

症例報告

—ベストハイジニスト賞受賞—

SRPを行ったことで行動変容の見られた
自閉症スペクトラム患者の14年間の治療経験

吉岡真由美, 関野 仁

東京都立心身障害者口腔保健センター

Periodontal treatment by scaling and root planning resulted in behavior modification of a patient with autistic spectrum disorders: A 14-year follow-up case

Mayumi Yoshioka and Jin Sekino

Tokyo Metropolitan Center for Oral Health of Persons with Disabilities

Abstract : We report the case of a patient with autistic spectrum disorders for whom it was difficult to establish home care and to have the patient adapt to dental treatment for long periods. We undertook periodontal treatment by scaling and root planning (SRP) for this patient, which resulted in favorable behavior modification. A 25-year-old male patient was referred to our clinic with the chief complaint of bleeding of the gingiva. Oral examination revealed voluminous dental plaques and calculi, and reddening and swelling of the gingiva. Over 10 years since the first visit, we were not able to perform a diagnostic examination of the periodontal condition, because of the maladaptive behavior of our patient and our lack of experience of periodontal treatment in such cases. Therefore, we had been provided oral hygiene instruction, and performed supragingival scaling and professional mechanical tooth cleaning. However, there were some indications, such as moving teeth and acute symptoms, that the periodontal disease was advanced. In accordance with the shift of attending, we performed periodontal examinations by applying behavior modification techniques and rethought the therapeutic principle. With the SRP, his periodontal condition improved and favorable behavior modification was recognized, with the patient showing better adaptation to dental treatment and getting to request voluntarily to subjective symptoms in oral conditions. Furthermore, it eased the maladaptive behavior during assisted tooth brushing by the mother, and she became keen to play an active role in his improvement.

Through the treatment of this case, we have demonstrated that improvement of periodontal disease in autistic spectrum disorders may lead to favorable behavior modification of these patients. Furthermore, it is suggested that the patients' behavior modification may also affect the patients' motivation to undergo treatment.

Nihon Shishubyo Gakkai Kaishi (J Jpn Soc Periodontol) 52 (3) : 245-254, 2010.

Key words : autistic spectrum disorders, scaling and root planning, behavior modification

連絡先：吉岡真由美

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1番地1 セントラルプラザ8・9階

東京都立心身障害者口腔保健センター

Mayumi Yoshioka

Tokyo Metropolitan Center for Oral Health of Persons with Disabilities

1-1 Kaguragashi, Shinjyuku-ku, Tokyo 162-0823, JAPAN

E-mail : staff2@tokyo-ohc.org

要旨：本報は、長期間ホームケアの確立が困難で、歯科診療に対しても不適応行動の見られた自閉症スペクトラム患者に対し、スケーリング・ルートプレーニング(SRP)を行ったことで、患者や保護者の行動変容につながった症例について報告する。患者は25歳の男性で、歯肉からの出血を主訴に当院に来院した。口腔内は全顎的に多量のプラークおよび歯石が沈着し、歯肉の著しい発赤と腫脹が認められた。初診から10年間は、患者の歯科治療に対する不適応行動や歯科衛生士の歯周治療に対する経験不足から、歯周疾患を診断するための検査が行えなかった。この間は、口腔衛生指導、歯肉縁上スケーリングとプロフェッショナルメカニカルトゥースクリーニング(PMTC)を継続したが、歯周疾患が進行している徴候が認められた。担当医の変更に伴い、行動変容法を応用しながら検査を行い、治療方針を再検討した。SRPを行った結果、歯周組織は改善し、患者の歯科診療に対する協力的向上や、口腔内の自覚症状に対する自発的な要求の発現などの行動変容が認められた。また、保護者によるブラッシングに対しても不適応行動が軽減したことで、保護者も積極的に患者に関わるようになった。

自閉症スペクトラム患者における歯周病の症状の改善は、患者の日常生活における行動変容につながり、また、保護者の意識や行動に対しても影響を与えることが示唆された。

日本歯周病学会会誌(日歯周誌)52(3) : 245-254, 2010

キーワード：自閉症スペクトラム, SRP, 行動変容

緒 言

自閉症スペクトラムとは、いわゆる自閉症という疾患に対する概念¹⁾で、自閉性傾向を示す疾患を精神遅滞の程度により群分けするのではなく、一つの連続体(スペクトラム)として捉える考え方である。自閉症スペクトラムの特徴としては「対人的相互反応における質的な障害」、「コミュニケーションの質的な障害」、「行動、興味、活動の限定された反復的で常同的な様式」という3つの診断基準があり²⁾、さらに高い頻度で精神遅滞を合併する³⁾。そのため、自立した社会生活を送ることが難しいことが多く、精神遅滞の程度によっては、日常生活の大部分に介助が必要なこともある。

歯科領域では、清潔や健康などの概念に対する理解が乏しく、口腔清掃は動機づけが困難⁴⁾であったり、口腔の部位の認知力が低く特定の部位のみ磨く⁵⁾などの問題から、口腔清掃状態は不良であることが多い。そのため、保護者による介助や専門家によるプロフェッショナルケアは不可欠であるが、保護者の協力的な患者の歯科適応の程度によっては、口腔疾患に対する予防や治療は困難となる。

今回は、長期間ホームケアの確立が困難で、歯科診療に対して不適応行動が見られた自閉症スペクトラム患者に対して、行動変容法を応用しながら歯周治療を行った結果、口腔内が改善されただけでなく、患者や保護者の日常生活における行動変容につながった症例について報告する。

なお本報告については、患者と保護者に十分説明を行い文書による同意を得ている。

症 例

患者は、初診時25歳男性で、1995年8月17日に歯肉からの出血を主訴に当院に来院した。全身既往歴は、3歳時に小児科にて自閉症の診断を受け、合併症として精神遅滞⁶⁾が認められる。KINFANT DEVELOPMENT SCALE (KIDS)乳幼児発達スケール typeT (以下 KIDS)による発達検査⁶⁾にて、総合発達年齢は3歳3ヵ月である。歯科既往歴は、13歳時に障害者歯科専門の歯科診療所にて全身麻酔下でのう蝕治療を行っている。

家族歴は、父親は喫煙者であり、歯周病により60代で全顎喪失している。患者自身の喫煙はないが、25歳まで職場と自宅において慢性的な受動喫煙がある。

身長172cm、体重91.6kg、Body Mass Index (BMI)⁷⁾は31.0で肥満Ⅱ度であり、1日2回の間食と夜食の習慣がある。

口腔清掃状況は、患者によるブラッシングは1日1回夕食後に行い、下顎咬合面を前後に大きなストロークで磨くのみである。歯科衛生士による対面模倣誘導下においては、上顎咬合面と頬側面を磨くことができる。保護者によるブラッシングは、2日に1回患者のブラッシング後に行い、大きなストロークで歯磨圧は強く、厳しい態度で磨いている。患者はその際に、口唇、頬、舌に力を入れる拒否行動が認められる。補助清掃用具の使用はない。

1. 本症例の自閉症スペクトラム・精神遅滞による歯科診療や予防指導上の問題点

1) KIDSによる各領域の発達年齢判定

体全体の動きである「運動」が5歳1ヵ月、手指の動きである「操作」が5歳2ヵ月、ことばの理解

力である「理解言語」が4歳1ヵ月、ことばの表出力である「表出言語」が3歳3ヵ月、状況依存によらない言語的理解である「概念」が4歳5ヵ月、他者との協調行動である「対こども社会性」が1歳8ヵ月、他者との生活の適応力である「対成人社会性」が0歳8ヵ月、社会生活のルールの獲得力である「しつけ」が4歳0ヵ月、食事のルールの獲得力である「食事」が2歳2ヵ月で、総合発達年齢が3歳3ヵ月である。

2) 歯科診療上の問題点

口腔内症状に対する訴えがなく、歯科診療に対しての自発的な希望がわからない。未知の経験や先の見通しが立たないこと、診療内容の変更や治療時間の延長に対してパニックになる。先端の尖った器具、特に浸潤麻酔に対して拒否が強い。薬の経口服用ができない。

3) 予防指導上の問題点

日常生活習慣や行動に対して固執があり、保護者によるブラッシングについては髭剃りと1日おきに行うことと患者が決めている。外出時には両手に常に小銭を握っているため(図1)、歯ブラシが持ちにくい。意にそぐわないことに対しては、拒否行動やパニックになり、指示が通りにくい(図2)。

2. 初診から10年間(1995年8月～2005年7月)

1) 現症

(1) 口腔内所見(図3)

全顎的に多量のプラークおよび歯肉縁上歯石が沈着し、歯肉の著しい発赤と腫脹が認められた。O'Learyらのプラークコントロールレコード(PCR)⁸⁾は100%であった。

(2) エックス線検査、歯周組織検査

体動、手の挙上、パニックの出現などの不適応行動により、行うことができなかった。

2) 診断

視診とPCRから、プラークが原因因子と考えられたが、確定的な検査が行えなかったため、歯周疾患の診断に至らなかった。

3) 診療方針

口腔清掃は、患者の社会性を除いた発達年齢はおおよそ4～5歳のため、セルフケアの自立を支援することと、セルフケアで磨けない部位は保護者によるブラッシングを行うこととした。セルフケアの目標は、上下顎咬合面と臼歯頬側面が磨けるようになることとし、支援方法は磨く順番を決め、視覚的媒体を用いることとした。患者は保護者よりも歯科衛生士が行うブラッシングに対して



図1 日常生活における固執
外出時は常に両手に小銭を握っている。



図2 顎模型を使っでの口腔清掃指導時
興味のないものには拒否行動を示す。



図3 初診時口腔内写真(1995年8月)
全顎的に著しい歯肉の発赤と腫脹を認める。

は拒否が少なかった。このことから、保護者のブラッシングに対する患者の拒否行動の原因は、厳しい態度での関わりや、歯磨圧が強く、痛みを伴うブラッシングが繰り返されたことによる心理的拒否⁹⁾と診断した。保護者によるブラッシングの目標は、適切な関わり方とブラッシング方法を習得し、患者の歯磨きに対するイメージの是正とブラークコントロールの改善を図ることとした。

歯周治療は、行動変容法を応用しながら行い、患者の不適応行動やパニックが出現した場合には、無理強いせず、可能な範囲で歯肉縁上ブラークコントロールを行うこととした。ホームケアが確立するまでの来院間隔は1~2ヵ月とした。

3) 経過

初診から中断なく1~2ヵ月間隔で通院が継続した。来院毎に口腔衛生指導、超音波スケーラーでの歯肉縁上スケーリング、PMTCを行った。患者には先の見通しが立つように治療終了時刻と診療の流れを事前に説明し、行動変容法にはTSD法、オペラント条件付け、系統的脱感作法などを応用した¹⁰⁾。患者は痛みを伴わなければ、強い拒否行動は認めなかった。しかしながら、口唇や頬に力が入るため、スケーラーチップやラバーカップを適切な部位や角度で使用することは容易ではなかった。

セルフケアの自立支援は、学習効果を高めるため家庭主導で進めた。患者は、視覚的な情報に対する学習効果が高いため、保護者による模倣誘導、染色剤を応用した支援を試みたが、患者が保護者の関わりを拒否したり、保護者の体調不良や多忙などの理由から継続的な支援には至らなかった。その結果、セルフケアは上下顎咬合面を磨くようになったが、臼歯頬側面を磨くことは習慣化しなかった。

保護者によるブラッシングは、保護者に心理的拒否の原因を説明し、ブラッシング時の厳しい態度や磨き方の改善の必要性についてモチベーションした。保護者のブラッシングに対するイメージを是正するために、優しい声かけや態度を心がけ、指による口腔内への触刺激を与えて脱感作をしてから、優しく丁寧なブラッシングを行うよう指導した。その結果、患者の拒否行動は変わらなかったが、歯磨圧やストローク幅が改善し歯面のブラーク付着量は減少した。

初診から半年経過後において、歯肉の発赤と腫脹は軽減したが、来院毎の歯肉縁上歯石の沈着状態に変化は認められなかった。その後は大きな変

化はなく経過した(図4)。1999年から、保護者の体調不良や多忙などの訴えやキャンセルがみられるようになり、口腔清掃状態は低下した。2001年3月、上顎右側大臼歯部に急性症状が発現したため、パノラマエックス線撮影(図5)を行った。撮影を行うための方法として、事前にエックス線室を見学させ、次回来院時に「写真」を撮ることを説明した。撮影当日は、歯科医師がモデリング法¹⁰⁾を応用しながら撮影の手順を説明して行った。パノラマエックス線写真より、全顎的に軽度から中等度の水平性骨吸収、多量の歯肉縁下歯石の沈着など、歯周疾患が進行している所見が認められた。2003年11月から1年半の間は、保護者ではなく、兄弟が付き添いで来院するようになった。この間は、保護者に対して書面にて間接的な指導を行い、兄弟に対しても介助者によるブラッシングの重要性を説明し、具体的なブラッシング方法の指導を開始するが、ブラークコントロールの改善には至らなかった。2004年7月急性症状を繰り返した17を抜歯した。17は根尖にまで及ぶ多量の歯肉縁下歯石の沈着が認められた。



図4 スケーリング後口腔内写真(1999年3月)
毎月の歯肉縁上ブラークコントロールにより、歯肉の炎症は改善している。

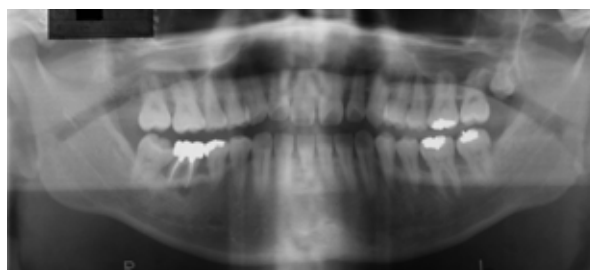


図5 17急性症状の発現時のパノラマエックス線写真(2001年3月)



図6 診療方針再検討時口腔内写真（2005年8月）

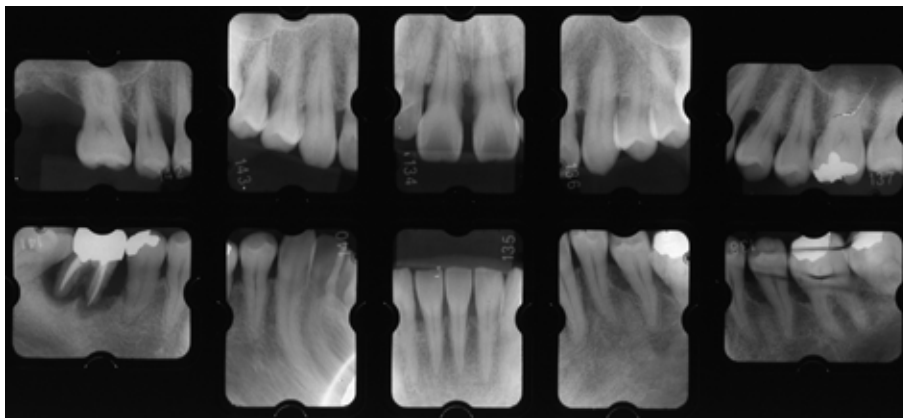


図7 診療方針再検討時デンタルエックス線写真（2005年8月）

PD	Buccal			3	2	7	5	2	8	6	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	6	4	5	2	2	2	5	2	2	2	2	5	2	4	4	3	8
	Palatal			4	2	7	5	2	8	6	3	3	3	4	4	3	3	3	2	2	3	2	4	4	4	4	2	2	5	3	2	2	4	2	2	4	3	3	7	5	
	Mobility			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																										
	Mobility	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
PD	Lingual	10	4	2	7	5	2	5	6	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Buccal	5	3	5	2	2	4	3	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

赤字はBOPありを表す

黄色は排膿を表す

図8 診療方針再検討時歯周組織検査（2005年8月）

3. 診療方針再検討後(2005年8月～)

1) 現症

(1) 口腔内所見(図6)

初診時と比較して歯肉の炎症は軽減したが、全顎的に歯肉の発赤と腫脹が認められた。PCR

は98.1%であった。

(2) エックス線所見(図7)

全顎的に軽度から中等度の水平性骨吸収、上下顎臼歯部近心側に垂直性骨吸収が認められた。骨吸収している部位の歯根面には多量の歯

肉縁下歯石の沈着を認めた。46は浮遊状態であった。

(3) 歯周組織検査(図8)

プロービング深さ(PD)は、平均3.2mm、1~3mm70.4%、4~6mm20.4%、7mm以上9.3%であり、歯周ポケットは全顎的に認められ大臼歯部は特に深かった。プロービング時の出血(BOP)は70.4%であった。45に1度、46に3度の動揺が認められた。

2) 診断

以上の検査結果より広汎型中等度慢性歯周炎と診断した¹¹⁾。

3) 診療方針

ホームケアは、進行した歯周疾患の改善のため、清掃効果が期待できる保護者によるブラッシングを主体に進めることとし、心理的拒否への対応としては、イメージの悪い歯ブラシの使用を一時的に中断し、歯間ブラシによる清掃を指導することとした。

歯周治療は、行動変容法と必要に応じて人的な体動コントロールによる行動調整¹⁰⁾を併用し、浸潤麻酔下でのSRPを行うこととした。歯周ポケット残存部位に対しては、薬の経口服用に拒否が強く術後管理に不安があるため、歯周外科処置は行わないこととした。

3) 経過

(1) 診査, 診断(2005年8月)

担当医の変更に伴い、初めに歯周疾患を診断するための診査を行った。デンタルエックス線撮影は、診療ユニットにて移動型エックス線撮影機を使用し、歯科医師が口腔内でデンタルフィルムの位置を固定して行った(図9)。プロービングは、介補の歯科衛生士が患者の手の挙上をコントロールしながら、万能開口器を使い開口を保持して行った(図10)。

(2) 歯周基本治療(2005年9月~2007年6月)

2005年9月から10月に保護者に対して歯間ブラシの指導を行うが、患者は口唇に力が入り、顔を背け嫌がり、習慣には至らなかった。

2005年11月からSRPを開始した。患者は浸潤麻酔時に「やめて下さい」と手の挙上や体動が見られたため、歯科医師と歯科衛生士が体動のコントロールによる行動調整を行いながら浸潤麻酔を行った。

2006年1月に患者は46を指で触れて歯科医師に対して「お願いします」と抜いて欲しいという自発的な要求がみられたため、45、47の



図9 デンタルエックス線撮影

移動型のエックス線撮影装置を使い、診療ユニット上にて行う。



図10 プロービング

介補の歯科衛生士による体動のコントロールと、万能開口器にて開口を保持しながらプロービングを行う。

SRPと同時に46の抜歯を行った。

2006年3月に全顎SRPを終了した。

2006年4月に再評価を行った。口腔内はPCR53.8%、PD平均2.5mm、4~6mm10.5%、7mm以上0%、BOP33.5%となり、歯周組織の改善が認められた。この時期から、患者は「お母さん、歯間ブラシお願いします」と保護者によるブラッシングを要求するようになり、毎日の歯間ブラシによる清掃が習慣化した。保護者も、患者に対してわかりやすい言葉かけをしたり、口腔清掃用具に対して積極的な質問が出るなど、口腔衛生に対する意識や行動の変化が認められるようになった。

2006年7月、8月に歯周ポケット残存部位の

21, 22, 35 に対して再 SRP を行った。患者の浸潤麻酔時の不適応行動は認められなかった。保護者に対しては、歯間ブラシによる清掃が継続されていることへの評価・賞賛を来院ごとに行った。患者の歯間ブラシによる清掃への受け入れはさらに向上し保護者の負担が軽減したため、歯間空隙の大きさに適した 2 種類のサイズを使い分けるよう指導した。

2006 年 11 月に再評価を行った。PCR24.0%, PD 平均 2.4mm, 4~6mm4.5%, 7mm 以上 0%, BOP20.5% となり、歯周組織は安定したためサポータティブペリオドンタルセラピー(SPT)に移行した。

(3) SPT(2006 年 11 月~)

2006 年 11 月から 1 ヶ月間隔の SPT を継続した。

2008 年 3 月, SPT 移行 1 年 4 ヶ月後に保護者は仕事を辞め時間的余裕ができ、家族の健康や食生活に気を配るようになった。患者は夕飯の主食の量が減り、野菜を多く摂るようになった。患者の体重は初診時より 4.9kg 減少し 86.7kg となり、BMI は 29.3 で肥満 I 度に改善した。

2009 年 10 月, 保護者から要望があり、当院で内科的一般検査のための採血を行った。採血は問題なく行え、検査結果において内科の問題は認めなかった。

2010 年 5 月, SPT 移行 3 年 6 ヶ月後の再評価時において、保護者によるブラッシングの習慣も継続しており、PCR32.7%, PD 平均 2.1mm, 1~3mm96.8%, 4~6mm3.2%, 7mm 以上 0%, BOP17.3% で歯周組織は安定して維持している(図 11, 12, 13)。

考 察

本症例の 14 年間の経過を通して、患者の行動変容に影響した大きな要因は「口腔内の不快感や痛み」であったと思われる。障害者の歯科診療を行う上での最も基本的なことは「無痛的」であることであり、痛みを伴う治療は、行動調整法の効果を期待することはできない¹²⁾。本症例は、口腔内診査、歯肉縁上スケーリング、PMTC などの簡単な処置に対しては適応となった。精神遅滞者の歯科治療に対する適応について高井ら¹³⁾は、手の運動、移動運動、基本的習慣、対人関係の発達年齢が 2 歳 1.5 ヶ月から 2 歳 10.5 ヶ月であれば、口腔内診査に適応できる傾向があり、小笠原ら¹⁴⁾は基本的習慣が 3 歳 2 ヶ月以上であれば、歯科診療に

適応するレディネスがあるとしている。これらの報告から本症例の 3 歳 3 ヶ月という発達年齢は歯科治療に適応できる段階であり、そのため、行動変容法を応用することで簡単な処置に対して適応となったと思われる。不適応行動を示していたブロービングに対しては、歯周基本治療終了後の再評価時に適応となった。歯肉に炎症のある状態でのブロービングは尖端が結合組織を貫通した部位で止まるため¹⁵⁾、少なからず痛みを伴う検査となる。また、ブロービングが困難な部位は、ブロービング圧が強くなる傾向があり¹⁶⁾、患者の口唇、頬、舌などに力が入った状態では、ブロービング圧が強くなることが考えられた。圧の強いブロービングは、歯周ポケットは深く測定され、出血も多くなることから¹⁷⁾、痛みを伴うこととなる。これらのことから、歯肉の炎症が改善したことでブロービング時の痛みが軽減し、ブロービングに対して適応となったと考えられた。浸潤麻酔に対しては過去の負の経験から、注射に対して強い抵抗があった。一般的に知的障害者は過去の負の経験を乗り越えていくことが困難であるが¹⁸⁾、再 SRP 時は浸潤麻酔に対して適応となった。これは、無痛的な局所麻酔を心がけ、痛くない経験が繰り返されたことでイメージの是正を図ることができたと考えられた。また、SRP の途中で患者から、保存不可能であった歯を抜いて欲しいと意思表示があったことから、治療を行うと不快な症状が軽減するという感覚が芽生えたと考えられ、それが治療全般への行動変容につながった要因と思われる。

ホームケアは、患者の社会性を除いた発達年齢がおおよそ 4~5 歳と高かったため、発達年齢に合った機能を引きだし、セルフケアで磨く部位を増やす自立支援を行い、磨けない部位は保護者のブラッシングで補う方針とした。セルフケアは、来院時の歯科衛生士による支援だけでは自立は困難と考え、家庭での保護者による声かけや模倣誘導による支援を行うよう指導した。しかしながら、設定したセルフケアの目標に到達することができなかった。この要因としては、自閉症スペクトラム患者は習慣がパターン化する特徴があり¹⁾、25 歳という暦年齢で、日常生活動作がほとんど自立していた本症例は、新しい習慣を定着させることが難しかったことが考えられた。また、自立支援を家庭主導型としたが、保護者の言動から、自立支援に対しては消極的であり、負担になっていたと思われ、指導目標や内容が保護者のニーズと一致していなかったことも要因として考えられた。

次に保護者によるブラッシングは、保護者の厳しい態度や歯磨圧の強いブラッシングにより患者の歯磨きに対するイメージが不快なもの、痛いものとなってお

によるブラッシングは最も困難な部位であったと思われる。結果として、「保護者ができていない」ということに対しての繰り返しの指導となってしまうことが、保護者のモチベーションにつながらなかったと考えられた。

2005年8月以降の歯周基本治療の途中から、患者と保護者にホームケアでの行動変容がみられ始めた。患者の保護者のブラッシングに対する行動変容については、SRPにより歯周組織が改善し、口腔内の不快感や痛みが軽減したことと、心理的拒否の強い歯ブラシではなく、歯間ブラシを主体とした清掃に変更したことが効果的であったと考えられた。結果として、患者は「お母さん、歯間ブラシお願いします」と自主的な要求が発現するまでに至り、毎日の歯間ブラシによる清掃が確立した。次に、保護者の行動変容については、ホームケアに対する負担の軽減が図られたことが要因として考えられた。宗像¹⁹⁾は保健行動の変容を促す10の要件の中に、「保健行動に伴う犠牲や負担が最小化する」、「保健行動をとることが支援化される」といった負担の軽減に関わる項目を挙げており、ニーズのない自立支援を一時的に中止して、保護者によるブラッシングのみとしたことや、患者の歯間ブラシに対しての拒否行動が軽減したことが、保護者の負担の軽減につながり、保健行動へのモチベーションとなったと思われる。また、歯科衛生士の指導を、できないことを指摘するのではなく、できていることを評価するように心がけたことが、保護者の成功体験の積み重ねとなり、自己効力感²⁰⁾が高まっていき、保健行動の強化につながったと考えられた。

本症例のように、自閉症スペクトラムや精神遅滞などの発達障害者は、社会性やコミュニケーション能力が劣るため、不快症状や痛みに対しての訴えが、言葉ではなく行動として顕在化しやすい。例えば口腔内に問題があると、ブラッシングを拒否するようになる、口を開けなくなる、食欲がなくなるなどの日常生活における行動に直結し、これはQuality of Life(QOL)の低下につながってしまう。さらに日常生活に周囲の支援が必要な場合は、介助側の負担も増加しQOLの低下につながっていく。Saitoら²¹⁾は歯周病患者の口腔関連QOLについて、歯周基本治療によって「痛み」、「食事・咀嚼」、「社会的機能」領域が有意に改善すると報告している。このことから、歯周基本治療は口腔内の不快感や痛みを改善する治療であり、特に口腔内環境が日常生活へ影響しやすい発達障害者にとっては、大きな意義のある治療であると考えられる。発達障害者が快適な日常生活や社会生活を送るために、歯周治療の意義を歯科医療者側が十分理解し、適切な治療を

提供することが必要であると考えられた。

謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導、御助言いただきました、東京都立心身障害者口腔保健センター 石井里加子主査、またご協力いただいた関係各位に心より感謝いたします。

なお本論文の要旨は、第52回秋季歯周病学会学術大会(2009年10月11日、宮崎)において発表をした。

文 献

- 1) Wing L: 久保絃章, 佐々木正美, 清水康夫(監訳): 自閉症スペクトル 親と専門家のためのガイドブック, 第1版, 東京書籍, 東京, 2009, 19-31, 58-61.
- 2) American Psychiatric Association: 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸(訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 新訂版, 医学書院, 東京, 2009, 55-59.
- 3) 日本自閉症スペクトラム学会: 自閉症スペクトラム児・者の理解と支援—医療・教育・福祉・心理・アセスメントの基礎知識—, 第1版, 教育出版, 東京, 2009, 27.
- 4) 緒方克也: 自閉性障害(自閉症)〈autistic disorder (autism)〉, 日本障害者歯科学会, スペシャルニーズデンティストリー 障害者歯科, 第1版, 医歯薬出版, 東京, 2009, 42-46.
- 5) 河野幸子, 高瀬紅実, 別府孝洋, 緒方克也: 精神薄弱者および自閉症児者における歯磨き持続時間と清掃効果との関連について, 障歯誌, 12:152-158, 1991.
- 6) 三宅和夫, 大村政男, 高嶋正士, 山内 茂, 橋本泰子, 小林幹児: KIDS(乳幼児発達スケール)の開発に関する研究, Human Developmental Research, 6: 147-163, 1990.
- 7) 松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 坂田利家, 齋藤康, 佐藤祐造, 白井厚治, 大野 誠, 宮崎 滋, 徳永勝人, 深川光司, 山之内国男, 中村 正: 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準, 肥満研究, 6: 18-28, 2000.
- 8) O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE: The Plaque Control record, J Periodontol, 43: 38, 1972.
- 9) 横前知美, 芳賀 定: 過敏と心理的拒否について, 東京都歯科衛生士会学術誌, 12: 21-26, 1996.
- 10) 森崎市治郎: 障害者歯科における行動調整, 全国歯科衛生士教育協議会, 最新歯科衛生士教本 障害者歯科, 医歯薬出版, 東京, 2003, 21-33.
- 11) 特定非営利活動法人日本歯周病学会: 歯周病の診断と治療の指針 2007, 第1版, 医歯薬出版, 東京, 2007, 2-5.
- 12) 渡辺達夫, 小笠原正, 平出吉範, 内田美和, 渭東淳行, 上田健司, 穂坂一夫, 野原 智, 気賀康彦, 笠原 浩: 歯科治療時著しく不協力的心身障害者に対する行動変容技法の効果, 障歯誌, 9: 25-32, 1988.

- 13) 高井経之, 小笠原正, 川瀬ゆか, 小島広臣, 大槻征久, 大槻真理子, 穂坂一夫, 笠原 浩 : 発達障害児の口腔内診査に対するレディネス. 障歯誌, 23 : 27-32, 2002.
 - 14) 小笠原正, 笠原 浩, 穂坂一夫, 渡辺達夫 : 精神発達遅滞者の歯科治療時における行動管理の研究—歯科治療への適応に対するレディネスについて(赤池情報量基準に基づく解析)—.障歯誌, 10 : 26-33, 1989.
 - 15) Hncock EB, Wirthlin MR : The location of the periodontal probe tip in health and disease. J Periodontol, 52 : 124-129, 1981.
 - 16) Freed HK, Gapper RL, Kalkwarf KL : Evaluation of periodontal probing forces. J Periodontol, 54 : 488-492, 1983.
 - 17) Lang NP, Nyman S, Senn C, Joss A : Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health. J Clin Periodontol, 18 : 257-261, 1991.
 - 18) 福田 理 : 精神遅滞患者の歯科医療. 障歯誌, 28 : 1-10, 2007.
 - 19) 宗像恒次 : 行動科学に基づくヘルスカウンセリング, 宗像恒次, 改訂版 歯科衛生士のためのヘルスカウンセリング, クインテッセンス出版, 東京, 2006, 26-35.
 - 20) Bandura A : Self-efficacy : toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev, 84 : 191-215, 1977.
 - 21) Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, Ueshima F, Hayakawa K, Nakagawa T : Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. J Periodontol, 81 : 1001-1009, 2010.
-