

生活・ケアから住まいを考える

-介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に期待すること-

近畿大学教授 山口健太郎氏

成熟社会居住研究会では、近畿大学の山口健太郎氏をお招きし、高齢者の介護施設の基本的な考え方やこれまでの変遷と、今後のサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）への展望について伺いました。

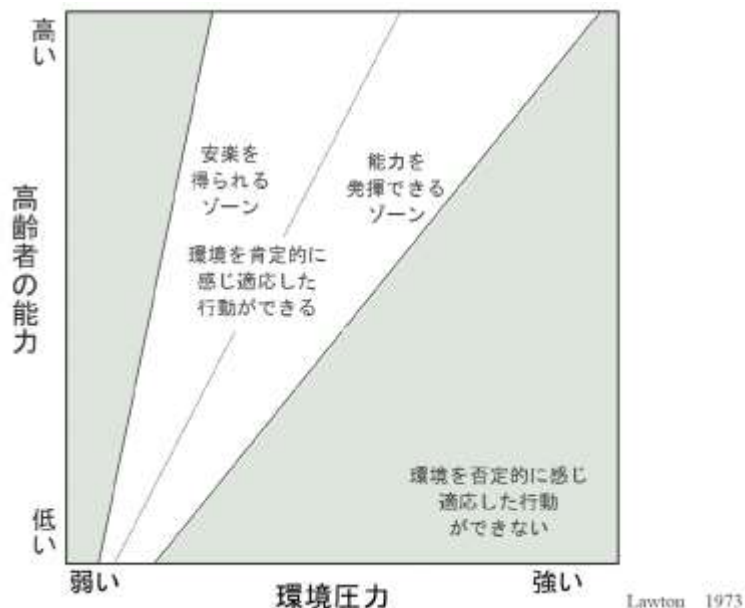
(1) 生活・ケアと形

- ・今回は、「生活・ケア」と「カタチ」の関係性について着目し高齢期における住まいのあり方について話を進めたいと思います。
- ・まずは皆さんが良く知っている住まい方とデザインの関係性をご紹介します。戦後日本の公営住宅の型形式として有名な 2DK は、西山卯三先生(京都大学)の食寝分離論という生活のあり方を、吉武泰水先生(東京大学)が「公営住宅標準設計 51C 型」としてカタチにされました。食寝分離論や就寝分離といった研究により導かれた住まい方のヴィジョンが、デザインへと反映していったのです。
- ・次に、1990 年代後半からの高齢者施設計画には、外山義先生(京都大学)の生活領域論という住まい方の研究があり、それが個室化やユニットケア型というカタチに反映されていきました。外山先生の研究は、個室の有効性を検証しているように言われることがありますが、その前提には高齢期の環境適応と、個人領域形成論、生活形成論という研究があり、それに対応したカタチとして個室+ユニットケアというデザインが提唱されています。

1) 環境適応

- ・ライフサイクルの中には、大学進学・結婚・転勤など、これまでの環境から離れて新たな関係を構築するステージがあります。このような環境が変わり、新たな環境を再構築する過程を環境移行といいます。

図表 1 : ロートンの生態学的モデル



- ・危機的移行とは、人間 - 環境システムの混乱状態が非常に強く経験され、環境の物理的・对人的・社会文化的側面に対して、従来用いてきた相互交流の様式が通用しないような状態を指します。突然地震に襲われたときや、高齢者施設に転居するときなどが危機的移行にあたります。そして、危機的移行によるダメージをリロケーションショックと言います。

- それでは、高齢者の自宅から施設への転居（リロケーションショック）を、ロートンの生態学的モデルにより説明します。例えば、適応能力が高い状態にあり、かつ、環境負荷が適切な範囲（上記のグラフの白色の部分）にある場合、人々は新しい環境に対して適応することができます。それが、適応能力が低く、かつ、環境圧力が強い場合には、環境移行の負荷により環境を否定的に感じ、適応した行動がとれなくなってしまいます。このような状態を危機的移行と呼んでいます。
- では、このようなリロケーションショックを回避するためにはどうすればよいのでしょうか。適応能力を上げていくことは難しいため、いかに環境の負荷を軽減できるかがポイントになります。できるだけ自宅と施設の環境の落差を小さくし、環境移行による負荷の軽減を軽減する、つまり、施設を自宅に近づけていくことがリロケーションショックの緩和へとつながっていきます。
- また、もう一つのプロセスとして早めの住み替えという考え方があります。適応能力が低い状態での転居は、適応できる幅が狭く、適応できる環境の設定が難しくなります。その一方、環境への適応能力が高い状態では、適応できる環境の幅も広がります。環境適応能力が高い段階での転居であれば、新しい環境に慣れやすく、リロケーションショックが少なくなります。元気なうちに転居し、新しい環境に慣れるという「早めの住み替え」は環境移行の負荷の軽減という観点からも有効であると言えます。
- この生態学的モデルの中でもう一つ留意していただきたい事があります。それは適応能力が低くなれば、適応できる幅が狭くなる。つまりわずかな環境の変化でも不適応な状態になってしまうということです。例えば、同一敷地内に自立型と介護型の施設があるとします。自立型に住んでいた人が介護型の棟にうつる。これも環境移行です。同一敷地内であるために負担は少ないと思われるかもしれませんが、これまで親しんできた居室や共用空間、職員、同じフロアの知り合いなどの環境から離れ、新たな環境を再構築していかなければなりません。このような職員や運営者にとってはわずかな環境の変化であると考えていることでも、高齢者にとっては不適応な状態となることもあります。つまり、高齢者の環境を変えるという事に対しては細心の留意が必要です。

2) 環境移行の負荷を緩和する工夫 - 個人領域形成論

- 外山先生は、個人の居場所を確保していく人間の行動を個人領域の形成と定義しました。人は自分のテリトリーがあるから安心して生活できます。時間をかけて自分らしい空間に設えていくことにより「空間」が「場所」になります。
- 人間が身の回りの根源的なテリトリーを形成するときにモノが重要な役割を担います。新しい環境に家具やモノを置き、自分らしい部屋を作りこんでいくことで自分の居場所が再構築されていきます。また、高齢者の場合には、これまでの生活歴や記憶が詰まった「なじみの家具」を持ち込むことにより、生活や記憶を継承する事ができます。このような継続性により環境移行による負荷を軽減する事ができます。
- そして、このような個人領域を形成する器として「個室」があります。個室は、多床室と異なり、壁で囲われていますので、モノを設置しやすく、モノの安全性も高くなります。つまり個人領域を形成しやすい環境として個室が重要となります。
- 次に個室の外に広がる共用空間について考えたいと思います。共用空間に対する考え方として外山先生は段階的空間構成論という考えを用いました。段階的空間構成とは段階的に人間関係が広がっていく空間構成のことを言います。“プライベート領域”である個室を中心に、少人数の入居者で集まる“セミプライベート領域”、より多くの人で集まる“セミパブリック領域”、地域住民など施設外の人と集まる“パブリック領域”と段階的に広がっていきます。このような段階性を持つことで人と人との関係性の構築が容易になりと同時に、多様な人間関係が構築されやすくなるという考え方です。
- 段階的空間構成をもった代表的な事例として「おらはうす宇奈月」（富山県黒部市）があります。「おらはうす宇奈月」は、ユニットケア型が制度化される前につくられており、施設内に段階的な共用空間が設けられています。特に顔見知りの関係ではあるが、お互いが過度に干渉しあわないセミプライベート領域が大事な空間要素となります。ユニットケア型が制度化されて以降は、ユニットという単位が固定化されてきますが、「おらはうす宇奈月」のよ

うに、少人数の関係が閉じていない（固定されていない）空間構成はこれからのユニット型に重要な考え方ではないかと思っています。

（２）ケア論と建築計画学の融合

1) ケアの実践者による新しい住まい方の提案

①グループホーム

- ・高齢施設の居住改善はケアの実践者からも行われています。グループホーム、ユニットケア、宅老所（→小規模多機能型居宅介護）、富山型デイ、ホームホスピスなど実践者から新しい住まい方が提案されています。
- ・グループホームは、普通の家のような環境の中で 10 人程度の少人数の高齢者が共同生活を行うものです。少人数のグループで構成することにより“なじみの関係”がつけられます。なじみの関係と家庭的で落ち着いた雰囲気により、生活上のつまずきや行動障害が軽減され、心身の状態が穏やかに保たれます。自宅の環境との落差が小さい「なじみの環境」により認知症状の進行が穏やかになります。さらに、食事の支度や掃除、洗濯などなじみの行為を通して残存能力を活用しています。
- ・宮城県名取市の「こもれびの家」は、平成 19 年に開所した認知症高齢者グループホームですが、これまで私が見たなかでも最も優れた建物の一つです。できるだけ施設らしさのない建物が目指されており、平屋建てで、住宅を思わせる外観、住宅的なスケール感の廊下、住宅らしさを考慮した手すりのデザインなど、全体構成から細部まで住宅らしさが追及されています。また、キッチンが広く設けられており、スタッフと入居者が一緒に調理することができ、高齢者の残存機能を活用していくことができます。また、浴室の出入り口には畳の小上がりがあり、湯上りに少し休んだり洗濯物をたたむなど多様な行動を誘発しています。さらに、個室前には、小さな踏み込み空間とベンチがあり、部屋に一人でいるのは寂しいという方のためのセッティングがなされています。

②個室ユニットケア

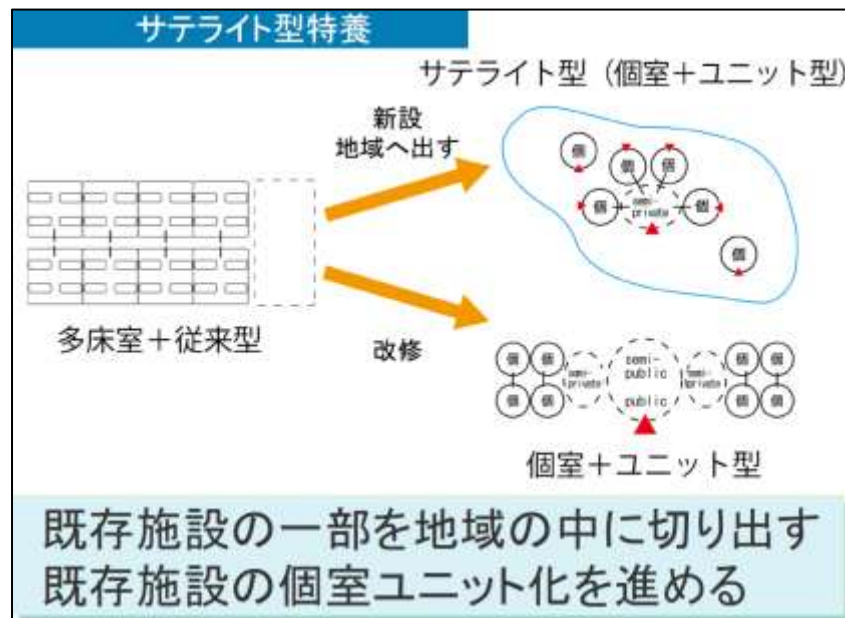
- ・個室ユニット型が制度化される以前の特別養護老人ホームはグループホームとは異なり“多居室＋大規模食堂”という空間構成でした。入居者は居室と食堂を往復する生活で、職員は 50 人以上の入居者の介助に追われていました。このような環境の中でもっとグループホームのようなケアを行っていきたいという実践者の思いから生まれてきたのがユニットケアです。ユニットケアでは、施設内を小規模に分割し、そこでグループホームのようなケアを行っていかうと考えました。ユニットケアは個別ケアを実践するための有効な方法であり、その考え方は多くの実践者に広がってきました。そして、2003 年に個室ユニット型特別養護老人ホームが制度化されました。
- ・個室化の際にもお話ししましたが、個室やユニット型という仕組みは、建物やケアシステムが先にあったのではなく、入居者の生活のあり方やケアのあり方を考えていく中で生まれてきました。要介護高齢者の施設が足りないのとあわせて箱を整備しようというプロセスではなく、目指していきたい生活やケアの理念があり、それにハードや制度を組み立ててきたと考えていただきたいと思います。
- ・また、ユニット型が制度化されて 10 年以上が経過しますが、それ以降の大きな発展が見られていないのが現状です。ユニット型は制度により詳細な内容が決まっているため、ユニット型を超える施設がなかなか生まれてきていません。制度としての自由度が高い有料老人ホームについても調べたことがありますが、ユニット型を超える生活やケアの提案は見られていないと言えらると思います。ユニット型の場合、各ユニットの独立性が高く、各ユニットが閉じた計画になっている場合が多くなります。ユニット内の人間関係の密度が高まる一方で、少し窮屈な面もあります。このあたりのユニットの問題点を超える提案が期待されます。

2) サテライト特養

- ・ユニットケア制度化以降の話として、地域密着型施設を取り上げたいと思います。地域密着型施設とは、29 人以下の小規模な施設であり、地域の中に小規模な施設が複数点在する事で地域を支えていこうとする仕組みです。そして、大規模な施設を地域に展開していくときに活用できるのがサテライト型特養です。サテライト型特養とは大規模施設と連携と取りながら地域を支えていく地域密着型施設のことを言います。

- ・サテライト型特養については、事例をもとにご説明したいと思います。事例として取り上げるのは、福岡県大牟田市にある「ケアタウンたちばな」です。
- ・ケアタウンたちばなを運営している社会福祉法人天光会は、大牟田市の中でも古い特養であり、建て替え時期が迫っていました。一度に建て替えることも可能でしたが、より地域を面的に支えるためには、大規模な施設だけではなく、小規模な施設を地域に点在させていくことが重要でした。そこで本体施設を建て替える前に、本体の定員から 20 名を切り出し、地域の中に小規模な特養を整備しました。それがケアタウンたちばなです。また、天光会ではその後も 20 名のサテライト型特養を別敷地に建設し、地域を面的に支える仕組みを構築しています。そして、2018 年に残りの本体施設（定員 80 ショートステイを含む）を別敷地に移転し、本体の建替えが終了する予定です。最初のサテライト型施設の建設から、本体施設終了まで 10 年以上が経過していますが、長い時間をかけて地域の中に根を下ろすとともに、職員を教育してきたと言えるでしょう。
- ・「ケアタウンたちばな」では、施設らしさの軽減や、地域住民の方が気軽に利用できるように建物は分棟型とし、誰でも自由に入ることができる道路を敷地内に設けています。建物の配置は、入口型から地域交流施設、居宅部門、通所介護部門（認知症デイサービス、小規模多機能型居宅介護）、特養部門と並んでいます。元気なうちから地域交流施設に通ってもらい、介護が必要となったら居宅介護や訪問介護を利用してもらう。少し介護の必要性が高くなってきたら小規模多機能を利用しつつも自宅で生活してもらう。そして、どうしても自宅での生活が困難になった時には特養を使ってもらうというコンセプトで作っています。地域住民ができるだけ自宅で生活できることを支援しつつも、どうしても難しい場合の受け皿を用意しておくことで多くの人々が住み慣れた地域の中で最後まで生活できると考えています。

図表 2：サテライト型特養



- ・また、天光会では、特養を新設するにあたり立地にもこだわっています。最初は公営住宅の建て替えで生まれた余剰地に建設されました。公営住宅では高齢化率が 50%を超えており、多くの介護ニーズがあります。ニーズが高いところに建てるという市場原理に基づき計画しています。次のサテライト型施設である「ケアタウンかみうち」は新幹線の駅前に建設しており、本体施設の移転は在来線の駅近に建設しています。大牟田市のような人口が減少していく地方都市では、立地の適正化を図っていく必要があります。天光園では、利用者や職員のアクセス性を考え、便利なところを探して建設してきました。

(3) サ高住の課題

1) 制度化の課題：定形化・低水準化

- ・ 以上のように、人々の根源的な生活に対する要求が、新しい住まいのカタチをつくり出します。一方で、サ高住や有料老人ホームについては、住まい方に関する考えがあいまいなまま、介護需要という経済性や制度が先行してしまっていることが、ときにご批判を受ける要因ではないかと考えています。
- ・ また、理念をもとにつくられた施設種別でも、制度化というプロセスを得た途端に理念が失われてしまうという事があります。
- ・ 例えば、小規模多機能型居宅介護は宅老所をモデルとしており、住宅を再利用したなじみの環境や、段階的な環境移行、日中と夜間の居場所の連続性といった理念に基づき制度化されました。しかし、小規模多機能が制度化されてしまうと、部屋が均一に並ぶといった当初の理念が見られない建物が数多く建設されることとなります。このように制度化前のモデル事例の時には素晴らしいが、制度化されてしまうとモデル事例の良さが剥ぎ取られてしまうという状況は、ユニットケア型施設でもグループホームでも見られることです。また、小学校建築など公共施設全体の問題として言えることかもしれません。
- ・ 制度化の課題として、生活やケアの質を制度で語ることは難しく、利用者の声（改善点）を把握していない、改善の声を上げにくい、上げられない、市場原理が機能していないということがあります。事業者が制度を見て、利用者を見ていない。つまり何をつくるべきかではなく、どう制度が動くかに注目していることが課題になっていると考えられます。そのため、最低限度として設定された基準が、“最頻値化”するという問題が生じています。

2) サ高住の現状

- ・ このような最低基準が最頻値化している状況は、サ高住においても見る事ができます。
- ・ サ高住の制度では1戸あたりの最低居住面積は 25 m²、居間、食堂、台所等、高齢者が共同して利用するために十分な面積を有する共用の設備がある場合は 18 m²となっています。
- ・ しかし、全国のサ高住の実態調査を行ったところもっとも多いのは 18 m²-19 m²、次に多いのは 25 m²-26 m²となり、最低基準が最頻値となっています。特に 18 m²台が圧倒的に多く、緩和基準が最も多いという結果を招いて言います。
- ・ それでは次に住戸と共用部の合計面積をみると、両者を足しても 25 m²以下の住宅が 25%程度みられました。これは住戸は小さくても共用部が充実しているのであれば、住戸を狭くしてもよいという緩和基準の主旨から外れる結果になっていると考えています。また、廊下なども共用部を含めた1住戸当たりの平均延べ床面積をみると、サ高住では 34-47 m²、特養では 51.6 m²です。つまりサ高住の1人あたりの床面積は特養よりも小さいものとなっています。
- ・ 次に共用部の構成を見ますと、住戸面積の小さなサ高住において、廊下は9割以上が中廊下・屋内型となっています。普通の住宅であれば中廊下型をつくることはないのですが、サ高住では中廊下型がとて多くなります。食堂も集中型となり複数階ある場合でも1つの階に集中して設けられている状況が見られました。18 m²の住戸の実態としては、要介護高齢者が多く入居していると考えられますが、このような居室と共用空間の距離が遠い空間構成は、かつて施設計画の中で否定されてきた空間構成であり、このような空間構成が多いという実態は高齢者の自立の維持にとって問題があると言えます。

3) これからの高齢者住まいに向けて（試論）

①量から質へ

- ・ 高齢者住宅が足りないから最低基準のものでも、どんどんつukらないといけないという議論があります。しかし 2015 年時点において要介護高齢者人数に対する高齢者住まい（特養、老健、グループホーム、療養型病床群、有料老人ホーム。サ高住の合計）の定員数は約 37%となります。つまり、要介護度 1 から 5 の高齢者 3 人に対して 1 以上の施設数が確保されています。在宅で生活している要介護高齢者も多いことから、高齢者住まいの数は充実してきていると言えるでしょう。つまり、高齢者の住まいはすでに量から質の時代に移行しています。今後、基準だけを見た施設では、空き室が目立つ施設も出てくると考えています。
- ・ それでは、サ高住などの高齢者向け住宅に必要な生活像や理念とは、どのような内容が望まし

いでしょうか。これらを確認していくことが高齢者向け住宅の質の向上につながっていくと言えます。私はこれからの高齢者住まいに必要なことは、高齢期における自己同一性（アイデンティティ）であり、私が私であるために必要なことを見つめなおすことであると考えています。そして、この自己同一性を維持・確立していくためには、高齢期における「自己決定」、「自立」、「受容」、「継承」という概念が重要であると考えています。

- ・自己決定とは自分の生活や行動を自分で決めること。自立とは、自分の事は自分ですること。

図表3：サービス付き高齢者住宅 住戸と共用部

住戸と共用部の構成

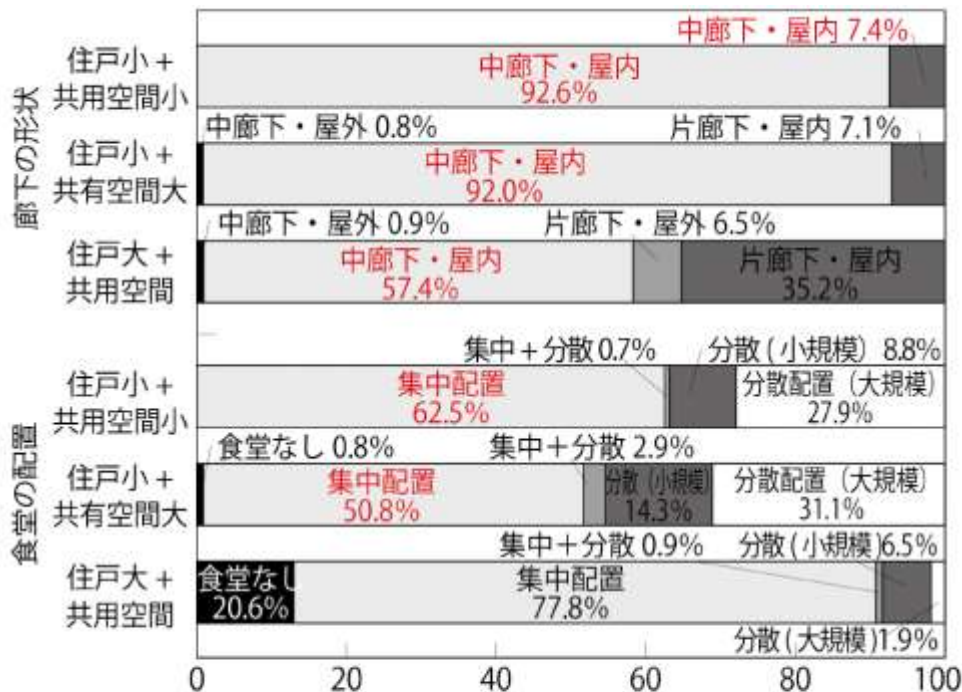
住戸面積	住戸と共用空間の配分	分類名称	件数 n=490
25㎡以上	住戸+共用空間	住戸大+共用空間	108件 (22.0%)
	住戸のみ	住戸大単独型	8件 (1.6%)
25㎡以下	住戸+共用空間=25㎡以上	住戸小+共用空間大	238件 (48.6%)
	住戸+共用空間=25㎡以下	住戸小+共用空間小	136件 (27.8%)

1住戸当たりの平均延床面積

n=490	住戸小+共用空間小	住戸小+共用空間大	住戸大単独	住戸大+共用空間
平均住戸面積	18.7㎡	20.0㎡	31.4㎡	28.5㎡
平均共用空間面積	4.6㎡	7.6㎡	—	4.5㎡
1戸あたりの平均延床面積	34.6㎡	41.5㎡	42.7㎡	47.5㎡

永浜正貴, 絹川麻里, 山口健太郎, 志垣智子: 図面分析から見たサービス付き高齢者向け住宅の平面構成に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 81(720), pp.271-279, 2016

図表4：サービス付き高齢者住宅 共用部の構成



共用部の構成

永浜正貴, 絹川麻里, 山口健太郎, 志垣智子: 図面分析から見たサービス付き高齢者向け住宅の平面構成に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 81(720), pp.271-279, 2016

生活自立と言われている概念に近いですが、高齢期においては生活の自立を目指していくというよりは、自分の中で大切にしている行為が自立しているという部分が重要ではないかと考えています。

②自己決定、自立

- ・サ高住については、自立を促進している住宅での実態調査も行っています。調査を行った住宅の概要は住戸が12戸、入居者の心身機能は軽度の要介護高齢者が多くなっています。
- ・調査結果を見ていきたいと思います。介護サービスの利用状況を見ると、入居前と入居後で変化した人はあまりいませんでした。サ高住の運営事業者とは異なる外部サービスを利用している人も多く、普通にサ高住から施設外のデイサービスに通っていました。入居者の生活リズムを見ても、1日の生活リズム、1週間の生活リズムがバラバラであり、個々の高齢者の自己決定により生活が営まれている事がわかりました。
- ・ヒアリング調査から生活内容を詳細に見ていくと、生活の中には譲れない行為があることがわかりました。90歳を超える女性の方は、訪問介護の方に洗濯をしてもらっているのですが、下着だけは必ず自分で洗濯されていました。90歳を超えると排泄に関するいろいろな症状が出てきます。それを他人には見られたくないという思いが、その方の行動の中には含まれていたと思います。どうしても他人に関与されたくない出来事を自分の中で維持しつづける。すべてを他人に委ねてしまうという一線を越えてしまうと自分が自分でなくなってしまう。「自分が自分であるために守り続けること」があると、この方のお話を聞いて感じました。

③受容と継承

- ・高齢期においては、不安や悩みを受け入れていくという概念も重要であると考えています。自立という「独りで生きていく」という強いイメージがあるかもしれませんが、人はそんなに強くないという部分もあります。この時に必要なのが他者の存在です。自分自身で受け止めていくだけではなく、他者との関わりを通じて自分を位置付けていくことが大切であると考えています。
- ・昨年度から研究を行っているホームホスピスでは、看取りに関するお話を伺ってきました。「死」という不安をどのように人々が受け入れているのかという一端を垣間見た事例として、入居者の方が亡くなった時に、同居者の方々がその方の部屋を訪れ挨拶をされて行かれました。その様子を見て、1人の入居者の方はとても安心したと言われていたそうです。「自分が亡くなるときもみんなに囲まれてあのように亡くなっていくんですね。その事がわかって安心しました」と言われていたそうです。この事例から、私はホームホスピスという環境の中で、同居者の方に見守られて亡くなっていく。そのプロセスを共有する事が、死への恐怖や不安を受け入れる（受容していく）プロセスにつながっていくと考えています。
- ・さいごに、継承についてですが、入居者が亡くなられた後も、家族の方がホームホスピスに來られ色々な思い出話をなさるそうです。それは家族が感じる喪失感を和らげることになっていきます。それを入居者の方が見ておられて、自分もホームホスピスの中に生き続けていく（継承されていく）ことを知り、その事が安心感につながっていると考えています。

図表 5 : サービス付き高齢者住宅の調査

① 調査概要

職員への ヒアリング調査	対象者：サ高住と小規模多機能の管理者 内 容：入居者の年齢、性別、要介護度 介護・生活支援サービスの利用状況 調査日：7/12-7/13
入居者への ヒアリング調査	対象者：全入居者 11 世帯 内 容：従前住戸での生活、入居後の生活 調査日：7/12-13、7/20、10/17、12/21-12/28
住まい方調査	住戸内の物品を平面図と展開図に記入 調査日：7/12-13、12/21-28
行動観察調査	入居者の場所と行為を随時記録 調査時間： 7：30～18：30 調査日：12/21-28

②調査対象者の概要

世帯 年齢	世帯：単身 11 世帯、夫婦 1 世帯 性別：女性 11 人、男性 2 人 年齢：平均年齢 86.2 歳
要介護度	自立 1 人 要介護 1：7 人、要介護 2：4 人、要介護 4：1 人、
認知症度	I：4 人 IIa：4 人、IIb：4 人、IV：1 人
ADL	J-1：1 人、J-2：1 人 A-1：7 人、A-2：2 人、B-1：2 人

※軽度の要介護高齢者が多い

③介護サービスの入居前後比較

居宅介護事業所						
入居前からの変化			入居前	調査時		
変更なし	12 人	別法人	3 人	2 人		
変更あり	1 人	同一法人	9 人	10 人		
		利用なし	1 人	1 人		
在宅サービス						
入居前からの変化			入居前	調査時	サービス内容	人数
変化なし	9 人	別法人のみ	2 人	1 人	通所介護のみ	2 人
変化あり	4 人	別法人+同一法人	4 人	6 人	通所+訪問介護	5 人
		同一法人のみ	3 人	5 人	小規模多機能	4 人
		利用なし	4 人	1 人	サービス利用なし	1 人

④生活サービスの利用状況

食事		入浴	
3食食堂	9 人	自宅内	2 人
昼・晩のみ食堂	1 人	共用浴室(訪問介護利用)	1 人
自炊	2 人	デイサービスのみ	8 人
		自宅+デイサービス	2 人
住戸内の掃除		洗濯	
自立	2 人	自立	2 人
自立+訪問介護	1 人	自立+訪問介護	2 人
訪問介護	8 人	訪問介護	7 人
家族	1 人	家族	1 人

図表6：サービス付き高齢者住宅 自立の事例

自立の事例



90代女性 要介護1 重度の難聴

図表7：サービス付き高齢者住宅 生活展開の分類

	通所 + 食堂利用型	外出 + 食堂利用型	食堂利用型	外出 + 共用部利用型	住戸 + 共用部利用型	通所 + 住戸滞在型	外出 + 住戸滞在型	住戸滞在型	通所滞在型	通所宿泊型	自宅宿泊型
起床 8:00	8:40	9:10	9:30	16:00	17:00	18:00	就寝				
通所 食堂	部屋 食堂 部屋 食堂	通所介護	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋
起床 8:00	8:40	11:30	15:30	17:00	18:00	就寝					
外出 食堂	部屋 食堂 部屋	外出	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋
起床 8:00	8:40	11:50	12:30	17:00	18:00	就寝					
食堂	部屋 食堂 部屋	食堂	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋	部屋 食堂 部屋
起床	8:40	12:30	14:00	15:00	就寝						
外出 + 共用部利用型	共用部	部屋 外出 共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部
起床	8:40	14:00	15:00	就寝							
住戸 + 共用部利用型	共用部	部屋 共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部	共用部
起床	9:30	16:00	就寝								
通所 + 住戸滞在型	通所 住戸	部屋 通所介護	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋
起床 7:45	11:00	11:50	15:00	就寝							
外出 + 住戸滞在型	住戸	部屋 外出 部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋
起床	就寝										
住戸滞在型	住戸	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋
起床 7:30	18:30	就寝									
通所滞在型	通所 滞在	部屋 通所介護	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋	部屋
起床	就寝										
通所宿泊型	通所 宿泊	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護	通所介護
起床 8:00	8:40	11:00	就寝								
自宅宿泊型	自宅 宿泊	部屋 食堂 部屋	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅

12タイプの
生活展開に分類

【質疑応答・意見交換】

成熟研委員：最低基準が標準となってしまうという傾向の一方で、今日ご紹介いただいたように、優れた高齢者住宅もあります。そうした優れた事例を事業者がつけられたモチベーションはどのようなものでしょうか？

それが分かれば、これから優れた事例を増やしていく糸口になるかと思います。

山口氏：先ほどの事例で法人がなぜあれだけ頑張られたかという点、実は見学者がとても多いという部分があります。見られているという意識がモチベーションにつながっています。つまり第三者の視点が入っているということが大事です。有料老人ホームには第三者評価という仕組みがあります。サ高住や有料老人ホームが積極的に第三者評価を取り入れていけば、より質の高い住宅の促進につながっていくのではないのでしょうか。そして、第三者評価を誰がやるかについては、ぜひ民間事業者の団体から手を上げていただきたいと思っています。行政等から強制されるのではなく、自分たちでボトムアップしていく姿勢が積極的な質の向上につながるとしています。

成熟研委員：特養の事業は社福や地方公共団体が主体になる一方で、サ高住や有料老人ホームは民間事業者によるもので、事業の継続性のための利益を出すというビジネスモデルの違いがあります。サ高住・有料老人ホームと特養の、建築コストの考え方など、ビジネスモデルの違いと建築の違いの関連についてのご研究はなされていますか？

山口氏：私自身はコストの研究は行っていません。一般論となりますが、特養には補助金があり、社福は非課税であるため良いモノが作れるという部分もあると思います。ですが、特養の居住費等は実質的に固定化しており、収益の幅が決まっています。一方、サ高住・有料老人ホームは入居料等の価格を自由に設定できます。制度面での自由度も高いことから、今までにないより良いケアや空間のあり方を探求していただき、少し高いけど入りたくなる施設や住宅を目指していただきたいと思っています。

吉田座長：今までのサ高住の半数以上はハウスメーカーがつくっていますが、今のサ高住を次世代にいい形で渡すにはどうすればよいでしょうか。

山口氏：すでにあるサ高住をどのように考えていくかというご質問かと思いますが、18 m²のサ高住を大幅に改修していくことは難しいと思っています。ハードではなく、ケアの面でもう少し改善できないかと思っています。消費者の目線でみると、今の外付けサービスなのに、24時間で職員が配置されているという仕組みは複雑で分かりにくくなっていると思います。外付けサービスの住宅は、利用者の自立を尊重した外付けサービスをより整え、重度の要介護高齢者が多く、24時間体制の介護を希望する人が多いサ高住などは特定施設に転換していくなど、消費者がわかりやすい仕組みにしていくことは大事かと思っています。

国交省石坂課長：各ハウスメーカーの規格品タイプのサ高住が供給されてきたという面があると思いますが、そこでもうひと工夫があれば、住まいらしい環境のサ高住がつけられるかなと思います。

山口氏：高齢者施設の目標は施設を住まいらしくするという点であり、ハウスメーカーの方が培ってこられた住宅に関するノウハウをもっと施設計画の中につぎ込んでもらいたいと思っています。例えば、扉などの建具や部材も施設仕様ではなく住宅仕様で考えていただき、インテリアやスケール感も住宅らしさにこだわっていただければと思います。

以上