【論文】

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
A CHARACTERISTIC OF TERMINAL CARE AND THE ARCHITECTURAL PLANNING OF TERMINAL CARE WARDS

松本啓俊*, 山本和恵**, 小高真一***, 竹宮健司****, 吉田一博*****
Akitoshi MATSUMOTO, Kazue YAMAMOTO, Siniti ODACA, Kenji TAKEMIYA and Kazuhiro YOSIDA

The first objective of this study is to make clear the present condition of hospice care facilities in Japan. The second objective is to explore the possibility of organization of hospice care wards in the central acute general hospitals. The third objective is to make clear the actual conditions of the dying patients and particular characteristics of the hospice care.

The results of the analysis are presented as follows:
1) Most of the hospices in Japan are included in the hospitals.
2) The hospice care wards will be able to be set up in prefectural general hospitals.
3) In case of practicing the hospice care, it is important to increase the number of private rooms in general wards, and to keep some rooms ready for use as living rooms for patients and their families.

Keywords: hospital, wards, patient, terminal-care, hospice

1. まえがき

近年、終末期医療に関する関心が高まって来ている。終末期医療に関する用語としてターミナルケア、ホスピスケア、緩和ケアなどが使われているが、我々はこの概念を明確にするためにターミナルケアを次のように定義することにする。ターミナルケアとは現状での治療法でその効果が全く期待できない状態にある患者に対する医療看護行為のことを指す。また、ホスピスケアを次のように定義する。ホスピスケアとは、末期癌などにみられる苦痛から患者を解放するために専門的な看護を提供し、ケアのための環境を保障しながら患者と家族に対し彼等が必要とする限りの援助をすることである。また、ケアは医師、看護婦、ソーシャルワーカー、宗教家等で構成されるホスピスケアチームによって行われる【緩和ケア（Palliative Care）】はホスピスケアと同義的に用いられている。すなわち、ホスピスケアはターミナルケアのないかの1つのケア概念として定義する。

2. 研究の目的

我が国の死亡率の増加は1981年以降悪性新生物（癌）である。これは全死亡の1/4を占めている3）また、医療技術の進歩に伴い終末期を施設内でも迎える者も増加し、その死亡数は全死亡数の7割を越えるようになった3）。癌が進行して末期に至る際における疼痛等の身体的痛みや、死への恐怖感等の精神的痛みに対して十分な対策ができていないのが実情である。

本研究は、文部省・科学研究費（一般研究・B）代表研究者 松本啓俊「高齢社会の緩和性老人ケア及びターミナルケアシステムの構築と施設整備に関する研究（課題番号02422229）」の一環として行われたものである。

* 東北大学工学部建築学科 教授・工博
** 小山工業高等専門学校 助手・工修
*** 戸田建設
**** 東北大学工学部建築学科 大学院生
***** 東北大学工学部建築学科 大学院生

Prof., Dept. of Architecture, Faculty of Engineering, Tohoku Univ., Dr. Eng.
Assistant, Dept. of Architecture, Oyama National College of Technology, M. Eng.
Toda Corporation
Graduate Student, Tohoku Univ.
Graduate Student, Tohoku Univ.
我が国において1989年に「末期医療に関するケアの在り方の検討会報告」が発表されたが、その中身は、患者の家族の在り方に焦点を当て、必要なケアの在り方についての提案が含まれている。この報告書は、末期医療におけるケアの在り方についての重要な参考文献である。

本研究では、以上の背景のもとにホスピスケア施設の現状を把握し、末期医療施設の建築計画に関する総合的な指針を得ることを目的とする。すなわち、
① 我が国のホスピスケア施設の現状を明らかにする。
② 一般病院における患者の実態を調査すると共に、一般病院でのターミナルケア病棟の成立性を検証する。
③ ターミナルケア対象者の実態とターミナルケア行為の特性を明らかにする。

3. 調査の概要
A. 調査対象
この研究では上記の課題を明らかにするために以下に示す病院の協力を得て、各種の調査を実施した。

3.1. 調査対象病院
① 青森市民病院 一般 530 床 伝染 15 床
② 岩手県立中央病院 一般 685 床 結核 45 床
③ 東北地方病院 一般 335 床
④ 国立仙台病院 一般 668 床 精神 48 床
⑤ 浪江会宇都宮病院 一般 544 床
⑥ 武蔵野赤十字病院 一般 451 床 伝染 60 床
⑦ 高知県立中央病院 一般 350 床 結核 50 床
⑧ 国立金沢病院 4 階東病棟
⑨ 太田西内病院 7 病棟
⑩ 国立松戸病院脳外科病棟
11 栃木クリスト教病院スリーズ病棟
12 浪江会宇都宮病院外科、泌尿器科病棟

B. 調査方法
前記の目的のもと以下の調査を行った。

1. 各地方の高齢者に保有する7つの一般病院における一般病床を対象に患者数、その配置、および病室の利用状況等に関する実態調査を実施した。調査表の記入は各病院とも病棟長に依頼し、1990年9月、10月の特定日に実施した。

2. 2つの総合病院外科系病棟において調査期間内（1991年4月15日～10月15日）に在院した全入院患者を対象に、患者の属性・病室移動についての実態調査を実施した。運営者は、カルテ、看護日誌等の記録を病院内で転記し、不明分については病棟長にヒアリング調査を行った。

3. U病院を癌によって死亡退院した患者の家族を抽出し（外科、泌尿器科）、1989年12月8日～12月20日にわたって、郵送のアンケート調査を実施した（回収率は68.9％22名の回答）。内容は、死亡1週間前、1か月前の患者の歩行、食事、大小便、入浴・洗面の自立度、状況、精神の状況と家族の要望等である。さらに、カルテより治療状況を転記した。

4. ホスピスケア施設の現状
A. 建築形態によるホスピスケアの分類

建築形態によるホスピスは大きく5つの型に分類することができる。

院外独立型 病院の敷地から離れた場所にあるもの
院内独立型 総合病院の同一敷地内に存在し、一般病床とは独立したホスピスとしての施設をもつもの

院内病棟型 総合病院の一部の病棟をホスピスに利用するもの

在宅ケア型 入院施設をもたず（あっても短期入院）およびデイケアのみ）在宅ケアを主としたホスピスケアを行うもの

B. 日本の現状
1981年に我が国で第1号の院内型のホスピスが静岡県の聖聴四方病院に誕生し、続いて1984年に茨城県クリスト教病院において院内型ホスピスが誕生した。それ以降、医療従事者のみならず一般の市民もホスピスケアに高い関心を示すようになり、ホスピスケアがずいぶんと医療施設において実施されるようになった。こうした状況の中で、厚生省は1989年6月に『末期医療に関するケアの在り方検討会』の報告書を発表し、1990年4月には『緩和ケア病棟入院料』を新設し、国としてホスピスケアの充実を図ろうとする姿勢を示した。

1992年6月現在の我が国のホスピスケアの現状を表1に示す。
5. 一般病院におけるホスピスケア病棟の成立性
A. 病患者数とその属性
調査＜1＞による病患者数とその属性に関する調査結果を示す。
A-1 病患者数とその割合
調査対象の7つの病院（調査対象①～⑦）に入院中の病患者について、病院、傷病名ごとの患者数割合を示すことにより、一般病院における患者数の実態を明らかにする（表2）。なお、傷病名分類については、調査対象の病患者数929名を「疾病、障害および死因統計分類概要（厚生省大臣官房統計調査班）」の「傷病1000分類」によって分類し、それらを大きく11項目にまとめ、それぞれの患者数を示した。「不明」は記入漏れ、または未記入であることを示す。「その他」は、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群のことを示す。これは、「傷病1000分類」における「II. 新生物」には含まれないが、新生物と同様の医療行為が必要なため、治療上、看護上には新生物と同様の扱いとなっている。各病院とも消化器系の悪性新生物が32～60％を示しており、ついて各種の多いのは泌尿生殖器で11～25％、さらに呼吸器および胸腔内腔器ではC、D病院を除く5病院で10～20％を示す。このほかC病院の骨・結合組織・皮膚および乳房は20.5％を示す。また、B、D病院はリンパ組織および造血組織が13～16％を示す多い。
A-2 入院患者の年齢階級別分布
調査日現在の病患者数の年齢を10歳ごとに分類し、それぞれの年齢階級別の患者数をグラフによって示す（図1）。60～69歳は278人で全体の29.9％を占め、70～79歳は217人（23.4％）、50～59歳は278人

| 表1 ホスピスケアの現状 | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | 患者名 | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 表2 傷病名別病患者数 | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| 図1 病患者の年齢分布 | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
表ー3 Performance Status 5段階分類

<table>
<thead>
<tr>
<th>段階</th>
<th>全身状態</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>すべて正常に制限なく行動できる。</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>激しい運動は制限されるが歩行や軽い仕事はできる。</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>歩行や身の回りの事はできるが、どんな仕事も覚醒時間の50%以上はできない。</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>制限された身の回りのことが出来ず、覚醒時間の50%以上は臥床あるいは椅子に座っている。</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 4    | 完全に身の回りのことが出来ず、全日臥床あるいは椅子に座っている。

WHO癌治療結果報告基準（昭和59年10月版）

(20.3%)となっている。最年長者は100才の女性で、最年少者は6歳の女性(2名)であった。C病院をのぞく6つの病院では、60代の年齢層の割合が一番高くなっている。

A-3 末期患者の在院期間

入院日を第1日目とし、治療までの在院期間を見ると全体的に見て短期在院患者が多く28日以下の患者が387人(41.7%)29-60日の患者が237人(25.5%)となっている（図2）。90日以上の在院期間を表す患者も決して少ない。

B. 末期の定義と癌患者数の割合の実態

B-1 「Performance Status」と「予後」

Performance Status (PS) について

Performance Status とは患者の自立度を表す数値で、表ー3のように分類されている。

B-2 末期の定義

PSが「4」である。

予後が「難治」、「不良」、または「悪液質」である。以上の2項目をもって「末期」と定義する。

・ただし、専門的には、1. 身体的側面、2. 社会的側面、3. 心的的側面の3要素があるが、ここでは身体的側面についてのみ調査法上定義を行い考察を展開することとする。

B-3 末期患者とその割合

上記の定義にしたがって末期患者の数をみると（表ー4），E, F, Gの病院では癌患者のほぼ20%が末期の状態にあることが分かる。そのほかの4病院が10％程度を示して少ない。

上記のPS分類と癌患者の予後との関係を表したもののが表ー5である。治療する見込みのない患者は全体の54.7%を占めている。このうちPSの段階が2-0である比較的自立度の高い患者が約4割を占めており、PSの段階が3-4の患者が全体の約6割を占めていることがわかる。このように患者数からすると、末期患者のための新たな治療法の構築の必要性は大きいといえる。

C. 癌患者、末期癌患者の配置、病室移動に関する考察

C-1 患者の配置

① 病棟に関するアンケート調査結果

1) 末期患者の病室移動等について

調査＜1＞の中で癌患者の病棟内の配置や病室移動に関するアンケート調査を行った。その結果を表ー6に示す。ケース1では、ほとんどの病棟において治療方針、看護方針によって多床室から個室に移されることがかった。また、その他の例としては、同室者への影響（家族の訪問の頻度、処置の見られたくない、死が他の人に与える影響など）を考えて移動するケースが挙げられていた。

ケース2では、約8割の病棟において看護の方針によって多床室から多床室に移されることが分かった。
表-6 末期癌患者の配置に関するアンケート調査結果

<table>
<thead>
<tr>
<th>質問項目</th>
<th>YES/NO</th>
<th>治療方針</th>
<th>看護方針</th>
<th>患者の希望</th>
<th>家族の希望</th>
<th>未期希望</th>
<th>インフォームドコンセントによる患者の希望</th>
<th>インフォームドコンセントによる家族の希望</th>
<th>その他</th>
<th>回答数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ケース1</td>
<td>多床室から個室に移動するケースがありますか</td>
<td>YES</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ケース2</td>
<td>多床室から多床室に移動するケースがありますか</td>
<td>YES</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ケース3</td>
<td>個室から個室に移動するケースがありますか</td>
<td>YES</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ケース4</td>
<td>個室から多床室に移動するケースがありますか</td>
<td>YES</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表-7 末期癌の病棟内配置に関するアンケート調査結果

<table>
<thead>
<tr>
<th>肯定的</th>
<th>否定的</th>
<th>YES/NO</th>
<th>調査数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ケース1</td>
<td>末期癌患者と末期癌患者との病室に配置することについて</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>ケース2</td>
<td>末期癌患者と末期癌患者の家族を含む病室に配置することについて</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>ケース3</td>
<td>末期癌患者の家族を含む病室に配置することについて</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表-8 末期癌患者の配置に関するアンケート調査結果

<table>
<thead>
<tr>
<th>治療方針</th>
<th>看護方針</th>
<th>患者の希望</th>
<th>家族の希望</th>
<th>その他</th>
<th>回答数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ケース1</td>
<td>末期癌患者の配置を決める際の優先順位</td>
<td>37</td>
<td>47</td>
<td>23</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ケース3では、9割近くの病棟において看護の方針によって個室から個室へ移されることが分かった。その他の例としては、ナースステーションの近くの病室へ移動する、トイレの近い病室へ移動する、浴室の近い病室へ移動する、等々挙げられていた。

ケース6では、約8割近くの病棟において患者と家族の希望によって一時帰宅が行われていることが分かった。その他の病室配置に関する特殊なケースとして、同室内で対面に移動する（外の景色を見やすいように）、同室内で座下に移動する（患者の処置の問題、ナースの訪問が頻繁なので他の患者への迷惑にならないよう）、病状の著しく似た患者が同室となっている場合、患者間のトラブル、等が挙げられていた。

2）末期患者の配置について

末期患者の配置に関するアンケート調査結果を表-7に示す。ケース1では、末期患者と末期患者が混在することに対して肯定的29％、否定的25％、どちらともいえない28％であった。その他8％の理由として、末期の時期により仕方がない、現状では仕方がない、等が挙げられている。ケース2では、末期患者を1つの病棟に集めることに対して38％が否定的であり否定的15％を大きく上回っているが、どちらともいえないが47％を占めていることから、看護職員の間でも見解がわかれてていることを示しているものといえる。また、臨死室が決まっているか否かについての項目に対し、決まっていると答えた病棟が21病棟、決まっていないと答えた病棟が35病棟であった。末期患者の配置を決めると優先順位についてのアンケート調査結果を表-8に示す。

看護方針、治療方針が患者・家族の希望よりも優先されていることがわたった。その他、末期患者の配置、病室移動等に関しても特段特別な配慮を、できるだけ同病棟、同病状の患者を同室にしない、患者・家族の気を使わなくてもよい環境を作るなどの意見が多く見られた。今後どのような病棟形態を望むかについては、多床室と個室の混在する病棟形態を肯定的とする病棟が38あり、否定的とする3病棟を大きく上回っていることが分かった。

以上の結果、末期患者については様々なケースがあることが見られた。また、現状での問題点として末期患者には、家族と過ごす時間を十分にとるために個室を提供したいが、病室の都合で提供できないことがあろう。

「個室に移されることが、家族が意識してしまい落ち着くことができることがある。」『長期入院患者には個室にどのような状態で移されるか分かっているので、個室に入りたくない。』等を挙げている病棟が見られた。

2）平面図ブロック

各病院での癌患者・末期癌患者の配置実態について、患者のPSの値を平面図のベッド数に記入し、臨死室が決まっている病棟についてはその臨死室についても記入した。ここでは特徴的な事例を示す（図-3）。癌患者、末期癌患者を1か所に集めてケアしていないことがわかる。同一病院内で癌患者と混在し、疾患部位別に各病院の病棟配置にしたがって配置されているのが実情である。癌患者の個室、多床室への配置状況をみると、個室入室者は923名中120人で全体の13％になっている。このほかに、2床室を個室として使用しているケースが3例見られた。末期癌患者に限ってみる49人が
個室で、末期癌患者全体の37%となっている。癌患者の比較的少ない病棟においても、必ずしも末期患者が個室に入っているわけではないことがある。C-2 末期癌患者の病室移動

調査＜2＞による患者の病室移動に関する調査結果を示す。

① 在院期間分布

1991年4月15日から10月15日の間に退院した全入院患者を調査対象とした。癌患者・非癌患者の在院期間分布にはそれぞれに傾向が見られ、癌患者は40-50日、非癌患者は1か月以内の在院期間を中心に分布している（図-4）。

② 重症室の利用状況

1) K病院の場合

個室（有料）は、末期癌患者を長期的に収容するため回転率が低い。そのため、個室には入れない末期癌患者が臨死に際して使用する回転室では、手術後の患者を同室に収容していることがある。その頻度は6か月間に20回ほどである。

2) O病院の場合

個室（一部有料）は、6床室の末期癌患者を臨死に際して一時的に収容するケースが多い。その際、個室にいた別の患者が多床室に移される。一方、HCUでは主に手術後の患者を収容する（表-9）。

③ 患者の病室移動

両病院とも、手術が目的で入院した場合、手術後に回復室、HCUを利用する場合は、癌患者の方が非癌患者に比べて多い。回復室、HCUを利用する癌患者の平均在院日数は37.2日で長い。O病院では、HCUに緊急入院するケースがあり、病状が安定すると退院もしくは転室する。

C-3 末期癌患者の病室移動に関するケーススタディー

O病院の場合（12ケース）個室は末期患者の臨死を最優先に使用するため入院から退院までの間に病室の移動が多い（図-5）。このうち11ケースは、6床室で過ごし臨死に至って個室に移動するパターンである。個室

図-3 癌患者、末期癌患者の配置（D病院）

図-4 在院期間分布（O病院）

---44---
表9 病室移動パターン

<table>
<thead>
<tr>
<th>ペース</th>
<th>病室移動パターン</th>
<th>1月前</th>
<th>1週間前</th>
<th>1ヶ月前</th>
<th>1週間前</th>
<th>2週間前</th>
<th>1ヶ月前</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>4床→手術→4床</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>4床→手術→4床</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>4床→手術</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>4床→手術→4床</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>4床→手術→HCU→4床</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>4床→手術</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>HCU→手術→4床</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>HCU→手術</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>HCU→手術</td>
<td>10</td>
<td>9</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
<td>8.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

図6 歩行の自立度（U病院）
図7-1 栄養摂取の状況（U病院）
図7-2 栄養摂取の状況（M病院）

表10 入浴の自立度

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>M病院</th>
<th>U病院</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1人で入浴</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1人でシャワー</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>介助シャワー</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>介助入浴</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>清拭</td>
<td>13</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>入らない</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>その他</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6. ターミナルケア対象者の実態とターミナルケア行為の特性
A. ターミナルケア対象者の特性
調査＜3＞＜4＞によるターミナルケア対象者の特性に関する調査結果を示す。
① 歩行の自立度：ターミナル患者の歩行の自立度の時に

系列変化を図6-6に示す。死亡する1か月前では大部分の患者が自らの力で行動できることがわかる。
② 栄養の摂取状況：一般病院であるU病院とM病院なら和病棟では栄養摂取に関して大きな差がみられる。M病院で死亡する1週間前でも絶口栄養を行っており、患者の食事に対して配慮していると考えられる（図7-7）。
③ 入浴の自立度：U病院の場合入浴設備が十分でない
ためほとんど利用されていない。M病院では患者の体験に応じて入浴が行われている。死亡する1週間前の段階であったもモンテーレンによる入浴を行っている患者が4人いた（表10）。

④ 諸症状の時系列変化：食欲不振、腹部不快感、全身倦怠感などの症状は末期患者共通に現れる症状であることが分かった（表11）。

B. ターミナルケア行為の特性

B-1 スタッフの行為分析

調査5）によるY病院における調査結果を示す。

① 医療者：U病院では日に1回、半日で50程度の患者を回診するが、Y病院では週2回、1日かけて24人の患者を回診している。約4倍の時間をかけて回診していることがわかる。医師と患者、家族の交流が非常に密になっていることがわかる。

② 看護スタッフ：調査時の入院患者32人、看護婦数19人で、患者一人当たりの看護婦数は0.75人である。これはS病院（一般病院）の2.9倍に相当する。また、Y病院では患者受け持ち制となっている。

③ その他のスタッフ

ボランティアは患者の日常生活の援助や、患者との交流を深めるための活動を行っている。Y病院は基督教病院ということで、病院全体で伝道部とチャペルを持っており、そこには、チャプレンが常駐し病棟内の洗禮式や、お別れ会などで説教を行う。

B-2 M病院における家族宿。ディススペースの使用状況

調査6）によるM病院の調査結果を示す。

家族宿：M病院の家族宿の利用状況を1か月にわたって調査した結果を表13に示す。使用者数の変動はあるものの毎日利用されている。利用者の多い日は10人（3家族）が利用している。宿泊人数の最高値は7人である（表13）。

ディススペース：週に1回お茶会がひらかれるが、その日の利用頻度を示したのが表12である。平均16.5人がお茶会に参加している。そのうち患者は平均2.8人である。一番多いときで20人の参加があった。

B-3 病棟池室の使用方法

調査3）によるU病院の病棟諸室に関する家族の要望を以下に示す。

① 病棟池室の入室希望

個室を希望する人が、22人中12人と最も多かった（図

表11 諸症状の時系列変化

<table>
<thead>
<tr>
<th>症状</th>
<th>1週間前度数</th>
<th>2週間前度数</th>
<th>1ヶ月前度数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>食欲不振</td>
<td>17 77.2</td>
<td>16 72.7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>腹部不快</td>
<td>14 53.8</td>
<td>15 57.7</td>
<td>17 65.4</td>
</tr>
<tr>
<td>吐気</td>
<td>10 45.5</td>
<td>9 46.2</td>
<td>12 46.2</td>
</tr>
<tr>
<td>便秘</td>
<td>11 42.3</td>
<td>12 46.2</td>
<td>10 45.5</td>
</tr>
<tr>
<td>全身倦怠</td>
<td>13 50.0</td>
<td>17 65.4</td>
<td>16 61.5</td>
</tr>
<tr>
<td>呼吸困難</td>
<td>8 36.4</td>
<td>9 40.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>不眠</td>
<td>17 65.4</td>
<td>18 69.2</td>
<td>18 69.2</td>
</tr>
<tr>
<td>口渴</td>
<td>7 31.8</td>
<td>6 27.2</td>
<td>3 22.7</td>
</tr>
<tr>
<td>咳痰</td>
<td>6 23.1</td>
<td>8 30.8</td>
<td>8 30.8</td>
</tr>
<tr>
<td>その他</td>
<td>6 23.1</td>
<td>5 19.2</td>
<td>2 9.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表12 お茶会参加人数

<table>
<thead>
<tr>
<th>人数</th>
<th>12/16</th>
<th>1/6</th>
<th>1/17</th>
<th>1/24</th>
<th>1/31</th>
<th>1/1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>男</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>女</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表13 家族宿利用状況（M病院）

<table>
<thead>
<tr>
<th>利用者</th>
<th>男</th>
<th>女</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

家族宿

<table>
<thead>
<tr>
<th>利用者</th>
<th>男</th>
<th>女</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

家族宿

<table>
<thead>
<tr>
<th>利用者</th>
<th>男</th>
<th>女</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表14 家族宿利用状況（M病院）
図9 病室の現状での問題点

(8) 個室を希望した理由は、他人に気兼ねしないですむからという理由を挙げた人が11人おり、以下、静かで良い、広く使用できるので良い、自由だから良いという理由を挙げる人が順に多かった。一方、多床室を望む人の場合、話相手があるから良いという理由を挙げた人が最も多かった。次に多かったのが、勉強できるからであり、次が部屋全体が大きいので解放感があって良い、看護婦が頭著に来室するから良いと言っている。

(2) 現状の病室の問題点

換気が良くなかったと言えた人が7人おり、壁や天井の色や材質がそぐわなかったと言えた人は4人。太陽の光が入らなかった。足音が気になった、病室全体が圧迫感や閉鎖感がしていてなかったと言った人がそれぞれ2人ずついた（図9）。

図10 必要と思われる空間

(3) 必要と感じた空間

介護者がぐっすり眠れる場所や、足を延ばしてくつろげる場所の希望が最も多かった。付き添い人が食事をする場所、洗濯の場所、洗濯物の乾燥の場所、調理の場所、家族の浴室等は介護する上で大切でサポート部への希望と言える。また、親戚の接遇の空間を必要と考える人も多かった。また、気分転換や、お茶などを飲んでくつろげる場、1人でぼんやりできる場所などのリラックスできる空間を望んでいる（図10）。

以上のことから、Y病院とS病院における患者、家族、スタッフの行為内容と行為を行う場所の行為者パターンを軸に比較・分類した（表14）。ホスピスケアを提供

<table>
<thead>
<tr>
<th>行為分類</th>
<th>行為内容</th>
<th>行為を行う場所（Y病院）</th>
<th>行為を行う場所（S病院）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>患者</td>
<td>病院内の全行動</td>
<td>ホテル</td>
<td>休憩室</td>
</tr>
<tr>
<td>医師</td>
<td>病院内の全行動</td>
<td>ナースステーション</td>
<td>休暇室</td>
</tr>
<tr>
<td>看護師</td>
<td>看護師の相談</td>
<td>ナースステーション</td>
<td>休暇室</td>
</tr>
<tr>
<td>日常生活の援助</td>
<td>ナースステーション</td>
<td>ナースステーション</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>コミュニケーション</td>
<td>ベッドサイド</td>
<td>ベッドサイド</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ファミリー</td>
<td>コミュニケーション</td>
<td>ベッドサイド</td>
<td>ベッドサイド</td>
</tr>
<tr>
<td>病院内の全行動</td>
<td>ベッドサイド</td>
<td>ベッドサイド</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

表14 行為系分類と対応する場所
7. まとめ

以上示した各種の調査から終末期医療施設としての病棟計画上の指針として次のように示すことができる。
① 現在我国の病院およびホスピスケアを行っている施設は20施設あり、そのうち病院に併設するもののものが17施設である。
② 調査対象となった地方中核病院における癌患者数の割合は最大で49.7％であり、最小で15.5％であっ
た。各病院の癌患者に対する末期患者の割合は最大で21.1％、最小で8.4％であった。各病院の末期患者は平均40人以上となっており、「治療する見込みのない患
者」全般に至っては、平均70人以上となっている。一
般患者（治癒する患者）と末期患者（治癒しない患者）
に対する医療行為は基本的に違うという点を考慮する
と、末期患者を1か所に集めて看護する形態をとしたほ
うが、より看護しやすい質の高いケアをうけられるもの
といえる。このように「患者数から見たターミナルケア
病棟の成立性は大である」ということが明らかとなった。
③ 一般病棟内での癌患者、末期癌患者の配置、移動に
関する調査結果からは、癌患者の多くになってきている地
方基幹病院では従来の個室よりも高い割合で個室数を
確保する必要性が明らかになった。また、末期患者の配
置移動に関するケーススタディーはこのことを裏付けてい
る。
④ ターミナルケア対象者の特性として、死亡する1か
月前では比較的自立度が高いことがわかる。一般病院
とターミナルケア設施においては浴室などの設備的な問
題と、スタッフなどのサポート態勢の違いによってかな
り差異が異なっていることがわたった。
⑤ ホスピスケアの特性として患者・家族・医療スタッ
ク間のコミュニケーションが重要視され、従来の医療施
設よりも時間をかけたコミュニケーションが行われてい
ることが明らかになった。
⑥ ホスピスケア施設における家族室の利用状況、およ
びU病院のアンケート調査などからみると、家族室等の
患者および家族の生活に関する家族室、カンファレンス
ルーム等の整備の重要性が大きいかどうか明かになっ
た。

謝辞

末期の定義については耕河房子前国立医療センター副
看護部長に多くなる助言をいただいた。調査にあたって
は数多くの病院の協力のもとに貴重なデータの提供を受
けた。ここに記して謝辞に添えさせていただく。

参考文献

1) 厚生省統計協会：国民衛生の動向、pp.404−405, 1992
2) 厚生省大臣官房統計情報部：昭和63年人口動態統計（上
巻）、財団法人厚生統計協会、pp.116−119, 1990
3) 死の臨床研究会編：日本におけるホスピスの現状と将来展
望、別冊 死の臨床、pp.1−10, 1990
4) 死の臨床研究会編：同上、8
5) 厚生省保健医療局：数字であるかがん'90−第5次悪性新
生生物実態調査報告、pp.28−29, 1990

(1992年7月10日原稿受理、1992年11月12日採用決定)