

グループホームにおける入居者の生活と介護環境にみるバリアの評価 The Estimation of barrier based on the life and care environment of the resident in group-home for the aged with Dementia

建築計画分野 M13TD011 北森誠人

高齢化社会を迎えている昨今、高齢者福祉においては要介護度重度化に伴う介護負担の増加や介護保険給付額の増大といった問題を抱えている。高齢者施設においてはバリアフリーを徹底することが一般的となっているが、本研究では入居者の症状からみてバリアの有効性に着目する。バリアの有無と症状や身体能力の連関を明らかにすることで、どの空間におけるバリアが入居者の症状に有効で、実際の空間状況において介護がどのように行われるかべきかを実証した。

In these latter days an aging society is coming, in the elderly welfare, there are the problems such as an increase of the burden on a caring person for the procession of nursing care level and of nursing insurance benefits. Although the facilities for the elderly is generally built to enhance the accessibility, this paper aims at the effectiveness of the barrier for the symptoms of residences. It shows the relationship between whether there is a barrier or not and their symptoms and physical abilities. As a result, it proves that which barrier is effective for the symptom of them and how caring persons nurse in the real space.

1. はじめに

1.1 本研究の背景

我が国の高齢化率は現在約25%に達しており、2060年には40%にまで到達すると推計している¹⁾。また、高齢者福祉においては、要介護度の重度化に伴う入居者の介護負担の増大や介護保険の給付額の増大といった問題が指摘されている。本研究で扱う、居宅系サービスの認知症高齢者向けグループホーム（以下、GHとする）では、その他の高齢者福祉施設とは異なり、あくまでも家庭的な環境で、他入居者・スタッフとの共同生活が送られることが前提としてある。

1.2 本研究の目的

GHをハードという観点でみた場合、徹底したバリアフリーのGHから、認知症をもつ入居者にとって支障となる様々な障害（以下、「バリア」とする）をもつGHまで存在する。GHは家庭的な環境において生彩のある共同生活を行う場であるという本来の理念を顧みるならば、前者のようなGHでは、画一的・施設的な空間や効率化された介助ではその理念は満足しがたいのではないかとと思われる。極力、自立し、多少のバリアがある中で生活を行う後者のようなGHならば、本来の理念を満たす可能性をもつのではないか。また、そうした環境下で日常生活を送ることで、入居者の残存能力が引き出され、症状の軽度化・維持につながるのであれば、前述したように今後増加すると予

測される要介護認定者数の増加という問題に対し、望ましいことである。しかしながら、一口にバリアと言っても、車椅子利用者など重度な症状をもつ入居者にとっては、そうしたバリアが自立した生活を阻む要因となることも少なくないし、その結果なお一層、自立した生活をする機会を奪ってしまうかもしれない。入居者の状況や症状も考慮に入れてバリアの評価を行う必要がある。また、既往研究では、黒木ら²⁾や須田³⁾によって、事故の概要とそれに伴う介護を明らかにすることでバリアの影響と有用性を明らかにされているが、個人の身体能力を要因として考慮できていない。

したがって本研究では、GHの空間別バリアが入居者の身体能力や症状にどのような影響をもつのかということ明らかにする。GHの空間・介助のあり方を考察し、建築計画的な知見を今後の福祉環境の発展にフィードバックしていくことが本研究の目的である。

1.3 入居者の症状の指標

本研究では、GHの入居者の症状の指標として以下の3つの尺度を用いる。また以下の3指標を「症状の3指標」と呼ぶ。

1) 要介護度 [7段階; 要支援1、2、要介護1、2、3、4、5] : 介護サービスの必要度 (どの程度介護サービスを行う必要があるのか) を判断するものである。従って、その入居者の病状の重さと要介護度の高さが必ずしも一致しない場合がある。

2) 認知症高齢者の生活自立度 [9段階; I、II、II a、II b、III、III a、III b、IV、M]: 高齢者の認知症疾患の程度を踏まえた日常生活をどの程度自立して行えるかを表す指標である。(以下では「認知自立度」とする。)

3) 障害老人の生活自立度 [12段階; J、J1、J2、A、A1、A2、B、B1、B2、C、C1、C2]: 何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的に判定したものである。「~をすることができる」といった能力の評価ではなく「状態」、特に「移動」に関わる状態像に着目している(以下では「障害自立度」とする)。

2. 調査概要

1) アンケート調査: 近畿圏内6府県(大阪府・京都府・兵庫県・奈良県・和歌山県・滋賀県)と熊本県の計7府県のグループホーム1425件に対し、建物概要・介護方針・バリアフリーの実施状況・入居者の症状・事故発生等に関するアンケートを配布した。回収できたものは108件(回収率: 7.6%)である。

2) 観察調査: 1)で回収されたアンケートのバリアフリー実施状況を見て、バリアが多いGHから少ないGH6つを選択し、入居者のバリアに対する挙動やその際の介護方法を把握するために、各事例につき1日間(午前9時~午後5時)観察を行った。

3) ヒアリング調査: 2)の観察調査を行ったGHの管理者に対し、バリアフリーに対する考え方、介護方針、介護方法の詳細等を把握するための聴き取りを行った。

3. バリアと入居者の症状の関係

アンケート調査の質問票において、GHの空間ごとのバリアの有無の回答を得ている。[玄関周り]、[廊下]、[居間]、[食堂]、[浴室]、[トイレ]、[個室]、[キッチン]の各空間において

- ・段差の有無(有=1、無=0)
- ・空間的広さ(狭い=1、広い=0)
- ・手摺の有無(無=1、有=0)

のバリア情報に基づいてGHを評価する。また、本研究の解析では、SPSS社製の解析ソフトAmos(学生版)を利用した⁴⁾。

3.1 各空間のバリアと症状の3指標の因果関係

アンケートにおけるバリアに関する質問表で得られた、GHの各空間に関する[段差の有無]、[空間的広さ]・[手摺の有無]のバリア24項目と症状の3指標の単純な因果関係をみた(表1)。

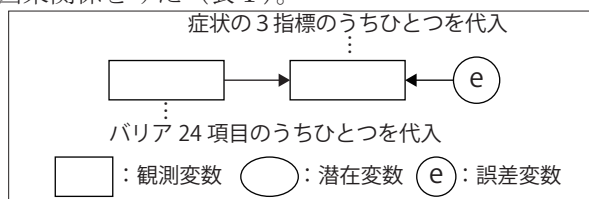


図1 バリアと症状の3指標の因果関係モデル

この結果、[玄関に段差があること]、[玄関の空間が広いこと]、[玄関に手摺があること]、[廊下の空間が広

表1 各空間におけるバリアと症状の3指標の因果関係の推定結果

空間別	要介護度			認知自立度			障害自立度			
	推定値	有意確率	標本数	推定値	有意確率	標本数	推定値	有意確率	標本数	
段差	玄関	0.016	0.598	1114	-0.064	0.042	998	-0.019	0.573	889
	廊下	0.025	0.401	1108	0.002	0.938	991	-0.004	0.898	882
	浴室	-0.005	0.874	1114	-0.018	0.566	998	-0.028	0.396	889
	トイレ	0.003	0.923	1114	-0.01	0.751	998	-0.006	0.847	889
	個室	0.013	0.666	1108	-0.006	0.846	992	-0.008	0.802	883
	居間	0.004	0.887	1108	0.013	0.689	992	0.01	0.766	883
	食堂	0.005	0.87	1108	0.023	0.472	992	0.028	0.403	883
	キッチン	-0.011	0.711	1108	-0.001	0.975	992	0.006	0.853	883
空間	玄関	0.239	***	1096	0.034	0.286	980	0.038	0.264	880
	廊下	0.055	0.07	1090	0.008	0.796	973	0.003	0.931	873
	浴室	-0.032	0.297	1087	-0.072	0.025	971	-0.041	0.228	880
	トイレ	0.021	0.49	1078	0.027	0.407	962	-0.022	0.524	871
	個室	-0.012	0.704	1081	0.024	0.449	965	0.003	0.938	874
	居間	-0.047	0.124	1081	-0.022	0.487	965	-0.027	0.433	874
	食堂	-0.055	0.07	1081	-0.016	0.613	965	-0.032	0.348	874
	キッチン	0.003	0.912	1063	0.012	0.716	947	0.009	0.79	870
手摺	玄関	0.029	0.343	1046	0.136	***	933	0.159	***	847
	廊下	-0.024	0.44	1049	-0.088	0.007	935	-0.014	0.682	849
	浴室	-0.008	0.797	1034	-0.007	0.823	921	0.016	0.639	850
	トイレ	0	0.99	1043	-0.003	0.925	930	-0.004	0.898	845
	個室	0.011	0.718	1031	0.032	0.326	920	0.025	0.477	834
	居間	-0.072	0.022	1012	-0.063	0.057	901	-0.057	0.101	831
	食堂	-0.073	0.019	1012	-0.061	0.068	901	-0.067	0.054	831
	キッチン	-0.021	0.502	1024	0.013	0.686	915	0.026	0.446	830

いこと]、[廊下に手摺がないこと]、[浴室の空間が狭いこと]、[居間に手摺がないこと]、[食堂に手摺がないこと]、[食堂の空間が狭いこと]がいずれかの症状指標の軽度化・維持の要因となる可能性がある。次節では、これら9つの空間条件の詳細な検証と実態を述べる。

3.2 9つの空間条件の検証と実態

(1) [玄関に段差があること]、[玄関の空間が広いこと]、[玄関に手摺があること]: 玄関は、外出の際に必ず通過する箇所である。アンケート回答で得た入居者の外出頻度(週に何回外出する機会があるか)が玄関のバリアにどれだけ接触しているかを示す指標となり得る。玄関に関して有効な空間条件を

- ・1つもつGH群と1つもたないGH群(第1群) / 2つもつGH群(第2群) / 3つもつGH群(第3群) というように全体のGH群を3つに分別して、それぞれの群の入居者の症状進度に与える影響をみる。

[症状進度←外出頻度]の矢印の推定値がマイナスに大きければ大きいほど症状を抑制することを示すことから、第3群が最もその傾向が大きいことが分かる。

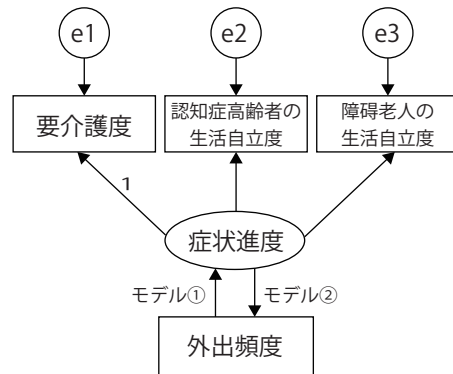


図2 外出頻度と症状進度の因果関係モデル

モデル① n=984	第1群		第2群		第3群	
	推定値	有意確率	推定値	有意確率	推定値	有意確率
症状進度←外出頻度	-0.094	0.252	-0.011	0.855	-0.193	0.092
要介護度←症状進度	0.951	-	0.465	-	0.579	-
認知度←症状進度	0.972	***	0.745	0.001	0.838	***
障害自立度←症状進度	0.976	***	0.319	***	0.734	***
モデル② n=984	第1群		第2群		第3群	
	推定値	有意確率	推定値	有意確率	推定値	有意確率
外出頻度←症状進度	-0.217	0.019	-0.107	0.044	-0.196	0.073
要介護度←症状進度	0.825	-	0.680	-	0.869	-
認知度←症状進度	0.685	***	0.619	***	0.705	***
障害自立度←症状進度	0.637	***	0.807	***	0.689	***

ここから、玄関に関する有効な空間条件をより多くもつGHの方が症状維持の影響をもつこと確認した。

(2) [廊下の空間が広いこと]、[廊下に手摺がないこと]

廊下は、GH内の空間間を移動する際にほぼ必ず通る空間である。アンケート回答で得た“歩き回る程度”（当該GH内で最も動き回る入居者を動的：1として、静的：5までの5段階で相対評価を得た）が、廊下に関するバリアにどれだけ接触しているかを示す指標となり得る。まず、歩き回る程度の、症状の3指標を説明する症状進度との因果関係をみる。

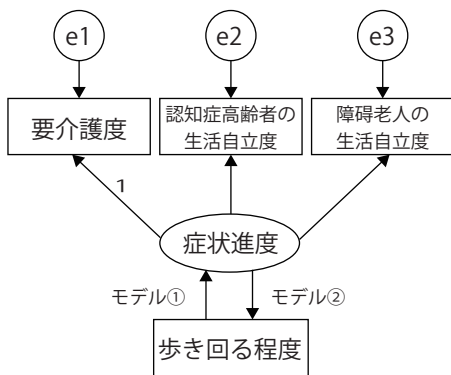


図3 歩き回る程度と症状進度の因果関係モデル

表3 図3の算出結果

モデル① n=1114	推定値	有意確率	モデル② n=1114	推定値	有意確率
症状進度←歩き回る程度	0.730	***	歩き回る程度←症状進度	0.730	***
要介護度←症状進度	0.753	-	要介護度←症状進度	0.753	-
認知自立度←症状進度	0.662	***	認知自立度←症状進度	0.662	***
障害自立度←症状進度	0.745	***	障害自立度←症状進度	0.745	***

ここから、より静的になればなるほど症状は進行することが分かった。次に、廊下に関する有効なバリアの組み合わせの違いによって入居経年あたりの入居者の歩き回る程度の変化を比較する。

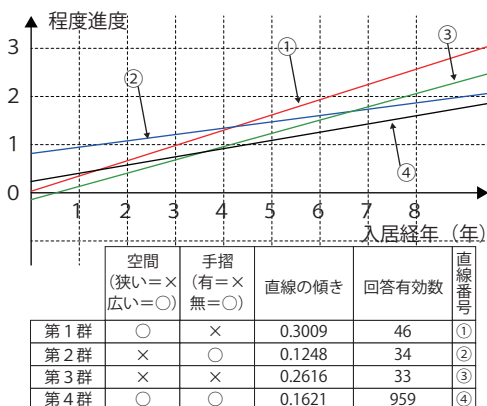


図4 歩き回る程度の経年あたりの変化

有効な空間条件を2つとも持つ組み合わせのGH群は2番目に傾きが小さく、最小は手摺がなく空間が狭いGH群となった。ここから、歩き回る程度は、手摺がないことと空間が狭いことによって維持でき、その結果症状の維持につながる事が分かった。

(3) [浴室の空間が狭いこと]: 浴室では、まず、入浴行為達成度と症状進度の連関をみる。アンケート回答で得た“入浴行為達成度”（入居者が入浴行為を行う際に、介護スタッフによる介助が不要の場合を最小の1、全介助を必要とする場合を最大の5とし、介護スタッフの主観に基づき回答を得た）が、浴室での入居者の身体を動かす程度を示す指標となり得る。

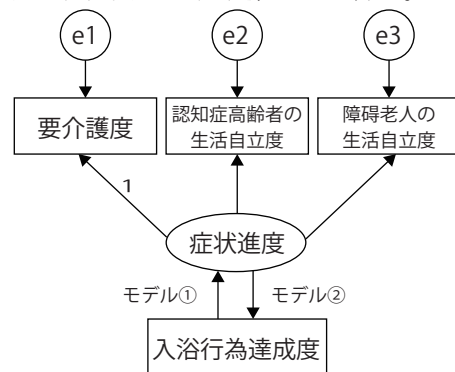


図5 入浴行為達成度と症状進度の因果関係モデル

表4 図5の算出結果

モデル① n=1081	推定値	有意確率	モデル② n=1081	推定値	有意確率
症状進度←入浴行為達成度	0.777	***	入浴行為達成度←症状進度	0.777	***
要介護度←症状進度	0.723	-	要介護度←症状進度	0.723	-
認知自立度←症状進度	0.685	***	認知自立度←症状進度	0.686	***
障害自立度←症状進度	0.741	***	障害自立度←症状進度	0.741	***

ここから、より入浴に関する介助が増えれば増えるほど、症状は進行することが分かった。次に、浴室の空間が狭いGH群と広いGH群で、入居経年あたりの入浴行為達成度の変化を比較する。

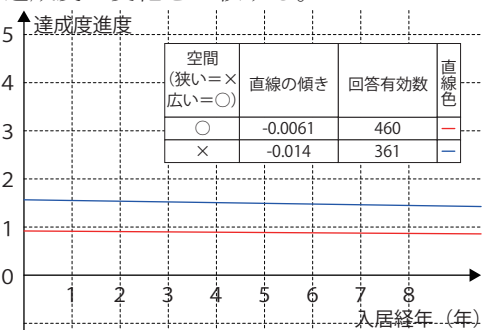


図6 入浴行為達成度の経年あたりの変化

浴室の狭い、広いを問わず全体として、入浴行為達成度は経年的に向上している。空間的に狭いGH群の方がやや向上の傾向が強い。

以上のことから、浴室空間が狭いことが入浴行為達成度を維持させ、入浴行為を自力で行うことが、症状の軽度化・維持をもたらすということが言える。

(4) [居間に手摺がないこと]

アンケート回答で、“居間と個室の1日あたりの往復数”の回答を得た。これは、入居者が居間内でどの程

度バリアに遭遇しているかを示す指標となり得る。従って、ここでは、「居間と個室の1日あたりの往復数」の多少の違いと、居間の手摺の有無の組み合わせでGH群を分別し、症状進度の3指標の経年変化をみる。なお、「居間と個室の1日あたりの往復数」については、入居者によっては0回から50回と幅広く分布しており、その分布の平均値に近い6回を基準に多いGH群と少ないGH群に分ける。

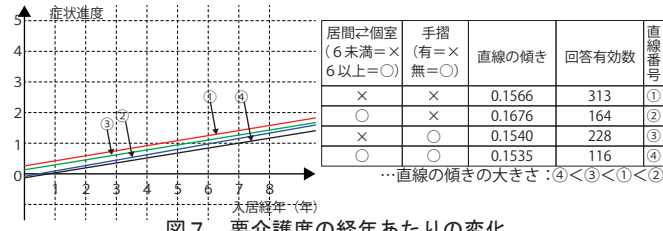


図7 要介護度の経年あたりの変化

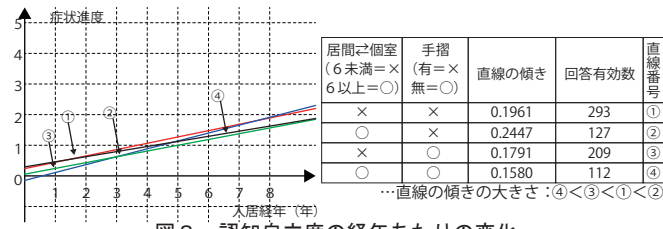


図8 認知自立度の経年あたりの変化

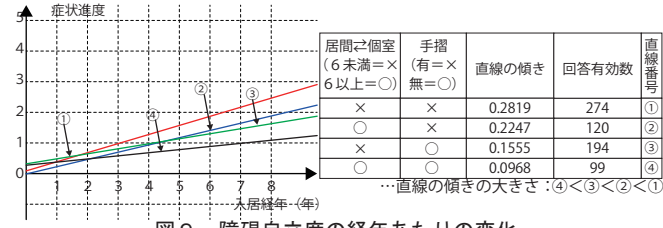


図9 障害自立度の経年あたりの変化

いずれの指標においても、居間⇄個室の往復数が多く、居間に手摺のないGH群における傾きが最も小さくなっている。ここから、居間に手摺がないことの有効性が確認できる。

(5) [食堂に手摺がないこと]、[食堂の空間が狭いこと]

食堂では、まず、食事行為達成度と症状進度の連関をみる。アンケート回答で得た“食事行為達成度”（入居者が食事行為を行う際に、介護スタッフによる介助が不要の場合を最小の1、全介助を必要とする場合を最大の5とし、介護スタッフの主観に基づき回答を得た）が、食堂での入居者の身体を動かす程度を示す指標となり得る。表5よりより食事に関する介助が増え

表6 観察調査対象の基礎情報

GH名	新築型GH [Ks]	新築型GH [My]	改修型GH [An]	改修型GH [Yu]	改修型GH [Tk]	改修型GH [Po]
所在地	大阪府寝屋川市	大阪府大阪市	奈良県奈良市	大阪府千早赤阪村	大阪府寝屋川市	大阪府堺市
GH開設年	平成17年4月	平成17年5月	平成16年	平成12年8月	平成18年3月	平成13年5月
開設形態	新築	新築	既存建物そのまま	既存建物そのまま	改修	既存建物そのまま
改修前用途	—	—	戸建住宅	戸建住宅	戸建住宅	集合住宅
築年数	9年	9年	—	43年	— (改修から8年)	38年
入居者数 / 入居定員	16/16 (2ユニット)	18/18 (2ユニット)	6/6 (1ユニット)	6/6名 (1ユニット)	9/9名 (1ユニット)	5/5名 (1ユニット)
男女割合	男性1名 / 女性15名	男性3名 / 女性15名	男性3名 / 女性3名	男性2名 / 女性4名	男性1名 / 女性8名	男性0名 / 女性5名
介護体制 / 1ユニット	昼間3名 / 夜間1名	昼間3名 / 夜間2名	昼間2名 / 夜間1名	昼間2名 / 夜間1名	昼間5名 / 夜間1名	昼間2名 / 夜間1名
入居者年齢 (平均)	77~101歳 (85.1)	75~96歳 (84.3)	75~95歳 (83.2)	73~91歳 (80.8)	77~101歳 (86.1)	73~91歳 (80.8)
要介護度 (平均)	要介護1~5(3.19)	要介護度1~5(3.19)	要介護度1~5(3.17)	要介護度2~5(3.33)	要介護度2~4(3.33)	要介護度2~5(3.33)
介護方針 ・ バリアフリーに対する考え方	基本的にバリアフリーを支持しており、バリアは事故の直接的な原因になるとして、声かけなどの精神的な支援を主な介護サービスとしている。	基本的にバリアフリーを支持しており、バリアは事故の直接的な原因になるとして、バリアと身体能力に連関はないとし、擬似的な家族のような親密な関係づくりに務めている。	少人数で生活し、介護の密度をあげることや、入居者の身体能力の融通を利かすことでバリアのある状況を克服している。また、バリアが事故の直接的な原因になるとは考えていない。	バリアのある生活が、身体能力の向上や症状の維持につながるかと明確に考えを持っており、意図的にバリアに遭遇しやすい環境をつくっている。	バリアが事故の要因となる可能性を危惧しながらも、バリアを肯定的に捉えている。また、入居当初から重度症状の者は、基本的に受け入れない方針である。	入居者のバリアとの遭遇は、負担になっているとしながらも、基本的にはバリアを肯定している。また、入居当初から車椅子利用の者は基本的に受け入れない方針である。

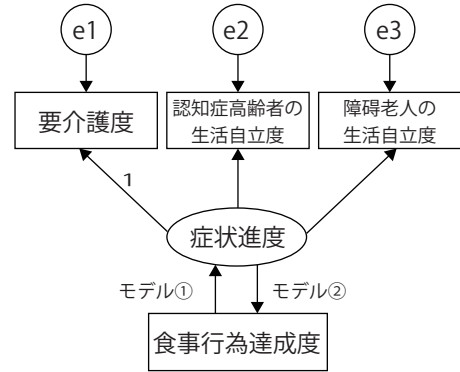


図10 食事行為達成度と症状進度の因果関係モデル

表5 図10の算出結果

モデル① n=989	推定値	有意確率	モデル② n=989	推定値	有意確率
症状進度←食事行為達成度	0.736	***	食事行為達成度←症状進度	0.734	***
要介護度←症状進度	0.746	-	要介護度←症状進度	0.745	-
認知自立度←症状進度	0.668	***	認知自立度←症状進度	0.667	***
障害自立度←症状進度	0.752	***	障害自立度←症状進度	0.752	***

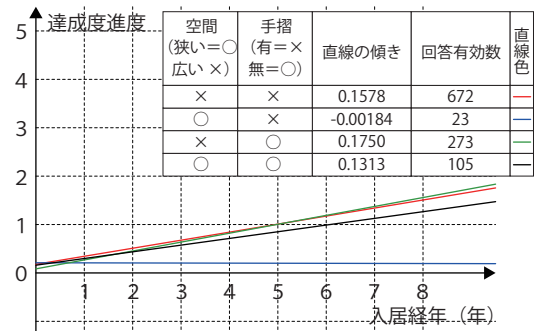


図11 食事行為達成度の経年あたりの変化

れば増えるほど、症状は進行することが分かった。次に、食堂に関する有効な空間条件の組み合わせ別に、入居経年あたりの食事行為達成度の変化を比較する(図11)。

わずかであるが食堂に関して [空間が狭い] 且つ [手摺がない] GH群における直線の傾きが最も小さくなったことから、この2つの食堂に関する空間条件は有効であると言える。

4. 介護方法とバリアについて

この章では、観察調査においてみられた実際の入居者に対する介護方法の評価を行う。下記表6に対象6事例の基礎情報を記載している。また、次項に3章で述べた症状維持に有効なバリアの設置状況を記載している。○は該当する空間条件を満たしていることを意味する。なお本章で扱う箇所をグレーで網掛けしている。

表7 観察調査対象の症状に有効な空間条件

		[Ks]	[My]	[An]	[Yu]	[Tk]	[Po]
玄関に関して	段差があること	×	×	○	○	○	○
	空間が広いこと	○	○	×	×	○	×
	手摺があること	×	×	×	×	○	○
廊下に関して	空間が広いこと	○	○	×	×	○	×
	手摺がないこと	×	×	×	○	○	○
居間に関して	手摺がないこと	×	○	×	○	○	○
食堂に関して	空間が狭いこと	×	×	○	○	○	○
	手摺がないこと	×	×	×	○	○	○
浴室に関して	空間が狭いこと	×	×	○	×	×	○

なお、本章で記載する図の凡例を以下に示す。

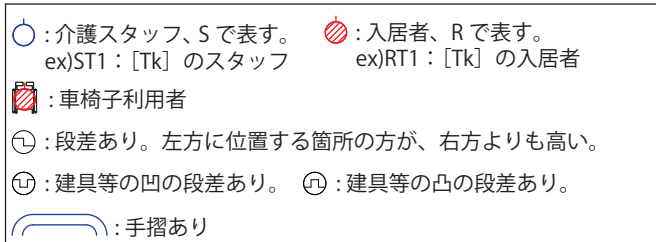


図12 図の凡例

4.1 玄関: いずれのGHも、日課である散歩に行く際の玄関での挙動を観察した。

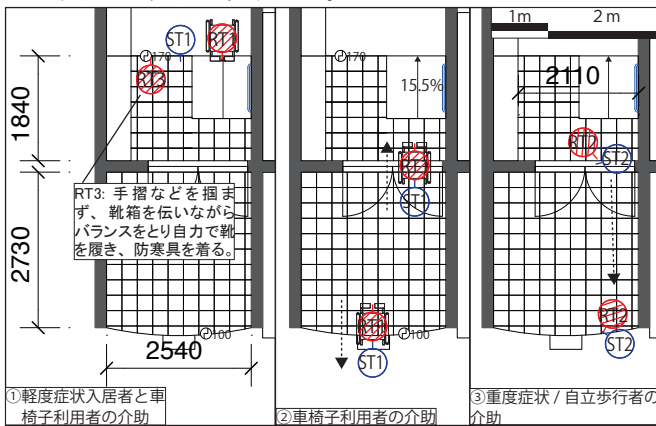


図13 [Tk] の玄関周り

①RT1は自力歩行が可能で、段差を介助なしに越えていた。その際、ST1はRT3の見守りとRT1の防寒着用の介助を行っていた。②玄関扉は車椅子がかろうじて入れる幅であり、全介助が行われていた。玄関ポーチで方向転換を行った。③自立であるが介助を要するRT2へは、ST2が1対1で歩行方向を誘導し、ふらつきを防ぐために横から身体を支えていた。段差を降りる際は、ST2が下段に先に降り、RT2が自力で降りるのを補助していた。

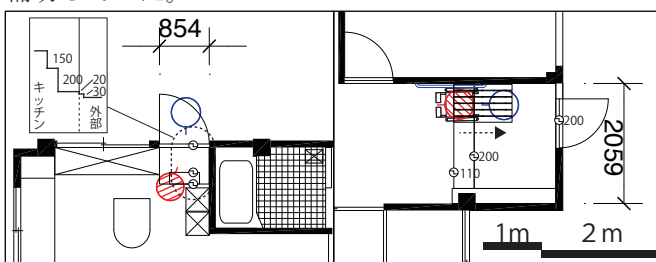


図14 [An] の玄関周り

[An]では、入居者の症状によって玄関と勝手口の二つをエントランスとして使い分けている。重度症状や

車椅子利用のある入居者は、メインの玄関を利用し、すのこをとりつけることで、即席のスロープをつくり対応している。軽度な症状の入居者は、スタッフの見守りによる介助のもと、勝手口周囲の家具に手を置きバランスをとりながら段差をクリアしている。

[Tk]と[Ks]の観察調査から、玄関における段差に対しては、多少の介助があっても越える行為が重要である。また空間的に広いことで入居者の動作性を増すことが推察される。このように、玄関では外出の意欲や機会を妨げない空間作りが重要であると考えられる。

4.2 廊下

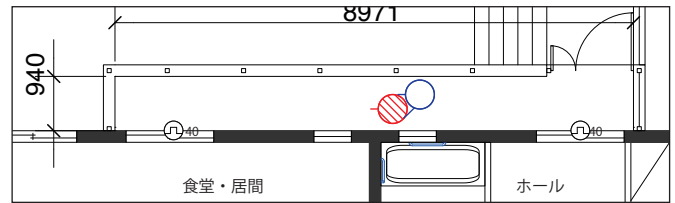


図15 [Po] の廊下

[Po]は、マンションの1階の2住戸を改修したGHである。廊下は既存の2住戸のバルコニーを連結して設置されている。手摺は設置されておらず、幅員は入居者同士がすれ違うことが不可能なほどである。

自力歩行者に対しての介助はされておらず、歩行にふらつきがある入居者に対しては、スタッフが後方から手を添えながら歩行する。その際入居者はどこにも手の支えを求めることなく歩行していた。



図16 [My] の廊下

[My]は、手摺は壁に沿って設置されている。空間的には、十分広いが、車椅子利用者同士のすれ違いはできない。自力歩行者(RM2)は手摺に頼らず廊下の中央をゆっくり歩いている。一方、歩行にふらつきがある入居者(RM1)には、スタッフが入居者の前方に立ち手引き歩行を行う様子がみられた。

ここから廊下を移動する際は、広い空間で周囲に手の頼りがない状況で自らバランスをとりながら歩行することが重要であると推察される。

4.3 居間・食堂 居間と食堂は、併用されたり隣接していることが多いため同時に述べる。また多くのGHで入居者は居間で一日の多くの時間を過ごす。

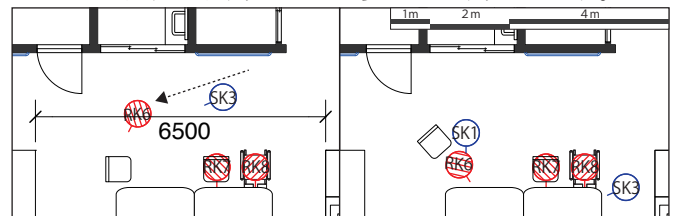


図17 [Ks] の食堂兼居間

自力歩行が可能の入居者(RK6)に対して、歩行に関してはSK3による見守りを行い、座位をとる行為時には、SK1が椅子を移動させ、RK6の腰を支えながらゆっ

くりと座らせた。歩行時は手摺は使用せず、自らバランスをとっていた。

自力歩行が可能な入居者（RK6）に対しては、歩行に関してはSK3による見守りを行い、座位をとる行為時には、SK1が椅子を移動させ、RK6の腰を支えながらゆっくりと座らせた。歩行時は手摺は使用せず、自らバランスをとっていた。

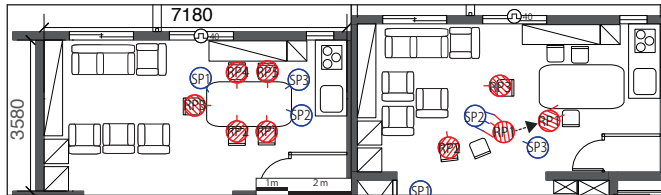


図 18 [Po] の居間・食堂

[Po] は、食堂と居間が隣接しており、空間的に狭い。レクリエーション時には、居間ソファを移動させて空間を確保している。居間から食堂に移動する際、SP1がRP1の立位の介助を行い、ある程度手引き歩行で誘導したが、食堂の机にさしかかったところで手を離し、RP1自身で机に手を置きバランスをとり座位についた。

ここから、一日の多くの時間を過ごす居間・食堂では、空間的に狭い中で、立位や歩行に周囲の家具等を補助的に・臨機応変に利用することで、入居者の残存能力が引き出される可能性があることが推察される。また、そうした状況をつくりだすスタッフの配慮も重要であると考えられる。

4.4 浴室

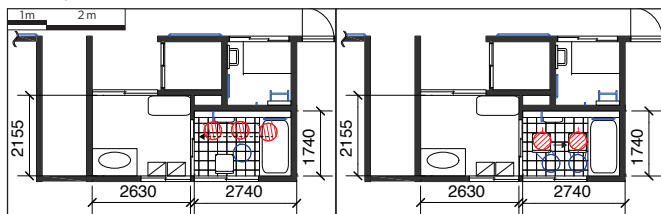


図 19 [Ks] の浴室

自力歩行者の入浴については基本的に見守りである。浴槽から脱衣所まで手摺を伝いながら移動し、ふらつきがあった場合には自立の補助を行う。着脱が困難な場合、椅子に座らせて補助する。また、浴室での歩行に関して不安がある場合は、シャワーチェア（以下SC）に座らせて、SCごと引っぱり移動させる。SCから平行にスライドさせる形で入湯させる。

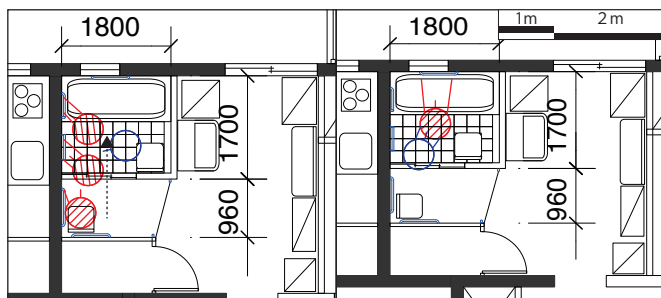


図 19 [Po] の浴室

まず脱衣スペースの椅子に座らせて、脱衣させ、入居者自身で、脱衣スペースと浴室の壁沿いの手摺を伝

て、浴槽の付近まで移動する。この際スタッフは見守りによる介助を行う。図上部の手摺に入居者がつかまり、スタッフの後方からの支えの介助によって浴槽をまたいで入湯する。

[Ks] では、空間的に広い故に、SCごと入居者を移動させるといった、移動の機会を奪ってしまっている。一方 [Po] では、浴室の空間が狭い故に手摺に手が届き、浴槽をまたいという行為をつくりだしている。入浴行為の介助量を空間的に狭いことで減らすことが肝要であると推察される。

5. 本研究の結論と課題

入居者の症状の3指標に、GHに存在するどのバリアが影響をもつかを探索し、本来、認知症高齢者にとって生活の中で障害になると思われるバリアのある箇所と、バリアがない箇所の計9つの空間条件が望ましいことが分かった。バリアに関して両義性がみられた。

玄関では外出を多くすることが症状維持につながり、外出する行為を妨げない空間作りが重要である。廊下では、入居者自身でバランスをとりながらできるだけ自立歩行することが症状の維持につながる可能性がある。入居者が多くの時間を過ごす居間・食堂では、手摺ではなく家具等で臨機応変に身体を支えながら動作することが肝要である。浴室では、入浴行為を自身でできるだけ行うことが症状維持をもたらす、その際には浴室の手摺等を上手く補助的に利用することで達成されるべきである。総合的には、入居者自身の残存能力を発揮する機会を日常の中で多く創出し、そうした行為の意欲を妨げないことが重要であると言える。また、入居者の身体能力が及ばない場合は、家具や手摺を補助的に利用することや介助者の過剰介助にならない適度なあるいは部分的な介助によってできるだけ入居者自身で行為を行うことが重要である。

今後の課題としては、バリアと症状や身体能力の因果構造を解明するべく、有効と思われる空間条件に対する入居者の挙動をさらなる観察調査にて把握し、長期的に症状の変遷を追い、その有効性を実証する必要がある。

参考文献

- 1) 総務省「国勢調査」2010年
- 2) 黒木 宏一他「事故と介護方法からみた民家改修型グループホームの有するバリアの評価：改修型グループホームの評価に関する研究」日本建築学会大会学術講演梗概集 pp165～pp166、2006.07
- 3) 須田大志「入居者の症状や日常性からみた認知症高齢者向けグループホームにおけるバリアの評価」2010.02 修士論文
- 4) 小塩真司「はじめての共分散構造分析（第2版）～Amosによるパス解析」東京図書

討議

討議 [倉方俊輔准教授]

聞いていると、疑似科学、要するに健康食品の宣伝のような説明を受けている気がしました。段差があったかなかったかが本当に有意であったのか、ということと、施設型は要らない、あるいは施設型に段差をつけるのか、ここからどういう結論になるのか、ということをお答え下さい。その結果としてどのような今後の方向性を導けるのか。

回答

まず先行研究の継続研究として本論文は書いていますが、その先行研究では施設的なGHを否定し、住宅的なGHを肯定するような論調でした。本論文では、それらを横断的にみて、施設的であっても有効な空間条件を満たしていれば、症状の軽度化が見込まれるというような論調に変えました。なので、バリアに対して、少なくとも悪い面ではないというふうに捉えています。

討議 [倉方俊輔准教授]

その表し方が疑似科学なんですね。科学的にみて、要素ってたくさんあるじゃないですか。段差がどうのこうのっていうのが良く分からなかった。それか、マイナスにならない方向としてこれが有効であるという話なのか。

回答

おっしゃる通りです。表1のグレーの網掛け以外の空間条件に関しては、特に関係がないということの意味しているので、空間条件と症状を結びつけること自体が弱いという見方もあります。その中で、有意とみなせるものを論じているので、その感は否めないです。

討議 [倉方俊輔准教授]

それはもういいとして、ここからこれは確実に言えるだとか、一番強調したいところは何ですか。

回答

図面や実際の介助等から、重度な症状の入居者でも段差を越えることが身体的にできなくても介助者の方に合わせて介助を行うことでなんとか段差を越えるということが見られました。そうしたことから、段差があるから行為をしないということは避けなければならないと思います。

討議 [倉方俊輔准教授]

そこが一番有意な点ですよ。バリアを全否定するのではなくて、懐柔して活用していけば、可能性がもっと広がっていくという解釈の方がいいのではないかと思います。

討議 [梅宮典子教授]

梗概図2のパス解析についてですが、「外出頻度→症状進捗」は、因果関係といえるのですか。普通逆じゃ

ないかと思うのですが。

回答

症状の3指標を説明する症状進捗を設定し、それに対して外出頻度が与える影響をみました。

討議 [梅宮典子教授]

逆向きの矢印は検討しなかったのですか。また、個人の尺度なので、症状の3指標間にも相関関係があつてしかるべきだと思うのですが。最初から余談のある研究ではないかと思います。

回答

今回の研究では、誤差に含まれているとして検討しています。ご指摘の通りなので、修正いたします。

討議 [梅宮典子教授]

また、英語のタイトルが間違っていますのでか確認して下さい。