

研究ノート

## 高齢者居住施設等の設備・サービス・職員に関する検討

—サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームを中心に—

高夢彤<sup>1</sup>・中山慎吾<sup>2</sup>

### Examination of Equipment, Service, and Personnel in Residential Facilities for the Elderly:

Focusing on *Sabisu Tsuki Koreisha-muke Jutaku* (Homes for the Elderly with Daily Life Assistance) and *Yuryo Rojin Homu* (Retirement Homes for the Elderly)

Mengtong GAO<sup>1</sup> and Shingo NAKAYAMA<sup>2</sup>

キーワード 高齢者施設, 施設基準, 介護, 生活支援

*Keywords:* facilities for the elderly, facility standards, long-term care, daily life assistance

#### 1. 研究の目的と方法

高齢化の進展・核家族化による家族介護機能の低下によって、介護が必要な高齢者や、自宅での生活が困難な高齢者が増加してきた。濱田 (2009: 18-27) は、自宅に住み続けられない原因を、「①住み慣れたはずの自宅が必ずしも安全ではないということ」「②家族介護機能の低下」の2点にまとめている。その状況の中、1990年代には住宅政策と福祉政策の歩み寄りもみられ、ケアサービスを付加したシルバーハウジングや高齢者向け優良賃貸住宅などの整備も始まった (社団法人シルバーサービス振興会 2005: 2-7)。

濱田 (2009: 133-140) によると、2000年からの介護保険制度によって介護サービス事業への参入が民間企業などにも認められることになったが、介護付き有料老人ホームなどの増加は介護保険財政悪化の要因の一つだと考えられるまでになっていった。2006年に打ち出された総量規制によって介護付き有料老人ホームよりも住宅型有料老人ホームや高齢者向け賃貸住宅が増えていった。

高齢者向け賃貸住宅は2011年にサービス付き高齢者向け住宅に一本化された。

サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームでは、介護度が比較的高い高齢者を受け入れる傾向もみられる。これらの施設または住宅と、従来の軽費老人ホームや特別養護老人ホーム等との比較も含め検討を進めることは、今後の高齢者の生活や支援のあり方を考えるうえで意味がある。

高齢者向けの施設または住宅にはそれぞれに基準があるが、実際には基準を超えるサービス内容、設備、職員等が工夫されている。本研究は施設・住宅の各基準を参考にしつつ、施設・住宅の実例を紹介した文献に基づき、その実態を検討することを目的とする。

検討の視点としては、①設備、②サービス内容、③職員の3つの視点に着目する。施設の実例に基づく検討は、主にサービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームを中心に行う。施設の実例に関しては、「日経ヘルスケア」および「日経アーキテクチャ」に、施設の具体的な状

<sup>1</sup> 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士前期課程

Master course of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan  
2015年5月30日受付, 2015年8月6日採録

<sup>2</sup> 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科教授

Professor of Welfare Society, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan  
2015年5月30日受付, 2015年8月6日採録

表1 本稿において参照する施設・住宅と引用元

no	施設種別	開設年	運営主体	引用元	no	施設種別	開設年	運営主体	引用元
1	住宅型有老	2004	会社	日経アーキテクチュア (2004)	24	サ付き住宅	2012	会社	日経ヘルスケア (2013a)
2	ケアハウス	2003	社福	日経アーキテクチュア (2004)	25	サ付き住宅	2011	会社	日経ヘルスケア (2013a)
3	介護付有老	2004	会社	日経アーキテクチュア (2004)	26	サ付き住宅	2013	会社	日経ヘルスケア (2013a)
4	介護付有老	2005	会社	日経ヘルスケア21 (2006a)	27	サ付き住宅	2012	医療	日経ヘルスケア (2013b)
5	介護付有老	2004	会社	日経ヘルスケア21 (2006a)	28	サ付き住宅	2011	会社	日経ヘルスケア (2013c)
6	介護付有老	2000	会社	日経ヘルスケア21 (2006a)	29	サ付き住宅	2012	医療	日経ヘルスケア (2013d)
7	介護付有老	2006	医療	日経ヘルスケア21 (2006b)	30	住宅型有老	2008	会社	日経ヘルスケア (2013e)
8	介護付有老	2007	医療	久保 (2008a)	31	サ付き住宅	2012	会社	日経アーキテクチュア (2013a)
9	有老	2007	医療	村松 (2008b)	32	サ付き住宅	2012	会社	日経アーキテクチュア (2013b)
10	高専貸	2008	医療	村松 (2008b)	33	サ付き住宅	2010	会社	日経アーキテクチュア (2013b)
11	特養	1996	社福	井田 (2009)	34	サ付き住宅	2012	会社	日経アーキテクチュア (2013c)
12	介護付有老	1998	会社	井田 (2009)	35	サ付き住宅	2012	会社	日経アーキテクチュア (2013c)
13	グループホーム	2004	社福	井田 (2009)	36	サ付き住宅	2010	会社	日経アーキテクチュア (2013c)
14	サ付き住宅	2011	会社	日経ヘルスケア (2012a)	37	サ付き住宅	2013	会社	日経アーキテクチュア (2013c)
15	住宅型有老	2012	会社	日経ヘルスケア (2012a)	38	介護付有老	2012	会社	日経ヘルスケア (2013f)
16	サ付き住宅	2011	会社	日経ヘルスケア (2012a)	39	住宅型有老	2013	会社	日経ヘルスケア (2013g)
17	サ付き住宅	2012	医療	日経ヘルスケア (2012a)	40	サ付き住宅	2009	医療	日経ヘルスケア (2013h)
18	介護付有老	2012	会社	日経ヘルスケア (2012a)	41	サ付き住宅	2012	医療	日経ヘルスケア (2013h)
19	住宅型有老	2009	会社	日経ヘルスケア (2012b)	42	サ付き住宅	2013	会社	日経ヘルスケア (2013h)
20	サ付き住宅	2009	会社	日経ヘルスケア (2012c)	43	住宅型有老	2013	会社	日経ヘルスケア (2014a)
21	介護付有老	2003	会社	日経ヘルスケア (2012d)	44	サ付き住宅	2013	会社	日経ヘルスケア (2014b)
22	介護付有老	2012	会社	日経ヘルスケア (2012e)	45	サ付き住宅	2013	医療	日経ヘルスケア (2014b)
23	サ付き住宅	2012	医療	日経ヘルスケア (2013a)	46	サ付き住宅	2013	会社	日経ヘルスケア (2014b)

注) 有老は有料老人ホーム、サ付き住宅はサービス付き高齢者向け住宅、特養は特別養護老人ホーム、高専貸は高齢者専用賃貸住宅の略。会社は株式会社または有限会社、社福は社会福祉法人、医療は医療法人、日経アーキテクチュアは日経アーキテクチュア編集部、日経ヘルスケア21は日経ヘルスケア21編集部、日経ヘルスケアは日経ヘルスケア編集部の略である。

No.9は住宅型と介護付きの両方を含む有料老人ホームとなっている。

No.16は掲載時は高齢者向け専用賃貸住宅で、サービス付き高齢者向け住宅申請中だった。

態について紹介する記事が多く見いだされた。本研究ノートではこの2誌の2003年～2013年の記事のうち、高齢者居住施設および住宅に関する記事をできるだけ多く収集し、検討を行うこととした。本稿で施設・住宅の実例として検討の対象としたのは、表1に示す46件である(本文中でたとえばNo.1と表記する場合、表1の左側の番号が1の施設を示す)。

## 2. 施設の設備に関する基準と実例の検討

「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では、設備の基準について次のように規定されている。「有料老人ホームが提供するサービス内容に応じ、次の機能を有する設備を設けること。一般居室又は介護居室、一時介護室、食堂、浴室、便所、洗面設備、医務室(又は健康管理室)、談話室(又は応接室)、事務室、宿直室、洗濯室、汚物処理室、看護・介護職員室、機能訓練室、健康・生きがい施設」。

サービス付き高齢者向け住宅については、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」第1条で、「高齢者が日常

生活を営むために必要な福祉サービスの提供を受けることができる良好な居住環境を備えた高齢者向けの賃貸住宅等の登録制度を設ける」としている。設備に関しては、第7条に登録の基準が規定されている。登録の基準に含まれるのは、居住部分の床面積、構造及び設備、加齢対応構造、入居者の資格、サービスの提供である。

「構造及び設備」の基準については、第9条で次のように規定されている。「(前略)原則として、各居住部分が台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであることとする。ただし、共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えることにより、各居住部分に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合にあつては、各居住部分が台所、収納設備又は浴室を備えたものであることを要しない。」

居室の面積は、有料老人ホームの場合、一般居室では13平方メートル以上、介護居室(個室)は18平方メートル以上である。サービス付き高齢者向け住宅の場合、「高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則」に25平方メートル以上(居間、食堂、台所等の共同部分が十分ある場

表2 設備に関する記述内容(抜粋)

no	種別	内容	種類
2	ケアハウス	42m <sup>2</sup> (1人用)と56m <sup>2</sup> (42m <sup>2</sup> はケアハウス設置基準の倍近い)。	居室
18	介護付有老	一般居室40m <sup>2</sup> ~133.4m <sup>2</sup> , 広さ20m <sup>2</sup> 強の介護居室21.7m <sup>2</sup> ~22.9m <sup>2</sup> 。	
24	サ付き住宅	34.51m <sup>2</sup> ~53.54m <sup>2</sup> (40m <sup>2</sup> 弱の居室が中心。団塊の世代を意識し、夫婦や家族も住める物件を提供)。	
39	住宅型有老	18.16m <sup>2</sup> ~18.68m <sup>2</sup> (居室じたいは広がらないが、共用部を含めると1人あたり約48m <sup>2</sup> 。「できるだけ居室外に出て共用部で過ごしてほしい」との願い)。	
40	サ付き住宅	18m <sup>2</sup> ~45m <sup>2</sup> (全居室に在宅血液透析の機器を完備し、短時間頻回透析が実施可能に。入居者の3分の1は透析患者。「生活の場」らしく内装にも配慮)。	
43	住宅型有老	20.15m <sup>2</sup> ~20.8m <sup>2</sup> (居室玄関外のガラス戸棚に好みの物を飾り自室の目印に)。	
46	サ付き住宅	29.55m <sup>2</sup> ~46.11m <sup>2</sup> (2人部屋は早めの住み替えを検討中の高齢者夫婦からの問い合わせが多い)。	
1	住宅型有老	多目的室と図書コーナー、娯楽室(他は外部で対応可能と判断)。	共用スペース
3	介護付有老	各階にミニキッチン付き団らん室と食堂(食堂はレストランのイメージ)。1階は受付カウンターをなくし、ラウンジを設けいつでもコーヒーが飲める。	
22	介護付有老	1階はすべて共用スペース(ラウンジ、多目的室)。2・3階に住戸と共用浴室、リビングダイニング(一角にオープンキッチンを設け、そこでも調理)。	
31	サ付き住宅	3階に共用ラウンジ(共用部分をまとめて交流の場に。家と感じられる工夫)。6階に予約制の個別浴室2室(希望者は介護サービスも受けられる)。	
32	サ付き住宅	共用廊下の各住戸前には、入居者が自由に物を飾れるウェルカムデッキ(居住者たちのコミュニケーションの場に活用)。2・3階にイベントや各種教室を開ける共用スペース。1階のカフェ(周辺地域向け飲食店)は入居者の食事サービスの場に。	
43	住宅型有老	1階にレストラン(家族と食事可能なパーティールーム併設)、アクティビティの場となるクラブサロンなどの共用部を集約。認知症高齢者などに対応する「スペシャルケアフロア(居室8室・リビングダイニング・浴室)」を、共用部と独立して設置。	
18	介護付有老	在宅療養支援診療所を併設(外来、訪問診療)。	
37	サ付き住宅	介護型サ付き住宅(本館)を併設(2階渡り廊下で連絡)。食品や日用品を販売するドラッグストアとフィットネスクラブも併設(利便性の向上を図る)。	併設事業所等
39	住宅型有老	通所介護、訪問介護・訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護支援事業所などを併設。	
42	サ付き住宅	定期巡回・随時対応型訪問介護看護(一体型。包括報酬のため、訪問件数が増えがちな重度者に向く。居室の清掃等も含む)、通所介護、訪問看護、居宅介護支援事業所、保育所併設。	
44	サ付き住宅	通所介護、居宅介護支援事業所を併設(「入居者が自宅にいたときと同じサービスを使い続けられる」。「問い合わせ」を一切しない点をアピール。併設通所介護利用の入居者は5人。通所介護では介護保険外の「お泊まりデイ」3室も提供)。	
45	サ付き住宅	通所介護、診療所(無床。CTやマンモグラフィ等検査機器あり)、居宅介護支援事業所を併設。入院が必要な場合はグループ内の有床診療所2カ所を活用。	

合は18平方メートル以上)と規定されている<sup>3)</sup>。単純な比較はできないが、基準上は有料老人ホームよりもサービス付き高齢者向け住宅の居室面積の基準が広いと言える。

なお、特定施設の設備に関しては、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第177条で介護居室、一時介護室、浴室、便所、食堂、機能訓練室のそれぞれに関する規定をおいている<sup>4)</sup>。

施設・住宅の実例について、設備に関する内容を整理すると、「居室」「共用スペース」「併設事業所等」が含まれていた。その一部をまとめたのが表2である。

「居室」に関しては、それぞれの施設の居室面積が示されている。施設間で比べると、サービス付き高齢者向け住宅の居室のほうが広い傾向がある。介護付き有料老人ホームでも、たとえば一般居室40m<sup>2</sup>~133.4m<sup>2</sup>、介護居室21.7m<sup>2</sup>~22.9m<sup>2</sup>とかなり広い例がある(No.18)。どの種別でも、施設の基準と比べて広い居室を確保している場合が多い。その一方、月額利用料金を低く収めるこ

とを重視する場合もある(No.25など)。また居室を広くせず共用スペースを広くし、お互いの交流を図ろうとする場合もある。南欧風のデザイン(No.32)など内装や家具の工夫もなされている。

「共用スペース」には多目的室や図書コーナー、娯楽室、食堂、厨房等の設備などが含まれている。廊下は住宅型有料老人ホームでも車いすが回転できる1.5m幅を確保し、転倒しても危険が少ないカーペット敷きになっている例があった(No.1)。廊下の幅を広くし、テーブルやいすを置く例もある(No.41)。リビング・ダイニングを囲むように居室を配置し、居室に閉じこもらないように共用スペースの快適さへの配慮が多くの施設で見られる(No.3など)。共用の浴場があると、入居者の多くは居室の浴室よりも共用浴場を主に利用するようである(No.35)。都市部では、食事やイベントを行うホールを地階に作るなど、共用部をコンパクトなものにする工夫も見られた(No.33)。

表3 サービス内容に関する記述内容(抜粋)

no	種別	内容	種類
29	サ付き住宅	予防医療、アンチエイジングを念頭に、「運動」とともに「食」を重視。	食事サービス
41	サ付き住宅	訪問看護師が行う経管栄養のケアは食費相当分のサービスとして保険外で実施。	
46	サ付き住宅	外部サービス利用型で訪問介護・通所介護を委託している会社に食堂運営も委託。	
15	住宅型有老	生活支援サービス(訪問介護スタッフが、訪問介護と、入居者の見守りなどの介護保険外の生活支援サービスの双方を手がける)。	生活支援サービス等
18	介護付有老	フロントサービスや送迎・代行サービスなどの自費の生活支援サービスも提供。	
27	サ付き住宅	定額(月額4万2000~5000円)で介護保険の自己負担分、保険外の介護保険相当サービス、サ付き住宅の登録条件となる見守りなどのサービスを受けられる(要介護3以上は限度額を超えるため、このバック料金の恩恵が大きい)。	
46	サ付き住宅	生活支援サービスに関しては、外部サービス利用型の基本部分(定額の介護報酬の部分)で、サービス計画作成、安否確認、生活相談業務を算定。	医療サービス等
2	ケアハウス	同じ建物内に、要介護になった際の移転先として特定施設ケアハウスを設置。	
9	介護付・住宅型有老	近隣に同じ医療法人の病院があり、転倒による骨折、肺炎などの入院も(退院後は再び同施設に)、病院のソーシャルワーカーと連携し退院後のフォローが万全。	
19	住宅型有老	胃瘻・中心静脈栄養も受け入れる(平均要介護度4.7)。支給限度基準額を超える訪問介護・看護サービスは保険外サービスとして定額で提供。在宅医療を手がける診療所の4人の医師と連携。	
20	サ付き住宅	略痰吸引や経管栄養、胃瘻などの要介護者も多い(平均要介護度4.0)。支給限度基準額を超える場合医療処置を含めた定額サービス(月5万円)で対応。在宅医療に熱心な医師や開業医、3人との連携体制を構築(ターミナルケアに対応)。	
23	サ付き住宅	平均要介護度2.98で胃瘻や経管栄養など医療的ケアが必要な入居者が多く、全員が訪問看護を利用。建物内の通所介護事業所の看護師(3名)を中心に胃瘻管理等の保険外サービスを提供(月2万円)。	
38	介護付有老	「手厚い看護加算」(月4万円)を支払えば、看護師の24時間ケアを受けられる。	
43	住宅型有老	1日のうち介護を受ける必要のない長い時間をどう過ごすかを企画する職員を専任で置き、アクティビティの充実を図っている。	その他

「併設事業所等」では、訪問介護、訪問看護、通所介護、居宅介護支援事業所などを建物内や隣接地などに置く例が多い。小規模多機能サービス(No.26, 31)や定期巡回・随時対応型サービス(No.16, 24, 42)を実施または実施予定としている例もあった。診療所(無床または有床)等が建物内、隣接地または近隣にあり、外来、訪問診療、入院に対応している例も多い。療養通所介護(No.41、定員8人に看護・介護職を手厚く配置)、自費ショートステイ(No.46)、疾病予防運動施設という意味をもつフィットネスクラブ(No.29)、カフェやレストラン(No.32など)や店舗(No.34)を併設している例もある。入居者ばかりでなく地域の人々の利用も想定されている。

### 3. サービス内容に関する基準と事例の検討

「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では9項目のサービス内容が書かれている。(1) 食事サービス、(2) 相談・助言等、(3) 健康管理と治療への協力、(4) 介護サービス、(5) 機能訓練、(6) レクリエーション、(7) 身元引受人への連絡等、(8) 金銭等管理、(9) 家族との交流・外出の機会の確保。

サービス付き高齢者向け住宅の生活支援サービスに関して「高齢者の居住の安定確保に関する法律」第6条では「状況把握サービス、生活相談サービスその他の高齢

者が日常生活を営むために必要な福祉サービス」とあり、「高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則」第5条では「一 状況把握サービス 二 生活相談サービス 三 入浴、排せつ、食事等の介護に関するサービス 四 食事の提供に関するサービス 五 調理、洗濯、掃除等の家事に関するサービス 六 心身の健康の維持及び増進に関するサービス」とある。

特定施設の基準では、「介護」「健康管理」「相談及び援助」が強調されているほか、「利用者の家族との連携等」に関する記述もあるのが特徴的である。

施設・住宅の実例について、サービスに関する内容を整理すると、「食事サービス」「生活支援サービス等」「医療サービス等」「その他」が含まれていた(表3)。

「食事サービス」としては、入居者の調理の一部を行うことで家庭らしさを出したり、アンチエイジングを意識して食事サービスに取り組む例があった。調理した食品を急速冷凍し、食べる際に再加熱する方式を採用している住宅型有料老人ホームもあった(No.15)。入居者の料金負担を抑えるため経管栄養ケアを食費に含め保険外に位置づける場合もあった。「生活支援サービス等」は、主に生活相談、安否確認、緊急対応等が含まれるが、送迎サービス等を行っている場合もある。外部サービス利用型特定施設の場合、生活支援サービスも介護保険の基

表4 職員に関する記述内容(抜粋)

no	種別	内容	種類
16	サ付き住宅	スタッフ18人(うち正職員11人)。訪問介護と生活支援サービス業務を日によって替えたシフトで働く。	看護・介護等職員配置
18	介護付有老	介護、看護職員は特定施設の指定基準の2倍に相当する1.5対1の配置。	
19	住宅型有老	1日の中で、1人の介護職員(併設の訪問介護事業所)が介護保険サービスと保険外の生活支援サービスの両方を担当。	
20	サ付き住宅	日中の体制は訪問介護13人、通所介護に介護職員7人と看護職員1~2人。サ付き住宅内の独立の生活支援サービスに介護職員5人、看護職員4人(通所介護職員はサービス提供時間が決まっているので、サ付き住宅職員としても関わる)。	
27	サ付き住宅	スタッフは14人、このうち介護スタッフが10人、看護スタッフが3人(1人は施設長兼看護師、2人は准看護師)、事務スタッフが1人(訪問介護および通所介護事業所の保険サービスは、これら14人が「多能工的」に受け持つ)。	
41	サ付き住宅	訪問介護スタッフは担当制(起床時の居室訪問・ダイニングスペースへの誘導・食事介助など単価の高い身体介護はサービス費用を徴収せず、洗濯・掃除など生活支援サービスのみケアプランに位置づけ)。	
46	サ付き住宅	外部サービス利用型特定施設のため、施設の介護職員は要介護者10人に対して1人で済む。ケアマネジャーも施設内に常駐し、いつでも相談できる。	
15	住宅型有老	訪問介護スタッフ1人が入居者の食事の再加熱作業を行うほか、夜間当直も持ち回りで担当。	日中と夜間の体制
19	住宅型有老	同社が運営する訪問介護・看護事業所のスタッフが24時間体制で常駐。日中は介護職員約5人、看護職員2~3人、夜間各1人従事(ターミナルケアにも対応)。	24時間対応
13	グループホーム	医療連携体制加算(施設に看護師を配置しなくても、訪問看護ステーションと契約で看護師1人以上の24時間の連絡体制を整えれば算定できる)。	
14	サ付き住宅	130戸中80戸が特定施設。特定施設のフロアには24時間スタッフが常駐。	
24	サ付き住宅	介護福祉士などスタッフが毎日全居室を訪問し安否確認、適宜生活相談。入居者に貸与する緊急時対応ペンダントで24時間365日体制でスタッフが駆けつける。	
40	サ付き住宅	近隣の同法人の在宅リハビリテーションセンターの看護師の夜間の巡回等により24時間対応で介護、看護を提供(入居者の3分の1は透析患者。神経難病入居者が約1割。それ以外も脳血管疾患や癌などを抱える。平均要介護度3.04)。	
43	住宅型有老	認知症高齢者対応のスペシャルケアフロアに専任の職員を24時間配置。	
31	サ付き住宅	5、6階に介護事業責任者の住宅があり、日常的な見守り。	
42	サ付き住宅	住宅内の介護職・看護職間の「健康管理提携票」を連絡ツールとして情報共有。	その他
43	住宅型有老	1階クラブサロンでは専任職員が配置され、脳機能向上のトレーニングやストレッチなどを実施。	

本サービスの中にも含めている。「医療サービス等」については、同じ系列の診療所・病院との連携が見られる一方、近隣で在宅診療に取り組む診療所等と連携する場合もある(No.14, 19, 20)。看取り介護は、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅でも取り組まれている場合がある(No.19, 20)。

#### 4. 職員に関する基準と事例の検討

有料老人ホームに関しては「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」で「施設長、事務員、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員、栄養士、調理員」を配置することとし、夜間の介護や緊急時の対応、介護サービスを提供する場合の介護・看護職員の配置、施設長についての規定がある。

サービス付き高齢者向け住宅については、法律と施行規則には職員の配置に関する明確な基準が見られず、特定施設に関しては「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第175条に生活相談員、看

護職員または看護職員、機能訓練指導員、計画作成担当者の規定がある。

施設・住宅の実例について、職員に関する内容を整理すると、「看護・介護等職員配置」「日中と夜間の体制」「24時間対応」「その他」の内容が含まれていた(表4)。

「看護・介護等職員配置」に関しては、介護付き有料老人ホームにおける看護、介護等職員の人数が充実し、基準を超える人数を配置している場合もある。サービス付き高齢者住宅や住宅型有料老人ホームでも、併設する訪問介護・訪問看護事業所等の職員がシフトを工夫したりして関わり、介護等の充実を図っている場合がある(No.16, 19, 27)。そのような工夫は「日中と夜間の体制」や「24時間対応」でも見られる。訪問看護を24時間対応可能とし、入居者が肺炎を起こした場合などには頻回な訪問でサポート(不規則の喀痰吸引を原則無償で実施)するなどしている場合がある(No.41)。

## 5. まとめ

本稿での検討内容を整理すると次のようになる。

- (1) 居室は基準を超える広さを確保する例が多く見られたが、料金設定や共用スペースでの他利用者との交流などとの兼ね合いも考慮されていた。
- (2) 面積のほか、居室や共用スペースのデザインや快適さに配慮している例が見られた。共用スペースは多様であり、実際の活用のされ方にも工夫がみられた。
- (3) 併設の居宅サービス事業所やカフェなどの店舗、診療所、フィットネスクラブは、近隣の住民も利用でき、入居者との接点ともなりうる。
- (4) サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームでは、併設の訪問介護事業所等の職員が施設の生活支援サービス等に関わるシフト等の工夫がなされている例が見られた。終のすみかともなるよう、看取りも視野に入れたサービスに取り組む例もある。

生活相談等については、様々な職員が臨機応変に対応している場合が多い。なお、ソーシャルワーカーやソーシャルワークという言葉は、今回取り上げた施設の記事にはほぼ見られなかった。しかし、施設の責任者や計画作成担当者等が、ソーシャルワーカー的役割を果たす場合もあると推測される。また実際には他の介護職員や看護職員もソーシャルワークの機能を担っていると言えるかもしれない。

今回の研究は事例の収集が2誌に限られ、当該時期の記事を完全に網羅してはいない。2誌の性格上、記事の内容には、医療や建築に関する内容が多くなる傾向にある。そのような限界はあるが、本研究ノートの考察は、今後より広範な事例を検討するうえで、参考となると考える。

### 注

- 1) 厚生労働省 (2013) (以下、引用元の注記を略す。なお本稿における法律や指針等の条文の引用では、条文中の括弧を付けて書かれている言葉を省略している場合がある)。これらの設備に関して、以下のような注がつけられている。浴室、便所、洗面設備は、居室内に設置されている場合を含む。機能訓練を行うために適当な広さの場所が確保できる場合には、機能訓練室を設置しなくてもよい。健康・生きがい施設に関しては、例えば、スポーツ、レクリエーション施設、図書室等を設けることが望ましい。
- 2) 国土交通省・厚生労働省 (2011) (以下、引用元の注記を略す)。

- 3) 国土交通省・厚生労働省 (2012) (以下、引用元の注記を略す)。なお一般的な軽費老人ホームの場合21.6平方メートル以上 (洗面所、便所、収納設備及び簡易な調理設備を除く面積は14.85平方メートル以上)、共同生活室を設ける場合15.63平方メートル以上、都市型軽費老人ホームでは7.43平方メートル以上である (厚生労働省2012a、軽費老人ホームの他の引用元も同じ)。
- 4) 特定施設と特別養護老人ホームや介護老人保健施設の基準の違いを見ると、特別養護老人ホームには「静養室」、「医務室」、「介護職員室」、「看護職員室」、「介護材料室」の規定が含まれ、介護老人保健施設には「療養室」、「レクリエーション・ルーム」、「サービス・ステーション」の規定が含まれ、特定施設には「一時介護室」、「介護居室」の規定がある (特定施設は厚生労働省2012d、特別養護老人ホームは厚生労働省2012b、介護老人保健施設は厚生労働省2012c。以下の本稿での3施設に関する引用元も同じ)。
- 5) たとえば「(2) 相談・助言等」については、「入居時には、心身の健康状況等について調査を行い、入居後は入居者の各種の相談に応ずるとともに適切な助言等に努めなければならないこと」と書かれている。なお、老人福祉法第29条には有料老人ホームについての規定がある (厚生労働省2011)。
- 6) 相談及び援助については「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第187条に「常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な支援を行わなければならない」、利用者の家族との連携等については第188条に「常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない」とある。なお、ユニット型特別養護老人ホームの基準では、入居者が「相互に社会的関係を築き」という言葉が使われている。介護老人保健施設の基準では、利用者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならないとされている。
- 7) 特定施設の規定は特別養護老人ホームや介護老人保健施設の規定と共通する点が多いが、介護老人保健施設には「薬剤師」「理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士」「介護支援専門員」の規定があり、特定施設には「計画作成担当者」の規定がある。介護職員及び看護職員の数に関しては特別養護老人ホームの常勤換算法では入所者数が「30を超えない」「30を超えて50を超えない」「50を超えて130を超えない」「130を超える」の4分類を前提にしている。

### 文献

- 濱田孝一 (2009). 「有料老人ホームがあぶない：崩壊する高齢者住宅事業」東京：花伝社。
- 井田恭子 (2009). 「入居者の重度化で避けられない本気で取り組む介護施設での看取り」『日経ヘルスケア』(231)：65-70。

- 国土交通省・厚生労働省 (2011). 「高齢者の居住の安定確保に関する法律」(最終改正:平成23年6月).
- 国土交通省・厚生労働省 (2012). 「高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則」(最終改正:平成24年3月).
- 厚生労働省 (2011). 「老人福祉法」(最終改正:平成23年12月).
- 厚生労働省 (2012a). 「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」(最終改正:平成24年1月).
- 厚生労働省 (2012b). 「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」(最終改正:平成24年3月).
- 厚生労働省 (2012c). 「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」(最終改正:平成24年3月).
- 厚生労働省 (2012d). 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(最終改正:平成24年3月).
- 厚生労働省 (2013). 「有料老人ホームの設置運営標準指導指針」(最終改正:平成25年3月).
- 久保俊介 (2008a). 「介護付き有料老人ホームの開設と運営のポイント (1) 配置職員による介護が強み」『日経ヘルスケア』(224): 69-72.
- 村松謙一 (2008b). 「中小病院の生き残り戦略 高齢者住宅で差をつけろ」『日経ヘルスケア』(227): 60-64.
- 日経アーキテクチュア編集部 (2004). 「有料老人ホーム・ケアハウス 元気なシニア狙って、施設っぽさを消す方向に」『日経アーキテクチュア』(767): 48-53.
- 日経アーキテクチュア編集部 (2013a). 「福祉機能重視で居室コンパクト化」『日経アーキテクチュア』(1006): 38-41.
- 日経アーキテクチュア編集部 (2013b). 「サ付き住宅・病院建築の競争力: 介護機能を加えた複合施設に活路」『日経アーキテクチュア』(1006): 34-35.
- 日経アーキテクチュア編集部 (2013c). 「自立型+介護型 介護の要不要に応じた居室を用意」『日経アーキテクチュア』(1006): 42-45.
- 日経ヘルスケア21編集部 (2006a). 「クリニックを誘致せよ! 増える診療所併設型有料老人ホーム」『日経ヘルスケア21』(195): 65-68.
- 日経ヘルスケア21編集部 (2006b). 「病床を有老ホームと老健施設に 旧施設を転換した福岡・栄光病院」『日経ヘルスケア21』(200): 48-51.
- 日経ヘルスケア編集部 (2012a). 「半歩先行く先進事例に学ぶ戦略」『日経ヘルスケア』(271): 27-34.
- 日経ヘルスケア編集部 (2012b). 「終末期に特化し平均入居期間3カ月」『日経ヘルスケア』(277): 31-33.
- 日経ヘルスケア編集部 (2012c). 「保険外の包括サービスで手厚いケア」『日経ヘルスケア』(277): 28-30.
- 日経ヘルスケア編集部 (2012d). 「死亡退去者の半数を「看取り」」『日経ヘルスケア』(277): 34-35.
- 日経ヘルスケア編集部 (2012e). 「小規模で街並みに溶け込む有料老人ホーム」『日経ヘルスケア』(278): 65-67.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013a). 「キーワードは「終の住み家」 注目の事例に学ぶ強さの秘密」『日経ヘルスケア』(280): 42-48.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013b). 「重度化に効く高齢者住宅のバック料金: 保険内外のサービスを“包括化”し入居者に安心感を提供」『日経ヘルスケア』(281): 61-64.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013c). 「モデル事業活用の医療・介護連携型サ付き住宅」『日経ヘルスケア』(282): 73-75.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013d). 「医療・介護・住宅に「運動」「食」加えた複合施設」『日経ヘルスケア』(283): 73-75.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013e). 「開設後の再リサーチで入居者4人から半年で満室」『日経ヘルスケア』(285): 44-46.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013f). 「看護・リハの充実を図る介護付き有老ホーム」『日経ヘルスケア』(286): 73-75.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013g). 「安心と快適の両立を図る住宅型有老ホーム」『日経ヘルスケア』(288): 75-77.
- 日経ヘルスケア編集部 (2013h). 「「医療対応強化型」サ付き、成功の鍵: 自己負担への配慮で重度者の受け入れを円滑化」『日経ヘルスケア』(289): 69-74.
- 日経ヘルスケア編集部 (2014a). 「認知症対応フロアを備える住宅型有老ホーム」『日経ヘルスケア』(291): 73-75.
- 日経ヘルスケア編集部 (2014b). 「サ付き住宅市場、始まった「サバイバル」」『日経ヘルスケア』(291): 61-66.
- シルバーサービス振興会 (2005). 「生活視点の高齢者施設—新世代の空間デザイン」東京: 中央法規.