

博士論文

過疎地域における高齢者通所介護施設の整備運営組織に関する研究

(Study on the Organization for the Establishment and Management of
Day Care Facility for the Elderly in Rural Area)

2017 年 3 月

三島 幸子

山口大学大学院理工学研究科

目次

第1章 序論

1.1 研究の背景と政策の現状	2
1.2 高齢者福祉施設の介護保険サービス体系	6
1.3 通所介護施設の整備課題	8
1.4 既往研究	10
1.5 本論の目的	14
1.6 研究方法	15
1.7 論文の構成	17
1.8 語句説明	19
参考文献	22

第2章 高齢者通所介護施設の整備状況と需要推計

2.1 全国と山口県の人口推移	27
2.2 山口県と全国の通所介護施設の供給動向	28
2.3 要介護認定者数の推計方法	32
2.4 山口県の要介護認定者数の推計	42
2.5 充足率・サービス利用率・施設利用率の推計と制度改正前後の施設経営採算の比較	
(1) 充足率の定義と推計結果	46
(2) サービス利用率の定義と推計結果	47
(3) 施設利用率の定義と推計結果	49
(4) 充足率、サービス利用率及び施設利用率の関係	50
2.6 制度改正前後の施設経営採算の比較	
(1) 経営採算モデルの設定	53
(2) 経営採算のケーススタディ	58
2.7 得られた知見	60

第3章 運営主体からみた通所介護施設の立地特性

3.1 運営主体の介護事業運営方式	63
3.2 通所介護施設運営主体の介護事業展開	65
3.3 運営方式と施設立地の地域的特徴	
(1) 高齢者人口からみた地域類型	68
(2) 地域特性と運営主体の施設整備の特徴	70
(3) NPO 法人と社協等の立地動向	72
3.4 中山間地域における施設立地	
(1) 単独型施設の建築形態と地域類型の関係	74

(2) 中山間地域における施設の立地場所	77
(3) 山間地域立地施設の事例分析	79
3.5 得られた知見	81
3.6 地域特性に応じた施設整備の課題と展望	82
 第4章 社会福祉法人による基幹施設及びサテライト型施設併設型の整備手法 －阿武町の事例－	
4.1 調査対象地の概要	85
4.2 施設整備プロセスと施設整備水準の推移	87
4.3 施設概要と平面図	89
4.4 利用者の基本属性と利用形態	95
4.5 広域基幹施設の利用圏と小規模施設の利用圏の変動	99
4.6 介護職員の構成と役割及び送迎方法と所要時間	101
4.7 施設運営の連携と施設経営	105
4.8 施設整備効果	108
4.9 その後の施設整備プロセスと利用特性の変化	
(1) その後の施設整備プロセス	110
(2) 新規整備施設の概要と空間構成	111
(3) 利用特性の比較	121
4.10 得られた知見	126
 第5章 自治体整備施設を社会福祉法人及び社会福祉協議会に運営委託する手法 －周防大島町の事例－	
5.1 調査対象地の概要	129
5.2 合併の変遷と戸数	131
5.3 施設整備プロセス	
(1) 第1期（社会福祉法人の参入）	133
(2) 第2期（社会福祉協議会の参入）	134
(3) 第3期（民間法人の参入）	137
(4) 高齢者人口及び施設・定員数の推移	138
5.4 施設概要と空間構成	
(1) 第1期（社会福祉法人の参入）	140
(2) 第2期（社会福祉協議会の参入）	144
(3) 第3期（民間法人の参入）	149
5.5 社会福祉法人及び社会福祉協議会運営施設の利用者属性と利用形態	151

5.6	社会福祉法人及び社会福祉協議会運営施設の施設利用圏	155
5.7	社会福祉法人及び社会福祉協議会運営施設の送迎方法と所要時間	158
5.8	得られた知見	161

第6章 社会福祉事業団による施設の整備運営方式

－萩市の事例－

6.1	事業団の創設経緯と組織及び事業内容	163
6.2	山口県内の事業団及び萩市社会福祉事業団の創設経緯	166
6.3	調査対象地の概要	169
6.4	萩市における通所介護施設の整備プロセス	
(1)	第1期（事業団設立前）	174
(2)	第2期（事業団設立後）	176
(3)	第3期（2010年以降）	178
(4)	高齢者人口及び施設・定員数の推移	180
6.5	施設概要と空間構成	
(1)	第1期（事業団設立前）	183
(2)	第2期（事業団設立後）	195
(3)	第3期（2010年以降）	199
6.6	旧萩市の通所介護施設の利用特性	
(1)	事業団と社会福祉法人運営施設の利用者の基本属性と利用形態	201
(2)	事業団と社会福祉法人運営施設の施設利用圏	203
(3)	事業団と社会福祉法人運営施設の送迎方法と所要時間	205
6.7	郡部の通所介護施設の利用特性	
(1)	事業団と社会福祉法人運営施設の利用者の基本属性と利用形態	206
(2)	事業団と社会福祉法人運営施設の施設利用圏	210
(3)	事業団と社会福祉法人運営施設の送迎方法と所要時間	213
(4)	施設立地パターンと利用圏の関係	215
6.8	補論：島嶼部の通所介護施設の利用特性	217
6.9	事業団による施設整備効果	218
6.10	得られた知見	220

第7章 基幹施設及び既存建築を活用したサテライト型施設の有効性の検証

7.1	特別養護老人ホーム併設型施設	
(1)	本節の課題と目的	223
(2)	調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担	223
(3)	1日の生活プログラム	224

(4) 生活プログラムと施設の使われ方	225
(5) 空間構成と使われ方の関係及びサービス機能評価	230
7.2 民家活用型施設	
(1) 本節の課題と目的	231
(2) 空間構成と使われ方の関係	231
(3) 調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担	233
(4) 1日の生活プログラム	234
(5) 生活プログラムと施設の使われ方	235
(6) 介護・行為の時間からみた使われ方評価	244
(7) 空間構成と使われ方の評価	246
7.3 廃校活用型施設	
(1) 本節の課題と目的	248
(1) 調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担	248
(2) 1日の生活プログラム	249
(3) 生活プログラムと施設の使われ方	249
(4) 車椅子利用者への対応	254
(5) 空間構成と使われ方の評価	255
7.4 得られた知見	256
第8章 結論	
8.1 得られた知見	260
8.2 考察	262
8.3 今後の課題	264

謝辞

第 1 章 序論

本章では研究の背景及び課題を整理し、本論の目的及び論文の構成を示す。

第 1 章 序論

1.1 研究の背景と政策の現状

日本の総人口は 2015 年 10 月 1 日現在、1 億 2711 万人で、その内 65 歳以上の高齢者人口は 3392 万人で高齢化率は 26.7%に達している(表 1-1)。また、75 歳以上の高齢者人口も 1641 万人で 12.9%まで上昇している。将来人口推計についてみると、総人口は長期の人口減少過程に入っており、2026 年に 1 億 2000 万人を下回った後も減少を続け、2048 年には 1 億人を割って 9913 万人になり、2060 年には 8674 万人になると推計されている(図 1-1)。一方で、高齢者人口は増加を続け、高齢化率は 2035 年には 33.4%と 3 人に 1 人は高齢者となる。その後も高齢化率は上昇を続け、2060 年には高齢化率は 39.9%と 2.5 人に 1 人が高齢者となる社会が到来すると推計されている。また、75 歳以上の高齢者人口に関しても、総人口に対する割合は上昇を続け、2060 年には 26.9%と 4 人に 1 人が 75 歳以上の高齢者となると推計されている。

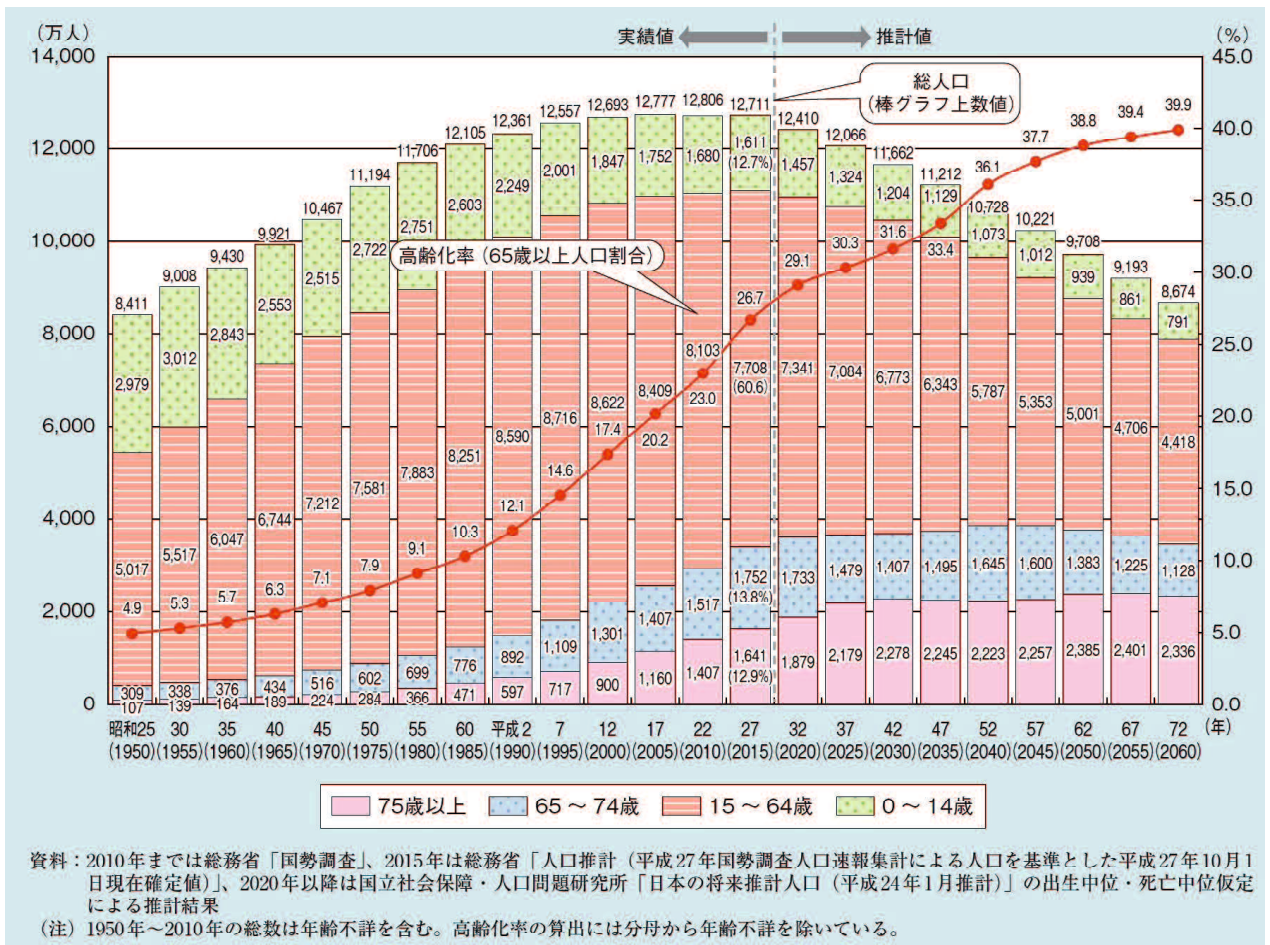
表 1-1 高齢者の現状

単位：万人（人口）、％（構成比）

		平成 27 年 10 月 1 日		
		総数	男	女
人口 (万人)	総人口	12,711	6,183 (性比) 94.7	6,528
	高齢者人口 (65 歳以上)	3,392	1,466 (性比) 76.1	1,926
	65～74 歳人口	1,752	832 (性比) 90.4	920
	75 歳以上人口	1,641	635 (性比) 63.1	1,006
	生産年齢人口 (15～64 歳)	7,708	3,891 (性比) 101.9	3,817
	年少人口 (0～14 歳)	1,611	825 (性比) 105.0	786
構成比	総人口	100.0	100.0	100.0
	高齢者人口 (高齢化率)	26.7	23.7	29.5
	65～74 歳人口	13.8	13.5	14.1
	75 歳以上人口	12.9	10.3	15.4
	生産年齢人口	60.6	62.9	58.5
	年少人口	12.7	13.3	12.0

資料：総務省「人口推計（平成 27 年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成 27 年 10 月 1 日現在確定値）」
 (注)「性比」は、女性人口 100 人に対する男性人口

出典：平成 28 年版高齢社会白書



出典：平成 28 年版高齢社会白書

図 1-1 高齢化の推移と将来推計

その中で、1960 年以降高齢化の進行による福祉需要増加により、社会福祉制度改革が進められ、高齢者福祉施設整備が進められてきた。表 1-2 に福祉施策の年表を示す。最初に、1963 年の老人福祉法により特別養護老人ホーム・ホームヘルパーが法制化され、入所系サービスの整備から進められた。その後、1980 年後半から在宅福祉事業が推進され、在宅福祉の数値目標を設定する等サービス基盤整備に重点を置いたゴールドプランの策定(1989 年)、需要が予想以上に増加したため改定された新ゴールドプランの策定 (1994)、介護保険法の成立 (1997 年)、さらに介護保険法を基に在宅福祉に基本を置いたゴールドプラン 21 (1999 年) の策定と次々に制度及び法が制定された。2000 年には地域福祉支援体制の強化を図るため、介護保険制度が導入されるとともに、社会福祉法が成立した。介護保険制度の導入により、市町村がサービスを決定する措置の時代から利用者自らサービスを決定する時代へと移行し、(1)利用者の立場に立った社会福祉制度の構築(2)サービスの質の向上(3)社会福祉事業の充実・活性化(4)地域福祉の増

進が柱とされた。さらに改正介護保険法（2006）では予防重視の政策へ転換し、介護予防サービスを提供する地域包括センターの設立や、市町村による地域密着型サービスの開始に伴う小規模多機能型介護事業所等の整備を促進する内容が盛り込まれた。2012 年の介護保険制度改正では高齢者が住み慣れた地域で生活を営まれるよう、地域包括ケアシステムの構築が取り入れられた。

さらに、2015 年の介護保険制度改正では、既存の 18 名以下の小規模通所施設が大規模・通常規模型のサテライト事業所、地域密着型通所介護、小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所へ再編されること、地域密着型通所介護及び小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所は市町村により施設定員数が管理され、地域密着型通所介護の介護報酬は削減されること、その他要支援者の通所介護及び予防訪問介護が予防給付から外されること等、介護福祉予算の抑制方針が盛り込まれた。従って近年供給量が急増している単独型の小規模通所介護施設は自治体の施設定員数管理の下で新規参入が抑制される可能性が高く、介護報酬削減も考慮すると今後の施設供給に影響を及ぼすことが予想される。

一方、建築・都市計画分野では、地方都市における人口減少と高齢化の進行、中心市街地における居住世帯と都市機能の郊外流出に伴う空き家・空き店舗の増加等が問題視され、また農村地域においても同様に、過疎化による人口減少と高齢化、空き家の増加、地域コミュニティの衰退等の課題を抱えており、環境負荷低減の観点からも既存ストックや低未利用地の有効活用による人口定住とコミュニティ再生が重要課題として位置付けられている。

こうした社会状況の変化に対応し、既存の福祉施設・公共施設・民家等を活用した地域密着型の総合福祉拠点の整備が開始され、軽費で開設出来る利点のみでなく、地域に根ざした福祉拠点としての有効性が注目されている。ただし、福祉施設に相応しい既存施設の確保、用途変更に伴う改修費の調達、管理運営費の確保等の切実な課題を抱えているのが実状である。

表 1-2 福祉施策の年表

1987	社会福祉士及び介護福祉士法 高齢者世話付き住宅(シルバーハウジング)構想事業 保険改正 老人保健施設の創設などを内容とする老人保健制度の改正
1988	「ホームケア促進事業」 『社会福祉・医療事業団法』改正
1989	『高齢者保健福祉促進十か年戦略(ゴールドプラン)』
1990	『社会福祉関係八法』 『社会事業法』改正 老人居宅生活支援事業 「有料老人ホーム設置運営指導指針」改正
1991	『老人保健法』改正
1992	『社会福祉事業』一部改正 『老人福祉法』一部改正 『在宅高齢者等日常生活支援事業』 『介護専用型有料老人ホーム設置運営指導指針』
1993	福祉人材確保指針表示 在宅改良(リフォーム)ヘルパー制度創設 都市型複合日帰り介護施設(デイサービスセンター)創設
1994	《21世紀福祉ビジョン》 《エンゼルプラン》 《新ゴールドプラン》 『健康保険法』改正 『老人保健法』改正 『高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の促進に関する法律』(ハートビル法) 『老人福祉法』改正 社会福祉基盤構造改革
1995	厚生省通知「老人ホームヘルプサービス24時間体制対応ヘルパー事業の実施について」
1996	高齢者社会対策大綱
1997	『健康保険法』改正 『介護保険法』制定 サテライト型デイサービス 痴呆対策型老人共同生活援助事業(グループホーム)実施される 社会福祉基盤構造改革
1998	『特定非営利活動推進法』(NPO法) デイサービス 事業指針の内容を満たす民間事業に対する市町村の委託認められる
1999	《社会福祉基盤構造改革》 《新エンゼルプラン》 《ゴールドプラン21》
2000	介護保険制度施行 社会福祉法成立
2003	市町村による地域福祉計画策定を法律で定める 介護報酬改正案提示
2005	改正介護保険法成立 『老人福祉法』改正 高齢者虐待防止・介護者支援法成立
2006	介護報酬改正案提示 『後期高齢者医療制度』制定 介護予防事業の実施
2008	『介護保険法』改正
2009	介護報酬改定案提示
2012	『介護保険法』改正 地域密着型サービス提供に関する法律の改正
2013	『市町村介護予防強化推進事業開始』
2014	認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 『老人福祉法』改正
2015	『介護保険法』改正

1.2 高齢者福祉施設の介護保険サービス体系

高齢者福祉施設の介護保険サービスを図 1-2、サービス内容を表 1-3 に示す。介護事業サービスは大きく在宅介護と施設介護に分類され、在宅介護は訪問系サービス、通所系サービス、短期滞在型サービスに分類され、施設介護は居住系サービス、入所系サービスに分類される。居住系サービスと入所系サービスは介護保険制度適用の有無で分類され、入所系サービスが介護保険制度に適用される。

本研究では通所系サービスの通所介護と認知症対応型通所介護を対象としている。通所リハビリテーションについてはリハビリ等体を動かすことが利用目的の場合が多く、小規模多機能型居宅介護は泊まりもサービスとして含むことから利用者属性が異なると考えられ、今回は対象から除外する。

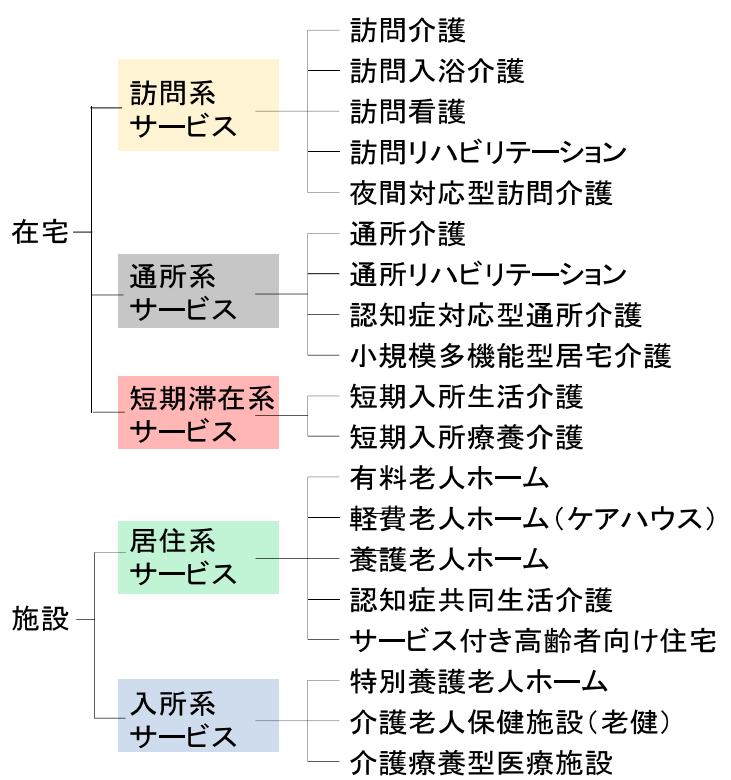


図 1-2 介護保険サービスの体系

表 1-3 介護サービスの内容一覧

在宅介護	訪問系	訪問介護	ホームヘルパーがお宅を訪問し、介護や日常生活の援助
		訪問入浴介護	特殊な入浴設備をお宅に持ち込んで、寝たきりの方などの入浴を介助
		訪問看護	看護師等がお宅を訪問して病状の確認などを行う
		訪問リハビリテーション	理学療法士などが家庭を訪問してリハビリテーションを行う
		夜間対応型訪問介護	巡回や通報システムを使用した夜間専用の訪問介護サービスが受けられる
	通所系	通所介護 (デイサービスセンター)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、施設に通い、食事や入浴等の日常生活上の支援や生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供する
		通所リハビリテーション (デイケアセンター)	
		認知症対応型通所介護	認知症の高齢者が日帰りで通いながら、日常生活の介助や機能訓練が受けられる
	短期	小規模多機能型居宅介護	通所サービスを中心に、訪問・宿泊などを組み合わせて、必要に応じたサービスが受けられる
		短期入所生活介護	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供
施設介護	居住系	短期入所療養介護	医療機関や介護老人保健施設などが、常に療養が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供
		有料老人ホーム	介護サービスや日常生活サービス・機能訓練、施設によってイベント・レクリエーションを行う民間の施設。介護付、住宅型、健康型という3種類があり、終身介護に対応する施設から健康な方のみを対象とするところまで、その入居条件はさまざま。
		軽費老人ホーム(ケアハウス)	60歳以上の自立の方で、介護は不要であるものの身体機能の低下や、独立して生活するには不安があり、家族による援助を受けるのが困難な人を対象とした施設
		養護老人ホーム	65歳以上の自立の方で、虐待や心身上の障害、および低所得などの経済的理由から、家庭での養護が困難と認められた人を対象とした施設。特別養護老人ホームとは違い、介護保険の施設サービスではない
		グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	認知症対応型共同生活介護は、認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスで、認知症の利用者が、グループホームに入所し、家庭的環境と地域住民との交流の下で、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などのサービスを受ける。グループホームでは、1つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が、介護スタッフとともに共同生活を送ります。
	入所系	サービス付き高齢者向け住宅	地域包括ケアシステムの象徴として設置されている高齢者向けの居住施設。介護保険と連携して「24時間地域巡回型訪問サービス」などの介護サービスを組み合わせられるため、介護が必要な高齢者でも安心して入居できる。行政が管轄している施設
		特別養護老人ホーム	日常生活の介護や機能訓練、レクリエーションなどがサービスの中心。入居にあたっては在宅での介護が難しいような重度の要介護認定者の優先順位が高く、多くの施設で200～300人の入居待機者がいる状態
		介護老人保健施設(老健)	在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供
	その他	介護療養型医療施設(療養病床)	介護療養型医療施設が、長期にわたって療養が必要な方の入所を受け入れ、機能訓練や必要な医療、介護などを提供
		福祉用具貸与	車椅子やベッドなどの福祉用具の貸し出し
その他	その他	特定福祉用具販売	車椅子やベッドなどの福祉用具の販売
		障害者生活支援センター	入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う

1.3 通所介護施設の整備課題

2000 年の介護保険制度導入により、通所介護施設や訪問介護支援センター等の新規供給が進められた。また、改正介護保険法(2006)では市町村による地域密着型サービスの開始に伴う通所介護施設の整備を促進する内容が盛り込まれ、施設定員 10 名以下の小規模通所介護施設の供給が増大している。近年では既存施設や民家等を活用した小規模な通所介護施設の整備が進んでおり、軽費で開設出来る利点のみでなく、地域に根ざした福祉拠点としての有効性が注目されている。運営主体は社会福祉法人をはじめ、介護保険制度導入後は民間法人の参入が急増し、特に営利法人は 2009 年には 9,800 施設と全体の約 4 割を占めるに至り、医療法人や NPO 団体の参入も増加傾向にある。こうした新規供給量の急増、小規模通所施設の増加及び運営主体の多様化は、通所介護サービス水準の向上と、利用者による施設選択の可能性の拡大に寄与してきた。一方で、介護保健制度が導入され、15 年が経過した現在、様々な課題も見られる。以下に主要な課題を取り上げ整理する。

(1) 都市地域と中山間地域における格差問題

介護保険導入以前はゴールドプランにより、各自治体に特養に併設した通所介護施設が整備された。しかし、介護保険制度導入後は、需要が集中する都市部では営利法人等の民間法人が介護保険事業に参入し、高齢者福祉施設の量的拡充が進む一方、需要が拡散し利用圏が広域な中山間地域では民間法人の参入は少なく、今後も施設整備が進まない場合も予測される。通所介護施設の運営主体に着目すると、自治体の整備計画に基づき施設整備を進める社会福祉法人を始めとして、経営採算を重視する営利法人等様々なタイプがあり、法人規模も異なるため、運営施設や事業展開する敷地数等の運営方式には相違がある。また、都市地域と中山間地域では地理的社会的条件により、人口密度、通所介護需要量や送迎距離等の差が大きいため、運営主体の組織規模や経営基盤条件の相違により、参入する地域をはじめ施設定員や建築形態に違いが生じることが推測される。これらの要因から、運営主体により参入する地域に差が見られ、都市部と中山間地域において施設整備に格差が見られると考えられる。そのため、これらの現状を把握し、今後どのように施設整備を進めていくかを検討する必要があると考えられる。

(2) 広域合併した自治体での均等なサービス提供が困難

平成の市町村合併により広域合併が行われた自治体では、自治体全域で均等な高齢者福祉サービス提供が求められるが、介護保険制度導入後、施設整備の主体は行政から民間法人に移行したため、(1)民間法人の参入地域の偏り、(2)運営主体間の連携不足、(3)統括組織の不在等が要因となり、現状では地域差が存在する。民間法人の参入が少ない地域においては、従来より自治体が施設を整備し、運営を新たに設立した社会福祉法人又は社会福祉協議会に委託する方式が一般的である。しかし、大半の社会福祉法人は 1 施設の単独運営で、法人間の連携やサービスネットワーク構築に課題を有す場合も多い。社会福祉

協議会も積極的に施設整備を進める法人もあるが、一般的には地域福祉全般の推進と向上が主目的のため、運営施設が増加すると高齢者福祉部門の比重が高くなる懸念もある。そのため、自治体全域での高齢者福祉サービス水準の向上を目指すには、施設整備と運営を統括する新たな組織の構築が今日的課題として位置付けられる。

(3) 2015 年の法改正により施設整備に大きな影響

2015 年の介護保険制度改正は地域包括ケアシステムの構築と利用者負担の公平化を基本としたものである。通所介護の主な変更点の第一は、既存の施設定員 18 名以下の小規模通所施設が大規模型及び通常規模型のサテライト型事業所、地域密着型通所介護、小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所のいずれかに再編される。地域密着型通所介護及び小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所は都道府県から市町村の指定に移行し、国からの補助金の上限が設定されるため、施設数も市町村により管理される。そのため今後の小規模通所施設の新規参入は市町村による公募制になる。また、地域密着型通所介護は報酬改定により基本報酬が 9～10%引き下げられる。第二は認知症高齢者及び重度の高齢者への加算引き上げ、第三は要支援者に対する通所介護及び予防訪問介護が予防給付から外され、市町村運営の「介護予防・日常生活支援総合事業」への移行、第四は一定以上の所得のある利用者の自己負担の 1 割から 2 割への引き上げである。以上のように、介護福祉予算の抑制方針が盛り込まれ、近年供給量が急増している単独型の小規模通所介護施設は自治体の施設定員数管理の下で新規参入が抑制される可能性が高く、介護報酬削減も考慮すると今後の施設の供給に影響を及ぼすことが予想される。

従って、介護保険制度導入後の運営主体及び地域特性を含めた施設の供給特性の把握を行い、通所介護施設整備の成果と課題を整理し、法改正を踏まえた今後の施設整備の方策を検討することは今日的な課題として位置付けられる。

1.4 既往研究

以上の課題に関連して既往研究を(1)施設の整備実態の把握及び最適配置に関する研究、(2)地域格差に関する研究、(3)過疎地域や農村地域を対象とした施設の整備実態に関する研究、(4)施設需要に関する研究、(5)施設の運営実態に関する研究に区分して整理する。これらのレビューを行うことで本研究の位置づけを明らかにする。

(1) 施設の整備実態の把握及び最適配置に関する研究

建築・都市計画分野を中心に施設の地域の高齢化の状況と通所介護施設の実態の関係について考察した研究があり¹⁾、都市部では1施設以上施設があるため機能分化が有効であるが、農村部では施設数が少ないため、機能分化しない方が施設として機能することが明らかになっている。また、圏域設置計画をテーマとして、自治体ごとの施設整備計画の特徴を明らかにした研究があり^{2,3)}、高齢者有所介護施設の配置計画の指針を示し、地域性を踏まえた計画について論じている。その他、地理情報システム(GIS)やDEAという評価分析モデルを使用して施設整備を定量的に評価した研究⁴⁻⁶⁾や保健・医療・福祉を含めた高齢者関連施設の集約的整備の実態について分析を行った研究⁷⁾があり、人口や要介護認定者の規模が大きい地域に施設が立地する傾向にあることや人口規模が小さい自治体では複数の施設が集約されている場合が多いことが明らかになっている。また、合併についても言及しており、弱小市町村が大きな市に吸収され合併が行われている現状があるが、吸収された地域での整備が進んでいないことを指摘している。

さらに利用者の移動距離を踏まえた施設配置について検討した研究もあり⁸⁻¹¹⁾、現在の施設配置を示した上で利用者の移動距離の推計式を算出し、それが最小になるモデルを示している。また、施設立地状況に加えて利用者の施設選択や出現傾向を考慮した施設配置について検討した研究もあり^{12,13)}、メッシュを用いて年齢別にどこに人口が集中しているのかを分析した上で施設の最適配置を検討している。人口は道路環境が大きく影響している点や年齢層が若いと自家用車を使用するため、行動範囲が広い点が指摘されている。

地理学の分野では地理情報システム(GIS)を用いて距離的アクセシビリティの観点から通所介護施設の配置計画の検討を行った研究¹⁴⁾があり、通所介護施設は送迎サービスを行うが、一定区域を超えた場合介護保険制度での送迎加算でまかないきれいな場合も考えられるため、利用圏設定は合理的ではないかという提案がなされている。

この他にも施設立地については多くの既往研究があり、都市部、農村部等の地域的な要素を含めた分析が行われているが、運営主体に着目し施設立地との関係を分析した研究はほとんど見られない。

(2) 地域格差に関する研究

建築・都市計画分野では、小規模多機能型施設に着目し、地域の諸状況による介護サービスへのニーズ

を読み取りどのようなサービスを提供すべきかを分析した研究があり¹⁵⁾、都市部では居住系のサービス、地方では通所や訪問等の在宅サービスが求められていることを明らかにしており、地方の在宅サービスの必要性を挙げている。しかし、この分野においてはまだ地域格差に着目した研究はほとんどない。地理学の分野では研究が進められており、一定地域を対象に充足度の格差を指摘した研究があり¹⁶⁾、高齢者人口が少ない地域では施設数が少なくても充足度が高くなっている一方で、高齢者人口が多い地域では施設が整備されていても人口に対してまだ施設が少ないため、充足度が低くなっていることを指摘している。そのため、充足度の低い地域においては新設又は既存建築を活用した施設整備が求められていると論述している。一方で、施設立地の偏在を指摘した研究があり¹⁷⁾、営利企業の参入は採算性が期待できる都市部に集中し、山間部の町村には社会福祉法人でさえも参入に消極的であり、施設立地が都市部に偏在することを指摘している。

既往研究により、都市部では民間法人が多く参入し施設整備は進んでいるが、高齢者人口が多い地域では充足度からみると低く需要をカバーできてない現状があり、農村部では高齢者人口が少ないため、充足度は高いが施設数が少ない減少にあることが分かる。一方で、充足率と施設立地を含めた、都市部と農村部での施設整備の現状と今後の課題について明らかにした研究はほとんどない。

(3) 過疎地域や農村地域を対象とした施設の整備実態に関する研究

建築・都市計画分野では多くの研究が行われており、保健・医療・福祉サービスの供給に関して、地域資産との連携に着目し、連携することによる運営特性を明らかにすることでサービス供給体制を検討した研究¹⁸⁾や、過疎地域における訪問介護サービス拠点の運営状況やサービス提供圏の実態を整理し、今後の方向性と課題を考察した研究¹⁹⁾があり、農村部では入所系の施設や生活利便施設が少ないため、生活が困難になると町村外の施設へ入居しないといけない現状となっているため、在宅サービスを維持することが重要であることを指摘している。また、中山間地域での高齢者通所施設の役割について考察した研究があり²⁰⁾、役割としては実質的なサービス提供の場、日中時間を過ごす居場所、社会的孤立感の解消の場が挙げられ、過疎地域では認知症対応とりハビリ機能を持った通所介護のような施設間連携システムが有効であることが明らかになっている。その他、農村地域を対象に共助について分析した研究があり²¹⁻²³⁾、個人の生活は場所・モノ・ヒトなどの要素に支えられているという共通した生活構造があり、「地縁」的關係性が強いということが明らかになっている。共助は地縁的要素が強く、自然発生したサポートであり、見守りや簡単な手伝いなどが見られ、専門性の高いケアを中心とする公的サービスとの互換補完性を確認している。また、地縁関係は農村地域で濃密であり、集落環境は共助を含めた複数の支援ネットワークが蓄層する構造を内在させており、高齢世帯の居住継続要因のひとつになっている可能性が高いことが考察されている。

以上のように、過疎地域や農村地域を対象とした研究は福祉施設の連携や共助が中心に進められているが、通所介護施設の運営実態について明らかにした研究はほとんどない。

(4) 施設需要に関する研究

2000 年以前は建築計画分野において将来人口推計を踏まえた施設配置に関する研究があり²⁴⁾、施設定員を固定化すると利用圏が広域になり、施設定員を固定化しない場合は施設により利用者数に大きな差が生じることが予想されるため、施設定員の扱い、利用者側からの施設選択のモデル化、送迎手段を考慮した施設配置が課題であることを示している。一方で、2000 年以降は施設需要についての研究はほとんど行われておらず、3 地域を対象に要介護認定者数の推計を行った研究や高齢者²⁵⁾や要介護認定者数の人口推移から都道府県別に介護サービス需要の推計を行った研究²⁶⁾がある。

一方で、各施設の利用の実態を踏まえた介護サービス需要推計を行った研究や施設利用率について論述した研究は見られない。

(5) 施設の運営実態に関する研究

建築計画分野を中心に多くの研究がなされており、高齢者通所介護施設の平面構成に関する研究としては 2000 年以前から多くの研究蓄積があり、通所介護施設の平面構成とプログラムから通所介護施設の必要スペースと平面構成上の要件を明らかにした研究²⁷⁾や利用者の行動から施設計画上の問題を指摘した研究^{28, 29)}、そこから設計のための基礎的な指針について検討を行った研究³⁰⁾がある。2000 年以前はデイルームが利用者の 1 日の居場所になり移動がほとんどないことから動線が交錯しない安定したスペースとすることや休息のための畳スペースを設けることが効果的であることが指摘されている。また、面積が狭小である施設が多いため、休養スペースを中心に居室機能を分化させる施設が少ない点が課題として指摘されている。その他、小規模多機能型居宅介護施設ではあるが、全国悉皆調査で平面図を収集し分析を行った研究があり^{31, 32)}、新設では通所と泊まり空間をそれぞれ確保できるが、施設的な環境をつくりだしてしまうことが課題として挙げられ、民家等既存建築を活用した施設では家庭的な雰囲気づくりはできるが、建物の空間条件に大きく作用される点が課題として挙げられている。

施設の使われ方の分析に関する研究も多くの蓄積があり、様々な介護度の利用者や認知症の利用者の様々な利用者が混在する施設を対象に使われ方調査を行った研究³³⁾があり、様々な利用者が混在している場合は介護度の高い利用者や認知症の利用者が無為になる場合が多く、職員の介助が必要となることから職員人数や施設規模の関係から難しいと指摘されている。また、利用者の活動からみた空間のあり方を論じた研究³⁴⁻³⁶⁾があり、高齢者は機能訓練室を中心にトイレや浴室を往復する動線が最も多い点が指摘され、移動が少ない理由としては利用者の自己選択性が低いことが挙げられている。また、機能訓練室は食事、静的活動、動的活動については集団規模が違うため、それぞれ応じた空間を用意することが好ましいとされ、それにより利用者の嗜好や能力に応じて活動できるようになるとしている。また、空間構成だけでなく、家具配置の変化に着目した研究もあり³⁷⁾、利用者数の変化や利用者の人間関係の変化に対応する 1 つの手段として有効である点やデイルーム内で同じ席ではなく、移動することで利用者間の交流がうまれるため、利用者の移動を誘発させる家具配置を設定することで利用者間の交流を増やせる

点が考察されている。その他にも施設のプログラムや使われ方から通所介護施設の役割について分析した研究もあり³⁸⁻⁴⁰⁾、利用者像は障害をもつ高齢者、認知症高齢者、日中独居高齢者が多く、実質的なサービスの提供の場、社会的孤立感の解消の場、日中時間を過ごす居場所が施設の役割として挙げられている。各施設のプログラムは類似している点も指摘されており、居場所としての機能だけでなく、各施設でリハビリ機能を持たせる等プログラムに変化を付けることが重要であると指摘されている。

また、小規模施設についての研究も蓄積があり、ミニデイサービスの使われ方から通所介護施設の在り方について検討した研究⁴¹⁾や一般の通所介護施設と小規模施設を併用する利用者を対象に施設での過ごし方を比較することで通所介護施設的环境について論じた研究⁴²⁾があり、ミニデイサービスでは個人別に創作活動をしたり会話をしたりする場面が多く見られ、一般的な通所介護施設では団体活動が多く、見る等の視覚的な交流が多く見られている。それぞれの特性を生かしたその場の状況を生み出すことが重要であると論じられている。一方で、ミニデイサービスの場合は個人での対応が求められるため、介護度が高い利用者や認知症の利用者が多く来所する場合に職員の介助に限界があることが課題として挙げられている。また、その他の分野においても小規模施設の機能とあり方について検討した研究があり⁴³⁾、地域に密着したサービスを行うことができるため、顔見知りの利用者が集まり虚弱や認知症の利用者も人間関係が安定し落ち着いて過ごせる利点があることを明らかにしている。一方で、小規模施設は経営基盤が弱いことが課題として挙げられている。

最近では民家等を活用した通所介護施設についての研究が建築計画分野を中心に多く行われており、民家や廃校を高齢者福祉施設に活用したプロセスを明らかにした研究^{44, 45)}や施設の使われ方調査から既存建築を活用した施設の有効性を検証した研究⁴⁶⁻⁵⁰⁾がある。既存建築を活用することで新設よりも経費で開設できることから施設数を増やすことができる可能性が拡大し、今まで施設が遠くて利用できなかった高齢者も施設利用が可能になることから有効であることが明らかになっている。また、既存建築を活用した施設は空間構成が使われ方に大きな影響を与えており、特に食事スペースと午睡スペースは施設による差が大きい。また、民家の場合はDKや続き間座敷等空間が分かれているため、それを活用してプログラムに応じて空間を分けることができる点で有効であることが検証されている。その他に民家を通所介護施設に活用することによる意義について検証した研究もあり⁵¹⁻⁵³⁾、民家を活用した施設でしか見られない利用者の行動が見られたことや利用者に安心や懐かしさを感じさせ、周辺の住民にとってもなじみやすいものになっている点が挙げられている。また、民家の要素は自宅で暮らしているのと同じような行動を誘発させたり、昔の記憶をよみがえらせたりするため、高齢者の意欲を保つことに有効であることも論じられている。

以上のように、施設の実態についての研究は多くの蓄積があるが、通所介護施設に適する民家の空間構成の検証や廃校等のその他の既存建築活用施設に関する研究蓄積は少ない。また、小規模施設の有効性についての検証は多く研究されているが、特別養護老人ホームに併設した既存の施設の今後の在り方についての研究についての蓄積も少ないと考えられる。

1.5 本論の目的

介護保険制度導入後、中山間・島嶼地域ではゴールドプランによる特別養護老人ホーム併設施設以外の高齢者通所介護施設整備が進んでいない減少に対し、地理条件・道路環境や利用者の分散居住による送迎コストの採算性から、民間法人の参入がさほど期待できない過疎地域においては、非営利組織による廃校・民家等の既存建築ストックを活用した小規模な通所介護施設の改修整備と、既存の社会福祉法人の基幹施設の役割分担・有効であると考えられる。そこで本論では、全国的にも高齢化の進行が顕著である山口県を対象に、過疎地域における施設整備の課題を明らかにし、有効な整備手法を検討することを目的とする。そのため、具体的な目的として以下の3点を設定する。

- (1) 介護保険制度導入前後の高齢者通所介護施設の量的整備動向の比較により、通所介護施設整備状況の全体像と施設の建築概要・施設規模・サービス機能類型と運営主体の関係を整理し、施設の立地と運営形態の関係を明らかにする。
- (2) 山口県内で民間法人の参入が少ない過疎地域において、1法人により広域基幹施設と小規模施設のサテライト型の運営を行う地域を対象に、施設間の機能・利用圏分担の実態調査により、サテライト方式の成立条件・効果を明らかにし、その知見を整理し地域特性に対応した連携型の施設運用システムの可能性及び有効性について考察する。
- (3) 農村地域を包含する広域自治体の場合には、高齢者福祉サービス部門を一元的に管理運営する組織の構築が有効であると考えられるため、社会福祉事業団を設立し広域な施設整備を進める先進的な地域を対象に、高齢者通所介護施設の整備プロセスを整理した上で、施設の利用特性と運営形態の特徴及び施設整備効果を明らかにし、社会福祉事業団を主体とした施設整備・運営システムの有効性と展開可能性について検証する。
- (4) 特別養護老人ホーム併設施設、民家活用施設、廃校活用施設の使われ方について分析を行い、特養併設施設に関しては介護度の高い利用者を多く受け入れる場合の生活プログラムを遂行できる可能性、民家活用施設及び廃校活用施設に関しては近年増加傾向にある既存建築活用施設の有効性を検証する。

1.6 研究方法

第1に、山口県内の通所介護施設のデータベースを作成した。資料はWEBサイト：山口県保健情報総合ガイド/サービス事業所データベース/通所介護1980-2009（山口県長寿社会課）である。収集項目は法人名、法人設立年月日、施設開設年月日、住所、定員、併設施設情報である。

第2に、中山間地域に立地する施設に着目し、施設整備状況の把握を行うため、施設概要に関する施設概要に関する郵送アンケート調査及び建物使用状況を明らかにするため悉皆調査を実施し、位置を特定し施設外観の写真撮影を行った。調査時期は2014年5月から8月にかけて行い、収集項目は建物の構造、建築形態、開設費用及び契約内容（新設の場合：新設費用、改修の場合：改修費用・土地及び建物の所有者・契約内容）、1日の平均利用人数、施設登録者数、職員数である。

第3に、中山間地域にも多く参入する傾向にある民間法人の開設経緯について把握を行うため、2000年の自治体区分の旧町村に通所介護施設が立地するNPO法人、社会福祉協議会、農業協同組合、生活協同組合、市の26法人に対してアンケート調査及び訪問ヒアリング調査を実施した。調査時期は2014年10月から2015年1月にかけて行い、調査項目は建築形態、開設経緯、場所の選定理由である。また、同時期に通所介護施設単独で施設運営を行う法人に対して建築形態に関する情報収集を行った。

第4に、阿武町、萩市、周防大島町を調査対象地として選定し、対象地に立地する通所介護施設を対象に、施設概要に関する郵送アンケート調査及び建物使用状況を明らかにするため悉皆調査を実施し、位置を特定し施設外観の写真撮影を行った。調査時期は2010年5月から2014年8月にかけて行い、収集項目は建物の構造、建築形態、開設費用及び契約内容（新設の場合：新設費用、改修の場合：改修費用・土地及び建物の所有者・契約内容）、1日の平均利用人数、施設登録者数、職員数である。

第5に、萩市における通所介護施設の整備に多大な影響を与えている社会福祉事業団に着目し、社会福祉事業団について理解を深めるため、全国の社会福祉事業団に対し開設経緯及び事業内容に関する郵送アンケート調査及び現況報告書の収集を行い、加えて山口県内の事業団についてはヒアリング調査を行った。全国アンケート調査は山口県内事業団を除く全110事業団に対して行い、61事業団の回答（回収率55%）を得た。現況報告書はアンケート回答法人に加え、HP上に基本情報を公開している16法人を追加し、合計84事業団の情報を得た。

第6に、阿武町、萩市、周防大島町に参入している社会福祉法人（社会福祉事業団を含む）、周防大島町、平生町に参入している社会福祉協議会に対して担当者への設立経緯及び運営方法に関するヒアリング調査と、建築概要に関する資料収集及び実測調査（地図・建築図面収集、敷地周辺及び施設平面の実測調査・写真撮影）を実施した。ヒアリング調査は阿武町で2008年6月から2016年4月、萩市で2014年5月から2015年6月、周防大島町で2014年6月から2015年3月、平生町で2015年5月と数次に渡り行っている。実測調査時期は阿武町で2008年6月から2016年5月、萩市で2014年9月から2016年5月、周防大島町で2014年10月から2015年8月、平生町で2015年9月から2015年10月である。

第7に、施設利用登録者データの収集を行った。利用登録者データは阿武町では3施設が2009年11月時点、1施設が2010年5月時点、1施設が2011年9月時点、萩市では7施設が2014年9月時点、5施設が2015年9月時点、周防大島町では6施設が2014年10月時点、4施設は2015年8月時点、平生町では2015年8月時点のものである。ただし、阿武町については2015年12月に5施設を対象に再度収集を行った。データ内容は住所・性別・年齢・介護度・痴呆度・車イス使用の有無・週当たり利用回数・入浴の有無等である。

第8に、送迎方法と所要時間に関する現地での実態調査と活動場面記録調査及びヒアリング調査を実施した。活動場面記録調査は、終日（午前9時から午後4時）5分間隔で利用者及びスタッフの施設内での行動観察を行い、行為の内容と場所を平面図に記録するとともに、写真撮影及びビデオ撮影を行った。調査の期間は阿武町では2009年11月から2016年5月にかけて5施設については6日間、1施設は1日調査を行い、萩市では2014年9月から2016年5月にかけて各施設1日間、周防大島町では2014年10月から2015年10月にかけて各施設1日間、平生町では2015年9月から10月にかけて各施設2日間行っている。また阿武町では同期間中に「清ヶ浜デイサービスセンター」の施設長を対象に、2007年以前（えんがわ設立以前）及び2008年時点（えんがわ設立後）の福賀地区の送迎方法・送迎時間に関しヒアリングを実施した。

第9に、通所介護施設の運営の現状を把握し、需要と供給の関係を明らかにするため、山口県内の通所介護施設に対して施設運営状況に関する郵送アンケート調査を行った。調査は588施設に対して行い、225施設の回答（回収率38.3%）を得た。加えて、2次調査で山口県内の中山間地域に立地する施設に対する施設概要に関する郵送アンケート調査で得られた72施設を追加し、合計297施設の情報を得た。調査時期は2016年1月から3月に行い、収集項目は2015年時点の定員、施設登録者数、1ヶ月間の利用者数の合計、開設日数、1日の平均利用者数である。

1.7 論文の構成

論文の構成について図 1-3 に示す。1 章では研究の背景と目的、研究の方法及び本論の構成について述べる。

2 章では平成の大合併前の自治体区分で山口県の通所介護施設の整備状況を整理した上で、施設を利用できる要介護認定者数の推計を行い、充足率、サービス利用率及び施設利用率を算出し、需要からみた施設整備の現状を明らかにする。

3 章では運営主体には社会福祉法人のように自治体の整備計画に基づき施設整備を進める社会福祉法人や採算性を重視する営利法人等様々なタイプがある。都市部と中山間地域では地理的社会的条件が異なる。これらの要因により、運営主体により参入する地域に差が見られ、地域で施設整備状況に格差が生じていると考えられる。そのため、施設運営法人に着目し、地域特性との関係を明らかにすることで施設整備の課題及び展望を明らかにする。

4 章では特別養護老人ホームに併設する通所介護施設を運営する社会福祉法人が 2000 年以降にサテライトで民家を活用した小規模施設を整備し、特別養護老人ホーム併設施設である基幹施設と小規模施設を組み合わせた施設運営を行う阿武町に着目し、整備プロセスを整理した上で利用特性を明らかにし、広域基幹施設に加え小規模施設を展開する整備手法の有効性及び可能性について考察する。

5 章では自治体が整備した施設を社会福祉法人だけでなく、近年通所介護施設を運営する法人が増加傾向にある社会福祉協議会にも委託して整備を進めた諸島部である周防大島町に着目し、整備プロセスを整理した上で利用特性を明らかにし、社会福祉協議会運営施設の整備効果について考察する。

6 章では高齢者施設整備を進めるため社会福祉事業団を設立し、広域自治体全域で施設整備を進める萩市を対象に、整備プロセスを整理した上で、施設の利用特性、運営形態の特徴及び施設整備効果を明らかにし、社会福祉事業団による施設整備手法の有効性について考察する。

7 章では特別養護老人ホーム併設施設、民家活用施設、廃校活用施設の使われ方の分析を行い、特別養護老人ホーム併設施設に関しては阿武町のように施設で機能分担を行う際に、施設に介護度の高い利用者が多く来所した場合でも施設運営が可能であることを検証する。また、民家活用施設、廃校活用施設に関してはそれぞれ施設への活用の有効性を検証する。

8 章では各章で得られた研究成果の要約及び今後の課題を示し、本論の結論とする。

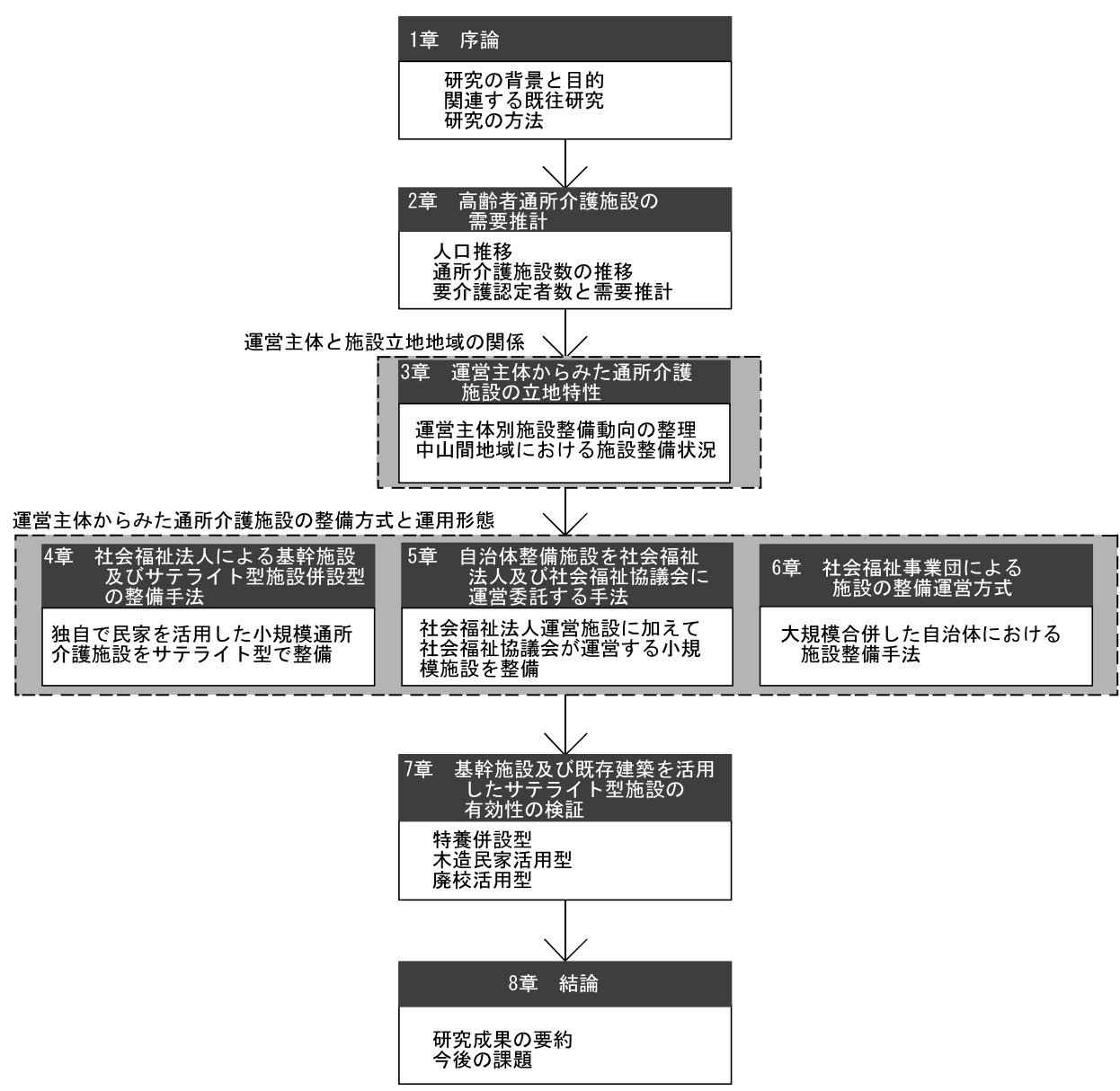


図 1-3 論文の構成

1.8 語句説明

本論では運営主体名、専門用語等様々な語句が出てくるため、以下のように語句説明示す。

運営主体

- ・ 社会福祉法人 社会福祉事業を行うことを目的とした非営利の民間組織であり、行政が設置した社会福祉施設の運営を行うために設立された公的要素が強い法人と独自で社会福祉施設の整備運営を行うために設立された民間の法人と大きく2タイプに分かれる。高齢者福祉施設の整備運営を行う法人としては規模が最も大きく、特別養護老人ホーム等社会福祉法人しか運営できない施設もある。
- ・ 社会福祉協議会 社会福祉法人の1種であり、各都道府県や市区町村で設立された社会福祉活動を推進することを目的とした非営利の民間組織。
- ・ 社会福祉事業団 社会福祉法人の1種であり、一部の都道府県や市区町村で設立された行政が設置した社会福祉施設の運営を行うことを目的とした非営利の組織であるが、近年では行政から切り離され、民間組織としての要素が強くなっている傾向にある。
- ・ 医療法人 病院、診療所や介護老人保健施設の開設・所有を目的とした民間組織。
- ・ 営利法人 株式会社や有限会社等対外的な経済活動により得た利益を特定の構成員に分配することを目的とした営利の民間組織。
- ・ NPO 法人 別名「特定非営利活動法人」であり、都道府県又は指定都市の認証を受けて設立された社会貢献活動を目的とした非営利の民間組織。
- ・ 農業協同組合 別名「JA」であり、農業者を中心に相互扶助の精神のもとに農家の営農と生活を守り高め、より良い社会を築くことを目的とした協同組合。
- ・ 生活協同組合 一定の地域や職域の組合院で組織し、組合院の生活に必要な物資の提供、生活の改善等を目的とした団体。

専門用語

- ・ サテライト型 同じ法人が2施設以上の施設を整備運営すること。
- ・ 基幹施設 特別養護老人ホーム等の入所系施設が併設した規模が大きく、地域の高齢者福祉の拠点である施設。また、サテライト型として2施設以上の施設を運営している場合には法人の本部がある施設を基幹施設とする。
- ・ 公設民営型 行政が施設を設置し、運営を社会福祉法人や社会福祉協議会の民間組織へ委託することであり、社会福祉法人は公的要素が強いタイプの法人である。
- ・ 利用圏 施設利用者の居住地の範囲を示したものであり、既往研究でも最も一般的な手法で

あり、小字単位で利用者の居住地と施設の距離を算出した。算出方法を以下のように示す。

- ① 利用登録者全員の居住地と施設を直線距離で結ぶ
- ② その直線距離を算出し、累積図を作成し、50%と80%での距離を算出する
- ③ その距離を半径とした円を書く

今回は50%と80%を分析尺度としているが、50%は半数の利用者の居住地を示し、80%は累積図において大半の施設のグラフが横ばいに転じる境界を示す。

ただし、この方法では送迎時の経路や混雑度等の道路環境は考慮されないため、GPSによる送迎実態調査を行い、次に示すような送迎経路と利用者・職員所要時間及び利用者乗車時間を算出している。

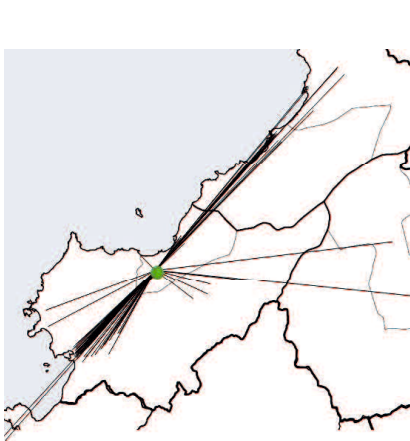


図 1-4 手順①

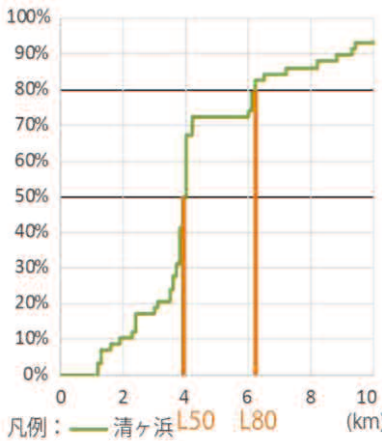


図 1-5 手順②

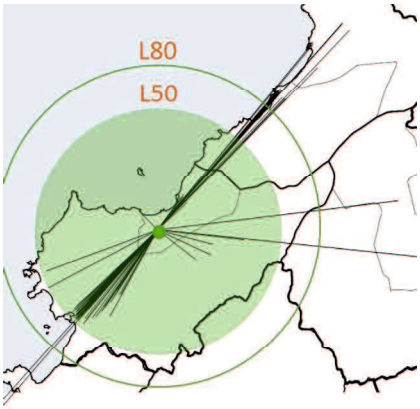


図 1-6 手順③

・利用者所要時間 送迎に要した合計時間を利用者延人数で除算して算出することで、職員が利用者1人に要した送迎時間を表し、職員からみた利用者1人の平均乗車時間を示す上で有効な指標である。算定式は以下の通りに示す。

$$\text{利用者所要時間(分/人)} = \Sigma [\text{迎え所要時間} + \text{送り所要時間}] / \text{利用者往復延人数}$$

・職員所要時間 各車の所要時間に乗車した職員数を乗算したものを合計し、利用者の合計人数で除算することで、1名の利用者の送迎に要する職員の所要時間を表し、職員からみた送迎サービスの負担度を示す上で有効な指標である。算定式は以下の通り示す。

$$\text{職員所要時間(分/人)} = \Sigma [\text{迎え所要時間} \times \text{職員数} + \text{送り所要時間} \times \text{職員数}] / \text{利用者往復延人数}$$

*職員数 : 各車に乗車する職員数

利用者往復延人数 : 利用者数を往復で合計した人数

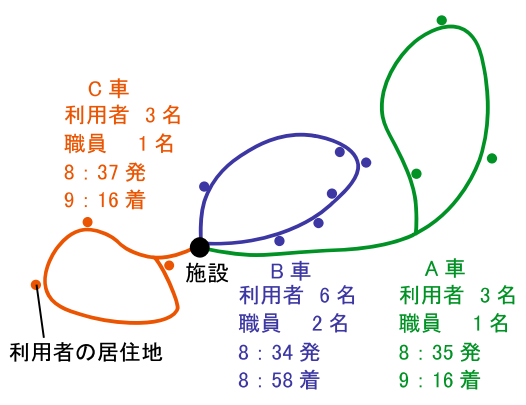


図 1-7 迎え送迎ルート例の1例

・送迎距離 送迎調査で計測した各送迎車の送迎距離を示す。また送迎距離は施設から利用者の住居を経由し施設に戻るまでの距離を示すため、住居・施設間距離と比較する際には送迎距離の 1/2 の平均を用いている。

・利用者乗車時間 利用者乗車時間は、送迎時に利用者が実際に住居から施設まで乗車した時間とする。最後に迎えに行った利用者の住居から施設まで要した時間を送迎時間の半分とし、それまでに迎えに行った利用者の住居から住居に要した時間が全て同じであると仮定し、算定式は以下の通りで示される。

$$\text{利用者乗車時間(分/人)} = \Sigma \left[\text{迎え所要時間} - \left(\frac{1}{2} \times \text{迎え所要時間} \times \frac{N}{\text{乗車数}} \right) \right] / \text{利用者往復延人数}$$

* N : 送迎に乗車した順番(1 番目、2 番目等)
乗車数 : 1 台に乗車した利用者数

例 : 5 名乗車した場合の最初に乗車した x 1 の乗車時間

$$\text{利用者乗車時間}(x1) = \left(\frac{1}{2} \times \text{迎え所要時間} \times \frac{4}{5} \right) + \left(\frac{1}{2} \times \text{迎え所要時間} \right)$$

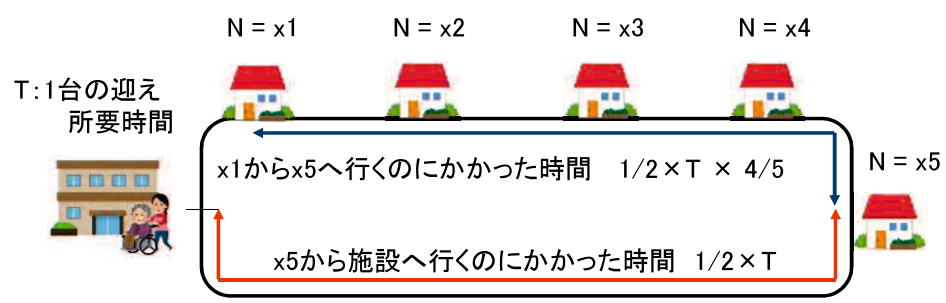


図 1-8 利用者乗車時間算出方法のモデル図

参考文献

- 1) 小川裕子: デイサービスセンターの地域整備に関する研究 静岡県の実例から, 日本建築学会計画系論文集, No. 478, pp. 89-98, 1995. 12
- 2) 奥山純子他 5 名: 地方自治体による高齢者福祉施設の配置計画, 日本建築学会技術報告集, 第 22 号, pp. 445-450, 2005. 12
- 3) 奥山純子他 5 名: 介護サービス基盤の圏域設置計画とその整備手法, 日本建築学会技術報告集, 第 24 号, pp. 381-386, 2006. 12
- 4) 横田隆司: 高齢者福祉施設の適正配置計画への DEA モデルの適用性の検討, 日本建築学会計画系論文集, No. 523, pp. 189-194, 1999. 9
- 5) 横田隆司: DEA による地域施設の整備計画における市町村の地域連携の可能性評価, 日本建築学会計画系論文集, No. 562, pp. 173-179, 2002. 12
- 6) 近藤光男・高橋啓一他 3 名: 通所型高齢者福祉施設の評価と配置計画に関する研究, 都市計画学会学術研究論文集, Vol. 37, pp. 769-774, 2002. 10
- 7) 菅野實他 3 名: 小規模自治体における高齢者保健・医療・福祉施設の地域的整備類型に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 第 584 号, pp. 7-12, 2004. 10
- 8) 谷村秀彦: 地域施設の最小移動距離配置計画, 日本建築学会論文集, 第 305 号, pp. 137-144, 1981. 7
- 9) 大澤義明: 地域施設計画モデルにおける計画施設数と最適配置及び最適距離との関係, 日本建築学会計画系論文集, 第 482 号, pp. 165-174, 1996. 4
- 10) 鈴木勉: 移動損失基準による地域施設密度と人口の密度の理論的關係に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 第 521 号, pp. 183-187, 1999. 7
- 11) 柳澤一希・吉川徹: 利用者による施設選択過程を考慮した地域施設利用者構造の研究, 日本建築学会計画系論文集, 第 607 号, pp. 111-118, 2006. 9
- 12) 渡辺昭彦: 利用者出現率均等化の観点から見た地域施設配置計画の研究, 日本建築学会論文集, 第 271 号, pp. 85-94, 1978. 9
- 13) 青木義次・村岡直人: 遺伝的アルゴリズムを用いた地域施設配置手法, 日本建築学会計画系論文集, 第 484 号, pp. 129-135, 1996. 6
- 14) 高橋美保子他 2 名: 地理情報システム (GIS) を使用した介護サービス施設の配置に関する検討, 山梨県立大学看護学部紀要 8, pp. 1-8, 2006. 3
- 15) 山田あすか・佐藤栄治: 小規模高齢者介護施設の運営様態と介護ニーズの地域差に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, Vol. 73, No. 633, pp. 2355-2363, 2008. 11
- 16) 畠山輝雄: 通所型サービスの供給量増加に伴うサービスの充足度の変化に関する考察, 日本大学地理学会地理誌叢, Vol. 46, No. 1, pp. 1-12, 2005. 3

- 17) 宮澤仁：関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係，地理学評論，76A，pp. 59-80，2003. 2
- 18) 北澤大祐他 2 名：地域資産との連携からみた高齢者介護施設の運営特性に関する研究，日本建築学会計画系論文集，No. 602，pp. 81-88，2006. 4
- 19) 生田京子・山下哲郎：日本の拠点過疎地域における福祉環境について：訪問介護・看護拠点のサービス提供圏とサービス内容の考察その2，日本建築学会計画系論文集，第615 号，pp. 45-52，2007. 5
- 20) 西野達也：ある中山間地域の高齢者通所施設群の利用者の全容とその変化からみた同施設の役割と体系に関する研究，日本建築学会計画系論文集，第 659 号，pp19-26，2011. 1
- 21) 中川和樹，山崎寿一：農村地域の高齢者支援ネットワークと居住継続に関する考察，日本建築学会計画系論文集，第 652 号，pp1449-1454，2010. 6
- 22) 登張絵夢他 2 名：農山村地域にみる高齢者の生活と地域との関係に関する事例的研究，日本建築学会計画系論文集，第 540 号，pp125-132，2001. 2
- 23) 西野達也，桑木真嗣：高齢者通所介護施設利用者からみたある地縁型地域における地域住民らによる共助のみられる共在の場に関する事例考察，日本建築学会計画系論文集，第 642 号，pp1707-1715，2009. 8
- 24) 野坂正史，吉川徹：通所型高齢者施設の配置計画に関する研究，日本建築学会計画系論文集，第 525 号，pp. 201-208，1999. 11
- 25) 高橋紘一：要介護高齢者の将来推計，日本福祉大学福祉社会開発研究所『日本福祉大学紀要-現代と文化』，第 120 号，pp. 49-72，2009. 12
- 26) 「介護人材需給構造の現状と課題」独立行政法人労働研究機構・研修機構，No. 168，2014. 5
- 27) 橋本弥古武他 3 名：高齢者デイ・サービス施設の平面構成に関する研究，日本建築学会北海道支部研究報告集，pp125-128，1989. 3
- 28) 竹嶋祥夫他 2 名：デイ・サービスセンターの計画に関する研究，日本建築学会近畿支部研究報告集，pp353-356，1990. 3
- 29) 田村隆他 2 名：高齢者デイ・サービス施設の平面構成とスペース設定に関する研究，日本建築学会北海道支部研究報告集，pp261-264，1991. 3
- 30) 竹嶋祥夫他 2 名：デイ・サービスセンターの計画に関する研究 その 4，日本建築学会近畿支部研究報告集，pp453-456，1994. 3
- 31) 石井敏他 2 名：全国悉皆アンケート調査からみた建築的特徴に関する分析，日本建築学会計画系論文集，第 635 号，pp17-24，2009. 1
- 32) 山口健太郎他 2 名：平面分析からみた建築的特徴に関する考察，日本建築学会計画系論文集，第 656 号，pp2307-2314，2010. 10

- 33) 吉国真生, 竹嶋祥夫: デイ・サービスセンターの計画に関する研究 その6, 日本建築学会近畿支部研究報告集, pp101-104, 2001. 3
- 34) 登張絵夢・上野淳他 3 名: 利用者の活動からみた通所型高齢者施設の空間構成に関する考察, 日本建築学会計画系論文集, No. 556, pp. 161-168, 2002. 6
- 35) 菅原麻衣子他 2 名: 高齢者の主体的活動の展開からみた通所施設の空間整備, 日本建築学会計画系論文集, 第 585 号, pp39-45, 2004. 11
- 36) 加藤悠介, 森一彦: デイサービスセンターにおける場所ユニットからみた高齢者の場所移動分析, 日本建築学会計画系論文集, 第 583 号, pp17-22, 2004. 9
- 37) 伊藤朱子他 4 名: デイルームにおける家具配置の変化とその要因について, 日本建築学会計画系論文集, 第 686 号, pp775-782, 2013. 4
- 38) 西野達也: ある中山間地域の高齢者通所系施設群の利用者の全容とその変化からみた同施設の役割と体系に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 第 659 号, pp19-26, 2011. 1
- 39) 坊上南海子他 2 名: 多摩市における高齢者デイサービスセンターの運営プログラム・活動の実態と利用構造, 日本建築学会技術報告集, 第 22 号, pp409-414, 2005. 12
- 40) 家高将明: 高齢者デイサービスにおける社会福祉実践の支援展開に関する研究, 総合福祉科学研究 第 2 号 pp75-85 2011. 3
- 41) 西野達也・長澤泰: 小規模高齢者通所施設の利用実態と空間の使われ方の特性について, 日本建築学会計画系論文集, No. 581, pp. 41-48, 2004. 7
- 42) 西野達也, 長澤泰: 一般型と小規模型の高齢者通所介護施設における併用利用者の「かかわり方」の比較考察, 日本建築学会計画系論文集, 第 590 号, pp49-56, 2005. 4
- 43) 関谷栄子他 2 名: 小規模デイサービスの機能と継続する上での課題, 白梅学院大学・短期大学紀要 45 pp69-83 2009. 3
- 44) 中園真人他 5 名, 定期借家方式により福祉施設に改修された伝統民家の再生プロセス, 日本建築学会計画系論文集, Vol. 73, No. 631, pp. 1953-1960, 2008. 9
- 45) 鈴木健二、友清貴和: 住民主体による廃校から高齢者施設への転用に関する事例的考察, 日本建築学会計画系論文集, 第 607 号, pp17-24, 2006. 9
- 46) 中園真人・山本幸子・村上和司・加登田恵子, 民間団体による既存建築を再利用した地域福祉施設整備と運営形態, 日本建築学会計画系論文集, No. 624, pp. 407-414, 2008. 2
- 47) 井村理恵他 3 名: 通いを基本とする小規模高齢者介護施設の原状, 利用者の滞在様態と空間構成に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 第 632 号, pp2091-2098, 2008. 10
- 48) 松原茂樹他 4 名: 民家におけるデイサービスに関する研究, 日本建築学会近畿支部研究報告集, pp. 201-204, 2005. 3

- 49) 中園真人・山本幸子：農家住宅を再利用した地域共生ホーム「中村さん家」の使われ方，日本建築学会計画系論文集，第 651 号，pp1199-1207，2010.5
- 50) 中園真人他 2 名：街なかの伝統民家を再利用した地域福祉施設「さんコープ河村邸」の使われ方，日本建築学会計画系論文集，第 652 号，pp1581-1589，2010.6
- 51) 西野達也・長澤 泰：民家型高齢者通所施設の環境行動的意義に関する事例考察に基づく試論，日本建築学会計画系論文集，No. 586，pp. 37-42，2004. 12
- 52) 南原加代子他 4 名：住宅を高齢者福祉施設に転用することによって生まれる魅力，日本建築学会近畿支部研究報告集，pp157-160，2006. 3
- 53) 立脇寛子他 4 名：高齢者通所介護施設における民家を活用することの意味と地域との関係に関する研究，日本建築学会近畿支部研究報告集，pp161-164，2006. 3

第 2 章 高齢者通所介護施設の需要推計

高齢者通所介護施設の現在の整備状況を整理するためには、施設数の変化や施設立地動向を明らかにするだけでなく、需要からみた供給の関係を明らかにすることが重要であると考えられる。そのため、本章では山口県の要介護認定者数の推計を行い、充足率・サービス利用率・施設利用率を算出することにより、需要から見た通所介護施設の整備状況を定量的に明らかにすることを目的としている。加えて、2015 年の法改正により、基本報酬が削減され施設経営の継続が難しくなることが考えられることから、経営採算における法改正の影響についても考察する。

第2章 高齢者通所介護施設の需要推計

2.1 全国と山口県の人口推移

日本の総務省が公表した2014年度の人口動態調査によれば、日本の人口は前年より26万9,500人減少し、高齢化率は約26%まで達し、世界に類の無いスピードで少子高齢化が進行している。

2000年以降の年齢階級別人口推移を図2-1に示す。総人口は1980年の1億1600万人から2010年の1億2700万人をピークに減少し、2040年には1億700万人と推計されている。65歳以下の人口は1980年の1億500万人から1990年には1億1000万人に増加するが、それをピークにその後減少を続け、2040年には6800万人と推計されている。一方で、65歳以上人口は1980年の1000万人から2040年には3800万人と3倍近く増加すると推計されている。全体的には高齢者人口は増加を続けているが、65～69歳人口は2015年頃には第1次ベビーブームの影響により急増し、2020年以降減少し、2030年以降第2次ベビーブームの影響で増加する形となっており、その後、70歳以上の年齢層も同様な動きで推移している。

次に、山口県の年齢階級別の人口の推移を図2-2に示す。総人口は1980年の160万人から2040年には107万人に減少すると推測されている。65歳以下の人口は1980年の140万人から2040年には66万人と約半数になると推測されている。また、山口県では日本全国と比較すると高齢者人口の減少が早く始まると予測されており、65歳以上の高齢者人口のピークは2020年の46万人である。また、65～84歳人口は全国同様、第1次ベビーブームの影響により、増加し減少しており、その後、第2次ベビーブームにより増加すると考えられる。一方で、85歳以上の人口は2040年にかけて増加が継続と予測されており、85～89歳は2.6万人から5.6万人と約2倍、90歳以上は1.3万人から7万人と約5.5倍と推計されている。

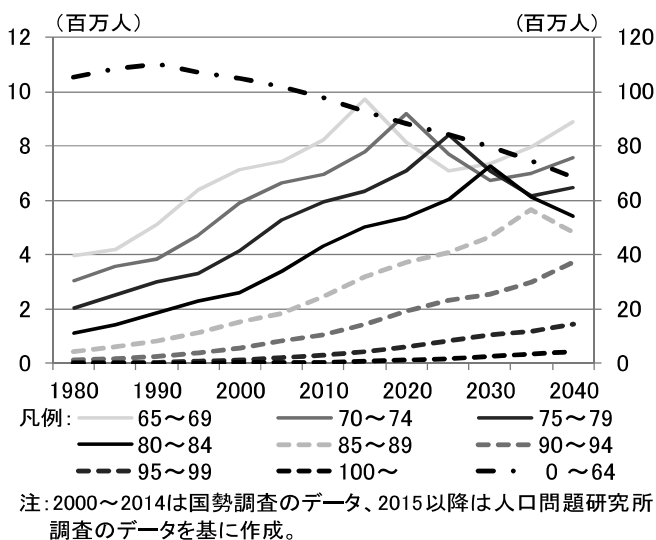


図2-1 全国の年齢階級別人口推移

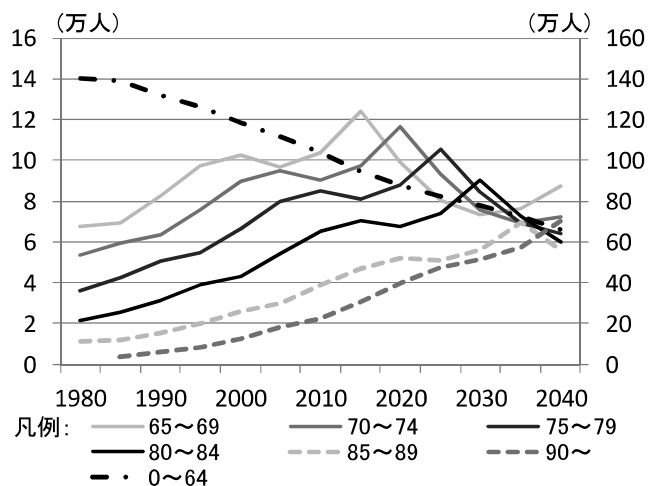


図2-2 山口県の年齢階級別人口推移

2.2 山口県と全国の通所介護施設の供給動向

高齢者通所介護施設の供給量推移を図 2-3 に示す。全国の通所介護施設数については情報が公開されている 2000 年以降の運営主体別施設数を用いる。施設が初めて整備された 1980 年から介護保険制度導入以前の 1999 年までは年平均 3.3 施設の供給量で、1999 年末の施設総数は 66 施設であった。2000 年の介護保険制度導入以降は施設整備が急速に進められ、2000-04 年には 153 施設、介護保険制度改正後の 2005-2009 年には 238 施設が新規供給され、2009 年末の施設総数は 457 施設に達した。全国では 2000-04 年に 6688 施設、2005-09 年に 7542 施設が整備され、2009 年末の施設総数は 22267 施設に達した。施設定員は、1999 年以前は中規模(定員 11-30 人)が大半である。一方で、2000-04 年には中規模に加え大規模(定員 31 人以上)と小規模(定員 10 人以下)施設が急増し、2005-09 年には小規模通所施設が新規供給量の 5 割以上を占めた。

運営主体別にみると、1999 年以前整備の 66 施設の内 65 施設は社会福祉法人運営施設であるが、2000-04 年には社会福祉法人(58 施設)に加え営利法人(54 施設)と医療法人(22 施設)が新規参入し、その他に NPO 法人・社会福祉協議会(以下、社協)・農業協同組合(以下、農協)・福祉生活協同組合(以下、生協)等の新たな運営主体が参入した。2005-09 年には営利法人(131 施設)が急増しているのが特徴で、他の法人は 2000-04 年と同程度の供給数である。この結果、2009 年末の運営主体の構成比は、営利法人(40%)・社会福祉法人(37%)・医療法人(13%)・社協等(8%)・NPO 法人(3%)の順である。この傾向は全国と類似するが、社協等の割合が高い点の特徴である。

次に運営主体と施設定員の関係(2000 年以降)を表 2-1 に示す。社会福祉法人と医療法人は半数以上が中規模施設で、中・大規模施設が 8-9 割を占める。一方、営利法人と社協等は小・中規模施設が約 9 割を占め、NPO 法人は小規模通所施設が大半を占める。

以上、介護保険制度導入前は行政が特別養護老人ホーム(以下、特養)と通所介護施設を整備し社会福祉法人に運営委託することが一般的であったため、社会福祉法人による中規模施設が多かったものと考えられる。制度導入後は営利法人、医療法人、社協、NPO 法人等が参入し、小規模通所施設を中心に施設数は急増している。これは 2005 年の介護保険法改正により、地域密着型サービスが取り入れられ、地域に密着した小規模通所施設の増加が要因と考えられる。

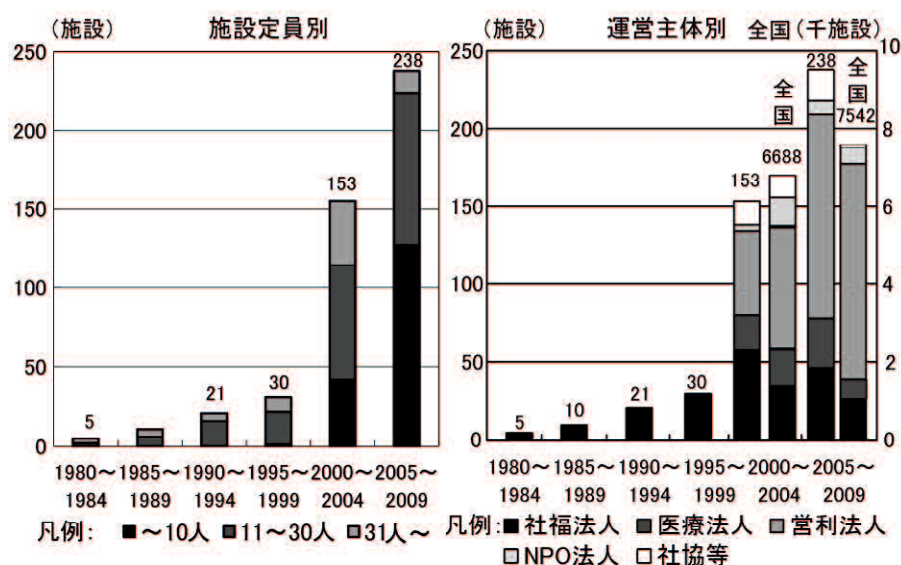


図 2-3 山口県における通所介護施設の供給量推移

表 2-1 運営主体と施設定員の関係(2000~2009 年)

	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO法人	社協等	合計
小規模(-10人)	15	10	90	11	13	139
中規模(11-30人)	58	31	73	0	17	179
大規模(31人-)	31	13	22	2	5	73
合計	104	54	185	13	35	391

注) 社協等は、社会福祉協議会・農業協同組合・生活協同組合・市を含む。

次に施設配置図を 2000 年、2005 年、2010 年時点の 3 区分での経年変化分布図について運営主体別を図 2-4、施設定員別を図 2-5 に示す。2000 年以前はゴールドプランにより特養に併設した通所介護施設が整備されたため、県の政策としてバランスよく県全域で社会福祉法人運営施設の中・大規模施設が整備されていることが分かる。その後 2000 年の介護保険制度導入により民間法人が参入し、瀬戸内海側の旧市部を中心に営利法人や医療法人による中規模施設が整備されていることが分かる。2005 年以降はさらに旧市部を中心に営利法人による小規模施設が多く整備されていることが分かる。一方で、旧町村では整備が進んでいる地域もあるが、社会福祉法人運営施設のみの地域もあり、施設数の格差が生じていることが伺える。

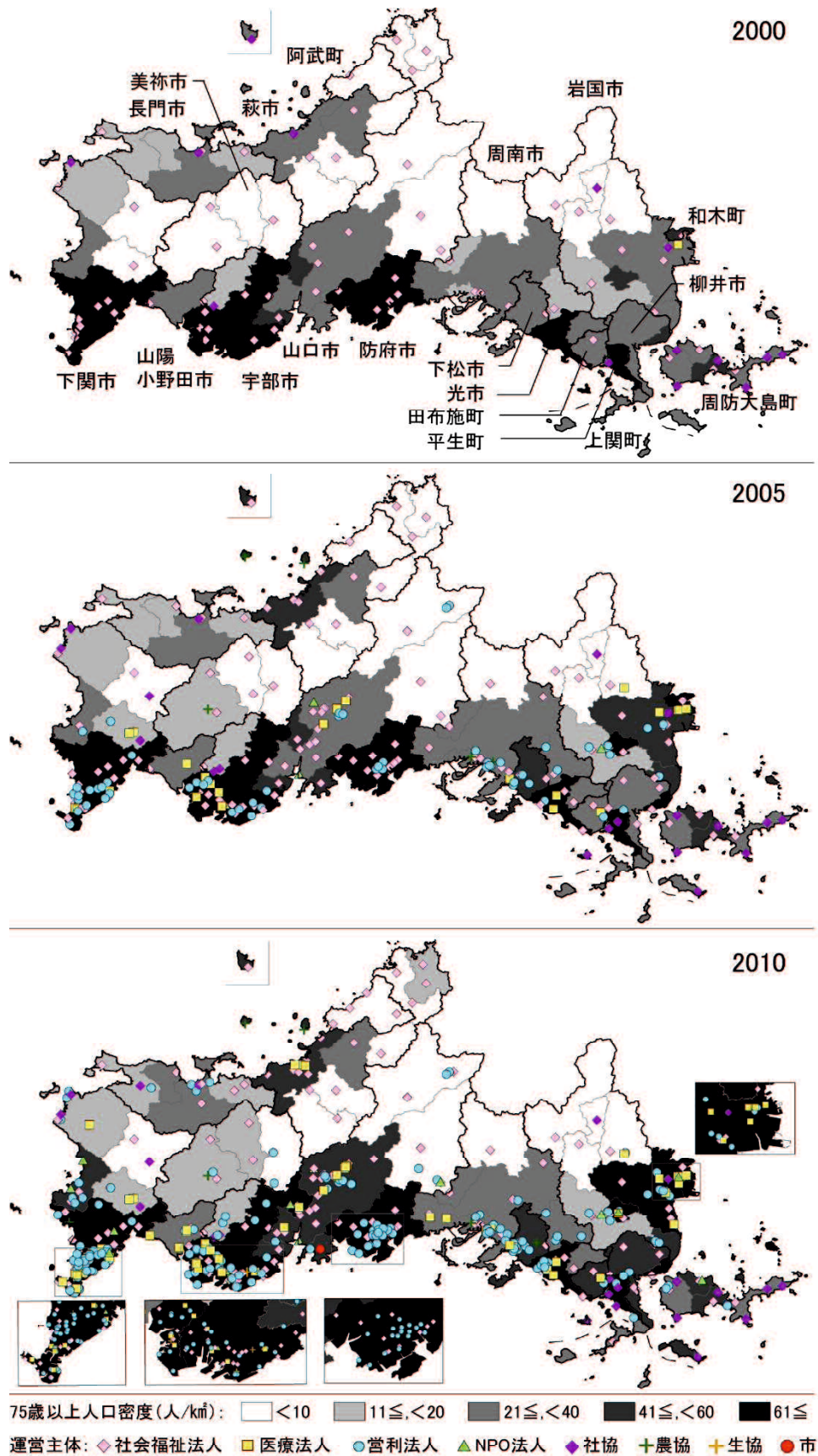


図 2-4 運営主体別施設配置図

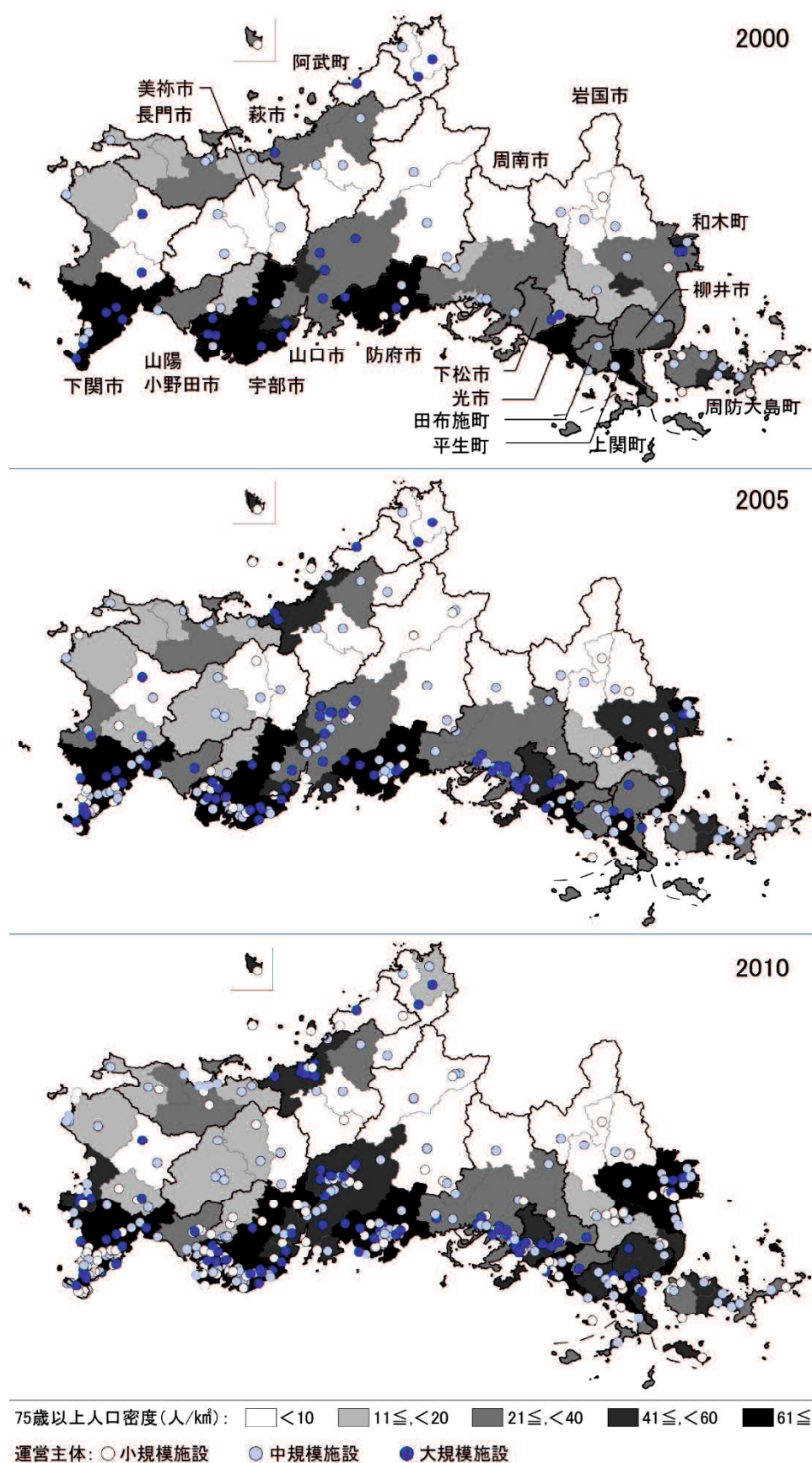


図 2-5 施設定員別施設配置図

2.3 要介護認定者数の推計方法

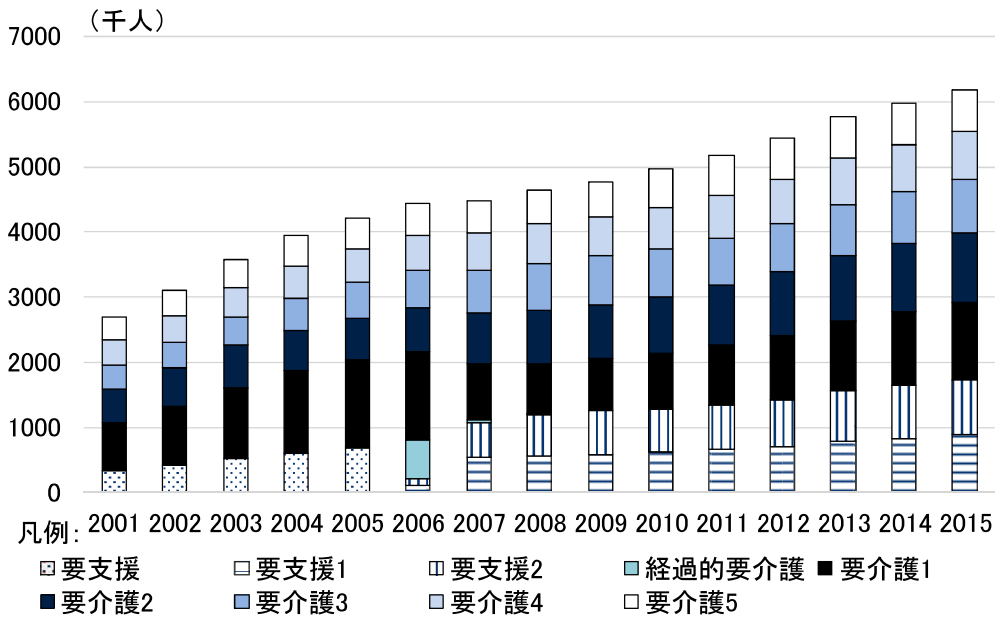
要介護度の分類の一覧を表 2-2 に示す。要支援はサービスの利用によって心身の状態が改善する可能性が高いと判断される人であり、日常生活に見守りや手助けを必要とするが、食事、排泄は自力で可能である。要介護は日常生活に加え、歩行等移動にも介助を必要とする人である。また、要介護 4、5 は全ての動作に介助を必要とし、特に要介護 5 は食事も自力でできない。

表 2-2 要介護度の分類の一覧

状態区分	各状態区分の平均的な状態
要支援1	①居室の掃除や身の回りの世話の一部に介助(見守りや手助け)が必要 ②立ち上がり等の複雑な動作に何らかの支えが必要 ③排泄や食事はほとんど一人で可能
要支援2	①身だしなみや居室の掃除など身の回りの世話に介助(見守りや手助け)が必要 ②立ち上がり等の複雑な動作に何らかの支えが必要 ③歩行等移動の動作に支えが必要 ④排泄や食事はほとんど一人で可能
要介護1	①身だしなみや居室の掃除など身の回りの世話に介助(見守りや手助け)が必要 ②立ち上がり等の複雑な動作に何らかの支えが必要 ③歩行等移動の動作に支えが必要 ④排泄や食事はほとんど一人で可能 ⑤問題行動や理解低下がみられる
要介護2	①身だしなみや居室の掃除など身の回りの世話の全般に介助(見守りや手助け)が必要 ②立ち上がり等の複雑な動作に何らかの支えが必要 ③歩行等移動の動作に支えが必要 ④排泄や食事に何らかの介助(見守りや手助け)が必要 ⑤問題行動や理解低下がみられる
要介護3	①身だしなみや居室の掃除など身の回りの世話が一人では不可 ②立ち上がり等の複雑な動作が一人では不可 ③歩行等移動の動作が一人では不可 ④排泄が一人では不可 ⑤いくつかの問題行動や全般的な理解の低下がみられる
要介護4	①身だしなみや居室の掃除など身の回りの世話がほとんどできない ②立ち上がり等の複雑な動作がほとんどできない ③歩行等移動の動作が一人では不可 ④排泄がほとんどできない ⑤多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられる
要介護5	①身だしなみや居室の掃除など身の回りの世話がほとんどできない ②立ち上がり等の複雑な動作がほとんどできない ③歩行等移動の動作がほとんどできない ④排泄と食事がほとんどできない ⑤多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられる

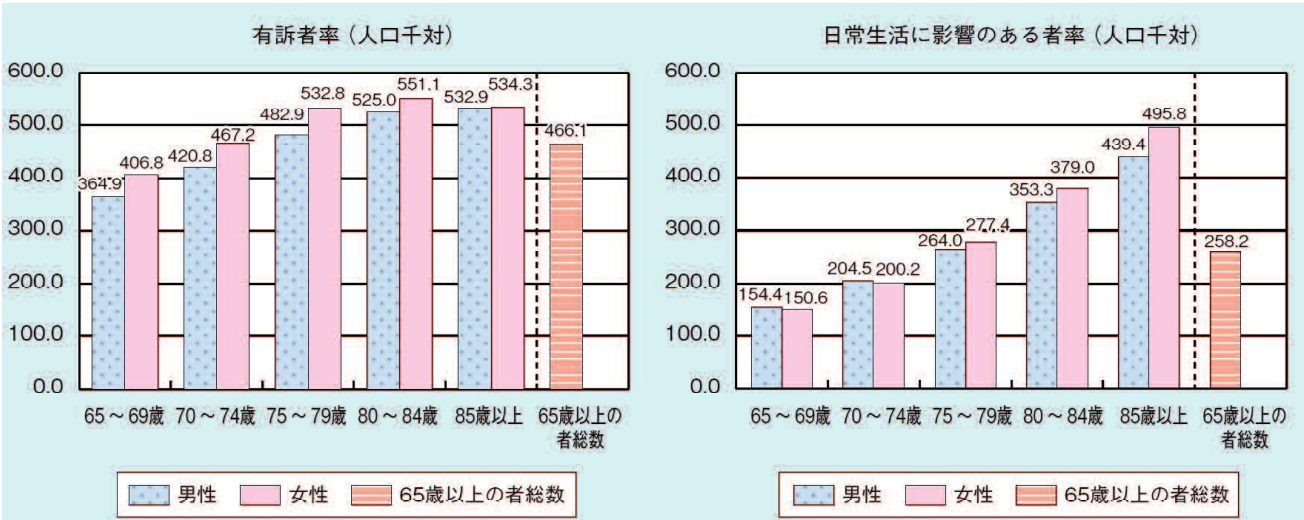
国民健康保健中央会が公開している要介護認定者の年齢階級別・要介護度別状況を基に作成した 2001 年から 2015 年の全国の要介護認定者数の推移を図 2-6 に示す。要介護認定区分に関しては、2001-2005 年の要支援が 1 段階である第 1 期、2006-2008 年の要支援が 2 段階に分かれ経過的要介護が追加された第 2 期、2009 年以降現在と同様に経過的要介護が削除された第 3 期に分かれる。第 1 期の認定者数は 2001 年の 270.0 万人から 2005 年には 421.7 万人と 5 年間で約 1.6 倍に増加している。これは介護保険制度が導入されたばかりであるため、徐々に申請者が増加しているものと考えられる。第 2 期の認定者数は 2006 年の 443.8 万人から 2008 年の 463.8 万人と増加率は低い。第 3 期の認定者数は 2009 年の 476.9 万人から 2015 年には 618.0 万人と 6 年間で約 1.3 倍に増加している。2001-2015 年の 15 年間では全体の認定者数は約 2.6 倍に増加している。要介護区分の変更の影響をほとんど受けていない要介護 2 以上で介護度別でみると、要介護 2、3 の認定者数を中心に増加しており、15 年間で要介護 2 は 2.1 倍、要介護 3 は 2.2 倍に増加している。一方、要介護 5 の認定者数は 2013 年以降に減少しており、これは要介護度の重度化が問題視され、要介護認定の基準が難しくなっている点が要因として考えられる。

以上より、要介護認定者数は現在でも介護度が低い利用者を中心に増加を続けていることが伺える。要因としては①高齢者数の増加、②高齢者の長寿命化、③介護保険制度の定着化の 3 点が考えられる。①について要介護認定は 75 歳以上になると受ける割合が 4.4%から 32.1%と大きく上昇しており、75 歳以上の高齢人口の増加により増加していると考えられる。②③について、図 2-7 は年齢階級別に体の不調を訴える人及び実際に日常生活に影響がある人の千人に対する人数を示しているが、65 歳以上の高齢者の半数近くが体の不調を訴えていることが分かるが、一方で、日常生活に影響があると判断された人は訴えた人の半数近くと少ないことが分かる。また、年齢階層が上昇すると日常生活に影響がある人数も増加していることが分かり、長寿命化により日常生活に影響がある人数は自動的に増加するものと考えられる。以上より、介護保険制度の定着により申請者が増加している一方で、要介護認定は介護度 3 以上を中心に厳しくなっていることから、介護度の低い利用者を中心に増加していると考えられる。



出典：国民保健健康中央会

図 2-6 全国の要介護認定者数の推移



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成25年)

出典：平成28年度版高齢社会白書

図 2-7 全国の有訴者と日常生活のある者の千人に対する比率

今回は山口県の要介護認定者数を介護保険制度が導入された2000年から人口問題研究所で将来人口が公表されている2040年までを算出する。山口県では年齢階級別の要介護認定率は公表されていないため、全国の年齢階級別の要介護認定率を用いる。要介護区分は2001-2005年、2006-2008年、2009-2015年で異なっているため、2001-2005年の要介護認定者数を用いて2005年以前の要介護認定者数を算出し、2009-2015年の要介護認定者数を用いて2009年以降の要介護認定者数を算出する。2006-2008年の区分に関しては3年間のみであるため、今回は除外する。各年齢階級別に人口に対する要介護認定者数の割合である要介護認定率を算出し2001-2005年の要介護認定率を図2-8～2-13、2009-2015年の要介護認定率を図2-14～2-20に示す。今回は2001-2005年及び2011-2015年の5年間で比率の変化が0.01以上の場合は変化が大きいと判断し回帰式、それ以下の場合は変化が小さいと判断し平均値を用いてパラメータ値を算出する。2001-2005年に関しては要支援及び要介護1の70歳以上の認定率は回帰式、その他の認定率は平均値を用いる。また、2009-2015年に関しては要支援1の80歳以上及び要介護1の85歳以上の認定率は上昇傾向にあるが変化がそれほど大きくないため、回帰式と平均値の2パターンで推計を行う。その他の認定率は平均値を用いる。

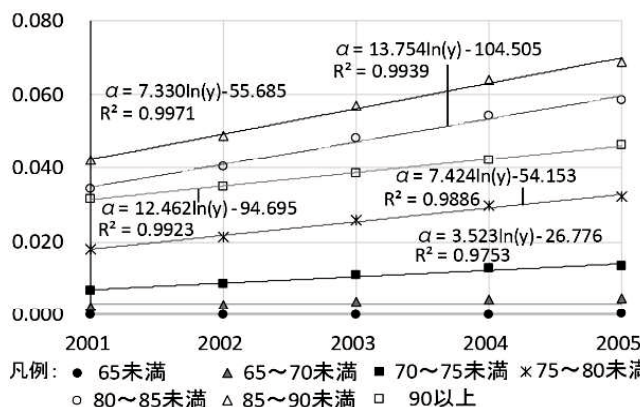


図2-8 要支援認定者の比率の推移(2001-2005)

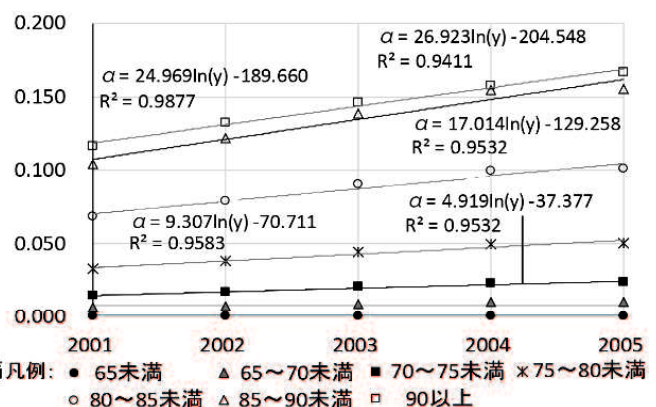


図2-9 要介護1認定者の比率の推移(2001-2005)

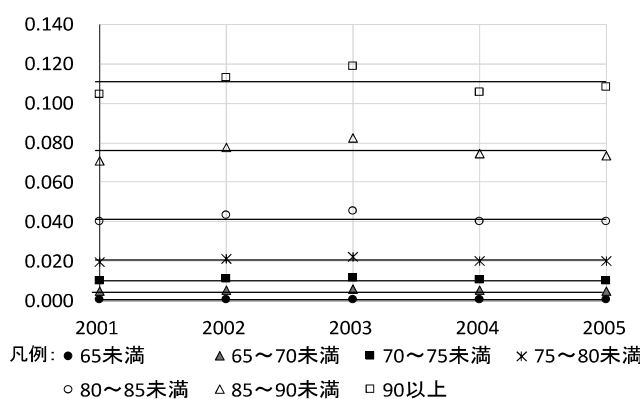


図2-10 要介護2認定者の比率の推移(2001-2005)

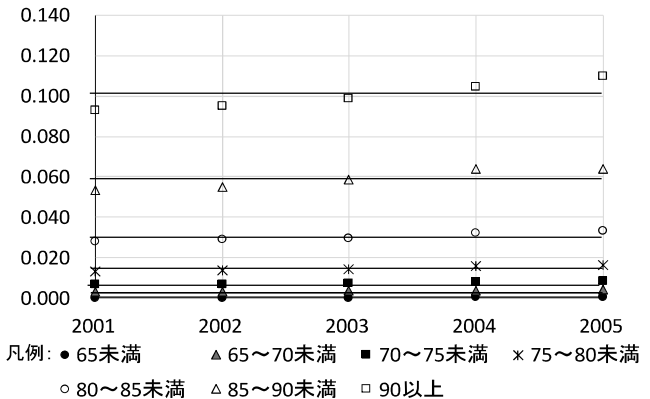


図2-11 要介護3認定者の比率の推移(2001-2005)

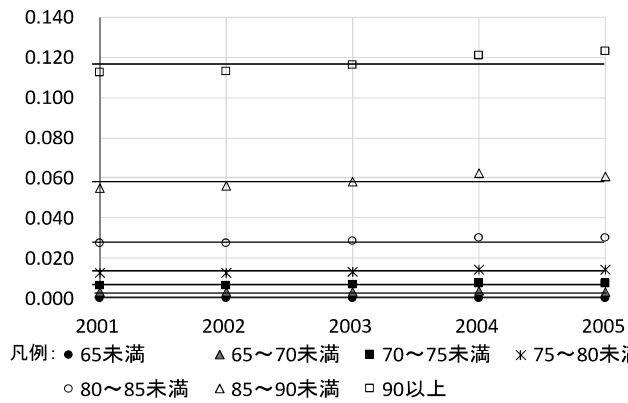


図 2-12 要介護 4 認定者の比率の推移(2001-2005)

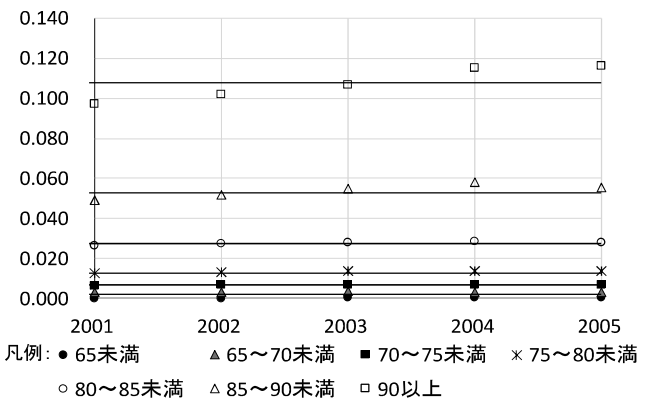


図 2-13 要介護 5 認定者の比率の推移(2001-2005)

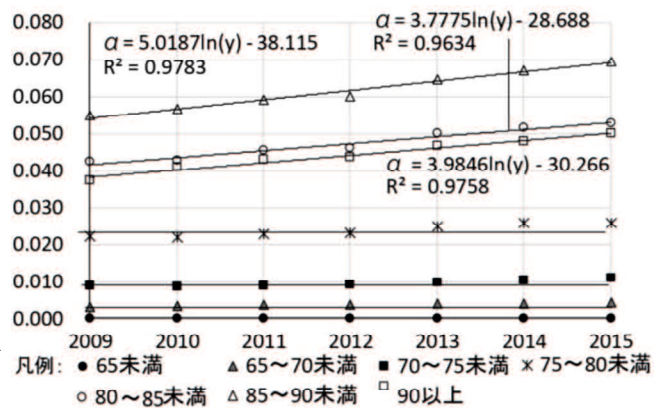
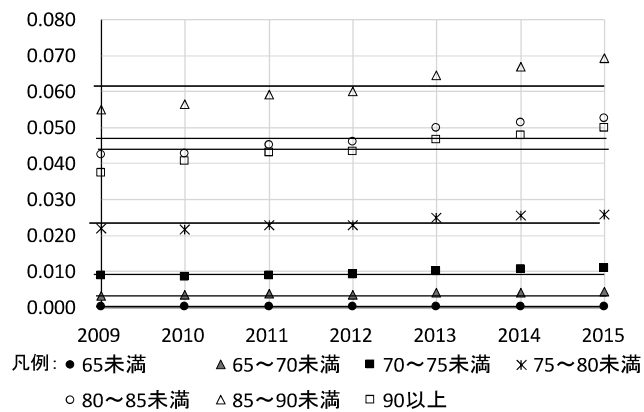


図 2-14 要支援 1 認定者の比率の推移(2009-2015)

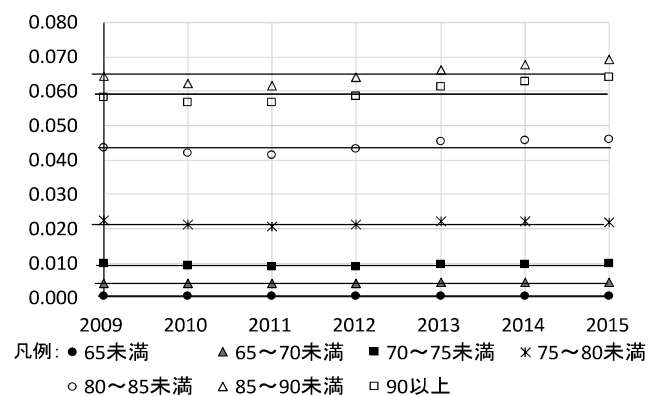


図 2-15 要支援 2 認定者の比率の推移(2009-2015)

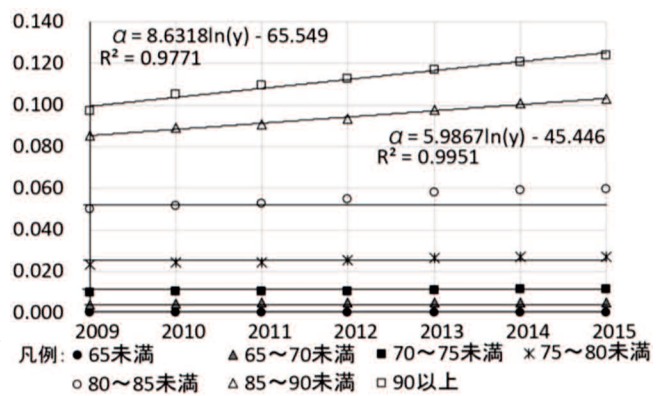
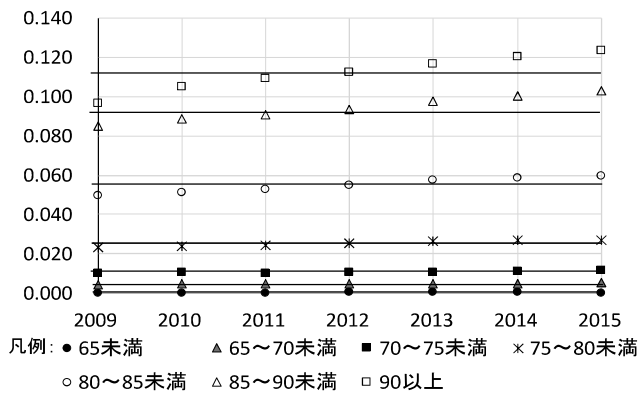


図 2-16 要介護1 認定者の比率の推移(2009-2015)

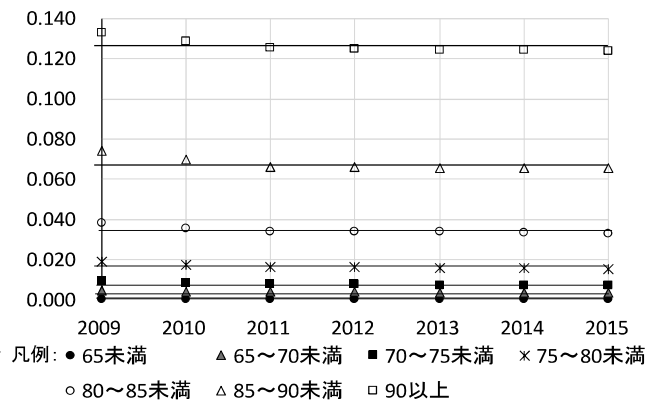
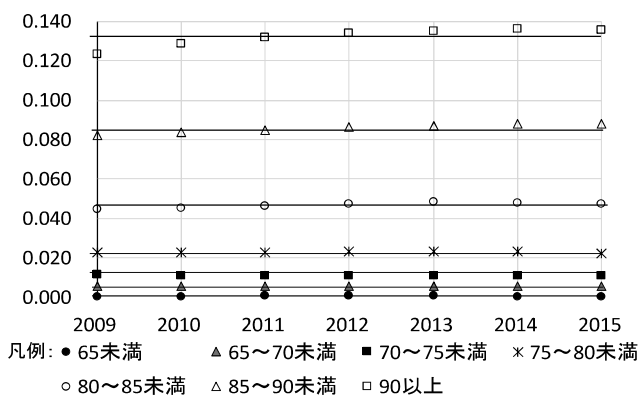


図 2-17 要介護2 認定者の比率の推移(2009-2015)

図 2-18 要介護3 認定者の比率の推移(2009-2015)

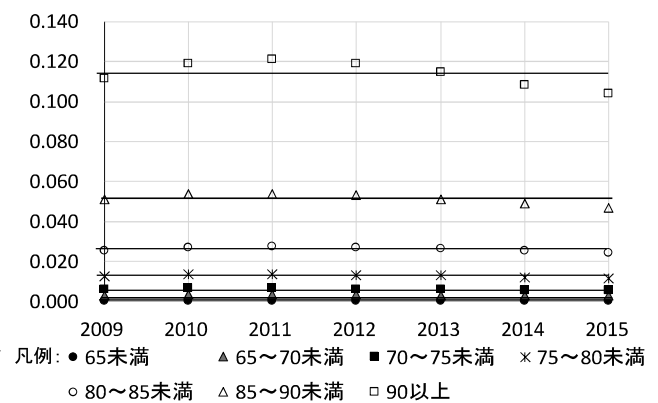
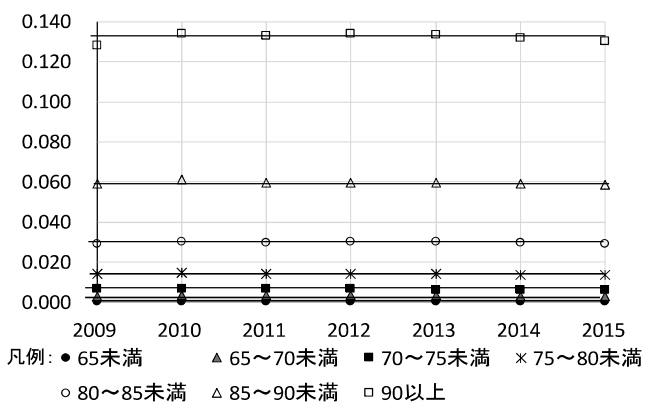


図 2-19 要介護4 認定者の比率の推移(2009-2015)

図 2-20 要介護5 認定者の比率の推移(2009-2015)

2005 年以前の年齢階級別・要介護度別パラメータ値を表 2-3、2010 年以降の年齢階級別・要介護度別パラメータ値を表 2-4・2-5 に示す。2005 年以前のパラメータ値は要介護 1 のパラメータ値が最も高く、全体的に年齢層が高くなるとパラメータ値が上昇する傾向にある。特に 90 歳以上のパラメータ値が急激に上昇している点が特徴である。2010 年以降のパラメータ値は要介護 1、2 のパラメータ値が最も高く、2005 年以前のパラメータ値と同様に全体的に年齢層が高くなるとパラメータ値が上昇する傾向にある。90 歳以上のみ要介護 2-4 のパラメータ値が高い。

表 2-3 年齢階級別・要介護度別パラメータ値(2005 年以前)

年齢	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
～65	0.00008	0.00039	0.00030	0.00019	0.00016	0.00019
65～69	0.00363	0.00840	0.00519	0.00356	0.00315	0.00329
70～74	$3.523 \times \ln(y) - 26.776$	$4.919 \times \ln(y) - 37.377$	0.01056	0.00739	0.00671	0.00680
75～79	$7.424 \times \ln(y) - 54.153$	$9.307 \times \ln(y) - 70.711$	0.02052	0.01466	0.01350	0.01329
80～84	$12.462 \times \ln(y) - 94.695$	$17.014 \times \ln(y) - 129.258$	0.04171	0.03050	0.02877	0.02747
85～89	$13.754 \times \ln(y) - 104.505$	$26.923 \times \ln(y) - 204.548$	0.07576	0.05908	0.05850	0.05377
90～	$7.330 \times \ln(y) - 55.685$	$24.969 \times \ln(y) - 189.660$	0.11014	0.10030	0.11720	0.10760

凡例) y: 年

表 2-4 年齢階級別・要介護度別パラメータ値 1(2010 年以降)

年齢	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
～65	0.00015	0.00026	0.00030	0.00041	0.00028	0.00022	0.00025
65～69	0.00370	0.00424	0.00481	0.00538	0.00378	0.00310	0.00305
70～74	0.00955	0.00943	0.01071	0.01087	0.00774	0.00645	0.00603
75～79	0.02370	0.02163	0.02534	0.02273	0.01648	0.01406	0.01272
80～84	0.04732	0.04384	0.05502	0.04670	0.03451	0.02970	0.02613
85～89	0.06164	0.06507	0.09426	0.08572	0.06747	0.05949	0.05116
90～	0.04417	0.05975	0.11229	0.13229	0.12649	0.13211	0.11405

表 2-5 年齢階級別・要介護度別パラメータ値 2(2010 年以降)

年齢	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
～65	0.00008	0.00026	0.00039	0.00041	0.00028	0.00022	0.00025
65～69	0.00363	0.00424	0.00840	0.00538	0.00378	0.00310	0.00305
70～74	0.00955	0.00943	0.01071	0.01087	0.00774	0.00645	0.00603
75～79	0.02370	0.02163	0.02534	0.02273	0.01648	0.01406	0.01272
80～84	$3.985 \times \ln(y) - 30.266$	0.04384	0.05502	0.04670	0.03451	0.02970	0.02613
85～89	$3.778 \times \ln(y) - 28.688$	0.06507	$5.987 \times \ln(y) - 45.446$	0.08572	0.06747	0.05949	0.05116
90～	$5.019 \times \ln(y) - 38.115$	0.05975	$8.632 \times \ln(y) - 65.549$	0.13229	0.12649	0.13211	0.11405

凡例) y: 年

このパラメータ値をもとに要介護認定者数を算出する。ある年における要介護度別要介護認定者数： P_j は年齢階級別要介護後度別パラメータ値： α_{ij} に年齢階級別人口： A_i を乗算したものであり、下記の式で表される。

$$\begin{pmatrix} P1 \\ P2 \\ P3 \\ P4 \\ P5 \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} \alpha11 & \alpha12 & \alpha13 & \alpha14 & \alpha15 & \alpha16 & \alpha17 \\ \alpha21 & \alpha22 & \alpha23 & \alpha24 & \alpha25 & \alpha26 & \alpha27 \\ \alpha31 & \alpha32 & \alpha33 & \alpha34 & \alpha35 & \alpha36 & \alpha37 \\ \alpha41 & \alpha42 & \alpha43 & \alpha44 & \alpha45 & \alpha46 & \alpha47 \\ \alpha51 & \alpha52 & \alpha53 & \alpha54 & \alpha55 & \alpha56 & \alpha57 \end{pmatrix} \times \begin{pmatrix} A1 \\ A2 \\ A3 \\ A4 \\ A5 \\ A6 \\ A7 \end{pmatrix} \quad \cdots (1)$$

i:年齢

(i=1～7 1：～64 歳、2～6：5 歳間隔、7：90 歳～)

j:介護度

(j=1～5)

次に要介護認定者数： P は各要介護認定者数を合計したものであり、下記の式で表される。

$$P = \sum_{n=1}^5 (P_j) \quad \cdots (2)$$

次に全国の人口を用いて要介護認定者数を算出し、実績値との比較を行った。2001-2005 年の推計精度を表 2-6、2009-2015 年の推計精度を表 2-7・2-8 に示す。2001-2005 年に関しては、全体的な特徴としては合計人数の推計精度が 2001 年は少し低い、0.9 台後半であり、介護度別にみても大半が 0.9 台と良好な推計結果が得られた。一方で、2001 年の推計精度が 0.9 前半と少し低い、全体的に推計値が実績値を大きく超えている点が要因として考えられる。全ての年代で推計精度が 0.9 を超えていることからパラメータ値は有効であると考えられる。

また、2009-2015 年に関して、全て平均値を用いたパラメータ値の場合は合計人数の推計精度が全て 0.9 台後半であり良好な推計結果が得られた。介護度別にみると、要支援 1 及び要介護 1 の 2009 年の推計精度が 0.89 と少し低い傾向にあるものの、大半が 0.9 台であり、良好な推計結果であると考えられる。要支援 1 及び要介護 1 の一部の年齢階級で回帰式を用いたパラメータ値の場合は合計人数の推計精度が全て 0.99 以上と平均値を用いたパラメータ値よりも高い。また、介護度別にみると回帰式を用いた要支援 1 及び要介護 1 で 2009 年の要介護 1 以外は全て推計精度が 0.9 後半であることから推計精度は向上したといえる。どちらも推計精度が 0.9 後半であるため、パラメータ値は有効であると考えられる。

表 2-6 全国の要介護認定者数の推計精度(2001-2005)

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2001	推計値	344044	795200	542387	409507	401642	386854	2879633
	実測値	328709	745229	511672	372176	380290	362465	2700541
	推計精度	0.95	0.93	0.94	0.90	0.94	0.93	0.93
2002	推計値	419637	924910	567809	429772	422627	406588	3171344
	実測値	407804	913492	584526	403483	404886	396200	3110391
	推計精度	0.97	0.99	0.97	0.93	0.96	0.97	0.98
2003	推計値	500264	1061953	592096	449043	442503	425295	3471153
	実測値	511742	1093733	648303	443418	438285	431684	3567165
	推計精度	0.98	0.97	0.91	0.99	0.99	0.99	0.97
2004	推計値	586286	1207650	616436	468497	462732	444295	3785895
	実測値	607600	1271009	600350	503854	490769	470428	3944010
	推計精度	0.96	0.95	0.97	0.93	0.94	0.94	0.96
2005	推計値	684952	1378177	648245	493370	487889	467944	4160577
	実測値	685563	1360257	629603	544228	513956	483322	4216929
	推計精度	1.00	0.99	0.97	0.91	0.95	0.97	0.99

表 2-7 全国の要介護認定者数の推計精度 1(2009-2015)

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2009	推計値	649844	666137	889726	862694	677480	611714	545189	4902784
	実測値	583128	665352	799574	833934	748762	605713	533001	4769464
	推計精度	0.89	1.00	0.89	0.97	0.90	0.99	0.98	0.97
2010	推計値	667666	684207	914818	886263	696326	628900	560191	5038372
	実測値	610611	661430	865756	870893	724494	647222	586276	4966682
	推計精度	0.91	0.97	0.94	0.98	0.96	0.97	0.96	0.99
2011	推計値	693842	711003	953438	922889	726435	656952	584412	5248971
	実測値	665365	677127	923301	920975	715807	660619	617242	5180436
	推計精度	0.96	0.95	0.97	1.00	0.99	0.99	0.95	0.99
2012	推計値	719256	737548	991198	959623	756445	684824	608723	5457617
	実測値	699463	723001	988526	971841	741424	690863	632535	5447653
	推計精度	0.97	0.98	1.00	0.99	0.98	0.99	0.96	1.00
2013	推計値	742770	762443	1026952	994819	785385	711841	632304	5656513
	実測値	782099	780762	1070477	1012390	763903	717693	635285	5762609
	推計精度	0.95	0.98	0.96	0.98	0.97	0.99	1.00	0.98
2014	推計値	764592	786088	1061675	1029800	814612	739476	656407	5852650
	実測値	832540	814507	1132191	1048907	786179	732305	627564	5974193
	推計精度	0.92	0.97	0.94	0.98	0.96	0.99	0.95	0.98
2015	推計値	793129	817828	1110402	1080041	857930	781502	692969	6133802
	実測値	879667	847327	1190839	1078309	808442	750104	625260	6179948
	推計精度	0.90	0.97	0.93	1.00	0.94	0.96	0.89	0.99

表 2-8 全国の要介護認定者数の推計精度 2(2009-2015)

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2009	推計値	599815	666137	851362	862694	677480	611714	545189	4814391
	実測値	583128	665352	799574	833934	748762	605713	533001	4769464
	推計精度	0.97	1.00	0.94	0.97	0.90	0.99	0.98	0.99
2010	推計値	632857	684207	888081	886263	696326	628900	560191	4976825
	実測値	610611	661430	865756	870893	724494	647222	586276	4966682
	推計精度	0.96	0.97	0.97	0.98	0.96	0.97	0.96	1.00
2011	推計値	675053	711003	938865	922889	726435	656952	584412	5215609
	実測値	665365	677127	923301	920975	715807	660619	617242	5180436
	推計精度	0.99	0.95	0.98	1.00	0.99	0.99	0.95	0.99
2012	推計値	718243	737548	990591	959623	756445	684824	608723	5455997
	実測値	699463	723001	988526	971841	741424	690863	632535	5447653
	推計精度	0.97	0.98	1.00	0.99	0.98	0.99	0.96	1.00
2013	推計値	761102	762443	1041869	994819	785385	711841	632304	5689762
	実測値	782099	780762	1070477	1012390	763903	717693	635285	5762609
	推計精度	0.97	0.98	0.97	0.98	0.97	0.99	1.00	0.99
2014	推計値	803784	786088	1093822	1029800	814612	739476	656407	5923989
	実測値	832540	814507	1132191	1048907	786179	732305	627564	5974193
	推計精度	0.97	0.97	0.97	0.98	0.96	0.99	0.95	0.99
2015	推計値	855556	817828	1162791	1080041	857930	781502	692969	6248619
	実測値	879667	847327	1190839	1078309	808442	750104	625260	6179948
	推計精度	0.97	0.97	0.98	1.00	0.94	0.96	0.89	0.99

2.4 山口県の要介護認定者数の推計

山口県の年齢階級別人口を用いて2000-2040年の要介護認定者数を5年ごとに推計した。結果を図2-21、2-22に示す。平均値を用いたパラメータ値の場合、全体では2000年の4.2万人から2040年には11.1万人と3倍近くに増加する結果が得られた。特に2000-2005年の要介護認定者数の増加率が高く、これは全国と同様に介護保険制度が定着し、要介護認定を受ける高齢者が増加したためと考えられる。一方で、2035年以降は横ばいに転じている。介護度別にみると、要介護3が2000年の0.6万人から2040年の1.7万人と約2.7倍、要介護4が2000年の0.6万人から2040年の1.6万人と約2.6に増加しており、最も増加率が高い結果となっている。要介護1は2005年以前認定者数が多いが、2010年以降要支援が1、2に分かれ、要介護認定者の一部が要支援2に移行したことから要介護1の人数が減少している。また、要介護1、2は2035年をピークに2040年には減少しており、これは2035年以降85歳未満の人口が減少していることが要因として考えられる。

また、要支援1及び要介護1の一部の年齢階級で回帰式を用いたパラメータ値の場合、全体では2000年の4.2万人から2040年には13.5万人と3倍以上に増加する結果となり、平均値のパラメータ値よりも2.4万人多い。

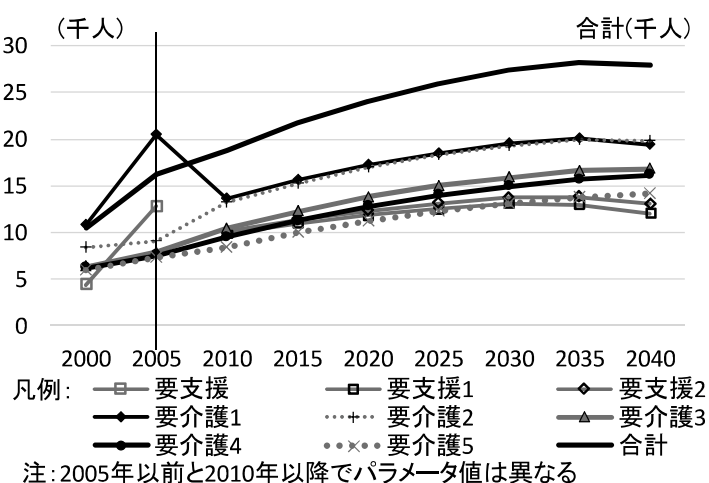


図2-21 山口県の推計要介護認定者数の推移 1

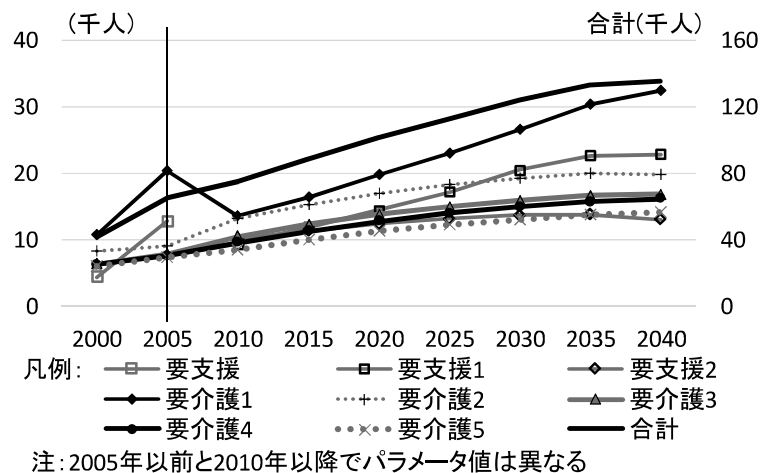


図 2-22 山口県の推計要介護認定者数の推移 2

次に、山口県における要介護認定者数の 2001-2005 年の推計精度を表 2-9、2009-2014 年の推計精度を表 2-10、2-11 に示す。要支援に関しては要支援 1 と 2 の合計でのみ公開されているため、合計して実測値と比較を行う。2001-2005 年に関しては、合計人数の推計精度は全ての年で 0.9 台の精度で実績値と近似する。介護度別にみると、要支援は全て実測値よりも推計値が低く推計精度も低い。そのため、山口県では全国よりも要支援認定者数が多い傾向にあることが考えられる。要介護 1 も 0.8 台の年度もあるが、大半が 0.9 を超え良好な推計結果が得られた。

2009-2014 年に関して、平均値を用いたパラメータ値の場合、合計人数の推計精度は全ての年で 0.9 台後半の精度で実績値と近似する。介護度別にみると、要介護 1~3 で精度が 0.8 台と低い年度も見られるが、大半が 0.9 を超え良好な推計結果が得られた。また、2014 年では要介護 5 で精度が 0.8 台と低いが、これは要介護認定基準が厳しくなっていることが要因として考えられる。2014 年の要介護 1 も実績値が多く精度が 0.8 と低いことから、要介護認定基準が厳しくなったことにより、要介護 1 の認定者数が増えたことが要因であることも予測される。また、要支援 1 及び要介護 1 の一部の年齢階級で回帰式を用いたパラメータ値の場合、合計人数の推計精度は大半が 0.98 を超えており、推計精度は向上している。回帰式を用いた要支援及び要介護に関しても、2009 年の推計精度は悪くなっているが、その他の年度に関しては向上している。

以上より、介護度別にみると精度が低い場合もあるが合計人数は全て 0.9 を超えているため、山口県の認定者数推計においてもパラメータ値は有効であると考えられる。また、今回 2009 年以降に関して、要支援 1 及び要介護 1 の一部の年齢階級で平均値を用いたパラメータ値と回帰式を用いたパラメータ値の 2 パターンで推計を行い、推計精度は回帰式を用いたパラメータ値での推計の方が高かった。

一方で、回帰式を用いた2040年のパラメータ値は平均値を用いたパラメータ値の2倍以上であり、特にどちらも回帰式を用いて算出した85～89歳、90歳以上ではパラメータ値の合計がそれぞれ0.48から0.64、0.72から0.90と特に90歳以上では9割が要介護認定を受けていることになっている。そのため、今回は合計人数の推計精度はどちらも0.9を超えているため有効であると判断し、平均値を用いたパラメータ値を用いて、次章より推計した要介護認定者数を用いて、充足率・サービス利用率・施設利用率を算出する。また、需要の把握を詳細に行うため、平成の大合併前の自治体別に推計を行う。

表 2-9 山口県の要介護認定者数の推計精度(2001-2005)

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2001	推計値	5503	12685	8666	6587	6498	6227	46166
	実測値	6786	13792	8419	5975	6165	5792	46929
	推計精度	0.81	0.92	0.97	0.90	0.95	0.92	0.98
2002	推計値	6690	14691	8995	6843	6755	6468	50443
	実測値	8183	16512	9432	6400	6732	6174	53433
	推計精度	0.82	0.89	0.95	0.93	1.00	0.95	0.94
2003	推計値	7805	16490	9136	6952	6864	6570	53816
	実測値	9784	18607	9193	7085	7118	6788	58575
	推計精度	0.80	0.89	0.99	0.98	0.96	0.97	0.92
2004	推計値	9114	18662	9432	7181	7093	6785	58266
	実測値	11635	19851	8849	7501	7504	7166	62506
	推計精度	0.78	0.94	0.93	0.96	0.95	0.95	0.93
2005	推計値	10563	21298	9991	7660	7625	7278	64415
	実測値	12816	20425	9026	7851	7555	7270	64943
	推計精度	0.82	0.96	0.89	0.98	0.99	1.00	0.99

表 2-10 山口県の要介護認定者数の推計精度 1(2009-2014)

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2009	推計値	19159	13083	12662	10024	9110	8081	72119
	実測値	19552	12968	10923	10136	8578	7824	69981
	推計精度	0.98	0.99	0.84	0.99	0.94	0.97	0.97
2010	推計値	19945	13655	13201	10462	9513	8429	75205
	実測値	19437	13949	11941	9645	9018	8541	72531
	推計精度	0.97	0.98	0.89	0.92	0.95	0.99	0.96
2012	推計値	21047	14497	14025	11152	10165	8994	79880
	実測値	20359	15727	12996	9744	9492	8666	76984
	推計精度	0.97	0.92	0.92	0.86	0.93	0.96	0.96
2013	推計値	21474	14835	14366	11438	10437	9229	81779
	実測値	23001	17916	13430	10122	9801	8408	82678
	推計精度	0.93	0.83	0.93	0.87	0.94	0.90	0.99
2014	推計値	21910	15192	14733	11750	10734	9487	83806
	実測値	24339	18929	13900	10274	10102	8415	85959
	推計精度	0.90	0.80	0.94	0.86	0.94	0.87	0.97

表 2-11 山口県の要介護認定者数の推計精度 2 (2009-2014)

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
2009	推計値	18398	12481	12662	10024	9110	8081	70757
	実測値	19552	12968	10923	10136	8578	7824	69981
	推計精度	0.94	0.96	0.84	0.99	0.94	0.97	0.99
2010	推計値	19406	13223	13201	10462	9513	8429	74234
	実測値	19437	13949	11941	9645	9018	8541	72531
	推計精度	1.00	0.95	0.89	0.92	0.95	0.99	0.98
2012	推計値	21033	14487	14025	11152	10165	8994	79856
	実測値	20359	15727	12996	9744	9492	8666	76984
	推計精度	0.97	0.92	0.92	0.86	0.93	0.96	0.96
2013	推計値	21750	15066	14366	11438	10437	9229	82287
	実測値	23001	17916	13430	10122	9801	8408	82678
	推計精度	0.95	0.84	0.93	0.87	0.94	0.90	1.00
2014	推計値	22493	15686	14733	11750	10734	9487	84883
	実測値	24339	18929	13900	10274	10102	8415	85959
	推計精度	0.92	0.83	0.94	0.86	0.94	0.87	0.99

2.5 充足率、サービス利用率及び施設利用率の推計

(1) 充足率の定義と推計結果

要介護認定者数に対する通所介護施設定員の比率を充足率と定義する。充足率は自治体別に施設整備水準を示し比較を行う上で有効な指標である。充足率を F は自治体別施設定員数： C_m を自治体別要介護認定者数： P_m で除した値であり、下記の式で示される。

$$F = C_m / P_m \quad \dots (3)$$

充足率の変化を図 2-23 に示す。1990 年代はゴールドプランにより、各自治体に 1 ヶ所ずつ特養に併設する形で整備が開始されている。そのため、2000 年時点の充足率は旧市で 0.05、郡部で 0.09 と要介護認定者数が少ない郡部で充足率が高い。その後、2000 年代前半は旧市では施設整備が進み、充足率が上昇している一方で、郡部ではあまり施設整備が進んでいないため、充足率は減少し、充足率は旧市の方が高い。2000 年代後半はどちらも整備は進み充足率は上昇しており、2010 年時点の充足率は旧市で 0.13、郡部で 0.12 と同程度の水準となっている。2010 年以降は旧市では定員が 7000 人から 11000 人へ 1.6 倍と急激に施設整備が進んでいるが、要介護認定者数も増加しているため、2015 年時点の充足率は 0.17 である。一方で、郡部では施設整備は旧市と比較すると 2600 人から 3500 人へ 1.3 倍とそれほど進んでいないが、要介護認定者数が減少しているため、2015 年時点の充足率は 0.18 と旧市よりも高い。

また、2015 年の充足率別自治体数を図 2-24 に示す。旧市では充足率が 0.05 から 0.24 の間で同程度ずつ分布している。郡部では充足率が旧市と同様に 0.15～0.19 の自治体数が 14 と最も多く、次いで 0.05～0.09 の自治体数が 12 と多い。一方で、充足率が 0.04 以下の自治体数が 1、0.25 以上の自治体数が 8 であることから、旧市と比較すると自治体によるばらつきが大きい。

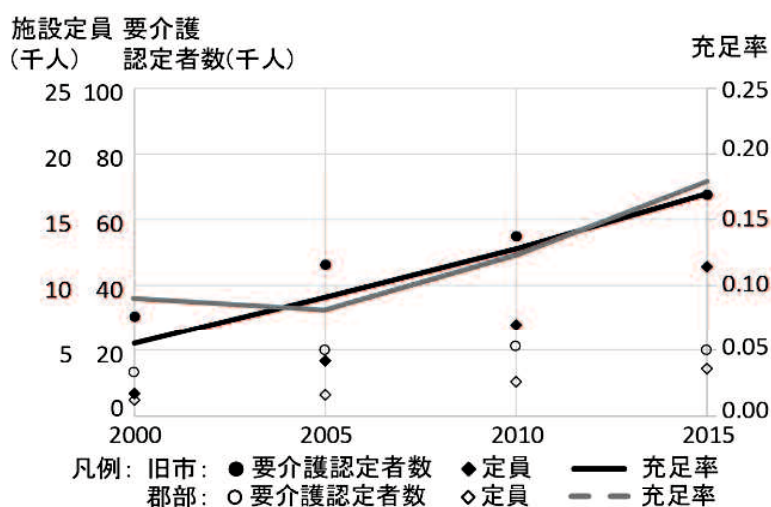


図 2-23 充足率の変化

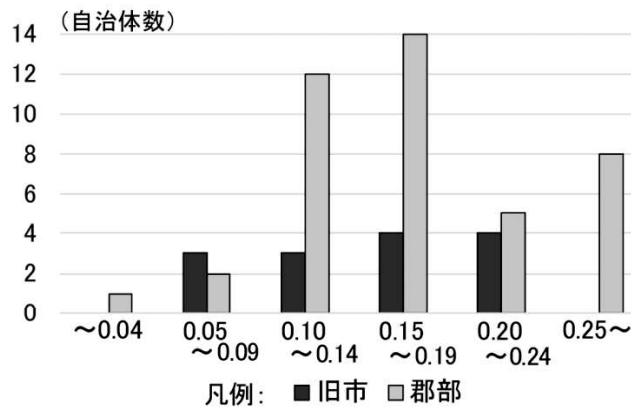


図 2-24 充足率別自治体数

(2) サービス利用率の定義と推計結果

サービス利用率は要介護認定者数に対する実際に通所介護施設を利用する人数の比率を示したものであり、充足率よりも利用状況を踏まえた実際に近い値を示すことができる指標である。自治体別のサービス利用率： U_m は要介護認定者数： P_m を自治体別の施設登録者数： R_m で除した値であり、下記の式で示される。

$$U_m = R_m / P_m \quad \dots (4)$$

施設利用登録者数は全施設把握できなかったため、施設登録倍率を用いて推計する。登録倍率は施設定員に対する施設利用登録者数の比率とし、施設別利用登録者数： R_f を求める式は施設定員： C_f と施設登録倍率： E_m を用いて以下のように定義する。

$$R_f = E_m \times C_f \quad \dots (5)$$

アンケート調査等により得られた施設の登録倍率と充足率の関係を図 2-25 に示すが、郡部を中心に登録倍率と充足率に関係性が見られなかった。そこで今回は、旧市では情報が得られた施設数が多いため平均値、郡部では情報が得られた施設数が少ないため、旧市を除いた周辺自治体の平均値を用いて、施設利用登録者数を算出した。

式(4)を用いて得られたサービス利用率別自治体数を図 2-26 に示す。全体の平均は 0.41 である。日本全国における 2014 年度の要介護認定者数における高齢者通所介護施設の利用者数(出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」)の比率を算出すると 0.22(1,339,200 人/5,974,193 人)であることから、全国より

も高い傾向にある。旧市ではサービス利用率が0.30～0.39の自治体数が5、0.20～0.29の自治体数が4と多い。また、大半の自治体はサービス利用率が0.20～0.49の間に分布している。郡部ではサービス利用率が0.50～の自治体数が14と最も多く、サービス利用率が高い自治体が多い。これは要介護認定者数が少ない点が要因していると考えられる。その他の自治体の大半は0.10～0.49の間に同程度ずつ分布していることから、充足率と同様にサービス利用率も、旧市と比較すると自治体によるばらつきが大きいことが分かる。また、要介護認定者数が少ない自治体でサービス利用率が高い自治体が多いことから、要介護認定者数が少ない点が全国平均よりも平均値が高くなる要因であることが予測される。

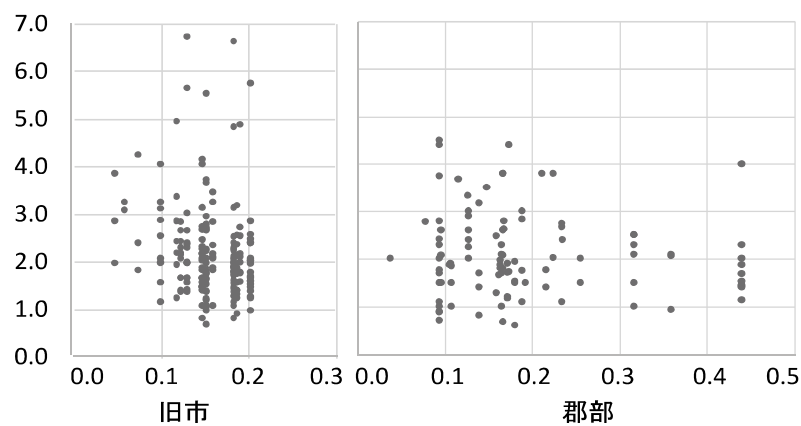


図 2-25 登録倍率と充足率の関係（施設別）

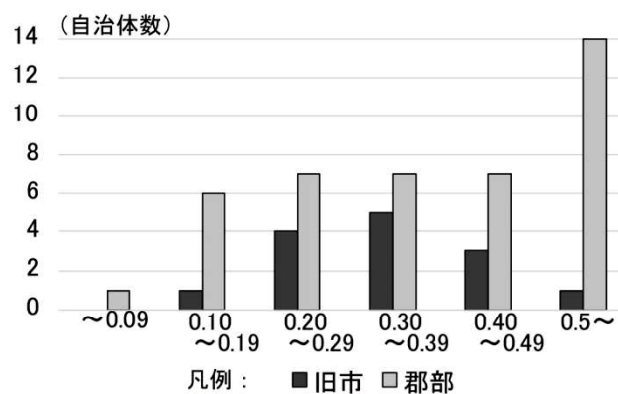


図 2-26 サービス利用率別自治体数

(3) 施設利用率の定義と推計結果

施設利用率は定員に対し、1日に来所する利用者数の比率を示したものであり、施設運営の状況を示す上で有効な指標である。施設利用率：Mfは施設別施設定員：Cfを施設別1日の利用者数の平均：Rfで除した値であり、下記の式で示される。

$$Mf = Rf / Cf \quad \dots (6)$$

アンケート調査等により得られた施設情報をもとに算出した施設利用率結果を図2-27に示す。旧市、郡部ともに0.49以下から0.9以上とばらつきが大きく、旧市では0.70～0.79の自治体数が最も多く特徴がみられるが、郡部では特徴がみられない。施設利用率は施設登録利用者数だけでなく、利用者の利用回数も大きく影響するため、施設の個性性が大きいことが考えられる。そこで、登録倍率と同様に旧市は施設平均、郡部は旧市を除いた周辺自治体の平均値を用いて、自治体別施設利用率を算出した。

施設利用率別自治体数を図2-28に示す。旧市は施設利用率が0.70～0.74の自治体が最も多い。施設利用率は0.65から0.80以上と自治体による差が大きい。郡部においても施設利用率は0.70～0.74の自治体が11と最も多く、0.60から0.80以上と旧市よりも自治体による差が大きい。施設利用率は施設の個性性が大きく、自治体にも影響を与えているため、差が生じているものと考えられる。

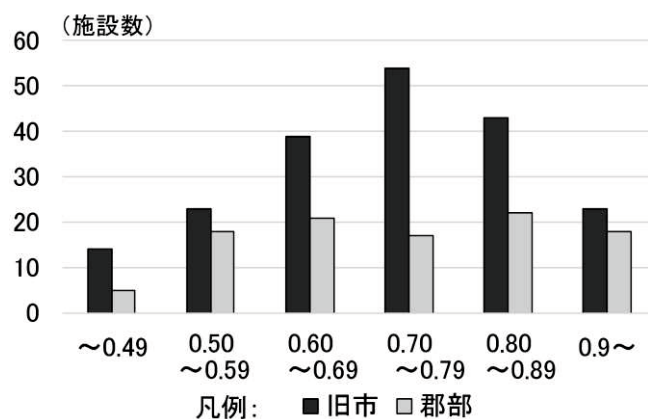


図2-27 施設利用率別施設数

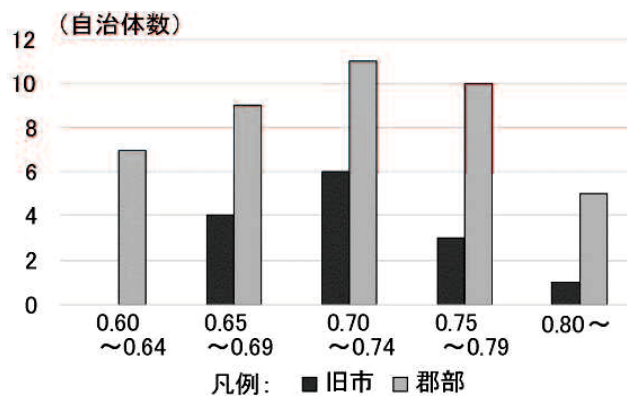


図 2-28 施設利用率別自治体数

(4) 充足率、サービス利用率及び施設利用率の関係

充足率とサービス利用率の関係を図 3-29、サービス利用率の分布図を図 2-30 に示す。充足率が上昇するとサービス利用率も上昇していることが分かる。回帰分析を行い、以下の式が算出された。

$$U_m = 2.1675F + 0.0239 \quad \dots (7)$$

相関係数が 0.7062 であることから相関関係にあるといえる。一方で、一部の自治体で充足率が 1.0 程度でも、サービス利用率が 4.0 以上と高い自治体もみられた。高い自治体は美和町、美川町、本郷町、錦町で美和町に位置する施設の登録倍率は 6.1、3.5 と高く、周辺の美川町に位置する施設も 3.8 と高いのに対し、要介護認定者数の少ないため、利用率は 0.5 を超えて高い。また、美東町でも施設の登録倍率が 4.4 と高いことや周辺の自治体に立地する施設でも 4.0 を超える施設が 2 施設あるため、利用率は 0.53 と高い。

分布図を図 2-31 に示す。サービス利用率は萩市や岩国市の郡部等山間部に位置する郡部で高い傾向にあることが分かる。サービス利用率が最も高いのは楠町で 0.8 を超えており、次いで美川町、田万川町で 0.6 を超えて高い。楠町及び田万川町は有料老人ホームに併設した施設の参入が大きく影響しているものと考えられる。楠町は定員 185 名のうち 65 名、田万川町では定員 95 名のうち 45 名が有料老人ホームに併設した施設である。以上をふまえると、サービス利用率が高い自治体は要介護認定者数が少ない傾向にあると予測されることから、要介護認定者数とサービス利用率の関係を図 2-28 に示し、回帰分析を行い以下の式が算出された。

$$U_m = -0.055 \ln(N) + 0.7637 \quad \dots (8)$$

逆相関になっていることから、要介護認定者数が少ない地域で利用率が高くなっていることが予測される。実際に、サービス利用率が0.5を超える自治体は全て要介護認定者数が500名以下である。

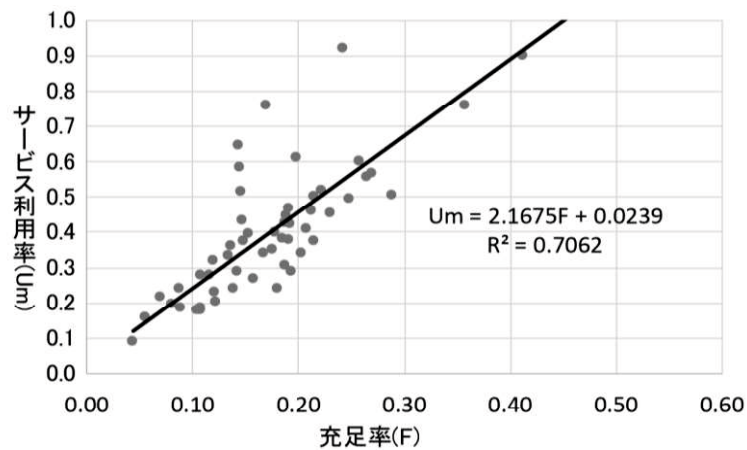


図 2-29 充足率とサービス利用率の関係

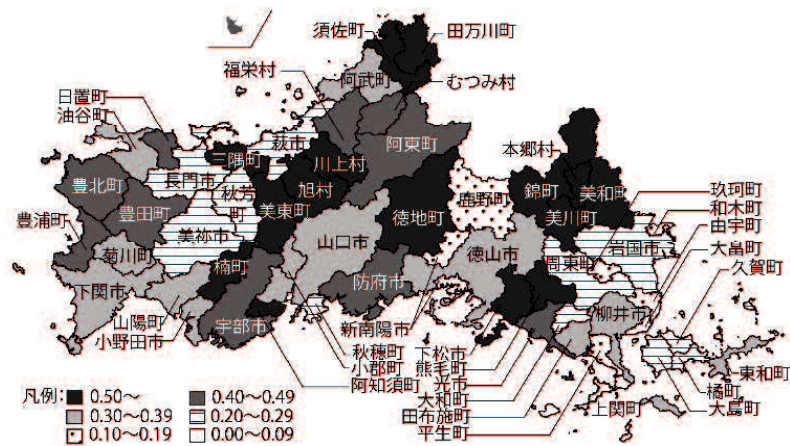


図 2-30 サービス利用率の分布図

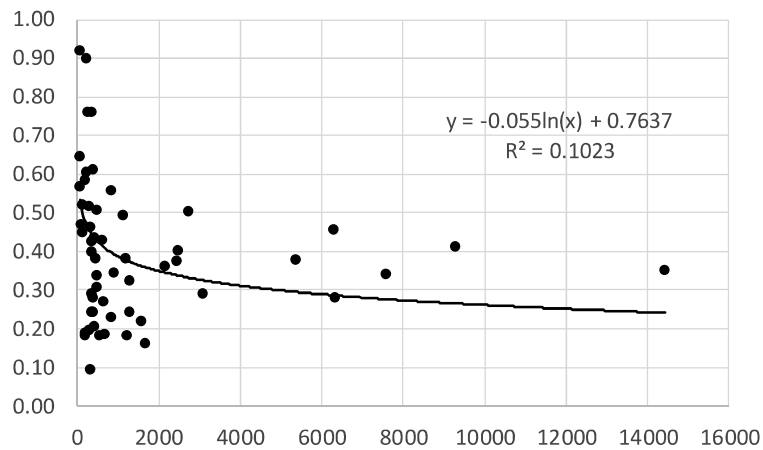


図 2-31 要介護認定者数とサービス利用率の関係

次にサービス利用率と施設利用率の関係を図 2-32 に示す。サービス利用率が上昇しても施設利用率はほぼ横ばいに移行していることから相関関係はないことが分かる。施設利用率は施設による個別性が大きいことが大きく要因していると考えられる。また、充足率はサービス利用率と相関性があることから、充足率と施設利用率も相関性はないと考えられる。

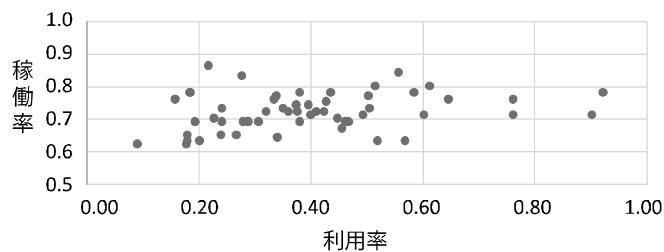


図 2-32 サービス利用率と施設利用率の関係

2.6 制度改正前後の施設経営採算の比較

(1) 経営採算モデルの設定

ある法人の経営採算の情報をもとに経営採算の計算を行い、情報を頂いた2009年度の単価と制度改正があった2015年度の単価で比較を行う。今回は情報を頂いた特養併設施設と民家を活用した小規模施設を対象とし、民家を活用した小規模施設に関しては利用圏の広さで経営採算に差が見られたため、利用圏が広域の場合と利用圏が狭域な場合の2パターンで経営採算の計算を行う。まず、頂いた経営採算の収入の構成比を表2-12、支出の構成比を表2-13に示す。収入に関しては、介護報酬による収入が8割程度と大半を占める。その他は入浴サービス、昼食費、障害者受け入れ等の町からの委託事業が含まれる。

支出に関しては、人件費が特養併設施設で75.3%、民家活用型小規模施設で85.5%、89.8%と支出の大半を占める。続いてその他を除くと、特養併設施設では給食材費が4.9%、民家活用型小規模施設では利用圏が広域の場合は車輦費が4.5%、利用圏が狭域の場合は光熱水費が2.4%を占めて高い。施設運営費である光熱水費及び燃料費に着目すると、特養併設は5.2%、民家活用型小規模施設は2.4～2.5%であり、支出合計の金額から考えると民家活用型小規模施設の施設運営費は特養併設施設と比較すると1/5以下であり、かなり経費で済んでいることが分かる。

表 2-12 収入の構成比

	特養併設施設		民家活用型小規模施設 (利用圏が広域)		民家活用型小規模施設 (利用圏が狭域)	
介護予防報酬	6,310,434	14.0%	3,084,200	12.0%	1,431,370	10.5%
介護報酬	33,207,955	73.8%	20,904,320	81.5%	10,689,040	78.3%
その他	5,478,233	12.2%	1,647,212	6.5%	1,524,992	11.2%
収入合計(円)	44,996,622	100.0%	25,635,732	100.0%	13,645,402	100.0%

表 2-13 支出の構成比

	特養併設施設		民家活用型小規模施設 (利用圏が広域)		民家活用型小規模施設 (利用圏が狭域)	
人件費	35,211,561	75.3%	15,185,847	85.5%	10,864,783	89.8%
給食材費	2,290,284	4.9%	615,009	3.5%	253,507	2.1%
車輦費	1,436,156	3.1%	792,007	4.5%	157,699	1.3%
光熱水費	1,448,676	3.1%	296,406	1.7%	284,663	2.4%
燃料費	995,371	2.1%	150,016	0.8%	4,680	0.0%
その他	5,404,990	11.6%	719,612	4.1%	540,035	4.5%
支出合計(円)	46,787,038	100.0%	17,758,897	100.0%	12,105,367	100.0%

光熱水費に関して、冷暖房費の観点から施設の面積により異なることが考えられる。そのため、面積が分かる17施設を対象に面積単位の光熱水費を算出し、面積が支出にどの程度影響を与えるかを検証した。検証は稼働率を一定であると仮定し、面積単位の光熱水費を算出した場合、光熱水費を変化させた場合の2パターン行った。その結果を図2-33・2-34に示す。ただし、2施設に関しては利用圏が不明であるため、どちらのパターンでも算出した。稼働率を一定であると仮定した場合、施設タイプに関係なく全ての施設で職員人数により収益率に差が生じているが、面積による影響は最大で2%程度とほとんどないことが分かる。また、光熱水費を変化させた場合においても面積による影響は1%程度とほとんどないことが分かる。以上より、今回は面積による光熱水費の影響はないものとして考える。

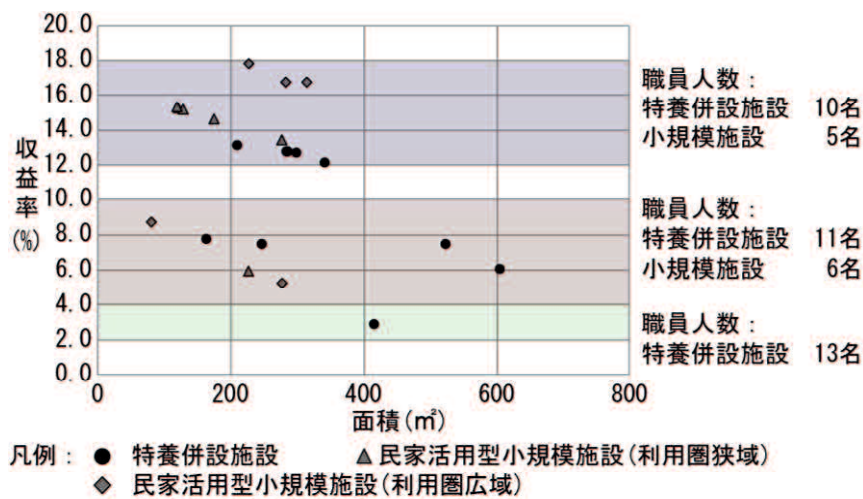


図 2-33 稼働率が一定(0.7)であると仮定した場合の収益率算出結果

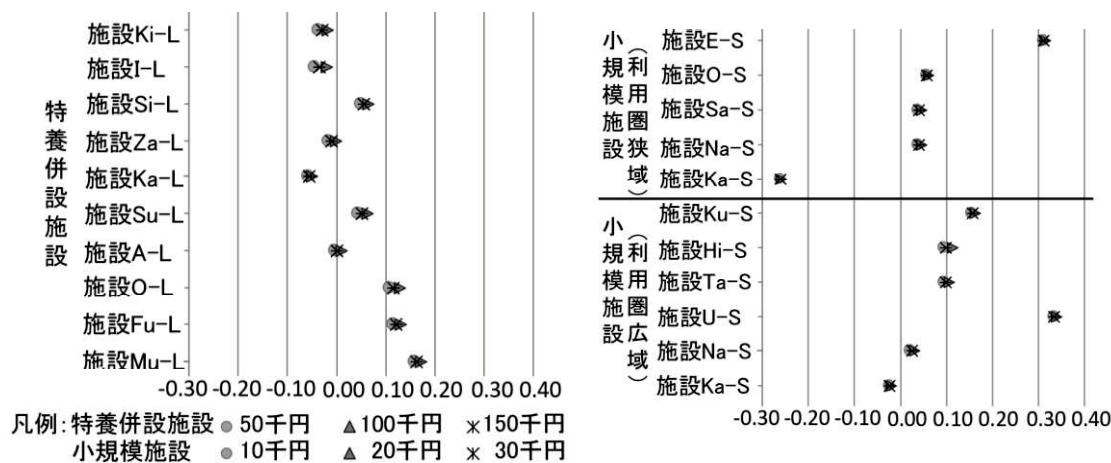


図 2-34 水光熱費を変化させた場合の収益率算出結果

次に、経営採算計算表を表2-13に示す。介護度別単価を2009年度と2015年度で比較すると、全体的に介護度が低いほど削減率が高く、特養併設施設では1.6～5.3%、小規模施設では25.2～27.6%削減されていることが分かる。人件費については全ての施設が同法人により運営されているため、一定であるとする。

表2-13 経営採算計算表

単価(円)		特養併設 施設	民家活用型 小規模施設	単価(円)		特養併設 施設	民家活用型 小規模施設
収入				支出			
介護 報酬	要介護1	6, 770/日	7, 900/日	人件費	3, 550, 000/人		
		6, 410/日	5, 720/日	給食材料費	450/日	250/日	
	要介護2	7, 890/日	9, 220/日	車輦費	1, 436, 156	792, 007	
		7, 570/日	6, 760/日			174, 311	
	要介護3	9, 010/日	10, 550/日	光熱水費	1, 448, 676	296, 406	
		8, 740/日	7, 800/日			276, 486	
	要介護4	10, 130/日	11, 870/日	燃料費	995, 371	150, 016	
		9, 900/日	8, 840/日			0	
	要介護5	11, 250/日	13, 200/日	その他	5, 404, 990	719, 612	
		11, 070/日	9, 880/日			1, 056, 729	
介護 予防 報酬	要支援1	22, 260/月		注1) 介護報酬及び介護予防報酬の 上段は2009年度の単価、下段は 2015年度の単価を示す。			
		1, 6470/月					
	要支援2	43, 530/月		注2) 民家活用型小規模施設の収入 のその他及び支出の上段は利用 圏が広域な施設、下段は利用圏 が狭域な施設を示す。			
33, 770/月							
その 他	入浴サービス	500/回					
	昼食代	450/日					
	その他	963, 833	207, 972				
			732, 027				

また、仮定条件を表 2-14 に示す。特養併設型施設の定員は 30 名、民家活用型小規模施設の定員は 10 名とし、利用者数は条件 4～6 の割合が一定のまま増減すると仮定する。入浴サービスについては実績から特養併設施設は全員、民家活用型小規模施設は 8 割が利用するものとして仮定する。職員数は制度より利用者が 5 名増減するごとに職員が 1 名増減するものと仮定する。

表 2-14 仮定条件

条件1	特養併設施設の定員は30名、民家活用型小規模施設の定員は10名とする
条件2	要支援に関して、単価は月単位で計算するため、1人が1ヶ月間に2回利用した場合でも利用者数は1人とする
条件3	要介護に関して、単価は日単位で計算するため、1人が1ヶ月間に2回利用した場合の利用者数は2人とする
条件4	特養併設施設の利用者数は要支援1が2.3%、要支援2が2.3%、要介護1が35.6%、要介護2が21.9%、要介護3が14.9%、要介護4が13.8%、要介護5が9.2%である
条件5	民家活用型小規模施設で利用圏が広域な場合の利用者は要支援1が0.0%、要支援2が3.2%、要介護1が31.6%、要介護2が46.3%、要介護3が12.6%、要介護4が6.3%、要介護5が0.0%である
条件6	民家活用型小規模施設で利用圏が広域な場合の利用者は要支援1が4.1%、要支援2が1.0%、要介護1が41.3%、要介護2が24.7%、要介護3が4.1%、要介護4が24.7%、要介護5が0.0%である
条件7	施設利用率の変化により利用者が増減する場合、各要介護度の割合は一定
条件8	入浴サービスは特養併設施設では全員、小規模施設では8割が利用する
条件9	職員数は利用者数が5名増減するごとに1名増減する
条件10	収入のその他、支出の車両費、光熱水費、燃料費、その他は一定

注) 条件4～6の利用者の介護度の割合について1週間調査を行い、来所した利用者の介護度の割合をもとに算出している

最後に、上記の経営採算計算表及び仮定条件をもとに施設利用率 0.5～0.9 でそれぞれ経営採算を計算した結果を表 2-15 に示す。特養併設施設で 2009 年度では施設利用率が 0.5 の場合のみ赤字であり、0.6 で黒字に転じている。一方で、2015 年度では施設利用率が 0.7 まで赤字であり、0.8 で黒字に転じている。小規模施設で利用圏が広域な場合、2009 年度では特養併設施設と同様に施設利用率が 0.5 のみ赤字であり、0.6 で黒字に転じている。一方で、2015 年度では 0.7 でほぼプラスマイナス 0 になり、0.8 で黒字に転じている。小規模施設で利用圏が狭域場合、2009 年度では施設利用率が 0.5 でも黒字であることから、経営が成り立ちやすい環境にあったことが予測される。2015 年度では施設利用率が 0.6 まで赤字で、0.7 で黒字に転じている。

以上より、制度改正前は施設利用率が 0.6 で黒字に転じているが、制度改正後は特養併設施設では施設利用率が 0.8、小規模施設では最低でも 0.7 を確保しなければならないため、制度改正により経営がかなり厳しくなっていることが予測される。

表 2-15 施設利用率別経営採算推計

稼働率 施設タイプ		0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
特養併設施設	収入(2009)	44,997 (1,500)	53,616 (1,787)	62,391 (2,080)	71,167 (2,372)	79,942 (2,665)
	収入(2015)	38,731 (1,291)	46,284 (1,543)	53,837 (1,795)	61,391 (2,046)	68,944 (2,298)
	支出	46,787 (1,560)	51,084 (1,703)	55,092 (1,836)	55,550 (1,852)	59,558 (1,985)
	合計(2009)	-1,790	2,532	7,300	15,617	20,384
	合計(2015)	-8,056	-4,788	-1,241	5,856	9,403
民家活用型 小規模施設 (利用圏が 広域)	収入(2009)	14,335 (1,433)	17,160 (1,716)	19,985 (1,999)	22,695 (2,270)	25,636 (2,564)
	収入(2015)	11,933 (1,193)	14,278 (1,428)	16,623 (1,662)	18,853 (1,885)	21,313 (2,131)
	支出	16,505 (1,650)	16,574 (1,657)	16,643 (1,664)	16,649 (1,665)	17,759 (1,776)
	合計(2009)	-2,170	586	3,342	6,047	7,877
	合計(2015)	-4,572	-2,296	-20	2,204	3,554
民家活用型 小規模施設 (利用圏が 狭域)	収入(2009)	13,645 (1,365)	16,186 (1,619)	18,874 (1,887)	21,493 (2,149)	24,113 (2,411)
	収入(2015)	11,406 (1,141)	13,579 (1,358)	15,843 (1,584)	18,029 (1,803)	20,215 (2,022)
	支出	12,105 (1,211)	15,590 (1,559)	15,708 (1,571)	15,782 (1,578)	19,407 (1,941)
	合計(2009)	1,540	596	3,166	5,711	4,706
	合計(2015)	-700	-2,011	135	2,247	808

注) 〇内の数値は定員1人当たりの収入を示す。

単位: 千円

(2) 経営採算のケーススタディ

調査で回答を得られた 297 施設の内、特養併設施設 41 施設、民家活用型小規模施設 18 施設の施設利用率の実績値を図 2-35 に示す。民家活用型小規模施設に関しては建築形態が不明な施設が多いため、建築形態の情報が得られた施設から民家活用型施設を選出している。特養併設施設は施設利用率 0.6 の施設数が 14、次いで 0.7 の施設数が 12 と多い。また、施設利用率が 0.8 以上の施設数は 6 と全体の 15% と少なく、0.6 未満の施設数も 9 であることから施設利用率が低い施設は多いといえる。

民家活用型小規模施設は施設利用率が 0.9 以上の施設数が 6 と最も多く、半数の施設の施設利用率が 0.8 以上である点が特徴であり、これは定員が 10 名程度と少ないため施設利用率を上げることが容易な点が要因として考えられる。一方で、施設利用率が 0.6 未満の施設数も 4 あり、施設で施設利用率のばらつきは大きい。

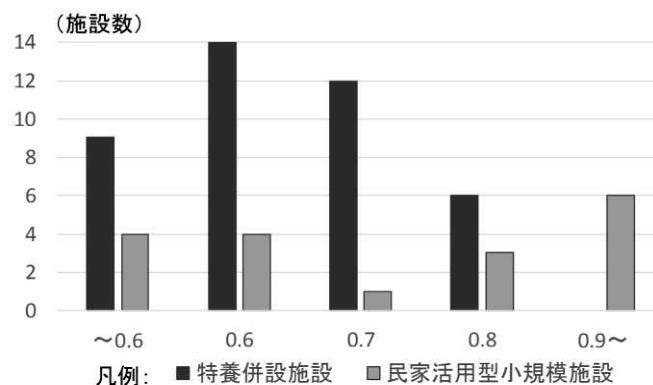


図 2-35 施設タイプ別施設利用率の実績値

次に、図 2-35 で取り上げた施設の収益率の計算を行った結果を図 2-36 に示す。収益率の計算については収入、支出ともに定員一人当たりの金額に定員数を乗算して算出することにより、定員数の相違を反映する。また、人件費に関しても 1 日平均利用者数がそれぞれ基本とした施設よりも 5 名多い、または少ない場合は人件費を 1 名分増減する。民家活用型小規模施設の利用圏に関しては過去に実際に調査を行った 5 施設のみ把握しているため、その他の 13 施設に関しては利用圏が広域な場合、狭域な場合のどちらのパターンでも推計を行っている。

特養併設施設は 2009 年度では半数近くの施設の収益率がマイナスで赤字であり、施設利用率の平均は 0.63 である。一方で、0.20 以上の施設も少数あり、施設利用率の平均は 0.77 である。2015 年度では 8 割以上の施設の収益率がマイナスで赤字であり、2 割の施設の収益率は -0.20 以下である。また、黒字の施設でも収益率は 0.20 以上の施設はない。

民家活用型小規模施設で利用圏が広域な場合の施設は、2009 年度では赤字の施設は 2 割程度と少なく、施設利用率は 0.5 台の施設が多い。一方で、収益率が 0.20 以上の施設も 3 割と多く、施設利用率は 8 割を超えた施設で多いことが分かる。2015 年度では半数以上の施設が赤字であり、少数ではあるが収益率が -0.20 以下の施設もある。また、収益率が 0.20 以上の施設はない。民家活用型小規模施設で利用圏が狭域な場合の施設は、2009 年度では施設利用率が 0.5 台でも黒字であるため、赤字の施設は 1 施設のみとほとんどなく、収益率が 0.20 以上の施設も 4 割近くある。2015 年度では約 6 割の施設が赤字であり、収益率が 0.20 以上の施設も 2 割に減少している。

以上より、特養併設施設では制度改正後では 8 割が赤字である推計結果となり、大半の施設が特養等併設施設で経営補填していることが予測される。また、比較的運営費が経費で済む小規模民家活用施設においても制度改正後は半数以上の施設が赤字経営である推計結果となり、大半は併設施設がなく単独施設での経営であることから経営は厳しい状況であることが予測される。

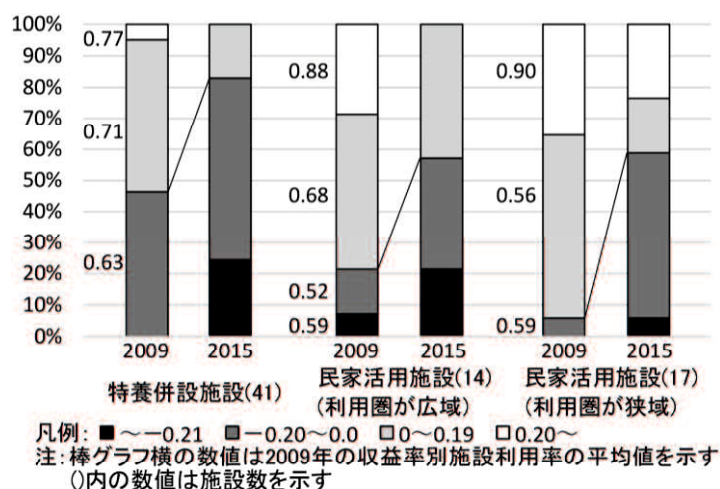


図 2-36 施設タイプ別採算性の推計結果

2.7 得られた知見

- 1) 介護保険制度導入以前は年平均 3.3 施設の供給量であったが、2000 年以降は年平均が 30-50 施設であり、施設整備が急速に進められたことが分かる。また、介護保険制度導入前は行政が特養と通所介護施設を整備し社会福祉法人に運営委託することが一般的であったため、社会福祉法人による中規模施設が多かったが、特に 2005 年の制度改正後を中心に、営利法人、医療法人等の民間法人による小規模通所施設が増加している。これは 2005 年の介護保険法改正により、地域密着型サービスが取り入れられ、地域に密着した小規模通所施設の増加が要因と考えられる。
- 2) 要介護区分は 2001-2005 年の要支援が 1 段階である第 1 期、2006-2008 年の要支援が 2 段階に分かれ経過的要介護が追加された第 2 期、2009 年以降現在と同様に経過的要介護が削除された第 3 期に分かれる。全国の要介護認定者数は 15 年間で 2001 年の 270.0 万人から 2015 年には 618.0 万人と約 2.6 倍に増加しており、今後も増加が見込まれている。
- 3) 全国の要介護認定率を利用して 2005 年以前と 2010 年以降のパラメータ値を算出し、山口県の要介護認定者数の推計を行った。要介護認定者数の推計精度は全て 0.9 を超えており、良好な推計結果が得られた。山口県の要介護認定者数は 2000-2015 年で 2 倍近く、2000-2040 年で 3 倍近くに増加しており、特に介護保険制度が導入された直後の 2000-2005 年で増加率が高い。一方で、2035 年以降は横ばいに転じている。
- 4) 充足率に関して、2000 年以前は要介護認定者数が少ない郡部で充足率が高いが、2000 年以降は旧市を中心に施設整備が進んだため、旧市で 0.13、郡部で 0.12 と旧市の方が充足率は高い。2010 年以降は郡部で充足率が上昇し、2015 年では郡部の方が高い。これは要介護認定者数の減少が大きく影響していると考えられる。また、自治体別にみると郡部で自治体差が大きい点も明らかになった。
- 5) サービス利用率に関して、旧市よりも郡部で高い推計結果となり、充足率と相関が高い。特に要介護認定者数の少ない自治体で高い傾向がみられた一方で、一部の地域で有料老人ホームに併設した施設の開設によりサービス利用率が上昇した自治体もみられた。また、充足率と同様に郡部で地域差が大きい点も明らかになった。
- 6) 施設利用率に関して、0.6~0.8 と旧市、郡部どちらも自治体でばらつきがかなり大きく、個別性が強いことが明らかになった。これは施設登録利用者数だけでなく利用者の利用回数が影響している点が必要として考えられる。そのため、サービス利用率及び充足率との相関性は見られなかった。
- 7) 2009 年度と 2015 年度の介護報酬をもとに経営採算の推計を行い、制度改正の影響を明らかにした。特養併設施設及び民家活用型小規模施設で利用圏が広域な場合は 2009 年では施設利用率が 0.6、2015 年では 0.8 で黒字に転じ、民家活用型小規模施設で利用圏が狭域な場合は 2009 年では施設利用率が 0.5 でも黒字であり、2015 年では 0.7 で黒字に転じることから経営状況が厳しくなっていることが予測される。施設利用率を把握している施設を対象に収益率を算出すると特養併設施設の内 8 割、民家

活用型小規模施設は半数以上が赤字であるという推計結果となり、経営が厳しくなっていることが予測される。

以上より、今回用いた推計式により要介護認定者数を推計し、充足率、サービス利用率、施設利用率、算出することにより、詳細に需要からみた通所介護施設の整備状況を明らかにすることができた。特に郡部において自治体による格差が大きいことが明らかになった。最初の見解では都市部で施設整備が進んでいるため、都市部で充足率が高く、郡部では低いと考えていたが、要介護認定者数の減少により郡部で充足率が高い傾向にある点も明らかになった。また、経営採算については今回の法改正が及ぼす経営の影響を明らかにすることができ、大半の施設で2009年と同様な経営を行うと赤字に転ずることが分かった。

一方で、経営採算については情報を得られた特養併設施設、民家活用型小規模施設のみである点や、詳細に収支計算の推計を行うことができず、法改正前後の比較にとどまっている点は今後の課題である。また、今回は中山間地域の施設を基準に推計を行ったが、都市部と中山間地域での経営の相違についても考慮すべきであると考えられる。

参考文献

- 1) 三島幸子他 3 名：介護保険制度導入後の高齢者通所介護サービス充足度の変化，日本建築学会技術報告集，第 18 巻 第 40 号，pp. 1025-1028, 2012. 10
- 2) 中園真人他 4 名：高齢者通所介護施設の利用圏構成と施設利用水準，日本建築学会技術報告集，第 19 巻 第 43 号，pp. 1139-1142, 2013. 10
- 3) 三島幸子他 5 名：要介護認定者数の推計と充足度の算定，日本建築学会中国支部研究報告集，第 39 巻，pp. 573-576, 2016. 3
- 4) 三島幸子他 5 名：利用率及び稼働率の推計と地域特性との関係，日本建築学会中国支部研究報告集，第 39 巻，pp. 577-580, 2016. 3

第3章 運営主体からみた通所介護施設の立地特性

2章で旧市と郡部で施設数では旧市が多く格差が生じていたが、郡部では要介護認定者数が少ないため、充足率及びサービス利用率からみると郡部の方が水準は高い結果となった。一方で、郡部では施設が参入した地域と参入していない地域で格差が生じている点も明らかになった。この点については、運営主体のタイプや地理的社会的条件がことなることが影響しているものと考えられる。そこで、本章では運営主体に着目し地域類型との関係を明らかにすることを目的としている。

第3章 運営主体からみた通所介護施設の立地特性

3.1 運営主体の介護事業運営方式

運営主体の介護事業運営方式を表 3-1 に示す。入所サービス提供施設と通所介護施設が同敷地に立地するタイプを NH 併設型とする。NH1 型は介護サービス提供を主とする特養や介護付有料老人ホームに併設し、NH2 型は生活の場の提供を主とする養護老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホーム・生活支援ハウス・サービス付き高齢者住宅に併設している。グループホームと通所介護施設が同敷地に立地するタイプを GH 併設型とする。看護、医学的管理下での介護等の必要な医療を目的とした介護療養型医療施設や老人保健施設と通所介護施設が同敷地に立地するタイプを療養・老健併設型、通所介護施設単独で立地するタイプを DS 単独型とする。ただし、介護療養型医療施設については厚生労働省により平成 29 年度で廃止されることが決定しており、平成 30 年以降は「新型老健」と呼ばれる新施設へ転換されるため、老人保健施設と同分類にしている。本論では訪問介護・居宅介護事業所等の事務所のみの事業は対象外とする。

山口県の全施設の内 53.4%は DS 単独型で、次いで NH 併設型 35.9%、GH 併設型 7.6%、療養・老健併設型 3.1%の割合である。運営主体別にみると、社会福祉法人は NH1 型が 56.2%と最も多く、特養併設施設が大半を占める。次いで DS 単独型 21.9%、NH2 型 14.2%である。NH1 と NH2 型を合わせた NH 併設型に換算すると、全体の 7 割が入所系施設に併設する運営方式である。医療法人は DS 単独型が 42.4%と最も多く、次いで療養・老健併設型 20.3%、GH 併設・NH2 型 13.6%、NH1 型 10.1%の順である。他の法人と異なり医学的介護を主目的とした療養・老健併設型が多い点の特徴である。営利法人は介護保険制度導入の影響が最も大きく、DS 単独型が約 8 割を占める。次いで NH2 型が 13.3%であるが、これは近年増加傾向にある住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅併設施設である。NPO 法人は施設数が少ないが DS 単独型が 61.5%と多く、次いで GH 併設型が 23.1%、NH2 型が 15.4%の順となる。社協等は営利法人と同様 DS 単独型が 88.6%を占め、次いで NH2 型が 8.6%である。

以上、社会福祉法人は入所系併設施設が 7 割を占め、特に特養併設施設が多い点の特徴といえる。一方、営利法人に代表される民間法人は DS 単独型で参入する方式が主流で、約 8 割が通所介護施設のみの運営を行っている。また、社協等も民間法人と同様 DS 単独型が約 9 割を占める。医療法人は他の法人と異なり、医学的介護を目的とした療養・老健併設型が多い点の特徴である。

表 3-1 運営主体の介護事業運営方式(2009 年時点)

運営方式	分類内訳	運営施設数(法人数)					総計
		社福	医療	営利	NPO	社協等	
NH 併設型	NH1+(GH)+DS	56	6	2			64
	NH1+NH2+(GH)+DS	20					20
	NH1+老健+(GH)+DS	19					19
	小計	95	6	2			103
	主体構成比(%)	56.2	10.1	1.1			22.5
	NH2+DS	19	6	22	2	3	52
	NH2+GH+DS	5	1	2			8
	NH2+療養+GH+DS		1				1
	小計	24	8	24	2	3	61
	主体構成比(%)	14.2	13.6	13.3	15.4	8.6	13.4
	合計	119	14	2	2	3	164
	主体構成比(%)	70.4	23.7	14.4	15.4	8.6	35.9
GH 併設型	GH+DS	11	8	12	3	1	35
	合計	11	8	12	3	1	35
	主体構成比(%)	6.5	13.6	6.6	23.1	2.8	7.6
療養・ 老健 併設型	老健+(GH)+DS	2	1				3
	療養+(GH)+DS		9				9
	老健+療養+(GH)+DS		2				2
	合計	2	12				14
	主体構成比(%)	1.2	20.3				3.1
DS 単独型	DS	37	25	143	8	31	244
	合計	37	25	143	8	31	244
	主体構成比(%)	21.9	42.4	79.0	61.5	88.6	53.4
総計		169	59	181	13	35	457

注1) NH (Nursing Home) 併設型は、特別養護老人ホームと介護付有料老人ホームを含む介護サービスの提供を主とするNH1と、養護老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム、生活支援ハウス、サービス付き高齢者住宅を含む住居スペースの提供を主とするNH2に分類する。

注2) GH (Group Home) 併設型はグループホームに併設する施設を示す。

注3) 療養・老健併設型は療養介護施設・老人保健施設に併設する施設を示す。

3.2 通所介護施設運営主体の介護事業展開

前節では各通所介護施設を単位とした介護事業運営方式に関して分析したが、本章では法人を単位に敷地数を指標に加え、介護事業展開方法と経営規模について検討する。運営主体の介護事業展開モデルを図3-1に示す。

社会福祉法人の約6割は1敷地で介護事業を行っているが、4割は複数敷地で介護事業を展開している。社会福祉法人はNH併設型が最も多く(82法人)、入所系施設を中心に介護事業を展開する手法が典型といえる。これは特養を運営できるのは社会福祉法人のみで、通所介護施設と一体で運営する法人が多いためと考えられる。敷地数が増えるほどグループホーム併設事例が増え、複合的な福祉サービスを提供出来る経営安定性を有す傾向が読み取れる。複数敷地で展開する法人の中には、複合施設を基幹施設としてDS単独施設をサテライト型として運営する法人も少なくない。大規模法人では16敷地で介護事業を展開する事例も見られる。これは宇部市で1995年に設立された社会福祉法人Mで、翌年には特養、ケアハウス、通所介護施設が本部に併設する形で開設し、1999年にはグループホームに併設した通所介護施設が開設している。2000年以降、事業展開は宇部市だけでなく隣の山陽小野田市にも拡大し、特養1施設、有料老人ホーム2施設、生活支援ハウス1施設、サービス付き高齢者住宅2施設、グループホーム4施設、通所介護11施設、訪問介護1施設を14敷地で開設している。

医療法人も社会福祉法人同様、約6割が1敷地のみで介護事業を行い、約4割は複数敷地で事業展開している。医療法人の特徴である療養・老健施設を中心とした事業展開は13法人と約半数を占め、医療法人の典型といえる。また複数敷地で介護事業を展開する場合は、グループホーム併設事例が多い点が特徴である。11敷地で介護事業を行う法人が存在する。これは1958年に岩国市で設立された医療法人Sで、1992年に介護老人保健施設、通所リハビリ、グループホームが併設した施設が開設した。2000年以降、2000年に通所介護1施設、2001年に訪問介護が併設した通所介護2施設、2002年に通所介護1施設、2006年に通所介護4施設、居宅介護1施設、訪問介護1施設、2008年に通所介護2施設を開設している。

営利法人は約65%が1敷地、約25%が2敷地、約10%が3敷地以上で介護事業を展開している。通所介護や訪問介護等の在宅介護支援事業を中心とした展開が典型といえる。中でも1敷地で通所介護施設のみを運営する方式が51法人と最も多い。一方、複数敷地でDS単独施設をサテライト型として展開する法人や、少数ではあるが有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅併設事例も存在する。また、NH併設型には県内16敷地で介護事業を行う法人が存在する。これは東京都で1973年に設立された「N館」であり、全国に事業展開し、介護事業だけでなく医療、教育の事業も行っている。山口県内では2000年に岩国市、柳井市、周南市、光市、山口市、宇部市、山陽小野田市、下関市に8敷地で訪問介護8施設、通所介護1施設を開設し、その後下松・防府市にも拡大し、訪問介護5施設、通所介護6施設、有料老人ホーム1施設、グループホーム1施設を開設している。

NPO法人・社協等は社会福祉・医療法人と同様約6割が1敷地のみで介護事業を行い、4割が複数敷地

で介護事業を展開している。営利法人と同様通所介護事業や訪問介護事業といった在宅介護支援事業を中心とした展開が典型といえる。また、GH 併設型で展開する法人が多い。一方、11 敷地で事業展開を行う社協も存在する。これは2005年の合併を契機に設立された「下関市社会福祉協議会」である。設立と同時期に9敷地で事業展開されていたグループホーム2施設、訪問介護9施設、通所介護2施設の運営が委託され、2007年には通所介護2施設が開設している。

以上、社会福祉法人・医療法人は入所系施設を主とした事業展開が特徴で、敷地数が増える程グループホームや老健・療養等を併せた複合運営を行う傾向にある。対照的に営利法人やNPO法人・社協等は通所介護や訪問介護等の在宅支援事業を行う法人が半数を超え、小規模な事業展開が多い。DS単独型の開設は建設コストが低いいため参入しやすく、小規模通所施設の介護報酬が比較的高く設定されているため、2000年以降営利法人のDS単独型参入が急増したものと考えられる。また、営利法人は有料老人ホーム等の入所系併設事例、NPO・社協等はグループホーム併設事例もあり、複合的な事業展開により事業経営の安定性が確保される可能性が高いと考えられる。社会福祉法人や営利法人はDS単独施設をサテライト型として運営する法人が多いため、サテライト型の事業展開も有効と考えられる。また、大規模に事業を展開する法人の大半は都市部で事業展開を行っている点も特徴である。

社会福祉法人

営利法人

敷地数	NH併設型			療養・老健 併設型	DS 単独型	その他	法人 合計
	NH+(GH)+DS	NH+老健 +(GH)+DS					
1敷地	28	12	7	0	8	1	58
2敷地	4	4	3	0	1	0	14
3敷地	7	2	1	0	1	0	11
4敷地 以上	3	4	1	2	0	0	11
法人合計	75	7		1	10	1	94

敷地数	NH併設型	GH併設型	DS単独型		その他	法人 合計
			DS	DS+訪問		
1敷地	2	1	51	19	1	87
2敷地	0	2	13	10	2	35
3敷地	1	0	1	3		5
4敷地 以上	1	1	0	1	2	7
法人合計	6	11	65	38	14	134

NPO 法人、社協等

医療法人

敷地数	NH併設型		療養・老健 併設型	GH 併設型	DS 単独型	その他	法人 合計
	NH+(GH) +DS	NH+療養・老健 +(GH)+DS					
1敷地	0	0	1	1	9	2	14
2敷地	0	1	1	1	0	3	7
3敷地	0	1	1	1	0		8
4敷地 以上	0	1	2	0	0	3	5
法人合計	0	5	5	4	9	11	34

敷地数	GH+DS	GH併設型 GH+DS+訪問	DS単独型		その他	法人 合計
			DS	DS+訪問		
1施設	4	1	11	5	1	22
2敷地	1	0	0	2	1	7
3敷地	1	0	0	2	1	5
4敷地 以上	0	1	0	1	1	4
法人合計	7	3	11	13	4	38

凡例) :NH系, :GH, :老健, :療養, :DS, :訪問

注1) 右上の数字は法人数を示している。

注2) 営利法人の(×数字)は同じブロックの数を示す。

図 3-1 運営主体の介護事業展開モデル (2009 年時点)

3.3 運営方式と施設立地の地域的特徴

(1) 高齢者人口からみた地域特性

施設立地と地域特性の関連性を把握するため、まず高齢者人口を指標に地域類型を行う。同じ市町村の中でも中心部と周辺で施設整備の供給動向が異なる傾向にあり、より詳細に供給動向を把握するため、山口県の旧市町村(2000年)を単位とする。2010年の高齢化率(%)・高齢者人口密度(人/㎢)・1990年から2010年の高齢者人口増減率(%)の3指標を用いてクラスター分析を行った。また、旧市に関しては1990年の総人口を指標に追加している。なお高齢者人口は通所介護施設利用者の多い75歳以上とする。地域類型結果と指標平均値を表3-2、地域類型分布を図3-2に示す。高齢者人口・高齢者人口密度が最も高く、高齢化率が12.8%と低いタイプを都市型1(5市)とする。下関・山口・宇部・徳山・岩国市で構成され、太平洋沿岸部に位置する県内の主要都市である。1990年から2010年の高齢者人口増加率は3.7%と高いタイプを都市型2(9市)とする。都市型1以外の市部で構成される。都市型1、2に関しては3指標で差が生じているが大きな差は見られなかった。この点に関しては1990年の総人口が地域類型に大きく影響しているためと考えられる。また、防府市のみ総人口が多いにも関わらず都市型2に属しているが、これは高齢人口密度が低い点が大きく影響していると考えられる。

町村部の中でも高齢者人口密度が高いタイプを高密度町村型(9町村)、中密度町村型(10町村)とする。これは自治体面積が比較的狭いことが要因として考えられ、特に高密度町村型では高齢者人口密度が64.6人/㎢と都市型に近い値を示し、分布図からも都市周辺部に位置することが分かる。高齢化率は高密度町村型が17.8%、中密度町村型が20.7%で、約5人に1人が75歳以上の高齢者である。

町村部の中でも高齢者人口密度が低く、高齢化率が高いタイプを中間地域型(11町村)、山間地域型(12町村)とする。高齢者人口密度が夫々13.0人/㎢、6.2人/㎢と高いのは高齢者人口が少なくかつ自治体面積が広いことが要因として考えられ、県内の過疎地域として位置付けられる。

表 3-2 高齢者人口を指標とした地域類型結果と指標平均値

2000 旧市町村名	自治 体数	1990年			2010年			1990- 2010年	面積 (km ²)	高齢 人口 密度 (人/km ²) (2010年)
		総人口 (千人)	高齢 人口 (千人)	高齢化 率 (%)	総人口 (千人)	高齢 人口 (千人)	高齢化 率 (%)	高齢人口 増加倍率		
都市型1	5	158.5	6.8	4.3	148.7	19.3	12.8	2.8	266	72.5
都市型2	9	50.0	1.9	4.7	43.7	6.1	14.6	3.7	121	50.0
高密度町村型	9	10.1	0.7	6.8	9.9	1.6	17.8	2.5	24	64.6
中密度町村型	10	11.8	0.8	8.1	10.7	1.9	20.7	2.4	50	36.9
中間地域型	11	9.0	0.7	7.8	7.4	1.5	21.3	2.3	119	13.0
山間地域型	12	4.9	0.4	8.9	3.1	0.8	28.0	2.0	137	6.2

注1) 地域類型に用いた自治体区分は「平成の大合併」前の2000年時点とする。

注2) 網掛け部分を分析指標に用いたが、都市型においては1990年の総人口も用いている。

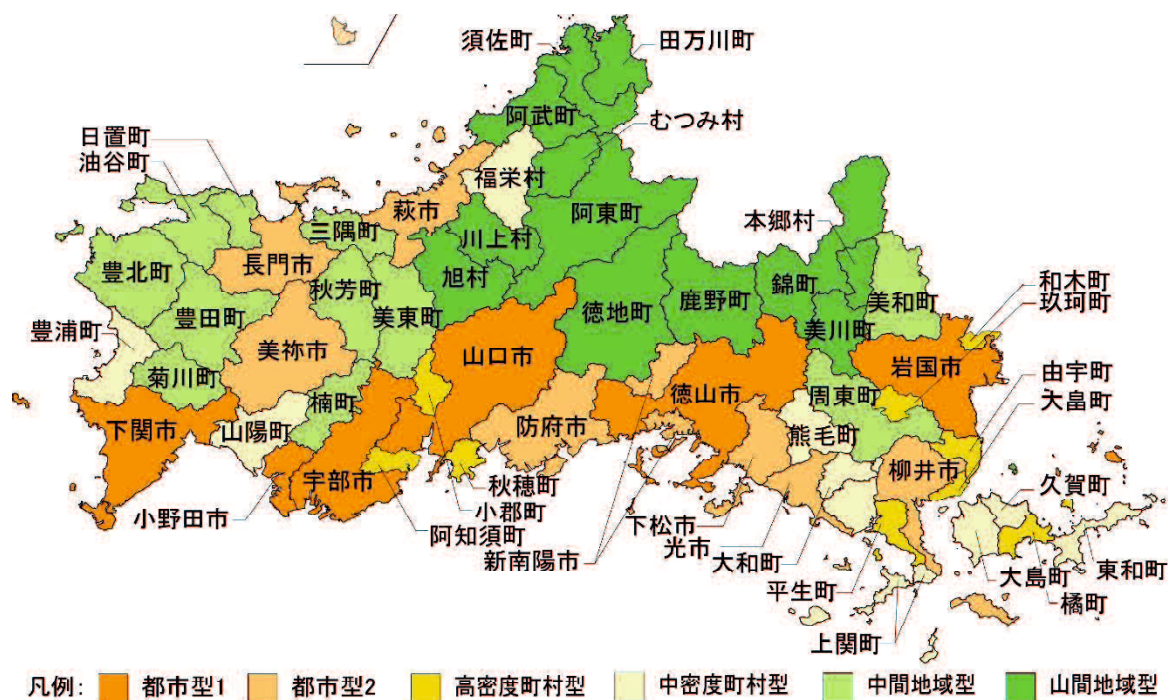


図 3-2 地域類型分布図

(2) 地域特性と運営主体の施設整備の特徴

介護事業展開の地域的特徴を明らかにするため、通所介護施設の運営方式と施設が立地する地域類型との関係を表3-3、運営主体と地域類型の関係を図3-3に示す。介護保険制度が導入される2000年以前は、社会福祉法人による中・大規模施設整備が大半を占め、2000年以前整備の65施設のうち8割の52施設がNH1型の特養併設施設である。これらは都市部から中山間地域に至る県内全域で整備されており、高齢者介護サービス水準の低かった2000年以前における地域の高齢者福祉拠点として機能していた。ヒアリング調査からこれら特養併設の中・大規模施設の大半は自治体からの委託による運営参入であった。養護老人ホームや軽費老人ホームといった低所得高齢者を対象とした措置的施設に併設するNH2型やGH併設型は少数で、DS単独型は同一法人運営の保育園併設施設や、地域福祉センター内設置施設等が大半で、公共施設の一部を活用した施設が多い。

2000年以降の社会福祉法人設置施設は、約4割(43/104施設)がNH1型で、2000年以前同様特養併設施設が大半であるが、2施設は介護付有料老人ホームに併設されている。またNH2型が増加しているのが特徴で、養護老人ホーム・軽費老人ホームに加え、2000年以降整備が進められている住宅型有料老人ホーム・生活支援ハウス・サービス付き高齢者住宅に併設され、都市部を中心に整備が進められている。2000年以前の特養併設施設の委託運営と異なり、法人が多様な運営方式で事業展開している動向がみられ、GH併設型やDS単独型も都市部を中心に増加している。DS単独型は山間地域型(阿武町)に3施設整備されていることが確認された。これらは高齢者施設未整備地域にサテライト型として整備されたもので、空き家の民家を活用し地域に密着したサービスを行っている。このように2000年以降は、需要増加が進む都市部地域での供給を中心としつつも、山間部の未整備地域でも民家等を活用し整備を進めている。

医療法人が運営する施設は療養・老健併設型(12施設)が多く、中でも約9割(11/12施設)は医療サービス需要の高い都市部に立地している。全体的に需要が見込まれる都市部に集中立地する傾向にあり、DS単独型やNH2型も都市型1を中心に整備されている。また、法人経営の医院や内科に併設する施設が多く、緊急時に経営する医院等で対応可能で、医療機関と連携を取りやすい点は利点として挙げられる。

営利法人運営施設は、DS単独型(143施設)が最も多く、中でも約8割(113/143施設)は都市部に集中立地している。一方で、福祉サービスの需要増加がさほど見込めない中間地域に立地する施設の約3割、山間地域でも約2割を占めている点は注目すべきである。また、数は少ないもののNH併設型やGH併設型も都市部を中心に整備され、NH併設型は住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅と併設する施設が多い。営利法人は採算性を重視するため、採算性が高くイニシャルコストが低い小規模事業で都市部に参入する特徴が現れているものと考えられる。

NPO法人運営施設は、DS単独型が約6割(8/13施設)と多いが、地域的な傾向は見られない。少数ではあるがグループホーム等と併設した施設も見られた。

社協等(社協・農協・生協・市)が運営する施設は、約9割(31/35施設)がDS単独型で、中でも農協や生協が運営する施設は都市部に立地する傾向にあるのに対し、社協が運営する施設は都市部に加え民間法人の参入が少ない農村部にも立地している点が特徴といえる。

このように、2000年以前は自治体が整備し社会福祉法人に委託する形で特養併設施設の整備が進められたが、2000年以降は都市部のサービス需要増加に応え医療法人や営利法人、農協・生協等による施設整備が進められた。さらに町村部、特に中山間地域においては、社会福祉法人による未整備地域の解消や営利法人や社協等によるDS単独施設整備が進められている点が特徴といえる。

表3-3 運営主体別運営方式と地域類型の関係(2009年時点)

	運営主体別にみた運営方式タイプ																							合計	
	社会福祉法人 (-1999)				社会福祉法人 (2000-)				医療法人				営利法人				NPO法人			社協等					
	NH 併設型		GH 併設 型	DS 単独 型	NH 併設型		GH 併設 型	療養・老 健 併設 型	DS 単独 型	NH 併設型		GH 併設 型	療養・老 健 併設 型	DS 単独 型	NH 併設型		GH 併設 型	DS 単独 型	NH 併設 型	GH 併設 型	DS 単独 型	NH 併設 型	GH 併設 型		DS 単独 型
	NH1	NH2			NH1	NH2				NH1	NH2				NH1	NH2			NH2			NH2			
都市型1	15	1	2	4	17	11	5	2	14	2	5	2	7	16	5	12	3	73	1	1	4	2		6	210
都市型2	11			3	9	8	2		7		2	3	4	4	1	6	6	40						8	114
高密度町村型	4				4		1		1					1			2	6			2		1	6	28
中密度町村型	6	1			4	1			1		1	2	1	1		4	1	9		2	1	1		4	40
中間地域型	8	1			4	1						1		3		2		11			1			6	38
山間地域型	8			1	5		1		6									4	1					1	27
合計	52	3	2	8	43	21	9	2	29	2	8	8	12	25	6	24	12	143	2	3	8	3	1	31	457

注1) 網掛け欄は全457施設に対し、1%を基準とした4施設以上を対象とした。

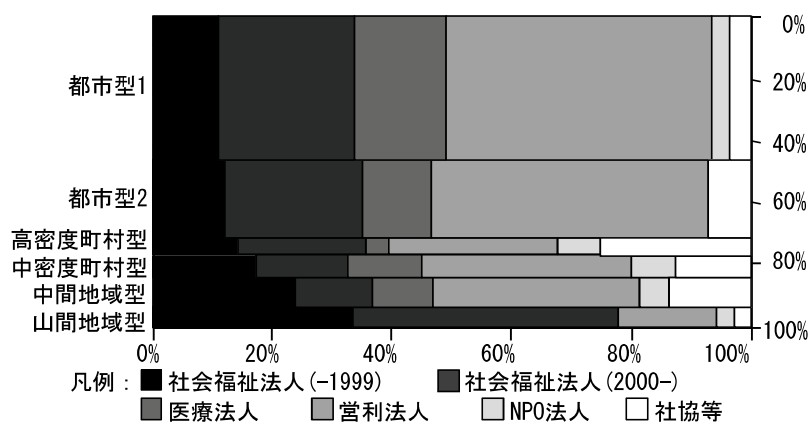


図3-3 運営主体と地域類型の関係

(3) NPO 法人・社協等の立地動向

施設立地の地域的特徴が見られない NPO 法人・社協等の施設整備の経緯についてヒアリング・アンケート調査を行った。町村部に立地する施設の基本情報と開設経緯及び立地場所の選定理由を表 3-4 に示す。NPO 法人運営施設は 2005 年以降に開設した施設が多く、施設定員はいずれも 10 名以下で、既存建築の改修が多い。開設経緯は「理想とする介護」を目指し介護事業を開始した法人が多く、その他は介護事業拡大のため、住民や市の要望により開設した施設は見られない。場所の選定理由は活用できる空き家の借入が最も多く、民家活用施設が半数以上を占める。また、開設経緯が市の要請・委託事業の引継ぎの場合は、場所の選定理由は委託事業引継ぎが大半で、他は市の紹介で法人による場所の選定は行われていない。住民の要望、「理想とする介護」を目指し開設した法人は空き家の活用が多く、イニシャルコストを抑えた施設を開設する傾向にある。

社協運営施設の施設定員は 11-30 名と中規模で、新設が多いが既存建築への併設及び改修もほぼ同数存在する。開設経緯は市の要請や委託事業引継ぎが最も多く、住民の要望も多いことから、市や住民の要望により開設した施設が多数を占める。場所の選定理由は委託事業の引継ぎが最も多く、その他は活用できる空き家の借入で、市等から運営委託された法人が多いことがうかがえる。市運営施設は山口市の 1 施設で、地域住民の要望により 2005 年に養護老人ホーム敷地の一部を利用し施設定員 29 人の施設が新設された。

表 3-4 NPO 法人・社協等の開設・立地経緯

基本情報		N P O	社 協	市	合 計	開設 経 緯	開設経緯及び 場所の選定理由		N P O	社 協	市	合 計
開設時期	2000-2004	1	9		10		市の要請、委託事業引継ぎ		10			10
	2005-2009	6	9	1	16		地域住民の要望		7	1		8
利用定員	-10	7	8		15		理想とする介護	5				5
	11-30		10	1	11		介護事業拡大	2	1			3
建築形態	新設	2	7	1	10	場 所 の 選 定 理 由	委託事業の引継ぎ		9			9
	改修	5	5		10		活用できる空き家の借入	4	4			8
	併設		6		6		運営する他施設敷地	2		1		3
合計		7	18	1	26		市の紹介	1	2			3
							建物の受贈		2			2
							利便性		1			1

注) 町村部に立地する施設を対象としたヒアリング結果をもとに作成

次に山口県では社協が通所介護施設を運営する事例が多いことから、山口県内の社協の運営高齢者施設の一覧を表3-5に示す。山口県内で高齢者通所介護施設を運営する社協は8法人である。運営タイプとして大きく3つに分かれる。自治体運営委託タイプは自治体が整備し、運営を社協に委託する形で整備を進めるタイプであり、岩国市、柳井市、周防大島町が属する。中でも周防大島町は6施設と運営施設が多く、2施設は生活支援ハウスに併設している。

通所介護施設独自運営タイプは自治体が整備し、運営を社協に委託した施設の他に2000年以降通所介護施設を独自で整備したタイプであり、宇部市、光市が属する。どちらの社協も福祉センターに併設した施設が自治体により整備され、2000年以降民家を活用した施設を独自で整備している。多様性独自運営タイプは自治体が整備し運営を社協に委託した施設の他に2000年以降通所介護施設だけでなく、小規模多機能型居宅介護施設やグループホームを独自で整備したタイプであり、下関市、長門市、平生町が属する。特に下関市では独自で通所介護2施設、小規模多機能型居宅介護1施設、グループホーム2施設と積極的に整備を進めている。平生町においても現在閉鎖している施設はあるものの、民家を活用した施設を中心に積極的に整備を進めている。以上より、8法人の内5法人与半数以上の法人が独自で積極的に施設整備を進めていることが分かる。

表3-5 社会福祉協議会の運営高齢者施設一覧

	自治体運営受託タイプ			通所介護施設 独自運営タイプ		多様性独自運営タイプ		
	岩国市	柳井市	周防大島町	宇部市	光市	下関市	長門市	平生町
通所介護施設	A◎10 (1967)	C●10 (2000)	D●10 (1995)	J◎25 (1991)	L◎7 (2002)	O○20 (2001)	R◎14 (2005)	U◎25 (1993)
	B●40 (1991)		E●10 (1995)	K■15 (2006)	M◆10 (2008)	P■10 (2002)	S□14 (2015)	V○30 (2003)
			F◎24 (1997)			Q▽15 (2004) 注1	T▲30 (1993)	W◆10 (2005) 注2
			G●10 (1998)					X■10 (2006) 注3
			H●10 (1998)					Y◆10 (2010)
			I◎20 (1999)					
小規模多機能型 居宅介護施設						c■25 (2007)	d◆18 (2013)	
通所介護施設＋ グループホーム						b▼9 (2005) N○10 (1997)		
グループホーム						a△9 (2005)		e▽9 (2011) 注4
開設経緯	住民の要望や市によるふれあいデイ事業により開設	住民の要望により開設	高齢化が進む中、自治体が施設の必要性を感じ、合併特例債を活用して開設	市が施設の必要性を感じ開設と認知症対応型のため開設	住民から民家贈与をきっかけに開設	住民の希望により、保育所と民家を活用し開設	福祉センターを設立する際と住民の要望により開設	増加する施設の需要に対応するためと住民の民家を贈与をきっかけにより開設

凡例：施設名・運営形式・定員名・設立年

運営方式：併設型自治体運営受託方式◎ 新築型自治体運営受託方式● 保育所活用型自治体運営受託方式○

新設型独自運営方式1新設型(市・社協所有)▲

新設型独自運営方式2(新設型(市所有)▼＋保育所活用型自治体運営受託方式○)

新設型独自運営方式3新設型(個人所有)△

新設型独自運営方式4新設型(市所有)▼

新設型独自運営方式5新設型(社協所有)▽

民家活用型独自運営方式1民家借用型■ 商店活用型□ 民家寄贈型◆

民家活用型独自運営方式2新設型(社協所有)▽

注1：2016年3月まで、民家を活用している。4月から、新設し移行した。

注2：2014年他の事業所が増えたため、施設Yに統合し廃止。現在は住民に開放されている。

注3：2012年施設の老朽化により閉鎖し、施設Yに統合する。

注4：2011年活用している民家の老朽化により、本部と同じ敷地に新設し移行した。

3.4 中山間地域における施設立地

都市部では福祉サービスの需要増加により今後も施設数は増加すると考えられるが、中山間地域では需要増加がさほど見込めず、今後都市部とのサービス水準格差が拡大すると予測される。そこで、本章では事例分析より中山間地域に立地する施設の特徴を整理する。

(1) 単独型施設の建築形態と地域類型及び運営主体の関係

中山間地域では2000年以前の社会福祉法人による特養併設の中・大規模施設に加え、2000年以降の営利法人や社協等の民間法人によるDS単独型の整備が進められ施設数が増加している。最初に建築形態と地域類型との関係を図3-4、DS単独型の地域類型別改修の内訳を表3-6、併設施設一覧を表3-7に示す。改修は全地域で民家改修施設が大半を占め、特に高密度・中密度町村型、中間地域型においては民家改修施設のみである。併設は都市型1地域でビル・マンション、都市型2地域で保育園、高密度町村型及び山間型地域で他法人運営老人ホーム、中間型地域で障害者・子ども・保健福祉センターに併設する施設が多い。都市型1地域では新設が45.5%、改修が41.1%、併設が13.4%で、新設と改修が同程度の割合を占める。同様に都市型2地域でも新設38.7%、改修32.3%と同程度の割合であるが、併設が25.8%と都市型1地域に比べ増加している。都市部では福祉需要が見込めるため、経営が成り立ちやすく新設が多いものと考えられる。高密度町村型では改修の割合が比較的高い点の特徴である。中密度町村型は新設が50.0%と他地域に比べ割合が高い。これは全体の施設数が16と少なく、周防大島町旧3町で社協が運営するDS単独型が5施設と多い点が要因と考えられる。一方、中山間地域では改修・併設の割合が高い。中間地域では新設23.8%、改修42.9%、併設33.3%で、さらに山間地域では、新設は1割に満たず改修・併設が9割以上を占める。中山間地域では施設の経営採算性確保のため、イニシャルコストの低い改修や併設で開設する法人が多い点が要因と考えられる。

次に運営主体と建築形態の関係を図3-5、DS単独型の運営主体別改修の内訳を表3-8、併設施設一覧を表3-9に示す。改修に関して全ての運営主体で民家改修施設が大半を占め、特に社会福祉法人、医療法人、NPO法人は民家改修型施設のみである。併設に関して社会福祉法人は社障害者・子ども・保健福祉センターに併設する施設や保育園に併設する施設が多い点の特徴である。また、医療法人は病院、営利法人はビル・マンション、社協等は他法人運営の老人ホームに併設する施設が多い。社会福祉法人は新設が32.4%、既存建築を活用した改修が24.3%、他法人運営施設や介護施設以外の建物への併設が43.2%と併設型の割合が高い。医療法人は新設と改修が32%と同程度である。営利法人は新設が47.6%、改修が45.5%、併設が7.0%と新設及び改修の割合が高く、NPO法人も新設が12.5%、改修が75.0%、併設が12.5%と改修の割合が高いことから、営利法人及びNPO法人はイニシャルコストが低い改修や併設で開設する法人が多いことが分かる。社協等は新設が32.3%、改修が25.8%、併設が35.5%と同程度ずつで

ある。

このように、営利法人及び NPO 法人は改修型での参入が多く、都市部から中山間地域にかけて新設の割合が減少し改修の割合が上昇していることから、福祉需要の大幅な増加が見込めない中山間地域では、空き家の活用や既存建築併設により用地取得や施設建設コストを削減出来るため、民間法人の新規参入を促進させる可能性が見出された。

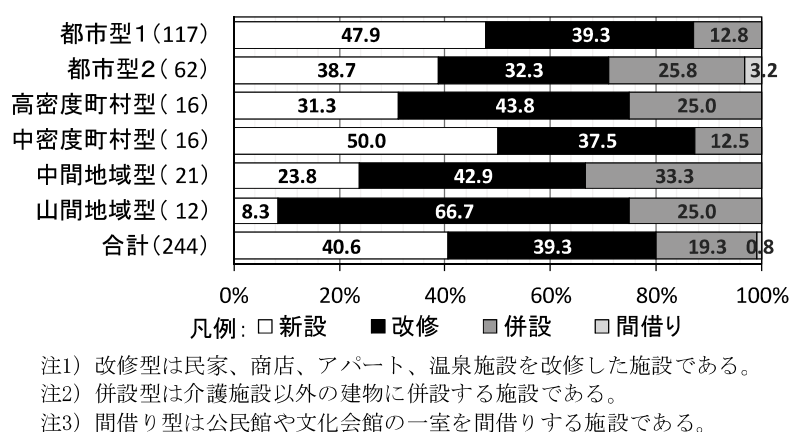


図 3-4 DS 単独型の建築形態と地域類型の関係

表 3-6 DS 単独型の地域類型別改修の内訳

	都市型1	都市型2	高密度町村型	中密度町村型	中間地域型	山間地域型	合計
民家改修	40	19	7	6	9	7	88
商店改修	3	1				1	5
アパート改修	3						3
合計	46	20	7	6	9	8	96

表 3-7 DS 単独型の地域類型別併設施設一覧

	都市型1	都市型2	高密度町村型	中密度町村型	中間地域型	山間地域型	合計
障害者・子ども・保健福祉センター	3	4			5	1	13
病院・医院	3	2	1	1			7
ビル・マンション	6	1					7
保育園	1	5					6
他法人運営の老人ホーム			2			2	4
温泉施設	1		1		2		4
農協・社協本部	1	2					3
地域コミュニティセンター				1			1
スポーツクラブ		1					1
合計	15	15	4	2	7	3	46

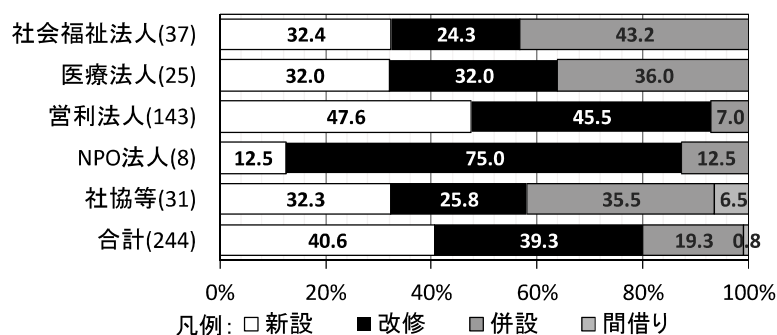


図 3-5 運営主体と DS 単独型の建築形態の関係

表 3-8 DS 単独型の運営主体別改修の内訳

	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO法人	社協等	合計
民家改修	9	8	58	6	7	88
商店改修			4		1	5
アパート改修			3			3
合計	9	8	65	6	8	96

表 3-9 DS 単独型の運営主体別併設施設一覧

	社会福祉法人	医療法人	営利法人	NPO法人	社協等	合計
障害者・子ども・保健福祉センター	8	2	1		2	13
病院・医院	1	5	1			7
ビル・マンション		1	4	1	1	7
保育園	6					6
他法人運営の老人ホーム					4	4
温泉施設		1	3			4
農協・社協本部					3	3
地域コミュニティセンター					1	1
スポーツクラブ			1			1
合計	15	9	10	1	11	46

(2) 中山間地域における施設の立地場所

通所介護施設では自動車による送迎を行うが、都市部では人口密度が高く道路も整備されており、送迎距離は短く済む傾向にある。一方、過疎的地域では集落が点在し送迎距離が必然的に長くなるため、特に採算性を重視する民間法人のDS単独型の施設の場合には、利用者の送迎を効率的に行える設置場所を選定する必要がある。

そこで中山間地域を対象に、1950年時点の旧町村役場を集落中心と仮定し、施設までの直線距離を算出した。中間地域及び山間地域の算出例を図3-6、3-7、距離累積グラフを図3-8に示す。中間地域型では、NH・GH併設型とDS単独型に大きな差は見られず、どちらも約7割の施設は集落中心部から2km圏内に立地している。対照的に山間地域型ではDS単独型の8割以上の施設は1km圏内に立地し、最も遠い施設でも2km程度しか離れていない。またNH・GH併設型は中間地域と同様7割弱が2km圏内に整備されているが、3割は4km以上離れた遠隔地に立地している。これはNH併設型の立地が大きく影響している。要因としては山間部の方が大規模で安価な土地を入手しやすいことや、介護保険制度導入以前は高齢者施設に対する住民の認知度が低く理解を得にくく、集落中心から離れた場所に特養が立地するケースが多い点が考えられる。その結果、集落から離れた施設から利用者30名程度の送迎を行うため、送迎時間が長くならざるを得ないと推測される。一方、介護保険制度導入以降参入してきた営利法人・NPO法人・社協等が運営する施設は採算性を重視するため、空き家の民家や店舗等の既存施設を活用し、集落中心付近に立地する傾向にあると考えられる。施設定員も10名程度と小規模で送迎時間も抑えられ、利用者は自宅に近い施設を利用することが可能である。

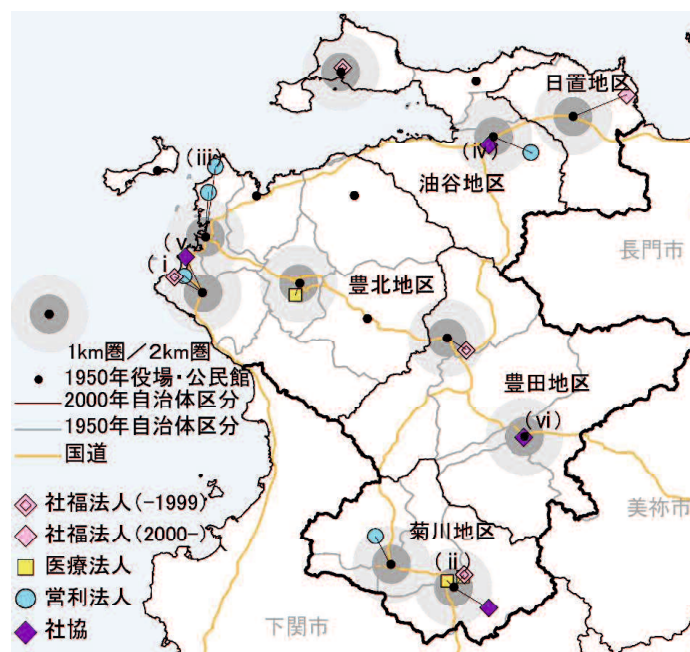


図3-6 中間地域型に立地する施設の分布

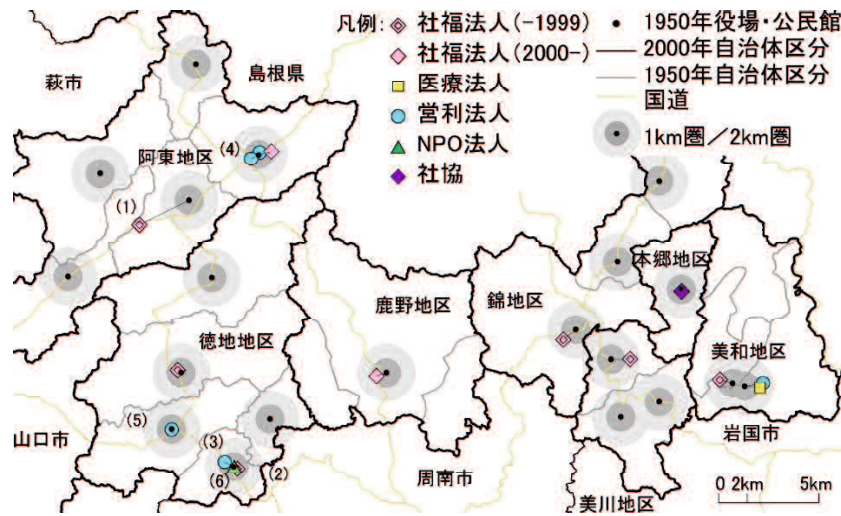


図 3-7 山間地域型に立地する施設の分布

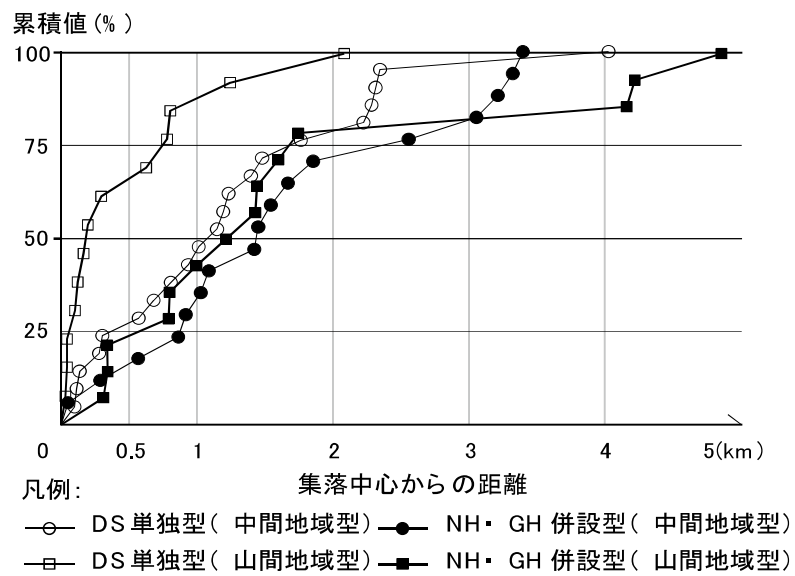


図 3-8 施設と集落中心部間の距離

(3) 山間地域立地施設の事例分析

DS 単独型と NH・GH 併設型の集落中心からの距離に違いが見られた山間地域(旧阿東・徳佐・鹿野・錦・美川・本郷・美和町)を対象に全施設のヒアリング調査を行った。介護保険制度が導入される 2000 年以前は、これらの地域には社会福祉法人が運営する特養併設の中・大規模施設が当時の自治体区分を単位に各 1 施設整備されていたが、旧鹿野・本郷町のように未整備地域も存在した。図 3-5 に示す通り徳地地区を除く特養併設施設は 1km 圏外に位置するため、利用圏が広域で送迎時間も長いものと推測される。次に対象地域内に立地する 6 施設の施設概要を図 3-9 に示す。

(1) 社会福祉法人の事例：2000 年以降、未整備地域の旧鹿野町では社会福祉法人が特養併設の中規模施設を整備し、本郷町でも社協が他法人の運営する老人ホームに併設する形で小規模通所介護施設の運営を開始した。事例 1 は集落中心部から 4km 以上離れた山間に整備され、周辺には民家がない地域である。これに対し事例 2 は集落中心から離れた設備の整った中規模施設を基幹施設とし、同じ旧町内の他地区にサテライト型の小規模通所施設を整備する事例も見られた。この施設は用地取得と初期建設費用を抑えるため、集落中心から 160m の場所に立地する地区の老人福祉センター内に併設されている。このサテライト型を開設した目的は、遠隔地の施設に通う利用者の送迎時間の短縮と集落単位での高齢者の見守りの 2 点が挙げられる。集落が分散立地する地域では集落毎に施設を分散立地させ、送迎時間の削減を図ることや集落毎に高齢者を見守るシステムを構築することも有効な方策といえよう。

(2) 営利法人の事例：営利法人運営施設は民家や空き店舗等の既存建築を活用した施設が多いが、インシヤルコストを抑え経営採算性の確保を図っている。事例 3 は営利法人が運営する GH 併設型の施設であるが、建設費用削減のため通所介護施設は空き家の民家を活用し、用地取得費用を削減するため同敷地内に 2 ユニットのグループホームを新設している。しかし、比較的広い敷地を必要としたため、中心部から 1km 圏内ではあるが住宅地から離れた場所に立地する。

事例 4 は集落中心部から 200m 程の住宅地内に立地する利便性の高い施設である。空き家となった管理者の叔母の家を全改修・増築しており、民家活用でありながら施設定員 20 名の中規模施設として開設している。事例 5 は営利法人が運営する空き商店を改修した DS 単独型施設で、旧町役場の正面に立地する。施設開設時、近隣住民から認知症高齢者に対する不安の声が上がり集落中心部での設置を反対されたが、法人代表は高齢者が街中に出ることを望んでいると考え、場所を選定した経緯がある。開設後は遠方から通う利用者も多く、利便性の高い場所への通所を望む高齢者の要望に応じている。

(3) NPO 法人の事例：事例 6 のように NPO 法人も民家を活用して参入する傾向にある。この動向は地域の空き家となった既存ストックの活用に貢献しており、法人や自治体により空き家を公募している事例も見られた。法人の例は平生町社会福祉協議会で、社協広報誌を利用して民家を公募し 2 施設開設している。この公募をきっかけに住民が自ら法人に空き家を寄付し施設を開設した例も見られた。自治体の

例は萩市で、「空き家情報バンク」を設け旧町村単位で情報提供をしている。H27 年 5 月時点では萩地域 55 件、川上 0 件、田万川 8 件、むつみ 7 件、須佐 8 件、旭 4 件、福栄 2 件と情報量も豊富である。

このように、中山間地域では、基幹施設とサテライト施設を組み合わせ送迎時間の削減と集落単位の高齢者の見守りシステムの構築を図ることや、既存ストック活用型の小規模単独施設の整備を進めることが、有効な手段になるものと考えられる。

事例番号	(1)	(2)	(3)
			
運営法人(定員)	社会福祉法人(30名)	社会福祉法人(20名)	営利法人(15名)
施設開設時期	1990. 2 (1982. 9)	1993. 10 (1992. 6)	2009. 4 (2003. 10)
建築形態	新築(特養・GH併設)	併設(老人福祉センター)	民家改修(GH併設)
中心集落距離	4150m	160m	990m
事例番号	(4)	(5)	(6)
			
運営法人(定員)	営利法人(20名)	営利法人(10名)	NPO法人(10名)
施設開設時期	2004. 1 (2003. 1)	2009. 4 (2009. 1)	2007. 4 (2007. 1)
建築形態	民家改修(DSのみ)	商店改修(DSのみ)	民家改修(DSのみ)
中心集落距離	200m	40m	30m

注1) 図中の施設記号は、図6に表記した記号の施設である。

注2) 施設開設時期の()内の数値は法人の設立時期を示す。

図 3-9 山間地域に立地する施設概要

3.5 得られた知見

- 1) 社会福祉法人運営施設は入所系併設施設が7割を占め、特養併設施設が多く、敷地が増える程グループホーム等も併せた複合的運営を行う傾向が認められる。一方、民間法人はイニシャルコストが低く参入が比較的容易なためDS単独型での参入が主流で、営利法人は一敷地で通所・訪問介護事業を行う事例が多い。
- 2) 2000年以前は社会福祉法人運営の特養併設施設が県内全域に整備されたのに対し、2000年以降は都市部のサービス需要増加に応え営利法人運営のDS単独型小規模施設を中心に整備が進められた。中山間地域においても社会福祉法人による未整備地域の解消や営利法人・NPO法人運営のDS単独型施設整備が進められている。
- 3) 全国でみても運営する通所介護施設数が多い社協に着目してみると、2000年以前自治体が設置した施設の運営を行う点では共通していたが、2000年以降民家等を活用して独自で施設整備を進めている法人もあることが明らかになった。特に下関市社会福祉協議会では通所介護施設や訪問介護だけでなくグループホームや小規模多機能型居宅介護施設を含めて大規模に展開している点で注目できる。
- 4) DS単独型は、都市部から中山間地域にかけて新設の割合が減少し改修の割合が増加しており、大きな需要増加が見込めない中山間地域においては、建設コストの低い空き家の活用や既存建築に併設し、民間法人の参入が促進されている状況が見出された。
- 5) 中山間地域の特養やグループホーム併設施設は、中心集落から離れ送迎に時間を要す山間部に立地する傾向にあり、安価な用地取得が可能な点が要因として挙げられる。一方山間部に立地するDS単独の施設は、既存建築を活用する事例が多いため、集落中心部や周辺の利便性の高い場所に立地する傾向が認められた。
- 6) 法改正により今後単独の小規模施設整備は減少する可能性があるが、都市部では今後も需要増加が見込めるため、有料老人ホーム等との併設施設の増加が推測される。中山間地域では需要増加がさほど見込めず新規参入は少ないと予測されるため、特養併設施設を基幹施設と位置付け、既存建築を活用した小規模通所施設をサテライト型で未整備地域に設置する方式が有効と考えられる。

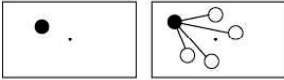
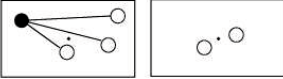
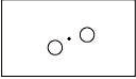
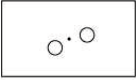
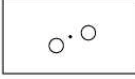
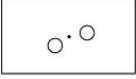
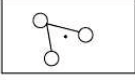
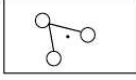
3.6 地域特性に応じた施設整備の課題と展望

2000 年以前は自治体が整備し社会福祉法人に運営を委託する形で特養併設の中・大規模施設整備が行われていたが、2000 年以降都市部では営利法人を中心に DS 単独型小規模通所施設が急増しており、中山間地域と比較すると施設の集中立地が顕著である。介護事業展開をまとめたものを表 3-10 に示す。社会福祉法人に関して都市部では特養に併設した通所介護施設を基幹施設としてサテライト型で施設を複数敷地で展開する基幹+サテライト型施設で参入する法人が多く、中山間地域では特養に併設した通所介護施設を 1 敷地で展開する基幹併設型施設で参入する法人が多い。医療法人に関して都市部に参入する法人が大半を占め、社会福祉法人と同様に基幹+サテライト型で参入する法人が多い。営利法人に関して都市部では通所介護施設のみを 1 敷地で展開する DS 単独施設や通所介護のみを複数敷地で展開する DS 単独のサテライト型施設で参入する法人が多く、中山間地域では DS 単独施設での参入が少数ではあるが見られる。NPO 法人に関しては都市部、中山間地域どちらにおいても DS 単独施設での参入が多く、社協等は都市部、中山間地域どちらにおいても DS 単独のサテライト型での参入が多い点が明らかになった。

今回の法改正により、小規模通所施設の介護報酬が引き下げられるため、DS 単独型小規模通所施設の新規参入は減少すると考えられる。都市部では今後も要介護認定者数は増加すると予測されており、近年営利法人を中心に増加傾向にある住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅併設施設等の入所系施設に併設した施設やサテライト型施設で施設整備を進めることにより、施設経営の安定を図ることが可能であると考えられる。一方、中山間地域では今後要介護認定者数は減少すると予測されており、民間法人による新規参入は見込まれない。また、現在参入している民間法人は小規模の通所介護単独施設での整備が大半を占めることから、今後施設経営が困難となり廃止する法人も予測される。そのため、今後中山間地域での整備手法を検討することは重要な課題であると考えられる。

その中で、山間地域型の事例 2 で見られたような社会福祉法人により特養併設の中規模の通所介護施設に加え、用地取得と施設建設コストが不要な既存建築借り上げ型の小規模通所施設を集落中心部に整備する方式は阿武町や萩市でもみられ、総体的なサービス水準や送迎効率の向上とともに、民間法人の事業参入を容易にする方法として展望される。特に山口県萩市では高齢者施設運営のために社会福祉法人の 1 種である社会福祉事業団を設立し、自治体と協力してサテライト型施設整備を進めている。その他に、社協により通所介護単独施設のサテライト型施設を複数敷地で展開する法人もあり、2000 年以降独自で民家等既存建築を活用したサテライト型施設を整備する法人も多くみられることから、社協による施設展開も可能性として考えられる。また、通い・宿泊・訪問を組み合わせた小規模多機能型居宅介護施設の介護報酬減算率が最も低いことから、今後通所介護施設から移行することも予測される。

表3-10 介護事業展開のまとめ

運営主体	都市部	中山間地域
社会福祉法人		
	基幹 + サテライト型施設・基幹併設施設	基幹併設施設・基幹 + サテライト型施設
医療法人		
	基幹 + サテライト型施設・DS 単独施設	DS 単独施設
営利法人		
	DS 単独施設・DS 単独のサテライト型施設	DS 単独施設
NPO 法人		
	DS 単独施設	DS 単独施設
社会福祉 協議会等		
	DS 単独のサテライト型施設	DS 単独のサテライト型施設

凡例：・ 中心集落 ○ 通所介護単独施設 ● 基幹施設併設施設

参考文献

- 1) 中園真人・三島幸子・山本幸子：広域基幹施設と民家を活用した小規模デイサービス施設の整備プロセスと利用特性, 日本建築学会計画系論文集, 第 77 巻 第 675 号, pp. 1169—1177, 2012. 5
- 2) 三島幸子他 5 名：周防大島町におけるデイサービス施設の整備状況, 日本建築学会中国支部研究報告集, 第 38 巻, pp. 517—520, 2015. 3

第4章 社会福祉法人による基幹型及び

サテライト型施設併設型の整備手法

-阿武町の事例-

特別養護老人ホーム併設施設を運営する社会福祉法人が2000年以降に小規模なサテライト型施設を整備し、基幹施設と小規模施設を組み合わせた施設運営を行っている阿武町に着目し、整備プロセスを整理した上で利用特性を明らかにし、1社会福祉法人によるサテライト型施設整備手法の有効性及び可能性について考察することを目的としている。

第4章 社会福祉法人による基幹施設及びサテライト型施設併用型の整備手法

－阿武町の事例－

4.1 調査対象地の概要

阿武町の空間特性と主要施設を図 4-1 に示す。日本海に面した中山間地域で、農業・林業・漁業を主産業とする典型的な農山漁村地域で、合併当時の人口は奈古地区が約 5 千人、宇田郷・福賀地区が約 2.3－2.6 千人であった。現在は国道 191 号沿線の平地部に奈古地区の中心市街地が広がっている。JR 奈古駅・町役場を中心として、保育所・小中学校・高等学校を始め、文化ホール・武道館等の公共施設や郵便局・農協、民間医療施設、購買施設等が集積立地し、全町の中心地区として機能している。また隣接する湾岸地区には奈古漁港と集落が立地し、近年埋め立てによりスポーツ施設や道の駅の整備も進められている。

宇田郷地区は日本海と国道 191 号に挟まれた元浦・今浦漁港と漁村集落を中心とし、周辺の丘陵地帯に農村集落が広がる地域である。町役場支所、郵便局、漁業組合、漁協・農協購買施設、旧小学校が平地部の中心地区に立地するが、民間店舗は 7 店舗と少ない。また JR 宇田郷駅が国道沿いに立地するが、中心地区からは 0.9Km の距離がある。

福賀地区は山岳・丘陵地域が大半を占め、比較的広い盆地に福田上・下と宇生賀の中心集落が立地する。両集落とも町中心市街地からは約 2.5Km の距離があり交通の利便性が低い。福田上・下集落には役場支所、小中学校、郵便局、農協購買施設等が立地するが、民間店舗は 14 店舗と少ない。これらの中心集落以外は山岳・丘陵地谷間の農地周辺に小規模な集落が点在している。

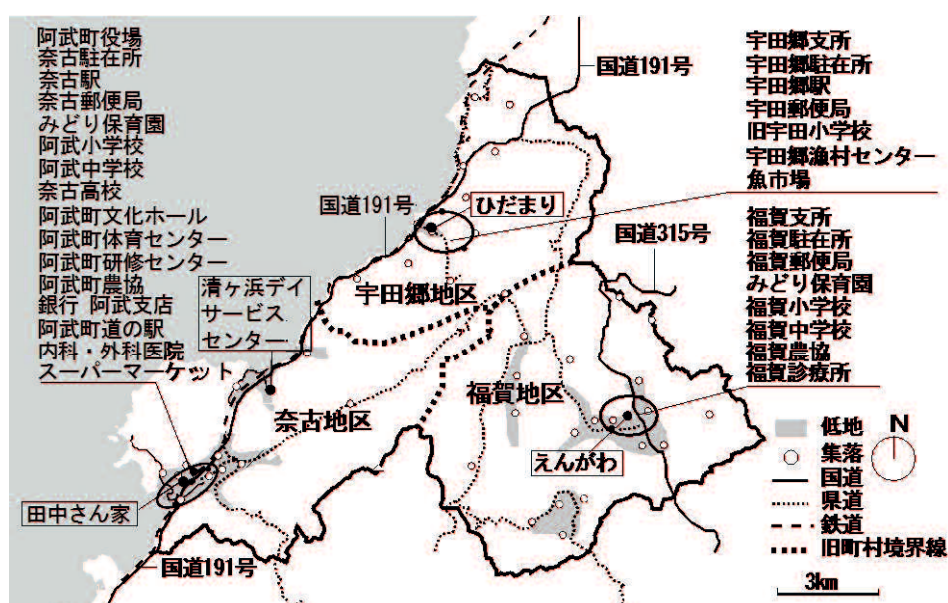


図 4-1 阿武町の空間特性と主要施設

次に阿武町の人口と高齢化率の推移を図4-2に示す。高度経済成長期の1960年代以降人口減少に転じ、特に1955－1970年の15年間に、10千人から7.4千人へと3.3千人減少した。その後も減少傾向は継続し、7.4千人(1970)から4.1千人(2005)へと35年間に3.3千人減少している。これに対し65才以上の高齢者は農村地域のため社会増減が少なく、1965年以降一貫して増加傾向にあり968人(1965)から1737人(2000)まで増加している。町の総人口が減少する中で65才以上の高齢者人口のみ増加したため、高齢化率は1965年の11.4%から38.1%(2000)へ上昇しており、山口県平均(22.2%)や全国平均(17.3%)と比較しても高齢化の進行が著しい地域である。2000年以降高齢人口は緩やかな減少に転じているものの、高齢化率は2010年には44%に、さらに2025年には56%に達すると予測されており、今後も高齢者福祉サービスに対する需要は増加するものと考えられる。

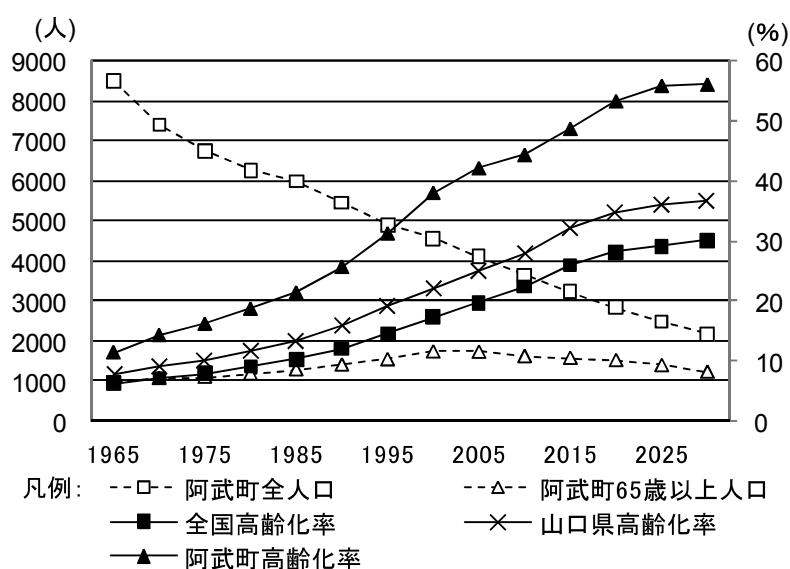


図4-2 阿武町の人口と高齢化率の推移

4.2 施設整備プロセスと施設整備水準の推移

1955年の合併後周辺7自治体と共同組合を設立し、萩・阿武地域における最初の広域福祉施設として清ヶ浜老人ホーム(1961)が設立された(表4-1)。翌年には母子健康センター(1962)が設立されている。1965年に社会福祉協議会が発足し、ホームヘルパー制度の導入(1969)や老人医療の無料化(1972)が実現し、1960年代に高齢者医療福祉の基本的な枠組みが整備された。人口減少が進行した1975－1995年代にかけては、老人憩いの家(1976)と衛生センター(1983)の整備がなされているものの、他の際立った取り組みは見られない。その後、1997年の介護保険法制定を契機に、制度導入に向け既存老人ホームの建て替えを中心とする本格的な福祉拠点施設整備計画が策定された。1998年に養護老人ホーム、通所介護施設「清ヶ浜デイサービスセンター」(以下:「清ヶ浜」)、訪問介護施設が整備され、これらの施設の一体的な運用を促進するため、2000年に社会福祉協議会とは独立して新たな運営組織「社会福祉法人阿武福祉会」が設立された。町の高齢者福祉を担う法人組織として位置付けられ、公共が施設整備を行い民間組織に運営を委託する「公設民営」型の整備運営方式が採用されている。法人設立に当たり高齢者福祉分野の有能な人材が運営責任者・スタッフとして新規採用され、その後の地域高齢者福祉事業推進の中核として活動している。

広域基幹施設の整備が完了後、阿武福祉会では小規模施設整備の取り組みを開始し、2006年に山口県のモデル事業により福賀地区に「えんがわ」を開設した。モデル事業とは実施主体は市町村・社会福祉協議会・NPO法人等で、「地域密着型総合福祉拠点づくり」として、既存資源を活用した拠点づくりに助成を行う。助成対象は介護設備等の設置に必要な改修・設備経費で、事業費に対する助成上限は600万円で、社会福祉法人が事業主体の場合は県・市町村・事業主体で各々1/3を負担し、事業主体が社会福祉法人以外の場合は県と市町村が各々1/2を負担する。また地域住民の協力による運営の仕組みづくりに対し、初年度60万円、2年度30万円が助成される制度である。その後2008年には宇田郷地区に「ひだまり」を、奈古地区に「田中さん家」を相次いで開設し、合併前の旧3町村全ての地区に施設が整備されデイサービスネットワークが構築された。

表4-1 阿武町の福祉関連施設整備年表

1955	奈古町、福賀村、宇田郷が合併して阿武町が誕生	1983	阿武町衛生センター竣工
1961	「清ヶ浜老人ホーム」竣工	1998	養護老人ホーム「清ヶ浜清光苑」竣工 「阿武町デイサービスセンター」竣工 「阿武町在宅介護支援センター」竣工
1962	阿武町母子健康センター竣工	2000	特別養護老人ホーム「恵寿苑」竣工
1965	阿武町社会福祉協議会発足	2005	グループホーム「であい」竣工
1969	ホームヘルパー制度発足	2006	小地域サービス営業所「えんがわ」開設
1972	老人医療の無料制度発足	2008	小地域サービス営業所「ひだまり」開設 小地域サービス営業所「田中さん家」開設
1974	高額医療制度発足		
1976	「阿武町老人憩いの家」竣工		
1979	阿武町協議会が社会福祉法人・阿武町社会福祉協議会として認可を受ける		

次に、施設定員数の推移を図4-3に示す。2000年以前は基幹施設である「清ヶ浜」が整備され、2000年時点の定員は30名である。その後、2000年代後半に小規模施設3施設が整備されたことにより、2010年時点の定員は60名と2倍に増加している。

また、充足率の推移を図4-4に示す。2000年時点の充足率は0.14と比較的高い水準であるが、2000年代前半は整備が進まなかったため、2005年時点の充足率は0.10と下がっている。その後、小規模施設の整備により、2010年時点の充足率は0.18と急激に上昇している。また、2010年時点の施設利用率は0.56である。これは「清ヶ浜」の施設利用率が低い点が大きく影響していると考えられる。

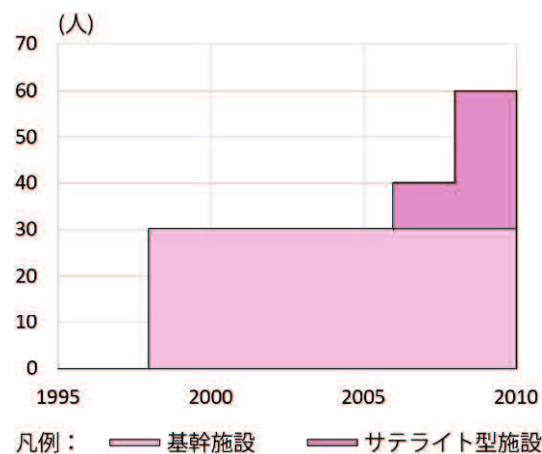


図4-3 施設定員数の推移

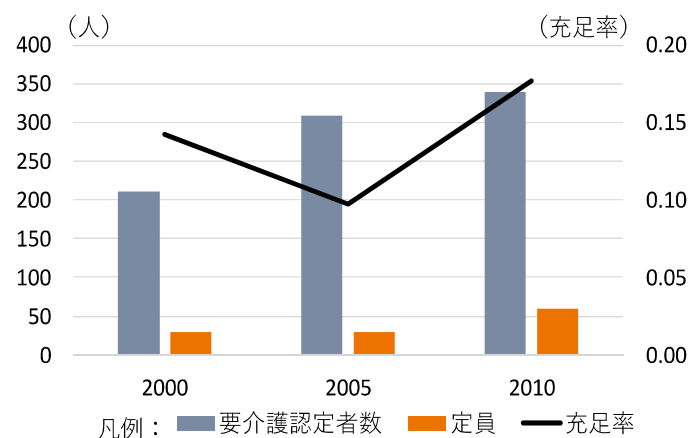


図4-4 充足率の推移

4.3 施設概要と空間構成

表 4-2 に施設の概要を示すが、1998 年には養護老人ホーム「清光苑」(ショートステイ居室 10 室を含む)、清ヶ浜デイサービスセンター及び在宅介護支援センターが設立された。2000 年には国の特別補助を受け、ユニットケアを全面的に導入した特別養護老人ホーム「恵寿苑」が新設され、高齢者養護施設の整備水準は質・量ともに飛躍的に向上した。さらに 2005 年には木造平屋建てのグループホーム「であい」が新設され、阿武町のみでなく周辺地域をも含めた広域的な高齢者福祉拠点としての役割を担っている。また、図 4-5 に施設全体平面図を示す。敷地南側に養護老人ホーム・通所介護施設・在宅介護支援センター棟が位置し、北側に特別養護老人ホーム棟、その中間にグループホームが配置されている。

表 4-2 広域基幹施設の概要

施設名	清ヶ浜 デイサービス センター	清ヶ浜 ヘルパー ステーション	養護老人ホーム 清光苑	特別養護 老人ホーム 恵寿苑	グループホーム であい
構造	RC造平屋建	RC造平屋建	RC造平屋建	RC造平屋建	木造平屋建
延床面積(㎡)	605.7	46.3	2433.9	2630	321.9
開設時期	1998.4	1998.4	1998.4	2000.3	2005.3
主要な室名	機能訓練室・食堂 静養室 事務室 特別浴室 一般浴室 車いす用トイレ	ヘルパー ステーション	居室 食堂 静養室 事務室 浴室	居室 食堂 リフト浴室 一般浴室	居室 食堂 浴室
営業日	月～土	月～土	月～日	日～土	日～土
営業時間	8:30～18:00	8:30～17:30	24時間	24時間	24時間
利用者数	58	18	50	50	9
スタッフ数	11	6	23	64	8



写真 4-1 外観写真

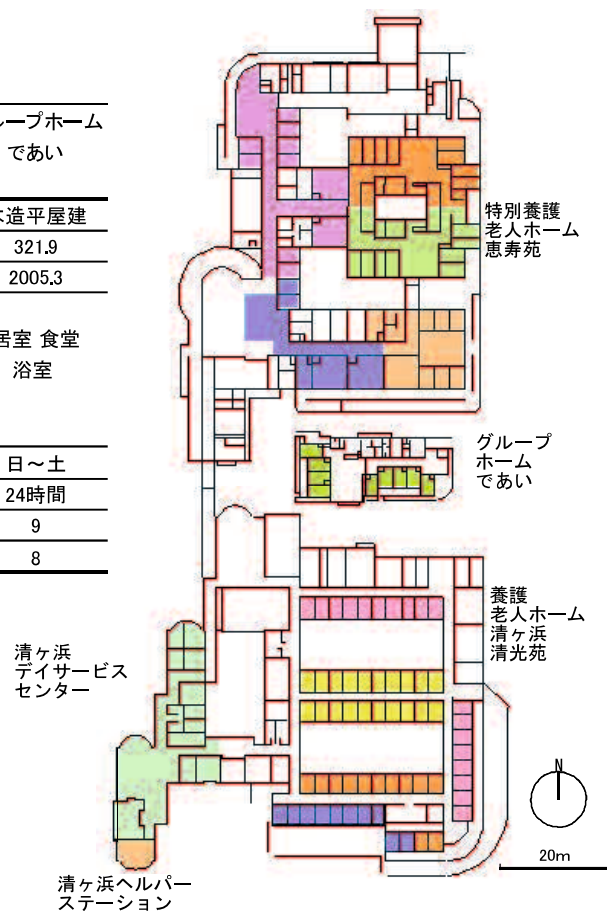


図 4-5 施設全体平面図

次に「清ヶ浜」の平面図を図4-6に示す。「清ヶ浜」は機能訓練室兼食堂では机は4人席が基準だが、利用者の人数が少ない場合は机を並べて8人席とし、他の利用者と交流しやすい環境をつくっている。訓練室を中心に静養室・作業スペース・事務室ゾーンと浴室・トイレゾーンから構成され、浴室は浴槽へのスロープ付一般浴室と中間浴槽を備えた特別浴室が設置され、トイレも一般用と車椅子用がある。利用者が1日の大半を過ごす機能訓練室にはテーブル・椅子の他半円形コーナー部にソファ・マッサージチェアが置かれ、自由時間や午睡時に寛ぐ場となっており、「清ヶ浜」の特徴である。作業スペースは昼食配膳スペースとして使用される。静養室は和室(8畳2室)とベッドコーナー(5台)があり、ロビー・廊下はリハビリ器具等が置かれ、電気治療やリハビリの場となっている。

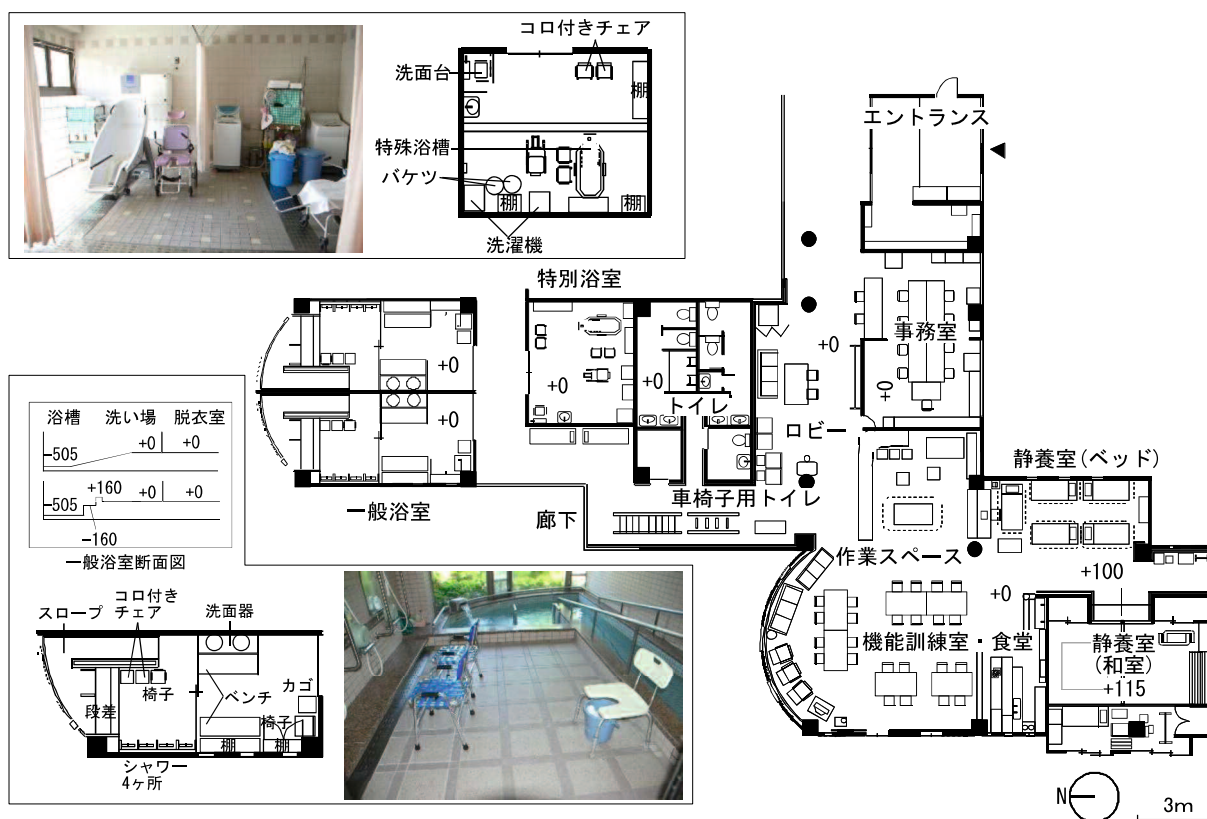


図4-6 「清ヶ浜」平面図



写真4-2 玄関

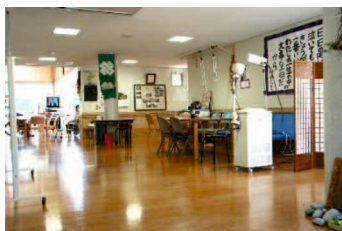


写真4-3 ロビー

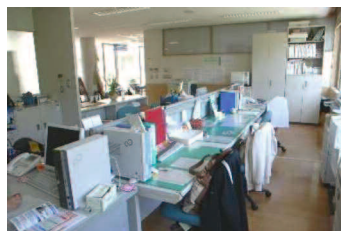


写真4-4 事務室



写真4-5 廊下



写真 4-6 機能訓練室・食堂

写真 4-7 作業スペース

写真 4-8 静養室

(和室)

写真 4-9 静養室

(ベッド)

次に、民家活用3施設の概要を表4-3、施設平面図を図4-7に示す。「えんがわ」は農家住宅を再利用した施設である。高齢の住宅所有者が阿武福祉会運営の特別養護老人ホームに入所し空き家となったため、使用貸借契約を結び2006年6月に高齢者デイサービス施設として開設した。定員10名に対し24名の介護保険高齢者の登録があり、5名のスタッフが介護を行う。空間構成については、1993年築の農家住宅で、浴室・台所等は使用可能な状態で、手摺等の設備も設置されていたため、改修は浄化槽設置とトイレの水洗化、床張替え、プレイルーム・入口スロープの新設が行われた。6畳和室の続き間が食堂・機能訓練室で生活の中心となる居室である。静養午睡室の6畳和室には寝台が置かれ静養・午睡に使用されるが、全員午睡するため訓練室も午睡の場となっている。

「ひだまり」は高齢化が進行し空き家が多数存在する旧宇田郷村中心漁村集落の自治会の要望を受け、阿武福祉会が運営主体となる小規模施設の事業を展開するため、集落内の空き家を対象に施設候補物件の探索を開始したが、持家を貸借する前例がなく2年の歳月を要し、集落内に住宅を新築したため空き家となっていた木造2階建て民家の借用が実現した。2009年11月時点の利用登録者は19名で、4名のスタッフが従事している。また本施設はデイサービス以外に福祉ボランティア活動拠点としても位置付けられており、2階続き間を利用し研修会が定期的に開催されている。空間構成については、木造2階建て民家で、1階は台所・茶の間と和室2室、2階は続き間座敷と洋室の構成であったが、1階部分を通所介護施設とするため、4.5畳和室を除く1階の内外装と台所・浴室・トイレの設備が全面改修された。機能訓練室には食卓と居間用テーブル・ソファが配置され、4.5畳和室は介護度の高い利用者の午睡や静養の場として使われる。

「田中さん家」は町の中心である奈古地区に位置し、JR奈古駅・町役場・郵便局・医院・大型購買施設等に近接した利便性の高い場所にあり、保育園や小学校にも近い。当初は2棟ある建物の1棟を福祉会の職員寮として借用する予定であったが、所有者が福祉会運営の特別養護老人ホームに入所することとなり、他の1棟も借用可能となったため、建物の維持管理と仏壇の世話を条件に使用貸借契約を結び、2008年6月に開設された。直前まで所有者が居住していたため、家具・家電製品・食器類等もそのまま使用す

る了解が得られ、開設のための諸経費も低額に抑えられている。立地条件に優れかつ市街地や漁村集落に近接することから、開設1年半後の2009年11月時点の利用登録者は26名で、4名のスタッフが従事している。またデイサービスのみでなく、役場・郵便局・医院・銀行・店舗等を利用する高齢者が気軽に立ち寄れる場所となることが期待されている。空間構成については、木造2階建て民家で、手摺り設置と簡易な改修が行われた。建物の正面玄関は通りに面し駐車できず、西側に駐車場があるため台所勝手口が送迎用出入り口として使用される。DKは食事や事務空間として、6畳和室の訓練室1は昼食・おやつ・体操の場として使用される。8・4畳続き間和室は訓練室2、静養午睡室で、訓練室2縁側にはテーブル・ソファが置かれ床座と椅子座が選択できる。静養午睡室は居室面積が狭いため寝台を置くと複数名が午睡するのは難しい。

表 4-3 小規模施設の概要

施設名	えんがわ	ひだまり	田中さん家
構造	木造2階建	木造2階建	木造2階建
延床面積(m ²)	283.5	129.4	119.6
改修費(万円)	240	850	0
開設時期	2006.6	2008.6	2008.6
営業日	火～日	日～金	月～土
営業時間	8:30～18:00	8:30～17:00	8:30～17:00
サービス内容	送迎、食事、入浴 アクティビティ	送迎、食事、入浴 アクティビティ 介護予防	送迎、食事、入浴 アクティビティ
利用者数	24	19 (17)	26
スタッフ数	5	4	4

注: ()は介護予防の人数を示している



写真 4-10 「えんがわ」



写真 4-11 「ひだまり」



写真 4-12 「田中さん家」

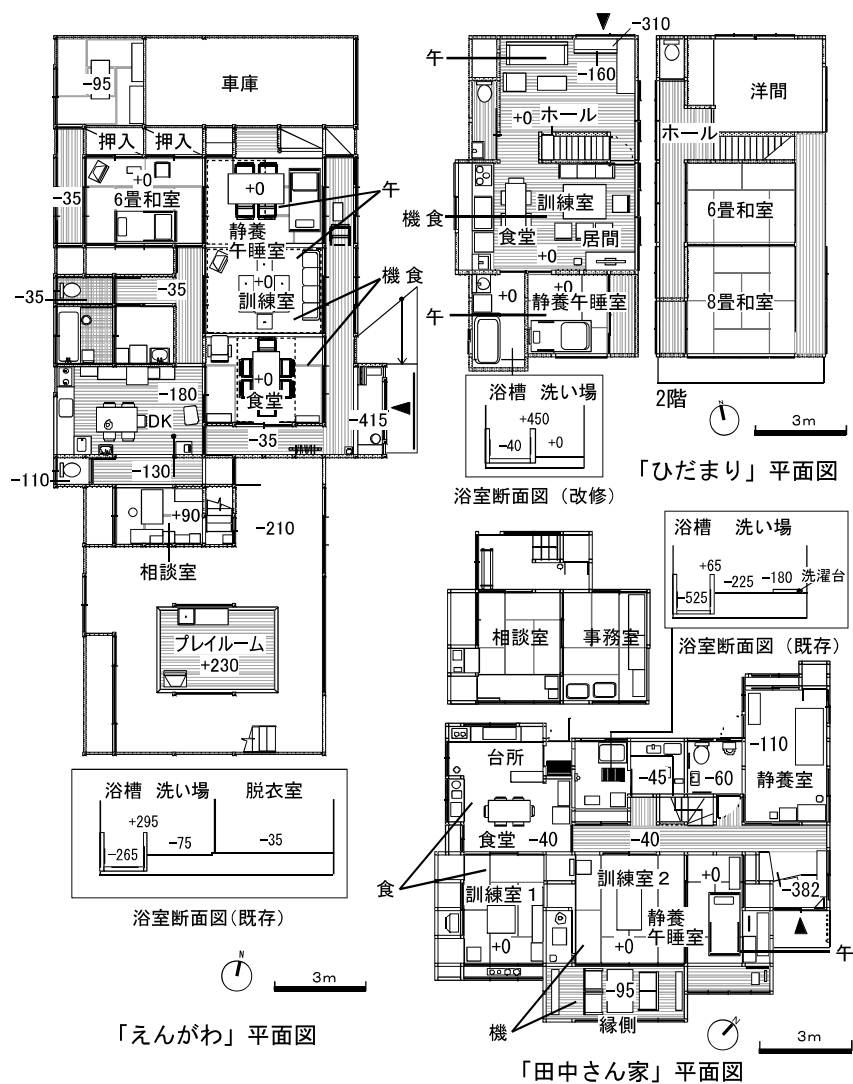


図 4-7 施設平面図

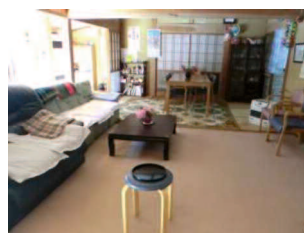


写真 4-13 「えんがわ」

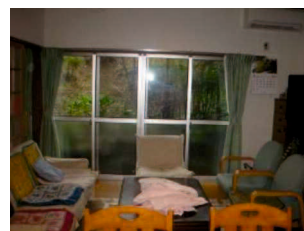


写真 4-14 「ひだまり」



写真 4-15 「田中さん家」

「えんがわ」



写真 4-16 機能訓練室 2



写真 4-17 機能訓練室 3



写真 4-18 機能訓練室 4



写真 4-19 玄関

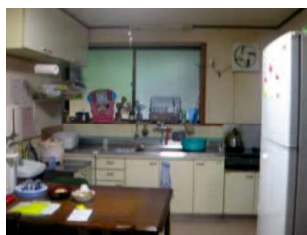


写真 4-20 DK



写真 4-21 相談室



写真 4-22 浴室

「ひだまり」



写真 4-23 以前のホール



写真 4-24 以前の居間

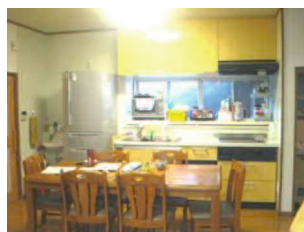


写真 4-25 台所



写真 4-26 浴室

「田中さん家」



写真 4-27 台所・食堂

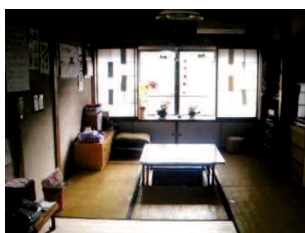


写真 4-28 機能訓練室 1



写真 4-29 機能訓練室 3

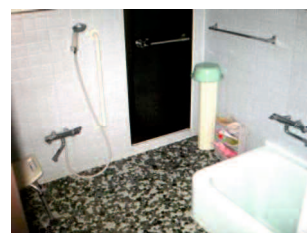


写真 4-30 浴室

4.4 利用者の基本属性と利用形態

図4-8に施設利用者の基本属性を示す。年齢は90歳以上の高齢者が2割を占め、特に「えんがわ」では32%を占める。次いで80歳代が約5割と最も多く、80歳未満は1割を下回る。性別は基幹施設の「清ヶ浜」で男性が約4割と多いが、小規模施設では女性が82%と多く、特に「田中さん家」では9割以上が女性である。介護度と車椅子使用状況は、「清ヶ浜」で要介護3以上が35%で介護度の高い利用者の割合が高く、デイサービス施設では受け入れが少ない要介護5の利用者も4名ある。また車椅子使用者が約3割を占める。これに対し「えんがわ」と「ひだまり」では要介護3以上は16%で、要介護1・2の利用者が5-6割と多く、次いで要支援1・2が2-3割の割合である。一方「田中さん家」では自立と要支援1・2が6割を占め要介護2以上は1割と少なく、施設により利用者の介護度が大きく異なる。

また、施設の利用回数、入浴サービスの有無と介助形態を図4-9に示す。施設の週当たり利用回数は「清ヶ浜」と「田中さん家」では週1回と2回が夫々3割、週3回以上は2割程度である。これに対し「えんがわ」と「ひだまり」では週3回以上の利用者が4-5割を占め、特に週4回以上の利用者が1-2割と利用回数が多い。次に入浴サービスについてみると、「田中さん家」では入浴サービスを受ける利用者が3割と少ないが、他の施設では大半の利用者が入浴サービスを受けており、介護度の高い利用者が多い「清ヶ浜」では一般浴室入浴介助(45%)に加え特別浴室利用者の割合(17%)が高い。

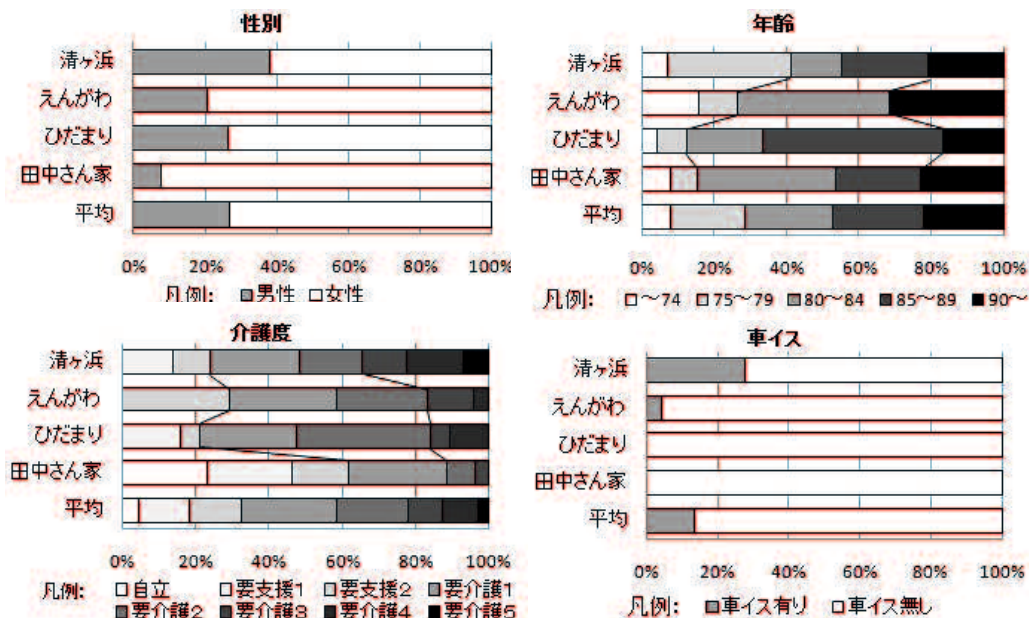


図4-8 施設利用者の基本属性

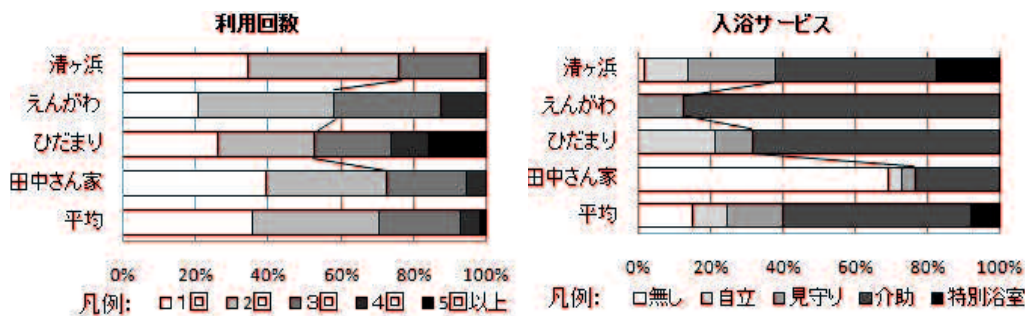


図 4-9 施設の利用回数と入浴サービス

次に利用者の個人属性と利用形態の関係を総合的に把握するため、数量化理論Ⅲ類とクラスター分析による施設利用パターンの類型化を行った。図 4-10 に年齢・性別・介護度・車椅子使用・利用回数・入浴サービスを変数とした数量化理論Ⅲ類によるカテゴリースコア分布を示す。Ⅰ軸は介護度・車椅子・入浴のレンジが大きく、利用者の介護度を示す軸と解釈される。Ⅱ軸は利用回数と年齢を示す軸、Ⅲ軸は入浴の有無を示す軸、Ⅳ軸は年齢と介護度の関係を示す軸と解釈される。尚、Ⅳ軸までの全分散に対する累積比は 0.58 である。

次にⅠ－Ⅳ軸のスコアを変数としたクラスター分析により利用パターンを 5 グループに分類した(表 4-4)。G1(23 名)は要介護 3 以上の利用者が大半で、車椅子使用者が過半数を占め、利用回数は週 2 回以上が 8 割を超えることから、年齢に関係なく介護度が高く利用回数が多いグループといえる。G2(22 名)は年齢 80 歳代で要介護 2 の利用者が主体の比較的利用回数が多いグループ、また G3(30 名)は年齢 90 歳代で要介護 1 の利用者が主体の利用回数が最も多いグループである。G4(28 名)は年齢 79 才以下の自立・要支援の高齢者が主体で、週 1-2 回の利用が多いグループ、一方 G5(24 名)は年齢 80 才代の自立・要支援の高齢者が主体で、週 1 回の利用が多いグループといえる。

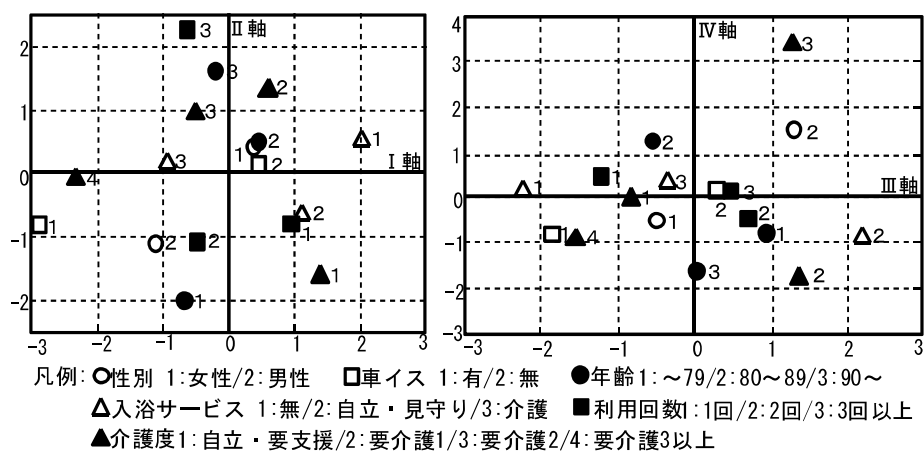


図 4-10 数量化理論Ⅲ類によるカテゴリースコア分布

表 4-4 利用パターン分類結果

グループ		G1	G2	G3	G4	G5
Ⅰ軸平均値		0.87	0.15	-0.27	-0.29	-0.47
Ⅱ軸平均値		0.01	-0.29	-0.54	0.61	0.26
Ⅲ軸平均値		0.33	-0.34	-0.24	-0.53	0.43
Ⅳ軸平均値		0.19	-0.72	0.42	-0.18	-0.08
性別(%)	男性	32	61	4	44	6
年齢(%)	～79	43	17	4	72	18
	80～89	28	74	44	22	70
	90～	29	9	52	6	12
車イス(%)	有り	57	4			
介護度(%)	自立・要支援				67	88
	介護度1	4	4	92	33	6
	介護度2	4	96	8		
	介護度3以上	92				6
利用回数(%)	1	18	27	16	39	73
	2	39	30	32	55	24
	3以上	43	43	52	6	3
入浴(%)	無し		9	20		36
	自立・見守り		17	36	94	6
	介護	100	74	44	6	58
人数(人)		23	22	30	28	24

これら5グループの施設別の構成比を図4-11に示す。広域基幹施設の「清ヶ浜」では、要介護3以上で車椅子利用者の多いG1が36%を占め、介護度の高い利用者が多いのが特徴である。これに要介護2の利用者が大半のG2を含めると過半数を超える。一方小規模施設と比較すると、年齢79才以下の自立・要支援の高齢者が主体で週1-2回の利用が多いG4が2割と多く、これに年齢80才代の自立・要支援の高齢者が主体で、週1回の利用が多いG5を加えると全体の3割以上あり、介護度の高い利用者のみでなく奈古地区を中心に小規模施設開設以前からの継続利用者の割合が高いことを示している。

小規模施設の「えんがわ」では、介護度の高いG1は2割未満で「清ヶ浜」と比較すると少ないが、G2の割合が2割以上と高く、G1とG2を加えると全体の4割を上回る。一方、「清ヶ浜」では少ない要介護1の利用者が主体で利用回数が多いG3が2割以上を占め、年齢80才代の自立・要支援の高齢者が主体のG5の割合も2割以上と多く、介護度・年齢も様々な利用者が構成されている。また「ひだまり」も「えんがわ」と類似した構成で、G5の割合が低く週4回以上の利用者が多い点が異なるが、両施設とも週3回以上の利用が4割以上を占めており、相対的に利用頻度の高い施設として位置付けられる。

これに対し「田中さん家」では、自立・要支援の高齢者が主体のG5の割合が6割以上を占め、次いで要介護1の利用者が主体で利用回数の多いG3が2割と多く、逆に介護度の高いG1は皆無でかつG2の割合も1割を下回ることから、自立・要支援の高齢者の利用が主体で、利用頻度が多様な利用者が構成されている。これは、奈古地区の市街地は基幹施設の「清ヶ浜」との距離が近く、介護度の高い高齢者や車椅子使用者あるいは「田中さん家」開設以前からの継続利用者は「清ヶ浜」を利用する傾向が高く、「田中さん家」の場合には、奈古地区市街地居住の自立・要支援の高齢者が、施設立地の利便性を評価し、施設開設を機に利用し始めているためと考えられる。

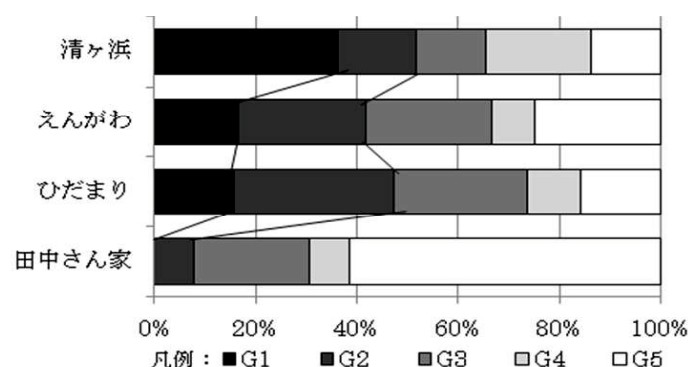


図4-11 施設の利用パターン構成比

4.5 広域基幹施設の利用圏と小規模施設の利用圏の変動

広域基幹施設について、2010年5月時点のデイサービス利用登録者数は58名で、施設に近い奈古地区が38名、次いで宇田郷(8名)・木与地区(4名)の順で、国道191号沿線の送迎に便利な地点の居住者の利用が多い点が特徴であるが(図4-12)、「ひだまり」と「田中さん家」開設前(2008年5月時点)の利用登録者数は89名で、両施設の開設により基幹施設利用人数は減少している。一方で施設から10.0km離れた宇田郷地区と13.5km離れた萩市椿東地区からの利用者が2割を占めるため、50%利用圏は3.0km、80%利用圏は5.5kmと広い。奈古・宇田郷地区からの利用者は、小規模施設開設以前からの継続利用者と、設備が充実した基幹施設での入浴やリハビリを希望する利用者が中心である。送迎に60分以上を要す福賀地区からの利用者は、「えんがわ」開設以前は6名、開設後の2008年には2名であった。「えんがわ」開設以前の送迎時間については2007年以前の送迎時刻の記録資料が保管されておらず、「清ヶ浜デイサービスセンター(以下：清ヶ浜)」の送迎時間削減効果の定量的検証は行えていない。ただし福賀地区の送迎についてはヒアリングから、6名の利用者がいた2007年以前はワゴン車1台で片道60分から90分程度の時間を要していたこと、名の利用者がいた2008年時点では、軽自動車1台で片道60分程度要していたことを確認した。従って、「清ヶ浜」の利用人数が減少した点を考慮すると、小規模施設の開設により全体として少なくとも60分以上の延送迎時間削減効果が見込めるものと考えられる。その後2010年6月時点では皆無となり、「えんがわ」との利用施設の分担が完了している。

小規模施設について福賀地区は小規模集落が広域に分布し、福祉施設が未整備の宇生賀地区からの利用もあるため、「えんがわ」は他の2施設と比較すると利用圏が広く(図4-13)、利用者の50%利用圏は2.0kmであるが、80%利用圏は3.5kmで、旧福賀村の全エリアをカバーする施設となっている。そのため福祉会では、小規模施設としては利用圏が広いため、利用者の多い宇生賀地区に新たに施設を整備し、増加する施設需要への対応と送迎時間短縮を図る将来計画を有している。開設後は地域への施設利用案内と地元住民の理解により利用者が増加し(2009年12月時点:26名)、施設開設後に4名が基幹施設利用から「えんがわ」利用に変化している。「田中さん家」は町の中心市街地に立地するため利用圏域は狭く、50%利用圏は0.7km、80%利用圏も2.0kmの範囲に収まっている。「ひだまり」も地区の中心漁村集落内に立地するため、50%利用圏は0.2km、80%利用圏も1.5kmの範囲に収まり利用圏が狭い。これより2施設は地区全体というよりは、施設が立地する集落及びその周辺地域に居住する高齢者を主対象とした施設として機能している。

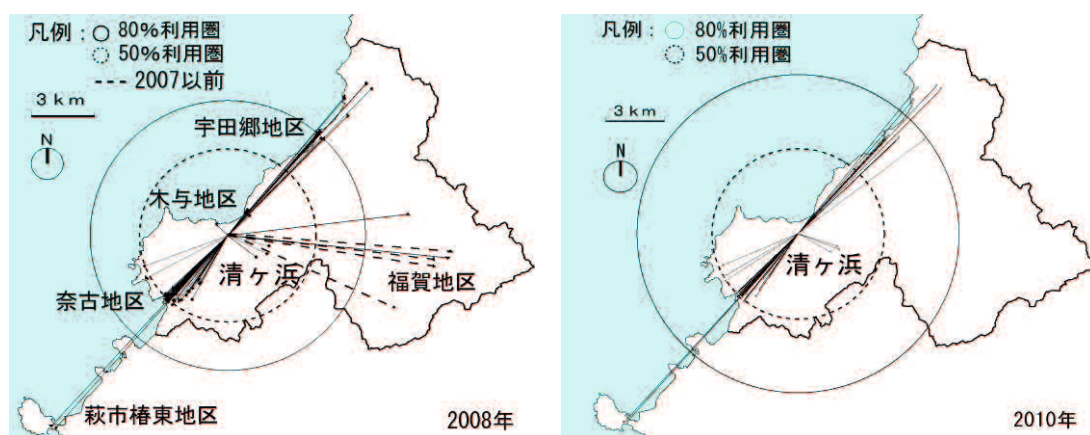


図 4-12 広域基幹施設の利用圏(2008 年・2010 年時点)

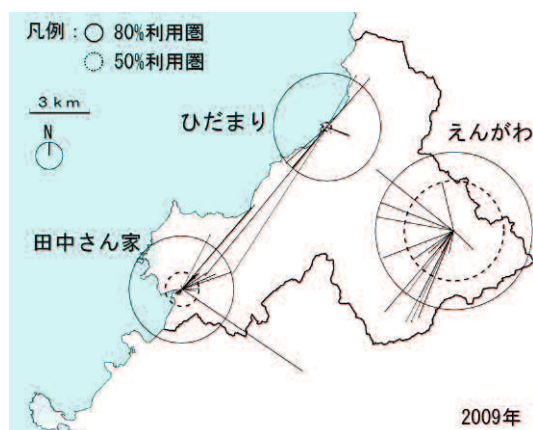


図 4-13 小規模施設の利用圏(2009 年時点)

次に、6 地区の居住地別に利用施設の構成比を見ると（図 4-14, 4-15）、「えんがわ」が立地する福田地区と隣接する宇田賀地区では、全て「えんがわ」が利用されている。「ひだまり」が立地する宇田地区ではデイサービス利用者の 6 割以上が「ひだまり」を利用しており、小規模施設の利用率が高いが、北部に隣接する惣郷地区では「清ヶ浜」の利用率が 6 割以上と高い。広域基幹施設に近い奈古・木与地区では「清ヶ浜」の利用率がともに 6 割以上と高く、「田中さん家」が 3 割程度の割合である。このように奈古・木与・宇田・惣郷地区では、同一地区に居住する高齢者でも広域基幹施設と小規模施設の選択行動が認められ、介護度の高い高齢者と小規模施設開設以前からの「清ヶ浜」利用者が広域基幹施設を利用し、小規模施設開設後にデイサービス利用を開始した高齢者が小規模施設を利用する傾向を反映しているものと考えられる。一方萩市からの利用者は 8 割が「清ヶ浜」利用で、広域基幹施設としての施設機能を必要とする高齢者の利用といえる。



図 4-14 居住地区分

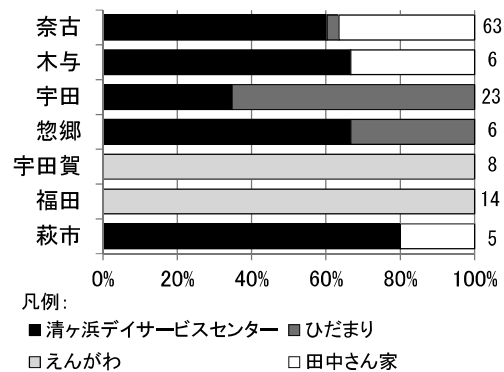


図 4-15 居住地別利用施設構成比

また、施設と利用者居住地間距離の累積グラフを図 4-16 に示す。「清ヶ浜」では奈古地区の利用者がいる 4km で急激に上昇しており、その後施設から離れた宇田地区や惣郷地区からの利用者があるため、6km 移行緩やかに上昇を続けている。そのため、90%利用圏は 9km を超え広い。

小規模施設である「えんがわ」は福賀地区の利用者がいる 1km で急激に上昇しており、その後も上昇を続けているが、福田地区及び宇田賀地区は南北に広いため 90%利用圏は 4.5km と小規模施設の中で最も広い。「ひだまり」は大半が宇田地区からの利用のため、60%利用圏は 1km と狭く、90%利用圏も 3km 程度と小規模施設の中で最も狭い。「田中さん家」も同様に奈古地区からの利用が大半を占めるため、60%利用圏は 1km と狭く、90%利用圏も 3.5km 程度と比較的狭い。

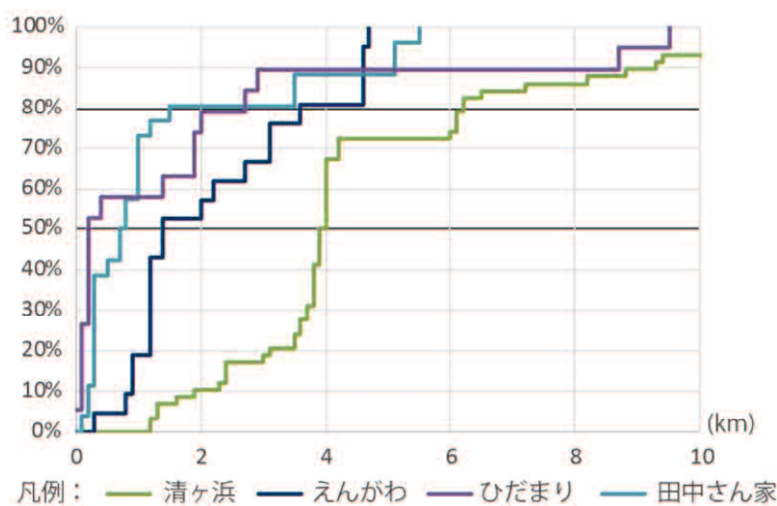


図4-16 施設と利用者居住地間の累積グラフ

4.6 介護職員の構成と役割及び送迎方法と所要時間

広域基幹施設の「清ヶ浜」は施設定員が35名で、8名の職員が交代で毎日6名(施設長・介護職員4名・看護師1名)勤務している(表4-5)。施設長は施設の管理運営業務をはじめとして、唯一の男性職員のため送迎時のリフト車の運転・男性の入浴介護を主とした介護業務に携わる。4名の介護職員は送迎・入浴介護や昼食の配膳・飲み物サービス、体操指導等の全般的な介護業務を行う。看護師はリハビリ指導と介護度の高い高齢者の世話を主たる業務として行う。

本施設は要介護3以上の高齢者や車いす利用者の割合が高く、大半が利用する入浴サービスでは約4割が一般浴室での介助を必要とし、約2割が特別浴室(機械浴槽)を利用するため、午前中に入浴時(10-12時)には4名程の職員が介助に当たる。特に要介護5の利用者の場合、ベッドからストレッチャーに移乗し特別浴室に移動するため2名の介助が必要で、全員の入浴が終了するのは昼食開始直前となる場合が多い。ただし、本施設では特別養護老人ホーム厨房で昼食が調理され、ワゴンで配達されるため、職員は配膳・片付け作業のみで済み、入浴から昼食への移行は比較的スムーズに行われている。また機能訓練室・食堂の面積が広く椅子・ソファ等の数も余裕があり、午後の自由時間には利用者は各自好みの場所で過ごし、この時間帯に看護師が付き添い専用器具を使用しリハビリ指導を行う。

小規模施設はいずれも定員10名で、4名の職員が勤務している。木造民家を改修した施設のため出入口の段差が大きく、送迎時には介護度の低い高齢者にも介助が行われる。浴室も段差があり、入浴サービス利用者が多い「えんがわ」と「ひだまり」では7-8割の利用者に対し入浴介助が行われる。一方「田中さん家」では入浴者が3割程度と少なく、職員の負担は相対的に小さい。また3施設とも施設の台所を利用し昼食の調理が行われ、午前中は職員1名が食事の準備に専念する。ただしリハビリのための専用器具は備えられておらず、昼食前に職員の指導により全員で体操が行われる。

利用者の送迎は施設職員の日常業務の中でも重要な位置を占める。特に過疎地域の場合、利用圏が広いため送迎に時間を要し、利用者の介護度や車椅子利用の有無等により所要時間は異なる。本節では各施設の送迎方法と所要時間に関し施設運営の側面から検討する。

調査期間中の日・週平均の利用者往復延人数(以下、延人数)・送迎時間及び1名の利用者の送迎に要す職員の所要時間(以下、職員所要時間)を表4-6に示す。これは1.8節で示すように送迎実態調査から算出しており、1例として「清ヶ浜」のルートマップを図4-17に示す。「清ヶ浜」は利用人数が多く車椅子使用者の割合が高いため、リフト車2台を含む4台で送迎している。リフト車には職員1名が添乗し、利用者の多い奈古地区市街地と周辺部を分担しているが、車イス使用者の昇降に時間を要し、4-7名の送迎に往復50分程度を要している。ワゴン車は10km程度離れた宇田郷地区を分担し、利用者が少ない場合も往復30分以上を要している。軽自動車は13.5km離れた萩市椿東地区を担当し、1人の送迎に往復30分以上を要している。従って1日の送迎時間合計は延人数30.7名に対し平均328.8分で、職員所要時間も週平均16.6分/人と長い。

小規模施設では、送迎時刻が利用者で異なる場合への対応や利用者の乗車時間短縮のため数回に分けて送迎している。「えんがわ」は福賀地区全域をカバーするため利用圏が広く、3名の職員全員が軽自動車ですて送迎しており、1日の送迎時間合計は平均202分(延人数18.0名)で、職員所要時間は週平均11.3分/人と利用圏が広い割には短い。「ひだまり」は50%利用圏が最も狭く、1日の利用者数は4-6名程度で、2台の軽自動車ですて送迎しているが、10km程度離れた奈古地区からの利用者が2名ありかつ利用日が週3日と多いため、1日の送迎時間合計は平均136.8分(延人数8.8名)であるが、職員所要時間は週平均18.9分/人と長い。ただし宇田郷地区の利用者のみで、2台の軽自動車ですて送迎する標準的な日(11月20日)の職員所要時間は11.2分/人である。「田中さん家」も利用圏が狭くワゴン車1台での送迎が基本で、1日の送迎時間合計は延人数11.2名に対し平均122.8分、職員所要時間は週平均10.5分/人で、奈古地区の利用者のみの3日間の職員所要時間平均は8.8分/人とさらに短い。

このように、利用圏が広域な「清ヶ浜」に対し小規模施設では職員所要時間は相対的に短く、特に「えんがわ」の場合には、福賀地区全域を分担しているものの3台の乗用車による送迎により所要時間が短縮され、小規模施設の送迎効率の良さがうかがえる。

表4-5 施設職員の属性と役割

施設名	性別・年齢	福祉経験 年数	現施設 勤務年数	役割					
				施設長	送迎	入浴介助	体操	調理	リハビリ
清ヶ浜	M36	7年	4年	○	○	○	○		
	F50	4年	2年		○	○	○		
	F43	11年	4年		○	○	○		
	F45	3年	3年		○	○			
	F43	3年	3年			○	○		
	F40	1年	1年		○	○	○		
	F49*	7年	4年						○
	F45*	3年	3年						○
えんがわ	M49	8年	3年8ヶ月	○	○	○	○		
	F60	14年	8ヶ月		○	○	○	○	
	F60	10年	10年		○	○	○	○	
	M32	1年3ヶ月	8ヶ月		○	○	○	○	
	F57	6ヶ月	6ヶ月		○	○	○	○	
ひだまり	F48	10年	7ヶ月	○	○	○	○	○	
	F58*	26年	1年8ヶ月		○	○	○	○	
	M28	11ヶ月	8ヶ月		○	○	○		
	M20	10ヶ月	5ヶ月		○	○	○		
田中さん家	F29	9年	1年5ヶ月	○	○	○		○	
	F61*	21年	1年4ヶ月		○	○		○	
	F54	11年	1年5ヶ月		○	○	○	○	
	F46	9年	1ヶ月		○	○	○	○	
注)*の職員は看護師の資格を有する									



図 4-17 「清ヶ浜」のルートマップ

表 4-6 利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間

施設名	日付	車種・台数		日平均		週平均		備考
		迎え	送り	利用者 往復延人数 ・送迎時間 人(分)	職員 所要時間 (分)	利用者 往復延人数 ・送迎時間 人(分)	職員 所要時間 (分)	
清ヶ浜	5/31	L2 W1 M1	L2 W1 M1	36(486)	20.7	30.7 (328.8)	16.6	萩2人、宇田郷3人
	6/1	L2 W1 M1	L1 W1 M1	32(344)	15.8			宇田郷2人
	6/2	L2 M1	L2 M1	26(270)	18.3			宇田郷4人
	6/3	L2 W1 M1	L2 W1 M1	32(319)	14.9			萩1人、宇田郷3人
	6/4	L2 W1 M1	L2 W1	32(271)	14.3			宇田郷3人
	6/5	L2 W1 M1	L1 W1 M1	26(283)	15.7			萩1人、宇田郷4人
えんがわ	12/9	M3	M3	23(267)	11.6	18.0 (202.8)	11.3	
	12/10	M3	M2	20(243)	12.2			
	12/11	M3	M2	15(186)	12.4			
	12/12	M3	M2	14(159)	11.4			
	12/13	M3	M2	18(159)	8.8			
ひだまり	11/16	M2	M2	12(151)	12.6	8.8 (136.8)	18.9	奈古2人
	11/17	M1	M1	10(147)	14.7			
	11/18	M1	M1	3(96)	32.0			奈古1人
	11/19	M2	M1	6(144)	24.0			奈古1人
	11/20	M2	M2	13(146)	11.2			
田中さん家	11/3	W1	W1	10(67)	6.7	11.2 (122.8)	10.5	萩1人
	11/4	M2	M2	12(198)	16.5			
	11/5	W1	W1	12(128)	10.7			
	11/6	W1	W1	12(108)	9.0			
	11/7	W1	W1	10(113)	11.3			萩1人

注1: 職員所要時間(分/人) = $\sum$ [迎え所要時間 × 職員数 + 送り所要時間 × 職員数] / 利用者往復延人数

職員人数 : 各車に乗る職員

利用者往復延人数 : 利用者数往復合計人数

注2: 車種 L: リフト車, W: ワゴン車, M: 軽自動車

注3: リフト車の乗車職員数は2名、ワゴン車・軽自動車は各1名

4.7 施設運営の連携と施設経営

阿武町では広域基幹施設の運営主体により小規模施設の整備・運営も行われており、基幹施設と小規模施設、また小規模施設間の連携が行える条件を有している。本節では、施設の利用者特性・利用圏と送迎時間の側面から施設運営の連携効果について検討する。

小規模施設開設以前は、広域基幹施設のみで全町の通所介護サービスを受け持っていたため、利用登録者は90名近く、利用圏も広域で送迎に時間を要す状況であった。遠距離でかつ道路が未整備の福賀地区での小規模施設の設置が第一に目指され、「えんがわ」の開設により利用圏分担が行われるとともに、福賀地区での新規需要の受け入れも行われている点は、広域基幹施設と小規模施設の直接的連携効果として評価される。

集落自治会からの要請により開設された「ひだまり」の場合、漁村集落で住戸密度が高いため50%利用圏は0.2kmと狭く、また宇田地区のデイサービス利用者の6割が「ひだまり」を利用している。奈古地区中心部に開設された「田中さん家」も、施設利用圏は狭くかつ介護度の低い高齢者の利用が多いことから、ともに地域に密着した小規模施設として機能していることを示す。奈古・木与・惣郷地区の利用者の6割以上は「清ヶ浜」を利用しているが、小規模施設利用者と比較すると介護度の高い利用者が多い。こうした傾向に関しては、介護度の進行に伴いケアマネージャが利用者・家族に基幹施設への利用変更を助言する場合もあり、介護度に応じた施設利用の誘導を図り必要なサービスを的確に提供するとともに、施設運営の合理化を図る施設間連携といえよう。ただし、施設利用は単に居住地と施設の距離のみで選択される訳ではなく、友人等の人間関係、施設環境や雰囲気に対する嗜好性等も選択要因となるため、施設選択の個別性への柔軟な対応も必要であろう。

次に施設経営の側面から小規模施設の設置効果について検討する。基幹施設は定員35名に対し職員6名が介護業務に当たるが、小規模施設では定員10名に対し職員4名が必要で、介護報酬・利用料収入と人件費の収支バランスから見ると小規模施設が不利であるが、施設整備費を考慮した場合、一般論として基幹施設は用地取得費・建設費・設備費の長期償還が必要なのに対し、小規模施設では3施設とも使用貸借契約により空き家の民家を無料で借受け、改修費も低額なため、新規建設の場合と比較すると大幅な施設整備費の削減が実現している。従って経常収支バランスが取れば小規模施設経営は基幹施設経営に対し必ずしも不利にはならないものと考えられる。

2009年、2010年の各施設の年間経常収支を表4-7、4-8に示す。「ひだまり」は2009年4月より地区内の廃校を改修した複合型高齢者福祉施設に移転しており、2010年度の経常収支は移転後の収支決算を示す。ただし、本施設は広域基幹施設「清ヶ浜」同様公設民営型施設で、施設整備費は全て町負担のため、経常収支の比較は可能と判断される。基幹施設の「清ヶ浜」では施設整備費は全額町負担のため、法人としての経営採算性は経常収支で判断可能である。2010年を見ると年間収入は約4500万円で、内訳は介護サービス収入が74%、介護予防収入が14%を占める。支出は人件費が約3500万円で全体の75%を占める

が、管理運営経費を見ると、施設規模が大きく、浴室給湯・冷暖房・照明費用等がかさむため、水光熱費・給湯ボイラー燃料費の割合(5.2%)が小規模施設に比べ高い。また送迎範囲が広域なため、利用圏が狭い「えんがわ」・「ひだまり」と比較すると車両費の割合(3.1%)も高い。給食材料費の割合(4.9%)も施設で職員が食材調達・調理を行う小規模施設(1.9-2.8%)と比較すると割高である。さらにその他の諸経費率(11.6%)も相対的に高いため、これらの人件費以外の経費支出が収益率((収入-支出)/収入)の低下をもたらしている。小規模施設の年間収入は1800-2500万円の範囲で、基幹施設収入に利用定員比(10/35)を乗じた額(1280万円)を3施設とも大きく上回る。支出は人件費が1400-1600万円程度で支出の85%を占め、基幹施設に比べ10%程度高いものの、収入に対する人件費率を比較すると、基幹施設の78.2%に対し小規模施設では3施設合計値で70.5%と低く、利用率(実利用者数/利用定員)や職員の年齢・経験年数・資格による人件費の差が影響しており、結果的に支出削減効果を生み出している。また水光熱費・車両費・諸経費等の管理運営経費の割合が低い点も、民家を活用した小規模施設の基幹施設に対する日常的維持管理費や送迎コスト面での有利性を示している。

以上から、基幹施設の年間経常収支差額は-179万円、収益率は-4.0%であるが、小規模施設の合計収支差額が1038万円(収益率16.6%)と大きいため、4施設全体の収支差額は859万円(収益率8.0%)の黒字を計上しており、小規模施設の収益が基幹施設の損益を補填する経営採算となっている。2009年の収支についても、「清ヶ浜」では収支差額は109万円の赤字(収益率-2.3%)であるが、小規模施設では3施設合計で1109万円の黒字(収益率20.8%)であり、4施設の合計収支差額は1000万円の黒字(収益率9.9%)が確保されている。従って、過疎地域において広域基幹施設に加え既存施設を活用した小規模施設を複数展開することは、施設経営の側面からみると現時点では採算性の向上に効果的であることがわかる。ただし、小規模施設としての運営・経営上の利点を生かすには、送迎時間を往復30分程度に抑えることが望ましい、との施設管理責任者へのヒアリング結果から、送迎車の平均時速を20km/hと仮定すると最大利用圏半径は約5kmとなり、過疎地域における小規模施設の最大施設間距離は概ね10km程度となる。因みに本論で対象とした3施設の直線距離は夫々えんがわ・田中さん家間12.8km、えんがわ・ひだまり間7.8km、田中さん家・ひだまり間9.9kmであり、概ね10km程度の範囲に収まっている。

表 4-7 各施設の年間経常収支(2009)

		(千円)				
	勘定科目	清ヶ浜	えんがわ	ひだまり	田中さん家	合計
収入	介護	35058(73.3)	20904(81.5)	10689(78.3)	10646(54.6)	77297
	介護予防	7676(16.0)	3084(12.0)	1431(10.5)	276(29.5)	12467
	その他	5107(10.7)	1647(6.4)	1525(11.2)	174(15.9)	8453
	合計	47841	25636	13645	14024	101146
支出	人件費	34899(71.3)	15186(85.5)	10865(89.8)	10646(86.2)	71596
	水光熱・燃料費	2885(5.9)	446(2.5)	289(2.4)	276(2.2)	3896
	車両費	1419(2.9)	792(4.5)	158(1.3)	174(1.4)	2543
	給食材料費	2166(4.4)	615(3.5)	254(2.1)	200(1.6)	3235
	その他	7559(15.5)	720(4.1)	540(4.5)	1057(8.6)	9876
	合計	48928	17759	12106	12353	91146
収支	収支差額	-1087	7877	1539	1671	10000
支	収益率(%)	-2.3	30.7	11.3	11.9	9.9

表 4-8 各施設の年間経常収支(2010)

		(千円)				
	費目	清ヶ浜	えんがわ	ひだまり	田中さん家	合計
収入	介護	33208(73.8)	21163(86.0)	15428(79.9)	11284(61.2)	81083
	介護予防	6310(14.0)	1674(6.8)	2293(11.9)	3937(21.3)	14214
	その他	5478(12.2)	1772(7.2)	1596(8.3)	3222(17.5)	12068
	合計	44996	24609	19317	18443	107365
支出	人件費	35212(75.3)	16213(83.8)	13980(83.7)	13781(86.5)	79186
	水光熱・燃料費	2444(5.2)	465(2.4)	850(5.1)	323(2.0)	4082
	車両費	1436(3.1)	1105(5.7)	232(1.4)	365(2.3)	3138
	給食食材費	2290(4.9)	538(2.8)	318(1.9)	318(2.0)	3464
	その他	5405(11.6)	1037(5.4)	1317(7.9)	1146(7.2)	8905
	合計	46787	19358	16697	15933	98775
収支	収支差額	-1791	5251	2620	2510	8590
支	収益率(%)	-4.0	21.3	13.6	13.6	8.0

注1) 収入費目の介護には介護報酬と利用者負担金が含まれる。介護予防には介護予防報酬と利用者負担金が含まれる。

注2) 収益率＝(収入－支出)／収入×100(%)

注3) 収入・支出欄の()内の数値は収入・支出合計に対する各費目の割合(%)を示す。

4.9 施設整備効果

社会福祉法人による基幹施設及びサテライト型施設併設型の整備手法により以下3点の効果が明らかになった。

- 1) 広域基幹施設では介護度の高い高齢者や車椅子使用者の利用が多く、介護設備水準の高い基幹施設としての役割を担っている。これに対し旧村中心集落に立地する小規模施設では、介護度の高い利用者は少なく週2・3回以上の利用が多く、また町中心市街地に立地する小規模施設では、主に市街地居住の自立・要支援の高齢者が施設の利便性を評価し利用しているものと考えられる。このことは、施設の立地条件、空間構成やデイサービス機能により、利用者が施設を選択できる可能性が拡大されるとともに、結果的に基幹施設と小規模施設の機能的役割分担が進んでいることを示している。
- 2) 基幹施設からの距離が遠く、アクセス道路が未整備な地区に小規模施設が開設されたことにより、両施設の利用圏分担が行われ大幅な送迎時間の削減が実現すると共に、小規模施設では地域の新規需要に対応している。基幹施設と距離が近い小規模施設では利用圏は重複しているが、基幹施設利用人数の増加が抑制され、間接的な延送迎時間の削減効果が認められる。また車椅子使用者の大半は基幹施設を利用しているため、小規模施設利用者の送迎時間削減に寄与している点が指摘される。
- 3) 基幹施設の経常収支は赤字であるが、小規模施設の経常収支の黒字幅が大きいことから、4施設を合計した経常収支は黒字で、小規模施設の収益が基幹施設の損益を補填する経営採算である。従って、広域基幹施設に加え、イニシャルコスト・ランニングコスト共に優れた既存施設活用型の小規模施設を展開する複合的整備方法は、施設経営の側面からは成立可能であることが示された。

以上より、広域基幹型の高齢者福祉施設が整備済みの過疎地域において、小規模施設整備を進め、各施設が連携することにより以下の効果が期待される。第一に、高齢人口の増加が予測される地域においては、今後のデイサービス需要の増加を見込むと基幹施設のみでは対応できなくなることが予測されるため、既存建築を活用した小規模施設の整備により、全体的な需要増加への対応が可能となる。第二に、利用者の介護度やサービス要求内容に応じた選択可能性が拡大される。特に民家を利用した小規模施設の分散配置により、高齢者が自宅から近距離の位置にある家庭的雰囲気有す施設を身近に利用できる効果が期待される。第三に、過疎地域では人口密度が低く、生活道路が未整備の場合が多いことから、基幹施設のみで全域をカバーする場合、送迎に要する人的・時間的コストが大きくならざるを得ない。小規模施設を旧村の中心集落等に分散配置することにより、送迎時間の短縮効果が期待される。

その際施設間の連携と施設経営の成立可能性が重要な課題となるが、阿武町の場合は基幹施設を運営する社会福祉法人により全ての小規模施設が整備・運営され、施設間の密接な連携が可能な事例であり、かつ、高齢者人口は減少傾向にあるものの、現状では4施設の合計年間経常収支は黒字で経営的に成立していることから、広域基幹施設と小規模施設の複合的整備方法の展開可能性は小さくないものと考え

られる。過疎地域の自治体では、介護保険制度の導入を契機に広域基幹施設の整備が進められたものの、小規模施設が未整備な地域も多いことから、こうした基幹施設の運営主体による小規模施設の整備運営を促進することにより、介護サービスの多様化・水準向上とともに各施設が連携した効率的な運営が期待される。ただし、高齢者人口や高齢者のみ世帯数の減少が進行している、あるいは予測される過疎地域では、将来的には需要減によるサービス水準の維持が課題となるため、施設の安定的運営を担保する新たな取組みや、在宅介護関連制度の改善・拡充等が求められることになる。

4.9 その後の高齢者福祉施設整備プロセスと利用特性の変化

(1) その後の高齢者福祉施設整備プロセス

2015年時点の施設配置図を図4-18に示す。その後、宇田小学校の廃校決定後、地域住民と行政による廃校後の利用方法に関する協議が行われ、小学校を再活用する地元の要望が強く種々の活用方法が検討されたが、2009年10月に最も要望の多い高齢者福祉施設として活用すること、また広域基幹施設を運営する社会福祉法人に運営を委託することが決定し2010年に「ひだまりの里」が開設された。通所介護施設は2008年に宇田地区中心集落に2階建て木造民家を改修した「ひだまり」が開設されていたが、通所介護施設に利用される1階部分の面積が手狭であったため、これを契機に移設することとなった。また、広域基幹施設では多数の特養の入居待機者を抱えており、同敷地にグループホームが設置されたが、需要増加のため新たにグループホームを新設することとなった。さらに退院後の一時入居や冬季の積雪量の多い地区居住者の一時避難施設として生活支援ハウスも併せて設置されることとなった。

また、2015年には住民が空き家を買ってほしいとの要望があり、400万円で購入し「くすの杜」が開設された。また、当時退院後の在宅介護の問題が挙げられており、「清ヶ浜」でそのような利用者を受け入れたいと法人は考えていた。しかし、「清ヶ浜」には介護度の低い利用者も来所していたため、受け入れた場合利用者に対するケアが行き届かない懸念があった。その中で、空き家売買の話があがり、介護度の低い利用者を「くすの杜」に移行することが可能となった。それと同時に「清ヶ浜」の定員を15名とし、介護度の高い利用者や退院後の高齢者を対象とした施設へと移行した。



図4-18 施設配置図(2015年)

(2) 新規整備施設の概要と空間構成

施設概要を表4-9、施設平面図を図4-19～4-21に示す。「ひだまりの里」では広域基幹施設では多数の老人ホーム入居待機者を抱えており、同敷地内にグループホームが設置(2005年)されたが、需要増のため新たにグループホームを新設する事となった。さらに退院後の一時入居や冬期の積雪量の多い地区居住者の一時避難施設として、生活支援ハウスも併せて設置されることとなり、地域の高齢者福祉拠点としての役割を果たしている。また、全体の平面図を図4-15に示しているが、1階の教室を2分割してグループホーム居室とし、その他に談話室と事務室が設けられている。教室前の多目的スペースはホールと居間(台所)・和室に改修され、廊下に浴室・脱衣室が増築された。旧管理部門の壁の位置は変更されたが管理設備は既存のままで、通所介護部門2室の一部に施設全体を管理する防災・電気制御設備のある事務室が設けられている。この他に4室を生活支援ハウスとし台所が新設されている。2階はほとんど改修が行われておらず、1室を介護予防として使用しているがその他の居室は使用されていない。

次に通所介護施設の平面構成について、廃校した小学校の旧管理部門であり、壁の位置を変更し、事務室を含めた2室をDS部門として新設された。便所は全て子供用便器から一般用へ改修され、シャワー・更衣室部分を脱衣・浴室に変更し、廊下には手すりが新設された。諸室が玄関周りに集中配置され移動距離が短い点や、居間と機能訓練室が2室に分かれ、食事や午睡・体操・静養の場等プログラムに対応した部屋の使い分けが可能な点は評価されるが、居間と機能訓練室は壁のみで仕切れられ出入口も並列しているため、室内が相互に見通せない問題点を有す。

「くすの杜」は木造平屋で、住宅を購入し開設している。改修としては台所のシステムキッチンを全改修し、トイレを2ヶ所設置し、玄関が駐車場から遠いため、直接出入りできるように機能訓練室側に階段を新設している。空間構成について、機能訓練室には机とソファが設置され、利用者の1日の居場所としている。縁側にはベッドが2台設置されているが、空間が狭く全員午睡を取るスペースは確保できていない。

表4-9 施設概要

施設名	ひだまりの里				くすの杜
	グループホーム	デイサービスセンター	生活支援ハウス	介護予防	
構造	RC造2階建				木造平屋
延床面積(m ²)	546.8	84.4	103.5	90.5	
開設時期	2010.4	2010.4	2010.11	2011.6	2015.4
主要な室名	居間・台所 居室 事務室 浴室 トイレ 畳コーナー	居間 事務室 機能訓練室 静養室 浴室 トイレ	居室 食堂 トイレ	機能訓練室 トイレ	機能訓練室 静養室 台所 事務室 浴室トイレ
営業日	日～土	日～金	日～土	第1.3火曜日	月～土
営業時間	24時間	9:00～16:00	24時間	9:00～12:00	8:30～17:00
利用者数	9	32	4(定員)	8	26
スタッフ数	10	4	GHと兼任	2	5



写真4-31 「ひだまりの里」



写真4-32 「くすの杜」

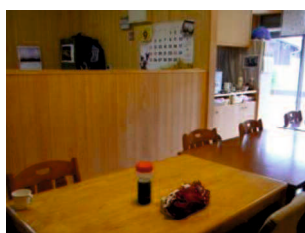
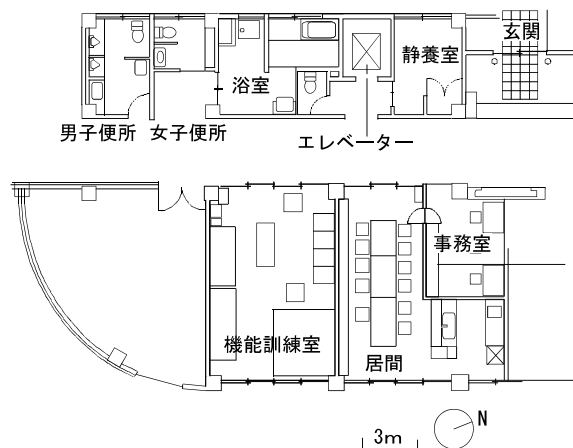
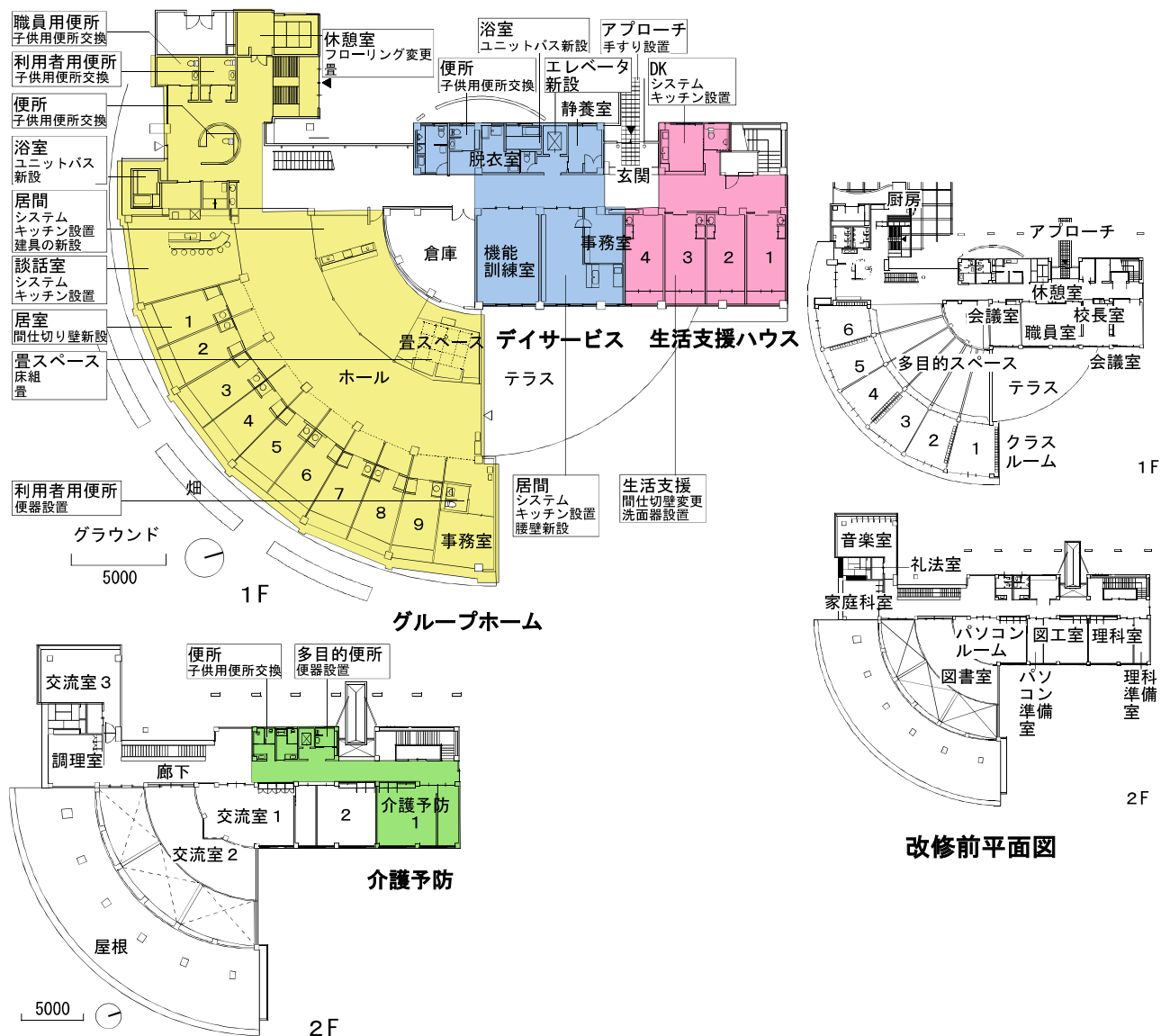


写真 4-33 居間

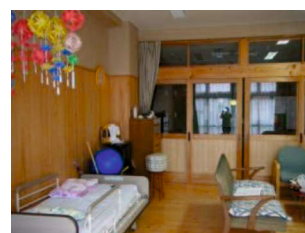


写真 4-34 機能訓練室

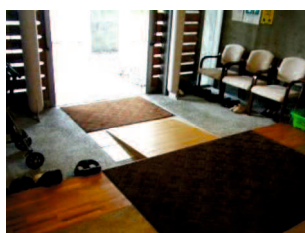


写真 4-35 玄関

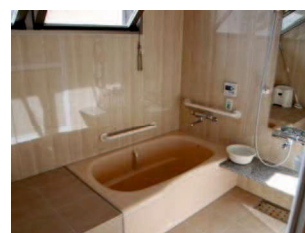


写真 4-36 浴室

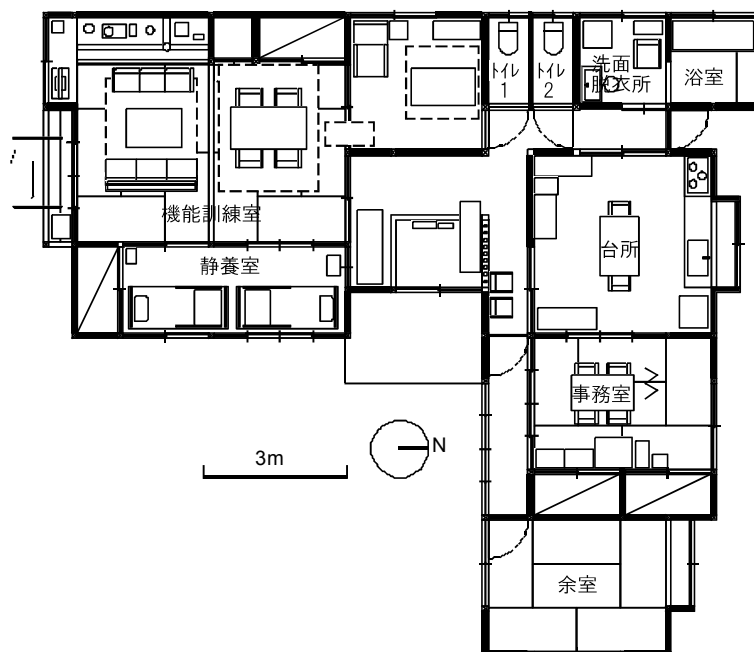


図 4-21 「くすの杜」平面図



写真 4-37 機能訓練室

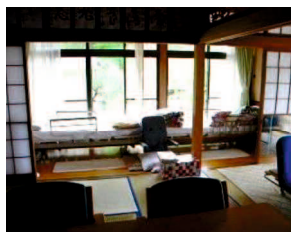


写真 4-38 静養室

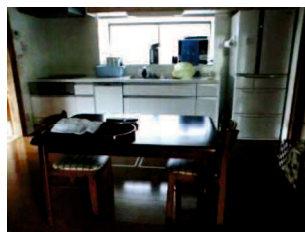


写真 4-39 台所

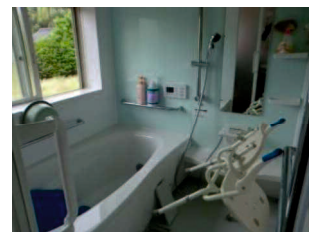


写真 4-40 浴室

次に「ひだまりの里」について、各運営部門の利用形態について示す。

(1) デイサービス部門の利用形態

2008年の「ひだまり」開設以降の利用者数の推移を図4-22に示す。開設当初は利用者募集時期でもあり、介護保険非加入利用者が大半を占めていたが、2009年1月頃から保険加入利用者が増え、「ひだまりの里」移設後の2010年12月には保険加入利用者数が月間延200名を超えた。その後も保険加入利用者が増え続けたため、2011年4月に非加入者の受け入れを止めたが、現在も延利用者数は月間200名前後と安定している。

利用者の基本属性と利用形態を図4-23に示す。年齢は85歳以上が6割と多く女性が7割を占める。介護度は要支援が4割と多いものの要介護4の利用者も3名おり、2割弱の利用者が車イスを利用している。また広域基幹施設DSセンターから施設変更した利用者が6名あり、近くの施設利用による乗車時間短縮や、地区内利用者が多く知合いがいること等が理由として挙げられた。全体として要支援の利用者が多いため利用回数は週1回が5割を占めるが、入浴サービスは介護度の高い利用者を中心に半数以上が利用している。

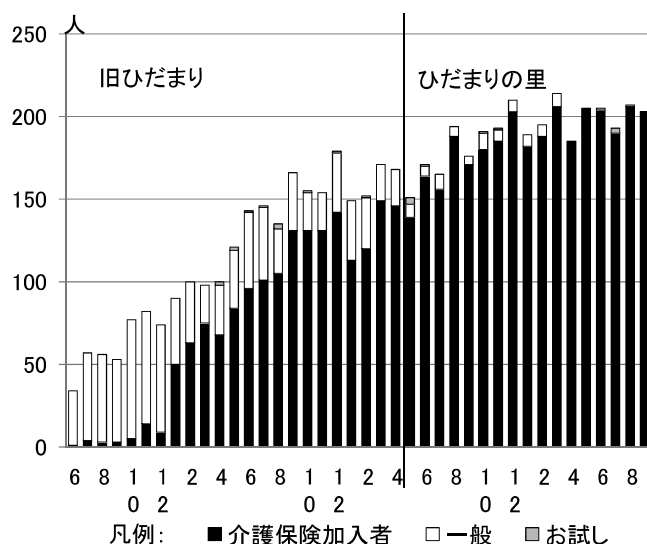


図 4-22 利用者数推移

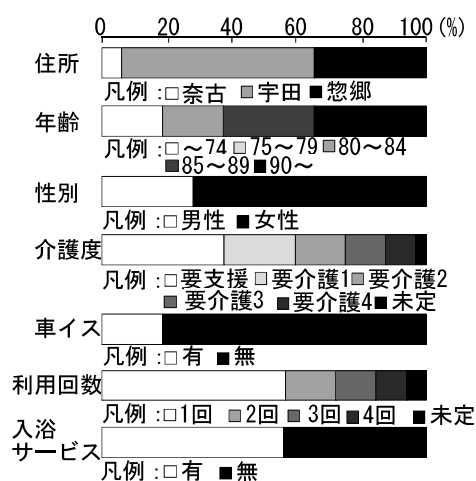


図 4-23 利用者の基本属性(2011 年)

「ひだまりの里」移行前の2009年と移行後の2011年の利用圏を図4-24に示す。旧「ひだまり」では大半が宇田地区の利用者で50・80%利用圏は0.2・1.5kmと狭い。一方現施設では利用人数が増加し、特に惣郷地区の利用者が増加しており各利用圏は共に1.0・1.6kmに拡大している。送迎は職員2名がワゴン車と軽自動車で数回に分け行う。宇田地区利用者は1往復に要す送迎時間は短いが、車が入れない急斜面や細道の奥に居住する利用者もあり、徒歩による送迎のため時間を要する場合もある。また旧施設同様奈古地区からの利用者の送迎には時間を要しているが、週1回利用のため合計送迎時間は11.4時間から9.3時間に短縮されている(図4-25)。

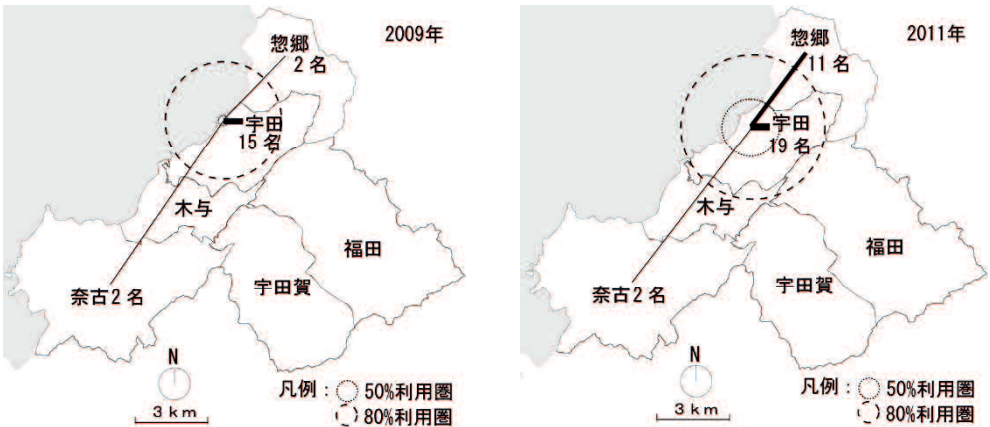


図 4-24 利用圏の比較(2009 年と 2011 年)

日付	車種	職員	時刻								迎え人(分)	送り人(分)
2009年			8	9	10	14	15	16	17	18		
11/16	軽	1									3(57)	5(51)
	軽	1									3(28)	1(15)
11/17	軽	1									5(80)	5(67)
11/18	軽	1									1(30)	2(66)
11/19	軽	1									3(52)	
	軽	1									1(16)	2(76)
11/20	軽	1									5(78)	6(48)
	軽	1									1(15)	1(5)
2011年			8	9	10	14	15	16	17	18		
9/18	軽	1									3(41)	3(49)
	ワゴン	1									5(26)	5(16)
9/19	軽	1									6(27)	5(33)
	ワゴン	1									2(26)	3(23)
9/20	軽	1									4(30)	4(25)
	ワゴン	1									5(31)	5(25)
9/21	軽	1									2(32)	2(38)
	ワゴン	1									3(22)	3(13)
9/22	軽	1									4(37)	4(23)
	ワゴン	1									3(23)	4(20)
9/23	軽	1									5(35)	4(18)
	ワゴン	1									2(18)	3(23)

図 4-25 送迎時間の比較

(2) グループホームの利用形態

GH 入居者の従前居住地を図 4-26 に示す。全員阿武町内居住者で、施設に近い宇田・惣郷地区が各 2 名であるが、町中心部の奈古地区が 3 名、山間部で遠距離の福賀地区 2 名と、町内全域からの需要に対応していることが分かる。入居者の基本属性は(表 4-10)、女性が 8 名と多く年齢は 70～90 歳代である。介護度は要介護 1～3 の範囲であるが、介護度 3 の入居者が 4 名含まれる。シルバーカー利用を含め自立移動可能者は 7 名で、2 名は手引き歩行・車椅子で移動する。認知度はⅡa～Ⅲb が 8 名で、認知度Ⅱa, b が 6 名と過半を占める。



表 4-10 入居者の基本属性(2011 年)

性別年齢	移動方法	介護度	認知度	簡易便所
F91	シルバーカー	要介護3	Ⅲb	有
F78	車イス、手引き歩行	要介護3	Ⅱb	有
F86	車イス、手引き歩行	要介護2	Ⅱa	有
F70	自立歩行	要介護1	Ⅱa	無
M82	自立歩行	要介護3	Ⅲa	無
F86	自立歩行	要介護1	I	無
F90	自立歩行、杖	要介護2	Ⅱb	有
F86	自立歩行	要介護1	Ⅱa	無
F90	シルバーカー	要介護3	Ⅱb	無

注)簡易トイレ:居室内に設置されているポータブルトイレ

図 4-26 GH 入居者の従前居住地(2011 年)

また、1 日の生活は、1)起床・洗面 2)朝食(8:00)3)自由時間・お茶 4)昼食(12:00)5)自由時間・お茶おやつ 6)入浴 7)夕食(17:30～18:00)8)自由時間 9)就寝から構成される。起床・就寝時間は自由で、食事やお茶・おやつの時間にはほぼ全員が居間に集うが、自由時間の過ごし方は居間での談話・テレビ視聴をはじめとして、グラウンドに面した旧花壇を利用した菜園での野菜・花作り作業、個室での読書等利用者の好みにより場と行為が選択されている。

GH の空間構成と生活場面の 1 例を図 4-27 に示す。1 学年 1 クラス構成の円形の教室とワークスペース部分に居室・ホール・居間・和室が順に配置され、居間とホールはガラスの格子引き戸で間仕切られ、視覚的連続性が確保されているため、入居者同士あるいは職員による入居者の把握が容易な点は評価される。またホールは多人数の催事会場となり、吹抜けの広い空間が有効に活用されている。しかし、居間の面積が狭いため、食事用の卓と椅子を配置すると寛ぎのためのソファ等の家具を配置する空間が十分確保出来ず、1 日の多くを居間で過ごす入居者にはゆとりの少ない空間である。また水廻りの位置は改修前と変更がなく、居間等の主要部分から離れ死角になるため、一部の便所は未使用で管理上の課題も見受けられた。

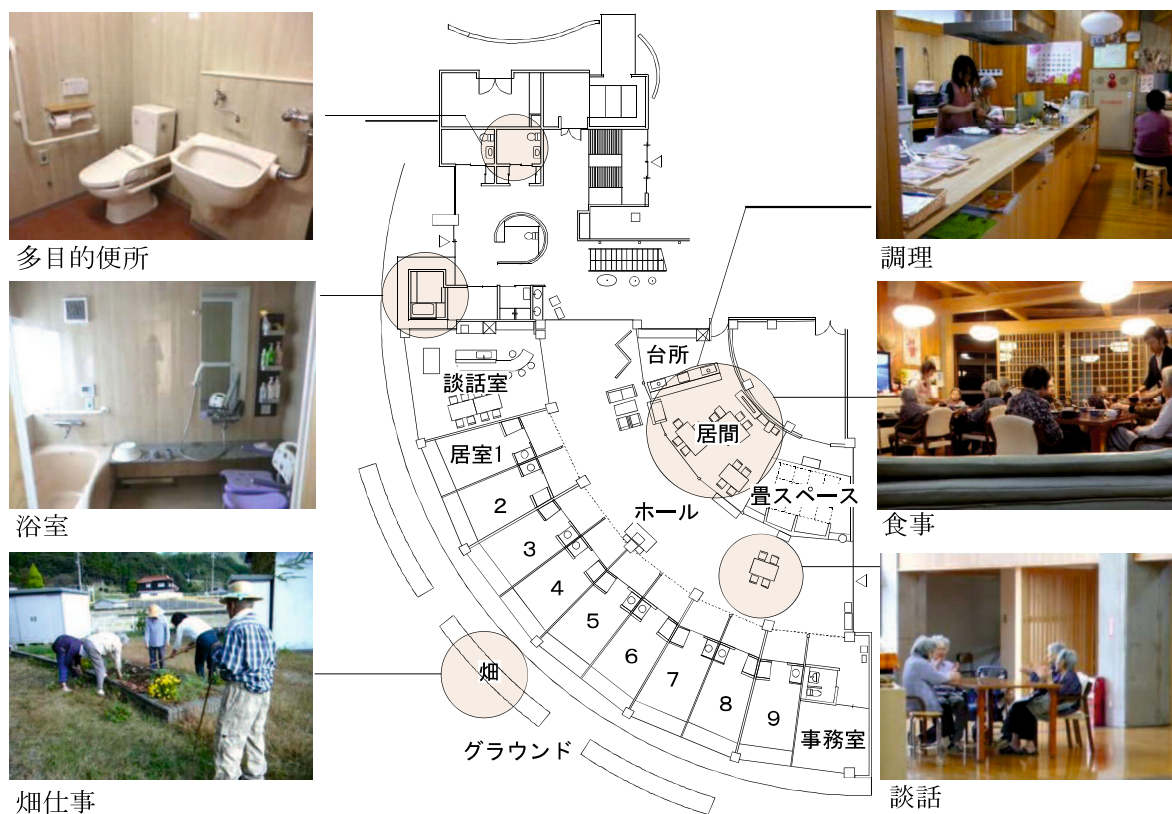


図 4-27 GH の空間構成と利用形態

(3) 生活支援ハウスの利用状況

生活支援ハウスの管理運営は GH 職員が兼任している。支援ハウスは食事・入浴を始めとして利用者の自立生活が入居条件であるが、実際には車椅子利用者の受入れもあり、介助が必要な場合には GH 職員が日常生活の世話を行っている。利用者の基本属性を表 4-11 に示すが、開設後 6 名の利用があり、単身高齢者が多く、利用理由は冬期と退院後の一時入所が多い。利用期間は 1 ヶ月が基本であるが中には 4 ヶ月の例もある。利用者の居住地は(図 4-28)、宇田・惣郷・奈古・宇生賀が各 1 名、冬季積雪量の多い福賀地区が 2 名で町全域から利用されている。生活支援ハウスの利用は基本的に介護度の低い自立高齢者に限られるため、ショートステイ施設としての利用も望まれている。

表 4-11 過去の利用者の基本属性

性別	居住地	利用理由	利用開始時期	利用期間	移動方法	家族構成
M87	惣郷	妻の入院	H23.6、10	30日(各)	自立歩行	夫婦のみ
F78	奈古	夫の死亡	H23.3	30日	車椅子	単身
M76	宇生賀	冬期の一時入所	H23.1	30日	杖	単身
F89	福田	退院後の一時入所 冬期の一時入所	H22.11	120日	自立歩行 杖	単身
F82	福田	退院後の一時入所 冬期の一時入所	H22.11	120日	自立歩行 杖	単身
F84	宇田	退院後の一時入所 冬期の一時入所	H22.11	120日	車椅子 手引き歩行	単身



図 4-28 生活支援ハウス利用者居住地 (2011 年)

(4) 介護予防事業の運営形態

介護予防の運営形態を表 4-12 に示す。2008 年当初は町が阿武福祉会に委託し宇田地区で行われていたが、2011 年より阿武町社会福祉協議会が主体となり、奈古・宇田・福賀の 3 拠点に拡大され、奈古地区では利用者が多く 2 回に分け行われている。「ひだまりの里」での介護予防教室の内容は全身体操・個人面談・レクリエーションが中心で、担当職員 3 名・ボランティア 2 名が担当する。朝 9:00 頃全員揃うとお茶が出され、職員の話しかけをきっかけに会話が行われる。その後利用者はマット上に移動し仰向けでの体操が行われ(図 4-29)、次いで円陣を組んで座り職員が円の中に入り新たな体操を行う。体操が終わると利用者は席につきお茶を飲み、かるた・パズル等全員でゲームを行う。この間職員 1 名が利用者と体調や家庭生活について個人面談・助言を行う。ゲームが終わるとお茶が出され 11:30 に終了するが、利用者からは昼食の要望も出されている。また季節行事として、地区毎の花見や運動会、合同のクリスマス会・忘年会等のイベントも開催されている。

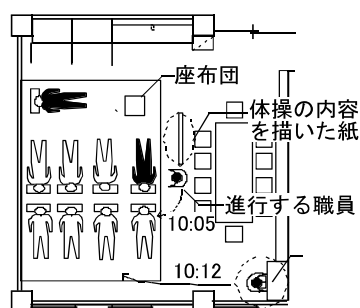
表 4-12 介護予防事業の運営形態

	奈古1	奈古2	宇田	福賀
開催する曜日	第1, 3木曜日	第2, 4木曜日	第1, 3火曜日	第2, 4火曜日
時間	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00
開催拠点	母子健康センター	母子健康センター	ひだまりの里	福賀支所
建物の形式	木造	木造	RC造	RC造
参加人数(定員)	8名(10名)	5名(10名)	8名(10名)	19名(10名)
利用者内訳	奈古8	奈古5	宇田7、惣郷1	福賀14、宇生賀5
ボランティア人数	2名	2名	2名	2名
活動内容	体操・個人面談・レクリエーション・体力チェック(年3回)・口腔ケア・フットケア			
行事(各地区)	花見(4月)・七夕(7月)・素麺流し(8月)・運動会(10月)・紅葉見学(11月)			
行事(全体)	クリスマス会・忘年会(12月)			

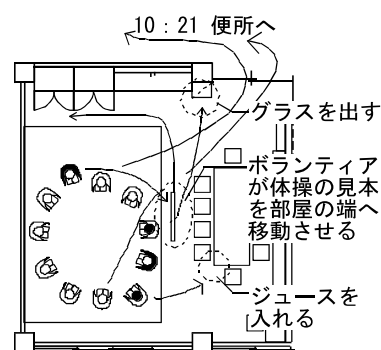
*1個人面談: 血圧測定、体の調子を聞く等/*2体力チェック: 握力、5m徒歩、片足立ち等
*3行事(全体)は奈古の町民センターで行っている



円座で体操している様子



仰向けで体操している様子



円座で体操している様子

図 4-29 介護予防の使い方

(5) 地域交流活動

婦人会の活動内容を表 4-13 に示す。施設開設後、地元婦人会の認知症勉強会が年 5 回開催され、第 1—4 回は談話室で認知症や認知症高齢者への対応方法について学び、第 5 回は居間で GH 入居者との交流会が開催された。談話室は婦人会の活動拠点となり、GH 入口部分に位置するため入居者の日常生活の場と交錯することなく、自然に溶け込んでいる点は評価される。第 6 回のクリスマス会(図 4-30)は今後の交流の試みとして、婦人会や GH 入居者に加え DS 利用者や地域住民も参加し開催されたが、多人数の催事の場としてホールが有効に活用されていた。また、談話室は普段は使われていない部屋であるが、今回は婦人会の方の居場所として有効に使われている。

表 4-13 地域婦人会の活動内容

	日付	時間	場所	参加人数	内容
第1回	H23.6.28	13:00～	談話室	約20名	感知テスト&Qシート/認知症とは/4大認知症とは/認知症の原因について
第2回	H23.7.28	13:30～	談話室	約20名	認知症の疑似体験/認知症のケアのポイント
第3回	H23.8.25	13:30～	談話室	約20名	第1、2回の振り返り/アルツハイマーについて
第4回	H23.9.30	13:30～	談話室	約20名	第1～3回の振り返り/演習(もし認知症になったら)
第5回	H23.10.28	13:30～	居間	約30名	グループホームの入居者との交流/ビンゴゲーム/お手玉回し/口の体操/おやつを食べながらお話
第6回	H23.12.19	13:30～	ホール	44名	クリスマス会/コーラスの先生の指導で合唱・演奏/婦人会手作りのケーキを食べる

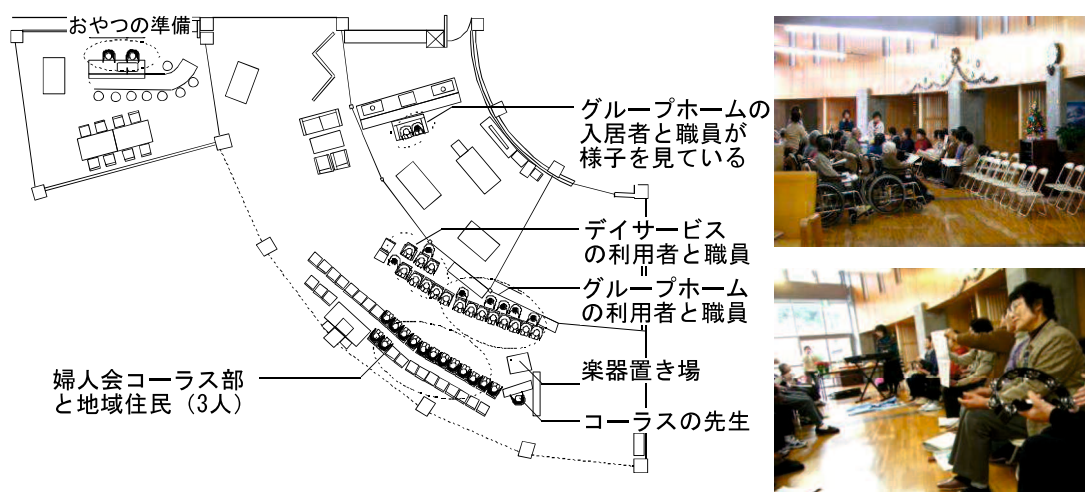


図 4-30 クリスマス会の様子

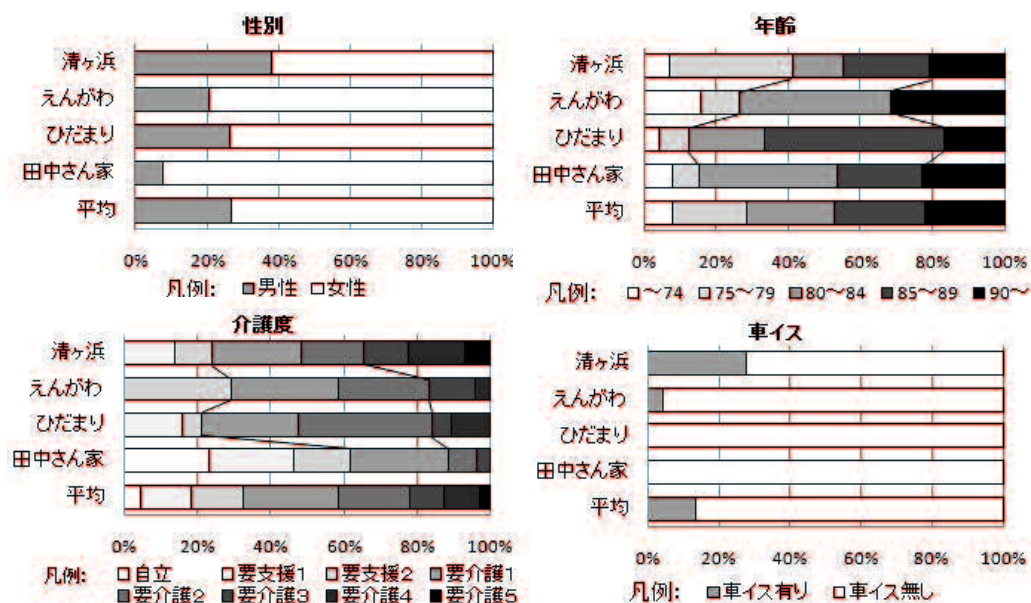
(6) 利用特性のまとめ

デイサービス部門の月間延利用者数は200名前後で、施設の平均稼働率は約80%と安定しており、近隣地域の需要増加に対応できていることを示す。また以前より利用圏は広くなり、介護度も要介護3以上の利用者が増加し、車椅子利用者の受け入れも可能となっている。グループホームは施設開設と同時に定員に達し、現在町人数は50名で、阿武町内の80代の女性が多い。入居者は全員阿武町内居住者で町内の一部需要を満たしている。また、施設利用者や地域住民が参加した婦人会主催のクリスマス会が行われ、地域交流の拠点としても利用されている。

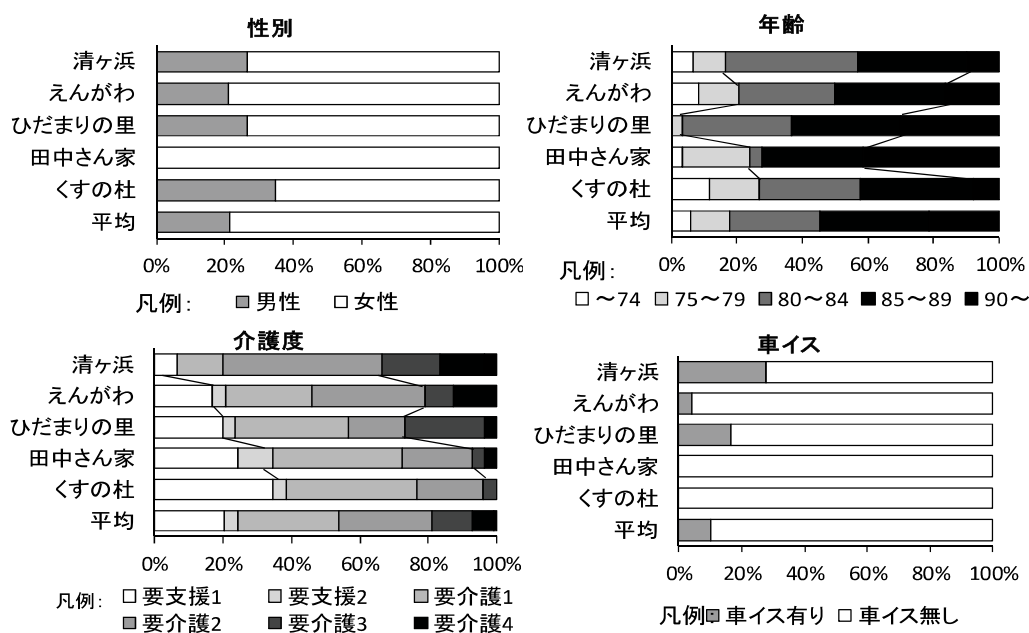
(3) 利用特性の比較

最初に、2010 年及び 2015 年の施設利用者の基本属性を図 4-31 に示す。年齢は平均的には 90 歳以上の高齢者が 2 割を占め変わっていないが、「田中さん家」では 4 割と増加している。次いで 80 歳代が約 6 割と増加しており、全体的に年齢層は上昇傾向にある。性別は基幹施設の「清ヶ浜」で男性が約 2 割と減少し、新たに開設した「くすの杜」で 3 割強を占め多いことから、介護度の低い男性利用者が「清ヶ浜」から「くすの杜」に移行したことが予測される。「田中さん家」では女性利用者が多かったが、2015 年では全員が女性利用者となっている。介護度と車椅子使用状況は、「清ヶ浜」で要介護 3 以上が 25%と介護度の高い利用者の割合が減少しており、デイサービス施設では受け入れが少ない要介護 5 の利用者も 1 名となっている。「えんがわ」と「ひだまりの里」では要介護 3 以上は 16%からそれぞれ 21%、27%と増加傾向にあり、「えんがわ」では要支援 1・2 が 3 割から 2 割と減少している。また、「田中さん家」では自立の利用者が 0 名となり、要支援 1・2 が 6 割から 4 割と減少し、全体的に利用者の介護度が上昇している。「くすの杜」では「田中さん家」と同じ傾向にあるが、要介護 3 以上の利用者が 1 名のみと最も利用者の介護度が低い施設である。

また、2010 年及び 2015 年の施設の利用回数、入浴サービスの有無と介助形態を図 4-32 に示す。施設の週当たり利用回数は週 1 回と 2 回が 8 割近くを占め、全体的に同じ傾向にある。「ひだまりの里」では移行前週 4 回以上の利用者が 3 割近くを占めていたが、現在は 0 名となっている。「えんがわ」では 2010 年時点ではいなかった週 5 回が 1 名いるが、全体的には利用回数は減少している。次に入浴サービスについてみると、2010 年時点では「清ヶ浜」と「田中さん家」のみであった入浴サービス無の利用者が 2015 年時点では全施設で見られ、平均では 3 割程度を占めている。特に「ひだまりの里」では介護度 3 以上の利用者が増加しているのに対し、約半数の利用者が入浴サービスを受けていない現状がある。介護度の高い利用者が多い「清ヶ浜」では特別浴室利用者の割合が 17%から 10%と減少している。

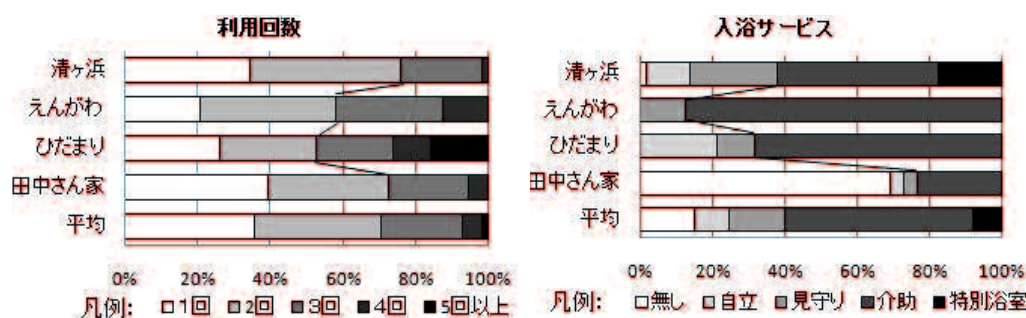


2009・2010 年

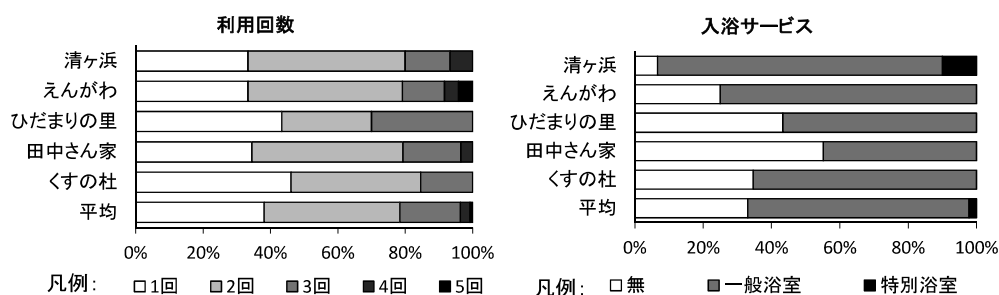


2015 年

図 4-31 施設利用者の基本属性(2010 年と 2015 年)



2009・2010 年



2015 年

図 4-32 施設の利用回数と入浴サービス (2010 年と 2015 年)

次に、2010 年及び 2015 年の施設利用圏を図 4-33 に示す。2010 年時点では小規模施設が各地区の介護度の低い利用者を対象とした施設、「清ヶ浜」が福賀地区以外の地区の介護度の高い利用者を対象とした施設としているため、「清ヶ浜」の利用圏が広い点が特徴である。また、「えんがわ」と「清ヶ浜」の利用圏が分担されている点も特徴である。

2015 年時点では「清ヶ浜」の定員が 15 名と減少し、新たに「くすの杜」が開設したことにより、「清ヶ浜」の 50%利用圏は 3.0km から 3.9km と拡大しているのに対し、宇田地区からの利用者が 2 名のみであることから 80%利用圏は 5.5km から 4.2km と大幅に縮小している。

小規模施設である「えんがわ」では萩市郡部からの利用者が 4 名いるため、50%利用圏は 2.0km から 3.6km、80%利用圏は 3.5km から 4.8km と大きく拡大している。民家活用施設から廃校活用施設へと移行した「ひだまりの里」の 50%利用圏は 0.2km から 0.7km と少し拡大し、80%利用圏も 1.5km から 1.9km と少し拡大しているものの、利用圏は最も小さい。「田中さん家」の 50%利用圏は 0.7km と変化がないが、奈古地区の中でも施設から離れた地域から来所する利用者が増加したため、80%利用圏は 2.0km から 3.2km と拡大している。新しく新設された「くすの杜」は奈古地区の中心部から離れた場所に位置するため、50%利用圏は 1.7km、80%利用圏も 3.5km と広い。また、80%利用圏をみると「清ヶ浜」と「ひだまりの里」の利用圏が重複していないことから、3 地区で利用圏の分担ができていることが考えられる。

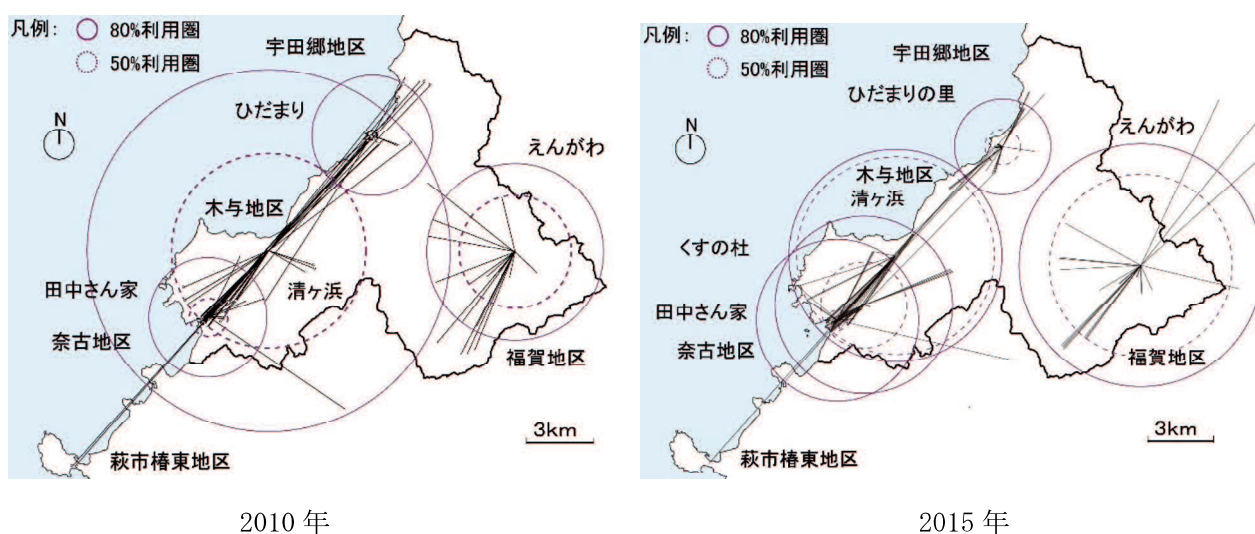


図4-33 施設利用圏（2010年と2015年）

最後に2010年及び2015年の利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間を表4-14に示す。「清ヶ浜」では2010年は送迎車4台で送迎を行っていたが、定員が30名から15名となったため、2015年は送迎車2台で送迎を行っている。地域としては奈古地区の利用者が大半を占めており範囲は狭くなっているが、車椅子利用者等介護度の高い利用者が多いため、送迎時間は利用者延人数16名に対し205分で、職員所要時間も23.1分/人と2010年の16.6分/人よりも長くなっている。

小規模施設では送迎手法は2009年と同様に数回に分けて行っており変わっていない。「えんがわ」では2009年と同様に軽自動車3台で送迎しており、送迎時間は利用者延人数16名に対し170分、職員所要時間は10.6分/人で、利用圏が拡大したにも関わらず2009年の11.3分/人よりも短くなっている。「ひだまりの里」では2009年と同様に軽自動車2台で送迎しており、送迎時間は利用者延人数14名に対し、100分、職員所要時間は7.1分/人で、2009年の18.9分/人よりも大幅に削減されている。これは奈古地区からの利用者がいなくなったことが要因として考えられる。「田中さん家」では2009年ではワゴン車1台で送迎することが多かったが、2015年では軽自動車1台で数回に分けて送迎を行っており、送迎時間は利用者延人数8名に対し55分、職員所要時間は6.9分/人と最も短く、2009年の10.5分/人よりさらに削減されている。「くすの杜」では軽自動車2台で送迎を行っており、送迎時間は利用者延人数18名に対し171分、職員所要時間は9.5分/人と小規模施設の中では「えんがわ」に続いて職員所要時間が2番目に長い。これは施設が中心部から離れた場所に立地していることが要因として考えられる。

以上のように、2010年と比較すると利用圏が縮小した「清ヶ浜」の職員所要時間は長くなっているのに対し、利用圏が拡大した小規模施設の職員所要時間は短くなっている。「清ヶ浜」では介護度の高い利

用者が多い点が要因として考えられ、小規模施設では送迎を分担することにより、所要時間を短縮する工夫がなされている点が要因として考えられる。

表 4-14 利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間(2010 年と 2015 年)

施設名	日付	車種・台数		日平均		週平均		備考
		迎え	送り	利用者 往復延人数 ・送迎時間 人(分)	職員 所要時間 (分)	利用者 往復延人数 ・送迎時間 人(分)	職員 所要時間 (分)	
清ヶ浜	5/31	L2 W1 M1	L2 W1 M1	36(486)	20.7	30.7 (328.8)	16.6	萩2人、宇田郷3人
	6/1	L2 W1 M1	L1 W1 M1	32(344)	15.8			宇田郷2人
	6/2	L2 M1	L2 M1	26(270)	18.3			宇田郷4人
	6/3	L2 W1 M1	L2 W1 M1	32(319)	14.9			萩1人、宇田郷3人
	6/4	L2 W1 M1	L2 W1	32(271)	14.3			宇田郷3人
	6/5	L2 W1 M1	L1 W1 M1	26(283)	15.7			萩1人、宇田郷4人
えんがわ	12/9	M3	M3	23(267)	11.6	18.0 (202.8)	11.3	
	12/10	M3	M2	20(243)	12.2			
	12/11	M3	M2	15(186)	12.4			
	12/12	M3	M2	14(159)	11.4			
	12/13	M3	M2	18(159)	8.8			
ひだまり	11/16	M2	M2	12(151)	12.6	8.8 (136.8)	18.9	奈古2人
	11/17	M1	M1	10(147)	14.7			
	11/18	M1	M1	3(96)	32.0			奈古1人
	11/19	M2	M1	6(144)	24.0			奈古1人
	11/20	M2	M2	13(146)	11.2			
田中さん家	11/3	W1	W1	10(67)	6.7	11.2 (122.8)	10.5	
	11/4	M2	M2	12(198)	16.5			萩1人
	11/5	W1	W1	12(128)	10.7			
	11/6	W1	W1	12(108)	9.0			
	11/7	W1	W1	10(113)	11.3			萩1人

注1: 職員所要時間(分/人) = Σ [迎え所要時間 × 職員数 + 送り所要時間 × 職員数] / 利用者往復延人数

職員人数 : 各車に乗る職員

利用者往復人数 : 利用者数往復合計人数

注2: 車種 L: リフト車, W: ワゴン車, M: 軽自動車

注3: リフト車の乗車職員数は2名、ワゴン車・軽自動車は各1名

2009・2010 年

施設名	日付	車種・職員数		送迎時間・利用者数		日平均		
		迎え	送り	迎え所要時間・利用者 総数 分(人)	送り所要時間・利用者 総数 分(人)	利用者 往復延人数・ 送迎時間 分(人)	利用者 所要時間 (分)	職員 所要時間 (分)
清ヶ浜	5/25	L2 W2	L2 M1	101(8)	104(8)	205(16)	12.8	23.1
えんがわ	5/17	M1 M1 M1	M1 M1 M1	92(8)	78(8)	170(16)	10.6	10.6
ひだまりの里	5/16	M1 M1	M1 M1	56(7)	44(7)	100(14)	7.1	7.1
田中さん家	5/23	M1	M1	35(4)	20(4)	55(8)	6.9	6.9
くすの杜	5/24	M1 M1	M1 M1	90(9)	81(9)	171(18)	9.5	9.5

2015 年

4.10 得られた知見

- 1) 自治体による広域基幹施設整備と社会福祉法人の新設により、高齢者の施設・在宅介護サービスの広域拠点と運営組織が確立されると共に、法人事業として小規模施設の整備が目標設定され、空き家となった民家の無償借用が可能となり、デイサービス業務実績を有す同法人組織により 3 箇所の小規模施設の整備と一体的運営が実現している。
- 2) 特養併設施設を基幹施設として位置づけ、民家を活用した小規模なサテライト型施設を整備することにより、全体的な需要増加への対応が可能となるだけでなく、利用者の介護度やサービス要求内容に応じた施設選択が可能となる施設機能分担効果、居住地域に近い施設を利用できる利用圏分担効果、小規模施設は地区内からの利用が多く、車の乗降に時間を要す車椅子利用者は基幹施設を利用することによる送迎時間削減効果、また特養併設施設では経営が厳しく赤字になる施設が多いが、サテライト型の小規模施設の黒字で補填できる施設経営補填効果の 4 つの効果が確認され、有効であることが明らかとなった。
- 3) その後、2010 年に「ひだまり」が廃校活用施設「ひだまりの里」へ移行し、2015 年には民家活用施設「くすの杜」が開設した。また、「くすの杜」の開設と同時期に基幹施設の定員を 15 名と削減し、介護度の高い利用者や退院後の利用者を受け入れる施設として位置づけている。これは地域住民の廃校を活用したいという思いや法人の地域で抱える問題を解決したいという思いから実現しており、地域住民と法人がうまく連携して高齢者福祉を進めているものと考えられる。
- 4) 利用者属性の変化をみると、2010 年よりも介護度は全体的に上昇傾向にあることが分かる。特に、「ひだまりの里」では要介護 3 以上の利用者が 2 割を超え、「清ヶ浜」と同様に介護度の高い利用者が多い。一方で、「清ヶ浜」に近い「田中さん家」では自立の利用者がいなくなり利用者の介護度は上昇しているものの、要介護 3 以上の利用者は 1 割未満と少ない。また、新たに開設した「くすの杜」も「田中さん家」と同様に介護度の低い利用者が多いことから、「清ヶ浜」「田中さん家」「くすの杜」で利用者の機能分担が行われていることが考えられる。
- 5) 利用圏の変化をみると、2015 年時点では「清ヶ浜」の利用圏は縮小し、宇田郷地区からの利用者が減少していることが分かる。「ひだまりの里」では奈古地区からの利用者はいなくなっていることから、「清ヶ浜」と「ひだまりの里」でも利用圏分担を図っていることが伺える。よって、最も人口規模が大きい奈古地区を 3 施設、宇田郷地区、福賀地区をそれぞれ 1 施設で需要をカバーしており、地区ごとに利用圏分担ができているといえる。
- 6) 送迎時間の変化をみると、基幹施設である「清ヶ浜」では介護度の高い利用者が多いため、職員所要時間は 23.1 分/人と 2010 年よりも長くなっているが、小規模 4 施設の職員所要時間は長くても 10 分/人程度と短く、利用圏分担によりさらに送迎時間が削減されていると考えられる。

以上より、社会福祉法人による基幹施設及びサテライト型施設併用型の整備手法は施設の機能分担効果、利用圏分担効果、送迎時間削減効果、経営採算補填効果が確認され、有効であることが明らかになった。また、小規模施設開設当初は基幹施設を介護度の高い利用者を受け入れる施設、小規模施設を介護度の低い利用者を受け入れる施設として位置づける施設の機能分担が行われていたが、その後基幹施設での福賀地区への送迎時間の問題から「えんがわ」との利用圏を分担し、その後2015年には宇田郷地区の「ひだまりの里」とも利用圏分担を図っていることから、機能分担から利用圏分担へと施設の連携手法を移行していることが伺える。

第5章 社会福祉法人及び社会福祉協議会による

公設民営型の整備手法

-周防大島町の事例-

行政が整備した特別養護老人ホームに併設する通所介護施設の運営を社会福祉法人に委託後、行政は小規模施設を整備し、その運営を社会福祉法人ではなく社会福祉協議会に委託することで整備を進めた周防大島町に着目し、整備プロセスを整理した上で利用特性を明らかにし、社会福祉協議会運営のサテライト型施設を整備した有効性について検証することを目的としている。

第5章 自治体整備施設を社会福祉法人及び社会福祉協議会に運営委託する手法 －周防大島町の事例－

5.1 対象地域の概要

周防大島町の空間構造と自治体変遷を図5-1に示す。周防大島町は瀬戸内海に面する島で、2004年に大島町・久賀町・橘町・東和町が合併した町である。合併前の人口規模は大島町が7,400人、久賀町は4,500人、橘町は5,200人、東和町は5,900人である。大島町は大島庁舎を中心に小中学校、図書館等の公共施設や郵便局、民間医療施設、民間購買施設等が立地し、全町の中心地区として機能している。橘町や東和町においても庁舎が立地し機能を分担しており、久賀町も旧町村役場を利用した町の出張所があり、郵便局、病院、小中学校等が立地し、行政・教育・福祉サービスを地域住民に提供する拠点となっている。しかし、島嶼部に位置するため若年層の流出が問題となっており、高齢者の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加しているため、高齢者施設の拡充が地域の課題である。

また、道路マップを図5-2に示す。国道は島の北側に伸びているのみであり、北側の方が交通の便が良いことが伺える。県道は島を一周できるように整備されており、その内の大半が1968年には整備されていた幅2.5m以上の道路である。東和町では南北につながる道が多く整備されているが、大島町では南北につながる道はなく、沿岸部に通る道のみである。

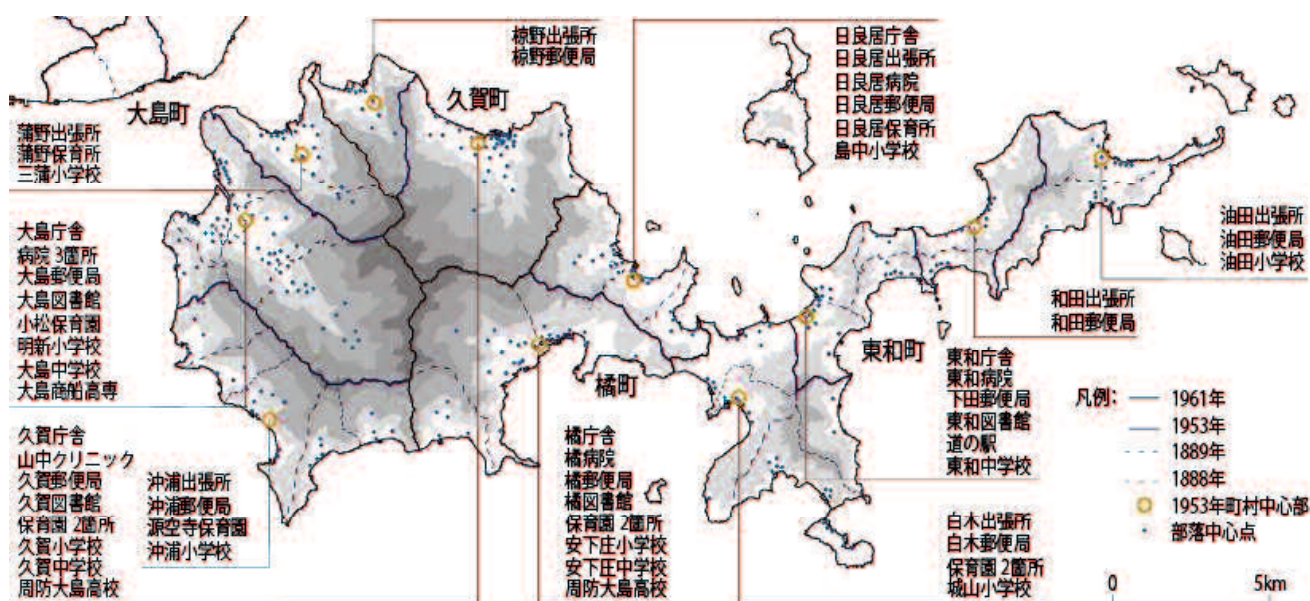


図5-1 周防大島町の空間構造

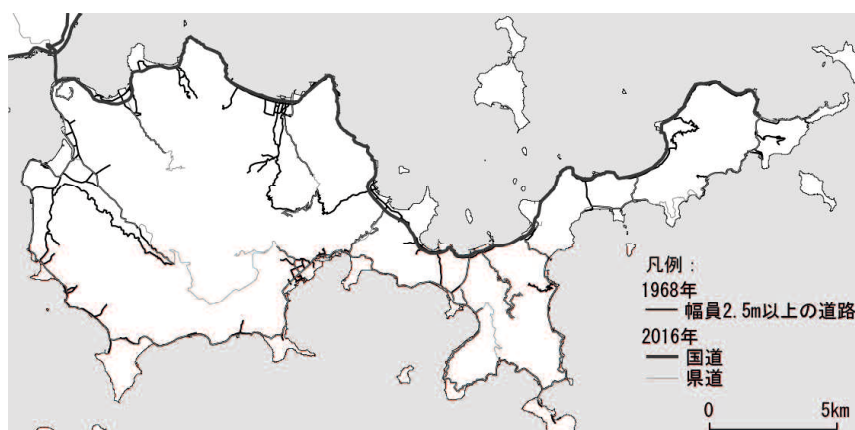


図5-2 周防大島町の道路マップ

次に、周防大島町の人口と高齢化率の推移を図5-3に示す。現周防大島町の中心である大島町においても1980年以降一貫して人口は減少し続けており、1980年には9,900人であった人口が2010年には6,300人と30年間で人口が約34%も減少している。他の旧町においてもこの傾向は更に顕著で、久賀町では5,900人（1980）から3,700人（2010）と約35%、橘町では8,400人（1980）から4,900人（2010）と約41%、東和町では特に人口減少が激しく7,700人（1980）から4,200人（2010）と約45%も人口が減少している。人口が減少する一方で75歳以上の高齢化率は増加を続けており、1980年では10%であった高齢化率が2010年には約29%と30年間で急速に高齢化が進行している。特に東和町は高齢化率が最も高く、2010年には34%に達している。全人口は減少しているにもかかわらず高齢者人口は増加し続けており、生産年齢人口が他都市に流出し高齢者が地域に残ったため急速な高齢化が進行したと考えられる。一方で2010年を目処に高齢者人口も減少しており、高齢化が早く進んだ地域であると言える。

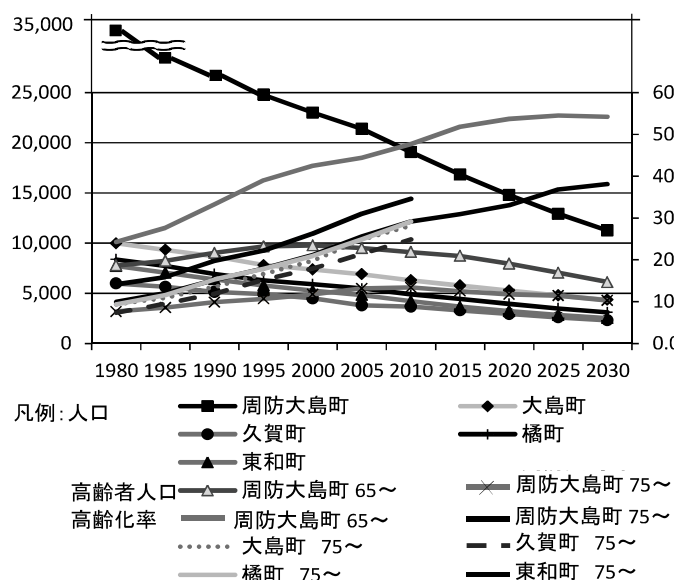


図 5-3 周防大島町の人口と高齢化率の推移

5.2 合併の変遷と戸数

明治期の集落分布と戸数を図5-4、通所介護施設整備を開始した時期である1995年の人口規模を図5-5、戸数と1995年人口の関係を図5-6に示す。明治期は34自治体存在していたが、その後1888年から1989年にかけて明治の合併が起こり、久賀町以外の自治体で戸数が100～200戸と少ない地域を中心に合併し、自治体数は11と半数以下に減少した。その後、1953年に小松志佐地区と屋代地区が合併している。1954年から1961年にかけて昭和の大合併が起こり、大島町は3地区、久賀町は2地区、橘町は2地区、東和町は4地区が合併し、自治体数は4まで減少した。その中で蒲野、沖浦地区は2つに分断している。そして2004年に平成の大合併により現在の周防大島町となっている。このように、一定規模以上の集落も散見されるが、沿岸部に小規模集落が分散しているため、大規模合併を行いながら自治体単位を拡大し現在の周防大島町に至っている。戸数と人口の関係をみると、相関係数が0.85と高いことから相関性があるといえる。そのため、大合併した地域では現在も小集落が点在していると考えられる。

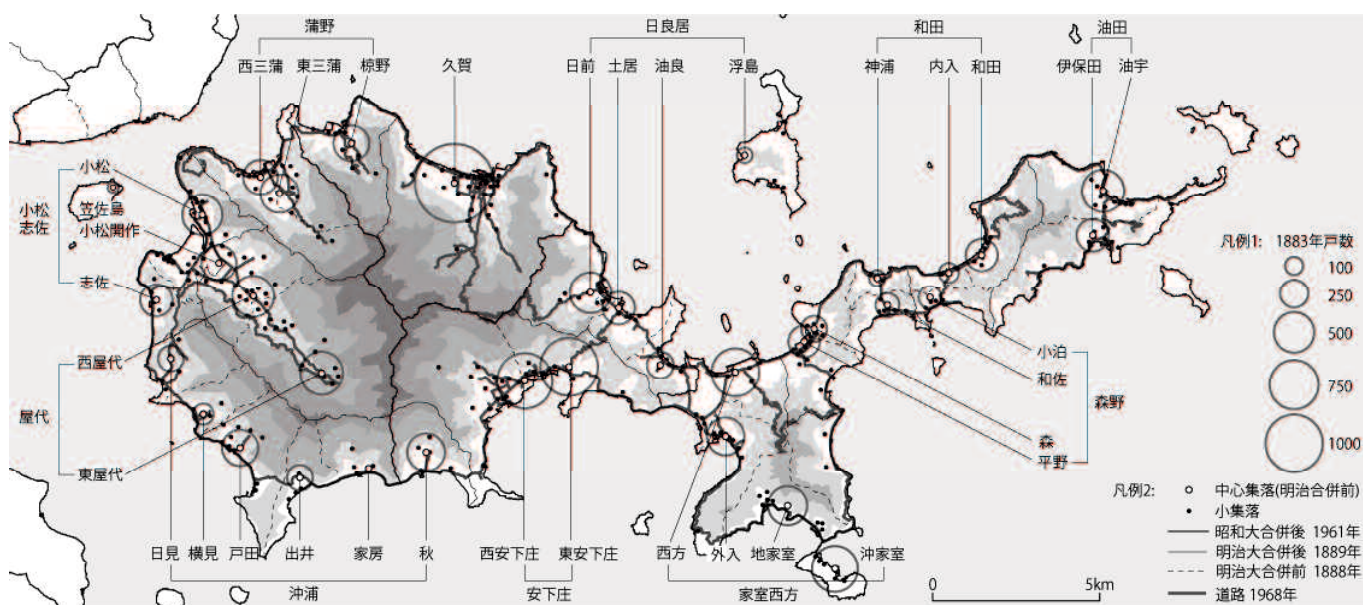


図 5-4 明治期の集落分布と戸数

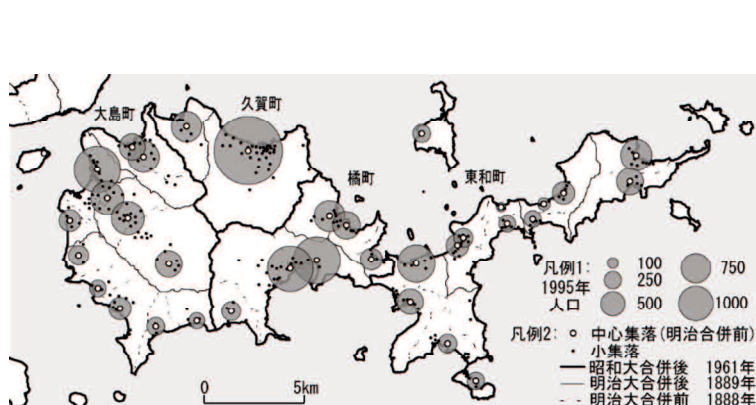


図 5-5 1995 年の人口規模

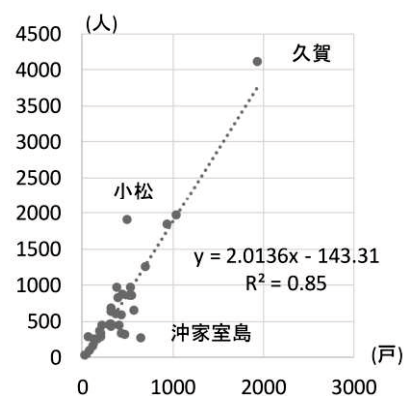


図 5-6 戸数と 1995 年人口の関係

5.3 通所介護施設の整備プロセス

周防大島町の整備プロセスは社会福祉法人が参入した1995年以前を第1期、社協が参入した1995～1999年を第2期、民間法人が参入した2000年以降を第3期に区分する。

表5-1 運営主体別通所介護施設数の変化

	法人	施設開設時期					町村別 合計
		1995	2000	2005	2010	2015	
旧大島町	社会福祉法人	1(25)					7(105)
	社会福祉協議会		2(20)				
	営利法人				2(20)	1(10)	
	医療法人					1(30)	
旧久賀町	社会福祉法人	1(25)					4(70)
	NPO法人			1(15)	1(10)	1(20)	
旧橋町	社会福祉法人	1(20)					3(54)
	社会福祉協議会		1(24)				
	営利法人					1(10)	
旧東和町	社会福祉法人	1(30)					6(101)
	社会福祉協議会		3(40)				
	営利法人					2(31)	
合計		4(100)	6(84)	1(15)	3(30)	6(101)	20(330)

(1) 第1期（社会福祉法人の参入）

第1期の施設配置図を図5-7に示す。旧自治体は特養、通所介護施設を整備したいという考えが強かった。東和町では民間の社会福祉法人が1979年には既に特養を整備しており、併設する形で町が1990年に通所介護施設整備し運営を社福法人に委託している。久賀町においても民間の社会福祉法人が1981年に軽費老人ホームを整備しており、昼食を調理する厨房を軽費老人ホームと共有したほうが効率的であると考えたため、1990年町が同敷地内に町直営の通所介護施設を整備している。しかし、職員の確保等や人件費等の問題があり、数年後に社会福祉法人に運営を委託している。その後町からの要望により、1995年に社会福祉法人が隣の敷地に特養を整備し、1999年には特養と同敷地内に町がグループホームを整備し社会福祉法人に譲渡した。大島町及び橘町では民間の社会福祉法人が施設整備及び施設運営に積極的ではなかった。そのため、大島町では1990年、橘町では1993年に町が特養と通所介護施設を整備し、委託管理を受ける社会福祉法人を設立し委託している。橘町では養護老人ホームが整備されていたため、隣接する形で新設し、大島町では庁舎の隣の敷地に新設している。土地に関しては東和町、橘町では買い取っているが、大島町、久賀町では個人の土地を借用しており、現在でも土地代を町が負担している。

施設の立地特性について、施設I-Lは大島町の中心部である屋代地区と小松志佐地区が合併した地区に立地し、施設Fu-Lは久賀町の中心部に立地している。施設O-Lは橘町の中心部である安下庄地区に立地し、施設To-Lは家室西方地区と森野地区の中心付近に立地している。

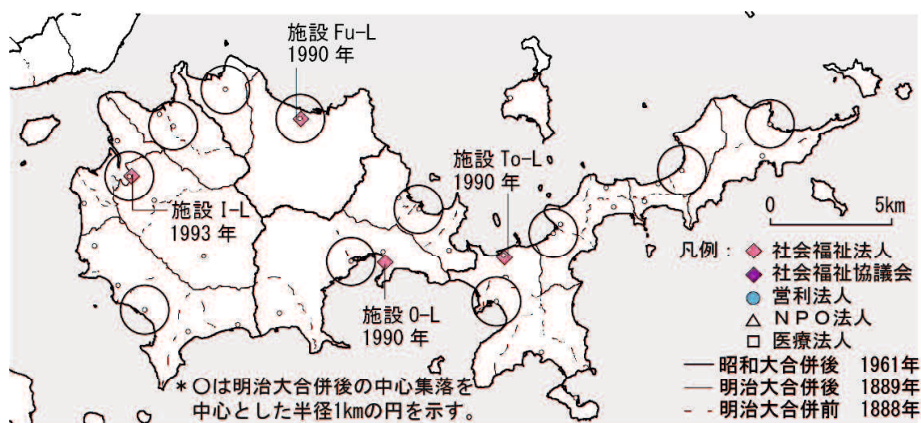


図 5-7 第1期の施設プロット図

(2) 第2期（社協の参入）

第2期の施設配置図を図5-8に示す。1990年代後半になると1995年に合併特例法が施行され、合併特例債等の財政支援が行われることで合併が加速されていく中、大島町、橘町、東和町では合併特例債を用いて高齢者施設を整備しようと考え、大島町では1995年に2施設、橘町では1997年に1施設、東和町では1998年に2施設、2000年に1施設と6年間に6施設整備され、整備水準は急速に上昇している。この点に関しては他の市町村では見られなかったため、周防大島町の施設整備プロセスの特徴であるといえる。

社協運営施設の整備プロセスを表5-2に示す。大島町では当時から全国的にも高齢化が進んでおり、今後高齢者施設整備が必要であると考えていた。また、福祉政策を進める上で行政や病院等と多く関わりを持つ中で、在宅介護を地域ごとに利用可能な地域包括ケアシステムやそのシステムを病院が中心となって行う総合施設構想の必要性を指摘する声が上がっていた。そこでこの考えを受け入れ、昭和の合併前の地区単位で施設を利用できるよう、施設がなかった蒲野地区、沖浦地区に1施設ずつ整備している。その他にも1995年に24時間のホームヘルパーサービスを全国で初めて開始する等、特養をつくることが第一であった時代に、先進的に福祉環境を整えていたことが分かる。その結果、1997年には先進的な動きが認められ、大島郡全体でモデル事業に認定され、大島町では厚生労働省と山口県から職員派遣を受けている。施設Mo-S、Ta-Sは町が開設後、運営を社協に委託管理している。建物は国からの補助金で1/2、県及び町が1/4負担し、土地は全額町が負担している。また、1995年の合併特例法の施行による合併特例債等の財政支援も利用している。当時の通所介護施設に通う理由として、入浴と食事の楽しみが挙げられ、それを考慮し施設Moは温泉が湧いていた土地、施設Taは浴室から海が見える土地を選定している。設立当時は施設周辺集落からの利用者が多く、全施設が満員であった。

橘町では、当時少子高齢化の進行により独居老人が増加しており、対策が求められていた。また、台風や土砂災害等の自然災害が多発していたことから、町民の安心・安全な生活環境の確保が必要とされ、町は平等に介護サービスを提供する政策を検討していた。その中で、施設がない地域でも今後通所介護施設が必要になるという考えから施設を計画し、通所介護施設だけでなく福祉拠点としての機能も追加され、高齢者福祉センターや生活支援ハウス、訪問介護が併設した施設Si-Sを1997年に開設し、運営を社協に委託している。現在では町民の拠点としての機能が薄れ、高齢者福祉センターも通所介護施設として利用されている。建物は国からの補助金と県及び町が負担し、土地は全額町が負担している。また、1995年の合併特例法の施行による合併特例債等の財政支援も利用している。土地は農協所有のミカンの選果場が輸送の向上から久賀地区の選果場に集約されたことにより使用されなくなったためその跡地を選定している。施設利用者は施設を紹介する有資格者であるケアマネージャー（以下：ケアマネ）の紹介が多かったが、施設0とケアマネが同じ人であり、地区別で利用者を区分する考えがあったため、施設Si-S開設当初から利用者は近くの施設を利用する傾向にあった。

東和町は1990年に社福法人により家室西方地区に施設To-Lが開設されていたが、集落が沿岸部に点在していたため、町内に通所介護1施設のみでは利用者の送迎時間が長く課題として挙げられていた。また、高齢者人口が他旧3町と比較して最も多かったため、独居老人や在宅サービスを必要とする高齢者の増加が見込まれており、その対策が必要であった。そのため、ヘルパー活動の拠点としての利用も含めて均等配置になるように考慮し、1998年には家室西方地区に訪問介護が併設した施設Sa-S、油田地区に施設Yu-S、1999年には和田地区に生活支援ハウスと訪問介護が併設した施設Wa-Sを整備し、運営を社協に委託している。建物は国及び県からの補助金と町が負担し、土地は町及び社協所有の土地を利用している。また、1995年の合併特例法の施行による合併特例債等の財政支援も利用している。土地の選定は地域住民の要望を考慮しながら行われ、施設Sa-Sは幼稚園の跡地、施設Yu-Sは社協所有の農地、施設Wa-Sは農協所有のみかんの選果場と土地の確保が比較的容易な場所を選定している。設立当初の利用状況について正確なデータはないが、主に施設周辺の地区からの利用が多かったことがアンケート調査で明らかになった。

施設立地特性について、社協運営施設に関して、大島町では施設Moは蒲野地区の中心部、施設Taは沖浦地区の中でも中心部から離れた秋地区に立地している。施設Iを含めると2施設が開設されたことで大島町の昭和の合併前の各地区に1施設が整備されたことになる。橘町では、施設Shが日良居地区の中心部に立地しており、施設0を含め昭和の合併前の各地区に1施設が整備されたことになる。東和町では、施設Saは家室西方地区の中でも中心部から離れた地家室地区、施設Waは和田地区の中心部、施設Yuは油田地区の中心部に位置している。施設Saに関して、平野地区・森地区は比較的家室西方地区寄りに位置し、和佐・小泊は和田地区に隣接しているため施設To又は施設Waに容易に通うことが可能であるのに対し、地家室・沖家室地区は道路の整備状況が悪いことから施設Toに通うことが困難であったため森野地区ではなく、地家室地区に施設を整備したものと推測される。

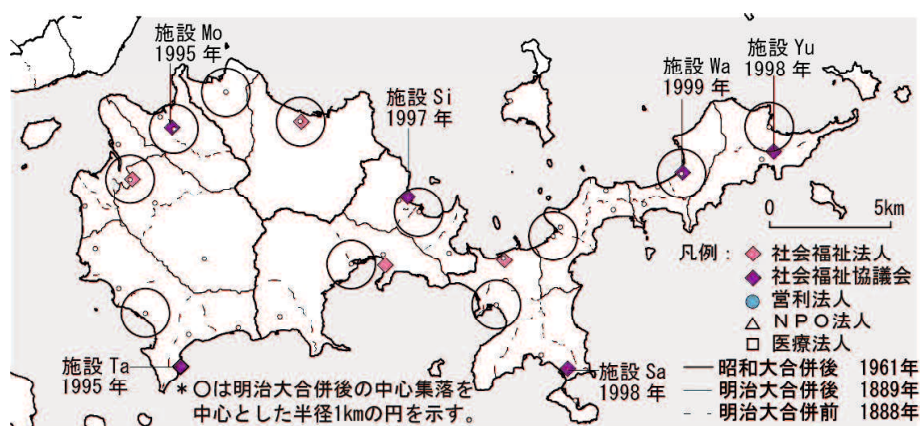


図 5-8 第2期の施設配置図

表5-2 社協運営施設の整備プロセス

町名	項目	結果
大島町 (2施設)	施設設立の動機と目的	国の構想としてゴールドプラン、福祉8法が改正され、市町村単位では1993年に地方老人保健福祉計画を策定している。大島町では当時から高齢化が進んでおり、福祉施策を進める上でのモデル地域として行政や病院等と多く関わりを持っていた。その中で、地域包括ケアシステム(注1)の必要性を指摘する声が上がったことから、在宅福祉を推進させるため、昭和の合併前の地域単位で利用しやすいように施設を配置させるに至った。(A氏)
	予算の確保方法と建物建設費	建物は1/2が国からの補助金、1/4が町の資金を利用。土地は町が購入。(A氏) 施設Moの建設費は1900万円、施設Taは不明。
	土地の選定理由	利用者は入浴及び昼食サービスを楽しみに来られることを考慮して、施設Moは温泉が湧く地域に、施設Taは浴室から海が見える地域を選定している。(A氏)
	設立後の施設の利用状況	施設周辺地区からの利用者が多く、全施設満員だった。(A氏) 施設ごとの詳細は不明。
橘町 (1施設)	施設設立の動機と目的	当時町の政策(健康福祉計画)に町内に平等に介護サービスを提供するというものがあり、昭和の合併前の2地区の内1地区には社協により特養併設型施設Oが設置されていたが、1地区には施設がなかったため新設した。また、少子高齢化が非常に進んでいたため、今後のために福祉の対策が必要であった。(B氏) 台風や土砂災害等の自然災害が多発したことにより、町民の安心安全な環境内での生活を確保することや、過疎化に加えて独居老人が増加しており、その対策として施設を新設した。(C氏)
	予算の確保方法と建物建設費	建物は国からの補助金であるが、トイレ・浴室・脱衣室・調理室は補助金額を超えた部分は町が負担。事務室・休憩室・玄関ロビー部分は町が全額負担(注2)。また、土地は町が購入。(B氏) 施設Shの建設費は不明。
	土地の選定理由	元は農協所有のミカンの選果場。輸送の向上から、久賀町の選果場に集約されることになり、土地が使われなくなったため。(B氏)
	設立後の施設の利用状況	ケアマネが当時少なく、社協運営の施設Oと社協運営の施設Shのケアマネが同じであったため、地区別で利用施設を分担する考えがあった。(B氏)
東和町 (3施設)	施設設立の動機と目的	社協により特養併設型施設Toが設置されていたが、東和町に1施設のみであったため、通所時間が長く、利用者の負担を軽減させるために新設。また、高齢化率が非常に高く、独居老人、要支援・要介護になる高齢者の増加が見込まれることから、町内のヘルパー活動の拠点として整備するため(注4)。(D氏)
	予算の確保方法と建物建設費	建物は国、県の補助金を利用。(D氏) 施設Yuの建設費は約3400万円、施設Waは2億4600万円(生活支援ハウスも含む)、施設Saは不明。
	土地の選定理由	地域住民の要望を考慮しながら、地権者が町又は社協である土地を選定した。(D氏) 施設Waは農協のミカンの選果場、施設Saは幼稚園の跡地を利用。施設Yuは不明。
	設立後の施設の利用状況	合併以前の為データはないが、施設周辺地区からの利用が多かった。(D氏) 施設ごとの詳細は不明。

凡例) 回答者A「大島町保健福祉課元職員」、回答者B「橘町保健福祉課元職員」、回答者C「橘町長元助役」、回答者D「周防大島町介護保険課職員」である。

注1) 包括ケアシステムとは地域住民に対し、保健サービス、医療サービス、在宅ケア等の介護を含むサービスを地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組み。

注2) 当時、事務室等はデイサービス施設に必要な部屋ではなく、また国からの補助金対象外であった。

注3) 施設Wa,Saには生活支援ハウスが併設された。

(3) 第3期（民間法人の参入）

第3期の施設配置図を図5-9に示す。2000年から2005年の間、新規に通所介護施設は整備されず、初めて民間事業者が通所介護事業に参入したのは合併した2004年である。2005年～2009年では大島町、久賀町への参入が集中している。大島町に関しては要介護認定者数が多い点や合併後の周防大島町の中心となった点が要因していると考えられ、営利法人が参入し、通所介護単独の施設I2-Sやグループホームが併設した施設Hi-Sが整備された。一方で、久賀町に関しては要介護認定者数が旧4町の中で最も少ないのにも関わらず、NPO法人が多く参入している。これは久賀町では民間法人参入前、特養併設1施設のみであった点や、合併がほとんど行われていないことから人口が密集した地域であると考えられ、利用者を集めやすいという考えから参入したものと予測される。幼稚園を活用した施設I3-Sや民家を活用した施設Ku-Lが整備され、既存の建物を改修した施設が多い点も特徴である。

2010年以降では橘町、東和町にも営利法人が参入し、橘町では民家を活用した施設Ha-Sが整備された。東和町ではアパートを活用し、高齢者住宅に併設した通所介護施設Si2-Sが整備され、入居者が同じ建物内で通所介護を利用可能な施設である。また、大島町では営利法人により通所介護単独の施設Fu-Sやグループホームが併設した施設Sa2-Sが開設した。また、医療法人によりサービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、訪問介護等7施設が併設した大規模な施設Ko-Sが整備されている。久賀町においても2011年に病院を改修して開設した施設Al-Sが開設し、その後2013年に事業を拡大し、同法人により民家を活用した施設Ti-Sが整備された。以上のように、2000年以降民間法人により施設整備が進み、整備水準はさらに向上している。橘町に参入した営利法人は法人へのヒアリング調査により以前旅館を営んでおり、地域に貢献したい思いから開設していることが分かっている。また、東和町ではサービス付き高齢者住宅に併設させることで、経営の安定を図っているものと予測される。

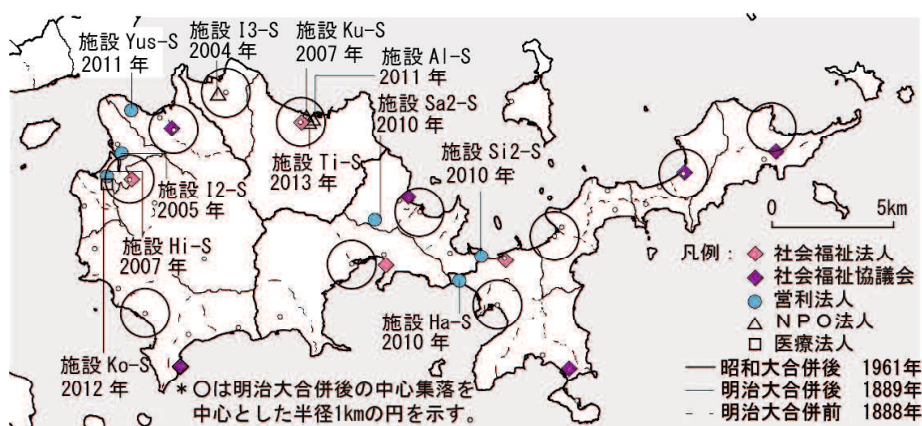


図 5-9 第3期の施設配置図

(4) 高齢者人口及び施設・定員数と充足率の推移

高齢者人口と要介護認定者数の推移を図5-10に示す。高齢者人口は大島町で2005年にかけて増加しその後減少しているが、久賀町で2005年にかけて減少し、その後増加している。橘町、東和町で緩やかに減少を続けている。また、要介護認定者数は大島町で2005年にかけて増加しているが、その後緩やかに減少している。その他の3旧町で緩やかに増加し続けているが、橘町では2010年以降減少している。

法人別通所介護施設定員数の推移を図5-11に示す。1990年代前半は社会福祉法人が運営する4施設の整備が進み、1990年代後半は社協が運営する6施設の整備が進んだため、2000年時点では10施設で定員が184名と急速に整備が進んでいる。その後、2000年代前半はほとんど整備が進まず、民間法人による整備が進み始めたのは合併した2004年である。その後、営利法人やNPO法人を中心に施設整備が進み、2010年時点では14施設、定員は229名まで増加し、この内社会福祉法人及び社協運営施設は8割を占める。2010年以降は営利法人を中心とした民間法人により6施設が整備され、2015年には定員が330名に増加しており、要介護人認定者が緩やかに増加を続けている点が要因として考えられる。この内、社会福祉法人及び社協運営施設は2000年以降増加していないものの、約6割と半数以上を占める。

次に充足率の推移を図5-12に示す。大島町は2000年以前3施設整備されていたものの要介護認定者数が多かったため、2000年時点の充足率は0.11と最も低い。その後、民間法人の参入により2005年以降急激に上昇しており、2010年時点の充足率は0.16となっている。久賀町は2000年以前1施設のみ整備されたが、要介護認定者数は少なかったため、2000年時点の充足率は0.18と高い。その後NPO法人を中心に民間法人が参入し、2010年時点の充足率は0.21と最も高い。その後、整備が進まなかったため充足率は下降している。橘町は2000年以前2施設整備されたが、2000年時点の充足率は0.13と低く、その後も民間法人がほとんど参入しなかったため、2010年時点の充足率は0.11と最も低い。その後要介護認定者数の減少により、充足率は上昇しているが、2015年時点の充足率も0.12と最も低い水準となっている。東和町は2000年以前4施設が整備されたため、2000年時点の充足率は0.19と最も高い。その後、1回下降するが、2005年以降民間法人の参入により上昇し、2010年時点の充足率は0.20と高い水準となっている。また、2015年時点の施設利用率は社会福祉法人で0.67、社協で0.54となっている。どちらの法人でも施設利用率が0.7以下と低い傾向にあるが、特に社協では定員10名の施設が多い中で施設利用率が0.5程度と低いことから、施設が過剰供給していることが考えられる。

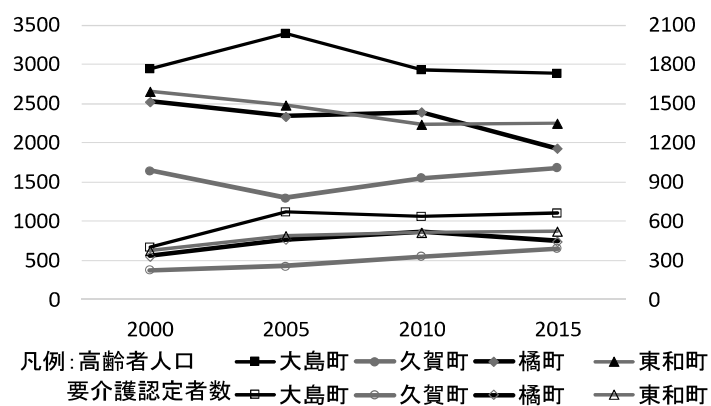


図5-10 旧町村別高齢者人口・要介護認定者数の推移

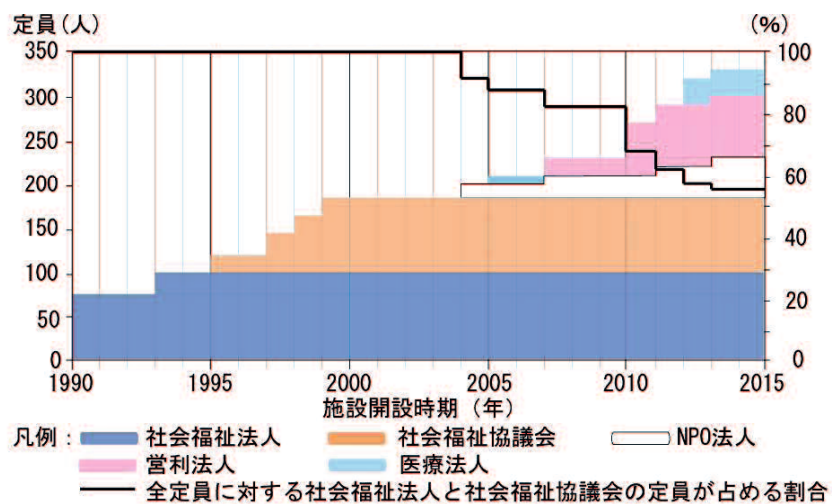


図5-11 法人別通所介護施設定員数の推移

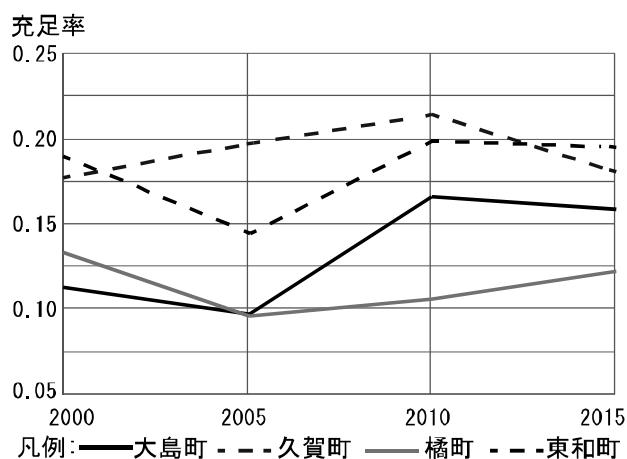


図 5-12 旧町村別充足率の推移

5.4 施設概要と空間構成

施設概要と平面構成を整備プロセスと同様に3期に分けて示す。ただし、平面構成に関しては資料が得られた社会福祉法人と社協のみ示す。

(1) 第1期（社会福祉法人の参入）

社会福祉法人の運営する施設概要を表 5-2、施設平面図を図 5-13～5-16 に示す。施設 To-L は周防大島町で最初に整備された施設であり、特養開設後に通所介護施設を整備している。定員は 30 名で、職員 10 名で対応している。特別浴室は併設する特養と共有している。空間構成について、機能訓練室は比較的広く、利用者が 1 日を過ごす居間空間の他にソファが 3 台配置されたゆとりのスペースも確保されている。休養室は 16 畳の和室で、機能訓練室との段差が比較的低く、大半の利用者が畳で午睡を行っている。浴室は 2 ヶ所あるが、現在は 1 ヶ所しか使用されず、他の 1 ヶ所は物置となっている。事務室は機能訓練室から直接続いているが、事務室から利用者の見守りを行うことができないため、機能訓練室の一角に事務スペース兼昼食準備スペースを確保している。

施設 Fu-L は軽費老人ホームに併設し、特養は後から整備された特殊な事例である。定員は 25 名で職員数が 13 名と多い点が特徴である。空間構成について、機能訓練室は広いスペースが確保され、1 部に畳を敷きソファを配置してゆとりのスペースを広く確保している点が特徴である。そのため、ゆとりのスペースを居間空間とし、食事と自由時間の空間を分けることが可能となっている。午睡もソファや畳に布団を敷いて行われている。家具配置については職員が利用者の様子を見ながら意見を出し、定期的に変更が行われており、図 6-21 で示した平面図は調査時の家具配置である。事務室は機能訓練室から遠いため、機能訓練室を見渡せるように台所に事務スペースも確保している。浴室は一般浴室と特別浴室があり、特別浴室には機械浴室と個浴があり、利用者の状態に応じて対応可能である。

施設 O-L は特養と同時期に通所介護が整備され、定員は 20 名で、職員 7 名で対応している。また、特別浴室は特養と共有している。空間構成について、機能訓練室は横に長く広く、利用者が 1 日を過ごす居間空間の他にソファやマッサージチェアが配置されたゆとりの空間も確保されている。休養室も和室とベッド 3 台が配置されたスペースがあり、利用者は好みに応じて選択可能である。和室にもベッド 3 台が配置され、大半の利用者は和室で午睡を取っている。浴室は 2 ヶ所あるが現在は 1 ヶ所のみ使用され、他の 1 ヶ所は特養の利用者が使用している。事務室は機能訓練室から遠いため、機能訓練室の一角に事務スペースを確保しており、事務スペースを主に使用している。

施設 I-L は特養と同時期に通所介護が整備され、定員は 25 名で、職員は 5 名と少ない。また、特別浴室は特養と共有している。空間構成について、機能訓練室はベッドやソファが配置されているが、他

の3施設と比較すると狭く、利用者は1日を機能訓練室の机で過ごしている。休養室は和室のみでベッドを配置するスペースもほとんどないため、利用者は和室で午睡を取っている。浴室は3ヶ所入口があり特徴的である。空間は続いているがカーテンで仕切り職員は個人別で対応している。事務室は機能訓練室に直接続いているが、利用者の見守りができないため、機能訓練室の一角に事務スペースを確保している。

表 5-2 社会福祉法人が運営する施設概要

時期	運営主体	施設名	併設施設	通所介護施設				
				開設年	構造	建築形態	定員	職員数
第1期	社福	施設To-L	1979 特別養護老人ホーム(83) 2000 居宅介護支援	1990	RC1	新設	30	10
	社福	施設Fu-L	1981 軽費老人ホーム(20) 1995 特別養護老人ホーム(50) 1999 グループホーム(9) 2000 訪問介護 居宅介護支援	1990	RC1	新設	25	13
	社福	施設O-L	1990 特別養護老人ホーム(50) 2000 居宅介護支援	1990	RC1	新設	20	7
	社福	施設I-L	1993 特別養護老人ホーム(50) 2000 居宅介護支援	1993	RC1	新設	25	5

凡例) 運営主体 社福:社会福祉法人、社協:社会福祉協議会、医療:医療法人、
営利:営利法人、NPO:NPO法人

構造 S:鉄骨造、RC:鉄筋コンクリート造、W:木造

注1) 構造の数値は建物の階数を示す。



写真5-1 施設To-L



写真5-2 施設Fu-L



写真5-3 施設O-L



写真5-4 施設I-L

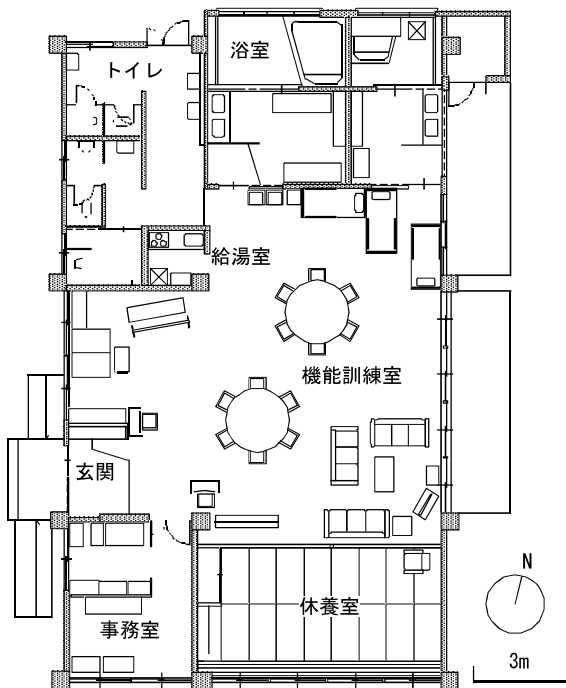


図 5-13 施設 To-L の平面図



写真 5-5 機能訓練室



写真 5-6 ゆとりのスペース



写真 5-7 休養室



写真 5-8 浴室

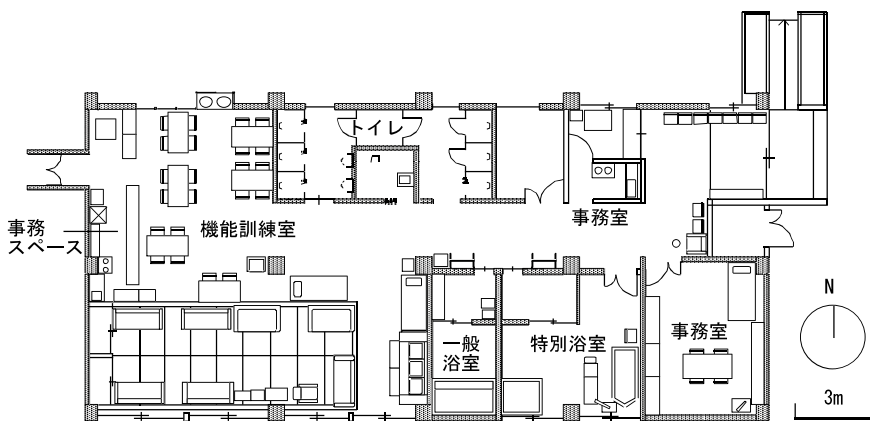


図 5-14 施設 Fu-L の平面図



写真 5-9 機能訓練室



写真 5-10 ゆとりのスペース

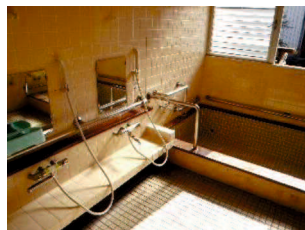


写真 5-11 一般浴室

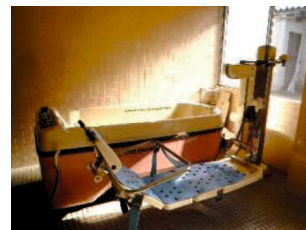


写真 5-12 特別浴室



写真 5-13 事務室

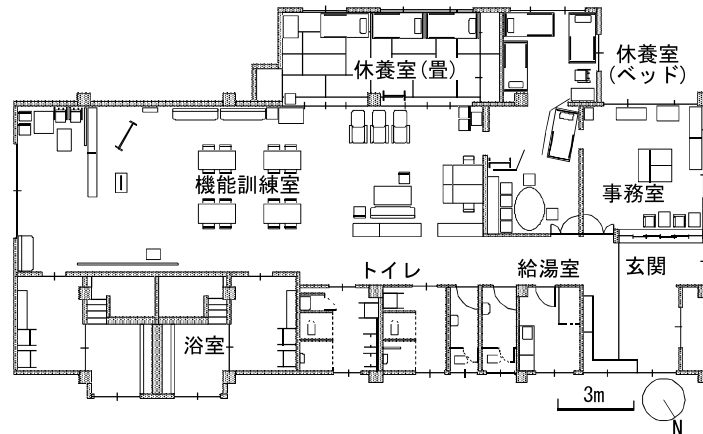


図 5-15 施設 0-L の平面図



写真5-14 機能訓練室



写真5-15 休養室(和室)



写真5-16 休養室



写真5-17 浴室

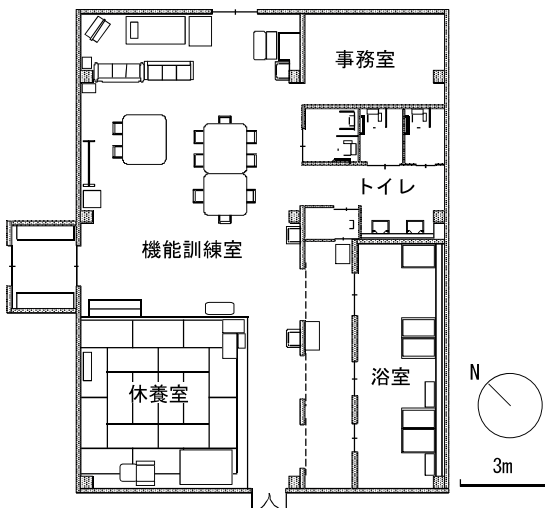


図 5-16 施設 I-L の平面図



写真 5-18 機能訓練室

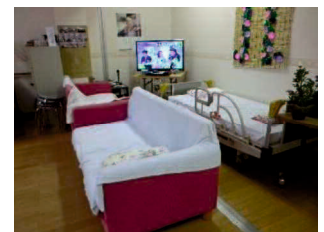


写真 5-19 ゆとりのスペース



写真 5-20 休養室



写真 5-21 浴室

(2) 第2期（社協の参入）

社協の運営する施設概要を表 5-3、施設平面図を図 5-17～5-22 に示す。施設 Mo-S では施設 Ta-S が営業していない火・水・木・金曜日に営業しており、定員は 10 名で、12 名で対応している。空間構成について、施設は全体的に狭く、機能訓練室には丸テーブルと椅子しか配置できるスペースがない。また、事務室が確保されていないため機能訓練室に机を配置し、施設長の事務スペースとしている。休養室は畳で、午睡に使用されているが機能訓練室の間には段差がある。トイレは 1 ヶ所のため、混むことが多く、通路にトイレ待ち用の椅子を設置している。浴室にはリフトが設置されている点の特徴である。調理室では昼食の調理が行われ、カウンターが設置されているため、配膳作業が容易に行うことができる。また、午後は職員の事務スペースとしても活用されている。

施設 Ta-S は施設 Mo-S の出張所であり、営業日は月・土曜日のみの営業となっている。定員は 10 名であり、職員は施設 Mo-S と兼任である。空間構成について、基本的な平面構成は施設 Mo-S と類似しているが、機能訓練室は広いため、一角にソファが設置されている。トイレは 2 ヶ所あり、1 ヶ所は脱衣室に続いたトイレは増築されたもので、入浴前のトイレの混雑を緩和している。浴室にはリフトは設置されていないが、数人入れる浴槽と 1 人のみ入れる浴槽の 2 種類あり、利用者の希望に応じて入浴している。サンルームは通路兼事務室として活用されている。

施設 Si-S は定員が 24 名と社協運営施設の中では最も規模が大きく、現在の機能訓練室は元々、地域のふれ合いの場としてつくられたものであったが、通所介護の利用者が増加し、デイサービス専用室のみではスペースが足りなくなったため、現在では通所介護の機能訓練室として使用している。空間構成について、地域の交流センターのスペースを通所介護施設として活用しているため、機能訓練室が最も広く、一角にはベッドが 6 台配置されている。また、機能訓練室が広いため、利用者が 1 日を過ごす居間空間と体操や機能訓練等を行う機能訓練スペースを分離している点は特徴である。元々通所介護施設の機能訓練室であった居室は休養室として使用され、ベッドが畳スペースも含めて 14 台設置され、ほとんどの利用者がベッドで午睡を取ることが可能である。事務室は機能訓練室と直接続いているが事務室からは見守りができないため、機能訓練室に机を配置し事務スペースとしている。また、調理室も機能訓練室にカウンター越しに続いているため、昼食の配膳を容易に行うことが可能である。

施設 Sa-S は定員が 10 名で、職員 6 名で対応している。空間構成について、機能訓練室は施設 Mo-S や Ta-S より広く、マッサージチェアも配置されている。休養室は他の施設と同様に機能訓練室との間に段差があるが、利用者の希望により休養室が利用者の居間空間として使用されている点は特徴である。そのため、2 畳休養室を増設している。事務室は機能訓練室と直接続いており、小窓もあるため事務室からの見守りも可能である。厨房もカウンター越しに続いているため、他の施設と同様昼食の配膳が容易に可能である。

施設Yu-Sは定員が10名で、職員6名で対応している。火曜日は地域で老人クラブがあるため、営業していない。空間構成について、基本的な平面構成は施設Sa-Sと類似しており、機能訓練室にはマッサージチェアが配置されている。事務室は開設当初訪問介護も行われていたため、比較的広く相談室や給湯室も備わっている。全ての機能がコンパクトに集約されているため利用者の移動距離は最も短いと考えられる。

施設Wa-Sは定員が20名であるが、来所する利用者が少ないため、職員数も6名と少ない。空間構成について、通所介護専用室としては最も面積が広く、ソファやマッサージチェアが配置されている。また、機能訓練室の一角にはベッドが配置され、希望者は自由に休養することが可能である。事務室も広く小窓が付いているため、事務室から利用者を見守ることは可能である。

表 5-3 社会福祉協議会が運営する施設概要

時期	運営主体	施設名	併設施設	通所介護施設				
				開設年	構造	建築形態	定員	職員数
第2期	社協	施設Mo-S		1995	RC1	新設	10	12
	社協	施設Ta-S		1995	RC1	新設	10	
	社協	施設Si-S	1997 生活支援ハウス(10)	1997	RC1	新設	24	9
	社協	施設Sa-S		1998	RC1	新設	10	6
	社協	施設Yu-S		1998	RC1	新設	10	6
	社協	施設Wa-S	2000 生活支援ハウス(10)、訪問介護	2000	RC1	新設	20	6

凡例) 運営主体 社福: 社会福祉法人、社協: 社会福祉協議会、医療: 医療法人、
営利: 営利法人、NPO: NPO法人
構造 S: 鉄骨造、RC: 鉄筋コンクリート造、W: 木造
注1) 構造の数値は建物の階数を示す。



写真5-22 施設Mo-S



写真5-23 施設Ta-S



写真5-24 施設Si-S



写真5-25 施設Sa-S



写真5-26 施設Yu-S



写真5-27 施設Wa-S

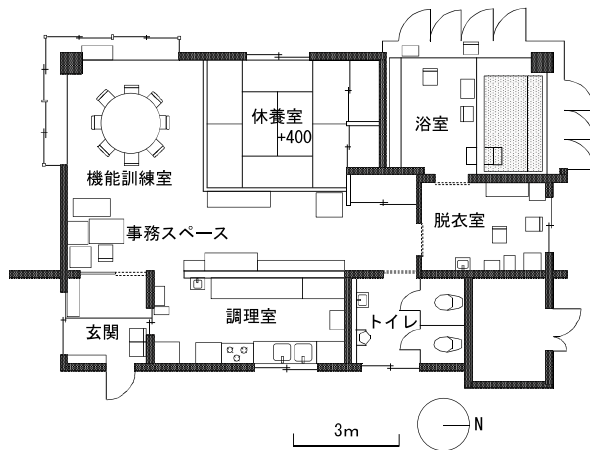


図 5-17 施設 Mo-S の平面図



写真 5-28 ダイルーム



写真5-29 休養室

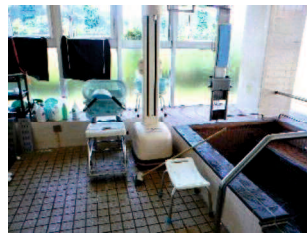


写真5-30 浴室



写真5-31 事務スペース



写真5-32 調理室

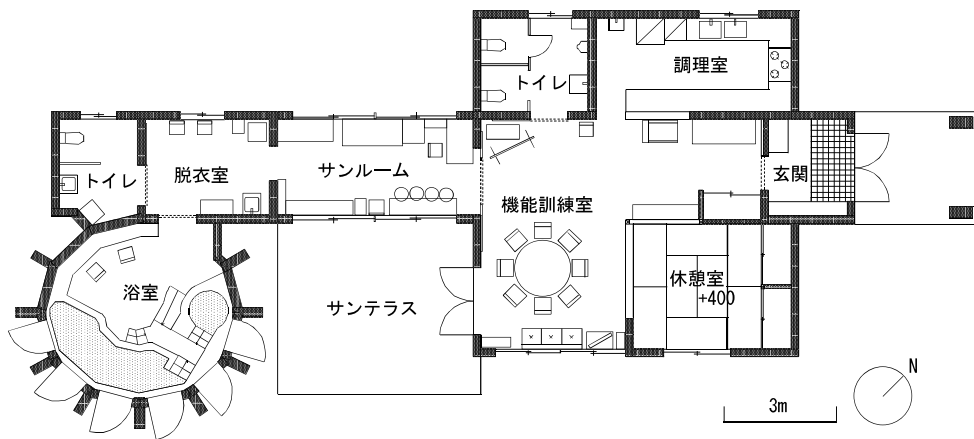


図5-18 施設Ta-Sの平面図

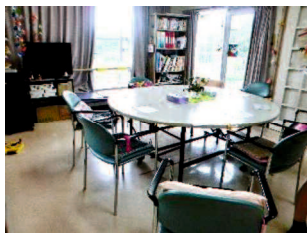


写真5-33 機能訓練室



写真5-34 休養室



写真5-35 浴室

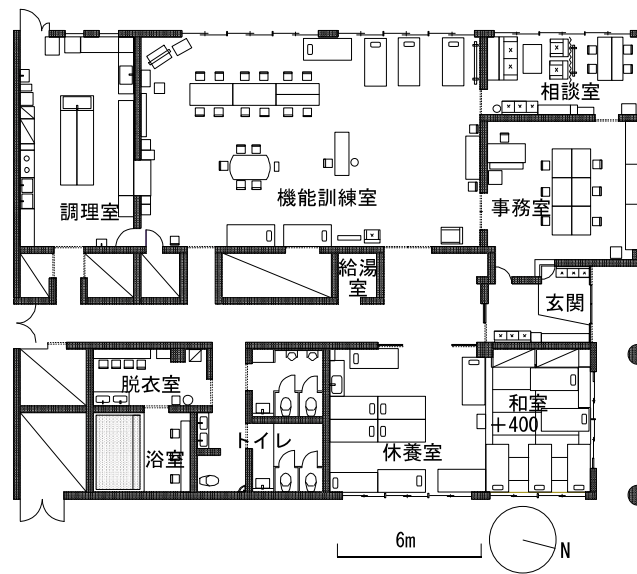


図5-19 施設Si-Sの平面図

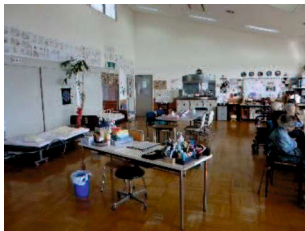


写真5-36 機能訓練室 写真5-37 ベッドスペース 写真5-38 休養室 写真5-39 厨房

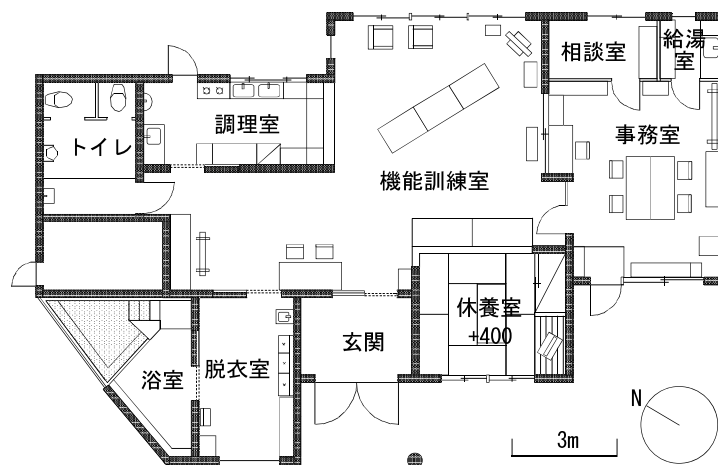


図5-20 施設Sa-Sの平面図

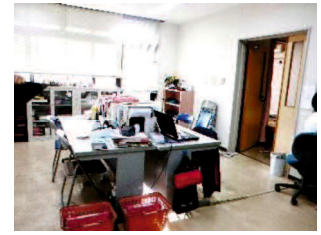


写真5-40 機能訓練室

写真5-41 休養室

写真5-42 浴室

写真5-43 事務室



図5-21 施設Yu-Sの平面図



写真 5-44 機能訓練室

写真 5-45 休養室

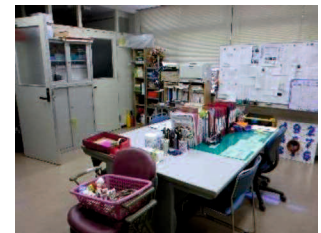


写真5-46 浴室

写真5-47 事務室



図5-22 施設Wa-Sの平面図



写真 5-48 機能訓練室

写真 5-49 休養室

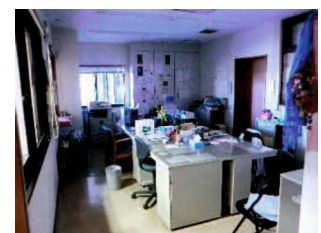


写真5-50 浴室

写真5-51 事務室

(3) 第3期（民間法人の参入）

民間法人が運営する施設概要を表5-4に示す。民間法人に関しては平面図を得られていないため、施設概要のみ示す。営利法人運営施設は半数以上が民家やアパートと既存建築を活用した施設である。施設Ha-Sは定員が19名と民家を活用した施設の中でも比較的大規模な施設である。施設Si-Sはアパートを改修した施設であり、近年増加傾向にある高齢者住宅に併設し、通所介護の職員が高齢者住宅に居住する高齢者の見守りも行っている。施設Hi-S、Sa2-Sはグループホームに併設した施設であり、どちらの施設も先にグループホームを開設し、その後通所介護を整備している。NPO法人運営施設は全て既存建築を活用した施設である点で特徴的である。施設I3-Sでは保育園のグラウンドを活用してグループホームを新設しており、その後も小規模多機能型居宅介護施設も整備している。また、施設AI-Sは病院を活用した有料老人ホームに併設した施設であり、その後新たに民家を活用した施設Ti-Sを開設していることから、どちらの法人もNPO法人の中でも積極的に施設整備を進めているといえる。町内の唯一の医療法人運営施設である施設Ko-Sは廃校した高等学校の校舎を改修した7つの機能が併設した大規模施設であり、定員も30名と多い。高等学校の本館棟及び特別教室棟を全て無駄なく活用した先進事例である。

表5-4 民間法人が運営する施設概要

時期	運営主体	施設名	併設施設	通所介護施設				
				開設年	構造	建築形態	定員	職員数
第3期	営利	施設I2-S		2005	W1	民家改修	10	-
	営利	施設Hi-S	2003 グループホーム(9)	2007	W2	新設	10	-
	営利	施設Sa2-S	2003 グループホーム(10)	2010	W1	新設	10	9
	営利	施設Ha-S		2010	W2	民家改修	19	-
	営利	施設Si2-S	2000 訪問介護 2010 居宅介護支援、高齢者住宅	2010	RC3	アパート改修	12	-
	営利	施設Yu2-S	2011 居宅介護支援	2011	W1	新設	10	-
	NPO	施設I3-S	2004 グループホーム(9) 2008 小規模多機能型居宅介護(18) 2009 訪問看護	2004	RC1	保育所改修	15	7
	NPO	施設Ku-S		2007	W2	民家改修	10	-
	NPO	施設AI-S	2011 有料老人ホーム	2011	RC1	病院改修	10	-
		施設Ti-S		2013	W1	民家改修	10	-
	医療	施設Ko-S	2012 グループホーム(9)、訪問介護 小規模多機能型居宅介護(20) サービス付き高齢者住宅 訪問看護、居宅介護支援	2012	RC3	廃校改修	30	12

凡例)運営主体 社福:社会福祉法人、社協:社会福祉協議会、医療:医療法人、営利:営利法人
NPO:NPO法人

構造 S:鉄骨造、RC:鉄筋コンクリート造、W:木造

注)構造の数値は建物の階数を示す。



写真 5-11 施設 I2-S



写真 5-12 施設 Sa2-S



写真 5-13 施設 Ha-S

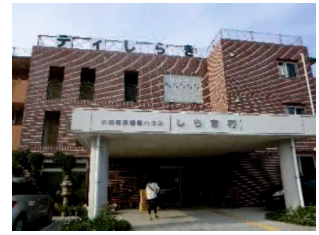


写真 5-14 施設 Si2-S



写真5-15 施設Yu2-S



写真5-16 施設I3-S



写真5-17 施設Ku-S



写真5-18 施設A1-S



写真5-19 施設Ti-S



写真5-20 施設Ko-S

以上より、1990年代前半では町の特養と通所介護施設を整備したい気持ちが強く、久賀町、東和町では民間の法人と連携し、大島町、橘町では町で法人を設立することで整備が進められた。1990年代後半では各旧町は全国でも早い段階で進んでいた高齢化の対策として、昭和の合併前の地区ごとに施設配置する計画がなされていることが明らかになった。2000年以降は財政の問題等から民間法人に任せていると考えられる。民間法人は採算性を重視するため、需要の見込まれる地域に参入している傾向にあるが、その他の地域では法人の思いや入所系施設と併設させることで経営の安定化を図る等の工夫がみられた。また、経費で開設できる既存建築を活用した施設が多い点も注目できる。

5.5 社会福祉法人及び社会福祉協議会運営施設の利用者の基本属性と利用形態

社会福祉法人及び社協運営施設利用者の基本属性を図5-23に示す。年齢は全体的に女性が8割を占め多く、特に施設Yu-Sでは女性が9割を占め多い。一方で、施設To-L、Wa-Sでは男性が3割を占め多い。社会福祉法人と社協で比較するとほとんど差がないことが分かる。年齢は90歳以上の利用者が平均で3割以上を占め最も多く、次いで85歳以上が2割以上と高い。また、80歳以下の利用者が2割に満たないことから全体的に利用者の年齢が高いといえる。特に施設Ta-Sの利用者は80歳以上の利用者で構成され、中でも90歳以上の利用者が6割を占めており、最も利用者の年齢層が高い。一方で、施設Si-S、Yu-Sは85歳未満の利用者が半数近くを占め、最も年齢層が低い。社会福祉法人と社協で比較すると少し社会福祉法人の方が年齢層は高い。介護度は施設O-L、施設Sa-Lで介護度3以上の利用者が3割以上を占め、介護度が比較的高い利用者が多く車椅子利用者も2割以上を占めるが、施設Sa-Lでは介護度4以上の利用者は来所していない。また、施設Ta-Sでは介護度2の利用者が半数近くを占め、車椅子利用者も3割近くを占める。一方で、施設Si-Sでは介護度3以上の利用者は1割未満であり、介護度が低い利用者が多い傾向にある。

次に、利用者の利用形態を図5-24に示す。利用回数に関して、社会福祉法人運営施設は週2回の利用者が最も多く、次いで週1回の利用者が多い点で類似しているが、施設O-Lのみ週2回の利用者が半数近くを占め多い点で特徴である。社会福祉法人運営施設では社会福祉法人運営施設と比較すると週3回以上の利用者の比率が高く、特に施設Mo-S、施設Wa-Sでは週3回以上の利用者が3-4割を占め最も高い。一方で、施設Yu-Sでは週2回の利用者が6割を占め、最も利用回数は少ない。また、施設Ta-Sのみ週2回のみ開設しているため、週1、2回のみであり、週会の利用者が6割を占める。入浴サービスに関して、社会福祉法人運営施設、社協運営施設全てで一般浴室利用が9割以上を占め最も多い点で共通している。特に社協運営施設は施設Mo-S以外は全員一般入浴利用である。施設Mo-Sでは入浴しない利用者やリフトを使用する利用者もいる点で特徴的である。社会福祉法人運営施設では施設To-L、施設Fu-Sのみ特別浴室利用がある。

以上より、施設別でみると相違があるが、社会福祉法人及び社協の平均でみると、少し社会福祉法人の方が介護度は高い傾向にあるものの、大きな差が見られないことがわかる。

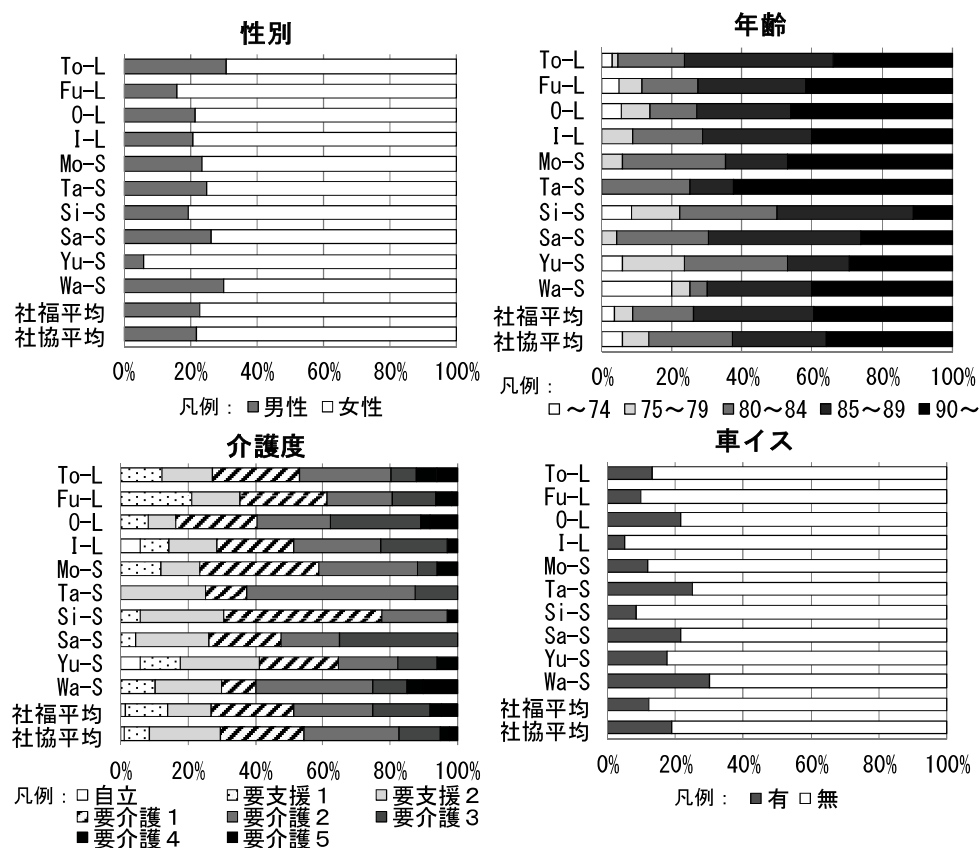


図5-23 施設利用者の基本属性

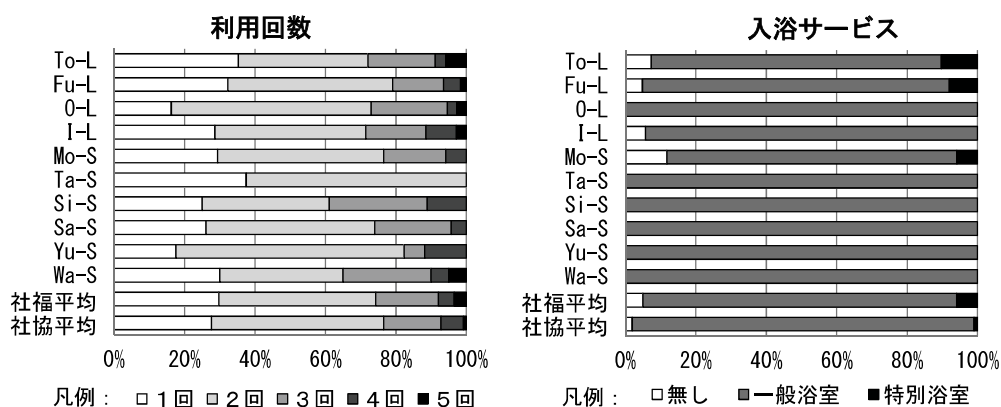


図5-24 施設利用者の利用形態

次に、利用者の個人属性と利用形態の関係を総合的に把握するため、利用者情報の内年齢、要介護度、車椅子利用の有無、利用回数、入浴サービスを用いて数量化理論Ⅲ類及びクラスター分析による施設利用パターンの類型化を行った。その結果を表5-5に示す。Ⅰ軸は介護度と車椅子利用の有無の関係を示す軸、Ⅱ軸は介護度と年齢の関係を示す軸、Ⅲ軸は利用回数と入浴サービスを示す軸であると解釈される。尚、Ⅲ軸までの全分散に対する累積比は0.40である。

各ケースのⅠ軸からⅢ軸までのスコアを変数としたクラスター分析により利用パターンを4グループに分類した。G1(113人)は全員が自立・要支援であるが、車椅子利用者3割近くを占める。これは普段使用していないが、状況により使用する利用者も車椅子利用があるとしているためである。入浴サービスは大半が一般浴室を利用しており、利用回数も1-2回の利用者が多いことから、介護度が低く、利用回数が少ないグループといえる。G2(69人)は要介護1の利用者が多いが、車椅子利用者は8割を占める点で特徴である。入浴サービスは一般浴室利用が大半を占め、利用回数は半数以上が3回以上であることから、介護度1で車椅子を使用し、利用回数が多い利用者のグループといえる。

G3(86人)は要介護2の利用者が半数以上を占め最も多いが、車椅子利用者は2割程度と少ない。入浴サービスは一般浴室利用が多く、利用回数は2回が半数以上を占め多いことから、要介護2で利用回数2回のグループといえる。G4(65人)は要介護3以上の利用者が最も多く、半数近くの利用者が車椅子を利用している。入浴サービスは一般浴室用が多いが唯一特別浴室の利用者もいることから、介護度が高く特別浴室利用もいるグループといえる。

表5-5 利用パターンの分類結果

グループ		G1	G2	G3	G4	平均
Ⅰ軸平均値		-0.04	0.73	-0.59	0.10	0.00
Ⅱ軸平均値		-0.15	0.41	0.35	-0.74	0.00
Ⅲ軸平均値		-0.39	0.19	0.23	0.20	0.00
年齢(%)	～79	8	0	16	20	16
	80～89	57	100	32	42	51
	90～	35	0	52	38	33
車イス(%)	有り	26	84	25	45	39
介護度(%)	自立・要支援	98	2	1	0	22
	介護度1	2	65	42	1	25
	介護度2	0	33	57	0	27
	介護度3以上	0	0	0	99	27
利用回数(%)	1	42	24	21	28	24
	2	58	24	52	33	41
	3回以上	0	53	27	39	35
入浴(%)	無し	8	4	1	3	3
	一般入浴	92	96	99	78	92
	特別浴室	0	0	0	19	5
人数(人)		113	69	86	55	

これら4グループの施設別の構成比を図5-25に示す。社会福祉法人運営施設に関して、施設To-Lでは全てのタイプ利用者が同程度ずつ来所していることが分かる。施設Fu-Lと施設I-Lでは介護度が低いG1や介護度2が多いG4の利用者が多く、類似している。施設O-Lでは要介護2が多いG3や介護度の高い利用者が多いG4の利用者が多く、他の施設よりも介護度の高い利用者が来所していることが分かる。

社協運営施設に関して、施設Mo-SではG1とG3の利用者が多く、施設Fu-Lや施設I-Lと類似している。施設Ta-Sでは要介護2が多いG3の利用者が7割近くを占め多く、要介護1が多いG2の利用者は少ない。施設Sh-Sでは要介護1が多いG2の利用者が6割以上を占め多く、介護度の高いG4の利用者が1割以下であることから全体的に介護度は低い。施設Sa-Sでは介護度が高いG4の利用者が35%を占め、社協運営施設の中では最も多い。施設Yu-Sでは介護度が低いG1の利用者が4割を占め多い一方で、介護度2が多いG3の利用者も35%を占め多い。施設Wa-Sでは施設Yu-Sと構成は類似しているが、介護度が高いG4の利用者が25%を占め高い。

以上より、施設別にみるとそれぞれ特徴があるが、特別浴室が完備している社会福祉法人運営施設と、特別浴室はなく施設Mo-Sのみリフト浴が設置されている社協運営施設で比較すると利用者属性に大きな違いが見られない。以上より、利用者は施設機能で施設を選択していないことが考えられる。

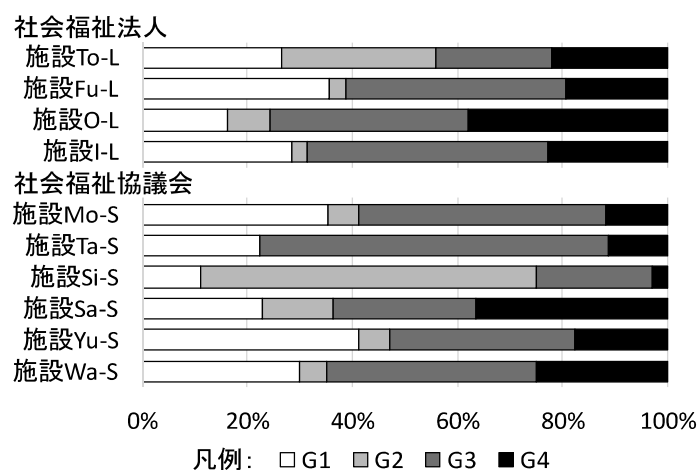


図5-25 施設の利用パターン構成比

5.6 社会福祉法人及び社会福祉協議会運営施設の利用圏

社会福祉法人運営施設の利用圏を図5-26、社協運営施設の利用圏を図5-27に示す。10施設の50%利用圏の平均は1.3km、80%利用圏の平均は3.4kmである。まず社会福祉法人運営施設について、最初に整備された施設To-Lは東和町と橘町の境界付近に位置し、東和町全域から利用者を受け入れているため、50%利用圏は3.3kmと最も広く、80%利用圏は5.3kmと広い。一方で、施設Fu-Lでは人口が集中する久賀町の中心集落に位置するため、50%利用圏は0.5kmと狭く、80%利用圏は1.0kmと最も狭い。施設O-Lでは橘町の中心集落に位置するため、50%利用圏は1.3km、80%利用圏は2.4km比較的狭い。施設I-Lでは大島町の中心集落に位置するが、施設から遠い戸田地区からの利用も多いため、50%利用圏は1.4km、80%利用圏は3.0kmと比較的広い。4施設はそれぞれ立地する旧町の地域からの利用者が多く、施設To-Lと施設O-Lで少し重複が見られるものの、利用圏は分担されているといえる。

次に社協運営施設について、施設Mo-Sでは大島町の中心集落から少し離れているが、東三蒲、西三蒲の中心集落に近く、2地区からの利用者が多いため、50%利用圏は0.7km、80%利用圏は1.5kmと比較的狭い。施設Ta-Sでは大島町の中心集落から遠く、小規模集落が分散する地域にしているため、50%利用圏は1.3kmと平均的であるが、80%利用圏は6.7kmと最も広い。施設Si-Sでは橘町の中心集落からは離れているが、日前、土居地区の中心集落から近く、2地区からの利用者が多いため、50%利用圏は0.3kmと最も狭い。一方で、東和町からの利用者も受け入れているため、80%利用圏は4kmと比較的広い。一方で、橘町の中心集落から来所する利用者がほとんどいない点は注目できる。これは社会福祉法人運営施設である施設O-Lと利用圏を分担していることが考えられる。施設Sa-Sでは東和町の中心集落から離れており、施設が立地する地区からの利用者が少ないため、50%利用圏は1.6km、80%利用圏は4.2kmと比較的広い。施設Yu-Sでは伊保田地区と油宇地区の境目にあり、2地区からの利用者のみ来所するため、50%利用圏は0.9km、80%利用圏は1.4kmと狭い。施設Wa-Sでは立地する地区からの利用者が少ないため、50%利用圏は1.2kmと比較的狭いが、80%利用圏は4.9kmと広い。一方で、施設Yu-Sが立地する地区からの利用者は1人もおらず、利用圏が完全に分担しているといえる。社協運営施設に関しても、施設Yu-Sと施設Wa-Sの利用圏は重複しているが、利用者は完全に分かれていることから利用圏は分担しているといえる。

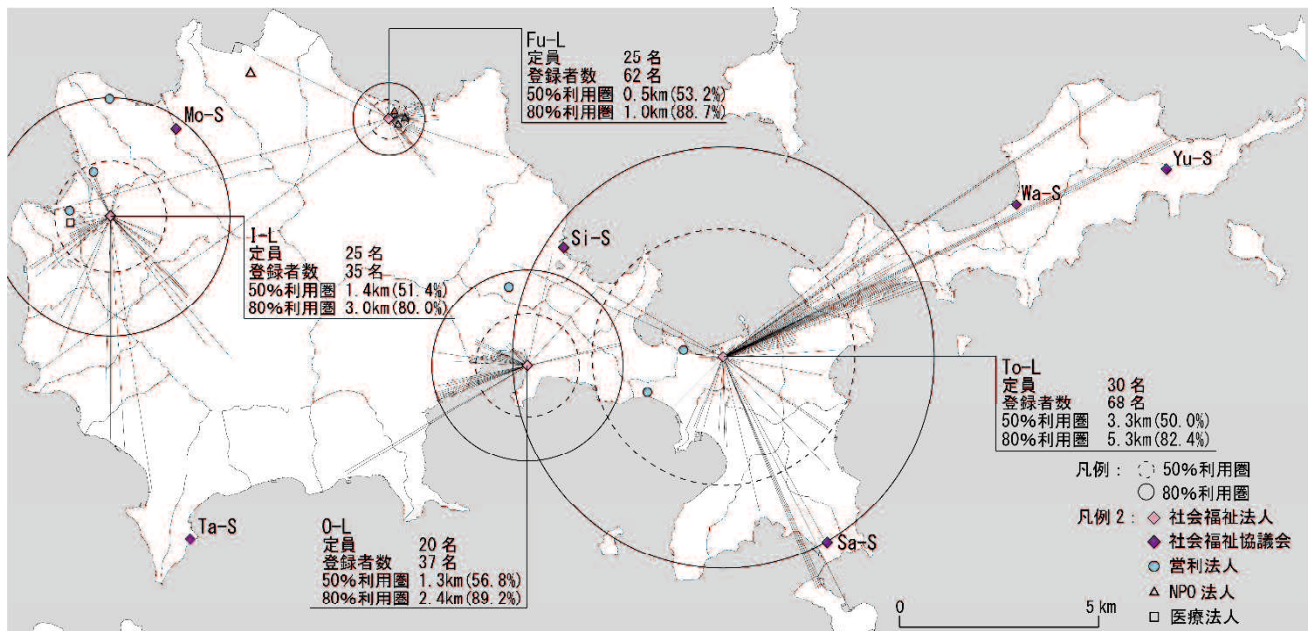


図5-26 社会福祉法人運営施設の利用圏

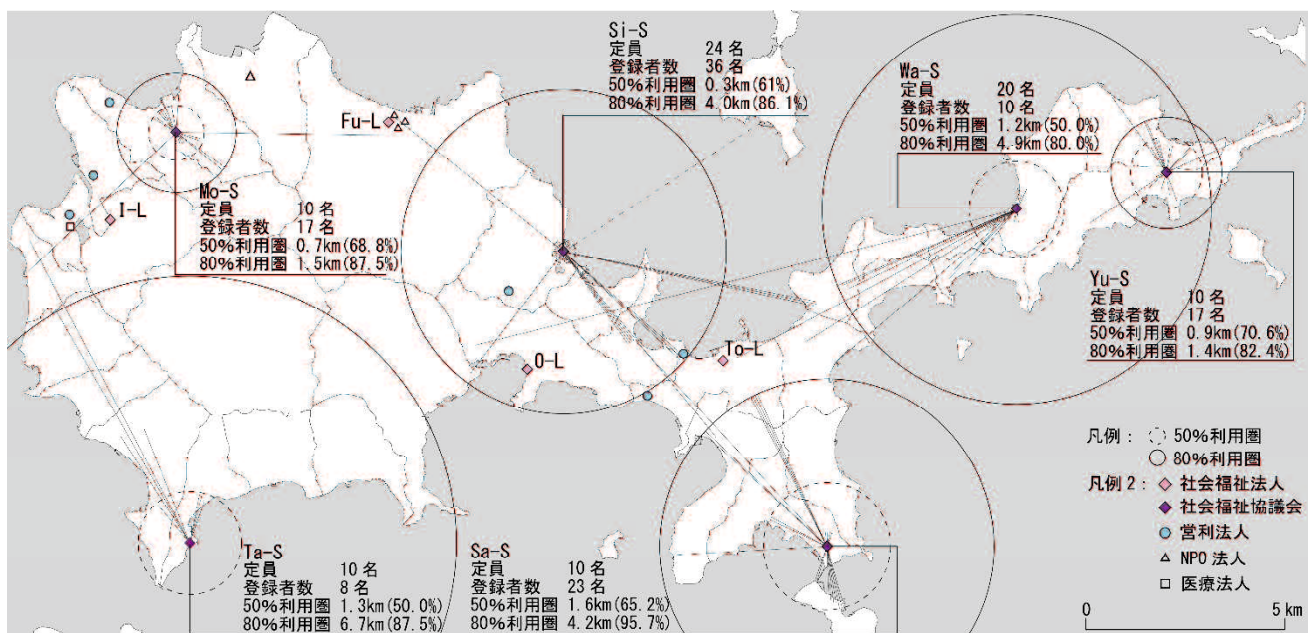
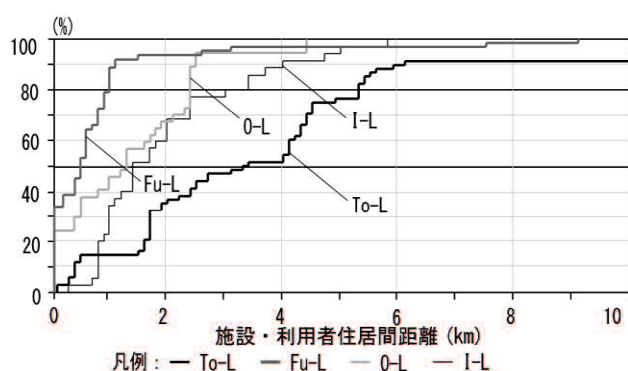


図5-27 社会福祉協議会運営施設の利用圏

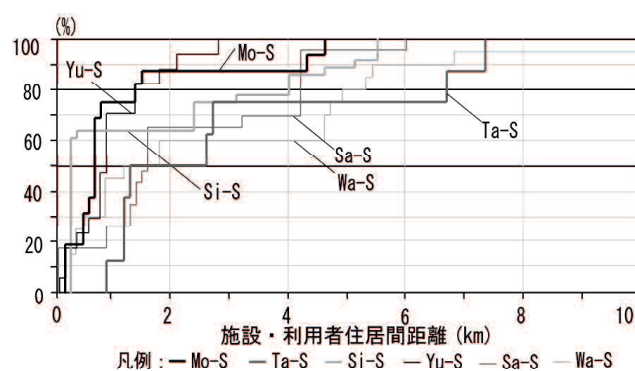
次に施設と利用者居住地間距離の累積グラフを図5-28に示す。最初に社会福祉法人運施設について、最も利用圏が広い施設To-Lでは全体的に勾配が緩やかで、外入地区の利用者がいる1-2kmと和佐地区の利用者がいる4-5km圏内に集中している。一方で、利用圏が狭い施設Fu-Lでは急激に上昇を続けており、90%利用圏も1km程度と最も狭い。施設O-Lでは西安下庄地区からの利用者がいる2-3km圏内に集中しており、90%利用圏も2.4kmである。

社協運営施設について、施設Mo-Sでは西三蒲地区からの利用者がいる0-1km圏内に集中しており、1km圏内の利用者は7割を超えている。施設Ta-Sでは出井地区からの利用者がいる1-2km、戸田地区からの利用者がいる2-3km圏内に集中しているが、3-7km圏内からの利用者がいない点は特徴である。施設Si-Sでは施設が立地する日前地区からの利用者がいる0-1km圏内に集中しており、1km圏内の利用者は6割を超えている。施設Sa-Sでは施設から比較的近い沖家室島からの利用者がいる1-2km圏に集中している。施設Yu-Sでは2地区の境界に位置しているため、1km圏内の利用者は7割いる。施設Wa-Sでは施設が立地する和田地区からの利用者がいる0-1km、小泊地区からの利用者がいる1-2km圏に集中しているが、2-4km圏内からの利用者がいない点は特徴である。

以上より、社会福祉法人運営施設、社協運営施設はそれぞれ利用圏が分担しているといえる。また、全施設の利用圏を比較しても50%利用圏は重複していない点は注目できる。最も社会福祉法人運営施設と社協運営施設の立地場所が近い橘町においても、利用者はそれぞれ居住地から近い施設を利用しており、利用者属性に大きな違いが見られなかった点からも、利用者は施設機能に関係なく居住地から近い施設を利用する傾向にあることが考えられる。



(a) 社会福祉法人運営施設



(b) 社会福祉協議会運営施設

図5-28 施設と利用者居住地間距離の累積グラフ

5.7 社会福祉法人及び社会福祉協議会運営施設の送迎方法と所要時間

4章と同様に、利用者の送迎は施設職員の日常業務の中でも重要な位置を占めるため、各施設の送迎方法と所要時間に関し施設運営の側面から検討する。利用者往復延人数・送迎時間と利用者所要時間・職員所要時間を表5-6に示す。10施設の職員所要時間の平均は10.5分/人である。社会福祉法人運営施設について、施設To-Lではマイクロバス2台、リフト車1台を含めた3台で送迎を行っている。利用圏が広く送迎に時間を要することが予測されるが、利用者所要時間は10.6分/人、職員所要時間は14.4分/人と時間は最も長い、利用圏を考慮するとそれほど大きな差は見られなかった。これは、地域で送迎車を分担している点や大型車で1度に大人数の利用者の送迎を行っている点が要因として考えられる。また、送りのみリフト車に1名の職員が添乗しているため、職員所要時間が利用者所要時間に対し長い。施設Fu-Lでは普通車2台で送迎を行っており、利用圏が狭いため利用者所要時間は8.4分/人と短い、職員所要時間は11.2分/人と他の施設より比較的長い。これは、1台の普通車に1名の職員が添乗していることが要因として考えられる。施設O-Lでは軽自動車3台で数回に分けて送迎を行っており、職員所要時間は8.3分/人と比較的短い。社会福祉法人運営施設の中でも介護度の高い利用者が多く、車の乗降にも時間を要するものと予測されるが、地域で送迎車を分担し、効率的に送迎を行っているため、所要時間が短く済んでいると考えられる。施設I-Lではリフト車1台を含めた3台で送迎を行っており、職員所要時間は10.3分/人と平均的であるが、利用者所要時間は10.3分/人と利用圏が広い施設To-Lとほとんど変わらない。これは利用者の希望に合わせて数回に分けて送迎を行っている点が要因として考えられる。

社協運営施設について、施設Mo-Sではリフト車1台を含む3台で送迎を行っており、施設から近い地区からの利用者が多いが、利用者所要時間は11.0分/人、職員所要時間は13.9分/人と長い。これは利用者の希望に合わせて数回に分けて送迎を行っている点や1名の職員が添乗している点が要因として考えられる。施設Ta-Sでは2台で送迎を行っており、送迎範囲が広いため、利用者所要時間及び職員所要時間は11.3分/人と長い。施設Si-Sでは3台で送迎を行っており、近くから来所する利用者が多いため、利用者所要時間及び職員所要時間は7.2分/人と最も短い。施設Sa-Sでは2台で送迎を行っており、利用者所要時間及び職員所要時間は9.1分/人と比較的短い。広い範囲で送迎を行っているが、地域で送迎車を分担しているため、短いと考えられる。また、この日1名の利用者は徒歩で送迎を行っている。施設Yu-Sではリフト車1台で数回に分けて送迎を行っており、近くから来所する利用者が多いため、利用者所要時間は4.3分/人と最も短い。職員1名が添乗しているため、職員所要時間は8.7分/人と利用者所要時間に対して長い。施設Wa-Sではリフト車1台を含めた2台で送迎を行っており、利用者所要時間は7.8分/人と短く、職員1名がリフト車に添乗しているため、職員所要時間は11.0分/人と比較的長い。広い範囲で送迎を行っているが、地域で送迎車を分担しているため短いと考えられる。

以上より、職員所要時間は最も短い施設Yuを除くと7-11分と大きな差がないことが分かる。これは利用圏の広い施設で地域により送迎車を分担している点や、1度に大人数の送迎を行う等の工夫により送迎

時間を短縮している点が要因として考えられる。また、職員所要時間は添乗職員の有無により差が生じているが、全施設で10分台前半であり短いといえる。

表5-6 利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間

施設名	車種・台数		送迎時間・職員総数 分(人)			利用者 所要 時間 (分)	職員 所要 時間 (分)
	迎え	送り	迎え	送り	往復		
To-L	B2,L1,M1	B2,L1	177(4)	182(4)	359(34)	10.6	14.4
Fu-L	S2	S2	84(3)	84(3)	168(20)	8.4	11.2
O-L	M3	M3	113(3)	102(3)	215(26)	8.3	8.3
It-L	L1,M2	L1,M2	91(3)	94(3)	185(18)	10.3	10.3
Mo-S	L1,M2	L1,M1	100(4)	76(3)	176(16)	11.0	13.9
Ta-S	W1,M1	W1,M1	89(2)	92(2)	181(16)	11.3	11.3
Si-S	S2,M1	S2,M1	94(3)	92(3)	186(26)	7.2	7.2
Sa-S	S1,M1	S1,M1	44(2)	47(2)	91(10)	9.1	9.1
Yu-S	L1	L1	41(2)	37(2)	78(18)	4.3	8.7
Wa-S	L1,M1	L1,M1	91(3)	81(3)	172(22)	7.8	11.0

注1)利用者所要時間＝ Σ [迎え所要時間＋送り所要時間/利用者往復延人数]
 注2)職員所要時間＝ Σ [迎え所要時間×職員数＋送り所要時間×職員数/利用者往復延人数]

職員数:各車に乗る職員人数

利用者往復延人数:利用者数往復合計人数

凡例: L:リフト車、M:軽自動車、W:ワゴン車、S:普通車、B:マイクロバス

住居・施設間距離と送迎距離の関係を図12に示す。全体的に住居・施設間の距離が長くなると送迎距離は長くなる傾向にあり、相関性があるといえる。一方で、施設Fuでは住居・施設間の平均距離に対し、送迎距離が長いことが分かる。これは送迎車1台の利用者乗車数が比較的多く、1度に大人数の送迎を行っているためであると考えられる。

また、送迎距離と利用者乗車時間の関係を図13に示す。全体的に送迎距離が長くなると利用者乗車時間が長くなる傾向にあり、相関性があるといえる。一方で、職員所要時間と異なり20-35分程度と施設間で差が生じている。そこで、社福法人運営施設と社協運営施設の内、利用者乗車時間が最も長い施設To、Taと最も短い施設O、Yuの迎いのルートマップを図5-31に示し、詳細に見る。利用者乗車時間が長い施設To、施設Taでは、1台の平均利用者乗車人数が4名程度と1度に多くの利用者を送迎している。また、施設Taでは社協本部及び施設Moの送迎車の利用や施設から離れた地域からの利用者が多いため、送迎時間が長い。一方で利用者乗車時間が短い施設Oでは1台の平均利用者乗車人数が2名程度と少なく、地域で送迎車を分けている。また、施設Yuでは1台の平均利用者乗車人数が4.5名と多いが、利用者の居住地域が集中しているため、送迎時間は全体的に短い。

以上より、住居・施設間の平均距離と送迎距離、及び送迎距離と利用者乗車時間にはそれぞれ相関

性があることが分かった。一方で、利用者乗車時間は施設で差が大きい点も明らかになった。長い要因としては1度に多くの利用者を送迎する点、施設から離れた地域からの利用者が多い点が挙げられ、短い要因としては、数名の利用者を送迎する点、利用者の居住地域が集中している点が挙げられる。

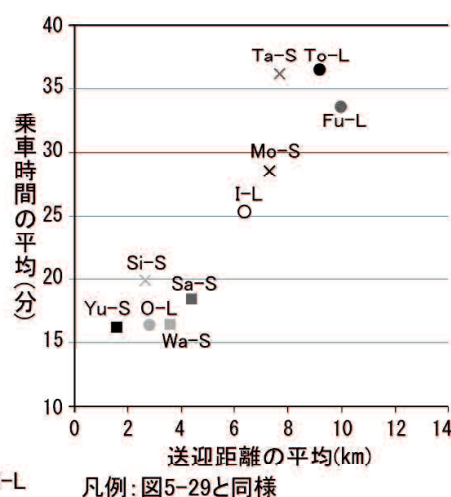
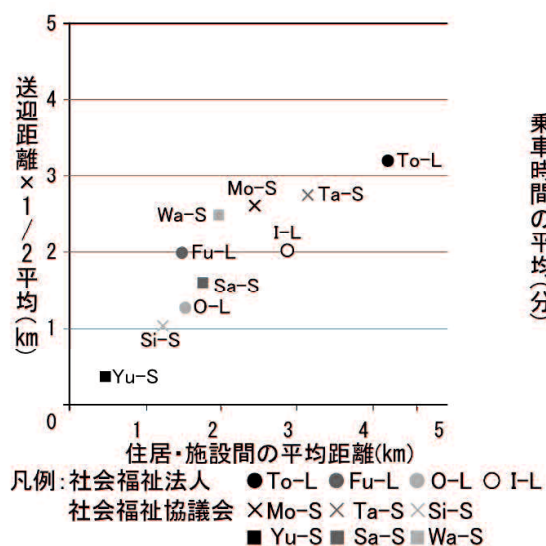


図5-29 住居・施設間距離と送迎距離の関係

図5-30 送迎距離と利用者乗車時間の関係

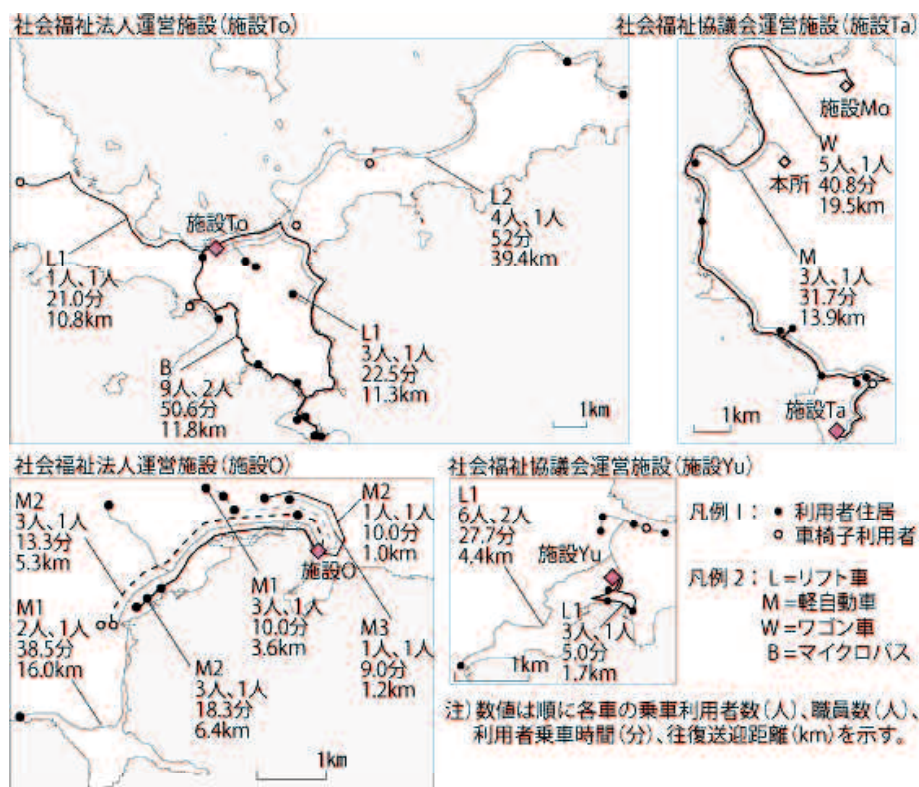


図5-31 迎いのルートマップ

5.8 得られた知見

- 1) 1990年前半では町は各旧町に特養と通所介護施設を整備したい気持ちが強く、東和町、久賀町では民間の社福法人により既に開設されていた特養等に併設させる形で町が通所介護施設を整備し、運営を社福法人に委託した。大島町、橘町では町が特養と通所介護施設を整備し、管理委託のための社福法人を設立している。
- 2) 1990年代後半では大島町は福祉政策を進める上で行政や病院等と関わりをもっていたため、先進的に1995年に通所介護施設を設立することができている。橘町は政策の町内に平等に介護サービスを提供するという考えから施設を整備している。また、独居老人増加の対策として高齢者福祉センターや生活支援ハウス、訪問介護が併設している。東和町は社福法人運営施設の送迎時間が長いという課題の対策や各地区のヘルパー活動の拠点を整備したい考えから施設を整備している。施設立地は昭和の合併前の地区ごとに1施設配置している点で共通している。1施設のみ道路環境の問題から離れた地区で施設整備が行われている。また、資金は合併特例債を利用しており財源が確保しやすかった点も施設整備の要因として考えられる。
- 3) 利用者属性に関して、社福法人運営施設と社協運営施設で比較すると、社福法人運営施設の方が特別浴室等設備は充実しているにも関わらず、介護度に大きな差が見られなかった。また利用圏に関して、施設To以外の9施設の50%利用圏が1.6km圏内と狭く重複していないことから、施設の利用圏分担ができているといえる。また、利用者は施設機能に関係なく居住地から近い施設を選択していることが分かる。
- 4) 送迎について、利用圏が広い施設では送迎車を地域で分担する等の工夫により送迎時間を短縮しており、職員所要時間は施設間で大きな差がなく全体的に短い。一方で、利用者乗車時間は送迎手法の近い等により施設間で大きな差が見られた。

山口県周防大島町では各旧町で町が主導で施設整備を進めており、社福法人運営施設だけでなく、社協運営施設を整備することで、昭和の合併前の地区ごとに施設配置する計画がなされていたことが明らかになった。要因としては、町の地域に平等に介護サービスを提供したいとの考えや社福法人運営施設だけでは送迎時間が長い等の対策が挙げられ、ゴールドプランによる施設整備だけでは施設が足りないと自治体が判断したことが考えられる。社協運営施設の整備により、周辺地域からの利用者を受け入れることによる利用圏分担効果、利用圏分担効果による送迎時間削減効果が確認され、社協運営施設整備は有効であることが明らかになった。また、利用者は施設機能に関係なく、居住地から近い施設を利用する傾向も明らかになった。そのため、島嶼地域のような集落が点在している地域では、各集落に施設を分散させ、高齢者施設の拠点を整備する整備手法が有効であると考えられる。

第6章 社会福祉事業団による施設の整備運営方式

-萩地域の事例-

高齢者施設を整備するために社会福祉事業団を設立して施設整備を進めた萩市を対象に、整備プロセスを整理した上で利用特性を明らかにし、社会福祉事業団による施設整備手法の有効性について考察することを目的としている。

第6章 社会福祉事業団による施設の整備運営方式

－萩地域の事例－

6.1 事業団の創設経緯と組織及び事業内容

事業団は社会福祉法人の一種で、1971(昭和46)年7月の通知(通称46通知)を基に都道府県や市区町村が設置した組織で、現在全国に117の事業団がある。ただし、事業団数は全国社会福祉事業団に所属する事業団数に所属していない萩市社会福祉事業団を加えた数である。46通知とは各都道府県知事に対し厚生省社会・児童家庭局長が通知したもので、設立及び運営の基本方針が以下の通り定められている。

「1. 地方公共団体が設置した社会福祉施設は、地方公共団体において自ら経営するほか、施設経営の効率化が図られる場合には、社会福祉法人組織により設立、資産、役員、施設整備、委託料等に関する基準を設けて公的責任の明確を期するとともに経営の合理化に資することとする。2. 地方公共団体が設置した施設の委託先は社会福祉事業団を原則とするが、これによりがたい場合には社会福祉事業団以外の社会福祉法人に委託することができるものとし、この場合における所要に基準を設けるものとする。3. 地方公共団体が広域行政の見地から社会福祉施設を設置しようとする場合は、従来の一部事務組合によるほか、関係地方公共団体が共同して社会福祉法人を設立し、これに施設の設置経営を行わせることができるものとし、この場合における所要の基準を設けることとする。」

当時民間の社会福祉法人は少なく、自治体直営は人件費の問題等により困難であったため、専門組織を設立して運営を委託する自治体が少なくなかった。そこで、自治体設置施設の担い手として公設民営組織の活用が提唱され、46通知により事業団として組織化された。当初事業団は自治体設置施設の受託経営の専門組織として位置付けられ、2以上の入所施設の運営が条件で、独自に整備可能な施設は老人福祉センター、老人休養ホーム、母子休養ホーム等のみと制限されていた。しかし、介護保険制度導入を期に2002年に46通知の取扱い通知が出され、自治体は事業団以外の社会福祉法人への運営委託が可能となり、事業団は社会福祉の担い手として必要な福祉に係る需要を満たす事業を積極的に行うことが盛り込まれ、運営受託だけでなく自主事業を行うことも可能となった。

「3. 事業団等の在り方について(中略)また、今後事業団等は、社会福祉の担い手としての重要な役割を果たすことが期待されるものであるから、福祉サービスの質の向上に資するものとして、一般の社会福祉法人によって先進的な事業や研究等の地域の実情に応じて対応が必要な福祉に係る需要を満たすための事業を行うなど、積極的な取り組みを行われたいこと。」

しかし、2003年の指定管理制度により自治体設置施設の運営委託は公募制となり、理事長は原則として都道府県知事又は市長と定められているが、最近では民間から選出される傾向にある。そのため、行政との関係が希薄化し、法人としての在り方が問われている現状にある。

事業団の全国アンケート調査結果を以下に示す。先ず事業団の設立時期を図 6-1 に示す。1970 年以前に設立され名称変更を行った都道府県事業団が 16 と多い。1971 年には 17 事業団が設立され、46 通知を契機に設立された事業団も多いことが分かる。設立理由としては他に運営を委託する法人がなかったことが 38 法人と設立理由として主に挙げられ、46 通知と答えた事業団は 18 法人、委託法人はあったが設立したと答えた事業団は 3 法人、その他が 10 法人である。また、県事業団の設立は 1985 年以前に集中しており、都道府県から先に設立が進められたものと考えられる。2000 年以降に設立された事業団は 4 と少ないが、萩市事業団がこの中に含まれる。

次に各事業団の職員数を図 6-2 に示す。市区町村事業団は職員数が 100～400 人以下に集中しているのに対し、都道府県事業団は 500 人以上が半数以上を占め、都道府県事業団の方が職員数は多い。また、職員数が多い都道府県事業団の大半は 46 通知前に設立されている点も特徴である。職員数が 700 名を超える大規模な市区町村事業団はさいたま市と西宮市で都市圏近郊の事業団である。

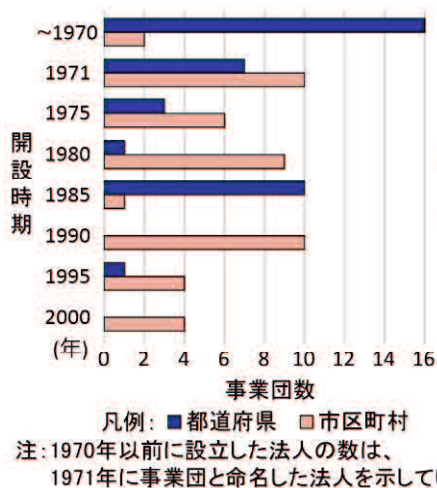


図 6-1 社会福祉事業団の開設時期

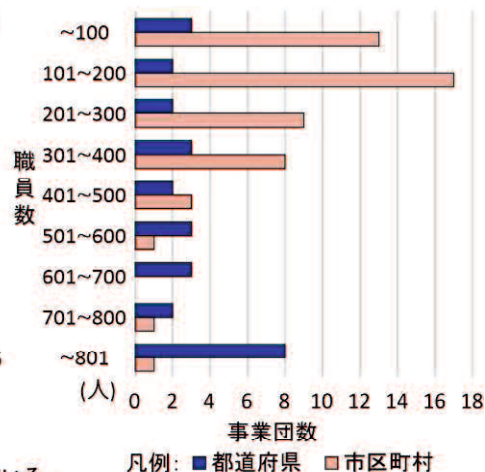


図 6-2 社会福祉事業団の職員数

アンケート調査を基に作成した全国の事業団設立時の事業内容を図 6-3 に示す。1980 年以前は法人設立当初入所系施設の運営が大半を占めるが、1980 年以降は児童福祉法や老人福祉法に基づく事業を中心に通所系が増加している。次に収集した現況報告書を基に作成した現在の全国の事業団の事業内訳を図 7-4 に示す。都道府県で障害者総合支援法に基づく事業が 58%を占め最も多く、次いで老人福祉法に基づく事業が 15%を占める。障害者福祉法では福祉サービス事業が 62%と最も多く、全体の 3 割を占める。老人福祉法では特別養護老人ホームや短期入所施設が半数以上を占め入所系施設を中心に事業運営が行われている。市区町村では老人福祉法及び児童福祉法に基づく事業が 25%と最も多い。老人福祉法

では福祉センターが32%、通所介護施設も26%を占める。児童福祉法では児童厚生施設が27%を占め多く、その他では相談支援事業が多い。46通知では条件である2以上の入所施設運営の中に入所施設以外の障害者福祉に関する3施設(精神薄弱児(者)関係通所施設、精神薄弱者通勤寮、肢体不自由児通園施設)も含まれることから、障害者福祉に力を入れていることが伺える。こうした経緯から現在も障害者福祉サービス事業が最も多いものと考えられる。一方で高齢者福祉もゴールドプランや介護保険制度の導入により、通所介護施設は都道府県で1.9%、市区町村で2.6%に増加している。

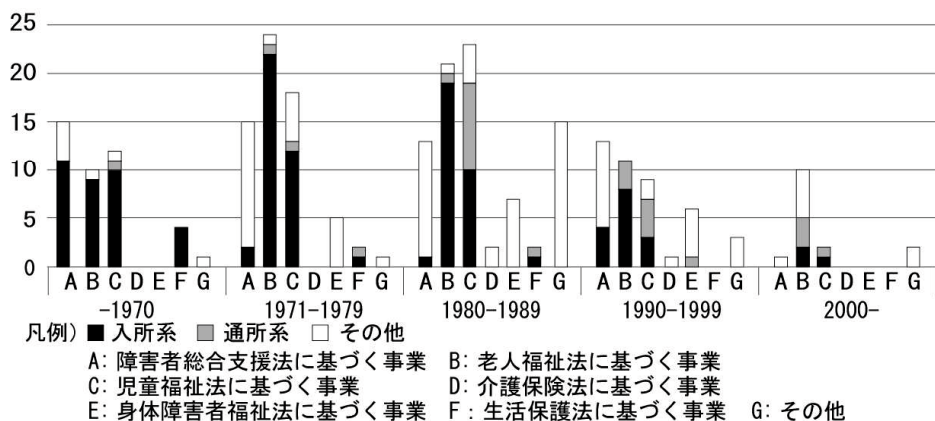


図6-3 全国の事業団設立時の事業内容

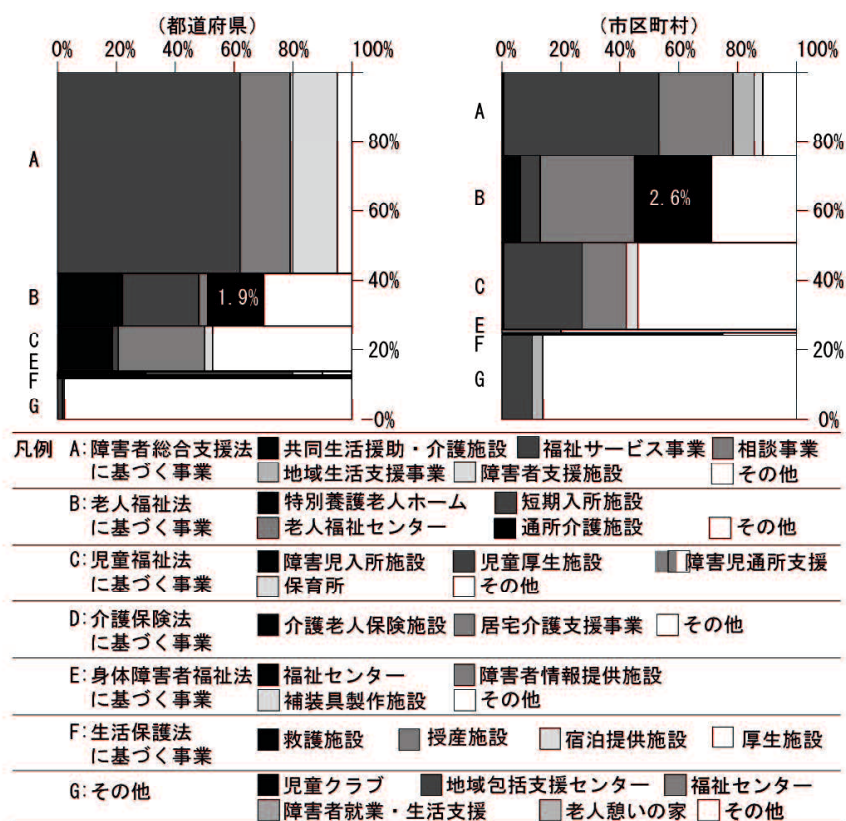


図6-4 全国の事業団の事業内訳（2014年）

6.2 山口県内の事業団及び萩市社会福祉事業団の創設経緯

山口県では6自治体が事業団を設立している。県内事業団の事業内容を表6-1に示す。山口県事業団は46通知を契機に県内で初めて設立された事業団で、児童福祉法に基づく事業のために設立され、障害者総合福祉法や老人福祉法も含めて入所系施設を中心に複合的運営を行う法人である。下関市事業団は山口県事業団と同様障害者総合福祉法、老人福祉法、児童福祉法に基づく施設を運営する法人である。防府・山陽小野田市事業団は障害者総合福祉法に特化した法人で、周南・萩市は老人福祉法に特化した法人である。通所介護施設を運営する事業団は山口県と周南・下関・萩市で、中でも萩市事業団は運営施設数が7施設と最も多い。また、施設定員も200名を超えており、全国的にも通所介護施設を積極的に整備している事業団として位置付けられる(図6-5)。

表 6-1 山口県内の社会福祉事業団の事業内訳

法律名	事業名	山口県	下関市	周南市	防府市	山陽小野田市	萩市
生活保護法	救護施設		1(60)				1(50)
児童福祉法	児童厚生施設・発達支援センター	1	1			1(10)	
	障害児支援施設	7(170)	4(60)		5(20)		
身体障害者福祉法	身体障害者福祉センター				1(30)		
障害者総合支援法	障害者支援施設	4(210)			2(40)	2(40)	
	障害者福祉サービス事業	9			6(104)	3(60)	2
	相談支援事業	2	2		4	1	
老人福祉法	特別・養護老人ホーム	3(300)	1(130)	1(110)			2(100)
	軽費老人ホーム			1(50)			1(50)
	老人福祉センター	1					1
	老人デイサービスセンター	6(80)	1(18)	3(75)			7(225)
	老人短期入所施設	6(100)		1(10)			1(20)
	老人(在宅)介護支援センター						7
	認知症対応型老人共同生活援助事業(グループホーム)	1(18)					1(18)
介護保険法	その他	3			1		3
	その他						2
合計		55(878)	14(268)	8(245)	21(194)	9(110)	28(463)

注) 表内の数値は事業数を、()内は定員を示す。

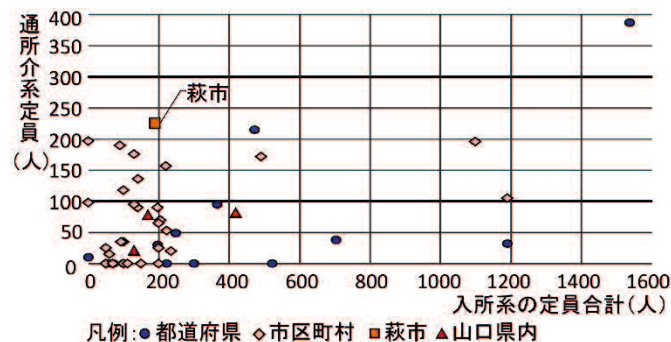


図 6-5 老人福祉法に基づく事業内容

旧萩市中心市街地には通所介護施設が未整備で、介護保険制度導入を契機に旧萩市は施設整備を検討した。しかし、市内には高齢者福祉事業を目的とした社会福祉法人が存在せず、市内で特別養護老人ホーム(以下：特養)を運営していた山口県事業団に通所介護施設設置の要望を出す、検討調整に時間を要し進まなかった。旧萩市は介護保険導入以前から施設 R-D, M-S 等の通所介護施設を整備しており(表 6-2)、施設運営は社会福祉協議会に委託していた経緯から、施設整備は市が行い運営を社会福祉協議会に委託する方式で施設整備を進めていた。その後、市の高齢者福祉の拠点となる複合型施設 K-L が 2000 年に整備される等一定の成果を見るが、高齢者福祉施設整備はその後進まなかった。

社会福祉協議会の主業務は、高齢者福祉も含むが、子育て・障害者福祉・まちづくり・地域コミュニティ活動等の「地域福祉全般の推進と向上」で、高齢者福祉施設運営が主目的ではなく、高齢者福祉施設の運営を社会福祉協議会に委託した場合、高齢者福祉部門の比重が他部門に比べ高くなる懸念があったため、2004 年に萩市事業団が設立され、社会福祉協議会が運営していた既存施設は事業団に引継がれている。萩市事業団の理事長は萩市長が兼ねており、全職員数は 397 名と中規模である。部署はなく事務局長から各施設に直結しているため、事務局長が全体を把握しやすい利点がある。本部の事務職員も各施設に分担が分かれている(図 6-6)。

事業団設立後、高齢者介護施設整備は急速に進んでいる。2005 年に施設 N-D、施設 U-S、2007 年に施設 A-S、2008 年に施設 O-D と萩市全域で 4 施設が開設した。また、2011 年には自治体が直営していた施設運営も委託されている。施設 A-S に関しては地域の医療施設からの施設開設の要望があり、2013 年に廃止している。

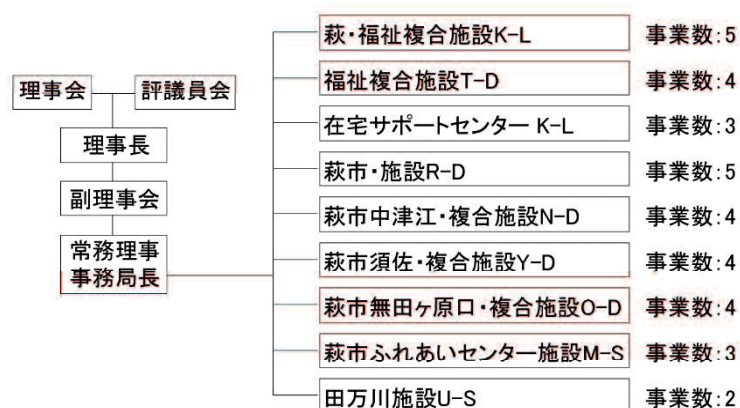


図 6-6 萩市社会福祉事業団の組織図

表 6-2 萩市社会福祉事業団の開設経緯と施設整備過程

年月	開設の経緯
1991.4	所有者が萩市に元料亭を提供する。その後、高齢者施設として活用することが決まり1990年に改修され、運営を社会福祉協議会に委託する形で翌年通所介護施設R-Dが開設。
1996.4	島民から福祉施設の要望が高まり、市が整備し社会福祉協議会に運営を委託する形で生活介護施設と通所介護施設の複合施設M-Sが開設。職員は萩市が委託していた保育園の職員を一部移動することで対応する。
2000.4	市民病院に併設して、特別養護老人ホーム、老人保健施設、在宅部門を併設する施設を検討していたが、当初特別養護老人ホームは県事業団が運営する特別養護老人ホームが整備されていたため許可が下りなかった。しかし、何度も県に交渉した結果許可が下り、市が整備し社会福祉協議会に運営を委託する形で施設K-Lが設立。
2004.2	社会福祉法人 萩市社会福祉事業団設立。
2004.4	2000.4から社社会福祉協議会に委託運営していた施設R-D、K-L、M-Sを引き続き萩市社会福祉事業団として事業を開始。 施設K-Lに介護予防センターを併設し、介護予防事業を開始。
2005.4	2004年にグループホームの必要性が求められたが、民間の法人がなく整備が進まなかった。翌年、市が整備し運営を委託する形で整備することが検討される中、県の施策としてのシルバーハウジング構想があり、県と市の連携事業としてグループホームと通所介護の複合施設N-Dが開設。運営は社会福祉事業団に委託。
2005.6	当時別の法人で開設した通所介護施設は土曜日は休みであったため、職員が自宅まで土曜日だけ宅老所開始。しかし、法人に無許可であったため、存続が難しくなる。その後事業団に声をかけられ入社し、宅老所の許可をもらい2年間続ける。2005年の萩市合併を期に施設を新たに開設する機会をもらい通所介護施設U-Sが開設。
2006.4	施設R-D、K-L、M-Sの指定管理者となる。
2007.4	地区に通所介護施設が無いことから民家を借り、改修して施設A-Sが開設。
2008.4	市は団地の建替えに伴いシルバーハウジングを検討し、市営住宅と福祉施設の合築を決め、社会福祉事業団に運営を委託し、通所介護施設O-D開設。
2011.4	町が設置・運営を行っていたが、人件費などの経費がかかり運営が難しくなったため、社会福祉事業団に運営委託を依頼。そこで、市から補助を受ける条件付きで生活支援ハウスと通所介護の複合施設Y-Dの指定管理者となる。
2013.3	養護老人ホームの老朽化による新設移転に伴い、ケアハウスと複合した施設T-Dが開設。
2013.9	地域の医療機関が通所介護施設を開設したいという要望を受け、施設A-Sの事業廃止。
2013.10	施設R-Dの居宅介護支援事業所が統合により事業廃止。

6.3 対象地の概要

山口県萩市は山口県の北部、日本海に面する典型的な地方都市である(図 6-7)。2005 年に旧市を中心に川上村・田万川町・むつみ村・須佐町・旭村・福栄村の 1 市 6 町村が合併し現在の萩市となっている。第 5 次山口県保健医療計画に定める高齢者保健福祉圏域においては山口県では 8 圏域に分類されており、その内萩圏域と定められた萩市と阿武町を萩地域、阿武町と萩市の合併町村を萩旧郡部地域(以下:郡部)とする。合併前の人口規模は須佐町、田万川町で 3,700 人、福栄村で 2,600 人、むつみ村、旭村で 2,200 人、川上村で 1,200 人と旧市の 46,000 人と比較すると小さい。中心市街地が現在の萩市の中心地区として機能しており、日本有数の規模を誇るデルタ地帯に発展し、市役所を中心として、小中高等学校、図書館などの公共施設や郵便局・農協、民間医療施設、商業施設等が集積立地している。郡部の中心集落は旧町村役場を利用した市の出張所、郵便局、診療所、小中学校等が立地し、現在も行政・教育・福祉サービスを提供する拠点となっている。また、昭和の大合併前の集落単位でみると、郵便局や小学校があり、中心集落として残っている地域が多いものの、民間購買施設は少ない。3 つの有人の離島を抱えている点も特徴である。

また、萩地域の合併の変遷についてみていくと、旧萩市では明治の大合併により 48 から 8 に自治体数が減少し、その後旧大井村・旧三見村・旧見島村の 3 村に自治体数が減少後、1955 年に 1 市に合併している。郡部においても明治の大合併により 30 から 14、昭和の大合併により 14 から 7 に自治体数が減少している。特に田万川町や須佐町の中でも弥富地区、むつみ村の中でも高俣地区で多くの地区が合併していることが分かる。

次に、萩地域の人口推移を図 6-8、高齢者人口の推移を図 6-9 に示す。萩地域の人口は全体的に 1980 年以降一貫して減少し続けており、旧萩市では 1980 年の 53,700 人から 2010 年には 41,000 人と、30 年間で約 24%減少している。その後も減少を続け、2040 年には 22,800 人と半数近くになると予測されている。一方で、高齢者人口は増加しており、1980 年の 7,000 人が 2010 年には 11,700 人と 1.5 倍以上に増加している。その後、高齢者人口は急激に増加し、2020 年の 15,200 人をピークに 2025 年以降は減少すると予測されている。

郡部においても人口は全ての町村で 1980 年以降減少を続けており、郡部の総人口は 1980 年の 27,425 人から 2010 年の 16,501 人と 4 割減少している。2010 年以降も減少が続き、2040 年には 8,796 名と 2010 年の人口の約半数になると予測されている。自治体別では、阿武町の 2010 年の人口が 3,743 人と最も人口規模が大きく、川上村の人口が 983 人と最も人口規模が小さい。また、田万川町、むつみ村で 1980-2040 年の減少率が 7 割近くと最も高く、最も人口規模が小さい川上村では大きな変化はない。高齢者人口も 2000 年をピークに減少しており、2000 年から 2040 年にかけて 4 割が減少すると予測されている。自治体別ではむつみ村で 2000-2040 年の減少率が 45%程度と最も高い。以上のように、高齢者人口も減少していく中、今後どのように高齢者施設整備及び運営を続けていくかが地域の大きな課題である。

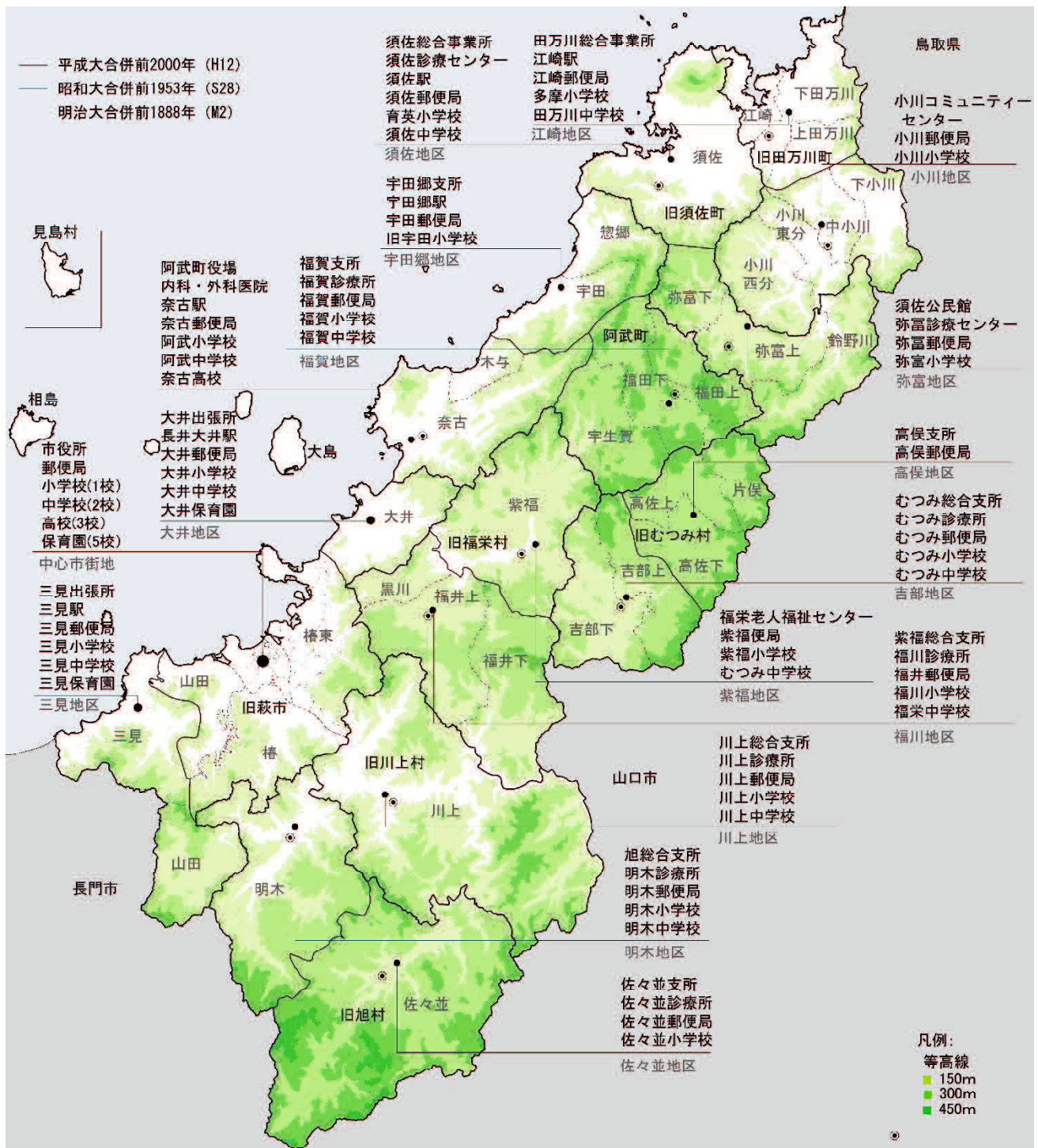


図 6-7 対象地の空間特性と主要施設

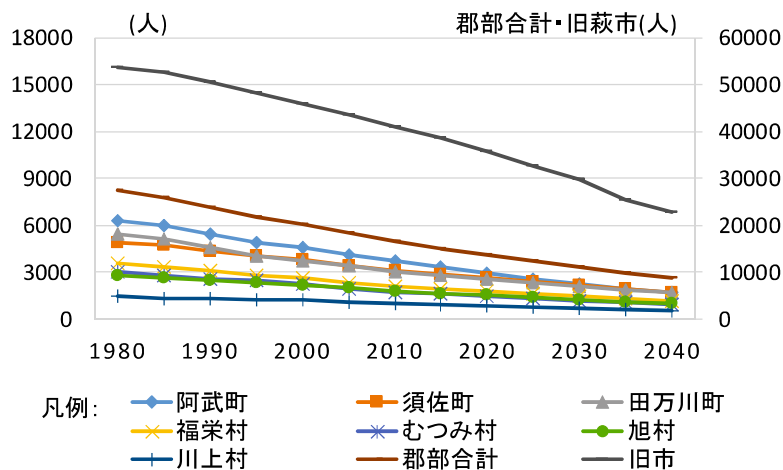


図 6-8 人口推移

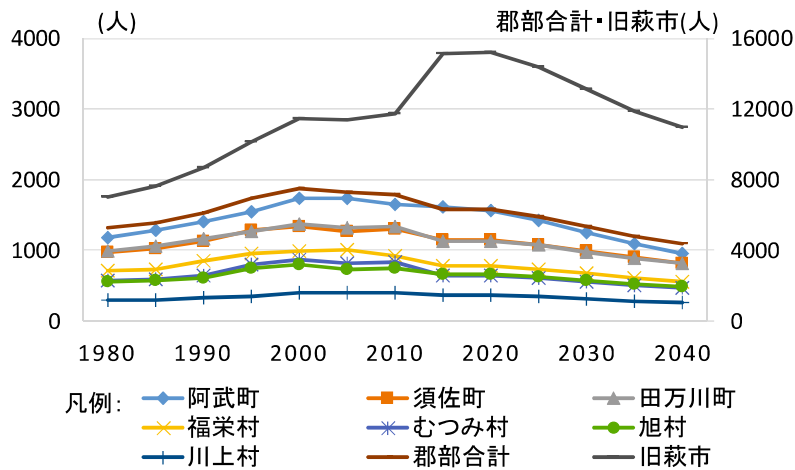


図 6-9 高齢者人口の推移

また、郡部の1889年の戸数を図6-10、1995年の人口を図6-11、戸数と人口の関係を図6-12に示す。戸数及び人口は明治の大合併前の区分ごとに示している。田万川町や須佐町の中でも弥富地区、むつみ村の中でも高俣地区のような多くの地区が合併した地域では100～200戸程度と数が少ないことから、戸数が少ない地区を中心に合併が進められたことが分かる。また、奈古地区では戸数が少ない木与地区と合併しており、大規模集落が小規模集落を吸収する合併もある。一方で、あまり合併が行われていない須佐町の中でも須佐地区、福栄村の中でも紫福地区、川上村、旭村では450戸以上と戸数が多いことが分かる。また、1889年の戸数と1995年の人口の関係をみると、相関係数が0.79と高いことから相関性があるといえる。そのため、現在も合併が行われていない地域では集落規模が大きく、合併が行われた地域で

は現在も集落が点在していることが考えられる。一方で、奈古地区の奈古、須佐地区の須佐、江崎地区の下田万では戸数に対する人口の割合が上昇しており、川上地区の川上、福川地区の福井上では下降している。奈古、須佐、下田万は昭和の合併後中心集落となった点が要因として考えられる。また、川上は人口減少が進んでいる地域である点、福井上は昭和の合併後中心集落となった福井下に人口が流れた点が要因として考えられる。

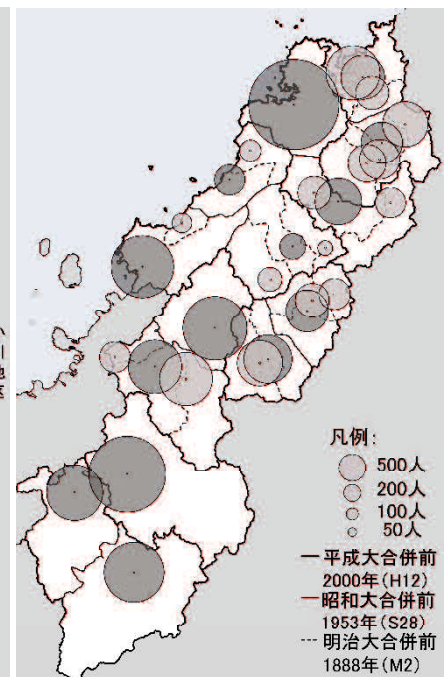
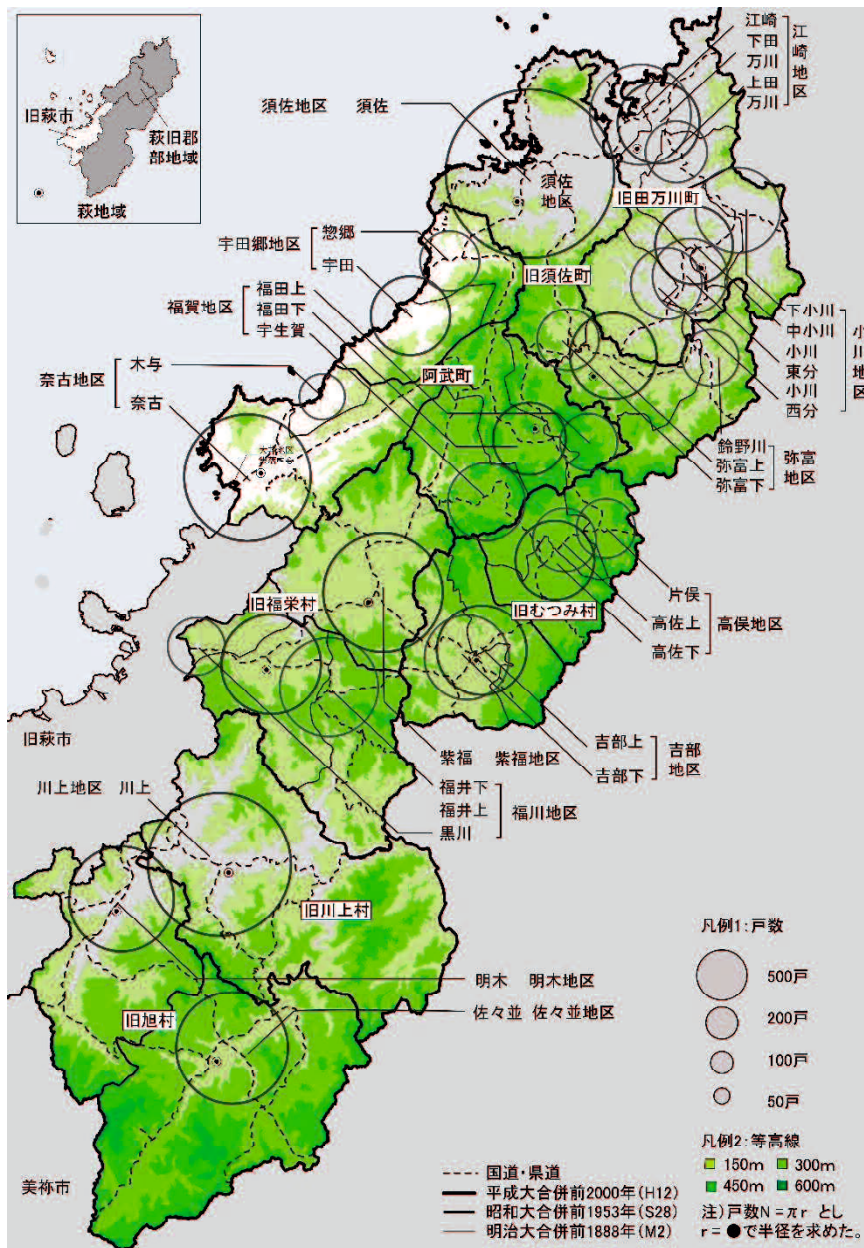


図6-11 1995年の人口

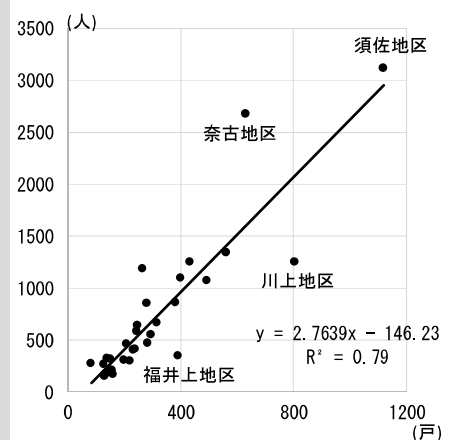


図6-12 戸数と人口の関係

6.4 萩地域における高齢者通所介護施設の整備プロセス

萩地域の整備プロセスは事業団設立(2004年)を境に1期と2期、2期までほとんどなかった民間法人の参入が増加した2010年以降を第3期に区分する。運営主体別通所介護施設の開設数を表6-3に示す。

表6-3 萩地域内の運営主体別通所介護施設の開設数

	法人	施設開設時期						市町村別合計
		1990	1995	2000	2005	2010	2015	
旧萩市	社会福祉事業団		1(35)	1(10)	1(50)	2(85)		18 (424)
	社会福祉法人			1(50)	1(30)			
	農業協同組合				2(20)		1(20)	
	医療法人					2(62)	2(22)	
	営利法人						4(40)	
旧田万川町	社会福祉法人		1(35)				1(25)	4(100)
	社会福祉事業団					1(10)		
	営利法人						1(30)	
旧須佐町	社会福祉法人		1(25)					2(60)
	社会福祉事業団			1(35)				
旧むつみ村	社会福祉法人				1(25)			1(25)
旧福栄村	社会福祉法人	1(30)						1(30)
旧川上村	社会福祉法人			1(20)				1(20)
旧旭村	社会福祉法人		1(20)					2(30)
	社会福祉事業団					1(10)		
	医療法人						1(10)	
阿武町	社会福祉法人	1(15)				3(30)	1(10)	5(55)
合計		2(45)	4(115)	4(115)	5(125)	8(187)	11(157)	34(744)

注1) 町村別合計は、2015年時点のもととする。

注2) ()内は施設の定員を表す。

注3) 社会福祉事業団については従前の開設年を示している。

(1) 第1期(事業団設立前)

第1期の施設配置図を図6-13に示す。介護保険制度導入以前、各市町村に1ヶ所ずつ特養を整備することから萩地域の高齢者介護施設整備が進められる。自治体が整備し運営を社会福祉法人に委託する形で、1989年に福栄村で施設Si-L、1992年に旭村で施設C-L、1994年に須佐町で施設Su-L、1995年に川上町で施設Ka-L、1994年に田万川町で施設Ah-Lが整備された。また、須佐町では1997年に町直営の生活支援ハウスと併設した通所介護施設Y-Dが整備されている。また、阿武町では、自治体が整備し運営を社会福祉法人に委託する形で1998年には養護老人ホームに併設した施設Ki-Lが整備された。

郡部では整備が進む一方で、旧萩市では特養を運営する社会福祉法人による通所介護施設整備は進まなかった。その中で、旧萩市所有施設(旧料亭)を通所介護施設へ活用することになり、改修は旧萩市が行い運営を社会福祉協議会へ委託し、1991年に初めて施設R-Dが開設された。見島では入所も可能な高齢者福祉施設建設の要望が住民からあり、旧萩市が施設を整備し運営を社会福祉協議会へ委託する方式で、1996年に生活支援ハウス併設型の通所介護施設M-Sが開設された。また、大島、相島においても住民の要望を受け、農協が2000年に公民館の1室とコミュニティセンターの1階を借用して通所介護施設を開設し、3島全てに施設が整備されている。その後、1998年には住民の要望により、旧三見村の中心部に社会福祉法人が障害者施設併設型の通所介護施設Sa-Dを開設している。

介護保険制度導入後、旧萩市は特養、老人保健施設、在宅部門の複合施設の設置を計画し、旧萩市が整備し運営を社会福祉協議会に委託する形で萩市民病院敷地内に施設K-Lが開設された。複合施設や中心市街地に立地する4施設の昼食を調理する厨房を併設する等、萩市の基幹施設として機能している。2003年には山口県事業団が旧大井村中心部に、特養敷地に隣接した旧保養施設を活用し通所介護施設Ha-Lを開設している。しかし、中心市街地では民間法人の参入もなく施設整備は進まなかった。また、郡部においても唯一なかった施設M-Lで通所介護が整備されたが、民間法人の参入はなく、施設整備は進まなかった。

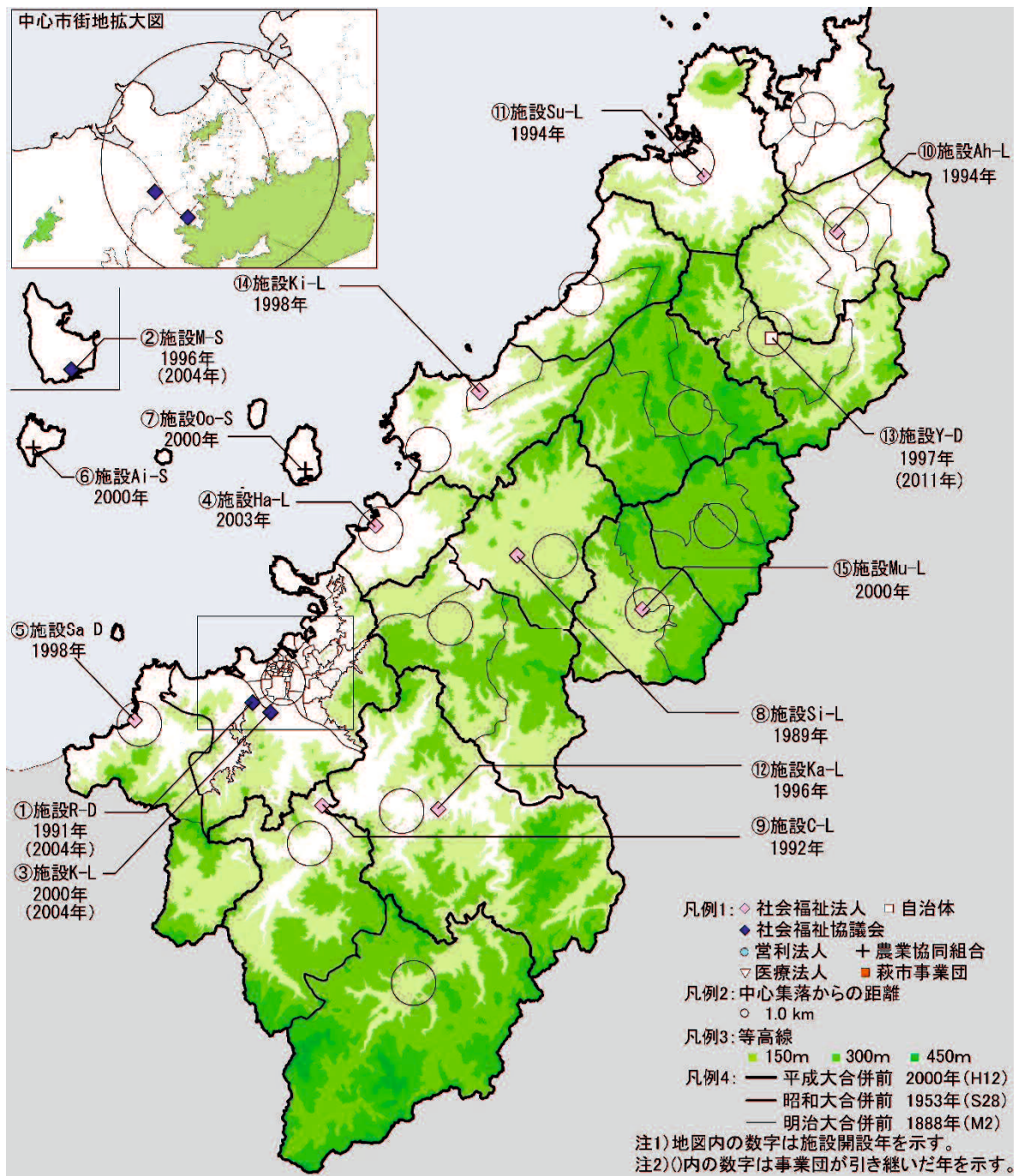


図 6-13 通所介護施設位置図(第1期)

(2) 第2期(事業団設立後)

第2期の施設配置図を図6-14に示す。中心市街地で整備が進んだのは事業団が設立された2004年以降である。グループホームの設置が求められる中、県のシルバーハウジング構想を契機に、2005年に県と市の連携事業としてグループホームと通所介護の複合施設 N-D が開設され、運営は事業団に委託されている。2008年には市営住宅団地の建て替えに伴いシルバーハウジングの建設が計画されたため、市営住宅と福祉施設の合築による高齢者向け住宅、生活支援ハウス、通所介護の複合施設 O-D が開設された。2005年には医療法人が参入し、施設 Ta-D、施設 D-D が開設し、初めて民間法人による通所介護2施設が整備された。

また郡部においても、田万川町で通所介護施設職員が土曜日に自宅で2年間宅老所を開設していたが、市町村合併を機に事業団から施設開設の機会を与えられ、2005年に民家改修型通所介護施設 U-S として開設された。2007年にも旭村の未整備地区に民家改修型施設 A-S が開設されている。阿武町では特養併設型施設を運営する社会福祉法人が小規模施設整備の取り組みを開始し、2006年から2008年にかけて昭和の合併前の3町村全てに民家改修型の施設 E-S、施設 H-S、施設 T-S を整備している。

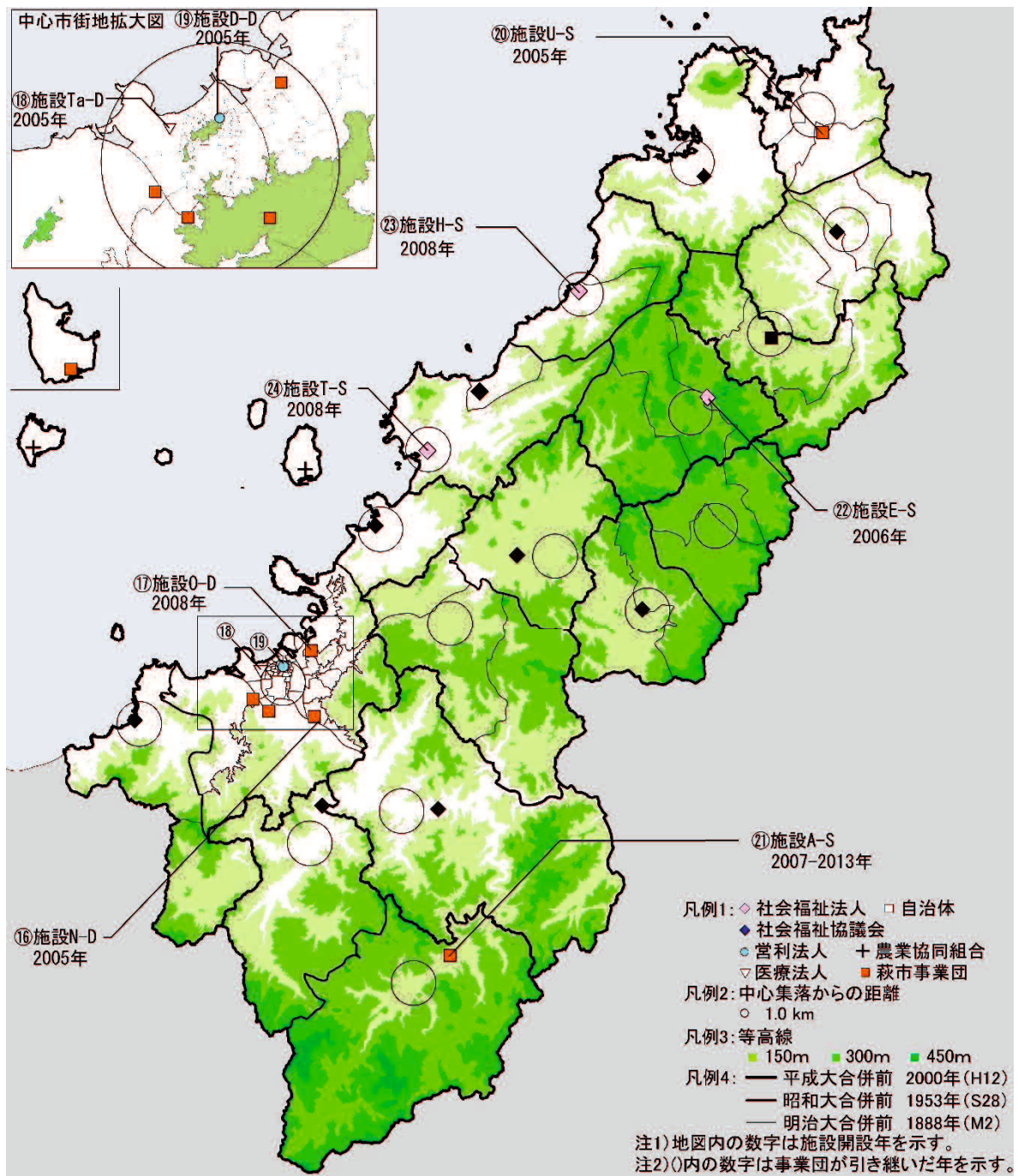


図 6-14 通所介護施設位置図(第2期)

(3) 第3期(民間法人の参入)

第3期の施設配置図を図6-15に示す。2010年以降は新たに営利法人が参入し、医療法人の参入も増加している。民間法人は事業採算性を重視し介護事業に参入するため、需要が集中する中心市街地に施設を開設する事例が大半を占める。医療法人により、2010年に病院敷地内に施設Hi-S、2012年に民家を改修した施設Sh-Sが開設されたが、施設Hi-Sは2013年に閉鎖している。また、2013年には保養所を活用した施設Tu-Dが開設された。営利法人が最初に参入したのは2011年で、民家を活用した定員10名の通所介護施設G-S、施設Ho-Sの2施設が開設され、その後も2013年に有料老人ホームと通所介護を併設した複合施設L-S、2014年には医療法人設立の通所介護施設を居抜きした定員10名の通所介護施設St-Sが開設されている。また、2014年には農協が遊休資産活用と組合員の福祉向上を目的に参入し、施設Ab-Sが開設された。

郡部では2011年に自治体が設置し直接運営していた生活支援ハウス、通所介護、訪問介護の複合施設Y-Dの施設運営を引継いでいる。施設Y-Dは経営が困難な状態で、萩市からの補助金を条件に事業団が運営を引継ぎ、現在も施設の運営が継続されている。また、2007年に旭村で開設された施設A-Sは地域の医療機関による通所介護施設開設要望を受け2013年事業を譲渡している。郡部に民間法人が初めて参入したのは2013年であり、医療法人により施設Sh-Sが開設され、2014年には田万川町で民間法人により2施設が開設されている。阿武町では施設H-Sが2010年に廃校改修型の施設に移行している。その後、病院を退院後も介護が必要な高齢者を施設Ki-Lで受け入れたいと考えたため、2015年に施設Ku-S(定員10名)の整備に伴い施設Ki-Lの定員を15名としている。

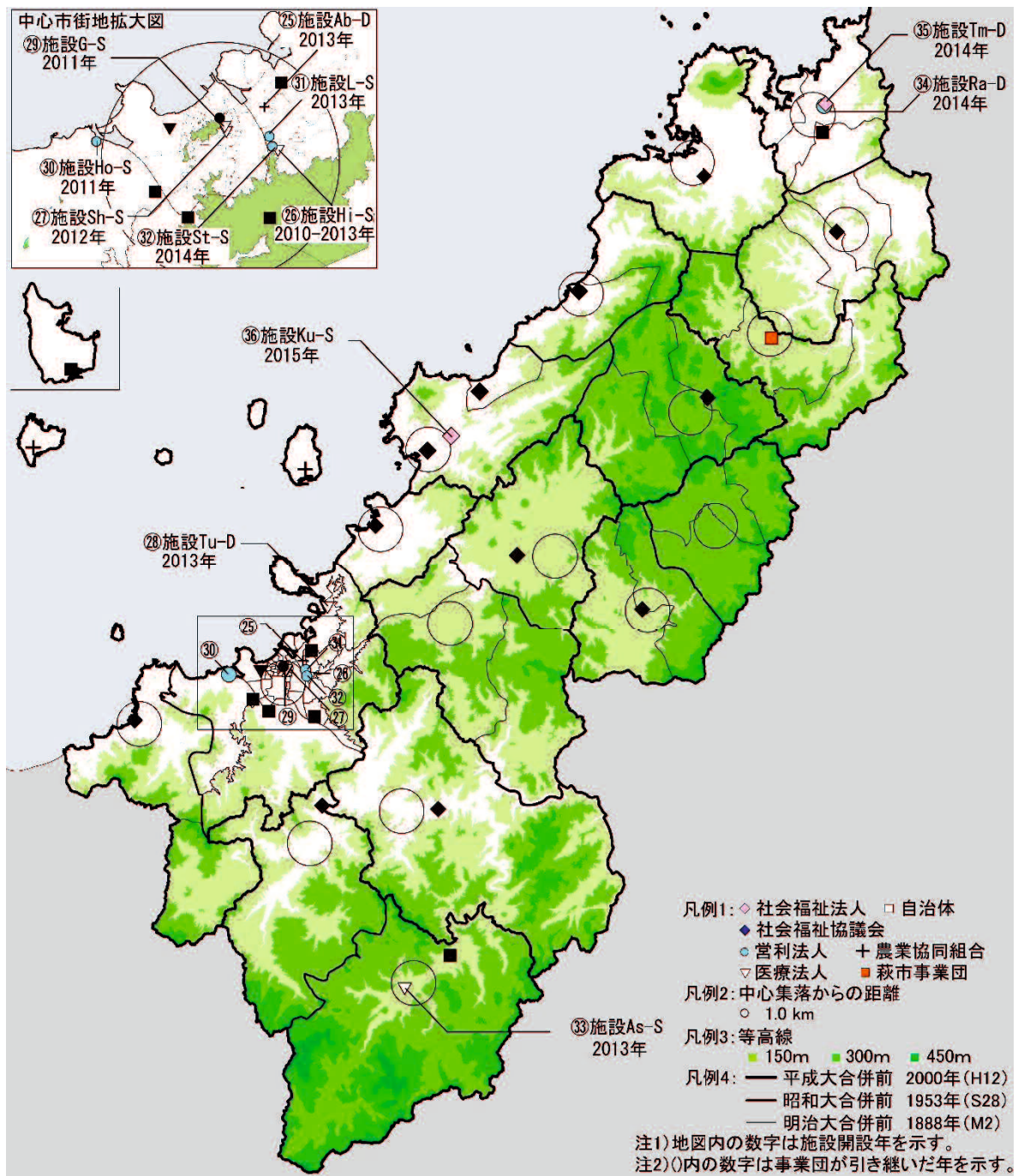


図 6-15 通所介護施設位置図(第3期)

(4) 高齢者人口及び施設・定員数の推移

最初、旧萩市について、高齢者人口と要介護認定者数の推移を図 6-16 に示す。高齢者人口は 2000 年代前半大きな変化はないが、2010 年以降急激に増加している。また、要介護認定者数は緩やかに増加しているが、2010 年以降増加率は高くなっている。時期区分別にみても第 3 期は 5 年間で高齢者人口は 29%、要介護認定者数は 32%と増加率が最も高い。

また、旧萩市の法人別通所介護施設定員数の推移を図 6-17 に示す。2000 年以前は社会福祉協議会と社会福祉法人が運営する 3 施設のみで、定員は 53 名であった。2000 年代前半は社会福祉法人や農協が参入しているが、施設定員に大きな変化はない。2004 年に事業団が設立され、医療法人も参入したため、2010 年時点では 11 施設、定員は 307 名に増加し、事業団運営施設は全体の 6 割を占める。2010 年以降は営利法人を中心とした民間法人により 7 施設整備され、2015 年には定員が 439 名に増加しており、要介護認定者数の増加が要因と考えられる。この内事業団の定員は 180 名と 4 割を占めている。

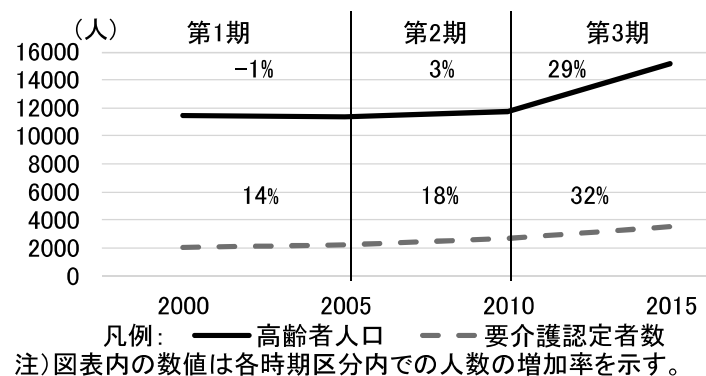


図 6-16 高齢者人口・要介護認定者数の推移

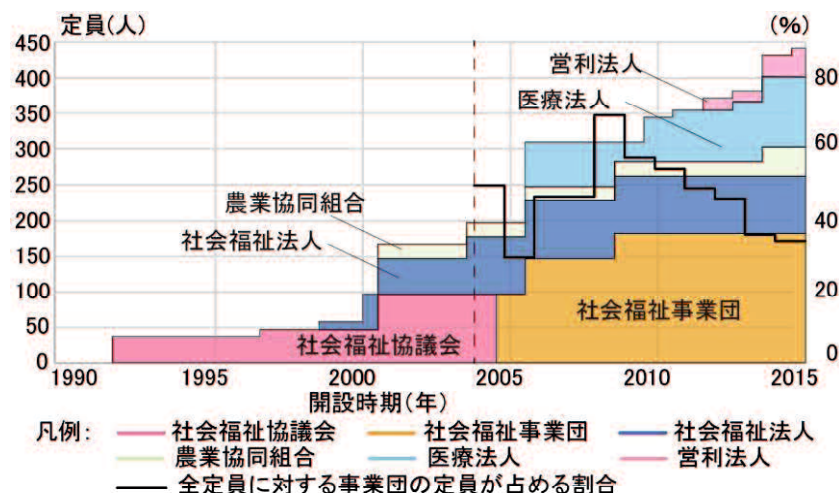


図 6-17 旧萩市内の法人別通所介護施設定員数の推移

次に郡部について、要介護認定者数の推移を図6-18に示す。要介護認定者数は2010年までは増加しているが、阿武町を除く6町村で2010年から2015年にかけて減少している。特に、福栄村とむつみ村では減少率が25%程度と最も高い。これに対し、阿武町では2010年から2015年にかけて増加している。

また、郡部の法人別通所介護施設定員数の推移を図6-19に示す。2000年以前は社会福祉法人及び自治体運営施設のみであり、7施設で定員は180名であった。その後、事業団の設立により田万川町及び旭村に施設が整備されたが、6旧町村においてほとんど整備は進んでいない。一方で、阿武町では特養を運営する社会福祉法人により小規模施設が3施設整備され、2010年時点では13施設で定員は260名である。その内社会福祉法人運営施設は自治体運営以外のため、9割近くを占める。その後、田万川町を中心に民間法人が参入し2施設整備されたため、2015年時点では16施設で定員は320名である。旭村については医療法人による施設開設の要望を受けて事業団運営施設を廃止したため、定員数に変化はない。その内、社会福祉法人が占める割合は8割近くを占めて高い。

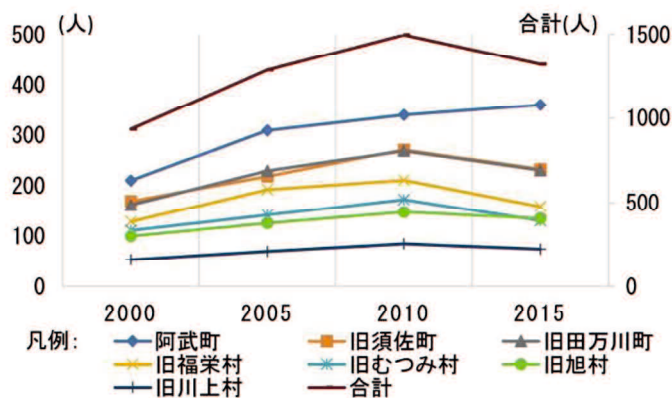


図6-18 要介護認定者数の推計値

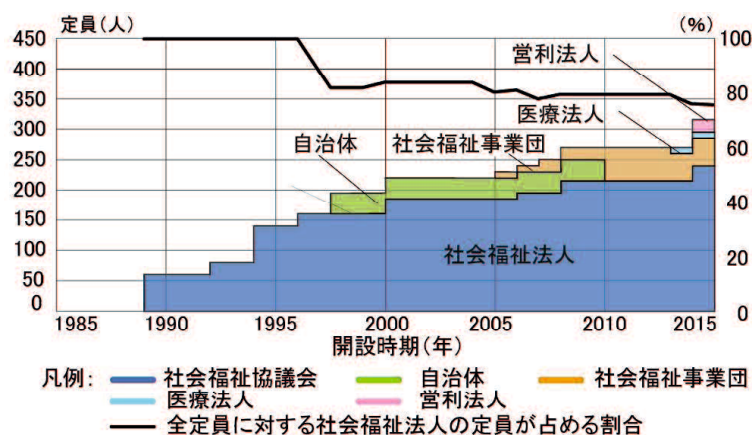


図6-19 運営主体別通所介護施設定員数の推移

旧町村別に施設立地の現状を整理するため整備プロセスからみた自治体区分を行った。結果を表5に示す。基幹1施設型は自治体に特養併設施設である基幹施設が1施設のみのタイプで、さらに川上村、むつみ村は集落中心から近いタイプ、福栄村は集落中心から遠いタイプ、旭村は1施設のみ小規模施設が参入したタイプに分類できる。人口が1000～2000人程度であり、中山間地域でみられる一般的なタイプである。基幹2施設型は自治体に基幹施設が2施設整備されたタイプで須佐町が属している。人口規模は3000人程度と比較的大きく、特養併設型施設の他に自治体が施設を整備した特殊なタイプである。基幹1施設+複合型(以下、複合型)は基幹1施設の他に小規模施設が1施設、老人ホーム併設型が2施設整備されたタイプで、旧田万川町が属している。旧田万川町では人口規模は須佐町と同程度であり、2000年以降民間が参入した一般的なタイプである。基幹1施設+サテライト型(以下、サテライト型)は、基幹施設運営法人がサテライト方式で小規模施設を整備したタイプで、阿武町が属している。人口規模は3750人程度と最も大きく、1社会福祉法人により複数の施設整備が行われた特殊なタイプである。

表6-4 整備プロセスからみた自治体区分

タイプ	基幹1施設型				基幹2施設型	基幹1施設+複合型	基幹1施設+サテライト型
			小規模1施設型				
施設整備モデル図							
特徴	基幹施設1施設のみ整備。中心集落から2km圏内。		基幹施設1施設のみ整備。中心集落から2km以上。		基幹・小規模施設が1施設ずつ整備。	基幹2施設(特養併設型・単独施設)が整備。	基幹1施設と小規模施設、老人ホーム併設の2施設が整備。
該当する旧町村	旧川上村	旧むつみ村	旧福栄村	旧旭村	旧須佐町	旧田万川町	阿武町
地域類型(3章)	山間地域型	山間地域型	中密度町村型	山間地域型	山間地域型	山間地域型	山間地域型
面積(km ²)/2010年人口	93.22/983	69.66/1731	98.3/2106	134.04/1795	87.15/3088	78.21/3055	116.07/3743
町村数 明治合併前/後	1 / 1	5 / 2	4 / 2	2 / 2	4 / 2	7 / 2	7 / 3
施設開設時期 基幹施設/ 小規模施設	～1999	1/0	1/0	1/0	1/0	2/0	1/0
	2000～2009	1/0	1/0	1/0	1/1	2/0	1/1
	2010～2014	1/0	1/0	1/0	1/1	2/0	3/1
	合計	1	1	1	2	4	5

注1) 基幹施設: 特養併設型施設、単独施設とする。 小規模: 小規模施設

注2) ●: 中心集落 ◇: 基幹施設 □: 老人ホーム併設施設 △: 小規模施設

6.5 施設概要と平面構成

施設概要と平面構成を整備プロセスと同様に3期に分けて示す。ただし、平面構成に関しては資料を得られた事業団と社会福祉法人(施設C-L、施設Ka-Lを除く)のみ示す。また、阿武町内の施設は4章で示しているため、省略する。

(1) 第1期(事業団設立前)

施設概要を表6-5、施設平面図を図6-20～6-29に示す。旧萩市内の施設について、施設R-Dは料亭を改修した施設であり、定員は35名で、職員14名で対応している。病後児保育を併設した施設である。空間構成について、機能訓練室横の訓練室は改修時に増設され、以前は訪問介護ステーションとして使用されていたが、現在はマシントレーニングを使用した機能訓練の場となっている。機能訓練室とは別に畳の休養室が確保され、ベッドも4台設置されている。また、以前特別浴室があったが、使用されなくなり介護予防専用居室に改修され、月2回使用されている。また、浴室も男女で分かれて2か所あるが、現在は奥の浴室のみ使用され、手前の浴室は洗濯機等が置かれ、物干し場となっている。トイレに関しては元々料亭であるため、狭く車いす利用者への介助が難しい。

施設M-Sは島嶼部に位置し、生活支援ハウスと併設した施設であり、定員は10名で、職員は生活支援ハウスと兼任で6名の内半数が島外の住民である。空間構成について、1階を通所介護、2階を生活支援ハウスとして使用されている。機能訓練室の一角に畳が敷かれ、休養スペースを確保しており、ベッドも3台置かれている。浴室は以前男女で分かれて2か所あったが、1室を特別浴室に改修し、特別浴槽も施設R-Dで使用されていたものが持ち込まれ、特別浴室の利用が可能となっている。厨房では調理担当職員が昼食とおやつを準備している。

施設K-Lは特養や訪問介護、老人保健施設等さまざまな施設を併設した大規模な施設であり、定員は50名で、職員24名で対応している。中心市街地内にある4施設の昼食も施設K-L内の厨房で調理しており、基幹施設としての機能も有している。空間構成について、機能訓練室を中心に、休養スペース、トイレ、浴室が全ての機能が隣接し、廊下がない点が特徴である。休養スペースは畳28畳と広く、ベッドも5台設置されているが、機能訓練室との段差が大きく、介護度の高い利用者が多くなってからはほとんど利用されていない。そのため、機能訓練室内にベッドが4台置かれ、休養の場としている。浴室は特別浴室も設置され、介護度の高い利用者も入浴が可能となっている。

施設Ha-Lは特養に隣接した旅館を改修した施設であり、定員は30名で、職員10名で対応している。旅館を改修した広い施設であり、特養と昼食の調理を分けて行っている点が特徴である。空間構成について、利用者が1日を過ごす機能訓練室と昼食やおやつをとる食堂の2部屋が確保されている点がこの施設の特徴である。機能訓練室には畳空間やベッドスペースもあり、利用者は午睡を取っている。浴室

は一般浴室と特別浴室がある。事務室は機能訓練室から遠いため、機能訓練室の一角に事務スペースを設置している。

施設 Sa-D は障害者施設に併設した施設で、当初定員は 8 名であったが、現在は 50 名まで増加している(2000 年 15 名、2001 年 20 名、2006 年 25 名、2008 年 30 名、2009 年 35 名、2010 年 40 名、2011 年 45 名、2012 年 50 名)。職員は 20 名で対応している。空間構成について、最初定員が 8 名であったため、居室の一角のみを使用し、その他のスペースは展示スペースとして活用されていたが、定員が 50 名に増加した現在は居室全てを機能訓練室として使用している。機能訓練室は空間としては広いが定員が 50 名と多いため、利用者は机で 1 日を過ごしている。1 ヶ所ソファが設置されたゆとりのスペースが設置されている。休養室も畳スペースとベッドスペースが確保されているが、全員午睡することはできず、ほとんどの利用者は午睡を取っていない。浴室は一般浴室 1 ヶ所のみでリフト浴が設置されている。事務室は機能訓練室に続いているが、背丈が高い家具が事務室の前に並んでいるため、利用者の見守りを行ことはできない。全体的に定員 50 名と考えると空間は狭い。

施設 Ai-S は定員 10 名で、職員 5 名で対応している。月・金の週 2 回開設され、金曜日のみ介護予防の利用者も受け入れている。施設 O-S は水曜日のみ開設され、定員が 10 名で、職員 7 名で対応している。介護予防の利用者も定員 10 名で行っており、1 階が通所介護、2 階が予防介護と区別して行われており、職員は兼任している。

表 6-5 通所介護施設の概要(第1期整備施設)

時期	施設番号	運営主体	施設名	所在地	併設施設	通所介護施設				
						開設年	構造	建築形態	定員	職員数
第1期	1	事業	施設R-D	旧萩市	2000 病後児保育(4) 2006 介護予防(10)	1991 (2004)	S2	料亭改修	35	14
	2	事業	施設M-S	旧萩市	1996 生活支援ハウス(10)	1996(2004)	S2	新設	10	6
	3	事業	施設K-L	旧萩市	2000 特別養護老人ホーム(50) 訪問介護・訪問看護 居宅介護支援 老人保健施設(80) 通所リハビリ(50)	2000 (2004)	RC3	新設	50	24
	4	社福	施設Ha-L	旧萩市	1979 特別養護老人ホーム 2003 認知対応型共同生活支援事業	2003	W1	旅館改修	30	10
	5	社福	施設Sa-D	旧萩市	1998 在宅介護支援事業 障害者支援施設	1998	RC1	新設	50	20
	6	農協	施設Ai-S	旧萩市		2000	RC1	文化センター	10	5
	7	農協	施設Oo-S	旧萩市		2000	RC2	公民館	10	7
	8	社福	施設Si-L	旧福栄村	1989 特別養護老人ホーム(60)	1989	S1	新設	30	9
	9	社福	施設C-L	旧旭村	1992 特別養護老人ホーム(60)	1992	RC1	新設	20	8
	10	社福	施設Ah-L	旧田万川町	1982 特別養護老人ホーム(60) 2003 居宅介護支援	1994	RC1	新設	35	7
	11	社福	施設Su-L	旧須佐町	1994 特別養護老人ホーム(60) 2000 グループホーム(9)、 居宅介護支援	1994	RC1	新設	25	10
	12	社福	施設Ka-L	旧川上村	1996 特別養護老人ホーム(36)	1996	RC1	新設	20	6
	13	事業	施設Y-D	旧須佐町	1998 生活支援ハウス(8)、 訪問介護、居宅介護支援	1997 (2011)	RC2	新設	35	10
	14	社福	施設Ki-L	阿武町	1998 養護老人ホーム(50)、 訪問介護 2000 特別養護老人ホーム(50) 2005 グループホーム(9)	1998	RC1	新設	15	8
	15	社福	施設Mu-L	旧むつみ村	1994 特別養護老人ホーム(60)	2000	RC1	新設	25	10

凡例) 運営主体 事業:事業団、社福:社会福祉法人、医療:医療法人、営利:営利法人

施設名 L:特養併設型施設 D:単独型施設 S:小規模施設

構造 S:鉄骨造、RC:鉄筋コンクリート造、W:木造

注1) 開設年の()内の数値は事業団に運営を委託した年を示す。

注2) 構造の数値は建物の階数を示す。



写真 6-1 施設 R-D



写真 6-2 施設 Mj



写真 6-3 施設 K-L



写真 6-4 施設 Ha-L



写真 6-5 施設 Sa-D



写真 6-6 施設 Ai-S



写真 6-7 施設 Oo-S



写真 6-8 施設 Si-L



写真6-9 施設C-L



写真6-10 施設A-L



写真6-11 施設Su-L



写真6-12 施設Ka-L



写真6-13 施設Y-D



写真6-14 施設Ki-L



写真6-15 施設Mu-L

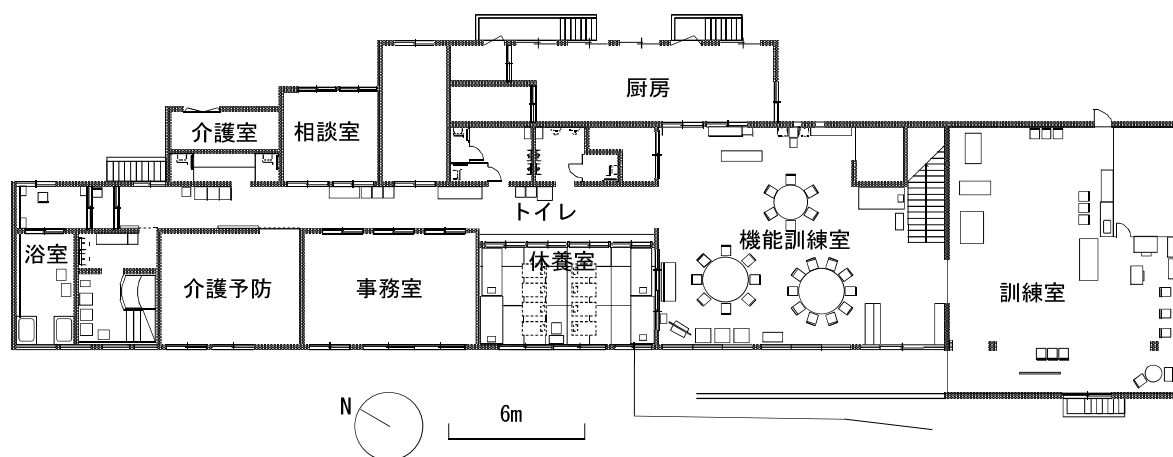


図 6-20 施設 R-D の平面図



写真 6-16 機能訓練室



写真 6-17 訓練室



写真 6-18 休養室



写真 6-19 浴室

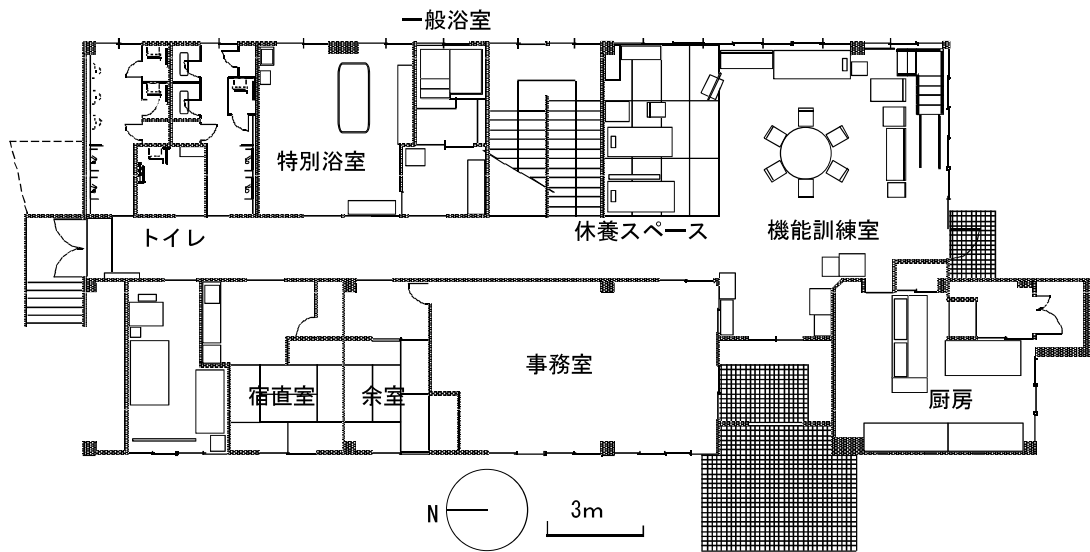


図 6-21 施設 M-S の平面図

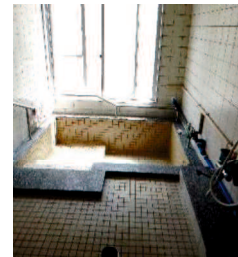


写真 6-20 機能訓練室 写真 6-21 休養スペース 写真 6-22 特別浴室 写真 6-23 一般浴室

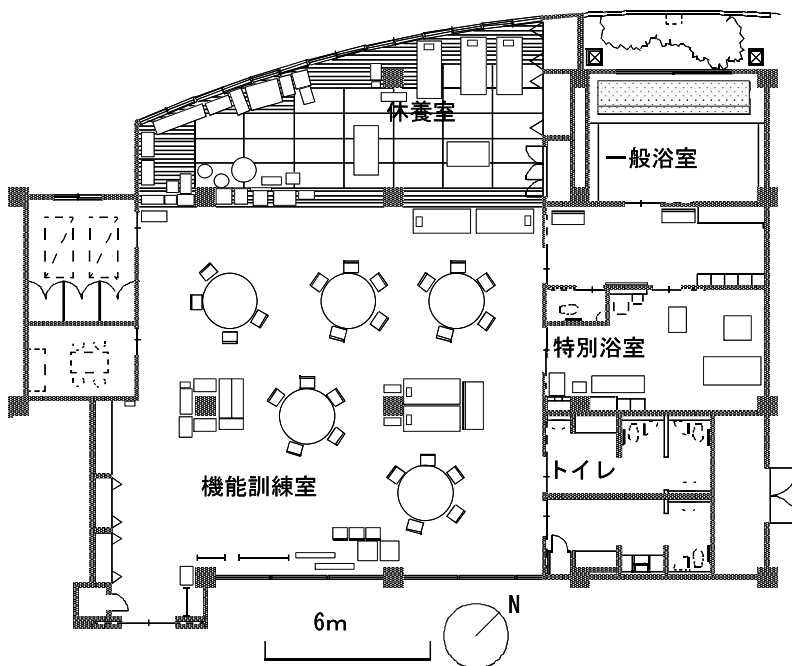


図 6-22 施設 K-L の平面図



写真 6-24 機能訓練室



写真 6-25 休養スペース



写真 6-26 休養室



写真 6-27 一般浴室



写真 6-28 特別浴室



写真 6-29 トイレ

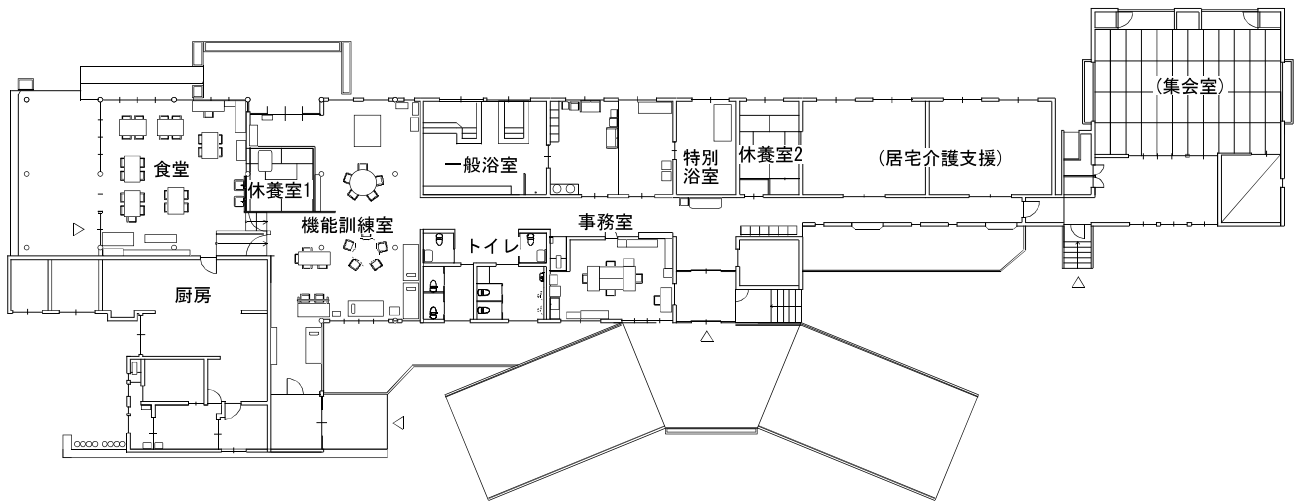


図 6-23 施設 Ha-L の平面図

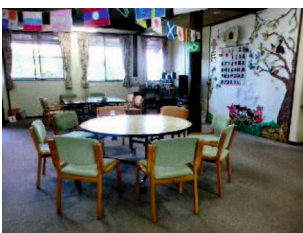


写真 6-30 機能訓練室

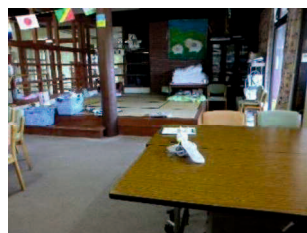


写真 6-31 休養室 1



写真 6-32 食堂



写真 6-33 浴室

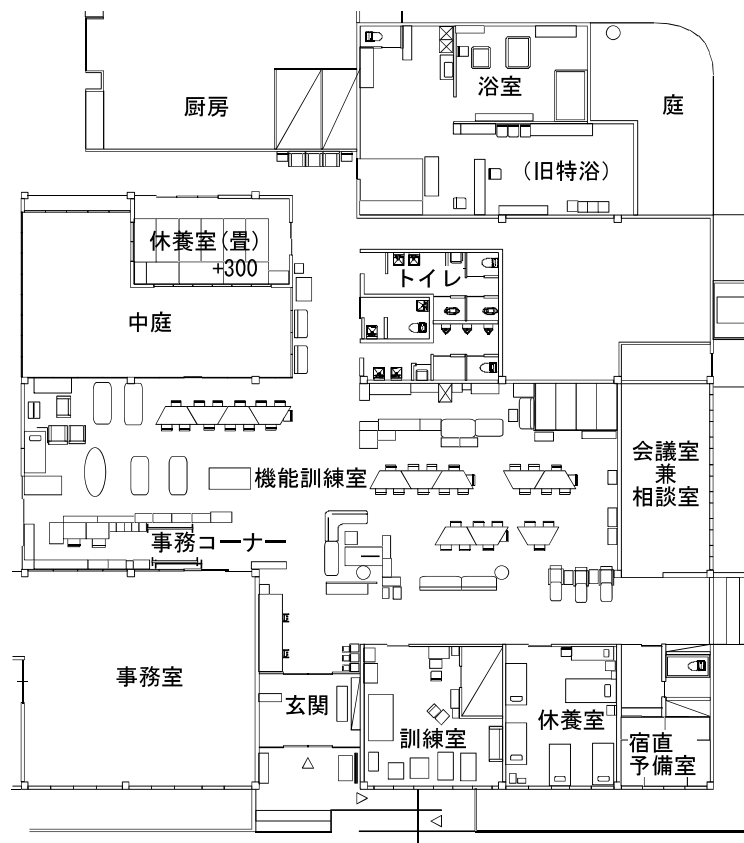


図 6-24 施設 Sa-D の平面図

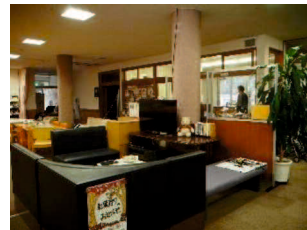


写真 6-34 機能訓練室 1 写真 6-35 機能訓練室 2 写真 6-36 ゆとりのスペース

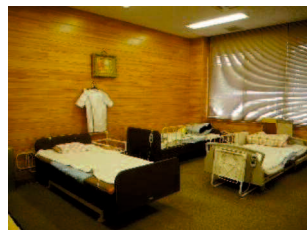


写真 6-37 休養室(畳) 写真 6-38 休養室 写真 6-39 一般浴室 写真 6-40 リフト浴

次に郡部内の施設について、施設 Si-L は定員 30 名で、職員 9 名で対応している。当初は旧福栄村が運営を行う予定であったが、福栄村の人口減少が予測されたため、社会福祉法人を設立し運営を委託している。地域に根差した施設運営を行っており、弁当の配達も行っている。空間構成について、機能訓練室は横に長く、間口が狭いためソファ等のスペースを確保することが難しく、利用者は基本的に机で 1 日を過ごす。休養室は和室とベッドスペースがあり、元は相談室である居室もベッドスペースとして使用されているため、ベッド数も多く、利用者全員午睡が可能である。浴室は一般浴室のみで、特別浴室は特養の浴室を使用している。事務室は機能訓練室と直接続いているが、利用者の過ごす場所から離れているため見守ることができないため、机を配置してそこを事務スペースとしている。

施設 Ah-L は定員 35 名で、職員 7 名で対応している。開設当初は B 型で、その後 E 型を増築して 2 施設開設していた点は特徴である。空間構成について、介護保険制度導入以前は B 型と E 型に分かれており、導入後は壁が廃止され 1 つの空間になっているため、機能訓練室は広い。利用者が 1 日を過ごす居間空間とソファやマッサージチェアが配置されたゆとりのスペースが確保されている。また、2 施設の間の空間にカウンターが設置され、コーヒー販売を行っている点は特徴である。カウンター前に椅子も並べられ、午後の自由時間では利用者がコーヒーを飲みながら談話する場面も見られた。休養室は和室とベッド 2 台が配置されたベッドスペースと機能訓練室の一角にベッドが 4 台配置されたスペースが確保されている。浴室も 2 施設に分かれたことから 2 か所あり、1 ヶ所は大浴場、1 ヶ所は個浴である。特別浴室は特養にあるが、介護度の高い利用者も個浴で対応しており、特別浴室を使用していない点は特徴である。事務室は機能訓練室から直接続いているため、利用者の見守りが可能である。

施設 Su-L は定員 25 名で、職員 10 名で対応している。敷地内に病院も併設しており、地域医療と福祉を並行して施設運営を行っている。空間構成について、機能訓練室が広いため、居間空間の他にソファが 4 台配置されたゆとりの空間やベッドが 6 台配置されたベッドスペースが確保されている。居間空間は主に昼食やおやつに使用され、ゆとりの空間が利用者の自由時間の居場所となっている。休養室は和室があるが、それほど広くないためベッドスペースを合わせても全員午睡することはできない。浴室は一般浴室と特別浴室がある。事務室は機能訓練室から遠いため、機能訓練室の一角に配置されている。

施設 Y-D は人件費等の問題から赤字経営であったため、補助金を条件に運営を自治体から事業団に引き継いでいる。通所介護施設は定員 35 名で、職員 7 名で対応している。高齢者介護サービスだけでなく障害者福祉サービスも提供しており、対象を高齢者に限定しない施設運営を行っている点が特徴である。空間構成について、2000 年以前に建設された古い施設ではあるが、生活支援ハウスと併設した 2 階に通所介護施設がある珍しい施設である。また、回廊型になっており、広い機能訓練室を確保している。機能訓練室の中でも、利用者が 1 日過ごすスペース、マシントレーニングスペース、ソファやベッドが 6 台置かれた休養スペース、個別で歌を歌ったり、機能訓練にも使用される訓練スペースに分かれ、利用者はそれぞれ好みの場所を選択することが可能となっている。休養室は和室とベッド 7 台が置かれた居

室の2室確保されており、ほぼ全員が午睡可能である。浴室に関しても特別浴室が設置され、介護度の高い利用者も入浴可能である。

施設 Mu-L は町内に運営できる法人がなかったため、施設 Si-L を運営する社会福祉法人に町が施設運営を要望している。定員は25名で、職員10名で対応している。空間構成について、施設の一部は2016年初旬に改修されている。機能訓練室にはソファ等が配置されたゆとりの空間はあるが狭く、利用者は1日を机で過ごしている。休養室は以前和室であったが、タイルに改修されベッドが10台以上設置された広い空間となっている。浴室は一般浴室に機械浴が設置され、時間で区別している。事務室は機能訓練室から直接続いているため、利用者の見守りが可能である。

施設 C-L は定員20名で、職員8名で対応している。施設 Ka-L は定員20名で、職員8名で対応している。旧旭村が施設を整備後、社会福祉法人を設立し施設運営を行っている。施設 Ki-L は開設当初定員30名で運営を行っていたが、病院を退院後も介護が必要な高齢者が多く、そのような高齢者を受け入れたいと考えたため、2015年に施設 Ku-S の整備に伴い定員を15名としている。職員は8名で対応している。

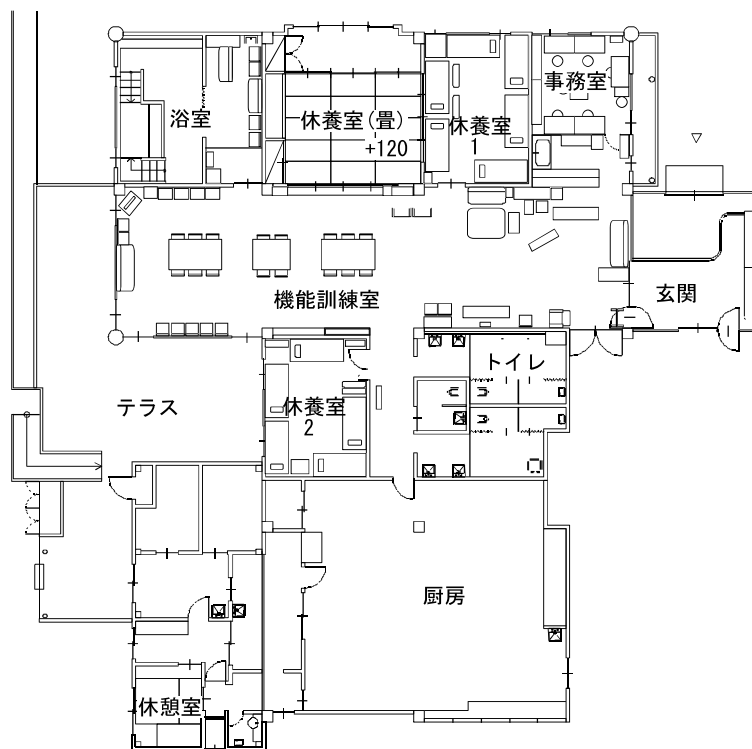


図 6-25 施設 Si-L の平面図



写真 6-41 機能訓練室



写真6-42 休養室(和室)



写真6-43 休養室1

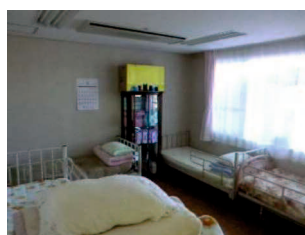


写真6-44 休養室2



写真6-45 浴室

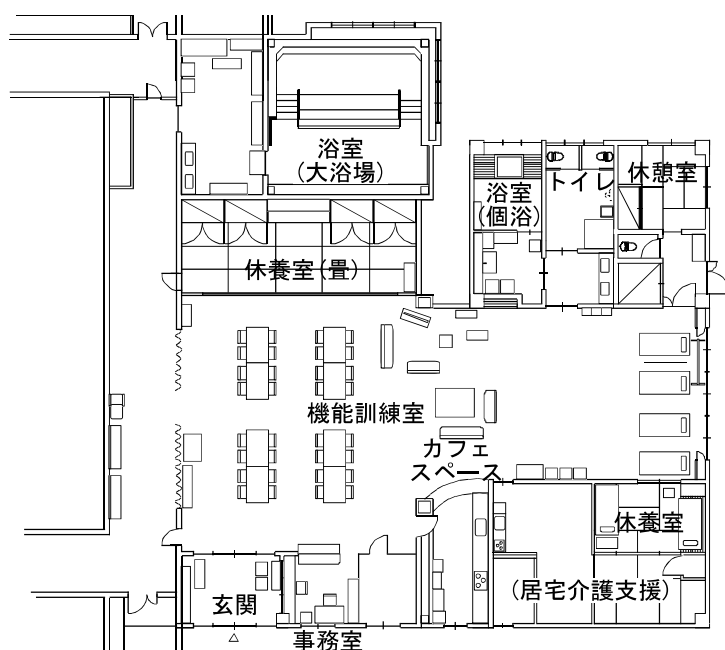


図 6-26 施設 Ah-L の平面図



写真 6-46 機能訓練室

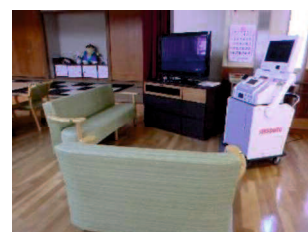


写真 6-47 ゆとりのスペース

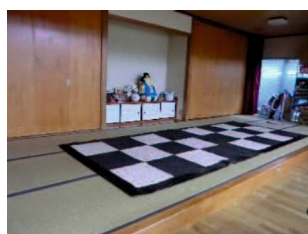


写真6-48 休養室(畳)



写真6-49 大浴場

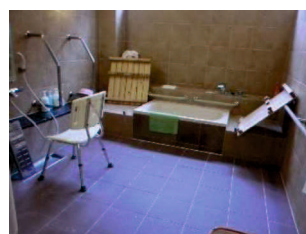


写真6-50 個浴

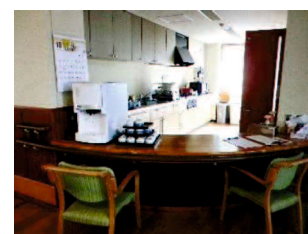


写真6-51 カフェスペース

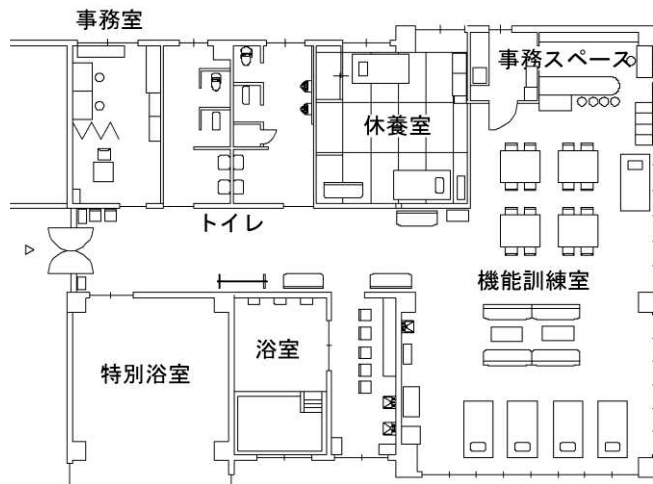


図 6-27 施設 Su-L の平面図



写真 6-52 機能訓練室



写真6-53 ゆとりのスペース



写真6-54 休養室



写真6-55 一般浴室



写真6-56 特別浴室

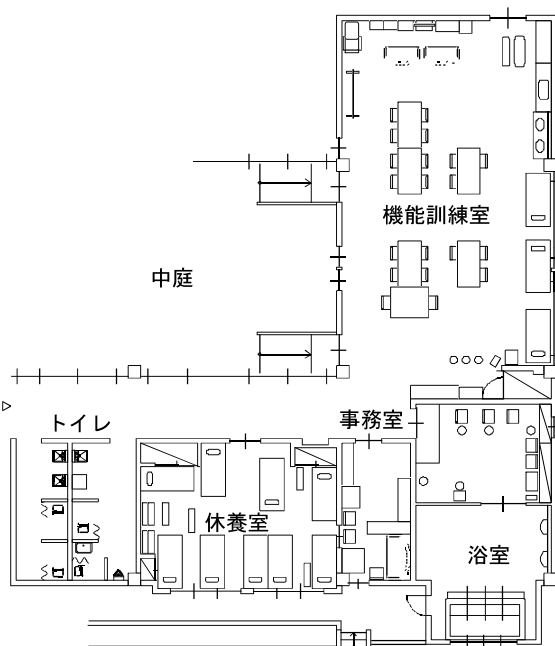


図 6-28 施設 Mu-L の平面図



写真 6-57 機能訓練室



写真 6-58 休養室



写真 6-59 浴室



写真 6-60 機械浴槽

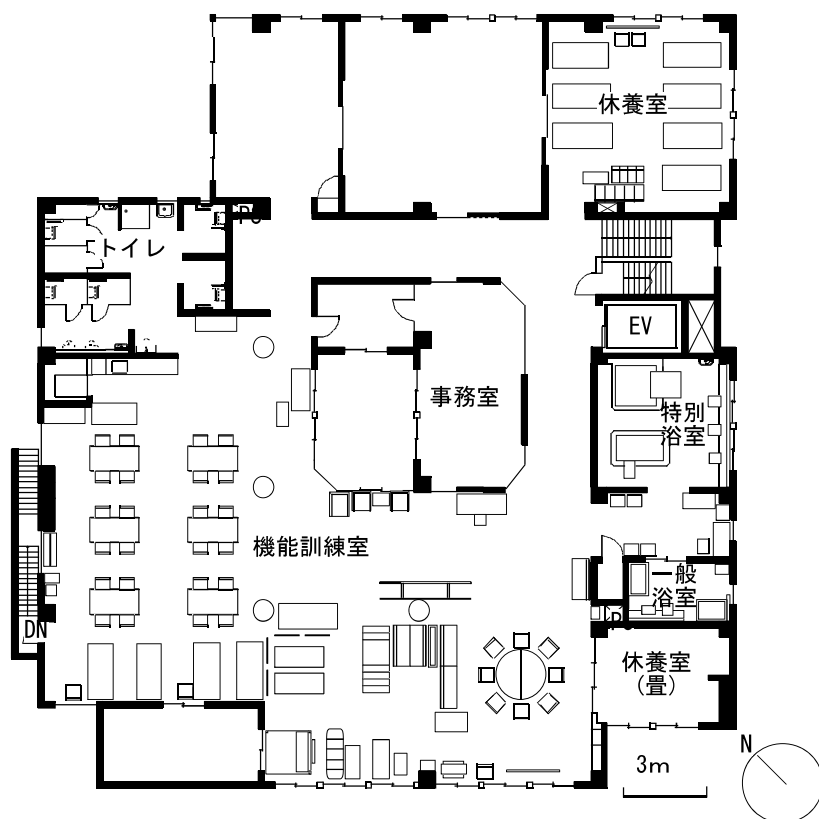


図 6-29 施設 Y-D の平面図



写真 6-61 機能訓練室

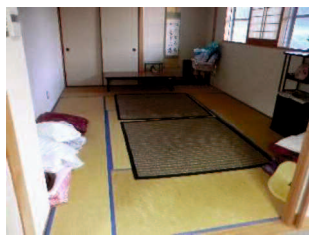


写真 6-62 休養室(和室)



写真 6-63 休養室



写真 6-64 一般浴室



写真 6-65 特別浴室

(2) 第2期(事業団設立後)

施設概要を表6-6、施設平面図を図6-30～6-32に示す。旧萩市内の施設について、施設N-Dはグループホームに併設した施設であり、定員35名で、職員は10名である。空間構成について、機能訓練室が広く取られている点の特徴である。機能訓練室に一角に畳やベッドが6台配置され、休養スペースを確保している。浴室は一般浴室の一角に機械浴槽が設置され、介護度の高い利用者も入浴が可能となっている。

施設O-Dは生活支援ハウスと高齢者向け住宅に併設した施設であり、定員50名で、職員16名で対応している。介護度が低い利用者を対象としているため、特別浴室を設置していない。空間構成について、事業団運営施設で最も新しい施設であり、施設N-Dと同様に広い機能訓練室を確保している。狭いながらもベッド1台が置かれた休養室を確保しており、その他は機能訓練室内に畳やベッド2台を配置し、休養スペースを確保している。また、介護度の低い利用者を対象としているため、別室にマシントレーニング器具が設置された訓練室を確保している。その他にも2階～4階には生活支援ハウスや高齢者住宅が併設されているため、会議室などの機能もあり、機能が充実した施設となっている。

施設Ta-Dは病院敷地内に新設した施設であり、定員は35名で、職員20名で対応している。施設D-Dは民家活用施設であり、27名と民家活用型施設としては大規模であり、職員10名で対応している。

次に郡部の施設について、施設U-Sは事業団職員の希望により民家を活用した施設が整備された施設であり、定員10名で、職員10名で対応している。開設当初はショートステイも行われていたが、現在は通所介護のみである。また、365日開設している点の特徴である。空間構成について、母屋の隣に離れを増築した民家活用型施設の中でも大規模な施設である。母屋に関してはほとんど改修が行われていないが、2014年に大規模な土砂災害があり、床上浸水したことため改修する際に休養室の床材を畳からフローリングに変更している。増設された離れは広い台所とフローリングの食事空間、車椅子用トイレ、浴室が設置されている。機能訓練室と浴室が2か所ある点の特徴であり、午前は機能訓練室2、午後は機能訓練室1で過ごす利用者が多い。また、浴室も2か所どちらも使用しているため、利用者は時間を気にせずゆっくり入浴できる。休養室を含めた母屋の和室にベッド3台、離れにもベッド1台が設置され、その他にもソファで休養することが可能なため、全ての利用者が午睡可能となっている。

施設A-Sは民家を活用した施設であり、定員10名で、職員9名で対応していたが、現在は廃止となっている。施設E-Sは民家を活用した施設で、定員10名で、職員5名で対応している。施設H-Sは廃校を活用した施設で、グループホームと生活支援ハウスが併設しており、定員10名で、職員4名で対応している。2011年に民家を活用した施設から廃校を活用した施設に移行しているが、定員等に変更はない。施設T-Sは民家を活用した施設であり、定員10名で、職員4名で対応している。

表 6-6 通所介護施設の概要(第2期整備施設)

時期	施設番号	運営主体	施設名	所在地	併設施設	通所介護施設				
						開設年	構造	建築形態	定員	職員数
第2期	16	事業	施設N-D	旧萩市	2005 グループホーム(18)	2005	RC2	新設	35	10
	17	事業	施設O-D	旧萩市	2008 生活支援ハウス(11) 高齢者向け住宅(14)	2008	RC2	新設	50	16
	18	医療	施設Ta-D	旧萩市		2005	RC2	新設	35	20
	19	医療	施設D-D	旧萩市	2005 居宅介護支援	2005	W1	民家改修	27	10
	20	事業	施設U-S	旧田万川町		2005	W1	民家改修	10	10
	21	事業	施設A-S	旧旭村		2007-2013	W1	民家改修	10	9
	22	社福	施設E-S	阿武町		2006	W2	民家改修	10	5
	23	社福	施設H-S	阿武町	2011 グループホーム(9) 2011 生活支援ハウス(4)	2008(2011)	RC2	廃校改修	10	4
	24	社福	施設T-S	阿武町		2008	W2	民家改修	10	4

凡例) 運営主体 事業:事業団、社福:社会福祉法人、医療:医療法人、営利:営利法人

施設名 L:特養併設型施設 D:単独型施設 S:小規模施設

構造 S:鉄骨造、RC:鉄筋コンクリート造、W:木造

注1) 開設年の()内の数値は事業団に運営を委託した年を示す。

注2) 構造の数値は建物の階数を示す。



写真 6-66 施設 N-D



写真 6-67 施設 O-D



写真 6-68 施設 Ta-D



写真 6-69 施設 D-D



写真 6-70 施設 U-S



写真 6-71 施設 A-S



写真 6-72 施設 E-S



写真 6-73 施設 H-S



写真 6-74 施設 T-S

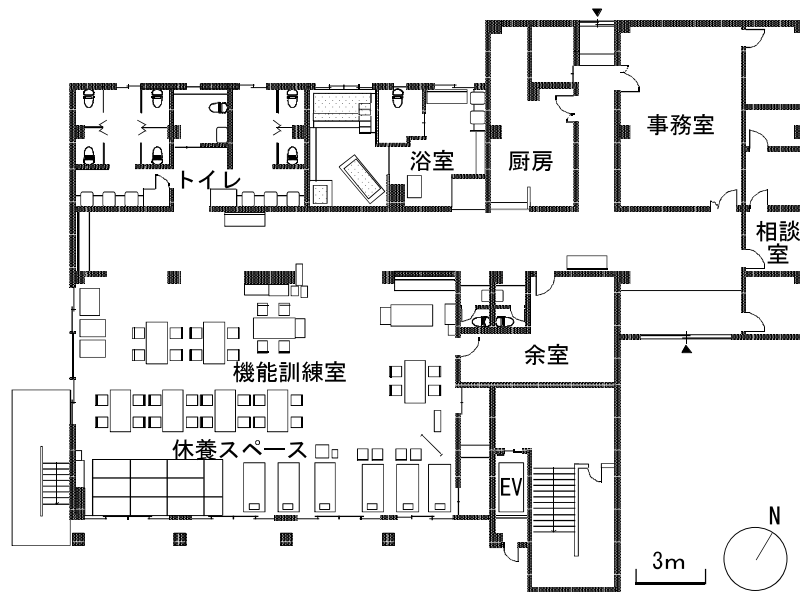


図 6-30 施設 N-D の平面図



写真 6-75 機能訓練室

写真 6-76 休養スペース

写真 6-77 一般浴室

写真 6-78 機械浴槽

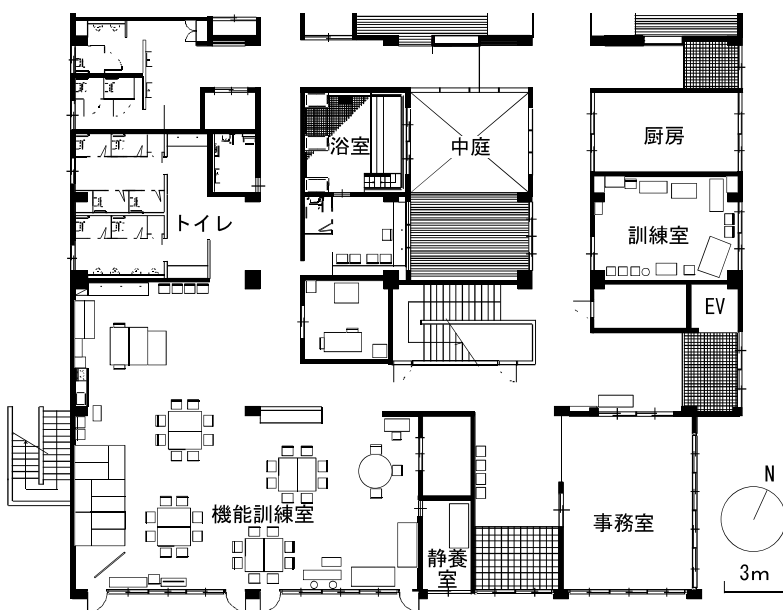


図 6-31 施設 O-D の平面図

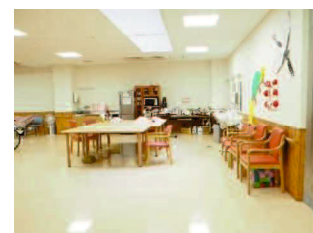


写真 6-79 機能訓練室



写真 6-80 訓練室



写真 6-81 浴室



写真 6-82 トイレ

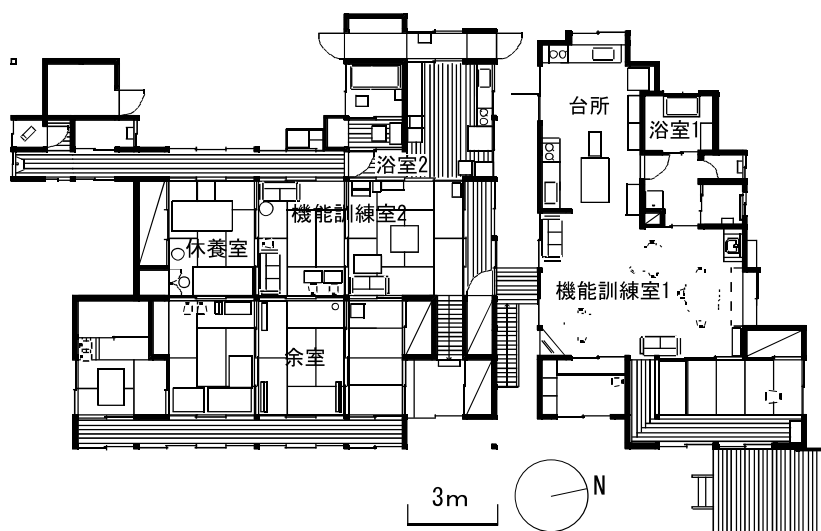


図 6-32 施設 U-S の平面図

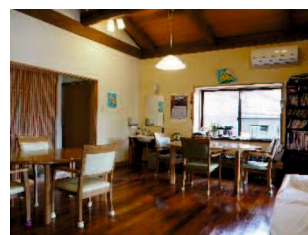


写真 6-83 機能訓練室 1



写真 6-84 機能訓練室 2



写真 6-85 休養室



写真 6-86 浴室 1



写真 6-87 浴室 2



写真 6-88 台所

(3) 第3期(民間法人の参入)

施設概要を表6-7に示す。旧萩市内の施設について、施設Ab-Dは農協の遊休施設を活用した施設であり、定員20名で、職員14名で対応している。以前は公民館等で介護予防のみ行っていたが、要介護認定を受けた利用者は利用施設を変更する必要があると、施設を開設して欲しいとの要望があり開設している。施設Hi-Dは病院の敷地内に新設した施設であり、定員10名であるが、現在は廃止されている。施設Sh-Sは民家を活用した施設であり、定員12名で、職員8名で対応している。施設Tu-Dは県の雇用所を活用した施設で、有料老人ホームと併設しており、定員25名で、職員6名で対応している。施設G-Sは民家を改修した施設であり、定員10名である。施設Ho-Sは民家を改修した施設であり、定員は10名である。施設L-Sは新設で有料老人ホームに併設した施設であり、定員10名で、職員7名で対応している。施設St-Sは以前医療法人が新設した施設を居抜きした施設であり、定員は10名で、職員4名で対応している。介護予防に特化し、器械体操を多く取り入れている点で特徴的な施設である。

郡部の施設について、施設As-Sは事業団に施設整備要望を出して開設した施設で、定員10名である。施設Ra-D及び施設Tm-Dは同敷地内に位置しており、新設で有料老人ホームに併設した施設であり、定員は30名、25名である。しかし、この2施設は老人ホームを主要な施設としており、通所介護施設利用者のほぼ全員が老人ホーム入居者である。施設Kuは阿武町にある施設の中で最も新しく、住民が空き家を施設として活用してほしいとの要望があり開設した小規模施設で、定員は10名で、職員5名で対応している。

表 6-7 通所介護施設の概要(第3期整備施設)

時期	施設番号	運営主体	施設名	所在地	併設施設	通所介護施設				
						開設年	構造	建築形態	定員	職員数
第3期	25	農協	施設Ab-D	旧萩市	2006 訪問介護	2013	RC2	支所	20	14
	26	医療	施設Hi-S	旧萩市		2010-2013	RC1	新設	10	-
	27	医療	施設Sh-S	旧萩市		2012	W2	民家改修	12	8
	28	医療	施設Tu-D	旧萩市	2013 有料老人ホーム	2013	RC2	保養所改修	25	6
	29	営利	施設G-S	旧萩市		2011	W2	民家改修	10	-
	30	営利	施設Ho-S	旧萩市	2011 居宅介護支援	2011	W2	民家改修	10	-
	31	営利	施設L-S	旧萩市	2013 有料老人ホーム	2013	RC1	新設	10	7
	32	営利	施設St-S	旧萩市		2014	RC1	居抜き	10	4
	33	医療	施設As-S	旧旭村		2013	RC1	新設	10	-
	34	営利	施設Ra-D	旧田万川町	2014 有料老人ホーム(26)	2014	RC1	新設	30	-
	35	社福	施設Tm-D	旧田万川町	2014 有料老人ホーム(40)	2014	RC1	新設	25	-
	36	社福	施設Ku-S	阿武町		2015	W1	民家改修	10	5

凡例) 運営主体 事業:事業団、社福:社会福祉法人、医療:医療法人、営利:営利法人

施設名 L:特養併設型施設 D:単独型施設 S:小規模施設

構造 S:鉄骨造、RC:鉄筋コンクリート造、W:木造

注1) 開設年の()内の数値は事業団に運営を委託した年を示す。

注2) 構造の数値は建物の階数を示す。



写真 6-89 施設 Ab-D



写真 6-90 施設 Sh-S



写真 6-91 施設 Tu-D



写真 6-92 施設 G-S



写真 6-93 施設 Ho-S



写真 6-94 施設 L-S



写真 6-95 施設 St-S (Hi-S)



写真 6-96 施設 As-S



写真 6-97 施設 Ra-D



写真 6-98 施設 Tm-D



写真 6-99 施設 Ku-S

以上、事業団は県市と連携して施設整備を進めており、特に旧萩市の施設整備において重要な役割を果たしている。基幹施設である施設K-Lと中心市街地に立地する事業団運営施設は車で15分圏内と近いいため、昼食を施設K-Lで調理する等の機能分担も行っている。また、住民の要望による島嶼地域での施設整備や職員の要望による郡部での施設整備、郡部の自治体が直営する施設運営の引継ぎも行っており、旧萩市だけでなく萩市全域の施設整備に関与している点も注目される。社会福祉法人運営施設は明治の大合併後の中心集落より1kmに位置する特養併設施設が4施設、2kmに位置する特養併設施設が3施設と比較的 center 集落近くに立地する施設が多い点は特徴である。また、平成の大合併前の旧町村内に2施設以上施設が立地する場合はそれぞれ明治の大合併前の旧町村の中心集落に立地する傾向にある点も注目できる。民間法人は2010年以降を中心に、中心市街地や郡部の明治大合併後の中心集落近くと人口が集中する地域に参入しており、民家等既存建築を活用した施設が多い点は特徴である。

6.6 旧萩市の通所介護施設の利用特性

この節からは旧萩市と郡部に分けて利用特性の分析を行う。最初に旧市について、社会福祉事業団及び社会福祉法人運営施設を対象とする。

(1) 事業団と社会福祉法人運営の通所介護施設の利用者の基本属性と利用形態

旧萩市内の事業団及び社会福祉法人運営施設利用者の基本属性を図 6-33 に示す。性別は女性の平均が 70%と多く、特に施設 R-D では女性が 80%を超え最も多い。年齢は施設 K-L、N-D、R-D、Sa-D、Ha-L では 80 歳代が半数以上、次いで 90 歳以上が約 3 割と多く、施設 O-D では他の施設と比べ 70 代の利用者が約 30%を占める点が特徴である。介護度は特別浴室が設置された施設 K-L、N-D では要介護 3 以上の利用者が半数近くを占め、要介護 5 の利用者も夫々 11 名、7 名来所する一方、施設 R-D と O-D では要介護 3 以上の利用者は 1 割以下と少なく、事業団運営施設で差が見られた。また、施設 Sa-D と Ha-L では介護度 1、2 の利用者が多い。

次に施設利用回数及び入浴サービスの種類を図 6-34 に示す。施設利用回数は全施設で週 1～2 回の割合が半数以上の施設が多い。入浴は大半の利用者がサービスを受けているが、要介護度が低い利用者が多い施設 R-D では入浴しない利用者が半数近く存在する。介護度が高い利用者が多い施設 K-L、N-D と施設 Ha-L では 9 割が入浴サービスを受け、1 割が特別浴室を利用している。

以上、特別浴室を完備した施設では介護度が高い利用者を受け入れる施設としての役割を果たしている。これに対し、特別浴室を完備した施設から車で 10 分圏内にある施設では介護度 3 以上の利用者が 1-2 割程度であることから、施設間の距離が近い場合利用者は施設機能に応じ選択を行っているものと考えられる。

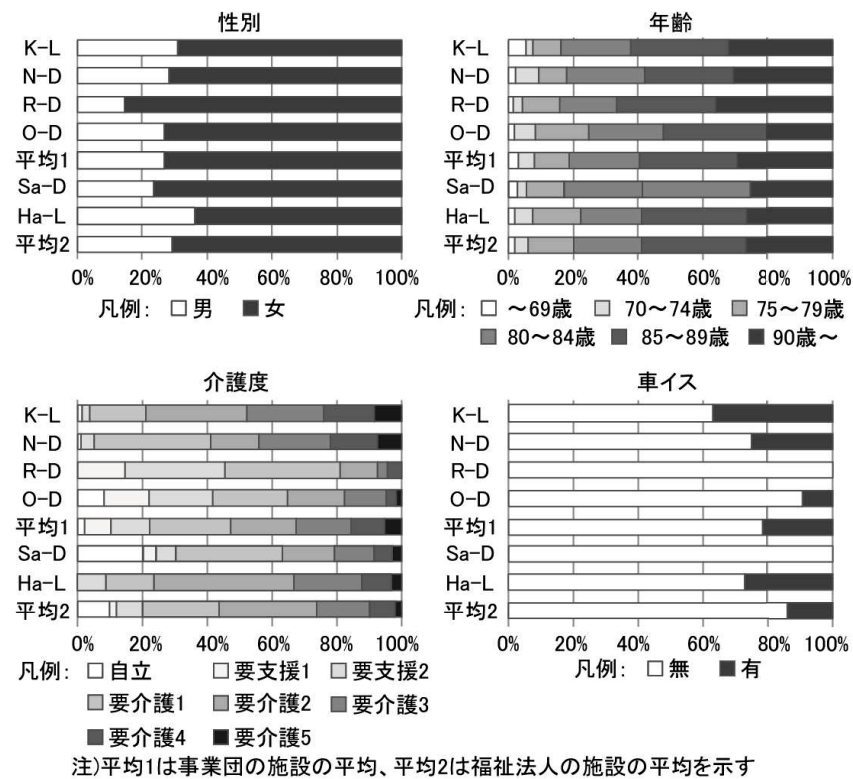


図 6-33 施設の利用者の基本属性

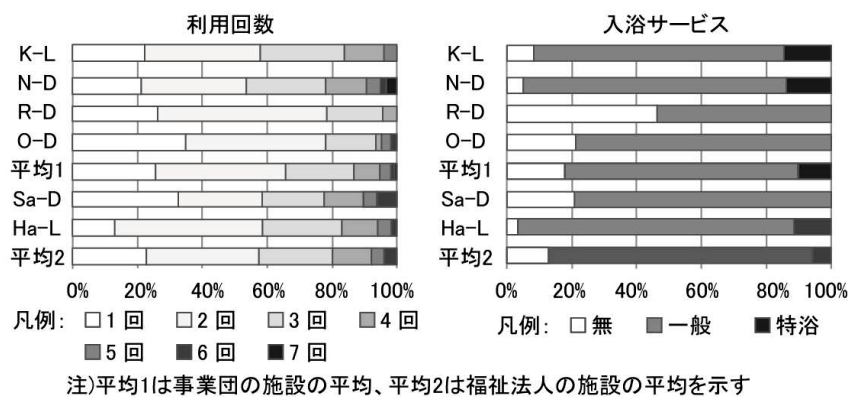


図 6-34 施設の利用回数と入浴サービス

(2) 事業団と社会福祉法人運営施設の施設利用圏

施設利用者の利用圏を図 6-35 に示す。6 施設の 50%利用圏平均は 2.4km、80%利用圏平均は 4.1km である。施設 K-L では施設に近い中心市街地からの利用者が多いため、50%利用圏は 1.9km と狭い。施設 N-D では椿東・椿地区及び中心市街地の境界部に位置するため、3 地区からの利用が多く 50%利用圏は 2.0km と狭い。施設 R-D も施設に近い中心市街地からの利用者が多く 50%利用圏は 2.1km と狭いが、椿東地区からの利用者も多いため 80%利用圏は 4.0km と広い。施設 O-D では立地する椿東地区からの利用者が 73 名(約 6 割)と多く、50%利用圏は 1.6km と最も狭い。

施設 Sa-L は旧三見村の中心集落にあり、47 名(約 4 割)が旧村内からの利用であるが、旧三見村は広域なため 50%利用圏は 4.5km と広い。また、隣接する山田地区からの利用が多く、80%利用圏は 5.7km と最も広い。施設 Ha-L は旧大井村の中心集落にあり、34 名(約 6 割)が旧村内からの利用のため 50%利用圏は 2.3km と狭い。但し施設から離れた中心市街地から利用もあり 80%利用圏は 5.5km と広い。

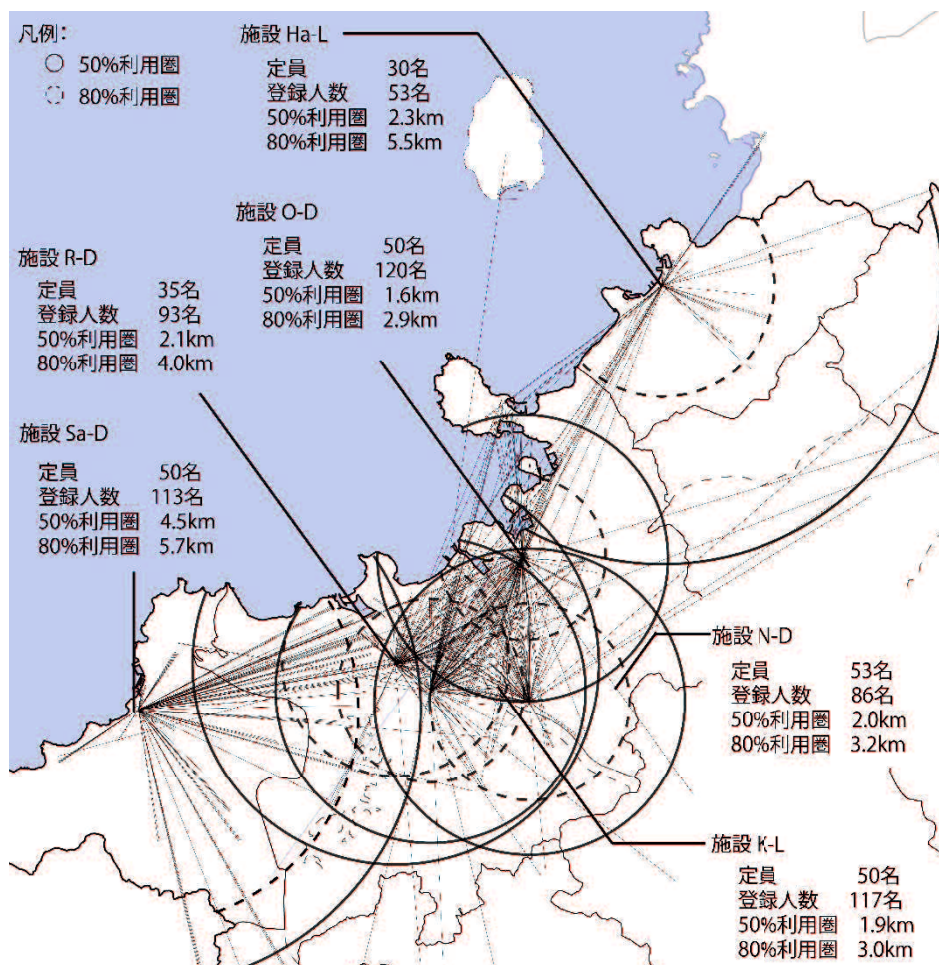


図 6-35 施設と利用者居住地の直線距離と利用圏

次に施設と利用者居住地間距離の累積グラフを図 6-36 に示す。事業団運営施設 R-D、施設 K-L、施設 O-D、施設 N-D では約 9 割が利用圏 4km 以内で類似しており、利用者の介護度による違いは見られない。施設 Ha-L では大井地区からの利用が多く 4 割が利用圏 1km 以内であるが、施設から離れた中心市街地からも利用者が来所するため利用者 9 割の利用圏は 9km と広い。施設 Sa-D では山田地区の利用者がいる 4-5km 圏内に集中している。

以上、事業団運営施設の利用圏は社会福祉法人と比較すると狭く、中心市街地周辺に施設が立地し、要介護認定者数が多い中心市街地居住の利用者が中心のためと考えられる。また、施設 R-D は中心市街地で最初に整備されたため、事業団運営施設の中で最も利用圏が広いものと考えられる。社会福祉法人運営施設は旧三見村及び旧大井村各地域の需要を夫々 1 施設でカバーしているため、利用圏が広いものと考えられる。中心市街地居住の通所介護施設登録者の内 92% が事業団運営施設、旧大井村居住の登録者の内 90% が施設 H-L、旧三見村居住の登録者の内 94% が施設 Sa-D を利用しており、それぞれ施設立地地域の需要をカバーしていることから、事業団と社会福祉法人施設の利用圏分担が実現しているといえる。

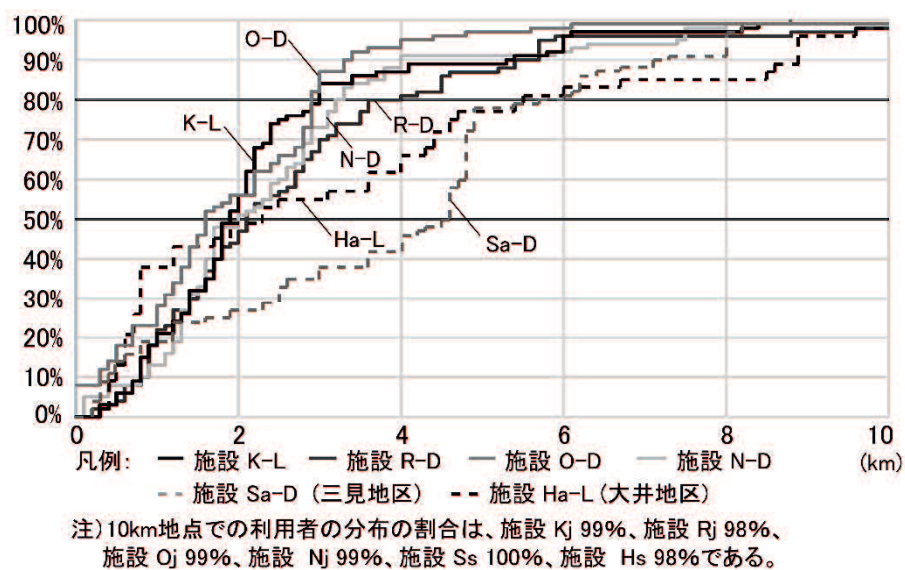


図 6-36 施設と利用者居住地間距離累積

(3) 事業団と社会福祉法人運営施設の送迎方法と所要時間

利用者の送迎は施設職員の日常業務の中で重要な位置を占めるため、各施設の送迎方法と所要時間に関し施設経営の側面から検討する。利用者往復延人数・送迎時間と利用者所要時間・職員所要時間を表 6-8 に示す。事業団運営施設の利用圏は類似しているが、職員所要時間は 10 分前後と短い施設と 20 分前後と長い施設に分かれた。これは郡部での利用圏が狭い小規模施設の職員所要時間の平均が 11.7 分、その他の施設の平均が 15.2 分であることからこれを基準にしている。職員所要時間が短い施設 O-D は利用圏が狭く、介護度が低い利用者が多く車の乗降に時間を要しないため、利用者所要時間は 8.8 分/人、職員所要時間は 10.8 分/人である。一方施設 K-L、施設 N-L では、介護度が高い利用者や車椅子利用者が多く乗降の介助に時間を要し、2、3 名の利用者を数回に分け送迎しており、利用者所要時間は夫々 11.0 分/人と 14.4 分/人、職員所要時間は 18.3 分/人と 20.1 分/人を要している。また、施設 R-D では介護度が低い利用者が多く車の乗降に時間を要しないため、利用者所要時間は 9.8 分/人と短い、職員所要時間は 20.1 分/人と 6 施設の中で最も長い。送迎に大型リフト車やワゴン車が使われ、職員 1 名が夫々添乗しているため、他の施設と比較して添乗職員人数が多く、この送迎方式が利用者所要時間に対し職員所要時間が長い要因である。また、事業団では添乗職員が他の施設と比較し多い点も要因と考えられる。

施設 Ha-L の利用圏は比較的広いが、地域により送迎を分担しており、利用者及び職員所要時間は 10.1 分/人と短い。施設 Sa-D は定員が 50 名と多く、送迎車を 10 台使用し添乗職員がいない点も職員所要時間が短い要因と考えられる。施設 Ha-L も送迎車を地区で分担し送迎時間を短縮しているため、利用者所要時間は 9.3 分/人、職員所要時間は 12.3 分/人と短い。このように、地域により送迎を分担する等の工夫により送迎時間を短縮している。

表 6-8 利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間

施設名	調査日 人数/ 利用者 平均	車種・台数		送迎時間・職員数		日平均		
		迎え	送り	迎え所要 時間・職 員総数 分(人)	送り所要 時間・職 員総数 分(人)	利用者 往復延人数 ・送迎時間 人(分)	利用者 所要 時間 分	職員 所要 時間 分
施設 R-D	25/22.3	W2 S1 M3	W2 S1 M3	265(7)	224(6)	50(489)	9.8	20.1
施設 K-L	30/27.9	L5 W1 M1	L3 W1 M2	58(12)	365(14)	60(660)	11.0	18.3
施設 O-D	29/23	L1 W1 S1 M3	L1 W1 S1 M3	225(11)	230(12)	52(455)	8.8	10.8
施設 N-D	28/24.6	L2 S1 M3	L2 M3	415(17)	392(11)	56(807)	14.4	20.1
施設 Sa-D	40/40	L5 W1 S4	L5 W1 S4	390(14)	400(12)	78(790)	10.1	10.1
施設 Ha-L	21/18.7	L1 W1 S3	L2 W1 S1	179(10)	194(8)	40(373)	9.3	12.3

注1: 利用者所要時間(分) = Σ 「迎え所要時間 + 送り所要時間 / 利用者往復延人数」

注2: 職員所要時間(分) = Σ 「迎え所要時間 × 職員数 + 送り所要時間 × 職員数 / 利用者往復延人数」
職員人数: 各車に乗る職員人数

利用者往復延人数: 利用者数往復合計人数

注3: 車種 L: リフト車 W: ワゴン車 S: 普通車 M: 軽自動車

6.7 郡部の施設の整備プロセスと利用形態

郡部について、調査協力が得られた5旧町村(川上村、旭村を除く)の社会福祉事業団及び社会福祉法人運営施設を対象とする。

(1) 事業団と社会福祉法人運営施設の利用者の基本属性と利用形態

利用者の基本属性を図6-37に示す。年齢は全体的に女性が多いが、特に施設T-Sは利用者全員が女性である。一方で、施設Y-D、施設U-S、施設Ku-Sでは男性が4割近くを占め多い。年齢は全体的に80代の利用者が最も多く、90歳以上も2割程度を占め多い。特に施設Si-L、施設H-Sでは80歳以上の利用者が9割以上を占め、最も年齢層が高い。一方で、施設Y-D、施設T-S、Ku-Sでは80歳未満の利用者が2割を超え、最も年齢層が低い。介護度は施設Si-L、施設Su-Lでは自立の利用者が3割を占め、要支援の利用者を合わせると4割を超え、介護度の低い利用者が多い。施設Mu-Lでは要介護1、要介護2の利用者がそれぞれ3割を占め多い点の特徴である。施設Y-D、施設Ah-Lでは要支援の割合は異なるが、全ての介護度の利用者が同程度来所している点で共通している。施設U-Sでは民家を活用した施設であるにもかかわらず、要介護3以上の利用者が半数以上を占めており、車椅子利用者も3割を占め多い点の特徴である。施設U-Sは田万川町、須佐町で唯一の小規模施設であり、小規模施設を好む利用者が多く来所する点が要因している。施設Ki-Lでは要介護2の利用者が半数を占め多い点の特徴である。要介護3以上の利用者も3割来所しており、車椅子利用者は半数を占める。施設Ki-Lから近い施設T-S、施設Ku-Sでは要支援の利用者が4割程度、要介護3以上の利用者は1割程度であり介護度は全体的に低く、車椅子利用者はいない。施設Ki-Lから離れた施設E-Sでは要介護1、要介護2の利用者がそれぞれ3割を占め多い点、施設H-Sでは要介護1、要介護3以上が3割を占め多い点の特徴である。

また、利用者の利用形態を図6-38に示す。利用回数は全体的に週1-2回の利用者が多い。施設U-Sでは週3回以上の利用者が4割近くを占め多い点の特徴である。施設Y-D、施設Ah-Lでは週5回以上の利用者もあり、週6回の利用者も2名来所している。入浴サービスは全体的に一般浴室利用が多く、特養併設施設では特別浴室利用が1割程度を占める。施設T-Sでは半数以上が入浴サービスを利用していない点の特徴で、施設H-Sでも4割が入浴サービスを利用していない。

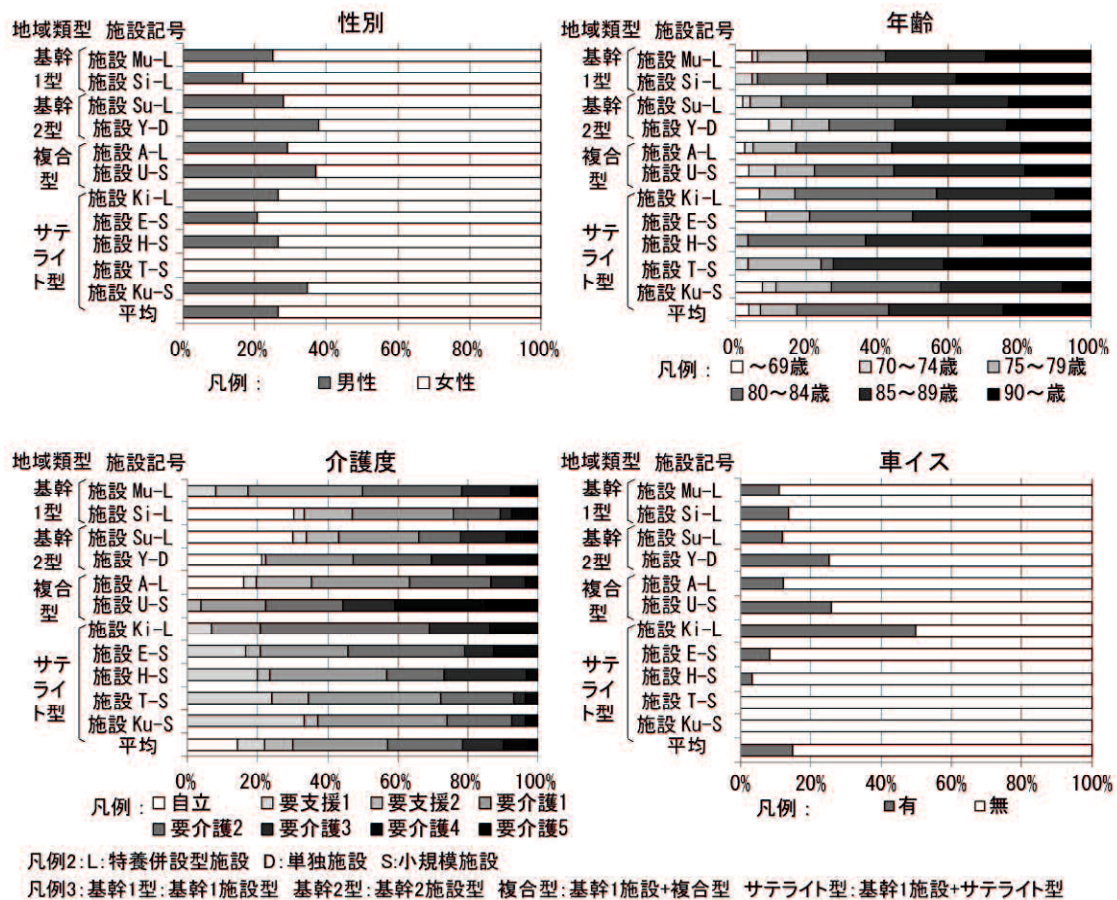


図6-37 利用者の基本属性

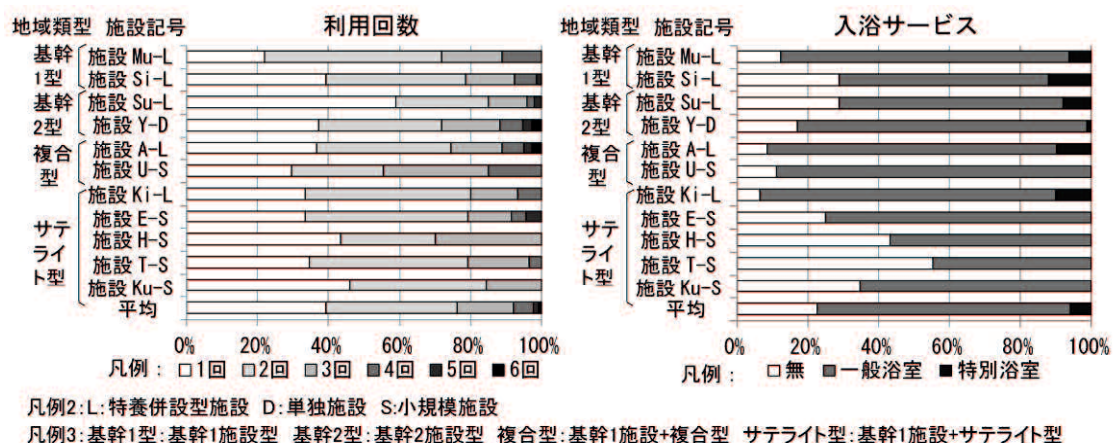


図6-38 利用者の利用形態

次に、利用者の個人属性と利用形態の関係を総合的に把握するため、利用者情報の内年齢、要介護度、車椅子利用の有無、利用回数、入浴サービスを用いて数量化理論Ⅲ類及びクラスター分析による施設利用パターンの類型化を行った。その結果を表6-12に示す。Ⅰ軸は介護度と車椅子利用の有無、入浴サービスのレンジが大きいことから利用者の介護度を示す軸、2軸は利用回数を示す軸、3軸は利用回数と入浴サービスの関係を示す軸、4軸は介護度と年齢の関係を示す軸であると解釈される。尚、Ⅳ軸までの全分散に対する累積比は0.53である。

各ケースのⅠ軸からⅣ軸までのスコアを変数としたクラスター分析により利用パターンを5グループに分類した。G1(146人)は自立・要支援の利用者が大半で、入浴サービスも半数が利用せず、利用回数も1回の利用者が多いことから、介護度が低く、利用回数が少ないグループといえる。G2(140人)は要介護1の利用者が多く、入浴サービスは一般浴室利用が多く、利用回数が2回の利用者が多いことから、介護度1で利用回数が2回の利用者のグループといえる。G3(138人)は要介護2の利用者が多く、入浴サービスは一般浴室利用が多く、利用回数は3回以上が多いことから、要介護2で利用回数が多いグループといえる。

G4(105人)は要介護3以上の利用者が多く、半数の利用者が車椅子を利用している。入浴サービスは一般浴室用が多く、利用回数は2回の利用者が多いことから、介護度が高いが一般浴室を利用するグループといえる。G5(22人)は介護度3以上の利用者が半数以上を占め、全員が車椅子利用者である。入浴サービスは全員特別浴室利用で利用回数は2回の利用者が多いことから、介護度が高い車椅子利用者で特別浴室を利用するグループといえる。

これら5グループの施設別の構成比を図6-39に示す。基幹1施設型である施設Mu-Lでは介護度2であるG3が4割を占め多く、施設Si-Lでは介護度が低いG1が4割近くを占め多い特徴はあるが、様々なグループの利用者が来所している。これは自治体内に1施設のためのため、地域内の利用者を受け入れているためと考えられる。基幹2施設型について施設Su-L、Y-Dにおいても、基幹施設1施設と同様に様々なグループの利用者が来所している。これは自治体が南北に広く、施設間の距離が離れており、それぞれ周辺地域の利用者を受け入れるためと考えられる。

複合型について施設Ah-L、U-Sにおいても、施設間の距離が離れているため、基幹2施設型と同様の傾向が見られる。一方で、施設U-Sでは民家改修型の小規模施設であるにも関わらず、介護度が高いG4が半数を占め多い点は特徴である(注11)。サテライト型について施設Ki-Lでは介護度の高いG4、G5が半数近くを占め、特養併設施設の中でも最も割合が高い。一方で、施設Ki-Lから近い施設T-S、Ku-Sでは介護度が低いG1、G2が7～8割と多い。また、施設Ki-Lから離れた施設E-S、H-Sでは介護度が高いG4、G5の利用者が半数以上を占めて多い。よって、施設間距離が遠い施設E-S、H-Sでは基幹2施設型と同様の傾向であるが、施設間距離が近い施設T-S、Ku-Sで介護度の低い利用者を受け入れ、施設Ki-Lで介護度の高い利用者を受け入れていると考えられる。

以上より、自治体区分に関係なく施設間距離が遠い場合は、周辺地域から利用者を受け入れているた

め、様々な利用者が来所していることが分かる。唯一、施設間距離が近い阿武町内では介護度の高い利用者を基幹施設、介護度の低い利用者を小規模施設で受け入れることにより、施設の機能分担ができていると考えられる。

表6-12 数量化理論Ⅲ類及びクラスター分析の結果

グループ1		G1	G2	G3	G4	G5
Ⅰ軸平均値		-0.80	-0.16	0.21	0.73	1.49
Ⅱ軸平均値		0.39	-0.22	-0.61	0.24	1.54
Ⅲ軸平均値		-0.20	0.44	-0.13	-0.19	0.22
Ⅳ軸平均値		0.06	0.11	0.26	-0.06	0.17
性別(%)	男性	23	20	28	39	36
	女性	77	80	73	61	64
年齢(%)	～79	17	22	7	23	23
	80～84	38	20	19	26	32
	85～89	29	40	49	23	27
	90～	16	18	25	29	18
利用回数(%)	1	97	32	7	16	23
	2	1	65	33	49	64
	3以上	1	3	59	35	14
入浴(%)	なし	59	23	5	2	0
	一般	41	77	95	88	0
	特浴	0	0	0	10	100
要介護度(%)	自立・支援	93	20	1	1	0
	介護度1	1	75	23	9	0
	介護度2	2	5	70	14	0
	介護度3以上	3	0	7	76	100
車イス(%)	なし	100	99	98	47	0
	あり	0	1	2	53	100
小規模利用者(人)		31	43	35	27	0
基幹施設利用者(人)		115	97	103	78	22
人数(人)		146	140	138	105	22

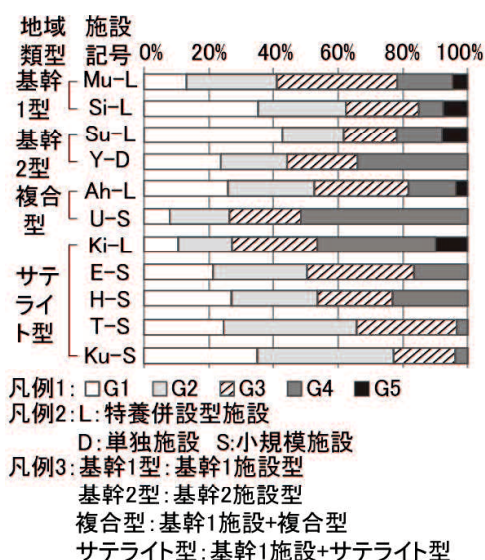


図6-39 施設の利用パターン構成比

(2) 事業団と社会福祉法人運営施設の施設利用圏

施設利用者の利用圏を図6-40に示す。基幹6施設の50%利用圏の平均は3.4kmで、80%利用圏の平均は5.2kmである。また、小規模5施設の50%利用圏の平均は1.7kmで、80%利用圏の平均は3.6kmである。基幹1施設型について、施設Mu-Lはむつみ村の吉部地区にあり、村唯一の施設である。自治体全域から利用者を受け入れているが、施設は集落中心から2km圏内と近く、施設立地地区からの利用者が多いため、50%利用圏は2.4kmと狭い。80%利用圏も施設から離れた高俣地区から来所する利用者があるが、施設から比較的近い高佐下地区からの利用者も多いため、4.4kmと比較的狭い。施設Si-Lでは65%が施設から離れた福川地区からの利用者であるため、50%利用圏が3.8km、80%利用圏が5.5kmと比較的広い。福川地区では施設がなく、福栄村の中心集落であることから人口規模が大きいため利用者数が多くなり、利用圏が広がっていると考えられる。

基幹2施設型について、施設Su-Lは須佐町の中心集落である須佐地区に位置する。利用者の多くが須佐地区内から利用しているため、50%利用圏が1.2km、80%利用圏が2.3kmと基幹施設の中では最も狭い。これは須佐地区が人口規模の大きい地域であることが要因として考えられる。施設Y-Dは旧須佐町の弥富地区に位置する。約50%の利用者が弥富地区からの利用であるが、50%利用圏は3.8kmと広い。これは、弥富地区が明治の大合併で3町村が合併した集落が分散する地域である点が要因として考えられる。また80%利用圏は8.4kmと最も広いが、これは人口規模が大きい須佐地区からも利用者を受け入れている点が要因として考えられる。

複合型について、施設Ah-Lは田万川町の小川地区に位置する。小川地区の利用者だけで70%を占め多いが、50%利用圏が5.3kmと最も広い。これは、弥富地区と同様集落が分散する地域である点や江崎地区では人口規模が大きいのに対し小規模1施設のみと少なく需要をカバーできないため、江崎地区からも利用者を受け入れている点が要因として考えられる。そのため、80%利用圏も6.1kmと広い。施設U-Sは、田万川町の中心集落である江崎地区に位置している。施設が立地する江崎地区からの利用者が多いため、50%利用圏は1.9kmである。一方で、小規模施設を希望する利用者の受け入れ等により、田万川町全域や須佐地区からの利用もあるため、80%利用圏4.4kmと小規模施設の中では最も広い。

サテライト型について、施設Ki-Lは阿武町の中心集落である奈古地区でも少し離れた木与地区に位置する。奈古地区だけでなく宇田郷地区からの利用もあるため、50%利用圏は3.0kmと広いが、80%利用圏は4.2kmと比較的狭い。施設T-Sは阿武町の中心集落である奈古地区に位置する。奈古地区からの利用が多いため、50%利用圏が0.7kmと最も狭く、80%利用圏も3.2kmと狭い。施設Ku-Sは施設T-Sと同様奈古地区に位置する。施設T-Sよりも中心集落から離れているため、50%利用圏は1.7kmと少し広い。80%利用圏は3.5kmと施設T-Sとほとんど変わらない。施設Hは宇田地区の中心集落に位置する。施設が立地する宇田地区からの利用者7割近くを占め多いため、50%利用圏が0.2km、80%利用圏が1.9kmと萩北部地域の中

で最も狭い。施設Eは福賀地区の中心集落に位置する。全ての利用者が同地域内から利用しているが、大合併が行われた地域で集落が分散しているため、50%利用圏は3.6km、80%利用圏は4.8kmと小規模施設の中では最も広い。

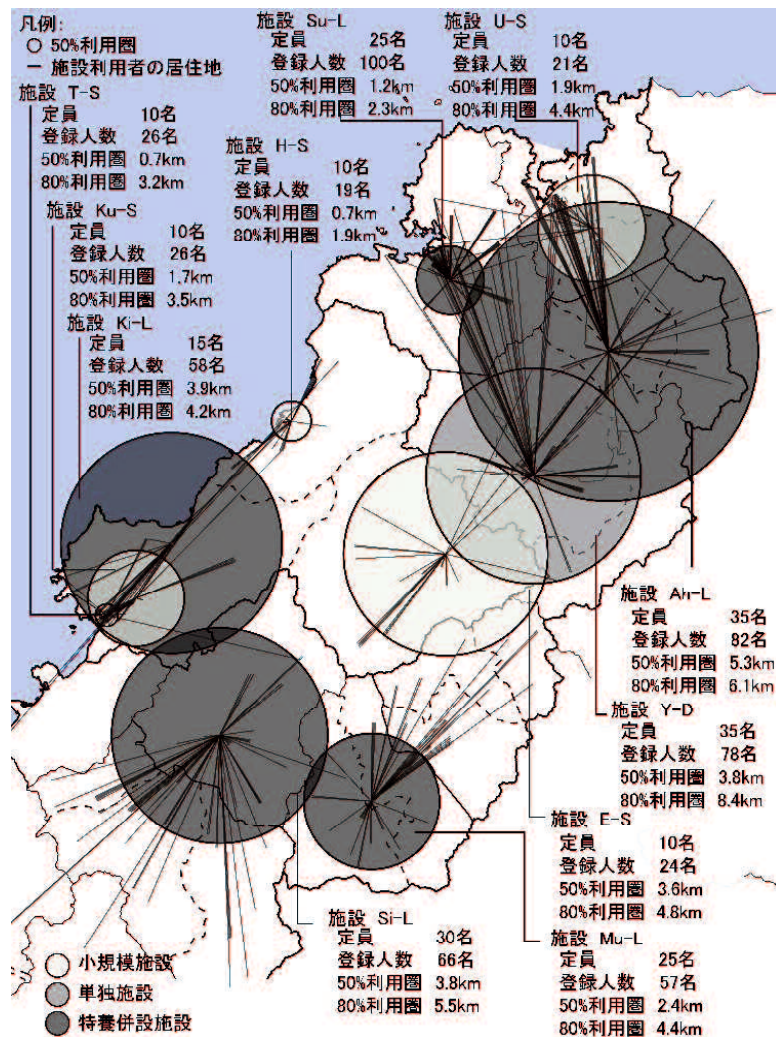


図6-40 施設利用圏

次に、施設と利用者住所間距離の累積グラフを図6-41に示す。基幹1施設型について、施設Mu-L、Si-Lは自治体全域から利用者を受け入れているため、集落中心近くに位置する施設Mu-Lの方が全体的に利用圏は狭いが、緩やかに上昇を続けている点で類似している。基幹2施設型について、施設Su-Lでは須佐地区からの利用が多いため、9割の利用圏は3km程度と狭い。一方で、施設Y-Dでは施設から近い弥富地区と施設から8km離れた須佐地区から利用者は来所しているため、間の4～8kmはほぼ横ばいになっている。9

割の利用圏は10kmと最も広い。

複合型について、施設Ah-Lでは施設間距離が離れているため、基幹1施設型と同様の傾向が見られるが、江崎地区からの利用者がいる6～7km圏内に集中している。施設U-Sでは江崎地区からの利用者がいる2km圏内に集中しているが、小川地区からの利用者もいるため、9割の利用圏は6kmと小規模施設の中では最も広い。サテライト型について、施設Ki-Lでは緩やかに上昇しているが、奈古地区からの利用者がいる4km圏内に集中している。奈古地区に位置する施設T-S、施設Ku-Sでは地区内からの利用が多いため、9割の利用圏は4kmと比較的狭い。施設H-Sでは施設が立地する宇田郷地区からの利用が多いため、9割の利用圏は3km程度と最も狭い。施設E-Sでは集落が分散しているため、9割の利用圏が5kmと比較的広い。

以上より、基幹1施設型は自治体全域から利用者を受け入れているが、施設と昭和の大合併後の集落中心の距離により利用圏に差が見られ、施設が集落中心に近い方が利用圏は狭い傾向にあることが分かる。基幹2施設型及び複合型では人口規模が大きい地区でカバーできない利用者を受け入れる施設で利用圏が広い傾向にあることが分かる。特に、人口の多い地域に小規模1施設のための整備の場合、カバーできない利用者数が多いため、利用圏が広くなると考えられる。サテライト型は人口規模が大きい地区に基幹施設と小規模施設、小さい地区に小規模施設が配置され、利用圏は小さく、各地区で重複していないことから、利用圏分担が行われていると考えられる。

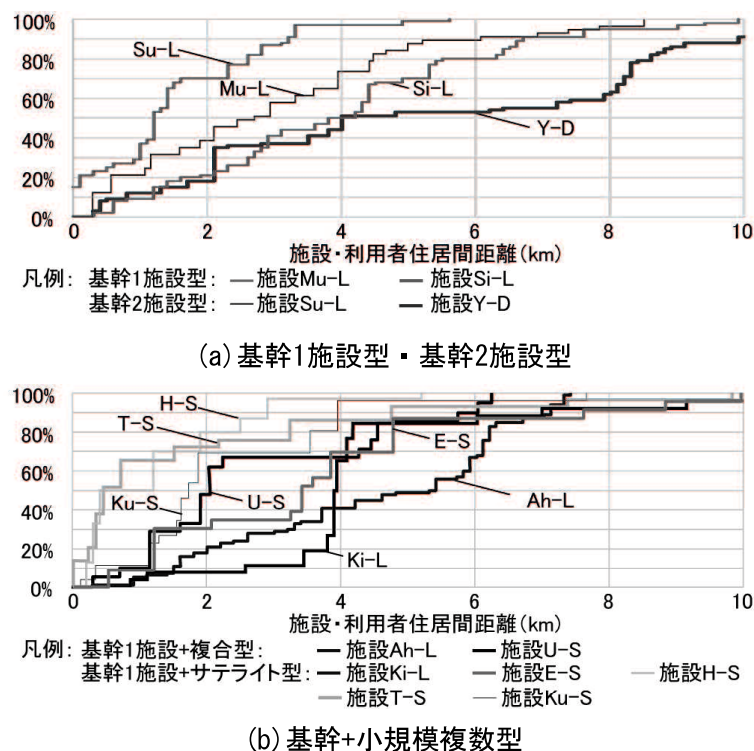


図6-41 施設と利用者住所間距離の累積グラフ

(3) 事業団と社会福祉法人運営施設の送迎方法と所要時間

利用者の送迎は施設職員の日常業務の中でも重要な位置を占める。特に過疎地域の場合、集落が分散し利用圏が広いため送迎に時間を要すものと考えられる。本節では各施設の送迎方法と所要時間に関し施設運営の側面から検討する。利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間を表 6-13 に示す。基幹 6 施設の職員所要時間の平均は 13.1 分/人で、小規模 5 施設の職員所要時間の平均は 8.8 分/人である。基幹 1 施設型では自治体全域から利用者が来所するため送迎台数は 4～5 台である。施設 Mu-L では利用圏が狭いことに加えて、1 台の平均利用者乗車人数が 4.3 人と多いため、利用圏が広い施設 Si-L の利用者所要時間及び職員所要時間は 15.9 分/人と長い、施設 Mu-L では 9.3 分/人と短い。基幹 2 施設型について施設 Su-L では利用者の希望に応じた時間に迎えに行くため迎えの送迎台数は 6 台と多いが、利用圏が狭いため、利用者所要時間は 10.3 分/人と短い。一方で、リフト車には添乗職員が 1 名いるため、職員所要時間は 14.7 分/人と比較的長い。80%利用圏が最も広い施設 Y-D では送迎台数は 5 台程度で、利用者所要時間及び職員所要時間は 18.7 分/人と最も長い。一方で、利用圏が狭い施設 Su-L と差が 4 分と小さいことから、送迎車を地域で分担することで送迎時間を短縮していることが考えられる。

複合型について 50%利用圏が最も広い施設 Ah-L では送迎車は 6～7 台と多く、利用者所要時間及び職員所要時間は 11.4 分/人と短い。これは施設 Y-D と同様に地域で送迎車を分担している点や介護度の低い利用者が多い点、1 台の平均利用者乗車人数が 3.3 人と多い点が要因として考えられる。また、施設 U-S では施設の近隣から来所する利用者が多いが、数名の利用者を数回往復して送迎しているため、利用者所要時間及び職員所要時間は 10.0 分/人と小規模施設の中では比較的長い。サテライト型について施設 Ki-L では車の乗降に時間を要す介護度の高い利用者が多いため、利用者所要時間が 12.8 分/人と長く、全ての送迎車に添乗職員が 1 名いることから、職員所要時間は 23.1 分/人と最も長い。施設 T-S、Ku-S では施設の近隣に居住する介護度の低い利用者の送迎を行うため、数回に分けて送迎しているが、職員所要時間はそれぞれ 6.9 分/人、9.5 分/人と短い。また、施設 H-S においても施設の近隣からの利用者が多いため、職員所要時間は 7.1 分/人と短い。施設 E-S では小規模施設の中で利用圏が最も広いものの、施設 Y-D 等と同様に送迎車を地域で分担しているため、職員所要時間は 10.6 分/人と小規模施設の中では最も長い、利用圏に対し短い。

以上のように、タイプに関係なく小規模施設を中心とした利用圏が狭い施設では職員所要時間は短い傾向にあることが分かる。一方で、利用圏が広い施設においても送迎車の地域分担や 1 台の平均利用者乗車人数を多くする等の工夫により送迎時間を短縮している。また、車の乗降に時間を要す介護度の高い利用者が多い施設や添乗職員がいる施設で職員所要時間が長くなる傾向にある点も明らかになった。

表6-13 利用者往復延人数・送迎時間と職員所要時間

タイプ	施設名	調査日人数/ 利用者平均 (人/人)	車種・台数		所要時間(職員総数/利用者総数) 分(人/人)			利用者 所要 時間 (分/人)	職員 所要 時間 (分/人)
			迎え	送り	迎え	送り	往復		
基幹1型	Mu-L	17/18	L2 S1 M1	L2 S1 M1	154(4/17)	163(4/17)	317(8/34)	9.3	9.3
	Si-L	13/15.5	L2 S2 M1	L2 S2	200(6/13)	213(5/13)	413(11/26)	15.9	15.9
基幹2型	Su-L	15/20	L2 S1 M3	L2 S1 M1	152(7/14)	136(6/14)	288(13/28)	10.3	14.7
	Y-D	16/16.8	S1 M4	S1 M3	230(6/13)	275(8/14)	505(14/27)	18.7	18.7
複合型	Ah-L	26/30	L3 S1 M3	L3 M3	322(8/26)	269(7/26)	591(15/52)	11.4	11.4
	U-S	7/6.3	W1 M2	W1 M2	62(3/ 6)	68(3/ 7)	130(6/13)	10.0	10.0
サテライト 型	Ki-L	8/11.6	L1 M1	L1 M1	101(4/ 8)	104(3/ 8)	205(7/16)	12.8	23.1
	E-S	8/8.0	M3	M3	92(3/ 8)	78(3/ 8)	170(6/16)	10.6	10.6
	H-S	7/8.0	M2	M2	56(2/ 7)	44(2/ 7)	100(4/14)	7.1	7.1
	T-S	4/9.2	M1	M1	35(1/ 4)	20(1/ 4)	55(2/ 8)	6.9	6.9
	Ku-S	9/7.3	M2	M2	90(2/ 9)	81(2/ 9)	171(4/18)	9.5	9.5

注1) 利用者所要時間(分) = Σ 「迎え所要時間 + 送り所要時間」/ 利用者往復延人数]注2) 職員所要時間(分) = Σ 「迎え所要時間 × 職員数 + 送り所要時間 × 職員数」/ 利用者往復延人数]

職員人数: 各車に乗る職員人数

利用者往復人数: 利用者数往復合計人数

注3) 車種 L: リフト車 W: ワゴン車 S: 普通車 M: 軽自動車

注4) L: 特養併設型施設 D: 単独施設 S: 小規模施設

注5) 基幹型1: 基幹1施設型、基幹2型: 基幹2施設型、複合型: 基幹1施設+複合型、サテライト型: 基幹1施設+サテライト型

次に、住居・施設間距離と送迎距離の関係を図6-42に示す。全体的に住居・施設間の平均距離が長くなると送迎距離は長くなる傾向にあり、相関性があるといえる。施設E-S、Y-Dでは住居・施設間の平均距離に対し、送迎距離が短いことが分かる。これは送迎車を地域別で分けて効率的に送迎を行っていることが要因していると考えられる。

また、送迎距離と利用者乗車時間の関係を図13に示す。利用者乗車時間は利用者の側面からみた送迎時間である注14)。送迎距離の平均が長くなると乗車時間が長くなる傾向にあり、相関性があるといえる。また、施設Ah-Lでは送迎距離に対し利用者乗車時間の平均が長く、施設U-Sでは利用者乗車時間の平均が短い傾向にあることが分かる。そこで、施設U-SとAh-Lのルートマップを図14、15に示す。施設U-Sでは、1台の平均乗車人数が2名であり、往復回数が3回と少ない。施設Ah-Lでは、リフト車等の大型の車を使用し一度に大人数の利用者を送迎しており1台の平均乗車人数が3.3人と比較的多い。また利用者が多いため往復回数が8回と最も多い。

以上より、特徴が見られた施設はあるものの、利用圏平均距離が長くなると送迎距離が長くなり、送迎距離が長くなると利用者乗車時間が長くなる傾向が見られた。一方で、利用者乗車時間は1台の平均乗

車人数が少ない施設の方が利用者乗車時間は短い傾向にある点も明らかになった。

よって、施設運営の観点からみると職員所要時間の削減が重要であり、利用圏の縮小に加えて送迎車を地域で分担し、大人数の送迎を1度に行う効率的な送迎手法が有効であることが分かる。一方で、1度に大人数の送迎を行うと利用者乗車時間が長くなるため、利用者の負担が大きくなることが懸念される。

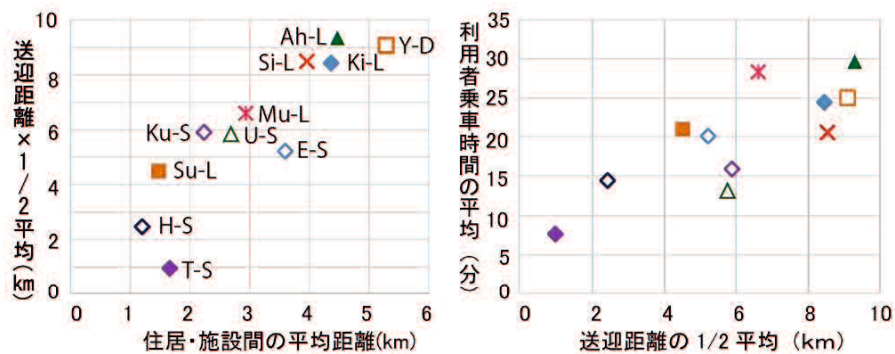


図12・13の凡例:

基幹1施設型: ×施設Mu-L ×施設Si-L 基幹2施設型: ■施設Su-L □施設Y-D
 基幹1施設+複数型: ▲施設Ah-L ▲施設U-S
 基幹1施設+サテライト型: ◆施設Ki-L ◆施設E-S ◆施設H-S ◆施設T-S ◆施設Ku-S

図6-42 住居・施設間距離と送迎距離の関係

図6-43 送迎距離と利用者乗車時間の関係



図 6-44 施設 U-S のルートマップ

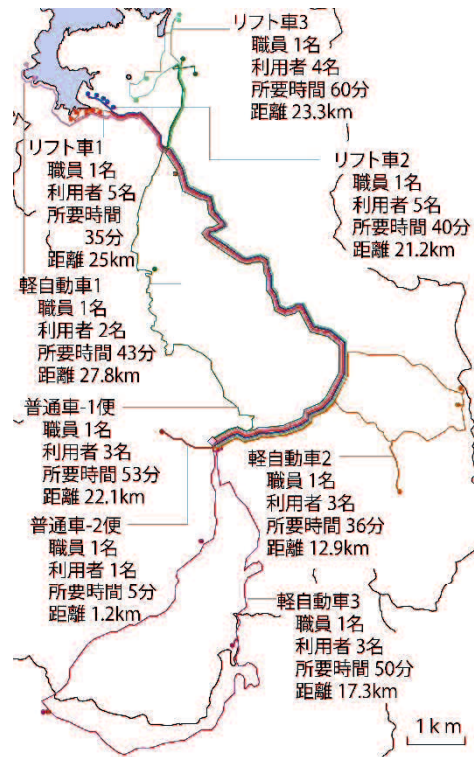


図 6-45 施設 Ah-L のルートマップ

(4) 施設立地パターンと利用圏の関係

旧町村別施設・利用者住居間距離の累積グラフを図6-46に示す。基幹2施設型である須佐町及び基幹施設+小規模複数型である阿武町が最も短く、5割の利用圏は2km程度である。阿武町では9割の利用圏も5kmと最も狭いが、須佐町では施設Y-Dの利用圏が広いいため9kmと広い。基幹施設+小規模複数型である田万川町では5割の利用圏は4km程度と最も広いが、その後江崎地区からの利用者がいる6～7km圏内に集中していることから急激に上昇しており、9割利用圏は7kmである。基幹1施設型であるむつみ村では中心集落近くに施設立地するため、5割の利用圏は3km、9割の利用圏は7kmと比較的狭い。一方で、福栄村では中心集落から離れた場所に施設立地するため、5割の利用圏は4kmと広いが、9割の利用圏は7kmとむつみ村と同じである。これは自治体全域から利用者を受け入れている点が要因として考えられる。

以上より、サテライト型である阿武町が最も施設・利用者住居間距離が短いことが明らかとなり、サテライト型の有効性が考えられる。基幹1施設型に関しては施設が集落中心に近い場合は施設・利用者住居間距離が短い傾向にあることが分かる。基幹2施設型や複合型に関しては中心集落に立地する施設の利用圏が狭い傾向にあるが、中心集落であふれた需要を他の施設がカバーしているため、特に80%を超えると8km以上離れた地域からの利用もあり、施設・利用者住居間距離は広くなる傾向にあることが分かる。また、田万川町は中心集落の施設が定員10名のみであり、利用者の割合が低いため、全体的に施設・利用者住居間距離が長くなっている。

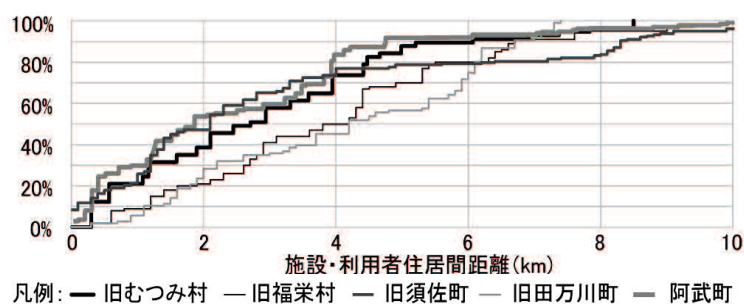


図6-46 旧町村別施設・利用者住居間距離の累積

6.8 補論：島嶼部の通所介護施設の利用特性

施設 M-S の利用者の基本属性を図 6-46 に示す。性別は男性が 4 割近くと比較的多い。年齢は 80 代が 8 割近くを占め最も多く、年齢層は高い。要介護度について、要支援 1 の利用者が半数と多いが、要介護 3 以上の利用者も 4 割近くを占め多く、車椅子利用者も 4 割近くを占め多い点は特徴である。

利用形態を図 6-47 に示す。利用回数は 1-2 回の利用者が 8 割近くを占め多い一方で、週 4 回の利用者も 1 割程度いる。入浴サービスは島嶼部であるにもかかわらず、特別浴室の利用者が半数近くを占める点は特徴である。

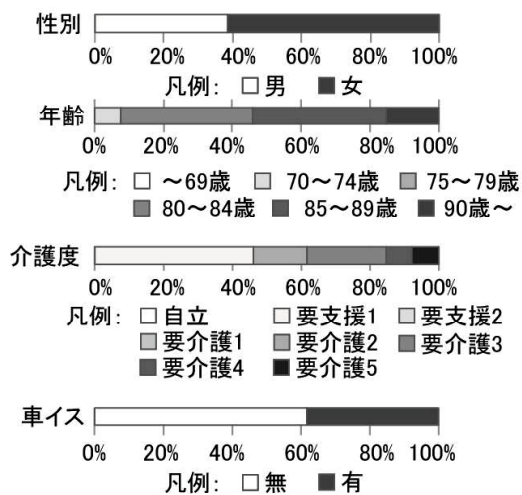


図 6-46 利用者の基本属性

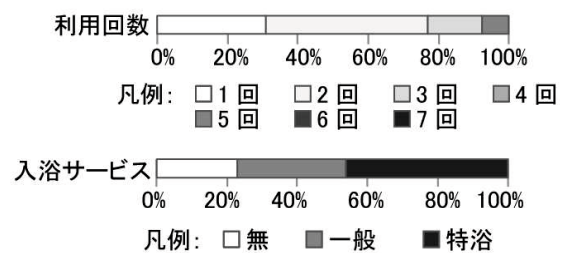


図 6-47 利用者の利用形態

6.9 事業団による施設整備効果

事業団設立により、市の中心部を始めとして郡部や離島の施設未整備地域で施設が設置され、旧自治体設置施設の運営を引継ぐ等、広域的観点からの事業展開が行われている点は、事業団組織の特徴を活かした取り組みとして評価される。施設立地に関しては、第 1 期に設置された社会福祉法人運営の旧大井村の施設 Ha-L、旧三見村の施設 Sa-D では、主に各立地地域の需要をカバーし、施設未整備の中心市街地周辺に事業団が新設した 3 施設では、主に中心市街地の需要をカバーすることにより利用圏分担が行われ、結果的に送迎時間の短縮効果も認められる。更に、事業団では第 1 期に設置された基幹施設を拠点とし、近隣の中心市街地周辺に通所介護施設を複数展開し、昼食を基幹施設で一括して調理し各施設に配送する等、施設運営面での効率化も実現している。

こうした取り組みの結果、旧萩市のサービス水準は大幅に向上した。要介護認定者数に対する施設定員の割合を充足率と定義し、2000 年から 2015 年の充足率を算定した。結果を図 6-48 に示すが、旧萩市では 1990 年代前半から施設整備が始まったが、2000 年までは殆ど施設整備が進まず充足率は 0.03 であった。2000 年代前半は社会福祉法人及び事業団による施設整備、2000 年代後半は事業団による施設整備により、2010 年の充足率は 0.11 と大幅に上昇しており、事業団の果たした役割は大きい。一方 2010 年以降は営利法人が参入し整備が進んでいるが、要介護認定者数の増加率が高いため、2015 年時点の充足率は 0.12 と県内 14 市の平均が 0.13 であることから平均的な水準であるといえる。郡部においても、大半の施設では施設整備が進んでいないため、要介護認定者数の増加に伴い充足率は減少しているが、事業団が参入した旭村及び田万川町では 2005 年以降充足率は上昇している(図 6-49)。また、施設経営を引き継いだ須佐町においても 2000 年以降整備が進んでいないが、2015 年の充足率は 0.26 と高い水準を保っており、施設が廃止された場合の充足率は 0.11 であると予測されることから施設経営継続の効果は高いものと考えられる。田万川町では 2010 年から 2015 年に急激に上昇しているが、要介護認定者数が減少しているのに加え、民間法人により 2 施設整備されたことが要因している。その結果、阿武町及び民間法人が参入した田万川町を除いた旧 5 町の充足率は 0.20～0.25 程度と同程度であることから、事業団が自治体のサービス水準を均等にする役割を担っていることが考えられる。

また要介護認定者が通所介護施設を利用する割合(登録利用者数/要介護認定者数)をサービス利用率と定義すると、旧萩市において事業団のサービス利用率(事業団の登録利用者数/要介護認定者数)は 0.11 で、平均的に通所介護施設利用者数は要介護認定者数の約 3 割(1,339,200 人/5,974,193 人)を占める点を考慮すると、37%が利用していることになる。これに社会福祉法人の登録利用者数を加えるとサービス利用率は 0.15 となり、約半数の利用者が事業団又は社会福祉法人運営施設を利用していることになる。以上の点からも、旧萩市を中心に事業団による施設整備効果が認められる。施設利用率に関しては、旧市では社会福祉法人は 0.70、事業団は 0.58 と事業団で低い傾向にあるが、これは定員が 50 名と規模が大きい施設で施設利用率が低いことが影響していると考えられる。郡部では社会福祉法人は 0.72、事業

団は0.62と旧市よりも全体的に高い傾向にある。

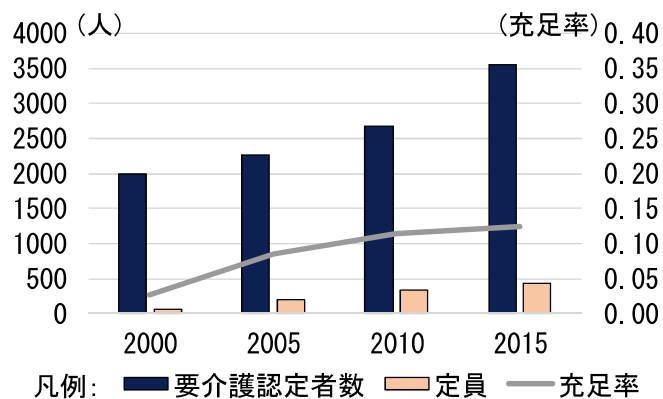


図 6-48 旧萩市内の要介護認定者数と充足率の推移

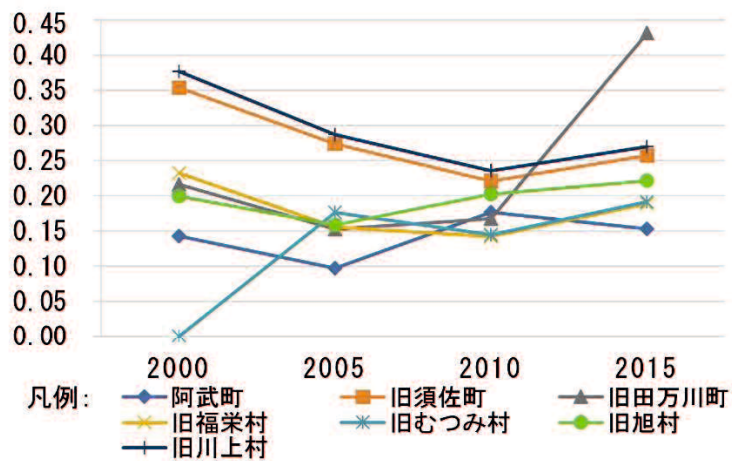


図6-49 郡部の充足率の推移

6.10 得られた知見

- 1) 事業団は 46 通知をもとに都道府県や市区町村が設立した組織で、1971 年の 35 法人から現在 117 法人に増加し、通知当初から障害者福祉に重点が置かれていたため、障害者福祉関連事業が今日も半数近くと最も多い。但しゴールドプランや介護保険制度導入により高齢者福祉事業も増加し、通所介護施設事業は都道府県で 1.9%、市区町村で 2.6%に及ぶ。特に、萩市事業団は通所介護を 7 施設(定員 200 名以上)運営し、全国的にも積極的に通所介護施設の整備運営を行う法人として位置付けられる。
- 2) 旧萩市では業務委託する民間法人がなく最初は社会福祉協議会に委託し施設整備を進めていたが、高齢者福祉部門の運営業務が他部門に比べ増大する懸念があり事業団を設立した。市との連携により、施設が未整備の中心市街地に 3 施設、島嶼部に 1 施設、郡部の未整備地域に 2 施設の整備が進んでいる。旧自治体設置施設の運営も引き継いでおり、広域的観点化の事業展開が行われている。また、通所介護施設だけでなく特養やグループホーム等の施設展開も行っている。
- 3) 郡部では 2000 年以降ほとんどの自治体で整備は進んでいないが、事業団設立後整備が進んだ自治体や民間法人が参入し整備が進んだ自治体もある。また、阿武町では特養施設を運営する社会福祉法人によりサテライト型施設が 4 施設整備されており、自治体により施設整備に差がみられた。そのため、施設整備からみた自治体区分を行い、基幹施設のみ立地する基幹 1 施設型、基幹施設の他に自治体により 1 施設整備された基幹 2 施設型、基幹施設の他に小規模 1 施設と老人ホームに併設した 2 施設が整備された基幹 1 施設+複合型、基幹施設を運営する社会福祉法人が小規模 4 施設を整備した基幹 1 施設+サテライト型の 4 タイプに分類された。
- 4) 旧萩市の利用圏は事業団が中心市街地、社会福祉法人がそれぞれ旧三見村と旧大井村の需要をカバーすることにより利用圏を分担しており、その結果事業団運営施設の利用圏は狭い。一方、送迎時間は職員所要時間が 10 分と 20 分前後の施設に分かれ、要介護度の高い利用者を多く受入れる施設では、送迎車の乗降に時間を要し送迎時間が長く、添乗職員数が多い場合は職員所要時間が長くなる傾向にある。一方、社会福祉法人運営施設では、利用圏は広いが地域毎に送迎を分担し送迎時間を短縮する工夫が見られた。
- 5) 郡部の利用者属性に関して、施設間距離が離れている場合は周辺地域からの利用者を受け入れているため、様々な利用者が来所している。サテライト型である阿武町では、施設間距離が近いいため介護度の高い利用者を基幹施設で、介護度の低い利用者を小規模施設で受け入れており、施設の機能分担ができていると考えられる。
- 6) 郡部の利用圏に関して、基幹 1 施設型では中心集落に近い方が利用圏は狭い傾向にある。基幹 2 施設型及び複合型では中心集落に立地する施設の利用圏は狭い一方で、人口規模が大きい地区でカバーできない利用者を受け入れる施設で利用圏が広い傾向にあることが分かる。また、サテライト型では地域で利用圏分担ができていることが明らかになった。送迎時間に関して、小規模施設を中心とした

利用圏が狭い施設では職員所要時間が短い傾向にあるが、利用圏が広い施設においても送迎車を地域で分担する等の工夫により送迎時間を短縮している。添乗職員がいることにより、利用者所要時間に対し職員所要時間が長い施設も見られた。

7) 事業団設立により、旧萩市の充足率は2000年から2010年にかけて2倍以上上昇し、さらに利用率を推計すると約3～4割の通所介護施設利用者が事業団の施設を利用している結果となり、事業団による施設整備の効果が認められる。郡部においても未整備地区に2施設の整備を進め、郡部のサービス水準の均等化を図る点も注目できる。また、施設経営が困難な施設も事業団が引き継いでおり、施設の継続運営が可能となる点も期待できる。

以上より、平成の広域市町村合併を契機に設立された社会福祉事業団による高齢者通所介護施設の整備プロセスと整備効果に関する分析結果より、施設整備及び管理運営手法としての事業団方式の特徴として以下の点が示唆される。第一に、事業団設立により広域的観点から未整備地域や施設不足地域で高齢者施設整備を進めることが可能で、自治体と連携し施設整備を促進させる可能性も指摘される。第二に、事業団は自治体が整備した施設運営を受託する事例が多い社会福祉法人や社会福祉協議会と連携を取りやすい利点があり、特に民間法人の参入が少ない自治体では、事業団を中心とした施設間の連携は可能と考えられ、法人間で連携し施設の利用圏分担を図ることも期待される。第三に、2015年の制度改正により小規模な通所介護施設単体での施設運営は厳しくなるが、特養・グループホーム等を含む基幹施設を核とし、サテライト型施設を地域的に展開することにより、施設運営の安定性と継続性は担保可能と考えられる。

従って、平成の町村合併により広域に再編された自治体においては、旧市町村の既設福祉施設群の総合的な管理運営と新たな整備を担う組織形態の1候補として、事業団方式の導入は検討に値する手法と考える。ただし、近年では社会福祉事業団は民間の社会福祉法人として機能する事例が多く、施設整備の積極性の希薄化が懸念されており、自治体との連携に関しても自治体の財政状況や施設整備の方針が影響することも推測されるため、今後は調査事例を増やし、社会福祉法人や社会福祉協議会との連携方法の詳細を含め、事業団方式の有効性の検証に取り組むことが課題である。

第7章 運営主体からみた通所介護施設の立地特性

特別養護老人ホーム併設施設、民家活用施設、廃校活用施設の使われ方分析を行う。特別養護老人ホーム併設施設に関しては、阿武町のように施設で機能分担を行う際に施設に介護度の高い利用者が多く来所した場合でも施設運営が可能であることを検証する。また、民家活用施設、廃校活用施設に関しては、現在増加傾向にある既存建築活用施設の有効性について検証することを目的としている。

第7章 基幹施設及び既存建築を活用したサテライト型施設の有効性の検証

7.1 特別養護老人ホーム併設型施設

(1) 本節の課題と目的

第4章において阿武町を対象に、広域基幹施設と小規模通所介護施設間でサービス機能・利用圏の分担と協力体制の構築が有効であることを明らかにした。そこで、特養併設施設を広域基幹施設として位置づけ、介護度の高い利用者を主対象とした施設として位置づけることになるが、その際必然的に送迎時間が増加するとともに、入浴・排泄や移乗・歩行介助、専門的リハビリが必要となる。そのため、施設の設備水準は小規模施設よりも充実しているとはいえ、定められた職員数で計画された1日の生活プログラムを遂行するためには、職員の負担が増大することが容易に予測される。従って、施設の面積・平面構成・設備水準に加え、利用者人数・介護度及び介護職員数に規定される利用者の一日の生活行動および職員の介護行為を施設の基本的使われ方を通して把握し、従来型デイ施設において高介護度の利用者に対応する施設運営の可能性の検討が課題として指摘される。

本節では、高介護度の利用者の多い従来の広域基幹型施設「清ヶ浜」の1日の利用者の生活行動及び職員の介護行動に着目した生活プログラムと行為の関連分析により使われ方の特徴を明らかにし、サービス機能評価を行い、従来型の大規模通所介護施設の高介護度の利用者への対応可能性について考察する。

(2) 調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担

調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担を表7-1に示す。利用者数/日は平均15名で、要介護3以上の利用者が多い日には8名、要介護4,5の利用者も5名含まれ、寝たきりの利用者に対し看護師が1日介護に当る。一方要支援利用者也来所しており、小規模施設整備以前から継続利用する利用者や、介護度にかかわらず設備が整った施設を希望する利用者も受入れるためである。

施設定員35名に対し職員は6名/日(管理者・介護職員4名・看護師1名)で、8名の職員が交代勤務している。管理者は施設の管理運営業務や、送迎時のリフト車等の運転・相談業務を主とした介護業務に携わる。4名の介護職員は送迎・入浴介護や昼食の配膳・飲み物サービス、体操指導等の全般的な介護業務を行う。看護師はリハビリ指導、経管栄養処置や吸引等の看護業務を主として行う。

表 7-1 調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担

	記号	性別 年齢	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4	6/5
職員	I	M36	○●▲△	○●▲	○●□▲△	○●▲	○●△	○●▲
	M	F49	■	■	■	■△		■△
	K	F50	○●□△	○●□△	○△	○●▲△		○●□
	K2	F45	○▲△		○●▲△		○●△	①●▲△
	H	F40	①●	○●▲△		○	①●□	○●
	Y	F43		○△		○●□△	○●▲	
	M2	F43	●□	●□		●□	●□	
	S		○▲	○▲		○▲	○▲	
	Y2	F45					■	
	T		○		○		○	
	O			○		○		○
利用者 (人)	要支援		6	5	2	3	3	1
	要介護1		2	4	6	5	3	5
	要介護2		2	5	1	2	3	2
	要介護3以上		8	3	2	6	6	4
	合計		18	17	11	16	15	12

凡例：○：送迎、●：入浴介助、□：機能訓練、■：バイタルチェック・リハビリ
△：昼食準備、▲：事務又は連絡
注) 表の最上は施設長、2段目は看護師を示す。
送迎について迎えのみ担当した職員は①と示す。

(3) 1 日の生活プログラム

1 日の基本生活プログラムは送迎(迎え)、バイタルチェック・お茶、入浴・自由時間、昼食、午睡・自由時間、機能訓練、おやつ、送迎(送り)から構成される(図 7-1)。調査期間中の午後は外出(海釣り)やホットケーキ作りが企画された日がみられたが、1 週間プログラムにほとんど変化は無かった。そこで本論では典型日の 6 月 4 日を中心に空間の使われ方を分析する。

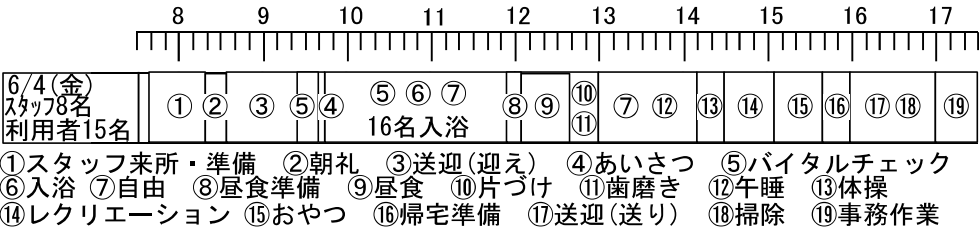


図 7-1 1 日の生活プログラム

(4) 生活プログラムと施設の使われ方

(1) 迎え・バイタルチェック

運転手1名を含む6名の職員が送迎を担当し4台の車を使用する。奈古地区は車椅子利用者が多いため、リフト車2台で地区を分担し、職員1名が添乗する。ワゴン車は宇田地区、軽自動車は萩市を担当し、車椅子利用者を座席に移乗させる等全作業を職員1名で行う。施設待機職員は手押し車等を準備して出迎え、利用者を訓練室に誘導する。利用者はベンチに座り靴を脱ぐが、出入口は段差がなく広いため車椅子利用者の移動にも支障がない。バイタルチェックは看護師と補佐担当の職員が行う。

(2) 入浴・自由時間

入浴は誘導・入浴介助担当に分かれ、誘導担当職員は利用者に声をかけ浴室へ誘導する(図7-2左)。一般浴室はスロープ設置のため車椅子利用者もシャワーキャリーを使用し入浴できる。入浴時間は利用者により異なるが平均40分程度で車椅子利用者も職員の迅速な介助により他の利用者と同等の入浴時間を確保している。職員は脱衣室へ誘導しソファに座らせ脱衣介助を行い、浴室の洗い場の椅子に座らせ洗身介助や洗髪介助を行う(図7-3)。その後浴槽に入れるが、歩行可能な場合はスロープを歩いて自力で入り、歩行困難な場合は職員がシャワーキャリーに乗せスロープを後ろ向きに引いて入る。入浴後、体を拭き脱衣室のソファに座らせ、着衣後車椅子に乗せ脱衣室から出る。スロープの設置により、椅子に座した姿勢での移動が可能のため利用者は転倒の危険性が低くなり、職員の介助負担も軽減されている。

座位が困難な利用者(9名)は特別浴室で入浴する。車椅子利用者は職員が車椅子を押し、寝たきりの場合は職員2名がベッドからストレッチャーへ移乗させ浴室へ向かう。職員はストレッチャーごと中に入り脱衣させ椅子に座らせる(図7-4)。髪と体を洗った後椅子を中間浴槽にスライドさせて固定し、お湯を入れる。入浴後、体を拭いて服を着せストレッチャーに移乗させる。入浴時も2名で介助するが、服の着脱や浴槽移乗に時間がかかり50分程度要す。

脱衣室は多数の利用者が出入りし混雑するため、入浴後の整髪等は浴室前廊下に置かれた椅子と机で髪を乾かし身体に外用薬を塗る。多い日には18名入浴するが、12時までには全員入浴を済ませ浴室掃除も終えている。

入浴待ちや入浴しない利用者は塗り絵や会話等で過ごす(図7-2右)。また、訓練室内にはソファ等があるため、低介護度の利用者は自力で、高介護度の利用者は職員に声をかけて好みの場所に移動する場面や静養室も近いのでベッドで休息する場面もみられた。職員は入浴介助や飲み物の準備等を行いながら利用者の見守りや声かけ等を行い、利用者が自由に過ごせるように配慮している。

以上、職員は入浴サービスに時間を要し見守りの時間が充分確保できないが、訓練室にソファ等、訓練室から近い静養室にはベッドがあるため、利用者は体調や好みに応じて居場所を選択出来る点は評価される。また、入浴サービスは一般浴室がスロープ付きのため特別浴室の利用回数を抑制することで、高介護度の利用者を含む平均1日15名のほぼ全員入浴するが午前で終わっている。

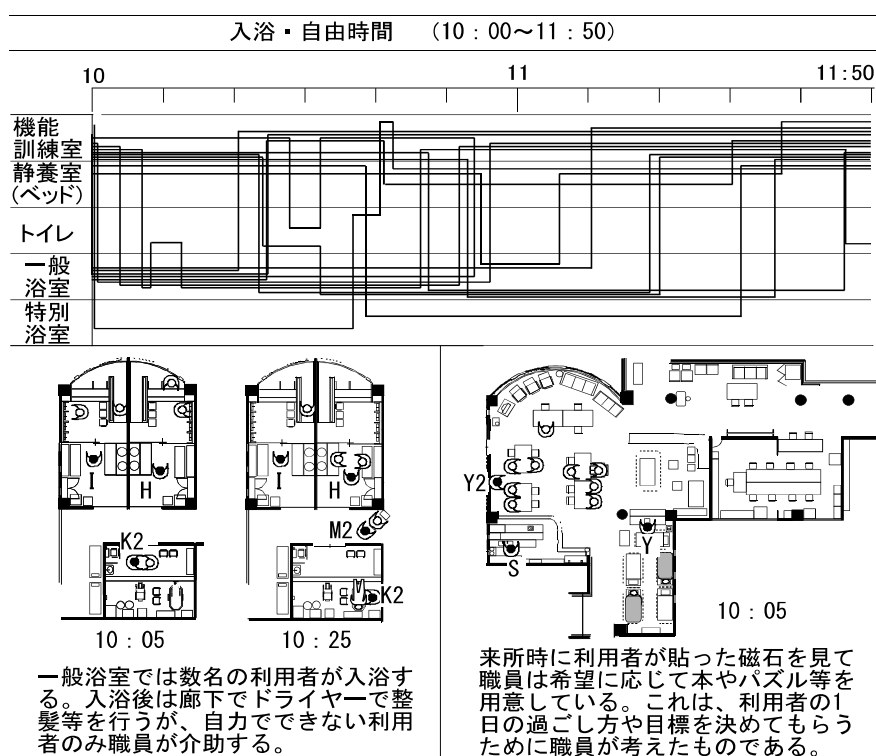


図7-2 入浴及び自由時間の場面

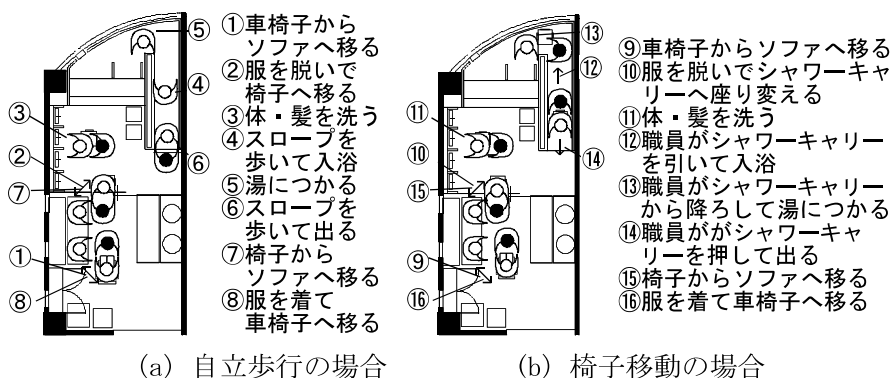


図7-3 一般浴室における車椅子利用者の入浴順序

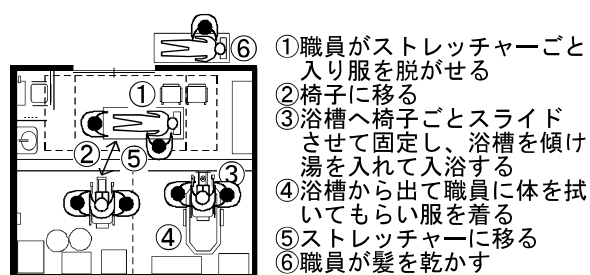


図 7-4 特別浴室の入浴順序

(3) 昼食・午睡

12 時頃特養の厨房で調理された昼食がワゴンで運ばれる。職員は作業スペースでお茶、御飯・汁物盛付けと配膳担当に分かれ準備を行う(図 7-5 左)。調理の必要がなく盛付け・配膳は 10 分程度で、利用者が席に着いた後に配膳を行う形式だが待ち時間は少ない。席は 4 人席が基準であるが、2 卓並べた 8 人席もあり全員座した状態で配膳するとトレーが利用者に触れる恐れがあり、間に空席を設ける工夫が見られた。配膳終了後利用者は食事を始め、職員も利用者の間に座り昼食をとる。自力で食事が難しい利用者は職員が横に付添い介助する。大半の利用者が食事を終了したことを確認すると、職員は片付けを始める。ワゴンは職員が特養の厨房へ運ぶが、食器洗い等は特養の厨房で行われるため、時間は 20 分程度ある。準備・片づけ時間は合計 30 分程度であり、職員が準備・始末を全て行う小規模施設の平均 160 分と比較すると所要時間は大幅に短縮されている。昼食後利用者は訓練室の洗面コーナーで口腔ケアを行い、希望者から順に静養室で午睡する(図 7-5 右)。高介護度の利用者はベッド、低介護度の利用者は和室で午睡する。和室は多い日で 3 人の利用があった。午睡しない利用者は訓練室のソファ等で休む場面や会話する場面も見られた。この間職員は事務室で事務作業や休憩を行う。

以上、午前は入浴サービスに時間を要すが、調理された昼食が運ばれるため、準備時間は 10 分程度と短く 12 時過ぎには昼食が始まる。片付けも食器洗い等必要がないため職員は利用者の介助や事務・休憩の時間を確保出来ている。午睡では低介護度の利用者は和室で休養することで、高介護度の利用者はベッドで全員午睡が可能であり、午睡しない利用者も訓練室のソファ等好みに応じて居場所を選択できる。

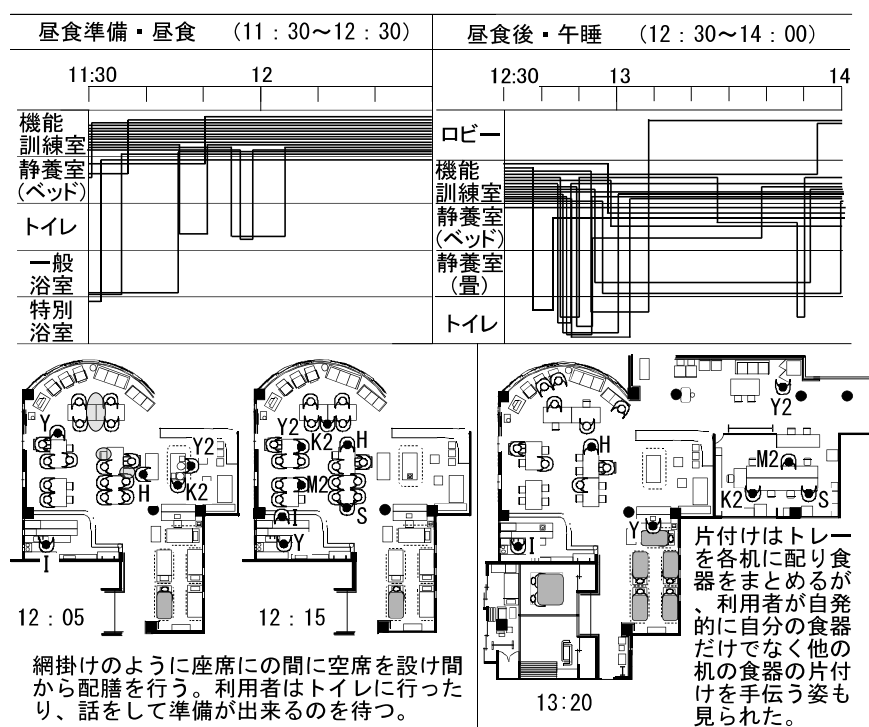


図 7-5 昼食及び午睡の場面

(4) 機能訓練

機能訓練の事例を図 7-6 に示す。午睡後トイレに行く利用者が多いため職員はその時間を利用し、机間内側の椅子の向きを変え向合うようにコの字に配置する。高介護度の利用者は職員がトイレかソファに誘導する。椅子の移動を終えると職員は利用者を誘導し、担当職員が中心となり体操が行われる。体操後水分補給を行い、ゲームを取入れた機能訓練に移行する。この日はグランドゴルフが行われた(写真 h)。全員参加が基本で、その他に座したまま介護度に関係なく楽しめる玉取り(写真 b)等が中心であるが、6月3日には海釣り(写真 c)、6月5日にはホットケーキ作りの催しが行われた。

以上、機能訓練開始前の家具移動では、椅子の移動のみでスペースが確保できるよう予め机配置が決められ、トイレに行く時間の利用やソファを逃げの場所とし準備が円滑に行われている点は評価される。ゲームを取り入れた機能訓練では介護度に関係なく参加できる内容が行われ、細長い空間を確保できるため、グランドゴルフ等の広い空間を必要とする運動系のプログラムが取り入れられ、その他海釣り等利用者が楽しめる工夫も見られた。

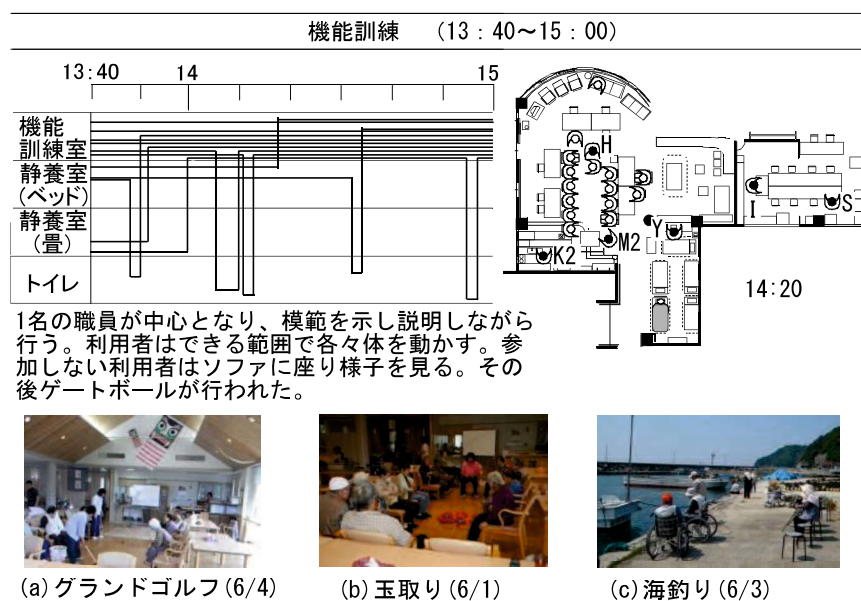


図 7-6 機能訓練の場面

(5) リハビリ

午睡後、看護師が付添いリハビリの必要な利用者に対しロビーで歩行訓練や腰・足の電気治療が行われる(図 7-7)。リハビリは杖や手押し車を利用する高齢者の自立歩行を促す歩行訓練が主で、椅子に座り足踏みや足首の体操、歩行器具を用いた足の上下運動(写真 k)・歩行訓練を行う。さらに階段の昇降訓練を行う場合もある。また、低介護度の車椅子利用者に対し歩行訓練、高介護度の車椅子利用者に対し起立訓練も行われる。この他、足用 2 台・腰用 1 台の器具が設置されており、コーナー型のため希望者は自発的に電気治療を行う姿が見られた(写真 l)。

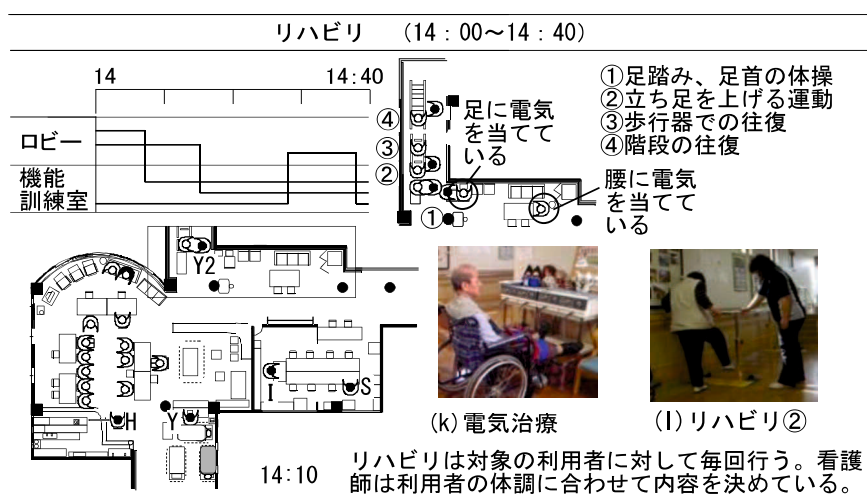


図 7-7 リハビリの場面

(4) 空間構成と使われ方の関係及びサービス機能評価

施設の空間構成と使われ方の関係を表7-2に示す。自由時間・昼食・機能訓練の場として使用される訓練室は、空間が広く予め机移動を必要としない机配置とすることで、家具移動をほぼ必要とせず転用可能である。家具移動を必要とする機能訓練では椅子移動のみで済んでいる。また、自由時間の居場所の選択肢の増加や家具移動時の逃げの場として活用されていることから、ソファ等のゆとりのスペース確保の有効性も示唆された。午睡の場として使用される静養室はベッドコーナーと和室が設けられており、介護度に応じて選択可能である。リハビリの場として使用されるロビーは、機能訓練の間に看護師が付き希望する利用者にリハビリが行われる。器具だけでなく電気治療器具も設置されており、コーナー型のため利用者が自発的に行う姿も見られた。また、午前中のプログラムで最も職員の介助を要す入浴サービスでは、一般浴室がスロープ付きのため特別浴室の利用回数が抑制され、午前で入浴サービスが終了できている。

表7-2 空間構成と使われ方の関係

		空間の特徴	使われ方の特徴
送迎	玄関	・空間が広く段差無し *椅子を設置	・車椅子利用者に対応 *座って履き替え可能
入浴	浴室	・一般浴室にスロープ設置 *ストレッチャー設置、特別浴室整備	・車椅子利用者に対応 *寝たきりの利用者に対応
昼食	厨房	・特養と厨房を共有	・準備及び片付け時間が削減
午睡	静養室 訓練室	・和室 *ソファ、マッサージチェア設置	・介護度が高い利用者の休養場所を確保 *好みに応じて居場所の選択が可能
自由時間	訓練室	・ベッド、ソファ、マッサージチェア設置	・介護度、好みに応じて居場所の選択可能 ・寝たきりの利用者の居場所を確保
機能訓練	訓練室	・広いワンフロア	・机配置の工夫により椅子の移動のみ ・運動系の機能訓練も可能
リハビリ	ロビー	・コーナー型 ・電気治療器具の設置	・利用者が自発的に行いやすい
場面転換	訓練室	・広いワンフロア *ソファ、マッサージチェア設置	・机配置を工夫し家具移動を最小限に抑制 *場の転用時の逃げの場を確保

7.2 民家活用型施設

(1) 本節の課題と目的

改正介護保険法(2006年)では市町村による地域密着型サービスの開始に伴う通所介護施設整備を促進する内容が盛り込まれ、既存施設や民家等を活用した小規模通所介護施設の整備が進み、経費で開設利点のみでなく、地域に根差した福祉拠点としての有効性が注目されている。特に民家等を活用した小規模施設が増加傾向にあり、高齢者福祉施設としての活用が期待されているが、民間の空間構成は専用施設とは異なるため、事例研究の蓄積を基にした通所介護施設としての適合性・有用性の検証と建築計画的課題の整理が求められる。

本節では民家活用施設の空間構成と使われ方の関係を整理した上で空間機能評価を行い、伝統民家の通所介護施設としての活用可能性と課題に関し考察を加える。

(2) 空間構成と使われ方の関係

既存建築を活用した小規模な高齢者デイサービス施設は、2000年以降増加傾向にある施設で、専用に計画設計された施設と異なり、民家の場合には平面構成の多様性と居室規模の狭小性がデイサービス施設として活用する場合の平面計画上の制約条件となる。そこで既往研究で対象とされた高齢者デイサービス施設の内、民家活用施設と専用施設を対象に58施設を抽出し、空間構成と使われ方の関係を整理した結果、図7-8に示す4タイプに分類された。「1室完結型」は全てのプログラムを同一空間で行なう型で、入浴以外はほぼ全員が同じ行動をとり、午睡を望まない人が退避できる空間は特に設けられておらず、場の転換に伴う職員の負担が増すとともに、逃げの空間がないため利用者の待ちが生じることが指摘されている。「食事室分離型」は食事のみ居室を分ける型で、食事や片付けの間に午睡の準備が可能のため、食事・午睡の準備始末行為が円滑に行える利点を有す。一方、希望者のみ午睡する場合や自由時間に静養する場合には、他の利用者の声が聞こえ十分に静養できない等の課題もある。

「午睡室分離型」は午睡室を分ける型で、午睡の運用方法に対する考え方も影響するため、民家系施設では利用者全員の午睡空間が確保される事例は少ないが、「食事室分離型」同様食事から午睡への移行が容易で、午睡のみでなく自由時間の静養が可能である。一方食事も自由時間も同じ空間で過ごすため、くつろぎも食事の席となる施設も見られ、一定の居室の広さがありくつろぐ空間を食事の場とは別に確保することが課題と考えられる。「3室独立型」は自由行動・食事・午睡のための空間が各々区分されている型で、場の転換に伴う職員の負担が軽減し、逃げの場を確保出来るため利用者の待ちも解消される。ま

た準備行為を先行出来るためプログラムの円滑な進行が可能となる。さらに居室の連続性が確保されている場合には、遮音性能等の課題は有すが、静養等の空間利用の自由度が増し、利用者の円滑な居室間移動の面からも有効と考えられる。

現状では施設系は「1 室完結型」が 22/35 例と 6 割以上を占め、次いで「午睡室分離型」7 例、「食事室分離型」6 例の順で、「3 室独立型」は確認されなかった。これに対し、民家系では「午睡室分離型」が 14/23 例と 6 割を占め、また「3 室独立型」が 3 例、「食事室分離型」が 2 例あり、施設系で 6 割を超える「1 室完結型」は 4 例と 2 割を下回り、午睡室や食事室が確保される傾向が認められる。この要因として、民家の場合には室数は有すものの各居室の面積が狭いため、続き間を有す場合でも「1 室完結型」の空間利用は困難で、複数の居室が利用される場合が多いためと考えられるが、反面空間機能分化により上述した長所を有す点は注目すべきである。

	モデル図	民家系	施設系
1 室完結型	全てのプログラムを同一空間で行う型	4例 (17%)	22例 (63%)
食事室分離型	食事のみ居室を分ける型	2例 (9%)	7例 (20%)
午睡室分離型	午睡室を分ける型	14例 (61%)	6例 (17%)
3 室独立型	自由行動・食事・午睡のための空間が各々区分される型	3例 (13%)	0例 (0%)
合計		23例	35例

凡例 機：機能訓練室 食：食堂 午：静養午睡室
 注) □□：空間を分割 □□：部屋が隣接 □□：廊下を介す

図 7-8 空間構成の分類と典型事例

(3) 職員の役割分担と調査期間中の利用者属性

調査期間中の職員の役割分担と利用者の基本属性を表 7-3 に示す。各施設職員は 1 日 3-4 名で対応する。職員は 1 日の主業務が決められており、労力を要す入浴介助は交代制が取られる。「えんがわ」では入浴が午前・午後の 2 回に分け行われるため、入浴介助担当職員は午前・午後で交代する。「田中さん家」では介護度の低い利用者が多いため入浴介助はほとんど行われず、入浴準備と片付けが主な担当業務である。また、「ひだまり・えんがわ」では機能訓練を 2 名で担当する。1 日の利用者は「えんがわ」が 7-10 人と多く、要支援は 19/46 人と約 4 割を占め最も多いが、介護度 2 も 14 人と 3 割を占める。一方「ひだまり・田中さん家」の利用者数は 5-6 人程度で、介護度 3 以上の利用者は「ひだまり」が 3 名、「田中さん家」は 2 名と少なく、特に「田中さん家」では自立の利用者も来所しており、自立・要支援は 14/28 人と半数を占め、内 6 名が自立である。

表 7-3 職員の役割分担と利用者の基本属性

	ひだまり						えんがわ						田中さん家					
	11/16	11/17	11/18	11/19	11/20	合計 (人)	12/9	12/10	12/11	12/12	12/13	合計 (人)	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7	合計 (人)
職員	HS	■	■	□	○●	○●	EY	○	□	□	○●		TK	□	■	○	○●	○
	HN	○	□	○●	■	■	EN	○	□	○●	○	○●	TM	○●	○●	○	○	○
	HH	○●		○●	■	○	EO	□	○●	■	○	○	TK2	○	□	■	○	○
	NT	□				●	EU			○●	○	○●	TS	□		●	■	■
							EZ	○●		○●	○●							
利用者	自立・要支援	1	2	1	1	2	4	4	3	5	3	19	4(3)	2(1)	3	5(2)	0	14
	要介護1	2	1	1	3	3	1	2	2	0	2	7	1	3	1	1	3	9
	要介護2	1	2	0	0	1	3	4	3	1	3	14	0	1	1	0	1	3
	要介護3以上	0	1	0	1	1	2	0	1	1	2	6	0	0	1	0	1	2
	合計(人)	4	6	2	5	7	10	10	9	7	10	46	5	6	6	6	5	28

凡例 職員に関して○:送迎 ●:入浴介助 □:機能訓練 ■:調理を示す。

注1 職員に関して表の最上段は各施設施設長を示す。

注2 利用者の田中さん家に関して()内の人数は自立である。

(4) 1日の生活プログラム

典型日の生活プログラムを図7-9に示す。送迎(迎え)の開始時刻は各施設とも8:30頃であるが、送迎に要する時間によりバイタルチェックが始まる時間は異なる。バイタルチェック後は入浴・自由時間となるが、「えんがわ」のみ10:30から体操が入り、入浴は午前・午後の2回に分け行われる。また「田中さん家」では入浴は午後に行われる。昼食準備は「ひだまり」では12:20頃、「えんがわ・田中さん家」では12:00頃から昼食を取れるよう準備を始めるが、「えんがわ」は準備に時間を要するため他施設よりも早く準備が始まる。昼食後13:00頃から「えんがわ」では午睡、「ひだまり・田中さん家」では自由時間である。機能訓練は14:30頃から始まる。その後、「ひだまり・田中さん家」では15:00頃、「えんがわ」では15:30頃からおやつの時間となり16:00頃から帰宅送迎が始まる。

「ひだまり」では利用者は1日を訓練室で過ごし、用便・入浴以外の居室移動は少ない。訓練室に連続する静養午睡室やホールのソファは、介護度の高い利用者の自由時間の静養や午睡に使われる。職員1名が午前中昼食準備を行い、他の職員は入浴介助と利用者の見守りを行い、午後利用者も訓練室で過ごす。「えんがわ」では利用者は自由時間の大半を食堂・訓練室で過ごし、用便・入浴以外の居室間移動は少なく1日の生活拠点となる。静養午睡室は午睡時のみ使用される。「田中さん家」では自由時間には利用者は主に訓練室1,2で過ごし1日の生活拠点となる。一方、午後から買物に出かけたり昼食後帰宅する利用者も見られた。職員1名は午前中昼食準備に専念し、他の職員は午前・午後ともに訓練室で利用者を見守る時間が長い。

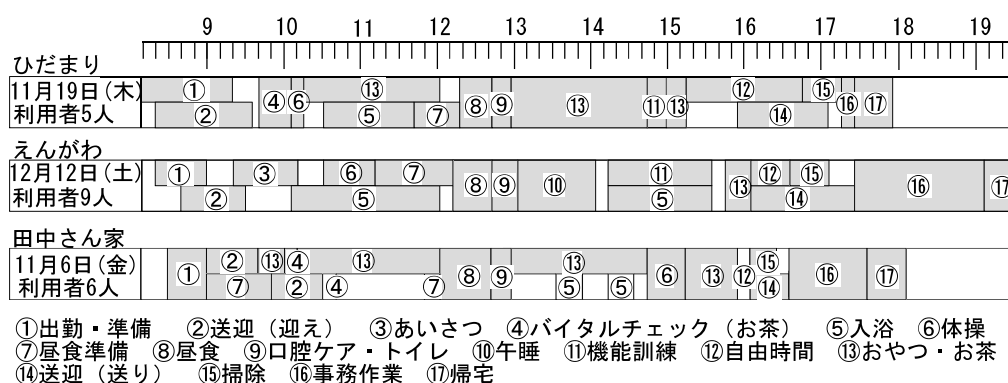


図7-9 一日の生活プログラム

(5) 生活プログラムと施設の使われ方

(1) 送迎(迎え)・バイタルチェック

送迎(迎え)・バイタルチェックの事例を図 7-10 に示す。「ひだまり」は 1 名の職員が主に送迎を行い、人数が多い日や遠方からの利用者がいる場合は 2 名で送迎する。車を玄関前に止めると待機職員が出迎え、職員は靴の履き替えを補助し席に誘導する。玄関の段差が大きいので、踏み台や椅子を設け解消している。漁村集落内施設のため近隣から徒歩で来所する利用者もあり、送迎サービス利用者よりも早く来所しお茶を飲みながら他の利用者を待つ場面も見られた。

「えんがわ」は職員全員で送迎を行う。車をスロープ前に止め歩行介助を行い、利用者を室内まで導くが、玄関が狭く段差が解消されていないため上り框部での介助に手間を要す。「ひだまり・えんがわ」では全員揃うとバイタルチェックが始まる。「田中さん家」は 1 名の職員が数回に分けて送迎を行う。施設出入り口として使用するには台所勝手口は狭く段差があり職員の介助が必要である。全員揃うまで時間がかかるためバイタルチェックは来所した利用者順に行なう。

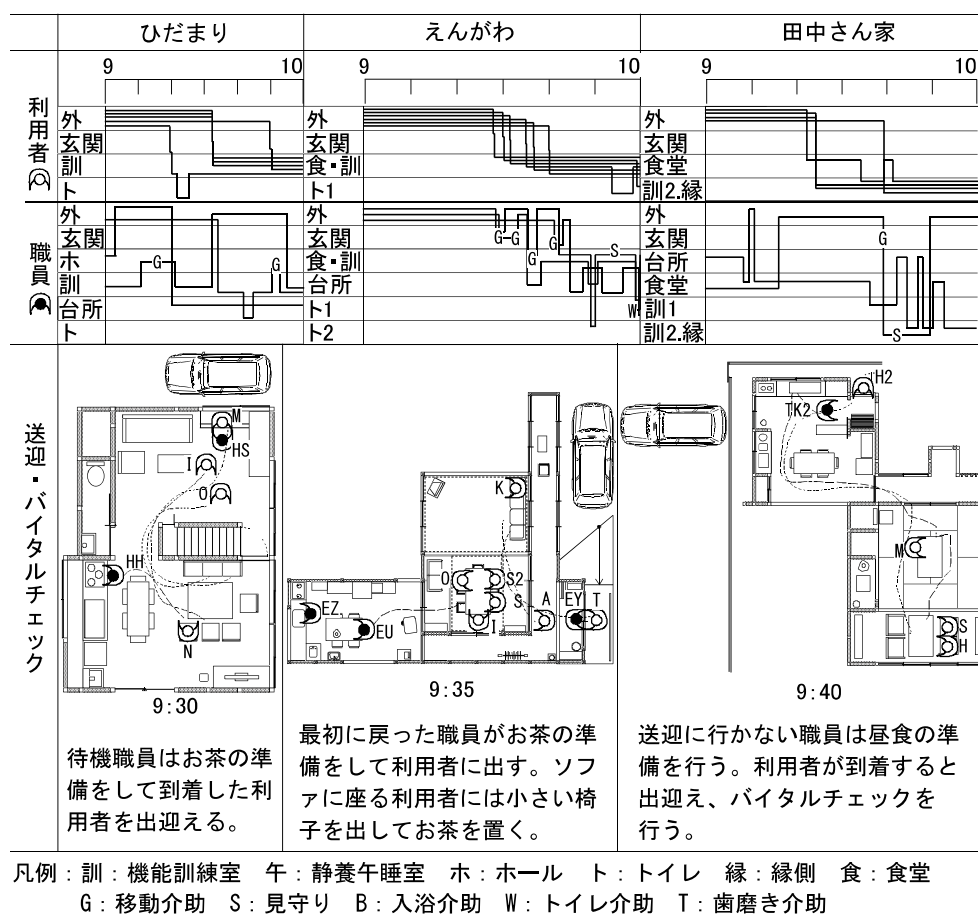


図 7-10 送迎(迎え)・バイタルチェック

（２）午前の自由時間・入浴

自由時間・入浴の事例を図 7-11 に示す。「ひだまり」では午前中の自由時間は機能訓練が中心で、利用者はソファに座し洗濯物をたたむ手伝いや豆つかみ・段ボールタワー・折紙等を行い過ごす。これは運営方針によるもので介護度による違いは見られない。浴室は全面改修されているため床の段差はないが、介護度の比較的高い利用者もいるため、職員 1 名が利用者を浴室へ誘導し入浴介助も行う。自由時間になると担当職員が台所で昼食準備を始める。

「えんがわ」では利用者は食卓やソファに座し会話等により過ごす。午前のプログラムとして 10 時半頃から体操を行うため、職員 2 名で食卓と椅子を食堂の端部に移動させるが、準備に 5 分程度を要している。この間利用者はソファに移動して準備を待つ。準備が整うと音楽に合わせラジオ体操を行ない(写真 a)、終わると食卓と椅子を元の位置に戻すが、準備同様 5 分程度要している。体操後職員はお茶を準備する。この間職員は利用者を見守りながらお茶や昼食準備のため台所と食堂・訓練室間を往復する。入浴は全員行うため午前・午後に分け、1 人ずつ順に利用者を浴室へ誘導し、既存浴室で段差が大きいいため全員入浴介助を行う。

「田中さん家」では訓練室 2 と静養午睡室間の襖は開放され、利用者はソファ・床座・寝台を選びマッサージや会話等により過ごし、1 名の職員が利用者を見守る。特に南庭に面した幅広の縁側に置かれた 4 人掛けのソファ・テーブルで会話しながら過ごす利用者が多く、入浴やマッサージ後もソファ席に戻る傾向が見られた。一方職員が和室の座卓で袋や飾り作り等の作業を始めると利用者も一緒に畳に座り作業に加わる日も見られ、利用者は会話や作業に応じ席を移動し椅子座と床座による行為を行っており、民家の庭と連続する椅子座家具の置かれた南面縁側空間の有効性が確認された。その他にも食堂や訓練室 1 に滞在する利用者も少数ではあるが見られた。

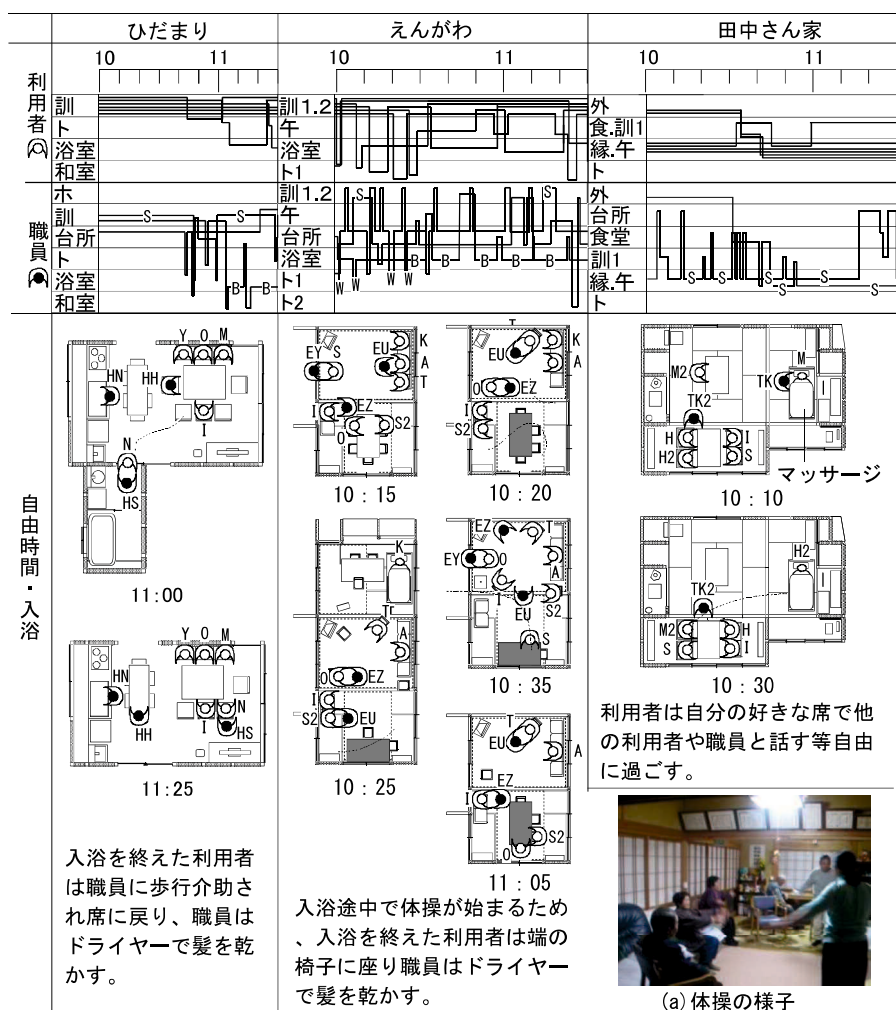


図 7-11 午前の自由時間・入浴

(3) 昼食準備・昼食

昼食準備・昼食の事例を図 7-12 に示す。「ひだまり」では開設当初(2008. 6)施設定員 10 名が座れるテーブルと椅子が設えられたが、居室規模の制約から玄関側の椅子背面通路が確保出来ておらず、配膳の際の逃げの場がないため、利用者が椅子に座した状態のままで職員は注意を払いながら配膳する必要があり、食後の片付けも同様の不便さがあった。この問題を解消するため台所流し台側に新たに 6 人掛けの食卓が設けられ、居室規模の制約から利用人数の実態に合わせ 8 人掛けテーブルに取替えると共に、終日座して過ごすには椅子は硬く疲れるため、利用者の要望によりソファに取替えられた。家具配置変更により職員は流し台に隣接する食卓での配膳が可能となり、利用者は準備が整うと食卓に移動するが、職員も一緒に食事するため訓練室のテーブルの一部も利用し食事が行われる(写真 b)。この家具配置変更は、狭い居室条件の下で「1 室完結型」と「午睡室分離型」で生じる、昼食時の利用者が座した状態での配膳・片付けの問題を解決する「食事室分離型」の長所を取入れた有効な方法といえる。

「えんがわ」では利用者数が多いため職員とボランティア 2 名で昼食準備を行う。昼食の時間が近づくと職員 2 名で静養午睡室や 6 畳和室から机と椅子を運び昼食準備を始める(写真 c)。椅子は 3 種類備えられ、利用者毎に座る椅子が決められているため、職員は席順を相談しながら椅子の配置を行う。机の移動に要す時間は 5 分程であるが、利用者のソファからの座席移動のため、利用者が座り終えるまでに合計 10 分程度を要している。その後台所から料理を配膳するが、利用者が全員座った後に配膳を行うと配膳盆等が利用者に接触する恐れもあり、数人の利用者は配膳終了後に席移動を行う場面が見られた。その間利用者はソファに座り待つが、台拭きや食事用マット・箸を置く手伝いを行う利用者もいる。全員席に着くと職員を含め食事が始まる(写真 d)。

「田中さん家」では昼食の準備が整った後食堂・訓練室 1 へ移動するため、利用者は食事までの待ち時間はなく、介護度の低い利用者が多いため移動介助の必要もない。食堂の食卓には全員座ることが出来ず、椅子座・床座の好みもあるため、椅子座の食堂と床座の訓練室 1(和室)の 2 室を利用し、職員が当日の利用者の介護度や好みに合わせ食事の座席を決定している。職員も食堂の食卓と和室の座卓に分かれ利用者と会話しながら昼食を取る。このように、DK 連続和室を活用し一般住宅の DK の面積を補完すると共に、食事の起居様式の選択可能性が確保されている点は、居室規模が小さくかつ DK と茶の間が間仕切りで連続する民家の有効な利用方法として評価される。

	ひだまり	えんがわ	田中さん家
	11:30 12	11:30 12	11:30 12
利用者 の 利用 状況			
職員 の 利用 状況			
昼食準備・昼食	ダイニングテーブル配置前 2008年6月30日 昼食前に口の体操を行い、その間他の職員が食事の盛り付け、配膳を行う。	椅子が数種類あるため、職員は利用者の席順や椅子の配置を考える。1人は台所で料理の盛り付けをしている。	職員は利用者が椅子座と床座の好みを把握しているためそれをもとに席を決める。
写真	(b)ひだまり:食事の様子	(c)えんがわ:机移動の様子	(d)えんがわ:食事の様子

図 7-12 昼食準備・昼食

（４）昼食の片づけ・午睡

昼食の片付けと午睡の事例を図 7-13 に示す。「えんがわ」では、昼食が済むと職員の誘導により利用者をソファまで移動させた後片付けを始め、食器を片付けると職員 2 名で机を静養午睡室の端へ戻す。その後、職員 1 名が 6 畳和室の押入からホットカーペット・布団・枕を取出し全員の午睡準備を始めるが、昼食の片付けから午睡準備が整うまでに 10 分程度要している。この間他の職員は順番に利用者を歯磨きへ誘導する。午睡準備が整うとソファで待機している利用者を誘導する。全員横になると職員は訓練室と食堂間の襖を閉め照明を消す。その間職員は台所で食器の片付けや食堂で事務作業・休憩を行う。全員で午睡をとる運営であるが、全員分の布団を敷く空間を確保するため、昼食と午睡の場が重複せざるを得ず、食事用の家具移動が必要で、さらに布団を敷くため準備に時間を要しており、食事空間と一定の広さを有す午睡空間の分離確保が課題といえる。

「ひだまり・田中さん家」では食事と自由行動の場が分離されており、利用者は食事が済むとそれぞれ居間のテーブル席と訓練室 2 に移動し、その後担当職員が食卓の片付けを開始するため時間は要していない。両施設では午睡は希望者のみで、午睡する利用者は少なく自由に過ごす。「ひだまり」では洗面所へ誘導し口腔ケアを行い、午睡する利用者は玄関ホールのソファや静養午睡室の寝台を利用する。「田中さん家」では洗面所で口腔ケアを行い、その後訓練室 2 で足や腕等の部分マッサージ、静養午睡室では寝台で全身マッサージを行い過ごす。職員も片付けが終わると訓練室で利用者の会話に参加する。和室のため午睡する利用者には枕と掛け布団が準備されるが、静養午睡室は狭いため、寝台のみでなく訓練室 2 で掛け布団を使用し畳の上で午睡する日も見られた。

このように、「ひだまり・田中さん家」の場合午睡に対する運用の考え方と同時に、十分な午睡空間が確保出来ない点も午睡の形態に影響しているものと考えられる。「ひだまり」ではホールと寝台が置かれた 4.5 畳和室を午睡の場とし自由行動・食事の場と空間分離しているものの、利用者全員が午睡する空間は確保されていない。また「田中さん家」でも静養午睡室は区分され、4 畳和室に寝台が置かれているが午睡空間としては狭く、小規模和室は午睡にも利用されるが共に静養の場としての性格が強い。

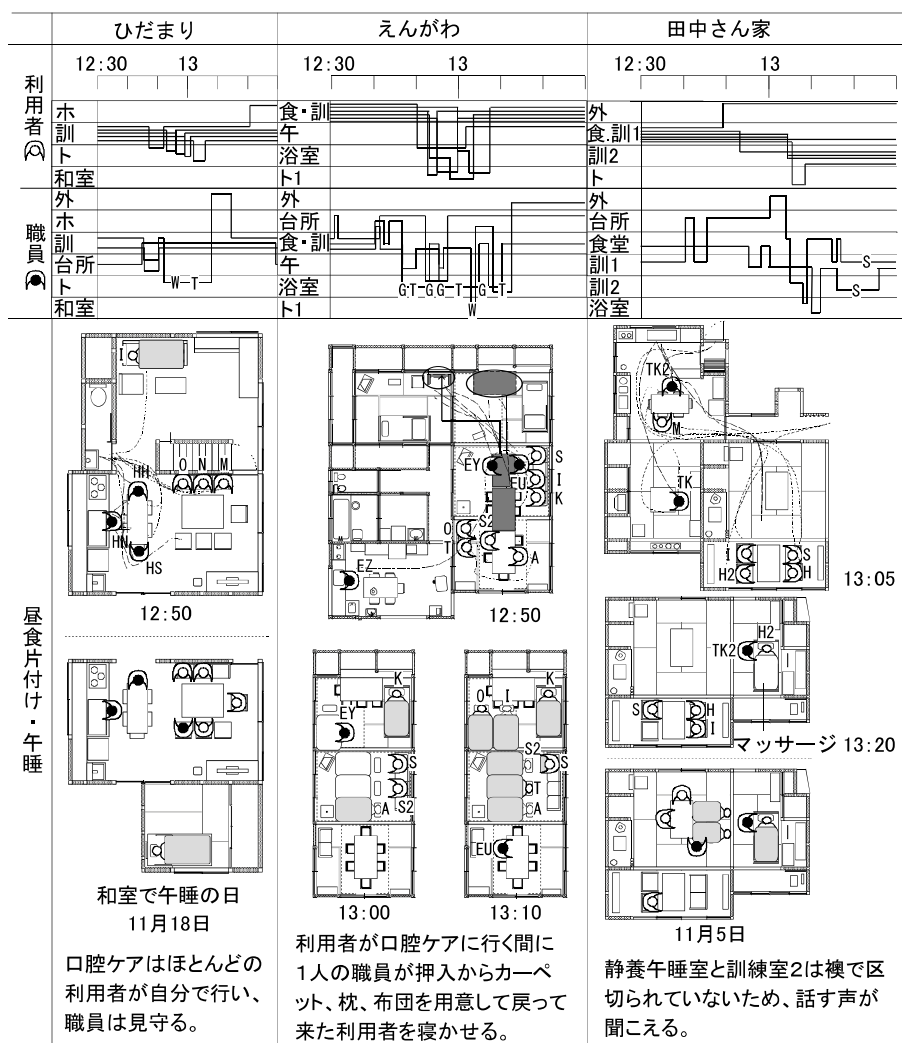


図 7-13 昼食片付け・午睡

(5) 午後の機能訓練・入浴

「ひだまり・えんがわ」ではゲームを取入れた機能訓練が積極的に行なわれている。「ひだまり」は空間が狭いためお手玉や輪渡し等椅子に座したまま行う訓練が主ではあるが、全身を使い行なうゲームも取入れられている。「えんがわ」では空き缶積み等の狭い空間でも行なえる訓練から、球遊びや部屋の端から端への輪投げ等広い空間を必要とする訓練まで、1日に2種類以上のゲームが行われている。一方、「田中さん家」では週1回の利用者が自宅でも行えるストレッチが主で、この他に合唱や琴演奏等が行われるが、ゲームを取入れた訓練は行われておらず、介護度の低い利用者が多い特性が反映されている。

次に典型日の機能訓練の事例を図 7-14 に示す。「ひだまり」では職員1名が指導し、居間の椅子に座して行う指体操・歌唱・風船バレーに加え、食卓と居間テーブル間のわずかな空間を利用し、椅子の脚を使

った輪投げも行われ(写真 h)、他の職員は利用者を見守りながら補助している。

「えんがわ」では機能訓練の時間が近づくと午前の体操同様食堂の家具移動を行う。机の移動に時間は要しないが、介護度の高い利用者を含めた席移動の必要があるため 5 分程度要している。音楽を流し 1 名の職員に従い軽く体を動かした後、団扇で紙玉回し、足で輪回し、ゴルフ球で足裏マッサージ、お手玉積みが行われた。また、この時間帯に 1 名の職員が担当し午後の入浴も行われ、利用者は席を入れ替わりながら訓練を行なう。訓練が終わると職員は机と椅子を元に戻しおやつの準備を始める。

「田中さん家」では利用者を訓練室 1 に誘導し機能訓練が始まるが、簡単な体操が主で職員が模範を示しながら行う。食堂と訓練室 1 は引戸を開放すれば一体的利用が可能で、床座が難しい利用者は食堂の椅子に座り体操しており、食堂の椅子と畳の空間を有効に活用した空間利用法といえる。また大半の利用者は介護度が低いため入浴者は少なく、職員の介助は浴室への誘導と湯の入換えのみで、午後の入浴介助には時間を要しておらず利用者と過ごす時間が長い。



図 7-14 午後の機能訓練

(6) 送迎(送り)

送迎(送り)の事例を図 7-15 に示すが、基本的には各施設とも迎えと同様である。「えんがわ」では玄関の段差が大きいとため全員歩行介助を行うが、介護度の高い利用者は職員 2 名が介助し縁側から抱えて直接車に乗せる場面がみられた(写真 i)。「ひだまり・田中さん家」では歩行介助が必要な利用者のみ介助を行う。各施設とも 2・3 回に分けて送迎を行うため、順番待ちの利用者は他の利用者や職員と会話しながら待つが、2・3 回目の送迎には 1 回目の送迎から 10ー15 分程度の待ち時間を要している。

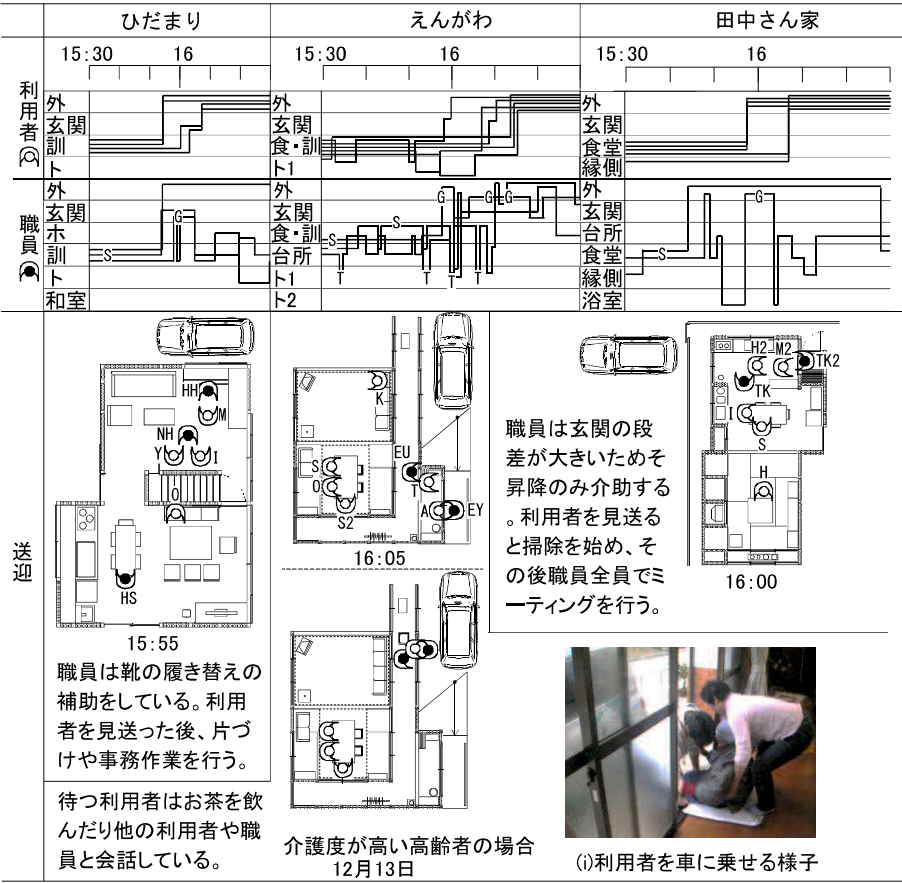


図 7-15 送迎(送り)

(6) 介護・行為の時間から見た使われ方の評価

以上、1日の生活プログラムの流れに沿って施設の使われ方の特徴を定性的に整理したが、本節では使われ方に差異が認められた(1)1日の職員の準備始末・介助行為の内容と所要時間、(2)利用者のプログラム移行時の待ち時間、(3)利用者の1日の自由時間における居場所と滞在時間の関係に関し、各施設での行為の時間に視点を置き定量的かつ総括的な比較を行う。

第一に、職員の送迎を含めた1日の準備始末・介助行為の内容と所要時間の構成比を図7-16に示す。朝夕の送迎は利用圏の広い「えんがわ」の所要時間(325分)が長いと全職員の勤務時間の21%を占めるが、「ひだまり・田中さん家」では11-13%(140分程度)と1/2程度と短く類似している。入浴介助は施設による差が大きい。「えんがわ」では介護度の高い利用者が多くかつ既存浴室をそのまま使用しているため、入浴者全員の介助を行っており、所要時間(257分)が長く全体の17%を占める。一方「ひだまり」では、浴室改修により段差が解消されており、入浴時の自立・見守りの割合が約3割と「えんがわ」よりも高いと、所要時間(75分)は短く全体の7%程度である。介護度の低い利用者が多い「田中さん家」では、入浴者は全体の3割と少ないため、所要時間(20分)は最も短く全体の1.6%である。食事の片付けは、「ひだまり・えんがわ」が所要時間(78, 94分)で6-7%を占めるのに対し、食事室と訓練室が分離した「田中さん家」では所要時間(20分, 3%)は最も短い。またプログラム移行準備に要す時間は家具移動を行う「えんがわ」の所要時間(98分, 6.43%)が長いのに対し、「ひだまり・田中さん家」では所要時間(16, 20分)は1/5程度と短い。移動介助(トイレや居室間・室内の移動介助等)については、段差の大きく狭い勝手口から送迎時の出入りを行う「田中さん家」では、全員の介助を行うため所要時間(73分)がやや長い、平面構成がコンパクトな「ひだまり」の所要時間(34分)は短い。この結果、職員が利用者との会話・見守り(事務作業等を含む)に費やすことの出来る時間は、「田中さん家」が811分(64%)と最も長く、次いで「ひだまり」の573分(51%)の順で、送迎・入浴介助、プログラム移行準備に時間を要す「えんがわ」では490分(32%)と短い。

第二に、午前の自由時間―食事―午睡―午後の機能訓練時の利用者のプログラム移行に要す平均待ち時間(分/人・日)を図7-17に示す。静養午睡室を有する「ひだまり・田中さん家」の自由時間―食事、食事―午睡へのプログラム移行時の待ち時間合計は各々11.4, 12.0分/人と類似しているが、家具移動を行う「えんがわ」では、自由時間―食事間の待ち時間が21.5分/人、食事―午睡間の待ち時間が12.3分/人と長く、さらに午睡―機能訓練間の待ち時間も16.2分/人を要しており、同一空間で場面転換を行う場合の制約条件といえる。

第三に、各施設の利用者の1日の自由時間における居場所毎の滞在時間合計値の構成比を図7-18に示す。「ひだまり」では訓練室の滞在時間が677分(分・人/日)と全体の90%を占め、他のプログラムを含め1日の大半を過ごす場といえる。また「えんがわ」も同様に続き間の食堂・訓練室の滞在時間が654分と大半

を占める。これに対し「3室独立型」に類似する「田中さん家」の場合には、ソファークセットが設えられた南面主庭に面す座敷えんがわ(訓練室2)の滞在時間が645分と最も長く、次いでDK隣接の畳敷き茶の間(訓練室1)の319分に分散し、この2室で全体の82%を占めるが、食堂・座敷座卓周り(訓練室2)・ベッド(訓練室3)で過ごす利用者もあり、利用者の好みに応じた場の選択がなされている。

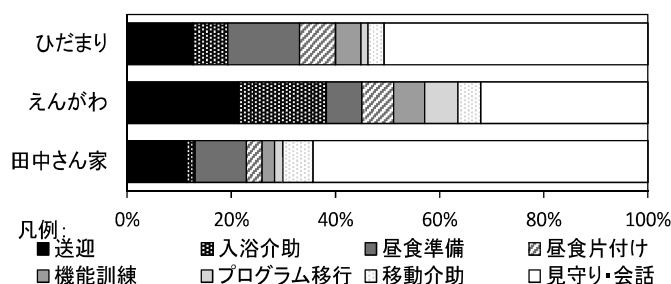


図 7-16 職員の準備始末・介助行為と1日の所要時間構成比

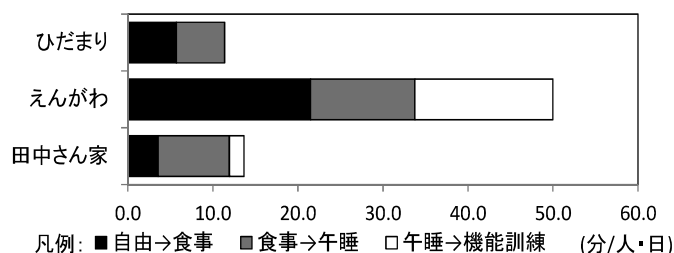


図 7-17 利用者のプログラム移行時の待ち時間

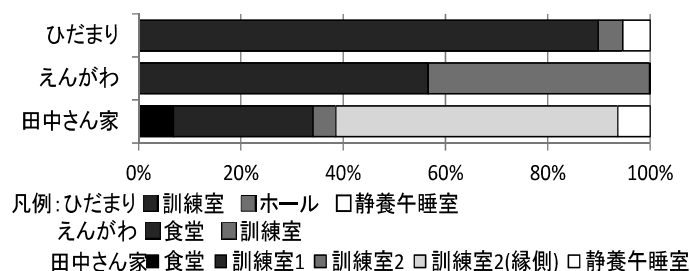


図 7-18 利用者の1日の自由時間における居場所別滞在時間構成比

(7) 空間構成と使われ方の評価

各施設の空間構成と使われ方の特徴及び空間機能評価を表 7-4 に示す。各施設の1日のプログラムは入浴時間を除き類似しているが、空間構成と使われ方の関係には以下の特徴が認められる。

「午睡室分離型」の「ひだまり」では、平面構成の制約から和室の寝台やホールのソファを使用する午睡以外の全プログラムが台所を含めた約 19 m²の訓練室で行なわれるため、テーブルとソファを配置した居間領域と台所・食卓周りの食事領域に区分し、昼食の先行的準備と利用者が居間領域に移動した後に片付けを行なう始末行為の時間差の設定により、狭い面積の中で自由時間－昼食－自由時間(午睡・入浴)の円滑なプログラムの流れが担保されている。但し、居間領域はテーブル・ソファが置かれた空間以外にはゆとりの空間がなく、体操や機能訓練も座した姿勢で行なえる内容が主ではあるが、終日同じ席で過ごすため指体操・風船バレーやわずかな通路空間を利用した輪投げ等の身体を動かす訓練が取入れられ、居室面積に大きな制約がある場合の領域設定による空間利用法として評価される。

一方、同じ「午睡室分離型」に類似する「えんがわ」は3室の和室続き間の構成で、各室は主に食事・機能訓練・午睡の場として利用されるが、1日の利用者数が10名程度と多いため、午前の体操・昼食・午睡・午後の機能訓練のプログラムを遂行するため、訓練室のソファを利用者の逃げの場とし、その都度家具移動を行い各行為のための空間確保が行なわれる。これはプログラムの運用方針に因るところが大きく、利用者の待ち時間と場の転換のための作業手間を考慮しても、体操は空間を広く確保し全員で向き合い行うこと、全員が布団で午睡すること、介護度の高い利用者に対してもボール遊びや輪投げ等身体全体を動かす機能訓練を取入れることが重視されているためである。このように、家具移動により場の設えを変更し限られた空間を最大限に使用する工夫は、職員の負担は伴うものの居室規模の小さい民家の一活用法として評価される。

これに対し「食事室分離型」と「3室独立型」の中間型の「田中さん家」では、プログラムに応じ居室を使い分けるため準備始末行為が円滑に行なわれ、プログラム転換時は利用者の居室間移動のみで済み、介護度が低いため移動介助も必要としていない。また利用者は自由時間には好みの場や席を選択して過ごす傾向も認められたことから、プログラム転換時も居室間移動のみで済み、居場所も選択可能な食堂と訓練室2室を有す空間構成の有効性が確認される。またDKと和室茶の間が連続する平面構成の場合には、一体的利用により居室面積の制約を解消できるとともに、食事や体操時の起居様式の選択も可能であり、民家の空間利用の有効性が示された。さらに入浴を行う利用者が少なくかつ入浴介助が必要な利用者も少ないため、職員が午前午後とも自由時間に利用者と過ごす時間が確保されており、介護度の低い利用者が多い施設運用の特性が反映されている。

表 7-4 施設の空間構成と使われ方の特徴

	ひだまり		えんがわ		田中さん家	
	午睡室分離型		1室完結・午睡室分離型		食事室分離・3室独立型	
	空間の特徴	使われ方の特徴	空間の特徴	使われ方の特徴	空間の特徴	使われ方の特徴
送迎	・玄関に椅子を設置	・座って靴の履き替え可能	・段差大きい *玄関が狭い	・職員2人介助 *1人ずつのみ	・民家の裏口使用	・入口が狭い ・職員の介助必要
入浴	・浴室改修	・介護度の高い利用者介助	・既存浴室使用	・段差が大きい ・全員介助	・既存浴室使用	・利用者が少ない ・ほとんど介助無し
昼食	・居間に食卓配置	・午前中調理 ・先行配膳可能	・自由時間、 昼食が同じ部屋	・午前中調理 ・家具移動を含め時間が必要	・DKが独立	・朝調理 ・先行配膳可能
午睡	・寝台、ソファ設置	・希望者のみ午睡	・続き間座敷を活用	・全員就寝 ・布団を敷く	・寝台を設置	・希望者のみ午睡
自由時間	・いす座のみ *ベッド、ソファ設置	・席が固定 ・会話や折り紙 *睡眠可能	*寝台を設置	・席が固定 *睡眠可能	・ソファ、寝台などを設置	・席は自由 ・会話や折り紙 ・職員も同席
体操	・空間が狭い	・席で行う	・空間拡大	・家具移動必要		・床座、いす座選択
場面転換	・空間が狭い	・逃げ場を確保できない	・続き間座敷使用	・家具移動必要	・続き間座敷独立	・部屋の使い分け可能
空間機能評価	昼食時には食卓を中心とする食事領域を区分することで狭い面積の中で円滑なプログラムの流れが担保されている。機能訓練も工夫し積極的に行なっている		転換時はソファを逃げ場として、作業手間を考慮しても、空間を広く確保し、体操は向き合って行い、午睡は全員布団でとれるようにしている		居室を使い分けることによって準備始末行為が円滑に行われ、転換時は居室の移動で済み、介護度の低いため移動介助も必要ない。自由時間も場所を選択できる	

以上より、民家をデイサービス施設として活用する計画論の観点からは、自由時間を過ごす場、食事の場及び午睡の場が独立確保可能な一定の規模を有す民家を施設として選定することが要点であり、この条件を満足出来ない場合には、少なくとも居室内での家具配置による居間と食事空間の領域設定や、改修により午睡・体操・機能訓練の場の独立確保が可能となる民家の選定が求められる。さらに施設経営の観点からは、伝統民家の改修では給排水・衛生設備、電気設備の更新や耐震補強工事は必須となるものの、その他の屋根・壁や構造部材を含む老朽箇所の補修工事等が大規模とならない民家の選定が要点となることから、空間構成に加え改修の必要度を含めた総合的な観点から民家の活用可能性を検討することが重要である。

7.3 廃校活用型通所介護施設

(1) 本節の課題と目的

過疎地域の自治体では、少子高齢化により医療福祉需要増大への対応とサービス水準の維持向上という課題を抱える一方、児童生徒数の減少により小中学校の統廃合による廃校施設が増加している。そのため、高齢者福祉施設としての廃校活用は福祉需要増大への対応と地域活性化を目指す上で有効な活用方法として位置付けられる。その中で、施設利用特性および空間機能評価に基づく福祉施設としての改修設計方法と空間構成の在り方の検討が課題として位置付けられ、研究蓄積の少ない現状では個々の改修事例を対象とした建築計画的観点からの有効性の検証が重要と考える。

本節では「ひだまりの里」の利用特性と運営形態を把握し、地域の高齢者福祉需要への対応関係を明らかにするとともに、廃校活用施設の空間構成と使われ方の関係を整理した上で空間機能評価を行い、廃校の複合型高齢者福祉施設としての活用可能性と課題に関し考察を加える。

(2) 調査期間中の利用者数・介護度と職員の役割分担

1週間の職員の役割分担と利用者の基本属性を表7-5に示す。職員は1日3名で対応する。職員は1日の主業務が決められており、機能訓練は2名の職員で対応する。調理は週に数日1名のボランティアスタッフが補助し、男性職員は行わない。また、1日の利用者は8～9名と多いが、9月21日は台風のため一部道路が通行止めとなり、送迎可能な利用者のみ来所しているため5名と少ない。介護度は要介護1以上の利用者が7割以上を占め、介護度3以上の利用者も2～4名来所している。

表 7-5 職員の役割分担と利用者の基本属性

	記号	性別 年齢	9月18日	9月19日	9月20日	9月21日	9月22日	9月23日	
職員	S	F50	○ ● □ ■			●	○ ■	□	合計 (人)
	K	M30	○ □	○ □	○ □		○ ● □		
	U	F55		○ ● □ ■		○ □		○ ■	
	N	F60	■		○ ● □	○ □ ■ □		○ ● □	
利用者	自立・要支援(人)		0	3	0	3	1	2	9
	要介護1(人)		2	2	3	1	4	0	12
	要介護2(人)		2	1	2	0	1	3	9
	要介護3以上(人)		4	2	4	1	3	2	16
	合計(人)		8	8	9	5	9	7	46

凡例：職員に関して○：送迎 ●：入浴介助 □：機能訓練 ■：調理を示す。

注）職員に関して表の最上段は各施設施設長を示す。

(3) 1日の生活プログラム

調査期間中の1日の生活プログラム例を図7-19に示す。プログラムは、1)送迎(迎え)2)バイタルチェック・お茶 3)自由時間及び入浴 4)昼食 6)午睡 7)機能訓練 8)おやつ 9)送迎(送り)から構成される。利用者は基本的に居間で自由時間を過ごす、プログラムに応じ居間と機能訓練室を使い分ける。機能訓練室は午睡、機能訓練に使用され、自由時間には休養の場としても利用される。



図 7-19 デイサービス部門の1日の生活プログラム

(4) 生活プログラムと施設の使われ方

(1) 送迎・バイタルチェック

送迎・バイタルチェックの事例を図7-20に示す。送迎は基本的に2名の職員が担当地区を決め、ワゴン車と軽自動車の2台で数回に分けて行う。駐車場は玄関から遠いため、職員は玄関前に車を止め利用者を施設内へ誘導する。アプローチには手すりが設置されており、介護度の低い利用者は1人で玄関に向かう場合が多い。玄関には椅子が配置され、座して靴の履き替えを行う。

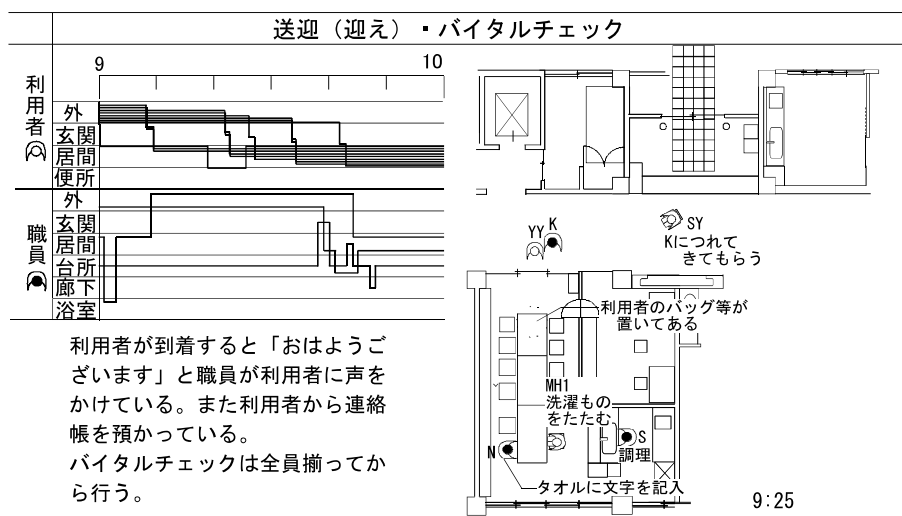


図 7-20 送迎・バイタルチェックの場面

(2) 午前中の入浴・自由時間と昼食準備・昼食

入浴・自由時間の事例を図 7-21 左に示す。3 名の職員が入浴介助、調理補助、利用者の見守り担当に分かれ、他に調理ボランティアが 1 名来所する。居間では利用者は個人で行う活動が行われる(写真 a)。調理補助職員は見守り担当職員がトイレ介助を行う間見守りを行うが、ボランティアが休みの日は調理を担当するため手を離せず、トイレ介助時は利用者の見守りが出来ない。また、機能訓練室は体調不良の利用者の休養室として使用されるが、居間から機能訓練室の様子が見えないため、見守りの際居間と行き来する必要がある。

入浴サービスは職員が声をかけて浴室へ誘導し、必要な利用者には介助を行う。介助の必要のない利用者に対しても見守りを行うため、入浴時は脱衣室に待機する。入浴を終えると居間まで利用者に付添い、次の利用者に声をかけ浴室に誘導する。入浴人数は日により異なるが、全日程とも午前中のみで終えている。

次に、昼食の事例を図 7-21 右に示す。事務室があるため居間の横幅が狭く、利用者の逃げの場がなく座席後部の通行や利用者の間から配膳する際、利用者に接触する恐れがあり支障をきたしている。また盛付けは 2 名で行うが、台所が狭いため 2 名入ると通路が塞がれ台所から居間への移動が難しい。料理が揃うと利用者は各々食事を始め、職員もテーブルの端に座り利用者の様子を見ながら食事をする。



(a) 居間

図 7-21 入浴・自由時間・昼食の場面

(3) 午睡・機能訓練

午睡の事例を図 7-22 左に示す。昼食を終えた利用者から順にトイレの洗面所で口腔ケアを行い、機能訓練室で午睡を行う。介護度の高い利用者はベッド、低い利用者はソファや絨毯の上へ誘導される。職員 1 名が見守りのため部屋に残り、他の職員は居間で事務作業を行う。基本的には全員午睡をとるが、午睡しない利用者がある場合は居間で見守る。

14:00 に職員は利用者を起こしてトイレへ誘導し、全員揃うと 2 名の職員が中心となり機能訓練が始まる。機能訓練の事例を図 7-22 右に示す。ソファ等に座って円陣で行い、その後ゲームを取り入れた機能訓練を行う(写真 b)。この日はソファを移動して広い空間を確保しグランドゴルフが行われた。この間

に居間では 1 名の職員が事務作業やおやつ準備を行う。また、ゲームを取り入れた 1 週間の機能訓練の内容を表 7-6 に示す。利用回数の多い利用者もいるため、毎日ゲームの種類を変えている。機能訓練中の席移動は少ないが、内容に応じ 2 チームに分かれ向かい合わせで行う日も見られた。



表 7-6 1 週間の機能訓練の内容

9/18	9/19	9/20	9/21	9/22	9/23
棒ゲーム	お手玉 芋取ゲーム	棒ゲーム 芋取ゲーム 風船バレー	ボール遊び お手玉 しりとり	グランドゴルフ ボール蹴り	じゃんけん 玉入れ あんたがたどこさ



(c)9/18 棒ゲーム (d)9/20 風船バレー (e)9/23 玉入れ

写真 7-1 機能訓練の場面

(4) おやつ・送迎

次におやつ・送迎の事例を図 7-23 に示す。レクリエーション後、居間に戻りおやつを食べながら話し送迎までの時間を過ごす。送迎の時間が近くなると 1 名の職員が送迎車を玄関前に付ける。その後、職員は利用者に声をかけて順番に送迎車に誘導する。他の利用者は会話などをしながら順番を待つ。

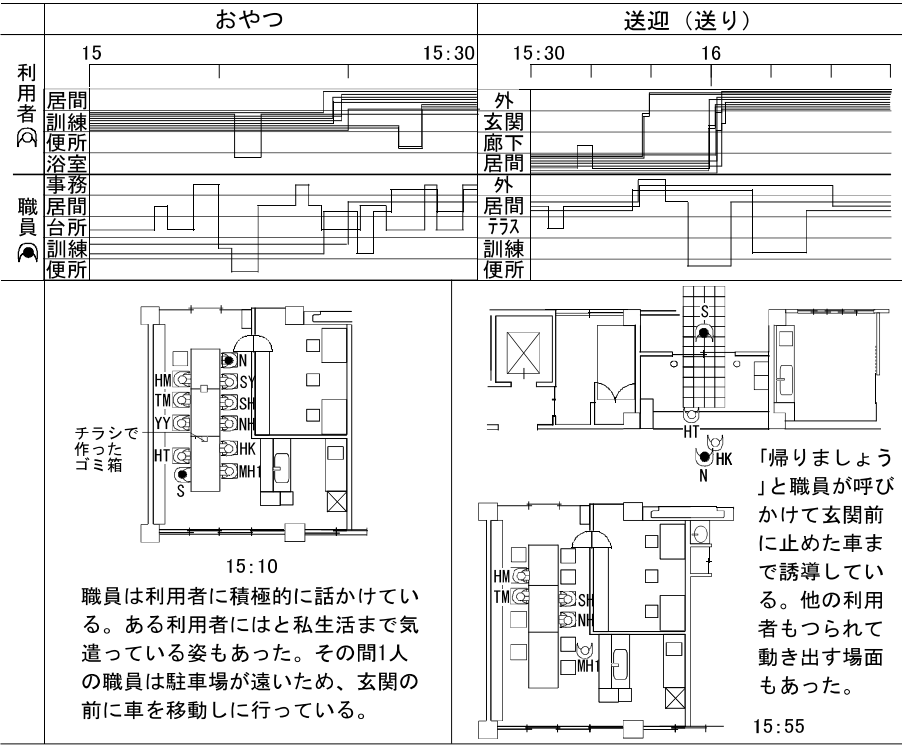


図 7-23 おやつ、送迎（送り）の場面

(5) 車椅子利用者への対応

介護度の高い車椅子利用者が来所する日もある(図 7-24)。居間は車椅子で部屋の奥に入ることが出来ないため入口側の席で過ごす。入浴時は車椅子のまま浴室入口まで移動出来ないため、脱衣室の椅子に座り替え脱衣後浴室まで手引き歩行で誘導する。体や髪を洗う際は利用者が自力で行えない行為のみ職員が介助する。その後浴槽端部に座らせ足から入浴させる。入浴後は脱衣室の椅子に座り着衣し、髪を乾かした後車椅子に座り替える。昼食時は椅子に座り替え食事をとる。昼食後は先に歯磨きに連れていき機能訓練室のベッドに誘導する。ベッドで午睡を取る利用者の起床が遅くなると、機能訓練の際ソファを後ろに移動させるため、車椅子が入らず手引き歩行で車椅子まで連れていく場面が見られた。また、静養室で午睡を取り、機能訓練にも参加しない利用者もいた。トイレは女性用と車椅子用が兼用で、女性利用者が多いため混雑することが多く、その際職員はグループホームのトイレまで連れて行く。

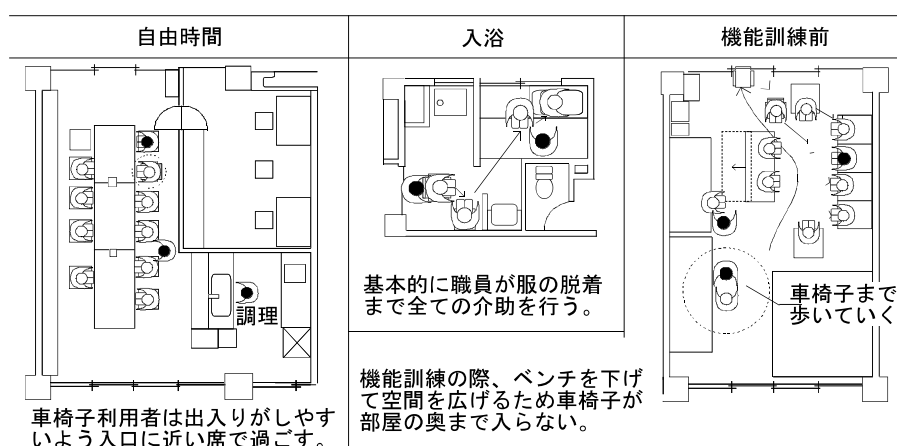


図 7-24 車椅子利用者の午前と入浴、機能訓練前の場面

(6) 空間構成と使われ方の評価

施設の空間構成と使われ方の関係を表 7-7 に示す。デイサービス部門は旧小学校の管理部を改修し、デイサービス諸室が玄関周りに集中配置され、移動距離が短く来所時には利用者が一人で居間に移動できる。居間と機能訓練室が独立確保されているため、「午睡室分離型」の利点である食事から午睡への移行が容易で、午睡だけでなく自由時間の静養スペースとして利用できる点を再確認した。一方、管理部の施設全体を管理する防災・電気制御設備は更新されず、デイサービス部門の面積が狭くなり、利用者が座ると後部の通行が難しい点や、車椅子利用者は居室の奥まで入れず入口側の席で過ごす必要がある等課題もある。また、居間と機能訓練室は壁のみで仕切られ出入口も並列しているため、自由時間に利用者が機能訓練室で静養している際に室内が相互に見通せない点も課題といえる。トイレは面積が狭く、女性用は車椅子用と兼用で1箇所のみのため混雑する場合があります、改修設計時点で男女比を考慮する必要がある。

表 7-7 空間構成と使われ方の特徴

		空間の特徴	使われ方の特徴
玄関	送迎	・アプローチに手すりを設置 *椅子を設置	・移動が楽 *座って履き替え可能
浴室	入浴	・新規浴室 *浴室が近い	・介護度の高い利用者介助 *利用者だけでも移動可能
居間	昼食	・キッチンが狭い *自由時間と同じ部屋	・職員2人しか入れない *準備中待ち時間が生じる
訓練室	午睡	・ベッドを別室に配置 *ソファの設置	・午睡を取らない利用者にも対応可能 *床座、ソファ、ベッドの選択が可能
居間	自由時間	・ベッドを別室に配置 *空間が狭く、椅子座のみ	・好みや体調に応じて選択可能 *席が固定
訓練室	機能訓練	・広い空間 *ベッドが同空間に配置	・椅子を移動させて行う *静かに休めない
事務室	事務	・居間空間に位置	・居間空間を圧迫している ・広さはないため、午睡時に居間で事務
全体	介助	・居間と機能訓練室の2室確保 *面積が全体的に狭い	・食事から午睡への準備始末行為が容易 ・室内を相互に見通すことができない *歩行介助の際他の利用者への配慮が必要

7.4 得られた知見

- 1) 「清ヶ浜」では入浴サービスにおいて特別浴室で高介護度の利用者に対応でき、一般浴室にはスロープが設置されているため、職員1人で車椅子利用者にも対応可能で介護負担が軽減している。
- 2) 「清ヶ浜」では自由時間、機能訓練において訓練室の空間が広いと、プログラム転換時も移動を必要としない机配置の工夫が見られた。また、家具移動時はソファが逃げの場として活用され、自由時間の居場所の選択肢の増加にもつながっていることから、ソファ等のゆとりのスペース確保の有効性も示唆された。
- 3) 「清ヶ浜」では昼食において併設する特養厨房で調理されるため、準備及び片付けの時間が短縮され、利用者の介助に時間を充てることができている。また、午睡においては和室を低介護度の利用者の休養場所とすることで、高介護度の利用者はベッドで休養できている。
- 4) 現状の民家活用施設の使われ方は、施設系の「1 室完結型」に対し居室規模の制約から空間機能分化がなされた「午睡室分離型」が多いものの、「3 室独立型」に類似する事例(田中さん家)では、プログラム転換時に居室間移動のみで済むため、職員の準備始末行為の負担が少なく、待ち時間の少ない円滑なプログラム進行が可能で、かつ利用者の自由時間における居場所の選択範囲が広くなることから、自由行動・食事・午睡を分離する使われ方を可能とする民家のデイサービス施設としての有用性が示唆される。
- 5) 居室規模の制約から「3 室独立型」の空間機能分離が行えない場合にも、家具配置の工夫により居間領域と食事領域を設定し、昼食の先行的準備と始末行為の時間的分離を行い、狭い面積の中で昼食前後の円滑なプログラム運用を実現する事例(ひだまり)や、逃げの場を確保した上で家具移動により空間を確保し、体操・昼食・午睡・機能訓練等の一連のプログラムを遂行する事例(えんがわ)等、一日の生活プログラムの展開に伴う準備行為を空間的・時間的に先行して行い、空間規模の制約を解決する事例がみられたことから、伝統民家の小規模なデイサービス施設としての活用可能性は大きいものと判断される。
- 6) 但し午睡空間に関しては、3 事例とも静養の場としての性格が強く全員が午睡可能な面積は確保されていない。施設設置基準には午睡室は含まれないため、運営主体のデイサービスにおける午睡の位置付けにより必要とされる空間の規模と設えは異なるが、少なくとも午睡希望者向けの一定の空間を確保することが民家活用施設に共通する課題といえる。
- 7) 「ひだまりの里」のデイサービス部門は機能がコンパクトにまとめられ、居間と機能訓練室が独立しているため、食事から午睡へ移行が容易で、休養スペースが確保されている点は評価される。一方で、居間と機能訓練室は壁のみで仕切られ出入口も並列しているため、自由時間に利用者が機能訓練室で静養している際に室内が相互に見通せない点は課題である。

以上より、「清ヶ浜」は高介護度の利用者が多く来所する大規模デイ施設であるが、高介護度の利用者も含め計画された1日のプログラムに従って施設運営が行えている。限られた職員数でこうした円滑な生活プログラムが遂行できている条件として、小規模施設にはない特別浴室等高介護度の高齢者に対応する設備を有し、調理等を併設施設と共有できる点、訓練室は広いワンルームのため、家具配置の工夫が容易である点が指摘される。また、過疎地域では民間事業者等がデイサービス事業に新規進出する可能性は低く、自治体の財政基盤も弱いため、施設の新設や大規模改修が困難な場合も多く、そうした地域では増大する高介護度の高齢者の福祉需要に対応するため、既存の従来型大規模デイ施設を介護度の高い利用者を受け入れる施設と位置付け、開設コストの低い民家等を活用した施設を介護度の低い利用者が来所する施設として開設することが有効であると考えられる。

また、民家をデイサービス施設として活用する計画論の観点からは、自由時間を過ごす場、食事の場及び午睡の場が独立確保可能な一定の規模を有す民家を施設として選定することが要点であり、この条件を満足出来ない場合には、少なくとも居室内での家具配置による居間と食事空間の領域設定や、改修により午睡・体操・機能訓練の場の独立確保が可能となる民家の選定が求められる。さらに施設経営の観点からは、伝統民家の改修では給排水・衛生設備、電気設備の更新や耐震補強工事は必須となるものの、その他の屋根・壁や構造部材を含む老朽箇所の補修工事等が大規模とならない民家の選定が要点となることから、空間構成に加え改修の必要度を含めた総合的な観点から民家の活用可能性を検討することが重要である。

最後に、廃校した小学校を活用した「ひだまりの里」はデイサービス部門を始めグループホーム・生活支援ハウス等が設置され、社会福祉法人による運営により、町全域あるいは地区を主対象とした高齢者の施設居住と通所介護双方の需要に対応出来ており、介護予防や地域交流拠点としても利用されていることから、公設民営型の複合型福祉施設としての整備効果は大きい。

参考文献

- 1) S.Mishima et al.: Usage of Day Service Part of Composite Welfare Facility Converted a Closed School, Proceedings of 9th International Symposium on Architectural Interchanges in Asia, A6-1, Gwang-Ju, Korea, October 24, 2012
- 2) 菅原麻衣子・藍澤 宏・相羽康宏: 高齢者の主体的活動の展開からみた通所施設の空間整備, 日本建築学会計画系論文集, No. 585, pp. 39-45, 2004. 11
- 3) 中園真人・山本幸子・加登田恵子: 街なかの伝統民家を再利用した地域福祉施設「さんコープ河村邸」の使われ方, 日本建築学会計画系論文集, No. 652, pp. 1581-1589, 2010. 6

- 4) 橋本弥古武・上田陽三他 2 名:高齢者デイ・サービス施設の平面構成に関する研究, 日本建築学会北海道支部研究報告集 No. 62, pp. 125-128, 1989. 3
- 5) 青木正夫・竹下輝和他 2 名:保育所乳児部(3 才未満児)の平面用途構成に関する研究 その 1 保育の集団性と行為の転換時よりみた保育室空間の使われ方の特徴, 日本建築学会論文報告集, No. 293, pp. 127-136, 1980. 7
- 6) 青木正夫・竹下輝和他 2 名:保育所乳児部(3 才未満児)の平面用途構成に関する研究 その 2 準備行為先行型と平面構成の分化要求, 日本建築学会論文報告集, No. 302, pp. 77-86, 1981. 4
- 7) 西野達也・長澤 泰:小規模高齢者通所施設の利用実態と使われ方の特性について, 日本建築学会計画系論文集, No. 581, pp. 41-48, 2004. 7
- 8) 石丸紀興・平原美貴:デイサービスセンターにおける高齢者の生活と空間構成に関する研究. 日本建築学会中国支部研究報告集, 第 24 巻, pp. 575-578, 2001. 3
- 9) 田村隆他 2 名:高齢者デイ・サービス施設の平面構成とスペース設定に関する研究, 日本建築学会北海道支部研究報告集, No. 64, pp. 261-264, 1991. 3
- 10) 中園真人他 3 名:民間団体による既存建築を再利用した地域福祉施設整備と運営形態, 日本建築学会計画系論文集, No. 624, pp. 407-414, 2008. 2
- 11) 鄭ソイ他 3 名:高齢者デイサービスセンターの運営プログラム・活動の実態, 日本建築学会大会学術講演梗概集, E-1 分冊, pp. 309-310, 2005. 7
- 12) 江崎由梨他 2 名:デイサービスセンターの運営プログラムによる空間利用の実態, 日本建築学会大会学術講演梗概集, E-1 分冊, pp. 283-284, 2007. 7
- 13) 伊藤朱子・上田哲也他 2 名:デイサービスセンターの利用者数と活動場面の考察, 日本建築学会関東支部研究報告会, pp. 289-292, 2011. 3
- 14) 中園真人・山本幸子:農家住宅を再利用した地域共生ホーム「中村さん家」の使われ方, 日本建築学会計画系論文集, No. 651, pp. 1199-1207, 2010. 5
- 15) 松原茂樹他 4 名:農村地域の宅老所における住まい方の維持・継承について, 日本建築学会大会学術講演梗概集, E-1 分冊, pp. 173-174, 2006. 9
- 16) 南原加代子・稲地秀介他 3 名:住宅を高齢者福祉施設に転用することによって生まれる魅力, 日本建築学会近畿支部研究報告集, pp. 157-160, 2006. 5
- 17) 松原茂樹・船橋國男他 3 名:民家におけるデイサービスに関する研究, 日本建築学会近畿支部研究報告集, pp. 201-204, 2004. 5

第 8 章 結論

各章で得られた研究成果の要約及び今後の課題を示し、本論の結論とする。

第 8 章 結論

8.1 得られた知見

- 1) 第 2 章では、平成の大合併前の自治体区分で山口県の通所介護施設の整備状況を明らかにした上で、要介護認定者数の推計を行い、需要からみた施設整備の現状を分析した。通所介護施設数からみると、2000 年以前ではほとんど差はなかったが、2000 年以降は都市部では営利法人を中心とした民間法人が参入し、施設が増加した一方で、中山間地域では民間法人の参入はほとんどなく、施設数で格差が生じている。次に、要介護認定者数に対する定員の割合である充足率からみると、2000 年以前は施設数に差がないため、要介護認定者数が少ない郡部で充足率が高いが、2000 年以降は都市部で充足率が急激に上昇しており、2010 年には旧市 0.13、郡部 0.12 と旧市の方が高い。一方で、2010 年以降郡部で要介護認定者数が減少したため、2015 年では郡部の方が充足率が高い結果となっている。以上より、施設数からみると都市部と郡部で大きな差があるが、充足率でみると郡部の方が高い結果となった。また、実際の利用状況をもとに、要介護認定者数の内の施設を利用する割合であるサービス利用率、定員に対する 1 日の来所者数の割合である施設利用率を算出すると、特に郡部で自治体の格差が大きい点が明らかとなった。
- 2) 第 3 章では、都市部と中山間地域で施設整備に格差が生じている要因として考えられる運営主体に着目し、運営主体と地域特性の関係を分析した。都市部では 2000 年以降サービスの需要増加に応え、営利法人運営の通所介護単独の小規模施設を中心に整備が進められている。一方で、中山間地域においても少数ではあるが営利法人・NPO 法人運営の通所介護単独の小規模施設整備が進められており、民家等の既存建築を活用した施設が多く見られた。そのため、中山間地域への民間法人参入の促進手法として既存建築の活用が有効であると考えられる。また、社会福祉法人による未整備地域へのサテライト型施設整備もみられ、法改正により通所介護施設単独での施設運営が厳しくなることから、サテライト型施設で整備する方式が有効な方法として位置づけられた。山口県では社協運営施設が多い点も特徴であり、中山間地域の未整備地区を中心に施設整備を進めていることから、社協による施設整備方式も有効な整備手法として考えられる。
- 3) 第 4 章では、過疎地域において特養併設施設を基幹施設として位置づけ、民家を活用した小規模なサテライト型施設整備を進めた阿武町に着目し、1 社会福祉法人によるサテライト型施設整備の有効性を検討した。全体的な需要増加への対応が可能となるだけでなく、利用者の介護度やサービス要求内容に応じた施設選択が可能となる施設機能分担効果、居住地域に近い施設を利用できる利用圏分担効果、小規模施設は地区内からの利用が多く、車の乗降に時間を要す車椅子利用者は基幹施設を利用することによる送迎時間削減効果、また特養併設施設では経営が厳しく赤字になる施設が多いが、サテライト型の小規模施設の黒字で補填できる施設経営補填効果の 4 つの効果が確認され、有効であるこ

とが明らかとなった。

- 4) 第5章では、2000年以前に自治体が社会福祉法人運営の特養併設施設だけでなく、社協運営の通所介護単独の小規模施設を整備した島嶼部である周防大島町に着目し、社協運営施設整備の有効性を検討した。周防大島町は島嶼部に位置するため、沿岸部に集落が点在しており、利用者は施設機能に関係なく居住地から近い施設を利用する傾向にあることが明らかとなった。そのため、社協運営施設の整備により利用圏が狭くなり、送迎時間も全体的に短い傾向にあり、社会福祉法人運営施設を基幹施設としたサテライト型施設の役割を果たしているものと考えられ、有効であることが明らかになった。以上のことから、島嶼部や集落が点在する地域では各集落にサテライト型施設を分散配置させ、高齢者施設の拠点を整備する方式が有効であると考えられる。
- 5) 第6章では、事業団を設立して広域自治体で施設整備を進めた萩市を対象に、事業団による広域自治体での施設整備手法の有効性を検討した。萩市では中心市街地に施設がなかったため、最初は自治体が整備し社協に運営を委託していたが、社協の高齢者部門が肥大化する恐れがあったことから事業団を設立し、高齢者施設整備を進めている。合併後は中心市街地だけでなく、郡部の未整備地区を含めて自治体全域で施設整備を行っていることから、事業団を設立し自治体と連携することで広域的観点から未整備地区や施設不足地域で施設整備を促進させる可能性も指摘される。また、事業団は社会福祉法人や社協と連携を取りやすい利点があり、特に民間法人の参入が少ない自治体では事業団を中心とした施設間の連携が可能であると考えられ、有効な可能性が高いと考えられる。
- 6) 第7章では、特養併設型施設、民家活用型施設、廃校活用型施設の使われ方を分析した。特養併設型施設について介護度の高い利用者を多く受け入れた場合でも限られた職員数で生活プログラムが遂行できる条件として特別浴室を完備している点、厨房を特養と共有している点、訓練室が広いワンルームのため、家具配置の工夫が容易である点が挙げられる。また、「清ヶ浜」では一般浴室にスロープを設置している点や機能訓練室にくつろぎのスペースを設置している点が特徴であり、これらの点も生活プログラムを遂行する上で影響を与えているものと考えられる。民家を通所介護施設として活用するためには、自由時間を過ごす場、食事の場及び午睡の場が独立確保可能な一定規模を有す民家が適しており、この条件に適さない場合は、家具配置による領域設定が可能な民家が有効であることが明らかになった。廃校を通所介護施設として活用するためには、通所介護施設だけでなくグループホームや生活支援ハウス等複数の施設機能を持たせ、自治体又は地区を主対象とした高齢者拠点とすることが有効であることが明らかになった。また、2居室を確保することで食事から午睡の移行が容易となり、独立した休養スペースも確保できることから有効であると考えられる。

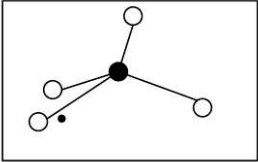
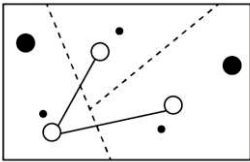
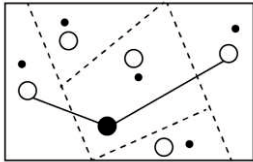
8.2 考察

以上より、2000 年の介護保険制度導入後、都市部では営利法人や医療法人を中心とした民間法人が多く参入しているのに対し、中山間地域では民間法人の参入が少なく格差が生じていることが明らかになった。一方で、充足率でみると中山間地域では要介護認定者数が少ないため、郡部の方が整備水準は高い結果となっている。今後も郡部で要介護認定者数が減少すると予測されるため、今後も充足率からみると整備水準は高くなると考えられる。一方で、中山間地域では集落が分散する地域が多く、通所介護施設では送迎サービスを行う点を考慮すると、充足率だけでなく、送迎効率等も含めた整備水準評価が必要であると考えられる。また、2015 年の法改正により通所介護単独施設の小規模施設の施設運営が厳しくなり、中山間地域に参入した民間法人の大半は小規模の通所介護単独施設のため施設を廃止する法人が出てくることが予測され、中山間地域の施設整備に着目することは重要であると考えられる。民間法人による施設整備運営も考えられるが、今後も需要の減少が予測されている中で、事業採算性を重視する民間法人参入の見込みが少ないと考えられる。そのため、そのような地域では自治体の役割が重要であると考え、自治体と関係が深い社会福祉法人や社協に着目している。今回は 2015 年の法改正を考慮し、都市部でも多く見られるサテライト型施設が有効であると考え、3 つの整備手法について有効性を検討した。

整備効果のまとめを表 8-1 に示す。第 1 に 1 社会福祉法人による基幹施設及びサテライト型施設併設型の整備手法について検討し、需要に対応するだけでなく機能分担効果、利用圏分担効果、送迎時間削減効果が確認されたことから有効性が検証された。調査時においては経営的に成立していることから展開可能性は小さくないものと考えられることから、阿武町のように人口規模が比較的大きく合併していない小規模自治体では有効であると考えられる。第 2 に社会福祉法人及び社協による公設民営型の整備手法について検討し、利用圏分担効果、送迎時間削減効果が確認されたことから有効性が検証された。そのため、周防大島町のように島嶼部や過疎地域等の集落が点在している自治体では有効であると考えられる。第 3 に社会福祉事業団による施設の整備運営方式について検討し、自治体全域の未整備地区で施設整備が進み、既存の社会福祉法人等と利用圏削減効果等の効果が確認されたことから有効である可能性が高いことが明らかになった。そのため、萩市のように平成の大合併において大合併が行われた広域自治体では有効であると考えられる。また、過疎地域においては需要が見込まれないことから、既存建築を活用することにより開設経費を軽費に抑えることによりさらにサテライト型施設整備が促進されるものと考えられる。

今後は 2015 年に法改正が行われ自治体により小規模施設数が管理されることから、通所介護施設整備における自治体の役割は今後大きくなるものと考えられる。そのため、今後自治体と民間の関係が重要であると考えられ、その点を踏まえた整備手法の検討を行っていく必要があると考えられる。

表 8-1 整備手法及び整備効果のまとめ

整備手法	社会福祉法人による基幹施設及びサテライト型施設併設型の整備手法	社会福祉法人及び社協による公設民営型の整備手法	社会福祉事業団による施設の整備運営方式
			
整備効果	機能分担効果 利用圏分担効果 送迎時間削減効果 経営採算補填効果	施設整備効果 利用圏分担効果 送迎時間削減効果	施設整備効果 サテライト型整備効果 利用圏分担効果 施設経営継続効果
有効な自治体	人口規模が比較的大きく合併していない小規模自治体	島嶼部や過疎地域等の集落が点在している自治体	平成の大合併において大合併が行われた広域自治体

8.3 今後の課題

本論では都市部と中山間地域の格差を明らかにし、特に民間法人が少ない過疎地域での有効な整備手法を検討した。一方で、今回の検討した整備手法は一部であり、他にも整備手法があると考えられる。また、今回検討した整備手法についても、今後さらに分析が必要な点もある。以上から、今後の取り組むべき検討課題を以下の通りに示す。

- 1) 第4章の阿武町については、ひだまりからひだまりの里への移行、清ヶ浜の施設定員減少及びくすの杜開設後の分析を今後さらに深めるとともに、今後えんがわが新設施設へ移行予定であることから、最初の4施設から移行後の5施設への変化を追い分析を深める必要があると考えられる。
- 2) 第6章の社会福祉事業団については、萩市では高齢者施設を整備するために社会福祉事業団を設立した特殊な事例であり、民間の社会福祉法人と機能する事例が多く、施設整備の積極性の希薄化が懸念されている。また、自治体の連携に関しても自治体の財政状況や施設整備の方針が影響することも推測されるため、今後調査事例を増やし、社会福祉法人や社協との連携方法の詳細を含め、事業団方式の有効性の検証に取り組むことが課題である。
- 3) 山口県では全国と比較すると社会福祉協議会運営の施設が多い点が特徴であり、下関市等で積極的に施設整備が進められていることから社会福祉協議会による施設整備方式の有効性について検証が必要であると考ええる。
- 4) 介護保険制度導入後、通所介護施設の整備を自治体から民間法人へ移行したが、民間法人は採算性を重視することから小規模施設を中心に都市部に集中立地し、施設数を自治体が管理する時代に突入している。そのため、今後は通所介護施設の整備において、民間と自治体の関係性が重要であると考えられ、その点についても調査分析が必要であると考えられる。また、検討課題2)と重なる点もあるが、自治体との関係が深い社協や事業団との関わり方についても検討していく必要があると考えられる。
- 5) 第7章で施設の使われ方については、事例数が少ないため、事例数を増やし分析を進める必要があると考えられる。また、既存建築を活用した施設については民家及び廃校のみ取り上げたが、他にも商店や旅館等を活用した施設もあるため、それらについても分析を進めていく必要があると考えられる。
- 6) 今後の通所介護施設整備について、過疎地域では今後要介護認定者数の減少が予測されており、施設の過剰供給等の問題の発生が考えられるため、今後の施設整備手法を検討する必要があると考えられる。

謝辞

本研究を行うにあたり、山口大学大学院創成科学研究科の中園真人教授にはご指導頂きました。日本建築学会計画系論文集の論文の執筆等では大変苦勞しましたが、中園先生の丁寧な指導により本論を執筆することができました。心より感謝申し上げます。

山口大学大学院創成科学研究科の孔相権講師、筑波大学システム情報系の山本幸子助教にも論文執筆で度重なるご指導を頂きました。心より感謝申し上げます。

貴重な御教示を賜りました、山口大学大学院創成科学研究科都市計画学講座の鵜心治教授、山口大学大学院創成科学研究科人間環境工学講座の小金井真教授、山口大学大学院創成科学研究科都市・社会システム工学講座の榊原弘之准教授にも心より感謝申し上げます。

また、調査にご協力頂いた阿武福社会苑長藤山千佳子氏、周防大島町社会福祉協議会事務局長谷満雄氏、萩市社会福祉事業団事務局次長水津康雅氏をはじめ、施設職員や利用者及びご家族の方々にも大変お世話になりました。感謝申し上げます。

最後に、修士を卒業後就職したにもかかわらず、退職して博士課程に進学しようとした私を快く送り出してくれた両親には深く感謝します。

以上の方々をはじめ、大変多くの方々にお世話になりました。末尾ながら記して感謝申し上げます。この経験を活かして今後も精進していきたいと考えております。本当にありがとうございました。

三島 幸子