療養型病床群における個室ユニット化が職員の行動に及ぼす影響

A STUDY ON EFFECT OF DOWNSIZING CARE WITH PRIVATE ROOM
ON STAFFS' BEHAVIOR IN LONG-TERM CARE WARD

孔 相 権*, 山中 直**, 三 浦 研***

Syohken KOH, Sunao YAMANAKA and Ken MIURA

The purpose of this study is to make clear what kind of effect the introduction of downsizing care with private room give staffs' behavior in long-term care ward. The results of the analysis are as follows.

- 1) A staffs' stay place changes drastically from the bed room to the living room.
- 2) The time of bathing care and excretory care decreased, and the time of meal care increased.
- 3) It increases the efficiency of the control business, and conversations between the aged and the staff member increase.
- 4) It cuts down the thing which a gap is with the stay place and the contents of business between the care staff member and the nursing staff member.

Keywords : The aged with Long-term Treatment, Downsizing Care with Private Room,
Long-term Care Ward, Care Staff, Nursing Staff

長期療養高齢者、個室ユニット化、療養型病床群、介護職員、看護職員

1. 研究の背景と目的

介護保険の導入と共に、在宅ケアやグループホームケアの充実に重点が置かれている。介護や支援を受けながらも在宅で生活を継続することが望まれるが、特別養護老人ホーム（以下：特養）、老人保健施設（以下：老健）、療養型病床群¹⁾などの入所型施設に居住する高齢者が存在することも事実である。

療養型病床群は平成4年に制度が創設され、病室を4床以下、6.4 m²/床以上とし、食事や談話室、機能回復訓練室の設置を義務づけられている。全国で老人病院からの展開が進み現在24万床を超えている。医療施設とは本来、急性期疾患の診察、処置、治療の場であり、患者は治療回復すると在宅へ戻ることを前提として、日常生活からかけ離れた施設内での入院生活を経験する。しかし、慢性疾患を抱えた高齢者の場合、在宅復帰することなく施設で生を終えることが少なくないことを考えると、急性期疾患の患者が入院するような非日常的療養環境ではなく、できる限り日常生活に近い療養環境を整備していかなければならない。特養などで居室の個室化や共用空間の充実など生活の質を高める観点からハードの整備が進んでいる²⁾現在、療養型病床群が提供する療養環境は決して良好なものとはいえず、特養との環境面での格差が広がっているのが現状であろう。また近年、特養や老人保健施設といった定員の多い大規模施設においてユニットケアが導入されている。ユニットケア³⁾とは、大人数の高齢者を一括処遇するのではなく、いくつかの居室や共用スペースを一つのユニットとして整備し、10人程度の少人数ごとに処遇する形態のことである。これにより介護職員が入居者と関わりを多く持ち、高齢者のことを十分に把握した上で、ケアを行うことができると言われている。このように療養環境面だけでなくケア面でも格差が広がりつつある。

既往の研究では、グループホームでの少人数処遇やその中で高齢者の生活展開について扱った研究⁴⁾、特養などの大規模施設で物理的環境とユニットケア導入による高齢者の生活について扱った研究⁵⁾などが報告されている。しかし、療養型病床群での研究は、グループホームや特養などの施設と比較して少なく、研究として未だ十分な蓄積を得ていない段階であると考えられる。また、療養型病床群を扱った研究においても病室の基準面積や設備の有無など物理的環境面の評価を扱ったもの⁶⁾、長期療養高齢者の属性、医療・看護ニーズ、身体症状などの基本的特性を把握したもの⁷⁾など基礎的知見を提供するにとどまるものが中心である。施設内での高齢者の生活展開や空間の利用の仕方などを具体的に明らかにしたもの⁸⁾も散見されるが、多床室を中心とした既存の施設での報告であり、個室ユニット化された施設における職員の滞り場所や行為内容について言及された研究はなされていない。

以上より、本研究では全国で初めて全室個室化し、集団による一括処遇からユニットケアによる小規模処遇を導入した療養型病床群を調査対象として、物理的環境とケアのあり方の違いが、看護職員・介護職員の行動に与える影響について考察を行う。そして療養型病床群の療養環境のあり方についての知見と今後の方向性を示唆することを目的としている。

尚、本研究においては患者のことを長期療養高齢者と表記する。療養型病床群は医療施設であることを考慮すると、本来ならば入院患者と表記すべきかもしれないが、本研究では療養型病床群を高齢者が医療の完備した施設で生活する高齢者福祉施設の一形態として捉え、敢えて患者という表現は避け、長期療養高齢者（以下：高齢者）という表現を使用する。

* 京都大学大学院工学研究科 博士課程・工修
** 京都大学大学院工学研究科 修士課程
*** 京都大学大学院工学研究科 助手・工博

Graduate Student, Graduate School of Engineering, Kyoto Univ., M. Eng.
Graduate Student, Graduate School of Engineering, Kyoto Univ.
Research Assoc., Graduate School of Engineering, Kyoto Univ., Dr. Eng.

2. 研究の方法

2002年9月に療養型病床群としては個室ユニット化に対応した新6病棟（以下：新病棟）を開設した福岡県W町に位置するA病院を調査対象とする。入居者・職員・物理的環境との関わりについて時系列的な変化を捉えるために、新病棟開設以前の3,5病棟（以下：旧病棟）を対象に2002年6月と、新たに開設した新病棟を対象に2002年11月に調査を行った。調査は調査者による非参与の行動観察調査と職員へのヒアリング調査を用いている。職員への行動観察調査は朝の7:00から夜の7:00までの12時間、職員1人に調査員が1人付き、1分ごとに職員の滞在場所・行為内容・行為対象者・会話の有無とその内容について調査器具に記録した。高齢者への行動観察調査は朝の7:00から夜の7:00までの12時間、1フロアーを調査員1人が担当し、10分ごとに高齢者の滞在場所・行為内容・行為対象者・会話の有無とその内容について調査器具に記録した。定時による1日の観察回数は長期療養高齢者が73回/人となる。データの取り扱いが高齢者の場合は観察された回数を「頻度」として取り扱い、それぞれの空間における滞在数を観察回数で除した値を「滞在割合」として用いている。職員の場合は調査間隔が1分であるため観察された回数が「時間」となる。また、高齢者のプライバシーに配慮し居室内に滞在している際には単に居室内と記録し居室内での観察調査は行っていない。職員が居室に入室した場合は調査者は室外に待機し、入室目的がわからない場合は退室後に入室目的を聞き取る形式にした。

調査当日の職員配置及び長期療養高齢者数を表1に、行為分類を表2に示す。

高齢者一人当たりの職員数は日勤帯で、旧病棟3.9:1（看護職員11.3:1、介護職員6:1）、新病棟3.5:1（看護職員7.8:1、介護職員6.5:1）となっており、若干新病棟の方が手厚い人員配置となっている。また、新病棟では各フロアーに排泄、入浴介助などの日常業務には携わず、レクリエーションの企画準備など業務外の高齢者との

表1. 長期療養高齢者数及びスタッフ数

	3病棟		5病棟		6病棟	
長期療養高齢者	38名		52名		39名	
	看護師	介護員	看護師	介護員	看護師	介護員
早出	1名	1名	1名	1名	0名	0名
常勤	1名	4名	3名	6名	5名	4名(2)
遅出	1名	2名	1名	1名	0名	2名(1)
夜勤	1名	1名	1名	2~3名	1名	2名

注) 6病棟のカッコ内の数字は日常業務に携わらない生活活動専門員の人数を現している

図1. 旧病棟と新病棟平面図

関わりを目的に生活活動専門員⁹⁾を各フロアーに1名配置されている。

行為分類では日本看護協会より看護業務区分¹⁰⁾が提案されている。本研究では看護の医療的側面からの評価を意図しておらず、高齢者が生活を展開していく中で看護・介護職員がどのような関わりを持ちながら業務を行っているのかということを把握することを意図しているため、表2の行為分類を使用した。

表2. 職員の行為分類

医療・リハビリ		
介助	身体介助	食事
		排泄
		入浴
		着替え・整容
		移動・移乗
	環境整備	身の回りの世話・環境整備
コミュニケーション		余暇活動
		日常会話
		介助会話
サポート		日常会話+介助会話
		役割創出
		入居者のメンタルケア
自己回帰		
管理業務		
外出		
その他		

3. 対象施設概要

調査対象施設の旧病棟と新病棟の平面図を図1に示す。A病院は平成14年に大規模な改装を行い、全室個室化された新病棟を建設しユニットケアの導入を行った全国初の療養型病床群である。また、新病棟建設により病床数を増やすのではなく、旧病棟を個室化整備のため改装を行っている。外来患者を診察する1病棟、特殊疾患病棟として多床室を中心に構成されている2病棟、リハビリ棟などが整備されており、今回の新病棟建設、旧病棟改装の結果、新築改装工事以前は57室150床であったものが116室146床となっている。

旧病棟と新病棟の空間的な大きな相違点を箇条書きにして挙げると以下ようになる。

- ①旧病棟では多床室を中心に構成されていた病室が全て個室になったこと
- ②個室化された病室に専用のトイレが設けられたこと
- ③旧病棟ではフロアーによってはリビングが設けられていなかったものが各フロアーにリビングが設けられたこと
- ④旧病棟ではリハビリ棟2階に浴室がありフロアー内に浴室があったものが各フロアーに浴室が設けられたこと
- ⑤その他、和室、ホール、バルコニー、ウッドデッキなどの共用空間が充実したこと

これにあわせて、一括処遇から各フロアーを1ユニットとしたユニットケアを導入した。

4. 調査結果

4.1 職員の滞り場所

図2は高齢者の滞り場所を旧病棟と新病棟で比較したものである。これより高齢者は、旧病棟では居室に日中の8割以上の時間滞りしていたものが、新病棟では居室の割合が4割以下となりリビングが5割を超える結果となり、居室を中心とした1拠点の滞りから居室・リビングを中心とした2拠点の滞りに変化している。

図3は職員の滞り場所を旧病棟と新病棟で看護職員・介護職員と職業別に比較したものである。高齢者の滞り場所の変化にともない職員の滞り場所も大幅に変化したことがわかる。職員全体の傾向について考察すると、旧病棟では職員の滞り場所は高齢者の居室を中心に廊下、看護師詰り所での滞りが多かったものが、新病棟では居室・廊下に滞りする割合が大幅に減少し、リビングでの滞りが5割を超えておりリビングを中心とした滞りしていることがわかる。特養や老健を対象とした既往の研究では職員の滞り場所と高齢者の滞り場所との関連性が指摘されている⁹⁾が、療養型病床群においても職員と高齢者の滞り場所には関連性があるといえる。

次に看護・介護と職業別に滞り場所を比較すると、旧病棟では看護職員と介護職員との間に滞り場所に大きな差異があったものが、新病

棟では滞り場所に大きな差が見られなくなっていることがわかる。旧病棟では介護職員は居室での滞りが5割を超えており、居室と廊下を中心に滞りしている。居室と廊下での滞りはおおよそ8割となり、これは高齢者の居室滞りの割合とほぼ同じである。一方、看護職員は居室と看護師詰り所を中心に滞りしており、高齢者の居室の近くに滞りする割合は5割を切る。旧病棟では介護職員と高齢者の滞り場所には関連性があるといえるが、看護職員と高齢者の滞り場所での関連性は介護職員より希薄であったことがわかる。これらの差異の原因は医療に従事できるかどうかという職能上の問題に最も起因していると考えられる。新病棟では看護職員と介護職員の滞り場所の格差は解消しているものの、ユニットケアの導入により看護職員もできる限り高齢

図2 長期療養高齢者の滞り場所の変化

図3 職員の滞り場所の変化

図4 職員別の滞り場所事例

図5 職員の行為内容の変化

者と滞在場所を一致させようとする意識の変化が生じたこと、旧病棟ではリビングなどの共用空間もないフロアがありスペースさえあれば高齢者の側で可能な業務も看護師詰め所を使用せざる得ない状況であったものが、新病棟ではそれらの空間的問題が解決したことが要因となっていると考えられる。

図4は看護職員と介護職員の滞在场所事例を示したものである。旧病棟では、看護職員の場合は看護師詰め所に滞在する時を除いて、介護職員の場合は勤務時間帯を通して絶えず高齢者の居室周りに職員が滞在していたのが、新病棟ではリビングを中心に職員は滞在し必要に応じて高齢者の居室に滞在していることがわかる。居室が高齢者のプライバシーを確保し生活できる場であるならば、職員の居室滞在率が減少したことは大きな意味があると思われる。

職員の滞在がほとんど見られなかった場についてもふれておくと、トイレ、その他共用空間があげられる。トイレは全体では2.9%から0.5%に減少しており、その他共用空間については0.5%から0.6%とほとんど変化は見られなかった。トイレについては、旧病棟でも少なかったのが居室内に個人用のトイレが完備されているため共用トイレではなく室内のトイレで排泄が行われているからであると思われる。その他共用空間については、旧病棟についてはフロア内に洗濯室などの共用空間しかなかったためであるが、新病棟についてはホール、和室など共用空間が充実しているもののそこの滞在はほとんど認められなかった。これは新病棟移行後1ヶ月程度に調査したため職員間でもこれらの共用空間をどのように利用するか確認できていないためであると考えられる。

4.2 職員の行為内容

図5は職員の行為内容を旧病棟と新病棟で看護職員・介護職員と職業別に比較したものである。滞在场所ほど大幅な変化は生じていないが行為内容も変化したことがわかる。職員全体の傾向について述べると、管理業務が半減し身体介助、娯楽、環境整備といった行為が増加したことがわかる。旧病棟でほとんど見られず新病棟で見られるようになった行為として娯楽行為があげられる。旧病棟では1フロアに19～27名の高齢者が生活していたものが、新病棟では1ユニット13名と減少したため空間的な余裕が生まれ、管理業務など業務が効率化されたため時間的にも余裕が生まれ、リビングなどを利用してプログラムの娯楽行為が可能になったのではないと思われる。

次に看護・介護と職業別に行為内容を比較すると、旧病棟では看護職員と介護職員との間に行為内容に大きな差異があったものが、新病棟ではその差が縮小していることがわかる。旧病棟において看護職員

図6 管理業務の行われる場所の変化

の最大の業務は書類作成、物品管理などの管理業務であり、介護職員は身体介助であった。これは旧病棟において医療に従事できる看護職員は医療と管理業務、医療に従事できない介護職員は身体介助という役割分担的な業務の棲み分けがなされていたことがわかる。一方新病棟では介護職員の身体介助割合が微減しており、看護職員の身体介助割合は増加している。また医療と身体介助を合わせた時間が高齢者に直接ケアを提供する時間であると考えられるならば、旧病棟では看護職員と介護職員との間に大きな差があったものが新病棟ではほぼ同じ割合を示していることがわかる。職員へのヒアリングによれば、ユニットケアの導入以後看護職員の意識に今までの役割分担的な棲み分けの業務ではなく、高齢者の生活を支えるためにユニットがチームとして看護・介護という立場を超えてお互いに協力すべきであるという変化が生じている。旧病棟でもこのような意識を持っていたとしても各フロアに看護師詰め所がなく、看護職員は自分の担当するフロアを離れなければならなかったことを考えると、このような行為内容の変化に空間が果たしている役割は非常に大きい。調査時に旧病棟と新病棟に人員配置(表2)の差異(旧病棟3.9:1(看護職員11.3:1、介護職員6:1)、新病棟3.5:1(看護職員7.8:1、介護職員6.5:1))があり、空間的要因の他に人員配置の影響もあると考えられる。しかし、管理業務などは26.8%→12.3%(看護職員36.3%→16.0%、介護職員16.6%→10.4%)と半減しており人員配置の影響より個室ユニット化の影響の方が強いのではないかと考えられる。

4.2.1 管理業務が行われる場所

前項において、職員の行為内容の中で特に管理業務が大幅に減少し、そこで生まれた時間的余裕が身体介助、娯楽、環境整備といった行為を増加させていることを示したが、ここでは何故管理業務が効率化されたかについて考察してみたい。

図6は職員が管理業務を行う場所を旧病棟と新病棟で看護職員・介護職員と職業別に比較したものである。全体の傾向として居室、廊下、看護師詰め所での管理業務が大幅に減少し、リビングが大幅に増加したことがわかる。旧病棟では看護師詰め所が6割近い値を示し、居室、廊下がおよそ2割となっていたものが、新病棟では居室、廊下で管理業務はほとんど行われなくなり、看護師詰め所も1割強と大幅に減少し、代わりにリビングが8割を超えている。旧病棟においては看護職員と介護職員の管理業務を行う場所に大きな差異があったが、新病棟では共にリビングが管理業務を行う中心的な場所になっていることがわかる。旧病棟では看護職員は管理業務のほとんどを看護師詰め所で行っていたが、介護職員は居室、廊下で管理業務を行っていた。新病

図7 職員1人当たりの身体介助内容の変化

図8 入浴待機中の様子

図9 居室内のポータブルトイレ

棟ではリビングを利用して看護職員、介護職員が一緒に管理業務を行っており、業務の効率化の大きな要因になっていると考えられる。また、旧病棟では1フロアに19～27名の高齢者が生活していたが、新病棟では1ユニット13名となっており担当する高齢者数が介護単位の小規模化により減少しているため共有すべき情報量が減少したことも一因であると推察される。

旧病棟では各フロアに看護師詰め所が無く、フロアによっては担当するフロアを離れた看護士詰め所で管理業務を行っており、当然その間は担当する高齢者の状況を確認することができなかった。新病棟ではリビングを中心に管理業務が行われており高齢者の滞り場所(図2)を考慮すると管理業務中も高齢者の身近に滞在していることを意味している。管理業務をリビングで行うことは業務の効率化をもたらすだけでなく、職員と高齢者の滞り場所を一致させ業務の間も高齢者の様子を確認できるようにしているということも空間の変容によりもたらされた効果である。

4.2.2 身体介助の時間

図7は職員1人当たりの身体介助時間を旧病棟と新病棟で看護職員・介護職員と職業別に比較したものである。旧病棟と新病棟、看護職員と介護職員とで身体介助時間に大幅に変化が生じたことがわかる。職員全体の傾向を考察すると、食事介助の時間が40分以上も大幅に増加し、排泄介助がおおよそ20分、入浴介助がおおよそ10分減少したことがわかる。旧病棟では看護職員と介護職員との間に身体介助に携わる時間に150分近い差があったものが、新病棟ではおおよそ60分となっており差が縮小していることがわかる。旧病棟では、あらかじめ介助する時間が比較的是っきりしている食事介助や入浴介助では看護・介護と職能上の違いによる介助時間に差がなく、高齢者の随時性を伴う排泄介助や移動介助で差が大きいことから、看護職員は医療・管理業務が中心で、あらかじめ時間が決まっており人手のかかる食事介助と入浴

図10 職員1人当たりの会話時間の変化

図11 職員1人当たりの会話内容の変化

図12 長期療養高齢者の会話対象者の変化

介助については介護職員を手伝い、排泄介助や移動介助などは介護職員が基本として行うという、前項でもふれた役割分担的な業務の棲み分けが行われていた様子がここからもうかがえる。新病棟では看護職員の身体介助時間は増加し排泄介助なども積極的に行っている様子がわかる。一方、介護職員の身体介助時間は減少しており時間的にも介助内容的にも役割分担的な業務が解消したことがわかる。

個別対応を主とする個室ユニット化は、職員の負担を増やすと思われるが、介護行為の中身を見ると、排泄介助と入浴介助の時間が減少しており職員の負担はむしろ軽減されているといえる。入浴介助時間の減少は各ユニットに個浴が設けられたことが大きい。旧病棟では別棟にある大浴場を利用し、フロア別に入浴日を決め一斉の集団入浴を行っていた。フロア全体の高齢者を浴室に連れて行き、そのフロアの職員もほぼ全員入浴介助を行う入浴方式は一見効率が良いように見えるが、待ち時間が長く(図8)、順番待ちの高齢者へ対応が思いのほかかかる。また大浴槽では自立度の低下している入居者が姿勢を維持できないため浴槽内にも職員が一定数必要な点など、実は必ずしも合理的ではなかった。一方、新病棟ではユニットごとに家庭に近い浴槽を設けた結果、姿勢維持が比較的容易となった。また、個別的な入浴が、今までの風呂に「入れてもらう」という受動的な感覚から、風呂に「入る」という積極的な感覚に変化しているというヒアリング結果が得られている。排泄介助の時間の減少は、各居室にトイレが完備され分散化されたことが大きい。旧病棟ではトイレの数が

少なく、主にポータブルトイレを使用していた。ポータブルトイレでの排泄介助はトイレへの誘導→排泄→トイレからの誘導→汚物の処理という一連の動作を伴うが、トイレが各居室に設けられたことにより汚物の処理がトイレの水を流すだけになった。また、トイレが分散して配置された結果、高齢者に排泄待ちをさせる必要もなくトイレ誘導の点においても職員の負担は減少している。このように職員の身体介助の負担を軽減する上でも空間が果たしている役割は非常に大きい。

4.3 会話時間とその内容

図10は職員1人当たりの会話時間を旧病棟と新病棟で比較したものである。会話のみが行われている時間はむしろ若干減少しているが、食事介助をしながらや管理業務をしながら会話がともなう付帯状況の会話を加味すると職員の会話時間は50分近く増加していることがわかる。図11は会話内容を日常会話、介助会話、日常会話をともなった介助会話に分類し対象別に会話内容を示したものである。これより介助会話では新病棟と旧病棟の間に大きな差は見られないが日常会話で大きな差が生じていることがわかる。

会話時間、特に日常会話が何故増加したかについて考察を行いたい。前項でも述べてきたように、新病棟ではリビングを中心に職員は滞在している。この結果、職員と高齢者の滞在所が一致することにより自然発生的に交流が生まれることにより日常会話が増加したのではないだろうか。また、ユニットケアの導入により介護単位が小規模化されたことにより、職員の中で一人一人の高齢者に積極的に関わっていかうとする意識改革が起こっているというヒアリング結果が得られており、こういった職員意識の変化というものも日常会話の増加に非常に大きく関わっていると思われる。

図12は高齢者の会話観察回数を会話対象者別に旧病棟と新病棟で比較したものである。これより新病棟では全ての対象に対して会話回数が増加していることがわかる。特に顕著に増加しているのは高齢者と職員を含めた複人数での会話である。職員が高齢者に積極的に話しかけ、それが周り的高齢者をも含めた広がりを持つようになったことがここから読み取れる。また、多床室を中心とした旧病棟より全室個室の新病棟の方が高齢者同士の会話が増加していることより、職員との会話が増加しそれが他の高齢者をも含めた広がりを持ち、それが結果として高齢者同士の交流につながっているのではないだろうか。

5. まとめ

本研究では療養型病床群として全国で初めて個室ユニット化を行ったA病院を事例として取り上げ、ユニットケアという介護単位の小規模化と空間構成の変化が職員にどのような影響を及ぼすのかを詳細に考察を行った。その内容は以下のようにまとめることができる。

- 1) 職員の滞在所が居室、廊下、看護師詰め所を中心としていたものがリビングを中心に滞在するようになったことを明らかにし、看護・介護と職能別に高齢者との滞在所の関連性について考察を行い、看護職員と介護職員の滞在所の格差の縮小に空間が果たす役割の重要性を示唆した。
- 2) 看護職員と介護職員との間に職能上の役割分担が行われていたことを滞在所、行為内容、身体介助内容の比較より明らかにし、それがユニットケアの導入による介護単位の小規模化と、それに適した空間の提供により一括処遇のかつ役割分担的な医療・介護ケ

アから、医療・介護サービス一体となった個別的ケアへと変化していく様子を明らかにした。

- 3) 空間的問題の解決により業務が効率化することを明らかにし個室ユニット化が高齢者だけではなく職員にとっても排泄介助や入浴介助の減少など介護業務の軽減に有効であることを示した。
- 4) 職員と高齢者の滞在所の一致、管理業務の効率化、排泄介助や入浴介助の減少などにより時間的な余裕が生まれ、職員と高齢者の日常会話が増加したことが明らかになった。職員から的高齢者への会話が増えたことから、高齢者の会話観察回数も増加し、職員と高齢者の会話だけでなく、複数の高齢者と職員、高齢者同士の会話も増加しており、これは以前よりも濃密な人間関係が築かれつつあるものであると考えられる。

本研究では看護職員と介護職員の業務上の差が解消していることに一定の評価をしている。介護保険3施設の中で医療が完備しているということが療養型病床群の一つの長所である。高齢者の日常生活の中に医療サービスと介護サービスを組み込んでいく時に、絶えず高齢者の生活の身近にいて高齢者と良好な人間関係があるということは大きな意味を持つと考えられる。高齢者との関わりを増やす一つの方法として介護単位の小規模化をし、その中で今までよりも積極的に介護業務に携わることは、医療サービスの質の向上にも大きな意味を持つのではないだろうか。看護職員と介護職員とは医療に従事可能かどうかで職能上の違いは認められるべきであり、介護職員と同量の介護業務を看護職員に求めるわけではないが、医療と介護という役割分担を強くするよりは本研究でも述べたように役割分担を縮小することの方が医療・介護サービスの質の向上につながるのではないかと考えられる。また、看護職員の介護業務の時間が増えているということは、人員配置において看護職員を減らし介護職員を増やすという考えもできる。施設基準や人員配置について様々な視点から議論されるべきではあるが、そのためにも特養など他の高齢者施設のように研究を蓄積していく必要がある。

6. 今後の課題

本研究では個室ユニット化が職員の行動にどのような影響を与えているかを明らかにした。しかし、このような職員の変化と個室化された空間の変化が高齢者の生活にどのような影響を及ぼしているかについては詳しくふれられてはいない。療養型病床群の特徴として医療があるが、本研究では提供される医療の実態とそれによる高齢者の生活への影響についてもふれられてはいない。今後は継続的な調査に基づき高齢者の生活への影響を明らかにするとともに、旧病棟は改装され個室化されているか改装事例についても考察を加え、空間的スケールの違いにより職員と高齢者がどのような影響を受けるのか把握したい。

謝辞

末筆ながら本調査にご協力いただきました病棟職員並びに高齢者の皆様にお礼を申し上げます。また、生前ご指導いただいた故外山義教授に、感謝と哀悼の意を表したい。

【注釈】

- 1) 平成12年12月の第4次医療法改正により、平成13年2月以前に「その他の病床（療養型病床群を含む）」であった病床は、平成15年8月31日までに一般病床もしくは療養病床のどちらかを選んで届け出ることとされている。2年6ヶ月に及ぶ届け出期間中、療養型病床群は「経過の旧療養型病床群」という名称で呼ばれることになる。現在では医療保険に基づく療養病床と介護保険に基づく療養病床（介護療養型医療施設）となる。本研究では調査時期などを考慮し療養型病床群と表記する。療養病床の施設基準は療養型病床群の施設基準とほぼ同じであり医療法施行規則において定められており、施設基準においては名称変更が生じただけでもいえる。医療保険適用型と介護保険適用型との療養病床の施設基準の差はなく、人員配置も看護師6:1、介護職員（医療保険適用型の場合は看護補助者）6:1と同じである。ただし介護保険適用型の場合は100:1かつ1人以上で介護支援専門員を配置する必要があるが、医療保険適用型の療養病床の場合は配置する必要はない（参考文献1参照）。また、施設種別の定員別室数の個室割合は特養29.3%、老健27.9%、療養病床等18.8%となっており、今後特養などが個室化されることを考慮すると差が拡大していくことが予想される（参考文献2参照）。
- 2) 1995年に特別養護老人ホームの補助基準が、1人当たり施設面積を3.3㎡引き上げられ34.13㎡へ、1人当たり居室面積を2.4㎡引き上げられて10.45㎡となった。特別養護老人ホームでは2001年より全室個室・ユニットケアの新型特別養護老人ホームの導入を開始した。また老人保健施設でも2002年より療養環境の向上を図る観点から、個室・ユニットケア型施設への改修経費に対する補助がつく。
- 3) 参考文献3参照
- 4) 参考文献4～6参照
- 5) 参考文献7～11参照
- 6) 参考文献12参照
- 7) 参考文献13参照
- 8) 参考文献14参照
- 9) 生活活動専門員は新病棟1フロアに1名ずつ計3名配置されている。本文中にも記述したがレクリエーションの企画準備など業務外の高齢者との関わりを目的に配置されており管理業務や原則として身体介助業務などには携わらないため本研究では調査対象外とした。
- 10) 看護業務区分は1982年に日本看護協会看護婦職能委員会看護業務実態調査を行い、「看護行為分類Ⅰ」35項目、「看護行為分類Ⅱ」165項目に分類し作成された。時代の変化とともに改訂され、現在は1994年度に再編成されたものである。医療分野に細部まで分類した看護業務区分の行為分類は看護職員の医療行為を正確に把握するには有用な行為分類であると思われるが、本研究では介護職員も同時に行方内容を把握しなければならないこと、また研究の主眼として職員が高齢者とのような関わりを持ちながら業務を行っているのかその全体像を把握したかったため本文中表2の行為分類を使用した（参考文献15参照）
- 11) 参考文献16参照

（参考文献）

- 1) 社団法人日本医療福祉建築協会編集：医療・高齢者施設の計画法規ハンドブック、中央法規出版、2001
- 2) 日本医師会総合政策研究機構：回復期リハ病棟／療養病床／老健／特養の機能分担に関する調査研究～入退院（所）分析を中心として～、日本医師会総合政策研究機構、2002
- 3) 外山義他：ユニットケアのすすめ、簡井書房、2000
- 4) 石井敏他：先進事例に見る共用空間の構成と生活の関わりー痴呆性高齢者のためのグループホームに関する研究 その1ー、日本建築学会計画系論文集524、p109-115、1999.10
- 5) 厳爽他：グループホームにおける空間利用の時系列的変化ー「なじみ」からみた痴呆性高齢者のケア環境に関する研究（その1）ー、日本建築学会計画系論文集523、p155-161、1999.9
- 6) 鈴木健二他：痴呆性高齢者グループホームにおける入居者の生活の再編過程ー痴呆性高齢者のケア環境のあり方に関する研究（1）ー、日本建築学会計画系論文集546、p121-126、2001.8
- 7) 橘弘志他：特別養護老人ホームの施設空間に展開する生活行動の場ー個室型特別養護老人ホームの空間構成に関する研究 その1ー、日本建築学会計画系論文集512、p115-122、1998.10
- 8) 橘弘志他：特別養護老人ホーム入居者の個人的領域形成と施設空間構成ー個室型特別養護老人ホームの空間構成に関する研究 その2ー、日本建築学会計画系論文集523、p163-170、1999.9
- 9) 橘弘志：特別養護老人ホームのケア環境と入居者の生活展開の比較ー個室型特別養護老人ホームの空間構成に関する研究 その3ー、日本建築学会計画系論文集548、p115-122、2001.10
- 10) 橘弘志：特別養護老人ホーム共用空間におけるセミプライベート・セミパブリック領域の再考ー個室型特別養護老人ホームの空間構成に関する研究 その4ー、日本建築学会計画系論文集557、p157-164、2002.7
- 11) 松原茂樹他：入居者に対する介護職員の関わりに関する考察ーユニットケア型高齢者福祉施設における介護職員のケアのあり方に関する研究ー、日本建築学会計画系論文集561、p137-144、2002.11
- 12) 長澤泰他：病室の最低基準面積に関する研究報告書（平成9年度課題研究報告書）、日本医療福祉建築協会、1998
- 13) 山下哲朗他：療養型病床群に対応する病棟・病室平面のあり方に関する研究（平成6年度課題研究報告書）、日本医療福祉建築協会、1995
- 14) 三浦敏明他：高齢入院患者の生活展開の類型とその特性に関する考察ー療養環境の変化と高齢入院患者の生活展開に関する研究ー、日本建築学会計画系論文集523、p139-145、1999.9
- 15) 日本看護協会看護婦職能委員会／編：看護婦業務指針、日本看護協会出版会、1995
- 16) 井上由起子他：高齢者居住施設における個別的介護に関する考察、日本建築学会計画系論文集508、p83-89、1998.6

（2003年9月8日原稿受理、2004年1月20日採用決定）