

こと。

#### 小児科管理

チーム医療の一環として行われる小児科管理は基本をなすもので、頭蓋顔面奇形小児の必要処置の決定とその適正治療である。

- プライマリケア担当医がそれを診断し、拡大チーム員となる。
- チーム医療の一環として定期理学検査の実施。
- 親の疾患に関する質問に対応。
- 親の小児疾患(頭蓋顔面奇形)に対する理解度および治療計画に対する理解度を経時的に評価する。
- 特定処置の必要性がある場合は、プライマリケア担当医と相談の上適正専門医へ紹介する。家族が紹介に従っているかどうかを確認する
- 成長不全、発達遅延、小児虐待および小児無視、あるいは他の重要問題のリスクがある小児に対しては密な経過観察を必要とする。
- 計画した手術実施前には小児の健康状態の評価が必要である。

#### 心理社会的評価

頭蓋顔面奇形小児の治療目標達成には、患者および家族の心理社会的要求の評価が定期的に必要なことになる。心理社会的面接はソーシャルワーク、心理学、小児科学、看護学、および精神医学のような専門を経験した人が担当する。しかしながら、心理検査は一定資格のある心理学者の監督下で行われかつ評価されるが、その専門家は頭蓋顔面奇形とそれに関係した音声(言語)障害および聴覚障害に精通する事が望ましい。

- 心理社会的面接を定期的実施し、親の受容能と養育、親の子供管理能力、親子関係、および小児の感情および態度適合性を評価する。頭蓋顔面奇形例の学習障害合併が高率なため、各例に対して学習障害の有無に関するスクリーニングを小児期から認識の完全性が確立できるまで実施する。スクリーニングで学習障害の可能性が認められた場合はその家族に対する評価、指導、および面接が行われ、これができなければ実施可能施設に紹介する。
- 両親に対し一態度の管理、からかい、他の家族員からの排除、大衆の態度、該当疾患手術に対する恐れおよび期待、および治療に対する情緒上の適応性一に関する問題に対して指導を行う。
- スクリーニング検査は認知発達性、行動、自己概念、学習力、および心理社会的発達度に関しての予想されうる問題を見付けるために行う。スクリーニング検査は小児期より思春期に至るまで定期的に行う。上記の分野での問題が疑われた場合あるいはその診断をした場合は更に患児に対し正規の発達/認知評価、指導、カウンセ

リング、あるいは必要な支援を受けさせ、あるいはその実施が不能であればそれらに関する紹介を行う。

- 発達遅延の可能性の懸念があれば心理検査を繰り返し実施する必要がある、これにより小児に対する適切な医療計画ができそれにより発達遅延が防止可能となる。
- 学校との連携により学習能に関する情報を定期的に入手する。問題が疑われるか問題があれば認知および学習能の評価が必要となる。
- 頭蓋顔面奇形の小児は同様な疾患のある小児と接触させる事が有益である。チームは支援組織や情報交換により他の同様の小児との接触の機会を設定する。
- 社会性訓練プログラムに依り小児および思春期例は精神的負荷の多い状況への対応法を学習する事ができる。
- 成熟した時点で該当小児には頭蓋顔面奇形に関する情報を提供し、それを理解させて治療計画への積極参加を促す。全医療関係者は、小児が治療に関する話題を理解できるよう配慮し、可能な限り治療計画を理解できるよう全てに気を配る。この目的のため、各患者の恐れ、懸念、および治療に関する意見を聞き入れる人がいることをチームとして確認する事は有益である。
- 適切な時期に思春期例に対して職業訓練や指導に関する紹介を行う。

#### 言語一構音障害評価

頭蓋顔面奇形の小児は言語一構音障害になるリスクが高い。言語および構音の発達状況の評価により手術、歯および言語障害の治療を含む治療計画設定および治療結果評価に対する必須情報が得られる。更に患者の言語および構音に関する情報は治療結果評価でも重要である。言語一構音の評価は、その記録から患者の経過が良く分かり、かつ処置に関する推奨が可能となるように適切な間隔で行う。

- 恐らく唇裂小児例は例外となるが、言語一構音評価の適正記録とは各例に対して少なくとも4歳まで毎年評価を実施する事である。
- 4歳以降は言語一構音発達が適切で障害がない場合でもアデノイド退縮を認めるまでその評価を定期的実施し(年1回が望ましい)、それ以降は歯列および骨格形成が完成するまで3年間隔で実施する。
- 言語一構音発達障害がある小児では家庭医との協議の上集学的医療チームが必要と認めた間隔でその評価を実施する。
- 評価には喉頭機能評価を含む。
- 言語および構音の発達が年齢相当ではない場合あるいは話し方が常軌を逸脱している場合は、早期言語一構音促進プログラムへの参加あるいは言語療法を手配する。
- 正顎手術の適応のある頭蓋顔面奇形例は、術前および術後の知覚的音声評価が必要になる。
- 術前・術後の構音評価は手術、口蓋帆咽頭系に対する行動療法そしてまたは装置装

着療法の適応決定およびの治療効果判定に必要となる。

- 多くの例に注意深い口蓋帆咽頭機能の評価が要求される。評価方法として構音機能の詳細分析、呼気量測定、嚥下造影、鼻咽腔検査、および鼻腔計測があり、これら全ては言語－構音病理学者の参加の基に行われる。
- 頭蓋顔面奇形例では言語療法を必要とする例もある。
- 口蓋帆咽頭機能不全例の中にはバイオフィードバック法が奏効する事もある。

## 21. Clinical guideline on adolescent oral health care

思春期口腔衛生管理の臨床指針

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD); 2005. 10 p. [82 references]

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=7492](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7492)

推奨要旨

う蝕の管理

一次予防

フッ化物

思春期例に対してフッ化物の効果を最大限引き出す；

1. 適正量のフッ化物添加飲料水や処方によるフッ素補充による全身的フッ化物摂取を、16歳時か第2大臼歯の萌出時の早い方の時点まで継続する事が推奨される。
2. フッ化物添加歯磨き剤を思春期後期まで継続し、局所効果を維持することが望ましい。
3. 歯科医の判断によりう蝕リスク因子のある例に対しては、歯科医はフッ化物塗布治療を行う。
4. 個々のう蝕形態あるいはう蝕のリスクに応じて歯科医は家で塗布する製剤を推奨しそれによるフッ化物の局所塗布を行う。
5. フッ化物の必要性判断とフッ化物使用方法に関する基準は現在米国歯科医師会および米国小児歯科学会 [AAPD] に依り支持されている(フッ化物療法の臨床指針-2004)。

口腔衛生

1. 思春期例に対し、教育および動機付けを行い連日の歯垢除去による口腔衛生の維持を図る。歯垢除去法は歯間清掃により、その頻度および清掃方式は個々の疾患状態や口腔衛生状態に依る。
2. 歯科医による歯垢あるいは歯石除去頻度は、個々のかかりつけ歯科医師が判定した個々のう蝕／歯周疾患に対するリスク因子評価に基づき決定する (AAPD, "Clinical guideline on periodicity," 2004)。

食事管理

専門家の決定に沿った全身および歯の健康の最大維持に対する食事内容評価(推奨食事)は思春期例の口腔衛生管理の一部分でもある。食事内容評価および食事管理には以下が考慮される：

1. 歯科疾患型式
2. 総必要栄養およびカロリー量
3. 思春期栄養の心理社会的側面
4. 炭水化物摂取量とその頻度
5. 酸含有飲料の摂取量と摂取回数
6. 健康志向

#### 充填材

う蝕のリスクのある思春期例に対しては充填材を使用。個々のう蝕リスクは時間経過とともに変わり；思春期を通して充填材の必要性を定期的に評価する(AAPD, "Clinical guideline on pediatric restorative dentistry," 2004).

#### 二次予防

##### 歯科医による予防管理

1. 定期歯科健診間隔は個々のその必然性とリスク因子を考慮し思春期低に対して対費用効果が良く疾患予防の効果を得るように設定する。
2. 初診時および定期健診時の X 線撮影は臨床評価の一環である。X 線撮影の種類、枚数、およびそれらの撮影頻度は必ず口腔検査と既往歴聴取終了後に決定する。以前の X 線像が比較の上で使用可能であればそれを用いる。最近の X 線曝露に関するガイドライン（即ち既往・現病歴、う蝕のリスク、歯周疾患歴、および成長と発達評価に基づく適正撮影）に従う事(AAPD, "Clinical guideline on prescribing dental radiographs," 2005).

#### 保存修復歯科学

個々の患者に応じて保存性について評価する。う蝕のない歯列が望まれる。必要な治療が担当歯科医の技術を超えているかあるいは専門外の場合は適正な訓練を受けそしてまたは経験を積んだ歯科医へ紹介すること。

#### 歯周疾患

##### 急性期

歯周組織および口腔粘膜に及ぶ急性口腔内感染症は即治療を必要とする。治療は現在受け入れられている歯周疾患の治療技術に基づく必要がある。歯および歯周に対する外傷がある場合は常に歯の評価と治療を必要とする。必要な治療が担当歯科医の技術を超えているかあるいは専門外・興味対象外の場合は適正な訓練を受けそしてまたは経験を積んだ歯科医へ紹介すること。

##### 慢性期

思春期例には個々に応じた口腔疾患予防プログラムが役に立ち、そのプログラムには歯周組織の健康維持のため以下の項目が盛り込まれる：

1. 患者教育では自己口腔衛生維持技術同様歯周疾患の病因、特性、および予防を強調する。
2. 個人の年齢に応じた口腔衛生プログラムには、歯垢除去、口腔衛生自己評価、および食事が含まれる。歯肉溝の歯磨きおよびフロッシングの目的は歯垢除去で、頻回の経過観察で歯垢除去の適確性と歯肉の状態改善を観察する。
3. 定期歯科診療は個々の必然性に応じて間隔を決定し、観察項目として個々の口腔衛生達成度、歯周状況、および併発疾患・不正咬合・あるいは障害に関する内在するリスク因子の評価である。思春期例の診療時には歯周のポケット、歯周病歴記録、および X 線像による歯周疾患診断を考慮する。歯周評価の範囲、評価内容は個々に応じて専門的に決定する。進行性歯周疾患例については、その評価および治療に関し適切な訓練を受けそしてまたは経験を積んだ歯科医へ紹介する。
4. 適正評価手順により矯正歯科治療が可能となり、限定するものではないが矯正治療としては歯根露出、小帯切除、線維切除、歯肉形成、およびインプラントの処置がある(Greenwell, 2001)。

## 咬合評価

### 不正咬合

いかなる歯の不正位、歯の下顎への関係不良、歯/顎の大きさの乖離、両顎の関係不良、あるいは機能的・形態的・心理的に影響を及ぼす頭蓋顔面奇形もしくは形態異常に関しては適正に訓練された歯科医あるいは専門チームが評価する。適正に訓練された歯科医そしてまたは経験のある歯科医による不正咬合の治療は、専門的診断、可能な治療法、患者の動機および準備、および不正咬合を助長させる因子に基づき行われる。

### 智歯

X 線像による診断補助も考慮した智歯の評価は思春期例の歯科検診の一環として行うことになっている(AAPD, "Clinical guideline on prescribing dental radiographs," 2005)。診断と智歯抜歯の基準は AAPD の小児口腔手術に関する臨床指針を参照のこと (AAPD, "Clinical guideline on pediatric oral surgery," 2005)。障害出現の可能性のある智歯の治療は適正な訓練を受けた歯科医そしてまたは経験のある歯科医が行う。

### 顎関節障害

顎関節と関連構造の評価は思春期例の評価の一環として行う。異常の治療は受け入れられている臨床処置(National Institutes of Health, 1996; Skeppar & Nilner, 1993)に従い適正な訓練を受けた歯科医そしてまたは経験のある歯科医が行う。

### 先天性の歯喪失

先天性永久歯欠損の評価はその場の評価と長期の管理が必要となる。管理は適性に訓練された歯科医そしてまたは経験のある歯科医によって行われ、チームアプローチが必要となり得る (AAPD, "Clinical guideline on management of the developing dentition," 2005).

#### 異所性萌出

歯科医は思春期例の異所性萌出を予期診断しその治療を行う。異所性萌出の早期診断には適確な X 線検査が必要となる (AAPD, Clinical guideline on prescribing dental radiographs, 2005)。適正な訓練を受けたそしてまたは経験のある歯科医が治療を管理し、チーム医療が必要となり得る (AAPD, Clinical guideline on management of the developing dentition, 2005)。

#### 外傷

歯科医は包括的外傷予防プログラムを用意して思春期例の歯列外傷を低減させる。この予防計画は患者の行っているスポーツや活動の種類、熟達度、および頻度を考慮する必要がある (Ranalli, 2002)。これらの情報を得て、年齢に合った、そのスポーツに対応した、適合性の高いマウスピース/フェースガードを作成しそれを推奨する (Ranalli, 2002)。防具の破損を考慮して予備を持つよう指導する。更に患者・競技者には適合した防具でも外傷は起こり得る事を忠告する (Ranalli, 2002)。

### 思春期例の口腔/歯の管理における他の考慮すべき点

#### 歯の変色あるいは歯の色素沈着

思春期例の歯への漂白剤使用は、患者の歯列発達・口腔衛生・う蝕状況を考慮した逐次的包括治療計画の中で慎重を期すべきである。歯科医は漂白過程を経過観察し、侵襲性が最小で、最大効果を発揮する治療法を選択する。思春期例の歯の漂白を考慮する場合は、歯科医は予想され得る副作用を考慮する (Li, 1998; AAPD, "Policy on dental bleaching," 2004)。

#### 喫煙

喫煙の口腔および全身への影響に関する思春期例の教育を口腔衛生教育の一環として行う。喫煙あるいはその関連した製品を利用している思春期例に対し、歯科医は適切な教育を行うかあるいは禁煙に関する紹介を行う (American Dental Association, 1993; American Cancer Society, National Cancer Institute, NIH, 1998; AAPD, "Policy on Tobacco Use," 2005)。口腔内所見がある場合は、適正な訓練を受けたそしてまたは経験のある歯科医がこの治療を管理する。

#### ポジティブな青少年発達(PYD)

PYD とはこの年代層の治療に関連する下記の重要な多くの要素を含むことである：

1. 青少年に対する安全で支持的環境の配備

2. 良き指導者となり得る医療関係者と青少年との養育関係
3. 健康的な生活様式の促進と積極的な社会関係維持の指導
4. 要時の安全情報網の配備 (Department of Health and Human Services, 2002)

#### 心理社会的配慮など

1. 思春期例の口腔衛生管理は、該当治療に対して適正な訓練を受けそしてまたは経験のある歯科医が行う。プライマリケア担当歯科医は専門外の特定疾患については専門医に紹介する。これには歯科的・非歯科的なもの双方を含む。
2. 思春期例の歯科治療ではその年代特有の心理社会的局面に配慮する。患者の治療においては同意、機密性、応諾性などの問題に配慮する(AAPD, "Clinical guideline on record keeping," 2004; AAPD, "Clinical guideline on informed consent," 2005)。
3. 思春期例の完璧な口腔衛生管理には思春期患者特有の懸念および必要性、および下記事項に焦点を当てた教育資料が必要となる：
  - a. この年代層特有の特定行動および心理社会側面に依る口腔症状の出現
  - b. 歯科医療関係者の治療と口腔衛生に対する責任の思春期例との共有
  - c. 思春期行動の口腔衛生に及ぼす影響

#### 成人治療への移行

患者、親、および小児歯科医による合意ができた時点で、患者の罹患している口腔疾患に精通した歯科医への移行が行われる。特異的な治療(SHCN)―治療不可能あるいは他医への紹介―を必要とする患者に対しては、かかりつけ歯科医は歯科治療を担当して必要な時に医科的特異的治療に関し適切な紹介を行う (AAPD, "Clinical guideline on management of persons with special health care needs," 2004)。



## 22. Clinical guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient

小児歯科患者の対応誘導に関する臨床指針

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD); 2005. 12 p. [57 references]

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=7493](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7493)

推奨要旨

背景概要

1. 対応誘導は科学的原則に基づく。対応誘導の適切な説明にはこれらの原則の理解が必要となる。しかしながら対応誘導は純粋科学とは異なり、意思疎通能力、強固な意志、指導力、および傾聴力が必要となる。そういうものではあるが、対応誘導は科学的根拠に基づいた臨床芸術および技能である。
2. 対応誘導の目標は意思疎通の構築、恐怖や不安の軽減、質の高い歯科医療の提供、歯科医と小児の信頼関係の構築、および小児の口腔／歯の衛生管理および口腔／歯の治療に対する積極性の促進である。
3. 治療計画設定時小児の緊急歯科治療の必然性を考慮する。意思疎通技術を用いて通常の治療ができるようになるまで治療の延期あるいは改変が時には適切な場合がある。
4. 対応誘導に関する全ての判断は有益性／リスクの評価に基づかななくてはならない。小児の治療に関しては親を交えて決定する。
5. 歯科医を支援でき、また小児およびその親に対し適切な応接ができ小児の応諾性や受診に対する積極性を引き出すような小児側に立った環境を整備できるように歯科治療スタッフを念入りに訓練する必要がある。

### 基礎的対応誘導

#### 意思疎通と意思疎通指導

意思疎通は思想、意見、あるいは情報の伝達あるいはその交換である。その交換は種々の手段を用いて行われるが歯科治療の場では一次的には話し方、声の音調、顔の表情、および体での表現による。成功する意思相通の4つの必須要素は；1) 送り手(患者)；2) 送り手の顔や体の表現も入った伝達内容；3) 伝達が行われた脈絡や状況、および4) 受け手である。意思疎通が上手く行くためには、4要因全てが存在しそれが調和する必要がある。調和を欠くと送られた伝達と解釈が一致しなくなる。

小児との意思疎通は歯科医および歯科治療チームにとりかなり難題である。小児の認知発達には成人で可能な情報交換量とその水準までは届かない。小児では概念の構築ができていなく1つの概念の理解が不可能である。歯科医にとり小児が認知発達途上であるという基本的概念を持つ事が重要であり、受けて(小児)の知的発達に応じた適切な単語を用いて意思

伝達する必要がある。歯科医側の概念枠に小児患者が合わせることを期待するのは非現実的である。

意思伝達が行われた状況(脈絡)の重要性は言葉では言い表せない。小児側に立った歯科診療所とは小児の概念で部屋を装飾し、受付室あるいは治療室には年齢に応じた玩具やゲームを用意し、小さ目の調度を置く事でもある。しかしながら処置行為そのものは小児の注意が散漫となりそれによって不安を誘発し(例えば他の小児の泣き声)、意思疎通を妨げることもある。歯科医とそれ以外の医療チーム員は患者の気の散る処置室から離れた場所でも有利に特定情報(例えば術後の注意事項、予防相談)を提供することも可能である。送り手の表情や体の表現が意図した形で伝わらないと意思疎通は妨げられる。歯科医の体の表現に不確定さ、不安、あるいは強要が含まれていると持っている診療技能の自信を伝える事はできない。言語的手段を介さないで小児に対して伝えるべき3つの必須条項がある：

- "分かりますよ、あなたの望みを叶えます"
- "私には知識も腕もかなりあります"
- "不要な痛みなど起こらないように治療できます"

小児の親に対する意思疎通を初診時に簡単に行って関係と信頼構築も可能である。しかしながら、一旦歯科処置が始まると歯科医は処置対応に追われ、情報共有は二の次ぎとなる。双方向の情報交換から命令を介して一方通行に変わる。この型の情報交換を "要求上の約束" という。行為が目標に近づくと(例えば歯科処置の終了)、歯科医は要求者の役割と気づく。要求により患者からの約束を得、その上で協力の約束を取り付ける。歯科医は要求が効力を発揮するよう種々の形で要求を発しなければならないかもしれない。断定的な声で前に発した要求の組替え一例えば要求を適切な顔の表情と体の表現で行う一が発声制御技術の基本である。発声制御は意思疎通の一手段であるが、嫌悪感を抱く親もある。

小児歯科では協力的小児でも非協力的小児でも意思疎通管理と命令の適正使用は変わらない。小児との関係構築と歯科処置を上手く終了させることに加え、この発声制御技術は小児の口腔衛生に対する積極性を引き出す事にもなる。意思疎通管理は診療側の技術の一部で、それを上手く使用することにより患者の協力助長を引き出す。意思疎通管理は単一技術の獲得というよりは、歯科医の個性を拡大する継続的課題である。この手順に関係するものとして発声制御の特異技術、非言語的的意思疎通、五感に訴える実演説明と診療(TSD)、積極性の強化、気の逸らし、および患者の親の入室/非入室がある。特異的的意思疎通管理技術の選定に当たっては、歯科医は他の意思疎通上の欠陥(例えば聴力障害)同様、患者の認知発達途上に対して配慮が必要である。大多数の患者にこの技術は通常的意思疎通および特別的意思疎通の要素と考えられ、それはそれとして、この技術使用に際しては同意やその使用記録は必要としない。

歯科医師の対応(応接)

いかに意思疎通を図るかを常に心掛けている歯科医はあまりいない。意思疎通の形式に無頓着な歯科医もいるが、患者/両親はそれに対して気を使っている。歯科医の意思疎通態度は患者の満足度の1主因子である。歯科医は、必ずしも親が抱いている自分の意思を全て表現しているとは限らない事を認識する必要がある。患者の満足度での低評価とされる歯科医の対応には、短時間診察、処置に対する無説明、親の診察室への入室禁止、および一般的な性急がある。関係/意思疎通上の問題は処置上の誤りを起こす原因とされてきている。錯誤が起こらなくとも配慮不足そしてまたは協力不足が訴訟につながっている。歯科医の非協力的患者の管理の上での種々の対応誘導の効果に関する研究には一致性は認められていない。歯科医の話し方、指示方法、共感法、説得法、我慢強制法、および親の説得法は非協力的患者の対応法に影響すると報告されている。

#### 患者の評価

小児患者の歯科治療の必要性に対する反応は複雑でその反応は多くの因子に因る。複数の報告より小児の非協力的対応は歯科治療に関する恐れに起因するものはあまり無く、不安の強い小児は必ずしも全てが歯科医の対応上の問題によるものでもないとされる。小児の年齢/認知水準、性癖/個性上の特徴、不安と恐れ、見知らぬ人に対する反応、歯科治療の経験、および母親の歯科治療に対する不安が小児の歯科診療上の反応に影響する。

歯科医は治療計画作成の一環として小児の推定協力度の評価を盛り込む必要がある。小児の対応から得られた観察事項および患者の親に対する質問から情報を集める事が可能である。理想的評価方法が認知および言語発達途上の小児に有効で、臨床の場に使用できる。歯科診療の場である程度有効とされる評価方法を、原文指針の付録1に掲げその目的も簡単に説明した。歯科治療に対する小児の対応を予想する上で1つの評価方法で完全なものはないが、歯科医が小児の対応に影響する複数の因子を認識する事によりそれを小児治療計画設定に生かすことができる。

#### 処置時の親の入室/非入室

*解説：* 治療上協力を得る上で親の入室を認める時がある。これは歯科医の哲学と親の処置時の入室希望・非希望によりかなり開きがある。数十年間で親の養育形式は変わってきている。対処法の分からない小児や歯科診療における小児の未経験事項に対する新たな躰を必要とする小児が増え歯科医は難題を抱えている。歯科医が小児に上手く対応するという親の期待が大きく、しばしば親の小児に対する期待が非現実的である。歯科医は、歯科医・患者・親の良い意思疎通が重要であることには同意する。歯科医はまた、歯科医と患者の良好な意思疎通が重要で、それは歯科医と患者双方に要求される事も認識している。親の入室/非入室による小児の反応は有益なものから有害なものまでである。意思疎通方法および支援方法の選定は各歯科医の義務で、選定した方法で歯科医の治療技能を発揮できる環境、小児の力量、および親の抱いている希望を最も上手く調整できる事が必要である。

*目的：*

1. 患者の注意を惹き応諾性を改善
2. 否定性もしくは回避行動の回避
3. 歯科医—小児間の適正役割の構築
4. 歯科医、小児、および親間の良い意思疎通を促進
5. 不安の最小化と良好な処置環境の構築

適応： 全患者

適応禁忌： 親が有効的支援拡大を望まないか友好的支援を拡大できない場合(求められた時)

五感に訴える実演説明と診療(TSD)

解説；五感に訴える実演説明と診療(TSD)は1つの対応技術で多くの歯科医が行っている。この技術には、患者の発達度に見合った言葉で処置の口頭説明を行い(tell)；処置の方法について注意深く恐怖を抱かないような状況下で患者の視覚、聴覚、嗅覚、および触覚に訴えるように実演して見せ(show)；そして説明や実演から外れることなく処置を終了すること(do)である。この五感に訴える実演説明と診療には意思疎通技術(言語的および非言語的)と積極性誘発が必要となる。

目的：

1. 歯科受診の必要性を患者に教え歯科診療の場を患者に慣れさす
2. 脱感作(不安の除去)と予想治療結果の十分な説明を行い処置に対する患者の反応(積極性)を引き出す

適応： 全例

適応禁忌： 無し

音調制御

解説： 音声制御とは患者に向けられかつ影響を与える声の音量、語調、あるいは話す速度を低下させることである。この技術を知らない親には説明上有益で誤解を防止し得る。

目的：

1. 患者の注意喚起と応諾性の獲得
2. 否定性もしくは回避行動の回避
3. 歯科医—小児間の適正役割の構築

適応： 全例

適応禁忌： 聴覚障害例

#### 非言語的意思疎通

*解説*： 適正な接近、姿勢および顔の表情による非言語的意思疎通により患者の積極的対応を引き出す。

*目的*：

1. 他の意思疎通管理技術の促進
2. 患者の注意力喚起および応諾性の維持あるいはその獲得

*適応*： 全例

*適応禁忌*： 無し

#### 積極性助長(誘発)

*解説*： 患者の好ましい対応を惹き出す過程では、適切なフィードバックが必須になる。好ましい対応に対する報奨としての積極性助長は有効的技術であり、これにより好ましい対応がその後も起こり易くなる。社会性助長として明るい語調、明るい顔の表情、明るい話し方、および適切な身体表現があり、これらは歯科医療チーム全員が備えなくてはならない。非社会的助長材として記念品と玩具がある。

*目的*： 好ましい対応の助長(誘発)

*適応*： 全例

*適応禁忌*： 無し

#### 気の逸らし

*解説*： 気の逸らしは不快ともなり得る処置から患者の注意を逸らす技術である。負荷のかかる処置中ではもっと高度の対応誘導技術を用いる前に小休止を設けるのも気の逸らしとなる。

*目的*：

1. 不快予知不安の減少
2. 否定性もしくは回避行動の回避

*適応*： 全例

*適応禁忌*： 無し

#### 笑気/酸素吸入(麻酔)

解説：笑気/酸素吸入は不安を抑制し良好な意思疎通を促進する上で、安全で効果的な技術である。その効果発現は早く、その効果も簡単に調節でき、麻酔からの完全回復も早い。更に笑気/酸素吸入は鎮痛、麻酔、咽頭絞扼反射抑制の作用がある。

笑気/酸素による麻酔と不安除去を行う前に患者および歯科医の安全性確保同様診断と治療への笑気/酸素の必要性を考慮する必要がある。本法の適応、適応禁忌、および考慮すべき事項については米國小児歯科学会(AAPD)の *Clinical Guideline on Appropriate Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients* を参照のこと。

### 高度の対応誘導

多くの小児は基礎的対応誘導に概説した技術で有効的に管理できる。これらの基礎的対応誘導は歯科医により提供される全ての管理の基礎を成すものである。しかしながら、時には小児の呈する対応に更に高度の技術が入用となる。高度の対応誘導には号泣中の口抑え(HOM)、保護的抑制(protective stabilization)、鎮静、および全身麻酔がある。これらは何れも対応困難な小児に対する対応誘導の1手段で意思疎通、協力、および質の高い口腔衛生処置が行うことができるようにするものである。対応性の適正診断およびこの技術の安全かつ有効な利用には、歯学部在籍時に受けた教育を越えた知識と経験が必要になる。これらの高度な対応誘導技術の使用を考慮する歯科医はレジデントプログラム、卒後プログラム、そしてまたは指導教官による実地訓練付きの継続教育のような追加訓練を受ける必要がある。

### 号泣中の口抑え(HOM)

解説：号泣中の口塞ぎは基礎的対応誘導で対処できない実力行使的非協力対応に対する阻止あるいは管理技術である。この技術はヒステリー性/手におえない小児の自己制御回復を意図したものである。

HOMは不適対応の転嫁、以前の要求の方向転換、および有効的な意思疎通の再構築に用いられる。適応があれば、歯科医の手を小児の口に優しく当て穏やかに期待する対応を分からせる。患者の気道確保が必須となる。小児の自己制御が得られより好ましい対応が得られた時点で手を離し、積極性を助長する。その後意思疎通誘導技術により小児に内在した恐怖と不安の低減を行う。

患者、歯科医、および医療スタッフの安全性同様その使用決定と実施には配慮が必要である。HOM使用の決定には以下を考慮する：

1. 他の変わり得る対応誘導
2. 患者の歯科治療の必要性
3. 歯科治療の質に対する影響
4. 患者の情緒発達
5. 患者の身体の考慮

## 6. 以降の歯科診療に影響する患者に起こる消極的態度出現の可能性

HOM を用いる前に親からインフォームドコンセントを得、その旨カルテに記載する必要がある。

患者カルテに以下を記載する：

1. インフォームドコンセント取得
2. 使用適応あり

目的：

1. 小児の注意を再喚起し、小児の適正な対応により歯科医との意思疎通が可能
2. 過剰な回避的対応を排除し、冷静さの回復
3. 小児に対する安全な歯科治療の提供
4. 鎮静あるいは全身麻酔の必要性低減

適応： 理解と協力が可能な健常小児で手に負えないあるいはヒステリー性小児ではないこと。

適応禁忌：

1. 年齢、障害、服薬、あるいは情緒的未熟により意思疎通が不能で、理解および協力が得られない小児
2. 気道障害のある小児

防御的抑制

解説：、小児、思春期例、あるいは特異的治療を必要とする例の治療における防御的抑制の使用は医療提供者、保護者あるいは大衆の懸念となり得る。防御的抑制の広義の定義は患者の了解の有無にかかわらず患者の自由行動を抑制する物理的抑制の行使である。物理的抑制は人力や装置あるいはその双方による。物理的抑制により、身体的および精神的有害、自尊心喪失、患者の人権侵害、および場合により死亡といったような重大な結果を招く事もあり得る。内在するリスクおよび結果のリスクのため、患者ごとにその使用を考慮しまた代替方法の選択も考慮する。

治療提供中、部分的にあるいは完全な抑制が患者、歯科医、医療関係者あるいは親の安全を図るため時として必要になる。装置使用の有無にかかわらず防御的抑制は医師、医療スタッフ、あるいは親によって行ない得る。歯科医は常に最小限の抑制力使用に留める必要があるが、抑制によって安全と抑制効果が得られなければならない。応諾性のある小児に対してはマウスピースの適応はない。

診断、治療の必要性と患者、歯科医、医療関係者、および親の安全確保の上での抑制法の必要性を考慮する。

抑制法使用の判断は以下を考慮する：

1. 代替の対応誘導法
2. 患者の歯科治療の必要性
3. 歯科治療に及ぼす影響
4. 患者の情緒発達
5. 患者の身体状況判断

装置使用の有無にかかわらず抑制法を用いるにあたり歯科医あるいは医療スタッフは親のインフォームドコンセントを得てそれをカルテに記入する必要がある。親による抑制法の実施にはインフォームドコンセントは必要としない。しかしながらこの技術の負の印象があるため親からインフォームドコンセントを得ておくのが無難である。

防御的抑制の実施前にインフォームドコンセントを親から得てそれをカルテに記入する必要がある。また、小児への抑制行使の必然性の説明と、小児の抑制法に対するの反応も記入する。歯科治療に対する予期し得ない反応の事象について歯科医は患者および医療関係者に被害が及ばないように防止する義務がある。直ちに安全処置を行った後、治療継続上抑制内容が変わるようであれば歯科医は代替法に関するインフォームドコンセントを得なくてはならない。

カルテには以下を記載しなくてはならない：

1. インフォームドコンセント(取得)
2. 抑制法適応あり
3. 抑制法の種類
4. 抑制法適応時間
5. 抑制法評価および安全性調整の回数
6. 抑制法下の患者の対応性評価

目的：

1. 厄介な行動の抑制あるいは排除
2. 患者、医療スタッフ、歯科医あるいは親の障害防止
3. 一定水準の歯科治療の提供

適応：

1. 迅速な診断そしてまたは限定治療を必要としかつ成熟度不足により協力が得られな



い患者

2. 迅速な診断そしてまたは限定治療を必要としかつ精神的あるいは身体的障害のため協力が得られない患者
3. 防御的抑制法によらなければ患者、医療スタッフ、歯科医あるいは親の安全性に問題がある場合.
4. 厄介な行動低減のためある程度の抑制を必要とする鎮静を要する患者

適応禁忌：

1. 協力的で鎮静を要しない患者
2. 精神的あるいは身体的疾患のため固定化(抑制)できない患者
3. 以前防御的抑制法で身体的あるいは精神的の外傷が見られた患者(対応誘導の代替法が無かったにもかかわらず)
4. 長時間処置が必要であるが、鎮静を要しなくかつ救急処置を必要としない患者

注意：

1. 抑制強度と抑制時間を経時的に評価し、定期間隔で再評価する.
2. 胸部あるいは四肢の抑制により循環器系あるいは呼吸器系に影響しない事.
3. 患者の過度な負荷あるいはヒステリー反応により精神的あるいは身体的の外傷が起こり得る患者では可能な限り速やかに抑制を解除する.

鎮静

解説：年齢あるいは精神的もしくは身体的疾患に因り歯科治療上鎮静を必要とする例に対し鎮静法は安全にかつ有効に活用し得る。鎮静選択の場合は、患者、歯科医、および医療スタッフの安全確保の必要性同様診断および治療の必要性を考慮する。適応、適応禁忌、および付随した臨床上の考慮に関する詳細情報は AAPD の *Clinical Guideline on Elective Use of Minimal, Moderate, and Deep Sedation and General Anesthesia for Pediatric Dental Patients*. に示してある。

全身麻酔

解説：全身麻酔は防御的反射の喪失による無意識状態を管理・維持するものであり、防御的反射には自律性呼吸維持能や言葉や身体刺激指令に対する適正応答能を含む。全身麻酔が小児歯科治療上時に必要となる。小児により、全麻は病院内あるいは歯科診療所の外来で行われる。適応、適応禁忌、および付随した臨床上の考慮に関する詳細情報は AAPD の *Clinical Guideline on the Elective Use of Minimal, Moderate, and Deep Sedation and General Anesthesia for Pediatric Dental Patients* と *Clinical Guideline on Use of*

*Anesthesia Care Providers in the Administration of In-office Deep Sedation/General Anesthesia to the Pediatric Dental Patient.*に示してある.

### 23. Clinical guideline on infant oral health care

乳児口腔衛生の臨床指針

American Academy of Pediatric Dentistry; 2004. 4 p. [42 references]

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=6267](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6267)

推奨要旨

推奨

1. 母子に乳児医療を提供する全医師は年少小児のう蝕(ECC)に関する病因と予防に感ずる親/保護者教育を行う。母親に対する妊娠中の口腔衛生指導が特に大切である。
2. 年少小児のう蝕の原因となる細菌の感染性と伝染性の特質ならびに口腔疾患リスク評価方法(う蝕リスク評価表 [CAT] )、以後想定される口腔疾患指導、および早期治療に関するものが全ての医師、看護、および他の医療専門家のプログラムに組み込まれる必要がある。
3. 全乳児は乳児医療を提供する医師による口腔疾患リスク評価を6ヵ月齢までに受けるべきである。初診では以下を評価・指導する：
  - CATを用いた口腔疾患リスク評価
  - 乳児口腔衛生教育の提供
  - フッ化物曝露の評価とその適正化
4. 親あるいは保護者は12ヵ月齢までに小児のかかりつけ歯科医を決定すべきである。受診時には以下が行われる：
  - 乳児の既往歴記録と親あるいは保護者と乳児の口腔疾患既往歴の記録
  - 完全な口腔内検査
  - CATを用いた乳児の口腔疾患リスクの評価とその評価に基づいた適正予防計画と受診間隔の設定
  - 歯と口腔の発達、フッ化法、非哺乳性おしゃぶり習癖、萌出、疾患予防、口腔衛生法、および歯列に対する食事の影響に関する予想され得る事象の指導
  - 受け入れられている指針と小児口腔衛生維持に関する受診間隔に基づく("Clinical guideline on periodicity," 2004)包括口腔衛生計画
  - 要治療時の適正歯科医への紹介
5. 小児の健康に拘わる医療専門家全ては12ヵ月齢までにかかりつけ歯科医決定について支援する必要がある。

24. Prevention of dental caries in preschool children: recommendations and rationale  
学童前小児のう蝕予防：推奨と理論的根拠

Am J Prev Med 2004 May;26(4):326-9.

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=4156](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=4156)

推奨要旨

米国予防医学特別委員会 (USPSTF) は推奨度を (A, B, C, D, あるいは I) およびエビデンスレベルを (良, 可, 不可) に分類する。これらの判定の定義は最後に記す。

USPSTF はプライマリアケア担当医の 6 が月齢以降の学童前小児例に対する口腔内フッ化物補充の処方摂取水のフッ素含有が無い場合その処方を推奨する。推奨度 B。

フッ化物摂取が少ない学童期前小児の場合、プライマリアケア担当医による口腔内フッ素補充の処方う蝕を予防するということに対して USPSTF はエビデンスレベルを可と判定した。口腔内フッ化物補充によるう蝕予防の有益性はフッ化物添加による米国でのフッ素による肉眼上の歯牙着色の有害性を上回るというのが USPSTF の結論である。

歯科疾患の予防上、プライマリアケア担当医による学童期前小児の定期的リスク評価は実証が不十分と判定した。推奨度 I。

プライマリアケア担当医による歯科疾患リスク評価に対して検証されたリスク評価あるいはアルゴリズムは無く、学童期前小児の歯科疾患のリスクを系統的に評価できるという実証も多くは無いと判定した。更にハイリスク群小児の親の指導もしくは歯科医への紹介がう蝕の低減あるいは歯科疾患の低減につながるという実証も多くは無いと USPSTF は判定した。このように学童期前小児の歯科疾患予防のための定期的リスク評価の有益性と有害性の関係を検討した十分な実証資料も不十分と USPSTF は判定した。

臨床的考察

- 歯科疾患は年少小児に多く、特に低所得層の小児に多いが歯科受診する学童期前小児はあまりいない。小児が受診するのはプライマリアケア担当医でそれが唯一および初めてということが多い。それゆえプライマリアケア担当医は小児の歯科疾患に関して独特の位置にある。
- 年少小児のう蝕予防剤として承認されているフッ化物の局所塗布剤は口腔内補充剤である。他のフッ化物の局所用剤(口内含嗽剤およびゲル)の長所は使用が簡単で、患者の受けが良くしかも低毒性という事にある。
- 口腔フッ化物局所製剤およびフッ化物添加歯磨剤使用による歯のフッ素沈着(骨へのフッ素沈着よりもむしろ)が米国での 2 歳未満の小児に最も多く見られる副作用である。歯のフッ素沈着は通常軽度のもので外観上の問題だけである。1994 年米