原因があるんだけれども、感情がばっとむき出しに出てきます。

ダウン症の患者さんは頑固だ。という事を聞いた事があるかと思いますが、例えば、「先生おはよう」と入って来て、ユニットに座って、にこにこ笑っている。衛生士さんと先生が「今日は面倒くさいなー、どうせ、また駄目んなっちゃうんだから」と例えば、例えばですよ、そういう会話を耳の傍で話したとします。そうすると、彼らは、状況の認識、認知は弱いのですが、感性は豊かで、自分が変に言われているなとか、けなされている、馬鹿にされているという事は非常に良いものを持っている場合があります。そうすると、途端に口を絶対に開かない。それから「帰りなさい」と言っても「いやだ、帰らん」とこういう状態です。ちょっとした原因で、自分の感情が非常に強く表に出てきてしまう。だから頑固と言われてしまいます。

頑固ではなく、それしか表現の方法が無いだけです。例えば「先生、今僕の事こう言ったでしょ、非常に傷つきました、謝ってください」ここまで言えれば、頑固にならなくてすむわけです。所が、言葉で何かを表現するのが苦手な場合は、行動で訴えるという事を、学習してしまいます。

「いやだ」と言って動かないと、向こうが妥協して、これ以上やらないという学習をしてしまうと、そういうひとつのパターンを作り上げてしまう。だから、成書には「ダウン症は、人なつっこくて、優しくて、思いやりがある反面、ある人達には、他害行動として非常に攻撃的な行動を起こしやすい人もいる。」

という２面性をもった表現があります。

私の担当している､24才ダウンでクラウディングだったので矯正をして保定中の患者さんがいるのですが、この患者さんが治療が終わって待合室に戻って、次の患者さん、身長２ｍ位、体重百何kgの自閉症の男の子が嫌がって尻込みしてなかなか入らなかったので、私が呼びに行ったのですが、なかなか入らない。それを見ていた彼が、近付いて行ってバッとボディーブロー、それを見ていたお母さんも、僕らもびっくりしてしまいました。普段は、おとなしく、私に対しては、従順で思いやりがあるのですが、先生の言う通りに入らないという仕草を見て、何で入らないという事で、殴ってしまった、という訳です。施設でも、職員とうまくいかずに、殴りあった事があるそうです。

=、その他

てんかん発作、２割程度。視聴覚障害、３～４割。

ファロー等の先天性心疾患、３割程度。口蓋裂を合併する事もある。

このように見ていくと、ダウン症の疾患特性が見えなくなってしまいます。ですから、個体特性で、１人１人、問診、診査、アンケート調査、行動観察をしてどういう問題が隠されているかを、ちゃんと捉えなければならない。

②自閉症候群

昔は自閉症、今では自閉傾向といって名前がころころ変わってしまいます。

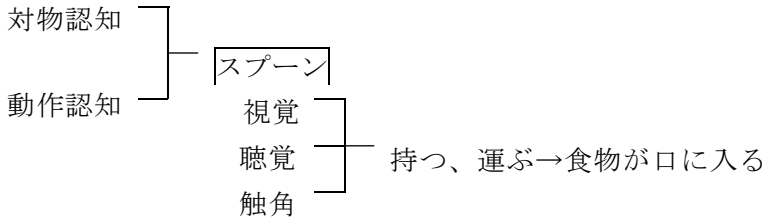
=、認知障害

対人、空間の認知障害。人を識別、認識できない。ひどい子になると、お母さんを認識できない。「お母さんにこれ渡して」と言っても、衛生士さんに渡しちゃったりする。これは、お母さんという人間を認識できないのか、お母さんという言葉を理解できないのか、それはいろいろあるのですが、こういった対人関係が不得意です。

認知障害の一つの原因は、感覚異常だと言われています。認知するためには、感覚を正しく知覚して、それを行動や運動に置き換えていく、そうする事によって正しく認識できる。

例えば、スプーンがあります。ある子供は、持って、叩いてみたり、投げてみたり、いろいろします。金属の銀色した、丸い棒がくっついた物という視覚情報、持った時の冷たい硬いという触感情報、音を鳴らした時の聴覚情報、口に入れた時の触感の情報。スプーンという物を、いろんな所から情報、感覚を入れてきます。まわりを見ると、ああいう物ですくって口に入れている、自分も躾の中でスプーンですくって口に入れる。これを、何回かやって動作を起こすわけです。スプーンを持つという動作、スプーンを口に運ぶという動作。そうすると、食物が口に入るという結果が出てくるわけです。「あ、そうか、こういう光る物で、丸くて棒が付いていて、音ががちゃんがちゃん鳴る物は、お

母さんはスプーンて言っていた」という事で、スプーンという物を知覚してゆきます。そして、スプーンという物を持って口に入れる、そうする事によって食物が得られる。その結果を通して、スプーンという対物認知。スプーンという物を理解して、スプーンの使い方、動作認知。そして、スプーンという物を獲得していくわけです。



自閉症の場合、認識に偏りがある。例えば、触覚刺激が極端に嫌な場合、過敏がある場合は、触覚系がうまくいかないので、感覚が正しく入ってきません。

それから、聴覚系、例えば今スプーンと言って、僕ならスプーンととりますが、彼の頭の中でスプーンと言っているかどうか解りません。

それから、皆さん方だったら、コーヒースプーンもカレーを食べる大きいスプーンもみんなスプーンという表現ですが、自閉症の子の一部には、それをみんなスプーンと言われると何がスプーンかが解らなくなってしまう、という事があります。これは、一物一名という狭まった認識しか出来ないからです。いろんなスプーンを出されても「向こうではプラスチックだったのに、こっちは金属、こっちは竹だぞ、うわー、もう解んないや」となってしまいます。自閉症の場合、広く捉える統合力に欠ける事があります。

ですから、歯科治療でも、タービンを「ジェット機」と言ってみたり「シャワー」と言ったりすると、混乱してしまいます。今、口の中に入れられる物がいつも「シャワー」ならば「あ、シャワーだな」「シャワーはこういう事だな」「シャワーで、お掃除が出来るんだな」という事で理解を深めていけるのに、衛生士さんは「シャワー」先生は「ジェット機」と言ったら解らなくなってしまいます。

自閉症の認知異常が、感覚異常、運動異常を起こし、それが対物認知異常につながっていくというプロセスが、解っていただけたでしょうか。

同じ日本の中で、日本人として産まれても、その言葉、生活習慣から自閉症は“最果ての異邦人”と言われています。

もう一つ、感覚異常と同じ事なんですけれども、感覚を統合する事が出来ない感覚統合機能異常があります。テニスをやる方は、ラケットの感触、ボールを打つ時の身体の動かし方というのは感覚的に覚えていますが、そのように触覚、聴覚、視覚の感覚を統合して、テニスという動作を引き出す事が出来ます。自閉症の方の場合は、いろんな感覚を、統合して、それに対して適切な行動を

とるという事が、出来にくいと言われています。

=、行動障害

感覚障害があるから、行動障害につながるんだろうと、言われています。

パニック、こだわり、常同行動、ロッキング、手のひらをひらひらしてまわしたりする、といった行動障害があります。

外からの刺激を遮断したり、自分の身体の中に刺激を入れてそれを楽しんでいるんじゃないかとか、いろんな仮説があります。

③脳性マヒ

筋緊張の異常がありますので、脱臼の危険性があります。

原始反射、病的反射が残っているので、咬反射が残っている場合には、ミラーを破折して誤嚥したり、バイトブロックを噛みすぎて乳歯を脱落してそれを誤嚥したり、プラスチックブロックを入れて歯牙を破折してしまう、とかいろいろあります。

患者側で、対応上、非常に難しいと言われるのは、この４つに集約されます。

知的精神機能で、なかなか言葉の指示がうまくいかない、精神機能が衰えていて、昼夜転倒して、夜は目が覚めているんだけれど、昼は寝ているような状態だとか、パニック等の問題行動があってなかなか指導、治療が出来ない、全身疾患があって対応できない、疾患特性を注意しないと思うようにいかない、これらが患者側の問題点です。

２、介護者側の問題点

介護者は、障害者の療育、福祉の方で非常に重要なポイント、Key personとして捉えられています。

介護者とは、保護者とか、奥さん、兄弟、職員等の介助者です。特に、ここでは発達期コースなので保護者に重点をあてて話してゆきます。

１障害の認知、能力評価の不適切さ

保護者、母親が我が子の障害を正しく認識していない、疾患や障害の本質を正しく認識していない。例えば、20年程前までは自分の子供が「知的障害（昔の精神薄弱）ですよ」と言われるより「自閉症ですよ」と診断された方が安心できた時代がありました。その当時は自閉症は、母親の関わり方によっては、治る病気だというように考えられていた面があります。

今でも、障害は治るもの、いつか正常に向かっていくだろうと考え、脳性マヒも療育を積んでいけば歩けるようになるだろうとか、話せるようになるだろうとか、その障害を正しく認識していない方がいらっしゃいます。

こういうお母さんがいらしゃって「歯磨きは、きちんと手添えをして声掛けをしてやって下さい、そうしませんとなかなか獲得できませんよ」と言っても「いや、この子は小学校上がったりすれば、いつかは自分で獲得できるようになるんだからいいで

すよ」このようになってしまいます。ですから、その疾患、障害の本質を正しく理解していないと、保護者と我々とがうまくいかなくなってしまう事があります。

能力の評価が不適切な場合、これも困ります。衛生士、先生が10カウントしていると「うちの子は、もう10は当然解るんだから、いちいち10数えないで下さい。馬鹿にしないで下さい」と怒られます。しかし、10カウントは、10数える事によって、その子の注意、関心、身体そのものを我々術者側に同調させていく、同調現象が起こります。昔は、忍耐力を育てるとか、目標を定めさせるとか言ったのですが、それは現象面であって、実際に、私達が10数えると、子供達が同調現象といって10数えるようになります「いーち、にーい…」とこうなると、こちらのペースに持っていける訳です。

そのように、10数えたり「お母さん、手添えでやって下さい」と言っても「いや、この子は、声掛けで十分です」と言う場合があります。これは、自分の子供の能力を過大に評価しているからです。

また、過小に評価していると「お母さん、もうＡ子ちゃんは、対面で歯磨きしてあげれば、模倣で出来るようになるんじゃないですか。いつまでも、お母さん磨きを続ける必要無いんじゃないですか」と言っても「いやうちの子は、私がやらなきゃ出来ないんだから、私がやります」とこうなってしまいます。

自分の子供の能力を適切に評価しないと、我々の指導方針、指導目標に食い違いが生じます。衛生士さんが、スモールステップを立てても、そこの食い違いが起こるから、最後にお母さんは「衛生士さんは、障害をよく認識していない、自分の子の障害を正しく捉えていない」というように、怒りだしてしまいます。

ですから、まず母親が、自分の子供の疾患、障害、能力を正しく認識しているかどうかが最初の問題です。

２養育方針や養育態度に関する問題点

例えば、来年小学校に上がる、それまでに、是非子供に覚えさせておきたいのは、着衣と食事の自立で、養育課題としては着衣訓練と食事訓練に目標をおいている。空いた時間には、この課題に重点的に関わっている。このような時に「歯磨き１日３回やって下さい」「おやつの摂り方を制限して下さい」と言っても養育方針が、着衣訓練と食事訓練に傾いている時には、納得してくれません。

もっと端的な例としては、言語訓練でよくエンカウント（賞罰）療法といって、言葉を一つ出すとキャンディー１個与える、言葉を真似して正しく発音出来た時、頬摺りしたり、クッキーを１枚あげる、という方法で言葉を覚えさせるというのがあります。お母さんが、今、一生懸命おやつをあげながら、言葉を育てていくという課題に取り組んでいる時に、口の中を見たら齲蝕がいっぱい有ります。問診すると、おやつを何回かに分けてあげている、そうすると先生や衛生士さんは「これじゃ、お母さん駄目だよ、こんなにこまめに、おやつをあげてるんだから、虫歯になるのは当然だよ。やめなさい」ところが、よく話を聞いてみると、小学校に上がるために、言葉をなん

とか育てたい、と一生懸命になっている。その思いを無視して、指導してもうまくいきません。ですから、その背景に有るもの、養育方針は今どういう方針なのか、これをきちんと認識して対応していかなくてはいけない。

養育態度、我々はつい子供に命令調に「早く、上手に、たくさん、ちゃんとやんなさい」という言葉が多いわけです。で、はなはだしい時には、手で叩いたりします。私達が臨床の場で、手が上がった時に「危ない」と言いますが、そう言った瞬間に子供が防御姿勢をとったら、この子はしょっちゅう叩かれているんだな、というのが分かります。日本では、アメリカの10年遅れで、虐待の件数が多くなってきています。虐待は、身体的虐待と心理的・精神的虐待があります。無視、全然世話をしない、ほったらかし、食事を与える位で、髪の毛はぼうぼう、臭いはぷんぷん、洋服はごわごわ。“駄目”という禁止的な言葉、命令的な言葉には反応しますが、逆に「上手だね」「うまいね」「えらいね」こういう褒め言葉はなかなか通じません。私達は、行動変容の一つとして褒め言葉をたくさん活用します。所が、家で褒め言葉が使われていないと、それが理解できません。ですから、お母さん方に「もし、歯医者さんで、少しずつ上手にさせたいと思うんだったら、禁止言葉も大切ですけれども、褒め言葉も少しずつ増やしていって下さい。そうしませんと、私達が褒めても、意味が通じない」と、お願いします。そのようにして、保護者をco-therapistにするわけです。

褒め方、褒める時の表情、表現は、肩を軽く叩く、抱き寄せる、何でも結構です。そういう事で、子供はだんだん、快感で褒められるという現象が徐々に理解できてきます。それを、私達はうまく応用して、肩を軽く叩いて「上手だね」と褒めてあげたり、肩を少し撫でてあげたり、お母さんと同じような言葉で褒めてあげる。という事をします。

障害者の一部には、小さい時に「早く、たくさん、上手に、ちゃんと」という事で育てられた子は、思春期を迎えて荒れる場合があります。小さい時に、特に母親によって抑圧された場合、思春期に攻撃行動、他害行動が出てくる事が有ります。３／５の子供達で荒れが出ますが、その際大体抑圧された母親にターゲットが向きやすいです。これは、健常児でも同じです。

そういう事で、普段の養育態度を見ておかないと、我々が対応する時にうまく対応できません。

３心理的受容段階上の問題

ここは、障害者関係、福祉関係の職種は、一度は必ず覚えておかなければならない、重要なポイントです。

上智大学デーケン先生、自分が脳卒中で倒れ、障害者になった時に、どうやって立直っていくかというプロセス、障害の心理的受容段階。

精神科医のキュプラーロス、死への準備、死というものに直面した時の心理的受容段階。

自分の子供が、障害児だという事を診断された時から（実は、その前から）、その子供をどうやって受け入れていくか、という受容段階。そのプロセスが一生続きます。今、目の前の初診の患者さんが、この心理的受容段階のどのプロセスに入ってきているのか。それが解りませんと、関わり形成がうまく出来ません。

関わり形成を円滑に進めるために、また共同療育者に育てるために、この心理的受容段階を理解していただきたい。

〝生後半年まで〟

男女が知り合って、結婚します。そして、妊娠の時の喜びを分かち合います。妊娠したことによって、赤ちゃんの部屋、ベビーベッド、産着をどうしよう、とかだんだん自分の将来設計を考えてきます。

５ヵ月頃から、脳下垂体から母性ホルモンが分泌され、子供に対する愛情が芽生えてきます。５～６ヵ月にかけて、心音が聞かれ、胎動を感じます。そうすると、母性ホルモンと胎動を通じて、我が子が身体の中で育っているんだなという事を、認識し始めます。

10ヵ月が経つと、陣痛が始まり、十数時間をかけて、７㎝の産道を、右回転に頭を回転させながら、大泉門、小泉門がずれながら、赤ちゃんが産まれてきます。出産は、母親にとっても、赤ちゃんにとっても人生初めての不快感、苦痛です。ところが、ぽーんと出た瞬間、これ程までの快感はありません。産まれた時に、両極体験をする。人間というのは、苦痛よりも快感の方が優先されますので、また産めるそうです。

出産→母子共に不快、苦痛→産まれた時、快感

＼　／

両極体験

お父さんとか、お母さんとかみんな来てくれて、喜びます。ところが「お父さん、なんか、泣き方弱くない？」「お父さん、お祖母ちゃん、何かうちの子飲み方が弱いの」というように、お乳の飲み具合、吸い付く力、飲む量、泣き声、抱きつき反射（把握反射によって抱きつく反射）等がどうも弱い。

３ヵ月になっても、頚がすわらない。心配で、お祖母ちゃん、隣のおばさん、３ヵ月健診の先生に聞くと「いや、男の子だから、少し遅いんでしょ」といわれる。でも半年を過ぎてお座りができないという事が起こってくると、疑惑の時期に入ります。

〝生後半年から〟～愛知コロニー、小野　宏

①疑惑の時期…半年頃

母親は、どうもおかしいというように思い始めます。いろんな育児書を読んでも、納得できず、健診の時に先生、保健婦さんに聞いても、はっきり答えてくれない。

育児のベテランのお祖母ちゃんに聞いても、答えが返ってこない。おかしいなと、思いながら、９ヵ月健診頃から先生にかまかけるんです「うちの子、もしかしたら、障害児じゃありません、先生？」とこう聞くわけです、先生も薄々おかしいなと思っ

ていますが「もう少し、様子を見てみましょう」という事になります。けれども、そういった延ばし、延ばしが出来なくなります。

②ショックの時期…１才半頃

今では、早期診断で１才頃までには、大体分かります。

ある時期「成程、ちょっと気になりますね、精密検査をしましょう、いついつ検査をしますから、もしよろしかったら、ご主人と一緒にいらっしゃた方が良いですよ」ということで、心の準備をさせます。ご夫婦揃っていらっしゃった時に、「実は、いろんな検査結果から、あなたのお子さんは脳性マヒです、自閉症候群です、知的障害です」とこうなります。その時のご夫婦、特に母親は、妊娠してから、約２年間子供を守って、育ててきて、３ヵ月頃の夜泣、夜間授乳、冬の寒い夜中に起きてお乳をあげたり、哺乳ビンで作ってあげたり、いろいろ夢を持ちながら子育てをしてきた。ところが、その途中から気になるな、なんだろなという事で、疑惑の時期がきて「実はあなたのお子さんは、障害児です」と診断されて、非常に大きなショックを受けます。

今まで、小学校は私立に行かせよう、将来歯医者にしようと、考えていたのが、診断された直後から、これから先の一生の事を、頭の中に思い浮べます。障害を抱えた子を、どうやって学校に行かせよう。言葉は話せるようになるのか。歩けるようになるのか。社会生活を送れるようになるのか。結婚はどうなるんだろうか。自分が年を取った、老後のところまで、一挙にいってしまいます。そういう、将来の事が、走馬灯のごとく脳裏をよぎって、この時期に９割以上のお母さんが、母子心中という、不幸な手段を思い浮べるそうです。

③悲しみ、怒り、拒否の時期…診断直後から

診断を受けた日から、お母さんは、気が狂ったように泣き続けたり、お父さんにあたってみたり、実の母親に怒ってみたり、いろんな事が起こってきます。

ショックの時期からすぐに、悲しみ、怒り、拒否の時期に、診断を受けた直後に入ってゆきます。家事も出来ない、毎日、目を腫らして泣いている、そして、悲しみの時期と、怒りの時期が交差します。いつも、出入りの酒屋さんに、ブザーの鳴らし方が悪いと言って怒りだしたり、野菜が傷んでいるといって怒ったり、やり場の無い怒りで、あちこちにあたります。

拒否の時期には「気分転換に食事に行こう」「旅行に行こう」「外へ出よう」といっても、受け付けない。

障害児を抱えると、大体不幸な方向、重い方向を想定します。家族旅行、映画、レストラン、海外旅行すべてお先真っ暗、という悪い状況を考えます。そのために、悲しみ、怒り、拒否の時期が、長くなってしまう場合があります。

ここで大切なのは、ご主人、お祖父ちゃん、お祖母ちゃん、まわりの家族がどのような、対応をとるか、これが非常に、この時期重要な問題です。最近では、福祉、

障害者関連では、障害児を持った家族全員に集まってもらって、家族カウンセリングをして、具体的な対応を少しずつ考えてもらう。というように、なってきました。

この時、２つのパターンがあります。

一つは協力関係「一緒に育てよう、これは何かで事故に遭遇しちゃったんだ、だから二人で育てよう」家族の、お祖父ちゃん、お祖母ちゃんも「そうね、一緒にやりましょうよ」と言って、お母さんをフォローしてくれる。そうすると、お母さんは、一時的には甘えて、暴れたり、泣き叫んで、混乱状態を起こしますけれども、立ち直りは早いです。

もう一つは、無関心、突き放す「障害児が産まれたっていうのは、君の家の家系が悪いんじゃないか」「妊娠期間中に、君がこういう行動とったから、こういう子供が産まれたんじゃないのか」と言って、一方的に責めてしまう。ご主人、お祖父ちゃん、お祖母ちゃんが責める。そして、夫婦間に壁が出来てそのまま、離婚というパターンも、結構多いです。また、ご主人が、仕事に重きをおいて、朝早く出ていって、夜遅く帰ってくる、家庭の事は、一切関わらない、現実から逃避してしまう、という事があります。

最初のパターンは、お母さんの考え方に、プラス志向が出てきます。もう一つのパターンは、家庭では八方塞がりで、電車に乗せれば「うるさい」「きたならしい」とか、何気なく上から下までじっと見ている、自分がダメージを受けている時程、そういった相手の何気ない視線、気配りの無い、無遠慮な行動に母親は傷つけられ、ますます、反社会的行動、すなわち閉じこもり症候群、社会に対して背を向けます。そして、自分一人で子育てしようと、私一人がこの子を育てるしかない、と抱え込んでしまいます。この二つは両極端なんですが、どちらに向かうかによって、ここから先が、がらっと変わってしまいます。

責められて、行き場が無くなった時に、追い詰められて親子心中というパターンが、よく新聞に出てきますが、この時期が一番、危険性が高いです。

もし、小児歯科をやっていれば、この辺からそろそろ、ぶつかってきます。例えば、１才半の子で、乳歯の外傷、特に脳性マヒ等で、よちよち歩きしか出来なくて、ぶつけてしまって埋入、脱落してしまう。こういう、拒否、怒りの時期に、たまたま前歯をぶつけて、母親は混乱しています。保育園で、あの先生が油断していたから、こういう事故が起きた。そして、治療にきたら、歯医者の先生が「お母さん、少しは歯磨きして下さい」と言った途端に「仕方がないでしょ、出来ないんだから」と、こうなってしまう方もいます。

怒りの時期で「そこの痛がっている歯だけ、治してくれればいいんですよ」という人がいます。他に虫歯があっても「今はこれで良いんですから」という場合は、「そこだけ治しましょう、でも、お母さん、レントゲンで見ると、神経のすぐそばまできているから、今に痛みだすんで、早めに治療した方が良いね、もし時間と暇

が出来た時は、どこでも良いから、ここへ来なくても良いから、考えといた方が良いですよ」と予告だけはしておきます。お母さんは、歯医者さんに反抗しているわけですから、うちでも嫌な思いをしているわけです。けれど、その歯医者さんは、ちゃんと現状を説明して、いつでも良い、暇になったら来なさいよ。と言ってくれれば、その気持ちは残ります。自分で我侭言ってるなというのは、解っているわけです。ですから、違う医院に行って、うまくいかないと、最後は戻ってきます。

受容、傾聴、共感。怒りの時期で、そこに目がいっていない時は、一時期、医療的に問題があったとしても、受け入れるしかない場合があります。

④必死の時期…２～５才頃まで、幼児期前半

家族の支援が得られても、得られなくても、母親は必死になって我が子を育てます。「正常に近づける」「正常にしていこう」「障害を克服しちゃおう」ですから、病院をあっちこっちかえます、ホスピタルショッピング、ドクターショッピング。数か月の間に、○○病院、△△児童相談所、中国の□□治療院、アメリカのドーマンまで行った、といろいろかわっていれば、この人の混乱状態、必死の状態が大体想像がつきます。

必死の時期に、口の中を見たら、虫歯がいっぱいで、汚れている「お母さん、歯磨きをしたら、おやつを制限したら」と言っても、必死の方向、目的が違います。今、正常にしたり、障害の軽減・克服、日常生活の自立に必死になっている場合には、我々歯科サイドまで目を向けてくれないので、ぶつかりあいます。

この時期に、虫歯が出来て、子供が可哀相だから治してほしいと思って、自発的に来る方は、比較的少ないです。大体、保健所の健診で指摘されたから来た、そこで余計な、生活指導、口の中の問題をいちいち指摘されると、頭にきてしまいます「あの先生は、うるさい事ばっか言う」「能書きばかり言って、治療してくれない」という事になって、ドロップアウトしてしまいます。

⑤疲弊の時期…乳児期後半

お母さんが、家事をおろそかにして、病院とか訓練施設とか、あっちこっちまわっても、人間２年３年続きません。そうすると、母親は、心身共に疲れます。

この時も、自発的には来ません。保育園の健診で言われて、学校の先生に言われて来るというのが、多いです。一般論ですが、この時の保護者の状態は、髪の毛の手入れ、お化粧の仕方、洋服の着方、表情は下向き加減で、比較的目を合わせない、何かある時には、目は合わせにくいです。衛生士さんや先生が「せっかく治しても、また虫歯になるから、１日３回歯磨きして下さい」と言うと、目を合わせないで下を向いて「はい、わかりました、やってみます」次にきた時「頑張ってますか」「はい、一応」「また、歯磨き頑張って下さいよ」「はい、頑張ります」それだけです。この時期の親御さんは、疲れてしまって、口答えする気力も無くなってきます。家庭の中では、変化は起きていません、家事の合間にボーとしているだけ。

疲弊の時期は、小学校に上がる前あたりにきます。この時期に、お母さんに、大きなストレスを与えたり、挫折感を与えると、疲れて、思考力が無くなっているので危険です。我々としては、気を付けなければならない２回目の危険な時期です。

ほとほと疲れている時に、追い打ちをかけるような指導をしたら、挫折します。「あんたの育て方がこうだから、この子はこんなにひどい虫歯になって駄目なんだよ、あんたしっかりしなさいよ」なんて言ったら大変です。

一つの例ですが、脳性マヒの娘さんを、20才まで、お母さんは家庭で、一生懸命療育をしました。この子が、施設に入って、ある程度自立できるようにという事で、自分の人生設計で20才を、一つの区切りとして頑張りました。ところが、養護学校を卒業して、施設通所したのですが、思うように社会生活が送れない。そして、ある医療機関で「脳性マヒの症状が少し進行しています、側弯、筋萎縮が進んでいます。そのうち、頚椎の痛みが出てきますから、整形的には鎮痛剤を飲んで生活するようになります」と言われたら、それが引き金になって、帰りに電車に飛び込んで親子ともども亡くなった。という事があります。疲れ切って、最後に定期健診で医療機関に行って、それが引き金になってしまった。だれが悪いわけでも無いのですが、最後に不幸な結果になってしまった。この時期を、どうやって受容してあげるか。

こういう時、我々歯科医療として、やっていく方法、疲れ切っている母親に対して、どうしたら良いでしょう、どう関わりをつくっていけば良いか、どういう態度で接していけば良いでしょう、自分だったらどうしてほしいかといった、共感性。みんなが納得できる答えは、ないでしょう。

心身共に疲れ切ってはいるが、我が子の口の中が汚れて、虫歯があれば気になって連れてくる。そんな時「お母さん、疲れているみたいだね、もしよかったら、待合室で休んでいてもいいよ」「当然、傍にいて、見ててもいいよ」そして「僕ら、やれる事は、お子さんの口の中、病気だから、まず、これ治しましょう、それから口の中汚れているから、きれいにしましょう。それなら、いらっしゃれますか」と聞きます。そうすると「はい、なんとか来てみます」最初に、お母さんに、プラークというのはどういうものか、今日治す齲蝕が茶色で神経までいっていて、食事の時に手で押さえていたのは、痛みがあったんじゃないか。と説明をして「お母さん、見ていていいよ」といって治療する、そして余裕があればPMTCできれいにして、「どうだろう、お母さん、これだけきれいになれば、お口の中がさっぱりして、きっと気持ちいいよ」と言ってあげます。お母さんは、疲れている中にも、我が子の病気が治ったという安心感、愛情本能、母性本能、口の中がきれいになったという清潔本能、それから新しいものを知り得る喜び認知本能が満たされ快感、喜びを感じるようになります。

清潔本能、頭を洗う、爪を切る、耳掃除をする、といったきちんと管理され、清

潔にしてもらう事に対して快感を覚えます。

認知本能、新しいものを知り得る喜び、虫歯の状況、神経の穴の状況、神経の根この入り口、填め物をした状況、口の中がぴかぴかに変わっていく状況、そういう状況変化を正しく認識させる事によって、母親は喜びを感じるようになります。

我が子に対して、これだけ先生、衛生士さんがやってくれた、という事が原動力になって、何回か通ううちに、口の中の健康、清潔になっていく姿に喜びを見いだしてくる。これが、１年かかるか２年かかるかは、お母さんのダメージの度合い、こちら側の働きかけの頻度と質、内容も関わってきます。

疲れ切って、側に居るのも大変なのに、無理矢理「そばで見ていなさい」というのも苦痛です。また、我が子が泣いている姿を、見せられるのも苦痛です。ですから、その母親の性格、今の気持ちを汲み取ってあげる事が、大切です。

=、ショックの時期

就学時健診で、我が子の生涯がもう一度、確認されます。そして、関門にぶつかり、社会的な制裁を受けます。

母親は、健常児と一緒に、普通学級で統合教育を受けさせたい。ところが、教育委員会から「あなたのお子さんは、養護学校が良いですよ」「普通学級は難しいですよ」といわれる。それに対して、母親が納得していないと、すぐに怒りの時期がきます。

=、怒りの時期

３～４月に定期健診で来た時に、何気なく「あ、今度小学校入るの、どこ行くの」と聞いてみます、するとすんなり納得している場合は「墨田養護へ入りました」となりますが、納得していない場合は「先生、聞いて下さいよ、今ね、教育委員会と喧嘩しているんですよ」「どうして」「私は、こういう理由で、ここへ入れたいと思っているのに、教育委員会は許してくれないので、今掛け合ってるの」という事で、非常にイライラしている時期がくる場合があります。

激しい場合には、住所を変更して、ある区から別の区へ越境して、学校へ入れる、という手段をとるお母さんもいます。

=、必死の時期

早く学校に慣れさせよう。他の子に追いつかせよう。教育委員会が養護学校に押し込めたんだから、そこで、なんとか発達を促進させよう、自立させよう。集団生活に、早く慣れさせたい。そして、今までの足りなかった所を、学校に期待して、発達が促されるんじゃないかという期待のもとで、必死になります。給食の時間になると、お母さんが一緒に行って、食べさせたり、朝夕の送り迎えをしたり必死です。

この時期に、私達はどう関わったら良いか、どういう指導をしたら良いか、よく考えてみて下さい。

＝、疲弊の時期…小学校３～４年生頃

小学校の２～３年生位になると、生活リズムが落ち着いてきて、学校に慣れてきます。そして、学校に期待していても、やっぱり無理かなという、諦めが出てきて、疲弊の時期が来ます。

＝、諦観の時期…小学校中高学年

学校に入れてみた、けれども結局何の変化も起きない。今まで、我が子を正常にさせよう、障害の軽減克服という事でやってきたけれども、やっぱり無理だったんだな、という事で、無欲、無関心な、諦めの時期を迎えます。

⑥荒れの時期

思春期。障害児でも、３／５は、荒れると言われています。思春期は、身体は大人になっていく、心はまだまだ未成熟という、心身のアンバランスがあって、荒れる、と言われています。

両面価値（アンビバレンス）の時期、ある時は、子供のように甘え、ある時は、大人として接してほしいと言って反発する。自分の心の中で、いつまでも子供として甘えていたい、という面と、早く大人として、一人前になりたい。という両面が、交差します。この時、親は両方受け入れてあげなければなりません。突き放すだけでもいけないし、甘えさせるだけでもいけません。非常に、難しい時期が来ます。

⑦ショックの時期

高校を卒業する時に、今度は施設を探さなければならない。施設入所に伴って、母親はもう一度、ショックの時期を繰り返します。

→必死の時期

施設入所が決まれば、母親は必死になります。しかし、必死の時間はどんどん短くなります。過去には、２年間だったものが、年をとってきますと、相対的に短くなってきます。

→疲弊の時期

通所生活に慣れてくると、疲労の時期がきます。

そしてまた、ショックの時期を迎え、何回もそうやって、循環していきます。

だんだん、循環していく中で、人間は消化されていきます、そして、人間性の幅のある親に育っていった場合には、施設入所で親子が別れる時、うまく別れるようになります。子供さんが40前後、ご両親が60過ぎてから、施設入所の問題が最後の関門として出てきます。この時が、第３のリスクの時です。

すなわち、閉鎖型の、一生閉じこもって、社会にあまり開いていかなかった母親は、最後まで、子供を自分と一心同体という形で、見続けます。訪問看護の人、市役所の人に「施設入所どうだい」と言われても「今更、社会にはお世話んなりたくないですから」「今頃になって、社会に頭を下げてお願いしますと、言えません」「私と彼女は、一心同体ですから、最後までこのままいきます」という形で、一つの結末の方に

向かっていきます。

それに対し、ここまで何回か受容段階を通り越して、消化できた親は、ある程度達成感が満たされます。我が子に対して、やれる事はやった、社会ともいろんな関係で、教えられたし、勉強も出来た。そろそろ、我が子も社会に出して、社会のお世話になっても、いいんじゃないか。という事で、30〜40の時に、計画的に、宿泊訓練を重ね、その中で徐々に、通所から入所へ、手続きを踏んでゆきます。最終的には、親子が自己実現できて、母親は母親、父親は父親として、その後20年間なり30年間なりの生活を、自分の生活で生きてゆける、という形になるわけです。

これは、健常者、特に育児ノイローゼになっている母親にも共通する事項だと思います。また、ここに挙げた年令、時期や期間は参考ですから、ずれます。これが、私達にとって指導、治療の際、母親との協力関係を得るために重要なポイントになります。

介護保険では、アセスメントとして本人の評価が重要視されていますが、実は介助者である奥さん、職員達の心理状態が重要です。これから、夫婦二人でのんびりやっていこう、という時に片方に脳卒中で倒れられて麻痺になったらどうでしょう、がたっときます。怒りといっても、もう60過ぎていますから、極端な怒りは出しません、けれども悲しみは続きます。そして、一時期は必死になります、けれど体力、気力が持ちません。そのうち、疲れてきます。脳卒中で倒れられた時、まわりからの援助や、正しいドクターの関わり方が出来ていれば、心が開けて、なんとか脳卒中を持ったご主人と、生活を共にしていこう、という方向でいくのですが、そこら辺の最初の解決方法がうまくいきませんと、不幸な結果になってしまう事もあります。

4 家族内問題解決処理能力

家族療法で問題にされている面ですが、家族の中で何か問題が発生した時に、それを処理できる能力があるかどうか。

例えば、今、障害児の子供が、思春期で荒れている。この問題に対処しようと思うが、家族の中に違う問題が発生した、その結果、この思春期の我が子に対する処理能力も低下してしまう。

例えば、ご主人の単身赴任、病気、そうすると子供の世話と、ご主人の世話の二人抱え込む事になります。

兄弟の受験、これも疎かに出来ません。

寝たきりのお年寄りが来た、お祖母ちゃんを、面倒見なくてはならなくなった。

兄弟姉妹の結婚問題、結婚について、本人同志は希望しているのだが、障害児がいるという問題があるので、家族間でうまくいかない。

こういった問題が出る事によって、家族の中での問題処理能力が落ちます。ですから、私達は、指導、または、ケアのプログラミングをする時に、この家族に、処理能力がどれだけ備わっているか、それだけの余力を持っているかどうか、ここが重要な

問題になります。

Ｑ、家族内問題解決処理能力を、どうやってチェックするのか。

Ａ、問診とアンケートからわかります。

問題志向型問診（ＰＯＳ、Problem Oriented System）

例えば「今、受験の子いるの」と聞いて「いるんですよ先生、それで大変なの」その、大変と聞いたら「じゃあ、何、お母さんか誰か、こうなっちゃってるの」と聞いて、だんだん問診を深めていくと、状況が読み取れます。

３、医療者側の問題点

１医療者側が医療の目標をどこに設定しているのか。

開業したての場合、経営が成り立たないと歯科医院としてやっていけませんから、経営は重要な問題です。

患者さんの、どこを目標において対応していくか、診療計画を立てていくか、医院をどのような方向に持っていくか。それによって、目標の設定がいくつかあります。

２診療システム

それぞれの医院で、診療システム、教育・研修システム、カルテ管理システム、受け付けシステム、といったものがありますが、これらも、患者さんにとって解りやすい、何か与えるものがある、患者さんサイドに立ったシステムなのか、医院スタッフサイドに立ったシステムなのか、によっても違います。

目標を具現化させるためのシステム、すなわち、患者さんのＱＯＬを高めていくためには、診療システムで、どういう工夫、考慮点を作っていったら良いのか、という事です。

３接遇態度

患者さんや保護者にとっては、医院のスタッフが、どのように接していくのか、これが一番大きな問題になります。

私達も、患者、保護者への関わり方、接遇に関しては、研修を通して伝えるのですが、なかなか全員揃って同じ考え方、気持ちというのは、難しいです。でもそれを、できるだけ多くのスタッフ、多くの人達が同じ方向に、向いていくという事が必要かな、という気がします。

医療従事者が、患者さん保護者に、どのように接したら良いのか、という事は、答えは無いと思います。一つの例ですが、徳島大学に長年、障害者の療育に携わってこられた、高松鶴吉「療育とはなにか（ぶどう社）」この先生が、長年障害者医療をやってきて、定年退職にあたって、振り返った時に、一番大切なものは何かというと、患者さんがどうだとか、問題点を指摘したり、モチベーションを与えるためにどうしたら良いか、そんな事も大切だけれども、それより以下の点が大切だったと、おっしゃっている。

①情念を持て…「情熱」「信念」

医療従事者は、まず情念を持ちなさい。

患者さんに対して、医療・療育に携わるのなら、まず、あなた自身が情念を持ちなさい。すなわち「情熱」と「信念」を持ちなさい。

もしあなた方が、病気になって病院に行った時に、看護婦さんや担当医師が、治療、介護、指導に対して、何ら信念も、熱意も、考えもない、そうだと、治る病気も治らなくなったり、本当にこの先生、病院で良いのかなと、不安になります。やはり、医療従事者が信念を持って、情熱を持って接してくれた方が、病気を持っている人達にとっては、安心できるし、快方に向かう可能性は出てきます。

②哲学…「思想」「概念」

医療従事者は、哲学を持ちなさい。哲学を持って、いろんな思想、概念に触れなさい。いつも、考える習慣をつけなさい。常々、考えていると、自分の臨床、療育の中で、その人自身が成長する。また、気持ち、考え方が広くなって、受け入れが出来るようになる、という事です。

③科学…「知識」「技術」

専門家としての、知識と技術を持ちなさい。私達は、専門家で、人に関わっていく、あるいは人を動かす仕事で、そういう職業である以上は、それなりの知識と技術を持ちなさい。

ですから、今までの歯科学という知識と技術以外にも、人間関係学、心理学、カウンセリングといった事も、対人関係をする上で、知識として持つ必要があります。その他にも、インプラント、歯周組織の再生といった、新しい知識、技術がどんどん出てきます。その中で、自分が出来るもの、自己実現できるものを選びながら、患者さんの幸せ、世の中の為という事を、ドッキングさせながら、自分の方向性を見つけていかなければ、いけないと思います。

④システム…「ネットワーク」「チームワーク（チームアプローチ）」

⑤人間性、人格

高松先生は、言っていませんが、最後はここにいきつくと思います。どんなに、能力が低くても、母親は認めてくれます。

4 対応の基本理念

毎日、診療していく上で、どういう点に気をつけて、診療をしているか。

①医療過誤を起こさない。

②患者との信頼関係を大切にする。

③患者とのコミュニケーションをとる。

障害者歯科になると、これらに加えて、以下の点が必要になります。

①リハビリテーション…「全人的権利の獲得・再獲得」

「人間らしく生きる権利の獲得・再獲得」

人間としての権利を、発達障害者の場合は獲得、脳卒中で中途障害を持った方は再獲得してゆく。

先生方が、９Ｆの臨床で患者さんと接する時に、障害があるがゆえに、私達は本当に、差別・特別視することなく、彼女等が人間らしく生きるための権利を、守って接しているかどうかを、常に考えていて下さい。

例えば、自分である程度、うがいが出来るのに、コップをずっと持っていてあげたり、エプロンをしてあげたり、ユニットからおりて、靴を履いて、身の回りを整える時間をあげなかったり、受け付けや会計でも自分である程度出来る範囲があるならば、彼らが人間らしく生きるためには、そういう働きかけを我々も忘れてはいけない。ですから、全部やってあげる事が、果たして、その人にとって、権利をちゃんと見守ってあげる事になるのかどうか。

逆に、説明しても解らないだろうから、一々声掛けとか症状説明しないで、治せば良いのか、というとそうではない「今から、お口の中、拝見します」「お薬を貼けますよ」「１時間位しびれてますよ」という、気持ちが必要です。そのような気持ちにのっとって関わっているか、対応しているかを、常に考えていて下さい。

②ノーマライゼーション…「ごく普通の生活と環境」

ノーマライゼーションという考え方で、対応しているかどうかが問われます。

障害児が来た時に、安易に全身麻酔で処置しようとしたら、これは特別な手段で治療しようという考えですから、ノーマライゼーションの考え方には沿っていない、という事です。

そして、障害児だから飯田橋のセンターで診てもらえばいいんだ、という事で、センターで、ずーと診るというのも、ノーマライゼーションの基本的な考え方にはのっとっていません。というのは、彼らは、できるだけ特別な手段、特別な方法、特別な場所、特別な人達に関わるのではなく、ごく普通の場所、生活空間、環境の中で、生活する権利があります。

ですから、センターで特別な処置方法で、治療をずーと受けるという事は、ノーマライゼーションに反しています。センターで練習して、自分が住む地域の医院に、自分の考えで関われる、または介助者の手助けで、治療が出来るようになる。床屋さんに、行けるようになる、映画館に入れるようになる、といった、ごく普通の一般の人達がしている、普通の生活を設定してあげる、これがノーマライゼーション。彼女たちを、正常にさせる事がノーマライゼーションではなく、環境設定を整えてあげる事が、ノーマライゼーションの基本的な考え方です。

③ＱＯＬ

我々が、接していく上で、生活の質、生命の質、人生の質、それらを向上させるように、働き掛けているか、それを考えて接しましょう、という事。

④自立・自律的生活

自律。自己決定です。自分の意志・考えで、行動したり、何か決めたりするという事です。自律的生活。今、グループホームで、障害者の人達が、自分の考えで、自分の能力を最大限に活かして、グループで生活する、という事が多くなってきました。

自立。人間として、自立していく。身辺処理の自立。社会的自立。

私達は、診療する中で、この人が少しでも、自立する方向へ関わっているかどうかを、振り返らなくてはなりません。例えば、エプロンの着脱、うがい、受け付けや会計の支払い、予約といった事を、自分で出来そうな能力があれば、少しずつやらせていく、そのような自立的な働き掛けが、障害者歯科にとっては、大切です。

⑤自己実現

患者さん、あるいは、その保護者が、自己実現出来るような環境整備。

例えば、摂食機能訓練をやって、少しでも食べられるようになれば、学校でも、施設でも、食事を摂れるようになる。あるいは、ちょっとした介助で食べられるようになる、そして自分の能力を最大限に活かして、自分という人生を歩んで行けるようになる。

これらは、私達の努力目標です。障害者歯科をやっていると、診療におわれてしまって、一々今の患者にとって、リハビリテーション、ノーマライゼーション、ＱＯＬ、自立、自己実現を考えていたかと考えると、診療がなかなかおいついていかない、けれど、基本的には、私達は、障害のある方達、子供、お年寄り、あるいはそれ以外の人達と、接する場合は、この考え方を念頭において、対応していきたいと考えます。

４、社会、福祉行政上の問題点

社会環境、社会生活の中での偏見、差別、社会資源の不足。

社会資源の不足というのは、作業所、授産施設が少ない。また障害者を雇ってくれる企業が少ない。そのような、問題です。トイレ、エスカレーター、エレベーターも社会資源の範疇に入ります。

福祉行政は、ボランティア組織、介護、訪問看護いろんな面で、まだまだ日本は、遅れていると言われています。行政上も、縦割りと横割りが複雑に絡み合って、効率的に運営されていない、という問題があります。

［症例］…「人」を見る「生活」を見る、というのが今日のメインテーマです。

11才、女児。

予診の場面、患児は最初ニコニコしながら、椅子に座って、大竹先生と母親の話を聞いている。衛生士から、歯ブラシを渡されるが、箱から歯ブラシを取り出せずに、歯ブラシを投げ捨て、母親に噛みつきに行く。母親は「何もしてないじゃないの」と言いながら、腰を浮

かして逃げる。

過去に歯科医院を何回か受診したのだが、うまく出来なくて、泣いてあたって、パニックになったという状態です。主訴は、齲蝕。

〇問題点の捉え方

目標を達成するためには、問題点、悩みをどう捉えるかという事が大切です。

１、問題点

１初めての場所で、ビデオを撮られながら、大竹先生、衛生士さん、見知らぬ人の前で、実は、歯ブラシを箱から出すという課題を、提示されています。不安や緊張が高い所へもってきて、彼女の能力以上の課題が出されてしまったわけです。

初め、座っている時には、日常性の原理で、椅子に座ることは慣れていますから、平気でした。歯ブラシの箱を渡されて、剥き始めたら、イライラしてきて、最後にパニックが起きました。緊張している状態で、高い課題を出されて、パニックになったのです。普段の生活においても、思い通りにならなかったり、課題の質によっては、パニックになって、お母さんに向かっていくという事です。

２過去の治療が、うまくいかなかった。という経験があります。

３お母さんは「何もしていないじゃないの」と言い、途中から、椅子をずらして、逃げ腰になっています。もうそろそろ、この子パニックを起こして、私に向かってくるな。という危険を察知したから、ずれたのです。お母さんの、そういう感情を、一番身近な、生活をともにしている、彼女に感情移入をして、その通りになってしまいます。

大きな、自閉症の子が来て、あー恐いなーと思っていると、初めて会う衛生士さんに向かってきます。自分が、そう思ってしまうと、その通りになってしまいます。

対応面では「開けてあげようか」「手伝おうか」「もうちょっとだね」「がんばんなさい」「落ち着いてやんなさい」といった、言葉掛けが全然無いです。ここら辺の、お母さんの関わりにも、少し問題があるかな。というのが、見えてきます。

２、悩み

お母さんは、原因不明のパニック、思うとおりにならないパニックとがあって、困ってしまう。

３、目標

１不安除去～歯科治療に慣れさせる。

２パニック除去～パニックが除去できなければ、齲蝕処置や予防指導は出来ない。

３保護者に対する指導で、診療中に感情移入は避けましょう。日常生活では、関わりをそろそろ、大人として関わった方が、いいんじゃないですか。そういった、アドバイスが、入ってくるのかもしれません。

４、具体的方法

不安除去、歯科診療に慣れさせる為には、具体的にどういった方法をとっていくか。見学をさせる。プレイルームで、歯磨きをさせる。ユニット上で、歯磨きをさせる。

洗口場で、問診を始める。といった、いろいろな不安を取り除く手段が、出てきます。
～治療への段階的アプローチ、脱感作

目標を達成するためには

１情報を的確に把握…問題点、患者、母親、生活 ↑ ２関わり形成…母親との関わり ３適切な診療計画と実際の指導、治療 chair sideでの教育

↑↓
チーム医療＝専門職種による関わり
診療システム＝関わり形成（信頼関係を構築できるシステム）
情報収集が出来るシステム
↓
介護者を共同療育者へ育成

１情報を的確に把握…問題点、患者、母親、生活
患者、母親、生活上の問題点を、どうやって捉えるかという事。
２関わり形成…母親との関わり
問題を的確に把握する為には、母親と関わり形成が出来ないと、うまくいかない。心を開いてくれなければ、情報は得られない。何か心理的受容段階で悩んでいるか、疲れ切っているか、そういう状態の時に、こちらから一方的に質問しても、教えてもらう事は出来ません。
３適切な診療計画と実際の指導、治療…chair sideでの教育
診療計画の目標を、どこにおくかによって、内容が変わります。問題点によって、目標が変わります。問題点をしっかり捉えて、それにあう目標の設定。目標によって、具体的な方法も変わります。

目標を達成するためには、関わりをうまく作って、情報を的確にとって、適切な診療計画を立てて、妥当な指導、治療を行なう。そうする事によって、目標を達成するのだが、そのためには、先生、一人では、なかなかうまくいかないので、チーム医療、診療システムという、問題が出てきます。
先生一人で情報を得たり、関わりを作るより、衛生士さんと二人で情報を得たり、衛生士

さんと共同歩調で、悩んでいるお母さんに、少しずつあたっていって、だんだん歯科医師の方に信頼を寄せるように、衛生士さんが働き掛けたり、先生と衛生士さんが二人で予防計画、疾病治療計画を立てたり、というチーム医療がこれから、どんどん必要になってきます。

我々が、何か問題点を解決しようとしたら、患者さんが成長したり、発達するまで待っていると、時間がかかりすぎます。ところが、長い時間かかりますけれども、家庭の中で、保護者が共同療育者として口腔ケア、摂食、言語訓練を、やっていただければ、いつかはその芽が出てきます。

人間関係ですから、好き嫌い、話せる人と、話せない人があります。若い男の先生、若い衛生士さんには、何となく家庭、夫婦の事を話せなかったり、という事で家族内の問題処理能力、育児の方針等を、話せない場合が、あるかもしれません。このため、チームで関わるという事が、大切になってきます。

私達は、医療者として目標をしっかり持つ事、システムをしっかりと確立させる事、いろいろな問題を抱えている人達が来ますので、その人達に共同療育者になってもらうためには、関わりをきちんと作って、情報を的確に把握して、そしてその情報に基づいて、お母さんが、実現可能な計画を立てる、という事が大切です。

生活まで考えると、歯科医療で何が出来るか、どういう指導が出来るか、という問題が出てきます。自分のやれる範囲で、それでは、不安の除去は予防の歯磨き指導から始めよう、齲蝕処置はこのような手段でやっていこう、というように考えていただければ結構だと思います。

そして、一つの目安として、２週間に１回位治療を進めていって、３ヵ月間様子を見ていってください、１ヵ月に１回では駄目です、１ヵ月に１回、３ヵ月といったら３回しかお会いできない、３ヵ月間様子を見ても、行動変容が見られなければ（患者さんが、なかなか変わってもらえない、協力性が得られない、パニックが継続してしまう、あるいは、どんどんひどくなる）、こちらの指導方法や対応がまずかったのではないか、あるいは家庭環境の中で、母親が変わっていない、家族の中で問題がある。という事が考えられます。
この場合には、もう一度見直して下さい、考え直して下さい、チェックをし直して下さい、問題点を整理し直して、目標の設定、アプローチを考えて下さい。

それをやらずに、６ヵ月、最悪の場合は１年位引っ張ってしまうと、歯医者さんに行って、麻酔とかタービンを見て、わーと泣いて暴れる、そしてネットで押さえられて、またわーと泣く、という条件付けで、歯医者さん＝ネット＝怖い、というのと、あるいは、わーと泣いて暴れてパニックを起こすと「今日は、泣いて、暴れているから、終わりにしよう」
何回か、そういう体験を通して、パニックを起こすとそれ以上されないという、その場から逃避が出来るという、条件付けがされてしまう事があります。

基本的には、深追いとか、深入りは避けなければいけないです。ですから、２～３週間の間隔で、こまめにお会いして、３～４ヵ月見たにもかかわらず、変化が現われない、あるいは、マイナスの変化が出てきた場合には、もう一度考え直すか、早く専門機関へ紹介したほ

うが、良い場合もあります。後手後手にまわって、どうにもならなくなって紹介して、紹介先ではこういうように変化したにも関わらず、なぜ前の医院ではこうだったのか、なぜ早く紹介してくれなかったのか、という事で問題になる場合もあります。

先生方が、本当に熱心に考えて、一生懸命やった場合には、大体半数は何らかの形で良くなるか、あるいは、ある程度出来るようになります。３ヵ月までやって、駄目になるというのは３割位です。

障害のある方が来て、簡単な問診をして、レントゲンを撮って、口腔内診査をして、下手をすると、次からもう治療に入っていく、そうすると、彼という人間を十分理解できない、どういう生活を送っているのか、どういう時にパニックが起きているのか、そして母親が、どういう気持ちでいるのか、どういう対応をしているのか解らないまま、情報を得ないで、治療に入ってしまうと、当然、出来るものも、出来なくなってしまいます。時間におわれて、次の患者さんも待っている、早く済ませなくてはいけない、あせってきます、
そうやって、どんどん悪循環で、感情移入に走って、治療もうまく出来なくなってしまう。ですから、ちょっと時間を割いて、ゆっくり問診をしたり、何回かトレーニングを積んでいただければ、最初は駄目だったお子さんも、おそらく半分近くは、ある程度の所までは、診させてくれます。

実は、治療が困難な症例というのは、口腔内に過敏がある感覚異常、この場合は口腔内の過敏を脱感作しない限り、治療は出来ません。また、原始反射、病的姿勢反射があって、ちょっとした音、姿勢の変化でATNRが出るような患者さん等は、困難症例です。こういう症例を、いきなりやるのは無理です。

本当に難しいケースと、それから、ちょっと時間を割いて、問診して、情報収集をして、お母さんの理解を求めて、少しずつ進めていけば、なんとかなるというケースがあります。そこら辺の、見極めは、関わりを作って、情報収集をしていくと、だんだん読めてきます「ああ、これは、ちょっと、やっぱりうちじゃあ無理かな」そこで「情報を伺って、こういう結果だから、もしよろしければ、こういうセンターはいかがですか」と言ってあげれば、多分、保護者は、納得されるんじゃないでしょうか。診ないで、話も聞かないで、追い返されるよりは、ちゃんと診てもらって、話を聞いてもらって、こういう理由だから、
飯田橋のセンターとか、大学病院に行ってください。という事なら、多分、納得すると思います。

Step. ３　診療システム

ここから先は、先生方が、９Ｆの診療室に上がっていった時に、実際にもうやる手続きです。

part.１ 予診

診療システムの、最初は予診という形で、患者さんに、来ていただきます。

先生方は、直接、予診はとりません。予診ビデオを撮りますので、それを、ご覧になって、情報を整理します。本当は、先生方にとっていただくのが、最初の入り口ですから、良いんですけれども、患者さんの個人情報とか、教育研修と言うと、研修はお断わりします。というように、なってしまいますので、十分モチベーションを与えて「じゃ、お願いします」という形で、協力していただいています。

１、予診の目的

１患者の振り分けの場

患者さんの能力等、いろんな話を聞いて、必要に応じて、一次医療機関に逆紹介する、あるいは三次医療機関に紹介するという形になります。

もう一つ、担当スタッフの振り分けも、行なっています。

２関わり形成の場…傾聴、受容

ここで、関わりが出来ませんと、次の初診、保護者研修でドロップアウトしていってしまいます。しっかりと、傾聴し受容する、という問題が重要です。

大竹先生が、ビデオの中で、どのような関わり形成をしているか、どこでモチベーションを与えているか。それが、非常に大切です。この保護者が、どこに感銘を受けたのか、あるいは、どこで何をきっかけにして心を開いてくれたのか、それを知るというのは、今後の初診、初診以降に先生方がアプローチする、一つのきっかけになります。

ですから、ビデオを最初から最後まで、よーく見てみると、ある所から保護者の表情が急に明るくなって、話し方が多くなる場合があります。そうすると、その前に、どういう話をしているか、どういう関わりをしていたか、それが一つの参考になります。これを、もしビデオで捉えられるようでしたら、分析してみて下さい。

３問題点の概要把握の場

予診というのは、大体45～60分間かけて、予診室で行ないます。ここで、あらゆる情報を一度にとろうとすると、無理があります。ですから、ここでは、問題点がどこに潜んでいるか、その大枠の所をつかめばよろしいです。

例えば、問診で、保護者の上にお祖母ちゃんがいらっしゃる、でお祖母ちゃんが寝たきりだとします、普通ですと、ファミリーヒストリーとして、お祖母ちゃん、いつ頃から、どういう症状で、家庭ではどういう介助をしているか、と聞きますが、それを、一つ一つ問診していくと、時間が無くなってしまいます。ですから「ああ、じゃあ、おうちに寝たきりのお祖母ちゃんがいらっしゃって、大変ですね」「はい、

そうです」と確認できたら、家族内問題処理能力に、少しの点で問題がある。どういう事かというと、同居人に寝たきりのお祖母ちゃんがいらっしゃる、という問題点の概要をつかむわけです。

それから、生活の内容を聞くと「うちは、おやつを無制限で欲しい時にあげてます」「どうしてですか」「いや、欲しがるから、ついあげちゃうし、自分で勝手に冷蔵庫や茶だんす開けて、食べてしまうんですよ」というのを聞けば、間食や食生活に、問題があるなというのが、見えてきます。

次に歯科治療を、転々とやってきて、あちこちで、診てもらえなかった、泣いて暴れて、大変だった。そうすると、ここに歯科診療の対応上の問題が見えてきます。

このように、家族の問題、間食の問題、対応上の問題と、大きい部分をしっかりと押さえ、初診の時に、それぞれの領域ごとにくわしく聞いて、情報収集をします。そうしないと、時間が無くて、診査までいけなくなってしまいます。

4 動機づけの場

ビデオで見ていただけます。どのような、見方をするかというと、入室から退室までの、患者、保護者の表情、行動を見ていくと、動機づけされたかどうかが、解ります。

緊張して入ってこられた、でも退室する時は、子供さんに「良かったね、今日来て、今日、上手に出来たね、偉かったよ」と言いながら、出て行くような場合は、大成功です。それから、お母さんが、朗らかで、明るくなって「先生、じゃあ、この次の予約、いつですか」と向こうから、予約を心配して聞くようになれば、これも成功です。

ところが、入ってきた時と同じように「はい、ありがとうございました」と、沈んで出て行ったり、子供の顔をじーと見て「なんで、あんた、お利口に出来なかったの、やっぱりだめねー」という感じの親は、動機づけが十分行なわれていない、途中で挫折する危険性、リスクが高いです。

ですから、ビデオでは、入退室の変化を見て下さい。

そして、もう一つは、言葉と表情が、合間合間に変わります。

例えば、問診の最中に「今まで、歯医者さんでは、泣いて暴れて、全然診てもらえなかったんですよ、椅子にも乗っからなかったんですよ」という問診事項がビデオに入っていたとします、その子に、先生が普通のテーブルの前で、歯磨きをして「ああ上手だなー」と言いながら、ユニットへ、手を沿えて、誘導して行って、ユニットへ乗せて、そこでまた歯磨きをする。歯磨きをして落ち着いた所を見計らって、横にする、横にしてまた歯磨きをする。そして、慣れさせる。横になって、歯磨きで慣れたところで「じゃあ、口の中きれいになったかどうか、鏡さんで見てみるよ」と言って、鏡で見てみる。診査が出来る。診査が出来たら、次にトゥースブラシで「じゃあ、きれいにお掃除しようよ」と言って、エンジンを入れられる。そ

して、タービンのシャワー、バキューム、３wayシリンジで、洗う事ができる。そういう、一連の流れを見ていると、お母さんが「あれ、今日はユニットの上に寝て、上手にやっているじゃない」というふうに思います、ユニットに乗る前と、おりてくる時の表情、そして「今日、〇〇ちゃん上手にできたね、偉かったね」というような言葉が、録音されていれば、大体これは動機づけされたなと、思っても良いです。

そのように、今まで苦い体験をしてきた方は、たとえ、見てもらう事や、器械をちょっと入れて、上手に出来る事であっても、比較的納得して、喜んでもらえる場合があります。そういう場合は、ある程度動機づけが出来たといえます。

動機づけの目的は、保護者研修に出ていただく事が、目的になります。

更に関わりを強めて、更に動機づけを強化していくためには、保護者研修に出ていただいた方が、良いです。

２、予診のとり方

１主訴、来院動機…訴え、＊要望を聞く

↑

かくれた主訴～全身麻酔を希望していたりする

母親にとって、一番の訴えですから、主訴を無視してはいけません。

主訴というのは、虫歯が出来た、痛い、などです。

要望というのは、この子を押さえないで治療してほしい。全身麻酔で早く終わらせてほしい。押さえ付けても、何でも結構だから、早く終わらせてほしい。という、かくれた主訴があります。このかくれた主訴を、きちんと把握しないと、何回か情報収集やトレーニングをしているうちに、母親が「先生、いつになったら、治療してくれるんですか」と訴えだします。母親は、基本的には早く治療して、病院から解放されたい、という要望があります。そのような、心の中に潜在的に持っている主訴を、見極めないと、ドロップアウトしたり、うまく関わり形成が出来なかったりします。

最初に来て、すぐに主訴を聞きます。そして、すぐに要望を聞いても言いませんので、20～30分かけて、心が開けてきたかな、リラックスしてきたかな、と馴染んだ頃、改めて「ところで、お母さん、今、歯磨きしてもらって、上手に出来るのは、解ったんだけれども、お母さん、これから、もし診療するとなった時、何か要望ありませんか。センターに希望とか、そういうのはありませんか」と振ってみると「先生、実は学校の紙をもらって、全身麻酔で全部やって欲しいんですけれども」と言い出す事があります、心の主訴として、全身麻酔という問題があるわけです。これを、私達が全然気付かずに、情報収集、トレーニングをやっていくと、どうしても、そこに、ずれが生じてきてしまいます。

これは、予診だけではなく、予防指導でも同じです。予防指導、口腔保健指導で、

お母さんに「歯磨きについて、どうですか」と聞くと「なかなか歯磨きが出来ない」「歯ぐきから、出血する」などと言います「じゃあ、これから指導するにあたって、私達、衛生士に何か、要望する事ありますか」と聞くと「簡単に教えて、すぐに終わらせて欲しい」「学校の都合があるから、きれいに磨くだけで結構です」そういう気持ちを、持っていたりします。その気持ちを、こちらでつかんでいないで、だらだら指導してしまうと、嫌がられて、うまく関わりが、出来なくなってしまう。

このように、主訴、要望が重要です。

○Dental History

この欄には、主訴、要望と一緒に、Dental History、歯科の既往歴を書き込みます。今までに、何回位、歯科医院を受診したのか、そして、どのような処置を受けたのか、診査だけだったのか、治療を受けたのか。そして、そこでは、どのような状態だったのか、ネットで押さえられた、開口器を使った、タオルケットで縛られた、あるいは通常下で出来た。そのような状況を、ここに書いておいて下さい。

２障害

①疾患名、手帳の有無、手帳の等級

疾患名は、例えば脳性マヒなどです。

手帳が無い、という場合は、気を付けて下さい。もし、ビデオの中で、大竹先生が「手帳ありますか」と聞いた時に「いや、手帳ありません、申請していません」と言った時は、要注意です。

これは、障害を正しく認識していなくて、障害者というレッテルを貼られるのが嫌で、身障者手帳、障害者手帳、愛の手帳を申請していない場合があります。

それから、もう一つは、お父さんの職業上の問題で、家族の中に障害者がいるという事が、知られてしまっては、困るという人達がいます。昔は、銀行員などは、そのように言われていましたが、今ではもう関係ありません。

それと、障害に対して、まだ受容しきれていなくて、拒否の段階で、手帳を受け取っていない、もらえない、という事があります。

②施設名、教育・指導方針

もしビデオでわかるようでしたら、施設名「○○養護学校」墨田、墨東、高島平、愛育学園など「○○作業所」を記入して下さい。

学校とか施設によっては、独特の指導方針を、持っている事があります。また、その指導方針を、信じ切っている、保護者がいます。我々は、施設名と指導方針を聞いて、母親が、今、これを信じているな、というのを感じた時に、そこを注意しないと、難しいです。

例えば、ある学校では「受容（すべて受け入れていく）」という教育方針で、教育をしようという取り組みを、やっています。これは、生徒が、嫌だと言った

ら、それ以上やらない、そして、何かしたいと言ったら、自由にやらせる、子供の思うがままの行動をとらせて、自発性、自立性、人間関係を育てていこう、という考え方です。お母さんが、これを信じて、家庭でも実践している、泣けばやめる、歯磨きを嫌がればやめる、おやつが欲しいと言えばあげちゃう、まだ寝る時間じゃないと言えば起こしておく。そうすると、この受容を取り入れている家では、歯科で治療する時、押さえるという事に、最初非常に拒否をします「先生、ぜひ押さえないで下さい」「子供が嫌がったらやめて下さい」こうなります。ですから、こういう受容を、養育方針としている家庭の場合は、歯科の治療が最初うまく入っていけないので、要注意です。

そういう事で、施設名、教育方針が、解れば知っておいた方が良いという事です。

③知的精神機能、コミュニケーション能力

理解力、表現力、これらは簡単に聞いておいた方が良いでしょう。

④日常生活動作（ＡＤＬ、Activity of Daily Living）の自立度

着衣、食事、就寝、身の清潔、排泄の５項目。

私達は、③以上に、こちらを重要視します。これは、総合能力を判断するのに、こちらの方が、有利だからです。大脳皮質系がやられていて、言葉が出なくても、例えば、犬や猫も言葉が無くても、ちゃんと躾はできます、それと同じように、ＡＤＬの自立度が高ければ、日常生活の中で対人関係、忍耐力が、自然に備わってきます。食事時間が待てる、お風呂に入っていられる、シャンプーで髪の毛を流す時に嫌がらない。

ＡＤＬの自立度が高いというのは、一つの目安になります。先生方が、電話で「自閉症なんですけれども、大変なんですよ」「言葉は、どうですか」「話せないんですけれども、理解はできます」「じゃあ、生活習慣はどうですか」「ほとんど自分で出来ます」この場合は、かなり適応能力が高いです。そのかわり、最初の関わり、一歩目が失敗すると、後々までそれを、引きずってしまいます。けれども、最初から、ステップを踏んで、ていねいに見ていけば、自立が出来ている子供さんの場合は、比較的適応しやすいです。というのは、幼稚園とか学校という生活の場、普段の生活の中で、もうすでに訓練されていますので大丈夫です。

⑤特記すべき疾患

予診の段階で、一番、気を付けなければならないのは、感染です。感染がある患者を、見逃してしまうというのが、一番問題です。後は、出血傾向、アレルギーといった一連の問診をすれば、よろしいです。

⑥特異的行動の有無

パニック、こだわり、といった行動があるかどうかを聞いて、記入して下さい。その時、５Ｗ１Ｈを頭の中に入れて、問診すると良いです。

「いつwhen、どこでwhere、だれとwho、何をwhat、なぜwhy、どのようにhow」

歯磨きの診査をする時も、いつ、どこで、どんなふうに、だれと歯磨きをするのか。

もし先生方が、自分のオフィスで初診をおとりになった時に「先生、実は、うちの子には、問題行動があるんですよ」と言われた時には、５Ｗ１Ｈを思い出して、お母さんに「いつ、どこで、どんな状況で、だれと関わると、なぜそういう行動がおこるか」そうやって聞くと、口腔内診査、レントゲン撮影をする時に、参考になります。例えば「この子は、赤ちゃんの泣き声を聞くと、パニックを起こすんですよ」と言われたら「今日は、あっちで患者さん泣いているから、要注意だな」というのが解ります。また「口の中を触られるのを、すごく嫌がるんですよ」と言ったら、今日はミラーの診査だけにしといて、レントゲンはフィルムでぐっと押すと嫌がるだろうから、今日はやめておこう。というように、判断できます。ですから、特異的行動の有無を、５Ｗ１Ｈ位で調べておくと良いです。

３Dental IQ

Ａ　Ｂ　Ｃ

低い　　良好

①食生活、間食の状況

②歯口清掃の自立、歯口清掃習慣の状況

この２点を聞いて、おやつも制限しているし、歯磨きもお母さんが、ちゃんとみている場合にはＣ、悪い場合はＡに、丸を付けて下さい。

E.Condition

Economic Condition、経済状況を、意味していました。

母子保健、生活保護、老人保健等を、昔は記載していましたが、今は、記載しません。

４所見

この欄は、真ん中で半分に区切って、右に歯式、左に所見を記載して下さい。

＊導入の手順

お母さん磨き→Dr磨き

→ユニットに連れて行く

→ユニット上で歯磨きをして、ミラー、探針バキュームを入れてゆく、この時、ここはお利口に出来ましたとか、バキュームの所から泣き始めましたとか、導入の手順を参考までに、書いておかれると、良いと思い

C_2　　C_3Abusess

ＥＤＣＢＡ	１２３４５６

ます。
＊口腔内の清掃状況
＊軟組織所見
　増殖性の歯肉炎を起こしている、かなり
　腫れている、等。
＊歯列、咬合関係

　ここら辺を記載しておいていただければ、よろしいです。
実際には、ビデオを見ながらですから、なかなかまとめきれない事もあって、先生方には、ご不便かけるのですけれども、わかる範囲で結構です。

５方針
　今後の方針ですから、目標に近いのですけれども、できれば、通常下にもっていきたい。歯磨きの自立を、促したい。おやつの摂り方を、なんとか改善したい。
このような方針を、先生方、衛生士さんとインストラクターで、よーく話し合って、どういう方針でこれからいくのか、書いていただきたい。

part. ２　初診 ―― 健康管理アンケート　予診の時に配布して、初診の時に回収します。
施設アンケート　}
一般検査用紙

個別研修担当歯科医師、衛生士が初めて、患者さんと会います。

１、初診の目的

１関わり形成…共感的態度

信頼関係を形成していくためには、まず最初に、前段階の関わりを築く必要があります。それは、共感的態度で、築いてゆきます。

２情報収集の場…問診、アンケート、行動観察

問題点の概要で、しぼられた所を、しっかりと、問題を調べてゆきます。

情報は、一般的には問診、アンケート、行動観察が中心になります。この３つの方法を、ぜひ臨床の中で、経験をしていただきたい、と思います。

３開口導入の場…診査、協力性を評価

初診では、レントゲンを撮ったり、口腔内模型を採ったり、スライドを撮ったりする場合も、出てきます。それから、実際にタービン、エンジンを入れて、トレーニングする場合もあります。ですから、初診では開口導入していって、診査をするという問題。協力度の評価をしていくという問題。

先生方も、オフィスで、初診の場合、信頼関係に配慮し、問診で情報収集をして、口腔内診査に入っていかれるのと、同じで、関わりを作って、問診、アンケート、行動観察をして開口導入の場です。

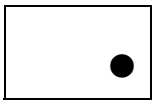
２、初診の流れ

１診療室への導入

待合室で衛生士さんが「今度、私が担当する衛生士の〇〇です」と自己紹介します。この際、ポイントは、前回の予診でどうだったか、予診以降、何か変わった事があったか、今日来る時どうだったか、そこら辺が、もしつかめれば最高です。衛生士さんとしては、役割十分です。

２身長、体重の測定

入り口から、一番奥の所に、身長計、体重計が置いてあります。日常性の原理で、身長、体重を測る事は、普段からやり慣れているので「身長測ろうね」という言葉掛けが、すんなり入って、一般的には不安、恐怖を起こしません。

→ 

前回は、予診室で予診をとったのですが、今回は新しい部屋、診療室に入るわけです。新しい部屋に、導入する際には、不安が強いですから「身長、体重測るのよ」と言うと「ああ、普段と同じ事、やってくれるのかな」という事で、ここに入って

きます。

入ってくる間に、まわりの情景を目で見て、音を聞いて、匂いをかいで、いろんな刺激を、入れていきます。そして、少しずつ刺激を高めていくという、意味でこのような仕組みに、なっています。

３自己紹介、事前説明→心の準備

目標、目的の明確化

「今度、担当する私は〇〇と申します。それから、衛生士は〇〇です」というふうに、自己紹介して、ここで事前説明が行なわれます。

皆さん方が、病院に行かれて、２回目の受診日だとしたら、どのような説明をされたら、安心するか考えて下さい。何も説明されないで、指示書だけぱっと渡されて「地下１Ｆ、どうぞ行きなさい」で、行ったら写真撮って「戻りなさい」と言われて、診療室の前で待たされて、何分かたって問診をして、ちょっと検査される、それでまた「待ってなさい」そうすると「今日、何時間位かかるのかな」「どういう検査を、どういう目的でやるんだろう」という事が、不安になり、知りたくなります。

事前説明というのは、カウンセリングでも、重要なポイントをしめます。一つは、心の準備をさせるのに、非常に重要です。もう一つは、今日の目標、目的を明確化するという事、これらが目的です。

ですから「今日は、１時間かけて、我々の方から、問診でお話を伺う事、それから、口の中を調べたり、もし時間があれば、レントゲンを撮ってみたいと思います。で、あと残りの30分は、衛生士の方から、歯磨きのお話を、聞かせていただいて、実際に、歯磨きをやっていただきます。今日は、そういう事を約１時間やって、終わりにしたいと思います」という事になれば、母親も予定がつきます。そして、目的がわかるわけです。この事前説明を、しっかりとやります。

４一般検査…問診

一般検査で、問診が開始されます。一般検査用紙の、№１～№８までは、健康管理アンケートと、内容が重複していますので、情報はアンケートをチェックすれば、わかるようになっています。ですから、問診は№９の一般状態の所からで結構です。

ａ身長、体重

自己紹介、事前説明が終わって、先生がここから問診を始めます「じゃあ、お話伺います」といって、先程、身長、体重を測ってありますので「125㎝、30kg」「まあまあですね」となります。

寝たきり、摂食機能障害、栄養状態が極端に肥満の状態か、痩せの状態かという患者さんが来た場合、カウプ指数、ローレル指数をだしておいた方が、良いです。治療前のカウプ・ローレル指数とある程度、３～４ヵ月たって治療した後、あるいは摂食指導をした後、栄養状態に変化がでた後の、カウプ・ローレル指数

には、差が出てきます。

カウプ指数　Kaup Index（乳幼児）

ローレル指数　Rohler Index（学童）

b 平熱、体温調節

平熱がポイントです、平熱が35.9°の場合には、生命維持機能が、かなり低いと思っても良いです。今、低体温の子供さんが、多いです。昔は、平均は37.1°位だったのですが、今は、36.2°位まで下がってきています。

一部の脳障害の人達には、体温調整が上手くいかなくて、普段寒い時に突然、三寒四温で、急激に暑くなると、体温調節が上手くいかなくて、ゆでだこのように顔がほてって、発汗はしないけれども、熱がこもってしまって、熱射病のようになって、体調がくずれる事があります。

染色体異常の患者さんの場合、易感染性が高いか、低いかというのは、問診でもある程度、予測がつきます。冬場で、１ヵ月に３～４回、風邪で寝込んで、熱を出す、といった場合、また虫刺されが化膿しやすいといった場合は、かなり易感染性の問題は、気を付けたほうが良いです。

問診から、個体の評価がかなり出来ます。例えば、ファローの四徴、ＶＳＤ（心室中隔欠損）の患者さんで、患者さんのコンディションを、知るためには、マラソンの制限、入浴、デパートなど人混みの中での時間、散歩の時間、距離、その辺で、心肺機能が、ある程度予測がつきます。10分位デパートの中を歩いて、途中から、そんきょの姿勢で座り込む、といった場合は、体力的に10分位が限度なんだな、それからお風呂に、ながくつかっていると、具合の悪くなる場合もあります。

チアノーゼ疾患で、どれ位泣いた時に、チアノーゼがどの位出るのかという事と、皮膚の鬱血、出血斑が出る場合があります。治療中、モニターが無くても、「あ、こりゃ、相当消耗しているな」という事がわかります。ただし、モニターがあって、酸素分圧を測ったり、心拍数を測って、チェック出来ればより良いです。

c 歩行状態

杖歩行、車椅子、独歩そういった違いが、記載されていれば良いでしょう。

d 話し方

会話…発語なし

一語発話（１才前後）

二語発話（２才前後）

三語発話（３才前後）

短文会話～短い会話が出来る段階

言語発達、知的精神機能の発達レベルの、一つの目安になります。一般的には、

一語発話が出てくるのは１才前後、二語発話が出てくるのは２才前後というように覚えておいて、結構です。そうやって覚えてくると、この子供さんの言語機能は、何才位に相当するかが、見えてきます。これだけで、発達年齢は評価できません。また、誤って評価してしまうと危険です。でも、一つの参考にはなります。

ｇ意識障害

欠神発作で、一瞬動きが止まる、一瞬ぼーとする、そういうものが、あるかどうかを、見ていただければ良いです。

ｈｉ視力障害、聴力障害

先生方が、問診で「視力障害、聴力障害ありますか」と、お母さん方に聞きますと「うちの子、障害児ですから、検査したことないんで判りません」と、言います。そうすると、今、目の前の患者さんに、視力・聴力障害があるのかどうか判らないです。このような時は、問診です。

「電話のベルに反応するか。テレビの音に反応するか。テレビの画面をどの位から、どうやって見ているか。公園で、お母さんの顔を識別して表情が変わったり、お母さんの方に向かって来るか」そういう問診が、ちゃんと出来ていれば、自然の生活の中で、視力、聴力の状態が把握できます。ですから、検査が出来なくても、きちんとした問診を行なえば、ある程度の能力は把握できます。

ｌ知覚障害

脳障害の患者さんの中には、聴覚が苦手、視覚的なものが苦手、感覚的に偏向、偏りがある、といった方がいます、ですから、お母さんに「味覚、触角、視覚、聴覚に、何か問題がありますか。例えば、歯磨きを嫌がるとか、何か音を聞くのを嫌がるとか」そういうふうに具体的に、聞けば答えが出てきます。

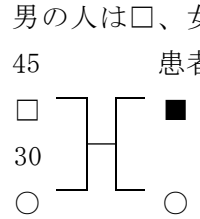
知覚障害があった場合は、これから治療していく時に、気を付けなくてはいけません。

一般診査の問診が終わると、アンケートの問診へと移行します。

５アンケートの問診

①家族歴　Family History

男の人は□、女の人は○で、普通の家系図を書く要領で結構です。



お父さんは45才、お母さんは30才で、子供さんが二人いて、妹さんが○で、男の子が□で、本人は斜線で塗り潰してというように、記入します。

⑦かかりつけ医

てんかん発作を、起こした場合、通常のてんかん発作ですと、お母さんに聞けば「ああ、これは普段と同じですよ」と判ります。ところが、ある年令から発作の形式が、変わる場合があります。発作を起こして、１～２分で終わって、更に

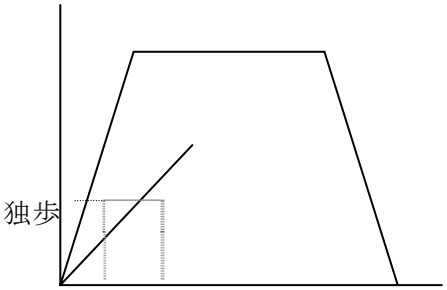
２～３分発作が続いて、また止んで、という重積型の発作が普段と違う形で出た場合には、要注意です。

センターでも、１例ありましたが、今まで発作が無かった、交通外傷の二十歳代の男性、ハンディキャブで連れてこられて、待合室で待っている間に、発作を起こしました。時間を測ったら、４分発作が続いて、２～３分休んで、更にまた４分発作が続いて、２～３分休む、というのが３回位続きました。外傷を負ってから、今まで発作を起こしたことがなかった。そして、重積発作の形態をとっているんで、10分位経過した時点で、救急車を依頼して、搬送の準備をしました。

お母さんが見て、普段と違う発作の場合、20分位発作が続くというのは、危険性が高くなってきます。ですから、10～15分位たったら搬送の準備をした方が良いです。その場合、かかりつけ医に電話して「今、こういう状況で、お母さんも普段と違う、とおっしゃってる。どうしたらいいでしょうか。診てもらえますか」という事で「診てもらえる」と言ったら、救急車で搬送した方が、良いと思います。電話をいれてから、救急車が到着するまでに、７分位はかかりますから、これは、危ないなと思ったら、10分位したら、救急車の手配をした方が、良いと思います。

⑩発達状態について

人間の発達を、模式図に書くと、このようになります。発達期は、成人、20才に向かって、伸びていって、フラットになって、あとは、衰退期に入っていきます。



頸定、これは一般的には、３ヵ月
座位保持、これは一般的には、６～７ヵ月
つたい歩き、これは一般的には、10～11ヵ月
独歩、これは一般的には、12～18ヵ月
発語、これは一般的には、12ヵ月

このような、標準値があります。

担当した患者さんが、頸定12ヵ月、座位保持16ヵ月、独歩３才、発語４才だったとします。これだけみて、この子の発達年齢が、いくつだとは、決められませんが、大体２～３年遅れている、というのが判ります。人間の発達過程を、２～３年遅れて、じっくりと発達していくんだな、というのが判ります。

この他に、遠城寺式の発達評価表、デンバーの運動発達評価表等がありますので、患者さんを担当された時に、必要に応じてやられれば良いです。

⑪お子様に問題があると思ったのはいつ頃か、そしてどのような問題であったのか

これは、自分の子供に障害があるのかな、という疑いを持ち始めた、心理的受容段階の、疑惑の時期に相当します。そこに、半年位から、どうも、うちの子はお座りができない、という事で心配になっていた。という事が書かれていると、

その親御さんは、半年位から気付いていた、疑いを持ち始めていた、というのが判ります。

ですから、そこでは母親が、どれだけ客観的に、子供を捉える事が出来るか、という事が判ります。

⑫診断を受けた時期、場所と具体的な診断名

Kr. A	Kr. B	Kr. C
９M、○○大小児科	11M、□○大学	空白
11M、○△相談所		
１Ｙ１M、米国カリフォルニア大		
１Ｙ３M、大阪□□病院		
↑	↑	↑
なかなか受け入れられない	すんなり受容した？	受容しきれていない
混乱期		過去に遡りたくない
注意		注意

Kr. Aは、自分の子供さんが、障害児だという事を、受け入れたくないのかも知れません、診断を納得できないので、必死になって、良い病院とか、自分の子供にとって、都合の良い診断を付けてくれる所を、一生懸命に探します。ですから、混乱の時期でもあるし、必死の時期でもあるし、疑惑の時期、拒否の時期でもあります。だから、このように書いてあったら、最初はなかなか受け入れられなかったんだな、というのが想像できます。

Kr. Bは、どうでしょう。11ヵ月で□○大学で、○○という診断を受けて、それ以来、どこにも行っていない。これは、比較的すんなり受容したのか、一応そこでふんぎりをつけたのか、そんなにまわらなかったわけです。

Kr. Cは、気を付けなければなりません。11、12、13が、空白という人がいます。これは、過去に遡りたくない、昔の嫌な思い出、混乱した時期を、思い出したくないし、触れられたくない。まだ完全には、障害を受容しきれていないのです。受容しきれていれば、病院、医院といった社会的資源で、すんなり自分の気持ちを表に出して、書けるわけです。所が、何かの都合で書けないとか、思い出したくない、わざわざ忌々しい思い出に触れられたくないとか、そういう気持ちがありますから、その時は、気を付けた方が良いです。

この項目は、混乱状態、親御さんの心理状態、受け入れ状態を表現しますので、気を付けた方が良いです。口腔保健センター等で、障害者歯科を専門におやりになる場合は、何らかの形で、ここら辺の情報をつかむような、方法を考えた方がよろしいと思います。

アンケート一つとっても、いろいろ判ります。お母さん方の、字の書き方、文章の表現の仕方で、一生懸命丁寧に書かれているな、というのと、走り書きで、雑で文章になっていないような、書き方をしているのがあります。これは、時間が無いのか、我々センターに対して、まだ関わりが十分出来ていないのかな、という事が判ります。

⑬訓練を受けた場所・通園・通学していた、あるいは幼稚園・学校名

⑫と、同じです。⑫Kr. Ａのように、短期間で様々な場所に行っていたという事になると、このお母さんは、傾向として、自分が納得しないと、転々と変えるという可能性が、疑われます。ですから、関わりがなかなか出来ないか、納得させられないか、という事です。

ただし、逆に１才までは、大阪大学でボイタ法をやって、小学校の時には、九州大学の成瀬先生の所で、動作訓練をやっていた、というように、ライフステージの必要な時期に、適切な医療機関で、必要な治療法、アプローチ方法を考えてやっている、という教養、ＩＱの高い、素晴らしい親御さんもいます。

⑭けいれん発作

発作があると、そこに書いてあったら、５Ｗ１Ｈで聞いてください。

いつ、どこで、どのように、どうなっていくのか。目の前で、発作が起きた時も、普段の発作なのかどうかが判ります。

⑯体質傾向

ここで、気を付けなくてはならないのは、1. 自家中毒、ここは、気を付けて下さい。内向的で、ストレスが内側にたまりやすい、お子さんは、歯科治療を受けていく中で、だんだん前日から、気持ち悪い、腹痛、頭痛、発熱といった自家中毒傾向が、現われる危険性があります。そういう、お子さんは、気を付けた方が良いです。

⑱g. 育てるのに特に注意したことがありますか

これは、今までの養育課題、家での養育方針、例えば、着衣、お風呂の入り、方、顔の洗い方とか、身の回りの事を一生懸命教えたとか、そういう、養育方針や、養育課題が読み取れます。ここで、言葉とか、日常生活の自立と書いてあって、おやつなどが書いてなければ、おやつの方には目がいっていなかった、というのが判ります。

⑲平均的な一日の過ごし方～ライフスタイル、生活様式

生活様式を、細かく調べるために必要。朝何時に起きて、夜何時に寝るか、夜10時頃寝るといった場合なぜかまで、聞きます。例えば、お父さんの帰宅時間が、９時で、お風呂に入って、食事をする。その時、子供を起こしておいて、一緒に夕食を食べるのを、楽しみにしている。そういう事で、毎日11時、12時まで起こしておいてしまう。そのような場合、父親なり母親なりの、考え方を変えないと、

生活リズムを、変える事は出来ません。ですから、ここは出来るだけ詳しく、お聞きになった方が良いです。

先生方も、ご存じのように、ライフスタイルは、体の抵抗力や、回復力、すなわち健康状態に、大きく影響します。疲れて寝不足だったり、昼夜乱れた生活をすると、ちょっとした事で、風邪をひきやすくなったり、疲れやすくなったりします。身体の免疫能力も、昼の免疫細胞と、夜の免疫細胞、ホルモンの分泌、自律神経系等、昼と夜で、スイッチが入れ替わります。ですから、ライフスタイルにメリハリのある子供さんの方が、健康状態は良く、風邪になっても回復力は強いと、言われています。

⑳日常生活習慣と自立度

ADLの問題です。アンケートを見て、それに沿って問診していけば、ADLの自立度が判ります。

B.8に、おやつの問題が、書いてあります。間食の与え方、内容、そこら辺が要注意ですね。

L.問題行動、これも５Ｗ１Ｈで、聞いておいて下さい。どういう問題行動が、いつ、どんな時に、どういう原因で、なぜ起こるのか、だれと一緒にいる時に起こるのか、どうなっていくのか、どうやって対処するのか。そうやって、しっかり問診しておけば、問題行動が起きた時に、対処できます。

上記以外に、自由意見の項目があります。全身麻酔でやってほしいとか、抑制しないで、本人の納得のいくままやってほしいとか、要望が書いてあります。その要望を、無視してしまうと、関わりが上手く出来なくなりますので、そこを、見逃さないでいただきたい。

＊施設アンケート

これは、インストラクターと皆さんで、相談しながら、眺めて下さい。実は、患者さんを見るのに、親が見てアンケートを書く、健康管理アンケートと、第３者である先生方、指導員が見てアンケートを書く、施設アンケートでは、内容が変わっている、場合があります。というのも、親は、つい欲目で自分の子供を見てしまう場合があります、ですから、第３者の目で、子供さんの評価が、なされているというのも、大切な事です。

６総合咀嚼器官の診査

顔面の特徴

顎関節の問題

軟組織の問題

口腔内の状態～病気、異常については赤で記入、修復物、補綴物については青で記入してください。

総合咀嚼器官の診査を、やっているうちに、歯科に対する協力性、開口導入への

評価が出来ます。診査をしながら、エアー、ミラー、探針、探針を入れようとすると、尖ったものに対して、すごく恐がったりしますけれども、こういう診査を通して、協力性が評価できる、という事です。

７予防診査～衛生士による予防診査

①問診

問診表に沿ってでも良いですし、先生の問診の中で解ったことがあれば、記入しておけば、重複しません。内容は、読んでいただければ判ります。

②歯口清掃診査

＝、本人磨き

どの程度出来るか。本人に、磨かせてみる。歯ブラシを手渡して「歯磨きしてごらん」といって、どうするか。噛む、舐める、引っ掻きみがきをする、そういうレベルが見えてきます。

＝、介助者磨き

お母さん、介助者が、毎回どうやって歯磨きしているかが、診査できます。

＝、衛生士によるレベルチェック

模倣の能力を調べるとか、言語指示で、どの程度まで出来るか、手添えで歯磨きを誘導してあげると、比較的動作が出てくるかどうか、そういったレベルチェックを行ないます。

８事後説明

次回の予定などを、ここできちんとお話しておく。

初診で、大体１時間位、使ってしまいます。これでも、難しいケースになれば、時間が足りなくて、次の週にもう一度、再初診という形で、問診をしなおしたり、情報を整理した後で、もう１回やり直したり、という事があります。

part. ３　患者等の教育

１、教育方法

１集団研修～保護者研修

①一般的な歯科の知識（共通事項）

集団で共通する一般的な歯科の知識、例えば、齲蝕の原因、歯磨きの大切さ、といった、どの人にとっても重要な歯科に関する共通事項を、集団研修の中で、お話する。

②集団の動機づけ～障害とは、養育、療育

同じ悩み、境遇にある、お母さん方に集まっていただいて、お母さん達がいつも悩んでいる、障害とは何かという問題、家での関わり方、養育、療育、こういった事を、集団の動機づけの一環として、お話をします。

こういう、観念とか、概念、これが、常に生活におわれている、お母さん方には、考えられない、難しい、いつも悩みの問題なんです。

２個別指導～臨床 or Chair side教育

①ＴＳＤ（Tell,Show,Do）

介護（助）者に、ＴＳＤをする、という事は、非常に教育効果を高めます。

また、齲蝕検知液で齲蝕が真っ赤に染まった、それをきれいに取って、検知液で染めても染まらなくなった、お母さんには「虫歯もきれいになったでしょう」と、こういうのを、一つ一つ丁寧に見せていくという事で、信頼関係が、徐々に確立されてゆきます。

先生の言っている事、表情、表現。自分のやっている事が、うまくいかない時は、うしろめたいから、視線が会わなかったり、表情がおどおどしたりします。そこら辺の所は、人間は察知します。所が、先生が正々堂々と「齲蝕っていうのは、こういうふうに赤く染まって、エキスカで、ぼそぼそ取れるんだよ。そして、きれいになるんだよ」そこへ、覆髄剤、覆罩剤をのせて、レジン修復をして、きれいに治った姿を見せる。そうすると、お母さんは、初めて口の中の治療というのを、見せてもらえる、そうすることによって、信頼関係が出来てくる。これが、Chair sideで非常に重要な事なんです。

②指導形態

Up-Down型アプローチ～総論から、各論にいくやり方。

健康とは、といって考えさせて、そのためには歯磨きはこうしましょう、おやつはこうしましょう、という健康とは何かという、総論から順次、説明をしていくやり方。

Bottom-Up型アプローチ～各論から、総論にいくやり方。

最初、口の中の磨き方から、勉強して、口の中を磨くと、身体にどんな影響が出てくるか、身体の面を見て、更に生活全体でどういう影響が出てくるか。口の

中が健康になる事によって、生活がどう変わるか、対人関係にどういうメリットがあるか、というように、各論の歯磨きから、だんだん生活、生き方、健康の方まで、のぼっていくやり方。

Up-Down型アプローチは、比較的頭が柔らかい親御さんには、すぐに解ってもらえます「健康にとって、何が大切かというと、生活リズムを整える事と、歯磨きをする事が大切だね」と言うと、すぐ各論として、毎日の生活が工夫されてきます。所が、20年30年と子育てをやってきて、ある程度身体が疲れている状態の人に、総論をやっても、ピンときません。その時は、一つ一つ口の中の状態を見せて、磨き方とか、各論からのBottom-Up型アプローチをやっていきます。

これから、保護者研修を見学していただきますが、見ていただきたい所は、

＝、一般的な共通事項としての知識を、どういう事を、説明していくのか、

＝、親御さんの動機づけを、どこで、どういう形でやっていくのか、動機づけの材料ですね、

＝、行動観察で、入ってくる時の表情から、終わって出ていく時の表情までを見て、どれだけ、動機づけが重要かが判っていただけると、思います。

この３点を、見て下さい。

２、動機づけ～発達心理学、内発的動機づけ

１認知的動機づけ～好奇動機

全然知らない、新しい知識を教えてもらうと、非常に興味を持つ。これは、だれしもがそうです。動物でも、好奇心、探索反応があります。新しい物に向かって、なぜか近付いていってしまう、好奇心ですね。

２社会的動機づけ

何か誉められたり、やった事に対して報酬があったり、というようになると、一つの動機づけ、という事になります。

３愛情による動機づけ

我々は、基本的には、だれかに認めてもらいたい。という意識が、必ずあります。ですから、愛情をかけられたりとか、気を使ってもらったりすると、非常に嬉しくなったり、良い気持ちになったりします。

この他にも、いろいろ動機づけはありますが、我々歯科の場面では、我が子の事を、可愛がってくれる先生、衛生士さんという事で、愛情動機づけです。それだけ、信頼を寄せやすくなります。

認知的動機づけで、新しい事を教えてもらったりすると、母親は「そういう事は、初めて知った」という事で、先生方に関わりが上手く出来るようになる。

それから、お子さんの口の中がきれいになってきて「あ、お母さん、良く頑張りましたね」「えらいですね」とかステップ賞、達成賞、ご褒美と、やったりすると比較的励みになります。

発達心理学の本に、動機づけという、項目がありますから、対人関係の職業につく方は、目を通されると、面白いと思います。

part．４　診療の要約、口腔健康管理計画

予診…問題点の概要
↓
初診…詳細な情報収集
１問診　　口腔内の状態
２アンケート　→患者、介護者の性格、行動パターン
３行動観察　　生活状況
４補助診査　　情報
模型、Ｘ線、　　↓
口腔内写真（スライド）　①整理＝要約
各種診査　　②分析、評価
③目標、計画立案

予診では、まずこの親子には、どういう問題点があるのか、という問題点の概要を把握します。

その後に、保護者研修があって、初診になります。ここで、より詳細な情報収集が行なわれます。情報収集は、問診、アンケート、行動観察、補助診査（口腔模型、Ｘ線、口腔内写真・スライド、各種診査用紙、発達診査用紙など）を行います。

これらから、口腔内の状態だけではなく、行動観察で、その人の物の考え方、対応の仕方、またアンケートや問診から、生活観、口腔に対する要望、患者、介護者の性格、行動パターン、生活状態、といったように、いろんな角度から、大量の情報が入ってきます。
この情報を、一度整理します。そして、その情報に対して、分析、評価をします。

まず整理が大切です。これは、食生活に関する問題なのか、考え方、養育態度に関する問題なのかという事を、整理が出来ないと、分析、評価もそうですが、目標や計画立案が、上手く出来ません。

実際に、私達は、この整理というものを「診療の要約」という形でまとめます。

１、診療の要約

患者の概要

いろんな角度から、情報が入ってきますと、それが、あちこちに分散してしまいます。

ですから、まず患者についての情報を、ひとまとめにします。それが、患者の概要用紙です。

１患者氏名は、イニシャルで書いてほしいという、約束事です。何かの形で、外に持ち出されて、出てしまうといけませんので、イニシャルで記入して下さい。

２医学的問題点～特記すべき疾患、合併症、血液型

ここは、何でも結構です。特記すべき疾患、糖尿病、腎疾患、透析、紫斑病、高血

圧等、それから、合併症です。全身状態を、ここにきちんと書いておくという事です。
また、血液型を、明記しておいて下さい。

３PODの分類～手帳の種類、等級、疾患名

ここではまず、手帳の種類、愛の手帳なのか身体障害者手帳なのか、どちらかという事を、記入していただきたい。そして、等級数、何度という事、基礎疾患名も明示しておいて下さい。

４問題点

Ａ、対応上の問題

問診、アンケート（特に施設アンケート）、行動観察などをふまえて、対応上の問題を、きちんと書いておく必要があります。何を書いておくかというと、箇条書きに、

①知的精神機能；コミュニケーション方法

対応上の問題ですので、その子の能力が、ある程度判らなければなりません。例えば、コミュニケーションの手段、方法です。言葉は出ないけれども、身振り、動作ですると、例えば「歯磨きしよう」と言って、こちらで動作をしてあげると、向こうが理解して、歯磨きをし始めるとか、そういう理解の仕方とか、コミュニケーションの方法として、言葉よりも、動作で指示を出した方が、判りやすいとか、そういう事を、ここの所に書いて下さい。

②適応能力、恐怖対象

適応能力、すなわち、新しい人、新しい場所に、なかなか慣れにくい、学校、施設に入所しても、なかなか慣れにくくて、電車の行き帰り、パニックを起こして、暴れてしまう。

恐怖対象、歯医者さん、白衣、注射針等を、非常に恐がる。また、タービンの音等の、かん高い音を、非常に嫌がる。といった、対応上の問題があれば、書いて下さい。

③特異的行動の有無

④Dental History（過去の治療態度）

過去に、どのような治療を受けたか。

過去に、泣いて暴れて、先生の指に噛み付いたとか、唾を吐いたとか、おとなしく、しくしく泣いているが、夜になると吐く、夜尿症が出た。といった事です。過去の治療態度も、重要です。

⑤疾患特性

ダウン症で、頚椎が外れやすいとか、透析やっていて、透析の日に少し血液凝固が遅くなるとか、脳性マヒで反射が強いとか、その人の疾患特性を、何でも結構ですから書いて下さい。

患者さんを診ると、必ずどこかに、ひっかっかってきます。その問題を、いかに上手

く見付けて、整理するかが、ポイントになってきます。

B、歯科的侵襲

我々が、歯科の臨床で、どのような侵襲を患者さんに与えているかという事です。

①物理的侵襲

○光～今まで、私達が臨床で経験しているのは、光（ライト）です。直接、強いライトを、目にあててしまいました。光発作といって、カメラのフラッシュのような強い光をあてた時、光が要因になって、てんかん発作が起きる人がいます。

○音楽で、ある音程になってくると、発作が生じる人もいます。

○二日酔い、寝不足が続くと、帰りの電車の中で、発作が起きる。

○生後３ヵ月のお子さんが、先天性歯、Riga-Fede氏病で、舌下部に潰瘍ができてしまった。レントゲンを撮ると、乳歯の早期萌出なので、抜歯ができない。

歯頚部付近に、永久歯歯胚がくっついているので、抜歯してしまうと、一緒に永久歯歯胚もとってしまいます。そして、新生児期１ヵ月未満に、抜歯してしまうと、ビタミンKが、体内で合成されないので、なかなか止血しません。ですから、このような場合は、我々は、エルコプレスでキャップを作って、カルボキシレートセメントで合着する、キャッピング法を行ないます。

大学でやった症例ですが、エンジンのカーボランダムで、先天性歯の先端を丸めたら、脳震盪を起こしてしまった事がありました。生後すぐの脳は、脳液で遊離しているような状態です、強く振動を与えると、脳震盪を起こす事もあります。

人によっては、いろいろあります。物理的侵襲、音、振動、味、臭い、といった物を、極端に嫌がる場合がありますから、そのような場合は記載しておいて下さい。

②禁忌、アレルギー、出血傾向

薬物禁忌、アレルギー（ヨードアレルギー等）、出血傾向等なにかあれば、ここに記載しておいて下さい。

抗痙攣剤を、長期服用して20才位になると、止血がしにくくなるという、研究論文がありますが、日常の抜歯には、大きな影響はありません。

C、診療の目標の制限

①予防～EX)本人磨き→IQ、運動機能、協力性

予防で、口腔衛生指導、歯磨き指導をやって、本人磨きが出来る様にしたい。目標を、本人磨きに定めたいのだけれども、それを制限する問題がある。

その問題の一つに、ＩＱの問題があります。

それから、運動機能の問題があります。脳性マヒで、なかなか手が動かせない、そうしたら、本人磨きという目標を立てても、手が動かないので、制限が加わる

わけです。

本人磨きという目標を、達成したいんだけれども、その目標を制限する問題として、ＩＱ、運動機能、協力性の問題があります。こういう事を、記載して下さい。

②治療～EX)通常下→協力性、過去の抑制

例えば、治療を通常下でやりたいのだけれども、その時に制限する問題として、協力性の問題、過去の抑制の問題とか、いろいろあります。

③管理上～EX)通院→車椅子で雨の日には困難

例えば、通院というものを考えた時、雨が降っている日に、車椅子を押しながら来るというのは、困難です。本当は、個別研修でも、車椅子に乗って駅から、ここまで来るのと、アイマスクをかけて、点字をたどって来るという実習をやると良いんですね。

自分の診療室でも、自分で車椅子でやってみると良いです、待合室から診療室へ入る時に、どこが邪魔になるか、どこで方向転換が上手く出来ないか、それと、アイマスクをかけて、待合室から診療室へ、入ってから出てくる所までを、一通りやると、以外と気が付かない所で、障害があるというのが、よく判ります。

Ｄ、口腔機能上の問題～摂食、言語

口腔機能上、言語と摂食について問題があれば、記載しておいて下さい。

その他にも、呼吸、審美性の問題とか、いろいろありますけれども、口腔機能として見た場合には、言語と摂食、この二つを押さえておいてくれれば結構です。

Ｅ、介護者や患者の性格等

これは、難しいです。関わりが出来なくて、お母さん方に、問題があるとレッテルを貼るか、関わりが出来て、いろいろな情報が、収集できたんだけれど、やっぱり、こういう考え方で、こういう性格で、ちょっと問題かな、といって問題として指摘するか、ここら辺の、指摘の仕方が、難しいです。

ただ一つの見方として、次のような項目があります、先生方、覚えておかれても、良いかと思います。

○過保護、過干渉～これは、普段の行動観察、子供との関わり方を見ていれば、だんだん判ります。

○過大、過小評価～これも、見れば判ります。

○放任、無視～こういう母親は、よっぽど保健所や学校の先生に、強く言われて止むを得ず来る事はありますが、基本的には、自分の意志で来る事は、少ないです。

○養育方針、養育態度

この表を見れば、他の先生が急に担当しても、こういう所に注意すれば良いんだな、こういう所が、事故の無いようにしなくてはいけないんだな、保護者には、こういう事を気

を付けて接すれば良いんだな、という事で、一つの手がかりになります。

２、歯口清掃の目標とSmall stepの理論的根拠

診療場面と生活場面に対する、目標の設定が行なわれます。

［例］

歯科診療に対する協力度	歯口清掃
＜問題点＞ ○新しい場所で不安や恐怖により、パニックが出現 ○Unitに乗らない	本人磨き…なめたり、噛んだり
＜目標＞ 通常下 軽い抑制下	
＜ＳＳ＞ 場所に慣れさせる ＴＳＤ	

課題が高い為に起こるパニックとは違う

実際に、先生方が、予診、初診をとって、患者さんを拝見したら、大変そうだ。すなわち、この患者さんの問題点は、新しい場所で、不安や恐怖により、パニックが出現し、ユニットになかなか寝ない。このように、その元締めの問題点を、見つけて記載して下さい。

よく「多動である」という問題点を、挙げてくる事があります。多動というのは、じーと大人しく座っていられないで、あちこち動きまわる事です、それで先生方は、この患者さんの問題点は「多動」というように、決め付けたわけです。そして、この多動という問題点に対して、目標は「じっと座って診療できるようにしたい」とたてます。そして、多動で、動き回る事に目を向けてしまうと、じっと座らせるために、10数えて、座らせれば良いんだ、というように考えてしまいます。

所が実は、多動というのは、問題点ではなく、症状なんです。この患者さんが、多動になる原因、その原因が問題なんです。それが、判らないとスモールステップを、立てられません。

多動になる原因、一つは、新奇場面、新しい場所で、落ち着かない。これは、先生方も同じだと思いますが、新しい場所へ来ると、落ち着かない、居心地が悪い、じっとしていられ

ない。という事です。
　もう一つは、新しい場所での、探索行動。皆さん方、旅行に行って、旅館に入って、まず何をしますか。押し入れ開けて、布団はどこかなとか、障子を開けて、外の景色はどうかなとか、電話はどうなっているかなとか、一応、探索行動らしき事をしませんか。
　注意転倒型の多動、これは、後ろで人が歩くと、ぱっと見て、そっちの方に気をとられてしまう、それから、向こうでテレビが鳴っていると、そちらに近付いて行ってしまう、
そのように、何か刺激があると、そちらに興味が移って、行ってしまったりします。
　不安や恐怖でおののくために、多動になるという事もあります。何をされるか、判らないので、落ち着かないのです。
　さて、この新奇場面型、探索行動型の多動だったら、目標、スモールステップをどのように立てれば、良いでしょう。これは、慣れてしまえば、消えてしまう症状、多動です。
それでは、１日も早く慣れさせるためには、どうしたら良いでしょう。パターン化です。
２回目、３回目、見慣れた風景なら、意識はそちらにいかないわけです。ですから、こういう多動は、何回か経験すれば、慣れていきますから、心配無いです。
　注意転倒型の多動、これはどうでしょう、カーテンが、風でひらひらすればもう、そっちの方が、気になってしまう。こっちで、物が、がちゃんがちゃんというと、もうそっちが、気になってしまう。このようなタイプは、どちらかというと、刺激の少ない個室の方が、落ち着きやすい。
　不安や恐怖で多動になる場合、これは、徹底的に不安や恐怖を取り除くような、スモールステップを、立てていかなければなりません。
　多動という問題点だけを出して、目標を設定してしまうと、大きな間違いです。原因が何かという事を、突き詰めなくてはなりません。皆さんが、患者さんを診る時に、表面の問題点だけ見ていたら、絶対失敗します。必ず、内側にある、なぜパニックが起きるのか、
なぜ多動になるのか、そのなぜという所を、きちんと押さえないと、本当の意味での指導にはなりません。
　往々にして、我々が失敗するのは、表面の問題点に、目をとられてしまうからです。この、パニックがなぜ起こるのかを、よーくお母さんに問診すると、大体判ります。課題設定が高すぎるとか、新しい人から、新しい課題を出されると嫌がるとか、自分が紙を切っているのに、お風呂に連れていかれるというように、自分の行動を中断させられた時に、パニックを起こしやすいとか、そういう原因が判れば、対応の仕方が、自ずと出てきます。
ですから、障害者歯科の場合には、表面の問題点だけを見てはいけません。内側にある、なぜという所を見る、目と心が重要です。
　最初に挙げた症例の子の場合は、新しい場所に慣れにくいという事と、不安、恐怖があると、パニックが出る、という問題点があります。課題が高すぎると、パニックが起こるというのとは、全然違います。
　こういう問題点があれば、目標としては、通常下で治療が出来るようにしたい、あるいは、

軽い抑制下で治療がしたいと、目標を設定します。

これに対して、スモールステップを、具体的にどうするか。新しい場所で、パニックが起きるわけですから、最初は新しい場所なんで、出来るだけ、刺激の少ない関わり方をします。新しい場所で、不安になっているのに、いきなりスタモを採ったり、レントゲンを撮ったり、皮内テストをやったり、そういう刺激をどんどん加えると、よけいパニックになってしまいます。ですから、このような場合は、問診の時は、軽く口腔内診査とか問診で、終わらせるというようにして、場所に慣れさせていきます。そして、不安、恐怖があるのなら、ＴＳＤをして、少しずつ理解させてゆき、不安を取り除くようにやってあげる。そういう、具体的なスモールステップを、ここに記載してゆきます。

これは、先生方によって、全部症例が違いますから、インストラクターとよく話し合って、内側にある、なぜという所を、見失わないという事が、重要です。

それから、よく誤るのは、次のブラッシングです。衛生士さんが、歯口清掃の問題点として、本人磨きは、歯ブラシを、舐めたり、噛んだりしているだけ、と書きます。たった１回の診査で、たまたまその時は、舐めたり、噛んだりしていたから、それで本人磨きは、このレベルだという風に、診断してしまうのです。これも、大きな間違いです。皆さん方も、違う場所に行って「歯磨きをして下さい」といったら、普段と同じように、時間をかけて、丁寧にやりますか？人に見られて、恥ずかしいなとか、こんなもんで、いいのかな、という事で早く終わらせたり、いろいろです。ですから、この本人磨きが、普段と同じかどうかは、保護者にしっかりと聞きます。お母さん方に「この磨き方、磨く時間、歯ブラシの入れ方は、普段と同じですか」というような事を、きちんと聞いて、その問題点、レベルを、ちゃんと把握します。

これらが、スモールステップを立てる時に、一番重要なポイントです。この問題点が判れば、目標が自然と出てきます。これを、くれぐれも、間違えないようにしていただきたい。この、スモールステップの立て方は、その症例症例によって、全部違いますから、ここでは、やりませんが、今の、原則論だけは、覚えておいて下さい。

３、診療計画立案表

患者の概要、歯口清掃の目標とSmall stepの理論的根拠、診療計画立案表この３つが揃って初めて、適切な指導や治療が可能になります。

１意義～この表を作る意義

①一口腔一単位での総合的（包括的）な診療が可能になる。

②効率的な診療

ブロックごとに分割して、一部位を何本で治療してゆくか、という効率的な治療が可能になります。スケーリングも、長い間やっていると、どこをやったか、判らなくなってしまうので、計画的にやってゆきます。

③インフォームドコンセントや患者、介護者の教育に役立つ。

こういう表を患者さんに提示すると、何回目は、ここの虫歯を治します、で合計10回、費用がいくら、最終的にどういう詰め物が何箇所、被せるのが何箇所というのが、出てきますので、インフォームドコンセントの役に立ちます。

もう一つ、患者さんは、10回で今何回まできた、という事が毎回判ります。今日は、ここを治した、５回治したから、あと５回来れば終わるんだな、という事で、お母さん方、患者さん本人が、進み方が判って、納得できます。治療の進み具合も判るし、口の中が治っていく所が、順次判りますので、動機づけの一つにもなります。

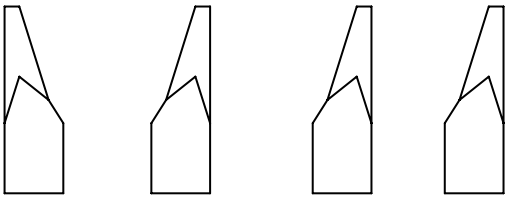
④医療者側の変更によっても、治療が継続できる。

例えば、院長先生が今日は、歯科医師会で、突然いなくなってしまった、代診の先生が「患者さん、やってくれ」と言われた時に、こういう表があれば、この患者さんは、こういう病名で、こういう所に気を付けて、観血的処置は、こういう所に気を付けなさい、という事が書いてあります。そして、何回目まで、やってあるというのが、記録に残っているので、先生や衛生士が変更されても、診療がそのまま継続できます。

その他にも、治療と予防が、同時に進行できるという、メリットもありますし、他にもたくさんあります。

２書き方

			ＣＲＦ	個別的処置
ＦＣｒ	ＣＲＦ	ＣＲＦ	前冠	一般的な処置
ＲＣＴ	ＩＣ	ＩＣ	抜髄	歯髄への処置
C_4	C_1	C_2	C_3	最終確定診断



○最終あるいは確定診断

レントゲン、視診、触診、打診を行い、最終診断名を書いて下さい。

○歯髄に対する処置

ＩＣ＝Indirect pulp Capping　　間接覆髄

○一般的な処置

○個別的な処置

本来は、一般的な処置をする所が、この患者さんは、このＣ$_3$、Ｃ$_4$が予後不良だとか、最終的には義歯の座（シート）を作りたい、だから、ここは、前装冠ではなく、今のところは、ＣＲで充填しておこう、という場合があります。

また、このような場合は、特記すべき事項の欄に、個別的処置で終わった理由を、記載しておいて下さい。そうすれば、他の先生にも判りますし、お母さん方に、なんと説明したかが判ります。

○処置の順序

治療	予防
6 IC+CRF	Step1①
6 In imp	
6 In set	

欄が、一つしかないので、中央に線を引いて、左側に治療、右側に予防処置の計画を順番に、書いて下さい。この時、抜歯から入った場合、治療順序をなぜ抜歯から入ったか、というような事も、特記すべき事項に書いておいて下さい。普段は、いきなり抜歯からやらないはずなのに、なぜ抜歯を最初に選んだか、他の人が理由が判らないので、そういう場合は、抜歯の理由を、特記すべき事項の所へ書いておくと、判りやすいという事です。

○特記すべき事項

個別的処置の理由、処置の順序の理由の他に、特記すべき疾患があれば、書いておいて下さい。

この３つの表が、患者さんの指導や治療の、流れになってきます。これを、まとめるのは、大変ですが、非常に重要です。けれども、観方はここに集約されますので、是非この観方を、研修の中で、経験されるとよろしいかと思います。

part. 5　対応

Managementという、言葉の意味そのものが、管理、支配という意味です。ですから、今は「取り扱い」ではなく「対応」という言葉を、使っています。

［症例］

Step.２で、お見せした予診の時、歯ブラシのセロハンをとれなくて、パニックになった子の、それ以後を見ていただきます。なぜ、協力性が得られるのか。

11才、自閉、予診時、新しい場所で、不安な所へもってきて、自分の手におえない課題が出てしまって、パニックになってしまった。この日は、口腔内に歯ブラシを入れて、終わりました。

２回目、初診時です。入ってくる時の表情、身長、体重測定している時の、態度と表情。ぴちっと両手をそろえて、ジャンプしたり、いかにもやり慣れているという感じです。

ユニットへ来て、自分で乗ります。

エプロンをつけるのですが、いつもですとノーマライゼーション、自立的生活を獲得するために、できるだけ自分で、やらせるようにしていますが、今回は、自分ではやらせないで、衛生士さんがやりました。これは、エプロンホルダーが、上手くかからなかった時に、いらいらする可能性があるからです。でも、後程クリップの操作が、自分で出来る事が判りました。

担当医は、予診と違って、大竹先生では無いので、担当医との、初めての出会いです。お母さんと、15分位、問診、予診の時の話を聞いて、その間、座っていられました。

問診が終わり、座ったまま、歯磨きで開口導入を行ないました。これは、比較的上手に出来ました。

○ここまで、上手にやれた理由は何でしょう？

前は、予診室でユニットに、上がっていないのに、何で初診では、ユニットに上がれたのか。行動観察をする時には、必ず前の場面を確認して下さい。

前回は予診室で、今回は診療室です。ここは、初めての場所です。

まず、身長、体重を測りました。その時の様子は、毎回やっているので、得意げです、自信をつけています。

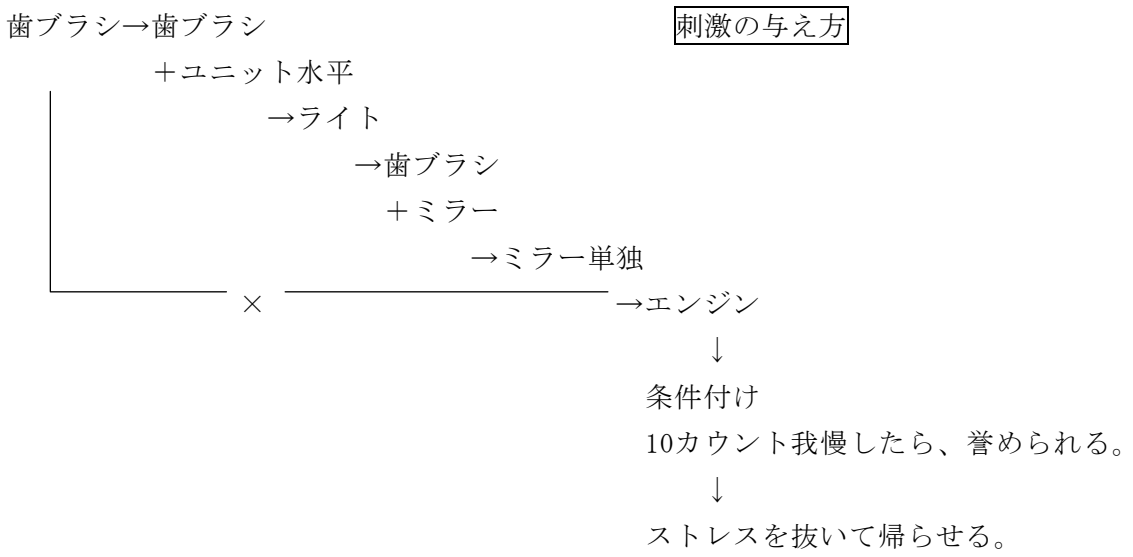
それから、もう一つ、この間と全然違う所は、こちらから、何ら課題を出していません。

対応する時に、いつも気を付けなければいけないのは、パターン化です。低年令児や、不安の強い患者には、パターン化が有効です。

次に、身長、体重の測定と、歯磨きからの導入、これは、日常性の原理という考え方に基づいて、やり慣れている事から、関わっていくという事です。歯磨きは、普段から、やり慣れている、見慣れている、聞き慣れている、そういう所から入っていくのが、一番抵抗が無いわけです。

そして、特別な課題を出していない。また、自分が出来る身長、体重測定で、自信が

ついているし、まわりの部屋の状況が、その際によく判るわけです。



次に、ユニットを水平にしました。この時「いやいや」となりました。歯ブラシです。ユニットが、水平になったというのが、新しい場面です。

さて今度は、ユニットと歯ブラシは、そのままで、ライトが付け加わります。刺激は、歯ブラシと、水平位ユニットと、ライトです。

次に、ミラーが加わります。ミラーを入れる時に、いきなりミラーを入れません、歯ブラシが、媒体になっています。

この不安、恐怖が強い時、歯ブラシから、ユニットを水平位にして、いきなりミラーが入ったら、どうでしょう。この、刺激の与え方が、重要なポイントです。刺激の質と、量と、パターン化が重要になります。

歯ブラシを媒体にして、ミラーを、ここまでようやく持ってきたわけです。ここまでは、歯ブラシが、共通事項で、１つずつ刺激を入れてきました。ユニットを水平にする、ユニットを水平にしたら「いやいや」となりました。けれども、歯ブラシで落ち着かせました。水平位になった事と、歯ブラシが慣れてきた所を見計らって、次の刺激、ライトを入れました。ライトを入れて、落ち着いてきた所を見計らって、歯ブラシと、ミラーを入れました。次は、ミラー単独になっています。こうやってみると、段階的に、刺激が入っているというのが判ります。

方法的には、ＴＳＤとか10カウントというのを、やっています。これらは、育児の原則です。お風呂に入れる時に、10カウント数えたり、子育てする時に、我々は、必ず無意識のうちにやっています。

次に、エンジンです。エンジンを、導入する手順。患者は、何かされるんじゃないかという事で、逃げの姿勢です。エンジンを、わざとゆっくり、外で動かしながら、時間をかせい

でいます。刺激を、ゆっくりと入れているわけです。そして、ＴＳＤを行ないます。一番良いのは、お母さんの手を出させて、指にブラシをあててあげる。そして、お母さんが「何でもないね」「ああ、気持ち良い」といってくれれば、モデリング学習になります。これは、行動変容、行動療法の中の一つの技法です。

エンジンは、絶対、いきなり口には入れません。まず、指にあてます。口の中は、感覚が、非常に鋭敏です。口唇の触刺激は、皮膚よりもはるかに鋭敏なんです。ですから、人差し指でまず、これがどういう強さか、痛さか、感触なのかを、弁別させます。人差し指は、大脳生理学的には「突き出た第２の脳」と言われています。我々は、何か調べる時には、必ず指先で触ります。

ここで、賞讃と激励が入ります「お利口だな」育児の原則です。行動療法の中に、入っています。

エンジンで、条件付けをしていきます。10カウント我慢したら誉められるという、条件付けをしてゆきます。この条件付けが、ある程度達成できたら、次に入っていきます。条件付けが、まだ出来ていないのに、新しい刺激をどんどん入れていくと、パニックになってしまいます。

最後に、衛生士さんの予防、歯磨き指導で、ストレスを抜いて、帰らせます。

３回目、急患処置、C_3で抜髄をしなくては、いけないところがあります。もう、パターン化出来ているので、自分で、ユニットに乗って寝ます。お母さんに、今日治す所を、説明します。この間までの、条件付けが、きちんと出来ているかどうかが、ポイントになります。また、パターン化で、歯ブラシから入ってゆきます。

条件付けして、褒めてゆきます。やさしい、当然出来るような刺激で、褒めます。出来ないものをやって、褒めるんじゃあ、手遅れなんです。十分出来るようなものを、あえてやって、褒めてゆき、条件付けするわけです。達成できるものから、褒めてゆくという、行動療法の原則です。

今日は、抜髄しなくてはならないという事で、OAをしています。条件付けで、この子は、10カウントと褒められるという事が、だんだん判ってきていますので、大人しくなります。

次に、バイトブロックです、１回目は、抵抗します。その時、必ず褒めて「大丈夫なんだよ」と励まします。もう、この時は、お母さんも、引けないんで、立ち向かっていきます。お母さんが、引けちゃうと、お母さんの方に、向かっていってしまうのですが、こうなると、大丈夫です。ここでまた、条件付けです、手をのばして「上手だ」といって、バイトブロックを入れて、10数えて褒めます。これで、バイトブロックは完成です。

ここまでで、刺激の与え方で声掛け、これが重要です。お母さん、衛生士さんの声掛けを、遮断しています。緊張が高まっている時に、衛生士さん、お母さん、先生の声が、わんわんわんわん入ってしまうと、興奮します。ですから、必ず先生なら先生の声一つにしぼって、重複指示を避けます。それから、連続指示「口開いて、はい手のばして、足を真っすぐにして、じっと我慢しているのよ」これは、混乱させる原因になります。ですから、重複指示、

連続指示は、混乱の原因になりますので、全部やめます。

次に、ラバーダムを、かけます。

そして、前回やったトゥースブラシで、歯面清掃をして、少し落ち着かせます。その後、タービンのＴＳＤを行ないます。ですから、最初は時間がかかります。時間がかかって、ストレスがたまるタイプの患者さんには、時間がかかりすぎると、じっとしていられなくなってしまいますので、時間の設定を、患者さんによって考えます。これは、問診でストレスがかかりやすい患者さんかどうかを、十分確認しておかなければなりません。

タービンで、軟象を除去しています。声掛け、条件付け、10カウントと、褒め言葉で引っ張ってきました。お母さんに、自信を付けてもらうために、チェアサイドで、神経の治療をしているのに、ちゃんとやらせるという安心感を与えて、精神的な安定をはかります。お母さんが、不安定になったら、感情移入で必ず伝わってしまいます。

貼薬して、抜髄は終わりです。

定期健診できた時の姿です、十数年経っているので、判りませんが、歯ブラシも、かなり出来るようになりました。

今までの中に、いくつかのポイントがあります。その他に、介助者や保護者を、共同療育者にする。これが、もう一つの原則です。原則というと、ほとんどこういう感じです。
特別な事は、やっていません、ただ、これを、行動療法の、モデリング法、プロンプティング、シェーピングとか、そういうなんとか技法というと、難しく考えてしまいますが、
基本的には同じです。

＜何故、協力性が得られるのか＞

１、予診時と同じパターン（歯磨きから入った）→パターン化
　　～低年令児、不安の強い患者に有効。

２、身長、体重測定→自信が付く、部屋の状態を把握する

３、歯磨きからの、関わり

日常性の原理

４、課題を出していない、課題の出し方

５、刺激の与え方→刺激の質と量とパターン化
　　口唇の触刺激は、皮膚より鋭敏、指先～突き出た第２の脳
　　声掛け～重複指示、連続指示を避ける

６、10カウント、ＴＳＤ→育児の原則

７、モデリング学習→行動変容
　　お母さんの指

８、賞讃と激励

９、介助者、保護者を共同療育者にする。

［症例］

協力性が得られない、根本的な原因が、どこからきているのか。過敏とか、感情疾病、突然情緒が爆発してしまう、感情のコントロールが上手くいかない。大体、このような、いくつかのパターンで、診療が難しいです。

この患者さんは、視聴覚障害で、視力０、聴力０で、外界の刺激が判りません。唯一、判るのは、触角だけです。衛生士さんが「健一君、今日は、歯ブラシしたら終りだよ」と、言っていますが、聞こえないです。

これは、きちんとシステムに沿って、情報を得るという事が、重要です。ちゃんと、予診の目的、役割を果たして、保護者研修で、お母さん方に、理解してもらう。そして、気を付けながら、対応してゆく。こういう診療システムの中で、徐々に慣れさせていくという方法です。

この患者さんには、肩に10カウントの合図を送りました。これを、約束事にします。上手に出来た時には、よーく肩をさすってあげたりします。そうすると、褒められているんだなという事が、だんだん判るようになってきます。スキンシップで、人間の持っている能力を、引き出してゆきます。

これは、定期健診１２回目です。定期健診でも、慣れさせていく、また、個別的に対応していこう、というやり方です。

［症例］

この患者さんは、100kg近い体重で、自分が座り込んでしまうと、何も出来ない、させられない、やらせられないという事で、いつも、逃避する一つの方法として、座り込んでしまいます。けれども、座り込んでもだめだよ、という事をきちんと伝えるわけです。

ナレーション：聞き慣れている、やり慣れている事から、導入する事が大切です。例えば、初診時の身長、体重の測定や、歯磨きからの導入、タービンを、ジェット機、シャワーという日常的な言葉に置き換える事によって、理解しやすくなります。

～行動療法の婉曲語法です。これは、タービンをシャワーとか、やさしい言葉に、置き換えるというだけです。

ナレーション：育児には、対応方法の基本的な原則が、込められています。例えば、10カウントは、子供の忍耐力を育て、他者との共感性や信頼関係を築くのに、役立ちます。また、ＴＳＤやモデリングは、不安や恐怖心を取り除き、具体的に判りやすい指示を与える事が出来ます。

～最初、抑制帯があったのが、だんだん取れていきます。

ナレーション：刺激のパターン化や時間や頻度、強度に配慮します。不安が強い場合、診療の時間帯や場所、担当スタッフを変えずに、診療の流れや器具、言葉掛けなどをパターン化する事が大切です。

～この患者さんの場合は、最初に指当て、次に歯ブラシ、その次にミラーというパターン化がされています。そうすると、流れが判ってきます、そして、予測がつくわけです。けれども、浸麻だけは、絶対に見せません。

ナレーション：床に寝て、嫌がっていたＳ君も、７回目には、抑制する事無く、ほぼ通常下で、出来るようになりました。

今日、お見せした症例などもそうですが、センターには、開業医の先生方、他の医療機関で、暴れて治療できない、全身麻酔でやっていた、という患者さんが大半なのですが、６割から７割は大体、軽い抑制下か通常下にもっていけます。残りの２割位は、抑制下です。そして、年間36～40名位が全身麻酔です。

IQが低くても、動物がすべて持っている脳ですが、快、不快の感覚を受け取る大脳辺縁系を、ちゃんと褒めてあげたり、きちんと指示を出してあげると、出来るんじゃないかな、という気がします。

残りの２～３割が、出来ないというのは、すごい原始反射が残っている、緊張性の反射が出てしまう、過敏、口に触る、臭い、味、触角を非常に嫌うといった、感覚異常がある場合には、いきなりは出来ません。時間を１～２年かけて、少しずつ改善しなければなりません。

IQの高い、低いはあまり関係ないです。基本的には、人間は動物の一種ですから、大脳辺縁系への働き掛けが、ちゃんと出来ていれば、パターン行動が出来ます。一種のパターン行動、ここへ来て、横になって、口を開く、マスクみたいなのをやられて、開いていれば、なぜか知らないけれども、痛いのが治っていくとか、不愉快な感覚が取れてきたとか、身体で覚えます。けれども、２～３割は、難しい人は、難しいんです。

part. 6　予防

一症例を追いながら、予防の全体像、目標、流れ、実際に初診の時にどんな所を見ていけば良いかという所を、ごく簡単に、流していきたいと思います。

予診では、まず、関わり形成の場であるという事です。そして、２番目には、動機づけです。これは、特に予防の大切さとか、共同療育者として、これから、一緒にやっていくんだよ、という所です。あと、患者さんの問題点の概要の把握。患者さんの、振り分けがされます。

［症例］

８才、自閉症の男児。静岡から、東京へ引っ越したばかりでした。障害がある方達というのは、近くの開業医に行ってみて、なかなか診療を受けられずに、転々として、やっと、センターに来るという事も、稀ではありません。お母さん、患者さん共に緊張した状態で来ました。

この患者さんの、特徴としては、公共施設、病院等に行くと、パニックになってしまう、という問題点があり、お母さんにとっても、一番の、精神的、肉体的な負担になっていた所です。

予診では、入室前からパニックになってなかなか、入りませんでした。お母さんも、ここではどうだろう、ここでも診てもらえないんだろうか、という不安な気持ちで来ています。このような場合、まずは傾聴して、受容する、そして、関わりを作っていくという事が、予診の役割です。

患者には、自閉的な特徴が、いくつかあります。ユニットへ行かなければならないのだけれども、なかなか踏ん切りがつかない。それと、反響言語があります。また、緊張したり、不安になったりすると、自己感覚刺激、目の前に指をちかちかさせて、その刺激を楽しむ、という所があります。

予診の次は、保護者研修で、集団的動機づけを行ないます。これは、同じ立場の人達が、同じような状況の中で、集団的にお話を聞いていただいて「ああ、ここでは、このような考え方でやるのか」という事で、気持ちを変えてゆけます。お母さん達の気持ちが「あ、ここなら診てもらえそうだ」「あ、ここなら何とか、聞いてもらえそうだ」「やっていけそうかな」と気持ちが前向きになった状態で、初診を受けられるので、私達も、非常に関わりが作りやすいです。

予診や、保護者研修で動機づけが行なわれ、初診となります。初診からは、予診時に配当された歯科医師、歯科衛生士が担当し、個別的な対応が始まります。

初診の目的は、まず、患者側の主訴や悩み、要望などを十分に聞き、共感しながら、関わり作りをしてゆきます、それによって、より適切な情報を収集する事が可能となります。また、初診時には、対応の方法を検討するために、協力性の評価も同時に行なわれます。本症例は、口腔内診査も、なかなか踏ん切りがつきにくく、普通通りにするのが、困難でした。

患者さんは、軽い抑制をしてあげると、出来る力を持っています。けれども、お母さんは、患者さんがパニックになるのが、不安なので「抑制をしないでほしい」という希望がありました。患者さんも、何をされるか判らないという、不安がありますので、きちんとＴＳＤ、声掛け、10カウント条件付けをしたりしながら、少しずつ教えていく事によって、出来るようになります。そして、実際、患者さんが出来るという場面を、見せていく中で、少しずつ、お母さんの意識を変えてゆきました。協力を得ながら、やっと、５回目で、軽い抑制下で、口腔内診査をしました。

（初診の目的）

１関わり形成の場

個々に個別指導となるので、衛生士、先生と保護者、患者さんとの関わりを作る場です。

２情報収集の場

情報収集の方法は、３つあります。

①アンケート

②問診

③行動観察

この３つの角度から、患者さん、保護者の状況等を、調査してゆきます。

（予防から観る点）～具体的に、私達が、初診時に予防で何を見ていかなければいけないか。

１日常生活習慣

２食生活、間食の状況

３歯口清掃習慣、状況

この３つを、アンケート、問診、行動観察の中から、調べてゆかなければならない。アンケート調査は、予診の段階で、お母さん方にアンケート用紙を配りますから、これをまずいただいて、施設アンケートも含めて、内容をチェックして、足りない所を、追加問診してゆきます。

日常生活習慣は、例えば、洋服の着脱が出来るか、お母さんとは、家でどんな風に関わっているのか、お母さんの指示に対しては、どんなコミュニケーションがとれるのか、といった事と、生活リズムです。

食生活、間食の状況は、口腔健康管理アンケートを見れば、判ると思います。例えば、平均的な１日の過ごし方、これは、朝は何時頃起きるのか、自分で起きるのか、人に起こされて起きるのか、患者さんによっては、昼夜逆転していて、夜起きて、冷蔵庫から何か出して食べて、朝眠るというような状況の方もいます。また、自閉症の方などでは、クリープを食べてしまったり、ソースを１本飲んでしまうといった、異食、偏食があります。このように、平均的な１日の過ごし方、生活リズムと食生活、口腔というのは、

非常に関連深いです。

特に、肥満で、食生活において偏食が著しくて、ちょっとした問診だけでは、問題点が拾いきれない場合、チームアプローチとして、栄養士さんにも入っていただいて、別に、３日間の調査をする事があります。

歯口清掃習慣、状況は、歯口清掃指導診査用紙を、使っていますが、項目や内容的にも、不十分になってきていますので、実際にチェックする場合には、個々に担当の衛生士から、聞いていただけたらと思います。内容は、いつ、どこで、だれと、どのように、何を使ってやっているか、という事です。

（清掃状況の、チェックすべき点）

歯口清掃状況を、チェックするには、大きく分けて４つ程ポイントがあります。

１本人磨きの状況
- ①本人磨き
- ②レベルチェック

２介助磨き

発達期の患者さんを、担当されると思いますが、歯磨きを上手に出来るように、お母さん方が、何か介助をしているか、練習しているか、そういった関わりを取っているかどうか、問診をします。

３介助者磨き ― 仕上げ磨き、介助者磨き

本人が磨くのでは、不十分なので、どの程度磨けているのか、お母さんがチェックをしたり、お母さんが、仕上げ磨きをしている、この状況をチェックします。

４洗口
- ①本人
- ②レベルチェック

１本人磨きの状況

①本人磨き

実際に、本人磨きを見ていく場合には、どのようにやるのかというと、まずは、本人だけで、磨かせます。これは、今まで、お家での関わりが有ったにしろ、無かったにしろ、この患者さんが、どの程度、歯磨きに関して認識があるのか、また、出来るのかを、調べます。

その状況に応じてですが、テーブルの上に、歯口清掃に必要な物を準備して、患者さんに「歯磨きしてください」というような、簡単な指示を１回だけします。それによって、この患者さんが、どのような動作をしてゆくかを、行動観察してゆきます。

「歯磨きしてください」と言われて、歯ブラシにいたるまでには、耳が聞こえないと、その言葉をキャッチできません。聴覚が必要です。

次に、いくつかの物が並べられた中で、歯ブラシが認知できるかどうか（対物認知）。歯ブラシが判るかどうかが、診査出来ます。

歯ブラシを認知すると、指先で拾って持ちます。ですから、指先の運動機能が発達し

ていないと、細かい物が取れません。脳性マヒの患者さん等は、運動機能に問題があって、リーチするまでに、多くの複雑な動き、不随意運動をして、なかなか取れません。

その次は、患者さんが、どこを磨くかです。どこを磨いて、どのような持ち方をして、姿勢、腕の位置、持ち方、それぞれを全部行動観察をして下さい。

まず、最初にどこにあてるか、どこを磨くかです。私達は、微妙に指先の感覚で、柄を調整して、頬側、舌側を磨きます。これは、認知機能で口の中の歯のイメージが有るという事と、指先の運動機能が備わってこそ出来る運動です。

手というのは、運動の発達として、正中から末端へと発達する方向性があります。手のひらから指先へと、徐々に発達するという方向性があります。ですから、生まれたての赤ちゃんが、いきなりつまみ持ちは出来ません。ピンチが、出来るのは１才前後です。

それ以上の、運動機能がないと、ピンチは出来ません。手のひらしか発達していない子に、一生懸命、頬側、舌側を磨かせようというのは、無理な話なんです。

運動機能が、どの程度発達しているのか、または、この患者さんは、歯ブラシ、コップを認識しているのか、それによっても、私達の関わり方は、変わっていきます。一生懸命「歯ブラシ取って」と言っても、その子が歯ブラシが認識できなければ、この関わり方は、不適切であるという事になります。ですから、その患者さんに、歯ブラシという言葉が、分からないようでしたら、もっと分かりやすいように、指導を考えていかなければなりません。それで、まずは、簡単な指示で、歯ブラシをさせます。状況に応じてですけれども、道具を揃えてやる事によって、対物認知が判ったりします。もっと、低年令では、このように、状況を設定してやる事が出来ないので、それは、個々に応じて対応して下さい。

行動観察のポイント

＝、認知機能～物、人に対して、認識が、どの程度出来るのか。例えば「お母さんに、○○を渡して下さい」と言って、お母さんが判るか。または、「先生」と言って、だれに持っていくか。そういった、認知です。

＝、運動機能～姿勢、指先の動きはどうなのか。

＝、情意機能～運動、認知機能は備わっていても、意欲が伴っていなければ出来ません。情意、意識、気持ちの面です。指示を出した時に、不貞腐れてやらないとか、お母さんの指示だとやるけれど、他の人の指示だとやらないとか、そういった状況も見ていかれると良いと思います。

②レベルチェック、level check

実際に、本人の歯磨きの状況をチェックします。これは、私達やお母さんが介助しない状態で、どの位出来るかです。どのようにやっていくかと言うと、

＝、口頭指示

「上磨いて」「前歯磨いて」といった簡単な声掛けです。これによって、認識が分かります。空間認知。

私達は、体幹が安定する事によって、自分を中心に、上下左右を認識していきます。上下は、頭と足の違いで覚えやすいのか、それとも、体幹、首がしっかりして、中心が決まるためか、早くから認識するそうです。左右は、対称なので遅れるというように、言われています。口腔内は、身体、粗大的な物から、少し遅れて、認識が始まります。このへんは、お母さんに「上下どうですか」「お家では、洋服の前後分かりますか」というように、問診をしてみると良いです。

更に、歯磨きの場面で「上を磨いて下さい」という簡単な指示で出来るか、また「上の前歯を、磨いて下さい」「下の奥歯を、磨いて下さい」という指示で、出来るかどうかです。これは、指示としては、非常に難しい、難易度の高いものです。単語が、一つであれば簡単ですけれども「上の前歯」というように、２つの単語がつながると、難しくなります。ですから、その患者さんに合わせてチェックされていくと、良いと思います。簡単な方からやってみて、「上の前歯」を、クリアーした、それでは「上の前歯の裏側」は、どうかな、というように一つ、二つ、三つというように、増やしていったら良いと思います。

口頭指示で出来ない場合は、模倣を使って、指示を出してみて下さい。

=、模倣

これは、実際に私達が歯ブラシを持って、模倣で指示を出します。

右下の咬合面を磨かせたい時、発達が遅れている子は、同じ側に歯ブラシを持って、鏡に映った状態で、指示を出してあげないと出来ません。けれども、幼稚園年長から、小学校に入る前後になると「ここ磨いて」と言うと、健常な子は、鏡像でなくても指示が分かります。そこまで、発達していない子は、鏡像で模倣をさせてあげて下さい。

咬合面、頬側、舌側、口蓋など全部出来るかどうかを、チェックします。

これでも出来ない場合は、指当て指示をして下さい。

=、指当て指示

これは、より具体的に、指示を出す方法です。例えば「ここを磨いて」というように、患者さんの口腔内に指当てをして、具体的に指示を出します。

これでも出来ない場合は、手添え誘導をして下さい。

=、手添え誘導

患者さんの持っている歯ブラシに、私達が手を添えて、磨かせたい部位に誘導して、１～２回手添えで、一緒に磨いてあげます。そして、そーと手を離して、歯磨き動作が誘発されるかどうか見ます。これでも、全く出ない場合もあります。

これが、レベルチェックの仕方です。この場面を、症例を通して解説します。

［症例続き］

この患者さんの場合は、２回目では、情報収集が出来なくて、対面でチェックできたのは、

ずっと後になってからです。それは、お母さんと私達スタッフとの関係が出来上がらなかったという事と、彼自身が、不安、恐怖が強くて、初診の情報収集が遅れてしまいました。

本人に、フリーで磨かせると、右手を使って、左下咬合面、左上咬合面を、ちょっと指先も当てながら、磨いています。情意的な面では、他の患者さんに、声掛けをしていたりすると、それが気になって、集中できないという状況です。しかし、何回かトレーニングをしてきていますので、落ち着いて、指示には従っています。歯ブラシの終りも、自分で決められます。例えば、人の顔を見て「終わり」と言ってくれるのを、待っている子もいます。これも、行動観察の一つです。この子は、指示を出さないと、なかなか終わらない、指示待ちの状況だ、というのが判ります。

レベルチェックの、模倣をしました。鏡像で、模倣が可能です。患者さんが、右利きなので、左に歯ブラシを持って、対面で、磨かせたい所を見せて「ここを磨いて」と言っています。ここで、注意をしなければいけないのは、例えば「右を磨いて」と言いながら模倣をすると、口頭指示で理解したのか、模倣で理解したのか、判らなくなってしまうので、口頭指示、言葉掛けでは部位の指示を出さずに「ここ磨いて」というように指示を出します。

この場合、相手によく見えるように、目線の高さを合わせるといった、注意をしながら、見易いように、指示を出します。

２介助磨き

お家での状況を、出来る限り、可及的に、同じような条件で、チェックをして下さい。例えば、お母さんが「何とか歯磨きが上手になってほしいので、声掛けをします」と言ったら「いつも、どんな声掛けをしますか、じゃあ、ちょっと見せて下さい」というように、出来るだけ同じ様な条件の中で、やってみて下さい。これは、行動観察と問診を少し入れながら、チェックをして下さい。

３介助者磨き～仕上げ磨き

いつもどのような状況で行なっているか。姿勢や道具です。それと、患者さんの協力性を見ます。これらを、見る事によって、保護者や介助者の、患者さんに対する関わり方が見えます。

例えば、嫌がった時に、どんな風に対応しているのか。嫌がったら、やめてしまうのか、頑張ってやらせているのか、よく見て下さい。保護者の養育方針、関わり方、姿勢が見られます。

後は、実際の歯磨きの技術的なテクニック、予防に対する認識度、関心等が判ります。

４洗口

洗口も歯磨きと、全く同じです。

①本人にやらせる

簡単な指示で、まず本人だけに、やらせて下さい。最初に「うがいして下さい」という指示で、その子が、どういう状況で、うがいをするのか見ます。ガラガラを、するのかもしれませんし、何もしないかもしれません。その子によって、全然違います。

その後、お母さんに聞いても「いつも、この子は、うがいしないんです」と言っても、あきらめないで、まずは、レベルチェックをして下さい。

②レベルチェック

=、口頭指示

具体的に「ぶくぶくして」と、いうように言ってみて下さい。これで、出来なければ、模倣です。

=、模倣

衛生士さんが、コップを持ってきて、自分でやってみせてあげて下さい。「じゃ、衛生士さんやるから、見ててね」ぶくぶく、ぺー、そこで、出来るかどうかを、見ます。

うがいは、まず、水を含めるかどうかです、次に、含んだ水を吐き出せるかどうかです、その後に、頬っぺたをふくらませて、動かせるかどうかです。

「ぶくぶくして」と言った場合に、頬っぺたを左右に動かすのではなくて、顎を動かして、もぐもぐ、というようにする子もいます。ダウンのお子さんなんかに、多いんですけれども、この状況もチェックして下さい。

初診時には、以上の他に、お母さんとの関係を作る上で、非常に重要なのが、何か困っている事があるか、希望、ニーズを聞いてあげて下さい。

こちらからの質問だけでなく「どんな事を望んでいますか、困っていますか」とか、この患者さんに対して「歯磨きをどうもっていってほしいですか」「どんな風になってほしいのか」という事を、是非聞いてあげて下さい。

治療方針、目標をたてる上で、お母さんや介助者のニーズに応えられるようにする、という事は、関わりを作っていく上で、とても重要なポイントになりますので、ここは、是非、拾ってほしいと思います。

初診が終わると、ミーティングを開いて、情報を分析、評価して、この患者さん、お母さんに対して、どんな対応方法が良いか、または、順番が良いかという事を検討して、計画立案をします。

［症例続き］

この患者さんの問題点は、

１初めての場所や人、病院、公共施設に対して不安によるパニックが出る。

２初めての場面や、体験で踏ん切りがつかず、常同行動が出る。

３反響言語が出る。
４本人磨きは、特定部位を一定のパターンで磨くのみで、不十分である。
保護者の問題点は、
１子供のパニックを起こす事に、強い不安があり、普段の生活でパニックを起こさないようにしている。
２母親の診療時における、患者のパニックに、不安があり、協力が得られにくい。
以上が、当症例における問題点です。
更に、スタッフミーティングでは、診査の内容や、行動観察の要点、各種アンケートを参考にして、各専門職種の立場から、意見を交換して今後の診療の目標や方針を、次のようにたてました。
目標と方針
患児について
１不安や恐怖を取り除く、徐々に慣れさせていきながら、パニックを防止できるような、自制心を育て、通常下診療をめざす。
２本人磨きは、介助者の部位の問いかけ、および対面模倣により、
予防に関しては、模倣が上手でした、舌側に関しても、十分とは言えないけれども、うまく出来ましたので、パターン化を取り入れて、模倣を使いながらの歯磨きを、導入しました。
母親について
母親の、患児に対する関わり方を、見直す機会をつくる。
等の目標を立案しました。
次は、スタッフミーティングで検討された内容や、今まで収集した資料を、保護者や介助者に提示し、問題点や今後の方針など診療計画を説明します。
診療計画は、齲蝕の治療計画と、予防の治療計画の説明をします。実際に、お母さんに提示してみると「いや、私はこんな風には出来ないわ、もうお祖母ちゃんの世話だとか、お店の手伝いだとか、いろいろあって、こんなに出来ないのよ」という状況がありえます。これは、情報収集の不足だったりしますが、そのような場合があります。ここで、説明と同意の、すりあわせをします。「私は、こんな風には出来ないわ、ちょっと目標が高すぎる」という事であれば、少しレベルダウンさせて、目標設定をしたり、お母さんとすりあわせをします。そして「じゃあ、この辺でやっていきましょう」という同意が求められたら、実際にスタート、というようになります。
この患者さんに対しては、予防は歯磨きをメインに、間食に関しても、多少問題がありましたので、その情報提供なども入れながら、進めてゆきました。
トレーニングを兼ねて、上下のスタモをとりました。印象というのは、初めてだったので、踏ん切りが悪いです。お母さんにも、同席させて、彼の出来る力を見てもらい、私達の関わりも見てもらい、お母さんとの関わりも作るという所です。

実際に、ＴＳＤ、見せて、触らせて、やってみせて、下顎から印象採得をします。やろうとすると、落ち着かなくなって、暴れて興奮しますので、軽い抑制をして、印象採得をしました。続けて、上顎の印象採得に移ります。下顎で、１回体験をして、大丈夫だという経験をすると、もう全然問題がなくなります。抑制なしで、上手に出来ます。お母さんに、実際に、彼が出来るのを見てもらい、彼の出来る力を認識してもらうというのも、治療計画の一つです。

予防の説明をしますが、私達は、月１回もしくは１カ月半に１回しか、お会いできませんので、家庭主導方でやっていかなければ、脳の神経回路の構築は出来ませんので、お家でのやり方を、お教えします。

この患者さんの場合、鏡像で模倣で指示を出すと、上手く出来るという事を説明します。視覚的な情報が得意なので、パターン化を用いて、フルマウスブラッシングを、させてみました。

トレーニングを済ませて、８回目、乳臼歯の抜歯をします。かなり、トレーニングも進んできて、お母さんとの関係も、大分出来てきました。センターに来ても、あまりパニックにならなくなってきたとの事で、お母さんも、安心して見られるようになってきました。
口腔内のチェックをして、ＯＡ、浸麻、抜歯をしました。アシスタントの軽い抑制のみで、一人で上手に出来ました。

予防指導をしたら、次回には、指導した事が、どの程度出来ているか、または、出来なかったか、それは何故出来なかったか、という事を必ずチェックして下さい。もし出来なかったら、それに対する処方を考えます。

歯磨きの発達過程の中で上顎を磨く時に、下顎を磨く時の形のまま磨く時期がありますが、今回チェックした時、そのような状態でしたので、親指を歯ブラシの背中に当てるようにという、ごく簡単なアドバイスをしました。このような形で、予防を進めていくのですが、この辺りで、お母さんもやっと安心して「遠くで見ていますね」と言って、椅子を持っていくようになりました。

半年後の定期健診では、まずお部屋に入る時から、特にパニックはありません。予防の診査、再評価をします。指導効果を確認するために、本人磨きのチェックをします。すると、フルマウスをパターン通りに、10カウントしながら、磨いてくれました。この時に、お母さんは、初めて、彼がフリーの状態で、どの程度出来るのかという、実力を見たのですけれども「今、見せてもらって、すごいびっくりしました」とおっしゃっていました、私も、初めてこういう形で見せてもらって、これ程治療が上手くいって、効果が出るのかというのが判りました。お家では、毎日では無かったんですけれども、週に２～３回は、パターン通りにやっていたという事です。この後、口腔内診査をしましたが、何の問題も
ありませんでした。

《リハビリテーション口腔保健医療の目標》

チームアプローチ　　長期的関わり
↓　　↓
口腔健康管理＝身辺処理の自立　＝　ＱＯＬの向上
発達援助　　社会生活への参加　　自己実現
↑　　↓
ネットワーク　障害の軽減・克服

私達が、診療全体でめざす所というのは、患者さんのお口の中の健康管理をしていくという事と、発達の援助をしていくという事です。

私達は、障害を見かけの身体の不自由さではなくて、その人が住む地域、社会での、人間としての、日常生活や社会生活が、円滑に行なえない状態を、障害というように捉えています。

この患者さんにとっての障害は、何だったかというと、病院、公共施設に行けない、というのが彼、または、お母さんにとっての障害でした。

私達が、この健康管理、特に予防を通して、お母さんの関わり方や、彼の乗り越えていく力を養う事によって、歯科治療が終わった後では、医科においても、先生の前に行って、洋服を、はだけて見せる事が、出来るようになり、床屋さんも行けるようになったそうです。そのような、さまざまな変化がありました。これは、私達の歯科診療を通して、その子の身辺自立や社会生活への参加が出来たのではないか、彼にとって障害の軽減・克服が、出来たのではないか、診療を通してＱＯＬの向上が出来たのではないかという事です。

私達がめざすのは、ただ単に口腔健康管理だけではなくて、ＱＯＬの向上がめざしていけるような、関わり方が一番のポイントではないかと思います。

【参考文献】

横前知美　他：障害のある子どもの予防の意義と進め方、デンタルダイアモンド、Vol.24、No.337：70～74、1999.

step. ７　定期健診

センターの患者さんは、地域の患者さんを預かっていて、本来ならば、トレーニングをしたら、地域に帰っていくというのが、前提になっているので、定期健診は行なわれないのが理想です。けれど、現実として、なかなか行き場がない事と、保護者の方が、継続して、こちらに通いたいという、強い希望があるような場合が多いので、定期健診を行なっています。

定期健診でドロップアウトして、来なくなった方もいますが、開所以来十数年通っているとか、最初から来ている方は、変な話、亡くなるまで来るんじゃないかなっていう位、ずっと、来ていらっしゃいます。

これから、センターでの定期健診のやり方を中心に、お話したいと思います。

センターでは、小児期の場合は、３～４ヵ月に１回のペースで、呼んでいます。時間は、60分で、先生の問診が30分、衛生士の予防の診査、指導が30分というようになっています。

定期健診用紙

１、定期健診期間中の口腔における問題

定期健診期間中に起こった口腔内の疾患の問題。

１主訴

発達期の場合は、口腔内に変化があるので、とりあえず主訴を聞きます。例えば、痛い歯があるとか、詰め物が取れたとか、ぐらぐらしている歯があって、本人が非常に気にしているとか、そのような、主訴を、まず聞きます。

２ブラッシング状況

これは、衛生士が後で詳しく聞きますが、１日に２回とか３回という状況を聞いて、その上で、口腔内をチェックします。

２、健康状態

まず、全身の健康状態で、この期間中に、大きな病気をしなかったかどうかです。風邪を含めて、何月にどんな病気をしたか、という事を聞きます。

てんかん発作を起こす子がいますので、発作の状況を聞きます。例えば、小発作を１日５回位起こす、それがどんな発作かという、発作の状況を調べます。

それに伴って、常用薬剤の変化を聞きます。定期健診の時は、身長体重を測ります。体重が極端に増加しているような場合は、抗てんかん薬の血中濃度が下がる事がありますので、お薬の状況と発作の状況を聞きます。体重増加があって、お薬の量が変わらなくて、発作に変化がないようであれば、それで安定している事になります。

発作に伴い、たいていかかりつけの病院がありますので、そこでちゃんと検査をしているかどうか、検査の状況を聞きます。発作があっても、コントロールされていない場合がありますし、お母さんが、薬を飲ませるのを嫌がって、量を減らしている場合もあります、その辺の主治医との関係が成立しているのかどうかまで、判ると良いです。こういう、発作のお薬を、きちんと飲ませないお母さんは、センターで抜歯をして、お薬を出しても、飲ませない場合があります。それで、抜歯後感染を起こした

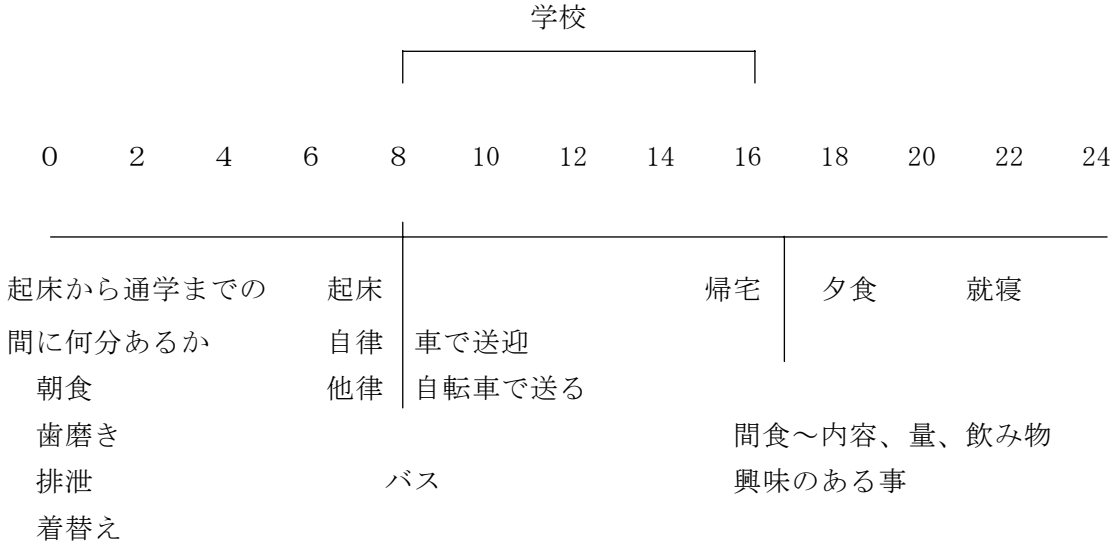
事があります。

脳波は、入眠した状態で測らなければならないのですが、きちんと測れていない場合があります。一応、半年に一度の脳波測定をしているかどうかは確認します。

あとは、保護者の健康状態です。本人が元気でも、保護者の体調が悪いと、ブラッシングが上手く出来なかったりして、口腔内に変化が出てきます。

例えば、お母さんがすごい病気をして、一時的に施設に入所させたり、自分の体調が悪くて、上手く歯ブラシが出来なかったりして「今回は、虫歯があると思います」というように、心配されてくる場合があります。しかし、日頃からきちんとやっていらっしゃるお母さんの場合には、それ程大きな変化はありません。そういう事によって、更に、お母さんが、やっぱり今まで自分のやってきた事は、良かったという再確認にもなりますし、日頃の、きちんとブラッシングをする事の大切さというのも、再認識してもらえます。

３、日常生活



朝起きてから、寝るまでの生活リズムを確認します。

起床の状態は、本人が体内に、自分の体内リズムとして、起床という時間を持っているかどうかという点で、自律起床か、他律起床かを見ます。起こされないと、絶対起きないような子は、寝る時間が遅い事がありますので、就寝時間を見ます。

養護学校に行くような場合は、中小学区のスクールバスが迎えに来ますので、それが、大体何時頃かを聞きます。例えば、８時ちょっと過ぎに、スクールバスに乗るとしたら、起きてから出かけるまでの時間が、30分しかないような子がいます。そのような場合は、その間にきちんと朝食を摂っているか、朝食の後の歯磨きをしているか、排泄、トイレに行く時間を朝持っているか、着替えの状況、本人がせっかく出来る能力があっても、起こす時間が遅いと、これだけたくさんの事をこなすには、お母さん

が、ほとんどやってあげなければ、いけなくなります。

遅くまで寝ていてくれると楽だからといって、いつまでも寝かせておくお母さんもいますが、発達期の子供にとって、朝食、歯磨き、排泄、着替えは、これから学校に行って体力を使ったりする前に、体調を整えるという上でも、非常に大事なので、起床時間から、出かけるまで、どの位あるかというのを確認します。

通学の方法ですが、バスで行く場合もありますし、車で送迎したり、保育園や幼稚園の場合、自転車で送る事もあります。例えば、歩いていけば、15分かかりますけれども、面倒臭いから車で送っちゃいますとか、自転車乗せて送ってしまいますという場合もありますし、運動になるんで、お母さんが、一緒に歩いていくという場合もあります。それによって、お母さんが、どれ位本人の事を良く考えているか、という事が判ります。

帰宅してから、夕食までの間を、どう過ごすかというのも、一つの時間の使い方になります。夕食までの間に、おやつを食べると思いますが、その時の、間食の内容、量それと飲み物などを調べます。おやつは、大抵母親が用意すると思いますが、あまり好ましくないような物を食べるような場合は、間食指導をします。どうして、そのようなものを用意するのか、ということを聞きます。中には、自閉症でこだわりがあったりする場合があります。例えば、バスから降りると、コンビニがあって、必ずアイスクリームを買って帰るとか、自販機で自分でお金を入れて、缶コーヒーを買って帰る。といった、こだわりがある場合があります。そういう、こだわりの習慣も、お母さんが、今日だけのつもりで買っても、こだわりになる時もありますので、帰りの買物状況なども聞きます。

おやつの後、退屈な時に、本人が興味のある対象物を聞きます。

本来ならば、何か課題を与えた方が良いので、本人の出来る事で良いので、家の手伝いなどをさせているかどうか、という事を聞きます。例えば、洗濯物をたたむとか、そういう事をやらせているかどうか。「どうせやっても、二度手間になるので、私がやってしまいます」という、お母さんもいます。

夕食の時間は、その家の生活パターンが、関係してきます。例えば、自営でお店をやっていると、食べる時間も、お店が終わってから、という場合もあります。

夕食が終わってから、寝るまでの間に、何をして過ごしているか。障害のある子は、テレビに興味のない子もいて、何となく過ごしている事があります。この間、お母さんは、片付け物をしたり、いろいろ忙しいわけです、こういう時に、課題が無くて、ただ、ぴょんぴょん飛び跳ねている場合もありますし、お父さんの帰宅時間によって、また、もう一度食物を食べる事もあります。

障害のある子も、家族の一員ですから、その家が、どういう家かというのを、把握しないと、理想的なものを押し付けても、難しい事があります「この先生は、理想的な事しか押し付けない」という風に、指導が上手くいかない事があります。

また、就寝時間が10時位に寝る子もいますが、生活リズムの狂っている子は、午前２時に、まだ起きているという事もあります。この間も、定期健診で来た子ですが、夜中に起きて、水遊びをする子がいて、洗面台に栓をして、、水を全部出してしまって、お母さんが起きたら、水浸しになっていて、夜中だったけれども、下の家に起こしに行ったら、１時間後に水が下の家まであふれてきた、という事があって、それ以来は水の栓を閉めて、本人が寝付くまでは、お父さんか、お母さんが必ず起きているというようにしているそうです。本人が寝るまで、いかにお母さん方が大変であるか。このような話も、すぐに出るのではなくて「彼の好きな、興味のある事は、どんな事ですか」という話から、そのような話が出てきました。

このような１日の生活リズムを聞く事によって、本人の生活状況と、保護者の方が、どういう状況で、生活しているか。それを見比べた上で、お母さん方の出来そうな事を、こちらが提示してあげるという事になります。

ですから「歯医者なのに何でそんなに詳しく聞くのかな」と思われると思いますが、その子の生活パターンの事を考えて、良い生活リズムを送るために、どうしたら良いかという、アドバイスをする事で、ただ、興味本位に聞いているんじゃないというように、理解してもらえると思います。

例えば、帰宅してから、２時間位仮眠をとる子がいます、そうすると、夜寝る時間は、遅くなりますので、仮眠の時間に、寝かせないように、ちょっと散歩に行くだとか、お母さんと時間を過ごすだとか、そのような、アドバイスをします。

初診の時のアンケートにも、１日の生活リズムを、お母さんが書いてきてくれますが、歯科なので、あまり詳しく書く必要は無いと思って、そこまで詳しく書いてくるお母さんは、少ないので、担当医の先生から、補う意味で、詳しく聞いて下さい。

定期健診というのは、再初診と一緒ですので、新たに情報収集をする、という事になります。その上で、現在の生活上の問題点を、書き出します。

年令に応じた発達と生活状況。

例えば、４月に入って新しい環境に、馴染んでいないとか、環境要因が大きくなります。それが、ストレスになって、なかなか歯ブラシをさせてくれない、いらいらする、という事があります。

一番難しいのは、思春期です。思春期において、保護者と体力が逆転してしまいますので、なかなか力づくでは、言う事を聞かなくなります。思春期の時期になる前から、よく言って聞かせるというのが、非常に大事です。

思春期は、健常の子だったら、夜遊びをしたり、友達同志で、どこかへ行ったりという事がありますが、障害のある子は、そういう事が出来ません。しかし、気持ち的には、何となくもやもやしていて、「何かをしなさい」と命令調に言われると、とても怒ったり、物にあたって、ひどい子だとガラスを割ったりする時期があります。

こういう時期になると、母親だけでは、対処できなくなるので、父親にも参加して

もらいます。体力が余っているわけですから、休みの使い方を、工夫します。お母さん方も、高齢になってくると、どこか連れて行くといっても、大変になるので、区役所で、ボランティアを紹介してもらうようにアドバイスしたり、保健婦さんの導入によって、相談したりという事があります。

４、一般検査

Ａ、身長、体重

何年も、通っている子であれば、お部屋に対して、そんなに不安感が無いのですが、３～４ヵ月、間が空くと、新しい環境という事で、身長、体重を測ります。

肥満傾向が強くなると、いつも食べている食事より、量が多くなったり、何か頻繁に食べたりしている、と思われます。そのような場合は、虫歯が出来ている事が多いです。ですから、体重増加があった場合は、抗てんかん薬の血中濃度にも関係しますけれども、口腔内にも関連して、要注意です。

家で、きちんと体重を測っている方が少ないので、前回との比較をして、どの位身長が伸びて、体重が増えているかという事を、お母さんにお話します。

Ｂ、体温、血圧、脈拍

よほど体調が悪い人以外は、チェックしません。

Ｃ、歩行状態

・独歩（補足具、補装具）
・杖
・車椅子
・バギー

一人で歩けるかどうか、独歩。入室してくるにあたって、本当は歩けるんだけれども、面倒だからという事で、お母さんが、バギーに乗せてくる場合もあります。

独歩だったり、独歩なんだけれども、補足具、補装具を着けているとか、杖、車椅子、バギーこれ位です。

あとは、入室の状況です。独歩で入ってきて、母親にしがみつくとか、背中を押されて入室とか、手を引かれて、無理矢理入ってくるとか、本人が、自分から入ってくるとか、入室の状況をここに書いておきます。

Ｄ、話し方

発語有、無→発声のみ
↓
単語
一語文～一歳
二語文～二歳
三語文～三歳

言葉を話すというのは、理解する部分、理解力と表出する部分です。判っている

んだけれども、話が出来ない子もいますし、しゃべっているんだけれども、理解力があまりない、という場合もあります。

表出の部分で、まず発語があるかないか、発語が無い場合、言葉が無くても、空気を呼吸していますので、声帯を震わせれば声が出ますから、そういう場合は、発声のみというふうになります。

発語がある場合というのは、まず、単語です「ごはん」「いや」といった、食物や要求ははっきり言います。次は、一語文です。「ごはんね」「わんわんね」というのが、一語文になります。「お父さん来た」「学校行く」というのが、二語文です。「ごはん、これ、食べたい」このようになると、三語文です。健常の子の場合、一語文は一歳位、二語文は二歳位、三語文は三歳位で、お話が出来ます。

言葉の発語のある子は、いくら暴れたり、恐怖心があっても、割とある程度の部分乗り越えられると、伸びる部分があるのですが、発語の無い子の場合は、脳の中のかなりの部分で、ダメージを受けているので、なかなか難しい面もあります。ですから、発語の有無というのは、多少の目安にはなります。

発語の無い子の場合でも、雰囲気、状況から慣れていけば、協力性が得られるようになります。理解力というのは、言葉から判るというのもありますが、状況から判断して、理解している事も多いです。ですから、診療の場面でも、先生がいらいらして、とりあえず早くという雰囲気ではなくて、まあ、不安はあるんだけれども、みんなが、ゆったりした状況で迎えてくれれば、お話が出来なくても、そういう状況というのは、察することが出来ます。ですから、発語の無い子の場合、この状況理解というのに、訴えていかなければいけません。

いくら、「寝て」と言っても判らなくても、椅子に座って、エプロンをしたら、次は寝るんだな、というのを繰り返し学習していけば、本人が判ってくる事です。いつも、同じパターンを繰り返していく事によって、言葉では判らない部分というのも、理解していけるようになります。

５、総合咀嚼器官

口腔内の状況を、見てゆきます。

定期健診の健を、健康の健と書きます。これは、健康診断の健です。健康診断というのは、病気の原因となりそうな所を、発見するというものです。

検診は、病気の有無の検査です。

センターの健診というのは、今後このままにしておくと、病気になりそうな部分、あと、今のこのような生活をしていると、必ず口の中に病気が現われるし、口の中の疾患というのは、生活習慣病の一つですから、このままでいくと、身体の方にも影響が及ぶというのを、みつけるためにも、定期健診を行ないます。

それと、保護者に対しての動機づけというのが、定期健診の目標の一つです。お母さんは、試験を受けるようなつもりで「今回は、きっと駄目だと思います」というよ

うに、心配されて来られます。保護者に対しての動機づけ、それが、定期健診に入る前に、あまりたくさんの事を言っても、難しいのですが、目標の設定をしてあげます。

＜保護者への動機づけ＞

目標の設定

↓例）毎日、体重を測る

努力～手段、方法

↓

達成について評価

例えば、今とても体重が増えていて、お口の中も汚れてきているようだし、歯周炎もひどくなってきているので「毎日体重を測って、増えだしたら、ちょっと気を付けるようにしましょう」という目標を、設定してあげます。

この目標設定をしてあげるにあたって、どうして、それをしなければならないのかを、説明しなければなりません。例えば、痩せなければならないと思っても、本当に自分が、そうなりたいと思うような、イメージを持たないと、難しいのと同じで、その子の口の中で、こういう状況が良くないから、きれいで、健康な歯肉のイメージを持ってもらって、それに向かって行かなければならない、という事を良く判ってもらわないと、なかなか実行には移せません。その手段と方法を、予防として出来そうな部分から、説明をしてゆきます。

４ヵ月後に来た時に、達成について、評価をしてあげます。３～４ヵ月も経つと、お母さんも「来た時は、良いんだけれども、だんだんやらなくなっちゃって」というようになります。ですから、３～４ヵ月というのは、子供にとっても、歯科診療という事を忘れてしまわない、不安や恐怖を克服するための期間であり、あとは、保護者に対しても、どのように深いモチベーションを持ち続けるか、という事を伝える期間でもあります。