

表7 住環境整備の支援経過：事例 X2

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	長女（結婚後も本人宅の建設業従業員で福祉住環境コーディネーター）より改造に関する町単独制度利用の相談。					
1ヶ月			事例検討前のアセスメント [N・D]。	支援チーム（在宅・町建設課・町保健師・アドバイザー・ケアマネ）と家族（長女）で事例検討会開催 [N・D]。		
3ヶ月			支援チームにて同行訪問 [N・D・P]。	保健所 OT を加えた支援チームを組織し訪問、カンファレンスを実施 [N・D・P]。	OT より動作評価と手すり位置などアドバイス。	
6ヶ月	玄関前階段に手すり設置、身体状況に合わせた浴室プラン、などを希望。		カンファレンス時の案をもとに、長女と検討 [D・P]。家族であり施工者でもあるので検討も具体的で、専門的な助言を望んでいると判断。			
7ヶ月	長女が改造案の図面を持参し、浴室のレイアウトについての助言を求める。		アドバイザー（遠隔地の建築士）に助言を依頼 [P]。		建築士より FAX にて浴室改造案提示。	
8ヶ月	改造工事の時期についての見通し表明（来春以降に）。		支援チームにて同行訪問 [P]。	支援チームで訪問、カンファレンス実施 [P]。浴室移乗スペース、手すり位置などの検討。ただし、施工時期まで時間が空くので、直前に再アセスメントの必要性を提言 [方針]。		
19ヶ月		リハビリ教室担当保健師より状況報告。				着工
23ヶ月			確認訪問 [F]。	竣工確認 [F]。		竣工

表8 住環境整備の支援経過：事例 Y1

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（実際は右が兼務）	在宅介護支援センター	スペシャリスト	業者
1998年	退院。退院後の生活相談。入浴時の浴室への移動、洗面台での立ち上がり、外出時の困難さを訴え。冬の外出に備え外階段応急処置。訪問看護の週1回利用を決定。	町保健師月1～2回の定期訪問。	相談主訴から訪問リハでOTの評価が必要と判断、依頼[N]。生活場面の拡大を意図して、訪問看護（リハ）を勧める。	退院後の相談が妻よりあり対応[D]。日常生活用具、住宅改造制度の紹介と給付[I]。外階段の施工・制度について施工者に説明[I]。	OT訪問によるADL評価。	外階段改修。
2ヶ月						
4ヶ月	コミュニケーションの問題に起因するストレスの訴え。	訪問看護週1回。	訪問STの依頼。		訪問STによる助言。	
5ヶ月	定期的関わりの中で、介護の苦労など本音を妻が訴え（とくに夜間のトイレ車いす介助が大変）。	保健師から状況報告。	保健師から報告を受け[D]、車いす自走困難な理由を探るため訪問（半年後の再アセスメント）[N]。生活改善（外出奨励）のために住宅改善の促し[D・DW]。			
6ヶ月	外出を楽しむにしました。	雪解け後、訪問看護で散歩促す。	デイケア利用促すが、妻拒否。	町の住宅改善助成制度を紹介[DW]。		
7ヶ月	改造の意思あり。費用含めて検討したい。		改造の意思を確認[D]。	住宅改修アセスメントチームの作成[他]。		
8ヶ月	改善案の説明を受け、息子などにも相談、改修意図など本人理解。改造内容を決定し業者選定。		支援チームにて訪問[N・P]、支援チーム検討案を複数案紹介し、利点欠点を併せて提示[D]。施工者への改造案の説明[I]。	支援チーム（北海道「住宅改善支援」モデル事業）にて訪問、検討会議[N・P]。	OT、建築士による評価。 検討会議にて改造案。	見積書。
9ヶ月		訪問看護で散歩介助。	当事者の要望と施工者のすり合わせ[D・DW・P・I]。			
10ヶ月	見積り金額不満で、材料落として再見積り。折り合いつかず改修実施は保留。		外出への意欲増加、妻の「自分の時間」への欲求高まりを受け、デイケア利用を再度促す。	デイケア利用の調整。		
12ヶ月	本人、冬も外出したいとの要望。デイ利用には依然として消極的。		トイレ改造へのデイマンズの変化、訪問看護師の動機づけを後押しするため、改造の必要性を投げかける[N・DW]。	住宅改修制度説明[I]。	町建築係も左に同席、助言。	
14ヶ月	トイレでの事故経験、冬の夜間のトイレ介助の負担感を妻が訴え。トイレ改造の必要性を実感し始める。	訪問看護にて、事故予防として住宅改修を促す。				

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
16ヶ月	友人の勧めでデイケア利用開始。楽しみとなったが、通所時の外出が容易でないことを実感、もっと容易に外出したい、させたいとの要望。	デイケアの送迎は職員による介助。	デイケア利用という生活変化を受けて、外出に関するニーズが認められると判断[N]、玄関周りの改造の必要性を説明[DW]。	支援チーム(北海道モデル事業)にて検討[P]。申請の受理。	OT、建築士による改造案。	
17ヶ月	住宅改造の実施を決断。低価格になるよう業者に確認。		支援チームに改造案依頼[P]。			
18ヶ月	改造工事実施。デイケアの利用回数増加を要望。		助成申請の代行[I]。			着工。
19ヶ月	工事完了。					
20ヶ月	夜間トイレ移動は自立、介護負担激減。外出も安心感、散歩など頻度も増加。介助者の「自分の時間」を確保できるようになった。		フォローアップ訪問[F]、左を確認、住宅改造の波及効果を改めて認識。	完了確認[F]。		完了。

表9 住環境整備の支援経過：事例 Y2

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
2001年 1ヶ月	脳梗塞後リハビリ入院中、「退院後の生活相談」、介護保険申請（息子より）。 住宅改修は退院までに済ませたい、と息子要望。			息子からの退院準備に関する相談に対応、認定調査（病院で）。住宅現地確認 [N・D]。退院前アセスメント（病院にて身体状況、住環境は別途）はしたが [N]、住宅での生活動作が未確認のため一般的な改修案を示すにとどめ [P]、退院前は最小限にとどめ、実際の生活動作を確認してから本格的に行うように勧める [D]。施工者に改修案、制度説明 [I]。	病院 PT、OT に退院後の移動手段や身体状況など確認。	
2ヶ月	段差解消、ドア取っ手、玄関ベッチ設置等当面の工事を実施。退院。寝室ドア下の敷居にスロープ設置したが、角度急で滑りやすく怖いとの訴え（ヘルパーに）。家族は設置したばかりなどで様子をみたいと。	ヘルパー2回 / W、町保健師1回 / M。ヘルパーより左記の報告、散歩介助時の様子報告。	ケアマネ受諾、ケアプラン作成 (H, D S)。ヘルパーより左記の報告を受け、現場確認。角度が急で歩行器での利用は難しいと判断、OT による評価を依頼 [D・N]。 支援チームにて訪問、改修案の検討 [P]。	支援チーム (在宅・町担当保健師・訪問 OT・ヘルパー・ケアマネ) で現地調査、改修案の提示 [P]。申請受理。工事了確認 [F]。	OT 同行訪問、身体機能評価、手すり位置確認。	手すり設置、スロープ撤去。 着工。 竣工。
3ヶ月	最終工事実施（玄関手すり設置等）。 段差改修、手すり設置で最低限の生活スペース内は移動自立。	保健師、訪問リハの勧奨で定期的かかわり。	住宅改修申請代行 [I]。住宅改修による ADL の自立促進効果を認め、病気の受容がでないなかで、散歩が唯一の気晴らしで、玄関改修はそれに貢献。			
12ヶ月	再発作あり入院。					

表 10 住環境整備の支援経過：事例 Z1

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 1ヶ月	本人・家族の状況・意向 住宅改善講演会に夫婦で出席。 改善の意思あり。本人による図面 見せ、「時間をかけて考えたい。 専門家の意見も聞きたい」 妻は現住宅で可能な限り暮ら したい。 時間をかけてやりたい。 検討案のいくつかは本人も考え ていた。複数案から選択したい。 風呂へのこだわり強い。裏口は現 状どおり確保したい。	ジェネラリスト 保健師が講演 会参加の勧奨。	ケアマネジャー 講演会の感想を把握するため訪問。 住宅改善の意向確認 [D]。 通院先の担当 P T より身体機能の 情報把握 [N]。 支援チーム訪問前の事前調査、訪問 し妻に今後の意向確認 [N・D]。 支援チームにて訪問 [N・P]。 検討内容を当事者に提示 [D]。 介護保険説明のため訪問。住宅改善 の要望を確認 [D]。	在宅介護支援センター 支援チーム (在支・町保健師・ 病院担当 P T・町建築係・アド バイザー・ケアマネ) で訪問後、 カンファレンス [N・D・P]。 主治医と介護保険適用を検討。	スペシャリスト 病院 P T、身体機 能について報告。 複数プランを提 示すれば自己決 定可能。将来生活 像の見通し。		
2ヶ月	妻「いつまでここで一緒に暮らせ るか」		認定結果報告時に、妻の思いを確認 [D]。				
3ヶ月	正月明けから調子悪化。転ばなか った所で転んでいる。心配。 改善について慎重な態度。心境の 変化か。 将来の電動車いす利用を前提に したプランに。具体的方法、業者 選定について問い合わせ。		訪問予約時に妻より本人 ADL が 低下との報告を受ける [N]。 電動車いすと入浴リフトの情報提 供のため訪問 [P・D]。担当 P T に ADL 等情報を確認 [N]。 本人の考えを聞いたが、どこまで現 実的に考えているか判断難しい [D]。 本人慎重に熟慮中と判断 [D W]。 リフト試乗できること伝える [P]。 支援チームにて訪問 [N・P・D]。	電動車いすと入浴リフトに関 する情報収集 [P]。	担当 P T：ADL 低下。本人も自覚 している可能性。	福祉用 具業者 同行。	
4ヶ月	業者の変更の要望。 訪問時に要望述べる。とくに寝室			入浴リフト導入の可能性検討 のため業者と同行訪問 [P]。 要望リフト機種の種類の可能性 性検討 [P]。 支援チームにて訪問後、カンフ	具体的方法の助		

経過月	本人・家族の状況・意向 と仏間の交換したくないこと。 リフトに試乗。	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
5ヶ月	従来案とは全く異なる改築案の提示が本人より。見積りの依頼。妻：これは本人単独案とのこと。本人：予算を超えるので再度検討することのこと。	支援方針の検討。	支援方針の検討 [方針]。 本人案の提案理由が判断しかねる。対応しつつ様子見る [DW]。 概算見積りを妻に提示の際、この案が本人独断先行であること確認。少し距離を置いて様子見る [DW]。 本人案の妥当性を評価。ただし最善とはいえず、検討余地あり [DW]。	アレンス [N・P・D]。 リフト試乗 [P]。 ケアマネと保健師とともに支援計画の検討 [方針]。 本人案の長短をチームで検討 [P]。	言。 概算見積り。	
6ヶ月	別案が再度本人より。予算と改修の具体的内容を提示。当初反対だった寝室と仏間の交換案採用。	支援方針の検討。	支援方針の検討 [方針]。	支援チームで支援計画の検討 [方針]。	工事は一度にしない段階的に。 建築士・PT 同行し改修案検討。	先行工事着工。
7ヶ月	ケアマネ提案に賛同。予算に収まるか検討を要請。 予算に収まるので提案どおりで。制度利用の選択について質問。		先行する改修について建築士、PTと同行訪問し、方法検討 [P]。検討余地ある部分の方法説明 [D]。	制度利用の可能性検討 [I]。		同竣工。
8ヶ月	先行工事（玄関）を高く評価。リフト3社の説明受けたが、すべて納得いかず、導入は保留。	支援方針の検討。	制度利用について報告 [I]。 先行工事の確認 [F]。 試乗（説明）に同行 [P]。	希望を受け入浴リフトの試乗アレンジ [P]。 支援チームで支援計画の検討 [方針]。		試乗。
13ヶ月			支援方針の検討 [方針]。			
14ヶ月			現場にて工事内容の確認 [I]。		建築士：工事内容助言。現場確認確認に同行。	二期工事着工。 同竣工。
15ヶ月			同上（現場訪問確認） [I]。若干の生活状況の把握確認 [F]。若干の予測された問題点があるが、自己決定のため本人は納得。	竣工確認 [F]。		
16ヶ月			新たなニーズを確認 [N]、バスリフト導入を検討 [P]、実施 [I]。			
32ヶ月	ADLの低下があり、浴槽から出られない。					

表 11 住環境整備の支援経過：事例 Z2

経過月	本人・家族の状況・意向	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
2002年	<p>本人・家族の状況・意向</p> <p>義父来所相談。退院後に利用できるサービスは何か。転院先を探したいとの意向表明。</p> <p>義父来所、要介護認定申請。</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>病院SWから情報 [N・D]。</p> <p>家族間の調整が必要と判断、そのためSWと情報交換 [D・N]。</p>	<p>在宅介護支援センター</p> <p>相談に応じ要介護認定、住宅改修・福祉用具紹介 [D・I]。病院にて認定審査 [N・D]。</p>	<p>スペシャリスト</p> <p>SW：本人と夫は在宅希望も両親に遠慮。家族関係調整が鍵。</p> <p>SW：本人と夫は1月退院予定で了解済。在宅でのリハビリが有効で、両親にはDrより説明してもらおう。</p>	<p>業者</p>
3ヶ月	<p>義父来所相談。病院は退院を考えているが、今の状態で退院させられても困ると訴え。病院PT/OTの住宅訪問時に立ち会ってそれを主張してと訴え。</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>家族間の調整が必要と判断、そのためSWと情報交換 [D・N]。</p>	<p>在宅介護支援センター</p> <p>病院スタッフと家屋調査実施 [N・P]。外泊中、福祉用具貸し出し [P]。</p>	<p>スペシャリスト</p> <p>PT・OT：家屋調査を実施し、住宅改修プランの提案。</p> <p>SW：退院時期について本人家族に説明（在宅でのリハの有効性）。</p>	<p>業者</p>
4ヶ月	<p>家屋調査に同行。身体機能は7月より改善（右下肢筋力向上、杖歩行安定）。階段手すり、浴室改善、2階トイレ手すりを検討。義父一人、現時点での退院に反対を表明。</p> <p>義父来所、福祉用具返却。今冬の退院に反対を表明。</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>家屋調査に同行、本人、夫、義父母と面接し、身体機能の確認、住宅改修プランの検討に参加 [N・P]。</p> <p>家族間のディマンズ不一致の調整が必要、義父への関わり方を考慮 [DW]。義父のディマンズを病院SWに伝え、主治医による病状説明に活かしてもらうよう依頼 [DW]。</p> <p>SWの報告を受け、退院が現実化したので、住宅改修、福祉用具購入等の調整に入る（病院から改修案図面到着） [P]。夫の電話相談の際に、住宅改修助成制度と支援チームについて説明 [I]。</p> <p>支援チームと同行訪問、改善案についての検討に参加し家族に説明 [N・P]。昇降機メーカーの現場確認に同行、家族の要望ともすり合わせて方針を決定 [P・D]。</p> <p>SWに改修計画進捗状況を報告 [I]。</p>	<p>在宅介護支援センター</p> <p>支援チームで訪問 [N・P]。</p> <p>申請書類受理。</p>	<p>スペシャリスト</p> <p>SW：義父のディマンズへの対応について主治医と調整し、家族への説明を実施。説明で義父も納得したとケアマネに報告。</p>	<p>業者</p>
5ヶ月	<p>夫、階段昇降機の設置希望を電話で表明。</p> <p>昇降機が義父母の部屋の出入りに影響を与えることが判明し、昇降機案に難色。改善案の説明で納得。</p> <p>住宅改修に必要な書類の提出。</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p>SWに改修計画進捗状況を報告 [I]。</p>	<p>在宅介護支援センター</p> <p>支援チームで訪問 [N・P]。</p> <p>申請書類受理。</p>	<p>スペシャリスト</p> <p>町役場建築士：階段昇降機の長所短所の検討。</p> <p>昇降機メーカーの現場確認に同行。</p>	<p>業者</p> <p>昇降機メーカー現場確認。</p>

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
	<p>義母：本人退院後の生活について「家族と外出したり買い物に出るようになってほしい」</p> <p>階段昇降機設置工事開始。本人は設置後に退院の予定。</p> <p>退院し在宅。本人の移動、立ち上がり動作などかなり改善し安定。階段昇降機への評価高い。</p>		<p>入浴用福祉用具購入確認のため訪問の際、義母と面接 [I・D]。</p> <p>工事の状況確認のため訪問、写真による工事内容確認を建築士に依頼 [I]。昇降機設置工事終了後、本人の退院をまわって、状況確認のため訪問 [F]。住環境整備のニーズに関連して、家族関係の今後に見守りが必要なることを認識 [N]。</p>	竣工確認 [F]。	町役場建築士：現場写真によって工事内容の確認。	階段工事着工。同竣工。

ているジェネラリストから必要な情報が入るような関係をもっているかどうかはむしろ重要である。「事例W1」(表4)、「事例X1」(表6)、「事例X2」(表7)、「事例Y2」(表9)では、工事竣工後も関わりのあるジェネラリストから情報が入る関係が保たれていた。

(3) 支援期間

支援期間については、[F]が新たな[N]などにつながる循環過程であることを考えると、多くは事例提出時点においても支援中ということになるため、一応の区切りとして主工事の完了(竣工)までの関わりの期間として整理した。各事例の支援期間(事例への最初の関わりから主工事の竣工までの月数)を表12に示す。各町とも「モデル事業検討事例」で支援期間が長

く(15ヶ月～21ヶ月、平均17.5ヶ月)、「一般事例」で相対的に短い(3ヶ月～8ヶ月、平均5.3ヶ月)傾向にあった。モデル事業では、住環境整備の支援方法の検討という目的の手段という位置づけであったために、「ていねいに」支援がなされたものと考えられる。

(4) 支援段階分類別支援件数

ケアマネジャーおよび在宅介護支援センターに関して、それぞれの支援内容を「支援段階分類」にあてはめ、「支援段階分類」別に件数を集計した。主工事着工前の段階まででは、ケアマネジャー(表13)、および在宅介護支援センター(表14)の「モデル事業検討事例」、「一般事例」のいずれも[N](ニーズ発見)、[D](ディマンズの確認・調整)、[P](プランニング)

表12 事例への最初の関わりから主工事の竣工までの月数

	モデル事業検討事例 (No. 1)	一般事例 (No. 2)
W町	21ヶ月 (1998年～2000年)	4ヶ月 (2000年)
X町	15ヶ月 (1999年～2000年)	8ヶ月 (2001年)
Y町	19ヶ月 (1998年～2000年)	3ヶ月 (2001年)
Z町	15ヶ月 (2000年～2002年)	6ヶ月 (2002年～2003年)

注：事例X2は、竣工までの期間を厳密に計算すると23ヶ月であるが、工事実施が施主＝施工者の都合で単にずれこんだだけであり、支援期間は8ヶ月ということになる。

事例W1は、最初に関わったのは(96年)別の住宅改造相談で、そこを基点とすると45ヶ月となるが、その後24ヶ月はとくに関わりがなかったため、ここではその間を除いた。

表13 主工事着工前における支援段階分類別ケアマネジャーの支援件数

	モデル事業検討事例 (No. 1)							一般事例 (No. 2)						
	N	D	DW	P	I	F	他	N	D	DW	P	I	F	他
W町	3	3	—	2	3	—	—	2	2	—	2	—	—	—
X町	2	6	—	7	—	—	—	2	3	—	4	—	—	—
Y町	5	5	4	3	3	—	—	1	1	—	1	—	—	—
Z町	6	9	4	6	1	1	3	4	4	2	4	3	—	—
合計	16	23	8	18	7	1	3	9	10	2	11	3	0	0

注) N : ニーズ発見

D : ディマンズの確認および調整

DW : ディマンズ育成のための動機づけ・待機

P : 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

表 14 主工事着工前における支援段階分類別在宅介護支援センターの支援件数

	モデル事業検討事例 (No. 1)							一般事例 (No. 2)						
	N	D	DW	P	I	F	他	N	D	DW	P	I	F	他
W町	4	2	3	3	3	—	—	3	1	—	1	—	1	—
X町	3	3	—	2	2	—	—	2	3	—	2	—	—	2
Y町	1	1	1	2	3	—	1	2	2	—	2	1	—	—
Z町	2	2	—	8	1	—	3	3	2	—	3	1	—	—
合計	10	8	4	15	9	0	4	10	8	0	8	2	1	2

注) N : ニーズ発見
D : デマンズの確認および調整
DW : デマンズ育成のための動機づけ・待機
P : 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

表 15 主工事着工後における支援段階分類別ケアマネジャーの支援件数

	モデル事業検討事例 (No. 1)							一般事例 (No. 2)						
	N	D	DW	P	I	F	他	N	D	DW	P	I	F	他
W町	3	—	—	2	2	5	—	2	1	—	1	4	2	—
X町	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Y町	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—
Z町	1	—	—	1	3	1	—	1	—	—	—	1	1	—
合計	4	0	0	3	5	8	0	3	1	0	1	6	5	0

注) N : ニーズ発見
D : デマンズの確認および調整
DW : デマンズ育成のための動機づけ・待機
P : 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

表 16 主工事着工後における支援段階分類別在宅介護支援センターの支援件数

	モデル事業検討事例 (No. 1)							一般事例 (No. 2)						
	N	D	DW	P	I	F	他	N	D	DW	P	I	F	他
W町	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—
X町	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Y町	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Z町	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
合計	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	4	0

注) N : ニーズ発見
D : デマンズの確認および調整
DW : デマンズ育成のための動機づけ・待機
P : 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

の〔支援段階分類〕件数が多く、「モデル事業検討事例」の〔DW〕（ディマンズ育成のための動機づけ・待機）、〔I〕（施工・実施）が次いでいた。とくに住環境整備の支援方法を検討する目的で行われた「モデル事業検討事例」では、ケアマネジャーによる〔D〕の件数が多く、「ていねいな」支援をうかがわせた。主工事着工後の段階では、ケアマネジャーによる〔F〕（フォローアップ・モニタリング）や〔I〕（表15）、および在宅介護支援センターによる〔F〕（表16）の件数がカウントされていた。この段階での〔N〕や〔D〕、〔P〕は、〔F〕からつながった新たな循環過程のものであり、この経過表が整理された時点においても継続中と考えるべきものである。

主工事着工前におけるケアマネジャーの支援（表13）に着工後の〔I〕と〔F〕（表15）を加えると、「モデル事業検討事例」の平均は〔N〕が4.0件、〔D〕が5.8件、〔DW〕が2.0件、〔P〕が4.5件、〔I〕が3.0件、〔F〕が2.3件、〔他（支援方針の検討）〕が0.8件で、「一般事例」の平均は〔N〕が2.3件、〔D〕が2.5件、〔DW〕が0.5件、〔P〕が2.8件、〔I〕が2.3件、〔F〕が1.3件であった。〔N〕（ニーズ発見）や〔D〕（ディマンズの確認・調整）の支援件数は、住環境整備の支援でとくに注目される傾向にある〔P〕（住環境整備のプランニング）の支援件数と同程度あるいはそれ以上となっていた。件数の多寡は、支援段階・内容の重要性の一側面を表現しているに過ぎないであろうが、ケアマネジャーの住環境整備の支援においてはニーズ発見やディマンズの確認・調整という段階が確実に存在することを示しているといえよう。

以下、各支援段階別にケアマネジャーによる支援の内容を分析することにする。

3.2 支援段階分類別ケアマネジャーによる住宅改修の支援内容

各事例の支援経過（表4～11）に付された〔支援段階分類〕記号ごとに、ケアマネジャーの支援内容を、事例別・支援経過順（主工事の着工前後別）に整理をした（表17～28）。

（1）ニーズ発見（N）

表17は、主工事着工前までのケアマネジャーの「ニーズ発見」に関連する支援内容を、事例別・支援経過順に整理したものである。事例に共通して多くみられるのは、訪問調査（アセスメント）の実施であった。「モデル事業検討事例」では合計16件中10件が訪問調査に該当し、「一般事例」でも9件中7件が訪問調査であった。これは、「ニーズ発見」のためだけに行われているのではなく、「ディマンズの確認」や「プランニング」とあわせて実施されているものが多かった。

複数回のアセスメントが実施されている事例では、その内容において段階性が認められた。

「事例W1」「事例X1」「事例Y1」「事例Z2」では、最初に当事者の主訴に応じるかたちで生活全体の課題分析のためのアセスメントが実施され、そのなかで住環境整備に関するニーズが発見されており、その後住宅改修案の具体化に向けたアセスメントが行われていた。「事例Z1」「事例W2」「事例X2」は当初より住環境整備に関する相談対応の事例であったが、改修案を具体化する過程・段階に応じてアセスメントも段階的に課題が絞り込まれ実施されていた。改修案の具体化を図るためのアセスメントでは、スペシャリストを伴った「支援チーム」の訪問調査が導入されていた。初回アセスメントが実施されるきっかけは、7例中5例は当事者からの相談で、「事例Y1」は担当保健師からの情報、「事例Z2」は退院準備のための病院主導によるものであった。「事例Y2」では「ニーズ発見」

のためのアセスメントは1回であったが（きっかけは関わっているヘルパーからの情報）、そのアセスメントによってスペシャリストの評価訪問の必要性が把握され、のちに「プランニング」のための訪問へとつながった。

意図的に実施する訪問調査（アセスメント）以外では、「事例Y1」の「来所相談の主訴からOTによる評価の必要性を判断」（No.6）、「担当保健師の住宅内事故についての情報から住環境整備のニーズのさらなる高まりを判断」（No.9）、「デイケア利用による生活変化に伴う外出ニーズの高まりを予測」（No.10）、「事例Z1」の「通院先PTからADL等の情報を把握」（No.11、15）、「配偶者との訪問予約の電話のおりADL変化に関する情報を把握」（No.14）、「事例Z2」

の「入院中の病院SWから情報入手」（No.6）、「家族の来所相談から家族間調整の必要性を判断」（No.7）であった。来所相談や電話での家族との会話から情報を得ているものが3件、医療機関のスペシャリストからの情報把握が3件、担当保健師からの情報1件、その他（サービス利用の変更にもとづく予測）1件であった。

在宅介護支援センターに所属するケアマネジャーという特徴であろうが、当事者からの相談への対応がきっかけで「ニーズ発見」の支援が行われている例が多いが、関わっているジェネラリスト（保健師や訪問看護師、ヘルパー）からの情報で「ニーズ発見」に結びついている例もある（「事例Y1」No.7、9、「事例Y2」No.5）。いずれもY町の事例であるが、ここでは訪問介

表 17 「ニーズ発見」に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
W1	1.住宅改修も含めたケアプラン作成のためのアセスメント。 2.住宅改修案の具体的検討のため支援チームに同行、調査。 3.ダイヤモンド優先プランをニーズ尊重プラン（将来を見通したプラン＝車いす対応型計画案）にすり合わせるため、再アセスメント（支援チームに同行）。
X1	4.デイサービス利用に際しアセスメント実施し、転倒予防・外出容易化等のニーズを認める。 5.支援チームに同行し再アセスメント（住宅改善に注目した）を実施。
Y1	6.相談主訴から、訪問リハでOT評価が必要と判断し、依頼。 7.担当保健師を経由して妻のダイヤモンドを確認し、車いす自走困難な理由をさぐるために訪問。 8.改善案の検討のため支援チームに同行し訪問。 9.トイレでの事故を経験、トイレへのアクセスの安全性を確保する必要性が高まりつつあることを訪問看護師よりキャッチ。 10.デイケア利用という生活変化を受け、外出に関するニーズも認められるようになったと判断。
Z1	11.通院先の担当PTより身体機能の情報を把握。 12.支援チーム訪問前の事前調査のため訪問。 13.支援チームに同行、アセスメント実施。 14.訪問予約時に配偶者より本人ADL低下の報告を受ける。 15.担当PTにADL等情報を確認。 16.改善案の検討のため支援チームに同行訪問。
W2	1.当事者の状況把握（支援センター認定調査）をもとに、病院PTによる改修案の妥当性を確認。 2.支援チーム、施工者と訪問し改修案の詳細をつめるべく状況把握。
X2	3.事例検討前のアセスメントのために訪問。 4.支援チームの訪問に同行、カンファレンスを実施。
Y2	5.ヘルパーより「退院前改修が不都合」との報告を受け現場訪問、利用上の問題があると判断し、OTによる評価を依頼。
Z2	6.入院中の病院SWから情報を入手。 7.義父の来所相談に対応し、家族間の調整が必要と判断、病院SWと情報交換。 8.入院中に病院スタッフの家屋調査に同行、本人、夫、義父母に面接、身体機能の確認。 9.支援チームと同行訪問、改修案の検討に参加。

護や通所介護事業も町直営方式が維持されており、スタッフ間の連携の図りやすさの点で優位性が存在する可能性がある。

主工事着工後のケアマネジャーによる「ニーズ発見」に関連する支援内容は(表 18)、主工事の「フォローアップ・モニタリング」からつながっているもの(「事例W1」No. 1, 3)、一般的な生活支援の一環としての訪問によって新たな「ニーズ発見」がなされ、次の住環境整備の支援につながっているものがあつた。

(2) デマンズの確認、デマンズとニーズとの調整(D)およびデマンズ育成のための動機づけ・待機(DW)

表 19 は、主工事着工までのケアマネジャーの「デマンズの確認・デマンズとニーズとの調整」に関連する支援内容を、事例別・支援経過順に整理したものである。まず当事者の「デマンズの確認」についてみると、「モデル事業検討事例」(事例No.「1」)では 23 件中 16 件が、「一般事例」(事例No.「2」)では 10 件中 7 件が「確認」作業に該当した。これらは訪問調査(アセスメント)の一環として「ニーズ発見」と同時に実施される場合もあれば、さまざまな機会を通じて個別にデマンズの確認作業がなされていた。「事例W2」「事例Y2」を除いて複数回の「デマンズの確認」がなされていたが、改修案の具体化の段階に応じて当初は生活の目標像を設定するための材料として、あるいは改修実施の意向確認、後半では具体的な改修手段の導入是非についての意向などが確認されていた。

「デマンズとニーズの調整」作業は、「モデル事業検討事例」で 7 件(「事例W1」の No. 3、「事例X1」の No. 7, 9、「事例Y1」の No. 13, 14、「事例Z1」の No. 17, 23)、「一般事例」で 3 件(「事例W2」の No. 1、「事例X2」の No. 5、「事例Z2」の No. 9)が該当した。「事例Y1」

の No. 14 以外の 9 件は、改修方針・改修案を当事者に提示し、当事者の意向(デマンズ)と調整しているものであつた。すなわち、「事例W1」No. 3 や「事例Z1」No. 23 が典型であるが、当事者のデマンズを満足させることを直接支援しているのではなく、ニーズにもとづいた改修案を提示しデマンズとのすりあわせをしているものである。また一方で、改修案はスペシャリストの提案がベースに置かれているものの、それをそのまま当事者に提示するのではなく、ケアマネジャーの評価判断が加えられた後に取捨選択されて提示されている点も注目される。

表 20 は、主工事着工後の「デマンズの確認」に関する支援内容であるが、生活状況の変化をふまえて、新たなデマンズの確認作業がなされたものである。

表 21 は、「デマンズ育成のための動機づけ・待機」に関する支援内容であり、8 事例中の 3 事例のみに現れた。いずれもニーズの確認はなされているものの、それに合致したデマンズが認められないと判断された事例である。

「事例Y1」ではデマンズ育成のための動機づけ・働きかけがなされ(No. 1, 3, 4)、「事例Z1」「事例Z2」では積極的介入はせずにデマンズが育成されるのを待つ、あるいは環境を整える支援がなされていた。

介護保険では、サービスの市場化が計られ利用者の自己決定が強調されている。「事例Y1」の支援期間の大半は介護保険導入前であることが示唆しているが、介護保険制度では利用者のデマンズが優先されニーズにもとづいた介入は難しくなつたといえるのかもしれない。ただ、自立支援の立場を尊重するのであれば、デマンズ育成の支援も本来必要なのであろう。

(3) 住環境整備に関するプランニング(P)

表 22 は、主工事着工前までのケアマネジャーの「住環境整備のプランニング」に関する支援

表 18 「ニーズ発見」に関するケアマネジャーの支援内容（着工後）

事例	支援内容
W1	1.住宅改修後（4ヵ月後）のニーズ変化の確認、評価。 2.本人入院を受け、病院との連絡調整（ADL低下で介助の必要性向上）。 3.退院後、在宅ニーズの確認のため再アセスメントとプランニング。
Z1	4.ADLの変化に伴う新たなニーズを発見。
W2	1.春になり、定期的訪問のなかで散歩のニーズを認める。 2.入浴に関する再アセスメントを実施し、入浴用福祉用具を検討。
Z2	3.退院後に状況確認のため訪問、家族関係に関して今後の見守りが必要なことを認識。

表 19 「ディマンズの確認およびニーズとの調整」に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
W1	1.本人の意向を確認し住宅改修も含めたケアプラン作成のためのアセスメント。 2.住宅改修案の具体的検討のため支援チームに同行、調査（当事者の希望内容確認）。 3.ディマンズ優先プランをニーズ尊重プランにすり合わせるため支援チームに同行、説明（当初車いす利用の在宅生活は念頭ないと拒否。再度の協議の場で説得）
X1	4.アセスメント実施、住宅改修ニーズを認めたので改造の意向を確認（専門家のアドバイス希望）。 5.支援チームに同行し住宅改善を中心とした再アセスメントにおいて本人の改善への希望を確認。 6.支援チーム案を本人に提示し、入浴方法の希望を確認。 7.当事者の状況を総合的に判断し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。 8.本人・施工者とともに改造案を確認・検討。 9.専門家案と本人の入浴への希望をすりあわせるため本人と協議。
Y1	10.担当保健師から妻の本音（ディマンズ：夜間のトイレ介助の苦勞）が報告され確認。 11.ニーズ確認（車いす自走困難な理由をさぐる）のために訪問し、外出奨励・住宅改善の促し。 12.外出が楽しみになってきたこと、住宅改善の意思を確認（費用を含めて検討したいとのこと）。 13.支援チームの改善案を複数紹介し、利点欠点を併せて提示。 14.施工者見積額への当事者の不満を業者へ伝える。業者の回答に折り合いつかず実施は保留。
Z1	15.住宅改善に関する研修会に参加した本人・配偶者の意向を確認するため訪問。 16.支援チーム訪問前の事前調査、訪問し妻に今後の意向を確認。 17.支援チームのカンファレンス結果（改善方針）を当事者に提示。 18.介護保険サービスの説明のため訪問、その際に住宅改善の要望を確認。 19.認定結果報告時に、配偶者の思いを確認。 20.電動車いす・入浴用リフトの情報提供のため訪問。 21.本人の考えを確認したが、どこまで現実的に考えているか判断難しい。 22.支援チームに同行訪問、本人の要望を確認。 23.先行工事の計画について建築士・PTと同行訪問し、検討の余地ある部分について説明。
W2	1.病院PTによる改造案の妥当性を確認し、長男作成の図面をもとに家族と協議。 2.支援チーム、施工者と訪問し改造案の詳細について家族の意向を確認。
X2	3.事例検討前のアセスメントのために訪問。 4.支援チームの訪問に同行、当事者の意向を確認。 5.カンファレンス時の案をもとに長女（住宅改善専門職）と協議、アドバイザー（建築士）の具体的な助言を希望していると判断。
Y2	6.ヘルパーより「退院前改修が不都合」との報告を受け確認のため訪問。
Z2	7.入院中の病院SWから情報を入手、本人と夫は在宅を希望するも両親に遠慮。 8.義父の来所相談に対応し、家族間の調整が必要と判断、病院SWと情報交換。 9.昇降機メーカーの現場確認に同行、家族の要望とすり合わせて方針を協議・決定。 10.入浴用福祉用具購入確認で訪問の際、義母と面接、退院後の本人の生活についての要望を確認。

表 20 「ディマンズの確認およびニーズとの調整」に関するケアマネジャーの支援内容（着工後）

事例	支援内容
W2	1.入浴用福祉用具のカタログを持参し、当事者の意向を確認。

内容を、事例別・支援経過順に整理したものである。「モデル事業検討事例」に関する支援の全18件中、スペシャリストを含んだ支援チームと同行訪問によって改修案を検討したものが7件（「事例W1」2件、「事例X1」No.3の1件、「事例Y1」No.10の1件、「事例Z1」No.13, 16, 17の3件）、支援チームやスペシャリスト（アドバイザー）と改修案を検討したものが3件（「事例X1」No.4, 7の2件、「事例Y1」No.12の1件）で、合計10件（56%）はスペシャリストとの共同作業であった。「一般事例」においても、全11件中、支援チーム（病院スタッフチームを含む）との同行訪問で改修案を検討したものが6件（「事例W2」No.2、「事例X2」No.3, 6、「事例Y2」No.7、「事例Z2」No.8, 10）、スペシャリストと改修案を検討したものが1件（「事例X2」No.5）で、合計7件（64%）がスペシャリストとの共同作業であった。

スペシャリストとの共同作業による支援以外（全12件）では、改修計画の意図を施工者に伝達する作業5件（「事例X1」No.6, 8, 9、「事例Y1」No.11、「事例Z2」No.11）、福祉用具のシミュレーションなどに関する4件（「事例X1」No.5、「事例Z1」No.14, 15, 18）が中心であった。その他、「事例W2」No.1で改修案検討の際に「手すりは動作確認後（退院後）に設置するように」アドバイスがなされていた。

スペシャリストとの共同作業は、住環境整備についての専門技術と当事者の生活目標など広範な情報が出会うことによって、質の高い住環境整備のプランになる可能性が高い。たとえば「事例W1」においては、現住居での継続的な在宅生活というリアルニーズに立ち返ったとき、将来の車いす利用時を見越したプランが検討され、ディマンズとのかなり激しい対立を経由してリアルニーズに引き寄せる結果を生んでいた。「事例Z2」では、家族関係の調整を図りなが

ら退院準備のための環境整備がなされる必要がとくに高いケースと判断され、階段昇降機の設置については他の家族の生活環境への配慮が十分に検討された。

表23は主工事着工後の「住環境整備のプランニング」に関する支援内容であるが、「事例W1」No.1以外は継続的な関わりのなかで発見された新たなニーズへの対応であった。「事例W1」No.1は主工事に関するもので、手すりの設置位置は着工後に現場で確認されていることが示された。

（4）施工・実施（1）

表24は主工事着工前、表25は主工事着工後のケアマネジャーによる「施工・実施」に関連する支援内容を、事例別・支援経過順に整理したものである。このうち、表25の「事例Z1」No.5、「事例W2」No.2, 3, 4は主工事ののちに継続的な関わりのなかで発見された新たなニーズに対応したものであった。

主工事着工前の「施工・実施」に関連するケアマネジャーの支援では、制度利用の説明や代行を除外すると、施工者の見積書に関するものが多かった（「事例W1」No.1, 2、「事例Y1」No.4, 5）。その他では、「事例W1」No.3の「工事期間中のショートステイ利用希望の確認」があった。

着工後の主工事に関する「施工・実施」の支援では（「事例W1」2件、「事例Z1」No.3, 4、「事例W2」No.1、「事例Y2」の1件、「事例Z2」の1件、で合計7件）、制度利用関連事務を除外すると、工事内容の現場確認であった（「事例W1」2件、「事例Z1」2件、「事例Z2」1件）。施工期間中も現場への訪問確認がなされている事例が8例中3例を占めていた。

（5）フォローアップ・モニタリング（F）およびその他の支援内容

表26（主工事着工前）、表27（主工事着工後）

表 21 「ダイヤモンド育成のための動機づけ・待機」に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
Y1	1. ニーズ確認（車いす自走困難な理由をさぐる）のために訪問し、外出奨励・住宅改善の促し。 2. 施工者見積額への不満を業者に伝え、業者の回答に折り合いつかず実施は保留。 3. トイレ事故の経験を通して、改造の必要性を妻も理解し始めたことと判断、改造実施を投げかける。 4. 外出に関するニーズの高まりを受けて、玄関周りの改造の必要性を説明。
Z1	5. 本人慎重に熟慮中と判断。 6. 本人案の提案理由が判断しかね、対応しつつ様子を見る。 7. 本人案は配偶者と協議された結果ではないことを概算見積提示の際に配偶者から確認、距離を置いて様子を見る。 8. 本人案の妥当性を一定評価、ただし最善案とはいえず検討余地ありと判断。
Z2	1. 家族間のダイヤモンド不一致の調整が必要で、義父へのかかわり方を考慮。 2. 義父の要望を病院SWに伝え、主治医の病状説明に活かしてもらうように依頼。

表 22 「プランニング」に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
W1	1. 住宅改修案の具体的検討のため支援チームに同行、調査。 2. アドバイザーより「将来を見越したプラン」の提示を受け、ダイヤモンド優先プランをニーズ尊重プランにすり合わせるため支援チームに同行。
X1	3. 支援チームによる同行訪問、カンファレンスにおいて、改善の優先順位を検討し、プランの検討を専門家に依頼。 4. 専門家（アドバイザー）と浴室についての改善案を検討。 5. 昇降便座のシミュレーション実施を手配。 6. 本人・施工者とともに改造案を確認・検討。 7. 専門家（アドバイザー）に浴室の詳細部分について相談（手すり位置、扉の位置など）。 8. 専門家案と本人の入浴への希望を尊重できるように施工者と具体的につめる。 9. 施工者と訪問し、入浴時の姿勢をシミュレーションし浴槽の形状を検討。
Y1	10. 支援チームに同行し訪問、改善案の検討。 11. 見積額への不満があったため、材料を落として再見積を依頼。 12. 動機付けも完了したので支援チームに改造案を依頼。
Z1	13. 支援チームに同行、訪問後カンファレンスにて改善方針を検討。 14. 電動車いす・入浴用リフトの情報提供のため訪問。 15. リフトの試乗について報告・相談。 16. 支援チームに同行、訪問後カンファレンスにて具体的方法を検討。 17. 先行工事について建築士・PTと同行訪問し、方法を検討。 18. 入浴用リフト試乗（説明）に同行。
W2	1. 家族と改造案について協議し、手すりは動作確認後（退院後）に設置するようアドバイス。 2. 支援チーム、施工者と訪問し、改造案の詳細についてつめる。
X2	3. 支援チームの訪問に同行、カンファレンスを実施し専門職より改修案について意見。 4. カンファレンス時の案をもとに長女（住宅改善専門職）と検討。 5. アドバイザー（建築士）に助言を依頼。 6. 支援チームと同行訪問し、カンファレンスにて手すり位置や浴槽移乗スペース等について検討。
Y2	7. 支援チームに同行し改修案の検討。
Z2	8. 入院中に病院スタッフの家屋調査に同行、当事者に面接、身体機能確認、改修プラン検討に参加。 9. SWの報告で退院が現実化したことを確認、住宅改修、福祉用具購入等の調整に入る。 10. 支援チームと同行訪問、改修案の検討に参加し家族に説明。 11. 階段昇降機メーカーの現場確認に同行、家族の要望とすり合わせて方針を協議・決定。

表 23 「プランニング」に関するケアマネジャーの支援内容（着工後）

事例	支援内容
W1	1. 主工事の手すり設置位置決めのため動作確認。 2. 退院後、在宅ニーズの確認のため再アセスメントとプランニング（電動ベッドと歩行器レンタル、ベッド位置の変更によってトイレ利用が可能に）。
Z1	3. 新たなニーズの出現に伴い、バスリフトの導入を検討。
W2	1. 入浴に関する再アセスメントの結果、入浴用福祉用具の適用を検討。

は、ケアマネジャーによる「フォローアップ・モニタリング」に関連する支援内容を、事例別・支援経過順に整理したものである。主工事着工前に「フォローアップ・モニタリング」に関する支援が1件（「事例Z1」）みられたが、段階的に改修工事を実施したため先行工事のフォローアップである。フォローアップでは、使用状況の確認、当事者評価の確認、改修効果の確認がなされ、また生活状況の変化による新たなニーズ発見につながっていた。

フォローアップ評価の時期は、改修直後、1ヵ月後、2ヵ月後、4ヵ月後などさまざまで、「事例W1」では5回のフォローアップ訪問が実施されていた。事例によってその必要性の度合にも相違があるのかもしれないが、ケアマネジャー自らの訪問によるフォローアップでは限界があり、「事例W1」「事例X1」「事例X2」「事例Y2」で見られるようなジェネラリストからの情報網の確保が必要とされるであろう。

表28は、今回設定した「支援段階分類」に入らない、ケアマネジャーによる「その他」の支援内容である。「事例Z1」に関して、支援方針の検討会議が3回もたれていた。この事例は進行性神経難病で将来的な在宅生活像を描くことが難しかったことに加え、自己決定への本人のこだわりがよかつたこともあって、支援方針をめぐって「迷い」などがあつたものと考えられる。

4. まとめ

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た8事例（住宅改修支援の「モデル事業検討事例」と「一般事例」各4例）の支援経過を他の関連職種の間与も含めて分析した。

分析結果の要約を以下に示す。

＊支援プロセス：「支援段階分類」の主要な流れは、[ニーズ発見 (N)]・[ディマンズの確認・調整 (D)]／[ディマンズを育成する動機づけ・待機 (DW)] → [住環境整備のプランニング (P)] → [施工・実施 (I)] → [フォローアップ・モニタリング (F)]、という経過であった。[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。

＊支援期間：事例への最初の関わりから主工事の竣工までの月数は、「モデル事業検討事例」で平均17.5ヶ月、「一般事例」平均5.3ヶ月であった。

＊支援段階分類別支援件数：当該住宅改修におけるケアマネジャーの「支援段階分類」別支援件数の平均は、「モデル事業検討事例」で[N]4.0件、[D]5.8件、[DW]2.0件、[P]4.5件、[I]3.0件、[F]2.3件、[他（支援方針の検討）]0.8件で、「一般事例」では[N]2.3件、[D]2.5件、[DW]0.5件、[P]2.8件、[I]2.3件、[F]1.3件であった。ニーズ発見やディマンズの確認・調整に関する支援件数は、住環境整備のプランニングの支援件数と同程度存在した。

＊「ニーズ発見」：主工事着工前に関する支援内容で共通して多くみられたのは、「ディマンズの確認」や「プランニング」とあわせて実施されている訪問調査（アセスメント）の実施であった（全支援件数25件中17件）。多くの事例で複数回のアセスメントが実施されており、課題の具体化が図られる程度に応じてその内容も段階性が認められた。改修案の具体化を図るためのアセスメントでは、スペシャリストを伴った「支援チーム」の訪問調査が導入されていた。訪問調査以外の支援では、来所相談や電話での家族との会話から情報を得ているものが3件、医療機関のスペシャリストからの情報把握が3件、

表 24 「施工・実施」に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
W1	1.業者と当事者の調整（見積りの依頼・提示）。 2.別業者に見積り依頼（見積り額が高いと不満だったので当事者が納得するように別業者に依頼）。 3.工事期間中ショートステイ利用希望の確認。
Y1	4.施工者への改善案の説明、見積書作成の依頼。 5.当事者の見積り額への不満を業者に伝え、再見積りの依頼。 6.改造助成申請の代行。
Z1	7.制度利用について説明。
Z2	1.夫からの電話相談の際に、住宅改修助成制度と支援チームについて説明。 2.病院 SW に改修計画の進捗状況を報告。 3.入浴用福祉用具購入確認のため訪問。

表 25 「施工・実施」に関するケアマネジャーの支援内容（着工後）

事例	支援内容
W1	1.工事内容現場にて確認（2ヶ月間の工事期間中に2回）。 2.工事内容現場にて確認。
Z1	3.現場にて工事内容の確認。 4.現場にて工事内容の確認。 5.バスリフトの導入。
W2	1.完成報告書作成。 2.散歩のニーズに応じるため電動車いすのレンタル開始（5～10月のみケアマネ受託）。 3.冬場休止していた電動車いす（外出用）のレンタル再開。 4.作成した福祉用具へのクレーム（想像と違う）に対して、業者に対応依頼（施主と業者間の調整）。
Y2	5.住宅改修申請の代行。
Z2	6.工事状況確認のため訪問、工事内容を建築士に写真で確認依頼。

表 26 「フォローアップ・モニタリング」に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
Z1	1.先行工事の利用状況、本人の満足感を確認。

表 27 「フォローアップ・モニタリング」に関するケアマネジャーの支援内容（着工後）

事例	支援内容
W1	1.手すり設置位置の確認（本人の動作シミュレーション）。 2.当事者の評価を確認。 3.2ヵ月後訪問。 4.住宅改修後（4ヵ月後）のニーズ変化の確認、評価。 5.退院後、在宅ニーズの確認のため再アセスメントとプランニング。 （病院看護師等からADL・病状の報告あり）
X1	6.使用状況の確認。（リハビリ教室担当保健師より継続的に報告あり、状況を把握。）
Y1	7.フォローアップ訪問、住宅改造の波及効果などを確認。
Z1	8.生活状況の把握、若干の課題を確認も本人は満足。
W2	1.本人退院後の状態・改造部分の問題点の有無を確認するため訪問（退院直後）。 2.利用状況の確認（1ヵ月後）。
X2	3.使用状況の確認のため訪問。（リハビリ教室担当保健師より継続的に状況報告。）
Y2	4.利用状況の確認、自立促進の効果を認める。 （町担当保健師より情報あり）
Z2	5.昇降機設置工事終了後、本人の退院を待って状況確認のため訪問。

表 28 「その他」（支援方針の検討）に関するケアマネジャーの支援内容（着工前）

事例	支援内容
Z1	1.支援方針について保健師と協議・検討。 2.支援チームにて支援方針について検討。 3.支援チームにて支援方針について検討。

担当保健師からの情報1件、その他（サービス利用の変更にもとづく予測）1件であった。

＊「**ディマンズの確認・ディマンズとニーズとの調整**」: 当事者の「ディマンズの確認」を目的としたものが23件、「ディマンズとニーズの調整作業」を目的としたものが10件であった。前者は訪問調査（アセスメント）の一環として「ニーズ発見」と同時に実施される場合もあれば、さまざまな機会を通じて個別にディマンズの確認作業がなされていた。後者の多くは改修方針・改修案を当事者に提示し当事者の意向（ディマンズ）と調整しているものであった。すなわち、当事者のディマンズを満足させることを直接支援しているのではなく、ニーズにもとづいた改修案を提示しディマンズとのすりあわせをしているものである。また、改修案はスペシャリストの提案がベースに置かれているものの、それをそのまま当事者に提示するのではなく、ケアマネジャーの評価判断が加えられた後に取捨選択されて提示されている点も注目される。

＊「**ディマンズ育成のための動機づけ・待機**」: 1事例のみでディマンズ育成のための動機づけ・働きかけがなされていたが、そのほかでは積極的介入をせずにディマンズが育成されるのを待つ、あるいは環境を整える支援が2事例でなされていた。介護保険では利用者の自己決定が強調され、それはすなわち利用者のディマンズが優先されたことを意味し、ニーズにもとづいた介入は難しくなったといえるのかもしれない。ただ、自立支援の立場を尊重するのであれば、ディマンズ育成の支援も本来必要なのであろう。

＊「**住環境整備のプランニング**」: 主工事着工前まででは、スペシャリストを含んだ支援チームとの同行訪問などスペシャリストとの共同作業による支援は17件（59%）を占めた。その他の支援（全12件）では、改修計画の意図を施工者

に伝達する作業5件、福祉用具のシミュレーションなどに関すること4件が中心であった。スペシャリストとの共同作業は、住環境整備についての専門技術と当事者の生活目標など広範な情報が出会うことによって、将来を見越したプラン、あるいは家族全員の生活環境を配慮したプランといった質の高い住環境整備のプランになる可能性が高い。

＊「**施工・実施**」: 当該改修工事に関する支援では、着工前の施工者の見積書に関するもの、着工後の工事内容の現場確認であった。施工期間中も現場への訪問確認がなされている事例が8例中3例を占めていた。

＊「**フォローアップ・モニタリング**」: 使用状況、当事者評価、および改修効果の確認がなされ、また生活状況の変化による新たなニーズ発見につながっていた。フォローアップ評価の時期は、改修直後、1カ月後、2カ月後、4カ月後などさまざま、最高5回のフォローアップ訪問がなされていた事例があった。事例によってその必要性の度合にも相違があるのかもしれないが、ケアマネジャー自らの訪問によるフォローアップでは限界があり、ジェネラリストからの情報網の確保が必要とされるであろう。

以上、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[ディマンズの確認・調整]、場合によっては[ディマンズ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、その後、新たなニーズ発見やディマンズの確認につながる[フォローアップ・モニタリング]というプロセスが存在する。とくにケアマネジャーの支援では、ニーズ発見やディマンズの確認・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）によって課題を具体化するととも

に、当事者や当事者に関わる支援者とのさまざまな接触機会を通じて情報把握がなされている。あくまでも自立支援としてのニーズを明確にし、場合によってはスペシャリストが提示した改修案をケアマネジャーが取捨選択し、当事者のディマンズを真のニーズに変えるような働きかけも必要となる。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る。

ニーズは認められるものの当事者のディマンズ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、現在の介護保険制度を前提とするとケアマネジャーが担うことに限界がありそうだ。今回の8事例の支援経過のなかで、介護保険以前から関わっていた事例のみに動機づけの支援が行われていたこと、介護保険以降の事例で、ディマンズが育成されるまで「待つ」、あるいはそうなるように「周辺環境を整備する」といった、ケアマネジャーの直接的動機づけに替わる行為が存在したことがそれを示唆している。

【謝辞】本研究が可能になったのは、支援経過に関する膨大な資料を整理し、支援内容に関するディスカッションに応じていただいた北海道4町の在宅介護支援センターの保健師の皆さまに多くを負っている。また、一級建築士の大竹司人さんには事例検討会において貴重な助言をいただいた。ここに記して謝意を表したい。