

んですけど、購入費なんですよね。そういうものをレンタルできたらどんなにいいかなって思います”などの意見が挙げられ、利用者のニーズに合わせて利用できるような貸与種目及び購入種目の拡大が求められていた。

⑥住宅改修に関わる事業者について：“住宅改修に関してはきちんと審査してもらいたいなっていう業者さんもいる”、“市内の業者さんの全部が、介護保険のことが分かっているわけではないので、あこぎな業者もいるんですよ。こちらがきちんと説明してもそれを無視してやるっていう形です。住宅改修については業者への指導をしてもらいたいなって思います”、“住宅改修の見積もりをいただきまして、市のほうに出して、というのは利用者の方とお話して大工にきてもらって、なるべく一緒に見るようにしてる。業者さんが入るってことで、別のものがついたりしたこともあったんです。自分の目で見て。それからなるべく時間は割いていくようにしている”などの意見が挙げられており、実際にサービス提供する事業者の質の確保が求められていた。

4. D県における福祉用具及び住宅改修の実態

1) D県の地域特性・住民意識について

D県の家屋の特徴としては、コンクリートの家が多いということが挙げられていた。さらに、D県の古い家は、段差が大きい上、風呂が家の外にある家が存在しているということであった。また、入浴などに関しては、シャワーを浴びて流す方が、気持ちがいいはずだと考える家族が多く、簡易浴槽などによる訪問入浴よりも利用者に自宅の風呂に入ってもらいたいという気持ちが強いということであった。

また、D県の特徴として、“離島の介護支援専門員不足。福祉用具がない。でも庭は広いので使える。モノだけ送ってということであればよいが、事業所の説明責任があるので送れない”、“市町村によってはなるべくお金がないので、来るなっていわれる。電話だけ。役所が出せないという離島もある”などの離島に関する問題が挙げられていた。

2) 介護保険導入前後の保健福祉支援の利用状況

介護保険導入前後でのサービス利用度の変化については、“利用状況は増えたと思う”、“全体的には利用される方は増えている”、“普及はかなり増えたと思う”、“介護保険になってから所得の制限がなく一割負担でどなたでも利用できる、状態がどういった人であっても限度額内であれば必要としているものを利用できるという

点がすごく変わった”などの意見があげられ、介護保険の導入後、保健福祉サービスの利用は増えつつあるということであった。その主な要因としては、介護保険導入後、介護支援専門員が担当になったことにより、情報が利用者に提供されやすい環境が作られたという点、さらに、介護支援専門員が個人個人に適した福祉用具・住宅改修を提供するようになったため、利用者が自身の生活をより安楽・安全に生活できる環境にすることができるということを自覚できるようになった点が挙げられていた。

また、保健福祉サービスの利用が促進されたことに関しては、“介護負担が導入されて自己負担が一割ということ、とても喜んで利用されている方がけっこういらっしゃる。自立に関してはどちらかと言えば向上のほうが多い、病状が悪化していくとあまり上手くいかないが自立支援に向けてはかなり有効だと思う”、“介護者の負担もかなり軽減されてきており、介護保険が出来て良かったと感じる”などの意見が挙げられており、自立度の向上や介護負担の軽減といった視点からもサービス利用の拡大は有効であった。

3) 介護保険導入後における福祉用具及び住宅改修支援の利用状況

介護保険導入後の福祉用具及び住宅改

修支援に関しては、“やはり福祉用具は在宅に一番必要にものではないかと思う。ほとんどの方が福祉用具を購入している。””住環境が整ってからの退院ということで…。和式から洋式、トイレの手すり、お家を新築したが狭いため設置型の手すりをつけた。この方は要介護5なのだが、どうしても自分でトイレをしたいということだったので本人が安全に移動できるようにした。かなり最近では自分で自立していけるようになってきた”、“利用者が安全に安楽に生活していけるようにする・介護者の負担を軽減するという目標達成のためには、福祉用具や住宅改修のサービスは非常に有益である。従って、こうしたサービスがケアプランを立てる上での柱となっている”、“福祉用具や住宅改修サービスは、利用者の‘生活すること’に対するモチベーションを高めている。また、利用者が入院中に行っていたリハビリを、退院後も自宅で継続するためにも、住宅改修は退院前に一番最初に考慮すべき事項であると言える”などの意見が挙げられており、福祉用具及び住宅改修支援が保健福祉サービスの中で自立支援の柱として位置づけられているということであった。

4) 福祉用具及び住宅改修支援の一元的利用

福祉用具と住宅改修支援に関しては、

“その人がそのものを使う所、病院は広いので操作させて選んでみても、自宅に帰った時に自宅と病院の環境が違って、操作が上手くできなかつたり、使えなかったことがある。必ずその人が使う場所で試しに使わせてみるのが重要だと思う”、“実際に在宅で看ている人を連れて来て一緒に考えてもらった方が良いという意見は出したことがある。お家に帰す時に何が必要かと考えてほしい。これは業者と顔合わせしながらやっ行ってこうと思う”、“こちらから退院する時は本人も一緒に行って本人がどういう風にしたいかチェックしている”などの意見が挙げられ、福祉用具の利用に関して住環境整備との一体的な実施が求められていた。

5) 福祉用具及び住宅改造支援における課題

①費用負担について：“償還払いでなく1割負担の方がいい。お金が無い人は必要なものもセーブするので、どうしてそういう面倒なことをするのか理解できない”、“年金で生活していて、お金を出すのがきつい。最初から1割負担であればいいなと思います”、“今、住宅改修や福祉用具レンタルではない部分は、償還払いになっていて、返って来るけれど払うお金がなくて利用しないという方もいるので、償還払いを無くして最初から一割負担にできないの

かと思う”、“生活保護の方の場合は支払いがややこしいので、介護支援専門員としてお金を使ってしまっているのではないかとひやひやしながら関わっている。市町村によってもかなりの違いはあると思うが、購入した場合、口座に振り込まれるものを業者に支払いするという手続きがとてもややこしく、お金が振り込まれた時点で福祉用具をいらないのでお金を使いたいと言われる場合もある”などの意見が挙げられており、費用負担制度が福祉用具の利用促進を抑制しているということであった。他方、住宅改修については、“住宅改修は、そのほとんどが、手すりを取り付ける、段差を解消するといった内容であるため、多くても上限の20万円を超えることはほとんどないので、費用の上限を引き上げる必要はあまりない”ということであり、限度額の不足といった問題は挙げられなかった。

②住環境の整備について：“自立して仕事に行けるよう、ヘルパーを利用して階段の送りをしているがやはり手すりが必要であるため、アパートを移らないといけないう現状がある。住み慣れた所で気に入っているし、またアパートを移るにしても敷金が高いということで、2階までならどうかというところでもだめですということである。借家に住まわれている方は、1階に移動できなかつたら我慢しなくてははいけない、人を頼らなくては

いけないということで残念な場合があった”などの意見が得られ、持ち家ではない場合の住環境整備に関する支援方策が今後の課題とされていた。

③サービスの質について:サービスの質の確保については、“安いからといってサービスやアフターフォローが良いかというと言えない部分もある。介護支援専門員は質のいいところ、そして値段の安いところと思う”、“業者によって価格に差がある。そうでなくて国で決まっていた方がいいと思う。あとは質の問題になるので質を高める意味では値段を一律にしたらいと思う”などの意見が挙げられていた。

Ⅲ. 専門面接調査結果概要

1. 専門面接調査結果概要(C県)

1)C県の地域特性について

C市は首都圏や中核都市などの都市部と比較すると、交通機関という点で、疎外を受けているという印象が住民にはある。地元で生まれ、育ったのだから、地元で死にたいと思っている人が多いが、働く場所がないという切実な問題があるということであった。C市では、介護保険の量・質はともに誇れるものであるということであった。平成12年の市民の意識調査において、C市の介護保険に対する満足度は8割であ

ったことも、その根拠として挙げられていた。また、こうした統計結果が出た要因としては、C市程度の人口の場合、どの事業者がどのようなサービスを提供しているかということが見えやすいため、都市部のように、高齢者に対する悪質な事業者がないためではないか、という意見が述べられた。加えて、介護保険導入以前から、C市の社会福祉協議会などでは、200台近くの車椅子やベッドをストックしており、それを介護保険とは関係なく、無料で貸し出しているという特色もあげられていた。

2)介護保険制度の導入について

①制度に対する認識について:介護保険に対する高齢者の認識としては、「誰でも受けられるもの、というイメージがある。しかし、自分が対象となった時点においても、‘私はまだそんな歳じゃない’と言って、利用しない人もいる」、「生命保険のように積み立てをし、いつか満期になったら戻ってくると思っている人がいる」、「介護保険は、病院にかかる、かからないに関わらず保険料を払い、実際に病院にかかったら、その都度、診察代・薬代を支払うという「健康保険」の仕組みと同じであるということ、まだ理解していない人がいる」、医療保険については、病気になったら治したい、治りたいという意味・希望があるからこそ、保険料を積極的に負担する気にも

なれる。しかし、介護保険については、姥捨て山ではないが、老いて当たり前という観念が日本人の根底にあり、介護というのは、必ずしも本人を元気にさせるためのものではないと感じることから、保険料の負担を重く感じているケースがある」、「医療保険がパニックになったから、介護保険ができたのだろう、という現実的な捉え方をする人もいる。しかし、病気というのは、誰もが、いつかは必ず直面するものであると考えるのに対して、介護は、自分が直面するものであるとは誰も考えていない。従って、医療保険の利用は必須と見なしても、自分は介護を受けるようなことはない、或いはたとえ介護が必要になっても、家族が看てくれると思っているために、介護保険は利用しないとする人がいる」「死ぬ時には、必ず医療の世話になるが、介護は、そのまま利用しないで死ぬ可能性もあることから、「掛け捨てだ」「損だ」と思う人もいる」などの意見があげられていた。

②サービスに関する情報について:導入から3年経過した現在では、利用者側が事前にサービス内容(例:福祉用具)についての情報を仕入れた上で、「こういうものが欲しい」「この間、こういうものを見てきたんだけど」というように介護支援専門員に相談を持ちかけてくるケースが、導入当初と比較すると非常に多くなっている。具体的には、「この間、家を新築したので、

違和感のないものが欲しい。例えば、パイプベッドだと、いかにも病院のようで嫌だから、木目調のこの家に合った色のものにして欲しい」という利用者の例が挙げられた。

3) 介護保険制度下における福祉用具支援について

①福祉用具の利用度について:介護保険導入後の福祉用具の利用は増加している。特に、ポータブルトイレやシャワーチェアなどの利用が増えている。また、ベッドは高額であるため、購入するよりもレンタルして利用するケースが増えている。こうした福祉用具の利用増加の要因としては、介護支援専門員が介護保険の窓口となって、各利用者に適した様々な情報を提供するシステムとなったことや、経費の面でも、一律一割負担ということで、所得に関係なく、少ない費用で手軽にサービスを利用できるようになったということが挙げられていた。しかしながら、「家の中に入られたくない」というタイプの方は、ベッド一つ入れるにしても、「畳の部屋だとベッドを置いた時に安定が悪いんじゃないか」というような理由で拒否することがある。また、「普段生活しているところに人が来るのが嫌だ」という理由で、「サービスを受けるのは、ちょっと抵抗がある」という利用者もいるということであった。

②福祉用具に対する認識について:福祉用具サービスの最終目標は、利用者の自立である。すなわち、福祉用具の利用によって、生活範囲の拡大や離床時間の延長を促進させ、利用者の自立を図るということである。また、こうした自立支援だけでなく、介護者の負担軽減という点を見ても、福祉用具の果たす役割の大きさを理解することができるということであった。利用者の認識としては、「福祉用具」というのは、これを使うことによって、利用者自身が最終的に自立する、他人の助けを少しでも受けずに、自分の気持ちに合った快適な生活をおくることができるようにするためのもの、と位置づけていた。しかしながら、「福祉用具」という言葉に対して、「かわいそう」というイメージが残っていることも事実である。また、利用者の中には、「福祉用具を使うことによって、自分の生活をレベルアップすることができる」と考えるよりも、自身の障害を受け止めることができないうために、福祉用具の導入に抵抗するケースが見られる。使用を拒否されることが多い福祉用具としては、老化を認めたくないという気持ちが強いことから、補聴器や杖が挙げられていた。具体的には、杖を使わずに、傘を杖代わりにする人や、自転車に荷物を載せて、これを支えにして歩いている利用者などの例が挙げられていた。

③利用の手続きについて:福祉用具のレ

ンタル利用における問題点としては、入退院を繰り返すような利用者の場合、レンタルした福祉用具を入院する際に、いちいち返却するのが煩雑であるということが挙げられていた。

④福祉用具と住宅改修の一元化について:利用者が、施設内で歩行器を使っていて非常に具合がよかったということを利用して、自宅においても、これをレンタルして使用してみたが、家が狭くて有効に利用できず、結局、キャンセル或いは、放置してしまうというケースがあげられた。介護支援専門員が、利用者の家族の意見だけを鵜呑みして福祉用具を処方した結果、それが届いた翌日に利用者が入院してしまい、せっかく処方した福祉用具が使用されることなく放置されていたケースや、ポータブルトイレを処方する際に、家族の意見だけを鵜呑みしてしまったために、実際にそれが届いて利用者が使ってみたところ、サイズが合わなかったというケースも挙げられた。福祉用具の導入に際しては、利用者の現在の身体状況のみを見るのではなくて、住環境との調整をおこなっていくことが必要であるということが指摘されていた。特に福祉用具の購入に当たっては、利用者の身体機能のレベルが、将来的にどの程度になるか、というような可能性の部分も考えながらアセスメントしなければならないということであった。さらに、業

者や介護支援専門員が、利用者に福祉用具の安全な利用方法を明確に説明することを徹底させる必要がある。特に、利用者本人だけでなく、家族にも理解させなければ、少しの油断で、大きな事故を招く危険性が挙げられていた。また、使用する福祉用具を選択する段階において、カタログを見るだけでは判断できない点もあるので、利用者が現物を見て、そして実際に利用する場所で使用することができるような「お試し期間」があればよいという意見が述べられていた。さらに、家の中で車椅子を利用したくとも、家が狭くて、廊下を移動する時だけしか使えず、部屋に入るときは、床を這っていかなくてはならないようなケースがある。このような状況を改善し、福祉用具が持つ本来の役割を發揮できるようにするためには、福祉用具と住宅改修の一元的利用を促進することが必要であると思われる。

4) 今後の課題について

①情報提供について:利用者やその家族が若い世代である場合は、インターネットなどを駆使して様々な情報を収集した上で、介護支援専門員に相談してくるということも最近では増えてきているが、やはり、ある程度、上の世代であると、何をどう使っているのかわからないことが多いため、情報の窓口としての介護支援専門員の役

割は大きいと思われる。

②他の専門職者との連携について:介護支援専門員の役割の中で最も重要なことは、利用者の自立支援を図るサービスを提供するということである。従って、介護支援専門員は、利用者の自立を促進するための適切な福祉用具を取捨選択・情報提供し、利用者の家族と共に利用者をサポートしていくことができるようになる必要があると思われる。とはいえ、介護支援専門員が全ての福祉用具について熟知することは困難である。また、福祉用具の種類の大変な拡大や改良は日進月歩であり、介護支援専門員がそれらを正確に把握することは無理である。よって、「ここまでは介護支援専門員がする仕事。ここから先は、専門職（PT・OT・住環境コーディネーターなど）に依頼する仕事。」というように、各専門職と作業を適切に分担して行うことができるようになれば、よりきめ細かいサービスを提供できるのではないかとということであった。また、アセスメント・モニタリングの両方の段階においては、介護支援専門員一人が関わるのではなく、福祉用具の専門知識を持った人も一貫して関わるようにすべきであろう。病院にはPTなどのスタッフがいるので、在宅介護に移行する際には、彼らと介護支援専門員と連携を組んでいくといったことが行われている。介護支援専門員も福祉用具について、より知

識を深めていかななくてはならないとは思いますが、車椅子一つとっても、各家庭と利用者本人に適合するものを処方できるかといえば、まだまだ自信がない。研修会に行っても福祉用具について勉強しても、常にそれに関わっていなければ忘れてしまう上に、次から次へと新しい福祉用具が開発されると、知識がさらに追いつかなくなってしまう。また、事故などについて考える上でも、中身の濃いモニタリングが必要であることなどからも、「今こういう状況ならば、これがいい」というように自信を持って勧める福祉用具の専門家が、介護支援専門員と連携を組んでいくことが必要であるということであった。

2. 専門面接調査結果概要 (D県)

1) 介護保険制度導入について

①サービス利用希望について:介護保険制度について、利用者からは「介護保険あってよかった」、「色んなサービスが受けられるっていう部分ではよかった」といった声が挙がっているということであった。また、難病の場合などは医療保険だけでなく、介護保険も同時に使うことができる便利さも認められていた。しかし、サービスの限度額については、たとえ個人負担が大きくなったとしても、「足りない、もっとサービスを増やすことはできませんか」、

「ヘルパーさんにもっと来てほしい」、「介護度1の人でも、八千円から一万円だったらいい、という話だけど、もうちょっと足してもいいから毎日来てほしいと言う」というケースが挙げられた。

②介護度の認定について:介護度の認定と痴呆との関係については、「痴呆は結構考えられている気はします」という見解が示された。また、介護度の認定に関してはその判定が適確であるとは思われないということであった。特に、「要支援」で切り捨てられた人たちの中には、一歩外に出れば、転倒の危険性が高い場合があり、サービスを利用できないことから、外出や社会交流の手立てがなくなり、QOLの低下を促進させる可能性があることが指摘された。その上、介護保険料を納めなくてはならないことから、精神的負担だけでなく、経済的負担も増大するということであった。

③情報提供について:利用者は、介護支援専門員に説明を受けるまでは、介護保険制度の仕組みや、サービスの内容について、ほとんど理解していないことが多い。したがって、情報の窓口としての介護支援専門員の果たす役割は非常に重要であると思われる。

④費用負担について:「保険料が高い」という不満の声が挙がっている一方で、多くの利用者が、一律一割負担でサービスを

受けられることについての便利さを認めている。しかし、措置制度の時に、無料でサービスを受けていた利用者にとっては、経済的負担が増大することになるため、サービスの利用に抵抗を示す場合もあるということであった。

2) 介護保険導入後の福祉用具支援について

①福祉用具の利用度について:介護保険のサービスは、「手続き」や「限度額」という規制があるとはいえ、導入前と比較すると、ベッドや車椅子のレンタルなどについての対応が迅速である等の利点からも、サービスの利用は増えていると思われる。福祉用具のサービスには、限度額が設けられているため、一割負担すればいくら貸してもいいという内容ではないが、これに対する利用者の不満などはあまり見られないということであった。介護保険導入後、福祉用具のサービス利用が増加したことについては、一律一割負担でサービスが受けられるようになったという点よりも、介護支援専門員が窓口となって、利用者サービスに関する情報を提供する形になった、すなわち「情報の浸透」が、より重要な要因となっていた。

②費用負担について:福祉用具のレンタル料金は、業者によって異なるため、介護支援専門員が、なるべく安価で質のよい業

者を利用者に紹介するようにしている。レンタル料金についての利用者の反応は、「そんなに重いものではない」とするケースが多いということであった。

③福祉用具に対する認識について:福祉用具を使用することによって、利用者のADLが拡大していくという点や、介護者がより介護を行いやすい状況を作り出しているという点からも、福祉用具サービスが、高齢者の自立や在宅指向の中で欠かせない要素となっているということであった。特に利用者は、自身の身体機能に適応した福祉用具を使用できるということに安心感や便利さを見出していると思われるということであった。加えて、福祉用具の使用は、利用者の生活圏拡大に繋がり、外出することによって、社会交流の場に参加することができれば、心中の鬱憤を解消するだけでなく、QOLの向上を促進することができる可能性が高くなるという利点が挙げられていた。また、歩行器などの利用によって転倒の恐れがほとんど解消され、利用者本人だけでなく、家族も安心感を抱くことができるという点も重要な利点と言えよう。利用者本人の自立という目的で処方する福祉用具と、介護者の介護負担軽減という目的で処方する福祉用具との割合は、半々くらいであるということであった。他方、身体機能については問題がなくても、痴呆による徘徊が起こっている利用者

何を提供すればよいのかということが問題とされていた。

④利用されている福祉用具の種類について：福祉用具の処方でも多いのがベッドであるということであった。福祉用具の利用率が高いのは、介護度「3」「4」「5」の利用者であるということであった。自立機器で最も利用が多いものとしては、歩行器（四点歩行器）や車椅子が挙げられていた。しかし、段差が多く、廊下が狭いなどの環境に問題がある場合は、こうした機器を処方しても、逆に転倒の恐れがあるため、手すりを取り付けるといった住宅改修を勧めるケースが報告された。導入当初は、あまり使用されていなかったが、最近、使用希望が目立ってきた福祉用具として挙げられるのは、電動の車椅子であり、逆に、導入後は利用があったが、最近は少なくなっている福祉用具としては、タイヤがついている歩行器や、ピックアップウォーカーなどが挙げられていた。また、あればよいが、価格が高いために、あまり利用されていない福祉用具としては、リフターが挙げられていた。購入する機会が多い福祉用具としては、杖が挙げられた。レンタル・購入を問わず、ベッド・車椅子・ポータブルトイレのニーズは高いという旨の発言が得られた。

⑤福祉用具の導入後に起きた問題について：「自走用の折りたたみ式のシャワー

チェアで故障が発生した」、「車椅子やシャワーチェアの座面の高さを調整する必要が出てきた」、「車椅子の座面が滑りやすいということに気がついて、滑り止めを取り付けたり、滑りにくいものと交換する必要が出てきた」などの例が挙げられた。処方した福利用具を利用者がどのように使用しているかを確認するモニタリングは、訪問する度にその都度行っており、よかれとおもって処方した福祉用具が、家の構造上、かえって危ないということで使われずに放置されていたというように、福祉用具が必ずしも活用されていない事例も見られたということであった。

⑥地域特性からみた福祉用具の利用状況について：D県では「湯船につかる」という習慣はそれほど多くない。最近でも、ほとんどがシャワーである。湯舟につかるということは、冬季においてもあまりないということであった。湯船のある家は多くなってきてはいるが、利用者がそれに入るのは困難を伴うため、ほとんどの人がシャワーで終わらせているのが現状であると述べられていた。このようなことから、D県においては、入浴のための福祉用具としては、シャワーチェアのニーズが高いといわれていた。また、利用者を浴室まで連れて行く時にも、リフターは使わず、サマーベッドを敷いたりするなど、機械化をあまり好まないD県の人の特徴が表れていた。

しかしながら、機械化を好まないということは、介護者の負担が大きくなるということの意味しているため、老老介護の場合の介護者の負担度は非常に大きいということであった。また、「利用者本人が他人に介護されることに抵抗を持ち、家族が介護すべきだという意識があるために、ギリギリまで、意識がなくなるまで私たちに触らせませんでした」といったケースや、「骨折しても、リハビリして、坂のある畑に行きたいって。結果として、隣近所にも行けるようになりました」というケースが挙げられたことから、D県の高齢者の自立心の強さがうかがわれた。また、経済面においてはD県の中間層は年金暮らしが多いため、他の都道府県によく見られるような「お年寄りが一番お金を持っている」という認識はそれほどないということであった。したがって、経済的負担増がサービス利用回数の減少の要因の一つとなっており、サービスを便利であると認める一方で、経済的負担から、在宅介護に限界を感じるため、施設の利用者が増えているということも、特徴の一つとして挙げられた。

3) 介護保険導入後の住宅改修サービスについて

①福祉用具との一元的利用について：
例えば、ポータブルトイレの設置場所については、ポータブルトイレが利用者の動線

上の邪魔にならないかどうか事前に確認しているということであった。こうした設置場所の確認・指導は、介護支援専門員の他、病院から退院する際にPT・OTが行う場合や、よく勉強している業者などが行うなどで対応しているということであった。

②限度額について：住宅改修サービスの利用は、介護保険導入以前よりも増えており、改修費用も20万円（限度額）以内で収めていることが多いということであった。手すりを取り付ける・段差を解消する、といった十数万円規模の改修が主であるが、実際には、それにもう少しプラスして、50万円位の規模で改修したいという希望が多く出ている印象であった。しかし、こうした改修は自己負担分が大きくなるため、実際に行う利用者は少なく、トイレにウォシュレットを取り付けたいという利用者は多いが、その改修費用は50万円近くかかるため、実際に取り付けたのは一人だけであった。こうした例から、住宅改修の限度額が20万円では、満足な改修ができないという意見も利用者から挙がってきていることが明らかとなった。

③住宅改修の内容について：住宅改修について、「お風呂入った後、排便した後に、すぐ傍でお風呂に入りたい」、「脳卒中で寝たきりの利用者が、ベッドに寝たままトイレができて、そのまま身体を洗えるようになりたい」といった意見が挙げられ

ていた。しかし、トイレのすぐ後に、同じ場所で食事をするということに生理的に耐えられない人もいるため、トイレとベッドとの間に壁（或いはドア）一枚隔てるといった生活空間を作る改修が必要であると考えられていた。さらに、「すでにあるところの改修」ではなく、「同じ部屋の近くにもってくるという改修」であるという旨の発言が得られた。すなわち、動線を近づける改修である。具体的には、家の外にトイレがある利用者が、自分の部屋の隣に押入れをつぶして、そこにトイレを作りたいと希望したが、結局、改修費用が多くかかるために諦めて、手すりを取り付ける改修をして、日中は外のトイレまで行くようにし、夜はポータブルトイレですませているケースがあげられた。こうした利用者に対して、「家の外にあるトイレ（またはお風呂）を家の中（自分の部屋の隣など）にもってくるという改修」が、より安価に介護保険を使って行えるようになれば、利用者の自立を促進させるだけでなく、介護者の介護負担を軽減することにも繋がることとされた。また、介護度のように、限度額にもランクを設けることが必要であると述べられた。すべての市町村において、最高50万まで承認するというような制度があればよいのではないかと、50万円位の改修が可能となれば、それによって、ヘルパーの人数を少なくすることができるだけで

なく、利用者の自立度が上がり、自立することによって精神的な喜びが生まれると考えられるということであった。この他にも、保険者が、「予算があまりないから、費用はなるべく抑えてくれ」、「あそこの業者は、コストが高いから、このへんの業者にしてくれ」といった指導を介護支援者に対して行うことに少々疑問を感じている旨の発言が得られた。

④住宅改修に係る手続きについて：住宅改修において、三者見積もりがあり、見積もりを取った後には、業者と利用者との間を行き来し、利用者本人に改修内容の確認を取るなどの作業を、なぜ介護支援専門員がしなければならないのかという点に疑問を抱く者もいた。また、住宅改修の必要な理由も書いたプランを一号、二号まで作って提出しても、一円の報酬もないという点が納得いかないということであった。市町村によっては何千円か報酬が出るところもあるらしいが、まだのところが多い印象であった。

⑤住宅改修後に生じた問題点について：住宅改修によって、手すりを取り付けても、傘立てとして使用していたりするなど、有効活用していない例が見られるということであった。また、住環境コーディネーターを持たず、利用者の知り合いが施工を行う場合は、手すりが不適切な位置に設置されることがよくあるため、介護支援専

門員は、始めから利用者に対して、コーディネーターをつけている業者に施工してもらうようにとアドバイスするようにしている旨の発言が得られた。利用者がそれを拒否する場合には、病院のPTに測定してもらった位置に取り付けてもらうようにしているという者もいた。

⑥専門職者との連携について:住宅改修のための施工業者を選ぶことは、利用者の権利であると思うが、必ずしも利用者の選んだ業者が優良であるとは限らないという発言が得られた。よって、介護支援専門員は、改修の事前に必ず施工者と面接し、適正な価格で必要最低限度の施工を行うように要請する必要があるということであった。

D. 考察

福祉用具活用の評価、住環境システムの評価に関しては、欧米はもとより、日本においても著者らをはじめ、これまで別々に検討されたものが数多く存在する。しかし福祉用具と住環境システムを一体的に捉えた活用評価に関する研究は、海外では実践の視点からの個別的な取り組みが見られるものの、日本では極めて乏しい状況である。

一方、サービス評価に関しては、欧米においては Donabedian A. ら (1980年) の費用効果分析、Williams B. (1994年) の介入

研究による評価を含め、先進的な各種研究成果が数多く発表されている。また日本においても、病院管理に関しては既に専門の評価システムが整備され、また福祉関連施設機関についても第三者評価が実施されつつある。しかし、福祉用具と住環境システムを一体的に捉えたサービス評価の取り組みは、これまでまったく実施されていない。

本研究は、日本の家屋構造など、社会文化的な背景に適合し、かつ地域で生活する高齢障害者の生活を支えるための福祉用具と住環境システムの一体的な活用に関するサービス評価の方法論の開発にその特色を持つものである。ケアマネジメントにおける福祉用具と住環境システムの一体的な活用評価に関し本邦における先駆的な意味を有するものであり、サービス評価の中でも、特に身体機能および生活機能など、客観性の高い指標の構築に焦点を当てている。

初年度本研究で抽出されたケアマネジメントの過程に関する技術項目について、次年度はケアマネジメント関連職種から不要とされる項目は皆無であり、年齢、臨床経験年数、管理経験年数によらず重要であることが示された。

しかしながら、今後の活用に関しては、項目の細分化による実際の活動場面への適合困難性、各項目評価基準明確化の困難

性があげられていた。福祉用具と住環境支援の一体的な評価には、さまざまな専門職が関わるため、各専門職のベースとなる機能面に関する評価は必須である。抽象概念に留まっている関連技術項目に関し、どのように現状に即した表現としていくかが課題であった。専門職の果たす機能は、数量的に評価することが困難な側面が多く含まれており、評価指標の数量化が図りにくい部分をいかに評価していくか等、多くの課題が残されていた。

そこで本年度は、具体的な福祉用具と住宅改造の実態から、検討が必要とされた課題の具体化に向けて妥当性を検討したものである。今後さらに、妥当性の確認された項目を用い、実用的な評価指標を作成し、福祉用具と住環境システムの一体的な活用評価マニュアルを作成するとともに、各種専門職の養成システムへの導入、あるいは現任教育システムへの適用可能性の検討等、システムとして実践、教育場面への導入展開が期待されよう。

また本研究は、多角的な視点からの評価につき、科学的な尺度開発法を用い実証的データを用い開発する点、また実践の場からの意向を開発過程に反映させる点、さらに最新の装置を用いソフト開発による実用性を高めることより、実践への適用の可能性を探り、より有効性の高いものとする点で極めて独創性の高いものである。

E. まとめ

ケアマネジャーの福祉用具と住環境支援の一元的な支援実態から、評価項目の妥当性を検討することにより、福祉用具と住環境システムの一体的な活用評価の方向性が明らかにされた。今後これらに基づき実用的な評価法を開発し、実践の場および養成機関における普及を図るため、インターネット上で公開し、閲覧者との双方向コミュニケーションにより、さらなる質の高い評価法開発に向けての取り組みを継続する予定である。

参考文献

- 1) Takayama, T Anme, T
Legislations and service systems for care devices provision in Japan, *International Gerontology*, 1, 1-4, 1993.
- 2) 高戸仁郎、安梅勅江、高山忠雄：
在宅高齢者の福祉機器に対する満足度との関連要因—椅子型階段昇降機について—、岡山県立大学保健福祉学部紀要、1(1)、119-125、1994.
- 3) Anme, T Social service need of privately housed elderly persons in Japan and the supportive systems to

allow them to age in place, Systems Science in Health-Social Services for the Elderly and the Disabled, 5, 1994.

4) Katayama.K Anne.T Takayama.T Interactive-media network systems as support technology for the elderly and disabled, Systems Science in Health-Social Services for the Elderly and the Disabled, 5, 568-571, 1994.

5) Anne.T Takayama.T Housing services related to the residential care for handicapped in Japan, Systems Science in Health-Social Services for the Elderly and the Disabled, 5, 583-586, 1994.

6) 保健福祉支援システム研究会:
保健福祉のケア科学、ベネッセ、1998.

7) 高山忠雄:保健福祉におけるトップマネジメント、中央法規、1998.

8) 安梅勅江:訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴に関する研究、日本公衆衛生雑誌、45(8)、713-721、1998.

1. 論文発表

①徳田律子、平野幹雄、高山忠雄:介護保険制度下における福祉用具の利用実態に関する研究、保健福祉学研究(印刷中)

2. 学会発表

① 徳田律子、志水田鶴子、平野幹雄、高山忠雄:介護保険制度下における福祉用具支援の現状と今後の課題に関する研究、第14回日本保健福祉学会学術集会、2001年12月

② 徳田律子、高山忠雄、介護支援専門員からみた福祉用具支援の実態に関する研究、日本社会福祉学会第50回記念全国大会、2002年10月

追記:本年度研究協力者

高戸 仁郎(東北文化学園大学)

平野 幹雄(東北文化学園大学)

徳田 律子(東北文化学園大学)

吉田 弘美(東北文化学園大学)

志水田鶴子(東北文化学園大学)

F. 研究発表

表 1. 介護支援専門員の性別

性別	人数(人)	%
男性	28	20.9
女性	103	76.9
未記入	3	2.2
合計	134	100.0

表 2. 介護支援専門員の年齢

有効	130
欠損値	4
平均年齢±標準偏差	46.0±8.9 歳
範囲	28 歳～79 歳

表 3. 介護支援専門員が有する資格の種類

有資格の種類	人数(人)	%
医師	8	6.0
歯科医師	2	1.5
保健師	12	9.0
看護師	51	38.1
理学療法士	3	2.2
作業療法士	0	0.0
社会福祉士	5	3.7
介護福祉士	36	26.9
その他	36	26.9

(n=134, 複数回答)

表 4. 介護支援専門員の所属機関

所属機関	人数(人)	%
特別養護老人ホーム	6	4.5
老人保健施設	4	3.0
療養型病床群	4	3.0
療養型病床群以外の病院	21	15.7
有料老人ホーム	0	0.0
ケアハウス	1	0.7
デイサービスセンター	6	4.5
在宅介護支援センター	24	18.0
訪問看護ステーション	4	3.0
グループホーム	1	0.7
居宅介護支援事業所	46	34.3
その他	27	20.1
無所属	3	2.2

(n=134,複数回答)

表 5. 介護支援専門員のケース担当状況

平均値±標準偏差	18.9±23.3 ケース
範囲	0 ケース～83 ケース

表 6. 介護支援専門員の担当ケース数

担当数	人数	%
なし	61	45.5
1～9 ケース	12	9.0
10～19 ケース	9	6.7
20～29 ケース	7	5.2
30～39 ケース	5	3.7
40～49 ケース	14	10.4
50～59 ケース	19	14.2
60～69 ケース	3	2.2
70 ケース以上	4	3.0
合計	134	100.0

表 7. 福祉用具の処方経験の有無

福祉用具の処方経験	人数(人)	%
あり	90	67.2
なし	44	32.8
合計	134	100.0

表 8. 福祉用具を処方経験者の処方実態

度数	有効	74
	欠損値	16
平均値±標準偏差	14.9±10.7 ケース	
範囲	1 ケース～50 ケース	

表 9. 介護支援専門員の福祉用具導入ケース数

福祉用具導入ケース数	人数(人)	%
なし	49	36.6
1-9 ケース	26	19.4
10-19 ケース	19	14.2
20-29 ケース	19	14.2
30-39 ケース	6	4.5
40-49 ケース	3	2.2
50 ケース	1	0.7
欠損	11	8.2
合計	134	100.0

表 10. 介護保険導入後の福祉用具に対する利用希望の変化

福祉用具に対する利用希望	人数(人)	%
以前よりも利用希望が増えた	77	57.9
変わらない	17	12.8
以前よりも利用希望が減った	1	0.8
分からない	33	24.8
無回答	6	3.7
合計	134	100.0

表 11. 福祉用具に対する利用希望が増えた理由

福祉用具に対する利用希望が増えた理由	人数(人)	%
福祉用具に関する情報提供の充実	27	35.1
費用の1割負担	23	29.9
利用に関する手続きの簡素化	8	10.4
福祉用具の種類増加	6	7.8
利用に対する権利意識の浸透	5	6.5

(複数回答, n=77)

表 12. 福祉用具と住宅改修の一元的な導入経験の有無

一元的導入経験	人数(人)	%
あり	58	43.3
なし	54	40.3
未記入	22	16.4
合計	134	100.0

表 13. 介護保険導入後の住宅改修に対する実施希望の変化

住宅改修の実施希望	人数(人)	%
以前より希望が増えた	61	45.5
変わらない	13	9.7
以前より希望が減った	1	0.7
分からない	47	35.1
未記入	12	9.0
合計	134	100.0