

# 認知症ケアにおける環境の役割

国立大学法人 和歌山大学システム工学部 教授

足立 啓



あだち・けい

1950年生。ワシントン大学(建築学修士)、大阪大学(工学博士)。OAC技師(米国)、関西大学工学部講師、和歌山大学助教授、ウィスコンシン大学客員教授(フルブライト上席研究員)を経て1999年から現職。日本建築学会委員、日本認知症ケア学会理事、日本老年社会科学会理事、日本福祉のまちづくり学会幹事、厚労省：「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」委員

などを歴任。主な著書に、『認知症高齢者が安心できるケア環境づくり』(共編著、彰国社、2009)、『高齢者施設カイゼンの要点』(共著、日総研、2008)、『建築計画読本』(共著、大阪大学出版会 2005)など。1980年から高齢者・障害者の住環境デザインや認知症の環境行動研究を行う。

## 1. はじめに

認知症の研究は医学をはじめ看護学、介護学などの分野で先導的に行われてきたが、近年ではそれに加えて、認知症の人の生活の質(QOL)を重視した関連の学際的分野の研究も幅広く展開されつつある。ケア環境や居住環境もその重要性を認識されている分野の一つである。

認知症ケアにおける環境を考える場合、認知症に起因する行動心理症状への対応が重要な課題となる。適切な介護の下で、より良い居住環境やケア環境があれば、行動心理症状を軽減させ、心身の安定をもたらすことが、先進的な学際研究や実践の知見として確立しつつある。

本稿では、認知症施設におけるケア環境の変遷を概観するとともに、ケア環境の有効性に関する研究知見を整理し、行動心理症状を軽減させる環境の役割について考察する。

## 2. わが国の施設におけるケア環境の変遷

1963年の老人福祉法により制度化された特別養護老人ホーム(以下、特養)は、経済的条件の如何にかかわらず、要介護高齢者の援護施設として位置づけられた。以来、人口の高齢化や要介護高齢者の増加に伴い、全国各地で特養が建設されたが、当時の特養は、主に寝たきり高齢者への措置施設であり、施設規模は50床以上の大型施設、6人～4人部屋が標準の居室群、大規模食堂、リハビリ室、大浴室(一般浴、機械浴)、廊下などが主要な面積を占める構成であった。室配置は病院やナーシングホーム(米国では医療施設)に類似し、必ずしも高齢者の主体的な日常生活を重視する構成ではなかった。

それまで寝たきり高齢者を主体とした特養の現場において、行動心理症状(当時は「問題行動」「迷惑行動」とも呼ばれた)のある認知症の高齢者と混合処遇すべきか、分離処遇すべきかで大きな議論と

なった。このような中で、1980年頃から分離型の認知症専用特養が全国で整備され始めた。当時の認知症ケアは今日のように必ずしも理論化されておらず、まだまだ暗中模索、試行錯誤の段階であり、大規模、機能分別、多人数対応が主流となり、ともすれば最少のスタッフによる最大限に効率のよいケアを目指した管理・運営面が優先された。結果として、閉鎖的、機械的、流れ作業のもとで入居者の身体的、あるいは部分的ケアが行われ、ともすれば入居者の精神的、あるいは全人的なケアは比較的軽視されがちであった。

しかし、2000年に介護保険制度がスタートし、高齢者ケアサービスが、措置制度から利用者が選択性を持つ契約制度へと大きく転換した。認知症高齢者が小規模で家庭的な環境で生活をする認知症グループホームが出現するとともに、2002年から新設される特養はすべて新型特養「個室・ユニットケア」とされた。また2003年からはユニットケアを行う「小規模生活単位型特養」の構造設備基準が定められ、従来型施設で提供されるケアよりも高い介護報酬が設定されるなど、制度が入居者主体のケア環境整備に向けて大きく変わりつつある。

このような状況下、行動心理症状への対応として、なぜ小規模環境やケア環境が重要であるかの理論的な背景と研究知見を概観する。

### 3. 米国の研究から見たケア環境の役割

1970年代以後、米国の老年学や環境行動学をはじめとして、高齢者に及ぼす居住環境の影響や役割に関する知見が蓄積されてきた。とりわけ、その理論的な先駆者のひとり、M. P. Lawtonは、高齢者の環境適応能力（高－低）と環境負荷（強－弱）の適応関係を2次元モデル化し、高齢者の行動・心理の安定には両者の適正なバランスが必要であるとし

た。すなわち、高齢者の潜在的・顕在的能力が高い場合は、環境負荷が大きくても適応・対処行動の領域が広範であるため、不適応な行動心理症状は生じにくく、能動的影響を示す場合が多い。他方、高齢者の潜在的・顕在的能力が低い場合は、適応・対処行動の領域が狭いため、一定の環境負荷が臨界域を越えると行動心理症状や不適応行動が出現する可能性が大きくなる。したがって、認知症高齢者に対しては、居住環境やケア環境を改善整備することにより、環境負荷を少しでも減らすことが行動心理症状を低減させる上で重要となることを示唆した。

また、M. P. Lawtonは自分の研究施設において環境改善の先駆的な介入研究を実施し、適切な介護や看護のもとに、物理的な環境を整備することが、認知症に対して治療的な役割を担うとともに生活の活性化にも寄与しうる可能性を実証した。すなわち、長い廊下に沿い多床室が並んだ古典的病院風の施設を改築して、6つの個室と共有の居間空間からなるユニットで構成される生活的施設に改築し、その前後で認知症の心身機能の変容を比較検討する縦断的な研究を行った。その結果、プライバシーの増大、直接的な会話や交流の増加、視覚的（間接的）関わりの増加、無為行為の減少など、心身機能の維持や改善傾向を示した。

ケア施設で、プライバシーを確保し、家庭的で小規模な環境に改善することが環境負荷を少なくし、行動心理症状の低減や精神安定と心身機能の維持に寄与しうることが示された。今日の認知症グループホーム、個室・ユニットケアなどで実践の理論的支援となっている。

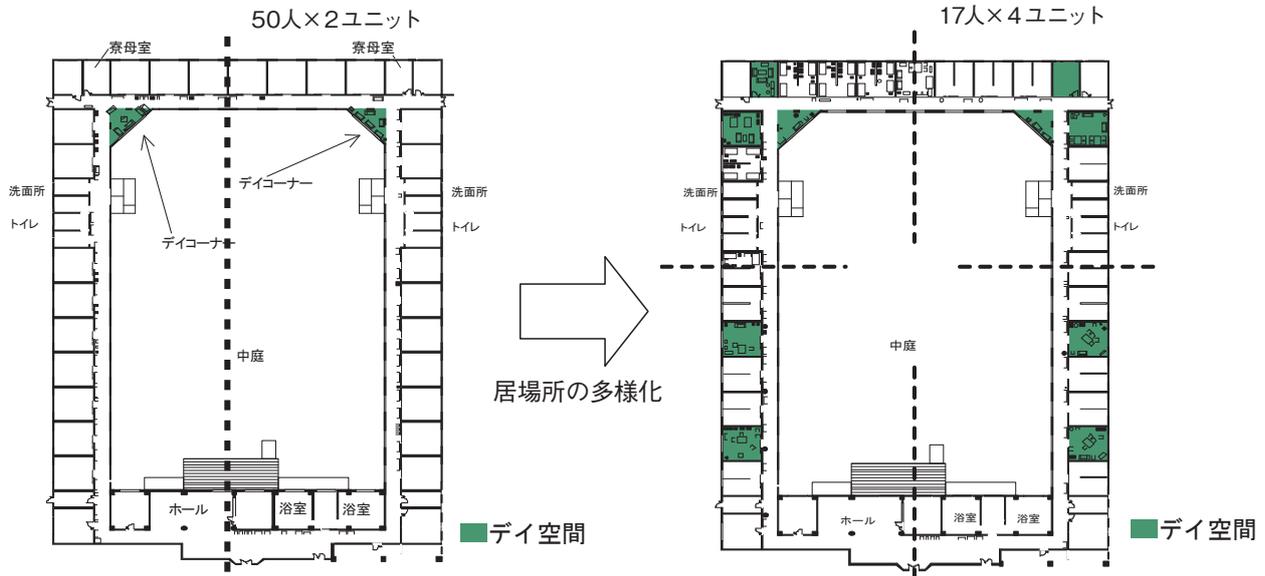
### 4. 徘徊行動の特性と環境

認知症の中核症状は、方向感覚（空間・時間）障害、判断力障害、人格障害、物忘れなど多様である



北海道で最初の  
認知症専用特養  
(1985年7月開所)

### 大規模従来型施設の小規模ユニット化



が、とりわけ、方向感覚障害に起因する行動心理症状としての徘徊行動が、生活環境やケア環境を支援する観点から重要と考えられる。

徘徊行動を、1) 多動型、2) 目的志向型、3) 定位不能型の3つに類別してみた。この3類型は必ずしも独立でなく、相互に影響しあう関係にあると思われる。

#### 1) 多動型

とにかく休まずに動き続ける傾向がある型である。認知症だけでなく、知的障害や学習障害のある一部の子供にもこの多動傾向は見られるが、上手く関心を他の事柄に転換させることにより、多動による徘徊の改善が見られる場合がある。

#### 2) 目的志向型

本人はある目的を持っているように思われるが、認知症の症状により周囲の人々や環境との相互関係が上手く操作できないことによって、結果として徘徊とみなされる型。この場合は、介護者が本人の意向や目的を上手く察知することにより、対応可能と

なる場合がある。例えば、施設での帰宅願望による徘徊に対して、「ここ（施設）があなたの居場所ですよ」と職員が断定し行動を抑制すると、かえって悪化させることがある。職員が本人に向き合ってその原因を探りながら施設を周遊し、本人が納得すれば徘徊が軽減される場合もある。

#### 3) 定位不能型

失見当識、失所在識ともいわれ、認知機能の低下により空間的・時間的な方向感覚に障害を生じ徘徊となる型。自分の居場所の定位と目的地への経路探索が困難となるため、建築的・環境的な支援が重要になる。空間的に分かりやすい環境を提供すること、時間や昼夜の区別、季節感などにメリハリを与える環境の支援が重要となる。

かつて老人介護保健施設の設置基準に「徘徊用回廊」を設けることが義務付けられた時期があった。しかしながら、均質な回廊空間は健常者でも自分の居場所を定位しにくい形態であり、認知症の人にとってより混乱と不安に陥れる可能性が大きい。そこで廊下にランドマーク設置や個性化することによ

り、居場所の手がかりや空間に変化をつけて分かりやすくする工夫が必要である。また、安定した居心地の良い居場所を確保することが、徘徊を低減させる視点で重要となる。

## 5. 大規模従来型施設における ケア環境改善と行動心理症状への対応

小規模生活単位型、いわゆる新型特養「個室・ユニットケア」では、個別的ケアや様々な小規模ケアの試みが比較的容易であるが、現時点でその数は約1000箇所とまだ多くない。一方、従来型の特養は全国で4000箇所を超えるほど多く存在する。その大部分は4人部屋、長い廊下などの建築の制約条件のために、小規模で個別的な新しいケアに対応しにくく、ユニットケアへの移行が困難といわれている。

しかしながら、大規模施設においても小規模・家庭的なケア環境を整備し、行動心理症状に対応した個別的ケアに近づけることが重要な課題である。以下では、施設と筆者らが共同で継続的に実施した縦断的介入研究を概説し、その可能性を検討する。

事例は、1980年代に認知症専用特養として建設された従来型の大規模施設（100人）である。中庭900坪を持つ回廊型で、廊下延長が300mの平屋建である。移動空間である廊下が回廊型で非常に長いため、空間分割しにくく小規模ユニット化が困難と思われた。

ここでは試行錯誤しながらも段階的に小グループによるユニット化を実践し、環境支援指針（PEAP日本版3）を適用して様々な環境改善を行うことにより、入居者のQOL向上を図り、行動心理症状を有意に軽減させることができた。

開所当時は1つの生活単位（100人）で2つの介護単位（50人×2）の大規模処遇で運営された。認知症専用特養であったため、ほぼ全員が歩行可能で

あり、徘徊を主とする様々な行動心理症状が見られた。当時、殆どの認知症専用施設のプロトタイプがそうであったように、ここでも一時期、私物の制限、安全確認用モニターカメラ設置、行動範囲の制限などが実施されていた。

その後、施設長や職員による北欧での先進事例の視察や研修によって、行動心理症状への対応等のケア方針や環境整備の方針が大きく変換された。まず介護保険制度がスタートする前の1998年に、従来棟に隣接して先駆的モデル事業として小規模ユニット棟を新設（10人×3ユニット）した。従来型特養は100人定員の内、30人が新型ユニット棟に移動し定員70人に減ったため、従来型施設も生活・介護単位を小規模化（約17人×4ユニット）した。各ユニットで余った4人居室は和風居間や洋風リビングの空間に模様替えし、寮母室は調理などの生活リハビリの空間とした。単調で長い廊下は家具などで変化をつけ居場所を特定する際の手がかりになるように個性化した。大規模な施設空間を心地よい小規模空間につくり替える、施設的な雰囲気を家庭的にするなどの工夫によって、入居者の精神安定のための環境づくりを実施した。

その結果、1) 入居者の行動と居場所の多様化、2) デイ空間での入居者同士や職員との交流頻度の増加、3) 徘徊が有意に減少し、ユニット内での滞在時間が増加、入居者の行動心理症状の軽減やQOL向上など、環境改善による多くの効果が確認された。

## 6. 終わりに

ケアを行う上での環境の役割を適切に理解し、その環境の持つ潜在的な力をうまく利用することが重要である。そのためには、物理的環境であるハード面と施設ケアや処遇方針などソフト面が整合性を持ち一体的に改善に取り組むことが必要である。