

入居者の症状や日常性からみた認知症高齢者向けグループホームにおけるバリアの評価

建築計画分野 須田 大志

近年、我が国の福祉の現場では、一律的なバリアフリー環境での、システム化された受動的介護によって起こる、高齢者の要介護度の急速な重度化が問題となっている。これに対して、認知症高齢者向けグループホーム(以下、GH)には、空間全体にバリアフリーを徹底して行う例や、多くのバリアを残す例が存在する。またそれらの中間的な立場を成す例も見られ、中でも、バリアを残すことに主眼を置きながら、必要箇所のみバリアフリーを行うGHにおいて、最も入居者個人の症状段階に応じた自立的な空間の活用が見られ、またそれに伴って、身体や認知に関する症状も長期的に維持される傾向が明らかになっている。本研究では、それらの有効性をもたらすGHの空間のあり方をバリアの評価をもって考察する点に独自性があると考えられる。

1. 研究の背景と目的

近年、我が国の高齢者福祉施設は、ハード面においては、段差の解消、車椅子の利用性を高めるための幅員の確保、手摺の設置を行うといった、安全思考の一律的なバリアフリー化、ソフト面としては、システム化された受動的介護が基調となっている。また、その結果、高齢者の要介護度の重度化が短期間で進み、介護負担が増大するといった問題がある。これに対して、GHには、新たに建物を建築する「新築型」と、既存の建築を改修した「改修型」が存在し、空間全体に渡ってバリアフリーを徹底した例や、段差、手摺の無い空間、空間の狭小性(本研究でのバリアの定義)を多く残したもの(これをバリアフルと定義する)、さらにはそれらの中間的な立場を成す、空間の必要箇所にバリアフリーを行った例も見られる。本研究では、GHの空間におけるバリアの程度によって現れる、バリアフリーとバリアフル、及びそれらの中間的な立場を成すGHの入居者の日常性、事故の発生状況、症状の経年的な変化を比較することで、入居者が個人の症状段階に応じて、自立的な生活を長期的に行うためのGHの空間のあり方をバリアの評価をもって考察することを目的とする。

2. 調査概要

本研究では、大阪府下での運営を行う、バリアの程度が異なる6事例を選出。選定にあたっては新築と改修の違い、介護方針の違い、開設期間5年以上を基準として、新築型1事例、民家改修型2事例、建売住宅改修型1事例、団地改修型2事例を選定した(表1、図1)。また各GHでの入居者の生活と介護の場面を把握するための観察調査(9時~17時)、入居者の生活や介護、バリアフリーやバリアに対する意識、経年による入居者の症状変化、事故の発生状況に関するヒアリング調査、さらには、大阪府下での運営を行っている、新築型および改修型のGH137件を対象に、建物概要、入居者の属性や介護方法、バリアの実態、バリアフリーやバリアに対する意識、経年による入居者の症状変化、H.22年度のGH内での事故の発生状況に関するアンケート調査を行った(H.22.12月~H.23.1月)。回収率21.3%、有効回答は29件。

表1 調査対象GH概要

GH名	[You]	[Ta]	[Yu]	[Ka]	[Ak]	[Po]	
開設年度	H.15.11	H.14.8	H.12.8	H.14.12	H.15.7	H.13.6	
入居者数	7名	8名	6名	9名	6名	5名	
スタッフ	常勤	4名	2名	3名	5名	3名	2名
人数	非常勤	4名	12名	6名	2名	8名	9名
入居者の要介護度	要介護1~5	要介護2~5	要介護2~5	要介護2~5	要介護1~4	要介護2~3	

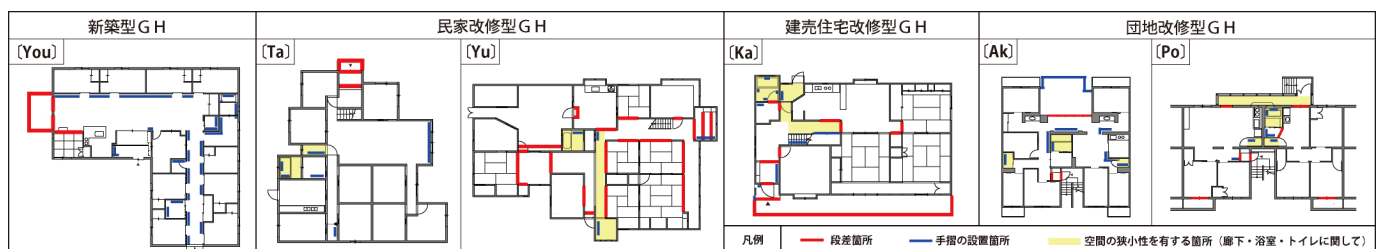


図1 調査対象GHのバリアの程度とバリアフリーの状況

3. バリアの程度からみたスペース別の空間の評価

入居者の移動に深く関係する、段差、手摺、空間の広さといった視点から、バリアフリーとバリアフルの空間を客観的に比較、評価することで、それらの特徴を共に受け継ぐ、混在型の空間の存在と優位性をGHのスペース別に分析し、明らかにした(図2)。

1) バリアフリー型：車椅子利用者の移動や介護の負担を軽減する反面、入居者が歩行中に、身体のバランスを崩した際に周りの壁に手をついたり、手摺をつかんだりできず、そのまま転倒するといった危険性がある。また、その平滑さや画一性から、入居者個人の持つ症状段階や、残存能力の発揮に空間が柔軟に対応し切れていないといった側面がある。

2) バリアフル型：段差や手摺の少なさ、空間の狭小性といった住宅力としてのバリアが残されていることで、足を上げての歩行や、壁の伝い歩きを行うといった、それぞれの症状段階に応じた残存能力の発揮の機会が与えられるとともに、住まいに近似した環境での日常生活が可能になる。しかしながら車椅子利用に対する効率の悪さや、それに伴う介護負担の増大が懸念される側面がある。

3) 混在型：バリアフリー型に見られる、車椅子利用者の移動や介護の負担を軽減するといった部分と、バリアフル型に見られる入居者の症状段階に応じた残存能力の発揮や、住まいに近似した環境での日常生活を可能にするといった、お互いの特徴を併せ持った柔軟性のある空間を創出していることがわかる。

4) 混在型の空間を生み出す要因：段差の状況、手摺の設置状況、空間の広さに関するバリアフリーの対応状況を整理し、バリアフリーを行う、またはバリアを残す傾向の強い箇所から順に並べたものが(表2)である。これによると、段差、手摺、空間の広さのそれぞれにおいて、バリアフリーを行う、またはバリアを残す優先箇所には違いがあり、これらの違いが、バリアフリーとバリアフルの特徴を共に受け継ぐ、混在型の空間を生み出す要因になっていると考えられる。

表2 BFRとBFuのPriority

BFRのPriority	段差	手摺	BFR対応の空間の広さ	
No.1	トイレ	浴室 トイレ	廊下	
No.2	食堂 廊下	廊下	浴室 トイレ	
No.3	居間	玄関周り	/	
No.4	個室	食堂		
No.5	浴室	居間		
No.6	玄関周り	縁側・テラス		
No.7	和室	和室		
No.8	縁側・テラス	個室		
BFuのPriority	段差	手摺		BFuの空間の広さ
No.1	縁側・テラス	個室		浴室 トイレ
No.2	和室	和室	廊下	
No.3	玄関周り	縁側・テラス	/	
No.4	浴室	居間		
No.5	個室	食堂		
No.6	居間	玄関周り		
No.7	食堂 廊下	廊下		
No.8	トイレ	浴室 トイレ		

BFR：バリアフリー BFu：バリアフル



図2 スペース別の空間の評価

4. バリアの実態からみたGHの分類

GH全体を通してのバリアの実態（段差の箇所、手摺の設置状況、空間の広さにおけるバリアフリーの対応状況）に関するアンケート調査で、有効回答が得られた29件を、そのバリアの程度に応じて分類した。

（表3、図3）。

1) バリアレベル1のGH [You] 他13件：水廻りの空間には完全にバリアフリーが施され、共用空間とプライベート空間に関しても、バリアは一部にしか存在せず、GH全体にバリアフリーが徹底されている。

2) バリアレベル2のGH [Ak]、[Ta] 他9件：共用空間・プライベート空間に加え、水廻りの空間の一部にもバリアが見られるものの、GH全体としては、バリアフリーを主眼としている。

3) バリアレベル3のGH [Po]、[Ka] 他1件：GH全体に渡って、段差の多さや、手摺の少なさ、空間の狭さといった住宅力としてのバリアを多く残しているが、必要箇所にはバリアフリーを行っている。

4) バリアレベル4のGH [Yu]：バリアレベル3のGHよりもさらに段差の多さや、手摺の少なさ、空間の狭さといったバリアが増加する、限りなく住まいの状態に近い、バリアフルなもの（特異な例）。

		[You]	[Ak]	[Ta]	[Po]	[Ka]	[Yu]
共用空間	玄関周り	段差	無	有	有	有	有
		手摺	有	無	無	有	有
	居間	段差	無	無	無	無	無
		手摺	有	有	無	無	無
	食堂	段差	居間と兼用	居間と兼用	無	有	有
		手摺			有	無	無
	廊下	段差	無	無	無	有	有
		手摺	有	有	無	無	有
		空間の広さ	BFR	BFR	BFR	BFu	BFu
	和室	段差	有				有
手摺		有				無	
縁側	段差					有	
	転落防止柵					無	
テラス	段差	有	有				
	転落防止柵	無	有				
水廻りの空間	浴室	段差	無	無	有	有	無
		手摺	有	有	有	有	有
	トイレ	段差	無	無	無	無	無
		手摺	有	有	有	有	有
プライベート空間	個室	段差	無	無	無	有	有
		手摺	無	無	無	無	無
バリア箇所の合計		4箇所	6箇所	7箇所	12箇所	13箇所	16箇所

 段差の状況に関わるバリア箇所
 手摺の設置状況に関わるバリア箇所
 空間の広さに関わるバリア箇所 (BFR: バリアフリー BFu: バリアフル)
↔ バリア箇所増加の傾向

表3 調査対象GHの段差・手摺・空間の広さに関するバリアの実態

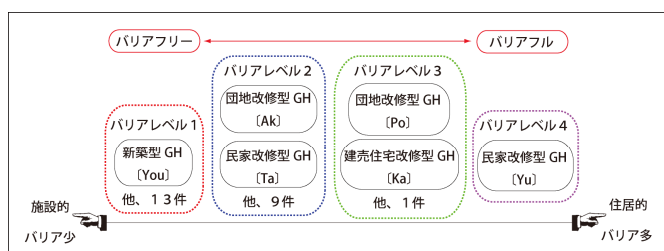


図3 GH別のバリアの程度

5. バリアと事故の関係

H.22年度のGH内での事故の発生状況に関するアンケート調査（有効回答27件）およびヒアリング調査を行い、GHにおける入居者の転倒・転落事故の実態と、バリアとの因果関係を探った。

1) バリアの程度と転倒・転落事故数の関係：バリアレベル別の平均転倒・転落事故数の関係（図4）を見ると、GH内のバリアフリーを積極的に行うバリアレベル1・2のGHでは、平均して8件の事故が起こっており、バリアを多く残すバリアレベル3のGHでは3件、バリアレベル4のGHでは、1件となっていることから、現況の設計基準に従って、常識的なバリアフリー化を推進していくことが、必ずしも入居者の安全性を確保する有効な手段となっていないことがわかる。

2) 発生原因別の転倒・転落事故数の関係：発生原因別の転倒・転落事故数の関係（図5）を見ると、スタッフの見守りが足りなかったことが原因での事故が最も多いことから、入居者に対するスタッフの介護の状況がGH内の事故の発生には大きく影響していることが明らかになっている。また、段差、手摺の少なさ、空間の狭さといったGH内の空間のバリアが原因となって発生した事故は少なく、特に段差に関わる事故は皆無であることから、一般的に高齢者の転倒・転落事故に関する危険因子として認識されているバリアが、直接事故に結びつく決定的な要因とはなっていない。

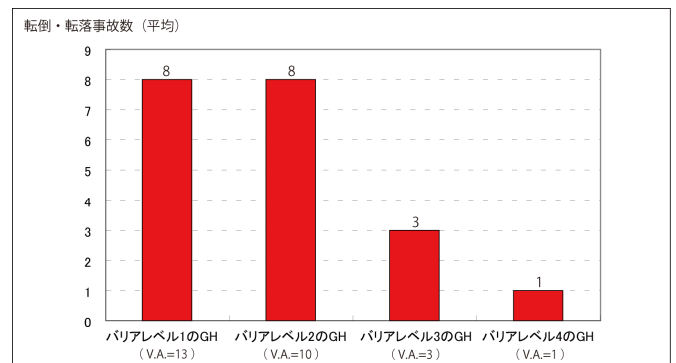


図4 バリアの程度からみた転倒・転落事故の関係

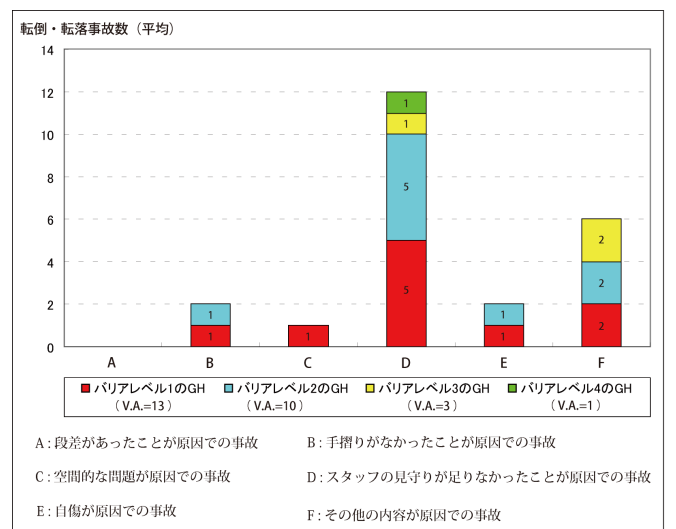


図5 バリアの程度と発生原因別の転倒・転落事故の関係

6. 入居者の生活と介護の実態からみたバリアの評価

身体症状や認知症状が、比較的軽度であるために自立歩行が可能となっている自立歩行者を、軽度入居者とし、それらが重度化していることにより、自立歩行が困難となっている入居者を重度入居者と捉え、バリアの程度がそれぞれ異なるGH別の入居者の過ごし方および介護の実態と、空間におけるバリアの評価を調査対象GH 6件の観察調査により行った。(図6)

1) バリアレベル1のGHでの生活と介護：GH全体に渡ってバリアフリーを積極的に行っているバリアレベル1のGHでは、自立歩行が可能な軽度入居者に対しても、手引き歩行を行うといった施しの介護の様子が見られる。また、歩行困難な重度入居者に限っては、自立的な行為はほぼ見られず、一様な直接介護や車椅子利用を行っている状態である。

2) バリアレベル2のGHでの生活と介護：バリアレベル2のGHでは、軽度入居者においては自立的なバリアの克服の様子がいくつか見られるが、バリアフリーを主眼としたGH環境であるため、入居者の自立性を尊重することに重きを置いた介護方針をとるGHであっても、バリアフリー対応の幅員の広い廊下などでは、入居者の転倒が危惧され、結果的にスタッフが手引きをしてしまうといった身体介護に向かう様子が見られる。

3) バリアレベル3のGHでの生活と介護：バリアレベル3のGHでは、住宅力としてのバリアを活用した、自立的行為が軽度入居者のみならず、重度入居者に対しても生まれており、その際に部分的に設置された手摺の活用などが見られることから、バリアを残すことを主眼としながらも、必要箇所のみバリアフリーを行うといったことが、個人の能力に応じた主体性の発揮という点において、非常に有効な手段であることがわかる。また、バリアレベル3のGHでは、車椅子に対応していない空間を逆手にとり、重度入居者を自立歩行に向かわせるための独自の介護が展開されており、これによって、介助を受ける際にも入居者の主体性の発揮が見られることから、入居者を支援する介護方針も自立性の向上に大きな影響を与えていると言える。

4) バリアレベル4のGHでの生活と介護：原則としてバリアフリーを行っていない、バリアレベル4のGHでは、軽度入居者において、GH内の建具や壁を伝いながら敷居を越えるといったバリアを克服の様子が見られるが、重度入居者においては自立的な行為はほとんど見られず、車椅子介助が行われている。ここから、GH内にバリアを過剰に残し、必要箇所へのバリアフリーもほとんど行われていないGHの場合、重度入居者が自立的にバリアを克服することは困難であると思われる。

GH名	バリアレベル1のGH		バリアレベル2のGH		バリアレベル3のGH		バリアレベル4のGH
	[You]	[Ta]	[Ak]	[Po]	[Ka]	[Yu]	
介護方針	徹底したバリアフリー環境でのスタッフ制のプログラムの調整による生活リズムの改善により、入居者の症状を向上させていくことを主な介護方針としている。	民家を意識しながらも、改修の際にバリアフリーを積極的に取り込み、その環境での入居者に対する十分な介護サービスを提供することを主な介護方針としている。	改修の際にバリアフリーを積極的に取り込み、その環境の中で入居者個人の残存能力に応じた自立的な生活を尊重することを、主な介護方針としている。	入居者に対して過度な介護や、誘導を行わず、既存の状態をできるだけ保持した住居的環境の中で、入居者が自立的な生活を営むことを主な介護方針としている。	スタッフの受動的な介護に依存しない、既存の住まいとしてのバリアを活用した、入居者の自立的な生活行為により、その自立性を高めていくことを主な介護方針としている。	原則としてバリアフリーを実施せず、民家の原型をほぼ既存の状態のまま保持した空間で、入居者の尊厳を保ちながら自立的な行動を促すような介護を行っている。	
軽度入居者							
	2010.11.19 14:33 2/III/A1 自立歩行 入居者がソファへ向かうところを、スタッフが手引き歩行を行い誘導する。	2010.11.3 10:18 3/IV/A2 自立歩行 散歩に行く際に靴箱に手をかけ、玄関の上がり框(160mm)を越える。	2010.11.18 14:27 1/IIb/J2 自立歩行 入居者が袖壁を持ち、玄関の上がり框(160mm)を自立的に越える。	2010.12.6 10:32 2/IIIa/A1 自立歩行 食堂・廊下間の段差(45mm)を袖壁を持ちながら自立的に越える。	2010.11.9 12:12 2/III/A 自立歩行 手摺を活用しながら蹴上げ220mmの階段を自立的に上る。	2010.10.26 16:17 3/IIIa/A1 自立歩行 両手で引き戸を持ちながら、足を上げ、敷居(30mm)を越える。	
重度入居者							
	2010.11.19 15:35 2/IV/B2 車椅子利用 スタッフに車椅子を引いてもらい、トイレ介助を受ける。	2010.11.3 12:46 3/IIIb/B1 歩行介助 スタッフが入居者の両腕を持ち、段差が解消された敷居を、すり足で越える。	2010.11.18 13:50 3/IV/A2 四点杖使用 入居者が四点杖を付きながら左手で手摺を持ち、スタッフの介護を受ける。	2010.12.6 14:19 3/IIa/B1 歩行介助 玄関の手摺を活用しながら玄関の上がり框(45mm)を越える。	2010.11.9 11:25 4/IIIa/B1 歩行介助 狭い廊下に両手をつきながら自立的に歩行する。	2010.10.26 12:07 4/IIIa/B2 車椅子利用 スタッフに車椅子を押してもらい、敷居(30mm)を後ろ向きに越える。 要介護度のスケール： (要支援1・2要介護1・2・3・4・5) 認知症のスケール： (I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M) ADLのスケール： (J・J1・J2・A・A1・A2・B・B1・B2・C・C1・C2)	

図6 入居者の生活と介護の実態からみたバリアの評価

7. 入居者の症状の経年的な変化

入居者の症状変化に関するアンケート調査（有効回答29件）を基に、GH入居者の要介護度・認知症の程度・ADL（日常生活行為達成度）について、GH内のバリアが、入居者の症状の長期的な維持、もしくは回復といった面に、いかに影響を与えているのかを、バリアレベル1～4のそれぞれのGHにおける入居者の症状の経年的な変化の比較によって明らかにした。（図7,8,9）

1) バリアレベル1のGH: 要介護度・認知症の程度・ADLにわたって、全体的に、大幅な重度化の傾向があり、入居者の身体機能の低下速度が著しく速いことが特徴である。バリアフリー対応の平滑な空間に依存した日常生活の継続は、短期間で身体機能の低下が起りやすい側面があると考えられる。

2) バリアレベル2のGH: バリアレベル1のGHと同様に、大幅な症状の重度化の傾向が見られ、身体機能低下の速度は速いことから、バリアフリーに主眼が置かれた環境に与えられた一部のバリアは、入居者の身体機能維持・回復に向けて有効な手段とはなっていないことがわかる。

3) バリアレベル3のGH: 入居年数3年以内の大幅な重度化は要介護度、認知症の程度、ADLを通してほとんど見られない。バリアを残すことに主眼が置かれた中でバリアフリーを必要箇所のみに行ったGHでは、段差を越える際の、手摺の活用などといった、入居者個人の症状段階に応じた柔軟な自立的行為が生まれており、この日常性の継続が長期的な症状維持を可能にしていると考えられる。

4) バリアレベル4のGH: 要介護度、認知症に関しては長期的な症状維持が可能になっているが、ADLに関しては入居年数が短期間の段階で、重度化、軽度化、さらにはその中間の現状維持といった症状変化の多様性が表れている。また、入居年数の長期化に伴って大幅に重度化する傾向が見られることから、身体症状の変化に関して言えば、入居年数が長期に渡った場合、GH内にバリアを過剰に残すことが、GH内にバリアフリーを過剰に行った環境と同様の大幅な重度化を引き起こす可能性があるのではないかと考えられる。

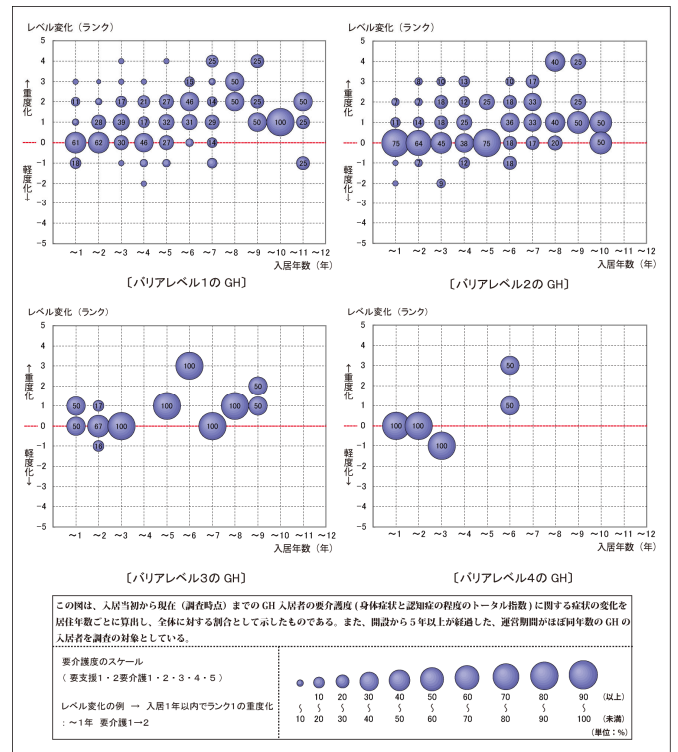


図7 GH別の要介護度の経年的な変化

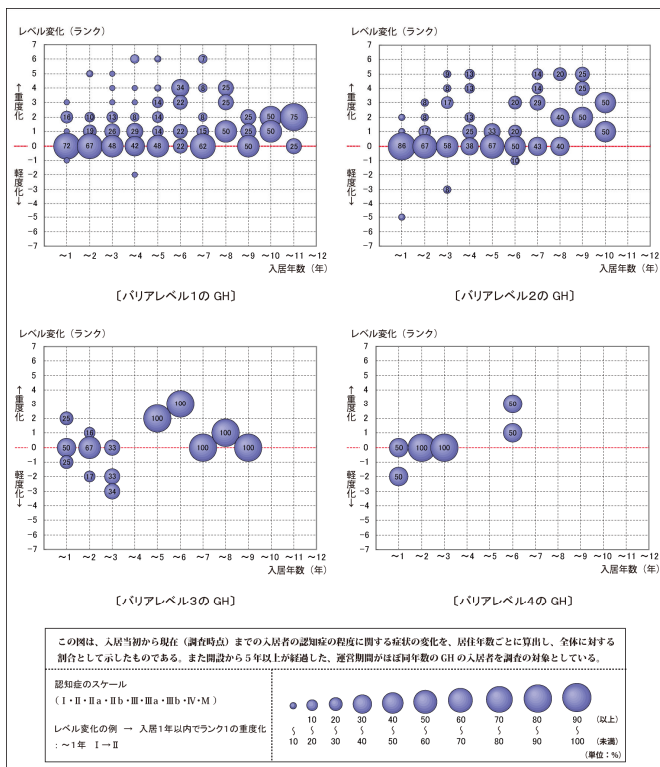


図8 GH別の認知症の程度の経年的な変化

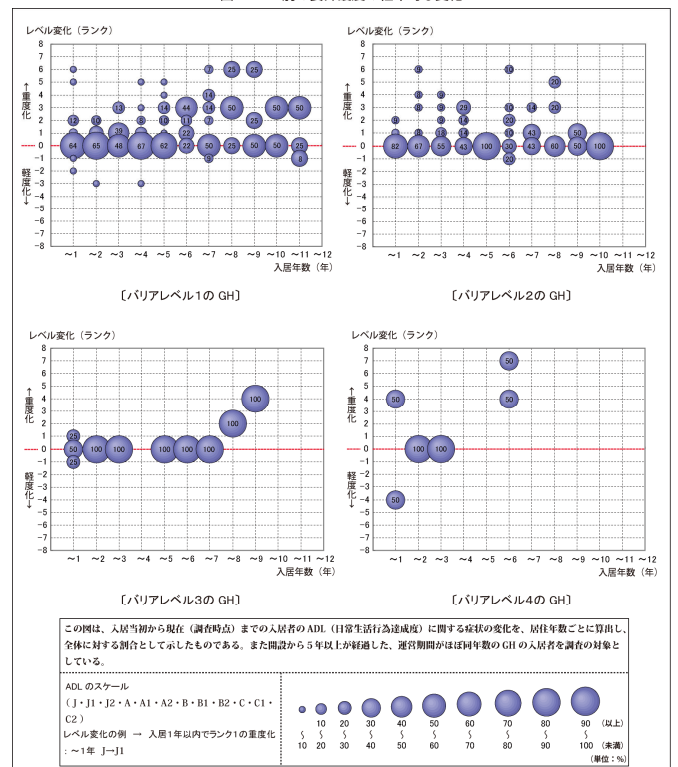


図9 GH別のADLの経年的な変化

8. バリアの効果とバリアフリーの問題点

バリアの効果、バリアフリーの問題点に関するアンケート(表4)によると、身体機能低下の実態として、加齢と共に歩行力が低下し、すり足になり、転倒が起こる。バリアフリーにすることはその人の持てる能力を奪うといったことなど、バリアフリーを徹底して行うバリアレベル1のGHのスタッフが、実際に入居者の身体症状に関する低下を感じている現状がある。ここから、バリアフリーにおける平滑で画一的な空間が、高齢者の症状を低下しがちにするのではないかとといった主張が、バリアを残すことを主眼としたバリアレベル3・4のGH側の一方的な偏論ではないといったことが明らかになっている。これらの実態を真摯に受け止め、現況の設計基準における一律的なバリアフリー化のセオリーに対して、その見直しを行っていく必要があると言える。また、バリアレベル3のGHでは、バリアの効果として、利用者によっては歩行状態が良くなっている、廊下の狭さ、トイレの狭さで倒れることなく移動する。介護度5→1年で介護度1にまで回復した。などの身体症状の改善例が報告されていることから、福祉の環境において、ネガティブに捉えられがちなバリアは、入居者の身体症状の改善や、「住まい」としての温かみなど、多大な恵みを空間のメッセージとして伝える重要なファクターであることがわかる。

<p>[バリアレベル1のGH]</p> <ul style="list-style-type: none"> バリアフリーであっても、加齢と共に歩行力が低下してすり足になり、転倒は起こります。多少の段差がある方がむしろ歩行訓練になるのでは・・・と考える事もあります。GH内でバリアフリーになっていると外に出た時に戸惑われる時もあります。当施設では居室前30cmの廊下になっており、毎日音楽にあわせて、その日の体調、身体状況に応じて何回か往復。キョリ数を色塗りして日本一周を目指しています。それを積み重ねていても足が上がらなくなってきたり、手摺を待つことが多くなったり、支援面で日々試行錯誤の日々です。(バリアレベル1C) 安全面ではバリアフリーは良いが、下肢筋力の低下の1つの原因であるところもある。しかし、バリアフリーであるから歩行がしやすいと歩く方もいらっしゃる。元々、歩いておられた方は、背腰筋痛を使わないせいかお腹が出てきたように思います。(バリアレベル1F)
<p>[バリアレベル2のGH]</p> <ul style="list-style-type: none"> バリアフリーにしている方が、安全かつ介護面の負担もあまりないが、本来グループホームとは、居住していた環境を預し、普通に生活しながら、少数で共同生活をしていくことが本来の姿だと思う。ミニ特養のようなきれいな施設では違和感があり、ふさわしいとは言えない。従来住んでいた住居で暮らすのが人間の普通の姿であると思われる。(バリアレベル2H) バリアフリーにすることはその人の持てる能力を奪ってしまっているのではないかと思う。(バリアレベル2D)
<p>[バリアレベル3のGH]</p> <ul style="list-style-type: none"> 正直、当GHで働き始めた頃は「なぜバリアフリーではないのだろう？段差があると転倒した時に危険では？」と思っていたが、すぐにその悩みは解消されました。段差があることや家具や壁などを手摺代わりにすることで、利用者の方それぞれの方に声をかけ、注意力を高めてもらい、次第に認識してくれるようになりました。またけがなどで一時的な安静以外はGH内は車椅子の使用はせず、歩いてもらっています。トイレや洗面など、毎日何度も移動することが日々の機能訓練につながっていると思うので、利用者によっては歩行状態も良くなっています。個々の能力・状態に応じたケアをさせてもらっているので家族様にも大変喜んで頂いております。(Pa) バリアがあることで、危険性を認識し足を踏かすことが良いと思います。外はすべてがバリアフリーではないので、バリアは必要だと考えます。見守り、声かけのケアをすることが介護スタッフの仕事だと思います。(Ka) ベストよりベターが良いと思っている事で、既にこだわり、運営しています。普通の家なので匂い、廊下の狭さ、トイレの狭さで倒れることなく移動されています。また、2階にスタッフが置いて洗濯干しに上がってもらったりもしている。外の様子(子供たちや近所の人)も居間にいて見え、交流もできることで表情も和らぐことがある。ターミナル時、また夜間見守りが必要な方には性なので横にスタッフが寝て支障している。特に冬場は暖かく、また転んでもけがが少ないように思っています。ベターにしているため、歩行も安定するため介護態勢につながっていると思う。以前、介護度5→1年で介護度1にまでなった例もある。夜間、足音で誰かわかるため、ナースコールの必要性がない程です。このGHのウリは狭さが良さです。(バリアレベル3C)

表4 身体症状やGH環境に関するバリアの効果とバリアフリーの問題点

9. 結論

以上、本研究で得られた全ての知見を総合的に判断して、以下の提言を行う。

- 1) バリアレベル1のGH:** GH内での入居者の転倒・転落に関する平均事故数は、バリアレベル2のGHと並んで8件と最も多い。軽度及び重度入居者において、一様な直接介護を行っている。経年による症状変化においても、要介護度・認知症の程度・ADLにわたって、全体的に大幅な重度化の傾向があり、入居者の症状の低下速度が著しく速い。ここから、バリアフリーを徹底した施設的な空間では、症状段階に応じた自立的な生活を長期的に行うための必要な条件を満たし難い。
- 2) バリアレベル2のGH:** GH内での入居者の転倒・転落事故の平均事故数はバリアレベル1のGHと並んで8件と最も多い。軽度入居者において、自立的なバリアの克服の様子が見られるが、バリアフリーを主眼とした安全思考のGH環境であるため、入居者の自立性を尊重することに重きを置いた介護方針をとるGHであっても、一様な身体介護に向かう傾向がある。経年による症状変化においては、全体的に大幅な重度化の傾向があり、入居者の身体機能の低下は速い。ここから、症状段階に応じた自立的な生活を長期的に行うために必要なGHの空間とはなっていないと考えられる。
- 3) バリアレベル3のGH:** GH内での入居者の転倒・転落に関する平均事故数は3件であり、バリアが原因での事故は皆無である。軽度及び重度入居者において、自立的なバリアの克服の様子が多く見られ、介護面においても入居者の主体性の発揮が見られる。経年による症状の変化に関して、入所年数3年以内の大幅な重度化は要介護度、認知症の程度、ADLを通してほとんど見られず、長期的に維持される傾向がある。症状の維持・改善の実例も最も多く報告されている。ここから、バリアを残すことに主眼を置きながら必要箇所のみバリアフリーを行ったバリアレベル3のGHの空間が、最も認知症高齢者の自立的な生活を長期的に行うための条件を満たしていると考えられる。
- 4) バリアレベル4のGH:** GH内での入居者の転倒・転落事故は1件のみである。軽度入居者においては、自立的なバリアの克服の様子が見られるが、重度入居者においては自立的な行為は見られない。経年による症状の変化に関して、要介護度、認知症に関しては長期的な症状維持が可能になっているが、ADLに関しては入所年数3年以内で大幅な重度化、または軽度化、さらにはその中間の現状維持といった症状変化の多様性が表れてくることから、GH内にバリアを過剰に残した限りなく住まいに近い環境では、一部の入居者を除き、症状段階に応じた自立的な生活を長期的に行うための必要な条件を満たし難い。

討 議 等

◆討議 [内田先生]

GH内にバリアフリーを行うことやバリアを残すことにはプライオリティーだけではなく、フィージビリティの問題も関係していると思いますので、プライオリティーのみで、バリアレベルを定義してよいものなのかという疑問があるのが一点と、バリアフリーの環境では事故が起こりやすいといった結果があらかじめ想定された上で分析を進めた部分も感じられるのですが、その点はいかがですか？

◆回答：フィージビリティの問題も関係してくるので、プライオリティーのみでバリアレベルを定義しづらい部分があるのですが、GH内での入居者の症状や日常性をスタッフが実際に考慮して、バリアフリーを行う、またはバリアを残す場所を判断しているといったことがあるので、プライオリティーはバリアレベルを定義する際に大きく影響するものと考えています。また、バリアフリーの環境で事故が多く発生しているという結果は、分析のなかで表れたものであり、結果を想定して進めたものではありません。

◆討議 [吉田先生]

バリアフリーを行っているGHで、入居者の症状が重度化しやすいといった結果が表れているのですが、入居者の身体症状とハードの選択が適合していなかったために、そのような結果が導かれたのではないかとと思われる部分があるのですが、その点はどうですか？

◆回答：難しい部分なのですが、バリアを残すことに主眼を置きながら必要箇所のみバリアフリーを行ったバリアレベル3のGHで、症状の維持・改善の実例が最も多く報告されているので、やはり、空間に存在するバリアが、入居者の身体症状に与える影響は大きいと思います。

◆討議 [内田先生]

この研究によって示された結果を受けて、是非、建設的に話を進めていきたいと思っているのですが、そのためのデータをもっと示してほしいです。症状変化のグラフなのですが、是非、実人数で表してみたらどうでしょうか？割合で表すものと、また比較ができると思います。

◆回答：ご指摘ありがとうございます。検討してみます。

◆討議 [宮本先生]

感想ですが、私もバリアが直接事故に結びつく要因にはなっていないといったことや、バリアがないことで入居者の症状が維持できにくくなっているといった現状があるのではないかと思っていたので、おもしろい研究だと感じました。

◆回答：ありがとうございます。

◆討議 [徳尾野先生]

実は、バリアが多いGHに残っている入居者は元気な人で、衰えた人が退居している可能性もあるので、退居人数に関してもデータを取りながら、分析してみた方がいいと思います。

◆回答：ご指摘ありがとうございます。その点についても検討していくことが重要だと思います。