

在宅痴呆性高齢者の住環境

小川敬之* 福本安甫 松田隆司
富森美絵子 山崎きよ子**

Home environment of the older adults with dementia

Noriyuki OGAWA* Yasuho FUKUMOTO Ryuuji MATUDA
Mieko TOMIMORI Kiyoko YAMAZAKI**

Abstract

When the family doing life together becomes dementia, confusion of family is thought that there is an immeasurable thing in the circumference. But, everyday life is no which it waited for, and it can't always perplex it. A concrete countermeasure toward those conditions becomes necessary.

However, how to catch it is vague, and serious dementia is being done as for the mild dementia, too.

But, when the daily life of the dementia old man is observed firmly, it is understood that there is a difference in the way that a life difficulty appears.

This time, life was done at home, and it the condition figure that it had the older adults with dementia using daycare and dayservic seen at the life scene in five types. It is reported because a family, careworker, a occupational therapist etc did a discussion about the environment maintenance of the type with dementia and so on one rank respectively and a consideration was done.

Key words : home environment, dementia,

<緒言>

一緒に生活をしている家族の方が痴呆症になったとき、本人はもちろんのこと、ご家族や親族の方々の戸惑いは、周囲には計り知れないものがあると思われる。しかし、日々の生活は待ったなしであり、戸惑ってばかりいるわけにはいかない。その状況に対する具体的な対応策が必要になってくる。

ところが、「痴呆」という病ははまだ捉え方が漠然としており、軽度の痴呆の方も重度の痴呆の方も一括りに

して述べていることが多く見うけられる。

しかし、痴呆のお年寄りの日常生活も、目を凝らしてよく観察すると、大まかだが生活障害の現れ方に違いがあることがわかる。

原田^{23,3)}は面接場面の観察から3つの特徴的な症状（記憶障害、滅裂思考、人格形骸化）をとりだし、それを基に健忘型、滅裂型、形骸型という類型を提唱した。また室伏らは、痴呆の臨床像は精神・神経機能の障害がそのひと個人（個性や生活史、環境）を通して表されてくるきわめて人間的な現象であるとし、その現れ方として同

*九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科、**社会福祉学部社会福祉計画学科 〒882-8505 宮崎県延岡市吉野町1714-1
Department of occupational therapy, School of health sciences, Kyushu University of Health and Welfare, 1714-1 Yoshino-cho, Nobeoka, Miyazaki, 882-8508 JAPAN

調型、受動型などの類型を報告した。さらに山崎⁵⁾らは室伏⁶⁾の類型に多動傾向と寡動傾向を加え、原田の類型との組み合わせから形骸・受動型、減裂・多動傾向など8つの臨床的な類型を報告し、画像診断との関連にもふれなが実際の医療・福祉現場での対応策を述べている。

また、近年では、行動障害を中心に類型化を行い、その具体的対応を提言している報告もされている。竹内⁶⁾は異常行動を葛藤型・遊離型・回帰型に分け、それぞれの型がどうしてその行動をとるのかという行動の意味づけを行い、ケアの方向性を示した。またNaomi Fail⁷⁾は痴呆による混乱期をライフステージの解決課程の問題と称して、「認知障害」「日時・季節の混乱」「くり返し動作」「植物状態」の4タイプに類型し、各タイプへの具体的な関わり方を示している。

今回、在宅で生活を行い、病院や施設等のデイケア、デイサービスを利用している痴呆性高齢者の方々を生活場面で見られる状態像を大きく5つのタイプにわけ、それぞれのタイプにあった環境整備について家族、ケアワーカー、作業療法士、一級建築士などで討議を行った。そして、痴呆症状があっても、安全かつ快適に過ごすことが出来る環境について大まかではあるがまとめることが出来たので報告する。

<方法および対象>

日本作業療法士協会痴呆アセスメントワーキンググループ作成の在宅痴呆性高齢者の類型化（1：ふりだしタイプ、2：とりつくろいタイプ、3：不安・多動タイプ、4：介護ヘトヘトタイプ、5：ひっそり、ゴソゴソタイプ）をもとに⁸⁾、各タイプにおける家屋、関わりの工夫などを検討委員会にて検討した。

具体的には臨床現場への聞き取りや呆け老人をかかえる家族の会の調査などを参考にして討議が進められた。類型化を行った対象は、重度痴呆デイケア、デイサービス、老人デイケア等を利用し、かつ痴呆と診断された132名である（平均年齢：79.1±7.7、男：女=32：100、長谷川式簡易知能スケール：12.2±8.3、診断からの期間：47.8±3.8ヶ月）。

なお、検討委員会とは北九州市すこやか推進協議会を母体とするいたわり部会のメンバーで、構成委員は作業療法士、一級建築士、研究者、家族の会、行政、社会福祉士などで構成されている。

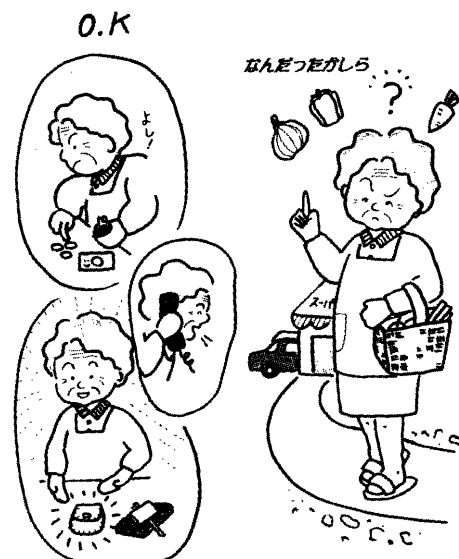
また、各タイプに掲載されている状態像の図は作業療法士（小川道子）、家屋の工夫で使用されている図はDesignBOX代表（橋本賢作）により作成されたもので

ある⁸⁻⁹⁾。

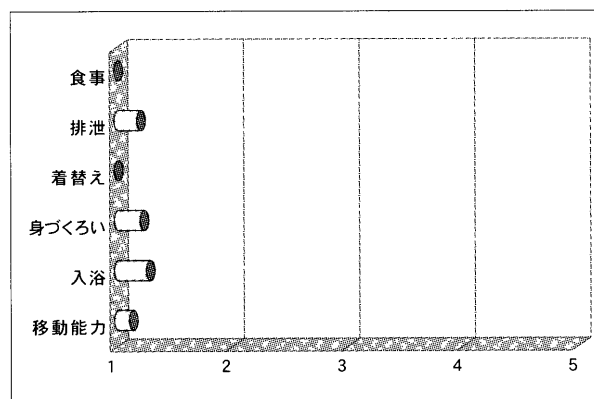
<結果>

【① ふりだしタイプ】

日常生活（食事や着替えなど）や金銭管理などほとんど自分で行うことが可能。しかし、時折物忘れなどがあり、家族や本人も「おや？」と感ずることがある（一人住まいの時など、やかんや鍋を焦がしたり、風呂の空だきをしたりする行為も見受けられる）。ただ、日常生活を送る上で支障になることは少ない。痴呆というよりも物忘れが少し強くなった状態。周囲との協調性も保たれていることが多い。



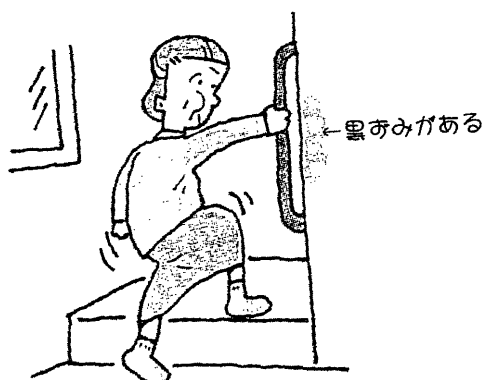
(図1) ふりだしタイプの臨床像の一例



棒グラフが右に行くほど（伸びるほど）その動作が障害（介護の度合い）が大きいことを示しています。

(図2) ふりだしタイプの日常生活動作の状態

《家屋の工夫》

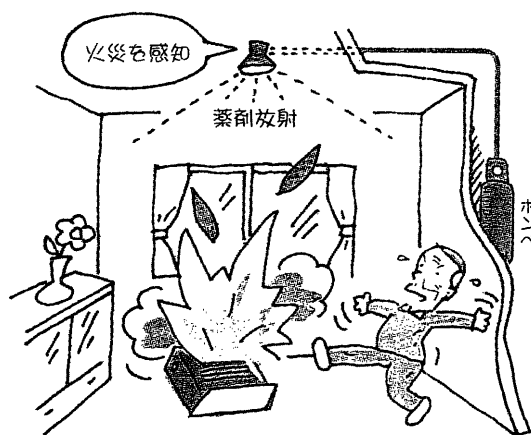


習慣的に手をつく場所は、柱など少し黒ずんでいることがある。そこに手すりを付けるといった工夫があると、痴呆性高齢者においても手すりに機能性を持たせることが可能

(図3) 手すりの位置

- ・段差の目印
- ・みなで団欒がもてるエリアと一人になれるプライベートエリアを作る。
- ・お風呂・トイレなどもバリアフリーを考慮する。
《関わりの工夫；これがとても大切！！》
- ・時折「うっかり物忘れ」があるのでメモの携帯をうながす。
- ・いつもいる所にホワイトボードを置き、用件を書いておく。
- ・本人も物忘れに対する不安を抱えているので、忘れたことに対して叱るのではなく、失敗を少なくする工夫をどうしたらよいか話し合う場をもつ。
- ・本人が認めない場合はさりげなくメモを置いていたり、ホワイトボードに書いておく。
- ・出来ないことを指摘してやめさせるより、出来ることをどんどん行ってもらおう。
- ・今までと少し違う本人に、家族も戸惑いを持っていることもある。痴呆のことに理解のある第三者（施設やかかりつけのお医者さん、役所の相談窓口、ケアマネージャーなど）に相談してみるのも家族の不安に対する対処の一つになる。
- ・手芸や工芸など、創作的な活動ができる場を提供する。また、本人が興味を持つならばその機会を積極的に増すことも考える。
- ・デイケアやデイサービスなどの利用も行ったほうがよいが、突然環境の違う場所に行くのは不安をまねく。本人の意向も考慮に入れ、はじめのうちは家族も同伴して徐々に慣れていくような方法をとることも必要。

《一人住まいの場合の工夫》



(図4) 自動消火器、緊急用連絡電話

- ・サービス期間との連携（民生委員や居宅介護支援事業所、かかりつけ施設との連携）
- ・サービスの紹介（ホームヘルパー、配食サービスなど）

【② とりつくろいタイプ】

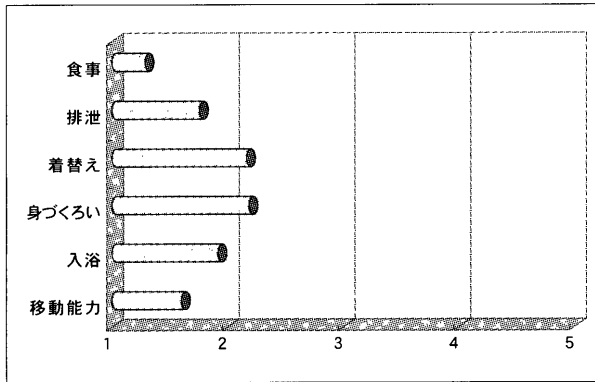
お金の管理や買い物などは介護者に頼ることが多い。しかし、身の回りのことに関しては、ほぼ自分で行うことが可能。ただ、骨折後の後遺症や軽い麻痺などで身体機能が十分でないこともあるので、完全に行えないこともあるが、そのことを自分なりに自覚しており、自分で対処を考えていることが多い。

少しずつ問題行動が起き、それを周囲が受け入れきれずに感情的に反応したり、できることをさせていないこともある。

デイケアなどでは自分はボケていないと、他の人たちに対して優越感を持つが、人と関わる能力は確実に低下してきているので、トラブルになりやすい。



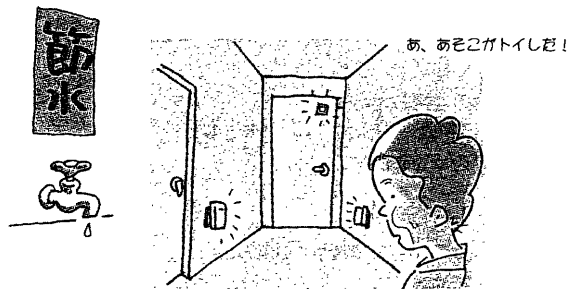
(図5) とりつくろいタイプの臨床像の一例



棒グラフが右に行くほど（伸びるほど）その動作が障害（介護の度合い）が大きいことを示しています。
 (図6) とりつくろいタイプの日常生活動作の状態

《家屋の工夫》

- ・勘違いを少なくする工夫が必要
- ・手すり、段差（解消小さな段差にもつまずく可能性が高くなっています）



(図7) てがかりを多く作ることも必要

- ・はりがみ（節水、電気を消すなど）

《関わりの工夫》

- ・身体面へのアプローチ（リハビリを行う機会）を考慮しておくことが大切。
- ・廃用症候群に陥らないような関わりをこころがける。
- ・役割を担うことにより自分らしさを感じる方に関しては、無理のない範囲で仕事などを頼んでみる。
- ・失敗体験につながらないように（可能な作業を見つけて）日常的な役割を提供。
- ・記憶を探る手続き（若い頃の写真を見たり、昔慣れ親しんだ趣味や作業など）を一緒に行う。家族のことや住所地を話題とし、そこから話の広がりを探る。
- ・特技や趣味を生かしてもらう。
- ・感受性は保たれているので、自然（景色、植物、動物など）に積極的にふれる機会を提供。
- ・トイレを言わずに失禁することもあります。さりげなく定期的に誘導することも必要。

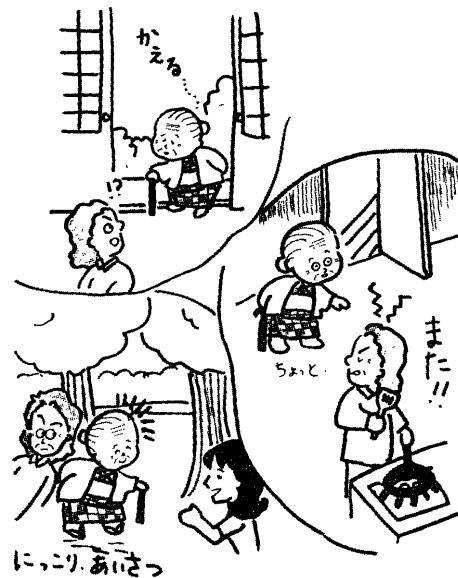
《一人住まいの場合の工夫》

- ・自動消火器、緊急用連絡電話など福祉用具の紹介、サービス期間との連携、サービスの紹介

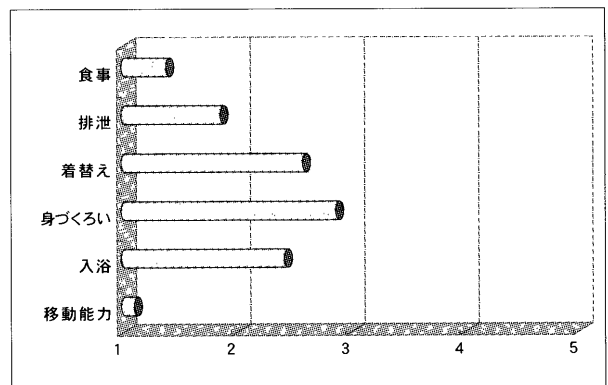
【③不安・多動タイプ】

お金の管理や服薬などIADLは自分ではほとんど行わない。日常生活は食事や歩くことに関することではほとんど問題ないが、その他の動作に関しては、たとえば整容がうまく行えなかったり（同じ服をいつも着る、髪がぼさぼさなど）、お風呂に入らなかったりと介護側からすると負担の大きくなる状態がみられてくる。

同じ事を何度も聞く、介護者にまわり付くといった行動も目立ち、それに伴って不安感も感じられる。また、多動ぎみで落ち着きがなく、徘徊が多く見られるが、転倒はほとんどない。



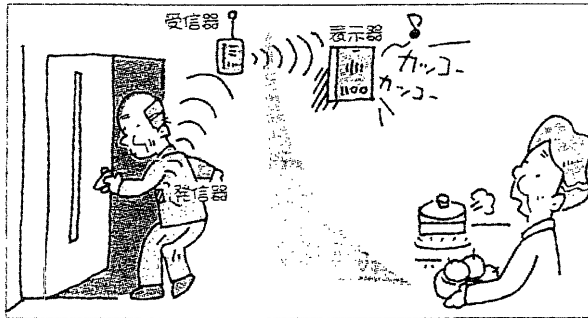
(図8) 不安・多動タイプの臨床像の一例



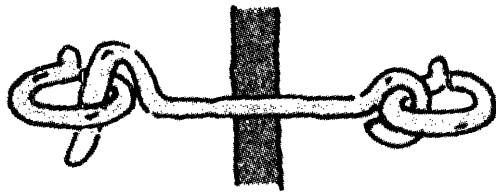
棒グラフが右に行くほど（伸びるほど）その動作が障害（介護の度合い）が大きいことを示しています。

(図9) 不安・多動タイプの日常生活動作の状態

《家屋の工夫》



(図10) 徘徊に対する対策例



(図11) 鍵も昔ながらの鍵を使うことで開閉が可能に

- ・勘違いを少なくする工夫が必要。
- ・照明は明るくすることを基本ですが、お年寄りの視力の状況なども考えて、一緒に調整するのが望ましい。夜間の赤い電灯は家事と間違えて混乱の原因になることもある。
- ・失禁・放尿への対策・・・フローリング、消臭効果のある壁紙などを使用する。
- ・浴室は立ったままでも体が洗えるような工夫が必要。

《関わりの工夫》

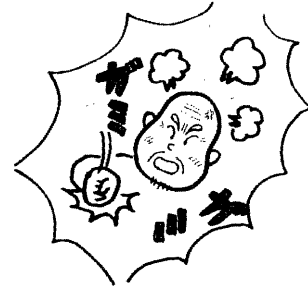
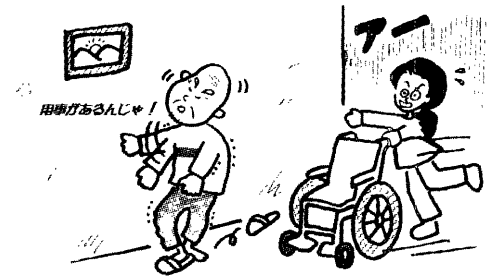
- ・常に焦燥感・不安感を抱いていることが多い。その不安に対する介護者側の姿勢によってお年寄りの反応や行動が変化していくことを考慮しておくことが大切。
- ・帰宅要求があったときは同じ態度で接し、不安感を助長させないようにする。
- ・張り紙やカレンダー等の手がかりは有効なことがある。
- ・ぼけていく自分に対して不安を感じていることもある。「自分はおかしい」「ぼけている」などケアする側に確認しようとするのが見受けられる。安易な否定はせず、「なぜそう思うのか」など気持ちを引き出す関わりを持つことが大切。
- ・デイケアやデイサービスなど屋外の施設へ行くことを、学校や会社と認識している方が見られる。その場合家族にも相応の対応をしてもらい、施設職員にも本

人の意向に合わせた対応を行ってもらうようにする。
 ・施設における帰宅要求への対応では、スタッフからの言葉掛けには納得がいなくても、他利用者からの言葉掛けで落ち着く場合もある。

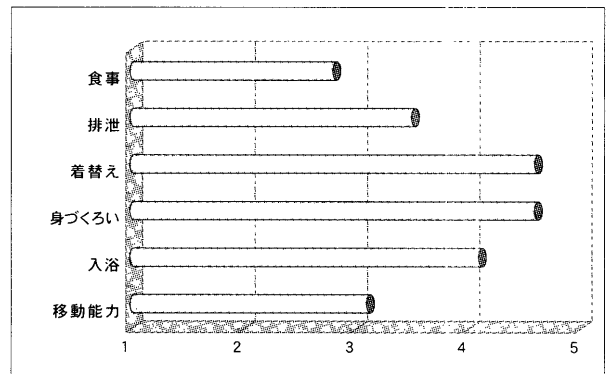
【④介護ヘトヘトタイプ】

身体の機能も完全ではなく、移動も車椅子や歩行器、杖の使用など介助を必要とする。しかし、自力で移動する場合は安定性がなく、すぐにでも転倒してしまいそうな危険性を感じる。

また、本人は転倒することを自覚していないことが多い。日常の生活も食事以外はほとんど介助を必要とすることが多く、介助に対する不平不満をいうこともある。認知機能がかなり低下してきているので、介護者とお年より相互のコミュニケーションがうまくゆかず、トラブルになることもある。



(図12) 介護ヘトヘトタイプの臨床像の一例

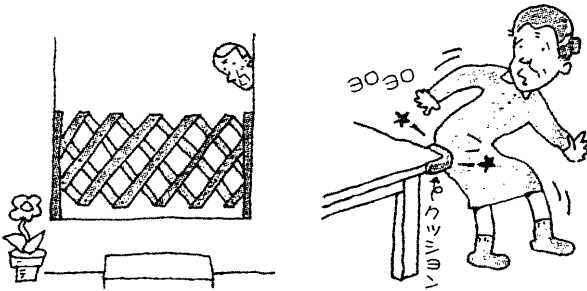


棒グラフが右に行くほど（伸びるほど）その動作が障害（介護の度合い）が大きいことを示しています。

(図13) 介護ヘトヘトタイプの日常生活動作の状態

《家屋の工夫》

- ・ 勘違いを少なくする工夫が必要です。
- ・ 見守りが効率よくできる工夫
- ・ 徘徊に対する工夫
- ・ マット式のセンサーの利用・・・ベッドや車椅子から落ちない工夫



階段や高い段差など転げ落ちてしまいそうな危険性がある場合は必要とすることがあります

(図14) 危険に対する対する工夫

- ・ 失禁・放尿への対策・・・フローリング、臭いのあまりしない壁紙など
- ・ お風呂の工夫・・・水の事故に対する配慮
- ・ トイレの工夫 (障子式トイレ)

《関わりの工夫》

- ・ 食器類の工夫
- ・ 病院での治療的介入の必要性も考える。
- ・ 他者とのトラブルに対して注意。
- ・ ケアプランで統一した対応で混乱しないようにする。
- ・ 異食に注意を要する人がいる
- ・ 散歩など個別的な対応の導入。無理に集団に適応させるのではなく、個別対応を心がける。
- ・ 行動障害には個別に対応しているが、日中、デイケア内では自由に動いてもらい生活のリズムが一定になるように促す。また、排泄のコントロールが出来るように定期的に排泄誘導を行う。
- ・ デイケア内ではキーパーソンを見つけ、介護に対する拒否の頻度を軽減する方法もある。
- ・ 言葉でのコミュニケーションが出来ないことも多い。行動に対する予測的な関わりが必要。

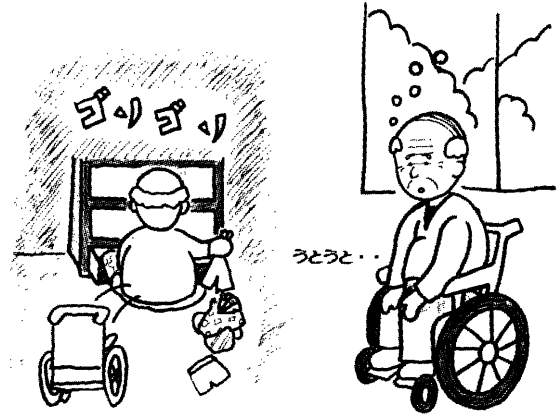
【⑤ ひっそり・ゴソゴソタイプ】

身体機能の低下が著明になってきますが、寝たきりというわけではない。食事は自分で何とか食べることもできる。しかし、それ以外はほぼ全ての動作において介助が必要。

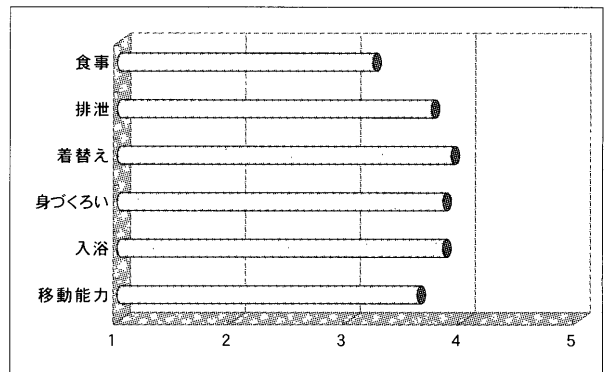
時折、知らない間に車椅子やベッドから降りて床に座り込んだり、ベッドの上でゴソゴソと動いていることが

ある。

意志の疎通が難しい場合は、介護者とトラブルになることもあります。ウトウトとおとなしく車椅子などに座りじっとしていることが多くなる。



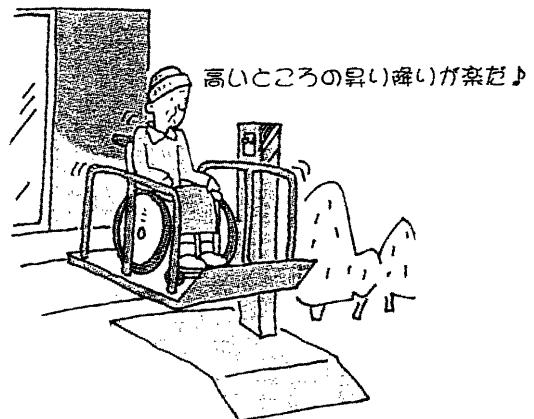
(図15) ひっそり・ゴソゴソタイプの臨床像の一例



棒グラフが右に行くほど(伸びるほど)その動作が障害(介護の度合い)が大きいことを示しています。

(図16) ひっそり・ゴソゴソタイプの日常生活動作の状態

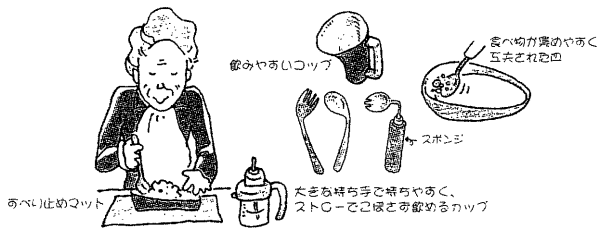
《家屋の工夫》



(図17) 車椅子で移動可能な工夫

- ・お風呂の工夫
- ・トイレの工夫
- ・介護者が効率よく見守りできる環境
- ・マット式のセンサー
- ・なじんだ筆筒など

《関わりの工夫》



(図18) 食事は自分行うことが可能なこともあります。食器類や周辺の備品の整備についても知っておくと便利です。

- ・生活リズムの調整・寝たきり防止。
- ・わずかでも良い反応（笑顔や言葉）や動きを引き出すこと。
- ・反応がなくても、言葉掛けやスキンタッチを。
- ・全身調整
- ・身体リスク管理
- ・反応性向上のプログラム
- ・周囲への影響があまりないことで、忘れ去られやすいので気をつけて声掛けを行う。
- ・寝たきりにならないように身体的アプローチを行う。

＜まとめ＞

痴呆性高齢者への対応は十人いれば十人の対応・工夫が必要であり、その場その場における臨機応変な柔軟性のある関わりが大切になる。

今回、この対策が絶対ではないということを念頭に入れながら、それでも大枠で方向性がイメージできるような対策を検討した。

今後、さらに多くの痴呆性高齢者あるいは家族と関わりを持つなかで、より臨床に即した具体策の検討を進めていきたいと思う。

＜参考文献＞

- 1) 柄澤昭秀「新老人のぼけの臨床」、医学書院、2001
- 2) 原田憲一：老人における痴呆の臨床類型：精神神経学雑誌、Vol.83 No.3 117-128 1981
- 3) 原田憲一：痴呆老人における記憶障害の2型：老年精神医学、Vol.1 No.2 243-248 1984
- 4) 室伏君士、他：老年期痴呆の構造と臨床類型(1)：精神医学、Vol.30 No.7 732-738 1988.
- 5) 山崎英樹、他：老年期における重度痴呆の類型分類、老年精神医学雑誌、Vol.5 No.2 199-214 1994.
- 6) 竹内孝仁 監修：痴呆性高齢者の在宅ケア マネジメント：医歯薬出版株式会社、12-23 2000
- 7) Naomi Feil 著、藤沢嘉勝 監訳：パリエーション：筒井書房、55-59 2001(2)米国精神医学会：訳高橋三郎、他 DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き、医学書院1998
- 8) すこやか住宅推進協議会 編著「すこやか住宅（身障編/痴呆編）」、
- 9) 日本作業療法士協会；精神障害問題担当 理事：日本作業療法士協会版（第1版）精神障害者ケアアセスメント、痴呆アセスメント：作業療法、Vol.20 No.5 503-512 2001