

第2章 認知症に対応した住宅改修の計画手法

2.1 認知症対応住宅改修の必要性

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが、平成24年6月18日に取りまとめ、公表した「今後の認知症施策の方向性について」によると、今後の認知症施策の方向性は、「認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域での良い環境で暮し続けることができる社会の実現を目指す。」とされている。

【参考】 今後の認知症施策の方向性について

(厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム・平成24年6月18日)

【今後目指すべき基本目標―「ケアの流れ」を変える―】

○ このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。

この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とするものである。

出所:文献1)

こうした点を踏まえて、厚生労働省では、平成24年9月5日に「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(平成25年度から29年度までの計画)を策定・公表した。この中で、標準的な認知症ケアパスの作成・普及を図ることや、地域での生活を支える医療・介護サービスの構築、地域での日常生活・家族を支える仕組みの構築・強化を図ることなどが謳われている(厚生労働省ホームページ・認知症への取組み・文献2)。

また、認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくりなどの仕組みとして、「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」、「認知症サポーターキャラバン」、「認知症でもだいじょうぶ」まちづくりキャンペーン」など具体的取組みが進められている(厚生労働省ホームページ・認知症への取組み・文献3)。

一方、認知症の高齢者が、施設や病院ではなく、住み慣れた地域で暮らし続けることができるためには、上記のような地域での認知症者の見守り等の取組みに加えて、暮らしの基盤となる住宅(自宅)の環境の整備が重要となる。

すなわち、認知症の様々な症状に対して、住み慣れた自宅に安全・安心かつ快適に暮らしていけるよう、必要な住宅改修(認知症対応住宅改修)をしていくことが求められる。また、認知症の症状そのものへの対応としては、大がかりな住宅改修だけでなく、(大きな環境の変化を伴わない)住まい方の工夫等により対応することが有効となる場合が少なくない。このため、様々な住まい方の工夫や、それらと住宅改修を上手く組み合わせることによって、住宅内の環境改善をしていくことが求められる。

2.2 認知症の基本

2.2.1 認知症の原因疾患と主な症状

1) 認知症の定義

認知症とは、「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」(厚生労働省ホームページ・文献4)とされている。すなわち、十分に脳が成長発達してから後に、後天的原因により生じる認知機能等の低下をいう。

2) 認知症の主な症状の現れ方(「中核症状」と「行動・心理症状(BPSD)」)

認知症とひと言で言っても、その症状は多岐にわたり、主な症状は、「中核症状」と「行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)」とに分けられる。

「中核症状」とは、病気等により脳の細胞が壊れ、その細胞が担っていた機能が失われたために生じる症状をいう。程度の差はあるが、一般的に認知症患者に共通して現れる症状である。

一方、「行動・心理症状(BPSD)」は、「中核症状」に伴って現れる日常生活への適応を困難にする行動上・心理上の問題行為である。この行動・心理症状の現れ方は、個人差があり、認知症が進行するプロセスにおいて、症状として大きく出る人やあまり出ない人など様々であると言われている。一般的には、認知症の原因疾患のほか、当人の生い立ちや性格、生活環境、職業歴や嗜好等の個人の特性が影響すると考えられている。

認知症の「中核症状」の概要と具体の症状例を示すと、表2.1のように整理できる。

表 2.1 認知症の中核症状の概要と具体の症状例

| 中核症状 | 症状の概要 | 具体の症状例 |
|-------|---|--|
| 記憶障害 | <ul style="list-style-type: none"> ・「記銘」、「保持」、「追想(あるいは想起)」の障害。特に、即時記憶、短期記憶の障害が顕著である。 ・即時記憶→近時記憶→遠隔記憶の順に失われやすい。 ・長期記憶は保たれていることが多い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起したりできない。 ・さっき聞いたことが思い出せない・繰り返して言えない、覚えていたはずの記憶が失われる。 ・同じことを言ったり聞いたりする、しまい忘れや置き忘れが目立つ、直前や数分前に起きたことも忘れる。 |
| 見当識障害 | <ul style="list-style-type: none"> ・見当識とは、現在の年月や時刻、自分がどこにいるかなど基本的な状況を把握することをいい、この機能・能力の障害。 ・時間に関する見当識、場所に関する見当識、人物に関する見当識の障害がある。 ・時間に関する見当識障害から始まり、次に場所に関する見当識障害が生じ、かなり進行すると、人物に関する見当識障害が生じることが多い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・時間に対して、計画的に準備ができない(長時間待つ、遅刻をする等)。日付や季節が分からなくなる(今日は何日・何曜日と繰り返し聞く、季節外れの服を着る等)。 ・今いる場所が分からない、なじみの場所が分からない(迷子になる、家の中のトイレや風呂の場所が分からなくなる等)。 ・自分の年齢や周囲の人間との関係が分からなくなる(自分の家族が誰か分からない、自分の娘を母と呼ぶ等)。人の生死に関する記憶がなくなる(昔に死んだ母を探す等)。 |

表 2.1 認知症の中核症状の概要と具体の症状例(つづき)

| 中核症状 | 症状の概要 | 具体の症状例 |
|--------|--|--|
| 失語 | <ul style="list-style-type: none"> ・言葉を理解し操作する言語機能の障害で、聴覚障害や構音障害がないのに、言語の理解と表現ができない。 ・言語の理解はできるが、自発言語、言語復唱ができない症状を運動失語といい、言語の理解、復唱はできないが、自発言語はできる症状を感覚失語という。 | <ul style="list-style-type: none"> ・自分の話したいことを上手に言葉にできない、滑らかに話せない。言葉のやりとりができない。 ・ものの名前がわからなくなる、相手の話(質問や会話の内容)が理解できない(言語理解の障害)。 ・文字を読んだり、書いたりすることができない。 |
| 失行 | <ul style="list-style-type: none"> ・四肢の知覚、運動機能は正常に保たれているが、一定の目的にかなった行為・動作を正しく行うことができない状態。 | <ul style="list-style-type: none"> ・日常的に使っているものを正しく使えない、日常の動作がぎこちなくなる。 ・ボタンをはめられない、箸を使えない等、手先を使った細かい行為をすることができなくなる(肢節運動失行)。 ・衣服を正しく着ることができず、裏表や前後を間違えたり、反対側の袖に手を通そうとしたりする(着衣失行)。 ・普段している動作であっても、指示されないとできなくなる(トイレの水洗を流せない等)。 |
| 失認 | <ul style="list-style-type: none"> ・感覚機能が損なわれていないにもかかわらず、感覚の径路を通して、対象(ものの形や色、それが何か等)を認識又は同定できない状態。 | <ul style="list-style-type: none"> ・親しい人を認知できない(相貌失認)。 ・長針と短針のパターンから時刻を判定できない(時計失認)。 ・日常使用しているものを触っても、それが何かわからない(触覚失認)。 ・何指なのかわからない(手指失認)。 ・自分の身体の部分への認知ができない(身体失認)。 ・空間における物の位置や、物と物との位置関係がわからない(視空間失認)。 |
| 実行機能障害 | <ul style="list-style-type: none"> ・ある状況に置かれたときに、その状況を総合的に観察し判断し、それに相応しい適切で的確な行動をとる機能の障害。 ・計画を立てる、順序立てる、物事を具体的に進めていく能力が損なわれる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・物事の計画を立てる、順序立てる、手順を踏む作業ができない(料理の味付けが変わった、段取りよく料理ができなくなる等)。 ・機械を操作する、按配をする等ができない(家電製品、自動販売機やATMなどが使えなくなる等)。 |
| 判断力障害 | <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活や職業に関連した問題を判断し、手順よく計画的に処理できない状態。 ・筋道を立てた思考や判断ができなくなり、混乱する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・寒くても薄着のまま外に出る等、気候にあった服が着られない。 ・真夏でもセーターを着ている。 ・食べていいものか、どうかわからない。 |

出所:文献 5)から文献 11)の情報を参考に作成

また、中核症状に伴って現れる「行動・心理症状」としては、表 2.2 に示すような症状がある。

表 2.2 行動・心理症状の概要と症状

| | 症状 | 症状 |
|------|-----------|--|
| 行動症状 | 徘徊 | <ul style="list-style-type: none"> ・一見目的もなく(当初は本人なりの目的はあるが外出した後に忘れてしまう等)出て行き、あちこち歩き回るうちに帰れなくなってしまう現象である。 ・途中で道に迷ったり、行き先を忘れたり、現在と過去を混同したりする。 ・アルツハイマー型認知症では昼間に徘徊することが多いが、脳血管性認知症では夜に徘徊やせん妄が出て悪化すると昼夜逆転を起こすことが見られる。 |
| | 暴力・暴言 | <ul style="list-style-type: none"> ・介助者に対して暴力を振るったり、暴言を吐いたりする。 ・認知症が進むと相手にわかるように言葉で説明する力が失われるため、不満や不快な気持ちを暴力や暴言で表現することがよくある。 |
| | 食行動異常 | <ul style="list-style-type: none"> ・食べ物ではないものを食べる(異食)、過食、拒食がみられる。 ・過食には、甘いものや同じものばかりを食べる症状等もある。 ・食べ物を咀嚼せずに丸のみにして「むせる」現象が伴い、飲み込みが悪くなって嚥下障害を起こすこともある。 |
| | 失禁・不潔行為 | <ul style="list-style-type: none"> ・トイレの場所がわからない、尿意や便意を伝えられない、尿意や便意が自覚できない等の理由で失禁が増える。 ・失禁したことを隠そうとして、汚れた下着を仕舞い込む、排泄した便をとどこかまわす塗りつける(弄便)こともある。 |
| | 睡眠障害 | <ul style="list-style-type: none"> ・昼夜の区別がつかなくなり、昼間はうとうとして、夜になると活動を始める昼夜逆転が起きる。 ・慢性的な睡眠不足で脳が疲労することから妄想や幻覚が出やすく、夜間せん妄を引き起こすこともある。 |
| | 介護抵抗・介護拒否 | <ul style="list-style-type: none"> ・着替え、入浴、整容、リハビリ等を拒否することがある。 ・何日も同じ服を着る、散髪を嫌ってだらしない外観となることもある。 ・多くの場合は、介助者でなく介助される自分を拒否していると考えられる。 |
| | 無為・無反応 | <ul style="list-style-type: none"> ・自分から積極的に何かをすることがなく、かつて好きだったことにも関心がなくなる。 ・介助者が声をかけても反応せず、自分の世界に閉じこもる。 |
| 心理症状 | 幻覚・幻視 | <ul style="list-style-type: none"> ・そこにいない人の声が聞こえると知覚したり、そこに存在しないものが見えたりすると認知する。 ・レビー小体型認知症では、虫、小鳥、小人等の幻視が出ることもある。 |
| | 不安・焦燥 | <ul style="list-style-type: none"> ・自分がおかしくなったことをどこかで漠然と感じることにより、常に漠然とした不安や焦燥にかられている。 ・外見的症状としてはイライラして落ち着きがなく、多動な様子を示す。 |
| | 抑うつ | <ul style="list-style-type: none"> ・気持ちがふさぎ込んで、うつ病に似た症状を呈する。表情が乏しく、能面のような無表情になる。 ・何事にも関心を示さない、人に会わない、部屋から出ない、「死にたい」と言う等の症状が現れる。 |
| | 妄想 | <ul style="list-style-type: none"> ・現実にはないことを実際にあったと思い込む。 ・誰かが自分の財布を盗んだという「もの盗られ妄想」、配偶者が不和気をしているという「嫉妬妄想」、みんなが悪口を言っているという「被害妄想」等がある。 |

出所:文献 5)から文献 11)の情報を参考に作成

3) 認知症の原因疾患と認知症のタイプ

認知症を引き起こす疾患を原因疾患という。この原因疾患により、認知症のタイプを分類すると、「神経変性認知症」、「脳血管性認知症」、「その他疾患による認知症」に区分できる（表 2.3）。

このうち、神経変性疾患を原因疾患とする認知症には、アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症などがある。

表 2.3 原因疾患からみた認知症のタイプ(疾患の概要)

| 原因疾患 | 疾患の概要 |
|------------|--|
| (1)神経変性認知症 | <ul style="list-style-type: none"> ・脳の神経細胞がゆっくり死んでいく疾患である。主に次の対応がある。 ①アルツハイマー型認知症 <ul style="list-style-type: none"> ・60 歳くらいから発症することが一般的で、段階的に(発症前)、軽度、中等度、高度と段階的に病状が進行するのが特徴である。 ・代表的な症状として「記憶障害」があり、初期段階は、最近の記憶の喪失から始まる(迷子になる、お金の取扱いや支払いに問題が生じる、同じ質問を繰り返す、普通の日常作業をこなすのに時間がかかるようになる、判断力が低下する、頻繁に物をなくしたりする等)。 ・中等度では、言語や論理的思考、感覚処理及び意識的思考を制御する脳の領域に障害が発生し、さらに高度では、他人とのコミュニケーションがとれなくなり、身体機能も低下する。 ②前頭側頭型認知症 <ul style="list-style-type: none"> ・大脳皮質の多数の神経細胞内にレビー小体という特殊な変化が現れることにより、進行性の認知機能障害を引き起こす。初老期、老年期の男性に比較的多くみられる。 ・元気がなくなり、もの忘れが多くなる。また、筋肉が硬くなる(固縮)、手指が細かく震える(振戦)、姿勢が傾く(パーキンソンに似た症状)、人物や小動物が見える等の訴え(幻視)、ものごとを被害的にとらえる等の傾向が見られる。 ③レビー小体型認知症 <ul style="list-style-type: none"> ・原因不明の大脳委縮性疾患による人格障害を伴う進行性の認知症である。発症年齢は 40～50 歳と若く、自分の病気に対する認識はない。徐々に進行し寝たきり状態となる。 ・特徴的な症状としては、感情が鈍くなる、話や質問の内容とは無関係に何を聞いても同じ話を繰り返す(滯続症状)、人格が変わってしまったような行動を繰り返す(例えば、粗暴な言い方・些細なことで怒る、短絡的思考、一方的に話す等の傾向が見られる)。 ・明らかに自制力が低下していたり、人を無視したり、非協力的、不真面目な態度で接することなどがあり、対人関係が崩れやすくなることや、反社会的行動(暴力・万引き・収集、徘徊・性的な逸脱行為など)が目立ってくる。 |
| (2)血管性認知症 | <ul style="list-style-type: none"> ・神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果、その部分の神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れたりしてしまうことが原因である。 ・主な原因疾患は、脳梗塞、脳出血、動脈瘤、クモ膜下出血等で、脳梗塞が最も多い。 ・症状としては、初期には、日常生活に支障を来たすような記憶障害は少なく、その他の認知機能障害(言葉、動作、認知、ものごとを計画立てて行う能力の障害等)がある。現れやすい症状としては、抑うつ、幻覚、妄想、夜間せん妄、易怒性、夜間頻尿・失禁、構音障害、嚥下障害等がある。 ・障害された脳の部位によって出現する症状が異なるため、ある能力は低下していても、別の能力は比較的維持しているため「まだら認知症」という言い方がされる。 |
| (3)その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・外傷性のものや、薬物の影響による認知症などがある。 |

出所:文献 5)から文献 11)の情報を参考に作成

2. 2. 2 認知症の評価スケール

認知症の診断は、まず認知症か否かの診断から始まり、次に原因疾患の診断へと進む。診断は対象者の状態に加え、家族や介助者からの情報で総合的に行われる。

1) 認知症の評価スケール

認知症か否かを判定するためには、多面的に被験者を分析する必要があるが、臨床の現場では、診断の効率化と客観化を図るため、一定の設問項目から構成される評価スケールが用いられている。認知症の評価スケールには、「①簡易な方法で短時間に施行できること」、「②正常な認知機能を持つ高齢者なら回答できるが認知症の高齢者では回答が困難なこと」の2点が求められ、こうした観点から、口頭形式（対話）により被験者の知能を評価する方法が用いられている。

広く用いられている手法として、「改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDSR :Hasegawa's Dementia Scale for Revised）」及び「ミニメンタルステート検査（MMSE :Mini-Mental State Examination）」がある（表 2.4）。

表 2.4 認知症を判断する評価スケール

| 手法 | 概要 |
|----------------------|--|
| 改訂長谷川式認知症スケール(HDS-R) | <ul style="list-style-type: none"> ・医学者・精神科医の長谷川和夫氏により開発された、認知症か否かを診断する簡易な尺度であり、日本で広く用いられている(平成 16 年 4 月、痴呆が認知症と改称されたことを踏まえ、長谷川式簡易知能評価スケールから長谷川式認知症スケールに改称された)。 ・「年齢」、「今日の年月日・曜日」、「今いる場所」、「簡単な言葉の発生と記憶」、「簡単な計算(100から7を順に引いていく)」、「聞いた3桁の数字を逆から言う」、「先に記憶した言葉を言う」、「5つの品物を見せた後隠して、何があったかを言う」、「野菜の名前をできるだけ言う」の9つの設問から構成される。 ・正しい答えが得られたときには1点、誤答や回答できなかったときには0点として、得点を加算して、評価点とする(満点は30点)。20点以下の場合には認知症の疑いを持つ。 ・認知症の重症度は、ライスバーグ(Reisberg,B.)の基準(FAST・後述表 2.5 参照)を参考に、軽度、中等度、高度、非常に高度の4段階に分けることができる。 |
| ミニメンタルテスト(MMSE) | <ul style="list-style-type: none"> ・長谷川式認知症スケールと並んで、国際的にも広く使われているものに、アメリカのフォルスタイン博士が開発したミニメンタルテスト(MMSE)がある。 ・長谷川式認知症スケールと同じような日付や計算、覚えさせた品物名の復唱など11項目から構成され、満点は30点である。24点以下は認知症の疑いありとしている。 |

出所:文献 5)の情報を参考に作成

2) 認知症の重症度の評価スケール

上記の認知症の評価スケールは、あくまでも簡易スクリーニング検査であり、それだけで認知症の詳細な診断や重症度を評価することは難しい。

このため、認知症の重症度を評価する場合に、対象者の日常生活にみられる行動の観察に基づいて行う方法である。表 2.5 に示すように、日本内外で広く使われているいくつかの方法がある。

いずれの方法も、対象者に直接負担をかけずに、認知症による障害の程度を評価するという利点がある。評価にあたっては、評価者が同居している家族や介助者から情報を得ることになるのが一般的であるため、情報の提供者がどれだけ十分に対象者の状態を知っているかがポイントとなる。

表 2.5 認知症の重症度を判断する評価スケール

| 手法 | 概要 |
|-------------------------------------|---|
| 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者の日常生活自立度は、高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度を表すもので、厚生労働省が示している(表 2.6)。 ・介護保険制度の要介護認定では認定調査や主治医意見書でこの指標が用いられており、要介護認定における、一次判定や介護認定審査会の審査判定の際の参考として利用されている。 |
| N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL) | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者及び認知症者の日常生活動作能力を多面的に捉え、日常生活における基本的な動作能力を点数化して評価する尺度である。 ・日常生活における基本的な動作能力を、①歩行・起座、②生活圏、③着脱着衣・入浴、④摂食、⑤排泄の5項目に分け、各項目の重症度を7段階に分類して、0点から10点かまでの評価点が与えられている(表 2.7)。 ・各評価区分には、評価点に対応した具体的な状態が記載されており、評価者が、対象者の状態を日頃観察している介助者等から情報を得て評価をする。 |
| N式老年者用精神状態尺度(NMスケール) | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者及び認知症者の日常生活における精神機能を様々な角度から捉え、行動観察により点数化して評価する尺度である。 ・①家事・身辺整理、②関心・意欲・交流、③会話、④記銘・記憶、⑤見当識の観点から行動観察を行い、各項目上での重症度を7段階に分類して、0点から10点かまでの評価点が与えられている(表 2.8)。 ・各評価項目の点数を合計して、認知症の程度(正常～重症)が総合的に評価できるしくみとなっており、N-ADLと併せて使用することで、高齢者の実際的能力を総合的に捉えることができる。 |
| CDR(Clinical Dementia Rating) | <ul style="list-style-type: none"> ・CDRは、ワシントン大学のヒューズ(Hughes, C. P.)らによって1982年に作成された、認知症者の行動観察評価法である。 ・記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家庭状況及び趣味、そして介護状況の6項目にわたって、該当する段階を評価する。 ・健康(CDR:0)、認知症の疑い(CDR:0.5)、軽度(CDR:1)、中等度(CDR:2)、重度(CDR:3)の5段階に分けられる。 ・判定は6項目の段階を総合して認知症の程度を評価するが、6項目すべてが同じレベルに評価されない場合がある。そのときには、記憶の項目に重点を置いて評価する。 ・現在、国際的に最もよく用いられている評価法である。 |
| FAST(Functional Assessment Staging) | <ul style="list-style-type: none"> ・FASTは、1986年に、ライスバーグ(Reisberg, B)らがアルツハイマー型認知症の病状ステージを、生活機能の面から分類した観察式の評価尺度である。 ・「認知機能の障害なし」から「非常に軽度」「軽度」「中等度」「やや高度」「高度」「非常に高度」の7段階に分類している。 ・軽度の段階では、物の置き忘れや言葉が出てこない、煩雑な仕事の失敗などはみられるが、基本的な生活行為は可能である。見守りや簡単な手助けが必要な段階である。 ・認知症が進行して中等度になると、家事や入浴などの日常生活動作とともに、金銭管理や買い物など社会生活にも支障をきたすようになるため、部分的な支援が必要となる。 ・さらに、高度になると、重度の認知機能障害に加えて身体機能も低下し、歩行、座位も自力では困難となる。最後は表情も失われ、昏迷・昏睡状態となり、全面的な支援を要するようになる。 ・FASTの進行ステージは、アルツハイマー型認知症の経過がわかりやすく表されている。 |

出所:文献5)の情報を参考に作成

表 2.6 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

| ランク | 判断基準 | 見られる症状・行動の例 | 判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例 |
|-------|---|--|---|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいくくり等の心身の活動の機会づくりにも留意する。 |
| II | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるため、訪問指導を実施することや、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 ・具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。 |
| II a | 家庭外で上記 II の状態がみられる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等 | |
| II b | 家庭内でも上記 II の状態がみられる。 | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等 | |
| III | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 ・在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせ利用する。 |
| III a | 日中を中心として上記 III の状態が見られる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 | |
| III b | 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。 | ランク III a に同じ | |
| IV | 日常生活に支障を来たすような症状・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。 | ランク III に同じ | <ul style="list-style-type: none"> ・常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 ・家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。 |

表 2.6 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(つづき)

| ランク | 判断基準 | 見られる症状・行動の例 | 判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例 |
|-----|---|---|---|
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等 | ・ランクI~IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となった状態、又は、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。 |

出所:文献 12)の情報を参考に作成

表 2.7 N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)

| 項目 評価点 | | 歩行・起座 | 生活圏 | 着脱着衣・入浴 | 摂食 | 排便 |
|-----------|-----|----------------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 重度 | 0点 | 寝たきり(座位不能) | 寝床上(寝たきり) | 全面介助 特殊浴槽入浴 | 経口摂食不能 | 常時、大小便失禁(尿意、便意がほぼ認められない) |
| | 1点 | 寝たきり(座位可能) | 寝床周辺 | ほぼ全面介助(指示に多少従える)全面介助入浴 | 経口全面介助 | 常時大小便失禁(尿意・便意があり、失禁等不快感をしめす) |
| 中等度 | 3点 | 寝たり、起きたり、手押し車等の支えが要る | 室内 | 着衣困難、脱着衣も部分介助を要する 入浴も部分介助を多くする | 介助を多く要する(途中で止める全部細かく刻む必要あり) | 失禁することが多い(尿意・便意を伝えること可能、常時おむつ) |
| | 5点 | 伝い歩き 階段昇降不能 | 屋内 | 脱着衣可能、着衣は部分介助を要する 自分で部分的に洗える | 部分介助を要する(食べにくい物を刻む必要あり) | 時々失禁する(気を配って介助すればほとんど失禁しない) |
| 軽度 | 7点 | 杖歩行 階段昇降困難 | 屋外 | 遅くて、時に不正確 頭髪、足等洗えない | 配膳を整えてもらうとほぼ自立 | ポータブルトイレ・尿瓶使用、後始末不十分 |
| 境界 | 9点 | 短時間の独歩可能 | 近隣 | ほぼ自立、やや遅い 体は洗えるが洗髪に介助を要する | ほぼ自立 | トイレで可能 後始末は不十分なものがある |
| 正常 | 10点 | 正常 | 正常 | 正常 | 正常 | 正常 |

- ・重度 : 全面解除を要する状態(0点は活動性や反応性がまったく失われた最重度の状態)
- ・中等度 : 日常生活に軽度の介助又は観察を必要とする状態
- ・軽度 : 日常生活に部分介助を要する状態
- ・境界 : 自立して日常生活を営むことが困難になり始めた初期状態
- ・正常 : 自立して日常生活が営める状態

出所:文献 13)の情報を参考に作成

表 2.8 N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)

| 項目 点数 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
|----------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| | 家事・身辺整理 | 関心・意欲・交流 | 会話 | 記銘・記憶 | 見当識 |
| 0点 | 不能 | 無関心 まったく何もしない | 呼びかけに無反応 | 不能 | まったくなし |
| 1点 | ほとんど不能 | 周囲に多少関心あり ぼんやりと無為に過ごすことが多い | 呼びかけに一応反応するが自ら話すことはない | 新しいことはまったく覚えられない 古い記憶が稀にある | ほとんどなし 人物の弁別困難 |
| 3点 | 買い物不能 ごく簡単な家事、整理も不完全 | 自らはほとんど何もしないが、指示されれば簡単なことはしようとする | ごく簡単な会話のみ可能 つじつまの合わないことが多い | 最近の記憶はほとんどない 古い記憶多少残存 生年月日不確か | 失見当識著明 家族と他人との区別は一応できるが誰かは分からない |
| 5点 | 簡単な買い物も不確か ごく簡単な家事、整理のみ可能 | 習慣的なことはある程度自らする 気が向けば人に話しかける | 簡単な会話は可能であるが、つじつまの合わないことがある | 最近の出来事の記憶困難 古い記憶の部分的脱落 生年月日正答 | 失見当識かなりあり(日時・年齢・場所など不確か、道に迷う) |
| 7点 | 簡単な買い物は可能 留守番、複雑な家事、整理は困難 | 運動・家事・仕事・趣味などを気が向けばする 必要なことは話しかける | 話し方はなめらかでないが、簡単な会話は通じる | 最近の出来事をよく忘れる 古い記憶はほぼ正常 | ときどき場所を間違えることがある |
| 9点 | やや不確実だが買い物、留守番、家事などを一応任せられる | やや積極性の低下が見られるがほぼ正常 | 日常会話はほぼ正常 複雑な会話がやや困難 | 最近の出来事をときどき忘れる | ときどき日時を間違えることがある |
| 10点 | 正常 | 正常 | 正常 | 正常 | 正常 |
| 評価点 | | | | | |

各項目の評価点を合計

| | 全5項目で評価 | 3項目(③、④、⑤)で評価 ※ |
|-----|---------|-----------------|
| 正常 | 50～48点 | 30～28点 |
| 境界 | 47～43点 | 27～25点 |
| 軽度 | 42～31点 | 24～19点 |
| 中重度 | 30～17点 | 18～10点 |
| 重度 | 16～0点 | 9～0点 |

※ 3項目での評価は、寝たきりの被験者に対応。

出所:文献13)の情報を参考に作成

2.3 認知症対応住宅改修の計画手法

2.3.1 認知症対応住宅改修の基本的視点

認知症高齢者のケアの実践を通じて、認知症高齢者が安心できるケアの視点として、「個別性の尊重」、「混乱状態への対応」、「コミュニケーションや意思伝達における障害への対応」、「残存機能の尊重」、「尊厳を損なわないケア」の重要性が指摘されている（文献14、文献15等による）。

こうした点を踏まえ、認知症の高齢者ケアの留意点からみた認知症対応住宅改修の視点を整理すると、表2.9のようになる。

表2.9 認知症高齢者のケアの留意点からみた認知症対応住宅改修の視点

| | 認知症高齢者のケアの留意点 | 認知症対応住宅改修の視点 |
|--------------------------|---|---|
| 個別性の尊重 | ・認知症の症状には個人差があり、その対応はケースバイケースである。認知症の原因疾患に違いがあること、個々の高齢者の性格や人生経験等も無視できない原因である。 | ⇒障害や症状に対する具体的な対処方法を示したとしても、一つの目安にしかならないことが多いので注意が必要 |
| 混乱状態への対応 | ・認知症の高齢者は混乱した状態に陥りやすい。中核症状である記憶障害や見当識障害により、理解力・判断力が低下し、様々な行動障害を生み出しやすく、混乱や不安の原因となる。周囲の環境や状況により、混乱や不安が助長される場合がある。無視された存在として扱われること、一貫性のない対応をされることも混乱の一因となる。 | ⇒目が行きとどく環境の整備が必要 ⇒行動・心理症状に対し介助者の対応を容易にする配慮が必要 |
| コミュニケーションや意思伝達における障害への対応 | ・認知症の高齢者は自分から本当に思っていることを適切に表現できない場合が多々ある。さらに認知症が中等度以上に進行した場合は、障害による混乱により、言葉で適切に状態を伝えられず徘徊、拒食等の行動・心理症状（BPSD）として出現していることも考えられる。 | ⇒目が行きとどく環境の整備が必要 ⇒行動・心理症状に対し介助者の対応を容易にする環境の整備が必要 |
| 残存機能の尊重 | ・残存機能を見過ごし、役割を認知症の高齢者から取り上げてしまい、結果として残されている能力や潜在的な能力を発揮する可能性を失わせていることもある。 | ⇒進行を可能なかぎり遅らせるための配慮が必要 ⇒安全な行動ができる環境の整備が必要 |
| 尊厳を損なわないケア | ・認知症の高齢者の尊厳を損なわないケアを行いたいと介助者が考えていても、それを実行するには十分なサポートが必要となる。認知症の高齢者のケアを支える環境とは介助者を支える環境でもあるといえる。 | ⇒対象者のプライバシーの確保にも配慮が必要 ⇒介助者・家族の負担軽減、家庭生活の保全の観点が必要 |

出所：文献14)及び15)の情報を参考に作成

在宅で生活を行う認知症者にとっては、一般に一人で生活することは困難であり（特に認知症の程度が重度化するにつれて）、同居する家族等の介助者との関係性が大きくなる。このため、認知症高齢者のケアの観点からは、認知症高齢者本人に対する対応に加え、介助者・家族への対応（介助負担の軽減のためのサポートの視点等）が重要であるといえる。

こうした観点を踏まえ、認知症対応住宅改修調査整理をする上での基本的視点（目的）として、表2.10に示すような視点を設定した。

すなわち、認知症対応住宅改修の基本として、①認知症者への対応の視点、②介助者・家族への対応の視点を設定し、その目的をさらに次のように分類する。

また、①認知症者への対応の視点については、①-1 進行を可能な限り遅らせること、①-2 安全性の確保の2つに分類する。

②については、②-1 目が行きとどく環境の整備、②-2 認知症者の行動・心理症状（BPSD）に対し介助者の対応を容易にする配慮、②-3 認知症者の行動・心理症状（BPSD）を極力少なくすることや介護をしやすくする等、介助者の負担を軽減するための配慮、②-4 介助者・家族の家庭生活の保全の4つに分類する。

表 2.10 認知症対応住宅改修の基本的視点(目的)

| | |
|----------------|--|
| ①認知症者への対応の視点 | ①-1 進行を可能なかぎり遅らせるための配慮(個別性の尊重、居場所づくり、運動能力の維持、残存能力の活用等) ①-2 安全性の確保のための配慮(危険行動の防止、転倒防止への配慮、住宅内の危険物回避、視認性の向上等) |
| ②介助者・家族への対応の視点 | ②-1 目が行きとどく環境の整備(視認性の向上、徘徊対策等) ②-2 認知症者の行動・心理症状(BPSD)に対し介助者の対応を容易にする配慮(失禁・不潔行為に対応するためのメンテナンスのしやすさ等) ②-3 認知症者の行動・心理症状(BPSD)を極力少なくすることや介護をしやすくする等、介助者の負担を軽減するための配慮 ②-4 介助者・家族の家庭生活の保全 |

2. 3. 2 認知症対応住宅改修に係る有識者の見解

認知症対応住宅改修の基本的考え方や留意点の整理に向けて、認知症対応住宅改修に関する知見や経験を有する研究者・実務者に対して、ヒアリング調査を実施した^{注1)}。

主なヒアリング調査の内容は次のとおりである。

- | |
|---|
| ① 認知症対応住宅改修の基本的考え方について ② 認知症対応住宅改修と ADL の低下に対応したバリアフリー改修の関係について ③ 認知症対応住宅改修の実施時期について ④ 認知症高齢者にとっての住宅改修の効果（安全性の確保）と負担について ⑤ 住宅改修への認知症者の関わりについて ⑥ 認知症の種類と症状を理解した住宅改修の検討内容について ⑦ 認知症対応住宅改修の実施上の留意点について 等 |
|---|

調査により得られたポイントを整理すると、表 2.11 のようになる。

表 2.11 認知症対応住宅改修に係る有識者ヒアリング結果のポイント

| 調査内容 | 概要 |
|------------------------------------|---|
| ① 認知症対応住宅改修の基本的考え方 | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅の場合は、認知症の症状が同程度であっても、住宅の状況、家族の状況、周囲の人々の理解等の様々な問題が包括的に影響を与えているため、問題の内容、問題の捉え方が個別に変わってくる。 ・住宅改修の検討時には、認知症高齢者の一人一人に応じて対応が変わることを理解することが重要である。一般論としては正しい方法であっても、対象とする認知症高齢者の状況によっては適切ではない方法となってしまうこともある。 ・認知症対応住宅改修においては、対象者の心身機能と自己尊厳のどちらを重視するのかなど、改修の目的の明確化、改修において重視する点の順序立てが重要である。 ・介護負担が大きい状態になっても在宅で暮らす場合は多くある。逆に、認知症が軽度の状態でも一緒に暮らせないと施設に入れる家族もある。いつまで在宅で暮せるかは、対象者の認知症の程度・状況だけで決まるのではなく、家族との関係が重要となる。 ・改修後に対象者の様子を常に見守れる家族がいるか、家族が困ったときなどに支えられるケアマネジャー等の人的サポートがあるかどうか、改修の実施を判断する重要な要素となる。家族の介護負担を含めて、家族をサポートできる福祉資源が十分にあるのであれば、住み慣れた自宅で暮らし続けることが認知症者にとって最も良い。 |
| ② 認知症対応住宅改修とADLの低下に対応したバリアフリー改修の関係 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者は認知症者であり、かつ高齢者である。このため、症状の現れ方は、ALDの低下による問題が強く現れている場合や、認知症の症状による問題が強く現れている場合、またそれらが複合的に現れている場合など様々である。 ・身体機能の低下している高齢者である限り、住宅改修により備えるべき基本仕様は、通常のバリアフリー改修の場合と基本的に同様である。 ・認知症であっても高齢者であることには変わらないので、アセスメントにおけるADL部分も通常の高齢者と同じように評価するのが基本である。 ・住宅改修の検討時は、ADLの問題点等の確認をベースとし、こえに認知症のタイプや症状(中核症状及び行動・心理症状)の問題点を考慮して改修内容の検討及び提案をする。 ・認知症高齢者に対する住宅改修は、認知症者の身体状況が一定ラインを超えると、要介護者に対応した住宅改修を検討することも必要になる。認知症が重度化する中で認知症対象者の快適性より、安全性を重視することが必要となってくる。 ・そのため、家の中ならどこで転んでも大きな怪我とならないよう柔らかい床とする、どこで寝ても心臓が止まらないようにヒートショック対策(床暖房の導入、複層ガラスとし室内が寒くならないようにする)等の配慮も必要となる。 |
| ③ 認知症対応住宅改修の実施時期 | <ul style="list-style-type: none"> ・対象者が体で覚えている環境は、認知症が進んでも生活しやすい環境であると言える。そのため、認知症の症状が軽いうちに改修することで、その環境が対象者に受け入れられる可能性も高い。適切な時期に住宅改修を行い、使い慣れていくことで認知症が進行しても安全に使い続けられる可能性が高くなる。 ・逆に、認知症の症状が進んだ状態では、対象者がその環境に馴染めないことに加え、家族は介護そのものに手一杯で改修を行うことを考えられる状況にない。 ・住まいの工夫において簡単なもの(リモコンのボタンを隠す・目立たせる等)は比較的幅広い症状で適応が可能かもしれないが、トイレや浴室などADLの変化への対応に関わるものは早い段階での改修が在宅で長く利用して暮らしていくことを考えると望ましい。 |

表 2.11 認知症者対応住宅改修に係る有識者ヒアリング結果のポイント(つづき)

| 調査内容 | 概要 |
|---------------------------------|---|
| ③ 認知症対応住宅改修の実施時期 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者がいつまで在宅で暮らしていけるか分からない、改修による効果が定かではない状況での改修は、家族及びケアマネジャーにとっては、費用、手間、介護保険申請等の面から負担である。認知症が重度化すると家族にとって、介護と並行しながら改修工事の相談及び計画を進める余裕は少ないため、重度化してからの改修は難しい。 ・地域の認知症サポートの取組み方として、歯医者が認知症の症状を見つける連携体制がある。認知症の症状が進行する前に相談を受けて、住環境整備に取り組むきっかけをつくるのが大切である。 ・認知症高齢者であっても一定の判断力があるうちは住宅改修に対応できる場合がある。話の内容を理解できている段階に対応ができることが良い。 ・住宅改修を行うかの判断基準としては、一般的には、FAST (Functional Assessment Staging) の判断で中等度とやや高度の間がボーダーラインになると考えられる。 ・認知症が進行すると生活の場は小さくなっていく。家族の顔を判断できる程度ならば住宅改修は行う方向が基本と考えられる。 ・アルツハイマー型認知症の場合は、最終的にどの薬を使っているかを聞いて段階を判断することが考えられる。アリセプト(ドネペジル塩酸塩)だけを服用している場合は、まだ話の内容が理解でき、改修による変化に対応できることが多い。しかし、メマリー(塩酸メマンチン)の服用がある段階では、周辺症状が出てきていることが多い。ただし現実には、アリセプトのみを服用している段階では、身の回りのことが自分でできるため、改修等の相談に来るケースは少ない。周辺症状がみられてから相談に来ることが大半である。 |
| ④ 認知症高齢者にとっての住宅改修の効果(安全性の確保)と負担 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者は変化や新しいものに対して混乱することが多く、改修の効果よりもリスクの方が大きいことから、対象者のためには何もしない方がいい(現状の環境維持)という考え方もあるが、改修により対象者に多少の混乱が生じても、家族にそれを受け入れられる体制があれば、改修を実施した方が良い場合もある。 ・混乱が生じても、対象者の安心・安全等を重視して改修を実施するか、高齢者の混乱を避けるために、現状の生活環境を維持するかは、家族の考え方や関わり方次第となる。 ・これは「認知症高齢者に負担をかけることがあっても住宅改修を行うことが良い場合がある」ということではない。「対象者の安全性の確保のために住宅改修を行う方が良い」、「介護するもの観点からみると改修する方が良い」ということである。 |
| ⑤ 住宅改修への認知症者の関わり | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者の入院中に改修を行った場合は、帰ってきてから自分の家と把握できないということが起こりうることから、対象者が暮らしながら(改修を実施することを理解しながら)改修をすることを基本とすべきである。 ・アセスメント等のために自宅訪問をする際は、関係者で事前の打ち合わせを綿密に行い、訪問する人数をなるべく少人数とし、質問内容等もできるだけ簡潔なものとするなど、対象者の疲れを防ぐように心がける必要がある。 ・工事中であっても、音、埃がひどい時を除いては、可能な限り認知症対象者には在宅してもらうようにすることが望ましい。対象者の性格や症状にもよるが、工事をしていることを対象者が認識している場合ほど、改修後に改修箇所を使いこなせることが多い。 |

表 2.11 認知症者対応住宅改修に係る有識者ヒアリング結果のポイント(つづき)

| 調査内容 | 概要 |
|----------------------------------|--|
| <p>⑥ 認知症の種類と症状を理解した住宅改修の検討内容</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症は原因疾患によって症状が異なり、それによって改修の内容が異なるため、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭型認知症等の認知症の疾患・症状にあわせた改修をする必要がある。 ・例えば、「アルツハイマー型認知症」が進行すると、「考えて使うこと」ができなくなるため、身体が覚えている状態で使えることを基本にすることが良い。 ・一方、「脳血管性認知症」の場合は、脳がダメージを受けている状態のため、傷ついた場所にある能力は低下しているが、別の能力は比較的正常であるというままだら認知症が見られることがある。判断力が保たれていればきっちりと説明すると理解できる可能性があるため、その身体機能に配慮した住宅改修の実施が可能となる場合が多い。 ・また、改修の変化への対応の適応力は、認知症の症状に加えて、対象者が従来どのような暮らしをしてきたか、対象者がどのような性格の持ち主であるかによっても異なる。従来から新しいものなどに対して好奇心が強い、興味を持つ人の場合は、(改修したものが使用できるかどうかは別として)改修による変化にも興味を見せることが多い。 |
| <p>⑦ 認知症対応住宅改修の実施上の留意点</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者が受け入れられない内容は実施にこだわりすぎずに、あきらめることも大切である。変化への適応が難しいと思われる場合は、福祉用具や家具等の代用品で試行した後に、改修を実施すると良い。 ・大きな改修をしてしまうと戻れないこともあるため、まずは早めに試せる方法を試すことが大切である。小さな工夫ほどあきらめやすく別の方法を試す余地がある。まずは小さな工夫から始めることが良い。 ・認知症高齢者がどのように考え行動しているのかの理由を想定し、試してみることが大切である。試し使いは同じ内容であっても、病院や施設ではできても、家ではできないことがある(またその逆もある)。このため、試しは可能な限り自宅が良い。 ・認知症高齢者の介護で難しい点は、認知症高齢者の対象者から問題行動の原因を聞くことができず、家族もその原因を特定できないことである。対象者が伝えることは、事実かどうか分からない。設計者はなぜ認知症高齢者がそのような行動をとるのかを想定し、解決策を試しながら原因を探ることが必要となる。 ・認知症の対象者と関わる際には、対象者がどんな時に警戒心を解くのかを少しずつ確認しつつ接していく必要がある。一度不信感を持たれると、再度のコミュニケーションをとることは難しくなる。 ・そのため、認知症対象者の好きなこと、得意なことを聞きながら話を展開するなどの工夫が必要である。対象者の理解できる方法で、例えば、事例の写真や絵を使いながら改修内容を説明することや、丁寧な口調で接することなどが重要となる。 ・また、説明等をつけすぎて、相手を疲れさせないことも大切である。 |

2.3.3 認知症対応住宅改修の基本的考え方と留意点

認知症高齢者は、加齢に伴う ADL の低下に加えて、認知症による中核症状や行動・心理症状が発症している状況である。このため、ADL の低下に対応した通常のバリアフリー改修に加え、認知症による生活上の問題に対応した住宅の改修等が求められる。

ここでは、認知症者対応住宅改修に係る既往の知見や有識者ヒアリングの結果等を踏まえて、第 1 章で示した高齢者のためのバリアフリー改修に求められる視点に加えて、認知症対応住宅改修の実施に際して、特に重要となる考え方や留意すべき点について整理する。

1) 認知症対応住宅改修に携わる専門家

認知症対応住宅改修についても、身体状況の低下に対応したバリアフリー改修の場合と同様、建築士に加え、理学療法士、作業療法士、医師、ケアマネジャー等のケアの専門家の関わりが重要となるが、認知症（特に、アルツハイマー型認知症等）は症状が段階的に進行していくことが一般的であるため、特に医療との連携を強化する必要がある。

医療、建築、福祉の専門家が緊密に連携・連絡し、一つの専門家チームとして、アセスメントや住宅改修の計画、改修後の評価（フォローアップ）等に取り組んでいくことが重要である。

2) 認知症対応住宅改修を実施するタイミング

(1) 初期の時期に改修を実施する

認知症者は、場所の見当識障害、視空間の認知障害等により、新しい環境になじむことが難しくなる症状を持つ場合が多い。このため、認知症の障害が重度化してからの改修工事は、対象者の様々な混乱を招き、改修の効果が発現しないおそれがある。例えば、大規模な間取り改造は、本人が自宅であると認識できずに、徘徊等の問題行動の原因となることや、手すりの設置工事も、本人が発症前に手すりを使用する生活習慣がないと、それを手すりとして認識することができず、設置の意味を持たなくなってしまうおそれがある。

また、認知症が重度化した状況では家族の介護負担が膨大になっていることや、現在の在宅生活がいつまで継続できるのかなど将来への不安があることから、家族としても住宅改修を検討する状況には至らないことも多い。

こうしたことから、対象者ができる限り自宅に暮らし続けられるようにするためには、認知症の症状が初期の段階で、日常生活自立度もほぼ自立している段階において、認知症対応の改修を実施することが望ましい。それによって次のような効果やメリットが期待できる。

ア) 認知症の症状が比較的軽い、早い時期に住宅改修を行うことにより、対象者が改修内容を共に検討することが可能となるとともに、対象者が改修による環境の変化を受け入れられる可能性が高く、改修後の環境が認知症者にとって使い慣れた環境となる可能性が高くなる。

イ) 早期に住宅改修を実施することで、対象者の生活上の障害を長期的にわたって軽減できる可能性が高くなる。

ウ) 家族等の介助者にとっても、早期の時期であれば、対象者が比較的長く在宅で暮らしていただける可能性があることなどから、住宅改修の検討を行い、改修を実施する余裕が生まれやすい。

このように、できる限り早期の認知症が軽度の段階で住宅改修を実施することが認知症対応の住

宅改修の基本となる。また、認知症を発症した後であっても、できる限り ADL を維持し、自立した生活や介助者の対応を容易にするためにも、認知症が発症する前の段階から「早めのバリアフリー化・認知症発症時に備えた事前の改修」の取組みが基本とされるべきである。

なお、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによる「今後の認知症施策の方向性について」（平成 24 年 6 月 18 日）において、今後目指すべき認知症ケアとして「早期・事前的な対応」に基本を置くこととされている。

(2) 重度化した場合でも改修を実施した方が良い場合がある

認知症者は、在宅生活をいつまで継続できるかが不明であることや、環境の変化への対応が不得手であることなどから、ケアの専門家等が住宅改修の実施を勧めないこともある。

しかし、認知症がある程度重度化した場合であっても、家族が自宅での介助を希望する場合や家族の継続的なサポートが可能な体制が構築されている場合などは、対象者の安全性の確保や介助者の介助負担の軽減等の観点から、住宅改修を実施した方が良い場合もある。

3) 認知症対応住宅改修の進め方及び実施方法の留意点

対象者の認知症の症状そのものが同程度であっても、住宅の状況、家族の状況、周囲の人々の理解等の様々な要因によって、住宅改修に係る問題の内容、問題の捉え方は個別に変わってくる。

このため、対象者の状況や住宅の状況等についてのアセスメントを効果的に実施し、対象者の問題点、住宅の問題点、同居家族等の改善ニーズ等について具体的かつ正確に把握することが必要となる。

認知症対応の住宅改修を実施する上での留意点として、次の点が指摘できる。

(1) 認知症対応住宅改修は、ADLの低下への対応と一体的に行うことが必要

住宅改修の対象となる認知症高齢者は、認知症である一方で、高齢者である。そのため、生活上の問題となっている内容は、認知症の症状による問題が強く現れているケースばかりではなく、加齢による身体機能や ADL の低下による問題などが複合的に現れているケースも少なくない。

認知症高齢者については、認知症の症状に対応するための住宅改修の内容と ADL の低下に対応するバリアフリー改修を明確に区分することは難しいことから、ADL の低下に対応するバリアフリー改修と一体的に、認知症対応の改修を行う必要がある。

(2) 認知症の原因疾患や症状を理解したうえで改修内容を検討することが必要

認知症の症状は原因疾患により異なる。

例えば、アルツハイマー型認知症の場合は、新しいことへの対応が困難なため、危険な動作を行っている場合であってもその動作そのものを変えることは難しい。そのため、危険な動作が少しでも安全となる住宅改修を行うことなどが改修の基本的考え方となる。

一方、血管性認知症の場合は、脳がダメージを受けている状態のため、傷ついた場所にある能力は低下しているが別の能力は比較的大丈夫というまだけ認知症が見られる。判断力が保たれていればきっちりと説明すると理解できる可能性があるため、心身機能の低下に対応した適切な住宅改修が可能となる場合がある。

レビー小体型認知症の場合は、パーキンソン病を合わせもつことが多いため、パーキンソン病の身体状況への対応も考慮する必要がある。

また、認知症の行動・心理症状（BPSDの現れ方は、中核症状の状況のほか、本人の性格、生活環境、身体状況、介助者との人間関係等によって大きく異なる。

こうしたことから、認知症対応住宅改修の検討を行う際は、基礎的な原因疾患の内容と認知症者の症状等を正確に把握することが重要となる。

(3) 認知症者の特性を考慮した住宅改修の進め方や実施方法の検討が必要

① アセスメントを含む詳細な検討の重要性

住宅改修の対象者である認知症者の状態や生活上の問題点についてのきめ細やかなアセスメントの実施が重要である。また、認知症者を介助する家族の生活上の問題点や、生活上のニーズ等も把握することが重要である。

アセスメントにおいて、特に重視すべき点として、次の事項が挙げられる。

ア) 対象者及び介助者の生活上のニーズ（どんな暮らしをしたいか）を正しく把握すること。

：対象者のニーズが把握できない場合は、介助者・家族のニーズを特に正確に把握すること。

イ) 対象者の心身状況を把握すること。

：認知精神行動について、何がどう変化すると混乱が生じるか

：行動・心理症状（BPSD）の有無や内容

ウ) 対象者の住宅状況を把握すること。

エ) 対象者の家族（介助者）の状況を把握すること

：混乱等が生じた場合、家族がどれだけサポートできるか。また、周囲の協力が得られるか。

オ) 対象者の日常生活や住宅内での生活動線を把握すること。

また、認知症対応改修は、ADLの低下に対応するバリアフリー改修におけるアセスメントに加え、認知症による症状を踏まえ、医療やケアの専門家等と連携した詳細な検討が重要である。

② 試し使いの実施の有効性

環境の変化への対応が不得手な認知症者の特性を考慮し、住宅改修の内容が受け入れられるかを判断するために、福祉用具のレンタルや家具の代用品等により試し使いを行うことが有効である。

大きな改修を一度に行うと、それが本人に受け入れられない場合、元に戻すことが大変となる。まずは、認知症者がどのように考え行動しているのかの理由を想定し、早めに試せる方法による改修や環境改善を試してみることが大切である。

また、認知症者が受け入れられない場合は、元に戻すこと、あきらめることも大切である。小さな工夫ほど、それが適さない場合にはあきらめがつきやすく、別の方法を試すことが容易にできるため、小さな工夫から始めて見るのが望ましい。

なお、試し使いは、同じ内容であっても病院やデイサービス等ではできるが、家ではできない場合や、その逆の場合もあるため、できる限り自宅で実施することが望ましい。

③ 住宅改修後のフォローアップの必要性

住宅改修の実施後は、対象者が改修内容に対応できているか、改修内容がきちんと受け入れられているかを確認することが重要である。

また、介助者が適宜見守りや使いこなしのための助言等を行なうことや、状況によっては作業

療法士等の専門家の指導により適切な使用方法を練習するなど、住宅改修をより有効にするためのフォローアップが必要である。

なお、介助者、作業療法士等の専門家の助言、助力を得ても、認知症者の使いこなしができない改修内容や、混乱が大きく生じる改修内容については、元に戻す、利用をあきらめる等が必要となる。

(4) 通常のバリアフリー改修と異なる点が存在する

認知症者の介護等で難しい点は、認知症の本人から行動・心理症状が生じている原因を聞くことができず、家族もその原因を特定できないことである。本人が伝えることは、事実かどうか判断できない状態でもある。設計者はなぜ認知症者がそのような行動をとるのかを想定し、解決策を試しながら原因を探ることとなる。

通常のバリアフリー改修等の住宅改修とは次のような相違点があるため、設計者はこれらに留意した上で、改修内容や改修の実施プロセスの検討を行う必要がある。

- ア) 改修だけで対応するのではなく、改修と生活上の工夫とをうまく組み合わせること。
- イ) 改修内容を検討する上で、認知症の症状（中核症状、行動・心理症状）への対応、進行状況への対応が特に重要となる。特に、本人の症状を踏まえ、混乱や不安が極力生じないような対応方策を検討する必要がある。
- ウ) 一方で、混乱や不安が生じてしまった場合に家族がどのようなサポートができるのかを踏まえ、様々な対応方策を検討する必要がある。また、家族の介助のしやすさや行動・心理症状の発生時の対応のしやすさに配慮した対応方策を検討する必要がある。
- エ) 認知症者の心身状況を考慮したうえで、工事内容等について本人に丁寧な説明を行うことが求められる。
- オ) 改修による変化に興味を持つか（改修したものが使用できるか）は、認知症の症状そのものによる違いに加え、それまでの本人の性格・気質やライフスタイル（好奇心が強い、新しいものが好き等）等による面もある。このため、本人の性格やこれまでのライフスタイルを肯定する対応方策を検討することが重要となり、そのためには、本人の性格やライフスタイル等のきめ細かなアセスメントが必要となる。
- カ) ただし、アセスメントのための面談や説明を行う際は本人の体調を十分に考慮する必要がある。できる限り短時間で終わるよう（事前にヒアリング事項等を精査しておいて）要領よく実施する必要がある。なお、対象者によっては、季節によって症状が落ち着いている時期などがあり、そうしたタイミングを捉えて改修を検討することが望ましい。
- キ) 試し使い等の試行錯誤を行いながら改修内容を検討する必要があるなど、通常のバリアフリー改修よりも計画期間が長期にわたる場合がある。このため、最終的な工事内容や費用負担等を決定するキーパーソンを家族内に設定する必要がある。

2.3.4 認知症対応住宅改修の手法例の整理

認知症は、原因疾患による病名（アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、脳血管性認知症）が同じであっても、本人の性格・気質やこれまでのライフスタイル等によって行動・心理症状（BPSD）の現れ方は全く異なってくることが多いと言われている。また、症状の程度が同程度であっても、住宅の物的状況、同居家族・介助者の状況、周囲の人々の理解等の様々な問題が包括的に影響を与えているため、環境改善に係る問題の内容、問題の捉え方が個別に変わってくる。

このため、2.3.3の「認知症者対応住宅改修の基本的考え方と留意点」で示したように、認知症対応住宅改修（小さな環境改善の工夫等の環境改善手法を含む）は、全ての場合において「個別対応」と言える。こうした個別性を踏まえた上で、ここでは、既往文献、有識者ヒアリング、事例調査等により得られた知見をもとに、認知症対応住宅改修の事例について整理する。

表 2.12 から表 2.19 では、生活行為及び場所別に、認知症による生活上の問題点とその原因、住宅改修・環境改善の目的と主な対応の視点に応じた、住宅改修・環境改善手法の例をデータベース的に取りまとめている。また、それぞれの手法を適用する上での留意点についても併記している。

表中、「改修の目的」欄に示している丸数字は、次の目的分類に対応している。

〈認知症者本人又は家族・介助者のための改修の目的分類〉

- ① 進行を可能なかぎり遅らせるための配慮（個性の尊重、居場所づくり、運動能力の維持、残存能力の活用等）
- ② 安全性の確保のための配慮（危険行動の防止、転倒防止への配慮、住宅内の危険物回避、視認性の向上等）
- ③ 目が行きとどく環境の整備（視認性の向上、徘徊対策等）
- ④ 認知症者のBPSD（行動・心理症状）に対し介助者の対応を容易にする配慮（失禁・不潔行為に対応するためのメンテナンスのしやすさ等）
- ⑤ 認知症者のBPSD（行動・心理症状）を極力少なくすることや介護をしやすくする等、介助者の負担を軽減するための配慮
- ⑥ 介助者・家族の家庭生活の保全 対象者のための改修の目的

また、表中、「認知症対応住宅改修・環境改善の手法例」欄の文章に付けている各記号は、次の手法分類に対応している。

〈認知症対応住宅改修・環境改善の手法分類〉

- ★：認知症特有の空間改修手法 ●：高齢者一般に共通するバリアフリー改修手法
()：空間改修以外の認知症対応の生活上の工夫

ここに示した住宅改修・環境改善手法の例は、特定の症状（中核症状及び行動・心理症状）や、個別の生活上の問題状況とその原因の場合に実施された手法の事例であるため、全ての認知症者の場合に普遍的に適用できるものとは限らないが、様々な条件のもとで実際に実施された改修等の工夫として、その考え方は有用な情報を与えてくれるものである。

この情報を一つの参考として、それぞれの対象者の症状や家族・介助者の状況や生活ニーズ等をきめ細かく把握した上で、適した住宅改修・環境改善の内容を検討する必要がある。

表 2.12 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理 【生活行為：くつろぎ・睡眠、場所：居室・寝室】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|--|------------------|---|---|--|
| ・「子ども返り」をしているため、1人で居室にいることが不安である。娘を母親と勘違いして、娘の姿が見えなくなるとぐずつく。 | ・記憶障害・自己に関する認識障害 | ①、③ ・認知症者が不安にならないように居室から家族を認識できるようにする。 | ★不安防止のため、認知症者の居室(寝室等)に隣接して娘が日中いるスペース(ミニキッチン等)を配置する。また、認知症者の居室・寝室から家族の居場所(居間等)が視野に入るように室を配置する。 ★建具の一部をガラスにする、上部をガラスにする等により、認知症者と介助者の双方が何気なく意識ができるようにする。 | ・室の配置を変更するには一定の住宅面積が必要である。また、室配置を変えたことで、かえって混乱が生じないかの検討が必要である。 ・認知症者の居室が常に見えるということは、認知症者のプライバシーが確保できないことでもあるため、認知症の状態等に合わせた判断が重要となる。 ・家族の介護負担が大きい場合は介助者が自分に戻れるスペースを設けることも検討する。 |
| ・直接見えない2階が認識できず、1階の居間から2階の寝室に行くことが不安で嫌がる。 | ・場所に対する見当識障害 | ① ・認知症者が理解できるように室を配置する。 | ★認知症者が居場所を理解しやすくするため、一つの階で生活が完結するように居室・寝室を配置する。 | ・居室・寝室の場所を変えたことが理解できず混乱が生じることもあるため、認知症の状態等に合わせた判断が重要となる。 |
| ・扉が閉まって、中が見えないことで、自室が認識できない。 | ・場所に対する見当識障害 | ① ・認知症者が自室を認識できるようにする。 | ★ドアの外に小物を飾れる場所を設ける等自室を認識できるようにする。(自室のドアを常に開けておく。) | ・扉には、認知症者本人にとって思い出のあるもの、好きなもの等を飾ることが有効な場合がある。 |
| ・同じドアが並んでいることで、自室のドアが認識できない。 | ・場所に対する見当識障害 | ① ・認知症者が自分で認識できるようにする。 | ★ドアが一カ所に集中すると分からなくなるため、ドアが集中しないよう間取りの変更を検討する(ドアの並びは3枚までとする)。 | ・同じような扉が並ぶことで自室がわからないことがあるため、扉に本人にとって思い出のあるもの、好きなもの等を飾るなどの検討も行う。 |
| ・認知症者の居室・寝室の面積が十分でなく、一日中、ベッドの中にいて動かないため、身体状況の衰えが不安である。 | 無為(自発性障害) | ①、⑤ ・認知症者が動ける居室面積を確保する。 | ●十分な広さの居室面積を確保し、自由に動けるようにする。 | ・認知症者の居室・寝室の面積の確保と同時に食事を台所でとる、昼間の居場所を家族の居間とするなど、家族を含めた生活面の検討も行う。 |
| ・日中の活動量が低下している。床座からの立ち上がり、布団からの立ち上がりが介助者の負担となっている。 | ・無為(自発性障害) | ①、⑤ ・寝たまま、座ったままの状態を減少させる。 | ●床座からいす座・ベッドでの生活空間に変更し、畳に座ったままや布団に寝たままの状態を暮さないようにする。 | ・物的な住環境を変えないで対応できる場合は、住環境はそのままとし、介助者の声掛け等で活動を促すことも考えられる。 |

表 2.12 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|--|----------------------|-------------------------------------|---|---|
| ・言葉で伝えていても予定が理解できず、落ち着かない。 | ① ・時間に対する見当識障害 | ・認知症者が理解できる方法で伝える。 | (当日の予定を記入した紙をわかりやすい場所に置く。) (見やすい位置に担当ヘルパー名等を記入した1週間のスケジュール表を貼る。) | ・必要な情報のみを紙に書いて伝えることで上手いくことがある。 ・文字が多いと混乱する人、文字の情報が伝わりやすい人の両者がいるので、本人の理解できる方法で伝える工夫が必要である。 |
| ・時計が読めなくなると、時間を理解出来なくなり、外出予定があるとずっとそわそわしている。 | ① ・時間に対する見当識障害、失認 | ・認知症者が理解できる方法で伝える。 | (時計の針を示した絵と時計を比較することにより時間を知らせる。) | |
| ・起きた時点で、記憶が以前の状態に戻り、今の状態を認識できず、自分の家ではないと騒ぎ出す。 | ①、⑤ ・時間に対する見当識障害 | ・認知症者が理解できる方法で伝える。 | (落ち着いて暮せるよう、昔の写真や家具、自分が作った小物等を置く。) | ・なじみの家具に触れさせて「ここはあなたの家」と示すなど家族による対応も有効である。 |
| ・見えない場所に対して不安があり、家具の裏側に何かがあると怖がる。 | ①、⑤ ・場所に対する見当識障害 | ・認知症者が理解しやすい住環境とする。 | (認知症者が行動をしようとするときに居室や寝室全体を見渡せるよう、凹凸のない家具の配置等とする。) | |
| ・自宅ではなく病室と感ずるため、介護用ベッドを嫌がる。 | ①、⑤ ・場所に対する見当識障害 | ・認知症者が自宅にいることが認識できる住環境とする。 | (ベッドなどは病室でなく自宅であることがわかる素材を選ぶ。) | |
| ・照明器具が不十分で廊下等が暗く足元の状況が十分確認できず危険である。 (部屋が暗いことが認識できていない、無駄と感じ照明をつけない等が考えられる。) | ①、② ・失認、判断力障害 | ・照明を明るくし、足元が十分見えるようにし、認知症者の安全を確保する。 | (一般的に高い照明レベルとする。) (認知症者の状況に配慮し、段階的に照明を明るくする。) (間接照明の設置等から段階的に行う。) (足元灯の設置を行う。) | ・一般的に高齢者は電気をつけずに部屋を暗くしがちである。 ・照明により足元の安全を確保することが必要な場合があるが、急に部屋の明るさが変わると混乱を生じることがあるため、注意深く行うことが必要である。 |
| ・壁のスイッチで照明器具が点灯できることが認識できなくなり、照明が点灯できない。 | ① ・記憶障害 | ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | (照明器具のひもで点灯できるようにする。) | ・壁のスイッチと照明器具のひもの両方で点灯できるようにすると混乱が起きる可能性があるため、壁のスイッチは使えないように隠すなどの工夫が必要である。 |

表 2.12 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|---------------|--------------------------------------|--|--|
| ・以前の鏡台のみが認知症者にとっての鏡台であり、新しい鏡台が使えない(鏡台と認識できない)。 | ・失認、即時・短時記憶障害 | ① ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | (以前の家具等がそのまま使えるように、イス座にあわせて鏡台や家具の高さを調節する。) | ・なじみの家具を使うことで認知症者に安心感がでることもある。 |
| ・新しい家具、中が見えない家具が認識できず使えない。 | ・記憶障害(記銘力障害) | ① ・認知症者が認識できる家具等を利用し混乱を防ぐ。 | (居室に使い慣れた家具等を配置する。) (使い慣れたものの配置を変えない。) (戸棚等に中身を示すわかりやすい表示をする。) | ・中の見えるプラスチックケースの使用など、認知症者が使いやすい、理解しやすい置き方の工夫を行う。 |
| ・現在の電気機器の使い方がわからず使えない。 現在の電話器の使い方がわからないため、電話ができない。 | ・記憶障害(記銘力障害) | ① ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | (なじみの生活様式を尊重して、旧式の電気機器、黒電話器等を使用するようにする。) | ・本人が旧式の電気機器、電話機であれば使用できるかを試してから設置する。 |
| ・使うべきボタンを認識できないため、テレビやエアコンのリモコンが使えない。 | ・失認 | ① ・認知症者が理解できる方法で伝える。 | (リモコンの使わないボタンはリモコンと同色の紙やカバーで隠して誤動作を防ぐ。) | |
| ・電話をしたい相手の電話番号がわからないため、電話ができない。 | ・失認 | ① ・認知症者が理解できる方法で伝える。 | (ホワイトボード等に必要最小限の名前と電話番号を記入し、電話のそばに置く。) | |
| ・どの電気製品のコンセントがどの差し口に入っているかわからないため、消してはいけない電源を消してしまう。 | ・失認 | ①、⑤ ・認知症者が理解できる方法で伝える。 | (電源タップ毎にどのスイッチかがわかるように目印をつける。) | |
| ・照明でできる影におびえる。 | ・幻覚・妄想 | ①、⑤ ・認知症者に不安を与えない環境を整備する。 | (影ができることをさけた均一の照明とする。) (グレアをさけた均一の照明とする。) | |
| ・常に光っていることが気になり、TV、ビデオ等の電源等の光を嫌がる。 | ・嫌悪刺激 | ①、⑤ ・認知症者が嫌悪する刺激を排除する。 | (TV、ビデオ等の電源等の光が嫌悪刺激となる場合は光をかくすためにカバーをする。) | |
| ・起きた時に電気の光源や外からの光が直接目に入り、まぶしさ等が不快に感じ、今の状況を把握できず混乱する。 | ・時間に対する見当識障害 | ①、⑤ ・認知症者に不安を与えない環境を整備する。 | (光源が直接目に入らない照明とする。) (窓に薄いカーテン等をつけて直接光が目に入らないようにする。) | |
| ・一日中、居室・寝室等に居ることで、生活のメリハリがなく、昼夜逆転の生活となっている。 | ・昼夜逆転・睡眠障害 | ①、⑥ ・認知症者の日中の活動を促す。 | (リビングルーム等を認知症者の昼間の居場所とする。) | ・本人にとって居心地の良い場所を確認のうえ計画をする。 |

表 2.12 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|---------------------|---------------------------------------|--|---|
| ・光の入らない寝室に閉じこもっているため昼夜の時間感覚がなくなり、昼夜逆転の生活となっている。 | ・昼夜逆転・睡眠障害 | ①、⑥ ・認知症者の日中の活動を促す。 | (自然光、風、生活の匂いや音がある程度わかるような空間とする。) (生活のリズムをつくる。) | ・認知症者の居室・寝室等を密閉するのではなく、台所からの食事の支度の匂いが届くようにする等の工夫で介助者の声掛けに加えて、五感に呼び掛ける工夫をする。 |
| ・出入り口扉が認識できず、体をぶつけて危険である。 | ・失認 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | ★ガラス製の出入口扉を安全な材料の扉に替える。 | |
| ・部屋から外の庭に出るのに段差があることを認識できず、転落して危険である。 | ・失認 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | ★居室・寝室の掃き出し窓から転落しないよう段差の解消(スロープの設置等)や手すりの設置等をする。 | |
| ・階段が認識できず、頻繁に転落する。 | ・失認 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | ●階段からの転落を防止するため、居室・寝室を1階に移す。 | ・居室の場所が変わったことを理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等に合わせた判断が重要となる。 |
| ・不安定な襖や家具等を手すり代わりにして使っており、外れることがあるが、危険を認識できない。 | ・失認、危険認識障害(身体状況の衰え) | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | ●寄りかかると外れやすい襖から、安全な木製建具等に替える。 (認知症者の動線全体を考慮し危険分子(不安定な家具・手すり代わりにカーテン等)の配置替えや撤去をする。) (移動動線にある家具や建具を倒れないように固定する。) | ・居室内の移動の際に襖等を手すり代わりに利用している場合は、位置を変えないなど認知症者の慣れ親しんだ動きの維持に配慮する。 ・襖の取り替えに併せて、家具や荷物の撤去や整理を行うと盗難にあったと思いこむ可能性があるため、信頼関係のある人が少しずつ行う等の配慮が必要となる場合がある。 |
| ・移動が不安定になってきており、転倒する。 | (身体状況の衰え) | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 介助者の負担を軽減する。 | ●自分のペースで生活できるよう居場所から手が届く位置に手すりを設置する。 | ・移動の際に自然に手をついている場所に手すりを付けるなど認知症者の普段の移動の方法に留意する。 ・タッチアップ式の手すりをレンタルで試すなど、手すりを認識できることを確認してから設置する。 |
| ・家具があることが認識できず、ぶつかることがあり危険である。 | ・視空間失認(身体状況の衰え) | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | (居室・寝室内の家具の角を丸くし転倒時・移動時等のけがを防止する。) (建具に指を挟まないように工夫する。) | |

表 2.12 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|-------------|-----------------------|---|----------|
| ・危険であることが認識できず、危険物にさわってしまう。 | ・危険認識障害 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | (危険防止のため、「さわらない」等の貼り紙をする。) (エアコン等、火を使わない安全な暖房器具を使用する。) (医薬品、マッチ・ライター等を手の届かない安全なところに保管する。) | |
| ・たばこの火などの消し忘れが頻繁に起こり危険である。 | ・失認、即時記憶障害 | ②、⑥ ・認知症者の安全を確保する。 | ●火災報知器・自動消火器・ホームスプリンクラー等を設置する。 | |
| ・認知症の末期になると行動が緩慢になること、横になることが多くなり介助者の負担が増加する。 | (身体状況の衰え) | ⑤ ・介助者の介助を容易にする。 | ●寝室の面積を広くし、寝室内の介助を楽にする。 | |
| ・一日中認知症者と一緒にいることで介助者の精神的負担が大きくなる。 | (介助者の負担の軽減) | ⑥ ・家族介助者の生活を守る。 | ★介助者が休める部屋(認知症者が入らない部屋)を確保する。 ★介助者と認知症者の互いの気配はわかるがある程度の区切りとなるようにベッド間に腰壁を設ける。 | |
| ・貴重品を認識できなくなり、しまい忘れや置き忘れにより、紛失してしまう。 | ・即時・近時記憶障害 | ⑥ ・介助者の負担を軽減する。 | (貴重品等を手の届かないところに保管する。) | |

表 2.13 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理【生活行為:調理・食事、場所:台所・食事室】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|--|--------------|--------------------------------|---|---|
| ・直接見えない台所・食堂を認識できず行くことを嫌がる。 | ・場所に対する見当識障害 | ①、③ ・台所・食堂を認知症者が認識できる配置とする。 | ★台所・食堂を認知症者の居室・寝室から認識しやすい(移動しやすい・利用しやすい)位置に設ける。 | ・台所・食堂の場所が変わったことが理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等に合わせた判断が重要となる。 |
| ・火に直接接触ると危険であることが認識できないため、ガス調理器具の使用が危険である。 | ・失認 | ①、② ・安全な調理器具を導入する。 | ★ガス調理器から電磁調理器に変更する。 | ・認知症者が使い方を理解できるかを判断した上で安全性を確保し、調理器を選択する(炎が出ないために加熱箇所を触って火傷することがある)。 ・安全性が確保できない場合は調理そのものをあきらめてもらうことも必要である。 |

表 2.13 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|--------------|--------------------------------------|--|---|
| ・ガス調理器具の火を頻繁に消し忘れる。 | ・即時記憶障害 | ①、② ・認知症者の安全を確保する。 | ★消し忘れた際に自動消火される安全機能付き調理器具とする等により安全性を確保した上で、なじみのあるガス調理器を使用する。 ●火災報知器・自動消火器・ホームスプリンクラー等を設置する。 | ・安全性が確保できない場合は調理そのものをあきらめてもらうことも必要である。 |
| ・新しい電気機器の操作方法が覚えられず使えない。 | ・記憶障害(記銘力障害) | ① ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | (なじみの生活様式を尊重して、旧式の電気機器等を使用するようにする。) | ・昔から使用している古いタイプの電気機器等を新しいものとするとうい方がわからないことがある。 ・「危ないから」、「無駄だから」と行動を制限するのではなく、(安全が確保されれば)本人ができることを尊重することが大切である。 |
| ・冷蔵庫と冷凍室の判別ができない。 | ・失認 | ① ・認知症者が認識できる手助けを行う。 | (冷蔵室と冷凍室の区別のために貼り紙をする。) | ・大きな文字での貼り紙を不快に感じ破り捨てることもあるため、認知症の状態等に合わせた判断が重要となる。 |
| ・冷蔵庫の中の食べてはいけないものを食べてしまう。食べたことを忘れて過食をしてしまう。 | ・異食 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保しつつ、自発的な行動を妨げない。 | ★冷蔵庫を空間的に仕切られる(収納できる)配置とする。 (冷蔵庫に置く食べ物や量に工夫をする。食べてはいけないものは認知症者にわからない場所の冷蔵庫に入れるようにする。) | ・冷蔵庫の場所を空間的に仕切り、認知症者が近づけないようにする方法もあるが、可能ならば必要に応じて冷蔵庫が開けられ、問題のないものを問題のない量食べられるようにしておくことがより望ましい。 |
| ・調味料と食材の判断がつかずなんでも食べてしまう。 | ・判断力障害・異食 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | ★食卓や手の届く範囲に調味料等を置かないですむよう収納空間を多く確保する。 | |
| ・洗剤等と食材の判断がつかずなんでも食べてしまう。触ると危険なものも触ってしまう。 | ・判断力障害・異食 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | (洗剤等を手の届かない安全なところに保管する。) | |
| ・電化製品の常時点滅するパイロットランプが嫌悪刺激となる。 | ・嫌悪刺激 | ②、⑤ ・認知症者が嫌悪する刺激となるものを排除する。 | (点滅するランプの上にシールを貼り目につかないようにする。) | ・上に貼ったシールが気になるものとならないようにコントローラーと同色とする等の配慮をする。 |
| ・デイサービスに行く際に家中のコンセントを全て抜いてしまう。 | ・強迫性障害、常同行為 | ⑤ ・認知症者の行動を妨げない。 | (抜かれると困る冷蔵庫のコンセントを見えないように隠し、見せかけのコンセントを設置する。) | |

表 2.14 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理 【生活行為:排泄、場所:トイレ】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|-----------------|--|---|--|
| ・トイレの床の色が濃いために穴があると感じトイレに入らず、失禁する。 | ・錯視 | ①、⑤ ・認知症者が床と認識できる床の色とする。 | ★トイレの床材の色を、廊下等と同じ薄い色のものと取り換える。 | |
| ・介助者に下半身を見られた状態で下着を下されることに嫌悪感を持ち、トイレでの排泄介助を嫌がる。 | ・介護抵抗・拒否 | ①、⑤ ・認知症者が不快に感じない状況での介助を行う。 | ★介助者が後ろから下着が下せる位置に手すりを設置する。 | ・介助の行いやすさの視点からは、手すりの位置が異なる場合がある。 |
| ・トイレの中から鍵をかけてしまい、開けられなくなる(出られなくなる)。 | ・失行、即時記憶障害 | ①、⑤ ・認知症者の混乱や事故発生を防止する。介助者の負担を軽減する。 | ●トイレの鍵を外から開けられるようにする(目立たない位置に、目立たない鍵を設置する)。 | |
| ・身体状況が悪化し、トイレでの排泄が大変になってきている。 ・トイレでの動作が不安定である。 ・トイレの出入口に段差があることが認識できない。 | (身体状況の衰え) 失認 | ①、⑤ ・介助者の負担を軽減する。 | ●和式トイレの洋式化、手すり設置、段差解消、開き戸の引き戸への変更、寝室の近くへの位置変更等により排泄動作を自立させるとともに、排泄介助の負担を軽減する。 ●トイレの面積を広くし、介助をしやすくする。 ●洗面所に隣接したトイレの場合、洗面所側の壁を介助者用に開閉できる構造とする(トイレ動作の介助に加え、失禁時のシャワーによる洗体、汚れ物の下洗いを容易にする)。 | ・トイレの構造などが変わったことが理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等に合わせた判断が重要となる。 ・手すりを異質なものと捉えることもあるため、タッチアップ式の手すりをレンタルで試すなど、手すりを認識できることを確認してから設置する。 |
| ・座る位置がわからず、トイレで上手く排泄ができない。 | ・失行、記憶障害 | ①、④、⑤ ・認知症者の理解できる方法を工夫し、残存能力を活用する。 | ★便器の位置を直感的に分かりやすくするため、カラー便座を設置する。 (座る時の足の位置の目印として床にスリッパや足型のマークをつける。) | ・認知症者が関心を持ちやすい赤色などの色が考えられるが、本人の関心を持つ色が良い。 ・上手く座れる足の位置を複数回試して検討を行う。 |
| ・便座の蓋を上げることが分からず、蓋に排尿をする。 | ・失行、記憶障害 | ①、④、⑤ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | (同居家族が、トイレの蓋、便座を常に上げた状態とする。掃除が楽なように便座カバーをはずす。) | ・問題となっている内容を把握し、家族のちょっとした生活行為を変えることで解決できる問題は、生活行為を変えることが重要。 |
| ・排泄を行ったあと、次の行動が思い出せず、トイレでの排泄後、排泄物を流せない。 | ・失行、記憶障害 | ①、⑤ ・認知症者の理解を促し、残存能力を活用する。 | | |

表 2.14 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|--------------|---------------------------------|---|--|
| ・使うべきスイッチが分からず、ウォシュレットが使えない。 | ・失行、記憶障害 | ①、⑤ ・認知症者の理解を促し、残存能力を活用する。 | (ウォシュレットのスイッチの不要な部分をカバーで隠す。) | ・練習をしても使えない場合は電源を抜き、使用できないようにする場合もある(ただし、衛生上は上手く利用できるように工夫した方が良い)。 |
| ・トイレに異物を流す。 | ・失行 | ②、⑤ ・介助者の負担を軽減する。 | ★掃除口付きの大便器を設置する。 | ・異物を流す原因を検討することが重要である。失禁をしてしまい他人に知られたくないため下着等を流している場合は、トイレの位置やトイレのわかりやすさに工夫するなど失禁を防止するための対策が重要となる。 |
| ・トイレの床に排泄をする。 | ・場所に対する見当識障害 | ④ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | ★トイレ内の床や壁を掃除がしやすく、臭いが付着しにくいタイプの材質に変更する。 | ・トイレの床が変わったことが理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。 |
| ・トイレの周辺に排泄をする。 | ・場所に対する見当識障害 | ④ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | ★トイレ周辺の床や壁の材質を掃除がしやすく、臭いが付着しにくいタイプの材質に変更し、掃除をしやすくする。 | ・トイレの床や壁が変わったことを理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。 |
| ・失禁が多くなる。 | ・失禁 | ④、⑤ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | ★トイレと洗面所や浴室を近接させて失禁後の対応を容易にする。 ★トイレ、洗面所、浴室内に棚等を設けて失禁時に必要なものを手近に収納する。 ★汚物用シンクの設置により汚れものの下処理を簡易にする。 ★トイレの換気性能を高める。 | ・トイレと洗面所・浴室等の位置が変わったことを理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。また、従来の生活動線を維持する方が良い場合もある。 |
| ・紙おむつに排泄したことを隠そうとし便器の中に紙おむつを流し詰まらせる。 | ・判断力障害 | ④、⑤ ・介助者の負担の軽減を行う。 | ★漏水防止のためにトイレの出入り口に排水用のグレーチングを設置する。 ★おむつパット等が便器に入れられても流れないように網等を設置する。 | |
| ・失禁としたことを恥ずかしがる(多くの人に知られたくないという気持ちが強い)。 | ・失禁 | ④、⑤ ・認知症者の自尊心を尊重する。 | ★シャワー付きトイレユニットを寝室のコーナーに設置し、失禁処理を見られる人の人数を最低限とする。 | |

表 2.15 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理 【生活行為:排泄、場所:廊下・居室】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|---------------------------|--------------------------------------|--|---|
| ・トイレの場所が見つけられないため、探している間に廊下などで失禁をする。 | ・場所に対する見当識障害 | ①、⑤ ・認知症者の理解を促し、トイレに誘導する。 | ★トイレに誘導する動線に誘導手すりや、壁に目印を設置する。 (トイレやトレイまでの経路に貼り紙等の目印をする。) | ・本人がトイレと考えている場所と異なる場所に誘導されていると感じ、逆効果となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。 |
| | | ①、⑤ ・認知症者がトイレを認識しやすくする。 | ★寝室やベッドから見通せる場所にトイレを配置する。 ★夜間はトイレまでの動線を明るくする(足元灯による誘導等)ことで、トイレの位置を認識しやすくする。 (トイレの照明を点灯し、ドアを開けておく。) | ・場所を「そこ」と指し示せる方が理解しやすい。 ・トイレの場所が変わったことを理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。 ・認知症者が足元灯の設置を不快に感じる場合は、取りやめることが必要となる。 |
| ・トイレまでの動線が長く、移動に時間がかかり失禁をする。 | (身体状況の衰え) 実行機能障害、判断力障害 | ①、⑤ ・認知症者の移動を最小限とする。 | ★寝室に隣接してトイレを設置する。 | ・トイレの場所が変わったことが理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。 ・改修により、トイレの位置を移動する際は、今までの動作・動線を考慮する。 |
| ・ドアを開閉動作に時間がかかり、失禁する(ドアの開け方がわからないことによりトイレに入れず失禁する)。 | (身体状況の衰え) 失行、記憶障害 | ①、⑤ ・認知症者の動作を最小限とする。 | ★ドアをなくし、アコーディオンカーテンを設置する。 (来客時以外はドアを開け放す。) | ・本人のプライバシーへの配慮、同居家族への配慮、認知症者の自己尊厳への配慮について総合的に検討する必要がある。 |
| ・排尿している場所をトイレと思っている。 | ・場所に対する見当識障害、記憶障害 | ①、⑤ ・認知症者がトイレと思っている場所を介助者等が認める。 | ★トイレと思っている場所にポータブルトイレを設置する。 | ・かつての住宅でトイレだった場所を現在もトイレと思い込んでいる場合、それを否定するのではなく、認知症者の自己尊厳への配慮も必要となる。 |
| ・ポータブルトイレをトイレと認識できないため、ポータブルトイレを設置したが利用しない。 | ・記憶障害(記憶力障害)、失認 | ① ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | (ポータブルトイレは、本人がトイレと認識できるものとする。) | ・認知症者の尊厳維持のためには家具調等が良い場合もある。 |
| ・寝室内に設けたトイレが、トイレと認識できず排泄ができない。 | ・失認、場所に対する見当識障害 | ①、⑤ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | ★トイレは視覚的に認識しやすく、トイレと認識できる形状(引き戸などで、カーテンでの間仕切りでない等)とする。 | ・カーテン等での間仕切りとするとトイレと認識できない場合がある。 |

表 2.15 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|--|-------------------|---------------------------------|---|---|
| ・寝室で失禁をする。 | ・場所に対する見当識障害 | ④、⑤ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | ★居室や寝室の床や壁を掃除が楽で臭いがつきにくいものに変更する。 | ・床や壁が変わったことが理解できず混乱の原因となることもあるため、認知症の状態にあわせた判断が重要となる。 |
| ・失禁によりにおいがこもる。 | (介助者の負担の軽減) 失禁 | ④、⑥ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | ★寝室での失禁の臭い対策として換気扇を設置する。 ★住宅全体の換気性能を高くする。 (玄関扉に網戸をつけ、風を通しやすくする。) (扇風機等の本人になじみのある家電で換気を行う。) | ・寝室に換気扇があることが理解できず、換気扇の音等が混乱の原因となることもあるため、認知症の状態等にあわせた判断が重要となる。 ・扇風機など日常的にあるものを利用することで認知症者の混乱をおさえることが出来る場合がある。 |
| ・頻繁な汚物処理が必要となっている。 | (介助者の負担の軽減) 失禁 | ④、⑤ ・介助者の負担の軽減と生活の快適性の確保を行う。 | (センサーで開閉する汚れ物専用のごみ箱を設置する。) | ・汚れた手でごみ箱の蓋を開けることによる感染症を予防するために設置するが、排泄物のおいも気にならなくなる。 |
| ・失禁後の便を隠す場所を探し、壁の中に隠しているつもりで、壁に便をこすり付ける。 | ・不潔行為(弄便) | ④、⑤ ・介助者の負担を軽減する。 | (寝室の目に付きやすい場所に便の隠し場所として段ボールと新聞紙を置く。) | ・排泄物の入った段ボールの中のかたづけは、認知症者がいない間に行う。 |

表 2.16 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理

【生活行為:洗面・入浴、場所:洗面・脱着衣室浴室】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|--|-----------------|--|--|---|
| ・浴槽に湯を入れるまでの工程が多く、湯をはれない。 | ・実行機能障害 | ①、② ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | ★使い勝手のわかりやすさを考慮した浴室リモコン、水栓を使用する。 | ・浴槽の湯が高温となりすぎないように安全に配慮した機器が好ましい。 |
| ・鏡に自分が映ることが認識できず、混乱する(映ること自体が理解できない、他人がいる等)。 | ・失認 | ①、⑤ ・認知症者の混乱の原因を取り除く。 | ★鏡に自分が映ることで混乱する場合は、鏡を閉じられる機能・形状のものとする。 | ・家族の使い勝手にも配慮する。 |
| ・入浴用リフトの使用目的がわからず、使うことが不安なため嫌がって使わない。 | ・記憶障害(記銘力障害)、失認 | ①、⑤ ・認知症者の理解できる範囲のものを利用し、残存能力を活用する。 | ★入浴用リフト等の大型の機器の導入は試し使いをする等を行い、慎重に検討する。 | ・不慣れな設備が苦手であること、揺れることに対し抵抗があることを考慮し、慎重に検討する。 ・場合によっては試し使いを行ってから導入する。 |

表 2.16 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|-----------------------|-----------------------------------|---|---|
| ・介助者に正面から見られる状態で脱着衣をすることに嫌悪感を持ち、脱着衣の介助を嫌がる。 | ・介護抵抗・拒否 | ①、⑤ ・認知症者が不快に感じない状況での介助を行う。 | ★後ろ向きに脱着衣の介助をすることとし、本人の身体の安定を支えるための手すりを設置する。 | ・身体機能の支援する場合は手すりの位置が異なる場合があるため、シミュレーションにより手すりの位置や形状を確認してから設置する工夫が必要である。 |
| ・入浴動作(浴室)で転倒したことがある場合など、危険な場所と思い込んでおり、入浴を嫌がる。 | (身体状況の衰え) 判断力障害 | ①、②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | ●浴室への手摺設置、浴槽をまたぎやすい高さのものへの更新、段差の解消、床の滑り止め、シャワーチェア等により自立して安全に入浴できるようにする。 ●着座での着脱衣ができるようベンチを設置する(広さが足りない場合は背もたれのあるイスを配置する)。 ●イス座に対応した高さに鏡を設置する(鏡に自分が映ることで混乱する場合は、鏡を閉じられる形状とする)。 | ・浴室が安全になったことを説明し、最初は介助者が入浴の手助けを行うことも必要である。 ・シミュレーションにより手すりの位置や形状を確認してから設置する工夫が必要である。 |
| ・たくさんの種類のシャンプー等があり、自分のものがわからず混乱する。 | ・記憶障害、判断力障害 | ①、⑤ ・認知症者が把握しやすい環境を整備する。 | (浴室に置くシャンプー等を認知症者のもののみとする。家族のものは入浴のたびに持ち込むこととする。) | ・問題となっている内容を把握し、家族のちょっとした生活行為を変えることで解決できる問題は、生活行為を変えることが重要。 |
| ・入浴が好きなため、夜間や家族の留守に冷めた湯のある浴槽に入ってしまい危険である。 | ・判断力障害 | ②、⑤、⑥ ・認知症者の安全を確保する。 | ★浴室を利用しない際に、浴室外から施錠・解錠できるようにする(鍵は、上部の目立たない場所等に目立たない形状・機能のものを設置する)。 | ・開くはずの扉が開かないことで混乱が生じる場合もあるが、予期せぬ事故を防ぐためには必要な対策である。 |
| ・認知機能の低下により浴室等の室温が把握できない(衣類の着脱に時間がかかり身体への負担が大)。 | (身体状況の衰え) 判断力障害、失行 | ② ・認知症者の身体状況に対応したヒートショック対策を行う。 | ●浴室や脱着衣室の温度差を小さくするよう暖房器具を設置する。 ●浴室の室温を一定に保つよう浴室暖房器を設置する。 | |
| ・身体状況が悪化し、入浴介助が大変になってきている。浴室での動作が不安定である。段差があることが認識できない。 | (身体状況の衰えへの対応) 失認 | ②、⑤ ・介助を行いやすいようにする。 | ●浴室の面積を広くする。内開き戸を引き戸にすることで浴室内洗い場を広くする。 ●シャワーチェアの使用、手すりの設置等により入浴介助を楽にする。 | |
| ・洗剤等と食材の判断がつかずなんでも食べてしまう。触ると危険なものも触ってしまう。 | ・判断力障害・異食 | ②、⑤ ・認知症者の安全を確保する。 | (洗剤等を手の届かない安全なところに保管する。) | |

表 2.17 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理

【生活行為：屋内での移動、場所：居室間廊下・階段】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|--|---|--|---|---|
| ・壁に手をついて移動しており、移動が不安定である。 | (身体状況の衰え) | ①、② ・認知症者の移動の安全を確保する。 | ★自然な動きの中で使用できる位置(認知症者が身体で覚えている位置)に手すりを設置する。 | ・移動の際に自然に手をついている場所に手すりを付けるなど、認知症者の普段の移動方法に配慮する(両手を壁についてあるため上下2段に手あかのあとがつくことがある)。 ・これまでに身体が覚えている動きや生活を尊重し、あえて改修等を行わないという判断もある(訪問により自宅での認知症者の動ききちんと把握した上で、必要性の判断をする必要がある)。ただし、身体状況の衰えについては予測や経過をみて判断する必要がある。 |
| ・照明器具が不十分で廊下等が暗く足元の状況が十分確認できず危険である。 | ・失認、判断力障害 (照明が不十分、部屋が暗いことが認識できていない、無駄と感じ照明をつけない等が考えられる。) | ①、② ・照明を明るくし、足元が十分見えるようにし、認知症者の安全を確保する。 | (全般的に高い照明レベルとする。) (認知症者の状況に配慮し、段階的に照明を明るくする。) (間接照明の設置等から段階的に行う。) (足元灯の設置を行う。) | ・照明により足元の安全を確保することが必要な場合があるが、急に部屋の明るさが変わると認知症者の混乱を生じることもあるので、きめ細やかなアセスメント(想定される行動・心理症状等)を行い、注意深く行うことが必要である(一般的に高齢者は電気をつけずに部屋を暗くしがちである)。 |
| ・段差が段差であると認識できず、転倒する。 | ・失認 (身体状況の衰え) | ②、⑤ ・認知症者の移動の安全を確保する。 | ●玄関と玄関ホールの段差、居室と廊下との間の段差、居室間の段差の解消により、住宅内を安全に移動できるようにする。 | |
| ・自身のパーキンソン病による身体状況の衰えが理解できないため、2階に上がり、階段から転落する。 | ・失認、判断力障害 (身体状況の衰え) | ②、⑤ ・認知症者の移動の安全を確保する。 | ●階段に手すりを設置し安全に2階にあげられるようにする。 (やむを得ない場合は、階段を1人で上り下りして転落しないようベビゲート等を設置する。) | ・認知症者にとって2階にあがる行為は必要なことと判断したため、パーキンソン病の症状を配慮した上で安全に階段をあげられるようにした。 |
| ・すり足歩行で、認知症者の思っている歩幅と実際の歩幅が異なり、感覚の差が見られ、段差によるつまずき、転倒がある。 | ・身体失認 (身体状況の衰え) | ②、⑤ ・認知症者の移動の安全を確保する。 | ●ミニスロープの設置により段差を解消する。 | ・レビー小体型認知症の場合、パーキンソン病に似た小刻み歩行等の症状が現れることがあるため、ミニスロープはかえって危険な場合もあるので、本人の状況を注意深く観察する必要がある。 ・移動能力と段差を認識できないことの危険性の双方の観点から、適切な段差解消方法を採用する必要がある。 |

表 2.18 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理

【生活行為：屋外への移動、場所：玄関・アプローチ等】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|------------------------------|---|--|---|
| ・家の間取りが機能的すぎ、居場所がないと感じ、外に出かけたがり、ふと居なくなり、徘徊する。 | 徘徊 | ①、③、⑤ ・認知症者として落ち着く空間を住宅内に設ける。 | ★認知症者にとって落ち着くと思われる場所にサンルーム等の認知症者の居場所をつくる。 | ・本人にとって居心地の良い場所を確認のうえ計画をする。 |
| ・動作の安定のために手すりを設置したが手すりがあることが認識できず、使わず危険である。 | (身体状況の衰え) 記憶障害(記銘力障害) | ②、⑤ ・認知症者の移動の安全を確保する。 | ★認知症者が自然な動きの中で手をつく(さわれる)位置に手すりを設置する。 | ・手すりを意識すると混乱を招く場合もあるため、自然に使える場所に設置する。 ・認知症者の身体状況等によっては、通常のバリアフリー改修とは異なる位置での手すりの設置が必要となる場合もある。 |
| ・段差を認識できず、しばしば転落する。 | (身体状況の衰え) 失認 | ②、⑤ ・認知症者の移動の安全を確保する。介助を行いやすいようにする。 | ●玄関、アプローチ空間等の段差解消、スロープの設置、手すりの設置等により昇降を楽にする。 ●玄関、アプローチ空間等の段差解消、手すり設置、滑りにくい仕上げ材の使用等により、転倒・転落の防止をする。 | |
| ・用事があると考えるが、場所が分からなくなる(迷子になり、徘徊する)。 | ・場所に対する見当識障害、即時・短時記憶障害、徘徊・周回 | ③、⑤、⑥ ・徘徊を防止する。 ・最低限の家族介助者の生活を守る。 | ★玄関の鍵を2か所以上とし、屋外への徘徊を防止する。 ★高い位置や低い位置の通常の鍵とは異なる位置に鍵を設置する。 ★認知症者の居室の外から鍵をかけられるようにして、家族介助者がやむを得ない用事をできるようにする(介助者がトイレに入るとき等)。 ★認知症者の居室や出口(玄関等)が常に視野に入るような間取りの工夫をする。 ★玄関扉や門扉に様々な徘徊感知装置・センサーを設置し、急な飛び出しへの対応を図る。 ★外出がわかるようにドアの開閉時等に音が出るようにする。 ★床の色が濃くなることで、穴、溝と誤認することを利用して、玄関床を濃色とし、徘徊を防止する。 | ・開くはずのドアが開かないことで混乱を生じることもある。 ・本人の安全の確保と混乱の発生防止のどちらを重視するかについて、混乱が生じた場合の家族のサポートの可能性も含めて慎重に判断する必要がある。 |

表 2.18 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理(つづき)

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|-------------------------------|---|--|----------|
| ・用事があると考える外出するが、場所が分からなくなる(迷子になり、徘徊する)。 | ・場所に対する見当識障害、即時・短時間記憶障害、徘徊・周回 | ③、⑤、⑥ ・徘徊を防止する。 ・最低限の家族介助者の生活を守る。 | (玄関にマットセンサーを設置する。) (玄関や日当たりの良い庭にイスを設置し、急な飛び出しを緩和する。) (門扉を日常的に閉めて施錠しておく。門扉部分に飛び出しや跨ぎ越しがしにくいように植木鉢を置いておく。) | |
| ・家族での介護では対応が難しくなっている。 | (身体状況の衰え) | ⑤、⑥ ・家族介助者の生活を守る。 | ●訪問介護等を利用するため、深夜の介助者の訪問等を考慮した別玄関を設置する。 | |

表 2.19 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例の整理 【生活行為:全般、場所:壁・床】

| 生活上の問題状況 | 主な原因 | 目的 | 認知症対応住宅改修・環境改善の手法例 | 手法適用の留意点 |
|---|----------------------|--------------------------|---|--|
| ・床と同一の色のため、壁があることが認識できず壁にぶつかる。 | ・失認 | ①、② ・認知症者の認識性を高める。 | ★壁と床の違いをはっきりと区別できる色や素材等を選択して用いる。 | |
| ・移動が不安定になってきているが、杖をつくコツコツという音が嫌悪刺激となり、杖をつくことを嫌がる。 | (身体状況の衰え) 嫌悪刺激の発生 | ①、⑤ ・嫌悪刺激となる音を極力抑える。 | ★フローリング部分を刺激となる音がしにくい床材(吸音性の高い床材等)に取り替える。 | ・情報の整理が苦手なため、音が嫌悪刺激となる場合があるが、床材を変更したことでかえって混乱が生じないように、従前の床材と同色系の材料を用いるようにする。 |
| ・段差等の認識ができず、つまずき等が多くなり頻繁に転倒する。 | (身体状況の衰え) 失認 | ②、⑤ ・認知症者の移動の安全を確保する。 | ★転倒時の安全と介護負担の軽減を考慮したクッション性の高い床材(カーペット、タイルカーペット)を選択する。 ●廊下の床材を滑りにくい材質とする、転倒時に備えて弾力性のある材質を用いる。 | ・床材を変更したことでかえって混乱が生じないように、従前の床材と同色系の材料を用いるようにする。 |
| ・木目等の模様を異物と捉え混乱する。 | 錯視 | ⑤ ・認知症者の錯視の原因を排除する。 | ★できる限り木目等の模様のない床材に取り替える。 | ・フローリングを選択する際は転倒時の安全性についても考慮することが必要である。 |
| ・床材が反射することで水たまりと錯覚する。 | 錯視 | ⑤ ・認知症者の錯視の原因を排除する。 | ★床材を光が反射しにくいマット調のものに取り替える。 | |

<注>

- 1) ヒアリングは平成24年8月から12月にかけて実施した。ヒアリングを実施した専門家・実務者は下記のとおりである（所属・役職等は当時）

| | |
|---------|-----------------------|
| 小川 敬之 氏 | 九州保健福祉大学保健科学部作業療法学科教授 |
| 大島 千帆 氏 | 早稲田大学人間科学学術院助教 |
| 芳村 幸司 氏 | NPO法人ユニバーサルデザイン推進協会 |
| 矢作 聡 氏 | 住まいづくりねっと主宰 |
| 吉田 誠治 氏 | 夢企画代表取締役 |

<参考文献等>

- 1) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」、平成24年6月18日
- 2) 厚生労働省ホームページ「「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」について」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>)
- 3) 厚生労働省ホームページ「認知症への取組み」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/>)
- 4) 厚生労働省ホームページ「みんなのメンタルヘルス総合サイト」
(http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html)
- 5) 介護福祉士養成講座編集委員会編集「認知症の理解」、中央法規出版株式会社、2009年9月
- 6) 福島富和編著「介護職のための原因疾患別・進行段階別 認知症標準ケアサービス」、日本医療企画、2010年2月
- 7) 高室成幸監修「認知症の家族を介護する時に読む本」、株式会社自由国民社、2011年2月
- 8) 安西順子「気づいていますか認知症ケアの落とし穴」、中央法規出版株式会社、2012年4月
- 9) 河野和彦「完全図解新しい認知症ケア(医療編)」、株式会社講談社、2012年11月
- 10) 認知症介護研究・研修センター「認知症ケア高度化推進事業ひもときテキスト」
<http://www.dnet.gr.jp/retrieve/info/qa.html>
- 11) 厚生労働省政策レポート「認知症を理解する」 <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/19.html>
- 12) 厚生労働省「「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」、平成18年4月3日、老発0403003号
- 13) 大塚俊男「アルツハイマー型痴呆の診断評価スケール」、49 CLINICIAN、1999年、No.486
- 14) 児玉桂子「超高齢者社会の福祉居住環境」、中央法規出版株式会社、2008年3月
- 15) 児玉桂子・足立啓・下垣光・潮谷有二「認知症高齢者が安心できるケア環境づくり」、株式会社彰国社、2009年4月