

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

効果的なユニットケアと施設の整備規模に関する
調査研究事業

報告書

平成 26 年 3 月

みずほ情報総研株式会社

報告書の要旨

I. 目的

本調査研究は、個室ユニット型施設を対象として実施したものであり、生活空間やケアについての施設の考え方、施設の運営等の状況とコスト、入居者の生活空間の利用状況等を調査した。

本調査研究は、ユニットケア実践に適した施設規模の検討に役立つ基礎資料を提供し、生活空間、職員配置、定員数などユニット構成について提言することを目的とする。

II. 方法

(1) アンケート調査

アンケート調査の対象の施設は、ユニット型施設を有する全ての介護老人福祉施設(特養)とした。調査対象となる施設数は、2,396 施設である。

調査票は「施設調査票」と「ユニット調査票」の2種類であり、調査対象の施設のユニットから3つを無作為抽出してもらい「ユニット調査票」の調査対象ユニットとした。

(2) グループインタビュー

前半を参加者からの発表とし、後半を司会者が加わってのフリーディスカッションとした。

■ グループ A (ユニット型施設の設計者と施設側の設計責任者)

ユニット型特養の設計に携わったことがある建築士と、当該建築士が設計に携わった施設の施設側の設計責任者が2人1組となり、3組に参加してもらった。テーマは、「施設側の設計へのこだわりと工夫の背景にあるケアに対する考え方 ～ 共同生活室を中心としたユニットの生活空間 ～」である。

■ グループ B (ユニット型施設の管理者と介護主任クラスの職員)

ユニット型を有する特養の管理者と、当該施設の介護職員(主任クラス)が2人1組となり、3組に参加してもらった。テーマは、「施設の整備規模・定員規模と初期・運用費用やケア効率との関連 ～ 今後のユニット型施設の整備・改修の指針となる事例 ～」である。

(3) 訪問ヒアリング

アンケート調査票を返送した施設のうち、共同生活室の広さについての考え方として「共同生活室はコンパクトな方がよい」と回答した施設を対象とし、3施設に対して訪問ヒアリングを実施した。

Ⅲ. 結果

(1) アンケート調査の回収状況

ユニット型施設を有する介護老人福祉施設(特養)2,396 施設へ調査票を発送し、1,243 施設から調査票が返送された(回収率 52%)。

(2) 共同生活室の実際の広さ

共同生活室の広さは、『ユニット定員数に 2m² を乗じた以上の面積^{※(出典)}』とされている。また、『食事スペースのみで構成される場合は、キッチンを含めて居室 3 つ程度を上限とした広さ^{※(出典)}』とされている。

※(出典) 社団法人 日本医療福祉建築協会、「個室ユニットケア型施設 計画ガイドライン 個別ケアを支える居住空間のあり方」、中央法規出版、2005 年。

居室 3 つの広さを、かつての居室面積の基準 13.2m² で計算すれば、約 40 m²(壁芯面積換算で約 45 m²)となる。ユニット定員を 10 人とすれば、定員 1 人当たり 4.0m² 程度となる。

共同生活室には、食事スペースと分離したリビングを設けているのが一般的であることから、リビング部分を定員 1 人当たり 1.6m²(約 1 畳)とコンパクトにとれば、共同生活室の面積は、定員 1 人当たり 5.6m² 程度となる。

本アンケート調査の結果、定員 1 人当たりの共同生活室の面積は 9.1m² であり、上記ガイドラインが推奨している面積を超えている。

1 ユニット当たりの共同生活室の面積が「60m² 未満」の施設は 31.5%しかなく、「60m² 以上～120m² 未満」の施設が 45.5%、「120m² 以上」の施設が 23.0%となっており、上記ガイドラインが推奨している面積よりも広い共同生活室をもつ施設が過半であるという実態が明らかとなった。

(3) 共同生活室の広さについての考え方

実際の 1 ユニット当たりの共同生活室の面積に係らず、「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考える施設が 7 割以上であった(図表 1)。コンパクトな共同生活室をもつ施設は、大半が現状のままでよいと考えている一方、広い共同生活室をもつ施設は、大半がコンパクトにしておけばよかったと考えていることになる。

図表 1 共同生活室の広さについての施設の考え方

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
			60㎡未満		60㎡以上 120㎡未満		120㎡以上			
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
共同生活室はコンパクトな方がよい	795 施設	73.1 %	251 施設	73.4 %	352 施設	71.1 %	192 施設	76.8 %		
共同生活室は広ければ広い程よい	260 施設	23.9 %	84 施設	24.6 %	127 施設	25.7 %	49 施設	19.6 %		
未回答	32 施設	2.9 %	7 施設	2.0 %	16 施設	3.2 %	9 施設	3.6 %		

(4) 広い共同生活室の背景にある要因

それではなぜ、「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考える施設が、実際には 120m² 以上の共同生活室をつくったのであろうか。「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考える理由(アンケート調査の自由記述)、あるいはグループインタビューでの発言から、広い共同生活室をつくる背景にある要因を探った。

共同生活室を広くつくった理由として、自治体の指導あるいは公募の際の評価基準(広い方が評価が高い)があげられている。また、広いリビング、囲み方リビングを生み出す要因に下記基準がある。自治体の対応によっては、下記の基準を厳格に適応することにより、空間の構成上、画一的で広いリビング設置を誘導する一要因となっていることが、グループインタビュー及び訪問ヒアリングで明らかとなった。

居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けなければならない。この場合、「当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設け」られる居室とは、次の3つをいう。

(ア) 当該共同生活室に隣接している居室

(イ) 当該共同生活室に隣接してはいないが、(ア)の居室と隣接している居室

(ウ) その他当該共同生活室に近接して一体的に設けられている居室(他の共同生活室の(ア)及び(イ)に該当する居室を除く)

(5) 共同生活室をコンパクトにした場合のメリット

ユニット型施設の建築事業費(建設費)及びユニットの運営費用を、共同生活室の面積別に比較した結果、「60m² 未満」と「120m² 以上」を比較した場合、定員 1 人当たりの事業費(建設費)の差は-23 万円/人であり▲1.9%程度であった。また、入居者 1 人 1 日当たりの運営費用の差は-89 円/日であり▲0.9%程度であり、いずれも「60m² 未満」の方が低い金額になっている。

事業費(建設費)に大きな差はみられなかった。共同生活室が狭いほど、廊下等のその他共用部の面積が広くなる傾向があり、ユニットの面積の差が小さくなるので、共同生活室をコンパクトにすることが事業費(建設費)の低減化につながっていない。

運営費用の水道・光熱費について「60m² 未満」と「120m² 以上」を比較した場合、▲8.1%程度でありメリットがあるといえる。一般的にコンパクトな方が冷暖房効率はよくなると考えられる。その他にも清掃委託費など広さとの関連が強い運営費用にも影響し、コストへの継続的な影響が無視できない。

(6) 家庭的な雰囲気がもたらすもの

共同生活室の面積「60m² 未満」と「120m² 以上」を比較した場合、キッチン内で汁物をつくっている、おかずをつくっている施設の割合は共同生活室がコンパクトな方が高くなっている。アンケート調査の自由回答では、共同生活室がコンパクトであれば家庭的な雰囲気がつくりやすくなるとの意見が多かった。家庭的な雰囲気に促されて、ユニット内で食事をつくることもあるかも知れない。

(7)共同生活室をコンパクトにする場合の留意点

共同生活室の面積「60m²未満」と「120m²以上」を比較した場合、共同生活室がコンパクトな方が、「居室内にもトイレがあった方がよい」と考える施設割合が高くなっていた。食事やくつろいでいる場面で、トイレの存在を感じたくないと思えるのは自然である。また、トイレに入るところを見られたくない入居者もいると思われる。

共同生活室がコンパクトな場合、ともすれば共用トイレの存在を感じやすくなるし、トイレへの出入りも人から見られやすくなる。したがって、共用トイレを共同生活室からできる限り離して、出入り口も共同生活室から見えにくくする配慮が必要であろう。また、居室内にトイレを設置して、プライベートな空間でトイレに行けるようにすることが望ましい。

(8)ユニットの入居定員

グループインタビューにおいて、ユニットの入居定員12人を推す意見が、施設の管理者や設計者から多くでた。確かに、一部の自治体(東京都、群馬県等)では、12人の定員を認めるようになってきている。地方分権一括法では、ユニット入居定員について国は参酌すべき基準を設けることとなっており、それに基づいて自治体が条例で定めることになっていることから、12人定員を認める自治体が広がってゆくことが想定できる。

しかしながら、国が定める基準「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について(平成12年3月17日 老発第214号)」では、(ア)入居定員はおおむね10人と言える範囲内であること、(イ)入居定員が10人を超えるユニットは総ユニット数の半数以下であることとされている。

(9)医療ニーズの現状

アンケート調査(ユニット調査票)において、入居者の医療ニーズを訊いている。医療ニーズを要介護度区分別に集計した結果、要介護度4～5で「胃瘻・腸瘻等」の該当割合が顕著に高くなっていた。「褥瘡の治療」、「喀痰吸引」でも該当者割合は増加し、他の医療ニーズでも同様の傾向がみられる。

訪問ヒアリングでの発言をみると、看護職員には施設全体の入居者を看ることも要求されることから、個別医療ニーズへの対応力を高めることとの両立に苦慮している状況が伺えた。

以上が調査結果の要旨である。

提言内容については報告書の本編(第6章)をご覧ください。

【実施体制】

本調査研究の実施にあたって、下記の有識者から構成される検討委員会を設置した。

- 委員長 石井 敏 （東北工業大学 工学部建築学科 教授）
- 委員 井上 由起子（日本社会事業大学 専門職大学院 准教授）
- 委員 加藤 尚史 （福祉医療機構 福祉貸付部福祉審査課 課長）
- 委員 繁里 弘喜 （全国個室ユニット型施設推進協議会 理事）
- 委員 下垣 光 （日本社会事業大学 福祉援護学科 准教授）
- 委員 橋本 武也 （特養をよくする特養の会 理事）
- 委員 堀川 尚子 （日本看護協会 社会保険・調査研究担当専門職）
- 委員 三浦 研 （大阪市立大学 生活科学研究科 教授）
- 委員 山野 良夫 （日本ユニットケア推進センター 会長）

オブザーバー

- 懸上 忠寿 （厚生労働省老健局高齢者支援課 課長補佐）
- 右田 周平 （厚生労働省老健局高齢者支援課 老人介護専門官）

事務局

- 石橋 洋次郎 （みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部）
- 村井 昂志 （みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部）

目 次

報告書の要旨	i
実施体制	v
目次	vi
1 調査研究の目的	1
2 調査研究の内容	3
3 アンケート調査の結果	11
3. 1 施設調査票の集計結果	14
3. 2 ユニット調査票の集計結果	31
4 グループインタビューの結果	51
4. 1 グループA（施設の設計者と施設側の設計責任者）	51
4. 2 グループB（施設の管理者と介護主任クラスの職員）	74
5 訪問ヒアリングの結果	94
6 まとめ・提言	105
附録 アンケート調査票	119

1. 調査研究の目的

(1) 背景

平成 18 年から平成 23 年の 5 年間で、ユニット型を有する施設数は介護老人福祉施設で 848 施設増加している（介護サービス施設・事業所調査）。新設された施設のほとんどがユニット型施設であるが、施設によってユニットケアへの理解の程度に差があり、ユニットケアの質の均てん化の必要性が指摘されている。

また、ユニット型施設のなかに、非常に広く感じる食事スペースやリビングをもつ施設があり、天井も一般家庭より高くなっているなど家庭的な雰囲気とは程遠い印象を受ける場合がある。ユニット型施設は暮らしの場であることから、空間のつくりやしつらえにも配慮が必要である。

いま、主に利用者の経済的負担を軽減するという観点から、プライバシーに配慮した多床室の整備が必要との意見があるなど、個室ユニット型施設の整備を進めてきた流れからの転換を求める声がある。

個室ユニット型施設の固有の価値は何であるか、真摯に問い直す時期にきているのではないだろうか。いま、ユニットケアの原点に立ちかえって、ユニットケアの質を担保する取り組みを強化することが求められている。同時に、重度化など今後の状況変化を踏まえた、これからのユニットケアのあり方を示して、引き続き個室ユニット型施設の整備を推進していくことの意義を明確にすることが求められている。

<制度の概況：ユニット定員数>

・ユニットの入居定員は、10 人以下とすることを原則とする。ただし、建物の構造上など特別の事情がある場合は、入居定員が 10 を超えるユニットを認めるが、（ア）入居定員はおおむね 10 人と言える範囲内であること、（イ）入居定員が 10 人を超えるユニットの数は総ユニット数の半数以下であること。（出典：「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成 12 年 3 月 17 日老発第 214 号）」）

・地方分権一括法（平成 23 年 4 月可決）により、ユニットの入居定員については国が「参酌すべき基準」を設け、それに基づき自治体で条例を作成することになっている。

・限られた職員数で個別ケアを実施するためには職員の効率的配置が必要であり、ユニット入居定員 12 人を定める自治体が散見されるようになってきた（東京都、群馬県等）

（２）調査研究の目的

本調査研究において、個室ユニット型施設を対象とした調査を実施した。生活空間やケアについての施設の考え方、介護職員の生活空間等の評価を調査するとともに、施設の運営等の状況とコスト、入居者の生活空間の利用状況の実態を把握した。また、ユニット型施設の設計者、施設側の設計責任者、施設の管理者と介護職員（主任クラス）から、ユニットケアのソフト面あるいはハード面で参考となる事例を収集した。本調査研究は、ユニットケア実践に適した施設規模の検討に役立つ基礎資料を提供し、生活空間、職員配置、定員数などユニット構成について提言することを目的とする。

・ 本調査結果から導きだすこと：

- ①既存の施設のユニットケアの質向上につながる提案。
- ②今後の施設整備・改修における整備規模や定員規模の検討指針。

2. 調査研究の内容

本調査研究において、アンケート調査、グループインタビュー、訪問ヒアリングを実施した。具体的な内容を以下に示す。

(1) アンケート調査の内容

■ 調査対象

本アンケート調査の対象の施設は、ユニット型施設を有する全ての介護老人福祉施設（特養）とする。ただし、除外地域に所在する施設は、調査対象から除外した。調査対象となる施設数は、2,396 施設である。

（介護サービス情報公表システム <http://www.kaigokensaku.jp/> から、「介護老人福祉施設」、「ユニット型居室 あり」で検索）

また、調査対象のユニットは、調査対象の施設において3つのユニットを無作為抽出したものとする。なお、ユニット数が3以下の場合は、全てのユニットを調査対象とする。

<除外地域について>

原子力災害対策特別措置法に基づき警戒区域、計画的避難区域を設定された市町村、及び緊急時避難準備区域を設定後解除された市町村を除外地域（12 市町村）とし、除外地域に所在するユニット型施設を有する介護老人福祉施設（特養）を、本アンケート調査の対象から除外した。

■ 調査項目

調査票は「施設調査票」と「ユニット調査票」の2種類ある。各調査票の項目を以下に示す。

《施設調査票の項目》

I ユニット型施設の生活空間等の状況	(1) 共同生活室の状況 (2) 食事の提供状況 (3) 居室の生活機能 (4) 浴室の種類別個数
---------------------------	--

Ⅱ ユニット型施設の生活空間等やケアについての考え方	(5) 共同生活室の広さについて (6) 共同生活室の天井の高さについて (7) 共同生活室のキッチンについて (8) 居室内のトイレの設置について (9) ユニット内の個浴の設置について
Ⅲ ユニット型施設の運営等の状況	(10) ボランティアの活用状況 (11) 看取りについての方針 (12) グリーフケア等の状況 (13) 看取り介護の実施状況 (14) 日常生活継続支援加算等の算定状況 (15) 1人当たり居室料・食事料 (16) 介護職員の勤務シフトの作成状況
Ⅳ ユニット型施設におけるコスト	(17) ユニット型施設の建築概要 (18) ユニット型施設の建築資金・事業費 (19) ユニット型施設の運営・運用・維持管理費用
Ⅴ 施設の基本情報	(20) 施設の設置主体 (21) 施設の開設年月 (22) 施設サービスに係る介護報酬 (23) サテライト型施設 (24) 施設の定員数 (25) 施設の延べ床面積 (26) 施設の入居者数 (27) 施設の職員数 (28) ユニット型施設のユニット数 (29) ユニット型施設のフロア数 (30) ユニット型施設の居室数と床面積 (31) ユニット型介護老人福祉施設の共同生活室の床面積と天井の高さ (32) ユニット型施設の生活空間等の特長・改善点、及び運営やコスト面での課題等

《ユニット調査票の項目》

問1. 当該ユニットの入居者の基本情報(性別、年齢、要介護度、日常生活自立度)
問2. 当該ユニットの入居者の共同生活室の利用状況
問3. 当該ユニットの入居者への医療サービスの提供状況
問4. 当該ユニットの入居者の QOL(EQ5D)
問5. 当該ユニットの生活空間等についての介護職員(記入者)の評価
問6. 当該ユニットの職員数(平成 25 年 10 月 1 日時点)
問7. 当該ユニットにおける共同生活室に係る改善点や課題についてのご意見(自由回答)

■ 調査方法

調査票(施設調査票、ユニット調査票の2種類)と記入要領を作成し、調査協力依頼状と一緒に調査対象の施設の開設者・管理者宛に郵送した。

調査対象の施設において記入した調査票を返送してもらう調査方法とした。

（２）グループインタビューの内容

ユニット型施設の設計者と施設側の設計責任者が１組となって参加するグループ、及び施設の管理者と介護主任クラスの職員が１組となって参加するグループに対してグループインタビューを実施した。

■ グループA（ユニット型施設の設計者と施設側の設計責任者）

1. 目的

ユニットケアへのこだわりやソフト面での工夫がなされている施設は、施設整備時における設計へのこだわりやハード面での工夫、さらには運用時におけるしつらえや生活環境づくりへの工夫がこらされていると考え、その背景にあるケアに対する考え方を明らかにするとともに、実践的な事例を収集することを目的とする。

2. テーマ

施設側の設計へのこだわりと工夫の背景にあるケアに対する考え方
～ 共同生活室を中心としたユニットの生活空間 ～

3. 対象者

- ① 福祉施設等の設計者： ユニット型特養の設計に携わったことがある建築士
- ② 施設側の設計責任者： ①の設計者が携わった施設の施設側の設計責任者

グループAは、①の対象者1名と②の対象者1名のあわせて2名で1組での参加とした。

4. 開催日時と場所

- ・開催日時： 9月30日（月）
- ・開催場所： みずほ情報総研株式会社 会議室（東京都千代田区）

《司会者》

石井 敏（東北工業大学 工学部建築学科 教授）

《参加者》

組ID	区分	氏名	所属
A1	設計者	大井 幸次	大久手計画工房(大久手工房)
	施設側	日比野 浩之	社会福祉法人成祥福社会 あいあいの郷
A2	設計者	劔持 泰典	株式会社 劔持建築設計事務所
	施設側	篠崎 人理	ありすの杜 きのご南麻布
A3	設計者	永野 一生	永野建築設計事務所
	施設側	山野 良夫	特別養護老人ホーム ゆうらく

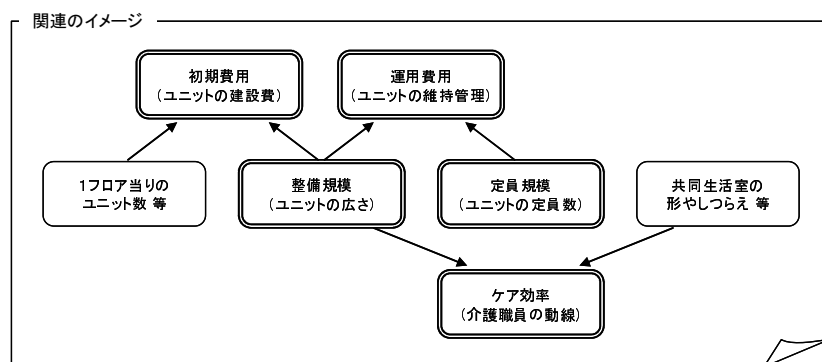
《タイムテーブル》

- | | |
|--------------------|------|
| 1. 趣旨説明 | 5 分 |
| 2. 第一部 参加者からの発表 | |
| 大井、日比野 | 15 分 |
| 劔持、篠崎 | 15 分 |
| 永野、山野 | 15 分 |
| 3. 第二部 フリーディスカッション | 70 分 |

■ グループB（ユニット型施設の管理者と介護主任クラスの職員）

1. 目的

本グループインタビューは、今後の施設整備・改修における整備規模や定員規模を検討する上での指針となる事例を収集するとともに、初期・運用費用やケア効率との関連を明らかにすることを目的とする。



2. テーマ

施設の整備規模・定員規模と初期・運用費用やケア効率との関連
～ 今後のユニット型施設の整備・改修の指針となる事例 ～

3. 対象者

- ① 施設の管理者： ユニット型を有する特養の管理者
- ② ケアの経験者： ①の管理者の施設職員（介護主任クラス）

グループBは、①の対象者1名と②の対象者1名のあわせて2名で1組での参加とした。

4. 開催日時と場所

- ・開催日時： 9月30日（月）
- ・開催場所： みずほ情報総研株式会社 会議室（東京都千代田区）

《司会者》

石井 敏（東北工業大学 工学部建築学科 教授）

《参加者》

組ID	氏名	役職	同伴職員	所属
B1	藤居 眞	施設長	中村	特別養護老人ホーム けやきの杜
B2	若月 剛治	施設長	原田 若月	特別養護老人ホーム あさひが丘
B3	五十棲 恒夫	理事長	小川	特別養護老人ホーム 天神の杜

《タイムテーブル》

- 趣旨説明 5 分
- 第一部 参加者からの発表
 - 特別養護老人ホーム けやきの杜 15 分
 - 特別養護老人ホーム あさひが丘 15 分
 - 特別養護老人ホーム 天神の杜 15 分
- 第二部 フリーディスカッション 70 分

(3) 訪問ヒアリングの内容

■ 調査目的

アンケート調査において、ユニット型施設の生活空間等の現状と考え方を訊いているので、回答内容について、管理者と介護担当者から詳しく聴き取るとともに、居心地よいリビング等の生活空間をつくるための工夫を視察することを目的として、訪問ヒアリングを実施した。

■ 調査対象

アンケート調査票を返送した施設から、訪問ヒアリングの対象を抽出した。

		実 際 の 共 同 生 活 室 の 面 積		
		60m ² 以下	60～120 m ²	120 m ² 以上
考 え 方	共同生活室はコンパクトな方がよい	2施設	—	1施設
	共同生活室は広ければ広い程よい	—	—	—

■ 調査項目

対象者	ヒアリング項目	
管理者	考 え 方	・ 全般的な運営理念、ビジョンの内容 ・ 安全面からみた共同生活室のあり方 ・ 防災面からみた共同生活室のあり方 ・ 消防法等による共同生活室のしつらえの制約 ・ 保健衛生面での共同生活室のしつらえの制約
	方 針 等	・ 重度化対応、車イス対応、認知症対応 ・ 医療ニーズへの対応、看取り対応 ・ 多様化する入居者ニーズへの対応
	運営状況	・ 離職率と職員の確保 ・ 介護職員の教育・研修 ・ 人員配置、介護福祉士の配置 ・ 常勤と非常勤の比率、ユニット専従と専任の比率 ・ 病欠等による欠員への対応

	コスト等	・ユニット配置・定員数と人件費の関連、及び人件費の変動傾向 ・共同生活室の広さと水道・光熱費の関連、及び費用の変動傾向 ・入居者の経済的な負担と施設整備規模の関連
職 員	介護環境	・共同生活室の採光と照明 ・共同生活室における死角 ・食事スペースと居間スペースの分離 ・共同生活室と隣接する廊下の一体的利用の状況 ・共同生活室の家庭的な雰囲気としつらえの工夫
	そ の 他	・勤務シフトが組みやすいユニット配置・定員数 ・ユニット固定配置の状況、及び病欠等への対応状況 ・共同生活室の広さやしつらえと職員の負担感の関連 ・共同生活室の広さやしつらえと入居者同士のふれあいの関連

3. アンケート調査の結果

アンケート調査票の回収状況（発送数、回収数、回収率）を以下に示す。

調査票は「施設調査票」と「ユニット調査票（1施設当たり3部）」の2種類である。
第3.1節に施設調査票の集計結果、第3.2節にユニット調査票の集計結果を示す。

＜アンケート調査の発送数及び回収数＞

ユニット型施設を有する 介護老人福祉施設（特養）	発送数	回収数	回収率
	2,396施設	1,243施設	52%

＜図表の一覧＞

図表 3-1	共同生活室の状況	14
図表 3-2	食事の提供状況	15
図表 3-3	居室の生活機能	15
図表 3-4	浴室の種類別個数	16
図表 3-5	共同生活室の広さについての考え方	16
図表 3-6	共同生活室の天井の高さについての考え方	17
図表 3-7	共同生活室のキッチンについての考え方	17
図表 3-8	居室内のトイレの設置についての考え方	17
図表 3-9	ユニット内の個浴の設置についての考え方	18
図表 3-10	ボランティアの活用状況	18
図表 3-11	看取りについての方針	18
図表 3-12	グリーフケア等の状況	19

図表 3-13	看取り介護の実施状況	19
図表 3-14	日常生活継続支援加算等の算定状況	19
図表 3-15	1人当たり居室料・食事料（所得第4段階以上）	20
図表 3-16	介護職員の勤務シフトの作成状況	20
図表 3-17	ユニット型施設の建築概要	21
図表 3-18	ユニット型施設の建築資金・事業費	22
図表 3-19	ユニット型施設の運営・運用・維持管理費用	23
図表 3-20	施設の設置主体	23
図表 3-21	施設サービスに係る介護報酬	24
図表 3-22	サテライト型施設	24
図表 3-23	施設の定員数	25
図表 3-24	施設の延べ床面積	25
図表 3-25	施設の入居者数	26
図表 3-26	施設の職員数	27
図表 3-27	ユニット型施設のユニット数	28
図表 3-28	ユニット型施設のフロア数	28
図表 3-29	ユニット型施設の居室数と床面積	29
図表 3-30	ユニット型施設の共同生活室の床面積と天井の高さ	30
図表 3-31	共同生活室の広さについての介護職員の評価	31
図表 3-32	共同生活室の死角についての介護職員の評価	31
図表 3-33	共同生活室の天井の高さについての介護職員の評価	32
図表 3-34	共同生活室の家庭的な雰囲気についての介護職員の評価	32
図表 3-35	共同生活室のケア提供環境についての介護職員の評価	33
図表 3-36	当該ユニットの職員数	33

図表 3-37	性別の入居者数	34
図表 3-38	年齢階級別の入居者数	35
図表 3-39	障害高齢者の日常生活自立度別の入居者数	36
図表 3-40	認知症高齢者の日常生活自立度別の入居者数	37
図表 3-41	《共同生活室の利用頻度》 (1) 食事の時の利用	38
図表 3-42	《共同生活室の利用頻度》 (2) 口腔ケア実施場所	39
図表 3-43	《共同生活室の利用頻度》 (3) 食事以外の時間帯	40
図表 3-44	《共同生活室の利用頻度》 (4) 車椅子での滞在	41
図表 3-45	《共同生活室の利用頻度》 (5) 他者との交流	42
図表 3-46	《共同生活室への移動方法と介助の程度》 (1) 移動方法	43
図表 3-47	《共同生活室への移動方法と介助の程度》 (2) 介助の程度	44
図表 3-48	医療サービスの提供状況	45
図表 3-49	入居者の QOL (EQ5D) ①移動	46
図表 3-50	入居者の QOL (EQ5D) ②身の回りの管理	47
図表 3-51	入居者の QOL (EQ5D) ③ふだんの活動	48
図表 3-52	入居者の QOL (EQ5D) ④痛み／不快感	49
図表 3-53	入居者の QOL (EQ5D) ⑤不安／ふさぎ込み	50

3. 1 施設調査票の集計結果

図表 3-1 に共同生活室の状況を示す。該当する施設の割合が最も低い項目は「介護用の家具を置いて、職員のケアがやりやすいようにしている」であった。一方、「家庭用の家具を置いて、家庭的な雰囲気を感じられるようにしている」に該当するとした施設は 7 割を超えており、ケアのやりやすさよりも家庭的な雰囲気を重視している施設の方が多いことが分かる。

項目「共同生活室を、地域住民等との交流の場として利用することがある」に該当するとした施設も 4 割程度と少なく、120m²以上の広い共同生活室をもっている施設で該当する施設の割合が下がっている。

図表 3-1 共同生活室の状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
施設数	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
食事を行うためのテーブルと、くつろぐためのテーブルは異なっている	561 施設	51.6 %	172 施設	50.3 %	257 施設	51.9 %	132 施設	52.8 %		
リビングスペースには、体を横たえたり、足を伸ばしたりできる空間がある	754 施設	69.4 %	229 施設	67.0 %	349 施設	70.5 %	176 施設	70.4 %		
リビングスペース等に座った状態で、十分な採光が得られる	933 施設	85.8 %	299 施設	87.4 %	424 施設	85.7 %	210 施設	84.0 %		
煮炊きを行える十分な大きさのキッチンが設置してある	925 施設	85.1 %	289 施設	84.5 %	427 施設	86.3 %	209 施設	83.6 %		
必要なデータの記録・保管スペースがユニット内にある	920 施設	84.6 %	294 施設	86.0 %	413 施設	83.4 %	213 施設	85.2 %		
共同生活室のすぐ近くに共用のトイレがある	930 施設	85.6 %	290 施設	84.8 %	425 施設	85.9 %	215 施設	86.0 %		
共同生活室から少し離れたユニット内に、息を抜ける居場所がある	578 施設	53.2 %	173 施設	50.6 %	268 施設	54.1 %	137 施設	54.8 %		
共同生活室の延長としての戸外空間がある	617 施設	56.8 %	184 施設	53.8 %	278 施設	56.2 %	155 施設	62.0 %		
玄関を設けてあり、ユニット内とユニット外が明確になっている	744 施設	68.4 %	251 施設	73.4 %	327 施設	66.1 %	166 施設	66.4 %		
共同生活室の見渡しがきいて、死角がないようになっている	538 施設	49.5 %	173 施設	50.6 %	253 施設	51.1 %	112 施設	44.8 %		
介護用の家具を置いて、職員のケアがやりやすいようにしている	287 施設	26.4 %	95 施設	27.8 %	130 施設	26.3 %	62 施設	24.8 %		
家庭用の家具を置いて、家庭的な雰囲気を感じられるようにしている	821 施設	75.5 %	258 施設	75.4 %	377 施設	76.2 %	186 施設	74.4 %		
共同生活室・居室・共用トイレ等の配置が効率的となっている	691 施設	63.6 %	219 施設	64.0 %	338 施設	68.3 %	134 施設	53.6 %		
入居者が滞在しやすい、明るい雰囲気の快適な空間になっている	925 施設	85.1 %	283 施設	82.7 %	428 施設	86.5 %	214 施設	85.6 %		
共同生活室を、地域住民等との交流の場として利用することがある	421 施設	38.7 %	132 施設	38.6 %	200 施設	40.4 %	89 施設	35.6 %		
選択肢該当なし	18 施設	1.7 %	6 施設	1.8 %	6 施設	1.2 %	6 施設	2.4 %		

図表 3-2 に食事の提供状況を示す。ユニット内でごはんを炊く施設が 7 割以上あった。一方、ユニット内で汁物をつくる施設は 2 割程度と少なく、ユニット内でおかずをつくる施設は 5%程度であった。

ソフト食を導入している施設は 5 割以上であった。クックチルシステムを導入している施設は 1 割程度であった。

図表 3-2 食事の提供状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
食事は全面委託してつくっている	617 施設	56.8 %	178 施設	52.0 %	293 施設	59.2 %	146 施設	58.4 %
食事は一部委託してつくっている	72 施設	6.6 %	28 施設	8.2 %	31 施設	6.3 %	13 施設	5.2 %
食事は完全直営でつくっている	357 施設	32.8 %	124 施設	36.3 %	154 施設	31.1 %	79 施設	31.6 %
外部でつくった食事を搬入している	31 施設	2.9 %	11 施設	3.2 %	13 施設	2.6 %	7 施設	2.8 %
クックチルシステムを導入している	130 施設	12.0 %	25 施設	7.3 %	72 施設	14.5 %	33 施設	13.2 %
ソフト食を導入している	618 施設	56.9 %	187 施設	54.7 %	286 施設	57.8 %	145 施設	58.0 %
ユニット内キッチンでごはんを炊く	796 施設	73.2 %	254 施設	74.3 %	353 施設	71.3 %	189 施設	75.6 %
ユニット内キッチンで汁物をつくる	244 施設	22.4 %	88 施設	25.7 %	109 施設	22.0 %	47 施設	18.8 %
ユニット内キッチンでおかずをつくる	53 施設	4.9 %	21 施設	6.1 %	22 施設	4.4 %	10 施設	4.0 %
職員の管理栄養士が献立を立てている	680 施設	62.6 %	217 施設	63.5 %	302 施設	61.0 %	161 施設	64.4 %
選択肢該当なし	4 施設	0.4 %	2 施設	0.6 %	1 施設	0.2 %	1 施設	0.4 %

図表 3-3 に居室の生活機能を示す。居室内トイレがある施設が 4 割程度であった。

図表 3-3 居室の生活機能

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
居室内に洗面台がある	1,048 施設	96.4 %	332 施設	97.1 %	473 施設	95.6 %	243 施設	97.2 %
居室内にシャワー・浴室がある	9 施設	0.8 %	4 施設	1.2 %	4 施設	0.8 %	1 施設	0.4 %
居室内にトイレがある	487 施設	44.8 %	149 施設	43.6 %	234 施設	47.3 %	104 施設	41.6 %
居室内に専用の電話回線の端子がある	181 施設	16.7 %	55 施設	16.1 %	82 施設	16.6 %	44 施設	17.6 %
居室内にミニキッチンがある	12 施設	1.1 %	4 施設	1.2 %	7 施設	1.4 %	1 施設	0.4 %
居室内にTV やインターネットの端子がある	980 施設	90.2 %	316 施設	92.4 %	435 施設	87.9 %	229 施設	91.6 %
居室内に接客スペースやリビングがある	140 施設	12.9 %	45 施設	13.2 %	63 施設	12.7 %	32 施設	12.8 %
選択肢該当なし	8 施設	0.7 %	1 施設	0.3 %	4 施設	0.8 %	3 施設	1.2 %

図表 3-4 に浴室の種類別個数を示す。ユニット数の平均は 6.2 ユニット（図表 3-27）であり、個別浴槽は姿勢保持機能付きを含めると 4.6 据となっている。1 ユニットに対して個別浴槽を 1 つ有する施設と、2 ユニットに対して個別浴槽を 1 つ有する施設のいずれかであると仮定すれば、1 ユニットに対して個別浴槽を 1 つ有する施設は 48%程度（ $=4.6/(0.5 \times 6.2) - 1$ ）となり、半数程度の施設は 1 ユニットに対して個別浴槽を 1 つ有していると推察される。

図表 3-4 浴室の種類別個数

	施設数	構成比	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
			施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
(うち)回答施設	1,078 施設	99.2 %	339 施設	99.1 %	491 施設	99.2 %	248 施設	99.2 %
(うち)未回答施設	9 施設	0.8 %	3 施設	0.9 %	4 施設	0.8 %	2 施設	0.8 %
個別浴槽	3.9 据		3.9 据		4.2 据		3.5 据	
姿勢保持機能付き個別浴槽	0.7 据		0.7 据		0.7 据		0.9 据	
座位式機械浴槽／チェアインバス	1.3 据		1.3 据		1.3 据		1.3 据	
臥位式機械浴槽	1.0 据		1.0 据		1.0 据		1.0 据	
一般浴槽	0.7 据		0.6 据		0.7 据		0.8 据	

図表 3-5 に共同生活室の広さについての考え方を示す。実際の共同生活室の広さに係らず、「共同生活室はコンパクトな方がよい」とした施設が 7 割以上であった。

図表 3-5 共同生活室の広さについての考え方

	施設数	構成比	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
			施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
共同生活室はコンパクトな方がよい	795 施設	73.1 %	251 施設	73.4 %	352 施設	71.1 %	192 施設	76.8 %
共同生活室は広ければ広い程よい	260 施設	23.9 %	84 施設	24.6 %	127 施設	25.7 %	49 施設	19.6 %
未回答	32 施設	2.9 %	7 施設	2.0 %	16 施設	3.2 %	9 施設	3.6 %

図表 3-6 に共同生活室の天井の高さについての考え方を示す。6 割程度の施設が「天井は低く家庭的なスケールの方がよい」としている。

図表 3-6 共同生活室の天井の高さについての考え方

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
天井は低く家庭的なスケールの方がよい	633 施設	58.2 %	198 施設	57.9 %	285 施設	57.6 %	150 施設	60.0 %
天井は高く開放的な雰囲気の方がよい	428 施設	39.4 %	136 施設	39.8 %	196 施設	39.6 %	96 施設	38.4 %
未回答	26 施設	2.4 %	8 施設	2.3 %	14 施設	2.8 %	4 施設	1.6 %

図表 3-7 に共同生活室のキッチンについての考え方を示す。

図表 3-7 共同生活室のキッチンについての考え方

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
食事はできる限り、ユニット内キッチンでつくる方がよい	599 施設	55.1 %	192 施設	56.1 %	262 施設	52.9 %	145 施設	58.0 %
食事はできる限り、施設全体の厨房などでつくる方がよい	456 施設	42.0 %	143 施設	41.8 %	219 施設	44.2 %	94 施設	37.6 %
未回答	32 施設	2.9 %	7 施設	2.0 %	14 施設	2.8 %	11 施設	4.4 %

図表 3-8 に居室内のトイレの設置についての考え方を示す。居室内にトイレがある施設が 4 割程度（図表 3-3）であるのに対して、「居室内にもトイレがあった方がよい」とする施設が 7 割程度あり、居室内にトイレがあった方がよいと考えているが、実際にはない施設も相当数あることが分かる。

図表 3-8 居室内のトイレの設置についての考え方

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
居室内にもトイレがあった方がよい	736 施設	67.7 %	249 施設	72.8 %	322 施設	65.1 %	165 施設	66.0 %
居室内にはトイレがない方がよい	335 施設	30.8 %	89 施設	26.0 %	164 施設	33.1 %	82 施設	32.8 %
未回答	16 施設	1.5 %	4 施設	1.2 %	9 施設	1.8 %	3 施設	1.2 %

図表 3-9 にユニット内の個浴の設置についての考え方を示す。

図表 3-9 ユニット内の個浴の設置についての考え方

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
各ユニット内に個浴があった方がよい	916 施設	84.3 %	297 施設	86.8 %	416 施設	84.0 %	203 施設	81.2 %
各ユニット内に個浴はない方がよい	160 施設	14.7 %	44 施設	12.9 %	72 施設	14.5 %	44 施設	17.6 %
未回答	11 施設	1.0 %	1 施設	0.3 %	7 施設	1.4 %	3 施設	1.2 %

図表 3-10 にボランティアの活用状況を示す。

図表 3-10 ボランティアの活用状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
(うち)回答施設	998 施設	91.8 %	316 施設	92.4 %	453 施設	91.5 %	229 施設	91.6 %
(うち)未回答施設	89 施設	8.2 %	26 施設	7.6 %	42 施設	8.5 %	21 施設	8.4 %
ボランティアの登録者数	22.0 人		21.0 人		22.2 人		23.0 人	
(うち)有償ボランティア	0.7 人		0.8 人		0.7 人		0.7 人	
1か月間の活動者数	延べ 17.8 人		延べ 17.3 人		延べ 17.5 人		延べ 19.1 人	
(うち)有償ボランティア	延べ 1.3 人		延べ 2.1 人		延べ 1.0 人		延べ 1.1 人	

図表 3-11 に看取りについての方針を示す。「原則として施設内で看取る」として
いる施設は 14%程度であり、「原則として施設内での看取りはしない」とした施設は
16%程度とほぼ同じ割合であった。

図表 3-11 看取りについての方針

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
原則として施設内で看取る	148 施設	13.6 %	51 施設	14.9 %	57 施設	11.5 %	40 施設	16.0 %
家族等の希望があれば施設内で看取る	736 施設	67.7 %	230 施設	67.3 %	345 施設	69.7 %	161 施設	64.4 %
原則として施設内での看取りはしない	171 施設	15.7 %	52 施設	15.2 %	78 施設	15.8 %	41 施設	16.4 %
その他	25 施設	2.3 %	8 施設	2.3 %	12 施設	2.4 %	5 施設	2.0 %
未回答	7 施設	0.6 %	1 施設	0.3 %	3 施設	0.6 %	3 施設	1.2 %

図表 3-12 にグリーンケア等の状況を示す。

図表 3-12 グリーンケア等の状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
家族へのグリーンケアを行っている	200 施設	18.4 %	65 施設	19.0 %	88 施設	17.8 %	47 施設	18.8 %
職員の振返りカンファレンスを開いている	475 施設	43.7 %	140 施設	40.9 %	223 施設	45.1 %	112 施設	44.8 %
家族の承諾があれば葬儀に参列する	772 施設	71.0 %	230 施設	67.3 %	367 施設	74.1 %	175 施設	70.0 %
個別に職員へのメンタルケアを行っている	204 施設	18.8 %	66 施設	19.3 %	93 施設	18.8 %	45 施設	18.0 %
その他	107 施設	9.8 %	37 施設	10.8 %	46 施設	9.3 %	24 施設	9.6 %
選択肢該当なし	77 施設	7.1 %	22 施設	6.4 %	33 施設	6.7 %	22 施設	8.8 %

図表 3-13 に看取り介護の実施状況を示す。

図表 3-13 看取り介護の実施状況

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
	(うち)回答施設	1,033 施設	95.0 %	328 施設	95.9 %	469 施設	94.7 %	236 施設	94.4 %
	(うち)未回答施設	54 施設	5.0 %	14 施設	4.1 %	26 施設	5.3 %	14 施設	5.6 %
施設内で死亡	看取り介護を行った入居者数	年間 5.4 人		年間 5.0 人		年間 5.4 人		年間 6.1 人	
	(うち)「看取り介護加算」を算定	年間 3.0 人		年間 2.6 人		年間 3.0 人		年間 3.7 人	
退所後に死亡	看取り介護を行った入居者数	年間 1.4 人		年間 1.3 人		年間 1.6 人		年間 1.3 人	
	(うち)「看取り介護加算」を算定	年間 0.0 人		年間 0.1 人		年間 0.0 人		年間 0.0 人	

図表 3-14 に日常生活継続支援加算等の算定状況を示す。

図表 3-14 日常生活継続支援加算等の算定状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
日常生活継続支援加算	660 施設	60.7 %	192 施設	56.1 %	306 施設	61.8 %	162 施設	64.8 %
ユニット体制未整備減算	1 施設	0.1 %	—		1 施設	0.2 %	—	
身体拘束廃止未実施減算	4 施設	0.4 %	3 施設	0.9 %	1 施設	0.2 %	—	
夜勤職員配置加算	759 施設	69.8 %	232 施設	67.8 %	348 施設	70.3 %	179 施設	71.6 %
選択肢該当なし	161 施設	14.8 %	55 施設	16.1 %	71 施設	14.3 %	35 施設	14.0 %

図表 3-15 に 1 人当たり居室料・食事料を示す。

図表 3-15 1 人当たり居室料・食事料（所得第 4 段階以上）

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
	(うち)回答施設	1,032 施設	94.9 %	323 施設	94.4 %	468 施設	94.5 %	241 施設	96.4 %
	(うち)未回答施設	55 施設	5.1 %	19 施設	5.6 %	27 施設	5.5 %	9 施設	3.6 %
①特別な居室料	料金	月額 1,003 円		月額 1,273 円		月額 823 円		月額 991 円	
	人数	0.8 人		1.0 人		0.7 人		0.8 人	
②居室料(①を除く)	料金	月額 70,181 円		月額 70,117 円		月額 70,677 円		月額 69,305 円	
	人数	17.6 人		16.5 人		17.8 人		18.9 人	
③特別な食事料	料金	月額 190 円		月額 56 円		月額 217 円		月額 316 円	
	人数	0.5 人		0.6 人		0.6 人		0.4 人	
④食事料(③を除く)	料金	月額 45,019 円		月額 44,991 円		月額 45,227 円		月額 44,652 円	
	人数	17.4 人		16.6 人		17.4 人		18.8 人	

図表 3-16 に介護職員の勤務シフトの作成状況を示す。「各ユニット単位で作成している」施設が 35%程度、「2 ユニット単位で作成している」が 39%程度であった。

図表 3-16 介護職員の勤務シフトの作成状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
各ユニット単位で作成している	377 施設	34.7 %	125 施設	36.5 %	162 施設	32.7 %	90 施設	36.0 %
2ユニット単位で作成している	419 施設	38.5 %	131 施設	38.3 %	188 施設	38.0 %	100 施設	40.0 %
フロア単位で作成している	149 施設	13.7 %	45 施設	13.2 %	79 施設	16.0 %	25 施設	10.0 %
施設全体で作成している	105 施設	9.7 %	28 施設	8.2 %	54 施設	10.9 %	23 施設	9.2 %
その他	27 施設	2.5 %	10 施設	2.9 %	9 施設	1.8 %	8 施設	3.2 %
未回答	10 施設	0.9 %	3 施設	0.9 %	3 施設	0.6 %	4 施設	1.6 %

図表 3-17 にユニット型施設の建築概要を示す。「鉄筋コンクリート造」が 78% 程度、「耐火」が 83%程度であった。「二重床（浮き床）あり」は 20%程度であった。

図表 3-17 ユニット型施設の建築概要

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087	施設 100.0 %	342	施設 100.0 %	495	施設 100.0 %	250	施設 100.0 %
木造	24	施設 2.2 %	13	施設 3.8 %	8	施設 1.6 %	3	施設 1.2 %
鉄骨造	208	施設 19.1 %	65	施設 19.0 %	84	施設 17.0 %	59	施設 23.6 %
鉄筋コンクリート造	844	施設 77.6 %	260	施設 76.0 %	398	施設 80.4 %	186	施設 74.4 %
未回答	11	施設 1.0 %	4	施設 1.2 %	5	施設 1.0 %	2	施設 0.8 %

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087	施設 100.0 %	342	施設 100.0 %	495	施設 100.0 %	250	施設 100.0 %
耐火	905	施設 83.3 %	278	施設 81.3 %	406	施設 82.0 %	221	施設 88.4 %
準耐火	37	施設 3.4 %	19	施設 5.6 %	12	施設 2.4 %	6	施設 2.4 %
その他	4	施設 0.4 %	1	施設 0.3 %	2	施設 0.4 %	1	施設 0.4 %
未回答	141	施設 13.0 %	44	施設 12.9 %	75	施設 15.2 %	22	施設 8.8 %

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087	施設 100.0 %	342	施設 100.0 %	495	施設 100.0 %	250	施設 100.0 %
二重床（浮き床）あり	217	施設 20.0 %	77	施設 22.5 %	102	施設 20.6 %	38	施設 15.2 %
二重床（浮き床）なし	703	施設 64.7 %	218	施設 63.7 %	305	施設 61.6 %	180	施設 72.0 %
未回答	167	施設 15.4 %	47	施設 13.7 %	88	施設 17.8 %	32	施設 12.8 %

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087	施設 100.0 %	342	施設 100.0 %	495	施設 100.0 %	250	施設 100.0 %
あり	679	施設 62.5 %	225	施設 65.8 %	303	施設 61.2 %	151	施設 60.4 %
なし	229	施設 21.1 %	62	施設 18.1 %	108	施設 21.8 %	59	施設 23.6 %
未回答	179	施設 16.5 %	55	施設 16.1 %	84	施設 17.0 %	40	施設 16.0 %

図表 3-18 にユニット型施設の建築資金・事業費を示す。共同生活室の広さの違いに比べると、延べ床面積の違いは大きくなく、「共同生活室 120m² 以上」の延べ床面積は「共同生活室 60m² 未満」の 1 割増程度である。平均でみると、資金総額や事業費総額にも大きな差がなかった。

図表 3-18 ユニット型施設の建築資金・事業費

	全体	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
		60m ² 未満		60m ² 以上～120m ² 未満		120m ² 以上			
	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比
施設数	1,087 施設 100.0 %	342 施設 100.0 %	495 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %					
(うち)回答施設	1,087 施設 100.0 %	342 施設 100.0 %	495 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %					
(うち)未回答施設	—	—	—	—					
延べ床面積	3,887.4 m ²	3,730.8 m ²	3,875.6 m ²	4,124.9 m ²					
資金総額	863,762 千円	836,056 千円	876,301 千円	876,837 千円					
自己資金	134,205 千円	142,526 千円	131,162 千円	128,850 千円					
交付金等	273,733 千円	264,572 千円	278,392 千円	277,042 千円					
借入金	455,823 千円	428,958 千円	466,747 千円	470,946 千円					
事業費総額	834,418 千円	805,911 千円	848,212 千円	846,104 千円					
工事費	687,406 千円	657,190 千円	698,567 千円	706,646 千円					
設計監理料	29,252 千円	28,744 千円	29,887 千円	28,687 千円					
備品費	46,991 千円	43,364 千円	48,361 千円	49,239 千円					
その他費用(※土地造成の費用等が含まれます)	44,305 千円	53,416 千円	42,346 千円	35,721 千円					

図表 3-19 にユニット型施設の運営・運用・維持管理費用を示す。共同生活室が広いほど「高熱水費・燃料費」及び「清掃委託費」が増える傾向がみられた。

図表 3-19 ユニット型施設の運営・運用・維持管理費用

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)未回答施設	—		—		—		—			
人件費(直接)		139,481 千円		131,217 千円		143,851 千円		142,135 千円			
人件費(間接)		28,031 千円		28,490 千円		29,144 千円		25,200 千円			
給食材料費		14,510 千円		13,664 千円		14,914 千円		14,868 千円			
介護用品・保健衛生費		5,315 千円		5,130 千円		5,479 千円		5,244 千円			
消耗品・器具備品費		3,853 千円		4,113 千円		3,836 千円		3,530 千円			
光熱水費・燃料費		13,158 千円		12,248 千円		13,453 千円		13,818 千円			
給食委託費		10,999 千円		9,702 千円		11,878 千円		11,034 千円			
清掃委託費		2,036 千円		1,785 千円		2,175 千円		2,107 千円			
その他の委託費		5,350 千円		5,414 千円		5,477 千円		5,009 千円			

図表 3-20 に施設の設置主体を示す。

図表 3-20 施設の設置主体

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
社会福祉法人	1,059 施設	97.4 %	334 施設	97.7 %	479 施設	96.8 %	246 施設	98.4 %
地方公共団体	19 施設	1.7 %	6 施設	1.8 %	10 施設	2.0 %	3 施設	1.2 %
公的・社会保険関係団体	1 施設	0.1 %	1 施設	0.3 %	—		—	
その他	—		—		—		—	
未回答	8 施設	0.7 %	1 施設	0.3 %	6 施設	1.2 %	1 施設	0.4 %

図表 3-21 に施設サービスに係る介護報酬を示す。

図表 3-21 施設サービスに係る介護報酬

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
ユニット型介護福祉施設サービス費	977 施設	89.9 %	306 施設	89.5 %	437 施設	88.3 %	234 施設	93.6 %
ユニット型小規模介護福祉施設サービス費	30 施設	2.8 %	11 施設	3.2 %	13 施設	2.6 %	6 施設	2.4 %
ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費	5 施設	0.5 %	2 施設	0.6 %	2 施設	0.4 %	1 施設	0.4 %
介護福祉施設サービス費	208 施設	19.1 %	68 施設	19.9 %	89 施設	18.0 %	51 施設	20.4 %
小規模介護福祉施設サービス費	6 施設	0.6 %	—		2 施設	0.4 %	4 施設	1.6 %
地域密着型介護福祉施設サービス費	5 施設	0.5 %	—		3 施設	0.6 %	2 施設	0.8 %
選択肢該当なし	59 施設	5.4 %	18 施設	5.3 %	35 施設	7.1 %	6 施設	2.4 %

図表 3-22 にサテライト型施設であるか否かの集計結果を示す。サテライト型施設のない本体施設が 8 割以上であった。

図表 3-22 サテライト型施設

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
サテライト型施設である	15 施設	1.4 %	6 施設	1.8 %	5 施設	1.0 %	4 施設	1.6 %
サテライト型施設を有する本体施設である	58 施設	5.3 %	15 施設	4.4 %	26 施設	5.3 %	17 施設	6.8 %
サテライト型施設のない本体施設である	900 施設	82.8 %	282 施設	82.5 %	413 施設	83.4 %	205 施設	82.0 %
未回答	114 施設	10.5 %	39 施設	11.4 %	51 施設	10.3 %	24 施設	9.6 %

図表 3-23 に施設の定員数を示す。ユニット型介護老人福祉施設の定員をみると、「60m²未満」で 58.5 人、「60m²以上 120m²未満」で 62.6 人、「120m²以上」で 61.0 人となっており、定員規模に大きな違いはみられなかった。

図表 3-23 施設の定員数

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)未回答施設	—		—		—		—			
ユニット型介護老人福祉施設		60.9 人		58.5 人		62.6 人		61.0 人			
従来型介護老人福祉施設		16.1 人		18.5 人		14.4 人		16.3 人			
ユニット型短期入所生活介護		8.5 人		8.8 人		8.4 人		8.3 人			
従来型短期入所生活介護		3.9 人		4.3 人		3.5 人		4.0 人			

図表 3-24 に施設の延べ床面積を示す。共同生活室の面積「60m²未満」と「120m²以上」では倍以上違うが、介護老人福祉施設（ユニット型）専用部分の延べ床面積の差は小さく、18%程度の面積増加となっている。

図表 3-24 施設の延べ床面積

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,051 施設	96.7 %	336 施設	98.2 %	471 施設	95.2 %	244 施設	97.6 %		
	(うち)未回答施設	36 施設	3.3 %	6 施設	1.8 %	24 施設	4.8 %	6 施設	2.4 %		
介護老人福祉施設 専用部分	ユニット型	2,383.8 ㎡		2,218.3 ㎡		2,382.9 ㎡		2,613.5 ㎡			
	従来型	569.5 ㎡		621.2 ㎡		491.8 ㎡		648.1 ㎡			
短期入所生活介護 専用部分	ユニット型	268.6 ㎡		262.4 ㎡		264.0 ㎡		286.3 ㎡			
	従来型	69.2 ㎡		77.8 ㎡		62.0 ㎡		71.4 ㎡			
ユニット型内／ 従来型内で 共用している部分	ユニット型	260.4 ㎡		254.6 ㎡		265.4 ㎡		258.9 ㎡			
	従来型	78.5 ㎡		96.1 ㎡		73.0 ㎡		64.7 ㎡			
ユニット型と従来型で共用している部分		109.4 ㎡		125.9 ㎡		104.2 ㎡		96.7 ㎡			

図表 3-25 に要介護度別の施設の入居者数を示す。ユニット型介護老人福祉施設の入所者数は定員数（図表 3-23）とほぼ同じであり、要介護度別の入居者数の割合についても共同生活室の区分で大きな違いはみられなかった。

図表 3-25 施設の入居者数

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)未回答施設	—		—		—		—			
要介護1	ユニット型介護老人福祉施設	2.4 人		2.3 人		2.4 人		2.5 人			
	従来型介護老人福祉施設	0.4 人		0.6 人		0.3 人		0.3 人			
要介護2	ユニット型介護老人福祉施設	6.3 人		5.9 人		6.5 人		6.5 人			
	従来型介護老人福祉施設	1.1 人		1.3 人		1.0 人		1.2 人			
要介護3	ユニット型介護老人福祉施設	13.6 人		12.8 人		14.1 人		13.6 人			
	従来型介護老人福祉施設	3.1 人		3.3 人		2.8 人		3.2 人			
要介護4	ユニット型介護老人福祉施設	19.3 人		18.7 人		20.0 人		18.9 人			
	従来型介護老人福祉施設	5.2 人		6.0 人		4.7 人		5.3 人			
要介護5	ユニット型介護老人福祉施設	18.5 人		18.0 人		18.7 人		18.7 人			
	従来型介護老人福祉施設	5.6 人		6.4 人		4.9 人		5.7 人			
その他	ユニット型介護老人福祉施設	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
	従来型介護老人福祉施設	0.5 人		0.6 人		0.5 人		0.5 人			

図表 3-26 に施設の職員数を示す。

図表 3-26 施設の職員数

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,055 施設	97.1 %	337 施設	98.5 %	478 施設	96.6 %	240 施設	96.0 %		
	(うち)未回答施設	32 施設	2.9 %	5 施設	1.5 %	17 施設	3.4 %	10 施設	4.0 %		
医師	常勤	0.1 人		0.1 人		0.1 人		0.1 人			
	非常勤	0.3 人		0.3 人		0.2 人		0.2 人			
看護職員	常勤	4.0 人		4.2 人		3.8 人		4.1 人			
	非常勤	1.0 人		0.8 人		1.1 人		1.0 人			
看護職員 (うち)看護師	常勤	2.4 人		2.3 人		2.4 人		2.5 人			
	非常勤	0.6 人		0.5 人		0.6 人		0.6 人			
介護職員	常勤	35.3 人		34.3 人		35.6 人		36.2 人			
	非常勤	6.3 人		6.0 人		6.7 人		6.2 人			
(うち)介護福祉士	常勤	20.0 人		19.4 人		19.9 人		21.0 人			
	非常勤	1.8 人		1.7 人		1.9 人		1.9 人			
理学療法士	常勤	0.1 人		0.1 人		0.1 人		0.1 人			
	非常勤	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
作業療法士	常勤	0.1 人		0.1 人		0.1 人		0.1 人			
	非常勤	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
言語聴覚士	常勤	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
	非常勤	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
生活相談員	常勤	1.7 人		1.8 人		1.7 人		1.7 人			
	非常勤	0.1 人		0.1 人		0.1 人		0.1 人			
(うち)社会福祉士	常勤	0.6 人		0.6 人		0.6 人		0.7 人			
	非常勤	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
栄養士	常勤	1.2 人		1.2 人		1.3 人		1.3 人			
	非常勤	0.0 人		0.1 人		0.0 人		0.1 人			
(うち)管理栄養士	常勤	1.1 人		1.0 人		1.1 人		1.0 人			
	非常勤	0.0 人		0.0 人		0.0 人		0.0 人			
〔再掲〕 《介護支援専門員》	常勤	2.1 人		2.0 人		2.1 人		2.2 人			
	非常勤	0.1 人		0.1 人		0.1 人		0.1 人			
〔再掲〕 《勤続3年以上の 介護職員》	常勤	14.0 人		13.0 人		13.4 人		16.6 人			
	非常勤	2.0 人		1.8 人		1.9 人		2.4 人			

図表 3-27 にユニット型施設のユニット数を示す。

図表 3-27 ユニット型施設のユニット数

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)未回答施設	—		—		—		—			
施設全体		6.2 ユニット		6.0 ユニット		6.4 ユニット		6.2 ユニット			
(うち)定員9人以下		1.0 ユニット		0.9 ユニット		1.2 ユニット		0.8 ユニット			
(うち)定員10人		5.0 ユニット		4.8 ユニット		5.0 ユニット		5.2 ユニット			
(うち)定員11人		0.1 ユニット		0.1 ユニット		0.1 ユニット		0.1 ユニット			
(うち)定員12人		0.2 ユニット		0.2 ユニット		0.1 ユニット		0.2 ユニット			

図表 3-28 にユニット型施設のフロア数を示す。

図表 3-28 ユニット型施設のフロア数

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)未回答施設	—		—		—		—			
ユニット型施設全体		2.8 フロア		2.7 フロア		2.9 フロア		2.8 フロア			
(うち)1ユニットのみ		0.5 フロア		0.5 フロア		0.5 フロア		0.4 フロア			
(うち)2ユニット		1.1 フロア		1.1 フロア		1.2 フロア		1.0 フロア			
(うち)3ユニット		0.4 フロア		0.3 フロア		0.4 フロア		0.4 フロア			
(うち)4ユニット以上		0.9 フロア		0.8 フロア		0.8 フロア		1.0 フロア			

図表 3-29 にユニット型施設の居室数と床面積を示す。

図表 3-29 ユニット型施設の居室数と床面積

		全体 施設数 構成比	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
施設数		施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比
施設数		1,087 施設 100.0 %	342 施設 100.0 %	495 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %
(うち)回答施設		1,087 施設 100.0 %	342 施設 100.0 %	495 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %
(うち)未回答施設		—	—	—	—	—	—	—
個室	居室数	60.6 室	58.1 室	62.2 室	60.8 室	60.8 室	60.8 室	60.8 室
	1 室当たりの床面積	平均 15.4 ㎡	平均 15.2 ㎡	平均 15.3 ㎡	平均 15.8 ㎡	平均 15.8 ㎡	平均 15.8 ㎡	平均 15.8 ㎡

		全体 施設数 構成比	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
施設数		施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比
施設数		1,087 施設 100.0 %	342 施設 100.0 %	495 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %
(うち)回答施設		10 施設 0.9 %	5 施設 1.5 %	4 施設 0.8 %	1 施設 0.4 %	1 施設 0.4 %	1 施設 0.4 %	1 施設 0.4 %
(うち)未回答施設		1,077 施設 99.1 %	337 施設 98.5 %	491 施設 99.2 %	249 施設 99.6 %	249 施設 99.6 %	249 施設 99.6 %	249 施設 99.6 %
準個室	居室数	18.6 室	13.2 室	14.0 室	64.0 室	64.0 室	64.0 室	64.0 室
	1 室当たりの床面積	平均 14.6 ㎡	平均 14.1 ㎡	平均 15.8 ㎡	平均 12.3 ㎡	平均 12.3 ㎡	平均 12.3 ㎡	平均 12.3 ㎡

		全体 施設数 構成比	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
施設数		施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比
施設数		1,087 施設 100.0 %	342 施設 100.0 %	495 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %
(うち)回答施設		15 施設 1.4 %	5 施設 1.5 %	10 施設 2.0 %	—	—	—	—
(うち)未回答施設		1,072 施設 98.6 %	337 施設 98.5 %	485 施設 98.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %	250 施設 100.0 %
2人室	居室数	6.0 室	7.6 室	5.2 室	—	—	—	—
	1 室当たりの床面積	平均 38.9 ㎡	平均 27.9 ㎡	平均 44.4 ㎡	—	—	—	—

図表 3-30 にユニット型施設の共同生活室の床面積と天井の高さを示す。共同生活室の面積が広いほど、その他共用部（廊下、共用トイレ等）の面積は狭くなっており、1 ユニットでみると延べ床面積の違いが小さくなっている。

図表 3-30 ユニット型施設の共同生活室の床面積と天井の高さ

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数		1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)回答施設	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %		
	(うち)未回答施設	—		—		—		—			
1 ユニット当たり		平均 325.2 ㎡		平均 307.6 ㎡		平均 313.0 ㎡		平均 373.6 ㎡			
	(うち)共同生活室	平均 88.3 ㎡		平均 41.3 ㎡		平均 89.8 ㎡		平均 149.6 ㎡			
	(うち)その他共用部	平均 74.6 ㎡		平均 98.4 ㎡		平均 65.3 ㎡		平均 60.3 ㎡			
《共同生活室》天井の高さ		2.6 ㎡		2.6 ㎡		2.6 ㎡		2.7 ㎡			

3. 2 ユニット調査票の集計結果

図表 3-31 に共同生活室の広さについての介護職員の評価を示す。

図表 3-31 共同生活室の広さについての介護職員の評価

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比
ユニット数	3,253 ユニット	100.0 %	1,018 ユニット	100.0 %	1,471 ユニット	100.0 %	764 ユニット	100.0 %
非常に狭い	100 ユニット	3.1 %	56 ユニット	5.5 %	34 ユニット	2.3 %	10 ユニット	1.3 %
やや狭い	1,229 ユニット	37.8 %	471 ユニット	46.3 %	540 ユニット	36.7 %	218 ユニット	28.5 %
適切である	1,456 ユニット	44.8 %	407 ユニット	40.0 %	685 ユニット	46.6 %	364 ユニット	47.6 %
やや広い	355 ユニット	10.9 %	64 ユニット	6.3 %	164 ユニット	11.1 %	127 ユニット	16.6 %
非常に広い	95 ユニット	2.9 %	13 ユニット	1.3 %	41 ユニット	2.8 %	41 ユニット	5.4 %
未回答	18 ユニット	0.6 %	7 ユニット	0.7 %	7 ユニット	0.5 %	4 ユニット	0.5 %

図表 3-32 に共同生活室の死角についての介護職員の評価を示す。

図表 3-32 共同生活室の死角についての介護職員の評価

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比
ユニット数	3,253 ユニット	100.0 %	1,018 ユニット	100.0 %	1,471 ユニット	100.0 %	764 ユニット	100.0 %
非常に少ない	466 ユニット	14.3 %	148 ユニット	14.5 %	215 ユニット	14.6 %	103 ユニット	13.5 %
やや少ない	680 ユニット	20.9 %	239 ユニット	23.5 %	284 ユニット	19.3 %	157 ユニット	20.5 %
適切である	1,161 ユニット	35.7 %	373 ユニット	36.6 %	547 ユニット	37.2 %	241 ユニット	31.5 %
やや多い	842 ユニット	25.9 %	234 ユニット	23.0 %	379 ユニット	25.8 %	229 ユニット	30.0 %
非常に多い	87 ユニット	2.7 %	18 ユニット	1.8 %	39 ユニット	2.7 %	30 ユニット	3.9 %
未回答	17 ユニット	0.5 %	6 ユニット	0.6 %	7 ユニット	0.5 %	4 ユニット	0.5 %

図表 3-33 に共同生活室の天井の高さについての介護職員の評価を示す。

図表 3-33 共同生活室の天井の高さについての介護職員の評価

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比
ユニット数	3,253 ユニット	100.0 %	1,018 ユニット	100.0 %	1,471 ユニット	100.0 %	764 ユニット	100.0 %
非常に低い	15 ユニット	0.5 %	4 ユニット	0.4 %	8 ユニット	0.5 %	3 ユニット	0.4 %
やや低い	166 ユニット	5.1 %	62 ユニット	6.1 %	76 ユニット	5.2 %	28 ユニット	3.7 %
適切である	2,697 ユニット	82.9 %	863 ユニット	84.8 %	1,216 ユニット	82.7 %	618 ユニット	80.9 %
やや高い	276 ユニット	8.5 %	66 ユニット	6.5 %	122 ユニット	8.3 %	88 ユニット	11.5 %
非常に高い	82 ユニット	2.5 %	17 ユニット	1.7 %	42 ユニット	2.9 %	23 ユニット	3.0 %
未回答	17 ユニット	0.5 %	6 ユニット	0.6 %	7 ユニット	0.5 %	4 ユニット	0.5 %

図表 3-34 に共同生活室の家庭的な雰囲気についての介護職員の評価を示す。

図表 3-34 共同生活室の家庭的な雰囲気についての介護職員の評価

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比
ユニット数	3,253 ユニット	100.0 %	1,018 ユニット	100.0 %	1,471 ユニット	100.0 %	764 ユニット	100.0 %
非常に家庭的	167 ユニット	5.1 %	61 ユニット	6.0 %	82 ユニット	5.6 %	24 ユニット	3.1 %
やや家庭的	1,144 ユニット	35.2 %	394 ユニット	38.7 %	521 ユニット	35.4 %	229 ユニット	30.0 %
どちらとも言えない	1,003 ユニット	30.8 %	276 ユニット	27.1 %	448 ユニット	30.5 %	279 ユニット	36.5 %
あまり家庭的でない	825 ユニット	25.4 %	257 ユニット	25.2 %	360 ユニット	24.5 %	208 ユニット	27.2 %
全く家庭的でない	96 ユニット	3.0 %	24 ユニット	2.4 %	52 ユニット	3.5 %	20 ユニット	2.6 %
未回答	18 ユニット	0.6 %	6 ユニット	0.6 %	8 ユニット	0.5 %	4 ユニット	0.5 %

図表 3-35 に共同生活室のケア提供環境についての介護職員の評価を示す。

図表 3-35 共同生活室のケア提供環境についての介護職員の評価

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比
ユニット数	3,253 ユニット	100.0 %	1,018 ユニット	100.0 %	1,471 ユニット	100.0 %	764 ユニット	100.0 %
非常にやり易い	88 ユニット	2.7 %	29 ユニット	2.8 %	44 ユニット	3.0 %	15 ユニット	2.0 %
やり易い	1,272 ユニット	39.1 %	412 ユニット	40.5 %	565 ユニット	38.4 %	295 ユニット	38.6 %
どちらとも言えない	1,401 ユニット	43.1 %	408 ユニット	40.1 %	647 ユニット	44.0 %	346 ユニット	45.3 %
やり難い	438 ユニット	13.5 %	149 ユニット	14.6 %	192 ユニット	13.1 %	97 ユニット	12.7 %
非常にやり難い	31 ユニット	1.0 %	11 ユニット	1.1 %	13 ユニット	0.9 %	7 ユニット	0.9 %
未回答	23 ユニット	0.7 %	9 ユニット	0.9 %	10 ユニット	0.7 %	4 ユニット	0.5 %

図表 3-36 に当該ユニットの職員数を示す。

図表 3-36 当該ユニットの職員数

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比	ユニット数	構成比
ユニット数	3,253 ユニット	100.0 %	1,018 ユニット	100.0 %	1,471 ユニット	100.0 %	764 ユニット	100.0 %
(うち) 回答ユニット	2,164 ユニット	66.5 %	661 ユニット	64.9 %	968 ユニット	65.8 %	535 ユニット	70.0 %
(うち) 未回答ユニット	1,089 ユニット	33.5 %	357 ユニット	35.1 %	503 ユニット	34.2 %	229 ユニット	30.0 %
介護福祉士(資格取得後5年以上)	1.5 人		1.5 人		1.4 人		1.6 人	
介護福祉士(資格取得後5年未満)	1.4 人		1.5 人		1.4 人		1.5 人	
介護職員(介護福祉士以外)	2.3 人		2.3 人		2.4 人		2.2 人	

図表 3-37 に性別の入居者数を示す。

図表 3-37 性別の入居者数

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
男	6,194 人	20.0 %	1,950 人	20.1 %	2,739 人	19.7 %	1,505 人	20.3 %
女	24,637 人	79.4 %	7,718 人	79.6 %	11,059 人	79.6 %	5,860 人	79.0 %
未回答	180 人	0.6 %	33 人	0.3 %	92 人	0.7 %	55 人	0.7 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
男	6,194 人	20.0 %	881 人	20.0 %	1,599 人	22.8 %	3,714 人	19.0 %
女	24,637 人	79.4 %	3,502 人	79.5 %	5,386 人	76.6 %	15,749 人	80.4 %
未回答	180 人	0.6 %	23 人	0.5 %	43 人	0.6 %	114 人	0.6 %

図表 3-38 に年齢階級別の入居者数を示す。

図表 3-38 年齢階級別の入居者数

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
40～64歳	356 人	1.1 %	124 人	1.3 %	154 人	1.1 %	78 人	1.1 %
65～74歳	1,594 人	5.1 %	484 人	5.0 %	711 人	5.1 %	399 人	5.4 %
75～84歳	8,446 人	27.2 %	2,610 人	26.9 %	3,809 人	27.4 %	2,027 人	27.3 %
85～94歳	15,852 人	51.1 %	5,064 人	52.2 %	7,013 人	50.5 %	3,775 人	50.9 %
95歳以上	4,229 人	13.6 %	1,294 人	13.3 %	1,923 人	13.8 %	1,012 人	13.6 %
未回答	534 人	1.7 %	125 人	1.3 %	280 人	2.0 %	129 人	1.7 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
40～64歳	356 人	1.1 %	44 人	1.0 %	81 人	1.2 %	231 人	1.2 %
65～74歳	1,594 人	5.1 %	240 人	5.4 %	350 人	5.0 %	1,004 人	5.1 %
75～84歳	8,446 人	27.2 %	1,162 人	26.4 %	1,866 人	26.6 %	5,418 人	27.7 %
85～94歳	15,852 人	51.1 %	2,360 人	53.6 %	3,678 人	52.3 %	9,814 人	50.1 %
95歳以上	4,229 人	13.6 %	531 人	12.1 %	936 人	13.3 %	2,762 人	14.1 %
未回答	534 人	1.7 %	69 人	1.6 %	117 人	1.7 %	348 人	1.8 %

図表 3-39 に障害高齢者の日常生活自立度別の入居者数を示す。共同生活室の面積区分別では傾向の違いはみられなかった。一方、要介護度別でみると明らかに傾向が違っており、例えば「ランク C」の割合は要介護度 4～5 で顕著に高くなっている。

図表 3-39 障害高齢者の日常生活自立度別の入居者数

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
自立	225 人	0.7 %	73 人	0.8 %	66 人	0.5 %	86 人	1.2 %
J	486 人	1.6 %	169 人	1.7 %	207 人	1.5 %	110 人	1.5 %
A	8,227 人	26.5 %	2,574 人	26.5 %	3,769 人	27.1 %	1,884 人	25.4 %
B	14,426 人	46.5 %	4,433 人	45.7 %	6,465 人	46.5 %	3,528 人	47.5 %
C	6,401 人	20.6 %	2,137 人	22.0 %	2,753 人	19.8 %	1,511 人	20.4 %
未回答	1,246 人	4.0 %	315 人	3.2 %	630 人	4.5 %	301 人	4.1 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
自立	225 人	0.7 %	87 人	2.0 %	63 人	0.9 %	75 人	0.4 %
J	486 人	1.6 %	235 人	5.3 %	155 人	2.2 %	96 人	0.5 %
A	8,227 人	26.5 %	2,703 人	61.3 %	3,005 人	42.8 %	2,519 人	12.9 %
B	14,426 人	46.5 %	1,177 人	26.7 %	3,262 人	46.4 %	9,987 人	51.0 %
C	6,401 人	20.6 %	34 人	0.8 %	233 人	3.3 %	6,134 人	31.3 %
未回答	1,246 人	4.0 %	170 人	3.9 %	310 人	4.4 %	766 人	3.9 %

図表 3-40 に認知症高齢者の日常生活自立度別の入居者数を示す。共同生活室の面積区分別では傾向の違いはみられなかった。一方、要介護度別でみると明らかに傾向が違っており、例えば「ランクⅣ」の割合は要介護度 4～5 で顕著に高くなっている。

図表 3-40 認知症高齢者の日常生活自立度別の入居者数

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
自立	710 人	2.3 %	226 人	2.3 %	321 人	2.3 %	163 人	2.2 %
I	1,777 人	5.7 %	545 人	5.6 %	764 人	5.5 %	468 人	6.3 %
Ⅱ	6,528 人	21.1 %	2,036 人	21.0 %	2,913 人	21.0 %	1,579 人	21.3 %
Ⅲ	12,748 人	41.1 %	3,932 人	40.5 %	5,699 人	41.0 %	3,117 人	42.0 %
Ⅳ	7,249 人	23.4 %	2,276 人	23.5 %	3,265 人	23.5 %	1,708 人	23.0 %
M	1,094 人	3.5 %	416 人	4.3 %	439 人	3.2 %	239 人	3.2 %
未回答	905 人	2.9 %	270 人	2.8 %	489 人	3.5 %	146 人	2.0 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
自立	710 人	2.3 %	257 人	5.8 %	215 人	3.1 %	238 人	1.2 %
I	1,777 人	5.7 %	696 人	15.8 %	516 人	7.3 %	565 人	2.9 %
Ⅱ	6,528 人	21.1 %	2,029 人	46.1 %	2,073 人	29.5 %	2,426 人	12.4 %
Ⅲ	12,748 人	41.1 %	1,136 人	25.8 %	3,281 人	46.7 %	8,331 人	42.6 %
Ⅳ	7,249 人	23.4 %	144 人	3.3 %	655 人	9.3 %	6,450 人	32.9 %
M	1,094 人	3.5 %	25 人	0.6 %	87 人	1.2 %	982 人	5.0 %
未回答	905 人	2.9 %	119 人	2.7 %	201 人	2.9 %	585 人	3.0 %

図表 3-41 に食事の時の共同生活室の利用頻度を示す。共同生活室の面積区分別では傾向の違いはみられなかった。要介護度別でみた場合、「毎日毎食」の割合が要介護度 4～5 で若干下がっているが、顕著な違いはみられず、要介護度によらず食事の時は毎日毎食、共同生活室を利用している実態が明らかになった。

図表 3-41 《共同生活室の利用頻度》 (1) 食事の時の利用

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
毎日毎食	26,857 人	86.6 %	8,374 人	86.3 %	12,085 人	87.0 %	6,398 人	86.2 %
毎日だが毎食ではない	1,522 人	4.9 %	516 人	5.3 %	607 人	4.4 %	399 人	5.4 %
毎日ではないが利用することがある	803 人	2.6 %	242 人	2.5 %	347 人	2.5 %	214 人	2.9 %
利用しない	1,722 人	5.6 %	552 人	5.7 %	798 人	5.7 %	372 人	5.0 %
未回答	107 人	0.3 %	17 人	0.2 %	53 人	0.4 %	37 人	0.5 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
毎日毎食	26,857 人	86.6 %	4,201 人	95.3 %	6,702 人	95.4 %	15,954 人	81.5 %
毎日だが毎食ではない	1,522 人	4.9 %	97 人	2.2 %	144 人	2.0 %	1,281 人	6.5 %
毎日ではないが利用することがある	803 人	2.6 %	40 人	0.9 %	68 人	1.0 %	695 人	3.6 %
利用しない	1,722 人	5.6 %	62 人	1.4 %	94 人	1.3 %	1,566 人	8.0 %
未回答	107 人	0.3 %	6 人	0.1 %	20 人	0.3 %	81 人	0.4 %

図表 3-42 に口腔ケアの実施場所としての共同生活室の利用頻度を示す。

図表 3-42 《共同生活室の利用頻度》 (2) 口腔ケア実施場所

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
毎日毎食後	6,960 人	22.4 %	2,047 人	21.1 %	3,119 人	22.5 %	1,794 人	24.2 %
毎日だが毎食後ではない	2,125 人	6.9 %	566 人	5.8 %	1,023 人	7.4 %	536 人	7.2 %
毎日ではないが利用することがある	662 人	2.1 %	238 人	2.5 %	246 人	1.8 %	178 人	2.4 %
利用しない	20,938 人	67.5 %	6,801 人	70.1 %	9,339 人	67.2 %	4,798 人	64.7 %
未回答	326 人	1.1 %	49 人	0.5 %	163 人	1.2 %	114 人	1.5 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
毎日毎食後	6,960 人	22.4 %	859 人	19.5 %	1,648 人	23.4 %	4,453 人	22.7 %
毎日だが毎食後ではない	2,125 人	6.9 %	314 人	7.1 %	501 人	7.1 %	1,310 人	6.7 %
毎日ではないが利用することがある	662 人	2.1 %	76 人	1.7 %	162 人	2.3 %	424 人	2.2 %
利用しない	20,938 人	67.5 %	3,124 人	70.9 %	4,639 人	66.0 %	13,175 人	67.3 %
未回答	326 人	1.1 %	33 人	0.7 %	78 人	1.1 %	215 人	1.1 %

図表 3-43 に食事以外の時間帯での共同生活室の利用頻度を示す。共同生活室の面積区分別では傾向の違いはみられなかった。要介護度別でみた場合、「毎日」の割合が要介護度 4～5 で若干下がっているが、顕著な違いはみられず、要介護度によらず食事以外の時間帯も共同生活室を利用している実態が明らかになった。

図表 3-43 《共同生活室の利用頻度》 (3) 食事以外の時間帯

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
毎日	22,712 人	73.2 %	7,016 人	72.3 %	10,072 人	72.5 %	5,624 人	75.8 %
週に4～6 日程度	1,995 人	6.4 %	646 人	6.7 %	956 人	6.9 %	393 人	5.3 %
週に1～3 日程度	2,633 人	8.5 %	835 人	8.6 %	1,206 人	8.7 %	592 人	8.0 %
殆ど利用しない	3,489 人	11.3 %	1,171 人	12.1 %	1,578 人	11.4 %	740 人	10.0 %
未回答	182 人	0.6 %	33 人	0.3 %	78 人	0.6 %	71 人	1.0 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
毎日	22,712 人	73.2 %	3,442 人	78.1 %	5,741 人	81.7 %	13,529 人	69.1 %
週に4～6 日程度	1,995 人	6.4 %	264 人	6.0 %	461 人	6.6 %	1,270 人	6.5 %
週に1～3 日程度	2,633 人	8.5 %	288 人	6.5 %	359 人	5.1 %	1,986 人	10.1 %
殆ど利用しない	3,489 人	11.3 %	394 人	8.9 %	430 人	6.1 %	2,665 人	13.6 %
未回答	182 人	0.6 %	18 人	0.4 %	37 人	0.5 %	127 人	0.6 %

図表 3-44 に車椅子での共同生活室の利用頻度を示す。共同生活室の面積区分別では傾向の違いはみられなかった。一方、要介護度別では、要介護度が上がるほど「毎日」車椅子で共同生活室に滞在する入居者の割合が増える傾向がみられた。

図表 3-44 《共同生活室の利用頻度》 (4) 車椅子での滞在

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
毎日	20,032 人	64.6 %	6,367 人	65.6 %	8,801 人	63.4 %	4,864 人	65.6 %
週に4～6 日程度	885 人	2.9 %	253 人	2.6 %	431 人	3.1 %	201 人	2.7 %
週に1～3 日程度	1,702 人	5.5 %	500 人	5.2 %	798 人	5.7 %	404 人	5.4 %
殆どない(車椅子を利用しない)	8,155 人	26.3 %	2,517 人	25.9 %	3,767 人	27.1 %	1,871 人	25.2 %
未回答	237 人	0.8 %	64 人	0.7 %	93 人	0.7 %	80 人	1.1 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
毎日	20,032 人	64.6 %	1,797 人	40.8 %	4,050 人	57.6 %	14,185 人	72.5 %
週に4～6 日程度	885 人	2.9 %	61 人	1.4 %	147 人	2.1 %	677 人	3.5 %
週に1～3 日程度	1,702 人	5.5 %	108 人	2.5 %	251 人	3.6 %	1,343 人	6.9 %
殆どない(車椅子を利用しない)	8,155 人	26.3 %	2,393 人	54.3 %	2,530 人	36.0 %	3,232 人	16.5 %
未回答	237 人	0.8 %	47 人	1.1 %	50 人	0.7 %	140 人	0.7 %

図表 3-45 に共同生活室での他者との交流の利用頻度を示す。

図表 3-45 《共同生活室の利用頻度》 (5)他者との交流

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
毎回誰かと交流している	19,830 人	63.9 %	6,190 人	63.8 %	8,886 人	64.0 %	4,754 人	64.1 %
毎回ではないが交流している	6,775 人	21.8 %	2,115 人	21.8 %	3,040 人	21.9 %	1,620 人	21.8 %
交流することは殆どない	3,982 人	12.8 %	1,288 人	13.3 %	1,809 人	13.0 %	885 人	11.9 %
未回答	424 人	1.4 %	108 人	1.1 %	155 人	1.1 %	161 人	2.2 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
毎回誰かと交流している	19,830 人	63.9 %	3,334 人	75.7 %	5,130 人	73.0 %	11,366 人	58.1 %
毎回ではないが交流している	6,775 人	21.8 %	813 人	18.5 %	1,386 人	19.7 %	4,576 人	23.4 %
交流することは殆どない	3,982 人	12.8 %	204 人	4.6 %	441 人	6.3 %	3,337 人	17.0 %
未回答	424 人	1.4 %	55 人	1.2 %	71 人	1.0 %	298 人	1.5 %

図表 3-46 に共同生活室への移動方法を示す。

図表 3-46 《共同生活室への移動方法と介助の程度》 (1)移動方法

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
自立歩行	3,714 人	12.0 %	1,118 人	11.5 %	1,742 人	12.5 %	854 人	11.5 %
杖での歩行	1,110 人	3.6 %	334 人	3.4 %	526 人	3.8 %	250 人	3.4 %
歩行器での歩行	2,667 人	8.6 %	786 人	8.1 %	1,180 人	8.5 %	701 人	9.4 %
車椅子	23,900 人	77.1 %	7,582 人	78.2 %	10,623 人	76.5 %	5,695 人	76.8 %
選択肢該当なし	273 人	0.9 %	67 人	0.7 %	133 人	1.0 %	73 人	1.0 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
自立歩行	3,714 人	12.0 %	1,204 人	27.3 %	1,371 人	19.5 %	1,139 人	5.8 %
杖での歩行	1,110 人	3.6 %	463 人	10.5 %	418 人	5.9 %	229 人	1.2 %
歩行器での歩行	2,667 人	8.6 %	1,002 人	22.7 %	953 人	13.6 %	712 人	3.6 %
車椅子	23,900 人	77.1 %	1,901 人	43.1 %	4,445 人	63.2 %	17,554 人	89.7 %
選択肢該当なし	273 人	0.9 %	15 人	0.3 %	49 人	0.7 %	209 人	1.1 %

図表 3-47 に共同生活室への移動における介助の程度を示す。

図表 3-47 《共同生活室への移動方法と介助の程度》 (2) 介助の程度

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
自立	3,749 人	12.1 %	1,149 人	11.8 %	1,707 人	12.3 %	893 人	12.0 %
見守り等	5,369 人	17.3 %	1,631 人	16.8 %	2,397 人	17.3 %	1,341 人	18.1 %
一部介助	6,431 人	20.7 %	1,899 人	19.6 %	2,952 人	21.3 %	1,580 人	21.3 %
全介助	15,120 人	48.8 %	4,913 人	50.6 %	6,684 人	48.1 %	3,523 人	47.5 %
未回答	342 人	1.1 %	109 人	1.1 %	150 人	1.1 %	83 人	1.1 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
自立	3,749 人	12.1 %	1,730 人	39.3 %	1,314 人	18.7 %	705 人	3.6 %
見守り等	5,369 人	17.3 %	1,654 人	37.5 %	2,167 人	30.8 %	1,548 人	7.9 %
一部介助	6,431 人	20.7 %	688 人	15.6 %	2,116 人	30.1 %	3,627 人	18.5 %
全介助	15,120 人	48.8 %	278 人	6.3 %	1,350 人	19.2 %	13,492 人	68.9 %
未回答	342 人	1.1 %	56 人	1.3 %	81 人	1.2 %	205 人	1.0 %

図表 3-48 に医療サービスの提供状況を示す。共同生活室の面積区分別では傾向の違いはみられなかった。一方、要介護度別では、要介護度が上がるほど医療ニーズが増える傾向がみられた。

図表 3-48 医療サービスの提供状況

		全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分							
				60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上			
		患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数		31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %		
	(うち)回答数	30,862 人	99.5 %	9,670 人	99.7 %	13,784 人	99.2 %	7,408 人	99.8 %		
	(うち)未回答数	149 人	0.5 %	31 人	0.3 %	106 人	0.8 %	12 人	0.2 %		
胃瘻・腸瘻等		2,626 人	8.5 %	836 人	8.6 %	1,173 人	8.5 %	617 人	8.3 %		
褥瘡の治療		1,232 人	4.0 %	378 人	3.9 %	552 人	4.0 %	302 人	4.1 %		
喀痰吸引		1,608 人	5.2 %	530 人	5.5 %	696 人	5.0 %	382 人	5.2 %		
膀胱留置カテーテル		1,148 人	3.7 %	361 人	3.7 %	517 人	3.8 %	270 人	3.6 %		
浣腸・排便		4,463 人	14.4 %	1,317 人	13.6 %	1,972 人	14.3 %	1,174 人	15.8 %		
酸素療法		350 人	1.1 %	102 人	1.1 %	169 人	1.2 %	79 人	1.1 %		
重度の意識障害		1,055 人	3.4 %	335 人	3.5 %	458 人	3.3 %	262 人	3.5 %		

		全体		要介護度区分							
				1～2		3		4～5			
		患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数		31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %		
	(うち)回答数	30,862 人	99.5 %	4,386 人	99.5 %	6,988 人	99.4 %	19,488 人	99.5 %		
	(うち)未回答数	149 人	0.5 %	20 人	0.5 %	40 人	0.6 %	89 人	0.5 %		
胃瘻・腸瘻等		2,626 人	8.5 %	14 人	0.3 %	38 人	0.5 %	2,574 人	13.2 %		
褥瘡の治療		1,232 人	4.0 %	47 人	1.1 %	133 人	1.9 %	1,052 人	5.4 %		
喀痰吸引		1,608 人	5.2 %	15 人	0.3 %	52 人	0.7 %	1,541 人	7.9 %		
膀胱留置カテーテル		1,148 人	3.7 %	57 人	1.3 %	136 人	1.9 %	955 人	4.9 %		
浣腸・排便		4,463 人	14.4 %	201 人	4.6 %	571 人	8.2 %	3,691 人	18.9 %		
酸素療法		350 人	1.1 %	38 人	0.9 %	60 人	0.9 %	252 人	1.3 %		
重度の意識障害		1,055 人	3.4 %	10 人	0.2 %	35 人	0.5 %	1,010 人	5.2 %		

図表 3-49 に QOL の評価項目「移動」の集計結果を示す。

図表 3-49 入居者の QOL (EQ5D) ①移動

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
歩き回るのに問題はない	3,911 人	12.6 %	1,247 人	12.9 %	1,796 人	12.9 %	868 人	11.7 %
歩き回るのにいくらか問題がある	10,193 人	32.9 %	3,067 人	31.6 %	4,651 人	33.5 %	2,475 人	33.4 %
ベッド(床)に寝たきりである	16,498 人	53.2 %	5,292 人	54.6 %	7,259 人	52.3 %	3,947 人	53.2 %
未回答	409 人	1.3 %	95 人	1.0 %	184 人	1.3 %	130 人	1.8 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
歩き回るのに問題はない	3,911 人	12.6 %	1,486 人	33.7 %	1,368 人	19.5 %	1,057 人	5.4 %
歩き回るのにいくらか問題がある	10,193 人	32.9 %	2,103 人	47.7 %	3,134 人	44.6 %	4,956 人	25.3 %
ベッド(床)に寝たきりである	16,498 人	53.2 %	787 人	17.9 %	2,431 人	34.6 %	13,280 人	67.8 %
未回答	409 人	1.3 %	30 人	0.7 %	95 人	1.4 %	284 人	1.5 %

図表 3-50 に QOL の評価項目「身の回りの管理」の集計結果を示す。

図表 3-50 入居者の QOL (EQ5D) ②身の回りの管理

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
身の回りの管理に問題はない	3,271 人	10.5 %	961 人	9.9 %	1,547 人	11.1 %	763 人	10.3 %
洗面や着替えを自分でするのにいづらか問題がある	11,039 人	35.6 %	3,350 人	34.5 %	5,007 人	36.0 %	2,682 人	36.1 %
洗面や着替えを自分でできない	16,575 人	53.4 %	5,377 人	55.4 %	7,265 人	52.3 %	3,933 人	53.0 %
未回答	126 人	0.4 %	13 人	0.1 %	71 人	0.5 %	42 人	0.6 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
身の回りの管理に問題はない	3,271 人	10.5 %	1,836 人	41.7 %	944 人	13.4 %	491 人	2.5 %
洗面や着替えを自分でするのにいづらか問題がある	11,039 人	35.6 %	2,199 人	49.9 %	4,125 人	58.7 %	4,715 人	24.1 %
洗面や着替えを自分でできない	16,575 人	53.4 %	357 人	8.1 %	1,929 人	27.4 %	14,289 人	73.0 %
未回答	126 人	0.4 %	14 人	0.3 %	30 人	0.4 %	82 人	0.4 %

図表 3-51 に QOL の評価項目「ふだんの活動」の集計結果を示す。

図表 3-51 入居者の QOL (EQ5D) ③ふだんの活動

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
ふだんの活動を行うのに問題はない	3,130 人	10.1 %	950 人	9.8 %	1,465 人	10.5 %	715 人	9.6 %
ふだんの活動を行うのにいくらか問題がある	10,023 人	32.3 %	3,015 人	31.1 %	4,626 人	33.3 %	2,382 人	32.1 %
ふだんの活動を行うことができない	17,692 人	57.1 %	5,694 人	58.7 %	7,727 人	55.6 %	4,271 人	57.6 %
未回答	166 人	0.5 %	42 人	0.4 %	72 人	0.5 %	52 人	0.7 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
ふだんの活動を行うのに問題はない	3,130 人	10.1 %	1,359 人	30.8 %	935 人	13.3 %	836 人	4.3 %
ふだんの活動を行うのにいくらか問題がある	10,023 人	32.3 %	2,068 人	46.9 %	3,310 人	47.1 %	4,645 人	23.7 %
ふだんの活動を行うことができない	17,692 人	57.1 %	951 人	21.6 %	2,748 人	39.1 %	13,993 人	71.5 %
未回答	166 人	0.5 %	28 人	0.6 %	35 人	0.5 %	103 人	0.5 %

図表 3-52 に QOL の評価項目「痛み／不快感」の集計結果を示す。

図表 3-52 入居者の QOL (EQ5D) ④痛み／不快感

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
痛み不快感はない	18,055 人	58.2 %	5,724 人	59.0 %	8,161 人	58.8 %	4,170 人	56.2 %
中程度の痛みや不快感がある	10,953 人	35.3 %	3,422 人	35.3 %	4,824 人	34.7 %	2,707 人	36.5 %
ひどい痛みや不快感がある	1,734 人	5.6 %	482 人	5.0 %	792 人	5.7 %	460 人	6.2 %
未回答	269 人	0.9 %	73 人	0.8 %	113 人	0.8 %	83 人	1.1 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
痛み不快感はない	18,055 人	58.2 %	2,753 人	62.5 %	4,179 人	59.5 %	11,123 人	56.8 %
中程度の痛みや不快感がある	10,953 人	35.3 %	1,434 人	32.5 %	2,465 人	35.1 %	7,054 人	36.0 %
ひどい痛みや不快感がある	1,734 人	5.6 %	185 人	4.2 %	330 人	4.7 %	1,219 人	6.2 %
未回答	269 人	0.9 %	34 人	0.8 %	54 人	0.8 %	181 人	0.9 %

図表 3-53 に QOL の評価項目「不安／ふさぎ込み」の集計結果を示す。

図表 3-53 入居者の QOL (EQ5D) ⑤不安／ふさぎ込み

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	9,701 人	100.0 %	13,890 人	100.0 %	7,420 人	100.0 %
不安でもふさぎ込んでもない	21,559 人	69.5 %	6,871 人	70.8 %	9,677 人	69.7 %	5,011 人	67.5 %
中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる	7,864 人	25.4 %	2,376 人	24.5 %	3,507 人	25.2 %	1,981 人	26.7 %
ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる	1,328 人	4.3 %	399 人	4.1 %	579 人	4.2 %	350 人	4.7 %
未回答	260 人	0.8 %	55 人	0.6 %	127 人	0.9 %	78 人	1.1 %

	全体		要介護度区分					
			1～2		3		4～5	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %
不安でもふさぎ込んでもない	21,559 人	69.5 %	2,906 人	66.0 %	4,691 人	66.7 %	13,962 人	71.3 %
中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる	7,864 人	25.4 %	1,271 人	28.8 %	2,000 人	28.5 %	4,593 人	23.5 %
ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる	1,328 人	4.3 %	195 人	4.4 %	287 人	4.1 %	846 人	4.3 %
未回答	260 人	0.8 %	34 人	0.8 %	50 人	0.7 %	176 人	0.9 %

4. グループインタビューの結果

4. 1 グループA（施設の設計者と施設側の設計責任者）

《第一部 参加者からの発表A1》

（A1：大井） 大久手計画工房の大井といいます。今回、あいあいの郷の設計のほうを担当させていただきましたので、建物の概要について説明させていただきます。

建物は小規模特養で、ユニット型で、29床の単独となっています。場所は愛知県の春日井市松本町というところにあります。春日井市は名古屋に隣接する市なのですが、周りは田んぼと集落が隣接しており、中部大学という大学も隣接しています。市街化調整区域の新地域なのですが、住居が周りにたくさん建っているような立地条件になっております。

建物の敷地面積が1,995 m²、これは2,000 m²で簡易審査を逃れたかったということで、2,000 m²を切るように敷地を決定して進めました。建築面積が1,092.98 m²、延べ床面積が1,090 m²で、延べ床面積よりも建築面積が多いという施設になっています。というのは、平屋建てですが、構造としては木造の2×4を利用させてもらっています。準耐火の要求も、木造で平屋建てであればいらなかったのですが、建物のグレードを上げる意味で準耐火を取りまして、準耐火建築物の木造となっております。

建物には3つのユニットがあります。面積は、Aユニットが280 m²、Bユニットが284 m²、Cユニットが288 m²となっています。法人からお願いされたこととしては、とにかくローコストにしたいということで、坪70万、60万を目指してほしいということでしたので、とにかく面積を小さくしようと考えました。面積が小さいことは当然建物が安くなることにつながるもので、どれだけコンパクトにできるかということになります。見ていただくとわかりますように、全体の共用スペースを部屋が並んで囲んでいる状況になっているのですが、そうなりながらも中庭とか、外の風や光を取り入れる工夫をしています。1つ1つの部屋が13.2 m²を必要としていたユニットなので、何とか300 m²は切りたいという目標でやりまして、実際、こちらのAユニットだと280 m²で、共用スペースが116 m²です。廊下と居間というのはあまり明確でなく、どちらかというとワンルーム的な居間を想定しております。ただ、個々の部屋が居間から見えるのは、プライバシーの問題があるので、衝立のような壁を設けるなどの配慮をおこないつつ、面積がコンパクトになるように設計しております。

（A1：日比野） 図面のほうの説明につづきまして、現状、建物の雰囲気というものを、いまからご説明していきます。

あいあいの郷ですが、本体施設から車で約20分のサテライト型の特養になっています。外観は

平屋建て 29 床で、これだけのボリュームになっています。2009 年 7 月 1 日開設で、330 坪、総工費 1 億 8,600 万円、先ほど、坪 60 万とありましたが、実は消費税を抜いて 56 万円で建物ができております。定員が 29 人、在宅サービスは一切付けないで、特養に特化して 3 ユニットでやっています。そうすることによって、住宅のよさが出せるだろうとの思いでやっています。コストを下げて、費用をかけない分、職員の配置を厚くしています。1 ユニット正規が 15 名、パートが 3 名、16.5 名の体制、約 1.6 対 1 の体制です。

テーマは、普通の暮らしです。春日井市の新築単価というのは、住宅で 50 万もかかっていないということで、できる限りそれに近づけようと思いました。56.3 万円の坪単価です。そのためには、RC とか鉄骨でいくとかなり無理があるということで、2×4 を使いました。小規模特養ですので、建物が住宅のイメージにどれだけ近づけるかということで作りました。

ユニットの通路の部分、リビングの部分は畳を敷いています。畳を使用することで家の雰囲気近づけています。56 万とは多分思えない環境ができていると思います。玄関を入ると畳があります。玄関から入ってくる廊下も畳です。食事をするところだけは、無垢のフローリングを貼っております。リビングから中庭が見えます。一般住宅もこのような感じがあるだろうという風にしました。あえて、段差をつくっております。2×4 や木造系ですと段差をつくらざるを得なくなっています。

リビングで食事をするときは、本当に住宅のような感覚になっているのではないかと思います。日中、お茶を飲んだり、ご飯を食べたりしていると、リビングでくつろいで中庭が見えるので、自宅にいるような雰囲気が出ているのではないかと思います。

これは、北側にある独立しているユニットです。こちらは、テーブルを横並びに並べていて、リビングの形状が違います。その奥に 12 畳の畳のリビングを付けて、くつろぐ場面をつくるようにしています。和室のリビングもございます。車椅子で対応しても問題ないような環境です。

毎日の暮らし方がのどかになっています。施設という感じがなく、小規模特養の、本当の意味で自分の住宅に移り住んでいるような居場所になってきています。

部屋の奥に洗面化粧台を付けています。コストを下げるという意味で洗面台は全室に付けていないです。ちょっと距離があるところに洗面台を付けて、あとは共有できるような環境を整えています。

もう 1 つ、呼び出しコールですが、レストランベルで対応しています。ユニットに職員が固定されることによって、レストランベルで十分に対応できていると思っていますし、建設コストを相当下げることができました。

お風呂は、それぞれのユニットに木のお風呂を付けて対応していますが、共有できるリフト付のお風呂もあります。

最後にこの写真ですが、中庭を見ながら昼寝をしている写真を撮ってきました。こんな暮らしぶりです。グループホームと言ってもわからないような環境になってきていると思います。建って 4 年経ちましたが、職員の退職者は 2 名しか出ていません。おそらく職員も働きやすい場所になっていると思います。これで、私どもの発表は終わります。

《第一部 参加者からの発表A2》

(A2：劔持) ありすの杜南麻布を設計した劔持建設設計の劔持と言います。今日は建築の詳しい話ではなく、おおまかなところを、いろいろな問題点も含めて、説明したいと思います。

リビングが一番気持ちのいいところで、利用者の方々に集まっていただくようにと考えて、リビングが内ではなく外に向かうようにしました。外に向かって2方向の採光、風が流れる、こういうことを中心に考えております。

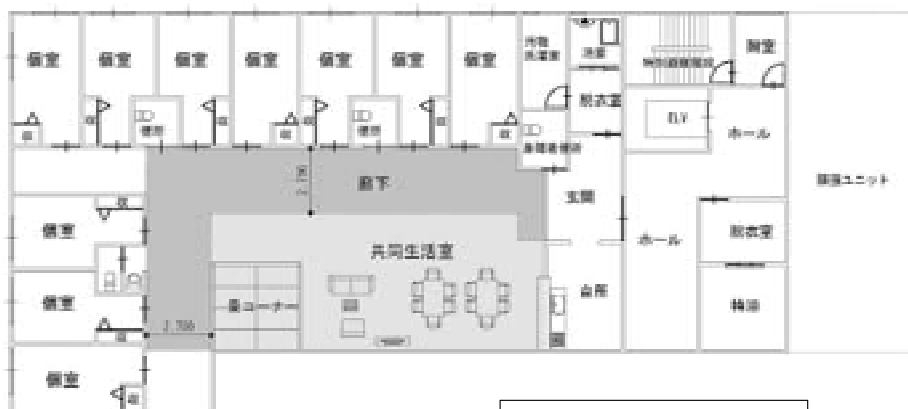
南麻布と麴町の地域密着型の施設を紹介します。ワンドアで、8つのユニットがあります。全部個室ユニット、全部個室の中にはトイレや洗面が入っておりまして、いま特養の基準は10.65ですが、これは13.2㎡です。

ユニットの共同生活室は、中庭ではなく、外に向いています。中廊下にしまして、談話コーナーというたまり場をつくりました。面積は、廊下側を除いたら約37.61で23畳です。実際、現場は廊下まで使っているので、約31畳という大きさです。リビングはちょっと特養とは違うのですが、1つ畳のコーナーをつくりまして、居場所づくりを何箇所かできるようにしています。

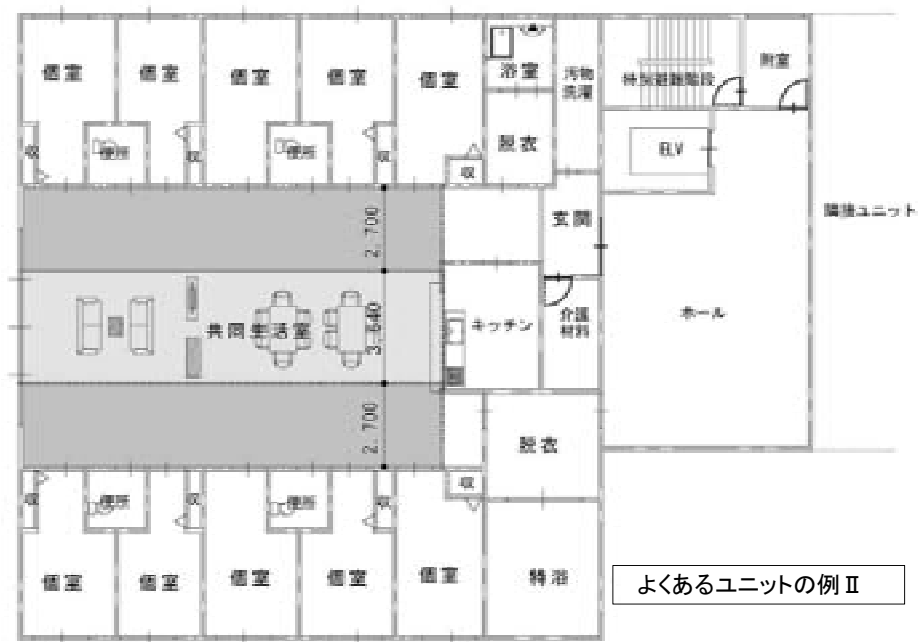
談話コーナーは、もう1つの居場所です。本当に気持ちのいいところには、実際に人が集まっています。実際、皆さん集まって歓談されておりました。

麴町の地域密着型ですが、180坪の土地に建てましたので本当に狭くて、これは特養なのですが、共同生活室は角にあり、外から2方向の採光で風が通る、横長になっています。これ以上広いものはできませんでした。

次に、一般的な特養についてですが、9割方は2つのパターンに当てはまると思います。1つはプライバシーのない居室にいるような丸見えの、オープンのパターンです。もう1つは、私たちは収容型と呼んでいる、居室が丸見えのパターンです。これらのパターンが、大体9割です。このようなパターンになる理由を説明したいと思います。



よくあるユニットの例 I



要はすべて、「ユニットが近接して立体的に設け」という文言がア・イ・ウとありまして、最後にこれは各自治体に委ねられているということです。

共同生活室と居室の関係（基準関係2）

■基準

居室は・・・、当該ユニットの共同生活室に近接して、一体的に設ける。一ユニットの入居定員は、おおむね10人以下。

■ 解 釈 通 知

近接して一体的に設けられるとは・・・

- ア 当該共同生活室に隣接している居室
イ アの居室と隣接している居室
ウ そのほか共同生活室に近接して設けられている居室

「近接」の定義はない。各自治体に委ねられている。

風の村という施設では、たしかに近接して非常にうまい具合に納まっていますが、これは6部屋です。いま、10部屋が必要ですので、その辺が難しい問題であります。

広島市の特養の公募では点数配分がありまして、たとえば共同生活部が基準面積よりも相当高いと加点されます。これが課題でございます。どうしても広くしないといけないということがあります。

次は、福岡市の公募です。2つの参考例のうち、共同生活室を居室で囲っている広い空間のほうが丸だと明確に書かれております。各自治体の条件があり、自由に設計できなくなっています。岡山市の市条例では、共同生活室の隣接はOK、共同生活の隣接の隣接までOKですが、岡山市の場合、共同生活室に近接は認めないということです。

結局、そうであれば、9割方の特養が当てはまる2つのパターンの設計が、最も条件に合うということになるのです。これで、私のほうは終わらせていただきます。

(A2：篠崎) 久しぶりにスウェーデンに行って、いろいろなところで教えてもらっていた方にお会いしたとき、彼女から建物ではない、そこにいる人をどういうふうに大事にするかだということを言われました。ああ、また言われてしまったと思いましたが、いま、やはりそこにもう一度戻らなければいけないということを感じて帰ってきました。

いま、日本では少しずつ人を減らそうということが強く出てきたのですが、それだけは絶対に反対です。うちは約1.5対1でやっているのですが、それでも足りないと感じています。1対1ぐらいでやれば、スウェーデンの方々も、いいと言ってくれるでしょうが、いまの状態だと、下手をすると3対1となります。

3対1が基準ということですが、いいケアができるのかというと、できないとしか言いようがないと思うのです。お年寄りをケアするということは、やはりその人が生きていけるようにカバーをしていくということですから、その部分が不十分というのは、非常に大きな問題点だと思っています。

《第一部 参加者からの発表A3》

(A3：永野) 「ゆうらく」を設計いたしました永野建築設計事務所の永野です。よろしくお願いします。

ゆうらくなのですが、開設は2003年です。10年経ちました。実は、この「ゆうらく」ができた年にユニットケアというものが法制化されました。以前、私は兵庫県の喜楽苑を手掛けておりまして、ユニットケアの法制化で何か参考にさせていただいたということを聞いております。

決定的に違うのは、12人を基本にしているのですが、法的には10人が基本になっています。決定的な違いはそこだと思っています。

ユニット化をしたわけですが、そのときはそういう概念があまりはっきりしておりませんで、小さな単位で住んでいきましょうということでした。いま、ユニットごとに独立した棟を6つ、6つのユニットを中央の地域交流のためのパブリックな空間と廊下によってつながっていくようにしています。当初は西伯町という町の小学校の跡地だったのですが、ちょうど西伯町に6つの集落があり、うまくいけば、その集落単位で入っていただけると言っていたぐらいだったのですが、

現実的には順序がありますので、そうはうまくいかないようです。周りには住宅地があり、里山があったり、田んぼがあったり、大変いい環境ですので、平屋で、集落をつくりましょうというコンセプトでスタートしました。

これが2階です。1階に6つのユニット、3階に3つのユニット、一番上が会議室です。少し大きな茶室をつくってありまして、来客用対応とか入居者、スタッフなども利用できるということで、ちょっといい日常空間を仕込んであります。特養の部分は住まいにするということで、住宅のスケール感で建てています。

ダイニングとリビングの関係なのですが、住まわれている方が田舎のお家で、広いところに住んでいたということもあって、セミパブリックゾーンを、広々と取っております。使っていられない方たちは、広すぎて困っているということではなく、大変快適に住んでいらっしゃいます。1つは、広い空間を使いこなすには、それなりの工夫がいると思うのです。まず、決定的に大事なのは家具です。何も家具を置いていないと、ただの広がりになってしまいます。家具を置くことによって、多彩な空間の演出もできますし、使い勝手も変化があるようになるのです。

これが70㎡ある空間なのですが、たとえばユニット単位で催しをしてもいいのではないかとこのお話もあり、そのユニットの責任者に能力があれば、たとえばイベントに使おうと思えば、パッと使えてしまうということは、それはそれで意味があるのではないだろうかということも話し合っ、これを設けております。同時に、小さな空間もあります。これはコンパクトにつくっておりますリビングですが、畳で寝ることもできるし、いろいろ使っているのですが、こういう空間も大小取り混ぜて、多数あるほうが豊かなので、大きなものが1つあればいいということではありませんが、大きいものもあれば、小さいものも必要だということです。いろいろな変化のある空間にしたいということです。

実は、ユニット化されているのですが、1人当たりの㎡はいくらぐらいだと思われませんか。けっこう1人当たり面積が多くかかっているのではないかと感じるのですが、56㎡を切っております。なぜかという、ユニット定員を12人にしているからなのです。これを10人にしますと、ユニットが間違いなく10必要です。100人規模ですが、12人の面積にしているので、ユニットとしては9つで済んでいます。しかも12人の部屋と、10人の部屋と、9人の部屋があり、非常にバラエティのある空間が、結果として出てきたわけです。10人のユニットよりも12人にすることによっても、トータル面積の減少ということは、非常に効果的に発揮できるのではないかと考えています。

面積を減らすために中央ホール型がすぐ出てくるのですが、これは非常にやっかいな問題で、地方自治体に訊けば「国からの指導だ」と言われてしまうけれど、本来はそんなことはないですね。難儀をしています。快適さとか安全は施設で違います。横から光を入れるということは非常にいい感じになります。中央ホール型のユニットになってしまいますと、トップライトとか入れられるのだけれど、まさに両側の部屋が挟まれた空間で、そこで1日、狭い空間でたむろして、ドアを開けたらその人が見えてしまうという、まさに住宅とはかなり縁の遠い、施設化された空間になっていくわけです。地方自治体では必ず中央ホール型をよしとしたような話しぶりをされます。私はユニットケアにスタートの時点から関わった人間ですので、説き起こしていけるので

すが、そのあと入ってこられて、関わっている設計者の人などは、そこで止まってしまうと思うのです。先ほどのお話にありましたように、これは住宅なのだからもっと自由にやりなさいというぐらいのことでないと、何か変な、生活の形も決められてしまう、面積も決められてしまう、というようなことになります。どこかの設計の自由度を高めておかないと、よいことになっていかないのではないかと思います。

今日、大きな空間のものを事例として持ってきたのですが、最小限化をするものも提案として持っていて、中央ホール型でない形でできています。

また、13.2 m²の面積も必要だと思うのです。持ち込んでこられる家具などをひとつおき置けます。ただ、いま 12 m²になっていますが、京都の府下で経験して、提案したのですが、結局設計に至りませんでした。しかし、そのときの聞き込み調査によると、田舎の人は特養に移るときに、丸ごと全部、自分のものを持ち込んで、そこで完全に生活ができるという形には、あえてしないのだそうです。もともとの家はありますから、その家におじいちゃん、おばあちゃんの大事なものは置いてあり、ちょっと別のところへ行ってきたね、というような感じで、セカンドハウスのような気持ちで送り出すということです。その間、家の人の訪問というのはけっこうあって、季節のいろいろな行事ごとのものなどはそのときに全部持っていくとか、いま置いているものはそのときに交換するといった形で、そこに全て持ってこないということは、わりあい小さくてもすむのではないかという積極的な意味があります。ただ、都会は生活道具を全部持つてくると思いますので、なかなかしんどいのではないかと思います。

ちょっと、要望を申し上げました。12 人ユニットの効果というのは、これからいろいろ、検討していただきたいと思います。

(A3：山野) まず、設計士さんのほうから 12 名という特異な施設だという話があったわけですが、われわれの施設は、厳密に言いますと平成 13 年度の事業でございます。13 年度といいましても 14 年 3 月の終わりぐらいに、全額繰越という手続きを踏ませていただき、14 年に建築、15 年 5 月にオープンした施設です。そういう特異性がございます。その中で、10 人のユニットを検討したのですが、人の配置が問題で、10 人ではどうしても苦しいと思います。昼間 8 対 1 人ということはクリアできるのだけれど、当初から認知症と重度化、これが宿命付けられておりまして、一定数の職員の配置が必要だと考えました。そうすると 12 名は欲しかったというところがありまして、12 名の入居者をどれだけで見ると、6 人、7 人いるわけです。やはりそれぐらいいると、昼間に重複する時間も含めて、現場には 3 人ないし 4 人がいることになります。そういうことが、設計をする段階から義務付けられていたという特異性がございます。その結果、10 名が 12 名になったということです。

皆さん方の地域とは違って、田舎ということがございますので、広さというものが邪魔にはなかったということがございます。それと、「ゆうらく」を設計する段階で、既に重度化という問題が出ておりまして、リフトであるとか、モジュールを使うという方針が出ていました。そうしてみると、たとえばリビング、ダイニング機能を考えた場合、ほとんどの方が車椅子の生活になるわけなのです。重度化した人が、麻痺のある手をかばいながら左手で、自分の力でひと匙食

べるためには、やはり姿勢というものが大事です。それを保障するためのちょっと大きめのモジュールの車椅子が必要です。そういうものが入ると、どうしても狭いリビングだと、みんなが揃って、ということにはならないということもありまして、一般的な施設と比べると、比較的面積が広いリビングを必要としたのかなと考えております。

あと、家具の問題等もあったわけですが、俗に言うしつらえというところですが、基本は、ものには役割と意味があるのだというところを主たるテーマとして、自分の家だったらどういうしつらえ、飾り付けをするのか、その辺から、職員に間いただきながら整備してきたというところがございます。

ケアについての考え方は、あくまでも暮らしの場なのだと、生活の継続をしていくためにプライバシーを守った、完璧な個別ケアをやっていくことを目指しました。外から見える、いわゆる自立の前に、その辺の具現化を図っていこうというのがメインのテーマでございます。それと、ほとんど施設の中でのターミナルということが、オープンるときから宿命付けられておりまして、本当に自分の家で最期を迎える、それを職員が見守って送れる、そういうような、本当の意味での暮らしの場をつくっていこうということです。また、先ほどの絵には出てこなかったのですが、1箇所のリビングということではなく、建物の空間をうまく利用して、複数のリビングがあるユニットもございます。そういうところで、1人になれる空間というものの、居室以外で1人になれる空間、あるいは対で会話ができる空間、そういうものが盛り込まれているのではないかと考えております。いわゆる規模という部分を考えると、どうしても、もう少し面積を縮小という傾向になりがちなのですが、田舎という特殊な事例でもございまして、比較的ゆとりのある面積を与えられているのかなと考えております。

もう1つだけ、補足させていただきたいと思います。70㎡のリビングがあるということなのですが、これは1つのユニットのリビングなのですが、隣、あるいはその隣の、2つないし3つのユニットのセミプライベートゾーンも兼ねており、施設全体でやるような大きな行事ではなく、ちょっと近所が寄って小規模な音楽会をやるなど、そういう空間としても利用しています。あとは、与えられたハードをどう使っていくか、その辺の工夫で、広さ、あるいは狭さというものがある程度クリアできるのではないかと考えております。以上でございます。

《第二部 フリーディスカッションA》

(A1：大井) ちょっと補足させていただいてよろしいでしょうか。いまの話をお聞きして、愛知県との協議で問題になった点を思い出しました。

このプランで、ここに袖壁があるので、近接、隣接の話が出ました。この袖壁があると、近接、隣接の1つ向こうというので、「これは共用にくっついているではないか」ということになって、この壁を取れという話でした。壁を取ってしまったら、この人の居室が共用部から丸見えになってしまうので、この壁は、こちらとしては死守したいという話をしました。最後は、「そちらで好きなようにやってください」ということで、なし崩し的にできたのですが、それが非常に論点になったのを思い出しました。

（司会者：石井） 今日はどうもお集まりいただき、有難うございます。東北工業大学の石井です。この研究委員会の座長を務めさせていただいております。

この研究課題をいただいて、8月に第1回目の委員会を開催し、そこでこの研究テーマについて議論をし、今日のグループインタビューということに至っているのですが。今日は、どなたをお呼びしてお話を伺おうかというところでは、私と委員の井上由起子先生、三浦研先生、建築側の3人で相談をしながら、いま、全国の施設を見回したときに、その施設の質と設計者の質、両面から見たときに、最もふさわしいのではないかと思われる3組の方々に、今日はお越しいただいたということです。なかなか、こういう形で設計者と施設の方が一緒になって来て、空間的な視点を中心にお話を、それぞれの立場ですという機会はあまり、ありそうでないと思います。また、皆さん、質の高いユニットケアを目指しているという意味では、仲間であり、同志であり、同じ方向に向かっていらっしゃる方々だと思います。一方で、ライバルという関係でもあるかと思いますので、それぞれ、いろいろなご意見、お考えをお持ちだと思います。それぞれの立場でいろいろな意見をここで出していただいて、結論のある話ではないですが、今後の方向に向けての1つの資料とさせていただければと思っております。

いま、3つの事例を中心に3組からお話をいただいたのですが、さて、なかなか難しいという気もしております。これからの1時間弱ぐらいの中で、主に、話はいろいろなところに当然及んでいくと思うのですが、リビングのあたりに焦点を当てながら、そこを通して空間とケアのあり方や考え方について、さらに話を深めていければと思っております。

そもそも最初にあったのは、広すぎる中、無意味に、ただ単に広だけの、そこに何の理念もないような、いわゆるホール型、中央集約型のリビングを持った施設がかなりあるということです。それに対して、そのケアや暮らしというものを考えたときに、もう少しそのリビングの質、空間の面での質も考えなければいけないのではないかというところから始まっていると思うのです。いまのお話を聞いていても、いろいろな条件、建てる時に条件がありますので、そう簡単な話ではないですね。コストのこともあるし、敷地のこともあるし、それぞれの条件の中でいろいろな答が出されていくので、単純な話では、もちろんないとは思いますが、単に広い、狭いという面積だけの話ではないということも、いまのいろいろなお話からもわかっているわけですが、それらを踏まえた上でも、やはり、そうは言っても、設計者も施設側も、共同生活部、リビングに対する何かやはり考え方、思いがあって、それを1つの形に、それぞれの条件の中でつくり上げていっているのだろうということにははっきりとわかることです。今までお話しいただいたことと重複することも当然あるかと思いますが、改めていろいろなお話を伺っていきたいと思えます。

まず、広さ、単純に面積ではないということはよくわかるのですが、その中で、広さということに対して、特にユニット、共同生活室に対してどういう認識や意識を持ちながら設計にあたっておられるか、もしくは施設を運営する側、ケアをする側から見て、共同生活室の広さは、どんな考え方、どんな視点から、実際に建物を建てる時に検討しているのかということ、それぞれのお立場からお話しいただければと思います。

発表の順番で、大井さんから、広さというものに対しての意識や考え方、実際の設計への反映のさせ方について、もちろんいろいろな条件がある中で、広さは決めていくと思うのですが、その中でも、何か意識されていることとか、お考えをお話ください。

(A1：大井) 実際には、面積というのは10人であったとすると、単純には6人掛けのテーブルと4人掛けのテーブルがあれば、10人の方は食事ができるので、広くないことのほうが、住宅には近づいていくと自分たちは思っています。それが4、4、2なのか、6、4という形になるのか、それは好みのお話でもあるし、施設側の考えもあると思うのですが、食堂スペースであれば、6人掛け、4人掛けが、余裕を持って使われればいいというぐらいの視点です。食堂空間があるとする、もう1つ、テレビを観たり、ソファがある空間が、それも10人が10人とも移行してこなくてもいいとすると、面積的には8畳ないし10畳ぐらいのスペースです。居室と、食堂と、リビング的なスペースができたので、もう1つぐらい、談話スペース、ケンカをしたときや、気に入らないとき、1人になりたいようなときのためのコーナーが、全体の中で1箇所あるといいのかなというぐらいのことをもとにプランニングしていくので、あまり広さがどうかという明確なものは全然なくて、住宅と一緒に、それぐらいのものを全体の中に組み込まないといけないということ踏まえて、あとは敷地の条件で、光や風がどうやったらたくさん入るようになるのかとか、全体のバランスのほうが重要視されると思うので、そういった形で進めているのが実情です。

(司会者：石井) あくまでも、大枠の広さがあつての空間のつくり方ではなく、人が4人なり6人なり過ごすという、その場面や、それに必要な空間条件、そこをベースに当然考えていくということですね。あとは、また、これは次のところにも関係すると思いますが、リビングと食事を食べる場所と、もう1つ、何か違う場所というように、広さではなく、空間を分散させたり、分節させたり、つくり方の部分での話があると思います。それは、それぞれ共通するところがあると思うので、次にまた伺いたいと思います。日比野さんの視点からはいかがですか。

(A1：日比野) 今回、小規模特養の事例で話をさせていただいているのですが、これをつくるにあたって、できる限りリビングを狭くしようということで進めていったのです。というのは、私どもの住んでいる春日井とか小牧市というのは、名古屋のベッドタウンになっているようなところで、ここもニュータウンの外れなのですけど、概ね40坪前後の住宅に住んでいる方が、市内でかなり多いところです。昔からお百姓さんをやっているところは広いのですが、ほとんどの方がそういうような住宅環境の中にいます。現役時代、どういうふうに住んでいるかという、ごく平均的な、普通の空間であったのだから、できる限りコンパクトにして、多少背中をすり合わせるぐらいの広さでいいのだろーということでした。さっき図面が見にくかったのですが、リビングから居室が見えないことが、一番ポイントだったのです。リビングにいる人から居室がのぞけないようにしようと、壁をいっぱいつくっていくのですが、壁をつくっていくと、そこがリビングで、廊下のお話、隣接のお話に引っかけたから、では、廊下も含めて全部リビングで申請し直しますということで、最後は決着したのです。だから、いま、リビング

が116㎡ぐらいとすごく広がっていますが、実質のリビングはこの半分以下なのです。それぐらいのほうが、かえって人として落ち着く空間になるのかなととらえています。

（司会者：石井） ありがとうございます。お話が出た、リビングと居室の関係というのは、かなり重要なところで、それは設計においてそれぞれ意識されているかと思うので、後ほど伺いたいと思います。あと、お話があったように、家として考えたときに、その地域性というのか、都心部の施設と地方の施設で、主題の置き方が、住んでいる住宅のそもそもの質が違いますので、それは当然暮らしの場として施設に反映させていくということは、ごく当然のことだという気がいたします。それでは、劔持先生のほうで何か、いまのテーマで、補足を含めてお話をください。

（A2：劔持） リビングの広さの考え方なのですが、一番にはやはり、いいケアをしたら、リビングで昼間過ごすようになりますので、そこを一番いい場所にするということで、こだわってやっています。ユニットにキッチンをつけています。キッチンを使っていない施設もいっぱいあるのですが、そこでみそ汁とご飯とか、盛りつけとかをするのであれば、やはりある程度大きさが必要です。アイランドキッチンの場合だったらある程度考えられるのですが、I型のキッチンだったら後ろに作業台のスペースがある程度必要になります。それと、さっき言ったように、1650×900ぐらいのテーブルを2台、そこで10人プラススタッフが2名使えるということと、ソファが2つほどあって、いろいろ適当に家具が置けるぐらいの大きさがいるのかなと思います。さっき発表しましたがけれど、別の部屋に談話ルーム、もう1つのダイニングやリビングのようなものをつくっていますけれど、結構使い勝手がいいようで、仲のいい人同士が使います。ああいう形で、ちょっと独立した空間で隣に、談話ルームで取り込みではなく、近場に1つあったらいいのかなと思います。

（司会者：石井） ありがとうございます。篠崎さんは施設を運営されたり、ケアをしたりする視点から見たときに、共同生活室、リビングというのは、どういう視点で考えたらいいと思いますか。設計に何を求められたのですか。

（A2：篠崎） 僕らは、つくってもらったものを、あとはどううまく使うかということを考えてことが多いのです。1人ずつ自分の部屋が欲しいということで、自分の部屋をつくってもらいたいというのがあったのですが、それだけではなくて、トイレとか、洗面とかいうのは1人ずつ自分で欲しいではないかと思います。その辺が言われていないということがちょっと残念です。

（司会者：石井） 最低限の居住の質として、ですね。6万円の家賃を取って、住む家として考えたときに、あるべきではないかということですね。

ありがとうございます。永野先生、いかがでしょうか。「ゆうらく」は広めにできているけれど、広さだけの問題ではないと思うのですが、その辺の考え方をお話ください。

(A3：永野) 全体を通じて、ハードがソフトを助けるということで、お話をさせていただきました。建築空間というのは、建築はハードと言われるわけですが、いずれにしても、システムになるのです、建築のハードというのは。システムになってしまうと、やはり生活を示唆しますし、誘導してしまいます。だから、それは当然ある種のメニューを持ってやっていかなければいけない、非常に大事なファクターだと思うのです。ハードは直接ケアをするわけではないのですが、たとえば生活のケアというのは、ベッタリ横に付いてケアをする人がいなければいけないということではないはずで、必要なところで、必要なタイミングでしてあげればいいわけなのです。時間的には非常に細かく分断されていくのかもしれませんが、トータル時間でそんなに多くないと思われるのです。その間をどうしているかというと、僕の好きな言葉で、無為にして充実ということがあるのだけれど、禅宗の言い方ですけど、何もしていないのだけれど、実に充実した状態というのが、高齢期になってくると必要なことなのではないかと思います。無為にして充実を味わえるという観点は何かということ、個室でもあるでしょうし、もう少し外に出た、ぼっとしていても、もちろんベッドの上でも充実しているというのであれば、1つの空間がいるのではないかと思います。その最低の面積はいくらかというのが1つあるのかもしれませんが、大井さんがおっしゃったように、たとえば10人のユニットであれば、4人のテーブルが3つあればいけるわけで、その間、車椅子が通れるような空間が空けられてあるということができるというのは、最低限なのです。

私はいつも、ダイニングキッチンの空間とリビングが隣接していようが、分けようとしています。これは変化ですね。食事をしてそのままというのを、ちょっと違うところということで、生活のメリハリを付けるためには、リビングという対象のものでなくても、何か違う空間があり、そこにはちゃんと椅子がしつらえてあるという、そういう変化というものがいるのだらうと思います。そういう意味では、キッチン、ダイニング、リビングというのは、明確に位置付けた空間がいるのではないかと思います。

(司会者：石井) ありがとうございます。山野さんからは何かありますか。

(A3：山野) うちのユニットは9つあるのですが、面積がみんな違うのです。広いものもあれば、中ぐらいのものもある、狭いものもあります。開設当初に各々のユニットを回ってみて感じたのは、比較的狭いほうが、ソフトらしいというか、落ち着き感というものが早く出せると思っていました。けっこう狭いほうがいいのかなというふうに思っていたのです。

ところが、時間が経つと、狭いリビングを持ったユニットは工夫が足りなくなってくると感じてきました。広いリビングだと、その広い空間を、現場の職員が入居者と一緒に、どう活用すべきかということを検討してくれるようになってくるわけです。必要最低限の面積というのはあると思うのですが、日比野さんからありましたように、春日井のほうでは一戸建てで40坪と、そういう家に住んでいるということですが、うちのほうでは1部屋が40坪ありますから。広さというのは非常に難しい。だから、広ければいいかというと、あるいは狭ければいいかというと、そうではなくて、やはりその施設がどういう入居者に、どういうケアをやっていくかではないでし

ょうか。リビングというものの重要性もあるのですが、その前に篠崎さんがおっしゃったような個室がまずきちんと整備されるべきだと思います。洗面もトイレも自分の部屋にないのに、どうやって人の尊厳やプライバシーを守るのかということです。

やはり、われわれが一番大事にしたいのは、排泄場面です。お風呂よりも排泄のほうが、羞恥心を傷つけられると思うのです。プライドを傷つけられると思っていまして、その辺をやっている方がいいのかなと思っています。居室の中で、その人の1日の生活が完結してもいいのではないかなと思うのです。そこで完結させるだけのハードの機能を持って、その上で今度はソフトの力です。リビングに入れようか、地域交流に出てみようか、外に出ようかになると思います。やはり、生活をどうつくっていくかを考えられるハードでないと意味がないと思います。

（司会者：石井） ありがとうございます。多床室の議論もある中で、少なくともここは、ユニットの大前提、個室であり、ユニットケアというものを大前提とした議論であるということと、共同生活室、リビングというものの対にあるのは、やはり個室、個の生活、守られた空間の充実を当然図りながら、その上でのリビングということでしょうか。

（A3：山野） 設計事務所の先生方からも、この部屋はいいのだけれど、その隣は駄目だとか、議論がいまだにされているわけです。

死角をつくるというのは、施設としては非常に不安なのですが、入居者からすると、死角ぐらい豊かな空間はないと思うのです。やはりリビングに全部が面していると、こっちサイドから見ると管理をしている、見られているという関係性が出てくるわけなのです。そこまで見られていて、管理されていて、本当にその人のプライバシーはあるか。やはり見えないところで、その人がいま、どういう状況かということが把握できるのもソフト、それは見えていたらそういうソフトはできないと思うのです。見えないからやはり知恵が働くので、その辺のメリットがあると思うのです。

（司会者：石井） いまのお話にもつながるのですが、今日、見せていただいたプランやお考えというのは、図面でパッと見ると、居室があって、当然そこにリビングが、色付けをするとあるのだけれど、実は、それぞれ細かく写真を見たり、お話を聞いたりすると、あえて壁を付けて、居室とリビングの関係性をうまく分節したり、山野さんのところのように、広いのだけれど、けっしてだだっ広くあるわけではなく、何となく見えたり、見えなかったりという空間のつながりの中で、その広さがあつたりします。剣持先生のところも、単に居室とリビングをつなげるのではなく、そこをどうやってうまく、近いのだけれどうまく分けていくかということにかなり苦労されています。すべての今日の事例というのは、そういうことだと思うのです。リビングと居室との関係性というのでしょうか、先ほど死角というお話もありましたけれど、その辺はかなり設計されているときに意識されて、いろいろ設計上の工夫というのが出てきているような気がするのですが、リビングの配置であつたり、居室との関係性であつたり、つくり方というのでしょうか。その辺で、それは広さとはまた違う次元のところ、広さは別にして、つくるときに何か意

識して常に考えたりしていること、もしくは今日の事例の中での話を改めて設計者の方にお伺いしたいのですが。大井さん、その辺はいかがですか。

（A1：大井） 私のほうは、ちょっと極論的な話になるかもしれないのですが。それは、施主さんに委ねます。施主さんのほう、法人さんがどうされたいかによっています。いい、悪いの答を自分たちは持っていないので、法人さんのほうがリビングから居室がのぞけないようにしたいという要望があれば、それに沿いますし、そこはワンクッションで面積が割かれるのは当然わかっているんで、それよりも金銭的なことが優先されるのであれば、どちらがいいとか、設計側にはなかなか判断できません。どちらも、求めるのであれば、先ほどのトイレの話にしても、考え方としては居室が充実していく考え方と、一般住宅で言えば5人、10人が住むにあたって、日本の住まいというのは居室にトイレがないので、共同トイレがあるという形も、それも考え方としてはいいのではないかと思います。どちらがいい、悪いとは言えないので、近接、隣接の話と一緒に、指導しないでいただければという思いです。

（司会者：石井） 日比野さん、施設側の立場、ケア的な視点から見たときに、居室とリビングの関係性というのは、どんなことを意識されているのでしょうか。もしくは、どういうことを設計者にお伝えしているのでしょうか。

（A1：日比野） 本体のときもそうですが、必ずリビングから部屋は隔絶されるべきだと思うのです。通常の生活パターンの中で、私も戸建てに住んでいますので、自分の部屋がリビングから見える環境にはないですね。ほとんどがそうで、マンションタイプになるとあり得るかもしれませんが、住んでいる環境によって、本当に違ってくるだろうということがあると思います。

（司会者：石井） 剣持先生、いかがですか。

（A2：剣持） まず、言われているのは、バランスのいい位置です。あとは、さっき紹介した麴町にも入っているのですが、リビングからはやはり玄関が見えたほうがいいということです。拘束するのだったら別ですけど、自由に行き来しますから、やはり出入りは見えたほうがいいということでやっています。近接とかだったら、なかなか思うようにいかないのですが、そう考えています。近接の話なのですが、紹介した麴町はすべて3つ目があるのです。そこで強い指導がありますので、多分東京都とか県単位とか、そういうところだったらNGが出たと思います。

（司会者：石井） 篠崎さん、ケア的な視点から見て、たとえば居室とリビングの関係性、死角の話もありましたが、その辺のお考えはどうでしょう。

（A2：篠崎） どちらかというと、私の場合には、ケアをするときに、どう一緒にするかとか、普通の日々をどういうふうにするかというようなことを考えています。いままで、トイレは部屋

に入ってきたけれど、風呂は入ってきていないです。ですから、シャワーのようなものが、もうそろそろ入り出してもいいのではないかと思います。お年寄りたちも、朝からシャワーができると、あとがすごく楽になるのです。風呂まで行って、風呂の時間ですよというのは、いかにも古いので、そんなことをちょっとずつやっています。

（司会者：石井） 永野先生はいかがですか。居室との関係性のあたりは。

（A3：永野） つかず離れずの関係だと思うのです。私は、手法としては居室の入口を下げてつくるといふ手法を使います。入口を下げて、廊下上のところからリビングを見た場合に、直接ドンと面しているという感じがしないのです。人が居室に入ってくる時も、これは15年前になりますが、スタッフがドアを必ずノックして声をかけて入るのだよ、という訓練をしていたらしいのですが、それをしなくても、ちゃんとノックするようになるというのです。それは大きな空間に面していない、奥に入っているというのは、ある個人のエリアに入っていくのだということが自ずとわかってくるのです。これはまさに建築のハードがソフトに影響を与えているのです。そういうこともあって、いろいろあるのですが、基本的には居室の前のところが空いていることで隠しているというのでしょうか。

（司会者：石井） ありがとうございます。山野先生、お話しください。

（A3：山野） あくまでも居室がベースになるべきであって、リビングというのは居室から比べるとパブリック機能が必要な空間になるわけです。そこを利用する、出入りすることによって、1人1人の入居者の意識が変わるといふ、それぐらいのハードの意義というものを持っていただけたらと思います。

それと、私は居室のほうに重きを置いているのですが、いま、われわれが仕事をさせていただいている施設に、自分が要介護の状態になって入居するかという、しないですね。なぜかという、1部屋しかないわけです。せめて、2畳でもいいから、もう1部屋欲しいのです。みんなが個室と言うのだけれど、そこが本当に暮らしの場なのかという、いくらお友達がいても、隣の仲良しのおばちゃんであっても、自分のベッドルームに招き入れるかという、けっしてそんなことはしないと思うのです。やはりその前に、本当の意味でのマイリビングというものが欲しいのです。2部屋あったら特養に入ってもいいと思うのですが、1部屋だといやですね。

（司会者：石井） たとえば、いま、ゆうらくの、同じ床面積ぐらいで、いまからつくるとなったときには、リビングのスペースを多少カットしてでも、いまの考えだと、居室にもう少しスペースをとということでしょうか。

（A3：山野） そうですね、2部屋ということになると、そちらのほうが魅力的だと思います。そうすると、リビングの役割というのは、また色濃くなって、違った活用というものがあると思

います。入居者にあまり投げかけなくても、自分たちでけっこう、豊かな空間として使っていけるようになると思います。

（司会者：石井） ありがとうございます。いずれにしても、近接、隣接の、ユニットができた当初のあの基準と、あの絵ですね、あれがいまだに縛っているというか、各自治体がそれでかなり指導しているという現実が、いろいろなお話からわかるのですが、ケアの視点、施設側の視点から考えたときに、やはりあの図式の、たとえば3つ目は離れているから、それではユニットケアはできないという話は、現実的にはないと考えてよろしいのでしょうか。どうでしょう。日比野さん。

（A1：日比野） そういう距離感の話ではないと思います。要は職員がユニットケアをどう理解しているかという話だと思うのです。介護現場にできてしまって、生活という意識がなければ、近かろうが、何だろうが、よくないと思っています。1人1人の暮らしという視点を持っていれば、そういう形にはならないと思います。

（司会者：石井） 篠崎さん、どうですか。指導や、細かい部屋の1つ、これだからどうだという、あの辺は、実際どう感じられますか。

（A2：篠崎） 僕らもケアが中心になるべきだと言っているのですが、ただやはり、実際にそういうものをきちっとつくろうと思うと、3年ぐらいかかってしまって。そういう面では、そういうところへ少しずつ、自分も含めて積み上げていくことが必要かなと思います。そういうことがうまく積み上がってくると、いいと思います。

（司会者：石井） 山野さんは、いろいろな自治体の指導がありますけれど、近接、隣接についてはどう思われますか。

（A3：山野） 国、たとえば厚労省は、非常に理解が深いのです。「いいじゃない、いいものをつくったら」とおっしゃるのだけれど、末端に行けば行くほどがんじがらめになってしまう傾向があります。私も経験したのですが、いわゆる行政、いい意味で行政が縛っている部分と、いかにディスカッションを重ねて、いいものを出せるかをやらないと、規制で固まった形しかできないということがあります。県庁のほうはまだよかったのですが、やはり末端の、消防署であるとか、保健所、こことは相当ディスカッションをさせていただきました。

（司会者：石井） ありがとうございます。もう少し建築的な視点で言ったとき、利用者の方が快適にその場にいられる、過ごせるというのは、建築をつくる上では当然考えて、イメージしながらつくられると思うのですが、快適性を生み出す居場所づくりというのは、実際建築として、いろいろ素材の部分とか、色のこととか、たとえば光や風の問題とか、いろいろな要素があると

思うのですが、実際どういうことを意識されて、利用者が快適にそこにいられるように、どんなことを心がけていますか。大井さん。

（A 1：大井） それは住宅の設計と同じ話なので、当然、食事をするにしても、何にしても、窓のあるスペース、窓のあるというのは外部と内部との境のところが、建築が一番居心地のいい場所になるので、そういった場所をたくさんつくりたいと思います。なかなか、ほかとのバランスでとりにくい場合もあると思うのですが、面積の話より何よりも、そのことが、できれば二面採光、できれば風が何らかの形で抜けるという、人工物に頼らない設計をすることが肝心で、一番大事ではないかと思います。

（司会者：石井） 劔持先生はいかがですか。

（A 2：劔持） 先ほど言いましたが外向きのこと、あとはそれができないのであれば、縦長ではなく横並びタイプです。ウナギの寝床は、居室もそうですが、やるといろいろな障りがあります。

（司会者：石井） 永野先生、いかがでしょうか。

（A 3：永野） 日本の中で快適なものを求めようとしたら、間口が広くて、東西に長く、開口部があるということなのでしょう。

（司会者：石井） 揃って、そういうお考え、ご意見、建築としてそういう空間をつくろうと思ったら、多分そういうふうになってくるのでしょうかけれど、一方で、現実的には、そうではないリビングというのが、失礼ですが、いっぱいあるわけです。そこには、本来そういう視点でつくられなければいけない、普通につくったらそうなるだろうということが実現できないという、何か要因があって。それは先ほどの、いろいろな縛りというのか、考え方、居室とリビングの位置関係の縛りであるとか、施設側、介護側の視点での、たとえばもっと見通しがいいようにつくってほしいとか、もう少し違う要素が大きく働くことで、本来建築として、おそらく設計者は快適性からつくったときにはそうならないようなものが多分できてしまっているというところに、何か、本質的な問題というのでしょうか、あるのかなという気もしてきます。

（A 3：永野） そこからスタートすべきなので、快適な空間をどのように使いこなしていくのかでしょう。距離があると介護が大変だと言われるけれど、距離が本当に決定的なファクターなのかと思います。ユニットケアというのは、そういう意味では、その人ごとの状態をきちっと頭に入れて、いろいろなニーズが来るわけで、そのニーズに対応していくという前提がありますから、距離の問題ではないと思います。1日に3回行ってあげなければいけない人と、1日1回でもいいという話というぐらいの、何かいろいろな動作なり、関わり方の度合いというのは千差万別

にあるわけです。10 人の人たちの特性を読み込んだケアをするということであって、住宅の距離というのは関係なくなってしまうものなのです。何かケアの必然性から組み立てようと思ったら、それはなくなってしまうわけで、すてきな生活空間であれば、みんな絶対にいいはずなので、それを使いこなすにはどうしたらいいのかとしたときに、それを不安がるようなケアの必然性というのは、あまりないのではないかと思います。少なくともそれは、ケア側で乗り越えていかなければいけない問題だと思うのです。

（司会者：石井） ありがとうございます。もう 1 つ、今度は建物ができたあとに、生活というのはそこから始まるわけなので。結局、日々の中での空間の使いこなしか、そこに対するスタッフ側の意識というのでしょうか、その空間、居場所を、どう使い込んでいくかというあたりも、多分すごく大事な要素になると思うのですが、その辺、施設側から見て、できあがったあと、その空間、リビングをどう意識して、どう使うかというのは、スタッフのケアの中で、もしくは日々の中で、何か意識的にそういう話をしたり、実際にそれがケアの中でどう関わっていくかということがありますか。実際使われる中でのリビングの役割というのでしょうか。

（A 1：日比野） あいあいの郷で言うならば、畳の空間をつくったことによって、入居者が自然に過ごすことができます。だから、職員としてそんなに意識的にしなくても、自然な空間になっていると思います。

ちょっとリビングの話と外れてしまうのですが、ユニットに汚物処理室を 1 箇所しかつくっていないのです。私どもの方針は、処理をしたら、排泄援助が終わったら、必ず汚物処理室に置くようにしています。臭いを絶対に出さないように気をつけています。多少距離があっても全然問題にしません。そういうことから言って、使いこなしていく、やはりわれわれはできた建物がよほど不自由ではいけないと思うのですが、使いこなして何とかなっていくだろうと考えています。

それから山野さんが言われた豊かな部分、2 部屋欲しいというのはよくわかるのだけれど、1 つだけ言うことがあれば、居住性のよさを追求していくこと、リビングの居住性をよくしていくことと、コストとのバランスがすごく重要だろうと思っています。あいあいの郷は、1 億 8,600 万ですので、1 ユニット 6,000 万です。ですから、10 ユニットあったら 6 億です。10 ユニットが 6 億出てしまうぐらいのものなのです。本当のことを言うと、6 万円はいらないのです。いただかなくてもけっこうなのです。でも、いただいていいと言っているのです。そこは申請上、いただくようにしました。その分、余分に職員を配置するようにしています。居住性のよさと費用のバランスというのは、すごく重要だと思います。

もう 1 つは、設計者が、今日おみえの方はよほどいいのですが、そうでない方に頼んでいる人たちが不幸だと思っているのです。リビングと居室の関係性の話にしても、ワンパターンでつくってしまっているという方もいます。

（司会者：石井） ありがとうございます。篠崎さんは、できあがってからのリビングを使いこなして、家具の配置や使い方のようなものは、スタッフの方に対して、実際にどうされていると

いうことはありますか。

(A2：篠崎) 南麻布は都会なのです。それまでは田舎ですから、グループホームなども3つも4つもつくられているわけです。その中で、そういう1つずつ、自分たちのつくり方とか、そういうものが田舎の場合にはできたのだけれど、都会だと全部がどちらかというと同じものを使い回しというか、どんどん同じパターンを使えてしまうのです。そうすると、入っている人たちも、自分たちらしい、いろいろなことができにくいでしょう。ただ、都会の人というのは、そういうものが当たり前という感じがするのです。同じようなことをしていても別に、それでもいいという人たちが意外といらっしゃると思います。東京にあるので、入っただけでうれしいとなっている感じがします。

(司会者：石井) それぞれの居室の中で個性を出して住みこなしていくこと、それとリビングとの対比というのでしょうか、そういうところもあるのかもしれませんが。山野さんのところはいかがですか。

(A3：山野) 2部屋で、コストの問題が出たのですが、2部屋をつくらせろということではなくて、あったらいいな、という程度の話です。ハードがないとソフトができないかというところ、これまた異論はあろうかと思うのですが、少なくともいまの若いスタッフが、生活や暮らしを理解できていないのです。スタッフの理解を深めていく必要があります。

いわゆる施設の伝統として、施設病という病気がありまして、こうあるべきだという何十年も集団ケアに慣れたわれわれとしては、概念があるわけなのですが、それを取り壊してくれる1つのヒントがハードの力だと思います。ハードがいいと、ソフトができるかというところ、けっしてそういうことではないと思うのだけれど、やはり一定のソフトを一定の期間でつくっていかうと思うと、俗な言葉で言ったら、いいハードの上にいいソフトは構築しやすいかなと考えています。そういう意味では、われわれのほうが、もっと空間というものを、本当に何のためにこの空間があるのか、入居者はここをどういうふうに使いたいと思っているのかというところが、現場スタッフの大きな課題だと思っています。われわれも、与えられたハード、空間の意味というのをフル活用しているかというところ、けっしてそうではないと思っています。まだまだ使われていない空間というのがたくさんあり、まずそれを使いこなす力というのが必要です。では、その力は誰がつくってくれるかというところ、やはりハードの力というところは否定できないと思っています。

(司会者：石井) ありがとうございます。もう1つ、お話が出たのでユニットの規模、定員の規模、それが当然空間の規模にもつながっていくし、つくり方にもかなり関わってくると思うのですが。いま、一応10という数字の中で基本的にやられているのですが、実際ケアの視点から、運営の視点から、建築をつくる側の視点から、それぞれの立場で見たときに、1ユニットの定員というのは、どんなふうにお考えになっているのでしょうか。10という数字に対して、ですね。つくる側から言うと12がいいとか、8がいいとか、ケアをする側、運営をする側、いろいろある

と思うのですが、それぞれのお立場で、規模に対してどういう考えをお持ちでしょうか。お聞かせください。

（A3：山野） 12というのは、すごくいいと思っています。住み手から考えたときに、もっといいのは7と8ぐらいで、7と8を見ると、15人を1つのユニットとして入れる。職員が15人で、7人、8人でケアしていけば、もっといい環境になるだろうと思います。

（司会者：石井） 15だけれど、7と8を単位に空間をつくっていきながら、ケアとしては15で見られるような形にするということですね。

（A3：山野） リビングを挟んで7と8が向こうにあって、という空間があるので、それぞれ7人の空間があると、もう少し自由度が高まるのだろうと思います。

（司会者：石井） 大井さんはいかがですか。定員規模、つくる側から見たときに、どんな定員でもそれなりのユニットの形をつくれると思うのですが、つくりやすさ、ご自身の感覚から言ってしまうのでしょうか。

（A1：大井） 先ほどと一緒に、法人に判断を委ねています。いまやっている中で出てきている形が、この10人のユニットでやっていく場合に、単独の10人ではなくて、施設側から求められているのは、夜勤とかのことを連動させると、やはり20とか、2ユニットも何らかの形で密接にできないかということです。夜勤体制から20人を1人で見られないことが大きいと思うのですが、そのときにあまりそれが、本当のユニットの形としては、家1軒1軒別だと思うのですが、これがあまり離れていると、夜の体制としては一緒に見ることが難しいので、2ユニットを1つ、夜の間は1ユニットとみなせるようなつくりにしてくれという依頼が多いのが現状です。

（司会者：石井） 剣持先生、いかがですか。

（A2：剣持） まだ法律ができていないということで、設計上、8人だとすごくバランスがよくなります。グループホームのほうで9人になって、バランスがよくないなと思いながらずっと設計したのですが、10人が、近接、隣接のそれに引っ張られるようになって、8人が一番、理想だと思います。

（司会者：石井） 篠崎さん、いかがですか。

（A2：篠崎） やはりいまのいくと、8人ぐらいがいいのですが、ただ、実際にやると、うちでもけっこう自分たちで来るのです。そうすると、食事などなかなか8人で回すと苦しくなるというか、やはり10人ぐらいいると、誰かが介入するとか、そういうことが上手な人がいるとか、

そういうのでうまく変わってくるということになれば、やはり 10 人かなと思います。大きい場合。グループホームの場合には、やはり少なくともいいのではないかと思います。

（司会者：石井） 永野さん、いかがですか。

（A3：永野） 12 人のユニットが、いま、感覚的にいいかと思っています。もう 1 つは、2 ユニットの場合には 24 人なので夜間一人でケアできるし、どうも、なかなか、その証明が難しいのですが、6 というのは 2 でも 3 で割れる数字で、6 の倍数というのはなかなかよいのです。実際いま、神奈川県内で 12 人でやっているのですが、12 人対応のリビング、ダイニングキッチン 1 か所と、6 人対応のリビングを設けています。夜間は 2 ユニットで 24 人ということです。ユニットの中に、グループの配置、私は、ダイニング、キッチン 1 か所とリビング 1 か所を持っていくというシステムを提案していますので、そのちょっと拡大版で提案しています。

（司会者：石井） 山野さん、いかがですか。

（A3：山野） 非常に難しい問題だなと思っております。最初に申し上げましたように、1 つにはコストの問題があります。どこまで人を入れるのか、では、なぜ人がいるかというところ、やはりその施設の入居者の状態像があるし、その施設でどういうケアをやっていくかというところが一番大きな要因になるのかなと思います。コストの問題、収支の問題です。それとケアのあり方、この辺で、どこかで妥協点を探す必要があるのかなと思います。それを、勤務表を組み合わせながら、いろいろと組み合わせをやった結果、12 人というのがいまのところベストだと思います。

（司会者：石井） もととなる条件によっても変わりますものね。

（A3：山野） ですから、最低基準を最高基準と読んでしまったら、何もなくなってしまうので、日中 1 人おればいいと、この乱暴な基準で施設を回していくと、大変なことになってしまうと思うのです。そこはやはり、施設の、といいますか、どういうケアをするか、その辺で、日中 1 人ではきついから 3 人は最低欲しいとなるのです。日中 3 人にしようと思うと、やはり職員は 6 ないし 7 人必要になってくるということになるわけです。そこでの経営努力が、どこまでが許されるかというところではないかと思うのです。

（司会者：石井） ありがとうございます。重度化に対して、何か変わることがありますか。さっき調理を、食事の用意をしますという話がありましたが、そういうことが入ってくるのですが。看取りのこともあります。ユニットケアが、そういう食事の場面とか、そういう状況が、今後、当初想定したほど成立しないのかということと、その辺をどういうふうに考えていらっしゃるのかをお聞かせください。

(A1：日比野) 私どもはいま、要介護度が4.1になってきているのです。胃ろうの方も4です、5には絶対にならないです。本当に国の指導どおりの地域ですから厳しいです。4.1というと、通常の人よりもちょっと上になってきます。胃ろうを5とみなしてくれれば高くなってるので。いま、看取りが年間15名から17名ぐらい、それは本体のほうです。

やはりユニットケアというのは、実は看取りが、これからのテーマだろうと思います。ユニットケアだからこそ、認知症でいいと言われていたけれど、もちろんそれはあるけれど、4年、5年と関わりをつくりながら見ていくと、本当に親しい職員が最期を看取っていくというのは、亡くなっていく人にとってものすごくいいことだと思うのです。病院の人と違うのは、病院は業務で片付けていきます。でも、われわれの特養というのは、生活の延長の中で信頼関係ができていくことがユニットケアだと思うと、信じられない場面が起こっています。寄付金が増えてくるのです。家族が、やはり最後になって「ありがとうございました」という形でいただくことは、けっしていいとか、悪いとかの話ではないのだけれど、ユニットケアを本当に進めていくと、看取りというのは、特養のユニット型がすべてを担ってもいいかなというぐらい、ユニットケアの可能性を感じています。

(司会者：石井) むしろそこに価値がある、ユニットの価値が出てくるのですね。

(A1：日比野) 自宅で亡くなるのに近づいてきています。個室があつて、家族も自由に寝泊まり、布団を敷いてでも寝られますので、多少狭いけれど、そういう環境の中で看取りがおこなわれます。多床室だとその環境はつくれないと思っています。

(司会者：石井) ありがとうございます。篠崎さん、どうですか。

(A2：篠崎) 実際にやっているところでは、要介護度が3以上がほとんどですし、それからいま、お話に出てくるように、東京のほうは最期まで看の方が増えている。田舎は、そういうのがどこにでもあるので、すごく準備ができるのですが、こちらの場合にはなかなか難しいことが多いらしく、最期まで看てくださいというのが非常に多いのです。医者も1人、常勤でいますので、そういうことも含めて、東京のほうでは、1ヶ月に何人かが最期を中で看っていくということになります。それから、自分の部屋でお亡くなりになるというのがスタンダードになっています。

(司会者：石井) では山野さん。

(A3：山野) 私は要介護3になるのだと、重度化に対応しようというのが遅かったと思っています。われわれの田舎では、要介護1の人は鉤を持って働いて作業をしています。そういう人が特養に入るのかと、ものすごく疑問を持ちながら申し上げていたのですが、やっと目の目を見たかなとの思いです。ただ、特に認知症型などは、なかなか介護度が上がらないというソフトの問題がありまして、気の毒だなという方もいらっしゃいます。そういう例外は別として、介護度

が3以上、重度化を特養で見ろというのは、大賛成でございます。

それから、食事場面が、ユニットケアと一緒に食事をつくる、そういうことが機能的にできなくなるのだろうということなのですが、逆にユニットで食事をつくる、一緒に洗濯物をたたむとか、調理をする、あれでほとんどの施設が終わってしまっているわけです。あれは生活ごっこというものでして、別に入居者が包丁を持って野菜を切らなくてもいいのではないかと思います。たとえば音がする、匂いがする、それだけで多分、ここに唾液がぐっとわいて食事を食べる準備ができる、その意義というのはたしかに残しておかないといけないと思います。

それと、われわれの看取りの合い言葉は、病院で殺すなどと言っておりまして、非常にいい看取りをこれからやっていくというのが、これも特養の役割だと思っています。篠崎さんのほうからも、ドクターが常勤でいるということで、われわれもドクターは常勤でいるのですが、けっこう金をかけています。

看取りの最期、投げかけがあったので、私からちょっと1つお願いですが。嘱託医制度の見直しという。常勤のお医者さんがいるところはいいけれど、私どもは嘱託医でお願いしていると限界が来ます。毎月1人、2人、看取っていくとなると、やはり夜中も出てこななければいけないとかいう形で。いまの嘱託医制度で看取りが増えていくのは、20人も看取っていったら、ちょっと限界に近づいてきているのかなと思います。

4年前に、私どもの嘱託医がギブアップしまして、私と同じ年の方、61なのだけれど「もう勘弁してくれ」といって辞めたのです。また別の方に頼んでいるのですが。看取りが増えていくというときは、地域のネットワークで、配置医師以外の者は看てはならないというのを外すと、もっと特養で看取りがやりやすくなるかと思っています。

(司会者：石井) 時間となりました。本日はありがとうございました。

〔了〕

4. 2 グループB（施設の管理者と介護主任クラスの職員）

《第一部 参加者からの発表B1》

（B1:藤居） よろしくお願いいいたします。私は肩書きはけやきの杜の施設長の藤居と申します。私はこれまで、個室ユニット型の施設を3つ手掛けてきました。けやきの杜については、数値的なものも紹介させていただきますが、過去の2つの施設については本日、数値としてのデータはございませんので、ご了解いただきたいと思います。数値的なものが必要でしたら、後日ご提供させていただきたいと思っております。

けやきの杜の施設の概要でございますが、事業所定員は特養が60名、ショートステイが20名となっております。フロアの配置としましては、総ユニット数がショートステイも入れて8ユニットということで、1階と2階という形で4ユニットずつ。1階の4ユニットにはショートステイが2ユニット、2階の4ユニットのほうは特養が4ユニットという施設の構成となっております。

居室面積についてはほぼ13.2平米の国基準ですが、それを超えるという形で設けさせていただいております。共同生活室もほぼ56平米から、ちょっと広いところで70平米というところがあります。

総事業費は8億9200万で、建設が7億9600万、それに備品等を加えると8億9200万となります。財源内訳は機構からの借り入れ、国庫、県費、それから銀行からの借り入れとなっております。

けやきの杜ですが、先ほど言いました1階部分の左側がショートステイの部分で、右側が特養の部分です。ユニットとしてはこれが1つずつユニットで全4ユニットというふうになっておりまして、けやきの杜の特徴としては共同生活室が隣り合わせになっていて、個室が極力、共同生活室から離れるというような設計にさせていただきました。なぜこういうふうにしたかということについては、また後ほどお話しさせていただきたいと思っております。

建設当初、1階のここのユニットは認知症対応型のユニットということで、試しに畳の部屋を用意させていただきました。けやきの杜は滋賀県のかなり田舎のほうになりますので、認知症の方がどういう生活をされるか検証したいということもありまして、実はこういう形で玄関がここから入れるようなというような構成でやったのですが、現場のほうが非常に使いにくいということで、いま現在は板の間になっております。

ということで、ここがかなり広いということで、先ほど70平米の共同生活室があったのがここに引っ張られて、上が広がったとご理解いただければと思います。2階の共同生活室が広いのは1階の玄関のポーチも含めてということになりますので、ご理解いただければと思います。

お部屋のほうは13.2平米ということで、このような部屋になっております。トイレのほうにつきましても、こういう形でターンテーブルを設けて、ある程度、自立、いわゆる手すりの代わりなのですが、お尻をあげてもらって介護できるように、こういうものを設けさせていただいております。

けやきの杜は平成 19 年にできたのですが、その前に多賀清流の里という施設、同じ法人の施設なのですが、こちらは入所定員が 50 名です。総ユニット数が 5 ユニットということで、2 階に 2 ユニット、3 階に 2 ユニット、4 階に 1 ユニットということになっています。これは非常に効率の悪い施設で、実は 60 名定員がほしかったのですが、どうしても行政がそれを許してくれないということで、非常に効率の悪い施設の構成になっています。

エレベーターホールから玄関へ入って、これが 1 ユニットで、同じく左右対称になっています。こういう形でここが共同生活室で個室が周りにあるというような設計で多賀清流の里はやっています。

これも後ほど説明させていただきますが、実は多賀清流の里につきましては平成 16 年にオープンした施設ですが、その前にグループホームを含め、地域密着型のショートステイ、それからデイサービスが先に運営されておりまして、グループホームの設（しつらえ）をそのまま特養にもってこようという形で、ここに畳の間、仏壇があって共同生活室のつくりをしたので、グループホームに近い雰囲気を持っています。

ただし、2 ユニットの協力関係ということになりますと、ここを通過してこちらに行かないといけないので、職員動線としては動きにくいというふうになりますし、日常の昼間もこちらからこちらのユニットの協力関係がなかなかできず、こちらで何が起きているかということがわかりにくい状況です。夜間については、2 ユニットの夜勤をするわけですが、両方のユニットで完全に独立したユニットになっていますので、一方にいるときに他方から物音が聞こえたときに、聞き取りにくいという欠点があるのが多賀清流の里です。

そういうこともありまして、先ほどのけやきの杜は共同生活室をひっつけて両方が、後でうちの職員にも聞いていただいたらいいのですが、片方のユニットに行っても向こうのユニットの物音が聞こえるので、管理的には非常にやりやすくなっています。動線的にも行きやすくするために、ああいうユニットの構成にさせていただいたということです。

これが先ほど言っていた 4 階の部分で、片方だけですので、ここで 1 つだけの夜勤体制を組まないといけないということになります。2 階、3 階のユニットにつきましては、2 ユニットの協力体制ですので、夜勤としましては 3 交代の夜勤で深夜は 8 時間勤務となっていますが、4 階は 1 ユニットですので、従来型の 17 時間拘束の 16 時間勤務です。そういう夜勤帯の構成ということで、職員配置的に無理があるユニット構成になっています。

多賀清流の里では、個室 1 つが 14.8 平米ぐらいとなっています。エレベーターホールを降りたところが、玄関です。それからキッチンがあって、お部屋のほうはこんな形で個室になっています。

お風呂については、けやきの杜も完全個室でさせていただいているのですが、多賀清流の里は個室とリフト浴を 1 つのお風呂の中に入れさせてもらいました。けやきの杜の場合については、片方のユニットはこちら、片方のユニットにはこちらというような形で、実は経費的な問題もありまして、それぞれ配置するというかお風呂の構成になっています。ユニットの中の雰囲気はこんな感じです。

これが最初に私が建設させてもらったあやめの里という施設なのですが、オープンが平成 12 年

の10月です。といいますと、いまの国の基準のユニット型施設ができあがる前の施設で、従来型基準の中で建設させていただきました。ただ、当時のこだわりとしては、私自身こだわったのが個室ユニット型にしたいということで、当時そんな言葉はなかったのですが、50とそれからショート20という、この定員で何とかグループホームのような落ち着いた空間の施設をつくりたいということで、こんな形になっています。

ユニット数は、特養50人を4ユニットに分けています。15、9、12、14という定員数で、いまのユニット体制からいくといびつな構成になっています。当時、何もわからない中でつくったということで、このようなふうになっています。ショートが11名、9名です。

こういう絵の図面で申しわけないのですが、玄関を入りましてここが普通のまちの中を歩いているというような雰囲気施設になっています。これが1ユニットで、15名、9名、12名、14名という、4つが特養になっています。奥の2つがショートステイということになっています。この特徴としては、1つの家というような形で、ショートステイの部分撮ったのですが、食堂とデイルームというふうに、食堂とそれからリビング的な場所というのをこういうふうな形で2つ配置しています。それからお風呂もここにあるわけなのですが、ここで全部、完結はするのですが、いかんせん職員の動線については悪くなっていると思っています。

こんな雰囲気です。玄関があって、それから共同生活室についてはコンパクトな形で、この形がいいのかどうかはわかりませんが、当時としてはこんなような形です。

それから私がいちばん気にしているのがこういうところなのですが、1人の空間になれるいわゆるデイルームがあって、ここに設けてあり、非常に落ち着いた空間であることは間違いないと思っています。中庭があってということです。個室ですね。お風呂も当時は2つ設けました。同じユニットの中に2つ設けています。個浴の部分と、それから同じ個浴なんですけど、リフト浴ということです。

各施設の特長と問題点ですが、あやめの里のユニット定員はばらばらですが、色彩的には非常に落ち着いた施設になっています。施設全体も遊びごころも含めて余裕があったと思いますし、制度以前の施設でありましたので、定員のばらつき等も含めて生活施設としての設計の余裕とか個性があったと思っています。問題点は、当時まだ協力ユニットの発想がありませんでしたので、夜間の職員の動線上、非常に問題があるということです。

清流の里ですが、先ほど申し上げたように国基準の定員の設計です。行政当局との関係もあって、いういびつな60名という定員になり、人員効率が悪い施設になっています。それから、グループホームをベースにしたため、先ほどの図面上を見ていただきましたように、かなり独立性が高く離れていますので、ユニット間の行き来に難があるということと、夜勤のときに、向こうのユニットで起きていることの気配がわかりにくいという欠点があると思っています。あとは全部の施設が対称になっているということで、個性の出し方が難しいと思っています。

けやきの杜ですが、ユニット数は偶数ユニットで特養60、ショート20ということです。ここで重視したかったのは個人のプライバシーの空間です。これを重視したいということで、あえて共同生活室を真ん中にして両方に押しつけるような形にして、お部屋のほうは両端に持ってきたという設計にさせていただきました。

もう1つ、こういう言い方をするのがいいのかわかりませんが、将来、ユニットの施設のあり方そのものについてどう変化するのかなということもあって、実は共同生活室の壁を簡易的に取れるようにしています。国の方向性が変わることへの対応など、色々なことへの対応も含めて、将来どうできるかを思案しております。

ここで1つ私の提案ですが、現在1ユニットの単位は10名を基本としていると思いますが、1ユニット12名定員でいいのではないかと考えています。といいますのは、生活の流れをきちっとした個別ケアの流れ、1人1人の生活に合わせる流れをつくるということになると、12名でも生活単位は壊されないと思っていますし、もう1つ大きい点は、職員を2対1で配置するとき、1ユニット6名となります。現状10名であれば職員は5名ですが、1ユニット6名で2ユニット体制12名となりますと、通常の10名から2人増えます。そうなれば、職員が夜勤に入る回数が減ることになり、日勤帯に回せる職員の数が増えることになります。そういう意味で1つの提案として1ユニット12名というような定員数にしてはいいかと思っています。職員と話しても、それで十分やっていけるということです。日中の職員体制が十分いきわたるようになると思っています。

それからもう1つ、今後のユニットを考えるときに、すでに国の指針としてもあがっていますが、要介護度3以上の方を特養入所ということになってくると、非常に重度化した方が施設に入所ということになります。私の施設についても、先ほどのあやめの里、多賀清流の里、けやきの杜というふうに新しく施設をつくるにつれ、重度の方が多くなってきています。

ということは、重度化された方の対応を基準に物事を考えていくべきではないかということを含めて、1ユニット12名定員はいいかかなということをご提案します。私のプレゼンは以上です。

《第一部 参加者からの発表B2》

(B2：若月) 私どもは、特別養護老人ホームあさひが丘です。平成17年の4月に特別養護老人ホームを始めました。それまではケアハウスのみでした。併設事業としては介護支援センター、デイサービス、ショートステイという形になっております。

私ども愛知県の春日井市に位置しています。名古屋のベッドタウンです。人口が31万人です。いまはまだ人口流入が進んでいる状況で、高齢化率としては全体としては昨年度の4月の時点で20.9%です。この春日井市に高蔵寺ニュータウンというものがございます。ニュータウン整備では、全国で第2番目だったと思います。東部地域に高蔵寺ニュータウンがあります。東部地域だけ見ますと、高齢化率が25%を超えているような状況になっています。私どもの施設は平成17年4月に始めまして、平成20年に100名になっています。併設の事業として短期20床があるという形になっております。

ユニットの構成は1ユニットの定員が10名になっております。12ユニットあります。ハード面の特長としては、各居室にトイレを完備していることです。

施設は、鉄筋コンクリート造の4階建てになっています。2階部分から4階までが居室となっ

ておりまして、各フロアに4つのユニットが配置されています。居室の平均の広さは13平米ということで、居室のトイレおおよそ4平米ぐらいをプラスして取っている形になります。のちほど、共同生活室をご覧くださいますが、平均として124.8平米という形になります。

整備費用は、特養部分の施設整備費が15億円です。国庫補助金、県費がありまして、このときには市町村から県費と同等の金額の補助をいただいております。そのほかは主には機構からの借り入れということになります。

これがフロアの写真ですが、各居室がユニットに10居室あります。形としては、どれもばらばらとした形になっております。この矢印の組み合わせで夜勤を2ユニット、1人で行っているということになります。

入浴の設備はこちら側にかたまっています。大きなところに機械浴設備が配置してありまして、いまではほとんど使われない車椅子浴タイプも設置されています。その隣に個浴が2カ所ありまして、こちらの個浴、今回、写真がありませんが、木製タイプです。両方にリフトがついておりますので、座位の保てる方については、基本この個浴を使っているというので、先ほど申し上げましたように、屋内据え置きタイプの機械もほとんど使わないような状況になっているということです。

談話コーナーが、リビングに面していない居室の付近に設けられています。また、セミパブリックスペースは、ボランティア団体が紙芝居を催す場所、入居者同士で集まってカラオケをする場所として使われております。

先ほど夜勤のユニットの体制は、この2つのユニットと、この2つのユニットが夜勤でスタッフが見ていくとお伝えしましたが、こちらのユニットはフラットな形である程度、行き来がしやすいんですが、こちらのユニットからこちらのユニット、もしくはこちらのユニットからこちらのユニットを見るには、なかなか見にくい斜めの出入り口の位置関係になっております。これが実際の形です。

居室のほうは、和風基調のお部屋になっています。障子になっているので、カーテンをつける方はいまのところないです。まぶしいので何か引っ掛けたりとか、そういった方は少しいるかもしれませんが、基本的には障子で過ごされて入ってくる陽の光で起きられたり、暗くなったら寝るというような居室になっています。

これは職員の勤務時間帯です。ちょっと細かくてわかりづらいのですが、私どもは夜勤の時間帯、2日夜勤といわれている時間帯を採用しています。私どもの法人の中で、24年度に新しく特別養護老人ホームをオープンしまして、そちらのほうは8時間夜勤を取り入れておりますので、今後、検証しながらメリット・デメリットを見極めていく必要があると思います。この資料は、夜間帯で1人となる時間帯をお示ししている図です。

愛知県では、夜間の連続する時間帯が14時間以上にならないようにといわれております。

人員配置は標準的ですが、2ユニットの夜勤体制ということもありますので、私どもは基本的には2ユニットでの人員体制として考えます。本来のスタッフ9名、パートが4名ほどであり、4名の内訳といいますと、週に3.5日、1日6時間を基準として、おおよそこれくらい配置しています。計算させていただくと、1.83対1というような配置をしているということになります。どう

してもユニットの固定配置を進めていくには最低こうで、あとは有給休暇の消化を考えていきますと、これより落としていくことは非常に厳しいのではないかと考えております。

最近のニュースをみれば、入居されている方の 8 割以上の方が補足給付の対象者ということですから。8 割の方が女性であり、世帯分離を行えばほぼ該当するというような状況だということです。

今日のお話の中で、定員規模や運用効率について、私どもも複数で話をしてきました。文章にはまとめられなかったのですが、運用効率についていえば、偶数ユニットというのは最低限必要であると思います。あと、ランニングコストとしてのエネルギーの部分だと思っています。ただ、このエネルギーについては、設備構成の選択によってずいぶん効率が異なるということを理解してきているところですので、今日お答えとして運用効率云々ということ、まとめるのが難しいということで記載しておりません。

定員規模に関しましては、先ほどの偶数ユニットということの利便性ということ是非常に大事だと考えておりますけれども、例えば 100 名、80 名と考えたときに、介護職員配置においては、その規模によって採用の人数を抑制したり、拡大したりということで捉えることができるのですが、看護職員やケアマネジャーといった専門職、介護職員もそうですが、人数が制限されている職種の方たちにおいて影響が大きいのではないかと考えます。

いま議論されております中重度の方の特養への受け入れ推進ということになってきますと、看護職員、それ以外の職員の配置状況が 80 名とか 100 名でどれだけ影響があるのかは議論すべきと考えています。

ケアマネジャーについては、例えば寝たきりの方が非常に増えてきてしまうとなると、プランとしては非常に近いものが出てくる可能性があるのではないかと思います。そういった意味においても、100 名だとか 80 名の効率のところにおいては、さほど大きな影響にはならないのではないかと感じております。

あとは広さですけれども、居室部分というよりも共同生活室のところですが、ある程度広い共同生活室の空間を取っていますが、基準の 2 平米×入居者数ということでは、遊びのない空間になります。せっかく共同生活室が設けられていても結局、並んで食べなければいけなくなります。そうするとなかなか居室から共同生活室の空間に出てこようという意欲につながりにくいのではないかなと思います。いま現状、今日はスタッフのほうからも話があると思いますけれども、ちょっと無駄な部分のように見える場所がその方の居場所になっていたりします。そのあたりのところはまた今後のお話で聞かせていただければと思っております。以上で終わらせていただきます。

《第一部 参加者からの発表 B 3》

(B 3：五十棲) 天神の杜についてお話をします。天神の杜は平成 15 年 5 月、それから第二天神の杜が平成 22 年の 6 月に開設したので、2 施設についてお話しします。

ユニットの玄関ですが、それぞれ意匠、デザインを変えております。玄関独立型の施設です。(映し出している) 平面図は天神の杜のほうです。特養 1 フロアで 50 名 50 室で、ご覧のような

配置をしております。それからショートステイのほうは、1 階に 2 つのユニットを設けております。これもあとで写真も含めて見てもらえればいいと思っています。

このユニット（朝日ユニット）は、標準的なユニットです。他にいろんな形のものをつくりました。

キッチンがこのへん（ユニット中央・リビングの端）にあって、リビングが大小 2 つに分かれています。その周りを居室が近接しています。玄関は玄関戸を開けて入るようになっています。リビングの写真がこれです。さらにサブリビングが左上の写真です。それから居室が、居室は入居者のいろいろな家具や思い出の品が入っております。それから居室には、冬物とか夏物とかの入れ替えのための押入れを持っております。

平面図ですが、中庭を囲むようにしてユニットが配置されており、中庭はいろんなユニットからアプローチしやすい位置にあり、よく使われます。イベントだけではなく、植栽、野菜とか花とかいろいろなものをここで作っております。中庭に面して喫茶コーナーをつくっております。朝食会を喫茶でしたり、毎月、居酒屋をしたりして楽しんでおります。

浴室についてちょっと話をしておきたいと思います。特養の浴室はここ 1 カ所に集中して配置しております。それぞれのユニットの中には、浴室を配置しておりません。それぞれ 9 人、9 人、9 人、9 人、7 人、7 人の定員のユニットがありますが、浴室までの動線は非常に長くなっています。極端な話をしますと、ここ（一番遠いユニット）からここ（浴室）まで行くのに 55m の動線であります。

この動線は、各ユニットの中央から浴室入り口までの距離で、全ユニットからの合計は 212m です。この片道距離にユニット定員数を掛けると、入浴を全員がすれば 1 回当たり 3.5 キロメートル歩くことになります。規則は週に 2 回入浴ですから、月 8 回お風呂に入ると延べ 28 キロになります。歩く速度については、天神の杜のルールでは時速 2 キロ以上で歩くなと言っているのですが、手引きしてマンツーマンでいく場合は時速 1 キロぐらいの速度だと思いますが、仮に時速 2 キロと計算しても、移動だけで 14 時間かかっていることになります。

また、途中で喫茶があり、この喫茶室の横を通るわけです。そうするとコーヒーのいい匂いがしてくるので、認知症の方は集中力が切れるのです。そして、ここでお茶を飲んでいくというふうになれば、入浴は仕切り直しです。そんな状況も見受けられます。

第二天神の杜は、平成 22 年の 6 月 1 日に開設しました。今年（平成 25 年）の 4 月 26 日に日本医療福祉建築協会さんから建築賞をいただき、晴れがましい施設になりました。これは正面から見たところですが、「かんぽの宿」のように施設っぽくない施設をつくろうと思い、こういうデザインになっています。ここ（二階に見える格子部分）は喫茶が位置しているところです。2 階から出入りする構造です。1 フロアにユニット 2 つ、1 階から 3 階まであり、天神の杜と同じように第二天神の杜も玄関のデザインをすべて変えております。西側からは 3 階建ての全容がみえます。（配置図を写し、エントランス部分を指しながら）ここから出入りしています。上、下階は、こういうふうに配置しています。

次に、第二天神の杜を建築するときの要件です。実際はものすごい項目数を設計会社に出したのですが、ここでは主な項目だけを示しております。まずは理念として、暮らしの場ということ

で、住まいを意識して設計するが、あまりつくり込まないでほしいということです。それからユニット数と定員については、定員 10 人を指定して、1 フロアの偶数のユニットを要件としました。これは夜勤の配置基準を意識したからです。それからユニットの関係性は独立性を適度に保ってほしいが、夜勤での動線を考慮した配置にして、隣のユニットの音や気配を感じられるように希望しました。居室については基本的な生活行為ができる適切な広さということで、13.2 平米をキープして、奥行と幅が適切なプロポーションを考慮する。ベッドを置く方向が 1 方向しかできない、うなぎの寝床のような配置は駄目ということにしました。従いまして、ベッドが 2 方向に配置できて、ベッド用のコンセント、ナースコールといったものは 2 カ所から取れるように設置しています。それから生活の継続を保障するために、電源ジャック、電話ジャックコンセント、これらも複数設置して、両方の壁から取れるように指示しています。

家具の持ち込みを意識して、つくりつけの部分はいらないが、下部の空いた押入れを設けるよう指示しました。これは天神の杜の工夫をそのまま踏襲しています。環境の調整については、天神の杜では大きなセントラルのエアコンを置いていますが、故障すると全ユニットの全居室が影響を受けるということが起こります。そこで、部屋ごとに室外機を置いて、家庭用の 8 畳用の室内機を設置することにしました。あとは西側に面している居室に対しては西日対策をお願いし、それからエアコンの調整スイッチは低いところに設置して、入居者が自分で調整できるようにも指示しました。

トイレについては、全居室にトイレを設置しました。天神の杜では、2 ユニットしかトイレを設置していませんでした。やはり全居室に要と考え、第二天神の杜では思い切って全室にトイレを設置しました。ユニット内に共用トイレはもちろん置きます。便器は自立をうながせる便器ということで、便座はいわゆるウォシュレットを付けて 41 センチになるよう 38 センチぐらいの便器を使っています。それから掃除をしやすくするため、床は巻き上げ式で 20 センチ以上の巻き上げを指示しました。

それから共同生活室は居室 3 つぶん程度でいいという条件を付けています。死角は大いに結構です。職員の視線からはずれて大いに結構ということです。というのは、自分自身に置き換えたときに、見渡せるようなところでゆっくり・ゆったりなんかできないからです。そこで、物陰をたくさんつくってくれるように伝えました。ただしそこでは介護力が必要になってきます。それから居室との関係は、通知のモデル的な、真ん中にリビングがあって周りを居室が囲むようにすることについては、あまり神経質にならなくてもいいとしました。あの図はあくまでもモデル図として受け止めているからです。

それからキッチンと食洗機とレンジですが、家庭用の大家族仕様にし、コンセント類は余裕を持ってくれとお願いしました。ちょっと焼き肉や、たこ焼きでも焼いたらヒューズが飛ぶというのでは困るということです。それから大事なのは、全部のユニットのリビングから、戸外が感じられるようにしました。お風呂については、ユニットごとに個浴槽を設置しています。機械浴槽は施設に 1 台あります。現在、使用している方はいません。平均要介護度が 3.8 の、まだ新しい施設ということもありますが、それに機械浴槽は使わなくてもいいと思っています。あんな恥ずかしいお風呂は、誰も入った気がしないだろうという話をしています。近年介護が良くなったた

めか拘縮が激しくて膝が曲がらないとか、座位を保てないというふうな方はほとんどいないからです。それから、マンツーマン入浴をしている関係で、脱衣室は狭くつくってくれとお願いしました。1人が脱衣して着替えをしているときに、2人目が入れないように狭くつくってくれとお願いしました。広くつくってしまうと、つい2人目が同時に脱衣することになりがちです。そうすると、結果的に流れ作業となりやすいからです。汚物処理室は、洗濯機が2台置ける洗濯室と脱衣室と連携をしてくれとお願いしました。セミパブリックについては、表のように指示しました。

次に、1階の平面図です。こちら（左）が南ユニット、こちら（右）が北ユニット、上が西です。2階と3階も同じ形です。詳しく説明していきますと、ここがリビングのコーナーで、こういうふうにソファを置いて、利用しています。また、ユニットの玄関を出ると、こういうふうに向かいのユニットと交流ができるようになっています。日常スペースとは別に、こういう場所があるので、1人でいたいときにも利用できます。ここは食堂です。向こう（奥）がサブリビングになっています。

これが居室の写真で、色々な使い方ができます。畳の部屋も用意しております。この部分がサブリビングになります。床が35センチぐらいに上げることができます。これを下におろすと、炬燵を置きこのような使い方もできます。ここの廊下ですが、見ていただいたとおり、でこぼこしています。できるだけ直線の廊下をつくらないようにしています。その理由は、マラソン選手がまっすぐのコースは走りにくいと言っているからです。できるだけ視線を変えられるようにして、視野がここまでくると景色が変わるというふうに小細工をしています。ここは玄関です。入って左がリビングになっています。

それから3階の平面図を見ますと、面積でいきますと南ユニットのリビングが30.85平米ということで、この赤い部分になります。茶色の部分がサブリビングで16.2平米です。居室の倍数でいくとリビングが2.3倍で、サブリビングは1.2倍になります。合計でも3.5倍です。要件にある通り、3倍を超える場合は2つに分けて分節化しています。北ユニットとのほうもリビングが2.6倍、サブリビングが1.1倍であり、合計で3.7倍です。

それからこれ（左下図）は天神の杜との比較で後ほど説明しますが、先ほどの朝日ユニットのリビングは居室面積の1.7倍、サブリビングは0.7倍であり、合計で2.4倍です。

それから動線にですが、何をもって動線とするかちょっと困ったところがありましたが、廊下の延長を示しているのが緑の線で、総延長は南ユニットで36メートル、北ユニットで25メートルになっています。天神の杜の朝日ユニットでは、廊下の総延長は13メートルしかなく、非常にコンパクトにできています。

それから動線は、青の線で示しています。居室をぐるりと回ったら、南ユニットが37メートルであり、この長さは一方だけの距離になっています。行って戻るから、ほんとうはこれを2倍にしたほうが正しいでしょう。そのへんもあとで話をします。とりあえず天神の杜は16メートルで、倍にしても32メートルで第二天神の杜の半分です。

第二天神の杜の初期費用につきましては、居室備品が1ユニット当たり金額で225万円、1ユニットの定員10人なので、1人当たりは10分の1だから22万です

それから家電製品は約88万円、リビングの家具は約43万円で椅子とテーブルしか用意してい

ません。あとは全部、職員が買いました。ソファ、下駄箱、サイドボードから、時計や台所用品に至るまで、各ユニットに現金 40 万円ずつを配って職員に購入させました。というのも、天神の杜では、あらかじめ購入した物品は「こんなもの使えません」とほとんど捨てられました。住まいの品として、不似合いだったからです。そこで、第二天神の杜では職員が物品購入をすることにし、お金を 1 ユニット 40 万円ずつ配りました。その他に、テレビ、PHS システムとかカーテンとか合わせて約 258 万円です。合計すると器具備品・消耗品費で、1 ユニット当たり約 653 万円です。

それから建築費につきましては、建築と設計費の合計を全体のユニット面積比率 64% で按分してからユニット数で割って算出した結果、1 ユニット当たりの建築費は約 7000 万円となりました。先ほどの器具備品・消耗品費が約 653 万円、それから土地取得費が約 2650 万円となり、あわせると約 1 億となりますが、土地代を除くと 7600 万となります。

全体コストとしては建築コストが 6 億 2967 万円と設計監理費が 2730 万円です。実はこの設計を依頼したときに、1 床あたり 1100 万を切るように指示しました。結果的には 1094 万 9000 円とかがろうじて 1100 万円を下回っています。他には、ここに示しているような初期費用がありました。

運転資金を 1 億用意しました。画面に映し出しているのが資金計画です。

それから運用費用になりますが、先ほど 12 人とか 11 人とか議論がありますが、要するに介護収入は当然定員に比例します。これは当たり前です。なお、この表の介護収入は平均的な要介護度に応じた介護報酬だけです。食費・居住費の収入は含まれていません。全体での稼働率を 97% と想定して、実績ベースで計算しました。それから人件費についてはユニットで働く職員のみで、金額で、主任や他部署の給料とかは含んでいません。

それから私どもでは、この介護報酬金額でやっていくために、パート職員を雇わないといけません。3 分の 1 はパート職員です。常勤換算で 5.2 人、このうちパート職員は 1.7 人ぐらいになります。それから水・光熱費は、定員数が変われば人数に応じて変わるだろうということで計算しましたが、金額はわずかです。大半は、直接介護者であるユニット職員の人件費であり、介護収入の 57.1% です。施設全体ではどうだったかという、24 年では 82.2% が対介護報酬人件費率です。それから食費、居住費等の収入を含めた経常収入と人件費の比率では 57% ということになります。同じような数字になりますが、後者の分母は経常収入ですから、繰り返しになりますが家賃、食費、全部含めた収入です。それに対する比率が 57% ということになっていますから、主任とか施設長から生活相談員、ケアマネ、栄養士に至るまでは居住費で暮らしているといわれても仕方ないという解釈もできます。

それから厨房は委託しておりますので、施設によって厨房自営の場合は人件費に入れておられるので、もう少し人件費が上がるはずですが、私どもは委託ですから、これは人件費に含めていません。ですから他施設と比較するときは、何を委託しているかとか、清掃費などいろんなものを含めて見比べないと比較できません。一般的に人件比率は何%かを議論しがちですが、高いとか、低いとか、委託を考慮しないと何の意味もないと思います。

まとめといたしましては、職員の動線については、無理、無駄、むらをなくすよう努力しても、介護では効率を求めてはいけないと私は思っています。

それからもう一步踏み込んで、短くなった動線は長く使うように教育指導しています。すなわち、少し遠回りをしてでも、入居者のそばをとおり、声掛けをするように、コミュニケーションを取りなさいと教えています。私は「ケア効率」というものに疑問をいただいています。それからユニットについては、住まいとしての機能を保障してほしいということで、ユニットの独立性・安定性を保てる設計にしました。すなわち玄関は独立ということです。

それから基本的な生活行為ができる適切な広さという観点から 10.65 が適切な広さではないと私は確信を持っています。また、リビングについても、先ほど居室の 2 倍から 3 倍の広さで、それを超えるようだったら分割せよと私は考えております。

それから運用費用については、1 ユニットで勤務する職員数（労働量）は 5 人は必要と考えます。それが定員が少ないユニットであろうが 5 人は同じように必要だと思います。定員が多い大きいユニットだと 5 人ではカバーできませんから増員が必要です。結果として職員の比率が何対何であったということになると思います。

10 人未満のユニットの収入を考えたら、5 人以上の職員配置（人件費）を賄うということは非常に苦しいです。これは事実です。どこの施設に聞いても、どの施設長も同じ答えだと思います。一人の職員が的確に介護できる量にも、やはり限界があります。ですから例えば仮に 1 ユニットの職員が 5 人だとしても、シフトを組むわけですから、朝の早出が出て来るまで、1 人で勤務しないといけません。ユニット定員が 12 人ということになってくると、あるいは 13 人、14 人になってくると、ユニットケアもどきのケアになるのではないのでしょうか。1 人 1 人の状況やニーズに合わせたケアができなくなると私は思いますので、そういうことを考えると「職員 5 人とユニット定員 10 人」という、両方で考えていかないと一元的にいえるものはないということです。

さらに、馴染みの関係を構築するうえでは、定員を多くできません。入居者 1 人が 12 分の 1 なのか、10 分の 1 なのか、9 分の 1 なのか、8 分の 1 なのかということも考えていただけたらわかると思います。以上です。

《第二部 フリーディスカッションB》

（司会者：石井） 皆さん、この研究会の座長をしております、東北工業大学の石井と申します。今日はお集まりいただきましてありがとうございます。

この研究課題が与えられて 8 月に委員会を開催しまして、このグループインタビューを実施するという方向性の中で、この研究事業は建築の施設計画に関わる人間と介護系の現場の施設系の方々、一緒になっているのですけれども、今回のグループインタビューBのほうは主に施設系の方々からご推薦いただいた 3 施設にお集まりをいただいています。

この前に、グループインタビューAをやりました。そこでは設計者と施設責任者の方にお越しいただいて、共同生活室の空間のあり方、そこでのケアの考え方、そういうことをお伺いしました。このグループインタビューBの中では、少しケアの視点と運営の視点を中心にしながら、ケアと空間について皆様のお話を伺ってまいりたいと思います。

いまいろんなプレゼンテーションをしていただいて、いろいろな課題とか視点を出していただ

きましたが、時間も限られていますので、少し焦点をしばってこちらからお伺いします。管理者の方と現場のスタッフの方にお越しいただいているので、それぞれのお立場からお考えをお聞かせいただきたいと思います。

それでは、それぞれに伺っていきたいと思います。いろいろとポイントがあつてなかなか難しいのですが、事前に配らせていただいたグループインタビューの概要説明で、フリーディスカッションの課題を3つあげています。最初に、定員数の話をお聞きしたいと思います。フロアのユニット数というのは、いまの夜勤の体制を考えると偶数で組んでいくというのが間違いのない形だと思うので、それに対してご異論はないと思います。

ユニット定員数については、いろいろ考え方があると思うので、現実の報酬体系、ケアの視点、利用者の視点があり、なかなか難しいとは思いますが、それぞれ管理者の立場、それから実際に現場でケアにあたっている立場からのご意見をお伺いします。

一応基準では10人という定員がありますが、先ほどこの前のグループインタビューでもそのへんの話が出て、12人がいいのではないかとの意見がありました。まず管理者の方に現状の基準や報酬体系での現実的な運営を考えたときに、定員10人という数字がどうなのか、12人はどうなのか、管理者の方に伺いたいと思います。

あと介護の方には、もちろんそういうことも現実的な部分でのことも大事だけれども、ケアをする立場として、おそらく10人と12人では違うと思いますし、利用者のグループの単位、人間関係の単位として見たときに何が適切なのか、現実のケアの中で感じていることがあると思いますので、そのあたりを伺いたいと思っています。

(B1: 藤居) 定員の数ということになってくると非常に難しい話で、先ほど五十棲さんの話の中にもありましたけれども、職員1人がどれだけの人数を把握するのかということになってくると、それは少ないに越したことはないでしょう。グループホームでいきますと9名、職員の配置数も日中3名ということですからかなり潤沢な人数が配置されていますので、そういう意味では10名を切る9名ということもありかなと思います。

ただ、現実的には報酬とか、1人1人の個別な対応ということを考えると、先ほど提案させていただきましたけれども、12名というのもありなのかなと思います。そのときに、いわゆる集団ケア的な流れで、職員1人が何名かを見る時間帯で、ここで何人起きてとかいうようなことを考えると、とうてい個別ケアは成り立ちませんが、1人1人の時間帯に合わせたケアをやるのであれば、12名でいけるのかなと私は思っています。

逆にいうと、先ほどの話の中で、夜勤体制に入ったときの夜勤の職員の数が、要は職員が夜勤に入る回数が減るということは、日中に見回る人数が増えるということになりますので、そのぶんで日中のお年寄りの生活の部分をもう少しフレキシブルな形で対応できる職員数を確保できるという意味で、定員12名が1つのダイナミックな提案としていかがでしょうかということです。

(司会者: 石井) ありがとうございます。中村さん、介護の現場で利用者と向き合ってケアを

している立場から、定員数はどのように感じていらっしゃいますか。

(B1：中村) 日中 12 名というのは可能かなと思いますが、夜間、2 ユニットを 1 人で見るということは、いま現状 10 人で見ているところにプラス 4 人になってくるので、そのへんが少し不安というか、夜勤帯は何が起ころかわからないので、1 人で見るということに不安があります。

(司会者：石井) ありがとうございます。若月施設長はどうお感じになられますか。

(B2：若月) 定員数については、ユニットで例えば極端にいうと、少なくなってくると職員から監視されているとか逃げ場がないというような感じにつながってしまうと思いますし、逆に非常に多くなってくると集団ケア的な関わりに近づいていくということが考えられると思います。いまの 10 名ほどというのは、感覚的ですけども、うまい数字に落ちていると思います。

それが 1~2 名増えているところにおいては、法的には 3 対 1 ということがありますので、3 の倍数といったことのほうが説得力は増すと思います。ただ、ユニット定員数が 12 名になったときに、先ほど夜勤の話がありましたけれども、今後重度化が進んでいく中で果たしてそれができるのかなというのは疑問です。

(司会者：石井) ありがとうございます。スタッフの現場の立場からご発言いただけますか。

(B2：原田) 先ほどからおっしゃられているように、日中で 12 人というのは何とかかなと思います。ただ、夜間帯で 12 人になると、いまやっているところにプラス 4 人増えることになり、それなりの神経を使うということになりますので、難しいのではないかと思います。私的には 10 人ぐらいがいちばん妥当なのではないかと思います。

(司会者：石井) ありがとうございます。

(B3：五十棲) 冗談半分で、野球は 9 人、サッカーは 11 人だから間をとって 10 人だと言うことがあります。ブレイクストミニングをやるときにも、大体 9 人から 10 人ぐらいが標準的であり、それ以上の人数になれば、何もしゃべらない人が出てくる可能性があります。だから個人というのがある程度、認知というか認識できる限界は 10 人ではないかと私は思っています。

それから介護報酬的にも、定員 9 人で運営しているところは非常に運営が厳しいです。定員 7 人のユニットが 2 つありますが、絶対運営できないということで、2 つのリビングをぶち抜いて 7 人、7 人を 14 人ユニットに変更申請をしまして、京都府の了解を得ています。実は 14 人ユニットが 1 つあると考えていただけたらいいと思います。

ただ、14 人ユニットで運営がどこまでできるかとなると、ある程度そのユニットにはベテランスタッフを配置するように工夫はしていますが、いつまでもそれでよいとは限りません。入居者が重度化していくからです。しかし、重度化したらとの理由で、入居者がユニットを移動する

ということはやっていません。ユニットでなじみの関係ができあがっていて、他の入居者を放さない、別れたくないという意見があるからです。それが少数意見であったとしても、大事にしていきたいという考えなので、重度化していく方も14人のユニットの中におられます。

やはり、きめ細かいところまでケアしていこうとすると、1人の職員の受け持つ範囲が14人だと非常に難しくなると思います。天神の杜では定員14人として5ユニットで構成しているので夜勤者は3名必要です。定員12人での夜勤は、大変だという気持ちは分からないではないですが、具体的には理解できません。私の意見としては、現状の制度を変えないとなれば、12人のユニットを運営した方が採算性はよく、職員と入居者、あるいは入居者と入居者の人間関係から見ても、いちばん安定する人数ではないかと私は思っております。

（司会者：石井） ありがとうございます。では、小川さんのお立場からお願いします。

（B3：小川） 入居者さんの情報を把握していこうとしたときに、やはり10名がいいと思います。それ以上になってくると、1人あたりの入居者さんの情報が薄れてきます。暮らしや生活の入居前と入居後での連続性を考えたときに、信頼関係を築きながらやっていくときに情報は重要です。また、ほかの施設さんもおっしゃられていますように、夜勤のことを考えていくと、うちの施設は1フロア20名になっているので、それが1ユニットで12名だと、1フロア24名となり4名増えることになります。そのときに対応できるかどうかという不安は正直あると思います。

（司会者：石井） ありがとうございます。

（B1：藤居） いまの件ですが、生活モデルを考えたときに、生活支援型の特養という形で見えるのか、国のほうが動こうとしている、要介護度3以上の重度化したモデルで見えるのかによっても変わってくると思います。

先ほど定員12名という想定では、夜勤体制が不安だということがありました。吸痰吸引とか、介護職員がその部分についてどこまでできるかということがあります。いま吸痰吸引の研修等もやっていますけれども、すでにわれわれの施設もそうなのですが、重度化してきて夜勤の体制は介護職員だけでは難しいと考えています。看護職員の配置も含めてのトータルの夜勤体制ということも考えないといけません。

生活支援型の施設という従来の養護に近い施設モデルの時代と、いまの時代とでは随分変わってきています。あるいはこれから進もうとしているところは、変わってきているということを前提において考えないといけないと思っています。

（司会者：石井） ありがとうございます。少し話は飛びますが、共同生活室、いわゆるリビングの空間とケアということに話を移したいと思います。何を聞いていけばいいのか難しいのですが、管理者の立場から、施設を考えると共同生活室という場所をどう捉えているかを伺います。どういうことを大事にしてその空間をつくったり、また使ったりしていこうとしているので

しょうか。ケアとの関わりの中でのお話でもいいと思いますが、管理者の立場からどういうふうに共同生活室を捉えているのでしょうか。

（B1：藤居） 先ほどお話しましたが、あやめの里の共同生活室の中は食堂とリビングの部分に分かれており、戸外が見えるという、非常に理想的な環境であると思っています。

ただ、食事の時間帯、例えば朝の時間帯にきちんとしたケアをするとなると、その人が起きた時間ということになります。起きた時間に合わせてケアしていくとなってくると、これだけの空間が必要だとなりますが、一方で家庭的な雰囲気を持った空間をつくっていく必要はあると思っています。

（司会者：石井） 家庭的な空間というのは、具体的にはどういうことで表現されるのでしょうか、スケールの話なのか、設えの話なのか、そのへんはいかがでしょうか。

（B1：藤居） スケールと設え、両方だと思います。大きい空間というのは、いわゆる家、家庭的な雰囲気は出てきません。

（司会者：石井） わかりました。

（B2：若月） 共同生活室と個室の関係について、普段は意識せずに1人でリビングに出て、意識せずに行き来ができる環境が共同生活室に求められていると思っています。

別に人と関わるわけではないけれども、お部屋から出て、ちょっと人ががやがやとしているところのそばにいたいとか、そういった気持ちの変化をくめるような環境が望ましいと思っています。

施設の設計に関わっていたものからの話ですと、居室がリビングに面している、面していないという部分で、いろいろと指導いただいたということなのですが、居室という部分はプライベートの時間を楽しむ空間でもあります。それが果たして、がちゃがちゃとしている部分に必ず面していることがいいかという、それは少し疑問です。いろいろな環境の居室があるといいとは感じますが、ただ、共同生活室と居室との関係性でいえば、そのようなことです。

（司会者：石井） ありがとうございます。天神の杜は居室がリビング面したホール型のような感じで、第二天神の杜は少し違う形にしていると思います。天神の杜での経験の中から、空間のあり方はこうした方がいいというのがあったのでしょうか。

（B3：五十棲） 基本的には、できるだけコンパクトにつくりたかったのです。ただ、全部の居室にトイレを入れた関係で、スケールが少しずつ大きくなりました。それはやむをえなかったのですが、できるだけ小さくするために最低限守ることは、お昼に10人なら10人全員揃うこと

はないですけども、その方々が食事できるスペースを含めて、職員が動きやすさを維持できるスペースということを考えたときに、実際よりも、もう少し小さくつくりたかったのです。

天神の杜は伝い歩きができます。あれだけ狭いとまっすぐこけません。壁とかテーブルとか椅子とかにぶつかってからこけるのです。だから怪我の重度さというか、大きな事故につながりにくいのです。もちろん両方とも床はやわらかいのですが、落ち着いているなという感じを出せるのは、やはり天神の杜のほうです。やや間延びしたかなという印象が、第二天神の杜です。

高齢者の身になって考えれば、這ってでもそこまで行こうという距離感が、われわれの距離感とは違います。われわれだったら 5 メーターのところだったら、5 メーターで行けるのです。高齢者の場合は、10 メーターにも 15 メーターにも感じるわけです。そういう不安があるから、立って自分で何かをしようとか、そのものを取りにいかうとか、お茶飲むためにお茶の急須のところまで行こうという気が起こらないのです。

も少しの距離であれば伝え歩きしてそこまで行けるということになり、自分の意志で動いておられるのが天神の杜でよく見られます。第二天神の杜は、できるかぎり狭くしたもの、やはり不安があるのか、となりのテーブルに伝いあるきできないかもわからないという不安があつてか、移動があまり見られないです。加えて、仮に職員が「危ないですよ。こけるよ。」とか脅迫すると、なおさら動けなくなるのではないのでしょうか。

だから同じところに座っているのは、どちらかといえば、第二天神の杜のほう時間が長いと思います。そのような状況は間違っているのではないかと思います。だから、居間のリビングに何かつかまれるような物を多く置き、つかまり歩きをしたり、極端な話、はってでも行けるような床にすることなどの工夫が必要です。

天神の杜では、這ってでも移動でき、居室からビングの低いソファールにごろりところがれます。そういうこともできるように職員は対応していますが、まだ第二天神の杜では、そこまで職員の感覚は寛容ではありません。家だったらどうしているか、家だったらおばあちゃんはどうな動きをしているだろうかという風に、考えるが及んでいないのではないかと思います。これからの課題と私は思っています。

（司会者：石井） ありがとうございます。スタッフの方に伺います。ケアをする空間に滞在してケアをしている立場から見たときの共同生活室のあり方、広さや環境的なあり方を含めて、いま働いていらっしゃる施設での経験や体験を踏まえて何かお感じになっていること、あるいは共同生活室が持っているケア上の意味、共同生活室でのケアの中で何か意識してやられていることがあるかをお話いただけないでしょうか。

（B1：中村） 共同生活室は、やはりそこに行けば誰かがいるということで、利用者さんが居室から出てこられたら、まずはそこに来られます。職員や他の利用者さんが来られることによって、安心されて一緒に過ごされています。できるだけそこには、職員が 1 人はいるようにして働いています。

（司会者：石井） 例えば死角の話とか、見渡しのよさについて、個別ケアをやるうえで、死角という問題をどうお感じになっているかということと、利用者の方の日中の居場所を考えたときに、いろいろなタイプの空間があるほうがケアはやりやすいのか、逆に大変になるのか、感覚的にどうでしょうか。

（B1：中村） いろいろなタイプの空間があると、そこに1人1人行くようになってきてさみしいと思われる人が何人かいると思います。ある程度広いところのほうが、そこへ行けば知っている人がいるということで来られる人が多いと思います。

また、死角があってもそこに職員が行けばいいことなので、別に死角は、そんなに気になりません。

（司会者：石井） わかりました。

（B2：原田） 共同生活室は、広くても狭くてもどちらでもいいと思います。狭ければ狭いほど家庭的な雰囲気が出ると思いますし、広ければ広いほど使い勝手がよくなると思うので、どちらでもいいのですが、ただ、入居者さんからすると共同生活室という場所がくつろげるかどうかではないかと思います。狭くてもくつろげないのであれば出てくることはないでしょうし、広くてもくつろげるのであれば入居者さんは出てくると思っております。

（司会者：石井） 具体的にくつろげる空間というのは、どんな場所や空間だということを思いながら、ケアや環境整備をやっていますか。

（B2：原田） 入居者10人全員が一同に会して話をするわけではないと思いますので、2～3人程度でかたまって話ができるように、机の配置など設えの部分で工夫をしています。

（司会者：石井） わかりました。

（B3：小川） 私は天神の杜を経験してから、いまは第二天神の杜にいます。天神の杜はコンパクトで、入居者さんご自身が伝え歩きで移動しているという面では、天神の杜のほうが効果はあるということになります。

ただ、入居される方は他の入居者さんを選ぶことはできません。80年、90年と生きてこられた中で、その方の性格であるとか、入居者さん同士の相性があり、どうしても合わない方はおられると思います。そういうときに、空間の広さもありますが、やはり空間が2つ以上はあったほうが良いというところがございます。

そういうふうにご利用者の相性であるとか、例えばお体の大きさをとって、いろいろな方がいらっしゃいます。第二天神の杜では、テーブルの分散配置をしており、体格とかに合わせた高さのテーブルを分散して配置しています。そのときに、それができる最低限のスペースは必要

かなと思っています。

また、死角については、すべてが見通せないように、広い空間をあえて狭くして死角を増やすなど工夫して、個々に合わせた個々の居場所というか、居室は居室であるけれども、共同生活室での居場所もニーズに合わせていく必要があると考えています。

（司会者：石井） ありがとうございます。空間をつくったあとの使い方、例えば家具をどう配置するかは、利用者の変化の中で変わっていくものなののでしょうか。それをケアの側、スタッフの方はかなり意識しながら生活空間をつくられているのかを伺います。

（B1：中村） そこにおられる利用者さんに合わせて、ソファの位置とかテレビの配置とか机の高さとかを設計しています。例えば利用者さんが1人入れ替わったとき、やはり相性もありますので、そのあたりを踏まえて配置を考えたりしています。

（B2：原田） 日々コミュニケーションを取っていく中で相性を見極めながら、配置をしています。

（司会者：石井） ありがとうございます。もう1つ、重度化やターミナルということを考えたときに、ハードとして考えていかなければいけないことと、ソフトの面から考えていかなければいけないことの両面あると思います。ある意見としては、ターミナルが必要になったとき、ユニットにリビングがあってキッチンがあって、あれでいいのか、意味がないのではないかとの意見があったりします。

それに対して当然、違うというご意見だと思いますが、実際にやられていて考えられる中で、これからの重度化、ターミナルということを視野に入れたときの施設のあり方について、それぞれのお立場でどんなお考えがあるのかをお聞かせいただければと思います。

（B1：藤居） 共同生活室は不要とか、そんなことは全く思わないです。当然そこで生活をしておられる方もおられるわけですから、普通の家と同じような形での生活のあり方が基本であると思います。ただ、看取りの期間を誰と過ごすのかということが大きな問題点になってくると思います。職員だけでなく、できるだけ家族を巻き込んだ看取りにもっていこうとすると、やはり個室のありようが重要になってくると思います。

けやきの杜の場合、家族室を別に設けています。それをターミナルに使ったという経験はありませんが、そこへ家族さんがベッドを持ってきて、一緒に看取りができるように、簡易的なキッチンもある設えを準備してあります。そういう看取りのあり方もあっていいと思います。ただ、ここ最近、最期の看取りの1週間は、おうちに帰ってもらうこともありかなという思いもあります。

今後の行政のあり方として、重度化という部分をどこまで求めてくるのかによっても、変わってくると思っています。先ほどの定員の問題とか、いろいろなことを含めてなのですが、結局、

われわれが従来から想定している生活支援型の施設なのか、かなり重度化して動けなくなった、あるいは寝て過ごす時間が多くなったことを想定するのかによって、根本的に考え方が変わってくると思います。だから、一概に決めるのは難しいかなという気はしています。

（司会者：石井） いずれにしても、現実的に重度化が進んで重度化対応を目指していく中で、一方では4人部屋といった話が出ています。

（B1：藤居） それは、やはり4人部屋はありえないと思います。

（司会者：石井） いまのお話からいうと、より住まいとして拡充していくことはありえても、流れとしては少し矛盾していることになりますからね。わかりました。

（B3：五十棲） 看取りについてですが、よろしいでしょうか。

（司会者：石井） では、どうぞ。

（B3：五十棲） 天神の杜も第二天神の杜も、看取りの支援をしていますが、その場合にやはり家族と職員との気持ちとか心の支え合いがないと、1人の人物を看取っていくのは非常に難しいですね。そういったことから、家族さんも最期の親孝行として寝泊りして、交代交替で兄弟さんが来られたりします。そういったときに、補助ベッドはやはり入れています。

それを馴染みの家具等が入っている10.65平米の居室に補助ベッドを入れたら、もうそれだけでいっぱいになります。少なくとも13.2平米というのが、重度化すればするほど必要だと思います。やはり、家族さんの使い勝手というのもありますから、そのための空間というのは確保しなければいけません。それから水場（みずば）と重度化というふうに考えたら、家族さんにもキッチンが必要です。寝泊りして一緒にやっていきたいと思いますということですから、家族さん、あるいは職員も含めてですけれども、水場（みずば）があることによって、ここは住まいなのだよ、引っ越した場所だよという感覚にもなれます。

さらには、家族が大勢で来られる場合もありますので、そのときに家族がゆっくり交替でくつろげる、あるいは寝ることができる家族宿泊室を用意していますが、看取りをしていくと、施設が声高らかに言ったところで、それを支援できる空間や設備がなければ難しいのではないのでしょうか。つまり、看取りが難しくなってくるのではないのでしょうか。

そういうことを踏まえれば、今後施設をつくるのであれば、少なくとも居室の広さは13.2平米で、キッチンは家族も使いやすい環境にして、家族に使ってもらえるように職員にも指導していく必要があります。家族さんも一緒に使うということです。それから家族のための宿泊室も用意しておく必要があると思います。

最後にもう1つ、これはハードではなくソフトに絡んできます。あるいはシステムとか運営に絡むものですが、家族と職員との信頼関係がきちんとできあがっていないと、家族も不安になり

ます。家族は自宅では介護できないし、ましてや自宅での看取りもできないという状況の中で、おばあちゃんが生きている間は病院に行きたくないといっていたことを実現させるために、この施設で最期を看取っていきたいという家族さんがおられますから、やはり職員をユニットの固定配置して信頼関係の構築が必要になってくると私は思います。

（司会者：石井）　ありがとうございます。

（Ｂ２：若月）　看取りということを、心臓がとまるという物理的な現象でとらえていけば、ユニット型の施設は無駄が多いといわれるかもしれませんが、やはりご家族のその後の気持ちとかを上手に支えていくというのが、役割として求められているのではないかと思いますので、個室であるとご家族が周りに気がねなく声をかけたりといったこと、また入居者さん同士も、亡くなったときに個室に伺って手を合わせたりできるということが重要であり、ターミナルを行っていくから共同生活室が重要だとは考えにくいですね。

例えばリビングのここの席に座ってコーヒーをおいしそうに飲んでいたよね、といったことがご家族の支えになったりしますので、非常に大事な空間ではないかとは思いますが。

（司会者：石井）　ありがとうございます。非常に難しいテーマでしたが、いろいろお話を伺って、いまのユニットケアで考えるべきこととか、空間とケアとの関係の中で考えていかなければならないこと、また、これからのユニットケア、特養のあり方として、すぐに制度という話ではなくても、どういう意識の中でケアをしながら施設の運営をしなければいけないのかというあたりの大きな視点とか示唆はいただけたと思います。どうも本日はありがとうございました。

〔了〕

5. 訪問ヒアリングの結果

訪問日	訪問先	所在地
3/07（金）	特別養護老人ホーム ふくろうの杜	岐阜県中津川市

◇ 管理者

項 目	ヒアリングの記録
共同生活室等についての考え方	・「寄り添う介護」を当社会福祉法人の理念に掲げている。 ・当施設を建設する前に見学した県外のユニット型施設の共同生活室のように、普通の家庭のようにキッチンがあって、リビングがあるような空間をつくりたかったが、県の担当者から「居室は全室が共同生活室に面していなければならない」と指導されたので、現状のどちらかといえば施設的な雰囲気的空間になってしまった。
ケアについての方針等	・原則として施設内で看取ることにしており、平成 17 年の開設から 103 人の方を施設内で看取った。これは、理事長自身が医師であるからできることで、嘱託医であれば時間的な制約があり、全ての方を看取るのは難しいだろう。 ・看護職員のバックアップがあるので看取りに対応できている。 ・施設内で看取ることにより、介護職員も最期までみれるということでケアに向き合う姿勢がよくなるし、家族ともいい関係をつくりながら、カンファレンスも積極的に開いているので、介護レベルの向上につながっていると思っている。 ・看取りのときは、簡易ベッドを貸出して居室に入れて、家族の方に入居者の横で寝てもらえるようにしている。 ・認知症については、全国老人福祉施設協議会で取り組んでいる介護力向上で、認知症そのものを学ぶことから始めている。介護職員の認知症への対応力を高めて、適切なケアをすれば認知症の BPSD はおさまってくる。 ・介護力向上のなかで、おむつを外そうという取り組みをやっており、少なくとも日勤帯ではトイレでということをやっている。そういうことをやるためには、手厚い人員配置が必要となってくる。

	・車椅子対応として、キッチンのカウンターの位置を下げた。 ・胃瘻や喀痰吸引は施設でもするし、呼吸が苦しいときは酸素療法をするときもある。ただし、特養での医療ニーズが高まっているにも係らず、特養での医療を配置医師以外が勝手にやってはならないとの縛りがあり、医療ニーズへの対応が難しくなっている。 ・入居者から外出、買い物、外食などの要求が出てくるので、できるだけ家族も同伴してもらうようにしている。
ユニット型施設 の運営状況	・人員配置を厚くしており、1.5 対 1 ぐらいであるので、月 9 日の休日があり、有給休暇もとりやすく勤務しやすいので、職員の定着率はよい方だと思う。 ・2 ユニットを 1 ブロックとして、各ブロックに介護補助職を配置し、掃除や洗濯をやってもらっており、介護職員はケアに専念してもらうようにしている。 ・介護職員のレベルアップのために、年に 1 回の外部研修を義務付けている。 ・介護職員が医療的なケアをできるようにするために、50 時間の研修を受ける必要があり、多くの経費と時間がかかる。研修の時間をもう少し短くできないのだろうか。あるいは、専門学校で研修を受けるようにして、施設の職員になってからの研修は不要にできないだろうか。 ・家族と施設のつながりを深めて、家族の方に施設へ来ていただけるように入居者の家族会を結成している。入居者が亡くなると、その家族は家族会から離れるが、中にはその後も施設のイベント等のお手伝いに来てくれる方がいるので、いま家族会の OB 会の準備を進めている。 ・専門学校を出た人に職員になって欲しいと思っているが、そのような人材の確保が難しくなっている。 ・介護職員に介護福祉士の資格をとるように推奨しており、手当てもしっかりつけているので、介護福祉士の割合が 8 割と高くなっている。

	・特養 7 ユニット、ショート 1 ユニットなので、4 ブロック（8 ユニット）であり、常勤看護職員が 4 人いるので、1 ブロック（2 ユニット）に看護職員 1 人を固定配置しようとしたが、オンコールの際には、全ユニットの入居者を看る必要があるので、原状は看護職員 1 人に担当ブロックを 1 つ決めて、3 か月ごとにローテーションしている。
ユニット型施設におけるコスト	・特養が 7 ユニット、ショートが 1 ユニットの合計 8 ユニットなので、全て 2 ユニットで夜勤 1 人の配置ができています。当施設を建設する前に見学した施設の多くは、1 ブロック（2 ユニット）で夜勤 1 人の体制をとっていたので、それを取り入れることにした。 ・光熱費を節約するために、照明を間引いている。冷暖房はガスでやっているが、今月いきなり 1m³当たりの単価が 30%程度上がるなど、外部の状況が厳しくなっているが、光熱費などの値上がり分が介護報酬に反映される仕組みにはなっていない。 ・パブリックなスペースは、ボランティアの方が清掃をしてくれている。
その他	・重度の方でケアの手間が掛かるのは食事介助である。特養の入居を要介護度 3 以上に制限すれば、食事介助が必要な入居者が増えるので、いまの人員では個別ケアができなくなっている。また、要介護度 1 や 2 の入居者がいると、介護職員にとっては張り合いがあり労働意欲が高まるので、要介護度 1 や 2 の入居者が必要だと思っている。

◇職員（介護主任クラス）

項 目	ヒアリングの記録
介護環境について	・共同生活室での死角はあぶないので、死角がないようにしている。居室内が死角になる。 ・居室は入居者の好みに合わせてしつらえるが、和風好みと洋風好みがあるなど人それぞれであり、共同生活室のしつらえをどうするかは難しい。清潔感と明るさを重視している。 ・匂いには気をつけていて、空気清浄機を入れたり、排尿の匂いは看護職員が膀胱洗浄をやってくれたり、介護補助職がトイレの掃除をこまめにしている。

	・車椅子の方が多いので、共同生活室はある程度の広さが必要だと思う。見学したグループホームや小規模多機能では、食事のときに隣の人が出ないとトイレにも行けない状況だったが、当施設の共同生活室は、隣の人を動かさなくてもトイレに自由に行けるだけの広さがある。
その他	・職員の負担感は、入居者の状態で大きく変わる。例えば、人手がかかるのは食事介助なので、食事介助が必要な入居者が増えれば負担感は大きくなる。また、介護度が軽度でも徘徊があると負担感は大きい。 ・以前は 16 時間夜勤であったが、いまは 10 時間夜勤なので体力的にも落ち着いてやっつけている。 ・介護職員は 1 ブロック（2 ユニット）で固定配置しているが、主たる担当ユニットは決めている。看取りをやっているので、夜勤で担当する範囲の入居者の状況を把握するためには、1 ユニット固定ではなく、1 ブロック（2 ユニット）固定配置の方がよい。

訪問日	訪問先	所在地
3/12 (水)	特別養護老人ホーム 久能の里	静岡県静岡市駿河区

◇ 管理者

項 目	ヒアリングの記録
共同生活室等についての考え方	・4人部屋でなる本館と、ユニット型6ユニットからなる新館とで構成される。多床室は障子でそれぞれが区切られており、各人のスペースから屋外の光や風を感じられるような配置としている。 ・ユニット型は、ユニット型が制度化された初期の頃に建設したもので、かなり広めに作ってある。今となっては、職員の移動距離も長く、広く作りすぎた感はある。 ・転倒時の安全性を考慮し、クッション性の床を使用しているが、柔らかい床は車いす使用者に移動負担がかなり大きくなる。転倒が懸念される人は増えており、骨折する人もいないわけではない。廊下も広く、手すりが遠くなりがちである。 ・ユニットの入口は、場所によりカーテンで仕切っているが、消防署の指導で長さを1m以内に抑えている。
ケアについての方針等	・認知症の入所者は増えており、特にBPSDが激しい人が複数いると、その対応負担は重くなる。専用の生活空間を作ってそこに重度の認知症の入所者を集約するかどうかを思案しているが、現状は混在状態である。ケア負担なども勘案し、別の室や異なるユニットに、入所者を移す必要もある。また、経済的事情からユニット型から居住費負担額の小さい多床室へと、移動する人もいる。 ・医師は、嘱託の内科医師が週1回3時間ほど回診に訪れる。各入所者が月1回は診察を受けられるようにしている。医療ニーズの高い人が増えるにつれて医師配置ニーズも高まりつつあるが、社会福祉法人立の特別養護老人ホームにとっては、人件費の面から厳しいのが現状である。将来的には、診療所を併設することで医師を確保するという可能性はある。 ・看取り期の対応としては、医師判断で入院する場合を除いては、家族の要望に応じて入院や施設看取りなど、どちらの対応を取るかをケースバイケースで決めている。現時点では入院するケースの方が多い。家族の側にも迷いがあり、判断が変わることも多い。現在は、空き室対策もあって、退院後に施設に戻りうるかについてはおおむね1ヶ月以内に判断し、対処している。

	・個別ニーズへの対応はカンファレンス等を通じて対応している。どうしても外出を伴うニーズ対応は弱くなりがちである。職員が業務外で自発的に外出につきあう、といったことも行われているのが実情である。
ユニット型施設の運営状況	・看護師・介護職員とも、急な退職者が生じた際の補充は、特に職員の配置単位の小さいユニット型において課題となりやすい。 ・ボランティアは、「高齢になっても自分の畑を耕す」意識の強い本地域においては、他地域よりも確保が困難と考えている。 ・最低月2回は職員研修を行うようにしている。最近では認知症高齢者の介護に関する研修を行った。階層別研修は施設内で行うことは難しく、必要に応じて外部の研修を受けに行ってもらっている。 ・介護職員に対する介護福祉士資格の取得を奨励している。これまでは受験料の負担肩代わりなどを行ってきたが、今後は資格の有無による待遇の差の拡大も行う予定である。
ユニット型施設におけるコスト	・人件費率が高く、2ユニットで常勤8人＋非常勤1人に配置を減らす検討が出ていないわけではない。人件費以外では、海に近いこともあり特殊浴槽やボイラーなどの諸設備の劣化が早く、修繕費の増加が気になるところではある。

◇職員（介護主任クラス）

項 目	ヒアリングの記録
介護環境について	・リビングは、死角部分をあえて作ることの意義を感じないわけではないが、危険性を考慮し、なるべく作らないようにしている。ついたて等で空間を区切るのは、一緒に転倒する危険性もあり、行っていない。 ・共同生活室は、各ユニットの創意工夫に応じて、食卓とリビング空間とに分けて使っているユニットもある。また、特定のユニット空間を使って喫茶室などをイベント的に開催し、他のユニットやフロア、多床室入所者も参加した形態とすることがある。そのようなイベントを行うにおいては、広い空間が役に立っている。 ・しつらえの工夫は、食卓にランチョンマットを敷く、花を飾るといった細かいことで行っている。ただし、異食等の危険性も考え、あまり凝ったものは置けないという事情もある。フロア毎で若干配置が異なり、建物も左右対称ではないため、配置形態の違いがユニットの色をつけている感はある。

	・調理作業などは、対応可能な入所者には参加してもらっている。ユニットの台所での作業は、早番と遅番が両方ともそろっている昼食時に、炊飯と盛りつけを行っている。味噌汁など、ユニットで作るものを増やしたいという思いはある。 ・居室は8畳。中には仏壇を置いている入所者もいるが、自宅で使っていたものとは別の、新たな家具を持ち込むケースが多い。多床室の1人分の空間はこれよりもかなり狭く、自分の持ち物を置くのは難しい。
その他	・職員の急な休み等の発生にあたっては、適宜休日出勤等で対応している。また、臨時的な措置として別ユニットの職員を充てることもある。 ・職員配置は原則として1ユニットに専従だが（常勤4人＋非常勤1人）、夜勤は1人で2ユニット20人をみる時間帯がある（2ユニットの常勤8人でまわす）。 ・夜勤のシフトは、21時～翌朝7時の10時間である。1人で20人をみる現状ですでに限界に近く、現在でも夜勤の事故が発生することがある。1ユニット12人にするのは、夜勤対応において現実的に難しい。 ・移動距離の問題は、昼間はほとんど感じることはないが、夜勤においては重要な問題である（特に同時に2カ所以上でコールがある場合など）。

訪問日	訪問先	所在地
3/14（金）	介護老人福祉施設 十符・風の音	宮城県宮城郡利府町

◇ 管理者

項 目	ヒアリングの記録
共同生活室等についての考え方	・最期までその人らしく、文化的な最低限の生活を皆がおくれたらよいと考えている。最期までわがまま言って欲しいと考えている。 ・共同生活室がコンパクトであれば、職員の動線が短くなるのでよい。また、職員と入居者との距離も近いので、例えば、職員が移動しているときに近くにいる入居者に声掛けをすることが自然にできる。
ケアについての方針等	・原則として施設内で看取る方針である。嘱託医ではあるが、関連法人の病院に協力してもらっているので、原則施設内で看取ることが可能になっている。 ・入居判定委員会に町の方に入っていていて、要介護 3 以上の方を入れるように指導を受けている。重度化がすすむと医療ニーズも増えるので、いまの看護職 3 人の体制だと対応が難しくなると思う。現に入居している方が重度化することへは対応していきたいと思うが、新規に入居する方の要介護度で調整をはかりながら対応していくことになると思う。現に入居している方の生活が大きく変わらないような程度の方に、新規に入居していただくように案内している。居室から外部にでれるようになっているので、認知症の方についても、居室から外部にでる心配がない方に入居してもらっている。 ・右麻痺用の居室と左麻痺用の居室に分かれているので、入居者の状態に合った居室を用意すると、自宅ではできなかったことができたりすることもある。 ・特養は病院ではないので、施設で対応できる医療ニーズと対応できないものを明確にしている。施設で対応できない医療処置をどうしても受けたいということであれば、医療機関への入院をすすめている。例えば、入院して気管切開をした場合は、退院後は当施設では受けられないので、退所していただくことになる。

ユニット型施設の運営状況	・クックチルシステムを導入しており、毎食クックチルシステムで食事を提供している。ごはんと汁物はユニットでつくっている。ソフト食もクックチルと一緒に外部委託会社でつくってもらっていて、食べる前に温めている。 ・いま 8 時間夜勤をやっている。職員 1 人が 1 月で 3～4 回の夜勤でおさまるようにシフトを組むには、9 人くらい職員がいないとユニットがまわせない。職員はユニットに固定配置しており、ユニット単位でシフトを組んでいる。 ・2 ユニットに夜勤 1 人を配置している。夜勤者が配置されているユニットでない方に終末期の入居者がいても不安にならないように、毎日夕方に施設全体での申し送りをやるので、看取りにはいつている入居者の状況を施設全体で共有している。また、どういう状態になればどう対応するかについて、医務からきっちり指示がでくるので混乱はない。 ・施設の開設当初は看護職を 2 ユニットに 1 人固定配置していたが、担当の看護職が休むと何も分からなくなるし、担当外のユニットの状況が分からなくなることから、いまは看護職が施設全体をみるようにしている。生活機能訓練については、2 ユニットに担当の看護職を配置している。 ・職員については、関連法人全体で募集をかけているので、来年度の人員については確保できている。突発的な理由による離職については、派遣の方にきてもらって対応した。また、学生のボランティアの方を積極的に受け入れており、就職にむすびついたこともある。ヘルパーの方の研修も多く引き受けるようにしている。 ・昨年度までは、介護福祉士の資格をもっていないと正職員にならないとしていたが、それでは人が集まらないということで、ヘルパー2 級の方も正職員になれると変更した。以前、ヘルパー2 級で入った後、実務経験を積んで介護福祉士の資格をとって正職員の登用試験を受けて正職員になった方もいる。 ・身体拘束に関しては監査とかでも訊かれるので、研修をやっているかなければならないと考えている。また、認知症対応力を高めるような研修も必要だと考えている。職員のメンタルヘルスについても定期的にやっていかないといけないと考えている。
---------------------	---

ユニット型施設におけるコスト	・天井の高さは低いところで 2.4m、高いところで 5m あり施設内で高低差がある。天井が低いと落ち着く空間になり、天井が高いと開放感があり採光窓から光をとり込むことができる。ただし、天井が高いとどうしても冷暖房効率が下がり、コスト面で難がある。 ・クックチルシステムの導入は、厨房が狭くできるので建築時の費用は抑えられるが、ランニングコストは高くなる。
その他	・お米をといだり、ご飯をよそったり、皿を洗ったり、入居者の方に手伝ってもらうこともある。手伝う方には、要介護度 3 や 4 の方もいるし、車椅子の方もいる。要介護度 5 の方が手伝うということは難しい。 ・ユニットで病欠などの突発的な休みが出た場合は、原則として、共同ユニットも含めたユニットの職員で対応してもらうようにしている。どのように対応したかは事後報告してもらっている。 ・収支でみれば 10 人定員のユニットでとんとんになると思う。12 人定員になると入居者同士の相性があるので関係性が複雑になり、職員の入居者に対する情報も薄くなるので 10 人定員が適当だと思う。 ・節水装置を付けたっているが、不都合があった箇所では取り外したりしている。 ・居室に入る時、職員は必ずドアをロックしてから入るし、出るときは静かにドアを閉めるようにしている。 ・消火栓が不自然かなと感じている。消火栓を小さく目立たないように、またしつらえに合うように木目調にできればいいと思う。 ・共同生活室がコンパクトなので、TV のボリュームを抑えても十分聞こえるので、TV の音が他の人たちの会話を邪魔するということがないと思う。

◇職員（介護主任クラス）

項 目	ヒアリングの記録
介護環境について	・共同生活室の広さは、入居者の方が過ごしてきた部屋の広さと同じくらいかなという家族のお話があるので、現状のコンパクトな共同生活室の広さは妥当だと考えている。

	・ユニット固定配置により、家族とも顔なじみの関係になり、入居者だけでなく家族ともよい関係を築きやすい。 ・認知症の方も、入居して1か月ほどで落ち着いてきて自分の居場所を見つけることができている。ハードの力が大きいと思う。ユニットの形が1つ1つ異なっていて、ユニットの玄関も1つ1つ異なっているので、玄関から入った感じで違うユニットに入ったことが分かるようになっている。居室にも自分が使っていた家具を持ち込んでもらっているので、入った感じで違う居室だと分かる。 ・共同生活室のしつらえについては、入居者に合わせてしつらえているので、死角というのは意識していない。居室のドアは少し奥まったところにあるので、居室のドアを開けても中が見えないようなつくりになっている。 ・入居者の方がどうやったらくつろげるかを把握することが重要であり、居室内がいいのか共同生活室がいいのか、共同生活室のイスがいいのか、ソファがいいのかは入居者によって違っている。共同生活室に1人でいたい入居者もいるし、皆と顔を合わせながらくつろぎたい入居者もいる。 ・高さが調整できる介護用のテーブルを入れており、家庭用よりは若干大きくなっている。
その他	・どこまでの医療処置をするのかを入居の段階で本人と家族に確認している。また、要望が変わった場合はいつでも言って欲しいと案内している。高カロリーの輸液などは当施設ではやっていません。 ・シフトを組む上で男女比に留意している。同性介助を希望する入居者がいるので、ある時間帯に男性の介護職員だけになると、入浴ができない、おむつ交換ができないとなる。同性介助を求める人は女性の方が多く、また家族が同性介助を希望することもある。

6. まとめ・提言

(1) 共同生活室の実際の広さ

共同生活室の広さは、『ユニット定員数に 2m^2 を乗じた以上の面積※（出典）』とされている。また、『食事スペースのみで構成される場合は、キッチンを含めて居室 3 つ程度を上限とした広さ※（出典）』とされている。

※（出典）社団法人 日本医療福祉建築協会、「個室ユニットケア型施設 計画ガイドライン 個別ケアを支える居住空間のあり方」、中央法規出版、2005 年。

居室 3 つの広さを、かつての居室面積の基準 13.2m^2 で計算すれば、約 40m^2 （壁芯面積換算で約 45m^2 ）となる。ユニット定員を 10 人とすれば、定員 1 人当たり 4.0m^2 程度となる。

共同生活室には、食事スペースと分離したリビングを設けているのが一般的であることから、リビング部分を定員 1 人当たり 1.6m^2 （約 1 畳）とコンパクトにとれば、共同生活室の面積は、定員 1 人当たり 5.6m^2 程度となる。

実際の共同生活室の面積を図表 6-1 に示す。定員 1 人当たりの共同生活室の面積は、平均で 9.1m^2 であり、上記ガイドラインが推奨している面積を超えている。

1 ユニット当たりの共同生活室の面積が 60m^2 未満の施設は 31.5%しかなく、 60m^2 以上～ 120m^2 未満の施設が 45.5%、 120m^2 以上の施設が 23.0%となっており、上記ガイドラインが推奨している面積よりも広い共同生活室をもつ施設が過半であるという実態が明らかとなった。

図表 6-1 実際の共同生活室の面積（注）

	全体	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分		
		60㎡未満	60㎡以上～120㎡未満	120㎡以上
施設数と構成比	1,087 施設 100.0 %	342 施設 31.5 %	495 施設 45.5 %	250 施設 23.0 %
定員1人当たりの共同生活室の面積	9.1 ㎡	4.2 ㎡	9.2 ㎡	15.3 ㎡

（注）本調査研究においては、共同生活室として使用している空間の床面積を記入してもらっている
ので、例えば共同生活室と接する廊下にソファを置くなど、一部を共同生活室として使用する
ことにより、設計上の共同生活室の床面積とは異なる場合がある。

（２）共同生活室の広さについての考え方

実際の１ユニット当たりの共同生活室の面積に係らず、「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考える施設が７割以上であった（図表６-２）。コンパクトな共同生活室となっている施設は、大半が現状のままでよいと考えている一方、広い共同生活室をもつ施設は、大半がコンパクトにしておけばよかったと考えていることになる。

図表 6-2 共同生活室の広さについての施設の考え方

	全体		１ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
共同生活室はコンパクトな方がよい	795 施設	73.1 %	251 施設	73.4 %	352 施設	71.1 %	192 施設	76.8 %
共同生活室は広ければ広い程よい	260 施設	23.9 %	84 施設	24.6 %	127 施設	25.7 %	49 施設	19.6 %
未回答	32 施設	2.9 %	7 施設	2.0 %	16 施設	3.2 %	9 施設	3.6 %

ただし、「共同生活室は広ければ広い程よい」と考える施設も２割程度あり、理由として『大半の方が車いすを使用されているので、移動するのに余裕がある広いリビングがいいと思う。』など、「車椅子」に係る理由をあげた施設が１／４程度あった。「コンパクトな方がよい」あるいは「広い程よい」と考える理由についての自由記述の内容を、メリットとデメリットに分けて整理したものを以下に示す。

＜施設の自由回答（アンケート調査）を整理したもの＞

	コンパクトな共同生活室	広い共同生活室
メ リ ッ ト	・家庭的な雰囲気をつくりやすい ・転倒のリスクを軽減できる ・職員の動線が短くなる ・見渡しがきき目配りしやすい ・入居者同士が交流しやすい	・開放的な雰囲気をつくりやすい ・車椅子の利用者が増えても移動しやすい ・集まりの場としての利用ができる ・大型リクライニングが増えても置ける ・食事の場所とくつろぐ場所を分けやすい
デ メ リ ッ ト	・スペースが必要な介助がやり難い ・食事の場所とくつろぐ場所を分け難い ・相性の悪い入居者同士の距離が近くなる ・大型リクライニングを多く置けない	・施設的な雰囲気になりがち ・転倒のリスクが高まる ・目配りがいきとどかない ・認知症の方が不穏になりやすい ・冷暖房効率がわるいので光熱費がかかる ・清掃に人手と時間がかかる

（３）広い共同生活室の背景にある要因

それではなぜ、「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考える施設が、実際には120㎡以上の共同生活室をつくったのであろうか。「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考える理由、あるいはグループインタビューの発言から、広い共同生活室をつくる背景にある要因を探った。

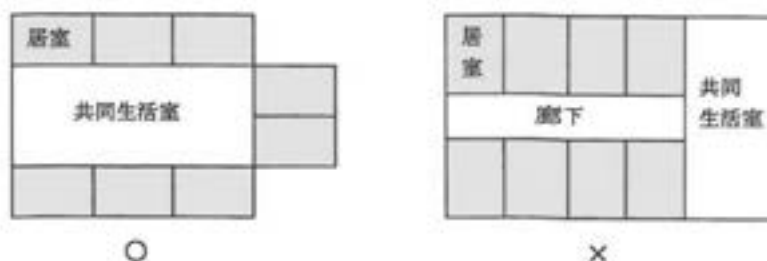
《共同生活室を広くつくった理由》 アンケートの自由回答

- ① 県の指導により原則全居室が共同生活に面していなければならず、共同生活室がコンパクトにできなかった。
- ② H16年に新型特養として開設したが、当時は広いスペースがよいと考えた。
- ③ 実現しなかった理由は、すでに設計の段階で変更は不可能だった。敷地面積が広かった為と考えられる。

《共同生活室が広がる要因》 グループインタビューでの発言

- ① H市の特養の公募で点数配分が示されており、例えば共同生活部が基準面積よりも相当いと加点される。
- ② F市の公募では、2つの参考例のうち、共同生活室を居室で囲っている広い空間のほうが丸だと明確に書かれている。

《参考例》ユニット型の共同生活室と居室の配置イメージ例



※ 共同生活室と居室の位置関係を示すイメージ図であり、必ず配置例のようなレイアウトにしなければならないというものではありません。

- ③ O市の市条例では、共同生活室の隣接と、共同生活の隣接の隣接まで認めるが、共同生活室に近接は認めていない。

■基準

居室は・・・、当該ユニットの共同生活室に近接して、一体的に設ける。一ユニットの入居定員は、おおむね10人以下。

■解釈通知

近接して一体的に設けられるとは・・・

ア 当該共同生活室に隣接している居室

イ アの居室と隣接している居室

ウ そのほか共同生活室に近接して設けられている居室

「近接」の定義はない。各自治体に委ねられている。

共同生活室を広くつくった理由として、自治体の指導あるいは公募の際の評価基準（広い方が評価が高い）があげられている。

その他の理由として、『開設当時は、広い方がよいと考えた。』との回答があり、設計時に施設側の設計責任者がユニットケアへの理解が深ければ、共同生活室を広くつくることはなかったと考えられる。また、『敷地面積が広がった為と考えられます。』との回答があり、広い敷地を取得した場合に施設の延べ床面積を広くとってしまった結果として、定員 1 人当たりの面積が広くなり、居室面積を除いた共同生活室などの面積が意図しなくても広がってしまったと考えられる。

また、広いリビング、囲み方リビングを生み出す要因に下記基準がある。自治体の対応によっては、下記の基準を厳格に適用することにより、空間の構成上、画一的で広いリビング設置を誘導する一要因となっていることが、グループインタビュー及び訪問ヒアリングで明らかとなった。

実際には、ユニットケアの本質を損なわない範囲で、下記の基準をより柔軟に解釈しながら、豊かなユニット空間、共用空間を創出している事例が多々ある。下記の基準において、多様なユニット空間の構成が可能であることが、グループインタビュー及び訪問ヒアリングで明らかとなった。

居室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けなければならない。

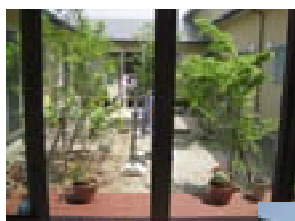
この場合、「当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設け」られる居室とは、次の3つをいう。

（ア）当該共同生活室に隣接している居室

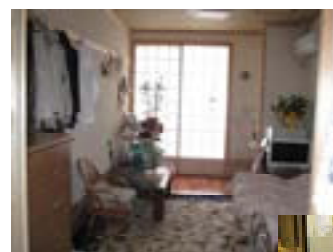
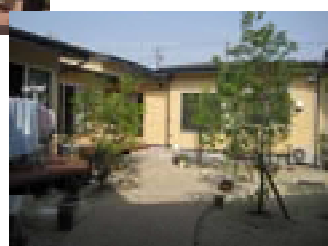
（イ）当該共同生活室に隣接してはいないが、（ア）の居室と隣接している居室

（ウ）その他当該共同生活室に近接して一体的に設けられている居室（他の共同生活室の（ア）及び（イ）に該当する居室を除く）

＜豊かな共同生活室を創出している事例＞



ユニットを隔てる
2ヶ所の中庭



8畳に洗面付きの
個室

レストランベルの
コールシステム



（４）共同生活室をコンパクトにした場合のメリット

ユニット型施設の建築の事業費（建設費）を共同生活室の面積別に比較したものを図表 6-3、1 ユニット当たりの共同生活室等の面積を図表 6-4 に、ユニットの運営費用を共同生活室の面積別に比較したものを図表 6-5 に示す。

「60m²未満」と「120m²以上」を比較した場合、定員 1 人当たりの事業費（建設費）の差は、－23 万円/人であり▲1.9%程度である。一方、入居者 1 人 1 日当たりの運営費用の差は、－89 円/日であり▲0.9%程度である。

事業費（建設費）に大きな差はみられなかった。共同生活室が狭いほど、廊下等のその他共用部の面積が広くなる傾向があり、ユニットの面積の差が小さくなるので、事業費（建設費）の低減化につながっていない。

運営費のなかの水道・光熱費については、共同生活室をコンパクトにした方が 8% 程度低くなりメリットがあるといえる。一般的にコンパクトな方が冷暖房効率はよくなると考えられる。その他にも清掃委託費など広さとの関連が強い運営費用にも影響し、コストへの継続的な影響が無視できない。

図表 6-3 共同生活室の面積別の建築事業費

	全体	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分		
		60㎡未満	60㎡以上～120㎡未満	120㎡以上
建築の坪単価	70.8万円/坪	71.3万円/坪	72.2万円/坪	67.7万円/坪
定員1人当たり事業費（建設費）	1,202 万円/人	1,198 万円/人	1,195 万円/人	1,221 万円/人

図表 6-4 1 ユニット当たりの共同生活室等の面積

	全体 施設数 構成比	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分			
		60㎡未満	60㎡以上～120㎡未満	120㎡以上	
		施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比	施設数 構成比
1 ユニット当たり	平均 325.2 ㎡	平均 307.6 ㎡	平均 313.0 ㎡	平均 373.6 ㎡	
（うち）共同生活室	平均 88.3 ㎡	平均 41.3 ㎡	平均 89.8 ㎡	平均 149.6 ㎡	
（うち）その他共用部	平均 74.6 ㎡	平均 98.4 ㎡	平均 65.3 ㎡	平均 60.3 ㎡	

図表 6-5 共同生活室の面積別の運営費用

	全体	1ユニット当たりの共同生活室の面積区分		
		60㎡未満	60㎡以上～120㎡未満	120㎡以上
入居者1人1日当たりの運営費用	10,148円/日	10,052円/日	10,214円/日	10,141円/日
（うち）水道・光熱費	599円/日	581円/日	597円/日	629円/日
（うち）清掃委託費	93円/日	85円/日	96円/日	96円/日

（５）家庭的な雰囲気をもたらすもの

アンケート調査の自由回答では、共同生活室がコンパクトであれば家庭的な雰囲気がつくりやすくなるとの意見が多かった。それでは、ユニット内のキッチンで食事をつくるという場面が暮らしの場面が、家庭的な雰囲気に促されるということはあるのだろうか。アンケート調査結果から読み取ってみた。

実際、キッチン内で汁物をつくっている、おかずをつくっている施設の割合は共同生活室がコンパクトな方が高くなっている（図表 6-6）。

共同生活室が広い方と比較して顕著な違いは見られなかったが、家庭的な雰囲気が職員や入居者の気分を高めて、上記の生活シーンを引き出す背景要因となっていると考えるのは間違いとは言えない。

図表 6-6 実際のキッチンの利用状況

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
ユニット内キッチンでごはんを炊く	796 施設	73.2 %	254 施設	74.3 %	353 施設	71.3 %	189 施設	75.6 %
ユニット内キッチンで汁物をつくる	244 施設	22.4 %	88 施設	25.7 %	109 施設	22.0 %	47 施設	18.8 %
ユニット内キッチンでおかずをつくる	53 施設	4.9 %	21 施設	6.1 %	22 施設	4.4 %	10 施設	4.0 %

（６）共同生活室をコンパクトにする場合の留意点

共同生活室をコンパクトにする場合、気をつけなければならない留意点として何があるのでしょうか。例えば、共用トイレが共同生活室に近い位置にあるのは避けた方がよいと考えられる。

居室内のトイレの設置についての考え方を図表 6-7 に示す。共同生活室がコンパクトな方が、「居室内にもトイレがあった方がよい」と考える施設割合が高くなっている。食事やくつろいでいる場面で、トイレの存在を感じたくないとするのは自然である。また、トイレに入るところを見られたくない入居者もいると思われる。

共同生活室がコンパクトな場合、ともすればトイレの存在を感じやすくなるし、トイレへの出入りも人から見られやすくなる。したがって、共用トイレを共同生活室からできる限り離して、入り口も共同生活室からは見えないような配慮が必要であろう。また、居室内にトイレを設置して、プライベートな空間でトイレに行けるようにすることが望ましい。

図表 6-7 居室内のトイレの設置についての考え方

	全体		1ユニット当たりの共同生活室の面積区分					
			60㎡未満		60㎡以上～120㎡未満		120㎡以上	
	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比	施設数	構成比
施設数	1,087 施設	100.0 %	342 施設	100.0 %	495 施設	100.0 %	250 施設	100.0 %
居室内にもトイレがあった方がよい	736 施設	67.7 %	249 施設	72.8 %	322 施設	65.1 %	165 施設	66.0 %
居室内にはトイレがない方がよい	335 施設	30.8 %	89 施設	26.0 %	164 施設	33.1 %	82 施設	32.8 %
未回答	16 施設	1.5 %	4 施設	1.2 %	9 施設	1.8 %	3 施設	1.2 %

(7) ユニットの入居定員

グループインタビューにおいて、ユニットの入居定員 12 人を推す意見が、施設の管理者や設計者から多くでた。確かに、一部の自治体（東京都、群馬県等）では、12 人の定員を認めるようになってきている。地方分権一括法では、ユニット入居定員について国は参酌すべき基準を設けることとなっており、それに基づいて自治体が条例で定めることになっていることから、12 人定員を認める自治体が広がってゆくことが想定できる。

しかしながら、国が定める基準「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成 12 年 3 月 17 日 老発第 214 号）」では、（ア）入居定員はおおむね 10 人と言える範囲内であること、（イ）入居定員が 10 人を超えるユニットは総ユニット数の半数以下であることとされている。

以下に、グループインタビューで出された、入居定員 12 を推す意見を紹介する。

<グループインタビューでの発言からの抜粋>

◇施設全体の面積減少につながる◇

ユニット定員を 12 人にしているので、施設全体の面積は定員 1 人当たり 56 m²を切っている。仮に全て 10 人定員にすれば、10 ユニット必要であるが、12 人定員のユニットがあるので、実際は 9 ユニットで済んでいる。トータル面積の減少は、非常に効果的と思っている。

◇日勤帯に回せる職員数が増える◇

現在ユニット定員は 10 人を基本としているが、12 人定員でいいと思う。入居者 1 人 1 人の生活に合わせる流れをつくるということでは、12 人定員でも生活単位は壊されないと思う。もう 1 つ大きい点は、職員を 2 対 1 で配置するとき 1 ユニット 6 人の職員配置となり、2 ユニット体制で 12 人の職員になるので、10 人定員から職員が 2 人増える。そうなれば、職員が夜勤に入る回数が減ることになり、日勤帯に回せる職員の数が増えることになる。

◇採算性がよく、人間関係も安定◇

…（介護職員からの夜勤が不安との意見を受けての発言）… 定員 12 人での夜勤は大変だという気持ちは分からないが、具体的には理解できない。現状の制度を変えないとなれば、12 人定員のユニットを運営した方が採算性はよく、職員と入居者、あるいは入居者と入居者の人間関係から見ても、いちばん安定する人数ではないかと思っている。

(8) 医療ニーズの現状

アンケート調査（ユニット調査票）において、ユニットの入居者の医療ニーズを訊いている。要介護度区分別の医療ニーズを図表 6-8 に示す。「胃瘻・腸瘻等」は要介護度 4～5 で顕著に該当入居者割合が高くなっている。「浣腸・摘便」の該当者割合の増加も顕著である。「褥瘡の治療」、「喀痰吸引」でも該当者割合は増加し、他の医療ニーズでも同様の傾向がみられる。

以下に示した訪問ヒアリングでの発言をみると、看護職員には施設全体の入居者を看ることも要求されることから、個別医療ニーズへの対応力を高めることとの両立に苦慮している状況が伺えた。

図表 6-8 要介護度区分別の医療ニーズの状況

	全体	要介護度区分							
		1～2		3		4～5			
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	
患者数	31,011 人	100.0 %	4,406 人	100.0 %	7,028 人	100.0 %	19,577 人	100.0 %	
(うち)回答数	30,862 人	99.5 %	4,386 人	99.5 %	6,988 人	99.4 %	19,488 人	99.5 %	
(うち)未回答数	149 人	0.5 %	20 人	0.5 %	40 人	0.6 %	89 人	0.5 %	
胃瘻・腸瘻等	2,626 人	8.5 %	14 人	0.3 %	38 人	0.5 %	2,574 人	13.2 %	
褥瘡の治療	1,232 人	4.0 %	47 人	1.1 %	133 人	1.9 %	1,052 人	5.4 %	
喀痰吸引	1,608 人	5.2 %	15 人	0.3 %	52 人	0.7 %	1,541 人	7.9 %	
膀胱留置カテーテル	1,148 人	3.7 %	57 人	1.3 %	136 人	1.9 %	955 人	4.9 %	
浣腸・摘便	4,463 人	14.4 %	201 人	4.6 %	571 人	8.2 %	3,691 人	18.9 %	
酸素療法	350 人	1.1 %	38 人	0.9 %	60 人	0.9 %	252 人	1.3 %	
重度の意識障害	1,055 人	3.4 %	10 人	0.2 %	35 人	0.5 %	1,010 人	5.2 %	

＜訪問ヒアリングでの発言からの抜粋＞

◇看護職員の準固定配置◇

施設内に特養 7 ユニット、ショート 1 ユニットの 8 ユニットがある。常勤看護職員が 4 人いるので、1 ブロック（2 ユニット）に看護職員 1 人を固定配置しようとしたが、オンコールの際には、全ユニットの入居者を看る必要があるので、原状は看護職員 1 人に担当ブロックを 1 つ決めて、3 か月ごとにローテーションしている。

◇以前、看護職員を固定配置していた◇

施設の開設当初は看護職を 2 ユニットに 1 人固定配置していたが、担当の看護職が休むと何も分からなくなるし、担当外のユニットの状況が分からなくなることから、いまは看護職が施設全体をみるようにしている。生活機能訓練については、2 ユニットに担当の看護職を配置している。

< 提 言 >

アンケート調査、グループインタビュー、及び訪問ヒアリングの結果を踏まえて、本調査研究の委員会がとりまとめた提言を以下に示す。

◆ コンパクトな共同生活室の推奨

共同生活室の面積は、定員 1 人当たり 2.0m^2 以上（国の「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」）とされているが、実際の平均値は 9.1m^2 とはるかに広がっていた。ガイドライン※では『食事スペースのみで構成される場合は、キッチンを含めて居室 3 つ程度を上限とした広さ』とされていることから、仮にリビングの部分を定員 1 人当たり 1.6m^2 （約 1 畳）にとれば、共同生活室の面積は、定員 1 人当たり 5.6m^2 程度となる。

※ 社団法人 日本医療福祉建築協会、「個室ユニットケア型施設 計画ガイドライン 個別ケアを支える居住空間のあり方」、中央法規出版、2005 年、

すでにユニット型を運営している施設の 7 割以上が、「共同生活室はコンパクトな方がよい」と考えている。コンパクトにすることのメリットとして、『家庭的な雰囲気がつくりやすい』、『職員の動線が短くなる』、『見渡しがきき目配りしやすい』という意見があった。

一方、コンパクトにすることのデメリットとして、『相性の悪い入居者同士の距離が近くなる』という意見があったので、コンパクトでも共同生活室を複数個所に分けて設置したり、テーブルを複数配置するなどの細やかな配慮、しつらえの工夫等でカバーしていく必要がある。

共同生活室をコンパクトにすることで、一般的には冷暖房効率がよくなり光熱費が抑えられるというコスト的なメリットもあることから、今後のユニット型施設の整備においては、広すぎない共同生活室（＝コンパクトな共同生活室）とすることが望ましいのではないだろうか。ただし、利用者の重度化・車いす利用者の増加などを考慮した動線への配慮や平面計画は、より重要となる。また、居室に面している廊下の一部を共同生活と一体的に運用している事例もあるなど、共同生活室の広さについて、共同生活室以外の空間との位置づけに踏み込んだ検討をすべきである。

過ごしやすい環境を考えれば、共同生活室の面積は、入居者 1 人当たり 2.0m^2 以上（国の基準）が必要であるが、暮らしの場であるユニットには広すぎない共同生活室がふさわしいと考えられる。

◆ 偶数ユニットと12人定員の推奨

夜勤は2ユニットで1人を配置（ただし上下階での移動はなし）することが認められているので、フロアあたり偶数ユニットの施設の方が、奇数ユニットの施設よりも効率的な勤務シフトを組むことができる。

また、グループインタビューでは効率的な定員数として12人定員を推す意見が多くでた。そこで、12人定員と10人定員を比較する。

以下、AユニットとBユニットの共同する2つのユニットで考察する。定員10人超のユニットは全ユニットの半数以下（「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日老発第214号）」とされているので、Aユニット定員が10人の場合と12人の場合を比較する。なお、いずれのケースにおいてもBユニットの定員は10人とする。

	①入居定員 (ユニット)	②職員数 (2:1配置)	③4週間の 日数×職員数	④4週間の 夜勤数	⑤4週間の 日勤・早・遅日数	⑥4週間の 休日数	⑦職員1人当たり 4週間での休日数
Aユニット	10人	5人	140人日	14人日	84人日	42人日	8.4日
Bユニット	10人	5人	140人日	14人日	84人日	42人日	8.4日
Aユニット	12人	6人	168人日	22人日	84人日	62人日	10.3日
Bユニット	10人	5人	140人日	6人日	84人日	50人日	10.0日

※「②職員数」=①÷2、「⑥4週間の休日数」=③-④-⑤、「⑦職員1人当たり4週間での休日数」=⑥÷②

ユニットに職員6人を配置することで、常に夜勤1人、早出1人、日勤1人、遅出1人を置いて、週休2日に加えて4週で約2日の休日をとることができるので、例えば半日勤務・半日休暇の勤務形態を取り入れることで、朝食時や入浴時に職員をもう1人置くことが可能となり、個人的な休暇取得や研修等の時間をとりやすくなる。一方、職員5人配置の場合、常に夜勤1人（共同ユニットと交互）、早出1人、日勤1人、遅出1人を置けるものの、週休2日がやっとなり、それ以上の休暇取得等が困難となる。

＜職員5人配置のAユニットでの勤務シフトの例＞

	第一週							第二週							第三週							第四週							休日数
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
職員1	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	8
職員2	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	8
職員3	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	9
職員4	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	9
職員5	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	遅	休	休	早	日	遅	夜	休	早	日	8

※夜勤は共同ユニットと交互に出るので、1日おきとなる。

＜凡例＞ “早”:早出、“日”:日勤、“遅”:遅出、“夜”:夜勤、“休”:休日

平均 8.4

またユニットの空間づくりにおいても、10 人でひとつのリビングや空間を構成するよりも 6 人のための生活空間を 2 つ用意すると考えた方が、より家庭的な環境づくりが可能となるし、バリエーションに富んだ空間づくりが可能となる。

現行の国の基準ではユニットの入居定員は「おおむね 10 人」、「10 人を超えるユニットは施設の総ユニット数の半数以下」であることが定められている。しかしながら定員を 12 名で設定することは、効率的な勤務シフトを組むことでの経営的なメリットも大きいこと、また、地方分権一括法によりユニット定員は各自治体で柔軟な判断が可能な「参酌すべき基準」とされていることから、今後のユニット型施設の整備においては、偶数ユニット（1 フロアで偶数ユニット）での構成を基本とし、ユニットの定員を 12 人で設定することへ柔軟に対応することが求められる。

ただし、あくまでも現行基準、介護報酬の中でユニットケア・個別ケアを、より確実に、効果的に行うための考え方である。定員を増員していくことは、その本質を取り違えると、集団ケアの助長にもつながりかねない。あらためてユニットケアの理念、個別ケアの意味を再確認した上での定員設定でなければならない。

◆ ユニット単位での固定配置の緩和

グループインタビューに参加した介護職員からは、共同ユニットの昼間の状況を知らないなかで、定員 12 人のユニットを含めて夜勤職員 1 人でみることへの不安の声があった。担当ユニットを持ちつつも、夜勤を担当する別ユニットでも日中勤務を行えるような配慮が求められるのではないだろうか。すなわち、ユニット単位での職員の固定配置を緩和することを検討してもよいだろう。緩和により、職員は 2 つのユニットの入居者と馴染みの関係を築いた状態で、1 人夜勤に入ることができ、不安を幾分か和らげることができるであろう。また、病欠などの急な欠勤への対応力も増すことになる。

ただし、この提言も定員についての提言と同様の注意が必要であり、あくまでも現行基準、介護報酬の中でユニットケア・個別ケアを、より確実に、効果的に行うための考え方である。本質的には、個別ケアの実践には職員のユニットごとの固定配置はきわめて重要な要素であるという考え方もある。ユニットケアの理念、個別ケアの意味を再確認した上での検討であるべきである。

なお、コンパクトな共同生活室は職員にとって閉塞感につながりやすいとの指摘もある。共同している別ユニットでも日中勤務を行うことができれば、職員の気分のリフレッシュ等、副次的な効果も期待できるのではないだろうか。

また、ユニット単位での固定配置を緩和することにより、Aユニット定員 12 人、Bユニット定員 10 人としたときの夜勤数のアンバランス（夜勤数をバランスさせると休日数がアンバランスになる）という不具合が解消されることになる。具体的には、下図を参照されたい。

	①入居定員 (ユニット)	②職員数 (2:1配置)	③4週間の 日数×職員数	④4週間の 夜勤数	⑤4週間の 日勤・早・遅日数	⑥4週間の 休日数	⑦職員1人当たり 4週間での休日数
Aユニット	12人	6人	168人日	22人日	84人日	62人日	10.3日
Bユニット	10人	5人	140人日	6人日	84人日	50人日	10.0日

Aユニット	12人	11人	308人日	28人日	168人日	112人日	10.2日
Bユニット	10人						

※「②職員数」=①÷2、「⑥4週間の休日数」=③-④-⑤、「⑦職員1人当たり4週間での休日数」=⑥÷②

◆ 看護職員の担当ユニット制の推奨

アンケート調査結果から、要介護度 4～5 になると胃瘻、褥瘡の治療、喀痰吸引、膀胱留置カテーテル等の医療ニーズが高まることが明らかとなった。重度化に対応したユニットケアでは、個別の医療ニーズへ適切な医療サービスを提供する体制をとる必要があることから、今後の方針として看護職員のユニットへの固定的な配置を検討していることが訪問ヒアリングで明らかとなった。

しかしながら、以前は 2 ユニットに看護職員 1 人を固定配置していたが、担当外ユニットの入居者の状況を十分把握していないなどの不都合があったので、看護職員が施設全体をみるようにしている事例があった。固定配置での不都合を上手く解消した施設では、2 ユニットに看護職員 1 人の固定配置を検討したが、施設全体の入居者の状況が分からなくなり不都合であるとの理由から、担当ユニットを定めて 3 か月ごとにローテーションしている（担当ユニット制）。

個別の医療ニーズへの対応力を高めるため、看護職員の担当ユニットを定めて、定期的にローテーションすることで施設全体の状況も把握できるようにする、看護職員の担当ユニット制が 1 つの方策として考えられる。

今回の提言内容は、今後ユニット型施設を整備する事業者だけでなく、すでに運営している事業者にも役立てていただきたい。また、施設整備を認可し指導する立場の自治体の担当者等においては、提言内容等を参考にして、今後の施設整備のあり方の議論を深めていただきたい。

附 録

附録 アンケート調査票

以下にアンケート調査票を示す。調査票は施設調査票、ユニット調査票、補助票の3種類あり、補助票は調査対象の入居者を匿名化するために「高齢者ID」を割り当てる対応表であり、個人情報を含んでいるので補助票は提出不要とした。

附 録 の 目 次

1. 施設調査票	120
2. ユニット調査票	128
3. 補助票	132

ユニット型施設の生活空間等の状況及び運営等のコストに関する調査 (施 設 調 査 票)

施設名			
記入者氏名		部署名	
連絡先	電話番号		
	FAX 番号		
	e-mail		

問合せ先のフリーダイヤル： ＊＊＊＊＊－＊＊＊＊＊ （平日*:**～*:**）

提出期限： 平成 26 年*月*日

（ご回答の上、ユニット調査票と一緒に同封の返信用封筒に入れて提出期限までに投函してください。）

I ユニット型施設の生活空間等の状況

(1) 共同生活室の状況 （該当する全ての番号に○）

- 01 食事を行うためのテーブルと、くつろぐためのテーブルやイスは異なっている
- 02 リビングスペースには、体を横たえたり、足を伸ばしたりできる空間がある
- 03 食事スペースやリビングスペースに座った状態で、十分な採光が得られる
- 04 煮炊きを行える機能を備えた十分な大きさのキッチンが設置してある
- 05 日常的な介助に必要なデータの記録・保管スペースがユニット内にある
- 06 共同生活室のすぐ近くに共用のトイレがある
- 07 共同生活室から少し離れたユニット内に、息を抜ける居場所がある
- 08 共同生活室の延長としての戸外空間がある
- 09 ユニットの入口に玄関を設けてあり、ユニット内とユニット外が明確になっている
- 10 共同生活室の見渡しがきいて、死角がないようになっている
- 11 介護用の家具を置いて、職員のケアがやりやすいようにしている
- 12 家庭用の家具を置いて、暮らしの場としての家庭的な雰囲気を感じられるようにしている
- 13 共同生活室・居室・共用トイレ等の配置が効率的（職員の動線が短い）となっている
- 14 入居者が日中に滞在しやすいような、明るい雰囲気の快適な空間になっている
- 15 共同生活室を、地域住民や児童等との交流の場として利用することがある

【自由記述】※共同生活室の特長、しつらえにおける工夫などをご回答ください。

(2) 食事の提供状況（該当する全ての番号に○）

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 01 食事は全面委託してつくっている | 02 食事は一部委託してつくっている |
| 03 食事は完全直営でつくっている | 04 外部でつくった食事を搬入している |
| 05 クックチルシステムを導入している | 06 ソフト食を導入している |
| 07 ユニット内キッチンでごはんを炊く | 08 ユニット内キッチンで汁物をつくる |
| 09 ユニット内キッチンでおかずをつくる | 10 職員の管理栄養士が献立を立てている |

(3) 居室の生活機能（該当する全ての番号に○）

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 01 居室内に洗面台がある | 02 居室内にシャワー・浴室がある |
| 03 居室内にトイレがある | 04 居室内に専用の電話回線の端子がある |
| 05 居室内にミニキッチンがある | 06 居室内に TV やインターネットの端子がある |
| 07 居室内に接客スペースやリビングがある | |

(4) 浴室の種類別個数（平成 25 年 10 月 1 日時点）

個別浴槽	姿勢保持機能付き 個別浴槽	座位式機械浴槽 ／チェアインバス	臥位式機械浴槽	一般浴槽
据	据	据	据	据

Ⅱ ユニット型施設の生活空間等やケアについての考え方

(5) 共同生活室の広さについて（最も近い番号 1 つに○）

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 01 共同生活室はコンパクトな方がよい | 02 共同生活室は広ければ広い程よい |
|---------------------|--------------------|

【自由記述】※実際に考え方通りにできている場合は考え方の詳細を、実際と違う場合は実現しなかった理由を回答してください。

(6) 共同生活室の天井の高さについて（最も近い番号 1 つに○）

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 01 天井は低く家庭的なスケールの方がよい | 02 天井は高く開放的な雰囲気の方がよい |
|-----------------------|----------------------|

【自由記述】※実際に考え方通りにできている場合は考え方の詳細を、実際と違う場合は実現しなかった理由を回答してください。

(7) 共同生活室のキッチンについて (最も近い番号1つに○)

- 01 食事はできる限り、ユニット内キッチンでつくる方がよい
02 食事はできる限り、施設全体の厨房などユニット外でつくる方がよい

【自由記述】※実際が考え方通りにできている場合は考え方の詳細を、実際と違う場合は実現しなかった理由を回答してください。

(8) 居室内のトイレの設置について (最も近い番号1つに○)

- 01 居室内にもトイレがあった方がよい 02 居室内にはトイレがない方がよい

【自由記述】※実際が考え方通りにできている場合は考え方の詳細を、実際と違う場合は実現しなかった理由を回答してください。

(9) ユニット内の個浴の設置について (最も近い番号1つに○)

- 01 各ユニット内に個浴があった方がよい 02 各ユニット内に個浴はない方がよい

【自由記述】※実際が考え方通りにできている場合は考え方の詳細を、実際と違う場合は実現しなかった理由を回答してください。

Ⅲ ユニット型施設の運営等の状況

(10) ボランティアの活用状況 (平成 25 年 10 月)

ボランティアの登録者数	(うち)有償ボランティア	1か月間の活動者数	(うち)有償ボランティア
人	人	延べ 人	延べ 人

(11) 看取りについての方針 (最も近い番号1つに○)

- 01 原則として施設内で看取る 02 家族等の希望があれば施設内で看取る
03 原則として施設内での看取りはしない 04 その他 ()

(12) グリーフケア等の状況 (該当する全ての番号に○)

- 01 家族へのグリーフケアを行っている 02 職員の振返りカンファレンスを開いている
03 家族の承諾があれば葬儀に参列する 04 個別に職員へのメンタルケアを行っている
05 その他 ()

(13) 看取り介護の実施状況 (平成 24 年 11 月～平成 25 年 10 月の 1 年間)

	施設内で死亡		退所後に死亡	
看取り介護を行った入居者数	年間	人	年間	人
(うち)「看取り介護加算」を算定	年間	人	年間	人

(14) 日常生活継続支援加算等の算定状況 (該当する全ての番号に○)

01 日常生活継続支援加算	02 ユニット体制未整備減算
03 身体拘束廃止未実施減算	04 夜勤職員配置加算

(15) 1 人当たり居室料・食事料 (所得第 4 段階以上) (平成 25 年 10 月)

	①特別な居室料		②居室料(①を除く)		③特別な食事料		④食事料(③を除く)	
料金	月額	円	月額	円	月額	円	月額	円
人数		人		人		人		人

(16) 介護職員の勤務シフトの作成状況 (該当する番号 1 つに○)

01 各ユニット単位で作成している	02 2 ユニット単位で作成している
03 フロア単位で作成している	04 施設全体で作成している
05 その他 ()	

Ⅳ ユニット型施設におけるコスト

(17) ユニット型施設の建築概要

工期	年 月	～	年 月
敷地面積	m ²		
延べ床面積	m ²		
構造	01 木造 02 鉄骨造 03 鉄筋コンクリート造		
	01 耐火 02 準耐火 03 その他 ()		
ユニットの床	01 二重床 (浮き床) あり 02 二重床 (浮き床) なし		
杭の有無	01 あり 02 なし		

(18) ユニット型施設の建築資金・事業費

《建築資金》	十億			百万			千円		
資金総額									
自己資金									
交付金等									
借入金									

《建築関連事業費》	十億			百万			千円		
事業費総額									
工事費									
設計監理料									
備品費									
その他費用※									

※土地造成の費用等が含まれます。

(19) ユニット型施設の運営・運用・維持管理費用（直近の事業年（度））

※短期入所や通所介護等の事業と一体で会計している場合は、記入要領の方法を参考にして、ユニット型施設の費用額を按分して算出した上でご記入ください。

	十億			百万			千円		
人件費(直接)									
人件費(間接)									
給食材料費									
介護用品・保健衛生費									
消耗品・器具備品費									
光熱水費・燃料費									
給食委託費									
清掃委託費									
その他の委託費									

V 施設の基本情報

(20) 施設の設置主体（該当する番号1つに○）

01 社会福祉法人	02 地方公共団体	03 公的・社会保険関係団体	04 その他
-----------	-----------	----------------	--------

(21) 施設の開設年月（西暦で記入）

西暦 年 月

(22) 施設サービスに係る介護報酬（該当する全ての番号に○）

01 ユニット型介護福祉施設サービス費（旧措置入居者分を含む）
02 ユニット型小規模介護福祉施設サービス費（旧措置入居者分を含む）
03 ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費（経過的分を含む）
04 介護福祉施設サービス費（旧措置入居者分を含む）
05 小規模介護福祉施設サービス費（旧措置入居者分を含む）
06 地域密着型介護福祉施設サービス費（経過的分を含む）

(23) サテライト型施設 (該当する番号1つに○)

01 サテライト型施設である	02 サテライト型施設を有する本体施設である
03 サテライト型施設のない本体施設である	

(24) 施設の定員数 (平成25年10月1日時点)

ユニット型介護老人福祉施設	従来型介護老人福祉施設	ユニット型短期入所生活介護	従来型短期入所生活介護
人	人	人	人

(25) 施設の延べ床面積 (平成25年10月1日時点) ※室別面積表などに基づきご記入ください。

	介護老人福祉施設 専用部分	短期入所生活介護 専用部分	ユニット型内／従来型内で 共用している部分	ユニット型と従来型で 共用している部分
ユニット型	m ²	m ²	m ²	m ²
従来型	m ²	m ²	m ²	

(26) 施設の入居者数 ※ショート(空床型)の利用者を除いてください。(平成25年10月1日時点)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
ユニット型介護老人福祉施設	人	人	人	人	人	人
従来型介護老人福祉施設	人	人	人	人	人	人

(27) 施設の職員数 (非常勤職員は常勤換算してください) (平成25年10月1日時点)

	医師	看護職員	(うち)看護師	介護職員	(うち)介護福祉士
常 勤	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	生活相談員	(うち)社会福祉士
常 勤	人	人	人	人	人
非常勤	人	人	人	人	人

	栄養士	(うち)管理栄養士
常 勤	人	人
非常勤	人	人

〔再掲〕	《介護支援専門員》	《勤続3年以上の介護職員》
	人	人
	人	人

(28) ユニット型施設のユニット数 (平成 25 年 10 月 1 日時点)

施設全体	(うち)定員 9 人以下	(うち)定員 10 人	(うち)定員 11 人	(うち)定員 12 人
ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(29) ユニット型施設のフロア数 (平成 25 年 10 月 1 日時点)

ユニット型 施設全体	(うち)1ユニットのみ	(うち)2ユニット	(うち)3ユニット	(うち)4ユニット以上
フロア	フロア	フロア	フロア	フロア

(30) ユニット型施設の居室数と床面積 (平成 25 年 10 月 1 日時点)

	個 室	準 個 室	2 人 室
居室数	室	室	室
1 室当たりの床面積	平均 m ²	平均 m ²	平均 m ²

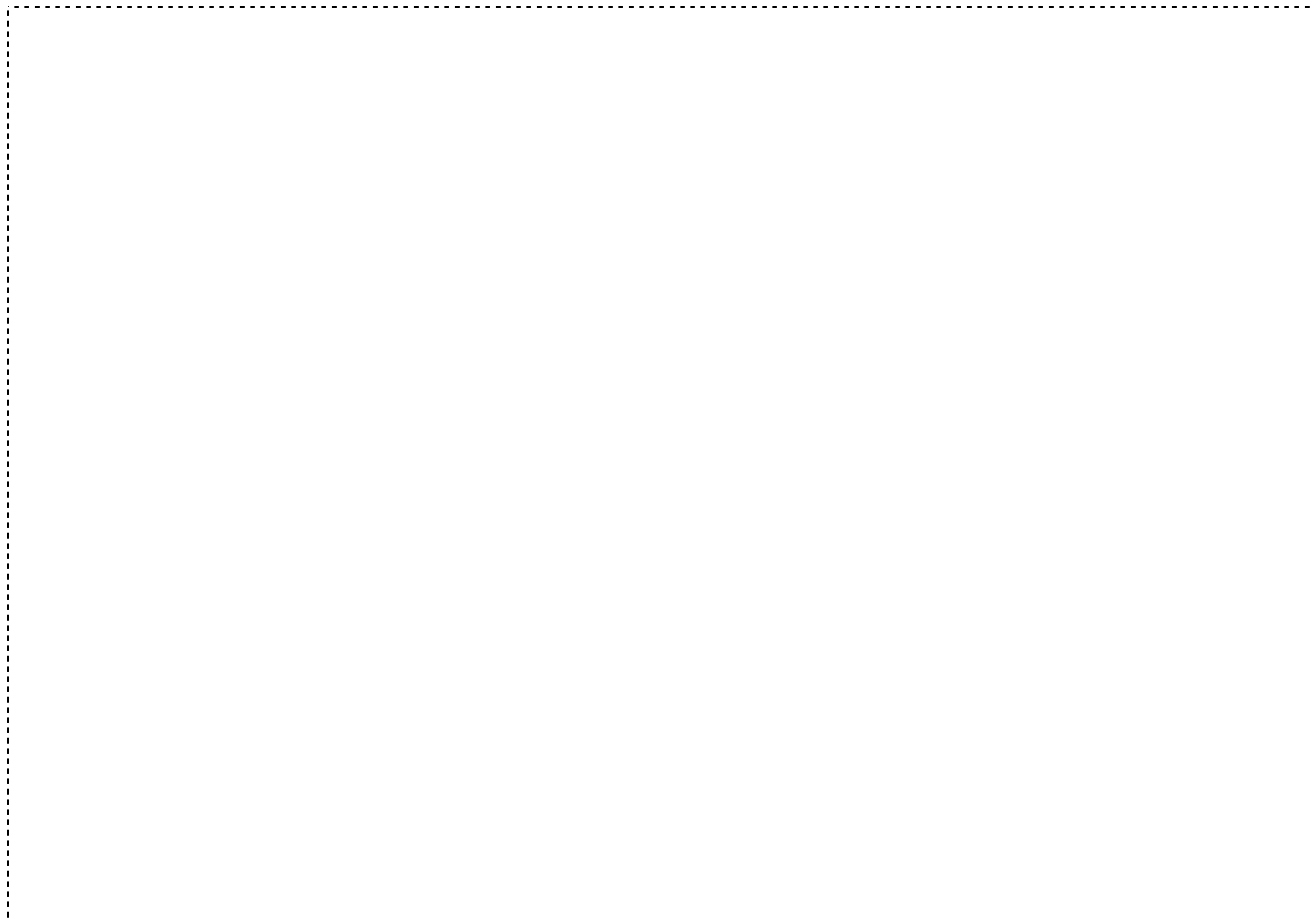
(31) ユニット型施設の共同生活室の床面積と天井の高さ (平成 25 年 10 月 1 日時点)

1 ユニット当たり	(うち)共同生活室	(うち)その他共用部	《共同生活室》 天井の高さ
平均 m ²	平均 m ²	平均 m ²	. m

(32) ユニット型施設の生活空間等の改善点、及び運営やコスト面での課題等 (自由回答)

■ ユニット平面図（図面のコピーの貼付 もしくは 同封）

ユニット型施設の任意のフロアの平面図をコピーして以下の枠に貼っていただくか、もしくは平面図のコピーを調査票に同封してご返送ください。



■ 共同生活室(ダイニング・リビング等)の写真（調査票に同封）

上記のユニット平面図に示されているユニットについて、共同生活室内の写真(1～3 枚)を調査票に同封してご返送ください。

以上です。 ご協力いただき有難うございました。
ユニット調査票と一緒にご返送ください。

ユニット型施設の生活空間等の状況及び運営等のコストに関する調査 (ユ ニ ッ ト 調 査 票)

施設名			
ユニット名			
記入者氏名		役職	

問合せ先のフリーダイヤル： ＊＊＊＊＊－＊＊＊＊＊ （平日*:**～*:**）

提出期限： 平成 26 年*月*日

（ご回答の上、施設調査票と一緒にご返送ください。）

問1. 当該ユニットの入居者の基本情報（貴施設が定めた任意の1日の全入居者が対象です）

※任意に設定した1日について、記録や観察結果に基づいてご記入ください。

評価年月日	西暦	年	月	日	当日の入居者数	人
-------	----	---	---	---	---------	---

※別紙「ユニット調査の補助票」で割当てた高齢者 ID に対応する入居者についてご記入ください。

※性別、年齢、要介護度については、別紙「ユニット調査の補助票」の記入内容を再掲してください。

高齢者 ID	性別	年齢	要介護度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
01	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
02	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
03	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
04	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
05	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
06	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
07	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
08	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
09	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
10	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
11	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M
12	男・女		1・2・3・4・5	自立・J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M

問2. 当該ユニットの入居者の共同生活室の利用状況

※別紙「ユニット調査の補助票」で割当てた高齢者 ID に対応する入居者についてご記入ください。

《共同生活室の利用頻度》

高齢者 ID	(1)食事の時の利用 【下記選択肢の番号記入】	(2)口腔ケア実施場所 【下記選択肢の番号記入】	(3)食事以外の時間帯 【下記選択肢の番号記入】	(4)車椅子での滞在 【下記選択肢の番号記入】	(5)他者との交流 【下記選択肢の番号記入】
0 1	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 2	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 3	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 4	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 5	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 6	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 7	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 8	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
0 9	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
1 0	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
1 1	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
1 2	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】

(1)の選択肢： 1 毎日毎食 2 毎日だが毎食ではない 3 毎日ではないが利用することがある 4 利用しない

(2)の選択肢： 1 毎日毎食後 2 毎日だが毎食後ではない 3 毎日ではないが利用することがある 4 利用しない

(3)の選択肢： 1 毎日 2 週に4～6日程度 3 週に1～3日程度 4 殆ど利用しない

(4)の選択肢： 1 毎日 2 週に4～6日程度 3 週に1～3日程度 4 殆どない（車椅子を利用しない）

(5)の選択肢： 1 毎回誰かと交流している 2 毎回ではないが交流している 3 交流することは殆どない

《共同生活室への移動方法と介助の程度》

高齢者 ID	移動方法 (該当するもの全てに○を付けてください)	介助の程度 (最も近いもの1つに○を付けてください)
0 1	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 2	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 3	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 4	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 5	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 6	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 7	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 8	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
0 9	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
1 0	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
1 1	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助
1 2	自立歩行 ・ 杖での歩行 ・ 歩行器での歩行 ・ 車椅子	自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助

問3. 当該ユニットの入居者への医療サービスの提供状況

※別紙「ユニット調査の補助票」で割当てた高齢者 ID に対応する入居者についてご記入ください。

※「胃瘻・腸瘻等」には、経鼻経管栄養が含まれます。

高齢者 ID	胃瘻・腸瘻等	褥瘡の治療	喀痰吸引	膀胱留置カテテル	浣腸・排便	酸素療法	重度の意識障害
01	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
02	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
03	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
04	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
05	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
06	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
07	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
08	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
09	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
10	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
11	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
12	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

問4. 当該ユニットの入居者の QOL (EQ5D)

※別紙「ユニット調査の補助票」で割当てた高齢者 ID に対応する入居者についてご記入ください。

高齢者 ID	①移動 【下記選択肢の番号記入】	②身の回りの管理 【下記選択肢の番号記入】	③ふだんの活動 【下記選択肢の番号記入】	④痛み／不快感 【下記選択肢の番号記入】	⑤不安／ふさぎ込み 【下記選択肢の番号記入】
01	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
02	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
03	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
04	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
05	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
06	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
07	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
08	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
09	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
10	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
11	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】
12	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】	【該当番号】

①の選択肢： 1 歩き回るのに問題はない 2 歩き回るのにいくらか問題がある 3 ベッド（床）に寝たきりである

②の選択肢： 1 身の回りの管理に問題はない 2 洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある 3 洗面や着替えを自分でできない

③の選択肢： 1 ふだんの活動を行うのに問題はない 2 ふだんの活動を行うのにいくらか問題がある 3 ふだんの活動を行うことができない

④の選択肢： 1 痛み不快感はない 2 中程度の痛みや不快感がある 3 ひどい痛みや不快感がある

⑤の選択肢： 1 不安でもふさぎ込んでいない 2 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる 3 ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

問5. 当該ユニットの生活空間等についての介護職員（記入者）の評価

（最も近い番号1つを太枠のなかに記入し、評価の理由を回答してください）

<番号記入欄>

(1)共同生活室の 広さについて	1 非常に狭い	2 やや狭い	3 適切である	4 やや広い	5 非常に広い	
【評価の理由（自由記述）】						
(2)共同生活室の 死角について	1 非常に少ない	2 やや少ない	3 適切である	4 やや多い	5 非常に多い	
【評価の理由（自由記述）】						
(3)共同生活室の 天井の高さ	1 非常に低い	2 やや低い	3 適切である	4 やや高い	5 非常に高い	
【評価の理由（自由記述）】						
(4)共同生活室の 家庭的な雰囲気	1 非常に家庭的	2 やや家庭的	3 どちらとも言えない	4 あまり家庭的でない	5 全く家庭的でない	
【評価の理由（自由記述）】						
(5)共同生活室の ケア提供環境	1 非常にやり易い	2 やり易い	3 どちらとも言えない	4 やり難い	5 非常にやり難い	
【評価の理由（自由記述）】						

問6. 当該ユニットの職員数（平成 25 年 10 月 1 日時点）

※施設の常勤職員の当該ユニット専従（略して「常勤専従」）以外は、常勤専従換算してください。

	施設の常勤職員		施設の非常勤職員	
	当該ユニット専従	当該ユニット専任	当該ユニット専従	当該ユニット専任
介護福祉士（資格取得後5年以上）	人	. 人	. 人	. 人
介護福祉士（資格取得後5年未満）	人	. 人	. 人	. 人
介護職員（介護福祉士以外）	人	. 人	. 人	. 人

問7. 当該ユニットにおける共同生活室に係る改善点や課題についてのご意見（自由回答）

調査票の設問は以上です。 ご協力いただき有難うございました。
施設調査票と一緒にご返送ください。

ユニット型施設の生活空間等の状況及び運営等のコストに関する調査

= ユニット調査の補助票 =

問合せ先のフリーダイヤル： ＊＊＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊ （平日*:*~*:*）

（補助票（本票）の提出は不要です。）

ユニット名	
-------	--

※ 貴ユニットにおいて任意に設定した1日について、記録や観察に基づいて「ユニット調査票」へご記入いただきます。設定した評価日と当日の入居者数をご記入ください。

※ 「ユニット調査票」の問1にも、同じ内容（評価年月日と入居者数）をご記入ください。

評価年月日	西暦	年	月	日	当日の入居者数	人
-------	----	---	---	---	---------	---

※上詰めで、高齢者 ID に入居者を割当ててください。余った記入欄は空欄のままで結構です。

高齢者 ID	氏名	性別	年齢	要介護度
01		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
02		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
03		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
04		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
05		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
06		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
07		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
08		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
09		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
10		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
11		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
12		男 ・ 女		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

上記の ID 表で割当てた高齢者 ID に対応する入居者について、「ユニット調査票」へ評価日の状態をご記入ください。

ご記入後、「ユニット調査票」と「施設調査票」をご返送ください。**「補助票（本票）」の提出は不要です。**

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 （老人保健健康増進等事業）

効果的なユニットケアと施設の整備規模に関する調査研究事業
報告書

発行日 平成 26 年 3 月

発行者 みずほ情報総研株式会社

所在地 〒101-8443

東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエアビル

TEL 03-5281-5404 FAX 03-5281-5443
