

## 有料老人ホームの建築計画に関する研究 (梗概)

小 滝 一 正

—— 施設類型についての検討 ——

### はじめに

近年、さまざまな形の高齢者の住まいが検討され、実現の緒につきつつある。有料老人ホームも高齢者の住まいのひとつの形態であり、現在全国に100余りが建設、運営されているといわれる。しかし、その建築計画面での蓄積は極めて少なく、一部の企業でのノウハウは公開されることは稀でもある。

現在の有料老人ホームの計画は、まず経営的な条件が優先される傾向にあり、必ずしも高齢者の生活空間としてのありかたが望ましい形で具現されているとは限らない。それは、例えば、高齢者の集合住宅としての規模、共用施設の設定と運営、診療・介護施設の設定と運営、立地や地域社会との関係づけなど、さまざまな問題として表われているといえよう。建築計画の研究が求められている所以である。

また高齢者住宅一般についても計画の指針が求められているが、有料老人ホームは、入居費用が高額であって一部高所得層のためのサービスつき高級集合住宅であるという限界はあるものの、施設・設備のレベルが高く、各種のサービスが提供されており、居住者の生活意識が高いなど、今後の高齢者住宅一般のありかたを検討する際に、ひとつのモデルになり得るものと考えられる。

そこで、本研究は有料老人ホームを研究対象として取り上げ、計画指針を得るための基礎的研究として、まずは施設類型を探って、施設類型ごとの建築計画上の課題を明確にすることを目的とする。

有料老人ホームの類型について、従来は入居費の支払い方式や施設立地タイプによってとらえられている。すなわち、入居費支払い方式について①利用権方式、②終身保障方式、③分譲方式、また施設立地タイプについて①都市型、②都市近郊型、③保養地型、④田園型などである。いずれもそれらの指標を個別に取り上げているに過ぎないといえる。それに対して本研究では、それらの指標をも含めながら、施設規模・施設設備レベル、医療・介護サービスの状況、入居者の状況、その他の施設の性格を表わすと考えられる指標を総合的にとらえて類型を探ろうとするものである。

研究資料は、主として、昭和62年3月に国民生活セン

ターから公表された「有料老人ホームの実情と比較」の詳細な資料を利用した。いくつかの施設については実地調査も行ったが、その結果を分析するまでには至っていない。

本報告では、まず上記の研究資料を独自に分析しなおして有料老人ホームの施設実態を明らかにし、次いで施設類型の分析結果を示した上で、総括して類型軸の観点を整理し、施設類型別の特徴と問題点を考察する。

### 1. 有料老人ホームの施設実態

ここではまず、有料老人ホームの施設内容を理解するために、規模・施設設備、介護サービス、医療サービス、入居者、費用、立地タイプ・事業期間など、施設の性格を表わす指標の観点からみて、その概要を記す。

#### 1) 規模・施設設備について

まず施設全体および共用部分と居室部分の面積や施設設備の内容についてみる。

施設規模を居室数でみると、平均130室余りで、60～120室の範囲が最も多いが、200～300室程度のものも少なくない(図1-1)。全体の面積を居室1室当りの延べ床面積でみると、平均67㎡で多くは50～90㎡の範囲にあるが、30㎡以下の施設がある反面130㎡以上の施設もあって、幅がある(図1-2)。

共用部分は、居室1室当り面積が平均27㎡で、居室1

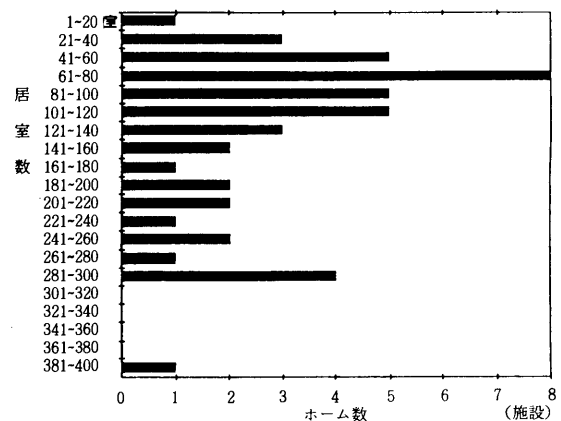


図1-1 居室数

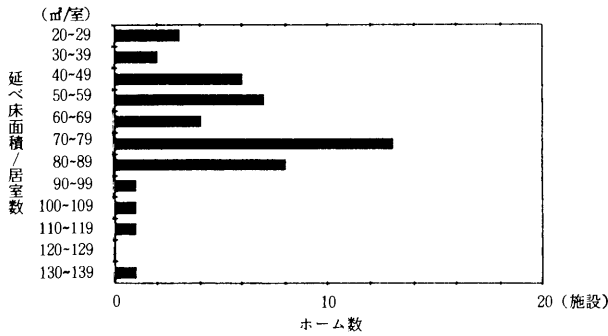


図1-2 1室当りの延べ床面積

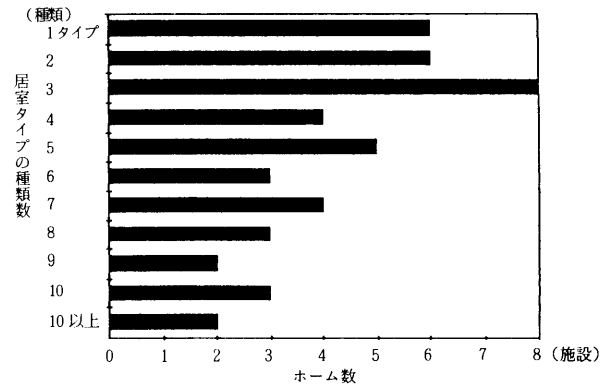


図1-5 居室タイプの種類

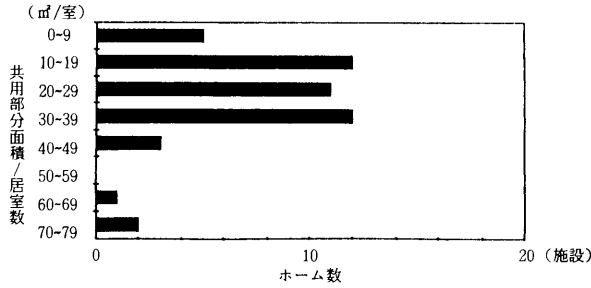


図1-3 1室当りの共用部分面積

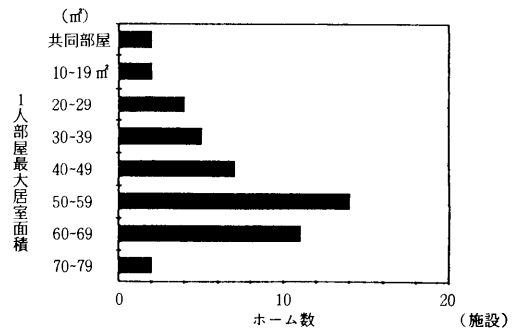


図1-6 1人部屋最大居室面積

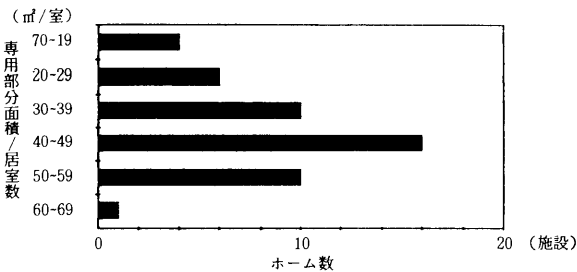


図1-4 居室平均面積

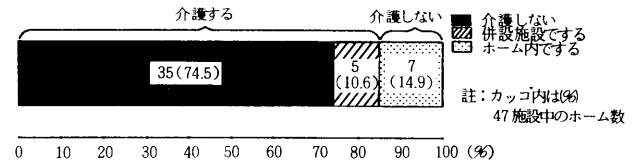


図1-7 介護対応の状況 (47施設)

室当り延べ床面積の約40%に当たる。多くは10~40㎡であるが(図1-3)、広いものでは70㎡以上の施設があり共用施設の充実を特徴としているホームもある。なお共用施設としては、食堂・浴室・ロビー・洗濯室・娯楽室の設置率が高く、売店・理美容室は50%以下である。

居室についてみると、居室平均面積は30~50㎡が主流を占める(図1-4)。居室タイプの種類は1~3種類の施設が最も多いが、数種類のタイプをもつ施設もあり(図1-5)、なかには30種類もある分譲方式の施設もある。1人部屋の最大居室面積に限ってみると、主に40~70㎡の範囲にある(図1-6)。居室に備えている設備は、トイレ・押入れ・ナースコール・暖房設備・キッチン・バスが70%以上の設置率で、インターフォン・生活リズムセンサーなどを備えている施設もある。特に居室のバス(浴室)の利用率についてはよく問題とされるところである。

## 2) 介護サービスについて

寝たきりの状態になった時に介護サービスが受けられるかどうかは、施設のサービスレベルをみるひとつの指標となろう。

介護対応の状況は、85%が介護対応をするとしている



図1-8 介護場所の状況 (40施設)

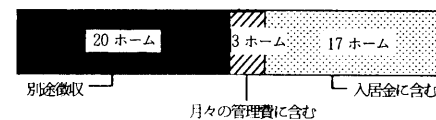


図1-9 介護をする40施設における介護費支払い方法

が、残りは介護対応をしていない。介護対応をする施設のほとんどはホーム内である(図1-7)。介護対応をする施設では、多くは特別介護室を設けている(図1-8)。介護対応をする場合の費用の支払い方法は、別途徴収するものと入居金に含むものがほぼ半数ずつである(図1-9)。介護内容を、厚生省が定めている特別養護老人ホームにおける基準、すなわち、①清拭は毎日、②入浴は週2回、③おむつ交換は随時の3つの基準のいくつを

満たすかによってみたのが(図1-10)である。3つとも満たすのは7施設だけである。ただし、介護内容については調査で判定しにくい面がある。

### 3) 医療サービスについて

医療サービスは介護サービスと同様に、施設における日常生活サービス以外のサービスレベルをみる重要な指標である。

医療対処の方法は、病院併設が10施設、診療所併設が18施設(うちさらに病院と提携するもの15施設)で、半数以上は医療施設を併設しているが、医療施設との提携または嘱託医への委託など医療体制が十分とはいえない施設も少なくない(図1-11)。

医療スタッフは、ほとんどの施設で医師と看護婦をそろえているが、夜間にはやや手薄になる(図1-12)。なお健康管理については、健康相談・健康診断をしている施設が33施設、さらに精密検査まで行うのが21施設で、一応の対応はしている。

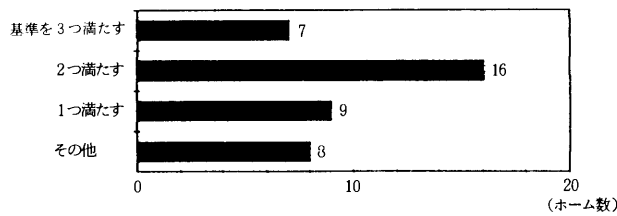


図1-10 介護サービスの内容

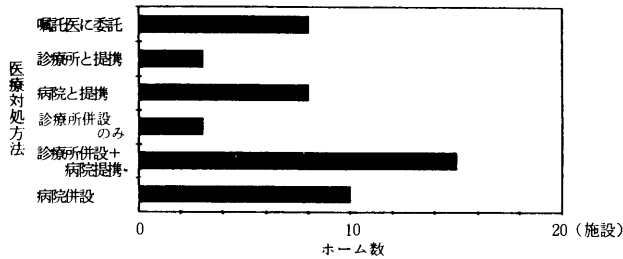


図1-11 医療対処状況

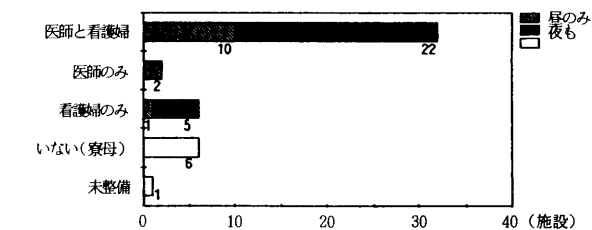


図1-12 医療スタッフの体制

### 4) 入居者について

47施設の入居者平均年齢は74歳で、70歳代が中心であり、60歳代は少ない。要介護者専用の2施設では82歳以上を示して高齢である(図1-13)。

介護を要する入居者が全くいないのが21施設と多く、

現在のところ厚生省が基準としている5%を上回るのは14施設である(図1-14)。

居室の利用率は、100%が14施設であるが、利用率の低い施設もある(図1-15)。事業期間との関係(満室になるのに2年を要するといわれる)もあり、また立地や入居金とサービスの程度など人気の高い施設はすぐに満室になる傾向にある。

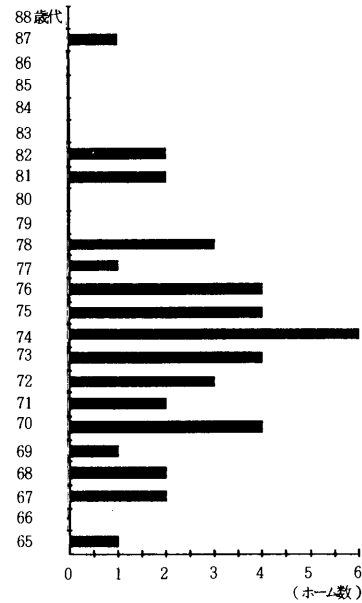


図1-13 入居者平均年齢

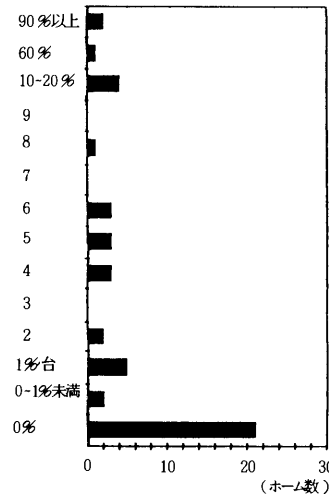


図1-14 要介護者の割合

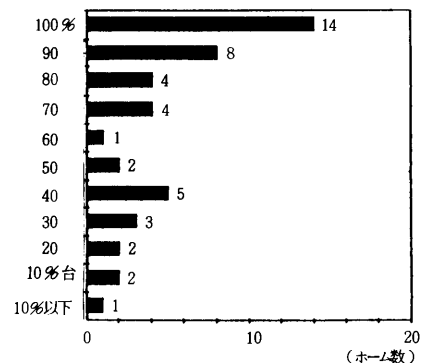


図1-15 居室利用率%

5) 費用について

入居に要する費用の支払い方式と金額は、有料老人ホームの利用者にとっても、また経営上にも重要な問題である。

支払い方式は、①利用権方式、②終身保障方式、③分譲方式の3つがあり、利用権方式にはさらに介護費を含むものと含まないものがある。利用権方式が大半を占め(図1-16)、終身保障方式や分譲方式は特定の経営主体によるものがみられる。また利用権方式のうち、介護費を含むものは半数であるが、新しい施設に多い。

入居金の金額については、支払い方式によって意味が異なる。終身保障方式は管理費と介護費を含むので金額が高く、介護費を含む利用権方式も高い。分譲方式は所有権を有するので異質である。最も多いのが1500~2000万円で、そのほとんどは利用権方式である(図1-17)。終身保障方式の主流は2500~3000万円であるが、この方式はすべての費用が含まれているので、その保障内容によって評価されるべきであろう。

単身用の最大面積の居室に入居する場合に要する費用を、平方メートル当りの単価でみたのが(図1-18)で、30~40万円が多くを占めるが、最低3万円から最高90万円まで幅広い。

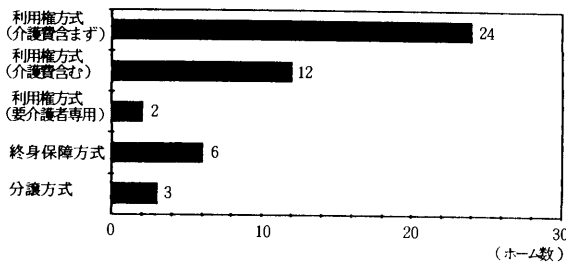


図1-16 支払い方式

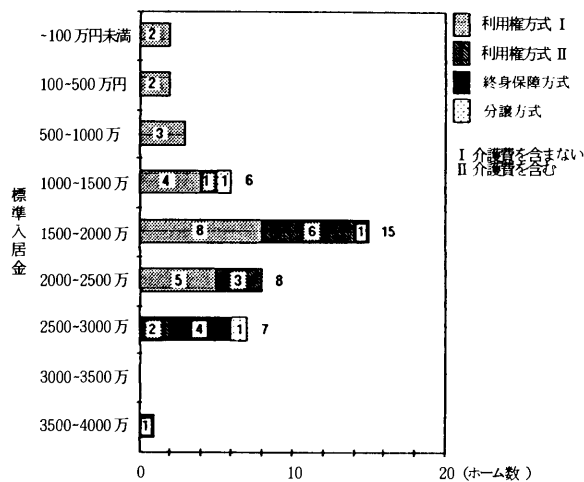


図1-17 入居金

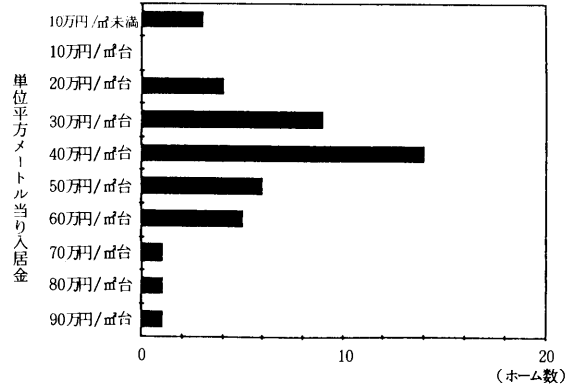


図1-18 単位面積当り入居金額

6) 立地タイプ・事業期間について

立地タイプは、都市近郊型が最も多く、都市型と保養地型がそれに次ぐ(図1-19)。都市型や都市近郊型が最近では注目されている。

事業期間は、昭和40年以降に設立された施設を主対象にしているが、3~4年以内の新しい施設が多い。



図1-19 立地タイプ

7) 各指標の関連性について

次いで上記の指標についてクロス集計をした結果から、主なものを示して、さらに施設の実態をみてみる。

施設規模(居室数)は、施設設備の充実度合と関係がある。1人室の最大面積が小規模施設では小さく、大規模施設では大きい(図1-20)、共用部部屋数が規模が大きくなるに従って多くなる(図1-21)、居室の施設設備

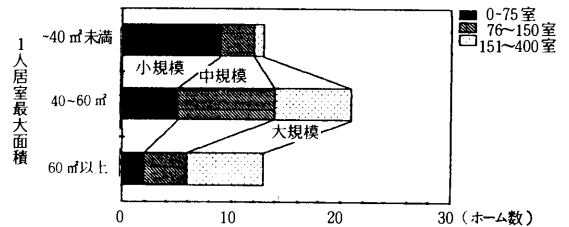


図1-20 居室数と居室面積の関係

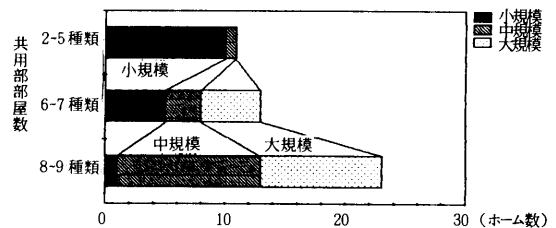


図1-21 居室数と共用部部屋数の関係

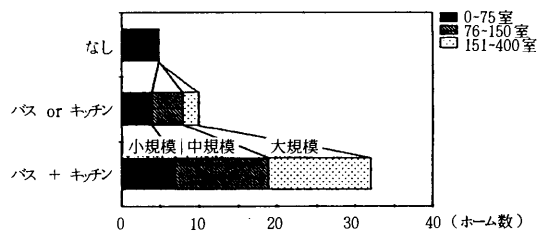


図1-22 居室数とバス・キッチン

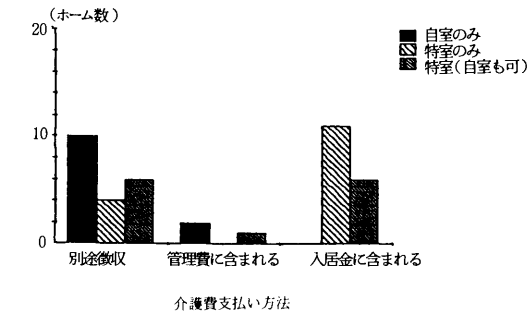


図1-23 介護室と介護費支払い方法

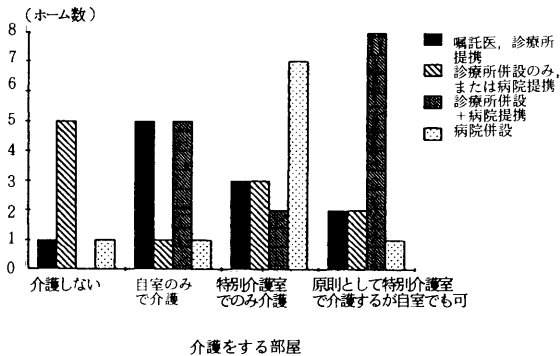


図1-24 医療対処と介護室

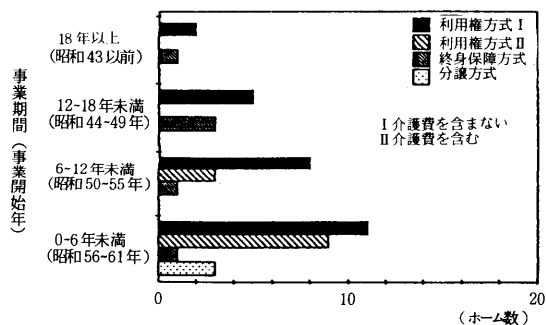


図1-25 入居金支払い方式と事業期間

をバス・キッチンの有無でみると、大規模なものほど充実している（図1-22）などである。医療職員ともやや関連がみられる。小規模施設では限界があることが、大規模施設になるとゆとりをもつことができるのであろう。

介護サービスについては、介護場所と介護費支払い方法とに相関があり（図1-23）、介護費用を入居金を含む施設には特別介護室が用意されている傾向がある。医療対処の方法と介護場所との関連もみられる（図1-24）。

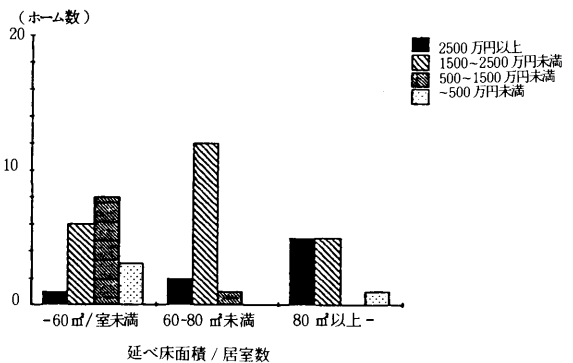


図1-26 入居金と1室当り延べ床面積

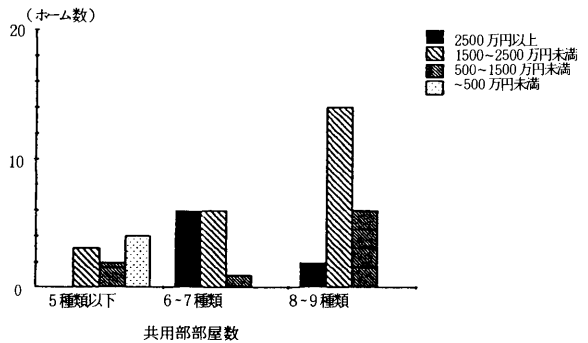


図1-27 入居金と共用部部屋数

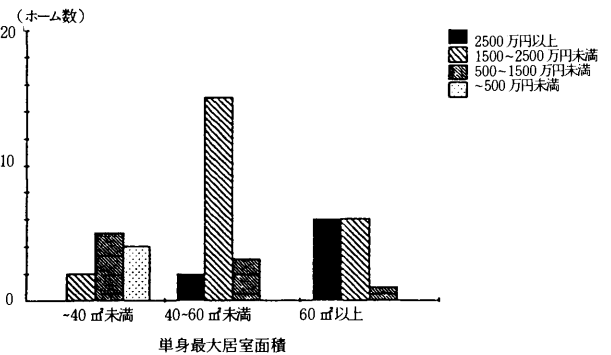


図1-28 入居金と単身最大居室面積

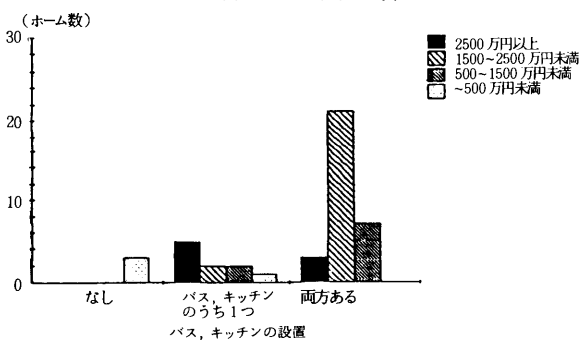


図1-29 入居金とバス・キッチンの設置状況

介護や医療サービスを当初からどの程度用意しているかの違いとみられよう。

入居費用の支払い方法は、事業期間と関係があり、介護費を含まない利用権方式は初期から一定の増加を示しているが、介護費を含む利用権方式はやや新しい施設で増えている（図1-25）。入居金の額は当然のことに施設設備の程度に関連があり、入居金額が高いほど1室当り延べ床面積、共用部部屋数、1人室最大面積、居室のバス・キッチンが豊かになる（図1-26～29）。

立地タイプは、従来有料老人ホームを分類するのに重要な観点であった。施設規模と関係があり都市型に大規模は少なく、保養地型や田園型は大規模な施設が多い(図1-30)。都市近郊型は小から大までバラエティに富む。その他には田園型の3施設がすべて病院を併設して医療対応をしているなど、立地とサービス体制にやや関連がみられる(図1-31)。しかし立地タイプはさほど多くの要素と関連がみられるわけではない。

なお、事業期間の長短によって、入居者の平均年齢にやや差がみられ(図1-32)、古い施設ほど年齢が高くなり、医療・介護サービス体制の充実が必要になるといえる。

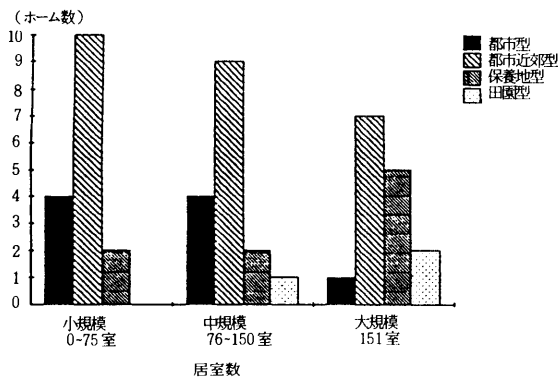


図1-30 立地タイプと規模 (居室数)

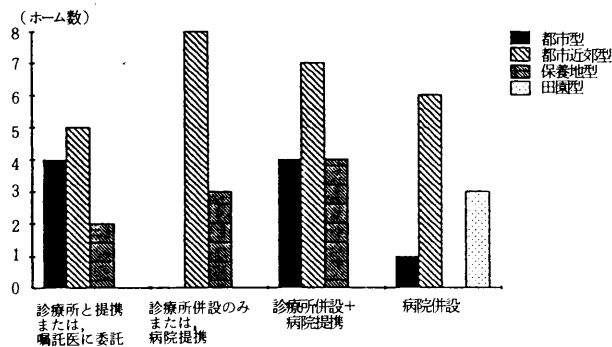


図1-31 立地タイプと医療対応

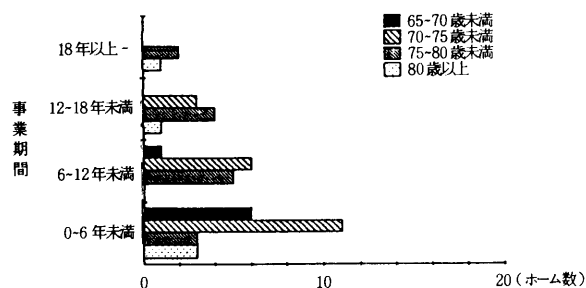


図1-32 事業期間と入居者平均年齢

## 2. 施設の類型化

以上のような施設実態の把握に基づいて、数量化III類およびクラスター分析を適用して、総合的に類型を探った。用いた指標を(表2-1)に示す。規模、共用部・居室の施設設備、介護サービス、医療サービス、入居者等により施設の性格を表わす指標である。

表2-1 類型化の指標

規模	居室数	0: 0~75室以下 1: 76~150室以下 2: 151室以上
	1室当り延床面積	0: ~60㎡/室未満 1: 60~80㎡/室未満 2: 80㎡/室以上~
共用部	1室当り共用面積	0: ~20㎡/室未満 1: 20~40㎡/室未満 2: 40㎡/室以上~
	共用部屋数	0: 5種類以下 1: 6~7種類以下 2: 8種類以上~
居室	1人最大居室面積	0: ~40㎡未満 1: 40~60㎡未満 2: 60㎡以上~
	バス キッチン	0: なし 1: キッチン or バス 2: キッチン+バス
介護サービス	介護対応	0: 介護しない 1: 併設施設とする 2: ホーム内とする
	介護室	0: 自室のみで介護 1: 特別介護室のみ 2: 特室か自室
	介護費支払い方法	0: 別途徴収 1: 管理費に含む 2: 入居金に含む
介護サービス	介護内容	0: 基準以外のその他 1: 基準を1つ満たす 2: 基準を2つ満たす 3: 基準を3つ満たす
	要介護者数	0: いない 1: 10名未満 2: 10名以上
医療サービス	医療対応	0: 診療所提携, 嘱託医 1: 診併のみ, 病院提携 2: 診併+病院提携 3: 病院併設
	医療職員	0: 医師看護婦がいない 1: 看護婦のみいる 2: 昼のみ医師がいる 3: 医, 看があり, 夜も
入居者	入居者平均年齢	0: 65~70歳未満 1: 70~75歳未満 2: 75~80歳未満 3: 80歳以上
	単位面積当り入居金	0: ~30万円/㎡ 1: 30~50万円/㎡未満 2: 50万円/㎡~ 3: 一括払い方式

## 2-1 数量化Ⅲ類による分析

選定した15項目50カテゴリーで数量化Ⅲ類による分析を行った。その結果、固有値としてⅠ軸0.37、Ⅱ軸0.25、Ⅲ軸0.22とやや低いがそれなりの値を得た。これは、カテゴリー数50に対してサンプル数が47と少ないことに起因すると考えられる。サンプル数に関しては、全国の有料老人ホームが100余りという現状から致し方なく、またカテゴリー数は施設内容を説明する最低限のものであるので、限界を承知しつつ、慎重に分析を進めた。

カテゴリースコアを（図2-1）に示し、軸の解釈を記すと以下のようになる。

Ⅰ軸についてみると、正方向に規定する要因として、①共用部部屋数が8種類以上、②居室数150以上（大規模）、③居室面積60㎡以上があり、負方向に規定する要因として、①共用部部屋数5種類以下、②居室数75以下（小規模）、③居室面積40㎡未満、④バス・キッチンなし、⑤入居金30万円/㎡以下がある。以上から、正方向は「大規模・ゆとり」を表わし、負方向に「小規模でゆとりなく、

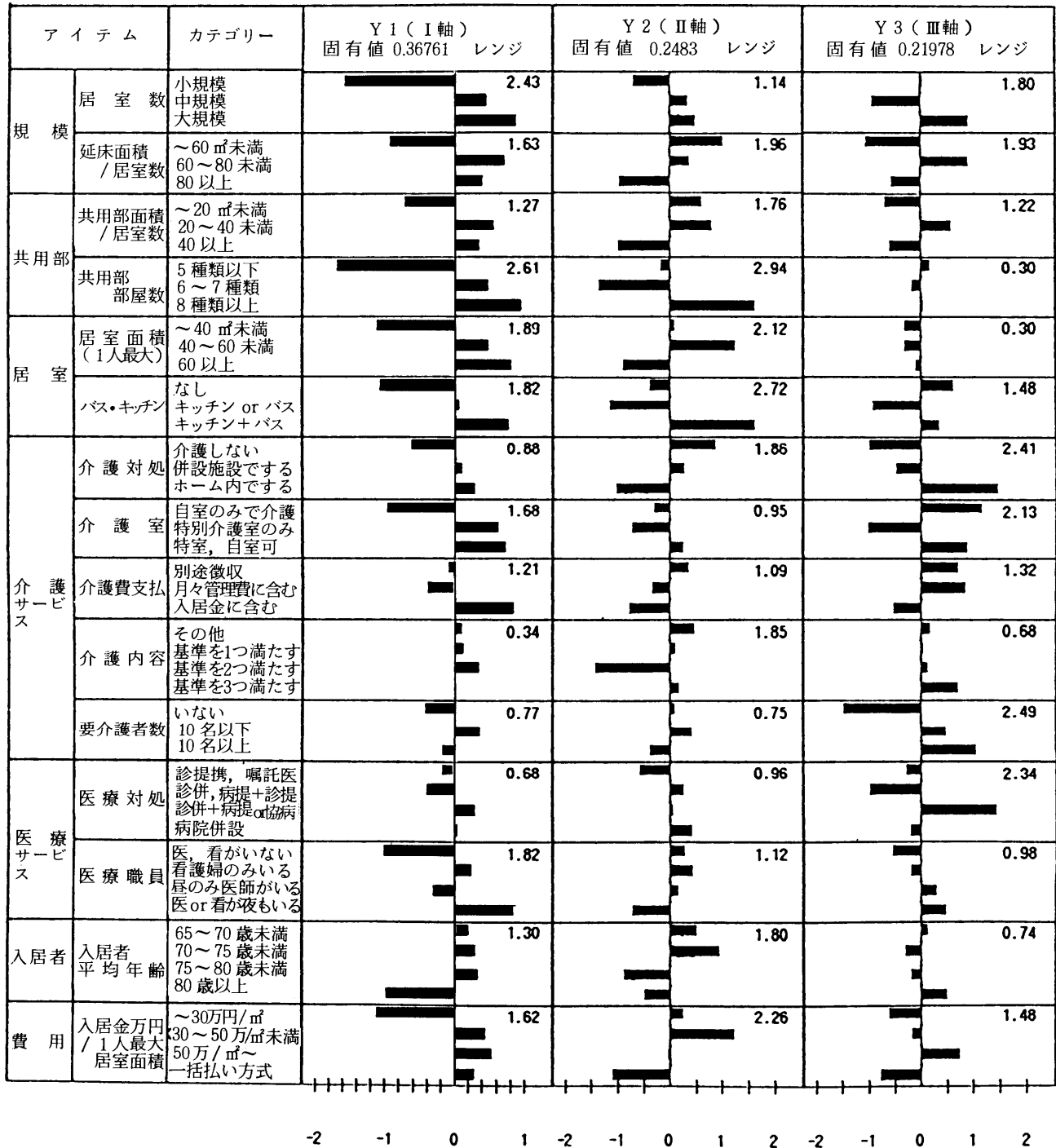


図2-1 カテゴリースコア

入居金が安い」を分離している。

いずれも規模的な要因が強いことから、I軸は「規模・ゆとり」を表わす軸と解釈される。

II軸については、正方向に規定する要因として、①共用部部屋数が8種類以上、②バス・キッチンが両方ある、③入居金30～50万円/㎡、④居室面積40～60㎡、⑤その他、介護をしない、年齢が比較的若いこともあげられる。負方向に規定する要因として、①共用部部屋数が6～7種類、②介護内容の基準2つを満たす、③バス・キッチンがいずれか1つ（主にキッチンのみ）しかない、④入居金が一括払い、⑤介護はホーム内であるなどがある。

以上から、正方向については、共用部・居室の施設設備を充実し、介護サービスよりも自立生活に重きを置く「生活重視指向」を表わし、負方向は、施設設備よりも介護サービスを充実しようとし、一括払いによる終身保障方式の特徴が出ており、「サービス保障指向」を表わしていると思われる。

すなわち、II軸は「運営方針の指向性」を表わす軸と解釈できる。

III軸は固有値がさらに低いが、要介護者数の多少や介護対応のしかたなど、「介護サービス」を表わす軸と解釈することができよう。無視できにくい軸ではあるが、介護サービスを含めてII軸を解釈すれば足りるであろうとした。

### 2-2 クラスタ分析による類型化

上記の数量化III類によって布置された施設をグルーピングするために、群平均法によるクラスタ分析を行った。結果として得られたデンドログラム(樹形図)を(図2-2)に示す。このデンドログラムにおいて任意の所で線を引いてもかまわないが、ここでは、個々の施設の特性をも勘案して、図のようにA～Hの8分類が適切であるとした。ただし、Fの43・40の施設については、内容を31・36・41と比較したところ、ほぼ類似していたためひとつにまとめたものである。

以上の方法で分類した8類型を、数量化III類で得られたI、II軸上に表現したのが(図2-3)である。

### 3. 施設類型の特性

上記のA～Hの8類型別にもとの指標を並べかえたのが(表3-1)である。これによって各類型の特性を以下に記述する。

#### 1) A 類型(病院併設・介護対応型)

共通した特徴は、①医療対応は病院併設により行う、ホーム内の医療職員は手薄である、②介護は併設病院で行う、介護は特別介護室のみで行うことである。また、介護費は入居金に含まれる例が多いことも特徴である。

規模や施設設備面では、居室当りの面積がやや少ない例が多い。

医療対応・介護対応とも併設病院で行い、しかも介護費が入居金に含まれることが、A 類型の特性を最もよく表わしている。つまり、介護は併設病院への入院という形になるが、入居金に介護費が含まれることから、介護が必要になった場合の対応を重視しているものといえる。

病院併設・介護対応型といえよう

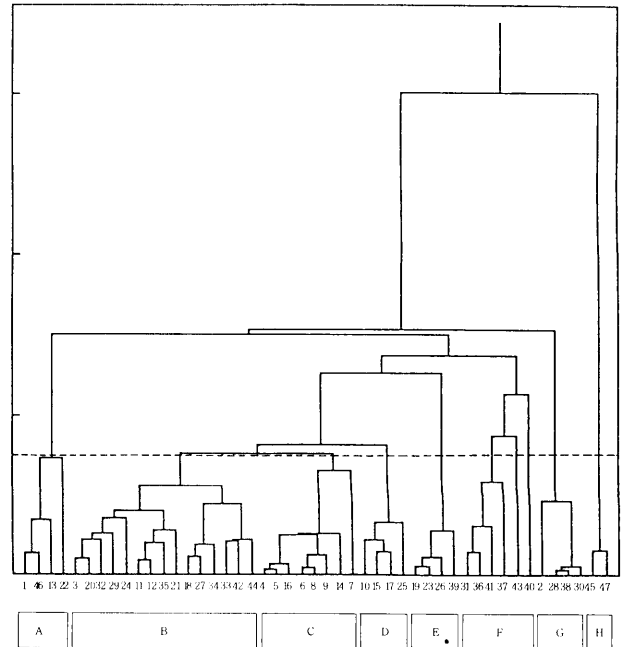


図2-2 群平均法によるデンドログラム

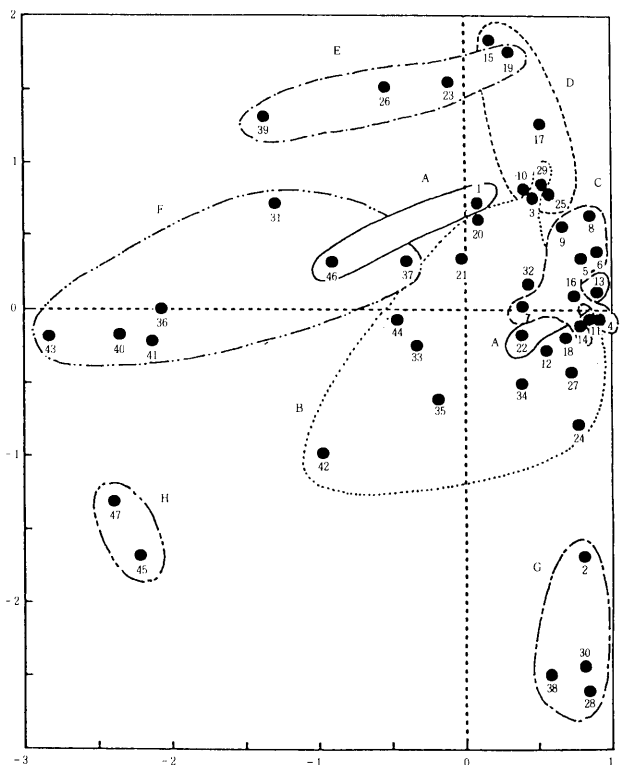


図2-3 各施設の分布



表3-1 各類型別の特性

類型	番号	略称	規模		共用部		居室			介護サービス					医療サービス		その他				
			居室数	延床面積 m <sup>2</sup>	共用面積 m <sup>2</sup>	共用部 種類	最大 居室 m <sup>2</sup>	居室 面積 m <sup>2</sup>	バス キッチン *1	介護 対処 *2	介護 室 *3	介護 費用 *4	介護 内容 *5	要 介護 者 %	医療 対処 *6	医療 職員 *7	平均 年齢	入居 金 *8 万/m <sup>2</sup>	事業 期間 年	支払 方式 *9	経営 主体 *10
A	1	HM	386	47	14	8	35	1	1	1	0	1	6.4	3	1	73	39.4	15.4	1	1	4
	46	HS	30	50	5	4	65	2	2	2	0	5.0	3	0	0	20.7	4.3	2	2	2	
	13	NY	191	84	33	9	71	2	1	1	2	0	0	3	0	74	61.7	0.1	2	2	4
	22	HD	108	54	19	8	53	2	1	1	2	5.2	3	3	2	90.8	13.7	4	1	2	
B	3	CL	294	75	29	8	57	2	2	0	0	1.1	0	3	68	-	4.0	5	1	3	
	20	SUN	117	76	36	8	40	2	2	0	0	0	0	3	70	32.2	2.1	1	2	1	
	32	ASS	74	81	38	8	52	2	2	0	0	0	0	3	70	37.6	6.8	2	2	3	
	29	MRP	86	66	33	9	50	2	2	0	0	0	0	2	74	61.7	5.7	4	1	1	
	24	HMP	103	86	43	7	50	2	2	0	0	3	2	2	74	52.3	2.0	1	1	2	
	11	ZHS	204	88	35	7	76	2	2	0	0	0.6	0	0	69	65.3	3.1	5	1	2	
	12	TSS	194	84	28	7	41	2	2	0	0	1.3	0	2	75	53.3	8.3	1	1	1	
	35	TSM	67	67	17	7	40	2	2	0	0	0	0	3	78	56.2	2.4	1	2	3	
	21	CJM	110	43	17	9	27	2	2	0	0	1.6	0	2	78	80.4	24.3	1	2	1	
	18	GTV	126	64	28	9	60	1	2	2	2	6.8	0	2	76	49.7	3.6	1	4	1	
	27	FVS	92	84	41	9	56	2	2	1	2	5.1	0	3	76	41.1	11.5	1	1	1	
	34	YAS	67	73	38	7	52	2	2	1	2	0	0	3	75	62.1	1.6	1	2	2	
	33	BGV	68	44	3	5	46	2	2	2	2	1.4	0	2	74	32.6	14.5	4	1	1	
	42	SOV	48	33	3	7	30	2	2	0	0	6.4	0	0	82	72.6	3.1	1	1	2	
	44	SKV	38	76	15	5	55	2	2	0	0	18.8	0	2	80	35.3	6.0	1	2	2	
	C	4	KOBU	291	78	29	8	64	2	2	1	2	4.4	2	3	70	47.7	3.7	2	2	2
5		IZU	284	80	36	9	53	2	2	1	2	0	1	3	72	43.3	7.1	2	2	3	
16		HY	150	73	30	8	61	2	2	2	2	15.6	1	3	75	39.3	10.0	2	2	2	
6		AYE	280	76	18	9	62	2	2	2	2	0.7	2	3	69	55.2	2.1	2	5	3	
8		TE	248	71	26	9	64	2	2	0	0	16.1	1	3	73	42.0	8.0	1	5	2	
9		YOY	235	53	25	9	56	2	2	2	2	2.5	0	3	71	60.7	3.7	2	2	3	
14		OYSE	172	73	16	7	68	2	2	2	2	13.0	0	3	70	53.0	1.6	2	2	1	
7	ISE	258	72	32	6	52	2	2	2	2	0	0	3	65	48.7	1.4	1	1	3		
D	10	HE	206	55	23	8	52	2	2	1	0	2.3	3	2	75	39.4	13.1	1	5	2	
	15	SJ	154	46	20	9	46	2	0	-	-	1.8	3	2	73	39.3	6.4	1	1	2	
	17	IR	129	76	28	8	54	2	2	1	0	0	3	67	46.7	0.9	1	6	2		
15	KV	97	29	15	8	58	2	2	2	2	4.3	3	1	74	58.1	1.9	2	1	4		
E	19	ME	125	67	34	9	50	2	0	-	-	0	1	1	72	38.6	6.1	1	5	2	
	23	AH	105	43	4	8	53	2	0	-	-	0	1	3	72	40.7	2.6	5	1	2	
	26	KSS	95	58	15	8	44	2	0	-	-	0	1	3	68	28.4	8.1	1	3	2	
	39	SS	59	51	12	4	49	2	2	-	-	0	1	0	71	45.1	1.0	1	1	2	
F	31	UHS	80	22	6	3	22	2	2	0	0	0	2	0	73	22.2	10.8	1	5	2	
	36	KIS	67	23	0	4	10	0	2	0	0	1	0	0	72	3.0	15.0	1	4	3	
	41	SKM	50	43	22	5	26	2	2	0	0	62.5	1	0	78	3.8	12.3	1	2	2	
	37	KHAN	66	57	30	6	36	2	2	1	2	0	1	0	-	48.5	0.7	2	1	2	
	43	HSI	42	81	23	5	33	0	0	-	-	0	0	0	81	3.6	22.3	1	1	2	
40	SI	56	38	13	5	17	1	0	-	-	0	0	2	81	27.3	17.7	1	2	2		
G	2	KE	295	78	34	7	63	1	2	1	2	4.0	1	3	78	47.2	21.7	4	1	2	
	28	KFU	90	112	4	6	61	1	1	2	2	0	0	3	77	49.3	11.7	4	1	2	
	30	HUK	65	138	77	6	60	1	1	2	2	0	1	3	74	48.8	13.1	4	1	3	
	38	KS	85	96	44	6	61	2	2	2	2	0	1	3	76	48.5	1.6	4	1	1	
H	45	SEM	37	71	28	2	-	0	2	0	1	2	3	87	-	2.7	3	1	2		
	47	SLV	11	107	70	4	-	0	2	0	1	3	100	82	-	1.8	3	1	2		

註 \*1 バス・キッチン 0:両方なし 1:どちらかひとつ 2:両方あり

\*2 介護対処 0:特にしない、または幹旋 1:併設施設で介護する 2:ホーム内で介護する

\*3 介護室 0:介護しない 1:自室のみで介護 2:特別介護室で介護 3:自室でも可

\*4 介護費の支払方法 0:別途徴収を含む 1:管理費に含む 2:入居金に含む

\*5 介護内容 0:介護しない 1:標準以外のその他 2:清拭・入浴・おむつ交換のうち基準を1つ満たす 3:上記の2つを満たす 4:上記の3つを満たす

\*6 医療対処 0:診療所提携、または嘱託医委託 1:診療所併設のみ、または病院提携+診療所提携 (または協力病院) 2:診療所併設+病院提携 (または協力病院) 3:病院併設

\*7 医療職員 0:医師、看護婦がいない 1:看護婦のみいる 2:昼間のみ医師がいる 3:医師が看護婦が夜間もいる

\*8 入居金 1人部屋の最大面積のもの、m<sup>2</sup>当り入居金を示す

\*9 支払方法 1:利用権方式(介護費を含まず) 2:利用権方式(介護費を専用) 3:利用権方式(介護費を専任) 4:一括払い方式(介護費を専任) 5:分譲方式

\*10 経営主体 1:株式会社 2:財団法人 3:社団法人 4:宗教法人 5:社会福祉法人 6:個人 7:その他

\*11 立地タイプ 1:都市型 2:都市近郊型 3:都市近郊型 4:保嬰型

2) B 類型 (生活重視・介護費徴収型)

共通して、①介護対処をホーム内で行い、②介護費は別途徴収する例が多くを占める。また、③居室にバス・キッチンとも備える例が多い、居室当り延べ面積も大きいものが多数を占める。該当施設数が最も多く、規模は小から大まである。

施設設備面では充実して居住生活を重視しているが、介護費の別途徴収が特徴といえるので、生活重視・介護費徴収型とする。

3) C 類型 (大規模総合型)

共通した特徴が多くみられる。①居室数150以上の大規模施設である、②医療対処は主に診療所を併設して、さ

らに病院と提携している例が多く、医療職員は夜間もいる、③介護対処はホーム内で行い、特別介護室があるが自室でも受けられる、介護費は入居金に含まれることが多い、要介護者数が比較的多い例が多い、④居室にバス・キッチンともに設備されており、居室当り延べ面積が比較的多い、居室の最大面積がすべて50m<sup>2</sup>以上でばらつきが少ない、などである。

大規模であり、医療対処・介護対処・施設設備ともに一定以上のレベルにあるとみられる。スケールメリットを旨とするタイプで、大規模総合型とする。

4) D 類型 (病院併設・生活重視型)

共通した特徴は、①医療対処は病院併設で行い、医療

職員は昼間のみ医師がいる例が多い、②居室設備としてのバス・キッチンはそのまわりの、居室当り延べ面積はやや狭い、1人室の最大面積は45～60㎡の範囲にあるなど。反面、介護については対応がさまざま、必ずしも万全とはいえない面がある。

医療的な対処を併設病院で行い、施設設備をある程度充実させた型で、病院併設・生活重視型とする。

#### 5) E 類型 (生活重視 (介護なし) 型)

際立った特徴は、①介護対処をしないことである。②医療対処も診療所のみ併設か、病院と提携している程度、③居室のバス・キッチンは完備、居室最大面積は40～60㎡の範囲にあるが、1室当り延べ面積はやや狭い、規模は中規模。

介護対処をせず、医療対処も一定程度のことしかなく、反面からみれば居住生活のみに対処する型といえよう。生活重視 (介護なし) 型とする。

#### 6) F 類型 (小規模格安型)

特徴は、①小規模施設中心で、②居室最大面積が小さい、居室当り延べ面積も狭い、共用室数が少ない、居室にバス・キッチンの両方か一方がない例が多い、③入居金が極めて安い、などにある。また、④医療職員がいない、⑤介護なし、またはあるとしても介護費は別途徴収、介護室は自室のみなど、医療対処・介護対処ともに手薄である。

なお、類型に属する5施設中4施設は事業期間10年以上の比較的古いものである。

小規模格安型とする。

#### 7) G 類型 (終身保障型)

G 類型の特徴は、すべての施設が入居時にすべての費用を一括して払う方式で、終身保障を約束していることである。①介護対処はホーム内の特別介護室で行う、②医療対処は提携病院か嘱託医程度だが、夜間も医療職員がいる、③居室にはキッチンのみ、居室当り延べ面積は大きい。その他にも共通している点が多いのは、同じ経営主体のものであるためである。

終身保障型とする。

#### 8) H 類型 (介護専用型)

他の類型とは明らかな相違がある。①要介護者が90%以上、年齢が高齢、②介護はホーム内の自室である、③居室にバス・キッチンなし、共用室 (相部屋) もある、④病院・診療所を併設、⑤小規模、などである。

介護専用の型である。

## 4. 総 括

最後に総括して、まず類型軸の観点を整理し、次いで施設類型別の特徴と問題点について考察する。

### 4-1 類型軸の4つの観点

施設類型の軸は、前述のように、施設規模を主要な要因とする「規模・ゆとり」の軸、および生活を重視するか介護・医療サービスを指向するかといった「運営方針の指向性」の軸がある。これら2つの軸に沿った要因ではあるが、8つの類型を具体的に検討するなかで、「病院併設」および「介護専用」の2つが類型化の軸として浮かびあがってきた。

すなわち、類型軸には4つの主要な観点があり、それに沿ってA～Hの8類型を位置づけてみると (図4-1) のようになる。このどこに位置するかによって、つまりどの観点到に重きを置くかによって、施設計画の目標設定が異なることになり、ひいては建築計画指針を検討する上でも重要な要素となる。

### 4-2 施設類型別の特徴と問題点

施設類型別の特徴は上に記したようであるが、ここでいくつか明快な特徴をもつ類型を中心に取り上げて検討してみたい。

有料老人ホームは、居住機能を基本としながら、食事・洗濯などの日常生活サービスや、医療や介護などのサービスが提供されることに特色がある。日常生活サービスは当然のこととして、医療・介護サービスの観点からみると、介護専用型、大規模総合型、病院併設・介護対処型に注目する必要がある。

介護専用型は他の類型とは明らかに異なり、有料の特別養護老人ホームといえる。それゆえ計画目標を明快に設定できるといえようが、一方で、病院や特別養護老人ホーム・老人保健施設などとの差異性、単施設として

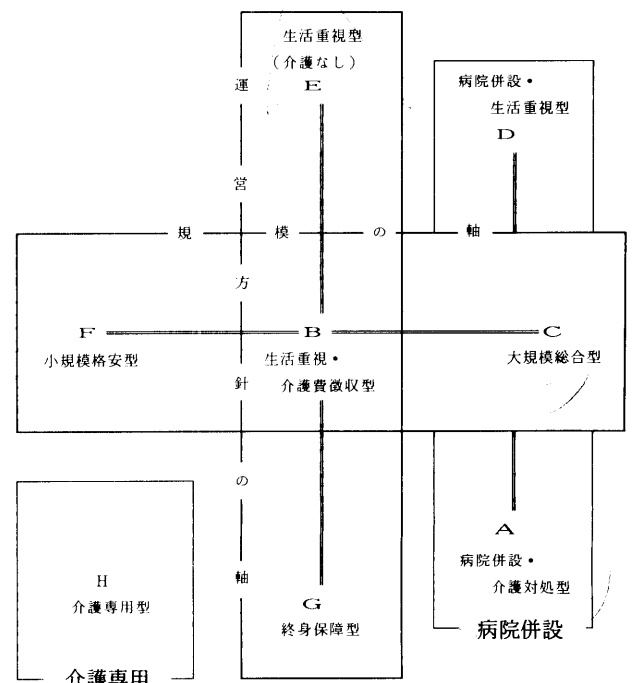


図4-1 類型の4つの観点と各類型の位置づけ

の成立の可能性など、基本的な問題の検討を要するであろう。

大規模総合型は、スケールメリットを生かしてサービス内容と施設設備内容のレベルを保っており、おそらくは施設経営上からみても、有料老人ホームのひとつの典型とみなすことができよう。しかし、数百人もの高齢者が集住することの是非、または集住のしかたが十分に検討されなければなるまい。有料老人ホームと地域社会との関係づけや、ホーム内の生活領域構成などが計画の課題となろう。

病院併設・介護対応型は、介護費が入居金に含まれているという運営上の特徴から、ひとつの類型として抽出されたものである。その点を除けば、病院併設・生活重視型ともさほどの相違はないといってもよい。計画上は病院併設という条件が重要で、併設病院での医療・介護サービスが保障されれば、ホーム自体の計画は居住環境の向上と日常生活サービスの充実を目標にすればよいことになり、目標は明確である。

上記の類型とは逆に、医療・介護サービスが十分ではないが、それよりも居住生活に重きを置くのが、生活重視（介護なし）型と名づけた類型である。医療・介護サービスが不十分な点は問題ではあるが、有料老人ホームを日常生活サービスに限って提供するサービスつき集合住宅であるとすれば、より普遍的な居住施設としてとらえることもできる。施設立地が医療・介護サービスを保障すること、例えば在宅医療や在宅介護サービスの充実した地域であるとか、一般的な医療施設によるサービスが利用し易いことなどが条件とはなろう。

同様なことが小規模格安型にもいえなくはない。有料老人ホームの最大の問題は高額な入居費にあり、高齢者の住まいとして普遍化し得ないのが現状であるが、最近厚生省が打ち出した「ケアハウス」構想などのように、より低廉な費用で利用できる有料老人ホームまたは老人居住施設も求められている。その際に、小規模格安型の施設設備レベルやサービスレベルの現状を是認することは望ましくないとしても、小規模格安型が参考になることはあり得よう。

生活重視・介護費徴収型は、該当施設数が最も多く一般的といえるが、介護要求に現実的に対応しているとみられるだけに、中間的な性格にならざるを得ない。終身保障型は特定の経営主体による施設であり、特殊な類型であるとみた方がよいだろう。

いずれの施設類型でも、それぞれの特徴を生かしながら、有料老人ホーム本来の個性的な運営や施設計画が追求されるべきであろう。

## おわりに

この研究は有料老人ホームの建築計画に関する研究の取りかかりとしての基礎的研究であり、施設類型を探ることを目的とした。限られたサンプルの限られたデータの分析によらざるを得なかったが、一応の類型を提示できたと考えている。

しかし、さらに各類型ごとの実地調査等によって確認するには至らず、一部の施設の調査も取りまとめするに十分なものに至らなかった。また、当初計画していた、居住者の住まいかたや住意識の実態把握は今後の研究課題として残った。

従って、この報告は中間報告に過ぎず、今後に残された研究課題は数多くある。継続して研究を続けるつもりであることを表明して筆を置きたい。

## ＜研究組織＞

主査	小滝	一正	横浜国立大学工学部建設学科 講師
委員	林	玉子	東京都老人総合研究所障害研 究室室長
	児玉	桂子	東京都老人総合研究所障害研 究室研究員
	萩田	秋雄	横浜国立大学工学部建設学科 助手
	大原	一興	東京大学工学部建築学科助手
協力	佐々木	成司	横浜国立大学工学部建設学科 学生