

サービス付き高齢者向け住宅のケアと空間構成に関する研究  
一看取り・重度認知症への対応実態の分析を通して一

詹慧



# 目次

第1章 序論	
1-1. 研究背景	3
1-1-1. 社会の背景から見たサービス付き高齢者向け住宅の重要性	3
1-1-2. サービス付き高齢者向け住宅は重度高齢者の受け皿になる可能性	5
1-1-3. サービス付き高齢者向け住宅の現状と課題	8
1-2. 研究の目的と課題	11
1-2-1. 研究の目的	11
1-2-2. 研究の課題	11
1-3. 研究の対象と方法	12
1-3-1. 研究の対象	12
1-3-2. 研究方法	12
1-4. 既往研究と本研究の位置づけ	13
1-4-1. 重度化支援の視点による高齢者施設に関する研究	13
1-4-2. サービス付き高齢者向け住宅に関する研究	14
1-5. 論文の構成	16
第2章 ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態	
2-1. 本章の目的	23
2-2. 研究方法と研究対象	23
2-3. ハード各要素と看取り・重度認知症対応の関係	23
2-3-1. 規模	23
2-3-2. 住戸と共用部の面積	26
2-3-3. 食堂の設置	27
2-3-4. 共用トイレと浴室、台所	28
2-3-5. 談話スペース	30
2-4. サ高住の類型化	30
2-4-1. 主成分とクラスター分析	32
2-4-2. タイプごとの得点と特徴	34
2-4-3. タイプごとの対応実態	36
2-4-4. 常駐職員人数	39
2-5. 小結	39
第3章 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態	
3-1. 本章の目的	45
3-2. 研究の対象と方法	45
3-3. 平面構成の類型と特徴	47
3-3-1. 平面構成の類型	47
3-3-2. 平面類型とサ高住の特徴	48
3-3-3. 平面類型と共用設備	50
3-4. 平面構成と併設サービスの関連性	54
3-4-1. 併設サービスと平面構成	55
3-4-2. 併設サービスと共用設備	56
3-5. 平面構成と看取り・重度認知症の対応	57
3-5-1. 共用設備と看取り・重度認知症対応の関係性	57
3-5-2. 平面類型と看取り・重度認知症対応の関連性	58
3-5-3. 平面類型・平均要介護度と看取り・重度認知症の対応	60

3-6. 小結.....	64
<b>第4章 併設サービスと職員配置から見た看取り・重度認知症の対応実態</b>	
4-1. 本章の目的.....	71
4-2. 研究方法と対象.....	71
4-3. 併設サービスの数と種別ごとの分析.....	73
4-3-1. 併設サービス数と要介護度.....	73
4-3-2. 併設サービス種別とハード要素・要介護度.....	73
4-3-3. 併設サービスごとの看取り・重度認知症の対応実態.....	75
4-4. 併設サービスの組み合わせ.....	76
4-4-1. クラスタ分析.....	76
4-4-2. 併設サービスの組み合わせと住戸類型.....	79
4-4-3. 併設サービスの組み合わせごとのハードの特徴.....	79
4-4-4. 併設サービスの組み合わせと看取り・重度認知症の対応.....	81
4-4-5. 併設サービスの組み合わせごとの対応率と要介護度.....	84
4-4-6. 併設サービス別のハードと看取り・重度認知症への対応.....	84
4-5. 職員配置と看取り・重度認知症対応.....	88
4-5-1. 常駐日中職員.....	88
4-5-2. 夜間職員.....	88
4-5-3. 併設サービスの組み合わせと職員配置.....	90
4-5-4. 併設サービス・職員配置による看取り・重度認知症対応.....	90
4-6. 小結.....	92
<b>第5章 結論</b>	
5-1. 各章で得られた知見.....	98
5-1-1. 第2章で得られた知見.....	98
5-1-2. 第3章で得られた知見.....	98
5-1-3. 第4章で得られた知見.....	99
5-2. 結論.....	100
5-3. 考察.....	101
5-4. 今後の課題.....	102
研究	

## 第 1 章 . 序論



## 1-1. 研究背景

### 1-1-1. 社会の背景から見たサービス付き高齢者向け住宅の重要性

#### 1) 後期高齢者の増加

日本の総人口（2023年06月1日確定値）は、前年同月と比べて59.2万人減少している<sup>注1)</sup>。日本では、65歳以上の高齢者（以下「高齢者」）人口は、1950年以降、一貫して増加したが、2023年9月15日の推計では3623万人と、前年（3624万人）に比べ1万人の減少となり、1950年以降初めての減少となった。一方、総人口に占める割合は29.1%と、前年（29.0%）に比べ0.1ポイント上昇し、過去最高となった（表1-1）。

高齢者人口を詳しくみると、70歳以上人口は2889万人で、前年に比べ20万人増、75歳以上人口は2005万人で、前年に比べ72万人増、80歳以上人口は1259万人で、前年に比べ27万人増となっており、65歳以上人口以外の区分では増加傾向となっている。

なお、75歳以上人口は、前年に比べ72万人増加したことにより、初めて2000万人を超えた。この増加幅は、いわゆる「団塊の世代」（1947年～1949年生まれ）が2022年から75歳を迎えていることによると考えられる。

総人口に占める割合を詳しくみると、70歳以上人口は23.2%で、前年に比べ0.2

表 1-1 後期高齢者の増加

区 分	総人口	15歳未満	15～64歳	65歳以上	うち						
					70歳以上	75歳以上	80歳以上	85歳以上	90歳以上	95歳以上	100歳以上
2023年											
人 口 (万人)											
男女計	12442	1421	7398	3623	2889	2005	1259	671	273	69	9
男	6053	728	3753	1572	1215	798	461	216	71	13	1
女	6389	693	3645	2051	1675	1208	797	455	202	55	8
総人口に占める割合 (%)											
男女計	100.0	11.4	59.5	29.1	23.2	16.1	10.1	5.4	2.2	0.6	0.1
男	100.0	12.0	62.0	26.0	20.1	13.2	7.6	3.6	1.2	0.2	0.0
女	100.0	10.8	57.1	32.1	26.2	18.9	12.5	7.1	3.2	0.9	0.1
人口性比 <sup>*</sup>	94.7	105.0	103.0	76.6	72.5	66.0	57.9	47.6	35.4	23.7	13.7
2022年											
人 口 (万人)											
男女計	12496	1451	7421	3624	2869	1933	1232	659	263	65	9
男	6076	743	3760	1573	1206	764	450	211	68	12	1
女	6420	708	3660	2051	1664	1169	782	448	195	53	8
総人口に占める割合 (%)											
男女計	100.0	11.6	59.4	29.0	23.0	15.5	9.9	5.3	2.1	0.5	0.1
男	100.0	12.2	61.9	25.9	19.8	12.6	7.4	3.5	1.1	0.2	0.0
女	100.0	11.0	57.0	32.0	25.9	18.2	12.2	7.0	3.0	0.8	0.1
人口性比 <sup>*</sup>	94.6	105.0	102.7	76.7	72.5	65.3	57.5	47.1	34.9	23.1	13.7
対前年差											
人 口 (万人)											
男女計	-54	-30	-23	-1	20	72	27	12	10	4	0
男	-23	-15	-7	-1	9	34	11	5	3	1	0
女	-31	-15	-15	0	11	39	15	7	7	2	0
総人口に占める割合 (%)											
男女計	0.0	-0.2	0.1	0.1	0.2	0.6	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0
男	0.0	-0.2	0.1	0.1	0.3	0.6	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
女	0.0	-0.2	0.1	0.1	0.3	0.7	0.3	0.1	0.2	0.1	0.0

資料：「人口推計」

※) 女性100人に対する男性の数

注) 表中の数値は、単位未満を四捨五入しているため、合計の数値と内訳の計が一致しない場合がある（以下この章において同じ。）。

注1) 総務省統計局人口推計2023年（令和5年）11月報 <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202311.pdf>

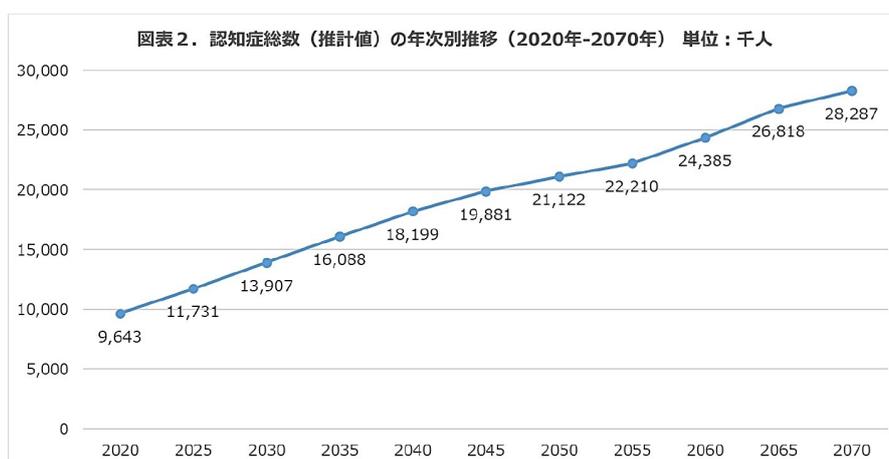
ポイント上昇、75歳以上人口は16.1%で、前年に比べ0.6ポイント上昇、80歳以上人口は10.1%で、前年に比べ0.2ポイント上昇となった。

80歳以上人口は、総人口に占める割合が初めて10%を超え、10人に1人が80歳以上となっている<sup>注2)</sup>。

今後も後期高齢者は漸増が見込まれ、社会に大きな影響を与えると考えられる。

## 2) 要介護・認知症高齢者の増加

このような超高齢社会を迎える日本において、要介護認定者も懸念されている。2022年10月の厚生労働省老健局の発表によると、要介護（要支援）の認定者数は2000年4月末で約218万人であったが、2022年3月末には約690万人と、3.2倍に増加した<sup>注3)</sup>。また、認知症の高齢者の推定は、全国の65歳以上における認知症総数は、2020年に964万人、そこから年々増加の一途を辿り、2070年には2,828万人にまで増加することが予測される結果となった<sup>注4)</sup>。



出所：「国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計（全国版）の全国将来推計人口値」及び「認知症有病率推定数学モデル」を用いて筆者が推計

図 1-1 認知症高齢者の増加

## 3) 特別養護老人ホームに入居の難しさ

特別養護老人ホーム（以下、特養）は、重度の要介護高齢者や終末期高齢者が安心して暮らせる居住施設として、日本の高齢者介護の根幹を成してきた。職員の配置基準が手厚く1:3と定められており、看取りにも対応できる体制が整えられている。しかしながら、近年の高齢化の進展に伴い、特養への入居希望者は増加の一途をたどつ

注2) 総務省統計局「統計からみた我が国の高齢者」統計トピックスNo.138 . 令和5年9月.17日  
<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics138.pdf>

注3) 社会保障審議会介護保険部会 令和4年（第100回）「参考資料1 給付と負担について」（厚生労働省老健局）

注4) ニッセイ基礎研究所 <https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=75566?pno=2&site=nli>

ている。

特養の入居条件は要介護3以上と定められており、重度な介護を必要とする高齢者を対象とした施設である。しかし、調査によると、2019年10月1日時点で特養に入所待ちをしている申込者数は、広域型で平均112.2人、地域密着型で50.7人となっている。ニーズの高まりに供給が追いついていない実態がある。また、入居待ちをしている申込者数と定員数の比率を見ると、広域型では申込者数が定員数の平均1.7倍、地域密着型では2.1倍と<sup>注5)</sup>、定員の約2倍近い水準に達している(図1-2)。

この待機者の中には、重度な介護を必要としながら、住み慣れた地域での生活を望みつつも適当な居住先が見つからずに困窮している高齢者が多数含まれていることが懸念される。このように特養への入居が困難な状況が常態化していることは看過できない事態であり、介護者を抱える高齢者にとって切実な不安要因となっている。今後益々高齢者・要介護者が増加していくことが確実である。したがって住まいと介護の一体的な確保は喫緊の課題であり、地域包括ケアシステムの充実や、特養以外の多様な高齢者向け住宅メニューの整備が急務である。

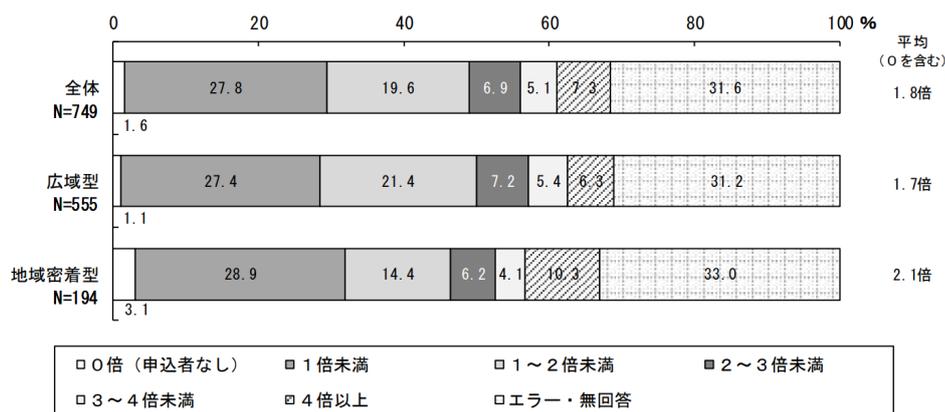


図 1-2 入居待ちをしている申し込み者数の定員に対する倍率

### 1-1-2. サービス付き高齢者向け住宅は重度高齢者の受け皿になる可能性

#### 1) サービス付き高齢者向け住宅の創設

高齢化の進展とともに、高齢者を取り巻く住環境の整備が喫緊の課題とされている。団塊の世代が75歳以上となる2025年には、単身および高齢者のみの世帯が全世帯の約4割に達することが予測されており<sup>注6)</sup>、住み慣れた地域で自立した生活を継続でき

注5) PwC コンサルティング合同会社：令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「特別養護老人ホームのサービス提供実態に関する調査研究報告書」, p. 22, 2020, (参照 PwC ホームページ, <https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/health-promotion-business2020.html>, 2021. 5. 12)

注6) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」

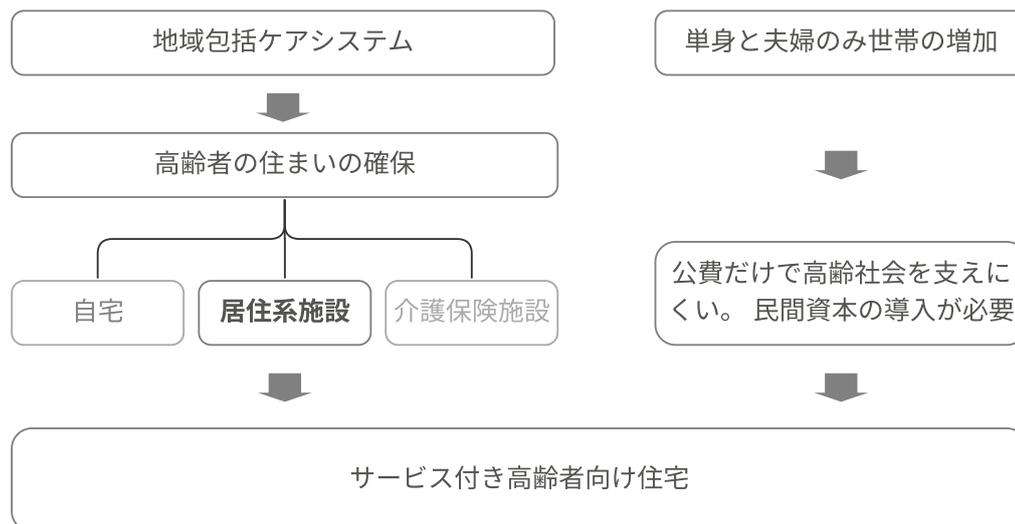


図 1-3 サービス付き高齢者向け住宅の創設

るよう、バリアフリー化や見守り支援体制の整備が求められている。

公営住宅であるシルバーハウジングの供給が 1988 年より開始されたが、その後の厳しい財政事情から供給の伸びは限定的であった。一方、高齢者人口は着実に増加を続けており、公的な住宅整備だけでは到底需要に追いつかない状況が明らかとなってきた。このため、民間参入による多様な住宅メニューの提供が不可欠とされるようになった。しかしながら、当時の高齢者向け住宅は高専賃貸、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高賃貸など種類が乱立しており、内容や特徴が複雑で利用者にとって分かりにくい状況にあった<sup>注7)</sup>。

この課題を解決し高齢者の適切な住宅選択を促すため、日本は 2011 年 10 月、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」を改正し、新たな住宅類型として「サービス付き高齢者向け住宅」（以下：サ高住）を創設した。これは一定のバリアフリー仕様を有し、安否確認や生活相談など的高齢者支援サービスを提供するとともに、食事や入浴、健康管理などの生活支援サービスを外部委託することが可能な住宅である<sup>注8)</sup>。都道府県等に登録され情報開示されることで、専門知識のない高齢者でも安心して適切な住まいを選択できることが期待された（図 1-3）。

また、同年の介護保険法改正により訪問・通所サービスが拡充され、サービス付き高齢者向け住宅でこれを利用することも可能となった。これにより、住み慣れた地域で自立した生活を継続しつつ、必要な介護サービスを適宜利用できる環境が整うこと

注 7) 馬場， 康德 サービス付き高齢者向け住宅の成立過程と現状 田園調布学園大学紀要（13）65-80， 2019-03

注 8) 一般財団法人 高齢者住宅財団．（n. d.）． シルバーハウジング、LSA. Retrieved November 22, 2023, from [https://www.koujuuzai.or.jp/useful\\_info/lisa/](https://www.koujuuzai.or.jp/useful_info/lisa/)

表 1-2 サ高住の登録基準

項目		基準
登録できる住宅の種類別		賃貸住宅または有料老人ホーム ※賃貸住宅及び有料老人ホームを構成する建築物ごとに登録する
入居者要件		60歳以上の者又は要介護・要支援認定を受けている者及びその同居者（※） ※同居者は以下の者に限られる ・配偶者 ・60歳以上の親族 ・要介護・要支援認定を受けている親族
設備基準	規模	○1戸あたりの床面積は原則25㎡以上 ○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㎡以上とすることができる なお、サービス付き高齢者向け住宅の各居住部分の床面積を25㎡以下とする場合にあっては、食堂、台所等の共同利用部分の面積の合計が、各専用部分の床面積と25㎡の差の合計を上回ることが基本
	設備	原則、各戸に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室 (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た場合は、各戸が水洗便所と洗面設備を備えていれば可となる場合あり)
サービス関連		状況把握サービス及び生活相談サービスを提供すること
状況把握サービス及び生活相談サービスの基準		○看護師、介護福祉士などのヘルパー2級以上の有資格者が、夜間を除き、住宅の敷地又は隣地敷地内の建物若しくは近接（歩行距離で概ね500m以内）する土地に存する建物に常駐しサービスを提供 なお、常駐する時間帯は概ね9時から17時とし、少なくとも1人が常駐する必要がある  ○常駐しない時間帯は、各住居部分に設置する通報装置にてサービスを提供 ○状況把握サービスにおいては、資格者が各居住部分への訪問等の方法により、毎日1回以上提供

が見込まれた。超高齢社会を迎える我が国にとって、住まいと介護の一体的な提供は喫緊の課題であり、サービス付き高齢者向け住宅の創設はその解決に大きく資することが期待された。

## 2) サービス付き高齢者向け住宅の特徴と構成

サービス付き高齢者向け住宅の登録基準<sup>注9)</sup>は、高円賃貸、高優賃貸、高専賃貸が廃止され、サービス付き高齢者向け住宅に事業化された。また、「老人福祉法」と「高齢者の居住の安定確保に関する法律」により、食事、介護、家事、健康管理のいずれかのサービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅は、特定施設入居者生活介護に該当するものとなり、有料老人ホームと同様の位置づけとなる。

「高齢者の居住の安定確保に関する法律」によると、サ高住はハードトソフトの両面から登録基準が設けられている（表 1-2）。

ハード面の基準は原則として各専用部の床面積は25㎡以上と定められており、台所、トイレ、収納、洗面、浴室の設置を要求するが、緩和規定があり、サ高住の計画は住戸内だけでなく共同生活への対応が念頭に入れられている。具体的には「高齢者が共同で利用するための居間、食堂、台所などが十分な面積を持つ場合、住宅面積は18㎡以上とする」、「共用部に適切な台所、収納設備、浴室を設けることで、個々の住戸に設けることと同等以上の居住環境が確保される場合は、各住戸にこれらを設けなくても良い」などである。

注9) 高知県庁 . [https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/171901/files/2012083100100/kijun\\_gaiyou.pdf](https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/171901/files/2012083100100/kijun_gaiyou.pdf)

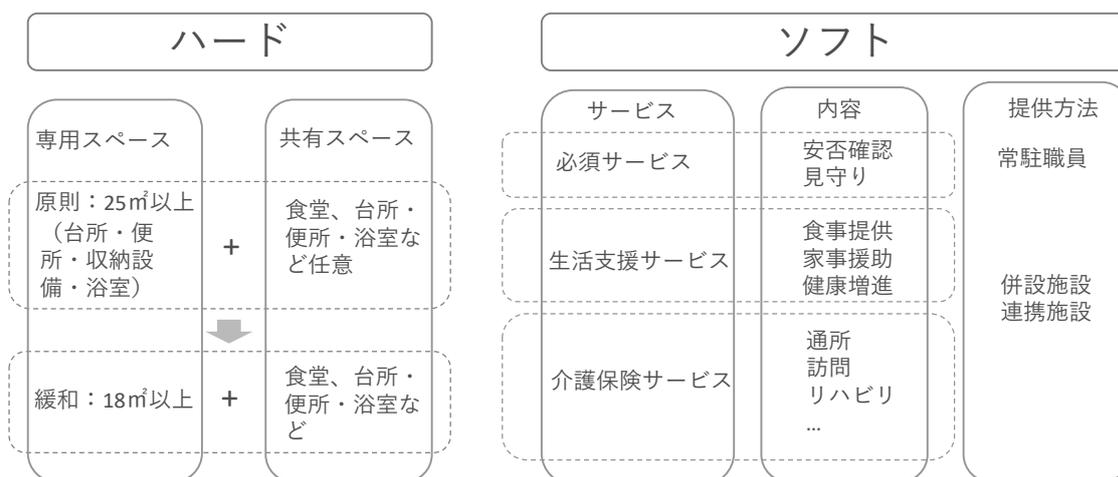


図 1-4 サ高住の構成

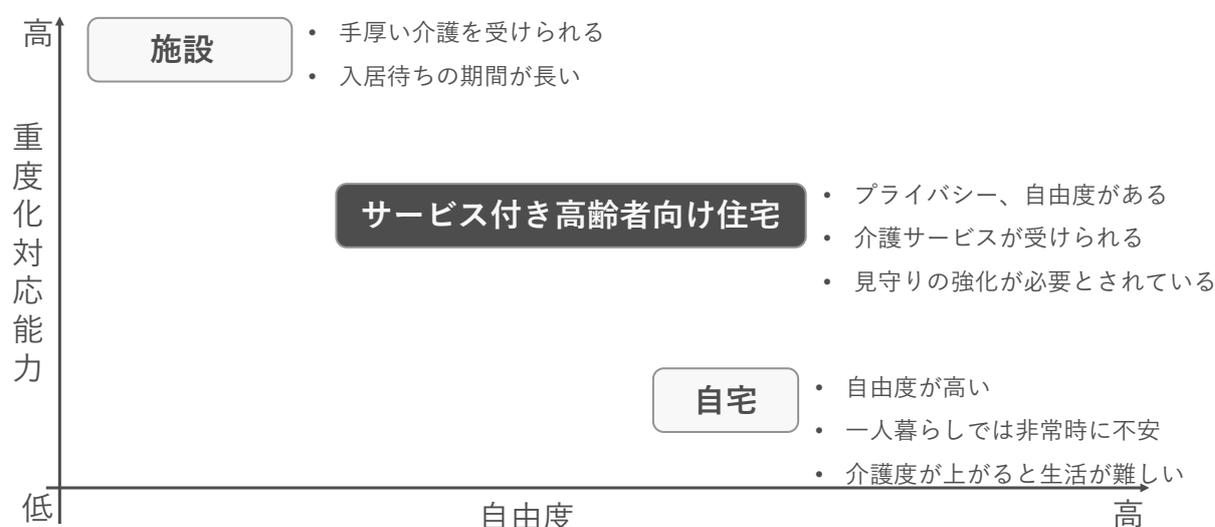


図 1-5 サ高住の特徴

ソフト面では比較的緩やかなものとなっている。必須とされているのは、状況把握ト生活相談を行う有資格の専門職員が常駐し、夜間など不在時にも緊急通報システムにより対応することとなっている。その他の提供サービスは任意である。必須サービスに加えて、生活支援や介護保険サービスの提供は任意とされていて、具体的なサ高住によって提供されるサービスや設備は異なる場合がある（図 1-4）。

このようにサ高住は、居住面とサービス面の両方を含む総合的なシステムを備えた住宅類型であり、個人の自由度と生活の安定性を両立する特徴がある。自宅での生活が困難になりがちな高齢者にとって、施設への入所を避けつつ安心できる住まい方の選択肢を提供する意義は大きい。一方で、介護保険の対象外サービスや見守り体制の希薄さなどの課題もある（図 1-5）。

### 1-1-3. サービス付き高齢者向け住宅の現状と課題

#### 1) サービス付き高齢者向け住宅の現状と課題

サ高住は、10年以上が経過した現在（2023年9月末）、登録戸数は28万戸を超え

るまでに普及している<sup>注10)</sup>。一定の社会的ニーズに応じていることがうかがえる。しかし他方で、多様な住宅が「サ高住」の名称の下に包含されていることも事実であり、その内容と質には差異がみられるのもまた事実である。

以下、サ高住のハード・ソフト両面の現状と課題につき、詳細に考察する。

サ高住のハード面について、居室内の設備が完備された住戸数が20%未満であることが報告されている<sup>注11)</sup>（図1-6）。共用部を前提とする施設的な計画が主流で、プライバシーや居住水準の確保に課題を残す結果となっている。さらに、共用部の配置や規模についてもバラツキが大きいのが実態である。食堂や談話室のないケースや、過小な設置状況が散見されるなど、必ずしも適正な共同生活の場が確保されている状況とは言えない。この共用部の質的な偏在が、重度化した場合の対応力や、入居者の生活の質に少なからず影響を与えている可能性が指摘されている。

ソフトの現状では、日中の状況把握や安否確認のために原則的に1名の職員が常駐するが、それ以上の職員配置は任意とされている。日中・日中以外は常駐なしのサ高

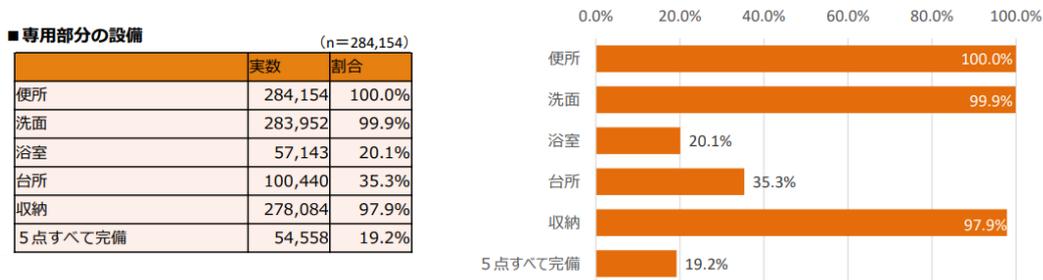


図1-6 サ高住の住戸の現状

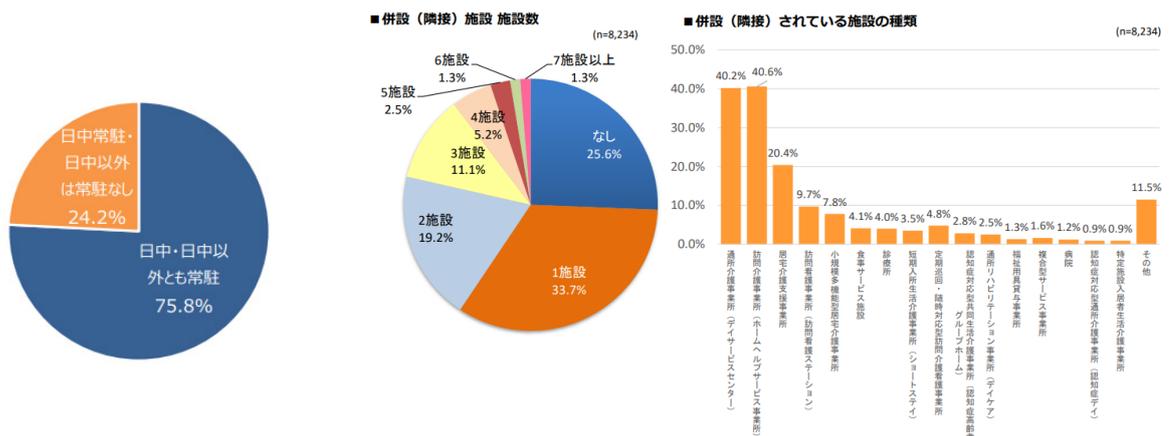


図1-7 サ高住の職員配置の現状

図1-8 サ高住の併設サービスの現状

注10) 国土交通省．(2023, 9)．[PDF] サービス付き高齢者向け住宅の現状と課題 - 国土交通省 . [https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/past\\_data/system\\_registration\\_01\\_0509.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/past_data/system_registration_01_0509.pdf)

注11) 国土交通省．(2023, 8)．[PDF] サービス付き高齢者向け住宅の現状と分析 - 国土交通省 . [https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_02.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_02.pdf)

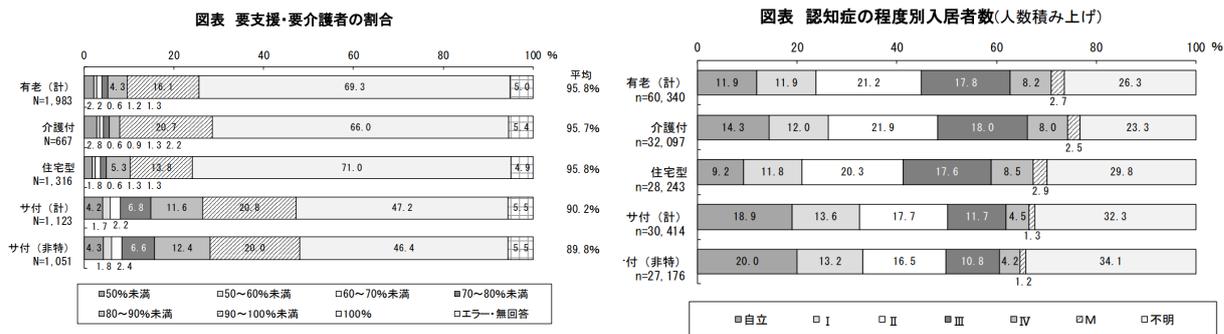


図 1-9 サ高住の入居者の現状

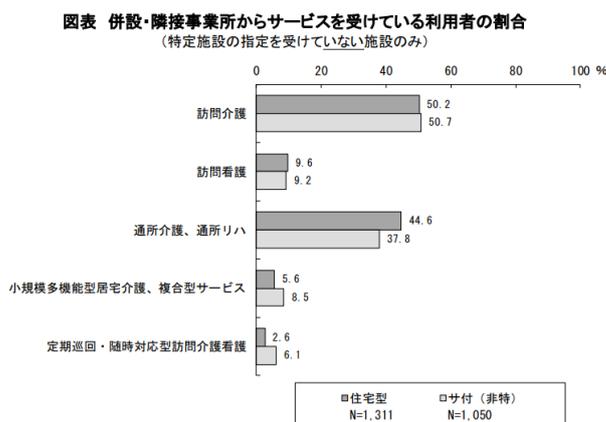


図 1-10 サ高住の入居者のサービス利用現状

住は 24.8% を占める (図 1-7)。また、高齢者の介護ニーズに応えるため、一般的に、サービスを併設している。さらに、複数のサービスを併設するサ高住も存在する。実際、2022 年時点で、サ高住の 41.6% が二つ以上のサービスを併設していることが報告されている<sup>注12)</sup> (図 1-8)。複数のサービスを併設しているサ高住が多い傾向がみられる。

入居者の現状について、2020 年の調査報告書から、サ高住においては、要介護度認定を受けている人が 88.9%、認知症を有している人が 48.8% 含まれている<sup>注13)</sup> (図 1-9)。また、令和 2 年 3 月時点で「訪問介護」は 50.7%、「通所介護、通所リハビリ」は 37.8% の人がサ高住の併設サービスを受けていることから、入居者の多くが併設サービスを利用していることが把握できた<sup>注14)</sup> (図 1-10)。

注 12) 国土交通省. (2023, 8). [PDF] サービス付き高齢者向け住宅の現状と分析 - 国土交通省. [https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_02.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_02.pdf)

注 13) PwC コンサルティング合同会社: 令和二年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究報告書」, p. 34, 36

注 14) PwC コンサルティング合同会社: 令和元年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究報告書」, p. 22, 2020

以上から、重度要介護高齢者の増加や公的な施設への入居が困難となる状況で、サ高住はバリアフリー住宅として、介護・支援サービスが提供して、重度要介護高齢者の住まいとなる可能性がある一方で、極めて多様な類型が混在しているのが実態だ。空間の不適合、職員の手薄さ、見守り体制の希薄などの原因で重度要介護状態になると住み続けることが難しいという問題も浮上しています。そして、高齢期の長期の場所として、認知症・重度要介護状態になった場合でも自分らしい暮らしをつづけることのできる終の棲家になる住まいが求められている。

## 1-2. 研究の目的と課題

### 1-2-1. 研究の目的

そこで、本研究では、①ハード要素と類型化、②平面構成と共用設備の分布、③併設サービスと職員配置という点から見た看取り・重度認知症の対応実態に基づいて、サ高住がその利点である高い自由度とプライバシー保護を維持しながら、重度要介護高齢者への対応力を向上させて、終の棲家になれるケアと空間構成のあり方の方向性を明らかにすることを目的とする。

### 1-2-2. 研究の課題

研究の目的を達成するために、以下に示す3つの研究課題に応える必要がある。

#### 第1課題 ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態

住宅として多様なハードを建設可能なサ高住が終の棲家として機能するには、基準では求められていないが、看取りや重度認知症への対応も重要になる。そこで、第1課題ではサ高住のハードに着目して分析を進める。具体的にはサ高住の規模、共用設備などハードの視点から看取り・重度認知症の対応に影響を与える要素を把握したうえで、サ高住を類型化し、各類型の看取り・重度認知症対応の実態、看取り・重度認知症の対応の違いを明らかにするものである。

#### 第2課題 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態

サ高住の登録基準では、緩和規定による共用部の平面構成、面積が、サ高住の重症化対応の実態にどのような影響を与えるかについて検証ができていない。

そこで、第2課題はサ高住の平面構成と共用設備に注目して、全国のサ高住の平面図をホームページから収集し、それに基づく図面分析を行う。その結果から、どのような平面形状と共用設備を整備したサ高住が看取り・重度認知症に対応しているのか、各平面構成のハード、ソフト面の特徴と重症化対応に与える影響を明らかにする。

### 第3課題 併設サービスト職員配置から見た看取り重度認知症の対応実態

サ高住が終の棲家となるには、ハード以上に提供する介護サービスが影響することは言うまでもない。住宅として制度設計されたサ高住は、日中の状況把握・安否確認のため1名の職員が常駐するが、それ以上の職員配置は任意であり、高齢者の介護ニーズに応えるため、複数のサービスを併設するサ高住もある。

そこで、第3課題はサ高住に併設される介護サービス（以下：併設サービス）に注目して、どのようなソフト（併設サービス・職員配置）を整備したサ高住が看取り・重度認知症に対応しているのか、ケアとの関連を把握する。

#### 1-3. 研究の対象と方法

##### 1-3-1. 研究の対象

本研究では、国による「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」<sup>注15)</sup>に記載された登録情報と運営情報を用いた。登録情報はサ高住を登録する際の建物に関連する情報であり、所在地、戸数、住戸面積や共用空間の面積や設備や家賃・利用料などのハードに関連する情報が記載されている。一方、運営情報はサ高住の運営に関する情報であり、入居者の年齢、要介護度、男女別の人数の情報等にくわえて、入居者や家族が入居先を検討しやすいように、看取り・重度認知症に対する対応状況が記載されている。具体的には「応相談（対応実績あり）、応相談（対応実績なし）、対応なし」の3区分で看取り・重度認知症に対する対応状況を示している。この区分は、各事業者が任意に記載したものであり、各区分に客観的な基準がないため、信頼性に欠ける部分がある点は否めない。しかし、現状のサ高住において、どの程度、看取りや認知症に対応する意向や実態があるのか、任意の記載とはいえ事業者の判断や実態を反映した貴重なデータであり、全国のサ高住を分析することで、ハードと看取り・重度認知症対応の関係を明らかにする手がかりとして活用できる。そこで、本研究では、応相談を状況に応じて対応可能と捉え、これら3区分を「対応可・実績あり（対応◎）」、「対応可・実績なし（対応○）」、「非対応（対応×）」と表記して以下に用いる。

なお、本研究で用いたデータは、2020年12月時点でサービス付き高齢者向け住宅の運営情報、運営情報の両方を掲載している全3565件を対象とする。

##### 1-3-2. 研究方法

各研究課題に対する研究方法以下に示す。

#### 第1課題に対する研究方法

注15) サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム <https://www.satsuki-jutaku.jp/>

分析に用いたデータは、2020年12月時点でサービス付き高齢者向け住宅の運営情報、運営情報の両方を掲載している全3565件のなかで、平均要介護度、看取り・認知症への対応状況についても記載している2110件である。

まず、ハードの各要素が看取り・重度認知症の対応区分によって有意差があるのか多重比較で検定を行う。それによって、ハードの各要素と看取り・重度認知症対応の関連を検討するためである。しかし、サ高住はハードの要素が組み合わせられて一つの建物を構成している。そこで、ハードの各要素を主成分分析およびクラスター分析(ward法)することでサ高住を類型化し、類型ごとの看取り・重度認知症対応の実態から、どのようなタイプのサ高住において看取り・重度認知症対応がなされているのか考察する。

## 第2 課題に対する研究方法

2020年12月時点で登録情報と運営情報の両方を掲載している全国の3565件のサ高住の中から、当該サ高住のホームページの閲覧により、平面図を入手できた442件のサ高住を対象とした。

なお、平面図の収集について、各エリアの機能が明確に区別できる平面図である。

442件のサ高住の平面図について分析を行い、重度化に対応している平面構成の特徴や共用部の配置(トイレ、浴室、LDK、スタッフルーム)について考察する。

## 第3 課題に対する研究方法

用いたデータは、2020年12月時点で登録情報、運営情報の両方を掲載している全3565件のなかで、特定施設を除き、平均要介護度、重度認知症、看取りへの対応状況の記載のある2042件である。

まず、併設サービスごとのハードの特徴や看取り・重度認知症への対応状況を把握したうえで、次に、併設サービスの組み合わせをクラスター分析で明らかにして、どのような併設サービスの組み合わせがどのようなハードを持つのかを把握する。さらに、どのような併設サービスの組み合わせが看取り・重度認知症対応に有効であるのか分析する。そのうえで、常駐職員の視点から、看取り・重度認知症の対応との関係を分析して、併設サービスと常駐職員の関係性とそれによる重度化への対応を明らかにする。

### 1-4. 既往研究と本研究の位置づけ

#### 1-4-1. 重度化支援の視点による高齢者施設に関する研究

宮崎ら<sup>1)</sup>は表情測定によって、共用空間における他者の行為が認知症高齢者の無為

に及ぼす影響を考察し、周囲の行為が一部の入居者の表情に肯定的な影響を及ぼし、本人が参加しない場合でも、周囲で会話や会話を伴う家庭的な行為を行うことに意味があると指摘した。山口ら<sup>2)</sup>は2005年に特別養護老人ホームにおける調整機能付き車いすの導入が重度要介護高齢者の身体活動数および生活展開に与える影響について検討し、調整機能付き車いすの導入が「寝たきり」を解消させる一つの契機になる。また、2006年<sup>3)</sup>に特別養護老人ホームにおける重度要介護高齢者の姿勢および生活展開と睡眠一覚醒リズムの関係性について、長い離床時間が規則的な睡眠に影響し、生活単位の小規模化、居室と共用スペースの距離を短縮させ、小規模な食堂を分散化させることから、重度要介護高齢者にとっても有効であると指摘した。

一方、高齢者施設における生活単位や重度入居者への対応に関する研究は、生活単位の一括・分散と共用空間の滞在行為に着目し、生活単位を小規模に分散して、共用空間を多段階に構成することにより、入居者の生活行為が多様かつ拡大することを指摘した李ら<sup>4)5)</sup>の研究や、直接介護と共用空間の関係に着目し、共用空間を複数配置している特養の方が共用空間の数の少ない特養よりも共用空間での直接介護量が増えることとその原因を明らかにした谷本ら<sup>6)</sup>の研究がある。認知症高齢者、重度要介護高齢者の視点から、行動観察によって、高齢者施設の空間構成、共用空間の作り方に関する研究から得られた建築計画の知見は数多く蓄積され、現在の制度及び施設設計に反映されている。

#### 1-4-2. サービス付き高齢者向け住宅に関する研究

##### 1) サービス付き高齢者向け住宅の住戸設計に関する研究

サ高住の空間構成に関する研究は、住戸と共用空間の面積、設備、部屋の配置が平面構成に与える影響について、住戸と共用空間の面積配分からサ高住を類型し、面積や機能の共有化による居住水準が向上になることを指摘した永浜ら<sup>7)</sup>の研究は、2013年で収集したデータを使って、サ高住の廊下の形状と住戸の配置形状を基準として「一文字型」、「中廊下・屋内」などの類型を分けたうえで、専用部・共用部の面積配分との関連性を明らかにした。また、住戸設備、共用設備の有無、提供サービスに基づきサ高住を類型化したうえで、住居水準と居住者の要介護状態との不適合の実態から、居室の面積基準の見直し、多様な住戸類型が同数程度の構成の必要性を指摘した三宮ら<sup>8)</sup>の研究がある。また、山田ら<sup>9)</sup>は個人を主体とする視点から、住み替えに伴う自宅から持参する物品の選定傾向に基づく住戸の計画を考察した。

##### 2) サービス付き高齢者向け住宅の共用部に関する研究

一方、柴田らはサ高住での共用空間の利用形態に注目し、共用空間の構成と入居者の生活様態の関係を調査し、その結果を基に望ましい空間構成の提案を行った。その結果、規模が大きい場合は個々の自室に滞在する時間が増え、反復性が高く安定した

生活パターンが見られること、一方、規模が小さい場合は食堂を中心とした反復性の低い変化に富んだ生活が行われることが示された<sup>10)</sup>。さらに、スタッフの食堂での滞在が入居者の食堂利用率に影響を与えることも指摘されている<sup>11)</sup>。山田ら<sup>12)</sup>は個人を主体とする視点から、住戸内での生活を中心としながら求められる生活支援の内容を把握した。

### 3) 重度化支援の視点によるサービス付き高齢者向け住宅の研究

入居者の身体状態の変化に対して居住の安心や継続性を確保するため、サ高住の典型モデル（住宅系、介護系、医療系）<sup>13)</sup>に分けたうえで、生活支援サービスの実態<sup>14)</sup>、入居後の身体状態の変化による住み替えの対策<sup>15)</sup>を把握し、サ高住の計画上の配慮事項を提案<sup>16)17)</sup>した長谷川らの研究がある。入居者と空間構成の関係性、とりわけ重度化支援の視点からサ高住の在り方を検討する研究は数が少ない。

### 4) サービス付き高齢者向け住宅のサービス提供に関する研究

サ高住の職員配置、併設サービスに関する報告としては、「サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究報告書」<sup>18)</sup>が挙げられる。同報告書は、住戸数、入居者の要介護度による人員配置や併設サービスの実態を分析し、要介護度が高いほど訪問介護、デイサービス、訪問看護の併設率が高くなる一方で、居宅介護支援、小規模多機能は要介護度が低い方が併設率が高いこと、訪問介護、居宅介護支援、訪問看護は住戸数が多い大規模なサ高住への併設率が高い一方、小規模多機能は住戸数が少ないサ高住に併設されること、訪問介護を併設する場合に、職員の兼務割合が高いことを指摘している。

学術論文では、井上ら<sup>19)</sup>がサ高住における主な4種別の併設サービスを分析したうえで、居宅介護支援事業所の併設によって、住宅職員と密な情報交換が可能で利用者訪問も行いやすく、きめ細かなプラン変更となるなどの利点があるが、選択の自由が阻害されること、また、訪問介護の併設については、職員が訪問介護とサ高住を兼務することで、夜間・土日でも介護サービスを利用可能になり、情報共有を行いやすいことを指摘している。

このほか、三浦ら<sup>20)</sup>による、首都圏近郊のサ高住の立地を分析した研究では、サ高住の要介護度、住戸数、通所介護、訪問介護の併設がサ高住の立地にも影響を受ける実態を明らかにしている。

以上、サービス付き高齢者向け住宅に関する既存研究の整理から、以下の課題が浮かび上がる。

第一に、住戸の構成・設備と入居者の生活との関係性について一定の知見が得られている。しかし、入居者の重度化に対応した共用空間のあり方については、十分な検討がなされていない。

第二に、過去 10 年間のサービス付き高齢者向け住宅の平面構成の変化について実態把握が不足している。住戸面積や共用空間の構成に関する最新の動向を踏まえた上で、重度化対応型の平面プランについて検討する必要がある。

第三に、複数の併設サービスとその組み合わせがサービス提供と重度化対応に与える影響について分析が不十分である。特に併設サービスと職員配置との関係性に着目し、重度化対応力の観点からその適切な組み合わせについて実証的に検証することが求められる。

第四に、重度化した場合の居住の継続性確保に対して、ハード・ソフト一体とした対応が必要であるが、この点はこれまでほとんど研究されていない。今後は重度化に対応できるサービス付き高齢者向け住宅の空間構成とサービス提供体制を明らかにすることが課題である。また、併設サービスとサービス付き高齢者向け住宅との連携も重要であるが、その在り方に関する分析も不十分である。

## 1-5. 論文の構成

本論は、序論（第 1 章）、本論（第 2 章～第 4 章）、結論（第 5 章）から構成される。各章の概要は以下のとおりである。

第 1 章は序論である。本研究の背景と目的、方法について述べている。サ高住の定義と特性を示し、サ高住の既往研究の成果を踏まえて、重度化対応の視点からサ高住のあり方を明らかにする必要性を論じる。

第 2 章では、サ高住のハードと看取り・重度認知症の対応実態の関係性を把握するために、ハード各要素、それらが空間構成の類型化、重度化対応との関連性を明らかにしている。ここではまず、調査対象全国のサ高住 2011 件について、住戸数、フロア当たりの住戸数、住戸面積、共用トイレ、浴室、食堂などの各要素と看取り・重度認知症を多重比較し、有意差があるハード要素を確認している。そのうえで、有意差がある要素を抽出し、主成分とクラスター分析でサ高住を類型化し、看取り・重度認知症に影響を与える空間構成の要因を明らかにしている。

第 3 章では、第 2 章で空間構成の視点から確認された重度化に有効である共用空間の配置を具体的に示すために、442 件のサ高住を研究対象として、サ高住の平面類型、共用部の設置など平面構成の視点から看取り・重度認知症対応に影響がある要素を明らかにしている。ここではまず、平面の形状、居室と共用部の位置関係に基づいて、平面を類型化し、各類型のハードの特徴を把握するうえで、次いで、各共用設備の位置関係を生活範囲の順番で整理し、さらに、平面類型、共用設備の位置関係と併設サービスの関係を捉え、平面構成と併設サービスの組み合わせによる重度化支援の違いを明らかにしている。

第3章では、サ高住のソフトの視点から併設サービス、職員配置と重度化対応の関係性を明らかにするため、併設サービスごとのハードの特徴や看取り・重度認知症への対応状況を把握したうえで、次に、併設サービスの組み合わせをクラスター分析で明らかにして、どのような併設サービスの組み合わせがどのようなハードを持つのかを把握する。さらに、どのような併設サービスの組み合わせが看取り・重度認知症対応に有効であるのか分析する。そのうえで、常駐職員の視点から、看取り・重度認知症の対応との関係を分析して、併設サービスと常駐職員の関係性とそれによる重度化への対応を明らかにしている。

第5章では各章で得られた知見を整理し、設定した課題に対して結論を示す。また、今後の研究課題についても述べる。

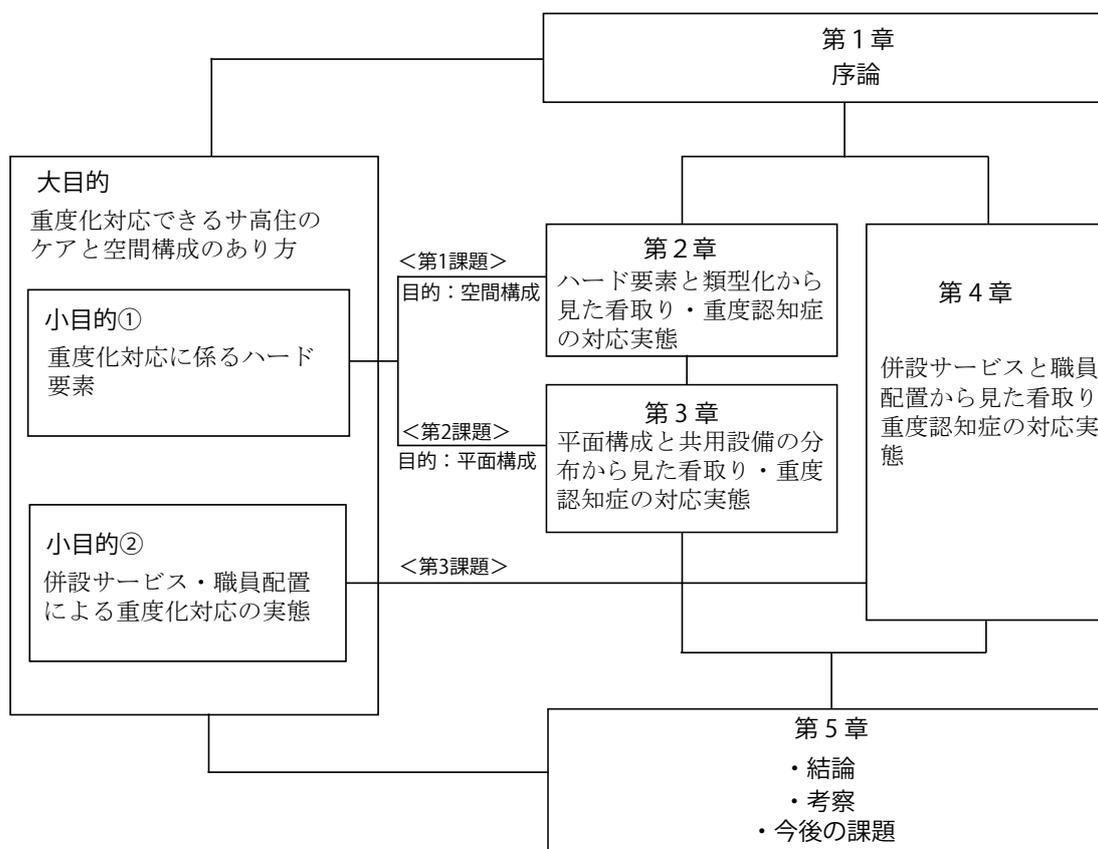


図 1-11 論文構成

## 参考文献

- 1) 宮崎崇文, 三浦研. 共用空間における他者の行為が認知症高齢者の無為に及ぼす影響 - 表情測定による間接的交流に関する研究 その 1[J]. 日本建築学会計画系論文集, 2015, 80(717): 2439-2447.
- 2) 山口健太郎, 齋藤芳徳, 三浦研, 等. 特別養護老人ホームにおける調整機能付き車いすの導入が重度要介護高齢者の身体活動数および生活展開に与える影響 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 2005, 70(595): 49-56.
- 3) 山口健太郎, 齋藤芳徳, 三浦研, 等. 重度要介護高齢者の姿勢および生活展開と睡眠 - 覚醒リズムの関係性について [J]. 日本建築学会計画系論文集, 2006, 71(608): 27-34.
- 4) 李ハヤン, 谷口元. 高齢者居住施設における生活単位の一括・分散と共用空間の滞在行為に関する研究: 日・韓, 高齢者施設 6 施設の異なる空間構成における入居者の生活と空間の使われ方 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 68 巻, 第 572 号, pp.25-32, 2003
- 5) 谷本裕香子, 佐藤将之. 特別養護老人ホームにおける重度入居者への対応に伴う直接介護と共用空間との関係 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 84 巻, 第 755 号, pp.23-32, 2019 (DOI:https://doi.org/10.3130/aija.84.23)
- 6) 永浜正貴, 絹川麻理, 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, 第 81 巻, 第 720 号, pp.271-279, 2016
- 7) 三宮基裕, 黄 炳峻, 鈴木義弘: サービス付き高齢者向け住宅の住居水準と要介護状態の不適合に関する考察, 日本建築学会計画系論文集, 第 44 巻, 第 744 号, pp.199-208, 2018
- 8) 三宮基裕, 黄炳峻, 鈴木義弘. サービス付き高齢者向け住宅における住戸内の行為拠点のとり方に関する考察 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 2019, 84(755): 75-85.
- 9) 鈴木貴仁, 高屋宏, 長谷川洋. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究: その 1 要介護度・医療依存度の変化への対応性からみたサービス付き高専賃の建築形態の実態と課題 (高齢者向け住宅, 建築社会システム, 2012 年度大会 (東海) 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築社会システム, 第 8115 号 pp.229-230, 2012
- 10) 高屋宏, 鈴木貴仁, 長谷川洋. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究: その 2 サービス付き高専賃における医療・介護連携及び生活支援サービス提供の実態と課題 (高齢者向け住宅, 建築社会システム, 2012 年度大会 (東海) 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築社会システム, 第 8116 号 pp.231-232, 2012
- 11) 長谷川洋, 鈴木貴仁, 高屋宏. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究: その 3 サービス付き高専賃の具体事例にみる入居者の身体状態の変化への対応性の実態と課題 (高齢者向け住宅, 建築社会システム, 2012 年度大会 (東海) 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築社会システム, 第 8117 号 pp.233-234, 2012
- 12) 長谷川洋, 高屋宏, 鈴木貴仁ほか. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究: その 4 サービス付き高齢者向け住宅の計画上の配慮事項の仮説的提案 (高齢者・居住福祉 (1), 建築社会システム, 2013, 年度日本建築学会大会 (北海道) 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築社会システム, 第 8148 号 pp.307-308, 2013
- 13) 鈴木貴仁, 高屋宏, 長谷川洋ほか. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究: その 5 サービス付き住宅事業者におけるサービス付き住宅の計画上の考え方について (高齢者・居住福祉 (1), 建築社会システム, 2013 年度日本建築学会大会 (北海道) 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築社会システム, 第 8149 号 pp.309-310, 2013
- 14) 柴田ありさ, 塚田知樹, 古賀誉章: 5017 サービス付き高齢者向け住宅での空間構成と共用空間の利用形態に関する研究 その 1 (高齢者住宅, 建築計画, 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築計画, pp.33-34, 2015
- 15) 塚田知樹, 古賀誉章, 山田あすか. 5018 サービス付き高齢者向け住宅での空間構成と共用空間の利用形態に関する研究 その 2 (高齢者住宅, 建築計画, 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築計画, pp.35-36, 2015

- 16) 山田雅之, 山口健太郎, 高田光雄. 高齢者向け住宅への住み替えにおける物品の希望持参量に関する研究 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 2015, 80(709): 475-483.
- 17) 山田雅之, 沖村卓哉, 山口健太郎, 等. 高齢者向け住宅における生活支援サービスの実態把握 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 2012, 77(677): 1545-1552.
- 18) PwC コンサルティング合同会社: 令和元年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究報告書」, p. 22, 2020
- 19) 井上由起子: 地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題: サービスの質を中心に [J]. 季刊・社会保障研究, 2014, 第 50 巻第 3 号, pp. 283-294
- 20) 三浦 研, 安田 溪: 入居者属性からみた首都圏におけるサービス付き高齢者向け住宅の分布 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 86 巻, 第 790 号, pp. 2578-2586, 2021



第2章．ハード要素と類  
型化から見た看取り・重  
度認知症の対応実態



## 2-1. 本章の目的

サ高住は、見守り・状況把握と外部からの介護保険サービス等を利用しながらサ高住で生活を送れることが入居の前提になるが、サ高住の規模は3戸から200戸まで幅広く<sup>注1)</sup>、また、集合住宅にちかいものから施設にちかいものまで、ハード面に大きな差があり、どのようなハード<sup>注2)</sup>が重度要介護者の生活にどの程度対応できるのか、十分に研究されていない。住宅として多様なハードを建設可能なサ高住が終の棲家として機能するには、基準では求められていないが、看取りや重度認知症への対応も重要になる。そこで、本章ではサ高住のハードに着目して分析を進める。具体的にはサ高住の規模、共用設備などハードの視点から看取り・重度認知症の対応に影響を与える要素を把握したうえで、サ高住を類型化し、各類型の看取り・重度認知症対応の実態、看取り・重度認知症の対応の違いを明らかにするものである。

## 2-2. 研究方法と研究対象

本研究で用いたデータは、2020年12月時点でサービス付き高齢者向け住宅の運営情報、運営情報の両方を掲載している全3565件のなかで、平均要介護度、看取り・認知症への対応状況についても記載している2110件であり（表2-1）、共用設備の記載状況は表2-2の通りである。

分析の手順として、まず、ハードの各要素が看取り・重度認知症の対応区分によって有意差があるのか多重比較で検定を行う。それによって、ハードの各要素と看取り・重度認知症対応の関連を検討するためである。しかし、サ高住はハードの要素が組み合わせられて一つの建物を構成している。そこで、ハードの各要素を主成分分析およびクラスター分析（ward法）することでサ高住を類型化し、類型ごとの看取り・重度認知症対応の実態から、どのようなタイプのサ高住において看取り・重度認知症対応がなされているのか考察する。

## 2-3. ハード各要素と看取り・重度認知症対応の関係

### 2-3-1. 規模

規模の影響を分析するため、サ高住の階数と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した。その結果、看取り・重度認知症が×のサ高住は、看取り・認知症対応が◎または○のサ高住よりも建物の階数が有意に高い傾向がみられる。看取り・重度

---

注1) 国による「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」に記載された運営情報（2020.12）による集計

注2) 建物の物理的な要素や構造を指し、戸数、フロア当たりの住戸数、住戸面積、食堂や共用トイレの設置個所数、空間構成などが含まれる。

表 2-1 看取り・重度認知症の対応実態

		符号	件数	%	
看取り	対応可	実績あり	看取り◎	1356	64.3%
		実績なし	看取り○	394	18.7%
	非対応	看取り×	360	17.0%	
重度認知症	対応可	実績あり	認知症◎	1382	65.5%
		実績なし	認知症○	389	18.4%
	非対応	認知症×	339	16.1%	

表 2-2 共用設備の記載

共用設備	あり	なし	記載率
食堂	2110	0	100%
共用トイレ	1028	982	51.1%
共用浴室	1849	161	92.0%
共用台所	708	1302	35.2%
談話スペース	1127	983	53.4%

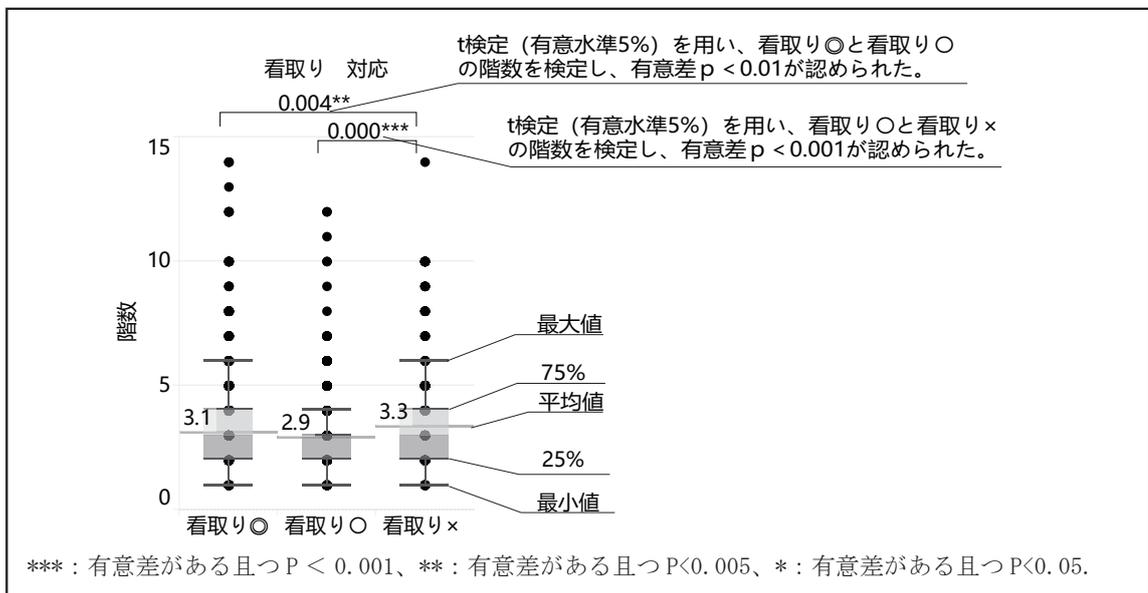


図 2-1 凡例

認知症対応可能なサ高住の割合と階数をみると、3階までの対応率に比べて7階以上で対応率が低くなることから、看取り・重度認知症対応しているサ高住は階数が低い実態を確認した。(図 2-2 下)。

次にサ高住の住戸数と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した(図 2-3)。看取り・重度認知症が◎のサ高住は、看取り・重度認知症対応が○または×のサ高住よりも住戸数が有意に多い傾向がみられる。また、対応可能なサ高住(◎と○)の割合は、住戸数が多くなるにつれて高まる傾向がみられる(図 2-3 下)。看取り・重度認知症対応は住戸数が多いサ高住で実施されている実態を確認した。

同様に、フロアあたりの住戸数と看取り・重度認知症への対応を多重比較した(図 2-4)。看取り・重度認知症×のサ高住は、看取り・重度認知症対応が◎または○のサ高住よりもフロアあたりの住戸数が有意に少ない。対応可能なサ高住(◎と○)の割合も、フロアあたりの住戸数が多くなるにつれて高まる傾向がみられる(図 2-4 下)。

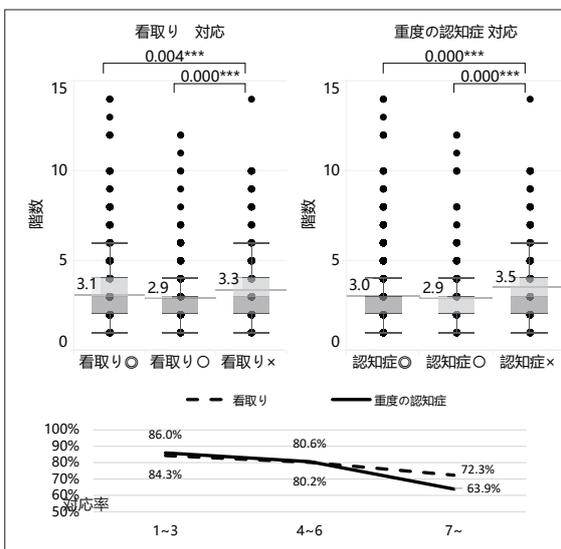


図 2-2 階数

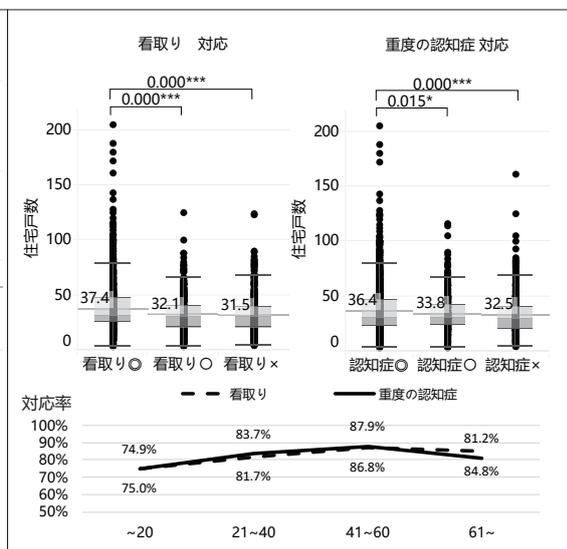


図 2-3 住戸数

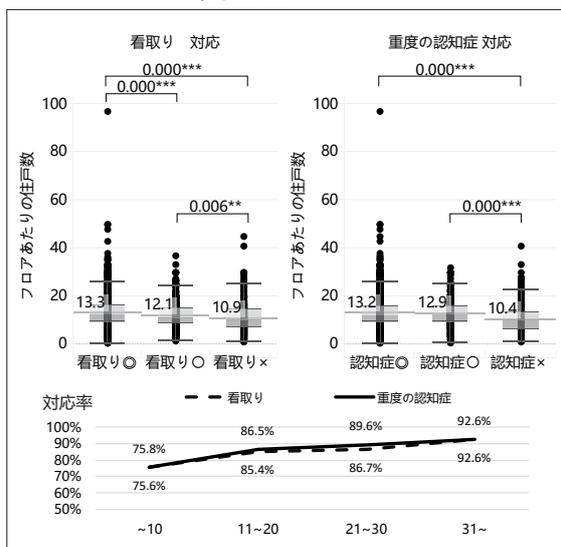


図 2-4 フロアあたりの住戸数

看取り・重度認知症に対応しているサ高住はフロア当たりの住戸数が多い実態を確認した。

### 2-3-2. 住戸と共用部の面積

平均住戸面積と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図2-5）、サ高住の住戸面積は、看取り・重度認知症◎が一番狭く、次に看取り・重度認知症○のサ高住が続き、最も平均住戸面積が大きいのが看取り・重度認知症×のサ高住であった。これは面積が広いサ高住には自立した入居者が多く入居するためだと考えられる。

また、共用部の合計床面積と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図2-6）。その結果、看取り・重度認知症◎が最も広く、次に看取り・重度認知症○のサ高住が続き、看取り・重度認知症×のサ高住が最も狭く、住戸平均面積と逆の結果となった。看取り・重度認知症に対応しているサ高住では、共用空間の面積を確保しているといえる。

同様に住戸当たりの共用部面積と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図2-7）。その結果、看取り・重度認知症×のサ高住は、看取り・重度認知症対応が◎または○のサ高住よりも住戸当たりの共用部面積が有意に少ない結果となった。

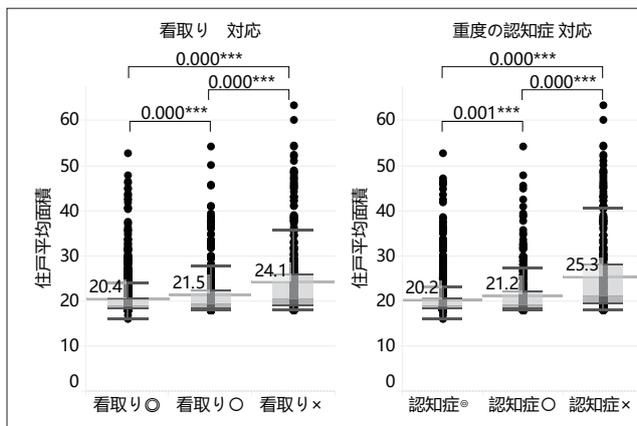


図 2-5 住戸平均面積

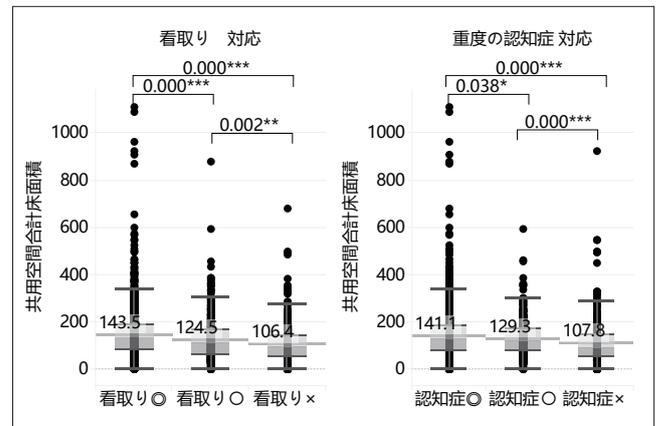


図 2-6 共用部合計面積

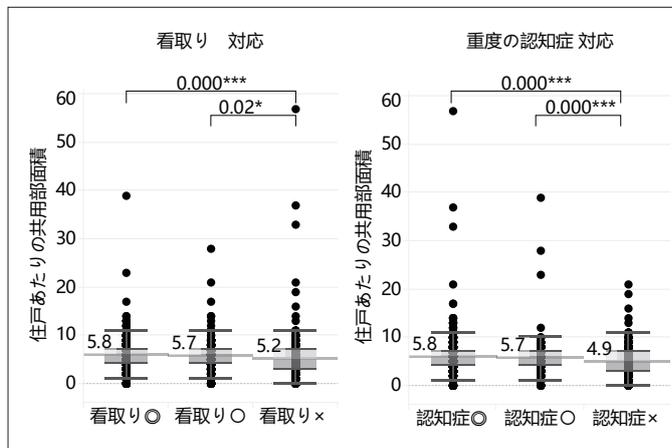


図 2-7 住戸あたりの共用部面積

。住戸当りの面積はいずれも5～6㎡であり大きな差はないが、ここでも看取り・重度認知症への対応を行うサ高住は、共用空間の面積を確保していることがわかる。

### 2-3-3. 食堂の設置

続いて、食堂整備の実態と看取り・重度認知症への対応を分析する。まず、利用者数を食堂の設置箇所数で除して、食堂あたりの利用人数と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図2-8）。その結果、看取り対応においては、看取り◎のサ高住は、それらが○または×のサ高住よりも食堂あたりの利用人数が有意に多い傾向がみられたが、重度認知症対応では、有意差はみられなかった。対応可能なサ高住（◎と○）の割合をみると、食堂の利用人数が60人を超えると重度認知症への対応率が低くなった（図2-8下）。

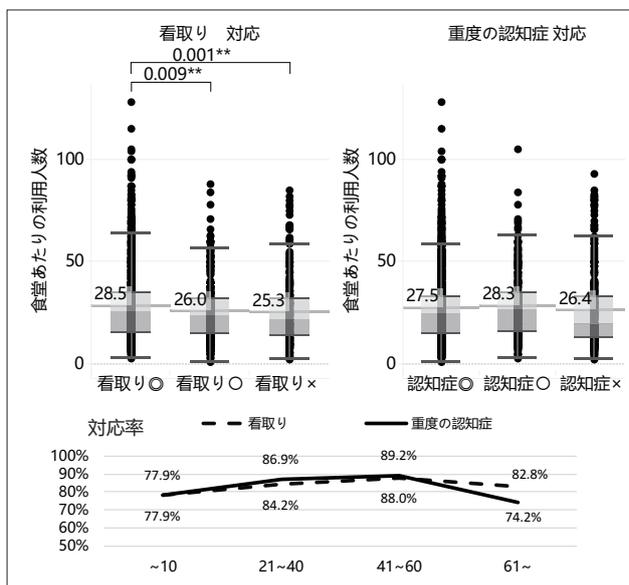


図 2-8 食堂あたりの利用人数

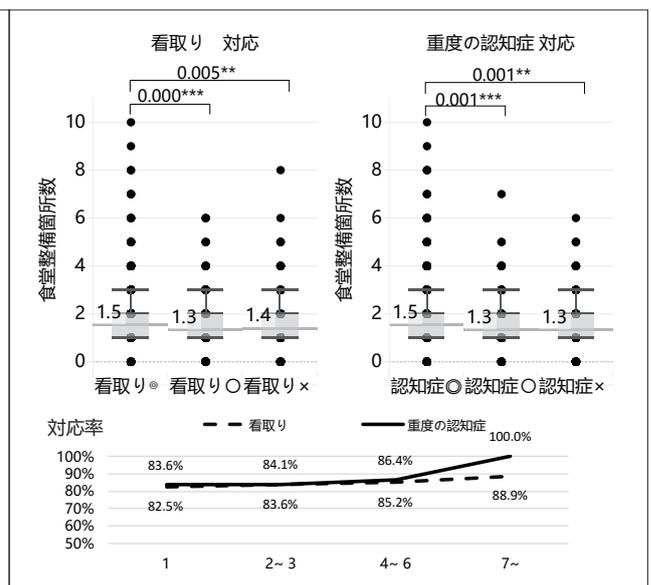


図 2-9 食堂の整備箇所数

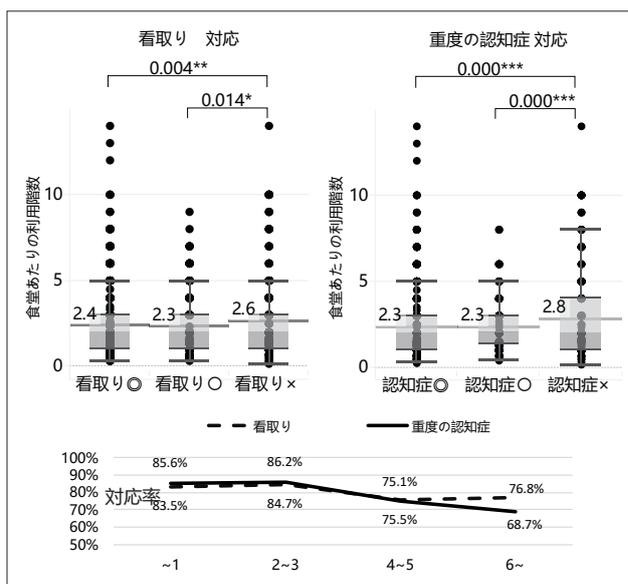


図 2-10 食堂 1 個所あたりの階数

次に、サ高住に食堂を何箇所設置しているのか、食堂の整備箇所数と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-9）。その結果、設置数そのものはわずかな差であるが、看取り・重度認知症◎のサ高住は、それらが○または×のサ高住よりも、食堂の設置箇所数が有意に多い結果となった。また、食堂の整備箇所数と対応可能なサ高住（◎と○）の関係を（図 2-9 下）に示すと、対応率が高いサ高住はおおむね整備箇所数が多い。

さらに、何フロアに 1 箇所、食堂を設置しているのか、食堂の整備箇所数でサ高住の階数を除して、看取り・重度認知症への対応を多重比較した（図 2-10）。その結果、看取り・重度認知症×のサ高住は、それらが◎または○のサ高住よりも、1 箇所の食堂でカバーするフロア数が有意に大きい傾向がみられた。また、対応可能なサ高住（◎と○）の割合をみると、食堂 1 箇所あたりの利用階数が 4 階を超えると重度認知症の対応率が下がることが読み取れる（図 2-10 下）。

以上から、重度認知症へ対応しているサ高住では食堂を対応していないサ高住よりも分散配置していることを確認した。

#### 2-3-4. 共用トイレと浴室、台所

共用トイレの有無と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-11）。その結果、看取り対応・重度認知症対応のいずれも×のサ高住は、それらが◎または○のサ高住よりも共用トイレを「有」としたサ高住が有意に少なかった。

次に、10 戸あたり共用トイレの設置数と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-12）。その結果、看取り・重度認知症×のサ高住は、それらが◎または○のサ高住よりも 10 戸あたりの共用トイレの設置箇所が有意に少ない傾向がみられた（図 2-11, 図 2-12）。この結果から、看取り・重度認知症に対応していないサ高住は、自立や軽度の入居者が多いため、共用部のトイレが少ないが、逆に、看取り・重度認知症に対応しているサ高住では、共用トイレの設置割合が高いといえる。

さらに、いくつのフロアごとに、共用トイレを設置しているのか、共用トイレの箇所数でサ高住の階数を除して、看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-13）。この結果からも、看取り・重度認知症×のサ高住は、それらが◎または○のサ高住よりも、1 箇所の共用トイレでカバーするフロア数が有意に大きい傾向がみられた。

続いて、共用浴室の設置状況を見るため、共用浴室の有無と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-14）。その結果、看取り・重度認知症対応のいずれも、◎、○、×の順に、共用浴室の設置が多くなる傾向がみられた。

同様に 10 戸あたりの共用浴室の設置箇所数と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較したところ。（図 2-15）、看取り・重度認知症対応のいずれも×が最も少

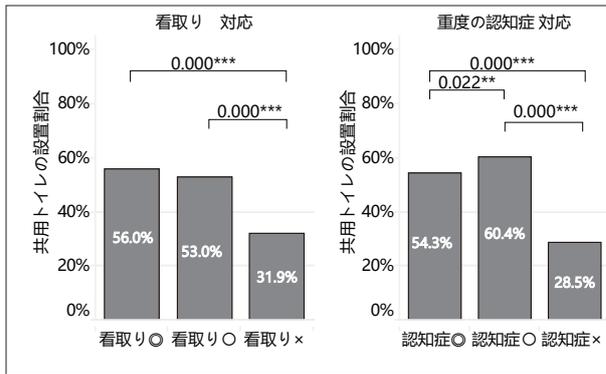


図 2-11 共用トイレの割合

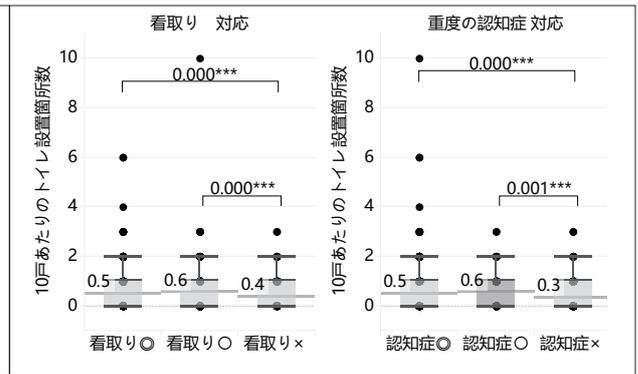


図 2-12 共用トイレの整備箇所数

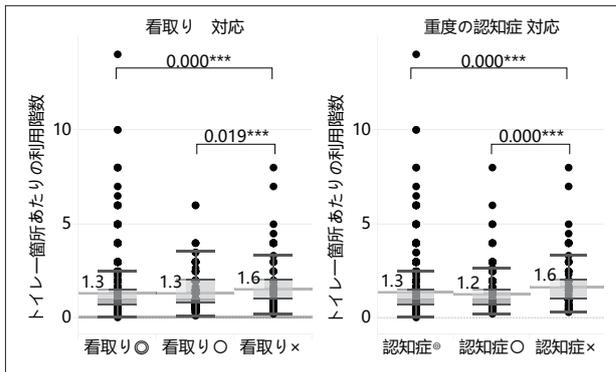


図 2-13 共用トイレ1個所あたりの階数

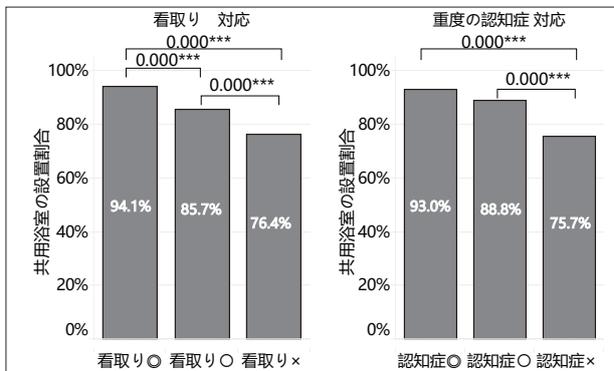


図 2-14 共用浴室の設置割合

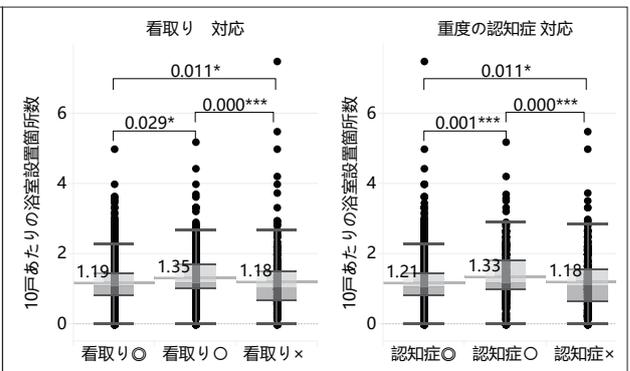


図 2-15 共用浴室の整備箇所数

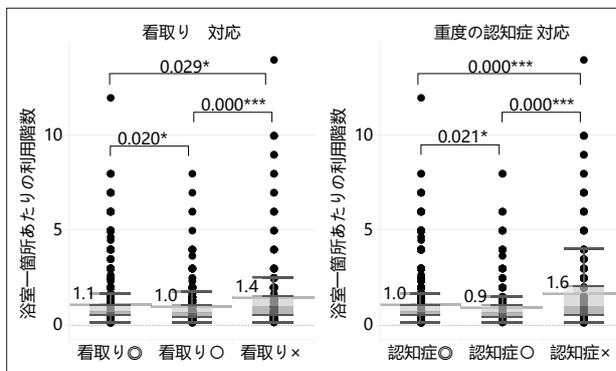


図 2-16 共用浴室1個所あたりの階数

ない値を示した。さらに、いくつかのフロアごとに、共用浴室が設置されているのか、共用浴室の箇所数でサ高住の階数を除して、看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-16）。ここでも、今までの傾向と同様に、看取り・重度認知症×のサ高住は、それらが◎または○のサ高住よりも、1箇所の共用浴室でカバーするフロア数が有意に大きい（図 2-14～16）。これらの結果から、看取り、重度認知症への対応するサ高住は共用浴室の分散傾向がみられる。

次に共用台所の有無、設置箇所数、1箇所あたりの階数と看取り、重度認知症への対応の関係を多重比較した（図 2-17～19）。その結果、看取り対応・認知症対応のいずれも有意差がみられなかった。共用台所の設置は看取り・重度認知症の対応と関係が弱いといえる。

### 2-3-5. 談話スペース

談話スペースの設置と看取り・重度認知症への対応の関係を多重比較した結果が（図 2-20）である。重度認知症対応では有意差はみられなかったが、看取り×のサ高住が、◎または○のサ高住よりも談話スペースの設置箇所数が少ない傾向がみられた。さらに、何フロアに1箇所、談話スペースを設置しているのか、談話スペースの整備箇所数でサ高住の階数を除して、看取り・重度認知症との対応を多重比較した（図 2-21）。その結果、看取り・重度認知症×のサ高住は、それらが◎または○のサ高住よりも、1箇所の談話スペースあたりのフロア数が有意に大きい。ここでも、共用部の充実と看取り・重度認知症対応に関係がみられた。

## 2-4. サ高住の類型化

以上、看取り・重度認知症対応を、◎、○、×の3区分に分けて、図 2-2 から図 2-22 まで多重比較した結果は、表 2-3 のとおり、共用台所以外の項目はいずれも看取り・重度認知症に一定の関係性があると考えられる結果であった。概観すると、規模という点では、看取り・重度認知症対応が行われているサ高住では住戸数、フロア当たりの住戸数が大きい、対応率の低いサ高住では階数や住戸面積が大きい傾向が見られた。また、トイレ、浴室、食堂などの共用空間の整備については、一定の面積を確保したうえで、分散配置が行われる傾向から、入居者のこれらの共用空間へのアクセスの良いサ高住で看取り・重度認知症対応が行われている実態が明らかになった。こうした背景には、自立した高齢者が入居するサ高住は、住戸内に風呂や台所などの設備を完備するため共用空間を広く確保する必要がないこと、また、一定の要介護者が入居するサ高住では、介護職員による介助や見守りなどの対応が求められるなどの要因が考えられる。

興味深い点は、食堂一箇所当たりの利用人数、談話スペースの有無は、看取り対応

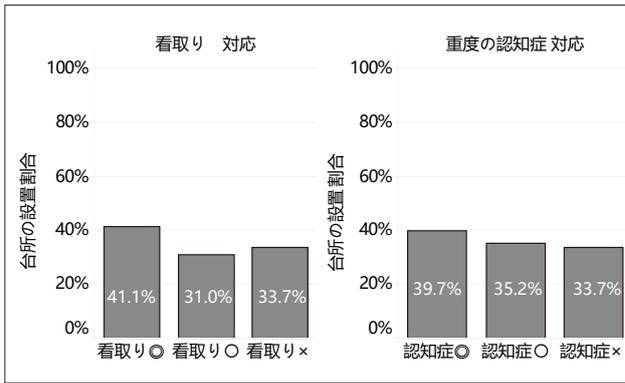


図 2-17 共用台所の割合

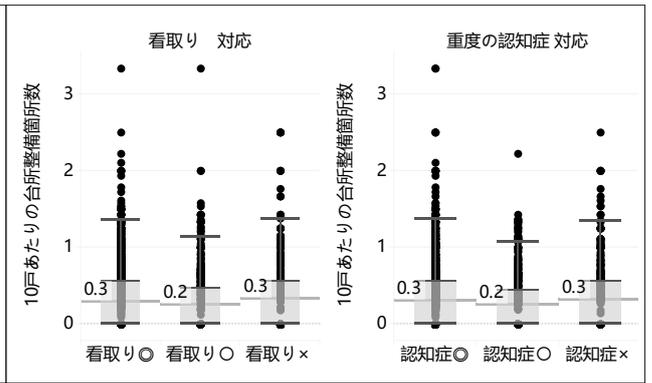


図 2-18 10戸あたりの共用台所の設置箇所数

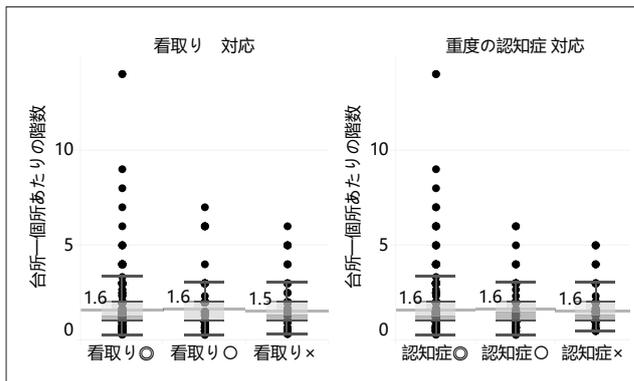


図 2-19 共用台所一個所あたりの階数

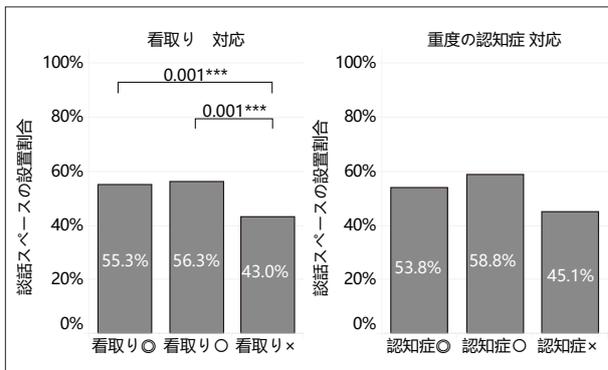


図 2-20 談話スペースの設置割合

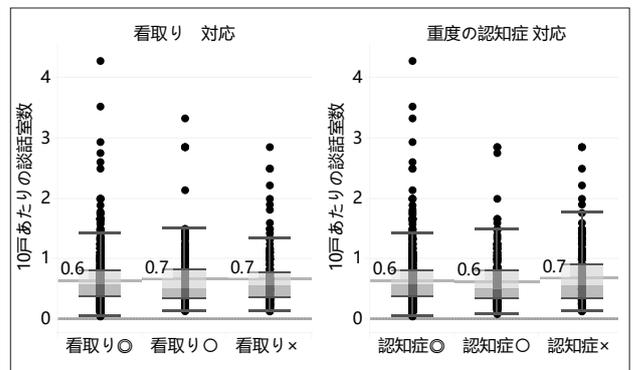


図 2-21 10戸あたりの談話スペースの設置箇所数

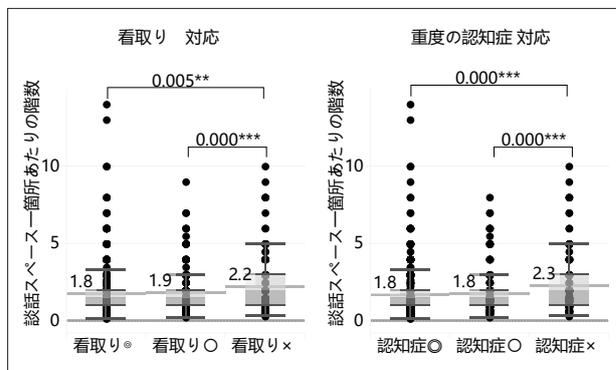


図 2-22 談話スペース一個所あたりの階数

表 2-3 指標の抽出

	看取り	重度 認知症
階数	○	○
住宅戸数	○	○
フロアあたりの住戸数	○	○
共用部合計面積	○	○
住戸あたりの共用部面積	○	○
住戸平均面積	○	○
合計面積	○	○
住戸あたりの面積	×	○
食堂 箇所数	○	○
一箇所あたりの利用人数	○	×
一箇所あたりの階数	○	○
共有 有無	○	○
共用 トイレ 箇所数	○	○
一箇所あたりの階数	○	○
共有 有無	○	○
共用浴室 箇所数	×	×
一箇所あたりの階数	○	○
共有 有無	×	×
共用台所 箇所数	×	×
一箇所あたりの階数	×	×
共有 有無	○	×
談話 スペース 箇所数	×	×
一箇所あたりの階数	○	○

多重比較で○：有意差あり、×：有意差なし。

の実施には有意差がみられたものの、重度の認知症対応には有意差がみられなかった点である。先ほど述べたように入居者数が増えると夜間など職員の配置が容易になり看取り対応を実施しやすくなるが、認知症高齢者は小規模な人数の環境が望ましいこと、また、談話スペースを配置しても、そこに職員を配置できなければ、認知症の高齢者の居場所になりにくいことが、こうした結果の要因と考えられる。

#### 2-4-1. 主成分とクラスター分析

以上の分析は、サ高住の共用空間の各要素と看取り・重度認知症対応との対応関係を要素ごとに分析した結果である。しかし、サ高住は、各要素の組み合わせであり、個別の要素のみに着目するのであれば正しく実態を把握できない。これらハード面の各要素にもとづく類型化を行い、どのようなサ高住において、看取り・重度認知症対

応が行われているのか、総合的に対応関係を分析する必要がある。

そこで、本研究では看取り・重度認知症対応への関連が示唆された Table3 の項目について、プロマックス回転、固有値 1 以下として主成分分析を実施した（表 2-4）。

第 1 主成分はサ高住の住戸戸数、食堂合計面積、共用部合計面積など、「規模」に関する成分である。第 2 主成分はフロアあたりの住戸数、階数、共用浴室、食堂あたりの階数など「階数」に関わる成分である。さらに、第 3 主成分は食堂あたりの利用人数と整備箇所数など「食堂」に関わる成分であり、第 4 主成分は「共用トイレ記載」に関する成分である。第 5 主成分は住戸あたりの共用部面積、談話スペースの有無と利用階数に関する「共用空間」にかかわり、第 6 主成分は共用浴室の有無と住戸平均面積に関する成分である。6 つの主成分で説明できる割合は 81.4% であった。

6 つの主成分によるサ高住の類型と、看取り・重度認知症対応にどのような差異があるのか検討するため、各主成分の成分得点を用いてクラスター分析を行った。クラスター分析はワードクラスタ法で行い、ハードに関する 8 つの類型を導いた。各タイプの主成分得点は表 2-5 の通りであり、各タイプの特徴をレーダーチャートに表した

表 2-4 主成分分析

		成分					
		1	2	3	4	5	6
規模	住宅戸数	0.910	0.191	0.296	0.056	0.007	-0.019
	食堂合計床面積	0.903	0.031	-0.162	0.018	0.152	0.010
	共用部合計床面積	0.859	0.015	0.042	0.043	0.428	0.075
階数	フロアあたりの住戸数	0.587	-0.558	0.340	-0.078	-0.142	0.185
	階数	0.335	0.834	0.066	0.126	0.081	-0.238
	共用浴室あたりの階数	-0.011	0.811	0.028	-0.078	-0.125	0.296
	食堂あたりの階数	-0.058	0.720	0.518	0.141	0.153	-0.260
食堂	食堂あたりの利用人数	0.361	0.188	0.849	0.112	0.103	-0.058
	食堂整備箇所数	0.607	0.021	-0.706	-0.047	-0.082	0.016
共用 トイレ	共用トイレあたりの階数	-0.003	0.205	0.058	-0.890	0.020	-0.051
	共用トイレの有無	0.055	-0.137	0.055	0.882	0.063	0.141
	10戸あたりの共用トイレ設置箇所数	-0.061	-0.130	-0.109	0.785	0.124	0.109
共用部	住戸あたりの共用部面積	0.083	-0.165	-0.389	0.004	0.727	0.104
	談話スペース合計床面積	0.246	-0.054	0.318	-0.038	0.715	0.083
	談話スペースあたりの階数	0.038	0.287	0.178	0.155	0.523	-0.053
共用浴室と 住戸面積	共用浴室の有無	0.092	0.084	0.001	0.010	0.047	0.939
	住戸平均面積	0.045	0.484	0.153	-0.171	-0.111	-0.636

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

a. 7 回の反復で回転が収束しました。

表 2-5 各タイプの成分得点

		成分						件数	%
		1	2	3	4	5	6		
1	ユニット型・大規模サ高住	1.73718	0.00089	-1.18527	-0.24161	-0.52282	0.07847	184	8.7
2	ユニット型・中規模サ高住	-0.11774	-0.32684	-0.81153	0.74722	-0.23243	0.27890	304	14.4
3	中層中規模サ高住（共用トイレあり）	-0.52742	1.63482	0.04973	2.11017	0.44461	-0.11810	68	3.2
4	低層中規模サ高住（共用トイレあり）	-0.07519	-0.35503	0.58446	0.65364	0.30820	0.29689	596	28.2
5	低層中規模サ高住（共用トイレなし）	-0.30742	0.01715	0.02863	-0.95067	0.09555	0.28587	700	33.2
6	集合住宅型・大規模サ高住	0.67861	2.46364	0.97007	-0.33391	-0.91212	0.39551	100	4.7
7	集合住宅型・中規模サ高住	-0.38971	-0.34206	0.16977	-0.06415	-0.43839	-3.24051	151	7.2
8	集合住宅型・小規模サ高住	0.43022	-1.01345	-4.23019	-1.03057	6.20880	-2.64032	7	0.3

うえで、その参考プランを（図 2-23）に示した。

#### 2-4-2. タイプごとの得点と特徴

ハード1は主成分1「規模」の得点が高いが、主成分3「食堂」の得点が低い。サ高住の規模は平均で59戸と比較的大きいが、食堂の整備箇所数が多く、食堂あたりの利用人数が少ない。このようにフロアごとに食堂や浴室が設置されており特養のユニットにちかい考え方が取り入れられているため「ユニット型・大規模サ高住」と名付けた。

ハード2は主成分4「共用トイレ」の得点が高く、主成分3の「食堂」の得点が低い。ハード1と似ているが、住戸数は平均29戸とサ高住としては一般的な規模であるため、「ユニット型・中規模サ高住」と名付けた。

「ユニット型・中規模サ高住」と「ユニット型・大規模サ高住」は生活単位が小さく、食堂あたりの利用人数はそれぞれ平均15人、19人で、階ごとに食堂が設置される傾向がある。（図 2-23）の例は「ユニット型・中規模サ高住」が3階建、29戸のサ高住で「ユニット型・大規模サ高住」は4階建、46戸のサ高住である。この2類型は生活単位が10室前後の個室ユニット型の特養よりも大きいが、1フロアごとが生活単位として計画されている。

ハード3は主成分2「階数」、4「共用トイレ」の得点が高い。この類型の平均値を見ると、建物の階数が平均5.7階であり、共用部ごとの利用階数も高く、おおむね共用トイレの設置がみられる。1階に共用部があり、上階に平均34戸を積層させた中規模かつ中層のサ高住であることから「中層中規模サ高住（共用トイレあり）」と名付けた。

ハード4は主成分4「共用トイレ」の得点が高い。共用トイレ、共用の浴室を備えている点はハード3に共通するが、この類型の平均値を見ると建物の階数が2.7階と低い点でハード3と異なる。平均37戸程度の中規模であることから「低層中規模サ高住（共用トイレあり）」と名付けた。

「中層中規模サ高住（共用トイレあり）」と「低層中規模サ高住（トイレあり）」は食堂あたりの利用人数が32人、36人と類似している。また、住戸あたりの共用部面積が広く、フロアあたりの共用空間が少ない点で共通しているが、階数がそれぞれ平均5.7階、平均2.7階と大きく異なるため、フロアあたりの住戸数が少なく、食堂あたりの利用階数が異なる。

ハード5は主成分4「共用トイレ」の得点が低い、それ以外はおおむねハード4に似ている。平均値を見ると食堂あたりの利用人数はハード4が36人、ハード5が24人、利用階数はそれぞれ2.6階、2.2階であり、概ね2～3フロア程度に1か所の食堂を設置している点で似ているが、共用トイレの有無が異なり、共用トイレが設置

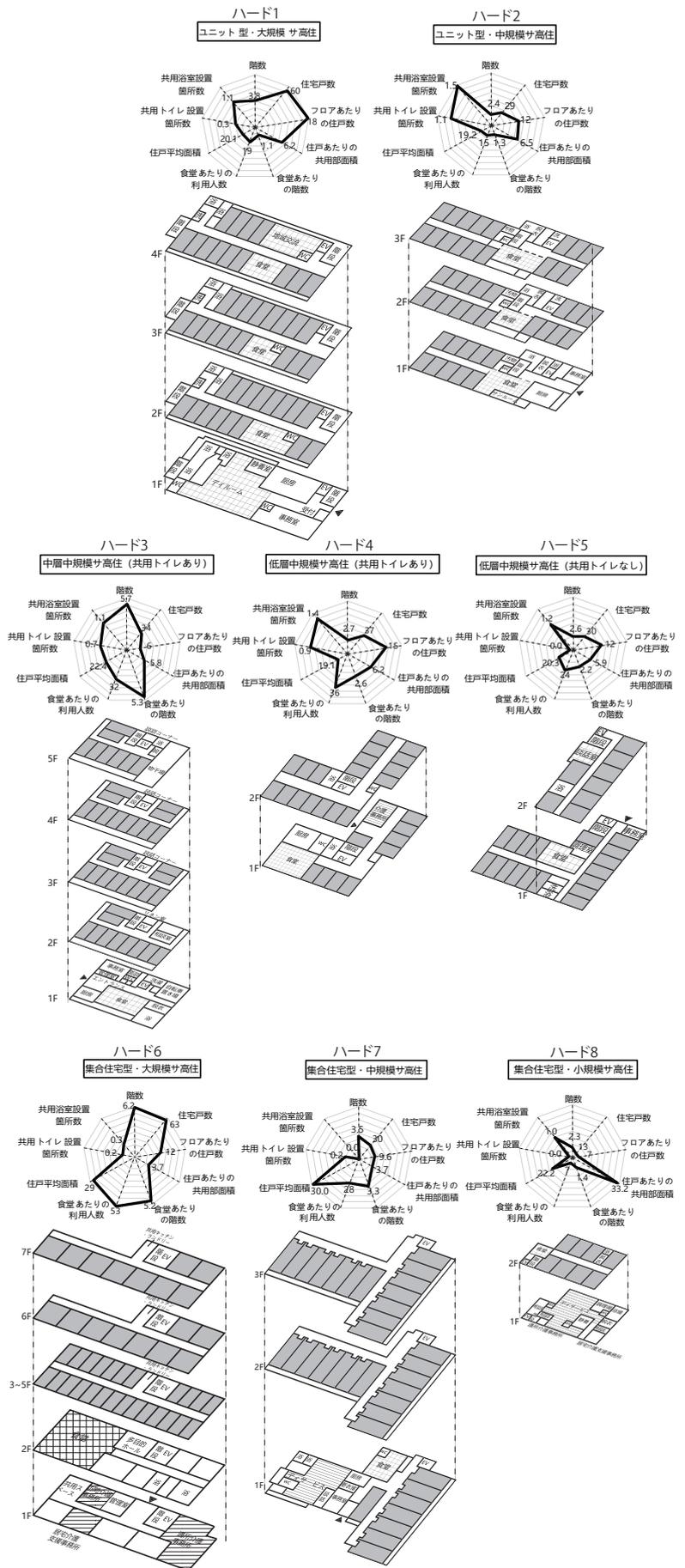


図 2-23 タイプごとの特徴と該当事例

されない点がハード4との違いであるため、「低層中規模サ高住（共用トイレなし）」と名付けた。

ハード6は主成分2「階数」、3「食堂」が高く、主成分5「共用部」の得点が低い、平均値をみると、階数が6.2階と高く住戸数が62.5戸と多く、住戸面積が広いが住戸当たりの共用部面積は小さい。ほとんどの設備が住戸内に完備されているため、共用部の設備の整備率は低く、食堂は設置されているが共用浴室のないタイプである。一般の大規模集合住宅に似ており規模も大きいことから、「集合住宅型・大規模サ高住」と名付けた。

ハード7は主成分6「共用浴室と住戸面積」の得点がマイナスである点に特徴がある。すなわち住戸面積が広く、共用浴室がない傾向がある。平均値をみると住戸面積が大きく、食堂はあるが設置箇所数が少なく、共用浴室の整備率が低い。ほとんどの設備が住戸内に完備されているため、共用部の設備の整備率は低く、食堂は設置されているが共用浴室のない点でハード6にちかいが、住戸数が30戸程度とハード6の半分程度である。よって「集合住宅型・中規模サ高住」と名付けた。

ハード8は主成分5「共用部」の得点が高いが、主成分2「階数」、主成分3「食堂」、主成分4「共用トイレ」、成分6「共用浴室と住戸面積」がマイナスである。住戸面積が広く、共用浴室・トイレが整備されていないが、住戸数が少ないため、結果的に住戸当たりの共用空間が広い。8類型で生活単位が最も小さく、食堂あたりの利用人数は平均7人ということ小規模なサ高住であり「集合住宅型・小規模サ高住」と名付けた。

以上、各類型ごとの住宅数は「低層中規模サ高住（共用トイレなし）」が700件で全体の33.2%を占め最も多く、次いで「低層中規模サ高住（共用トイレあり）」が596件28.2%、「ユニット型・中規模サ高住」14.4%、「ユニット型・大規模サ高住」8.7%、「集合住宅型・中規模サ高住」7.2%、「集合住宅型・大規模サ高住」4.7%、「中層中規模サ高住（共用トイレあり）」3.2%、「集合住宅型・小規模サ高住」0.3%の順であった（表2-5）。

### 2-4-3. タイプごとの対応実態

8類型のサ高住のうち、0.3%に留まる「集合住宅型・小規模サ高住」を除く7類型における看取り・重度認知症対応の実施状況を（図2-24、図2-25）に示すと同時に、類型による差が見られるのか、Pearsonのカイ2乗検定を実施した。その結果、看取り・重度認知症のいずれも1%水準の有意差が確認された（表2-6、表2-7）。

図2-24、図2-25から、看取り、重度認知症対応は、住戸内に台所、風呂などの設備を完結する集合住宅型と名付けた類型でやや非対応が多く、逆に各フロアに食堂を設置してフロアで生活がおおむね完結するユニット型と名付けた類型において対応が

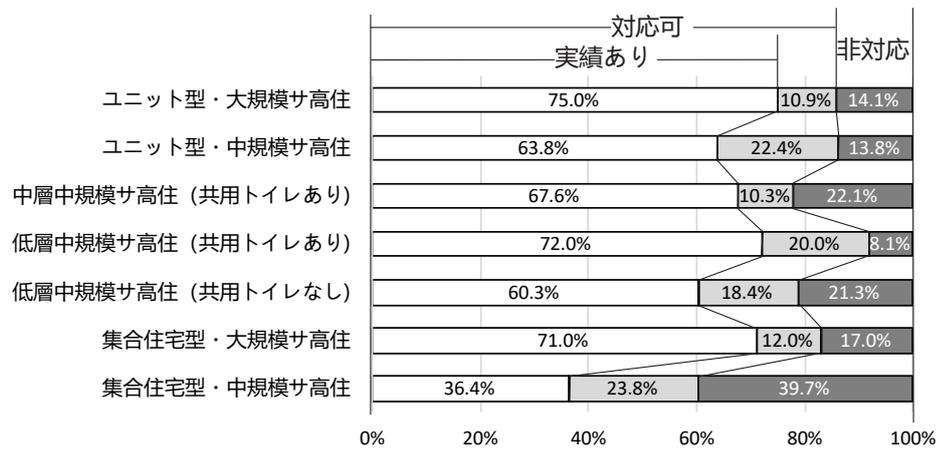


図 2-24 タイプごとの看取りの対応

表 2-6 タイプごとの看取りの対応

タイプ	看取りの対応			
	対応◎	対応○	対応×	
ユニット型・大規模サ高住	138 ▲	20 ▽	26	
ユニット型・中規模サ高住	194	68	42	
中層中規模サ高住 (共用トイレあり)	46	7	15	
低層中規模サ高住 (共用トイレあり)	429 ▲	119	48 ▽	
低層中規模サ高住 (共用トイレなし)	422 ▽	129	149 ▲	
集合住宅型・大規模サ高住	71	12	17	
集合住宅型・中規模サ高住	55 ▽	36	60 ▲	

▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05

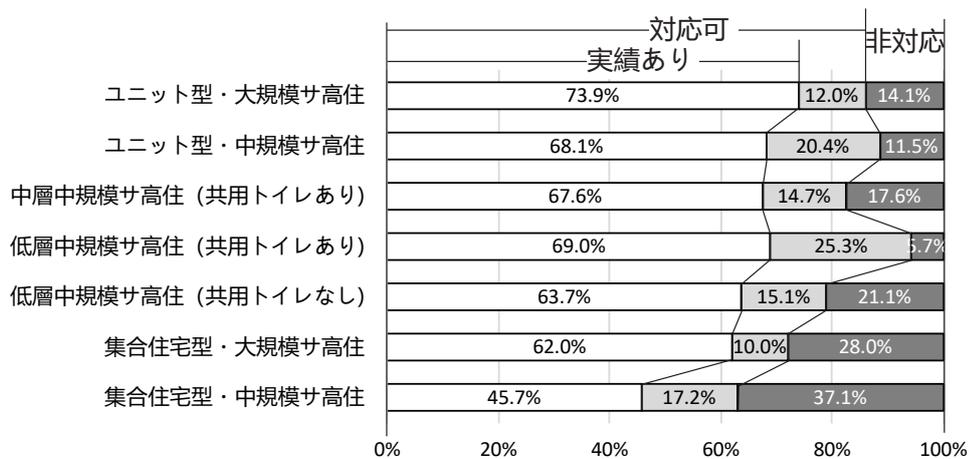


図 2-25 タイプごとの重度認知症の対応

表 2-7 タイプごとの重度認知症の対応

タイプ	重度認知症の対応			
	対応◎	対応○	対応×	
ユニット型・大規模サ高住	136 ▲	22 ▽	26	
ユニット型・中規模サ高住	207	62	35 ▽	
中層中規模サ高住 (共用トイレあり)	46	10	12	
低層中規模サ高住 (共用トイレあり)	411 ▲	151 ▲	34 ▽	
低層中規模サ高住 (共用トイレなし)	446	106 ▽	148 ▲	
集合住宅型・大規模サ高住	62	10 ▽	28 ▲	
集合住宅型・中規模サ高住	69 ▽	26	56 ▲	

▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05

多い傾向がみられた。

また、表 2-6、表 2-7 から、同じ集合住宅型でも大規模な「集合住宅型・大規模サ高住」では中規模な「集合住宅型・中規模サ高住」よりも看取り◎対応が多く実施されていることから、住戸数の違いが看取りの実施と関係があると考えられること、一方で、重度認知症対応については、大規模でも中規模でも、集合住宅型で対応×が多いことから、共用部の充実により、共用部でも介助や見守りがしやすいサ高住において、対応がなされていることがわかる。

また、「ユニット型」でも「集合住宅型」でもない、低層階に食堂や風呂などの共用設備があり、上階に住戸が 30 戸前後ある、「低層中規模サ高住（共用トイレあり）」と「低層中規模サ高住（共用トイレなし）」を比べると、共用トイレの有無で看取り、重度認知症対応が異なる結果となった。看取り・重度認知症に対応するサ高住ではトイレも含めて共用部が整備されていると考えられる。さらに、同じ共用トイレを設置する場合でも、「低層中規模サ高住（共用トイレあり）」と「中層中規模サ高住（共用トイレあり）」を比較すると、看取り・重度認知症への対応には差がみられ、低層のサ高住における対応×が少ない。いずれも同程度の住戸数であることから、1フロアの住戸数や上下移動の違いから、スタッフの移動や見守りのしやすさが、対応の差を生じたと考えられる。効率的に見守りできるハードが求められている。

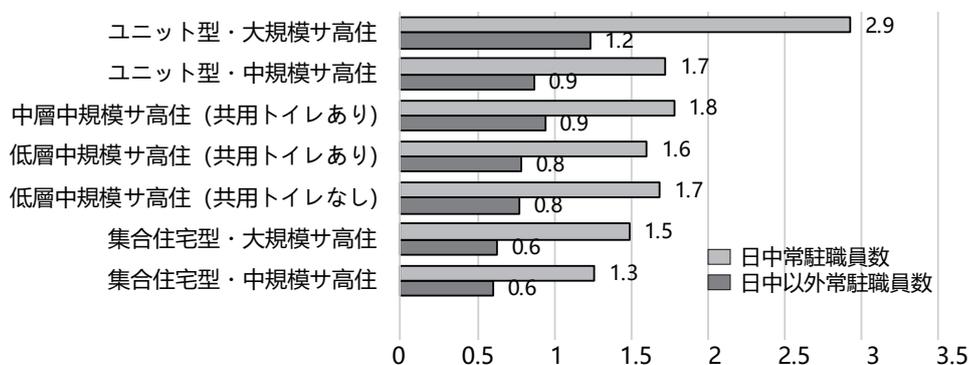


図 2-26 常駐職員人数

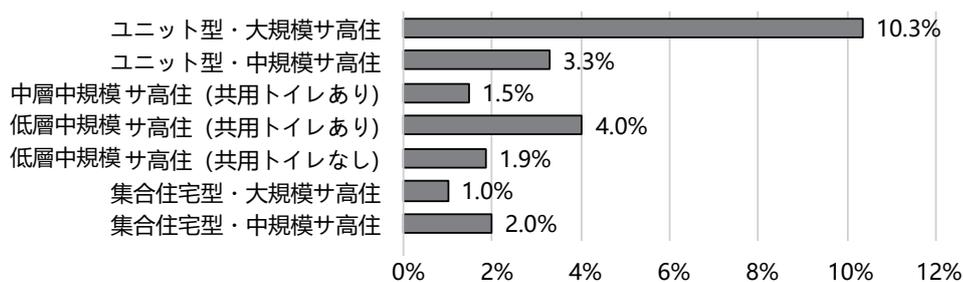


図 2-27 特定施設の割合

#### 2-4-4. 常駐職員人数

7 類型ごとの看取り・重度認知症対応はハードの影響にくわえて職員配置の違いが大きく影響している可能性も考えられる。そこで、7 類型ごとに日中および日中以外の常駐職員数の平均値を集計した（図 2-26）。その結果、常駐職員数は介護施設の空間構成にちかい「ユニット型・大規模サ高住」で 2.9 人と最も職員数が多く、次いで「ユニット型・中規模サ高住」、「中規模サ高住」の 3 タイプが続き、「集合住宅型」で少ない傾向がみられた。

また、特定施設入居者生活介護（以下、特定施設）に指定されたサ高住では、介護職員が常駐するため、その影響を考慮するべく、この 7 類型に含まれる特定施設の数を調べた（図 2-27）。その結果、「ユニット型・大規模サ高住」には特定施設が 10.3 %含まれていたことから、「ユニット型・大規模サ高住」で看取り・重度認知症対応が進んでいる背景には、特定施設に指定されている 10%程度のサ高住の影響も一定程度考えられる。

#### 2-5. 小結

本章では、国のサービス付き高齢者向け住宅情報提供システムに事業者が掲載した看取りや重度認知症の対応状況を基に、規模と生活単位の視点から、看取り・重度認知症に対応しているサ高住のハードの要素や類型を分析した。本章での分析から得られた知見や考察を以下に示す。

##### 1) ハードの要素と看取り・重度認知症対応

ハードの各要素が看取り・重度認知症の対応区分によって有意差があるのか多重比較で検定した結果から、看取り・重度認知症の対応状況と階数、住戸数、フロア当たりの戸数、共用部の合計面積、住戸当たりの共用部面積、住戸平均面積、食堂（合計面積、箇所数、階数）、共用トイレ（有無、箇所数、階数）、共用浴室（有無、階数）、談話スペース（階数）などに有意差がみられることが明らかになった。

##### 2) 規模と看取り・重度認知症対応の関係

一般的に重度な高齢者が入居するサ高住は住戸の専有面積が狭く、共用部に浴室を設置していること、逆に自立度の高い高齢者は住戸内に浴室や台所などの設備を完備した専有面積の広いサ高住に入居する傾向がこれまでも指摘されてきたが、今回、重度化に対応するサ高住では、それら以外にも、低層でかつ住戸総数やフロア当たりの住戸数が多い点が明確になった。これは、住戸数が多いことで職員を配置しやすく、フロア当たりの住戸数が多いことで、効率的な見守りが実施されているためだと考えられる（図 2-28、図 2-29）。



確保が重要になること、また、重度認知症対応については、集合住宅型で対応率が低いことから、共用空間でも介助や見守りしやすい計画が重要といえる。

また、低層階に食堂や共用浴室などの共用設備を設置し、上階に30戸程度の住戸を積層させた一般的なサ高住に多く見られる類型において、同程度の住戸数であれば低層のサ高住で看取り・重度認知症の対応×が少ない実態から、1フロアの住戸数の違い、上下移動など、スタッフの移動や見守りを効果的に実施できるハードが重要といえる。

## 参考文献

- 1) PwC コンサルティング合同会社：令和二年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究報告書」, p. 34, 36, 2020
- 2) PwC コンサルティング合同会社：令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「特別養護老人ホームのサービス提供実態に関する調査研究報告書」, p. 22, 2020
- 3) 財団法人高齢者住宅財団：平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究報告書, p. 43, 2013
- 4) 永浜正貴, 絹川麻理, 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, 第 81 巻, 第 720 号, pp. 271-279, 2016
- 5) 三宮基裕, 黄 炳峻, 鈴木義弘：サービス付き高齢者向け住宅の住居水準と要介護状態の不適合に関する考察, 日本建築学会計画系論文集, 第 44 巻, 第 744 号, pp. 199-208, 2018
- 6) 鈴木貴仁, 高屋宏, 長谷川洋. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究：その 1 要介護度・医療依存度の変化への対応性からみたサービス付き高専賃の建築形態の実態と課題（高齢者向け住宅, 建築社会システム, 2012 年度大会（東海）学術講演会・建築デザイン発表会）[J]. 建築社会システム, 第 8115 号 pp. 229-230, 2012
- 7) 高屋宏, 鈴木貴仁, 長谷川洋. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究：その 2 サービス付き高専賃における医療・介護連携及び生活支援サービス提供の実態と課題（高齢者向け住宅, 建築社会システム, 2012 年度大会（東海）学術講演会・建築デザイン発表会）[J]. 建築社会システム, 第 8116 号 pp. 231-232, 2012
- 8) 長谷川洋, 鈴木貴仁, 高屋宏. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究：その 3 サービス付き高専賃の具体事例にみる入居者の身体状態の変化への対応性の実態と課題（高齢者向け住宅, 建築社会システム, 2012 年度大会（東海）学術講演会・建築デザイン発表会）[J]. 建築社会システム, 第 8117 号 pp. 233-234, 2012
- 9) 長谷川洋, 高屋宏, 鈴木貴仁ほか. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究：その 4 サービス付き高齢者向け住宅の計画上の配慮事項の仮説的提案（高齢者・居住福祉 (1), 建築社会システム, 2013 年度日本建築学会大会（北海道）学術講演会・建築デザイン発表会）[J]. 建築社会システム, 第 8148 号 pp. 307-308, 2013
- 10) 鈴木貴仁, 高屋宏, 長谷川洋ほか. サービス付き高齢者向け住宅の計画手法に関する研究：その 5 サービス付き住宅事業者におけるサービス付き住宅の計画上の考え方について（高齢者・居住福祉 (1), 建築社会システム, 2013 年度日本建築学会大会（北海道）学術講演会・建築デザイン発表会）[J]. 建築社会システム, 第 8149 号 pp. 309-310, 2013
- 11) 李ハヤン, 谷口元. 高齢者居住施設における生活単位の一括・分散と共用空間の滞在行為に関する研究：日・韓, 高齢者施設 6 施設の異なる空間構成における入居者の生活と空間の使われ方 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 68 巻, 第 572 号, pp. 25-32, 2003
- 12) 谷本裕香子, 佐藤将之. 特別養護老人ホームにおける重度入居者への対応に伴う直接介護と共用空間との関係 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 84 巻, 第 755 号, pp. 23-32, 2019

第3章 平面構成と共用  
設備の分布から見た看取  
り・重度認知症の対応実  
態



### 3-1. 本章の目的

第2章では、サ高住の共用空間や設備のハードウェア要素が看取りや重度認知症への対応実態について分析し、これらの要素がどのように組み合わせられ、重症化への対応が行われているのか、その実態を明らかにした。低層、フロア当たりの住戸数が多く、「ユニット型」のようなサ高住が重度化対応への有効性を見出した。重度化へ対応は共用部の配置、フロアの範囲での生活が完備される重要性が確認された。

一方、同じく共用部が充実したサ高住は、共用トイレ・浴室などの共用設備の分布、スタッフルームや住戸との位置関係は重度化対応に影響を与えると考える。また、平面構成、共用設備の位置関係によって、支援体制を交換し、ハードとソフトの両面から重度化対応に影響を及ぼしていると考えられる。

そこで本章では、サ高住の平面構成と共用設備の位置関係に注目して、まず、①平面構成の類型を把握するうえで、第2章で見出した重度化対応への影響が強いハード要素と平面類型の関係性を把握し、②スタッフルームをくわえた各共用設備の位置関係及び平面構成との対応関係の傾向を明らかにする。また、③平面構成、共用設備の位置関係と併設サービスの関係性を把握するうえで、それらとそれらの組み合わせが重度化対応への影響を明らかにする。

その結果から、どのような平面形状と共用設備を整備したサ高住が看取り・重度認知症に対応しているのか、各平面構成のハード、ソフト面の特徴と重度化対応に与える影響を明らかにすることを目的とする。

なお、長浜らの研究と比較し、本研究の独自性は共用部と居室の関係に着目している点にある。共用部との接近性を指標化するアプローチによって、平面形状と動線を直観的かつ具体的に把握できる特徴がある。

### 3-2. 研究の対象と方法

本章で用いたデータは2020年12月時点で登録情報と運営情報の両方を掲載している全国の3565件のサ高住の中から、当該サ高住のホームページの閲覧により、平面図を入手できた442件のサ高住を対象とした(図3-1)。この時点以降、入居者の要介護度やサービス提供形態等に変化が生じている可能性を否定できないが、本研究の主たる着眼点である平面構成と重度化対応の関連性には大きな影響を及ぼさないと考えられる。

平面図の採用基準について、部屋名が省略された略図や詳細不足の図面は解析対象から除外し、住戸、食堂、トイレ、浴室、スタッフルームなどの位置が明示されている平面図のみを用いる。また、より客観的分析するため、図式した後の居住階から、平面構成の要素を抽出し、空間の位置関係を検討する(図3-2)。

なお、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」の運営情報には、看取り、重度認知症への対応状況が「応相談（対応実績あり）、応相談（対応実績なし）、対応なし」の3つのカテゴリーに区分されて表示されている。前章と同様に本研究では、「応相談」を状況に応じての対応可能性があるとして解釈し、上記の3つのカテゴリーを「対応可能・実績あり」を「◎」、「対応可能・実績なし」を「○」、「非対応」を「×」として（表3-1）、442件のサ高住の平面図について分析を行い、重度化に対応している平面構成の特徴や共用部の配置（トイレ、浴室、LDK、スタッフルーム）について考察する（表3-2）。

番号	戸数	階数	住居形態	併設サービス	平面図	HP
321	60	3	サービス付高齢者向け住宅 高齢者専用	321		
322	30	2	サービス付高齢者向け住宅	322		
323	34	3	サービス付高齢者向け住宅	323		
324	8	3	サービス付高齢者向け住宅	324		
325	19	1	サービス付高齢者向け住宅	325		
326	40	2	サービス付高齢者向け住宅	326		
327	46	5	サービス付高齢者向け住宅	327		
328	47	4	サービス付高齢者向け住宅	328		
329	29	3	サービス付高齢者向け住宅	329		
330	28	3	サービス付高齢者向け住宅	330		
331	75	#N/A	サービス付高齢者向け住宅	331		
332	27	2	サービス付高齢者向け住宅	332		
333	45	4	サービス付高齢者向け住宅	333		
335	48	3	サービス付高齢者向け住宅	335		
336	52	3	サービス付高齢者向け住宅	336		
337	40	2	サービス付高齢者向け住宅	337		
338	43	2	サービス付高齢者向け住宅	338		
339	25	2	サービス付高齢者向け住宅	339		
340	48	4	サービス付高齢者向け住宅	340		
341	60	3	サービス付高齢者向け住宅	341		

図 3-1 平面図の収集

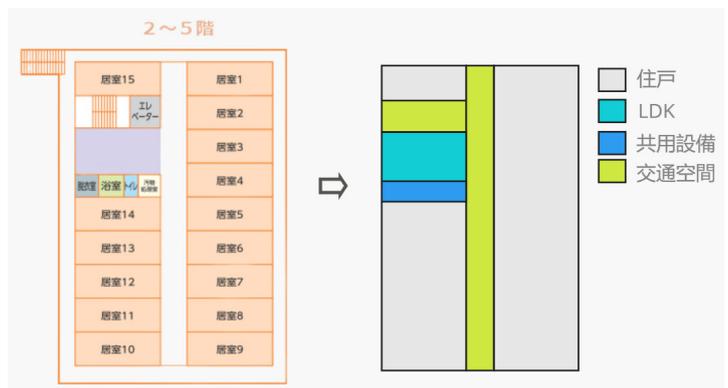


図 3-2 平面図の図式化

表 3-1 看取り・重度認知症の対応実態

		符号	件数	%
看取り	対応可能	実績あり 看取り◎	268	60.1
		実績なし 看取り○	91	20.4
	非対応 看取り×	87	19.5	
重度認知症	対応可能	実績あり 認知症◎	265	59.5
		実績なし 認知症○	79	17.7
	非対応 認知症×	102	22.8%	

表 3-2 平面構成の各要素

		N	%
共用トイレ	○	310	70.1
	△	49	11.1
	×	83	18.8
共用浴室	○	359	81.2
	×	41	9.3
LDK	○	369	83.4
	△	73	16.6
スタッフルーム	○	205	46.4
	△	237	53.6

○居住階に設置される  
△居住階に設置されないが、一階に設置される  
×設置されない

### 3-3. 平面構成の類型と特徴

#### 3-3-1. 平面構成の類型

居住階（表 3-3）の平面を分類するために、共用部の LDK に隣接する居室の割合を基準として、0%、0～40%、40～60%、60%～の 4 区分に分けて、LDK なし型、中廊下型、一部ホール型、ホール型の 4 類型に分けた。さらに平面の形が重要な影響を与える可能性を考慮し、中廊下型を直線型、非直線型の 2 類型に分けて、LDK なし型を中廊下型、片廊下型の 2 類型に分けた。これらにより、合計 6 つの平面類型を導いた（図 3-3）。

その結果、442 件のサ高住の平面構成は中廊下・直線型が 178 件で全体の 40.3% を占め最も多く、次いで、中廊下・非直線型の 107 件 24.2%、ホール型の 44 件 10.0%、

表 3-3 居住階の定義

サ高住の階数	居住階の定義	
1	1F	
2	2F	
2～	2 階以上が同じ	2F
	2 階以上が違い	50% 以上が同じ場合

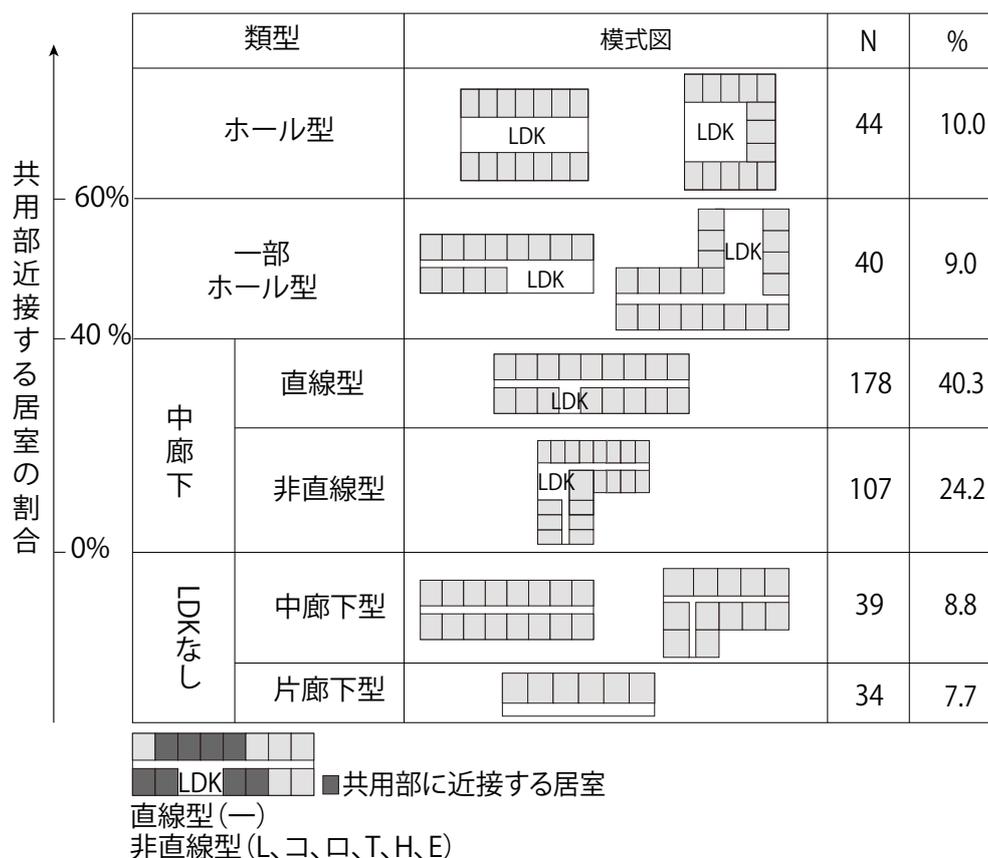


図 3-3 平面構成の類型

一部ホール型 40 件 9.0%、LDK なし・中廊下型 39 件 8.8%、LDK なし・片廊下型はわずか 34 件で 7.7% に留まる。サ高住の 9 割以上がホール型、中廊下型で、密度の高い平面構成として計画されている実態を把握した。

### 3-3-2. 平面類型とサ高住の特徴

次に、平面構成類型と階数、戸数などのハード要素、平均要介護度、開設年を集計し、その分布状況と平均値から、平面構成によるサ高住の特徴を明らかにする。

平均要介護度との関係を見ると（図 3-4）、LDK なし・片廊下型は 0.5、LDK なし・中廊下型は 1.5 と低い要介護度を示す一方で、ホール型、一部ホール型はそれぞれ 2.0、2.2 で、中廊下型の直線型、非直線型はそれぞれ 1.9 とやや高い値を示した。LDK なしの片廊下型と中廊下型は比較的低い介護度を示し、ホール型と一部ホール型はやや高い介護度を示していることから、要介護度が重くなると居住階に LDK を設置する傾向がみられた。

開設年から見ると（図 3-4）、ホール型、LDK なし・片廊下型は開設年が平均して 2013 年でやや古い。一方、一部ホール型、中廊下・非直線型と LDK なし・中廊下型は、2015 年以前と以降ではほぼ同様の割合で開設され続けている。

また、平面類型とハード要素の関係を分析した。その結果（図 3-5）、住戸平均面積は、一部ホール型と中廊下・直線型、中廊下・非直線型はそれぞれ平均 19.6 m<sup>2</sup>、20.4 m<sup>2</sup>、19.5 m<sup>2</sup> となり、ホール型も平均 21.5 m<sup>2</sup> に留まるが、LDK なし・中廊下型、LDK なし・片廊下型はそれぞれ平均 27.5 m<sup>2</sup>、37.0 m<sup>2</sup> と住戸が広い。

サ高住の階数は、ホール型と中廊下・非直線型はそれぞれ平均 2.7、2.6 階で、一部ホール型と中廊下・直線型はそれぞれ 3.2 階、3.1 階となり、LDK なし・中廊下型、LDK なし・片廊下型はそれぞれ平均 3.5 階、4.4 階であった。

また、戸数については、ホール型は平均 29.6 戸である一方で、一部ホール型と中廊下・直線型、LDK なし・中廊下型はそれぞれ平均 34.8 戸、37.0 戸、37.2 戸となる。中廊下・非直線型と LDK なし・片廊下型は平均値がそれぞれ 43.9 戸、44.9 戸であった。居住階に共用 LDK を設置しないサ高住は、住戸面積が広く、その分、階数が高くなると考えられる。

居住階の住戸数について見ると、ホール型は居住階の住戸数が平均 14.5 戸と少なく、LDK なしの 2 類型も居住階の住戸数はそれぞれ平均 14.2 戸、12.1 戸と少ない。ホール型は LDK を取り囲める住戸数に限定されること、LDK なしの 2 類型は住戸が広いことが一因と考えられる。一部ホール型と中廊下・直線型はそれぞれ平均 16.3 戸、17.4 戸となる。さらに中廊下・非直線型の平均値は 22.9 戸に居住階の住戸数が増える。同じ中廊下でも、直線型より非直線型は敷地形状に合わせて廊下を長く確保できるため、居住階の住戸数が増えるといえる

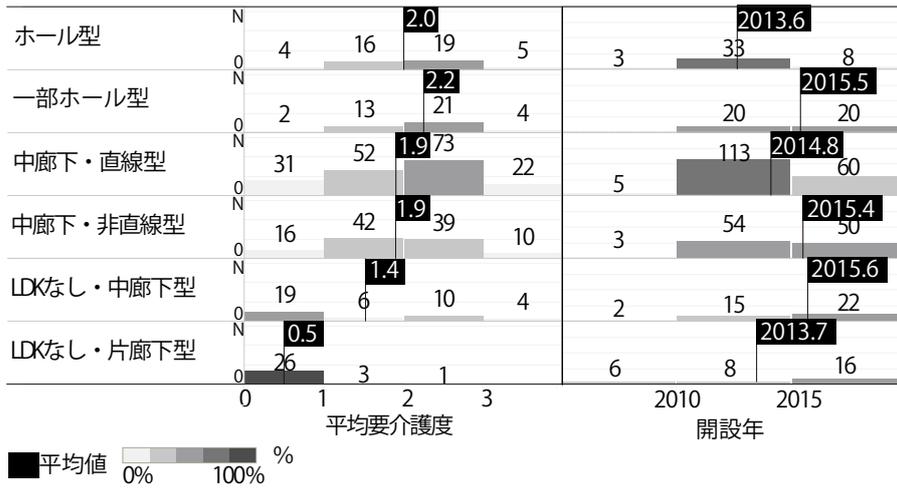


図 3-4 各平面類型の平均要介護度と開設年

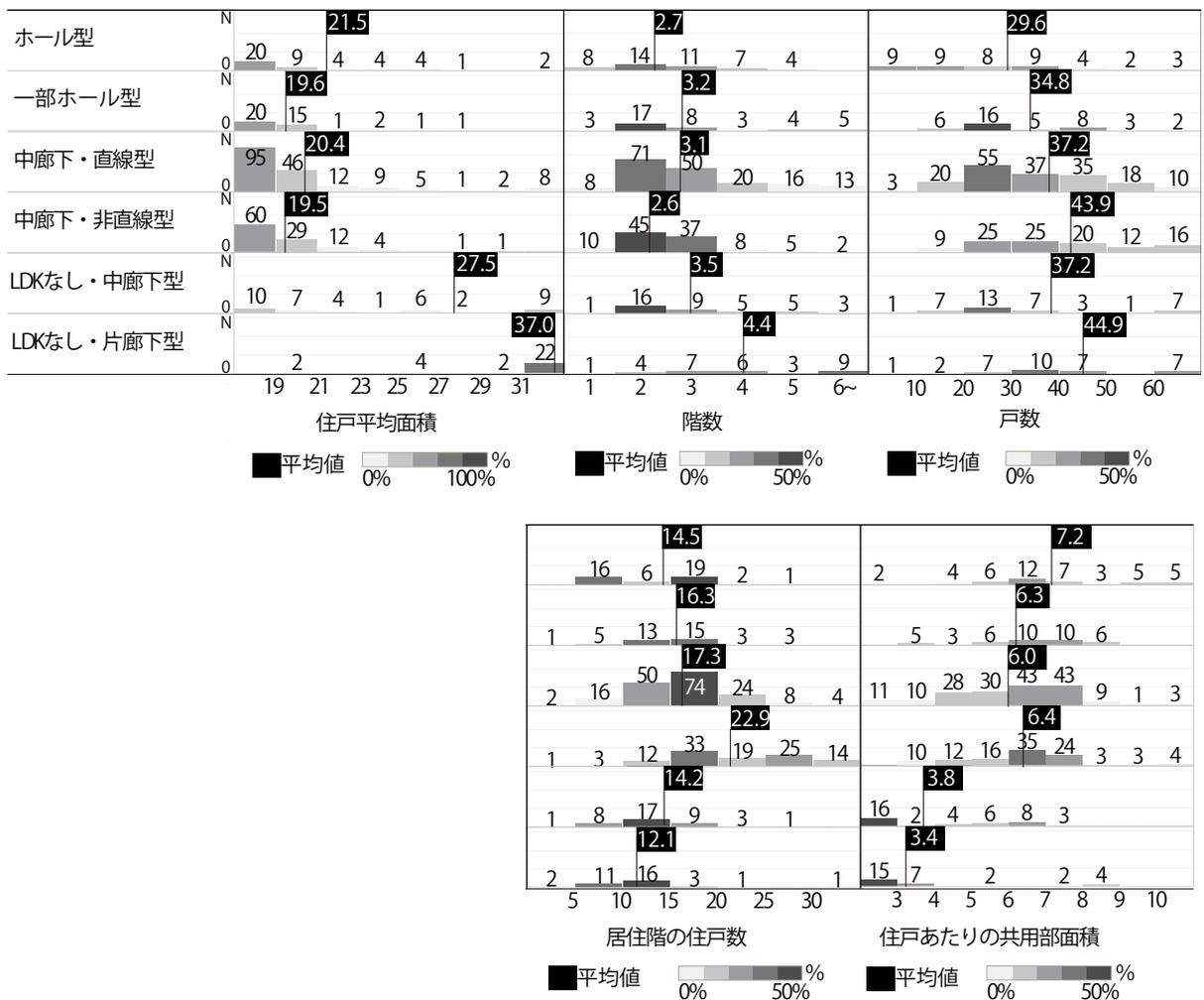


図 3-5 各平面類型のハード各要素の関係

さらに、住戸当たりの共用部面積は、ホール型では平均 7.2 m<sup>2</sup> となり、6 類型中で最も広い。一部ホール型、中廊下・直線型、中廊下・非直線型は平均約 6 m<sup>2</sup> で、LDK なしの 2 類型ではそれぞれ平均 3.8 m<sup>2</sup>、3.4 m<sup>2</sup> と狭くなる。

以上の分析から、ホール型は規模が小さく、戸当たりの共用部が広く、一部ホール型と中廊下・直線型は中規模で、住戸面積が狭く、中廊下・非直線型は中廊下・直線型に比べて低層で、規模が大きく、フロア当たりの住戸数が多く、フロアごとに一定の住戸数が配置される平面構成といえる。

また、同じ中廊下でも、LDK なし・中廊下型は中廊下・直線型よりも住戸平均面積が大きく、住戸当たりの共用部面積が小さく、居住階の住戸数がやや少ない。一方、LDK なし・片廊下型は住戸面積が大きく、居住階の住戸数が少なく、住戸当たりの共用部面積が狭く、階数が高く、戸数が多く、一般的な集合住宅にちかい実態が把握された。

### 3-3-3. 平面類型と共用設備

平面構成の類型ごとに共用設備の種類や位置関係を理解するため、居住階における共用設備の有無と各空間の位置関係を平面構成の要素に基づき、平面類型との関係性を検討する。

居住階における共用トイレ・浴室の設置状況については、共用 LDK を有するホール型と一部ホール型、中廊下の直線型と非直線型では整備率が高い一方で、共用 LDK なしの 2 類型での整備率が低い（図 3-6）。共用 LDK が設置される平面類型ではトイレや浴室の共用設備も同時に設置されることが一般的だといえる。

居住階におけるスタッフルームの設置状況をみると、共用 LDK を有するホール型での整備率が 75.0% と高く、一部ホール型と中廊下の 2 類型では 50% 程度であったのに対して、LDK なしの 2 類型では整備率がそれぞれ 10.3%、2.9% と低かった（図 3-6）。ホール型では共用 LDK、浴室、スタッフルームなどが一通り整備される傾向がみられる。

居住階における共用設備の有無だけではなく、位置関係も重度化対応に影響を与えることも想定される。そこで、スタッフルームと居室の位置関係を同階、別階の 2 区分し、6 タイプに整理した（図 3-7）<sup>注 1)</sup>。スタッフルームと共用トイレ・浴室、共用 LDK のいずれも同階に設置され、かつ隣接して設置された①、スタッフルームと共用トイレ・浴室、共用 LDK のいずれも同階に設置されるが全て隣接はしていない②、共

---

注 1) サ高住は各階に異なる共用設備が配置される場合があり、本研究では 50% 以上の居住階を基準として、各空間の位置関係を類型化した、また、④、⑥はトイレ、浴室のいずれかが設置されないサ高住を含める。

用LDKや共用トイレ・浴室は居住階に設置されているが、スタッフルームが別階に設置された③、LDKが設置され、1階にスタッフルームがある④、共用トイレ、浴室が居住階に設置されるが、スタッフルームと共用LDKが一棟の別フロアに設置された⑤、住戸内に専用の風呂があるため、居住階に共用の風呂はないが、住戸内に専用の風呂があり、1階にLDK、スタッフルームがある⑥に区分できる。

各区分の割合をみると（図3-7）、スタッフルームを各階に設置する①②が46.4%と約半数、スタッフルームを1階に設置する③～⑥が53.6%となり、まず、スタッフルームの設置個所により大きくサ高住は2分された。スタッフルームを1階に設置する③～⑥のなかでは、各階にLDK、共用風呂・トイレを設置する③が28.3%と多く、

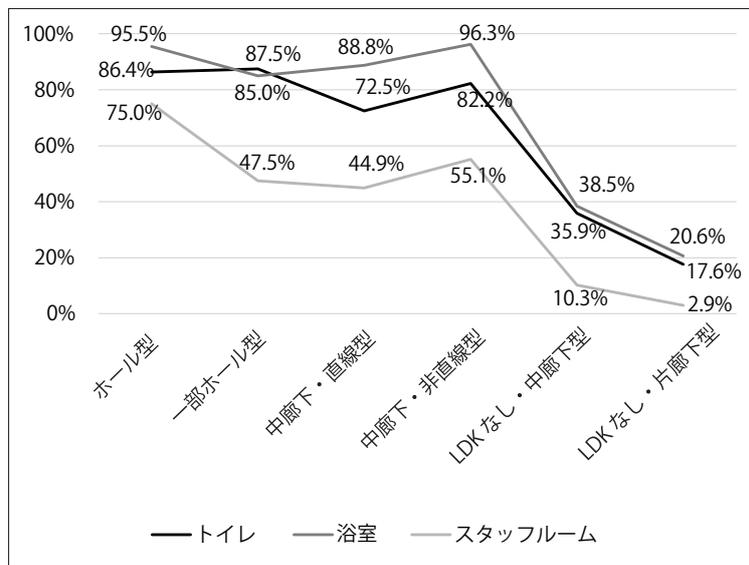


図3-6 平面類型ごとの居住階における共用設備の有無

スタッフルームと居室					
同階		別階			
① N=94 21.3%	② N=111 25.1%	③ N=125 28.3%	④ N=39 8.9%	⑤ N=29 6.5%	⑥ N=44 9.9%

コンパクト ← 生活範囲 → 広い

図3-7 各空間の位置関係の分類 注2)

スタッフルームを1階に設置する場合でも各階にLDK、共用風呂・トイレを設置する空間構成が多くを占めること。一方、スタッフルーム、共用LDKのいずれも1階に設置する⑥は、9.9%と少数であることを把握した。

入居者の生活上の範囲は①「全て同階・隣接」、②「全て同階・分散」、③「スタッフルーム以外同階（共用トイレ・浴室有）」、④「スタッフルーム以外同階（共用トイレ・浴室なし）」、⑤「スタッフルーム・LDK 1階 / 共同浴室・トイレ同階」の順番に広がると考えられる。

そのうえで、位置関係各タイプと平均要介護度の関係についてカイ二乗検定を行った。その結果（図3-8）、①、②、③は平均要介護度が1未満の割合が有意に低く、平均要介護度がそれぞれ2.0、2.1、2.0と相対的に高い。一方、④、⑤は平均要介護度が1未満の割合がそれぞれ31.0%、53.8%と高く、さらに⑥は要介護度は1未満86.4%と大多数を占める。これらから、共用部を利用することを前提として、生活上の移動距離がコンパクトなサ高住に要介護度の高い入居者が居住する実態が読み取れる。

さらに、平面類型と①から⑥の区分の関係についてカイ二乗検定を行った結果（図3-9）、ホール型は①「全て同階・隣接」、②「全て同階・分散」の割合が有意に高い一方、一部ホール型、中廊下・直線型は③「スタッフルーム以外同階（共用トイレ・浴室有）」の割合が高い。中廊下・非直線型は②「全て同階・分散」の割合が高い。LDKなしの2類型は⑤「スタッフルーム・LDK 1階 / 共同浴室・トイレ同階」、⑥「スタッフルーム・LDK 1階（共用トイレ・浴室なし）」の割合が有意に高い。

ホール型では各階にLDK、トイレ・浴室の共用設備が隣接して設置され、スタッフルームも各階に配置されている。この空間構成により、各フロアにおいて共用LDKを取り囲むように配置され、部屋同士やスタッフが連携しやすい。一方、中廊下・非直線型では①より②が増えるのは、各階にLDK、トイレ・浴室の共用設備及びスタッフルームが配置される。この類型は中廊下であり、それぞれの機能を廊下で連結する空間構成になりやすいことがその理由として考えられる。

また、LDKなしの2類型では居住階における共用設備の整備率が低く、1階に設置されるため、自立入居者を想定した空間構成といえる。

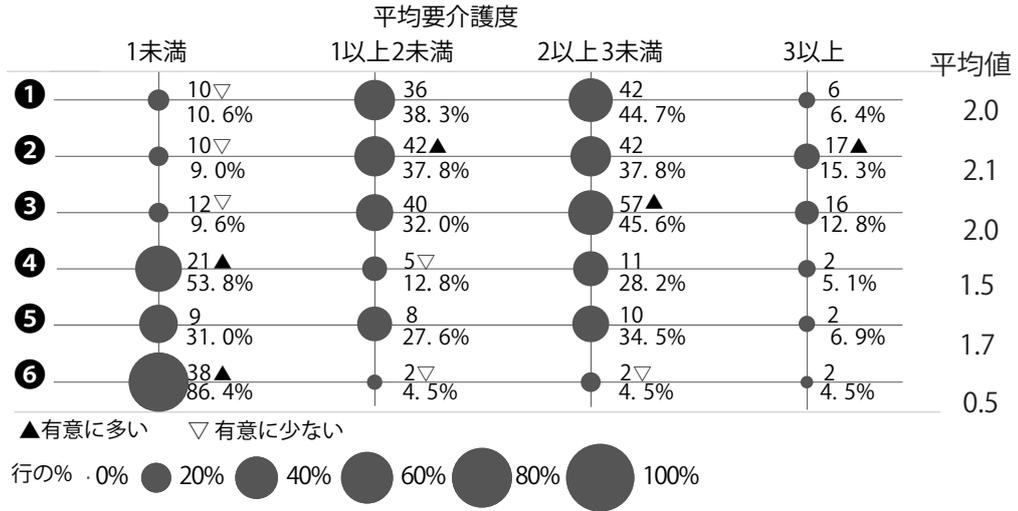


図 3-8 各空間の位置関係と平均要介護度

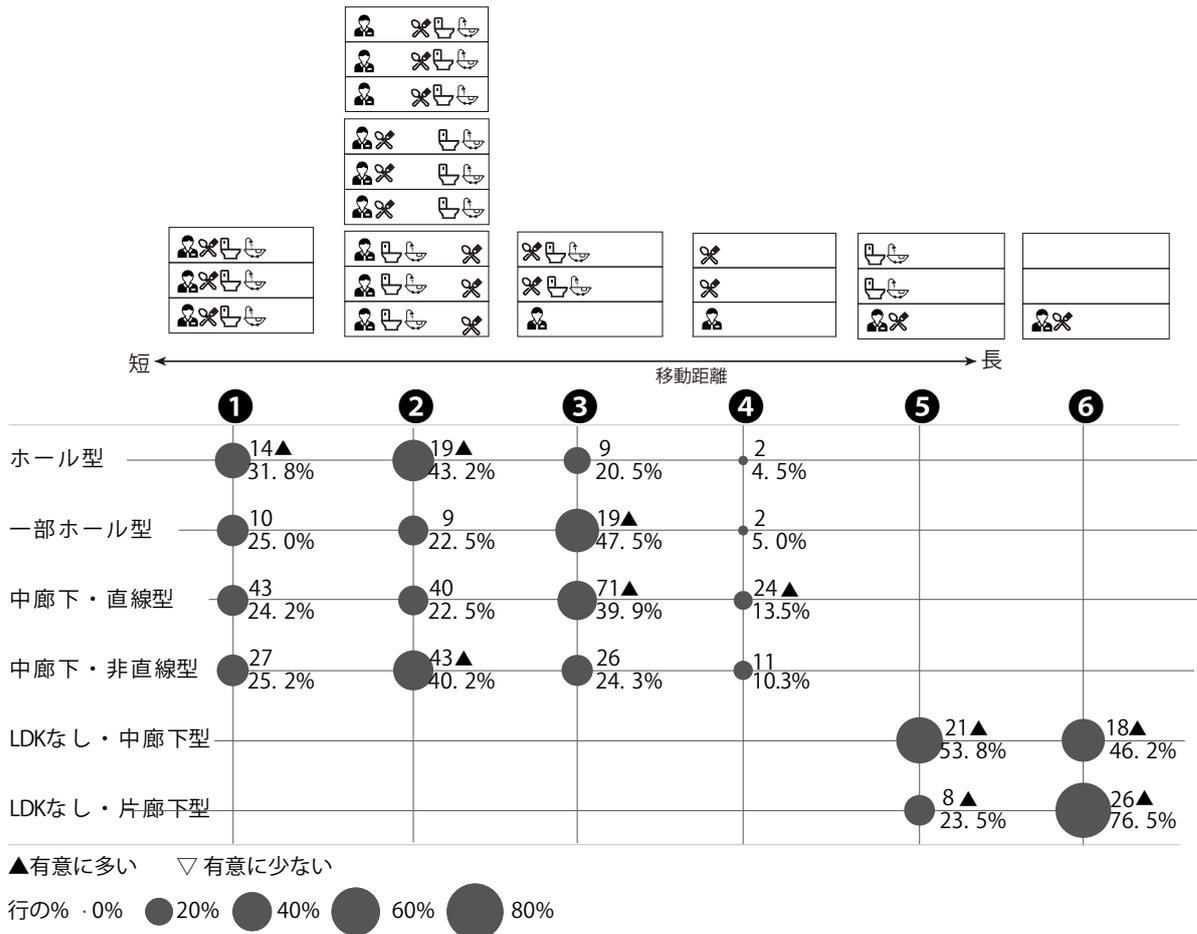


図 3-9 平面類型と各空間の位置関係

### 3-4. 平面構成と併設サービスの関連性

併設サービスの有無及びその種類は重度化対応に大きな影響を与えていることを考えて、重度化対応に係る平面構成を検討する時、併設サービスとの関連性を踏まえて考察する必要がある。そのため、平面構成と併設サービスの関係を明確にすることが本節の目的である。

初めに、併設サービスを「通所系」、「訪問系」、「通所系 + 訪問系」、「併設なし」、「その他」の5つの類型に分け、「その他」を除いて、併設サービスと平面構成の関係を把握する（表 3-4、表 3-5）

表 3-4 併設サービスの分類

併設施設類型	N	%
通所系	52	11.8
通所系 + 訪問系	151	34.2
訪問系	102	23.1
併設なし	106	24.0
その他	31	7.0

表 3-5 併設サービス類型の内訳

類型	併設サービス	N	合計
通所系	通所介護	50	52
	通所リハビリ	2	
訪問系	訪問介護	81	102
	訪問介護 + 訪問看護	9	
	訪問介護 + 訪問看護 + 定期巡回	5	
	訪問看護	3	
	訪問介護 + 定期巡回	2	
	定期巡回	2	
通所系 + 訪問系	通所介護 + 訪問介護	103	151
	通所介護 + 訪問介護 + 訪問看護	10	
	通所介護 + 訪問介護 + 訪問看護 + 定期巡回	10	
	通所リハビリ + 訪問介護	9	
	複合型サービス	6	
	通所介護 + 訪問看護	5	
	通所リハビリ + 訪問看護	4	
	通所介護 + 定期巡回	2	
	通所介護 + 複合型サービス	1	
通所リハビリ + 定期巡回	1		
その他	食事サービス	11	31
	居宅介護支援	6	
	診療所	4	
	認知症対応型共同生活介護	4	
	短期入所生活介護	3	
	特定施設入居者生活介護	2	
	福祉用具貸与	1	
	喫茶店	1	

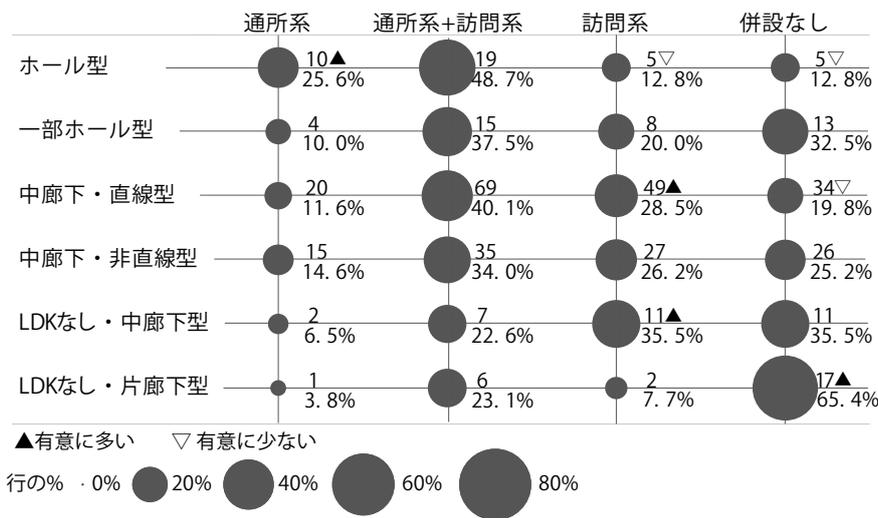


図 3-10 平面類型と併設サービス

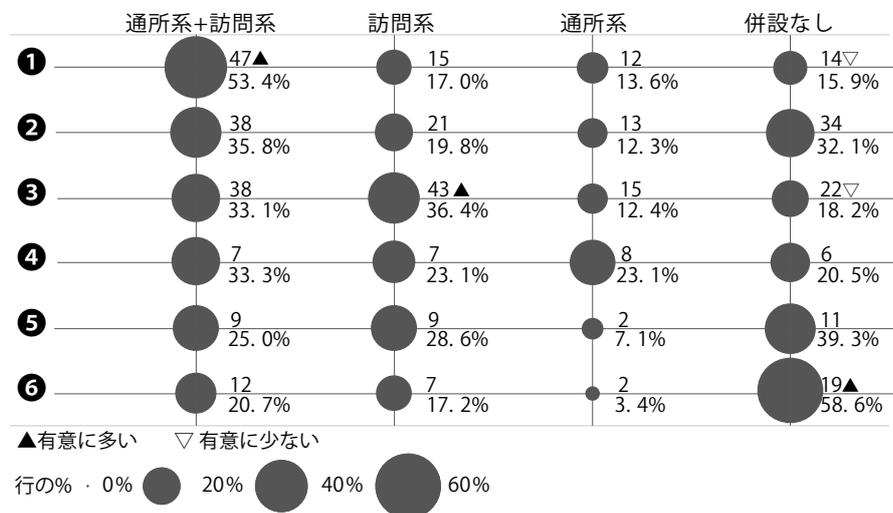


図 3-11 各空間の位置関係と併設サービス

### 3-4-1. 併設サービスと平面構成

平面類型と併設サービスの関係性についてカイ二乗検定を実施した（図 3-10）。その結果、ホール型の場合、「通所系」、「通所系 + 訪問系」サービスの併設率はそれぞれ 25.6%、48.7% と高い一方、「訪問系」サービスの併設率は 12.8% で有意に低い。対照的に、「中廊下・直線型」および「LDK なし・中廊下型」は「訪問系」サービスの併設率がそれぞれ 28.5%、35.5% と、相対的に高い割合で併設している。さらに、LDK なし・片廊下型に関しては、サービスの併設がないケースが 65.4% で有意に高かった。これらの結果から、平面類型により選ばれる併設サービスに違いがみられ、ホール型では「通所系」と「通所系 + 訪問系」、中廊下・直線型と LDK なし・中廊下型では「訪問系」が相対的に増える傾向がある一方、LDK なし・片廊下型ではサービスが併設されにくい傾向が確認された。

### 3-4-2. 併設サービスと共用設備

次に、併設サービスと各空間の位置関係に関するカイ二乗検定の結果を考察する（図 3-11）。

①「全て同階・隣接」と②は、いずれも入居者の要介護度が高く、居住階に介護提供に関する機能を一通り備え、グループホームにちかい空間構成であるが、①のほうがより介護に必要な機能が近接している。併設サービスをみると、①のほうが、「通所系 + 訪問系」を併設しているものが 53.4% と有意に多く、より多様な介護サービスを提供するため、複数の介護サービスを併設していることが分かる。

③④は、いずれも居住階に食堂を有し、スタッフルームを 1 階に配置する点で共通しているが、③と④の違いは、③は入居者の要介護度が高い点、また、居住階に共用の風呂とトイレを設置している点である。併設サービスをみると③は、訪問系のサービスが顕著に多く、④の併設サービスはやや通所系の併設が多い。③は要介護度の高い入居者に対して、個別対応しやすい訪問系サービスを併設している。訪問系を併設するサ高住では兼務する職員は多い結果が出ている（表 3-6）。このため、スタッフが 1 階の訪問系事業所から居住階への派遣が行われ、居住者のニーズへの対応が行われている結果といえる。

一方、⑤⑥はスタッフルームと食堂が 1 階である点で共通するが、⑥は風呂とトイレが居室内に整備されており、共用の風呂、トイレがなく、集合住宅に似たサ高住といえる。そのため、他の区分にくらべて併設サービスを有しない割合が有意に高い。

以上のように、①から⑥の順に入居者の生活の範囲の広がりや併設サービスの関連を分析した結果、入居者の生活の範囲がコンパクトなサ高住では、多様な複数の介護サービスを併設し、逆に入居者の生活の範囲が階を超えて広がるサ高住では、併設サービスがなく、自立度の高い入居者を想定している実態が明らかになった。

表 3-6 併設サービスと夜勤

併設サービス分類	夜勤							
	専従のみ		兼務		宿直のみ		なし	
	N	%	N	%	N	%	N	%
通所系	26	49.1	8	15.1	9	17.0	10	18.9
通所系 + 訪問系	64	42.1	37	24.3	25	16.4	26	17.1
訪問系	29	27.9	43	41.3	12	11.5	20	19.2
併設なし	51	48.1	28	26.4	4	3.8	23	21.7
その他	6	19.4	4	12.9	4	12.9	17	54.8

### 3-5. 平面構成と看取り・重度認知症の対応

#### 3-5-1. 共用設備と看取り・重度認知症対応の関係性

重度化対応と平面構成の各要素の関係を明らかにするために、共用設備の有無や各空間の位置関係と看取り・重度認知症対応の関係性についてカイ二乗検定を行った。その結果、共用トイレ、浴室、共用LDK、スタッフルームが居住階に設置されている場合、看取り・重度認知症対応が有意に高くなることが示された（図3-12）。

各空間の位置関係と看取り・重度認知症対応についてもカイ二乗検定を行った（図3-13～14）。その結果、看取りの対応については、**①②③⑤④⑥**という順番で、非対応が増加した。おおむね、生活範囲が広がるほど、看取りに対応しにくいという傾向がみられたが、**④**よりも**⑤**のほうが若干、非対応の割合が少ない。看取り期においては、食堂で食事をとりにくいため、居住階に食堂が設置されているより、共用の風呂・トイレを居住階に備えているほうが影響を及ぼすことがその原因として考えられる。

重度認知症の対応については、**①**から**⑥**まで生活範囲が広がるほど非対応が増加する傾向、すなわち重度認知症への対応が減る実態がみられた。入居者の生活上の移動距離がコンパクトで、かつ、介護上の機能が近接して配置された空間構成で、重度認知症への対応が行われているといえる。なお、居住階に共用LDKが設置された**①、②、③、④**は設置されない**⑤、⑥**よりも重度認知症への対応率が高い。居住階に共用LDKが設置され、居室との距離が短い平面構成は、階を超えた見守りの必要が少ないため、重度認知症へ対応しやすいと考えられる。

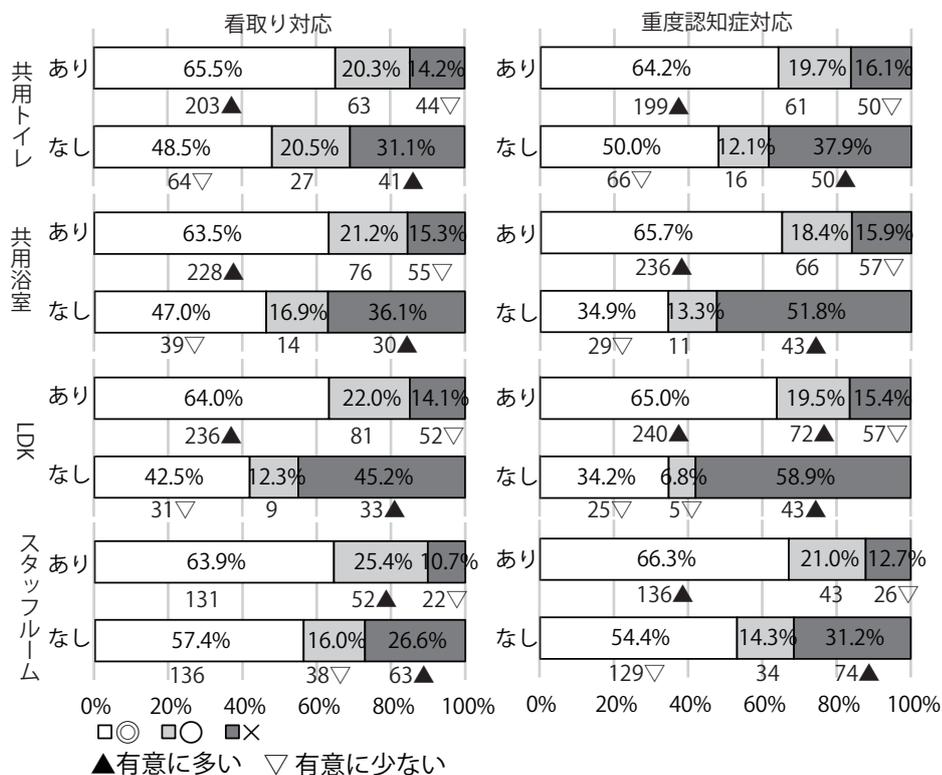


図3-12 平面の各要素と看取り・重度認知症対応の関係性

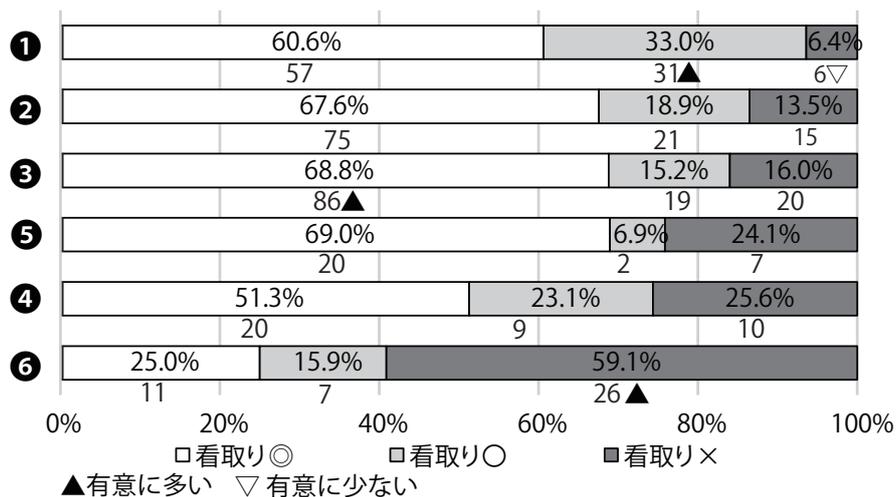


図 3-13 各空間の位置関係と看取り対応

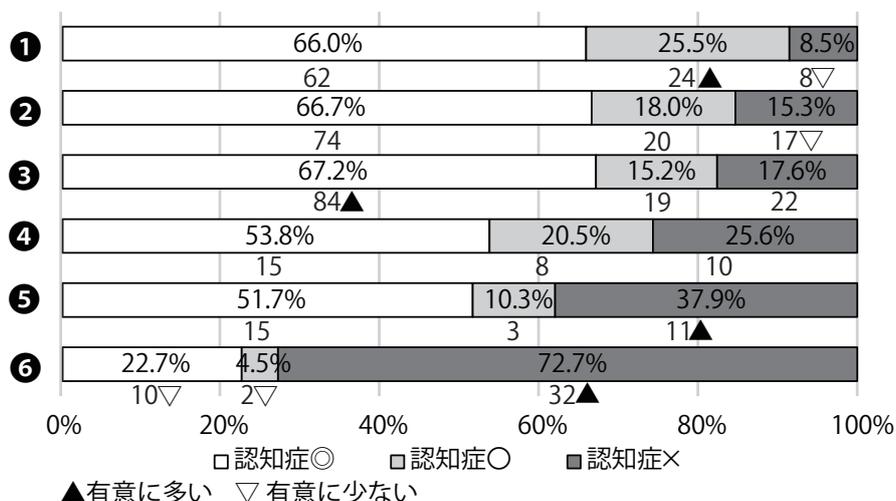


図 3-14 各空間の位置関係と重度認知症対応

これらの結果から、平面構成の要素と重度化対応には関連性があり、共用部における介護に必要な機能を近接して配置した空間構成は、重度化への対応力を高めるために重要といえる。

### 3-5-2. 平面類型と看取り・重度認知症対応の関連性

次に、各平面類型における看取り・重度認知症対応の状況について、カイ二乗検定を行った。その結果、いずれの場合も 1% の有意差が確認された（図 3-15、図 3-16）。

看取り対応については（図 3-15）、中廊下・直線型では対応率が有意に高い一方、LDK なし・片廊下型では対応率が有意に低い傾向が見られる。

中廊下・非直線型は、中廊下・直線型と比べて規模が大きく、階数が少なく、居住階の住戸数が多いなど、重度化に対応しやすい特徴を持っている<sup>注2)</sup>。しかし、看取りの対応については、中廊下・直線型よりも実施されていないから、中廊下型の平面形状では直線型が非直線型よりも重度化に対応しているといえる。

注2) 参考文献4) より、看取り・重度認知症を対応しているサ高住は住戸数が多く、階数が低く、フロア当たりの住戸数が多い特徴を持つ。

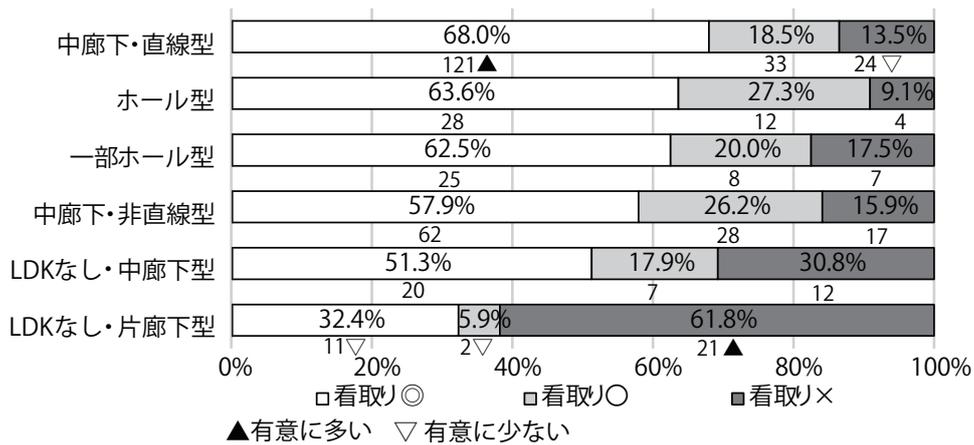


図 3-15 平面類型と看取り対応

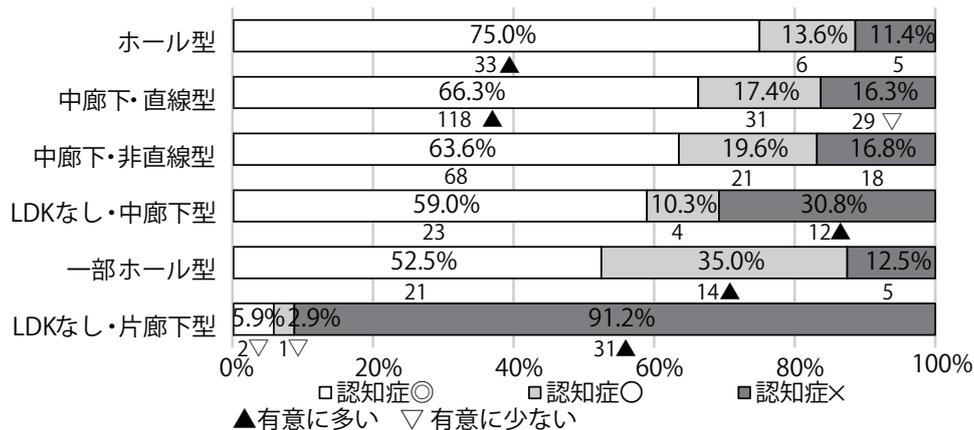


図 3-16 平面類型と重度認知症対応

また、LDKなし・中廊下型はLDKなし・片廊下型と同じく居住階に共用LDKが設置されないが、片廊下型よりも看取りの対応率が高い。フロア当たりの住戸数が同じ場合に、中廊下型は片廊下型よりも移動距離が短い点は介護効率や見守りのしやすさといった役割を果たすと考えられる。

重度認知症対応については（図3-16）、ホール型と中廊下・直線型で対応率が有意に高く、LDKなし・中廊下型、LDKなし・片廊下型では対応率が有意に低い。一部ホール型は認知症対応の実施率が高くないものの、認知症患者を受け入れるサ高住が少ないという結果（図3-16）は、一部ホール型の開設年が平均して2015年5月であり、比較的築年数の浅いサ高住が多いことが一因と考えられる。また、看取り対応と同じように、中廊下型の非直線型より直線型、LDKなしの片廊下型より中廊下型は重度認知症を対応している実態が把握できた。

以上から、共用部と居室の関係性、また平面形状は重度化対応に影響を与え、全体的に、ホール型と中廊下・直線型では看取り・重度認知症対応が相対的に実施されており、片廊下型では実施されにくい状況が把握された。

### 3-5-3. 平面類型・平均要介護度と看取り・重度認知症の対応

以上の分析から、共用設備、各空間の位置関係及び平面形状は重度化対応への影響があることが確認された。しかしながら、平面類型、各空間の位置関係と住戸数、平均要介護度や併設サービスなどの組み合わせは重度化対応への総合的な影響を把握する必要があると考えられ、サ高住の住戸面積、住戸数、平均要介護度、併設サービスと看取り・重度認知症対応の状況を平面類型ごとに集計した（表 3-7～表 3-10）（図 3-17～図 3-18）。

平面類型ごとのサ高住の平均要介護度と看取り・重度認知症対応状況を集計した（表 3-7～表 3-8）。その結果、看取りの対応は、おおむね平均要介護度が高くなるほど、対応率<sup>注3)</sup>が高くなる一方、要介護度が1未満の場合に、ホール型の対応率はほか類型より高く、一部ホール型、LDKなし・中廊下型、LDKなし・片廊下型の対応率が低い。また、平均要介護度が2以上の場合に、ほとんど対応率が90%の程度であるが、LDKなし・片廊下型は対応率が低い傾向がみられる（表 3-7）。重度認知症の対応はホール型、一部ホール型は軽度から重度まで対応率も高い一方、中廊下の3類型（直線、非直線、LDKなし）は平均要介護度が高くなるほど、対応率が高くなり、LDKなし・片廊下型は重度のサ高住でも対応率が低い傾向がみられる（表 3-8）。

さらに、位置関係、各タイプの平均要介護度と看取り・重度認知症対応状況を集計した結果（表 3-9～表 3-10）、スタッフルームと居室が同階に設置された①「全て同階・隣接」、②「全て同階・分散」は軽度から重度まで看取り・重度認知症の対応率がいずれも高い一方、スタッフルームが建物の1階に設置された③～⑥は平均要介護度が高くなるほど、対応率が高くなる傾向がみられた。

これらから、ホール型、スタッフルームと共用設備が同階設置された場合に、軽度から重度まで対応していることが認められた一方、廊下型の4類型、スタッフルームと共用設備が別階設置された場合に入居者の要介護度が高くなれば、対応率が高まる実態が明らかになった。

平面類型ごとにサ高住の住戸面積と看取り・重度認知症対応の関係を集計した結果（図 3-17）<sup>注4)</sup>、ホール型と一部ホール型では有意差は確認されなかった。一方、中廊

注3) 本研究の対応率はサービス付き高齢者向け住宅情報提供システムにおける運営情報で記載された看取り・重度認知症が応相談（対応実績あり）(◎)と応相談（対応実績なし）(○)の件数の合計を全体の件数で割った割合としている。

注4) カイ二乗検定を実施した差異が有意にするため、各区分において一定の件数を確保する必要があり、中廊下・非直線化型では25㎡以上のサ高住は2件だけであり、～20㎡、20～22㎡、22～㎡の3区分を分けた。

表 3-7 平面類型・要介護度と看取り対応

		ホール型	一部 ホール型	中廊下・ 直線型	中廊下・ 非直線型	LDKなし・ 中廊下型	LDKなし・ 片廊下型
平均 要 介護 度	~1	N 4	2	31	16	19	28
	看取り対応率	75.0%	50.0%	64.5%	68.8%	52.6%	32.1%
	1~2	N 16	13	52	42	6	4
	看取り対応率	87.5%	92.3%	84.6%	81.0%	83.3%	75.0%
2~3	N 19	21	73	39	10	2	
看取り対応率	94.7%	76.2%	93.2%	92.3%	80.0%	50.0%	
3~	N 5	4	22	10	4		
看取り対応率	100.0%	100.0%	100.0%	90.0%	100.0%		

対応率：◎ + ○の割合<sup>注3)</sup>

表 3-8 平面類型・要介護度と重度認知症対応

		ホール型	一部 ホール型	中廊下・ 直線型	中廊下・ 非直線型	LDKなし・ 中廊下型	LDKなし・ 片廊下型
平均 要 介護 度	~1	N 4	2	31	16	19	28
	認知症対応率	75.0%	100.0%	67.7%	68.8%	47.4%	0.0%
	1~2	N 16	13	52	42	6	4
	認知症対応率	75.0%	84.6%	71.2%	81.0%	83.3%	75.0%
2~3	N 19	21	73	39	10	2	
認知症対応率	100.0%	85.7%	97.3%	92.3%	90.0%	0.0%	
3~	N 5	4	22	10	4		
認知症対応率	100.0%	100.0%	90.9%	90.0%	100.0%		

対応率：◎ + ○の割合<sup>注3)</sup>

表 3-9 位置関係・要介護度と看取り対応

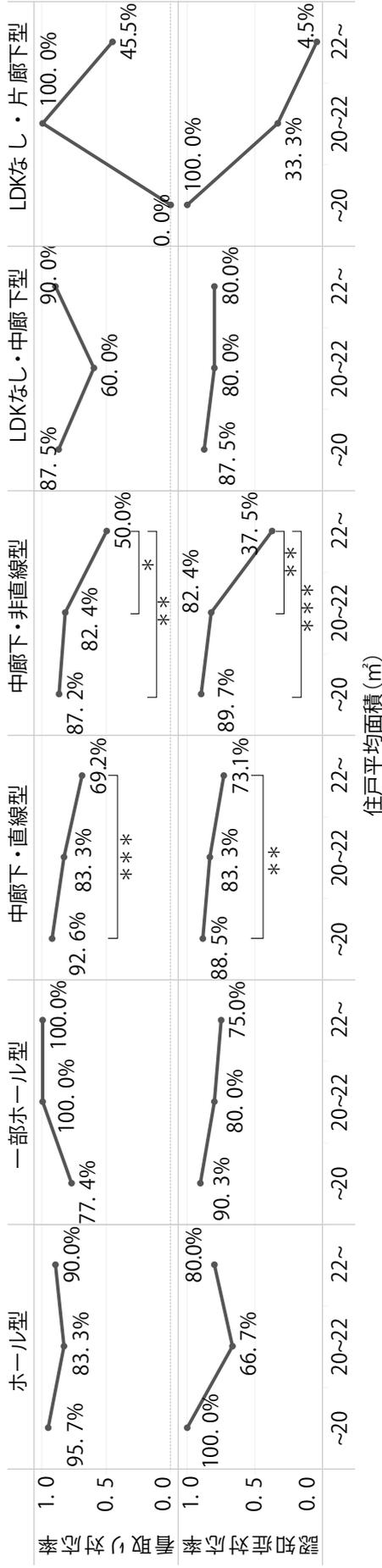
		①	②	③	④	⑤	⑥
平均 要 介護 度	~1	N 10	10	12	21	9	38
	看取り対応率	90.0%	80.0%	41.7%	61.9%	55.6%	46.8%
	1~2	N 36	42	40	5	8	2
	看取り対応率	86.1%	85.7%	85.0%	60%	87.5%	50.0%
2~3	N 42	42	57	11	10	2	
看取り対応率	97.6%	83.3%	89.5%	100%	80.0%	50.0%	
3~	N 6	17	16	2	2	2	
看取り対応率	100.0%	100.0%	93.8%	100.0%	100.0%	100.0%	

対応率：◎ + ○の割合<sup>注3)</sup>

表 3-10 位置関係・要介護度と重度認知症対応

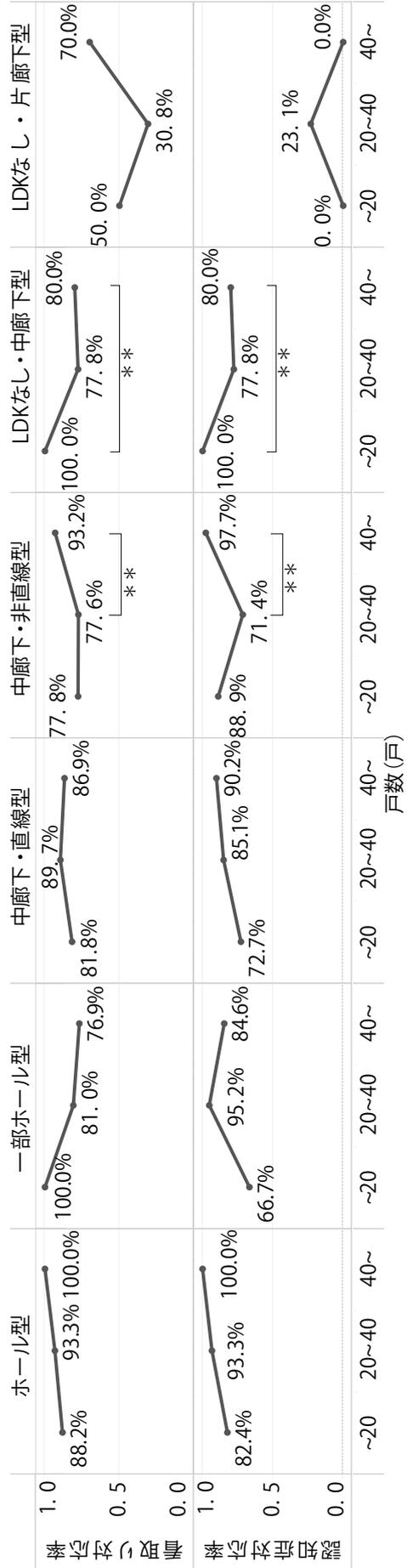
		①	②	③	④	⑤	⑥
平均 要 介護 度	~1	N 10	10	12	21	9	38
	認知症対応率	90.0%	80.0%	58.3%	61.9%	22.2%	18.4%
	1~2	N 36	42	40	5	8	2
	認知症対応率	83.3%	78.6%	70.0%	60.0%	75.0%	100.0%
2~3	N 42	42	57	11	10	2	
認知症対応率	97.6%	95.2%	91.2%	100.0%	80.0%	50.0%	
3~	N 6	17	16	2	2	2	
認知症対応率	100.0%	82.4%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

対応率：◎ + ○の割合<sup>注3)</sup>



\*0.01<p<0.05、\* \*0.001<p<0.01、\* \* \*p<0.001  
住戸平均面積区分：~20m<sup>2</sup>、20~22m<sup>2</sup>、22~m<sup>2</sup>(注7)

図 3-17 平面類型・住戸面積と看取り・重度認知症対応



\*0.01<p<0.05、\* \*0.001<p<0.01、\* \* \*p<0.001

図 3-18 平面類型・戸数と看取り・重度認知症対応

下の2類型（直線型・非直線型）においては、住戸の広いサ高住において対応率が住戸の狭いサ高住の対応率よりも有意に低い傾向が共通して認められたほか、同じ中廊下型でも、直線型と非直線型を比較すると、住戸平均面積が22㎡以上のサ高住では、非直線型の看取り・重度認知症対応率がそれぞれ50.0%、37.5%で、直線型のそれぞれ69.2%、73.1%より低かった。これから、同じ中廊下型でも、非直線型より直線型の方が重度化対応がより実施されているといえる。

次に、平面類型ごとにサ高住の住戸数と看取り・重度認知症対応の関係を集計した結果（図3-18）、おおむね住戸数が増えるほうが対応率が高くなる右肩上がり図になったが、中廊下・非直線型、LDKなし・中廊下型において看取り・重度認知症の対応率が住戸数により有意に異なる結果となった。具体的には、中廊下・非直線型は住戸数が40戸以上のサ高住が看取り・重度認知症の対応率が高いのに対して、LDKなし・中廊下型は住戸数が20戸以下のサ高住で対応率が高い。原因を考えると、中廊下・非直線型は一定の住戸数を確保することで、フロアごとに職員を配置して重度化対応しやすくなる一方で、LDKなし・中廊下型はLDK、浴室、スタッフルームなどの共用設備が建物の1階に配置されており、住戸数が少ないほど共用設備の利用しやすさ、全体の状況把握のしやすさが向上するため、小規模であるほうが重度化対応しやすいと考察できる。

さらに、平面類型ごとに併設サービスと看取り・重度認知症の関係を集計した結果、ホール型は通所系または訪問系サービスを併設する場合も看取り・重度認知症の対応率が高い。一部ホール型は訪問系サービスによらず重度認知症の対応率が高いが、併設なしの場合に看取りの対応率が低い傾向がみられる。一方、中廊下・直線型は通所系のみを併設する場合に対応率が低く、訪問系を併設する場合には対応率が高い（表3-11、表3-12）。

以上、ホール型は住戸面積、住戸数によらず看取り・重度認知症対応が多く実施されており、重度化への対応力が高いといえる。これは居室と共用部が密接に連絡しており、入居者の様子を把握しやすいこと、階ごとに共用設備やスタッフルームも充実かつ集中に設置され、必要な対応を行いやすい構造がその理由と考えられる。一方、中廊下の直線型と非直線型では、重度化への対応が住戸面積や廊下形状の影響を受ける傾向があった。これは、住戸が広い場合、スタッフルームが共用施設や居室までの移動距離が増え、対応が難しくなる可能性があるためだと考えられる。さらに、LDKなし・中廊下型は規模が小さく、平均要介護度が高い場合に重度化を対応していること、対照的に、LDKなし・片廊下型は住戸面積、住戸数、平均要介護度によらず重度化に対応していない傾向を把握した。

このように、サ高住の要介護度、住戸面積や平面構成が、看取り・重度認知症の対

表 3-11 平面類型・併設サービスと看取り対応

		ホール型	一部ホ ール型	中廊下・ 直線	中廊下・ 非直線	LDKなし・ 中廊下	LDKなし・ 片廊下
通所系	N	10	4	20	15	2	1
	看取り対応率	90.0%	100.0%	65.0%	73.3%	50.0%	100.0%
通所系 + 訪問系	N	19	15	69	35	7	6
	看取り対応率	89.5%	93.3%	87.0%	82.9%	85.7%	50.0%
訪問系	N	5	8	49	27	11	2
	看取り対応率	100.0%	87.5%	98.0%	88.9%	81.8%	100.0%
併設なし	N	5	13	34	26	11	17
	看取り対応率	100.0%	61.5%	88.2%	84.6%	81.8%	41.2%

表 3-12 平面類型・併設サービスと重度認知症対応

		ホール型	一部ホ ール型	中廊下・ 直線	中廊下・ 非直線	LDKなし・ 中廊下	LDKなし・ 片廊下
通所系	N	10	4	20	15	2	1
	認知症対応率	90.0%	100.0%	65.0%	80.0%	50.0%	100.0%
通所系 + 訪問系	N	19	15	69	35	7	6
	認知症対応率	84.2%	80.0%	81.2%	77.1%	85.7%	0.0%
訪問系	N	5	8	49	27	11	2
	認知症対応率	100.0%	100.0%	95.9%	88.9%	72.7%	50.0%
併設なし	N	5	13	34	26	11	17
	認知症対応率	100.0%	84.6%	91.2%	88.5%	90.9%	5.9%

応状況に影響を及ぼすことが明らかになった。特に、ホール型のように、スタッフルームと共用設備が階ごとに設置された平面構成における対応率は注目に値する。また、中廊下型では対応の差は、その原因として住戸面積、戸数、各空間の位置関係が関係していることが示唆された。

### 3-6. 小結

#### 1) 平面類型

サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムに記載された入居者の要介護度データを持つ 442 件のサ高住の平面図を分析し、ホール型、一部ホール型、中廊下・直線型、中廊下・非直線型、LDK なし・中廊下型、LDK なし・片廊下型の 6 つの平面類型に区分した。その結果、サ高住は、中廊下・直線型が 40.3% と最も多く、次いで中廊下・非直線型が 24.2% と続き、中廊下で各階に LDK を持つ平面類型が 64.5% を占めること、また、一部ホール型も含めるとホール型は 19% で、各階に LDK を有するサ高住が 83.5% を占めることが把握した。また、共用設備と住戸近接性からサ高住を分析し、スタッフルームと居室が同階に配置されるサ高住が 46.4% で、うち 21.3% は LDK、スタッフルーム、共用浴室、共用トイレが近接して配置される一方で、53.6% を占めるスタッフルームを 1 階にのみ配置するサ高住は、そのうちの半数以上の 37.2% が LDK を各階に設置しており、サ高住全体の 8 割が LDK を各階に設置する実態を把握した。

#### 2) 平面構成と併設サービス

平面構成の違いがサービスの提供方法に影響を及ぼしていた。具体的には、ホール

型はスタッフルーム、共用 LDK、共用トイレ・浴室を同階に配置し、通所系と訪問系の複数のサービスを提供する傾向がある。また、各居住階には専従職員が常駐し、重度化への対応が実施されている。一方、中廊下型では、相対的に訪問系の併設が多く、スタッフは 1 階の訪問系事業所から派遣し、重度化対応が行われていた。また、LDK なし・片廊下型は共用トイレ・浴室が設置されず、スタッフルームと共用 LDK が建物の 1 階に設置され、集合住宅に近い平面構成であるため、併設サービスがなく、サービス提供が行われていない実態がみられた。

### 3) 平面構成と看取り・重度認知症の対応

平面の形状、各空間の位置関係は重度化対応に強い影響を与えることが明らかになった。全体的な視点から捉えると、ホール型および中廊下・直線型のサ高住は、看取り・重度認知症に対応しやすい空間構成と考えられる。

共用部と居室が近接（隣接の隣まで）するホール型などの平面構成は（図 3-19）、居住階に共用トイレ・浴室、スタッフルームなどの共用設備を全て同階に備え、入居者やスタッフルームの移動距離が短く、重度化対応しやすい。そのため、多様なサービスが提供され、軽度から重度までの範囲で、各住戸面積、規模においても重度化への対応が行われている。

一方、ホール型より共用部と居室の距離が離れる中廊下の 3 類型（直線、非直線、LDK なし）については、重度化への対応が住戸面積、平均要介護度や併設サービスによって影響を受けており、中廊下・直線型（図 3-20）は住戸が狭く、居住階にスタッフルーム以外の共用設備が配置され、訪問系サービスを併設する場合に、看取り・重度認知症の対応が向上される実態が把握された。これは、共用設備の配置によりスタッフが入居者の状況を密に把握し、職員が訪問介護サービスとの兼務による連携により柔軟なサービス提供が可能になったことが大きな要因と考えられる。

また、中廊下・非直線型は併設サービスによらず、住戸が広く、住戸数が少ない場合に対応しにくいことが明らかとなった。これに対して、LDK なし・片廊下型（図 3-22）は共用トイレ・浴室が設置されず、スタッフルームと共用 LDK が建物の 1 階に設置され、集合住宅に近い平面構成で、サービス提供が行われおらず、重度化対応しにくい平面構成であることが明らかになった。平面構成は平面の形状、居住階における共用設備の有無、各空間の位置関係が重度化への対応において重要な要因であることを確認できた。

既報（その 1）の結果も踏まえて考察すると、同じユニット型の空間構成でも、「ホール型」は「廊下型」より対応力が優れていること、また、直線型よりも非直線型、同じ約 30 戸のサ高住であっても、高層よりも低層としてフロアの住戸数を確保する

こと、通所系よりも訪問系サービスの併設、さらに、「集合住宅型」のサ高住の場合、中廊下型で、かつ訪問系サービスを組み合わせる場合は、一定の対応が可能だと考えられる。

#### 4) 看取り・重度認知症の違い

同一の平面類型を持つサ高住においても、看取りおよび重度認知症への対応率に差がみられた。特にホール型においては、重度認知症への対応率が顕著に高く、一方で看取りへの対応に関しては高い対応率を示したものの、統計的に有意差は確認されなかった。既報（その1）の分析結果と合わせて考えると、看取りの対応は住戸数の確保が重要であるが、重度認知症への対応には共用食堂の利用者数が少ない小規模な生活単位が望ましいといえる。

以上、平面構成はサ高住における重度化対応に影響を与え、いずれもスタッフとの連携しやすい平面が望ましいと言えるが、看取り対応では、住戸数の確保が重要で、認知症対応は小規模な生活単位の設定が重要と言える。

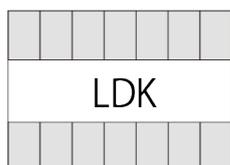


図 3-19 ホール型の例



図 3-20 廊下型・直線型の例

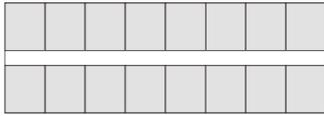


図 3-21 LDK なし・中廊下型の例



図 3-22 LDK なし・片廊下型の例

## 参考文献

- 1) 永浜正貴, 絹川麻理, 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 巻, 第720 号, pp. 271-279, 2016(DOI: <https://doi.org/10.3130/aija.81.271>), ( 参照 JST オンライン情報システム (JOIS), [https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/81/720/81\\_271/\\_article/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/81/720/81_271/_article/-char/ja))
- 2) 柴田ありさ, 塚田知樹, 古賀誉章: 5017 サービス付き高齢者向け住宅での空間構成と共用空間の利用形態に関する研究 その 1 ( 高齢者住宅, 建築計画, 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築計画, pp. 33-34, 2015( 参照日本建築学会論文検索システム, <https://www.aij.or.jp/paper/detail.html?productId=368345>) 2022. 06. 12)
- 3) 塚田知樹, 古賀誉章, 山田あすか. 5018 サービス付き高齢者向け住宅での空間構成と共用空間の利用形態に関する研究 その 2 ( 高齢者住宅, 建築計画, 学術講演会・建築デザイン発表会) [J]. 建築計画, pp. 35-36, 2015( 参照日本建築学会論文検索システム, <https://www.aij.or.jp/paper/detail.html?productId=368346>) 2022. 06. 12)
- 4) 詹 慧, 三浦 研: サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 ( その 1 ) ハードの要素・類型にもとづく分析 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 87 巻, 第 801 号, pp. 2114-2123, 2022 (DOI:<https://doi.org/10.3130/aija.87.2114>), ( 参照 JST オンライン情報システム (JOIS), [https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/87/801/87\\_2114/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/87/801/87_2114/_article/-char/ja/))
- 5) 詹 慧, 三浦 研: サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 ( その 2 ) 併設サービスと職員配置に基づく分析 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 88 巻, 第 811 号, pp. 2464-2475, 2023 (DOI:<https://doi.org/10.3130/aija.88.2464>), ( 参照 JST オンライン情報システム (JOIS), [https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/88/811/88\\_2464/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/88/811/88_2464/_article/-char/ja/))

第4章 併設サービスと  
職員配置から見た看取り・  
重度認知症の対応実態



#### 4-1. 本章の目的

サ高住は、状況把握及び生活相談の必須サービスをはじめとする様々な生活支援サービスを提供することのできる、高齢者向けの住まいである。本来、介護サービス事業所の併設は義務付けられていないが、要介護者の入居者が多く、入居者の多くが併設介護事業所のサービスを利用する実態が報告されている<sup>注1)</sup>。

第2章、第3章ではサ高住の共用空間、設備などの空間構成、平面構成と看取り・重度認知症への対応実態について考察し、看取り・重度認知症の対応に影響を与えるハード要素を把握したうえで、それらがサ高住の類型としてどのように組み合わせられて、重度化に対応しているのか、実態を明らかにした。

しかし、サ高住が終の棲家となるには、ハード以上に提供する介護サービスが影響することは言うまでもない。住宅として制度設計されたサ高住は、日中の状況把握・安否確認のため1名の職員が常駐するが、それ以上の職員配置は任意であり、高齢者の介護ニーズに応えるため、複数のサービスを併設するサ高住もある。

そこで、本章はサ高住に併設される介護サービス（以下：併設サービス）に注目して、併設サービスの組み合わせの視点から、職員配置も加えて、サ高住における重度要介護高齢者への対応の実態について明らかにすることで、サ高住が終の棲家として機能するためのハードとソフトの組み合わせについて論じるものである。

#### 4-2. 研究方法と対象

本章で用いたデータは、2020年12月時点で登録情報、運営情報の両方を掲載している全3565件のなかで、特定施設を除き、平均要介護度、重度認知症、看取りへの対応状況の記載のある2042件である（表4-1）。

本章では、併設数の多い上位5種別の併設サービスにくわえて、要介護期の在宅介護に有効と考えられる「24時間定期巡回・随時対応型訪問介護」（以下：定期巡回）、「通所リハビリテーション」（以下：通所リハビリ）を含めて分析の対象とし（表4-2）<sup>注2)</sup>、併設サービスの種別と組み合わせの両面から看取り・重度認知症の対応に与える影響を分析する。

分析の手順は、まず、併設サービスごとのハードの特徴や看取り・重度認知症への対応状況を把握したうえで（①、②）、次に、併設サービスの組み合わせをクラスタ

---

注1) 参考文献1)より、令和2年3月時点で、「訪問介護」は63%、「通所介護、通所リハビリ」は43%の人がサ高住の併設・隣接事業所からサービスを受けている。

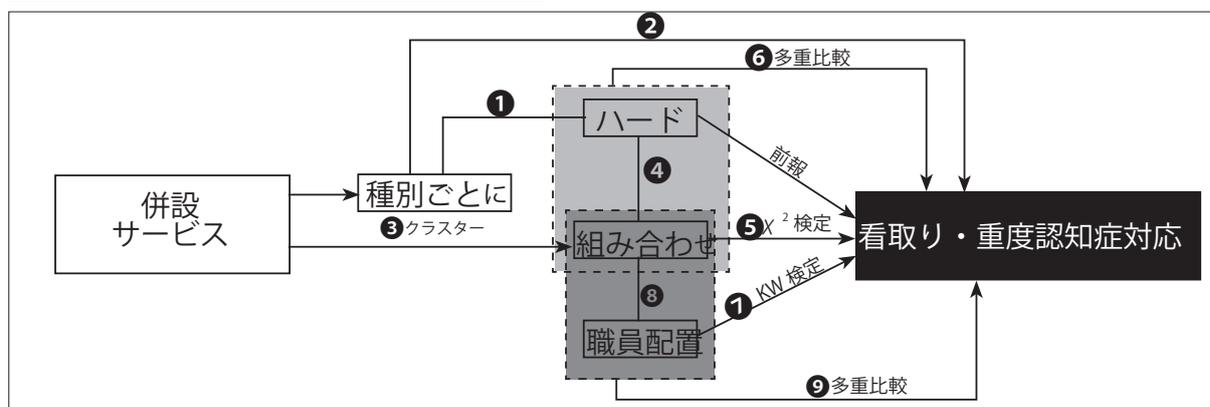
注2) 「複合型サービス」と「認知症対応型通所介護」は在宅介護に有効と考えられるが、それらを併設したサ高住は調査対象とした2042件のうち、それぞれ29、20件と少ないため分析対象に含めなかった。

表 4-1 看取り・重度認知症の対応実態

		符号	件数	%	
看取り	対応可	実績あり	看取り◎	1313	64.3%
		実績なし	看取り○	374	18.3%
	非対応	看取り×	355	17.4%	
合計			2042	100%	
重度認知症	対応可	実績あり	認知症◎	1335	65.4%
		実績なし	認知症○	378	18.5%
	非対応	認知症×	329	16.1%	
合計			2042	100%	

表 4-2 併設サービスの基本情報

併設サービス	度数	%
訪問介護	961	47.1%
通所介護	827	40.5%
居宅介護支援	519	25.4%
訪問看護	191	9.4%
小規模多機能型居宅介護	120	5.9%
診療所	89	4.4%
食事サービス	88	4.3%
短期入所生活介護	85	4.2%
定期巡回・随時対応型訪問介護	83	4.1%
通所リハビリテーション	67	3.3%
認知症対応型共同生活介護	52	2.5%
福祉用具貸与	46	2.3%
複合型サービス	29	1.4%
認知症対応型通所介護	20	1.0%
病院	20	1.0%
特定施設入居者生活介護	20	1.0%
地域密着型生活介護	12	0.6%
その他	163	8.0%



KW 検定：Kruskal-Wallis 検定<sup>注3)</sup>

図 4-1 分析方法と手順

一分析で明らかにして、(③)、どのような併設サービスの組み合わせがどのようなハードを持つのかを把握する(④)。さらに、どのような併設サービスの組み合わせが看取り・重度認知症対応に有効であるのか分析する(⑤、⑥)。そのうえで、常駐職員の視点から、看取り・重度認知症の対応との関係を分析して(⑦)<sup>注3)</sup>、併設サービスと常駐職員の関係性(⑧)とそれによる重度化への対応を明らかにする(⑨)(図4-1)。

### 4-3. 併設サービスの数と種別ごとの分析

#### 4-3-1. 併設サービス数と要介護度

サ高住の併設サービス数は、1サービスのみの併設が671件、32.9%であるのに対して、2つ以上のサービスの併設は887件、43.4%を占める(表4-3)。

要介護度との関係を見ると、併設サービスのないサ高住は、平均要介護度が2.2とやや高く、1サービスのみを併設するサ高住も、平均要介護度が2.3と高いが、2つ以上のサービスを併設するサ高住は平均要介護度が2前後と若干低くなり、入居者が重度化しているサ高住のほうが併設サービス数の少ない実態が見られた(表4-3)。

#### 4-3-2. 併設サービス種別とハード要素・要介護度

サ高住の併設サービスとハードの関係を明らかにするため、サ高住の規模(階数、住戸数、フロア当たりの住戸数、住戸面積、住戸当たりの共用部面積)、入居者の要介護度の傾向を概観する(表4-4)。

まず、通所介護を併設するサ高住の特徴は、平均階数2.9階で、住戸面積も平均20.6㎡と小さく、平均要介護度は2.2と他のサービス種別を併設するサ高住よりも高い。階数が低く、平均住戸面積が狭く、入居者は要介護度2程度とサ高住の中ではやや重度化が進んでいる。

通所リハビリを併設するサ高住は、階数が平均4.0階で、住戸面積は平均22.7㎡と他サービスの併設するサ高住よりも広いが、住戸当たりの共用部面積は平均5.3㎡と狭い。平均要介護度は1.8であり、他のサービス種別の併設よりも要介護度は低い。

訪問介護を併設するサ高住は、住戸面積が狭い点は通所介護に似ているが、住戸数は平均38.3戸であり、通所介護よりもやや規模が大きい。

訪問看護、定期巡回を併設するサ高住は、住戸数がそれぞれ44.0戸、47.2戸であり、また、フロア当たりの住戸数もそれぞれ14.5戸、15.1戸と他サービスを併設するサ

---

注3) Kruskal-Wallis 検定は、3つ以上の独立した標本の中央値が等しいかどうかを検定するための非パラメトリックな検定方法であり、データのランクに基づいて比較することができる。異常値が存在する場合や結果に大きな影響を与える場合は、この方法を使用できる。

高住よりも相対的に規模が大きい。同様に、住戸面積、住戸当たりの共用部面積も他のサービス種別よりも若干大きい。

居宅介護支援を併設するサ高住は、住戸数が39.6戸、フロア当たりの住戸数が13.4戸であり、平均住戸面積は21.5㎡とやや広く、訪問介護を併設するサ高住と似ているが、平均要介護度が1.9とやや軽度である。

小規模多機能を併設するサ高住は、住戸数が28.2戸と小規模であり、フロア当たりの住戸数も少なく、平均要介護度は1.9であった。小規模多機能のみを併設するサ高住が小規模となる理由は、小規模多機能が日常生活圏域に1箇所のみ設置される地域密着型サービスであり、サ高住の入居者に限定しないサービス提供が求められる点にある。小規模多機能の定員上限29名に対して、この数を大幅に超える住戸のサ高住に併設されると、サ高住の入居者の多くが要介護状態に陥った場合、サ高住の入居者へのサービス提供が困難になる恐れがあるためだと考えられる。

以上、通所介護を併設したサ高住は低層、小規模、平均面積が小さいなどコンパクトなサ高住である一方で、訪問介護、訪問看護、定期巡回などの訪問系や、居宅介護支援を併設したサ高住は高層で住戸数の規模が大きいなど、併設サービス1種別ごと

表 4-3 併設サービス数と要介護度

併設サービス数	度数	%	平均要介護度
0	484	23.7%	2.20
1	671	32.9%	2.32
2	398	19.5%	2.05
3 ~	489	23.9%	1.96
合計	2042	100.0%	

各併設サービス数の平均要介護度を多重比較  
 \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

表 4-4 併設サービスごとの特徴

	階数	住戸数	フロアあたりの住戸数	住戸平均面積	住戸あたりの共用部面積	平均要介護度
全体	3.0	35.8	13.0	20.9	5.9	2.1
通所介護	2.9	33.9	13.1	20.6	6.0	2.2
通所リハビリ	4.0	38.3	11.2	22.7	5.3	1.8
訪問介護	3.1	38.4	13.4	20.8	5.8	2.1
訪問看護	3.4	44.0	14.5	21.4	6.0	2.2
定期巡回	3.6	47.2	15.1	21.4	6.4	2.0
居宅介護支援	3.3	39.6	13.4	21.5	5.7	1.9
小規模多機能	2.9	28.2	10.5	21.7	6.1	1.9

の特徴を把握した。

### 4-3-3. 併設サービスごとの看取り・重度認知症の対応実態

看取り・重度認知症対応の各区分での併設状況を図 4-2、図 4-3 に示した。

看取り対応をみると、定期巡回、訪問看護、訪問介護を併設するサ高住は対応×が少なく、また、定期巡回、訪問看護では対応◎がそれぞれ 77.1%、74.2%と多い一方で、通所リハビリ、小規模多機能を併設するサ高住は対応×が多い（図 4-2）。

重度認知症対応を見ると、通所介護を併設するサ高住は平均要介護度が 2.2 と高いが、対応◎の割合が少ない。また、通所リハビリで対応◎が 54.7%と少ない。一方で、定期巡回、訪問看護、訪問介護の併設では、重度認知症への対応◎の割合が高い（図 4-3）。

以上のように、看取り・重度認知症対応の実施にはいずれも訪問系サービスが影響していると考えられる結果であった。また、小規模多機能は 24 時間、訪問介護を提供可能であり、看取り対応に有効と予想したが、小規模多機能を併設するサ高住では

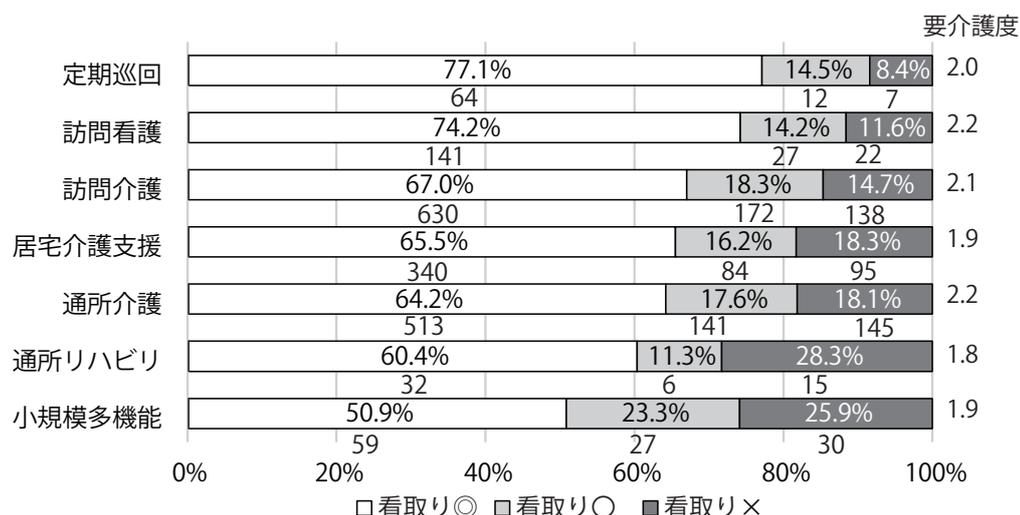


図 4-2 併設サービスごとの看取り対応

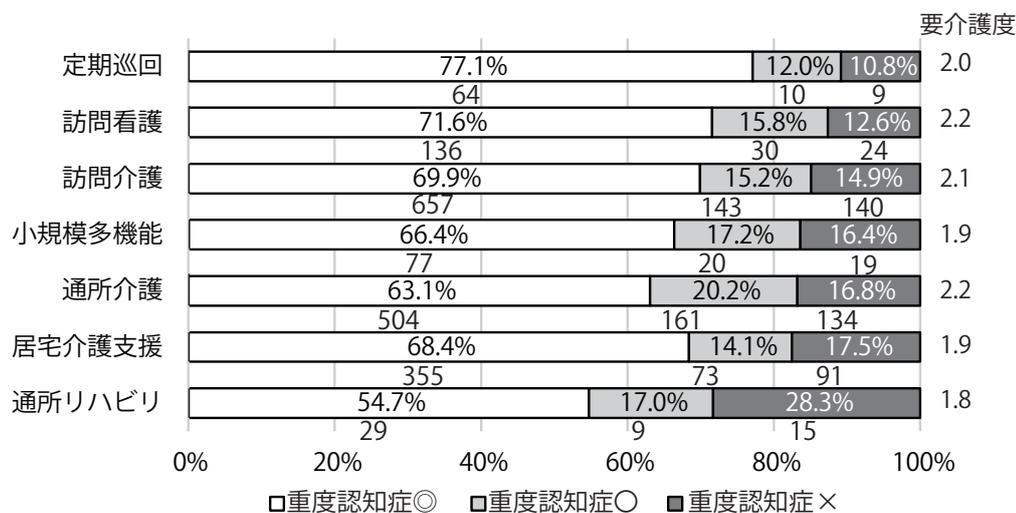


図 4-3 併設サービスごとの重度認知症対応

看取り◎が少なく、想定とは逆の結果であった。

#### 4-4. 併設サービスの組み合わせ

##### 4-4-1. クラスタ分析

以上の分析は、併設サービス1種別ごとにハード各要素、平均要介護度、看取り・重度認知症対応の実態を分析した結果である。しかし、すでに述べた通り、サ高住の約半数は複数の併設サービスを有している。よって、正しい実態の把握には、併設サービスの組み合わせを明らかにしたうえで、組み合わせごとにハードの要素、平均要介護度、看取り・重度認知症対応を明らかにする必要がある。

そこで、本研究ではサ高住に併設される上位5種別に定期巡回、通所リハビリを加え<sup>注2)</sup>、それらの有無（「有」を「1」、「無」を「0」として集計）に、併設サービス数、入居者の平均要介護度をくわえて、クラスタ分析を行った<sup>注4)</sup>。クラスタ分析はワードクラスタ法を行い、13クラスタを導いた。「その他」を除く、12クラスタの特徴を以下に説明する（表4-5）。クラスタ③、⑦、⑧、⑨、⑩の内訳は表4-6のとおり。

クラスタ1は、併設サービス数が平均1.1で、通所介護の併設率が100%であり、他のサービスの併設はほとんど見られないため、「通介のみ型」と名付けた。

クラスタ2は、併設サービス数が平均1.1、訪問介護の併設率が100%であり、他のサービスの併設はほとんどみられないため「訪介のみ型」と名付けた。

クラスタ3は、併設サービス数が平均2.1で、居宅介護支援、通所介護の両方を併設するサ高住は42件で、61.8%を占め、ほか26件は居宅介護支援のみを併設しているため、「居介+（通介）型」と名付けた。

クラスタ4は、併設サービス数が平均2.2で、訪問介護、居宅介護支援を100%併設するため、「訪介+居介型」と名付けた。

クラスタ5は、併設サービス数が平均2.3で、通所介護、訪問介護を100%併設するため、「通介+訪介型」と名付けた。

クラスタ6は、併設サービス数が平均3.5と多く、いずれも通所介護、訪問介護、居宅介護支援を100%併設するため、「通介+訪介+居介」型と名付けた。

クラスタ7は、併設サービス数が平均3.2と多く、訪問看護、訪問介護との併設率が高く、それぞれ100%、74%で、訪問看護、訪問介護の両方を含む組み合わせは合

注4) 併設サービスが同じ場合に、平均要介護度による重度化対応の違いがみられるか、「平均要介護度」のデータを入れて分析した場合と、「平均要介護度」のデータを加えずに分析した場合の2つの分析を実施した。その結果、「平均要介護度」を加えた場合、「併設なし」のサ高住が2つのクラスタに分かれ、これら2つのクラスタは看取り・認知症対応のいずれも大きな差がみられた。そこで、「平均要介護度」を指標の一つとしてクラスタ分析を行った。

計 97 件、74%を占め、それ以外は訪問看護を含むサービスの組み合わせであり<sup>注5)</sup>、「訪  
看+（訪介/他）型」と名付けた。

クラスター 8 は、併設サービス数が平均 3.8 と最も多く、定期巡回、訪問介護との  
併設率が 97.1%、71.0% で、定期巡回、訪問介護の両方を含む組み合わせは合計 47 件、  
68.1%を占め、定期巡回を併設するが訪問介護を含まない組み合わせは合計 20 件、  
29%であり、訪問介護を併設するが定期巡回が含まない組み合わせは 2 件だけであっ  
た。定期巡回と訪問介護を主として、他のサービスを多数併設するため、「定期巡回  
+（訪介/他）型」と名付けた。

クラスター 9 は、併設サービス数が平均 3.1 と多く、小規模多機能を含む組み合わ  
せが合計 113 件、73.9%を占め、その他はほとんどが認知症対応型共同生活介護を含  
む組み合わせであった。認知症対応型共同生活介護はサ高住の入居者は使用しないサ  
ービスであるため、「小多機/他型」と名付けた。

クラスター 10 は、併設サービス数が平均 2.8 と多く、通所リハビリを含む組み合  
わせが合計 38 件、51.4%を占め、他は短期入所サービス、診療所、食事サービスを  
併設するケースが多く、合計 31 件、41.9%を占めるため、「通所リハビリ/他型」と名  
付けた。

クラスター 11 とクラスター 12 は併設サービスがない点で共通しているが、平均要  
介護度がそれぞれ平均 0.6、2.5 と異なるため、「併設なし・軽度型」、「併設なし・中  
度型」と名付けた。なお、「併設なし・中度型」は、後で述べるように夜間の職員の  
兼務がみられることから、敷地内には併設していないが近隣に同一法人のサービスが  
近接している形態が想定される。

各クラスターのサ高住の数は、⑫「併設なし・中度型」が 408 件で全体の 20.0% を  
占め最も多く、以下①「通介のみ型」14.6%、②「訪介のみ型」14.4%、⑥「通介+訪  
介+居介型」7.8%、⑤「通介+訪介」7.7%、⑨「小多機/他型」7.5%、⑦「訪看+（訪  
介/他）」6.4%、④「訪介+居介型」5.2%、⑪「併設なし・軽度型」3.7%、⑩「通所

表 4-5 併設サービスの種別とその組み合わせ

類型	件数	%	要介護度	併設サービ ス数	通所介護	通所リハビリ	訪問介護	訪問看護	居宅介護支援	定期巡回	小規模多機能	併設なし
① 通介のみ型	299	14.6%	2.4	1.1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
② 訪介のみ型	295	14.4%	2.3	1.1	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
③ 居介+（通介）型	68	3.3%	1.9	2.1	61.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	1.5%	0.0%
④ 訪介+居介型	107	5.2%	1.9	2.2	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑤ 通介+訪介型	158	7.7%	2.1	2.3	100.0%	0.0%	100.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑥ 通介+訪介+居介型	160	7.8%	2.0	3.5	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑦ 訪看+（訪介/他）型	131	6.4%	2.3	3.2	35.9%	4.6%	74.0%	100.0%	48.9%	0.0%	0.0%	0.0%
⑧ 定巡+（訪介/他）型	69	3.4%	2.0	3.8	52.2%	7.2%	71.0%	43.5%	53.6%	97.1%	1.4%	0.0%
⑨ 小多機/他型	153	7.5%	1.8	3.1	32.0%	2.6%	37.9%	11.1%	37.9%	9.2%	73.2%	0.0%
⑩ 通所リハビリ/他型	74	3.6%	1.4	2.8	10.8%	51.4%	21.6%	13.5%	33.8%	2.7%	2.7%	0.0%
⑪ 併設なし・軽度型	76	3.7%	0.6	0.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
⑫ 併設なし・中度型	408	20.0%	2.5	0.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
⑬ その他	44	2.2%	2.6	1.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表 4-6 各クラスターの併設サービスの内訳

③居介+(通介)型			
組み合わせ	n	%	合計
居介介護支援+通所介護	42	61.8%	68
居介介護支援のみ	26	38.2%	100.0%

⑦訪看+(訪介/他)型			
組み合わせ	n	%	合計
訪問看護+訪問介護	33	25.2%	
訪問看護+訪問介護+居介介護支援	31	23.7%	97
訪問看護+訪問介護+居介介護支援+通所介護	20	15.3%	74.0%
訪問看護+訪問介護+通所介護	13	9.9%	
訪問看護のみ	9	6.9%	
訪問看護+居介介護支援+通所介護	7	5.3%	
訪問看護+複合型サービス	6	4.6%	31
訪問看護+通所介護	5	3.8%	23.7%
訪問看護+居介介護支援	4	3.1%	
			128
			97.7%

⑧定巡+(訪介/他)型			
組み合わせ	n	%	合計
定期巡回+訪問介護+訪問看護+居介介護支援+通所介護	11	15.9%	
定期巡回+訪問介護+居介介護支援	9	13.0%	
定期巡回+訪問介護	7	10.1%	
定期巡回+訪問介護+訪問看護	6	8.7%	47
定期巡回+訪問介護+居介介護支援+通所介護	4	5.8%	68.1%
定期巡回+訪問介護+訪問看護+通所介護	4	5.8%	
定期巡回+訪問介護+訪問看護+居介介護支援	4	5.8%	
定期巡回+訪問介護+通所介護	2	2.9%	
定期巡回+通所介護	14	20.3%	20
定期巡回+訪問看護	3	4.3%	29.0%
定期巡回のみ	3	4.3%	
定期巡回+訪問看護	1	1.4%	2
定期巡回+訪問看護+通所介護	1	1.4%	2.9%
			69
			100.0%

⑨小多機/他型			
組み合わせ	n	%	合計
小規模多機能のみ	48	31.4%	
小規模多機能+通所介護+訪問介護+居介介護支援	12	7.8%	
小規模多機能+訪問介護+訪問看護+居介介護支援	9	5.9%	
小規模多機能+訪問介護+居介介護支援	7	4.6%	
小規模多機能+認知症対応型共同生活介護	5	3.3%	
小規模多機能+居介介護支援+通所介護	4	2.6%	
小規模多機能+居介介護支援+定期巡回+訪問看護	4	2.6%	
小規模多機能+定期巡回+訪問看護+居介介護支援+訪問介護	4	2.6%	113
小規模多機能+居介介護支援+定期巡回+通所介護	4	2.6%	73.9%
小規模多機能+訪問介護+訪問看護+通所介護+居介介護支援	3	2.0%	
小規模多機能+居介介護支援+定期巡回+通所介護+訪問介護	3	2.0%	
小規模多機能+居介介護支援+訪問看護+通所介護+訪問介護	3	2.0%	
小規模多機能+訪問介護+通所リハビリ+訪問看護+居介介護支援	2	1.3%	
小規模多機能+通所介護	2	1.3%	
小規模多機能+複合型サービス	1	0.7%	
小規模多機能+訪問看護	1	0.7%	
小規模多機能+訪問介護+通所介護	1	0.7%	
認知症対応型共同生活介護+通所介護+居介介護支援	14	9.2%	
認知症対応型共同生活介護+通所介護+訪問介護	13	8.5%	
認知症対応型共同生活介護のみ	4	2.6%	38
居介介護支援+通所介護	3	2.0%	24.8%
居介介護支援+訪問介護	2	1.3%	
居介介護支援+通所介護+訪問介護	2	1.3%	
			151
			98.7%

⑩通所リハビリ/他型			
組み合わせ	n	%	合計
通所リハビリ+居介介護支援	11	14.9%	
通所リハビリのみ	8	10.8%	
通所リハビリ+居介介護支援+訪問介護	6	8.1%	38
通所リハビリ+居介介護支援+訪問看護	5	6.8%	51.4%
通所リハビリ+訪問介護	5	6.8%	
通所リハビリ+居介介護支援+通所介護	3	4.1%	
通所リハビリ短期入所	11	14.9%	
通所リハビリ診療所	10	13.5%	31
通所リハビリレストラン・食堂	10	13.5%	41.9%
			69
			93.2%

リハビリ / 他型」3.6%、⑧「定巡+（訪介 / 他）型」3.4%、③「居介+（通介）型」3.3%の順になった。

#### 4-4-2. 併設サービスの組み合わせと住戸類型

次に、併設サービスの組み合わせと住戸類型を集計し、 $\chi^2$ 検定を行った（図4-4）。なお、以下、完備型とは、全ての住戸にキッチン、風呂が完備されているサ高住であり、未完備型とは全ての住戸がキッチン、風呂等の設備のいずれかを欠いたサ高住と定義し、完備型住戸と未完備型住戸が混在するサ高住を混合型と名付けた。その結果、①「通介のみ型」、②「訪介のみ型」、⑫「併設なし・中度型」は未完備型サ高住である割合が有意に高い一方、③「居介+（通介）型」、④「訪介+居介型」、⑩「通所リハビリ / 他型」、⑪「併設なし・軽度型」は完備型サ高住の割合が高く、⑤「通介+訪介型」、⑧「定巡+（訪介 / 他）型」は混合型サ高住の割合が高い傾向が見られた。

#### 4-4-3. 併設サービスの組み合わせごとのハードの特徴

続いて、併設サービスの組み合わせごとにサ高住のハードや入居者の要介護度を見るため、レーダーチャートを作成した。第1章の分析から、住戸類型と住戸数は看取

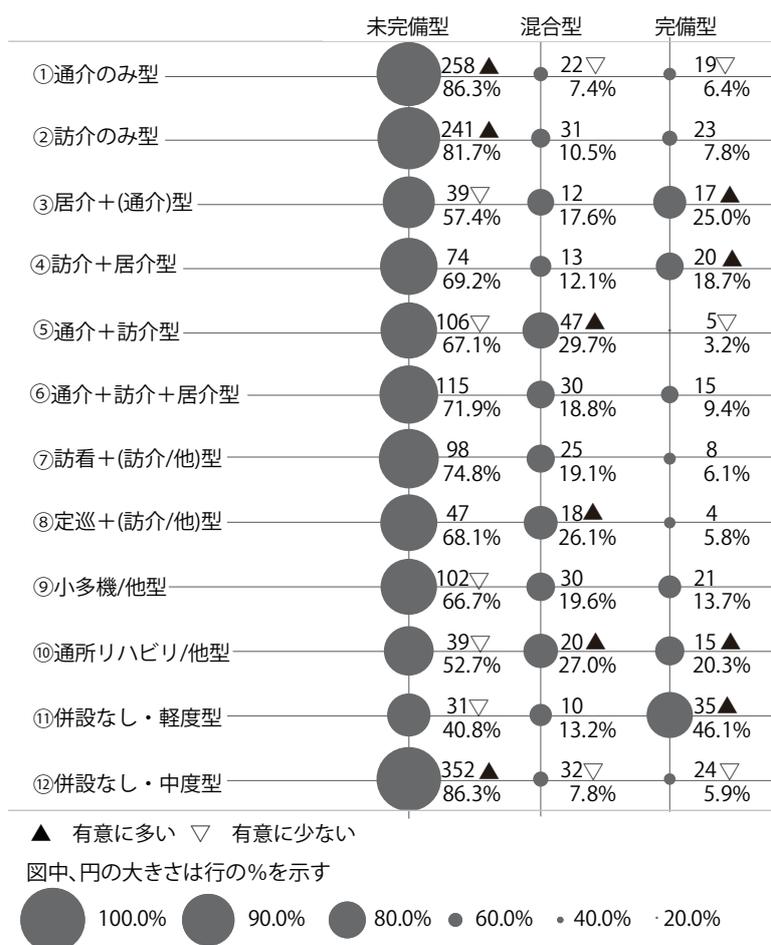


図 4-4 併設サービス組み合わせごとのサ高住類型

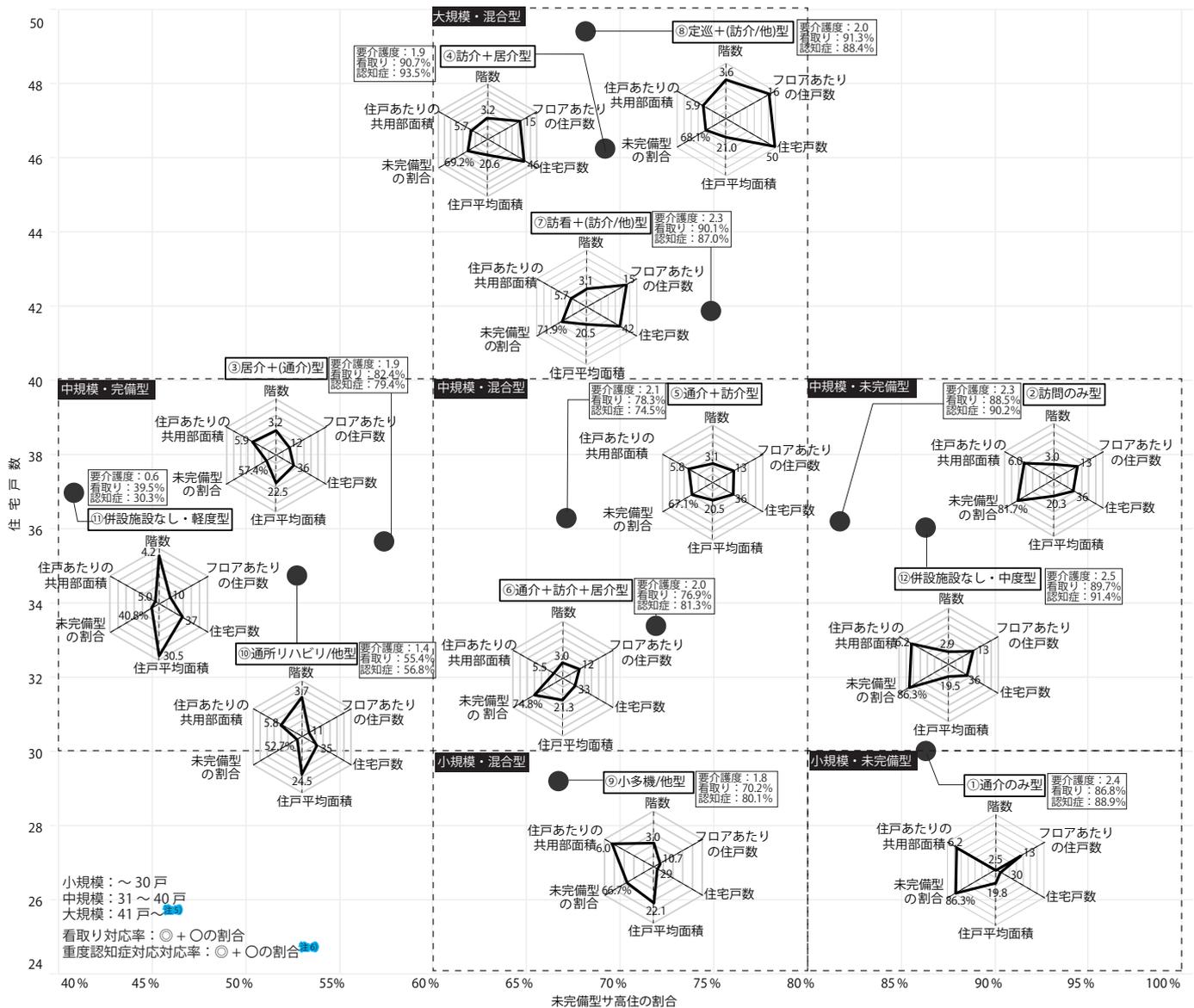


図 4-5 併設サービスの組み合わせとハードの特徴

り・重度認知症に影響を与える主な要因であることから、図の横軸を未完備型サ高住の割合、縦軸を住宅戸数<sup>注5)</sup>として、図 4-5<sup>注6)</sup>に示した。

その結果、①「通介のみ型」、②「訪介のみ型」、⑫「併設なし・中度型」は、それぞれ平均住戸数が 30 戸、36 戸、36 戸と似通っており、未完備型のサ高住の割合が、

注5) サービス付き高齢者向け住宅の登録情報（2020年12月）に記載された住戸数によると1住宅当たり平均35.8戸であり、20~30戸、30~40戸のサ高住が多く、それぞれ30.6%、20.6%を占めていた。そこで、30戸未満を「小規模」、31戸から40戸までを「中規模」、40戸以上を「大規模」を定義した。

注6) 本研究の対応率はサービス付き高齢者向け住宅情報提供システムにおける運営情報に記載された看取り・重度認知症が応相談（対応実績あり）(◎)と応相談（対応実績なし）(○)の件数の合計を全体の件数で割った割合としている。

それぞれ 86.3%、81.7%、86.3% と高い。なかでも、①「通介のみ型」は住戸数、階数の点で他の 2 クラスターよりも小規模であるが、これら 3 種別の併設サービスは小・中規模のサ高住で、かつ未完備型が多い点で共通している。

次に、④「訪介+居介型」、⑦「訪看+（訪介/他）型」、⑧「定巡+（訪介/他）型」である。これらは住戸数がそれぞれ平均 46、42、50 戸とやや規模が大きく、フロア当たりの住戸数も、それぞれ平均 15～16 戸で、未完備型のサ高住の割合が 70% 前後とやや高い。これらの併設サービスの組み合わせは、住戸数の多い未完備型のサ高住という特徴が見られる。

⑤「通介+訪介型」、⑥「通介+訪介+居介型」、⑨「小多機/他型」は平均住戸数がそれぞれ平均 36 戸、33 戸、29 戸であり、未完備型サ高住の割合も 70% 前後とやや高い。住戸数が小・中規模で、未完備型サ高住がやや多い。

③「居介+（通介）型」、⑩「通所リハビリ/他型」、⑪「併設なし・軽度型」は未完備型の割合が、それぞれ 57.4%、52.7%、40.8% と必ずしも多くなく、住戸内で生活が完結可能なサ高住を併設する傾向が見られる。

以上から、未完備型のサ高住は併設サービスがなしまたは 1 種別だけのサ高住が多いのに対して、未完備型サ高住の割合が減ると、訪問介護に、通所介護、訪問看護などを組み合わせた併設が多くなり、未完備型サ高住の割合が 6 割以下のサ高住では、居宅介護支援、通所介護の併設や、通所リハビリの併設が見られる。

また、通所介護のみを併設するサ高住は住戸数が少なく、小規模、低層であり、訪問介護のみを併設するサ高住は中規模である一方、訪問介護と訪問看護、定期巡回などの訪問系サービスを組み合わせると、住戸数が増え、40 戸以上の大規模になるなど、併設サービスによりハードが異なる実態を確認した。

#### 4-4-4. 併設サービスの組み合わせと看取り・重度認知症の対応

各クラスターにおける看取り・重度認知症対応の実施状況について、 $\chi^2$  検定により、実施状況に差がみられるか分析した。その結果、看取り・重度認知症のいずれも 1% 水準の有意差が確認された（図 4-6、図 4-7）。

併設サービス種別ごとの分析によると、看取り・重度認知症対応の全体的な傾向として通所リハビリ、通所介護の併設よりも、定期巡回、訪問看護、訪問介護の訪問系サービスの併設が看取り、重度認知症対応のいずれにおいても効果的といえる。

また、併設サービスの組み合わせごとに集計した結果（図 4-6、図 4-7）から、看取り対応、重度認知症対応について以下の実態が明らかになった。

まず、看取り対応では、⑧「定巡+（訪介/他）型」、④「訪介+居介型」、⑦「訪看+（訪介/他）型」、⑫「併設なし・中度型」、において有意に看取り◎が多く、看取り×が少ない。また、②「訪介のみ」型も有意に看取り○が多く、看取り×が少ない。

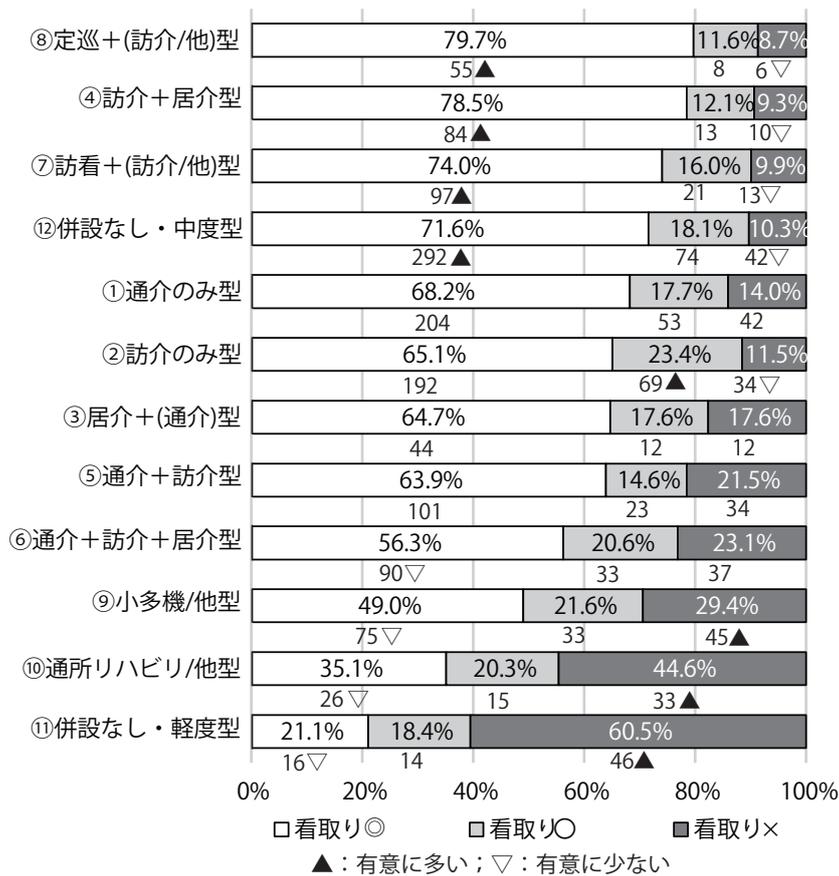


図 4-6 併設サービス組み合わせごとの看取り対応

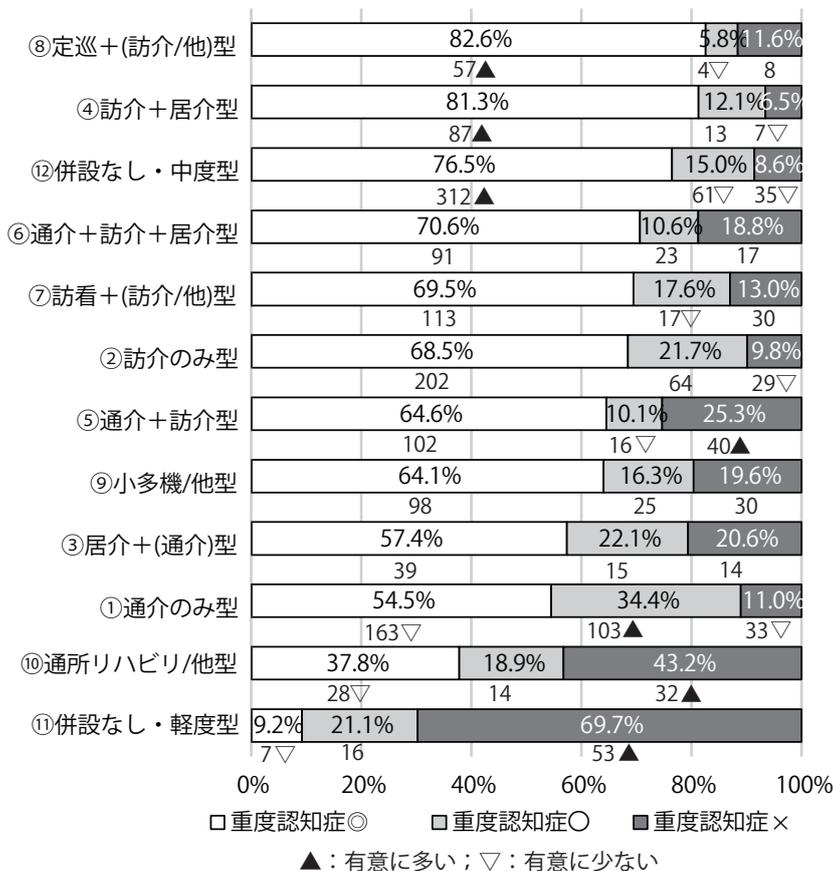


図 4-7 併設サービス組み合わせごとの重度認知症対応

図 4-2 の結果と同様に定期巡回、訪問看護、訪問介護の組み合わせにおいて、看取りが実施される実態が浮かび上がった。逆に⑨「小多機 / 他型」、⑩「通所リハビリ / 他型」を含む併設で看取り×が多い。これらは 1 種別ごとに併設を見た場合と同様の傾向である。

また、詳細に組み合わせを見ると、サ高住に最も多く併設されている通所介護を含む併設の組み合わせでは、看取り対応の実施はあまり実施されていないこと、また、訪問介護のみよりも、訪問介護に居宅介護支援、訪問看護、定期巡回を組み合わせる場合に看取り対応が高い割合で実施されている実態が浮かび上がる。以上のことから、看取り対応の実施においては、訪問介護に定期巡回、訪問看護、居宅介護支援を組み合わせたサービスの併設が有効であると思われる。

一方、重度認知症対応では、重度認知症◎が多いのは⑧「定巡+（訪介 / 他）型」、④「訪介+居介型」、⑫「併設なし・中度型」で、同時に、重度認知症×が少ないのは、④「訪介+居介型」、⑫「併設なし・中度型」、②「訪介のみ型」、①「通介のみ型」であった。ただし、①の「通介のみ型」は重度認知症×が少ないが、重度認知症◎も少ないことから、実質的に重度認知症対応が多く実施されているのは、①の「通介のみ型」を除く、⑧④⑫②と判断できる。重度認知症対応の実施においても、サ高住で最も多く併設されている通所介護を含む併設の組み合わせでは、対応実績が高くないことから、やはり重度認知症対応においても訪問系の介護が重要といえる。

また、②「訪介のみ型」よりも⑧「定巡+（訪介 / 他）型」、④「訪介+居介型」の重度認知症対応が高いことから、サ高住に一番多く併設されている訪問介護は、定期巡回、居宅介護支援との組み合わせでより重度認知症対応が可能となることが分かる。看取り対応と同じように、これは定期巡回、居宅介護支援の組み合わせにより、24 時間の訪問介護の提供や柔軟なケアマネジメントが可能になるなど、訪問介護のみでは得られない相乗効果によると考えられる。

また、⑨「小多機 / 他型」を併設するサ高住は、24 時間の介護提供が可能でありながら、看取り、重度認知症対応が進んでいない。この要因については、前報で明らかにした通り、住戸数が多いほうが重度化に対応しやすいため、小規模多機能を併設するサ高住の住戸数が限られる状況（表 4-4）では、看取り・重度認知症への対応が進まないこと、また、小規模多機能を併設するサ高住の常駐職員の配置状況が考えられるため、後で検討したい。くわえて、⑫「併設なし・中度型」は、看取り対応、重度認知症対応のいずれにおいても高い割合で実施されている。ハード面から住戸面積が狭く、一人当たりの共用部面積が広く（図 4-5）、介護施設に似た特徴を持つ。常駐職員の配置も考えられるため、後で検討したい。

#### 4-4-5. 併設サービスの組み合わせごとの対応率と要介護度

併設サービスの組み合わせごとにサ高住の要介護度と重度化の対応状況をより詳細に把握するため、組み合わせごとの平均要介護度の特徴と看取り・重度認知症への対応率に差がみられるのか、多重比較を行った（図 4-8）。その結果、おおむね右肩上りのグラフになり、要介護度が高くなるほど、看取り・重度認知症のいずれも対応率が高くなる傾向が見られたが、④「訪介+居介型」、⑧「定巡+（訪介/他）型」を併設するサ高住のグラフは水平または左肩上りの折れ線になり、入居者が軽度の場合でも対応率が高い実態を把握した。これらのサ高住は看取り・重度認知症の高齢者を受け入れ、対応することが可能といえる。なお、表 4-5 から分かるように「小多機/他型」を併設するサ高住の平均要介護度は必ずしも高くない。グラフが急激な右肩上がりになっているのは、入居者の平均要介護度が低い場合は、併設する小規模多機能はサ高住に入居していない地域の高齢者が利用者になっているためだと考えられる<sup>注7)</sup>。

#### 4-4-6. 併設サービス別のハードと看取り・重度認知症への対応

併設サービスの組み合わせごとにサ高住のハードと重度化の対応状況を把握するために、各組み合わせのハードの特徴と看取り・重度認知症の対応率に差があるのか、多重比較を行った（表 4-7、表 4-8）。

その結果、全般的に住戸数が多いサ高住で看取り・重度認知症への対応が行われている実態が明らかになった。具体的には①「通介のみ型」を併設するサ高住は、すでに述べたように、小・中規模のサ高住である場合が多いが、看取り・重度認知症のいずれの対応率も、住宅戸数が 20 戸未満、フロア当たりの住戸数が 10 戸未満で対応率は低い（①）。同様に、⑦「訪看+（訪介/他）型」の併設でも、住宅戸数やフロア当たりの住戸数が少ない場合の看取り・重度認知症への対応率が低い（②）。

くわえて、②「訪介のみ型」、④「訪介+居介型」の併設でも、住戸数が多いサ高住では看取り・重度認知症のいずれも対応率が高い傾向がみられる。以上から、通所介護のみまたは訪問介護などの訪問系サービスと組み合わせる場合に、介護を提供するうえで、入居者数の確保が必要な実態が指摘できる。

また、②「訪介のみ型」、⑩「通所リハビリ/他型」は住戸平均面積が 20 m<sup>2</sup>未満、未完備型、一戸当たりの共用部面積が広く、共用トイレ・浴室を備える場合では、看取り・重度認知症の対応率が高い（③、④）。

くわえて、⑤「通介+訪介型」、⑥「通介+訪介+居介型」、⑧「定巡+（訪介/他）

---

注7) 参考文献 3)p126 より、サ高住に併設される小規模多機能は、サ高住入居者の「平均要介護度」により、外部へのサービス提供率に差がみられた。平均要介護度が「～2」、「2～3」の場合にはそれぞれ 78.1%、91.7% と高いが、「3～」の場合には 60.0% と減少している。

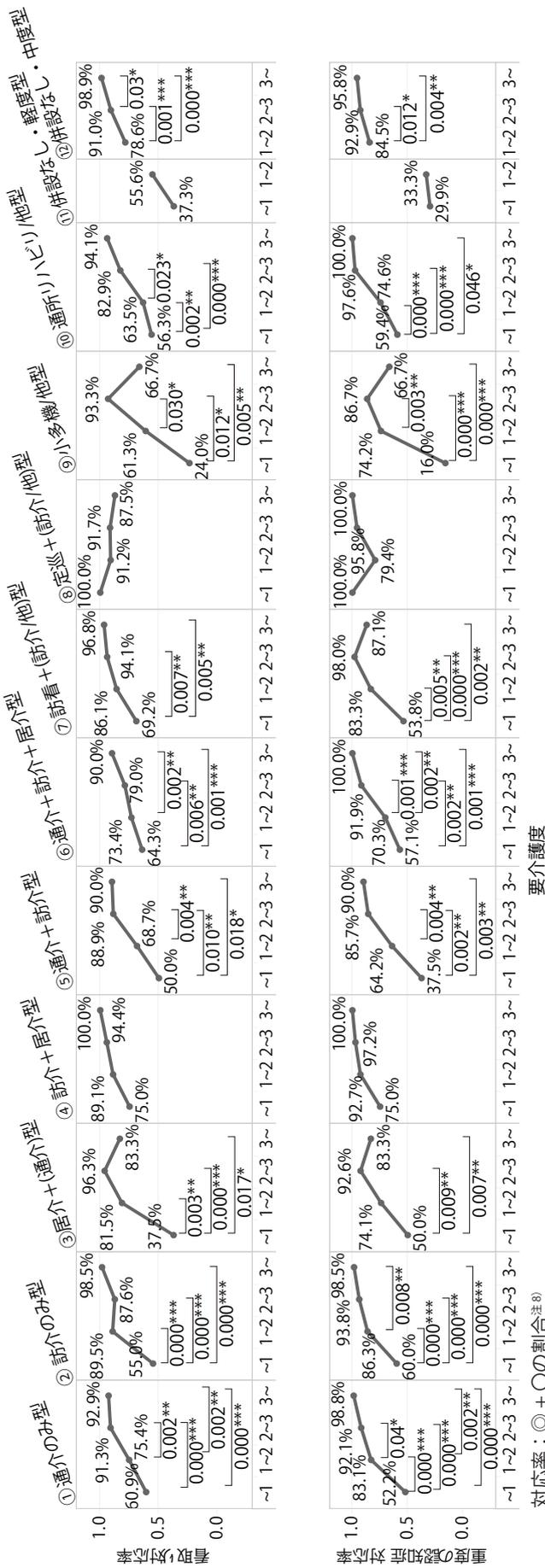


図 4-8 入居者の要介護度ごとの看取り・重度認知症対応率



表 4-8 併設サービス別のハードと重度認知症対応

重度認知症	① 通介のみ型		② 訪介のみ型		③ 居介+(通介)型		④ 訪介+居介型		⑤ 通介+訪介型		⑥ 通介+訪介+居介型		⑦ 訪看+(訪介/他)型		⑧ 定巡+(訪介/他)型		⑨ 小多機/他型		⑩ 通所/ハビリ/他型		⑪ 併設なし・軽度型		⑫ 併設なし・中度型	
	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%
階数	1~2 20488.7	11389.4	3287.5	3791.9	6972.5	7081.4	5891.4	2277.3	7281.9	2365.2	3050.0	18389.1	3050.0	3458.8	2025.0	2025.0	2611.5	5096.0	1741.2	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3
住宅戸数	3~4 6891.2	15691.0	2665.4	5594.5	6583.1	6985.5	5786.0	3290.6	5881.0	3458.8	2025.0	17592.6	2025.0	2611.5	2611.5	2611.5	5096.0	1741.2	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	
住宅戸数	5~ 2785.2	2688.5	1090.0	1593.3	2458.3	2166.7	1675.0	15100.0	2373.9	1741.2	2611.5	5096.0	1741.2	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	
住宅戸数	~20 8176.5	2680.8	1580.0	1080.0	4080.0	4379.1	2065.0	366.7	5984.7	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	
住宅戸数	21~40 18094.4	18389.6	3275.0	4395.3	6968.1	7582.7	5787.7	3180.6	6376.2	2661.5	4330.2	21793.1	12093.3	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	2661.5	4330.2	21793.1	12093.3	2352.2	
住宅戸数	41~ 3889.5	8694.2	2185.7	5494.4	4979.6	4281.0	5494.4	3597.1	3180.6	1827.8	10490.4	25892.6	4687.0	3534.3	25892.6	4687.0	3534.3	25892.6	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	
フロア当たりの住戸数	11~20 19791.4	21191.5	4187.8	7495.9	10677.4	9282.6	7789.6	3372.7	16100.0	8381.9	3444.1	10490.4	25892.6	4687.0	3534.3	25892.6	4687.0	3534.3	3444.1	3823.7	10490.4	25892.6	4687.0	
住戸平均面積	21~ 2596.0	1894.4	580.0	13100.0	966.7	1392.3	21100.0	977.8	1080.0	580.0	366.7	5096.0	1741.2	2352.2	1533.3	7183.1	21793.1	12093.3	580.0	366.7	5096.0	1741.2	2352.2	
住戸平均面積	20~25 3278.1	5088.0	2378.3	2487.5	4353.5	4187.8	3881.6	1894.4	4080.0	8588.2	2781.5	2343.5	4577.8	3187.1	1145.5	2343.5	4577.8	3187.1	2781.5	2343.5	4577.8	3187.1	1145.5	
サ高住類型	25~ 2688.5	3171.0	1770.6	1788.2	1668.8	2365.2	1384.6	875.0	2857.1	2231.8	4219.0	3187.1	1145.5	2343.5	4577.8	3187.1	1145.5	2343.5	2231.8	4219.0	3187.1	1145.5	2343.5	
サ高住類型	未完備型 25889.9	24192.5	3976.9	7494.6	10676.4	11583.5	9888.8	4789.4	3080.0	10286.3	3976.9	3129.0	35291.5	3290.6	3290.6	3290.6	3290.6	3290.6	3976.9	3129.0	35291.5	3290.6	3290.6	
サ高住類型	混合型 2277.3	3183.9	1283.3	13100.0	4774.5	3083.3	2584.0	1888.9	3080.0	2050.0	2050.0	1050.0	3290.6	3290.6	3290.6	3290.6	3290.6	3290.6	2050.0	2050.0	3290.6	3290.6	3290.6	
サ高住類型	完備型 1989.5	2373.9	1782.4	2085.0	540.0	1560.0	875.0	475.0	475.0	2152.4	1513.3	2491.7	2491.7	2491.7	2491.7	2491.7	2491.7	1513.3	1513.3	2491.7	2491.7	2491.7	2491.7	
住戸あたりの共用部の面積	~4 6290.3	3580.0	1984.2	2588.0	2857.1	3375.8	2592.0	1181.8	3770.3	1811.1	3426.5	54100.0	54100.0	54100.0	54100.0	54100.0	54100.0	1811.1	1811.1	3426.5	54100.0	54100.0	54100.0	
住戸あたりの共用部の面積	4~7 15389.5	19889.9	3278.1	5796.5	9778.4	10182.2	7686.8	4390.7	7577.3	3868.4	2740.7	24190.5	24190.5	24190.5	24190.5	24190.5	24190.5	3868.4	3868.4	2740.7	24190.5	24190.5	24190.5	
住戸あたりの共用部の面積	7~ 8486.9	6296.8	1776.5	2592.0	3378.8	2684.6	3083.3	1586.7	1586.7	4195.1	1877.8	11389.4	11389.4	11389.4	11389.4	11389.4	11389.4	4195.1	4195.1	1877.8	11389.4	11389.4	11389.4	
食堂あたりの利用人数	~20 12484.7	5683.9	2673.1	2491.7	7576.0	9082.2	5580.0	2788.9	8684.9	3964.1	1936.8	11782.1	11782.1	11782.1	11782.1	11782.1	11782.1	3964.1	3964.1	1936.8	11782.1	11782.1	11782.1	
食堂あたりの利用人数	21~40 15692.3	16890.5	3177.4	3994.9	5273.1	5381.1	5893.1	2781.5	5076.0	2560.0	4332.6	22993.9	22993.9	22993.9	22993.9	22993.9	22993.9	2560.0	2560.0	4332.6	22993.9	22993.9	22993.9	
食堂あたりの利用人数	41~ 1989.5	7194.4	11100.0	4493.2	3174.2	1776.5	1888.9	15100.0	1770.6	1020.0	1414.3	62100.0	62100.0	62100.0	62100.0	62100.0	62100.0	1020.0	1020.0	1414.3	62100.0	62100.0	62100.0	
共用トイレ	なし 14387.4	9480.9	3868.4	4388.4	8164.2	8278.0	6382.5	4383.7	9178.0	4751.1	5722.8	15088.0	15088.0	15088.0	15088.0	15088.0	15088.0	4751.1	4751.1	5722.8	15088.0	15088.0	15088.0	
共用トイレ	あり 15690.4	20194.5	3093.3	6496.9	7785.7	7884.6	6891.2	2696.2	6283.9	2766.7	1952.6	25893.4	25893.4	25893.4	25893.4	25893.4	25893.4	2766.7	2766.7	1952.6	25893.4	25893.4	25893.4	
共用浴室	なし 2095.0	1782.4	683.3	560.0	977.8	1662.5	683.3	00.0	00.0	1010.0	2832.1	1291.7	1291.7	1291.7	1291.7	1291.7	1291.7	1010.0	1010.0	2832.1	1291.7	1291.7	1291.7	
共用浴室	あり 27988.5	27890.6	6279.0	10295.1	14974.5	14483.3	12587.2	6988.4	6988.4	6464.1	4829.2	39691.4	39691.4	39691.4	39691.4	39691.4	39691.4	6464.1	6464.1	4829.2	39691.4	39691.4	39691.4	

p: 多重比較で、\* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

対応率: ◎ + ○ の割合(注8)

型」の併設でも、住戸面積が小さい場合に看取り・重度認知症の対応率が高い傾向がみられることから、住戸内に設備を完結せず、共用部を利用している施設的なハードのサ高住において看取り・重度認知症対応が進んでいるといえる。

⑨「小多機 / 他型」では、看取りの対応率はいずれの区分でも70%前後の対応率に留まるが、重度認知症については、20 m<sup>2</sup>未満の住戸面積、未完備型、住戸当たりの共用部面積が広いなど、施設的なハードにおいて90%ちかい対応が行われている(⑤)。

以上、全体的に一定の住戸数のある、施設的なハードのサ高住に看取り・重度認知症対応が進むことが読み取れる。

#### 4-5. 職員配置と看取り・重度認知症対応

サ高住の重度化を支えるうえで、職員配置も重要と思われる。そこで、職員配置と併設サービス及び重度化対応の関係を検討した。

なお、元の「サービス付き高齢者向け住宅提供情報システム」の職員配置の欄に常勤換算せずに入力したと思われる数値が含まれていた。このため、図4-9、図4-11、図4-14、図4-17については異常値の影響を考慮して、ノンパラメトリック法のKruskal-Wallis検定<sup>注8)</sup>を使用する。

##### 4-5-1. 常駐日中職員

まず、日中常駐職員数<sup>注9)</sup>を40戸に換算し、日中の常駐職員と重度化対応の関係を比較した。しかし、看取り・重度認知症のいずれも有意差が見られなかった(図4-9)。また、常駐職員一人当たりの住戸数を比較したが、看取り・重度認知症のいずれも有意差が見られなかった(図4-10)。これらから、日中の常駐職員数と看取り・重度認知症対応の関係は強いとは言えない。

##### 4-5-2. 夜間職員

次に、40戸当たりの夜間職員人数を検定したが、看取り・重度認知症のいずれも有意差が見られなかった(図4-11)、しかし、夜間職員の配置を「配置なし」、「宿直のみ」、「専従<sup>注10)</sup>のみ」、「兼務」の4類型に分けて、看取り・重度認知症の実施状況

---

注8) Kruskal-Wallis検定は、3つ以上の独立した標本の中央値が等しいかどうかを検定するための非パラメトリックな検定方法であり、データのランクに基づいて比較することができる。異常値が存在する場合や結果に大きな影響を与える場合は、この方法を使用できる。

注9) 運営情報登録機能入力マニュアルによると、日中の常駐職員人数は状況把握・生活相談サービスに対応可能な最小人数と定義されている。

注10) 専従とは、サ高住の状況把握・生活相談サービスのみに従事する勤務形態、兼務は、訪問介護サービスなど、他の兼務にも従事する可能性がある勤務形態、宿直は、夜間は仮眠を取り、夜間の緊急時対応や2～3回の見回りなどを行う勤務形態である。

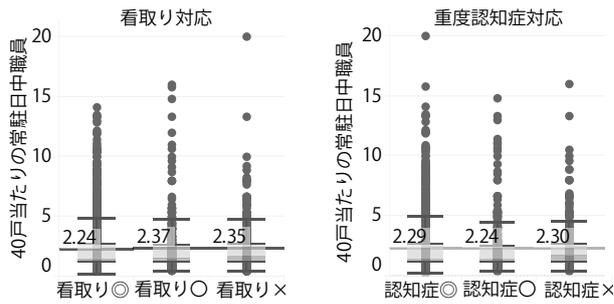


図 4-9 常駐日中職員と看取り・重度認知症対応

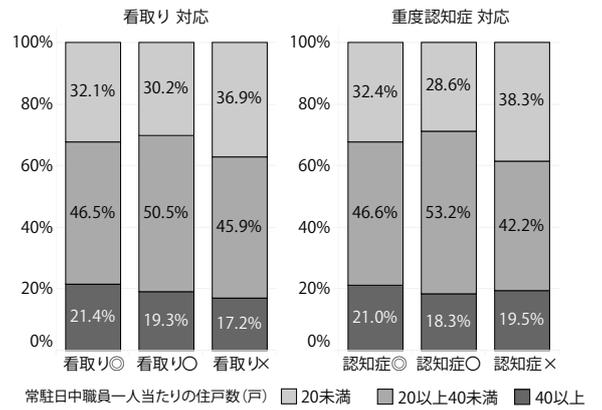


図 4-10 常駐日中職員区分と看取り・重度認知症対応

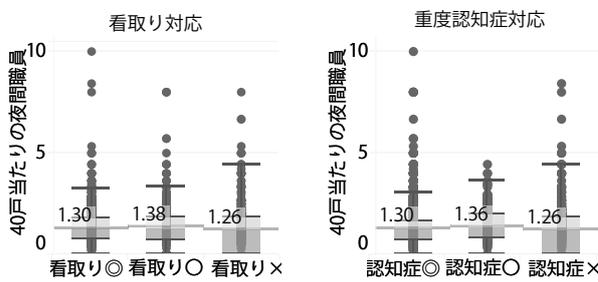


図 4-11 夜間職員人数と看取り・重度認知症対応

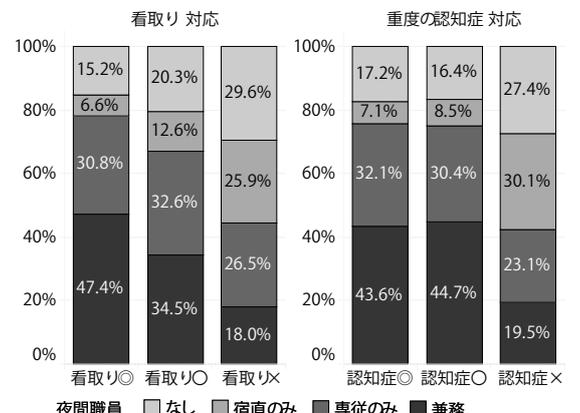


図 4-12 夜間職員類型と看取り・重度認知症対応

に差があるのか分析した結果、看取り×、○、◎の順に、「兼務」の割合が高くなり、また、重度認知症対応でも◎、○において、対応不可の×よりも「兼務」の割合が高い傾向がみられた（図 4-12）。夜間職員の数ではなく、併設サービスとの「兼務」によって重度化対応が進められている実態が明らかになった。

このことを裏付ける結果が、夜間職員の配置別の平均要介護度である（図 4-13）。夜間職員の配置と要介護度には有意差がみられ、「兼務」で平均要介護度が 2.45 と最も高く、次いで「専従のみ」の 2.16 となり、「宿直のみ」の平均要介護度は 1.58 と最も低い。要介護度の上昇に対応するため夜間、併設サービスと職員の兼務を行う実態がこの結果からも浮かび上がる。

さらに、夜間職員の配置別の常駐日中職員数を集計した（図 4-14）。その結果、「専従のみ」で常駐日中職員数が 2.99 と多いが、夜間職員の「兼務」がある場合は常駐日中職員数は 1.88 と少ない。分析対象とした運営情報には、昼間の兼務の状況は記載されていないが、この結果から、夜間、職員を併設サービスと兼務するサ高住は、昼間も併設サービスと職員を兼務し、その結果、常駐日中職員数が少ないと推測できる。

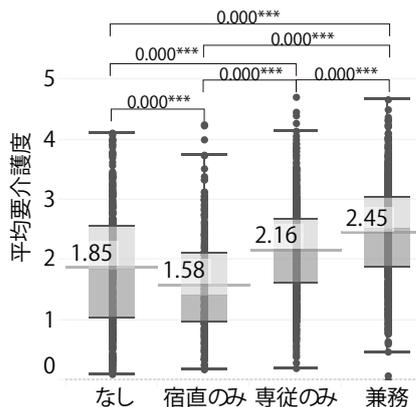


図 4-13 夜間職員の区分と平均要介護度

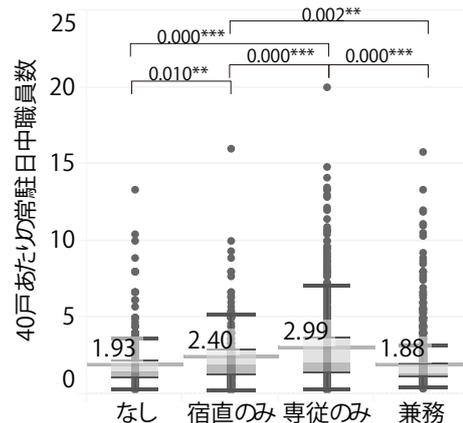


図 4-14 夜間職員の区分と常駐日中職員数

#### 4-5-3. 併設サービスの組み合わせと職員配置

以上の結果を併設サービスごとに分析する。併設サービスごとに常駐日中職員一人当たりの住戸数（図 4-15）、夜間職員の配置状況（図 4-16）を集計した。

その結果、常駐日中職員一人当たりの住戸数が 20 戸以下と少ないサ高住、いいかえると、日中、常駐職員が手厚く配置されているサ高住（③居介＋（通介）型、⑨「小多機／他型」、⑩「通所リハビリ／他型」、⑪「併設なし・中度型」）（Fig. 15）では、⑪「併設なし・中度型」を除き、平均要介護度が 2 未満と低く、夜間職員の配置は兼務が少なく、夜間職員なし、宿直、専従のみが多い。なお、「併設なし・中度型」においても兼務が見られる点については、同一敷地と見なされない近隣施設との兼務と考えられる（図 4-16）。

その一方、日中、常駐職員一人当たりの住戸数が 21 戸以上のサ高住、いいかえると、相対的に常駐日中職員の配置の少ないサ高住、すなわち①「通介のみ型」、②「訪介のみ型」、④「訪介＋居介型」、⑦「訪看＋（訪介／他）型」は、平均要介護度が高く、夜間職員の兼務が相対的に多い。

併設サービスごとの要介護度もあわせて考えると、看取り・重度認知症に対応するサ高住と、そうでないサ高住では、併設サービスの種別が異なるほかに、サ高住における職員配置の状況も異なり、入居者の要介護度が重くなれば、専従職員よりも併設サービスとの兼務により介護を提供する形態を選択する実態が明らかになった。

#### 4-5-4. 併設サービス・職員配置による看取り・重度認知症対応

日中常駐職員の手厚さの影響（図 4-15）、夜間職員の配置（図 4-16）を併設サービスごとにより詳しく分析するため、常駐日中職員一人当たりの住戸数と看取り・重度認知症への対応率を図示した（図 4-17）。その結果、常駐日中職員の配置が相対的に

多く、夜間職員に兼務が少ない併設サービスの組み合わせ（⑨「小多機 / 他型」、⑩「通所リハビリ / 他型」）では、折れ線グラフが左肩上がりになり、常駐日中職員の配置が多くなれば、看取り・重度認知症の対応率が高くなり、常駐日中職員の配置が看取り・重度認知症への対応に役割を果たしているが、逆に、常駐日中職員の配置が相対的に少なく、兼務が多い併設サービスの組み合わせ（②「訪介のみ型」、④「訪介+居介型」、⑦「訪看+（訪介 / 他）型」）では、折れ線グラフが右肩上がり、つまり、常駐日中職員の配置が少なくなれば、かえって看取り・重度認知症への対応率が高くなる傾向から、夜間職員が兼務する場合が多いサ高住は日中でも兼務することで、重度化が対応していることが推測できる

以上から、サ高住には、常駐日中職員により重度化を支える形（小規模多機能、通所リハビリ、併設なし・軽度）もあるが、平均要介護度が高くなれば、併設サービス

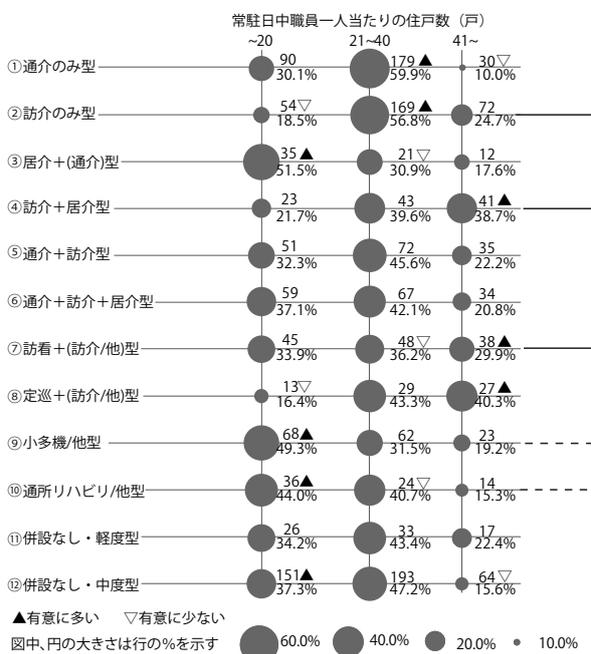


図 4-15 常駐日中職員一人当たりの住戸数

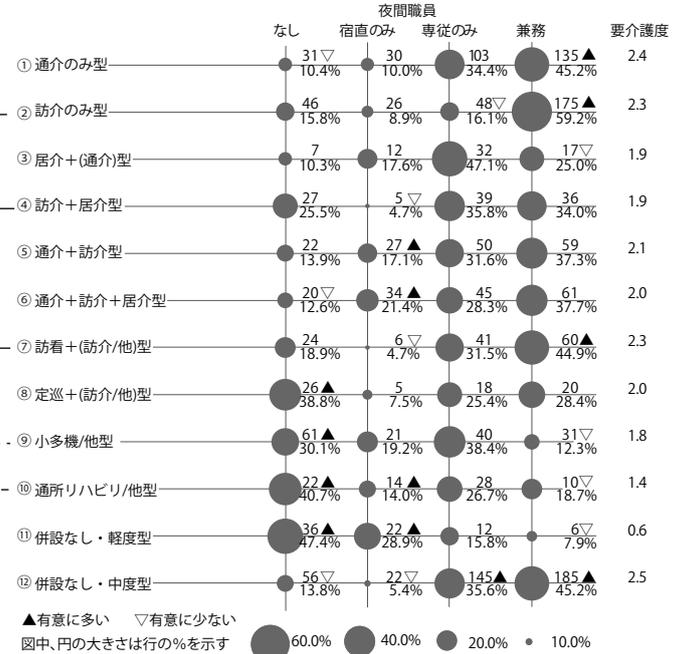


図 4-16 夜間職員の配置形態

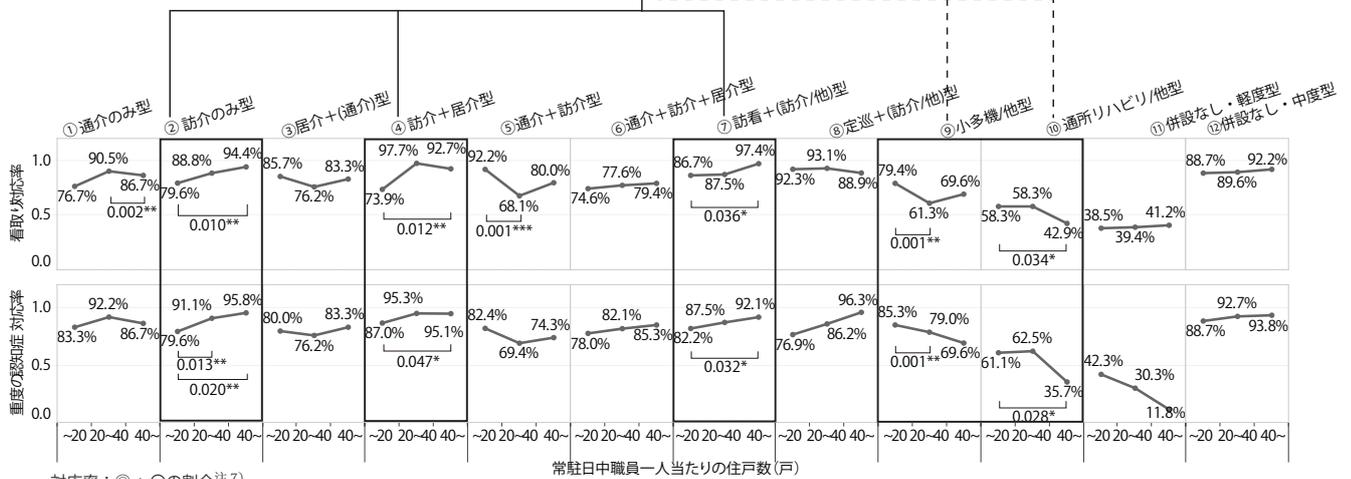


図 4-17 常駐日中職員一人当たりの住戸数と看取り・重度認知症対応率

との兼務により、看取り・重度認知症対応を行っている実態が明らかになった。

#### 4-6. 小結

##### 1) 併設サービスとハードの関係性

住戸内の設備の充実と併設サービスに傾向がみられた。通所介護のみ、あるいは訪問介護のみを併設するサ高住は、全ての住戸にキッチン、風呂を設置しない未完備型のサ高住が多いのに対して、居宅介護支援と訪問介護、通所介護、通所リハビリを併設するサ高住（クラスター③、④、⑩）は、全ての住戸にキッチン、風呂を完備する完備型のサ高住が多い。

また、④「訪介+居介型」、⑦「訪看+（訪介/他）型」、⑧「定巡+（訪介/他）型」を併設するサ高住は、住戸数が40戸以上の大規模になる一方で、通所介護のみ、小規模多機能を併設するサ高住は住戸数が少なく、小規模、低層となる。住戸数と併設サービスの組み合わせが異なる実態を把握した。

##### 2) 要介護度別の看取り・重度認知症対応

併設サービスの組み合わせごとに、入居者の平均要介護度と看取り・重度認知症対応の割合を分析した結果から、定期巡回を含む併設においては、入居者が軽度でも重度でも、高い割合で看取り・重度認知症対応が実施されていることを把握した。

##### 3) 併設サービスと看取り・重度認知症対応

全体的に、訪問介護、訪問看護などの訪問系サービスを併設するサ高住では看取り・重度認知症に対応しているが、通所リハビリや通所介護を併設するサ高住では看取り・重度認知症に対応していない実態が明らかになった。

看取りへの対応では、訪問介護に居宅介護支援、訪問看護、定期巡回を組み合わせた併設において高い割合で実施されること、また、訪問介護のみよりも、訪問介護に定期巡回、訪問看護、居宅介護支援を組み合わせる場合により看取り対応が実施されている実態が明らかになった。

重度認知症への対応では、「訪介+居介型」、「訪介のみ型」、「定巡+（訪介/他）型」で高く実施されていること、また、訪問介護は、定期巡回、居宅介護支援との組み合わせによってより重度認知症の対応率が高められる実態があり、ケアプランや切れ目ない支援の提供に有利なこれらの組み合わせが重度認知症対応に有効といえること、さらに、通所介護を含む組み合わせにおける対応実績が必ずしも高くない実態から、重度認知症対応においても訪問系の介護が重要であることを明らかにした。

##### 4) ハード、併設サービスによる看取り・重度認知症対応

「訪介のみ型」、「訪介+居介型」など訪問介護を併設しているサ高住では、規模が大きい方が看取り・重度認知症対応に実施していることから、看取り・重度認知症に

対応するサ高住は、一定の入居者数を確保したうえで、訪問系サービスを併設し、併設サービスの職員との兼務によって重度化を支えている実態が明らかになった。

また、「訪介のみ型」、「通所リハビリ / 他型」、「通介+訪介型」などを併設しているサ高住では、未完備型の住戸のほうが看取り・重度認知症を実施していることから、住戸内設備が未完備の施設的なハードのサ高住で看取り・重度認知症への対応率が高くなる傾向が明らかになった。

以上から、一定の住戸数のある、施設的なハードのサ高住に看取り・重度認知症対応が進んでいる実態が明らかになった。

#### 5) 併設サービスと常駐職員配置の関係性

「訪介のみ型」、「訪介+居介型」、「訪看+訪介型」など、訪問介護を併設するサ高住では、兼務している常駐職員が多く、逆に、「居介+(通介)型」、「小多機 / 他型」などを併設しているサ高住では、専従している職員が多い。訪問介護の併設は、訪問介護の職員がサ高住の職員を兼務することで、サ高住と併設サービスが密接に連携され、重度化の支えになる実態が明らかになった。一方、比較的軽度者が入居する「小多機 / 他型」、「通所リハビリ / 他型」などでは、常駐日中職員の増員により要介護者に対応しており、併設サービスの組み合わせにより異なる対応がみられることが明らかになった。

#### 6) 常駐職員・併設サービスによる看取り・重度認知症対応

常駐職員の人数は看取り・重度認知症対応との関係性が弱いですが、職員の種別が影響を与える実態を把握した。具体的には職員が兼務しているサ高住では、看取り・重度認知症に対応していること、夜間職員が「宿直のみ」のサ高住では、対応していない実態を明らかにした。

さらに、併設サービス、常駐職員、入居者の属性は互いに関係しており、訪問介護を併設するサ高住は平均要介護度が高く、兼務している職員人数が多く、看取り・重度認知症に対応している一方で、通所リハビリ、小規模多機能を併設するサ高住は平均要介護度が低く、夜間職員がなし、または宿直のみの場合が多く、看取り・重度認知症に対応していない実態を把握した。



## 参考文献

- 1) PwC コンサルティング合同会社：令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究報告書」, p. 22, 2020, ( 参照 PwC ホーム ページ , [https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/social\\_security/20180420-3\\_report\\_1.pdf?la=ja-JP%26hash=4885C628FACBBAC4B9AB771D17CED45470B97738](https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/social_security/20180420-3_report_1.pdf?la=ja-JP%26hash=4885C628FACBBAC4B9AB771D17CED45470B97738), 2022. 2. 12)
- 2) 詹 慧, 三浦 研：サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態（その1）ハードの要素・類型にもとづく分析 [J]. 日本建築学会計画系論文集 , 第 87 巻 , 第 801 号 , pp. 2114-2123, 2022 (DOI:<https://doi.org/10.3130/aija.87.2114>), ( 参照 JST オンライン情報システム (JOIS), [https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/87/801/87\\_2114/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/87/801/87_2114/_article/-char/ja/)) 2022. 11. 10)
- 3) 財団法人高齢者住宅財団：平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究報告書 , pp. 124~132, 2013 ( 参照高齢者住宅財団 ( 調査研究の実績 ) [https://www.koujuuzai.or.jp/researcher\\_record\\_p\\_category/h24/](https://www.koujuuzai.or.jp/researcher_record_p_category/h24/), (in Japanese) 2021. 11. 20)
- 4) 井上由起子：地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題：サービスの質を中心に [J]. 季刊・社会保障研究 , 2014, 第 50 巻第 3 号 , pp. 283-294. ( 参照国立社会保障・人口問題研究所 <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/kikan/sakuin10.htm>) 2021. 5. 12)
- 5) 三浦 研, 安田 溪：入居者属性からみた首都圏におけるサービス付き高齢者向け住宅の分布 [J]. 日本建築学会計画系論文集 , 第 86 巻 , 第 790 号 , pp. 2578-2586, 2021 (DOI:<https://doi.org/10.3130/aija.86.2578>), ( 参照 JST オンライン情報システム (JOIS), [https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/86/790/86\\_2578/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/aija/86/790/86_2578/_article/-char/ja/)) 2021. 12. 12)
- 6) 一般社団法人高齢者住宅協会：サービス付き高齢者向け住宅の現状と分析（令和 4 年 8 月末時点）, p. 8, 2022 ( 参照サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム <https://www.satsuki-jutaku.jp/system.html#anc001>, (in Japanese) 2023. 04. 01)



## 第 5 章 . 結論

## 5-1. 各章で得られた知見

各章で得られた知見を下記にまとめる

### 5-1-1. 第2章で得られた知見

第1課題である「ハード要素ト類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態」に対し、ハード各要素、それらが空間構成の類型化、重度化対応との関連性を考察した結果、以下の知見を得た。

#### 1) 空間構成の要素と看取り・重度認知症の関連性

建物の階数、住戸数、共用部の面積などが看取り・重度認知症の対応において有意な差を示している。低層でかつ住戸数が多いサービス付き高齢者向け住宅は、看取りや重度認知症が実施していると結論づけられた。これは、住戸数が多いことでスタッフの配置がしやすく、フロア当たりの住戸数が多いことで効率的な見守りが実現できるからと考えられる。また、共用トイレ、共用浴室などの共用部が充実する場合、サ高住の看取り・重度認知症の対応率が高いことが示唆されている。これは、サ高住内でのサポートが充実しており、高齢者や認知症の方が安心して生活できる環境が整っていることを意味する。

#### 2) サ高住の類型化と看取り・重度認知症への影響

ユニット型サ高住では、各フロアに食堂を設置し、フロアでの生活が完結する形態が看取り・重度認知症に対応しやすいことが示されている。一方で、集合住宅型では、いくつかの要素で非対応が多いことが明らかになった。また、低層階に食堂や共用浴室などの共用設備を設置し、上階に30戸程度の住戸を積層させた一般的なサ高住に多く見られる類型において、同程度の住戸数であれば低層のサ高住で看取り・重度認知症の対応×が少ない実態から、1フロアの住戸数の違い、上下移動など、スタッフの移動や見守りを効果的に実施できるハードが重要といえる。

#### 3) 看取り対応と重度認知症対応の違い

看取りと重度認知症の対応において異なる要素が重要であることが明らかになった。特に、住戸数が看取りの対応に影響を与える一方で、重度認知症においてはそのような関連性が見られなかったとの結果が示された。この差異は、看取りと重度認知症が異なる特性を持っていることを示唆している。認知症においては小規模な施設が望ましいとされている一方で、看取りにおいては一定の住戸数を確保することで、職員配置しやすいことが考えられる。

### 5-1-2. 第3章で得られた知見

#### 1) 平面類型と看取り・重度認知症の対応の関連性

平面類型には異なる特性があり、その中でホール型が特に注目される。ホール型は平均要介護度が高く、スタッフと共用設備が同階に充実に配置され、動線が短い構

成を持つ。居住階では住戸が共用部を中心に配置され、視線が通りやすい平面構成を有している。この配置が、スタッフが入居者の状況を把握しやすく、全体的な状態管理が行いやすい環境を提供している。特に、重度認知症への対応率が高く、効果的なサポートが可能であることが推測できる。

他の平面類型においては、中廊下・直線型や LDK なしの 2 類型は、スタッフと共用設備の連携がホール型ほど緊密ではないとされている。これらの型では、生活上の距離が短いものの、スタッフとのコミュニケーションや入居者への迅速な対応に制約が生じる可能性があります。中廊下・非直線型は低層で大規模で、共用設備が全て同階・分散に配置される特徴を持ち、入居者が軽度な状態にあることが多い。LDK なしの 2 類型は自立した高齢者が入居し、集合住宅に似た構造を有して、対応しにくい平面構成といえる。以上から、スタッフとの連携が緊密で、動線が効率的なため看取り・重度認知症への対応が優れているといえる。

## 2) 平面構成と併設サービスの関連性

平面構成がサービス提供方法に与える影響は、それぞれ異なる。ホール型ではスタッフルームや共用 LDK、共用トイレ・浴室を同階に配置し、訪問系や通所系複数のサービスが提供されている一方で、中廊下型では訪問系の併設が多く、スタッフの派遣形態が取られている。LDK なし・片廊下型では共用トイレ・浴室が設置されず、サービス提供が行われていないことが確認された。この差異から、平面構成と併設サービスの連動性が、入居者の要望やケアの程度に合わせて柔軟に変化する必要性が浮かび上がる。

## 3) 平面構成と看取り・重度認知症の差異

同一の平面類型でも、看取りと重度認知症への対応において異なる要素が重要であることが明らかになった。ホール型は重度認知症への対応率が顕著に高く、一方で、看取りへの対応に関しては高い対応率を示したものの、統計的に有意な差異は確認されなかった。これは、平面構成がサ高住における重度認知症の対応に、看取り対応よりも大きい影響を及ぼしていることを示唆している。ここから、スタッフルームと居室、共用部との密接な連携が、特に重度認知症の対応において不可欠であることが強調される。

### 5-1-3. 第 4 章で得られた知見

#### 1) 併設サービスと看取り・重度認知症対応の関連性

訪問介護や訪問看護などの訪問系サービスを併設するサ高住は、看取りや重度認知症への対応がなされている一方で、通所リハビリや通所介護のみを併設するサービス付き高齢者向け住宅では、看取りや重度認知症への対応はあまり行われていない実態が明らかになった。また、定期巡回を含むサービスの併設では、入居者の要介護度に

関わらず、高い割合で看取りや重度認知症への対応が実施されていることが分かった。訪問介護と定期巡回、訪問看護、居宅介護支援サービスを組み合わせた併設は、看取り対応に有効であることも示唆されている。

## 2) ハード、併設サービスによる看取り・重度認知症対応への影響

訪問介護を併設した比較的規模の大きなサ高住や、住戸設備の未整備な「施設的なハード」の住宅では、看取りや重度認知症への対応率が高い傾向にあることが明らかになった。一定の住戸数を確保し、訪問系サービスを併設することで、併設サービス職員との兼務により重度化した入居者への支援が実施されていると考えられる。

## 3) 常駐職員・併設サービスによる看取り・重度認知症対応への影響

訪問介護を併設したサ高住では、兼務している常駐職員数が多く、併設サービスとの連携により重度化への対応がなされている一方、通所リハビリ、小規模多機能など比較的要介護度の低い入居者が多いサ高住では、専従の常駐職員を増員することで対応しているケースが多いことが明らかになった。また、兼務の夜間職員がいる住宅では看取り・重度認知症への対応がなされている傾向も示唆されている。

## 5-2. 結論

### 1) 共用部の充実が重度化対応能力向上に有効

一定の住戸数を確保し、訪問介護と居宅介護支援、定期巡回の組み合わせを併設し、フロア当たり共用トイレ・浴室、食堂、スタッフルームなどが同階に設置され、視線が通りやすい平面構成で、スタッフ配置がやすく、入居者への迅速な対応が可能となり、施設全体の効果的なケア環境が構築されるサ高住は重度化だけではなく、軽度の対応も有効といえる。

### 2) 一般的なサ高住が重度化対応への可能性

最も多い30～40戸、中廊下型、未完備型住戸を整備し、フロアごとにスタッフルームが配置しなくて、一か所だけ設置するサ高住はフロア当たりの住戸数や、共用設備の有無、併設サービスによって、重度化への対応が違う実態がみられる。

具体的に、低層、フロア当たりの住戸数が多く、共用設備がフロアごとに設置し、訪問系サービスと併設する場合に重度化への対応力が向上されるといえる。これは、共用設備の配置によりスタッフが入居者の状況を密に把握できるようになり、訪問介護サービスとの連携により柔軟なサービス提供が可能になることで、職員が兼務を行いながら入居者のニーズに合わせたフレキシブルなケアを提供できるようになったことが大きな要因と考えられる。

### 3) 「集合住宅型」のサ高住が重度化対応への可能性

食堂やトイレ・浴室などの共用設備が建物の一階に設置され、全ての住戸がトイレ

洗面、浴室、収納、キッチンの5点も設置され、生活が住戸内に完結した集合住宅に似たサ高住はスタッフとの関わりが薄れがちだ、コミュニケーションや迅速な対応に制約が生じる可能性がある。

一方、訪問介護と居宅介護支援、訪問看護、定期巡回の組み合わせを併設するサ高住は一定の住戸数を確保する以外に、住戸類型にかかわらず重度化への対応率が高いことから、集合住宅に似たサ高住は一定の住戸数を確保し、訪問系サービスの組み合わせを併設する場合は重度化対応が可能になる。また、少人数で、共用設備の利用しやすく、全体の状況が把握しやすい形で重度化対応が可能になる。

#### 4) 看取りと認知症への対応で異なる要素が重要

看取りにおいては一定の住戸数を確保し、職員配置しやすい環境が重要であるが、認知症への対応においては小規模な施設が望ましい。また、ホール型などの平面構成は重度認知症への対応に優れているが、統計的に看取りへの対応に有意な差異は見られない。

これは、看取りと重度認知症が異なる特性を持っていることを示唆し、スタッフルームと居室、共用部との密接な連携が特に重度認知症の対応において不可欠であることが強調される。

サービスの種類と職員の配置には密接な関係があり、訪問系サービスは職員の不足を職員の兼務によって一人の職員が複数の業務を担当することで、サービス提供の効率が向上し、サポートが充実することを明確した。サ高住の入居者は軽度から重度まで広範で、常に変化しているため、職員の兼務、地域資源の活用、ICT等の新技術の導入によるニーズによる個別対応や業務効率化も欠かれないと考えられる。

### 5-3. 考察

サ高住は創設から12年が経過し、ハードとソフトの両面で多様化・複雑化の現状が明らかとなった。この状況の原因は、サ高住の基準が比較的少なく、社会の多様な担い手が参加できるようにするために国が門戸を広げた結果である。これにより国家の財政負担が大幅に軽減され、介護が必要な高齢者に受け皿が提供されているが、その反面、質の不均一性や自分らしい生活の制約、介護が必要になったことでの住み替えが頻繁に見られるという課題も生じている。そのため、本研究では重度化支援の視点から、終の棲家になれるサ高住のあり方に焦点を当て、ハードとソフトについて考察する。

#### 1) ハード面のあり方

前述の分析から、特養などの施設に近い空間配置が重度の対応に有効であることを明確したが、各階の住戸数がユニット型特養よりも多く、15-25戸が推奨されるとい

う違いがある。また、サ高住は住戸内にトイレを設置する基準があるものの、共用トイレの設置が不可欠といえる。重度の入居者がトイレの利用実態を考察する上で、トイレを設置した居室と設置しない居室の両方を整備することが、再検討が必要と考えられる。さらに、ホール型の平面構成は重度化対応には有効ということが明確されたが、職員の滞在が求められると考えられる。また、入居者のプライバシーの不足や生活の反復性の高いリスクをもたらす可能性もある。したがって、共用空間の配置は単なる面積だけでなく、配置可能な職員リソースを考慮し、介護と生活の両方を考慮して生活の均一性を避ける必要がある。

## 2) ソフト面のあり方

ソフトの面では、伝統的な施設とは異なり、サ高住ではサービスの種類と職員の配置には密接な関係があり、訪問系サービスは職員の不足を職員の兼務によって効果的に補完できることを明確した。さらに、居宅介護支援と組み合わせることで、利用者の情報共有やケア方針の協議を通じて、継続性の高い介護計画が立てられるようになることで、重度要介護になったら、住み続けるになっている。サ高住の入居者は軽度から重度まで広範で、常に変化しているため、職員の兼務、地域資源の活用、既存事業者の垣根を越えた連携、IoT や ICT 等の新技術の導入によるニーズによる個別対応や業務効率化も欠かれないと考えられる。

## 5-4. 今後の課題

### 1) 本研究の価値

本研究から、入居者属性をくわえて、サ高住のハード（空間構成・平面構成）とソフト（併設サービス・職員配置）が、看取り・重度認知症への対応に影響を与えることが明らかになった。既往研究と比べて、本研究の価値については、まず、ハードとソフトの両面からサ高住を分析・考察した点である。従来の研究が片方のみに着目することが多い中、両者の特徴を交叉的に検証したことで、サ高住の特性を多角的に捉えることができる。また、既往研究が比較的軽度の入居者を前提とすることが多い中、重度化対応の視点からの分析は独自性がある。さらに、全国範囲での調査に基づいた結果の客観性と一般性の高さである。単施設の事例報告に留まらず、多数のデータを根拠とした点が強みであり、今後の研究基盤整備にも資することが期待できると考える。

### 2) 今後の課題

サ高住の入居者は軽度から重度の認知症段階を含む多様な状態にある。以上の分析

から、施設に近い平面構成が重度認知症への適切な対応を可能にする一方で、入居者の自由度やプライバシーに制約をもたらす可能性があることも考慮すべきである。今後の研究、設計の重要な課題としてホール型の見守りのしやすさを取り入れながら、生活の場にふさわしく、一望監視の空間にすることなく、入居者の多様な生活と重度化対応のニーズを両立させる方法を模索することが挙げられる。

また、今回の研究では建物内部のハード・ソフト両面からの分析・改善策が中心でしたが、よりマクロな視点からサ高住を地域ケアシステムの一翼として位置づけ、他の在宅医療・介護資源とどう連携していくかという点についても検討課題の1つだと考えている。

加えて、ICT やセンサー技術、AI を活用した自立支援・重度化対応も、サ高住において今後大いに期待される。最新技術を適切に取り入れながら入居者一人ひとりのニーズに応じていくサ高住のあり方について、引き続き研究を深めたいと考えている。

## 謝辞

この度は、博士論文の完結に際し、深く感謝の意を表したく存じます。先生の専門的な知識と優れた指導により、私はスムーズに研究を進め、博士論文を完成させることができました。先生の徹底な学問姿勢とお力添えに感謝申し上げます。先生の指導により、私は研究テーマに深く掘り下げ、学問のスキルを向上させることができ、また、ご提供いただいた機会にも感謝いたします。先生のご尽力により、学問の舞台で着実に成長できましたことに深く感謝しております。

同時に、論文審査委員会の審査委員である牧先生と金多先生にも感謝いたします。お忙しい中、私の論文を審査していただき、貴重なご意見や助言をいただきましたことに深く感謝しております。先生方のご指導により、研究をより深く理解し、論文を一層厳密にまとめることができました。お二方の耐心あるご指導と専門的なアドバイスには、私の学問の道を歩む上で不可欠な支えとなりました。

さらに、高齢者住宅協会の関係者の皆様にも心より感謝申し上げます。提供いただいた貴重なデータと研究へのご協力に感謝しております。おかげさまで、関連するデータを十分に利用し、研究結果をより信頼性のあるものに仕上げることができました。研究プロセス全体でのご支援に深く感謝いたします。

最後に、私の祖父母と両親にも心から感謝いたします。祖父母の温かい励ましとサポートがなければ、私はこれほどの成果を挙げることはできませんでした。祖父母の存在は私にとって不可欠であり、彼らの愛情と理解に感謝いたします。

ここに、博士論文の研究においてサポートしていただいたすべての方々に心より感謝いたします。皆様のおかげで、私はこの論文を完成させることができました。心より感謝申し上げます。

研究業績

## 関連論文

---

詹 慧, 三浦 研: サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 (その1) ハードの要素・類型にもとづく分析 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 87 巻, 第 801 号, pp.2114-2123, 2022 本論第 2 章

詹 慧, 三浦 研: サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 (その2) 併設サービスと職員配置に基づく分析 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 88 巻, 第 811 号, pp.2464-2475, 2023 本論第 4 章

詹 慧, 三浦 研: サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 (その3) 平面構成に基づく分析 [J]. 日本建築学会計画系論文集, 第 89 巻 第 818 号, 2024 本論第 3 章

## 既報論文

---

1 サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態(その1)ハードの要素・類型にもとづく分析	詹 慧 三浦 研	日本建築学会 計画系論文集	第 87 巻 第 801 号 pp.2114-2123,	2022
---	-------------	------------------	------------------------------------	------

2 サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 (その2) 併設サービスと職員配置に基づく分析	詹 慧 三浦 研	日本建築学会 計画系論文集	第 88 巻 第 811 号, pp.2464-2475	2023
--	-------------	------------------	------------------------------------	------

3 サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態 (その3) 平面構成に基づく分析	詹 慧 三浦 研	日本建築学会 計画系論文集	第 89 巻 第 818 号,	2024
---	-------------	------------------	--------------------	------

附錄

# サービス付き高齢者向け住宅のケアと 空間構成に関する研究

-看取り・重度認知症への対応の実態分析を通して-

詹慧 セン エイ  
三浦研究室

1

報告の流れ

2

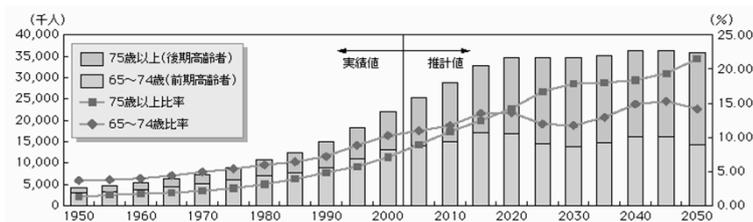
- 序論 研究背景 研究の目的 研究構成と進捗報告
- 第2章 (課題1) ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第3章 (課題2) 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第4章 (課題3) 併設サービスと職員配置から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第5章 (結論)

2

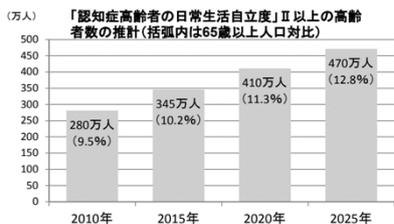
- **序論** 研究背景 研究の目的 研究構成と進捗報告
- **第2章（課題1）** ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態
- **第3章（課題2）** 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態
- **第4章（課題3）** 併設サービスと職員配置から見た看取り・重度認知症の対応実態
- **第5章（結論）**

3

## 後期高齢者、認知症高齢者の増加



資料) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成14年1月)  
 \*<https://www.mlit.go.jp/hakusyo/mlit/h14/H14/html/E1012203.html>



[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/d/link1-1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/d/link1-1.pdf)

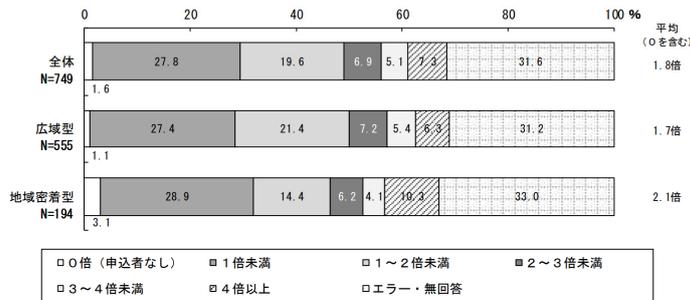
- **75歳以上の後期高齢者数は著しく増加することが予想される。**
- **65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。**

4

## 研究背景－重度要介護高齢者の問題

5

図表 入所待ちをしている申込者数の定員に対する倍率  
(2019年10月1日時点)



- 全体では申込者数が定員数の平均1.8倍となっている。

## ■ 重度要介護高齢者は特養に入居しにくい

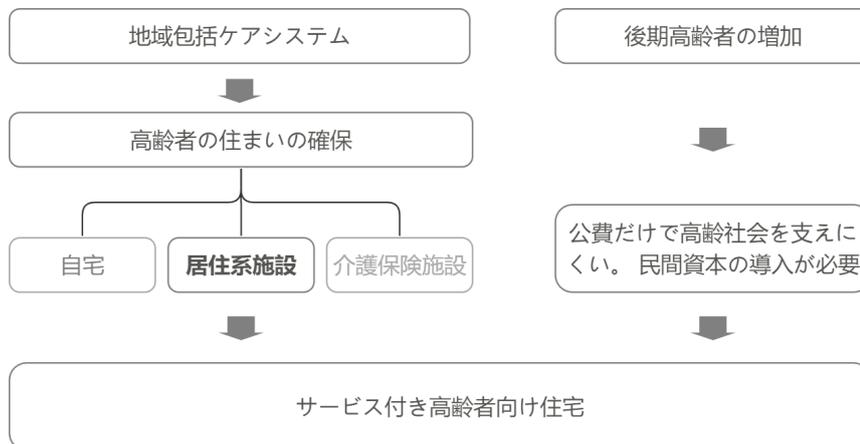
\*PwC コンサルティング合同会社: 令和元年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 「特別養護老人ホームのサービス提供実態に関する調査研究報告書」, p.22

5

## 研究背景

6

## サービス付き高齢者向け住宅の創設

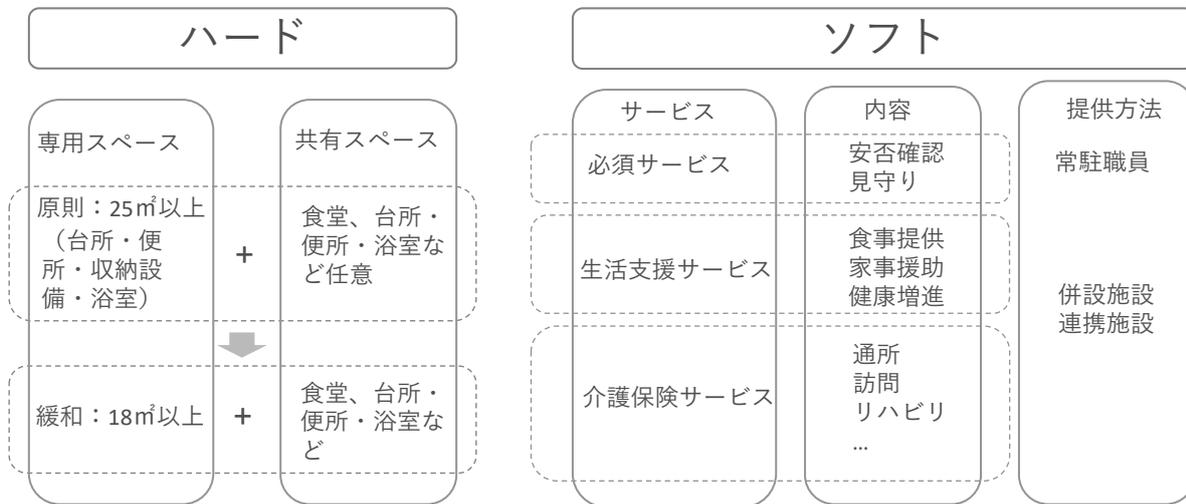


6



## 研究背景－サ高住の構成要素

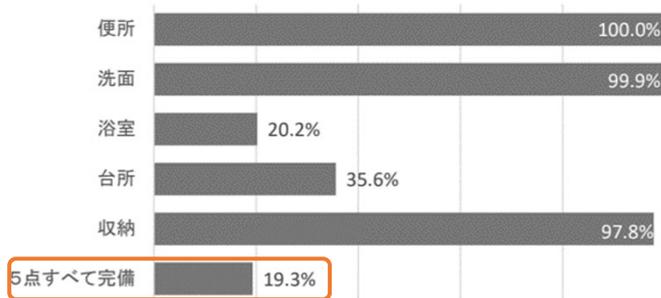
9



9

## 研究背景－ハードの現状

10



[https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_02.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_02.pdf)

- 居室内5点（トイレ、洗面、浴室、台所、収納）すべて完備の住戸数は19.3%だけである
- 共用部の詳しい設置基準がない

## ■ ほとんどのサ高住は住戸内だけ限定されない共同生活

10

## 研究背景－ハードの現状

11

**1K**  
28.9㎡  
福祉コンクリート造  
(ディザーストレス対応タイプ)  
福祉住戸の場合

**A 玄関**  
玄関には、車イスでも開閉が楽の引き戸を採用しています。また、靴の履き替え時に懸架することができる玄関イスも設置し、安全に配慮しています。  
※「全世帯」タイプの玄関引き戸標準で対応可能となります。

**B 浴室**  
明るい色調で清潔感溢れるユニットバス、安全性に配慮し、手すり設置や浴槽フロアと浴槽面間に滑り止めの加工を施しています。

**C 洗面化粧台・トイレ**  
入浴後、顔や髪を洗い流すための洗面化粧台は、安全に配慮し、手すりの設置や浴槽フロアと浴槽面間に滑り止めの加工を施しています。

**D ミニキッチン**  
居住時には、1口コンロを標準で装備し、火災の危険性を軽減します。  
※「全世帯」タイプの標準で対応可能となります。  
(L=1200)

**緊急呼び出し装置**  
入居者様の生活の質を向上させる「緊急呼び出し装置」を設置し、万が一の病にも迅速な対応が可能です。

**テレビモニター付きドアホン**  
来訪者を映像で確認できるTVモニターを標準で装備しています。

**エアコン**  
省エネ効果の高いエアコンを居住戸に1台標準で装備しています。

ヘルパーコールのある温水洗浄機能付トイレ

高さや角度が調整可能な電動ベッド

車椅子の高さに合わせた使いやすい洗面ユニット

図-居室内2点（トイレ、洗面）が整備された住戸  
[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/other/dl/other-03\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/other/dl/other-03_1.pdf)

図-居室内5点（トイレ、洗面、浴室、台所、収納）すべて完備の住戸  
<https://www.eldergarden.kentaku-partners.co.jp/lp/pc/minamitsukushino/>

11

## 研究背景－ハードの現状

12

写真出典  
[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/other/dl/other-03\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/other/dl/other-03_1.pdf)

2~7F

写真出典 <https://www.tanakamedical.net/cgi-bin/cms/public/photo/p0372-813215.pdf>

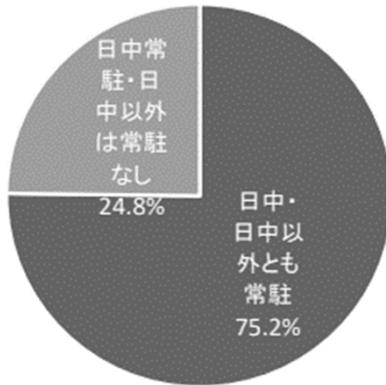
● 集合住宅に似るサ高住も存在

- 重度化対応するために、施設に似るサ高住が増えている。
- ハード面で顕著なバラツキが見られる

12

## 研究背景—ソフトの現状

13



- 日中・日中以外は常駐なしのサ高住は24.8%を占める。

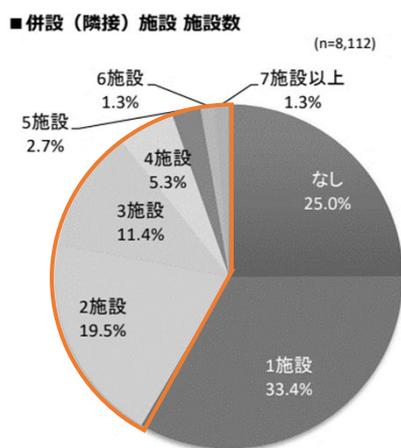
[https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_02.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_02.pdf)

■ 職員配置は任意である

13

## 研究背景—ソフトの現状

14



- サ高住の75%はサービスを併設している。
- 41.6%は2つ以上のサービスを併設している。

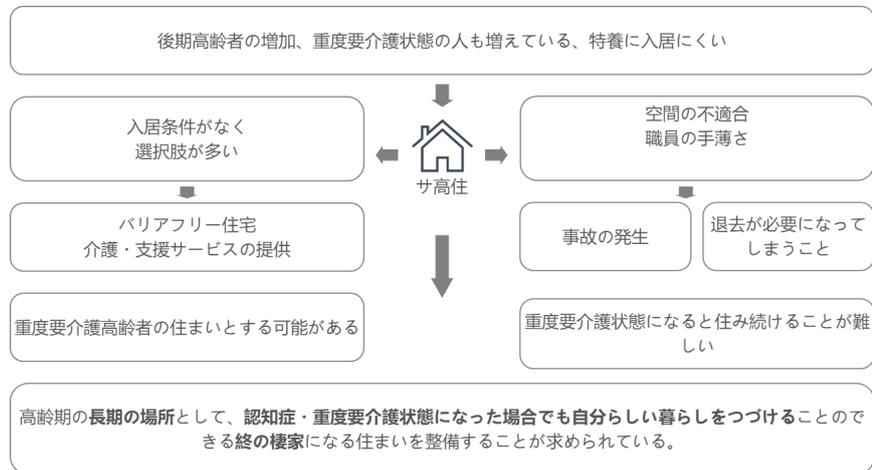
[https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_02.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_02.pdf)

■ 複数のサービスを併設しているサ高住が多い

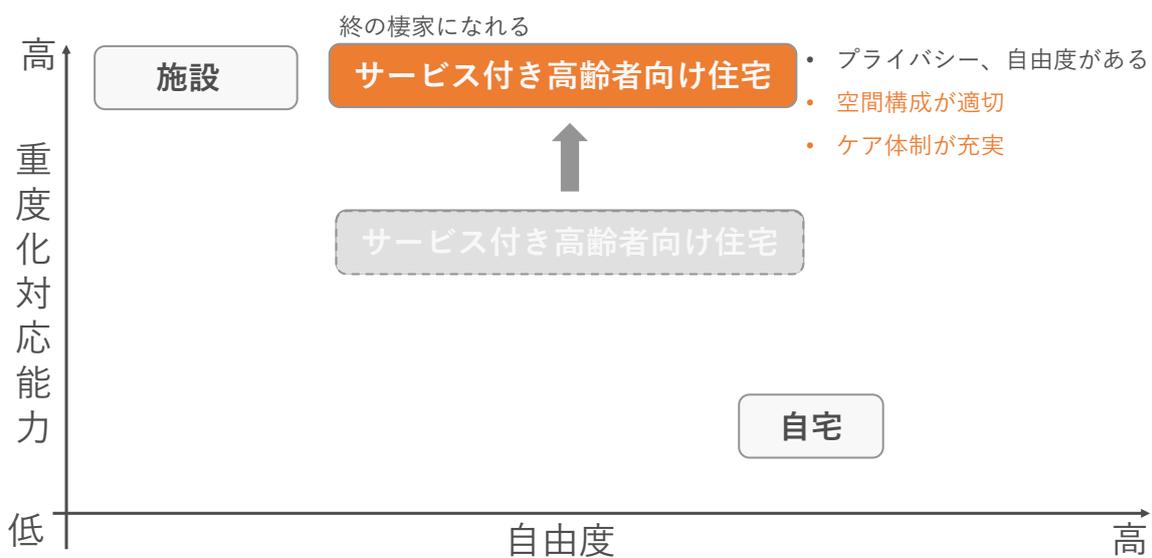
14



## 重度要介護高齢者の受け皿になる可能



17

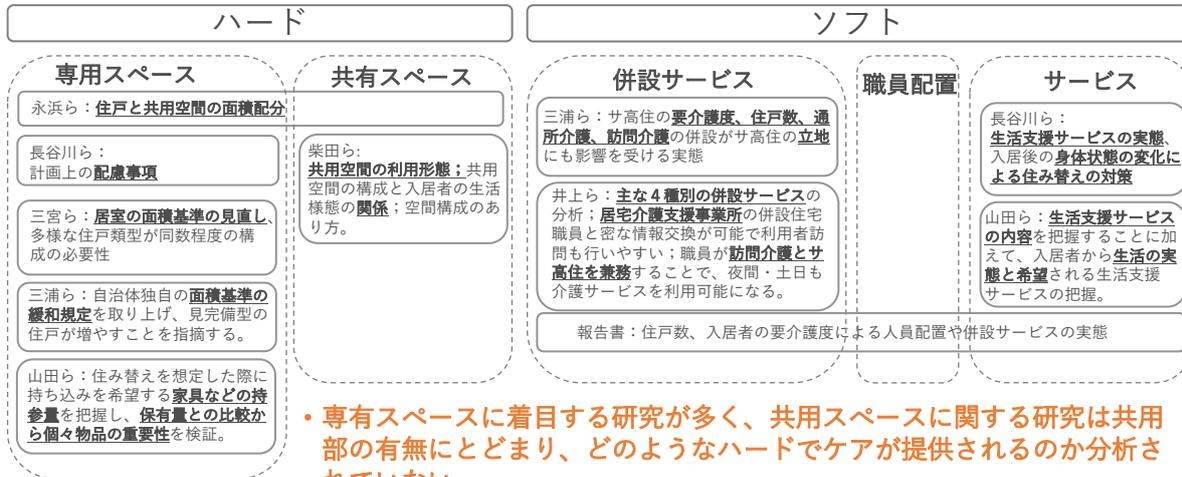


注：「重度化」とは本研究で注目する看取りと重度認知症をまとめた定義である。

18

## 研究背景－既往研究

19

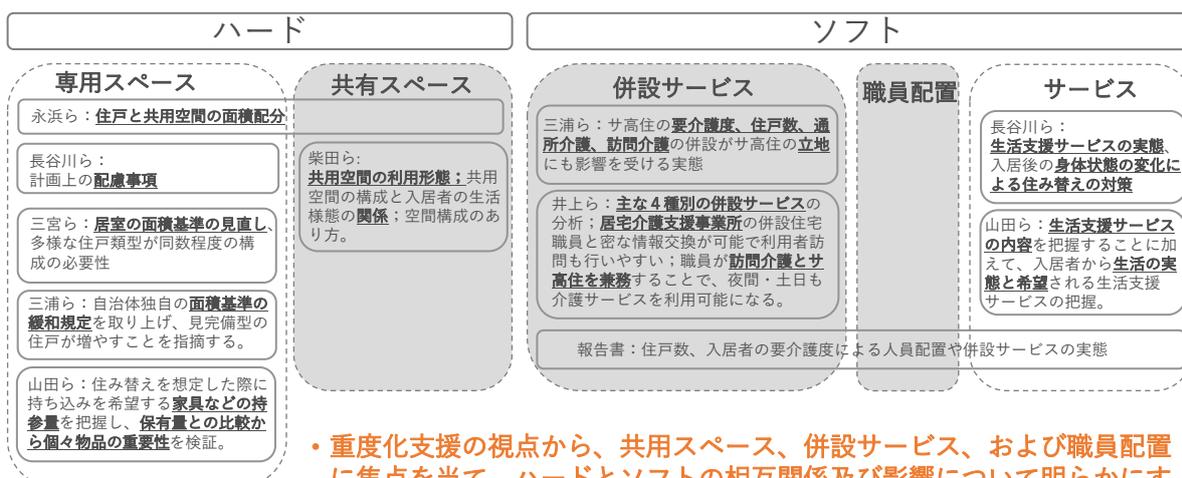


- ・ 専有スペースに着目する研究が多く、共用スペースに関する研究は共用部の有無にとどまり、どのようなハードでケアが提供されるのか分析されていない。
- ・ また、併設サービスに関する研究はいずれも1種類に着目して分析し、複数の併設・職員配置の影響は検証されていない。

19

## 研究背景－本研究の位置づけ

20



- ・ 重度化支援の視点から、共有スペース、併設サービス、および職員配置に焦点を当て、ハードとソフトの相互関係及び影響について明らかにする。

20

## 本発表の流れ

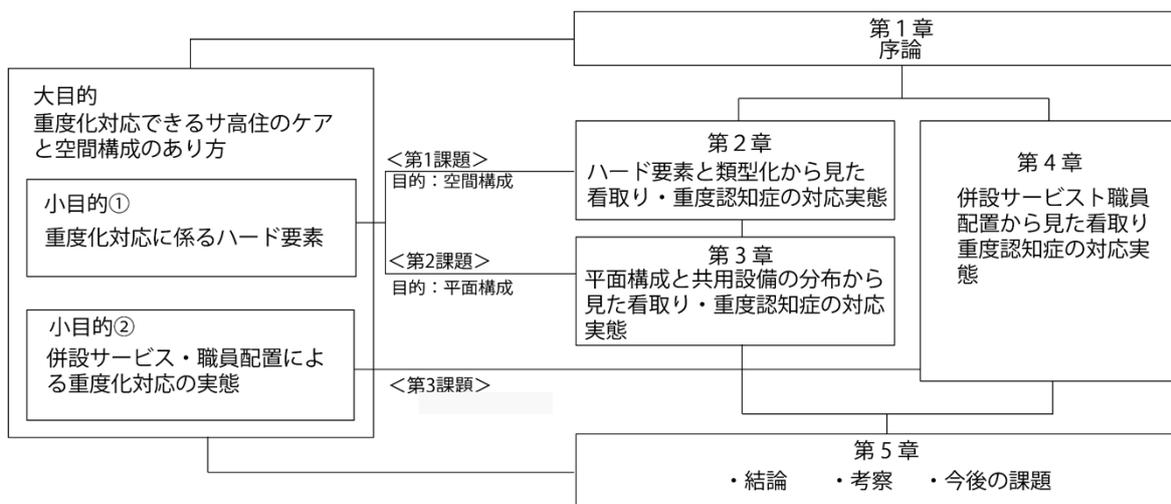
21

- 序論 研究背景 研究の目的 研究構成と進捗報告
- 第2章 (課題1) ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第3章 (課題2) 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第4章 (課題3) 併設サービスと職員配置から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第5章 (結論)

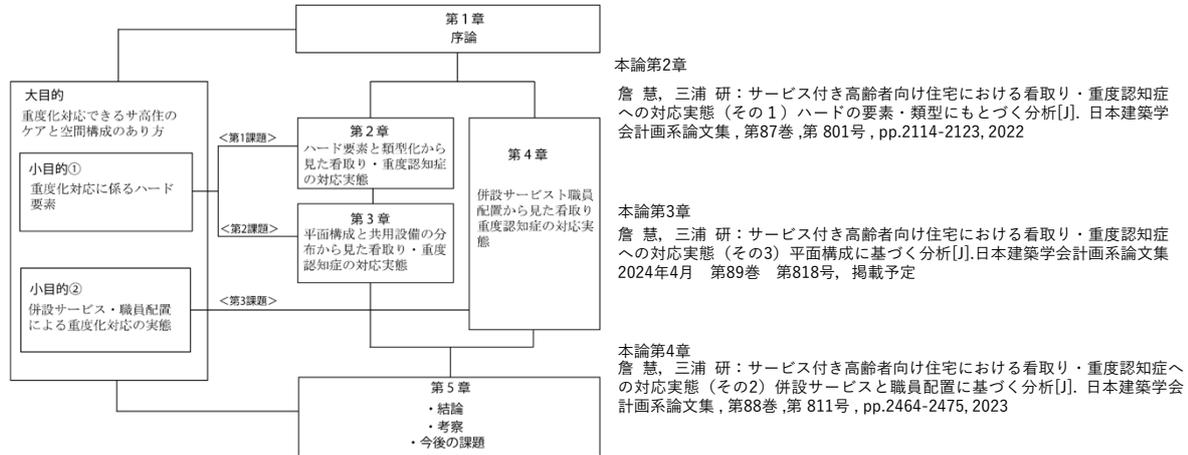
21

## 研究構成

22



22

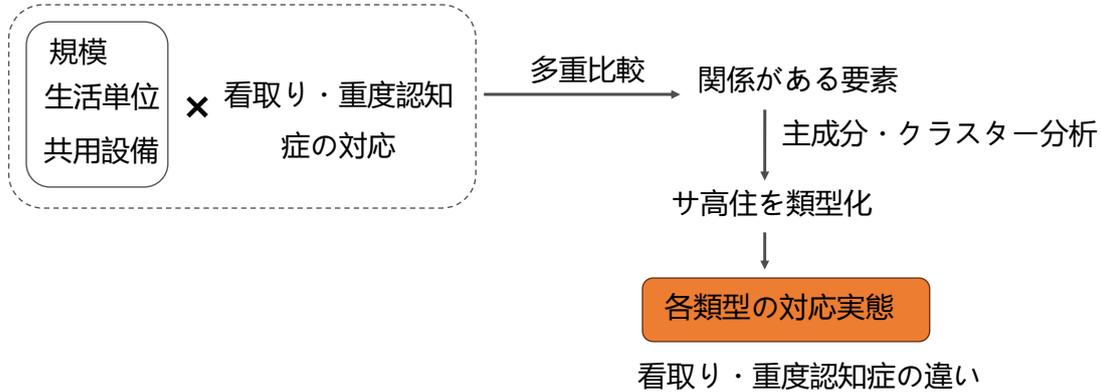


23

- 序論 研究背景 研究の目的 研究構成と進捗報告
- 第2章（課題1） ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第3章（課題2） 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第4章（課題3） 併設サービスと職員配置から見た看取り・重度認知症の対応実態
- 第5章（結論）

24

### 小目的1：重度化に係るハード要素



サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（2020年12月）に平均要介護度、重度認知症、看取りへの対応状況が記載された2110件を研究対象とする。

● 運営情報

- 必須サービス、入居者情報など

● 登録情報

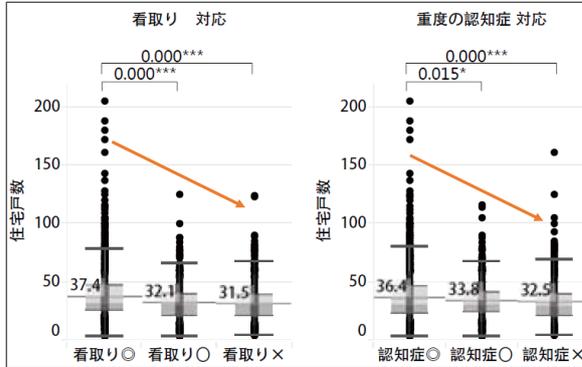
- 住戸数、住戸面積など

			符号	件数	%
看取り	対応可	実績あり	看取り◎	1356	64.3%
		実績なし	看取り○	394	18.7%
	非対応		看取り×	360	17.0%
重度認知症	対応可	実績あり	認知症◎	1382	65.5%
		実績なし	認知症○	389	18.4%
	非対応		認知症×	339	16.1%

サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム



第2章の研究結果—ハード要素と看取り・重度認知症対応の関係

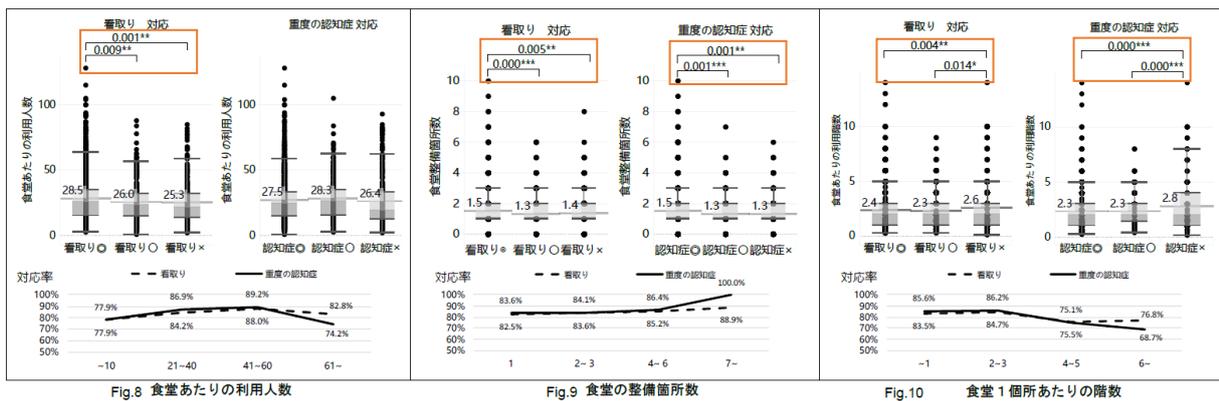


- 看取り, 重度認知症の対応◎、対応○のサ高住では住戸数が有意に多い

■ 規模が大きいサ高住は看取り, 重度認知症に対応している

注: \*\*\*: 有意差がある且つP<0.001, \*\*: 有意差がある且つP<0.005, \*: 有意差がある且つP<0.05.

第2章の研究結果—ハード要素と看取り・重度認知症対応の関係

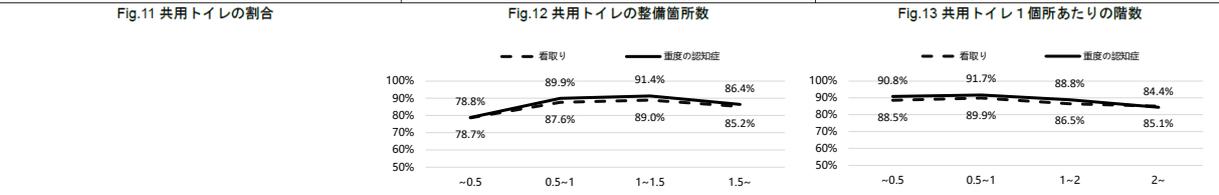
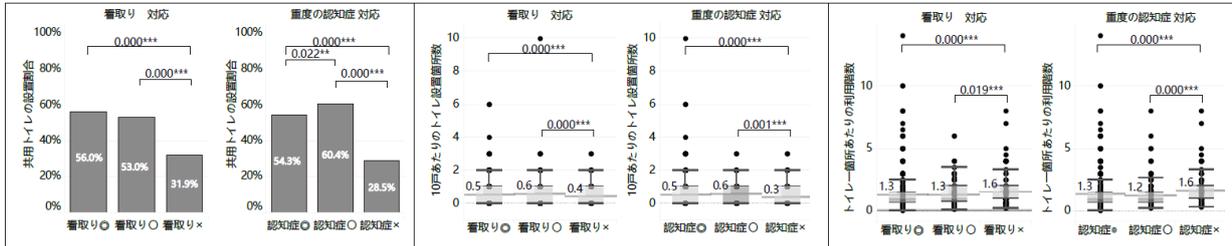


- 食堂の利用人数が増えると、看取り、重度認知症の対応率が上昇している。
- 食堂の整備箇所数が増えると対応率が上昇している。
- 1か所の食堂でカバーするフロア数大きいと看取り、重度認知症への対応率が低くなる。

■ 看取り, 重度認知症への対応と食堂の設置には関係があるといえる。

注: \*\*\*: 有意差がある且つP<0.001, \*\*: 有意差がある且つP<0.005, \*: 有意差がある且つP<0.05.

第2章の研究結果－ハード要素と看取り・重度認知症対応の関係

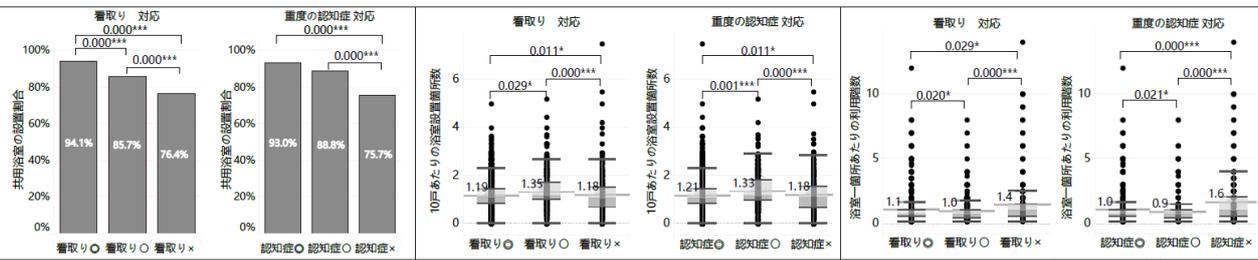


- 共用トイレの設置割合が有意に高い
- 10戸あたりの共用トイレの設置箇所数が有意に多い
- 1か所の共用トイレでカバーするフロア数が有意に小さい

■ **看取り，重度認知症への対応と共用トイレの設置には関係があるといえる。**

注: \*\*\*: 有意差がある且つP<0.001, \*\*: 有意差がある且つP<0.005, \*: 有意差がある且つP<0.05.

第2章の研究結果－ハード要素と看取り・重度認知症対応の関係



- ◎, ○, ×の順に，共用浴室の設置割合が少なくなる。
- 10戸あたりの共用浴室の設置箇所数が0.5以下になると，対応率が低くなる。
- 1か所の共用浴室でカバーするフロア数が有意に大きい。

■ **看取り，重度認知症への対応と共用浴室の設置には関係があるといえる。**

注: \*\*\*: 有意差がある且つP<0.001, \*\*: 有意差がある且つP<0.005, \*: 有意差がある且つP<0.05.

第2章の研究結果ーハード要素と看取り・重度認知症対応の関係

	看取り	重度認知症	
階数	○	○	
住宅戸数	○	○	
フロアあたりの戸数	○	○	
共用部合計面積	○	○	
住戸あたりの共用部面積	○	○	
住戸平均面積	○	○	
食堂	合計面積	○	○
	住戸あたりの面積	×	○
	箇所数	○	○
	あたりの戸数	○	×
共用トイレ	あたりの階数	○	○
	有無	×	○
	箇所数	×	×
共用浴室	あたりの階数	○	○
	有無	○	○
	箇所数	×	×
共用台所	あたりの階数	○	○
	有無	×	×
	箇所数	×	×
談話スペース	あたりの階数	×	×
	有無	○	○
	箇所数	×	×
	住戸あたりの面積	×	×
利用階数	○	○	
	○	○	



図-共用台所（自撮り）

- 共用台所以外の項目はいずれも看取り・重度認知症に一定の影響を与えている。

多重比較で○：有意差あり、×：有意差なし。

第2章ークラスター分析

		成分						件数	%
		1	2	3	4	5	6		
		規模	階数	食堂	共用トイレ	共用部	共用浴室と住戸面積		
1	ユニット型・大規模サ高住	1.73718	0.00089	-1.18527	-0.24161	-0.52282	0.07847	184	8.7
2	ユニット型・中規模サ高住	-0.11774	-0.32684	-0.81153	0.74722	-0.23243	0.27890	304	14.4
3	中層中規模サ高住（共用トイレあり）	-0.52742	1.63482	0.04973	2.11017	0.44461	-0.11810	68	3.2
4	低層中規模サ高住（共用トイレあり）	-0.07519	-0.35503	0.58446	0.65364	0.30820	0.29689	596	28.2
5	低層中規模サ高住（共用トイレなし）	-0.30742	0.01715	0.02863	-0.95067	0.09555	0.28587	700	33.2
6	集合住宅型・大規模サ高住	0.67861	2.46364	0.97007	-0.33391	-0.91212	0.39551	100	4.7
7	集合住宅型・中規模サ高住	-0.38971	-0.34206	0.16977	-0.06415	-0.43839	-3.24051	151	7.2
8	集合住宅型・小規模サ高住	0.43022	-1.01345	-4.23019	-1.03057	6.20880	-2.64032	7	0.3

1364件 64.6%

ハード要素の類型化した結果

第2章－タイプごとの特徴－「ユニット型」

33

- 1フロアごとが生活単位として計画されている。



図-共用食堂（少人数）  
[https://search.yasashiite.com/detail/homonkaigo\\_kamisyakuji/](https://search.yasashiite.com/detail/homonkaigo_kamisyakuji/)

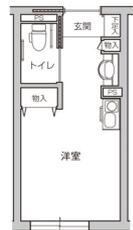
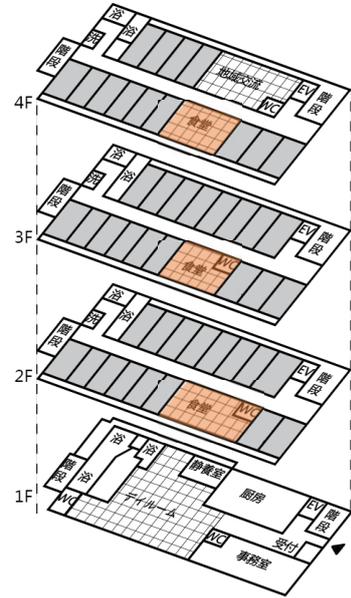
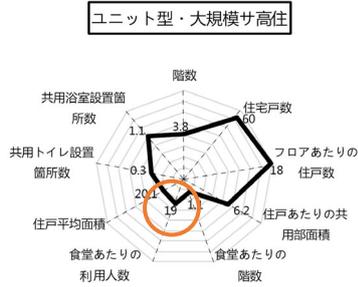


図-未完備型居室  
<https://www.mhcg.or.jp/chezmoi-nishidai/welcome/guide>



図-共用浴室（自撮り）

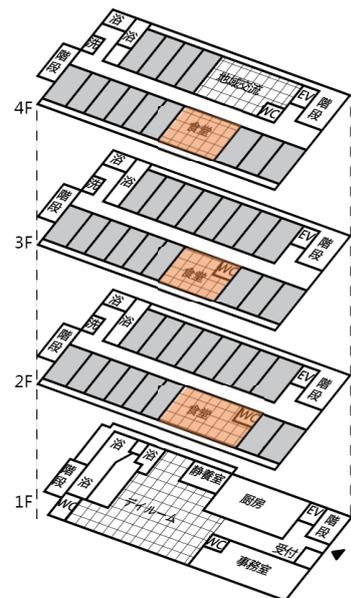
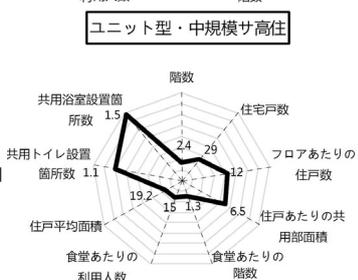
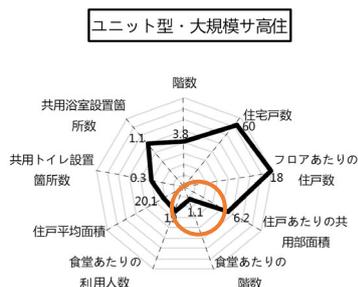
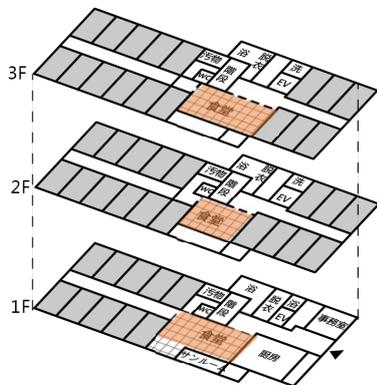


33

第2章－タイプごとの特徴－「ユニット型」

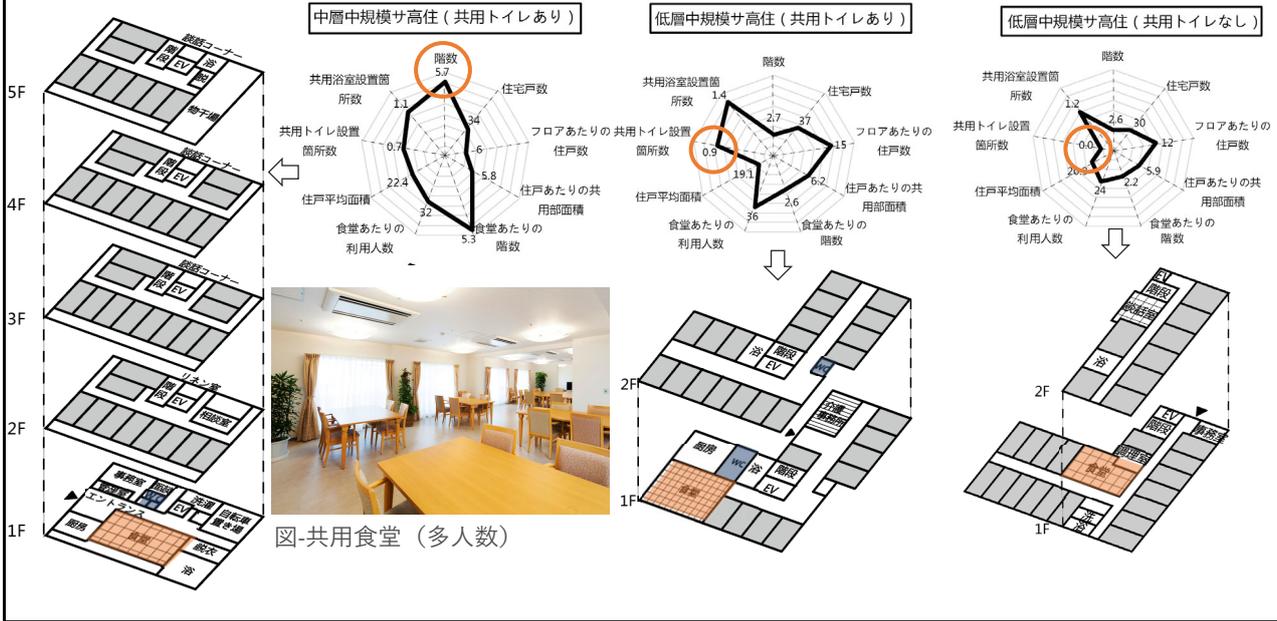
34

- 1フロアごとが生活単位として計画されている。



34

第2章－タイプごとの特徴－「30戸ほどで、食堂を集中設置する」

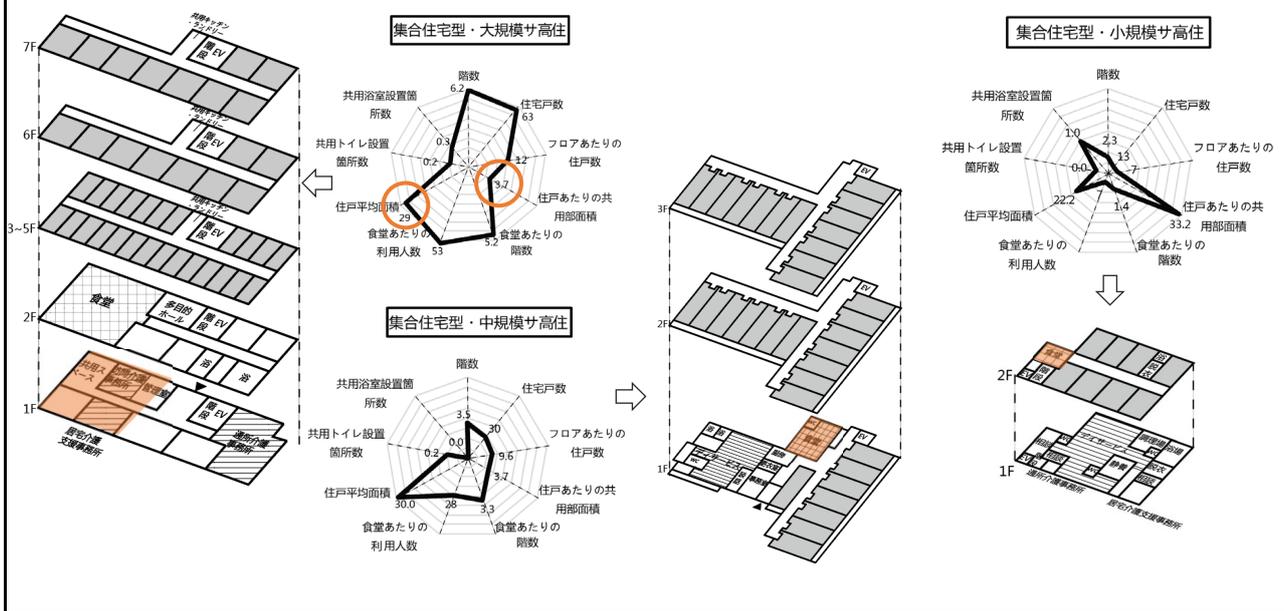


第2章－タイプごとの特徴－「集合住宅型」



## 第2章—タイプごとの特徴—「集合住宅型」

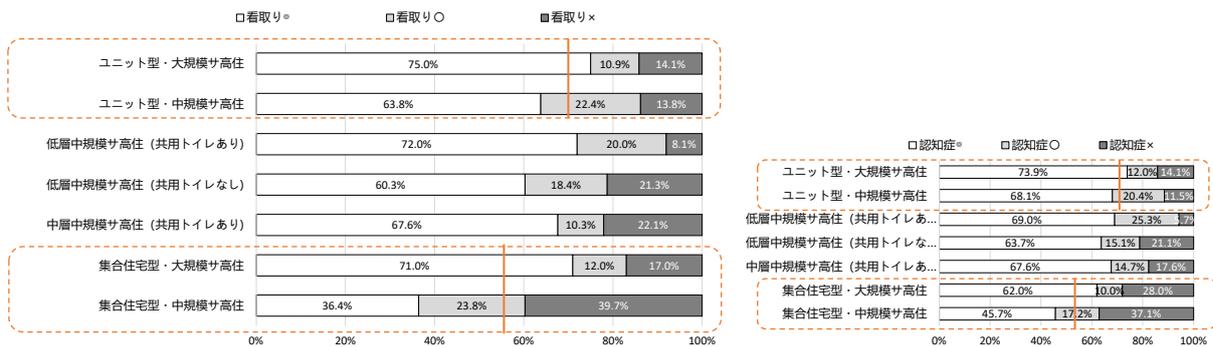
37



37

## 第2章—タイプごとの対応実態

38



■ 対応率はユニット型が最も高く、集合住宅型が低い

38

## 第2章—タイプごとの対応実態

39

	看取りの対応				重度認知症の対応		
	対応◎	対応○	対応×		対応◎	対応○	対応×
ユニット型・大規模サ高住	138 ▲	20 ▽	26	ユニット型・大規模サ高住	136 ▲	22 ▽	26
ユニット型・中規模サ高住	194	68	42	ユニット型・中規模サ高住	207	62	35 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレあり）	429 ▲	119	48 ▽	低層中規模サ高住（共用トイレあり）	411 ▲	151 ▲	34 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレなし）	422 ▽	129	149 ▲	低層中規模サ高住（共用トイレなし）	446	106 ▽	148 ▲
中層中規模サ高住（共用トイレあり）	46	7	15	中層中規模サ高住（共用トイレあり）	46	10	12
集合住宅型・大規模サ高住	71	12	17	集合住宅型・大規模サ高住	62	10 ▽	28 ▲
集合住宅型・中規模サ高住	55 ▽	36	60 ▲	集合住宅型・中規模サ高住	69 ▽	26	56 ▲

▲有意に多い,▽有意に少ない,p<.05

## ■ 共用トイレの有無が看取り・重度認知症に影響している

39

## 第2章—タイプごとの対応実態

40

	看取りの対応				重度認知症の対応		
	対応◎	対応○	対応×		対応◎	対応○	対応×
ユニット型・大規模サ高住	138 ▲	20 ▽	26	ユニット型・大規模サ高住	136 ▲	22 ▽	26
ユニット型・中規模サ高住	194	68	42	ユニット型・中規模サ高住	207	62	35 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレあり）	429 ▲	119	48 ▽	低層中規模サ高住（共用トイレあり）	411 ▲	151 ▲	34 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレなし）	422 ▽	129	149 ▲	低層中規模サ高住（共用トイレなし）	446	106 ▽	148 ▲
中層中規模サ高住（共用トイレあり）	46	7	15	中層中規模サ高住（共用トイレあり）	46	10	12
集合住宅型・大規模サ高住	71	12	17	集合住宅型・大規模サ高住	62	10 ▽	28 ▲
集合住宅型・中規模サ高住	55 ▽	36	60 ▲	集合住宅型・中規模サ高住	69 ▽	26	56 ▲

▲有意に多い,▽有意に少ない,p<.05

## ■ 低層でフロアあたりの住戸数が多いサ高住では、対応実績が高い。階ごとに職員を配置しやすく、同じ規模でも見守り、介護しやすいことがその理由と考えられる。

40

## 第2章－タイプごとの対応実態

41

	看取りの対応			重度認知症の対応		
	対応◎	対応○	対応×	対応◎	対応○	対応×
ユニット型・大規模サ高住	138 ▲	20 ▽	26	136 ▲	22 ▽	26
ユニット型・中規模サ高住	194	68	42	207	62	35 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレあり）	429 ▲	119	48 ▽	411 ▲	151 ▲	34 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレなし）	422 ▽	129	149 ▲	446	106 ▽	148 ▲
中層中規模サ高住（共用トイレあり）	46	7	15	46	10	12
集合住宅型・大規模サ高住	71	12	17	62	10 ▽	28 ▲
集合住宅型・中規模サ高住	55 ▽	36	60 ▲	69 ▽	26	56 ▲

▲有意に多い,▽有意に少ない,p<.05

41

## 第2章－タイプごとの対応実態

42

	看取りの対応			重度認知症の対応		
	対応◎	対応○	対応×	対応◎	対応○	対応×
ユニット型・大規模サ高住	138 ▲	20 ▽	26	136 ▲	22 ▽	26
ユニット型・中規模サ高住	194	68	42	207	62	35 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレあり）	429 ▲	119	48 ▽	411 ▲	151 ▲	34 ▽
低層中規模サ高住（共用トイレなし）	422 ▽	129	149 ▲	446	106 ▽	148 ▲
中層中規模サ高住（共用トイレあり）	46	7	15	46	10	12
集合住宅型・大規模サ高住	71	12	17	62	10 ▽	28 ▲
集合住宅型・中規模サ高住	55 ▽	36	60 ▲	69 ▽	26	56 ▲

▲有意に多い,▽有意に少ない,p<.05

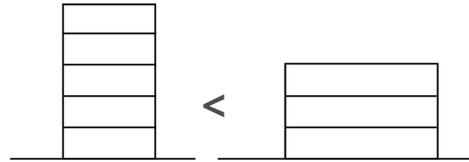
- 住戸数が多くなれば看取り・重度認知症の対応率が高くなる。  
一定の入居者数を確保することで職員数を増やせることがその理由だと考えられる。

42

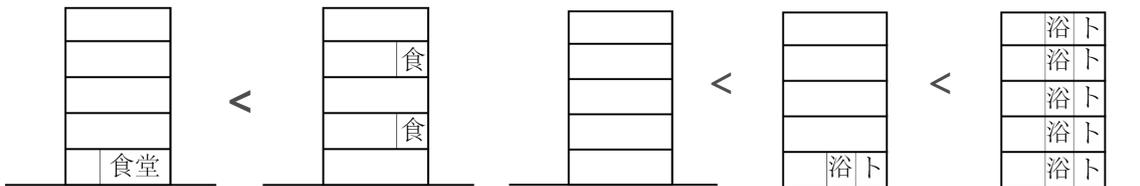
規模（住戸数、階数、フロアあたりの住戸数）、生活単位（食堂あたりの利用人数）、共用設備（トイレ、浴室）は看取り、重度認知症の対応との相関関係がある



➤ 一定の入居者数を確保することで対応可能性が高まる。



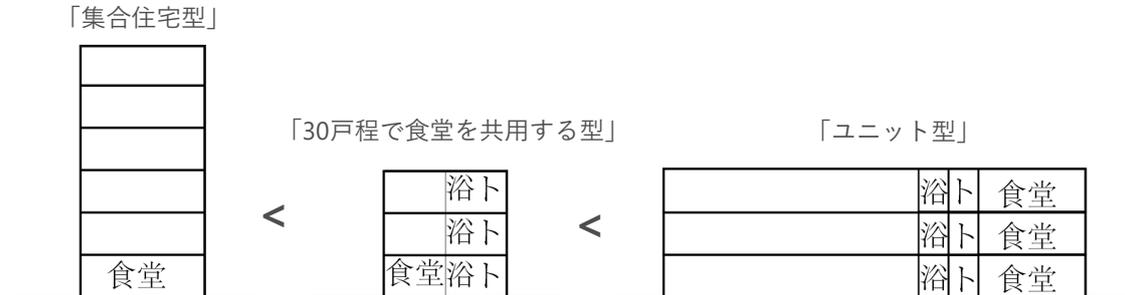
➤ 低層で、フロアあたりの住戸数が多いタイプが対応しやすい。



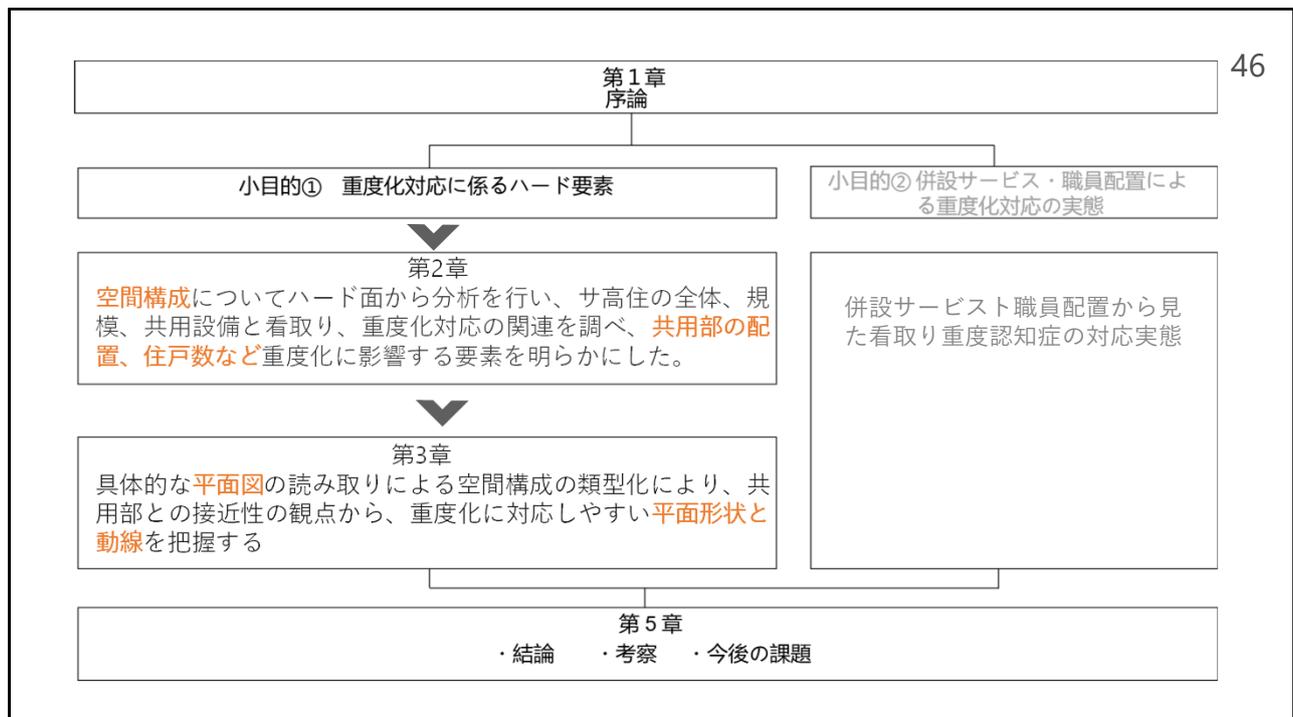
➤ 食堂が複数箇所に設置することで重度化対応を向上させる可能性がある。

➤ 共用トイレ、浴室を分散設置することで重度化対応を向上させる可能性がある。

■ 共用部の充実は重度化対応を向上させる



- 介護施設の空間構成と似ている「ユニット型・大規模サ高住」は看取りや重度認知症への対応しやすい



## 小目的 1：重度化に係るハード要素

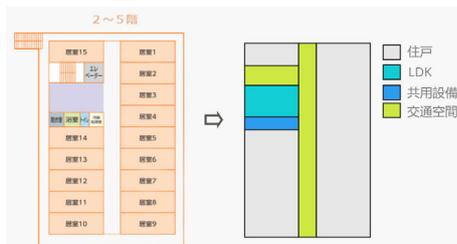
3章では、サ高住の平面構成と共用設備の位置関係に注目して、

- ①平面構成の類型と特徴を把握し、
- ②各共用設備の位置関係及び平面構成との対応関係の傾向
- ③平面構成、共用設備の位置関係と併設サービスの関係性

を把握したうえで、それらが重度化対応への影響を明らかにする。

## ホームページから442件の平面図を収集する

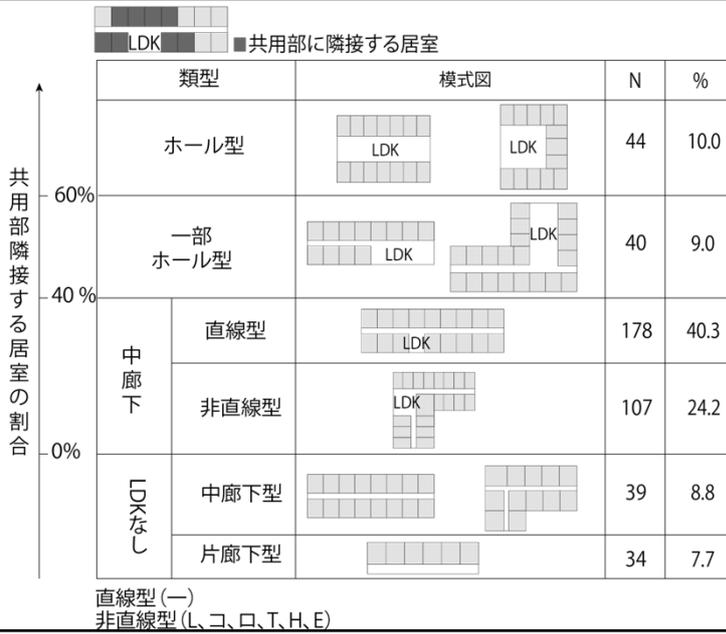
- 居住階を図式化
- 平面構成の要素抽出
- 空間の位置関係



番号	戸数/階数	住戸	LDK	共用設備	交通空間	平面図	HP
321	50/3	1	1	1	1		
322	30/2	1	1	1	1		
323	34/3	1	1	1	1		
324	6/3	1	1	1	1		
325	19/1	1	1	1	1		
326	40/2	1	1	1	1		
327	46/6	1	1	1	1		
328	47/4	1	1	1	1		
329	29/3	1	1	1	1		
330	28/3	1	1	1	1		
331	75/4	1	1	1	1		
332	27/2	1	1	1	1		
333	45/4	1	1	1	1		
335	48/3	1	1	1	1		
336	52/3	1	1	1	1		
337	40/2	1	1	1	1		
338	43/2	1	1	1	1		
339	25/2	1	1	1	1		
340	45/4	1	1	1	1		
341	60/3	1	1	1	1		
343	33/3	1	1	1	1		
349	40/2	1	1	1	1		
350	60/6	1	1	1	1		
351	13/2	1	1	1	1		
352	14/1	1	1	1	1		
353	29/2	1	1	1	1		
354	22/1	1	1	1	1		
355	37/3	1	1	1	1		
356	19/2	1	1	1	1		
357	50/4	1	1	1	1		
358	23/2	1	1	1	1		
359	23/1	1	1	1	1		
360	19/2	1	1	1	1		
361	29/2	1	1	1	1		
362	8/2	1	1	1	1		
363	63/6	1	1	1	1		
364	31/7	1	1	1	1		
365	78/7	1	1	1	1		
366	17/1	1	1	1	1		
367	28/2	1	1	1	1		
368	10/1	1	1	1	1		

第3章－平面構成の種類

49

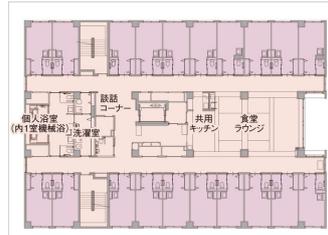
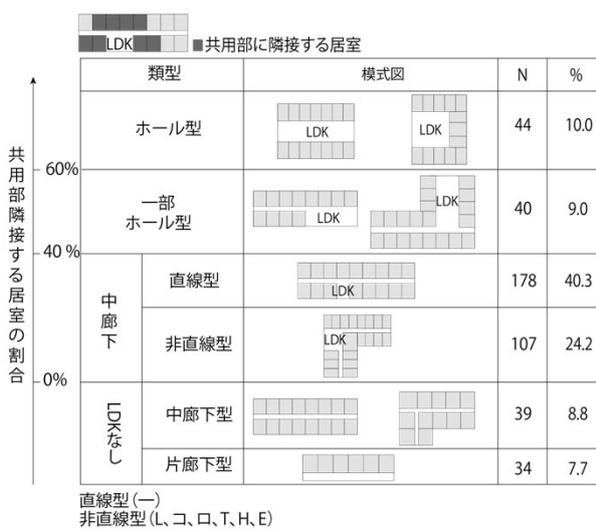


サ高住の9割以上がホール型、中廊下型で、密度の高い平面構成として計画されている実態を把握した。

49

第3章－平面構成の種類

50



<https://www.frontier-ph.com/main.cgi?c=4/5/4:3#info>



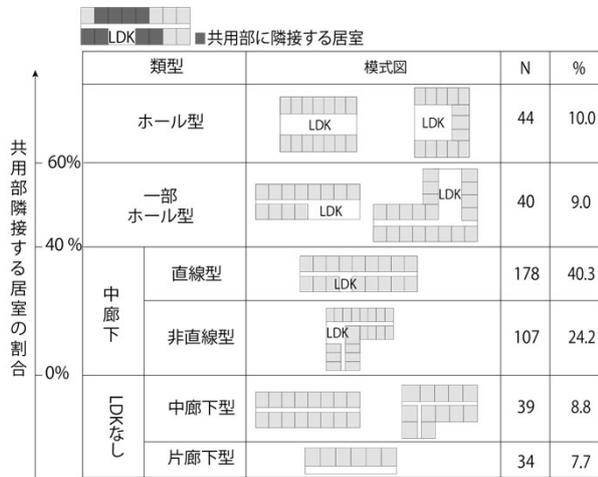
図・共用食堂 (自撮り)

■ 「ホール型」は住戸が共用部を中心に配置され、視線が通りやすい平面構成

50

### 第3章－平面構成の類型

51



<https://www.koureisha-jutaku.com/socosmo/facility/8127>

<https://lakes21.co.jp/facility/detail/sh-tsugaekimae/>

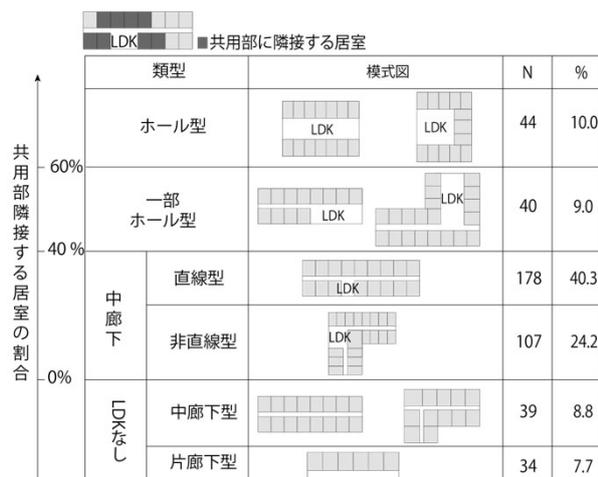
直線型(—)  
非直線型(L, コ, ロ, T, H, E)

■ 「一部ホール型」は一部の住戸が共用部を中心に配置される

51

### 第3章－平面構成の類型

52



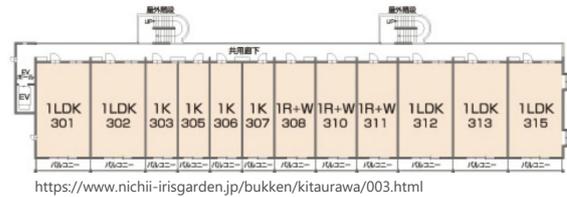
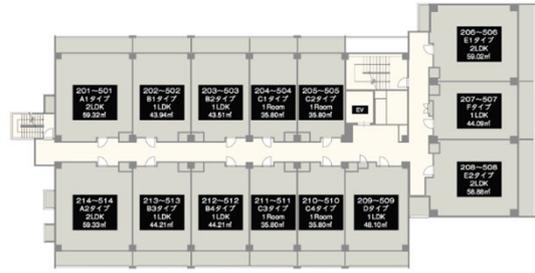
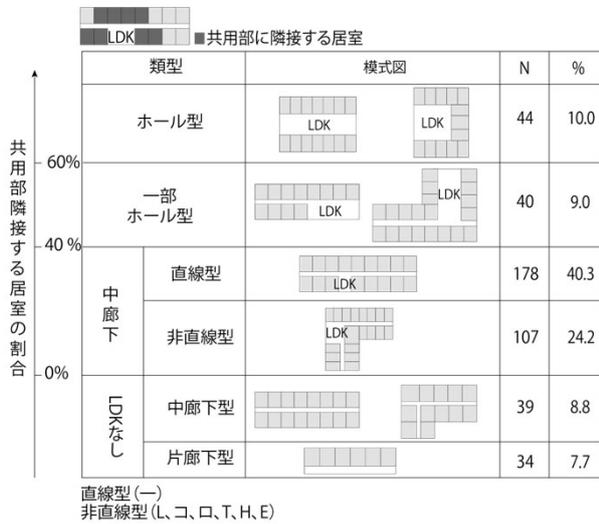
<https://www.nishinokyo.or.jp/kaigo/mahoroba/common/index.html>

直線型(—)  
非直線型(L, コ, ロ, T, H, E)

■ 「中廊下・非直線型」は大規模、フロア当たりの住戸数が多い。

52

### 第3章－平面構成の類型



■ 「LDKなし型」は共用部が狭く、住戸が広く、一般的な集合住宅にちかい

### 第3章－共用設備の位置関係

スタッフルームと居室					
同階		別階			
①	②	③	④	⑤	⑥
「全て同階・隣接」 N=94 21.3%	「全て同階・分散」 N=111 25.1%	「スタッフルーム以外同階 (共用トイレ・浴室有)」 N=125 28.3%	「スタッフルーム以外同階 (共用トイレ・浴室なし)」 N=39 8.9%	「スタッフルーム・LDK 1階/ 共同浴室・トイレ同階」 N=29 6.5%	「スタッフルーム・LDK 1階 (共用トイレ・浴室なし)」 N=44 9.9%

スタッフルーム
 LDK
 共用トイレ
 共用浴室

短 ← 移動距離 → 長

■ 移動距離は①から⑤の順番に広がると考えられる

### 第3章－平面類型と共用設備の位置関係

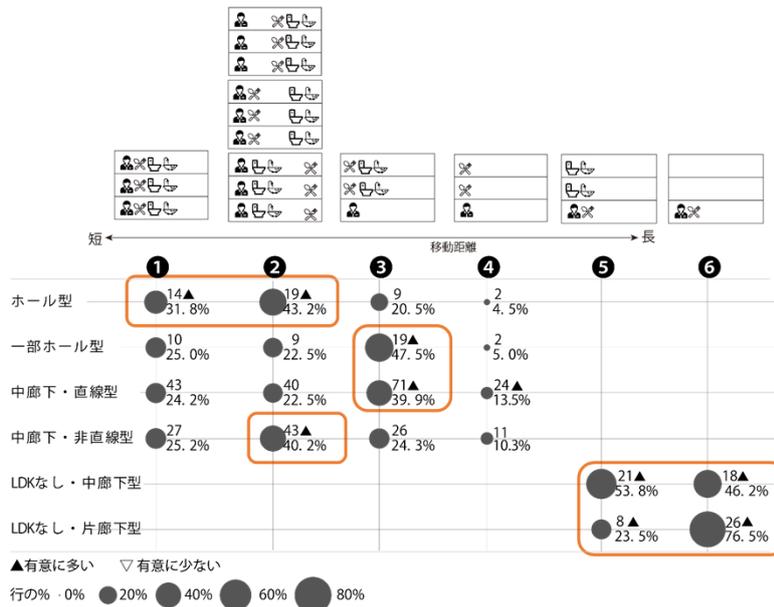
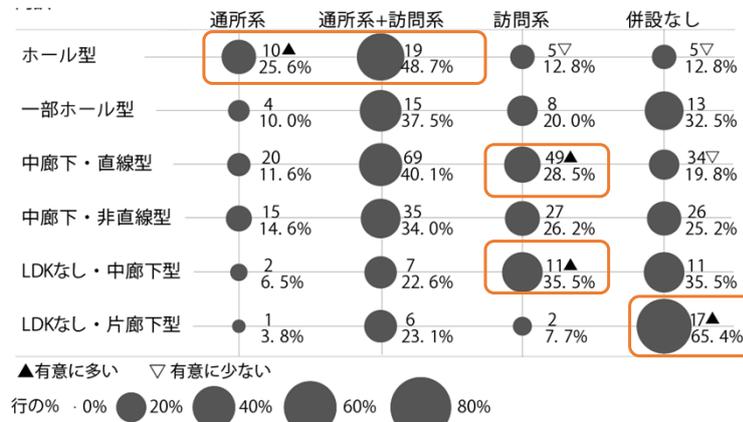


図-スタッフルーム (自撮り)

- ホール型は各階にLDK、トイレ・浴室の共用設備と**スタッフルーム**も隣接して設置され
- 一部ホール型、中廊下・直線型はスタッフルーム以外の共用設備が各階に設置され、

### 第3章－平面構成と併設サービスの関連性



- ホール型では「通所系」と「通所系+訪問系」、
- 中廊下・直線型とLDKなし・中廊下型では「訪問系」が相対的に増える
- LDKなし・片廊下型ではサービスが**併設されない**

第3章－共用設備の位置関係と看取り・重度認知症対応の関係性

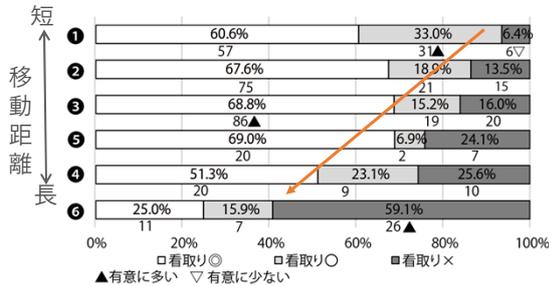


Fig.12 各空間の位置関係と看取り対応

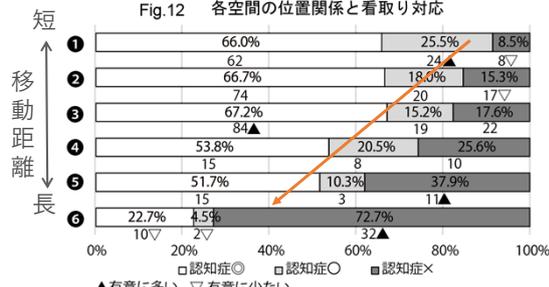
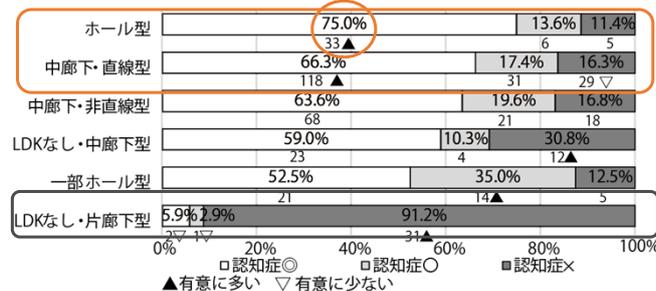
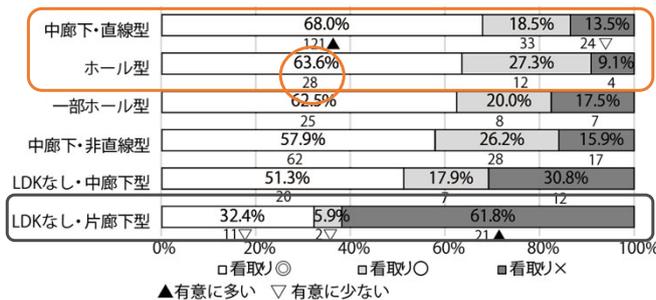


Fig.13 各空間の位置関係と重度認知症対応

- おおむね①から⑤まで移動距離が広がるほど非対応が増加する。
- 入居者の生活上の移動距離がコンパクトで、かつ、介護上の機能が近接して配置された空間構成で、看取り・重度認知症への対応が行われている。

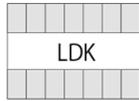
第3章－平面類型と看取り・重度認知症対応の関係性



- ホール型と中廊下・直線型では看取り・重度認知症対応が相対的に実施され、
- 片廊下型では実施されにくい。
- ホール型は重度認知症への対応率が顕著に高いが、看取りへの対応に統計的に有意な差異は確認されなかった。

## 第3章一小結

59



<https://kaigo.homes.co.jp/facility/detail/f=57744/page=blog/37554/>



<https://jos-senior.com/facilities/5866/>

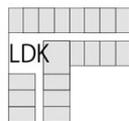
**ホール型**はスタッフと共用設備が同階に充実に配置され、動線が短い構成を持つ。通所系と訪問系の複数のサービスが提供されている。

スタッフが入居者の状況を把握しやすく、全体的な状態管理が行いやすい環境を提供している。特に、重度認知症への対応率が高く、効果的なサポートが可能。

59

## 第3章一小結

60



<https://www.roujinhome-soudan-plaza.com/facility/detail3377>



<https://e-nursingcare.com/facility/a8077ad3-309e-44cd-a41d-0c0d4c2e8279>

**中廊下の3類型**（直線、非直線、LDKなし）は、重度化への対応が住戸面積や平均要介護度によって影響を受けており、訪問系の併設が多く、訪問系事業所からスタッフを派遣し、重度化対応が行われていることが推測できる。

60

## 第3章一小結

61



図-廊下（自撮り）

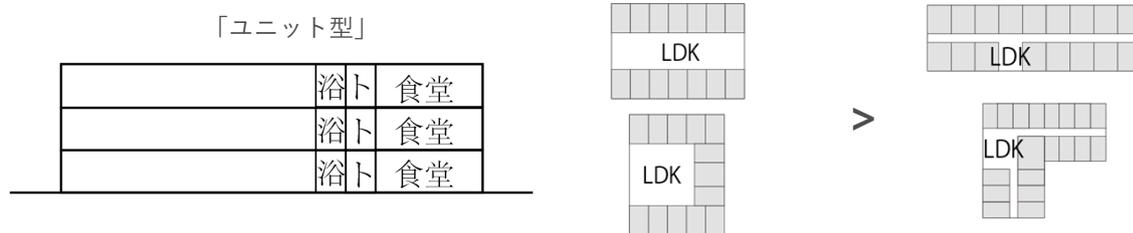


**LDKなし・片廊下型**は共用トイレ・浴室が設置されず、スタッフルームと共用LDKが建物の1階に設置され、集合住宅に近い平面構成で、サービス提供が行われおらず、重度化対応しにくい。

61

## 第3章一小結

62



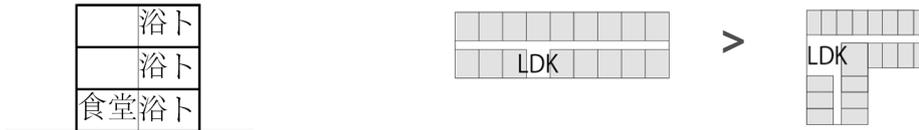
- 同じユニット型の空間構成でも、「ホール型」は「廊下型」より対応力が優れている

62

## 第3章一小結

63

「30戸程で食堂を共用する型」



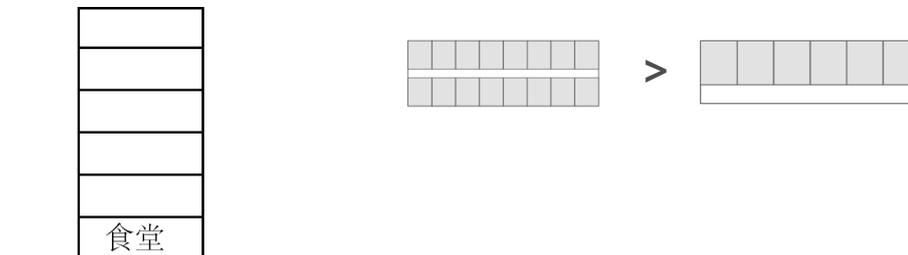
- 同じ約30戸のサ高住であっても、直線型よりも非直線型が対応力が優れている。

63

## 第3章一小結

64

「集合住宅型」



- 「集合住宅型」のサ高住の場合、中廊下型が片廊下型より一定の対応が可能だと考えられる。」

64



## 課題①の2110件のサ高住で、特定施設を除く2042件

- 運営情報
  - 必須サービス、入居者情報など
- 登録情報
  - 住戸数、住戸面積など



Table1 看取り・重度認知症の対応実態

		符号	件数	%
看取り	対応可	実績あり 看取り◎	1313	64.3%
		実績なし 看取り○	374	18.3%
	非対応	看取り×	355	17.4%
重度認知症	対応可	実績あり 認知症◎	1335	65.4%
		実績なし 認知症○	378	18.5%
	非対応	認知症×	329	16.1%

## 7つの主要な併設サービスの組み合わせ

併設サービス	度数	%
訪問介護	961	47.1%
通所介護	827	40.5%
居宅介護支援	519	25.4%
訪問看護	191	9.4%
小規模多機能型居宅介護	120	5.9%
診療所	89	4.4%
食事サービス	88	4.3%
短期入所生活介護	85	4.2%
定期巡回・随時対応型訪問介護	83	4.1%
通所リハビリテーション	67	3.3%
認知症対応型共同生活介護	52	2.5%
福祉用具貸与	46	2.3%
複合型サービス	29	1.4%
認知症対応型通所介護	20	1.0%
病院	20	1.0%
特定施設入居者生活介護	20	1.0%
地域密着型生活介護	12	0.6%
その他	163	8.0%

**訪問介護**：自宅を直接訪問して、入浴、排せつ、食事等の介助などの「身体介護」や調理、洗濯、掃除等の家事といった「生活援助」を行う。

**通所介護**：デイサービスセンター等へ通い、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練を日帰りで行う。

**居宅介護支援**：居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整や介護保険施設への紹介を行う

**訪問看護**：看護師が居宅を訪問して、主治医の指示や連携により行う看護

**小規模多機能居宅介護**：利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または拠点へ通い、短期宿泊を行う

**定期巡回（定期巡回・随時対応型訪問介護）**：1日のうちに数回訪問を受けられることと、医療にかかわる訪問看護も同時に利用できる

**通所リハビリ（通所リハビリテーション）**：拠点へ通い、専門的なりハビリを受けることで、身体機能の維持や回復を目指すサービス

第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせ

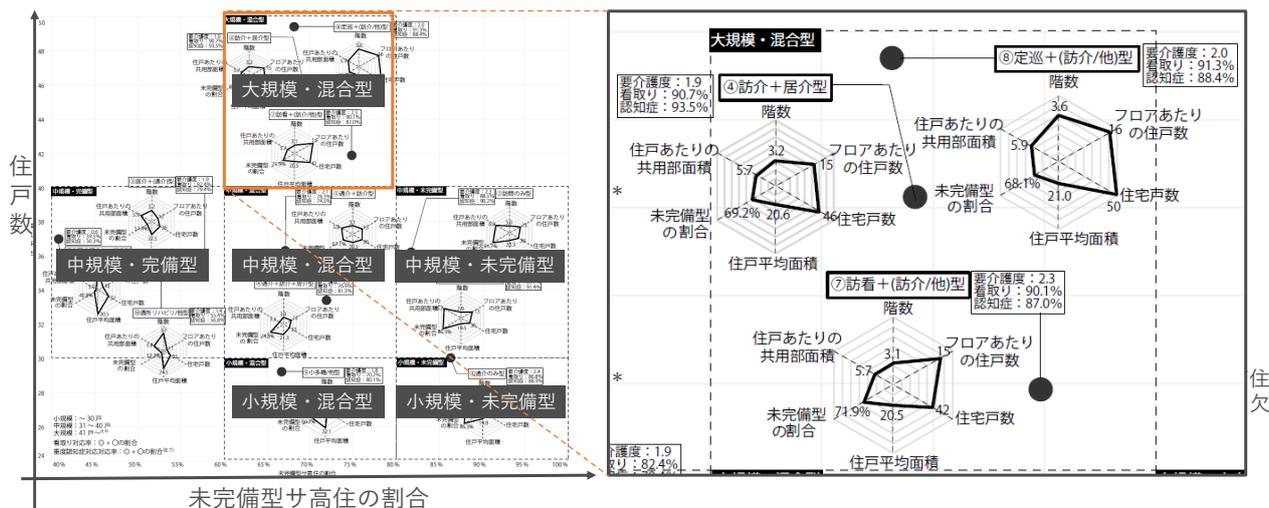
7つの主要な併設サービスの組み合わせ

併設サービス	度数	%
訪問介護	961	47.1%
通所介護	827	40.5%
居宅介護支援	519	25.4%
訪問看護	191	9.4%
小規模多機能型居宅介護	120	5.9%
診療所	89	4.4%
食事サービス	88	4.3%
短期入所生活介護	85	4.2%
定期巡回・随時対応型訪問介護	83	4.1%
通所リハビリテーション	67	3.3%
認知症対応型共同生活介護	52	2.5%
福祉用具貸与	46	2.3%
複合型サービス	29	1.4%
認知症対応型通所介護	20	1.0%
病院	20	1.0%
特定施設入居者生活介護	20	1.0%
地域密着型生活介護	12	0.6%
その他	163	8.0%



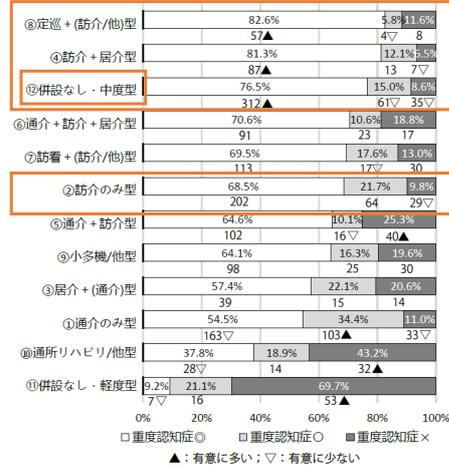
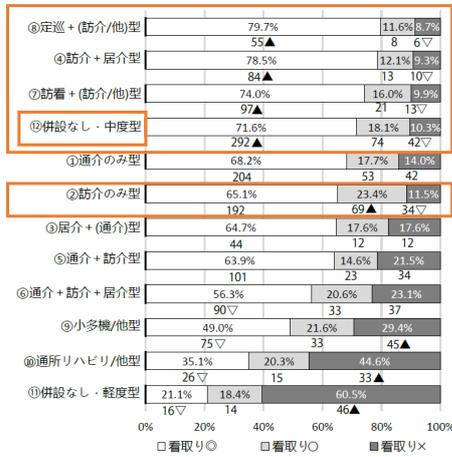
類型	件数	%
① 通介のみ型	299	14.6%
② 訪介のみ型	295	14.4%
③ 居介+(通介)型	68	3.3%
④ 訪介+居介型	107	5.2%
⑤ 通介+訪介型	158	7.7%
⑥ 通介+訪介+居介型	160	7.8%
⑦ 訪看+(訪介/他)型	131	6.4%
⑧ 定巡+(訪介/他)型	69	3.4%
⑨ 小多機/他型	153	7.5%
⑩ 通所リハビリ/他型	74	3.6%
⑪ 併設なし・軽度型	76	3.7%
⑫ 併設なし・中度型	408	20.0%
⑬ その他	44	2.2%

第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせごとのハードの特徴



■ 訪問系サービスを併設するサ高住の規模が大きい

第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせと看取り・重度認知症の対応

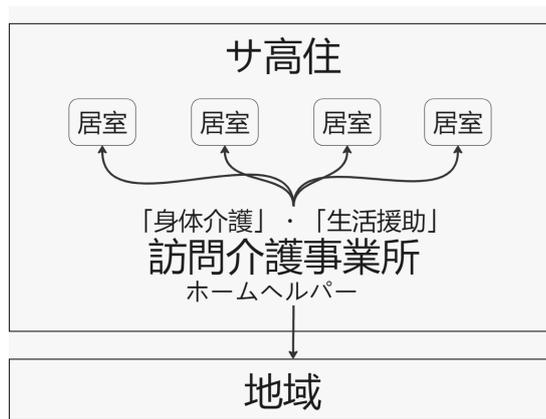


■ 訪問系サービスを併設するサ高住で看取り・重度認知症に対応している

第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせと看取り・重度認知症の対応



ケアプランの作成  
介護保険サービス提供事業所  
との連携・調整



24時間・365日  
数回訪問  
医療サービス

居宅介護支援

訪問介護

定期巡回

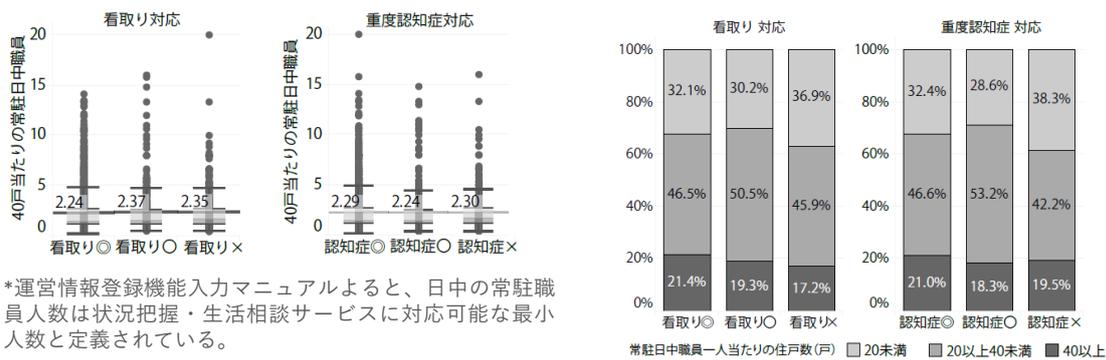
<https://hinode.or.jp/establishment/teiki-asagiri/>

第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせと看取り・重度認知症の対応

看取り	①		②		③		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨		⑩		⑪		⑫	
	通介のみ型	訪介のみ型	居介+(通介)型	訪介+居介型	通介+訪介型	通介+訪介+居介型	訪看+(訪介/他)型	定通+(訪介/他)型	小多機/他型	通所リハビリ/他型	併設なし・軽度型	併設なし・中度型												
	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%	N	対応率%
階数	1~2 20485.3		11387.6		32 87.5		37 89.2		69 78.3		70 77.1		58 91.4		22 95.5		72 68.1		23 60.9		30 46.7		18386.3	
	3~4 68 88.2		15687.8		26 73.1		55 90.9		65 84.6	*	69 79.7		57 91.2		32 84.4		58 70.7		34 58.8		20 35.0		17590.9	**
	5~ 27 85.2		26 96.2		10 90.0		15 93.3		24 62.5	*	21 66.7		16 81.3		15 100.0		23 78.3		17 41.2		26 34.6		50 98.0	
住宅戸数	~20 81 72.8	**	26 73.1	**	15 86.7		10 80.0		40 82.5		43 81.4		20 75.0	**	3 100.0		59 76.3		23 47.8		15 53.3		71 84.5	*
	21~40 18091.7	**	18388.5	**	32 78.1		43 90.7		69 72.5		75 77.3		57 87.7	*	31 90.3		63 61.9		26 57.7		43 32.6		21788.5	*
	41~ 38 86.8		86 93.0		21 85.7		54 92.6		49 83.7		42 71.4		54 98.1	*	35 91.4		31 77.4		25 60.0		18 44.4		12095.0	
フロア当りの住戸数	~10 77 76.6	**	66 83.3		22 72.7		20 85.0		43 69.8		55 76.4		33 78.8	*	16 100.0		83 75.9		34 35.3	**	38 36.8		10487.5	
	11~20 19789.3	**	21191.0		41 87.8		74 91.9		10682.1		92 77.2		77 92.2	*	44 88.6		60 63.3		35 71.4	**	35 40.0		25889.9	
	21~ 25 88.0		18 77.8		5 80.0		13 97.3		9 77.8		13 76.9		21 100.0	*	9 88.9		10 70.0		5 80.0		3 66.7		46 93.5	
住戸平均面積	~20 24187.1		21490.7		28 89.3		66 92.4	**	99 87.9		96 78.1		80 90.0		43 95.3		85 74.1		27 70.4		11 45.5		33290.4	
	20~25 32 75.0		50 88.0		23 73.9		24 83.3	*	43 58.1		41 78.0		38 86.8		18 88.9		40 72.5		25 64.0	**	23 39.1		45 86.7	
	25~ 26 88.5		31 74.2		17 82.4		17 94.1		16 75.0		23 69.6		13 100.0		8 75.0		28 57.1		22 27.3	**	42 38.1		31 87.1	
サ高住類型	未完備型 25886.8		24190.5		39 82.1		74 91.9		10681.1		11579.1		98 90.8		47 91.5		10274.5		39 66.7		31 45.2		35291.2	**
	混合型 22 77.3		31 83.9		12 75.0		13 92.3		47 76.6		30 73.3		25 84.0		18 94.4		30 70.0		20 55.0	**	10 40.0		32 78.1	
	完備型 19 84.2		23 73.9		17 88.2		20 85.0		5 40.0		15 66.7		8 100.0		4 75.0		21 32.4		15 26.7	*	35 34.3		24 83.3	
住戸あたりの共用部面積	~4 62 88.7		35 71.4		19 89.5		25 88.0		28 64.3		33 69.7		25 92.0		11 63.6		37 59.5		18 38.3		34 29.4		54 85.2	
	4~7 15388.9		19890.4	**	32 75.0		57 94.7		97 80.4		10179.2		76 93.4		43 95.3		75 70.7		38 63.2		27 44.4		24191.3	
	7~ 84 78.6		62 91.9	**	17 88.2		25 84.0		33 84.8		26 76.9		30 80.0		15 100.0		41 80.5		18 61.1		15 53.3		11388.5	
食堂あたりの利用人数	~20 12479.0	**	56 85.7		26 73.1		24 87.5		75 85.3		90 82.2		55 80.0	**	27 96.3		86 76.7		39 64.1		19 36.8		11779.5	**
	21~40 15691.0		16887.5		31 83.9		39 92.3		52 69.2		53 67.9		58 96.6	*	27 92.6		50 60.0		25 52.0		43 39.5		22992.1	**
	41~ 19 89.5		71 93.0		11 100.0		44 90.9		31 77.4		17 76.5		18 100.0	*	15 80.0		17 70.6		10 30.0		14 42.9		62 100.0	**
共用なしトイレ	なし 14385.3		94 78.7		38 76.3		43 83.7	*	81 69.1	**	82 72.0		63 87.3		43 86.0	*	91 69.2		47 55.3		57 40.4		15082.7	**
	あり 15686.5		20193.0	**	30 90.0		64 95.3	*	77 88.3	*	78 82.1		68 92.6		26 100.0	*	62 72.6		27 55.6		19 36.8		25893.8	**
共用浴室なし	なし 20 85.0		17 64.7	**	6 83.3		5 60.0	*	9 77.8		16 56.3	*	6 100.0	*	0 0.0		20 55.0		10 10.0	**	28 35.7		12 75.0	
	あり 27986.0		27889.9	**	62 82.3		10292.2	*	14978.5		14479.2	*	12589.6		69 91.3		13372.9		64 62.5	**	48 41.7		39690.2	

■ 集合住宅に似るサ高住は訪問介護と居宅介護支援、または訪問看護の組み合わせにより、対応が可能になる。

第4章の研究結果—日中職員配置と看取り・重度認知症対応

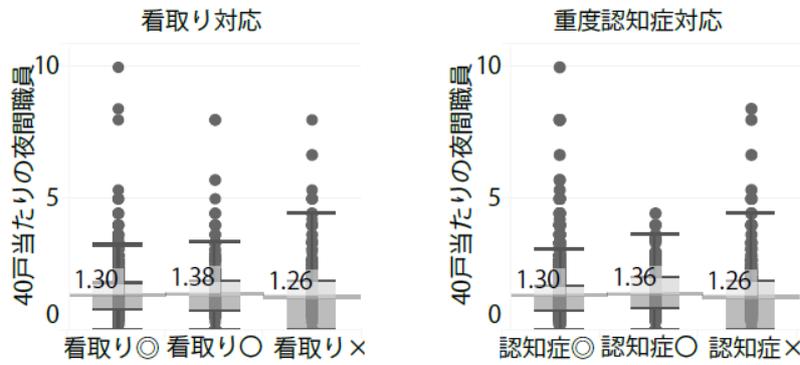


\*運営情報登録機能入力マニュアルによると、日中の常駐職員人数は状況把握・生活相談サービスに対応可能な最小人数と定義されている。

■ 日中常駐職員人数と看取り・重度認知症対応の関係が弱い

第4章の研究結果—夜間職員配置と看取り・重度認知症対応

75



■ 夜間職員人数と看取り・重度認知症対応の関係が弱い

75

第4章の研究結果—夜間職員配置と看取り・重度認知症対応

76

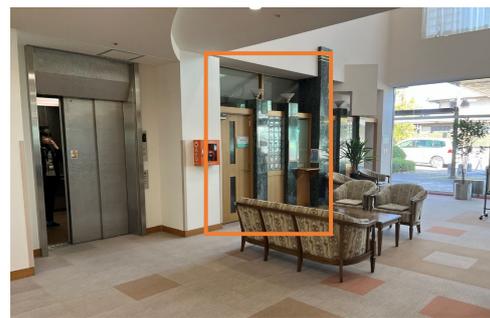
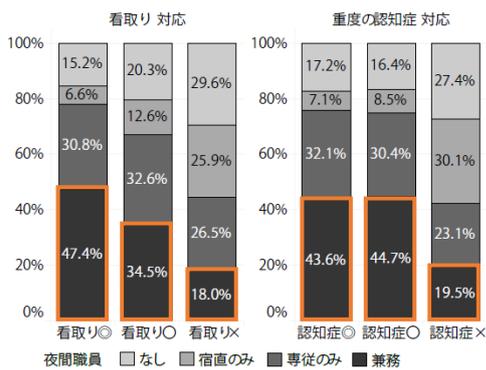


図-宿直室（自撮り）

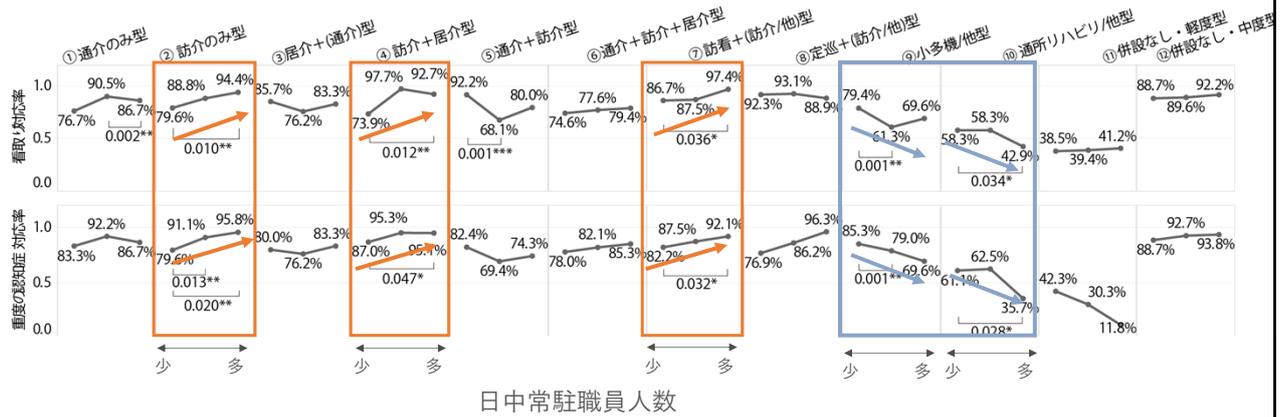
\*専従：サ高住の状況把握・生活相談サービスのみに従事する勤務形態、  
 \*兼務：訪問介護サービスなど、他の兼務にも従事する可能性がある勤務形態、  
 \*宿直：夜間は仮眠を取り、夜間の緊急時対応や2～3回の見回りなどを行う勤務形態である。

■ 夜間職員が「兼務」の場合に看取り・重度認知症が進んでいる

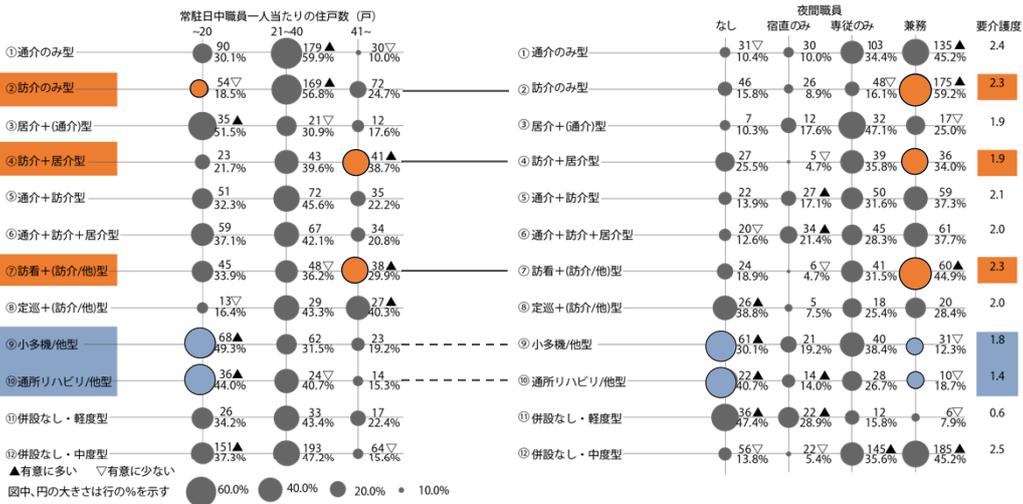
76

第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせと職員配置

原因



第4章の研究結果—併設サービスの組み合わせと職員配置



■ 訪問系サービスを併設するサ高住は「兼務」によって重度化を支える。

## 第4章 一 小結

79



図-併設する訪問介護・看護事業所（自撮り）

図-併設する小規模多機能居宅介護  
<https://www.tanashi-hospital.or.jp/facility/midorinoki.html>

- **訪問系サービス**を併設するサ高住は規模が大きく、平均要介護度が高く、**兼務**している職員人数が多く、看取り・重度認知症に対応している
- **通所リハビリ**、**小規模多機能**を併設するサ高住は平均要介護度が低く、夜間職員がなし、または宿直のみの場合が多く、看取り・重度認知症に対応していない実態を把握した。



- サービスの種類と職員の配置には密接な関係があり、訪問系サービスは職員の不足を職員の兼務によって効果的に補完できることを明確した。

79

## 報告の流れ

80

- **序論** 研究背景 研究の目的 研究構成と進捗報告
- **第2章（課題1）** ハード要素と類型化から見た看取り・重度認知症の対応実態
- **第3章（課題2）** 平面構成と共用設備の分布から見た看取り・重度認知症の対応実態
- **第4章（課題3）** 併設サービスと職員配置から見た看取り・重度認知症の対応実態
- **第5章（結論）**

80

## 結論

81

小目的① 重度化に対応できるサ高住のハード要素、空間構成、平面構成を明らかにした

## 第2章

- 一定の住戸数を確保し、
- フロアごとに、一定の住戸数が配置され、
- 共用部が確保
- 階ごとに共用部が配置されるユニット型

## 第3章

- 共用トイレ・浴室、食堂、スタッフルームが同階に設置され
- 動線が短い平面構成
- 居室、スタッフルームと共用部が近接に配置される。

小目的② 重度化に対応できるサ高住の併設サービスの種類や組み合わせ、職員の種類を明らかにした。

## 第4章

- 訪問介護と居宅介護支援、定期巡回の組み合わせを併設し、
- 職員が兼務する

81

## 結論

82

## 第2章

- 一定の住戸数を確保し、
- フロアごとに、一定の住戸数が配置され、
- 共用部が確保
- 階ごとに共用部が配置されるユニット型

## 第3章

- 共用トイレ・浴室、食堂、スタッフルームが同階に設置され
- 動線が短い平面構成
- 居室、スタッフルームと共用部が近接に配置される。

- 同じ空間構成でも、平面構成による対応力が違う。
- 同じ階ごとに共用部が設置されたユニット型の空間構成は共用部、居室とスタッフルームが近接に配置されること、
- 同じ約30戸、一般的なサ高住であっても、非直線よりも直線型、
- 集合住宅に似るサ高住は片廊下型よりも中廊下の平面構成。

82

## 結論

83

## 第3章

- 共用トイレ・浴室、食堂、スタッフルームが同階に設置され
- 動線が短い平面構成
- 居室、スタッフルームと共用部が近接に配置される。

## 第4章

- 訪問介護と居宅介護支援、定期巡回の組み合わせを併設し、
- 職員が兼務する

- **ホール型**は多様なサービスが提供され、各併設サービスでも重度化への対応が行われている。
- **中廊下・直線型**は住戸が狭く、居住階にスタッフルーム以外の共用設備が配置され、**訪問系サービス**を併設する場合に、看取り・重度認知症の対応が向上される。

83

## 結論

84

## 「ホール型」の平面構成は軽度から重度まで多様な入居者に対応可能

- フロアごとに共用部が配置され、居室、スタッフルームが近接に配置され、視線が通りやすく、安否確認の機会が増え、状況の把握が容易である。併設サービスにもかかわらず、軽度から重度まで柔軟に対応できる。

## 一般的なサ高住が重度化対応力が向上される可能

- 30戸ほど、中廊下型のサ高住は、低層、フロア当たりの住戸数が多く、共用設備がフロアごとに設置し、訪問系サービスと併設する場合に重度化への対応力が向上されるといえる。

## 「集合住宅型」のサ高住が重度化対応への可能

- 一定の住戸数を確保し、訪問系サービスの組み合わせを併設する場合は看取り対応が可能になる。

84

## 今後の課題

85

## フレキシブルな空間デザインの採用

ホール型の見守りのしやすさを取り入れながら、生活の場にふさわしく、一望監視の空間にすることなく、入居者の**多様な生活と重度化対応のニーズを両立**させる方法。

## 地域ケアシステムへの統合

**地域**の医療機関や福祉サービスとの**緊密な連携**を促進し、入居者が必要なサポートを受けられるようなネットワークを構築する方法。

## 最新技術の活用

ICTやセンサー技術など**最新技術**を適切に取り入れながら個別のニーズに応じていくサ高住のあり方。

85

86

## ご清聴ありがとうございました

## 謝辞

高齢者住宅協会から貴重な登録情報と運営情報の提供により、研究を円滑に進めることができました。ご協力に深く感謝申し上げます。

86