

終生(しゅうじょう)の場^{#1}に関する考察

—特別養護老人ホームの場合—

A STUDY ON THE ARCHITECTURAL PLANNING OF NURSING HOME FROM THE POINT OF THE PLACE FOR THE FINAL STAGE OF ONE'S LIFE

石井 敏*, 松本啓俊**

Satoshi ISHII and Akitoshi MATSUMOTO

The first object of this study is to make clear the actual conditions of nursing homes as the place for the final stage of one's life. And the second is to consider the architectural planning of nursing homes from the view of the final place of one's life. The first survey was carried out on 284 nursing homes in Tohoku region. And second was on 58. Further we carried out hearing investigations for staffs on 4. The main results of the study are abstracted as follows;

- 1) The length of terminal care is about a month.
- 2) About 45% of the residents in nursing homes died in affiliated hospitals etc., and about 35% of them died in their own nursing homes. These mean that for most of residents nursing home is the final place of their lives.
- 3) In many nursing homes, "observation room" is used as the place for terminal care.
- 4) Nursing home needs some special rooms for the use of attending on one's dying stage.

Keywords : *place for the final stage of one's life, nursing home, the elderly, terminal care, observation room*

終生(しゅうじょう)の場, 特別養護老人ホーム, 高齢者, ターミナルケア, 静養室

1. 研究の背景と目的

急速に人口高齢化が進む中、各種施設の需要も高まり、施設の体系構築・整備も急速に進んでいる。なかでも特別養護老人ホーム^{#2}(以下、特養と略)は、高齢者の入・通所型福祉施設として今後も重要な役割を果たしていく施設の一つである。

ところで、近年我が国でも「ターミナルケア」や「死」への社会的関心が高まり、特にがんの患者のターミナルケアに関しては様々な分野で関心が持たれ、実態の解明やそれに伴う施設等の場の整備も進みつつある。その一方で、「診断・治療」に重点をおいて進歩してきた我が国の医学・医療の中であって、全ての人に関わる高齢者のターミナルケアに関しては、その定義も曖昧な中、論じられることも少なく、見過ごされてきたのが現状である。

高齢者(65歳以上)の死亡場所^{#3}は、病院等の医療機関が75.0%、自宅が23.2%などとなっているが、生活の

場を福祉施設に移して生活している高齢者のターミナルケアの実態は全く明らかになっていないのが現状である。特に特養はその機能を考えると生活の場であると同時にターミナルケアが行なわれる場としての機能が考えられる。

一方、特養入所者の死亡・看取りの希望場所においては、自宅での希望が多いのと同時に施設内で最期を迎えることを希望する人も少なくない^{#4}。このことから終生の場としての認識、それに基づく施設整備が求められているといえる。

しかし、このような視点から特養を捉えようとしたことはなく、終生の場としての実態が明らかになっていないと同時に、施設計画上也ほとんど考慮されていないのが現状である。

本研究ではこの様な背景のもと、終生の場としての特養の在り方を建築計画の立場から考察することを目的とする。

* 東京大学工学部建築学科 大学院生・修士(工学)

** 東北工業大学建築学科 客員教授・工博

Graduate Student, Dept. of Architecture, Faculty of Engineering, Tokyo Univ., M. Eng.

Visiting Prof., Dept. of Architecture, Tohoku Institute of Technology, Dr. Eng.

2. 研究の概要

2.1 研究の課題

本研究では、特養の実態、特養入所者の死亡時の状況、ターミナルケアの状況と、それに関係する諸室の利用形態と配置形態等を把握し、建築計画的指針を設定しようとするものである。以下に具体的な研究の課題を示す。
 課題1) 特養におけるターミナルケアの特性を、現在の特養の施設概要、入所者の特性、死亡退所者^{註3}の特性を通して明らかにし、終生の場としての施設計画のための基礎的な知見を得る。

課題2) 終生の場としての特養の実態、死亡退所者の状況(死亡退所者数、死亡場所等)を明らかにする。また、施設内における看取りの在り方を考察する。

課題3) ターミナルケア時の具体的な対応方法を把握し、それに関係する諸室の利用形態を明らかにする。またその配置形態の分析を通して、現在の特養の施設計画上の問題点を明らかにする。

課題4) 特養における医療の現状、医療(病院等・医師)との関わりから特養においてターミナルケアを行う上で問題点を明らかにし、終生の場としての特養の在り方を総合的に考察する。

2.2 調査方法

調査1) 東北6県(青森、秋田、岩手、山形、宮城、福島)の特養の全284施設(1993.3現在)を対象に郵送による実態・アンケート調査を行なった(1994.3-5)。本調査では主に、施設の概要、調査時点での入所者の基本属性、過去5年間(1989-93)の退所の状況と退所先、過去2年間(1992-93)の死亡退所者の基本属性及び死亡時の状況等を把握した。回収状況を表-1に示す。

調査2) 調査1で回答を得た施設のうち、自施設内死亡率を参考に58施設を抽出して再度実態・アンケート調査を行った(1994.10-11)。本調査では調査1による結果に基づき、主に協力病院との関係、職員の具体的な対応方法、ターミナルケアに関わる諸室の利用形態と諸室の配置形態に関しての実態把握を行なった^{註4}。また、特定の4施設にて施設長(3人)、看護婦(4人)、寮母(3人)へのヒアリング調査、さらに静養室の利用に関しての補足調査を2施設において実施し、より具体的な実態把握・確認を行った。

3. 施設の概要

3.1 開設年別の施設構成割合

図-1は各県別に施設の開設年の状況をみたものであるが、一般的には1980年代開設の施設が49.0%と最も多く、70年代開設の施設が28.2%、90年代開設の施設が21.0%となっている。60年代開設の施設は1.8%である。各県別にみると、青森県は比較的開設が古い施設が多

表-1 調査の対象と回答状況

	調査1			調査2	
	回答施設数 (回答率%)	入所者属性人数 (施設数)	死亡退所者属性人数 (施設数)	回答施設数 (回答率%)	ヒアリング施設数 (施設数)
青森県	30 (56.6)	1,932 (30)	571 (30)	10 (100.0)	—
秋田県	33 (71.7)	1,990 (31)	624 (33)	9 (75.0)	—
岩手県	31 (52.5)	1,643 (29)	469 (30)	12 (80.0)	—
山形県	20 (51.3)	1,391 (20)	427 (20)	8 (88.9)	—
宮城県	33 (70.2)	2,053 (33)	475 (33)	7 (77.8)	4
福島県	20 (50.0)	1,255 (18)	289 (17)	6 (75.0)	—
合計	167 (58.8)	10,264 (161)	2,855 (163)	48 (82.8)	4

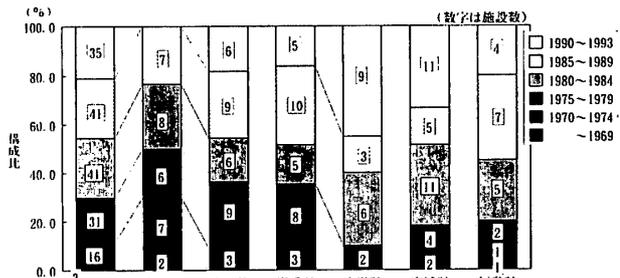


図-1 開設年別の施設数と構成比

表-2 居室の構成

施設(ア) 県	個室	4人部屋	3人部屋	2人部屋	5人以上	部屋数計	定員数計
青森県	38	317	16	60	92	523	2,026
秋田県	41	485	7	49	42	624	2,352
岩手県	100	364	11	100	28	603	1,957
山形県	103	327	5	53	8	496	1,560
宮城県	199	453	18	141	0	751	2,287
福島県	21	293	5	47	29	395	1,476
合計	442	2,239	62	450	199	3,392	11,678

(上段: 部屋数 下段: 全部屋数に対する割合(%) / 定員数に対する割合(%))

表-3 入所者と死亡退所者の基本属性

属性 県	入所者基本属性			
	男性割合 %	平均年齢:歳 (男性/女性)	平均在所日 (男性/女性)	痴呆率:% (男性/女性)
青森県	25.2	80.9 (78.1/81.0)	1736 (1504/1818)	63.7 (60.4/64.9)
秋田県	25.4	79.9 (77.5/80.7)	1611 (1409/1680)	44.2 (44.0/44.3)
岩手県	27.4	80.7 (77.7/80.4)	1592 (1405/1662)	61.8 (57.8/63.3)
山形県	26.0	79.7 (78.8/81.4)	1414 (1325/1444)	60.3 (60.8/60.1)
宮城県	26.4	79.9 (77.5/80.7)	1428 (1351/1470)	61.4 (58.1/62.6)
福島県	27.1	80.2 (78.1/81.8)	1585 (1576/1589)	58.1 (59.6/57.9)
合計	26.1	80.2 (78.0/81.0)	1567 (1423/1618)	58.2 (56.5/58.8)

属性 県	死亡退所者基本属性			
	男性割合 %	平均年齢:歳 (男性/女性)	平均在所日 (男性/女性)	痴呆率:% (男性/女性)
青森県	30.5	83.6 (81.1/84.7)	1992 (1706/2123)	90.0 (86.7/91.4)
秋田県	32.4	83.1 (81.3/83.9)	1669 (1419/1788)	75.6 (73.3/76.6)
岩手県	38.8	83.0 (82.1/83.5)	1592 (1440/1684)	83.6 (85.5/82.4)
山形県	38.4	82.0 (80.7/82.8)	1258 (1057/1383)	86.6 (85.1/87.5)
宮城県	34.5	82.9 (81.2/83.7)	1503 (1159/1676)	88.9 (88.7/89.0)
福島県	38.1	82.3 (80.6/83.3)	1474 (1261/1604)	85.2 (88.2/83.4)
合計	34.9	82.9 (81.2/83.8)	1610 (1354/1747)	84.6 (84.0/84.9)

くみられ60～70年代開設の施設が50.0%を占めており、90年代開設の施設はない。一方、山形県においては90年代開設の施設が45.0%となっており、80年代以降開設の比較的新しい施設が90.0%を占めている。

3.2 定員規模別の施設数

施設の定員は、全般的には定員50人台の施設が62.9%(105施設)となっており、なかでも定員50人の施設が94施設と大多数を占めている。ついで定員80人台の施設が15.0%(25施設)となっており、定員100人以上の施設は8.4%(14施設)である。

3.3 居室の構成

居室の構成をみたものが表-2である。全居室数に対する個室の割合は13.0%であり、総定員数に対する割合では3.8%となっている。また、4人部屋の定員が総定員数の76.7%を占めており、大多数の入所者が多床室で生活していることがわかる。

開設が新しい施設が多い山形、宮城、岩手県では個室率(全居室数に対する個室数)が約20%程度となっており、定員数に対する割合でも5～6%程度となっている。これに対し福島、秋田、青森県においての個室率は5～7%、定員数に対する割合では1%台である。

4. 入所者の特性と死亡退所者の特性

4.1 概況

表-3は調査時点での入所者10,264人の基本属性、および過去2年間(1992-93)の死亡退所者2,855人の基本属性を各県別に示したものである。

入所者の基本属性は男性の割合が全平均で26.1%となっている。各県別にみても青森県の25.2%～岩手県の27.4%とあまり差はない。平均年齢は80.2歳である。平均在所日数⁸⁾は施設の開設年による影響が大きく、全体では約4年4ヶ月(1567日)であるが、山形県で約3年11ヶ月(1414日)、青森県で約4年9ヶ月(1736日)となっている。また、有痴呆率は全平均で58.2%である。

死亡退所者の基本属性は全入所者と対比すると、男性の割合で約10%、平均年齢で約2.5歳、有痴呆率では約25%うわまわっている。また、死亡時には80%以上の高齢者が痴呆状態にある。痴呆を有している人に関して痴呆の程度⁹⁾をみると、「軽度」の人が17.4%、「中等度」の人が25.3%、「高度」の人が30.2%、「非常に高度」の人が27.1%となっており、「高度」・「非常に高度」の人をあわせると57.3%と「痴呆あり」の半数を超えている。

図-2は各県別の死亡退所者の主要死因¹⁰⁾の構成比である。心疾患による死亡が全体の37.2%と最も多く、ついで呼吸器系疾患による死亡が30.4%、脳血管疾患による死亡が9.6%、老衰死亡が6.6%となっており、が

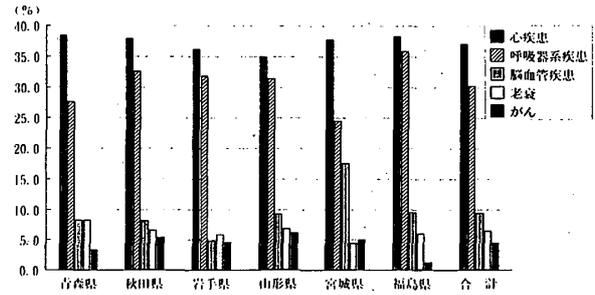


図-2 主要死因と構成比

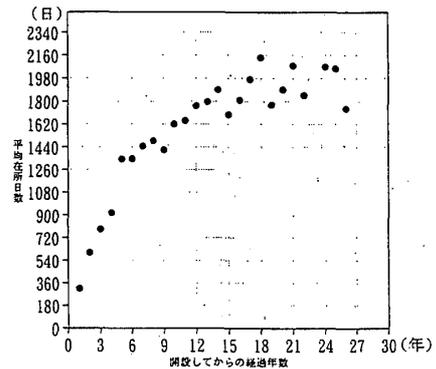


図-3 開設からの経過年数と平均在所日数

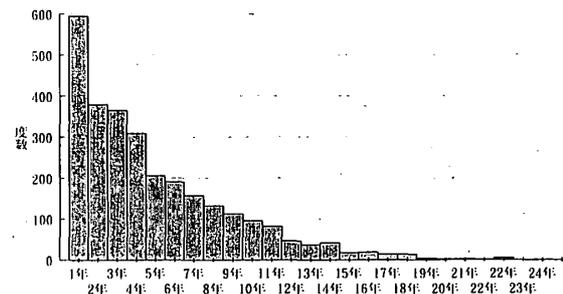


図-4 死亡退所者の在所年数頻度分布

んによる死亡も4.6%を占めている。宮城県では脳血管疾患による死亡が17.7%と高く、福島県ではがんによる死亡が1.4%と低く特徴的である。65歳以上の死亡者の死因と比較¹¹⁾すると、特養においてはがん死亡が非常に少なく、老衰死亡が若干多いといえる。

4.2 施設の開設年と入所者の在所期間

図-3は施設の開設からの経過年数別に平均在所日数との関係を見たものであるが、経過年数が15年をこえると平均在所日数にばらつきがみられ、約4年半(1620日)～約6年(2160日)の範囲に分布している。

4.3 死亡退所者の在所期間

図-4は死亡退所者の在所期間別の頻度分布を示したものである。在所1年未満での死亡が約20%を占めている。また最短の在所日数は2日、最長は約24年3ヶ月(8839日)となっている。

死亡退所者の在所期間は性別、施設の開設年、入所時の年齢や死亡時の状況によっても差異がみられる。入所

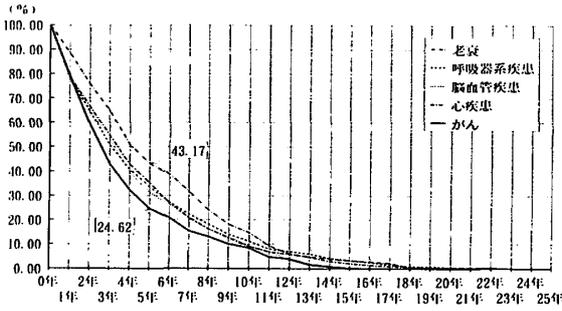


図-5 入所後の経過年数にみた生存率(死因別)

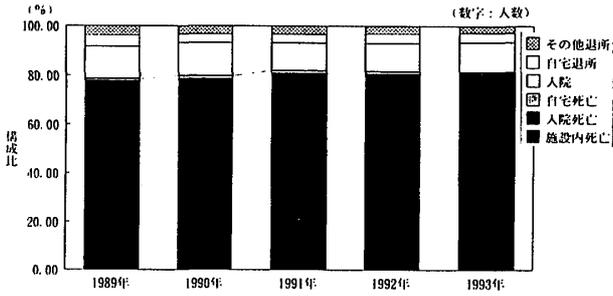


図-6 退所先と退所理由

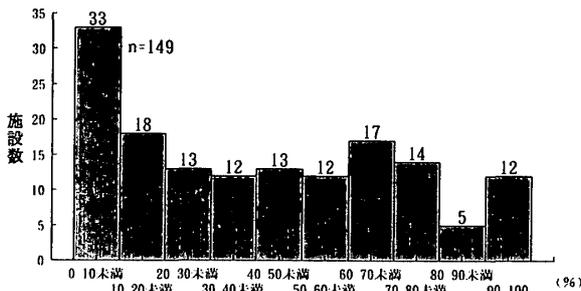


図-7 自施設内死亡率別の施設数

後の経過年数にみた生存率を主要死因別にみたものが図-5¹¹⁾であるが、入所5年後の生存率は老衰死亡の人が約43%であるのに対し、がん死亡の人は約25%と低い。

5. 退所の状況と死亡場所

5.1 死亡退所者の割合と人数

図-6は過去5年間の全退所者についてみた退所先と退所理由の構成割合である。施設内死亡、病院等の医療機関で入院中の死亡など死亡による退所者(死亡退所者)の割合が8割前後で推移していることがわかる。

各施設1年間当たりの平均死亡退所者数等をみたものが表-4である。平均で8.89人(最小1.0~最大28.6人)であり施設の定員数、開設年によっても差異がみられる。

5.2 死亡退所者の死亡場所

表-5は過去5年間の死亡退所者の死亡場所を各県別にみたものである。全体の55.4%が病・医院での死亡となっており、43.3%が自施設内での死亡である。自宅での死亡はわずか1.2%となっている。死亡退所者の約

表-4 1施設当たりの年間平均死亡退所者数等

1施設1年間当たりの平均死亡退所者数			
8.89人 最大28.6人 最小1.0人			
1施設1年間当たりの平均死亡退所者数(定員50人当たり)			
8.16人 最大15.6人 最小1.0人			
定員別(人)	平均(人数)	開設年	定員50人当たり
30	5.33	-1969	8.08
50-55	6.56	1970-1974	7.33
56-79	9.64	1975-1979	7.39
80-99	10.93	1980-1984	6.91
100-149	16.01	1985-1989	6.14
200	28.67	1990-1993	5.89

開設年別では定員数による死亡退所者数の違いをなくし比較するために、定員50人当りに換算してある。

表-5 死亡退所者の死亡場所

死亡場所	割合 (%)				合計
	自施設内	病・医院	自宅	その他	
青森	74.4	6.80	2.8	0	1452
秋田	51.3	46.8	1.9	0	1000
岩手	42.5	55.8	1.7	0	1014
山形	37.5	63.0	9	0	1014
宮城	37.0	62.1	0.9	0	1000
福島	35.9	48.5	9	0	853
合計	42.1	56.8	1.1	0	1000
青森	35.0	64.7	8	2	1007
秋田	34.8	64.2	0.8	0.2	1000
岩手	44.8	46.1	3	0	912
山形	49.1	50.6	0.3	0	1000
合計	28.42	36.45	8.0	2	6569
	43.3	55.4	1.2	0.1	100.0

(上段:人数 下段:割合%)

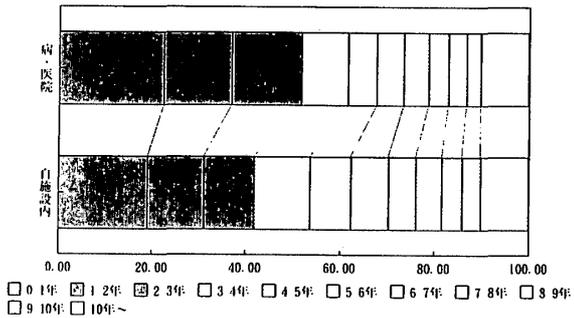


図-8 死亡場所別に見た在所年数の構成比

半数が施設内で死亡していることは、特養が終生の場としての機能を果たしていることを示している。

さらに自施設内での死亡率別の施設数をみたものが図-7である。ここでは、死亡退所者数の差異による割合の違いを少なくするために、1992-93年開設の施設を除き、過去3年以上の死亡退所者数が得られた149施設について解析する。

自施設内死亡率が0~30%未満の施設が64施設みられる一方、自施設内死亡率70%以上の施設も31施設ある。一方、死亡退所者(1992-93)の死亡時の年齢、在所年数、死因、痴呆の状態によっても死亡場所は異なる。

例えば死亡時の年齢と死亡場所の関係では、死亡時65~74歳の人では自施設内死亡率が34.5%であるのに対し、95歳以上では55.2%となっており、高齢になるほど自施設内死亡率が高くなっている。

図-8は病・医院内死亡者と自施設内死亡者との在所年数別の構成比を比較したものである。在所3年未満の死亡退所者の構成比は病・医院内死亡が高いのに対し、在

所3年以上の場合には自施設内死亡の方が高い。

図-9は死因と死亡場所の関係を示したものである。老衰や心疾患による死亡の人ほど自施設内における死亡率が高い。

このほか痴呆状態別の自施設内死亡率をみても、例えば死亡時に痴呆ではない人は32.1%であるのに対し、非常に高度な痴呆の人は55.2%と高く、痴呆の程度が重い程自施設内死亡率が高いことがわかる。

5.3 死亡場所の場所別割合

全死亡退所者(1992-93)の死亡場所別の割合をみたものが図-10である。施設内での死亡のうち静養室での死亡が64.3%(全体の27.3%:カッコ内以下同様)、多床室での死亡が29.4%(12.5%)、個室での死亡が6.3%(2.7%)となっている。施設外の病・医院内死亡の内訳は協力病・医院¹²が69.9%(40.1%)、その他の病・医院が26.4%(15.2%)、併設の病院は1.2%(0.7%)である。

表-6は個室の有無、個室数と死亡場所との関係をみたものである。個室数の増加に伴う自施設内死亡率には大きな差異はみられないものの、その内訳では個室数が多い施設ほど静養室での死亡割合が減少し、個室での死亡割合が増加している。個室の有無や個室数が直接的な施設内での看取りの増加には繋がってはいないものの、施設内での対応方法には影響を与えているものと思われる。

5.4 死亡場所の決定

死亡退所者(1992-93)の死亡場所は、「家族」の意志で決定された割合が43.1%と最も高く、ついで「家族と施設」両者の意志・方針でなされた割合が24.3%となっている。入所者「本人」の意志が加わって決定された割合は10.8%である。

図-11が意志・方針と死亡場所の関係をみたものであるが、「本人」のみによって決定された場合には例数は少ないものの施設内での死亡が多く、自宅での死亡割合も他に比べて高い。全般的に「本人」の意志が加わっての決定の場合には自施設内での死亡割合が高くなっているが、「施設」の意志・方針が加わった場合には病・医院での死亡割合が高くなっている。施設内での死亡を希望する入所者が少なくない実態の一端を示していると考えられる。

5.5 死亡場所への移動と死亡までの期間

施設内の自室以外での死亡、及び施設外においての死亡の場合には死亡前にターミナルケアに際して自室からの移動が伴うこととなる。

図-12は死亡場所別に移動から死亡までの期間をみたものであるが、施設内での移動・死亡では、移動した当日に死亡した例が約38%を占めており、移動してから1週間以内の死亡が累計で約78%となっている。一方、施設外への移動・死亡では、移動した当日に死亡した例が約10%、移動してから1週間以内の死亡は累計で約35

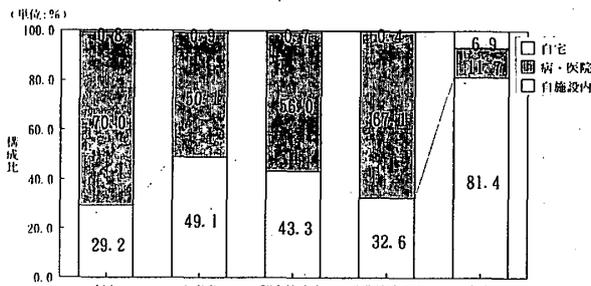


図-9 死亡退所者の主要死因別に見た死亡場所

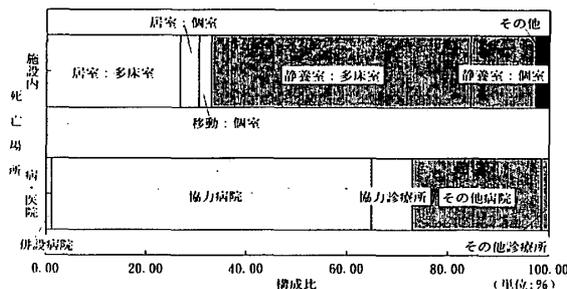


図-10 死亡退所者の死亡場所別割合

表-6 個室の保有状況と死亡場所

居室数	自施設内			施設外			自宅	その他	不明	合計
	多床室	個室	静養室	病・医院	助病・院	その他・院				
居室なし	193	488	8	661	243	14	27	1634		
居室あり	11:8	29:8	0:5	40:4	14:9	0:9	1:7	100:0		
1~2室	16	3(2)*	92	0	103	32	4	251		
3~4室	6:4	1:2	36:6	0:0	41:0	12:8	1:6	0:4	100:0	
5~9室	36	18(14)*	112	6	148	87	7	12	426	
10~29室	6:5	4:2	26:3	1:4	34:6	20:4	1:6	2:6	100:0	
居室あり	49	23(10)*	55	5	135	27	3	1	298	
合計	16:4	7:7	18:5	1:7	45:3	9:1	1:0	0:3	100:0	
10~29室	29	25(0)*	32	0	94	40	3	4	227	
合計	12:8	11:0	14:1	0:0	41:4	17:6	1:3	1:8	100:0	
合計	323	69(26)	779	19	1141	429	31	45	2836	
	11:4	2:4	27:5	0:7	40:2	15:1	1:1	1:6	100:0	

(上段:人数 下段:割合%)
 居住個室ありの施設で室数が不明な1施設(19人)は除く
 * ()内は居住個室死亡のうち他の居室から移動してきて死亡した人数

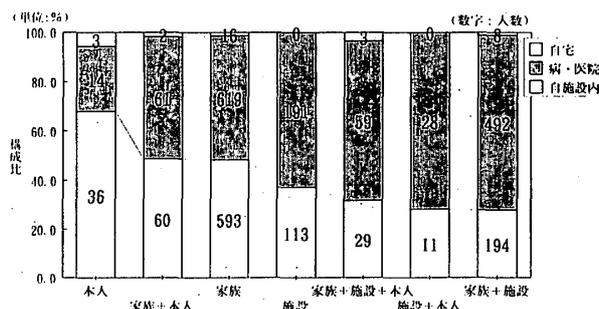


図-11 意志・方針別の死亡場所

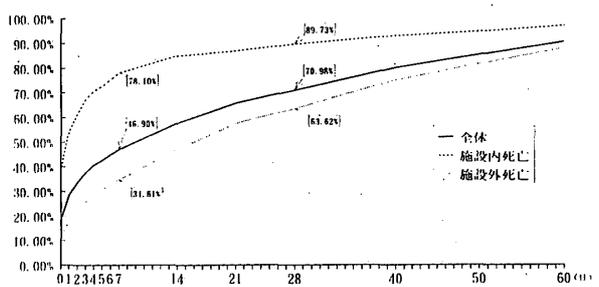


図-12 移動から死亡までの期間の累計割合 (死亡場所別)

%を示し、移動してから4週間以内での死亡でも累計で約64%である。

また、図-13は死因別にみたものであるが、がんや呼吸器系疾患による死亡の場合には移動してから死亡までの期間が比較的長くなっている。このことは、がんの疼痛や呼吸器系疾患における呼吸困難などの症状に痛み等を伴い施設内でのケア・対応が困難な場合には、早期の対応・入院が行われているためであると思われる。

6. ターミナルケアと場の利用

調査2の結果を中心に、施設内でのターミナルケアと、諸室の利用状況等を捉えることにより、終生の場としての特養の在り方を考察する。

6.1 看取りに関わる諸室の利用形態

図-10でみたように施設内におけるターミナルケアに関わる場としては居室、静養室があることが明らかになったが、このほかに職員が行為拠点とする看護婦室、寮母室、そして死亡後に利用される霊安室がある。

各施設の静養室の利用形態が確認できた49施設に関してその基本的な利用形態を類型化すると、ターミナルケア時に限らない静養の場としての利用・ターミナルケアにおける看取りまでの過程での利用・及び最期の看取りの場としての利用(以下、この3つの利用形態をあわせてもつ利用を「静養室的」利用とする)がある形態が36施設、「看取りの場」としてのみの利用が6施設、「静養の場」としてのみの利用が2施設、静養室を前述のいずれの利用にも該当する利用をしていない「利用なし」の施設が5施設となっている。

また、看取り前後の過程における諸行為と諸室の利用形態を確認できた48施設に関してまとめたものが図-14

である。施設内での死亡場所としては「居室」のみの施設(3施設)と、「居室もしくは静養室」(30施設)、「静養室」のみ(10施設)の3つの形態がみられる。

また、死後の処置(清拭・着替え等)は、「静養室」でのみ行う施設(28施設)と「霊安室」でのみ行う施設(11施設)の主に2つの形態がみられる。

遺体の安置は、「静養室」でのみ行う施設(5施設)、「静養室もしくは霊安室」で行う施設(12施設)、「霊安室」でのみ行う施設(24施設)など主に3つの形態がみられる。

死後の処置や遺体の安置において、霊安室を全く利用していない施設が48施設中10施設(施設内での看取りがない5施設を含む)みられる。

これら一連の利用形態は、図-14にみられるように合計18パターンみられた。そのうちの最も多くみられたパターンと、他のパターンの2事例を参考までに示す(図-15)。

本来「静養の場」として存在する静養室が、ターミナルケアのための部屋が設けられていないことから、看取り前後の過程で代替して利用されていることが示されている。

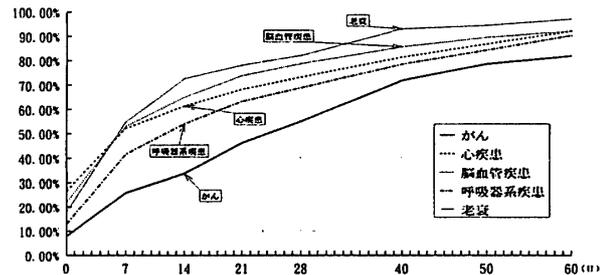


図-13 移動から死亡までの期間の累計割合 (死因別)

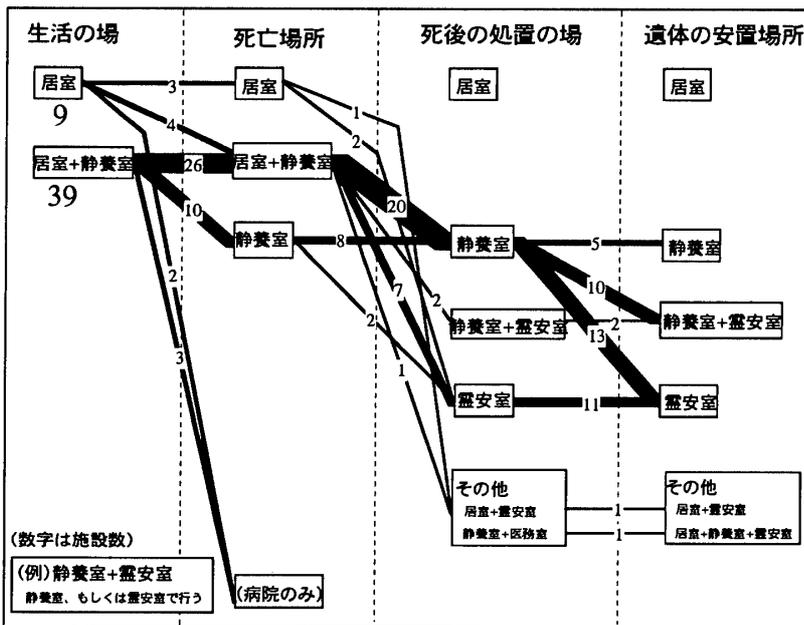


図-14 看取り前後の過程における諸行為と諸室の利用形態

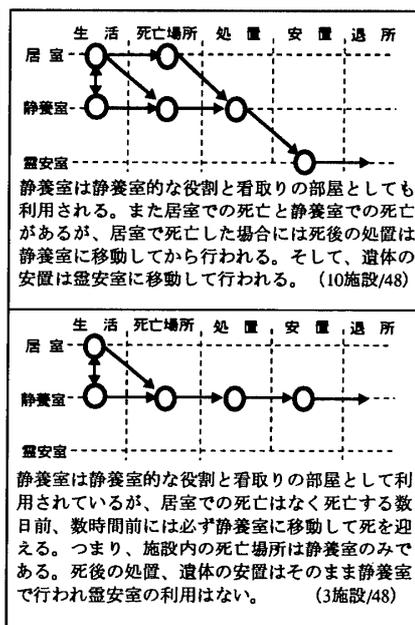


図-15 2事例に見る諸室の利用形態

6.2 ターミナルケアに際しての部屋替え²¹⁾

ターミナルケアに際して、自室や静養室以外の居室でケアを行うことがあるとした施設は54施設中の39施設(70.4%)となっており、必ずしも静養室がターミナルケア、特に看取りまでの過程において利用されているとは限らないことが明らかになった。ターミナルケア時以外の観察・ケアを行う場合でも同様のことが行われており、これらの場合その居室の入所者との部屋替えが行われることとなる。しかし、長年住み慣れてきた居室からの部屋替えは、ケアを受ける側とそれに伴い移動を求められる側双方にとって、精神的な影響も含めて問題があることがヒアリング調査から得られている。

また、部屋替えによって使用される居室は、39施設全てで寮母室近辺の寮母からの観察が容易な居室が当てられている。

6.3 看取りに関わる諸室の配置形態

職員に対するヒアリング調査から、入所者の日常生活が行われている場でのターミナルケアは、他の入所者や家族へ与える精神的な影響面から、十分に配慮する必要性があるという意見が聞かれた。そこで、看取りに関わる諸室(静養室、看護婦室、寮母室、霊安室)と居室ゾーン²¹⁾との関係に注目し、各施設(4室全ての位置が平面図上で確認できた40施設)を類型化した。表-7がその結果である。寮母室が居室ゾーンに位置している割合は100.0%、看護婦室は60.0%、静養室が64.1%、霊安室が27.8%となっている。

一方、静養室の利用状況や部屋替えにより、寮母室近辺の居室が静養室的利用をされていることから、静養室と看護婦室、寮母室との配置関係に注目して49施設を類型化した結果が表-8である。静養室と寮母室が離れて位置しているパターン((Ns・静)型:34施設)と、静養室と寮母室、及び看護婦室とが隣接しているパターン((Ns・静・寮)型:12施設)とに大別できる。

これらのことから現在の特養では静養室は看護婦室との関係をより重視し、寮母室との関係はあまり考慮されずに整備されていることが窺われる。

6.4 諸室の利用形態と配置形態

ここでは、諸室の利用形態と配置形態との関係を合わせて考察する。

表-9は静養室の利用形態と諸室の配置形態との関係、及び表-10は看取りの過程における居室の部屋替えの有無と諸室の配置形態との関係を示したものである。静養室と寮母室が隣接していない配置形態をもつ施設(独立型、(Ns・静)型)でのみ静養室が「看取り専用の場」としてのみの利用(6施設)や、「利用なし」の形態(5施設)がみられる。さらに、これらの配置形態では34施設中29施設(85.3%)で看取りの過程における自室以外の居室の利用(部屋替え)がみられる。このことは、静養室

表-7 諸室と居室ゾーンとの関係

諸室の配置形態 (居室ゾーンとの関わり)	施設数
1) 全てが居室ゾーンに位置している	12
2) 霊安室以外が居室ゾーンに位置している	11
3) いずれか2室が居室ゾーンに位置している	5
4) 寮母室のみ居室ゾーンに位置している	12

表-8 静養室と看護婦室・寮母室との配置関係類型

型名	タイプ	施設数
静養室が寮母室、看護婦室いずれからも離れて位置している		
1) 独立型		1
		1
静養室と看護婦室が隣接しており、寮母室が離れて位置している		
2) (Ns・静)型		34
静養室、看護婦室、及び寮母室が隣接して位置している		
3) (Ns・静・寮)型		4
		8
静養室と寮母室が隣接しており、看護婦室が離れて位置している		
4) (寮・静)型		1

Ns 看護婦室
 寮 寮母室
 静 静養室

表-9 静養室の利用形態と諸室の配置形態

配置形態	利用形態	静養室的利用	看取り専用	静養の場専用	利用なし	合計
1) 独立型		2 (100.0)				2 (100.0)
2) (Ns・静)型		22 (64.8)	6 (17.6)	1 (2.9)	5 (14.7)	34 (100.0)
3) (Ns・静・寮)型		11 (91.7)		1 (8.3)		12 (100.0)
4) (寮・静)型		1 (100.0)				1 (100.0)
合計		36 (73.5)	6 (12.2)	2 (4.1)	5 (10.2)	49 (100.0)

(上段: 施設数 下段: 割合%)

表-10 看取りの過程における居室の部屋替えの有無と諸室の配置形態

配置形態	部屋替え		合計*
	なし	あり	
1) 独立型		2 (100.0)	2 (100.0)
2) (Ns・静)型	5 (15.6)	27 (84.4)	32 (100.0)
3) (Ns・静・寮)型	8 (66.7)	4 (33.3)	12 (100.0)
4) (寮・静)型	1 (100.0)		1 (100.0)
合計	14 (29.8)	33 (70.2)	47 (100.0)

* 部屋替えの有無が不明の2施設を除く (上段: 施設数 下段: 割合%)

が看取り過程において利用される場合、現在の静養室では、利用しにくい状況があり、その結果、利用しやすい他の居室でケアが行われているものと考えられる。しかし一方で看取りの場・死後の処置の場には、多くの場合静養室が利用されていることが図-14からもわかる。

また、表-11は静養室と霊安室の看取り後の過程における利用形態と、その配置形態との関わりをみたものである(表-7でみた40施設を対象とする)。静養室、霊安室ともに居室ゾーンに位置していない場合には静養室が常

表 - 11 静養室・霊安室の利用形態と配置形態

配置形態 利用形態	静：静養室 霊：霊安室			
	静、霊共に居室 ゾーンに位置する	霊のみ居室ゾ ーンに位置する	静のみ居室ゾ ーンに位置する	静、霊共に居室 ゾーンに位置しない
処置の場・安置の場	施設数 (8)	施設数 (2)	施設数 (12)	施設数 (10)
静：静				1
静：静・霊	4		3	1
静：霊	2	1	4	5
霊：霊	2	1	5	3
処置を静養室のみで行う	6	1	7	7
安置を霊安室のみで行う	4	2	9	8

霊安室がない3施設(いずれも処置・安置とも静養室)、及び施設内における看取りがない(全て病・医院死亡)5施設を除く

に最後の看取りの場・死後の処置の場として(7/10施設)、また安置の場としては常に霊安室が利用されている施設の割合(8/10施設)が高く、それぞれの部屋の機能が確立している。一方、その他のパターンでは処置を死亡した場所で行わず霊安室に移動してから行う施設や、安置を霊安室で行わず静養室で行うことがある施設などがみられる。これらの違いは、他の入居者や家族への配慮、そして何よりも看取りという行為の意味を考えた場合に、できるだけ居室ゾーン以外の静粛な場で看取りを行う、また行いたいという施設側の方針と、諸室の居室ゾーンとの関係が影響を及ぼしているものと考えられる。

これらのことは、当該室が本来の機能とは異なり、必ずしも予期した利用がされているわけではないことを示している。

7. 職員の対応、及び協力病院との関係

調査1において常勤の医師がいる施設は167施設中4施設(不明8施設)となっており、また調査2より看護婦の夜勤業務が定期的に行われている施設は52施設中わずか2施設(不明1施設)となっており、夜勤時に必ず看護婦が勤務している施設はない。

各施設が確保している協力病・医院数をみると1施設の施設が27施設(調査2対象の不明4施設を除く48施設中56.3%)、病・医院数が2施設の施設が12施設(25.0%)などとなっている。病・医院数が4施設の施設も5施設(10.4%)みられる。車での協力病・医院までの時間は平均14.3分である。

また、緊急時に、協力病・医院以外の病・医院へ受入れを依頼することがある施設は32施設(66.8%)を示す。このことはその他の病・医院での死亡者が全体の15.2%、施設外死亡の26.4%を占めていることからわかる(図-10)。これらのことは必ずしも協力病・医院のみでの対応が行われているとは限らないことを示している。

一方、入所者の急変時等における医師、看護婦の対応状況をみたものが図-16である。施設からの連絡後「必ず施設へかけつける」割合は自施設内死亡率70~100%の施設で昼間時医師が71.5%、夜間時看護婦が71.4%などとなっており、自施設内死亡率が高い施設ほどその

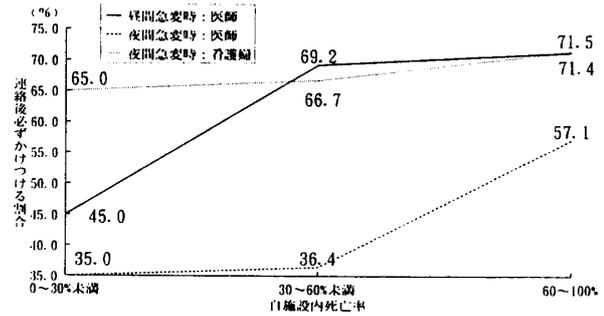


図 - 16 緊急時の医師・看護婦の対応状況

割合は高い。

このように基本的に常勤の医師、夜勤時の看護婦がいない特養が、入所者の終生の場として十分に機能して行くためには医療(医療機関・医師)との連携が非常に重要になる。

8. 結論

8.1 特養におけるターミナルケア

予後の予測が困難で、ターミナルケアの時期の明確な定義がなされていない高齢者のターミナルケアでは、病院等への移送後4~5週間以内で死亡する割合が65~70%程度であることを目安とすると、ターミナル状態へ移行するのは、概ね死亡の4~5週間前と推測できる(図-12)。病院等での対応の場合にはこの時点で移送が行われ、施設内での対応・看取りの場合は、この時点では自室もしくは寮母が観察容易な居室でケアが行われ、ターミナル状態の中でも直接死に繋がると考えられる状態に陥った時点で静養室等へ移動している。

以上から特養におけるターミナルケアとは、予後予測は困難なもの、結果的には死亡前約1ヶ月間の対応であると考えられ、この時期にどのようなケアや環境を提供できるのかということになる。これらのことは、例えば死亡退所者が月平均1人程度であっても、年間を通しての職員のターミナルケアによる負担が少なくないことを示している。

8.2 終生の場としての特養

退所者の8割以上が死亡退所であり、またその半数近くが自施設内での死亡であることは、特養が終生の場であることを示している。施設内で最期を迎えることを希望する人も少なくなく、長期間在所の入所者ほど施設内での死亡が多いことを考えると、施設内でのターミナルケアの必要性が高いことがわかる。

5年、10年にわたる長期の施設での生活、親しんだ環境や職員から離れて、死亡する前のたとえ数日であっても、全く環境の異なる病院等で過ごすことは、精神的な苦痛も伴い決して幸せな最期を迎えることができないと考えられる。

特養におけるターミナルケアの場合、限られた医療環

境の中でも施設での看取りが可能なのは明らかであり、終生の場としての諸室整備を進めていくことが必要である。

8.3 終生の場としての諸室整備

特養が終生の場である以上、本来「静養の場」として存在する静養室で、ターミナルケアを行って行くことには様々な問題がある。静養室の在り方を含め、関連所要室の在り方を再検討する必要がある。

看護婦の夜勤業務がほとんどない現状や、常時の日常生活の介助は寮母が中心に行うなどの特性を考えると、現在多くの施設でみられる静養室が看護婦室と隣接し、寮母室や居室ゾーンから分離して配置されている形態よりも、「静養室」としては居室ゾーンに寮母室も隣接して配置されることが望ましい。

その一方で最後の「看取りの場」としては、居室ゾーンとは別の明確に区域分けされた場の方が、他の入所者や家族への影響等を考え合わせると、より優れているといえる。すなわち、静養室とは別に看取り専用の場「看取り室」を職員からの観察・ケアが行いやすい位置に設け、かつ居室ゾーンの中には配置しない形で設けることが望まれる。

また、病・院内死亡でも、身寄りが無い入所者などで再び施設に戻って安置されるケースも増えつつあること等も考えると、居室ゾーン以外に「看取り室」とは別の安置・お別れをする場としての「お別れ室」(霊安室)の確保も非常に重要である。図-17に現状の諸室の関係、および図-18に本研究により得られた知見に基づく諸室の在り方の提案例を示す。

この他、個室が施設内での看取りの在り方に大きな影響をおよぼしている実態や、家族の付き添い、他の入所者への配慮の点から個室を必要としている施設の割合は高く、ターミナルケアの観点からみても個室の必要な量の確保は急務の課題である。

8.4 医療との連携等

施設内で十分な医療が期待できない特養の現状を考えると、ターミナルケアに際しては医療側との密接な連携が必要となる。施設内において看取りを行っていくには、入所者の急変時に積極的な対応をしてくれる医師や、受入れが可能な協力病・医院の確保が職員、入所者、家族にとって何よりも安心感を与える要件であり、必要不可欠である。

また、施設内における「死」の扱いの一つが入所者はもちろん職員側のターミナルケアに対する意識に大きな影響を与えるものと思われ、いかに正面から「死」を見据えてケアを行っていくかが終生の場としての特養の在り方を左右するものと思われる。

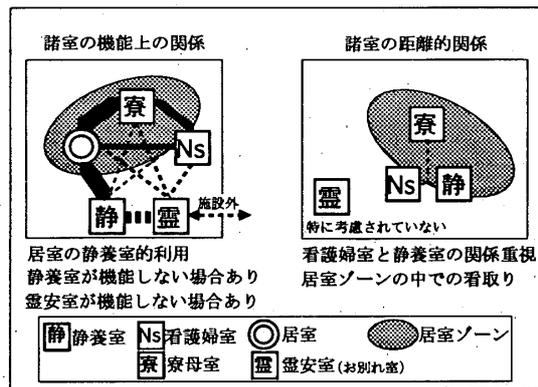


図-17 諸室の關係の現状

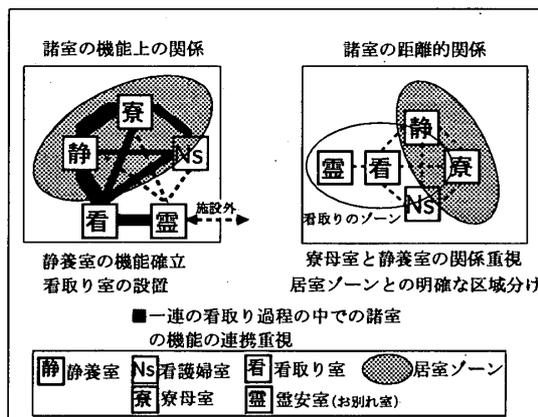


図-18 諸室の關係の提案例

9. おわりに

本研究では特養の終生の場としての実態を明らかにするとともに、終生の場としての特養の在り方を建築計画的に考察した。

看取りにふさわしい空間自体の在り方の追究など残された課題は多いが、終生の場としての施設整備が在所者の日常生活の質(Quality of Life)の向上にも繋がるのが考えられ、終生の場としての認識をもった早急な施設整備が求められているといえる。

また、終生の場として十分に機能していくには職員の配置基準の在り方の検討、高齢者のターミナルケアにおける地域の中での福祉と医療相互の密接な連携による支援体制の確立も必要である。

謝辞

大変に複雑な調査に全面的に御協力下さった東北ブロック老人福祉施設連絡協議会、および諸施設の皆様、またヒアリング調査に御協力いただいたスタッフの皆様にはここに記して謝辞に替えさせていただきます。

注

- 1) 本論文で使用する用語「終生(しゅうじょう)の場」とは、その人の生涯を終える場、すなわちターミナルケアが行われる場を

意味する。「ターミナルケア」とは、臨死への過程における看護、介護、看取り、死後の処置、安置、別れなどの一連の行為をさし、そのケアが実行される場を「終生の場」と定義する。

- 2) 1993.10現在全国で2,770施設、192,719床が整備されている高齢者のための社会福祉施設である。家庭と同じ機能を持ち、入所の対象者は65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする者である。
- 3) 1992年における65歳以上の死亡場所は病院が71.3%、診療所が3.7%、老人保健施設が0.1%、自宅が23.2%、その他が1.7%となっている。
- 4) 本調査対象の2施設(A,Bとする)が独自に入所者に行った「希望する死亡場所の聞き取り調査」の結果資料によると、A施設では自宅希望が53.8%、施設での看取り希望が28.2%、病医院希望が15.4%等となっており、B施設では自宅が51.4%、施設での看取りが43.2%、病医院が0%という結果になっている。
- 5) 本論文での用語「死亡退所者」とは、施設内での死亡、医療機関における死亡(措置解除がされていない入院中の場合も含む)、自宅へ戻っての死亡など全ての死亡者を対象として使用している。
- 6) ここでの配置形態の分析は、諸室間の距離などの精度を求めるものではなく、あくまでも諸室間の関係を調べるものである。解析には、各施設のパンフレット等記載の施設平面図を用いた。
- 7) 入所者の在所日数は、「調査時点で入所日から何日間在所しているのかの日数(入所日と当日を含む)」として定め、死亡退所者の在所日数に関しては「死亡退所者の入所日と死亡日を含めた日数」とし、病院等の施設外で死亡した場合でもこれに準じて扱う。
- 8) 死亡退所者に関する死亡時の痴呆の程度の判断には「人のぼけ senilityの程度の臨床的診断基準」(柄澤式)を用いて、原則として悪い症状を重視して各施設に判断を依頼した。
- 9) 死因の分類に当たっては調査票に記入があった死因をわが国で用いている「死因簡単分類表」を参考に分類した。さらにここで

は、心疾患(主に(急性)心不全、心筋梗塞など)、脳血管疾患(脳出血、脳梗塞など)、呼吸器系疾患(主に(急性)気管支炎、(急性)肺炎、(急性)呼吸不全など)等に大別した。

- 10) 1992年における65歳以上の死亡者の死因別割合は悪性新生物が23.6%、心疾患が23.0%、脳血管疾患が15.3%、肺炎・気管支炎が11.7%、老衰が3.7%となっている。
- 11) 図-5は死亡退所者の在所期間をもとに、入所からの経過年数に生存率を死因別にみたものであり、老衰で死亡した人を例にみると、1年以上在所して死亡した人の割合が約90%、5年以上在所して死亡した人の割合が約43.2%であることを示している。
- 12) 特別養護老人ホームは、入院加療を必要とする入所者のために、あらかじめ協力病院を定めておくことが義務づけられている。
- 13) ここでの部屋替えとは、該当高齢者の居室が、寮母室から離れたところに位置するなどの理由により、居室でのケアが困難なために、ケアの行い易い寮母室近辺の居室へ移すことである。それに伴い、もともと寮母室近辺の居室で生活していた人が、居室の移動を余儀なくされることになる。これら双方の移動をあわせて部屋替えという。
- 14) ここでの居室ゾーンとは、居室群、および居室間を繋ぐ動線(廊下)を含む形態上の1ブロックを意味し、その中には居室群、廊下、その廊下によってアクセス可能なその他の諸室を含むこととなる。

参考文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部：平成4年人口動態統計(上巻)、財団法人厚生統計協会、pp.226.263,1994.6
- 2) 石井 敏、松本啓俊：高齢者ターミナルケア施設の建築計画に関する研究、その1 特別養護老人ホームにおける事例的考察、日本建築学会大会学術講演梗概集(東海)、pp.527~528,1994.9

(1995年6月10日原稿受理、1995年8月2日採用決定)