在宅認知症高齢者の周辺症状と物理的環境が 介護者への関わりに及ぼす影響

ENVIRONMENTAL EFFECTS TO FAMILY CARERS FOR REDUCING BEHAVIOR AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA IN HOMES

土居 加奈子*, 足立 啓**

Kanako DOI and Kei ADACHI

The purpose of this research is to investigate the effects to family carers for reducing BPSD (Behavior and Psychological Symptoms of Dementia) in homes. It is assumed to be important issues to understand the current conditions of BPSD and environment from two aspects of " whereabouts pattern in daytime" and " sleeping place ". For the research methods, an interview on responses from/to carers was conducted. The results were as follows: 1) The dominating factors of whereabouts were categorized in four patterns. 2) The sleeping rooms were categorized in five patterns. 3) Problematic noises and vibrations caused by BPSD were identified in a type of sleeping at a separate room, out of four patterns.

Keywords: Elderly people with dementia, BPSD (Behavior and psychological symptoms of dementia),
Whereabouts pattern in daytime, Sleeping room

認知症高齢者, 周辺症状, 日中の居場所類型, 寝室

1. はじめに

1.1. 研究の背景と目的

要介護認定を受けた「何らかの介護・支援を要する」(認知症度Ⅱ以上)^{注1)} 認知症高齢者は、149万人で、その約5割(73万人)が、在宅で生活しているとされる¹⁾。そのうちの4割(28万人)がⅢ以上の中重度者と言われ、在宅介護を行う上で、その周辺症状^{注2)}への対応が、最も困難とされている。特に、寝たきりではない認知症高齢者、いわゆる「動ける認知症高齢者」^{注3)}は、「動ける」ゆえに、その周辺症状が多岐にわたるため、「動ける認知症高齢者」の在宅介護における指針の確立が望まれている。

本研究では、特に周辺症状が著しい認知症高齢者、「動ける認知症高齢者」を対象に、在宅ケア環境や空間の使われ方、周辺症状への対応、住まい方の工夫を考察し、在宅生活を継続しうるケア環境の一提案を行うことを目的としている。

1.2. 研究の位置付け

在宅認知症高齢者のケア環境の研究は、プライバシーの問題や個別要素が多く、データの蓄積が困難なため、施設環境系の研究に比べ極端に少ないとされている²⁾。大島³⁾による先行の在宅研究によると、移動能力が高い、見当識が低下した認知症高齢者の周辺症状への対応は、状態像の個人差や対応が多岐に亘るため、共通性が見

出しにくく、今後の研究蓄積の重要性が提起されている。

日中のケア環境に関する先行研究では、西口ら⁴⁾が、日中の居合わせと居場所について家族とのつながりを考察している。志田ら⁵⁾は、日中の居場所の物理的環境を詳細に捉え、居方を地域の特長から考察し、居方と続き間のもつ連続性・開放性を見直しを提起した。また大橋ら⁶⁾は、日中の居場所を、移動能力と精神状態から5段階に分類し、日中すごす場は、移動能力の影響を受けやすいことを示している。

夜間のケア環境において、看護・介護系の既往研究では、介護者の睡眠障害が、心身負担を拡大させ、在宅介護を断念する要因となることが報告されている⁷⁾、^{注4)}。建築系の既往研究では、中武⁸⁾、山本ら⁹⁾が、寝室と介護者続柄、認知症の型との関連性、寝室と生活領域の関連性を明らかにし、個別要素の多い在宅認知症高齢者の住宅計画への一助となった。

しかし、在宅認知症高齢者の周辺症状が、住宅の物理的環境にどう関係し、家族介護者の関わりにどのような影響を及ぼしているかは、明確にされていない。

そこで本研究では、以下のような研究課題を設定した。第一に、在宅認知症高齢者の日中の居場所を、過ごし方および介護者との関わりを通じて、精神的な安定に関与する物理的環境要素などを検討

* 和歌山大学大学院システム工学研究科 博士(工学)
理学療法士, 介護支援専門員

** 和歌山大学システム工学部環境システム学科
教授・博士(工学)

Graduate School of System Engineering, Wakayama Univ., Dr. Eng., Physical Therapist,
Care Manager
Prof., Dept. of Environmental Systems, Faculty of System Engineering, Wakayama Univ.,
Dr. Eng.

する。第二に、在宅認知症高齢者と介護者の寝室を周辺症状と物理的環境の視点から分析し、どのように家族介護者の生活に支障を来しているかを検討する。

2. 調査概要

調査対象：和歌山県内のS病院、T施設の在宅サービスを利用する周辺症状が顕著な「動ける在宅認知症高齢者」18名とその介護者。

(特別養護老人ホームへ予約的に入所申請している調査対象者を含むが、可能な限り在宅での介護を望む家族を対象とした。)

調査対象者概要を、表1に示す。

調査方法：訪問面接調査、聞き取り採取、写真撮影など。

調査時期：2007年9月から2008年2月

調査内容：「住まい方調査」を主体とし、下記3項目について聞き取り調査を実施した。

①認知症高齢者(以下、本人)の属性、世帯及び介護者の状況

②日中の居場所と介護者との関わり ③寝室と周辺症状への対応

Hf3とHf10は、本人と主介護者は別居である。Hf3の主介護者は、10:00~16:00まで、Hf10の主介護者は、食事時に食事を作りに、本人宅へ通いながら、在宅介護を続けている。

3. 日中の居場所

本研究における「日中の居場所」とは、本人が活動している一般的な時間帯である、8:00~18:00(10時間)に、落ち着いて滞在する場所を指す。

3.1. 居場所の決定要因

日中の居場所からみた、本人の居場所と他者との関係性を検討する。日中の移動能力によって、主な居場所と接する他者との関係性も異なることがわかる(図1)。本研究では、本人の居場所の特徴から、以下の4つに類型化した。

「寝室滞在型」4例(Hm1、Hf5、Hf10、Hm12)、「リビング

表1 調査対象者概要

対象者	Hm1	Hm2	Hf3	Hm4	Hf5	Hf6	Hm7	Hf8	Hf9
年齢	67	75	77	84	73	78	85	86	84
性別	男	男	女	男	女	女	男	女	女
認知症度	中等度	中等度	中等度	重度	中等度	中等度	中等度	中等度	中等度
要介護度	4	4	2	4	3	2	2	3	3
移動能力	移動形態 日中移動量 夜間移動量	伝い歩き 要介助 全介助	車イス 要見守り 自立	独歩 要見守り 自立	独歩 要見守り 自立	杖歩行 要見守り 自立	杖歩行 要見守り 自立	杖歩行 要見守り 自立	杖歩行 要見守り 自立
世帯及び介護者の状況	家族構成 主介護者 補助介護者:①内人数	夫婦のみ 配偶者 有(1)	夫婦と子世帯 配偶者 有(2)	夫婦のみ 配偶者 有(2)	夫婦と子世帯 配偶者 有(1)	夫婦と子世帯 配偶者 有(1)	夫婦と子世帯 配偶者 有(1)	本人と子夫婦 嫁 有(2)	本人と子夫婦 嫁 有(1)
住宅事情	住戸形式 構造 居室の変更	戸建て 木造 有	戸建て 鉄骨 有(引越)	集合住宅 戸建て 木造 有	集合住宅 戸建て RC造 有	戸建て 鉄骨 有	戸建て 鉄骨 有	戸建て 木造 有	戸建て 木造 有(引越)
対象者	Hf10	Hf11	Hm12	Hf13	Hf14	Hf15	Hm16	Hf17	Hf18
年齢	67	84	73	85	89	91	94	85	79
性別	女	女	男	女	女	女	男	女	女
認知症度	中等度	重度	中等度	重度	中等度	中等度	中等度	中等度	中等度
要介護度	2	4	4	5	3	5	5	4	4
移動能力	移動形態 日中移動量 夜間移動量	杖歩行 要見守り 自立	独歩 要介助 自立	伝い歩き 要介助 自立	独歩 要見守り 自立	独歩 要見守り 自立	独歩 要見守り 自立	独歩 自立	独歩 自立
世帯及び介護者の状況	家族構成 主介護者 補助介護者:①内人数	夫婦のみ 本人と子夫婦 嫁 有(1)	夫婦と子世帯 配偶者 有(1)	夫婦と子世帯 本人と子夫婦 嫁 有(1)	夫婦と子世帯 本人と子夫婦 嫁 有(1)	夫婦と子世帯 本人と子夫婦 嫁 有(1)	夫婦と子世帯 本人と子夫婦 嫁 有(1)	夫婦と子世帯 本人と子夫婦 嫁 有(1)	夫婦と子世帯 本人と子夫婦 嫁 有(1)
住宅事情	住戸形式 構造 居室の変更	戸建て 木造 有	戸建て 木造 有	戸建て RC造 有	戸建て RC造 有	戸建て RC造 有	戸建て RC造 有	戸建て 木造 有	戸建て 木造 有

【凡例】：認知症(認知症日常生活自立度判定基準)：軽度-Ⅰ、中等度-Ⅱ、Ⅲ、重度-Ⅳ~Ⅴ
 ■：該当項目 引越-発症後に現在の住居に引越したことを指す。

など拠点型」(以下、「L拠点型」)6例(Hf3、Hm4、Hf9、Hf13、Hf15、Hm16)、「寝室拠点型」3例(Hm2、Hf8、Hf11)、「寝室拠点外出型」5例(Hf6、Hm7、Hf14、Hf17、Hf18)の4類型である。本研究における「滞在」とは、その居場所に留まっていることとする。「拠点」とは、主な居場所が決まっていなくても、他にも居場所が存在することとする。

「寝室滞在型」4例は、主に寝室を居場所としている類型を示す。全事例が介助歩行、夫婦のみの世帯であり、脳梗塞発症後に現在の

図1 日中の居場所の4類型

寝室へ移動していた。また、本人の居場所（「居」）、食事をする場所（「食」）、寝る場所（「寝」）は同室で行われていた^{注5)}。寝室滞在型に特徴的な周辺症状は、介護者が居ないと、介助歩行であるにもかかわらず頻繁に歩き出し、転倒することであった。そのため、介護者は常に見える場で過ごすよう心掛けていた。

「L 拠点型」は、自宅内で、介護者と常に同室で日中を過ごす類型を示す。L 拠点型に特徴的な周辺症状は、独歩可能ではあるが、転倒や迷い出しリスクが高い。徘徊時には、介護者が常に寄り添うことで落ち着きを取り戻す対応をとっていた。介護者は6例中4例が娘である。娘による献身的な密着型介護が、介護者と本人との距離を特徴づけていた。

「寝室拠点型」は、通常は寝室に滞在しているが、自分で定期的にリビングに来る類型を示す。リビングでは、食卓にあるものを食べる、テレビを見る、床に寝そべる（Hf 11）など、介護者と一定の距離を保ちながらも、共に過ごす時間を持っていた。

「寝室拠点外出型」は、寝室を拠点として、自宅外に徘徊している類型を示す。ほとんどの事例が、慣れ親しんだ場所（畑や公民館など）に出かけ、その場で習慣行為や地域の人々との交流を図っていた。寝室拠点外出型の特徴的な周辺症状は、移動能力が高いため、出かけては戻るといった徘徊による外出が、ほぼ朝から晩まで繰り返されていたことであった。介護者が不在になる際に、徘徊対策として何度か玄関戸の施錠をしたが、いずれの事例でも鍵を壊す、窓ガラスを破損するなどの情動異常に至っていた。そのため、行動抑制は行わずに介護を続けている家族がこの型で多くみられた。介護者は5事例全て嫁であった。

どの類型においても、介護者が本人と共に食事やお茶やお菓子を食べるなどの団欒行為の時間を設けるように心掛けていた。しかし、「L 拠点型」では、高齢者特有の「トイレに行きたくなくなるから・・・」や幻覚・妄想などにより水分摂取の拒否が確認できた。また「寝室拠点外出型」では、自宅外への徘徊による関わり時間の少なさから、水分摂取回数・摂取量は十分ではなかった。そのため、周辺症状の緩和に対する課題がみられた^{注6)}。

3.2. 居場所の物理的環境条件

自宅での居場所の物理的環境条件に着目して検討する。表2に、本人の日中の主居場所と副居場所に関する物理的環境を示す。

居場所となる室は、全事例を通して本人自身の寝室が多い。自宅での居場所が寝室1室のみは、介助歩行の3例（Hm1、Hf5、Hm12）である。いずれも、日当たりの良いリビングを寝室に変更していた。

リビングや店舗を主居場所としていた4例（Hm4、Hf9、Hf13、Hm16）は、介護者が見守りのできるリビングや店舗に、本人とともに移動し、周辺症状に対応していた。

自宅での居場所が複数に及ぶ13例は、本人が自分で移動し、その場所を選択していた。居場所となる場所のうち、いずれかは、南向きの日当たりの良い空間を選択している。窓が2方向にあり、1つは掃きだし窓が多い。介護者や家族が居るDKなどの空間に近い室を選択し、これらの居場所で寝ていることも見られた。その居方はベッドで寝るのみならず、床やソファで、介護者の存在を気にかけながら寝ていることが多かった。

以上から、認知症高齢者の居場所は、日当たりが良い空間、掃き出し窓など外部空間とのつながりが開放的である空間、であること

表2 日中の居場所の物理的環境条件

居場所類型	居場所数	主居場所			副居場所			総滞在時間
		場所	窓種*1	滞在時間	場所	窓種*1	滞在時間	
寝室滞在型	Hm1	1ヶ所	寝室 東◇,南◎	10.0				10.0
	Hf5	1ヶ所	寝室 南◎	8.0				8.0
	Hf10	2ヶ所	寝室 北◇	7.5	DK	北東◇	2.5	10.0
	Hm12	1ヶ所	寝室 南◇,東◎	10.0				10.0
L 拠点型	Hf3	3ヶ所	夫寝室 南◎	6.5	寝室	南東◎	1.5	8.0
	Hm4	3ヶ所	LDK 西◇,東◎	6.0	工場跡	南東◇◎	2.0	8.0
	Hf9	3ヶ所	LDK 南◎,西◇	7.5	玄関	西◎	1.0	8.5
	Hf13	3ヶ所	LDK 南◇,東◎	7.5	庭	南	0.5	8.0
	Hf15	3ヶ所	LDK 南◎	5.5	寝室	南◎,東◇	3.5	9.0
	Hm16	1ヶ所	店舗 北◎	10.0				10.0
寝室拠点型	Hm2	3ヶ所	LD 南◎,東◇	5.5	寝室	西◇,南◎	3.0	8.5
	Hf11	2ヶ所	寝室 北◇,西◎	5.5	LD	南◎,東◇	4.5	10.0
	Hf8	2ヶ所	寝室 南◇,東◇	6.5	LDK	北◇,東◇	3.5	10.0
	Hm7	2ヶ所	前寝室 北◇,東◇	3.0	現寝室	南◎	2.0	5.0
寝室拠点外出型	Hf14	2ヶ所	寝室 南◎	4.5	応接室	北東◎	1.0	5.5
	Hf6	1ヶ所	寝室 南◇,西◇	6.5				6.5
	Hf17	2ヶ所	寝室 南◇	3.0	仏間	北◎	1.0	4.0
	Hf18	2ヶ所	DK 北◎	2.5	寝室	北◇	1.0	3.5

【凡例】 ◎:掃出窓 ◇:腰高窓

*1:出入口は窓に含めていない。

が分かった。また、介護者がいるDKに近い室を選択的に選び、その場での居方の多様性から、リラックスできる空間であることが考えられた。

3.3. 介護者との視界（見守り）と関わり

ここでは、3.1.で挙げられた類型別の介護者との距離を、介護者と認知症高齢者双方の視界と関わりから検討する（図2、3）。介護者による視界は、「見守り」を含む関わりを意味する。

「寝室滞在型」では、介護者はふすまや建具などで、間仕切れる続き間で過ごしていた。しかし、間仕切りは常に開放し、両者が存在や様子を確認できるような状態で居合わせていた。

居場所類型	視界（見守り）と特徴
寝室滞在型 Hm1 Hf5 Hf10 Hm12	介護者と隣室（続き間）または同室で滞在。 間仕切りである襖、建具は開放している。
L 拠点型 Hf3 Hm4 Hf9 Hf13 Hf15 Hm16	介護者と常に同室で滞在。 ・4つの型で介護者との距離が最も近い ・室空間の移動も一緒である 共に室空間を移動
寝室拠点型 Hm2 Hf11 Hf8	壁などで、分散された場所で滞在。 お互いの視線は届かないが、 介護者の居場所に定期的に来る。
寝室拠点外出型 Hm7 Hf14 Hf6 Hf17 Hf18	距離を保ちつつ、お互いの存在が確認できる場所で過ごす。 日常生活の介助とおやつ以外は完全に分散滞在。

【凡例】 ●:本人 ★:介護者

→:直視 ...:間接視 ✕:遮断
□:襖、障子（可動物） □:主居場所 □:副居場所
■:壁など（固定物） 矢印上にある場合は、これらで遮断していることを示す。

図2 日中の居場所と視界（見守り）の確保

居場所類型	寝室滞在型	L拠点型	寝室拠点型	寝室拠点外出型
関係図				
家族との関わり	介護者が見えないと不安になり、わざわざ始め、立ち上がりたがる。介護者は見える範囲で常に滞在。見える場所に介護者が存在することで、対象者も安心して、話を聞きながらウンウン、とうなずいたり、ニコニコしたりとベッド上で横たわっている。	常に行動を共にし、1日を過ごす。介護者は対象者がダイニングで落ち着いて過ごせるよう、洗濯バサミの数を数えるなどの工夫をしていた。一定時間は、これらの工夫で対応できるが、この類型は妄想が著しい事例が多く、転倒や迷い出リスクが高い。屋外に出ようとするため、介護者は、ドアを施錠するなどの対応していた。	基本的には、寝室を主居場所とする。介護者が居る隣室に副居場所を持つ。介護者とは、適度な距離を保ち、何時間か過ごせば、また主居場所に戻る。特に会話をすることも無いが、双方の存在を確認するような関わりを持っている。寝てしまえば、毛布をかけるなどの介護者の配慮も感じられた。	介護者は、対象者の行動を制限せず、常に目をかけて、見守っている。近隣徘徊からいつも帰る時間になって帰っていない場合は、近隣に探しに行く。また定時には、主居場所に戻って、新聞を読むなど習慣行為をしている。帰ってくれば介護者はお茶を入れるなどの団欒をして、共有の時間を過ごすように心がけていた。
関係するケア	ふすま、障子など可動性のある間仕切り	施錠などの行動制限	のれんなど、気配が感じられる間仕切り	お茶菓子、高齢者に馴染みの道具(新聞、ノートなど)
介護者属性特徴	配偶者(3例/4例中)、嫁(1例/4例中)	娘(4例/6例中)、嫁(2例/6例中)	嫁(2例/3例中)、配偶者(1例/3例中)	嫁(5例/5例中)

【凡例】
○：本人様子
頭部黒色は介護者

図3 介護者との関わり(典型例)

「L拠点型」は、これら4類型の中で、介護者との距離が最も近い。介護者と同室で滞在し、密着介護とも言える。室空間を移動するときも、常に一緒に移動する。同室空間を共有するため、常に近い距離でお互いの視線を感じており、高齢者は安心するが、介護者の精神的負担は大きいと考えられる。

「寝室拠点型」では、居場所の1つは、壁や廊下空間を介すお互いの視線が届かない空間で、プライバシーを保って過ごしていた。その過ごし方は、介護者が配偶者の場合は、LDを主居場所に配偶者と過ごし、介護者が嫁の場合は、寝室を主居場所として過ごしていた。介護者属性が、共用空間での滞在時間の長さに関係していることが考えられる。

「寝室拠点外出型」では、基本的に日中は自宅外へ徘徊していることが多いため、介護者との接点は、自宅に居る時間のみであった。Hf6、Hf17、Hf18は食事などの日常生活介護時と、おやつなどの

時間だけであった。この類型では、日中は特に行動の抑制をせず、本人のしたいようにしてもらっていた。介護者は、本人が失見当識のため、帰れなくなる事を不安視しているが、徘徊行動を止めようとすると、かえって興奮してしまうため、抑制になるようなケアは全く行えない状況にある。徘徊に対する安全面では、出先近くの知人に本人の居場所を教えてもらうなど、地域で援助体制をとっている。しかし、迷い出が何度も続けば、在宅で介護を続けることは困難である、といった意見があった。

4. 寝室と夜間の周辺症状への対応の関係

4.1. 寝室の把握

本人と介護者の寝室を、図4に示す。介護者の「寝室」は、随時的に寝ている就寝場所も「寝室」としている。横軸は寝室の集約一分散度、縦軸に移動能力の高低度を取り、寝室と移動能力について

図4 本人と介護者の寝室

考察した。夜間の移動能力（介助量）は、本人の覚醒度などの低下に伴い、日中と異なる事例もみられた（表1）。

介護者の続柄を考慮すると、配偶者介護では、本人の移動能力が低い場合に同室就寝が確認できた。娘介護では、移動能力にかかわらず、同室や隣室就寝が見られた。嫁介護では、殆どの事例で別室就寝が図られており、既報^{8)・9)}と同様の結果を示した。

では、具体的にどのような周辺症状が、本人と介護者の寝室の決定要因に関与しているかを、次節で検討する。

4.2. 寝室と周辺症状への対応の関係

本人と介護者の寝室の対応関係を決定付けると考えられる要因を、図5に示す。図の横軸は夜間周辺症状の類型と対応、縦軸は夜間の移動能力（介助量）を示す。

夜間周辺症状を、その特性から「直接支障型」、「間接支障型」に類型化^{注7)}、検討する。夜間周辺症状の類型を、就寝形態（同室、隣室、別室）とその対応（可能、困難）について更に分類すると、実態として5つの類型が見られた。「直接支障型」は、「同室就寝・対応可能型」、「隣室就寝・対応困難型」と「その他」、「間接支障型」は、「別室就寝・対応可能型」と「別室就寝・対応困難型」に分類された。

「別室就寝・対応可能型」は、本人が就寝するため周辺症状は見られないが、家族が定時に安保確認を行うため、「間接支障型」に分類した。「その他」の2例（Hf3、Hf10）は、介護者と別居のため、夜間はホットダイヤルや施錠で対応していた。「その他」の周辺症状は、直接支障型であった。本来なら、介護者との別居生活は困難な状況であるが、家庭の諸事情のため、検討からは除外した。

以下の4類型について、類型別に考察する。

（1）同室就寝・対応可能型

「同室就寝・対応可能型」の4例（Hm1、Hf9、Hm12、Hm13）は、同室就寝することで、本人が良眠し、介護者の対応が可能な類型を示す。本人の視界に介護者が入らないと介護者を探し、転倒や徘徊・迷い出などの周辺症状を呈すため、介護者が同室就寝していた。この対応により、これらの周辺症状が緩和し、本人の良眠が図られていた。

（2）隣室就寝・対応困難型

「隣室就寝・対応困難型」の3例（Hm2、Hf5、Hf15）は、本人の不眠が続き、介護者が隣室就寝にて対応していた類型を示す。本人は、夜間頻尿や一晩中タンソの中のものを触ったりする周辺症状がみられた。独歩ではあるが、転倒リスクが高いために見守りを要し、介護者は隣室で対応していた。しかし、タンソの開閉の音が気になるため、ふすまを閉め就寝確保を図っていた（Hf15）。本人がトイレに行く際は、ふすまを開けて介護者の就寝室を通るため、介護者は気づくことができる場所で寝ていることが考えられた。

「隣室就寝・対応困難型」では、全事例で過去に精神安定剤で不眠の改善を試みたが、かえって転倒リスクが高くなり、服薬による周辺症状の調整を断念していた。

これら「同室就寝・対応可能型」、「隣室就寝・対応困難型」における介護者の対応は、複数世帯同居による配偶者や娘といった、比較的近親性の強い関係の中でみられた。また、娘による介護では、本人が、別室で就寝している娘を探して徘徊するなど、娘世帯の生活に支障が及ぶため、婿に迷惑がかからないように同室で就寝する

図5 寝室の決定要因

など、と言った、婿に気遣う事例もみられた。

（3）別室就寝・対応可能型

「別室就寝・対応可能型」の4例（Hf6、Hf8、Hf11、Hf16）は、本人が朝まで良眠するため、介護者も別室で対応できていた類型を示す。本人の移動能力は見守りを要すが、良眠しているために、介護者は安定した就寝が図られていた。

（4）別室就寝・対応困難型

「別室就寝・対応困難型」の5例（Hm4、Hm7、Hf14、Hf17、Hf18）は、本人による不眠と周辺症状のため、介護者が別室就寝で対応していた類型を示す。介護者は本人の夜間の周辺症状に悩まされ、別室で就寝するも安眠できていたわけではなかった。特に、移動能力が独歩かつ自立である時期の、周辺症状と物理的環境の関係に焦点を当て、事例別に提示する。

Hf14は、夜間頻尿が著しく約1分毎にトイレに行く。自宅が築80年以上になる木造2階建て住居のため、1階での引き戸やドアの開閉の音や振動が2階にまで響き、2階で就寝する介護者夫婦は、安眠できない日々が続いている。トイレの戸をドアストッパーで閉められないようにし（写真1）、引き戸の柱部分にスポンジ性のクッションで衝撃緩衝を行ったが（写真2）、あまり効果はなかった。

写真1 トイレドアの消音・衝撃緩衝（Hf14）

写真2 引き戸の消音・衝撃緩衝（Hf14）

Hf17 は、妄想（泥棒が入る）による不安のために、就寝前に家中の戸締りを繰り返す。家の中からだけでなく、外の本製雨戸の開閉を何度も行うなどの行為が3時間程度続くため、介護者は寝室を以前よりも音が聞こえにくい場所に変更した。頻繁な戸締りの常同行為のために、玄関引き戸の錠やカーテンが壊れてしまった（写真3、4）。

写真3 玄関引き戸の破壊
(Hf14)

写真4 カーテンの破壊
(Hf17)

Hm4 は、トイレを和式から洋式トイレに改造したことによる使用困難のために（坐って排尿する習慣がない）、トイレ床が放尿で汚れてしまっている。介護者は2時間毎の安否確認とトイレ掃除のみにとどめ、できる限り介護者自身の安眠確保に努めている。

夜間の本人と介護者の寝室の関係は、移動能力と周辺症状への対応により、本人が就寝するか否かで決定することが示唆された。介護者の続柄との関係では、既報^{8)、9)}と一致する結果が得られた。

5. まとめ

日中の居場所から精神的安定に関する要因と、夜間の寝室に関する調査から得られた結果を、以下に示す。

- (1) 日中の居場所は、「寝室滞在型」、「L 拠点型」、「寝室拠点型」、「寝室拠点外出型」の4つに類型化された。認知症高齢者の居場所となっていた空間は、本人が移動可能であれば複数存在し、南方に面した日当たりが良い空間、掃き出し窓など外部空間とつながりのある開放的な空間であった。また、介護者の視界の取り方は、本人の移動能力と周辺症状への対応が関与していた。
- (2) 寝室と周辺症状の関係は、「同室就寝・対応可能型」、「隣室就寝・対応困難型」、「分散就寝・対応可能型」、「分散就寝・対応困難型」、「その他」の5つに類型化された。本人と介護者の寝室は、本人の移動能力と周辺症状への対応により、本人が就寝するか否かで決定することが示唆された。
- (3) 「別室就寝・対応困難型」では、介護者の生活に支障を来す周辺症状と物理的環境要因として、夜間頻尿とドアを開める音、妄想による不安のために何度も行う戸締りの音など、周辺症状による音・振動の影響が明らかになった。

以上より、在宅で認知症高齢者が生活を継続するためには、特に移動能力が高い時期に、家族や社会的支援が重要である。そのことにより、周辺症状を緩和させ、音や振動による二次的な物理的環境への影響を軽減することが可能であることが示唆された。

更に、介護者の安眠確保については、これらの物理的環境配慮のみでなく、ショートステイやナイトケアなどの在宅介護サービスを活用することが、今後も必要不可欠な条件であると言える。

謝辞

調査にご協力を頂いた認知症高齢者・ご家族の方々、ならびに対象者を選定するにあたりご協力頂きました S 病院、T 施設の職員の方々に感謝の意を表します。

注

- 注1)「認知症度」とは、厚生労働省が定義した、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」における基準を指す。各認知症度を下記に示す。
「I」は、何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している高齢者
「II」は、日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、何らかの介護・支援があれば自立できる高齢者
「III」は、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、一定の介護を必要とする高齢者
「IV」は、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする高齢者
「M」は、著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医を必要とする高齢者、を指す。
- 注2)「周辺症状」とは、中核症状（記憶障害、見当識障害、判断力の低下）が原因となつて的確な状況判断ができなくなり、不安や混乱から引き起こされる症状を言う。具体的な周辺症状には、うつ状態、意欲の低下、興味・関心の薄れ、せん妄、妄想（事実でないことを信じて疑わない状態）、不安や焦燥感、意識障害などの精神症状がある。また、多動・徘徊や迷い出、火や水の不始末、暴言・暴力、不潔行為、異食（食べられないものを口にする行為）、性的な行動などと定義した。
- 注3)本研究における「動ける認知症高齢者」とは、厚生労働省が定義した「障害老人の日常生活自立度判定基準」において、「寝たきり(C)」ではない認知症高齢者を指す。具体的には、運動機能には問題がない「J」ランク、一部に介助を要す「A」、「B」の認知症高齢者を指す。
- 注4)参考文献7)では、介護負担感は、便・尿失禁、夜間の不穏など介護者の生活に支障を及ぼす行動、妄想や幻覚、不幸な様子など対応困難な行動などと、強く関連したことが明らかにされている。
- 注5)橋(参考文献10)や井上(参考文献11)においても、身体機能が低下するに伴い、「寝」「食」「居」の場が同室になっていくことが明らかにされている。
- 注6)在宅介護で対応困難な症状とされる「せん妄」や「妄想」は(注4)、脱水による影響が大きいことが最近の研究報告で明らかにされている(参考文献12)。
- 注7)「直接支障型」は、夜間の介護者の生活において、直接的な関わり介護を要す周辺症状の型(例:失禁、夜間興奮し介護者を起こす、易転倒、介護者の部屋に間違えて入ってくる等)。「間接支障型」は、夜間の介護者の生活において、間接的な支障を及ぼす型の周辺症状(例:奇声、妄想等)とした。

参考文献

- 1) 厚生労働省：高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」，2003
- 2) 赤木徹也，足立啓，舟橋國男：わが国における痴呆性老人の住環境に関する研究動向と課題，老年社会科学，22(3)，pp.411-424，2000
- 3) 大島千帆：認知症高齢者の状態像に対応する在宅環境配慮に関する実証研究—家族介護者・福祉専門職の視点に基づく分析—，2004 年度日本社会事業大学博士学位論文
- 4) 西口勝久，荒木兵一郎，足立啓：痴呆性老人と共に住める住まいに関する研究，日本建築学会近畿支部研究報告集，pp.389-392，1987
- 5) 志田正男，菅野實，本間敏行，他：地方都市における痴呆性高齢者の住まいと住み方に関する調査報告，日本建築学会技術報告集，第 6 号，Vol.113，No.1429，pp.155-160，1998.10
- 6) 大橋美幸，水野弘之：痴呆性老人と環境との関わり—環境調整を行うために—，理学療法，24(4)，p.225-232，1997
- 7) 大西丈二，梅垣宏行，他：痴呆の行動心理症状(BPSD)および介護環境の介護負担に与える影響，老年精神医学雑誌，14(4)，pp.465-473，2003
- 8) 中武啓至，片岡正喜，鈴木義弘，他：痴呆性高齢者と介護者の就寝室配置に関する分析—在宅痴呆性高齢者の住生活領域と居住環境整備に関する研究 第 1 報，日本建築学会大会梗概集(関東)，pp.279-280，2001
- 9) 山本雅奈，片岡正喜，鈴木義弘，他：痴呆性高齢者の住生活領域と変化のプロセスに関する分析—在宅痴呆性高齢者の住生活領域と居住環境整備に関する研究 第 2 報—，日本建築学会大会梗概集(関東)，pp.281-282，2001
- 10) 橋弘志，高橋鷹志：一人暮らし高齢者の生活における住居内外の関わりに関する考察，日本建築学会計画系論文集，No.515，pp.113-119，1999.1
- 11) 井上由紀子，小滝一正，大原一興：在宅サービスを活用する高齢者の住まいに関する考察，日本建築学会計画系論文集，No.556，pp.137-143，2002.6
- 12) 竹内孝仁：認知症のケア—認知症を治す理論と実際—，pp.125-127，年友企画，2005
- 13) 亀屋恵三子，菅野實，山本和恵，小野田泰明，坂口大洋：長期療養の場としての ALS 羅病者と家族の住まいに関する事例的研究，日本建築学会計画系論文集，No.593，pp.41-47，2005.7

(2007 年 5 月 10 日原稿受理，2007 年 10 月 2 日採用決定)