施設利用特性から見た高齢者施設のエンド・オブ・ライフケア に関する研究

A STUDY ON END OF LIFE IN THE INSTITUTION FOR OLD PEOPLE FROM AN USE CHARACTERISTIC

朴 宣 河*, 大原 一興**, 山口 健太郎***

Sunha PARK, Kazuoki OHARA and Kentaro YAMAGUCHI

This paper is focused on the environmental influence on the end of life in the institution for old people. The purpose of the study is to make clear that the institution support all aspects of older people's lives in the end of life such as sustain social contact and independent living escape from hospital model spaces and medical care. The study investigated the unit type nursing home and Long-term Ward which are thought as an end of life care place in Japan, grasped the process and the actual situation such as use forms of many space related to the end of life care.

The result showed that each institution is considered of value as the end of life care place from the viewpoint of attaching weight to a private room, unit type, and care for life. The paper made clear that the old people could sustain the existing life by the staff and an improved environment in the end of life period because the staff and family supported them in view point of the dweller not the patient. In addition, it confirm that there is no need of common space such as a family room or mortuary by the filled up private room.

Keywords : *assisted-living facility, End-of-life care, improved environment, sustain the existing life*
高齢者介護施設、エンド・オブ・ライフケア、環境の整備、既存の生活の維持

1 はじめに

高齢者人口が増加し続ける日本では、今後、高齢者の死亡者も増加する。近年、緩和ケア^{注1)}やホスピスケア^{注2)}の概念の登場により、終末期には、延命を目的とした医療行為だけではなく痛みの緩和や不安の解消など死にいたる過程の質が求められている。また、ケア側においての視点だけでなく、本人がどのように生きたいのかという側面に焦点をあてたエンド・オブ・ライフケア^{注3)}という概念も登場している。

厚生労働省が行った『終末期医療のあり方に関する調査等検討会報告書』^{注4)}によると、「高齢者が終末期に療養する場所」として一番希望が多いのは病院であり、次いで特別養護老人ホーム（以下、特養と略）、自宅となっている。病院では、専門的な医療、看護が受けられる反面、居住環境の整備は十分ではなく、従前の生活とは切り離された終末期になる場合が多い。一方、特養など高齢者介護施設では、個室ユニット化などにより居住性能が向上しているのに加えて、看護・介護職員が常駐しており、自宅に近い環境の中で専門家のサポートを受けることができる。従前の生活の延長線として終末期を捉えることができる。自宅よりも特養での死亡を希望する人が多いのは、このような点に因る部分が多いと考えられる。

また、介護保険3施設は、行政指導により重度の高齢者の受け皿

となることが方向づけられており、施設で終末期をおくる高齢者が増加すると予想されている。厚生労働省は、終末期医療など高齢者の長期入院が医療保険費用を膨張させているとの危機感から「在宅での看取り」への誘導に力を入れだしており^{注5)}、高齢者介護施設は「終の棲家」の一つとして期待されている。

2 研究の概要

2.1 本研究の位置づけと目的

終末期を扱った既往研究には、がん患者の緩和ケアを目的とする緩和ケア医療施設やホスピスの施設計画や地域的整備計画などに関する研究^{文1~4)}、高齢者介護施設における入居者のターミナルケアのあり方や施設計画などに関する研究^{文5~8)}がある。緩和ケアに関する既往研究では個室とユニット型に近い空間構成が前提となっており、エンド・オブ・ライフにおける居室の役割については論じられていない。また、高齢者施設を対象とした研究では量的分析から個室の重要性が指摘されるにとどまっている。

一方、日常生活環境における個室ユニット型の有効性に関する研究は数多く行われているが、エンド・オブ・ライフを取り上げた研究は少ない。そこで、本論文においては、多床室と比較することにより個室がもつ役割や有効性について検証を行う。加えて、制度

本論文は2006年大会学術講演会（関東）で発表したものを一部修正してまとめたものである。

* 横浜国立大学大学院 博士後期課程

** 横浜国立大学大学院工学研究院 教授・工博

*** 近畿大学理工学部 講師・博士（工学）

Graduate Student, Faculty of Engineering, Yokohama National University

Prof., Faculty of Engineering, Yokohama National University, Dr. Eng.

Lecturer, Kinki University, Dr. Eng.

として定着されている個室ユニット型がエンド・オブ・ライフに及ぼす影響について検討を行う。

2.2 研究の方法

本研究では、従来型特養や個室ユニット型特養、そして、個室ユニット型介護療養型医療施設を対象に調査を行い、エンド・オブ・ライフケアのプロセス、それに関係する諸空間の利用形態等の実態を把握し、「終の棲家」としての施設計画的指針を得る事を課題とする。以下に、具体的な研究の流れを示す。

まず、各施設におけるエンド・オブ・ライフケアの特性をそのプロセスから把握し、基礎的な知見を得る。次に、施設の形態や方針の違いが職員や家族の関わり方に与える影響について明らかにし、施設におけるエンド・オブ・ライフケアのあり方について考察する。最後に、エンド・オブ・ライフのプロセスの中での生活場面を実際の生活空間と対応させることで、人間と環境との関係について考察をし、諸室の利用形態から、今後の課題を明らかにする。

2.3 対象施設の概要

本研究では、居室というハードの条件及び医療、看護体制というソフトの条件が異なる3施設を調査対象^{注7)}とした(表1、図1)。H施設はユニット型の空間構成を有しているが、個室と多床室が混在している施設である。K施設は個室ユニット型施設、A施設は看護、医療体制が充実した個室ユニット型の介護療養型医療施設の1病棟である。いずれも施設を「終の棲家」としてとらえており、エンド・オブ・ライフケアに対して積極的である。また、終末期のプロセスについて着目していることから、開設から一定期間が経過している施設を調査対象とした。以下に各施設の特徴を述べる。

①H施設－閑静な住宅街に囲まれた都市型特養である。1ユニットは9名から13名で構成される。個室が34室、2床室が4室、4床室が12室である。ユニットには、食堂・デイルームに加えて複数の談話コーナーが分散して配置されている。

医療面では、嘱託医が週1回の割合で往診にくる。看護面では、特養全体に対して1看護単位が組まれている。介護面では、2ユニット

図1 各施設の平面図

表1 各施設の概要

調査対象施設			H施設	K施設	A施設
基本事項	開設年数		2002年4月	2001年4月	2002年9月
	定員		特養：90名、ショートステイ：18名	特養：55名、ショートステイ：15名	介護療養型医療施設の個室ユニット棟39名
	ユニット構成		2階：47名（9名、2×13名、12名） 3階：43名（9名、11名、10名、12名）	1階：ショート15名、特養5名 2階：特養25名（10名、8名、7名） 3階：特養25名（10名、8名、7名）	1階：13名 2階：13名 3階：13名
ハードに関する事項	居室の構成		個室（34室の内：トイレ・洗面付き20室）＋2床室（4室すべてトイレ・洗面付き）＋4床室（12室）	全70室個室（内：トイレ・洗面付き58室、洗面付き12室）	全39室個室 全室：トイレ・洗面付き
	医療機器の設置		ナースコールのみ（酸素ボンベ・吸引器は常時保管）	ナースコールのみ（施設内に酸素ボンベは常時保管）	ナースコール、酸素設備 1・3階：3室、2階：4室
	看取り専用室		3階の静養室を使う	なし	なし
	霊安室		介護教室と兼用	会議室と兼用（霊安室として使われた事ない）	なし
	家族の宿泊室		なし	2階・3階に1室	なし
	居室への宿泊		可能（就寝具は家族が持参する場合と施設が提供する場合がある）	可能 施設が簡易ベッド常時保管	可能（就寝具は家族が持参する場合と施設が提供する場合がある）
	医療・看護	往診	各居室で往診	各居室で往診	病棟担当医が巡回
	看護・介護	看護室	3階に介護職員室と併設	2階に介護職員室と併設	各階に看護・介護兼用の職員詰め所がある
	諸室	介護室	各フロアへの中心部に1か所	各フロアへの中心部に1か所	
		介護職員	37	33、32	15、25
ソフトに関する事項	職員配置	看護職員	9	4、66	9.5（担当フロア固定）
		夜間対応	介護職員：各フロア1名（看護職員：なし）	介護職員：各フロア1名（看護職員：なし）	各階1名（看護1、介護2）
	医師の配置	嘱託医	嘱託医（夫婦医師→緊急時、誰かが一人来ることが可能）	往診のみ	担当医師1名
		病院との距離	車で30分	提携病院と車で25分	毎日24時間医師が常駐
	医師の訪問頻度	休日や夜間	急変の場合対応	特別な対応なし、個別に医療機関に依頼	担当医師が病棟内を巡回
		医師の訪問頻度	週に1回	嘱託医（週1階）、他4名（月に2回くらい）	積極的
	連携病院の看取りへの方針		積極的	積極的でない	積極的
	看取りのケアに対する方針		本人及び家族の意思を尊重、できる限り積極的に支援	入所者が依頼している医療機関と連携が可能なら実施	できる限り家族の要望を取り入れた看取りを行う
	看取り時の職員配置の変化		なし	なし	なし

※ 常勤換算^{注7)}

に対して1介護単位が組まれており、勤務日に担当するユニットは固定化されている。夜間は、各階に介護職員が1名配置されており、看護の配置はない。

②K施設一住宅地に囲まれた都市型特養である。10名と15名のユニットで各階が構成されている。10名のユニットは共同生活室を囲むように居室が配置されており、15名のユニットには食堂やデイルームが分散して配置されている。15名のユニットの居室は全てトイレ、洗面付であり、10名のユニットでは全て洗面はついているが、トイレが付いているのは4部屋のみである。

医療面では、嘱託医が週1回の割合で往診にくる。利用者の希望がある場合には、入居前に利用している医師の往診も受け入れている。看護面では、特養全体に対して1看護単位が組まれており、介護面では、2ユニットに対して1介護単位が組まれている。勤務日に担当するユニットは固定化されている。夜間は、各階に介護職員が1名配置されており、看護の配置はない。

③A施設一介護療養型医療施設の個室ユニット棟である。13名のユニットが各階に設けられている。中央部にリビングスペースが設けられており、両側には居室が並んでいる。全居室ともにトイレ、洗面付であり、酸素設備が備わっている部屋が10部屋ある。

医療面では、24時間体制で医師が常駐しており、毎日1回以上の診察を行っている。看護・介護面では、ともに各階で職員を固定している。また、夜間は各階1名ずつ職員が配置されており、内1名は必ず看護職員である。

2.4 調査手法の概要

医療や介護スタッフを対象に、介護・看護の記録や記憶をもとに、3つの施設におけるエンド・オブ・ライフケアの具体的なプロセスや入居者の身体状況の変化、そして、医療・看護・介護スタッフの対応についてヒアリングを行った（2005年9月～10月）。特に、入居者の行動、居室・共用空間などの利用実態、他の入居者や家族の関わり方、印象に残るエピソードなどについて具体的な例をあげてもらうことで、エンド・オブ・ライフにおける施設内の生活や空間利用の特徴を把握しようとした。以下に詳細を述べる。

①H施設一施設長からエンド・オブ・ライフケアに対する施設の方針についてヒアリングした後、看護職員と生活相談員を対象に、開設してから調査時まで「施設で看取られた方10名」の事例についてヒアリングを行った。内3名については、担当職員から生活の様子などを聞いている。（2005年9月）

②K施設一事務局次長、相談員、看護主任、担当介護職員を対象に、入所時からのカルテを閲覧しながら詳細な事例についてヒアリングを行った。調査対象としたのは開設してから調査時までに亡くなった30名である。（2005年10月）

③A施設一看護主任を対象にカルテを閲覧しながら、開設してから調査時まで「施設で看取られた方22名」の事例についてヒアリングを行い、補足として介護職員、夜間看護職員にヒアリングを行った。（2005年10月）

3 調査結果

3.1 死亡場所の推移

表2は、各施設における死亡者数及び死亡場所の推移である。病院での死亡には^{注⑤}、エンド・オブ・ライフ期間中に検査などのために

入院しそのまま病院での死亡になったものや急変で救急搬送された後そのまま病院で亡くなったものも含む。K施設の場合、開設年は死亡者4人のうち全員が病院で亡くなっており、開設2年目や3年目も病院で亡くなる人が多い。しかし、数名は施設で亡くなっており、4年目や5年目では施設と病院での割合が同程度もしくは、施設で死亡する人が多くなっている。開設直後は施設で看取りに対する不安があったが、看取りを経験するにつれて、介護者や看護者の不安感が軽減され、施設での看取りが実施しやすくなったと考えられる。一方、看護・医療体制が充実しているA施設では開設年から施設で死亡する人が多く、高度な医療を求めて転院する人は4名だけである。

3.2 エンド・オブ・ライフケアのプロセス

図2は、ヒアリング結果を基に施設でのエンド・オブ・ライフのプロセスを図にしたものである。高齢者の健康状態に大きな変化が生じると、医師によりエンド・オブ・ライフ期についての判断がなされ、本人や家族による医療・介護の方針が決められる。そこで、施設でのエンド・オブ・ライフケアを望むと、訪問診療および施設の看護職員によるケアが行われる。ただし、H施設とK施設の場合、24時間体制で医師と看護師が常駐していないため、施設での看取りを希望する場合でも、急変時には病院へ救急搬送されることもある。

3.3 エンド・オブ・ライフの判断基準と期間

一般的に「終末期」というと、医師によって不治の病であると診断がくだされ、それから先数週間ないし数カ月（およそ6ヶ月以内）

表2 入居者の死亡場所

		単位：人					
施設名	死亡場所	2001	2002	2003	2004	2005	合計
H施設	施設	0	1	2	6	1	10
	病院	4	5	7	3	1	20
K施設	施設	0	2	1	3	3	9
	病院	4	5	7	3	1	20
A施設	施設	-	-	12	13	3	28
	他病院	-	-	3	1	0	4
	自宅	0	0	1	0	0	1
	他病院	-	-	3	1	0	4
	自宅	-	-	0	0	0	0

図2 エンド・オブ・ライフのプロセス

表3 エンド・オブ・ライフの判断基準

単位：人（複数該当）		
変化の区別	判断要因	該当数
生理的・身体的	治る見通しのない病気（癌や老衰等）	23
	食事や水分などが摂れない	19
	バイタルの変化	11
	排泄の変化	9
	体調が悪い	5
	吐き気・浮腫	各4
	むせがある・痰・痛み	各3
	貧血・血行が悪い・肺の雑音・入浴困難	各2
	血糖コントロールの悪化・息切れ・胸水がたまる・体重の減少	各1
	無気力	4
精神的	妄想（帰るという、うなり声）	2
行動的	いつもと何となく様子が違う・移動困難	各2
	口数が少ない・反応がない	各1
その他	特別な症状なし	6

に死亡すると予期される状態になった時期を指す^{注9)}。しかし、高齢者の場合は具体的な定義が難しいことから、本研究では、施設側がエンド・オブ・ライフと認知し、対応を始めた時期から死亡に至るまでの期間をエンド・オブ・ライフ期間^{注10)}として定義する。今回の調査では3つの施設とも同じ判断基準がなされているが、具体的に施設側がエンド・オブ・ライフとして判断している入居者の状態は表3の通りである。がんや老衰など治る見込みのない病気と診断される場合や食事や水分が取れない状態が多い。そして、生理的変化や身体的な変化以外に、精神的な変化や行動的な変化も判断基準にされている。中には特別な症状が見られないケースや転倒による骨折が引き金となり死に至るケースもある。

次に、図3はエンド・オブ・ライフの期間である。平均は107日で、最も長い場合は895日に至る。H施設とA施設の場合、30日前後に集中しているが、K施設の場合は、4日から895日までとばらつきが見られ、病院での死亡を除く9名については、平均期間が246.3日とH施設とA施設に比べて長く、ばらつきが見られた^{注11)}。

3.4 エンド・オブ・ライフのタイプ

聞き取り調査の内容をもとに、施設でのエンド・オブ・ライフのプロセスについて分類したのが表4である。入居者の身体状況の変化速度や経過、死亡原因などによって分けられるが、がんなどははっきりした病名がみつかり余命が数か月と診断されるタイプが最も多く19人。次いで、はっきりした病名はないが老衰で亡くなるタイプ15人。何らかの病気で入退院を繰り返すうちに亡くなるタイプが14人と多かった。一方、突然身体の調子が悪くなり亡くなるタイプもあり、H施設やK施設のように医師や看護師が常駐しない施設では、医療機関との緊密な連携が重要であるといえる。

A施設は病状の観察がしやすいため、病名がはっきりしているタイプが多いと考えられる。また、H施設の場合、他の施設より高齢の入居者の割合が多いため（表5）、高齢による老衰で亡くなるタイプが多い。

3.5 各プロセスにおける医療・看護・介護行為

図4は、エンド・オブ・ライフの各プロセスにおける医師、看護・介護職員の行為である。入所後、健康状態の悪化が判断されると医師、看護・介護職員と家族が看取りについてミーティングを行い、今後の方針について話し合う。その後、その方針にしたがってケアが行われるが、特別にケアの体制を変えることはない。H施設とK施設の場合、A施設のように医師が常駐していないため、看護職がメインとなり、医師とのやりとりや介護職への指示、緊急時の対応を行う。さらに、看護職のいない夜間は、電話などで看護職員の指示を受けながら介護職員が対応しており、急変の場合は看護職員が駆けつけるまでの救急対応を介護職員が担うこととなる。また、高齢者本人の身のまわりの世話などの日常的なケアに加えて、高齢者の心のケアや家族への支援なども行われている。

表6は、施設で死亡した入居者の死亡時間と、H施設とK施設における勤務時間以外に看護職員が緊急通報を受けて出勤した時間をまとめたものである。死亡時間を見ると夜間や早朝に亡くなる人が多い。それと同時に、その対応のために看護職員が勤務時間以外に出勤している。今後、特養でのエンド・オブ・ライフケアが増えることを考えると、緊急時のための具体的な対策が必要であるといえる。一方、A施設のように医師と看護師が24時間常駐している介護療養型医

療施設は、このような緊急時の対応において有効であると考えられ、今後の制度のあり方が注目される。

図3 エンド・オブ・ライフの期間

表4 エンド・オブ・ライフのタイプ

		単位：人			
5つのタイプ	内容	H施設	K施設	A施設	合計
はっきりした病名	病名がはっきりして数ヶ月との医師の診断がある	2	5	12	19
高齢による老衰	はっきりした病名もなく、高齢による衰弱で死亡	5	5	5	15
急変を起す	突然身体の調子が悪くなり亡くなれる	1	8	5	14
入退院を繰り返す	入退院を繰り返して亡くなれる	2	8	0	10
退所までのケア	自宅や病院でのケアを望み、退所までのケア	0	4	0	4

健康状態の悪化		I.C.		エンド・オブ・ライフ期				死亡直前		死亡後	
施設入所	看・介・医	看・介・医	家族と看取りに関するミーティング	看	状況の観察		看	看	看	看	
					吸引・酸素などの治療	入院の判断＊					
					医師とのやりとり	入院の準備＊					
					緊急時の対応	お見舞い＊					
	医	医	看・介・医	看	家族への連絡・説明		介	介	介		
					本人や家族の心のケア	入院の準備＊					
					勤務時間以外緊急対応＊	お見舞い＊					
					夜間の緊急対応の指示＊	入院の判断＊					
					医師に連絡		家族に連絡		看取りの指示		
					看		看		看		
					看		看		看		
					看		看		看		

＊H施設とK施設のみ

表5 死亡当時の年齢

単位：人				
年齢	H施設	K施設	A施設	合計
60～69才	1	2	0	3
70～79才	0	3	2	5
80～89才	3	11	13	27
90～99才	5	14	7	26
100才以上	1	0	0	1

図4 各プロセスにおける医療・看護・介護行為

表6 施設での死亡時間と看護職の勤務時間外の出勤時間

単位：人						
入所者の死亡時間	H施設	K施設	A施設	看護職の勤務時間外出勤時間	H施設	K施設
00:00～01:00			2	00:00～01:00	1	
01:00～02:00	1			01:00～02:00		
02:00～03:00	1			02:00～03:00		
03:00～04:00			1	03:00～04:00	1	2
04:00～05:00	1			04:00～05:00	2	
05:00～06:00	1	1		05:00～06:00	1	
06:00～07:00			1	06:00～07:00	1	
07:00～08:00			2	07:00～08:00		
08:00～09:00	1		2	08:00～09:00		
20:00～21:00		1	1	20:00～21:00		
21:00～22:00		1	3	21:00～22:00		1
22:00～23:00				22:00～23:00		
23:00～24:00			1	23:00～24:00		
上記以外の時間	5	6	9	合計	6	3

3.6 家族の行為について

表7は、エンド・オブ・ライフと関連して行われた家族の行為である。死亡者数がほぼ同数であるH施設における家族の行為は7行為であるのに対して、K施設では22の行為が見られる。中でも「寝泊り」や「毎日の訪問」の数に大きな違いが見られ、個室であることにより家族の訪問回数が増加し、滞在時間が増加することが明らかになった。また、A施設では家族がユニットキッチンで料理をするなど、居室以外の空間においても家族の利用が見られる。エンド・オブ・ライフ期においては、入居者と家族の関わり時間が増加し、お風呂と一緒に入る（A施設）など、行為自体にも家族の思い入れが強くなる。この時期においては、個室は入居者のみならず、その家族のための空間にもなるため重要であるといえる。

4 施設の利用実態

4.1 部屋の移動

表8は、部屋の移動とその内容である。全室個室ユニット型であるK施設とA施設では、症状の悪化にともなう居室移動は基本的に行われていない。ただし、A施設では、酸素マスクが必要で、家族の希望がある場合のみ、酸素吸入器が常設されている部屋に移っていた。在宅用の形態型酸素吸入器で対応できる場合には居室移動は行っていない。一方、H施設の場合は、施設の方針により死亡の直前には必ず静養室への移動が行われていた。個室に入っている人も同様に静養室への移動が行われていたが、入居者の希望により住み慣れた居室での生活を望んだ事例が見られた。エンド・オブ・ライフにおいては、単に個室という環境があるだけではなく、これまでの生活との継続が重要であるといえる。

4.2 部屋のレイアウト変化

表9は、部屋のレイアウトの変更についてまとめたものである。全体の33.9%（21人）の人が部屋のレイアウトを変えている（表10）。その内容をみると、身体状況の低下による介助行為や医療行為のために行われた変更より、家族の訪問回数と訪問時間の増加にともない行われた変更の方が多（表11）。また、図5は、レイアウトの変更があった21の事例の中で、特徴のある15の事例をまとめたものである。家族が部屋に泊まる場合は、折りたたみのベッドやソファを部屋に持ち込んで寝ている。一方で、居室内にたんすなどの家具が置いてある場合には、家具を使わなくなったトイレに移動させたり、廊下に出すなどして、ソファやベッドのスペースを確保している。今回の調査では、「H5さん」のように娘二人が寝泊りをするために折りたたみのベッドを2つ置いて寝ていた事例や、「K2さん」のようにショートできた夫が同じ部屋が良いと言うので、ベッドをもう一つ置いて寝ている事例も見られた。一方、多床室が混在しているH施設の場合は、他の入居者への配慮の気持ちや空間的な制限で、家族の行為も制約をうけ、部屋のレイアウトの変更も少なかった。

4.3 家族室・霊安室などの利用

K施設では、家族の宿泊を想定して設けられた家族室がある。実際の利用は1回のみで、ほとんどの家族は入居者の部屋にソファや簡易ベッドなどを持ち込んで一緒に過ごしている。また、3つの施設には共通して霊安室が設けられてある。しかし、霊安室として使われたのは、身寄りがいない入居者のお別れ会が1回あったのみであった（K施設）。日常的には会議室として利用している施設（K施設）も

あり、霊安室を他の用途と兼用できるしつらえにすることが有効であるといえる。

4.4 エンド・オブ・ライフ期の生活の特徴

通常エンド・オブ・ライフケアにおいては患者の病状と関連した内容が中心となりやすく、患者の生活そのものについては明らかにされていない。そこで、本章では、エンド・オブ・ライフ期における高齢者の生活の様子^{注12)}を把握するために、介護・看護記録に記述された生活行為の内容を中心に考察を行う。エンド・オブ・ライフ期において入居者の行為や諸空間の利用実態を時系列ごとにまとめたものが図6と図7である。看護・介護記録や看護・介護職員の記憶をもとに、行為内容が記述されていたもののみを挙げている^{注13)}。死亡日や退所日を0日としている。表12には行為の中で特徴のあるものについて具体的に記載している。

一般的に高齢者のエンド・オブ・ライフ期は寝たきりや部屋への

表7 家族の行為内容

単位：件（複数該当）				
家族の行為の内容	H施設	K施設	A施設	合計
寝泊り	1	4	10	15
毎日訪問	1	6	6	13
死亡後清拭			6	6
好きなもの持参	1	3	1	5
病院での症状知らせ		3		3
身のまわりの世話	2	1	2	5
食事介助		1	1	2
散歩		2		2
ユニットキッチンで料理			2	2
部屋のレイアウトの変更		1	1	2
職員への要求	1	1		2
他の入居者との交流			1	1
施設の企画に参加	1			1
お風呂と一緒に入る			1	1
合計	7	22	31	60

表8 部屋の移動とその内容

	安定期	移動	移動時期	備考
H施設	4床室	個室	6日前	
	4床室	個室	死亡日の朝	
	4床室	静養室	死亡日の朝	
	個室	静養室	4日前に1日のみ	本人が自室に戻る事を望み自室に戻る
	2床室（夫婦）	個室	0日	妻がショックを受けることを恐れ部屋の移動を予定していたが、その前に亡くなる
	4床室	個室		個室に移るが症状が良くなり通常の生活に戻る
A施設	一般個室	酸素付個室	50日前	家族の希望で酸素が常備している部屋に移動

表9 部屋のレイアウトの変更内容

単位：件（複数該当）										単位：人				
	ベッド の移動	医療 機器	ソファ ・椅子	簡易 ベッド	家具の 移動	家具を 外に	エアマ ット敷	家族の 布団	テーブ ル	合計	レイアウ トの変更	有	無	合計
H施設				1	1					2	H施設	2	8	10
K施設	3	3		5						11	K施設	4	26	30
A施設	11	10	9		3	2	1	1	1	38	A施設	15	7	22
合計	14	13	10	6	3	2	1	1	1	51	合計	21	41	62

表10 レイアウト変更有無

表11 部屋のレイアウトの変更の内容

単位：件（複数該当）				
主体	特徴	変更理由	変更内容	合計
本人	部屋に在る時間が長くなる	西日をさける	ベッドの方向を変える	1
		和室で生活を維持する	エアマットを敷く	1
	心身機能の低下	医療行為を部屋でする	医療機器を置く	13
家族	施設に在る時間が長くなる	居場所の確保	ソファ・椅子・テーブルを置く	11
		寝泊りする	簡易ベッドを置く	6
		和室と一緒に寝る	布団を置く	2
		顔が見やすくする	ベッドの方向を変える	2
	部屋が狭い	全体のレイアウトを考える	タンスなどを移す	3
職員	心身機能の低下	今後必要とされない	タンスなどを外に出す	2
		介助をしやすくする	ベッドの方向を変える	12

図5 部屋のレイアウト変更の事例

引きこもりなど暗いイメージを持ちがちだが、実際には、お風呂やトイレの使用、他の入居者や家族・職員との会話などの日常的な生活行為に加えて、自分の好きなイベントや活動に参加するなど、最後まで残存能力を活かして既存の生活を継続している。特に、イベントなどの行為は、可能な限り楽しんでもらいたいと思う職員の気持ちから実現したものが多く、生活者としての視点から関わりをもち、サポートするという施設の特徴が表れているものといえる。さらに、個室は、他の人に遠慮せず好きなものを食べたり、家族と話したり、また、自分専用のトイレを気楽に使えることを可能にしており、生活の支えとなっている。今回の事例でも2人の方が最後までトイレを使い続けており、施設環境の整備は自立を促すに有効であるともいえる。図7からは身体能力が低下するに従い生活が施設内に限定されてしまうものの、生活範囲は自分の部屋に止まらず、食堂やリビングなど多様な空間に至っていることが分かる。施設内の散歩や景色を眺める行為が見られ、選択可能な多様な空間の存在が高齢者の行為を最後まで引き出すのにつながるという。

5 おわりに

本研究では、職員の記録や記憶で記されたエンド・オブ・ライフ期における生活の場面を実際の建築空間に対応させることで、そのプロセスにおける入居者や家族、そして、施設職員の利用形態を把握した。各施設は医療の体制による差が若干見られるものの、「ホスピタルモデルの空間構成+医療重視ケア」から脱し、「個室+ユニット型+生活重視ケア」への転換は、「終の棲家」として有効に働いていると言える。以下に得られた知見をまとめる。

図6 エンド・オブ・ライフ期の生活の特徴として指摘されたもの

図7 諸空間の利用の特徴として指摘されたもの

表12 生活特徴の内容

分類	事例	分類
■ ○	H2	最後まで意識がはっきりして、亡くなる数時間前まで家族と話す。トイレを 使いたいと要求し、亡くなる数時間前まで介助を受けながらトイレを使う。
● △	H5	担当職員がお寿司が好きなH5さんのために出前を頼む。友たち4人（他の入 居者）と担当職員と一緒に食堂で食べると、いつもより頑張って食べる。そ して、その姿を写真にして、渡すと喜んでくれる。最後の誕生日には、 体力的にホールまで出られなかったため、職員たちが企画して部屋で誕生日 パーティーを行う。職員たちが、普段おしゃれなH5さんのために髪どめをプ レゼントするととても喜び、髪につけてみせてくれ、その姿も写真にする。
○	H8	死亡直前までにオムツを使うことを拒み、ポータブルトイレを使う。
□	K2	夫（当時96歳）が時々ショートステイにきて奥さんに食事をすすめたりする。 主人が食べさせると奥さんも口を開く。亡くなる日の朝まで職員に挨拶を交 わす。
■ ▲	K4	エンド・オブ・ライフ期に入り1回入院した後殆ど寝たきり状態となるが、 頑張ってリハビリに励み、介助歩行が可能となり入院する前の状態に戻る。 その後も自分が好きなお酒を飲み、できる限り食堂まで行って食事を食べる。 亡くなる3日前には、ぼっとしているものの娘と外の景色を眺めるなど、最後 まで介助を受けながら既存の生活をする。
▲ ● ■	K5	車いすではあるが散歩をする。お酒もぎりぎりまで飲む。亡くなる7日前はお 風呂にも入る。
■ ▲ ●	K6	急激に身体が弱くなっていく中でも、餅つきやちびっ子ダンスを見に 行くなど自分が好きなことはやり続ける。また、車椅子に乗ると疲れてしま うにもかかわらず、亡くなる1か月前まで、車椅子で食堂に行く姿が見られる。 ベッドで過ごすことが多くなると、娘が作ってくれたトマトビール（飲み 物）だけは口にすると、自分が好きなこと・好きなものにおいては最後まで 継続する。
○ ▲ ■	K11	立ちくらみがひどくなり、トイレに座れないときまでトイレを利用している。 そして、施設にいることを頑固に望んでいて、施設でのエンド・オブ・ライ フケアとなるが、途中で家族が不安で心が揺れてしまい、最終的には家族の 判断で入院となる。入院する前の95歳の誕生日には、ケーキを他の入居者 に勧めるなどしっかりしている姿が見られる。
■	K12	病院から入所。入所後はすぐ身体が弱くなり、入退院を繰り返す。退 院してからも、身体が調子が良い時は、座って職員やSさんと会話をするな ど、病院で亡くなる前まで、他の入居者と頑張って交流をする。
■ ■	K14	普段からセミプライベート空間にいる姿がよく見られる。エンド・オブ・ラ イフ期に入ってから、気分が良い時はお風呂を楽しむ。また、周りの人との 交流も努めて、気が合う人とはよくしゃべったりする。
□ ■	K15	亡くなる前日も看護師の席に挨拶を交わす。食堂で食事をとり、歩行機で 歩くなど普段と変わらない。
★ ■	K16	周りの人にはは気を遣う人で、最後のぎりぎりまで自分の部屋から食堂まで歩 く姿が見られる。死亡前日の昼間には、盛り付けを手伝い、同じテーブルの 人にパンを勧め、皆にありがとうと言う。
● △	K19	食欲がある時とない時があるが、お酒やあんこの饅頭など好きなものは食べ たり飲んだりする。お正月には福笑いを楽しむ。亡くなる40日前、入浴後ば ーとする姿が見られるが、他の入居者がコーヒを飲むのを見て、ホットミ ルクを飲む。
★	K29	末期がんと診断された後、家族が自宅での介護を望むため退所となるが、K 29さんが施設での生活を望んでいたため、退所後もショートステイで、既存 の自分の部屋で過ごす。結果的に、形式的には退所となったものの、施設で のエンド・オブ・ライフケアとなる。
□ ●	A4	亡くなる日にも挨拶をする手を振ってくれる。食べることが好きだったの で、食べてから亡くなったことに家族は大満足する。
●	A5	亡くなる前まで食事は元気に食べる。テレビを見たり、好きな物を食べる。
□	A6	亡くなる前日に職員に「すみません。ありがとうございました」と言う。
★	A9	亡くなる2週間前からは奥さんが毎日泊まりこむようになり、部屋で一緒に過 ごす。
▲ ■	A13	亡くなる9日前までリクライニング車いすにて散歩する。4日前は楽しそうにテ レビを見る。
△ ●	A20	亡くなる前（23日前）までも食べたいものは食べる。12日前、家族と誕生日 パーティーをする。

■ 会話	□ 挨拶	▲ 散歩	△ イベントなど	● 好物を食べる	○ トイレ使用	★ その他
		■ 廊下	■ リビング	■ 食堂	■ お風呂	

1) 社会的接触と自立：入居者の生活の様子から、職員や家族のサポ
ートにより、最後まで既存の生活を維持しようとしていることが確
認できた。行動範囲が縮小されるのではなく、行動範囲を維持し社
会的接触を保ちながら死をむかえるのである。

浴室やキッチンを家族が利用する事例やリビングで入居者が食事
をとる事例などから、小規模の単位の中で生活が完結できるユニッ
トの空間構成や設備はこれらの生活行為を達成させる上で重要な役
割を担っているといえる。

2) 個室空間の充実：個室ユニット型の施設の場合、エンド・オブ・
ライフ期に行われる介護行為、看護行為、そして家族との行為の大
半が個室で行われていた。さらに個室の静養室から今まで馴染ん
でいる個室に戻りたいという事例も見られた。エンド・オブ・ライフ
においては、従来の施設基準に定められていた静養室や自主的に設
けられていた家族室よりも個室の方が有効であるといえる。

また、個室に医療機器や家族用の折りたたみベッドやソファなど
をおいた事例が多数あり、中には使わなくなった家具などを外に出

す事例が見られた。今後の施設計画においては、これらの行為を踏
まえた広さにすることが重要である。

6 今後の課題

エンド・オブ・ライフ期における入居者の生活諸行為は、生活を
共にしてきた職員の思い入れのサポートで一層保てられるものであ
る。一方、職員の不足などの問題を抱えている現状の高齢者介護施
設では、エンド・オブ・ライフケアにおいて家族の役割も重要であ
る。しかし、家族の高齢化や身内のいない入居者など、家族の協力
が期待できない入居者が今後も増えることが予想され、職員や家族
の負担が軽減される支援が求められる。

また、今回の調査は、3施設の事例に限られ、職員の記録や記憶に
よるもので、内容的に一部にしか把握できないものもあり、一般論
として言うには限界もある。今後、より多くの施設を対象にするな
ど、一般化に向けて研究を進める必要がある。

謝辞

この研究は、H17年度日本医療福祉建築協会の課題研究として行っ
たものをまとめたものである。末筆ながら本調査にご協力くださっ
た施設の方々や小滝一正先生と孔相権さん、山田あすかさんにお礼
を申し上げます。

【注】

注1) 参考文献9参照。日本の終末期医療には「ターミナルケア」をはじめ、
さまざまな用語が欧米（特にイギリス）から紹介され、その概念とともに
導入された。それは、この領域を現在のように発展させると同時に、用語
について若干の混乱を生じることにもなった。現在、国際的にみて国や社
会制度の違いを超えて共通した定義と概念が示されているのは「緩和ケ
ア」という言葉だけである。
「緩和ケアは、生命を脅かす疾患に関連する問題に直面する患者とその家
族のQOL（人生と生命の質）を改善するための一つのアプローチである。
それは、早期に問題を確認し、痛みやその他の問題（身体的、心理的、
霊的）に対する十分な評価と治療を通じて達成される。」

注2) 参考文献10参照。ホスピスケアは、主として末期がんの患者（現行制
度上はエイズも含まれるが、事実上少数。精神難病などにも適用を拡大す
べきであるとの意見がある）が対象で、高齢者は扱われていてもがんによ
る痛みが激しい場合などに限られる。実際には、末期の患者とその家族を、
在宅、入院などの体制の中で、極力痛みや苦しみを除去し、患者の意向に
沿ったケアを継続的なプログラムをもって提供していくものである。

注3) 参考文献11参照。晩年期ケア（End-of-life care）は、進行性あるいは
慢性で生命を脅かす状況を生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高
齢者を治療し、慰め、支援し、能動的で共感的なアプローチを必要とする。
また、個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、信仰、習慣
に気を配る。喪の期間も対象とし、家族や友人に対するケアも行う。

注4) 参考文献9参照。「終末期医療のあり方に関する調査等検討会報告書」
厚生労働省では、昭和62年以来、おおむね5年ごとに終末期医療に関する
検討会を開催し、終末期を迎える患者について、疼痛の管理や不安に対
するケアをどのように実施していくのか、残された期間をより充実して生活
できるようにするためにはどうしたらよいのか、また、患者の意思が十分
尊重され、医療やケアに反映されるためにはどのようにすればよいのかと
いった課題について検討を行っている。

注5) 参考文献12参照。厚生労働省は、終末期など長期入院が医療保険費用
を膨張されているとの危機感から、「在宅での看取り」への誘導に力を入
れだした。

注6) 参考文献13参照。特別養護老人ホームと介護療養型医療施設における
医療・看護体制の差。

変化の区別	特別養護老人ホーム	介護療養型医療施設
機 能	身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護が必要とし、かつ、居住においてこれを受けることが困難な要介護者に対し、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うこと。	病状が安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練が必要な要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療行為を行うこと。
看護職員＋介護職員の配置基準	3：1以上	看護職員6：1以上 介護職員6：1 (6：1 5：1 4：1 あり)
人員配置基準の例	看護職員 3人 (入所定員100人)	17人
配置医師	31人	17人
	嘱託医	常勤医師
設備基準	療養室 13.2㎡以上	13.3㎡以上（個室ユニット型）
	共用生活室 2㎡/人以上	3㎡/人以上
	ユニット定員 原則10名以下	原則11名以下

注7) 常勤換算による算定。

常勤換算とは、常勤・非常勤の従事者数を「常勤」に置き換えた場合の人数、及びその換算方法をいう。常勤者1名は、常勤に換算すると1名であり、常勤の50%の時間を勤務する非常勤者は、常勤換算は0.5名（1名×50%）となる。

注8) 表2の入居者の死亡場所については、全施設において死亡場所によって分類している。K施設の場合、施設の死亡とは、施設で死亡確認が行われた場合を指す。よって、死亡直前に病院に搬出された場合は、病院での死亡となっている。

注9) 参考文献14参照。終末期とは、医師によって不治の病であるという診断を受け、これから先、数週間ないし数か月（およそ6か月以内）のうちに死亡するだろうと予期される状態になった時期をいう。

注10) 病院死亡の場合は、病院の入院期間も含んでいる。

注11) K施設の病院で亡くなられた方20名について、死亡直前の入院期間は「3日以内」が6名、「4日～7日まで」が4名、「20日～30日まで」が7名、「31日以上」が3名であり、数名を除いてはエンド・オブ・ライフの殆どの期間を施設内で生活していたことから、本研究では施設内における行為の分析の中では上記の人も含めている。

注12) 図6、及び図7、表12ではエンド・オブ・ライフ期における生活の継続やこの期間に行われる特徴的な行為を導き出すことに主眼を置いている。よって、量的な側面よりもその内容について詳細に記述した。

注13) 介護職員の判断によって、エンド・オブ・ライフ期において特記すべきことだけが記録され、特徴的な出来事だけが指摘されているので、他の入居者と同様の日常的な出来事については特に記録されていない。

《参考文献》

- 1) 松本啓俊、山本和恵、小高 真、竹宮健司、吉田一博：終末期医療の特性と病棟計画：緩和ケア医療施設の建築計画に関する研究その1、日本建築学会計画系論文報告集、No. 444、pp. 39～48、1993. 2
- 2) 竹宮健司、松本啓俊：緩和ケア医療施設の利用特性からみた計画指針の設定：緩和ケア医療施設の建築計画に関する研究その2、日本建築学会計画系論文報告集、No. 454、pp. 65～75、1993. 12
- 3) 吉田一博、松本啓俊、高野 昭、石井 敏：緩和ケア（ホスピスケア）施設の地域的整備計画に関する研究、日本建築学会計画系論文報告集、No. 488、pp. 131～140、1996. 10
- 4) 竹宮健司、長澤 泰、山下哲郎：闘病記にみる入院患者の生活様態に関する考察－ホスピス・緩和ケア病棟の療養環境のあり方に関する研究その1、日本建築学会計画系論文報告集、No. 503、pp. 93～99、1998. 1
- 5) 石井 敏、松本啓俊：終生（しゅうじょう）の場に関する考察－特別養護老人ホームの場合、日本建築学会計画系論文報告集、No. 477、pp. 91～100、1995. 11
- 6) 巖 爽、石井 敏、長澤 泰：生活環境の移行とターミナルケアの視点からみた痴呆性高齢者グループホームのあり方に関する考察、日本建築学会計画系論文報告集、No. 557、pp. 165～171、2002. 7
- 7) 孔 相 権、山中 直、三浦 研：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、日本建築学会計画系論文報告集、No. 578、pp. 33～39、2004. 4
- 8) 孔 相 権、三浦 研、高田 光雄：終末期を迎える場としての高齢者居住施設に関する考察－個室ユニット化された介護療養型医療施設を事例として、日本建築学会計画系論文報告集、No. 607、pp. 25～32、2006. 9

9) 終末期医療に関する調査等検討会編集：今後の終末期医療の在り方、中央法規、2005

10) 嶺学、時田純、季羽倭文子編著：高齢者の在宅ターミナルケア、その人らしく生きることを支える、御茶の水書房、2002

11) National Advisory Communittee著：高齢者のエンド・オブ・ライフガイド、厚生科学研究所、2001

12) 日本経済新聞（夕刊） 2007年6月1日

13) ユニット型介護保険施設における看取りに関する調査研究報告書、H17年度老人保険事業推進費等国庫補助事業、社団法人日本医療福祉建築協会、2006年3月

14) 終末期を考える市民の会：会報 No. 6、2005. 9、pp. 1

15) 医療経済研究機構：特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究、医療経済研究・社会保険福祉協会、2002

（2007年10月10日原稿受理、2008年5月14日採用決定）