

20020207

居住福祉型特別養護老人ホームにおける ケアと空間のあり方に関する研究

－厚生労働省科学研究費補助金・長寿総合科学研究事業－
総括・分担研究報告書(平成14年度)

平成15年3月

主任研究者 井上 由起子 (国立保健医療科学院施設科学部)
分担研究者 三浦 研 (京都大学大学院工学研究科)

居住福祉型特別養護老人ホームにおけるケアと空間のあり方に関する研究

総括・分担研究報告書

2002年度

主任研究者 井上 由起子

国立保健医療科学院施設科学部

分担研究者 三浦 研

京都大学大学院工学研究科

1. 研究目的

2002（H14）年より、個室+ユニット空間を原則とした小規模生活単位型特別養護老人ホーム（以下：新型特養）の整備がスタートし、2003（H15）年からはその運営がスタートする。今後数年間は、従来型特養（4床室主体、ホテルコストなし）と新型特養（個室+ユニット、ホテルコストあり）の双方が建設可能であるが、いずれ、殆どの特養は新型特養として整備されていくものと予想されている。ハードとして個室+ユニット空間が推進されるのと呼応し、サービスも一括処遇から個別ケアへと変化しつつある。この個別ケアを限られた職員数の中で行う際に極めて有効なハードがユニット空間であり、ユニットケアは個別ケアとユニット空間を前提に成立するものと捉えてよいだろう。

このように、特養を「すまい」として整備してゆくという基本方針はうち立てられた。今後は、その質量双方の充実が課題となる。具体的には

1. ユニットのありべき建築形態に関する考察
2. ソフトとハードの相互性についての考察
3. 既存特養における居住環境の抜本的な改善などについての検討が急がれる。

本研究は、このような前提条件を背景に、今後の特養におけるケアと空間のあり方を明らかにすることを目的としている。

2. 研究方法

まず、新型特養の平面特性に関する分析（研究1）を行い、全体的な傾向を把握しながら、到達点と課題を整理し、今後の整備指針策定時における留意点をまとめる。次いで、ハード・ソフト双方において一定レベルに達している一施設を対象に、ハードとソフトについての詳細な検討を行い、運営主体がどのようにユニットケアに取り組むべきかを詳細に考察している（研究2）。さらに、全国に4600施設近くあると言われている旧来型特養の居住環境の向上にむけての課題の抽出と具体的な方策について、事例視察を踏まえたうえで、基礎的な検討と考察を行った（研究3）。以下に具体的な方法を示す。

研究1：小規模生活単位型特別養護老人ホームの平面計画特性

制度化初年度（2002）年度に申請された新型特養（79施設、増築・改築を含む）を対象に、そ

ここで想定されるケア体制を踏まえながら、平面計画の特性について全体的な傾向を分析した。79 施設すべてについて部屋別に面積計算を行い、面積規模、個人スペースの類型化、公共スペースの類型化、個人スペースと公共スペースの関係性、そこで想定されるケアのあり方と食堂・浴室・寮母室・汚物処理室などの配置特性について検討を加えた。

研究 2：個室+ユニットからなる先進事例におけるハードとソフトの関係性に関する事例考察
2001年に開設された全室個室ユニット方の特養を対象とし、そこで展開される高齢者の生活とケアの内容について、タイムスタディー調査を実施し高齢者の身体特性をもとに分析を行った。環境要素の影響が現れやすい高齢者の身体特性として、移動・移乗動作、痴呆度を取り上げ、身体特性の低下した高齢者が自主的な生活を維持するためのソフトのあり方、および空間構成のあり方について検討を行った。

研究 3：既存特別養護老人ホームにおける居住環境の向上に関する考察

特養の取り巻く状況を概観しつつ、現存する特養の方向性をまとめたうえで、ハード上の改善を行う際の諸制度ならびに関連法規の整理を行った。ついで、一定レベルのハード（食堂分散、個室的多床室）を保有した施設でのソフト上の居住改善のプロセスを数回にわたるタイムスタディー調査をもとに実施し、居住改善時におけるハードとソフトの関係性を明らかにした。その後、事例 8カ所の視察結果をもとに、居住改善を行う際の留意点の抽出を行い、最後に総括と今後の課題を示した。

3. 研究結果と考察

研究 1：小規模生活単位型特別養護老人ホームの平面計画特性

1人あたり延床面積は50㎡を超え、個人スペースと公共スペースの割合は38:62となっていた。ユニット形態としては、ユニット単独で職員配置をせざるをえないプランが多数みられたが、一方で、ユニット単位をより小さくし、2ユニットで運営することを想定したプランも散見された。複数ユニットで寮母室、汚物処理室、浴室などを持つものにはこの傾向が顕著であった。ケア方針を想定したうえで平面計画がなされているとも言えるが、一括処遇から個別ケアへの転換なくしてサービスが可能なハードでもあるという危惧も抱えており、職員配置について何らかの指針を示す必要性が伺える。ユニット内空間については、居室の9割に洗面が、3割にトイレが設置されていた。談話空間と居室との位置関係は7タイプに分類でき、タイプによって、ユニット内の居室以外の面積、談話空間の落ち着き、談話空間からの眺望が異なっていた。ユニット間のつながりは、ユニットの独立性により7タイプに分類された。このうちユニットの独立性が低い施設の中には談話空間の独立性が極めて低いタイプがあり、居住の場として問題がある。

研究 2：個室+ユニットからなる先進事例におけるハードとソフトの関係性に関する事例考察

施設内における入居者の滞在場所から、個室化により懸念される「閉じこもり」は見られなかった。特に多様な共用空間が配置されている街路型ユニットでは、散在される共有空間での滞在が多く時間で観察された。しかし、滞在場所間の移動を自主的に行っているのは、痴呆が軽度で移乗が可能な方に限られており、移動能力を有しても移乗が出来ない場合や痴呆が重くなると、移動の自主性が失われ介護職員側から滞在している場所を決められる場合が多くそれに従い滞在中も無為や睡眠などの無目的な行為が増加していた。一方、共有空間が一つしか

ない独立型ユニットでは、入居者の滞在場所は居室とリビングに2極化していたが、痴呆が重度の方でも自主的に移動が行われている事例がみられた。高齢者の移動の自主性を維持する要因として、居室とリビングの動線が短い、共有空間が限定しているために介護者が一つの共有空間に滞在している時間が長く移動介助や移動サポートを依頼しやすいことについて考察した。

研究3：既存特別養護老人ホームにおける居住環境の向上に関する考察

居住環境の向上に向けてのアプローチにはハードによるものとソフトによるものがあり、実際にはそれらが複合化されて居住改善が進められている。4600の特養のうち、数年のうちに全面立て替え（築25年以上）を迎えるものが25%（約1150施設）、施設補助基準面積が大幅にアップされた以降（定員1人あたり延べ床面積：34.13㎡）に建設されたものが26%（約1200施設）、その中間時に建設されたものが50%（約2200施設）となっており、どの時期に建設されたかによってハード上の方針は異なるものと推察された。ホテルコスト徴収可能なハードを整備するのであれば、多くのケースで定員増を伴わない拡張が必要となり、国庫補助制度の位置づけと、介護報酬上の利益を整備資金として充当することを検討しなければならない。ホテルコスト徴収を念頭に置かず居住改善を図る場合は、居室の個室化（個室的多床室含む）と食堂分散がまずは必要となる。ソフトとしては、いずれの場合も、介護単位と生活単位を一致させ、ユニットに職員を固定させるとともに、様々な権限をユニットに移譲させることが継続的な居住改善を図るうえで重要である。求められるハードは絶えず変化するものであり、簡易でローコストなものをめざし、可変性を追求することも大切である。

4. 結論

1. 制度化初年度（2002）年度に申請された新型特養（79施設）の図面分析からは、ソフトについての十分な理解がないままに、ハードを整備する危険性が明らかとなった。個別ケアを目指したものが散見される一方で、旧来的な一括処遇から脱却できていないもの、ユニットケアに関心はあるもののその内容を理解していないものなどが数多くみられた。運営サイドと設計サイド双方が専門性にとられることなく、チームとして計画にあたってゆくことの重要性和、そのための情報提供の必要性が明らかとなった。

2. 施設内における高齢者の自主性を維持するためには移動・移乗動作および痴呆度を考慮した空間構成およびケア環境の重要性が示唆された。高齢者にとって移乗動作の喪失は、移動の自主性を大きく損なわせ、空間に滞在を受動的にさせることから、移乗の自立を維持できる福祉補助具やケア環境が重要であることが明らかになった。痴呆重度者に対する移動の自主性を維持するためには、多様な共有空間よりも居室と共有空間の動線が短いことが重要であり、より自主性を誘発するためには介護職員が共用空間を不在にする時間を減らすとともに、スタッフと入居者間の物理的距離を短くし、サポートを依頼しやすいような環境を作り出すことが重要であることが明らかになった。

3. 約4600の既存特養の居住環境の向上にあたっては、個別ケア・ユニットケアの導入後に、居室の個室化、食堂分散を図ることの重要性が示唆された。実際には、各施設のとりまく環境を把握したうえで、定員増を伴わない拡張を取り入れ新型特養と同等のハードを目指すこと、あるいはユニットケアに必要な不可欠な食堂分散・小規模化に留めることのいずれかを選択することとなる。いずれの場合も、職員のユニッ

ト固定配置の効果が確認さえるとともに、ユニットに様々な権限を移譲し、可変性をもったハードとし、整備資金を含めて自助努力で居住改善を図ることが、継続的な居住環境の向上においては必要不可欠であることが分かった。

なお、ユニットケアは、グループホームでの日常的な柔軟な生活とケアを大規模施設において実現することを目的としたケアであり、この目的が達成され新型特養のユニットの一つひとつが「ホーム」として機能すれば、すべてのユニットを一カ所に集める必要はなくなる。新型特養を閉鎖的な施設ではなく、コミュニティとともにある高齢者住宅へと発展させていくうえで、10年後を見据えたケアと建築形態の方向性を探ることが今後求められてゆくと思われるが、2003年度には、そういったうえで視座を与えるいくつかの高齢者居住の事例について、取り扱う予定である。

なお、本研究は高齢者施設のすまい化に尽力された故外山義先生（2001年11月急逝）が主任研究者として申請受理されたものを、分担研究者であった井上と三浦が遺志を継いで実施したものである。先生のご冥福を心よりお祈りしたい。

本研究にあたっては下記の方々に調査協力をお願いした。記して謝意を表したい。

毛利志保（名古屋大学工学研究科）
山口健太郎（京都大学大学院工学研究科）
大塚崇雄（京都大学大学院工学研究科）
山田雅之（京都大学大学院工学研究科）

目次

第1章 基本的視座と枠組み

1. 本研究の基本的視座	3
2. 本研究の枠組み	5

第2章 小規模生活単位型特別養護老人ホームの平面計画特性

1. はじめに	11
2. 調査概要	12
3. 全体計画	13
4. ユニット内計画	16
5. ユニット間のつながり	22
6. ユニット内外にわたる計画	26
7. まとめ	29

第3章 先進事例におけるハードとソフトの関係性に関する事例考察

1. 研究概要	33
2. 入居者の生活展開	37
3. スタッフのケア	48
4. まとめ	53

第4章 既存特別養護老人ホームにおける居住環境の向上に関する考察

1. はじめに	57
2. 特別養護老人ホームをとりまく状況	58
3. ハードによる居住環境の向上の際に留意すべき諸制度・法規の概要	66
4. 一事例にみる既存特養における居住改善のプロセス	72
5. 改善事例にみる居住環境の向上にむけての留意点	87
6. まとめ	129

第1章 基本的視座と枠組み

1. 本研究の基本的視座
2. 本研究の枠組み

1. 本研究の基本的視座、

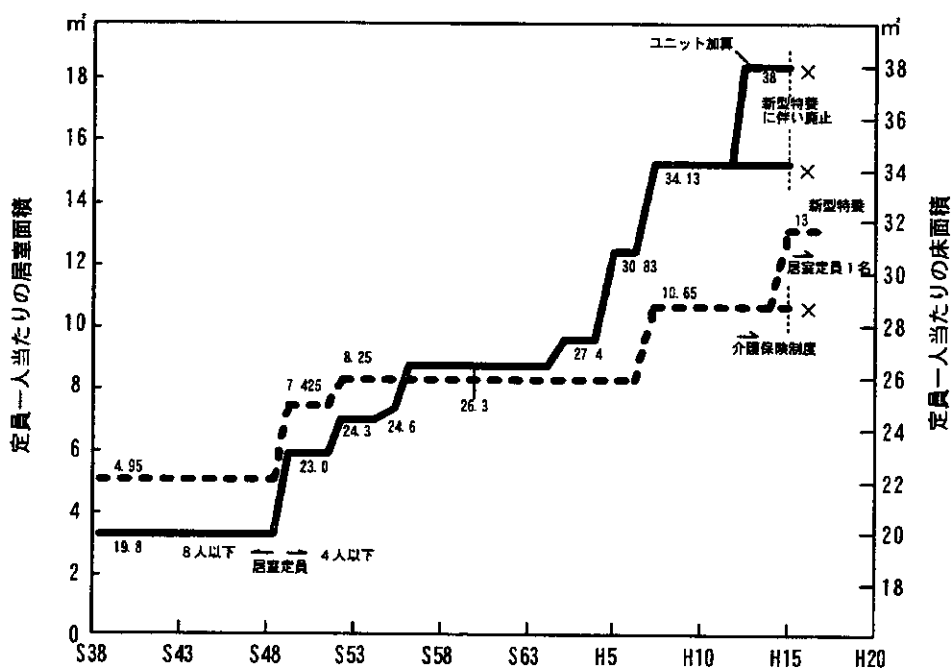
1) 個室ユニットの現状

特別養護老人ホームの個室ユニット化については建築例が限られているため、まだ十分なデータが得られないのが現状である。平成15年度には、新しく制度化された居住福祉型特別養護老人ホームが新設され、新たに47施設が整備される予定であるが、現時点では少数例にとどまる。本来ならば、個室ユニットの現状を提示すべきであるがこうした実例が十分でないため、本章では、居住福祉型特別養護老人ホームの骨格を成す、個室・ユニット化の現状、個室ユニット化の必要性を示し、本研究の基本的枠組みを明らかにする。

2) 居室面積の変化

まず、特養における居住環境の実態を明らかにするため、施設整備に対する補助金の基準面積を(図表1-1)に示す。それによると居室定員が4人以下と定められた昭和48年以降、居室面積、床面積ともに増加傾向にあり、平成12年のユニット加算においては床面積が当初の19.8㎡から38㎡へほぼ倍増している。平成15年度の居住福祉型特養の制度化により、平成12年度から始まった個室加算が廃止され、定員一人当たりの床面積に関する規定はなくなるものの各居室面積が13㎡以上と定められ、特養の居住性が格段に向上する。

図表1-1 特養の施設整備補助基準面積の推移 (文献1から加筆作成※1)



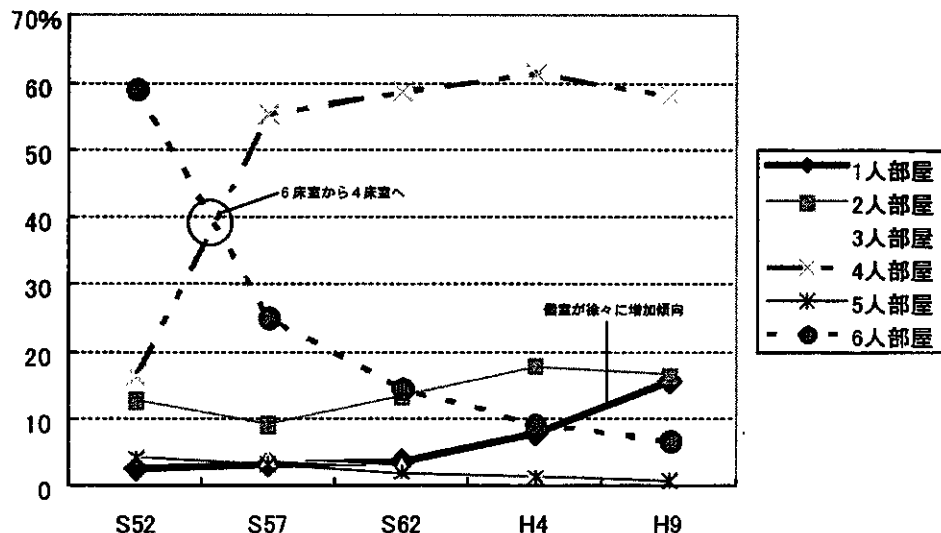
3) 個室の現状

居住性が向上するなかで、特別養護老人ホームにおける総居室数全体に占める個室数はどのように推移したのだろうか。平成9年の「全国老人ホーム基礎調査（全国老人福祉施設協議会）」の調査結果では、特別養護老人ホーム2823施設の総居室69615室を一人部屋から6人部屋に分類し集計している（図表1-2）。それによると、昭和52年には59%を占めていた6人部屋は、平成9年には6.6%と急減し、逆に4人部屋が昭和52年の58%から昭和57年にかけて大幅に増加し、6人部屋を逆転している。しかし、以後、4人部屋の割合がほぼ一定を保つことから、6人部屋と4人部屋の逆転現象は、この時期に6人部屋が廃止された影響といえる。また、個室の増加は、平成に入り徐々に増加傾向を示すが、昭和52年から昭和57年にかけての4人部屋ほどではなく、近年においても特別養護老人ホームでは四床室が近年まで大半を占めており、制度の改変を待たなければ、現状はなかなか改善されにくい現実が示されており、こうした観点からも、特養における居住性の改善には、制度の改変を行わなければならなかったことが分かる。

4) ユニットケアの必要性

では、個室が整備されればそれでよいのであろうか。（写真1-1）は、全室個室化された特別養護老人ホームの廊下である。この写真が示す通り、仮に個室化したとしてもこのように廊下が一直線に伸び、その片側に居室が続くのであれば、痴呆の高齢者が自分の居室を認識できないうえ、居室から食堂までの距離が長く車椅子や歩行困難な高齢者が食堂に出るのにも一苦勞で、また介護職員側も介助しにくい。既に指摘されている通り、単に個室を整備するだけでなく（図表1-3）、グループホームのように小規模で、居室が認知しやすく、かつ介護職員も見守りやすい空間整備が求められる（写真1-2）（図表1-4）。つまり、個室化はユニットケアと一体的に整備されなければ有効に機能しないのである。

図表1-2 特養における居室人数の推移（文献2から加筆作成※2）



5) ユニットケアに取り組む特養

平成12年度にユニット加算が国庫補助となり、近年、特養におけるユニットケアは、新設および既存特養のいずれにおいても急速に普及しているため、ユニットケアに取り組む特養の現状については、十分な統計データがないのが現状であろう。これは、痴呆性グループホームが急激に増加した過程で、ほとんどその中身が把握されていなかったことに似た現象である。このような状況において特養・老健ユニットケア研究会（代表：武田和典）が平成12年にまとめた全国調査では（一部に老人保健施設のデータを含む）、1980年代ユニットケアに取り組む施設は10以下であるが、90年代後半には30を越えている。2000年に入ってから正確なデータを待つまでもなく、新型特養の制度化の影響もあり、現在も急激な増加傾向にあることに変わりない*4。

2 本研究の枠組み

1) 居住福祉型特養の適正な普及に向けて

平成15年度から特別養護老人ホームは原則、個室ユニット化される。ホスピタルモデルを前提とした従来の施設では、多人数の介護職員が同時に20人から30人もの高齢者に対してケアを行って

写真1-1 個室が片側に配置された長い廊下



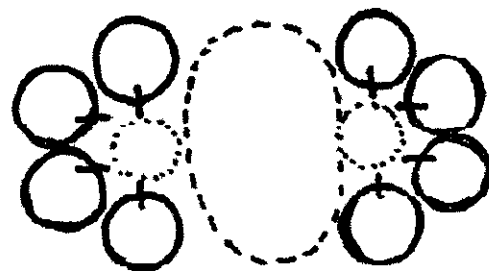
写真1-2 複数の居室に配されたリビング



図表1-3 個室にしても交流が生まれにくい空間構成*3



図表1-4 個室を活かすユニットの空間構成*3



きたのに対して、ユニットケアにおいては、少しでも家庭に近い小規模な10人前後の生活単位（ユニット）のなかで、介護職員および入居高齢者ともに顔なじみの関係を構築しつつケアを受けることが出来、しかも、全室が個室なので「いつでも一人になれるし、また、いつでも誰かと居れる」環境だからである。これは高齢者ケアのパラダイムシフトと呼べるほどの出来事であり、わが国の高齢者福祉も福祉先進国と呼ばれる北欧諸国に制度のうえでは近づいたことを示している。事実、筆者らの先行研究^{※5}では、入居高齢者の居場所がベッド上からリビングへ、姿勢が寝たきりから車椅子へと変化し、生活面でのメリハリが生まれると同時に食欲も改善すること、一方、介護職員についても、面積割合の増加ほどには介護負担が増加しないこと、その反面、介護職員やる気が増加するといった心理面での効果も報告されている。けれどもユニットケアについては、福祉の分野における実践は多数報告されているものの、客観的なデータに基づいた実証的研究は極めて少ない。痴呆性高齢者ケアの切り札とまで言われたグループホームが制度化からわずか5年で2000箇所を超え、ケアの質や第三者評価など様々な問題が浮かび上がったように、新型特養もについても

①ユニットのあるべき建築形態に関する考察、

②ソフト（ケア・介護職員）とハード（ユニットの空間構成）の相互性についての詳細な考察

③既存施設における居住福祉型特別養護老人ホームへの転換についての検討

など、現在十分な検討を行う必要があり、本研究の2章以降の分析と考察はこうした問題意識に基づく。

2) ポストユニットケアを見据えて

ユニットケアは、グループホームの日常的で柔軟な生活とケアを大規模施設において実現することを目的としたケアであり、この目的が達成され居住福祉型特養のユニットの一つひとつが「ホーム」として機能すれば、すべてのユニットを一箇所に集める必要はない。施設定員が多くかつ建物が大きくなれば、それだけ地域に溶け込むことは容易ではなくなるからである。「ユニットケアの出口は地域」と言われるように居住福祉型特別養護老人ホームを閉鎖的な「施設」ではなく、コミュニティとともにある高齢者住宅へ発展させていくうえで、ポストユニットケアを見据えたケアと建築形態の方向性を探ることが求められる。平成15年度には今後の居住福祉型特養を考えるうえで視座を与えるいくつかの高齢者居住の事例が登場しつつあり、居住福祉型特別養護老人ホームが普及・定着した次の課題として来年度本研究で扱う予定である。

(注)

- *1. 図 1-1 は、参考文献 1、p 92 の図（外山義、井上由起子作成）に新たなデータを加え作成した
- *2. 図 1-2 は、参考文献 2、p 20 の図を元に加筆作成した
- *3. 図 1-3, 1-4 は参考文献 2、p 7 の図（外山義作成）を引用した
- *4. 文献 3、p p 32-33 参照
- *5. 文献 2、文献 3 等

(参考文献)

1. 社会福祉法人全国社会福祉協議会「特別養護老人ホームの個室化に関する研究」平成 8 年 3 月
2. 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会「介護保険施設における個室化とユニットケアに関する報告書」平成 13 年 3 月
3. 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会「普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書」平成 14 年 3 月

第2章 小規模生活単位型特別養護老人ホームの平面計画特性

1. はじめに
2. 調査概要
3. 全体計画
4. ユニット内計画
5. ユニット間のつながり
6. ユニット内外にわたる計画
7. まとめ

1. はじめに

平成14年度より個室・ユニットケアを原則とした小規模生活単位型特別養護老人ホーム（以下「新型特養」）が制度化された。

制度化以前の個室・ユニット型特養においては、運営側が一斉処遇から個別ケアへ変化させる過程の中で、自分たちのケアの方法に沿った空間のあり方を追求した結果、個室・ユニット化に辿り着いた。

一方、制度化以降の新型特養については、空間のあり方については様々な基準があるが、ケアのあり方については努力目標が示されているにすぎず、各施設に委ねられている。制度化によるユニットケアの展開・普及が期待されているが、ユニット化された空間において旧態的なケアが行われる可能性も考えられる。

したがって、制度化以降の新型特養の空間においては、そこでどのようなケア展開の可能性があるのか、その傾向を予測する必要がある。

本研究は、制度化以後初年度に申請された新型特養（79施設）を対象とした平面計画の特性について、そこで想定されるケア体制を踏まえながら全体的な傾向を分析したものである。

新型特養を全体、ユニット内、ユニット外に分け、各空間の特性とそのつながりを把握することにより、展開されるケアをふまえて、想定される空間の使い方を明らかにすることを目的とする。

2. 調査概要

1) 調査概要

平面計画の特性把握のためのプラン分析をし、02年に補助申請を行った小規模生活単位型特別養護老人ホーム79施設を対象とした。

分析の単位については、同じ施設においてもユニット毎に数値に違いがあるため、必要に応じて施設、ユニット単位の両方の側面より分析を行った。

図表 2-1 調査概要

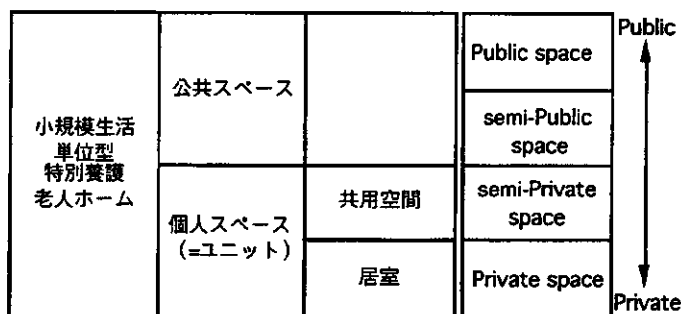
対象事例	02年県に補助申請を行った小規模生活単位型特別養護老人ホーム (一部ユニットのみの増築は対象外とする)
施設数	79 (施設)
ユニット数	638 (ユニット)

文中に出てくるユニット数638未満の母数は、図面不備を除いた有効数とする。

2) 小規模生活単位型特別養護老人ホーム（新型特養）の構成

新型特養は、①地域との交流を目的としたスペース (public space) と②ユニットを超えた交流を目的とするスペース (semi-public space) を合わせた「公共スペース」と、10名前後で日常生活を送る単位である「個人スペース」(いわゆるユニット) で構成され、更にユニットは③共用空間 (semi-private space) と④居室 (private space) により構成されている。この4種のスペースの存在により、段階的な空間が構成されている。

図表 2-2 小規模生活単位型特別養護老人ホーム（新型特養）の構成



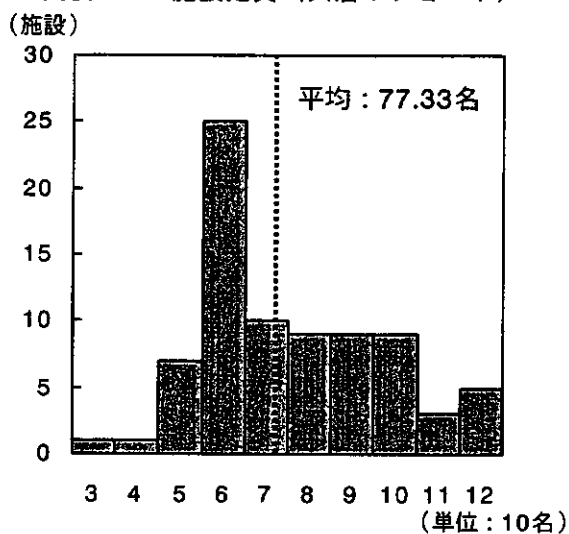
3. 全体計画

1) 概要

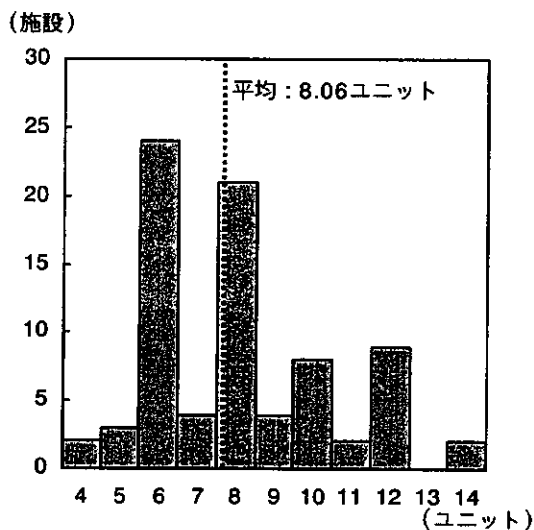
定員（ショートステイを含む）の平均は77.33名である（図表2-3）。最も多い区分は60～69名定員の施設（25/79施設）であり、全体の31.7%を占める。次いで、70～79名（10/79施設、12.7%）、80～89名・90～99名、100～109名（各9/79施設）となる。60～130名の施設が全体の88.6%を占めている。

ユニット数（図表2-4）については6ユニット構成の施設が最も多く（24/79施設、30.4%）、次いで8ユニット構成（21/79施設、26.6%）となり、平均ユニット数は8.06である。特徴的な点は、奇数ユニットに比べ、偶数ユニット構成の施設が多い（84%）ことである（図表2-5）。

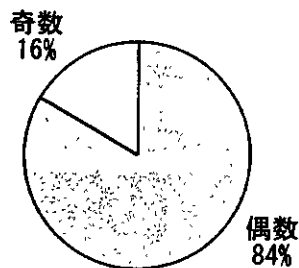
図表 2-3 施設定員（入居+ショート）



図表 2-4 1施設内ユニット数



図表 2-5 ユニット数の割合

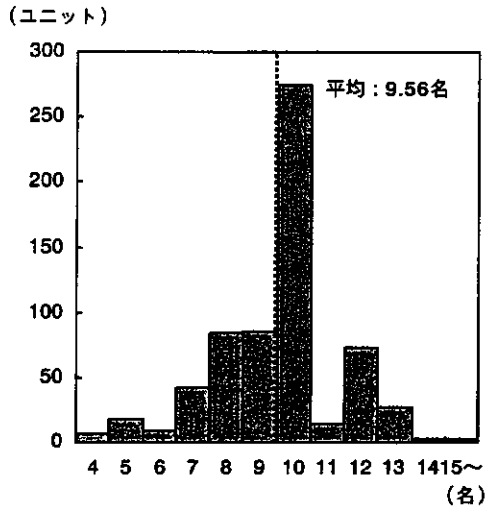


1ユニットの定員（図2-6）は、平均9.56名である。10名が最も多く全体の43%（274/638ユニット）を占める。次いで9名（13.3%、85/638）8名（13.2%、84/638）、となる。8～10名構成のユニットが全体の69%を占めている。

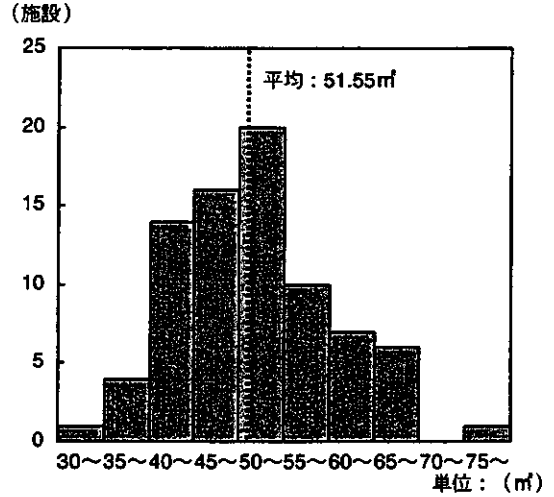
一人当たりの延床面積（図表2-7）の平均は51.55㎡である。従来型特養の国庫補助面積基準（34.13㎡）を大幅に超えている。要因として、①個室・ユニット化によるもの、②建設資金の補助金制度の変更によるものが考えられる。また、最小で30㎡、最大で75㎡程度と施設による差が大きい。

最後に、一人当たりの公共スペース、個人スペース面積の平均とその比率を示す（図表2-8）。公共スペースが19.75㎡（38%）、個人スペースが31.8㎡（62%）となっている。

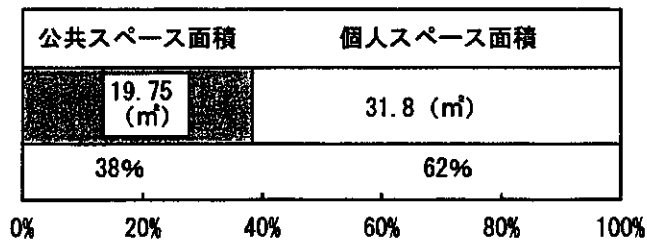
図表 2-6 ユニット定員



図表 2-7 一人当たり延床面積



図表 2-8 一人当たり延床面積比



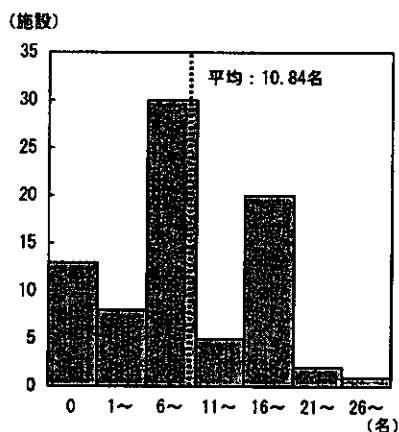
2) ショートステイ

図表 2-9 はショートステイの定員である。平均定員は10.84名で、最多区分は6～10名（30/79施設、38%）であり、次いで16～20名（20/79、25.3%）と続く。ショートステイ定員を持たない施設は13/79施設で、全体の16.5%を占めている。

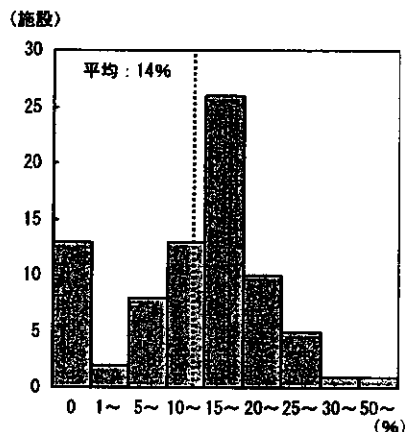
特養定員全体のうちのショートステイ定員の占める割合を示したものが図表 2-10 である。平均は14%であり、最も多い区分は15～19%（26/79施設、32.9%）であった。

ショートステイ居室の配置方法とその割合を図表 2-11 に示す。全施設79のうち49施設が、1または複数のユニットに集中させる「ユニット集中」配置を採用し、その割合は75%を占めた。各ユニットに1～2名ずつ配置する「ユニット分散」と、不規則に配置する「不定」を合わせたものが9%（6/79）であった。また、1フロアに集中して配置する「フロア集中」が8%（5/79）、1ユニットに集中して配置し、他は数名ずつ分散させる「集中+分散」が5%（3/79）、ショートステイ居室のみ多床室形式を取り、ユニットに属さない「ユニット外」形式をとる施設が3%（2/79）あった。

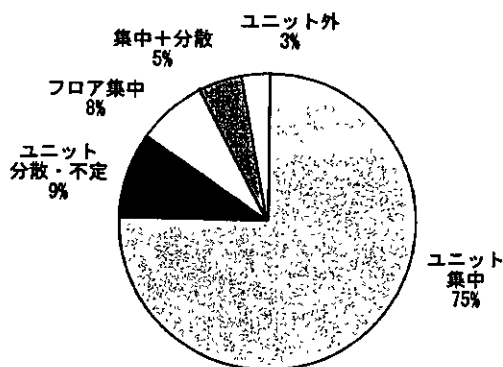
図表 2-9 ショートステイ定員



図表 2-10 特養定員に占めるショートステイの割合



図表 2-11 ショートステイ居室の配置とその割合



4. ユニット内計画

1) 概要

施設の生活の中で、ユニット内空間は入居者の日常的な居場所であり、生活単位として位置付けられる。そのため、その空間の質の確保は生活の質に大きな関わりを持つ。

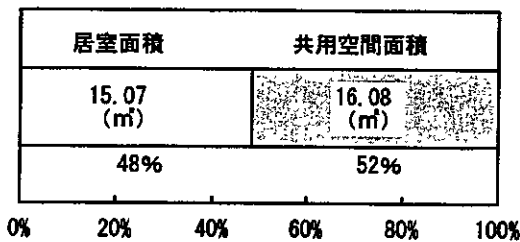
ユニットは居室と共用空間から構成されている。個人スペース（＝ユニット）面積は31.8㎡である（図表2-8参照）が、その面積比は居室15.07㎡（48%）、共用空間16.08㎡（52%）である（図表2-12）。

2) 居室

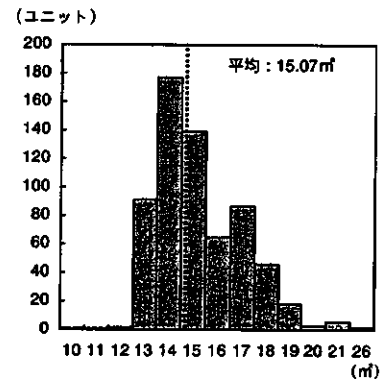
図表2-13は一人当たりの居室面積の度数分布である。平均は15.07㎡であり、基準（13.2㎡）を1～5㎡上回る居室面積14～18㎡の居室が全体の80%を占めている。

図表2-14は居室付設備の保有割合を示している。全ての居室に専用トイレを持つユニットの割合は32%（201/633）、一部居室付が12%（75/633）、無しが56%（357/633）であった。また、全ての居室に専用洗面所を持つユニットの割合が86%（395/456）、一部居室付が4%（16/456）、無しが10%（45/456）であった。二人室については変更可能な居室が10%（66/638）となっている。

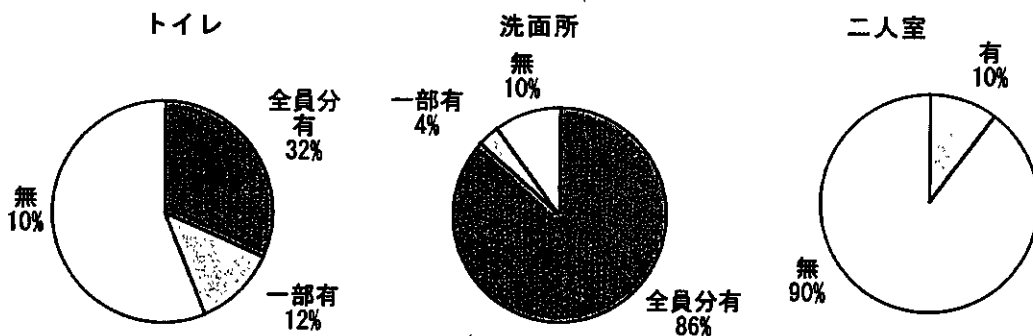
図表2-12 一人当たりユニット面積の内訳



図表2-13 一人当たり居室面積



図表2-14 居室付設備の保有割合



3) 共用空間と居室の関係

図表 2-15 は一人当りの共用空間面積である (平均 16.08 m²)。最多の面積区分は 10 ~ 15 m² となっている。

共用空間は、廊下と食堂を含む談話空間で構成される。居室面積が 14 ~ 18 m² で横並び (図表 2-13) であるのに対し、共用空間面積は約 4 m² ~ 約 30 m² とばらつきが大きい。このことは居室と、共用空間の中心となる食堂兼居間 (以下「LD」) との位置関係に要因があるのではないかと考え、居室と LD の関係を LD の独立性に基づいて分類した。その型別割合を示したものが図表 2-16 である。

まず、LD の独立性の高低により大きく二つに分類した。LD が廊下から独立している「独立型」と、廊下と一体になっている「共用型」である。

独立型は 3 型に分類できる。①中廊下タイプの居室配置に独立した LD をもつ「中廊下型 + LD」、②片廊下タイプの居室配置に独立した LD を持つ「片廊下 + LD」、③廊下の形態を問わず複数の独立した談話空間を持つ「複数談話室」型であり、その全体に占める割合は① 24% (165/638 ユニット)、② 11% (67/638)、③ 10% (63/638) である。

共用型についても 3 型に分類した。④廊下を持たず LD と移動空間が一体化している「ホール」型、⑤ LD と廊下が一体化し中廊下を形成している「幅広中廊下」、⑥ LD と廊下が一体化し片廊下を形成する「幅広片廊下」であり、その割合は、④それぞれ 31% (203/638)、⑤ 15% (96/638)、⑥ 5% (31/638) である。

また、⑦上記のいずれにもあてはまらないものを「その他」とし、割合は 4% (24/638) であった。

独立型の割合は 45%、共用型の割合は 51% であり、その差異は少ない。細分類した型の中で最も割合が高いのは「ホール」型、次いで「中廊下 + LD」であった。

図表 2-15 一人当たり共用空間面積

