

A different way to look at things:

<u>System-Centered</u>	to	<u>Person-Centered</u>
システム中心型		ひと中心型
Heavily rule-governed		Common sense
強い（行政的）規制		常識的感覚
Technical language		Plain English
専門用語		平易な英語
Health & Safety		Quality of life
健康と安全		生活の質
Professionals decide		Personal decisions
専門家による決定		自己決定

Two Approaches

Clinical Problem Solving

臨床医学的解決型

Assessments, tests
アセスメント、検討

Identify deficits, disorders
無秩序、欠点を特定・同定する

Clinical services, programs
臨床的なサービス、プログラム

Specialized treatment team 特殊治
療チーム

Problems in the person
個々人の問題

Symptom reduction
症状の軽減

Person-Centered Planning

ひとを中心に据えた計画づくり

Spend informal time
非公式な時間を過ごす

Capacities, dreams, role
許容力、夢、役割

Supports for community life
地域での生活を支援する

Person, family, friends, staff
個々人、家族、友人

Problems in social ecology
社会生態学的課題（問題）

Better lifestyle, satisfaction
より良き人生、満足感

How Do You Do PCPって どうするの？ Person-Centered Planning?

- The group (グループ)
Voluntary (ボランティア)
Critical Roles (票論的役割)
No Hierarchy (非官僚的)
- Mapping
A Personal Profile (個人プロフィール)
A Vision of the Future (将来展望)
- Develop strategies (戦術の発展)
- Follow-up, adjust (追跡、修正<補正>)
- Nontraditional ways of helping (非伝統的な援助)
- Problem solving (問題解決型)
- Organizational change (機構改革)

Challenges in Researching Person-Centered Planning

PCP研究への挑戦

Outcomes 成果

How do you measure:

どのように計測するか

- Inclusion 包括性
- Quality of life 生活の質
- Satisfaction 満足度
- Respect 尊厳
- Friendship 友達づくり

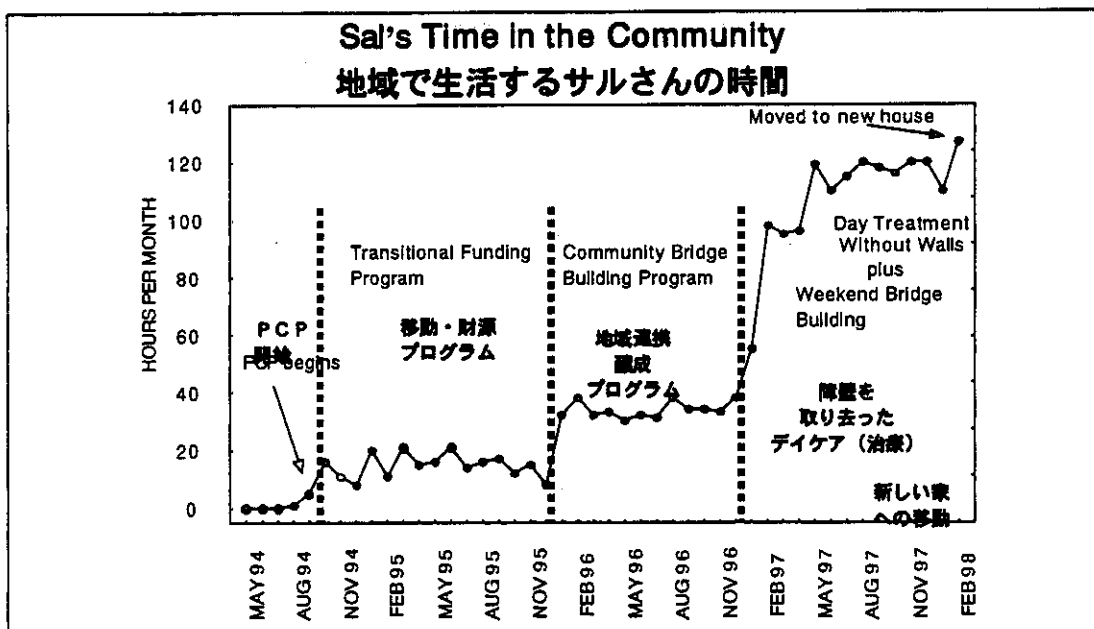
Intervention 介入

- How do you ensure Integrity of complex, long-term intervention?
複雑で長期の介入をどのようにして元のままの形で確認するか
- PCP designed to drift or adapt to circumstances, so process not stable

PCPは環境に合わせ、移行して設計されるもので、その過程は流動的である

PCP with Sal

- Willowbrook State School since he was four years old 6歳からリ
ンブルック州立学校にて
- Autism, self-injury, aggression, runs away, pica 自閉症、自虐行為、攻撃、逃走、異食
- Never left institution 施設を離れない
- Haldol 鎮静剤服用？
- Family could not visit 家族は訪問不能

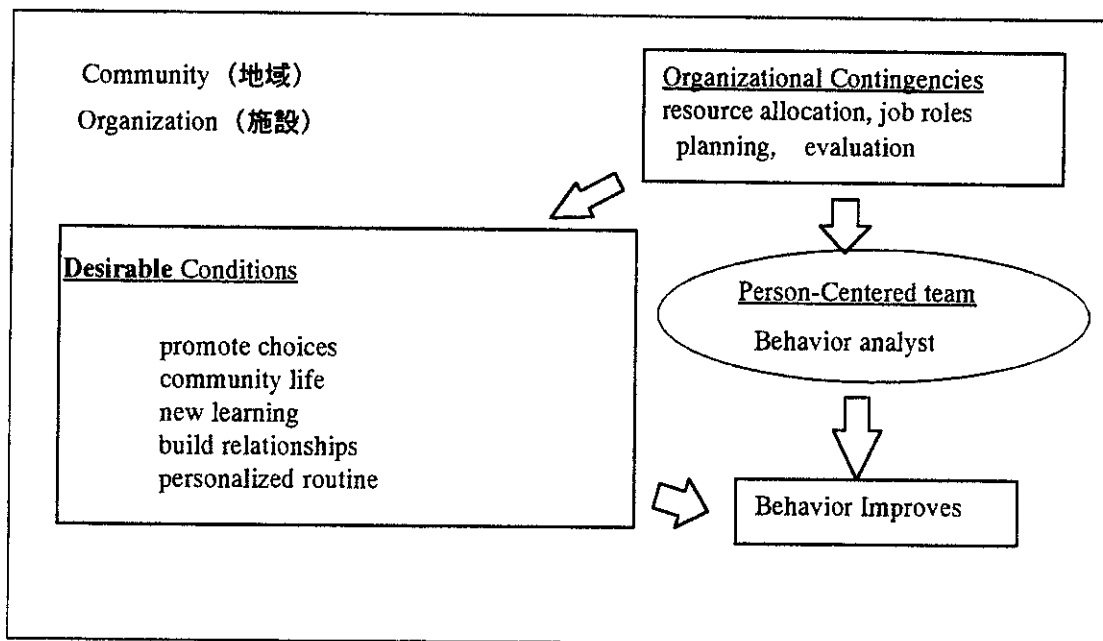
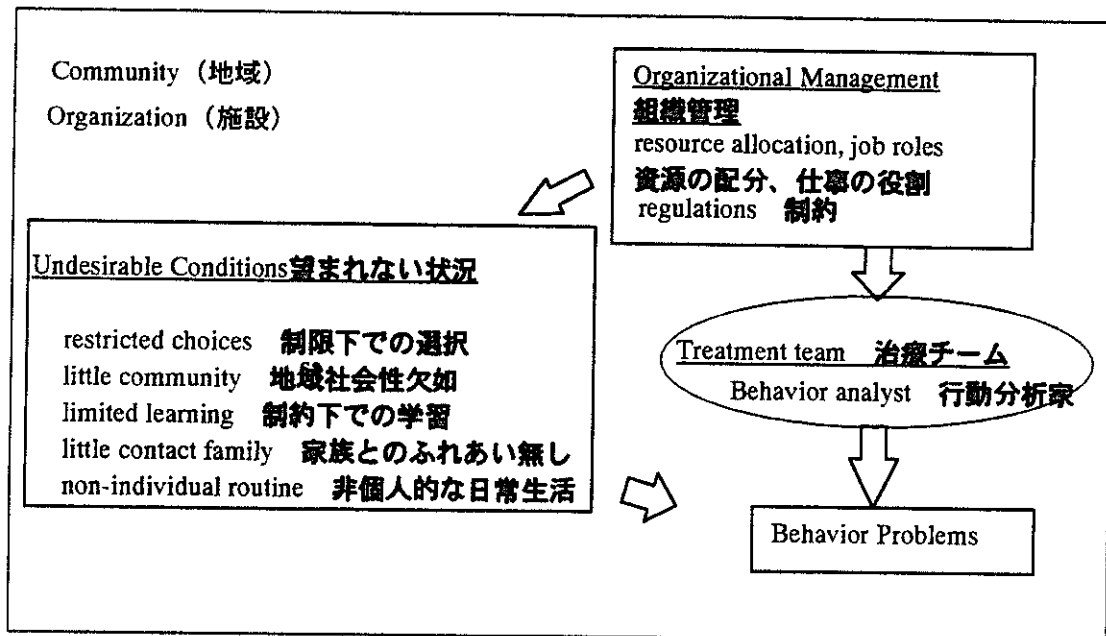


Quality of Life PFP Quality of Life Indicators Q o l の指標

- 48 Survey Qs to assess change-9 dimensions
8つの座標軸を有する48個の調査質問事項
- Core team agrees on score for each Q
各質問の点数についてチーム全体の合意
- Scale ranges: -3 "very negative change" to +3 "very positive change"
評価の幅 マイナス3からプラス3
- Administered at 5 intervals, 10 months apart
5期間, 10ヶ月以上間隔をあけて行う

How Can PCP Help with Behavior Problems? 問題行動を有する障害者に対してPCPはどのように役立つか

- Many people with behavior problems in poor environments
脆弱で乏しい環境にあること
- Behavior analysis does not work in poor environments, deprived lifestyles
行動科学的分析は脆弱で乏しい環境で効力を発揮せず、生活習慣をも奪い去ることもある
- PCP improves the environment & lifestyle
PCPは環境、生活習慣を改善する
- Behavior analysis is effective under the changes circumstances
環境が変化する状況においては行動科学的分析は有効である



How Can PCP Help Elderly People with Dementia? 痴呆性高齢者にとってPCPはどのように役立つか？

- The values of PCP are consistent with enjoyment of old age
PCPによる価値(評価)は高齢者の人生の楽しみの量と一致する
- PCP can be used for retirement planning
PCPは定年退職後の人生設計に役立つ
- People with DD and dementia don't have children to care for them
知的障害者や痴呆性高齢者は彼らの面倒みる子供達がないことが多い
- Help person and caregivers prepare for a future of declining capacity and health
能力や健康が損なわれる将来に備えて介護者等の手助けとなる
- You and I will be old someday & PCP might help us!
君も私もいずれは年寄りになる、PCPはその時に役立つでしょう！

PCP and Aging
P C P と加齢

When We Are Old
高齢になったとき

Don't want to be
in an Institution
施設には入りたくない
Don't want to
be Alone
孤独にはなりたくない
Need Independence
自立の必要性
Be Useful, Contribute
有用である、社会的貢献

PCP Goals

P C P の最終目標
Live in the
Community
地域での生活
Relationships in
Community
地域との関係を持つ
Choices, Autonomy
選択、自立・ ; 自活
Valued Role
価値のある役割

How Can a PCP Group Help a Person with Dementia?
P C P は痴呆性高齢者にとってどのような助けとなるか

- Support to Caregivers (hardest for them)
介護者への援助
 - Emotional & social support 感情的・社会的援助
 - Respite 臨時・必要時の援助
 - Financial & legal problems 財政的・法的問題
 - Prevents long-term care facility 長期ケア施設回避
- Living in the Community 地域で生活
 - What does it take to live at home if desired?
本人の希望時に家庭で生活するには何が必要か
 - Physical modifications 肉体的変革
 - In-home medical assistance 家庭内での医学的援助

How Can a PCP Group Help a Person with Dementia?

- Relationships
 - Keep family involved in planning
 - Maintain old acquaintances
 - Activities to make friends
- Choices, Preferences
 - Family & friends will remember
- Valued Role
 - Involve person in their former skill area, try new things

PCP team for Dementia might focus on
痴呆性高齢者に対してPCPチームが対応する際、
何に注意すべきか

- Maintain dignity 尊厳の維持
plan activities in community, exercise, visitor schedule
- Simplify routines & tasks 日常生活等の単純化 sleeping, toileting,
bathing, too much choice confuses
- Permit independence as much as possible
出来るだけ自立を容認する
- Competence memory aids, photos, message board

Some Cautions

- Takes a long time, personal investment
- Planning must be connected to organizational change
- Composition of team
- Facilitation is not easy
- Easier to say than do PCP
- Positive stories are popular

More Cautions

さらに注意を一つ！

- Unpaid, natural support? 無償か
- Problems with Choice 選択権
- Regulated environment? 環境を制御するか
- Two teams? 2チームか?
- Role change? 役割変化?

II. PCP に基づく口腔ケア・キユアのあり方について

-知的障害者、痴呆・虚弱性高齢者を対象として-

1. はじめに

1950 年頃にデンマークに生まれた「障害のある人々も障害のない人々も同じように社会の一員として社会活動に参加し、自立して生活することのできる社会を目指す」ノーマライゼーションの理念は、各種の国際機関の取り組みによって世界的な広がりを見せている。一方、米国においては 1970 年代頃より、この理念の社会への浸透が計られ、さらには如何にして地域で実現するかということから、1980 年代前半頃より Person-Centered Planning (PCP と略、報告者は「ひとを中心に据えた計画づくり」と訳している)が J.O'Brien らによって提唱され、ノーマライゼーションの系統だった実践方法として注目されている。

以下に、PCP の歴史的背景、考え方などを紹介しながら、歯科分野への応用について若干の考察を行う。

2. 概説

ノーマライゼーションの実現は、システムづくりを中心に計画を進めていく System-Centered Planning や医療や医療関係者が「疾病」を中心に据えて進めていく Clinical Centered Planning では十分ではないとの考え方を基本としている。

PCP は欧米先進諸外国では既に積極的に

取り組まれているが、わが国ではあまり知られていない現状がある。しかしながら、日本を除いたアジアにおいても注目度は高く、今後益々重要性を増すものと予測される。

3. 歴史的背景等

PCP は J. O'Brien らによると、形成期といわれる 1979-1992 年の間に 4 つの方法論 (① 24 時間計画 (Twenty-Four Hour Planning)、② 個人の将来計画 (Personal Future Planning)、③ 個々人思い思いの集まり (Individual Design Sessions)、④ あなた自身を知るようになる (Getting to Know You)) を骨格として発足したとされている。

-初期の取り組み例-

○24 時間計画：1979 年には K. Green らが重度知的障害者に対する 24 時間計画に関する一連の学習会を始めている (カナダ国立知的障害者協会の援助により)。

○将来計画づくり：1980 年までには B. Mount は個々人の将来計画づくりについてジョージア州の彼女の仲間を訓練している。

○個々人の思い思いの集まり：J. Yates は州立学校から脱施設化した人々のために個々人の思い思いの集まりについて訓練している。

○あなたを知るようになる：M. Brost らはウィスコンシン州で個性化されたサービスを提供する上で必要な能力を決定

するために3地域の行政機関の人達と共に「あなたを知るようになる」を用いるようになっていく。

以上に挙げた、これらの際だった取り組み・努力がノーマライゼーションに関する指導者同士のネットワークにおける共通の礎（いしずえ）をなすことになる。

その後、1988年までには当初の人達の手を放れ、広がりを見せたとされる。

－地域での実践、伝搬－

PCPは知的に障害のある人達を、ある種「地域に貢献する人々の一員」として理解できるようになる系統だった方法としていく。

1973-1986年では発達障害のある人へのサービス向上のためにはノーマライゼーションの原理を如何に理解し、啓発したらよいかという情熱をもっていた北アメリカの人達により始まったとされる。その後、1979年にはイギリスに広がり、地域を挙げて取り組まれるところが現れ、それらの実践は大陸、国家を越えて各種の情報・意見・技術等の交換がされ、将来有望な方法へと広がりを見せ、各種の方法が定義つけられるようになったとされる。

さらにPCPは①各種のサービスが人々の生活にどのような影響を及ぼすかを厳密に観察する実習、②サービス提供の際に生じる疑問について話し合ったり、彼らの経験に基づく考えを制度化したりするための集まり、③知的障害を有する人達の各種の経験を調査する新しい方法を考え出す勉強会、④新しい考えや技術について話し合う

メディアを創生させることになる。

より多くの人達が勉強会などで技術を広め、新しい目的へと変わっていった。J. O'Brienらによると、幾つかの地域の行政官は如何にしたらPCPを日常的、広範囲に展開できるかという興味に進展し、1992年にはペンシルベニア州の知的障害者協会が州全体の戦略計画を実行する目的でPCPについて実践経験のある人達を含んだ会議を開催しており、国家的な政策としてPCPがどれくらいの費用で行えるものかなどについても検討されている。

－展開期－

1979年頃までは個々人の計画にこれらの方法をシステムティックに応用するようになってはいなかった。しかしながら、この4つの基本原則は1973年から1986年の間にはノーマライゼーションの原理として採用され得ることが理解され、押し進める根底となっている。4つの骨格の内、個々人の思い思いの集まり（Individual Design Sessions）はそれらが誕生した地域では未だに実践されているが、あなたを知るようになる（Getting to Know You）は今ではそれほど使われなくなっているとされる。

以上のような流れの中で、米国においてPerson-Centered Planningは1985年までには一般化してきている。1992年以降には、生活習慣プランニングが広く行われるようになり、現在も広がりつつある。

－応用、一般化－

一般化したPCPは共通事項として、①診断的なラベルを用いるよりもまず個人と

してよく見ること、②専門的用語を使うのではなく普通の言葉と図表を用いること、③地域の生活を背景とした天賦の才能や能力を積極的に探し出すようにすること、④ a. 彼や彼女の生育歴などを説明する際に、 b. 大切な経験に基づいて彼や彼女の状態を評価する際に、 c. 彼や彼女の人生における好ましい変化を決める際に、それぞれその人自身を一番熟知している人達の声を強調（重視）することを含んでいる。

ーノーマライゼーションが地域で実現されるように啓発、普及する上での進展ー

1973年から1986年までは、ノーマライゼーションが地域で実践されるように、ある種の「力」がその啓発普及の背景を形成していったとされる。その背景は10パートに分かれ、主なものは①ノーマライゼーションの原理についてはっきりした表現、②弁護や政策の発展の基礎として定性的方法論や展望、③システムティックな啓発、応用技術、雇用、カリキュラムの変更に關する応用研究の発展、④独立した生活への移行に対して増加する影響力、⑤施設サービスにおける権利擁護の開始、⑥施設に代わり得る地域サービスの成長、⑦施設や支援する側の専門主義に対する不信感、⑧差別に対する法的対応：法廷、教育および反差別の法律、⑨間違っただけを正当化する誤った役割を有する事項を特定する、⑩人格、市民権・義務、個々人の成長能力を強調するなどがある。これらは初期のPCPの数年を形づくる上で直接的な役割を果たしたとされる。

しかしながら、PCPに対して、①そのようなことは障害のある人達には不可能であるとか、非現実的であるといった理由から実証性のない仮定論により無視や非難等をする強弁派の存在、②障害のある人達の発育・成長によいことを定常的かつ念入りに行うことが困難であるとする、③通りで見かける普通の外観の建物であっても、その中で提供されるは彼らの社会は極度に制限されていたことへの慣れなど、逆向きの流れもみられるとされる。

4. PCP 概括

Person Centered Planning へのアプローチは各種考えられるが、その基本は①選択の拡大、②人格喪失を生じさせるレッテルと烙印を押すような方法を回避すること、③その人を最もよく知っている人達や人の声を大事にする、④人間関係を形成する、⑤個々人の援助はその人その人の成長を強く期待することに基づいていること、⑥専門機関が新しく考えついた援助を提供できる新しいサービスや組織の新たな形態を採用するように要求することが挙げられている。

以上、Person-Centered Planning はノーマライゼーションという概念を現実社会で具現化するために色々と考えられた方法論であり、主として1980年、1985年、1990年を節目に歴史的展開を北アメリカ、英国で精力的に取り組み、研究されたものである。なお、本法は現在も改良、新たな発想でどんどん進化、変容してきており、わが国においても今後、この様な取り組みが、

日本にあった形で積極的になされることが期待される。

5. PCP の歯科への応用

歯科の予防的処置、治療、ケアについては、障害のない人達では自覚症状（痛み、出血、外傷・欠損・脱離など）や定期検診の結果に基づき、また、さらには自発的に歯科受診をするなど、乳幼児や児童・生徒を除くと自力で行っていることが多い。また、日常生活においても自己管理の下、歯の刷掃、歯肉マッサージ、食事内容への配慮などによりう蝕、歯周疾患の予防を行っていることが多い。

しかしながら、知的障害を有する人達や、痴呆症、脳梗塞等により心身に障害を有している人達では、自覚症状があっても症状を訴えることや自力での予防・受診をすることが困難なことが多い。多くの場合、他覚症状（う蝕・歯周疾患の確認、歯の欠損、補綴物の破損・脱離、局所の腫脹、発赤などの炎症・病的所見）に基づき、予防的処置、治療、ケアを行っていることが推測される。

一方、介助や治療を行っている医療・福祉関係者は既述した①そのようなことは不可能であるとか非現実的であるといった理由から、実証性のない仮定論により知的障害者や痴呆性高齢者の自立行為や自己決定を軽視する、②知的障害のある人達の発達・成長によいことを定常的に念入りに行うことは難しいとするなどがあり、ノーマライゼーションを頭ではわかっているが、

ノーマライゼーションに基づく予防処置、治療、ケアがどのようなものか具体的にイメージできず、漠然と実践していることが多いことが懸念される。

以上のような場合には、PCP に基づく実践法は一般的な保健医療福祉サービスのみならず、歯科領域においても強力な戦力・技術になりうると考えられる。つまり、障害を有する人達を治療や予防の対象として捉えるのではなく、歯科の医療保健関係者が、まず日常生活の中で障害を有する人達と家族のように接し、耳を傾け、徹底的に理解することによって、個々人の保健医療福祉状況は勿論のこと、生き立ち、生活態度・傾向、食事や食傾向、口腔・歯科予防処置・ケア・治療に対する好みや考え方およびニーズなどを理解することからはじめることが重要となる。このようなアプローチや技術を歯科医療保健福祉関係者が理解し、実践することができるようになると歯科医療保健福祉についても①自己選択の拡大、②人格喪失を生じさせるレッテルと烙印を押すような方法を回避すること、③その人を最もよく知っている人達や人の声を大事にする、④人間関係を形成する、⑤個々人の援助はその人その人の成長を強く期待することに基づいていること、⑥専門機関が新しく考えついた援助を提供できる新しいサービスや組織の新たな形態を採用するように要求すること、が可能になり、そのような考え方に基づいた予防処置、治療、ケアはノーマライゼーションに最も近い形で展開されると期待できる。

具体的には、日常会話の中で、歯科に関係する情報を多面的に捉え、個々人の口腔歯科保健医療に関する潜在能力、可能性を見出し、また、必要とされる予防や治療および介護を把握し、個々人にわかりやすい言葉や方法によって相互理解に努め、自己決定のもと個々人に最も適した支援をおこなうことが重要と思われる。

本方法は、一見は極めて非科学的で専門性に欠け、医療保健福祉専門家にはむしろ困難であり、遠回りで時間のかかることと考えられる傾向にあるが、あえて本法を実践することによって、課題の本質が見出され、一旦、動き出すと以後の予防処置、治療、ケアは容易になり、費用効率、効果は高いものと期待できる。

近年、知的障害のある人達や高齢者のための施設では、口腔ケア、キユアが嚥下性肺炎の予防効果につながるなどから積極的に展開されており、好ましい傾向にあるといえるが、未だ、それらの多くはシステムや治療を中心にしたものが多く、個々人の治療的介入を除くと画一的であり、ノーマライゼーションに基づく口腔ケア、キユアにはやや遠い感がある。その意味で、上記した PCP は施設、在宅を問わずノーマライゼーションに基づく口腔ケア、キユアの一端を開く方法論として期待できる。

謝辞:本報告は分担研究者らが Paul Brookes Publishing 社から承諾を得て、現在、日本の出版会社からの邦文にて出版準備を行っている Person-Centered Planning Research,

Practice, and Future Directions (S. Holburn ら監修・執筆) を参考にしながら報告を行ったものであり、ここに Paul Brookes Publishing 社ならびに S. Holburn に深謝する。

参考文献

- 1) J. O'Brien and B. Mount, Telling new stories: The search for capacity among people with severe handicaps. In L. H. Meyer, C.a. Peck, & L. Brown (Eds.), Critical issues in the lives of people with severe disabilities. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, pp.89-92, 1991.
- 2) C. L. O'Brien and J. O'Brien, The Origins of Person-Centered Planning: A Community of Practice Perspective, Person-Centered Planning -Research, Practice, and Future-, S. Holburn and, P. M. Vietze (Eds), Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, pp.3-28, 2002.
- 3) S. Holburn and P. M. Vietze, A Better Life for Hal: Five Years of Person-Centered Planning and Applied Behavior Analysis, Person-Centered Planning -Research, Practice, and Future-, S. Holburn and, P. M. Vietze (Eds), Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, pp.291-314, 2002.

Ⅲ. 特別養護老人ホームにおける一検討

1. はじめに

特別養護老人ホームでは介護保険制度施行後、介護度、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）、痴呆性老人の日常生活自立度の程度、主知医の意見書等に基づきQOLの高い生活を追求することに併せて、自己決定や自己の尊厳を重視したノーマライゼーションに基づく介護が求められるようになってきている。しかしながら、現状では必ずしもノーマライゼーションを実現したものにはなっていない現状が窺われる。

口腔歯科領域に関しては、介護認定、主知医の意見書の調査内容からも推測されるように、1. 心身の状態に関する意見の身体状況で①食事の自立度、②問題行動の異食行動、2. 介護に関する意見で発生の可能性の高い病態と対処方針として③嚥下性肺炎、3. 医学的管理の必要性で④訪問歯科診療、⑤訪問歯科衛生指導、4. 介護サービスにおける⑥嚥下、⑦摂食の事項があるにも関わらず、嚥下性肺炎の事項を除くと、医師による記述は低迷している傾向にあるとされる。

今回、報告者らは、従来より口腔ケア、キユアを積極的に展開してきたA特別養護老人ホームにおいて、簡易な口腔診査、本人および介護者への質問調査を行い、それらの結果と主知医の意見書等との関連性について検討し、高齢知的障害者に対するノーマライゼーションに基づく口腔ケア、キユアのあり方やPCPの応用についても若

干の考察を行ったのでその一部を報告する。

2. 対象と方法

A特別養護老人ホームの入所者110人の中から無作為に半数である55人を抽出し、本人への十分な説明のもと、合意の得られた54人について、口腔診査、面接による簡易な質問調査を行った。

口腔診査は歯科医師6人がそれぞれ2人づつペアを組み、歯科用ミラー、探針、舌圧子等により、口腔清掃度（1. 良 2. 普通 3. 不良）、舌苔量（小島の分類）（1. 1度 2. 2度 3. 3度 4. 4度）、食物残渣やよごれが歯や義歯に多量についている（1. はい 2. いいえ）、口腔清掃度（寺岡らの方法）（BDR指標：歯磨き、義歯着脱<D>、うがい<R>）（a.自立 b.一部介助 c.全介助 d.不要）、口腔機能障害（言語障害、咀嚼障害、嚥下機能、口腔乾燥、口臭）（a.正常 b.やや問題あり c.全く不能）、義歯の状況（1. 問題なし 2. 破損 3. 不安定 4. 不適合 5. 咬合に問題あり 6. その他）、義歯性口内炎（Newtonの分類）（1. なし 2. I 3. II 4. III）、歯（う蝕）、歯肉の状況（歯肉炎<GI指数：L_e & Silness,1964>、歯周炎<PI指数：L_e & Silness,1964>、動揺度<Millerの分類>）、機能現在歯、健全歯、未処置歯、欠損歯、修復歯、残根、DMF歯数、PI指数合計、平均PI指数、GI指数合計、平均GIについて行った。

なお、質問の仕方（時間をかけ、専門

用語を可能な範囲で避け、丁寧に質問する)、調査・測定法については、事前に関係者で話し合い、ほぼ同一の条件で判定できるように基準を確認した上で行った。診査の時間帯は食後2-3時間を目途に行った。

口腔内に関連する質問調査は、本人が日常生活で感じている内容(主観的口腔健康観:1.口のなかの状態が悪くても、食事がしにくくても仕方がない、2.口のなかの手入れや治療で周りの人に世話や迷惑をかけたくない、3.お金が多少かかっても訪問診療を受けたい、4.お口の悩みごとを相談する相手がいる、5.口のなかの病気の予防や入れ歯をきれいにする指導を受けた、6.食事がおいしく感じられる、7.口のなかがすがすがしい)について、本人および家族・介護者に直接面会して、回答を得た。

主知医の意見書は規定のものを使用した。

統計的解析は、集計された全事項について性別、日常生活自立度(正常からAまでの群、B群、C群)、摂食、嚥下、痴呆性老人の日常生活自立度(正常、I、II a,b、III a,b、(協)、M)で、それぞれ回答の一部統計、クロス集計し、カイ二乗検定を行った。なお、セル内の標本数が5以下のものについては、フィッシャーの直接確率法による検定を行った。なお、 $P < 0.05$ をもって有意とした。本文中の%は不明・非該当を除いた割合で示した。

3. 結果と考察

結果の詳細については巻末の添付資料に示した。

1) 歯科口腔保健実態調査

性別の構成は男 20.4%、女 79.6%であった。

全体の平均年齢は 84.85 (標準偏差値 7.76) 歳で、年齢階層別には 85-89 歳 31.5%、80-84 歳 20.4%の順であった。

(1) 口腔内の健康に関連する質問

①口のなかの状態が悪くても、食事がしにくくても仕方がない:「はい」が 29.4%、「いいえ」が 39.2%、回答不能 31.4%であった。

②口のなかの手入れや治療で周りの人に世話や迷惑をかけたくない:「はい」が 39.2%、「いいえ」が 23.5%、回答不能 37.3%であった。

③お金が多少かかっても訪問診療を受けたい:「はい」が 37.3%、「いいえ」が 29.4%、回答不能 33.3%であった。

④お口の悩みごとを相談する相手がいる:「はい」が 35.3%、「いいえ」が 31.4%、回答不能 33.3%であった。

⑤口のなかの病気の予防や入れ歯をきれいにする指導を受けた:「はい」が 21.5%、「いいえ」が 45.1%、回答不能 33.3%であった。

⑥食事がおいしく感じられる:「はい」が 62.0%、「いいえ」が 12.0%、回答不能 26.0%であった。

⑦口のなかのすがすがしい:「はい」が 51.0%、「いいえ」が 15.7%、回答不能 33.3%であった。

以上、「仕方がない」、「迷惑をかけたくない」などが 3, 4 割と少なからずみら

れ、また、予防や義歯の清掃について指導を受けたと感じている者が2割強と少ないなど、個々人の認知能力に応じた形で、丁寧で十分な説明や啓発が必要に思われる。口の相談をする相手の存在は、3割強がないとしており、相談体制の充実が求められる。口の健康に関する主観的な認識は比較的満足していることが推測される

(2) 口腔衛生状況

- ①清掃度：「良し」42.6%、「普通」27.8%、「不良」29.6%であった。
- ②舌苔量：1度(1/3程度の薄いもの)61.2%、2度(2/3程度の薄いもの、あるいは1/3程度の厚いもの)30.6%、3度(2/3以上の薄いもの、あるいは2/3程度の厚いもの)4.1%、4度(2/3以上の厚いもの)4.1%であった。
- ③食物残渣やよごれが歯や義歯に多量についている：「はい」は37.3%であった。

以上、口腔衛生の状況は3割前後の者に問題が窺える。

(3) 口腔清掃の自立度：

歯磨きは「自立」38.5%、「一部介助」1.9%、「全介助」28.8%、「不要」30.8%であった。義歯着脱は「自立」34.7%、「一部介助」0.0%、「全介助」8.2%、「不要」57.1%であった。うがいは「自立」61.5%、「一部介助」11.5%、「全介助」26.9%であった。

以上、不要を合わせると30%に上るが、原則的には間接、直接の違いはあるにせよ、虚弱性高齢者については全員に介助や一部介助を行うことが望まれる。食後の口腔清

掃のチェックは必須の事項といえる。

(4) 口腔機能障害：

言語障害は「正常」56.9%、「聞き取りがたい」17.6%、「話せない」25.5%であった。咀嚼機能は「よく噛める」68.9%、「噛みにくい」15.6%、「全く噛めない」15.6%であった。嚥下機能は「正常」65.2%、「むせることがある」32.6%、「飲み込めない」2.2%であった。口腔乾燥は「問題なし」88.2%、「時々乾燥する」2.0%、「いつも乾燥している」9.8%であった。口臭は「なし」68.0%、「やや臭う」32.0%、「強く臭う」0.0%であった。

以上、口腔健康状況(乾燥、口臭)は比較的良好であるが、機能上問題を有する者が3-4割前後みられ、専門的な言語や咀嚼嚥下訓練が必要と思われる。

(5) 義歯関連：

義歯の状況：

「問題なし」26.8%、「破損」0.0%、「不安定」2.4%、「不適合」2.4%、「咬合に問題」9.8%、「その他」63.4%であった。義歯性口内炎は「なし」95.3%、Ⅰ型(床下粘膜の小唾液腺開口部に限局した炎症)、Ⅱ型(床下粘膜全体の炎症)が共に2.3%、Ⅲ型(床下粘膜の増殖性の変化)0.0%であった。

以上、義歯による疾病は少ないようであるが、問題がない訳ではなく、きめ細かいアセスメントとそれに対する対策が必要と思われる。

(6) 歯、歯周組織の健康状況：

①機能現在歯数：平均 3.22 (6.17) 本で、

4本以下が75.9%であった。

②健全歯数：平均 0.93 (3.06) 本で、1本以下が87.0%であった。

③未処置歯数：平均 0.39 (1.56) 本で、1本以下が92.6%であった。

④欠損歯数：平均 23.3 (7.20) 本で、25本以上が64.8%であった。

⑤処置歯数：平均 1.93 (3.60) 本で、1本以下が72.2%であった。

⑥残根歯数：平均 1.00 (1.99) 本で、1本以下が81.5%であった。

以上、健康日本 21 や 8020 運動の目標値には遠い状況で、今後は、未処置歯や残根の治療やケアが求められる。

(7) 義歯使用状況：

上顎では「義歯不要」3.2%、「義歯を使用している」25.8%、「義歯を使用していない」71.0%であった。下顎では「義歯不要」0.0%、「義歯を使用している」19.4%、「義歯を使用していない」80.6%であった。

(8) 歯周組織の健康状況：

平均 PI 指標の平均は 2.00 (1.00) で、3.0 以上 34.6%、2-2.4 以下 26.9%の順であった。

平均 GI 指標の平均は 0.97 (0.88) で、1-1.4 以下 38.5%、0.4 以下 30.8%の純であった。

以上、残存歯のある者では、中等度の歯垢や炎症所見がみられ、積極的な予防対策が求められる。

2) 主知医の意見書 (関連事項のみ記載)

ほとんどの者が生活習慣病を有し、所内の診療所を受診しているが、特別な治療

として他科を受診しているものは9人(延べ)で整形外科33.3%が多く、歯科は1人であった。

(1) 症状としての安定性：「安定」53.7%、「不安定」44.4%、「不明」1.9%であった。

(2) 障害老人の日常生活自立度：「正常」0.0%、「J1」0.0%、「J2」1.9%、「A1」3.7%、「A2」13.0%、「B1」13.0%、「B2」48.1%、「C1」13.0%、「C2」7.4%であった。

(3) 痴呆性老人の日常生活自立度：「正常」15.1%、「I」9.4%、「IIa」9.4%、「IIb」11.3%、「IIIa」18.9%、「IIIb」9.4%、「協」18.9%、「M」7.5%であった。

(4) 日常の意思決定を行うための認知能力：「自立」22.2%、「いくらか困難」14.8%、「見守りが必要」35.2%、「判断できない」27.8%であった。

(5) 自分の意志の伝達能力：「伝えられる」20.8%、「いくらか困難」18.9%、「具体的要求に限られる」37.7%、「伝えられない」22.6%であった。

(6) 食事：「自立ないし何とか自分で食べられる」81.5%、「全面介助」18.5%であった。

(7) 問題行動：問題行動のあるものは15人で、その内、異食行動は20.0%であった。

(8) 関節の拘縮：肩関節(右)25.0%(左)20.8%、肘関節(右)29.2%(左)45.8%などであった。

(9) 発生の可能性の高い病態：嚥下性肺炎は0.0%であった。

(10) 医学的管理の必要性：訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導ともに0.0%であった。

(11)医学的観点からの留意点:嚥下38.9%、摂食48.1%であった。

以上、口腔内の健康状況、歯の刷掃に関連する状況が主知医の意見書の中に比較的多く記録されていることから、今後は、口腔診査、指導、治療を別事項として捉えるのではなく、両者を併せて、個々人に適切な口腔ケア、キョアが計れるように、データの有機的な利用が求められる。

3) 医学的観点からみた摂食、嚥下機能と主観的口腔健康状況等との関連性

—PCP 的展開への応用可能性—

主知医の意見書から得られる情報(①障害老人の日常生活自立度、②痴呆性高齢者の日常生活自立度、医学的観点からみた③摂食、④嚥下)と今回の口腔保健実態調査(簡易)との関連性を検討し、高齢で知的に障害のある人達へのPCPに基づく口腔ケア・キョアにつながり得る事項についても一部考察する。なお、対象者の基本的な属性である性、年齢(84歳未満、85歳以上)は口腔保健実態調査(簡易)、主知医の意見書結果の双方において、強い関連性を示すものは少なく、性別で問題行動の有無、筋力低下のみに有意の違いがみられた。

(1) 障害老人の日常生活自立度

- ① 言語障害:自立度の低い者ほど言語機能が低下し、有意の違いがあった。
- ② 筋力低下:自立度の低い者ほど筋力が低下し、有意の違いがあった。
- ③ 褥創:自立度の低い者ほど褥創形成の割合が高く、有意の違いがあった。

④ 医学的観点からみた摂食、食嚥下:自立度の低い者ほど摂食、嚥下機能が低下し、共に有意の違いがあった。

以上の結果については、ある程度は予測される結果であった。

(2) 痴呆老人の日常生活自立度

当然のことであるが、口腔内に関連する多くの質問事項については、痴呆のレベルの高い者は回答不能が多く、一般的には統計的には意味を為さないことが推測される。しかしながら、PCPの観点から敢えると本結果(重度の痴呆性高齢者では、そうでない者に比較して義歯不使用が多いこと、主観的健康観等<「口のなかの手入れや治療で周りの人に世話や迷惑をかけたくない」で「はい」、「お金が多少かかっても訪問診療を受けたい」で「はい」、「お口の悩みごとを相談する相手がいる」で「いいえ」、「口のなかの病気の予防や入れ歯をきれいにする指導を受けた」で「いいえ」、「食事がおいしく感じられる」で「はい」、「口のなかがすがすがしい」で「いいえ」がそれぞれ多い傾向にあること、言語障害で「正常」が少ない、咀嚼機能で「よく噛める」が少ない、短期記憶で「問題あり」、意思決定を行うための認知能力で「問題あり」、自分の意志の伝達能力で「伝えられない」、食事で「全面介助」が多いこと、問題行動が多いことで有意の違いがあること)を、受け答え側に問題があり、信頼性がないといった理由で本結果を「間違いではないか」、いや「至極当然である」といって、安易に無視すべきでないを考える。以上の

ことは、高齢で知的障害を有する者にも当てはまるものと考えられる。

(3) 医学的観点からみた摂食、嚥下機能
痴呆の程度と同様で、摂食、嚥下機能に問題を有する者は、意識レベルや ADL が低く、回答不能が多いこともあり、一般的には統計的に意味を為さないことが推測される。しかしながら、摂食機能と嚥下機能は他の多くの事項（摂食機能：問題のある者は口腔清掃で「全介助、不要」、言語障害で「話せない、聞きとりにくい」、主観的健康観等＜「口のなかの手入れや治療で周りの人に世話や迷惑をかけたくない」で「いいえ」、「お金が多少かかっても訪問診療を受けたい」で「はい」、「お口の悩みごとを相談する相手がいる」で「いいえ」、「口のなかの病気の予防や入れ歯をきれいにする指導を受けた」で「いいえ」がそれぞれ多い＞における諸傾向、短期記憶で「問題あり」が多いこと、意思決定を行うための認知能力で「問題あり」、嚥下機能で「問題あり」、嚥下機能：問題のある者は主観的健康観等＜「口のなかの状態が悪くても、食事がしにくくても仕方がない」で「いいえ」、「口のなかの手入れや治療で周りの人に世話や迷惑をかけたくない」で「いいえ」、「お金が多少かかっても訪問診療を受けたい」で「はい」、「お口の悩みごとを相談する相手がいる」で「いいえ」、「口のなかの病気の予防や入れ歯をきれいにする指導を受けた」で「いいえ」、「食事がおいしく感じられる」で「はい」がそれぞれ多い＞における諸傾向、口腔清掃の自立度で「全介

助、不要」が多いこと、口腔清掃の自立度の「うがい」で「一部介助、全部介助」が多いこと、言語障害で「正常」が少ないこと、咀嚼機能で「よく噛める」が少ないこと、嚥下機能で「正常」が少ないこと)で有意の関連性を有しており、PCP の観点からすると、安易に無視すべき結果でないとする。

以上のことは、痴呆性高齢者と同様に、高齢で知的障害を有する者にも当てはまるものとする。

4. まとめ

生活自立度が低い者では、一般には咀嚼嚥下機能も積極的でない傾向にあるが、日常生活の観察において痴呆については必ずしも食欲、摂食、嚥下機能、歯磨き意欲、口腔の健康が低下していないことが多く、個々人の状況に応じた口腔ケア、キユアを考える必要がある。

摂食、嚥下機能は生命維持に直結する事項であり、極めて重要であるが、双方で強い関連性がみられたことは当然として、他にも各種の事項との間で有意の関連性がみられた。

なかでも、今回のように調査者が個々人に丁寧かつ熱心に接し、日常生活のなかで、自然にお話をうかがうようにして得られた結果からは、摂食・嚥下が困難な、ある種生命力の脆弱化した虚弱性高齢者や痴呆性高齢者においても、食や口腔の健康について明確な意見や希望を持っている事例が少なからずあることが推測される。

PCP は前項で既述したとおり「個々人の口腔歯科保健医療に関する潜在能力、可能性を見出し、また、必要とされる予防や治療および介護を把握し、個々人にわかりやすい言葉や方法によって相互理解に努め、自己決定のもと個々人に最も適した支援をおこなうことで可能になる」とされている。本法は一見すると、極めて非科学的で専門性に欠け、医療保健福祉専門家にはむしろ困難であり、遠回りで時間のかかることと考えられる傾向にある。しかし、実践例からは、むしろ課題の本質が見出され、「一旦、動き出すと以後の予防処置、治療、ケアは容易になり、費用効率は高い」と予測されている。

保健利用福祉関係者は「①そのようなことは障害のある人達には不可能であるとか、非現実的であるといった理由から実証性のない仮定論により無視したり、非難等をする強弁派の存在、②障害のある人達の発育・成長によいことを定常的かつ念入りに行うことが困難である」とする傾向が言われているが、そのような態度は厳に慎む必要がある。

今後は、高齢で知的障害のある人達の事例も踏まえて長期的に支援、観察し、痴呆性高齢者、虚弱性高齢者のみならず、高齢で知的障害にある人達にも適用できるPCPモデルを検討していきたい。

	全体			男			件数
	件数	平均値	標 本 標準偏差	件数	平均値	標 本 標準偏差	
年齢	54	84.85	7.76	11	83.45	10.76	43
身長	27	147.33	7.45	6	154.00	7.29	21
体重	32	45.14	8.20	6	48.37	6.15	26
機能現在歯	54	3.22	6.17	11	6.09	9.80	43
健全歯S	54	0.93	3.06	11	1.91	4.83	43
未処置歯D	54	0.39	1.56	11	1.36	3.26	43
欠損歯M	54	23.30	7.20	11	20.18	9.76	43
処置歯F	54	1.93	3.60	11	2.91	4.23	43
残根Z	54	1.00	1.99	11	1.64	2.25	43
DMFZ	54	27.07	3.06	11	26.09	4.83	43
歯別 P I 合計	26	16.04	15.11	8	20.13	16.97	18
歯別 P I 診査歯数	26	8.66	7.16	8	10.64	10.02	18
平均 P I	26	2.00	1.00	8	2.19	0.78	18
歯別 G I 合計	26	6.15	8.12	8	5.50	7.01	18
歯別 G I 診査歯数	26	7.92	6.73	8	10.50	9.83	18
平均 G I	26	0.97	0.88	8	0.88	0.57	18

年齢 (数量データ)

年齢	合計	54 (100.0)
60~64歳	1	(1.9)
65~69歳	1	(1.9)
70~74歳	4	(7.4)
75~79歳	6	(11.1)
80~84歳	11	(20.4)
85~89歳	17	(31.5)
90~94歳	7	(13.0)
95歳以上	7	(13.0)

性別

性別	合計	54 (100.0)
男	11	(20.4)
女	43	(79.6)

口の中の状態が悪くても食事がしにくくても仕方がない

状態	合計	51 (100.0)
はい	15	(29.4)
いいえ	20	(39.2)
回答不能	16	(31.4)

口の中の手入れや治療で周りの人に世話や迷惑をかけたくない

状態	合計	51 (100.0)
はい	20	(39.2)
いいえ	12	(23.5)
回答不能	19	(37.3)

お金が多少かかっても訪問診療を受けたい

状態	合計	51 (100.0)
はい	19	(37.3)
いいえ	15	(29.4)
回答不能	17	(33.3)

お口の悩みごとを相談する相手がいる

状態	合計	51 (100.0)
はい	18	(35.3)
いいえ	16	(31.4)
回答不能	17	(33.3)

口の中の病気の予防や入れ歯をきれいにする指導を受けた

状態	合計	51 (100.0)
はい	11	(21.6)
いいえ	23	(45.1)
回答不能	17	(33.3)

食事がおいしく感じられる

状態	合計	50 (100.0)
はい	31	(62.0)
いいえ	6	(12.0)
回答不能	13	(26.0)

口の中がすがすがしい

状態	合計	51 (100.0)
はい	26	(51.0)
いいえ	8	(15.7)
回答不能	17	(33.3)

口腔清掃度

清掃度	合計	54 (100.0)
良	23	(42.6)
普通	15	(27.8)
不良	16	(29.6)

舌苔量

舌苔量	合計	49 (100.0)
1度	30	(61.2)
2度	15	(30.6)
3度	2	(4.1)
4度	2	(4.1)

食物残渣やよごれが歯や義歯に多量についている

状態	合計	51 (100.0)
はい	19	(37.3)
いいえ	32	(62.7)

健全歯S

歯の本数	合計	54 (100.0)
0~1本	47	(87.0)
2~3本	2	(3.7)
4~5本	3	(5.6)
6~7本	0	(0.0)
8~9本	0	(0.0)
10~11本	0	(0.0)
12~13本	0	(0.0)
14~15本	1	(1.9)
16本以上	1	(1.9)

未処置歯D

歯の本数	合計	54 (100.0)
0~1本	50	(92.6)
2~3本	3	(5.6)
4~5本	0	(0.0)
6~7本	0	(0.0)
8~9本	0	(0.0)
10本以上	1	(1.9)

欠損歯M

歯の本数	合計	54 (100.0)
0~4本	3	(5.6)
5~9本	0	(0.0)
10~14本	4	(7.4)
15~19本	6	(11.1)
20~24本	6	(11.1)
25本以上	35	(64.8)

処置歯F

歯の本数	合計	54 (100.0)
0~1本	39	(72.2)
2~3本	4	(7.4)
4~5本	3	(5.6)
6~7本	1	(1.9)
8~9本	4	(7.4)
10~11本	1	(1.9)
12~13本	1	(1.9)
14本以上	1	(1.9)

残根Z

歯の本数	合計	54 (100.0)
0~1本	44	(81.5)
2~3本	4	(7.4)
4~5本	2	(3.7)
6~7本	3	(5.6)
8本以上	1	(1.9)

DMFZ

歯の本数	合計	54 (100.0)
12~13本	2	(3.7)
14~15本	0	(0.0)
16~17本	0	(0.0)
18~19本	0	(0.0)
20~21本	0	(0.0)
22~23本	0	(0.0)
24~25本	4	(7.4)
26~27本	3	(5.6)
28本以上	45	(83.3)

欠損補綴状況 上顎

補綴状況	合計	31 (100.0)
義歯不要	1	(3.2)
義歯を使用している	8	(25.8)
義歯を使用していない	22	(71.0)