

日本学校歯科医会 会誌

JOURNAL OF
THE JAPAN ASSOCIATION OF
SCHOOL DENTISTS

日学歯 S.C. (日学歯スクールキャラクターズ)



はうえる博士



はあまるくん



はびねすちゃん

特集2

児童・生徒の睡眠を
考える

特集1

学校管理下における
歯の外傷への対応の要点
—災害共済給付制度の活用—



令和2年度 歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール
中学校の部 最優秀賞 中村 心香さんの作品

日学歯広場

公益社団法人に移行して

研究発表

不登校特例校(岐阜市立草潤中学校)について
～ありのままの君を受け入れる新たな形～

特別企画

日本学校歯科医会加盟団体 会長就任のことば(新任)

報告

『第78回全国小学生歯みがき大会』を開催

たより

「令和3・4年度 生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」
たより2号

名簿

加盟団体・役員

日学歯HP HP更新トピックス!

日本学校歯科医会では、Facebookページでも学校歯科や会務に関するさまざまな情報を発信しています。Facebookアカウントをお持ちの方はぜひアクセスしていただき、最新の情報をチェックしてみてください。

日学歯ホームページで、「日本学校歯科医会会誌」のバックナンバーをご覧ください。

🔍 日学歯



公益社団法人 日本学校歯科医会

巻頭言 (公社)日本学校歯科医会 会長 川本 強 3

特集①

学校管理下における歯の外傷への対応の要点 —災害共済給付制度の活用—

- 学校歯科医の立場から① 澤田章司 6
- 学校歯科医の立場から② 高橋裕幸 18

4

特集①

特集②

児童・生徒の睡眠を考える

- 学識者の立場から① 岡 靖哲 34
- 学識者の立場から② 杉山 剛 43
- 学識者の立場から③ 田賀 仁 51
- 学校歯科医の立場から 清水清恵 58

32

特集②

日学歯広場

公益社団法人に移行して

- 執行部の立場から 長沼善美

66

日学歯広場

研究発表

不登校特例校（岐阜市立草潤中学校）について ～ありのままの君を受け入れる新たな形～

公益社団法人岐阜県歯科医師会 母子・学校歯科保健委員会 委員長 加藤雄一

71

研究発表

特別企画

日本学校歯科医会加盟団体 会長就任のことば

今年度、新しく加盟団体の会長に就任された先生から

82

特別企画

報告

『第78回全国小学生歯みがき大会』を開催

公益財団法人ライオン歯科衛生研究所 普及啓発事業部 部長 池永和広

92

歯みがき大会

資料

名簿

加盟団体 106 役員 107

106

名簿

● 「令和3・4年度 生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」たより2号 96

● 日本学校歯科医会にいただいたご質問・ご要望への回答 103

● 編集後記 108

6月22日は 学校歯科医の日



令和2年度 歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール
小学校高学年の部 最優秀賞 村山 遼太郎さんの作品

昭和6年（1931年）6月22日、
日本で初めて各学校に学校歯科医を置くことが
「学校歯科医及幼稚園歯科医令」により
制度化されたことを記念しています。

新執行部発足

本年6月23日の第103回公益社団法人日本学校歯科医会定時代議員会におきまして、新執行部が発足いたしました。私は代議員会後の第1回理事会におきまして3期目の会長職をお引き受けすることになりました。改めてその責務の重さを痛感しております。

COVID-19変異株流行と相まっての新執行部発足は、前途多難、先行き不透明な中での門出であります。しかし、現在のコロナウイルス感染症は私達が生命体として存在して以来、幾度となく経験してきたウイルス災害の一つと考えます。1918年から1920年にかけて世界的流行をみたスペイン風邪（H1N1型インフルエンザ）では、世界中の感染者1億9800万人、死亡者およそ5000万人で、第一次世界大戦での戦死者約1000万人をはるかに上回ったとのことであります。日本においては江戸時代、天然痘が猛威を振るいました。人口の20%が死亡、特に子供は75%の高い死亡率であったと伝えられています。しかし、いずれにおいても先人達の知恵と弛まぬ努力によって克服してまいりました。

日本学校歯科医会の歴史を振り返りましても幾多の困難、試練がございました。これらも先達の倦まず弛まずのご努力によって克服し、今日の日本学校歯科医会へと発展させていただいたものと、心より感謝しております。

日学歯先達の「倦まず弛まず」と言えば、荀子の「きほしてやすまざれば跬はべつもせんり歩千里」が思い出されます。私はこの言葉を「半歩もしくは一歩ずつでも休まず歩き続ければ、足の悪い亀でも千里をも歩くことができる」と解釈しております。今日の日学歯を築いて来られました先輩方は、90年間の長きに亘り、荀子の教えのとおり一步一步、児童生徒の口腔保健活動にご尽力いただき、今日に至ったものと感謝しております。しかし、現在はまだ一つの中継点にすぎません。バトンを受け継ぎました私達は歩み続けてまいります。

私は日学歯の調査研究・普及に関与して思うことがあります。1人の学校歯科医ができることは1ですが、10人の学校歯科医が集まり力を合わせできることは10以上の、100人集まれば100以上の結果が出るものと思っております。日学歯2万数千人の会員が力を合わせた成果は大いなるものとなり、時には国家を動かす力にもなると確信しております。

教育基本法第1章（教育の目的）には「心身ともに健康な国民の育成」とあります。心身ともに健全な次世代の国民とは、すなわち今そこにいる児童生徒に他なりません。日本学校歯科医会の究極の目的は、学校歯科医の先生方お一人お一人の叡知を集結し、健全なる次世代の国民育成に寄与することであります。

学校歯科保健に携わる関係者の皆さま、どうぞ次世代を担う児童生徒の健全育成にお力添えを賜わりますようお願い申し上げます。そして、日本学校歯科医会会員の皆さま、新執行部に倍旧のご尽力を賜りますようお願い申し上げます。



公益社団法人 日本学校歯科医会
会長 川本 強

学校管理下における 歯の外傷への対応の要点 —災害共済給付制度の活用—

学校歯科医の立場から①

**独立行政法人日本スポーツ振興センター
「災害共済給付制度」について
～歯牙欠損見舞金を中心に～**

澤田章司

公益社団法人日本学校歯科医会 常務理事

学校歯科医の立場から②

**独立行政法人日本スポーツ振興センター
「災害共済給付制度」について
～「医療費」「障害見舞金」請求の要点～**

高橋裕幸

公益社団法人日本学校歯科医会 広報委員会 副委員長

ご協力

独立行政法人日本スポーツ振興センター 学校安全部給付第一課、第二課

学校や園でけがをした児童・生徒が、日本スポーツ振興センターの「医療等の状況」の用紙を歯科医院に持参してくることが時折あるかと思えます。用紙への記載に当たって、普段行っている健康保険での診療報酬の請求と何か違うような違和感や不安を抱き「どうしたらいいのだろうか?」と迷う場面もあろうかと思えます。そのような時に参考にして欲しいという思いから、よくありそうな事例をご紹介します。実際に遭遇した際に少しでもお役に立てられるようにと企画いたしました。

健康保険の診療報酬の請求とスポーツ振興センター災害給付制度の「医療費」と「障害見舞金」の請求は何か共通していて、何が違うのかをご理解いただけるように努めました。

また、令和3年4月より支給されることとなりました1歯の歯牙欠損への「歯牙欠損見舞金」についても、澤田章司先生に詳しく解説をしていただきました。

不幸にも受傷され傷ついた本人や保護者の不利益を回避することは、我々歯科医師の願いでもあります。実際の請求に際しては、我々歯科医師にとって極力分かりやすく、困らずに請求できるように書かせていただきました。ご参考になれば幸いです。

また、以下の情報もご参考にしてください。

◎災害共済給付制度歯牙欠損見舞金について

(日学歯ホームページ)

<https://www.nichigakushi.or.jp/sports/>



◎災害共済給付（日本スポーツ振興センター）

<https://www.jpnsport.go.jp/anzen/saigai/tabid/56/Default.aspx>



独立行政法人日本スポーツ振興センター 「災害共済給付制度」について

～歯牙欠損見舞金を中心に～

澤田章司 公益社団法人日本学校歯科医会 常務理事



要約 日本スポーツ振興センターでは、これまで災害共済給付の障害見舞金の対象となっていなかった1歯の歯牙欠損について、令和3年4月から災害共済給付に附帯する業務として、新たに「歯牙欠損見舞金」を支給することとなりました。

そこで、日本学校歯科医会では、歯牙欠損見舞金の内容を含めた「災害共済給付制度について」と題して、分かりやすく解説したパワーポイントを作成し、研修会等で活用できるようホームページに掲載したところです。

日頃、臨床に携わっているなかで、学校で受傷した子供たちが来院し、診察された経験のある先生方もいらっしゃるかと思います。今回、そのようなときに少しでもお役に立つよう災害共済給付制度の全般的な内容とその注意点等を解説します。

1. 日本スポーツ振興センターについて

(1) 日本スポーツ振興センターの業務内容

- 国立競技場の運営及びスポーツの普及・振興に関する業務
- スポーツ科学・医学・情報研究業務
- ナショナルトレーニングセンターの管理・運営業務
- スポーツ振興のための助成業務
- スポーツ振興投票等業務
- 災害共済給付（図1）及び健康安全普及業務



図1 国・学校の設置者・保護者の三者による相互共済制度
(日本スポーツ振興センターHPより)

独立行政法人日本スポーツ振興センター法

平成14年12月13日法律第162号

改正：平成27年3月31日法律第12号

(センターの目的)

第3条 独立行政法人日本スポーツ振興センターは、スポーツの振興及び児童、生徒、学生又は幼児の健康の保持増進を図るため、その設置するスポーツ施設の適切かつ効率的な運営、スポーツの振興のために必要な援助、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、高等専門学校、特別支援学校、幼稚園又は幼保連携型認定こども園の管理下における児童生徒等の災害に関する必要な給付その他スポーツ及び児童生徒等の健康の保持増進に関する調査並びに資料の収集及び提供を行い、もって国民の心身の健全な発育に寄与することを目的とする。

(2) 災害共済給付制度について

学校管理下における児童生徒等の災害（負傷、疾病、障害、死亡）に対して災害共済給付「医療費」「障害見舞金」「死亡見舞金」を行う制度（表1）。

《学校管理下とは？》（図2）

- ①授業中（幼稚園・保育園は保育中）
- ②学校（園）の教育計画に基づき課外指導を受けている（林間学校等）
- ③休憩時間中及び校長（園長）の指示又は承認に基づいて学校（園）にいる
- ④通常の経路及び方法により通学（園）する
- ⑤学校の寄宿舎にある
- ⑥定時制・通信制の生徒が技能連携施設で教育を受けている
- ⑦その他、上記の場合に準ずるものとして、文部科学省令で定めるもの

表1 給付の対象となる災害の範囲

災害の種類	災害の範囲
負傷	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもの
疾病	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもののうち、文部科学省令で定めているもの <ul style="list-style-type: none"> ●学校給食等による中毒 ●ガス等による中毒 ●熱中症 ●溺水 ●異物の嚥下又は迷入による疾病 ●漆等による皮膚炎 ●外部衝撃等による疾病 ●負傷による疾病
障害	学校の管理下の負傷及び上欄の疾病が治った後に残った障害で、その程度により、1～14級に区分される
死亡	学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び上欄の疾病に直接起因する死亡 突然死：運動などの行為に起因する突然死 運動などの行為と関連のない突然死（死亡見舞金は半額）



図2 学校管理下で起きる児童生徒等の災害の例

2. 災害共済給付の給付基準について

(1) 医療費の給付基準

- 1) 健康保険の医療費の3割（窓口負担）+ 1割（療養経費）= 4割分が支給される。
ただし初診から治癒までの医療費合計額が5,000円（500点）以上に限る。
- 2) 公費負担医療、乳幼児・こども医療費助成制度等を利用する場合は注意。

【例】 市区町村によって助成割合は異なる。

- 窓口0割負担の場合：
窓口負担がないため、療養経費1割のみが支給される。
- 窓口2割負担の場合：
医療費2割+療養経費1割=3割が支給される。
- 窓口定額負担の場合：
定額の合計+療養経費1割=合計が支給される。
※ 窓口負担分は支給されるため、助成制度の利用の有無に関わらず、保護者には療養経費の1割が残る。
※ 6歳未満（就学前）で助成制度を利用しないの場合、保険窓口負担は通常2割であるが、窓口3割負担の者と同様に4割が支給され、保護者には2割が残る（例外）。

- 3) 同一の負傷・疾病で、医療費支給開始後10年を経過した場合、以後支給しない。
- 4) 非常災害（地震・津波・洪水等）で一度に大勢の児童生徒が災害に遭い、給付金の支払が困難になったときは給付しない。
- 5) 生活保護法の対象者は医療扶助があるため給付しない（障害見舞金、死亡見舞金は給付対象となる）。
- 6) 医療費の請求は1か月ごとに行う。
- 7) 保険外診療は支給対象外。
- 8) 災害が第三者（生徒間のけんか、交通事故等）によるもので、第三者から損害賠償を受けたとき、又は他の法令により給付を受けた場合、その受けた価額の限度において給付を行わない。
- 9) 災害共済給付を受ける権利の時効は、給付事由が生じた日から2年間とする。

(2) 障害見舞金の給付基準

負傷、疾病が症状固定あるいは治癒した後に残った障害の程度に応じ等級（1～14級）が定められ、4000万円から88万円の範囲で支給される（表2）。

ただし、登下校中の事故による負傷は、その半額を支給する。

(3) 死亡見舞金の給付基準

3000万円が支給される。

ただし、登下校中はその半額を支給する。

表2 障害等級表：口の障害・歯牙障害の等級と障害見舞金
(学校管理下での負傷等が固定した後に残る障害で区分)

第14級の2	88万円	3本以上の歯に歯科補綴を加えたもの
第13級の5	150万円	5本以上の歯に歯科補綴を加えたもの
第12級の3	225万円	7本以上の歯に歯科補綴を加えたもの
第11級の4	310万円	10本以上の歯に歯科補綴を加えたもの
第10級の4	430万円	14本以上の歯に歯科補綴を加えたもの
第10級の3	430万円	咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの
第9級の6	590万円	咀嚼及び言語の機能に障害を残すもの
第6級の2	1510万円	咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの
第4級の2	2180万円	咀嚼及び言語の機能に著しい障害を残すもの
第3級の2	3140万円	咀嚼及び言語の機能を廃したもの
第1級の2	4000万円	咀嚼及び言語の機能を廃したもの

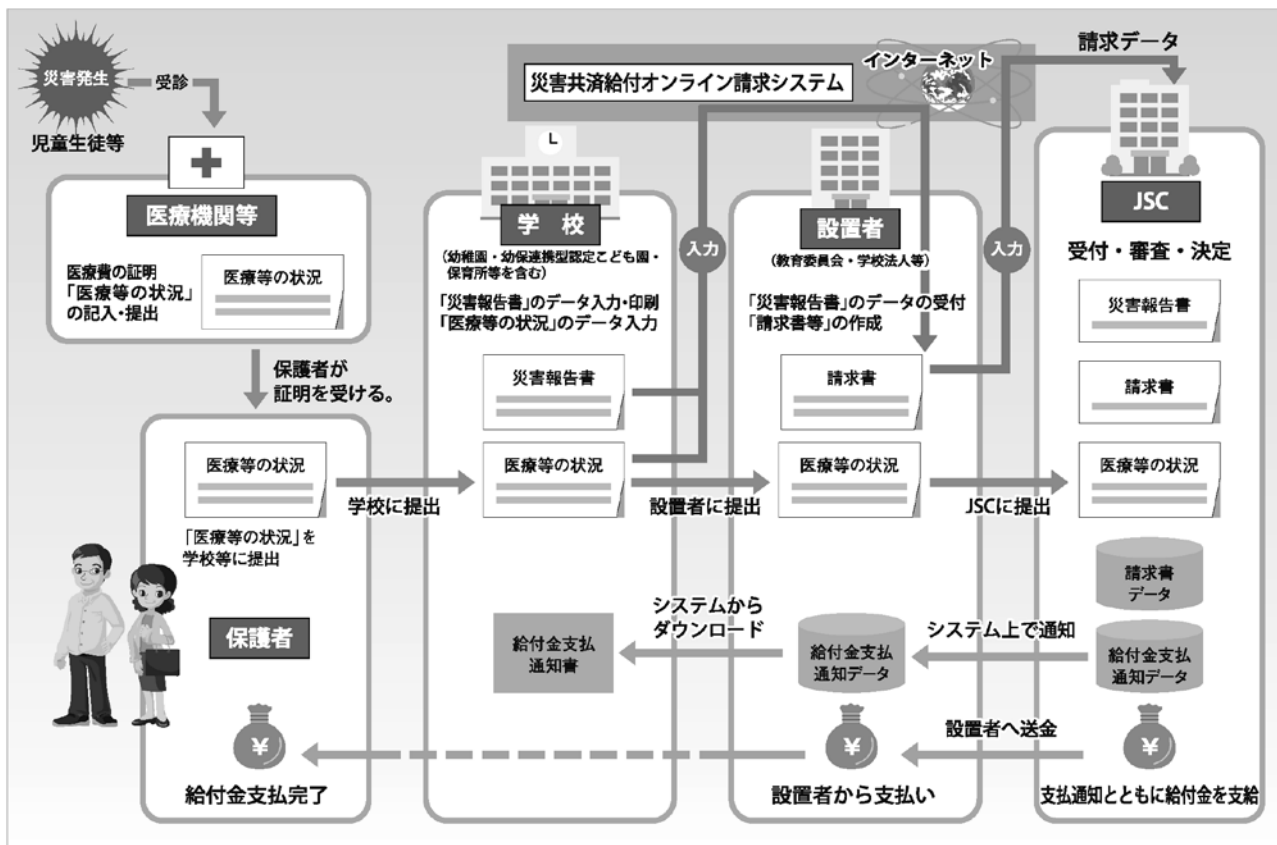


図3 災害共済給付オンライン請求システム概略図（日本スポーツ振興センターHPより）

3. 医療費の請求手続きについて

(1) 災害共済給付制度での治療～請求～支給の流れ（図3）

- 1) 被災児童・生徒が来院
 - 保険証の提示を求める。
- 2) 健康保険法に基づいて治療
 - 保険外治療は自己負担になる（健康保険未加入者も同様）。
 - 一部負担金を窓口で徴収する（などに注意）。
 - 傷病名に「外傷性」をつける。
- 3) 医療等の状況の用紙に記入
 - 必要事項を記入する。
 - 児童、生徒、保護者を經由して学校（園）に提出する。
 - 文書料は無料とする（昭和45年、日本歯科医師会と取り決め）。
 - 初診から毎月1枚提出する。
- 4) 医療費の請求
 - 学校（園）の設置者がセンターへ請求する。
- 5) 診査・決定
 - センターが診査、決定する。
- 6) 支給
 - 医療費の窓口負担3割と療養に伴って要する費用の1割との合計4割に相当する金額が保護者へ支給される。
 - 国又は地方公共団体が負担して医療費を助成する場合（乳幼児医療費助成制度等）、法令により災害共済給付と二重払いになる可能性があることから調整が必要となる。

4. 必要書類と証明要領

(1) 医療機関の証明が必要なもの

医療費の場合は、「医療等の状況」
障害見舞金の場合は、「障害診断書」

《重要ポイント》

- ①「医療等の状況」に傷病名を記載するに当たって、障害見舞金の支給対象となることが予想される場合、特に綿密に歯牙の破折、亀裂、欠損状態、口腔軟組織の状態、歯槽骨骨折の有無、全ての歯牙の状況を記載しておく必要がある。

後の障害見舞金の給付に大きく関係するため、傷病名の記載漏れがないように十分に注意する。

- ②「傷病名」欄は診療カルテの写しとし、事故と関係のない病名（C、G等）は記入しない。
- ③既存の歯冠修復物等が事故によって破損した場合は、事故による負傷とみなす。
- ④同月中に2か所以上の歯科医院にかかった場合、各医院で「医療等の状況」を提出。

一方の医院で医療費が5,000円未満であっても、両医療機関で合計が5,000円以上であれば給付対象となる。

(2)「歯科補綴を加えたもの」の意義

- 1) 障害等級表（表2）中の「歯科補綴を加えたもの」とは、外傷によって歯の欠損や破折等が生じ保険診療により、欠損補綴（有床義歯、ブリッジ、口蓋補綴及び顎補綴）あるいは歯冠修復（レジン前装金属冠、全部金属冠、前歯3/4冠、白歯4/5冠、ジャケット冠等）を処置したものをいい、インレーや充填は含まない。
- 2) ブリッジによる歯科補綴において、支台歯として使用される歯は、その歯自体に傷病名があり歯冠修復に該当する歯であれば、「歯科補綴を加えたもの」に算入できるが、支台歯が健全歯であれば算入できない。

ただし、上下顎切歯に限る2歯欠損の場合、隣在歯はそれらが健全歯であっても歯科補綴を加えたものの歯数に算入できる（特例）。

- 3) 欠損歯が過剰歯である場合は、歯科補綴を加えた本数に算入できる。
- 4) 欠損歯が乳歯であった場合は、歯科補綴を加えた本数に算入されない。

ただし、後続永久歯がない乳歯の場合は、算入できる。
- 5) 歯牙完全脱臼し再植し症状固定となった場合は、歯科補綴を加えた本数に算入されない。
- 6) 欠損歯が大きいなど隙があり、欠損した歯数以上の歯数の補綴を行った場合、それを算入できる。

《重要ポイント》

- ①暫間義歯は保険診療の対象外となっており、給付対象外。
- ②損傷を受けた歯について、児童生徒の成長過程の特殊性に鑑み、医療費の支給開始後10年以内に処置あるいは補綴のやり直し等を行わざるを得なかった場合には、それに要した医療費についても再度給付の対象となる。
- ③う蝕や歯石除去等の治療費は給付対象外であるが、外傷歯の治療に際し歯石除去を必要とした場合は、傷病名欄に付記証明し対象となる。
- ④労働者災害補償保険の場合は、メタルボンド等の使用に対して給付対象としているが、災害共済給付制度では「保険適用外の材料」は給付不可。

事前に、保護者等に十分な説明を行い、トラブルを避ける。
- ⑤歯牙完全脱臼し再植した場合は、歯科補綴を加えた本数に算入されない。

ただし、再植歯が治癒・固定した後、歯根吸収等で無事故的に脱落した場合、当初の負傷の医療費の支給開始後10年以内であるときは、その脱落に対する医療費及び障害見舞金の対象に該当すれば、いずれも給付の対象となる。
- ⑥上下切歯8本のうち、2歯欠損の場合

次の事例は、第14級に該当するか？

<p>【問1】 1 1 2 3 歯に歯冠破折があり治療した場合</p> <p>(回答) 3歯全てに歯科補綴を加えた場合は、第14級に該当する。 ただし、3歯のうち1歯でもレジン充填等があれば、非該当。</p>	<p>【問3】 ① 1 2 ③ 2歯欠損によりブリッジで治療した場合</p> <p>(回答) 切歯2歯欠損の場合、支台歯が健全であっても歯科補綴を加えたもの歯数に算入でき、特例で第14級に該当する。</p>
<p>【問2】 ① 1 ② 1歯欠損よりブリッジで治療した場合</p> <p>(回答) 支台歯が健全歯である場合は、非該当。 ただし、① ② の両支台歯に破折等の傷病名があれば、欠損歯と合わせて3歯以上の歯科補綴を加えたものとなり第14級に該当する。</p>	<p>【問4】 ② 3 4 ⑤ 2歯欠損によりブリッジで治療した場合</p> <p>(回答) 欠損歯の犬歯・小臼歯は、切歯でないため特例には当らず、非該当。 ただし、②又は⑤に破折等の病名があれば歯科補綴を加えた歯数が3歯以上となり、第14級に該当する。 本症例では、②を支台とするブリッジは保険診療の適用と齟齬が生じる場合があり、患者に十分説明する必要がある。</p>

図4 第14級障害の適応症を理解するための例題

は、隣在歯の状態を考慮することなく第14級の認定ができる（特例、図4）。

この場合は、歯科補綴を待つことなく直ちに障害見舞金の請求ができる。

通常は補綴終了後の請求となる。

⑦障害見舞金の給付は、治療後に障害の存在が医学的に認められ、学校生活能力の喪失を伴うものが対象で、自由診療の費用として給付されるものではない。

⑧第14級に該当する場合に、初診から治療・固定（補綴）までの保険診療の医療費と障害見舞金が給付されるが、同意によってMB等の自由診療を行った場合は、保険診療の範囲までの医療費と障害見舞金の給付となる。

自由診療の費用は自己負担となる。

⑨高等学校、高等専門学校及び高等専修学校の生徒又は学生が自己の故意の犯罪行為により、又は故意に負傷し疾病にかかり、又は死亡したときは、当該医療費、障害又は死亡に係る災害共済給付を行わない。

ただし、当該生徒又は学生が、いじめ、体罰その他の当該生徒又は学生の責

めに帰することができない事由により生じた強い心理的な負担により、故意に負傷し疾病にかかり、又は死亡したときは、この限りではない。

⑩高等学校、高等専門学校及び高等専修学校の生徒又は学生が自己の重大な過失により、負傷し疾病にかかり、又は死亡したときには、当該障害又は死亡に係る災害共済給付の一部を行わない場合がある。

5. 医療費、障害見舞金を受ける権利について

(1) 災害共済給付の時効

1) 医療費の時効

- 負傷又は疾病に係る医療費は月分ごとに翌月11日から2年以内に請求をしないと時効

【例】2020年9月分の場合：

「2020年10月11日」が時効の起算日となり「2022年10月10日」が時効

- 同じ災害の負傷又は疾病に対する給付対象期間は、初診から最長10年間

2) 障害見舞金の時効

- 負傷又は疾病が、治癒又は症状固定した翌月11日から2年以内に請求をしないと時効

【例】2020年9月分の場合：

「2020年10月11日」が時効の起算日となり「2022年10月10日」が時効

(2) 時効となった事例

《事例1》

けがが治ってからまとめて請求すればよいと思い、治療終了を待っていて2年が経過した。

※医療費の請求は初診から1か月ごとに行う。

《事例2》

最初の月に請求を行ったので、継続分については時効が回避できたものと勘違いし、翌月以降の医療費の請求を行わず2年が経過した。

※医療費の請求は初診から1か月ごとに行う。

※医療費の給付期間（初診から最長10年）と誤った認識。

※医療費は、最終診療月から2年経過すると時効となる。

《事例3》

担当者の異動や児童生徒の転入・転出・進学等の際の引き継ぎが不十分で、2年が経過した。

6. 障害等級の併合・準用・加重について (歯科関連の事例)

(1) 併合の例

咀嚼又は言語機能障害と歯牙障害が存ずる場合、咀嚼又は言語機能障害が歯牙障害以外の原

因に基づけば、併合して等級を認定する。

ただし、歯科補綴を行った後に、歯牙損傷に基づく咀嚼又は言語機能障害が残った場合は、各障害に係る等級のうち上位をもって認定する。

(2) 準用の例

- 1) 食道の狭窄、舌の異常、咽喉支配神経の麻痺等によって生ずる嚥下障害については、その障害の程度に応じて、咀嚼機能障害に係る等級を準用する。
- 2) 頭部外傷その他顎周囲組織の損傷及び舌の損傷によって生じた味覚脱失については、第12級を準用する。
- 3) 障害等級表上、組合せのない咀嚼及び言語機能障害は、各障害の該当する等級により併合の方法を用いて準用等級を定める。
- 4) 声帯麻痺による著しいかすれ声は、第12級を準用する。

(3) 加重の例

既に何本かの歯に「歯科補綴を加えたもの」がある上に、新たに学校管理下の事故によって歯科補綴を加えた結果、上位の等級に該当するに至った場合は、加重障害として扱い、既存の障害等級に相当する額を差し引いた額が支給される。

【例】既に存在する3歯に「歯科補綴を加えたもの」が、新たに2歯が欠損して5歯に歯科補綴を加えた場合

5歯に「歯科補綴を加えたもの」

第13級 150万円

3歯に「歯科補綴を加えたもの」

第14級 88万円

差し引き 62万円…支給額

※既に存在する「歯科補綴を加えたもの」とは、学校管理下によるものであるかないかは問わない（災害共済給付によるものでなくてもよい）。

7. 「歯牙欠損見舞金」の支給基準について

令和3年4月1日以降に発生した災害に適用

(1) 支給の趣旨

3歯以上に歯科補綴を加えたものについては障害見舞金の対象となっているが、1歯欠損の場合は対象とならない。

しかし歯牙の欠損は、1歯であっても、発音、摂食、審美において影響を及ぼすことに鑑み、障害見舞金の対象とならない1歯の歯牙欠損について、現金給付として「歯牙欠損見舞金」を支給する。

(2) 支給を行う場合

学校の管理下における児童生徒等の負傷により、1歯以上を欠損した場合（部位の特定はない）を対象とする。

ただし、「障害見舞金の対象となるもの」を除く。

なお、ここでいう「欠損」とは、「永久歯の喪失歯であり、治療過程で抜歯したものも含む。」をいい、「破折」は含まない。

また、「障害見舞金の対象となるもの」とは、「当該負傷により、歯牙障害にかかる障害見舞

金が支給される場合」をいい、この場合において、歯牙欠損見舞金の支給は行わない。

(3) 支給額

歯牙欠損見舞金の支給額は、1歯につき80,000円とする。

(4) 支払請求及び審査

1) 歯牙欠損見舞金の支払請求

学校・保育所等の設置者が、

- 別記様式第1「歯牙欠損見舞金支払請求書（図6）」+「災害報告書」*
- 別記様式第2「歯牙欠損報告書（図7）」
- 別記様式第3「歯牙欠損診断書（図8）」

及びその他請求に必要な書類を添付し支払請求を行う。

*医療費の請求がある場合は、災害報告書（写し）を添付する。

2) 支払請求に対する審査

上記1)の提出書類によりセンターが審査し、歯牙欠損見舞金の支給決定を行う。

(5) 支払決定に対する支払通知

歯牙欠損見舞金の支給は保護者等に支払い、設置者等に対しては別記様式第4「歯牙欠損見舞金支払通知書（図9）」を送付する。

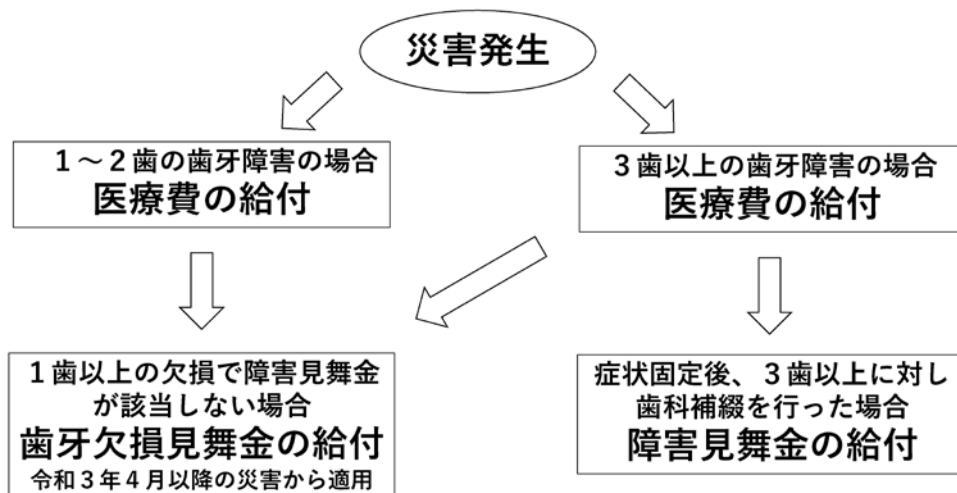


図5 医療費・歯牙欠損見舞金・障害見舞金 フローチャート

別記様式第6

年 月 日

独立行政法人日本スポーツ振興センター理事長 殿

設置者所在地
設置者名

歯牙欠損見舞金支払済報告書

年 月 日付け日誌版 第 号で通知のあった歯牙欠損見舞金について、下記のとおり保護者等に支払ったので報告します。

記

学校（保育所）名称				
被災児童生徒等氏名		保護者等 氏名		経 理
災害発生年月日	年 月 日	支払方法	現金・銀行振込・その他（ ）	
		支払日	年 月 日	
歯牙欠損見舞金の額	歯牙欠損見舞金			
	円			

※ 受領書の写し、振り込み書の写し等、保護者等の受領が確認できる文書を添付してください。

※ 提出された報告書等は「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」に基づき適正に取り扱います。

図11 歯牙欠損見舞金支払済報告書

(6) 給付原簿の整備

歯牙欠損見舞金を支給した場合、センターは別記様式第5「歯牙欠損見舞金給付原簿（図10）」を備え、所要の事項を記載して整理する。

(7) 保護者等への支払完了の報告

設置者は保護者等への支払が完了した場合、別記様式第6「歯牙欠損見舞金支払済報告書（図11）」を提出する。

(8) 支払請求に係る留意点

- 1) 欠損補綴歯（欠損補綴を加えたもの）の脱落は、欠損した歯数に算入しない。
- 2) 欠損歯が過剰歯である場合も、欠損した歯数に算入して差し支えない。
- 3) 欠損歯が乳歯である場合は、欠損した歯数に算入しない。
ただし、後続永久歯が無い場合は、欠損した歯数に算入する。

- 4) 学校管理下の災害により脱落した歯牙を再植した場合（再植歯）は、欠損した歯数に算入しない。

なお、再植歯牙が歯根吸収等により無事故的に脱落したものである場合は、その脱落が、当初の負傷についての医療費の支給開始後10年以内であるときは、その脱落に対する医療費及びその結果として欠損したときは、歯牙欠損見舞金のいずれも支給の対象とする。

(9) 時効の取扱い

- 1) 歯牙欠損見舞金に係る時効については、災害共済給付と同様に取り扱う。
- 2) 歯牙欠損見舞金を受ける権利は、その支給事由が生じた日から2年間行われなときは、時効により消滅する。
- 3) 時効は、傷病が治った日の属する月の翌月10日の翌日から起算するものとする。
- 4) なお、傷病が治った日と、症状の固定した

日が一致しない場合にあっては、症状の固定した日の属する月の翌月の10日の翌日を起算日とする。

《注意事項》

- ①必要書類は学校から取り寄せる。
- ②適応症であるか十分に確認し（図5）、不明な点があれば事前にセンターに問い合わせる。
- ③歯牙欠損見舞金・障害見舞金の請求は、基本的に症状固定後に行う。
- ④自由診療を希望される場合は、十分に説明し金額の提示等に細心の注意を払う（トラブルの回避に努める）。
- ⑤保護者にシステムを十分に説明し、センターの審査で認定されない場合もあることを理解してもらう。

参考文献

- 1) 公益社団法人日本学校歯科医会. 災害共済給付制度歯牙欠損見舞金に関する参考資料「学校管理下における歯の外傷 独立行政法人日本スポーツ振興センター 災害共済給付制度について. <https://www.nichigakushi.or.jp/sports/>
- 2) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 令和2年度学校安全・災害共済給付ガイド. <https://www.jpnsport.go.jp/anzen/kankobutu/anzen/tabid/998/Default.aspx>

独立行政法人日本スポーツ振興センター 災害共済給付制度について

～「医療費」「障害見舞金」請求の要点～



高橋裕幸 公益社団法人日本学校歯科医会 広報委員会 副委員長

要約 「医療費」請求の要点では、【事例1】学校や園でケガをして「医療等」の状況用紙を持参され、窓口負担金を徴収した場合、【事例2】現在、通院中の患者が受傷して来院し『健康保険』と『日本スポーツ振興センター災害共済給付制度』の両方の請求が同月内で混在する場合の取扱い、【事例3】メタルボンド等の自費での補綴の要望があった場合、【事例4】外傷により矯正装置が破損した場合、【事例5】外傷で来院したが、口腔清掃状態が悪く歯石除去等を行った場合、以上5つの事例についてご紹介いたします。

「障害見舞金」請求の要点では、今までに歯科障害見舞金に関する記入例の文献はなかったかと思いますが、今回は日本スポーツ振興センターの多大なるご協力を頂きまして記入の要点をご紹介します。後程に述べさせていただきますが、「医療費」請求よりも更に稀な請求となります。

1. 外傷の発生状況について

まずは、令和元年度の発生件数（表1）ですが、負傷や疾病に対する医療費の給付件数

は、200万件弱に対して障害見舞金の給付件数（表2）は、363件と非常に少ない状況です。更に障害種別の中では、歯牙障害は63件となり、その内の47件が高校生で特に多いようです。

表1 発生件数・給付状況（令和元年度）

学校種別	医療費（負傷・疾病）					障害見舞金		死亡見舞金		計		
	発生件数 (件)	発生率 (%)	給付件数 (件)	給付金額 (千円)	給付率 (%)	給付件数 (件)	給付金額 (千円)	給付件数 (件)	給付金額 (千円)	給付件数 (件)	給付金額 (千円)	
小学校	333,137	5.23	535,482	2,612,974	8.41	60	180,285	11	256,000	535,553	3,049,259	
中学校	303,550	9.39	609,552	4,180,813	18.86	68	195,370	20	484,000	609,640	4,860,183	
高等専修学校	全日制 昼間学科	246,653	7.78	660,638	7,433,735	20.84	220	1,179,195	23	539,400	660,881	9,152,330
	定時制 夜間等学科	2,347	2.95	5,093	45,424	6.40	2	2,280	0	0	5,095	47,704
	通信制 通信制学科	741	0.47	2,598	28,742	1.64	4	22,300	0	0	2,602	51,042
高等専門学校	2,130	3.76	5,218	57,299	9.21	1	1,450	0	0	5,219	58,749	
幼稚園	16,417	1.79	25,579	114,782	2.79	3	6,600	0	0	25,582	121,382	
幼保連携型 認定こども園	13,751	2.35	19,708	79,750	3.37	2	4,350	0	0	19,710	84,100	
保育所等	40,988	2.30	57,782	234,344	3.25	3	5,170	2	56,000	57,787	295,514	
計	959,714	5.87	1,921,650	14,787,868	11.75	363	1,597,000	56	1,335,400	1,922,069	17,720,268	

（独立行政法人日本スポーツ振興センター『令和2年度 学校安全・災害共済給付ガイド』より引用）

表2 学校種別・障害種別の給付状況

学校種別 障害種別	小学校 (件)	中学校 (件)	高等学校等 (件)	高等専門学校 (件)	幼稚園 (件)	幼保連携型 認定こども園 (件)	保育所等 (件)	計 (件)	率 (%)
歯牙傷害	4	12	47	0	0	0	0	63	17.36
視力・眼球運動障害	9	8	50	0	0	0	0	67	18.46
手指切断・機能障害	4	7	14	0	0	0	0	25	6.89
上肢切断・機能障害	3	3	10	0	1	0	0	17	4.68
足指切断・機能障害	1	1	0	0	0	0	0	2	0.55
下肢切断・機能障害	0	2	8	0	0	0	0	10	2.75
精神・神経障害	5	10	29	0	0	0	0	44	12.12
胸腹部臓器障害	2	4	30	0	0	0	0	36	9.92
外貌・露出部分の醜状障害	27	15	29	1	2	2	3	79	21.76
聴力障害	1	1	3	0	0	0	0	5	1.38
せき柱障害	4	5	6	0	0	0	0	15	4.13
そしゃく機能障害	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
計	60	68	226	1	3	2	3	363	100.00

(独立行政法人日本スポーツ振興センター「令和2年度 学校安全・災害共済給付ガイド」より引用)

『スポーツ事故防止ハンドブック（解説編）』によりますと、10年間（平成21年度～平成30年度）に、学校管理下で発生した体育活動中（体育の授業，運動部活動，体育的行事等）の事故で、災害共済給付の障害見舞金を給付した事例1,601例を分析したところ、「歯牙障害（歯に関わる障害事例）」は、小・中学校・高等学校等の総計は385件（24%）で「眼の外傷」に次いで多いですが、高校2年生と3年生で最も高い発生状況です。さらに、外傷の発生部位は上の前歯に集中しており、また、スポーツの種類では、野球，サッカー，バスケットボール等の球技で多く発生していると報告されています。

事故の事例や「ヒヤリ・ハット」した場面等を題材に、危険予測・回避の学習をすることが外傷予防につながり、体の接触もあるコンタクトスポーツ，ボールやバット，ラケット等に当たることが多い運動では、マウスガードの着用も重要であると考えます。

以上を踏まえまして、歯科を受診する中で今回のテーマである「医療費」請求としてよくあ

る事例を紹介し、続いて「障害見舞金」請求の要点を紹介いたします。

2. 「医療費」請求の要点 ～「医療等の状況」記入について～

(1) 初診で1 | 1 外傷性歯牙脱臼にて来院、日本スポーツ振興センター災害共済給付制度の請求をした場合【事例1】

初診日に「医療費の状況」用紙を持参され、窓口負担金を徴収した場合の取扱い（歯科診療録，医療等の状況，診療報酬明細書への記入）は、図1～4に解説したとおりになります。

(2) 現在、通院中の患者が受傷して来院した場合【事例2】

『健康保険』と『日本スポーツ振興センター災害共済給付制度』の両方の請求が同月内で混在する場合の取扱い（歯科診療録，診療報酬明細書，医療等の状況への記入）は、図5～8に解説したとおりになります。

治療が継続している場合は、記入の必要はありません

この事例では学校管理下における災害で来院し、6歳を越えており、500点以上の請求点数となり初診より窓口負担は3割徴収しています。
日本スポーツ振興センターの医療費等の状況用紙は、カルテ記載通りの請求点数をそのまま記載します。

記載日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、@もお忘れなくお願いします。

別紙3(1) 学校(保育所等)記入欄 九段区立 日学歯小学校(園)

医療等の状況

平成 3 年 4 月分
令和

被災児童生徒等	氏名	日学歯 一郎		男	平成	23 年 5 月 5 日 生		
				女	令和			
傷病名	(1)	1 1 外傷性脱臼						
	(2)							
	(3)							
診療開始日	(1)	平成・令和	3	年	4	月	14	日
	(2)	平成・令和		年		月		日
	(3)	平成・令和		年		月		日
診療実日数	2 日		転 帰					
	治 止	死 亡						
診療請求点数	外 来 に 係 る 療 養				入 院 に 係 る 療 養			
	十 万	万	千	百	十	一	点	点
報 酬 数	1	0	7	1				
入院に係る食事療養標準負担額		日 間	日 数	万	千	百	十	一
		日 間						
上記のとおりです。								
令和 3 年 5 月 12 日								
医療機関所在地及び名称 東京都〇〇区〇〇〇4-1-20								
氏名 日本学校歯科医院 山本 剛 印								
※ 決 定	外来に係る療養分		10円×	点× $\frac{1}{10}$ =	円			
	入院に係る療養分		10円×	点× $\frac{1}{10}$ =	円			
	入院に係る食事療養標準負担額				円			
	合 計				円			

(注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別業とすること。
3 入院に係る食事療養標準負担額は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
4 ※印は、記入しないこと。
5 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。)

①記入者* <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関	②公費負担医療制度* <input checked="" type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり(右欄記入)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> その他 (利用している制度を記入) 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円
---	---	--

【お願い】の欄は、①記入者 医療機関、②公費負担医療制度 利用なし(記入終了)にチェックマーク記入をお願いします。

図2 事例1(続き)

5月診療分は、実日数1日で237点の請求点数の記載となります。5月分は237点ですが、4月分と併せると500点を越えますので、保護者等に渡して下さい。

別紙3(1)

医療等の状況

学校(保育所等)記入欄
九段区立 日学歯小学校(園)

平成 3 年 5 月分
令和

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災	被災児童生徒等	氏名	日学歯 一郎			男	平成	23 年 5 月 5 日生																
	傷病名	(1)	1	1	外傷性脱臼																			
	診療開始日	(1)	平成	令和	3	年	4	月	14	日	診療実日数	1	日	転帰	治	死	中	止						
	診療請求点数	外 来 に 係 る 療 養			入 院 に 係 る 療 養			日数	十	万	万	千	百	十	一	点	日数	十	万	万	千	百	十	一
割数	2			3			7			点														

診療機関へお願い
診療報酬請求点数及び負担金額欄中

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。)

①記入者*	②公費負担医療制度*	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法*
<input type="checkbox"/> 保護者	<input checked="" type="checkbox"/> 利用なし(記入禁止)	<input type="checkbox"/> その他(利用している制度を記入)
<input type="checkbox"/> 学校(園)	<input type="checkbox"/> 利用あり(任意記入)	自己負担額(「利用あり」の場合に記入) 円
<input type="checkbox"/> 設置者		
<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関		

5月分の医療等の状況ですが、脱臼症状改善し暫間固定の除去もしましたので、転帰欄は「治ゆ」の記載となります。3割負担の窓口徴収をしておりますので【お願い】の欄は、4月分①②と同じ記載です。

図4 事例1(続き)

現在、通院中の患者が受傷して来院した場合
(健康保険と災害共済給付制度の請求が同月内で混在)

歯科診療録2号用紙(4月分)

月日	部位	療法・処置	点数	負担金 徴収額
4/12		初診	261	
		初診(乳)加算	40	
		(乳)感染予防策加算 * 2	55	
		歯科外来等感染症対策実施加算 * 1	5	
	E—E 6EDCB11BCDE6	P混検	80	
		歯管	80	
		文書提供加算(別添文書提供)	10	
		下顎前歯を中心に軽度歯石沈着が認められる		
		下顎左右第1大臼歯咬合面裂孔に、白濁が認められる		
		歯科衛生実地指導 1	80	
		機械的歯面清掃処置	105	
	E—E 6EDCB11BCDE6	SC	108+57×5	
	E—E 6EDCB11BCDE6	P基処	15	
		次回 下顎左右第1大臼歯シーラント		
4/20		再診 + 明細	53+1	¥1,250
		再診(乳)加算	10	
		(乳)感染予防策加算 * 2	55	
		歯科外来等感染症対策実施加算 * 1	5	
		前回 処置の所は、問題ない		
		保育園で遊んでいた所、友達とぶつかり上の歯が少しかけたので		
		看護師と共に来院		
	A	遠心偶角付近が、一部歯冠破折し露髄が疑われる		
	A	X-Ray(D)デジタル 1F	66	
		歯根部および歯槽骨に異常は認められないが、破折部は歯髓腔に近接		
		肉眼的には明瞭ではないが、歯髓露出と思われる(不顕性露髄)		
		将来、自発痛等の症状がでたら抜髄の可能性ある旨を看護師に伝える		
	A	直Pcap 遠心偶角(メタセメント)	225	
		次回 上下右第1大臼歯シーラント時に、左上Aの状態確認		
	医療保険 4月分実日数 2日 計 1539点			
	内 スポーツ振興センター分 実日数 1日 計 415点			

* 2 (乳)感染予防加算 55点は、10月診療分から28点に変更され、令和4年3月診療分まで算定できる取り扱いです。

『医療保険(健康保険)』と『日本スポーツ振興センター』の請求分が同月内で混在する場合は、カルテは『日本スポーツ振興センター』の請求分を枠で囲むなど区別した記載が望まれます。
今回は、日本スポーツ振興センターへの請求の4月分は500点未満の415点でした。

この制度では500点以上の場合に請求ができますので、この4月分のみでは、請求ができません。ここでの注意点としては、1か月(単月)で500点以上ではなく、治療開始より治療終了までの期間で500点以上ということです。

この場合、2つの対応が考えられます

- 500点未満の4月分のみを5月に保護者等に渡して、5月分を6月に保護者等に渡す。
- 初診月と次月の連月で月ごとの医療費等の状況をまとめて保護者等に渡す。(500点以上になると確認してから、複数月分を月ごとにまとめて提出いただいても構いません)

また、軽傷で特に処置の必要がなく500点未満と判断される場合は、子供医療費助成制度を使うことも考えられます。この事例のように子供医療費を利用した場合は、以下のレセプト記載となりますので参考にしてください。国保・社保共通「医療保険」と「日本スポーツ振興センター災害共済給付制度 医療費」の請求が同月で混在する場合の対応です。多くのレセプトコンピューターの電子レセプト請求画面からこの事例を請求対象外にします。この操作をしないと、レセプトコンピューターの電子レセプトと紙レセプトの二重請求となってしまいますのでご注意ください。

(レセプトコンピューターのメーカーにより、入力方法や請求方法が変わりますので確認してください)

図5 事例2

歯科診療録2号用紙 (5月分)

*2 (乳) 感染予防加算 55点は、10月診療分から28点に変更され、令和4年3月診療分まで算定できる取り扱いです。

保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病(むし歯など)の点数を除いて記入してください。
このようにスポーツ振興センター請求分は、枠で囲むと分かりやすいです。

5	1	再診 + 明細	53+1	
		左上Aは、特に症状無く問題はなかったとのこと		
		再診(乳)加算	10	
		(乳) 感染予防加算 * 2	55	
		歯科外来等感染症対策実施加算 *1	5	
		歯管	100	
		E—E 6EDCB11BCDE6 P基処 (J)	15	
		歯科衛生実地指導 1	80	
	6	6 シーラント (光重合型 松風 ビューティーシーラント)(O)	212×2	
		次回 左上1番問題無ければ光重合レジンにて充填		
5	28	再診 + 明細	53+1	¥1,560
	A	今日まで咬んでも痛くないし何ともなかったと事		
		再診(乳)加算	10	
		(乳) 感染予防加算 * 2	55	
		歯科外来等感染症対策実施加算 *1	5	
		打診痛もなく状況は、良好	0	
	A	電氣的歯髓診断 生活反応あり	0	
	A	Kp	129	
		充填(複雑) 切端から遠心	237	
		光重合レジン(複雑) (A-3 ユニフィル・ローフロー・プラス)	29	
		医療保険 5月分実日数 2日 計 1262点		
		内 スポーツ振興センター分 実日数 1日 計 519点		
		スポーツ振興センター請求分 4月分415点 5月分519点 合計 934点		

スポーツ振興センター災害共済給付制度「医療等の状況」(5月分)

[Aは、5月28日で処置完了となりましたので、転帰欄には治癒に丸の記入が必要となります。(治療が継続している場合は、記入の必要はありません)

別紙3(1) 医療等の状況

学校(保育所等)記入欄 九段区立 日学歯小学校(園)

平成 3 年 5 月分

被災児童等 日学歯 二郎 (男) 平成 27 年 11 月 22 日生

傷病名 (1) A 歯冠破折

診療開始日 (1) 平成・令和 3 年 4 月 20 日

診療終了日 (2) 平成・令和 年 月 日

診療日数 1 日

診療料 5 1 9 点

転帰 治 癒

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。)

①記入者* 保護者 学校(園) 設置者 医療機関

②公費負担医療制度* 利用なし(記入せず) 利用あり(法第21条)

③自己負担額 (何も書かなくてOK) 円

図8 事例2 (続き)

(3) メタルボンド等の自費補綴の要望があった場合【事例3】

日本スポーツ振興センターの給付は『保険診療』の範囲を給付対象としたもので、前歯にメタルボンド冠等で自費の補綴をした場合は、通常の保険診療と同様に、根管治療までは日本スポーツ振興センターから医療費給付を受けられますが、メタルボンド冠等に係る費用に対しては保険給付外診療のため給付が受けられません。

障害見舞金の給付については、自由診療に対する給付ではなく、障害に対する給付であって、その存在が医学的に認められ、学校生活能力の喪失を伴うものが対象となりますので、自由診療の費用として給付されるものではありません。ただし、その障害見舞金や学童団体保険^(注1)で、メタルボンド冠等の保険外補綴治療に使用される場合もあるようです。

(注1) 学童団体保険について

日本スポーツ振興センター災害共済制度を補完するための制度です。保険診療による医療費が高額な場合や、前歯（犬歯から犬歯までの上下計12本）の破折・欠損等により自由診療で補綴する場合などに見舞金を給付します。

(4) 外傷により矯正装置が破損した場合

【事例4】

以前より問題となっておりますが、矯正装置を破損した場合は日本スポーツ振興センター災害共済制度の医療費給付は健康保険診療のみが対象となるため、保険外診療の矯正装置の破損については、医療費給付の対象とはなりません。

(5) 外傷で来院したが、口腔清掃状態が悪く歯石除去等を行った場合【事例5】

口腔清掃状態が悪く、受傷部への感染も懸念される場合、療養上必要と思われる処置内容について傷病名欄に部位と病名を記載（Gもしくは

はP）して請求してください。

なお、記載した傷病名が、学校・保育所等の管理下以外によるものと考えられる場合や傷病名と因果関係が判然としない場合などは、内容の確認がある場合もあるようです。

3. 「障害見舞金」請求の要点 ～障害診断書の記入について～ (日本スポーツ振興センターの回答から)

(1) 「症状固定日」および「治ゆ」

「症状固定日」は、「療養の効果が期待し得ない状態（療養の終了）で、残存する症状が、自然的経過によって到達する最終の状態となった日」を記載していただくこととなります。

なお、「治ゆ日」については、関係規程等にて特段の記載がありませんので、医療機関において「治ゆ」となった日を記載していただくこととなります（図9中の①部分）。

「治ゆ」とは、暫間固定除去した日、抜糸した日、歯冠修復や欠損補綴が完了した日（レジン前装冠やブリッジなどを装着した日）になります。（脱臼や歯根破折などの傷病名に関する診療行為が終了した日を意味します）

(2) 傷病名

「傷病名」欄には、『診療報酬明細書』や『医療等の状況』等の傷病名欄と同様の記載で問題ありません（図9中の②部分）。

外傷に関わると考えられる診療行為別傷病名一覧（表3）を提示いたします。実態に照らし合わせてご参考になさってください。

(3) 既存障害

既存障害とは、当該災害の発生前に、既に障害等級表に定められている程度の障害が残存していた場合に記載していただくこととなります（図9中の③部分）。

(4) 障害の全容

具体的な障害の程度及び内容は別の欄に記載

障害診断書（障害見舞金支払請求用）

氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)																																					
受傷年月日	昭・平・令 年 月 日 ①		治ゆ又は症状固定日	平・令 年 月 日 治ゆ 症状固定																																					
傷病名	※初診時の傷病名及び経過について記入してください。 ②			既 存 障 害	※既存障害があれば、その程度について記入してください。 ③																																				
障害の全容	※障害の部位・程度全般について記入し、詳細については、「具体的障害の程度及び内容」の欄に記入してください。 ④																																								
種類	具体的障害の程度及び内容																																								
眼球の障害	視 力			調 節 機 能	視野障害 ※視野表添付の場合記入不要																																				
	裸眼	眼鏡による矯正（常用の可・否）	C.L・眼内レンズによる矯正	調節力（水晶体抽出の有無）	上	外																																			
	右	(可・否)		() D	上	外																																			
	左	(可・否)		() D	下	内																																			
眼球運動	1 複視の有無 イ 正面視で複視を生ずる ロ 正面視以外（左右上下視等）で複視を生ずる	2 注視野の 広さ（8方向）		右	左																																				
眼瞼の障害	※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 (開瞼時・閉瞼時の写真を添付してください。)			外傷性散瞳（右・左） イ 1眼の瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの ロ 1眼の瞳孔の対光反射はあるが不十分で羞明を訴えるもの																																					
聴力障害及び び耳介の障害	オージオメーター検査結果 ※検査表添付の場合記入不要				※耳介欠損の程度（写真添付）																																				
	周波数Hz	A 500	B 1,000	C 2,000	D 4,000	最高明瞭度																																			
	右					db db %																																			
左					db db %	※耳鳴の程度と大きさ ※耳漏の程度																																			
鼻の障害	※鼻の機能障害（鼻呼吸・嗅覚等）の程度、損傷の場合は写真添付				醜 状 障 害 醜状痕の部位及び程度 ※創面治ゆから6か月経過後の写真を添付 ・医療保険適用による形成手術を受ける予定の有無 有・無 部位 () 程度 () 図																																				
言語機能の障害	※程度の詳細 1 中枢性失語症 2 構音機能障害（口唇音、歯舌音、口蓋音、喉頭音の4種のうち発音不能のもの） 3 声帯麻痺によるかすれ声																																								
その他 の障害	※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食又はこれに準ずる程度のもの以外は摂取できない 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があって十分でない 4 その他（嚥下・味覚等の障害） ⑤																																								
歯 牙 障 害	※歯牙破折・欠損の部位・程度及び補綴の形態 ⑥																																								
※歯冠部分の破折の部位とそれに対する補綴の形態を記入してください。																																									
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">8</td> <td style="width:10%; text-align:center;">7</td> <td style="width:10%; text-align:center;">6</td> <td style="width:10%; text-align:center;">5</td> <td style="width:10%; text-align:center;">4</td> <td style="width:10%; text-align:center;">3</td> <td style="width:10%; text-align:center;">2</td> <td style="width:10%; text-align:center;">1</td> <td style="width:10%; text-align:center;">1</td> <td style="width:10%; text-align:center;">2</td> <td style="width:10%; text-align:center;">3</td> <td style="width:10%; text-align:center;">4</td> <td style="width:10%; text-align:center;">5</td> <td style="width:10%; text-align:center;">6</td> <td style="width:10%; text-align:center;">7</td> <td style="width:10%; text-align:center;">8</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">8</td> <td style="text-align:center;">7</td> <td style="text-align:center;">6</td> <td style="text-align:center;">5</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">1</td> <td style="text-align:center;">2</td> <td style="text-align:center;">3</td> <td style="text-align:center;">4</td> <td style="text-align:center;">5</td> <td style="text-align:center;">6</td> <td style="text-align:center;">7</td> <td style="text-align:center;">8</td> </tr> </table>									8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																									
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																									

記入上のお願ひ 1 該当する事項に○印をつけ、必要事項をご記入ください。
 2 障害のない項目は、斜線で消し、訂正の場合は訂正印を押してください。
 3 視力障害については、両眼（患側・健側）の裸眼及び矯正視力を記入してください。
 4 関節、脊柱の運動領域については、原則として他動運動による測定値をご記入ください。自動運動による測定値を用いる場合は、その旨明記してください。

図9 障害診断書（障害見舞金支払請求要）
①～⑥が歯科での記載が必要となる項目

表3 診療行為別傷病名一覧

X線	パノラマ	C Pul Per (多数歯にわたる場合) (総覽的に検査したい場合) P 智歯歯周炎 (Perico) 埋伏歯 先欠の疑い 顎関節症 不正咬合等 摘要欄に開口障害 強度嘔吐反射 顎堤吸収異常
	う蝕処置	C Pul C処置値
	咬合調整	P 歯ざしり (Brx) 顎関節症
処置	歯冠形態修正	歯の鋭縁 挺出歯 外傷性咬合 舌咬傷 頬粘膜咬傷 歯のハセツ (Frt) 歯の脱臼 (Lux)
	残根削合	C ₄
	破折片除去	歯のハセツ (Frt)
	歯髄保護処置	C
	生切・失切	Pul
	抜髄	Pul 歯の脱臼 (Lux) 転移歯
	感染根管処置	Per Puエソ Puエシ
	穿孔の封鎖	Per 穿孔
	後出血処置	抜歯後出血 術後出血等
	スケーリング (SC)	G P
	暫間固定	P 外傷性歯の脱臼 *歯の移植・歯の再植の場合は下記参照
	歯間修復物の除去	当該歯の病名
	サージカルプレート	抜歯 骨整形にかかわる病名
	レジン (止血) シーネ	手術に係る病名 後出血
	手術	抜歯
抜歯窩再搔爬術		抜歯窩治癒不全 抜歯後感染 ドライソケット
歯の再植術		歯の脱臼 (Lux) Per
歯の移植術		移植歯: 智歯 埋伏歯 被移植部位の抜歯: 通常の抜歯病名
上顎洞陥入歯除去術		上顎洞穿孔
歯冠修復	充形	C WSD
	修形	C WSD
	ダツリ再装着	ダツリ ダツリC 脱落

していただくこととなりますので、「障害の全容」欄には、障害の部位・程度全般について概要を記入してください (図9中の④部分)。

なお、診療開始から歯科補綴を加えるまで長期にわたる場合は、経過 (当初、歯牙が脱臼し、再植したが歯根吸収等により無事故的に脱落し歯科補綴を加えた場合等) も含めて、最終的に歯科補綴を加えることになった経過、理由、状況を記載してもらいます。

(5) そしゃく機能の障害

『障害診断書』の記載に当たっては、障害の種類ごとに医療機関及び診療科等の定めはありません。したがって、「そしゃく機能の障害」欄について、歯科の先生に記載していただいて問題ありません (実際に歯科の先生に記載していただいた事例もあります。) (図9中の⑤部分)。

なお、「そしゃく機能の障害」の等級認定に

当たっては、当センターは以下の基準に基づき、総合的に判断しています。

〈障害等級認定の基準〉

- (ア)咀嚼機能の障害は、上下咬合及び排列状態並びに下顎の開閉運動等により、総合的に判断する。
- (イ)「咀嚼機能を廃したもの」とは、流動食以外は摂取できないものをいう。
- (ウ)「咀嚼機能に著しい障害を残すもの」とは、粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外は摂取できないものをいう。
- (エ)「咀嚼機能に障害を残すもの」とは、固形食物の中に咀嚼ができないものがあること又は咀嚼が十分にできないものがあり、そのことが医学的に確認できる場合をいう。

- ①「医学的に確認できる場合」とは、不正咬合、咀嚼関与筋群の異常、顎関節の障害、開口障害、歯牙損傷（補綴ができない場合）等咀嚼ができないものがあること又は咀嚼が十分にできないものがあることの原因が医学的に確認できることをいう。
- ②「固形食物の中に咀嚼ができないものがあること又は咀嚼が十分にできないものがあり」の例としては、ごはん、煮魚、ハム等は咀嚼できるが、たくあん、らっきょう、ピーナッツ等の一定の固さの食物中に咀嚼ができないものがあること又は咀嚼が十分にできないものがあるなどの場合をいう。

（6）歯牙障害

災害共済給付制度における歯牙障害は、3歯以上に対し「歯科補綴を加えたもの」^{（注2）}が給付対象となります。「歯牙障害」欄に、歯科補綴の具体的な内容（歯牙破折・欠損の部位・程度及び補綴の形態）の記載をお願いいたします（図9中の⑥部分）。

（注2）

普段聞きなれない「歯科補綴を加えたもの」とは、学校・保育所等の管理下の災害で、歯牙の脱落や抜歯によって歯牙欠損になった場合や、歯冠部や歯根部に破折、亀裂があり歯冠修復したものをいいます。この歯冠修復には、架工義歯、有床義歯、歯冠継続歯、前装鑄造冠、全部鑄造冠、部分鑄造冠のうち前歯3/4冠・臼歯、ジャケット冠、金属冠による歯冠修復を行ったものをいいます。なおCR充填、インレー等の充填等の一部つめたものは、破折病名があっても「歯科補綴に加えたもの」になりません。障害見舞金が不受理になる可能性もありますので、留意が必要です。

さらに、破折の部位（どんな形で破折したのか図示）とそれに対する補綴の形態の

記載が重要となりますので、記載漏れのないように、また具体的な記載に留意してください。

また歯牙障害は、他にも上下左右2番から2番までの8歯で2歯欠損の場合は、隣在歯の状況を考慮することなく（健全歯であっても）14級の認定となります。（88万円の見舞金。その他の各種等級および1歯の歯牙欠損に対し新たに支給することになった「歯牙欠損見舞金」については、本特集の澤田章司先生による別稿か、日本スポーツ振興センターのHPをご参照ください。）

4. おわりに

現在のところ、地区歯科医師会では、スポーツ振興センター災害共済給付制度の相談受け入れ態勢は統一されていないと推察されます。しかも障害見舞金申請件数は少なく、慣れない記載となりますので、提出前には歯科医師会に相談されるかスポーツ振興センターに問い合わせるのが宜しいかと思います。ご提出前には、よく確認をしていただきたく思います。一度申請した障害診断書は不受理になりますと再審査請求しても、受理される事例は少ないように伺っておりますのでご注意ください。また医療費と違い、障害見舞金は支給されない可能性もあることを事前に保護者等にもよく説明してご理解をいただくことが肝要と思われます。いざ不受理となり裁判になりますと、かなり長期間を要する場合もあるようです。そうならないために「（6）歯牙障害」の記載は重要となりますので、慎重の上にも慎重なご対応をお願いいたします。

参考文献

- 1) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 災害共済給付請求事務ガイドブック.
- 2) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 障害等級認定の基準に関する規程.

児童・生徒の睡眠を考える

学識者の立場から①

小児期の睡眠の生理と現状

岡 靖哲

愛媛大学医学部附属病院 睡眠医療センター センター長

学識者の立場から②

子供の睡眠と睡眠呼吸障害（SDB）

杉山 剛

一宮西病院 小児科部長
こどもの未来研究所 代表

学識者の立場から③

寝る子は育つ ～良い睡眠と顎顔面の関係～

田賀 仁

J R東京総合病院 歯科口腔外科 主任医長

学校歯科医の立場から

睡眠呼吸障害（sleep-disordered breathing : SDB） 予防における歯科の役割 —健やかな口腔育成を目指して—

清水清恵

清水歯科クリニック 副院長
日本睡眠歯科学会 認定医・指導医
日本睡眠学会 睡眠医療歯科専門医

児童・生徒の心と体の健全な発達には良好な睡眠は欠かせません。しかしながら24時間社会に伴う夜型化や、スマートフォンやゲーム機の使用による遅寝や睡眠時間の減少など、子供たちの睡眠の状況はますます悪化しています（子供を含めた日本人の睡眠時間は、OECD加盟国中で最下位とされています）。このような子供たちたちの現状を憂慮した文部科学省が2006年度から「早寝 早起き 朝ごはん運動」を推進しているのは皆さまご存知のとおりです。また、昨年からの新型コロナウイルス（COVID-19）感染症拡大による休校や自粛生活などがもたらす生活習慣の乱れも心配なところです。

子供の睡眠の問題は、将来の生活習慣病のリスクを高めるといった身体的影響や心理的な影響があることも分かってきており、また、成長に伴う小児の場合、適切な治療を行う時期を逸すると不可逆的な結果を残してしまう可能性についても指摘されています。そのため、より良い睡眠への取組は成人のそれ以上に重要です。そして、このような重要な問題である睡眠についての知識は、児童・生徒の健康にかかわる学校歯科医にとっても必要不可欠であると考えます。

今回の特集では、児童・生徒の睡眠を取り巻く状況について愛媛大学の岡 靖哲先生、小児の睡眠について医科の立場から一宮西病院の杉山剛先生、歯科の立場からJR東京総合病院の田賀 仁先生、睡眠障害に対する口腔育成を清水歯科クリニックの清水清江先生にと、小児の睡眠に関して日本を代表する先生方に執筆のお願いをしました。ご一読いただければ幸いです。

小児期の睡眠の生理と現状

岡 靖哲 愛媛大学医学部附属病院 睡眠医療センター センター長



要約 小児期においては睡眠の生理的な重要性は高いが、子供の睡眠の現状は良好とは言い難い。国際的にみてもわが国の小児の睡眠時間は短く、就床時刻も欧米の小児より遅い。発達過程で、睡眠の状態は大きな変化を示す。新生児期には、昼夜のリズムが形成されることに加えて、脳波上の睡眠の特徴も変化し、発達の指標ともなる。また、年齢とともに睡眠時間は生理的に減少していくが、青年期では平日に睡眠不足になりがちで、休日に長時間の睡眠をとるcatchup-sleep（寝だめ）がみられるなど、行動面の変化も加わってくる。子供の睡眠を改善するための指針も国内外で作成されている。より低年齢からのアプローチの重要性も指摘されている。

1. はじめに

昔から「寝る子は育つ」と言われるように、心身の健全な発達には良好な睡眠は欠かせず、健全な成人への移行期としても小児期の睡眠の重要性は高い。慢性的な睡眠不足は世界的にも問題となっているが、国際的にみても、日本人は大人も子供も睡眠時間が短く、2017年の「新語・流行語大賞」では、睡眠不足が借金のように積み重なって心身に悪影響を及ぼす「睡眠負債」がトップ10に入るなど、睡眠不足が蔓延している社会ともいえる。また、夜型化に伴って子供の遅寝も多くみられ、小児をめぐる睡眠の状況は良好とは言い難い。子供の睡眠をいかに確保するかは大きな課題といえる^{1,2)}。

小児のおよそ4人に1人が成人になるまでに何らかの睡眠の問題に直面するといわれており³⁾、子供の睡眠の問題で悩んでいる保護者も多い。しかし、どう対処すればよいか、どこに相談すればよいか分らず対処されていない子供も多い。睡眠の量的・質的な問題や、睡眠障害が及ぼす影響については多くの報告がなされている^{4,5)}。成長期の小児の睡眠の問題は、心身の発達に不可逆的な影響をもたらすリスク

もあり、将来の生活習慣病リスクなどの身体的影響も指摘されていることから、睡眠への取組は成人のそれ以上に重要といえる。

子供の睡眠をめぐる現状を紹介し、睡眠の生理的变化を概説し、学校や周囲がどのようなことに気をつければよいか、子供に睡眠の大切さをどのように伝えればよいかについて解説する。

2. 子供の睡眠の現状

子供の睡眠をめぐる状況は、国や文化によって大きく異なる。3歳未満の乳幼児の睡眠を国際比較したインターネット問診票調査の結果をみると、アジア諸国は全般に欧米諸国より就床時刻が遅く、総睡眠時間が短い傾向がみられる。特筆すべきは、日本の乳幼児の睡眠時間で、平均総睡眠時間が11.6時間と調査した17か国で最も短かった(図1)⁶⁾。小児の睡眠時間は、海外の報告でも徐々に短縮傾向で、睡眠不足が慢性化している。その背景としては、社会的変化やライフスタイルの変化が挙げられている^{7~9)}。

国内においても、都市部・地方の違い、通学

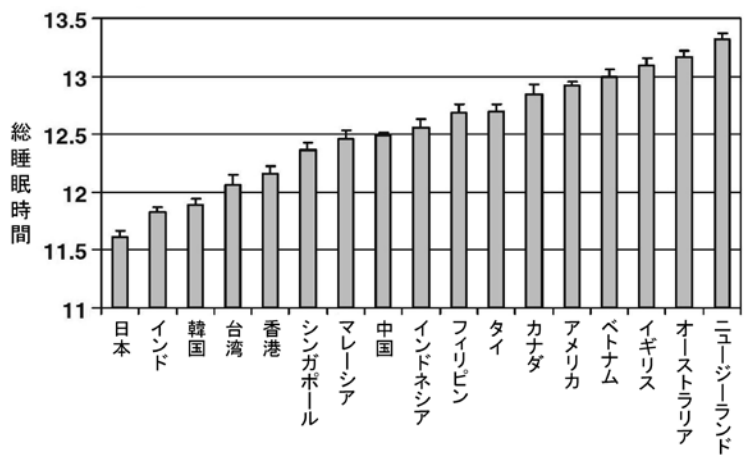


図1 小児の総睡眠時間の国際比較
3歳未満の小児の総睡眠時間を17か国で比較 (文献⁶⁾ より引用改変)

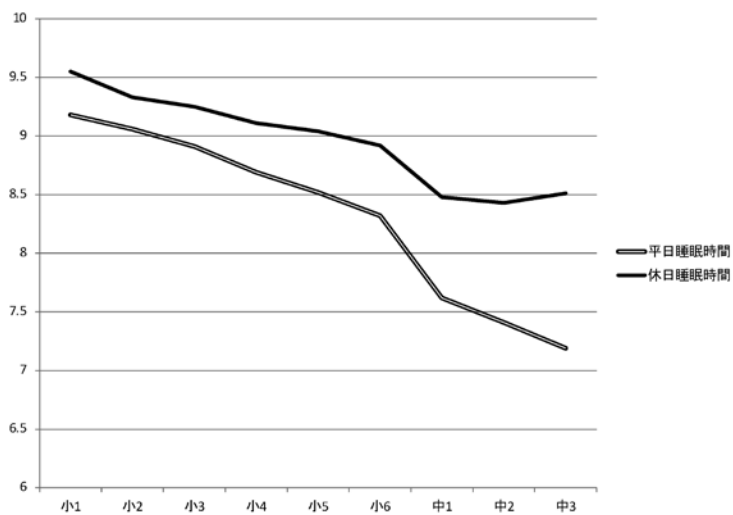


図2 小・中学生の平日および休日の睡眠時間

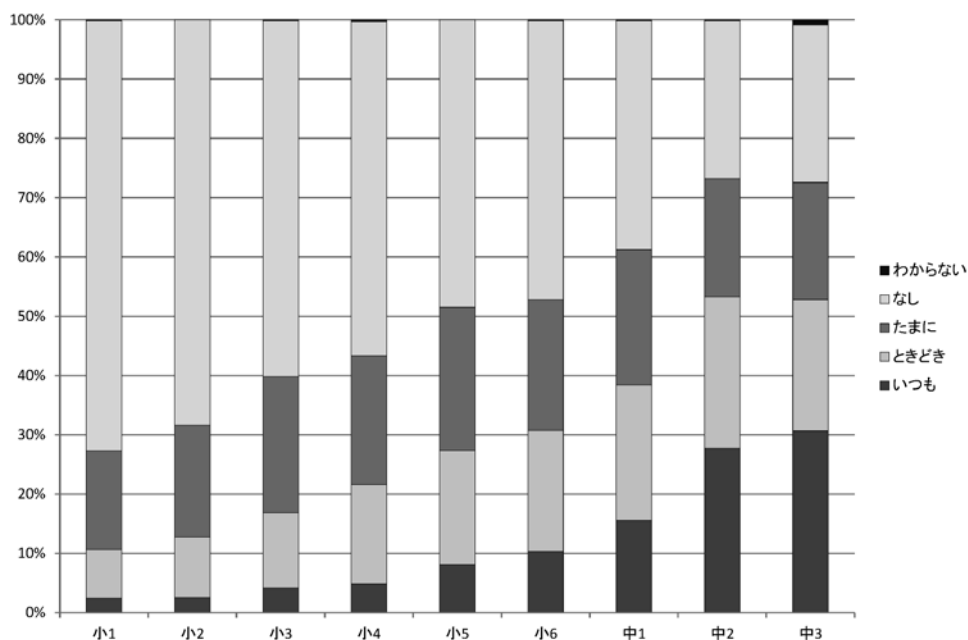


図3 就床前1時間にネット・メール・ゲームをする児童・生徒の割合

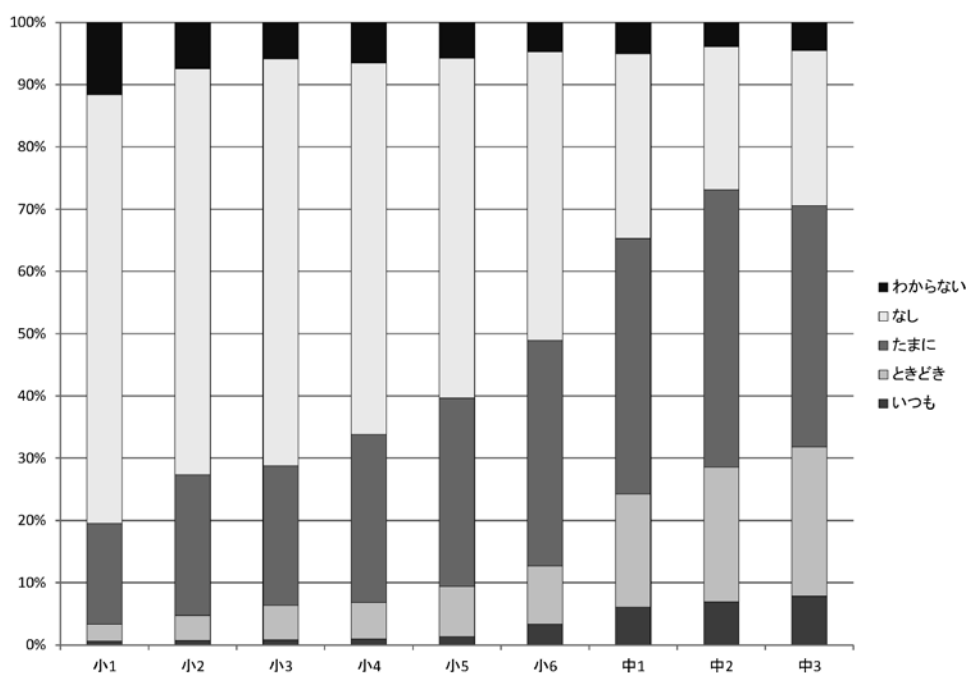


図4 授業中に眠気を有する児童・生徒の割合

状況，また気候の違いによっても地域差はあるが，学齢による変化には一定の傾向がある。地方都市で我々が実施した調査結果を示す。小学校の間は就床・起床といった睡眠習慣や睡眠時間は比較的良好である。しかし，中学生～高校生になると，睡眠習慣の乱れが顕在化する傾向があり，平日の睡眠時間が短縮し，休日に長く寝るようになるcatchup-sleep（寝だめ）が見られるようになる（図2）。就床前にゲームやインターネットをする子供の割合は，年齢とともに増加することが分かる（図3）。日中の眠気を感じる子供の割合も学年とともに増加するが（図4），これは睡眠医療の現場でもしばしば経験され，耐えがたい日中の眠気を生じる疾患である「中枢性過眠症」もこの時期に発症する場合があることにも注意を要する。

小学生について，就床前に行っている活動や，寝室の環境が睡眠にどのように影響するかを検討した調査では，就床前のテレビ視聴，ビデオゲーム，インターネットが睡眠・覚醒のリズムに悪影響を与えていることが示されている。テレビやビデオゲームを寝室に置くことで，こうした就床前の好ましくない活動を助長する傾向がみられた。また，塾などの学外活動で帰宅が遅くなることも，睡眠・覚醒パターン

に悪影響を及ぼしていた¹⁰⁾。学年が進むにつれて，クラブ活動，塾，習い事などの学外活動は増えていく。学習塾に通う子供が増える小学校高学年では，午後9～10時まで通塾している子供も多い。中学生以降では，クラブの朝練や長時間の練習により帰宅が遅くなり，必然的に睡眠不足を招く。睡眠不足は，集中力や思考力を低下させ，学力低下につながるほか，感情のコントロール機能も低下させることも懸念される。

3. 子供の睡眠はなぜ重要か

子供にとって，睡眠は心身の発達を左右する重要な役割を持っている。睡眠は「脳と体の休息」と考えられるが，特に成長期においては，睡眠中（特に深い睡眠時）に分泌される「成長ホルモン」が，骨や筋肉の成長に関与する。また，子供のころの正しい睡眠習慣は，その後の生活習慣を決定づける意味でも，子供の将来を左右すると言っても過言ではない。

睡眠と学業の関連性は，保護者の興味を引くテーマでもある。慢性的な睡眠不足は，注意力や学習能力，記憶の定着，学業成績にも影響を及ぼすとの知見が得られている^{11~14)}。

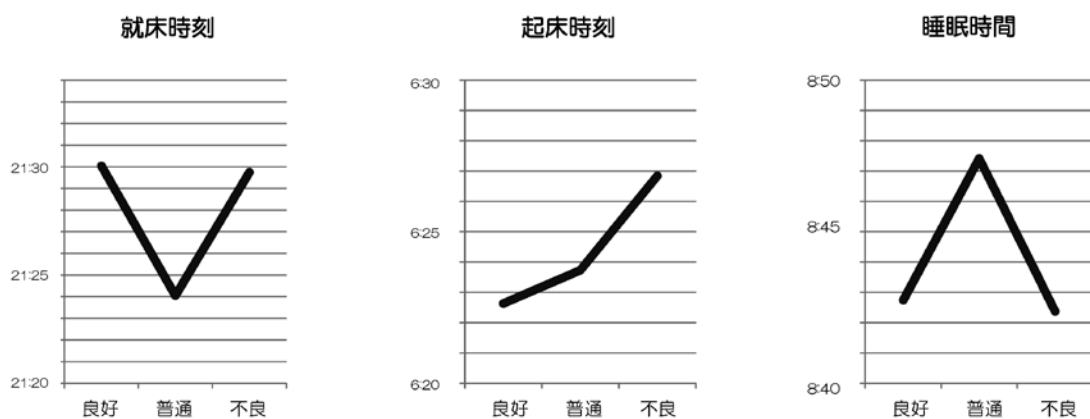


図5 小学生の睡眠と学業成績¹⁷⁾

小学4年生を対象とした睡眠習慣と学業成績の海外での検討では、朝型生活は知能や真面目さ、学習意欲に有利に働き、夜型生活は学習意欲や活動に不利に働くことが示されている¹⁵⁾。上海の小学生を対象とした調査では、小学生においても睡眠不足や日中の眠気は顕在化しており、学校でのパフォーマンスに影響することが示されている¹⁶⁾。小学1年生から5年間の追跡を行ったコホート研究で、睡眠時間が9～10時間の児に比べ、睡眠時間が9時間未満の児では学業成績低下のリスクが高い（オッズ比=1.20, $p=0.049$ ）ことが示されている。また眠気の頻度が高い児では、眠気を有しない児より、学業成績低下リスクが高く（オッズ比=1.18, $p=0.005$ ）、注意・集中力、興味・やる気も低下していることが報告されている。

地域の小学生（ $n=4244$ ）を対象に我々が行った調査では、成績が普通（ $n=2778$ ）の児と比較して、成績が不良（ $n=769$ ）な児では、就床時刻と起床時刻が遅く、睡眠時間も短縮していた¹⁷⁾。成績が良好な児（ $n=697$ ）では、就床時刻は遅く、睡眠時間も短縮していた（図5）。学業成績は勉強時間とも関連があることから、勉強時間と睡眠時間のバランスをとることが求められる。記憶を固定するには一定以上の睡眠をとることが有効であることは科学的にも示されており、その子供に必要な睡眠時間を確保したうえで、効率よい生活スケジュールを組み立てることが必要となってくる。睡眠をとることが学業や運動のパフォーマンスを維持するうえ

でも重要で、睡眠を犠牲にしないで生活できるように工夫することが求められている。

4. 発達過程における睡眠の生理的变化

睡眠は一生を通じて変化するが、中枢神経系の発達と密接に関連していることから、特に小児期の成長過程ではその変化が大きい。年齢により正常とみなされる範囲も異なることから、発達・年齢に応じた睡眠の状態を理解しておくことは、子供の睡眠をマネジメントするうえで必要な基礎知識である。

睡眠の量的変化としては、新生児は1日のうち16時間以上眠って過ごす。年齢とともに睡眠時間は減少し、幼児から小学生で1日9～11時間前後となり、10歳代後半より急速に減少する（図6）¹⁸⁾。

睡眠の質的变化としては、睡眠は、レム睡眠、浅いノンレム睡眠（睡眠段階N1・N2）、深いノンレム睡眠（睡眠段階N3）に分けられる。レム睡眠は新生児では睡眠の約半分を占めるが、年齢とともに減少し成人レベルとなる（図6）¹⁸⁾。深いノンレム睡眠も10歳代以降に減少する。成長ホルモンは、深いノンレム睡眠時に分泌される。

睡眠時の脳波上の特徴は、新生児期から乳幼児期にかけて著明に変化する。睡眠段階N2の指標となる睡眠紡錘波（sleep spindle）やK-複合（K-complex）、睡眠段階N1の指標となる頭頂部鋭波（vertex sharp wave）などがどの時

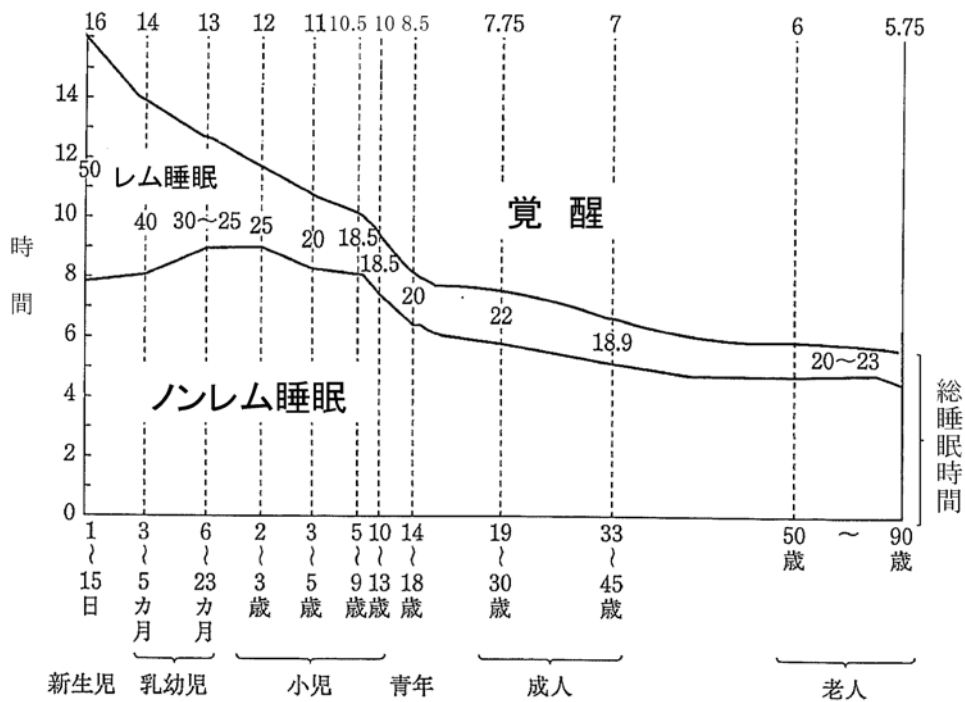


図6 睡眠時間・睡眠段階の変化

成長・加齢による睡眠時間と各睡眠段階の割合の変化を示す。

図上部の数字は総睡眠時間。図中の数字は、総睡眠時間に対するレム睡眠の割合 (%) を示す (文献¹⁸⁾ より引用改変)

期に見られるかを理解することで、発達過程における変化を把握できる (表1)。

睡眠・覚醒リズムについては、新生児期には昼夜を問わず短いサイクルの睡眠・覚醒を繰り返す多相性睡眠で、次第に昼夜のリズムを持った睡眠に移行する。昼寝の回数・時間も年齢とともに減少し、3~6歳頃には昼寝をとらなくなるがその時期には個人差がある (表1)。10歳代後半からは、就床時刻が遅くなり睡眠相が後退する傾向がみられる。

これらの睡眠の量的・質的变化、睡眠・覚醒リズムの変化によって、年齢毎の睡眠の全体像が以下のように特徴づけられる。

新生児期は、睡眠時間が16~20時間であり、睡眠パターンは1~2時間の覚醒と1~4時間の睡眠を繰り返す。昼夜のリズムはみられず、日中の睡眠時間と夜間の睡眠時間はほぼ同じとなる。脳波上は、連続パターンの脳波と眼球運動を伴う動睡眠 (active sleep) が約5割を占め、この時期の入眠は動睡眠から始まる。

表1 発達過程における睡眠の特徴

年齢	睡眠時間	睡眠パターンの特徴	睡眠脳波の特徴
新生児期 0ヵ月	16~20	短時間の睡眠・覚醒	睡眠紡錘波 K-複合 頭頂部鋭波
乳児期 3ヶ月	14~15	昼夜の区別の出現	
乳児期 6ヶ月	13~14	7-8割の夜間睡眠	
乳幼児期 1歳	11~12	1-3時間の昼寝	
幼児期 3歳	10~11	昼寝の減少	
学童期 6歳	8~10		
思春期 12歳	7~8	睡眠相後退	
思春期 18歳	7~8		

発達段階ごとの睡眠の特徴を模式的に示す。睡眠パターンの特徴は、黒部分 (■) が睡眠、白部分 (□) が覚醒

生後3か月頃には、睡眠時間がやや短縮して14～15時間となり、3～4時間連続して睡眠をとるパターンとなる。脳波上は、生後1か月頃から出現しはじめる睡眠紡錘波が、3か月頃には明瞭となってくる。動睡眠（レム睡眠）が減少し、6週～3か月頃からは入眠が成人と同様にノンレム睡眠から始まるようになる。

生後6か月頃には、睡眠時間は13～14時間で、6～8時間連続して睡眠をとるようになり、昼夜の区別が明瞭である。2～4時間の昼寝を1～2回とり、9か月ごろには7～8割を夜間に眠るようになってくる。脳波の特徴としては、5～6か月頃よりK複合や頭頂部鋭波が出現する。

乳幼児期（1～3歳頃）には、11～12時間程度の睡眠時間で、ほぼ夜間に睡眠をとる。昼寝も1.5～3.5時間を1回とる程度に減少する。脳波上は、レム睡眠がさらに減少する。

幼児期（3～6歳頃）には、睡眠時間は10～11時間で、昼寝はさらに減少・消失する。脳波上は、ノンレム睡眠・レム睡眠の繰り返し成人と同様の約90分のサイクルとなり、レム睡眠の割合はさらに減少する。

学童期（6～12歳頃）には、睡眠時間は8～10時間となり、平日（通学日）と休日の睡眠時間の差が徐々に拡大してくる時期でもある。日中の眠気の訴えはまだ少ない。脳波上の特徴としては、入眠してからレム睡眠が出現するまでの時間が延長する。

青年期（12歳頃～）には、睡眠時間は7時間台へと短縮し、睡眠スケジュールの乱れや、睡眠相の後退傾向がみられやすい。脳波上の特徴としては、深いノンレム睡眠が減少し、レム睡

眠量は成人レベルで安定する。

5. 子供の睡眠をどう守ればよいのか

わが国では、小学生頃まで保護者や兄弟と同室で寝ていることが多い。すなわち、家族の睡眠習慣の影響を受けやすいという側面がある。家族の睡眠習慣が悪いと、子供の睡眠習慣が悪影響を受ける場合があることに留意する必要がある。

「子供はどれくらい寝ればよいのか」という質問をよく受ける。米国のNational Sleep Foundationが推奨している各年齢の睡眠時間では、学童（6～13歳）では9～11時間、青年（14～17歳）では8～10時間とされている（表2）¹⁹⁾。子供が必要な睡眠時間をとれているかは、個人差も大きいことから一概に時間では決められないが、推奨睡眠時間の下限を下回っている場合には睡眠が不足している可能性を考慮した方がよい。朝決まった時間にすっきり起きられるか、朝の最初の授業からしっかり勉強・活動できているか、日中に眠気を生じないか、といったことを確認する。

情報通信機器の使用が子供にも広がっている中で、国内・海外においてさまざまな提案やガイドラインが出されている。日本小児科医会こどもの生活環境改善委員会では、「子どもとメディア」の問題に対する提言として、テレビ・ビデオ長時間視聴の危険性について2004年にすでに言及している（表3）²⁰⁾。

2012年のアメリカ幼児教育学会（National Association for the Education for Young Children：NAEYC）の声明では、テクノロ

表2 年齢毎の推奨睡眠時間（National Sleep Foundation）

年齢	推奨される睡眠時間	推奨されない睡眠時間
乳幼児（1～2歳）	11～14時間	9時間未満、16時間以上
学齢前（3～5歳）	10～13時間	8時間未満、14時間以上
学童（6～13歳）	9～11時間	7時間未満、12時間以上
青年（14～17歳）	8～10時間	7時間未満、11時間以上
若年成人（18～25歳）	7～9時間	6時間未満、11時間以上
成人（26～64歳）	7～9時間	6時間未満、10時間以上
高齢者（65歳以上）	7～8時間	5時間未満、10時間以上

表3 日本小児科医会「子どもとメディア」の問題に対する提言²⁰⁾

1. 2歳までのテレビ・ビデオ視聴は控えましょう。
2. 授乳中、食事時のテレビ・ビデオの視聴は止めましょう。
3. すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要です。1日2時間までを目安と考えます。テレビゲームは1日30分までを目安と考えます。
4. 子供部屋にはテレビ、ビデオ、パーソナルコンピューターを置かないようにしましょう。
5. 保護者と子供でメディアを上手に利用するルールをつくりましょう。

ジーと双方向メディアを利用した教育実践はバランスよく提供すべきで、幼児期における創造的な外遊びや周囲との社会的相互作用に代わるものではなく、8歳までの子供の教室においてはこれらを使うべきか、いつどのように使うかを意識して選択するのが教育者の役割・責任であるとしている²¹⁾。

アメリカ小児科学会（American Academy of Pediatrics：AAP）では、1999年の段階で既に子供たちの電子機器使用についての提言を発表しており、2歳以下の子供は電子機器を使用しないようにし、2歳以上の子供では1日2時間以下の使用に制限すべきとしていた²²⁾。2016年のAAPの新たな提言では、子供向けの双方向のメディア教育の可能性も考慮しつつ、乳幼児への教育的利益の可能性、幼児の健康上の懸念について検討した²³⁾。小児科医への提言として、18か月未満の小児にはスクリーンメディアを使用させない、18～24か月の小児に保護者が使用させる場合は良質なプログラムを選択する、2歳以上の小児では使用時間を1時間未満とする、食事中および就床1時間前には使用させない、家族が具体的な指針を持つこと、家族がメディア使用計画を作るのを補助すること、早期の脳の発達と言語・認知・社会的感情のスキルを養成するための社会的遊びの重要性について両親に教育することなどを推奨している（表4）。

オーストラリア保健省は、乳幼児・就学前の子供たちの健康と発達についての養育者のためのガイドラインを作成した。運動や遊び、理想的な睡眠の量などの指針を示しており、2～5

表4 アメリカ小児科学会の小児科医への提言

- 対話を早期に始める。乳児・小児の保護者に家族のメディア使用、子供の使用習慣、使用場所について尋ねる。
- 家族のメディア使用について、それぞれの子供・保護者にあわせた指針の作成を援助する。
- 早期の脳の発達や、言語・認知・社会感情スキルの構築の重要性について保護者を教育する。
- 18か月未満の乳幼児についてはビデオチャット以外のメディア使用は推奨しない。
- メディア使用を始めたい18～24か月の乳幼児と保護者については、質の高いプログラム／アプリを親子で一緒に使用すること。これは子供がメディア使用を学ぶ最良の方法であり、子供だけで使用させることは避ける。
- 保護者が質の高い商品を見つけられるリソースを指導する。
- 2歳以上の小児においては、質の高いプログラムの1日1時間以内の使用にとどめる。保護者と一緒に使用して、学習、交流、しつけを促す。
- 食事中および就床前1時間はメディア使用を避ける。
- 困難に直面した保護者と共に、しつけ、代替となる活動、子供を落ち着かせるといった問題を解決する。

（文献²³⁾より翻訳）

歳の子供では情報通信機器を1日1時間以下の使用に制限すべきとより厳しい基準を示している²⁴⁾。

また最新の動向として、世界保健機構（WHO）は、約30年ぶりの改訂となる「国際疾病分類 第11版（ICD-11）」を2018年6月に発表したが、その中において「ゲーム障害（Gaming Disorder）」を精神及び行動の障害に分類し、疾病として認定した²⁵⁾。ICDの分類では、ゲームする時間や場所などをコントロールできない、日常生活よりゲームを優先してしまう、悪影響があってもゲームを止められない、といった症状が社会生活に重大な影響を及ぼすほど深刻で、この状態が12か月以上持続すると診断するとされている。ゲーム依存の子供では、睡眠習慣に大きな乱れを生じるケースもあり、ゲーム依存を疾病として取り上げ、診断・治療の対象としたことは、大きな変化といえる。

このような現状を踏まえると、児童・学童期の睡眠を考えるうえでは、もっと早い時期、すなわち乳幼児期からの睡眠習慣と情報通信機器使用の現状を把握し、よりよい睡眠を確保するためのアドバイスが必要である。筆者らは厚生労働科学研究費補助金（2015～2017年度）「未就学児の睡眠・情報通信機器使用の実態把握に

表5 未就学児の睡眠指針：子どものより良い睡眠のためのポイント²⁶⁾

<p>1. 安全な睡眠環境 新生児期～乳児期は身体のいろいろな機能が未熟で発達していく過程です。 安全な睡眠環境を確保しましょう。</p> <p>2. 保護者の睡眠習慣 保護者の睡眠習慣が子供の睡眠習慣に影響します。 特に子供と同じ部屋で寝ている場合は注意しましょう。</p> <p>3. 保護者の情報通信機器使用 保護者の情報通信機器使用は子供の使用につながり、睡眠にも影響します。 まず保護者自身の情報通信機器の使用状況をチェックしましょう。</p> <p>4. 光と情報通信機器使用 光は睡眠と覚醒のリズムに影響を及ぼします。 寝床につく前は、明るい光を浴びないように注意しましょう。</p> <p>5. 子供の情報通信機器使用と睡眠 未就学児の期間に、情報通信機器使用の状況は大きく変化します。 機器の使用を開始する年齢や子供の生活の中での位置づけを考えましょう。</p> <p>6. 午睡（昼寝）と夜間の睡眠 午睡は年齢とともにその必要度が低下します。 必要以上に長い午睡は、夜の睡眠を妨げるので注意が必要です。</p> <p>7. 就学が近づいた時期の睡眠 小学生になると生活習慣も変化します。 就学が近づいたら、学校のスケジュールにあわせて調整していきましょう。</p> <p>8. 睡眠の病気 子供の睡眠中の異常は、睡眠の病気（睡眠障害）の可能性もあります。 気になる症状があれば、かかりつけ医や必要に応じて専門家に相談しましょう。</p>
--

関する研究」において「未就学児の睡眠指針」を作成した。子供に関わるすべての方を対象に、子供のより良い睡眠のためのポイントを解説している（表5）²⁶⁾。また、保護者、および保育・保健・医療従事者向けの「睡眠Q&A」をそれぞれ公開している（www.childsleep.org/guideline）。ご活用いただけることを期待したい。

6. おわりに

子供の睡眠をめぐる現状と、睡眠の生理的変化、子供の睡眠をどう守ればよいかについて解説した。「睡眠」はあまりにも身近な現象のため日常的に意識しにくく、問題点をなかなか把握しにくい。しかし、睡眠がいかに重要であるかを知り、より良い睡眠習慣を身につけることで、将来のより良い健康のもつなげることを強調しておきたい。

文 献

- 1) Mindell JA, Owens J, Alves R, Bruni O, Goh DY, et al. Give children and adolescents the gift of a good night's sleep: a call to action. *Sleep Med.* 2011 ; 12 : 203-204.
- 2) Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics.* 2005 ; 115 : 241-249.
- 3) Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep diagnosis and management of sleep problems. Lippincott Williams & Wilkins. 2003.
- 4) O'Brien LM. The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009 ; 18 : 813-823.
- 5) Clinkinbeard SS, Simi P, Evans MK, Anderson AL. Sleep and delinquency: does the amount of sleep matter? *J Youth Adolesc.* 2011 ; 40 : 916-930.
- 6) Mindell A, Sadeh A, Wiegand B. Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine.* 2010 ; 11 : 274-280.
- 7) Matricciani L, Olds T, Williams M. A review of evidence for the claim that children are sleeping less than in the past. *Sleep.* 2011 ; 34 : 651-659.
- 8) Matricciani L, Olds T, Petkov J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-

- aged children and adolescents. *Sleep Med Rev.* 2012 ; 16 : 203-211.
- 9) Li S, Jin X, Wu S, Jiang F, Yan C, et al. The impact of media use on sleep patterns and sleep disorders among school-aged children in China. *Sleep.* 2007 ; 30 : 361-367.
- 10) Oka Y, Suzuki S, Inoue Y. Bedtime activities, sleep environment, and sleep/wake patterns of Japanese elementary school children. *Behavioral Sleep Medicine.* 2008 ; 6 : 222-233.
- 11) Gruber R, Laviolette R, Deluca P, Monson E, Cornish K, et al. Short sleep duration is associated with poor performance on IQ measures in healthy school-age children. *Sleep Med.* 2010 ; 11: 289-294.
- 12) Beebe DW, Rose D, Amin R. Attention, learning, and arousal of experimentally sleep-restricted adolescents in a simulated classroom. *J Adolesc Health.* 2010 ; 47: 523-525.
- 13) Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bogels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev.* 2010 ; 14 : 179-189.
- 14) Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep.* 2000 ; 23 : 1043-1051.
- 15) Arbabi T, Vollmer C, Dorfler T, Randler C. The influence of chronotype and intelligence on academic achievement in primary school is mediated by conscientiousness, midpoint of sleep and motivation. *Chronobiol Int (Epub).* 2014.
- 16) Li S, Arguelles L, Jiang F. et al. Sleep, school performance, and a school-based intervention among school-aged children: A sleep series study in China. *Plos One.* 2013 ; 8 : e67928.
- 17) 岡靖哲, 堀内史枝. 小学生の睡眠と学業. *Progress in Medicine.* 2015 ; 35(1) : 29-33.
- 18) Roffwarg HP, Muzio JN, Dement WC. Ontogenic development of the human sleep-dream cycle: the prime role of dreaming sleep in early life may be in the development of the central nervous system. *Science.* 1966 ; 152 : 604-619.
- 19) National Sleep Foundation. How much sleep do we really need?. <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>
- 20) 日本小児科医会「子どもとメディア」対策委員会. 「子どもとメディア」の問題に対する提言. 2004年2月6日.
- 21) National Association for the Education of Young Children. *Technology and Interactive Media as Tools in Early Childhood Programs Serving Children from Birth through Age 8.* 2012.
- 22) Media education. American Academy of Pediatrics. Committee of Public Education. *Pediatrics.* 1999 ; 104 : 341-343.
- 23) AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. 2016 ; *Pediatrics.* 138(5) : 2016-2038.
- 24) Department of Health, Australian Government. *Guidelines for Healthy Growth and Development for Your Child.* 2017.
- 25) World Health Organization. *Gaming Disorder.* <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/addictive-behaviours-gaming-disorder>
- 26) 厚生労働科学研究費補助金：未就学児の睡眠・情報通信機器使用研究班（編）. 未就学児の睡眠指針. 愛媛：愛媛大学医学部附属病院睡眠医療センター, 2018.

子供の睡眠と睡眠呼吸障害(SDB)

杉山 剛 一宮西病院 小児科部長
こどもの未来研究所 代表



要約 子供たちを取り巻く睡眠医療が充実しているとはいいがたいのが本邦の現状である。中でも、子供に多い閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）の診断、治療の充実が喫緊の課題であると考えられる。小児OSAの基本病態は睡眠中の上気道閉塞により生じる無呼吸であるが、原因となる上気道狭窄は覚醒時にも症状、徴候が存在する。特に原因として多いのはアデノイド増殖、口蓋扁桃肥大（ATH）であるが、口蓋扁桃肥大や口呼吸は口腔を診療の主座とする歯科の先生方も気付かれやすい所見であると思われる。さらに近年、顎顔面の劣成長が小児OSAの原因となることが注目されている。一方で、口唇閉鎖不全の歯科的治療が奏効せず、当科に紹介されて小児OSAやアレルギー性鼻炎を治療することにより歯科治療が好転する例も少なくない。小児OSA医療の発展には、小児歯科医と医師（小児科医、耳鼻咽喉科医など）とが相互補完的な医科歯科連携を実現することが必須であると考えられる。

特集②

1. 子供の睡眠と学校健診

人間に限らずあらゆる動物は眠らずに生きることができない。睡眠は心臓の拍動と同じように生命活動を維持する上で必須の生理現象であるといえよう。しかし、心臓の拍動に比べ睡眠は社会的にも医学的にもかなり軽視されているように感じる。心臓の拍動数が減少すれば徐脈、増加すれば頻拍、拍動リズムが乱れば不整脈として精密検査や治療を受けるのが一般的である。社会的にも心疾患の早期発見・早期治療の重要性は浸透しており、本邦では、ほぼ全ての子供が小学生のうちに学校心電図健康診断を受ける制度が確立されている。一方、睡眠はどうであろうか。睡眠時間が減少すれば睡眠不足症候群、増加すれば過眠症、睡眠リズムが乱れば睡眠相後退症候群などが疑われるが、医療機関を受診する人は少ない。小学校や中学校で「睡眠健康診断」なるものが実施されていることも聞いたことがない。確かに不整脈をはじめとする心電図異常は学校で起こりうる突然死

の原因でもあり、生命に直結する心疾患が背景に潜んでいることもあることから、学校健康診断で重視されるべきスクリーニング対象であるといえる。一方、生命に直結する疾患ばかりでなく、子供たちの健康や生活の質を重視する疾患についても社会的に重要視されるようになってきた。肥満や低（高）身長なども学校健康診断でスクリーニングされ、異常が疑われれば医療機関に精査対象として紹介されるようになった。しかし、学校健康診断で睡眠の異常が疑われ、要精査として紹介された児童を目にしたことはない。では、現代社会を生きる子供たちの睡眠に問題はないのであろうか。著者が2016年に山梨県の某公立中学校の生徒を対象に行った調査では、「学校で眠くなることがありますか？」という質問に対する回答は「はい」が78.3%であった。学校で眠気を感じるということは、睡眠時間の不足、睡眠の質の低下（あるいは両方）が原因として潜んでいる可能性が考えられるが、いずれにせよ8割近くの中学生が睡眠に関する問題を抱えているという現状を讀

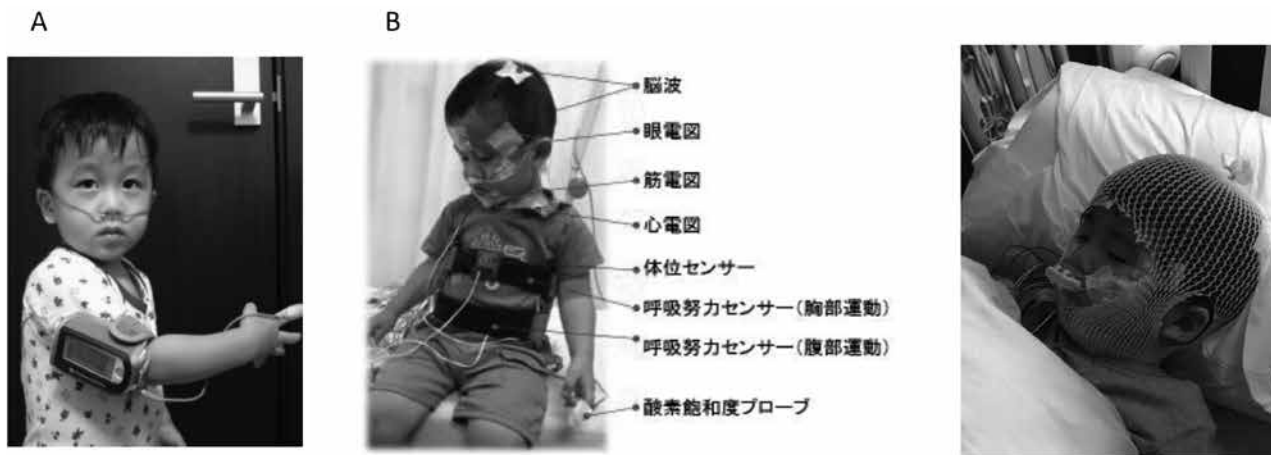


図1 年少児へのPSG装着例（文献¹⁾より引用）

A：簡易検査：簡易検査装着例。呼気圧センサーと酸素飽和度プローブのみを装着する機種（SAS-2100、日本光電）であり、年少児でも比較的検査を行いやすい。

B：PSG装着例（左）。2歳児への実際の検査の様子（右）

者の先生方はどう感じるであろうか。上記の背景には現代社会の影響も少なからず影響しているように感じる。同調査において、スマートフォン所有者の87.2%が学校で眠くなると回答していた。実に9割近くである。子供たちの睡眠状況は決して良好であるとは言えないと考えるが、残念ながら、子供たちのSOSサインを医療機関に繋げるシステムが本邦には未だ存在しない。この問題の背景には、学校健康診断のシステム以外にも問題がある。スクリーニング後の「精査」を担当する医療機関側の問題である。たとえ、学校健康診断などで「睡眠の異常」が疑われて医療機関を受診しても、現状では医療機関（小児科）側が十分な対応を取れない可能性が高い。その理由はいくつか考えられるが、一つには睡眠の異常を精密検査や治療の対象として考える小児科医が未だに少ないことである。この10年間で一部の大学医学部や附属病院に「睡眠科」や「睡眠センター」が設置されるようになったものの、多くの医師が睡眠を医学・医療の対象として教育されないまま医師になっており、本邦の医学教育において「睡眠学」が市民権を得ているとは言いがたいのが現状である。もう一つの問題は精密検査に対するアクセスの悪さである。学校健康診断で心臓に何らかの異常が疑われて小児科を受診した場合、精密検査として心電図、胸部レントゲン撮

影、心臓超音波検査などが行われる。これらの検査に必要な医療機器や設備は小児科医が複数名常勤する病院であれば、全て揃っていることが多い（技術的に心臓超音波検査が可能な小児科医が不在という状況はありえるが）。では睡眠の異常が疑われた場合はどのような精密検査が行われるのであろう。睡眠検査のゴールドスタンダードは、ポリソムノグラフィ（PSG）である（図1）¹⁾。しかし、PSGは心電図や、超音波検査に比べ、普及率が低く、PSGを所有している医療機関は少ないのが本邦の現状である。さらにPSGは図1に示すとおり、多くの生体センサーを装着するため、検査技師にも専門的な知識が必要となり、装着に手間も時間もかかる。小児、特に本人の協力が得られにくい年少児であればなおさらである。このような理由から小児にPSGを行うことが可能な施設は本邦では少なく、就学前後の低年齢児にPSGを実施可能な施設はさらに少ないのが実情である。このような背景を鑑みると、学校健康診断の場で仮に睡眠の異常が疑われ「要精査」となったとしても、対象児は受診すべき医療機関が身近にないため、行き場を失い途方に暮れてしまう。せっかくスクリーニングされても精密検査や治療に繋がれず、医療難民化してしまうことも懸念される。

上記のように全ての睡眠障害をスクリーニン

グし、医療機関で精査することは、現状の医療インフラ的には難しい。そこで本稿では子供の睡眠障害の中でも頻度の高い閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）に関する解説と、学校歯科健康診断を担当される歯科医の先生方に期待される役割について小児呼吸器科医、睡眠専門医の立場から述べたい。

2. 子供の閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）と小児OSAの病態

子供の睡眠障害において最も頻度が高い疾患は睡眠時無呼吸（Sleep apnea：SA）である。SAは睡眠中に気道狭窄症状を生じ、いびきなどの異常呼吸音を呈する閉塞性睡眠時無呼吸（Obstructive sleep apnea：OSA）と、呼吸中枢の障害により呼吸が減弱・停止する中枢性睡眠時無呼吸（Central sleep apnea：CSA）に分類される。学校歯科健康診断の対象となる学童期の小児に頻度が高いのはOSAであるため、本稿ではOSAについて述べる。

小児OSAの好発年齢は扁桃増殖期に相当する就学前後である。あらゆる上気道狭窄がOSAの原因となりうるが、原因として最も頻度が高いのはアデノイド増殖・口蓋扁桃肥大（Adenotonsillar hypertrophy：ATH）である。口蓋扁桃やアデノイドが増大し、上気道狭窄を来すと睡眠中にいびきを生じる。いびきは上気道狭窄部位を吸気や呼気が通過する際の気道狭窄音であるとも言える。重度のATHでは鼻孔からの吸気が下咽頭、喉頭に到達しにくくなり、口呼吸で代償するようになる。しかし、口呼吸は病的呼吸様式であり、完全に鼻呼吸を代償することはできないためさまざまな弊害を生じる。口呼吸は小児重症OSAにおける重要な症状の一つである。アデノイドも口蓋扁桃もワルダイエル咽頭輪を構成するリンパ組織であり、両者は兄弟のような関係にある。ともに6歳位までは増大傾向を示し（扁桃増殖期）、6～8歳頃には自然に小さくなる傾向（扁桃退縮期）に転ずるが、タイミング的にはアデノイド

増殖（退縮）のほうが口蓋扁桃に比べ早期から始まることが多い²⁾。乳児期発症のOSA例ではアデノイド増殖が原因であることが多く、重症例も多いため、口呼吸が常態化している乳幼児に対しては積極的にOSAを疑うべきである。一方、小児OSA発症年齢のピークである幼児期から就学前後のOSAでは、口蓋扁桃肥大の進行とともにいびきなどの症状が顕在化してくることが多い。口蓋扁桃は口蓋垂の左右に一つずつ存在し、前口蓋弓を越えて増大した状態を口蓋扁桃肥大という。口蓋扁桃肥大の重症度分類には図2に示すようなBrodsky分類と山本の分類が用いられる³⁾。歯科の先生方が口腔を診察する機会は多いと思われるが、その際にはぜひ、口蓋扁桃肥大の有無を確認いただければ幸いである。アデノイド増殖と口蓋扁桃肥大を合わせてアデノイド・口蓋扁桃肥大（ATH）と総称されることが多い。ATHが原因の重症OSA例では、日中の覚醒時にもいびきのような気道狭窄音を認めることがある。著者はこれを覚醒時いびきと呼んでいるが、口呼吸が常態化し、覚醒時いびきを認めるような重症乳児OSA例では、哺乳・摂食障害や睡眠障害を伴う場合もあるため、早急な精査加療が必要となる。

ATH以外にも、鼻副鼻腔と口腔咽頭レベルでの気道狭窄も小児OSAの原因となる。鼻副鼻腔レベルで気道狭窄を来す疾患には、慢性鼻副鼻腔炎、鼻中隔彎曲症、アレルギー性鼻炎（AR）などがあり、いずれも鼻閉を来す疾患である。慢性鼻副鼻腔炎は乳幼児の鼻閉の原因として頻度が高く、ARは学童期の原因として頻度が高い疾患である。ARの3大症状は「くしゃみ・鼻水（鼻漏）・鼻づまり（鼻閉）」であるが、鼻漏と鼻閉による相乗効果による上気道狭窄が小児OSAの原因となる。口腔、咽頭レベルでの気道狭窄としては、神経筋疾患患者や重症心身障害児（者）にみられる咽頭呼吸筋の弛緩や舌根沈下などが挙げられるが、近年は健常児における歯列・咬合異常や小顎をはじめとする顎顔面劣成長などの小児歯科的な問題が小

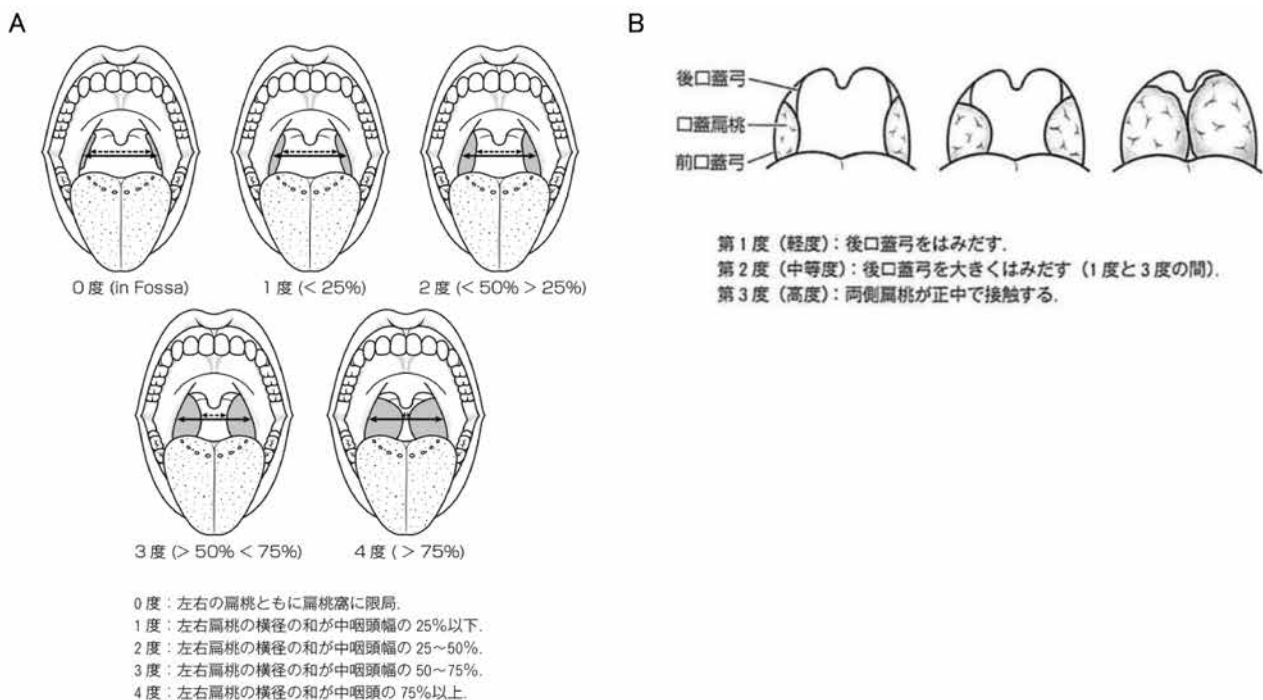


図2 咽頭視診による口蓋扁桃肥大の重症度分類
 A：Brodsky分類，B：山本の分類（文献³⁾より引用）

児OSAの原因として注目されている⁴⁾。口腔筋機能療法 (MFT) が保険適用となったことで、歯科と小児科、耳鼻咽喉科との医科歯科連携の重要性がますます加速するものと思われる。

3. 小児OSAの歯科に関連する症状

小児OSAでは睡眠呼吸障害以外にも表1に示すような多くの症状を認める。このような全身症状を認める例は保護者や医療者に気付かれやすいが、OSAはその名のごとく「睡眠時に」無呼吸を認めることを特徴とする疾患であり、軽症・中等症例では医療機関受診時にも症状や病的所見がはっきりしない場合も多く、見過ごされやすい。少なくとも口蓋扁桃肥大を認

める乳幼児には積極的にいびきや口呼吸の有無に関する問診を行い、早期発見・早期治療に繋ぐことが重要である。口呼吸は「口唇閉鎖不全、お口ぼかん」として歯科の先生方にもなじみ深いものと思われるが、これらの症状こそ小児OSAにおいて、いびきに次いで重要な所見である。診察時に口腔、咽頭を観察する機会が多い歯科の先生方は、小児OSAのスクリーニングにおいて重要な役割を担っていると考える。歯科の先生方がOSAのスクリーニングを行い、医科（小児科、耳鼻咽喉科）で精密検査を行うという医科歯科連携こそ、今後の小児OSA医療において求められるシステムであり、そのためには、地域における医科歯科間のネットワークの構築と、日頃からのスムーズな

表1 小児OSAに認められる症状

睡眠時	覚醒時
<ul style="list-style-type: none"> ●いびき ●口唇閉鎖不全 ●胸郭陥没呼吸 ●寝相が悪い ●あえぎ呼吸 ●寝汗が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ●口唇閉鎖不全 ●姿勢が悪い ●華奢で痩せ体型 ●寝起きが悪い、日中の眠気 ●食事に時間がかかる、食事量が少ない ●丸呑みにする

病診連携を心がけたい。実際に著者の外来には愛知県、三重県、岐阜県などの東海地域の多くの歯科医の先生方からOSA疑いの小児患者をご紹介いただいている。

4. 小児OSAの診断

OSAが疑われ、精査目的で紹介された症例に対してはOSAの原因診断と重症度評価が行われる。

原因診断とはOSAの原因となる上気道狭窄部位を同定することである。ATHと鼻副鼻腔炎、鼻中隔彎曲の診断には画像診断が有用であり、中でもCTが最も診断精度に優れている。著者の施設のCTは医科用のヘリカルCTであり、仰臥位での撮影となるため、安静仰臥位で撮影することにより、睡眠時に近い状態の上気道形態を評価可能である。撮像範囲は眼窩から

声帯までとし、2mm幅のスライスで撮像している。評価に適した断面はそれぞれ、ATHには矢状断面が、慢性鼻副鼻腔炎と鼻中隔彎曲には前顎断面と水平断面が有用である。一方で、アレルギー性鼻炎の診断には、鼻鏡による鼻所見の視診、鼻腔通気度測定、血液検査による特異IgE抗体検査（アレルゲン検査）が有用である。中でもアレルゲン検査は選択するアレルゲンの種類を工夫することで、治療方針や治療期間を立案する上で有用な情報となる。アレルゲン検査には単独抗原を13項目まで（保険適用範囲）個別に選んで検査するシングルアレルゲン検査と少量の血液検体で同時に30項目以上のアレルゲンについて検査可能な多項目抗原同時試験（MAST36, View39）の2種類の検査方法がある。後者は主にスクリーニング目的に用いられるが、著者は前者のシングルアレルゲン検査を症状や疾患に合わせ独自にセットを組んで

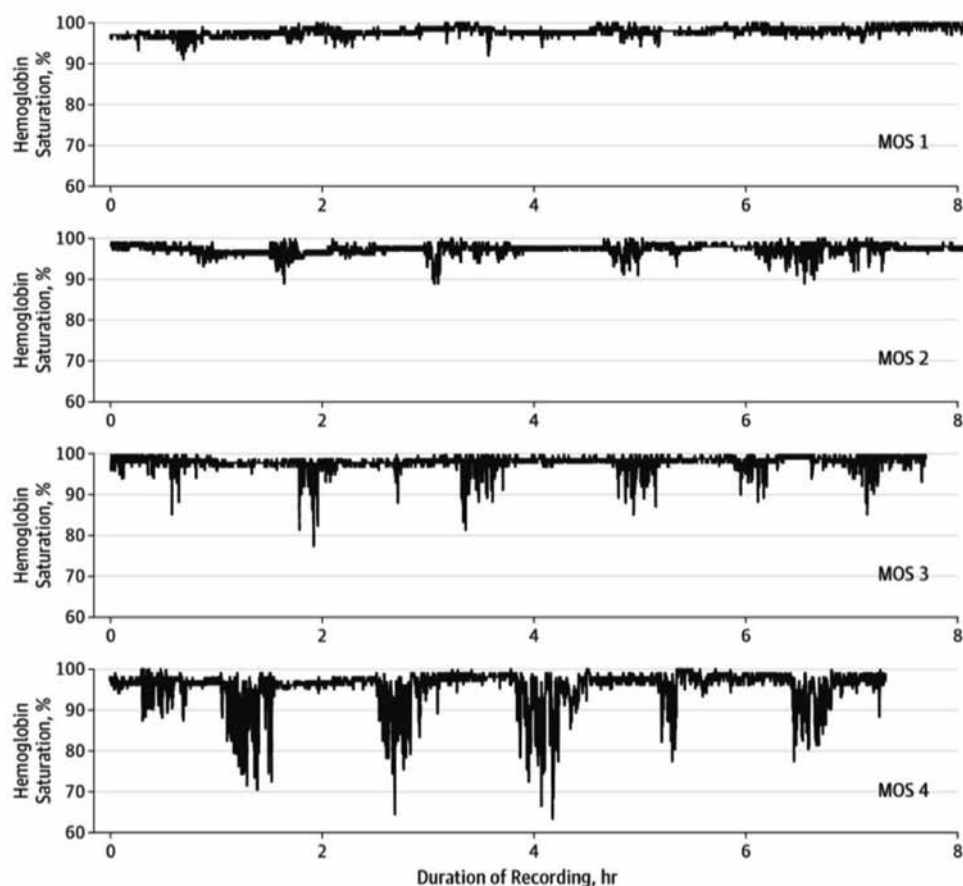


図3 終夜酸素飽和度測定におけるOSAに特徴的な間欠的低酸素血症とMcGillオキシメトリースコア（MOS）による重症度分類
MOS1は正常、以下MOS2からMOS4まで順番に軽症、中等症、重症の一例（文献⁵⁾より引用）

行っている。

小児OSAの重症度評価にはPSGが最も診断精度が高いが、小児にPSGを実施可能な施設が少ないのが本邦の現状であることはすでに述べた。そこでPSGを代替しうる簡易検査の普及がのぞまれている（図1）。簡易検査はOCST（Out of center sleep test）、簡易PSG、アプノモニターなどとも呼ばれるが、保険適用のある検査である。簡易検査では睡眠中に連続して酸素飽和度測定を行う終夜酸素飽和度測定が行われるが、図3に示すMOS 4のような間欠的低酸素血症を呈する重症例の診断には有用である⁵⁾。このような例でATHを認める場合は、PSGを行わずともAT（Adenotonsillectomy：アデノイド切除・口蓋扁桃摘出術）適応と考えてよい。一方で、OCSTはAT適応の境界例や軽・中等症に対する診断精度は低い。しかし同じ機器を用いた簡易検査であっても、入院下に検査を行う場合や、専門医が解析や結果の解釈を行うことで診断精度は向上する。専門的な知識がないにもかかわらず、OCSTだけを行い診断を下すことは、患者に不安や混乱を与えるばかりでなく、誤診の危険があるため慎むべきであり、診断に迷う場合は専門機関に紹介すべきである。その際に、小児にPSGを行うことが可能な医療機関の情報が地域で共有されていないと紹介先に頭を悩ませることになる。そこで日本小児呼吸器学会と日本小児耳鼻咽喉科学会が共同で「小児OSA診療に対する全国調査」を行うことを計画している。本調査の目的の一つが地域における小児OSA診療のリソースを公開することであり、調査終了後は両学会のHPなどを通じて小児に対してPSG可能な施設の公開を予定している。

5. 小児OSAの治療

ATHが原因のOSAに対する治療の第一選択はアデノイド切除・口蓋扁桃摘出術（Adenotonsillectomy：AT）である。通常ATは入院の上、全身麻酔下に行われる。手術を行

うのは小児科や小児外科ではなく耳鼻咽喉科である。ATの手術操作は経口、経鼻的に行われ、皮膚切開は行わない。成人に比べ小児のATでは術後の疼痛も少なく、術後早期から食事摂取が可能となる例が多いが、術後出血には注意が必要である。そのため、入院期間は術前1日、術後1週間とするのが一般的である。退院後は術後1か月頃の外来診察で、創部に問題がなければ終診となることが多いが、当科では、術後のOSA改善とアデノイド再増殖の確認を目的に術後3か月、6か月、12か月のタイミングでフォローしている。アデノイド再増殖とは手術で切除したアデノイドが術後に再び増大し、上気道狭窄症状が再燃する病態をいう。3歳未満のAT例に多く、学童期以降のATでは少ない傾向にある。一方、口蓋扁桃が術後に再肥大する可能性はない。これは両者の手術方式が異なり、アデノイドは「切除術」であるのに対し、口蓋扁桃は「摘出術」であることによる。小児OSAに対するATの有効率は80%前後とする報告が多い。著者が過去に行った検討でも「術後いびきが改善した」患者は85.2%であった²⁾。このように小児OSAの治療法として、高い有効率を誇るATではあるが、全ての患者に適応があるわけではない。米国小児科学会をはじめとする多くの学会の声明が3歳未満の小児、呼吸・循環や先天性疾患を合併する患者に対するATはリスクであることを提唱している⁶⁾。また、当然のことながらATHがない患者に対するATは禁忌である。

ATH以外で小児OSAの原因となりうる疾患に鼻副鼻腔炎、鼻中隔彎曲、ARがあることはすでに述べたが、ここでは学童期OSAの原因として頻度の高いARの治療法について述べる。ARに対する治療法は症状を緩和する対症療法と、アレルギー症状からの離脱を目的とする根治療法に分けられる。くしゃみや鼻漏に対する対症療法としては、抗ヒスタミン薬が有用である。以前はd-クロルフェニラミン（ポララミン[®]）やシプロヘプタジン（ペリアクチン[®]）などの第1世代抗ヒスタミン薬が用いら

れたが、日中の眠気や痙攣誘発などの中枢神経系の副反応が問題となり、近年はこれらの副反応が少ないフェキソフェナジン（アレグラ®）、レボセチリジン（ザイザル®）、オロパタジン（アレロック®）などの第2世代の抗ヒスタミン薬が用いられるようになった。鼻閉に対する対症療法としては、ステロイド点鼻薬とロイコトリエン受容体拮抗薬（LTRA）が有用である。LTRAは気管支喘息の長期管理薬としても用いられ、プラナルカスト（オノン®）とモンテルカスト（シングレア®、キプレス®）がある。また、最新の治療として、2年前から抗IgE抗体治療薬として生物学的製剤であるオマリズマブ（ゾレア®）が12歳以上の小児スギ花粉症患者に適用拡大された。著者の施設でもすでに導入しているが、投与期間が2月から5月の4か月間に限定されること、月に1～2回の受診が必要であること、内服薬ではなく皮下注射薬であることなどの短所はあるが、投与期間中はスギ花粉症のみならず、あらゆるアレルギー症状を強力に軽減する有用な治療法であると実感している。これらの対症療法に対し、アレルギー性鼻炎の根治療法として舌下免疫療法（SLIT）がある。本邦で年少時に適応のある治療薬としては、スギ花粉症用のシダキュア®と、ダニ・ハウスダストアレルギー用のミティキュア®が5歳以上の小児に保険適用がある。いずれも長期間の服用が必要であるが、その安全性と有用性が報告されている⁷⁾。

最後に口腔、咽頭の狭窄が原因となる小児OSAの治療についてであるが、神経筋疾患患者や重症心身障害児（者）の咽頭筋弛緩や舌根沈下にはCPAPなどの睡眠時の呼吸補助療法が有用であるが、健常児の歯列・咬合異常、上顎裂成長に対する治療として上顎拡大や下顎前方牽引、MFTが注目されている。米国小児科学会による小児OSA診療ガイドラインでは急速上顎拡大（RME）や下顎前方牽引、MFTなどの歯科的治療が小児OSAの治療法として紹介されている⁶⁾。アジア小児呼吸器学会の声明においても同様に紹介されている⁸⁾。また、

ATにRMEやMFTを組み合わせることで小児OSAの長期予後を改善することも報告されており^{9, 10)}、これらの小児歯科治療は医科治療に対する補完治療としての有用性を確立しつつある。小児OSA医療のスタート（スクリーニング）からゴール（補完治療）までの全ての段階において歯科の先生方の担う役割は極めて重要であると考ええる。

6. 最後に

すでに述べたように、著者の外来には東海地域の多くの歯科の先生方から患者をご紹介いただいているが、その目的は必ずしも口蓋扁桃による小児OSAの精査依頼ばかりではない。口呼吸はATや鼻閉の治療だけでは完治しない。一方で、鼻閉やOSAを合併している歯科患者では、上顎拡大やMFT、マウスピースや口唇閉鎖テープによる治療の効果が十分に得られなかったり、治療に対するアドヒアランスが低下していたりすることもしばしば経験する。良かれと思って行っている歯科治療が、ときに睡眠呼吸障害を誘発・増悪する場合もあることを頭の片隅においていただければ幸いである。口呼吸に対する医科的治療と歯科的治療は表裏一体であり、小児OSA治療においても歯科の先生方は欠かすことのできないパートナーであると日々感じている。医科と歯科が協力し、強固な連携を確立することで、子供たちの「いびきゼロ、口呼吸ゼロ」を実現できる日が遠からず来ることを信じている。

引用文献

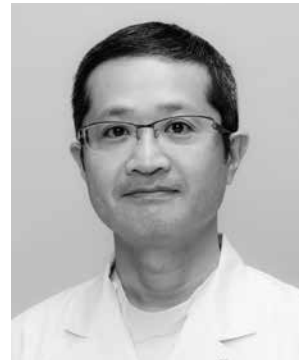
- 1) 杉山剛. 小児呼吸機能検査ハンドブック. 東京: 協和企画; 2018; 38-43.
- 2) 杉山剛. どう診る? こどもの鼾と扁桃肥大～A Decade of Change～. 日本小児科学会雑誌. 2018; 122(3): 571-577.
- 3) 杉山剛. 小児の咽頭診察のポイントー扁桃肥大と鼾. 小児科. 2017; 58(10): 1241-1247.
- 4) 千葉伸太郎. 顎顔面成長と睡眠. JOHNS. 2020; 36(7): 887-892.
- 5) 杉山剛. 小児の睡眠呼吸障害マニュアル. 第2

- 版. 東京：全日本病院出版会；2020；160-164.
- 6) Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*. 2012；130(3)：576-584.
 - 7) 湯田厚司, 小川由起子, 鈴木祐輔, 他. 小児通年性アレルギー性鼻炎に対するダニ舌下免疫療法における成人と比較した治療1年後の効果と安全性. *アレルギー*. 2021；70(3)：186-194.
 - 8) Ng DKK, Huang YS, Teoh OH, Preutthipan A, Xu ZF, Sugiyama T, et al. The Asian Paediatric Pulmonology Society (APPS) position statement on childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine*. 2017；1(2)：26-38.
 - 9) Guilleminault C, Huang YS, Quo S, Monteyrol PJ, Lin CH. Teenage sleep-disordered breathing: recurrence of syndrome. *Sleep Med*. 2013；14(1)：37-44.
 - 10) Guilleminault C, Huang YS, Monteyrol PJ, Sato R, Quo S, Lin CH. Critical role of myofascial reeducation in pediatric sleep-disordered breathing. *Sleep Med*. 2013；14(6)：518-525.

寝る子は育つ

～良い睡眠と顎顔面の関係～

田賀 仁 JR東京総合病院 歯科口腔外科 主任医長



要約 最近、睡眠歯科学の分野に注目が集まり、商業誌でも盛んに特集が組まれています。歯科医療と睡眠との関係でイメージされるのは、睡眠時無呼吸や歯ぎしり症など、成人を対象としたものが多いかも知れません。しかし、実際には児童・生徒にも歯科に関連する睡眠障害が多く発症し、その弊害は成人よりも大きいことをご存じでしょうか。睡眠時間は出生時に最も長く必要で、加齢とともに減少します。成長期の子供たちにとっての睡眠は成人よりも重要であることを、学校歯科医の先生から子供たちと保護者の方へ伝えていただきたいのです。子供たちが持っている可能性を最大限に発揮できるように、学校歯科医の先生方にはぜひ、睡眠歯科学を学んでいただきたいと考えています。本稿では学校歯科医の先生に知っていただきたい睡眠の役割、口腔顎顔面と睡眠との関係、検査方法、治療方法、他科との医療連携についての概論を説明させていただきます。

1. はじめに

人は人生の1/3を寝て過ごすと言われている。それだけ睡眠は生命維持に必要不可欠なものである。睡眠の役割は多彩だが、「健康な心身の発育」「免疫力の増強・疲労の回復」「記憶の整理」などに大別される。睡眠はノンレム(non-Rapid Eye Movement)睡眠とレム(Rapid Eye Movement)睡眠に分類され、これらの違いについて誤解を恐れず平易に説明すると、ノンレム睡眠は脳を休息させる睡眠であり、レム睡眠は脳を整理し体を休息させる睡眠となる。これらは個人差があるが約90分で1サイクルを成し、一晩に5回程繰り返される。1サイクルの中でのノンレムとレムの割合は、起床時間が近づくに伴いレム睡眠の割合が増えることが知られている。レムを浅い睡眠、ノンレムを深い睡眠と表現されることが多いが、実際にはステージ1からステージ3に深さを分類できるの

はノンレム睡眠のみであり、レム睡眠にステージ分類は存在しない。レム睡眠がノンレム睡眠に劣る浅い睡眠との認識は大きな誤解であり、レム睡眠でしか得ることのできない恩恵がある。これら2つの睡眠は連続した睡眠時間によってのみ、適切なバランスで享受することができる。文部科学省の推進する「早寝早起き」を実践し十分な睡眠時間をとっても、睡眠障害により連続性が分断されてはならない。睡眠を分断する睡眠障害の中で最も高頻度に認められるのは気道の閉塞に伴う、単純性いびき症や上気道抵抗症候群、睡眠時無呼吸(以下、OSA)である。これらは、特に児童・生徒では自覚症状を伴わない場合が多く、イビキ音や寝汗、漏斗胸(胸壁の中央部が凹んでいる変形)等の所見から保護者によって発見されることが重要である。学校歯科医には、睡眠障害を早期発見する知識の習得と保護者への教育も求められる。

2. 子供にとっての睡眠とは

子供と老人とでは、必要な睡眠時間は異なる¹⁾。前述したように、必要な睡眠時間は出生時に最も多く、加齢とともに減少していく。子供の睡眠時間が長いことは、子供の睡眠が成人よりも重要な役割を持っている証しである。2015年に米国国立睡眠財団が公表した年齢別の必要な睡眠時間によると、6歳から9歳が9～11時間、14歳から17歳は8～10時間となっている。親の生活習慣を子供たちに影響させてはならないのである。ところが、日本人の睡眠時間は世界でもトップクラスに短いとされ、子供にいたっては世界で最短と報告されている²⁾。「寝る間を惜しんで勉強する」という概念がまだ残っているのか、早くから与えられたスマートフォンやタブレットの使用が原因なのか定かでないが、児童・生徒を指導する立場にある学校歯科医の先生方には、口腔からのアプローチでこそ可能な睡眠衛生指導の知識を得ていただきたい。それこそが、子供たちが持っている可能性を最大限に引き出すという学校歯科医に求められる責務を果たすことにつながると信じている。

睡眠の役割について前述した(1)心身を健康に発育させる、(2)記憶を整理する、(3)免疫力の増強・疲労の回復、の3つに分け説明する。

(1) 心身を健康に発育させる

乳幼児期の睡眠不足が多動や多動性障害(AD/HD)につながるとの報告がある³⁾。寝不足が続くとイライラすることは多くの方が経験されているであろう。睡眠と情動の活動は密接に関係しているのである。また、アデノイドや扁桃肥大が原因による上気道抵抗症候群や、OSAにより正常な睡眠がとれずにいた子供がそれらを治療することにより、身長が急速に伸びたとする報告もある⁴⁾。心や身体を成長させるべき子供たちにとって、健康な睡眠を十分にとらせることは最優先にされるべきである。

(2) 記憶を整理する

睡眠は記憶と認知機能(学習)にとっても重要であることが知られている。記憶に関わる脳の部位である海馬の活性が睡眠不足だと著しく低下するとの報告がある⁵⁾。また、米国の研究で睡眠時間・就床時間と成績の関係を調査した結果、睡眠時間が長く、就床時間が早い生徒の成績が良いと報告されている⁶⁾。記憶はレム睡眠時に固定されることが分かっており、レム睡眠は朝方に多く出現することから連続した睡眠を長くとる必要があることが分かる。子供にとっては、睡眠も勉強の一つなのである。これらから、勉強した後に適切な時間に連続した睡眠をとることが学習を効率的に習得する方法であることが分かる。また、これらは運動能力の学習にも当てはまることが分かっている⁸⁾。記憶の固定とは逆に、レム睡眠はメラニン凝集ホルモン産生神経(MCH神経)を活性化させ、PTSD(Post Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害)などの忘れたほうがよい記憶を消去する役割も担っていることが分かっている⁹⁾。睡眠の記憶(固定・消去)における役割の大きさに驚かされる。

(3) 免疫力の増強・疲労の回復

疲れている時や感冒に罹患した際には、十分に睡眠をとるように指示される。これらには、エビデンスが存在しているのである。感染すると免疫系が活発になり、サイトカインを生産・分泌する。サイトカインは細胞同士の情報伝達や、免疫細胞を活性化したり抑制したりする役割を持つ。サイトカインは眠気を誘発する作用を持ち、眠ることが免疫力を高める役割を持つことが理解できる⁹⁾。

以上のように、睡眠は驚くほど大切な役割を持っている。文部科学省が平成18年から「早寝早起朝ごはん」を全国協議会と連携して推進している理由が理解できる。

3. 口腔顎顔面の形態と睡眠

子供へ十分な睡眠時間をとらせていても、睡眠の恩恵が得られづらくなる、それが上気道抵抗症候群やOSAである。これらは、睡眠中の筋弛緩やアデノイド、口蓋扁桃等の肥大に伴い気道径が狭くなることで発症する。このイベントが起こる度に睡眠が分断され、レム睡眠やノンレム睡眠の深いステージが得られなくなる。前項で説明したごとく、睡眠は適切な入眠時間に連続してとることでその恩恵にあずかることができる。この環境を守るキーパーソンが学校歯科医の先生方だと考えている。本項では、その理由について説明する。1996年に私が初めて担当した重症のOSA患者は、その原因が先天性疾患であるBinder syndromeであった。これは、上顎の低形成や前鼻棘の欠如を特徴とし、1万人に1人程度の発症率と報告されているまれな疾患である。当時勤務していた病院の呼吸器内科へ入院されており、さまざまな耳鼻科的手術やダイエット治療を受けられていたがOSAが改善されず苦渋された後、呼吸器内科担当医が検索された文献にマウスピース治療があり、私に依頼されたのである。これが非常に有効であったことから、先天性疾患を有さない多くのOSA患者を紹介されるようになり、同病院に口腔内装置外来を開設するに至った。振り返ると、Binder syndromeの患者は後述する上下顎前方移動術（Maxilla-Mandible Advancement：以下MMA）の適応であった可能性がある。OSAが顎骨の形態と軟組織容積のアンバランスによって引き起こされることは広く知られている¹⁰⁾。顎顔面の形態が異なる日本人と西洋人ではOSAの発症要因が異なること、また興味深いことに日本人の中でも北海道や沖縄に多い縄文顔と東北に多い弥生顔の間でも、発症リスクが異なると考えられている。それらはイビキやOSAを発症しやすい疾患としてピエール・ロバン症候群やダウン症候群など、顎顔面に形態異常を呈する疾患が挙げられることから理解できる。OSAのリスクとな

る小顎としては下顎後退症がイメージされやすいが、実際には上顎劣成長も同等かあるいはそれ以上のリスクとなる。我々がOSA患者をアングルクラス分類に分けて重症度を調査した結果、アングルクラスⅠ級、Ⅱ級、Ⅲ級の間に無呼吸低呼吸指数（Apnea Hypopnea Index：以下AHI）による有意差は認められなかった¹¹⁾。外木らはMMAの効果は下顎よりも上顎の前方移動量に比例すると報告している¹²⁾。我々は上顎劣成長も睡眠呼吸障害の原因となりえると把握しておく必要がある。う蝕の減少が報告される中、学校歯科医は成長期である子供たちに、咬合育成を通して良い顎顔面の成長発育を促す役割が更に求められる。

4. 学校歯科医に求められる睡眠障害の検査の知識

睡眠障害の検査方法のゴールドスタンダードは、入院下を実施する終夜睡眠ポリグラフィー検査（polysomnography：PSG）である。この検査では、血中酸素飽和度（SpO₂）、鼻呼吸・口呼吸、胸部・腹部の換気運動、筋電図、眼電図、脳波計、心電図、イビキ音、睡眠姿勢などを計測し、睡眠時の呼吸状態のみでなく入眠や覚醒、レム睡眠やノンレム睡眠のステージの割合を知ることができる。睡眠障害が睡眠呼吸障害によるものであるか、他の要因によるものかの判断が可能となる。また、歯科医師にとっては、歯ぎしりを確認できることも有益である。睡眠障害を安易に睡眠呼吸障害と結びつけることは非常に危険であり、常に他の睡眠障害の存在を疑いながら診療に当たる必要がある。そのためにはPSGが必須となる。睡眠呼吸障害が原因と確定された場合には、その重症度だけでなく治療方針の決定、口腔内装置（oral appliance：OA）治療が奏功するか否かの予想もある程度可能となる。一方、簡易検査（Out of Center Sleep Testing：OCST）では脳波計が含まれず、入眠や覚醒が明らかでないことから正確な睡眠呼吸障害の診断や重症度が判断で

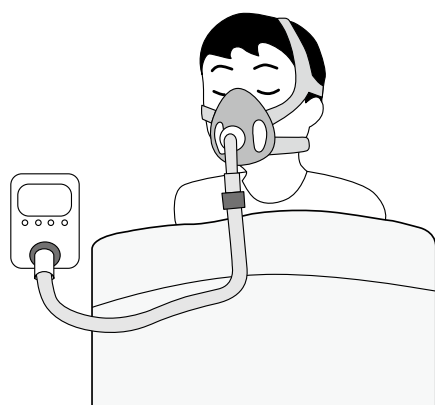


図1 CPAPによる治療



図2 歯科での口腔内装置治療 (成人)

きない。また、睡眠呼吸障害以外の睡眠障害を伴っている可能性を否定することができない。一方、OCSTは自宅で検査可能なことから、口腔内装置の効果をPSGで確認した後の定期的な効果継続確認などではその有効性が期待できる。

5. 学校歯科医に求められる睡眠呼吸障害治療の知識

正常な顎顔面の発育が得られたとしても、体重の増加や加齢に伴う筋肉量の減少などにより睡眠呼吸障害を発症してしまった場合には、以下のような疾患の合併症リスクが高まる。高血圧症、狭心症・心筋梗塞、慢性心不全、不整脈、脳卒中、糖尿病などである¹³⁾。これらの他にも、日中の眠気による交通事故や労働災害のリスク増大や生産性の低下も多く報告され、これらを予防する目的で、以下のような治療が行われている。保存的治療には、CPAP治療、OA治療、減量指導、筋機能療法 (MFT)、睡眠衛生指導 (睡眠体位指導) などがある。一方、外科的治療には鼻内手術、アデノイド切除術、扁桃摘出術、軟口蓋口蓋垂咽頭形成術 (UPPP)、上下顎骨前方移動術 (MMA)、舌骨上筋群牽引術 (GA)、舌縮小術、植込み型治療デバイスなどがある。歯科で行われる治療が多いことが分かる。以下に、主に現在行われている治療について説明する。

(1) CPAP治療 (経鼻的持続陽圧呼吸療法)

Continuous Positive Airway Pressureは略してCPAP治療と呼ばれている。主に呼吸器内科、循環器内科、耳鼻咽喉科などで管理されている治療で、重症の睡眠時無呼吸症治療ではゴールドスタンダードとされている。就寝時に開口や筋弛緩によって閉塞する気道に陽圧した空気を送り続け閉塞を防ぐ装置で、鼻や鼻と口を覆うマスクを用いる (図1)。装置には使用状況が記録され、重症のOSA管理に適している。

(2) 口腔内装置治療 (OA : Oral Appliance)

下顎を前方に誘導すること、睡眠による筋弛緩に伴う開口を防止することで気道の閉塞を防ぐ (図2)。効果は下顎の前方移動量に依存するが、移動量が大きいほど併発症の出現に注意が必要となる。日本睡眠歯科学会が2013年に作成したガイドラインによると、違和感による耐用不可、歯の不快感、歯の動揺、起床時の咬筋圧痛、咬合の違和感、顎関節痛、唾液過多等が挙げられている。治療開始前には、患者に、これらの併発症に慣れるまでには一定期間を要すること、強い疼痛を感じた場合には使用を中止して報告する必要があること、終夜の装用が可能となった時点で効果判定の睡眠呼吸検査を受ける必要があることについて同意を得る必要がある。前方移動量の設定については、最大移動量の6割~7割程度に設定するのがよいと報告

されているが、下顎を前方に移動できる量には大きな個人差があることに留意すべきである。OAの作製について説明する。まず上下全歯列の印象採得を行う。次に咬合採得を行うが、口腔内で咬合採得を行った後に上下のマウスピースを咬合器に付着して固定する間接法と、口腔内で即時重合レジンを用いて固定する直接法がある。いずれにしてもOA治療開始後は定期的にフォローアップを行い、違和感などに慣れ終夜の装用が可能となった時点で紹介元歯科医療機関でのOA効果判定を必ず依頼する。睡眠医療は歯科単独では完結せず、治療を担当する全ての期間において医科との連携が必要であり、普段からいわゆる「顔の見える医療連携」を心がけておく必要がある。医科医療機関においてOAの効果を確認された場合には患者ごとのリスクに応じて定期的なフォローアップを行い、OAの使用状況、歯や歯周組織の状態、歯列や歯の萌出方向や咬合状態の変化などの併発症の有無や、睡眠についての自覚症状、他覚症状を確認する。また、OSAの合併症を疑う全身症状に変化が生じた場合には、速やかに紹介元歯科医療機関への情報提供書を作成し受診を指示する。OAの効果判定の結果で、OA単独での治療継続、あるいはCPAPとの併用などを相談していく必要がある。CPAPのアドヒアランスを低下させる原因にマスクからのエア漏れが挙げられるが、OAとCPAPを併用することによりCPAPの装用が可能となる事例を多く経験する。OSA治療はOAとCPAPのいずれかの選択ではなく、両者の併用も良い選択肢となる場合がある。OA治療は、CPAP治療と同様に継続した管理が必要である。OA治療の原則禁忌としては、成長期の小児が挙げられる。これは、子供の睡眠呼吸障害にOA治療を継続すると正常な咬合発育を妨げてしまうからである。

(3) 減量指導

加齢による体重増加によって発症したOSA患者には、イビキを指摘される以前の体重を目標にダイエットをするように指導する。

(4) 筋機能療法

(MFT : Myofunctional Therapy)

矯正歯科学の分野で体系づけられた筋機能療法が、口呼吸から鼻呼吸への誘導や低位舌の改善などを通してOSAの改善に役立つと期待されている。今後、OSAに特化した指導法や患者ごとの診断結果による指導法の確立などにより更に発展していくと期待されている。

(5) 睡眠衛生指導

多くのOSA患者は仰臥位で重症化することが分かっている。PSGやOCSTの結果で体位依存性が確認された場合には、横向き寝支援腰枕などを使用させ、仰臥位での悪化を防ぐように指導する。その他、開口に伴う口呼吸による悪化を口テープの使用で予防したり、成人の場合にはアルコールの摂取による気道粘膜の浮腫や筋弛緩の増悪などが起こる可能性を指導する。喫煙者には、喫煙による咽頭の乾燥によって閉塞後の開通が妨げられる可能性についての指導も重要である。

(6) 耳鼻咽喉科手術（鼻内手術・アデノイド切除術・扁桃摘出術・口蓋垂軟口蓋形成術）

7, 8歳まではアデノイドや扁桃が肥大しやすい年齢であり、発見は学校歯科医の重要な任務である¹⁴⁾。アデノイドは口腔からの診察は不可能だが、口蓋扁桃は確認可能である。顎顔面の形態（アデノイド顔貌）や口唇閉鎖の状態を



扁桃肥大



図3 扁桃肥大

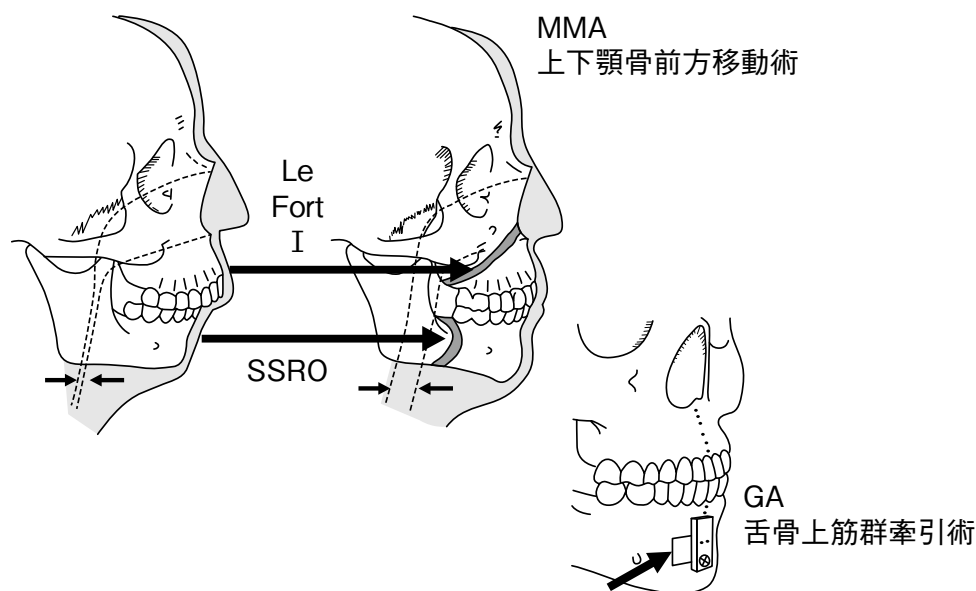


図4 外科矯正手術

上顎：Le Fort I 型骨切り術，下顎：矢状分割術SSRO，舌骨上筋群牽引術GA

確認し，鼻閉やアデノイド，扁桃肥大を疑った場合には耳鼻咽喉科へのコンサルトを行う(図3)。

(7) 上下顎骨前方移動術 (MMA)・舌骨上筋群牽引術 (GA)

上顎にはLe Fort I，下顎にはSSROを用いて上下顎を外科的に前方移動させ気道を拡大させる。術前にはOA治療を行い効果の予測判定を行うべきである。また，顔貌の変化を許容できるかなど，慎重な検討が必要となる。MFTと同様の目的でGAを同時に行う場合がある(図4, 5)。

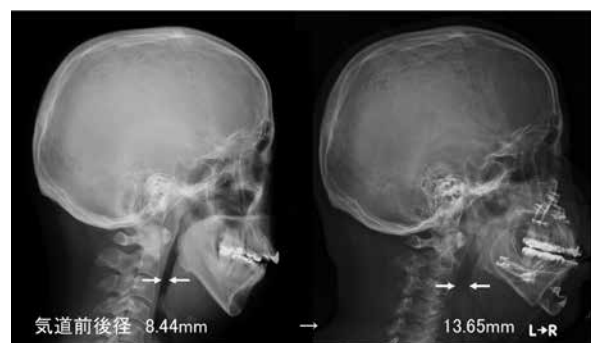


図5 MMA+GAによる気道前後径の変化

必要である。また，睡眠の役割を子供たちや保護者に十分説明できる知識が求められる。学校歯科医が「眠育」の中で果たすべき役割は大きい。

6. おわりに

以上のように，OSA治療の中で歯科医療が担う範囲は非常に大きい。学校歯科医は子供たちの顎顔面形態から口呼吸を，口腔の診察から小顎や扁桃肥大を見つける診断力を持ち，正常な顎顔面の発育を促す役割を担う。それらは，子供たちが持つ無限の可能性を最大限に引き出すことに繋がる。また，それでも加齢や体重増加に伴い発症してしまったOSAには歯科医師としての知識と技術をもって対応できる能力が

参考文献

- 1) Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003 Feb; 111(2): 302-307. doi: 10.1542/peds.111.2.302.
- 2) Mindell JA, Sadeh A, Kwon R, Goh DYT. Cross-cultural differences in the sleep of preschool children. *Sleep Med*. 2013 Dec; 14(12): 1283-1289. doi: 10.1016/j.sleep.2013.09.002. Epub 2013 Sep 21.
- 3) Pagel JF, Snyder S, Dawson D. Obstructive sleep apnea in sleepy pediatric psychiatry clinic patients: polysomnographic and clinical correlates.

- Sleep Breath. 2004 Sep ; 8(3) : 125-131. doi: 10.1007/s11325-004-0125-0.
- 4) Bonuck KA, Freeman K, Henderson J. Growth and growth biomarker changes after adenotonsillectomy: systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2009 Feb ; 94(2) : 83-91. doi: 10.1136/adc.2008.141192. Epub 2008 Aug 6.
 - 5) Yoo SS, Hu PT, Gujar N, Jolesz FA, Walker MP. A deficit in the ability to form new human memories without sleep. Nat Neurosci. 2007 Mar ; 10(3) : 385-392. doi: 10.1038/nn1851. Epub 2007 Feb 11.
 - 6) Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. Child Dev. 1998 Aug ; 69(4) : 875-887.
 - 7) Mah CD, Mah KE, Kezirian EJ, Dement WC. The effects of sleep extension on the athletic performance of collegiate basketball players. Sleep. 2011 Jul 1 ; 34(7) : 943-950. doi: 10.5665/SLEEP.1132.
 - 8) Izawa S, Chowdhury S, Miyazaki T, Mukai Y, Ono D, Inoue R, Ohmura Y, Mizoguchi H, Kimura K, Yoshioka M, Terao A, Kilduff TS, Yamanaka A. REM sleep-active MCH neurons are involved in forgetting hippocampus-dependent memories. Science. 2019 Sep 20 ; 365 (6459) : 1308-1313. doi: 10.1126/science.aax9238.
 - 9) Prather AA, Janicki-Deverts D, Hall MH, Cohen S. Behaviorally Assessed Sleep and Susceptibility to the Common Cold. Sleep. 2015 Sep 1 ; 38(9) : 1353-1359. doi: 10.5665/sleep.4968.
 - 10) Isono S, Tanaka A, Tagaito Y, Ishikawa T, Nishino T. Influences of head positions and bite opening on collapsibility of the passive pharynx. J Appl Physiol (1985). 2004 Jul ; 97(1) : 339-346. doi: 10.1152/jappphysiol.00907.2003. Epub 2004 Mar 12.
 - 11) 田賀仁, 江野幸子, 青木秀啓, 河野千代子, 山田嘉仁, 松尾朗. Angle Class IIIを呈する閉塞性睡眠時無呼吸症患者についての検討. 睡眠口腔医学. 2014 ; 1(1) : 81.
 - 12) Aoki J, Shinozuka K, Yamagata K, Nakamura R, Sato T, Ohtani S, Ogisawa S, Yanagawa K, Tonogi M. Cephalometric analysis of the pharyngeal airway space after maxillary advancement surgery. J Oral Sci. 2019 Nov 27 ; 61(4) : 529-533. doi: 10.2334/josnusd.18-0422. Epub 2019 Sep 20.
 - 13) Guidelines for Diagnosis and Treatment of Sleep Disordered Breathing in Cardiovascular Disease (JCS 2010). Circulation Journal. 2010 ; 74 (Suppl. II) : 963-1051.
 - 14) Mahne A, El-Haddad G, Alavi A, Houseni M, Moonis G, Mong A, Hernandez-Pampaloni M, Torigian DA. Assessment of age-related morphological and functional changes of selected structures of the head and neck by computed tomography, magnetic resonance imaging, and positron emission tomography. Semin Nucl Med. 2007 Mar ; 37(2) : 88-102. doi: 10.1053/j.semnuclmed.2006.10.003.

睡眠呼吸障害 (sleep-disordered breathing : SDB) 予防における歯科の役割

—健やかな口腔育成を目指して—



清水清恵

清水歯科クリニック 副院長
日本睡眠歯科学会 認定医・指導医
日本睡眠学会 睡眠医療歯科専門医

要約 睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome : SAS) が1976年に報告されてから約50年が経過し、多くの研究と臨床の積み重ねにより病態生理の解明をはじめ治療法も発展を遂げている。歯科が貢献できる治療法として、成人OSAへの口腔内装置 (oral appliance : OA) と顎顔面手術はエビデンスが確立していると言える。一方、小児OSAへは2000年代初頭より矯正歯科治療が、2010年代になると口腔筋機能療法も転用されはじめ、効果の報告を散見する。子供たちの全身の健康に寄与できる可能性に気持ちが昂る一方で、これらの転用の歴史はまだ浅く、歯科的観点からの適応症や留意事項の検討はまだされていないに等しい。本稿では、OSAの概略とOSA予防を提言した偉大な先人の功績と最新の研究を通して、歯科医師が睡眠呼吸障害に安全に確実に貢献できる日常診療について考察したので紹介させていただきたい。

1. はじめに

睡眠呼吸障害 (sleep-disordered breathing : SDB) とは閉塞性睡眠時無呼吸症 (obstructive sleep apnea : OSA), 中枢性睡眠時無呼吸症候群 (central sleep apnea syndrome : CSAS) のみならず、いびきや睡眠関連低換気症候群なども含めた睡眠中の呼吸障害を包括する疾患概念である¹⁾。また、OSAとCSAS, 両者を包括して睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome : SAS) とされることもある。原則、歯科が貢献できるのは上気道の狭窄や閉塞に起因するいびきやOSAである。本稿では、OSAの概略と顎顔面の成長発育に着目しOSA予防を提言した2人の先人の功績と最新の研究から、日々の臨床で我々歯科医師が貢献できることを紹介したい。

2. 小児OSAの治療やOSA予防に 歯科が注目されるに至った背景

(1) OSAとはどのような疾患か

OSAは睡眠中に上気道が狭窄、あるいは閉塞することで呼吸が弱くなったり、停止したりし、血中の酸素濃度が下がり睡眠が障害される疾患である。成人の場合は、心血管疾患やうつ病などの疾患のリスクとなる他、仕事でのミスや交通事故の増加と関連し社会全体が被る影響も大きく、放置してはならない疾患である。成長発育の途中にある小児の場合は、軽症でも成長発育不全、認知機能低下、学業不良などの原因になると考えられ、患児の将来に影響を及ぼし得るため、早期発見・早期治療が重要とされている。

(2) どのような仕組みで閉塞性無呼吸は生じるのか

閉塞性睡眠時無呼吸発生の病態生理としてWellmanの理論が発表されて以来^{2,3)}、4つの因子「解剖学的上気道の狭小化」「呼吸の不安定性」「上気道開大筋の反応性」「覚醒のしやすさ」が相互に種々の程度で作用し、閉塞性無呼吸が発生すると考えられている⁴⁾。それぞれの因子の占める割合は個々に、また年齢によっても異なり(図1)⁵⁾、病態は多様性を示す。この理論に至る以前は、神経学的異常説と解剖学的異常説の2つが提唱されていたが、解剖学的異常は主に成人では肥満、小児ではアデノイド・口蓋扁桃肥大(adenotonsillar hypertrophy: ATH)と考えられていた。しかし、顎顔面形態が上気道の閉塞性に影響を与えることを磯野史郎(千葉大, 麻酔科)と渡辺俊英(千葉大, 口腔外科)がAnatomical Balance Theoryで説明^{6,7)}、歯科医師の對木悟((公財) 神経研究所)が証明し⁸⁾世界的コンセンサスを得た。これにより、病態生理を考える上でも治療法を考える上でも歯科が注目されるようになった。

(3) OSAの治療の概略

成人OSAの治療法は主にCPAP療法(continuous positive airway pressure: 経鼻的持続陽圧呼吸療法)、その他として口腔内装置(oral appliance: OA)、手術療法(軟組織・硬組織)、減量、体位変換療法などがある。病態に合わせてこれらを組み合わせて個別化治療が求められている。しかし、臨床では理想とされる全ての治療が選択できるとは限らない。肥満が主な原因であれば減量は根治療法となり得るが達成と維持は難しい。骨格に起因するOSAであれば上下顎骨前方移動術(maxilla-mandible advancement: MMA)などの口腔外科手術が根治療法となり得るが適応症は限られている。無呼吸低呼吸指数(apnea-hypopnea index: AHI, 1時間あたりの無呼吸および低呼吸数): 20/h以上で保険適応となるCPAP,

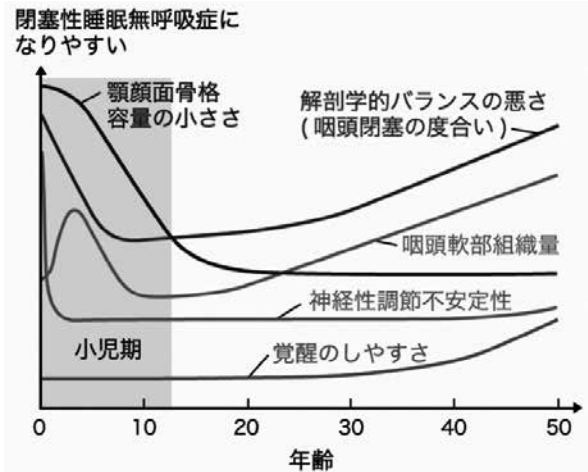


図1 年齢による各因子の閉塞性無呼吸症の要因として占める割合のイメージ

「呼吸の不安定性」「上気道開大筋の反応性」は神経性調節の不安定性に包括されている

(『小児耳鼻咽喉科 第2版』p.230 睡眠時無呼吸症候群 図1より引用改変)

AHI: 5/h以上で保険適応となるOAは対症療法であり、機器や装置を使い続けなければならないことに落胆する患者も少なくない。そして、諸々の事情により患者が使用をしなければ無治療と同じことになってしまう。一方、小児OSAの主な原因はATHであるためアデノイド口蓋扁桃摘出術(adenotonsillectomy: AT)は根治療法と考えられてきた。しかし、術後の残存OSAや思春期での再発が少なからずあることが分かってきた。小児期での根治を目指し、近年、矯正歯科治療や口腔筋機能療法(myofunctional therapy: MFT)などが検討されるようになってきている。

(4) OSA予防への提言

国際論文で初めてOSA予防について言及したのは菊池哲(故人, 成田市開業, 矯正歯科医)である⁹⁾。親交のあった睡眠医学の泰斗であるGuilleminault(故人, クリスチャン・ギルミノー, スタンフォード大学)は菊池が彼にOSA予防のプレゼンテーションをした後、しばらくして予防の話をし始めた、というエピソードが『睡眠口腔医学 第1巻第一号』¹⁰⁾に紹介されている。Guilleminaultは2019年の第44回日本睡眠学会で「睡眠中の異常呼吸の背後にあるものを理解し、我々は問題を早期に診断す

る必要がある」というタイトルで講演予定だった。講演趣旨は「口呼吸は常に異常である」で締め括られていた。OSA根治の難しさを誰よりも知っていたGuilleminaultはOSA予防の扉の鍵を遺して同年7月に永眠された。

3. OSA予防を提言した 2人の先人の功績と今後の課題

(1) OSA発症に関与する下顎劣成長

菊池は小児・成人OSA患者と成人のコントロール群の顎顔面形態の比較をRicketts分析にて行い、OSA患者はともに下顎の後退位かつ後方回転を認めること^{11, 12)}、しかし小児患者は成人OSAとコントロール群の中間程度の下顎後退位と後方回転を示していることを報告した⁹⁾。日本人の上顎前突は下顎の劣成長による相対的な上顎前突が多く、病態の本質は下顎後退位^{13, 14)}と考えられること、下顎の成長は後天的要因を受けやすいこと¹⁵⁾から、①OSAの早期治療により骨格に起因する成人OSAを回避できる可能性、②下顎の成長を促す機能的顎矯正装置を用いる小児期の矯正治療が成人OSAを予防できる可能性を提言した⁹⁾。①のOSA治療による下顎を含めた顎顔面骨格と

歯列の変化については、近年、6歳未満でAT等の外科的治療介入した例ではキャッチアップグロースを認めるという報告がされている^{1, 16, 17)}。顎顔面の成長を考えた上でもOSAの早期発見・早期治療は重要と言える。②の機能的顎矯正装置による治療は成人OSAのOA同様に下顎を前方誘導することで気道を開大しつつ下顎の成長も期待できるので理に適った提言である(図2)。しかし、症例報告では良好な結果が出ているにもかかわらずコクランレビューでは小児OSAへの口腔内装置、機能的顎矯正装置単独でのエビデンスの確立には至っていない¹⁸⁾。OSAも不正咬合も多様な病態生理を持ち、1つの装置や1つの治療方法では十分な結果を得られないのがその理由であろうと筆者は考えている。下顎後退位を呈する小児OSA患者にOAや機能的顎矯正装置を適応する際は、矯正歯科学的な原理原則に則り1)年齢、2)骨格パターン、3)上下顎の歯列形態や歯軸、特に上顎の劣成長による下顎前方誘導の制約の有無などを考慮し、一連の矯正治療で安定した咬合の獲得が可能か否か診断のもと適応症を選び、安全に確実に治療を遂行する技術も必要である。歯科医の役目はOSAの一時的な寛解だけでなく、生涯にわたって安定し機能する咬合

成人OSAへのOA治療(一例)



OAを睡眠中のみ使用



成人OSAのOAは下顎を前方に誘導し、気道の開大を促す。しかし、顎の成長を促すことはできないのでOAを使用し続けなければ効果は得られない。

小児期の矯正治療(一例)

10歳11ヶ月 主訴: 出っ歯



MFTと並行して上顎歯列幅径を拡大後、口蓋側転位していた側切歯を唇側移動、下顎の後方回転に留意しつつ機能的顎矯正装置で前方誘導を行なった



下顎後退位の小児への早期治療では歯軸、歯列の改善と共に下顎を前方に誘導、また機能の改善をMFTで行うため、気道は開大、顎位も安定させる治療が可能となる症例もある。

図2 小児への下顎前方誘導装置と成人へのOAの作用機序の違い

を確立し患者の健康を守るということを忘れてはならない。さらに4) 残存OSAの一因である鼻呼吸障害があると夜間の開口により機能的顎矯正装置を正しく使えず効果が得られない、なども考慮したい。上記に配慮し、医療連携のもとに個別化治療を行うことで、小児期の矯正歯科治療の真価が発揮されるであろう。

(2) OSA発症に関与する鼻上顎複合体の劣成長と口腔機能の発達不全

GuilleminaultはAT（アデノイド口蓋扁桃摘出術）後の残存OSAやATHを認めない小児OSA患者の鼻上顎複合体の劣成長に着目、その治療法として急速上顎拡大（rapid maxillary expansion：RME）を提唱した。欧米の文献からRMEのOSAへの効果は概ね認められているが^{19, 20}、上下顎の拡大も必要な軽症、中等症OSAでは逆にAHIが悪化したとの報告もあり²¹ 下顎に叢生の多い日本人では注意が必要である。拡大治療に関しては賛否両論あるが、下顎歯列に対して上顎が狭い交叉咬合や上顎骨の成長が抑制されている反対咬合など、加療によりその後の顎顔面全体の正常な発育が望めるような症例に対して、拡大量に配慮した治療によりAHI、鼻呼吸障害、舌位の改善も得られる

のであれば²² 小児期の矯正治療としての付加価値も高まるであろう。

また、Guilleminaultは扁桃摘出+上顎急速拡大後、約7割が思春期でOSAを再発、患児全員に低位舌、口呼吸が認められた²³ ことから、機能的問題の残存が再発の一因と考えアデノイド口蓋扁桃摘出術+RME患者におけるMFTの有無での予後を検証した。MFT実施群は機能的問題の残存、不正咬合、OSA再発も認められなかった²⁴。以降、MFTへの注目が集まり、MFT単独でアデノイド口蓋扁桃摘出後の残存閉塞性睡眠時無呼吸症²⁵ や口呼吸の改善を検証した研究では²⁶ いずれもMFT実施群のほうが有意に無呼吸低呼吸指数、口呼吸が減少することが確認された。そして、単純いびき症と軽症SDB（PSGではなく施設外睡眠検査を用いて診断しているためここでの診断名はSDBとなっている）へMFTを行なった研究では口唇圧・舌圧などの口腔機能の向上とともに口呼吸、睡眠中の酸素飽和度低下指数（oxygen desaturation index：ODI）も改善され²⁷、口腔機能への早期のアプローチが口呼吸の改善、SDB発症と重症化予防に繋がる可能性も示唆された。しかし、MFTのコンプライアンスの低さに苦慮し、訓練の必要ない舌位

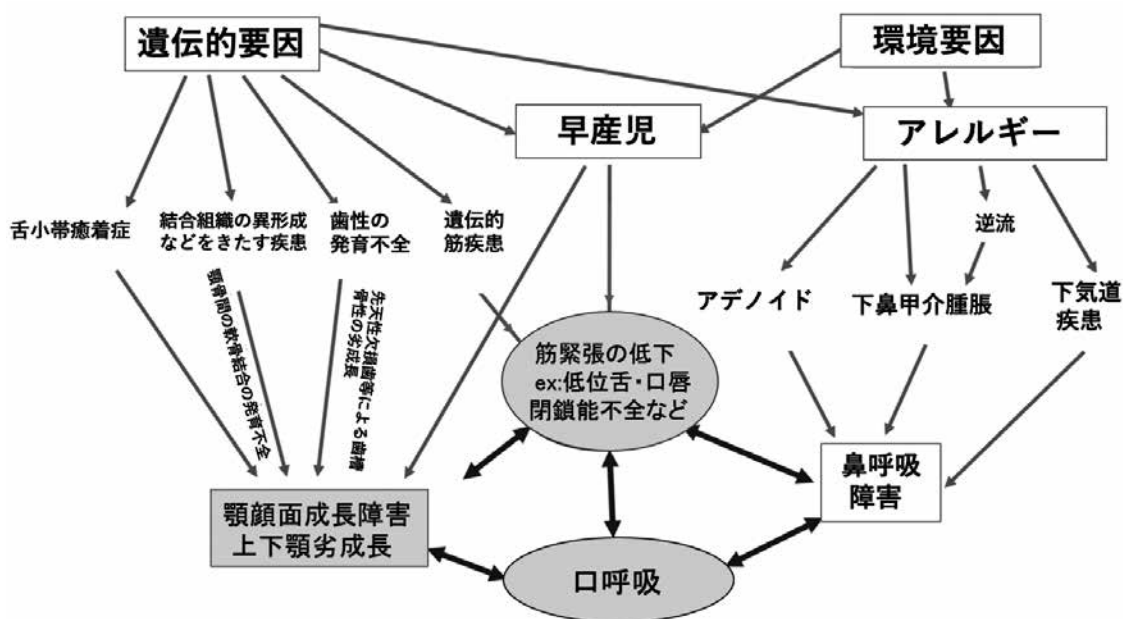


図3 鼻呼吸障害および諸因子による顎顔面の成長発育障害のメカニズム
(Guilleminault C, et al. Sleep Research Society, 2019より引用改変)

表1 小児OSAの徴候

- Underweight or overweight 低体重または過体重
- Tonsillar hypertrophy 口蓋扁桃肥大
- Adenoidal facies アデノイド顔貌
- Micrognathia / retrognathia 小下顎症/下顎後退位
- High-arched plate 高口蓋
- High Mallampati score 高いマランパチスコア
- Cross or open bite 交叉咬合(前歯部, 側方歯部) 開咬
- Increased overjet 大きなoverjet
- Short lingual frenulum 舌小帯短縮症
- Loud pulmonary component of the second heart sound II音肺動脈成分
- Hypertension 高血圧

(The Asian Paediatric Pulmonary Society (APPS), Position Statement on Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome, 2017より引用改変)

を誘導するビーズを付与した下顎前方誘導装置(oral appliance: OA)をpassive MFTと命名し、「MFTで無呼吸低呼吸指数やいびきの改善を顕著に認めた」と報告した²⁸⁻³⁰⁾。OAを入れた状態での評価や²⁸⁾、OAの長期使用後での評価^{29, 30)}なのでMFTの効果とは言い難く、適応については矯正歯科的観点からの配慮も必要であろう。

その後、GuilleminaultのOSA発生機序の追求は胎児期まで遡り³⁰⁻³⁴⁾口腔咽頭周囲筋機能が未発達のままの時期に出生すると、口呼吸、上下顎顔面形態の劣成長が惹起され小児OSAの要因となり得る、併せて乳幼児期からの鼻呼吸障害もまた、口呼吸を惹起することで口腔咽頭周囲筋群の正常な発達を阻害、上下顎顔面形態の劣成長をもたらす小児OSAの要因となり得るとし、そのいずれの方向からも口腔機能の未発達や異常を早期に発見し、口呼吸が定着しないよう、鼻呼吸の早期確立の必要性を唱えた。今後、医療連携のもとでぜひとも達成したいコンセプトである(図3)³⁵⁾。

4. 健やかな口腔の育成と睡眠呼吸障害(OSA)への対応

顎顔面口腔領域の成長発育不全への対応とOSAへの対応は、相互に治療の一助ともなりまた予防にもなる。早期発見・早期治療が何より重要である。歯科医は気道に密接した口腔を

表2 小児OSA問診のポイント

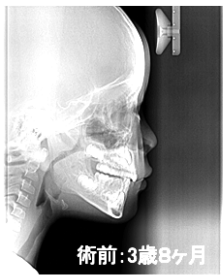
- 日中傾眠
- 集中力低下, 注意力散漫
- 感情の不安定, 攻撃性, 反抗的な態度
- 記憶力低下, 学業成績不振
- 夜間頻尿・夜尿
- 劣成長(身長・体重)
- 夜間・日中の口呼吸
- いびきの大きさ・頻度(週3回以上) 一要ビデオ目視
- 夜間陥没呼吸・頸部伸展・体動・覚醒・咳 一要ビデオ目視
- アレルギー性鼻炎, 滲出性中耳炎, 反復性扁桃炎の有無

(『小児耳鼻咽喉科 第2版』睡眠時無呼吸症候群 小児のOSA問診のポイントより引用改変)

定期的に、日常的に診ているのでOSAの解剖学的な兆候に気づける立場にある。加えて問診で子供たちの睡眠中の呼吸の質が落ちている、そのために良質な眠りが妨げられていることが疑われる様子があればいち早く察知し対応したい(表1, 2)。

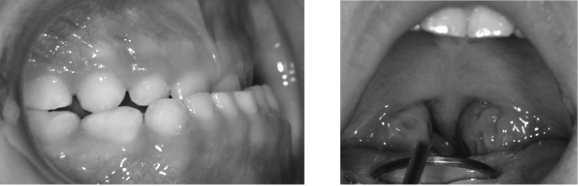
(1) 症例1: 3歳8か月男児 主訴は検診希望

定期検診時に「最近、下顎が前に出てきたのが気になる」との訴えがあった。口呼吸がひどく、問診にて毎晩の大きいいびきと呼吸停止があることを確認。口蓋扁桃肥大を認めたため専門医への受診を勧め、重度OSAと診断されATとなった。術後、口呼吸、いびき、呼吸停止、反対咬合は呈さなくなった。セファロ分析にて骨格的な劣成長は認めず、術前はむしろ顎間関係で言えば若干の下顎後退位であった。口蓋扁桃肥大の影響で下顎前方位をとっていたのではないかと推察する。アデノイドは5~6歳、口蓋扁桃肥大は2, 3歳頃より生理的に肥大し6~7歳でピークとなる。実際に我々が行った調査で学校歯科健康診断と同じ判定基準で咬合といびきの関連性を多変量解析したところ、3~5歳において反対咬合に関連が認められた³⁶⁾(図4)。3歳前後に急に下顎前突を呈した場合など、口蓋扁桃肥大に起因する場合もあるので装置を使って被蓋改善を行う前に十分な精査を行いたい。



術前：3歳8ヶ月

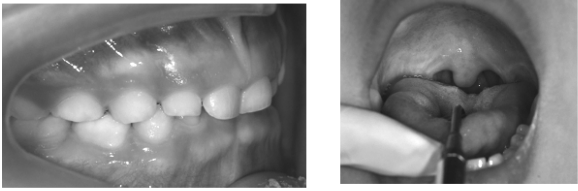
安静時は反対咬合を呈するが正確な顎顔面形態の把握をするためセファロ撮影時は中心咬合位で撮影した。ATHにより気道が狭くなっていることを推察できる。



AT後は安静時も反対咬合を呈することはなくなった。



術後：4歳8ヶ月



主なSAS分析	術前 (平均値)	術後 (平均値)
SNA	85.1 (80.1)	84.5 (80.1)
SNB	80.0 (76.0)	81.3 (76.0)
ANB	5.1 (4.1)	3.2 (4.1)
FMA	24.7 (29.5)	24.9 (29.5)
LFH	51.9 (44.8)	47.4 (44.8)
TFH (64.0)	60.3 (64.0)	58.5 (64.0)
Fx (86)	90.8	91.8
MP-H	8.9	11.9
Upper-pharynx	2.0	8.4
Lower-pharynx	16.9	13.9
PNS-P	26.3	25.5
REI (呼吸イベント指数)	9.3	1.5

図4 症例1：3歳8か月男児 主訴は検診希望



6歳10ヶ月時 日中の流涎は改善 咬合の挙上を認める

図5 症例2：6歳2か月男児

主訴は流涎。舌を随意的に動かすことが全くできない状態であった。咬合状態は過蓋咬合を呈していた

(2) 症例2：6歳2か月男児 主訴は流涎

小児OSAにて医科で加療中だが、流涎が著しく口腔機能発達不全症が疑われるとのことで担当医から依頼を受け、当院で加療することになった。健常児であるが口腔顔面領域の過敏が強く、舌は随意運動が全くできない状態であった。歯列の狭窄はなく叢生は認めないが過蓋咬合を呈していた。まず、過敏の除去のために頬、歯肉頬移行部のマッサージ、ペロタッチ³⁶⁾から行い、随意的に舌を動かせるようになってからベーシックエクササイズに取り組

み、嚥下やサッキングの訓練を進めた。唾液の適切な処理ができるようになり、口唇閉鎖が可能な日中の流涎は改善した(図5)。しかし、睡眠中はまだ流涎があるとのことなので開口が疑われる。睡眠中の開口の改善を次の目標に今後の指導を予定している。

5. おわりに

OSA予防という命題のもと、医科・歯科、双方にとって悩みの種である口呼吸に向き合え

ることになった我々は新しい扉の前にいるように思う。口呼吸の原因となる疾患を検査・診断ができる医科と、副次的な原因となり得る顎顔面形態、口腔機能を検査・診断し、形態と機能の調和に従事してきた歯科が共に口呼吸に対峙ができるのは大変な好機である。小児OSAの補完的治療として矯正歯科治療とMFTが注目されている現在、医療連携のもと、子供たちに最も効果の期待できる治療のprotocolsを提供できるように努めたい。一方、臨床現場ではATなどの手術治療、矯正歯科治療は全ての子供が必ずしも選択できる治療方法ではなく、きめ細やかな個別化対応が必要である。かかりつけ歯科医として、最大限、患児の全身の健康に寄与できるよう柔軟に、かつ医学的要件を満たす治療を行えるよう、知識と技術の研鑽が望まれている。

参考文献

- 1) 宮崎総一郎, 千葉伸太郎, 中田誠一 (編集). 小児の睡眠呼吸障害マニュアル. 第2版. 東京: 全日本病院出版; 2020; 101-103, 316-326.
- 2) Wellman A, Eckert DJ, Jordan AS, et al. A method for measuring and modeling the physiological traits causing OSA. *J Appl Physiol*. 2011; 110: 1627-1637.
- 3) Wellman A, Edwards BA, Sands SA, et al. A simplified method for determining phenotypic traits in patients with obstructive sleep apnea. *J Appl Physiol*. 2013; 114: 911-922.
- 4) 中山秀章. フェノタイプ, エンドタイプ, ジェノタイプの位置づけ. *睡眠医療*. 2020; 14: 267-271.
- 5) 鈴木雅明. 小児睡眠呼吸障害—現時点における考え方—.*MB ENT*. 2019; 230: 1-9.
- 6) Isono S, Remmers JE, Tanaka A, Sho Y, Sato J, Nishino T. Anatomy of pharynx in patients with obstructive sleep apnea and in normal subjects. *J Appl Physiol*. 1997; 82: 1319-1326.
- 7) Watanabe T, Isono S, Tanaka A, Tanzawa H, Nishino T. Contribution of body habitus and craniofacial characteristics to segmental closing pressures of the passive pharynx in patients with sleep-disordered breathing. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 165: 260-265.
- 8) Tsuiki S, Isono S, Ishikawa T, Yamashiro Y, Tatsumi K, Nishino T. Anatomical balance of the upper airway and obstructive sleep apnea. *Anesthesiology*. 2008; 108: 1009-1015.
- 9) Kikuchi M. Orthodontic treatment in children to prevent sleep-disordered breathing in adulthood. *Sleep Breath*. 2005; 9: 146-158.
- 10) 日暮尚樹, 菊池哲 (初代・日本睡眠歯科学会理事長) を偲んで. *JOSM*. 2014; 1(1): 28-29.
- 11) Higurashi N, Kikuchi M. Comparison of Ricketts analysis and Downs-Northwestern analysis for the evaluation of obstructive sleep apnea cephalograms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2001; 55: 259-260.
- 12) Kikuchi M, Higurashi N, et al. Facial pattern categories of sleep breathing-disordered children using Ricketts analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002; 56(3): 329-330.
- 13) 根津浩, 永田賢司, 菊池誠, 他. Cephalometric comparison of clinical norms between the Japanese and Caucasians. *日本矯正学会雑誌*. 1982; 41(3): 450-465.
- 14) 根津浩, 永田賢司, 菊池誠, 他. 日本人の8歳, 12歳, および成人におけるCephalometric clinical normしについて. *日本矯正歯科学会雑誌*. 1983; 42(4): 518.
- 15) Melvin ML, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth. *Am J Orthod*. 1969; 55(6): 566-577.
- 16) Zettergren-Wijk L, Forsberg CM, Linder-Aronson S. Changes in dentofacial morphology after adeno-/tonsillectomy in young children with obstructive sleep apnoea—a 5-year follow-up study. *Eur J Orthod*. 2006; 28: 319-326.
- 17) Zhu Y, Li J, Zhu M, et al. Dental arch dimensional changes after adenoidectomy or tonsillectomy in children with airway obstruction: A meta-analysis and systematic review under PRISMA guidelines. *Medicine*. 2016; 95(39): e4976.
- 18) Carvalho FR, Lentini-Oliveira DA, Prado LB, et al. Oral appliances and functional orthopedic appliances for obstructive sleep apnea in children. *Cochrane Database Sys Rev*. 2016 Oct 5; 10: CD00520.
- 19) Machado-Júnior AJ, Zancanella E, Crespo AN. Rapid maxillary expansion and obstructive sleep apnea: A review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 Jul 1; 21(4): e465-9. doi: 10.4317/medoral.21073.
- 20) Camacho M, Chang ET, Song SA, et al. Rapid Maxillary for Pediatric Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Laryngoscope*. 2017; 127(7): 1712-1719.
- 21) Quo SD, Hyunh N, Guillemineault C. Bimaxillary expansion therapy for pediatric sleep-disordered breathing. *Sleep Medicine*. 2017; 30:

- 45-51.
- 22) Iwasaki T, Saito I, Takemoto Y, Yamasaki Y, et al. Tongue posture improvement and pharyngeal airway enlargement as secondary effects of rapid maxillary expansion: a cone-beam computed tomography study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013 ; 143(2) : 235-245.
- 23) Guilleminault C, Huang YS, Quo S, et al : Teenage sleep disordered breathing ; Recurrence of syndrome. *Sleep Medicine.* 2013 ; 14 : 37-44.
- 24) Guilleminault C, Huang YS, Quo S, et al. Critical role of myofascial reeducation in pediatric sleep -disordered breathing. *Sleep Medicine.* 2013 ; 14 : 518-525.
- 25) Villa MP, et al. Oropharyngeal exercises to reduce symptoms of OSA after AT. *Sleep Breath.* 2014 ; 19 : 281-289.
- 26) Lee SY, et al. Mouth breathing, "nasal disuse," and Pediatric sleep-disordered breathing. *Sleep Breath.* 2015 ; 19 : 1257-1264.
- 27) Villa MP, et al. Can myofunctional therapy increase tongue tone and reduce symptoms in children with sleep-disordered. *Sleep Breath.* 2017 ; 21 : 1025-1032.
- 28) Chuang LC, Guilleminault C, Huang YS, et al. Passive myofunctional therapy applied on children with obstructive sleep apnea: A 6-month follow-up. *J Formos Med Assoc.* 2017 ; 116(7) : 536-541.
- 29) Huang YS, Chuang LC, Guilleminault C, et al. Neutral supporting mandibular advancement device with tongue bead for passive myofunctional therapy: a long term follow-up study. *Sleep Med.* 2019 ; 60 : 69-74.
- 30) Chuang LC, Hwang YJ, Guilleminault C, et al. Changes in craniofacial and airway morphology as well as quality of life after passive myofunctional therapy in children with obstructive sleep apnea: a comparative cohort study. *Sleep Breath.* 2019 ; 23 : 1359-1369.
- 31) Guilleminault C, Sullivan SS, Huang YS. Sleep-Disordered Breathing, Orofacial Growth, and Prevention of Obstructive Sleep. *Apnea Sleep Med Clin.* 2019 ; 14 : 13-20.
- 32) Huang YS, Paiva T, Guilleminault C, et al. Sleep and breathing in premature infants at 6 months post-natal age. *BMC Pediatrics.* 2014 ; 14 : 303.
- 33) Huang YS, Hsu JF, Guilleminault C. Sleep-disordered breathing, craniofacial development, and neurodevelopment in premature infants: a 2-year follow-up study. *Sleep Medicine.* 2019 ; 60 : 20-25.
- 34) Guilleminault C, Huang YS. From oral facial dysfunction to dysmorphism and the onset of pediatric OSA. *Sleep Medicine Reviews.* 2018 ; 40 : 203-214.
- 35) Guilleminault C, Huang YS, Quo S. Apraxia in children and adults with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep.* 2019 ; 42 : zsz168.
- 36) 萩澤翔平, 外木徳子, 清水清恵, 外木守雄. 小児の睡眠関連呼吸障害と顎顔面形態との関連性について. *睡眠口腔医学.* 2020 ; 7(1) : 39-50.

公益社団法人に移行して

令和3年4月1日、日学歯は法人化50年を迎える記念すべき年に、公益社団法人として新たな一歩を力強く踏み出しました。

思えば公益社団法人に向けての長い道程でありましたので、この場をお借りして公益社団法人への軌跡を記したいと思います。

また、公益社団法人の制度内容等について概略を説明させていただきましたので、一層のご理解を賜われれば幸いと存じます。

執行部の立場から

公益社団法人 日本学校歯科医会 専務理事
長沼 善美

1. 公益社団法人への道程

(1) 社団法人日本学校歯科医会から

一般社団法人日本学校歯科医会へ

旧民法34条は、平成20年12月1日、新公益法人制度が施行されたことに伴い削除され、平成25年11月30日までの5年間に公益社団法人か一般社団法人のいずれかを選択することが求められ、移行認定を受けるまでは特例民法法人として活動することとなりました。

1) 「公益法人制度改革対策委員会」の設置

公益社団法人か一般社団法人のいずれかを選択することが求められることとなり、同対策委員会に当会の事業目的を実現する視点からの方向性について諮問を行いました。委員会からは、公益社団法人移行を将来再検討するとの余地も残しつつ、平成23年1月に「一般社団法人移行が望ましい」との答申を受け、平成26年4月、「一般社団法人日本学校歯科医会」として登記を完了いたしました。

(2) 課題を乗り越え

公益社団法人日本学校歯科医会誕生へ

1) 「公益法人に向けた諸問題検証臨時委員会」の設置

一般社団法人としての活動を続けるなかで、平成28年1月に「定款、規則及び規程検討委員会」に定款・諸規則等の問題点、課題について検討を諮問しました。平成28年4月には「公益法人に向けた諸問題検証臨時委員会」を設置し、同委員会より経理不祥事を教訓とし再発防止のためのガバナンス構築とコンプライアンス確保を実現したうえで、「速やかな公益法人移行が望まれる」との答申がなされました。

2) 「公益法人対応臨時委員会」の設置

平成29年10月には、いよいよ、公益社団法人

移行申請を視野にいたした「公益法人対応臨時委員会」が設置され、定款、諸規則の検討、答申が行われ、令和元年6月の総会において定款及び諸規則の改定が承認されました。

令和元年12月には、満を持して内閣府公益認定等委員会に公益認定申請を行いました。同委員会から受けた公益性に係る申請内容の確認、指摘、指導については、会員各位、加盟団体のご理解、ご協力のもと、諸規則の改定、資料の提出等の回答、報告を行い、令和3年4月、念願の公益社団法人移行が成就いたしました。

2. 公益法人制度について

公益社団法人とは、公益の増進を図ることを目的として法人の設立理念に則って活動する、志ある人が集まる法人のことで、社会を支える重要な役割を果たしています。公益社団法人には、税制上の優遇措置や社会的信頼面において多くの恩恵を受けることができます。一方、非営利法人であることから、剰余金が発生した場合でも、理事や会員に分配することはできません。

(1) 公益認定を受ける主な条件

公益法人は、不特定多数の方々の利益の増進に資するため、公益法人が満たさなければならない基準が厳格に定められています。

- ①公益に資する活動をしているかという「公益性」の基準
- ②公益目的事業を行う能力・体制があるかという「ガバナンス」の基準

3. 法人の信頼性を保証する認定基準

(1) 公益性 ～公益に資する活動をしているか～

- 学術、技芸、慈善その他の公益に関する認定法が規定する不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与する公益目的事業を行うことを主たる目的とし、公益目的事業比率は50%以上であること

なお、事業活動は内閣府に届け承認を得たものに限られ、新規事業を展開する場合は改めて、都度、公益認定等委員会に変更認定申請を行い、承認を得ること

- 公益法人は、その事業を行うに当たって、社員や理事などの法人の関係者、その他の営利事業を営む者などに、「特別の利益」を与えてはならないこと
- 収支相償である（公益目的事業に係る収入の額が、その事業に必要な適正な費用を償う額を超えてはならない）と見込まれること
- 法人の純資産に計上された額のうち、具体的な用途の定まっていない遊休財産額は、1年分の公益目的事業費相当額を超えてはならないこと
- その他（理事等の報酬等への規制、他の団体の支配への規制）
 - 公益法人の理事、監事等に対する報酬等については、不当に高額にならないような支給の基準を定めること
- 実態として営利活動を行うといった事態が生じないように、他の団体の意思決定に関与できる株式等の財産を保有してはならないこと

一方、公益認定にあたっての主な欠格事由には、以下のものがあります。

- 理事、監事、評議員のうち一定の要件（公益認定を取り消された公益法人の業務を行う

理事であって、取消してから5年を経過していない等)に該当する者がいる

- 公益認定を取り消され、その取消の日から5年を経過していない
- 定款又は事業計画書の内容が法令や行政機関の処分違反している
- 事業を行うに当たり法令上必要な行政機関の許認可等を受けることができない
- 国税又は地方税の滞納処分が執行中又は滞納処分終了から3年を経過していない
- 暴力団員等がその活動を支配している

(2) ガバナンス ～公益目的事業を行う能力・体制があるか～

- 公益法人が安定的かつ継続的に公益目的事業を実施するために、法人が公益目的事業を行うために必要な「経理的基礎」及び「技術的能力」があること
- 相互に密接な関係にある理事・監事が3分の1を超えないこと
- 公益目的事業財産の管理について定款に定めていること

1) 公益法人のガバナンス・情報開示

公益法人は、国民に対して法人の事業運営の透明性を確保し、その説明責任を果たす観点から、以下の書類を毎事業年度行政庁に提出するとともに、事務所に備え置き、請求があれば閲覧させることが求められています。

※提出書類

事業計画書等（毎事業年度開始日の前日までに作成・提出）

- 事業計画書
- 収支予算書 等

事業報告等（毎事業年度経過後3か月以内に作成・提出）

- 財産目録

- 役員等名簿
- 役員報酬等の支給基準を記載した書類
- 運営組織及び事業活動の状況の概要及び重要な数値を記載した書類
- 貸借対照表及びその附属明細書
- 損益計算書及びその附属明細書
- 事業報告及びその附属明細書
- 監査報告 等

2) 公益法人の監督

公益法人が提出する事業計画書・事業報告等により法人の事業等が認定法の公益認定基準に合致しているかなどが確認されるとともに、法人事業の適正な運営を確保するために行政庁（内閣府）による立入検査や報告徴収が行われます。認定法に違反する疑いがある場合には、勧告や命令による是正が求められ、場合によっては公益認定が取り消されることもあります（図1）。

4. 会員の皆さまへ

この度、日学歯は公益社団法人に移行いたしました。改めて申すまでもなく公益社団法人になることが目的ではなく、公益社団法人として、次代の子供たちの口腔の健康維持向上を通して、社会に対してこれまで以上に何を為しうるかが問われることとなります。

日学歯の目的を達成するための公益事業は、

- ①学校歯科保健に関する調査研究事業
- ②学校歯科保健に関する普及啓発・研修事業
- ③学校歯科保健に関する表彰事業
- ④学校歯科保健に関する広報・出版事業

の4本柱から成り立っています。

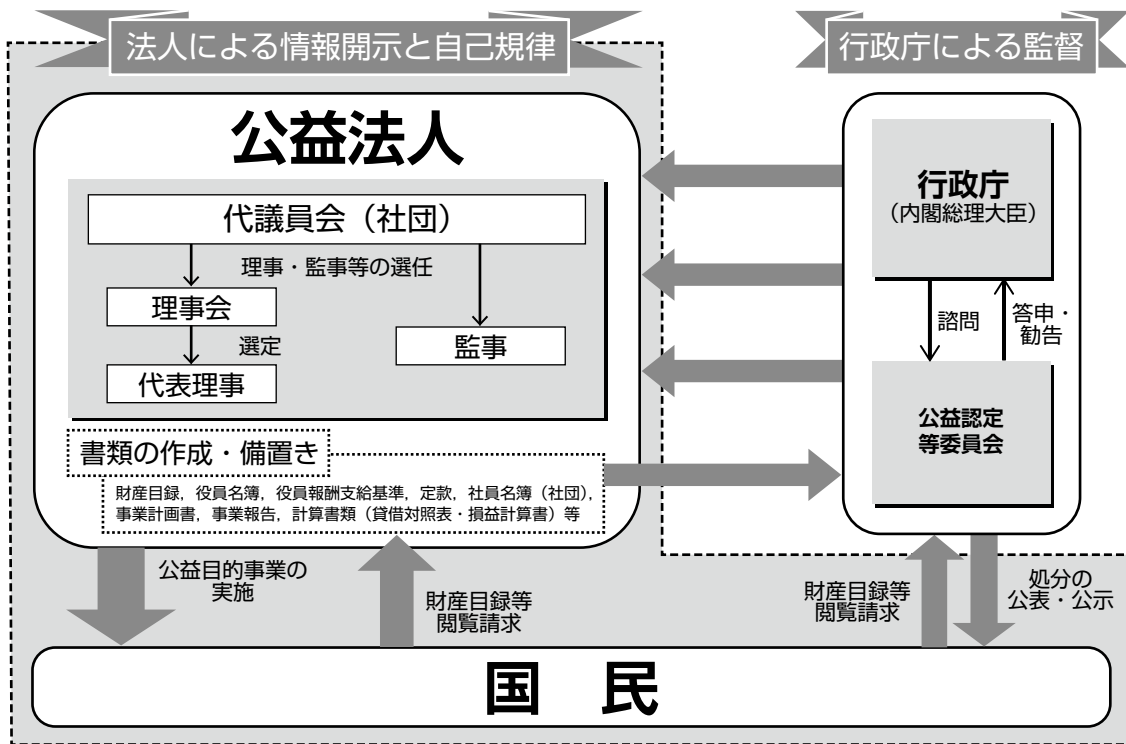


図1 公益社団法人日本学校歯科医会のカバナー・情報開示と監督の概要
 (国・都道府県公式公益法人行政総合情報サイト「公益法人information」パンフレットより一部改変)

すなわち、会員の先生方が学校歯科医として担当校において実施されている学校歯科健康診断、歯科専門職として積極的に参画いただいている学校保健委員会や学校の諸行事、学校保健計画の事後措置などの学校保健活動は、公益活動そのものであり、今回、公益社団法人移行認定にあたっての決定的な評価事項でありました。

新型コロナウイルス感染症に代表されるように社会の変化は急激なものがあります。今後とも、学校歯科保健に関する最新、最適な情報入手と自己研鑽のため、各加盟団体主催の基礎研修や更新研修、各種研修会、日学歯主催の専門研修、全国学校歯科保健研究大会への参加、又、日学歯発行の会誌、広報誌の購読、ホームページの閲覧チェック等、積極的なお取組をお願いしたいと存じます。

5. 加盟団体の皆さまへ

公益社団法人移行認定申請にあたりましては、内閣府より

- 日学歯並びに各加盟団体の正会員資格取得についての条件
- 日学歯と加盟団体との関係
- 助成金、交付金の支払規程等について等、細部にわたり質問、確認、指導がありました。

各加盟団体におかれましては、定款や諸規則の他、新規申請書類のご提出等につきましてご理解とご協力を賜わり、心より感謝申し上げます。

公益社団法人移行となった令和3年度については、「学校歯科保健研修助成規程」に基づく養護教諭及び歯科衛生士に対する研修会への協

力（新設）、「学術研修表彰等基金規程」に基づく事業に対する助成等、助成金規程の充実を図っておりますので、積極的な活用をご検討いただきたいと存じます。

6. 日学歯の現況報告

ここで、公益社団法人日本学校歯科医会の現況をご報告いたします。

(1) 令和2年度会費納入済会員数

正会員	24,330名
準会員	18名
賛助会員	13名

(2) 加盟団体数 53団体

(3) 役員数

理事	20名
監事	3名

(4) 事務局体制

事務局長以下7名

(5) 学校歯科医制度90周年及び法人設立50周年記念事業の展開

1931年に勅令144号「学校歯科医及び幼稚園歯科医令」が發布され、その翌年には日学歯の前身（日本聯合学校歯科医会）が発足しました。今年で90周年を迎えることから、記念式典や祝賀会を4月29日に予定しておりましたが、東京都の緊急事態宣言を受け、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止としました。しかし、191名の先生に記念の文部科学大臣表彰をいただき、受賞者に表彰状とともに記念品を送付し、また、創立90周年に相応しい記念誌を発行させていただきました。是非ご一読くださいますようお願い申し上げます。

最後に、公益社団法人移行に際して、「公益法人制度改革対策委員会」「定款規則及び規程検討委員会」「公益法人に向けた諸問題検証臨時委員会」「公益法人対応臨時委員会」委員の先生方や元顧問弁護士の花野先生、顧問会計士の三井先生には、大変お世話になりましたこと、加盟団体はじめ関係団体のご協力をいただいたことに衷心より感謝申し上げます。

不登校特例校（岐阜市立草潤中学校）について

～ありのままの君を受け入れる新たな形～

公益社団法人岐阜県歯科医師会 母子・学校歯科保健委員会 委員長

加藤 雄一



本年4月に東海地方初の公立不登校特例校の岐阜市立草潤中学校が開校しました。先日、学校を訪問する機会を得まして先生方のお話を聞きましたところ、生徒たちの可能性を信じ、一人ひとりの個性を大切にしたい、また授業を配信して「どこで授業を受けてもよい」などコロナ禍を予見し、ある意味これからの学校を体現しているような素晴らしい学校でしたので、皆さまに知っていただきたく筆を取りました。

1. 不登校児童・生徒の現状

不登校児童生徒とは「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により登校しないあるいはしたくともできない状況にあるために年間30日以上欠席した者のうち病気や経済的理由によるものを除いたもの」と文部科学省によって定義されている¹⁾。

令和元（2019）年度、文部科学省「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によると小・中学校における不登校児童生徒数は181,272人（前年度164,528人）であり、前年度から16,744人（10.2%）増加、在籍児童生徒に占める不登校児童生徒の割合は1.9%（前年度1.7%）。平成20年からは一時減少した時期もあったが、平成25年からは増加し続け、過去5年間の傾向としても、小学校・中学

校ともに不登校児童生徒数及びその割合は大きく増加している（平成26年：小学校0.4%、中学校2.8%→令和元年：小学校0.8%、中学校3.9%）。またそのうち約56%の不登校児童生徒が90日以上欠席している²⁾（図1, 2）。

その他、日本財団の平成30（2018）年「学校に馴染んでいないと思われる子どもたちの実態」による不登校傾向にある中学生（文部科学省の基準以下の年間欠席数30日未満ではあるが）は、全中学生約325万人の10.2%にあたる約33万人で、約10人に1人が不登校傾向にあるという（衝撃的な）調査結果もある³⁾。

また、高等学校における令和元年度の不登校生徒数は50,100人（前年度52,723人）であり、1,000人当たりの不登校生徒数は、15.8人（前年度16.3人）で、わずかながら減少している。これは義務教育でないため小中学校で不登校だった生徒が進学していなかったり、また退学や通信制高校へ転校する生徒がいるためである（図3）。

原因としては小中学校で最も多いのが「無気力・不安」で39.9%。「いじめを除く友人関係をめぐる問題」で15.1%、「親子の関わり方」で10.2%と続く。高校で最も多いのも「無気力・不安」で33.8%であり、「生活リズムの乱れ・あそび・非行」が15.0%、「いじめを除く友人関係をめぐる問題」が12.1%と続いている。

その中で「無気力」は必ずしも「なまけ」を意味するものではなく、「怠学」から「うつ状態」までもが含まれ、起立性調節障害、精神疾

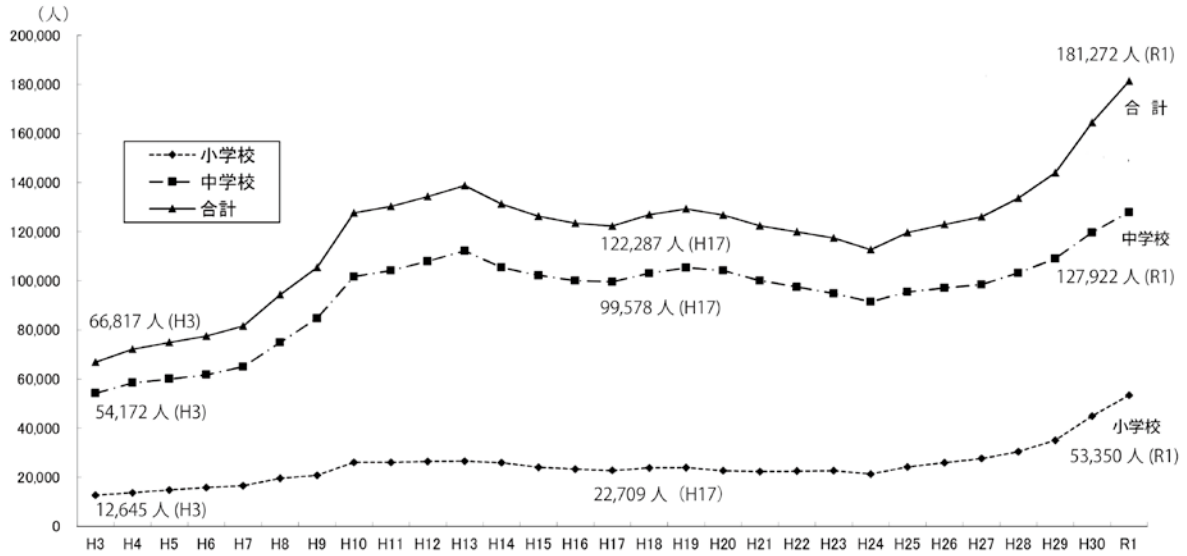


図1 不登校児童生徒数の推移（小学校・中学校）

（文部科学省「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について」を改変）

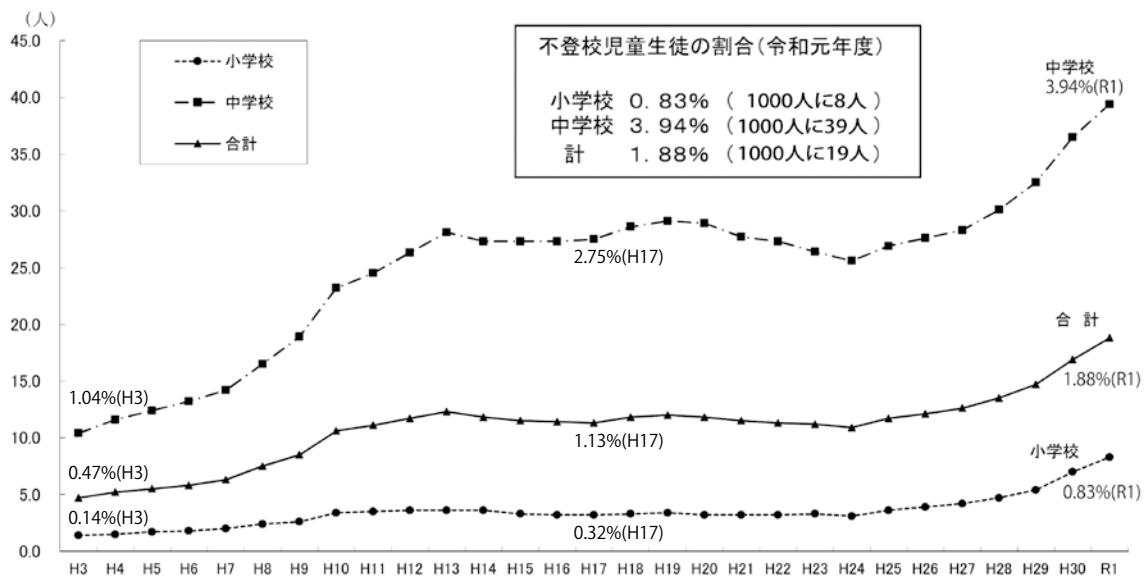


図2 不登校児童生徒の割合の推移（1,000人当たりの不登校児童生徒数）（小学校・中学校）

（文部科学省「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について」を改変）

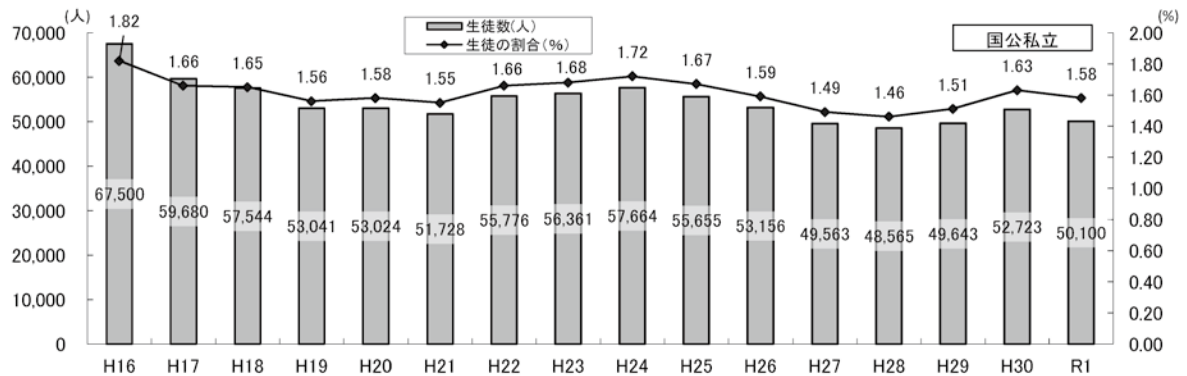


図3 不登校生徒数の推移（高等学校）

（文部科学省「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について」）

表1 教育委員会が設置する「教育支援センター（適応指導教室）」の状況

区分	機関数 (箇所)	指導員数					
		常勤		非常勤		計 人数(人)	
		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)		
都道府県が設置	30年度	28	38	38.0	62	62.0	100
	令和元年度	24	46	51.7	43	48.3	89
市町村が設置	30年度	1,421	1,106	22.5	3,811	77.5	4,917
	令和元年度	1,503	1,162	22.2	4,065	77.8	5,227
計	30年度	1,449	1,144	22.8	3,873	77.2	5,017
	令和元年度	1,527	1,208	22.7	4,108	77.3	5,316

(文部科学省「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について」)

患(うつ病, パニック障害, 統合失調症など), 自閉症スペクトラム障害や注意欠陥多動性障害(AD/HD)などの発達障害, またゲーム依存症などによる概日リズム睡眠・覚醒障害(朝起きられない, 夜眠れないなど)の睡眠障害も含まれる。そして, このような疾病の場合, 専門医療機関での治療が必要な場合もある。

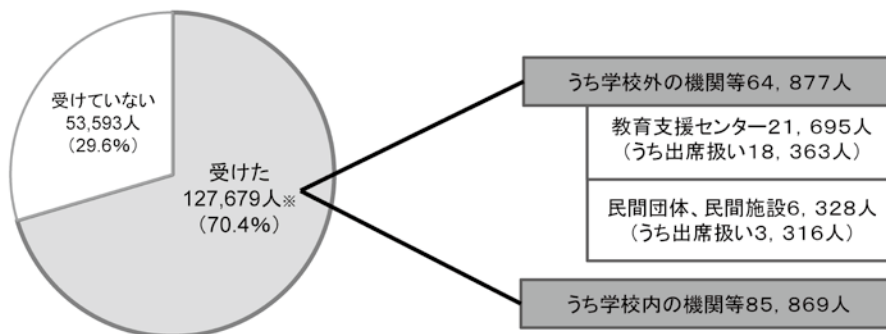
また, 非行や不良行為を伴う怠学の態様をとる不登校の背景に, 「家族の生活環境の急激な変化」をきっかけとする割合の増加などから, 家庭環境や貧困の課題があるという指摘もある⁴⁾。

る。また平成28(2016)年「不登校児童生徒への支援の在り方について(通知)」では, 不登校は, 「取り巻く環境によっては, どの児童生徒にも起こり得ること」とし, 支援の必要性を認識し, この問題について取り組んできた⁵⁾。

不登校への対応をめぐるのは文部科学省や全国の教育委員会はこれまで教育支援センター(適応指導教室)の設置を推進してきた。「教育支援センター(適応指導教室)に関する実態調査」によると令和元(2019)年には1,527箇所に設置され(表1), 通所している児童生徒の数は20,911人に上る⁶⁾。しかし, 教育支援センターが「不登校児童生徒の受け入れ先として広がる一方で, その増加率に比して利用者は増加していない」と指摘されるように, 在籍人数は, 小・中・高等学校合わせて20万人を超える不登校児童生徒のおよそ10%に留まる(図4)。また近年「社会的自立」や「居場所の提供」を重要と考えている施設の割合が増えているとは

2. 教育支援センター(適応指導教室)

文部科学省は不登校児童・生徒が増加している現状について, 生徒指導上の課題としてい



※学校内外の複数の機関で相談・指導等を受けた児童生徒がいるので, それぞれの人数の合計とは一致しない

図4 小・中学校の不登校児童生徒が学校内外で相談・指導等を受けた状況

(文部科学省「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要」)

いえ、教育支援センターは援助目標として、学校復帰を重要と考えている施設が多いため（約69%）、学校教育そのものに抵抗を感じている児童生徒の中には、民間のフリースクールやフリースペースに移っていく例も多いようである⁷⁾。

3. 不登校特例校

このような現状を改善するためにできたのが不登校特例校である。正式名は「不登校児童生徒を対象とする特別の教育課程を編成して教育を実施する学校」で、文部科学大臣が指定する。小泉政権の進めた構造改革のうち教育特区として、学習指導要領にとらわれず、不登校生の実態に配慮した特別な教育課程をもつ学校として生まれた。平成16（2004）年に東京都八王子市の市立高尾山学園に初めて導入され、平成

17（2005）年に学校教育法施行規則改正で制度化されて全国に広がった（図5）。その他、従来の不登校児童生徒の受け皿であったフリースクールが不登校特例校を設置する動きもある。1985年に誕生した日本の代表的なフリースクールである東京シューレはフリースクールの公教育化をめざして、学校法人東京シューレ学園を設立、2007年東京シューレ葛飾中学校、2020年に東京シューレ江戸川小学校を開校している⁸⁾。

学習指導要領の規定に縛られず、不登校の児童生徒にあったカリキュラムを整えており、

- ①年間総授業時間を750時間程度に設定（一般中学校は1,015時間）
- ②習熟度別や、学年の枠を超えたクラス編成をする。
- ③体験型学習、校外学習、ボランティア活動を多く取り入れる。

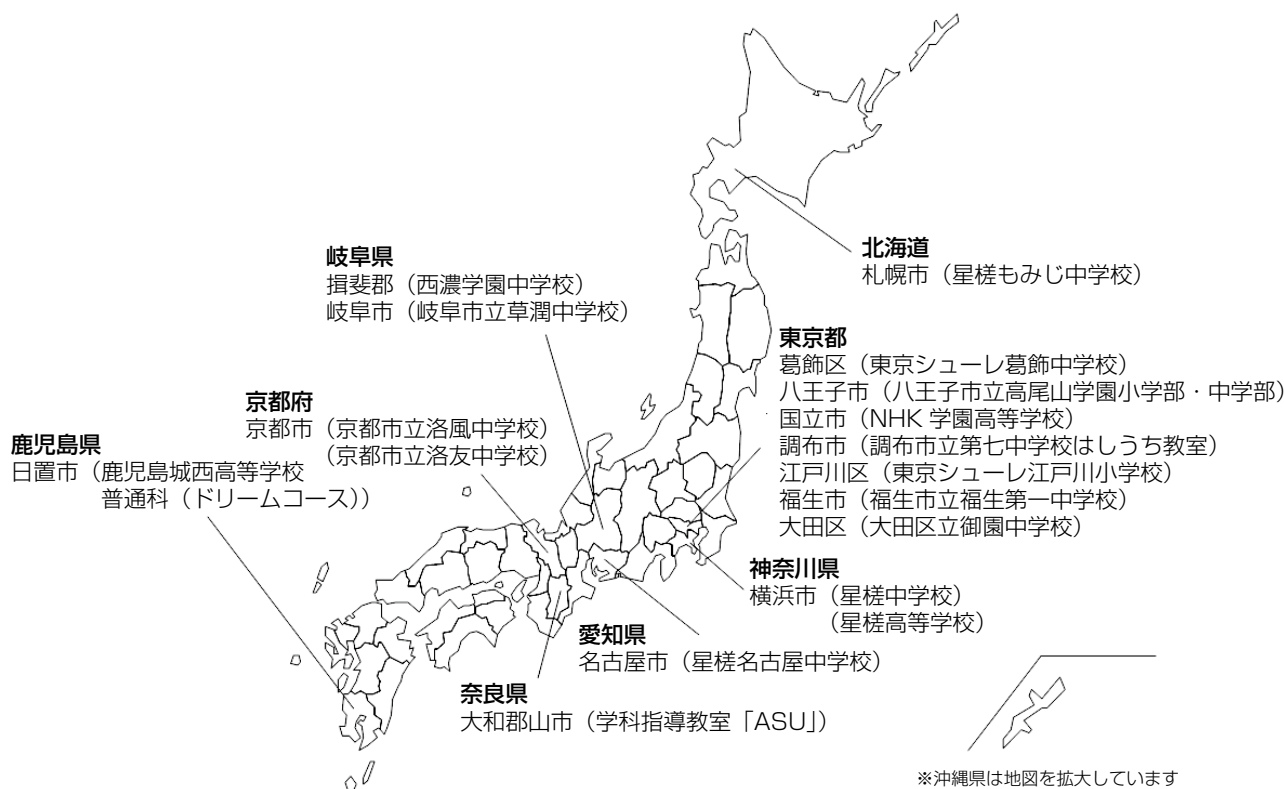


図5 特例校の設置状況（令和3年）
指定校数17校（うち、公立学校8校、私立学校9校）

- ④ 道徳等の時間を使いコミュニケーション能力の向上を図る授業を実施
- ⑤ 教室に入るのが苦手な子供に適した小グループ指導や個別学習の時間を設ける。
- ⑥ 専任教員の増員やスクールカウンセラーを設置する。
- ⑦ 家庭等でICT（情報機器）を活用した学習を行った場合、それを学校における指導要録上の出席扱いとすることが認められている。

などの柔軟な対応をとっている学校が多い⁹⁾。

不登校になる原因はさまざまであるが、何らかの理由で学校に対して不安あるいは不信心を持っている生徒も少なくない。そこで不登校特例校では、従来の学校のイメージから離れた学校らしくない学校を目指して、学校への復帰ではなく、居場所を提供し精神的な不安を軽減し、基礎的な学力を身につけ進学や就労支援を主な目的としている¹⁰⁾。

また不登校の児童生徒は、義務教育を受ける権利を有するにもかかわらず、十分な教育を受けられないまま卒業を迎える懸念がある。それを解消するためにできた2017年施行の教育機会確保法（正式名称「義務教育の段階における普通教育に相当する教育の機会の確保等に関する法律」）は、不登校特例校の整備を国や自治体の努力義務としている¹¹⁾。

4. 岐阜市立草潤中学校

(1) 設立の経緯

岐阜市は、不登校への対応として、教育相談員の配置、適応指導教室「サルビア」の開設、教育相談にかかわる教職員の資質向上を目的とした講習や研修会の開催などを積極的に行ってきた。しかし、適応指導教室と在籍校の学習環境は大きく異なっていることから、生徒が「学

校へ復帰しても授業についていけないのではないか」という学習への不安や、「通常の学校生活になじめるだろうか」という集団生活への不安を抱き、不登校の解消ができないケースも少なくない。

そこで平成15（2003）年より在籍校とサルビアの間に位置し、より学習指導に重点をおいた連携型分教室（ぎふ・学びの部屋）を学校外に設置し、学校復帰を図る事業を行ってきた。しかし、不登校の児童の割合が全国平均より高く、児童生徒数も増加し続けていることから、全ての子供たちにとって充実した教育機会の確保を目指し、不登校生徒の新たな選択肢の一つとして、令和3（2021）年4月に東海地方では初の公立不登校特例校の岐阜市立草潤中学校が設立された¹²⁾。

草潤中学校の校名は、「荀子」勸学篇に、「玉、山に在れば、草木潤い、淵に珠を生ずれば、岸枯れず（玉が山にあれば、土質が良く、草木が生き生きと潤い、水中に珠があれば、水質が良く、崖も光沢をはなつ）」とあることに由来し、内にすばらしいものがあれば、必ず外にあらわれるの意（そのためには、そのような素晴らしいものを、積み重ねていくこと＝学、が必要であるとの含意）から、名付けられている。

(2) 実際の学校について

以下に、本年7月に草潤中学校への学校訪問をした際に、校長の井上博詞先生（図6）からお聞きしたお話をまとめた。また、同校の概要は図7, 8のとおり。



図6 岐阜市立草潤中学校・井上博詞校長

- 〈校名〉 岐阜市立草澗（そうじゅん）中学校
（岐阜市金宝町4丁目1番地）
- 〈開校〉 2021（令和3）年4月
- 〈コンセプト〉 学校らしくない学校「ありのままの君を受け入れる新たな形」
- 〈方向性〉 全て子どもたちにとって充実した教育機会の確保を目指す。不登校生徒の新たな選択肢の一つ
- 〈定員〉 全校生徒40名（岐阜市内に在住、他市町村より転居可）
- 通級不登校支援25名
在籍校に籍を置き、週1日登校50分（個別の学習相談）
 - Online支援25名
在籍校（岐阜県内）に席を置き、在宅で学習して週1～2回、個別の学習相談
- 〈教職員〉 計26名（スクールカウンセラー等含む）、担任は生徒の希望で決定
- 〈授業〉 音楽、美術、技術家庭の授業を統合して、セルフデザインとして自分の興味・関心のある学習を選択。地域の方と一緒に作業、他の学校等との共同活動など「社会との絆を感じる学び」を行うことなどを特色としている。
- 全ての授業はOnlineで配信され、家庭で視聴することが可能。学校内もこの場所でも授業を受ける事ができる。
- 始業9：30、終業14：35（年間770時間、ウォームアップから始まりクールダウンで終わる）。草澗中学校では朝の会をウォームアップ、帰りの会をクールダウンと呼んでいる。
- 〈登校スタイル〉 以下の3つのモデルを提示し、その時の状況により自分の登校スタイルを自分で決める
- ①家庭での学習を基本とする学びのモデル（2週間に1度程度、学習相談として登校）
 - ②家庭で学習し、週に数日投稿する学びのモデル（1週間に数日登校する学びのモデル）
 - ③毎日登校する学びのモデル（原則として毎日登校）
- 〈制服・校歌等〉 なし
- 〈給食〉 なし
（弁当を持参するか、業者に注文することができる。また弁当は校内の好きな場所で食べることができる）
- 〈通学〉 徒歩、自転車、公共交通機関を利用する。保護者による送迎も可能
（最も通学し易い方法で、安全面に気を付けて通学）
- 〈進学〉 高校に進学可能
（希望者を対象に学期ごとの定期テストを実施する。評価については学習状況をもとに個別に行う。）

5 授業時間数・各学年の基本的な時間割・個別に相談しましょう！

・一般校での年間授業時数1,015時間に対し、草澗中学校では770時間編成とします。

草澗中	国語	社会	数学	理科	保健体育	セルフデザイン	外国語	ウォームアップ クールダウン	総合	合計
全学年共通	105	70	105	70	105	70	105	70	70	770

授業時間数が少なく、Online学習でも可能なんだね！

一般校	国語	社会	数学	理科	保健体育	音楽	美術	技術家庭	外国語	道徳	特別活動	朝の会 帰りの会	総合	合計
1年	140	105	140	105	105	45	45	70	140	35	35	授業時間外	50	1015
2年	140	105	105	140	105	35	35	70	140	35	35		70	1015
3年	105	140	140	140	105	35	35	35	140	35	35		70	1015

授業時間数・時間割

7 日課表①(家庭での学習を基本にするコースのモデル)

50分授業	月	火	水	木	金
始業 9:30					
1 9:35~9:45			Onlineによるウォームアップ		
2 9:55~10:45	家庭学習	家庭学習	家庭学習	家庭学習	家庭学習
3 10:55~11:45	家庭学習	家庭学習	家庭学習	家庭学習	家庭学習
昼食 11:50~12:15	私は、基本は、家庭で学習！ Onlineや電話で相談するよ。				
昼休み 12:15~12:30					
4 12:30~13:20	家庭学習	家庭学習	家庭学習	家庭学習	学習相談
5 13:30~14:20	Online学習	Online学習	Online学習	Online学習	学習相談
6 14:25~14:35			Onlineによるクールダウン		
終業 14:35			2週間に1度程度 学習相談として登校		

7 日課表②(家庭で学習し、週に数日登校するコースのモデル)

50分授業	月	火	水	木	金
始業 9:30					
1 9:35~9:45	Onlineウォームアップ	ウォームアップ	Onlineウォームアップ	ウォームアップ	Onlineウォームアップ
2 9:55~10:45	家庭学習	国語	家庭学習	英語	家庭学習
3 10:55~11:45	家庭学習	数学	家庭学習	理科 社会	家庭学習
昼食 11:50~12:15	私は火曜日と木曜日に登校するよ！				
昼休み 12:15~12:30					
4 12:30~13:20	家庭学習	セルフデザイン	家庭学習	総合	家庭学習
5 13:30~14:20	Online学習	セルフデザイン	Online学習	総合	Online学習
6 14:25~14:35	Onlineクールダウン	クールダウン	Onlineクールダウン	クールダウン	Onlineクールダウン
終業 14:35			1週間に2日程度の登校		

7 日課表③(毎日登校するコースのモデル)

50分授業	月	火	水	木	金
始業 9:30					
1 9:35~9:45	ウォームアップ	ウォームアップ	ウォームアップ	ウォームアップ	ウォームアップ
2 9:55~10:45	社会	数学	理科	英語	国語
3 10:55~11:45	英語	理科	国語	社会	数学
昼食 11:50~12:15	早く帰れるよ！放課後の個別の活動も相談に乗ってもらえるよ！				
昼休み 12:15~12:30					
4 12:30~13:20	国語	セルフデザイン	数学	総合	英語
5 13:30~14:20	体育	セルフデザイン	体育	総合	体育
6 14:25~14:35	クールダウン	クールダウン	クールダウン	クールダウン	クールダウン
終業 14:35			原則として毎日登校		

登校スタイル別の日程表

図7 岐阜市立草澗中学校の概要①



玄関

正面玄関は、地域の皆さんにスクールカラーの明るい緑色に塗っていただきました



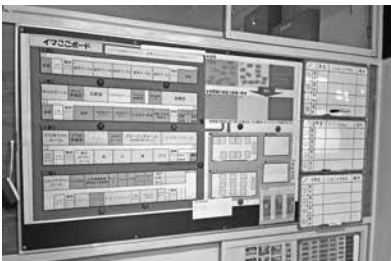
教室看板

「1年」「2年」「3年」ではなく「森」「川」「海」と名付けています



教室

通常の学校らしくない机・椅子です



イマココボード

学校のどこで授業を受けてもよいので、この掲示板で所在場所を知らせます



音楽室

熱心に楽器に取り組む生徒もいます。この学校を卒業した生徒が校歌を作ってくれることを夢見ています



個室

一人で静かにいたい時は自習室で学んでいます



マネジメントオフィス（校長室）
ここで弁当を食べる生徒もいます



アクティブルーム

不登校であった生徒は、運動する機会が少ないのでよく利用しています



図書室

テント、クッション、ハンモックなどが置かれ、自由にリラックスして過ごすことができます

図8 岐阜市立草潤中学校の概要②

1) 開校するまで

開校の経緯を説明しますと、岐阜市は長年、不登校児童生徒への取組をしてきました。しかしながら、中学生100人あたりの不登校児童の人数が3.72人と全国平均（H28年度、全国3.01、岐阜県3.08）を大きく超え、増加している現状があります。そして、平成29年2月に施行された教育機会確保法の具体的な取組の一つに不登校特例校が明示され、また、市内に統廃合で使われなくなった小学校が残っており、その活用方法が検討されていたこともあって、設立の機運が高まりました。

平成30年度末に不登校特例校の基本方針案を作成、令和2年9月に学校説明会への参加者の募集を始めました。2回の学校説明会を行い、の第1回学校説明会（10月31日）には児童生徒123名、保護者・一般の合計で323名が参加し、第2回学校説明会（12月12日）には児童生徒110名、保護者・一般の合計で248名の参加者がありました。

それを受けて個別面談を行いました。これには私どものほか、エールぎふ（教育支援センター）、小児科の先生などにも加わっていただき、その後の学校見学（体験）会、転入生徒検討会を経て全希望者136名の中から、転入学する生徒40名を決めました。

本当はもっと多くの生徒を受け入れたかった



図10 トイレ
ホテルのような綺麗なトイレです

ありのままの君を受け入れる新たな形
個に応じたケアや学習環境の中で、新たな自分の可能性を見出す



 <p>草潤中学校 通級不登校支援 20~25人 在籍校に籍を置き 週1日登校 50分 個別の学習相談</p>	<p>不登校特例校 草潤中学校 40人 家庭学習中心 週数日登校 毎日登校</p> <p>指定校数：全国17校 (公立8校、私立9校)</p>	 <p>草潤中学校 Online支援 20~25人 在籍校に籍を置き、 在宅で学習して 週1~2回、個別の学習相談</p>
---	--	---

図9 3つの登校スタイル

のですが定員があります。そこで草潤中学校では定員40名に加えて、不登校生の生徒を「在籍校に籍を置いたまま」支援できる方法を急遽、導入しました。具体的には、①「週1回登校する通級支援コース」、②「自宅でオンラインで個別の学習支援等ができるコース」を設けて、それぞれ25人ずつの生徒を受け入れることにしました（図9）。

草潤中学校は、旧徹明小学校を改装して使っています。改装費用は約3,800万円で、その内トイレに約1,100万円を費やしました（図10）。トイレの汚さが理由で学校に来なくなる子を一人でも減らすためです（筆者注；これは草潤中学校だけでなく、多くの学校の問題だと思えます）。そのため壁などの塗装費用はゼロになってしまいました。そこで、私もペンキを塗りましたし、多くのボランティアの方々にお手伝いいただきました。また、クラウドファンディングなどを利用した寄付もいただきました（図11,12）。多くの人に助けられ、本年の4月7日に開校式・入学式を行いました。



図11 丸テーブル
卓球台を再利用して作った丸テーブル



図12 ソファー
大きなソファは寄付していただきました

2) 開校式・入学式を迎えて

長いセレモニーの苦手な生徒が多いので、開校式・入学式は、市長の挨拶から教員紹介までを45分で行いました。職員紹介では、親しみを持ってもらうために着ぐるみを着て来た先生、ゴルフウェアでゴルフの素振りをした先生、逆立ちをした先生、思い思いの自己紹介をしてくれました。本校はとても注目されている学校ですので、準備段階からさまざまなメディアの取材があります。開校式・入学式では、テレビカメラがある前で新入学生徒の一人が「草潤中学校では友達の見解も自分の意見もはっきり言えるように頑張りたいです」と挨拶をしてくれました。

3) 現在の学校の状況

まず登校スタイルの変化です。

「毎日登校を考えている」生徒は、入学前には45% (18人) だったものの、入学時には62.5% (25人) となり、本年4月末では67.5% (27人) にまでなりました。

また、「週数日登校から始めようと考えていた」生徒についても、入学前には52.5% (21人) だったところが、入学時には27.5% (11人) となり、本年4月末には22.5% (9人) となりました。

なお、「家庭学習中心と考えていた」生徒は、入学前2.5% (1人) から入学時10% (4人) に、本年4月末では10% (4人) となっています。

私は登校することが良いとも、登校させようとも思っていません。一人ひとりが自分の学びを自分のスタイルでしてくれれば良いと思っています。ですが、この学校だったら行ってもいいかなと思ってくれる生徒が増えているなら、それは意義があるかなと思っています。

次に4月から7月の出欠席です。

授業日数71日で欠席率は27.1%です。と言うことは、平均して毎日70%の生徒が来ています。月曜日が少なく、火曜日が多い傾向があります。と言うのも、火曜日にはセルフデザインの授業があり、一番気楽に行ける、参加しやすいと言う子供が多いためです。

登校手段ですが現在、保護者による送迎17名、バス15名、自転車7名、徒歩1名です。通常の学校の保健室登校や放課後登校の生徒は、ほとんど保護者の送迎です。ですので、この学校も最初のうちは保護者の送迎が多かったのですが、このように自分で来る生徒が多くなり、驚いています。

授業の中で、「畑で何か作ってみたい」との声があり、JAの方に野菜の育て方を教えてもらい、生徒たちがその野菜で料理を作り、感謝の気持ちを伝えるという会を催しました(図13)。その時もテレビの取材があり、そこで



図13 畑での野菜づくり
畑で採れた野菜で料理を作り、野菜の育て方を教えてくれたJAの方に感謝の気持ちを伝えました

「誰かインタビューに答えてくれないかな？」と問いかけると、一人の女子生徒が「私、話したい」と言って、こう話しました。「私は草潤中学校のことを知らなかったら、この学校に来ることはなかった。今、毎日が楽しくてしょうがない。もしこの学校のことを知らなかったら、こんな生活を送れていない。だから、私はこの学校のことを不登校の子たちに知って欲しい。そのために、私はインタビューを受けたい」。私は、他の人を思いやる気持ちに本当に感動しました。

また、ある日一人の生徒がコロナ終息を願って折り鶴を折り始めました。それを知った何人かの友達が手伝い始め、「せっかくだから、みんなで作りたいね」と言う声が上がリ、全校で千羽鶴を折りました。岐阜市の新庁舎がこの6月にできたのですが、その中に「平和の鐘」という場所があります。そこで市長に千羽鶴を手渡すセレモニーをすることになり、その折に新庁舎を見学に行ったりしました。本校には行事が何もないので、子供たちはこのような行事的なことが好きなんです。

このような「こんなことやりたい、こうしたい」ということを、子供たちと一緒に考えて行こうと思っています。

学校健康診断については、ほぼ全ての生徒が終わっています。8割の生徒は学校で、その他の生徒はかかりつけ医のところで健康診断をしており、検尿は全員提出が終わっています。在籍校では学校健康診断を受けたことのない子供がほとんどですから、これは本当にすごいことです（筆者注：DMF 0.4）。

このようにスムーズに健康診断ができたのは、最初の歯科健康診断で「私、全部の歯がむし歯と言われるかな？」と心配していた生徒に、学校歯科医の先生が「綺麗な歯をしているね、あなた」などと、多くの素敵な対応をしていただいたおかげです。その言葉がけに、生徒

たちは健康診断に対する不安がなくなり、スムーズに内科検診なども受けることができました。学校歯科医の先生には本当に感謝しております。また本校は、心に問題を抱える生徒が数多く在籍しています。起立性調節障害など病名のついている生徒も半数近くいます。そのような生徒たちは本校の特色の一つである「心の学校医」と呼んでいる小児科の先生のカウンセリングを受けてもらったりしながら見守っています。

すべての学校がこのような学校になる必要もなく、なれるはずもありません。草潤中学校も全てがうまくいっている訳ではありません。個別最適化の学習と言いつつも十分にはできていません。ですが、他の学校がこの学校での取組のほんの少しでも参考にさせていただければ、これほど嬉しいことはありません。

5. まとめ

つい先日、全国の小中学校で2020年度に不登校だった児童生徒は前年度比8.2%増の19万6127人となり、コロナ禍が子供たちの生活に変化を与えたとはいえ過去最多となったことが、文部科学省「令和2年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について」で発表されました。さまざまな努力にも拘らず増加しているのが現状です。

草潤中学校のことを初めて知ったのは新聞の記事からで、それまで恥ずかしながら不登校特例校のことは全く知りませんでした。学校に通っている児童・生徒に対しては健康診断や歯科保健活動など行ってきましたが、学校にきていない児童・生徒については、不登校や保健室登校の児童生徒が存在している程度の意識しかなかったためです。これからは学校歯科医師としてそのような児童・生徒にも視線を向ける必要があると感じています。

学校にお伺いして一番感じたことは「ありのままの自分でいいんだよ」というメッセージです。この「ありのまま」はこれからの課題であるジェンダーギャップやLGBTの解決につながるのではないのでしょうか？そして生徒たちはとても生き生きと過ごしているとお聞きしましたが、それ以外の学校に行っていない大多数の不登校の生徒、さらに少しでも生きづらさを感じている全ての人にもこのメッセージが伝わることを願っています。

SDGs「Sustainable Development Goals（持続可能な開発目標）」の17の目標のうち目標4は「質の高い教育をみんなに」です。この目標4は、「すべて人に包摂的かつ公正な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を促進する」のテーマのもと、10個のターゲットから構成され、そのうちターゲット4.1は「2030年までに、すべての子どもが男女の区別なく、適切かつ効果的な学習成果をもたらす、無償かつ公正で質の高い初等教育及び中等教育を修了できるようにする。」となっています。この目標4は主にサハラ以南の低開発国などを念頭に書かれていますが、日本においても大切な身近なこととして感じる必要があるのでは？と思ったりしています。

草潤中学校が北欧のような教育先進国ではなく、日本の真ん中にある岐阜市の自治体で作った、公立の学校であることを大変嬉しく思い、このような学校が全国に広まることを願っています。

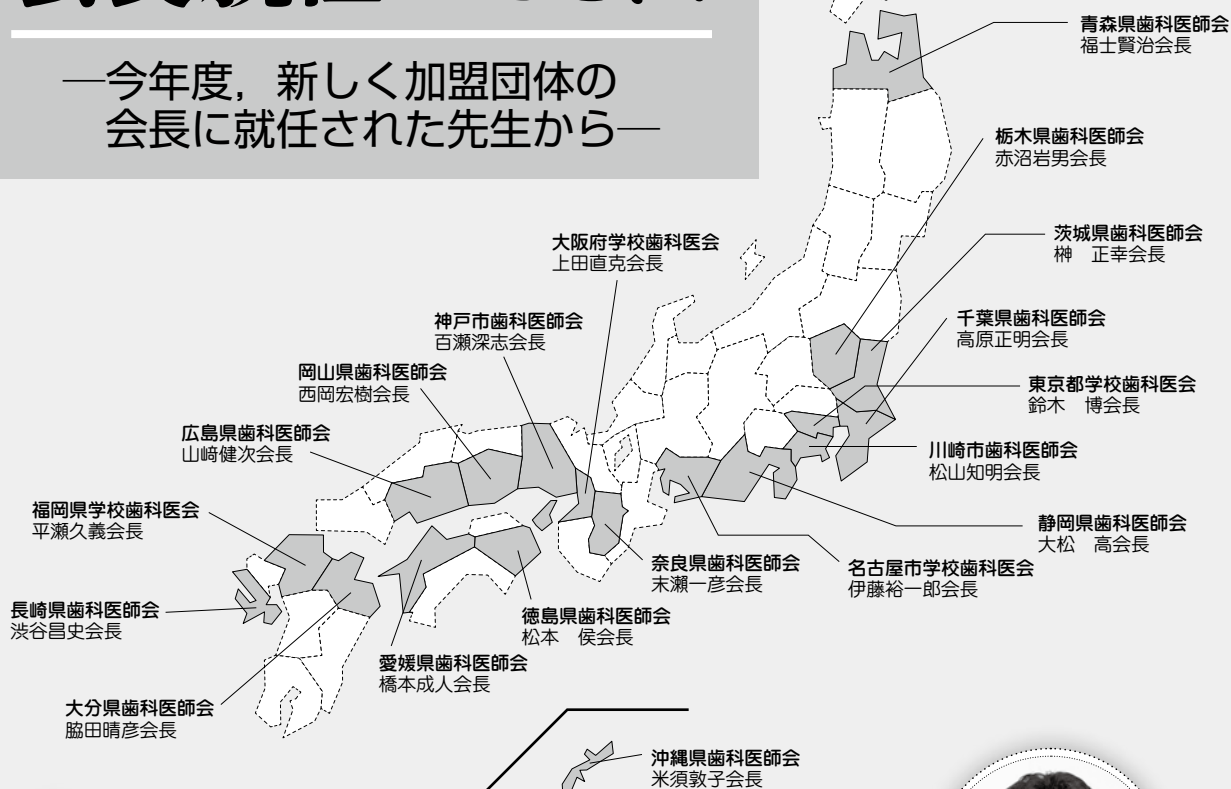
参考文献

- 1) 文部科学省：不登校の現状に関する認識。
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/futoukou/03070701/002.pdf
- 2) 文部科学省：令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要。
https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/mext_00351.html
- 3) 日本財団：不登校傾向にある子どもの実態調査。
<https://www.nippon-foundation.or.jp/who/news/information/2018/20181212-6917.html>
- 4) フリースクール等に関する検討会議：不登校児童生徒による学校以外の場での学習等に対する支援の充実～個々の児童生徒の状況に応じた環境づくり～報告。
https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2017/07/25/1382195_1.pdf
- 5) 文部科学省：不登校児童生徒への支援の在り方について（通知）。
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1422155.htm
- 6) 文部科学省：教育支援センター（適応指導教室）に関する実態調査。
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2019/05/20/1416689_002.pdf
- 7) 文部科学省：平成18年度不登校生徒に関する追跡調査報告書。
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jeas/42/0/42_113/_pdf/-char/ja
- 8) フリースクール東京シュレーHP。
<https://www.shure.or.jp/katsushika/>
- 9) 文部科学省：不登校特例校の設置に向けて（手引き）。
https://www.mext.go.jp/content/20200130-mxt_jidou02_000004552-1.pdf
- 10) 王 美玲：フリースクールの転換と不登校特区のカリキュラム。やまぐち地域社会研究。2014, 11, 15-26。
<http://petit.lib.yamaguchi-u.ac.jp/G0000006y2j2/metadata/D560011000002>
- 11) 文部科学省：義務教育の段階における普通教育に相当する教育の機会の確保等に関する法律の公布について。
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1380952.htm
- 12) 岐阜市構造改革特別区域計画書。
<https://www.chisou.go.jp/tiiki/kouzou2/kouhyou/031222/028.pdf>
- 13) 岐阜市HP：草潤中学校について。
<https://www.city.gifu.lg.jp/38058.htm>

●特別企画●

日本学校歯科医会加盟団体 会長就任のことば

—今年度、新しく加盟団体の
会長に就任された先生から—



一般社団法人 青森県歯科医師会 ふくし けんじ 福士 賢治 会長



こんにちは、この度一般社団法人青森県歯科医師会会長に就任いたしました福士賢治でございます。近年の学校歯科医の活動は単に児童生徒のう蝕を減らすことのみではなく、歯科口腔保健教育を通じた身体と心の健康づくりに重点を置かなければならないと考えております。

数々の研究により口腔の疾病が全身の疾病に関与していることが明らかとなってきた今、健康で長生きができる8020健康社会を実現するためには歯科口腔保健教育が大変重要になってまいりました。歯科口腔保健教育により身に付けた正しい生活習慣が口腔の健康のみならず、心と身体の健康を担ってくれるものと私は考えております。

当県では3歳児のう蝕有病率が全国ワースト1になってしまいました。そこで、全県における児童生徒のフッ化物洗口の実施で歯科医療格差の是正と歯科保健教育の推進をしていきたいと考えております。

微力ではございますが学校歯科医会発展のため努力してまいりますので、どうぞよろしくお願いいたします。



公益社団法人 茨城県歯科医師会 さかき まさゆき **榎 正幸** 会長

この度、茨城県歯科医師会の会長に就任いたしました榎 正幸です。本会の日学歯会員数は、令和3年7月現在で445名です。これから本会の会長として歯科界の発展に尽力し、日学歯の活動にも積極的に協力していきたいと思っております。

本県では、歯科保健のテーマとして、全国展開の「8020」に本県独自の「6424」を加えて、「8020・6424運動」を推進しております。平成22年に制定された「茨城県歯と口腔の健康づくり8020・6424推進条例」のもと、県民の生涯を通じた目標として、また、学校歯科保健の推進目標としてこの運動を進めています。

しかし、本県の12歳児う蝕有病率や1人平均う歯数は、全国平均を上回っており、また、県条例に謳われている科学的根拠に基づくフッ化物応用についても普及が遅れていることを課題として捉えております。

今後は、貴会の発展のため、日学歯会員の皆様と目的を共有し、これまで以上に成果を出せるよう努力して参る所存ですので、今後ともよろしくご協力申し上げます。



一般社団法人 栃木県歯科医師会 あかぬま いわお **赤沼 岩男** 会長

この度、栃木県歯科医師会会長に就任いたしました赤沼岩男でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。さて我々のからだは我々の食べた物でできております。生きるとは食べることであります。しっかり食するという事はアゴ・ノド・ベロなど、呼吸につかさどる筋肉を使うということで、逆にそれがおろそかになるとO₂不足になり血流低下を起し、健康障害に陥る危険があります。特に、現在の子供たちの傾向を見ると、ファーストフード主流の食事で咀嚼回数の半減により、口腔顎顔面構造の成長発育を阻害し、歯や舌の位置不正から口呼吸を招き、虚弱体質を形成してしまうこととなります。また、これは唾液腺の萎縮を招き唾液分泌の抑制につながり、体を守る機能が低下することとなります。口内環境の悪化が全身疾患につながる事が明確になってきた今日、我々学校歯科医は以上のようなことを見据えて口腔衛生指導を行っていくべきと考えます。食べて「ああ、おいしい！」この情動こそ、極めて精神衛生上に良いと思われまます。

『健全なる肉体は、健全なる口腔に宿る』『命の根源は、己れの口で食する事なり』

しっかりと食材をしっかりと噛んで食べる。すなわちこれ医食同源なり、と私は思います。



一般社団法人 千葉県歯科医師会 たかはら まさあき 高原 正明 会長

本年6月より千葉県歯科医師会会長に就任いたしました高原正明です。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

新型コロナウイルス感染拡大の収束が見えない中、川本 強会長はじめ役員の方におかれましては幼児、児童生徒の学校歯科保健の向上のため、ご尽力を賜っておりますことはご同慶の至りであります。また、本年4月1日よりこれまでのご努力により公益社団法人となられましたこと、お祝い申し上げます。

さて、千葉県歯科医師会ではこれまで学校歯科健康診断やフッ化物歯面塗布、口腔の健全な発育・発達のための啓発事業を実施してまいりました。毎年行ってきた歯・口の健康に関する図画ポスターコンクールはコロナ禍のため、昨年と本年は中止せざるをえませんでした。川本会長におかれましてはその表彰式に会長自らご臨席賜りましたこと、改めまして御礼申し上げます。千葉県歯科医師会は学校歯科健康診断ばかりでなく、ライフステージを見据えたより広い視野に立った幼児、児童生徒の歯科保健の増進のための事業を今後も展開していくつもりです。

これからも、引き続きご指導、ご鞭撻を賜ります様お願い致すと共に、日本学校歯科医会の益々のご発展と、先生方のご健勝を心よりご祈念申し上げます。



公益社団法人 東京都学校歯科医会 すずき ひろし 鈴木 博 会長

東京都に4回目の新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発出される中で、新しい執行部は発足いたしました。この1年、児童・生徒たちの学校での生活は大きく変わり、学校歯科保健活動も厳しい制限を受けました。今後、ワクチン接種が進み今回のパンデミックが終息したとしても、変化する学校での新しい生活様式に向け、私たち学校歯科医にも行動変容が求められます。

今年の第85回全国学校歯科保健研究大会は、この「学校での新しい生活様式」をサブテーマに10月21日（木）に東京で開催いたしますが、初めてのweb開催となり対面では行いません。今までの大会では、新しい情報の収集だけにとどまらない、出会いや気づき、そしてその地区ならではの楽しみもあったので残念です。

ただ、良い面もあります。

会場の大きさに制限を受けないために、何人でも、どこからでもご参加いただくことができますし、ビデオ配信される研究発表は、どの領域の発表もお好きな時間にご覧いただくことができるのです。今まで全国大会にご出席されなかった先生も、この機会に是非一度ご覧いただきたいと存じます。これからの東京都学校歯科医会の活動に引き続きご理解とご協力をお願いいたします。



公益社団法人 川崎市歯科医師会 まつやま ともあき **松山 知明** 会長

この度、川崎市歯科医師会の会長を拝命いたしました松山知明と申します。ここに就任のご挨拶をさせていただきます。

川崎市は政令指定都市で人口は154万人、市内の公立学校は小学校が114校、中学校が52校、高等学校（市立）が5校、特別支援校が4校あります。生徒の総数は約113,000名でこれを175名の学校歯科医が担当しております。

さて、すべてのライフステージに充実した歯科保健を推進するというのが我々の悲願ですが、改めて考えますと学校歯科医制度が18歳まで充実しているからこそ、そのように思えるのかと存じます。事業所歯科健康診断などを新たに構築しようとしてその困難さに気づくとき、いかに学校歯科の制度が良くできているかが理解できます。それゆえに諸先輩方に築いていただいたこの優れた制度を守り、引き継ぐことが私たちの重要な使命であると考えております。

私は小学校を担当しておりますが、先日6年生に「未来に向かって」というタイトルで歯科医師という職業について講話する機会がありました。いくつかの選択肢の中から歯科医師を選んだ経験などをお話すると、大変興味を持ってもらえました。子供たちにとって学校歯科医としてだけでなく、身近な先輩として付き合ってもらうのも良いかなと思った次第です。今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



一般社団法人 静岡県歯科医師会 おおまつ たかし **大松 高** 会長

今期、静岡県歯科医師会会長に就任いたしました大松 高です。

日本学校歯科医会加盟団体の会長として、日本学校歯科医会のさらなる発展と向上のために微力ではありますが、できうる限り支援したいと思います。

「学校歯科保健に関する調査研究等を行い、学校保健の普及及び振興に努めることにより、次代の日本国民の健全な発育、発達に寄与することを目的とする」という日本学校歯科医会の定款に記載されている目的達成のための一助となるよう、微力ではありますが努めたいと思います。

まずは、学校歯科医会入会の必要性を歯科医師会会員に理解してもらい、入会率向上に寄与できるよう努めたいと思います。また、すでに学校歯科医会の会員であり学校歯科医として活動している先生方には、学校歯科医は健康診断だけが目的ではないことを十分に理解してもらい、学校歯科医本来の目的を見失わないように活動していただけるようにしたいと思います。

学校歯科医が幼児・児童・生徒のう蝕罹患率の抑制に一喜一憂していた時代はすでに終わり、少子化の時代に学校歯科医が取り組むべき課題について検討し、実践する時期ではないでしょうか。



名古屋市学校歯科医会 ^{いとう ゆういちろう} 伊藤 裕一郎 会長

本年3月に開催されました後期定時代議員会にて承認され、4月より名古屋市学校歯科医会の会長に就任いたしました。平成19年より常務理事を拝命し、専務理事、副会長と14年間本会の執行に携わってきましたが、会長に就任してから日々重責を実感しているところでもあります。また令和元年から（一社）愛知県歯科医師会の理事として学校歯科保健部を担当しておりましたが、本会の執行に専念するため6月に退任させていただきました。

大学卒業後は朝日大学の小児歯科講座にて歯科医師としての基礎を学び、生まれ育った名古屋にて開業して今年還暦を迎えますが、学校歯科医歴は15年ほどで20年以上の諸先輩方が多い中、緊張しながら愛知県歯科医師会理事の経験も活かして会務を執行しています。今年度も新型コロナウイルス感染拡大の影響でやむなく中止した事業もありますが、4月より母校の小児歯科教授に就任された齊藤一誠先生を講師に迎えオンデマンド配信の研修会も試みました。これからも本会の伝統を重んじつつ新しい会務運営も取り入れて会長として邁進していく所存であります。

最後に諸先輩の先生方のご指導ご鞭撻をお願いして就任の挨拶とさせていただきます。



一般社団法人 奈良県歯科医師会 ^{すえせ かずひこ} 末瀬 一彦 会長

（公社）日本学校歯科医会におかれましては学校歯科医制度設立90周年、法人化50周年を迎えられるとともに公益社団法人格を取得され、誠におめでとうございます。

奈良県歯科医師会では、学校歯科保健の向上を図るために県行政とともに「なら歯と口腔の健康づくりフェスティバル」を開催し、県民に口腔保健の重要性をアピールするとともに、県下の小中学校などへフッ化物洗口の啓発を行っています。また、マウスガードに対する理解を深めるためのリーフレットの作成や協力歯科医を紹介加盟団体に登録しています。さらに、県独自の認定学校歯科医制度によって、単位取得された会員には認定証を発行しています。母子・学校歯科保健部を中心とした施策を実践し、県内の12歳児のう蝕罹患率は減少し、「むし歯予防」に貢献しています。

昨今、「口腔と全身の健康」に関するエビデンスも報告され、健康寿命延伸に向けた取組においてライフステージに沿った歯科保健活動が展開されていますが、生きがいのある健康長寿を過ごすためには小児期における口腔機能の発達と咀嚼習慣への育成が重要で、これからは食べ方支援による食育についても推進していくべきだと思います。多職種連携によって歯科医療の底力を発揮するために（公社）日本学校歯科医会に協力させていただきたいと存じます。



一般社団法人 大阪府学校歯科医会 うえだ なおかつ **上田 直克** 会長

この度、大阪府学校歯科医会の会長に就任いたしました上田直克です。

子供たちが“生き抜く力”を獲得する学童期の学校歯科保健を担当するにあたり、“結ぶ”という言葉キーワードにして、会務に取り組んでまいりたいと考えています。

***乳幼児期と成人期、高齢期を結ぶ**

学齢期で習得した生活習慣が成人期、高齢期の健康につながるように、ライフコースアプローチという概念から学校保健活動に取り組んで参りたいと考えています。

***学校とかかりつけ歯科医、家庭・地域を結ぶ**

健康調査票の活用や健康診断結果の分析などで、学校歯科保健の分野においてもICT化を推進することにより、学校と家庭が連携するシステムの構築を図っていききたいと考えています。

***コロナ感染症以前とコロナ感染症拡大後の学校生活を結ぶ**

新型コロナウイルス感染症が長期化する中、食育や学校での歯みがきなどにおいて感染予防対策を講じた「新しい生活様式」の確立を目指していききたいと考えています。

***日本学校歯科医会と大阪府学校歯科医会を結ぶ**

これらの実行には会員の先生方をはじめ日本学校歯科医会のお力添えが不可欠であります。どうか、これからも一層のご支援、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。



公益社団法人 神戸市歯科医師会 ももせ ふかし **百瀬 深志** 会長

令和3年6月より公益社団法人神戸市歯科医師会会長に就任いたしました百瀬深志と申します。

現在、神戸市歯科医師会学校歯科関連事業における最大の懸案事項は、小学校フッ化物洗口、フッ化物塗布事業にかかる神戸市教育委員会との攻防にあります。ここ数年相手側の遅延行為もあり一進一退を繰り返しておりましたが、今年度ようやくモデル事業の実施にこぎつけました。このまま一気呵成にと考えておりました矢先に今回のコロナ禍。事態は再びこう着状態に陥っております。新型コロナウイルス感染症が蔓延した状況下においては、子供たちの安心・安全が最優先されるのは当然のことです。本感染症収束の兆しが見え次第再び攻勢に転じたいと考えておりますが、縮小した戦線を再び盛り返すには今まで以上の労力が要ると思われまます。本事業はなんとしても実現に漕ぎ着けるべく努力いたす所存です。今後とも先生方のご指導・ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



一般社団法人 岡山県歯科医師会 にしおか ひろき 西岡 宏樹 会長

平素より学校歯科保健活動の推進にあたり、ご指導とお力添えを賜り心から感謝申し上げます。

昨年から猛威を振るい我々の生活様式を大きく変貌させた新型コロナウイルス感染症ですが、コロナ禍は子供たちの学校生活、日常生活にも大きな変化をもたらしました。行動が制限され家庭で過ごす時間が増えたことによる体力低下、生活習慣の乱れ、それに伴う歯の増加、受診抑制による重症化も懸念されています。ただ、いかなる環境にあろうとも未来を担う子供たちの「生きる力を育む」ことが社会の果たすべき大きな責務です。

自分の身は自分で守る、それが他者を守ることに繋がり、ひいては社会を守る。そのような意識が求められる今のコロナ禍にあって、己を律することの大切さを教えることで子供たちの自立を促すことが教育の本質にも繋がると考えます。そう言った意味で子供たちに歯と口の健康は自分で守るという意識を根付かせることも我々に課せられた社会的使命と言えます。

活動の制限されるコロナ禍ではありますが、このような状況であるからこそ保護者、教職員、学校歯科医がこれまで以上に連携を密にし、子供たちの大切な歯を守るという意識を高めていく必要があると考えます。

学校歯科保健のさらなる充実を図るにあたり、今後ともご指導を賜りますよう切にお願い申し上げます。



一般社団法人 広島県歯科医師会 やまざき けんじ 山崎 健次 会長

今年6月より、広島県歯科医師会会長に就任いたしました山崎健次と申します。平成9年、当時の会長から声を掛けていただき、公衆衛生部常任委員を拝命しました。その後、学校歯科保健を主に公衆衛生畑で会務に携わってきました。平成17年に本会理事に就任し、同時に日学歯学術第二委員会に入れていただきました。また平成21年には当時の会長 山科透先生に推薦していただき、日学歯理事を拝命しました。その後も、議事運営特別委員会、生涯研修制度運営委員会の委員として、日学歯の活動に参加させていただきました。

広島県歯科医師会では、県内における歯科公衆衛生に関する事柄について総合的に連絡協議し、県民の健康の保持増進に寄与することを目的に、広島大学・行政・教育委員会とともに「広島県歯科衛生連絡協議会」を昭和45年から組織し、歯科衛生事業の推進や地域歯科医療・学校歯科保健の充実に取り組んでいます。長きにわたり日学歯に関わらせていただき、特に生涯研修制度運営委員会に参加させていただいた時の経験は、広島県の学校歯科保健の推進と体制整備を更に充実させることに大きく役立っているものと思っています。これからも、引き続きご指導のほどよろしくお願い申し上げます。


 一般社団法人 徳島県歯科医師会 ^{まつもと きみ} 松本 侯 会長

令和3年6月に徳島県歯科医師会会長に就任いたしました松本侯でございます。まずは未曾有の災禍の中、全国で学校歯科医として活動している歯科医師の皆様、地域医療を守らんと大変なご苦勞をされ診療されている皆様、先を見通しづらい状況ではありますが、先生方をはじめスタッフの皆様にご敬意を表するとともに、ご健康を心よりお祈り申し上げます。

近年の徳島県歯科医師会における学校歯科保健活動としては、平成26年度に学校歯科保健資料「いくつになっても想歯相愛」DVDを作成し、主に学校歯科医がGTとして授業を行う際の教材としています。また、学校における安全確保に関する事業として、マウスガードの普及、外傷予防の講演等を行い、高校野球の全国大会出場校の選手にモデル事業としてマウスガードの提供と研修、アンケート調査等を実施しております。フッ化物洗口の普及に関する事業としては、教員・保護者等関係者に対して体験研修を実施しており、県下でモデル校における実施が始まっております。県下の学校においては、令和元年に徳島県立徳島科学技術高等学校（全日制）が、第58回全日本学校歯科保健優良校表彰で日本学校歯科医会会長賞を受賞いたしており、学校における歯科保健普及啓発活動の成果がみられます。

今後も、学校歯科医と学校とのさらなる連携をめざして日本学校歯科医会加盟団体長として、県下の会員とともに学校歯科保健の発展に尽力し、日本学校歯科医会とともに邁進する所存でございますので、今後ともご支援ご協力をお願い申し上げ、加盟団体会長就任の挨拶とさせていただきます。


 一般社団法人 愛媛県歯科医師会 ^{はしもと なりひと} 橋本 成人 会長

このたび、愛媛県歯科医師会会長に就任いたしました、橋本成人でございます。

本会では従来より、図画・ポスター・啓発標語コンクール、全日本学校歯科保健優良校表彰など、貴会の実施事業には積極的に参加しておりますが、昨今では、特にマウスガード普及事業への取組を強化しております。

平成29年に愛媛県において第72回国民体育大会が開催されたことを機に、愛媛県歯科医師会が独自に認定する「えひめスポーツデンティスト（ESD）」を養成し、希望する選手へのマウスガードの作製、また、会期中には各種競技会場に歯科医師を派遣するなどの活動を行ないました。その後も引き続き、新たなESDの養成を継続しながら、愛媛県スポーツ協会や教育委員会と協力し、各競技団体において、ジュニア選手も含めた普及啓発活動、また、高校野球選手への普及を重点的に図っているところでございます。

現在コロナ禍において、学校での歯科保健活動が制限されることもございますが、しっかり感染予防対策を行い、学校、家庭や地域と学校歯科医が連携し、それぞれの環境に応じた工夫を行ない、生涯にわたって「歯と口の健康づくり」に取り組む児童生徒の育成に努めてまいります。



一般社団法人 福岡県学校歯科医会 ひらせ ひきよし 平瀬 久義 会長

この度、一般社団法人福岡県学校歯科医会会長に就任いたしました平瀬と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

当会は、学校歯科医会として単独の組織となっており、活動の目的、活動自体が学校歯科保健活動に直結しており、そのために活動の意義を理解し、その発展のために何をなすべきか、いま会員が何を求めているのかを常に考えていくことが重要だと認識し、活動しています。

コロナ禍で学校での保健活動がままならぬこの時期に会長になり、大変な時期に会長になったという思いと、この時期だからこそみんなと知恵を出しながら会務を進める必要性に責務を感じ、がんばっていかうという両方の思いが交錯しています。

当県では、学校保健活動に必須である学校保健委員会の開催率やその他、地域によればばらつきがあり、これをなんとか県下どこでも同じ状況にもっていきたいと思っています。

また、将来を担う子供たちの歯・口の健康づくりに携わる私たち学校歯科医の活動は、歯科界が社会的評価を受けるその一つにもなると考えます。

日本学校歯科医会の構成メンバーとして、日学歯が行う崇高な目的に向かって福岡県学校歯科医会も頑張っていきます。



一般社団法人 長崎県歯科医師会 しぶや まさひろ 渋谷 昌史 会長

この度、一般社団法人長崎県歯科医師会会長職を拝命いたしました渋谷昌史です。甚だ若輩者ですが、歴代執行部が築き上げた長崎県歯科医師会の伝統をしっかりと引き継ぎ、会務に邁進して参りたいと思います。

日学歯では、これまで学術委員会委員や、九州地区ブロック幹事としてお世話になっており、前期まで予算決算特別委員会委員を務めさせていただいておりました。執行部に旧知の先生方も多く、今後何かしらのお役に立てればと思っています。

長崎県においてはまだ児童、生徒のう蝕罹患率が全国平均より高く、学校歯科医としての活動をさらに効果的なものにしていかなければならないと思っておりますが、平成25年に県の事業として「フッ化物洗口推進事業」が立ち上がり、保育所、幼稚園、小学校、中学校までの100%実施を目指して取り組んでいるところです。小中学校ではほぼ達成できましたが、事業の効果検証、コロナ禍における実施の継続など、今後検討すべき課題がありますので、日学歯のご指導、ご協力もいただきながら取り組んでまいりたいと思っております。2年間どうぞよろしくお願いいたします。


 一般社団法人 大分県歯科医師会 わきた はるひこ **脇田 晴彦** 会長

本年6月26日より大分県歯科医師会会長を拝命いたしました脇田晴彦でございます。

さて、大分県歯科医師会では日本学校歯科医会の加盟団体として、大分県歯科医師会地域保健委員会学校歯科部門として活動を行っています。

大分県歯科医師会地域保健委員会の役割として、歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進し、県民の生涯にわたる健康の保持および増進並びに健康寿命の延伸に寄与することと考えます。

その中で学校における健康教育の位置付けは非常に重要なものと認識しており、それに関わる学校歯科医ならびにかかりつけ歯科医の責務が「大分県歯と口腔の健康づくり推進条例」によりますます求められています。

大分県歯科医師会地域保健委員会では学校歯科保健推進事業をスムーズかつ充実した形で遂行し、全国学校歯科保健研究大会や九州学校保健学会等に参加し研鑽を積み、また九州地区学校歯科医会役員連絡協議会、学校歯科医専門研修等に参加し、子供たちの未来を支える学校歯科医の資質向上のため、より新しく確かな情報を大分県の学校歯科医に届けるべく努めていきたいと考えます。

近い将来、国民の主役となる世代の健康増進の一助となるよう邁進していく所存でございますので、お力添えを賜りますようお願い申し上げます。


 一般社団法人 沖縄県歯科医師会 こめす あつこ **米須 敦子** 会長

コロナウイルス感染症の感染状況が変化する中、「感染症に強い診療科」として日々診療にご尽力いただき、会員の先生方には心から感謝申し上げます。

学校歯科健康診断を始め学校歯科保健活動は、「安全」かつ「安心」を第一に実施されています。

「生き抜く力」を育む歯・口の健康づくりの展開は、児童生徒が自らの健康を考え学ぶ大切な取組です。昨年の社会の激変から、どのように対応してよいのか戸惑いも多いと思いますが、多様性を考慮し叡智を集結し行う「学校歯科保健活動」は、医療の現場から、そして教育の立場から発信できるチャンスだと思います。

「歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール」も例年約1,200～1,400作品の応募がありますが、今年度は約750作品の応募となりました。しかし、子供たちの明るく楽しい作品が多く、継続した健康教育の重要性を改めて感じています。

今後とも「人間の生涯の大切な時期に直接かかわられる学校歯科医」として、誇りをもって活躍されますことを祈念して挨拶とさせていただきます。

『第78回全国小学生歯みがき大会』を開催

公益財団法人ライオン歯科衛生研究所 普及啓発事業部 部長 池永 和広

1. はじめに

全国小学生歯みがき大会は、小学生の歯と口に対する健康意識を育むことを目的として「歯と口の健康週間（6月4日～10日）」にあわせて、毎年開催しております。

今大会はコロナウィルスの影響を踏まえて、期間内での実施が困難な場合を考慮し、2022年3月31日までご参加いただけるなど、新しい生活様式にも対応した大会運営を行いました。また、ご家庭での歯や口の健康づくりにお役立ていただけますよう、家庭との連携も取り組んでおります。

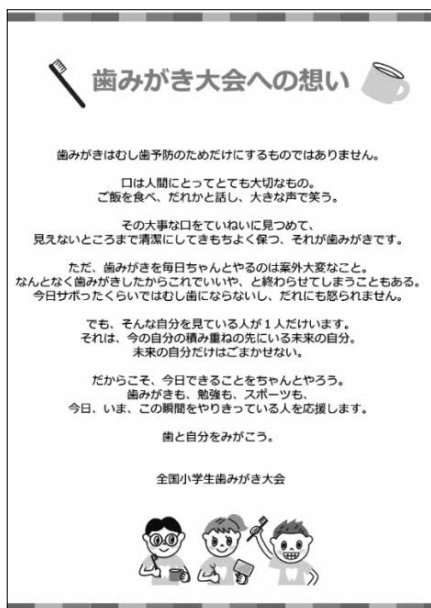
新型コロナウイルスの影響で、社会環境が大きく変化しつつありますが、生涯にわたる健康づくりとして小学生のころからオーラルケア習慣を身につけることは重要と考えます。歯みがき大会を通して、小学生の歯と口の健康づくりを支援してまいります。

第78回大会は、下記の大会ステートメントである「歯と自分をみがこう。」を掲げ、明海大学学長 安井利一先生監修の下、高学年の健康課題である「歯肉」を題材といたしました。本編は、主に歯肉炎の原因や予防方法、生えかわり期に合わせた歯みがきやデンタルフロスの使用方法で構成いたしました。歯肉炎の原因を理解して対処し、改善するという一連の行動を学ぶことは、児童の思考力・判断力・表現力等の形成に効果的と考えております。また、歯みがきやより良い生活習慣を毎日コツコツ続けるという行動は、将来の夢の実現にも繋がることを児童に伝え、継続する力を支援しております。

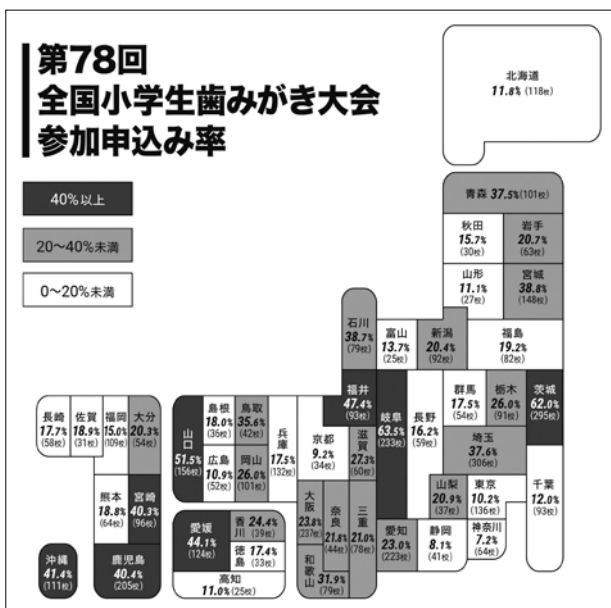
今後とも各関連団体のご協力のもと、日本全国から広く参加いただけますよう、より一層取り組んでまいりたいと存じます。本稿では、第78回全国小学生歯みがき大会の概要と参加小学校の先生の取組、感想などをご紹介します。

◆第78回全国小学生歯みがき大会概要◆

大会期間	2021年6月1日（火）～10日（木） ※2021年度末まで実施可能
参加校数	4,498校 約250,000人
参加対象	小学校5年生（4年生，6年生でも参加可能 ※いずれか1学年の参加）
大会参加方法	DVD教材（約40分間）視聴による参加
主催	（公社）日本学校歯科医会 （一財）東京都学校保健会 ライオン株式会社 （公財）ライオン歯科衛生研究所
後援	文部科学省 東京都教育委員会 （公財）日本学校保健会 （公社）日本歯科医師会 （公社）東京都歯科医師会 （公社）東京都学校歯科医会 （公社）日本歯科衛生士会



全国小学生歯みがき大会ステートメント



都道府県別 参加申し込み率

2. 第78回全国小学生歯みがき大会 本編内容

主 題：「プラークコントロールを身につけ、歯と歯ぐき・毎日の健康を保とう！」

内 容：学習指導要領に示されている学習の三要素「知識・技能」「思考力、判断力、表現力」「学びに向かう力、人間性」に沿った内容にて構成。

歯みがき・デンタルフロスの実習部分は、各校の状況に合わせて、学校もしくは家庭にて実施。

	本編内容	観点項目
導 入	<ul style="list-style-type: none"> ● 歯ぐきの大切さについて考える 	思考力・判断力
展 開	<ul style="list-style-type: none"> ● 歯肉炎について理解し、自分自身の歯ぐきが歯肉炎かどうか見分ける ● 歯肉炎の原因である歯垢（プラーク）について理解する ● 自分自身で健康な歯ぐきに戻せることを理解する ● 歯ブラシだけではみがけない場所はないか考える ● 鏡をみながら歯みがきをする ● デンタルフロスの使い方を理解し、使用する ● 定期的なプロケアの必要性を理解する 	知識・思考力・判断力 知識・理解 知識・理解 思考力・判断力 知識・技能 知識・技能 知識・理解・思考力・判断力
ま と め	<ul style="list-style-type: none"> ● 振り返り学習 ● これからの目標を決める クラスのみんなと目標を見せ合う	知識・理解 学びに向かう力・人間性

3. 提供教材

児童用、指導者用に下記の教材を提供しております。

児童用	指導者用
 <p>大会ドリル</p>	 <p>大会本編DVD</p>
 <p>未来宣言カード</p>	 <p>学習指導案</p>
 <p>歯ブラシ</p>	 <p>大会サポートBOOK</p>
 <p>デンタルフロス (3本セット)</p>	 <p>保護者向けお便り</p>

※提供教材は第78回大会のものです。

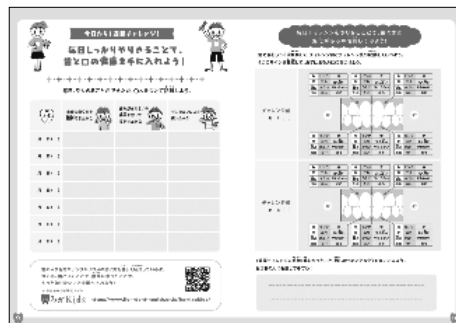
4. 家庭との連携

ご家庭でも大会内容の復習やご家族と一緒に取り組めるよう、大会HPや大会ドリルにて家庭連携の取組を行いました。

取組	掲載場所	内容
実習パート動画の掲載	大会HP	ご家庭にてオーラルケア方法の復習ができるよう、本編の「歯みがき・デンタルフロス実習パート」の動画を大会HPに掲載
1週間チャレンジのページの設置	大会ドリル	歯ぐきの観察、歯みがき方法、デンタルフロスの使用について1週間継続できたかを記録するページを設置
クロスワードの掲載	大会ドリル	大会で学んだ内容が復習できるクロスワードを掲載
保護者向けお便りの提供	大会HP	歯みがきの基本編、歯肉炎編、かむこと編、エチケット歯みがき編の4つのお便りを大会HPにてご提供
デンタルフロスの複数本配布	大会ドリル	ご家族と一緒にご使用いただけるよう、デンタルフロスを3本、使用方法を記載した小冊子を配布



実習パート動画



1週間チャレンジページ



クロスワード



保護者向けお便り



デンタルフロスの複数本配布

5. 新しい生活様式への対応

新しい生活様式に対応し、安心して歯みがき大会を実施いただけますよう、感染予防に配慮した実習方法のご提案や情報発信を行いました。

取組	内容
実習方法の提案	学校で実習をする際の感染予防に配慮した実施方法や、口の中に歯ブラシやデンタルフロスを入れずに実施する方法などをご提案
指導者向け解説動画	新しい生活様式における歯みがき大会の実施や学校歯科保健について監修者である安井利一先生（明海大学学長）より解説
エチケット歯みがき動画	（公社）日本学校歯科医会に監修いただき、新しい生活様式における歯みがきの注意点を動画にて発信 ポイントをドリルに掲載



実習方法の提案



指導者向け解説動画



エチケット歯みがき動画

6. 参加の取組・感想

滋賀県近江八幡市立桐原東小学校 養護教諭 上田 洋子 先生

DVDでの参加は、「希望する時間に実施できる」ことと、いったん止めて作業や説明の時間を取る事ができて「子供たちのペースで進められる」という利点があります。いつもクイズは盛り上がり、歯みがきやデンタルフロスの実習は真剣に取り組む様子が見られます。

昨年は、コロナ禍で実習はできませんでしたが、本年度はデンタルフロスの使い方のみ実習しました。初めて使った子はもちろんのこと、普段から使っている子も「こんなに汚れがとれるんだ」と驚く様子が見られました。本校では、毎年2年生は「前歯のみがき方」、3年生は「むし歯の予防と奥歯のみがき方」について指導を行っています。そして4年生が全国小学生歯みがき大会に参加して「歯ぐきの健康」について学びます。今後も本校の歯科指導の一環として、歯みがき大会に参加していきたいと考えています。



山梨県昭和町立常永小学校 養護教諭 名取 女久美 先生

本校では、う歯のある児童やGOの児童が、永久歯に生え変わる中学年の時期から増える傾向にありました。そこで、学校歯科医の先生の指導のもと、4年生が「全国小学生歯みがき大会」に参加して5年目になります。

歯みがき大会では、DVDを視聴しながら実際に歯ブラシやデンタルフロスを使い、みがき方を再学習しています。歯肉炎は、自分で改善できることを知り、高学年のGOは減少傾向にあります。中には、大会ドリルや視聴した内容を家族に伝えたいという児童もいます。

毎年、歯みがき大会に関連した家庭向けの指導資料やコンテンツの内容が充実しており、楽しみにしています。また、5年生では、県歯科医師会から歯科衛生士を講師に迎え、歯みがき大会で学習したことを振り返っています。一方、再度歯みがき指導も実施しています。

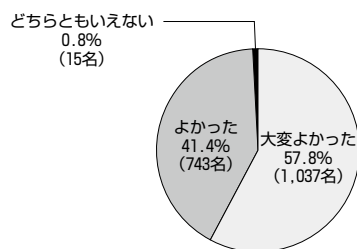
今後も歯科校医や家庭・関係機関と連携し、学校の新しい生活様式に沿った給食後の歯みがき指導を継続しつつ、歯・口の健康の保持増進に向けて取組をしていきたいと思ひます。



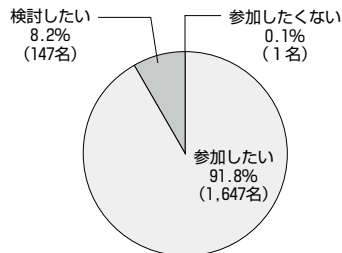
7. 参加校アンケート

①指導者向けアンケート (n=1,795)

Q. 総合評価

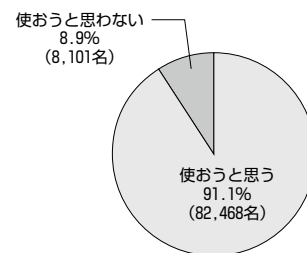


Q. 次年度の参加意向



②児童向けアンケート (n=90,569)

Q. 大会で学んだデンタルフロスの使用意向



8. 第79回大会に向けて

次年度の第79回大会におきましても、学校歯科医の先生方や関連各所との連携をさらに深め、新しい生活様式における歯みがき大会の運営を行い、小学生の歯と口の健康づくりを支援してまいります。ご家庭との連携や、学校現場での継続した指導につながりますよう、事前・事後のフォローをより一層強化してまいります。

第79回大会は下記の要領で開催を予定しております。みなさまの参加お申し込みをお待ちしております。

■第79回全国小学生歯みがき大会開催のご案内 (予定)

- 大会期間：2022年6月1日(水)～10日(金) ※期間内にて実施日時を自由に設定できます
- 参加方式：DVD教材視聴による参加
- 参加対象：小学校5年生(4年生、6年生でもご参加いただけます)
- 募集校数：5,000校 29万人(先着順、参加費無料) ※使用する教材(ドリル・歯ブラシなど)を無償で提供いたします
- 募集開始：2022年1月5日(水)～2022年2月28日(月)まで

下記サイトにて参加申込みをお受けいたします

ライオン歯科衛生研究所

検索

<https://www.lion-dent-health.or.jp/ldhevent/>



担当役員からのご挨拶

令和3・4年度 生きる力を育む歯・口の健康づくり推進委員会担当 常務理事 今井 健二

全国の教育委員会並びに日本学校歯科医会加盟団体より推薦された39の学校及び地域が、4月より令和3・4年度「生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」に取り組んでおられます。昨年の1月に確認された新型コロナウイルスは瞬く間に世界中をパンデミック下に変えてしまい、日本においてもワクチン接種は開始されましたが、未だ終息の糸口が見えていない状況です。当然のことではありますが児童生徒の学びと成長の場である学校への影響は計り知れない状況であると推察されます。このような大変な時期にも関わらず本事業の主旨を理解し参加していただいた学校及び地域の皆様に心から感謝申し上げます。

この事業は歯・口を題材とした学校歯科保健教育の取組として昭和53年に文部省（現文部科学省）により開始され、平成19年度に日本学校歯科医会に委託され引き継ぎました。

今期は本会として8期目となりましたが、現在までに300を超える全国の学校及び地域に参加していただき、その中から現在の学校歯科保健活動のスタンダードとなった多くの歯・口を題材とした取組が生み出され、学校現場から高く評価を頂いています。

本事業のねらいは児童生徒が歯・口の健康づくりを通して健康の大切さに気づき、自律的な健康づくりの能力を培い、生涯にわたる健康づくりのための望ましい生活習慣の形成によって生きる力を育むことにあります。

推進学校並びに推進地域の皆様には、コロナ禍において「新しい生活様式」を模索しながらの難しい取組に直面されることが推察されますが、学校、地域、家庭そして学校歯科医等の医療関係者との連携により、児童生徒の生きる力を育むための充実した取組が実践されることを期待しております。加えて、加盟団体並びに学校歯科医の先生方のご理解とご協力をお願いしたいと存じます。何とぞよろしくお願いいたします。



令和3年度生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業連絡協議会（令和3年5月12日）〈次頁から〉

令和3年度 生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業連絡協議会 開催報告

担当常務理事 今井 健二

令和3年5月12日（水）午後12時30分よりTKP市ヶ谷カンファレンスセンターにおいて「令和3年度生きる力を育む歯・口の健康づくり連絡協議会」を開催した。

本協議会は、事業参加者が本事業の趣旨について理解を深め、今後2年間の取組に役立てていただくことを目的に開催しており、当日は全国から39の学校並びに地域の学校関係者、教育委員会、学校歯科医、日学歯加盟団体の会員など128名の参加があった。

なお、本年度の協議会は新型コロナウイルスの感染下にあることに鑑み、オンライン形式での開催となった。

福森哲也・担当理事（前執行部）の司会のもと開会され、川本強会長より挨拶があり、「本事業は文部科学省から平成19年度に引き継いで取り組んできた歴史のある事業であり、学校現場への学校歯科保健活動の普及啓発に多大な成果を上げてきました。日本学校歯科医会において最も重要な事業の一つであり、今年度から文部科学省の後援事業となっています。この2年間の指定学校の取組が子供たちの生きる力の育成に成果を上げられることを期待しております。」と述べた。

続いて、担当常務理事である筆者から事業趣旨説明を行い、講義と実践発表に移った。

講義 1 「むし歯・歯周病の予防と食育」

普及委員会委員長 川戸貴行（日本大学歯学部 衛生学講座 教授）

講義 2 「歯・口から伝える学校安全」

普及委員会アドバイザー 福田雅臣（日本歯科大学生命歯学部 衛生学講座 教授）

実践発表1 東京都世田谷区立太子堂小学校 主任養護教諭 植田順子先生

実践発表2 神奈川県立茅ヶ崎養護学校 支援連携グループリーダー 吉川恵里先生



全国学校保健主事会
東 邦裕 会長



東京都世田谷区立太子堂小学校
主任養護教諭
植田順子 先生



神奈川県立茅ヶ崎養護学校
支援連携グループリーダー
吉川恵里 先生



福森哲也 理事
(前執行部)



今井健二 常務理事



苅部 充・普及委員会副委員長

講義、実践発表に共通して、学校保健、学校安全、食教育の実践的取組を考えると、子供たちの成長段階における理解力や行動力の発達度合いに合わせて、テーマを工夫しながら取り組むことが生きる力の習得に効果的であることが示唆されていた。さらに、コロナ禍である故の生活様式の変化の中、さらなる歯・口の健康づくりの取組の工夫と充実の重要性を強調されていた。

発表の後、苅部充・普及委員会副委員長の進行で、2名の講師と2校の実践発表者がWEB

参加者を交え、質疑に答える形式で座談会が行われた。実践発表者からはコロナ禍の大変な時期にご苦労されてきた具体的な取組も紹介され、また講師からの的確な助言も頂き、参加された関係者には大いに参考になったのではないだろうか。

続いて、筆者より事務連絡事項を説明し、最後に長沼善美専務理事の閉会の挨拶の後、午後4時過ぎに協議会は終了となった。今期はコロナ禍での多くの課題を抱えてのスタートとなるが、困難な時期を乗り越えた新たな学校歯科保健活動のレベルアップした取組が実践されることに期待したい。

講義 1 • むし歯・歯周病の予防と食育

〈普及委員会委員長〉

日本大学歯学部 衛生学講座 教授 川戸 貴行

他律的から自律的な健康づくりへの転換期にある児童・生徒にとって健康を自覚することは、生涯にわたって健康を維持増進するための最初のステップであり、むし歯と歯肉炎は健康と病気の連続性や因果関係を認識するのに適した教材とされる。治療を要する前の段階で、歯面の白濁や着色、歯肉の赤みや浮腫（むくみ）といった病気の兆候を視覚的に捉えることが可能であり、原因である歯垢の付着も身近に観察することができる。さらに原因をコントロールすることで、症状の進行停止や改善も体験できる。

本人が自覚する主観的な健康状態と健康診断の結果で示される客観的な健康状態を照らし合わせることや、唾液の働きやフッ化物の

作用、口腔内の細菌、甘味食品についての情報を得ながら、むし歯と歯肉炎と関連づけて思考することは、物事を客観的に捉える学びにも通じる。さらに、身近な健康課題として組織的な取組への発展、すなわち、保健教育



—保健管理—組織活動の有機的なつながりを持ちやすい点も、歯と口の健康を題材とするメリットと考えられる。一方、むし歯と歯肉炎は日々の習慣に起因し、生活習慣病としての特徴を有する。生活習慣病の予防では、健康にとって好ましい習慣の定着が鍵となり、これには上から下に流れる管理的・指導的な取組に加えて、水平的な広がりを持つ支援的な働きかけが必要とされる。

歯みがきの指導一つを取り上げても、乳歯から永久歯への生え変わりなどの口腔内の状況の変化や手の動きの巧緻性など、検討すべき点が多い。さらに自らの気づきや仲間との相乗効果といった支援的な要素を加味するとなれば、学校保健関係者には相応のエフォートが求められる。また、健康格差の観点を踏まえると、個々の因子に左右されやすい指導・支援に加えてフッ化物洗口などの管理的な手法も選択肢に含まれてくる。食育という課題では、噛むことの大切さを出発点として、栄養と身体活動に関する基礎知識、さらには食材や産地といった社会的な視点での学びや、毎日の生活を支える者への感謝の念といった道徳的な展開も期待される。

中学校・高等学校では、生徒個人の健康問題としてむし歯、歯肉炎の予防に努める必要性はそれまでと変わらないものの、身体機能や思考が成人に近いレベルまでに達することを踏まえると、取組の切り口は当然、異なっ

たものとなる。この時期はホルモンバランスの変化から歯肉炎の好発年齢にあるが、単にこれを予防するに留まらず、歯の喪失原因となる歯周炎が急増する成人期までを見据えることで、課題の広がりが期待される。歯の喪失は咀嚼機能の低下を招き、毎日の食事内容にも影響し、肥満、糖尿病、動脈硬化性疾患のリスクを高める。これらの疾患・異常は、日常動作に影響する後遺症を残しやすく、健康寿命と平均寿命の差を生む。介護を要する期間とも解釈されるこの差は、一個人の生活の質を考える上で重要であるだけでなく、超高齢社会にある我が国では、保健・医療・介護・福祉の在り方にも影響する。歯と口の健康を通じて、疾病構造や健康施策などに興味が広がるとすれば、物事を多面的に捉える学びが期待される。

令和1・2年度の「生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」は、実施期間中に新型コロナウイルス感染症の流行に見舞われ、事業実施校の児童・生徒を対象としたアンケート調査結果は、歯みがきの取組などが制限されたことがうかがえるものであった。自律的な健康づくりの重要性は、新型コロナウイルス感染症禍が続く今、さらに重要性を増している。健康増進に必要な知識・能力を子供たちが獲得する上で、学校歯科保健が果たす役割は変わらず大きいと考えられる。

講義 2 • 歯・口から伝える学校安全

〈普及委員会アドバイザー〉

日本歯科大学生命歯学部 衛生学講座 教授 福田 雅臣

学校保健安全法では、「学校における児童生徒等及び職員の健康の保持増進を図るため、学校における保健管理に関し必要な事項を定めるとともに、学校における教育活動が

安全な環境において実施され、児童生徒等の安全の確保が図られるよう、学校における安全管理に関し必要な事項を定め…」と謳われており、学校安全は、学校保健とともに、児



童生徒等の健康の保持増進のために欠くことのできない、両輪であるといえる。また、学校保健安全法施行規則第24条の学校歯科医の執務執行の準則では、筆頭に「学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること」が示され、学校安全にかかわる重要な責務を学校歯科医が担っていることが示されている。さらに、「生きる力」を育む学校での歯・口の健康づくり（公益財団法人日本学校保健会）の中で心身の発達段階等からみた子供の歯・口の健康づくりの課題では、幼児「歯・口の外傷を予防する」、小学校低学年・中学年「休憩時間等での衝突・転倒等による歯・口の外傷予防」、小学校高学年「スポーツや運動等での歯・口の外傷予防の大切さや方法の理解」、中学校「運動やスポーツでの外傷の予防の意義・方法の理解と実践」、高等学校「運動やスポーツでの歯・口の外傷の予防の意義や方法の理解と実践」、特別な支援を必要とする子供「歯・口の外傷の予防の支援と理解」が記されており、各発達段階での外傷予防等の安全教育・安全管理が重要な課題であることが理解できる。

従来から、疾病予防に関する保健活動は、

疾病の自然史に基づく前病因期→病因の暴露→潜伏期→発症→治療という連続的な変化のいずれかの段階で対策をとることができることを前提に保健教育・保健管理が進められてきたといえる。しかしながら外傷予防では、外傷の自然史というような連続的な捉え方の中で予防対策を進めていくことが難しい。外傷の場合、病因の曝露に相当するのが転落、衝突、転倒などの物理的要因や、薬品などの化学的要因であり、これらの要因に曝露されると同時に、さまざまな傷害が発生することになる。それ故、疾病とは異なり、健康と傷害という対立的概念を持つことも必要となる。

また、外傷の発生する原因は多要因であり、発生場所も多様である。すなわち、外傷の発生原因には共通性があるが、その結果生じた外傷発生部位は異なるということにもなる。このことから、歯・口に特化した外傷予防のための安全教育・安全管理ではなく、歯科の視点から、歯・口の安全・外傷予防を通して、さまざまな部位・症状の外傷を予防するための安全教育・安全管理の実践も考慮していくことが必要となる。

歯・口の健康・安全を保持することは生涯のQOLに直結すると捉えられており、歯・口の外傷予防のための安全教育は、子供が自他の身体・生命を尊重する態度や、自身の危険回避能力の育成につながると考えられる。同時に、児童生徒等自身への「傷害の原因を作らない」、「傷害を被る行動を作らない」など、外傷の原因となる行動を回避する自覚を持たせるための安全教育が重要になってくる。

実践発表 1 • コロナ禍での健康教育

世田谷区立太子堂小学校 保健主任・主任養護教諭 植田 順子



本校の教育目標「たくましい子」を育てるために、歯・口の健康づくりを通して2年間の研究に取り組みました。ところが、2年目は、新型コロナウイルス感染症流行のために3か月間休校となり、分散登校を経て、ようやく学校生活が始まりました。しかしながら、感染症予防のために、マスクの着用、毎朝の体温測定や三密の回避、給食はついたてを立てての黙食など、さまざまな対策を講じることとなりました。

また、残念ながら、保護者や地域の方に「歯と口の公開授業」は公開できず、「講演会」は中止になりました。

そのような中でも、学校歯科医、養護教諭、栄養士と共に各学年で発達段階に合った授業に取り組み、授業の内容や児童の感想を家庭に配付しました。また、運動不足解消のために校内散歩を計画したり、廊下を走る子供を減らす工夫をしたりと組織を通しての取組もできました。

子供たちは、この健康教育を通して、歯・口の健康のためにも、感染症を予防するためにも、毎日の生活習慣が大切なことを学びました。「歯・口の健康づくり」を通しての健康教育、ならびに、実践発表の機会をいただき本当にありがとうございました。



実践発表 2 • 実践発表を終えて

神奈川県立茅ヶ崎養護学校 支援連携グループ 吉川 恵里

「生きる力をはぐくむ摂食と口腔ケア」～健康な歯・口でおいしく楽しく安全に～をテーマに、2年間の取組を発表させていただきました。本校は知的障害教育部門と肢体不自由教育部門が設置された特別支援学校で、児童生徒の実態は幅広く課題もさまざまです。

この事業を通して得た成果は、二つあると感じています。一つ目は歯科医師の先生方をはじめさまざまな専門職と連携し、摂食や口腔ケアに関する知識を教職員が学べたことです。そして得た知識を活かし、それぞれの研究グループでアセスメントシートを作成することができたことが二つ目の成果となります。

今年度は校内に言語聴覚士が配属され、理学療法士と共に校内を巡回しています。2年間の事業を終えたことで、給食や授業中に、教職員が疑問に思ったことや改善方法について、専門職に声をかけ相談する体制は定着してきています。また児童生徒の実態把握のための手段として、アセスメントシートを活用している学部もあり、それを学校全体に広めていくことが今後の課題となります。



今回このような実践並びに発表の機会をいただき、多くの方々にご指導・ご協力いただきましたことを、心より感謝申し上げます。

「生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」リーフレットのご紹介



本事業の内容をまとめたリーフレットを作成しました。
過去に取り組みました推進学校の写真や資料とともに実施要項、実践例を記載しています。
日学歯ホームページに掲載していますので、事業の紹介や普及啓発に利用していただければ幸いです

「生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」

実施要項

事業のテーマと内容

事業テーマ「楽しい生活習慣の形成を目指す歯・口の健康づくり」は、歯・口の健康づくりの重要性を認識し、学校の実践や子供の発達段階等に即して、2年間にわたり、次の3つの具体的な内容について取り組む。
①生きる力を育むことにつながる。
②歯・口の健康づくりの推進に資する。
③歯・口の健康づくりの推進に資する。

事業の進め方

(1) 子供の歯・口の健康づくり及び歯・口の健康づくりに関する実態を把握して課題を整理する。
(2) 事業テーマに関する計画を作成し、学校、家庭及び地域の関係機関等との連携を図りながら実施する。
(3) 実施後の結果を評価し、評価する。もし、課題があれば、それを示す。

事業実施期間

事業実施期間4月1日より翌々年3月31日までとする。

推進学校及び推進地域の選定

都道府県・及び指定都市教育委員会と日本学校歯科医会加盟団体の協議により推薦された学校及び地域より日本学校歯科医会が選定する。

その他

- 本事業実施に必要となる推進学校は、2年間の実施期間のうち、少なくとも1回は、当該事業に関する研究発表等を実施し、当該推進学校や地域へ「生きる力」を育む歯・口の健康づくりの推進活動に関する成果を報告する。
- 日本学校歯科医会が、事業テーマの推進に資する子供の歯・口の健康に関する実態や課題の把握を目的とした実態調査を、推進学校もしくは推進地域の学校に対して実施する(事業期間中2回)実施するので、この調査に協力すること。なお、日本学校歯科医会が、当該調査の結果を調査結果、推進学校もしくは推進地域の学校に報告することも、本会の会誌、広報紙、ホームページにも掲載する。
- 日本学校歯科医会が、事業実施中に選定された推進学校もしくは推進地域の取り組みを紹介する(推進学校)並びに実施終了後に紹介する2年間の取り組みをまとめた「事業報告書」も、本会の会誌、広報紙、ホームページにも掲載する。
- 日本学校歯科医会が、本事業の推進に資する推進学校を、当該事業実施中に選定する。選定された推進学校は、選定された推進学校に選定協議会を開催する。選定協議会には推進学校もしくは推進地域の学校関係者、学校医等が参加し、選定協議会の開催も出席する。

健康は生涯にわたる。健康な生活は自分自身と密接に関わり、子供にとって分りやすく、学習しやすいものです。一方、歯や口の健康は自分自身で管理し、維持することの出来る優れた学習機会です。子供が健康に学習できるように、口から健康の大切さを学び、歯や口の健康づくりの推進を主体的に実施し、自らの健康づくりが出来るよう取り組みが本事業を通じて全国の学校・地域で展開して頂く事を望んでいます。

公益社団法人日本学校歯科医会
〒100-0073 東京都千代田区丸の内1-20-2 連絡先 03-3233-9330 FAX: 03-3233-9634

協賛団体
日本学校歯科医会
日本学校歯科医会
ホームページ

文部科学省後援

生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業 (令和3-4年度)

子供の歯・口から生活が見える!

子供の歯や口を観察するとし歯以外にも歯垢など口腔菌叢の増殖や歯肉炎の増加、歯・口のけがの発生などの新たな課題がみつかり、さらにいじめや虐待など子供の生活を取り巻く課題なども見えてくる場合があります。歯生活や生活習慣の適切な形成は病気の予防にとどまらない生涯にわたる健康の基礎を培うものです。

この事業は子供の生活習慣を改善し、「生きる力」を育む事を目的としています。

公益社団法人日本学校歯科医会

「生きる力を育む歯・口の健康づくり推進事業」は、昭和53年から文部省(現文部科学省)で実施してきた「歯予防推進指定校」などの取り組みを発展させたもので、全国の幼稚園・小学校・中学校・高等学校・特別支援学校およびそれらを含む地域を対象に、平成19年度から日本学校歯科医会が実施している総合事業です。都道府県・政令指定都市教育委員会より推薦された学校ならびに地域へ2年間の調査研究を実施し、望ましい生活習慣の形成を目指して子供の歯や口の健康状態の改善を図るために、それぞれの学校・地域において実態調査を含むさまざまな取り組みを行っています。 学校における歯・口の健康づくりは、子供が自分の歯や口の健康状態に関心を持ち、健康上の問題について自ら考え、歯みがきや食生活などの生活習慣を主体的に改善できる資質や能力など「生きる力」を身に付け、生涯を通じて健康で活力のある生活を送る基礎を培うことをねらいとしています。 **準備** Preparation (実態等の把握、課題の抽出) - 歯みがき、おやつや間食、生活リズムなど基本的な生活習慣の実態調査 - 歯・口の健康状態(健康診断結果)とこれまでの取組の経過や課題 - 学校や地域の歯・口の健康に関する関心や課題等の実態把握・課題の整理・優先化 **計画** Plan (目標や重点の設定、計画の作成) - 重点の設定、学校保健・学校安全計画、歯・口の健康推進計画等の作成 - それらを受けた「生きる力」研究計画の作成 **実施** Do (役割分担、組織体制の整備) - 推進学校の役割分担の明確化 - 研究や取組のための組織的な体制の整備 - 具体的な取組の実施 **評価** Check (継続的な評価と情報の共有) - 推進学校の評価、● 推進学校の評価や評価 - 推進学校の評価、● 推進学校の評価や評価 - 推進学校の評価、● 推進学校の評価や評価 **修正** Action (フィードバック、修正) - 評価の結果を元に、学校保健・学校安全計画や推進計画の修正・改善 学校保健委員会(活動) 文部科学省(一部後援)

この事業を通して学校、家庭、地域として学校歯科医が連携した様々な取り組みにより、成果があげられています。

児童会・生徒会の歯科保健活動

フッ化物洗口

学校歯科医・歯科衛生士との連携

家庭との連携

全国小学生歯みがき大会への参加

食育指導

地域学校保健委員会の実施

日本学校歯科医会にいただいた ご質問・ご要望への回答

(令和3年9月)

日頃、会員の先生方から学校歯科保健活動についてのお問合せを頂戴しております。その中でもぜひとも共有事項としてお示したほうがよいと思われるご質問とその回答について、この度、掲載をさせていただきたいと存じます。

1. 私立学校の学校歯科医に対して今後、日学歯として関与していく考えはありますか

従来から私立学校について管轄の違いからあまり日学歯は関与してこなかったと思いますが、学校の校医として日学歯会員と同様に児童・生徒に対して関与しているわけですから児童・生徒・保護者のことを考えると、公立学校の学校歯科医のように適切に情報や指導および研鑽の場を与えられて学校歯科医として適切に対応できるようになることが当然、望ましいと思うからです。

【日本学校歯科医会からの回答】

私立学校についての日学歯の方針についてご質問いただきありがとうございます。

学校歯科保健活動において、児童・生徒が学習によって健康の大切さに気付き、自律的な健康づくりの能力を身に付け、健全な生活を実現するための「生きる力」を育むことが重要であり、全ての児童・生徒は平等に学校歯科保健の取組を享受できる権利を有していると考えています。そして、公立並びに私立を問わず学校、児童・生徒そして家庭に対し学校歯科保健の取組の普及啓発が重要であり、そのための学校歯科医の研鑽は不可欠です。

しかし、ご存知のとおり教育委員会の管轄下にある公立学校に比べると、都道府県によって異なる管轄下にある私立学校においては独自の方針での健康教育、保健管理、組織活動が展開されている場合が多いと推察されます。

従前より日学歯ではこの現状を憂慮し、さまざまな形式で普及啓発を試みてきました。

前年度の執行部でも全国の私立小学校・中学校にアンケートを行っていますが、学校歯科医の日学歯入会率は未だ十分と言えない状況が報告されています。

制度上のハードルは高いと考えますが、私立学校との新たな関係性の構築を考えながら日学歯として継続的に私立学校対策に取り組んでいきたいと考えます。

加盟団体の皆様からのご理解とご協力を頂ければ幸いです。

2. 学校歯科医生涯研修制度「専門研修」のオンライン開催について

基礎研修・更新研修についてはオンラインでの研修が可能となりましたが、専門研修に関しても同様にオンラインでの研修を検討してみたいはいかがでしょうか？

【日本学校歯科医会からの回答】

ご要望ありがとうございます。

オンラインでの研修は大変有用な手段であり、また先生方から多数のご要望を受け、基礎研修・更新研修を先行してオンラインでの研修を実施した経緯がございます。

専門研修に関しましては、その特性から基本的には現行どおりの形式を今年度は予定しております。しかしながら、コロナ禍等の諸般の事情を考慮いたしますと、今後は専門研修においてもオンラインでの研修も検討したいと考えております。

3. 学校歯科保健研究助成について

今回新設された学校歯科保健研究助成は対象が教職員・歯科衛生士とあるが、会員も対象に広げてよいのか？

【日本学校歯科医会からの回答】

本助成の目的は、「子供たちの口腔の健康維持増進のためには、普及指導や啓発活動の推進を通じた学校歯科保健活動の充実等が不可欠であり、教職員、歯科衛生士の資質向上が喫緊の課題であることに鑑みて実施されるものである。」とあります。

学校歯科保健を展開するにあたって、養護教諭や保健主事の理解がなくてはできません。また歯科衛生士の協力も不可欠になると考えます。学校歯科健康診断の在り方や事後措置や健康相談等を進めるための必要事項を確認し、学校での問題点などを研修会形式や座談会形式で開催していただき、我々学校歯科医の立場や考えを教育現場の教職員に理解していただければと考えます。

研修会形式の対象は基本的には教職員や歯科衛生士ですが、教職員に対する研修と歯科衛生士に対する研修では内容や立場上異なる研修会となるでしょう。座談会や協議会形式等では会員の参加助言が不可欠になると考えます。

5年間の時限ですので、助成の趣旨をご理解の上、十分にご活用いただければ幸いです。

4. 生涯研修制度について、今後はどのような展開を考えておられるか

基礎研修の受講者は、毎年わずかしかないため、日学歯が主体で開催していただきたい。

ネット環境が整っている現状ですので、これを活用することで、受講者も参加がしやすくなります。また、その内容についても、社会環境も変化しているためそれに即した活動もあろうかと思えます。研修内容についても再考が必要ではないでしょうか。

【日本学校歯科医会からの回答】

ご質問ありがとうございます。

昨年来のコロナ禍において、毎年開催している日学歯主体の基礎研修並びに更新研修（令和2年9月13日）を初めてオンラインで実施したところ、多数の先生方にご参加いただけたことで、改めましてオンライン研修の有用性を実感したところでございます。さまざまな事情で加盟団体での主催が困難な場合もあろうかと思えますので、このような際は日学歯主体での研修にご参加いただきたく思います。

また、現在の「学校歯科医の活動指針」は年月が経った関係で、新たな法令等の変更に即した活動指針を近々発行する予定となっております。基礎研修に関しましては、特に新任の先生方に学校歯科医としての法的根拠等からの説明となりますことをご理解いただきたいと思います。

研修内容につきましても検討課題とさせていただきます。

5. コロナ禍において、小学校では給食後の歯みがきや、フッ化物洗口を中止している小学校もありますが、その有効性や必要性を文科省からも発信していただけるよう、日学歯からの働きかけをお願いします

小学校での歯みがきが中止されているため、歯肉を腫らして来院する子供たちも多数見られます。

文科省から感染予防の観点からも口腔ケアの重要性を伝えていただき、学校現場での歯みがきの実施をお願い致します。

【日本学校歯科医会からの回答】

貴見のとおり、歯みがきやフッ化物洗口を中止している学校が多くあります。日学歯としても看過できない問題として、文科省に要望しており、文科省の「コロナ禍における感染予防のための衛生管理マニュアル（ver.6）」に日学歯が作成したポスターのことが紹介されています。しかし、周知が充分とは言えないため、先日、再度、「口腔を清潔に保つことは感染症予防の基本である」ことをしっかりと発信して欲しいと川本会長自ら、文部科学大臣に直接要望しています。

公益社団法人日本学校歯科医会 加盟団体名簿（令和3年10月1日現在）

団体名	会長名	〒	所在地	TEL	FAX
(一社)北海道歯科医師会	藤田 一雄	060-0031	札幌市中央区北1条東9-11	011-231-0945	011-271-7514
(一社)札幌歯科医師会	山田 尚	064-0807	札幌市中央区南7条西10-1034	011-511-1543	011-511-1530
(一社)青森県歯科医師会	福士 賢治	030-0811	青森市青柳1-3-11	017-777-4870	017-722-4603
(一社)岩手県歯科医師会	佐藤 保	020-0045	盛岡市盛岡駅西通2-5-25	019-621-8020	019-654-5474
(一社)秋田県歯科医師会	藤原 元幸	010-0941	秋田市川尻町字大川反170-102	018-865-8020	018-862-9122
(一社)宮城県歯科医師会	細谷 仁憲	980-0803	仙台市青葉区国分町1-5-1	022-222-5960	022-225-4843
(一社)山形県歯科医師会	富田 滋	990-0031	山形市十日町2-4-35	023-632-8020	023-631-7477
(公社)福島県歯科医師会	海野 仁	960-8105	福島市仲間町6-6	024-523-3266	024-524-1323
(公社)茨城県歯科医師会	榊 正幸	310-0911	水戸市見和2-292-1	029-252-2561	029-253-1075
(一社)栃木県歯科医師会	赤沼 岩男	320-0047	宇都宮市一の沢2-2-5	028-648-0471	028-648-8149
群馬県学校歯科医会	村山 利之	371-0847	前橋市大友町1-5-17	027-252-0391	027-253-6407
(一社)千葉県歯科医師会	高原 正明	261-0002	千葉県美浜区新港32-17	043-241-6471	043-248-2977
(一社)埼玉県歯科医師会	大島 修一	330-0075	さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ5F	048-829-2323	048-829-2376
(公社)東京都学校歯科医会	鈴木 博	102-0073	千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館2F	03-3261-1675	03-3222-6528
(公社)神奈川県歯科医師会	松井 克之	231-0013	横浜市中区住吉町6-68	045-681-2172	045-681-2426
(公社)川崎市歯科医師会	松山 知明	210-0006	川崎市川崎区砂子2-10-10	044-233-4494	044-222-3924
(一社)山梨県歯科医師会	三森 幹夫	400-0015	甲府市大手1-4-1	055-252-6481	055-253-0854
(一社)長野県歯科医師会	伊藤 正明	380-8583	長野市稲葉2141	026-222-8020	026-222-3060
(一社)新潟県歯科医師会	松崎 正樹	950-0982	新潟市中央区堀之内南3-8-13	025-283-3030	025-283-6692
(一社)静岡県歯科医師会	大松 高	422-8006	静岡市駿河区曲金3-3-10	054-283-2591	054-283-3590
(一社)愛知県歯科医師会	内堀 典保	460-0002	名古屋市中区丸の内3-5-18	052-962-8020	052-951-5108
名古屋市学校歯科医会	伊藤裕一郎	460-8508	名古屋市中区三の丸3-1-1 名古屋市教育委員会学校保健課内	052-972-3246	052-972-4177
(公社)岐阜県歯科医師会	阿部 義和	500-8486	岐阜市加納城南通1-18	058-274-6116	058-276-1722
(公社)三重県歯科医師会	大杉 和司	514-0003	津市桜橋2-120-2	059-227-6488	059-227-0510
(一社)石川県歯科医師会	飯利 邦洋	920-0806	金沢市神宮寺3-20-5	076-251-1010	076-251-6450
(一社)福井県歯科医師会	山本有一郎	910-0001	福井市大願寺3-4-1	0776-21-5511	0776-27-5640
(一社)富山県歯科医師会	山崎 安仁	930-0887	富山市五福字五味原2741-2	076-432-4466	076-442-4013
(一社)滋賀県歯科医師会	中村 彰彦	520-0044	大津市京町4-3-28	077-523-2787	077-523-2788
和歌山県学校歯科医会	中西 孝紀	640-8287	和歌山市築港1-4-7 和歌山県歯科医師会館内	073-428-3411	073-431-2660
(一社)奈良県歯科医師会	末瀬 一彦	630-8002	奈良市二条町2-9-2	0742-33-0861	0742-34-1279
(一社)京都府歯科医師会	安岡 良介	604-8418	京都市中京区西ノ京東梅尾町1	075-812-8492	075-812-8814
(一社)大阪府学校歯科医会	上田 直克	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝1-9-2 辻本興産ビル4階分室	06-6772-5277	06-6772-5252
(一社)大阪市学校歯科医会	西本 達哉	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27 府歯科医師会館内	06-6772-8362	06-6774-0488
(一社)兵庫県歯科医師会	澤田 隆	650-0003	神戸市中央区山本通5-7-18	078-351-4183	078-351-4333
(公社)神戸市歯科医師会	百瀬 深志	650-0021	神戸市中央区三宮町2-11-1-514号 センタープラザ西館5階	078-391-8020	078-391-6480
(一社)岡山県歯科医師会	西岡 宏樹	700-0813	岡山市北区石関町1-5	086-224-1255	086-224-8561
(一社)鳥取県歯科医師会	渡部 隆夫	680-0841	鳥取市吉方温泉3-751-5	0857-23-2621	0857-23-5584
(一社)広島県歯科医師会	山崎 健次	732-0057	広島市東区二葉の里3-2-4	082-263-8020	082-263-5525
(一社)島根県歯科医師会	内田 朋良	690-0884	松江市南田町141-9	0852-24-2725	0852-31-0198
(公社)山口県歯科医師会	小山 茂幸	753-0814	山口市吉敷下東1-4-1	083-928-8020	083-928-8025
(一社)徳島県歯科医師会	松本 候	770-0003	徳島市北田宮1-8-65	088-631-3977	088-631-4179
(公社)香川県歯科医師会	豊嶋 健治	760-0020	高松市錦町2-8-38	087-851-4965	087-822-4948
(一社)愛媛県歯科医師会	橋本 成人	790-0014	松山市柳井町2-6-2	089-933-4371	089-932-5048
(一社)高知県歯科医師会	野村 和男	780-0850	高知市丸ノ内1-7-45 総合あんしんセンター2F	088-824-3400	088-872-8011
(一社)福岡県学校歯科医会	平瀬 久義	810-0041	福岡市中央区大名1-12-43	092-714-4627	092-714-7599
福岡市学校歯科医会	泉 幸三	810-0041	福岡市中央区大名1-12-43	092-781-6321	092-781-6512
佐賀県学校歯科医会	門司 達也	840-0045	佐賀市西田代2-5-24	0952-25-2291	0952-22-7586
(一社)長崎県歯科医師会	渋谷 昌史	852-8104	長崎市茂里町3-19	095-848-5311	095-846-0175
(一社)大分県歯科医師会	脇田 晴彦	870-0819	大分市王子新町6-1	097-545-3151	097-545-3155
(一社)熊本県歯科医師会	伊藤 明彦	860-0863	熊本市中央区坪井2-4-15	096-343-8020	096-343-0623
(一社)宮崎県歯科医師会	重城 正敏	880-0021	宮崎市清水1-12-2	0985-29-0055	0985-22-6551
(公社)鹿児島県歯科医師会	伊地知博史	892-0841	鹿児島市照国町13-15	099-226-5291	099-223-6079
(一社)沖縄県歯科医師会	米須 敦子	901-1105	島尻郡南風原町字新川218-1	098-996-3561	098-996-3562

公益社団法人日本学校歯科医会 役員名簿 (令和3年10月1日現在)

(任期：令和3年6月23日～令和5年6月定時代議員終結時)

役 職	氏 名	職務分掌
会 長	川 本 強	統 括
副 会 長	齋 藤 秀 子	渉外・生涯研修・ 口腔機能発達不全
副 会 長	柘 植 紳 平	事業・普及・ ココナ関係調査
副 会 長	野 村 圭 介	学術 (調査研究・ICT・後ろ 向き研究)・学校安全教育
専務理事	長 沼 善 美	総務統括・広報
常務理事	澤 田 章 司	生涯研修・大会・ 庶務
常務理事	阿 部 直 樹	会 計
常務理事	竹 内 純 子	総 務
常務理事	佐々木 貴 浩	学術 (ICT・後ろ向き研究)
常務理事	今 井 健 二	普及・生きる力
常務理事	阿左見 葉 子	広 報

役 職	氏 名	職務分掌
理 事	水 谷 成 彦	会計・大会
理 事	吉 岡 弘 二	普及・ 口腔機能発達不全
理 事	平 瀬 久 義	学校安全教育・ 後ろ向き研究
理 事	松 野 才	広 報
理 事	田 中 隆	大 会
理 事	新 津 恒 太	総 務
理 事	竹 中 博	生涯研修
理 事	柴 田 宏	生きる力・ ココナ関係調査
理 事	藤 本 洋 士	生きる力・ ココナ関係調査
監 事	末 高 英 世	
監 事	田 幡 純	
監 事	三 箇 正 人	

役 職	氏 名
参 与	平 塚 靖 規

●2年越しに開催されたオリンピックでは、メダリストの矯正装置やマウスガードが目にとまり、中学生の金メダリストが誕生しました。パラリンピックでは、開会式で「片翼の小さな飛行機」の障害に負けない前向きな演技や、選手達の活躍に、多くの感動と元気をもらいました。どちらも、本会对応する年齢層の活躍が光り、今後さらに学校歯科保健の果たす役割が大きくなると思われます。

今期広報委員会のコンセプト「つなぐ」をもとに、日本学校歯科医会がより身近な存在になれるようにと思っていますので、よろしくお願い申し上げます。
(阿左見葉子)

●前任の先生方にお会いして引継ぎができれば良かったのですが、新型コロナが世の中を一変させてしまいました。編集後記の場をお借りして、兎にも角にも大変お疲れ様でした、そしてありがとうございました。私ですが秋田県横手市十文字町（実は壇蜜の生まれ故郷）で、来年30年目を迎える小さな歯科医院のひとり院長です。県歯科医師会では長らく地域保健畑を歩いてきました。人も仕事も初めて尽くしでご迷惑をお掛けすることは間違いありません。2年間だけですとどうぞよろしくお願い申し上げます。
(松野 才)

●広報委員を2期4年間務めさせていただきました。拙い文章や編集でご迷惑をかけながら、役員や委員の先生方に助けられ、何とか務めることができました。最新の文献や全国の情報に触れ、HPの更新にも携われて、大いに見識を深めることができ感謝しております。最後の1年はコロナ感染症の拡大でほとんどWEB会議となったのは残念でしたが、楽しい思い出をたくさん頂いて卒業させていただき本当にありがとうございました。これからは読者として、広報誌、会誌を楽しみに拝読させていただきたいと思います。
(上田直克)

●これが最後の編集後記になります。3回目の緊急事態宣言が発令された北海道から広報委員会に参加しておりました。コロナ禍での編集や会議は大きな経験になりました。たくさんのサポートのおかげで感謝しています。メールでの資料の送受信やリモート会議などが多くなり、ペーパーレス化も進みましたが、委員間の親睦も少なくなりました。YouTubeやFacebook、ホームページから発信されている日学歯の情報はスピーディーになり、さまざまな対応が必要な世の中になっています。これからも新しいことにチャレンジすることを恐れず、ポジティブに邁進したいと思います。
(田西 亨)

●会誌をろくに開いたことがなかった私が広報委員になり早4年。会誌や広報誌の取材・校正・編集、かわら版、ホームページ、マスコットキャラクターとあっという間に過ぎていく日々でした。役員、委員の先生方、一世出版の皆様、そして何より読者の会員の皆様、大変お世話になりました。もう校正をしなくてもよいと思うとホッとするような、寂しいような気持ちです。今号は退任する委員による「お別れ編集後記」になりましたが、継続される大林委員長、高橋先生、そして新しい委員の皆様のご活躍を祈念しております。会誌・広報誌が届くのを楽しみにしております。これからもきちんと読みます！
(苗代 明)

●開催については賛否両論あった東京オリンピックでしたが、いざ始まってしまうと連日の日本選手の活躍にコロナ禍を忘れて応援しちゃいましたね。メダリストの中には学齢期の選手もいましたが、我々学校歯科医も彼らの世界一のパフォーマンスを陰ながらサポートした一員であったかもしれませんね。今回、私は4年間広報委員会に参加させていただいたことで子供たちを取り巻くさまざまな問題を勉強する機会に恵まれ、それにより「伝わる広報」が少しでも体現できたとしたら今期のミッションは成功！ だったかしら？（笑）私の今後の歯科医師人生をより豊かなものにしていただいたことに感謝いたします。
(市原三千子)

●ある朝、ポール・マッカートニーが目覚めると頭の中でメロディーが完成していた。朝食前だったのでとりあえずスクランブルド・エッグと名付けられ、そしてそれは2週間後にイエスタディというタイトルで録音された。皆さまも朝起きると良いアイデアが思い浮かんだ経験はありますか？ これは睡眠学的にはレム睡眠時に記憶の整理と固定がされ、質の良い深い睡眠の後に現れるとされています。今号では子供にも大人にも大切な睡眠の特集を企画しました。ご一読頂ければ幸いです。最後に私事ではありますが、広報委員会を離れることとなりました。短い間でしたが、皆さまのお役に立てたことを嬉しく思っています。
(加藤雄一)

日本学校歯科医会ホームページもご覧下さい。

<https://www.nichigakushi.or.jp/>

日本学校歯科医会会誌 第130号

■印刷 令和3年10月30日

■発行 令和3年10月30日

■発行人 公益社団法人日本学校歯科医会 長沼善美
〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館4F
TEL. 03-3263-9330 FAX. 03-3263-9634
E-mail JASD@nichigakushi.or.jp

■編集委員 大林裕明 高橋裕幸 竜門陽子 佐藤 晶 濱 昌代
夫馬吉啓 郷田 浩 草柳英二 安居尚美
長沼善美(担当専務理事) 阿左見葉子(担当常務理事) 松野 才(担当理事)

■印刷所 一世印刷株式会社
