

成モデルのなかで埋没してしまっている。改修工事を行っても、それが妥当でなく自立支援に結びついていないという事実を、当事者やケアマネジャー、施工者あるいは保険者も認知していないというのが現実ではないか。

4. おわりに

住宅改修サービスの利用は量的には広がりつつあるが、改修内容の妥当性という視点でみたとき、必ずしも十分な成果をあげているとはいえない。ケアマネジャーとそのバックアップ体制について特別のシステムをもたない一般的な地域においては、自立支援として妥当性のない改修が半数程度含まれている可能性があり、その要因は改修目的の具体化がなされないなどアセスメントの段階での問題と、適切な改修手段の選択についての情報が提供されていないなどプランニング段階での問題に大別できる。さらに妥当性のない改修という事実は、サービス利用者の自己選択による満足感によって表面化しておらず、問題は潜在化していると考えられる。

[文献]

1) 鈴木晃「福祉における住宅あるいは居住の意義と福祉職固有の役割—自立支援をキーワ

ードとして—」『月刊福祉』第86巻第2号、12-17、2003年。

2) それぞれの詳しい調査結果については以下の報告書を参照されたい。

神田秀幸ほか「介護保険制度における住宅改修の現状と課題」(国立公衆衛生院『平成12年度合同臨地訓練報告書』4-1~4-24、2000年)

品川靖子ほか「大和町における高齢者の住まいのあり方に関する検討」(国立公衆衛生院『平成13年度合同臨地訓練報告書』4-1~4-24、2001年)

筒井智恵美・鈴木晃・阪東美智子「介護保険制度における住宅改修の事業評価に関する研究—自立支援からみた改修内容の妥当性と主観的満足感」『日本在宅ケア学会誌』第7巻第1号、31-39、2003年。

3) 妥当でない事例のいくつかについては、以下のホームページに掲載している。

住宅リフォーム紛争処理支援センター「住宅バリアフリー化情報提供システム」内の失敗事例 (<http://www.refonet.jp/bfree/lis.html>)

4) 香山芳子「介護保険の健全運営のために：稲城市における取り組み」『地域保健』第33巻第5号、47-58、2002年5月。および、同氏からの調査データに関する私信。

ケアマネジャーの住宅改修に関する課題認識
—大田区在宅介護支援センターケアマネジャーへのヒアリング調査から—

分担研究者 中 祐一郎 名古屋女子大学教授
分担研究者 蓑輪 裕子 聖徳大学短期大学部専任講師
研究協力者 山本 美香 青山学院女子短期大学非常勤講師
研究協力者 牧上久仁子 福島県立医科大学助手

要旨 ケアマネジャーが、介護保険の住宅改修を支援する上での課題をどのように認識しているかを明らかにするため、東京都大田区の在宅介護支援センター5ヶ所のケアマネジャーに対してヒアリングを実施した。認識されている課題を分類整理した結果、以下のことが明らかになった。住宅改修が例外的に指定業者制をとらないため、現時点では「不必要」と判断される工事を勧められるままに実施してしまう事例がある一方で、施工者が施主である利用者および家族のディマンズどおりの改修を行っても心身状態などニーズに合わないものになっている例も指摘された。住宅改修は本来、総合的なケアプランに位置づけられるべきものであるが、ケアマネジャーによってはその認識が不十分であることが指摘された。その原因の一つは、住宅改修が住宅の物理的改善という技術的側面としてケアマネジャーに強く意識されており、住宅改修を通じて生活の何を改善していくのかという点よりも、「どこを、どのように工事しなければならないか」が直面する問題として先行しているものと考えられる。住宅改修におけるケアマネジャーの役割について明確にしていくとともに、ケアマネジャーをサポートする態勢づくりが今後の課題である。

1. 目的

本稿では、介護保険の住宅改修を実施する上で、現在何が問題であり、課題としてはどのようなことがあげられるのか、在宅介護支援センター（以下、支援センターとする）は住宅改修にどう関与しているのかを支援センターのケアマネジャーの視点から明らかにするべく調査を行った。

本調査は、建築学会在宅ケア環境小委員会での「ケアマネジャーに対する住宅改修に関する研修プログラム」の一環として実施したものである。

一般的にケアマネジャーは住宅改修に対して「苦手意識」を感じているといわれていることをふまえ、当小委員会ではケアマネジャーの役割について啓発するプログラムをこれまでも展開してきたが、今回、大田区での研修を行うにあたって、まず前段階として実際にケアマネジャーにヒアリングを行い現場での声を抽出することが求められた。

ケアマネジャーは一般事業所にも配属されているが、今回はとくに支援センターに所属するケアマネジャーを調査の対象とした。この理由として次の3つがあげられる。

一つには、介護保険が始まる前には支援センターが中心となって「住宅改修」を実施しており、現在と過去とを比較して分析することが可能であると思われること、2つめには現在でも継続されている「住宅改修費助成事業」では支援センターが関与していること、そして3つめとしては介護保険以降、その役割が変化してきたとはいえ、地域の在宅ケアにおける拠点としての役割を担っていることなどから、支援センターのケアマネジャーへのヒアリングを通して、住宅改修における問題点・課題を分析することができると考えられたことである。ただし、大田区の1行政センター内における5支援センターからのヒアリングを行ったものであり、問題点や課題に関して一定の傾向が把握できるということにすぎず、すべての支援センターを代表するものでないことを付則しておきたい。

2. 方法

(1) 対象

今回、東京都大田区を調査対象とした。先述したようにケアマネジャーを対象とした住宅改修の研修会を開催することになったからであるが、大田区はこれまでも他の自治体と比較して「住宅改修事業」に積極的に取り組んでいる経緯があることから、それだけケアマネジャーの住宅改修への関心が高いことが予測され、研修会についても前向きな姿勢が示された。

大田区は東京都の東南部に位置し、人口約65万人をかかえる区である。区内を4つの地域行政センターに分けて行政サービスを提供している。

今回の調査対象は、大田区A行政センターにある6つの支援センターである。ただし、うち1支援センターについては調査票を作成するためのプレ調査として実施したため、本調査の分析の対象としていない。そのため調査の分析は

5つの支援センターからの結果をもとに行った。

調査時期：2002年7月～8月

調査方法：支援センターのケアマネジャーに対してヒアリングを実施した。

(2) 分析方法

ヒアリング調査から得られた結果を、「住宅改修過程での支援センターの役割」、「住宅改修に関与する職種」、「失敗と思われるケースの状況」、「住宅改修における問題点・課題と思われること」、「住宅改修に関して・その他」「地域の高齢者の住宅問題について」の項目に分類して、共通して指摘された問題・課題を抽出する作業を行った。

3. 結果および考察

3.1 ヒアリング結果の概要(表1、2)

(1) 相談の経路

住宅改修に関する相談は「本人・家族からと、施工業者からが半々ずつである」とする支援センターが多い。本人・家族からの相談の場合、「手すりをつけたい」「トイレを直したい」「手すりを安くつけられると聞いた」とする具体的な内容で相談を持ち込まれることが多いが、介護保険自体の申請をしてないケースも少なく、まず申請手続きから説明を行っている。これは近所でそうした工事を行った話しなどを聞いたり、業者からの宣伝による結果であり、「まず住宅改修の工事ありき」といった状況が生じている。

(2) 関与する職種

住宅改修の場合、ケアマネジャーにつながるは当然であるが、PTの関与の有無、度合いは支援センターによって異なる。「たいていの改修には区のPTが同行する。介護の全般的な点もみてもらう。事前調査は支援センターが行なっている」(Eセンター)とする支援センターがある一方で、「住宅改修のときにはPTはよばな

表1 大田区在宅介護支援センター ケアマネジャーへのヒアリング調査概要(その1)

支援センター名	設立主体 開所 スタッフ	相談の経路	在宅改修過程での支援センターの役割	関与する職種	失敗と思われるケースの状況
A支援センター	医師会 2000年 3人(社会福祉主 事、介護福祉士、 看護師)	利用者から直接「手すりを つけたい」「トイレを直した い」と連絡が入る。まず介護 保険の説明をして申請をし てもらう。	○利用者から施工業者を紹介する。業者から「理由書だ けを書いてほしい」と依頼されることもあるが本人の状 態を知らずに書けない。	PT	○ケアマネジャーが会社に雇用されている場合自 分のところのサービスを使いがたり、利用者は住 宅改修の工事を断つたら、ケアマネジャーとの関係 が悪くなるのではないかと心配してはつきり断れな い人もいる。
B支援センター	社会福祉法人 2001年 6人(内訳は不明)	「乗者から」と「家族から」が 半々つづつである。家族から は「手すりが安くつけられる と聞いたのだが」とかかって くるので、まず介護保険の 説明からする。	○住宅改修の時の判断は疾病の状況、福祉用具が使 えるかということを含めて判断する。 ○他のサービスが必要と判断しても「あとは自分たちが やるから、住宅改修のみでよい」と主張する利用者が多 い。まだまだだ人を家庭に入れたくないとの意識が強い。 そのようなケースには「ヘルパーを入れたほうがいいで すよ」と訪問のたびに言うようになっている。 ○住宅改修については、あらかじめ内容が決まった上で 「手伝う」という位置付けになっている。	(住宅改修のとき にはPTはよばな い)	○どの機関もかわかわらないで住宅改修が行われて いる世帯では、驚くような改修がなされていること がある。むりやりすすめて実施したケースもあ る。
C支援センター	医療法人社団 5人(センター長1、 ケアマネジャー1、 ソーシャルワーカー2、看 護師1人)	「利用者・家族」からが多 い。相談にのって介護保険 の申請手続きをして認定を 受けてから工事にとりかか る。	○訪問の中で、住宅改修・福祉用具については必ず考 える。	PT(全てのケース にというわけでは ない)	○業者と利用者のみのケースが危ない。家族が若 いなどでかわかわれると良いが、高齢者のみの場合 は問題。まわりの人から聞くと費用が高かったなど あとで知ることがある。見積もりがない、工事が始 まってから金額が出されるなどケースもある。
D支援センター	社会福祉法人 1996年 3人(ソーシャルワーカー 2人、看護師1人)		○相談があればまず支援センターが訪問して事前調査 を行う。 ○自分たちの仕事としてまず、本人や家族に問題を整 理させていかねばならない。	(助成制度の時は PTも同行する。)	○失敗だったと思われるケースは、複数の業者か ら見積もりをとらず、1社だけにしほったため、利 用者からいろいろ難癖をつけられたものがある。相 手(利用者)をよくみて判断しなければならぬ。
E支援センター	社会福祉法人 2000年 4人(管理者1人、 保健師1人、ソシヤ ルワーカー2人)	利用者からと業者から	○事前調査は支援センターが行う。 ○住宅改修の内容については、PTと業者で話し合っ て決めることが多い。支援センターと家族、本人は後ろに ひっこんでいいる。本当はみんな検討しながら決めてい くのが良いと思う。特に家族は「自分は専門家でないか ら、口を出さない方がいい」と考えているようだが、もつと 積極的に参加したらよいか。	PT	○利用者から住宅改修の希望があっても本当に必 要なのかと疑問に思うケースもある。浴室改善して も使われないケースも多い。もう少し時期を見てか ら改善したほうがよいと思っただけでも家族が強く希 望すれば拒否できない。

表2 大田区在宅介護支援センター ケアマネジャーへのヒアリング調査概要(その2)

支援センター名	「住宅改修」における問題点・課題と思われること	住宅改修に関して・その他	地域の高齢者の住宅問題について
A支援センター	<p>○措置時代の住宅改修は「言っただけでできる」という感じで、ある意味無限にできた。そのため予防的な改善も可能だったと思う。現在は、必要などころはどこかということをかぎりみきわめてからの工事になるので行動範囲が狭められているかもしれない。それだけケアマネジャーの質が問われることになる。</p> <p>○利用者は、住宅改修の適正な価格や手法についてあまり情報をもっていない。理由書を書ける人にまず相談してから住宅改修するようにしてもらいたい。</p> <p>○工事が適切かどうか判断してくれるチェック機関がない。措置の時には行政が関与していたので法外な値段とというのはなかった。</p>	<p>○アシメントができないケアマネジャーがいるが、要件に問題があると思う。ADLを正確にみることもとめられる。</p> <p>○実際の工事は下請けの下請けでやるが多く、十分な意図が伝わらないことがある。</p>	<p>○風呂のない世帯もある。以前は銭湯へ行っていたが、銭湯数が減り困っている。</p>
B支援センター	<p>○利用者と業者が直接結びついた場合は無駄な改修になっていることも多いが、正式な契約のもとで行われたのだから、区でも「問題ない」となる。ただし、あまり悪質なのは最近指導が入った。</p> <p>○チェック機能が弱い。早く工事ができて便利な点もあるが、不備な点もある。</p> <p>○住宅改修については、項目が限定されていないほうが良いと思う。たとえば電気のスイッチの位置を変えなければならぬ時も多いが、それは改修に含まれていない。</p>	<p>○介護用品のレンタルと住宅改修は利用者にとって敷居が低いようだ。</p> <p>○支援センターが住宅改修以外の他のサービスが必要と判断しても「後は自分たちでやるから、住宅改修のみでよい」と主張する利用者が多い。まだまだ人を自宅に入れたくないとの意識が強い。</p>	
C支援センター	<p>○業者と利用者のみのケースが多い。家族が若い場合には良いが、高齢者のみの場合は問題。まわりの人が費用が高かったことなどを後で聞かされる。見積もりをとらないで、工事が始まってから金額が出されたり、契約だけはしているなどのケースがある。</p> <p>○限度額20万円だとすぐ足りなくなってしまう。</p>		<p>○住工混在地域で、以前は工場が多かったが大規模マンションに建て変わっている。小規模工場を併設した住宅ではお風呂のない住宅も多い。もともと浴室が設置されていないので住宅改修補助制度も使えない。ヘルパーを派遣して銭湯に同行している。入浴サービスのあたるデイサービスに行くなどの対応をしている。</p>

支援センター名	「住宅改修」における問題点・課題と思われれること	住宅改修に関して・その他	地域の高齢者の住宅問題について
D 支援センター	<p>○住宅改修が本当は必要なかったのではないか、と思われれるケースも少なくない。特に浴室改修はその思いが強い。家族から強く言われて浴室を直すか、本人はそれほど自力で入浴したいとも思っていないだろうし、その機能もないことがある。改修したものの実際はサービスに通って入浴していたということも多い。退院直前になって駆け込み的に実施する改修ではこのような例が多いように思われる。</p> <p>○業者によっては高齢者を集めて集団で区役所に行き、介護保険を申請させて不要な場合でも手すりをつけさせるようなこともあった。</p>	<p>住宅改修に関する問題点</p> <p>○介護保険の住宅改修になってから、住宅改修をどこまでやるかというガイドラインが決まったのですがやりやすくなった。それまではどこまでやるべきかが不明だった。</p> <p>○家を建ててくれた施工業者に住宅改修を依頼した場合、利用者から不満が出ることはないが、改修の内容はお粗末なことが多い。</p> <p>○現在は「住宅改修ができる」という情報がゆきわたったせいで、これだけが先行しているのではないかと思う。</p> <p>○住宅改修の費用がいくらかかるかということが、利用者や専門職側にとって最も大きな問題である。</p> <p>○ケアマネジャーの仕事とは、ニーズの発見とつなぎであると感じている。繰引きされていないものだからこそ、自分で繰引きをしていくことができるんだと思っている。</p>	
E 支援センター	<p>○ケアマネジャーは住宅改修についてよくわかっている人が多い。支援センターにきた相談をみるとケアマネジャーが掘り起こしたニーズではないと感じる。申請書の丸投げをされる場合もある。とにかくお金がもたらえるんではないかという程度の認識の人も多い。</p> <p>○PTと業者の相談のみで住宅改修の内容が決まってしまうが、第三者の立場で改修内容を見られるチェック機能があるといいと思う。</p> <p>○住宅改修のフォローアップは、工事後、2～3ヶ月後まではやっているが、それ以上になると実施していない。本当にそれで問題ないかということになるとどうかわからない。</p>	<p>住宅改修に関する問題点</p> <p>○住宅改修に関しては、ケアマネジャーとして「これまでの考え方、知識を持っていないといけない」という最低限のものをもちたいと思っている。</p>	

い」(Aセンター)(Bセンター)で、支援センターと施工業者で実施するところや、「PTに依頼するのは階段の手すりの設置や、浴槽の改修のとき」(Cセンター)というようにケースによって対応を変えている支援センターもある。

区の「住宅改造費助成事業」を利用する場合にはPTが介入するケースが増えるが、すべてではなく利用者本人の身体状況の判断が困難な場合などに介入を求めている。また「必要性がないにもかかわらず助成制度による住宅改造を強く主張する利用者に対しては、PTに専門的観点から判断して必要がないことを伝えてもらう」とするところも見られた。

しかし、「住宅改修の内容についてはPTと業者が話し合っ決めて決めることが多く、支援センターと本人・家族は後ろにひっこんでいる。家族は『自分たちは専門家ではないから口を出さないほうがいい』とするものもあるが、もっと積極的に参加したほうがよいのではないか」(Eセンター)という意見も出されている。

住宅改修では利用者と施工業者だけの相談で工事が計画され、施工されてしまう場合も少なくなく、適切ではない工事内容である場合が多いことが全ての支援センターから指摘された。

(3)「支援センターの役割」と考えられることは何か

支援センターが実施している共通した役割は、施工工事前の「事前調査」を実施することである。この「事前調査」においては自宅を訪問して住宅のみでなく、本人の心身機能等について全般的に調査を行なっている。「利用者の疾病の状況、福祉用具が使えるかといったことを含めて判断する」(Bセンター)、「訪問の中で、住宅改造・福祉用具の利用の可能性については必ず考える。特に区の助成制度は助成額が大きいためこちらも勉強が必要だと考えている」(Cセンター)。

また「自分たちの仕事として、まず本人や家族に問題を整理させていかなければならない」

(Dセンター)と認識しているセンターもあるが、これは利用者の中には、手すりのとりつけや段差解消など物理的に「住宅を改修する」という点にのみ目が向けられている場合が少なくないからである。

また「事前調査」では、住宅改修以外にも他に必要なサービスの有無などについて検討している。しかし「センターが他のサービスが必要と判断しても、『あとは自分たちでやるから、住宅改修のみでよい』と主張する利用者が多い。まだまだ人を家庭に入れたくないとの意識が強い」(Bセンター)ようだが、「そのようなケースには『ヘルパーを入れたほうがいいですよ』と訪問のたびに言うようにしている」と継続した関わりの中で介入を行うケースもある。住宅改修を契機として、家事援助サービスなどを導入していく場合も少なくないようだ。

しかしながら、住宅改修そのものへの関わり方をみると、先述したように「支援センターと家族は後ろにひっこんでいる」(Eセンター)ところや、「住宅改修については、あらかじめ内容が決まった上で『手伝う』という位置付けになっている」(Bセンター)ところなど、関与の度合いはかならずしも深くない。支援センターが住宅改修において「何を担っていくのか」については課題としても指摘される点である。

(4) 失敗と思われるケースについて

具体的な失敗ケースとしてあげられたものはなかったが、失敗につながりやすいパターンがあげられた。

「ケアマネジャーが会社に雇用されている場合、自分のところのサービスを使いたがり、利用者は住宅改修の工事を断ったら、ケアマネジャーとの関係が悪くなるのではないかと心配して不必要な住宅改修でもはっきり断れない利用

者もいる」(Aセンター)、「どの機関もかわらないで住宅改修が行われている世帯では、驚くような内容の住宅改修がなされていることがある。むりやりすすめられて実施したケースもある」(Bセンター)、「最初から業者が決まっている人が多い。住宅改造したいということをまず業者に相談してから支援センターに相談してくる」(Cセンター)といったものから、「複数の業者から見積もりをとらず、1社だけにしぼったため、後で利用者からいろいろ苦情を言われたことがある」(Dセンター)など利用者とのトラブルもあげられた。

これらの指摘に共通しているのは、やはり何らかの形でケアに関する専門職が関与していない場合に、「失敗」となることが多いということである。利用者・施工業者双方に住宅改修についての知識が不足している現状では、利用者が施工業者のみとの相談による住宅改修は、ニーズに応じたものをつくっていくのはまだ困難な状況であることが報告された。

(5)「住宅改修」における問題点・課題と感 ること

現在、ケアマネジャーが日々の業務を通して感じている介護保険の住宅改修における問題点および課題について、以下のような点があげられた。

- * 「利用者は住宅改修の適正な価格や手法についてあまり情報を持っていない。理由書を書ける人にまず相談してから住宅改造するようにはしてもらいたい」(Aセンター)
- * 「住宅改修の項目が限定されていないほうがいい。たとえば電気のスイッチの位置を替えなければならないときも多いが、それは改修に含まれていない」(Bセンター)
- * 「住宅改修のメリットは、申請すれば即工事ができるということである。ただ怖いのは、工事をしてしまった後で『(住宅改修の工事

として)認められない』との判断がされることである。住宅改修前にその確認ができるようなシステムにしてほしい」(Bセンター)

- * 「住宅改修が適切かどうかチェックする機能がない」(Bセンター)
- * 「施工業者と利用者のみで行う住宅改修は注意が必要である。家族が若い場合には良いが、高齢者のみ世帯の場合は問題がある。周りの人からあとから聞いて工事費用が高かったことを知る場合があるが、見積もりをとらず工事が始まってから金額が提示されており、その辺に問題が生じている」(Cセンター)
- * 「サービス事業者の指定を受けた人が住宅改修も勉強して取り組んでくれるようになる」とよい」(Cセンター)
- * 「施工業者の中には、高齢者を集めて集団で区役所に行き、介護保険を申請させて、不必要な手すりの取り付けを行わせるようなものもあった」(Dセンター)

こうした住宅改修のシステム自体の問題のほかに、これを運用するケアマネジャー自身の質を問うものもあった。

- * 「措置時代の住宅改善は言っただけできるという感じで、ある意味無限に改善できた。そのため予防的な改造も可能だったと思う。現在は(20万円の限度額があるため)必要などころはどこかということはかなり見極めてからの工事になるので行動範囲が狭められているのかもしれない。なかなか予防的にはできなくなっているため、それだけケアマネジャーの質が問われてくることになる」(Dセンター)

(6) 地域の高齢者の住宅問題について

これらのほかに「根本的な住宅問題」についても指摘があり、「住宅改修」だけではなく、住宅問題そのものへの指摘もあった。

「風呂のない世帯もある。以前は銭湯へ行っていたが、銭湯も数が減り困っている高齢者は多い」(Aセンター)、「住工混在地域のため以前は工場が多かったが、それらが現在、大規模マンションに建て変わっている。小規模工場を併設した住宅で風呂のない住宅も多い。そのような家庭には住宅改造の補助制度もつかえないので、ヘルパーを派遣して銭湯に同行したり、入浴サービスのあるデイサービスに行くなどの対応をせざるをえない」(Cセンター)など、住宅が古いゆえの問題が出されている。

また、「現在は、『住宅改修ができる』という情報がゆきわたったせいで、住宅改修だけが先行している感じである。根本の問題が解決されていないのではないかと思う」(Dセンター)、「住宅改修は持ち家の人に有利になっており、借家住まいの人は改造することすら困難である。これでは住宅の所有形態によって格差が拡大する一方だ。このような住宅改造すらできない人への対策をどうするかが問題である」(Eセンター)、「管内には借家が多く、家賃が払えなくなった人や、1階部分に転居したいのに貸してくれるところがないなどの根本的な住宅問題をかかえている人が多い。支援センターも力になりたいのだがなれない。でも相談は多くて何とかしたいと思っている」(Eセンター)など、根本的な住宅問題を目前にしても、何らかの援助を行うことができないでいることのもどかしさも表明された。

こうした住宅問題に支援センターだけの力で対応することは不可能であるが、生活問題としては顕在化しており、実際の現場でなんらかの対処をせまられるケアマネジャーの大きな課題となっていることがうかがえる。

3.2 考察

支援センターのケアマネジャーへのヒアリン

グを通して、介護保険による住宅改修の現状での問題点や課題を多く把握することができた。共通してあげられた問題点のうち今後の課題となる3つの視点から分析することにしたい。

(1) 住宅改修のプロセスについて

介護保険の住宅改修以降と助成制度で実施してきた住宅改造費助成事業の実施プロセスでの大きな相違点は、介護保険後では利用者が施工業者とダイレクトに結びついて、支援センター等を通さずに改造が可能になってきたことである。このことは、特に次の2点において問題があることが指摘された。

一つには、施工業者と利用者との住宅改修に関する情報の非対照性によって利用者（とくに高齢者のみの世帯の場合）が不利益をこうむる結果を招いていることである。一部の「悪徳業者」といわれる施工業者は例外としても、通常、利用者はどのような住宅改修が適切であるかについて判断することは困難であり、施工業者がリードをとった工事が行われることがある。高齢者世帯の場合は、現時点では「不必要な」住宅改修をすすめられるままに実施してしまうことがあり、この点についての危険性を指摘する声もあがっていた。

二つめは、施工業者には高齢者のための住宅改修についての知識が不十分である場合も少なくなく、こちらでは施主である利用者の「指示どおり（ディマンズどおり）」の改造になって、本来のニーズに対応できる住宅改修になっていないケースもみられていることである。

たとえば多くの支援センターから指摘された点は、浴室改善が、高齢者に適切なものとなっていないことが多いという点であった。

住宅改造助成事業を行っていた際には、取り組み方について質的な問題は存在していたにせよ支援センターの関与は必然的に行われていたが、介護保険制度というシステムが変わったこ

とによって、かならずしも支援センターを経由しないプロセスがとられるようになった。

住宅改修が多くの利用者に活用されていくことは要介護高齢者等の適切な住宅環境を提供するうえで望ましい状態であることは確かであろう。また利用者が権利意識をもって在宅サービスを利用できることは介護保険の趣旨でもあるが、そのために「工事のみできればよい」「保険から支払われればよい」という考え方で、施工業者との折衝のみで住宅改修を行ってしまうケースが頻繁にみられているようだ。

支援センターのケアマネジャーや行政もこの点について、問題視していながらも「利用者が自由に選択できることが前提となる保険制度であるからしかたがない」との立場をとらざるをえないという状況を生んでいる。

これはまた別の視点からみれば、住宅改修において、「何もかもがケアマネジャーにまかされている」(Dセンター)現状では、一人ひとりのケアマネジャーの負担が大きいことから、ケアマネジャー自身が「労多くして実りの少ない」といわれている住宅改修に深く関与することを避け、施工業者に依存する傾向にあることも影響しているであろう。

今後の課題にもつながることであるが、住宅改修においてケアマネジャーをバックアップする機能を一連のプロセスの中に付加していくことが求められる。

(2) 施工内容に関するチェック機能の必要性

さらに問題点として共通に指摘されたのは、住宅改修の内容が適切であるかを判断する機能がないことである。これは上記に述べたことと関連があるが、現在、PTや支援センター等のスタッフなどの専門職の介入による住宅改修が実施されていないケースも多く、高齢者の身体的・精神的機能にあわせた改修が行なわれているとはいえないケースが増加している。また、

たとえPTや支援センターが関わったケースであっても、第三者の立場からの評価を求める声も今回の調査のなかで多く出された。

介護保険のシステムの中ではこうしたチェック機能は確立されていないが、技術的に未成熟な「住宅改修」という領域であるという点において、現段階で工事後になんらかの評価を行う機能を設置することが必要であることがうかがえる。

特に介護保険によるサービス利用が、住宅改修のみである場合には、ほとんどの場合、工事後のチェックが行われていない。「工事の内容が適切かどうかを事前に検討するチェック機能がない。早く工事ができて便利な点もあるが、不便な点もある」(Cセンター)、「PTと業者の相談で住宅改造の内容が決まってしまうが、第三者の立場で改造内容をみってくれるチェック機能があるといいと思う」(Eセンター)、「工事が適切かどうか判断してくれるチェック機能がない。措置の時には行政が関与していたので(工事価格が)法外な値段というのはなかった」(Aセンター)、「住宅改修が本当は必要なかったのではないかと思われるケースも少なくない。特に浴室改善はその思いが強い。家族から強く言われて浴室を直すか、本人はそれほど強く自力で入浴したいとも思っていないだろうし、その機能もないことがある。改修してみたら実際はデイサービスの入浴サービスに通っていたというケースも多い。病院からの退院直前になって駆け込み的に実施する改善ではこのような例が多いように思われる」(Dセンター)、「利用者から浴室改善の希望があっても、本当に必要なのかと疑問に思うこともある。浴室改善しても使われないケースも多い。もう少し時期をみてから改造したほうがよいと思っても家族が強く希望すれば拒否できない」(Eセンター)など、ニーズに対する施工内容の妥当性についての疑問

が多く出された。

ここで複数の支援センターから指摘されているように浴室改善の必要性に疑問が生じるという事態はなにをあらわしているのでしょうか。入浴行為は複雑な動作を行うため、心身機能に応じた適切な住宅改修をするためには熟練した技術と知識を要する。また、事後の使いこなしのための訓練も必要であり、こうしたケアの側面からの援助がなければ浴室を改善しても使用することが困難ということであろう。

現在、グループホームをはじめとして福祉サービスの第三者評価が実施されてきている。住宅改修においても、そのシステムにこうした外部からの評価機能をもつことが重要な課題となっている。

(3) 総合的なケアプランへの位置づけ

本来、ケアマネジメントに組み込み、総合的なケアプランの中に位置づけられて行われるべき住宅改修であるが、現状での実施状況は、総合的なプランの中の位置づけというよりもむしろ単独のサービスとして実施されている面が強い。たとえば調査の中でも聞かれたように、「施工業者から直接「理由書のみを書いてほしい」と依頼されることもあり、ケアマネジャーが利用者の状況をほとんど知ることなく、依頼されるままに理由書のみを書くというかたちで住宅改修がすすめられているケースは少なくないと考えられる。

これは住宅改修が技術的な側面としてケアマネジャーに認識されており、苦手意識が大きいこと、住宅改修の理由書の記述に対して報酬が支払われないシステムになったこと、先述した

ようにケアマネジャーをバックアップする機能が整備されておらず、住宅改修の内容に関して施工業者に依存してしまいがちになっていることなどが考えられる。

介護保険の目的が地域で自立した高齢者を支援するということにあるのであれば、在宅サービスのひとつである住宅改修も、その地域での自立のためのサービスとしての役割を果たさねばならない。

さらに言えば、総合的なケアプランに位置づけるということは、単に「他にどのようなサービスを利用するのか」といった「横軸」での視点のみならず、「縦軸」すなわち時間の流れをも視野に入れるということである。住宅改修は、確かに「必要性がある」とのディマンズが本人や家族に認識されれば迅速に施工を行うことも可能になった。しかし適切な住宅改修を行うための時期やタイミング、本人や家族の心理的な側面を含んだ調整などはある程度の長期的な展望の中で計画されていくものであろう。そうした時間軸を含む総合的なケアプランづくりが求められている。今回も支援センターのケアマネジャーは可能な限り、時間軸を含む支援をこころみていたが、住宅改修のみのかかわりになるケースも少なくなく、長期的な展望での支援をおこなうことが容易でなくなってきた状況も生じてきていることが報告された。

しかし、端的に住宅改修のサービスのあり方だけに収束させられることではなく、支援センターをはじめ地域の中で支えるためのケアシステムが構築されていくことが今後の重要な課題となる。

ケアマネジャーの住宅改修支援経過の分析
—北海道4町在宅介護支援センターにおけるモデル事業を事例として—

主任研究者 鈴木 晃 国立保健医療科学院健康住宅室長
分担研究者 蓑輪裕子 聖徳大学短期大学部専任講師
分担研究者 橋本美芽 東京都立保健科学大学助教授
研究協力者 山本美香 青山学院女子短期大学非常勤講師
研究協力者 中村美安子 神奈川県立保健福祉大学助手

要旨 本研究はケアマネジャーに必要な住宅改修支援の視点や技術を明らかにする目的で、住宅改修に関するスペシャリストの支援が得やすい環境下であり、かつケアマネジャーとして積極的に支援しようとしている事例の支援経過を、他の関連職種の関与も含めて分析しようとした。このため過去に住環境整備の支援方法を検討するモデル事業を経験し、支援経過記録も克明に残されている北海道4町の町直営在宅介護支援センター所属のケアマネジャーに協力を依頼し、それぞれモデル事業で支援した1例を含む2事例、合計8例の支援経過記録を得た。事例検討会を実施し、仮設的に設定した〔支援段階分類〕をあてはめ、ケアマネジャーの住宅改修の支援内容を分析した。その結果、以下のことがわかった。

ケアマネジャーの住環境整備に関する支援では、〔ニーズ発見〕や〔ダイヤモンドの確認・調整〕、場合によっては〔ダイヤモンドを育成する動機づけ・待機〕ののちに、スペシャリストとの共同作業として〔住環境整備のプランニング〕、〔施工・実施〕がなされ、さらに新たなニーズ発見につながる〔フォローアップ・モニタリング〕というプロセスが存在した。とくにケアマネジャーの支援では、ニーズ発見やダイヤモンドの確認・調整という段階での役割が大きく、数回にわたる訪問調査（アセスメント）によって課題の具体化が図られ、当事者やそこに関わる支援者とのさまざまな接触機会を通じても情報が把握されていた。あくまでも自立支援としてのニーズを明確にし、当事者のダイヤモンドを真のニーズに変えるような働きかけも必要であった。なおフォローアップも基本的にはケアマネジャーの役割が大きいと考えられるが、日常的支援者からの情報網が確保されることが必要であろう。

住環境整備のプランニングや施工・実施については、改修内容によってはスペシャリストとの共同作業として支援される必要があり、そのことによって将来を見通したプランや家族のニーズを含めた総合的プランなど質の高い支援が可能となっていた。

住環境整備に関するダイヤモンドがない場合の動機づけは自立支援の立場からは重要な支援であるが、現行制度ではそれをケアマネジャーが担うことには限界がありそうだ。今回の8事例のなかで、介護保険以前から関わっていた1事例のみに動機づけの支援が行われていたこと、介護保険以降の2事例においては、ダイヤモンド育成のための直接的な動機づけに替わる「周辺環境の整備」、あるいは「待つ」といったケアマネジャーの行為の存在がそれを示唆している。

1. 目的

本稿は、ケアマネジャーに必要な住宅改修支援の視点や技術を明らかにすることを目的として、住宅改修に関する専門的技術支援が得やすい環境下であり、かつ積極的に役割を見出そうとしているケアマネジャーの支援経過事例を分析し、住宅改修に関するケアマネジャー本来の支援内容を解明しようとしている。

住宅改修の支援というと、たとえば手すりの素材・形状や設置位置の選定といった住宅改修のプランニングと、その設置方法や適正な工事費に関する判断など施工に関する事柄に焦点が当てられる傾向にある。ケアマネジャーの支援技術においても、その部分に関する専門性が求められているかのような受け取られ方がなされ、住宅改修の研修についても建築的な知識あるいは施工者のコントロールの仕方などに関心が向けられているようだ。

これは、住宅改修が福祉用具（購入）とともに例外的に指定業者制から除外されていることも背景にある。すなわち、介護保険の他のサービスに関しては指定業者制によってサービス提供者（事業者）の質は一定程度保たれ、個別のサービス計画、たとえば訪問介護サービスに関する個別具体的な計画は指定居宅サービス事業者によって立案される。ケアマネジャーは居宅サービス計画全体のなかで、課題を解決する手段としておよそ週何時間の訪問介護を提供するという方針を打ち出せばよい。住宅改修ではその点、事情が異なる。指定業者制から除外されているために、施工者（事業者）の経験や知識には格差があり、個別の住宅改修計画を委ねられる施工者はまだ多くはない。そのためケアマネジャー自らが改修計画に関与しなければならず、それに関する専門知識の必要性を実感してしまう。

しかし、その専門性までもケアマネジャーに

求めるのは現状の養成過程を前提とした場合困難である。住宅改修のプランニングと施工に関する専門技術は、その分野の専門職（たとえば建築技術者や理学療法士・作業療法士などで障害者の在宅支援に経験と知識を有する者、あるいは福祉用具プランナー、福祉住環境コーディネーターなど）に委ね、その部分についての支援はそれら専門職との共同作業というのが本来のあるべき姿ではないか。共同作業のコーディネーターとしての役割とともに、共同作業に入るまで、あるいはその共同作業が決着した後にケアマネジャー固有の役割が存在すると考えられる。それは一般的な生活支援で行われるニーズアセスメントと基本的には共通している。ただし住環境整備が住宅と生活を変える支援であり、それが家族生活あるいは「家」に関連し、さらに現在の生活だけでなく将来展望にもとづく支援であるという特徴から、専門職が評価するニーズと当事者が感じとっているディマンズ（要望や主訴）のあいだの乖離がとくに大きくなるものと考えられる。気づかれにくいニーズを発見し、当事者のディマンズにしていく支援がケアマネジャーに求められている。

本研究では、ケアマネジャーによる住宅改修の支援は、住宅改修のプランニング（P）や施工・実施（I）における調整機能と、その前段階におけるニーズの発見（N）やディマンズとの調整（D）、ディマンズを育成する動機づけ・待機（DW）、および施工後のフォローアップ・モニタリング（F）が求められているとの仮説に立つ。ただし現状では住宅改修に関する専門技術を提供するスペシャリストの支援は充足しておらず、一般的なケアマネジャーの住宅改修支援を事例とすると、スペシャリストの役割を代行（補充）している可能性が高い。住宅改修支援の特徴がこの代行部分にあるとの誤解があれば、本来ケアマネジャーに求められるべき支

援内容が見えにくくなることも考えられる。本研究では、スペシャリストの支援が容易に求められる立場に置かれ、かつケアマネジャーとして積極的に住宅改修の支援を行おうとしている事例について、他の関連職種の間与も含めて分析することによって、ケアマネジャーに本来必要となる支援内容を表出させようとしている。

2. 方法

(1) 対象

住宅改修のスペシャリストの技術支援が容易に利用できる立場であり、かつケアマネジャーとして積極的に住宅改修の支援を行おうとしており、さらに支援経過記録が克明に残されていることを条件に、北海道4町の町直営在宅介護支援センターに協力を依頼した。4町は北海道の中央部、深川市近郊に位置し、人口は2~5千人規模の町である(表1)。在宅介護支援事業

所は各町に1ないし2か所で、内1か所は町直営の在宅介護支援センターに併設されている。Z町では2002年4月以降、町社会福祉協議会に設置された居宅介護支援事業所1か所のみになったが、それまでは町直営の在宅介護支援センターのスタッフが併設されていた支援事業所のケアマネジャーを兼務していた。今回の事例提供者(いずれも町の保健師)はすべて在宅介護支援センターに所属している。在宅介護支援センターでの介護保険業務の概要については表1に示す。

この4町では、住環境整備の支援方法・システムの検討を目的としたプログラムが介護保険制度発足前に実施されている。Y町では北海道「高齢者等住宅改善指導派遣育成事業」(1998~2000年度のモデル事業)を実施し、残りの3町では筆者が関わった「障害者の住宅改善支援に関する技術移転プログラムの開発」(1998~

表1 調査対象北海道4町の在宅介護支援センターにおける介護保険業務の概要

	W町	X町	Y町	Z町
人口	2,155	4,154	3,157	4,253
65歳以上人口	669	1,230	1,038	1,290
要介護認定者数	116	180	145	171
居宅介護支援事業所数	2か所	1か所	1か所	~2002.3 2か所 2002.4~ 1か所
ケアマネジャー人数	10名 内、在宅6人 支援センター併設事業所(町直営)では、町保健師2と支援センター2の4名	2名	4名 内2名は町保健師が全体の1割担当 残りは在宅介護支援センターの2名で担当	~2002.3 支援センター併設事業所(直営)に2名、町社協1名の計3名 2002.4~ 町社協に2名
支援センターでの給付管理数	29 (2003.9現在)	71 (2003.9現在)	58 (2003.9現在)	2002.4~ 0
支援センターでのケアマネ担当数	33 (2003.9現在)	同上	70 (2003.9現在)	同上
事例提供者の管理数	給付管理: 11 ケアマネ: 13 (2003.9現在)	給付管理: 38 ケアマネ: 38 (2003.9現在)	給付管理: 23 ケアマネ: 30 (2003.9現在)	同上 ただし住宅改修等給付管理を要しない支援を担当
備考	人口は 2003.10.1.現在	人口は 2003.10.10.現在	人口は 2003.10.1.現在 訪問介護、通所介護事業も直営	人口は 2003.9.30.現在

2001年度科学研究費補助金：基盤研究C2)のモデル事業を実施している。いずれのプログラムも、住環境整備の支援方法を検討し地域に支援システムをつくることを目的に、住宅改善のスペシャリスト（建築士と理学・作業療法士）を派遣して具体的な事例の支援が行われた。このモデルケースでは、住環境整備の支援のあり方を検討しながら支援者が関わったという特徴がある。

4町のケアマネジャーに、それぞれ2例の住宅改修に関する支援経過事例の資料提供を依頼した。うち、それぞれ1事例は支援方法の検討のために実施したモデル事業での支援事例を、残り1事例はその後町の支援システムで一般的に支援した事例のなかから抽出するよう依頼した。モデル事業での支援事例も採用したために、これらの事例では支援経過の一部が介護保険制度開始前となるものが含まれることになった。実際にはケアマネジャーの立場ではなく支援センターの相談業務としての関わりから始まっているものであるが、ケアマネジャーとしての役割をその中から峻別した資料化を依頼した。

(2) 資料の作成

それぞれ2事例（支援方法検討のためのモデル事業での事例およびその後の一般的支援事例を各1例ずつ）の抽出は4名のケアマネジャーに委ね、詳細な支援経過記録をもとに住宅改修の支援経過の資料化をはかった。その際、事例

提供者であるケアマネジャーとともに、支援経過の整理のために書式を検討し、それを用いて支援経過表の作成を依頼した。

書式は(表2)、表頭に当事者と各支援者欄を設け、表側の時系列に沿って支援内容が記述される。とくにケアマネジャーについては得られた情報とそれについての判断内容、および実際に実施した支援内容の両者を記述できるようにした。先に述べたように、資料提供者は在宅介護支援センターに併設された居宅介護支援事業所のケアマネジャーであり、在宅介護支援センターとケアマネジャーの両者の役割を一人で兼務していた（介護保険前ではケアマネジャーの役割を在宅介護支援センターが担っていた）。経過表に記述する際には、規範的に認識される両者の役割分担に沿って整理した。

(3) 分析方法

作成された資料（支援方法検討のためのモデル事業での事例およびその後の一般的支援事例を各4例ずつ合計8例）をもとに、事例検討会を実施した。参加者は事例提供者、当該分担報告書の執筆者、モデル事業に関わったスペシャリスト（建築士）である。事例検討会では、資料の再構成、仮説枠組の適用の可能性などが検討された。その後、再構成された資料を仮説枠組に沿って、支援内容を分類し支援内容の分析を行った。

表2 支援経過事例の整理のための書式

年 月	本人・家族 の状況	ジェネラリス ト（訪問 看護師・ヘル パー等）	ケアマネジャー		在宅介護支 援センター （相談窓口）	スペシャリ スト（住宅 改修の専門 職）	施工者
			判断	実施内容			

3. 結果および考察

3.1 支援経過

(1) 事例概要

事例提供者から提供された合計8事例の概要を表3に示す。事例記号のアルファベットは町の識別、その後につされた数字、「1」はモデル事業での支援事例、「2」は一般事例であることを示している。男性5、女性3名で、年齢階級は60歳台の4名を中心に40歳台から80歳台まで広がっていた。主な疾患は脳血管疾患が多く6例で、他は股関節症1例と神経難病1例であった。家族構成は「夫婦のみ」が5例と最も多く、「夫婦+子」の1例を含めて核家族世帯が6例であった。複合家族世帯の2例は本人が40歳台あるいは50歳台と年齢が相対的に若い事例で、本人夫婦の親世代と同居している事例であった。要介護度は「要介護1」「要介護2」が各3例、「要支援」「要介護3」が各1例であった。

(2) 支援段階分類の主要プロセス

提出された支援経過表をもとに事例検討会で検討を加え、各事例の住環境整備の支援経過を整理した。ケアマネジャーおよび在宅介護支援センターの支援内容には、支援経過に関する仮説〔支援段階分類〕をそれぞれにあてはめた。表4～表11に各事例の支援経過を示す。表中のケアマネジャー、在宅介護支援センターの支援内容に付された記号が〔支援段階分類〕であ

り、それぞれ以下の支援段階を意味する。

[N]: 住環境整備に関するニーズの発見

[D]: 住環境整備に関するディマンズの確認およびニーズとの調整

[DW]: 同じくディマンズを育成する動機づけ・待機

[P]: 住環境整備のプランニング

[I]: 施工・実施

[F]: フォローアップ・モニタリング

各事例に共通して、ケアマネジャーおよび在宅介護支援センターのいずれにおいても、[N・D/DW] → [P] → [I] → [F] という主要な流れをみる事ができた。〔支援段階分類〕内でも支援内容に幅があるので、この主要な流れでは重なり合ったり多少の前後は当然起こりうるが、この主要な流れとは異なった順序で〔支援段階分類〕が登場する場合も見受けられた。それは福祉用具などの先行導入であったり（「事例W1」（表4）、「事例X1」（表6））、改修工事を段階的に実施したことが原因となっていた（「事例Y1」（表8）、「事例Z1」（表10））。また、[F]は新たな[N]や[D]につながり、次の住環境整備の支援過程につながっていた（「事例W1」（表4）、「事例W2」（表5）、「事例Z1」（表10）、「事例Z2」（表11））。

なお[F]（フォローアップ・モニタリング）については、定期的に（あるいはある時期に）訪問することでは限界があり、日常的に関わつ

表3 支援対象者の概要

事例	性・年齢階級	主な疾患・障害	家族構成	要介護度
W1	M・80歳台前半	脳血管疾患・骨粗鬆症	夫婦のみ	要介護1
W2	M・60歳台後半	脳血管疾患（右まひ）	夫婦のみ	要介護2
X1	F・60歳台後半	股関節症	夫婦のみ	要支援
X2	M・50歳台後半	脳血管疾患（右まひ・失語症）	夫婦+両親	要介護1
Y1	M・60歳台後半	脳血管疾患（右まひ・失語症）	夫婦のみ	要介護3
Y2	F・70歳台前半	脳血管疾患（右まひ）	夫婦+子	要介護1
Z1	M・60歳台前半	進行性神経難病	夫婦のみ	要介護2
Z2	F・40歳台前半	脳血管疾患（左まひ）	夫婦+両親+子	要介護2

表 4 住環境整備の支援経過：事例 W1

経過月	本人・家族の状況・意向	ジェネラリスト	ケアマネジャー	在宅介護支援センター	スペシャリスト	業者
1996年	本人・家族の状況・意向 階段手すり設置の相談。 階段・トイレ内簡易工事実施。			在宅介護支援センター 相談受け日常生活用具にて手 すり [N・D・I]。他の困ま り事を確認、応急処置と将来の 改善必要性を把握 [N・DW]。		
24ヶ月	トイレ改造は下水道工事と一 緒にしたい。寝室の1階への移 動は今を考えない。			モデル事業にて住環境アセスメントを支援チーム (在支・町建設課・アドバイザー) で実施 [N]。 検討内容を本人に伝える [DW]。		
35ヶ月	改造意思あり、費用含め検討。			改造の意思を確認 [DW]。		
39ヶ月	風邪で体調を崩し、この際と決 心し寝室を2階から1階へ。					
40ヶ月	(デイサービス利用開始) 本人・妻ともトイレを浴室横に 設置する案を希望。それにとも ない、台所も改造希望。	デイ職員から 利用時の状況 報告。	住宅改修も含めたケアプラン作成 のためアセスメント実施 [N・D]。 下水道工事の時期をにらみ、改造の 具体的検討のため支援チームの組 織化を要請、支援チームにて同行訪 問 [N・D・P]。	施工者の紹介 [I]。 支援チームの組織化 (在支・ケ アマネ・施工者)、同行訪問 [N・D・P]。		図面・見積 書の作成
41ヶ月	別業者にも見積りを依頼。		業者の図面・見積りを本人・家族に 提示 [I]。			
42ヶ月	同額だったので前業者に決定。		別業者の見積書を提示 [I]。			
43ヶ月			将来予測されるニーズへの対応の 欠落を反省し、当事者のディメンズ との調整の必要性を認識し、支援チ ーム・施工者で同行訪問、検討案を 当事者に説明 [N・D・P]。	アドバイザーに業者の図面・見 積りの検討を要請 [P]。 アドバイザー案をケアマネに 伝達。支援チームでの検討を要 請 [P]。	先を見通した (車 いす対応) 案の提 示。	
44ヶ月	車いす対応の案には、当初反対 する。再度協議の結果、これを 基本的に受け入れ。 ショートステイ要望なし。 改造実施。		町助成制度申請代行、工事期間中シ ョートステイ利用の要望確認 [I]。 動作確認し手すり位置決定 [P]。 工事内容を現場で確認 [I]。 手すり設置位置の確認 [F] 当事者の評価の確認 [F]。	申請受付、調査実施、会議開催。 手すり位置はケアマネと協議 するよう施工者に要請 [I]。 完了検査日程調整、実施 [F]。 調整会議にて助成制度利用の 検討 [I]。		書類作成。 着工。 完了。
45ヶ月	工事完了の報告。工事内容に夫 婦とも満足。					

経過月	本人・家族の状況・意向	ジェネラリスト	ケアマネジャー	在宅介護支援センター	スペシャリスト	業者
47ヶ月	本人の表情よく、完成年月日を壁に記している。満足感表明。		フォローアップ訪問 [F]。			
49ヶ月	間に合わず便失禁する回数減少。入浴は浴槽出入りの不安解消。妻、夜間排尿時暖かく好評。入院。入院前からADL低下。妻も骨折など介護困難化。		更新認定結果を受け、再アセスメント実施。住宅改修によって一部ニーズ充足。ADLも入浴は改善 [F・N]。 病院との連絡調整 [N]。			
60ヶ月						
64ヶ月	歩行器での移動可能になり退院。妻も「今の家なら介護できる」妻は腰痛あり。入浴は浴槽出入りに一部要介助。 入院～	病院看護師等からADL・病状の確認。	再アセスメント実施 [F・N・P]。 電動ベッド、歩行器のレンタル。ベッド位置を介助しやすい位置に変更する提案。入浴サービス利用の提案。			
65ヶ月						

表5 住環境整備の支援経過：事例 W2

経過月	本人・家族の状況・意向	ジェネラリスト	ケアマネジャー	在宅介護支援センター	スペシャリスト	業者
2000年	本人入院中。右まひで車いす。退院後は現住居で生活したい。住宅改造助成の利用希望。	本人住所の地区支所から、在宅に住宅改造希望の連絡。		在宅介護支援センター 状況把握のため家族と連絡をとる [N]。病院で家屋調査実施予定、改造の申請は家屋調査実施後に。		
1ヶ月	家族同伴にて家屋調査実施。			家族から家屋調査結果（提案）の報告受ける。	病院 PT 訪問調査。寝室床材変更・壁撤去、段差解消等提案。	
2ヶ月	病院では車いす自走、杖歩行不可、立ち上がりつかまり可、ベッド～トイレ自走で自立。外泊時入浴は妻が全体重支え介助、住宅改造のディマンズあり。		PT提案は妥当性あると判断し、長男作成図面をもとに家族と協議 [N・D]。手すりは動作確認後に設置するようアドバイス [P]。	病院にて認定調査実施 [N]。		建築士の長男がPT提案内容を図面化。
3ヶ月	屋内杖歩行可能になる。退院予定6月に。			申請書作成。会議準備 [I]。支援チーム組織化（在宅・町建設課・ケアマネ+施工者）、同行訪問 [N・D・P]。		
4ヶ月	改造工事実施。退院。四点杖歩行可、トイレまでは車いす自立。		支援チーム（在宅・町建設課・ケアマネ）、施工者、家族で手すり位置など確認 [N・D・P]。退院後、問題ないか確認 [F]。	竣工確認 [F]。		着工。 竣工。
5ヶ月	工事終了と報告。入浴は妻の介助で（入浴サービスのディマンズなし）。その後、状態等変化なし。		完成報告書作成 [I]。利用状況の確認 [F]。定期的に状態把握。			
14ヶ月	散歩に電動車いすの利用希望（レンタル期間は5～10月）。特変なし。リハ通院（1/W）。		散歩のニーズを認め、レンタルの手続き実行 [N・I]。			
39ヶ月	電動車いすレンタル開始希望。妻が本人下肢筋力低下の訴え。		定期的な状態把握。 レンタル再開手続き [I]、同時に妻の訴えで入浴の再アセスメント実施し、福祉用具検討 [N・P]。福祉用具カタログ持参し相談 [D]。不満を聞き、業者に対応依頼 [I]。			
41ヶ月				福祉用具適用アドバイス [P]。		
42ヶ月	希望と違うので対応を要望。					

表6 住環境整備の支援経過：事例 X1

経過月	本人・家族の状況・意向	ジェネラリスト	ケアマネジャー	在宅介護支援センター	スペシャリスト	業者
1999年 6ヶ月	夫が在支に来所、シルバーカー給付の相談。 股関節手術後、在宅にて浴室・トイレの使いづらさを実感。玄関前の段差解消工事を来春に実施しようかと考えていた。			在宅介護支援センターの給付手続き [N・D・I]。 シルバーカー給付のフォロー訪問、外出機会確保のためデイサービス利用を勧め、住宅改造の制度説明 [N・D・I]。		
7ヶ月	デイサービス利用開始。 住宅改善支援事業で専門家にアドバイスを受けたいと希望。		デイサービス利用にあたりアセスメント実施、転倒予防・外出容易化等のニーズを認める [N]。 改造の意向を確認 [D]。			
9ヶ月	本人は、浴室を広くし、台所も改造し、便器座面を高くしたいと希望。 寝る前に肩まで湯に浸かりたいと希望。		支援チームの訪問、再アセスメントの実施 [N・D]。住宅改造の優先順位を検討。改造案をスペシャリストと検討 [P]。 チーム検討案を本人に提示し、入浴方法の希望を確認 [D]。 アドバイザーと改造案検討 [P]。	住宅改善支援事業として支援チーム (在支・老健 OT・町建設課・ケアマネ) で訪問、カンファレンス実施 [N・D・P]。	建築士：構造上のチェックと簡易見積もり OT：ADL評価	
10ヶ月			当事者の状況を総合的に判断、カンファレンス時の案の中から優先順位の高い複数案を提示 [D]。昇降便座のシミュレーション手配 [P]。本人と施工者とともに改修案の検討 [D・P]。	アドバイザーと支援チームで再度訪問、カンファレンス実施 [P]。	アドバイザーより改進黨案提示。	玄関手すり施工。
11ヶ月	玄関手すり設置工事のため、業者選定。シミュレーションが現場でできないので、昇降便座導入は断念。 和室の改造を口にしたしたが、施工者の助言で旧来の案で。		アドバイザーに浴室の詳細について相談 [P]、それを含めて本人の思いを尊重できるよう施工者と具休化の検討 [D・P]。 施工者と訪問し、浴槽の形状を検討 [P]。 使用状況の確認 [F]。			
13ヶ月	玄関先の手すり設置で外出しやすくなった。 入浴時の姿勢をシミュレーション。	リハビリ教室担当保健師より状況報告。			手すり設置位置などアドバイス。	浴槽の製作完成。
15ヶ月	浴槽に満足感。			完了確認 [F]。		