

障害者について学ぼう ノオト

2024 年度版



1.障害者の現状

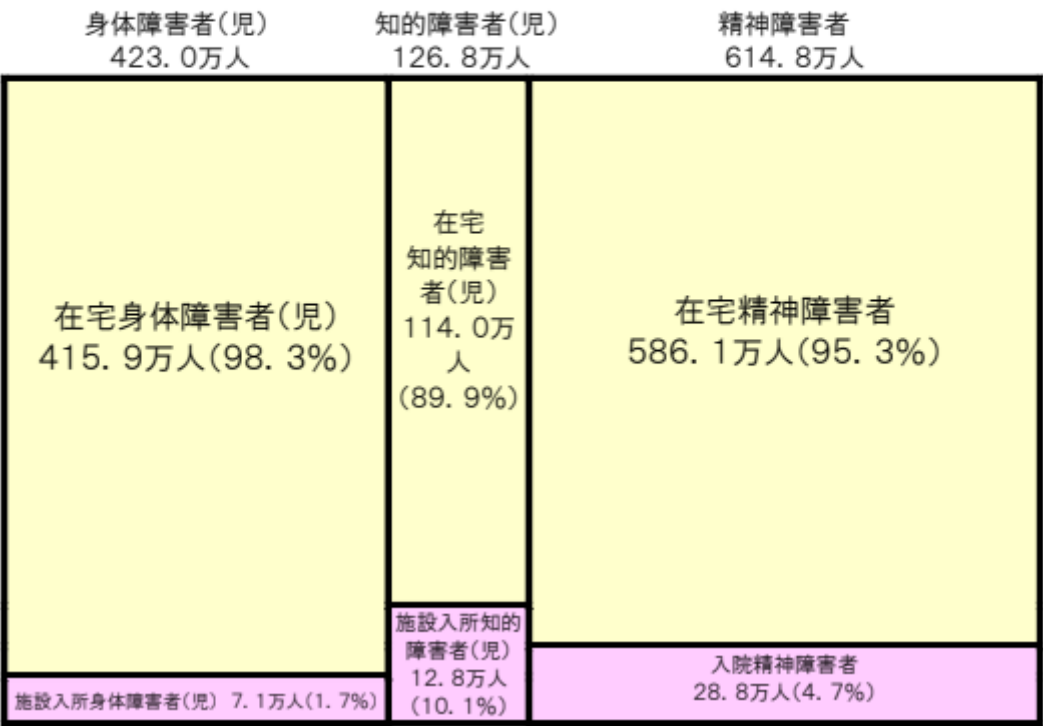
①障害者の数

厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査(令和4年)」によると、全国の障害者の総数は 1164.6 万人で全人口の約()%に相当します。障害の内訳は、精神障害者(児)614.8 万人()%、身体障害者(児)423.0 万人()%、知的障害者(児)126.8 万人()%です。

障害者全体のうち()%が在宅、4.2%が施設入所です。
在宅障害者で最も多いのは、精神障害者で 586.1 万人()%、次いで身体障害者で 415.9 万人()%、知的障害者が 114.0 万人()%でした。

(在宅・施設別)

障害者総数 1164. 6万人(人口の約9. 3%)
うち在宅 1116. 0万人(95. 8%)
うち施設入所 48. 7万人(4. 2%)

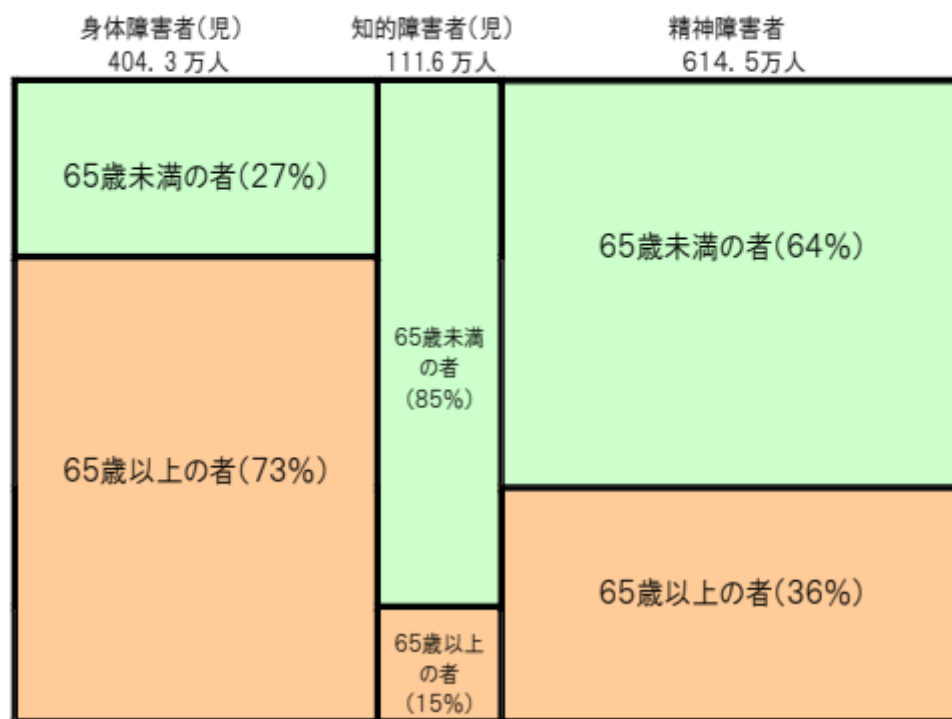


厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査(令和4年)」別添資料「障害者の数」

年齢構成をみると、65 歳以上の障害者は()%で、65 歳以上の身体障害者は()%、精神障害者は 36%、知的障害者は 15%でした。

(年齢別)

65歳未満 53%
65歳以上 47%



厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査(令和4年)」別添資料「障害者の数」

身体障害者とは、①視覚障害、②聴覚または平衡機能の障害、③音声機能、言語機能又は咀嚼機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害(心臓・腎臓・呼吸器・膀胱・直腸・小腸・免疫機能の障害)がある者で、身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。※自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害をもつ発達障害者も含む。

知的障害者とは、発達期において明らかに遅滞が生じ適応行動が困難である者。

障害者は、十八歳以上の者で、身体障害者福祉法、障害者自立支援法が適応される。十八歳未満の者は障害児として児童福祉法が適応される。

②心身の状態について苦勞の状況

「とても苦勞します」「全く出来ません」の割合が多いものは、29.1%の「()」でした。次いで、セルフケア 15.9%、認知 13.9%、コミュニケーション 13.1%、視覚 8.5%、聴覚 7.1%でした。

表8 心身の状態に関する設問それぞれについて苦勞のある者の状況

		総数	苦勞は ありま せん	多少苦 勞しま す	とても 苦勞し ます	全く出 来ませ ん	不詳
視覚	眼鏡を使用しても、見えにくいといった苦勞はありますか。	100.0%	47.2%	30.2%	6.4%	2.1%	14.1%
聴覚	補聴器を使用しても聴き取りにくいといった苦勞はありますか。	100.0%	57.7%	11.3%	5.2%	1.9%	23.9%
歩行	歩いたり階段を上るのが難しいといった苦勞はありますか。	100.0%	30.0%	30.7%	21.6%	7.5%	10.1%
認知	思い出したり集中したりするのが難しいといった苦勞はありますか。	100.0%	36.5%	37.0%	11.1%	2.8%	12.6%
セルフケア	身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことが難しいといった苦勞はありますか。	100.0%	44.2%	28.9%	10.4%	5.5%	11.0%
コミュニケーション	通常の言語をつかっのコミュニケーション（たとえば、人の話を理解したり、人に話を理解させることなど）が難しいといった苦勞はありますか。	100.0%	50.2%	25.1%	10.0%	3.1%	11.6%

厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査(令和4年)」

③日常生活のしづらさの状況

「一部介助」「全介助」の割合が20%を超えたものは、28.6%の「()」、26.5%の「()」、「身の回りの掃除整頓」24.5%、「お金の管理」22.5%、「食事の支度片付け」22.0%でした。

家族や友人など特定の人を介したコミュニケーションが必要な割合が、伝えるが()%、理解するが()%でした。

表9 日常生活のしづらさの状況

(単位：人)

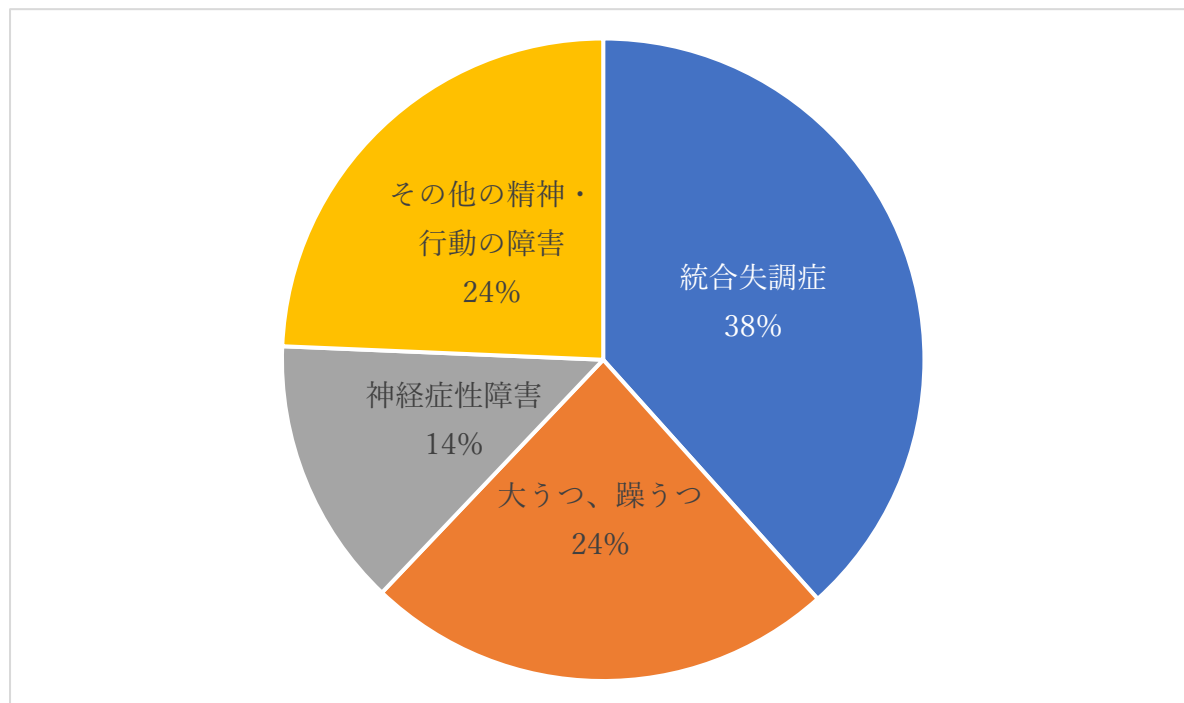
	総数	一人でできる	時間をかければ一人でできる	見守りや声掛けがあればできる	手伝ってもらえればできる (一部介助が必要)	自分ではできない (全部介助が必要)	経験がない・機会がない	不詳
食事をする	14,079 (100.0%)	10,927 (77.6%)	1,339 (9.5%)	470 (3.3%)	551 (3.9%)	390 (2.8%)	-	402 (2.9%)
食事の支度や後片付けをする	14,079 (100.0%)	7,152 (50.8%)	2,035 (14.5%)	606 (4.3%)	1058 (7.5%)	2,044 (14.5%)	737 (5.2%)	447 (3.2%)
衣服を着たり脱いだりする	14,079 (100.0%)	9,235 (65.6%)	2,207 (15.7%)	418 (3.0%)	1,125 (8.0%)	697 (5.0%)	-	397 (2.8%)
排泄をする(トイレを使えるなど)	14,079 (100.0%)	10,678 (75.8%)	1,267 (9.0%)	266 (1.9%)	793 (5.6%)	682 (4.8%)	-	393 (2.8%)
入浴をする	14,079 (100.0%)	9,038 (64.2%)	1,396 (9.9%)	549 (3.9%)	1,344 (9.5%)	1,349 (9.6%)	-	403 (2.9%)
家の中を移動する	14,079 (100.0%)	10,511 (74.7%)	1,670 (11.9%)	255 (1.8%)	567 (4.0%)	675 (4.8%)	-	401 (2.8%)
身の回りの掃除、整理整頓する	14,079 (100.0%)	6,200 (44.0%)	2,839 (20.2%)	727 (5.2%)	1,586 (11.3%)	1,860 (13.2%)	397 (2.8%)	470 (3.3%)
洗濯する	14,079 (100.0%)	6,797 (48.3%)	1,813 (12.9%)	427 (3.0%)	846 (6.0%)	2,110 (15.0%)	1,613 (11.5%)	473 (3.4%)
買い物をする	14,079 (100.0%)	6,552 (46.5%)	1,611 (11.4%)	639 (4.5%)	1,524 (10.8%)	2,504 (17.8%)	772 (5.5%)	477 (3.4%)
お金の管理をする	14,079 (100.0%)	8,041 (57.1%)	1,000 (7.1%)	568 (4.0%)	1,055 (7.5%)	2,114 (15.0%)	876 (6.2%)	425 (3.0%)
薬を管理する	14,079 (100.0%)	8,477 (60.2%)	960 (6.8%)	784 (5.6%)	833 (5.9%)	1,987 (14.1%)	611 (4.3%)	427 (3.0%)

	総数	誰にでも伝えること(誰の意思でも理解すること)ができる	家族や友人など特定の人には伝えること(理解すること)ができる	介助(手話通訳や機器の使用等)があれば伝えること(理解すること)ができる	伝えること(理解すること)ができない	不詳
自分の意思を伝える	14,079 (100.0%)	8,946 (63.5%)	3,956 (28.1%)	223 (1.6%)	491 (3.5%)	463 (3.3%)
相手の意思を理解する	14,079 (100.0%)	9,005 (64.0%)	3,693 (26.2%)	287 (2.0%)	588 (4.2%)	506 (3.6%)

厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査(令和4年)」

2 精神障害と口腔ケア

令和2年厚生労働省「患者調査」によると、精神及び行動の障害の疾病による推計患者数は、()が最も多く約 19 万人で精神病全体の 38%、次いで約 12 万人の()24%、()14%でした。



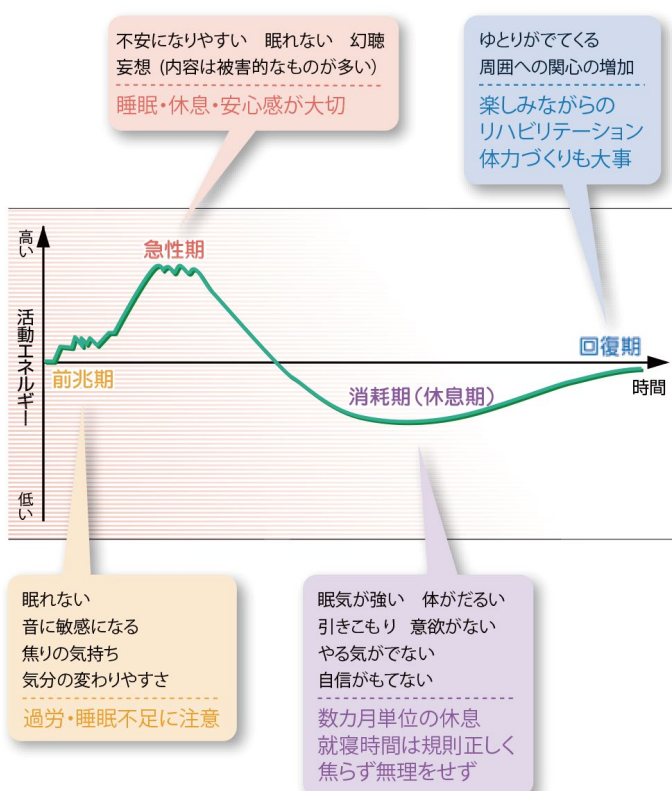
令和2年厚生労働省「患者調査」:推計患者数(入院及び外来)



①統合失調症

統合失調症は**いくつかの段階を経て進行する慢性疾患**です。思考や行動、感情を1つの目的に沿ってまとめていく能力、すなわち統合する能力が長期間にわたって低下し、その経過において**陽性症状**、**陰性症状**、**認知機能障害**により特徴づけられ、これにより社会的関係およびセルフケアが著しく妨げられます。**有病率は人口の1%**の割合で、発症は**思春期から青年期**が多くみられます。

<症状>



<原因>

原因は明らかになっていませんが、()など脳の神経伝達物質の**過剰分泌**、遺伝学的危険因子や環境などの様々な要因が複合的に関わっているといわれています。

ドーパミンはアドレナリンやノルアドレナリンの前駆物質で、運動やホルモンの調節、学習、意欲、喜び、快楽に関与しています。過剰分泌で統合失調症、**減少するとパーキンソン病**を発症するとされています。

<治療>

急性期は抗精神病薬による薬物療法を中心に行います。急性症状が落ち着くと、薬物療法とリハビリテーションや回復力の訓練を目的とした精神療法(心理療法)との併用で行います。

■口腔と歯の特徴■

統合失調症の患者は、う蝕や歯周病の罹患率が高い傾向にあります。これは、抗精神病薬の副作用による唾液分泌の減少や錐体外路症状、感情の平板化、意欲減退、社会的引きこもりなどの慢性期に現れる陰性症状、認知障害による口腔衛生状態の悪化が要因とされています。

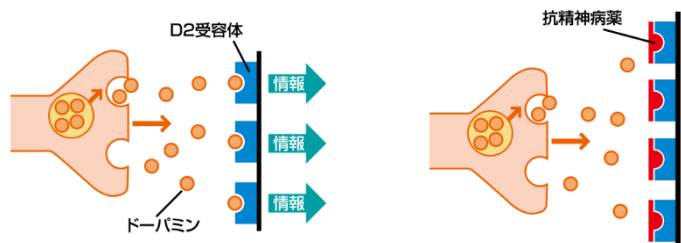
精神症状により食物の丸飲みや一口量の調節困難による窒息、咽頭部の機能低下による嚥下障害や、服用薬の副作用による振戦が原因の食具の使用困難なども報告されています。

■ 齒科衛生留意點 ■

抗精神病薬の服用者は、副作用で錐体外路症状が出現することがあり、歯科領域ではオーラルジスキネジア(顎口腔周囲の不随意運動)、ジストニア(顎口腔領域の筋緊張異常)が問題となります。

＜抗精神病薬の作用と副作用＞

主に、脳内の神経伝達物質ドーパミンの受容体を向精神薬でブロックすることで活動を抑え、幻覚や妄想、考えがまとまらない、気持ちをうまく表現できない、意欲がわからないなどの症状を改善します。



種類	主な薬剤名	機序・効能	副作用
SDA セロトニン・ドーパミン拮抗薬	リスペリドン・インヴェガ・ロナセン・ラズダ	ドーパミン受容体をブロックし、幻覚や妄想を抑える。 セロトニン受容体をブロックし、薬の副作用を抑える。	(高プロラクチン血症
MARTA 多元受容体作用抗精神薬	オランザピン・クエチアピン・シクレスト・クロザリル	多くの受容体をブロックし、幻覚や妄想だけでなく鎮静作用もある。 ※特にクロザリルは作用が強力	血糖上昇・肥満 眠気
DPA・DSS ドーパミン部分作動薬	エビリファイ・レキサルティ	ドーパミン受容体を部分的にブロックするため、作用がゆるやかで興奮等には向かない。抗うつ作用がある。	アカシジア

錐体外路症状：ドーパミンが抑えられ、筋肉の調整がうまく行われない症状がみられる。

- () : 振戦、筋強剛、歩行障害
- () : ずっと歩き回ったり、足を組んだり外したりして落ち着きがない状態。不安・焦燥感を伴う。
- () : 筋肉の異常な緊張。頭部・体幹・四肢がねじれ奇妙な姿勢になる。眼球上転など眼球異常がある。
- () : 口をもぐもぐさせる、舌を揺らす、四肢が常に勝手に動き続ける。

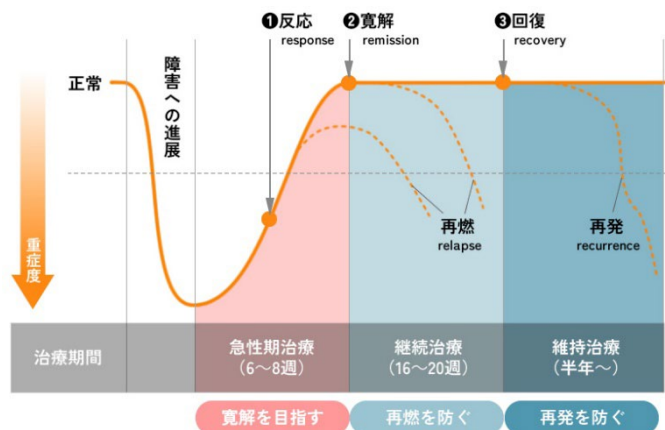
高プロラクチン血症：無月経、乳汁分泌、性機能障害が現れる。



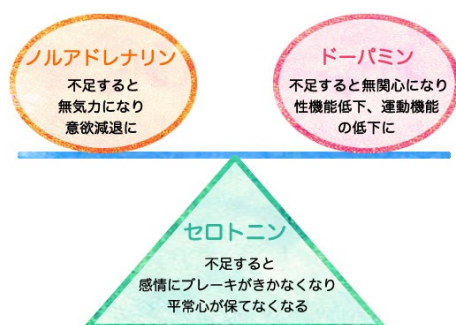
②うつ病(大うつ病性障害)

うつ病とは、持続的な抑うつ気分、興味または喜びの喪失、倦怠感などの心的感情や身体的感情のみならず、不眠や食欲低下など身体症状も含む徴候により特徴づけられる精神疾患です。日本におけるうつ病の生涯有病率は3～7%で、中高年者で発症頻度が高く、社会経済的な影響および自殺リスクへの影響は大きいとされています。

<症状>



<原因>

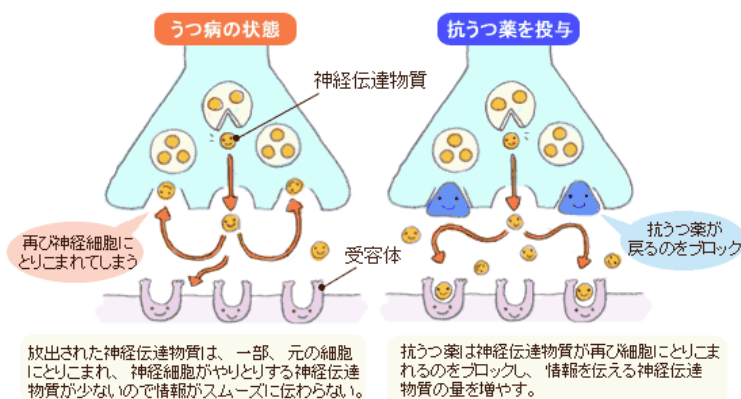


原因は明らかになっていませんが、()の減少や()の過剰分泌、ホルモンバランスや薬剤、生活環境などの様々な要因が複合的に関わっているといわれています。

コルチゾールは、ストレスを受けると大量に分泌され、交感神経を刺激し、血糖を上昇させ、ストレスに対応しようとします。例えば、人前で発表する時の緊張状態がコルチゾールの分泌によるものです。一方コルチゾールは海馬の萎縮、神経細胞の再生を抑える作用を持っているため、長期間ストレスを受け続けると脳が障害を受けると考えられています。

<治療>

まず、休養と薬物療法をセットで治療を行います。症状がある程度改善したのち、環境調整や精神療法(認知行動療法)を行います。



■口腔と歯の特徴■

うつ症状の程度によって異なるが、一般に精神症状によって口腔衛生管理能力が低下すると、う蝕や歯周病が多発しやすくなります。また、向精神薬の副作用による唾液分泌量の低下も口腔の自浄作用を低下させます。

■歯科衛生留意点■

患者の服用する抗うつ薬は、()をもたらすので、湿潤剤などの口腔ケア用品が必要なこともあります。

精神症状のために患者の訴えがわかりにくかったり、不合理な症状を訴えたりすることがありますが、よく傾聴し、受容的・支持的な対応を心がけます。また、適応能力が低下することがあるため、本格的な歯科治療と歯科衛生介入は、病状の改善後に行うようにします。

<抗うつ薬の作用と副作用>

抗うつ薬は、脳内の神経伝達物質セロトニン・ノルアドレナリンの欠乏を改善します。抗うつ薬の効果は遅発性で効果が現れるまで2週間～1ヵ月程度かかる事が多く、副作用が先に出現することもあります。

種類	主な薬剤名	機序・効能	副作用
SSRI 選択的セロトニン再取込阻害薬	レクサプロ・セルトラリン・パロキセチン・フルボキサミン・トリンテリックス・パキシル	放出されたセロトニンが再び取り込まれるのを抑えて、シナプス間にセロトニンを増やし情報伝達を回復させます。	頭痛・口渇 発熱・発汗 不安・焦燥感
SNRI セロトニン・ノルアドレナリン再取込阻害薬	デュロキセチン・イフェクサー・ミルナシプラン・トレドミン・サインバルタ	放出されたセロトニンとノルアドレナリンが再び取り込まれるのを抑えて、シナプス間にセロトニンとノルアドレナリンを増やし情報伝達を回復させます。	頭痛・口渇 血圧・脈拍変動
NaSSA ノルアドレナリン・特異的セロトニン作動性抗うつ薬	ミルタザピン・リフレックス	細胞を刺激しノルアドレナリンを多く放出させるとともに、セロトニンを抗不安作用や抗うつ作用を示す受容体のみに結合させる。性機能障害や悪心嘔吐の副作用が少ない。	口渇・眠気・便秘 体重増加
三環系・四環系 抗うつ剤	アナフラニール・ノリレン・テトラミド・レスリンなど	三環系は、SNRIと同じ。 四環系は、NaSSAと同じ。	頭痛・口渇 口渇・眠気・便秘

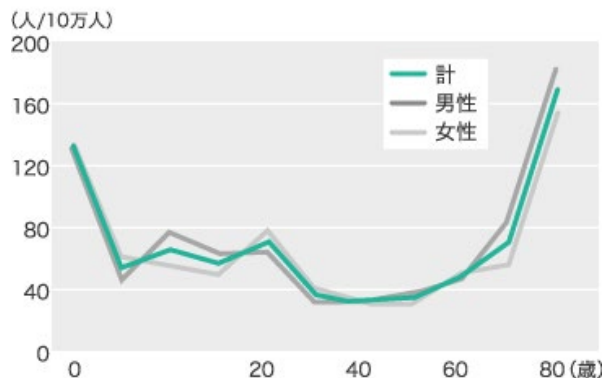
抗うつ剤投与()の副作用:不安・焦燥・興奮・不眠・攻撃性・易刺激性・衝動性

抗うつ剤の()の副作用:吐き気・下痢・発汗・不安・焦燥・不眠・錐体外路症状(アカシジア・ジスキネジア)・幻覚妄想など、いわゆる禁断症状。



③てんかん

てんかんは、特発性(遺伝素因性)と症候性(基礎疾患あり)に大別され、約 70%が特発性、約 30%が症候性で、わが国の患者数は約 100 万人とされています。脳の神経細胞(ニューロン)が電氣的に()をすることで起こります。



てんかんには多くの種類があり、全身がけいれんする大発作から、突然ボーンとして反応がなくなるものまであります。

てんかんは脳血管障害や感染症、外傷、認知症でも起こるため、**高齢者の場合は診断が難しくてんかんの治療が行われていないことがあります。**

てんかん患者の約8割は、抗てんかん薬療法によって発作が抑制され不治の病から治る病になりました。

<症状>

①全般発作(脳の全般的な興奮)

強直間代発作(大発作)

突然全身がけいれんし、全身がこわばります(強直期: 10 数秒)。その後、手足が一定のリズムでガクンガクンとけいれんします(間代期:1 分)。**15~30 分で意識が回復します。**



全身がこわばり
けいれんする
(強直間代発作)



両手や両足が一瞬
ピクッと動く
(ミオクロニー発作)

ミオクロニー発作

突然手足や全身がピクッとけいれんします。意識障害はありません。**寝起きによく起こり、歯ブラシやコップなどを落とします。**

脱力発作

突然全身の力が入らなくなり倒れ込みます。1~2 秒でおさまりますが、転倒時にけがをするので頭部の保護が必要です。意識障害があります。

②焦点発作(脳の一部分が興奮)

複雑部分発作(意識障害あり)

脳のどの部分が興奮するかにより症状が異なります(右図)。発作中は意識がないため症状を覚えていません。

単純部分発作(意識障害なし)

手足や顔がつっぱる、ねじれる、手足がガクガクとけいれんする、手足がしびれる、吐き気をもよおす、幻覚・幻聴などがあり、意識がはっきりしているので、症状を覚えていきます。



■口腔と歯の特徴■

抗てんかん薬(主にフェニトイン)を服用している患者では、約 50%に()を生じます。歯間乳頭を中心として歯肉が増殖し、歯の傾斜、転位や歯間離開を起こします。また、てんかん発作時に転倒し、顔面、口腔および歯を受傷することがあります。

■歯科衛生留意点■



てんかん発作(大発作)が起きたときには、ただちに歯科治療・処置を中止し、**口腔内から器具などを除去し、気道の閉塞を防ぎます。**通常、発作は数分以内に止むため、周囲の安全を確保して経過を観察します。発作が()続く場合や、繰り返して止まらないとき()、意識が1時間経過しても回復しないときは主治医に連絡して指示に従います。

歯肉増殖がみられる場合、プラークの付着が歯肉炎と薬物性歯肉肥大の増悪因子となるので、徹底した口腔清掃を行います。歯肉増殖が著しいときは歯肉切除の適応となりますが、口腔清掃が不良である再発します。

歯肉増殖の原因となっている薬剤の中止や減量、あるいは他剤に変更が可能かどうかを主治医に照会し予防します。

<抗てんかん薬の作用と副作用>

てんかんは神経の過剰興奮で起こるため、神経の興奮を抑える(アクセルをゆるめる)薬と、神経の興奮を抑える物質を増やす(ブレーキを強める)薬が用いられます。

歯科では、神経の興奮を抑える**フェニトイン(商品名:アレビアチン、ヒダントール)**の副作用による歯肉増殖に注意する必要があります。歯肉増殖が認められた場合は、口腔内の衛生状態・清潔状態を良好に保ちます。

薬物性歯肉増殖症を起こす3種の薬、シクロスポリン(免疫抑制薬)、ニフェジピン(降圧剤)、フェニトイン(抗てんかん薬)が、皮膚や肺組織の線維化を抑える NR4A1 の発現を歯肉組織でも抑制していることを明らかにした論文が発表されています。また、NR4A1 を標的とした薬物性歯肉増殖症の治療開発研究もされています。

松田,水野(2021),“The role of receptor 4A1(NR4A1) in drug-induced gingival overgrowth”, *The FASE Journal*,
<https://doi.org/10.1096/fj.202100032R>

松田,水野(2023),“NR4A1 を標的とした薬物性歯肉増殖症の治療開発”,日本歯周病学会会誌,2023 年 65 巻 3 号 p.101-107,
<https://doi.org/10.2329/perio.65.101>



④自閉スペクトラム症

医学的診断名は「自閉スペクトラム症(ASD:Autism spectrum disorder)」ですが、発達障害者支援法で「自閉症」として位置づけられています。

自閉スペクトラム症の基本特性は、①()の障害と、②()です。

①は、人との関わりが苦手で、場の空気を読み取り、比喻や皮肉、相手の気持ちや暗黙のルールを理解することが難しいなど社会的な場面での困難さが持続します。

②は、モノの配置、物事の順番、勝敗、自分のやり方への固執、興味や関心の極端な偏りがみられることです。ほかには、手先が不器用、感覚刺激に過敏、逆に感覚刺激に鈍麻などが起こることがあります。

<症状>

患者が得意なことと苦手なこと

得意なこと	苦手なこと
・視覚的情報処理(視覚優位) ・機械的記憶 ・細部に気がつく ・興味あることへの集中 ・パターン化した行動	・話し言葉 ・抽象的な表現 ・想像すること ・情報をまとめること ・他人を理解すること ・新しいことに適応すること ・一度に複数のことに対処すること ・身体に触れられること ・音に過敏なことが多い

患者の問題行動

周囲からの刺激や情報が偏った形で入ってきたり、分かりにくいことでストレスが積み重なる、本人の伝えたいことが伝わらないためストレスが積み重なるなどして、その場や周囲の人に対する不信感や嫌悪感がつのり、激しい他害や自傷などの強度行動障害を示すことがあります。

1)常同行動 2)固執傾向(こだわり) 3)多動傾向 4)過敏性(視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚) 5)奇声 6)パニック 7)自傷行為 8)フラッシュバック(タイムスリップ)
--

<原因>

原因は明らかになっていませんが、遺伝的・妊娠期の環境的要因が複雑に関与しているといわれています。

<合併症>

○知的能力障害

自閉症スペクトラム症者の約 70～80%は知的能力障害をもちますが、患者のなかには、一度読んだ本の内容を完璧に覚えていたり、1回見ただけで詳細な絵を描けるなど、特定の分野で優れた能力を発揮する人もいます(サヴァン症候群)。

○てんかん

思春期以降に発症することが多く、25～30%の頻度で合併します。

○二次障害

IQ が 70 以上の高機能自閉症は他人に障害があることを理解してもらえず、努力不足、なまけている、わがままと周囲の人から誤解され受けやすいことがあります。その結果、幼児期にパニック、自傷、他害、抜毛、チックなど、思春期以降に過換気症候群、抑うつ状態をきたすことがあります。

<治療>

ASD は治療では完治しません。症状の軽減を目的とした治療が行われます。生活環境を生活しやすいように工夫する環境調整や、自分の特性を知り生活上の工夫を学ぶ認知行動療法を行います。不安や緊張、不眠、暴力行為、自傷などがある場合は薬物療法を行うことがあります。

■口腔と歯の特徴■

特有の不正咬合や歯の異常はありませんが、歯磨きを嫌がる、甘い物に固執するなどの理由で、う蝕が多発することがあります。

幼児期には、限られた食品、味、調理形態のみ食べ、それ以外のものは受けつけない(偏食)ことがあり、学童期以降では過食、過剰飲水がみられることがあります。

■歯科衛生留意点■

本人が発する言葉や態度は本人がストレスに感じていることのサインだと理解し、刺激が少ない環境、姿勢、関わりを心がけます。また、わかりやすくストレスがかからない伝え方を工夫します。

○「サポートブック」の確認

発達障害児の援助法や生育歴などが記載されている手帳「サポートブック」を確認し対応の参考にします。

○場所やスケジュールを固定する

決まった場所、決まった時間、決まった順番で行います。

○視覚支援

患者は、慣れていない場所や何をされるかがわからない場合、適応行動がとれないことがあるため、患者が理解しやすいような視覚支援による説明を行います。トレーニングやブラッシング指導でも絵カードによる視覚支援を行います。

○無理な課題を与えない

患者は、想像力の欠如があり、新しいことに慣れることが苦手です。そのためいきなり難しい課題を与えず、簡単な課題から徐々に新しい課題にステップアップすることが重要です。

○多動への対応

学童期までの歯科治療は多動に対応するため全身麻酔下で行われることが多くあります。

○感覚過敏への対応

顔を触られることやスケーラーで歯に触れられることを嫌うという触覚過敏、周囲の雑音や子どもの泣き声を嫌う聴覚過敏がある場合は、可能な限り嫌いな感覚を与えないように配慮します。



⑤注意欠如・多動症

注意欠如・多動症(ADHD:Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)は、12 歳前に症状が発現し、()を特徴とします。

学童期の有病率は約 5%、成人期では約 2.5%とされており、男女比は、小児期で2:1、成人期が 1.6:1 です。

<症状>

不注意、多動性、衝動性が基本特性です。

不注意	多動性
子どもの症状 ● 勉強でうっかりミスをする ● 宿題をしない、提出物を出さない ● 必要なものをなくしてしまう、忘れ物が多い ● 課題や活動を順序だてて行うことが苦手 ● 指示されたことをやりとげることが難しい 大人の症状 ● 仕事や作業でケアレスミスや早合点をする ● 約束や書類などの提出期限を守れない ● 資料などを紛失したり、忘れたりする ● 時間管理が苦手で、仕事や作業を段取りよく進めるのが難しい ● 作業に集中できず、脱線しやすい	子どもの症状 ● 授業中に座っているのが苦手 ● 活動におとなしく参加できない 大人の症状 ● 貧乏ゆすりなど目的のない動き ● 会議中に必要以上に席を立つ、落ち着かない
	衝動性 子どもの症状 ● 順番を待てない ● 相手の話をさげざってしゃべってしまう ● ちょっかいを出してトラブルになる 大人の症状 ● 順番を待たなければならない状態を避ける ● 思ったことをすぐ口にしてしまう ● 感情的になりやすくトラブルになる

<原因>

原因は明らかになっていませんが、脳の機能に原因があるといわれています。

<合併症>

ADHDは、学習障害(50~80%)を合併し、反抗挑戦性障害、素行障害、破壊的行動障害、気分障害、不安障害、コミュニケーション障害がみられることがあります。

<治療>

感情や行動をセルフコントロールするための認知行動療法や集団療法、カウンセリングを行います。医師が必要だと認めた場合はドーパミンとノルアドレナリンを増加・活性化させるなどの薬物療法を行います。

■口腔と歯の特徴■

行動的特徴から、歯の破折や脱臼などの歯牙外傷が多くみられます。

■歯科衛生留意点■

障害を理解し、気が散らないための環境設定や、可能な限り具体的な指示を出します。ADHD 児は学童期頃から歯科治療を受ける際に問題が少なくなり、加齢とともに治療を受け入れやすくなります。



⑥限局性学習症

限局性学習症(SLD:Specific Learning Disorder)は、()ができない状態です。

文部科学省の全国実態調査では、通常の学級に在籍する児童生徒の約4.5%にみられました。限局性学習症は周囲に気づかれないまま、本人の意欲喪失や自信喪失などの二次障害を生じやすいのが特徴です。

<症状>

①文字の読み間違いや読む速度が遅い、②読んだものの意味の理解ができない、③文字を書けない、④文章がうまく書けない、⑤数の概念や計算ができない、⑥算数の式を立てること(数学的推論)のいずれかができない状態です。

知的障害とは異なり、文字が全く読めないわけではなく()にできないのがSLDです。



<原因>

原因は明らかになっていませんが、脳の機能に原因があるといわ原因となる脳部位や候補遺伝子が報告されています。

<合併症>

ADHD や ASD などの神経発達症に SLD が合併することが多いことが報告されています。

<治療>

医学的治療法はありません。教育面や生活面の環境調整や支援で学習の困難を軽減します。

■口腔と歯の特徴■

限局性学習症がある人に特有の口腔症状はありません。

■歯科衛生留意点■

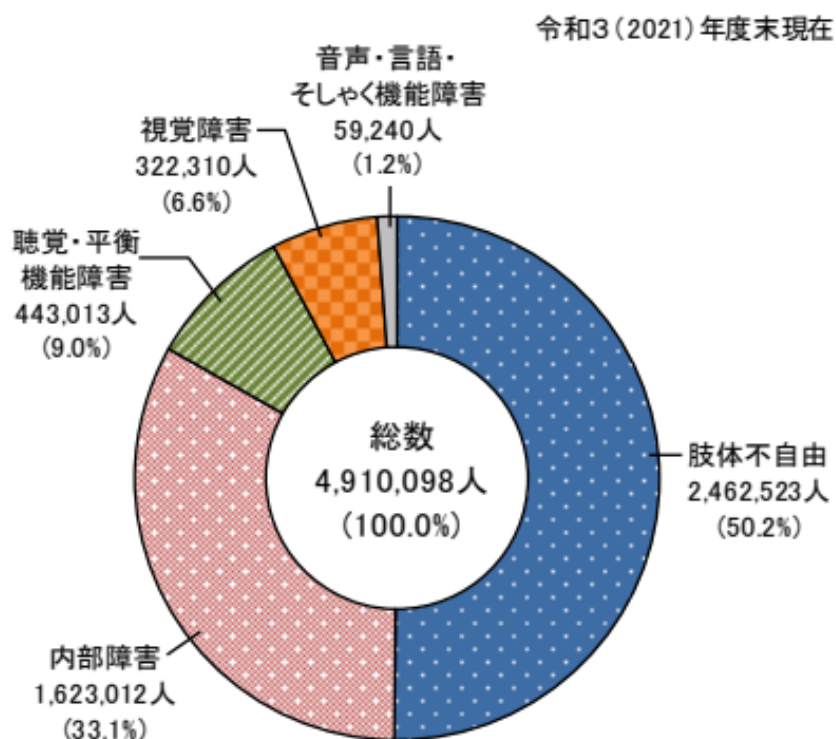
焦らせたり否定したりせず時間をかけて、ストレスを与えないように心がけます。絵や写真、文字など具体的なコミュニケーションツールを用いて、スモールステップでの目標設定、繰り返しとフィードバックをしながら指導します。



3 身体障害と口腔ケア

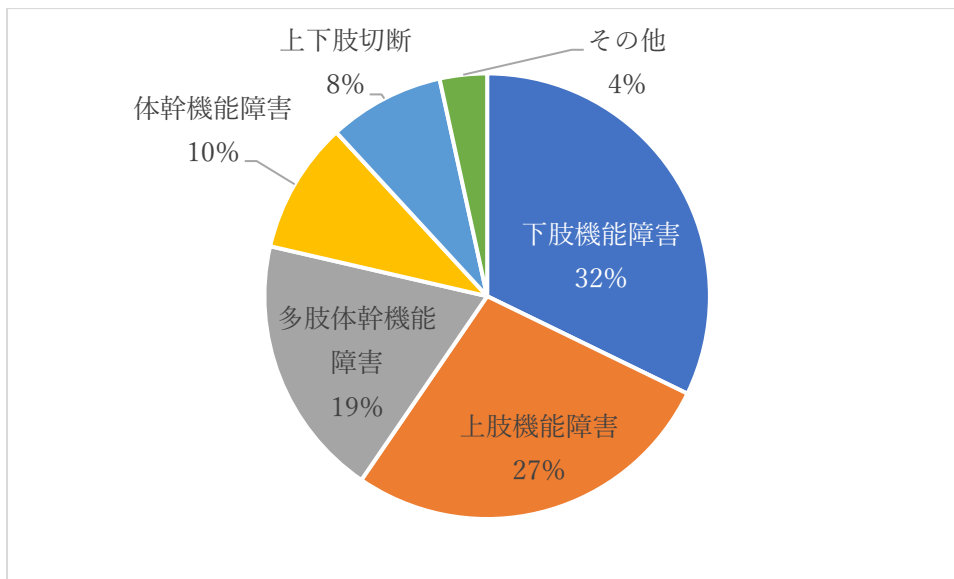
令和3年度末現在の身体障害者手帳交付台帳登録者数は 491 万人で、()が最も多く 246 万人 (50%)、次いで()が162 万人(33%)。()言語障害は 44 万人で 9%、()障害は 32 万人 7%でした。

図 1 身体障害者手帳交付台帳登録数



肢体不自由の内訳

肢体不自由の内訳としては、()機能障害が32%、()機能障害が27%です。
脳血管障害、事故、脊髄損傷、リウマチ、筋ジストロフィーなどが原因疾患になります。



厚生労働省「身体障害者実態調査(H18)」

内部障害の内訳

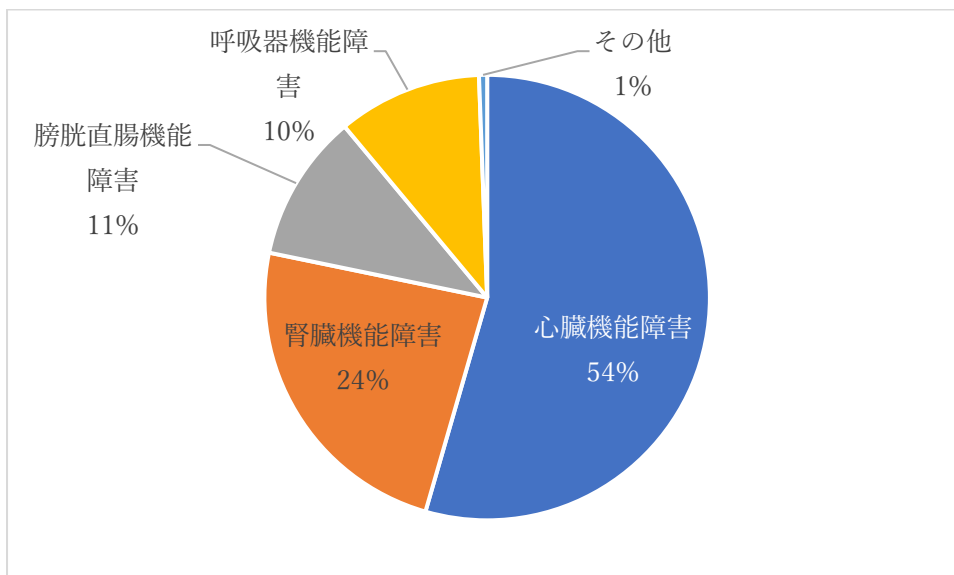
内部障害の内訳は、()機能障害が54%、()機能障害が24%です。

心臓機能障害は、虚血性心疾患、弁膜症、高度不整脈などが原因になります。

腎臓機能障害は、慢性腎不全や糖尿病性腎症などが原因になります。

()機能障害は、脊髄損傷、先天性奇形、炎症性疾患、ガンなどが原因になります。

()機能障害は、肺結核後遺症や肺気腫、慢性気管支炎などが原因になります。



厚生労働省「身体障害者実態調査(H18)」



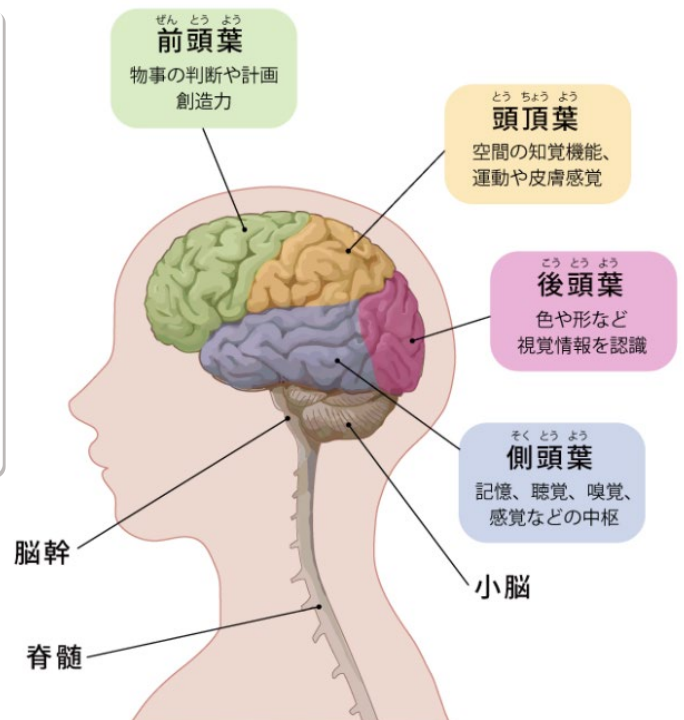
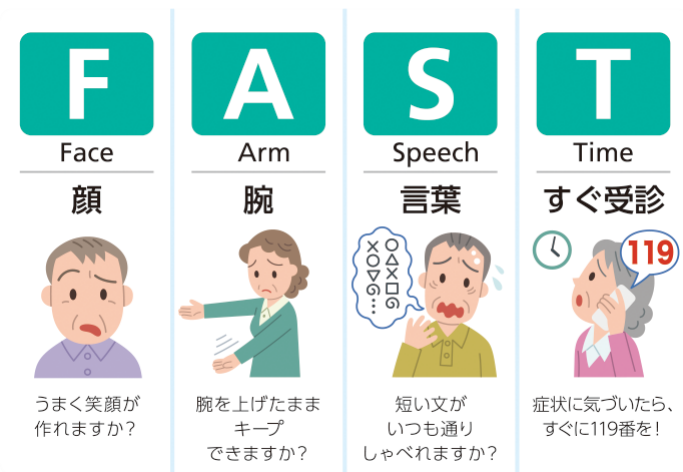
① 脳血管障害

脳血管障害とは、血管病変が原因で生じる脳神経系障害の総称で、脳血管が閉塞して脳組織が壊死(軟化)した「()」、脳血管が破れる「()」があります。

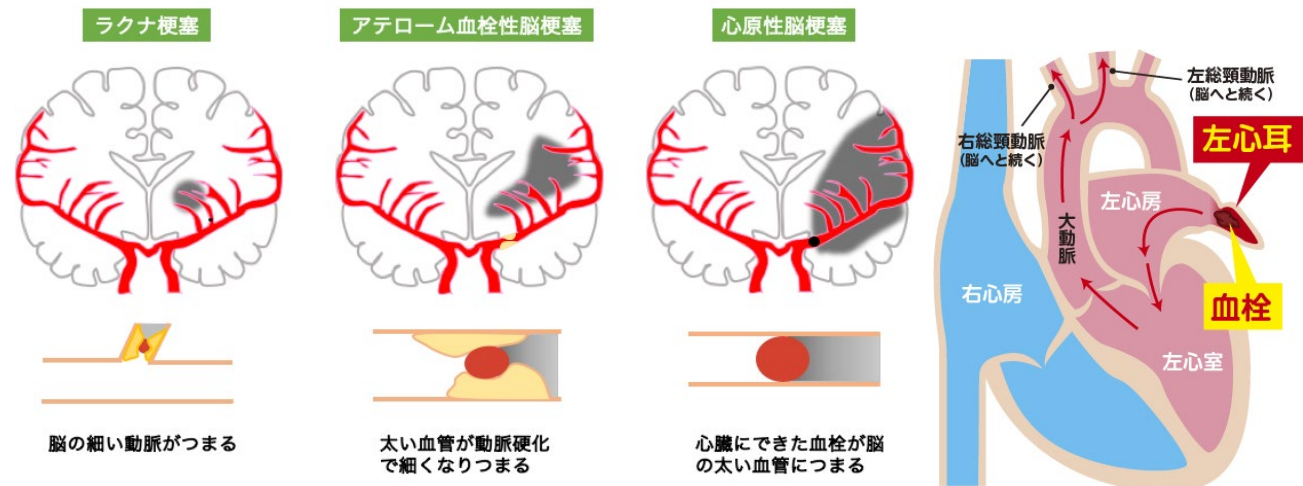
脳血管障害は日本人の死亡原因の第4位(2023年)で、その60%は脳梗塞で、寝たきりになる原因疾患では、脳血管障害が最も多いです。小児に多い脳血管障害には、もやもや病があります。

障害される脳血管によって症状が異なり、脳内出血、脳塞栓症、脳血栓症では、急激な発症で意識障害、片麻痺(片側の運動障害)や失語などがみられる一方、くも膜下出血では、激しい頭痛と意識障害がみられます。

脳血管障害で破壊された脳組織は再生せず、発症後はできるだけ早期にリハビリテーションを開始して、関節の拘縮や筋肉の廃用萎縮を防止し、機能の回復が図られます。



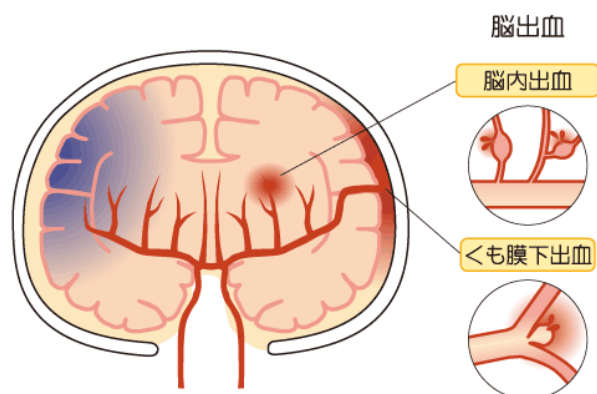
<脳梗塞の種類>



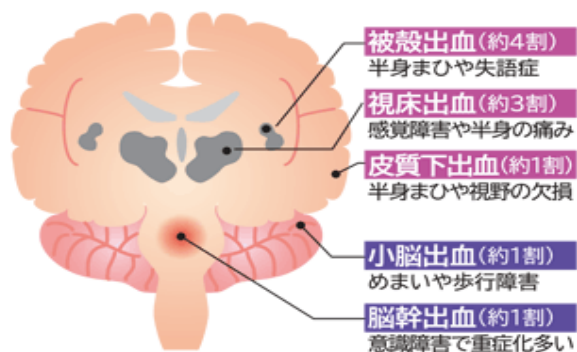
脳梗塞	(梗塞	脳の深部の枝分かれした細い(直径 1mm 以下)血管の梗塞(血管のつまり)で範囲が小さい(直径 1.5 cm以下)のもの。運動麻痺やしびれなどの感覚障害が起こるが、小さな梗塞のため自覚症状がない場合もある。脳の複数個所に発生し少しずつ進行していく場合は多発性ラクナ梗塞という。
	ビンスワンガー病	大脳白質が脳血流障害で広範囲に障害される。アルツハイマー型認知症のようにゆっくり進行し、初期は前頭葉型認知症の症状が現れる。頻尿や尿失禁、嚥下障害や集中力低下と手の震えなど多岐にわたるが、加齢症状と似ているので気づきにくい。
	(血栓性脳梗塞	比較的太い脳の血管で起きる動脈硬化が原因の梗塞でラクナ梗塞より梗塞範囲が広い。アテロームとはコレステロール、中性脂肪、カルシウムなどの繊維結合組織を含んだ細胞などの動脈血管内蓄積物。これによって動脈硬化が起こり、血小板によって血管内にできた血栓が、狭くなった血管に詰まる。顔面の片側や舌の麻痺でろれつが回らなくなる、同じ側の手足の麻痺などが起こる。
	(脳塞栓	心房細動などの心疾患により不整脈が起こり心臓内の血流がよどむことで血栓ができる。これが脳に運ばれ脳動脈を詰まらせる。脳の広い範囲の梗塞巣を持つため重大な後遺症が残ることが多い。



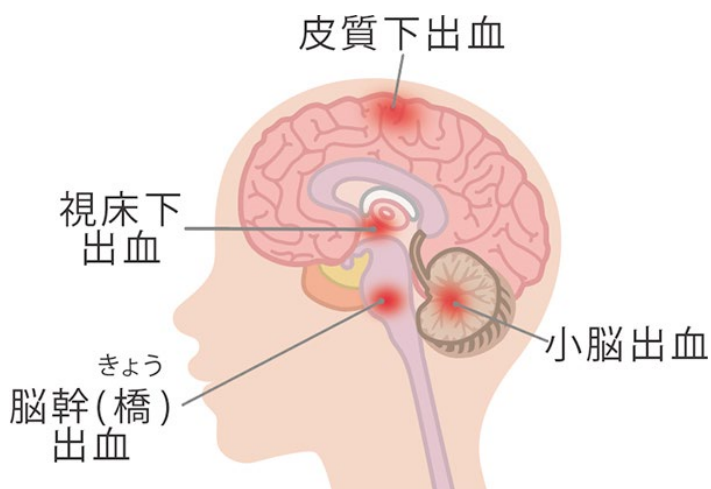
<脳出血の種類>



脳出血が起きる部位 (頭を前から見た図)



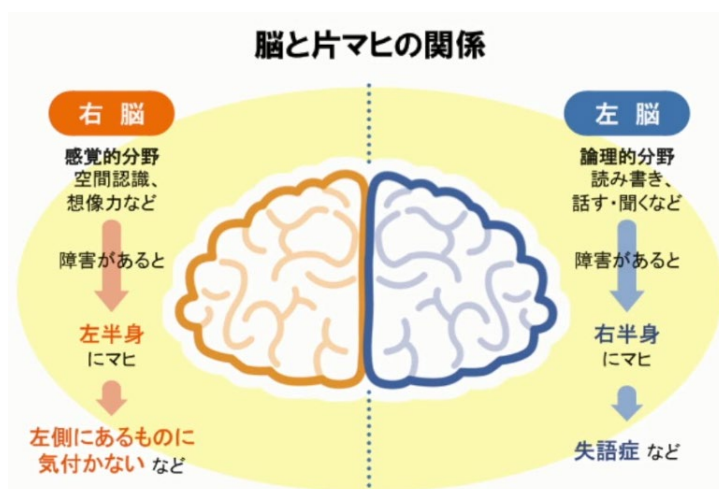
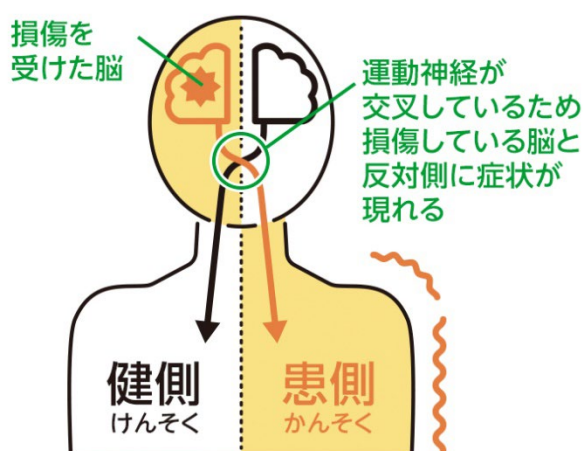
脳出血の症状



脳内出血	脳の中の細い動脈が破れる。出血の部位で片麻痺や感覚障害、意識障害がおきる。 大脳皮質頭頂葉出血：感覚麻痺と頭痛 大脳皮質後頭葉出血：半盲 大脳皮質側頭葉出血：視野障害、感覚性失語 大脳皮質前頭葉出血：強い運動麻痺、下肢および顔面の軽度運動麻痺 ()出血：片麻痺と感覚麻痺、出血側を向く共同偏視、失語。麻痺が残る。 ()出血：高齢者に多い。感覚障害と軽度の片麻痺、下内方を向く共同偏視(鼻尖凝視) 小脳出血：頭痛・嘔吐・めまい、起立や歩行困難。上下肢や体幹失調 橋出血：短時間のうちに昏睡状態に陥る。四肢麻痺、呼吸障害、著しい縮腫や眼球の正中固定
くも膜下出血	脳の表面の大きな動脈にできたこぶが破れる。猛烈な頭痛と吐き気が起きそのまま意識を失う。



<片麻痺>



<左片麻痺患者>

左片麻痺は、脳の右側部分に病変がある場合に起こる症状で、身体の左半身側に運動障害を起こすだけでなく、身体左半身側の痺れ(感覚障害)や視野障害が起こります。また、「自分の左側の空間認知ができない(半側空間失認)」といった高次脳機能障害を合併することもあります。

()は、空間に対する認知障害であり、視覚的には見えているのに脳が判断しないために「見えていない」状態になり、左側の物体にぶつかってしまう、自分の左側に用意された食事に気づかず食べないといった症状がみられるので、患者の左側にもものや食事を置かないなどの工夫が必要です。

さらに左片麻痺患者では、()が出現し「障害の受容」がされず、訓練に熱意をもたない場合が多くみられます。このため、利き手である右手の機能が残っていても日常生活動作が自立していない場合が多く、過度な介助に注意が必要です。

<右片麻痺患者>

言語中枢が、右利きの人の場合は99%、左利きの人は50%が左脳に存在しているため、()が多くみられます。聞く、話す、文字を書く、読むということすべてに障害が現れる症状で、話し言葉の表出における運動障害である構音障害(いわゆる、ろれつが回らない状態)とは区別されます。

また、左脳に障害があると意味・目的をもった一連の動作が行えなくなるという()が現れることもあります。歯ブラシで髪を整えようとしたりするなど道具の使い方と手の動きが脳の中で一致せず、わかっているけど使えない、間違った道具の使い方をする様子がみられます。しかし、訓練によってできるようになることも多いため、根気強い対応が重要です。



<脳血管障害の口腔ケア>

■口腔と歯の特徴■

脳血管障害によって突然寝たきりや片麻痺になったとき、口腔のケア不足で多発性う蝕や歯肉炎、歯周炎が生じることがあります。

意識障害のある人では、()のために、口蓋に剥離上皮膜や乾燥痰を付着させることがあります。また、()を伴うことが多く、片麻痺では、口腔の片側に感覚と運動の麻痺があり、食渣の滞留、舌や口唇の運動障害、流涎などがみられます。

■歯科衛生留意点■

脳血管障害のある人とケア担当者に歯磨き介助の必要性、具体的な介助磨き法や義歯の管理法などを指導するとともに専門的口腔ケアを行います。特に摂食嚥下障害のある人には、誤嚥の生じにくい体位や唾液の誤嚥防止のために適宜吸引すること、また、清潔と粘膜の保湿に努めることを指導します。

歯科医師あるいは医師による指示のもとに、歯科衛生士が摂食嚥下訓練を行うこともあります。

■診療時の留意点■

○コミュニケーションのサポート依頼

麻痺や失語、失認による言語障害や認知症のために、脳血管障害のある人とのコミュニケーションは困難なことがあるため、キーパーソンとなる家族や介助者にコミュニケーションのサポートを依頼します。

○ボディメカニクス

運動障害のため、歯科用ユニットへの移乗に介助が必要な場合、車椅子を横づけし、患者の体に近づき下肢の筋力を使い、両足を開いて支持面を広く取り腰を曲げずに踏ん張り腰を痛めないよう気をつけます。

○バイタルサインの確認

慢性期の脳血管障害のある人は、血圧を 140/90mmHg 以下に維持されていることが多く、歯科治療時の血圧や脈拍を確認しながらリラックスさせ、痛みがないように処置を行います。

○抗血栓薬

脳梗塞のある人は、抗血栓薬(抗凝固薬、抗血小板薬)を服用しているので、抜歯やスケーリングのときに止血しにくいことがあります。主治医に問い合わせ、PT-INRの確認を行い3未満であれば、服薬を中止する必要はありません。

○歯科訪問診療

脳血管障害で寝たきりの人に歯科訪問処置を行う場合、バイタルサインが変動するなど体調がよくないときは、無理せずに処置を延期します。

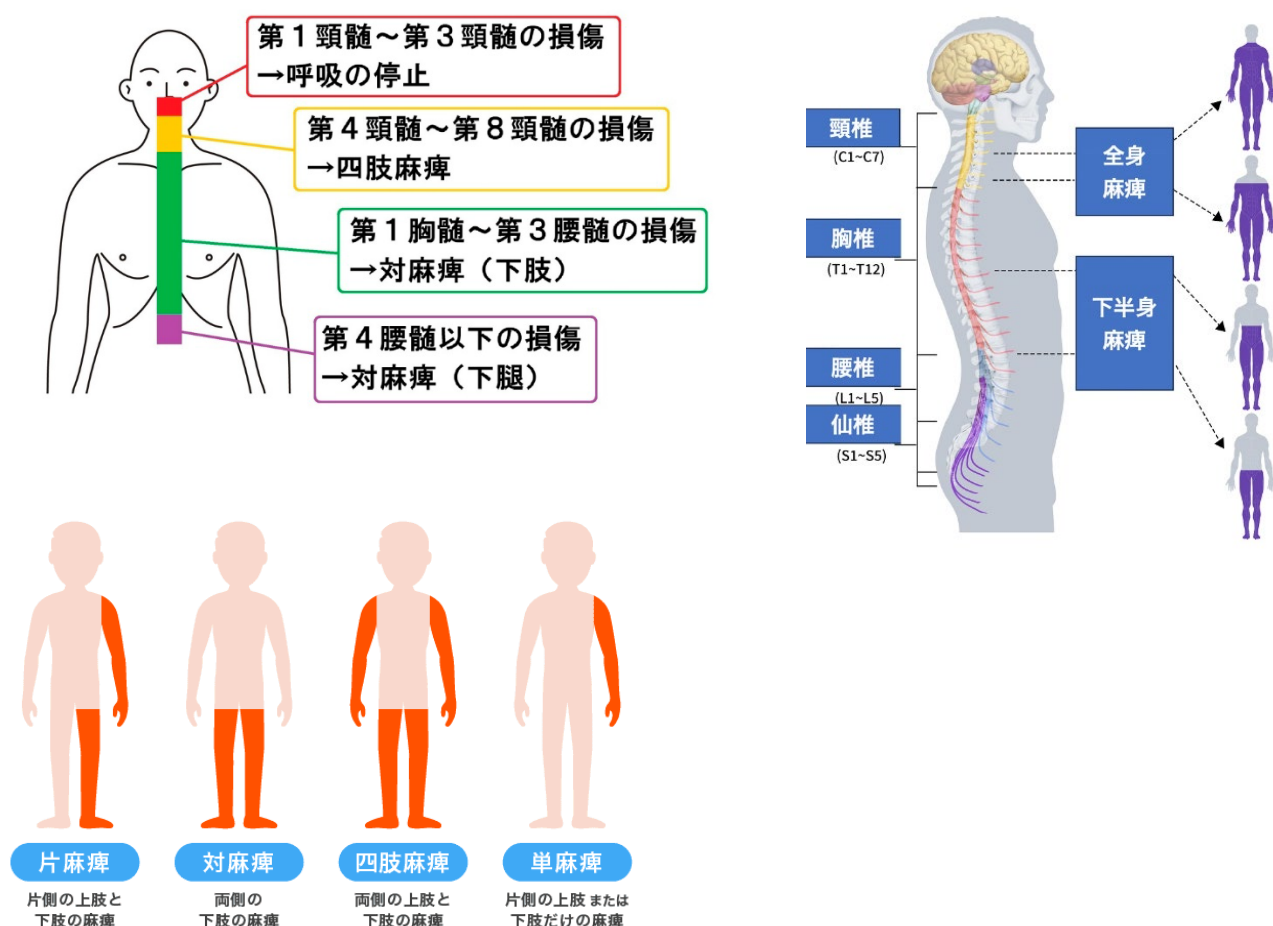
○多職種連携

多職種連携が行われていることが多く、歯科衛生士は口腔内の状況について情報を提供し、また、他職種からは全身や介護の状態についての情報を受けて、互いに情報を共有して歯科衛生業務に反映していく必要があります。



②脊髄損傷

事故や病気によって脊柱の骨折、脱臼や圧迫を生じ、**脊髄が損傷して知覚・運動・自律神経が麻痺した状態**をいいます。国内の年間発生数は約 5,000 人で、損傷部位によって症状が異なります。たとえば、仙髄部の損傷では排尿や性功能障害が生じますが、頸椎部の損傷では四肢の麻痺や呼吸障害などが生じます。



■口腔と歯の特徴■

上肢に麻痺がある場合はセルフケアが困難となり、う蝕や歯周病が生じやすくなります。嚥下障害で経口摂取が少ない場合には、口腔乾燥や歯石沈着を認めることがあります。

■歯科衛生留意点■

心理状況を十分に考慮して言葉かけをします。言語障害がある場合は、聞き取りにくくても傾聴し、聞き取れないときには本人の了解を得て文字盤や携帯用音声会話補助装置を使用したり、介護者の援助を受けたりすることも考慮します。

治療前に排便排尿を促し自律神経過反射の予防を行い、診療時の急な体位変換を避け血圧低下やけいれん発作を予防します。起立性低血圧や自律神経過反射などで循環変動する場合は、モニター監視を行います。

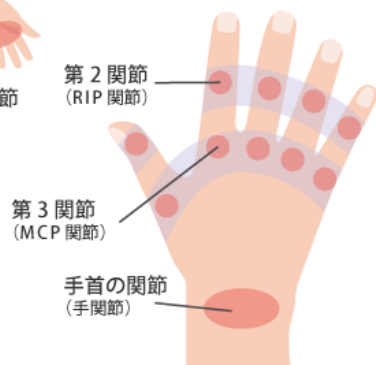
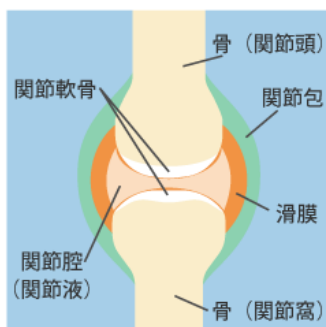
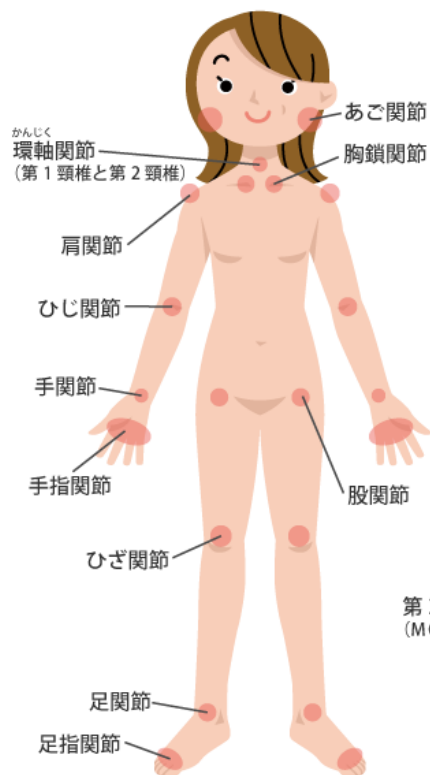
セルフケアが難しい部分に、介護者のケアが行われるよう指導します。歯ブラシの柄を持ちやすくしたり、曲げたりすることで、歯磨きが可能になることもあるため、**残存能力の活用**を心がけます。



③関節リウマチ

関節リウマチは、**関節滑膜の慢性炎症が多発性に起こり**、腫脹、疼痛を伴いながら破壊性関節炎に進行する疾患です。**関節炎が進行すると軟骨・骨の破壊や変形を生じ**、関節機能の低下、日常生活動作の低下を来します。

自己免疫疾患であるため、関節炎以外に呼吸器病変や血管炎などを伴うこともある全身性疾患です。有病率は約0.5～1%で、中年女性に好発し、40～50代が発症年齢のピークです。



■口腔と歯の特徴■

関節リウマチの進行に伴って顎関節にも異常が生じ、顎関節痛や開口障害が生じます。唾液分泌が低下すると口腔乾燥症が発症しやすくなり、また、関節の変形によって口腔清掃が困難になるとう蝕や歯周病になります。

長期にわたりステロイドを服用している場合には、歯髄腔の狭窄がみられます。

■歯科衛生留意点■

開口障害が認められる場合には、ヘッドが小さいハンドピースやショートシャंकのバーを使用するなどの配慮が必要となります。

頸椎や腰椎の変形がある場合、頭部の運動が困難であったり治療時の体位に制約が生じるため、注意が必要です。

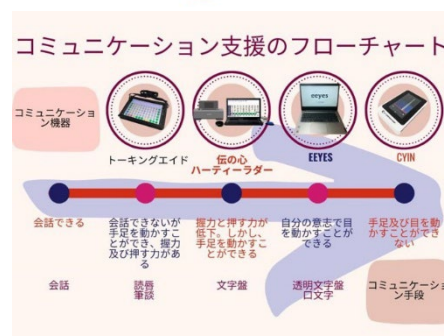
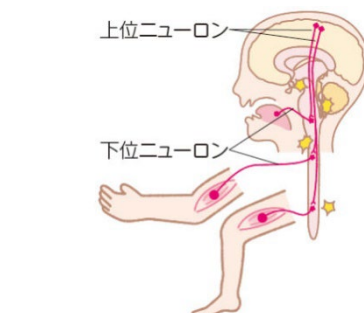
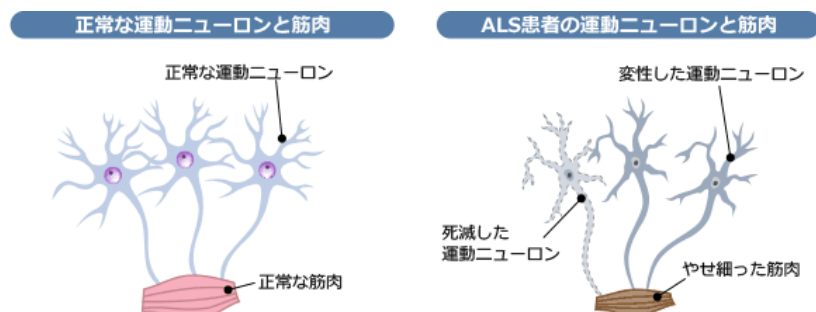
手指の変形によって関節可動域の制限や握力低下が生じると、歯ブラシの把持が困難になるため、障害に応じた歯ブラシの選択や改良が必要となります。



④筋萎縮性側索硬化症(ALS)

脳から脊髄まで信号を伝える上位運動ニューロンと、脊髄から筋肉に信号を送る下位運動ニューロンが、進行性に変性消失していく原因不明の疾患です。進行は速く、人工呼吸器を用いなければ、通常は2～4年で死亡します。

筋力低下、筋萎縮、球麻痺などを発症するが、感覚神経や自律神経などは侵されません。筋萎縮と筋力低下によって、手足が使いにくい、話しにくい、食べ物が飲み込みにくいという症状で始まり、歩行、嚥下や呼吸に障害などが生じます。



■口腔と歯の特徴■

筋力低下と球麻痺による舌筋の萎縮、下顎反射の低下、咽頭または催吐反射が消失し、()と()が高頻度で出現します。また、唾液の粘稠化と口腔機能の低下によって唾液嚥下が困難となるため、()が認められるようになります。

■歯科衛生留意点■

症状に個人差が大きく症状に合わせた対応が必要となります。姿勢の安定化と呼吸の確保、誤嚥防止などに留意し、生体情報モニターを装着し、的確にバキュームを操作します。言語障害に対しては、筆談やコンピュータなど、代替コミュニケーション手段を応用します。

口腔清掃状態や口腔機能の低下による誤嚥性肺炎や窒息のリスクを軽減し、QOLを保つためにも、口腔衛生管理と摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

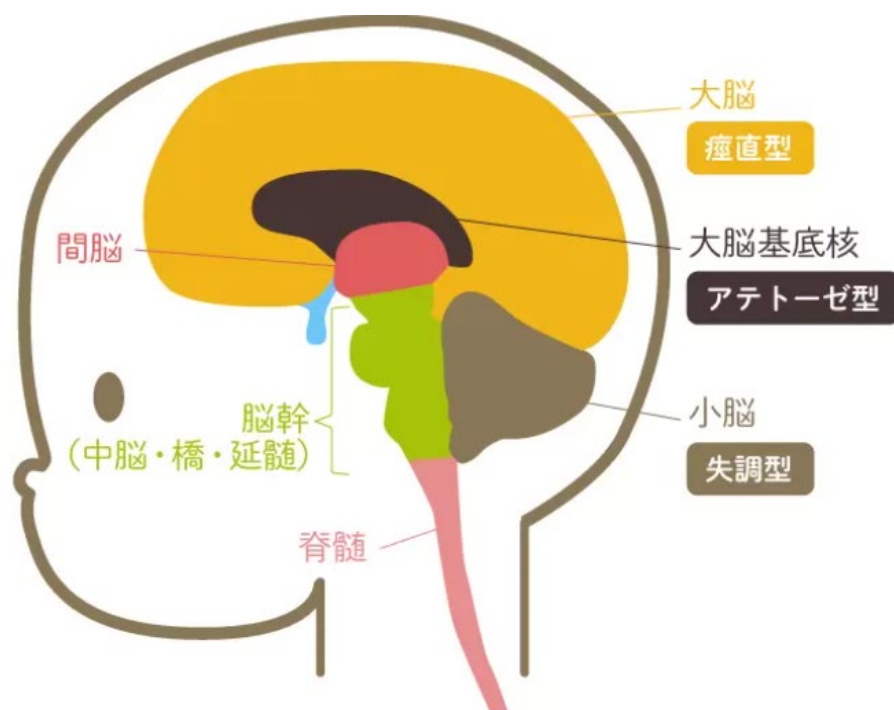


⑤脳性麻痺

脳性麻痺(Cerebral Palsy:CP)とは、**受胎から生後4週間以内に生じた脳病変による脳への酸素供給不足**などによる運動や姿勢の異常です。

脳性麻痺の発生率は、出生人口 1,000 人に対して 1～2 人とされています。

(運動障害による分類)



○()型:筋肉が固くなり運動量が少なくなります。脳性麻痺の70～80%を占めます。四肢を屈曲・伸展させる際に急激に抵抗が減少するジャックナイフ様現象がみられます。

○()型:筋肉が固くなり、不随意的非協調性運動がみられます。脳性麻痺の10%を占めます。精神的緊張で不随意運動が強くなり、リラックスすると筋肉は柔らかくなります。

○()型:協調運動や平衡感覚に障害がみられ、立位でのバランスと歩行が不安定になります。

○低緊張型:筋肉が柔らかくなり運動量が少なくなります。関節可動域は広がります。

○固縮型:四肢を屈曲、進展するとき、鉛の管を曲げるときのような抵抗(鉛管様抵抗)があります。

(合併症)

脳性麻痺の人の約50%には知的障害がみられ、また、**てんかん(約40%)や言語障害(約70%)**、摂食嚥下障害を合併することがあります。また、**発達の過程で消失する原始反射が残っている場合があります。**

■口腔と歯の特徴■

- う蝕と歯周病の増加がみられ、障害が重度になるほど、歯科治療や歯科衛生業務が困難となります。
- エナメル質形成不全や歯列と咬合の不正がみられることがあります。
- ブラキシズムによる著しい咬耗、口唇や頬粘膜の咬傷がみられます。
- てんかん発作、運動障害による転倒などで、歯と口腔の外傷がみられることがあります。
- 抗てんかん薬を服用している場合は、歯肉増殖症が見られます。
- 摂食嚥下機能障害がある場合食渣の滞留、胃食道逆流症がある場合酸蝕症がみられます。

■歯科衛生留意点■

神経反射による偶発症や、開口補助具による事故を防ぎます。

○接触と情動による神経反射

() 反射：予期せぬ動きや接触に驚くと、急に身体や顎が動くことがあります。

() 反射：口腔内に接触するものがあると、強い噛み込みがあり、ミラーが破折したり、粘膜損傷を起こる事があります。

※器具や歯ブラシなどを口腔内に当てる前に必ず声かけをする事が重要です。

○姿勢の変化による反射

顔面が側方を向いたとき、顔面側の上肢、下肢が伸展し、反対側は屈曲します。

顔を無理に正面に向けようとすると、緊張が強くなります。

仰臥位では伸展痙性が強くなります。

腹臥位では屈曲痙性が強くなります。

※顔面の向きや体位を変化させるときは、特に注意が必要です。

○開口補助具を使用する場合は動揺歯、孤立歯、前歯への使用は避ける

持続的な筋緊張や不随意運動によって、歯に強い外力がかかる可能性があります。

制御できない咬合力により脱落した歯や損折した器具の誤飲・誤嚥などによる重大なアクシデントにつながるおそれがあります。

※引用：日本障害者歯科学会：「障害の特性を考慮した介助みがきの指導」教育ツールより

■過緊張への対応■

口を開けようとすると、手や足が突っ張ってしまったり、過開口になり、口が閉じなくなってしまうことがあります。また、精神的な緊張によって、筋緊張が亢進するので、介助みがきの時は、和やかで急がせない、ゆったりした雰囲気作りが重要です。

脳性麻痺の人は、股関節、膝関節を伸展させると筋緊張が亢進する特性があるので、全身的な筋緊張を緩和するには、膝を曲げ、頭を前に出す、「()」が有効です。

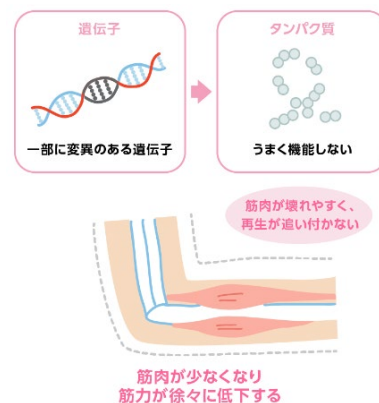


図 2-10 姿勢緊張調整パターン (Bobath の反射抑制体位)



⑥筋ジストロフィー

全身の筋肉(骨格筋)線維が萎縮・変性する進行性の疾患で、デュシェンヌ型と福山型が多くみられます。遺伝子の異常で筋肉の機能に不可欠なタンパク質の変異が生じ、筋肉細胞が変性します。



1)デュシェンヌ型筋ジストロフィー

筋ジストロフィーの半数を占めており、日本の男性に約 3,500 人に1人の割合で発症します。

○初発症状として一人歩きの遅れや走れない、転びやすいなどの症状が1～3歳頃にみられ、約10年以内に歩行困難となります。

○呼吸筋や心筋の変性や側彎による呼吸不全や心不全によって、多くの場合20歳前後で死亡します。

2)福山型筋ジストロフィー

日本特有の常染色体劣性遺伝の疾患で、先天性筋ジストロフィーです。

○全身性の低緊張・筋力低下により、首すわりや寝返りが遅れます。

○顔面筋の筋力低下により、閉口困難、乏しい表情、顎関節脱臼などが生じます。

○約半数にけいれんを認め、発作の反復や重積も生じやすいのが特徴です。また、10代後半から心肺機能が低下し、心不全や呼吸不全、誤嚥性肺炎で死亡することが多くあります。

■口腔と歯の特徴■

筋の弛緩あるいは仮性肥大による巨舌は、常に突出された状態にあり、自力での閉口や口唇閉鎖が困難のため、捕食には介助が必要となります。

■歯科衛生留意点■

嚥下時は舌が口蓋まで挙上しません。また、咬合する歯が少ないため、咀嚼効率が低下します。咀嚼筋や嚥下圧が低下するため、症状に合わせた食形態の調整が必要となります。



⑦重症心身障害

重症心身障害とは、**重度の知的障害と重度の肢体不自由を合併している状態**をいいます。重症心身障害児のうち、呼吸管理や経管栄養などの手厚い医療や介護が必要な最重度の小児を超重度障害児(超重症児)といいます。

(合併症)

重症心身障害のある人は、**脊柱側弯、胸郭変形や股関節脱臼がみられることがあり、骨粗鬆症のため骨折しやすい**特徴があります。また、てんかんの合併率が高く、**摂食嚥下障害のため経管栄養となることが多くあります**。

加齢変化が早くからみられ、また進行も早く、高齢者におけるフレイル(虚弱化)やサルコペニア(筋量・筋力減少)といった現象がみられます。

重症心身障害児によくみられる合併症

てんかん	難治性てんかんが多い
消化器疾患：胃食道逆流症、胃・十二指腸潰瘍、イレウス・便秘	嘔吐・消化管出血・排便の経過に注意
呼吸障害	気道確保につながるような体位が重要
嚥下障害	むせのない誤嚥に注意
整形外科的疾患：変形拘縮、骨折	介助時注意
皮膚科的疾患：褥そう	体位交換等である程度予防可能

■口腔と歯の特徴■

経管栄養者では歯石が沈着しやすく、歯列、咬合の異常として、開咬、上顎前突、狭窄歯列弓などがみられます。また、抗てんかん薬の副作用で歯肉増殖を認めることがあります。

■歯科衛生留意点■

呼吸障害のあるときはパルスオキシメーターなどでモニターするとともに呼吸の楽な体位にする必要があります。また、歯磨きや歯科治療のときには唾液や注水を誤飲・誤嚥させないように確実に吸引するように注意します。

全介助であるため、介護者による口腔清掃とともに歯科医師、歯科衛生士による定期的な口腔衛生管理が欠かせません。



⑧内部障害

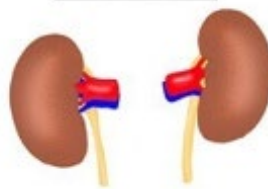
HIVによる免疫機能障害



心臓機能障害



腎機能障害



膀胱・直腸機能障害



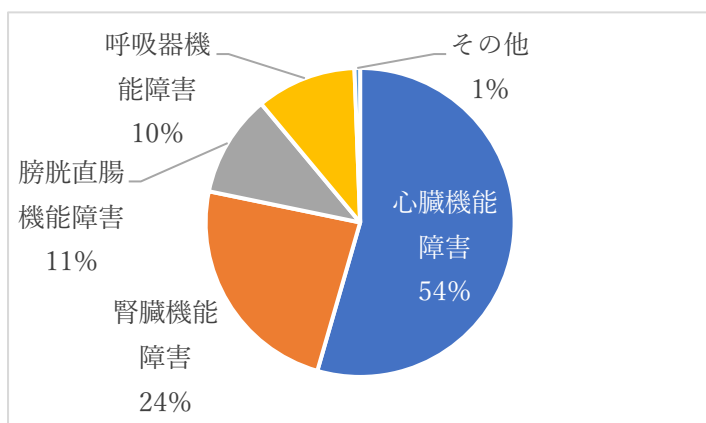
小腸機能障害



肝機能障害



呼吸機能障害



障害部位	障害の概要	配慮・留意点
心臓	心臓の機能が低下し、血液循環が正常に行われにくい。	長い歩行や階段を避けるため、車いすやエレベーターでの移動を勧める。 椅子に座ってしばらく時間をおき、落ち着いてから話しをはじめる。 人工弁を装着している場合は抜歯の前に抗生剤の服用をしてもらい感染症に十分気をつける。抗凝固薬を服用している場合の処置は出血に注意する。
呼吸器	肺の機能が低下し、ガス交換が正常に行われず酸素が不足する。	楽な姿勢でゆっくり話しをし、会話が長時間にならないよう配慮する。
腎臓	腎機能が障害され透析を受けている。	人工透析を受ける際へパリンを投与するため、 透析当日は出血を伴う処置を行わない。 血圧測定はシャント側の腕で行わない。血圧変動に注意をする。糖尿病性腎症の場合は糖尿病の合併症に注意する。
肝臓	肝機能が低下している。	感染しやすいため、感染症に十分な注意をする。
小腸	栄養吸収が正常に行われず通常の経口栄養では栄養維持が困難。	感染しやすいため、感染症に十分な注意をする。



⑨感覚器障害

<視覚障害>

視力、視野、色覚、光覚、眼球運動などが低下し、回復できない状態の人が視覚障害者です。わが国には約 31 万人いるとされ、7 割が 65 歳以上です

■口腔と歯の特徴■

視覚障害のある人に特有の口腔症状はありませんが、歯垢染色や鏡を見せて歯科保健指導ができないという問題があり、転倒や衝突などで顔面や歯に外傷を負うことがあります。

<聴覚障害>

音を伝える外耳や中耳(伝音系)あるいは音を電気信号に変えて脳に伝える内耳や聴神経(感音系)の機能障害によって、音や声を認識しにくい状態で、伝音性難聴と感音性難聴に分類されます。

臨床的には、幼少期から聞こえないため手話を使う「聾(ろう)者」、幼少期から聞こえにくいため補聴器を用いる「難聴者」、音声言語を獲得した後に聞こえなくなった「中途失聴者」に分けられます。わが国では 70dB 以上の音を聞きとれないときを聴覚障害としており、約 29 万人いるとされますが、補聴器を必要とする中等度難聴(40dB 以上)を含めると、約 600 万人になると推計されています。

■口腔と歯の特徴■

聴覚障害のある人に特有の口腔症状はありませんが、コミュニケーションが困難なため歯科受診を控えたり、口腔清掃の意義や方法がよくわからないために、う蝕や歯周病になったり歯を喪失することがあります。

<盲聾(もうろう)>

視覚障害と聴覚障害を合併している人で、わが国には約1万人と推計されています。全く見えず聞こえない「全盲聾(もうろう)」、全く見えず聞こえにくい「盲(もう)難聴」、見えにくく聞こえない「弱視聾(ろう)」、見えにくく聞こえにくい「弱視難聴」に分類されます。

■口腔と歯の特徴■

特有の口腔症状はありませんが、コミュニケーションの手段として、点字、手話と指文字、筆談や音声などを活用して対応する必要があります。

<味覚障害>

味覚の消失などがあり、中高年者に多くみられます。味覚障害の原因には、薬剤によるものや亜鉛欠乏、口腔乾燥、心因性、神経損傷や加齢などがあり、薬剤の変更、亜鉛製剤の投薬などが行われます。

<感覚統合の障害>

1)過敏症

手で触った触感や、口に入ったときの食感、匂いや味が受け入れられず嘔吐することがあり、特定の食物や食物すべてを拒否する場合があります。また、過去に吐き気や腹痛など不快な経験をした食品、無理やり食べさせられた食品を拒否したりすることもあります。さらに、緊張の強い障害者の場合、触れられたところを中心に筋肉の攣縮が広がり全身が緊張することもあります。

したがって、**どの感覚(視覚・聴覚・嗅覚・触覚・味覚など)が過敏になっているのかを見極め、刺激を与えないように対応する必要があります。**

2)鈍麻(感受性低下)

視覚、聴覚、触覚、運動感覚、平衡感覚、味覚、嗅覚などが障害され、何かを認識するのに必要な情報の量が足りないということが起こります。

この場合、口の動きが極端に悪くなる、食べなくなる、よだれが多い、食べこぼしたものが口の周囲に付着していたりしても気づきにくいなどの症状がみられます。



4 知的障害(神経発達症候群)と口腔ケア

知的能力障害(知的発達症)は、「発達期に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である」と定義されています。おおむね18歳までの発達段階から障害がみられ、児童相談所や知的障害者更生相談所で知的障害があると判定された場合()が交付され、障害福祉サービスを受けることができます。令和4年の療育手帳所持者は **125万人**です。

知的能力障害は単一の疾患や症候群ではなく、さまざまな原因によって生じます。その発生原因(染色体異常、代謝・変性疾患、脳形成異常症、感染症や中毒など)が推定できる病理型と、原因が推定できず、多因子遺伝が推測される生理型に大別されます。

知的障害者の大部分は()です。一般的に病理型のほうが障害の程度が重度で、てんかんを合併する場合があります。知的能力障害の発生頻度は **人口の約1%**で、その **男女比は約 1.5:1**です。

知能(認知能力)のレベル

区分	IQ	精神年齢	期待される適応能力
軽度 80%	50～70	9～12	【日常生活はできる】 日常生活動作、実的な家庭内の技能は、自立、支援・訓練により仕事、家庭生活など、社会的活動が可能
中等度 15%	35～50	6～9	【日常生活に援助が必要】 指導・訓練により日常生活動作の自立、実的な家庭内の技能の習得が可能。十分な指導と監督があれば、単純な社会的活動に従事することができる
重度	20～35	3～6	【日常生活に常時援助が必要】 十分な指導・訓練により、ある程度の日常生活動作の習得が可能
最重度	<20	～3	【生活全般に常時援助が必要】 自分自身の基本的欲求を満たす能力が不十分であり、常に援助と管理が必要



①ダウン症候群

通常ヒトの細胞は23本の染色体を2セット、合計46本の染色体を持っています。このうち22本は男女共通(常染色体)で1本は男女によって異なります(性染色体)。

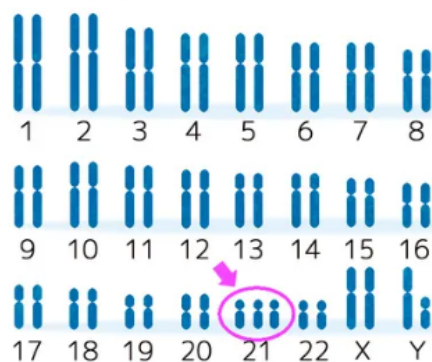
ダウン症患者の約95%は()番目の染色体が()本で合計47本の染色体をもつ「21トリソミー」です。

低身長で肥満、短頭、短い首、平坦な顔貌、大きな舌、つり上がった目、耳が小さくて丸く低い位置にあるなど特徴的な顔立ちで、知的能力障害を伴います。舌が大きく顔の筋肉の緊張が低いため、口を開いたままになることがあります。

多くは心臓と消化器の先天異常がみられます。老化が早く進むと考えられていますが、平均余命は60歳です。

日本の患者数は約8万人です。

①標準型21トリソミー型



- ・ダウン症の約95%に当てはまる
- ・通常であれば22本あるはずの常染色体が23本と1本多くなることで起こる

■口腔と歯の特徴■

歯の異常: 先天性欠如歯が多く、歯は全体的に小さく、歯根も短いのが特徴です。

歯列・咬合の異常: 前歯部の叢生や反対咬合が多く見られます。

(): 90%以上が罹患します。

■歯科衛生留意点■

温和で明るい性格ですが、頑固な面もあるため機嫌を損ねないように対応します。

抜歯などの際必要であれば感染性心内膜炎の予防のため、抗菌薬による予防が必要です。

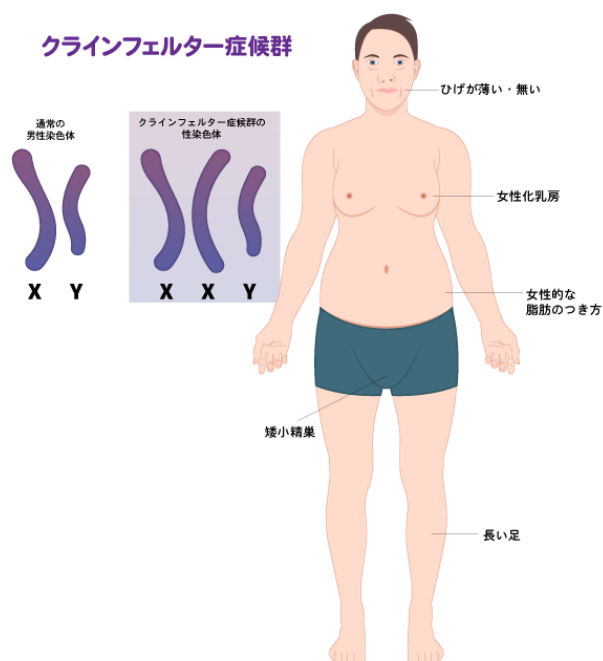
頸椎の異常があるとき、無理な抑制は脱臼を起こす可能性があります。

② クラインフェルター(Klinefelter)症候群

()の性染色体の異常です。通常性染色体は、XXで女性、XYで男性になります。男性の遺伝子がXXYやX
XXYなどXが一つ以上多い場合発症します。日本の患者数は約6万人です。

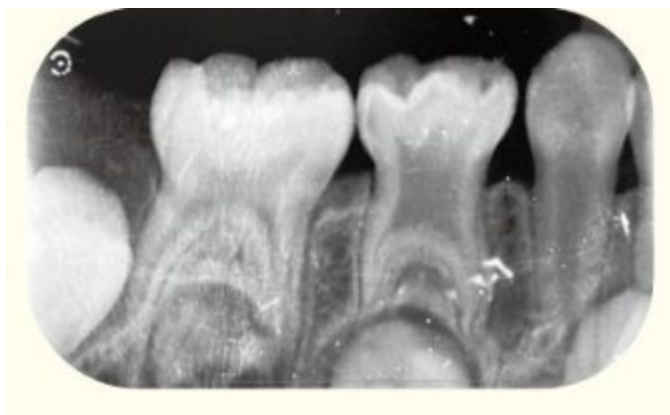
3分の1で女性化乳房を呈し、精巣が小さく、手足が長く、やせ型、高身長傾向があります。知能は大部分が正常
範囲ですが、X染色体の数が増えるにつれて、知的能力障害がみられます。

精巣が小さく男性ホルモンが少ないことが合併症の原因になり、不妊、メタボ、乳がん、2型糖尿病などがみられます。
男性不妊の3%を占めていますが、不妊治療を受けて初めて診断されることも多く、実際の患者は診断されている人の
2～3倍いるといわれています。



■口腔と歯の特徴■

() (トゥロドント)が多くみられます。



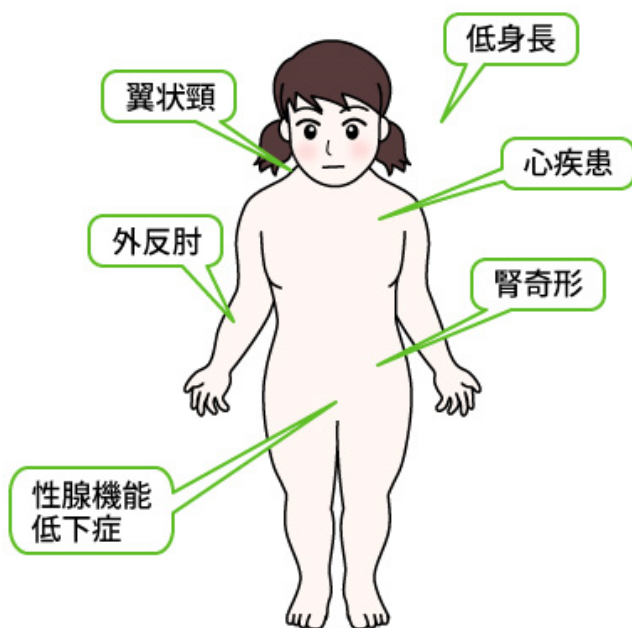
■歯科衛生留意点■

長胴歯は歯髄処置が困難なため、う蝕予防に努めます。

③ ターナー(Tumer)症候群

()の性染色体の異常です。通常女性の性染色体はXXですが、Xしかありません(X モノソミー)。日本の患者数は約4万人です。

低身長、性腺機能不全、翼状頸、心臓の奇形などが見られます。まれに知的能力障害があります。



■口腔と歯の特徴■

高口蓋、歯冠の矮小、歯列弓の狭窄、歯根の短縮化、不正咬合などが見られます。

■歯科衛生留意点■

抜歯などの際必要であれば感染性心内膜炎の予防のため、抗菌薬による予防が必要です。