

認知症高齢者を抱える家族のための 住宅改善に関する事例的研究

正岡 さち・早瀬 裕子

1. 緒言

科学技術の進歩は、様々な局面において人々の生活を豊かにし、今やわが国は世界一の長寿国となった。人生80年時代と言われて久しいが、この長寿がもたらしたものの一つが「認知症」であると言われる。「認知症」をめぐる問題は、50年前の日本、平均寿命が50歳の時代にはそれほど大きな話題とはならなかった。やがて平均寿命が飛躍的に伸び、社会や人の生活が変化し、次第に認知症高齢者の介護が社会的な問題となってきたのである。

認知症高齢者に関する研究は、原因や治療法等の解明が主であったため、医学が中心となって行われてきた。しかし、現在、認知症高齢者を取り巻く問題が多岐に渡ることから、研究は医学のみならず、看護学、介護学、建築学等多くの分野に及んでいる。居住環境に関する研究に限って見ると、環境、福祉、保健等の8学会において1979～2000年の22年間に、大会発表を中心として511編みられると大島らによって報告されている¹⁾。しかし、そのうちのほとんどは施設等の設計系の研究が占めており、認知症高齢者の6割以上が自宅で生活している²⁾にも関わらず、住宅に関する研究はほとんど見当たらない。これは個人の住宅は施設に比べ、各家庭での現状が把握しにくく、また、認知症の症状そのものにも大きな個人差があり、個々のケースに応じた個別的な対応が求められるため、全体像が見えにくいからであると言える。また、要介護認定を受けた自立度Ⅱ以上の認知症高齢者の48%が居宅生活を送っている³⁾ことを鑑みると、研究の充実は急務であると言える。

在宅で生活をしている一般高齢者に対しては、杖や車椅子等移動能力を機軸として在宅環境整備の内容や有効性が様々な研究で明らかにされており、介護保険制度の住宅改善や福祉用具を中心として、その有効性や必要性への社会的認識が得られている。一方、認知症高齢者の場合、歩行が可

能であっても、多様な行動障害や、著しい記憶障害を伴うこと等から、従来の移動障害を軸として在宅環境整備だけでは不十分である。しかし、認知症高齢者の在宅環境整備の有効性や必要性については、まだ十分な認識が得られているとは言えない。在宅環境整備の目的や効果、基本的方向性が十分に明らかにされていないため、認知症高齢者自身の運動機能や残された能力を活かすような在宅環境整備の内容を検討した研究は不足しており、今後の研究蓄積が求められている。

そこで、本研究では、在宅の認知症高齢者を抱える家庭における住宅を事例的に調査することによって、その問題点や、各家庭で行っている工夫、要望等の現状を把握し、認知症高齢者を抱える家族が暮らしやすい住宅のあり方を考える資料とすることを目的として調査・研究を行った。

2. 調査概要

(1) 本研究における「認知症高齢者」の定義

認知症の定義は「脳や身体の疾病を原因として、記憶・判断力等の障害が起こり、普通の社会生活が送れなくなった状態」であり、痴呆症状を呈する病気の総称である^{4) 5)}。認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、ビンスワンガー病、ピック病（前頭側頭型認知症）、レビー小体型認知症、エイズ等があるが、日本においては、アルツハイマー病と血管性認知症がほとんどを占めている。また、年々、アルツハイマー病の占める割合が多くなってきている。

本研究においては、痴呆症状等により日常生活に支障をきたすようになったと、家族によって判断された高齢者を「認知症高齢者」として調査の対象として扱うこととする。

(2) 調査方法

調査対象者は、島根県松江市近郊に在住する高齢者を在宅介護中、または過去1年以内に在宅介護していた家庭の介護者である。事例数は8例で

ある。

調査は、質問紙による記述式のアンケート調査と聞き取り調査を併用して行った。

まず、記述式アンケートにより属性や住まいの形式・大まかな認知症の症状等を把握し、その後、記述では把握が難しい部分に関して、それぞれ個別に聞き取り調査を行うことにより詳細を把握する方法を取った。アンケート用紙の配布・回収は通所介護施設を通して行い、一部は郵送により行った。

調査期間は平成 17 年 12 月である。

(3) 調査内容

認知症高齢者を抱える家庭における住宅に関連した暮らし方について重点を置き、調査項目及び聞き取り項目を作成した。

アンケート調査票の主な調査内容は、調査対象者（介護者）の属性、認知症高齢者本人の属性と日常生活の自立度、現在の生活状況等、現在居住している住宅の現状と日常生活や介護に関連した住宅の問題点等であり、基本的に、記述式とした。なお、認知症高齢者本人の自立度、症状に関しては、対象者が答えやすいよう、あらかじめある程度項目を分類し、選択してもらう形を取った。すなわち、認知症高齢者本人に関する項目は、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準（厚生省）」、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（厚生省）」を参考に作成した。また、認知の状態については、認知症高齢者の代表的な状態像として、屋内歩行、失禁、もの忘れ、見当識、認知症による障害行動の 5 点を取り上げ、屋内歩行、失禁、もの忘れについては項目ごとに 4 段階に分類した。認知症による障害行動については、主な障害行動を 11 個選択した。

住宅と住まい方に関する項目については、「家庭内での介護で住宅に関わる問題の内容とその対処・工夫」とし、あらかじめ、部屋の場所や使い方、屋内での移動、家庭内の設備・器具・道具の取り扱い、その他と分類した上で、自由記述によって答えてもらった。

以上の記述式のアンケートを回収後、調査票にあらかじめ目を通した上で、不明な部分、詳細に聞きたい部分について、聞き取り調査により補足を行った。

3. 結果及び考察

(1) 自立度の判定

本調査においては、日常生活における自立度は、平成 5 年に厚生省が作成した『痴呆性老人の日常生活自立度判定基準』（表 1）で判定し、判定に際しては、意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目して、日常生活の自立の程度を 5 段階にラ

表 1 自立度判定基準

ランク	判定基準	みられる症状・行動の例	判定にあつての留意事項及び提供されるサービスの例
I	なんらかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導などを実施することにより、症状の改善や進行の阻止をはかる。具体的なサービス例としては、家庭などへの指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいくくりなど心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善および進行の阻止をはかる。
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つなど。	具体価値的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法などの指導、訪問リハビリテーション、デイケアなどを利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービスなどがある。
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との応対など一人で留守番ができないなど。	
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を必要とする。		日常生活に支障をきたすような意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類などのより異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応をはかる。具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア、デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケアなどを含む、ショートステイなどの在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせる。
III a	日中を中心として上記 III の状態がみられる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的以上行為など。	
III b	夜間を中心として上記 III の行動がみられる	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。	ランク III a に同じ	常に目を離すことができない状態。症状行動はランク III と同じだが、頻度の違いにより区別される。家族の介護力などの住宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設などの施設サービスを選択するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴をふまえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾病がみられ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・互いなどの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。	ランク I～IV と判定された高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設などでの治療が必要となったり、重篤な身体疾病がみられ老人病院などでの治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

表3 調査対象者の属性・住宅・生活状況及び症状の概要

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8
介護者	年齢	58歳	61歳	44歳	57歳	55歳	59歳	66歳
	性別	女	女	女	女	男	女	男
長期介護の継続の意思	有	有	有	有	有	有	有	-
	介護目標	在宅介護継続	要介護すれば入所せざるをえない	在宅介護継続	長生ましてもらうこと	在宅介護継続	在宅介護を続け、自宅で最後を看取る	-
被介護者	年齢	83歳	91歳	77歳	91歳	83歳	91歳	88歳(死亡時)
	性別	男	女	女	女	女	女	女
介護者との関係	介護者との関係	夫	実母	実母	父	義母	義母	実母
	形態	一戸建	集合住宅	一戸建	一戸建	一戸建	一戸建	一戸建
住宅	所有形式	持家	借家	持家	持家	持家	持家	持家
	築年数	不明	約30年	約30年	約40年	約25年	約55年	不明
日常生活	自立度	ランクIV	ランクV	ランクII	ランクIV	ランクIV	ランクIV	ランクIV
	自宅以外の介護の場	福祉たきりケアA-1	福祉たきりケアA-1	福祉たきりケアA-1	福祉たきりケアB-1	福祉たきりケアB-1	福祉たきりケアC-2	通所介護施設
自宅外の活動	身体の状態	通所介護施設	通所介護施設	通所介護施設	通所介護施設	通所介護施設	通所介護施設	通所介護施設
	体力・能力に応じた活動の場	有	有	有	有	有	無	有
具体的な活動内容	居内移動	軽い運動等	アイトピスでゲーム等	散歩	散歩	散歩	散歩	音楽療法
	居外移動	要介助 つまづいてころびやすい	要介助 つまづいてころびやすい	要介助 つまづいてころびやすい	要介助 つまづいてころびやすい	要介助 つまづいてころびやすい	要介助 つまづいてころびやすい	要介助 つまづいてころびやすい
排泄	物忘れ	出ることがわかっていない	出ることがわかっていない	出ることがわかっていない	出ることがわかっていない	出ることがわかっていない	出ることがわかっていない	出ることがわかっていない
	見当識	直前の出来事も覚えていない	直前の出来事も覚えていない	直前の出来事も覚えていない	直前の出来事も覚えていない	直前の出来事も覚えていない	直前の出来事も覚えていない	直前の出来事も覚えていない
認知症症状	火・ガスの始末	自分の居場所がわからないことがある	自分の居場所がわからないことがある	時間や場所がわからないことがある	自分の居場所がわからないことがある	自分の居場所がわからないことがある	自分の居場所がわからないことがある	自分の居場所がわからないことがある
	その他障害行動	出来ないと	出来ないと	出来ないと	出来ないと	出来ないと	出来ないと	出来ないと

ンク分けすることで評価した。また、身体の状態については、平成3年に厚生省が作成した『障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準』（表2）で判定した。判定にあつては補装具や自助具等の器具を使用して状態であっても差し支えない。

表2 身体の状態判定基準

ランク		
生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1. 交通機関等を利用して外出する。 2. 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	A	屋内での生活は概ね自立しているが介助なしには外出しない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて外出する。 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている。
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中でもベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2. 介助により車椅子に移乗する。
〃	C	1日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ。 2. 自力では寝返りも出来ない。

表3に、対象とした8事例の本人及び家族の属性、住宅の特性、認知症の症状をまとめた。

(2) 家庭における認知症高齢者と介護の現状

今回の調査対象者に共通していたのは、終了した1ケースを除いた全てのケースで、在宅介護の継続を希望していたことである。毎日を穏やかに、本人らしく暮らせるよう、気長に見守りながら、最後を自宅で迎えさせてあげたいという希望を持っていた。そのため、どのケースも、住宅に関してできる限り長期介護が可能となるような工夫を考え、行っていたものと考えられる。

介護者が家庭内で求められている介護としては、具体的には、「食事の準備、世話」「掃除、収納」「着替え、入浴、トイレ等の世話」「整髪、歯磨き、洗面等の世話」等が主なものとなっており、食べることから排泄まで、日常生活全般にわたっていること、その中でも、認知症高齢者特有の症状や行動等に対応しながら介護している様子が見受けられた。

介護者が介護上、心がけていることとして最も目立ったのは、被介護者の体力の低下による転倒や、火気に対する注意といった「安全への配慮」であった。これは認知症高齢者特有の要因があると考えられる。夜間の暗い場所での徘徊による転倒や、危険箇所を危険箇所と認識できないことに

よって転倒等の事故が起こりうること、また、火気に関しても、もの忘れによるガスのつけっぱなしが起こりうるといったことである。

次に多かったのは、「高齢者とのコミュニケーション」であった。これは、部屋等の位置・危険箇所の確認等、高齢者が理解しやすいよう分かりやすく何度も説明するという意味でのコミュニケーションと、能力の低下や認知症の進行を防ぐために話しかけを多くするという意味でのコミュニケーション、能力の低下や認知症の進行を妨げるために話しかけを多くするという意味でのコミュニケーション、また、自分自身の介護の経験をもとに、しぐさや言動などのサインを見逃さず高齢者の意図を探る意味でのコミュニケーション、言葉だけではなく、温かいやさしいまなざしや、手を握るなどの非言語的なコミュニケーション等、数多くのコミュニケーションがあった。様々な形でコミュニケーションをとることによって、介護家族がその時に求められている介護を読み取って対応していることが伺える。

また、以前から行っていた活動や趣味を継続的に行ってもらうようにすること、室内の様子を変えないことなど、高齢者にとっての「日常生活環境の維持」も回答結果から、介護者が心がけている大事なことであった。高齢者を取り巻く日常生活環境が急速に変化することは認知症高齢者にとって混乱を招き、症状の進行を早めることになるともいわれているためである。

調査から介護者すべての方が何らかの悩みを持っていることが明らかとなった。個人によって悩みもそれぞれ異なるが、介護による悩みは、「身体の疲労」や「睡眠不足」といった身体的疲労、「気持ちさがふさぎこみがち」「自分の健康に不安を感じる」といった精神的・健康的な不安感、「高齢者から目を離せない」ことによる時間の拘束である。また、屋外での徘徊等によって「近所に大変気を使う」ことや、「親戚の人と電話で話をしてもらおう」など、介護者やその家族の生活ばかりでなく他の家族をも巻き込み、友人や近隣をも含めて、日常生活上の不都合が伺えた。

その他、「仕事に支障が生じる」「介護の費用がかさむ」「施設がすぐに受け入れてくれない」など日常の社会生活上・家族生活上の困難に加えて、経済的な困難も重なっていることも伺えた。

表4 住宅に関連した問題とそれに対する住まい方の工夫

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8
空間 利用 の 方	トイレ、洗面、台所など すべてがわからなくなり、 時々自分とトイレの区別 がつかなくなる。							
廊下 内 で の 歩 行	廊下を歩くと、足音が 響く。歩幅が狭いので、 歩くと足音が響く。							
歩 行 の 方	歩幅が狭いので、歩くと 足音が響く。歩幅が狭い ので、歩くと足音が響く。							
設 備 ・ 家 具 等 の 取 り 扱 い	トイレの便座が壊れて、 自分で修理しようとした が、直らなかった。							
そ の 他	トイレの便座が壊れて、 自分で修理しようとした が、直らなかった。							

以上のように認知症高齢者を在宅で介護することは、家族全体の生活に深刻な影響を及ぼしているといえる。このような状況下で、少しでも介護者とその家族の負担を減らすことが可能な住環境について検討して行く。

(3) 住宅や住まい方における問題点と対処方法
住宅や住まい方に関する問題内容と効果のあった対処方法について尋ねた結果を、表4にまとめた。

①空間の使い方

被介護者本人の居場所を確保する意味でも、どの家庭においても被介護者の寝室は確保していた。しかし、介護者は、被介護者に対して「いつも目が離せない」「本人が一人であることに不安を感じる」といった悩みを抱えており、対処することが必要となる。何らかの事情により専用が無理な場合は、居室などをベッドやカーテンで仕切ったり、コーナーを設けて確保するという方法が挙げられる。今回の調査では、事例4で、居間を利用することにより、家族や外部から遮断されることなく、被介護者も家族も互いの様子がわかり、感じることができ、外部の様子も見える空間づくりを行っていた。

被介護者が、住宅内の空間が認識できなくなるケースも多かった。事例2のように「改装前(10年前)の台所と現在の台所が混同」したり、また、寝室から遠い場所にトイレや浴室が設置してある家庭ほど、被介護者がトイレの場所がわからなくなっているという傾向が見られた。このような問題は生活習慣や思い出への馴染みが被介護者に影響を及ぼしているといえる。転居や改造がかえって困惑を招くため、急激な環境の変化はなるべく避けた方がよいとされている。事例2のようなケースは被介護者本人を困惑させているという面では結果的にはあまりよくない例であろう。また、事例2の悩みの中に「二階にタンス等を置き、本人の荷物や衣類を保管していたため、その確認のために一日に何度も階段を昇り降りして危険だった」というものがあった。特に悩みではないが、長年使い親しんだ、思い出につながるような家具や品物は大切に、身近に置いているというケースがほとんどであった。

事例8のように「寝室、玄関、台所などトイレ以外で失禁する」などトイレに関する悩みも多く見られた。またトイレに関する問題は被介護者の生活習慣を考慮し、定期的に時間を見計らって誘導したり、自宅のトイレで排泄する習慣がない場合には、デイサービスでトイレでの排泄習慣を身につけてもらうなどして対処していた。しかし、屋内の中の様々な空間の使い方に関して生活習慣だけで対処することは不可能である。こいうった点に対しては、「危ない」という張り紙を張ることによって被介護者が二階に行かないよう対処している。また、危険箇所ばかりではなく、事例5のようにトイレや自室の前にランプを設置する、事例3のようにトイレのドアを開けたまま、電気をつけたままにするなど、張り紙や照明などを工夫して使いながら被介護者にとって分かりやすい住宅になるよう工夫している家庭が多く見られた。

②屋内での移動

屋内での移動に関して、被介護者の安全性への配慮は介護者にとって欠かせない問題である。持ち家の場合は、玄関や廊下、トイレなど要所に手すりを設置している家庭が多く見られた。また、手すりを設置していない家庭では手をつないで歩いたり、階段では抱えて歩くなど行動をともにすることによって転倒を防いでいた。

事例7のケースでは被介護者本人が車椅子を使用しているため、床面を張替えることによって段差を解消し、玄関の段差は足台を置くことで解消していた。しかし、どの家庭でも玄関の段差は完全に解消することが出来ず、被介護者にとって怪我の原因ともなる危険な箇所となっていた。この点は大きな課題であると言えよう。

また、「玄関の鍵をかけて出ても、自分で鍵を開けて外へ出る」「目を離すと一人で出かけてしまう」など、被介護者が一人で外出することに悩んでいるケースもあった。このような場合の対処法として、鍵を被介護者の目の届かない位置につけたり、複数つけることで解消しているケースがほとんどであったが、対処しきれず現在も悩み続けているケースもあった。

③家庭内の設備・家具・器具等の取り扱い

家庭内の設備、器具、道具の中には生活上必要不可欠な物であっても、認知症高齢者にとって危険なものも多く存在する。それらに対する安全性への配慮として、介護者はどのように対処しながら生活しているのだろうか。

トイレと浴室に関しては、ほとんどの家庭において悩みとして挙げられていた。具体的には、「トイレや浴室が狭い」「介助しにくい」といったものである。多くの家庭で、トイレを洋式に変えたり、浴室やトイレに手すりを設置する、浴室に介護用の椅子を設置するなどして、解消していた。しかし、それでも全て解決できているわけではなく、事例3のように、改修はしたもののトイレのドアが閉まらない等新たな問題が出てくるケースもあり、デイサービスやデイケアなどの施設で入浴させているケースも多くみられた。トイレや浴室に関しては根本的なスペース不足であると考えられ、新築時からの対応が必要となる箇所であると言えよう。

暖房器具や台所の火気などの配慮に関しては、やけどや火事の危険回避のためにエアコンやIH調理器を使用している家庭も多く見られた。しかし、事例3のように、被介護者自身が火の危険をきちんと認識しており、一人で留守番している時以外はストーブを使用しても心配が要らないというケースもあり、一概に、認知症高齢者であるから火気は使用できないと決まったものではないと言えよう。また、事例7のように、被介護者のためではなく、介護者が急を要する介護が発生した時の安全確保のためIH調理器に変えた例もあり、器具や火気に対する配慮は、被介護者のためだけではなく、介護者のために必要となるケースもあると言えよう。

「洗濯機使用時にスイッチを止める」「テレビと現実が混同する」といった家電製品使用に関連した問題もあった。被介護者が在宅中は使用しない、介護者が一緒の時しか使用しない、といった対応しかないようであった。

生活財の管理の点では、「衣類等を出しっぱなしにして片付けない」という問題が挙げられた。逆に、「食べ物や尿取りパッドをしまい込む・隠す」といった問題もあった。これに対しては、張り紙をしても効果がないといったケースもあり、どの家庭も対応に困っており、被介護者が留守の

間に片付けるしかないという状況のようであった。日常生活の生活財の管理に関しては、課題であると言える。

衛生面では、事例5、事例7ともに、失禁に対して掃除しやすいよう、フローリングの部屋にリクライニングベッドを置いて被介護者の寝室として使用したり、寝室の畳の上にシートを敷くなど、家庭内の設備や器具、道具を有効に利用しながら対処していた。

以上のように、被介護者にとって使い心地がよいこととともに、介護者が介護しやすいよう、対処、工夫することは長年にわたる認知症高齢者の介護のために重要な要件であると言える。

④その他

その他には、一戸建ての場合には「庭の畑の野菜を抜いてしまう」といった庭での問題も発生しており、柵を作る等の対応がなされていた。また、今回の調査では集合住宅は1例であったが、「アパート内で部屋を間違えて他の部屋へ入る時がある」「夜間にベランダに出て危険」といった問題もあり、集合住宅ならではの問題であり、借家であることもあり、対応に困っていた。集合住宅の場合、1棟に多くの住戸があること、住戸の入り口が非常に似通っていること等、認知症高齢者にとっては、判別が難しく、集合住宅特有の課題であると言えよう。

また、「一人で外に出かけて他家の庭の花を摘む、道に迷って帰れない」といった問題も挙げられており、「認知症高齢者本人が外でもう少し活動できるよう地域にも協力して欲しい」といった地域への要望が寄せられていた。

(4) 認知症を抱える家族における

住宅の問題点の抽出

(3)において、住まいや住まい方における各家庭の問題と対処方法をまとめ、検討した。その結果、多くの家庭で問題点に対して様々な工夫をしていることが明らかとなった。しかし、同時に、高齢者の認知症の症状は似通っていても、各家庭での住宅や住まい方に関する問題点は異なっており、さらに、対処方法やその効果についても異なることが明らかとなった。以上の結果を踏まえて、ここでは各家庭の住宅の問題点として未だ解決さ

れていないものを抽出し、検討した。

①空間の使い方

空間の使い方において、家庭内では解決が困難な問題は「空間の狭さ」であった。これは、特に、トイレや浴室、被介護者の寝室で生じている問題である。事例3のようにアパートでの生活の場合、それが顕著に問題となって表れていた。アパートのトイレや浴室は一人で使用するのがやつのスペースである。そのうえ住宅の改造も出来ないため、トイレも浴室もそのままの状態で使用せざるを得ない。結果として事例3の家庭では簡易の洋式トイレの設置により、ドアが開いたままトイレを使用し、入浴は狭くて介助できないため、通所の施設で入浴のサービスを受けるという方法を取っていた。

同時に、「トイレ・浴室と寝室・居室の位置」の問題も空間の使い方において重要な問題となっていた。トイレや浴室の位置は各家庭で異なっているが、寝室から遠い場所にトイレや浴室が設置してある家庭ほど、被介護者がトイレの場所がわからなくなっているという傾向がみられた。しかし、設備や部屋の配置を変えることは大掛かりな改修を必要とするため難しい。しかし、できるだけ寝室に近い所にトイレがあることが望ましいことが分かっているが、今回の調査では被介護者の寝室の位置を変えることができたケースはなかった。このように、寝室の位置は変えずにポータブルトイレを利用する等、トイレの方を寝室に近づける方が対応しやすいと考えられる。しかし、事例6のようにポータブルトイレの置き場がないというケースもあり、その場合には、家庭ではオムツを使用し、トイレの習慣はデイサービスで身につけるようにする等、生活面で対応するしかないようである。

これらの問題は、住宅のハード面の問題といえる。介護のための住宅の平面的なプランニングが今後の課題となると考えられる。

②屋内での移動

移動の問題では、被介護者の昼夜の徘徊について、多くの家庭で悩みを抱えていた。屋内での徘徊に関しては各家庭で何らかの対策が講じられていたが、屋外に一人で外出する被介護者に対して、

「玄関の扉を開けられないようにする」ことが出来ない家庭がいくつか見られた。この問題には、鍵やドアチェーンをかけていても被介護者本人が自分で開けて外出してしまうという物理的な問題と、外に出たがる被介護者に対して鍵をかけて家の中に閉じ込めることはしたくない、出来ないという介護者の倫理的な問題の二点が原因となっていた。徘徊の原因はわからないことも多いが、認知症高齢者はそれまでの生活に関わった場所に行こうとすることも多いと言われ、本人にとってはそれなりの目的がある場合もあり、在宅介護の中で最も介護者を悩ませるものの一つである。また、屋外に出た認知症高齢者に対して、地域に対して支援を望む声もあった。認知症高齢者の安全と人格の問題をどうクリアしていくか、地域で可能な支援が課題であると言えよう。

③家庭内の設備・家具・器具等の取り扱い

家庭内の設備・家具・器具等に関しては、取り扱いや管理をきちんと行ったり、各家庭で色々な工夫をしながら被介護者に取り扱い方法を理解してもらおうという対処を行っていた。

事前に対処しきれない問題として挙げられたのは、「物を集めてしまいこむ」または「収納している物を何度も出して確認する、片付けない」という行動を繰り返し行う習慣への対処方法である。介護家族が毎日のように収納や管理をきちんと行ったとしても、自宅で介護している限り、日常的に被介護者や家族が使用するものを全て隠すということは不可能に等しい。また、長年慣れ親しんだ家具や品物を被介護者から遠ざけてしまうことは、本人の混乱を招く原因となるため避けなければならない。よって、事例3、事例5、事例7のように、介護者は被介護者によってしまいこまれた食べ物や汚物や衣類等、また、散らかされた衣類等を、後で処理したり整理することしか出来ないようであった。この課題もまた、認知症高齢者を介護する家庭特有の課題となっているといえよう。

④ その他

その他、家庭では被介護者の残存能力を十分に生かすような空間や機会があまり設けられていないことも明らかとなった。中には知的機能が低下

したことによる、感情障害や意欲障害のために余暇活動ができない認知症高齢者もいたし、逆におしゃれや趣味を楽しんでいる認知症高齢者もみられた。多くの家庭では、身体能力の機能回復や維持のためのレクリエーション活動はデイサービスなどに任せざるをえない状況のようであった。認知症高齢者の潜在能力を見極め、能力や心身の状態に沿った適切な家庭環境を作ることも、身体的機能、精神的機能、さらに社会的機能の維持、回復につながる大切な点であると考えられる。

また、認知症特有の症状の進行に、住宅の仕様が対応しきれていないということもいえる。認知症の症状は日々変化している。その過程には認知症特有の症状のため介護が最も大変だと考えられる中期までの時期や、身体的にも衰えて寝たきりとなり認知症特有の症状がほとんど現れなくなる時期もある。どの時期においても、常に症状が変化する認知症高齢者と介護家族がともに快適に生活できるよう、介護のスペースを十分に確保した住宅環境を考える必要があるといえる。

IV. 要約

認知症高齢者を抱える家庭において、介護家族が介護上どのようなことを負担あるいは困難な問題と考えているのか、またそれに対してどのような対処を行っているのかについて、住まいに関わる問題に絞って、その現状と問題点を把握し、介護家族が暮らしやすい住宅のあり方について考えることを目的とし、調査を行った。結果を要約すると、以下のようになる。

- 1) すでに介護が終了した1ケースを除き、全てのケースで、在宅での介護を積極的に継続させたいと考えており、「食事の準備、世話」「掃除、収納」「着替え、入浴、トイレなどの世話」「整髪、歯磨き、洗面、などの世話」など、日常生活全般にわたって被介護者に応じた、様々な工夫をしながら介護生活を送っていた。またそのような介護生活の中で介護者が心がけていることとしては安全への配慮、高齢者とのコミュニケーション、日常生活環境の維持など、被介護者を中心とした快適な生活への配慮が伺えた。しかし、積極的な介護の中にも、全ての家庭で何らかの悩

みを抱えていた。介護者の悩みとしては、身体的疲労、精神的・健康的な不安感、時間の拘束等を中心に、介護者自身の生活の問題や、日常の社会生活上・家族生活上の困難に加えて、住環境上の問題、経済的な困難も重なっていることが伺えた。

- 2) 各家庭での住宅や住まい方における問題と対処方法について、その主な対処方法をまとめると、①寝室、居室とその位置、②被介護者の生活習慣や思い出への馴染み、③被介護者に分かりやすくするための配慮、④安全性と衛生状態を保つこと、⑤介護者が介護しやすいこと、の5点であった。どの対処方法も被介護者と介護家族の両者が住み心地や使い心地のいい住環境となるように工夫されているといえる。
- 3) 認知症高齢者を抱える家庭における住宅の問題点として、対処しきれていない点は、①空間の狭さ、配置、②徘徊による被介護者の安全と人格への配慮、③家庭内で日常使用するものまたは危険な器具・道具と、被介護者が愛着をもっている生活財に対する管理や収納、の3点が挙げられた。集合住宅では自宅の判別や他住戸への影響が、一戸建て住宅では庭における問題行動が特徴であった。
- 4) また、認知症高齢者の残存能力を十分に生かすような空間や設備が家庭内にあまり設けられていないことや、認知症特有の症状の進行に住宅の仕様が対応しきれていないこと、さらには地域の支援が望まれているということも明らかとなった。

本調査で得られた結果では、介護者の工夫次第で解決できている住まいの問題もみられた。しかし、住宅の構造上の問題や、倫理的な問題など、現段階では解決しきれない問題も多く、介護者は身体的疲労、精神的な不安感、時間的拘束などに悩んでいるのが現状である。また、認知症高齢者の場合、身体能力の低下した一般の高齢者とは異なり、住宅内の環境を変えると混乱を招く可能性があるため、認知症の特徴を踏まえた上での、初期の設計段階からの検討が必要となる。

今後はさらに事例を増やしたり、追跡調査をするなど、より詳細な研究を進めるとともに、具体

的な設計手法を考えていく必要があると考える。

引用文献

- 1) 大島千帆、児玉桂子、後藤 隆、足立 啓、
三宅貴夫：「痴呆性高齢者の住宅環境整備に
関する研究」、日本痴呆ケア学会誌、p. 30～
39 (2004)
- 2) 赤木徹也、足立啓：「日本における痴呆性高
齢者の住環境に関する研究動向」（児玉桂子、
足立啓、下垣光、塩谷有二編）痴呆性高齢者
が安心できるケア環境づくり；実践に役立つ
環境評価と整備手法、p. 15～26、彰国社、東
京 (2003)
- 3) 中 祐一郎：「痴呆性高齢者と住宅のあり
方」、老年精神医学雑誌、p. 530～536
(1999)
- 4) 中島健一：家族のための〈認知症〉入門、
PHP 新書 (2006)
- 5) 小澤勲：「認知症とは何か」、岩波新書
(2005)