

障害者と特殊歯科医療

笠原 浩

松本歯科大学 障害者歯科学教室 (主任 笠原 浩 教授)

Special Patient Care in Dentistry

HIROSHI KASAHARA

*Department of Dentistry for the Handicapped, Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. H. Kasahara)*

Summary

“The handicapped” is defined in the Fundamental Act for the Handicapped (1970) as “any person who has a considerable and long-pending limitation in one’s daily life or social activities with a physical impairment of moving, seeing, hearing, balancing, voice or speech; a fixed organic disorder of the heart, respiratory system, and the like; or mental impairment such as mental deficiency”. In those people, the dental health has much more importance than in the other normal people. For a person who is developing or has to recover from retardation should bite well. The infection following dental diseases is often dangerous in those who have serious organic disorders or low resistance associated with a congenital abnormality. Although, many people suffer from dental caries and periodontal disease, some of the severely handicapped differ from the normal, sometimes having not even the ability to inform others of their severe pain. We should correctly understand that most of the mentally retarded or the cerebral palsy patients have no ability to use dentures if they lose their own teeth. The most superior dental care should be provided for such severely handicapped people, and with the highest priority.

Nevertheless, the handicapped are kept at a distance from dental service. The Welfare Ministry estimates that one in every 20 or so Japanese has some type of handicap, but few of them can receive adequate dental service. It is suggested that such regrettable situations are the result of a certain limitation of private practice, which makes up ninety-seven percent of Japanese dental service, and a lack of instruction in dentistry for the handicapped in the conventional dental education system.

In the past decade, “Special Patient Care in Dentistry” has been developing. For dental needs beyond range of the usual service of general practitioners, the concept of “the special patient” was proposed. It includes those who require major oral surgery or complex

orthodontic procedure at first, but now, in a narrow sense, it means those who require special medical or behavioral management, such as the handicapped, the aged, and the patient with an organic disorder.

The special patient clinics in dental departments of hospitals and public dental service centers should be set up in every district. The substantiality of the secondary and the tertiary care such as hospital service is absolutely necessary for treatment of severe and progressed dental diseases which are found frequently in the handicapped, but not enough for maintenance of their dental health. The other element is the primary health care provided by general practitioners. Indeed, the disabled person earnestly demands to receive dental service in his living environment. Periodical check, health education, tooth brushing instruction, prophylaxis, and preventive procedures, as well as early treatment if indicated, are much more powerful in such persons, and not so difficult for a general practitioner when he has the essential information of the handicapped and the behavior management. The concept of normalization should be introduced in the dental education system.

はじめに

世の中で一番良い歯を必要とするのはだれであろうか？ 人間にとっての「歯」の役割と、それが病気に侵されたときの影響とを、もう一度考えてみてほしい。

健常な成人にとっては、「ムシ歯」などは病気の数にも入らないかも知れない。「痛くなったら最寄りの歯医者に行って治療してもらえばいいのだし、放置しておいたところで、生命に危険が及ぶわけでもない。最悪の場合でも抜歯して入れ歯にすれば済む…」そんな程度にしか考えていない人が世間には多い。

ところが、重い心身障害を持った人たちでは、事情はまったく違って来る。施設に収容されている人たち、あるいは在宅でもねたきりに近い状態にある人たちにとって、しばしば唯一の生きる喜びである「おいしく食べる楽しさ」が、たった一本の痛い歯の存在であっさり失われてしまうことを考えてほしい。歯が痛くても「痛い」と訴えるすべすら知らずに苦しんでいるような人もいるのである。

成長発育の過程にある子どもたち、あるいは発達の遅れを取り戻さなければならない障害者たちにとっては、「歯」の存在意義がまるで違うことを見落としてはならない。また、心奇形をはじめとする全身疾患や抵抗力の低下を見ることが多いこうした人たちでは、歯性感染が健常者とは比較にならないほど危険なことも指摘されるべきである。

さらに、ある程度以上の重い障害を持つ人では、可撤式の義歯を使いこなすことがきわめて困難であることも理解されなければならない。成人障害者の収容施設などで、歯を失った重度障害者が小鳥のすり餌のような食事しか摂れなくなってしまうのは、まさに悲惨としか言いようがない。だれよりも一番良い歯、いつまでも食物をしっかり噛めるじょうぶな歯が必要なのは、実は障害者なのである。

このように、障害者こそが最高水準の歯科医療を最優先で受けるべき存在であるにもかかわらず、近年までの歯科医療の対象は健常者に限られ、歯科医院の門は重度の障害者や有病者には固く閉ざされていた。社会福祉が唱えられる現在においてさえも、彼らを積極的に受け入れる歯科医療機関は数少ないし、内容的にも必ずしも十分ではない。このような医療現場の不十分な対応は、在来の歯科医学教育の不備、すなわち修復・補綴など「歯」の治療技術に偏重して「人間」を疎かにしがちであったところに原因しているとの批判もある。「心身障害」の概念そのものについてさえ、第一線の歯科医師の間では混乱が見られることがある現状に対して、障害者歯科学の確立と普及は急務と言える。本稿は、障害者に対する歯科医療をめぐるいくつかの問題点を整理して、今後の発展を展望しようとするものである。

障害の概念

古来より、身体的あるいは精神的になんらかの

障害を負った人たちは無数に存在していたし、そうした障害を表現するために、不具、廃疾、盲、聾、啞、あるいは精神病、精神薄弱、その他現代では差別用語として書き記すことすらはばかられるような言葉もまた無数に存在した。しかし、こうした人たちを包括的に理解するための「心身障害」あるいは「障害」という概念は、意外にも比較的新しいものである。わが国の代表的な国語辞典^{1,2)}でも、こうした語釈はごく最近までほとんど採録されていない。例えば、広辞苑第二版補訂版(1976)では「①さわり。さまたげ。じゃま。②障害競争の略」のみとなっている。

現時点での一般的な概念としては、「国際障害者年行動計画」³⁾の中で心身障害を三つの次元から規定したWHO(世界保健機関)の考え方が最も妥当なものと思われる(表1)。すなわち、第一には心身の形態または機能がなんらかの形で損なわれている状態(impairment)があり、第二にその結果として生ずる活動能力の制限または欠如(disability)、そして第三に能力障害のため被る社会的不利(handicap)があるとす。これら三者は、密接に関連してはいるが、機能障害は必ずしも能力障害を生ずるものではなく、また、能力障害が常に社会的不利に結びつくものでもない。機能障害があってもリハビリテーションにより残存能力が強化されれば、能力障害の程度は軽くなるし、職場や住宅などの社会環境が適切に整備されれば、能力障害があっても障害者が健常者と同様な社会生活を営むことが可能となる。例えば、下肢のマヒにより歩くことができない人でも、車いすを利用すれば移動能力は回復され、さらにプログラマーなどの適切な職につくことができれば、自立した社会生活を営めるようになるというわけである。

リハビリテーション(rehabilitation)とノルマライゼーション(normalization)⁴⁾の理念もまた障害者について考える上で不可欠である。従来ともすれば、障害者を非生産的な「弱者」としてとらえる態度が少なくなかったが、これは、どんな障害者でも一人の人間としてその人格の尊厳性を回復する可能性を持つ存在であり、その自立は社会全体の発展に寄与するものであるというリハビリテーションの理念にそぐわない。障害を持つ人でも人間らしく生きることができるようにするた

表1: WHOによる「障害」の概念

- | |
|---|
| ① impairment (機能障害): 人体の器官に持続的な異常が生じている状態、あるいは、精神や身体の機能が異常をきたしている状態 |
| ② disability (能力障害): 機能障害のために生じた能力の低下 |
| ③ handicap (社会的不利): スポーツやゲームでの用語と全く同じで、負担条件を意味する。 |

表2: 法律用語としての「障害者」

1) 障害者の定義

障害者とは「肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声機能障害若しくは言語機能障害、心臓機能障害、呼吸機能障害等の固定的臓器障害又は精神薄弱等の精神的欠陥があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」
—心身障害者対策基本法第2条

2) 心身障害者の範囲

身体障害については、身体障害者福祉法の別表で、例えば、視覚障害であれば、両眼の視力の和が0.13以上0.2以下のものが5級等というのうに具体的に規定している。

精神障害については、精神衛生法で、「精神衛生法で、「精神障害者とは精神病患者、精神薄弱者及び精神病質者」と定義されているのみで、その範囲についての具体的な規定はない。なお、精神薄弱者福祉法の定義の部分は現在では削除されている。

3) 児・者の區別

18歳未満については「身体障害児」、「精神薄弱児」、それと対比して18歳以上または年齢による区分をしないときは「身体障害者」、「精神薄弱者」と呼ぶこととなっている。

なお、身体障害者と精神障害者の両方を指すときは「心身障害者」とするが、最近では単に「障害者」と呼ぶようになりつつある。

めの技術的、社会的、政策的対応の総合的体系の整備とともに、地域社会のなかに障害者をあたたかく受け入れるような意識の変革も、徐々にではあるが進みつつある。こうした認識は、歯科医療の場においても、障害者に接する際には常に念頭に置かれるべきであろう。

障害の定義

「心身障害」という語に具体的な定義を与えたのは、古くは第二次大戦による傷痍軍人を当初の主な対象として成立した身体障害者福祉法(1949)をはじめとする法規である。精神衛生法(1950)、精神薄弱者福祉法(1960)などを経て、心身障害者対策基本法(1970)により法律上の定義(表2)

がほぼ完成している。なかでも、身体障害については、その別表により、それぞれの障害の範囲についても明確な規定がなされている。

国際的にも、国際連合が「障害者の権利宣言(1975)³⁾において、障害者を「先天的か否かにかかわらず、身体的又は精神的能力の障害のために、通常の個人生活並びに社会生活に必要なことを自分自身では、完全に又は部分的にできない人」と定義している。また「国際障害者年行動計画」³⁾においては、「今日、多くの人々は、障害とは“人体の運動動作の支障”に等しいと考えている。しかし、障害者といっても等質の集団をなすものではない。例えば、聴覚機能に障害がある者、視覚障害者、精神薄弱者及び精神病者、身体の動きに障害のある者、そして様々な医学的支障を有している者は、それぞれ異なった解決法を有する異なった問題を有しているのである」と述べている。

以上のように、障害の種類や程度はきわめて多種多様ではあるが、日常生活や社会生活に相当程度の制限が長期にわたることが、基本的な「障害」の概念と考えられる。すなわち、われわれは時々病気になったり、けがをしたりするが、多くの場合は間もなくそれが治って、また元どおりの日常生活や社会生活が営めるようになる。ところが、ときにはそれが形態上の欠損や機能の低下を後遺してしまつたため、身のまわりのことにも不自由したり、社会活動を制約される状態に陥ることがある。このような状態が「障害」として社会的にも認識されているのである(厚生白書, 1981)⁵⁾。

しかし、これらは医療、とりわけ歯科医療の立場からの考え方とは必ずしも一致するものではない。「心身障害」が特定の疾患あるいは疾患群を意味する医学用語ではないことには注意すべきである。

心身障害の分類

先天異常や発達障害は小児科、脳性マヒや脳卒中後遺症などの肢体不自由は整形外科、精神疾患は精神神経科、心疾患や呼吸器疾患は内科…などと、それぞれの専門科で個々ばらばらに取り扱われることが多かったためか、医学的な立場からの心身障害の包括的な把握は、これまでのところでは必ずしも十分とは言えない。大多数の一般医師にとっては「障害者の医療」という概念は、リ

表3：上原の分類(1972)⁷⁾

障 害 の 種 類			
I	中枢神経の障害	精 脳	性 麻 痺
	神経筋系の疾患	て ん か ん 進 行 性 筋 ジ ス ト ロ フ ィ ー 多 発 性 硬 化 症 脳 ポ リ ソ の	症 症 オ 他
II	情緒障害	小 児	自 閉 症
III	感覚器の障害		盲 聾
VI	血液疾患	血 白 紫 そ	友 血 斑 の 病 病 病 他
		小 児 リ ュ ウ マ チ ネ フ ロ ー ゼ 症 候 群 小 児 結 核 そ の 他	
IV	言語障害	兔 唇 口 蓋 裂 I, II, IIIと関連あるもの そ の 他	
	心臓疾患	先 天 性 心 疾 患 後 天 性 心 疾 患	

ハビリテーション医学の応用などのごく狭い範囲しか意味しないであろう。しかし、これからの地域医療の発展のためにも社会医学的な側面からの見直しは必須の課題である。歯科的にみた心身障害の種類としては、MagnussonとSvatonの分類⁸⁾や上原の分類(表3)⁷⁾などがあるが、小児歯科的な立場に偏っているので、ひとつの試案として、筆者らが日本障害者歯科学会へ提案している分類(案)を掲げておく(表4)。

デンタル・ハンディキャップ?

そこで、歯科医療あるいは歯科保健の立場から見たハンディキャップとはなにかを、もう一度検討してみる必要がある。歯科疾患の大多数が自然治癒を期待できないものであるからには、歯科的健康を維持する上での最大の社会的不利とは「現実の歯科医療からの疎外」ではないだろうか。

福祉行政の立場からは重度障害者に認定されている者であっても、その全員が歯科的にハンディキャップがあるとは限らない。例えば、右腕を付

表4：心身障害の分類（笠原・1985）

障害コード

- 12—34 1***：大分類（0**：健常あるいは不明）
 *2**：中分類（*0*：中分類不能あるいは不明，*9*：その他）
 3*：小分類（0：小分類不能あるいは不明，**9：その他）
 ***4：重複障害の有無（数）

分類表（主な障害名のみを示す）

大分類	発達期以前に生じたもの	発達後に生じたもの
1*** 精神障害Ⅰ (知能障害)	11精神発達遅滞（精神薄弱）	15脳卒中後遺症としての知能障害 17精神病による知能障害 18老人性痴呆症（ボケ）
2*** 精神障害Ⅱ (情緒障害)	21幼児自閉症 22自閉的傾向，緘黙など	25異常な歯科恐怖症 27精神病による情緒障害 28老人性痴呆症による情緒障害
3*** 精神障害Ⅲ (意識障害・痙攣性疾患)	31大発作を伴うてんかん 32その他のてんかん 35脳損傷による意識障害，植物症 37精神病による意識障害	
4*** 肢体不自由Ⅰ (中枢性の運動障害)	41脳性マヒ	45脳卒中後遺症としての運動障害 46脳卒中以外の脳損傷（外傷，感染症など）による運動障害 47脊髄損傷（脊損）
5*** 肢体不自由Ⅱ (非中枢性)	51四肢・体幹の先天異常 52進行性筋ジストロフィー症 53発達期の外傷，感染症	56発達後の外傷，感染症などによる不自由 59その他の非中枢性運動障害
6*** 感覚器障害	61視覚障害（全盲），62 "（弱視） 63聴覚障害（聾），64 "（難聴） 65平衡機能障害	
7*** 言語機能障害	71脳性マヒによる言語障害 72聴覚障害と関連した言語障害 73口蓋裂と関連した言語障害	75脳卒中後遺症としての言語障害
8*** いわゆる内部障害	81循環機能障害，82呼吸機能障害 83腎機能障害，84肝機能障害 85代謝障害，86血液疾患	
9*** 特殊な疾患，症候群	91ダウン症候群 92先天性風疹症候群	

け根から失っている人でも，歯科診療を受けるにはほとんど問題はない。逆に，小児自閉症や情緒障害といわれる人たちは，日常の生活はほとんど自立しているということで「障害者」の統計には含まれないことが多いが，歯科診療は最も困難である。もっと言うならば，医学的にはまったく健常ではあっても，「泣く子はお断り」とか「その治療は健康保健ではできない」などと，現実の歯科医療から締め出されている人が必ずしも少なくは

ないのではなからうか。

つまり，なんらかの事情で，適切な歯科医療を受けることができない，あるいはそれに非常に困難を伴うような人がいたら，その人こそが歯科医療の立場から見た「障害者（the handicapped in the dental care=歯科医療に不自由している人）」と呼ばれるべきだと，筆者は考えるのである。

似たような概念としては，歯科医師の側からの発想として「歯科医療を“行う”上での障害を持

表5：取り扱いの面から見た障害者の分類（笠原・1981）¹⁰⁾

	障害の種類	主な取り扱い方法
A. コミュニケーション容易群	知能障害を伴わない肢体不自由、脳性マヒ、軽度の精神発達遅滞	基本的な取り扱いによる通常の歯科診療 ……地域の個人開業医、小診療所（第1次医療機関）
B. コミュニケーション可能群	中等度の精神発達遅滞、視・聴覚障害、筋緊張や不随意運動が激しい脳性マヒ、障害は比較的軽度でも緊急に侵襲の大きな処置を要する場合。	基本的な取り扱いを原則とすることが、必要に応じて補助的手段（前投薬、笑気吸入鎮静法、静脈内鎮静法など）を併用する。 ……専門医、大規模診療所、公的な口腔保健センター（第2次医療機関）
C. コミュニケーション困難群	いわゆる小児自閉症、精神分裂病など 重度の精神発達遅滞（2歳未満の健常児も同じ）	特殊な取り扱い（いわゆる強制治療） 物理的身体抑制法または全身麻酔 ……第2次医療機関または病院歯科（第3次医療機関）
D. 全身管理対象群	血液疾患、心疾患、その他の重篤な全身疾患	基本的な取り扱い、ただし、必要に応じて入院あるいはそれに準じた集中的な全身管理が必要 ……病院歯科（第3次医療機関）

つ者」と定義付けられる the dentally handicapped child (Weyman, 1971)⁹⁾やデンタル・ハンディキャップ⁹⁾という用語が以前から存在するが、これらは素直に解釈すれば「歯科疾患のために社会的不利を生じている人(例えば、歯を失ってまともな食事がとれない、醜い歯並びで人前に出られない、口蓋裂で言語障害があるなど)」を意味するようであり、あまり適切な用語とは言えないと思う。

第一線の歯科医療の立場から見ると、取り扱いの困難性が最も問題となるので、そうした面からの障害者の分類（笠原, 1981）¹⁰⁾も考えられる（表5）。

障害者の現状

わが国の身体障害者は、18歳未満の身体障害児が11万人、18歳以上の身体障害者が203万人、総数では214万人と推計されている（身体障害児実態調査, 1970；身体障害者実態調査, 1980など）¹¹⁾。また、精神障害者については、最近では実態調査が困難であるため正確な数字ではないが、18歳未満の精神薄弱児が17万人、18歳以上の精神薄弱者が19万人、さらに精神病者等が100万人程度、総計136万人ぐらいと推定されている（精神薄弱者実態調査, 1971；全国精神衛生実態調査, 1963など）¹¹⁾。その他、難病やねたきり者などもあり、幅広くとらえた場合、わが国の障害者の総数は約450万人以

上と推定されている（厚生白書, 1981）⁹⁾。これは全人口の4%弱に相当する。つまり、20数人に1人の割合で障害者が存在するのである。

これらの障害者こそが、最高水準の歯科医療を最優先で受ける必要のある人びとであることは、冒頭に論じたところであるが、現実には既成の歯科医療から最も疎外された存在となっていることが、厚生省科学研究費による久保田ら(1981)¹²⁾の広範な調査からも明らかである。障害児の保護者の集まりなどでは、「積極的に治療してくれる歯科医がいらない」という悩みが常に聞かれる。例えば、埼玉県のある養護学校でのアンケート回答¹³⁾でも、「……校医さんのところで治してもらいなさいとか、こういう子はできないとか断られたことが多くあり、歯医者さんを何軒たずね歩いたか分かりません」、「治療がやりにくいから連れてきては困ると言われた」、「ムシ歯が痛みだすと大声で一晩中泣いてあばれるが、障害のある子は手がかかるので診てもらえない」、「この子は動くからといって、完全な治療をしきれなかった」などと、歯科医療に関する苦情が集中している。養護学校では必ず学校歯科医がいるはずであるが、「ききわけがなくて口を開けないから」と、年一回の検診すら満足に実施しない校医が珍しくないことが、各地の養護教諭たちから報告されている。

自力では移動することもできないような重度の障害者では、状況はより深刻であって、口腔内の

歯のほとんど全てが残根で、歯肉からたえず血膿が流れ出しているような状態であるにもかかわらず、歯科医療からはまったく見放されていたような症例は、われわれ自身でも少なからず経験している。

特殊歯科医療の概念

わが国の歯科医療機関の総数は約4万2千であるが、その97%は個人開業医である(厚生省「医療施設調査」1982)¹⁴⁾。小規模の診療所で行われる歯科医療には、技術的にも設備的にも一定の限界があるのは当然であろう。

そこで、個人開業医での通常の歯科診療の範囲を超える医療需要への対策を考えることが必要になり、「特殊歯科医療」の概念が登場した。東京医科大学の久保田康耶教授らをメンバーとする厚生省科学研究費による研究班(1974)¹⁵⁾は、その報告書の中で、特殊歯科医療とは「一般開業歯科医の治療範囲外にある口腔疾患の治療をいう」と定義した上で、その内容として、心身障害者、小児、口腔外科、矯正をあげている。

これらの内容は、次のように整理してみることも可能である。

① 対象となる口腔疾患そのものが、特殊な、あるいは高度に専門化した技術を必要とする場合 major oral surgery や、いわゆる skeletal pattern の不正咬合の矯正などが、ここに該当する。

② 口腔疾患そのものは、比較的ありふれたものではあるが、その診療に特殊な配慮を要する場合……問題点の所在により、さらにいくつかに分けられる。

a. 患者の協力を得るのに問題がある場合

乳幼児、精神発達遅滞者、情緒障害者、歯科恐怖症患者など、知的能力や情緒面に特殊な条件を持つ者。脳性マヒ者など、静止した姿勢が維持できない者など。

b. 全身状態に問題がある場合

先天異常や、いわゆる有病者などである。

c. 社会的に問題がある場合

身体障害者の通院上の困難、経済的な問題、健康保険制度の不備など、重大な問題点が少なくない。

社会的な問題はさておき、実際の歯科臨床の立場からでは表6のように整理しておくのが、対応

表6: 「特殊歯科医療」の対象

太字の部分は一応の専門科が確立している。その以外の部分が the special patient の範囲と考えられる。

1. 高度に専門化した医療技術を要求される歯科疾患
 - ①口腔外科の疾患(悪性腫瘍、顎骨骨折など)
 - 口腔外科
 - ②高度な不正咬合など
 - 矯正歯科
 - ③口唇口蓋裂→口腔外科, 矯正歯科, 小児歯科
 - ④歯周病
 - 歯周病科
 (その他, 補綴, 歯内療法などの分野にも専門医の対象となる困難な症例が存在する)
2. 協力性に困難がある患者
 - ①低年齢の健常児
 - 小児歯科
 - ②知能・情緒障害者
 - (障害者歯科)
 - ③コミュニケーション障害者(感覚器障害, 言語障害など)
 - (障害者歯科)
 - ④姿勢や動作のコントロールができない患者(脳性マヒなど)
 - (障害者歯科)
3. 歯科的侵襲が全身的に有害な影響を及ぼしやすい患者(心疾患, 血液疾患など)
 - ①先天異常
 - (広義の障害者歯科)
 - ②いわゆる有病者
 - (広義の障害者歯科)
 - ③高齢者
 - (老人歯科)
4. 特殊な診療形態を要する患者
 - ①入院
 - 口腔外科, (病院歯科)
 - ②手術, 全身麻酔
 - 口腔外科, 麻酔科, (病院歯科)
 - ③他科とのチームワーク
 - (施設内歯科, 病院歯科)
 - ④往診(ねたきり老人, 重度障害者など)
 - (障害者歯科?)
 - ⑤学校, 施設への巡回診療→ ?
 - ⑥センターでの医療相談, 保健指導
 - (保健所, 歯科医師会)

を考える上では好都合であろう。

「特殊診療科」と Special Patient Care

上述した特殊歯科医療のうち、第1項の内容については、すでに口腔外科、矯正歯科などの専門分野が発達し、それぞれ機能を果たしている。しかし、第2項の内容については、一般的な認識も少なく、在来の歯科医療体制はおよそ不十分なのであった。例えば、2歳児の広範性齲蝕などは、一般開業医では十分な処置は不可能なはずであるにもかかわらず、それを小児歯科専門医へ紹介する習慣はまだ必ずしも確立していない。「要するにムシ歯の治療で、やる気になればそんなに難しいことでもない。ただ泣かれるのは面倒だから…」

などと、behavior management や全身管理などが軽視され、修復・補綴の技術のみが偏重されている間は、小児歯科や障害者歯科の専門性は正当な評価を得られそうにもない。

ここで強調したいことは、修復や補綴など「歯」の治療技術よりも、患者の精神的・情緒的側面や全身についての医学的管理など、広い意味での「患者の取り扱い」に特別な技術を発揮する専門医の必要性である。これが狭義での「特殊歯科医療」あるいは「特殊診療（歯）科」であり、合衆国での Special Patient Care¹⁶⁾に相当する新しい専門分野と考えられる。すなわち、広義の特殊歯科医療から、口腔外科、矯正歯科、あるいは小児歯科など、すでに専門分野が確立している部分を除いた内容を担当しようとするものである。

上原(1977)¹⁷⁾は、日本大学松戸歯学部にわが国で最初の特殊診療科を発足させるに当たり、「心身障害者の如く、歯科医療を享受するに際して、心理的、生理的、あるいは機能的な条件に特殊性があり、また心身障害に由来する特異な歯科の問題点を伴うものを対象とする。その歯科医療行為に際しては、対象者のもつ特殊条件に十分な配慮を必要とした上で、包括的な歯科医療行為をすすめていくものである」と定義している。主要な対象が障害者ではあっても、特殊診療科イコール障害者歯科ではないことに留意すべきであろう。ちなみに、わが国で障害者歯科学の専門講座を有する日大松戸と松本歯科大学がともに病院の診療科としては「特殊診療科」を標榜している。松本歯科大学病院の特殊診療科¹⁸⁾でも、その入り口に「…心身の障害や不自由などのため、他の医療機関での診療に問題がある患者さんを優先させていただきます(後略)」と揭示し、その対象を明らかにしている。

精神発達遅滞(法規上の用語では精神薄弱)や脳性マヒなどで、施設に収容されている人たち、あるいは養護、盲、ろうなどの特殊学校に通学している子どもたちだけが、障害者だと思っている人もまだ存在するようではあるが、法律にも明記されているように、心臓、呼吸器、腎臓などの機能障害が持続している人もまた障害者なのである。わが国が高齢化社会に向かいつつあると言われる現在、成人疾患と呼ばれるようなさまざまな慢性疾患のために日常生活や社会活動に不自由を

生じているような人たちは、ますます増加していくに違いない。心疾患などの全身疾患を合併している患者の歯科診療は、従来は主として口腔外科で行われてきた。抜歯などの外科的侵襲に際しての全身管理については、伝統的に口腔外科学の範疇であり、実際的にも麻酔のトレーニングを受けた口腔外科医が最も適任であろう。しかし、重点を日常的な歯科保健に置いて、社会的な問題点にも適切に対応しつつ系統的な健康管理を実施するという立場は、既存の専門分科の枠内では必ずしも十分には得られないと思われる。

かつては歯科での「特診」といえば、貴金属材料を使用した補綴治療などに高額な医療費を支払える患者のための「特別診療」を意味していた。「スベ患」という隠語も同様な意味で使われていた。しかし本来は、心身障害のようなハンディキャップを持った人たちこそが、最高水準の歯科医療を最優先で受ける必要がある人たち、すなわち the special patient なのであり、そうした人たちに歯科医療を供給する場こそが「特診」と呼ばれるべきなのである。この観点から言えば、いくつかの大学病院での「特殊診療科」の発足は、わが国での現代歯科医療のひとつの到達点を示すものとも考えることもできよう。

特殊歯科医療の発展

障害者などの the special patient の歯科医療についての組織的な活動は、1948年のニューヨークの小児歯科医らの The Dental Guidance Council for Cerebral Palsy 設立まで遡ることができる¹⁹⁾。小児歯科では「子どもがおとなしく口を開いてくれたら、仕事の半分は終わったようなものだ」と百年も前から言われているように、取り扱いの問題が重視されてきたから、この分野の先駆者の多くが小児歯科出身であったのも当然かもしれない²⁰⁾。

一方、さまざまな心身障害や全身疾患を持った患者の医学的管理という側面では、病院歯科の立場からのアプローチも見逃せない。在来の口腔外科主体の病院歯科とは多少異なった側面が必要ということで、医育機関でも50年代の早い時期からコロンビア大のCPコース²¹⁾やペンシルバニア大 special patient clinic などが開設され、人材の養成が進められた。60年代に入ると、合衆国では各

地での病院歯科の発展と障害者施設内診療の普及が見られ、ほとんどすべての大学歯学部で、大学院レベルから学部での卒前教育へと、障害者歯科学の必修化が図られるようになってきた²²⁻²⁷⁾。

70年代以降では、世界的な社会福祉への関心の高まりの波もあって、障害者の歯科保健はますます注目を集めるようになり、合衆国でもこの面の教育に連邦資金が投入されはじめている。1974年からのジョンソン財団の助成金もこの分野の発展に大いに寄与した^{28,29)}。それまでは患者のデマンドへの対応が主で、取り扱い方法も身体抑制法にとどまっていたのが、積極的にニードを追求して、早期治療や予防に重点を移すとともに、より複雑な処置を円滑に行うために、行動管理のテクニックが研究され、行動変容技法や薬物による鎮静法が応用されるようになった^{30,31)}。

80年代では、治療偏重から包括的な予防対策をも含めた地域医療体制の確立へと、歯科医療そのものが流れを変えはじめたこととも関連して、ノルマライゼーションの理念が理解されるようになってきた。チームワークによる歯科医療の概念の定着も、この10年間の大きな特徴といえよう。予防を重視した包括的な歯科医療は、診療補助者との密接なチームワーク抜きには考えられない。また、地域での他科医師や保健関係者との連携、第一線診療所と病院、基幹病院を結ぶ有機的なネットワークは、このような歯科医療には不可欠なものであり、とりわけ障害者を取り扱ううえでは重要である。狭い専門分野に閉じこもった在来の「専門医」の枠を超えることは、いまや時代の要求ともいえる。

1981年創刊の“Special Care in Dentistry” (図1)が、American Association of Hospital Dentists, Academy of Dentistry for the Handicapped, American Society for Geriatric Dentistryの三団体の合同機関誌として発行されていることも、こうした考えかた³²⁾を反映しているようである。

わが国での歩み

わが国でもボランティア的な個人の診療活動は古くから見られているが、組織的な取り組みとしては、1966年の大阪府歯科医師会によれる肢体不自由児歯科診療センター³³⁾の開設が特筆されるべ

きである。以後、各地の歯科医師会が口腔保健センターの設立に際して、障害者歯科医療を休日夜間の救急医療と並ぶ地域医療の「目玉」として取り上げることが多くなり、看板倒れの内容も少なくはないものの、なかには、1970年設立の京都歯科サービスセンター³⁴⁾のように、行政・自治体の援助をも引き出して、地域医療のコアとしての位置を確立しているところもある。60年代の終わりには「病院歯科」の分野でも、全身麻酔の積極的な応用など障害者歯科医療の新たな展開が見られてきた³⁵⁾。

教育・研究面でも、当初は小児歯科学の一部としての「障害児」の枠にとどまっていた³⁵⁾ものが、1973年の心身障害者歯科医療研究会の発足を機に、次第にその輪が拡がり、1976年には日本大学松戸歯学部にはわが国で最初の特殊診療科が開設され¹⁷⁾、3年後には障害者歯科学講座(上原 進教授)へと発展した。専門講座としては他には松本歯科大学(1982年開設・笠原 浩教授)¹³⁾しかまだ存在していないが、診療科としては、ここ数年の間にも東京医科歯科大学、北海道大学、日本歯科大学新潟歯学部などに設置され、講座開設準備中

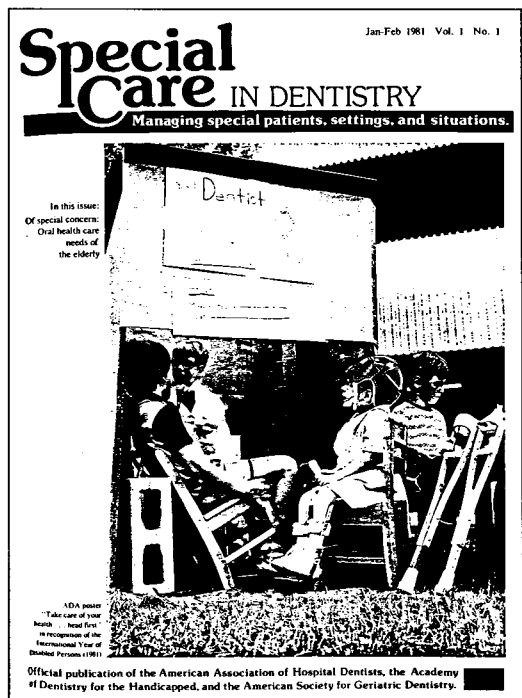


図1：“Special Care in Dentistry”の創刊号

の大学も数校ある。

心身障害者歯科医療研究会も11年の歴史を経て、日本障害者歯科学会へと発展し、会員数も千数百名に達した。1984年に千葉市で開催された第1回学術大会（通算第12回）では、1般演題だけでも口演99題、視聴覚発表8題の盛況であった。国際的にもThe International Association of Dentistry for the Handicappedが活動し、隔年に学術会議を開催している。1984年にアムステルダムで開催された7th congressでは、30数ヵ国から400名を超える参加者が集まり、わが国からは筆者を含め12題の発表がなされた³⁷⁾。

専門医から地域医療の中へ

医療の手を差し伸べられないまま長期間放置されているthe special patientが無数に存在する状況では、まず患者側からの医療要求（デマンド）に応える応急的治療に終始するのもやむを得ない。わが国の歯科医師会センターでの障害者歯科診療ではまだこの段階にとどまっているところが少なくないが、そうした治療だけではあまりにも不十分なことは明らかであり、さらに一步を進めて包括的な歯科医療体制の確立が急がなければならない。すなわち、第一線医療機関によるプライマリ・ケアの重視と、それを後方から支援する二・三次医療機関の役割の明確化であり、重層的な地域医療システムの構築である（図3）。

重度障害者の高度に進行した歯科疾患の治療は、確かに大変に困難なものである。協力が得られない患者に複雑な処置を実施するためには、身体抑制法や全身麻酔などの特殊な取り扱いが必要であろうし、処置に伴う侵襲が大きくなれば、身体的な悪影響や合併症のおそれもある。このような治療を第一線の医療機関に期待するのは無理があり、「障害者」と聞いただけで尻込みする開業医が多いのも当然である。

けれども、こうした困難な「治療」は別の医療機関が責任を持って引き受ける体制が整備されていたとしたらどうであろうか。少なくとも相談窓口として、障害者やその家族に対するコンサルテーションはどこの開業医でも十分に可能なはずであろう。障害者の歯科疾患の重症化を生み出している悪循環（図4）を断ち切ることさえできれば、その困難性は大幅に低下する。痛みや大きな

侵襲を伴わない医療行為、例えば、口腔診査、予防処置、保健指導、ある程度までの早期治療までの範囲であれば、無用な精神的ストレスを与えずに患者を取り扱うことができる技術を身につけることにより、重度の障害者であってもその大多数は安全かつ容易に診療できるものなのである。

歯科的健康の維持増進には、①ホーム・ケア（日常的な口腔保健習慣の励行による第一次予防）、②プロフェッショナル・ケア（専門家による予防処置、あるいは疾患の早期発見・早期治療）、③パブリック・ケア（地域ぐるみの健康づくり）の三つの側面からの「歯科的健康管理」が必要とされる。とりわけ、行動の不自由を伴う障害者では、日常の生活を営んでいる地域内で、定期的な口腔検診と保健指導、必要に応じて予防処置や早期治療を供給してくれるようなファミリー・ドクターの存在意義が大きい。これは、近年において障害者福祉の基本的な理念として注目を集めているノルマライゼーションの理念とも合致するところであり、こうした考え方を地域社会に浸透させることは、医療人の責務のひとつとも言えよう。

二・三次医療レベルでの special patient clinic や病院歯科の充実と並行して、第一線医療機関に



図2：日本障害者歯科学会（当初は研究会）機関誌

よるプライマリ・ケアのレベルでも、重度障害者をはじめとする the special patient への正しい理解が普及されなければならない。つまり、すべての歯科医師に対する障害者歯科学の普及が、重層的な地域医療の構築と並行して、今後の課題となるのである。

「新しい歯科医療」への展望

世の中には二種類の間人があるという。すでに「障害者」になっている人たちと、これから「障害者」になる人たちとである。「障害者」とは、他者の助けがなければ日常生活や社会活動に不自由がある人と定義されるが、それならあなた自身はだれの手も借りずにいつまでも生き続けられると、自信を持って言えるだろうか。つまり「障害者」という特別な人種が存在するわけではなく、したがって「障害者歯科」という「特殊」な歯科医療は本来は存在すべきものではない。人間である歯科医師が、人間である患者を診療するという医療の本質は、どのような場合でも常に変わるはずがないのである。

在来の修復・補綴偏重の歯科医療では、ともすれば、「歯」のみに目を奪われて、患者という「人間」を見失ってしまうことも少なくなかったように思われる。確かに、「先生、この歯を抜いてくれ」と言って来院するような患者を相手にする分には、「歯」の治療テクニックに熟達しているだけで十分である。しかし、筆者に言わせてもらうならば、そのような歯科医療のほうが、医療の本質からみればよほど「特殊」なのである。

歯科医師が単なる「歯の修理屋」ではなく、生きた人間の健康を守り育てる「医療人」のひとりであり、地域ぐるみの健康づくりのリーダーとして信頼を集めるような存在となるためには、口腔のみならず全身についても、さらに生活環境や社会的背景についても、十分な知識や理解力を要求されるはずである。

障害者をはじめとする the special patient は、これまでの歯科医療にとってはきわめて困難な問題であったに違いない。しかし、21世紀に向かってこれからの歯科医療を飛躍させていこうと思うならば、この課題への真剣な取り組みがひとつの展望を切り拓くものとなろう³⁾。高齢化社会に向かう中での歯科医療に対するニーズを的確に把握し、国民の広範な医療要求や健康志向にこたえていくためには、歯科医学・医療技術の急速な進歩を全面的に反映するとともに、歯科医自身の資質の飛躍的な向上をも図るような思い切った体質改善を組織的に推進する必要があるが、障害者歯科はこのような「新しい歯科医療」の先駆的モデルとしての条件を完全に備えているからである。

文 献

- 1) 新村 出編(1982) 広辞苑, 第二版補訂版, 1083, 岩波書店, 東京.
- 2) 尚学図書編(1981) 国語大辞典, 初版, 1262, 小学館, 東京.
- 3) 内閣総理大臣官房(1980) 国際障害者年関係資料集. 初版, 21-31, 大蔵省印刷局, 東京.
- 4) Nirje, B. (1969) The normalization principle and human management implications. In Changing Patterns in Residential Services for the Mental Retarded. edited by R. Kigel and W. Wolfenberger. Washington, D. C., President's Committee on Mental Retardation.
- 5) 厚生省(1981) 厚生白書, 昭和56年版, 国際障害者年—「完全参加と平等」をめざして—, 10-12,

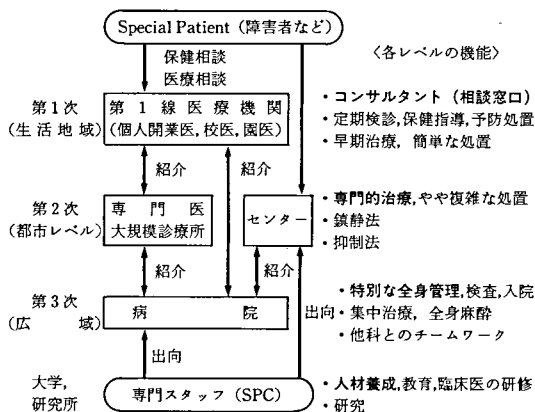


図3：重層的な地域医療の体制

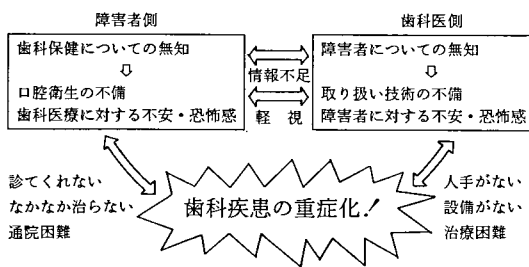


図4：障害者歯科疾患の悪循環

- 大蔵省印刷局，東京。
- 6) Magnusson, B. O. and Svatun, B. (1981) Dentistry for handicapped children, in *Pedodontics* edited by Magnusson, B. O. 1st ed., 315—337, Munksgaard, Copenhagen.
 - 7) 上原 進 (1972) 心身障害児の歯科医療対策。歯界展望, 40 : 127—132.
 - 8) Weyman, J. (1971) *The Dental Care of Handicapped Children*, 1st ed., preface, Churchill Livingstone, Edinburgh and London.
 - 9) 石川達也, 佐藤良正, 重田定正, 辻村泰男, 落合靖一, 上原 進, 酒井信明 (1979) 心身障害者(児)とは。心身障害者の歯科医療—その現状と問題点をめぐって—, 初版, 1—14. 医歯薬出版, 東京.
 - 10) 笠原 浩 (1981) 障害者の取り扱い方。歯科ジャーナル, 14 : 833—842.
 - 11) 厚生統計協会 (1984) 心身障害者の福祉, 厚生指標, 31(11) : 135—157.
 - 12) 久保田康耶, 酒井信明, 海野雅浩, 瀬畑 宏 (1981) 心身障害児(者)の歯科診療の能率化に関する研究。日歯麻誌, 9 : 337—370.
 - 13) 埼玉障害者医療研究会 (1977) 障害児者の歯科治療に関する研究報告書, 35—102, 埼玉障害者医療研究会 (非売品)。
 - 14) 厚生統計協会 (1984) 医療施設, 厚生指標, 31(9) : 188—192.
 - 15) 久保田康耶, 小野博志, 富田喜内, 中田幸代, 三浦不二夫 (1974) 特殊歯科医療についての厚生省科学研究費による研究班報告書 (非売品)。
 - 16) Watson, J. F., Brundo, G. C. and Grenfell, J. (1979) Attitudinal Difference of Faculty and Students Regarding the Care of Special (Handicapped) Patients in a Dental School Clinic. *J. Am. Dent. Assoc.*, 98 : 395—397.
 - 17) 上原 進 (1977) 松戸歯学部における特殊診療科—その発足の狙いと背景—, 日大口腔科学, 3(1) : 10—19.
 - 18) 笠原 浩 (1982) 障害者歯学の意義。日本歯科評論, 481 : 10—11.
 - 19) Siegel, J. C. (1960) Dental findings in cerebral palsy. *J. Dent. Child.*, 27 : 233—236.
 - 20) Gurney, N. L. and Alcorn B. C. (1979) "The Concept of Attitudes" in *Dentistry for the Handicapped Patient*. Edited by Wessels, K. E., 1st ed., 1—19, PSG Publishing Co., Littleton.
 - 21) Rosenstein, S. N. (1955) Cerebral Palsy Dental Program at Columbia University. *Column*, 18 : 18. (21より引用)。
 - 22) Rosenstein, S. N. (1978) Dentistry in Cerebral Palsy and Related Handicapping Conditions. 1st ed., 14, Charles C. Thomas, Springfield.
 - 23) Castaldi, C. R. (1957) Preparation of Undergraduate Student to Render Care for the Handicapped Child. *J. Dent. Educ.*, 22 : 66—74.
 - 24) McDonald, R. E. (1964) Graduate Pedodontics Program at Indiana University School of Dentistry. *J. Dent. Educ.*, 28 : 400—404.
 - 25) Needham, P. L. (1968) Evaluation of a Special Education Training Program. *J. Dent. Educ.*, 30 : 278—286.
 - 26) Mink, J. R. (1971) Dental Care for the Handicapped Child: Elective Course. *J. Dent. Child.*, 28 : 407—408.
 - 27) Musselman, R. J. (1972) Teaching Dentistry for the Handicapped Child. *J. Dent. Educ.*, 36 : 32—34.
 - 28) The Robert Wood Johnson Foundation (1973) News Release, June 22 (30より引用)。
 - 29) The Robert Wood Johnson Foundation (1978) Final Report of The Robert Wood Johnson Foundation/American Fund for Dental Health Advisory Committee for the Program to Teach Dental Students to Care for the Handicapped.
 - 30) Wright, G. W. (1975) *Behavior Management in Dentistry for Children*. 1st ed., W. B. Saunders, Philadelphia.
 - 31) Ripa, L. W. and Barenie, J. T. (1979) *Management of Dental Behavior in Children*. 1st ed., PSG, Littleton.
 - 32) Scholle, R. H. (1981) *Special Care in Dentistry: What it's all about*. *Special Care in Dentistry*, 1 : 3.
 - 33) 梶谷 晃 (1979) 大阪府歯科医師会肢体不自由児歯科診療センターの紹介, 臨床歯科, 292 : 9—13.
 - 34) 京都府歯科医師会 (1981) 10年のあゆみ—京都歯科サービスセンターの活動。京都府歯科医師会 (非売品)。
 - 35) 笠原 浩, 坂村吉保, 斉藤裕子, 高橋 元, 久保田康耶 (1969) 小児の広範性う蝕に対する全身麻酔下集中治療法。小児歯誌, 7 : 130—136.
 - 36) 上原 進 (1970) 障害児のための歯科治療—障害児問題への道標。日大歯学, 44 : 1—8.
 - 37) 酒井信明 (1985) 第7回国際障害者歯科学会集会報告, 障害者歯科, 1 : 185—186.
 - 38) 笠原 浩 (1983) 健康な歯を望むもの—歯科医療の新たな地平線を拓くために。歯界展望, 62 : 1197—1202.