

5) 小規模生活単位型特別養護老人ホームの登場

特養を居住の場として捉える動きがすすみ、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養の整備がスタートした。そこで展開されることが望まれるケアサービスのあり方をユニットケアと呼ぶ。その出発点は個別ケアにあり、限られた職員数の中で個別ケアを行う際に極めて有効なハードとソフトがユニット空間であり、ユニットケアであると捉えてよいだろう。新型特養の施設基準の要点を図表4-7にまとめる。下記のほか、従来型特養では必要であった静養室および面会室は設置の義務から外れた。また、ユニット内部を通り抜けて他のユニットに到達しても構わないか否かは、現時点では明確な判断はなされていない。

後述する視察事例の中には、従来型特養のハードの改善において、拡張を繰り返し、新型とほぼ同じハードを最終的な目標設定としている施設も存在している。

図表4-7 小規模生活単位型特別養護老人ホームの設備および運営に関する基準（要点のみ抜粋）

<ul style="list-style-type: none">・ユニットの基準 1ユニットの定員は原則10人以下（11人、12人まではおおむね10人） 1施設内のユニットの半数以下が定員10人以下・居室 個室を原則とし、一部2人室とすることができる 床面積13.2㎡以上（2人室の場合は21.3㎡以上）・共同生活室 2㎡×ユニットの入所定員・廊下の幅 1.8m以上（中廊下にあつては2.7m以上）とするが、円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には1.5m以上（中廊下にあつては1.8m以上）とすることができること

なお、個室+ユニット空間からなるハードでユニットケアを実施する場合、職員をユニット固定とすることが基本となる。そのため職員配置は基準の3.0:では不十分であり、2.0:1は最低でも必要との意見が、ユニットケアに取り組む先進的な施設を中心に出されている。ユニットケアに必要な職員配置については各施設の運営手腕に委ねられている。具体的には介護報酬による利益の充当、非常勤職員の活用が望まれる。これらは、従来型特養でユニットケアに取り組む場合も同様である。

6) 2003年介護報酬改定とホテルコスト

2000年4月にスタートした介護保険の介護報酬見直しが3年を経過した2003年4月から実施される。特別養護老人ホームについては、従来型特養の介護報酬と、小規模生活単位型特養の介

護報酬の二本立てとなった。特養の損益率が高い値を示していたこともあって（後述）、従来型特養の介護報酬は平均で約5%と引き下げられたが、小規模生活単位型特養の介護報酬は従前の介護報酬とほぼ変わらない（図表4-8）。このことから、国としても新型特養の整備を推進していることが示唆され、従来型特養も新型特養の理念に沿ってハード上の改善をしてゆくことが求められていることが分かる。

なお、小規模生活単位型特養については努力目標ではあるものの、1. 日中各ユニットに常時1人、2. 夜間は2ユニットに1人以上を配置することが示され、職員配置を厚くしてゆくことが求められている。従来型特養の介護報酬は減額されてはいるものの、平均的にみれば一定程度の利益が確保できると思われ、小規模生活単位型特養と同様に、職員配置を厚くソフトとしてユニットケアに取り組むことがまずは望まれる。

図表 4-8 介護老人福祉施設における施設サービス費（2003 改定前－改定後）

介護福祉サービス費 (I)	改定前	改定後	小規模生活単位型介護福祉施設サービス費	新設
要介護1	796単位	677単位	要介護1	784単位
要介護2	841単位	748単位	要介護2	831単位
要介護3	885単位	818単位	要介護3	879単位
要介護4	930単位	889単位	要介護4	927単位
要介護5	974単位	959単位	要介護5	974単位

小規模生活単位型特養として介護報酬を算定できるのは、現在建設中の新型特養だけでなく、それ以前に個室+ユニット空間を実現した既存特養でも可能である。施設の一部が個室+ユニット空間となっている場合は、その部分のみ小規模生活単位型特養の介護報酬を算定することができ、一施設の中に従来型介護報酬と小規模生活単位型介護報酬の双方が混在することも、既存特養では可能である。このことは、従来型の既存特養においても、ハード上の改修・増築・拡張などを行うことで、小規模生活単位型介護報酬を算定する道が残されていることを意味する。

なお、2003年4月で現存していた特養において小規模生活単位型介護報酬を算定する場合は、ハードについていくつかの規定緩和ならびに経過措置がとられている。それらの内容は図表4-9にまとめられているが、要点としては1. ユニット定員について若干の緩和がある、2. 居室面積が10.65㎡で可、3. 共用スペースは入居者の交流と共同生活が可能な広さであれば可の3点に集約される。個室+ユニット空間を標榜する特養が登場したのは1995（H07）年頃からであるが、当時、国庫補助における1人あたりの居室面積は10.65㎡となっており、これを反映し10.65㎡との数値が出されているものと思われる。また、ユニットを通り抜けて他のユニットに

図表 4-9 既存特養における小規模生活単位型特養の設備に関する規定緩和・経過措置

<ul style="list-style-type: none">・ユニットの基準 1ユニットの定員は原則10人以下（11人、12人まではおおむね10人） 1施設内のユニットの全部が「おおむね10人以下」で構わない。・居室 個室を原則とし、一部2人室とすることができる 床面積10.65㎡以上（2人室の場合は21.3㎡以上）・共同生活室 入所者の交流と共同生活が可能な広さであれば可
--

到達するケースを認めるか否かは、創設の場合でも最終判断が下されていないが、既存転換の場合は、他ユニットを通り抜けずに他のユニットに到達することは平面計画上、困難なことが多く、この点について何らかの配慮が必要であると思われる。

7) 小規模生活単位型特養創設に伴うホテルコストの導入

小規模生活単位型特養では個室+ユニット空間によってもたらされる居住環境が一般の住宅に近づきつつあることを背景に、ケアハウスやグループホームと同様に、入居者が居住費（ホテルコスト）を負担することとなった。今後、建設される小規模生活単位型特養では、施設整備の国庫補助対象から個人スペースが削除され、その部分を入居者が自己負担するという構図になっている。

その金額は、個人スペースに関わる費用（建築単価、個人スペース割合、借入金利など）によって算定されるが、個人スペースに補助金が投入されているか否かで大きく変動する（図表4-10）。すなわち、「1：個人スペースに補助金が投入されない場合」、「2：個人スペースに国庫補助を投入している場合」、「3：個人スペースに国庫補助を投入している部分と投入していない部分がある場合」のいずれに該当するかで異なる。通常、1は2002年以降建設の小規模生活単位型特養を、2は既存特養で自己資金を上乗せするなどして小規模生活単位型特養を実現している特養を、3は既存の従来型特養で今後、拡張などにより小規模生活単位型特養を拡張部分と従来部分の双方に実現する特養を意味する。すなわち、既存の従来型特養であっても、増築・拡張などにより小規模生活単位型特養のハードを備え、一定額のホテルコストを導入することが可能となっており、従来型特養のハードを改善する際にはこの点も踏まえて検討する必要がある。

8) 特別養護老人ホームの運営状況

介護保険導入後、特養の運営状況は大きく変化したと言われている。導入前の2000年4月調査では、収益率はマイナス5.6%（補助金を除く収益ベース：以下同）であったが、2001年9月調

図表 4-10 入居者ひとりあたりの月額居住費

	平成14年度以降に新築する施設		平成13年度以前に建築した 既存特養		既存施設でH14年度以降に ユニットに改築・増築。改修 などを行うもの	
	全室ユニット	従来型施設	全室ユニット	それ以外の施設	全室ユニット	一部ユニット
請求できる介護報酬	小規模生活 単体型	従来型	小規模生活単 体型と従来型の いずれかを選択	[ユニット 部分] 小規模生活単 体型と従来型の いずれかを選択 [ユニット 以外の部分] 従来型	小規模生活 単体型	[ユニット 部分] 小規模生活単 体型と従来型の いずれかを選択 [ユニット 以外の部分] 従来型
入所者からの 居住費の徴収	可	不可	小規模生活単 体型を選択した時 は徴収可	[ユニット 部分] 小規模生活単 体型と従来型の いずれかを選択 [ユニット 以外の部分] 不可	可	[ユニット 部分] 可 [ユニット 以外の部分] 入所者不可
新築時・改築時等 に利用可能な施設 整備補助費	小規模生活 単体型	従来型	建築時に従来型補助金交付のみ		小規模生活単体型	
試算	3.8万円	なし	2.5万円		2.8~3.5万円	

試算は厚労働省の試算。国庫補助基準単価17万9400円/m²、借入金利 2.0%の場合適応。

査では一転して13.1%と高い収益率を確保した。直近のデータは2002年3月調査によるもので、12.2%の収益率、一施設あたり平均で月額281万円の黒字となっている。一人あたりに換算すると月額40,962円となり、定員100であれば年間で5000万円弱の黒字となる。施設規模が小さい場合、都市部で人件費や土地代が高くつく場合、ケアサービスの向上を目的にスタッフ増を積極的に実施している場合などでは収益はこれほど高くはない。また、介護報酬改定によって、収入は5%程度減少すると予測されもいる。しかしながら、いずれせよ一定程度の収益が上がっていることは確かであると言えよう（図表 4-11）。

問題は、この収益をどこに還元するかであり、一つはケアサービスの質的向上を目的に職員増を図る際の財源として活用することがあり、いま一つは個別ケア・ユニットケアを可能にするハードを整備するための財源として活用することが考えられる。後ほど紹介する先進事例の多くは、自己資金でハードの改善を行っている例もあり、このことの意味を捉え直す必要がある。

図表 4-11 介護老人福祉施設の収益率の推移

	収益率	一月あたり収益額	一施設あたり定員数
2000年4月調査	-5.6%		
2001年9月調査	13.1%		
2002年3月調査	12.2%	281万円	68.6名

補助金を除いた収益ベース。厚生労働省による調査結果に基づく。

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

1) はじめに

医療施設や老人保健施設、有料老人ホームなどを整備する際、その建設費用は開設主体（医療法人、株式会社など）の自己資金によって賄われるのが一般的である。これに対し、特養をはじめとする社会福祉施設の整備にあたっては、国庫補助金、都道府県補助金などの公的資金が導入されている。公的資金は、施設建設時のみならず、改築、増築、拡張、大規模修繕などにおいても活用することができる。

後述する改善事例の中には、これら公的補助金を活用しているケースも含まれているが、一方で全額自己資金で行っているケースも存在している。

以下では、現存する特養の居住環境の向上という視点から公的補助金の仕組みを整理するとともに、ハード改善時に遵守すべき法令の概要をまとめる。

2) 国庫補助事業の概要

・施設整備の種類

国庫補助による施設整備の工事は1. 創設、2. 建て増し（増築、拡張、増改築）、3. 建て替え（移転新築、改築、増改築など）、4. 大規模修繕の4つに大別される（図表4-12）。

「創設」とは新設特養を指し、繰り返し述べているように2002（H14）年以降は新型特養として整備されてゆく傾向にある。

「建て増し」には増築と拡張、増改築がある。増築とは、定員増を図るための整備であり、待機者の増大を解消することをその主たる目的としている。定員増により、スケールメリットが増し、施設運営が安定することもあり、近年、増加傾向にある。拡張とは、定員増を伴わない延べ床面積の増加を指し、大部屋解消など入居者の居住環境の改善を目的としている場合が多い。件数としては少ない。増改築は、定員増を図りつつ既存部分の改修も行うケースをさす。いずれも

図表 4-12 施設整備の種類（主たるもののみ）

1. 創設	新規建設
2. 建て増し	
・増築	定員増を図るための整備
・拡張	定員増を伴わない延べ床面積の増加
3. 建て替え	
・移転新築	別敷地での建て替え
・改築	同一敷地内での建て替え
4. 大規模修繕	一定年数を経過した施設の設備更新など

都市部では土地取得が困難なケースが多く、実現に至るハードルは高い。

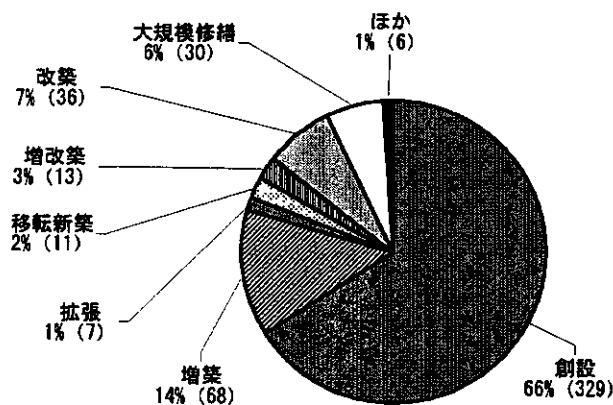
「建て替え」には移転新築、改築、増改築などがあり、築年数が古く、老朽化が著しい施設が大半を占める。老朽化の具体的な定義はなく、都道府県によっても異なるが概ね築25年以上の施設を対象としていることが多い。同一敷地内で改築・増改築を行うことは、入居者の居住と平行してハードの改善を図ることになり、工事において様々な制約（工期の長期化、費用の増大、居住者の住環境の悪化など）が出てくる。これに対し、既存特養の近隣地で移転新築することは極めて有効な手段ではあるが、実際には土地の資金調達が困難なケースが多い。とりわけ、都市部でこの傾向が顕著である。この場合は、既存部分の定員を減らして居住環境の向上を図り、減員分の建物を別敷地に建てることが考えられるが、別敷地での運営についての明確な記述は老人福祉法には記載されておらず、今後の検討課題と思われる。

「大規模修繕」は一定年数を経過して使用に耐えなくなった浴室、食堂、付帯設備（給排水、電気、ガス、冷暖房、消防用設備）などの改修、スプリンクラー設置、施設の内部改装などを指す。一定年数とは概ね10年以上を指すことが多い。大規模修繕の大半は設備更新、スプリンクラー設置である。施設の内部改装には、「狭隘な居室などを入所者の新しい処遇のニーズにあわせて拡大を図る際の間仕切り工事や部屋の使用目的を変えるための内部改修工事」が含まれるが、件数は多くはないようである。大規模修繕の場合も、入居者の居住と平行してハードの改善を図ることになり、工事において様々な制約が出てくる。また、修繕であることを念頭に、仕様の変更（例えば、トイレの入口をカーテンからドアに替える、床材をビニールクロスからフローリングに替える）を認めない自治体もあり、ここでも制約が生じる可能性がある。

・工事区分別にみた施設整備の件数

2001（H13）年度の国庫補助金を用いた特養施設整備の工事区分別内訳は、図表4-13の通りである。総件数は501件、うち「創設」329件、「増築」68件、「拡張」7件、「移転新築」11件、「増改築」13件、「改築」36件、「大規模修繕」30件、「その他」6件となっている。割合でみる

図表4-13 工事区分別にみた施設整備件数（2001）



と、「創設」が約66%、「増築」が14%、「拡張」が1%、「建て替え（改築、増改築、移転新築）」が約12%、「大規模修繕」が6%となっており、創設が半数以上を占め、建て替えは12%、拡張は1%に過ぎないことが分かる。

・国庫補助金の算出方法（創設、増築、移転新築、改築、増改築）

いずれの場合も、創設と同様の補助金手続きとなる。小規模生活単位型として整備する場合は公共スペースのみに補助金が投入され、個人スペースについては法人の自己負担で建設しホテルコストで回収することとなる。旧来型として整備する場合は、施設全体に対して補助金が投入されるが、ホテルコストを設定することはできない。

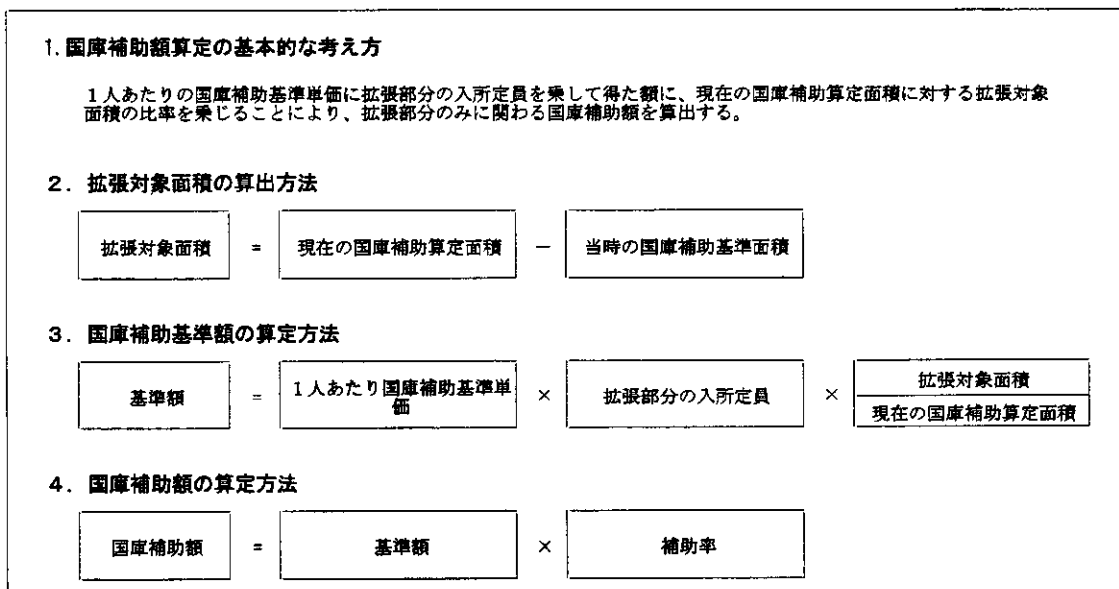
・国庫補助金の算出方法（拡張工事）

拡張工事に関わる国庫補助金の算出方法も、拡張部分を小規模生活単位型として整備するのか、旧来型として整備するのかで異なる。

拡張部分は個人スペースが大半を占めるので、小規模生活単位型で整備するとほぼ全額自己資金となり、初期投資は大きい、ホテルコストで回収することとなる。

従来型の場合の算出方法を図表4-14に示す（厚生労働省老健局通知 平成14年3月28日）。拡張部分の補助基準面積（定員1人あたり床面積34.13㎡）と建設当時の補助基準面積の差が大きいほど、補助金額も多くなる。とはいっても、1980年頃に建設された施設でも、増築や創設の20%強程度の補助額にしか達せず、旧来型で拡張するよりも、小規模生活単位型で拡張し、ホテルコストの導入を図るほうが経営上も好ましいようにも思われる。

図表4-14 拡張工事に関する国庫補助金の算出方法



いずれの場合も、拡張することで、既存特養部分の定員数を減らし、既存部においても居室の個室化、食堂リビングの分散化を実施することが可能である。場合によっては規定緩和・経過措置（参照 図表4-9）の適応となり小規模生活単位型特養として既存部分についてもホテルコストを導入することも可能となる。

・国庫負補助金の算出方法（大規模修繕）

大規模修繕事業の概要を図表4-15に示す。事業内容は1～8までであるが、主たるものは1, 2, 3, 5である。認められた事業に対しては、ほぼ全額が国庫補助となるが、件数そのものは多くはない。

図表 4-15 大規模修繕事業

事業	内容
1. 施設の一部改修	一定年数を経過して使用に耐えなくなり、改修が必要となった浴室、食堂等の改修工事や外壁、屋上等の防水工事など施設の改修工事
2. 施設の付帯設備の改修	一定年数を経過して使用に耐えなくなり、改修が必要となった給排水設備、電気設備、ガス設備、冷暖房設備、消防用設備など付帯設備の改修工事
3. 施設の内部改装	1) 狭隘な居室などを入所者の新しい処遇のニーズに合わせて拡大を図る際の間仕切り工事および部屋の使用目的を変えるための内部改修工事 2) 居室と避難通路（バルコニー）等との段差の解消を図る工事や自力避難が困難な者の居室を避難階へ移すための改修など防災対策に配慮した施設の内部改修工事
4. 環境上の条件などにより必要となった施設の一部改装	省略
5. 消防法および建築基準法など関係法令の改正により新たにその規定に適合させるために必要となる改修	消防法設備等（スプリンクラー設備を除く）について、消防法令などが改正されたことに伴い、新たに必要となる設備の整備
6. 介護用リフト等特殊付帯工事	省略
7. 土砂災害などに備えた施設の一部改修	省略
8. その他施設における大規模な修繕など	特に必要と認められる上記に準ずる工事

3) 各都道府県による整備基本方針

特養の施設整備基本方針は、各都道府県に委ねられている部分も多い。都道府県によってはユニットケアや既存特養の改修に単独の補助金制度を設けているところもあるが、殆どの都道府県では量的整備を念頭に創設を優先し、大規模修繕や建て替え、拡張など定員増を伴わないものについては補助対象となることが極めて難しいのが現状である。整備率が目標に近づいている地域

では、創設だけでなく増築、拡張、大規模修繕、増改築などを用いながら既存特養の居住改善にも留意を払うようになっている自治体も少数ながら存在している。この点については、次年度でいくつかの都道府県の施設整備方針を概観することとしたい。

また、千葉県では2002（H14）年度より、既存特養をユニット空間へと改修してゆくための補助金制度が創設されており、これについても次年度で具体例と併せて、考察をする。

4) 遵守すべき法令とハード改善時の留意点

既存特養のハードを改善するにあたって遵守すべき主たる法令としては、建築基準法、老人福祉法における設備構造基準、消防法の3つがある。以下、ハード改善時に法規上、問題となる具体例を紹介してゆく。

・スプリンクラーの設置と間仕切り

食堂やデイルームなど比較的大規模な空間を間仕切りを使って分節化してゆく事例が増えている。1987年の特別養護老人ホーム「松寿園」の火災後、消防法が改正され、延床面積1,000㎡以上の老人福祉施設等にはスプリンクラーの設置が義務づけられており、既存適及をうけ殆どの施設が補助金を用いてスプリンクラーの設置を行っている。そのため、現存の特養で空間を間仕切りで仕切る場合は、スプリンクラーの散水が壁によって遮らないようにすることが必要となる。散水ヘッドの位置を変更、あるいは追加し、消防法に適するようにすれば、壁を天井まであげることも可能であるが、多くの施設では天井から一定程度離れたところまでしか壁をたてないケースが多い。

・採光確保と居室の個室化

前項と同様に、スプリンクラーの設置があるため、各ベッド間の仕切壁が途中でとぎれることとなる。このほか、採光面積を居室の床面積の1/7以上（建築基準法28条、施行令19、20条）設けることが必要であり、各ベッド間の仕切をふすま、障子などとし、併せて一室とみなせるようにしなければならない。このため、物理的には空間の領域化は図られても、光、匂い、音などの点では不十分な点が残る。

・避難経路と廊下のリビング化

廊下の幅員は老人福祉法では中廊下で2.7m、片廊下で1.8mとなっているが、新型では場合によって中廊下で1.8m以上、片廊下で1.5m以上に緩和されている。椅子やテーブルを廊下におく場合は、この点を遵守する必要がある。とりわけ、壁に固定した形で家具備品を付ける場合には注意が必要である。従来型では中廊下で2.7m、片廊下で1.8mを遵守する。

廊下は基本的には避難経路であり、内装制限（建築基準法第35条の2、施行令128条の4、施

行令129条)の適用をうける。廊下をリビング化し可燃物(リネン類、布製テーブルクロスなど)をおくケースも、法文化はされていないが消防法検査では問題となる。また、廊下の一部を常時閉鎖の壁で区切る場合、エレベーターや階段までの距離が問題となる。

・小規模生活単位型特養との整合性

既存特養をハード上改善する場合、居室の個室化、食堂分散などが進められると同時に、ユニットケアが導入されてゆくのが一般的である。狭い延床面積でユニットを成立させようとする、上述したような廊下の活用、寮母室のリビングへの転換、静養室の居室化などが行われる。場合によっては、ホテルコストの対象となる小規模生活単位型特養(既存改修型)の適応が視野に入る。その場合、ユニットを通りぬけずに他のユニットに到達することが既存特養では困難であり、この点について何らかの配慮が求められる。加えて、小規模生活単位型特養に適合させることで、延床面積は大幅に増加するため、施設の拡張が必要となり、莫大な工事資金がかかることとなる。このような場合、通常は、工事費の全額を自己負担で行うことは困難である(5の事例を参照)。そのための国庫補助の仕組みを整える必要はあろうが、一方で自己資金を活用することで法人がハードについて考えるようになったのも事実であり、両者の利点を取り入れたような仕組みの確立が望まれる。

4. 一事例にみる既存特養における居住改善プロセス

1) 調査概要

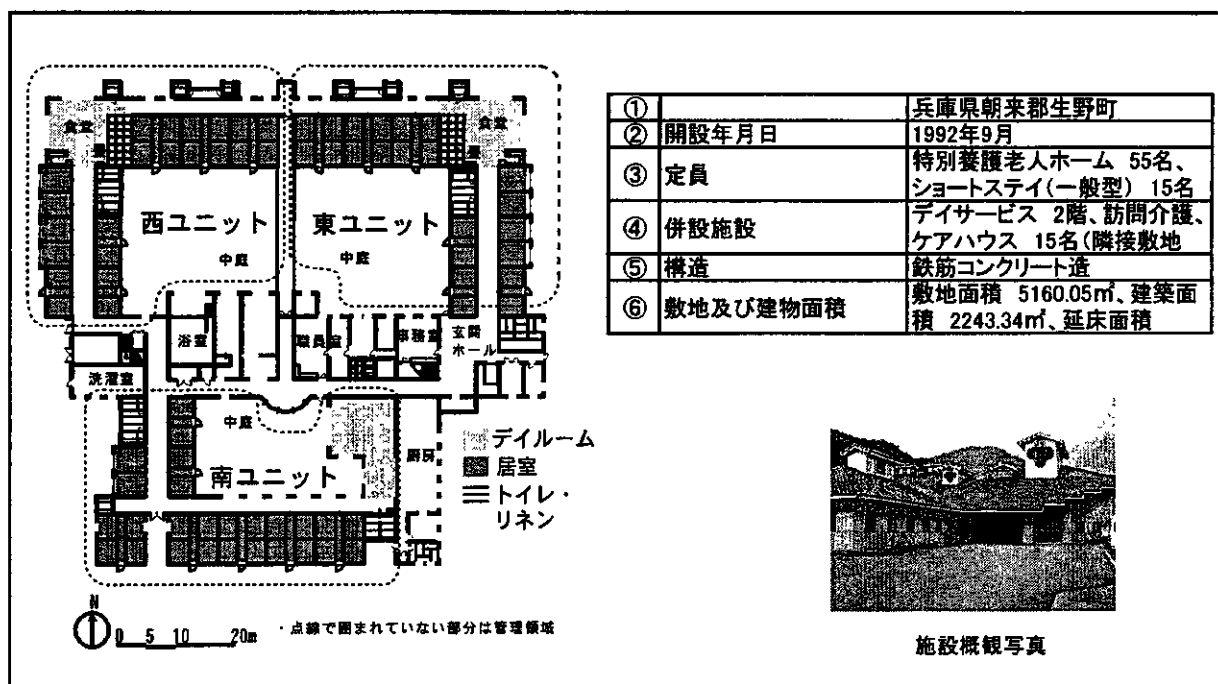
①調査目的

ユニットケアを実践するための重要な要素の一つとして介護単位の小規模化があげられる。介護単位の小規模化の効果については多くの実践報告がなされているものの、科学的な客観性を持った研究成果は少ない。そこで、本調査研究では、既存の特別養護老人ホームの介護単位を小規模化することの効果について人間行動学的側面から検討することを目的としている。また、実践報告ではユニットケアを始めるにあたって大掛かりな改築を行う例も見かけられるが、本調査では介護単位の小規模化により影響のみを抽出するために、建築物の改築は行っていない。

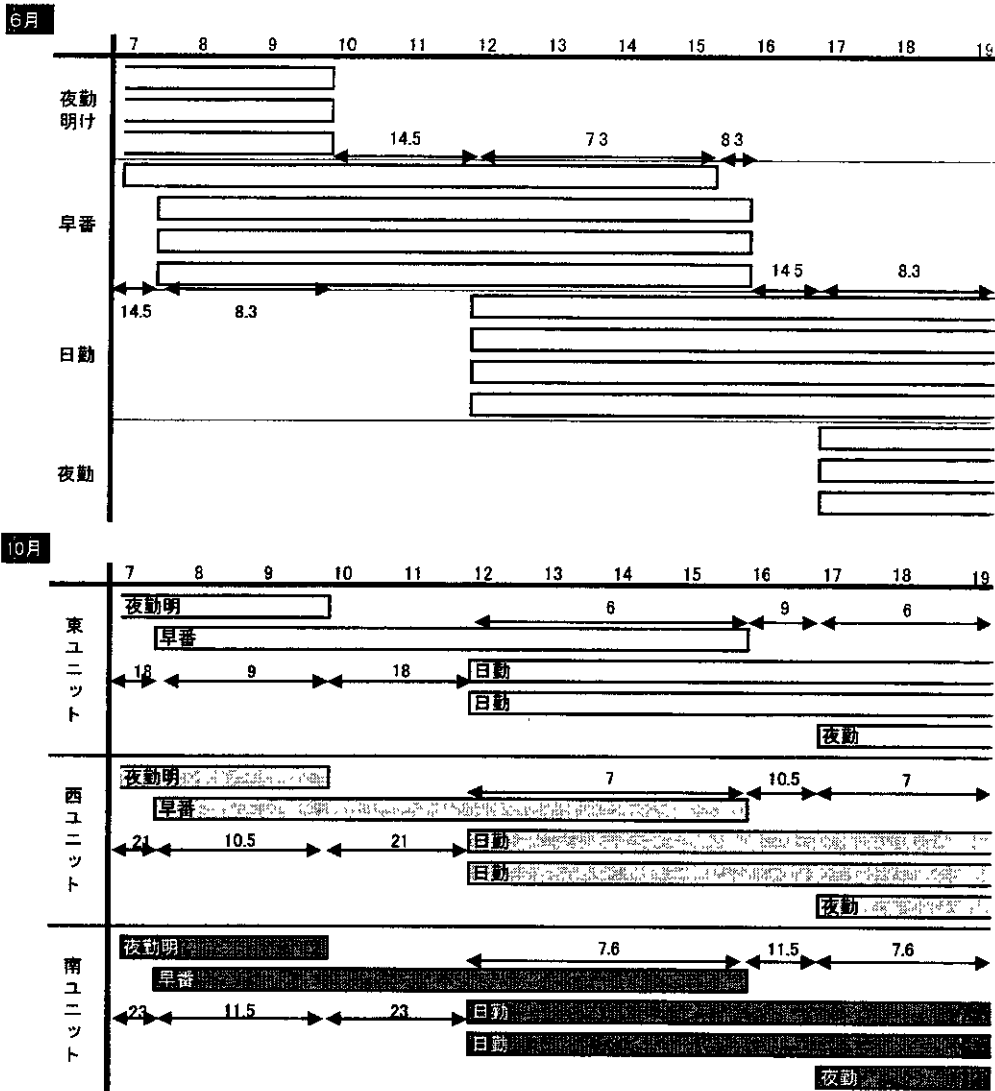
②調査施設の概要

調査対象としたのは、1992年に開設された特別養護老人ホームI苑(図表4-2-1)である。I苑の空間的特長は、建設当時から施設内が3つのゾーンに分かれており、それぞれのゾーンに1つの共有空間(以後文中ではデイルームと記す)があることである。(以後文中では、図表4-2-1に示すように小規模化が行われた後のユニット名を方角で分け西ユニット、東ユニット、南ユニットと記す)I苑の介護体制は、ゾーン毎に別れておらず介護シフト、介護内容ともに全員の職員で全員の入居者を介護していたが、2002年の7月より介護者を3分割し、それぞれのユニットに介護シフト、介護内容を固定化する介護単位の小規模化を行っている。図表4-2-2に小規模化導入前後における介護職員の勤務体制の変化について示す。小規模化が行われる以前は、夜勤明け(3名)、超早出(1名)、早出(3名)、日勤(4名)、夜勤(3名)の計14名が勤務していたが、小規模化導入3ヵ月後の10月では、より午後の介護に重点を置いたために超早出がなくなり日勤が2名増加し計15名の職員が勤務している。

図表4-2-1 調査施設の概要



図表4-2-2 介護職員の勤務シフトの変化（上図小規模化導入前、下図小規模から導入後）



③調査内容

調査は、介護単位の小規模化が行われる前の2002年6月に2日間、小規模化が行われて3ヵ月後の2002年10月に2日間行った。

調査項目は、入居者の基本属性調査（6月と10月に2回）、スタッフの行動を対象とした追跡調査（6月と10月に2回）、入居者の生活を対象とした行動観察調査（6月と10月に2回）、スタッフへのヒアリング調査（7月と8月に2回）である。（図表4-2-3）

・入居者の基本属性調査

調査対象施設の全入居者の年齢、性別、前居住地、前居住形態、入居日、主な疾病状況などの基本属性に関して、各施設の職員へのインタビュー調査を行った。入居者の身体能力についてはKatz、痴呆状況についてはBergerによる指標を用いた。

・入居者の行動観察調査

調査対象施設に居住する全入居者に対して、6月と10月の計2回の調査を行った。調査内容は、対象者の行為、居場所、姿勢を10分毎に把握する非参与の行動観察調査である。

図表4-2-3 調査スケジュール

調査項目	調査内容
① 対象者基本属性調査	年齢、性別、ADL及び痴呆度、要介護度、自立度
② 全入居者行動観察調査	7時～19時において10分間毎の各入居者の居場所、姿勢、行為内容を記録
③ スタッフの追跡調査	7時～19時において1分毎にスタッフの居場所、行為を記録
④ スタッフへのヒアリング調査	介護スタッフへのヒアリング調査

2002.6.26-27 小規模移行前	⇒	2002.7.26 小規模移行1ヶ月後	⇒	2002.8.30 小規模移行2ヶ月後	⇒	2002.10.10-11 小規模移行3ヵ月後	⇒	2002.12.5 小規模移行半年
調査① 調査② 調査③		調査④		調査④		調査① 調査② 調査③		調査④

図表4-2-4 スタッフの行為分類

		直接介助		間接介助
		医療・リハビリ	点眼、マッサージ、検温	薬の準備
介助	身体介助	食事	食事介助、前掛けをつける	配膳下膳、食器の片付け
		排泄	おむつ交換、トイレ誘導	おむつの用意、ポータブルの処理
		入浴	入浴介助	浴室の片付け、後片付け
		着替え・整容	着替え、爪きり、歯磨き、洗顔	衣服の用意、洗顔・入れ歯の準備
		移動	移動、移乗介助	車椅子の準備
	身体介助以外	外出	外出の付き添い	外出の準備
		就寝・起床	就寝介助・起床介助	就寝・起床介助の準備
		身の回りの世話	居室内	掃除、電灯、シーツ交換、ゴミすて、換気、カーテンの開閉
			共有空間	共有空間の掃除、電灯、換気、カーテンの開閉、花瓶の水換え
		レクリエーション	体操、クラブ活動、おやつ作り	
管理	事務業務	記録、チェック、個別表作成、書類の整理、コピー		
	カンファレンス	全体によるスタッフミーティング		
	教育・指導	見習い、学生、ボランティアの指導		
移動	移動	1分以上にわたる移動		
休息	休息	休憩、食事、トイレ、手洗い		
その他	その他	その他		
コミュニケーション	スタッフ-入居者	水平・能動	日常会話を職員から話し掛ける	
		垂直・能動	介助に関する会話を職員から話かける	
		垂直・受身	介助に関する会話を入居者から話かける	
	スタッフ-スタッフ	水平・受身	日常会話を入居者から話し掛ける	
		介助会話	申し送り、手伝いの要請(職員間で全体であるのはカンファレンス)	
スタッフ-来客	入居者、スタッフ以外の人との会話			

図表4-2-5 入居者の行為分類

項目	観察された行為	
生理的	睡眠	眠っている、目を閉じている
	無為行為	物をいじっている(食器、ちり紙など)、ボーとしている、キョロキョロしている
	身だしなみ	入浴・散髪・着替え・洗顔・髪剃り・歯磨き・爪切り
	身の回り	整理 清掃・ゴミ捨て・洗濯物をたたむ・持ち物整理 コントロール 自分の植木の水遣り・カーテン・電気・ドアの鍵
	食事の準備	お茶を入れる・食事の準備後片付け(自分の)
	飲食	食事・お茶を飲む
	排泄	排泄行為
	その他の生理的	その他の生理的行為
	移動	目的(プログラム)のための移動
		目的(プログラム以外)のための移動
目的なし 徘徊		
医療	薬を飲む・医療介助	
文化的	TV	TVを自主的に見ている
	娯楽	飲食に関する おやつ・ジュース・お酒(食事以外)のお茶
		個人に関する 雑誌・新聞・日記・編物・俳句・ラジオ・テープ・工作
		プログラム リハレククラブ
宗教行為	祈る・供える	
	入居者からスタッフへの水平的会話	
	入居者からスタッフへの垂直的会話	
	スタッフからの水平的会話(雑談)	
	スタッフからの垂直的会話(介助に関する会話)	
	スタッフからの役割創出に関する依頼	
	入居者同士の会話 垂直 指示会話 命令会話	
	入居者同士の会話 水平 雑談	
	その他	
	皆のために(手伝い)	皆のために職員の手伝い
	他人の世話	ある対象者に対する世話

・介護職員の追跡調査

調査日に勤務している全介護職員の行為、居場所を1分間ごとに調査員が観察する追跡調査を行った。

・介護職員へのヒアリング調査

介護単位の小規模化が行われた1ヶ月後の7月26日と2ヵ月後の8月30日に全体の主任、各ユニットの主任を対象にヒアリング調査を行った。ヒアリング内容は、一ヶ月または二ヶ月経過して変化したことについて話してもらった。

行動観察調査より得られたデータの分析に際しては既往研究^{*1}を参考に作成した表(図表4-2-4)を基に介護職員、入居者別に行為を分類した。また本研究において、コミュニケーションの中でもとりわけ、入居者と介護職員の間で交わされた会話に注目しており、会話内容を“日常会話-介助会話”、“スタッフから話かける-入居者から話しかける”の2軸で分け4分類している。

④ 入居者概要

調査対象施設の定員は特別養護老人ホーム55名、ショートステイ15名の計70名である。その中で調査対象としたのは、特別養護老人ホームの入居者全員とロングショートステイの利用者数名を合わせた58名である。2回の調査の間に数名の入れ替えがあったが調査対象者総数は同じである。図4-2-6は各ユニットにおける入居者の痴呆度とADLを示したものであるが、調査対象施設では小規模化を行う前の2002年4月に入居者の居室換えを大規模に行っているために各ユニット間で入居者の属性に差が生じている。南ユニットの入居者の特徴は、ADLが中程度の独歩が可能であるが痴呆度が高くさまざまな訴えを言語で表現される方が多いことである。東ユニットと西ユニットの入居者の属性は同程度であり、その特徴としては、ADLと痴呆度が共に低い重度の寝たきりの方と車いすを使用しているがADLが中程度で精神活動がしっかりとした痴呆度が軽度の方が多。

図表4-2-6 調査対象者の属性

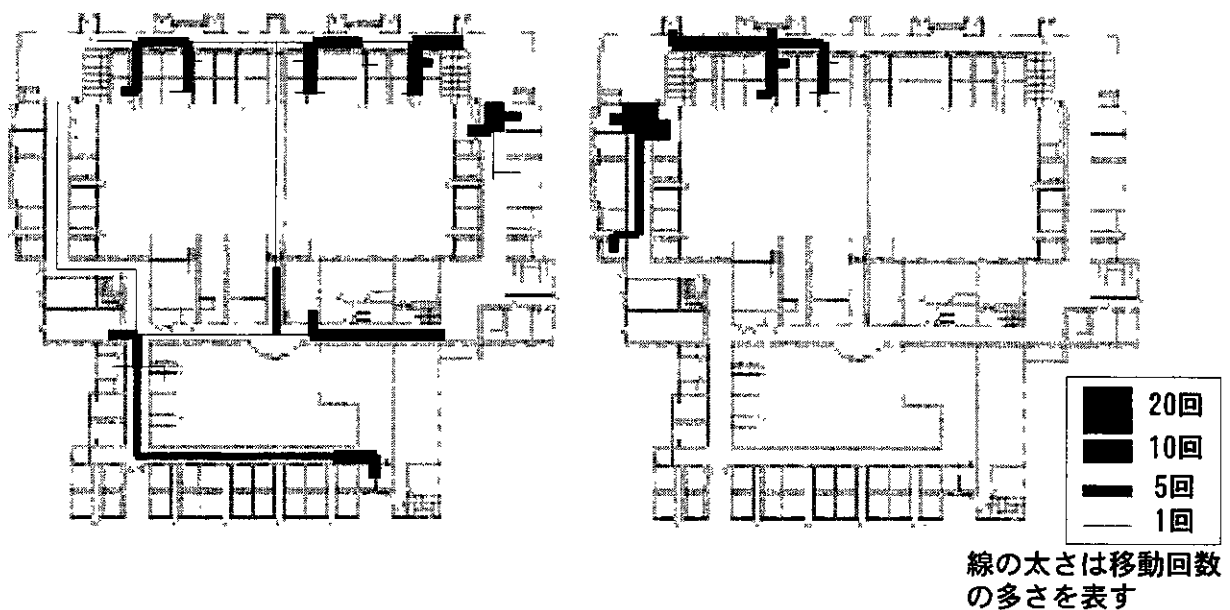
		ADL程度						ADL程度						ADL程度			
		高い	中	低い	他			高	中	低	他			高	中	低	他
痴呆度	軽度	2	0	0	1	痴呆度	軽度	0	1	1	0	痴呆度	軽度	1	1	1	0
	中度	0	2	4	1		中度	0	0	4	1		中度	0	6	4	1
	重度	0	0	8	0		重度	0	0	12	1		重度	0	1	3	2
東ユニット入居者					西ユニット入居者					南ユニット入居者							

2) 介護単位の小規模化が介護内容および入居者の生活に与える影響

① 介護職員の動線

介護単位を小規模化し介護職員に対して担当する介護範囲(ユニット)を限定する影響が介護動線にどのような変化をもたらすか検討する。そこで、介護動線の中でもっとも流れ作業的に全体を介護していた排泄介助を取り上げ、その変化について考察する。図4-2-7は、1人の早出職員が勤務時間内に行った全排泄介助の動線を示したものである。左が小規模化導入前の6月、左が小規模化導入後の10月である。小規模化を行う前は、東ユニットから排泄介助を始めても、そのユニットが終わると西ユニット、南ユニットに応援に行き、最後は管理領域にある職員室の横で排泄カートの片付けを行っていた。このように、介護動線は施設全体に及んでおり、介助の開始と終わりといった基準となる場所は職員室にあった。それが、図4-2-7の右図が示すように小規模化を行ってからはユニット内だけに動線が限定され移動範囲が小規模化されるようになった。また、排泄介助の準備や片付けも各ユニット内のトイレが使用されおり、オムツの保管については各居室に行われるようになった。最近のオムツは、形状、大きさ、特性が多様化しており、より個人に適したオムツが重要視されるようになってきている。個人個人の高齢者に適したオムツを利用するためには、全体による管理では柔軟に対応しにくいことから、小規模な単位でオムツの管理を行うことのほうが、より高齢者の特性に合わせた個別対応が行いやすいと考えられる。このように介護単位の小規模化し介護職員を固定することにより介護動線がコンパクトになり、介護に伴う準備作業や物品の管理が小規模な単位で行われるようになった。

図表4-2-7 排泄介助に伴う介護職員の動線の変化



② スタッフの滞在場所

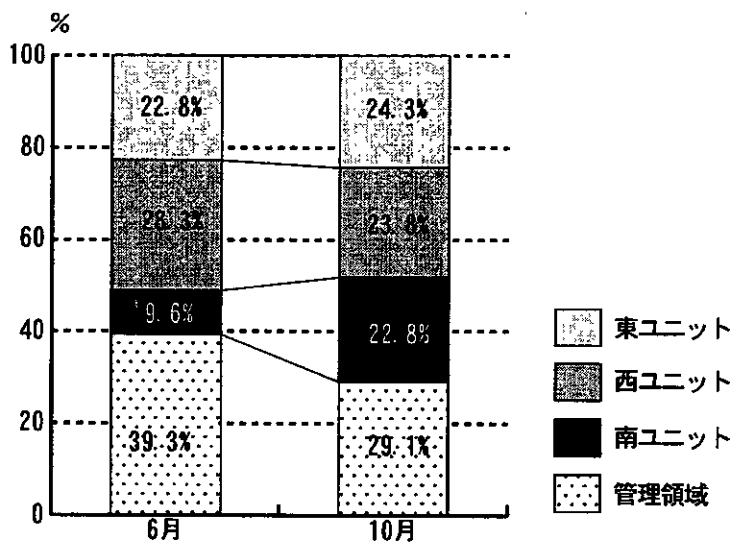
図4-2-8に小規模化導入前後の7時から19時に観察された介護職員の滞在場所の割合について示す。滞在場所の区分は、3つのユニット(東、西、南)と管理領域の4つである。

小規模化導入前の6月は、もっとも管理領域での滞在率が多く全体の4割にも達する。ユニット内をみると南ユニットでは9.6%しか滞在していないが、西ユニットでは28.3%も滞在しており、各ユニット間での滞在割合に大きな差が出ている。西ユニットでは重度の方が多く他のユニットより応援に来てもらっていたことが滞在割合を増加させた要因であると考えられる。

小規模化導入後の10月では、管理領域での滞在時間が導入前に比べて10%も減少し3割弱になった。また、各ユニット間の滞在率の差はほとんどなくなり一律23%前後の滞在率となっている。

このように小規模化の導入は、各ユニットの入居者特性に関わらず介護職員の滞在割合を平均化させることが明らかになった。介護量を平均化させたことによる介護内容の変化については後述する。また、小規模化以前は主に管理領域の中でも職員室が介護の拠点となる主な滞在場所であったが、導入後は各ユニット内に核となるような場所が作られていった。そこで次に各ユニット内のデイルームの使い方について考察を行い介護の拠点となる場所を作り出していく介護職員の意識の変化について捉える。

図表4-2-8 介護職員の滞在場所の割合



③ デイルーム滞在状況

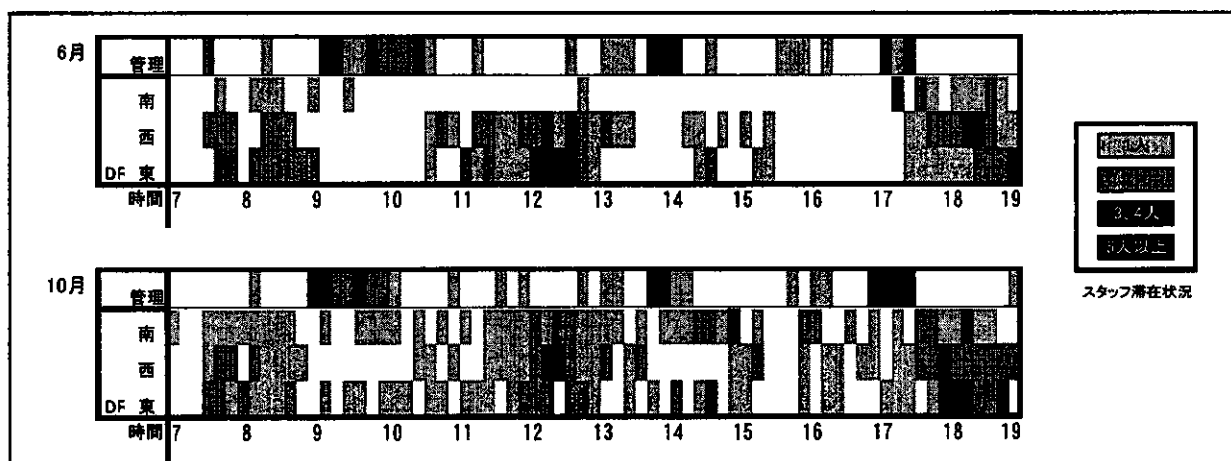
図表4-2-9は介護職員が各ユニットのデイルームと管理領域に滞在している状況について、滞在場所と同時に滞在している人数を時系列で示しており、図表4-2-10は各ユニットのデイルームに7時から19時までに介護職員が1人も滞在していなかった時間について示している。図表4-2-11は小規模化導入後1ヵ月後と2ヵ月後に行った介護職員へのヒアリング結果から抜粋したものである。

まず、図表4-2-9の6月の介護職員の滞在状況をみると、職員室での滞在時間が長く9時から10時半、14時前後、15時半から17時に全てのユニット内デイルームからスタッフが不在となる。その要因として、3回の時間帯の全てにおいて職員室でミーティングが行われており全てのスタッフが職員室に集まっていた事と、

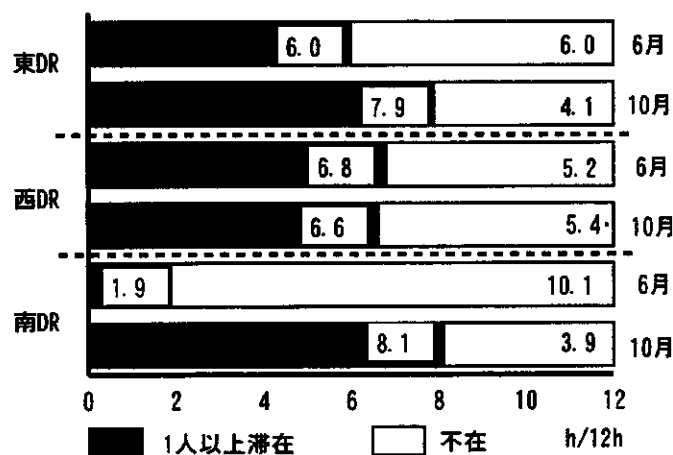
ミーティングの前後にすべての職員で排泄介助を行っていたことが考えられる。また、南ユニットのデイルームでの滞在時間が極端に少ない要因として、南ユニットの入居者は独歩で精神活動の不安定な方が多く徘徊しておりデイルームに居ないために介護がその場で発生しない、またスタッフが精神活動が不安定な方を職員が滞在している職員室や事務所前に誘導しており、デイルームを入居者と関わりをもつ場所として使っていなかったことがあげられる。

次に10月の状況を見ると南ユニット、東ユニットでは一日を通してほぼ介護職員がデイルームに滞在しており、長時間に渡る不在状況が見られない。その結果、図表4-2-10に見られるように南ユニットではデイルーム滞在時間が6月に比べて4倍にも増加しており、東ユニットでも2時間以上の増加が見られる。このようなデイルームでの滞在が増えたのは、図表4-2-11のヒアリング結果からも見られるように、排泄回数の見直し、介護シフトの変更、ミーティングに参加する人数の変更といった介護業務の改善と、スタッフが声を掛け合い連携をとる、デイルームを空けると不安になるなどの介護者の意識の変化が大きく影響していると考えられる。しかし、西ユニットではデイルーム滞在時間に変化がなく、依然として9時から10時半、14時前後に不在状況がみられる。不在の時間の介助内容は、ミーティングと排泄介助がどの時間帯にも行われており、これまで援助に来てもらっていた西ユニットでは小規模化により改善を行う事が難しかったといえる。

図表4-2-9 デイルーム、管理領域における介護職員の滞在状況



図表4-2-10 デイルーム、管理領域における介護職員の不在時間



図表4-2-11 デイルームに滞在する事が増えた要因(介護職員ヒアリングから)

■デイルームに滞在する時間を業務の見直しにより作りだす工夫	
	排泄回数の見直しを行い、一回の排泄介助の人数を減らしたことによりデイルームに滞在できるようになった 11時半は入居者の方が集まってくる時間であるが、注入食の交換を行わなければいけないので、交換を遅出がするようにした
	西ユニットではミーティングに各2名参加しているのですが、デイルームに残ったほうがいいということで、参加は1名にし、日誌などで情報の共有を行っている
■デイルームに滞在する時間をスタッフの意識の改善により作りだす工夫	
	声をかけながら職員室にチェックに帰ったりとか、2人同時にデイルームを抜けるかたちはなくすように心掛けている
	デイルームに誰もいなくても仕方がないと以前は思っていたのですが、今では誰かいないと不安に感じるようになってきました
	西ユニットでは、二人介助の方が多いので、デイルームには2人いるようにしている
	デイルームにいるときに介助の方を同じテーブルに集めるとすぐに要望にこたえられなくなるのでばらばらに座るようにしている
■デイルームに職員が滞在することにより入居者、家族の反応	
	入居者や家族から以前は探さない職員が見つからなかったが、スタッフが固定されたことにより食堂に行けばしてほしいと言えという意見があった
	デイルームが静かになったことによりお年よりが落ち着いてきた
	デイルームに職員と入居者が滞在している時間が長くなると周辺の居室の方からうるさいという苦情があった

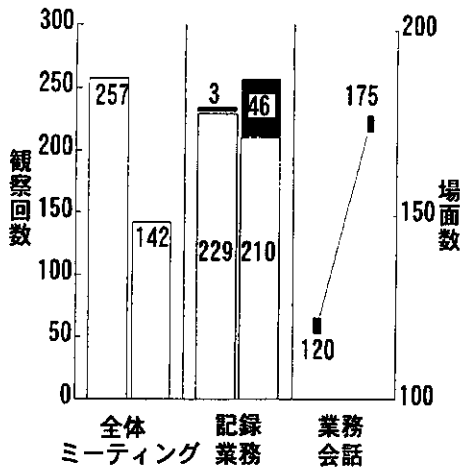
④ 管理業務の変化

図4-2-12は6月と10月に観察された管理領域内での全体ミーティング、施設全体で行われた介護職員の記録業務とユニット領域内で行われたスタッフ同士の業務会話の変化を示したものである。(観察回数は1人1人の介護職員の追跡調査データを1分毎に切きったものを1カウントとしている。カウント総数は7時から19時までに勤務している介護職全員で6月は4440カウント、10月は4950カウントある。場面数とは観察回数の中で業務連絡をしているシーンの数である。たとえば3人で会話している場合は観察回数では3カウントであるが、場面数では1カウントとしている。)

まず、大きな変化として管理領域での全体ミーティングが半分に減少していることがあげられる。これは前述したヒアリング結果にも見られるように「全てのスタッフがミーティングに参加していたが各ユニットから代表のスタッフがミーティングに参加するようにした」ことの影響が大きい。しかし、単にミーティングの人数を減らし高齢者の状況把握の質を落としたのではなく、図表4-2-13のヒアリング結果からも見られるようにユニット日誌というユニット内の情報伝達の手段を作り出し、ミーティングの内容を日誌で伝達するようにしている。それに伴い、ユニット内における記録業務や業務会話が増加している。このようにこれまでは全入居者の情報を毎日共有しなければならなかったが、小規模化することにより担当ユニット内の情報を共有するだけでよくなり、全体ミーティングに参加させる人数を減少させデイルームに職員が滞在しやすい状況が作り出されているといえる。また、ユニット内での業務会話は増加の中には、図表4-2-13のヒアリングで見られたユニット内のリビングに1人は滞在するように連携しているという意見も見られ、デイルームに滞在するようにしている介護職員の意識の変化が現れている。

問題点としては、ヒアリングからはユニット内での情報伝達や記録に関してはユニット主任の能力が大きな影響を及ぼし、ユニット移行に伴う変化に主任が対応できないと改善が行われにくい、看護婦などのユニット単位で動いていない職員にユニット内の情報がうまく伝わらないという点が出てきた。

各業務ごとの2つのグラフは左から順に6月、10月を示している。なお、黒色は、ユニット領域内で行なわれた行為を表している



上図 図表4-2-12 管理業務の変化

右図 図表4-2-13 介護職員間の情報伝達に関するヒアリング結果
 図表中の○は2回目のヒアリング調査で抽出された項目

■ユニット日誌に関する事項	
最初に各ユニットにユニット日誌を作るように頼んだ。	
西ユニットではミーティングに各2名参加していたのですが、デイルームに残ったほうがいいので参加は1名にし日誌などで情報の共有を行っています	
かの職員がしていたがうまく日誌をかけていないことが最初の方であった。	
ユニット日誌は、午後と午前のミーティングの内容しか書いていないところ、副主任が考えて意見をまとめるノートをつくるころなどユニット間で差が出てきた	
職員が、ユニット日誌に自分のユニットのお年よりに対する思いをかけるようになってきている。しかし、副主任の努力がたりないと意見や問題点が解決されないので職員の不満がたまる。	
ユニット日誌をはじめた当初は職員の動きに対する意見が多かったが、除々にお年より個人に対する意見が多くなってきた○	
■個人情報の収集に関する事項	
個人情報の管理に際してコンピュータを使うのであれば入力だけで時間を割かれてしまう。	
手書きでよければある程度は入力できる。	
個人の情報は各職員がいろいろと持っているのだけれども、それを共有できていない場合がおおい。もっとお互いの情報交換を進めたほうがいい。	
■ユニット内、ユニット間での情報交換に関する事項	
ユニット内ミーティングをしたいが、休みや出勤の職員をいれるとほとんど人が集まらない。○	
副主任がなれていない状態では、副主任が自分の仕事にいっぱいいっぱい主任、相談員、看護婦に意見が届かないことである。	
看護婦はユニット固定されていないので、情報がうまく伝わらなく精神的不安がつよくなっています。	

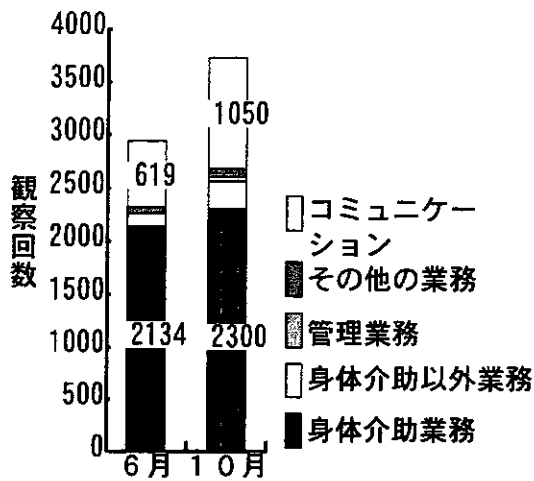
⑤ 介護内容の変化

図4-2-14に小規模化導入前後における介護職員の介護内容の変化を示す。介護量の総数に大きな差が生じているのは、同じ時間内に2つの介助を同時に行った場合はそれぞれの介助に1カウントずつ加えているためである。(例、食事介助をしながら会話をしている場合は、食事介助と会話に1カウントずつ加算されている。)

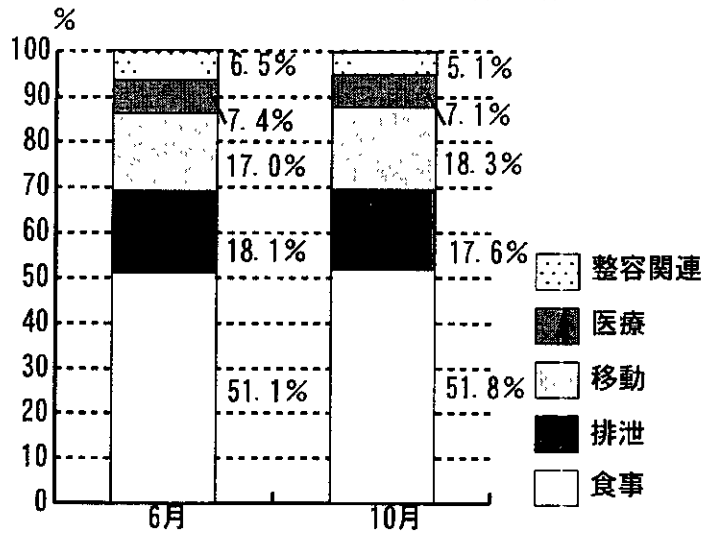
まず、基本的な介助業務である身体介助は小規模化導入前後で変わっておらず、排泄介助など一回の介助にかかる人数は減ったが全体の介助量には変化は無い。次に、コミュニケーションが小規模化導入後は大幅に増加しており量が約1.7倍になっている。このような増加は、介助と同時に会話を行うこと回数が増えたためであり、介護者が一つの介助を行うゆとりができたと考えられる。

また、これまでの考察から東ユニット、南ユニットでは改善が見られたものの、小規模化導入前は援助にきてもらっていた西ユニットではあまり大きな変化が見られなかったことを述べた。そこで、援助を得られなくなったために基本的な介助の質が落ちているかについて検討を行う。図4-2-15は身体介助について詳しく見たものである。小規模化前後で比較するとすべての介護内容において変化がみられず、これまでの基本的な介護量を維持されていた。このように、介護単位の小規模化はこれまでと同じ介護量を維持しながら介助のゆとりや、個人にあわせた介助可能にしていると考えられる。

図表4-2-14 介護業務内容の変化



図表4-2-15 身体介護業務内容の変化



⑥ 入居者の滞在場所の変化

次に介護単位の小規模化することによる介護職員の変化が入居者に与える影響について考察を行う。図4-2-16は小規模化導入前と導入後の各ユニットに所属している入居者の滞在場所を示している。

もっとも大きく変化したのは、南ユニット入居者で小規模化以前はデイルーム滞在率が24%であったが、小規模化導入後は50%以上に増えている。それに伴い、管理領域での滞在や他のユニットでの滞在が極めて減少した。その要因として、導入前は食事が終了すると介護職員により管理領域に誘導されたいたのが無くなった事、介護職員がユニット内のデイルームに滞在するようになり痴呆性の高齢者はユニット内デイルームで落ち着きやすくなった事が影響していると考えられる。東ユニット入居者、西ユニット入居者は、小規模化の導入による影響がほとんど見られず居室滞在率が6割以上を超える。このことから、介護単位の小規模化は身体機能が低く重度な高齢者よりも、痴呆が重く独歩ができる高齢者に大きな影響を与えると考えられる。そこで、次節では介護職員と高齢者が滞在場所を共有し関わりを持つことにより高齢者の落ちつきが取り戻される過程について考察を行う。

図表4-2-16 入居者の滞在場所の変化

