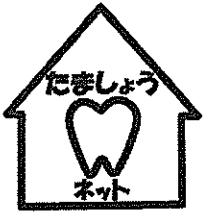


多摩地区の訪問歯科診療の今とこれから

—多摩小児在宅歯科医療連携ネット としての取り組み—

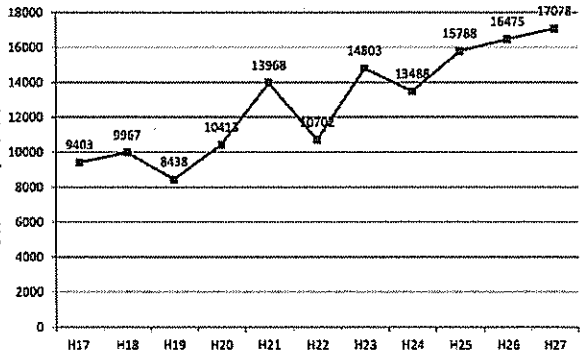


東京都立小児総合医療センター 小児歯科
多摩小児在宅歯科医療連携ネット 代表
小方 清和

平成30年7月11日 1


医療的ケア児の訪問診療のニーズは高い

- ・ 超高齢化社会となり、歯科訪問診療が数多く行われるようになりましたが、小児患者への訪問歯科診療はほとんど行われていないのが現状です。
- ・ 近年、小児医療の発展により低出生体重児や基礎疾患を有する新生児が救命され、在宅の医療的ケア児が増加しています。
しかし、在宅の医療的ケア児は、易感染性、若い兄弟がいるなど受診（外出）困難な場合が多く、訪問診療のニーズは高いと考えています。



年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
人数	9403	9967	8438	10412	13968	10702	14803	13485	15788	16475	17078

田村 正徳：「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告


2

「多摩小児在宅歯科医療連携ネット」とは

東京都多摩地区に住む在宅の重症児の口腔管理と摂食嚥下機能を支援することを目的に、地域歯科医師と基幹病院または歯科大学附属クリニックとの連携システムを構築するため、平成27年1月に

「多摩小児在宅歯科医療連携ネット」
(たましょう歯ネット) を立ち上げた。



多摩小児在宅歯科医療連携ネット

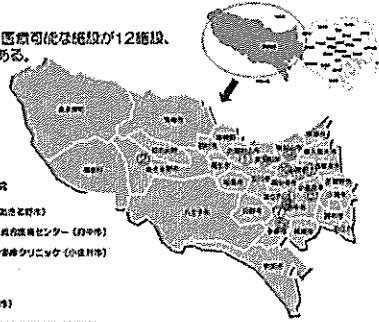
H29年11月、中央社会保険医療協議会（中医協）資料

高度医療の進歩に伴い医療的ケアが必要な子どもは年々増加⇒歯科も受入が必要

➡ 目的：多摩地域に居住する障害児、有病児の口腔の健康を守るため、地域歯科医師と基幹病院との連携システムを構築し、小児在宅歯科医療を支援する

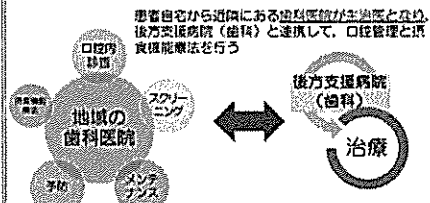
小児在宅歯科医療の支援システムについて

多摩地区には重症児歯科医療可能な施設が12施設、歯科医師会は20地区にある。



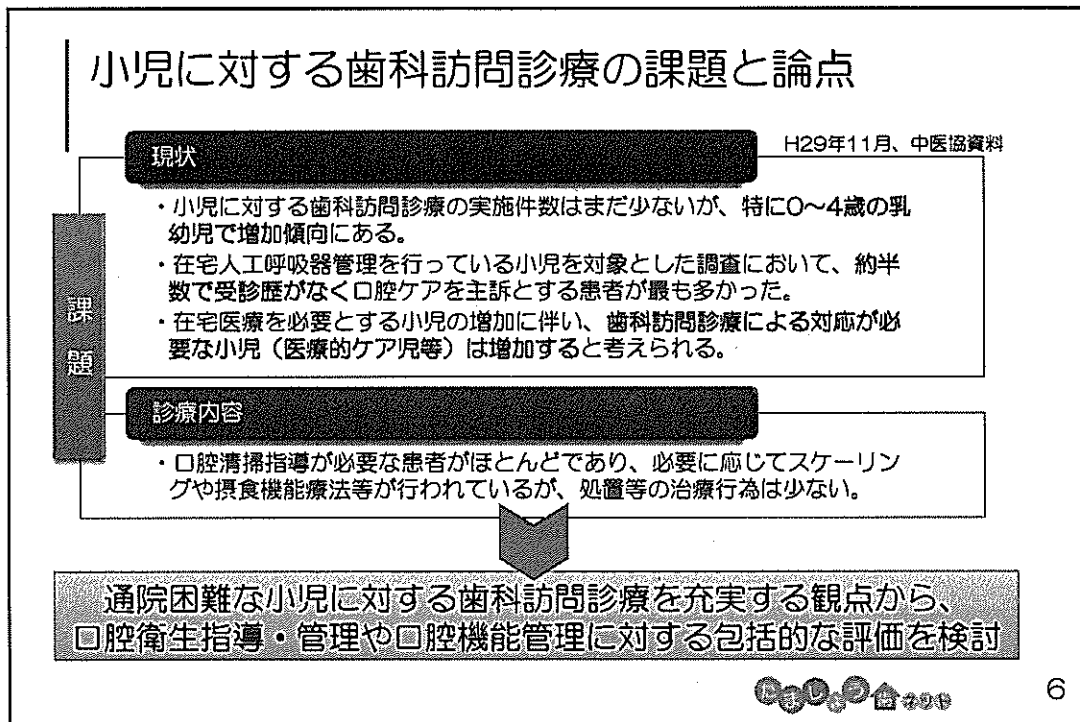
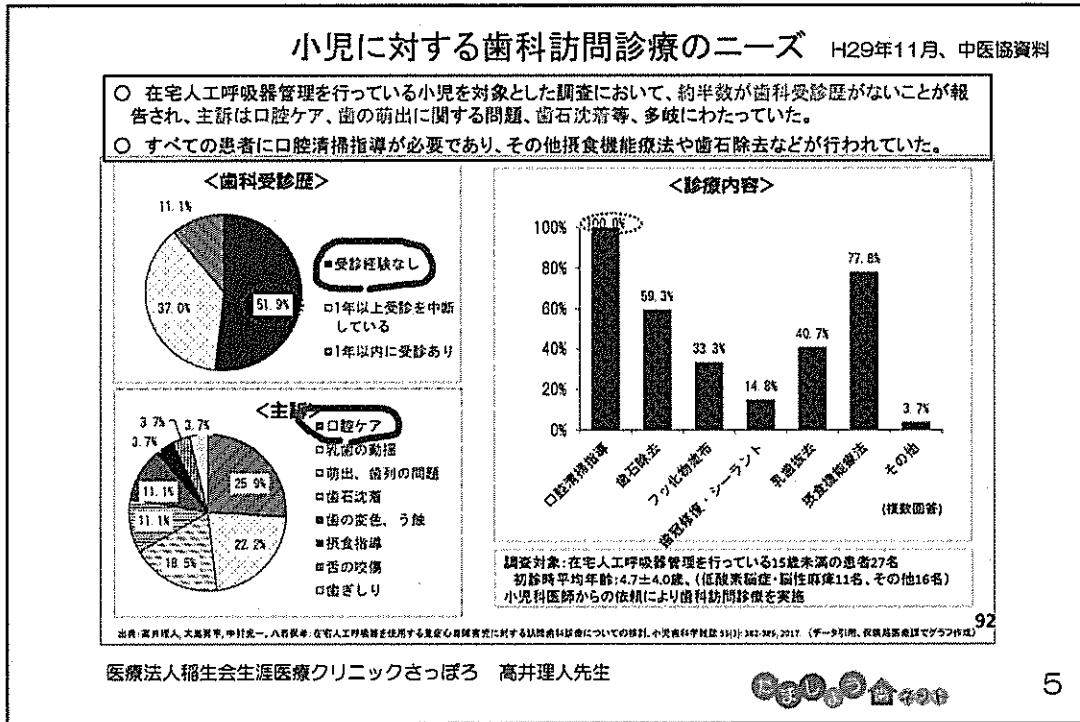
- 重症児の歯科医療可能な施設
- 江原眼科診療所（高尾町）
 - 東京都立総合医療センター（調布市）
 - 国立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）
 - 東京都立大塚病院（大塚市）

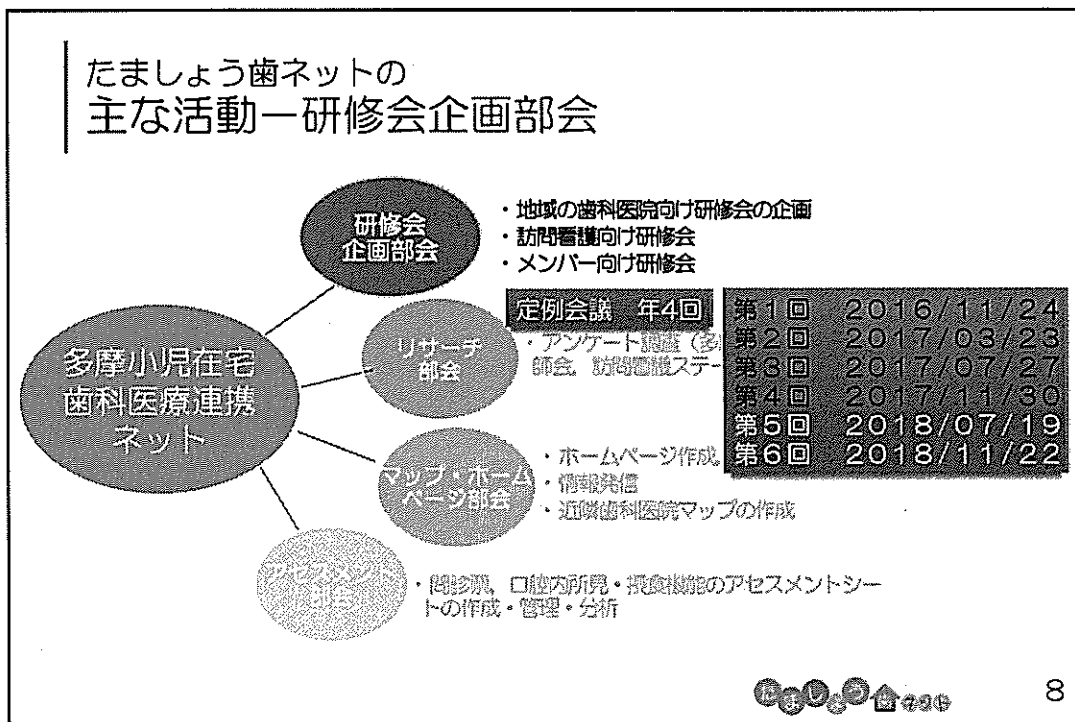
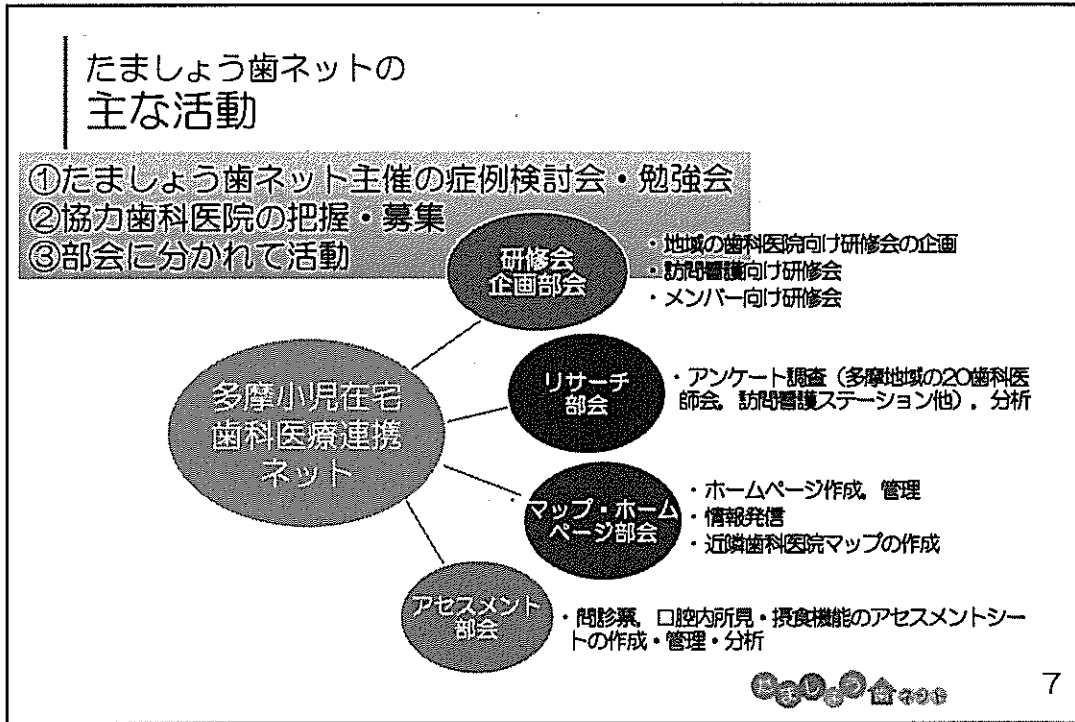
たましょう歯ネットが支える口腔内管理の支援システムと連携ネットワーク




歯科医療連携の強化と小児在宅患者を受け入れるための意識改革が必要







研修会企画部会



子どものための 在宅歯科医療セミナー


第5回 多摩小児在宅歯科医療連携ネット(たましよつ歯ネット) 研修会

1. 「小児在宅医療の現状」
さいわいこどもクリニック 院長: 宮田 章子

2. 「発達期障害児・者に対する食形態の重要性
—新たな嚥下調整食分類の活用をめざして—」
日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
歯科衛生士: 水上美樹

2018年7月19日(木)
PM7:00~9:00(PM6:30開場)

都立多摩図書館2F セミナールーム
国分寺市泉町2丁目2番26号
西国分寺駅南口から徒歩7分



9

研修会企画部会

第1回
小児在宅歯科医療研究会

◎ 研究会スケジュール

特別講演: 小児在宅医療の現状と未来に向けて
宮田 章 東京都立小児総合医療センター
総合診療科 神経内科 部長
副長: 小坂 実樹 東京小児医療センター

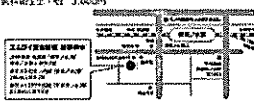
シンポジウム: 小児在宅歯科医療の現状と未来に向けて
新井 真由 さいわいこどもクリニック (代表)
高田 真由 さいわいこどもクリニック (代表)
高田 真由 さいわいこどもクリニック (代表)
水上 美樹 日本歯科大学 (代表)
佐藤 昌 日本歯科大学 (代表)

指定演題
高田 真由 新設口腔ケア研究会 代表
小坂 実樹 東京都立小児総合医療センター
モデレーター: 田村 文雄 日本歯科大学

日時: 2018年10月21日(日)
開場: 午前9時15分~12時45分

場所: エムワイ貸会議室 お茶の水
東京都千代田区神田駿河台2-1-20
お茶の水ユニオンビル4F

定員: 200名 (先着順・申し込み状況により変更) 詳細は要相談
参加費: 会員 無料 / 一般 4,000円
送料: 別途 / 送料別 3,000円



事務局: 日本歯科大学リハビリテーション多摩クリニック
〒182-8585
Tel: 042-714-6212 e-mail: kyojien@akba-hyouda.ac.jp

在宅療養中の外出困難な子どもたちに
歯科医療を届けたい!

在宅療養中の外出困難な子どもたちに
歯科医療を届けたい!

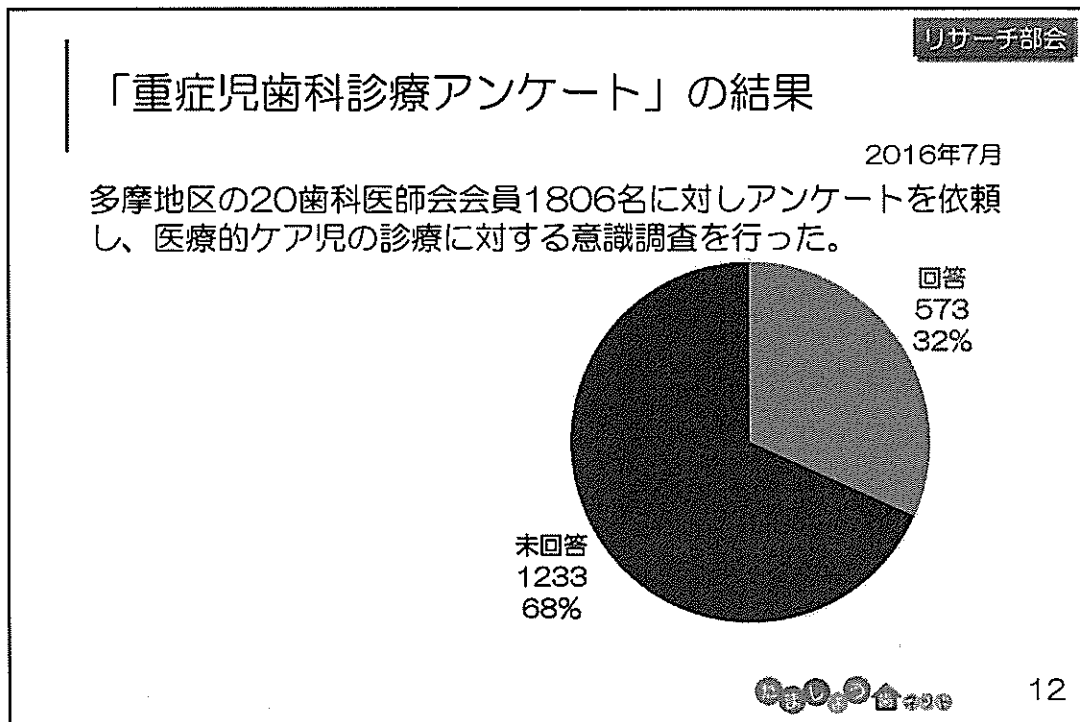
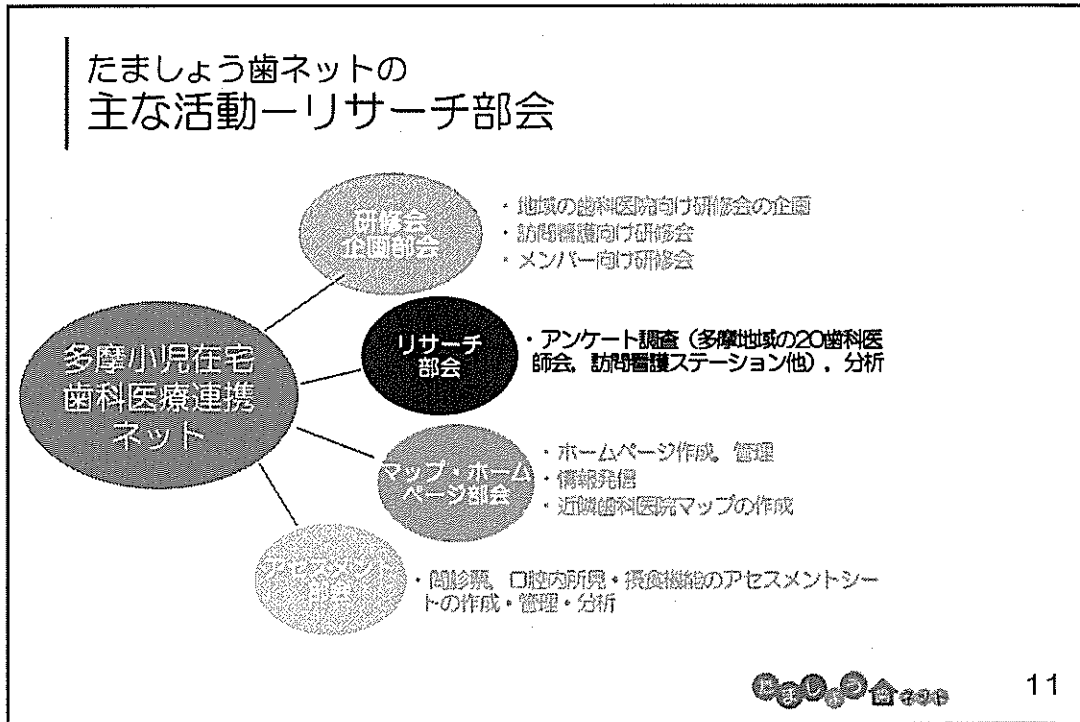
第1回小児在宅歯科医療研究会

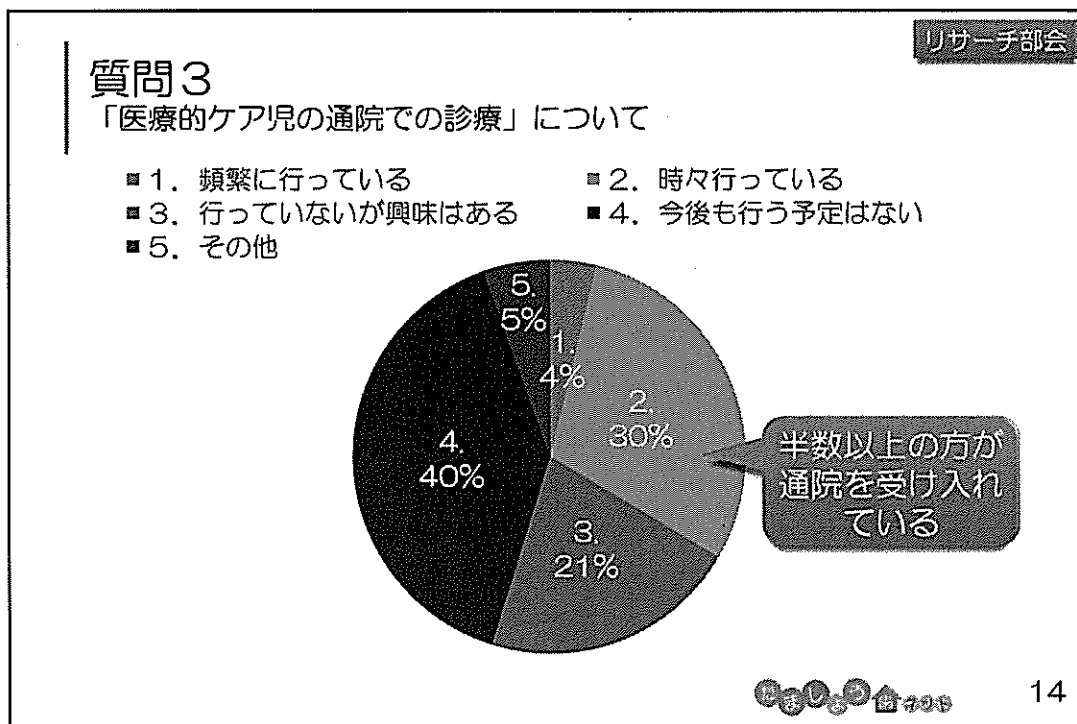
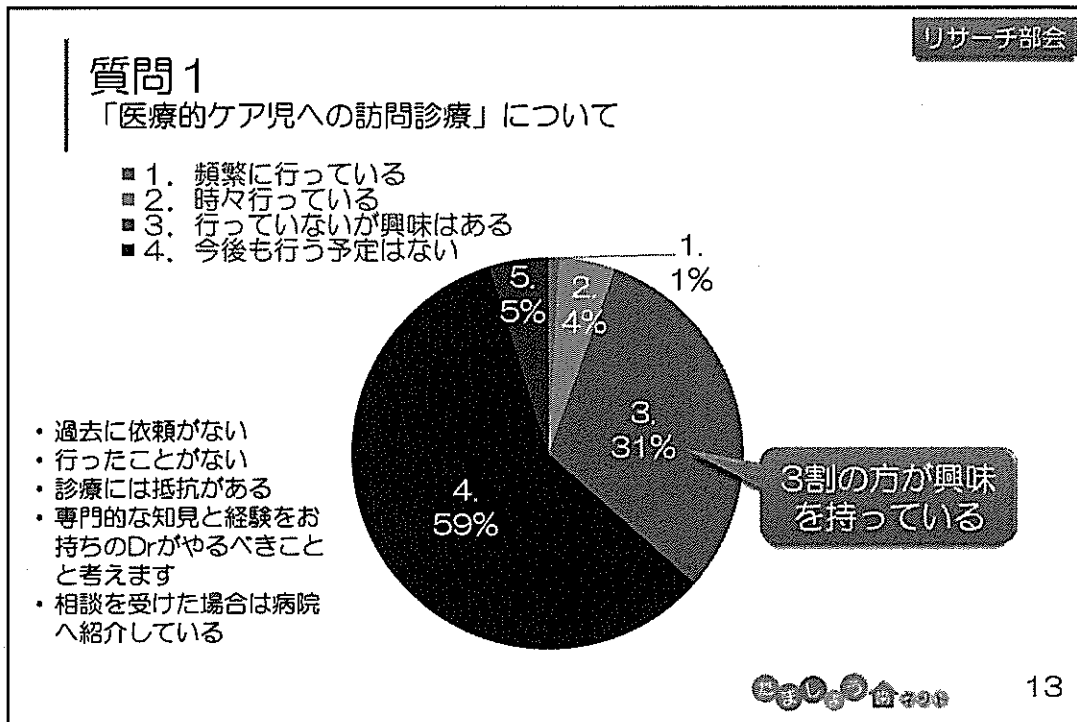
日時: 2018年10月21日(日)
10/20に懇親会を予定

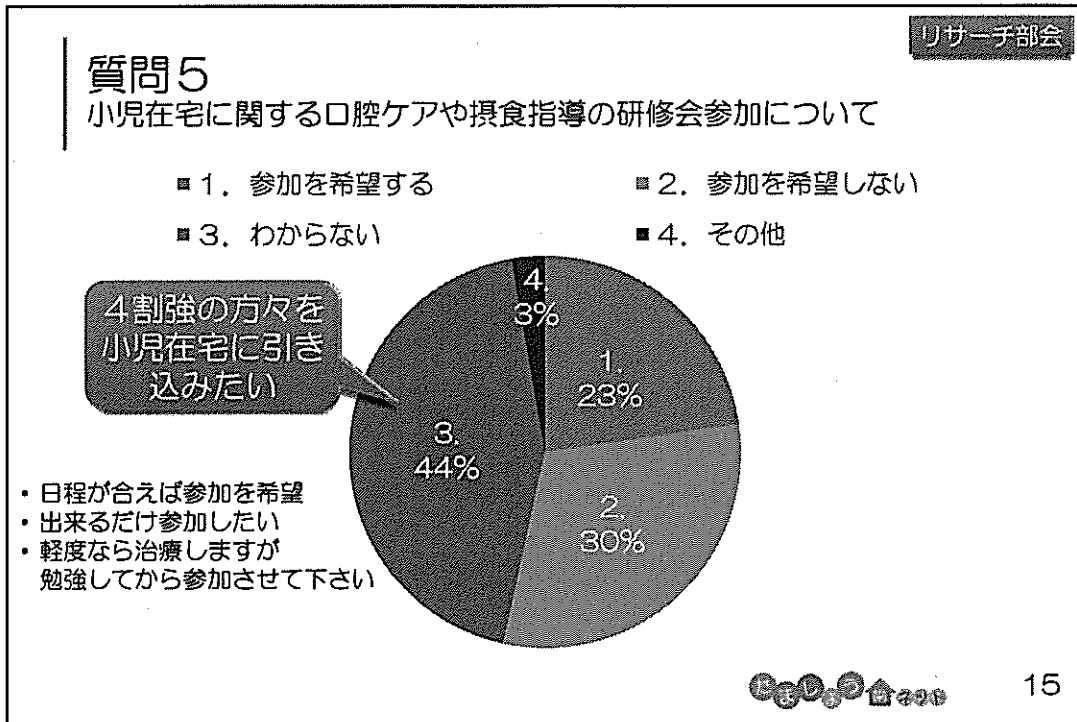
開場: 午前9時15分~12時30分

場所: エムワイ貸会議室 お茶の水
東京都千代田区神田駿河台2-1-20
お茶の水ユニオンビル4F

10







リサーチ部会

アンケート結果①から分かったこと

- 31%の先生方が、医療的ケア児の訪問診療は行ったことがないが興味があると回答した。
- 在宅での医療的ケア児の診療が5%であるのに対し、通院での診療は34%であった。
- 研修会の参加希望は23%、参加を希望しないは30%、わからないが44%であった。
- 重症児の診療は経験がなく、抵抗を持っていることがうかがえた。

16

歯科診療の特性

歯科用ユニットによる診療

訪問診療時にポータブルユニットが必要

在宅で歯科処置を行う

極めて困難

17

医療的ケア児の診療経験がなく、抵抗を持っている!?

有病児・者に接する機会が少ない

	歯科医師	医師
29歳未満	57%	99%
30~39歳	22%	92%
全体	12%	66%

病院勤務の医師・歯科医師の割合

18


抵抗なく診療できるようにするには？

長期的な取組み

歯科医師の研修システムの変更
病院歯科の造設

短期的な取組み

地域の歯科医院・歯科医師会との密な連携
地域での研修会



19


リサーチ部会

訪問看護ステーションへのアンケート結果

2017年10月

東京都内の訪問ステーションに対するアンケート調査

回収率	33.6% (184/548)	
184事業所 (未記入5含む)	多摩地区 34.7% 75/216か所	特別区 31.3% 104/332か所
受け入れている児の 原疾患 (事業所数)	脳性麻痺 (61) 神経疾患 (31) 遺伝子疾患 (33) 染色体異常 (48) その他 (31)	
年齢区分 (事業所数)	0歳 (26) 1歳 (28) 2歳 (23) 3-5歳 (42) 6-8歳 (39) 9-11歳 (32) 12-14歳 (24) 15-17歳 (30)	



20

リサーチ部会

アンケート結果②から分かったこと

歯科と連携できている事業所が圧倒的に少ない。
医療的ケア児の歯科的なニーズに、小児在宅歯科医療が十分対応できていないことが明らかになった。

入院施設(病院)からの歯科的相談が、訪問看護ステーションに多く寄せられているが、連携している歯科医療機関は少ない。
連携希望はあるが、「連携先の歯科医院を探す方法がわからない(探せない)」事実がある。



21

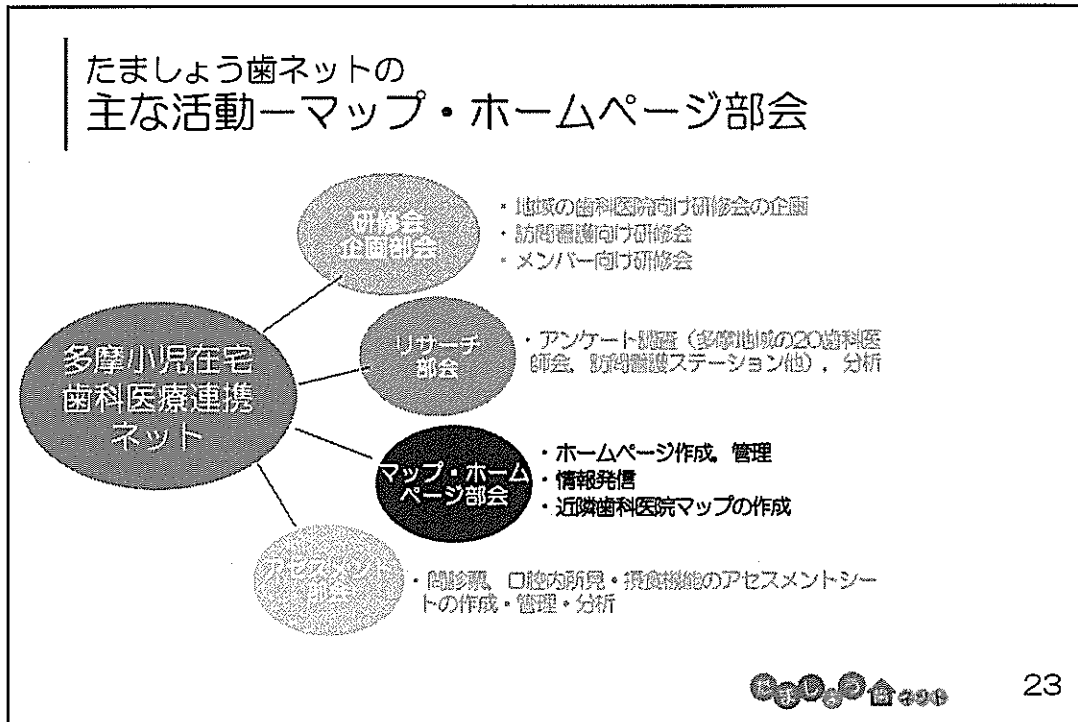
リサーチ部会

結論

今後、医療的ケア児を診察する歯科医院を増やす必要がある。そのため、小児在宅歯科医療が行える歯科診療所(一次医療)を増やし、病院や訪問看護ステーションからの相談に対応できる小児在宅歯科医療のシステム作りが重要である。



22



たましょう歯ネットの ホームページと歯科医院マップ

会員登録のご案内

たましょう歯ネットH30年3月7日

歯科医院マップ

24

症例報告

たましょう歯ネット世話人
八王子市・岡山秀明氏よりご提供

年齢：4歳3ヶ月（初診時年齢1歳9ヶ月）
身体障害者手帳1級、愛の手帳1度

疾患名：新生児仮死後遺症、脳性麻痺
嚥下障害

医療的措置：喉頭気管分離、経管栄養、持続吸引

紹介元医師からの依頼内容

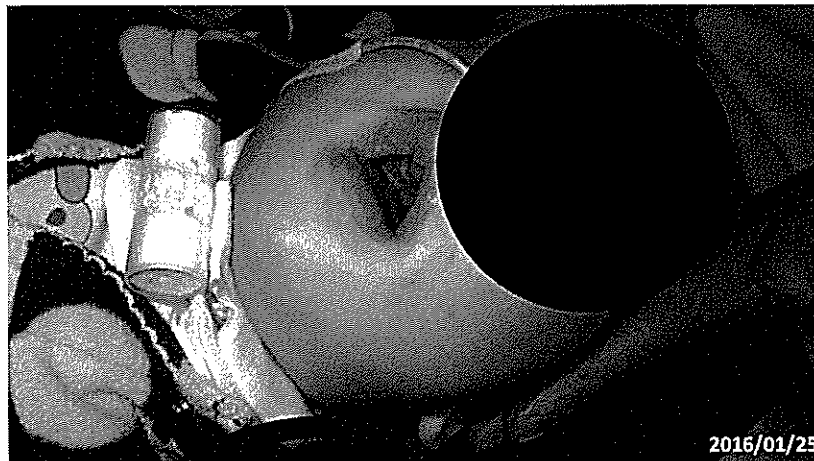
- 1) 口腔ケア
- 2) 口腔周囲のマッサージ等



25

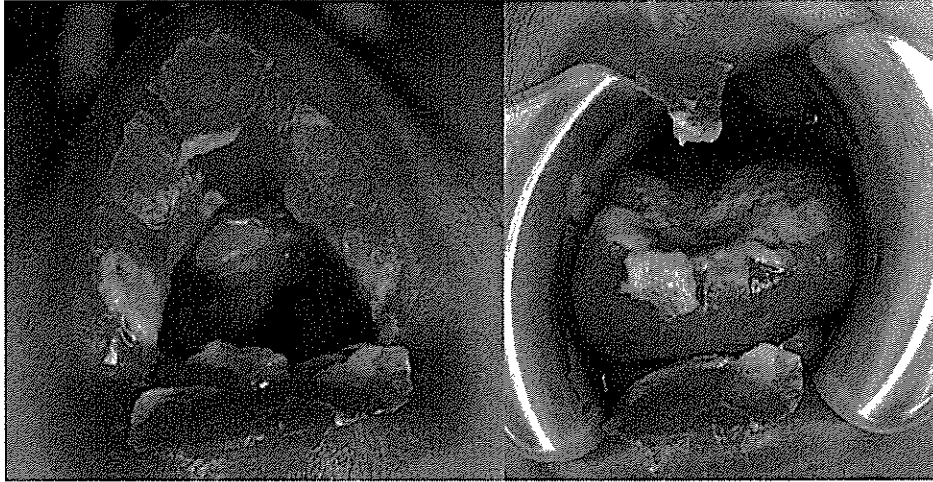
初診時の様子

流涎による頬のかぶれ



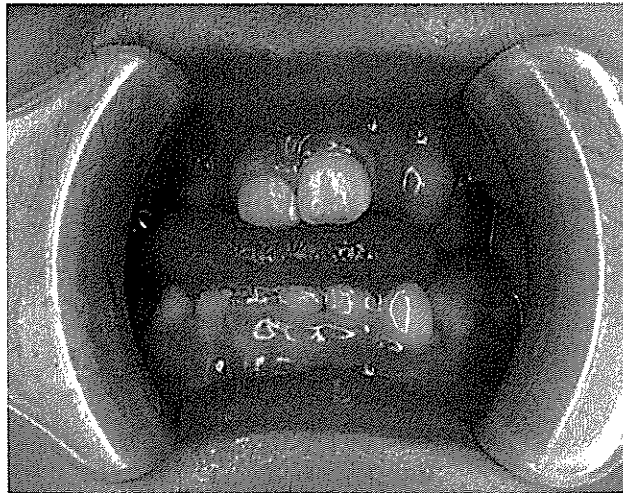
26

毎回の口腔ケア開始前の状態



27

口腔ケア後の状態



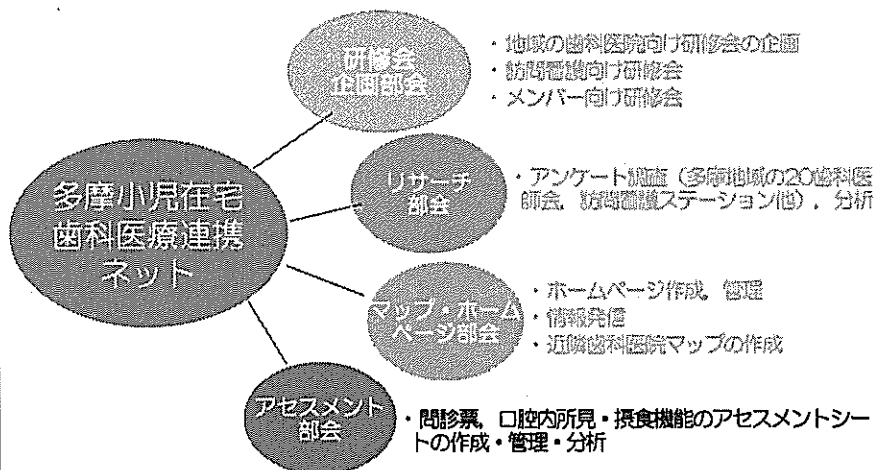
28

持続吸引が不要になった

- 唾液を嚥下することで流涎がほぼ消失
- 口腔ケアに対する抵抗が減少
- 経口摂取直接訓練開始することができた



たましょう歯ネットの 主な活動ーアセスメント部会



一般の皆さまへ

- メンバー紹介
- 歯科医院マップ
- よくある質問

研究会案内

詳しく見る

活動報告

詳しく見る

アセスメント部会

詳しく見る

連携ネット立ち上げについて

超高齢社会となり、歯科訪問診療が数多く行われるようになった。しかしながら、平成26年度の厚生労働省患者調査によると、在宅歯科医療を受けた40万6千人のうち、0~14歳の小児はわずか100人であるという実態であった。近年、小児医療の発展により多くの低出生体重児や基礎疾患を有する新生児が救命され、重症児が在宅生活を送るようになってきており、今後も増加することが予想されている。在宅療養中の重症心身障害児は口腔疾患があっても受診できない場合が多く、小児の訪問歯科診療のニーズは想像以上に多いと考えられる。そのため、東京都多摩地区の在宅療養中の重症心身障害児の口腔と摂食嚥下機能を支援することを目的に、地域歯科医師と精神科または歯科大附属クリニックとの連携システムを構築するため、平成27年1月に「多摩小児在宅歯科医療連携ネット」（以下、連携ネット）を立ち上げた。

ホームページからダウンロード

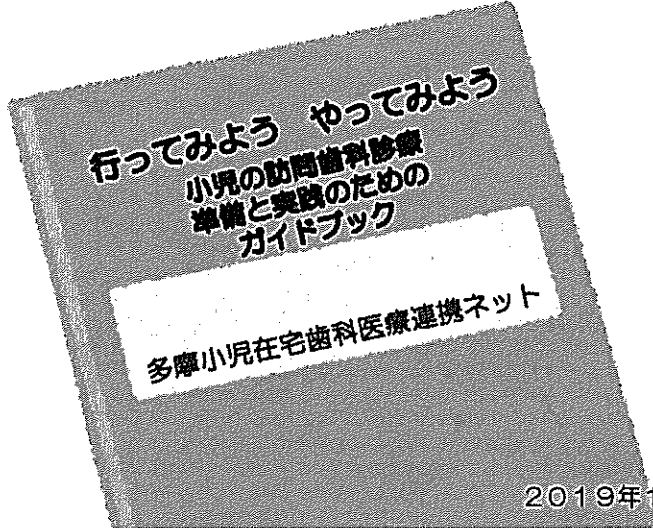
お知らせ

たすけようネットホームページへようこそ！

<p>問診票 (ご家族ご記入用)</p> <p>記入者氏名 _____ ご関係 _____</p> <p>記入日: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>氏名 _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</p> <p>生年月日: ____年 ____月 ____日 (西暦) / ____年 ____月 ____日 (旧暦)</p> <p>住所: _____</p> <p>電話: _____</p> <p>1. お口のことで、気になることをご記入ください (ご不明な点も記入ください)</p> <p>・石しみがあがる ・歯が痛い ・歯の生え方 ・歯垢が残り残存/虫歯 ・歯石がある ・口臭がある</p> <p>・歯磨き (口腔ケア) の方法がわからない ・歯磨きが嫌い ・歯磨きしてほしい ・歯並びについて</p> <p>・食べることについて ・食事内容について ・クレーニング希望</p> <p>・その他にご記入下さい</p> <p>2. 今まで歯科にかかったことがありませうか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>あると答えた方、お名前を教えてください <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>(_____)</p> <p>3. いくつかの歯 (口腔ケア) をしていますか? <input type="checkbox"/> 朝・昼・夜・寝る前・その他 (_____)</p> <p>→ 主にされる方ほどご記入下さい <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>→ 経過の経過プログラムについて詳しくお話し下さい</p> <p>4. 食事内容についてご記入下さい (ご不明な点も記入ください)</p> <p>・すべてお任せする 又は 母乳・母乳・母乳/母乳用 ・その他 (_____)</p> <p>・口から食べると「喉から呼吸 (窒息) の予備」を併用している</p> <p>・箸 (または箸) チューブのみ・チューブの両方 ・経口栄養 ・ED (経管) チューブ ・口腔ネトラフン ・経管・経口</p> <p>5. 食事内容がどのようになっていますか (ご不明な点も記入ください)</p> <p>主食: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>副食: <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>6. 特別な栄養と関わったことがありませうか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 詳しい栄養あり (経管投与) <input type="checkbox"/> ある</p> <p>7. 窒息したことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 詳しい窒息あり</p> <p>8. 窒息傾向はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>どちらともいえない場合はその理由を具体的に (_____)</p> <p>9. 嚥下機能はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>10. 口腔ケアの処置はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 歯科ケアに関するお話し <input type="checkbox"/> 口腔ケアの処置</p> <p>11. 食事内容や食後のケアはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> いろいろある</p> <p>12. 食事内容や食後のケアはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> いろいろある</p> <p>13. 歯はしみますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> いろいろある</p> <p>14. 歯磨き剤 (牙膏) はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ある</p> <p>15. 身体状況、口腔、食事、摂食嚥下に関する症状の既往はありましたらご記入下さい。</p> <p>裏面に記入下さい</p>	<p>お体の状態を教えてください。</p> <p>出生体重 _____ ㎏ ・ 出生日数 _____ 日</p> <p>アセスメント部会</p> <p>1. 今までに指摘された病名があれば、病名をご記入ください。</p> <p>1. 心臓病 (_____) 2. 肝臓病 (_____) 3. 腎臓病 (_____)</p> <p>4. 肺炎 (呼吸器) (_____) 5. ぜんそく (呼吸器) (_____)</p> <p>6. てんかん (脳神経) (_____) ・ 発熱の歴史 (_____)</p> <p>7. 神経障害 (_____)</p> <p>8. その他 (_____)</p> <p>2. 現在にかかっている医療機関はどこですか? 医療機関名 (_____) 担当医師名 (_____)</p> <p>3. 現在の医療機関・診療科にかかっている場合すべてご記入ください。</p> <p>1. 診療科名 _____ 病名 _____ 担当医師名 _____</p> <p>2. 診療科名 _____ 病名 _____ 担当医師名 _____</p> <p>3. 診療科名 _____ 病名 _____ 担当医師名 _____</p> <p>3. 医療的ケアはありますか (ご不明な点も記入ください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>・経管栄養 (はい・経管栄養・経管・経管) <input type="checkbox"/> 経管投与 (はい・呼吸器) <input type="checkbox"/> ある</p> <p>・酸素投与 (はい・ある) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (はい・ある) <input type="checkbox"/> ある</p> <p>・吸引 (はい・ある) <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>4. いくつか飲んでいる薬はありますか (ご不明な点も記入ください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>ある場合はご記入下さい。</p> <p>5. アレルギーマッチはありますか (ご不明な点も記入ください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある</p> <p>ある場合はご記入下さい <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>6. 手術を受けたことはありますか (ご不明な点も記入ください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ある</p> <p>ある場合はご記入下さい <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 経管投与 <input type="checkbox"/> 手術</p> <p>7. 全身状態を注意してほしいことがありましたら、なんでもご記入ください。</p> <p>(例: 呼吸器科の医師に診察してほしい、顔の上の皮膚が乾燥している、発熱しやすいなど...)</p> <p>たすけようネット 2017年6月</p>
--	--

アセスメント部会

小児在宅歯科医療ガイドブックの作成

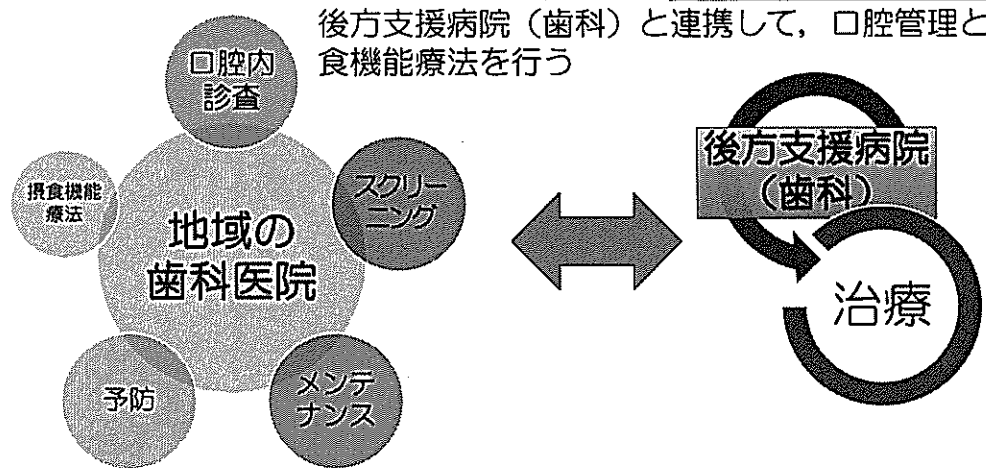


2019年1月ごろ発刊予定

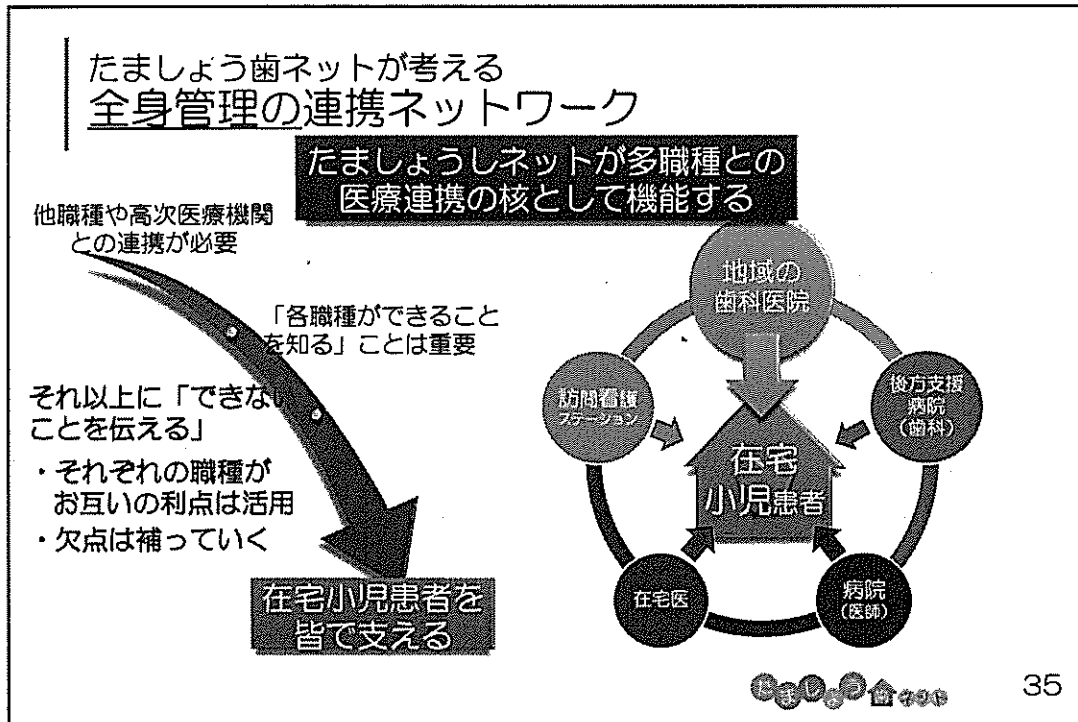
33

たましょう歯ネットが考える 口腔内管理の連携ネットワーク

患者自宅から近隣にある歯科医院が主治医となり、
後方支援病院（歯科）と連携して、口腔管理と摂食機能療法を行う



34



問診票

(ご家族記入用)

記入日：平成 年 月 日

記入者氏名 _____

ご関係 _____

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女
	生年月日：西暦・平成 年 月 日 (年齢 歳 カ月)	
身長： cm 体重： kg (測定日：平成 年 月 日)		

① お口のこと、気になることをご記入ください (○で囲んでください)

- ・むし歯がある ・歯が痛い ・歯の生え方 ・歯肉の腫れ/痛み/出血 ・歯石がある ・口臭がある
- ・歯磨き (口腔ケア) の方法を知りたい ・歯磨きをいやがる ・検診してほしい ・歯並びについて
- ・食べることに ついて ・食事内容について ・クリーニング希望
- ・その他(下にご記入下さい)

② 今まで歯科にかかったことがありますか→ ない ・ ある
 あると答えた方、今まで困ったことがありましたか→ ない ・ ある
 ↳どんな事で困ったか下にご記入下さい
 (_____)

③ いつ歯磨き (口腔ケア) をしますか→ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 寝る前 ・ その他 (_____)
 ↳主にされる方はどなたですか→ 母 ・ 父 ・ その他 (_____)
 ↳普通の歯ブラシ以外で何か使いますか→ (_____)

④ 食事はどのようにとりますか (○で囲んでください)

- ・すべて口から食べる 又は 哺乳→ ・ 母乳 ・ 哺乳瓶使用 ・ その他 (_____)
- ・「口から食べる」と「鼻からの胃 (または腸) のチューブ」を併用している
- ・胃 (または腸) チューブのみ→チューブの種類→ ・ 経鼻胃管 ・ ED (腸管) チューブ ・ 口腔ネラトン ・ 胃瘻 ・ 腸瘻

⑤ 食事形態はどのようなものですか (○で囲んでください)

主食： ・ 普通食 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ パースト ・ その他 (_____)

副食： ・ 普通食 ・ 刻み ・ 極刻み ・ パースト ・ その他 (_____)

⑥ 誤嚥性肺炎と言われたことがありますか→ ・ ない ・ 繰り返す発熱あり (誤嚥疑い) ・ ある

⑦ 窒息したことはありますか→ ・ ない ・ ある ・ 繰り返す窒息あり

⑧ 拒食傾向はありますか→ ・ ない ・ どちらともいえない ・ ある
 どちらともいえない又はあるの場合具体的に (_____)

⑨ 偏食傾向はありますか→ ・ ない ・ どちらともいえない ・ ある

⑩ 口腔ケアの拒否はありますか→ ・ ない ・ 身体ケアに対する拒否あり ・ 口腔ケアのみ拒否

⑪ 食事中や食後のむせはありますか→ ・ ない ・ 時々ある ・ いつもある

⑫ 食事中や食後の痰の増加はありますか→ ・ ない ・ 時々ある ・ いつもからむ

⑬ 嘔吐しやすいですか→ ・ ない ・ 時々ある ・ いつもある

⑭ 胃食道逆流 (GER) はありますか→ ・ ない ・ ある

⑮ 身体状況、口腔、食事・栄養補給に関する家族のご意向はありましたらご記入下さい。

裏もご記入下さい

お体の状態を教えてください。

出生体重 _____ g ・ 出生週数 _____ 週 ・ (アプガースコア _____ / _____)

① 今までに指摘された病気があれば、病名をご記入ください。

1. 心臓病 () 2. 肝臓病 () 3. 腎臓病 ()
4. 肺炎 (いつ頃:) 5. ぜんそく (いつ頃:)
6. てんかん (頻度: 、発作の様子:)
7. 神経筋疾患 ()
8. その他 ()

② 主にかかっている医療機関はどこですか → 医療機関名 ()
診療科名 () 担当医師名 ()

ほかの医療機関・診療科にかかっている場合はすべてご記入ください。

- | | | |
|---------|-----|-------|
| 1. 診療科名 | 病院名 | 担当医師名 |
| 2. 診療科名 | 病院名 | 担当医師名 |
| 3. 診療科名 | 病院名 | 担当医師名 |

③ 医療的ケアはありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある
・経管栄養 (ない・経鼻胃管・胃瘻・腸瘻 ()) ・気管切開 (ない・単純・気管分離)
・酸素投与 (ない・ある) ・人工呼吸器 (ない・ある)
・吸引 (ない・ある) ・その他 ()

④ いつも飲んでいる薬はありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある
ある方は薬名をご記入ください。

⑤ アレルギーはありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある
ある場合はご記入下さい → 薬剤 ・食事 ・その他

⑥ 手術を受けたことはありますか (○で囲んでください) → ・ない ・ある
ある場合はご記入下さい
↳ ・手術名 ・医療機関名 ・手術日

⑦ 全身状態で注意してほしいことがありましたら、なんでもご記入ください。
(例: 誤嚥しやすいので吸引を頻回にしてほしい・顔は上向きが苦しいので横向きが良い・骨折しやすいなど・・・)