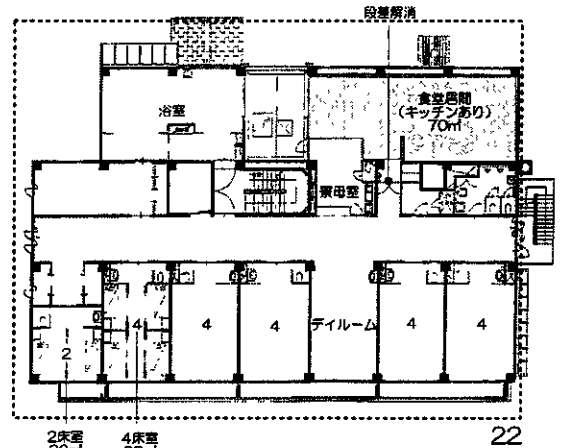
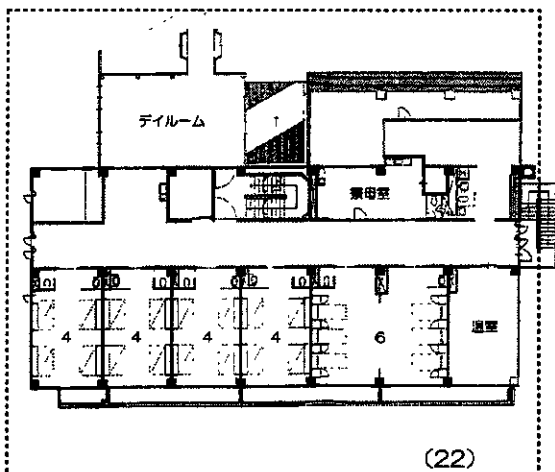


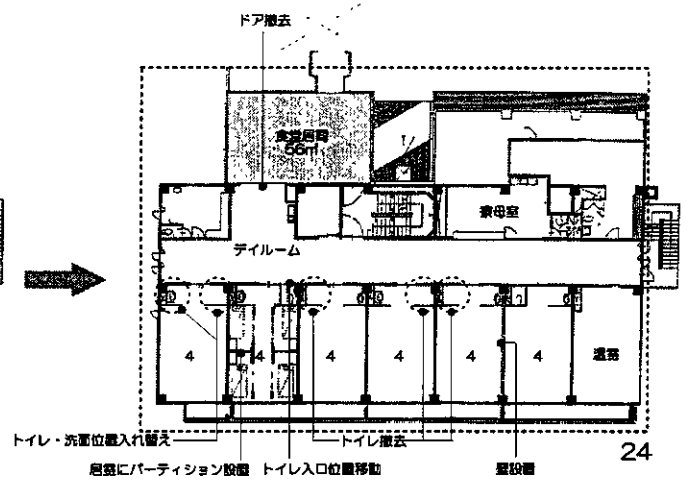
改修前 2F PLAN (部分) S=1/500



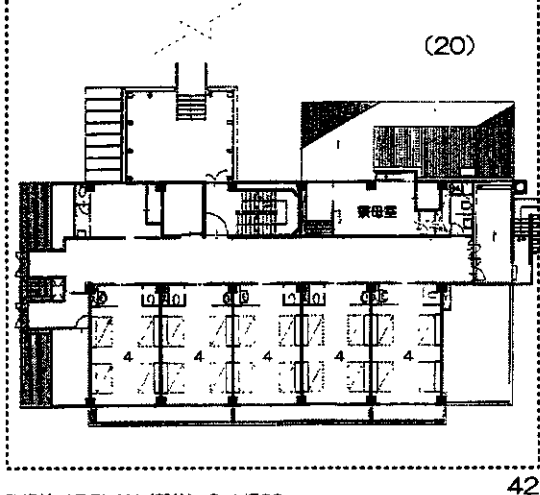
改修後 2F PLAN (部分) S=1/500  
 \*1階に管理部門、厨房あり  
 介護単位



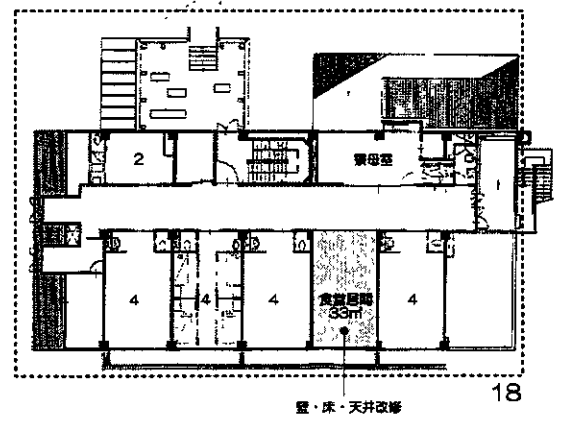
改修前 3F PLAN (部分) S=1/500



改修後 3F PLAN (部分) S=1/500



改修前 4F PLAN (部分) S=1/500



改修後 4F PLAN (部分) S=1/500

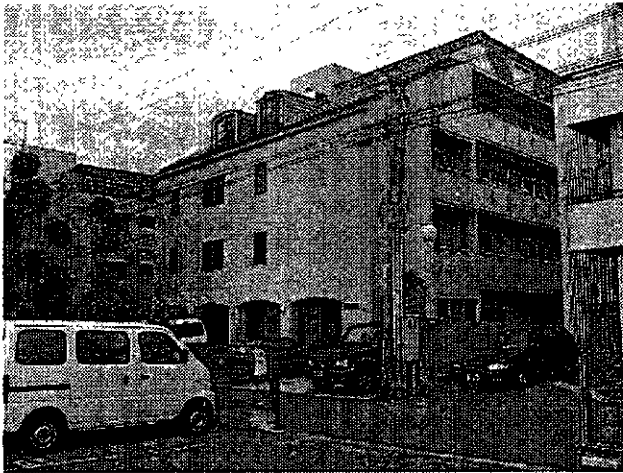


写真1 外観



写真2 居室 パーティションで領域化を目指す



写真3 4階 4床室を食堂居間に転用



写真4 2階 4床室をデイルームに。職員の記録もここで行うことも。



写真5 3階・食堂。ドアを撤去し、常時使えるように。



写真6 廊下。ソファを置き、居場所をつくるように。

## 事例報告 その8：高齢者複合施設 あつみの郷

### 1. 施設概要

所在地	愛知県渥美郡田原町大字田原字筑出35-1	
設置主体	愛知厚生連	
運営主体	愛知厚生連	
開設時期	2001年	
機能	老人保健施設、グループホーム、生活支援ハウス、デイケア	
設計監理	丹羽英二建築事務所	
ハード	敷地面積	6,666.03㎡
	建築面積	2,964.84㎡ (増築部分301.73㎡、既設部分2,678.85㎡)
	延床面積	8,793.44㎡ (増築部分516.32㎡、既設改修部分7,819.15㎡、既設未改修部分3,487.01㎡)
	構造	鉄筋コンクリート造 4階建
利用者	定員	老人保健施設(98床)、グループホーム(18名 2ユニット)、生活支援ハウス(20名)
	概要	老人保健施設 平均要介護度:3.60 車椅子:70% 寝たきり:20% 独歩:10%

### 2. 転用の経緯・特徴

1992年	老朽化した病院(病床数316 老健併設)の移転計画(近隣にて)が決定
	地元自治体が環境政策の一環として既存建物の有効活用を推進していた。旧病院を高齢者施設群に転用したいという自治体の意向が、法人の意向と一致した。 生活支援ハウスについては、自治体の意向もあり設置。
2000年	新病院完成
2000年9月～2001年7月	旧病院の転用工事实施
2001年12月	あつみの郷 開設

### 3. 転用の概要

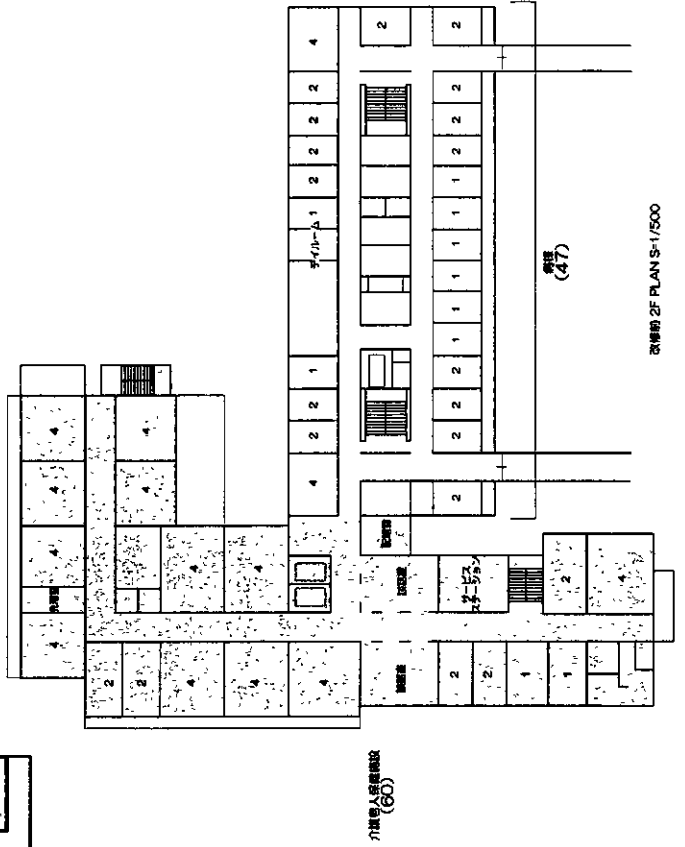
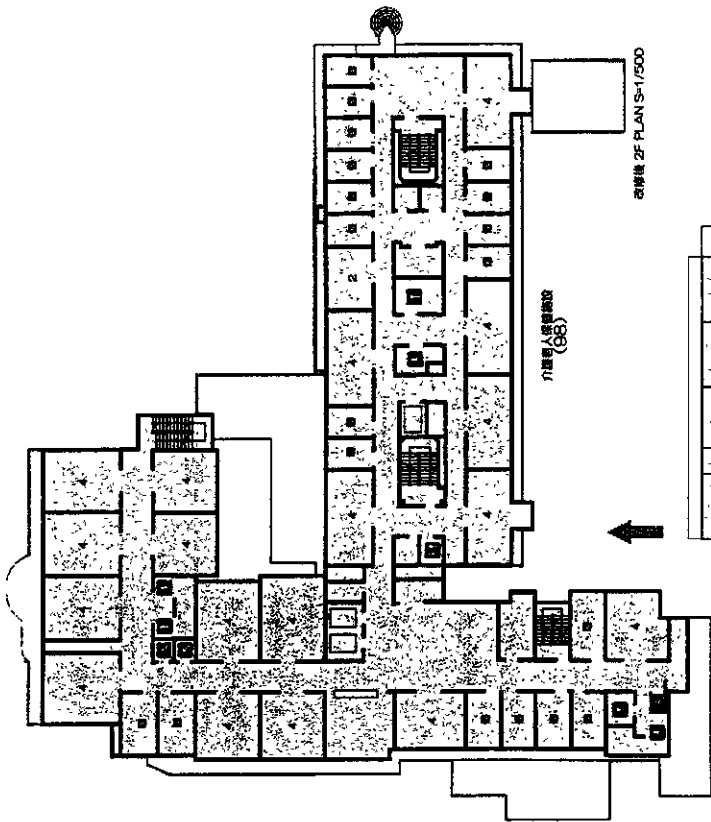
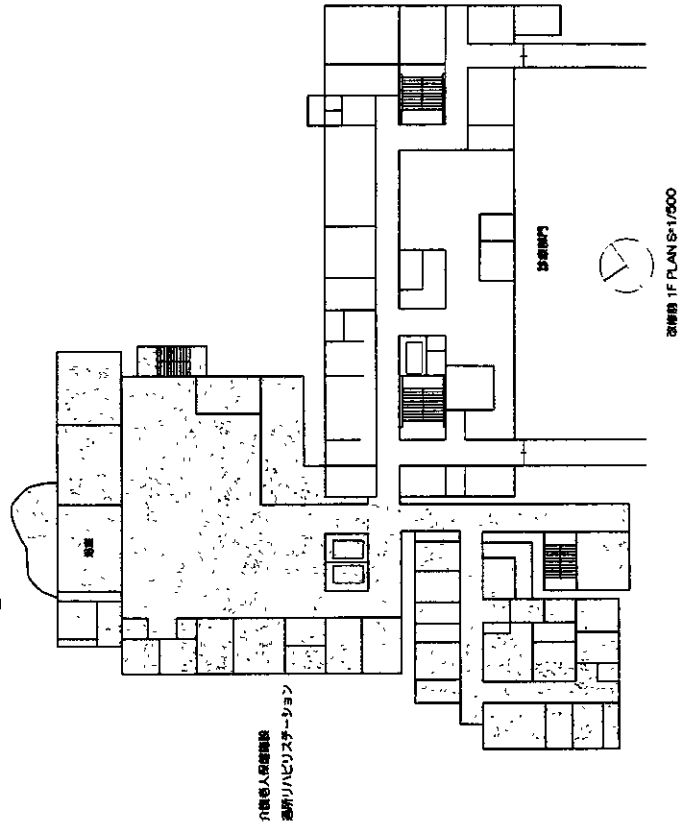
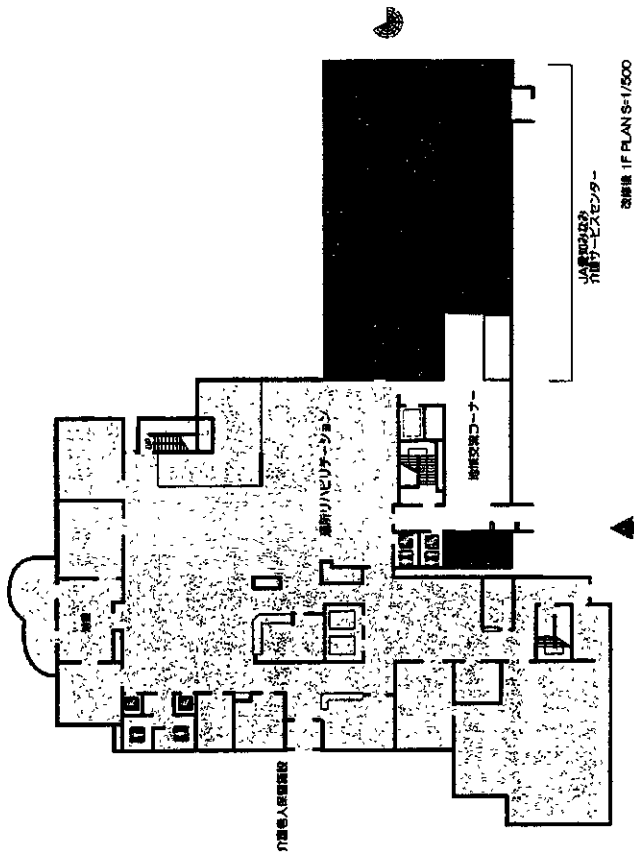
		平成2年竣工棟	昭和59年竣工棟
改修前	4階	病棟(14床)、透析センター	看護婦宿舎
	3階	病棟(22床)、ICU	管理部門(院長室ほか)
	2階	老健(60床)	病棟(47床)
	1階	デイケア、老健(食堂・浴室)	検査部門
改修後	4階	管理部門ほか	グループホーム(18名)
	3階	生活支援ハウス(20名)	
	2階	老健(60床)	老健(38床)
	1階	デイケア、老健(食堂・浴室)	地域交流センター、在宅部門

### 4. 取り組み時の課題

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 老健は100床を前提に計画した。昭和59年棟のワンフロアの中で40床の増床とし、その中で如何に個室を確保するか。</li> <li>2. 老健を運用しながら上階の改修(特に水周り)を進めるため、入居者の部屋移動、工事時間の制限などがあった。</li> <li>3. 旧老健は1990年に開設。食堂が別フロア、旧態的な浴室計画など、独歩者を対象とした構造となっているため、現在の要介護度には不適合な部分が多い。</li> <li>4. 改修コストを低くせざるを得ないという財政的な問題があった。そのため旧4床室を2療養室として活用する、コンソールパネルを撤去しない、トイレを療養室に設置できない、浴室の改造困難などの問題があった。</li> <li>5. 昭和59年棟と平成2年棟のレベル差があり、運用上大きな問題となっている。</li> <li>6. 昭和59年竣工棟については一部耐震壁があり、療養室割りでも苦労した。</li> <li>7. 片廊下1.8mの捉え方について県の指導が厳しく、コア部分の出入りが廊下からできない。</li> <li>8. エレベーターが老健部分は単独で設置しなければならないという県の指導が実態にそぐわなかった。平成2年棟は3階4階は暗唱番号を押さないと利用できない。逆に昭和59年棟は2階は止まらない。結果的にエレベーター設置数が減り、食堂浴室などへの移動が困難となる。</li> </ol>
--

5. 改修費の内訳

改修費用		5億3780万円
項目	建物	4億3370万円（病院本体解体費用含む）
	その他構築物	2480万円
	医療機器	5600万円
	備品	3330万円
資金		地元自治体からの補助金1億円。残りは自己資金。





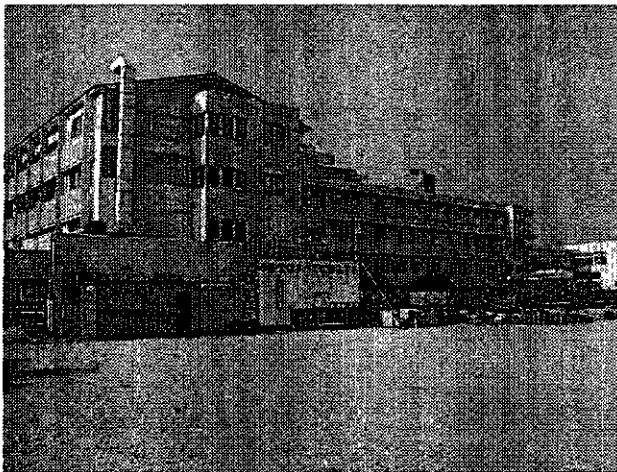


写真1 外観

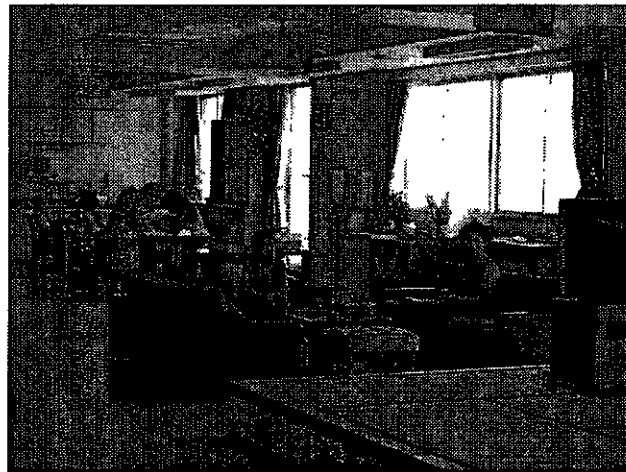


写真2 看護師宿舎を転用したグループホーム



写真3 老人保健施設 居室（病室・個室を転用）



写真4 老人保健施設4床室（病室・2床室×3を転用）

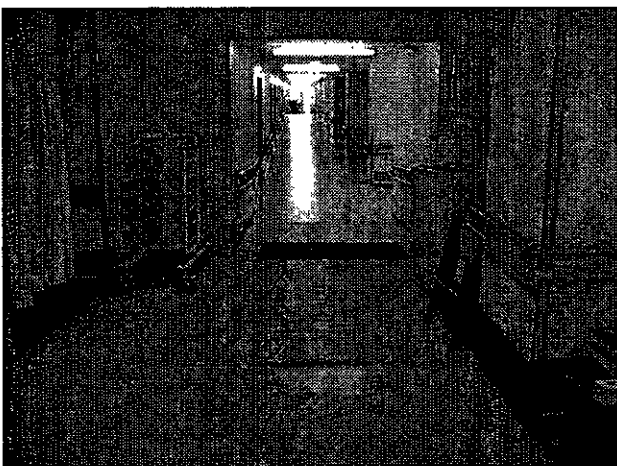


写真5 2階 旧病棟棟と旧老健棟のレベル差



写真6 老人保健施設用のエレベーターは3階・生活支援ハウスでは利用できない（県指導による）。

## 6. まとめ

### 1) 基本的方向性

既存特養護4600施設の大半は、4床室+大食堂からなる平面特性を有している。一方で、小規模生活単位型特養が登場し、ホテルコストの導入、介護報酬における従来型と新型との差異化が図られつつあり、既存特養においても居住環境を抜本的に改善することが不可欠となっている。ハード面の改善レベルについては、ユニットケア・個別ケアを実現可能なハードとするのか、小規模生活単位型特養（既存改修型）に適したハードとするのかで、改修の内容、拡張の有無、改修費用などが大きく異なり、これについて具体的な方向性を行政レベルで検討する必要がある。

### 2) 年代別にみた整備方針と小規模生活単位型特養への適応

建設年次別に整備数をみると、築10年に満たないものが半数、新耐震基準の1981年以前（超築20年）に建てられたものが1/4、その中間期に建てられたものが1/4となっている。

築20年以上のものは数年のうちに立て替えの時期にさしかかるので、既存施設ではソフトの改善を優先し、ハードの改善はユニットケアに必要な不可欠な部分に留めることが現実的である。

上記以外のものについては、小規模生活単位型特養への転換を含めて検討をする必要がある。小規模生活単位型特養の1人あたり延床面積は50㎡をこえており、従来型の補助基準（直近で34.13㎡）を大幅に上回っている。よって小規模生活単位型特養への転換を前提とするのであれば拡張、定員減のどちらかが必要となる。都市部では、拡張する敷地的余裕がないケースが殆どである。拡張の場合は莫大な資金を必要とすることもあり補助金の仕組みの再検討が、定員減の場合は削減分の取り扱いについて議論が必要である。また、定員減、拡張などを行い面積規模がクリアされたとしても、現在の小規模生活単位型特養（既存改修型）の基準にあったプランとすることは難しい点が多い。とりわけ、ユニットを通り抜けて他ユニットへ辿りつくことを認めないとする方向性は、既存特養を小規模生活単位型特養へ転換させる方向性を打ち出すのであれば、緩和することが必要である。

一方、あくまでユニットケアに必要な空間を整備するのに留めるのであれば、ユニット毎に食堂を分散させることがまずは必要であり、次いで、居室の個室化が求められる。この場合、面積的な制約もあり、個室的多床室とするのが現実的な案と思われる。

### 3) 改善時におけるハードとソフトの関係性

居住改善の方策にはハードによるものとソフトによるものの二つがある。まずもって実施されるべきは、ソフトの改善であり、具体的には一括処遇から個別ケアへの転換を行い、そのうえでユニットケアとユニット空間の導入が図られるべきである。関連視察7カ所のうち、6カ所がハードの改善に先立って、ソフトの改善を行っていた。ユニットケアの導入に際しては、ユニット毎に職員が固定配置されることとなり、これを受けて各ユニットに様々な権限を移譲させるこ



とが、ユニットの自主性を育むうえで重要である。このことにより、ハード・ソフト双方の改善について職員が主体的に関われる体制がはじめて構築されると言える。また、施設全体にユニットケアを導入するだけでなく、一部で試みを行い、その効果を確認しつつ、次のステップを検討することも、施設のモチベーションを高めるうえでは効果的である。

#### 4) 改修工事における具体的な留意点

具体的な改修にあたっての留意点を挙げる。1. 居住継続しながらの工事であるため工期の長期化は避けて通れない。改修費用は2～3割程度アップする。2. 給排水、電気、ガスなど設備と関連する部分に課題が多い。厨房、浴室のように居住継続が不可能な部分については、工事の目処がたたない場合もあり、代替機能の確保が課題となる。3. 消防法、建築基準法、福祉法の遵守が求められる。廊下幅など現行の法に疑問点がある場合は、その点についての議論が必要である。4. 改修工事は簡易なパーティションで実施するなど可変性をもたせ、ケアに応じてハードを絶えず変更できるようにしたい。ただし、居室の個室化の場合はこの限りではない。5. 職員のハードへの関与が可能な体制とすることが望ましい。

#### 5) 資金手当

特別養護老人ホームの収益率は10%を超えておりハードの改善にあたっては一定程度の自己資金が確保できると予想される。しかしながら、拡張や増築を伴う場合は、費用が億単位になることも珍しくなく、全額を自己資金でまかなうことが難しい。補助金制度の仕組みの見直しが必要となる。問題は、法人のハードへの主体的な育みを醸成するようなかたちで、自己資金を活用しつつ、必要に応じて補助金を投入してゆく仕組みづくりにあると言えよう。

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が多く、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。補助金制度の仕組みの見直しにおいては、この点にも留意したい。

#### 6) 既存特養と地域ケア

小規模生活単位型特養への転換を念頭におくと、拡張、定員減が必要となる。とりわけ敷地取得が困難な都市部では、定員減が必要不可欠となる。削減分をどのように周辺地域で手当するかについて、行政レベルでの検討が必要となる。具体的には、グループホームのように小規模居住として地域に点在させるのか、別敷地の手当に何らかの配慮を行い従来と変わらない地域との関わりをもった特養とするのか、これらを小規模生活単位型特養への転換とあわせて、検討する必要がある。