

## 痴呆性高齢者グループホームの住環境計画に関する考察

無漏田 芳信\* 柿原 宏美\*\* 片岡 美江\*\*\*

### Consideration on Guideline of Living Environment Plan of Group Home for the Demented Elderly

Yoshinobu MUROTA\* Hiromi KAKIHARA\*\* Mie KATAOKA\*\*\*

#### ABSTRACT

The ultra-high age society is coming and the correspondence of the dementia elderly to the increase is hurried up. The guideline of living environment plan and architectural planning, which reflect behavioral characteristics of the dementia elderly, has been required. Then, we arranged the knowledge of living environment or architectural planning from the published research on the dementia elderly, in order to clarify the problem on the planning of group home for dementia elderly. And, we examined it on the basis of the description of problem in the group home of book or magazine that problem and request are reported by well-informed person or care staff.

(1) In the published research, it has been indicated that various elements of the living environment affect the dementia elderly. Especially, though the life in the small-scale space gives the beneficial effect in action and body situation, knowledge on floor planning is not found. (2) The opinions by care staff on the architectural planning for the dementia elderly is mainly viewed, and there are some contrary indications in those opinions. Contrary indication is often the spatial composition and layout of common space, and not opposite opinion often concerns the plan and specification of various rooms. (3) It was possible to clarify the current of the opinion on architectural planning by the care staff for the dementia elderly, by classifying the floor plan of group homes into three basic types and examining those opened years.

キーワード：痴呆性高齢者、住環境計画、グループホーム、行動特性、ケアスタッフの意見、計画指針  
Keywords : dementia elderly, living environment plan, group home, behavioral characteristics, opinion by care staff, guideline for planning

#### 1. はじめに

超高齢化社会の到来を迎えて痴呆性高齢者の増大への対応が急がれる中で、建築学分野においても痴呆性高齢者の行動特性やグループ介護に関する既往研究は年々増加傾向にある。しかし、既往研究などで得られた痴呆性高齢者に関する計画的知見の整理は十分とはいえず、痴呆性高齢者の行動特性に対応した建築計画上の指針や具体的な計画条件に関する提示が待たれているといえる。

そこで本研究では、痴呆性高齢者グループホーム（以下、GHと略す）における住環境計画の課題を明確にするため、痴呆性高齢者に関する既往研究などから建築計画的知見を整理するとともに、GHなどの痴呆性高齢者

施設が事例的に紹介されている書籍・雑誌から抽出した識者やケアスタッフによる記述意見をもとに考察した。その際、識者やケアスタッフの記述内容は対立する意見と対立しない意見という観点から整理し、特に対立内容や理由に注目して検討した。分析に用いた資料は、1991年度～2002年度の日本建築学会学術講演梗概集より抽出した痴呆性高齢者に関する既往研究158編、およびGHなど痴呆性高齢者施設の事例紹介や建築計画の考え方が掲載されている書籍・雑誌<sup>文-1～文-14</sup>などから抽出した平面図および識者・ケアスタッフによる記述意見である。また、分析において筆者らが3施設を対象に観察・聞き取り調査を行ったGHの施設調査結果<sup>文-17～文-19</sup>も加えた。

\* 建築学科

\*\* ㈱心石工芸

\*\*\* 大学院工学研究科建築学専攻

## 2. 痴呆性高齢者に関する研究動向と行動特性

わが国の65歳以上の高齢者は、2003年9月の推計で約2,430万人を数え、総人口に対して約19%を占めている。この総人口に占める割合は、フランス約16%、ドイツ約17%、イタリア約18%を超える高い数値を示している。その中で、わが国において今後予想される痴呆性高齢者の推計数は、図1に示すように、わが国で高齢化が最も進む2020年には300万人近くの痴呆性高齢者を数えることになり、その住環境の整備などが大きな課題といえる。

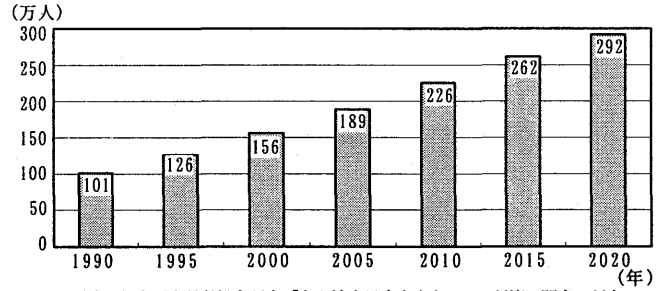
図2には、1991年度～2002年度の日本建築学会学術講演梗概集より抽出した痴呆性高齢者に関する既往研究158編をテーマ別に整理し、その発表数の経年推移を示した。これをみると、最近では痴呆性高齢者の行動特性に関する発表が増加傾向を示し、介護運営に関する発表は逆に減少傾向にあり、入居者の行動特性を考慮した住環境が重視されるようになってきたことがうかがえる。

表1は、158編から痴呆性高齢者の行動特性に関して考究している62編を抽出し、空間利用率と行動内容に影響を及ぼす要因をまとめたものである。同表の空間利用率をみると、介護、施設形態、環境移行、なじみ、身体状況などの違いによって居間や食堂での滞在率に変化がみられることが理解できる。行動内容をみると、問題行動の減少や会話の増加など行動に好影響を与える要因として、特にグループリビング型やGHなどの小規模空間での生活であることが読み取れる。この点は、特別養護老人ホーム（以下、特養と称す）の事例調査で、GHからの入居者のADLが低下傾向を示すことが明らかにされている。したがって、GHへの入居は逆に痴呆度・ADLの改善・向上に寄与することが想起され、GHにおける生活環境は痴呆性高齢者にとって行動内容だけではなく身体状況への好影響も示唆されている。しかし、これらの既往研究では具体的な計画指針をみいだすことができず、痴呆性高齢者の行動特性を考慮した住環境計画指針の作成が今後の計画課題であることが指摘される。

## 3. 痴呆性高齢者のための建築計画に関する意見

そこで、痴呆性高齢者施設の住環境に関する計画上の課題を探るため、書籍・雑誌に事例紹介などの内容で記述されている痴呆性高齢者のための建築計画に関する識者やケアスタッフの多様な意見に着目することとした。表2は、その主要な意見について整理したものである。

これらの意見は、対立している内容もみられており、痴呆性高齢者施設の建築計画に関する見解が少し混乱している様子が見える。また、〈対立する意見〉をみると、例えば「廊下に沿って居室が配されたアパート形式がよい」「居室と共用空間の間に介しが必要」「施設全体が見通せる方がよい」といった意見は明らかに矛盾した内容を含んでいる。このように、〈対立する意見〉



注1：平成2年度厚生科学総合研究「老人性痴呆疾患患者のケア対策に関する研究」

図1 痴呆性高齢者数の推移

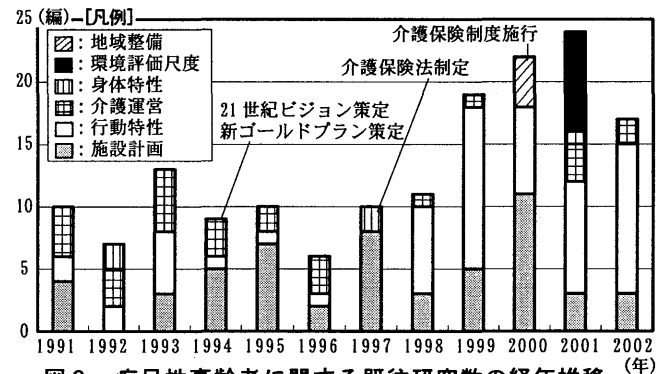


図2 痴呆性高齢者に関する既往研究数の経年推移

表1 痴呆性高齢者の行動特性に影響を及ぼす要因

箇所		影響	要因		
空間利用率に影響を及ぼす要因	共用空間	居間	向上	居間でのケアスタッフの高い滞在率	介身
			低下	痴呆度Ⅲ、Ⅳ アルツハイマー型	身移
		前室	低下	延床面積縮小の建替後の軽度者	身移
	居室	向上	向上	ADLが低く、痴呆度が高い入居者	身移
			向上	延床面積拡大の建替後の軽度者 延床面積縮小の建替後の中度者 一般と痴呆を棟による区分け	移形
		低下	グループホームから特養への転居 一般と痴呆を階による区分け 痴呆重度 特養での経年的変化	形身	
行動内容に影響を及ぼす要因	行動内容	増加	アルツハイマー型 建替後、痴呆度が高い入居者	身移	
		徘徊		形移	
	動的行動	睡眠	増加	延床面積縮小の建替後の軽度者 延床面積拡大の建替後の中度者	移形
			増加	老健への転居 グループホームでの生活の経年変化 規模が大きい施設への移居	移形
		会話	減少	グループホームから特養への転居	移形
	静的行動	整理行為	増加	大規模施設からグループリビング型への移居	移形
			減少	個人部屋ユニットの入居者	移形
		問題行動	増加	脳血管性痴呆	身移
			増加	4人部屋ユニットの入居者 大規模施設からグループリビング型への移居	移形
			無為行動	増加	延床面積縮小の建替後の中度者

[凡例] 介：介護、黒：施設形態、罫：環境移行、罫：なじみ、白：身体状況

は空間のつながり方や施設規模など、施設の全体的な空間構成のものが多くみられていることがわかる。一方、〈対立しない意見〉は共用空間や便所などの各部計画やしつらえに関することが多いといえる。したがって、特

に全体的な空間構成のあり方が大きな課題となっていることが指摘される。〈対立しない意見〉の問題箇所を詳述すると、居室内のミニキッチンの意見は、痴呆性高齢者はミニキッチンを使用しないが、GHなどの施設需要がなくなったときに用途転用しやすいので必要という意見の中でみられているものである。また、車いす対応のトイレは、大きいと居心地が悪いので狭くつくり、介護が必要になったときには戸を外して対処するといった意見の中での記述である。それゆえ、これらの問題箇所の意見は必ずしも不要という見解ではない。しかし、この種の指摘は、いたずらや混乱を招いたり、他方で問題に及ぶ可能性もあり、そのあり方の検討が必要といえる。

このように、痴呆性高齢者施設の建築計画に関する意見として特に空間構成のあり方に対立する内容が多くみられることから、以降の分析においては施設の空間構成と諸室計画に分けて具体的に検討していくこととする。

#### 4. 痴呆性高齢者GHの平面構成タイプと経年的動向

図3には、痴呆性高齢者施設の空間構成に関する対立意見について考察を進めるための前段階として、国内外のGH事例集より図面を収集し、共用空間と居室の配置方法に注目して平面構成をタイプ分類したものを施設の

表2 痴呆性高齢者のための建築計画に関する主な意見

	意見内容	掲載数			
		肯定	否定		
対立する意見	空間構成	施設自体の規模が小さくなるのが望ましい	1	1	
		他施設と併設している方がよい	4	1	
		居室と共用空間の間に介しが必要	5	2	
		施設全体が見通せる方がよい	4	3	
		廊下に沿って居室が並べられたアパート形式がよい	2	3	
	各箇所	空間のあり方は非常に重要	2	1	
		トイレは居室ごとにある方がよい	6	1	
		個室の確保は原則	4	3	
		段差はあってもよい	3	2	
		階段はあってもよい	4	3	
対立しない意見	空間構成	民家や病院などからの用途転用の推進	6		
		立地は住み慣れたまちがよい	4		
		複数ユニット型であれば、入居者のADLや痴呆の状態などによって適切なグループ分けが可能	2		
	各箇所	トイレは可視性を重視	5		
		浴槽は家庭用の小さいものがよい	4		
		共用空間は大きさや空間性質の異なるいくつかの場や、廊下に椅子を置くなどの多様性が必要	4		
		食堂と台所は兼用の空間にした方が、高齢者の炊事参加を促しやすい	4		
		屋外環境を利用することが望ましい	3		
		若いころなじみ、高齢者にとって身体化している空間のしつらえや器具を使用	3		
		長い廊下はつづらない	2		
		空間認知の手法の1つとして表札が有効	2		
		ほとんど使われない居室内のミニキッチン	3		
		居心地の悪さや使い勝手の悪さを与えかねない車いす対応の大きすぎるトイレ	3		
		問題箇所	混乱を招く恐れがある避難誘導灯	3	
		必ずしも必要ではない回廊式廊下	3		
あっても使わないスタッフ専用室	2				

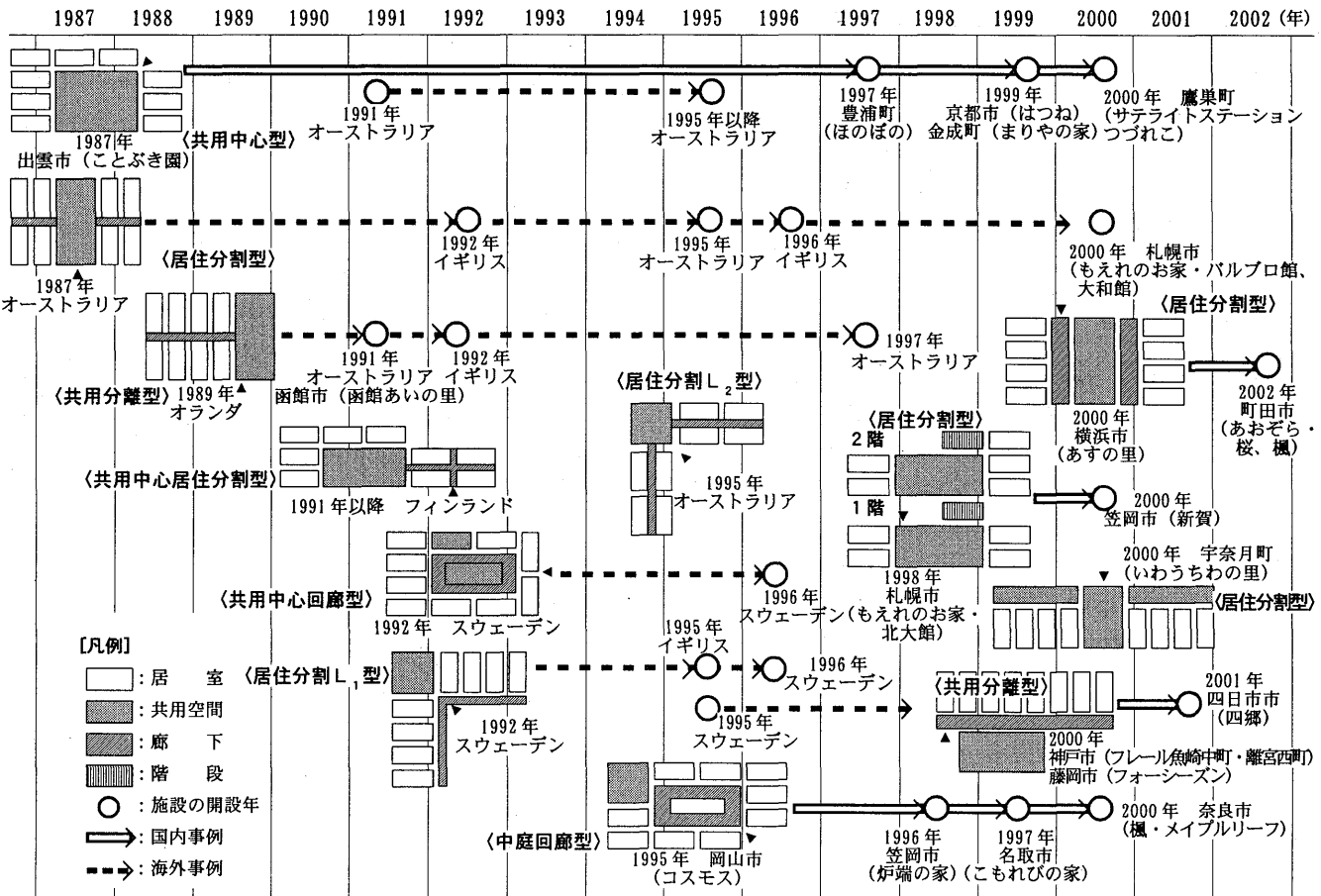


図3 痴呆性高齢者GHの居室と共用空間の配置からみた平面構成タイプと経年的動向

開設年順に並べた。ただし、タイプ分類に用いたGHは新築事例で、用途転用や増改築で痴呆性高齢者GHに変更された事例は除いた。この平面構成のタイプ分類は、建築計画の考え方の変化や考え方自体の相違によって空間構成の意見が対立していると想起されるため、空間構成に関する意見がどのような平面構成をもつ施設における意見なのか、それはいつごろ開設された施設なのかを明確にした上で論じる必要があると考えたことによる。

図3の痴呆性高齢者GHの平面構成タイプをみると、大きく①共用空間と居室群を並べた〈共用分離型〉、②共用空間を囲むように居室群を配した〈共用中心型〉、共用空間を廊下と居室で囲んだ〈共用中心回廊型〉、中庭を廊下と居室で囲んだ〈中庭回廊型〉、③居室群を共用空間の配置により平面的または階段で立体的に分割した〈居住分割型〉、あるいはL型の隅部に共用空間を配して居住空間を分割した〈居住分割L型〉の3つの基本タイプに集約させることができる。すなわち、居室群と共用空間を分離させたタイプ、居間や中庭などの共用空間を居室群が取り囲むタイプ、居室群を2ユニットに細分化したタイプの3つである。この基本タイプに、廊下の配置や共用空間の分割配置の仕方を変えることによって、平面構成が多様化していると考えられる。

図3より、平面構成タイプの経年的動向をみると、わが国のGHでは、共用空間を居室で取り囲む〈共用中心型〉の事例が最も早い時期に出現しているが、最近では居室群や共用空間をそれぞれ分割し、それらを廊下を挟んで平面を構成する〈居住分割型〉が目立っていることが読み取れる。また、共用空間を居室群で囲むタイプよりは、日照・採光・通風の確保や屋外への視界などを考慮し、共用空間を二方向以上外へ開いて平面を構成するタイプがみられるようになってきていることが特筆される。

### 5. 痴呆性高齢者施設における空間構成の課題

上述のように、痴呆性高齢者GHの平面構成には3つの基本タイプのほかに、共用空間や廊下の構成によってさらに多様なタイプがみられており、基本的な平面構成タイプの出現状況において経年的特徴がみられることが指摘できた。ここでは、雑誌などに紹介されている事例のケアスタッフ（以下、施設と称す）意見のうち、施設の空間構成を大きく左右する要素、すなわち、介しの有無、共用空間と居室の配置、見通しと居間・食堂・台所の構成、廊下の構造について検討を試みることにする。

#### 5.1 介しに関する対立意見

痴呆性高齢者施設の空間構成に関する意見には「共用空間と居室の間に介しが必要」「施設全体が見通せる方がよい」といった対比的な主張がみられていることは前述の通りである。ここでいう「介し」とは、空間的な緩衝が得られるように設けられた平面的な工夫のことをい

う。例えば、居間から直接居室が見通せないように居室前にアルコーブ状の踏み込みを設けたり、居間と居室との間に廊下を挟んだりするようなことを指している。

図4には、介しに関する施設の意見とその意見が紹介されている施設の開設年を示した。これをみると、〈介し肯定派〉は、入居者のプライバシーの確保に重点をおいていることが推察される。これに対し、〈介し否定派〉は、痴呆性高齢者の行動特性を考慮し、介護に重点をおいていることが理解できる。これらの意見が紹介された施設の開設年をみると、〈介し肯定派〉は、〈介し否定派〉よりも新しい開設年の施設においてみられていることから、空間構成に対する考え方に変化がうかがえよう。

#### 5.2 居室までの経路と共用空間の構成

「共用空間と居室の間に介しが必要」という意見に関して検討するため、玄関から居室に至る際にどのような経路が施設事例においてみられるのかを整理した。その結果、図5に例示するように、玄関から居室に至る経路としては、①共用空間を通過しない事例、②共用空間を通過する事例、③共用空間を通過するが、介しが設けられている事例、④共用空間の通過に関する選択が可能な事例の4つの経路タイプがみられていることが判明した。

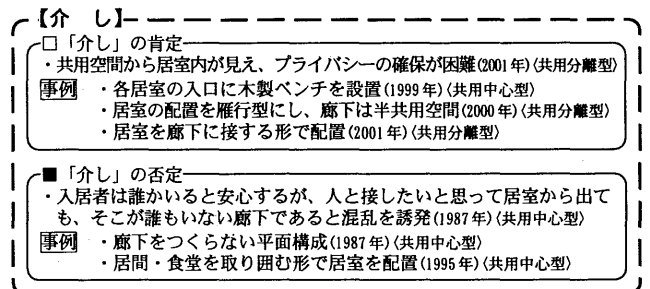


図4 介しに関する施設の意見

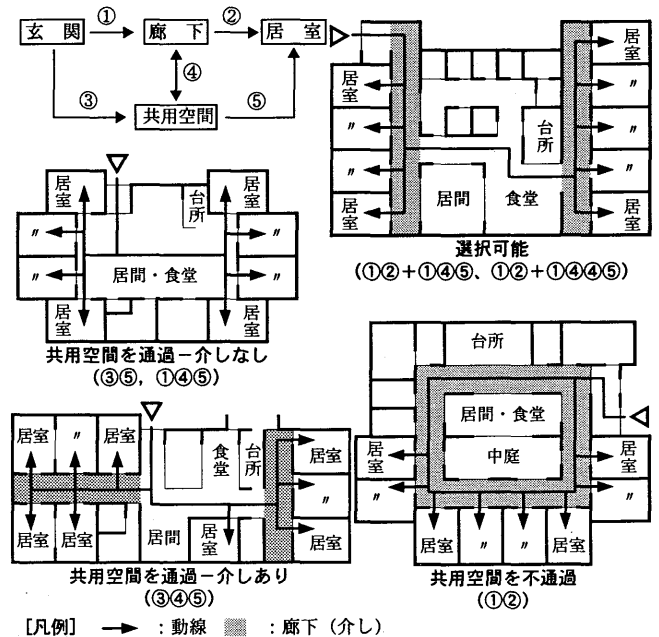


図5 居室に至る経路と共用空間の関係

このように、玄関から居室に至る経路として4種類のタイプがみられていることから、痴呆性高齢者施設の住環境計画において居間などの共用空間と居室群との平面構成の考え方には確かなものがないことがうかがえる。

そこで、実際に居間と共用空間との関係において介しの構成が異なっている図6に示すGH3施設を調査してみると、次のような結果が得られた。まず、共用空間との介しがある居室とない居室でユニットが構成されたA施設では、「入居者の中には痴呆重度や被害妄想のある人もいれば、痴呆軽度や人と接することが苦手な人もいることから、同じ条件の居室では対応できない」ということが聞かれた。一方、居室と共用空間の間に介しがないB施設では、介護者が入居者の動きを感じ取ることができ安心して入居者も馴染みやすいとの意見であった。また、共用空間とすべての居室の間には廊下が介してあるC施設では「入居者のプライバシーを守ることができる」ということであった。また、A施設とC施設では、居室よりも共用空間の環境を重視しており、結果的に共用空間での滞在率が高くなっている。これに対し、B施設は各居室の日当りを配慮した配置で、各室に便所を設けるなど居室の住環境を特に重視していることから、3施設

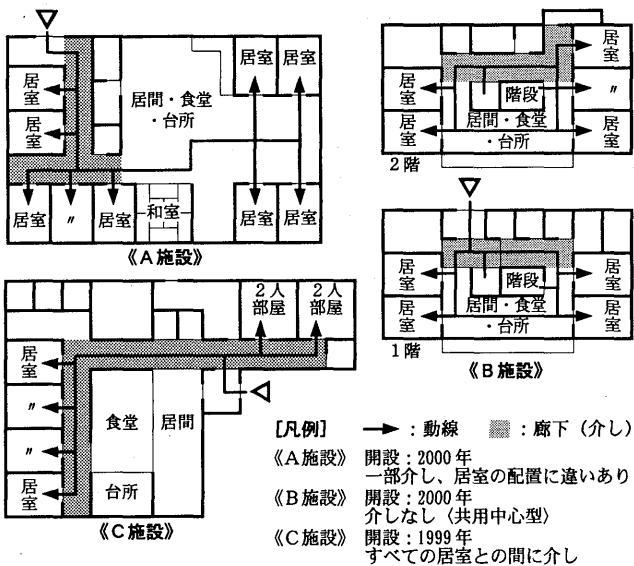


図6 調査GH3施設の平面構成

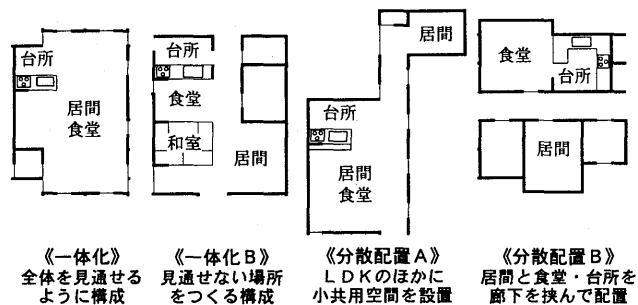


図7 居間・食堂・台所の平面構成

設の中では最も居室における滞在率が高くなっている。

このように、入居者の生活処遇や住環境の考え方は施設で異なることから、その空間構成のあり方はGH計画において重要な課題となっていることが理解できよう。

### 5.3 見通しに関する対立意見と共用空間の構成

前述のように、介しの有無は共用空間の構成だけでなく全体計画に影響を及ぼしてくる問題であることが指摘される。そこで、図7のように、施設事例にみられる居間・食堂・台所の平面構成を4つに分類した上で、居間などの共用空間の見通しに関する意見を図8に、居間・食堂・台所の空間構成に関する意見を図9に整理した。

図8より、〈見通し肯定派〉は、入居者にとって常に居間などの共用空間の様子をみることができるので安心が得られるために、施設の共用空間をどこからでも見通しをよくし、家庭的な雰囲気をつくることで入居者の自立した生活が期待できるという。また、居室から出たとき、痴呆症の人は方向を確認する行動特性があるため、見通しのよい空間が必要であるという主張もみられる。

一方、〈見通し否定派〉は、人間関係のトラブルの際にそれを理由に部屋にこもることがあるので、共用空間でお互いに顔を合わせないですむ場所の確保が必要と主

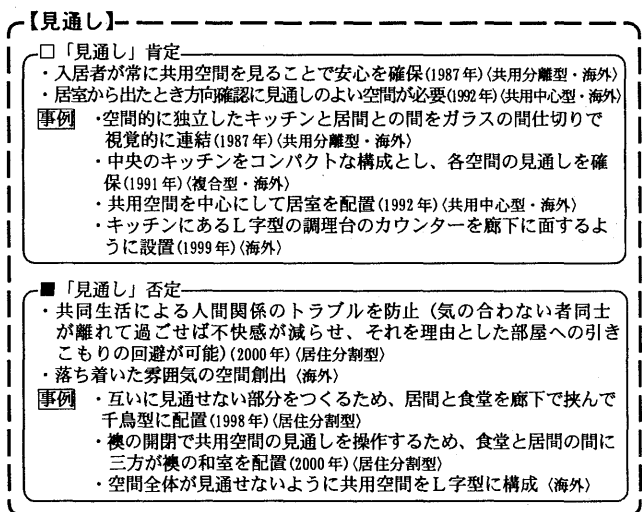


図8 共用空間の見通しに関する施設の見解

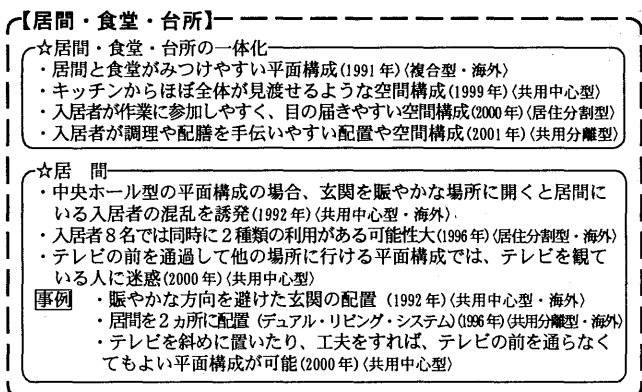


図9 居間・食堂・台所の構成に関する施設の見解

張し、全体を見渡せない落ち着いた雰囲気づくりが必要という。また、個々の人の多様性に対応できるように小さな共用空間を分散させて配置する必要があるという。

図7～図9よりみると、〈見通し肯定派〉による具体的な空間構成の提案としては、①居間と対面するようにつくられたキッチンと居間との間をガラスのスクリーンで仕切ること、②キッチンを中央に配置し、動線の一部として自然に利用されるように仕向けること、③キッチンにあるL字型の調理台は片面が廊下に面したカウンターとすること、④居室群と廊下で居間を取り囲むような共用中心回廊型が適していること、⑤活動エリアを回遊路に近接させ、その一部とはならない位置に配置すること、などである。これに対し、〈見通し否定派〉の場合には、①居間をL字型に構成して死角をつくること、②居間と食堂を廊下で挟んで千鳥型に配置すること、③食堂と居間の間に三方がふすまの部屋を配置し見通しを操作できるようにすること、④使い分けができるよう食堂や集いの場をいくつかに分けること、などである。

このような〈見通し否定派〉の提案は、図3の平面構成タイプの経年的動向をみると、比較的最近になってみられている居住分割型や共用分離型のGHにおいて理解できる内容と考えられる。一方、〈見通し肯定派〉の提案は、共用中心回廊型や共用中心型などのGHにおいて理解できる内容であるといえる。したがって、最近新設されたGHでは〈見通し否定派〉の方が〈見通し肯定派〉の考え方よりも主流になっていることが指摘される。

#### 5. 4 廊下に関する意見と構成

廊下に関する施設の意見を図10に示したが、これを見ると、回廊型廊下は、入居者の方位感覚を喪失させてしまい、場所の定位を困難にすることから不安を一層掻き立てられたり、廊下をぐるぐる回ったりするという指摘が目立つ。このことから、痴呆性高齢者にとって回廊型廊下の存在は好ましいものとはいえないことが理解できる。また、長い廊下や行き場を見失ってしまう廊下の存

#### 【廊下】

##### ☆「回廊」認知

- ・入居者は方位感覚を失い場所の定位が困難になり廊下を徘徊(1997年)(共用中心型)
- 事例 廊下の循環を外部景観と結びつける窓を設置(1997年)(共用中心型)

##### ■「回廊」否定

- ・自分のいる場所がわかりづらいなどの不安や混乱を誘発(1985年)
- ・自分のいる所がわからず、不安を一層掻き立てる存在(1993年)(共用中心型)
- ・回廊式は必ずしも必要ではなく、管理者に都合のよい発想(1996年)
- 事例 廊下そのものを談話スペースや休息スペースに改善(1985年)
- ループ状廊下は避けデイルームや談話室と接続(1987年)(共用中心型)
- 日時の変化や四季の移ろいを身近に感じさせる工夫として回廊に窓を設置(1996年)

##### ☆廊下の構成

- ・行き場を失ってしまう行き止まり廊下を回避(1995年)(居住分割型・海外)
- 事例 廊下を短く見せるため、ちょっとした仕切りやスクリーンを使用(1995年)(居住分割型・海外)
- 廊下を短く見せるのに、住居クラスターの線形的配置は効果的(1996年)(居住分割型・海外)
- 廊下を短く感じさせる曲線的配置を採用(1996年)(居住分割型・海外)

図10 廊下に関する施設の意見

在に対しても否定的な意見が少なくない。これは、入居者が目的の場所への移動を容易にするためには、行き止まり廊下を最小限に押える方がよいということや廊下を短く感じさせる工夫が必要という主張からうかがえる。

#### 6. 痴呆性高齢者施設における諸室計画の課題

ここでは、書籍・雑誌においてみられた施設による居室、スタッフ専用室、水まわり、およびバリアフリーに関する意見の整理を試み、痴呆性高齢者のための建築計画に関する諸室の課題や留意点について検討してみる。

##### 6. 1 居室に関する対立意見と課題

ここでは、「個室の確保は原則」「自分の居室を見つけやすい目印が必要」「便所は居室ごとにある方がよい」といった対立意見および「居室内のミニキッチンほとんど使われない」という問題箇所について検討する。

居室に関する施設の意見を図11に示したが、〈個室化肯定派〉は、入居者の尊厳とプライバシーを守るためや親族や友人のためにも個室とすべきであると主張している。一方、〈個室化否定派〉は、入居者が孤独になるこ

#### 【居室】

##### □「個室化」肯定

- ・個室のプライバシーと家らしい建物を提供することは、親族や友人のためにも配慮すべき重要な事柄(1992年)(共用分離型・海外)
- ・入居者の尊厳とプライバシーを確保するため必要(1993年)(共用中心型)
- 事例 ・和室より洋室のプライバシーが高いことを検証(2000年)(共用中心型)

##### ■「個室化」否定

- ・アルツハイマー型痴呆の混乱期には、非常に強い不安があり、この不安は個室に一人であるとともに悪化(1987年)(共用中心型)
- ・アルツハイマー型痴呆の場合には集団を好む傾向(1991年)(共用分離型)
- ・目が覚めたとき側に誰もいないと大声を出して騒ぐことがあり、顔なじみの同居者がいる方が安心(1996年)(共用中心型)
- ・個室を必要とするケースもあるが、元々地方の暮らしでは1人部屋が少なく個室は馴染まない(1996年)(共用中心型)
- ・管理する側からも死角になりやすく、入居者が孤独になりがち(1997年)

##### ☆自室認識

- ・自分の部屋を出た入居者は目的地がわからず、最初に目に映ったドアへ向かうという行動特性を配慮した居室配置が必要(1995年)(居住分割・海外)
- ・居室の外観が同じで、入居者は部屋を識別しづらい(1999年)(複合型)
- 事例 ・居室のドアが向き合わないよう居室を配置(1995年)(居住分割型)

##### □「目印」肯定

- ・居室のドアを見つけやすくする工夫が必要(1992年)(共用分離型・海外)
- ・インテリアで工夫すると部屋を間違えないよう変化(共用分離型・海外)
- 事例 ・ドアに名前を表示し、小さなランプを設置(1987年)(共用分離型・海外)
- ・痴呆が重度化しても色、音、形などは識別可能なことから、痴呆の程度により5色に塗り分けたドアを設置(1991年)(共用分離型)
- ・容易に居室を認識できる工夫を実施(1996年)(居住分割・海外)
- ・若いころや家族の写真、思い出の品などを飾るメモリーボックス(棚)をドアの横に設置(共用分離型・海外)
- ・住宅であるとの考えから表札と呼び鈴を設置(2000年)(共用分離型)
- ・名前を認識できる入居者のみドアに名前を表示(共用中心型・海外)
- ・居室のドアと窓の位置は、各居室で独自に設置(共用分離型・海外)
- ・居室のドアに入居者の情報パネルや写真・絵などを設置(居住分割型・海外)

##### ■「目印」否定

- ・目印は普通の暮らしを損なう(一般家庭にない)(1989年)(共用分離型・海外)

##### ドアの構造

- ・入居者が主体的にプライバシーを維持できることが必要(1999年)(共用中心型)
- ・入居者が居室から廊下を見たり、職員がさりげなく居室の様子をうかがえるようにできる工夫が必要(2000年)(共用中心型)
- ・夜の巡回の際に鍵を開ける音が入居者の安眠を妨害(2000年)(複合型)
- 事例 ・居室のドアにはリビングに面して障子の小窓を設置(1999年、2000年)ともに、共用中心型)

図11 居室に関する施設の意見

とやアルツハイマー型痴呆症の行動特性を考慮して個室化を否定する意見となっている。なお、個室化は介護する側から死角になりやすいという管理側の意見もある。

自室認識のための〈目印の否定派〉は、普通の暮らしを損なうことがその主な理由である。つまり、家庭的な雰囲気や大切にするのであれば一般家庭に普通にあるもの以外ではできるだけ使用しない方がよいという主張である。これに対して、〈目印の肯定派〉は、同じ外観が並ぶ居室では入居者が自室を間違ひやすいことから、容易に識別できるように居室の扉などに工夫が必要という意見である。その具体的な工夫としては、図11に掲げるような事例がみられている。したがって、ケア側の眼でみると入居者の自室認識への配慮の必要性がうかがえる。

そのほか居室に関する意見は、図12に示すように、居室面積、部屋割り、屋外との関係などがみられる。個性ある生活が行えるスペース的ゆとりの確保や家族・知人が一緒に泊まれる配慮など課題が少なくないといえる。

次に、居室内トイレの設置に関する意見を図14よりみると、まず〈居室内トイレ肯定派〉は、近くに見えると安心でき、自分の便所ならうまく使えなくても羞恥心を和らげることができることや介護職員の労力低減ができることを指摘している。一方、〈居室内トイレ否定派〉は、居室にトイレを設けることは一般家庭におけるイメージではないということから居室内トイレには反対の考えのようである。ただし、居室内トイレの設置に経費がかかることや手洗いの水が流し放しになることがあるといった問題もある。居室内にトイレを設ける場合には、ベッドなど日常的に過ごす場所から見えにくい位置に設けるとトイレの位置をわかりにくくするので、寝室に接し、目でみてはっきりわかる場所に設置する方がよいという指摘もみられている。なお、ミニキッチンに関する意見はすべて海外事例でみられているもので、日本では居室にミニキッチンを備えている事例は見当たらない。

## 6. 2 居間と台所における課題

図14より、居間に関する施設の意見をみると、居間の広さや平面構成に加えて照明計画が重要な課題となっていることが読み取れる。つまり、昼も夜も蛍光灯を点けっぱなし状態の環境に置かれると照明のメリハリがないので一日の生活リズムがつかれず、痴呆性高齢者に混乱を招いてしまうことから昼と夜の明るさを区別できる照明環境が必要という指摘である。市販の調光器では昼間と夜間の照度調整が難しいという意見もあり、中には蛍光灯の代わりに白熱灯を使用した事例もみられている。

次に、台所に関する意見を図14よりみると、台所では棚の高さや構造、コンロの機種選択、流し台の高さなどの問題が指摘されている。台所の設備計画においては、入居者の身体状況や入居までの生活習慣などを考慮した高さ寸法や機器などの検討が必要であることがわかる。

**【居室】**

★居室面積

- ・痴呆性高齢者施設の設定は難しく改造できる余地が必要(1996年)(居住分割型・海外)
- ・寂しいときに気の合った人や家族と一緒に泊まれるよう配慮(1997年)(共用中心型)
- ・重介護の場合でも対応できる介護しやすい空間を確保(1996年)(居住分割型・海外)

事例

- ・使い方や好みの空間に改造可能な広めの居室(1995年)(居住分割型・海外)
- ・家具を入れる余裕など豊かさを許す広さを確保(1996年)(居住分割型・海外)
- ・いくつかの個室は他の部屋より少し広めに確保(1997年)(共用中心型)

★部屋割り

事例

- ・自立度が高い順に奥から部屋割りし、重度の人は手前に入居してもらうことで、軽度・中度の人が通りがかりに重度の人に声をかけ、他人へのいたわりが生まれることを期待(1991年)(共用分離型)
- ・常に見守りや介助が必要な人は1階に優先的に入居(2000年)(居住分割型)
- ・トイレに近い人を(トイレの)周辺に配置(2000年)(複合型)

★屋外との関係

事例

- ・各居室から屋外へ直接出入りできるよう配慮(1997年)(共用分離型・海外)
- ・ベッドから外が眺められるように窓の高さを設定(1999年)(共用分離型)

★居室の様式

- ・アルツハイマー型痴呆性高齢者の特性(起居の身体動作の自立性が比較的高い)と対象者の暮らす地域での住文化の考慮が必要(1996年)(共用中心型)
- ・在室時間を長くするためには居心地のよい環境が必要(2000年)(居住分割型)

事例

- ・居室内の一部に畳を敷き込む(1996年)(共用中心型)
- ・洋風と和風が選択ができるよう工夫(1997年)(共用中心型)
- ・ケアスタッフと相談の結果、全室畳敷きを採用(2000年)(居住分割型)
- ・和室とフローリング仕上げの洋室を用意(2000年)(居住分割型)

★内装

- ・プライバシーの確保が必要(1999年)(共用分離型)
- ・私物を持ち込んでも自分の物であることの認識が困難(1999年)(複合型)

事例

- ・細部にわたり、できる限り家庭に近い雰囲気をつくり出すことを強調するため、居室に個別の装飾を採用(1992年)(共用分離型・海外)
- ・自分の家具や写真などを持ち込めるよう工夫(1995年)(居住分割型・海外)
- ・壁を落着いた緑系統の色に塗り替えを実施(1996年)(共用中心型)
- ・4床室を間仕切り収納家具をベッドの間に設置(1999年)(共用分離型)
- ・襖の引き手は昔ながらのデザインのものを採用(2000年)(共用中心型)

★設備

- ・(電気のスィッチは)原則、ケアスタッフが操作(1996年)(共用中心型)
- ・家族からの電話を受けるために居室に電話を設置することが必要(1998年)
- ・入居者にとって手の届かない上部の押入れの使用は困難(2000年)(複合型)

事例

- ・洗面化粧台、緊急コール、煙感知器、スプリンクラー、電話、テレビ端末などを設置(1993年)(共用中心型)
- ・居室に後づけで手すりや設置できるように配慮(2000年)(居住分割型)

図 12 居室に関する施設の見解

**【居室内トイレ】**

□「居室内トイレ」肯定

- ・ベッドなど日常的に過ごす場所から見えにくい位置に配置されたトイレは、入居者にとってその位置の認知が困難(1991年)(海外)
- ・失禁が多いので居室内にトイレが必要(1993年、2000年)(ともに、共用中心型)
- ・入居者と施設関係者とのプライバシーを考慮(1997年)(共用分離型・海外)
- ・ターミナルまで看取ることが前提(1998年)(居住分割型・海外)
- ・失禁の問題に対応するため、居室内にトイレとシャワーが必要(1998年)
- ・「入居者が自力でトイレに行くことが重要になる場合もある」という配慮と、介護職員の労力低減の問題を解決したもの(1999年)(共用分離型)
- ・便所が近くに見えれば安心でき、自分の便所ならうまく使えなくても羞恥心を和らげることが可能(2000年)(居住分割型)
- ・手洗いの水が流し放しになることがあるので要注意(2000年)(共用中心型)

事例

- ・オープン形式で腰の高さの仕切りとカーテンを設置(1995年)(共用中心型)
- ・居室内トイレとシャワーを広く設計(1998年)(居住分割型・海外)
- ・初期コストを抑えるため、個室トイレを断念(1999年)(共用分離型)
- ・移動しやすくするため、引き戸なし(2000年)(複合型)

■「居室内トイレ」否定

- ・一般家庭と同様に使いやすく、わかりやすい居室外に配置(1997年)(共用中心型)

事例

- ・寝室に接し、はっきりわかる場所に設置(1995年)(居住分割型・海外)

**【ミニキッチン】**

□「ミニキッチン」肯定

- ・入居者の独立心とプライバシーの向上に寄与(1997年)(共用分離型・海外)
- ・GHの需要がなくなれば用途を転用するので、不良住宅ストックを増やさないためにも必要(1995年)(海外)

事例

- ・食品管理がほとんどできず空っぽ状態の冷蔵庫(1992年)(共用中心型・海外)
- ・ベッドに寝たときに目に入らないよう壁面収納の一部として木製の扉に隠し、余計ないたづらを防止(1996年)(居住分割型・海外)
- ・実際にはほとんど使われていないミニキッチン(1999年)(海外)

図 13 居室内トイレとミニキッチンに関する施設の見解

**【居 間】**

☆広さ・設備

- ・入居者とスタッフがゆったり集える広さの居間が必要(1997年)(共用中心型)
- ・家族などの来客にも対応できる居間の構成(1997年)(共用中心型)
- ・ソファなどが居間の周囲に分散して置ける工夫(1997年)(共用中心型)
- ・横になれる昼スペースは必要(2000年)(居住分割型)

事例

- ・居間よりはホテルのラウンジに近い雰囲気(1987年)(共用分離型・海外)
- ・一般家庭を思い描いたが、広めの居間を設置(1997年)(共用中心型)
- ・客間という改まった印象を受けて利用されない和室(2000年)(複合型)
- ・天井まで収納は使い勝手が悪く、収納物品も制約(2000年)(複合型)

☆照明

- ・生活リズムの維持回復には照明のメリハリが必要(1998年)
- ・昼も夜も人工照明の環境では痴呆性高齢者が混乱(1999年)(共用中心型)
- ・居間の照明器具と非常灯が全般に明るすぎるので、夜と昼の明るさを区別できる照明環境が必要(1999年)(複合型)
- ・市販の調光器では昼間と夜間の照度調整が困難(2000年)(複合型)

事例

- ・生活のメリハリをつけるため、一般家庭の10倍以上の照度やライトを埋め込んだ作業用ガラステーブルを設置(1998年)
- ・落ち着いた雰囲気づくりにやや暗めの白熱灯を使用(2000年)(居住分割型)

**【台 所】**

☆棚

- ・流し台の上手が届かない収納部分は、手の届きやすい範囲にしか物を置かないので必要(2000年)(複合型)
- ・キッチンの収納棚で頭を打ちそうになるので危険(1999年)(複合型)

☆コンロ

- ・使ったことがない電磁調理器に戸惑う入居者(1999年)(複合型)

事例

- ・入居者の安全を考えて電気コンロを採用(2000年)(共用分離型・海外)

☆流し台

- ・小柄な入居者も少なくないので流し台の高さに注意(2000年)(居住分割型)

☆その他

事例

- ・ブラインドは壊れやすく修理しにくいのでカーテンが好ましいが、消防法の関係からブラインドを採用(2000年)(複合型・海外)

図 14 居間と台所に関する施設の意見

### 6. 3 水まわりの配置と課題

図15には、浴室、脱衣室、洗面所、トイレ、家事室などの水まわりに関する意見について整理した。水まわりは、痴呆性高齢者の問題行動に関わることが多いことから広さや設置などに配慮する必要があると考えられる。

浴室については、「特に女性が入浴前後の気楽な服装で玄関前を通過して浴室へ行くことには、抵抗をおぼえる」や「(施設が)複数階の場合には、階段の上がり、下りを考慮する必要がある」などの意見がみられている。

浴槽は、大きいものではなく家庭用サイズの小さいものにする方が望ましく、また浴室に入るドアの構造に課題があることがわかる。脱衣室では、入浴前後に落ち着いて対応できるスペースの確保やトイレの設置が望まれている。そのために、イスなどを置けるスペースの確保や洗濯機を持ち込まないことなどの指摘がされている。

洗面所については、朝晩の洗顔や歯磨き、手洗いの用途ではなく、うがいをしたり、時には簡単な洗髪をするので、いつでも使えるような配慮が必要であることが指摘されている。具体的な洗面所の配置としては、居間に面して、使いやすい場所ということが提案されている。

トイレに関する意見をみると、トイレの配置としては可視性を重視して日中過ごすことの多い居間や食堂まわり、入浴時の更衣室での使用、庭にいる場合の使用を考えて設置しなければならないこと、などが読み取れる。

**【浴室・脱衣室】**

☆浴室

- ・入浴の服装で玄関前を通過して浴室へ行く配置は不適切(2000年)(共用分離型)
- ・複数階で浴室が1箇所の場合、階段の上がり下がりが大変(2000年)(共用分離型)

☆浴槽

- ・介助浴ができる空間と手すりを設け、広すぎて施設にならない家庭的な浴槽に配慮することが必要(1997年)(共用中心型)
- ・浴槽の段差はある方がリハビリとして活用が可能(1999年)(複合型)
- ・家庭用より大きい浴槽では小柄な入居者は浮き上がり不安定なため、湯につかって使用できる手すりの設置も必要(2000年)(居住分割型)

事例

- ・最も小さい間口の1,298mmタイプの浴槽を使用(1999年)(共用中心型)
- ・浴槽が滑るので介助浴で対応(2000年)(複合型)

☆洗い場

- ・痴呆性高齢者は足の感覚が鈍く、不安定に感じることに配慮(1991年)(共用分離型)
- ・木の香りがする浴室はくつろいだ雰囲気づくりに寄与(1997年)(共用分離型)

☆浴室入口

- ・慣れないスライド式ドアに戸惑い、安全上も問題(1995年)(居住分割型・海外)
- ・浴室が認識できない場合があるので入口に工夫が必要(1996年)(共用中心型)
- ・自動開閉式の浴室ドアは介助に不向き(2000年)(複合型)

☆その他

- ・混乱を引き起こす場合もある浴室の音響効果に配慮(1992年)(共用分離型・海外)
- ・感染症患者への対応のため1人用浴室の用意も必要(1999年)(共用中心型)

☆脱衣室

- ・脱衣室に洗濯機を置く場合にはスペースの確保が必要(2000年)(複合型)

事例

- ・入浴前後にゆったりできるスペースを確保(1997年)(共用中心型)
- ・イスなどを設置可能なスペースを確保(1997年)(共用中心型)
- ・脱衣室にもトイレを設置(1997年)(共用中心型)

**【洗面所・トイレ・家事室】**

☆洗面所

- ・洗面所は、朝晩の洗顔・歯磨きや手洗いだけでなく、うがいや時には簡単な洗髪をするので、いつでも使えるよう配慮(1997年)(共用中心型)

事例

- ・居間に面している使いやすい場所に設置(1997年)(共用中心型)

☆トイレ

- ・広すぎる車いす用トイレなど住宅らしさを無視したバリアフリーは、痴呆症状にとって逆効果(2000年)(居住分割型)

事例

- ・建物の中央部で、最も見えやすい場所に設置(1987年)(共用中心型)
- ・直く利用できるよう屋外にもトイレを設置(1991年)(共用中心型・海外)
- ・日中過ごすことの多い居間や食堂回りに設置(1997年)(共用中心型)
- ・入浴時の使用も考えて更衣室にも便所を設置(1997年)(共用中心型)
- ・ホールに面するトイレは間仕切りで視線を遮断(1999年)(共用中心型)
- ・広めのトイレは落ち着かない様子なので狭く改造し、介護が必要な時は引き違い戸を外して対処(2000年)(居住分割型)
- ・どの部屋からも見えるよう動線を考慮して計画(2000年)(居住分割型)

☆家事室

- ・洗濯室は衣類を干せるぐらいの広さが必要(1987年)(共用分離型・海外)
- ・汚いものを洗う洗濯機も置くスペースが必要(1999年)(複合型)

事例

- ・洗濯室に洗剤とアイロンなどをしまう鍵のかかる戸棚を設けることで、入居者がそれらを扱う危険を回避(1995年)(居住分割型・海外)

図 15 水まわりに関する施設の意見

しかし、居間などの共用空間にトイレのドアが直接面していることに対しては問題という指摘もみられている。

### 6. 4 スタッフ専用室に関する対立意見と課題

図16より、スタッフ専用室に関する施設の意見をみると、〈スタッフ専用室肯定派〉は、スタッフのストレスを減らすことやスタッフの休憩時間が必要なことからスタッフ専用室が必要であるという意見である。一方、〈スタッフ専用室否定派〉は、「外に出れば気分転換できるので、あえて必要ない」や「休むことを想定しておらず書類置き場と考えているからあっても使わない」などという指摘がされている。また、スタッフ専用室の配置についてみると、呼び出しがあった場合などにすぐ駆けつけられることや玄関や居間の様子を見守れるように配



慮することなどがあげられており、具体的な場所としてはキッチンの横や玄関の横という意見がみられている。

なお、〈監視肯定派〉は介護側からの意見であり、〈監視否定派〉は「監視もできる事務所は入居者に違和感を感じさせる」という指摘があることから、スタッフ専用室の設置には家庭的な雰囲気を壊さないよう配慮することが要点といえる。また、スタッフ専用室では、スタッフが快適に過ごせるようにすることや、宿直に対応できるようにすることが必要であることが理解される。

### 6. 5 出入口と避難・防火設備における課題

図17、図18には、玄関などの出入口および避難設備や防火設備に関する意見をそれぞれ整理した。まず玄関では、入居者が勝手に出て行ってしまうことが大きな問題とされており、入居者の無断外出への対策や対応方法に関する意見が多いことがわかる。また、玄関しつらえとして、一般家庭の玄関の雰囲気をもたせることや車いすや身体障害者などへ対応できる配慮などが指摘され、玄関らしさの不足が課題といえる。その意味では、上がり框のある玄関について再検討する必要も提起されよう。

避難設備や防火設備に関する意見を図18よりみると、

**【スタッフ専用室】**

□「スタッフ専用室」肯定

- 入居者がスタッフの気配をいつでも感じられる平面構成(1991年) (共用分離型)
- スタッフが休憩時間にいる場所の必要性を考慮(1992年) (共用分離型・海外)
- スタッフの態度は入居者に明らかに影響するため、スタッフのストレス軽減に快適な環境の確保が必要(1995年) (居住分割型・海外)
- 入居者が視察などの来客に不安や混乱を招かない工夫(1997年) (共用中心型)

事例

- ほぼ施設全体が見渡せるように事務室を配置(1991年) (共用分離型)
- 入居者の動線と隔離したスタッフ室の配置(1995年) (居住分割型・海外)
- 来客やスタッフ専用の通用玄関を設置(1997年) (共用中心型)
- スタッフ専用の浴室とトイレを配置(1997年) (共用中心型)
- 共用空間が見えやすいスタッフ室の配置(1999年) (海外)
- 間仕切りに透明ガラスを採用(1999年) (海外)
- 呼び出しにすぐに駆けつけられる動線の工夫(2000年) (共用分離型・海外)
- 玄関や居間の様子も見守れるキッチンの横に変更(2000年) (居住分割型)

■「スタッフ専用室」否定

- 外に出れば気分転換できるので、休憩室はあえて不要(1999年) (共用中心型)
- 休むことを想定しておらず、書類置き場である休憩室は不用(2000年) (居住分割型)
- 監視もできる事務所は入居者に違和感を感じさせ、不向き(2000年) (複合型)

事例

- 大半の時間を入居者と一緒に過ごすため、スタッフの更衣や事務仕事の際に使用する程度(2000年) (居住分割型)
- ガラス窓に目隠しをして対応(2000年) (複合型)

図16 スタッフ専用室に関する施設の見解

**【玄関】**

☆無断外出への対応

- デイサービス利用者などと一緒の外へ出て行かれることの対策(1999年) (複合型)
- 入居者の出入りをチェックすることが困難(2000年) (居住分割型)

事例

- 同時に逆方向に回さないと開かない二つのケースハンドル(使用時以外は扉の表面から出ない形)を設置(1996年) (共用中心型)
- 出入口の施錠をなくすため、痴呆性高齢者用の徘徊監視装置としてセンサータグ方式を採用(1997年) (共用中心型)
- 徘徊老人感知システムを導入
- 洗濯物を置いたり、移動式の間仕切を使って対応(1999年) (複合型)
- ドアに開くと音がなる装置を設置(1999年) (複合型)
- 手製の鈴を設置(2000年) (居住分割型)

玄関のしつらえ

- 下駄箱や来客用のコートハンガーなどは家庭同様とし、花を飾るなどの雰囲気づくりを大切に心がけることが必要(1997年) (共用中心型)
- 家庭の玄関構えを心がけ、車いすや足腰の弱い人にも配慮(1997年) (共用中心型)
- 外から帰ってくる車いすで傷がつくので床上げにも注意(1999年) (複合型)

事例

- スロープや靴を脱ぎ履きするときの腰掛に配慮(1997年) (共用中心型)
- 上がり框もなく、玄関らしさが不足(2000年) (複合型)

図17 玄関に関する施設の見解

消防法により設置指導されている非常口・避難階段などの避難設備が無断外出の経路にされたり、非常灯・誘導灯自体が痴呆性高齢者が混乱を招いたりするという指摘が目立つ。そのため、非常口を普段は使えないようにしたり、非常灯を隠したり、ケアによって対応したりしているようであり、今後の重要な課題の一つといえよう。

### 6. 6 バリアフリーに関する対立意見と課題

段差および階段に関する意見を図19に示したが、〈段差解消肯定派〉は、身体機能が低下している人や車いす

**【避難・防火設備】**

☆非常灯

- 非常灯が見えると、そこから出ようとする人が多く対策が必要(1995年) (海外)
- 非常灯は混乱を誘発するので設置指導の撤廃が必要(2000年) (居住分割型)

事例

- 非常口サインを隠すための吊り食物鉢を配置(1995年) (海外)
- 避難誘導灯も付けられるが、今のところ不要(1999年) (共用中心型)

非常口に関する意見

- 痴呆症のため非常口の存在が入居者の混乱を誘発(2000年) (複合型)

事例

- 普段は使えないように金網を張った戸で固定(2000年) (居住分割型)

避難階段

- 居室は避難階段につながっているため、勝手に外へ出られてしまう場合が少なくないので、その対策が必要(1999年) (複合型)

事例

- バルコニーから非難階段を通して外に出られるが、鍵には工夫を施さずケアで対応(2000年) (共用中心型)

火災対策

事例

- 指導ではなく独自の判断でスプリンクラーを設置(1999年) (共用中心型)
- 火災の際には同じフロアで一時避難させ、入居者を順次階下に誘導していくので居室ゾーンとの間に防火扉を設置(2000年) (居住分割型)

図18 避難・防火設備に関する施設の見解

**【段差】**

□「段差解消」肯定

- 身体機能が低下している入居者も支障なく屋外に出られる工夫(1997年) (海外)
- 夜間の安全性に配慮し、車いす使用も可能な段差解消(1997年) (共用中心型)
- 段差が多いと終末介護(ターミナルケア)の対応に不適切(1998年)

事例

- スロープの設置(1997年) (共用中心型)

■「段差解消」否定

- 日常生活において認識できる段差は必要(1999年) (複合型)
- 同一フロア障害という問題もあるので、少しの段差は可(1991年) (共用分離型)
- 極端なものは別にして、バリアフリーが必要かどうか疑問(1996年) (居住分割型)
- フラットでは玄関が認識ができず靴を脱ぐことが理解できないので、玄関を意識させるために上り框の設置も検討することが必要(1999年) (複合型)
- 15cm程度の段差ではつまづく人が多いので、はっきりした方が意識しやすい段差(2000年) (複合型)

事例

- 2世帯住宅の用途転用の際に、上がり框を低い2段につくり変えたほかは、以前のまま使用(1996年) (居住分割型)

**【階段】**

□「階段」肯定

- 階段は運動不足の解消に寄与(1996年) (居住分割型)
- 階段を毎日使うことが身体機能の維持にも貢献(1997年) (居住分割型)
- 入居者が階段をよく利用するので勾配に配慮が必要(2000年) (居住分割型)

事例

- 入居者が落ち着ける場として踊場のベンチを利用(1998年) (居住分割型)
- 階段にはフットランプを設置(1998年) (居住分割型)

■「階段」否定

- 入居者の危険防止を考慮(1996年) (共用中心型)

事例

- 通常は入居者の上下階の移動に利用し、非常時には安全な避難誘導装置としても役立つスロープの設置(1995年) (共用中心型)

☆階段昇降機

- 1、2階間の移動をスムーズに行うため、階段昇降機の配置には注意が必要(1989年) (海外)

事例

- 階段昇降機を配置したが使いにくく、移動が不便(1989年) (海外)

☆エレベーター

- 帰宅願望を誘うので内部から見えない工夫が必要(2000年) (共用分離型)

事例

- 改造費がかさむのでエレベーターの設置を断念(1997年) (居住分割型)
- 入居者が夜間にトイレと勘違い(1999年) (複合型)

図19 段差解消と階段に関する施設の見解

の使用を可能にするため、段差が多いと終末介護（ターミナルケア）ができないため段差解消を推進している。一方、〈段差解消否定派〉は、日常生活において認識できる段差は必要であることや同一フロア障害問題があるなどの意見がみられている。したがって、段差の有無に関しては今後の検討が必要な問題であると考えられる。

階段については、〈階段肯定派〉は運動不足の解消に役立つ、入居者が落ち着ける場として階段の踊り場を利用しているのであってもよいという意見である。具体的な提案としては、高齢者が階段をよく利用するので階段を緩やかにすること、などの留意点がみられた。一方、〈階段否定派〉は、危険防止のためや上下階の移動を容易にする必要があることを主張している。しかし、エレベーターを設置できなかったので階段昇降機を設置したが、使いにくいので移動が不便という事例がみられており、安易な階段昇降機の設置に警鐘が鳴らされている。エレベーターに関しては、帰宅願望を誘う、入居者が便所と間違えたなどの具体的な問題点が指摘されている。

## 7. まとめ

以上のように、痴呆性高齢者に関する既往研究をもとに建築計画的知見を整理し、GHなどの事例を紹介した書籍・雑誌から抽出した空間構成や諸室に関する施設の意見をもとに痴呆性高齢者GHの住環境計画の課題について検討してきた結果、主に次のようなことがいえる。

(1) 既往研究を検討すると、痴呆性高齢者の生活には、居住環境などの様々な物理的な要素が影響を及ぼすことが指摘されており、特にグループリビングやGHによる小規模空間での生活が行動内容や身体状況に好影響を与えていることが指摘されているが、具体的な計画的知見は見当らず、痴呆性高齢者の行動特性を考慮した住環境の計画指針作成が課題となっていることが把握できた。

(2) 書籍や雑誌に記載されたケアスタッフなどによるGHの建築計画に関する意見を検討すると、諸室計画やしつらえに関することには対立した内容が少ないが、介しや見通しなど全体的な空間構成に関することには対立した内容がかなりみられており、特に空間構成のあり方が大きな課題となっていることを指摘することができた。

(3) この空間構成に関する対立意見は、GHなどの事例にみられる様々な平面構成タイプを整理し、その考え方の潮流を把握することによって理解することができたといえる。すなわち、①GHなどの施設事例の平面構成には、基本的に〈共用中心型〉〈共用分離型〉〈居住分割型〉の3つのタイプがみられること、②施設事例の経年的動向をみると、共用中心回廊型や共用中心型などの〈共用中心型〉から〈居住分割型〉の考え方に移行していること、③共用空間の〈見通し否定派〉の考え方は〈見通し肯定派〉よりも主流になっており、これが全体構成

における対立意見の根源と考えられることなどである。(4) 居室、居間、浴室・脱衣室・洗面所・トイレなどの水まわり、スタッフ専用室、玄関などの諸室や避難・防火設備、段差解消などの各部計画における施設の意見を整理することにより、痴呆性高齢者GHにおける諸室に関する建築計画上の課題などを把握することができた。

痴呆性高齢者GHの計画は、それまでの生活環境を継続する環境として施設ではない一般家庭をイメージした家らしさの演出が課題とされている。しかし、GH事例の意見をみると、入居者8人にケアスタッフを加えた生活の器として実際に一般家庭における住まいとは食い違わざるを得ない部分が少なくないことも読み取れる。家族として一緒に暮らすという観点から施設の意見を再考することで解決される課題も少なくないと考えられる。

なお、本研究においてご協力を頂いた平成13年度福山大学学部卒業生の高木幸代さんに深謝する次第である。

## 参考文献

- 文-1: 中島紀恵子著「グループホームケア」、日本看護協会出版会、2001年
- 文-2: 外山義著「グループホーム読本」、ミネルヴァ書房、2000年
- 文-3: 大原一興、オーヴェ・オールンド著「痴呆性高齢者の住まいのかた」、ワールドプランニング、2000年
- 文-4: 本間郁子著「特養ホームが変わる、特養ホームを変える」、岩波書店、2000年
- 文-5: 河崎清志著「グループホームの空間設計とケアシステム」、総合ユニコム、1997年
- 文-6: 本間郁子著「特養ホームで暮らすということ」、あけび書房、1995年
- 文-7: スティーヴン・ジャッド、メリー・マーシャル、ピーター・フィッペン著「痴呆を癒す建築」、鹿島出版会、1999年
- 文-8: ユリエル・コーヘン、ジェラルド・D・ワイズマン著「老人性痴呆症のための環境デザイン」、彰国社、1995年
- 文-9: エリザベス・ブローリイ著「痴呆性高齢者のためのインテリアデザイン」、彰国社、2002年
- 文-10: 「新建築」、新建築社、2002年7月
- 文-11: 「日経アーキテクチュア」、日経BP社、1996年3月～2002年1月
- 文-12: 「日経ヘルスケア21」、日経BP社、2001年4月～2002年9月
- 文-13: 「日経ヘルスケア」、日経BP社、1997年1月～2001年3月
- 文-14: 「病院建築」、日本医療福祉建築協会、1995年1月～2001年10月
- 文-15: 「朝日新聞」、1998年11月17日
- 文-16: 「中国新聞」、2001年4月12日、2001年5月20日
- 文-17: 無漏田芳信、星野篤史「痴呆性老人グループホームの平面構成と計画的課題について」、日本建築学会・地域施設計画研究19、pp.247-254、2001年7月
- 文-18: 無漏田芳信、星野篤史「グループホームY施設の平面計画案の変遷過程—高齢者の居住環境改善に関する研究・その20—」、日本建築学会中国支部研究報告集、第24号、512、pp.599-602、2001年3月
- 文-19: 無漏田芳信、星野篤史「痴呆性老人グループホームにおける計画的課題—高齢者の居住環境改善に関する研究・その21—」、日本建築学会中国支部研究報告集、第24号、513、pp.603-606、2001年3月
- 文-20: 無漏田芳信、柿原宏美、片岡美江、高木幸代「痴呆性高齢者グループホームにおける平面計画上の課題—高齢者の居住環境改善に関する研究・その22—」、日本建築学会中国支部研究報告集、第26号、534、pp.729-732、2003年3月