

介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究

外山 義*

介護保険施設における全室個室、ユニットケアの導入（新型特養）により、今後、これらの施設は「介護の場」から「生活の場」へと変化していくと考えられる。高齢者の生活の場として、自らの人生を閉じる場所としてふさわしい居住環境を整えるために、実証的研究に裏付けられた方向性が示される必要性がいよいよ高くなっているといえる。本研究では個室化、ユニットケアの有効性を検証し、その方向性の必然性、妥当性を裏付ける論理を組み立てることを第一の目的とした。個室化・ユニット化に係る基本的な考え方や個室化・ユニット化をめぐる論点の整理をおこなったうえで、実際に個室化・ユニット化を導入した事例の追跡調査のデータによりその論点を裏づけている。また、新型特養の新築及びそれに向けた改修のための留意点を整理しており、介護保険施設の設置・運営を検討している事業者や事業者を指導する立場にある都道府県担当者の施設整備の手引きとして活用されることを期待している。

キーワード：特別養護老人ホーム、個室化、ユニットケア、新型特養

1. 調査研究の目的と内容

(1) 背景

平成14年度予算案に全室個室、ユニットケアを特徴とする居住福祉型の特別養護老人ホーム（新型特養）の整備補助費が盛り込まれた。介護保険制度導入以降変化しつつある利用者意識を考えると、今後、居住福祉型の特別養護老人ホームの需要は伸びてゆくだろう。

要介護高齢者の入居施設の居住環境として、人権、プライバシーを考慮し個室の必要性が言われるようになって久しい。しかし、要介護高齢者居

住施設の個室化に対して「個室ではプライバシーは守られるが、引きこもりにつながりやすく孤立しやすい」、「個室化すると介護職員の移動距離が長くなり、労働負荷が増大する」、「個室は同室入居者の目がないので、容態急変への対応が遅れる」といった個室のマイナス面を懸念する主張がある。また同時に「多床室ではプライバシーは犠牲になるが、入居者同士の交流がある」、「多床室は介護がしやすい」、「多床室は入居者の目があるので安全である」という多床室のプラスの効果を強調する主張もある。しかしながら、「個室」「多床室」をめぐるこれらの主張は、何れも科学的に実証されたものではなく、いわば言説として存在してきたと言ってよい。本研究は、個室・多床室を

*京都大学大学院工学研究科教授

めぐるこうした主張の科学根拠の有無について検証を試みたものである。

介護保険制度の導入から2年が経過し、事業者のサービス提供、利用者のサービス利用実態が明らかになるにつれ、施設志向の高まりが報告されることが多くなった。高齢者の生活の場として、さらに、みずからの人生を閉じる場所としてふさわしい居住環境を整えるために、実証的研究に裏付けられた方向性が示される必要性がいよいよ高くなっていると言えるだろう。

(2) 目的

本研究では、介護保険施設の個室化、ユニットケアの有効性を検証し、その方向性の必然性、妥当性を裏付ける論理を組み立てることを第一の目的と考えた。そのため、個室化・ユニット化に係る基本的考え方や、個室化・ユニット化をめぐる論点の整理をおこなったうえで、実際に「個室化」・「ユニット化」を導入した事例の追跡調査のデータによってその論点を裏付けている。

本報告書では、後半で、居住福祉型特養の新築及びそれに向けた改修のための留意点を整理しており、介護保険施設の設置・運営を検討している事業者や事業者を指導する立場にある都道府県担当者の施設整備の手引きとして活用されることを期待した内容となっている。

(3) 内容

はじめに、先行研究を整理し個室化をめぐる言説に関する検証をおこなった。

次に、既存統計を再集計することにより介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（以下「特養」という）と介護老人保健施設（老人保健施設）（以下「老健」という）の整備状況を整理し、個室化、ユニットケアの普及状況を把握した。

さらに、実際に個室、ユニットケアを導入した

施設における入居者、介護職員双方の行動観察調査を通じて、その影響、効果を詳細に把握した上で個室、ユニットケアを進める上での論点を整理している。

また、個室、ユニットケアの導入事例、既存施設が個室、ユニットケアを導入するにあたって改築・改修した事例、施設整備の今後の方向性などを紹介している。

2. 個室、ユニット化に係る基本的な考え方

(1) 個室の必要性

筆者らは1995～1996年度にかけて、厚生省の委託研究「特別養護老人ホームの個室化に関する研究」を行った。この研究では、個室化の進んだ特養と4人部屋、6人部屋主体の特養間で個人の生活空間や生活展開、介護上の労働負荷などを科学的に比較することを試みた。

具体的には、いずれもケアの質が高いとされる4人部屋主体の特養と個室主体の特養を2施設ずつ選択し、そこにおける入居者の行動観察（15分間隔）と介護者の介護行為追跡調査（1分間隔）を行った上で、その結果に基づき、前述の個室をめぐる言説について検証し、個室の必要性を再確認している。

①入居者の居室滞在率

居室のタイプがちがう4施設の入居者の居室滞在率を比較した（図1）。4床室主体のS施設において居室滞在率が68.9%と最も高いという結果が得られた。残りの4施設の居室滞在率は36.1%～47.8%の間に分散したが、これらの結果から、個室型特養のほうが多床室型特養よりも居室への滞在率が高いという言説、すなわち個室＝居室への引きこもりという図式は検証できなかった。

②入居者間のコミュニケーション

4床室内での入居者同士の会話は、全体の切り口の4%しか存在しておらず、入居者間に活発なコミュニケーションがあるとは言い難いのが実状である。また、最近、筆者らは6床室型特養で日中12時間連続1分間タイムスタディを行ったが、日中(7時~19時)入居者間の会話が2回以下だった部屋が全体の3分の2強、そのうち半数は会話が0回という結果であった。これは同室者同志が互いに挨拶も交わさないという状況を示している。入居者の姿勢をみると、窓側、廊下側、中央のベッドにいる入居者は調査時の80%以上、70%、90%以上の割合で、同室者に対し背を向けた姿勢を取っていることがわかった(図2)。手を伸ばせば届くような間隔でベッドが並んでいても、互いを視野に収めない没交渉な生活の様子が浮かび上がった。

これら多床室における入居者同士の交流に関するデータからは、多床室=活発な入居者間の交流とは決して言うことができない実態を示す結果といえる。

③入居者間の相互扶助

職員に対するヒアリング調査から、入居者の容態の急変についても、同室者ではなく巡回の職員が発見するケースが多いということが報告されている。前述の通り、入居者間の没交渉な生活からこの結果は容易に想像できるであろう。

④個室化の意味

居室の他に居場所を持たない入居者にとって、逃げ場もなく絶えず他者の目に晒されて過ごす生活の中での相互関係は大きな生理的ストレス源になっていく。前述の6床室型特養では、同室者に遠慮して夜間のポータブルトイレの使用を我慢して失禁しているケースや同室者を意識した感情抑制のため声が出なくなっているケースなどが確認された。このような状況下で生活を継続するためには、同室者は互いに無視し合うことによって限定された個人的な時間と空間を確保していると言えるだろう。

個室をめぐるいくつかの言説を検証してきたが、こうした実態を踏まえるならば、居室の個室

図1 入居者の居室滞在率の比較

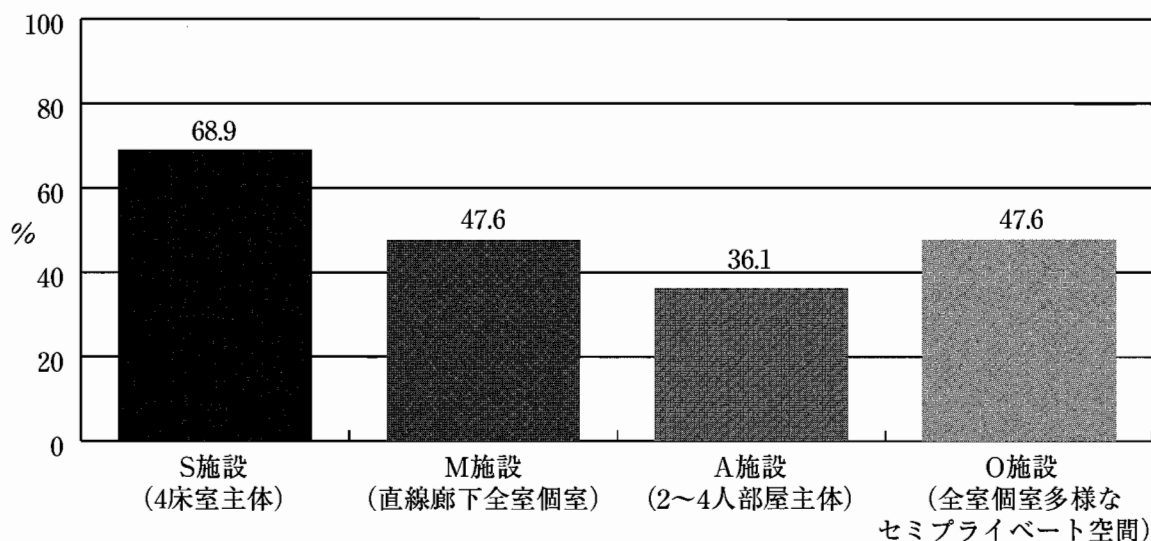
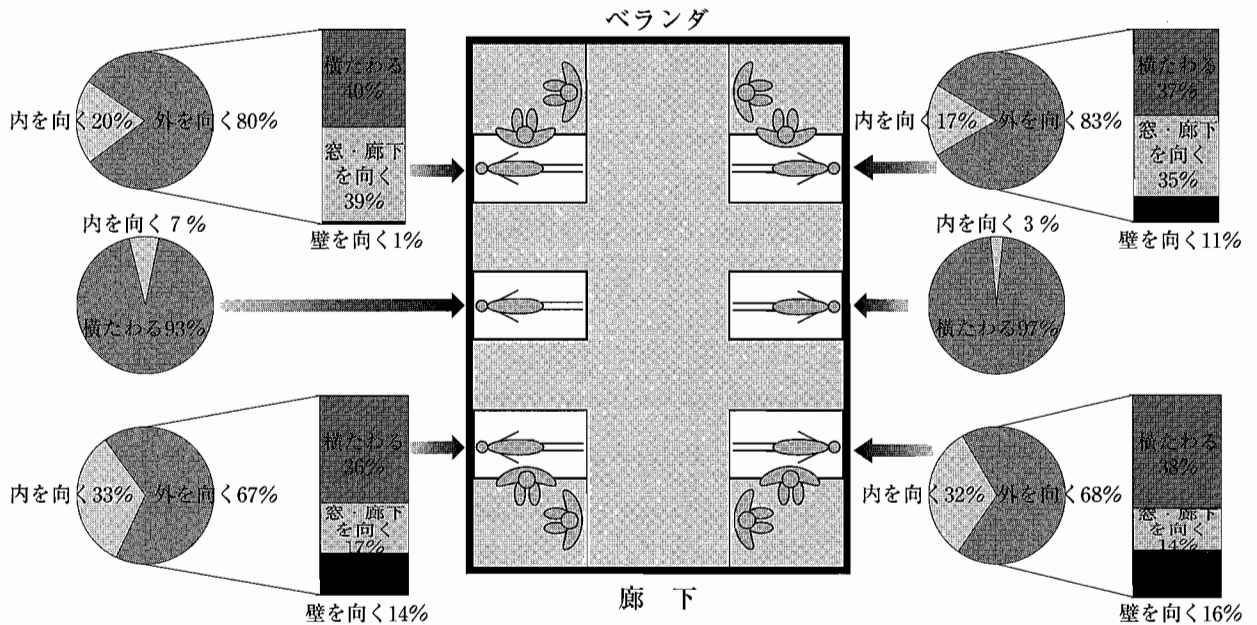


図2 入居者の体の向き



化とは、入居者にとっての身の置き所を保障し、一人になる逃げ場（自分を取り戻せる空間）を保障することを通して、他者と交流する意欲がわいてくることを促すところにポイントがあるといえる。コミュニケーションや交流とは相手を選択することから始まるのである。すなわち、高齢者施設の居室スペースを個室化することは、孤立・孤独の心配とは全く裏腹に、むしろ、人と交流する意欲を回復するためであると言える。

(2) ユニット化の必要性

① ユニットの単位規模

従来、高齢者施設では「介護単位」という言葉が用いられてきた。「介護単位」とは一般に30～50人程度の入居者を束ね介護する単位、すなわち介護職員の職務上のローテーションが組める人数規模がこの「介護単位」の実際上意味するところであり、介護者側から見た規模単位である。

では、「ユニット」とは何を意味するのだろうか。端的に言って、それは入居者にとっての「生

活単位」を指す。入居者の側からみたときのあるべき生活の規模単位、すなわち入居者同士が馴染みの関係を形成しやすく、自分らしさが保てるグループや生活空間の単位規模、構成要素の基礎単位を意味していると言えるだろう。

ユニットの単位規模は概ね8人から10人を軸にプラス、マイナス数人といった人数規模であるが、いずれも科学的な裏付けがあって設定された単位規模ではなく、入居者間の相互認識等を考えた上限値と死去などによる退所を考慮しても維持されるグループ内の継続性や、グループ内での小グループの成立性を考慮した下限値が経験的に割り出され、その間の幅として設定されたものと考えてよい。例えば、ユニットケアの源流であるスウェーデンの痴呆性高齢者グループホームのユニットの単位規模は、1985年に全国普及のための建設補助をつけ始めた際の条件は6人であったが、今日では10、11人まで拡大されてきている。我が国のグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）は5～9人、老人保健施設におけるグループケアユニ

ット型加算が前提とする1ユニットの人数規模は、最大12人程度としている。

筆者は高齢者施設のユニットケア導入に際しての生活単位規模は6～15人程度という比較的ゆるやかな幅を想定している。この生活単位は、利用対象者の属性や状態像、組合わせによって適正規模が変わり得るし、ケア介護の質や建築空間のあり方によっても左右されるものだからである。

「ユニットケア」の本来的目的に立ち返ると、高齢者の視点からみた生活規模を「生活単位」と呼び、「介護」や「管理」といった職員側からの垂直的な関わりに支配された場ではない「生活の場」をつくりだそうというのが狙いである。

3. 高齢者施設（特養・老健）居住環境の現状

2章では高齢者施設の個室化をめぐる言説を検証しながら、入居者にとって、身の置き所として個室を保障することの重要性を述べてきた。では、実際に高齢者施設において個室、ユニットケアはどの程度導入されているのだろうか。特養、老健における個室化とユニットケアに焦点をあてて、居住環境の現状を見るためのデータは極めて限られている。しかしながら、公表データからみても、近年、施設で個室化が進んでいる状況がはっきりと確認できる。またユニットケアについては、その考え方が明確に出されてからわずか3年ほどしか経っていないにもかかわらず、その関心の高さと先進的に取り組んでいる施設の状況を二つのアンケート調査から概観することができる。

(1) 施設の個室化

個室化の傾向を示すと考えられる2つの指標「個室化率」と「個室の割合（1人部屋の割合）」に着目して、特養と老健の個室化の状況と傾向を

概観してみる。

①特別養護老人ホームにおける個室化

全国老人ホーム基礎調査（H9全国老人福祉施設協議会）によると、特別養護老人ホームの個室化率（総1人部屋数／総定員）は7.3%であり前回調査（H4）の2.3%と比較すると5ポイント上昇している（表1）。総居室数に占める1人部屋の割合は15.7%である。

表1 特別養護老人ホームの個室化の状況

	平成9年	平成4年
個室化率	7.3	2.3
1人部屋の割合	15.7	7.9
個室化の進んでいる施設の割合	6.9	-

*個室化率＝総1人部屋数÷総定員

*1人部屋の割合＝総1人部屋数÷総居室数

*個室化の進んでいる施設の割合＝個室の割合が定員の50%以上の施設数÷総施設数

人員規模別居室数の変化を時系列にみる（図3）と、昭和52年では「6人部屋」が6割を占め主流であったが、その後「6人部屋」は激減し、代わって「4人部屋」が急激に増え、その結果、昭和57年以降「4人部屋」が5割を超え主流となった。その後、「4人部屋」は5割から6割で安定的に推移し、その間、「6人部屋」の減少を吸収するかのようになり、「1人部屋」「2人部屋」がわずかながら増加を続ける。

ところが、平成9年にこれらの傾向に対して明らかな変化が見られた。「1人部屋」が急激な増加の兆しを見せたことである。それに対して、これまで微増ながら増加を続けてきた「4人部屋」が、さらに「2人部屋」も減少に転じた。今後、この傾向はさらにはっきりと現れるであろう。以上の傾向を整理し、大胆に将来の傾向を占うと以下のようにまとめられるのではないだろうか。

1970年代まで 6人部屋主流の時代
1980年代 4人部屋主流の時代
1990年代 4人部屋主流の時代、

個室化へ向けた胎動が始まる
2000年最初の10年代 個室主流の時代？

②個室化の進んでいる特別養護老人ホーム
総居室数に占める個室の割合が50%以上の特別養護老人ホームを“個室化の進んでいる施設”と

定義し、そうした施設の特徴を概観する。“個室化の進んでいる施設”は、定員規模が比較的小さく(表2)、1990年以降に開設された施設が多い(図4)。

ここで、処遇状況を示す項目のうち部屋替えの状況と個人の家具等の持込み状況についてみてみる。

図3 人数規模別居室数(調査年度別)

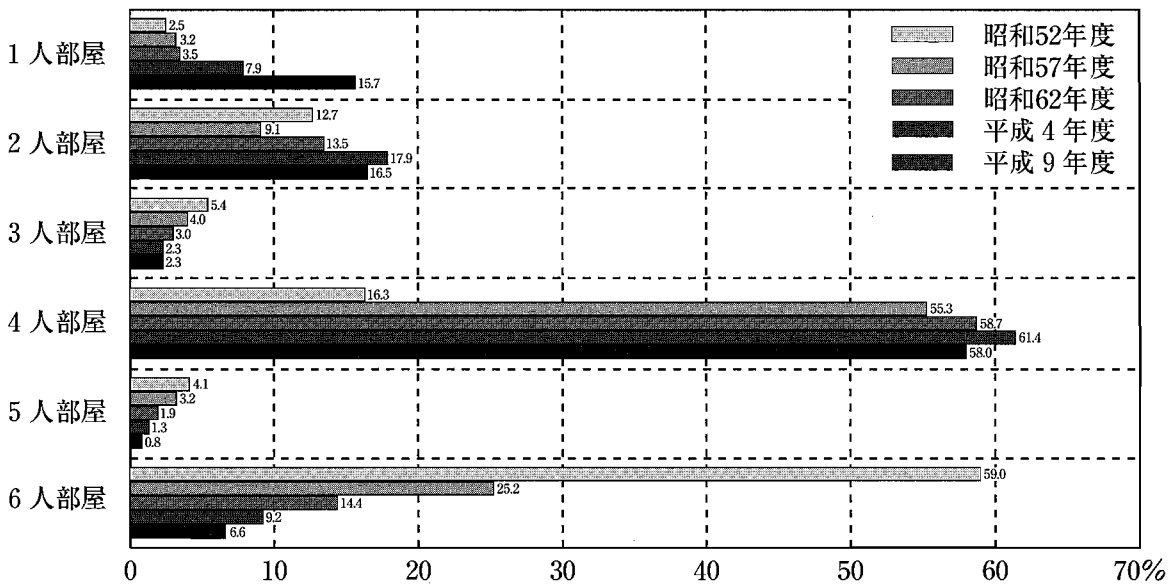
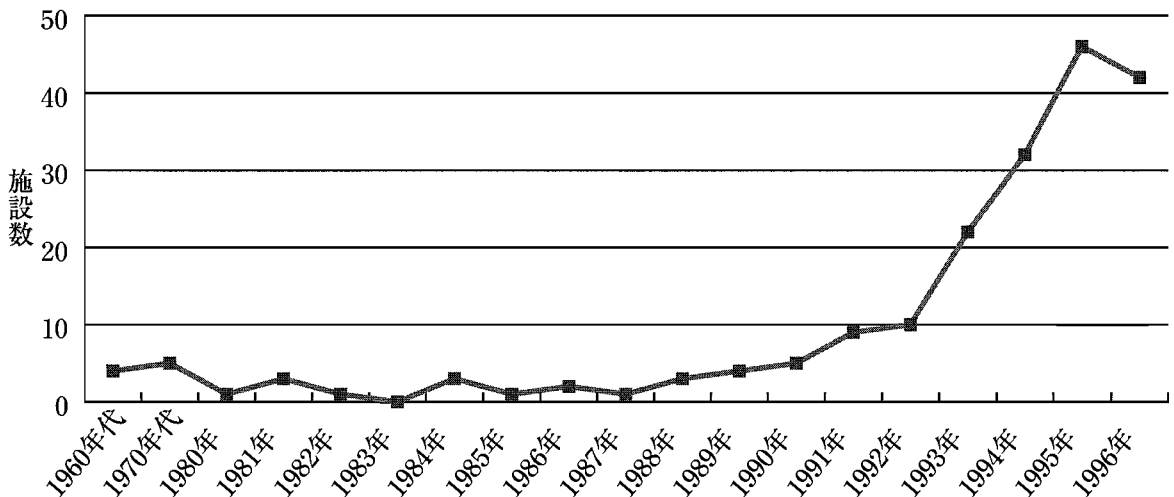


図4 個室化の進んでいる施設の開設年度



処遇上の理由、退入所に伴う部屋替えは特養全体の98.1%の施設で実施されているように一般的な現象であるが、個室化の進んでいる施設における部屋替えの実施は77%と少なく(表3)、実施理由は「処遇上の理由(66.3%)」「退入所に伴い(42.3%)」となっている。特養全体でみるとその理由は同じように「処遇上の理由(85.4%)」「退入所に伴い(64.4%)」となっているが、8割以上の施設で「処遇上の理由」をあげている点が特徴的である。個室化が進んでいる施設の方が、処遇上の理由で部屋替えを実施する割合が低いが、表

4で示される理由などは、個室を利用することが解決の一助となる問題であろう。同一施設内であっても、住み替えは入居者にとって心理的負担が大きいことを考慮しなくてはならない。

個室化が進んでいる施設においては、個人の家具の持込みを「認めている」施設は44.4%、特養全体では25.8%であり、大きな差がある(表5)。また平成3年度調査時点では、特養全体で個人の家具の持込みを認めていない施設が50%を超えていた。全体としては「認めている」が多くなる傾向がみられる。生活の継続性を維持し、施設を

表2 個室化の進んでいる施設入所定員数

	集計対象数	30人以下	31-50人	51-80人	81人以上
特別養護老人ホーム	2955 100.0%	106 3.6%	1453 49.2%	731 24.7%	665 22.5%
個室化の進んでいる施設(再掲)	196 100.0%	27 13.8%	109 55.6%	36 18.4%	24 12.2%

表3 個室化の進んでいる施設の部屋替えの状況(MA)

	集計対象数	部屋替え実施	MA				無回答、実施なし
			定期的な部屋替え	退入所に伴い	増設等に伴い	処遇上の理由	
特別養護老人ホーム	2792 100.0%	2740 98.1%	345 12.4%	1799 64.4%	104 3.7%	2383 85.4%	52 1.9%
個室化の進んでいる施設(再掲)	196 100.0%	151 77.0%	20 10.2%	83 42.3%	10 5.1%	130 66.3%	45 23.0%

表4 処遇上の理由の内訳(MA)

	集計対象数	利用者の看取り	利用者の症状	人間関係の調整	異常行動	本人の希望	その他	無回答
特別養護老人ホーム	2383 100.0%	865 36.3%	1748 73.4%	1949 81.8%	1616 67.8%	403 16.9%	43 1.8%	1 0.0%
個室化の進んでいる施設(再掲)	130 100.0%	54 41.5%	92 70.8%	105 80.8%	83 63.8%	26 20.0%	0 0.0%	0 0.0%

表5 個室化の進んでいる施設の家具の持ち込み状況

	集計対象数	認めている	事情に応じて認めている	認めていない	無回答
特別養護老人ホーム	2955 100.0%	763 25.8%	1418 48.0%	764 25.9%	10 0.3%
個室化の進んでいる施設(再掲)	196 100.0%	87 44.4%	76 38.8%	33 16.8%	0 0.0%

「自分の家」と認識するためには、個人の家具等を持ち込み、生活環境を整備することも重要なポイントになると考えられる。

③老人保健施設における個室化

平成8、9年度の老人保健施設調査から、居住環境と個室化の状況と傾向を概観する（個室化の進んでいる施設に関するデータは得られなかった）。老人保健施設における個室化率は、7.7%（H9老人保健施設調査）であり、平成8年、9年とわずか一年の違いであるが、「個室化率」「個室の割合」両方の指標について個室化が進んでいることをみることができる（表6）。また、平成9年度について老健と特養を比較すると、「個室化率」は老健で7.7%、特養で7.3%でありほとんど変わらないと言っていいだろう。しかし「個室の割合」（特養では「1人部屋の割合」）では、老健24.1%、特養15.7%で老健の方が個室の割合が多い。

また、平成8年から9年度の変化率をみることで、個室化の傾向を概観してみる（表7）。この1年で施設数は22.1%増加し、療養室数全体も22.3%とほぼ同じ割合で増加しているが、人数別居室数変化を見るとその内訳はかなり違っている。「個室」は人数別居室のなかでは、全体で30.8%と一番伸びており、居室数全体の伸びを8.5ポイントも超えている。人数別居室の療養室に対する割合を見ると、「個室の割合」のみが増加しているのが印象的である。療養室数から個室数の変化の傾向を見る限り、わずか一年の間でもはっきりと個室化の傾向を観察することができる。

表6 老人保健施設の個室化の状況
（平成9年度、平成8年度「老人保健施設調査」）

	平成9年	平成8年
個室化率	7.7	7.2
個室の割合	24.1	22.5

* 個室化率 = 総個室数 ÷ 総定員

* 個室の割合 = 総個室数 ÷ 総療養室数

表7 開設者別療養室数 平成8年度から平成9年度の変化率 (%)

	総数	地方公共 団体	医療法人	社会福祉 法人	公的・社会 保険	その他
					関係団体	
施設数						
施設総数	22.1	15.7	23.2	19.0	20.8	25.5
痴呆専門棟加算届出施設数	44.4	33.3	42.9	48.8		50.0
定員数						
総定員数	22.4	18.0	23.4	19.3	22.8	23.7
療養室数						
一般棟	22.3	18.0	23.4	18.5	22.8	24.3
4人室	20.7	16.7	21.6	17.7	21.6	20.5
3人室	15.5	0.0	18.8	12.7	-11.4	0.0
2人室	18.0	15.4	18.5	15.9	8.9	28.5
個室	30.8	25.9	33.0	22.6	37.3	35.7
居室数/施設	0.1	2.0	0.2	-0.5	1.6	-1.0
4人室の割合	-1.3	-1.0	-1.5	-0.6	-1.0	-3.0
3人室の割合	-5.6	-15.2	-3.8	-4.8	-27.9	-19.5
2人室の割合	-3.5	-2.2	-4.0	-2.2	-11.3	3.4
個室の割合	7.0	6.7	7.8	3.5	11.8	9.2
個室化率	6.8	6.6	7.8	2.8	11.8	9.7

(2) ユニットケアについて

ユニットケア全国実態調査（H12特養・老健ユニットケア研究会）の結果によると、ユニットケアを導入している施設は、新しい施設が多く1995

年以降に開設した施設が半数以上を占める（図5）。1998年以降に開設した施設の83%がユニットケアを想定して建設しており、残りの17%が増改築や既存の建物でユニットケアを行っている（図6）。

介護保険制度下におけるユニットケアのあり方に関するアンケート（H12全国老人保健施設協会）

図5 開設年別ユニットケア実施施設数

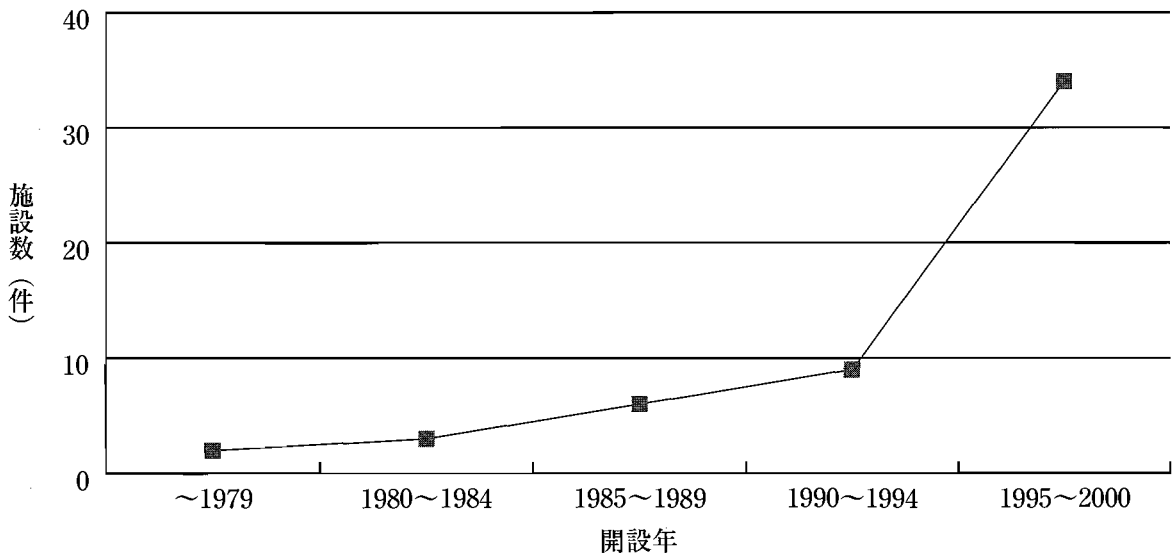
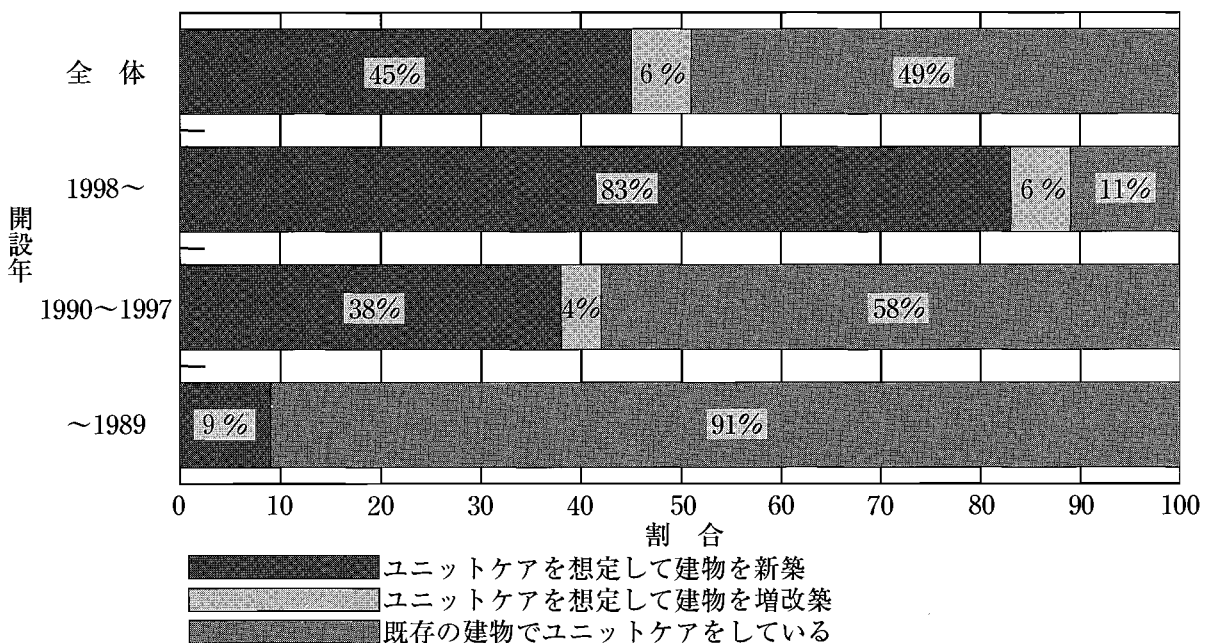


図6 開設年別ユニットケア実施施設（新築、改築）



によると、ユニットケアを知っていると回答した施設は7割弱であったが、ユニットケアを実施している施設は3.1%（43施設）にとどまった。また43施設のうち半数は2000年からの実施となっている（図7）。実施の動機は「集団的な処遇ではケアが不十分になった」が51.2%と最も多く、以下「痴呆性高齢者の割合が増えた」27.9%と続いている。ユニットケアを実施した効果については、まず、入所者本人にとっての効果では、9割が「大きい」「どちらかという大きい」と回答している。また、「ケアを提供する上での効果・施設運営面での効果」では8割が「大きい」、「どちらかという大きい」と回答している。

老人保健施設においては、すでにユニットケアを導入している施設からはポジティブな評価を得ているといえる。一方で、人員、設備の面でネガティブな評価もあるが、このようなコスト増がベネフィットを上回っているかどうかは今後の研究課題であるが、老健の目的からすれば、ユニットケアが大きな可能性を持っていることが読み取れる。

4. 個室化・ユニット化をめぐる論点

個室化やユニットケアに関する理論的研究は必ずしも十分になされているとは言えない。このため、個室化やユニットケアを取入れることは入居者にとって良いとしても、果たしてどの程度効果があるのか、また運営サイドは職員数が増え経営を圧迫する、あるいは個別処遇を取入れることで職員の負担が増すのではないかと等危惧し、個室化およびユニットケアに二の足を踏む要因となっている。

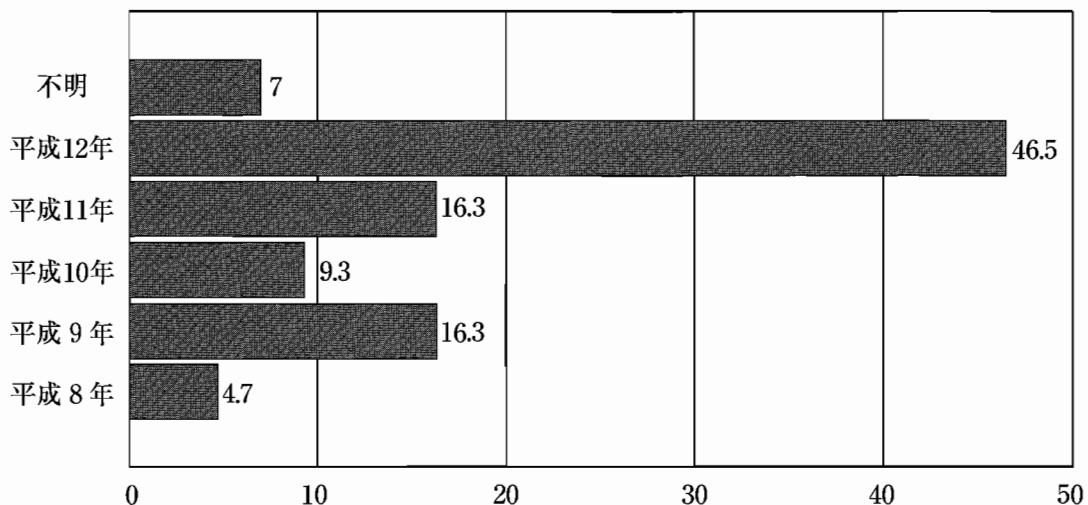
そこで、本章では入居者、職員、敷地が同一のまま、六床室を主体とする従来型の特養から、全室個室のユニットケアへ建替えられたJ苑の建替え事例から、入居者のQOL、職員の介護負荷等の変化を検討したうえで、適切な職員体制と人件費、建築的検討など、個室化・ユニット化をめぐる論点を検証する。

(1) 個室化・ユニット化による入居者の生活、介護職員の身体活動量の変化

①調査の実施概要

入居者の生活の変化については建替え前の9月

図7 ユニットケアの開始時期



と5ヶ月後に15分間タイムスタディを行った。

介護職員の身体活動量は運動強度および歩数を記録する小型運動記録器を看護婦1名、介護職員6名に建替え前10日間、建替え後1ヶ月間、および5ヶ月後の10日間の勤務時間帯に携帯してもらい、歩数、運動量、運動強度を測定すると同時に、介護内容を記録シートに記入する方法によりデータ収集を行った。

②建替え前の物理的環境

老人福祉法制定直後の昭和48年に建設されたJ苑は、2階建てで居室がすべて南向きに配置され、建物内部は廊下が一直線に伸び、その片側に六床室が並び端部に娯楽室と呼ばれる食堂がある、典型的なホスピタルモデルに基づく空間構成である。

居室内部には中央に共用のテレビがあり、廊下と室との間にはガラス窓が設置され、ベッド周りのカーテンが唯一のプライバシー保護の手立てであるが、日常的にはこれには十分には用いられていない。居室内部のプライベートな領域はベッドとその周囲のごく僅かなスペースのみで、私物はほとんど持込めず、ベッド上でほとんどの生活を営むしかない状態である。トイレはフロア中央に1カ所に集中して設置されている。そのため、トイレから遠い居室ではポータブルトイレも多く置かれている。

中央の廊下は約70メートルもの直線廊下で安全性、見守りのしやすさ、職員の移動の効率性といった管理上の視点から計画されたものである。無機質な素材とあいまって、冷たく施設的な印象をあたえているだけでなく、施設内総床面積の中でかなりの部分を占めながら、生活空間としては機能していない。

端部には娯楽室があり、食堂として利用されているが、居室から娯楽室への移動に10分近く要す

る入居者もいる。また娯楽室に入りきれず廊下や居室で食事をとらざるを得ない入居者も半数を超えている。

また、居室、食堂、トイレ、浴室等の空間が互いに離れている結果、必然的に移動介助が増え、廊下が入居者自身の主体的な移動のためでなく、職員のための搬送空間として利用されているのが実状である。

③建替え前の入居者の生活

前述のような物理環境下では、入居者の生活は自ずから制限されていることは言うまでもない。朝7時から夜7時までの入居者の居場所を、食堂、廊下、居室に区分してみると、居室内の滞在が73.3%とその殆どを占め、かつそこでの55.1%が睡眠である。また73.3%を占める居室での滞在を詳しく分析すると、ベッド上がその9割以上を占め、入居者がベッド以外に居場所を持っていないことがわかる。1日3度の食事時を除くとほぼベッド上の生活であり、食事時さえ離床していない入居者もいる。極めて単調な生活といえよう。

④建替えの概要

建替えは同一敷地で行われ、職員、入居者とも同一のまま、ハードのみ全室個室化・ユニット化した。特養部分面積は9,034㎡、基本ユニットは定員20名で面積780.3㎡、一人当たり床面積は約80㎡。従来の建物面積の約3.5倍。居室は全室個室で、一人当たり約15㎡の面積で各室に押入れと洗面台が設置されている。

20人を生活単位とするユニットにより施設全体が構成され、各ユニットには食堂（メインリビング）、中庭に面したサブリビング、畳スペースなど、多様な共用空間があるほか、2室に1カ所の割合でトイレが設置されている。また、それぞれのユニットには小さな浴室、スタッフステーション

ンがあり、これとは別に複数のユニットで共有する大浴室、寮母室が配置されている。

⑤個室化・ユニット化による入居者の生活の変化

個室化、ユニット化により、持ち物の変化、QOLの変化、ADLの変化のいずれにおいても、入居者の生活面全般で質の向上が確認された。

建替え前は、入居者の個人的スペースはベット周りのわずかな空間に限られ、入居者が所有する生活関連用品は施設生活に最低限必要なものに限られていた。とりわけ、インテリアに類する趣味やその人らしさを示す用品がほとんど置かれていない。ところが、個室に移ると個人用TV、時計、タンスといった生活関連家具や小物が持ち込まれ、壁面には絵や写真が飾られ、次第に空間がパーソナライズされ、そのひとらしさを感じられるようになった。

入居者の居場所をみると、建替え前はベット上で一日の大半を過ごしていた入居者であるが、建替え5ヶ月後時点の入居者の居場所をみると、ベ

ット上の滞在率は67.7%から40.2%と大幅に減少し、その一方でリビング滞在率が16.7%から42.8%に増加した(図8)。一般的に個室化については「閉じこもり」が懸念されているが、そのような図式は成立していない。姿勢、行為をみると、生活がベットからリビングへ、また姿勢が寝ている状態から車椅子を含むイス座へと変化した結果、建替え前42.3%と日中の時間の大半を費やしていた「睡眠」が22.5%と大幅に減少し、テレビ観賞、身の回りの管理、コミュニケーションといった行為に置き換わっている(図9)。とりわけ、コミュニケーションが2倍に増加したことは、ユニット化し、生活単位が小規模化した結果、入居者同士あるいは入居者と職員の関係がより密接になった結果と考えられる。

また、入居者のADLについても改善がみられた。

食事に関しては約15%の人に何らかの改善がみられた。中には胃ろう摂取から自力経口摂取へと大幅に改善した例がある。また、施設全体の食事カロリーと残飯量の変化を見ると、明らかに食事

図8 入居者の滞在場所の変化

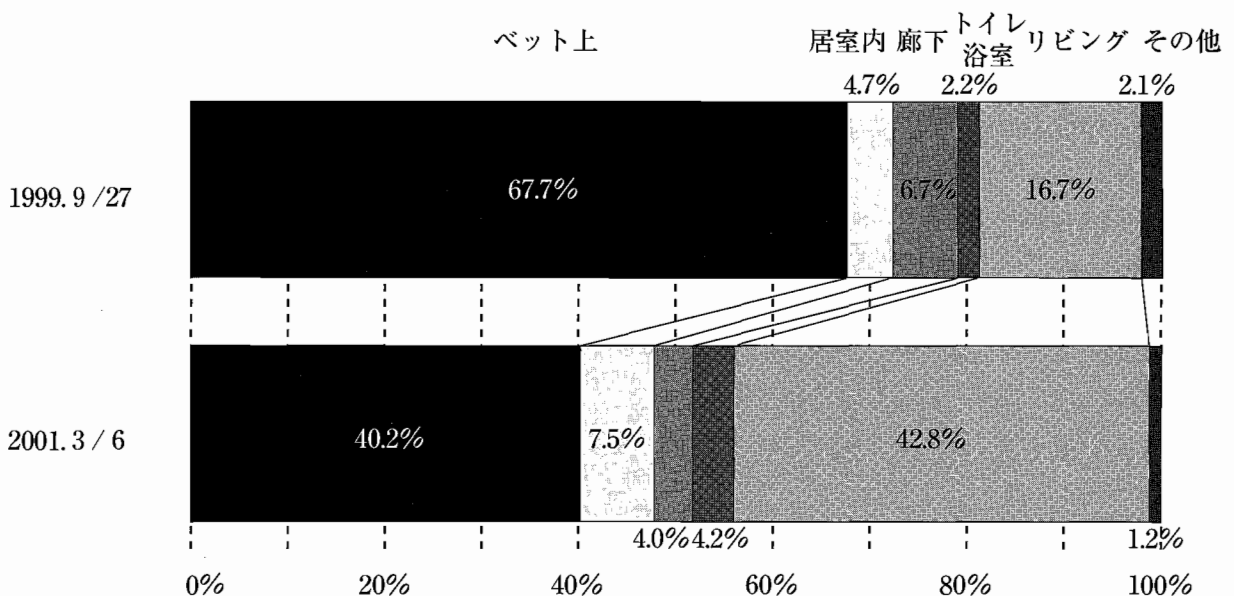
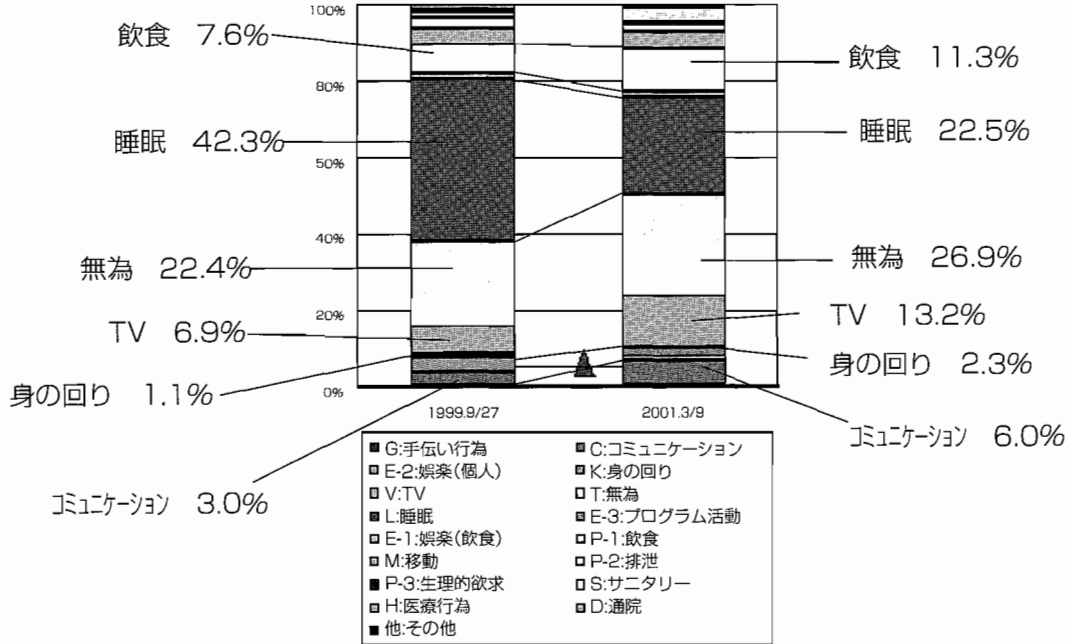


図9 行為の変化



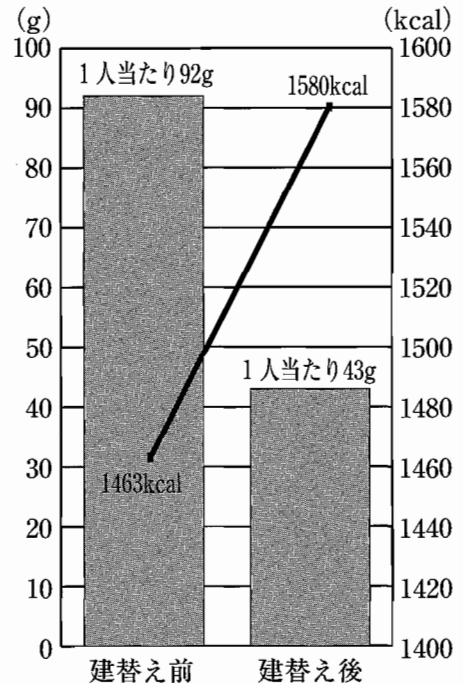
摂取量が増加しており(図10)、ADLが向上したといえるほどの改善ではなくとも、ユニット内の食堂に出るようになり食欲が増したという形で個室、ユニット化の効果が現れていると考えられる。

排泄に関しては約18%の人に何らかの改善がみられた。特に建替え前はトイレまでの距離があり移動が負担になるためポータブルトイレを使用する入居者が29名であったが、トイレが2室に1カ所の割合で設置された結果、ポータブルが14台と半減している。

その他入居者の生活に見られる改善としては、職員アンケート結果から「入居者間のトラブル」「入居者の閉じこもり」の減少「夜間の寝つき」「表情」の改善等の項目があげられた。

これらの結果から、建替え前のベット上の限られた空間での生活と比較すると生活の質は向上したといえるだろう。

図10 昼夜食における食事量と残飯量の変化



■ 一人当たり残飯 ■ 食事量 (kcal)

⑥個室化・ユニット化による職員の身体活動量の変化

職員の身体活動量（運動量、歩数）、運動強度（スピード）の変化をみると、建替え直後には勤務時間も増加しており、身体活動量は大幅に増加、歩行もジョギングスピードおよび速歩が増え、大規模処遇から小規模処遇へ転換する過程において、一時的に慌ただしさがみられたが（図11）、徐々に落ち着きを取り戻し、建替え5ヶ月後には勤務時間、身体活動量、運動強度ともに建替え前と同水準に戻っている。身体活動量については時間帯により減少することも示された。

このことは、個室化・ユニット化が職員の負荷を増大させるとは一概に言えず、むしろ入居者のみならず、職員にとっても有効なことを示すと考えられる。

こうした結果が得られた要因として、ユニット化により生活単位が小規模化し、介助移動に要する距離が減少したこと、前述の通り、ポータブルトイレやおむつを使用する入居者が減少したこと、PHSを導入し職員間の連携がスムーズにな

ったこと、高齢者の生活が能動的になったこと等が考えられる。今後その関連を詳細に検討することが必要であろう。

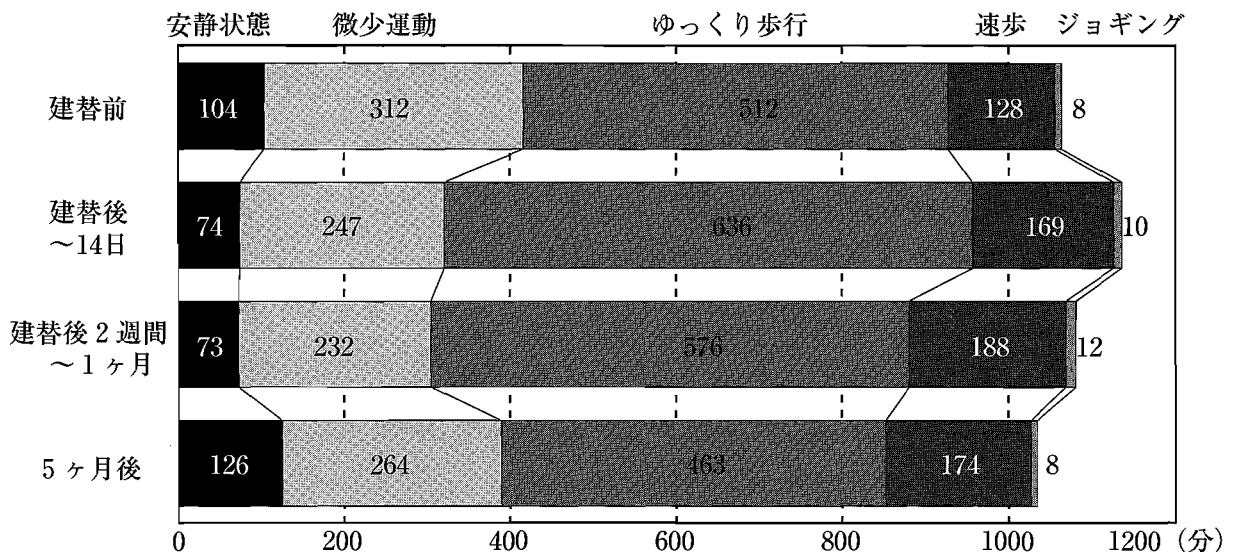
さらに、職員配置をユニットに固定したり、（J苑では床面積が3.5倍に拡大したが、）よりコンパクトなユニット構成といった建築的改善を加え施設床面積を抑制できれば、ユニット化した効果が職員の身体活動量にも、より明確な形で現れると予想される。

⑦個室化・ユニット化によるケアの変化

職員の滞り場所の変化をみると、建替え前は居室滞在率が高く、多くの介助行為が居室内で行われていたことを示していたが、建替え後はリビングの滞在率が増加している（図12）。入居者のリビング滞在率の増加に伴い、介助者の滞在場所もリビングが中心となっていると考えられる。

介助行為の変化をみると、増加することが懸念されていた食事、排泄、入浴、介助などの生活基本行為については増加はみられず、反対にコミュニケーションの増加が観察された（図13）。個室

図11 介護職員（夜勤帯）の運動強度（スピード）の変化



化による閉じこもりが懸念されたが、J苑においては個室化に加えてユニット化を行うことにより、入居者と介護者の物理的距離はむしろ短くなり交流頻度が増加したと考えられる。

ケアにみられた改善についてアンケートをしたところ次のような回答が得られた。「大幅に改善」「やや改善」を併せると「食事の雰囲気」「介護時の笑顔」等ほとんどの項目について改善されたと感じていることがわかる。一方で、一日の仕事が終わった際の「肉体的な疲れ」「精神的な疲れ」

については、「疲れが減少した」が3割、「増加した」が4～5割で回答が二極化している(図14)。

こうした結果が得られた要因をアンケートの自由記入欄から推察してみると、入居者とのコミュニケーションが増加したように、個室化・ユニット化により入居者と一対一で向き合う場面が増加し、より木目細かな対応を求められるようになってきていることが影響していると考えられる。例えば「以前は流れ作業的な介護であったため、肉体的な疲れが多かった。一人一人に係る時間が増えた

図12 介護スタッフの滞在率

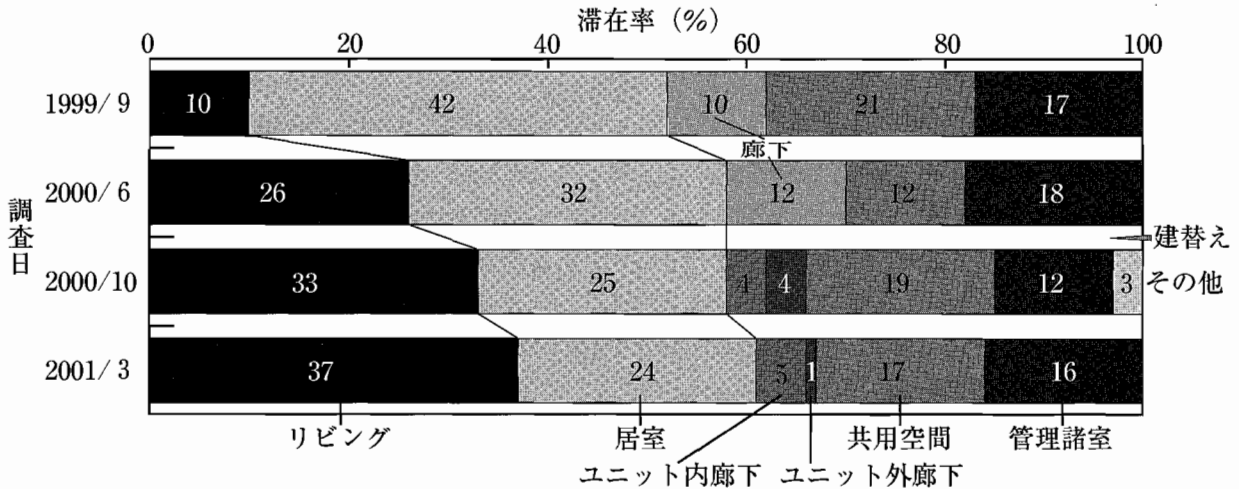
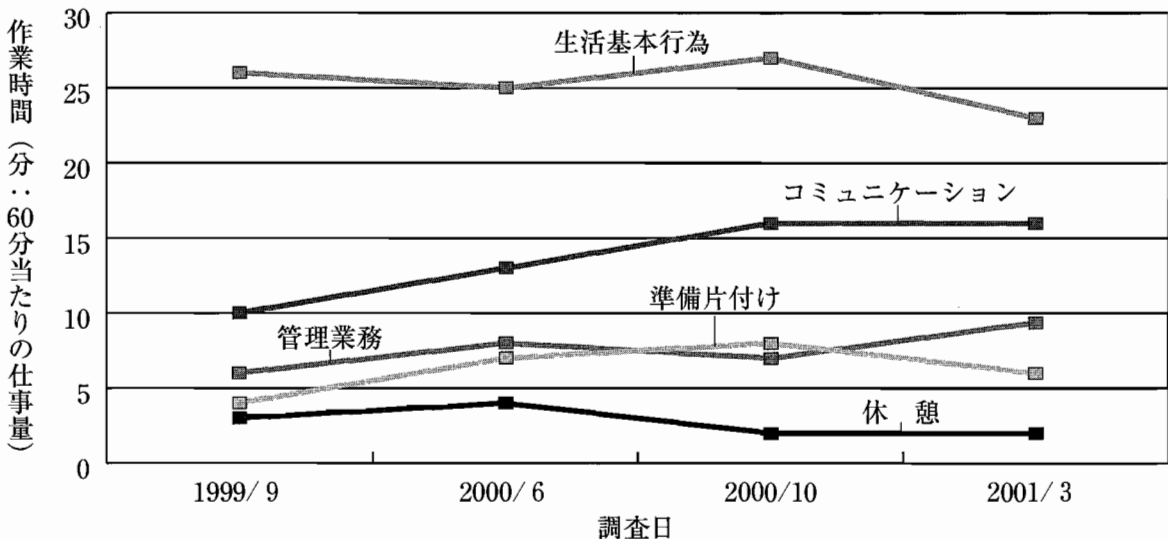


図13 介護スタッフの行為内容 (60分当りに換算)



ことで、配慮などの精神面に気を使っているように思う」という記述がみられた。従来の流れ作業的なケアに対する意識が受け止め方の違い、精神的な疲れの二極化をもたらすことが示唆された。

⑧ J苑の建替えに伴う行動観察調査、アンケート調査からの示唆

以上、入居者、職員、敷地が同一のまま、六床室を主体とする従来型の特養から個室化・ユニット化したJ苑の建替え事例を取上げ、入居者のQOL、職員の介護負担の変化を行動観察調査、アンケート調査により検証した。その結果、個室化・ユニット化により

- ・持ち物の変化、ADL、QOLの変化から、入居者の生活面全般で生活の質が向上した
- ・リビング滞在率が向上するなど、個室化は直接「閉じこもり」には結びつかない
- ・個室、ユニット化により施設床面積は増加し

ても介護職員の身体活動量は必ずしも増加しない。

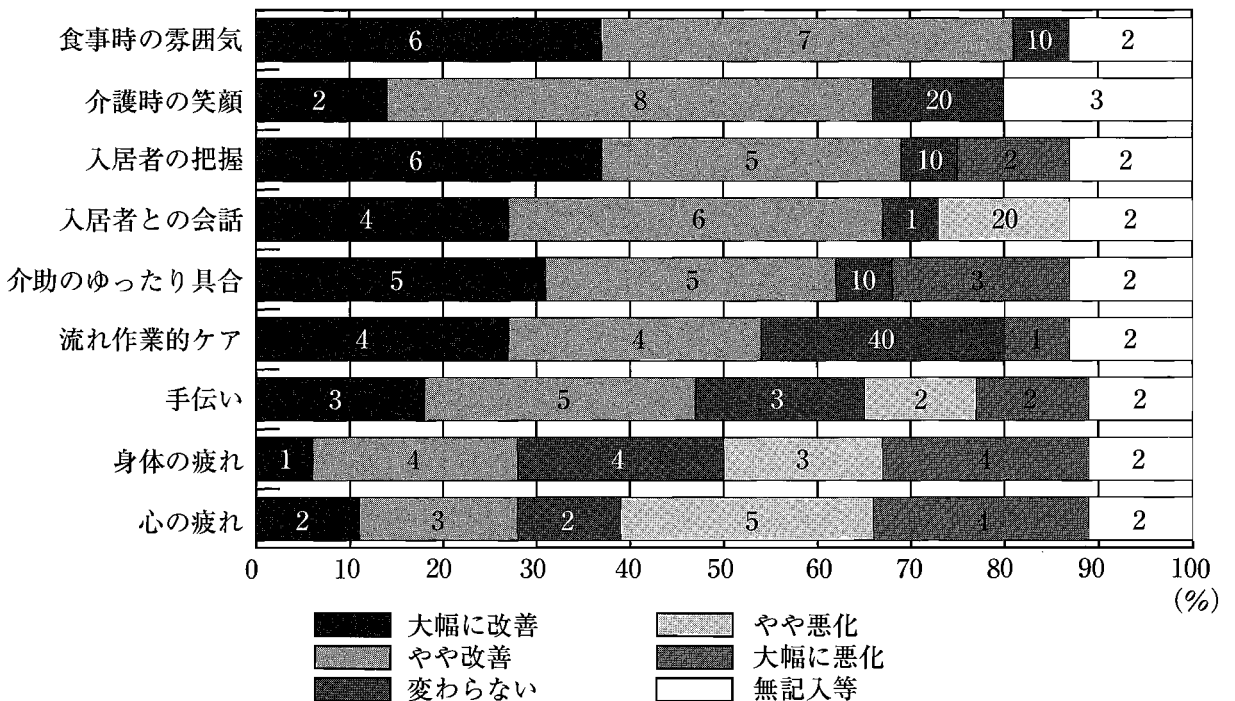
- ・職員のユニット固定配置、コンパクトなユニット構成を採用すれば、むしろユニット化する前の状態よりも職員の身体活動量は減少する
- ・従来型のケアから個室化・ユニット化への転換は、スタッフの精神的な疲れに二極化をもたらしたように、入居者と一対一で向き合う個別ケアでは職員の資質が問われることに通じるということが示唆された。

以上の結果を踏まえ、次項では適切な職員体制、建築的検討など、個室化・ユニット化をめぐる論点を検証していく。

(2) 個室化・ユニット化によるスタッフローテーション、人員配置と人件費

特養の人員配置基準については3：1（入居者3人に対し常勤換算で1名の介護・看護職員配

図14 ケアに見られた改善



置)とされており、実際に入居者何人に対して1名の職員を配置するかという「職員：入居者」といった数字で議論されることが多い。個室化・ユニット化された施設では最低基準の3：1では十分なケアが提供できず、2：1は必要であると言われることが多いが、こうした数の議論に終始するのではなく、組織としての職員体制や各職員の質を含めた議論が必要である。

流れ作業的なケアを基本とする従来型の施設とは違い、個室化・ユニット化した施設では、職員が自分で考え、行動することが求められ、職員の資質がこれまで以上に問われるものとなる。個室化・ユニット化した施設では、施設・設備などのハード面と介護体制などのソフト面が「車の両輪」として機能しなければ、十分な効果を発揮できない。個室化・ユニット化した施設で望まれる介護を実現するためには、単純に職員数を増やすことだけでは望まれる結果は残せない。

①職員の資質

現在の高齢者施設で介護業務に従事する職員は、医師や看護婦のように資格がなければ職務に従事できない職業と異なり、介護業務を始めるにあたり、介護福祉士等の資格取得も、また、介護サービスを行うために必要な知識や技術を習得するための研修受講も義務づけられていない。本項の前提として、この点に留意する必要がある。

従来型の大規模処遇を行っている施設の場合は、全員が一齐に同じ介助を行う。例えば、食事の場合は、食堂誘導→食事配膳→食事介助→下膳→居室誘導といった一連の流れを一齐に行う。このような流れ作業であれば、資格や経験のない職員でも、周りの先輩職員の動きを見よう見まねで一連の作業を覚え、こなすことは可能であり、このような作業であれば、単純な職員増加により他の職員の負担感が解消される可能性もある。

しかし、個室、ユニット化された高齢者施設で目指すケアは、「介護単位」に高齢者の生活をあわせてもらうのではなく、「高齢者の生活にケアが寄り添う」ことであり、職員が入居者ひとりひとりと正面から向き合うことを求められる。

1ユニットを2、3人の職員で対応することが多くなるが、そうになると、職員一人ひとりが自分で考え、行動することが求められる。全員一齐に作業を行うわけではないので、他の職員と同じ作業をするだけでは済まされない。

ここでいう職員の資質というのは、介護技術の専門性はもちろんのこと、入居者のニーズを掘り下げていくことを考えれば、対人コミュニケーション能力、さらには痴呆症状や加齢に伴う高齢者特有の身体、精神状態に関する理解も重要と考えられる。これらの内容を含めた研修制度を整備することが求められるであろう。

②職員配置、ローテーション

個室化、ユニット化した施設では、各生活単位としてのユニットごとに職員が固定し、生活単位と介護単位が一致することが望ましい。そのため最低限必要な職員配置を行うことが今後必要になる。

例えば、10人×8ユニットのK老健では、2：1の体制で、日中は1ユニットを常時3名の職員が担当する体制にしている。しかし、施設のハード構造や職員の経験年数、常勤・非常勤の割合によって、介護単位と生活単位を一致させることは難しい場合もある。個室化・ユニット化した施設においても、「生活単位＝介護単位」を目指しつつ、ユニットごとに数名のスタッフで固定した「チーム」を組むことを基本としつつ、現場のリーダーは複数のユニットごとに配置する体制を組むなど様々な対応がとられている。

③その他

ユニットごとに職員が固定し、個々の職員の自主的・自発的な行動が増えるにつれ、職員間の情報の共有化が適切に図られなければ、施設全体としての運営に支障をきたす懸念もある。また、日中の職員体制を厚くするために、夜勤専門の職員を置いている場合などにおいても同様である。

情報共有のシステムを構築することが重要であり、日勤職員と夜勤職員の連携など、各ユニットごとの担当職員の情報の共有化はもちろんのこと、ユニット間・施設全体の情報の共有化も必要であり、コンピュータを利用した情報管理や、定期的なミーティングの開催など、効果的な方法を検討する必要がある。

(3) 個室化・ユニット化に関する建築的検討

ユニットケアの目標は、大規模施設であってもグループホームのような家庭的なケアを行うことであるから、あるべき建築形態はおのずとグループホームに近づくと考えられる。個室化を進める際には共用空間の面積配分に注意する必要がある。やみくもに個室化を進めると個室間をつなぐ廊下も長くなり入居者も職員も使いにくくなり、結果的に施設面積が増大し事業者負担が重くなるという問題がある。無駄な共用空間を見直し、削減したスペースを個室にまわし、入居者の視点に立った適正な施設面積の配分を行うことを検討する必要がある。以下に高齢者施設の個室化・ユニット化に関する一般的な計画上の留意点および入居者の生活の質を限られた面積の中で向上させるための建築的検討の必要ないくつかの項目を挙げた。

①一般的な計画上の留意点

(a) 個室

居室は入居者の生活の拠点であると同時に、身の置き処でもなければならない。入居者が日常的に使っていた家具や思い出深い小物が持ち込まれたり、入り口の扉や窓の開閉、灯の点灯などが、かつての生活で馴染んだ仕方で容易にでき、安心してそこを自分の空間と感じられるような配慮が必要である。

個室化に対し、「孤独になる」とか「高齢者は寂しい」という意見も聞かれるが、建築的工夫をこらすことでも、こうした問題の多くは解決できる。

例えば、入居者同士の相性を考慮し、コミュニケーション扉を介し二室連続としても使える居室を一組ずつ作っておいたりするのも良案であろう。こうしておけば、プライバシーを守りつつも、必要に応じて二人部屋としても使え、夜間個室に不安を訴える高齢者でも、人の気配を感じられるため、安心して就寝できるだろう。

また、プライバシーを守りつつ、共用空間の気配を感じさせるには、居室入口扉にのぞき窓をつけるのではなく、居室の廊下側の壁に書院窓をつけることもよい方法であろう。書院窓の障子の開閉により、入居者はプライバシーあるいは交流に対する欲求を自ら表現できるし、夕刻になると各室に灯が点り、そこに浮かぶシルエットを職員は観察することができる。また、たとえ寝たきりの高齢者であっても、ベットにいながら共用空間のアクティビティや人の動きが伝わるため、個室でありながら生活の気配を感じることができるからである。

②便所

各居室にそれぞれ専用のトイレが設置できれば、わざわざポータブルトイレを用意しなくてもよく、高齢者の自立を高めるばかりか、介護者の負担も軽減できる。各居室にトイレを設置できない場合であっても、施設においてしばしば見られ

る一カ所に集合化させるのではなく、家庭環境に近づけて複数箇所に分散してトイレを配置し、居室やリビングからの移動距離を短くすることが望ましい。

③共用空間

共用空間を計画する上で重要なポイントは、いかに家庭的で生活感に満ちたしつらえを施せるか、という点にある。そのためには、住宅を基本に据えて考えると良い。それぞれの共用空間が住宅で言うどこなのか、住宅に置き換えて今一度考えるべきであろう。室名が上手く出てこない空間は要注意である。住宅にない、施設的な空間を計画している危険性があるからだ。廊下についても必要以上の大空間になっていないか再考する必要がある。以下、代表的な共用空間に対する考え方を記す。

(a) 台所

共用空間の中心は、台所と食堂である。入居者にとって、食事の支度や後片付け等の日常生活行為を継続して行うことは、ADLを維持するうえで重要であり、機能回復訓練を行うことに等しい。入居者が自由に食事作りや配膳、後片付けに加わるよう配慮したオープンな台所計画が望まれるため、流しや調理台、配膳台の前のスペースには余裕が必要である。

(b) 食堂

食堂空間と食卓まわりは家庭的な雰囲気を作れるか否かの鍵を握る重要な空間である。食堂が必要以上に大きな空間にならないよう、住宅のスケールを逸脱しないように計画しなければならない。また照明についても施設的にならぬよう白熱ペンダント灯等で暖かい雰囲気を出し、天井直付けの蛍光灯等の使用は控えたい。

(c) 座敷・小上り

その他の共用空間としては、皆で集まって寛い

だり、気の合う人同士が腰を下ろして語らったりといった様々な場面展開が可能になるように、大きさや空間の性質の異なるいくつかの場を計画したい。ソファや応接セットを置いた居間を計画するよりも、中央に炉を切った座敷を計画したり、浴室近くに畳の小上りを作ったりといったように、高齢者がかつて馴染んだ空間要素を用いるのも有効であろう。またその場所に腰を下ろした時の建物内外への視線のゆくえや視野の広がり、そこでの行為を十分計算に入れた計画としたい。

(d) 浴室等

これまで施設の浴室は各フロアに一カ所程度、日常生活の場から離れたところに大規模な浴室として配置される場合がほとんどであった。このため、多人数がある一定の時間帯に集中的に入浴することになり、入浴時間帯には脱衣室前の廊下に入浴待ち行列があふれ、いきおい集団的な「洗浄」となった。

ユニット内に浴室があり、しかも家庭的ならば、お風呂に入ったという実感を得ることができるし、たとえ時間がかかったとしても、見守りつつ必要に応じてサポートすることで、個別入浴が可能となる高齢者は多いのであれば、小規模な浴槽をユニット内に設置することを考え、次いでこうした一般浴槽で入浴できない高齢者用の機械浴を含めた浴室を複数ユニットに一カ所程度設けるべきであろう。また、機械浴であっても浴室、脱衣、洗濯場も介助のしやすさを十分考慮しながらも、家庭の雰囲気を損ねないように計画する必要があるのは言うまでもない。

(e) 職員室

ユニットケアではケアの中心はキッチンや食堂といった共用空間であり、職員が長時間職員室にいることは少ない。したがって入居者を監視するカウンターのような構えや、訪問者を窓口で対応するような造りは避け、自然な視線介護が可能な

位置、開口の取り方等に配慮する必要がある。

(4) 個室ユニット化に伴う施設面積の再検討

やみくもに個室化を進めると、個室どうしをつなぐ廊下も長くなり、入居者、職員双方にとって使い勝手が悪くなる。また個室化により際限なく施設面積が増大することは、事業者の負担が一方的に重くなり、結果的に個室化を阻害することにつながりかねない。したがって、個室化ユニット化した事例を含む、いくつかの特徴的な平面事例を分析することにより、個室を前提として、無駄な共用空間を見直し、削減したスペースを個室に回し、入居者の視点に立った適正な施設面積の配分を行うにはどのようにすればよいのか考察する。

①個室

あるべき個室面積を、居室内で展開される行為との関連から考察する。まず、起床・睡眠・休息、介護・看護に限定すると概ね6畳(10㎡)が必要となり、現行の特別養護老人ホームの国庫補助基準面積(一人あたりの居室面積10.65㎡)に近い数値となる。ただし、この面積では十分な私物を持ち込むことが難しく、満足のゆく広さが確保されているとは言い難い。タンスなどを持ち込むには8畳(13.4㎡)が必要であり、この値を個室に求められる最低基準としたい。この面積があれば各室に洗面が設置でき、緑を育てたり、歯磨きをしたり、簡単な洗濯をしたり、部屋の掃除をしたり

と生活に多様性が生まれるからである。さらに、居室にテーブルやイス、こたつを持ち込み、ベッド以外の居場所で生活を展開させるには16㎡、さらに家族が布団を敷いて宿泊できるには20㎡近い面積が必要となる。

ここで重要なのは、個室型であっても四床室タイプも、一人当たりの居室+トイレ面積にさほど大きな違いはない点である。例えば(表8)のなかで、四床室主体で整備されたF特養と全室個室のKz特養を比べても、一人当たりの居室+トイレ面積には、0.9㎡の差しかないことが分かる。また、32床のうち18床が個室だが(ただしうち8床は個室的多床室)、残りの14室は2~4人部屋というM特養と比べると至っては、一人当たりの居室+トイレ面積は14.7㎡と同じ数値である。

こうした結果は実は四床室や個室的多床室は、その内部に廊下のスペースが生じるため、思いのほか面積効率が悪いことと関係している。個室化はぜいたくだという議論には、例えば4床室の4倍、そして2床室の2倍の面積が個室にあるかのよう誤解されているが、実は一人当たりの床面積で考えると極めてわずかな差だという点が見落とされている。

②サーキュレーション(動線)

個室として整備しても多床室として整備しても、一人当たりの居室+トイレ面積がさほど変わらないならば、個室化の何が問題なのか。実は、個室化は、個室自体の問題よりも、個室化に伴いサーキュレーション(動線)が長くなることが大問題なのである。サーキュレーションが長くなる

表8 入居者1人当たりの居室+トイレ面積(㎡)

施設名	J	Ke	Kz	Ka	M	F	I
施設構成	全個室ユニット型	全個室ユニット型	全個室ユニット型	全個室ユニット的構成	約半数個室	4床室主体	4床室主体
廊下形式	中廊下	片廊下	中廊下	中廊下	片廊下一部中廊下	中廊下	片廊下
一人当たり居室+トイレ面積	22.4	14.6	14.7	14.3	14.7	13.8	10.8

と、部屋から共用スペースまでの移動距離が増え、高齢者の移動が困難になるうえ、スタッフの介護動線も長くなる。そして、施設計画上の観点からは、廊下面積の増加をもたらすことが最大の問題である。(図15、16)を比べても分かるように、単純に個室化すると、居室面積もさることながら、廊下が長くなり、面積効率が悪くなることが分かる。とりわけ、長いだけの廊下は単調な移動のためだけの空間となりがちで、生活の質の向上にはあまり役立たない。高齢者施設では、全面積の30%から35%前後が廊下やホールに当てられていると言われていたが、一般の住宅で廊下や玄関に30%から35%前後ものスペースをさく例がないように、施設のこうした空間が単なる移動のためだけの空間であるなら、これほどの効率が悪いことはない。長い廊下は、家庭的なスケールを超え、施設的な印象を強めるため、家庭的な環境を作るうえでも避けなければならない重要な点である。

対策その1：ユニット化

新たに個室型の施設を計画する場合、まずユニット化して計画する必要がある。ユニット化により生活単位が小規模化することで、居室からリビングへの動線が短くなるうえ、ユニット化した場合、ユニット内のリビングが廊下スペースを兼ねるため、入居者の生活に資するスペースを広く使えるからである。(図17)に示す通り、ユニット化し、リビングを中心とした共用空間をそのユニットの人が使うのであれば、もはやどこまでがリビングでどこまでが廊下なのか議論すること自体が無意味であることがわかるであろう。特に、他のユニットの入居者がこのユニットを通過しなくても、日常生活上の支障がなければ、ユニット内の共用空間は全てリビングとみなして問題がない(図18)。一般の家庭と同様、リビングを舞台としてさまざまな生活を展開できるユニット構成は、通路面積を削減し、それを生活関連スペースに置き換える有効な手法と言える。

対策その2：廊下幅の検討

図15 一般的な四床室

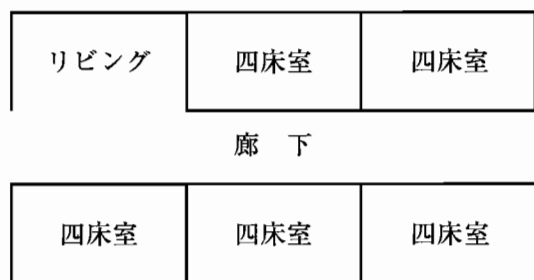
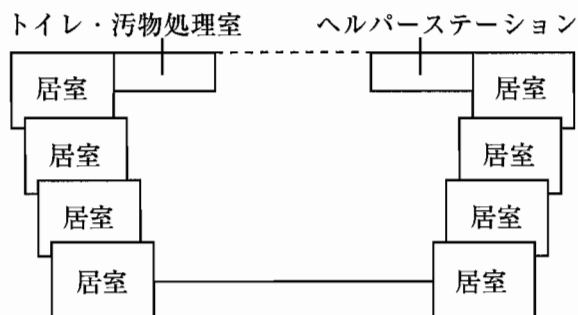


図16 個室化すると居室面積はあまり変わらなくても、廊下が長くなり、かつ廊下面積が増加する



図17 ユニットではリビングと廊下を区別するのは難しい



次いで問題にすべきは、そもそも高齢者施設の廊下幅の問題である。個室化により増加したサーキュレーションを単なる通路（移動空間）としてだけでなく、生活行為の舞台として活用するためには、廊下幅員の考え方についても改める必要がある。現状の特養、老健の基準では、両側に居室の並ぶ中廊下式の場合、車イス2台と歩行者一人が同時にすれ違えることを根拠に幅員を2.7mと定めているが、個室・ユニット化する場合、1) ユニット化により生活単位が小規模化すれば、ユニットを中心とした生活になり、入居者のサーキュレーションも短く、かつ廊下を利用する人数が限

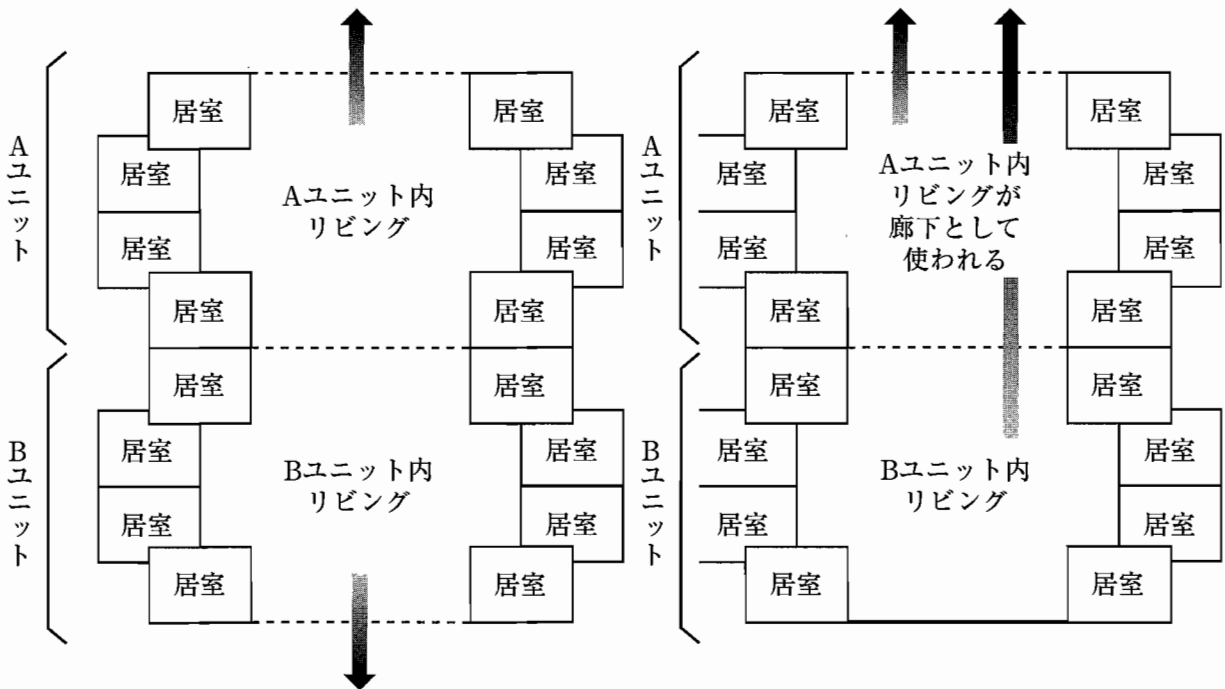
定されるため、すれ違いの頻度が減少すること、2) 個室化した場合、これまで居室にしまえず廊下に置いていた車椅子を個室に収納できるため廊下幅を広く使える、3) 病院に比べてベッドの移動が頻繁でないこと、4) 火災等緊急時にベッドを移動させる場合についても、逆の方向に避難させることはあり得ないため、ベッドのすれ違いは想定しなくて済む、等の理由から、現状の廊下幅の基準を緩和できる素地が整っていると考えられる。

したがって、個室・ユニット化し、かつ個室前にアルコーブを設け、人や車イスをアルコーブに

図18 ユニットが連結される場合のユニット内における廊下の発生に対する考え方
 (左：通過交通がないので、ユニット専用とみなせる。 右：通過交通が発生するためユニット内に廊下面積が含まれる)

Aユニットの入居者は、Bユニットを通過しなくてもここから施設内の他の共用空間にアクセスできるため日常生活上支障ない

Aユニットの入居者は、Bユニットを通過しなくてもここから施設内の他の共用空間にアクセスできるため日常生活上支障ない



Bユニットの入居者は、Aユニットを通過しなくてもここから施設内の他の共用空間にアクセスできるため日常生活上支障ない

行き止まりで、ここから施設内の他の共用空間にアクセスできない

寄せることができる部分に限り、

- ア) 中廊下1.8m以上
- イ) 片廊下1.5m以上

等、廊下幅員の基準を緩和し、入居者の生活の質に資するスペースに転換することが適切であろう。

また、仮に中廊下の有効幅を2.7m→2.1m、片廊下の有効幅を1.8m→1.5mと緩和した場合、中廊下部分について、 $2.1/2.7=0.778$ 、つまり22.2%の廊下面積が減少し、片廊下部分について、 $1.5/1.8=0.8333$ 、つまり16.7%の廊下面積が減少する。

一般的な特別養護老人ホーム等の高齢者施設における、ホールを除いた廊下等の面積は30%前後と推計されるため、廊下幅の基準を緩和した場合の面積削減効果は、

全ての廊下が中廊下の場合で、 $0.3 \times 0.22 =$ 約6.6% (最大値)

全ての廊下が片廊下の場合で、 $0.3 \times 0.167 =$ 約5.0% (最大値)

となり(ただし、アルコーブ等に面していない廊下等については、有効幅を削減できないため実際にはこれ以下の数値になると考えられる)、最大で約6%程度の面積削減効果があると考えられる。

(5) その他諸室

入居者の視点に立ち、施設面積を有効に使うには、その他諸室についても見直す必要があるだろう。例えば、個室ユニット化した場合、他の入居者に気兼ねなく訪問者と居室で面会できるため、面会室はもはや必要ない。また、生活自体が機能維持につながるとするユニットケアの主旨から考えると、機能回復訓練室についても、大人数が一同に集う、非日常的な「訓練」ではなく、OT、PTが各ユニットを訪問し、より高齢者が日々生活を行う場において、生活に根ざした個別リハビリを

行う方がむしろ効果的であるなら、機能回復訓練のみを目的とした特定の室を設けなくてもよいだろう。また、食事の盛り付けも各ユニットで行うなら、厨房の配膳室はよりコンパクトなものに変えられる可能性があるし、ほとんど日常的に使うことのない霊安室についても、室として残さなくても施設内の共用空間にそれとして使えるスペースを確保してあればよいといえる。

個室を前提として、無駄な共用空間を見直し、削減したスペースを個室に回すことで、極端に大幅な床面積の増加をせずとも、より質の高い生活の場を形成することが可能になると考えられる。

5. 個室化およびユニット化に向けた改築、改修

前節までは新築時の建築計画が中心となっているが、既存施設においては、直ちに建替えを計画することが困難な施設も少なくない。1970年代前半までに建てられた施設は、現在徐々に建替え期を迎えつつあるが、ゴールドプランのもとに整備された大量の特養ストックを中心に、直ちに建替えを計画することの出来ない多くの施設にとって、個室化、ユニット化に向けた居住環境の改善は困難な課題である。

敷地面積の拡大が困難な場合には、4人部屋を二つの個室に改築するなどすることにより、定員規模の縮小も検討する必要がある。その場合、必ずしも同一敷地内や隣接敷地ではなく、少々離れた敷地であっても周辺地域に単体のユニットを建築し、母体施設にとってのサテライトユニットとして運営してゆく可能性が、今後、是非検討されることが望まれる。このサテライトユニットの増床分で施設全体の規模を維持しながら、母体施設の個室化、ユニット化を進める余地が生まれてくるだろう。こうした展開は小規模な居住ユニッ

トが地域に分散的に配置されつつ互いに一体的に運営される、地域ケアモデルの高齢者介護施設という新たな施設形態、新たな地域と施設の関係の実現にも繋がってゆくことになるだろう。

また、居室以外の改修、改変に関しても、廊下やホールなど、従来、主として移動空間としてしか用いられてこなかったサーキュレーションスペースを、ユニットごとのまとまりで分節化することにより、身近な生活スペースに変えてゆくための内装改修やインテリア、家具の導入を図ることなどには、徹底度の差は色々であろうが、どの施設においても工夫可能な課題である。

個々の施設における具体的な改築の可能性や方法は、極めて個別的であり、一般解をもって示すことは困難である。本稿では、個室化、ユニット化に向けて取組まれた二つの事例を紹介してみたい。今後、個室化、ユニットケアの実現のために、改築を検討する施設が数多く出てくることと思われるが、今後、早急に既存改修に関する調査研究が蓄積されてゆくことが望まれる。

①ユニット化に向けた改修事例

20名×4ユニットから集団規模を10人×8に見直し、ユニットケアをさらに推進しているK老健の事例を紹介する。ダイルームを兼ねた食堂のまわりに20名の療養室が配置されていたが、このダイルームを改修することで、家庭的な雰囲気と、各ユニットの個性が感じられる空間を作り上げた(図19)。

改修にあたり、a) 利用者と職員が身近に感じられる家庭的な雰囲気を演出すること、b) 各ユニットの個性と独自性を重んじること、c) 可変性のあるフレキシブルな形態を採用することという点を重視した。具体的には、a) については壁の一部を障子のはめ込みにするなど、見えないまでも雰囲気を感じられるように設計した。b) に

ついてはユニットごとに玄関建具のデザインを替え、各ユニット間の間仕切りの形態や仕上げ等を工夫して、8つのユニットの空間に独自性が生まれるようにした。c) については、将来ふたたび改修することを想定して、固定式の間仕切りを採用せず、フレキシブルな簡易パーテーションを採用している。パーテーションの高さは1.8mとし上部を開放させたことにより、既存の照明・スプリンクラー等の障害も避けられ、また圧迫感のない心地良さも生み出している。

キッチン、畳スペースの配置、コンセントの位置等については住宅の計画のように、各ユニットの趣向、使い勝手、家具等を調べた上で、各ユニットとの職員と個別の打合せが必要である。各自しつらえを工夫することが基本的なことであり、各職員に自覚を促すためにも重要である。

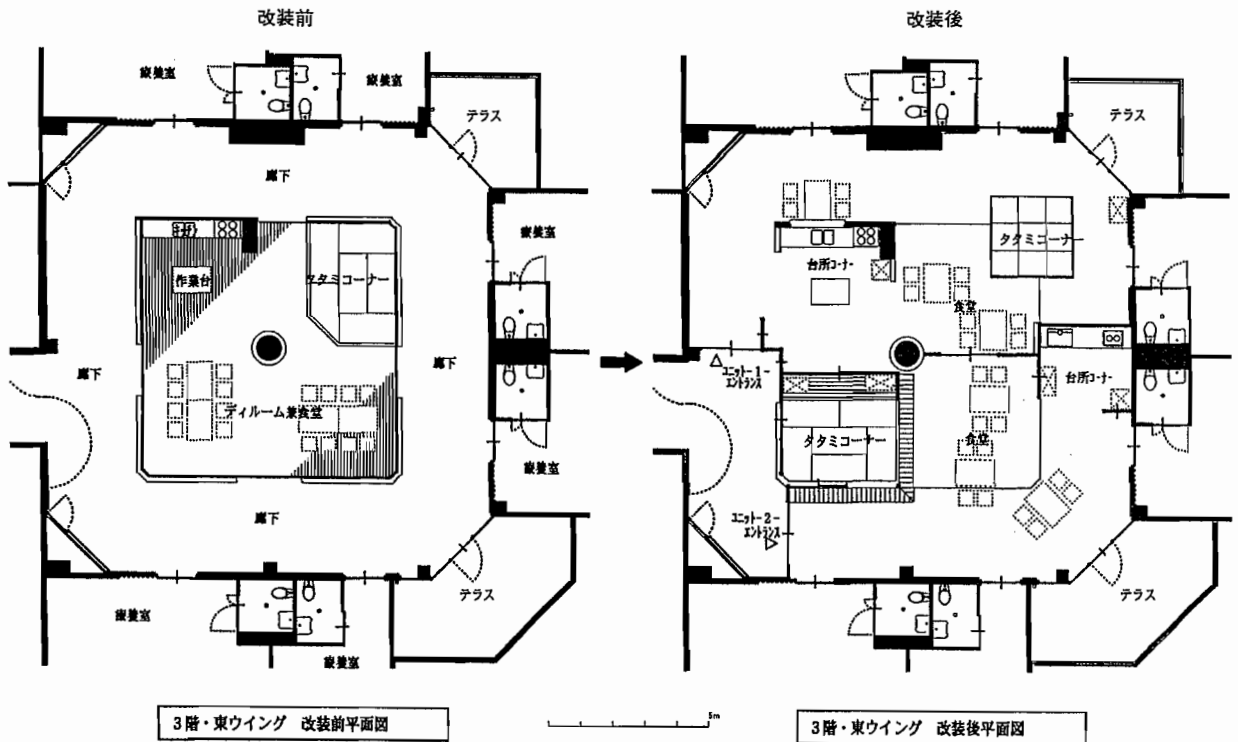
②個室化に向けた改築事例

創設以降24年間、4回の増改築を通じて個室化率(定員に対する個室の割合)を10.4%から57.8%まで伸ばしてきた、A特別養護老人ホームの事例を紹介する。

まず、1回目の工事では、2人部屋を壁で区切り準個室化している。カーテンや衝立で区切ることで済ませるのではなく、壁で部屋同士を空間的に完全に遮断したことが特徴である。このことにより個室としてのアメニティを保持することができ、個室化率は23.4%に増加した。しかし、この準個室は車イス使用者にとっては狭く、入居者のADLの低下に伴い、より広い個室が求められるようになった。

2、3回目の工事では5室ずつ、4回目の工事では定員は増やさずに20室、それぞれトイレ付の洋室を増築している。さらに家族用の宿泊室を作った。入居者のターミナルケアを視野に入れたもので、ターミナルに入った入居者家族に最後の時

図19 改修前後の平面図



間を一緒に過ごすための空間を提供している。

定員は3回目の工事以降、増員していない。4回の工事を通じて個室化率は57.8%までのびたが、2人部屋から個室に入居者が移動することで、仕様は2人部屋等であっても実際は個室として使用されている部屋も多い、そうしたことも含めると個室化率はすでに80%を超えているといえる。

A特養では、個室化を進める過程で、入居者を個室に閉じ込めることになることを懸念する指摘を受けている。コミュニケーション能力、自己判断能力がある人の中から転室希望をとっていることを説明し事なきを得ているが、このことについてA特養では、個室はライフスペースであり寝室であると解釈している。入居者にとって、1人でいたい時は個室でプライベートな時間を持つという事は自然であり、必要であり個室はそれを可能にしている。

6. 個室化およびユニット化の整備の今後の方向性について

本研究において検証し、確認してきたように、介護保険施設における個室化・ユニットケア導入の進展によって、今後特別養護老人ホームや老人保健施設は、今後「介護の場」から「生活の場」へと大きく変革されてゆくことだろうと思われる。しかし、その過程において今回も課題として挙げた留意点や、本来的な目的を忘れた形だけの整備が進められる危惧も否定できない。

まず二章で確認した個室化・ユニット化に係る基本的な考え方に繰り返し立ち返りながら目的を見失うことなく整備に取り組むことが肝要である。また、ケア介護のあり方と物理的環境整備の両輪が噛み合わないと、十分な効果が発揮されな

いという点も十分に銘記すべきである。既存の施設を使って、ユニットケアへの転換を試みた上で新施設の計画に着手するといったプロセスが必要であろう。

謝辞

本稿は医療経済研究機構「介護保険施設における個室化・ユニットケアに関する研究」(平成12年度老人保健健康増進事業による研究)の成果に基づくものであり、同研究会委員の秋葉都子、高橋誠一、武田和典、兵庫等、三浦研、村上和彦の諸氏に謝意を表します。なお、本稿の内容に関するすべての責任は著者にあります。

参考文献

- 1) 外山 義. 生活空間論. 看護教育 医学書院, 2001年1月号~7月号
- 2) 高橋鷹志, 他. 高齢者居住施設における居住者の生活領域に関する研究. 平成3, 4年度科学研究費助成研究成果報告書「高齢者居住環境に関する環境心理学的研究」 課題番号03301011, 1993
- 3) 外山 義. 高齢者の住生活行動. 住行動の心理学 朝倉書店, 1996
- 4) 全国社会福祉協議会・高年福祉部編. 特別養護老人ホームの個室化に関する研究報告書 1996
- 5) 橋 弘志, 他. 個室型特別養護老人ホームにおける個室の個人敵領域形成に関する研究. 日本建築学会計画系論文集. 1997; 500: 133-138
- 6) 橋 弘志, 他. 特別養護老人ホーム入居者の施設空間に展開する生活行動の場—個室型特別養護老人ホームの空間構成に関する研究その1, 日本建築学会計画系論文集. 1998; 512: 115-122
- 7) 石田 妙. 空間の使われ方と会話特性からみた特別養護老人ホーム六床室の生活実態. 京都大学建築学科卒業論文, 2001
- 8) 全国老人福祉施設協議会. 第5回全国老人ホーム基礎調査報告書. 1999
- 9) 社団法人 全国老人保健施設協会. 介護保険制度下におけるユニットケアの調査研究事業報告書, 2000
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部. 老人保健施設調査, 1996, 1997

著者連絡先

〒606-8501

京都市左京区吉田本町

京都大学大学院工学研究科教授 外山 義

TEL/FAX. 075-753-5770

A Study on the Introduction of Private Rooms and Small Scale Units at Long-Term Care Insurance Facilities

Tadashi Toyama Ph.D*

Converting all rooms into private rooms and introducing small scale care units at the new type nursing home is meant to shift such facilities from being places for care to places for living. The study aims to examine the effectiveness of the reform and to provide theoretical background for the reform. The study is also meant to serve as a useful guide on the development of long-term care (LTCI) facilities for service providers as well as prefectural officials.

[key words] nursing home, private rooms, small scale care units, reform of nursing home

*Professor, Department of Global Environment Engineering Graduate School of Engineering Kyoto University