

自己の免疫によって、この図のサークルを断ち切らない限り、このような悪循環を描いて、歯周病の進行による骨吸収と歯の喪失が進行していく。

今回の調査対象となった 19 人の心身障害者は、いずれも自力による口腔清掃はもとより、家族や施設の介助者による口腔清掃を拒否している人で、図 8 のような悪循環による歯周病の進行のリスクが最も高い患者である。特に長期間、歯肉溝内に有効な清掃がなされない場合、その部位には細菌バイオフィームが形成され、そのグリコカリックスと呼ばれる菌体外多糖体の皮膜により、宿主の感染防御機構や化学的・機械的な清掃活動に抵抗できる態勢ができるため、歯周組織に対する為害性は増大する。

調査対象の 19 人に対して、観察期間内に行われた有効と思われる口腔清掃は、表 1 に記された回数、頻度の静脈内鎮静法下での歯周治療のみである。歯周治療は歯肉縁上・縁下のバイオフィーム破壊を目的とした、歯垢除去を中心に必要に応じて、歯周組織検査やスケーリング、ルート・プレーニングを行った。したがって今回の調査・解析は、極めて低い頻度のバイオフィーム破壊による歯周状態の変化に対する影響とも、言い換えることができる。またこれらの患者の最も主要な歯周病増悪因子は口腔清掃不良であるが、心身障害者に多いとされる口呼吸や開咬など咬合不良による咀嚼障害も、口腔乾燥や唾液の循環不良による自浄作用を妨げるという意味で、歯周病の進行に影響を与えていると思われる。

## 2. 歯周治療の効果について

今回の調査は口腔清掃が極めて不良な患者に対する、限られた治療の結果に対する評価である。しかし歯周状態を維持し得た患者を含めて 42% の患者に一定の効果が認められたことから、低頻度であっても歯肉縁上・縁下の細菌バイオフィームを破壊する意味は大きいと思われる。今回調査した患者に対して行った治療内容は、歯肉溝上皮表面のデブリードメントによる細菌バイオフィームの破壊と洗浄による除去の他にはヨードによる消毒程度である。この消毒の効果が一時的であることを考慮すると、細菌バイオフィーム破壊によって、患者自身の免疫機構(好中球、抗体等)の影響が表れてくるものと思われる。

もっとも歯周治療を行っていない患者との比較対照を行っていないため、今回の調査の結果は歯周治療を行った患者間の相対的な比較を表しているが、この治療効果の差に患者の細菌叢の違い、あるいは免疫能の違いが影響している可能性は高い。

## 3. 歯周治療の効果に影響を与えた因子について

歯科治療開始時の年齢によって、歯周ポケットの平均値の変化に全く関連は認められなかった。また、歯の喪失についても一定の傾向は認められたが、今回は 1 人の高齢患者の多数歯の喪失が影響していたと思われる。文献的にも江澤らは年齢と骨レベルの間に相関は認められなかったと述べている<sup>3</sup>。

歯周治療の間隔と歯周ポケットの平

均値の間には、有意差は認められなかったが、間隔が短いほど歯周ポケットの深化が少なくなる傾向が認められた。また歯周ポケット平均値が改善された3人は、最も間隔が短いグループに属していた。歯周ポケット内の細菌叢が病原性を発揮するには、歯肉縁下プラーク中の運動性桿菌やスピロヘータがある一定以上の比率以上に増えると、歯周病の疾患活動度(Disease activity)が高まるといわれている<sup>4</sup>。今回の調査では最短の治療間隔が30日であったが、この程度の間隔でも歯肉溝上皮上の清掃と細菌バイオフィルムの破壊がなされれば、日常の口腔清掃が不可能であっても、歯周病進行の抑制が可能であることが示唆された。静脈内鎮静法下での治療は、患者の通院の負担や診療室の受け入れ体勢など、治療間隔の短縮には難しいハードルが存在するが、可及的に治療間隔を短縮することが必要であろう。

深い歯周ポケット(4~5mm以上)の存在は、歯周組織が病的状態にあるとともに除去が困難な病的細菌叢が存在する可能性が高いことを意味する<sup>5</sup>。今回の調査では、治療開始時のポケット平均値は、観察期間中の歯周ポケット平均値の変化への影響は少なかったが、観察期間中の歯の脱離には有意に影響を与えていた。このように深い歯周ポケットの存在は、歯周治療の2つの重要な手法である病原物質の除去、口腔内環境の改善、その双方にとって困難な条件をもたらす。したがって今回の対象患者のように、口腔清掃が困難な患者の場合には、

歯周組織が病的状態になる前に、予防的処置を行うことが重要であると考えられる。

また健常者であれば、深いポケットは切除療法の対象になるが、重度知的障害者では日常の口腔清掃が困難なため、さらなる感染の可能性、あるいは深いポケットを切除して清掃を可能にしても、日常の清掃は困難であろうとの推測から、切除療法は行っていなかった。しかし深いポケットを除去することが、静脈内鎮静法下の歯周治療の効果を上げる可能性が示唆されたため、重度知的障害者においてもポケット切除を検討したいと思う。

今回の調査では、統計のみではなく各個人に対する歯周治療の結果が概観できるよう症例ごとの数値が表れるよう表現した。その意味は、前述のように非常に歯周病リスクが高く、なおかつ歯科治療が非常に困難な人に対する歯周治療という極めて特殊な治療の結果として示す必要があると考えたからである。言い換えれば、歯周病が悪化していくのがやむを得ない状況にある患者に対して、静脈内鎮静法を施行したうえで歯周治療を行った結果として数年間、歯周状態を維持した患者が42%、さらに16%の患者が歯周状態の改善をみたということは、コストと労力がかかることを考慮してもQOLの維持・向上のために意義のある治療であったと考えている。

## E. 結論

1. 静脈内鎮静法下のみで口腔清掃が可能な患者であっても、42%の患者に歯周状

態の改善または維持という形で効果が現れた。

2. 静脈内鎮静法下の歯周治療の間隔が短い方が、歯周ポケットの平均値の深化が少ない傾向にあった。また治療開始時の歯周ポケットの平均値が小さい方が、歯周ポケット平均値の深化が少ない傾向にあり、観察期間中の歯の喪失は有意に少なかった。

これより静脈内鎮静法下の歯周治療で効果を上げるためには、歯周治療の間隔を可及的に短くし、歯周ポケットが深くない状態で、早期に予防的に歯周治療を開始することが必要であると考えられた。

#### 参考文献

1. 山本浩正；イラストで語る，ペリオのためのバイオロジー．クインテッセンス出版，東京，2002
2. Offenbacher S; Periodontal Disease: Pathogenesis. Ann Periodontol, 1:821, 1996
3. 江澤敏光，佐野裕士；現代日本人頭蓋における Bone Level と年齢の関連について，日歯周誌，27(3):610-617, 1985
4. Listgarten MA, et al: Comparative differential darkfield microscopy of subgingival bacteria from tooth surface with recent evidence of recurring periodontitis and from nonaffected surfaces. J Periodontol, 55: 398, 1984
5. Tanner ACR, et al.: Microbiota of pockets losing crestal alveolar bone. J

表1. 静脈内鎮静法下で歯周処置を行った患者とその効果について

患者	性別	障害名	P処置を開始した年		観察期間 (年)	その間のP処 置の回数	平均の間隔 (日数)	P処置開始時の歯周ポケット		P処置開始時の観察期間中の 歯数の喪失	効果	
			した年	の年齢				平均深度(mm)	変化(mm)			
1	男	重度知的障害	1996	25	6.23	72	32	3.16	-0.44	25	1	維持
2	男	重度知的障害	1997	32	4.80	28	63	1.61	0.61	23	0	維持
3	男	重度知的障害	1997	27	5.51	53	38	2.88	-0.12	29	0	改善
4	男	重度知的障害	1997	26	1.44	9	58	2.04	1.38	26	0	悪化
5	男	重度知的障害	1998	26	4.99	9	202	4.6	0.79	24	2	悪化
6	男	重度知的障害	1998	29	3.15	18	64	2.74	0.11	27	0	維持
7	女	重度知的障害	1999	21	3.78	17	81	3.28	0.51	28	0	維持
8	女	統合失調症	1999	23	2.36	10	86	1.5	0.57	28	1	悪化
9	男	重度知的障害	1999	26	2.86	11	95	3.73	0.57	23	0	悪化
10	女	重度知的障害	1999	30	3.09	13	87	5.63	0.58	32	4	悪化
11	男	重度知的障害	2000	51	2.49	25	36	3.28	-0.48	21	6	悪化
12	女	重度知的障害	2000	26	2.19	7	114	2.84	2.80	28	0	悪化
13	男	重度知的障害	2000	25	1.41	17	30	2.68	-0.43	28	0	改善
14	男	重度知的障害	2000	28	2.38	18	48	1.57	0.41	30	1	悪化
15	男	重度知的障害	2000	19	2.32	9	94	2.69	0.24	29	1	悪化
16	女	中度知的障害	2001	31	1.53	15	37	4.69	2.63	23	4	悪化
17	男	脳血管障害後遺症	2001	61	1.69	14	44	3.36	1.89	28	0	悪化
18	女	情緒障害	2001	37	1.08	6	66	2.93	0.00	28	0	維持
19	女	重度知的障害	2001	50	1.08	13	30	3.71	-0.36	17	0	改善

図1 静脈内鎮静法下での歯周治療の効果について

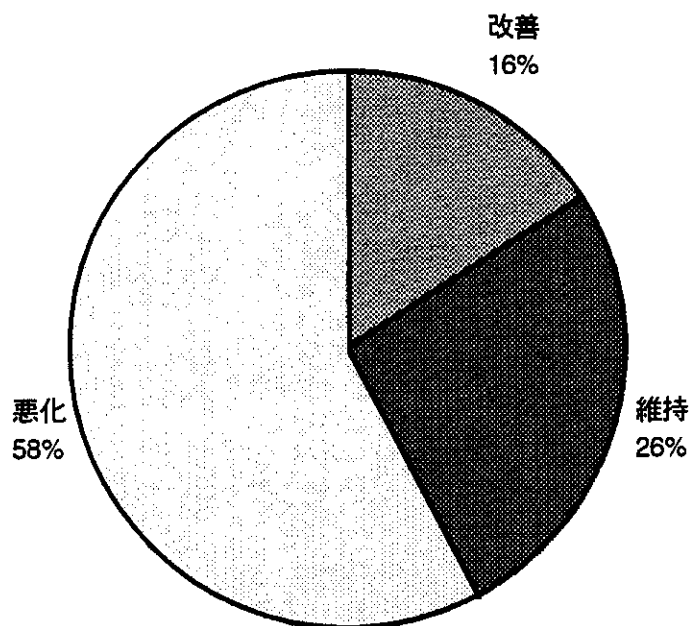


図2 歯周治療開始時の年齢と歯周ポケット平均値との関連

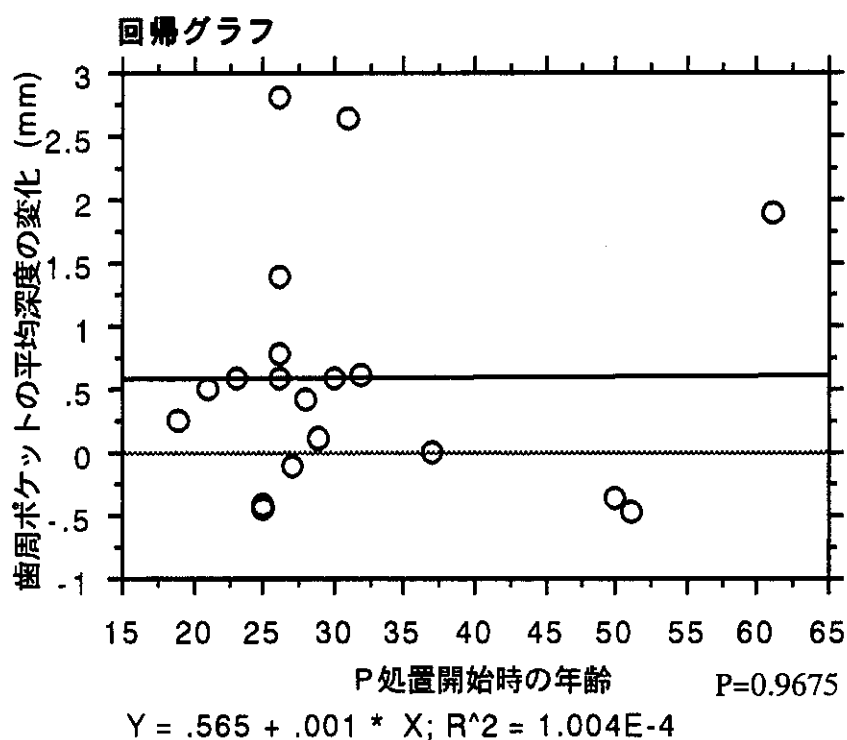




図4 歯周治療の間隔と歯周ポケット平均値との関連  
回帰グラフ

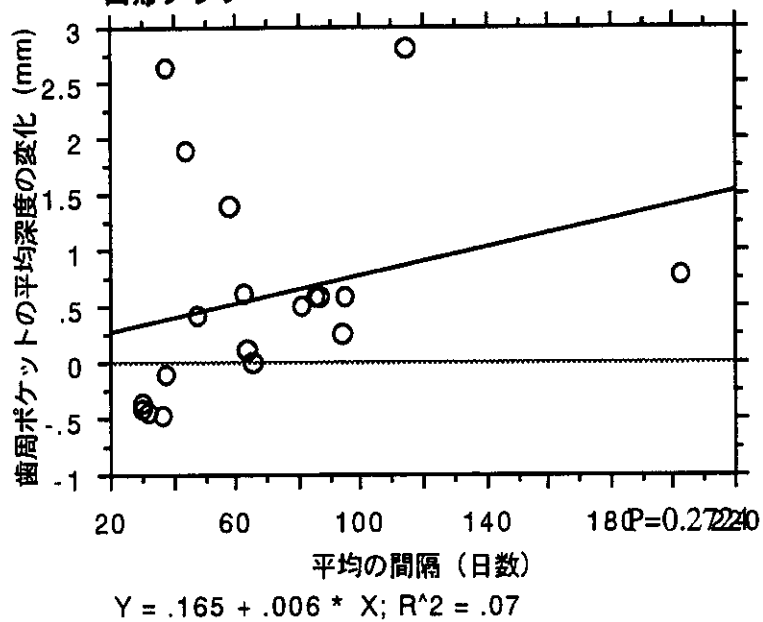


図5 歯周治療の間隔と歯の喪失との関連

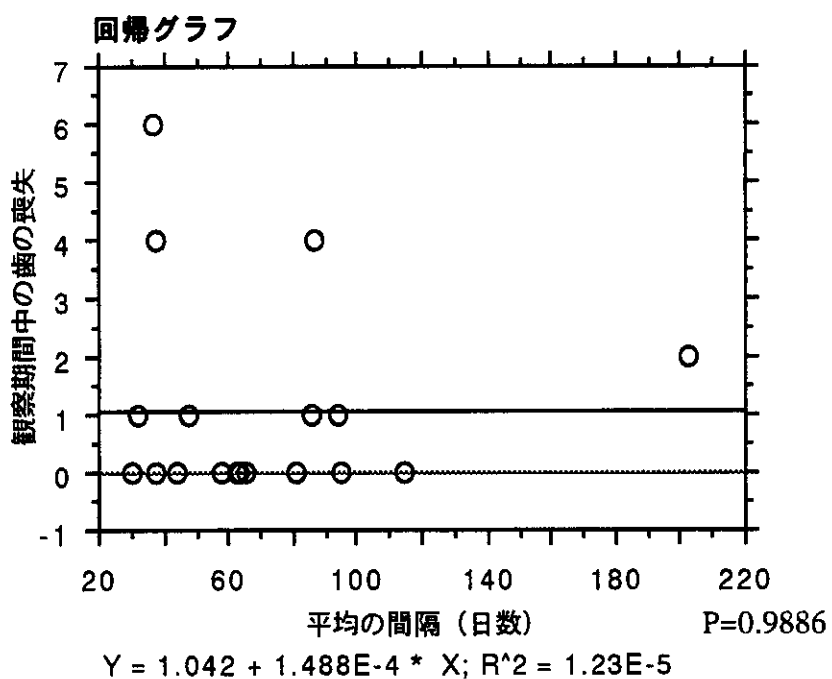


図6 歯周治療開始時の歯周ポケット平均値と  
歯周ポケット平均値変化との関連

回帰グラフ

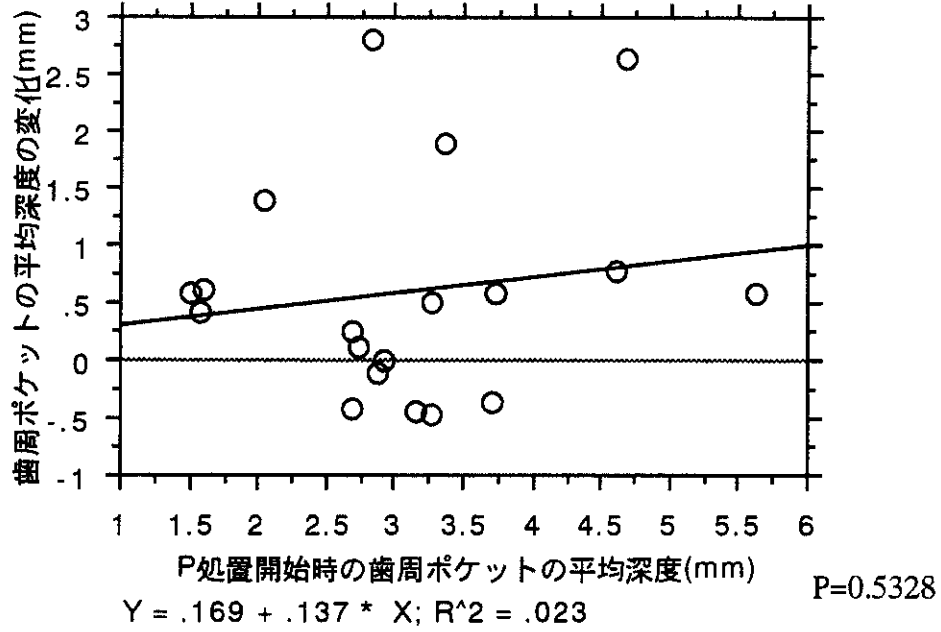


図7 歯周治療開始時の歯周ポケット平均値と  
歯の喪失数との関連

回帰グラフ

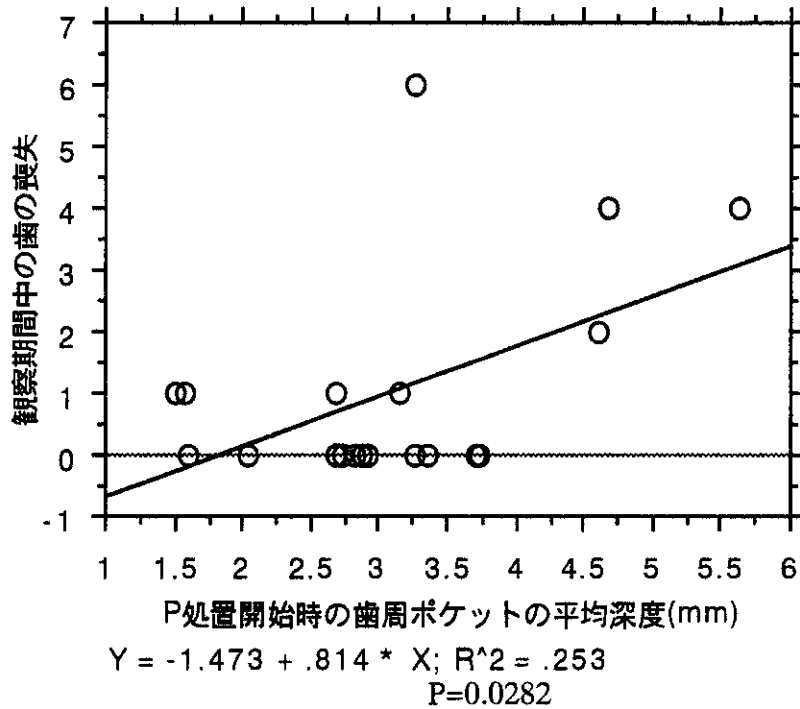
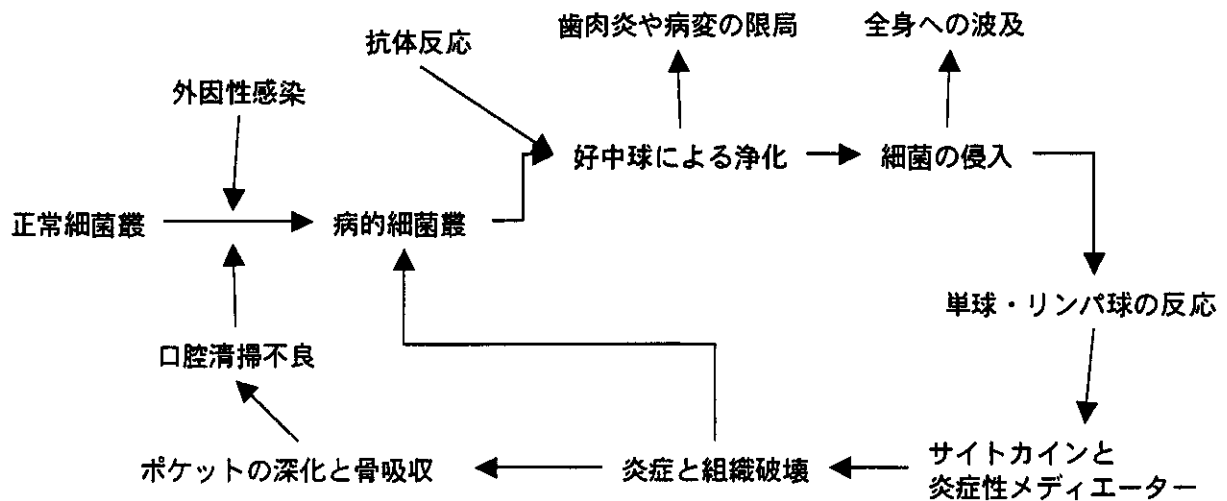




図8 歯周病の病因論



厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

分担研究報告書

PCP (Person-Centered Planning) に基づく知的障害者、痴呆・虚弱性高齢者の  
口腔ケア・キュアに関する研究

分担研究者 武田則昭

川崎医療福祉大学 教授

## 研究題目

PCP (Person-Centered Planning) に基づく知的障害者、痴呆・虚弱性高齢者の口腔ケア・  
キュアに関する研究

I. PCP とは (Steve-Holburn の招待講演より)

II. PCP に基づく口腔ケア・キュアのあり方について -知的障害者、痴呆・虚弱性高齢  
者-

III. 特別養護老人ホームにおける一検討

研究協力者

川田久美・香川県明善短期大学食物生活学  
科

合田恵子・香川県健康福祉部分野

I. PCP とは (Steve-Holburn の招待講演  
より)

講演「Person Centered Planning の  
先進性と課題・展望」

ニューヨーク州立基礎研究所

スティーブ ホルバーン博士

(C..Steve Holburn)

皆さんこんにちは。本日お招き下さい  
ましてありがとうございます。日本はすば  
らしいところですよ。もう大好きです。米国  
にいるみんなは日本に行ったらもうすぐ  
すばらしいから楽しめると言うよと言われ  
るですね。もちろん日本語がわかっていれ  
ばここに住みたいなとも思うんですけど残  
念なら米国で生まれましたので、今日は英  
語で。まず、お話を始める前に少しばかり  
部屋を暗くしていただけますでしょうか？  
これで見やすくなりました。これで十分だ  
と思います。まず改めて本日はお招きいた  
だいてありがとうございます。私の兄弟が  
知的障害を持っておりまして彼を私達は施  
設に、私は当時6歳でした。彼はすばらし  
い青年だったのですが、彼を両親はこの施  
設に連れて行かざるを得なかった状況にな  
りました。その彼の症状は、入所後、年齢  
とともに更に悪化し最終的には施設で死を  
迎えてしまいました。今思いますと、医療

過誤があったのか、何かしらの医療やその  
他にやり方があったのではないかと非常に  
悔いが残る結果となってしまったのです。

そのことから私はこの分野に深く関わるよ  
うになったかもしれません。その施設の官  
僚的な方法に、問題を感じるようになり、  
脱施設を考えるようになった理由をお解り  
頂けるかもしれません。

スライドには基礎研究所を示しており  
ますが、ここでは予防医学、臨床医学の研  
究が進んでおります。連邦政府から運営費  
の半分、それ以外の所から残りの半分の資  
金を受けております。 -中略-

それではまずこの Person-Centered  
Planning (PCP:ひとを中心に据えた計画  
づくり)、この計画づくりが他のアプロ  
ーチとどう違うかについて説明していこう  
と思います。もしこれがどのように障害のあ  
る方の治療、介助などに役立つのか、そし  
てそれらに対する課題は何なのか。まず、  
哲学というかコンセプトについて説明しよ  
うと思います。この考え方はノーマリゼー  
ションの一部になるといえます。ノーマリ  
ゼーションは既に皆さんお聞きになった言  
葉かもしれません。ノーマリゼーションと  
いうのは、障害を持つ方々が社会に普通に  
とけ込み、私達が住んでいるコミュニティ  
の一員として生活していただくこと、この  
様な「コンセプト」を指すといえます。知  
的障害があれば、その知的障害のコミュニ  
ティではなく、障害のない私達と同じよう  
なところで生活したり、私達の子供が知的  
障害の方と友好、友情を結び普通に生活が

できることを目指す動きです。それに関しましては、その知的障害の方に様々な「選択権」をもっていただけるように、そして「人生における自己決定」、単に今ジュースが欲しいとかミルクが欲しいですとかそういうことだけではなくて、誰と暮らしたい、何処に暮らしたいこういう重要な決定事項、何を今したいか……。こういうことを提供していきたいのですが、知的障害を有する方のほとんどが、他の外部のものに何らかの制限を加えられているというケースがほとんどです。

例えば、私達はほとんど全員、社会にそれぞれに重要な役割を果たしています。ところが、この様な評価が知的障害を有する方々にはなかなか得ることが出来ない現状があります。知的障害を有する方々が社会に貢献すること、またその役割を見いだすことが非常に難しくなっています。具体的に申し上げますと、何かしらこの社会から孤立してしまうという現象がみられます。そのようなことを減らしたい。その方法の一つとして、施設ではなくより小さいグループで、あるいは、それらの人達が所属するコミュニティでパーソナルケアを受けるといった方法があると思います。知的に障害を有する人達と、その他の人達とが互いに強い友情を結ぶことが出来るようにすることが重要と言えます。単に座って何か一つ細かいことを決めるというより、人生の大きな判断を、障害のある人達が自分たちでできるように、またそのための支援をしていくことが一つの重要なキーとなり

ます。

ノーマリゼーションは、北欧で発祥し、スウェーデンで発展していったと言えます。米国では 60 年代に、ウルフェンスベルガーなどによって、このコンセプトが提案されまして、コンセプトに従うと考えられた施設が様々なところで米国中に発展していった訳です。現在では脱施設化進んでおりますが、未だ多くの人達はその恩恵に浴しております。ナーシングホームですとか、グループホーム、16 人以上の施設ということになります。もちろん課題は残りますけど今までの施設に比べますと、ずっといい状態になっております。今後は更に改善していく必要があると思います。

ノーマリゼーションは非常に基本的なことなのですが、例えば1つのグループの人たちに対して、私達がどのような好ましい生活を提供できるかということになります。もちろん、これには技術が必要です。一日一夜で出来るような取り組みではありません。長期の取り組みが必要です。そして、どういうことが出来るか？グループで生活プランづくりをするだけでなく、その基本事項に見合った計画づくり、また将来展望を含む長期計画を作り上げる（数ヶ月先ではなく数年先のプランニング提供できる）ようにする。そのプランニングのアプローチですけど、米国の方で用いられる方針があります。ここでは、あまり詳細には説明できませんが、ひとまず次のスライドにいきたいと思います。

ここでご紹介したいのはジョーンさんと

いう方です。1979年以降、この様なウルフェンスベルガーらがノーマリゼーション、PCPの充実・発展にも関連します。成人の知的障害者の施設から地域への移行というのがここで着目されております。例えば特殊教室から普通教室へ学生さんが移行できるようにする、ティーンエイジャーが一般的な職場に就職を得ることが出来るようなアセスメント、そしてまた高齢者の知的障害者が在宅で十分なケアを受けることが出来るか、などについて私達は注目しております。

さて、ここで、システム中心型のアプローチと「ひとを中心に据えたアプローチ（PCP）」との比較をしてみたいと思います。PCPでは常識的感覚を持って全てをやっていきます。システム中心型のプロセスではやはり行政的な規制部分の感覚を中心に持って行きます。そしてシステムの方では専門用語が多いです。多分家族の方も患者さん本人もよく解らない言葉で話しかけられることになるでしょう。一方、PCPでは平易な言葉、英語で話すようにしています。ですからこういった基本的な言葉でみんながわかりやすいように話しをするのが基本です。またシステムではやはり健康と安全を中心においてます。もちろんこれは大事なのですが、PCPでは生活の質に重きを置いています。そしてシステム中心型の方では医師が一番非常に強い権威を持っていて、専門家による決定が行われますが、PCPではやはりその自己決定が重要で、生活の上でこういったことを

行っていくかということは本人が決めていくこととなります。

では、臨床医学的解決型のものと人を中心に据えた計画づくりを比較してみたいと思います。臨床医学的解決型の方ではアセスメント、テスト、検討というものが行われる一方、PCPでは非公式な時間を過ごすこととなります。その人が友達になるかの様な形で出来るだけお互い知りあうようになるというわけです。そして臨床医学的解決型の方では無秩序（例外）、欠点、欠失を特定したりしませんが、PCPではその人の許容力、夢は何であるのか、こういった役割を果たしていきたいのかも考慮に入れます。そして臨床医学的解決型の方では臨床的なサービスやプログラムを追求、模索していきますけれども、PCPではそういうことではなくて地域内での生活を支援するようにしていきます。また臨床医学的解決の方では特殊医療チームがあたりますけれども、PCPでは本人＜個人＞・家族・スタッフ・友人、専門家などがこれに関わってきます。ですから全く違うプロセスになってきます。その人を本当によく知っていて、その人のことを愛している人たちによって新しい人生の上での展開をしていきたいと考えるかどうかとなってきます。学校は例えば我々はどうやって家を作るのかとか、どういう風に就職したらいいのかということを教えるものでは必ずしも無いのかもしれませんが、PCPでは例えば食事、受診とかそういうことだけではなく、もっと大事なこと（その人に

とって大事なこと)と一緒に考えていって、その生活様式を楽しめるようにしていくという考え方です。そしてこれらの違いは極端に書かれていると言うこともあります。しかし現実にはそれぞれがやはりそういった部分があるということもあります。PCP を推奨する人の中では、やはりその臨床医学的解決型はよくない、そのシステムが悪いのだという人がいますけども、もちろんシステムも利用している訳です。しかしその人の生活をもっとよりよく変えていこうという考えますのでその両方の利点を持ってくるのが良いと思います。そしてその臨床医学的解決の方では個人の問題、症状の軽減を見てきますけれども、PCP では社会生態学的課題を主に見ていきます。

時間が限られておりますのであまり詳しくは入っていけないのですが、PCP はどうやってやっていくのでしょうかということになります。PCP のグループの方では自発的にそれぞれが重要な役割を果たしていき、ヒエラルキーは全くありません。意志決定の上ではヒエラルキーはありません。もちろん、その本人(患者)が一番よく知っている方が関わってくるということになります。そして Mapping ということも行いまして大きな紙を取ってきてそれに色んなものを書きます。その本人(患者)の人間関係とか、どういったことをするのか、どういった場所にいつも行ったりするのか、どういったものが好みの人なのか書き留めます。そしてこれら情報をまとめましてそしてビジョンあるいは夢というもの

を作り上げていきまして、本当に遠い夢のようなもの(実際に実現できないようなもの)かもしれませんが出来るだけその高い望みを立ててもその夢を達成していこうという考え方です。そしてそれらを実現していけるような戦略というものを作り上げていきます。そして定期的に会いまして、そうした戦略を微調整したりします。そして非伝統的なやり方によって人々を助けたり、各種の方法を駆使してやっていくこともあります。非常に小さい居住区で住んでいる方に関して、やはり今までのやり方はやっていけないようなこともあり、取り組んでいかなければなりませんので新しい思考を取り入れようとしています。

そして問題解決をしていき、本人を含めて組織の改革をしていくことも必要です。そのアプローチ全体を変えていく訳なのですが、あまりにも硬直した組織ですと変化をおこすということが出来ませんので、その考えの中でシステムそのもののありかたを経験する中でそれを変化させていくということになると思います。本人の人生に有用な変化をもたらすためには、システムにとらわれないほうがいいですし、ペーパーワークだけではいい変化をもたらすことは期待出来ません。その人の障害を乗り越えるための新しい糸口を開いていくにはやはりこういったことが必要だと思います。これが人間関係のマップの様子を書いたものです。知的障害者の方の人間関係を書いていますけど、色んな友達がありますね。家族もたくさんいます。これがマップの例で

すけれども我々が使っている戦略も書いています。誰が何を、いつするのかというのが書いています。これはある人が当事者(患者)のプロファイル作りを手伝っている様子です。これは、チームが将来的にどういふことがしたいのかということを書き留めたものです。これは将来住む家ですね。旅行するのが好きな方のように。どういった職業に就きたいのか？友達はどういった方なのか？それを全部まとめまして本当に非現実的に見える場合もあるのですが、しかしこれを実現できないという理由は全くありませんので。チーム自体がある種の動機を持ち、動機づけされてこれを一生懸命達成しようとしていきます。そして地域社会全体で新しいことを試みようというわけです。さて、新しい家を造ったり、新しい友人関係を作ったり、そういうのはしていきたい目標で計測は比較的容易です。もちろん成果の中でも測定できないものもたくさんあります。それらを定量化するのは難しいものもあります。たとえば生活の質ですとか、満足感・満足度、それから尊敬されているかどうかですとか、あるいは友情といったものはどうやって測定するのか、これらが問題になっていきます。友達の数なのかそれとも一人一人の友達の関係がどうなのかいろいろあります。プロセスそのものが非常に複雑で長期的なものになってきますので、これを実際に本当に達成、徹底していくというのが大きな課題になってくると思います。時には成果を達成するのに何年もかかるわけですね。ですか

らこの進めていく上では非常に真摯に、また誠実にやっていくということが重要になってきます。

さてサルさんという方の例をご紹介します。この方は他のどの施設よりも非常に問題の多い施設にかなり長い間収容されていました。そして別の施設に移ったわけです。自閉症があって自虐行為もありました。攻撃的になったり、逃走したり異食症もありました。非常に扱いにくい人でした。そこで、PCP をしようと思ったわけです。彼は完全に逃亡したことはありませんでしたが、家族は彼を殴ったりしたので、訪問は受け入れてもらえませんでした。そのようなことでここに住んでいたわけなのですね。このビルの4階に住んでいました。

この様なスケジュールで、サルさんの時間というものを書き留めました。94年の5月から始まりまして98年までたどった様子です。これがマップです。彼はその一番上の方にあります地域で生活する様になるまで、ずっと測ってまいりました。施設からコミュニティに戻るまでの時間を先程の図で見ることにも出来ますけれども、今度はコミュニティで何をしていたか、これをお見せしています。これは一年間の状況をあまりにも早い展開だったと実は思うのですけど、ただ様々なアクティビティが一カ所だけに行くのではなくて、またその後、施設へ戻るのでもなく、色々な所へ行った、そういう状況です。今写っているのは、サルさんをスーパーマーケットに連れて行っています。サルさんは実はお父さんと買い

物に行くようになって非常に楽しいということ。これは 98 年に住むようになったお家です。そして彼は今仕事も持っているのです。空き缶をリサイクルセンターに持っていく、他にも仕事をやっていたのですが、ここで良い写真があったのでこちらの方を使わせていただきました。米国ではこの缶をスーパーマーケットでリサイクルする機械を設けているのですが、彼は空き缶をそのリサイクルボックスに入れてボタンを押すことによってお金が出てきて、それで稼ぐということをやっておりました。

このような一連の生活変化の中で、Quality of life を測る上で、48 項目によるチェックを実施しておりました。ここでは、彼がどのような成長を遂げていったか。極めてネガティブな -3 から極めてポジティブな +3 まで、各事項に指標を設けて彼の成長ぶりを 5 年間測ってまいりました。様々な機会に応じて研究を進めてまいりました。詳細には説明できませんが、このスライドは一番最初に測ったときのものです。ですから例えば最初の質問というのが何の変化もないということで、0 から 0 に一番左端にあるのがお解り頂けますでしょうか？このことによって 10 ヶ月の内に 48 項目の質問をこの数ヶ月間の内にどういふ変化を遂げていったか。少し立ってから例えば何年後かにまたどんどん調査をしていくわけですが、このチームの努力により彼のスコアがどんどん上がっているのがお解り頂けますでしょうか？もちろん全ての項目に変化がもたらされた訳ではありません。

変化がみられない事項もあります。一方、毎回テストを実施する度に大きく成長していったところもあります。これが最終的なグラフ、この時に彼は施設から先程の住まいに引っ越したわけですが、これが今と同じグラフの別の見方を示しているものです。少し戻ってみましょう。ここにありませんのがこれはあの各質問の 8 つの面、分野を示しております。この 1 つの面から全体を見たものに関して説明しますけども、1 番最初の項目は、どれだけの親密さを人と築くことが出来るたを示した項目です。95 年から 99 年の間に、彼は何の変化も来していない訳です。ガールフレンドが出来たとか、親密な関係を結ぶ人がいなかったこととなります。次の項目ですけども集団行為というのは例えばクラブ活動ですとかグループ活動です。彼は自閉症を患っていましたから、非常に低い値でしたけれどもだんだんとその人と接していく内に 99 年 2 月には非常に発達、最終的には彼は非常に良い友情、非常に良い関係を集団生活の中で見出し出していったといえます。

さてこの PCP が行動上の問題を有している方にどのように支援することが出来るでしょうか。やはり、与えられた環境に左右されることによりますけれども、この PCP というのは、その環境、その人のライフスタイルを変えるべく改善策を提示し続けていくものなのです。例えばこのような施策に関して、皆さんがその行動分析の専門家だとしましょう。そして何らかの行動・生活を変えていこうとした場合、まず



最初にわかることは、非常に恵まれない状況であるということです。彼にとって選択肢は全くありませんし、家族と接することもない、非常に単調な生活をしているわけです。それらに基づいて、マネージメントやリソースの配分についても算出していきます。どういった形で仕事をしていただくか、コミュニティで生活していただくか、それらによってマイナスの影響を与えることもあります。例えばここで見ていきますと、PCP のチームがこういった1つの策を見いだしていきます。たとえば、彼の生活状況を改善しようとする選択肢の幅を広げようとする。そのことにより、コミュニティに彼は社会にどんどん出ていくようになるわけです。そして彼は（そのもちろん全てのことがこの様なプロセスで解決するわけではありませんけれど）生活状況の改善によって彼自身のその生活態度や行動そのものが変わってくるようになるのです。

これがどのような形で PCP が痴呆性患者にどのように応用されるかについて考えてみましょう。高齢の方では人生の楽しみ方、余生をどのようにして過ごすかに PCP は影響するでしょう。そしてまた発達障害ですとか痴呆を患う方々にはまずその人達を介護してくれる子供がいないということもあります。

介護者や支援する人たちがどの様に高齢者を支援できるか？ PCP はこの様な状況に回答を与えると思われれます。例えば、PCP と加齢について説明します。高齢になったときにあなたは一人でいたいですか、施設

で生活したいですか？私の場合はやはり、沢山の選択肢を持ちたいし、また社会と何かしら関わっていきたいと思っています。孤独になるのはイヤだなと思います。自らの判断で生きていきたい。また社会に有益に有益な貢献をしたい。毎日朝から晩までイスに座ってテレビを見ているような生活は過ごしたくないなと思います。それを可能にするのが PCP なのです。では、どのような助けとなるのか？もちろん様々な介護者側の援助（非常に疲れる仕事）は必要です。PCP というのは、この介護者の方々の援助になることも出来るわけです。施設において長期ケアを行う上で様々な支援をすることができる、そしてまた地域で生活する人たちにとって、何がその人に必要なのか、家庭で暮らす上で何が必要か、この介護者が一対一で介護しようとするよりも、グループで取り組んだ方が大きな成果が出やすいということです。そしてこの痴呆性の患者さんの場合どのような形で他の方々と関連を取っていくか、身内の繋がりのみならず昔の知り合いですとか新しい友人を作るとか、そういうそしてまたそういういった選択肢を増やすことが必要です。その人たちの好みや選択、どのような判断をするのか、これを周りの人たちが知ることでもあります。

そこで何について評価する、どのようなアプローチをし、何を注意すべきかということは、基本的に尊厳の維持というのも必要だといえます。また、一日において寝る、食事をする、風呂にはいるといった日常生

活の選択肢を与えることは必要ですけど、日常生活に選択肢を与え過ぎますと混乱をしてしまうというおそれもあります。その意味では、生活事項をシンプルに保っておくということも非常に重要だと言えます。そしてまたその人がその記憶をする上で何かしら役立つようなもの、写真ですとか、掲示板を使うことなど、既存の今までのシステムとは少し違うこのような対応の仕方があるわけです。しかしここで私達はちゃんと認識しておかなければいけない点があります。このようなケアというのは長期にわたって実施しなければならないものです。そしてまた、組織と絡んでくるものなのでそれも考えていかないといけません。そのようなプランニングをする上で、どのようなチーム構成にするか？これも非常に重要といえます。新しい試みを加えていけるようなスタッフを考えていかなければなりませんし、またその上で自分たちで頑張ろうと、非常にやる気のある人達を見つけ、そのようなメンバーでグループを組む必要があります。先程示した Mapping を実現できるような状況が必要です。そういうことを問題、そういう必要な要件といいますと、言うは易し、実施するのは難しい状況に陥るわけです。その意味で、場合によっては PCP とは別の方向で進んでしまうかもしれないという可能性もある訳です。また聞こえのいい話というのが巷に横行してしまうことも確かです。ですから、私達は、色々な意味で、この PCP に関していい話ばかり聞くことが多く、あまりマイナスの話は

聞かない状況です。しかし、ネガティブでマイナスの状況が起きていたり、課題が残っていることもあり得るわけです。他にももう1つ。これが無償で働いている方々に提供されることになりますけれども、本当に無償で働いてくださる皆さん方からきちんとしたサービスが得られるのかどうか？また、その他にも選択権をどのくらい提供すべきなのか、全く選択権を与えないというのは問題ですし、また与えすぎるのにも健康上に問題を来すこともあるわけです。そして、その他にも環境を制御するか、チームを単一か、複数か？、チームによっては1つの統一された見解を見いだされなくてはいけないこともあります。例えば心理学者だった人が急に PCP のチームに入る。このことによって何か立場や見方を完全に変えることができるのか？米国における PCP は無償でやっているわけですから、やって欲しいと言われたときに、それなりに実施することはできても PCP というのはたいていの場合、伝統的な施設のやり方とは多くの場合、変わってくるという意味で、最初実施するときにはやりづらいことも多く予測されます。

## Overview

- Person-Centered Planning  
(ひとを中心に据えた計画づくり)
  - How it Differs from Conventional Approaches  
(通例の方法とどのように違うか)
  - Researching PCP  
(PCPの研究)
  - Can it Help the Elderly with Dementia?  
(PCPは痴呆性高齢者の助けとなるか)
- Problems in Application  
(適用上の問題)

## Person-Centered Planning

- Community Presence  
コミュニティの存在
- Relationships in Community  
地域との関係
- Choices, Autonomy  
選択権、自立
- Valued Role  
価値ある役割

## Person-Centered Planning

- Reduce Social Isolation  
社会からの隔絶を少なくする
- Establish Friendships  
友人知己の確立
- Access to Preferences  
趣味へのアクセス
- Competence, Respect  
生活に不自由しない資産、尊厳

## Person-Centered Planning

- Normalization started in Sweden  
(ノーマリゼーションはスウェーデン発祥)
- PCP provides a strategy, one person at a time  
(PCPは一つの戦略になる、一時期に一人に対して！)
- A group of people develop a plan for a better life  
(グループが一人の生活プランづくり)
- Meet on regular basis to make the plan happen  
(計画が興されるための一般的な基本事項に見合う)
- Can be a long-term plan for the future  
(将来展望を含む長期計画であり得るか)

## PCP is Popular in The US

- Life-Style Planning O'Brien & Lovett (1992)  
ライフスタイル計画づくり (オブライエンら)
- Personal Futures Planning Mount (1992)  
個々の将来計画づくり (マウント)
- Essential Lifestyle Planning Smull & Harrison (1992)  
必須ライフスタイル計画づくり
- McGill Action Planning System Vandercook, York, & Forrest (1989)  
マギール行動計画づくりシステム
- Planning Alternative Tomorrows with Hope Pearpoint, O'Brien, Forrest (1993)  
希望ある多様な明日のための計画づくり
- Whole Life Planning (Butterworth, Hagner, et al. (1993)  
生活全体を包含した人生計画づくり

## Examples of Inclusion through PCP

- Adult with DD to move from Institution to a neighborhood home in community  
成人知的障害者の施設から地域への移行
- Student in a special education classroom move to a regular class  
学生の特設教室から普通教室への移行
- A teenager with a disability transition from high school to a regular job  
障害のある10代の若者の高校教育から一般職場への移動
- An elderly person with dementia remain at home  
高齢知的障害者の在宅生活