

# 関西障害者歯科臨床研究会

## 第1回研究集会

### 抄録集

治療中泣いたり、暴れたりする患者に  
私はどう対応してきたか ー過去と現在ー

平成21年6月28日（日）13時30分から16時30分

主催：関西障害者歯科臨床研究会

実行委員長：西田 百代

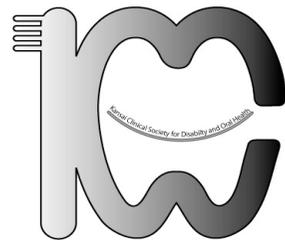
共催：一般社団法人 日本障害者歯科学会

会場：大阪大学中之島センター

〒530 - 0005

大阪府大阪市北区中之島4丁目3-53

TEL 06 - 6444 - 2100



ごあいさつ

関西障害者歯科臨床研究会  
会長 西田百代



日本障害者歯科学会の前進である研究会に、私が始めて参加したのは 1977 年ですが、全国から集まった参加者はわずか 20 数人でした。当時歯科界では障害者歯科は、“誰かがやればいい 自分には関係のない患者” という考え方が強かったですから、障害者の口腔は劣悪な状態でした。

一般に障害者歯科は 大学病院、あるいはセンター的なものを作って、そこで全部やればいいと考えられがちです。しかし、どんな最新の設備と豊富な人員を備えても、そこですべての障害者の治療が行えるわけではありません。一人一人の歯科医が地域において治療可能な障害者をひきうけるということがどうしても必要になります。私は大学での障害者歯科の講義の時に “あなた達が一人前の歯科医になった時、1 年間に 1～2 人だけでよいから障害のある患者さんの治療をしてあげて欲しい。そうすればこの学年だけでも年間 100 人以上の障害者が歯の治療を受けられるのだから” というような話を、30 年間言い続けてきました。障害者の歯科治療は “誰かがすれば良い”、あるいは “大学病院やセンターでやればそれで良い” のではなく、一人一人の歯科医がそれぞれの立場で、その能力に合わせてその責任を果すべきといえましょう。

関西障害者歯科医療研究会の第 1 回目は “治療中泣いて暴れる患者をどのようにに対応してきたかー過去と現在ー” というテーマでシンポジウムを行うことになりました。5 人のシンポジストは、いずれも障害者歯科の臨床経験は長いです。今回は各先生に本音で語ってもらうことになっておりますので、ひょっとすると、壇上で議論の火花が飛び交うかもしれません。

会場の皆さんにとって明日からの障害者歯科臨床に役立つことを願っております。

2009 年 6 月 28 日

## タイムスケジュール

治療中泣いたり，暴れたりする患者に私はどう対応してきたか  
ー過去と現在ー

13：00 開場・受付

13：30 開会の辞

13：45 講演1．西田 百代 先生

泣いて暴れる患者の歯科治療が、トレーニング、  
または鎮静法・全身麻酔だけで対処できるでしょうか

14：05 講演2．村内 光一 先生

私の障害者歯科治療を振り返って  
ー泣いたり暴れたりする自閉症や知的障害の人にどう考  
接してきたのかー

14：25 講演3．嘉藤 幹夫 先生

障害者歯科診療における患者への対応  
ーキュア（Cure）とケア（Care）の考え方ー

14：45 休憩（15分間）

15：00 講演4．森崎 市治郎 先生

抑制治療からの脱却  
ー私の試行錯誤と現状ー

15：20 講演5．河合 峰雄 先生

全身麻酔を積極的に取り入れた市立歯科センターの立場から

15：40 質疑応答 総合ディスカッション

ご質問，活発な議論をお願いいたします

16：30 閉会の辞

16：35 研究会事務局からお知らせ

17：00 懇親会（2F カフェテリア・スコラ）

## 講演 1

泣いて暴れる患者の歯科治療が、トレーニング、  
または鎮静法・全身麻酔だけで対処できるでしょうか

前 大阪府立急性期・総合医療センター障害者歯科 主任部長

**西田 百代 先生**



### 略 歴

1942年生  
1967年 大阪大学歯学部卒業  
1971年 大阪大学大学院歯学研究科修了  
1971年 大阪大学歯学部口腔治療学講座 助手  
1978年 大阪府立身体障害者福祉センター付属病院 歯科医長  
1984年 同上 歯科部長  
2007年 大阪府立急性期・総合医療センター 障害者歯科 主任部長  
2008年 同上 退職

### 主な公職

日本障害者歯科学会 理事・評議員・認定医・指導医・地域医療委員会委員  
関西障害者歯科臨床研究会 会長・常任幹事

近年障害者歯科学会では治療中に泣いて暴れて抵抗する患者に対しては、根気良く慣れるまでトレーニングすべきで、それが無理なら静脈内鎮静法（IVS）又は全身麻酔（全麻）で対処するのが正しいやり方で、抑制具を用いるのは望ましくないという考え方が広まってきています。トレーニング派の考えは、抑制下での強制治療は患者に大きな心のダメージを残し、将来歯科嫌いの患者にさせてしまうとか、抑制治療は患者の人権を無視したやり方だ・・・、一方全麻派の考えは、抑制治療は患者に与える精神的影響が大きすぎるし、ろくな治療ができないので、治療困難な患者には、積極的に IVS もしくは全麻すべし！・・・というところでしょうか。今回私は、抑制派（？）の立場から意見を述べたいと思います。

私は昭和 53 年に身障センターに赴任しました。56 年頃から MR・自閉症児・者のための通園施設園児や、施設入所者を受け入れ始めました。園児の中には多動、パニック、こだわりの強い典型的な自閉症の子供が多かったですし、また施設から来た年長患者は、体格も、腕力も人一倍で、抵抗されると私では太刀打ちできそうにもない重度自閉症の患者ばかりでした。ともかくドンドン治療を完了させないと、後に控えている重症う蝕の患者の順番が回って来ないので、一人の患者に時間を掛けて気長にトレーニングなどやっておれない、そんな劣悪な状況での治療でした。

治療困難な患者を効率よく終わらせるには、全麻という手段をフル活用したいと

ころでしたが、身障センターでは歯科麻酔医が1回/週の非常勤でした（平成19年まで）。しかも色々な事情で、実際には全麻は1-2症例/月という頻度でしか利用できませんでした。更に当時使われていた麻酔薬の肝臓への副作用のために、全麻は3か月間あけないと2回目の全麻がかけられいという事情があったことも、私が抑制具という手段に頼らざるを得なかったもう一つの理由です。

トレーニング効果は確かにありますが、どんなにレベルの低い患者であっても、トレーニングを続ければ、歯科治療ができるようになるというわけではありません。歯科治療へのレディネスは精神発達年齢が3歳10か月以上といわれています。したがってレディネスのない患者の歯科治療には、何らかの抑制手段（薬物による中枢抑制 または物理的抑制）が必要なわけです。

初診時に患者の精神発達レベルを正し評価すること、患者の発達レベルによってトレーニング・ゴールを何処に設定するかを見極めることが大切です。また、自閉症患者は特有な症状を有しますが、これらの症状が歯科治療を著しく阻害する要因になることもしばしばです。資料①、②は精神発達レベルや自閉症状の有無や症状の強さを正確に評価できるように工夫して作った身障センター特製の問診用紙です。

治療へのレディネスのない患者であっても 絶対に抑制しません 開口器も使いません！ と言われる歯科医がおられますが、患者が自由に動ける状態というのは実は誤嚥事故と言う立場から考えると非常に危険な状況下で患者の治療を行っていることとなります。

医療人としての我々は 患者の人権の尊重と、治療の安全 どちらが重要と考えるべきでしょう。レディネスのない患者に対して IVS または 全麻という手段をあまり利用できない医療機関では、“治療中の事故防止ためデンタルセーフティーシートとしての役割を果たす抑制具が必要である”ということをきちんと説明すれば、大部分の保護者から理解は得られると私は考えています。（資料③）

身障センターにおいては抑制具という手段を使っておりましたが、“安全で良質の治療”という障害者歯科の大原則をバックボーンにした医療を私は30年間堅持してきたつもりです。

## 講演 2

### 私の障害者歯科治療を振り返って

ー泣いたり暴れたりする自閉症や知的障害の人に

どう考え接してきたのかー

医療法人社団 村内歯科医院 院長

**村内 光一 先生**



#### 略 歴

1972年 大阪大学歯学部卒業  
同上 矯正学講座入局

1978年 尼崎市にて開業

#### 主な公職

大阪大学歯学部 非常勤講師

日本障害者歯科学会 評議員

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 評議員

NPO 法人 摂食嚥下問題を考える会 理事長

障害者歯科をやりたくて 大学の矯正科をやめ開業して 30 年がたちました。還暦も過ぎまもなく歯科医としての人生も終りを迎えようとしている時に、このような機会を与えていただき感謝しています。

はじめの 10 年は 障害のことが全くわからない所からスタートしたので 肢体不自由児通所施設に月 1 度見学をさせていただき、接し方を勉強させていただきました。そのうち、歯科治療の不安や非協力を取り除く方法や考え方は、泣いたり暴れたりする健常児と基本的には同じであると思うようになりました。すると軽度の知的障害児者が楽にみられるようになり、障害者歯科治療にだんだん自信が持て、楽しくなりました。

次の 10 年～15 年は、より重度の知的障害の人たちをいかに抑制せずに治していくことができるかということに挑戦することが、苦しくも楽しい時代でした。また、障害者歯科学会のビデオセッションの場で「こんなにも大変な人でも何ら抑制せずに治療できたよ」と発表し続けた時代でもありました。

そして、ここ 4～5 年は 20 年をこえる年数、私をたよって来院して下さる患者さんや家族の人達から学ばせていただいたことを大切に考えて医療を組み立てているように思います。そして、学会発表より今までの集大成を年一回 3 日間コースの講習会でお話させていただき、まもなく燃え尽きる所です。

今回 そのような心の変遷や医療の変化についてお話させていただき、これから頑張ろうとされている皆様方の踏み台になればと思っています。

## **Memo**

### 講演 3

## 障害者歯科診療における患者への対応 ーキュア (Cure) とケア (Care) の考え方ー

大阪歯科大学小児歯科・障害者歯科診療主任

### 嘉藤 幹夫 先生



#### 略 歴

1974年 大阪歯科大学卒業  
1979年 大阪歯科大学大学院修了  
大阪歯科大学助手 (小児歯科学講座)  
1995年 大阪歯科大学講師 (小児歯科学講座)  
1996年 大阪歯科大学助教授 (小児歯科学講座)  
2007年 大阪歯科大学准教授 (小児歯科学講座) 現在に至る。

#### 主な公職

奈良県歯科医師会障害者歯科保健委員会委員  
日本障害者歯科学会 評議員・認定医・指導医  
関西障害者歯科臨床研究会 幹事

障害者の患者が治療中に泣いたり、暴れたりすれば、どうしたらよいのだろうか。私も障害者の歯科診療を行ってきて約25年になりますが、解決できにくい難しい問題だと思います。その対応は、患者の障害内容、程度や年齢、口腔内の歯科疾患の数や程度などにより異なり、また、術者の経験や考え方に負うところが多いと思われます。

過去の障害者歯科では、対応の困難な患者に対しては、まず、種々の行動調整法により歯科処置に順応させようと努力してきました。しかし、そのような方法でも患者が泣いたり、暴れたりすれば物理的・機械的に体動をコントロールして、種々の身体抑制法を行うことでなんとか対処してきました。しかし、そのような身体抑制法だけでは、患者の来院回数が多くなり、治療時間も長くなり、また、時には十分な処置が行えないこともありました。さらに、担当の歯科医や歯科衛生士への肉体的、精神的負担があまりにも高くなり、その日に多くの患者を診療することはできません。そして、最近の問題として、障害者の歯科への来院患者がかなり増加傾向にあり、歯科治療に十分な時間的余裕を取ることができなくなってきました。

現在の障害者歯科では、泣いたり、暴れたりするような患者には、歯科診療所の時間的な制約や保護者の短期間での歯科処置の希望により、通常の処置ができる患者を別にすれば、まず、一度に集中的な歯科処置を行う方法として精神鎮静法や全

身麻酔法を利用することが多くなってきています。

つまり、過去の障害者歯科では、患者が治療中に泣いたり、暴れたりしても、行動調整法などにより、まず、ケアを行い、そしてキュアに移行していく方法が行われてきました。しかし、現在の障害者歯科では、患者が治療中に泣いたり、暴れたりすれば、まず、精神鎮静法や全身麻酔法によりキュアを行い、そしてケアに移行していく方法が行われてきているのではないかと考えられます。しかし、過去の障害者歯科の方法が悪くて、現在の障害者歯科の方法が良いと言っているわけではありません。患者への対応には、種々の方法があるわけでその時に最も適していると思われる方法を選択すればよいと考えています。

そこで、障害患者に対するキュアとケアの考え方について、大阪歯科大学小児歯科・障害者歯科診療科と奈良県心身障害者歯科衛生診療所での事例により説明を試みたいと考えております。

## **Memo**

## 講演 4

### 抑制治療からの脱却

#### - 私の試行錯誤と現状 -

大阪大学歯学部附属病院 障害者歯科治療部 教授

**森崎 市治郎 先生**



#### 略歴

1974年 大阪大学歯学部卒業  
1984年 大阪大学歯学部小児歯科講師  
1989年 大阪大学歯学部障害者歯科治療部助教授  
1992年 大阪大学歯学部障害者歯科治療部部長  
2000年 大阪大学歯学部障害者歯科治療部部長・教授  
2005年 日本障害者歯科学会理事長

#### 主な公職

大阪大学歯学部附属病院 副病院長  
日本障害者歯科学会 理事長・評議員・認定医・指導医  
関西障害者歯科臨床研究会 常任幹事

私は子どものう蝕が洪水のごとく溢れ、歯科医師／歯科医院が少なかった1970年代に、障害児の歯科治療に関わり始めました。その後の社会、経済と医療環境の変化は、まさに激烈と言っても過言ではありません。わが国の障害者歯科は、1960年代に台頭しはじめて1970年代以降は人的、物的資源の増大と相まって、歯科医師会と都道府県単位あるいは市単位の行政が、障害者歯科センター（口腔保健センター）を開設して拡大されてきました。しかし21世紀になると、少子・高齢化の進行、社会構造と経済環境が激変するなかで、歯科保健・医療も大きな変革を余儀なくされているように感じられます。これは障害者歯科診療においても例外ではありません。

本シンポジウムでは、障害児・者の歯科保健と治療を行うとき最も大きなテーマの一つである対応〈行動調整〉について、私自身が行ってきた試行錯誤と現状について紹介し、将来の障害者歯科を考察する話題を提供したいと考えています。特に、歯科診療に拒否、不協力となる原因とそれへの対応、いわゆる抑制治療からの脱却、発達障害が顕在化してきた今日の歯科保健・治療における問題と対応について、専ら自らの経験を反省材料としてとり上げるつもりです。

## Memo



## 講演 5

### 全身麻酔を積極的に取り入れた 市立歯科センターの立場から

神戸市立こうべ市歯科センター センター長

## 河合 峰雄 先生



### 略 歴

1982年 大阪歯科大学卒業  
同上歯科麻酔学教室入局  
大阪赤十字病院麻酔科研修  
1984年 関西電力病院麻酔科研修  
1988年 大阪歯科大学大学院歯科麻酔科修了，歯学博士取得  
1989年 神戸市立中央市民病院歯科口腔外科副医長  
1996年 神戸市立中央市民病院歯科口腔外科医長  
2004年 神戸市立こうべ市歯科センター長（兼任）

### 主な公職

大阪歯科大学歯科麻酔学講座講師（非常勤）  
日本歯科麻酔学会 理事・専門医  
日本口腔感染症学会 認定医・理事・評議員  
日本障害者歯科学会 評議員・認定医・編集委員会委員  
日本有病者歯科臨床研究会 理事

いつの間にか眠ってしまった・・・。目覚めたら、虫歯（病気）が治っていた。

これは万人が望む、理想的な歯科医療のひとつのあり方ではないでしょうか。

私は、これまで歯科治療ができる歯科麻酔科医として、大学病院歯科麻酔科、病院歯科口腔外科、そして2004年4月から障害者を主とした市立歯科センターに関わってきました。

近年の麻酔薬、医療機器の進歩は目覚ましく、これらをうまく活用すれば患者の眠りを自在に制御、安全に麻酔をかけることが可能になってきました。一定の時間、患者を完全に眠らせる（不動化する）ことで、確実に安定、安全な歯科治療を継続的に行うことが可能になりました。

こうべ市歯科センターでは、病院歯科で行ってきた麻酔学的アプローチをさらに発展、洗練させて、スピーディかつ利便性のよい診療を心懸けました。その結果、2004年4月から2009年3月までの5年間に2525名の全身麻酔下歯科治療、878名の静脈内鎮静法下歯科治療、1171名の全身管理（モニタ）下歯科治療が実施されました。2008年に行われた全身麻酔下歯科治療症例数は全受診者数5221名中533名、10名に約1名が全身麻酔下歯科治療を行っていることとなります。

実際、このようなスタイルを取り入れていくと、数回の全身麻酔下歯科治療で歯科処置はほぼ完全に終了してしまうので、かわりにケアにたっぷり時間を割くことが可能になりました。キュアとケアの区分が明確になるため、患者も医療従事者も歯科診療に対する考え方が整理しやすくなりました。

患者のより良い口腔の健康管理のために、麻酔法や行動変容法などの心理的アプローチを自在に使い分けることで、より良い形の障害者歯科医療が効率よくできるのではないかと考えています。

## **Memo**

**Memo**

**Memo**

