

Fig 3. 歯科疾患調査と精神機能との相関

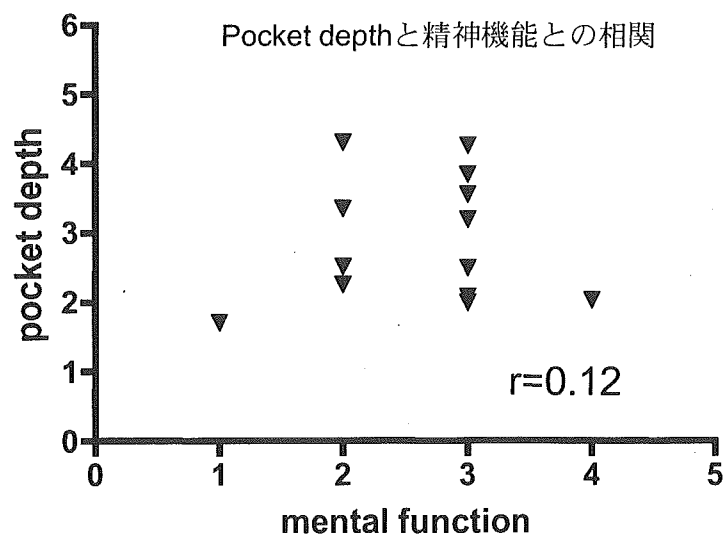
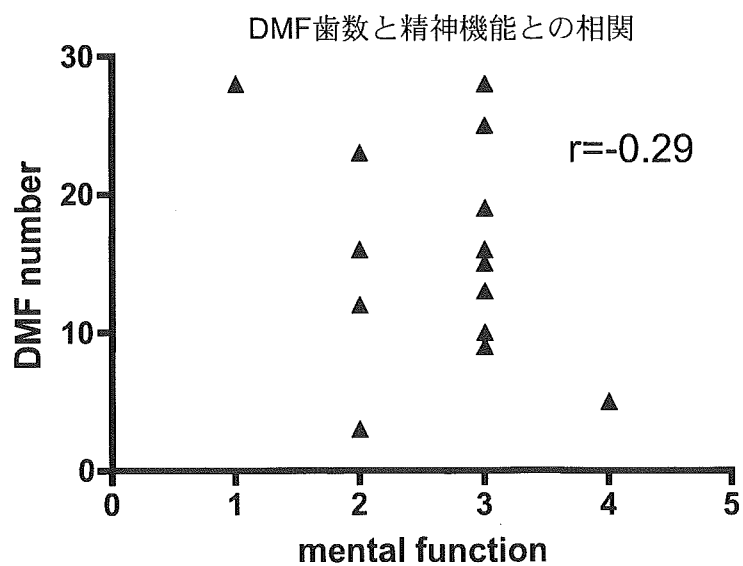
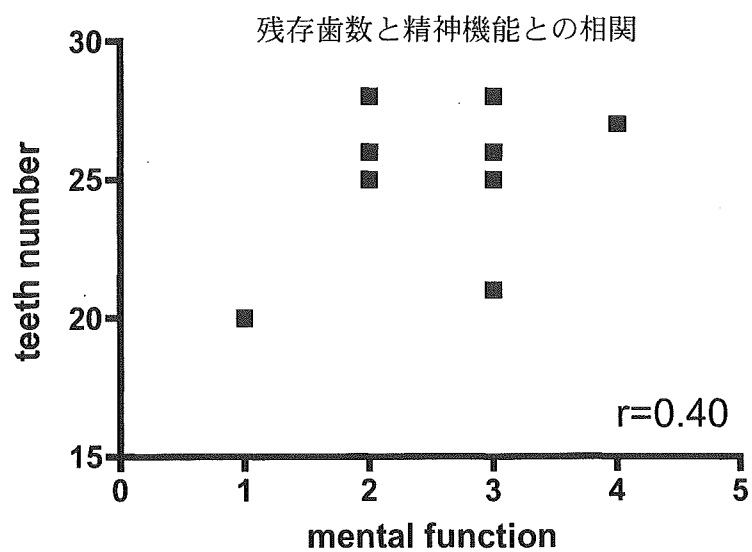


Fig 4. 歯科疾患調査と年齢との相関

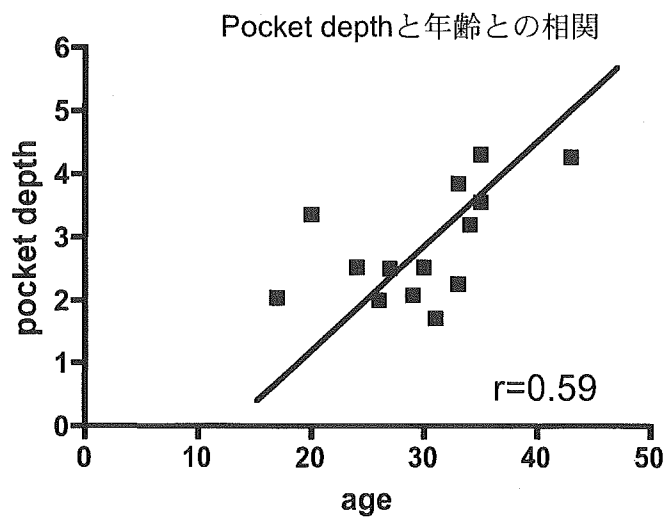
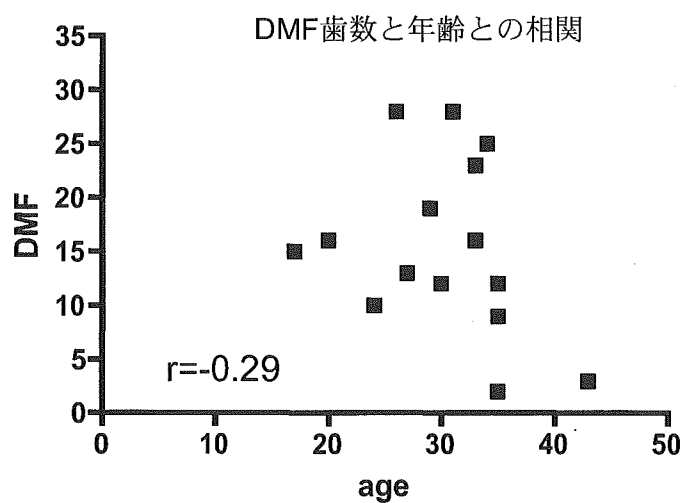
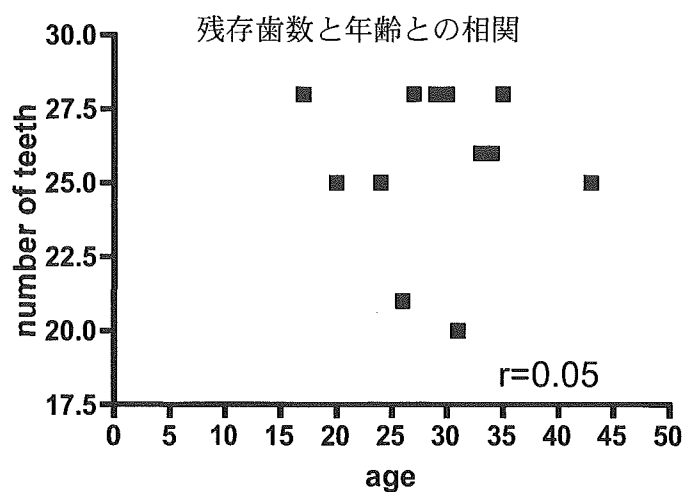


Fig 5. 遠城寺式・乳幼児分析的発達検査法(改)

言語の理解		発達年齢
1.	「いけません」というと手を引っ込める。	
2.	おいて、ちょうだい、ねんねを理解する。	
3.	簡単な命令を実行する。	1
4.	鼻, 髪, 歯, 舌, へそ, 爪を指示する。	
5.	「もう一つ, もう少し」がわかる。	2
6.	大小がわかる。	
7.	色がわかる。	
8.	3までの概念がわかる。	3
9.	本, 鉛筆, 時計, 椅子, 電灯がわかる。	
10.	左右がわかる。	4
基本的習慣		発達年齢
1.	コップを自分で持って飲む。	
2.	スプーンで食べようとする。	
3.	ストローで飲む。	1
4.	排尿を予告する。	
5.	こぼさないで1人で食べる。	
6.	靴を1人で履く。	2
7.	顔を1人で洗う。	
8.	鼻をかむ。	3
9.	信号を見て正しく渡る。	
10.	1人で着替えができる。	4

II. 分担研究報告

知的障害者（児）を中心とした地域歯科医療の現状と課題および将来展望

分担研究者 武田則昭

厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

分担研究報告書

知的障害者（児）を中心とした地域歯科医療の現状と課題および将来展望

分担研究者 武田則昭

川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科

研究協力者 川田久美

社会福祉法人旭川荘 情報支援本部

研究協力者 高德修一

社会福祉法人旭川荘 旭川荘南愛媛病院歯科

研究協力者 江草正彦

岡山大学医学部・歯学部附属病院 特殊歯科総合治療部

研究要旨

本邦では、急速に高齢化が進んでいるが、知的障害者においても、医療レベルの向上と生活環境の改善なども影響し、高齢化が進んでいる。さらに医療福祉サービスは脱施設化をキーワードとして、障害者自立支援法が施行されるなど、制度の面でも大きな転換点にある。今回報告者は、地域歯科医療福祉の現状を把握し、将来展望を検討するため、国内外の歯科医療福祉の現状について、文献的に考察を行い、また地域歯科医療施設に対し、アンケート調査を行った。いわゆる先進諸外国において、地域移行の結果、本人の体調や周囲の人の歯科に対する関心の程度によって、歯科管理が不十分になる可能性があることがわかったが、高いレベルを保つためにはマンパワーが必要であり、人材の確保と共に制度の充実が必要不可欠であると思われた。国内では、障害者歯科を担当する施設ごとに、行動調整の方法などに大きな違いが見られた

障害者歯科において、全身麻酔と静脈内鎮静法は必要であり、地域ごとに拠点施設を設けるべきで、ある程度統一された基準のもとで行われるべきであろうと思われた。地域歯科医療施設に従事する歯科医師に対するアンケートの結果では、知的障害者の

歯科治療に対する困難性を予測しつつ、研修の機会を求めている。今後は医療圏レベルで、効率的、効果的な障害者（知的障害）歯科医療が展開されるよう期待する。そのためにも、官（行政）民（歯科医師会、個人歯科診療所、病院歯科など）相乗りの形で、介護保険制度、自立支援法をにらみながら歯科医療福祉地域サービスシステムが法制化されるべきであると考えている。

I はじめに

知的障害者の高齢化が進む中、我が国の医療福祉サービスは脱施設化の傾向にあり、益々、通所・訪問サービスの充実・拡大が図られ、知的障害のある人たちが可能な範囲で在宅や地域での生活を基本に人生設計をできるようにと、障害分類については ICIDH から ICF へと変わり、制度については措置から支援費、自己負担を含めた自立支援法へと様々な工夫や変革が見られている。

報告者は、今回、それらの状況も含め、国内外の知的障害者をめぐる歯科医療福祉の現状について文献的考察を行い、K 市における実地歯科医を中心とした知的障害者（児）の歯科診療に関してアンケート調査を実施したので、それらの結果を踏まえながら知的障害者（児）の地域歯科医療福祉の現状と課題および将来展望について検討したので報告する。

II 方法

1. 文献的考察

国外で知的障害者に特化した形で研究した文献は、報告者らが渉猟した範囲では多くないが、欧米先進国を中心に近年、信頼性の高い雑誌に発表された情報を把握し、オーストラリア、カナダ、英

国、スウェーデン、フィンランド、米国の状況について概括した。

国内での文献は、障害者、知的障害者、心身障害者、重症心身障害児・者、障害児・者の診療実態について、2002 年から 2005 年に発表された論文内容について渉猟し、包括的な観点から整理、分析した。

国内の障害者、知的障害者、心身障害者、重症心身障害児・者、障害児・者に対する麻酔治療については、1996 年から 2006 年までに邦文雑誌に発表された論文内容について整理、概観した。

2. アンケート調査

O 県 K 市の歯科医師会センターで障害者の歯科診療等を行っている実地歯科医師 40 人に、平成 18 年 1 月に郵送法にて、以下の項目のアンケート用紙を送付し、無記名にて同月末までに返送、29 人から回答を得た（回収率 73%）。調査項目は、回答者の背景（性、年齢）、1. 知的障害者（児）の歯科診療の経験の有無（単一回答）と歯科診療の人数（数量回答）、2. 診療を行ったうちでの内容や状況がわかりにくいと思う障害の種類（複数回答）、加えて、そのうち特に困難な障害（複数回答）、3. 歯科治療が取り組み難い障害（複数回答）、加えて、

特に困難な障害（複数回答）、4. 知的障害者（児）で歯科診療上の困難点の有無（単一回答）、困難点の内容（患者側、術者側、環境整備面）（複数回答）、5. 知的障害者（児）に対する処置内容（複数回答）、6. 対応できない場合の知的障害者（児）への紹介システムの必要性の有無（単一回答）、7. 医院への車いす進入の可能性（単一回答）、8. 今後の知的障害者（児）の歯科診療への姿勢（単一回答）、9. 在宅知的障害（児）からの訪問歯科診療依頼があった場合の対応（単一回答）、10. 施設入所知的障害（児）からの訪問歯科診療依頼があった場合の対応（単一回答）、11. 知的障害者（児）への対応（単一回答）、12. 知的障害者（児）を歯科診療する歯科医または相談を引き受ける歯科医の登録制度（単一回答）、13. 制度があればどうするか（単一回答）、14. 知的障害者（児）の歯科診療協力医になった場合の対応（複数回答）、15. 知的障害者（児）の歯科診療協力医になった場合の情報公開への希望（単一回答）、16. 障害者歯科医療福祉分野の語句についての理解（複数回答）、17. 知的障害者（児）への歯科診療に関する研修会、講演会の希望の有無（単一）、で構成した。なお、4. 歯科診療上の問題点、5. 知的障害者（児）に対する処置内容（複数回答）の「その他」、14. 知的障害者（児）の歯科診療協力医になった場合の対応（複数回答）の「その他」、17. 知的障害者（児）

への歯科診療に関する研修会、講演会の希望の「内容」、18. 知的障害者（児）への歯科診療に関しての「意見」は自由記述方式で、表にまとめた。なお、回答者は、今回、全員男性 29 人と少ないため、年齢階層別の分析は行わず、単純集計のみとした。また、示した数字は不明、非該当を除いた人数（%）で示した。

Ⅲ結果と考察

1. 文献的考察

1) 先進諸外国の知的障害者歯科医療福祉の現況

知的障害者のう蝕の罹患率は、健常者のそれと比較して同程度であったとするものと 1)、障害者において歯牙の欠損が多かったという報告 3)がある。興味深い研究はスウェーデンで行われた施設入所の生活から地域生活へ移行した障害者を対象とした研究である 4)。施設を出てから 4.7 年経過した時点で、重度から中等度の知的障害を持った人で、特に歯科疾患の罹患率が高いことはなかったが、対象者の中で 13 %の人において体重が減少し、この体重減少群で、歯科疾患の罹患率が高くなっていた。体重減少とう蝕の罹患について直接的な関係があるとは考えられないが、う蝕は生活習慣の乱れから罹患することから、体重減少も生活が不規則になったことと関連する可能性が考えられる。障害者の地域移行について、スウェーデンは現在の本邦の流れを先んじている。この研究から施設外での

生活に順応できれば歯科的な問題も少ないが、生活が不規則になるなど、支障をきたした場合には歯科に関しても問題が発症する可能性が示唆されている。また、この研究で対象となった知的障害者においては、障害が理由となって歯科疾患に罹患するという傾向は認められなかったことから、それ以外の環境的な因子が関連する可能性が高いと考えられる。

良好な歯科的管理が維持されている知的障害者に対して、歯科医療側のどのようなサポートが有効であったかをインタビューにより調査した研究によれば 2)、うまくいくよう努力をすること、一貫していること、ポジティブな態度であること、時間をかけること、コミュニケーションを取ること、介助すること、脱感作をすることなどが上げられている。一方でイギリスにおいては、多くの歯科開業医が National Health Service (NHS) から撤退してしまったために、多くの知的障害者が地域歯科医療サービス (Community Dental Service; CDS) から離れてしまい、その結果、う蝕や歯周病が進行した現状が報告されている 3)。それによると歯科から離れてしまった知的障害者は、歯科に関する関心が低下し、主訴の訴え自体が介護者に依存していることから、歯科医師に対する啓蒙と訓練を行い、歯科管理を徹底することの重要性を述べている。このように、知的障害者の歯科管理を向上させるためには、歯科医師および歯科医療従事者にとって多大な時間と労力を

要する。そこで一部の熱心な歯科医師だけに頼らず、多くの歯科医師が幅広く障害者の歯科管理に関わるためには、歯科医師の研修はもとより、歯科医療および歯科医療福祉という枠組みにおいて、制度として経済的にサポートされることも必要であると思われる。

知的障害と貧困が、歯科疾患を一層増悪させるという研究結果が、スペシャルオリンピックへのアメリカからの参加者を対象として調査されている 6)。貧困な州からの参加者は、全米の平均値に比較してう蝕、臼歯の欠損歯、要早期治療歯が多く、早期シーラント処置（予防的に臼歯の裂溝を充填する方法）が少ない傾向にあるとしている。このことは知的障害者の歯科管理を良好に維持するためには、経済的問題を解決する必要があることを示唆している。しかし貧困と歯科疾患との間には、考慮すべき事項があまりにも多く存在し、解決の方法を提案することは容易ではないと思われる。

参考文献

- 1) Balogh RS, Quellette-Kuntz H, Hunter DJ. Regional Variation in Dental Procedures among People with an Intellectual Disability, Ontario, 1995-2001. J. Can Dent Assoc 2004; 70(10); 681.
- 2) Grant E, Carlson G, Cullen-Erickson M. Oral health for people with intellectual disability and high support needs: positive outcomes. Spec Care Dentist 2004; 24(2);

70-79.

- 3) Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *Journal of Intellectual Disability Research*; 2000, 44 (Part1); 45-52, Blackwell Science Ltd.
- 4) Gabre B, Martinsson T, Gahnberg L. Move of adults with intellectual disability from institutions to community-based living: changes of food arrangements and oral health. *Swedish Dental Journal* 2002; 26(2); 81-88.
- 5) Karjalainen S, Vanhamaki M, Kanto D, Kossi L, Sewon L, Salo M. Long-term physical inactivity and oral health in Finnish adults with intellectual disability. *ACTA ODONTOL SCAND* 2002; 60; 50-55.
- 6) Pezzementi ML, Fisher MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *JADA* 2005; 136; 903-912.

2) 国内の障害者、知的障害者、心身障害者、重症心身障害児・者、障害児・者の診療実態(2002 から 2005 年発表分)

研究内容は多岐にわたるが、大学病院附属病院障害者歯科部門、県・市立等の行政関連センターが大半を占める。研究期間は横断的研究よりも追跡期間の長い縦断的研究が多く、障害者歯科の充実ぶりが窺える。追跡年数は 1 ～23 年（一

宮市センター分）になっている。初診患者数は年平均で 2002 年発表分 51～477 人（埼玉センター）、2003 年発表分～19～157 人（厚木センター）、2004 年発表分 5～78 人（岩手センター）、2005 年発表分 20～821 人（大阪大学）で、大学病院の付属施設が多い傾向にあるが、ここ数年での受診者数は一定の傾向はない。受診者のべ総数は年平均 23～4935 人（神奈川歯科大学）である。

受診年齢層は、発表年次別に一定の傾向はないが、総じては 0～9 歳が比較的多く、10～40 歳までが続き、それ以上の年齢は少ない傾向にある。受診者の内、知的障害（ダウン症、てんかんを含む）は、発表年次別に一定の傾向はないが、総じては 20～60% であるが、一部には 70～80%、中には 100% が見られた。これらは、かかりつけ医としてか、専属の知的障害施設等において診療していることが窺える。その他では、自閉症、脳性麻痺が多い。治療は、通報（抑制－機械的抑制）、抑制、鎮静、全身麻酔が見られたが、通法、抑制が大半で、一部の機関をのぞくと、鎮静、全身麻酔の割合は極めて低かった。なお、小児療育病院歯科、東京都立センターは鎮静のみ、福岡歯科大学、埼玉授産施設併設診療所、埼玉センター、明石センター、神奈川歯科大学などは鎮静、全身麻酔の割合が高く、施設の麻酔施設、特殊装置、専門医配属、内科等の他科の医師配置等がある施設では、静脈内鎮静法、全身麻酔が行われる

傾向にあった。

処置内容は、多くが治療であるが、予防保健処置も施設により異なるが、数%～20,30%とかなりの割合を占めていた。なお、以上の結果は知的障害者のみのデータでないことを申し添えておきたい。

参考文献

- 1) 高田 靖, 中村全宏, 北川 尚, 他 : 当センターでの障害者歯科診療の実態、障害者歯科、23(3)、246、2002.
- 2) 福島圭子, 斎藤晃一, 山脇万典 : 過去 5 年間に於ける当センター受診者の実態調査、障害者歯科、23(3)、247、2002.
- 3) 岡本明子, 久慈昭慶, 大高 慎, 他 : 当センター開設後 7 年間の患者および診療の実態、障害者歯科、23(3)、248、2002.
- 4) 金子 治, 高門 渡, 神林秀昭, 他 : 某歯科センターにおける、18 年の診療動態の推移、障害者歯科、23(3)、249、2002.
- 5) 加藤 康, 松田正隆, 羽田 篤, 他 : 当市における歯科医療センターについて—第 2 報(歯周疾患とその対策)—、障害者歯科、23(3)、254、2002.
- 6) 遠藤真美, 有川量崇, 妻鹿純一, 他 : 某大学付属歯科病院特殊歯科の臨床統計学的検討、障害者歯科、23(3)、255、2002.
- 7) 三浦 誠, 宮下直也, 藤澤弘枝, 他 : 当口腔保健センターの診療実態、障害者歯科、23(3)、278、2002.
- 8) 藤原真愛, 仲嶺 均, 杉浦津多, 他 : 障害者施設入所者における実態調査—平成 11 年度と平成 13 年度の口腔内状態の変化—、障害者歯科、23(3)、279、2002.
- 9) 長江麻帆, 春木隆信, 若林宏明, 他 : 当診療室における歯科治療の実態について、障害者歯科、23(3)、280、2002.
- 10) 川邊裕美, 横井敬子, 宮城 敦, 他 : 大学付属病院障害者歯科における過去 5 年間の患者および診療の事態調査—第 1 報—開設後 5 年間との比較、障害者歯科、23(3)、281、2002.
- 11) 大島邦子, 野田 忠 : 本学附属病院障害者歯科診療部門における臨床統計的検討、障害者歯科、23(3)、290、2002.
- 12) 大山吉徳, 奥村潤一郎, 橋本岳英, 他 : 大学附属病院障害者歯科初診患者の内科的疾患に関する実態調査、障害者歯科、23(3)、291、2002.
- 13) 高橋民男, 鈴木聡行, 山本夏彦, 他 : 当地域センター開設 20 年の実態報告、障害者歯科、23(3)、374、2002.
- 14) 小西志保, 梅村 智, 池端幸成, 他 : 口腔保健センターにおける心身障害児(者)歯科保健活動について、—その 1 心身障害児(者)歯科保健巡回指導事業 17 年間の報告—、障害者歯科、23(3)、436、2002.
- 15) 大栗 司, 梅村 智, 池端幸成, 他 : 口腔保健センターにおける心身障害児(者)歯科保健活動について、—その 2

障害者歯科診療従事者研修会 12 年間の報告一、障害者歯科、23(3)、437、2002.

16) 池端幸成。梅村 智，石田良介，他：口腔保健センターにおける心身障害児(者)歯科保健活動について、一その 3 障害者施設職員等口腔衛生指導研修会 6 年間の報告一、障害者歯科、23(3)、438、2002.

17) 中嶋智仁，田中秀夫，田村昌三，他：当センターにおける最近 5 年間の障害者歯科診療実態について、障害者歯科、23(3)、439、2002.

3) 国内の障害者、知的障害者、心身障害者、重症心身障害児・者、障害児・者に対する麻酔治療の実態 (1996 年から 2006 年発表分)

知的障害者の中でも高度の障害があり、言語理解、コミュニケーションがほとんど不可能で歯科医療を行う際に行動調整を行う必要がある症例について、近年、全身麻酔、とりわけ、静脈内鎮静法を使用する頻度が大学病院附属歯科診療施設等で高くなっている。このことは、地域での障害者歯科診療を、一次医療、二次医療、三次医療レベルで考える現今では、医療計画上も無視できない事項といえる。ここで、報告者らは、ここ数年の我が国における障害者に対する歯科診療に際しての全身麻酔の応用状況について文献学的考察を行い、将来的展望も含め地域における三次機能としての障害者歯科医療のあり方について検討を行った。

本邦で、障害者歯科の拠点施設と成りうるものは、大学病院，自治体のバックアップにより地域歯科医師会が運営する歯科センター，病院歯科，あるいは福祉施設内の歯科などがある。大学病院の専門診療科による発表として，1 年間に 821 人の患者に対し，のべ 5059 回の診療を行った報告では，約 75%を普通の形態で診療を行い，20%に抑制を用い，薬物による行動調整は 19 回，つまり 0.5%未満の割合であったことが報告されている 1)。また別の大学病院では，数年間で 22 例のみに全身麻酔または鎮静法が行われたとしている 2)。歯科センターは，3 年間で全身麻酔を 470 例行ったという施設 3)や，年間に約 400 例の全身麻酔を行ったという施設があるが 4)，他にも年間で約 70 例の鎮静法を行っている施設 5)，11 年間で 248 例の静脈内鎮静法を行ったとする施設 6)，また 20 年間で全身麻酔，鎮静法，モニター管理を合計 352 例行った施設が報告されている 7)。また施設によっては薬剤を全く使用せず，行動変容と抑制によって診療を行っているところもある 8)。病院歯科では 5 年間で 90 例の日帰り全身麻酔を行ったとする報告があり 9)。社会福祉施設では，17 年間に全身麻酔 446 例，静脈内鎮静法 2404 例，笑気鎮静法 1209 例を行ったところ 10)や，4 年弱の間にプロポフォールを用いた静脈内鎮静法を 262 例行ったという報告もある 11)。

このように本邦の現状としては，施

設間によって知的障害者の歯科治療における行動調整の割合が、大きく異なっていることがわかった。特徴的なのは、薬物による行動調整を全く行っていない施設や、ごく限られた症例に対してのみ行っている施設がある一方で、集中的に全身麻酔を行っている施設もあるという事実である。この違いの理由の一つは、設備の違いであろうと思われる。全身麻酔を行うためには、施設を建造する時点で、全身麻酔について十分に配慮する必要があり、その施設が障害者の歯科治療にとって重要な拠点施設であるという共通の認識を、地域歯科医師会や近隣の大学病院、そして自治体が持つことが必要である。全身麻酔が可能な施設は、通常の歯科診療室に比較してかなり高額な投資が必要である。そして、そのような位置づけで設立した施設では、当然全身麻酔を集中的に行うことになる。そして全身麻酔は完全に確立された手法であり、完全な無痛と無意識が得られることから、患者に苦痛を与えることなく集中的な歯科治療を確実に行うことが可能である。ただ全身麻酔にも気管内挿管に関する合併症や術後の嘔吐³⁾などの医学的な問題、や自立支援法の影響で患者負担が一部で増加するという制度上の変化もあり、適応については施設や地域によってある程度の差が生じるのはやむを得ないと思われる。行動変容は障害者の歯科治療を行う上、最も重要な基本方針であるが、歯科治療の緊急性や行動変容の限界などの

考慮すべき点があり、拠点施設としてはある程度の薬物使用による行動調整は必要であると思われる。

静脈内鎮静法は定期的な口腔清掃や、簡単な抜歯、少数歯のう蝕の治療などには十分な効果がある。近年は多くの施設でプロポフォールを用いた静脈内鎮静法が行われているが^{5, 10, 11)}、知的障害者の歯科治療に対して用いる場合、定期的に繰り返し鎮静を行うことになり、報告者らのグループでは、知的障害者 16 人を中心に静脈内鎮静法の応用を、ミゾダラムとプロポフォール併用で 10 回を超えて頻回に行った患者を対象として（のべ症例数 319 例で、全体 705 例の 45.2%）、副作用、偶発症について検討をした。適用回数は一人 36 回が最高であった。対象年齢は 15～45 歳で、発達年齢は遠城寺式乳幼児分析的発達検査で言語理解において 2 歳未満 9 人、2 歳台 3 人、3 歳台 3 人、4 歳以上 1 人であり、表現応力は 2 歳未満 15 人、2 歳台 1 人、基本的習慣は 2 歳未満 2 人、2 歳台 5 人、3 歳台 6 人、4 歳以上 3 人である。治療内容は一般歯科治療が中心であり、他施設で既述した内容とほぼ同様である。導入覚醒は円滑に行われ、投与中止から覚醒までの時間は 30 分以内が 89.3%ですべての症例は 1 時間以内となっている。以上のような設定で、静脈内鎮静法、歯科治療を行った結果、「呼吸停止」「心停止」「覚醒遅延」などの重篤な合併症は一例もなく、頻回応用に起因すると思われる副作

用や偶発症は認めていない。このことから、これまでの研究論文から得られた成果を参考にしつつも、ミゾダラム、プロポフォール併用の静脈内鎮静法は、知的障害者の歯科治療の難治例に応用することは一つの解決点といえるかもしれない。

参考文献

- 1) 榊間裕紀子, 福留麗美, 大野真理, 河村朱美, 牧野仁志, 秋山茂久, 森崎市治郎: 大学病院障害者歯科での行動調整法の選択に関する実態調査、障害者歯科、26(3)、396、2005.
- 2) 吉田治志, 鮎瀬てるみ, 石飛進吾, 加藤英材: 当部の障害者歯科診療における行動調整、24(3)、332、2003.
- 3) 三浦 誠, 宮下直也, 伊藤みゆき, 武藤康子, 松本愛子, 清水美賀, 西野 朗, 岡野祐三, 山崎耕一郎, 荻部敏治, 佐々木雄一, 下山定夫, 蓮見健壽: 当口腔保健センターにおける日帰り全身麻酔の臨床統計、25(3)、389、2004.
- 4) 河合峰雄, 水野 誠, 山下智昭, 釜田隆, 高木景子, 杉村智行, 梅村 智, 西條 晃, 田中義弘, 小谷順一郎: 神戸市立こうべ市歯科センターにおけるこの1年間の診療実績、日歯麻誌, 33: 586, 2005.
- 5) 山田和代, 畑 ちか子, 中山幸子, 田村良江, 孫 弘樹, 井東竜彦, 横山祐子, 竹花 一, 小谷順一郎: 静脈内鎮静下歯科治療時の診療補助、障害者歯科、24(3)、467、2003.
- 6) 長束智晴, 重枝昭広, 関口五郎, 石井理加子, 岩沼智美, 斉藤朱美, 小野亜紀子, 中澤 清, 大竹邦明, 井上恵司, 内山文博, 塚越武利, 貝塚雅信: 当センターにおける11年間(1992-2002)に静脈内鎮静法を行った症例に関する臨床統計、障害者歯科、24(3)、466、2003.
- 7) 伊奈幹晃, 河村秀生, 山本俊雄, 荒木信清, 池村雄介, 高野文夫, 関田俊介: 会立歯科センターにおける全身麻酔、精神鎮静法およびモニター症例20年間の検討、24(3)、390、2003. (世田谷)
- 8) 杉山知子, 相澤貴子, 伊藤倫子, 大月かおり, 澤田育子, 住田まさ子, 伊藤さと美, 千田友美, 藤田隆司: 当センターにおける精神発達障害者の診療形態について、障害者歯科、24(3)、453、2003.
- 9) 萩原麻美, 小坂美樹: 当院におけるプロポフォールを使用した静脈内鎮静下歯科診療症例の検討、障害者歯科、25(3)、424、2005.
- 10) 杉山あや子, 大曾根 洋: 当院における日帰り全身麻酔の検討、障害者歯科、25(3)、425、2005.
- 11) 加藤仁資, 尾崎友美, 高瀬久枝: 薬物による行動調整法の検討、障害者歯科、25(3)、556、2005.
- 12) 宮脇卓也, 前田 茂, 北 ふみ, 糺谷 淳, 森 貴幸, 梶原京子, 江草正彦, 嶋田昌彦: 知的障害者歯科治療においてミゾダラムとプロポフォールを併用して頻回に行った静脈内鎮静症例

の検討．障害者歯科．23(2)，99-104．
2002．

2．K市における知的障害者（児）歯科医療に関するアンケート調査 ～実地歯科医の観点より～

回答者の背景では、全員男性歯科医師、年齢は45-49歳8人（27.6%）、50-54歳7人（24.1%）、40-44歳5人の順で、以下、35-39歳、50-54歳、30-34歳、60-64歳、65歳以上であった。

（1）知的障害者（児）の歯科診療の経験の有無（単一回答）と歯科診療の人数（数量回答）

知的障害者（児）の治療経験があるものは21人（72.4%）であった。診療した経験人数は2-3人が10人（50%）と多く、10人以上は3人（15%）であった。

（2）診療を行ったうちでの内容や状況がわかりにくいと思う障害の種類（複数回答）、加えて、そのうち特に困難な障害（複数回答）

知的障害が11人（52.4%）と一番多く、内部障害、精神障害、複合障害、身体障害、聴覚障害、視覚障害の順であった。特に分かり難い障害は、複合障害14人（82.4%）、知的障害8人（47.1%）であった。

いずれにせよ、知的障害に対しては、治療経験豊富な人は比較的少なく、治療の困難性を予測している人が多いことが推測される。

（3）歯科治療が取り組み難い障害（複

数回答）、加えて、特に困難な障害（複数回答）

知的障害14人（56.0%）、精神障害14人（56.0%）で多く、以下、内部障害、複合障害、身体障害、聴覚障害、視覚障害の順であった。特に取り組みにくい障害は、複合障害16人（84.2%）、精神障害9人、知的障害7人であった。

治療となると、全身疾患や合併症への配慮が特段に必要であるが、知的障害は、内部障害や精神障害に比較すると、その点で、幾分対処しやすいと考えていることが推測される。

（4）知的障害者（児）で歯科診療上の困難点の有無（単一回答）、困難点の内容（患者側、術者側、環境整備面）（複数回答）

ありとするものが24人（82.8%）で、ほとんどのものが困難と考えている。困難な点（患者側）は、「患者の拒否行動による診療への導入」15人（65.2%）、「患者とのコミュニケーション」14人（60.9%）が多く、以下、「患者の全身管理」、「救急体制の問題」、「患者の体動の抑制」の順であった。問題点（術者側）は、「医療過誤が不安」12人（60%）、「術者の負担が大きい」12人（60%）で多く、以下、「障害者に対する知識不足」、「障害者治療の経験不足」の順で、「高齢のため」1人であった。歯科診療上の問題点（環境整備面）は、「機材や設備が不十分」12人（54.5%）、「時間の余裕がない」11人（50%）で多く、以下、「マン

パワーの不足」、「採算が合わない」の順で、「他の患者さんの迷惑になる」2人であった。

以上のことから、知的障害者の地域での診療状況を改善するには、知的障害の専門的な知識、技術を研修すること、また、設備投資や人材の育成に見合う知的障害加算等の医療保険上の配慮、見直し等が今後必要と考えられる。

(5) 知的障害者(児)に対する処置内容(複数回答)

「主訴以外の疾患も治療する」15人(51.7%)、「疾患がなくても、歯科健診、歯科保健指導で管理する」12人(41.4%)で多く、以下、「主訴の疾患のみを治療する」、「他の医療機関を紹介する」、「応急処置まで」、「必要な人には摂食・嚥下訓練をする」の順であった。なお、「相談まで」は0人であった。

(6) 対応できない場合の知的障害者(児)への紹介システムの必要性の有無(単一回答)

全員が「必要である」としていた。

これからは、知的障害者(児)に対して、実地歯科医が個々に対応するのではなく、病・病、病・診連携で対応すべきと考えており、その実施マニュアルとその後方支援として、中核都市には3次医療圏のレベルで専門的な障害者歯科センターや医療機関が必要と思われる。

(7) 医院への車いす進入の可能性(単一回答)

「入れる」は15人(51.7%)で、「将来

的には考えたい」7人、「将来的にも考えない」7人であった。

建築、立地上検討の課題もあろうが、全員が車いす対応を考えるように指導する必要があると思われる。

(8) 今後の知的障害者(児)の歯科診療への姿勢(単一回答)

「要望があれば行いたい」21人(72.4%)で、以下、「できれば行いたくない」4人、「積極的に行いたい」4人であった。

(9) 在宅知的障害(児)からの訪問歯科診療依頼があった場合の対応(単一回答)

「障害の程度や治療の内容によって引き受ける」22人(75.9%)で、以下、「とりあえずすべて引き受ける」7人であった。「断る」はいなかった。

(10) 施設入所知的障害(児)からの訪問歯科診療依頼があった場合の対応(単一回答)

「障害の程度や治療の内容によって引き受ける」20人(69.0%)で、以下、「とりあえずすべて引き受ける」7人であった。なお、「断る」は2人いた。

(11) 知的障害者(児)への対応(単一回答)

「抑制器具や介助なしで治療できる場合にのみ引き受けることができる」16人

(57.1%)で多く、以下、「1～2回の抑制器具や介助が必要であるが、その後は通常の治療ができる場合に引き受けることができる」、「毎回、抑制器具や介助が必要な場合でも引き受けることができ

る」の順で、「抑制器具や介助なしで治療ができる場合のみ引き受けることができる」、「静脈内鎮静法、笑気鎮静法での治療が必要な場合でも引き受けることができる」、「全身麻酔科での治療が必要な場合でも引き受けることができる」はいなかった。

多くの実地歯科医については、自診療所で全身麻酔を応用することは考えていないことが推測された。

(12) 知的障害者（児）を歯科診療する歯科医または相談を引き受ける歯科医の登録制度（単一回答）

「両制度とも必要」11人（37.9%）、「歯科診療に協力する歯科医の制度のみ必要」10人（34.5%）で多く、以下、「わからない」、「相談を受ける歯科医の制度のみ必要」、「どちらの制度も必要ない」の順であった。なお、制度が必要なしとしたものは2人で極めて少なかった。

(13) 制度があればどうするか（単一回答）

「両制度の歯科医になってもよい」13人（44.8%）で多く、以下、「わからない」、「相談を受ける歯科医のみなってよい」、「どちらにもならない」の順であった。なお、「どちらににならない」は2人と極めて少なかった。

(14) 知的障害者（児）の歯科診療協力医になった場合の対応（複数回答）

「貴医院の診察室での歯科診療」21人（75.0%）で多く、以下、「施設訪問歯科健診」、「在宅訪問歯科診療」、「施設訪問

歯科診療」、「在宅訪問歯科健診」、「その他」の順であった。

(15) 知的障害者（児）の歯科診療協力医になった場合の情報公開への希望（単一回答）

「はい」と「いいえ」は半々であった。

(16) 障害者歯科医療福祉分野の語句についての理解（複数回答）

「バリアフリー」29人（100%）、「デイサービス」29人（100%）で多く、以下、「ショートステイ」、「介護福祉士」、「ケアハウス」、「ソーシャルワーカー」、「グループホーム」の順で、「育成医療」、「セルフアドボカシー」は低く、本年度になって制度化された障害者自立支援法については18人（62.1%）のものがその意味がわかるとしていた。

「介護福祉士」25人（86.2%）、

(17) 知的障害者（児）への歯科診療に関する研修会、講演会の希望の有無（単一

「はい」21人（77.8%）であった。

(18) 自由記述

a. 歯科診療上の問題点

「知的障害があり、大人であれば貧しいので自己負担が気の毒」との意見があった。

b. 知的障害者（児）に対する処置内容（複数回答）の「その他」

「患者の状態が理解力に応じて」の意見があった。

c. 知的障害者（児）の歯科診療協力医に

なった場合の対応（複数回答）の「その他」

「自分の実力の範囲であれば上記のうちできる事は全てします。…患者さんの状態により変わります。」「患児（者）の障害程度により、できること（効果のあること）は異なると思います。」「自分の技量に限界がある以上、上記医になったからといって、それ以上の仕事は不可能と考える。したがって、そうした制度自体に、きちんとした設定を設けて欲しい。」等の意見があった。

d. 知的障害者（児）への歯科診療に関する研修会、講演会の希望の「内容」

「倉敷口腔衛生センターでの治療がスムーズに行える役に立つ程度のことまで。」「障害の病態別の診療への取り組み等」「全身麻酔管理術」「自閉症患者のティーチプログラム etc.」。「知的障害者への歯科治療において、開業医レベルで最低行うべき目安があれば、それを修得すべき研修会。」「歯科治療における注意点等」「治療上の対応の仕方について等。」「他センターにおける対応の実際。TEACCH の実際の紹介など。」の意見があった。

e. 知的障害者（児）への歯科診療に関しての「意見」

「養護学校の校医をやっています。積極的に歯科治療を受けている生徒もいますが、放置されている生徒もいます。来院する者だけを診療するのでは、恵まれない家庭の者がかわいそうだと思います。

す。彼らは自分の意志で歯科へ行くとは言わないのですから。」「程度も性格も色々でなかなか難しい。」「倉敷はセンターがありここで対応されているが、更に高度な治療は大学病院に紹介されるので、体制的には地域として、合格点はつけられると思う。これに、登録医制があれば、大変すばらしいと思うが…。」「どれくらいのニーズがあるかが分かりません。やはり、地域で開業しているので、まずは自分の地元で必要があるかということが知りたいです。どうしても地域医療優先になってしまう気がします。」「

「倉敷市の場合、センターでの障害者歯科を広くアピールして充実させることが重要。」「患者からの求めであれば、治療を断る理由がありませんが、行政の対応として、保険点数の引上げなどそれ相応の対応を検討して欲しいです。」「

「我々がもっと TEACCH etc. に関しての知識を高め、担当が変わっても同じ方向を向いた診療ができる様に、またトレーニングの成果が上がれば開業医でメンテナンスができる様になれば良いと思います。」「大切なのは、まず愛だと思います。（マニュアルや色々な制度の以前にある問題ですが）」「60 才までならがんばれるが、それ以後は辞退したい。」の意見があった。

IV まとめ

国際的に見ても、我が国における知的障害者に関する歯科治療は技術面、研究

面、人材育成において先進的であり、積極性も見られ、総合的なレベルは高いといえる。しかしながら、社会システム、プログラムの整備となると、地域性が強く、内容はバラバラで統一感がない状況にある。また、アンケートの結果から地域の実地歯科医の取り組みへの意欲は、十分ではないが、かなり期待できる状況にあるといえる。また、知的障害者歯科医療の難治症例に、安全第一、インフォームドコンセント・チョイスを大前提にして、日帰りの全身麻酔法、特に、静脈内鎮静法を応用することは今後の課題といえる。

今後は、障害者歯科医療全般について、地域の特性は生かしつつも、一定レベルで規格化したシステムやプログラムが用意されるべきであろう。

将来展望としては、知的障害者分野において今後、益々脱施設化は進み、知的障害者の地域生活は推進されると思われるが、全身麻酔も加味した専門的障害者医療も含め、一次障害者歯科医療、二

次障害者歯科医療、三次障害者歯科医療というように、医療圏レベルで、効率的、効果的な障害者（知的障害）歯科医療が展開されることが期待される。そのためにも、官（行政）民（歯科医師会、個人歯科診療所、病院歯科など）相乗りの形で、介護保険制度、自立支援法をにらみながら歯科医療福祉地域サービスシステムが法制化されるべきと考えている。

なお、在宅サービスでは、介護予防を視野に入れた口腔ケアが介護保険制度で報酬単価が設定され、地域包括支援センターにおいても口腔ケアが制度化、実践されており、高齢者福祉医療における口腔ケアは、益々その重要性を増している。そのため、知的障害高齢者についても、施設、脱施設を問わず、口腔ケア、介護予防への視点が、今後、益々必要になると推測される。

謝辞：本研究に快くご協力、ご指導いただきました倉敷市医師会の先生方に深甚なる御礼を申し上げます

知的障害者（児）の歯科診療に関するアンケート調査

回答者：性別（男・女） 年齢 歳

該当する答えに○印または必要事項を記入して下さい。

【1】知的障害者（児）に対して歯科診療を実施していますか。また、知的障害者（児）の患者は年間何名ぐらいですか。

1. いいえ 2. はい（年間：約 名）

【2】障害者に対する知識（認識）についておたずねします。次の障害の中で、その内容や状況が分かり難いと思われるものに○印、特に難しいと思われる者には◎印を付けて下さい。（あてはまるもの全て）

1. 視覚障害 2. 聴覚障害 3. 知的障害 4. 身体障害
5. 内部障害 6. 精神障害 7. 複合障害（色々な障害を併せ持つもの）

【3】障害者に対する歯科診療についておたずねします。次の障害の中で、歯科治療をする上で取り組みにくいと思われるものに○印、特に取り組みにくいと思われるものに◎印を付けて下さい。（あてはまるもの全て）

1. 視覚障害 2. 聴覚障害 3. 知的障害 4. 身体障害
5. 内部障害 6. 精神障害 7. 複合障害（色々な障害を併せ持つもの）

【4】貴医院での知的障害者（児）の歯科診療で困難と思われる点がありますか。1. なし 2. あり

「あり」と答えた方におたずねします。それはどんな点ですか。（あてはまるもの全て）

患者側	術者側	環境整備面
(ア) 患者とのコミュニケーション（意志の疎通ができない）	(力) 術者の負担が大きい	(サ) 器材や設備が不十分
(イ) 患者の全身管理	(キ) 障害者に対する知識不足	(シ) マンパワーの不足
(ウ) 患者の拒否行動による診療への導入	(ク) 障害者治療の経験不足	(ス) 時間の余裕がない
(エ) 患者の体動の抑制	(ケ) 高齢のため	(セ) 他の患者の迷惑になる
(オ) 救急体制の問題	(コ) 医療過誤が不安	(ソ) 採算が合わない
(タ) その他（ ）		

【5】知的障害者（児）に対する処置は、基本的にどの程度まで対応していますか。

1. 引き受けていない
2. 相談まで
3. 他の医療機関を紹介する
4. 応急処置まで
5. 主訴の疾患のみを治療する
6. 主訴以外の疾患も治療する
7. 疾患がなくても歯科健診や歯科保健指導（歯磨き指導、食生活指導）で管理する。
8. 必要な人には摂食・嚥下訓練をする。
9. その他（ ）

【6】貴医院で対応できないような知的障害者（児）が来院された場合、紹介システムについてどう思いますか。

1. 必要ない 2. 必要 3. わからない

【7】 貴医院に車椅子で入れますか。

1. 入れる
2. 今は入れないが将来的には入れるようにしたい
3. 今入れないし今後も予定はない

【8】今後の知的障害者（児）への歯科診療についておたずねします。

1. できれば行いたくない
2. 要望があれば行いたい
3. 積極的に行いたい

【9】在宅の知的障害者（児）から訪問診療の依頼があった場合の対応についてお答え下さい。

1. 断る
2. 障害の程度や治療の内容によって引き受ける
3. とりあえずすべて引き受ける

【10】施設の知的障害者（児）から訪問診療の依頼があった場合の対応についてお答え下さい。

1. 断る
2. 障害の程度や治療の内容によって引き受ける
3. とりあえずすべて引き受ける