家族の語りからみる住宅型ホスピスにおける場の形成に関する研究

主査　山口　健太郎*1
委員　園田　眞理子*2，三浦　研*3，中嶋　友美*4

本研究では,住宅型ホスピスを対象に家族の語りから,平常時および COVID-19 下における家族の場の形成過程について明らかにする。調査方法は家族,管理者に対するインタビュー調査および管理者に対するアンケート調査である。以下に結果をまとめる。①平常時において家族は時間と空間の共有を通して,環境に対してなじみ,住宅型ホスピスの部屋を自宅にある入居者自身の部屋の延長上として捉えていた。②住宅型ホスピスでは COVID-19 下においても家族の訪問や看取り時の家族の立会いが行われていた。③COVID-19 下における看取りの事例から,短期間の入居であっても住宅型ホスピスの中に家族の場が形成されていた。

キーワード：１）看取り，２）家族，３）住宅型ホスピス，４）場の形成，５）COVID-19，６）質的テキスト分析

FORMATION PROCESS OF PLACE FROM FAMILY NARRATIVES IN HOME HOSPICE

Ch. Kentaro Yamaguchi
Mem. Mariko Sonoda, Ken Miura, Tomomi Nakashima

In this study is clarify the formation process of place in normal times and under COVID-19 from the family narratives in home hospices. The methods are an interview survey with residents' families and managers and a questionnaire survey with managers. The results are bellows. (1) From case study at the terminal period under normal times and COVID-19, a family place was formed in the home hospice if it was a short-term. The family recognized it as an extension of the parent’s own room at home. (2) Home hospice allowed family visits and witnesses during the terminal period even under COVID-19.

1. 研究背景・目的

日本では年間 137 万 2755 人[文1)]が亡くなる。日本財団の調査[文2)]によると６割の人が自宅での最期を希望しているが,実際の死亡場所は病院が６割[文1)]となる。自宅での看取りが求められる理由としては,なじみの環境の中で,親しい家族に囲まれながら最期を過ごしたい。看取りを特別なものとせず,日常生活の中で迎えたという思いが現れていると考える。看取りの場に対する要望は,臨終という亡くなる瞬間だけではなく,そこに至る過程も含まれる。

介護保険の制度化以降,高齢者施設の居住環境は改善され,施設は病院に変わる看取りの場の一つとして捉えられるようになった。石井ら[文3)]は高齢者施設における看取りの実態を量的に捉え,孔ら[文4)],朴ら[文5)]は看取り期における個室・ユニット型の有効性を明らかにしている。高齢者施設の環境は,自宅に近づきつつあるが入居者の生活は受動的であり,入居者は専門職のみにより「看取られる」存在となっている。看取りは,入居者自身にとって重要なステージであるとともに,本人をとりまく家族にとっても重要な意味を持つ。看取りは,高齢者本人とその家族が当事者として積極的に関わることが重要であり,そのための空間とケアのあり方が求められている。

そこで本研究では,看取りの場として,自宅でもなく,いわゆる高齢者施設や病院でもない,もう一つの選択肢としての「在宅的看取り」の可能性を追求する。本研究では,人生の終末期における空間と家族のあり方について先進的な取り組みを実施している「住宅型ホスピス[注1)]（以下,H.H.）」に着目する。H.H. とは，５から６人程度の高齢者らが既存の住宅を活用して共同生活を営む住まいである。医療・介護の専門家が中心となり日常生活を支えつつも,家族やボランティも積極的に関与する。

本研究では,この既存の住宅を活用した H.H. における終末期の暮らしの場の形成過程を次の観点から明らかにする。①場の形成過程を捉えるために入居前から看取り

*1 近畿大学 教授 博士（工学）　*2 明治大学 教授 博士（工学）　*3 京都大学 教授 博士（工学）　*4 ゆう建築設計 修士（工学）

後までの事象を時系列で捉える。②家族を中心とした本人を取り巻く既存の人間関係に焦点をあてる。特に,家族の語りから,H.H.に至る過程や家族の葛藤,看取りへの向き合い方を解明する。③H.H の中で生まれる感情や感覚を通じてつくり出される共同体としての感覚[注 2)]を場と定義して分析を行う。

さらに本研究期間中に COVID-19 が発生し,看取りをめぐる場も激変した。そこで当初の目的に加えて,COVID-19 下において最も影響の大きかった家族の訪問や看取りの実態を捉えることで,根源的な入居者および家族の欲求を明らかにすることを目的とする。

2.調査概要

2.1　調査計画

本研究では３つの調査を実施している（**図２-１**）。調査１では日常の中における家族の場の形成過程を捉えている。調査２,調査３は COVID-19 下における状況を捉えている。調査２ではアンケート調査から全国の H.H.の動向を捉え,調査３では管理者へのインタビュー調査から COVID-19 下における看取りの実態を把握している。

2.2　調査１　家族に対するインタビュー調査

調査１では H.H.の入居者の家族等に対するインタビュー調査を実施した。調査対象事業所は住宅を活用した H.H.A である（**図２-２**）。H.H.A は中小都市の住宅地の中にあり,築 45 年の木造平屋建ての住宅を改修して利用している。部屋の広さは 5LDK であり,５室すべてが入居者の居室となる。運営法人は NPO 法人であり,H.H.に加えて訪問介護事業所を運営している。利用者に対する介護・看護については,自事業所および外部の在宅介護サービスを利用するとともに,介護職員が 24 時間常駐している。常駐職員の費用（一部）は利用者の自費による。利用者の定員は５名である（調査時の利用は５名）。

調査対象者は,現入居者の家族２名と,H.H.A にて看取りを行った入居者の後見人１名の計３名である（**表２-１**）。インタビュー項目は,入居までに至る経緯,入居後の過ごし方,退去後の関わり方等である。各調査対象者に対しては約２時間のインタビューを２回ずつ行った。

2.3　調査２　H.H.の管理者に対するアンケート調査

調査２では,全国の H.H.に対して COVID-19 下の対応について悉皆アンケート調査を実施した。調査対象は 2020 年６月１日時点で全国 H.H.協会の正会員かつ運営の実態があった 43 事業所の管理者である。アンケートでは,第１回目の緊急事態宣言期間を含む 2020 年２月から６月(回答時)までの状況について質問した(**表２-２**)。アンケート調査項目は,**表２-３**の通りである。アンケートの方法は Google Form を用いた WEB アンケート調査であり,アンケートの URL は全国 H.H.協会を通じて配信した。アンケートの回答期間は 2020 年６月 17 日（配信日）～７月 12 日であり,回収数は 37/43（86.0%）であった。

日常の中での家族の場の形成過程

調査1　H.H.を利用する3名の家族等に対するインタビュー調査
日常の中における家族の場の形成過程を明らかにする
入居前→入居後の日常→看取り期→看取り後を時系列で把握
2名は入居前から入居後の日常,1名は入居前から看取り後

COVID-19という緊急事態の中での家族の場の形成過程の把握
緊急事態下であるからこそ根源的な看取り時における
家族の関わりの重要性が明らかとなる

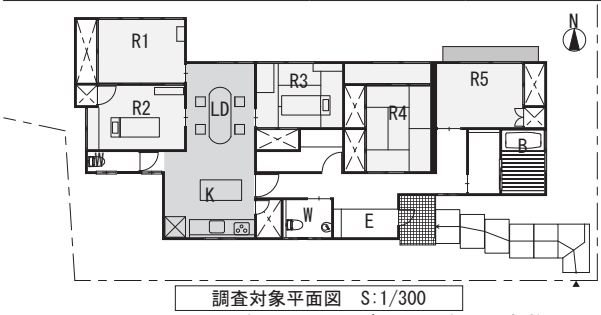
調査2　COVID-19下におけるH.H.の実態についてのアンケート調査
COVID-19下に対する感染症対策,家族の訪問,看取りの実態把握

調査3　COVID-19下にて看取りを実施した５事業所へのインタビュー調査
COVID-19下において看取りを行うときの実態・課題を把握
入居プロセスから看取り期間,退去後の関わりを時系列で分析

図 ２-１　研究の枠組み

表 ２-１　調査１ インタビュー調査の対象者の概要

	A 氏	B 氏	C 氏
入居者の状況	現入居	現入居	看取り後
入居期間	3 年半	1 年半	14 か月
年齢	100 歳代	90 歳代	90 歳代
調査対象者	長女	長男夫婦	D 氏（後見人）
家族の訪問頻度	2～3 日に 1 回	週 2 回	月 1 回
調査日	2019/12/3 2019/12/5	2019/12/4 2019/12/14	2019/12/10 2019/12/17



調査対象平面図　S:1/300

図 ２－２　調査１ インタビュー調査の対象施設

表 ２－２　調査２アンケート調査の概要

調査対象	全国H.H.協会の正会員(2020年6月1日時点)かつ運営の実態があった43事業所の管理者または運営者		
手法	Google Formを用いたアンケート調査(希望者には紙面配布も可)		
回答期間	2020年6月17日～7月12日	回答率	37/43 (回答率)86.0%
内容	2020年2月～調査時点までの運営方針や対応		

表 ２－３　調査２アンケート調査の項目

感染予防対策	感染者・発熱者の有無,発熱時の対応,ソーシャルディスタンスの確保状況と工夫,プログラム・イベントの実施状況,換気対策,感染症対策による利用者への影響,新型コロナウイルスの疑いがある症状がみられた際の対応
家族の訪問	制限状況(頻度・時間・人数・滞在場所・出入口の分離),訪問した家族に依頼している対策,家族との定期的な会議の実施状況,その他感染予防のために始めた対策
看取り	立ち合い方針,コロナ禍の看取りに対する考え,看取りの実施状況,具体的なエピソード
ケア・運営	動線の分離,勤務体制,出勤時の感染対策,消毒の頻度,介助時の感染症対策,その他感染予防のための取り組み,衛生物品の確保状況,衛生物品確保のための取り組み
医療・外部ケアの利用	訪問看護・介護の利用の変化と減少分の補填方法,オンライン診療の利用状況,訪問診療の利用状況,家族以外の訪問者の制限や制限に伴う補填方法,外部訪問者の出入り口の分離状況
新規入居	入居の問い合わせ件数の増減,空きの有無,見学の受け入れ状況,新規利用者の受け入れ,新規利用者受け入れ時の感染症対策
課題教訓	コロナ禍におけるH.Hのメリット,教訓,課題,他のH.H事業者の対策で知りたいこと
その他	回答者の氏名,役職,連絡先,利用者の年齢構成,ZOOM環境の有無

2.4　調査３　H.H.管理者に対するインタビュー調査

調査３では,調査２のアンケート調査にて,１回目の緊急事態宣言期間(2020 年４月７日～５月 21 日）に看取りを実施したと回答した５件の H.H.に対して,COVID-19 下における看取りについてのインタビュー調査を行った（**表２-４**）。インタビュー対象者は H.H.の管理者（責任者）である。調査は Zoom を用いたオンライン形式とし,

各々に約１時間のインタビューを１回行った。インタビュー内容は,感染症対策など COVID-19 下における運営状況および,COVID-19 下において実施した看取りの事例についての詳細である。

3. 家族の場の形成プロセス

3.1　本章の目的および分析方法

本章では,調査１の H.H. を利用する家族に対するインタビュー調査から H.H. における家族の場の形成過程を捉えていく。場の形成過程は,家族と入居者との関係性により異なると考えられることから,入居者ごとに分析を行う。分析方法はインタビューの音声データをテキストに変換し,テキストの内容を入居前,入居後,看取り後という時系列に整理し,さらに入居者の身体状況と家族等の心理状況という２軸に分けた。**図３−１**から**３−３**は家族と入居者の心身状況を時系列にまとめたものである。

3.2　結果

図３−１は 100 歳代の入居者（A 氏）とその家族（80 代の娘）のインタビューの記録である。H.H. を利用するまで A 氏は家族と同居していた。家族（娘）は結婚を機に一度家を離れるが,A 氏の独り暮らしを機に母を１人で置いておくわけにいかないと実家に戻る。それ以降,A 氏と娘家族は同居するようになる。A 氏に介護が必要となってきたのは A 氏が 90 代の頃からである。訪問介護とデイサービスを利用しながら在宅介護を続けてきたが,認知症の進行や身体機能の低下により介助負担が高くなる。失禁などにより１日に複数回シーツを交換することもあり,また,食事をつくっても A 氏が食べないなど,家族の身体的,精神的負担が高まっていく。その中でも家族は A 氏と会話することを楽しみとしており,趣味のちぎり絵を「母が褒めてくれたり,やっぱりそれがもう一番」とコメントしていた。家族の娘（A 氏の孫）からは施設への入居を進められるが,家族自身の入院時にショートステイを利用したときの経験から,施設へ入居すると歩けなくなるなど心身機能の低下を心配し,施設への入居には否定的であった。その後,A 氏が皮膚がんにより一時入院すると,被害妄想といった認知症の症状が顕著となる。退院後は在宅で介護を行うが,食事の摂取量が減少し,主治医からターミナルが近いことを宣告される。ターミナルの宣告を機に施設への入居を検討し,ケアマネージャーに希望を伝える。ケアマネージャーの紹介により H.H. への見学を行い,入居を決断する。H.H. への入居について A 氏には「別荘に行きますよ」と伝える。

入居直後,家族は毎日 H.H. へ訪問しており,食事介助を行うなど長時間滞在していた。入居直後から「最初からお客さんではなかったです」「家族より愚痴が言えるんです」とコメントしており,入居直後から訪問しやすい環境であった。入居後,A 氏は自力で食事を摂ることができるまでに回復し,家族の訪問頻度は２日に１回程度となる。１回あたりの訪問時間は１時間で,食事の時間に合わせて訪問する。訪問時は食堂で全体の食事を見守りながら A 氏や他の入居者と話をして過ごす。食事が終わると A 氏は部屋で眠って過ごすことが多いため,家族は食堂にて H.H. 全体の洗濯物をたたんだり,職員と話をしたりして過ごしている。その後,調査時の入居３年半まで同様の状況が続く。訪問頻度について家族に尋ねると「やっぱり顔が見たいというかな」とコメントしており,ま

表２−４　調査３ インタビュー調査の対象者の概要

	所在地	調査対象者	調査日	事例の概要
H.H.1	九州	管理者	2020/08/20	90 代女性，誤嚥性肺炎，入居期間 2 日間
H.H.2	東北	管理者	2020/09/30	90 代女性，心不全，入居期間 3 週間
H.H.3	近畿	管理者	2020/10/01	90 代女性，脳梗塞，入居期間 4 年
H.H.4	関東	代表取締役	2020/10/22	40 代女性，がん，入居期間 4 日
H.H.5	近畿	理事長	2021/03/18	70 代男性，がん，入居期間 3 日
				70 代男性，がん，入居期間 24 日
				90 代男性，がん，入居期間 2 か月

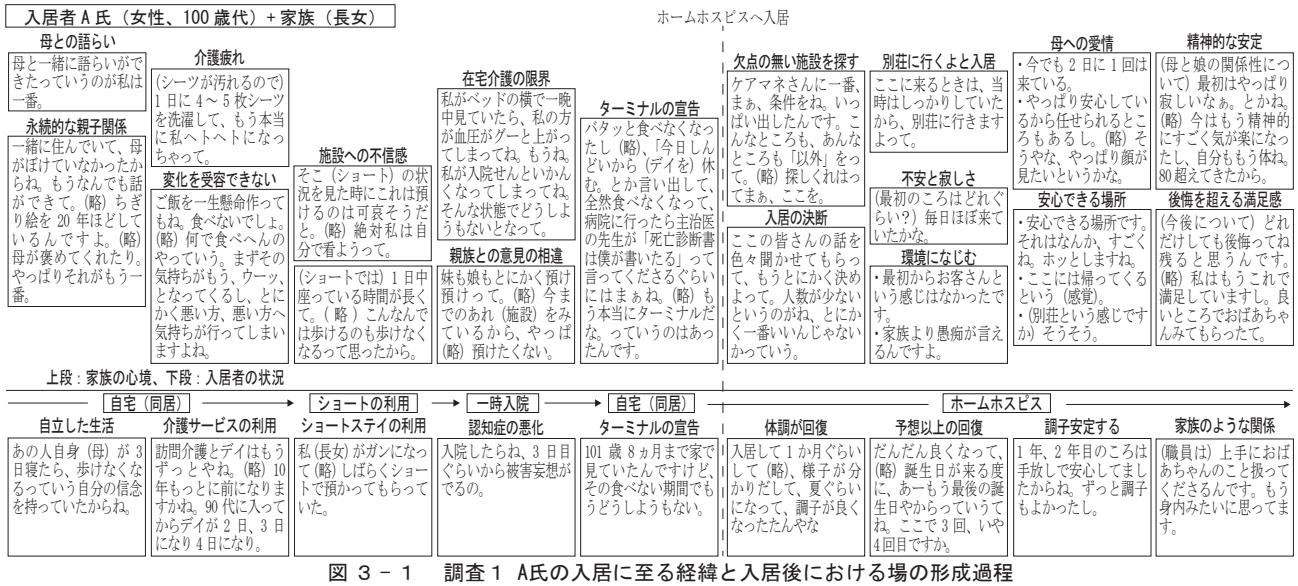


図３−１　調査１ A氏の入居に至る経緯と入居後における場の形成過程

た,H.H.についての印象を尋ねると「安心できる場所です。なんかすごくホッとしますね」「ここに帰って（くる）という（感じ）」とコメントしていた。A 氏の家族は,H.H.への訪問の中で職員との関係性が構築され,現在では職員を家族同様に感じ,H.H.を帰ってくる場所,別荘（もう一つの家）と表現していた。

図３－２は入居者（B 氏）とその家族（息子夫婦）へのインタビューの記録である。B 氏と家族は結婚時から同居しており,長年一緒に暮らしてきた。息子からみた B 氏は「シャキッとして,凛とした」とコメントしており,息子の妻も「嫁姑の色々あったし,（中略）また言い合いやケンカにならないように距離を置いたような生活をしてきた」と話をしていた。B 氏は H.H.を利用する２年前から介護保険を利用するようになり,週２回のデイサービスを使っていた。入居１年ほど前から認知症の症状が見られるようになり,背中の圧迫骨折により入院し,在宅生活を考えるものの,リハビリを兼ねて老人保健施設を利用していた。老人保健施設では転倒により再び骨折,入院となり認知症が進み「落ち着いていられない,看護師さんが四六時中見ていないと動いて」という状況となる。入院中の病院の医師からはターミナルの宣告があり,次の施設を探すように促される。在宅介護は難しいという判断から認知症高齢者グループホームなどの見学を行う中で,ケアマネージャーから H.H.を紹介され入居する。H.H.の選択理由は,「こぢんまりとした家庭的なところ」という点であった。H.H.入居直後は,「部屋の中ですごく騒ぐ」「ベッド柵をガ―ッとする」「寝ない」などの症状が見られ,H.H.を追い出されるのではないかと家族は不安を感じていた。入居直後は家族も毎日訪問しており,「田舎なもので（中略）家で見てあげられない,預かってもらっているという気持ちがあると思います」「ちょっと自責があるのかもしれない」とコメントしていた。その後,職員の寄り添うケアや,薬の調整により B 氏の症状は徐々に落ち着いてくる。入居６か月から７か月が経過してきたころに「だいぶ寝てくれる」「大きな声で人を呼ぶこともなくなってきた」という職員から話があり,「もう大丈夫かな」「あぁ良かった」と思ったとコメントしていた。入居１年半が経過した調査時では,週に２回,14 時頃から２時間程度,夫婦で H.H.を訪問していた。訪問時は「ただいま」と言って玄関に入り,B 氏の部屋で過ごしている。部屋の中で息子はベッドサイドで手を握り,声をかける事が多く,妻はおやつを食べさせてあげて過ごすとコメントしていた。H.H.については「母親の部屋の代わりになるんやと思います。（中略）自分が無理に思い込もうとしている部分があるかもしれませんけど」とコメントしていた。また,H.H.では母の手を握るなど一緒に暮らしていた際には見られなかった母と新たな関係性が構築されていた。

図３－３は,行政関係の職員が後見人として対応した C 氏の事例である。C 氏には,子ども（息子,娘）がいるが関係が疎遠であったことから,入院していた病院から行政の法テラスに相談があり,行政関係職員が後見人となった。病院への入院中には月１回の面会のほか,C 氏の状態が悪くなったり,C 氏が混乱に陥ったりした場合に後見人が呼び出されることもあった。本来,後見人にここまでの仕事は求められないが,福祉関係の職種であったことから,呼び出しに応じた。面会時には,C 氏のそばにいたり,食事介助を行ったりしていた。その後,入院していた病院が経営状況の悪化により倒産し,老人保健施設,特別養護老人ホームへの転居を繰り返す。その中で肺炎となり入院し,医師からターミナルであることを告げられる。後見人は,「元の施設に戻してあげるのもかわいそうやな」という思いから C 氏の意向に沿った施設を探す。その人らしい終末期が過ごせる場所を探す中,H.H.を見つけ入居することになる。入居後は１か月程度で C 氏の発言も変わり,入院時は後見人が帰ると言うと「私もう３

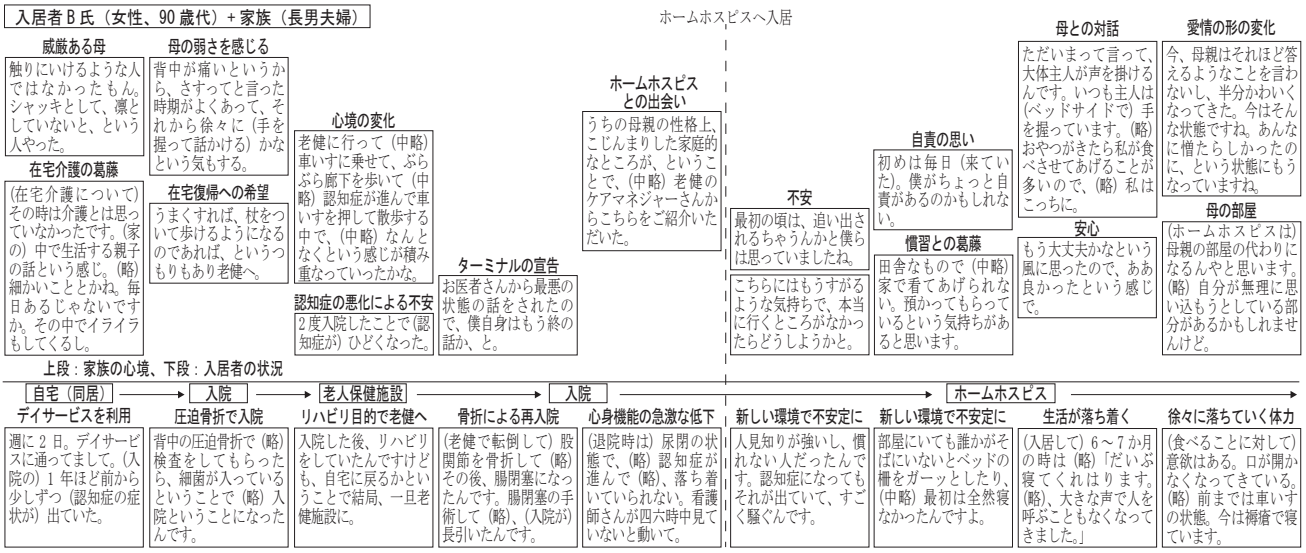


図３－２　調査１ B氏の入居に至る経緯と入居後における場の形成過程

日後に死ぬけどいいんか」と呼び止められていたが，H.H.では「また来てな」と声をかけられるようになる。後見人はこのような C 氏の変化を「彼女にとって，そこは生まれ育った場所でもなかったけど，最終的には自分の居場所を確保しはった」とコメントしていた。入居１年ごろから体調が悪化し，看取り期となる。看取りが近いということから，疎遠となっていた娘と連絡をとり，亡くなる前日には娘からケーキを食べさせてもらうなど，関係性が修復される。亡くなった当日は，家族がくることを伝え，頑張るように声掛けするが，家族が来ないとわかり，職員が「もういいよ」と声掛けすると「すーっと」亡くなっていった。C 氏からは葬儀は派手にしてほしいとの依頼を受けていたが，家族には葬儀業者の希望しか伝えられず，葬儀は家族の手配によって行われる。看取り後も H.H.に訪問することがあり「C さんの家に行っている感じでほっこりするんです。（C さんは）いないけど。あぁしていたかな。」とコメントしていた。後見人は H.H.から C 氏の遺品を預かっているが，家族も不要と答えており，調査時も保管していた。「私がずっと持っておくべきものではないと思いますけど，そのタイミングですよね」とコメントしており，C 氏との関係性について検討していた。H.H.については，同じ福祉関係の職種という関係性から，その活動がもっと広がってほしいと感じ，仕事の中でも関わりを持っていた。

3.3　３章のまとめ

本章で取り上げた３事例はいずれも「介護」がきっかけとなり入居者と家族の関係性が変化していた。A 氏と B 氏は家族と同居していたが，A 氏の家族は介護による身体的・精神的負担を大きく感じており，B 氏も在宅介護に対する危惧から施設入居を希望するようになる。また，C 氏は介護をきっかけとして入院し，その後，家族と疎遠になる。いずれも「介護」という過程の中で従前の家族との関係性が崩れ，入居者と家族との関係性に距離が生まれていた。その後，医師によるターミナルの宣言により，家族等の意識が変わってくる。入居者本人に残された時間が短いことを家族が認識し，終の棲家を検討する中で H.H.へ入居している。H.H.への入居後は，職員のケアによりいずれの利用者も入居前よりも体調が改善している。家族は頻繁な訪問を重ねる中で，環境に対してなじみ，そして，入居者の体調の改善なども踏まえて職員との信頼関係が築かれていた。いずれの家族等も H.H.において長時間過ごし，H.H.への訪問時には「ただいま」と声をかけていた。A 氏の家族は H.H.を「別荘」と呼び，B 氏の家族は「母の部屋」と捉えているなど，家族は H.H.に対して強いつながりを構築していた。また，C 氏の後見人は，C 氏が亡くなった後も遺品を保管しており，H.H.の職員を同志（職務上の関係もあるが）として捉えていた。これまで「施設入居」は，施設を自宅とは異なる新しい場所として捉えられ，一から人的・物理的環境を再構築していくことを前提としていたが，H.H.への入居は，入居前の在宅生活とつながり，その関係性の延長線上に位置していると考えられる。入居者が亡くなった後も，H.H.との関係性が継続されるのは，看取りという濃密な時間を過ごしたということだけではなく，そこが過去（入居前）からつながる入居者の家の一部として捉えられていると考えられる。

4. COVID-19 下における家族の訪問・看取りへの立会い

4.1　本章の目的および分析方法

前章より H.H.では，日常的な家族の訪問により H.H.に家族の場が形成されていくことを示した。場の形成には，そこでの人間関係，時間，空間が必要となるが COVID-19 下において多くの高齢者施設では，家族の訪問自体を制限していた（１回目の緊急事態宣言時）。そこで本章では，全国の H.H.に対するアンケート調査から COVID-19 に対する感染症対策をまとめた上で，家族の訪問や看取り時の家族の立会いについての実態を明らかにする。

4.2　結果

4.2.1　感染症対策

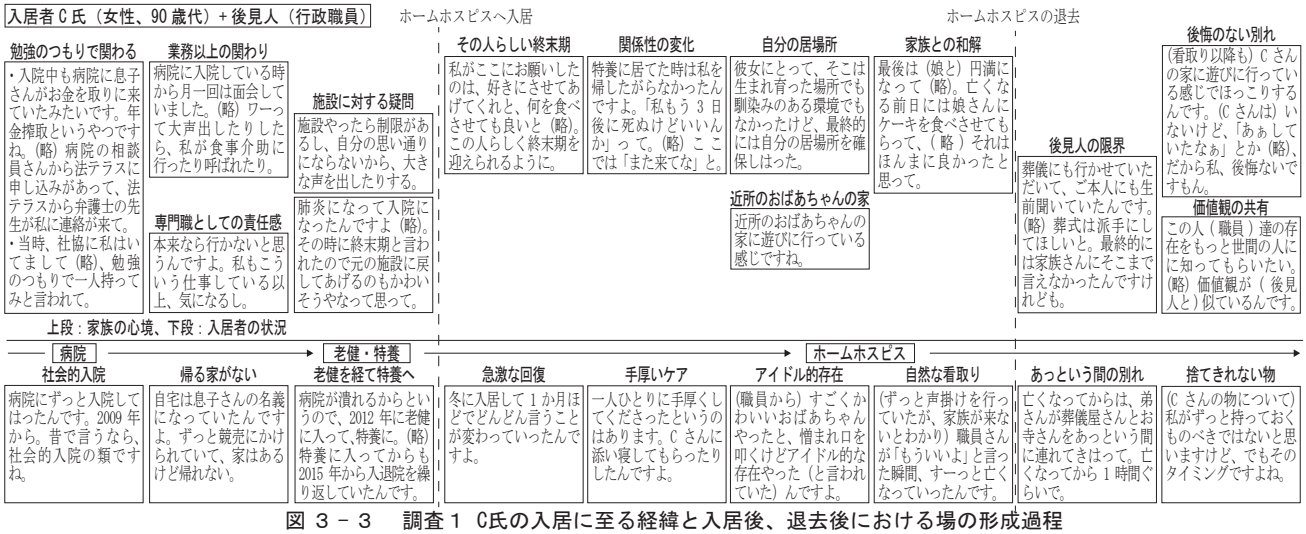


図３－３　調査１ C氏の入居に至る経緯と入居後、退去後における場の形成過程

図４－１は H.H.における標準予防策である。まず,調査時点においてH.H.では利用者,職員にCovid-19の陽性者はいなかった。標準予防策としては,マスクの着用が 35 件(94.6%),１介助１手洗いが 36 件(97.3%)であった。１介助１消毒,１介助１手袋の双方が行われているのは８割台であったが,36 件(97.3%)の H.H.でいずれか一方は行われていた。また,残り１件(2.7%)の H.H.でも１介助１手洗いは徹底されていた。さらに,内３件の H.H.では発熱者がいない状態でも日頃からフェイスガードや防護服(手製を含む)を着用していた。感染症対策がケアに与える影響としては,「マスクをして話しかけると笑顔がなくなってしまう利用者もいる」,「難聴の人はマスク越しの声が届かない」といったコメントもあった。

次に H.H.における密接対策についてまとめたのが**表４－１**,**図４－２**である。食事場所を各室に変更した事業所が８件(21.6%),食事時間をずらしたのが 11 件(29.7%),利用者同士が顔を合わす機会を減らしたのが 12 件(32.4%),制限していないとの回答が 11 件(29.7%)となった(**図４－２**)。利用者同士の密接を防ぐ工夫としては,職員と利用者が一緒に食事をとらないなどケア上の対応が採られていた(**表４－１**)。H.H.内における利用者同士のソーシャルディスタンス(２m)の確保については「全ての室で確保できている」と答えたのは 11 件(29.7%)に留まり,リビング・ダイニングでは半数の事業所がソーシャル・ディスタンスの確保ができないと回答していた。さらに居室,リビング・ダイニングともに距離を確保することができないと回答した事業所が６件(16.2%)あった(**表４－２**)。密集対策としてイベント等の開催については,誕生日会や家族を招いた食事会,季節の行事等のイベントの中止が 24 件(64.9%),利用者のデイサービスの自粛が 17 件(45.9%)であった(**図４－３**,**図４－４**)。自由記述からは「家にこだわっているなかでの利用者との関わりは他の施設とは違うと思っている」「感染リスクも大切だが,つながりを断つことのリスクも大きい」「利用者との距離を作っていくと何となく施設化していくようで不安」とのコメントがあった。

密閉対策(**表４－３**)については,常時窓を開けて換気しているが７件(18.9%),少なくとも毎時１回は窓を開放しているが 26 件(70.3%)となり,約９割の事業所が毎時１回以上の窓の開放を行っていた。

上記の感染症対策による利用者,職員の変化(**図４－５**)についてみると,利用者の機能低下が見られたと回答したのが４件(10.8%),認知症の進行が４件(10.8%),意欲の低下が９件(24.3%)となった。その一方で,25 件(67.6%)では COVID-19 による利用者の負の変化(機能や意欲の低下,認知症の進行など)は見られなかったと回答していた。職員については,26 件(70.3%)の事業所が職員のストレスが増大したと感じていた(**図４－６**)。自由記述欄からは,「子供の休校により就学児を抱える職員の欠勤」など緊急事態宣言による一斉自粛が 24 時間 365 日の勤務が必要である介護関係事業所の人手不足を招いたことや,「わずかな体調不良でも出勤させない」「感染流行地域へ移動した職員は自宅で 14 日間待機」など感染防止の観点からの人手不足が生じていた。「現在ギリギリで回しており,１人でも濃厚接触者が出るとシフトが組めない」といった回答もあった。

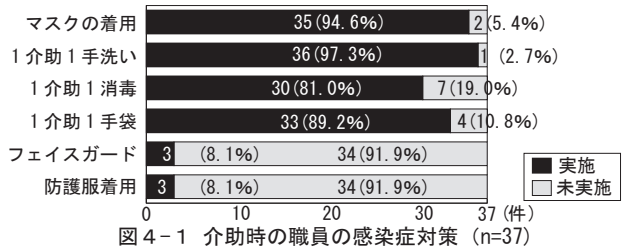
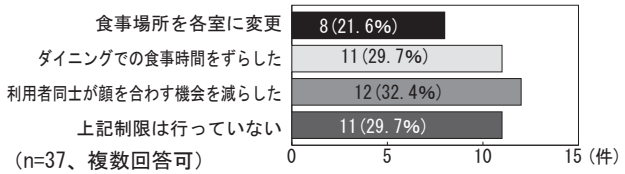


図４－１　介助時の職員の感染症対策 (n=37)



(n=37、複数回答可)

図４－２　利用者の密接を防ぐための主な工夫

表４－１　利用者の密接を防ぐためのその他の工夫

・食事時間が重なった場合には対面にならないような座り方にした	3 件
・職員が利用者と一緒に食事をとらないようにした	2 件
・対面の食事とならないように食卓の位置を変更した	1 件
・テーブルを2台配置して密を避けながらも一緒に過ごせるようにした	1 件

表４－２　ソーシャルディスタンスの確保状況(n=37)

		2 人部屋		
		可	不可	計
リビング	可	11 件 (29.7%)	11 件 (29.7%)	22 件 (59.5%)
	不可	5 件 (13.5%)	6 件 (16.2%)	11 件 (29.7%)
	計	16 件 (43.2%)	17 件 (46.0%)	33 件 (89.2%)

未回答４件

表４－３　換気の実施状況(n=37)

		換気扇		
		常時稼働	未回答	計
窓	常時稼働	4 件 (10.8%)	3 件 (8.1%)	7 件 (18.9%)
	毎時1回開放	6 件 (16.2%)	20 件 (54.1%)	26 件 (70.3%)
	1日に3,4 回開放	1 件 (2.7%)	0 件 (0.0%)	1 件 (2.7%)
	未回答	3 件 (8.1%)	0 件 (0.0%)	3 件 (8.1%)
	計	14 件 (37.8%)	23 件 (62.2%)	37 件 (100%)

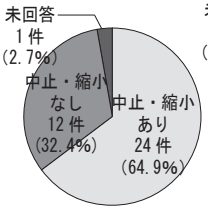


図４－３　イベントの実施状況

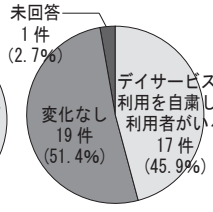


図４－４　デイサービスの利用状況

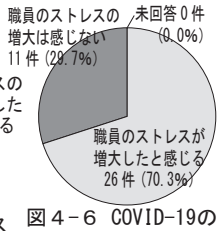


図４－６　COVID-19の流行を理由とした職員のストレス(n=37)

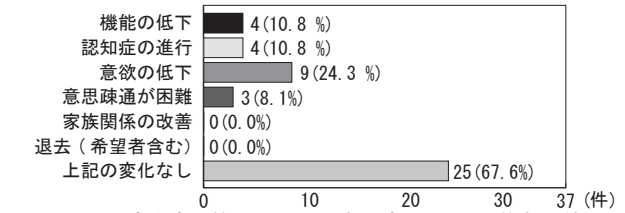


図４－５　感染症対策による利用者の変化 (n=37,複数回答可)

4.2.2　家族の訪問,看取りへの家族の立会い

図４－７は,COVID-19 下における家族の訪問についてである。家族の訪問をすべて断った時期があると回答した事業所は 14 件(3.8%),残り 20 件は家族の滞在場所や訪

問頻度，1回あたりの訪問人数，時間等の条件を組み合わせることで緊急事態宣言下においても利用者と家族の時間を確保していた（**図4-5**）。訪問した家族に対する感染症対策は，入口での検温が 32 件(86.5%)，マスクの着用が 33 件(89.2%)，手指消毒 34 件(91.9%)であった（**図4-9**）。家族の訪問時の動線を分離した事例が6件(16.2%)あり，「ベランダから入り，居住域には入らないように動線を分離した」「それぞれの居室に近い入り口から入ってもらう。裏口やベランダなど」といった対策を行っていた。その他には「室内での飲食禁止」「面会時は窓を開放」などの対策があった。

感染流行下における看取りについては，17 件(45.9%)がCOVID-19下においても看取りを行っていた（**図4-10**）。看取り時における家族の立ち合い方針については，29 件(78.4%)がどんなに感染が流行していても家族の立ち合いを認めるつもりと回答し，少しでも感染が流行しているときは看取りへの家族の立ち合いを認めないと回答したH.H.は0件であった（**図4-11**）。自由記述からは「人が旅立つときは，最後は家族が看取ってほしい。感染予防の対策をとりつつ，そばに寄り添ってもらい時間をつくる。これは外せない。死にゆく権利を守ることで，家族が納得し，大切な人の死を受け入れることができる」「医療の判断はともかく，ホームでの看取りは家族とのお別れにおいて大切な時間であり，その後の家族の満足感も違ってくると思われるので，リスクを説明したうえで家族の判断に従う。」という意見があった。その一方で，「感染者が実際に出た場合に，H.H.でどこまで対応できるのかわからない」「どの程度の感染流行程度で認めることになるかは，現状未確定だが，極力立会い等は行いたい」という回答もあった。

4.3　4章のまとめ

H.H.では看護職の常駐率が高く感染症に対する標準予防策が徹底されていた。換気については，建物の規模が住宅スケールであり，窓を開放することで通気が取りやすくなっていた。家族の訪問については，感染症予防策に加えて，玄関を経由せず居室の窓から直接入るなどの動線分離を行うことで，緊急事態宣言下でも家族の訪問を実施していた。看取り時の家族の立会いについては，78.4%が「どんなに感染が流行しても本人と家族の最期の時間を確保する」と回答していた。看護体制が整っていること，小規模なスケールであることがCOVID-19下での家族が同席した看取りを可能にしていたと考える。

5.COVID-19下におけるH.H.での看取り

5.1　本章の目的および分析方法

4章においてH.H.ではCOVID-19下においても看取り時の家族の立会いを行っていた。さらに，看取りにおける家族との時間の重要性が指摘されていた。3章において

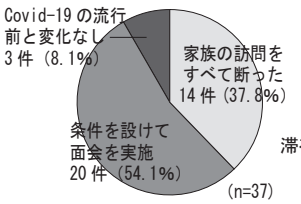


図4-7　COVID-19下における家族の面会の実施の可否

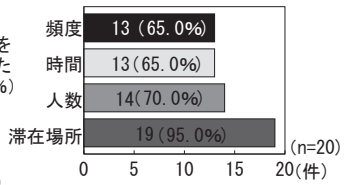


図4-8　家族の面会時に設けた条件

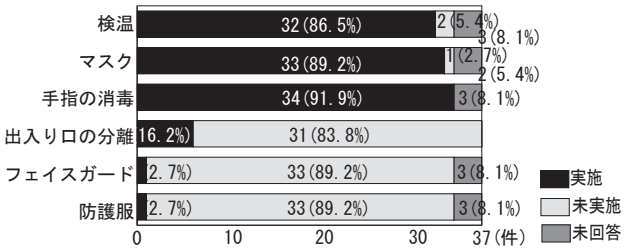


図4-9　家族の面会時に講じた感染予防対策（n=37）

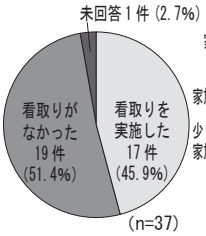


図4-10 看取りの実施状況

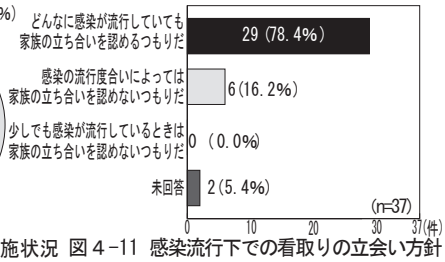


図4-11 感染流行下での看取りの立会い方針

も家族はH.H.での時間を重ねる中で環境になじみ場所を形成していた。そこで本章では，管理者によるインタビュー調査からCOVID-19下における看取りの事例についての把握を行うことで，緊急事態下においても求められる根源的な家族と利用者の関係，そして，それを支援するケアのあり方について明らかにする。本章では管理者によるインタビュー調査の音声データをテキストに変換し，質的テキスト分析の手法に基づき分析した[文9]。

質的テキスト分析の作業手順は以下の通りである。①リサーチクエスチョンの決定。リサーチクエスチョンは各文にカテゴリーなどの言葉を付与するときの指針として用いる。②リサーチクエスチョンに沿ってテキストデータを一つの意味を構成する文ごとに区切る。③各文に対してカテゴリー，テーマを付与していくコーディング作業を行う。コーディングは複数回行い，リサーチクエスチョンとの整合性を確認していく。本研究では2回のコーディング作業を行っている。1回目のコーディングは偏った分析とならないように2人の専門家が同時に行い，その結果を比較，照合した。

5.2　結果

5.2.1　メインカテゴリーの設定

本章のリサーチクエスチョンは「COVID-19下における暮らしの継続過程，および，パンデミック下においても家族の立会いを可能とする人的・物理的要因の抽出」とした。リサーチクエスチョンに基づき，5人の管理者に対するインタビューデータ（計5時間10分）を784のデータに分割し，リサーチクエスチョンとは関連の無い内容を

除いた 733 のデータを分析対象とした。各データにはカテゴリーを付与し，2 回のコーディング作業を行った結果，図 17 の 9 つのメインカテゴリーと 37 個のサブカテゴリー，178 個のテーマを抽出した。なお，本稿ではメインカテゴリーを【】，サブカテゴリーを《》，テーマを〈〉として表記する。

メインカテゴリーは，COVID-19 に対する感染症対策全般についての内容（**図 5－1 左側，表 5－1 下段**）と，各利用者への対応という大きく 2 つに分類した（**図 5－1 右側，表 5－1 上段**）。感染症対策全般については，COVID-19 下における H.H. の意義や感染症対策についての管理者の考え方をまとめた【管理者の COVID-19 に対する判断の基準】，具体的な感染症対策をまとめた【COVID-19 下の H.H. の方策と運営実態】，職員へのサポートをまとめた【管理者による職員の心理的負担の軽減】に分類した。

各利用者への対応は，入居に至るプロセス，入居後の生活，看取りに至る本人・家族の不安や葛藤，看取り，葬儀，その後の関係という時系列に沿って 6 つに分類される。これらの段階は COVID-19 がなくても現れてくると考えられるが，サブカテゴリーやそれに付随する個別テーマには，感染症による影響や，感染症によりその内容がより先鋭化したものが表れてきており，以下はメインカテゴリーごとに分析する。

5.2.2　各メインカテゴリーの分析

①　入居のプロセス（**図 5－2**）

【入居のプロセス】は，H.H. に入居するまでの本人，家族の経験と，そこに至る心理的要因および職員からの支援，意識に着目している。【入居のプロセス】は，《培われてきた人生観》《人生観の崩壊》《入居前の家族の葛藤》《H.H. との出会い》《H.H. 選定の決め手》《退院・入居手続き》《受け入れに関する職員の心象》《H.H. 入居時の状況》という 8 つのサブカテゴリーで構成されている。

各サブカテゴリーの内容及びその関係性についてみていくと，《培われた人生観》の中には，〈家族を支える意識〉〈家族の負担をかけたくない〉などの入居者本人の意識と，〈家族の愛情〉など家族から入居者に対する意識が

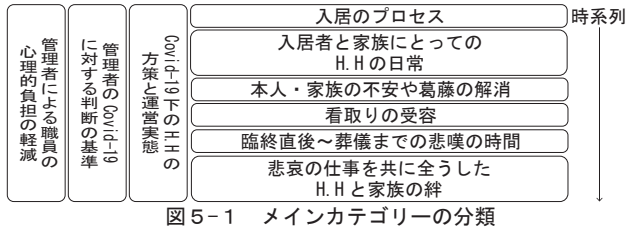


図 5－1　メインカテゴリーの分類

表 5－1　メインカテゴリーの定義

カテゴリー名	定義
入居のプロセス	H.H. の入居に至るまでの過程．本人，家族，職員が経験した心理的要因や判断の基準
入居者と家族にとってのH.Hの日常	H.H. への入居から看取り期までの過程の入居者や家族の日常を捉えた内容
本人・家族の不安や葛藤の解消	看取り期の中で利用者や家族が抱えてきたしがらみを解消する過程
看取りの受容	看取りに向けた心の準備が整ってから，臨終を迎えるまでの時間の家族や職員の立ち振る舞い
臨終直後～葬儀までの悲嘆の時間	臨終からエンゼルケアを経てのH.H. を去るまで，および，葬儀から荼毘にふされるまでの過程
悲哀の仕事を共に全うしたH.Hと家族の絆	葬儀を終えた後も続く家族と H.H. の関わり
Covid-19 下の H.H の方策と運営実態	H.H. 内での感染が発生しないよう職員および関連業者全体で徹底した取り組みの実態
管理者の Covid-19 に対する判断の基準	COVID-19 が流行する中で H.H. の意義や感染流行に対する管理者の考え方や気持ちの変化
管理者による職員の心理的負担の軽減	COVID-19 の感染流行による社会的な緊張感や感染症対策によって増大した職員の身体的・精神的負担への対応．職員のモチベーションについての管理者の工夫

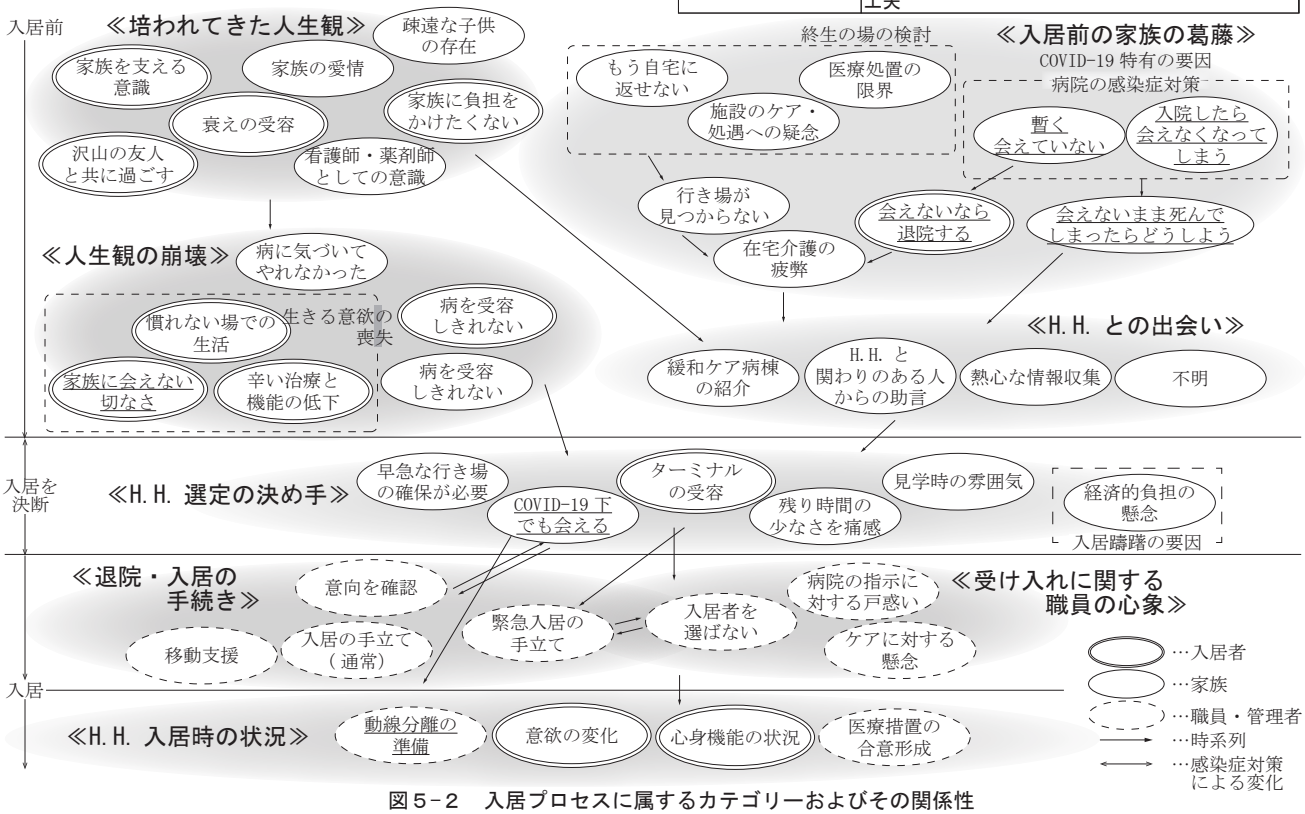


図 5－2　入居プロセスに属するカテゴリーおよびその関係性

ている。これらはどの入居者にも見られる入居前の入居者と家族の関係性である。《人生観の崩壊》は,《培われた人生観》が病気や入院生活により崩れていく過程を表している。今回の調査ではがんの入居者が多かったことから入居者,家族ともに〈病を受容しきれない〉という意識を抱えており,さらにCOVID-19下において面会ができないという状況の中,〈家族に会えない切なさ〉があった。さらに,入院時には,入居者本人の状況や家族との関係性に加えて,治療方針など医療的課題や生活場所などの介護の問題も発生してくる。これらをまとめたのが《入居前の家族の葛藤》である。《家族の葛藤では》,〈入院したら会えなくなってしまう〉というCOVID-19特有の状況に加えて,〈もう自宅には帰せない〉〈行き場が見つからない〉という退院後の生活場所の手配への苦悩がある。そして,次の生活場所を探す中で〈緩和ケア病棟からの紹介〉〈熱心な情報収集〉により《H.H.との出会い》があり,入居を決断することになる。《H.H.選定の決め手》の中には〈見学時の雰囲気〉などH.H.の住宅を活用した住まいとしての雰囲気への評価に加えて〈COVID-19下でも会える〉〈早急な行き場の確保が必要〉などCOVID-19下でも入居者と家族が会える場所への要望が含まれている。入居決断後の《退去・入居の手続き》にはCOVID-19下の中で入居前の面談が十分にできずH.H.への入居日に面談を行ったことや,感染症への不安から救急車を用いた移動〈移動支援〉があった。さらに受け入れ側としての職員の不安やそれを説得する管理者の〈入居者を選ばない〉方針を,《受け入れに関する職員の心象》としてまとめている。《H.H.入居時の状況》では,玄関からではなく居室の窓から入居するなどの〈動線分離の準備〉がCOVID-19の影響として含まれている。

② 入居者と家族にとってのH.H.の日常（図５-３）

【入居者と家族にとってのH.H.の日常】はCOVID-19による影響を大きく受けた項目と影響が少ない項目に分けている。影響が少ない《家族と職員の関わり》では,家族の〈疲労度に応じたサポート〉や〈信頼関係の構築〉など入居者だけではなく家族に対するサポートがCOVID-19以前と変わらず実施されていた。《なじみの家族・友人と共に過ごす時間》では,〈訪問時間の制限〉〈空間・動線の分離〉〈セルフプロテクションの徹底〉など４章のアンケート調査結果でも見られた通り,訪問時の感染症対策が徹底されていた。さらに,〈頻繁な訪問または宿泊〉など個々の入居者の状況に即した対応がとられており,入居者自身が庭を眺めながら一緒に家族と一緒に過ごす〈安心の表出〉などCOVID-19以前と変わらない入居者と家族の関係性が構築されていた。

③ 本人・家族の不安や葛藤の解消（図５-４）

ここからはCOVID-19下における看取り期の内容である。本論文では,亡くなる数日から数週間程度を看取り期とし,亡くなる数時間前からその瞬間を臨終期とする。【本人・家族の不安や葛藤の解消】では,《治療,身体状況への葛藤》《家族間関係との葛藤》《家族の時間の創出》《面会条件の許容》というサブカテゴリーからなる。

COVID-19の特有の内容として〈面会条件の許容〉がある。日常における面会と異なり看取り期においては,人数制限や時間制限を設ける事が困難な場合がある。そのような中で〈セルフプロテクションの徹底〉や〈空間・動線の分離〉などの対策と〈他の家族の協力と理解〉を得ながら,〈面会を絶やさない〉ためにも滞在時間や滞在人数の緩和を柔軟に行っていた。

また,家族の中には東京や大阪などの感染が流行している地域に住んでいる人もおり,〈家族の時間の創出〉では,オンライン会議ツールを使った面会の実施や,〈感染流行地域の家族の受け入れ〉を決断するものの家族の方から訪問を諦める〈COVID-19による遠慮と諦め〉も見ら

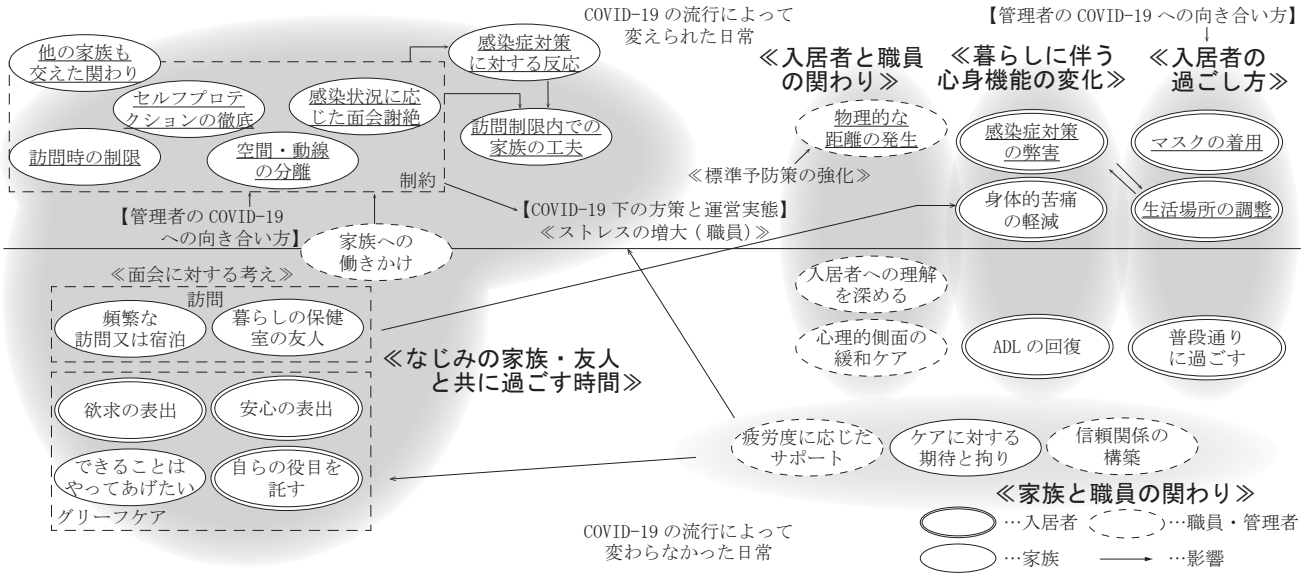


図５-３　入居者と家族にとってのH.H.の日常に属するカテゴリーおよびその関係性

れた。また,感染流行地域のH.H.では家族がH.H.に一定期間宿泊することで感染症へのリスクを軽減するという〈宿泊で移動時のリスクを軽減〉という項目も見られた。

このような感染症対策を行いながらも家族と入居者の時間をつくっていくが,看取り期においては看取り自体に関連する葛藤も多く存在する。〈治療,身体状況への葛藤〉では,食事を摂ることができなくなるなどの本人の〈心身機能の低下〉から生じる家族の〈焦り〉に対して,職員がその過程を説明する〈家族の悲嘆のケア〉から,〈納得と安堵〉に至るプロセスや,点滴の使用方法など〈医療措置への抵抗〉に対して〈家族の意向を尊重〉することにより〈納得と安堵〉に至る過程がまとめられている。COVID-19下において病院等では家族の面会が困難であり,職員が家族に説明する機会が少なくなっていたが,H.H.では家族との時間を確保することにより,看取りに向けての家族の〈納得と安堵〉が得られていた。

また,《家族間関係との葛藤》では,〈職員の働きかけ〉により家族関係が〈和解と修復〉していく過程がまとめられている。看取り期においては,家族と入居者の時間をつくり出すことにより本人や家族の不安や葛藤が解消されるとともに,家族関係のもつれなどこれまでの人生の中でのしがらみが解消されていた。

④　看取りの受容（図５－４）

臨終期をまとめた《看取りの受容》では,〈看取りに向けた心の準備が整う〉〈臨終の場面〉という２つのサブカテゴリーから構成される。〈看取りに向けた心の準備が整う〉では,傾眠が続く,下顎呼吸になるなど入居者の身体〈機能の低下〉が顕著になってくる。職員からの状況に対する適切な説明が家族に行われ,家族は〈そばに寄り添う〉時間が長くなる。《臨終の場面》では家族に見守られながら〈穏やかにスッと逝く〉,〈職員は後ろから〉見守るという内容が多数みられた。また,〈臨終の知らせを受けて訪問〉する家族もおり,臨終の場自体は,穏やかに過ぎていくという内容が多かった。その一方で,〈皆が集まった中での臨終〉〈数日では受容しきれない〉など臨終の場面が大きな悲嘆の場のなっていたという事例も見られた。

《看取りの受容》は,臨終の瞬間という状況にも関わらず項目が少ないのが特徴である。臨終の瞬間に至るプロセスが整うことにより亡くなるというその瞬間に対する家族の負担は少なくなる。臨終の知らせを受けてからの訪問も,そこまでの関わりがあるからこそ,その瞬間に立ち会うことの必要性を感じていなかったと考えられる。また,年齢が若い入居者の場合には,入居から４日目という状況もあり臨終の瞬間が大きな悲嘆の場となっていた。

⑤　臨終後から葬儀までの悲嘆のケア（図５－５）

《臨終後から葬儀までの悲嘆のケア》では,臨終直後の〈家族等へのグリーフケア〉や〈家族等の役目〉といった入居者が亡くなった直後の行動や,〈本人とH.H.との別れ〉といったH.H.から退去していく過程,そして,入居者の死という出来事に対する職員の取組をまとめた〈職員の喪失体験〉からなる。

COVID-19は〈家族等へのグリーフケア〉にも影響を与えていた。通常であれば臨終の直後は,食堂やリビングでお茶を飲み家族と職員が会話をしながら家族の気持ちを落ち着かせる時間や,エンゼルケアを一緒に行いながら入居者のことを家族と職員が共に振り返る時間が設けられる。COVID-19下においても〈エンゼルケアに参加〉〈職員も交えてリビングで思い出話〉などの家族のサポート

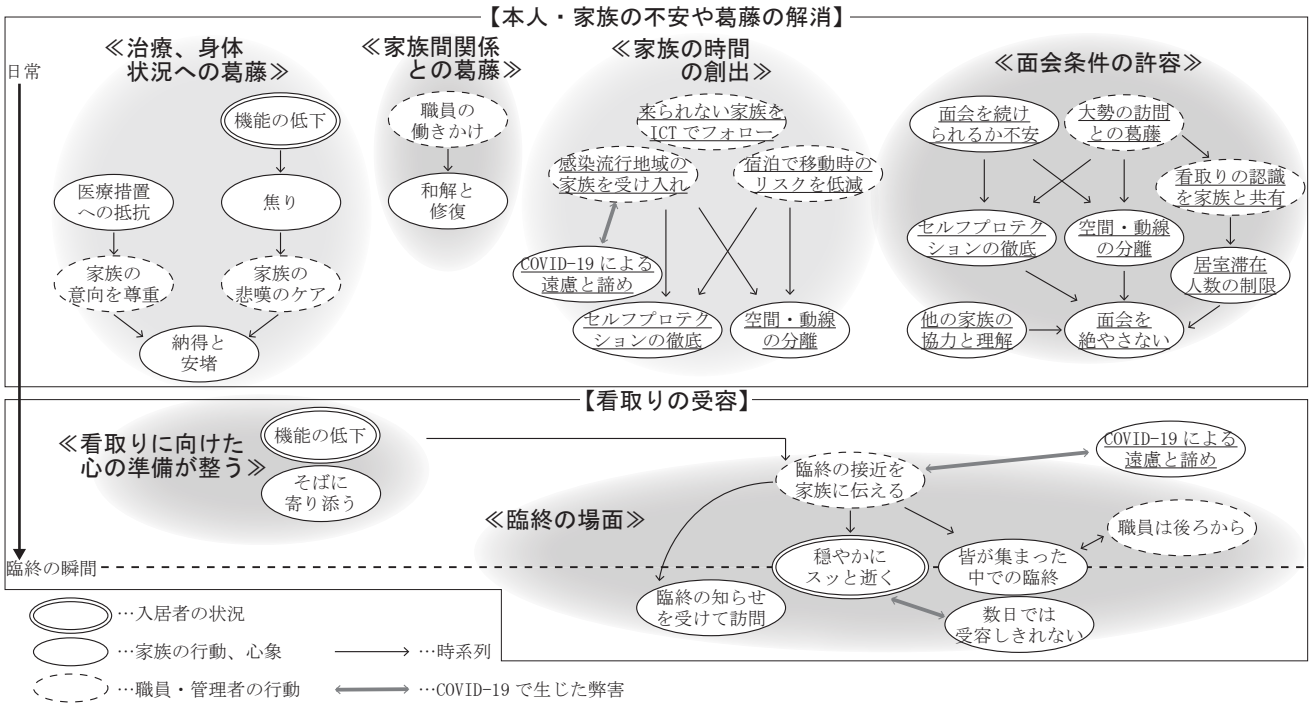


図５－４　本人・家族の不安や葛藤の解消と看取りの受容に属するカテゴリーおよびその関係性

がなされているが，COVID-19 への遠慮から〈エンゼルケアに参加せず葬儀の準備〉を早々に行う事例や，リビングでの会話の後にはすぐに〈リビングの消毒〉など臨終という出来事をゆっくりと捉えることができない状況となっていた。さらに葬儀の手配など〈生前決めていた役割分担〉を早々に行う家族など慌ただしい看取りとなっていた。《本人と H.H. の別れ》については，通常通り〈他の入居者による別れ〉，他の入居者に見送られながら〈玄関からの出棺〉を行った事例もあるが，〈職員のみでの見送り〉や感染症対策を考慮した動線分離による〈ベランダからの出棺〉により〈別れの機会の喪失〉が生じていた。

H.H. からの出棺後について今回インタビューの対象となった H.H. では COVID-19 下に葬儀に参加した H.H. はなく，〈普段は葬儀に参加するが自粛〉〈葬儀の参加に代わって献花〉といった内容が見られた。《職員の喪失体験》では職員の〈看取り後の精神的負担〉を軽減するためのサポートが管理者から行われていた。

⑥悲哀の仕事を共に全うした家族と H.H. の絆（図５-６）

葬儀などの出来事が終わり，一定期間が経った後の【悲哀の仕事を共に全うした家族と H.H. の絆】には，《感謝と応援》《看取り後も気にかけあう関係》という２つのサブカテゴリーがある。

《感謝と応援》では，退去直後の職員の訪問や，家族からの手紙や電話を通して家族が看取りに対して納得感を得ている場面を捉えている。退去直後の〈職員が自宅に訪問〉といった H.H. からの取組みに加えて，家族からの手紙や，葬儀で流された生前の様子を捉えたビデオなどが家族から送られていた。家族の中には〈物を通して思い出を共有〉といった形見分けを持ってくる人や，〈NPO 法人の会員になる〉など H.H. の活動を支援する人もおり，看取りの経験が家族と H.H. との継続的な関係性につながっていた。

さらに《看取り後も気にかけあう関係》では，近隣に住んでいる家族がそばを〈通ると眺める〉や，〈素敵な物・美味しい物を共有したい〉と物を持ってくるなど，退去後も H.H. の管理者を〈頼りにしたい人〉として捉えていることが伺える。また，その一方で COVID-19 により訪問が容易にはできない，イベントが開催できないなど，退去後の家族との関係性を構築していくことが難しいという内容も見られた。

5.3　５章のまとめ

本章の結果から COVID-19 下における H.H. での看取り

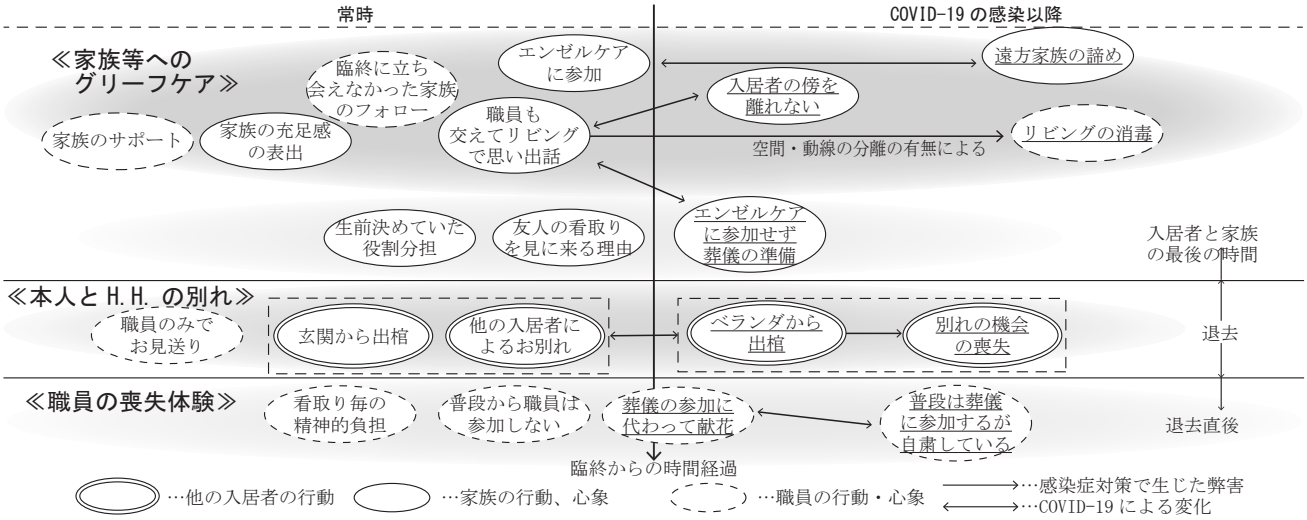


図５-５　臨終後から葬儀までの悲嘆のケアに属するカテゴリーおよびその関係性

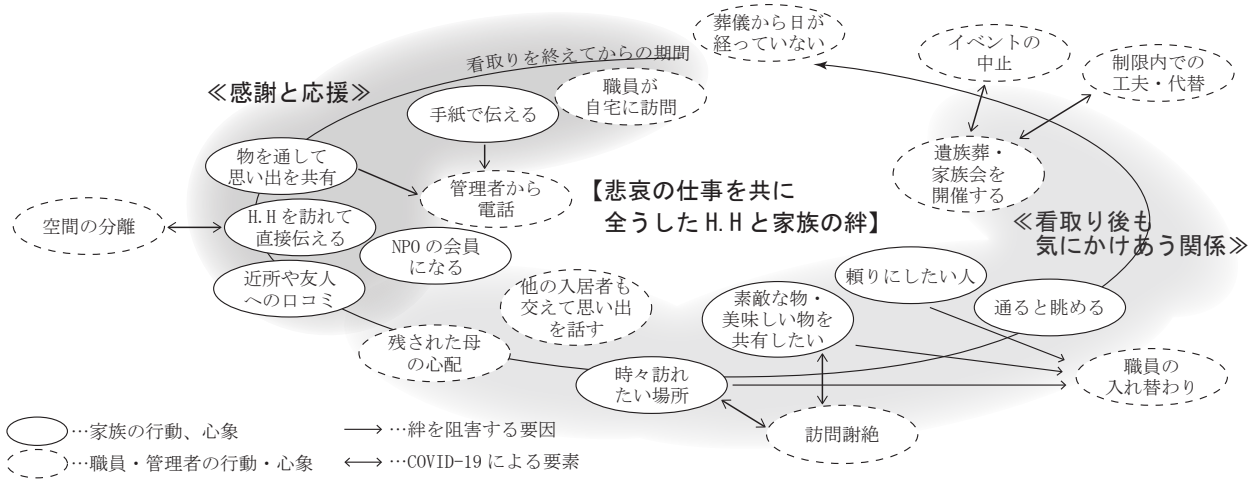


図５-６　悲哀の仕事を共に全うした家族とH.H. の絆に属するカテゴリーおよびその関係性

についてまとめると,H.H.に至るまでに家族は,入居者の急激な心身機能の低下や疾病によりこれまで培われてきた人生観が崩壊するような中,COVID-19 により入院時に面会ができないという状況にあった。H.H.では病院からの移動手段など入居の手続きを進めるとともに,COVID-19 を心配する職員に対して,入居者を選ばないという方針を明確に打ち出し受入れを行っていた。入居後は,動線分離やセルフプロテクションを徹底した上で家族の面会を可能としていた。看取り時において家族は入居者の急激な心身機能低下に焦りや不安を感じつつも,入居者との時間が確保されることで納得と安堵を得ることができていた。臨終の瞬間は,COVID-19 以前と変わることなく,穏やかに過ごしていたが,臨終直後の対応は COVID-19 により慌ただしくなっていた。看取り後は H.H.と家族は気にかけあう関係としてつながりが継続されていた。

5.結論

以下に本研究の結果をまとめる。

①調査１の結果から H.H.では,入居者と家族が関わる時間と場所をつくることにより,家族の場が形成されていた。家族は,H.H.を別宅,母の部屋と呼び,自宅にある親の部屋に近い存在として認識していた。既存住宅を活用した H.H.における場は,新しい環境というよりも入居者がこれまで生活してきた自宅の延長線上にあると考える。

②調査３の結果から,H.H.では COVID-19 下においても家族の場を形成していた。数日から数週間という短期間の利用もあったが,H.H.に訪問する中で家族の不安や焦りが納得や安堵へと変わり,穏やかな看取りへとつながっていた。また,退去後も H.H.を気に掛けるなど H.H.に対する共同体としての認識がつくられていた。高齢者施設のように転居後に新しい環境を構築していかなければならない場合,短期的な場の形成は難しいと考えるが,H.H ではそれが可能となっていた。調査１における自宅の延長線上にある場というが概念を調査３においても確認することができた。

③このような COVID-19 下における看取りを可能とする背景には,標準予防策の徹底に加えて,調査２のどんなに感染が流行していても家族の立会いを認めるつもりであるという運営方針と,５から 6 名という規模が影響していた。小規模であるがゆえに臨機応変な対応が可能であり,また,家族の出入り口を分ける動線分離や換気が行いやすいという住宅規模の建物の利点が現れていた。

その一方,COVID-19 下においては,学校の休校や感染予防策の徹底により人手不足が顕著となっていた。小規模な事業所であるからこそ「感染者が生じた場合にはどこまで対応できるかわからない」という不安も見られた.

本研究では５～６人という集団の規模および空間スケールの効果について言及してきたが,今後は既存住宅がもつその他の要素についても検討していく必要がある.

＜謝辞＞

調査にご協力いただいたご家族,入居者,職員の皆様に深く感謝いたします。

＜注＞

1) 本研究では,全国ホームホスピス協会の認証を受けた事業所を対象としている。 H.H.は制度に基づく施設種別ではなく,介護保険の在宅サービスと自費を組み合わせて 24 時間 365 日のケアを提供している。H.H.の実態調査文６)によると H.H.では多数の看取りを実施しており,さらに,その実践事例文７)からは家族の主体的な看取りや看取りに至るプロセスの支援がなされていることが記載されている。

2) 文８）において角田は「ある特定の場所と自身との関係を通じて想起される感情や感覚を通じて,自らが生命の共同体のメンバーであると感じられるような身体感覚」を場の感覚として定義しており,本研究ではこのような感覚が生まれる空間を「場」と定義している。

＜参考文献＞

1)総務省：令和２年人口動態統計,2021

2)日本財団：人生の最期の迎え方に関する全国調査,2021

3)石井敏,松本啓俊:終生の場に関する考察 - 特別養護老人ホームの場合 - ,日本建築学会計画系論文集,第 477 号,pp.91-100,1995.11

4)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集,第 607 号,pp.25-32,2006.9

5)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,第 73 巻,第 630 号,pp.1675-1682,2008.8

6)中嶋友美,山口健太郎:住宅型ホスピスの利用実態及び物理的特徴について　住宅型ホスピスにおける看取りの環境に関する研究　その１, 日本建築学会計画系論文集,第 768 号,pp. 253-263, 2020.2

7)市原美穂:暮らしの中で逝く　その理念について,木星舎,2014.9

8)角田季美枝著,広井良典,小林正弥編,コミュニティ公共性・コモンズ・コミュニタリアニズム,p.137,勁草書房,2010.1

9)Udo Kuckartz,佐藤郁哉：質的テキスト分析法-基本原理・分析技法・ソフトウェア-,新曜社,2018

＜研究協力者＞

郡千夏　近畿大学大学院総合理工学研究科博士前期課程