

第38回

既存特養の個室化への道のり

近畿大学 建築学部
准教授 山口 健太郎



【経歴】

京都大学大学院を卒業後、株式会社メトス、国立保健医療科学院協力研究員を経て2008年より近畿大学理工学部建築学科講師。2011年4月より現職。

特別養護老人ホームや小規模多機能型居宅介護などの研究を行うかたわら、高齢者施設の設計にも関わる。主な建物に「ケアタウンたちばな、設計監修、大牟田市」などがある。

厚生労働省は特別養護老人ホームの個室割合を7割以上にするという目標を掲げている。だが、個室ユニット化率（定員数）は3割弱であり、目標達成までの道のりは遠い（平成22年度データ）。目標達成には、新築の個室ユニット化だけではなく、多床室の既存施設の個室ユニット化が必要となる。

既存施設の個室ユニット化には、①建替え、②大規模修繕の2つの選択肢があり、どちらかを選択するかは建物の耐用年数による。特別養護老人ホームなどの高齢者施設は不特定多数の人が利用する施設であり、耐震性の確保が求められる。耐震性とは1980年に制定された新耐震基準への適合を意味しており、1980年以前の施設については改修や建替えによる耐震性の確保が求められる。学校や公営住宅では改修により耐震性を確保する事もあるが、改修の是非については、物理的耐久性だけではなく、その建物の用途が今日的な使用に適合しているのかという社会的耐久性も考慮しなければならない。特別養護老人ホームの場合は、多床室から個室ユニットへ、または、地域包括ケアへと展開しており、35年以上経過した旧耐震基準の建物については建替えが妥当であろう。

建替えを選択した場合には、どこに、どの規模の施設を建替えるかが問題となる。現施設の敷地内や隣接地に建設する場合もあるが、前述した地域包括ケアを踏まえると、住み慣れた地域の中における小規模な施設が求められる。新潟県長岡市にあるこぶし園が実施しているように、29人以下のサテライト型特養を地域の中に分散配置し、完全に大規模な施設を無くすというのが一つの理想形だろう。だが、建物を建てる際の労力（土地探しや設計）は小規模でも大規模でも大差がなく、100床以上の規模の施設を分散配置するためには、法人にかなりの企画力が要求される。現実的には2から3のサテライト施設を建設し、残りは一度に建替えるというのが一般的かと思われる。例えば100床の場合、20床と29床のサテライト型施設を先行して建設し、残り51床は一度に移転す

る。段階的な移行であれば、順次職員を教育する事ができ、移転に伴う職員の負担を軽減する事ができる。介護職員は慢性的に不足しており、一度に複数人が離職すると一部の部屋を閉鎖せざるを得ない状況になってしまう。職員の負担や不満を急激に増加させないためには、法人内での個室ユニットケアの経験や、いずれ全面的に建替わるんだという心の準備が大切になる。

次に新耐震基準以降の大規模修繕について考えてみたい。多床室であっても1人あたりの居室面積が 10.65 m²以上の建物であれば、居室面積は個室と同じになる。多床室を壁で区切ることにより個室化を図る方法もあるが、個室となるためには面積だけではなく採光条件（居室には必ず外気に面した窓が必要）を満たす必要がある。そのため4人部屋を間仕切りで区切り、上部に採光や通風のための開口を開けた部屋は個室ではなく、準ユニットケア加算対象の個室となる。多床室を完全な個室にするためには、多床室を細長く区切る必要があり、4人部屋は個室×2室となる。3室を設けることもできるが、細長い個室になってしまい、車いす高齢者が使用すると不便な部屋となる。つまり、個室化には別に部屋を確保する必要がある。建替えと同様に定員の半分程度のサテライト型特養を事前に建設し、定員の半分程度を移した上で、既存施設の個室改修を行うことになる。例えば入居100名、短期20名の特養における全室個室化までのプロセスは以下のようなになる。

■想定：入居100名＋短期20名

STEP1 サテライト型特養20室＋短期20名を建設→本体：入居80名（空床40床）

STEP2 サテライト型特養20室＋小規模多機能 →本体：入居60名（空床60床）

STEP3 本体を2分割し、一つの方で60名が生活、もう一方を個室化工事

STEP4 個室化完成部分に60名が転居（個室を2人室として使用）

残りの部分を個室化改修

STEP5 完成部分に30名が移り、全室個室ユニット化完成

上記のプロセスを見ていただければかなりの長期計画であることが分かる。計画から完成まで5年以上は覚悟する必要がある。その間、常にどこかで建設が行われているのであるから、管理職は工事打合せなど通常以上の業務をこなしていかなければならない。ここまで読んでいただいた既存施設の施設長の中には、こんなに大変なら、多床室のニーズも高いし、今のままで十分だろうと思われているかもしれない。既存施設が耐用年数を迎えるであろう20年から30年後にそのまま施設を閉めてしまうのであれば、多床室をそのまま維持されるという選択肢もあるかもしれない。しかし、新たに施設を建設し事業を継続されたい方には早急な改修をお勧めしたい。

.....

今のハードとソフトの仕組みは、介護報酬はケアのための費用、建設費は居住費となっている。施設を建替える場合には一定の自己資金が必要であり、それは現存施設の居住費を積み立てた分から支払われることになる。個室ユニット型の場合には初期投資を15年程度で回収し、その後の15年間は建替え費用や改修費の積み立てに充てることができる。しかし、多床室型では光熱費+軽微な修繕費費用程度の居住費しか集めていないため、建替え費用が確保できない。現在のように建設費の大部分を福祉医療機構から借りるという仕組みが20年、30年後まで維持されているかは不明瞭であるし、日本の財政状況を鑑みれば交付金の額も激減しているだろう。

既存施設の多くは、補助金が3/4でいた時期に建設されており、すでに借入金の返済が終了している施設が多い。中には多額の内部留保を持たれている施設もあると思う。継続的に施設を運営していくためには、施設に対して再投資をする必要があり、家賃を集めることができる仕組みを早期に取り入れる必要がある。低所得の方に対しては、法人減免と補足給付で対応すればよい。昨今は建設費が高騰しているが、交付金もあることから再投資時期としては妥当と思われる。ぜひとも長期的な視点に立ち、今、経営的な判断をしていただきたいと思う。

最後に繰り返しになるが既存施設の今後のシミュレーションをまとめておこう。

パターンA 多床室のまま30年間継続使用する場合

→建設積立金=0、再建設不可能

(自法人の別施設の建設積立金を使う場合もあるが、その施設の再建築が難しくなる。)

パターンB 多床室のまま10年使用し、20年間は個室ユニットとする場合

→20年分の居住費のうち15年分程度は借入金の返済、再建設費に充てることができる居住費は5年分程度となる。再建築には多額の借入金が必要となる。

パターンC すぐに個室ユニット化に着手 25年以上を個室ユニットで運営

→借入金の返済後も10年程度の積み立てが可能。再建設時の自己資金比率が高まる。