

特別養護老人ホームの空間形態と看取りの関係その1 一空間形態の差異と看取りの実施体制一

特別養護老人ホーム	看取り	空間形態	正会員	○小川 修平*
			正会員	三島 幸子**
			正会員	石井 敏***
			正会員	孔 相権****

1 序論

1.1 研究の目的と背景

特別養護老人ホーム(以下:特養)は、2000年4月に施行された介護保険法により介護老人福祉施設として位置付けられ、要介護度高齢者の“終の棲家”となる入所型施設として重要な役割を担っている。

厚生労働省も特養において看取りを行った場合、施設収入が増加する看取り加算を制度化するなど支援を行っており、2005年には死亡場所の2.1%に過ぎなかった老人ホームが2013年には5.3%までに増加するなど施設での看取りは増加傾向にある。しかし、病院での看取りが75.6%と3/4以上を占めており、未だに病院で看取りが行われる場合が大多数となっているのが実態である。介護保険法制定から17年が経過し、現在特養を取り巻く施設環境は多床室の従来型から個室を中心とするユニット型への移行など時代とともに大きく変化してきている。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、普段の生活と遠い終末期になる場合が多い。一方、個室ユニット型特養では全室個室であり、ユニットごとにキッチン・共同生活室が配置されており自宅に近い環境の中で介護・看護を受けることができる。

厚生労働省はさらに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、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。

終末期を扱った研究には、高齢者介護施設における入居者のターミナルケアや施設計画のあり方に関する研究<sup>文1)</sup>、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<sup>文2)</sup>や介護療養型施設における個室ユニット化が終末期に及ぼす影響に関する研究<sup>文3)</sup>があるが、多床室型と個室ユニット型の空間特性を比較し空間特性と看取りについて事例から考察を行った論文は少ない。

以上の背景より、本研究では従来型特養と個室ユニット型特養の空間形態と看取りの実施状況を把握、比較し、空間特性が看取りに与える影響について事例を通して考察を行い個室ユニット型の有効性について検証を行うことを目的とする。

1.2 調査方法

本研究では、従来型特養・個室ユニット型特養それぞれ1施設を対象に調査を行い、終末期のプロセス、それに関する諸空間の利用実態を把握することを課題とする。まず、各施設の平面図を分析して空間形態の差異を把握し、看取りの実施状況を過去の田仲らによるアンケート調査<sup>注1)</sup>から把握する。さらに終末期におけるプロセスを把握することで、その1では対象施設の空間形態の差異と看取りの実施体制を把握する。

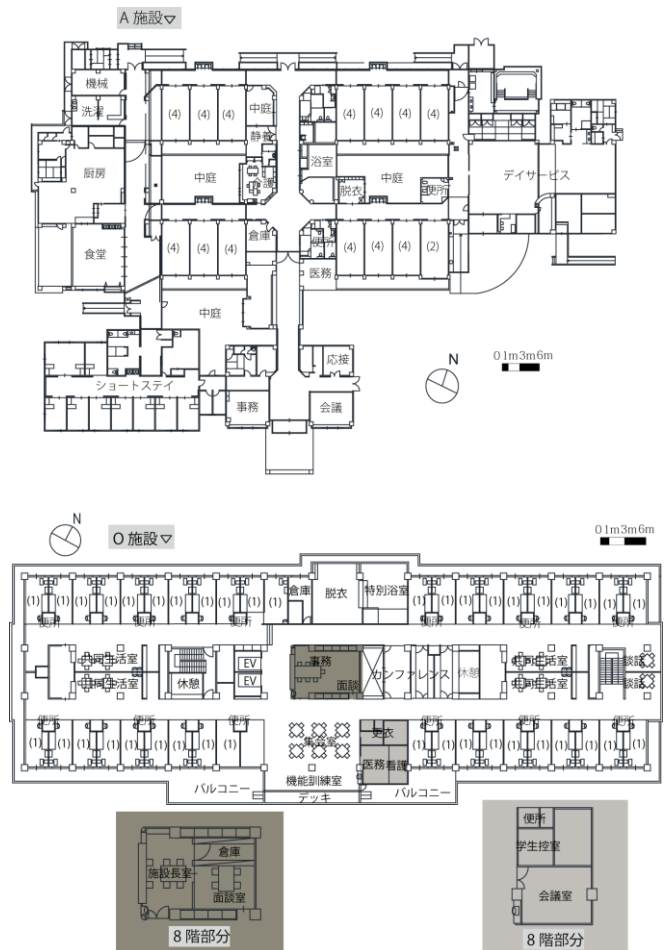


図1 対象施設の平面図

## 2 対象施設の概要

### 2.1 対象施設の概要

表1に対象施設の概要、図1に対象施設の平面図を示し、写真1～3にA施設の居室・便所・浴室、写真4～6にO施設の居室・便所・浴室を示す。以下に各施設の特徴を述べる。

①A施設—昭和57年に開設された山間地域に立地する多床室型特養である。4床室が12室、2床室が1室の従来型特養である。居室は全室が中庭に面した片廊下型の配置である。

医療面では、車で5分の診療所から嘱託医が週1.2回の割合で往診にくる。看取りケアに対する施設の方針は本人又は家族の意思を尊重する。

②O施設—平成28年に開設された県庁所在地に立地する広域型特養である。病院の7.8階にある個室ユニット型特養であり、10名ユニットが4つ、11名ユニットが2つ、9名ユニットが2つの構成である。

医療面では、嘱託医が週1.2回の割合で往診にくる。看取りケアに対する施設の方針はA施設と同じく本人又は家族の意思を尊重する。

### 2.2 対象施設の職員数

次に対象施設2施設の職員数を比較する。表1のソフトに関する事項に各施設の介護・看護職員数を示す。実介護職員はA施設では常勤が20名、非常勤が2名であり、入居者2.3名にたいして1名の割合であった。O施設では常勤が39名、非常勤が3名であり入居者1.9名にたいして1名の割合であった。実看護職員はA施設では常勤が3名であり、入居者16.7名にたいして1名の割合であった。O施設では常勤が3名、非常勤が2名であり、同じく入居者16名にたいして1名の割合であった。多床室型のA施設のほうが入居者にたいする介護職員の数が多い結果であった。

多床室型では介護職員がまとめて何人かの入居者を把握できるのでにたいし、個室ユニット型では全室が個室であるため介護職員が1つずつ部屋を回らないといけないが、結果から職員数に影響はみられなかった。

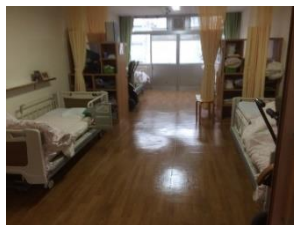


写真1 A施設居室



写真4 O施設居室

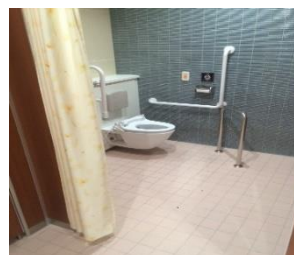


写真2 A施設便所



写真5 O施設便所



写真3 A施設浴室



写真6 O施設浴室

表1 対象施設の概要

調査対象施設		A施設	O施設
基本事項	開設年数	昭和57年	平成28年1月
	定員	特養:50名、ショートステイ:10名	特養:80名
	ユニット構成		7階:40名(11名、2×10名、9名) 8階:40名(11名、2×10名、9名)
ハードに関する事項	居室の構成	4床室(12室)+2床室(1室)	全80室個室
	医療機器の設置	ナースコール	ナースコール
	看取り専用室	静養室	なし
	霊安室	なし	病院と併用
	家族の宿泊室	なし	建物内4階にあり、病院と併用
	居室への宿泊	可能(静養室に寝泊まり用のソファベットあり)	可能
医療・看護・介護・諸室	往診	週1.2回往診	週1.2回往診
	看護室	あり	7階にある
	介護室	あり	7、8階に介護職員の詰め所がある
ソフトに関する事項	職員配置		
	介護職員	22	39
	看護職員	3	3
	夜間対応	看護師が基本オンコール対応	看護師が基本オンコール対応
医療機関との関係	医師の配置	嘱託医	嘱託医
	病院との距離	診療所が車で5分	同建物内
	休日や夜間	特別な対応なし	特別な対応なし
	医師の訪問頻度	嘱託医	嘱託医
連携病院の看取りへの方針	看取りのケアに対する方針	本人及家族の意思を尊重	本人及び家族の意思を尊重
	看取り時の職員配置の変化	なし	なし

表2 諸室構成

諸室	A施設	O施設
居室	4床室: 34.65㎡	16.65㎡
	2床室: 34.65㎡	
便所	2つ	3つ/1ユニット
浴室	1つ	各階2つ
共同生活室	/	1つ/1ユニット
		29.7㎡
食堂	2つ	1つ/1ユニット (台所)
	80㎡・34.65㎡	6.3㎡

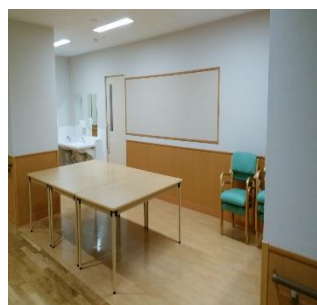


写真7 0施設共同生活室

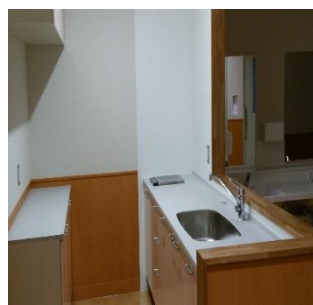


写真8 0施設キッチン

### 2.3 対象市施設の空間特性

表2に対象施設の空間特性を示す。

①A施設—居室の床面積は4床室・2床室ともに34.65㎡であり、4床室は1人あたり8.66㎡である。2床室は1人あたり17.33㎡である。便所の数は施設全体で2つであり施設中心に配置されている。浴室は施設中心に1つ配置されている。食堂は施設西側に1つ、北側に小さめな食堂が1つ配置されている。床面積はそれぞれ80㎡と居室と同じ34.65㎡である。北側の食堂は現在あまり使われていない。

②O施設—居室の面積は個室であり16.65㎡である。便所の数は1ユニットにつき3つ配置されている。浴室は各階に2つずつ計4つ階の北側中心に配置されている。写真7に0施設の共同生活室、写真8にキッチンを示す。共同生活室・キッチンは1ユニットにつき1つずつ配置されている。共同生活室の床面積は29.7㎡であり、キッチンの床面積は6.3㎡である。

## 3 調査結果

### 3.1 死亡場所の推移

表3は、対象施設における死亡者数及び死亡場所の推移である<sup>注2)</sup>。対象施設であるA施設では、2012年は死亡者19名のうち全員が施設内で亡くなっており、2013年や2014年も施設内で亡くなる人が多く、この3年間に病院で亡くなっている方は1名、他施設が1名のみである。この3年間をみると、施設が看取りを積極的に行う方針をとっている可能性が考えられる。O施設では2015年は自宅での死亡が1名、2015年は施設での死亡が4名、病院での死亡が7名、2017年は病院での死亡が1名であった。開設から3年と比較的新しい施設ではあるが看取りを積極的に行

う方針がみられた。

### 3.2 入居者の死亡理由

表4は、対象施設2施設の入居者の死亡理由である。A施設では、脳血管疾患が2名、心疾患・肺炎・老衰・腎不全・急性副腎不全が1名であり、O施設では、心疾患が4名、老衰が6名、がんが1名であった。医師が異なるため主要な死因の判断が多少異なる可能性があるが、A施設では死因が分散しており、O施設では心疾患と老衰の割合が多くを占める結果であった。

### 3.3 死亡当時の年齢

表5は、過去3年間の入居者の死亡当時の年齢である。A施設では80～89歳が1名、90～99歳が7名であり、90～99歳の割合が多くを占めている。O施設では70～79歳が3名、80～89歳が7名、90～99歳が7名と80～99歳までが多くを占めている。2施設を比較しても90～99歳が14名と多くを占めている。

### 3.4 各プロセスにおける医療・看護・介護行為

本論では入所時から退所時までを4つのプロセスに分け、職員の対応から看取り介護の実施体制について考察を行う。図2は、看取り介護の各プロセスにおける医師、看護・介護職員の行為である。まず初めに看取り介護期の開始2施設とも、医師が「回復

表3 入居者の死亡場所

施設名	死亡場所	2012	2013	2014	合計
A施設	施設	19	7	19	45
	病院	0	0	1	1
	自宅	0	0	0	0
	その他	0	0	1	1
施設名	死亡場所	2015	2016	2017	合計
O施設	施設	0	4	0	4
	病院	0	7	1	8
	自宅	1	0	0	1

表4 入居者の主な死亡理由

主要な死因	A施設	O施設	合計
がん	0	1	1
脳血管疾患	2	0	2
心疾患	1	4	5
肺炎	1	0	1
老衰	1	6	7
不慮の事故	0	0	0
その他	2	1	3
不明	1	0	1

表5 死亡当時の年齢

年齢	A施設	O施設	合計
60～69歳	0	0	0
70～79歳	0	3	3
80～89歳	1	7	8
90～99歳	7	7	14
100歳以上	0	0	0

が見込めない」と判断したときである。以下にそれぞれの施設の特徴をあげる。

①A 施設：入所時に本人・家族の看取りに関する意思を確認する。医師は看護師を通して入所前検査を行う。介護職により初回ケアプランを作成し、生活容態の観察を行う。状態低下がおきると医師が診察を行い、カンファレンスを行い、家族に病状の説明を行う。カンファレンスで家族から看取り同意書にサインをいただく。看取り介護期は医師との連絡が強化され介護・看護が連携して介護を行う。危篤に近い状態になると静養室へ移動し、家族に連絡を行う。静養室へ移動後訪室チェック表や体位変換表を実施する。死亡後は医師が死亡確認と死亡診断書の作成を行い、エンゼルケアを死亡場所又は静養室で行う。当日勤務の職員で玄関から見送りを行い、葬儀には施設長のみ参列する。

②O 施設：入所から状態低下により医師が回復は見込めないと判断されたときから看取り介護が開始される。看取り介護実施にあたり、本人または家族に対し、囑託医から説明を行い、本人または家族の同意を得る。看取り介護においてはそのケアに携わる職員が協働し、ケアプランを作成する。看取り介護期は医師との連携を強化し、生活相談員や介護職員は家族への継続的な支援を行う。死亡後は死亡場所でエンゼルケアを行い、ユニットメンバーでお見送りを居室か霊安室から行い、施設長が葬儀に参列する。

2 施設とも看取り介護期の職員の行為は比較的似ており、本人や家族の意思を尊重し看取りを行う施設の方針がみられた。

2) 入居者の死亡状況：従来型特養 A 施設は 2012 年～2014 年の 3 年間で施設内死亡者が 45 名と多く看取りを積極的に行う施設の方針がみられた。個室ユニット型特養 O 施設では開設からの 3 年間で施設内死亡者が 4 名と A 施設と比較すると少ないが、病院を併設する中、本人や家族の意思を尊重し施設内で看取りを行う施設の方針がみられた。入居者の死亡理由としては A 施設ではさまざまであり、O 施設では心疾患と老衰が多い結果であった。死亡当時の年齢は 2 施設とも 90～99 才の割合が多い結果であった。

3) プロセスごとの職員の行為：2 施設とも終末期を迎えるにあたり本人や家族の意思をできる限り尊重し施設での看取りを積極的に行う方針をとっていた。

謝辞

本調査の実施にあたり、ご協力をいただきました施設関係者の方々に深く感謝申し上げます。本研究は科学研究費補助金基盤研究(C) (課題番号：15K06375)により実施された調査研究の一部である。

《注》

- 注1) 2015 年度田中・阿野による山口県の特別養護老人ホームを対象とした看取りに関するアンケート調査
- 注2) 表 3 の入居者の死亡場所については病院での入院退所は除き、死亡退所のみ記載している。

《参考文献》

- 1) 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
- 2) 朴 宣 河、大原一興、山口健太郎：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、日本建築学会計画系論文集、No. 630、pp1675～1682、2008. 8
- 3) 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
- 4) 孔 相権、三浦 研、高田 光雄：介護療養型医療施設における個室ユニット化が終末期に及ぼす影響、日本建築学会計画系論文報告集、No. 641、pp1515～1522、2009. 7
- 5) 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
- 6) 土井 加奈子：従来型特別養護老人ホームにおけるケア環境づくりに関する実践的研究—和歌山県下における PEAP を適用した事例を通じて、日本建築学会計画系論文集、No. 620、pp41～47、2007. 10

施設入所	健康状態の悪化		I・C	看取り介護期		死亡直前		死亡後	
	看・介	状況の観察		看・介・医	家族と看取りに関するミーティング	看	看	看	看
医	状況の判断			医師との協力強化	医師に連絡	死後の処置			
				全職員への死生観教育	家族に連絡	死後の処置見送り			
				状態観察・処置	介護に指示				
				随時家族へ説明	看護の指示による対応				
				カンファレンス開催	診断	死亡確認			
				疼痛緩和	病院との連絡	死亡診断書			
				緊急時マニュアル作成					
				チームケアの確立					
				状況把握					
				食事、排泄、清潔保持					
				身体、精神的ケア					
				本人、家族とのコミュニケーション					
				状態観察、経過記録の記載					
				カンファレンス参加					
				診断					
				家族への説明					
				緊急時・夜間帯の対応と指示					
				協力病院との連絡					
				カンファレンス参加					

図2 各プロセスにおける医療・看護・介護行為

4 まとめ

1) 従来型特養 A 施設と個室ユニット型特養 O 施設の空間特性の違い：従来型特養 A 施設と個室ユニット型特養 O 施設の空間特性を比較すると、A 施設の居室面積は O 施設の居室面積と比較すると、1 人あたりの床面積が小さい結果であった。従来型では便所や浴室の数も個室ユニット型と比較して少なく、A 施設は病院に比較的近い空間特性であった。

\* 山口大学工学部創成科学研究科 大学院生  
 \*\* 山口大学大学院創成科学研究科 助教・博士(工学)  
 \*\*\* 東北工業大学工学部建築学科 教授・博士(工学)  
 \*\*\*\* 山口大学大学院創成科学研究科 講師・博士(工学)

\* Undergraduate, Graduate School of Science and Technology for Innovation., Yamaguchi Univ.  
 \*\* Lecturer, Graduate School of Science and Technology for Innovation., Yamaguchi Univ.  
 \*\*\* Prof., Tohoku Institute of Technology, Dr Eng  
 \*\*\*\* Lecturer Graduate School of Science and Technology for Innovation, Yamaguchi Univ, Dr Eng