痴呆性高齢者のグループホームにおける空間利用の特性 フィンランドの痴呆・非痴呆グループホームにおける比較分析を通して CHARACTERISTICS OF SPACE UTILIZATION IN GROUP LIVING FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

A comparative study of group livings for people with dementia
and non-dementia in Finland

石井 敏*, 長澤 泰**

Satoshi ISHII and Yasushi NAGASAWA

Finland, one of the Scandinavian countries, faces aging society that has come rapidly as a case in Japan, and the care for people dementia is crucial issue. Group living (GL) has spread and taken root as a main care and physical solution for them over the countries not only for people with dementia but for non-dementia -physically frail elderly. This paper makes clear the characteristics of space utilization of demented people in GLs through a comparison with that for without dementia. The comparative study was possible by the five GLs that each has both GL for demented people and for non-demented people in the same physical conditions. The main results of the study are abstracted as follows;

- 1) People with dementia base on their daily lives at public spaces than people without dementia.
- 2) As dementia advanced, public spaces are used with high frequency.
- 3) Demented people have tendency to move and transfer their position and space frequently compared with non-demented people.
- 4) Private room is also used often by demented people, although the average one of stay is shorter than non-demented people.
- 5) People with dementia who live in the non-dementia unit with non-demented people seem being affected their way of lives more or less by non-demented people who can spend daily life independently.

Keywords: people with dementia, group-living, private room and public spaces,
characteristics of space utilization, Finland

痴呆性高齢者, グループホーム, 居室と共用空間, 空間利用特性, フィンランド

1. 研究の背景

北欧諸国の一つであるフィンランドは人口515万人、高齢化率は約15%であるが、高齢化のスピードはEU諸国内でもっとも早く、2020年には高齢化率は23%近くに達することが予測され^{※1)}、その状況は日本と類似している。そのような中で、痴呆性高齢者のケアはわが国同様大きな課題であるが、日本でも急速に普及を見せているグループホーム（以下、GHと略）は、痴呆性高齢者の居住ケア施設としてはもちろん、痴呆でない身体虚弱の高齢者のためのケア住宅形態としても定着してきている。

フィンランドでのGHは、90年代以降に建設されたサービスハウス内での運営、従来の高齢者ホーム等を改修し、小規模化して運営していく形態、一般の古い建物を改修して利用・運営する形態などがみられる。GH単独で運営される形態よりは、サービスハウス内などで複数のGHを運営していく形態、高齢者ホームの一部として運営していく形態などが主流となっている^{※1)}。GHでは、食事等以外、プログラムのグループとして一斉に活動する行為はほとんどみられず、個別性、自主性に応じたケアが基本となっている。

2. 研究の目的

本研究はフィンランドの痴呆性高齢者GHを対象に空間環境と生

活・行動との関わり、その特性を探ることで、今後のGH環境のあり方を考えていこうとするものである。

本稿で対象とする5つのホーム^{※2)}は、それぞれ空間的な状況はその規模、形態等も含め多少の差異はあるものの、いずれも痴呆性高齢者のGHとともに、身体虚弱高齢者用（非痴呆）のGHも合わせ持つという共通の特徴がある。各ホームにおける痴呆・非痴呆GHは同一の平面構成をもち、家具等の配置を含め、ほぼ同一の空間構成・物理的な環境の中で、異なる属性の人が生活しているということになる。

本稿では、これらの痴呆・非痴呆各5ホーム（計10ホーム）を対象に調査・分析を行い、痴呆性高齢者の空間利用の特性を非痴呆高齢者の空間利用の状況と比較することにより明らかにすることを目的としている。同一の空間条件下での比較により、より容易にその特性を把握することが可能になる。

既往の研究^{※2・3)}で、痴呆性高齢者のGHでの生活においては、共用空間がその中心となることが明らかにされ、その重要性が指摘された。今回は、比較検討するための対照群（非痴呆性高齢者）を設定することにより、より明確に痴呆性高齢者の特徴として明らかにすることが可能になり、既往研究の結果の裏付けを行うこともできると思われる。

* 東京大学大学院工学系研究科 大学院生・修士(工学)

** 東京大学大学院工学系研究科 教授・工博

Graduate Student, Graduate School of Eng., The University of Tokyo, M. Eng.
Prof., Graduate School of Eng., The University of Tokyo, Dr. Eng.

図・1 分析の方法

3. 調査・分析の概要

3.1 調査方法

調査は原則として午前8時から午後8時まで行った。5分間隔のタイムスタディ調査により、各入居者を識別した上で、GH内での滞在場所・行為等を記録した。一人当たりの総観察頻度は145（12時間の観察時間）となる。また、あわせて入居者、総計120名^{註2)}（痴呆GH61名、非痴呆GH59名）の痴呆度、自立度^{註3)}等の属性調査もスタッフに依頼して行った。

3.2 分析方法

分析は空間領域別の滞在割合、GH内空間の移動状況、その際の介助の状況、居室の利用状況等の指標を設定し分析していく（図・1）。まず分析1では各ホームについて痴呆・非痴呆GH別に分析し、それぞれの特色を明らかにする。分析2では、全入居者を対象に痴呆度別に同様の分析をする。空間の利用・選択、その際の移動においては、自発的なものか、それともスタッフ主導の介助によるものかという点が直接的に影響すると考えられる。そこで分析3では、痴呆・非痴呆GH別に、それぞれ移動が自立している入居者群と、移動に要介助の群とに分けて分析し、空間利用における移動の自立度の影響を探る。上記の分析を通して、非痴呆GHは、虚弱高齢者を対象としているものの、実際には痴呆高齢者も居住していることが明らかになった。つまり、非痴呆GHは事実上、痴呆・非痴呆高齢者の混合GHであるともいえる。この状況を鑑み、分析4では、痴呆・非痴呆GHそれぞれに入居する痴呆性高齢者の特性の相異をみる。分析5では、非痴呆GHの痴呆・非痴呆高齢者それぞれの特性を分析3と同様に、移動の自立度別に把握する。これら5段階の分析により、痴呆性高齢者の空間利用の特性を総合的・多角的に検討していこうとするものである。

空間利用の状況を探る上では、居室と共用空間の位置関係、共用空間の形態など、より詳細に、個別的にその状況を分析していく必要があるが、本稿では全体的な傾向を探るという視点にたっており、空間と生活行動の視点での分析は別稿で報告する。

3.3 調査対象施設

分析対象の5つのGHは、いずれも1994年以降に新規に建設された、サービスハウス内で運営されているGHである。F、K、M、Wの4ホームは、痴呆GH、および非痴呆GHをそれぞれ別フロアで独

立して運営している。Vホームでは痴呆・非痴呆GHが一応空間的には区別されているが、食事をはじめとする日常生活は合同で運営されている。いずれのホームにおいても居室はトイレ・シャワー付きの個室が原則である（痴呆GHの平面図：図・2）。非痴呆GHの平面構成も各痴呆GHとはほぼ同様で、家具の配置など細かい点での差異はあるものの、ほぼ同一の空間条件を持っているといえる。

4. 調査結果

4.1 入居者の属性

痴呆GH入居者全体での痴呆度と自立度をみると、痴呆度が中度程度（Ⅲ・Ⅳ）の入居者が約半数（47.4%）を占める。重度（Ⅴ）の痴呆入居者も23.7%を占めている。自立度はレベルAからGまで幅広く分布しているが、なかでも比較的日常生活行為全般での介助を要するGの入居者が22.0%と多い^{註5)}。一方、非痴呆GH入居者についてみると、痴呆なし（0）の入居者が51.8%を占めるが、中度の痴呆（ⅢとⅣ）の入居者も28.6%占める。非痴呆GHであっても実際には痴呆入居者が存在しており、その意味では非痴呆GHは痴呆・非痴呆混合GHであるといえる。比較的自立度が高い入居者もいるが、自立度F・Gの入居者も46.4%を占める（図・3）。

自立度の6要素（食事、排泄、移動、トイレへの移動、着脱衣、入浴）別にみると、移動の自立度が痴呆GH入居者の方が非痴呆GHに比べ高くなっているのが特徴的である。非痴呆GHでは、トイレ移動、着脱衣、移動における完全要介助の入居者の割合が高い（図・4）。ホーム別^{註6)}では痴呆GHではWホームの痴呆度が高いこと、Fホームの自立度が低いことなどが、一方、非痴呆GHではKホームの自立度が低いことがあげられる。Vホームは痴呆・非痴呆ユニットの入居者とも、痴呆度は低く、自立度も高い様子がうかがわれる（表・1）。

4.2 分析1：ホーム別にみた痴呆・非痴呆GHの特性

以下の分析1～5は主に表・1に基づいて行う。全体的な傾向として、痴呆GHの入居者のリビングやその他（主に食堂）の利用割合が高いこと、居室の利用割合が非痴呆GHの入居者に比べて低いことがあげられる（図・2参照）。Vホームでは大きな差は見られていないが^{註7)}、他の4ホームでは、痴呆GH入居者の居室利用割合が約30～40%に対し、非痴呆GH入居者が約55～70%である。Mホームの痴呆GHではリビングの利用割合が低く、その他が高くなっているが、これは、食後の食堂での滞在、食堂のリビング的利用が多いためである。なかでもスタッフに誘導されての利用者が多いことが図・5からもわかる。また一日の中での居室の利用のされ方の相異も痴呆GH・非痴呆GHとの比較でわかる^{註8)}。

空間の移動頻度は、痴呆GHの入居者の頻度が、非痴呆GH入居者の頻度に比べ高い（F2.0倍、K1.4倍、M1.3倍、W2.5倍、V1.5倍）という同様な傾向を示している。一か所に長く定位するのではなく、こきざみに空間を移動している痴呆性高齢者の生活の様子が窺われる。歩行・徘徊^{註9)}の頻度をみると、非痴呆GHでは0.4（Vホーム）～2.2（Fホーム）と、一様に低い頻度であるが、痴呆GHでは、Fホーム（4.3）、Kホーム（5.4）と比較し、特にMホーム（9.8）、Wホーム（10.1）の頻度が高い。

居室の利用回致^{註10)}は、各GHによる差異は多少あるものの、滞在割合の結果とは逆に、痴呆GHが多いという傾向がみられる。

F-ホーム
 開設：1994年
 定員 痴呆棟-D：11名
 (分析対象11名)
 非痴呆棟-ND：11名
 (分析対象9名)
 延べ床面積：420㎡(38.2㎡/1人)
 調査日 痴呆棟：1998年2月5日
 非痴呆棟：1998年2月4日
 平均年齢/平均在所日数
 痴呆棟：79.3歳/528日
 非痴呆棟：83.1歳/646日
 5名、6名の二つのクラスターによって構成されている。居室はトイレ・シャワー付きでコンパクトなリビングを取り囲む形で配置されている。

7名ずつによる二つのクラスターによって構成されている。居室はリビング・食堂を取り囲む形で配置されている。運営・生活はそれぞれのグループA,Bに分かれて独立して行われている。両ユニット間の移動は自由に出来る。

K-ホーム
 開設：1995年
 定員 痴呆棟-D：14名
 (分析対象12名)
 非痴呆棟-ND：14名
 (分析対象13名)
 延べ床面積：570㎡(40.7㎡/1人)
 調査日 痴呆棟：1998年1月23日
 非痴呆棟：1998年1月22日
 平均年齢/平均在所日数
 痴呆棟：79.5歳/724日
 非痴呆棟：83.2歳/595日

V-ホーム
 開設：1997年
 定員 痴呆ユニット-D：9名
 (分析対象8名)
 非痴呆ユニット-ND：9名
 (分析対象8名)
 延べ床面積：850㎡(47.2㎡/1人)
 調査日：1998年3月3日
 平均年齢/平均在所日数
 痴呆ユニット：77.4歳/226日
 非痴呆ユニット：78.9歳/217日

調査対象唯一の平屋型、痴呆ユニット、非痴呆ユニット混合運営タイプである。8名ごとのユニットに分かれ、居室が食堂・リビングスペースを取り囲む。食事は全体で、痴呆ユニットにて取られる。カップル用の2人室が両ユニットに設けられている。

W-ホーム
 開設：1995年
 定員 痴呆棟-D：16名
 (分析対象15名)
 非痴呆棟-ND：16名
 (分析対象14名)
 延べ床面積：1020㎡(63.8㎡/1人)
 調査日 痴呆棟：1998年9月9日
 非痴呆棟：1998年9月10日
 平均年齢/平均在所日数
 痴呆棟：80.7歳/817日
 非痴呆棟：84.5歳/740日

5つ居室が共用空間を取り囲み、さらにこれらのユニット3つが中心にあるリビング(痴呆棟では食堂)を囲んでいる。それぞれのユニットは廊下が結ぶが、所々に設けられたイスにより、共用空間的なスペースを作り出している。非痴呆棟入居者はサービスハウジングの共用食堂(1階)に行って食事を取るが、希望によってはホーム内で取ることもできる。居室一部屋は2人室として利用されている。

M-ホーム
 開設：1993年
 定員 痴呆棟-D：15名
 (分析対象15名)
 非痴呆棟-ND：15名
 (分析対象15名)
 延べ床面積：745㎡(49.7㎡/1人)
 調査日 痴呆棟：1998年2月20日
 非痴呆棟：1998年2月19日
 平均年齢/平均在所日数
 痴呆棟：82.4歳/955日
 非痴呆棟：80.0歳/977日

5名ずつによる三つのクラスターによって構成されている。居室は廊下兼共用スペースをその前に持つ。活動の中心は、キッチン・食堂スペース、その側にある共用スペースとなっている。

図・2 調査対象ホーム・痴呆棟の平面図と各ホーム・ユニットにおける空間利用の割合構成比

分析	表・1 分析別に見た 空間利用の特性 カテゴリー	利用（滞在）割合			全移動の 頻度(A)	歩行・徘徊の 頻度(B)	介助による 移動(C)	居室の利用回数		居室の平均 滞在頻度 /1回	介助の割合		平均 痴呆度	平均 自立度
		居室	ルーム	その他				総回数(D)	介助移動(E)		全移動(C/A)	居室移動(E/D)		
分析1	F-D	41.2%	31.5%	27.3%	28.2	4.3	4.3	11.6	2.0	5.1	15.2%	17.2%	3.0	5.0
	F-ND	71.6%	13.0%	15.4%	13.8	2.2	2.1	8.4	1.3	12.3	15.3%	15.8%	1.1	4.2
	K-D	36.3%	37.2%	26.5%	17.2	5.4	4.3	7.0	1.8	7.5	25.2%	26.2%	3.5	4.9
	K-ND	54.3%	21.0%	24.7%	12.0	0.8	5.4	5.2	2.5	14.4	44.9%	47.1%	1.8	5.5
	M-D	34.8%	16.6%	48.6%	19.3	9.8	3.4	7.5	1.6	6.8	17.6%	21.4%	3.7	4.8
	M-ND	61.1%	14.6%	24.3%	14.7	1.1	2.0	6.5	1.1	13.7	13.6%	17.5%	2.3	4.9
	W-D	31.2%	56.6%	12.2%	17.5	10.1	4.8	5.2	2.3	8.7	27.4%	44.9%	4.1	4.7
	W-ND	65.4%	17.3%	17.3%	6.9	1.6	2.3	5.9	1.9	16.2	33.0%	31.7%	0.8	4.4
	V-D	60.4%	8.3%	31.3%	21.6	8.0	5.3	12.6	2.8	6.9	24.3%	21.8%	2.9	3.3
	V-ND	62.6%	8.8%	28.6%	14.4	0.4	2.1	6.3	1.4	14.5	14.8%	22.0%	0.9	3.3
分析2	0 痴呆なし	67.8%	12.2%	20.0%	11.3	1.8	1.7	6.8	1.1	14.3	14.8%	15.6%	0.0	4.1
	I	56.7%	14.9%	28.4%	15.3	0.9	1.0	7.9	2.0	10.5	6.5%	25.5%	1.0	3.3
	II	51.7%	25.8%	22.5%	25.1	2.5	2.4	10.8	1.1	6.9	9.5%	10.4%	2.0	3.3
	III	40.1%	27.9%	32.0%	18.7	8.0	3.9	7.9	2.0	7.4	20.8%	25.4%	3.0	4.1
	IV	48.3%	28.9%	22.8%	15.0	3.6	6.3	5.9	2.7	11.8	42.4%	45.2%	4.0	5.8
	V	33.5%	38.6%	27.9%	15.0	8.1	5.1	4.7	2.8	10.3	34.2%	59.2%	5.0	6.3
分析3	VI	29.0%	53.3%	17.7%	7.3	0.0	7.3	2.7	2.7	15.8	100.0%	100.0%	5.0	7.0
	痴呆GH-移動自立	43.1%	27.4%	29.5%	23.2	9.5	3.3	9.7	1.5	6.4	14.4%	15.9%	3.1	3.5
	痴呆GH-移動要介助	32.8%	42.4%	24.8%	14.5	3.1	5.9	5.1	2.9	9.3	40.4%	56.9%	4.1	6.3
	非痴呆GH-移動自立	64.5%	12.7%	22.8%	13.8	2.0	1.0	7.2	0.8	13.0	7.2%	10.6%	1.0	2.5
分析4	非痴呆GH-移動要介助	60.9%	17.6%	21.5%	11.1	0.7	4.0	5.9	2.2	14.9	36.3%	38.0%	1.6	5.9
	痴呆なし-非痴呆GH	67.6%	12.3%	20.1%	11.1	1.8	1.6	6.7	1.1	14.6	14.3%	16.0%	0.0	4.1
	痴呆-非痴呆GH	56.0%	20.1%	23.9%	13.4	0.5	4.1	6.0	2.3	13.4	31.0%	37.5%	2.9	5.1
	痴呆-痴呆GH	38.3%	33.9%	27.8%	19.7	6.9	4.4	7.8	2.1	7.1	22.2%	27.2%	3.6	4.6
分析5	痴呆-非痴呆GH 移動自立	58.9%	14.5%	26.6%	16.1	1.2	1.3	7.1	0.9	12.0	8.3%	12.5%	2.3	2.9
	痴呆-非痴呆GH 移動要介助	55.3%	22.0%	22.7%	11.8	0.2	5.8	5.4	3.1	14.5	49.1%	56.1%	3.2	6.2
	痴呆なし-非痴呆GH 移動自立	68.8%	11.4%	19.8%	12.1	2.6	0.8	7.3	0.7	13.7	6.2%	9.2%	0.0	2.2
	痴呆なし-非痴呆GH 移動要介助	66.8%	12.9%	20.3%	10.4	1.2	2.2	6.3	1.4	15.2	21.0%	21.5%	0.0	5.5

図・3 痴呆・非痴呆GH別にみた自立度（左）と痴呆度（右）の構成比

自立度	痴呆度
A: 食事/排泄/移動/トイレ移動/入浴全てが自立	クラスⅠ: どの様な状況においても十分に行動することが出来るが、しばしば物忘れにより日常生活の行動に混乱が生じる
B: 5つの項目で自立している	クラスⅡ: なじみのある状況においてのみ指示なしで行動することが出来る
C: 入浴と他の一つ以外、4項目が自立している	クラスⅢ: なじみのある状況でも行動するのに指示が必要だが、その指示には適切に反応し行動することが出来る
D: 入浴、着脱衣と他の一つ以外、3項目が自立	クラスⅣ: 指示だけでは十分に反応できず、行動に介助を要する
E: 入浴、着脱衣、トイレへの移動と他の一つ以外が自立	クラスⅤ: 行動に介助を要するが歩行機能は残存している
F: 食事、排泄のどちらか一つと他の4項目で要介助	クラスⅥ: 意図のある意図的な反応が出来ない
G: 6項目全てで要介助	クラスⅦ: 寝たきり、もしくはイスなどに座ったきりで、感覚的刺激にのみ反応
O (その他): 2項目以上が要介助でC～Fに分類されない

図・4 自立度要素別にみた入居者の割合（上段：痴呆GH、下段：非痴呆GH）

図・5 Mホームにおける居室・食堂の時間帯別利用頻度（縦軸：人数、横軸：時間）——全体——移動自立——移動介助

図・6 Fホームにおける生活の中における空間利用の2事例（上段：非痴呆GH入居者、下段：痴呆GH入居者）

この結果は、一回の滞在の長さ（頻度）が痴呆GHの入居者は短いということを示している。痴呆GH入居者の一回の居室利用における平均の滞在頻度は、5.1（Fホーム）から8.7（Wホーム）（時間にして約25分から45分）となっており、非痴呆GH入居者の約半分である。痴呆性高齢者の居室の利用の少なさは、その回数ではなく、一回の滞在の長さの相異によるといえる（図・6）。

空間移動における要介助の割合は、自立度が低い入居者が多いKホームの非痴呆GH（44.9%）で高く、また居室へのスタッフによる移動割合では、Kホーム非痴呆GHのほか、空間が広く各居室から食堂までの距離が長いWホームの痴呆GH（44.9%）で高くなっている。

4.3 分析2：痴呆度別にみた特性

痴呆度別に空間利用の特性をみると、痴呆度が高くなるにしたがい居室滞在の割合が減少し、リビングなど共用空間での滞在割合が高くなる傾向が明らかである。非痴呆入居者の移動頻度は11.3と比較的低い。居室の平均滞在頻度（14.3）、滞在割合（67.8%）からも居室での生活を中心とした生活構成が考えられる。一方、痴呆度Ⅱ～Ⅲの入居者は空間の移動が多い。居室の利用回数は少なくないものの、その滞在時間は非常に短い。居室にこきざみに戻りながら、リビング等の共用空間を中心に生活を構成しているといえる。

痴呆度と自立度は比較的相关関係があることから、移動に伴う介助の割合は、痴呆度とともに高くなる傾向がある。

4.4 分析3：移動の自立度からみた特性

移動の自立度に関わらず、痴呆GHの入居者の居室の滞在割合が低い傾向は変わらない。なかでも移動に介助が必要な入居者群の居室滞在割合が低くなっている。

移動の頻度は、特に痴呆GHの移動が自立している入居者群で高く、他の群の2倍近い。移動における介助の割合は、当然のことながら移動要介助の群の割合が高く、特に痴呆GHの移動要介助の入居者の、居室への移動の際の介助割合は50%を超える。

4.5 分析4：痴呆・非痴呆GH別にみた痴呆入居者の特性

先にみたように、非痴呆GHにも痴呆入居者が半数近くを占める。非痴呆GHの痴呆入居者は居室の滞在割合が56.0%を占め、比較的、非痴呆の入居者の傾向と類似している。空間移動の頻度も痴呆GHの痴呆入居者よりも非痴呆GHの非痴呆入居者のそれに近い。歩行・徘徊の頻度も痴呆GHの痴呆入居者に比べるときわめて低い。居室での平均滞在頻度も、痴呆GHの痴呆入居者の7.1に対して13.4となっており、非痴呆入居者の14.6に近い。

非痴呆GHの痴呆入居者の自立度が痴呆GHの入居者よりもやや低いことから、移動の自立度による影響を考慮するために分析5では非痴呆GHの非痴呆・痴呆入居者について移動の自立度の観点から分析する。

4.6 分析5：非痴呆GH入居者の痴呆・移動の自立度からみた特性

空間の滞在割合は、非痴呆GHの痴呆入居者、非痴呆入居者とも移動の自立度の状態に大きな影響を受けていないことがわかる。空間の移動頻度は、痴呆で移動が自立している入居者の頻度（16.1）が高い。しかし、痴呆GHの痴呆入居者の同様の頻度（23.2）と比較すると低い。居室の平均滞在頻度は移動の自立度に関わらず、痴呆GH入居者に比べて高くなっている。

一方、非痴呆GHの中でも痴呆・移動要介助の入居者の、居室移

動の際の介助の割合が高く（56.1%）、痴呆GHの痴呆・移動要介助の値（56.9%）に近い。

5. 考察

分析1を通して、各ホームにおいて痴呆GHの入居者の居室利用割合が非痴呆GHの入居者に比べて低いこと、一方でリビング等の共用空間の滞在割合が高いことが明らかになった。また、居室の滞在頻度は少ないものの、居室の利用回数は少ないわけではなく、短

GHの入居者に比べて多いわけではなく、痴呆入居者も自らの意志で居室を含む空間を選択・利用している状況が示されている。比較的広い空間、歩行できる空間をもつホーム、居室と食堂の距離が離れている空間では歩行・徘徊の頻度が高く、空間規模が生活行動・行為に与える少なからぬ影響を示しているといえる。入居者の空間利用にはホームにおける生活プログラムや、スタッフの関わり、ケアの方法なども大きく関わってくることも事実である。しかし、それにも関わらず、今回各ホームの痴呆・非痴呆GHではほぼ同様の傾向が示されたことは、痴呆性高齢者のGHにおける一般的な空間利用特性としてとらえることが出来るものと思われる。

分析2を通して痴呆度が高くなるほど居室の滞在割合は減少し、リビング等共用空間の利用割合が高くなることが明らかになった。移動における要介助の割合も痴呆度とともに高くなり、特に居室への誘導介助は痴呆度Ⅳ以上では半数以上にのぼる。

分析3では痴呆・非痴呆GHいずれにおいても、移動が自立している入居者の居室の滞在割合が高いことが明らかになった。移動が自立していない入居者はスタッフの介助を要することで、食前・食後などスタッフのペースで空間移動が行われることなども影響して、共用空間の利用が高くなる。また、特に移動が自立している痴呆入居者の空間移動の頻度が高いこと、居室の利用回数が多いことなどの特徴がみられた。

分析4と5から非痴呆GHの痴呆性高齢者の空間利用特性は、比較的同GHに入居する非痴呆の入居者の特性に類似しており、痴呆GH入居者と空間滞在の特性、移動の頻度徘徊の頻度、居室での平均滞在頻度などの点で異なる特徴がみられた。非痴呆GHの痴呆入居者の痴呆度が、軽度から中度であるという点が、重度の入居者も含む痴呆GHのグループのバランスと異なる点も要因として考えられる（註6の表参照）。痴呆度・自立度の相異はあるものの、非痴呆GHの痴呆入居者の空間利用特性が、同じ空間に入居する非痴呆入居者の特性に近く、痴呆の有無、移動の自立度の状態に関わらず、比較的同様である点は興味深い。

痴呆性高齢者は非痴呆の高齢者に比べて、より敏感に、直接的に周りの環境の影響を受ける^{註11)}。大規模な施設と比較して空間・人数規模の小さいGHでは、より強く非痴呆の高齢者の生活行動に影響されることが考えられる。これまでの多くの観察調査を通して、痴呆性高齢者は共用空間で入居者やスタッフと直接的な会話や交流だけではなく、他者の活動を見たり、ただ単に場所を共有したりという間接的な他者との関わり、行為も数多く見られ、生活行為のなかでの重要な要素であると感じられた²³⁾。非痴呆GHでは、居室での生活、個人の生活を中心とする非痴呆性高齢者に対して、痴呆性高齢者は、共用空間内での社会的交流の相手、要素を失うこ

ともなる。スタッフもあくまで非痴呆GHとして配置されており、その生活も非痴呆性高齢者を軸に構成されていることより、非痴呆GHでの非痴呆・痴呆高齢者の様な生活構成が生み出されているとも考えられる。

一方で、非痴呆性高齢者にとっては、居室での生活が主となるものの、食事、団らん時における痴呆性高齢者の諸行為や徘徊行為などが、精神的なストレスの要因になることも考えられる。このように、痴呆・非痴呆入居者の混合グループケアには双方にとって考えていかなければならない課題や問題があると思われる。

6. まとめ

社会・文化的な背景の相異もあり、高齢者のホーム内での行動、空間利用の特性をそのまま日本の状況にあてはめることは困難かもしれない。しかし、痴呆・非痴呆性高齢者との比較における行動特性の相異は、十分に今後のGHの空間を計画していく上での示唆を与えているものと思われる。

分析を通して、GHでの生活において、リビングをはじめとする共用空間の重要性が、痴呆性高齢者の空間利用特性という形で明らかになった。また居室の利用割合は高くはないものの、利用回数は非痴呆高齢者に比べて少ないわけではなく、利用の仕方に相異があることも明らかになった。非痴呆入居者が、日常生活の生活拠点として居室を位置づけているのに対して、痴呆入居者は共用空間での生活を中心にする中で、居室を利用している^{註12)}。

わが国でもGHは痴呆性高齢者のためだけのものではなく、高齢者の居住施設の形態として今後は発展していかなければならない、またそのような流れにあるものと思われる。痴呆・非痴呆混合GHの特徴に関しては、今後更なる調査・分析が必要となろうが、特別養護老人ホームにおける生活・ケア単位の小規模化も模索され、進められる状況にあるわが国においても、いずれ経験するであろう問題であると思われる。長期的な視点の中で、どのようにケア単位を構成していくのかなど、考えなくてはならない課題が提起されているといえる。今回の分析の結果は、痴呆・非痴呆高齢者にとって、居室と共用空間が生活の中において、どのような意味があるのかを考える一つの示唆を与えることができたと同時に、今後のGH、高齢者居住施設の発展を考えて行くうえでの課題をも包含しているのではないだろうか。

6. 今後の課題

入居者の生活の中での空間利用の特性は非常に多様であり、個別的是ではあが、今回は、痴呆性高齢者GHにおける空間利用の特性を一般的な傾向の中で把握し明らかにすることに焦点を当てた。あえて、各ホームの居室と共用空間の関係や、面積的なことを含む空間形態別による分析、生活構成の中での分析、より個別的な空間利用の特性の分析などは触れずに分析を進めた。これらを含めた、よりミクロな視点での分析は、現在進めており、次稿以降での報告とする。本研究は、空間環境と生活・行動という視点にたつて論を進めているが、入居者の生活や行動にはケアのあり方や入居者間・スタッフとの間の相互関係も大きな影響を与えている。調査手法による限界もあるが、総合的な視点にたった上での調査・分析を加えていくことも今後の大きな課題となろう。

謝辞

一連の研究にご協力いただいたGH、入居者の皆様、調査にご理解をいただいた御家族の皆様にはここに記して感謝申し上げたい。また、指導頂いたTuomo Siitonen教授（ヘルシンキ工科大学）、調査の依頼に協力して下さいたKirsti Pesola女史（Vanhusyön Keskusliitto）にも合わせて感謝する次第である。

註

1) フィンランドでは小規模な居住形態の施設をグループホームと称しており、特に施設の設置基準、職員の配置基準などは設けられていない。サービスハウス（ケア付き住宅）の一部として設けられる場合には、賃貸形式の「住宅」として認識され、居住者は、ホームの面積（居室および共用空間）

空間上の生活単位（キッチン、リビングを持ち独立した運営が可能）は5名前後で構成されているが、実際には運営上の効率性などから、2～3単位を一つとした、10～15人程度のグループとして運営されている場合が多い。今回対象のホームの場合、スタッフは日中2～3名、夜間1名である。

2) 本稿で分析の対象とした5つのホームは、いずれもサービスハウス内で運営されているGHであること、当初からGHとして計画・利用されていること、また痴呆性高齢者向けGHに加えて、同一の平面構成をもつ非痴呆性高齢者向けGHをもつことなどの共通点があることから、本研究の目的を明らかにする上で比較対象とするGHとして適しているものと判断し選定した。また、今回対象の5つのホーム間でのケア、生活活動における差異が大きく見られなかったことから、比較検討するに適する対象であると判断した。

3) 自立度にはKatz ADL指標を、痴呆度にはBergerスケールを用いて分析する（表・1下参照）。個々の自立度の状況をより詳細に把握するために、KatzのADLの評価基準となる食事、排泄、移動などの6つの構成要素を「完全自立」「一部介助」「全介助」の3軸でスタッフに評価を依頼し、著者がそれをもとにKatzのADLへの変換を行った。その際、一部介助・要介助とを合わせて「要介助」として扱っている。

4) 視覚障害を持つ入居者、調査時間内の大部分をホーム外で過ごした入居者などを対象から除いた。

5) GHは比較的中程度の痴呆度で、共同生活が可能な比較的高い自立度が高い入居者を対象とすることが理想と考えられているが、今回の属性調査で、入居期間の長期化に伴う痴呆の重度化、車イスの利用をはじめとする、移動の自立度の低下などの問題も明らかになっている。わが国でも、比較的高い自立度が高く、共同生活が可能な痴呆性高齢者が対象とされているが、今後、長期的な視点に立ったとき、現在の入居者の痴呆度・自立度の低下は避けられない問題であり、その際の対応も含めて、GHのあり方を検討しておかなければならないだろう。

6) 今回、あくまでもホーム別の痴呆度・自立度の傾向を探索手段として、痴呆度はそのまま数値化し平均を、また自立度はA～Fは数値1～6に、自立度O（その他）はその移動の自立度の状況から自立度Dに近いことから数値4に換算し、平均を求めて比較した。また、参考までにGH別、グループ別にみた痴呆度の内訳、移動要介助者の割合を示す。

ホーム・区分	痴呆度					合計	痴呆割合	移動要介助
	なし	軽度	中度	重度	不明			
F	痴呆	1	4	2	3	0	11	69.6%
	非痴呆	6	1	2	0	0	9	33.3%
K	痴呆	0	2	4	2	0	12	100.0%
	非痴呆	5	3	5	0	0	13	61.5%
M	痴呆	0	2	4	5	2	15	100.0%
	非痴呆	4	1	7	1	2	15	69.2%
W	痴呆	0	1	4	6	0	15	100.0%
	非痴呆	10	2	1	1	0	14	28.6%
V	痴呆	0	3	5	0	0	8	100.0%
	非痴呆	4	3	1	0	0	8	50.0%

7) Vホームの痴呆ユニットの空間利用の傾向において、居室の利用が高く、共用空間の利用が少ない点に関してはいくつかの要因が考えられる。一組の夫婦（妻・重度痴呆、夫・痴呆なし）が入居しており食事時以外は2人とも居室で生活していること、痴呆ユニット入居者の痴呆度が比較的低く、自立度が高いこと、非痴呆ユニットと混合運営であるゆえの影響等が考えられる。空間の利用割合以外の特性に関しては、他のGHの痴呆GHと同様の傾向を示している。

8) 非痴呆GHでは、食事時以外の居室のコンスタントな利用が確認でき

る。食堂の利用は食事時のみである様子も分かる。一方、痴呆GHでは昼食後・午後の居室利用率は高いものの、その他の時間は食堂での滞在が多いことがわかる。朝食後、午後のお茶の時間の後などそのまま食堂で滞在する傾向が表れており、特に移動介助によって食堂を利用している入居者が、そのまま滞在している様子が読みとれる。

9) 空間的な移動を客観的に徘徊かそうでないのか判断することが困難であるという点、一見、観察者には無意味な行動のように見えるものも、高齢者本人にとっては大いに意味があるものである可能性、また必ずしも、空間内を移動している行為が、消極的な意味だけではなく、生活活動において積極的な意味あいを持つことも考えられるため(文4)、ここではあえて、徘徊的な行動を歩行・徘徊と称した。したがって、ここでの歩行・徘徊の頻度の高さが、直接「問題行動」の多さを表すものではない。

10) 本文中の「頻度」という語句は、12時間(5分間隔のタイムスタディ:総頻度145)の調査観察中、何回観察・記録されたかの頻度を示している。また、「居室の利用回数」等の表現中で用いている「回数」という語句は、その1回の利用における滞在頻度に関わらず、居室に入室してから退室するまでの一連の行為を1

11) 身体的能力、認知能力が低いほど、周囲の環境要素がより大きく個人に影響を及ぼす(文5)ことを考えると、痴呆性高齢者が、非痴呆GHにおいて比較的自立した生活が可能な非痴呆高齢者の生活行動、パターンの影響を受けるであろうことは推測できる。一方で、非痴呆性高齢者も一緒に生活する痴呆性高齢者の影響を少なからず受けることも考えられる。しかし、環境に適応し、また自らの生活パターンを継続していく能力も痴呆性高齢者に

比べて高いため、痴呆性高齢者から与えられる影響は、このように非痴呆性高齢者のGHとして運営されている中ではそれほど大きくないかもしれない。しかし、痴呆GHの中での非痴呆性高齢者の混合処遇や、非痴呆GHに入居する痴呆性高齢者の数が非痴呆性高齢者を上回るようなことになると、ストレスを感じたりするなど大きな影響、問題が生じることが考えられる。

12) 共用空間における行為の詳細な分析は次稿での報告とするが、今回の事例の場合、スタッフ主導のプログラムの活動がほとんどないことから、痴呆性高齢者の共用空間での生活行為は、ある意味では能動的な行動・行為であるといえる。それらの行為は、会話をしたり読書をしたりという、より積極的な、能動的な行為と、特に何の行為をするわけでもなく、ただ着席をして時間を過ごしたり、付いているテレビを鑑賞するなどの、どちらかという受動的な行為とに分類される。また、居室内の行為に関しては入居者のプライバシー保護もあり今回の調査では観察を行わなかった。居室の利用には一日数回の居室内のトイレの利用も含まれている。

参考文献

- 1) Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Policy on Ageing, 1999
- 2) 石井敏ほか、グループホームにおける生活構成と空間利用の特性、日本建築学会計画系論文集 No.502, pp. 103-110, 1997.12
- 3) 石井敏ほか、先進事例にみる共用空間の構成と生活の関わり、日本建築学会計画系論文集 No.524, pp. 109-115, 1999.10
- 4) Snyder, L.H.ほか、Wandering, The Gerontologist Vol. 18, No. 3, pp.272-280, 1978
- 5) Lawton, M.P., Environment and Aging, Books/Cole Publishing Company, 1980

(1999年11月8日原稿受理, 2000年6月15日採用決定)