

老人ホームに入所している知的障害者に対して ユマニチュードとトークン・エコノミーを 併用して口腔ケアを実施した1例

北條健太郎^{1,2} 梅村浩二郎¹ 金子正慶¹
鈴木海路¹ 向井雄一郎¹ 渡部議之¹
渡邊 聡¹ 山家尚仁¹ 鈴木史彦^{1,2}

A Case of Oral Care Using Humanity and Token Economy for an Intellectually Disabled Patient Living in a Nursing Home

Kentarō HOJO^{1,2}, Kojiro UMEMURA¹, Masayoshi KANEKO¹
Kaiji SUZUKI¹, Yuichiro MUKAI¹, Noriyuki WATANABE¹
Satoru WATANABE¹, Naohito YAMBE¹ and Fumihiko SUZUKI^{1,2}

Introduction : Dental treatment of intellectually disabled patients admitted to a nursing home for the elderly involves elements of geriatric dentistry and dental care for the disabled. There are few case reports on dental treatment for such patients using multiple methods for both elements. In this case report, oral care in combination with Humanity and token economy was performed for a patient with intellectual disabilities who had been admitted to a facility for the elderly.

Case : A 57-year-old woman was diagnosed intellectually disabled at the age of four. Her left lower leg fractured at the age of 53 and she had been unable to walk due to mild paralysis of both lower limbs since time unknown. She also had a stroke at the age of 54 and since then had been admitted to a nursing home for the elderly. Due to her refusal, the facility staff had difficulty with her oral care. Her family and the facility staff asked us to take care of her oral cavity. The patient had been taking three kinds of antiepileptic drugs, one antithrombotic drug, and one peptic ulcer medication.

Treatment : Since the patient had been resistant to showing her oral cavity even to familiar facility staff members, we were afraid that our intervention would intensify her resistance. Therefore, we decided to use Humanity and token economy together. We did not start dental treatment until we could communicate with her using Humanity and then we gradually advanced to the treatment phase. We also observed the patient's belongings and what the patient was interested in and decided to give her a token

受付：令和2年9月25日，受理：令和2年10月30日
奥羽大学歯学部附属病院地域医療支援歯科¹
奥羽大学歯学部口腔外科学講座歯科麻酔学分野²

Community Medicine Support Dentistry Ohu University
Hospital¹
Division of Dental Anesthesiology, Department of Oral
and Maxillofacial Surgery, Ohu University School of
Dentistry²

sticker on the way back when the patient visited the medical treatment room and allowed us to look into her oral cavity. Since the 7th intervention, we communicated with the patient in the treatment room and gave her a sticker as a token when she left the room.

At the first visit, it was difficult to confirm the remaining teeth due to a large amount of calculus, but now scaling has been completed and oral care by the facility staff is possible.

Discussion and Conclusion : There is no versatile guideline for oral care for elderly patients with intellectual disabilities, and it is necessary to consider a proper treatment for each patient from the viewpoints of both special needs dentistry and geriatric dentistry. As previous studies suggest, dementia screening with Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities requires relevant expertise, comparison between the patient's past and present behavior, and collaboration with medical experts. It is difficult for facility staff to conduct the screening. A dentist's visit to a nursing home will strengthen the relationship between medical and nursing care and lead to the improvement of the oral environment, and eventually the quality of life, of the residents. In the case reported here, the patient agreed to visit the medical treatment room for a token and the change of her behavior enabled facility staff to carry out her oral care. It suggests that the combined use of Humanitude and token economy is useful for intellectually disabled patients who are admitted to the elderly home and who are resistant to oral care.

Key words : Humanitude, Token Economy, Oral care, Intellectual Disability

緒 言

高齢者施設に入所し、知的障害を伴っている患者の口腔ケアでは、高齢者歯科と障害者歯科の両方の要素を考慮し対応する必要がある。高齢者歯科で考慮すべき疾患として認知症があり、そのケア方法のひとつにユマニチュードがある。この方法は哲学とその実践技術からなるケアメソッドであり、Yves Gineste と Rosette Marescotti によって作り出された知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいたケアの技法である¹⁾。具体的な手法として「見る」「話す」「触れる」「立つ」の4つの柱で成り立つ。平野²⁾は認知症のケアメソッドの理解が治療、口腔ケアを円滑に提供するうえで有効と考えている。また、平田ら³⁾は認知症患者に対してユマニチュードの技法を取り入れることで患者の拒否が少ないことを示している。ユマニチュードに類似したアプローチ法とし

て、田中ら⁴⁾は要介護高齢者へ脱感作の手法を取り入れた口腔ケアにより、口腔の質すなわち口腔粘膜の賦活化や口腔衛生状態を高める援助を提供していることを示している。障害者歯科で考慮すべき疾患には知的障害があり、その対応として行動療法がある。行動療法は大きく不安軽減法、行動形成法、観察学習の3つに分けられ、行動形成法の1つにトークン・エコノミーがある。トークン・エコノミーは望ましい行動を示したときに、正の強化子であるトークン（代用貨幣：シール、ポイントなど）を与える方法で、利点として行動を高い水準で維持できることが挙げられる⁵⁾。奈良ら⁶⁾は、知的障害者への行動コンサルテーションとしてトークン・エコノミーの有用性を示している。また、村上ら⁷⁾は拒否行動がみられる重症心身障害児（者）の問題減少に向けた行動要因の分析で、拒否行動につながりにくい行動は、コミュニケーションがとれ身体固定性の少ないケアであること

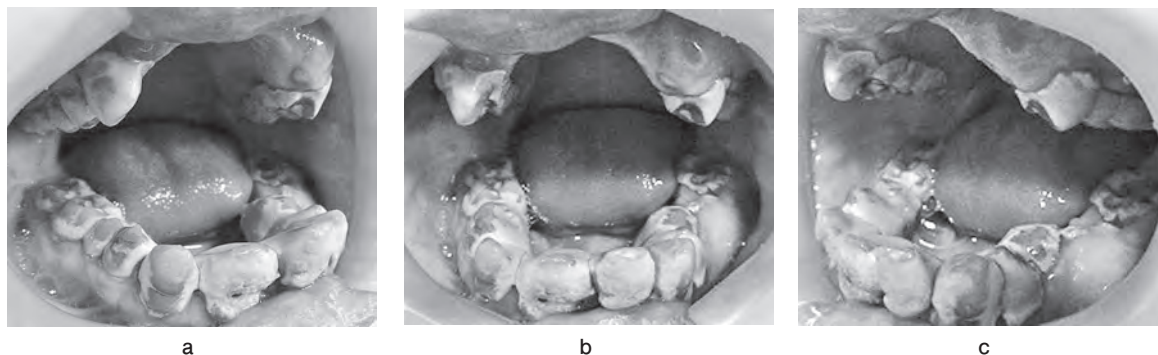


図1 初診時の口腔内写真
a. 右側面観, b. 正面観, c. 左側面観

を示している。

これら高齢者と障害者の両要素の共通点として治療・口腔ケアなどに対する拒否が挙げられる。拒否への対応として、いずれの方法もコミュニケーションとしてユマニチュードやトークン・エコノミーを報告しているが、知的障害を伴う高齢者に対して、両方の対応法を組み合わせた報告はほとんど認められない。そこで今回我々はユマニチュードとトークン・エコノミーを用いて介護老人ホームに入所する知的障害者の口腔ケアを経験したので報告する。

症 例

1. 症例概要

患者：57歳の女性。

主訴：口腔内清掃不良，歯肉出血。

現病歴：長期間に渡り歯科受診経験がないことに加え，軽度の拒否を認めるために家族，施設職員から口腔ケアの依頼となった。

既往歴：日本脳炎の発症と同時に知的障害を併発（4歳），左下腿骨骨折（53歳），脳梗塞（54歳），両下肢に軽度麻痺（発症時期不明，歩行不可）。知的障害に加え脳梗塞後遺症のため特別養護老人ホーム入所となった。

内服薬：バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん薬），フェニトイン・フェノバルビタール配合錠剤（抗てんかん薬），カルバマゼピン（抗てんかん薬），シロスタゾール（抗血栓薬），レバミピド（消化性潰瘍治療薬）。



図2 トークン・エコノミーに使用したシール

口腔内所見：全顎的に高度な歯石沈着が認められ，上顎前歯部は欠損していた（図1 a, b, c）。Debris Index(DI)が6点，Calculus Index(CI)が6点で Oral Hygiene Index (OHI) は12点であった。

全身所見：要介護4度。障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：B1。認知症自立度：Ⅲ b。ADL:全介助。FAST:ステージ5から6相当（脳梗塞後遺症、知的障害のため認知症の質問用紙を用いたスクリーニング検査が困難なためFAST分類を用いた）。食事：経鼻経管栄養。



図3 ユマニチュード
適度な距離から視界に入り込み、視線の高さを合わせて認識してもらったうえで、話しかける。



図4 ユマニチュード
体に触られることに慣れてもらう。

2. 診断と治療方針

診断：重度慢性歯周炎

治療方針：長期間にわたり歯科受診の経験はなく、家族からの聴取においても最後に歯科受診をした日時・場所は不明とのことであった。また経管栄養であることに加え、口腔ケアへの拒否を認めるために口腔内の状態は施設スタッフも不明とのことであった。そこで我々は全身麻酔下での治療を提案したが、家族は施設内のみでの治療を希望した。毎日のように顔を合わせている施設スタッフに口腔内を見せない状態で、週1回～2回しか会えない我々による突然の口腔ケア開始は拒否を強めてしまうことや、54歳で脳梗塞を発症



図5 トークン・エコノミー
医務室からの帰りにシールを渡す。



図6 脱感作
歯ブラシが口の中に入ることに慣れてもらう。

し特定疾患のため高齢者施設に入所していることと、知的障害を有していることを考慮し、ユマニチュードや行動療法を使用し信頼関係の構築から始め、徐々にスケーリングをすることとした。

コミュニケーション方法：ユマニチュードの4つの柱のうち、我々は「見る」「話す」「触れる」の3つを使った信頼関係構築を検討した。



a



b

図7 スケーリング

- a. 手用スケーラーにて下顎前歯部唇側の歯石を除去。
- b. 歯石を除去した部位を鏡で一緒に確認。



図8 超音波スケーラーによるスケーリング

また知的障害があり、車いすにはいつも塗り絵を持っていたために、ユマニチュードと併用してトークン・エコノミーを併用するためのシールを準備することとした(図2)。

3. 治療および治療経過

1回目～6回目：他の入所者への歯科治療で訪問した際に、患者の名前を呼び自己紹介をした。最初は視線を合わせてくれない状態であったが4回目からは少しずつ我々の顔を見てくれるようになり、「おはよう」と返事をしてくれるようになった。5回目からは我々が車いすを押して移動する練習も始め、医務室への入室可能と判断し、7回

目の訪問で次のステップへ移行した。

7回目：歯科診療を実施している施設内の医務室まで移動してもらい、話を聞くなどをして距離感を少しずつ縮めた。医務室への移動時には機嫌が悪くなり、いつもとは異なる環境のため少し緊張気味で視線もずらしてしまっていた(図3)。会話が出来る状態になった後、背中や上腕に触れることに慣れてもらった(図4)。また医務室からの帰りにシールを渡したところ受け取ってくれた(図5)。

8回目～10回目：背中や上腕に触れた後に頬部にも触れてみたところ強い拒否を示さなかったので、歯ブラシを見せ我々が口腔内を清掃したいことを示した。また歯列や口腔粘膜の一部を歯ブラシでなぞり、口腔内を触られることに慣れてもらった(図6)。7回目の終わりにシールを渡してからは医務室の帰りにシールが貰えることを理解し、医務室に移動し口腔内を見せてくれるまでがスムーズになった。入室前に機嫌が悪くなった際には、シールを見せることで入室を促すことができた。

11回目：手用スケーラーにて下顎前歯1歯の唇側歯石を除去し、鏡と一緒に確認することで、我々が実施していることを理解してもらった(図7a, b)。その際に「歯がツルツルできれいになっ

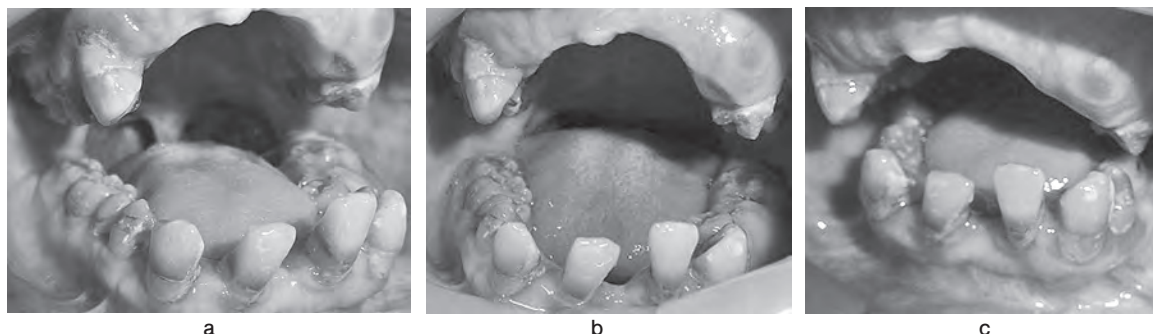


図9 スケーリング後の口腔内写真
a. 右側面観, b. 正面観, c. 左側面観

たよ。」と声かけをすると、患者本人も嬉しそうに笑顔を見せてくれるようになった。

12回目～：パキュームや超音波スケーラーを口腔外で作動させ、音や注水があることを見せたのちに、超音波スケーラーでスケーリングを実施した(図8)。

患者に負担をかけないように、1回の診療で2～3歯のみとした。

その後、全顎的なスケーリングを終了し残存歯の確認も可能となり(図9a, b, c)、OHIも12点から3.1点に減少し、特にCIは6点から1.5点へと歯石付着が顕著に改善された。現在では施設スタッフによるブラッシングも可能な状態となり、口腔内清掃状況は良好である。我々は定期的介入をし、歯石の沈着を認めた際には再度のスケーリングを実施している。

考 察

1. ユマニチュードとトークン・エコノミーについて

本症例は介護老人ホームに入所している知的障害者に対し、ユマニチュードとトークン・エコノミーを併用することにより、介入4回目から拒否が軽減し、8回目から口腔ケアとスケーリングを実施することができたものである。田中ら⁴⁾は顔面および身体接触への拒否や口腔内接触への拒否がある8名の患者に対して、身体的接触による脱感作の手法を取り入れた口腔ケアを実施したところ、介入開始から4～6回程度で拒否が軽減した

者が多く見られ、開口器により開口保持をしていた全ての者が器具なしでの開口が可能になったことを示した。同じ身体接触を用いるユマニチュードを活用し、接触情報が脳の体性感覚野に占める割合の小さな体幹・上下肢から接触を始め、徐々に顔や口唇などの体性感覚野に占める割合が大きい部位に接触したことにより¹⁾、患者の拒否は軽減したものと考えられる。平野²⁾は認知症ケアメソッドとして、見当識障害のある高齢者へはパレードケア、認知症のある人へはパーソンセンタードケア、他者の援助を必要とする全ての人へはユマニチュードが適していると報告している。今回、我々は知的障害を有している患者への対応であったことから、ユマニチュードを第一選択とした。

介入時から治療開始時にはユマニチュードを用いたことによりコミュニケーションを図れていたが、医務室への移動と入室時には機嫌が悪くなってしまったこともあった。奈良ら⁶⁾は通所しづりを示した知的障害者に対して、1日通所するとトークン(交換媒体)としてのシールを与え、そのシールがカレンダー上で連続して3個並んだ場合には、昼休みにバックアップ強化子としてネットサーフィンを許可した。その結果、通所行動が100%維持されたと報告していたことから、我々も代用貨幣としてシールを使用したところ、入室まではスムーズになった。全顎的なスケーリングが終了する頃には、シールが欲しいために車いすを自走して医務室まで来てくれるようになったことよりトークン・エコノミーが有用であったと考える。

2. 訪問歯科診療で認知機能を評価する意義について

65歳以上の知的障害者は平成17年で4%，平成23年で9.3%，平成30年で15.5%と増加傾向にあり⁸⁾，今後は高齢者施設においても知的障害を伴った高齢者の増加が見込まれる。すなわち，知的障害のみならず，高齢者特有の疾患も併発していることが考えられる。したがって，そのような症例に対応したマニュアルは現在のところ存在しないため，患者ごとに考えて対応していく必要がある。

本来，認知症の判定には改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) やミニ・メンタル・ステート・エクザミネーション (MMSE) などが用いられるが，すでに知的障害を有している場合の判定は困難である。知的障害者用認知症判別尺度 (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities ; DSQIID) もあるが，植田ら⁹⁾ は判定者の専門性や，以前と現在での客観的变化の比較が必要であること，医療分野との連携が不可欠であることを挙げている。したがって，上記の尺度を用いて認知症を伴う障害高齢者の総合的な障害の程度を，高齢者施設職員が判定することは困難であると考えられる。特に，長期に施設に入所している障害者が認知症を発症した場合，あるいは複数の施設への入所歴があり患者情報が途切れてしまった場合の判定は，困難さが増加するため医療介護連携が不可欠となる。そこで歯科医師が訪問歯科診療時に介入することで，高齢者と障害者の両側面からの評価を行い，認知症と知的障害に対するアプローチ法の組み合わせを検討することが可能になるものと考えられる。さらに，歯科診療を行う際には口腔内を見て触れる必要があり，前記のとおり口腔粘膜は接触情報が脳の体性感覚野に占める割合が大きい部位のため拒否を示すことが多く，ユマニチュードケア等を用いたアプローチが必要となる。認知症と障害者の両方の要素を考慮したアプローチ方法を工夫し，口腔内の治療が可能となれば，その手法を施設スタッフに指導することにより，日常の口腔ケアも改善されると考える。また施設を変更する際にもアセスメントを引き継ぐことが可能と

なる。

今回のケースで最終的に施設スタッフによるブラッシングが可能な状態にまでなったことには，患者のコミュニケーション能力を確認し，ユマニチュードを用いてコミュニケーションが図れるまで診療を開始しなかったことに加え，患者の持ち物や興味を示すことを観察したトークン・エコノミーとの併用が有用であることを示した。

今回のように訪問歯科診療の介入により医療介護連携を強化することで，入所者の口腔内環境改善，ひいてはQOLの向上につながると考える。

結 論

今回我々は，介護老人ホームに入所している知的障害者に対して，ユマニチュードとトークン・エコノミーを併用して口腔ケアが可能となった症例を経験したので報告した。

なお，本報告は患者家族の同意を得て行った。本症例に関して開示すべき利益相反はない。

本症例の要旨は第25回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会（新潟）において発表した。

文 献

- 1) Gineste, Y. and Marescotti, R. : Humanism in nursing. *RechSoinsInfilm* **94** ; 42-55 2008
- 2) 平野浩彦 : 認知症高齢者への歯科対応の視点. *MB Med Reha* **226** ; 17-25 2018.
- 3) 平田拓也，川嶋真史 : 口腔ケアの統一を試みて. *日本精神科看護学術集* **62** ; 460-461 2019.
- 4) 田中法子，田村文誉，菊谷 武，須田牧夫，福井智子，柳下加代子 : 口腔ケアに対し拒否のある要介護高齢者への脱感作の手法による効果の検討. *老年歯科医学* **2** ; 101-105 2007.
- 5) 小笠原正 : 行動療法. *スペシャルニーズデンティストリー* 障害者歯科 (小笠原正，緒方克也，野本たかと，弘中祥司，福田 理，森崎市治郎) 第2版 ; 224-224 医歯薬出版 東京 2017.
- 6) 奈良理央，増田貴人，大石幸二 : 通所しづりを示した知的障害者の通所行動を再形成するための知的障害者施設への行動コンサルテーション. *日本発達障害学会機関紙* **39** ; 368-378 2017.
- 7) 村上英雄，松本孝夫 : 拒否行動がみられる重症心身障害児(者)の問題行動減少に向けた行動要因の分析. *日本重症心身障害学会誌* **41** ; 237-

237 2016.

- 8) 内閣府：平成30年版 障害者白書. (参照2019-7-18)
- 9) 植田 章, 吉留英雄：「知的障害者用認知症判別尺度日本語 DSQIID (dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities)」の妥当性に関する研究－発達の質的な視点からの検討－：佛教大学社会福祉学部論

集. 12 ; 1-16 2016.

著者への連絡先：北條健太郎, (〒963-8611)郡山市富田町
字三角堂31-1 奥羽大学歯学部附属病院地域医療支援歯科
Reprint requests : Kentaro HOJO, Community Medicine
Support Dentistry, OhuUniversity Hospital
31-1 Misumido, Tomita, Koriyama, 963-8611, Japan