

発達障害児の歯科治療に関するアンケート調査

～ 自閉症児と他の発達障害児との比較 ～

長野県精神保健福祉センター

竹内靖人 重田三恵子 日詰正文 飯田祥子 木村宜子

はじめに

自閉症児にとって歯科医院への通院は困難を伴うことが多いといわれている。自閉症を伴わない知的障害児にとっても、本人に治療の意味がわからず治療動機がつかれないと歯科治療の困難性が高くなることは考えられる。そこで、治療困難性に差があるか、発達障害児の歯科治療状況や、困難性を調査し、自閉症児と、他の自閉症を伴わない知的障害児の違いを明らかにしたいと考えた。また、歯科医院や保護者の適切な対応を検討することで、地域支援を促進させるための資料としたいと考え調査を実施した。

目 的

歯科受診の状況について、特に幼児期～青年期の発達障害児を中心に保護者アンケートを行い、年齢、診断区分、知的障害の程度の違いによる歯科治療困難性の差異、対応について探る。

方 法

1 アンケート調査票

選択式項目と自由記述欄からなるアンケート調査票（以下、調査票）を作成した。

2 対象

精神保健福祉センターの研修会、療育等で調査票を配布したほか、協力関係にある施設、学校等に依頼して配布してもらった。

3 調査期間

平成 14 年 11 月 1 日～平成 14 年 11 月 31 日の 1 カ月間に調査票の配布および回収を行った。

結 果

1 配布および回収状況（表 1）

知的障害児通園施設 3 カ所、養護学校 2 カ所、総合病院小児科発達外来、県立知的障害児施設で調査票を配布し回収した。総合回収率は 75.1% であった。

表 1．配布先と回収状況

配 布 数	277 人
回 収 数	208 人
回 収 率	75.1%



2. 対象児等の属性（表2～表3）

対象児を年齢、診断、障害程度の属性ごとに集計し各群の比較を行った。

年齢は、表2のような学齢段階に区切ったが、集計の結果有意差のない隣り合う学齢区分はひとつの年齢区分に統合した。

表2. 学齢区分別状況

	男 (人)	女 (人)	全体	
			合計 (人)	比率 (%)
学齢前	69	20	89	42.8
小学生	低学年	10	38	18.3
	高学年	12	37	17.8
	小計	(53)	(22)	(75)
中学生	29	8	37	17.8
中学卒業以上	5	2	7	3.4
合計	156	52	208	100.0

診断名については、調査票上は広汎性発達障害のほか自閉症、アスペルガー症候群の選択肢も用意したが、集計にあたっては自由記述欄でレット症候群と回答したものも含め、PDD群としてま

とめた。知的障害を伴うことが多いダウン症や知的障害、肢体不自由等も含む知的障害と回答したものについては、MR群としてまとめた。なお、調査票では診断名として2項目を選択するようになっているが、これは年齢段階や医療機関により診断名が異なることに配慮したものである。しかし集計では、診断名の選択組み合わせや、現在の療育手帳による障害程度判定も考慮し、診断名をひとつに限定した。例えば、広汎性発達障害とADHDがチェックされた場合は前者の診断を優先し、ADHDという診断名であっても療育手帳が中～重度判定である場合などは、知的障害を優先としてMR群とした。このような操作を行った結果、ADHD、LD等に分類されるケースが少なかったため、診断区分別の分析はPDD群とMR群の比較として行った。

障害程度については、療育手帳の級に基づき分類した。集計上は、療育手帳の級が明らかなものについて比較を試みた。診断区分と療育手帳所持状況を表3にまとめた。

表3. 診断名と障害程度

診断区分	手帳所持(人)			手帳非所持 (人)	未回答 (人)	計 (人)	比率(%)
	A1 重度	B1 中度	B2 軽度				
PDD群							
広汎性発達障害 (アスペルガー症候群、レット症候群も含む)	56	19	3	23	2	103	49.5
MR群							
ダウン症(知的障害合併)	12	9	2	3		26	12.5
知的障害(身体障害合併)	5			1		6	2.9
上記以外の知的障害	32	17	3	8	1	61	29.3
(MR群の計)	(49)	(26)	(5)	(12)	(1)	(93)	(44.7)
その他							
注意欠陥多動障害(ADHD)				1		1	0.5
視覚障害				1		1	0.5
不明・未診断				8	2	10	4.9
全体	105	45	8	45	5	208	100.0
療育手帳所持の比率(%)	50.5	21.6	3.8	21.6	2.4		

(注) 療育手帳非所持のダウン症ケースは、1歳台の年齢であったため、療育手帳未取得と判断してMR群に集計した。

3. 歯磨きの状況

(1) 歯磨きの主体 (表4~表5)

歯磨きは、学齢が進むと「子ども自身が磨く」比率が高くなる(表4-1)。また、この比率は障害程度別では軽度であるほど高い(表4-2)。

表4-1. 歯磨きの主体：学齢別 人(%)

	学齢区分			全体
	学齢前	小学生	中学生以上	
子ども自身	40(48)	50(68)	34(85)	124(63)
親等が全て	44(52)	23(32)	6(15)	73(37)

$\chi^2=17.764$ $df=2$ $P=0.000129$ ***

表4-2. 歯磨きの主体：障害程度別 人(%)

	障害程度			全体
	重度	中度	軽度	
子ども自身	54(53)	32(73)	13(100)	99(63)
親等が全て	47(47)	12(27)		59(37)

$\chi^2=10.112$ $df=1$ $P=0.00147$ **

(2) 歯磨きの自立・完成度および抵抗

子ども自身の歯磨きの自立・完成度について、保護者の判断を求めた。「子どもの磨き方で充分である」場合を『充分』、「親などが仕上げ磨きをしている」、「子どもだけでは不十分だが、仕上げ磨きをさせない」、「その他」で子ども自身では十分に磨けていない場合を『要点検』として集計すると、学齢とともに『要点検』の比率は減少してくる。しかし『充分』である比率は、中学生以上(成人も含む)でも25%であった(表5)。障害程度別に見ると、重度ほど『要点検』の比率が高い傾向であったが、統計上有意差はなかった。なお、診断区分による違いもなかった。

子どもの磨き方が『要点検』であっても、「親などに仕上げ磨きをさせない」比率を、「子ども自身が歯磨きをしている」と答えた全体から見ると、学齢前3%、小学生10%、中学生以上29%と学齢とともに増加している。

表5. 歯磨きの自立度・完成度 人(%)

	学齢区分			全体
	学齢前	小学生	中学生以上	
充分		4(9)	8(25)	12(10)
要点検	40(100)	41(91)	24(75)	105(90)

(3) 歯磨き回数および時間、機会

歯磨き回数について、診断区分別に見るとPDD群1.76回、MR群2.18回であり、有意差が見られた($t=3.04$ $df=195$ $P=0.00269$ **)。

いつ歯磨きをするのかという項目では、全体としては「就寝前」が63%と最も多く、ついで「朝食後」55%、「昼食後」52%となり、26%が「夕食後」となっている。これを歯磨き回数との関係で見ると、1日1回磨く場合「就寝前」が70%と最も多かった。2回の場合は「朝食後」または「昼食後」に磨いているのがそれぞれ半数であり、2回目は「就寝前」に磨いている。3回の場合は、9割以上が「朝食後」と「昼食後」に磨き、3回目を「就寝前」に磨いている状況であった。学齢区分で見ると、学齢が上がるにしたがい「朝食後」、「夕食後」の比率が増え、「就寝前」が減っている。また、診断区分で見ると、PDD群は「就寝前」が71%で、MR群の54%よりも多い($p=0.028$ *)他はMR群よりも低い値になっている。

歯磨き時間は、PDD群で子ども自身が磨く場合が最も長かった。全て親が磨く時間はPDD群とMR群で違いはなかった(表7)。

表6-1. 歯磨きの時間帯(学齢別) 人(%)

	学齢区分			全体
	学齢前	小学生	中学生以上	
朝食後	38(46)	38(53)	30(79)	106(55)
昼食後	40(48)	40(56)	21(55)	101(52)
夕食後	17(20)	17(24)	17(45)	51(26)
就寝前	57(69)	47(65)	18(47)	122(63)
その他	9(11)	7(10)	4(11)	20(10)
全体	83(100)	72(100)	38(100)	193(100)

表 6-2 . 歯磨の時間帯 (診断別) 人 (%)

	診断区分		全 体	
	PDD	MR		
朝食後	48(50)	56(64)	104(57)	Ns
昼食後	40(42)	57(66)	97(53)	P=0.02 **
夕食後	19(20)	30(34)	49(27)	P=0.038 *
就寝前	68(71)	47(54)	115(63)	Ns
その他	6(6)	12(14)	18(10)	P=0.028 *
全 体	96(100)	87(100)	183(100)	

表 7 . 診断区分・歯磨きの主体と時間

診 断	歯磨きの主体	平均 (秒)	人数			
			1分以内	2分以内	3分以内	3分超
PDD	子ども	152	12	19	7	9
	全て親	93	23	9	5	2
MR	子ども	129	26	17	7	9
	全て親	106	12	6	5	1

4 . 歯科医院通院の経験

(1) 齲蝕経験と通院

齲蝕歯保有の率は、学齢前で 59%であったが、小学校低学年では 25%、高学年以上では 16%と低下している。これを反映して、「歯科治療やフッ素を塗るなどの経験がある」と答えたのは、学齢前で 49%であったが、小学校低学年で 82%と急増し、小学校高学年 89%、中学生 89%と横ばいの結果となっている。

(2) 歯科医院の選択

歯科医院の選択について、複数回答を求めたところ、「障害児に専門的に対応してくれる態勢がある」が最も多く 47%、ついで「たまたま近所、または通院に便利」19%、「対応がやさしいので」14%となっている。「治療技術がよいので」はほとんど選択されなかった。

未治療者は 7 人であった。「障害児専門歯科が分らなくて困っている」「本人が拒否している」がそれぞれ 2 人いた。



5 . 通院時の状況

(1) 通院までの状況

通院までの児童の状況について、「子ども自身はすんなり通院できた」を『通院抵抗なし』、「歯医者に行く」と聞いただけで子どもに拒否された」または「その他」で『拒否・抵抗』を示した比率を比較した。『通院抵抗なし』67%と、「拒否・抵抗」33%という結果であった。通院前に拒否を示すケースが 3 分の 1 近くいることが示された。診断区分による違いはない ($\chi^2=1.45$ $df=1$ $p=0.229$ ns)。学齢が上がるほど、抵抗が少なくなる傾向が見られたが有意な差ではなかった ($\chi^2=1.84$ $df=2$ $p=0.400$ ns)。また障害程度が軽いと抵抗が少なくなる傾向が見られたが、統計的には有意とならなかった ($\chi^2=1.36$ $df=2$ $p=0.505$ ns)。

(2) 待合室での状況

待合室での状況は、「おとなしく待っていた」比率が学齢とともに増えている (表 8-1)。診断区分でみると、PDD 群 36%に対して MR 群 64%と有意差が見られた (表 8-2)。障害程度別の傾向は明らかでなかった。

おとなしく待てた理由についてたずねたところ、おとなしく待っていた全体の 65%が「本を見ていた」であり、「ただ座って待っていた」32%、「おもちゃ、ゲームで遊んでいた」27%、「テレビを見ていた」15%となっている。診断区分による違いはなかった。

待合室で困ったことの内容について、「落ち着かず動き回っていた」が全体の 65%で最も多い結果となり、特に小学校高学年で目立つ (表 9)。

「診察室や他の部屋に入ろうとした」は全体では 26%であるが、小学校低学年にピークがある。また、学齢別で特徴的なのは、「ただ泣く・パニック」が学齢前で 44%あり、学齢が進むと少なくなる。診断区分で比較すると、「トイレなどの水道をいじっていた」が PDD 群 13%、MR 群 0%と特徴的な差異が見られた。しかし、その他の項目では PDD 群と MR 群に差は見られなかった。

表 8-1 . 待合室での状況(学齢別) 人(%)

	学齢区分			全体
	学齢前	小学生	中学生以上	
おとなしく待った	12(32)	29(47)	22(59)	63(46)
困った	25(68)	33(53)	15(41)	73(54)

$\chi^2=5.444$ df=2 P=0.0657 ns

表 8-2 . 待合室での状況(診断別) 人(%)

	診断区分		全体
	PDD	MR	
おとなしく待った	27(36)	35(64)	62(48)
困った	48(64)	20(36)	68(52)
全体	75(100)	55(100)	130(100)

$\chi^2=9.715$ df=1 P=0.00183 **

表 9 . 待合室で困ったこと(複数回答) 人(%)

困ったこと	人数
落ち着かず動き回っていた	47(65)
診察室や他の部屋に入ろうとした	19(26)
ただ泣く・パニックなど	19(26)
テレビや調度品などをいじって困った	14(19)
歯科医院から出たがっていた	13(18)
トイレなどの水道をいじっていた	7(10)
他の患者さんにちょっかいを出した	7(10)
電気のスイッチをいじっていた	3(4)
その他	2(3)
全体 (回答実人数)	72(100)

(3) 診察室への移動(表 10)

呼ばれて「すぐに診察室に入れた」比率は、学齢が上がるとともに増えている。障害程度で見ると、重度 63%、中度 75%、軽度 100%という結果であった。診断区分による違いに有意差はなかった。

表 10 . 診察室へのスムーズな移動

学 齢 区 分		人(%)
学齢前		20(57)
小学校	低学年	17(65)
	高学年	18(72)
中学生		22(79)
中学卒業以上		5(83)
全 体		82(68)

(4) 診察時の状況(表 11)

診察室での様子をたずねたところ、「おとなしく座って治療に協力的」という項目は全体としては 27%であり、学齢があがるにしたがって高い比率を示している。

「泣き叫んだ・暴れた・パニック」は、学齢が上がるに従って低くなる傾向があるが、目だって減ってくるのは中学生以上であった。

診断区分別では「口を開けないなどで抵抗した」について、PDD 群 42%に対して MR 群 23%であった。また、「泣き叫んだ・暴れた・パニック」については、PDD 群 45%、MR 群 26%であったが統計上有意な差はなかった。障害程度が重いほど「泣き叫んだ・暴れた・パニック」になりやすかった結果となっている。

全体の 61%が「人手により押さえつけられて治療」を受けた。また、32%がバンド、網などで拘束された」という結果になった。

表 11 . 治療への反応(学齢別) 人(%)

	学齢区分			全体
	学齢前	小学生	中学生以上	
協力的	4(13)	11(26)	11(52)	26(27)
抵抗	27(87)	32(74)	10(48)	69(73)

$\chi^2=9.942$ df=2 P=0.00694 **

6 . 歯科治療を困難にする要因(表 12)

歯科治療を困難にしている本人側の要因は、「じっとしてられない」、「本人が歯痛を訴えられない」が最も多かった。学齢による変化は明確ではなく、診断区分別の差異もない。しかし、障害程度で見ると「本人が歯痛を訴えられない」、「口を開けている指示が理解できない」、「口をすぐことが理解できない」が、障害程度が重いほど困難な要因として上げられている。



表 12 . 治療を困難にする要因 (複数回答)

項 目	人(%)
じっとしていられない	52(46)
本人が歯痛を訴えられない	51(46)
口を開けている指示が理解できない	41(37)
病院や歯科医院に抵抗がある	29(26)
口をすすぐことが理解できない	28(25)
病院は良いが歯科医院に抵抗がある	7(6)
過去に無理な治療を受けた	6(5)
その他	16(14)
全 体 (回答実人数)	112(100)

7 . 歯科医院での対応と親の要望

(1) 良かった対応 (表 13)

良かった対応を挙げたのは通院経験のあるうち 90%であった。最も多かったのは「待ち時間が少なくて助かった」が回答者全体の 49%、「医院の人にやさしくしてもらい落ち着いた」がほぼ同じ 48%であった。また、「事情を話したら理解してもらえた」は 43%と直接的対応ではないが多かった。

このほか、自由回答の中に、「小児専門の歯科医院だったのですんなり治療できた」という回答もあった。

表 13 . 良かった対応 (複数回答)

項 目	人(%)
待ち時間が少なくて助かった	63(49)
医院の人にやさしくしてもらい落ち着いた	62(48)
事情を話したら理解してもらえた	56(43)
医院の人にガマンをほめられて	38(29)
本治療前、何回か予行演習してもらえた	21(16)
本治療の前に、充分言い聞かせてもらえた	17(13)
絵や写真で子どもに充分説明してくれた	2(2)
その他	12(9)
全 体 (回答実人数)	128(100)

(2) 困った対応

困った対応の表明は通院経験のあるうち 28%であった。回答者全体の中で多かったのは、「待たされて、子どもが不安定になった」が回答者中 63%であった。

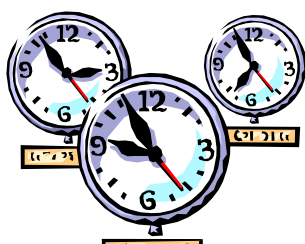


表 14 . 困った対応 (複数回答)

項 目	人(%)
待たされて、子どもが不安定になった	25(63)
叱られて、子どもが一層不安定になった	4(10)
親のしつこさを非難された	4(10)
子どもへの治療方法の説明不足	3(8)
親への治療方法の説明不足	2(5)
事情を話して、いやな態度を示された	2(5)
やさしく接してもらえなかった	1(3)
その他	9(23)
全 体 (回答実人数)	40(100)

(3) 歯科医院への要望

保護者が最も望んでいるのは、「障害の事をもっと知って欲しい」ということであり全体で 64%であった。これは、PDD 群と MR 群の保護者で比較すると、PDD 群 70%、MR 群 46%と大きな差が見られた。

ついで多かった希望は「予約時間を正確に守って欲しい」が 41%であった。これは学齢、診断、障害程度での違いはなかった。

同じく障害程度の違いのなかったのは「園や学校などに往診して治療などして欲しい」が全体で 29%という結果になった。

「絵や写真を使って、治療の手順を子どもに説明して欲しい」が全体で 25%であったが、障害程度による比較では、PDD 群 39%、MR 群 11%と大きな違いが見られた。また「予行演習などをしてほしい」も、PDD 群 22%、MR 群 8%で有意差があった。

歯科治療に対する自由な意見を求めたところ、71 人から回答を得た。

最も多かったのは、障害を理解して欲しいと言う要望であり、障害理解がなされなかったので辛い思いをしたという実情であった。その中には治療拒否にあったケースもあった。また、治療態勢や治療法に対する意見も多く、専門歯科の要望も関連項目としてまとめれば、治療態勢・方法の工夫により適切な治療が可能と考える保護者が多いと言える。さらに治療の困難性を考えた時、予防や歯科検診による早期発見に力を入れた方がよいとの意見もあった。

表 15 . 歯科医院への希望

人(%)

項目	診断区分		全体	検定
	PDD	MR		
障害の事をもっと知ってほしい	70(73)	46(58)	116(66)	p=0.047*
予約時間を正確に守ってほしい	37(39)	35(44)	72(41)	ns
園や学校などに往診して治療してほしい	28(29)	22(28)	50(28)	ns
絵や写真を使って、治療の手順を子どもに説明してほしい	37(39)	9(11)	46(26)	p<0.001***
待合室におもちゃや本を置いてほしい	16(17)	15(19)	31(18)	ns
本治療の前に、予行演習などをしてほしい	21(22)	6(8)	27(15)	P=0.015*
待合室にこわれそうなものを置かない	15(16)	7(9)	22(13)	ns
好きな音楽 (BGM) を流してほしい	10(10)	10(13)	20(11)	ns
子どもと医院の人が仲良くなってから本治療を行ってほしい	11(11)	8(10)	19(11)	ns
好きなシールやカードをあげてほしい	12(13)	6(8)	18(10)	ns
全身麻酔により、一気に治療してほしい	9(9)	9(11)	18(10)	ns
白衣をやめてほしい	8(8)	6(8)	14(8)	
診察台の間にしきりを作ってほしい	6(6)	6(8)	12(7)	ns
音楽 (BGM) をやめてほしい	-	-	-	
その他	2(2)	5(6)	7(4)	ns
全 体 (回答実人数)	96(100)	80(100)	176(100)	

(4) 局所麻酔・全身麻酔・鎮静法・拘束等に対する意見

患者の苦痛、不安を緩和し、治療抵抗を軽減させるための手段に対する保護者の意見を尋ねた。

「絶対いや」とされたのは、「ベルト、網などによる拘束」で 43%であった。この方法はまた、「必要ならやむをえない」とされた比率が 39%と高く、保護者の意見が二分化された結果となった。同じく意見が分かれたのは「局所麻酔(痛みどめ)」であり、「安全なら可」39%、「必要ならやむをえない」38%となった。比較的意見がま

とまったのは、「介助者が手で押さえる」であり、全体の 53%が「必要ならやむを得ない」となった。その他、「安全なら可」という意見が多かったのは「笑気ガス吸入で沈静化させる」39%、「鎮静剤の注射により安静にさせる」32%という結果となった。しかし、「笑気ガス」と「鎮静剤」は「わからない」という回答が 2 割と多かった。

なお、治療経験に有無による意見の違いがあるかどうかを吟味したが、すべてについて有意差はなかった。

表 16 . 局所麻酔・全身麻酔・鎮静法・拘束等に対する意見

人(%)

項目	保護者の意見(評価)					全体
	絶対いや	安全なら可	必要ならやむを得ず	抵抗ない	わからない	
局所麻酔(痛みどめ)	8(4)	75(39)	74(38)	26(13)	11(6)	194(100)
全身麻酔による診療	47(24)	81(42)	49(25)	4(2)	14(7)	195(100)
笑気ガス吸入で鎮静化させる	40(21)	75(39)	30(16)	14(7)	31(16)	190(100)
鎮静剤の注射による安静にさせる	47(25)	60(32)	41(22)	2(1)	36(19)	186(100)
ベルト、網などによる拘束	81(43)	15(8)	75(39)	10(5)	9(5)	190(100)
介助者が手で押さえる	26(14)	18(9)	100(53)	43(23)	3(2)	190(100)

考 察

今回の調査では、知的障害児通園施設、養護学校の小中学部在籍者が中心となった。そのため学齢を基本とした区分でみると、中学生以下を中心としたものとなった。診断区分では、PDD 群と MR 群がほぼ同数のデータが得られた。療育手帳を基準とした障害程度では重度(～最重度)が半数近い結果であった。企画段階では軽度発達障害を中心にと考えていたが、軽度であるため、一般の学校等に分散して在籍しているので、一括調査ができず、精神保健福祉センターの来所者だけでは十分な数とならなかった。しかし、発達障害があるがゆえの治療の困難性は今回調査した群において顕著にあらわれると考えられるので、軽度も含めた発達障害児の歯科治療に関する全体像を推測することは充分可能であったと考えられる。学齢区分での分析に加え、診断区分および障害程度での比較を行った。診断区分による分析では、他の知的障害と比較して、自閉症の行動特徴が歯科治療においてどのような影響を及ぼしているかが理解できた。また、障害程度による分析では、知的障害の程度によって、歯科治療の動機づけや、治療の理解と協力にどのような影響を及ぼすかが分かった。

【日常のデンタルケアと齲蝕】

日頃の歯磨きは、学齢前は「子ども自身」と「親が全て」がほぼ同数であるが、学齢が上がるに従い「子ども自身」の比率が増えていく。しかし、子どもの磨き方で充分であるとする保護者の評価の比率は中学生になっても 25%に留まる。障害程度が重度である場合、半数近くは親などが全て磨いている。

歯磨きの回数については、PDD 群は MR 群より少なかった。PDD 群は MR 群よりも歯磨き回数を少なくさせている困難性があると考えられる。歯磨き回数が 1 回の場合はその 7 割が「就寝前」に磨いている。これが 2 回になると、「朝食後」または「昼食後」が加わっていると言える。したがって、朝食後と昼食後の歯磨きに取り組み

ばその回数を増やすことができるわけである。

歯磨きにかかる時間は、自分で磨くことが習慣化されると、PDD 群は MR 群より長い時間歯磨きするという結果であった。必ずしも適切に磨けているわけではないが、習慣化という視点からみると、PDD 群は行動を獲得すれば継続的に取り組めるということになる。

齲蝕歯の保有人数は、学齢前から小学校低学年にかけて大きく増加する。乳歯の段階からデンタルケアの習慣をつけ、齲蝕歯の発生を抑えることは、歯科治療の動機づけが困難な発達障害児にとっては特に重要である。本人自身の歯磨きは年長になっても必ずしも充分とは言えないが、保護者の仕上げ磨きが日常生活習慣として行なわれることで、予防的効果だけではなく、口腔内を他人に触られる歯科治療への抵抗もまた少なくなると考えられる。我々の相談の中でも、「虫歯になったら治療できないと思うからとにかく仕上げ磨きをしてきた」と答えた保護者がさらに、「意外と歯科治療がスムーズに行なえた」と答えることを経験している。この取り組みは、学齢前からはじめることが重要であり、そのためには家庭だけではなく、通園施設や、保育園・幼稚園の協力も不可欠であろう。また、学齢でも、学校においてスケジュールの中にブラッシングを定着させ、できれば仕上げ磨きを教師が行なうことが予防的観点からすれば望ましい。

【通院への抵抗と待合室での状況】

通院への抵抗は 3 人に 1 人が示している。発達障害児の通院への抵抗が、発達障害のない児に比べて多いかどうかは今回の調査からは分らないが、障害程度が軽度であるほど抵抗が少ない傾向から、治療の必要性和治療内容を理解することができれば、抵抗する比率は減少すると予想される。しかし、抵抗を示さない障害児の中には、歯科医院への通院することを理解していないケースもあった。歯科医院で何をされるか理解しているケースでは、治療の必要性が理解されると通院抵抗

は少なくなり、理解できないと抵抗が増えると考えられる。一方、歯科医院で何をされるか理解できず、当然歯科治療の動機づけもできないケースでは通院の抵抗は少ない。

待合室で待つことの困難性を抱えているのは、PDD 群で 6 割以上であり、MR 群より倍以上の比率となっている。

おとなしく待つことができた理由は診断区分にかかわらず「本を見ていた」が最も多く、「ただ座っていた」の倍の比率であった。本を読むことで、待合室で待てると言える。一方、障害が重度であると、「ただ座っていた」という比率が半数近くであり、障害程度が重いと何かしながら待つことは困難であると言える。

待合室で困ったことは、「落ち着かず動き回っていた」が PDD 群、MR 群とも同率で 7 割近い。「テレビや調度品をいじって困った」「診察室や他の部屋に入ろうとした」など他の多動性についても診断区分で違いがない結果となっている。ただし、今回の調査で ADHD のケースが少なかったため、多動が問題となる ADHD ケースと、PDD 群との違いは明らかになっていない。我々の臨床経験からは、ADHD では待つ困難性が高く、中には治療への不安からくと思われる発語や質問が多く、他の患者の目が気になったという保護者の訴えを聞くことがある。

診断区分で違いがあったのは、「トイレなどの水道をいじっていた」であり、PDD 群の 1 割に見られたが、MR 群では皆無であったことから、PDD 群の特徴と言える。日常生活においても、PDD 群では水いじりが多く指摘されていることから今回の結果は納得のいくものであった。

診察室に呼ばれて待合室からすみやかに移動できたかどうかについては、学齢があがるに従って、あるいは障害が軽度であるほど高い比率となっている。診断区分では違いがないことから、指示により行動できるかどうか要因になっていると思われる。

【治療状況】

治療に協力的である比率は診断区分と関係な

く 2 割であった。むしろ、学齢区分と障害程度が重要な要因であり、学齢区分が上がるに従って、あるいは、障害程度が軽くなるに従って協力できるようになってくる。治療の動機があり、指示を理解して行動できるかが大きな要因かもしれない。

一方、治療が困難だった状況を見ると、診断区分の特徴が現れ、PDD 群では MR 群よりも「口を開けないなどで抵抗した」が倍近く多いという結果になっている。「泣き叫んだ・暴れた・パニック」については PDD 群が若干多いものの有意差はなく、むしろ障害程度が重いほど「泣き叫んだ・暴れた・パニック」になりやすかった結果となっている。「口を開けないなどで抵抗した」比率についても、障害程度の要因が大きく作用していると考えられる。

治療を困難にする要因はじっとしていられないという多動性と、歯痛の訴えられないことや指示理解困難というコミュニケーションの問題があげられた。障害程度が重いほどコミュニケーションの問題の要因が大きくなる。

また、障害程度が重いほど「本人が歯痛を訴えられない」ことが困難性の要因であると言う比率は高く、これは治療開始を遅らせるひとつの要因となっていると考えられる。

【歯科医院への要望】

歯科医院をどのように選択しているかについては、半数近い親が「障害児に専門的に対応してくれる態勢」をあげている。「治療技術がよい」はほとんど期待されず、「対応がやさしいので」も意外と少ない。障害児に対する総合的、専門的対応を求めていると言える。

歯科医院の対応について、良かった対応および困った対応について尋ねた結果、「待ち時間が少なくて助かった」が最も多く、反対に「待たされて子どもが不安定になった」もまた高い結果となっている。歯科医院に期待することも「予約時間を正確に守って欲しい」が 4 割と高いことから、待ち時間の少ないことが歯科医通院の重要な評価のひとつになっている。

また、「歯科医院の人にやさしくしてもらい落ち着けた」も良かった対応にあげられている。おそらく「やさしい対応」は、保護者にとっても『障害や、保護者の苦悩も理解して治療にあたってもらえている』という実感を持てるものであり、評価が高かったと思われる。

治療の手順について、子どもに対して視覚的に説明して欲しいという要望はPDD群の保護者に多い結果となっている。PDD群には視覚的な支援が有効であるという知識が広まっているためと考えられる。しかし、我々の臨床経験から、自閉的傾向が少なくても、視覚的な説明は発達障害児全般にとって有意義であると認識している。もう少し範囲を広げ、小児全体へのインフォームドコンセントを考えた時、視覚的な情報手段を利用すれば、治療への動機づけが図られることは予想できる。これについては、「小児専門歯科だったので、子どもが治療にのれて助かった」と言う保護者の意見があったことから、障害の有無にかかわらず、治療環境を整え、治療内容を理解させたり、配慮を行なったりすることが治療の動機づけと、スムーズな治療に役立つと考えられる。

治療時の抵抗を軽減させて治療を円滑に進めるための方法として、麻酔や鎮静法、拘束等がある。用具を使って物理的に抑制する方法は不評であるが、必要ならやむを得ないとする意見も多く、保護者の意見が二分する結果となっている。同じ抑制効果があるなら、介助者が手で抑えた方が、保護者にとっては感情的に受け入れやすい。



おわりに

この調査を企画する少し前、当センターの相談者の中で、情緒的に不安定で困っていたがその原因は齲歯だったと判明したケースが続けて4件あった。「情緒的に不安定になったら、むし歯を疑え」と認識するできごとであった。相談の中で、歯科に限らず通院の困難さは保護者から語られることが多い。確かに、身体の不調をきちんととらえて訴えることができず、治療の動機づけも難しい発達障害児にとって、医療的ケアには困難が伴う。しかし、歯磨きの習慣化のみならず、日常生活習慣、特に食習慣の乱れを作らないようにすること、かかりつけの歯科医を作って幼少期より口腔全般のケアについて指導及びチェック、フッ素等の予防処置を受けることで予防的な取り組みが効果ある領域である。定期的な通院が予定演習となり、治療抵抗を軽減することが可能であると言える。保護者側の日常的なケアと、医療関係者の理解ある対応の両方が適切に行なわれてこそ発達障害児・者の健康的な生活が可能となると考えられる。

この調査にあたり、調査票を配布、回収していただいた関係機関の方々、お答えいただいた保護者の方にお礼を申し上げます。

最後にこの調査の着想を与えていただき、きっかけを作っていたいただいた歯科衛生士さんに感謝申し上げます。「この調査を行なってもらったこと自体が、親の大変さを理解しようとしてくれたということで感激した」といった回答がありました。これは、発達障害児が住む地域で、障害を理解しようとしてくれる芽があるということで多くの保護者を勇気づけることになるでしょう。

表 17. 歯科治療への提言

<p style="text-align: center;">歯科医院</p>	<p style="text-align: center;">保護者</p>
<p>障害の特性理解と、保護者へのやさしいまなざし 発達障害児・者が治療の意味理解が困難であり、治療動機を得にくい状況を知って欲しい。 保護者は、子どもの障害に伴う様々な困難を経験し、治療時の子どもの不適応行動についても保護者のせいであると罪悪感を持ちやすい。しかし、発達障害が生じた責任は保護者にはないことを理解して欲しい。</p>	<p>障害の特性を理解してもらう 多くの歯科医は発達障害について体系的な研修を受けているわけではない。だからこそ障害特性や子どもの現状をきちんと伝え、理解を求める活動が必要である。個人的な対応が難しい場合は、地域の保護者会が歯科医師会等を通じて理解を求めていくことが必要である。まず校医にアプローチすることも効果的かもしれない。 かかりつけ歯科医院を作り、検診、予防的処置などをしてもらいながら少しずつ理解を求めていくことも大切である。</p>
<p>治療態勢の整備 待たされることが苦手であるという障害特性に配慮し、予約時間は厳守する。また、保護者の心情に配慮し、他の一般患者と重なる時間はできるかぎり避けたい。 障害特性に配慮した態勢整備は決して特殊なものではなく、小児歯科において行なわれている工夫の延長線上にあると考えられる。</p>	<p>待つことの態勢づくり 待たなくてもすむにこしたことはないし、そのような社会態勢が理想ではあるが、現実には難しい。ふだんから、ちょっとした時間に気分転換できたり、集中できたりするものを見つけておく。これにより、何もせずに待つことを回避し、結果として待ち時間を延長できると考えられる。また、下で述べるような視覚情報を有効に活用する。</p>
<p>物理的構造化と治療手順の視覚的提示 子どもに対するインフォームドコンセントを適切に行なう。このために、写真や図等などの視覚材料で治療手順の提示や、終りが視覚的に分かる工夫を行なう。 また、治療ユニット周辺の治療器具などは見えないような工夫、治療ユニット間の間仕切りの使用、照明がいきなり視野に入らない工夫を行なうことも必要である。</p>	<p>普段から視覚的な情報伝達手段を利用する 自閉症などの発達障害児にとって視覚的な情報伝達は有効である。しかし、普段からそのような方法に慣れていないと、子どもにとっても無意味なものである。 例えば散髪場で、流れを視覚的に示すことで一定の時間散髪に身を委ねる経験などは役に立つだろう。</p>
<p>パニック等防止への配慮 治療への不安から突然立ちあがったり、あばれたりすることが予想されるので、余分な器具、薬剤は周囲に置かず、クロスアーム型のユニットも避けたい方がよい。 短時間に処置を終えた方が後に情緒的な問題を引き起こさない場合もある。そのために、行動抑制を行なうのであるが、物理的な方法や薬物の使用は保護者に抵抗が大きいことを理解すること。むしろ、人手により対応した方が保護者にとっては受け入れやすい。しかし、物理的な手法や薬物使用にあたっては、保護者に対するインフォームドコンセントを充分に行なうこと。</p>	<p>パニック等に対する備え 1日の中で、比較的安定した時間帯に予約を入れてもらえるなどの工夫はできるだろう。 普段と違う状況の要因が多いほど不安からパニックになるので、治療場面でどうするかということよりも、例えば、『仰臥の姿勢で口腔内を触られる経験』を積むなどを普段から行なっておくことも大切である。 また、保護者からも視覚資料を使った治療の動機づけを、事前に行ないたい。</p>
<p>予防教育と定期的な健診 間食や甘味食品の過剰摂取による齲蝕の可能性について保護者に充分説明するとともに、日常的なケアの方法についても助言する。また、歯科医院や口腔内を触られることに慣れさせるために、定期的な検診等を保護者に勧めたい。</p>	<p>日常的ケアの実行 発達障害児がブラッシング等日常的なケアの意味を理解することが困難なことは多い、またケアに対する抵抗も発達障害のない児童よりも大きい。しかし、日常的なケアをきちんと獲得させることは、将来において、苦痛を伴う治療を避けることができる。確かにブラッシングに抵抗を示す子どもに対してこれを行なうことは困難を伴う。しかし、虫歯になった場合はもっと困難な状況に陥るだろう。なお、子ども自身が磨いていても、模倣行動の域を出ず、不十分となっていることがかなりあるので、保護者の仕上げ磨きは不可欠である。日常的に口腔内をいじられる経験を積んでいけば、治療においても抵抗が少なくなると期待できる。また、日常的にむし歯の早期発見を行なうことも可能である。</p>