

生活動作能力評価に基づく問題点抽出用ワークシート

	したいこと (要望)	していること (現状)	できること・できないこと (能力)	問題点		
				身体的要因	心理的要因	環境要因
			[できないこと]			
			[判断できないこと] (わからないこと)			

排泄 ・ 入浴 ・ 外出

# 問題点と生活課題（二一ズ）

第2巻 資料E

	問題点	生活全般の解決すべき課題（二一ズ）
排 泄		
入 浴		
外 出		
食 事		

(排泄・入浴・外出・食事)

氏名 \_\_\_\_\_

No.	ニーズ	援助目標			
		長期	期間	短	期間

(排泄・入浴・外出・食事)

氏名 \_\_\_\_\_

援助内容	
No.	環境整備以外サービス内容
	環境整備

(排泄・入浴・外出・食事)

氏名

援助内容			
No.	サービス種別	頻度	期間

居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続  
認定済・申請中

利用者氏名 森下 葉子 殿 生年月日 (明治・大正・昭和) 〇 年 〇 月 〇 日 住所 (市町村名) B 市  
 居宅サービス計画作成者氏名 大石  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地  居宅介護支援センター XX県XX市XX町XX番地  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 年 月 日  
 認定日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

要介護状態区分 要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

意見及びサービス種類の指定は特になし

総合的な援助の方針

緊急時の対応方法 (関係機関、連絡先):

生活援助中心型の算定理由

1 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病等 3 その他 ( )



居宅サービス計画書 ( 1 )

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 森下 葉子 殿 生年月日 1935 年 月 日 住所 〇〇県〇〇市

居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成 (変更) 日 200〇年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 200〇年 〇月 〇日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
---------	---

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：少しでも以前でできたことができようになりたい (ADL・家事・孫の世話等 母や妻としての役割は?)。</p> <p>夫：あまり負担をかけたくない。夜は熟睡したい。(2階に寝室をもどしたい)</p> <p>妻：夫が不在のときに何かあったらと思うと不安。(入院中のほうが安心できた)</p> <p>嫁：寝室を急遽移動したので生活リズムが不調。玄関アプローチの車いす移動が大変で、リハビリ (2/W) が困難。仕事は止めたくないし介護体眠を取る予定なし。義父が体調を崩さないか心配。自分は家事・育児・仕事で手一杯。</p>
------------------	--

状況の分析	<p>脳梗塞による左片まひがあり、立位バランス悪く歩行も不安定。入院中は短下肢装具装着し四点杖使用で見守り歩行できていた。座位保持はつかまらずに可能。入浴も病院では介助により可能だった。リハビリには意欲的だった。退院後「すべる」「転びそう」「動く」と夫に負担」等から寝たきりになっている。身体的には改善の可能性があり痴呆もあり。住宅改修の必要性随所にみられる。</p>
-------	--

総合的な援助の方針	<p>離床を図り、食事・排泄 (それらの移動を含む) に関するADL動作を自分でできるようなことで、少しずつ自信を取り戻し、家事などのIADL動作の拡大につなげる。</p> <p>加えて、介護者 (夫・嫁) の負担を軽減することで、家族関係を保ちながら自宅での生活が継続できるように支援する。</p>
-----------	--

生活援助中心型の算定理由	<p>1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )</p>
--------------	--

## 居宅サービス計画書(2)

利用者名 森下 菜子 様  
作成日 (退院5日目)

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標		援助内容							
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種類	※2	頻度	期間
1. 転倒不安が解消され、夫に負担をかけずトイレや食堂を利用したい。	1. 立位バランス、歩行機能の安定、転倒不安の改善により、トイレや食堂を安心して利用できる。	6M	1-1 四点杖見守り歩行でトイレ・食堂まで移動できる。	3M	①歩行訓練・立位訓練 ②支援チームによる転倒不安の確認及び改善 ・段差解消・手すり設置 ・短下肢装具で滑らない床利 ・引き戸の検討など	○	通所リハビリ 住宅改修	00通所リハ 支援チーム (PT、建築業者、ケアマネ等)	2/W	3M 3M
2. 眠りが深く安眠できるようにになりたい。	2. 日中の活動性を増すことにより、安眠ができる。	6M	1-2 スポンや下着の上げ下ろし介助の負担が軽減する。	3M	①立位訓練 ②トイレ内の手すり設置 ③衣服着脱介助スペースの検討。必要時改善	○	通所リハビリ 住宅改修 //	丸通所リハ 支援チーム //	2/W	3M 1M 3M
2. 眠りが深く安眠できるようにになりたい。	2. 日中の活動性を増すことにより、安眠ができる。	6M	2-1 日中ベッド上で過ごす時間が無くなる。	3M	①居間で過ごせるように座面高 40cm 以上の椅子を用意する。 または立上がり介助椅子のレンタル ②居間までの移動経路確認 (寝室を 2 階に戻す事については次回の計画で検討)	○	家族 福祉用具貸与 住宅改修	00介護シ ョップ 支援チーム		1M 3M 1M

生活全般の解決すべき課題 (二ス)	援助目標			援助内容						
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種類	※2	頻度	期間
3.夫が介護疲れにより、体調を崩さないか心配です。	3.夫の介護負担の軽減を図り、現在の体調が維持できる。	6M	3-1. サービスを利用し、夫が休養する。 3-2. 負担の少ない介護方法を実践する。	3M	①日中の介護。見守り。 ②他のサービス利用の検討	○	通所リハビリ 居宅介護支援	00通所リハ 大石CM	2/W	3M 3M
4.転倒の不安なく、入浴をしたい。	4. サービス利用や浴室改善で、転倒の不安なく入浴できる。	6M	4-1. 週2回以上入浴できる。	3M	①介助による入浴 ②自宅で入浴できるように浴室環境の改善及び福祉用具検討	○	通所リハビリ 住宅改修 入浴補助用具購入	00通所リハ 支援チーム 00介護ショップ	2/W	3M 3M
5. 通院や外出の際、玄関アプローチで移動するのが大変である。	5. 車椅子で移動しやすいように玄関アプローチを改善し、通院や外出機会が確保される。	6M	5-1. 玄関アプローチが改善される。	3M	①玄関アプローチの改善検討及び改修		住宅改修	支援チーム		3M

利用者名 森下葉子様

作成日(退院5日目) \* 住宅改修と福祉機器の賞与等を活用しない場合

ニーズ	長期目標		短期目標		サービス内容			援助内容		頻度	期間
	長期目標	短期目標	長期目標	短期目標	サービス内容	*1 サービス種類	*2				
1. 転倒不安が解消され、夫に負担をかけずトイレや食堂を利用したい。	1. 転倒の不安が軽減し、トイレや食堂への移動やトイレでの用足の介護が軽減される。	6M	1-1. 4点杖、見守り歩行でトイレ食堂まで移動できる 1-2. トイレでのズボンや下着の上げ下ろし介護の負担軽減	3M	①歩行訓練、立位訓練 ②自分でズボンや下着の上げ下ろしができるよう訓練する。	通所リハビリまたは訪問リハビリ	〇〇通所リハビリ? 訪問リハビリは〇〇病院? 〇〇通所リハビリ? 訪問リハビリは〇〇病院?	2/W	3M		
2. 眠りが浅いのので夜間熟睡できるようになりたい。	2. 昼夜のメリハリがつき、夜熟睡できる	6M	2. 日中ベッド上で過ごす時間を減らしていく。	3M	①日中居間で過ごすように、イスを用意する。 ②日中の外出機会をつくる	家族					
3. 転倒の不安なく、入浴をしたい。	3. 転倒の不安なく入浴できる	6M	3. 週2回以上入浴できる	3M	①施設での介護による入浴または、自宅浴室での介護によるシャワー浴	通所リハビリまたは通所介護	〇〇通所リハビリまたは〇〇デイセンター	2/W	3M		
4. 通院や外出の際玄関アプローチの移動を容易にしたい。	4. 通院や外出の際の出入りの介護負担が軽減される。	6M	4. 通院や外出の際の出入りの介護負担が軽減される。	3M	①夫の介護方法を確認し、ヘルパーまたはPTが介護方法の指導をする。または、ヘルパーによる通院など外出介護	通所介護または訪問介護	〇〇デイセンターマまたは〇〇ヘルパーセッション	2/W	3M		
5. 夫が介護疲れにより体調を崩さないか心配	5. 夫の介護負担の軽減	6M	5. 疲労をためないようサービス利用により夫が休養する	3M	①日中の介護と見守り	訪問リハビリまたは訪問介護	〇〇病院または〇〇ヘルパーセッション	—	1M		
		6M		3M		通所リハビリまたは通所介護	〇〇通所リハビリまたは〇〇デイセンター	2/W	3M		

\* 本人の機能向上と介護者の介護負担軽減が中心のプランにならざるをえない。

## 第3巻「自立支援のための居宅サービス計画の立案」

### 学習目標

- このビデオは、居宅サービス計画の立案までのケアマネジャーの検討過程を描いたものです。第2巻「居宅サービス計画の立案に向けた課題分析の実際」と同一の事例を設定して作成されたく続編ですが、第3巻だけを独立して使用できるように作成しています。
- このビデオでは、居宅サービス計画を作成するまでの作業の流れの理解と、理学療法士・作業療法士との連携による生活動作能力評価の必要性和有効性を説明しています。
- 演習では、居宅サービス計画に基づいて住宅改修の計画を立案する作業過程を討議し、ケアマネジャーによる住宅改修計画の立案を思考することを目指しています。
- このビデオは、ケアマネジャーと共に、理学療法士・作業療法士、福祉用具供給事業者、住宅改修事業者、などの多職種合同による住宅改修プランニング研修などに活用することもできます。

### 添付資料

- ビデオを視聴した後に、グループで討議することを想定して作成した記録用紙です。
- 全体としての討議と共に、講師が論点を提示して活発な議論を誘導してください。

#### A. 居宅サービス計画書記入例

第3巻のビデオの中で担当ケアマネジャーの大石さんが作成した居宅サービス計画書として作成したものです。ビデオの中で整理された住環境アセスメント、日常生活動作能力評価の結果、問題点の抽出、生活課題（ニーズ）の分析結果に添って記入されています。演習では、この居宅サービス計画書を基にして、個別サービス計画に替わる住宅改修計画の立案を行います。また、理由書の作成にも資料として用いることができます。

（ 第2巻ビデオ添付資料 A. 森下葉子さんの事例概要 ）

（ 第2巻ビデオ添付資料 B. 森下葉子宅 配置図・1階平面図・2階平面図 ）

第2巻のビデオ使用時に配布する事例資料ですが、第3巻のビデオを単独で使用する場合には、この資料を配布してください。詳しくは、第2巻添付資料を参照してください。

- ケアマネジャー向けの演習で、住宅改修計画をグループワークで立案する際に記入する用紙です。

## B. 住宅改修計画の立案用ワークシート

住宅改修計画の立案は、生活課題の解決に向けた住宅改修の目的性と整備環境に求める具体的な内容を明らかにする作業です。このシートは病院での様子や生活動作能力の評価結果から、目的の動作の理想的な方法や環境条件を記述し、現状の生活での状況と比較します。これらから導き出す右側の欄に記入内容がケアマネジャーによる住宅改修計画です。

たとえば、入浴場面の希望が「浴槽に入りたい」とであると、生活動作能力評価の結果により「腰掛けてまたぐ動作とそれに適する環境であれば可能」と判断された場合、ケアマネジャーは必要に応じ居宅サービス計画の援助内容に「浴室の改修」を設定します。これに基づいて、住宅改修計画では、入浴の実現に向けて個別の事情に即した動作方法として「バスボードに腰掛けてまたぐ」「移乗台に腰掛ける」などを設定し、それに適する環境条件の整備方針を討議して「移乗台を設置する」「またぎやすい高さに浴槽を調整する」「洗い場の段差を解消する」などの事項を記載します。

ケアマネジャーが概要を示した住宅改修計画に、PT・OTは専門的な意見として具体的な指示を「手すりの高さは〇〇cm」「浴槽縁の高さ〇〇cm」「段差は1cm以下に抑える」のように付記して具体的な情報を追加することができます。これを施工事業者に提示することにより、住宅改修の意図と整備したい環境が施工事業者に具体性をもって伝わりやすくなり、意思疎通を図りやすくなります。

第3巻 資料A

居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続  
認定済・申請中

利用者氏名 森下 葉子 殿 生年月日 (明治・大正・昭和) 〇年 〇月 〇日 住所 (市町村名) B市  
 居宅サービス計画作成者氏名 大石  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 □□居宅介護支援センター ××県××市××町××番地  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 年 月 日  
 認定日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
---------	--

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>利用者：入院前のように2階を居室とした生活を送りたい。                  多少でも家事や料理をできるようにしたい。                  トイレくらいは一人でできるようになりたい。                  家族(夫)：気分転換のためにもお風呂に入れてあげたい。                  少しでもよくなってほしい。                  家族(嫁)：入院前の生活に可能な限り近づきたい。(家事の負担を減らしたい)                  今の仕事を続けたいと考えているが、今後の生活を考えると不安である。</p>
------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	意見及びサービス種類の指定は特になし
------------------------	--------------------

総合的な援助の方針	<p>① 安全な移動方法を検討し、トイレでの排泄などご自身でできる範囲を拡大していきます。                  ② 通院などの外出についての環境を整備し、ご本人及びご家族の負担が軽減できるようにします。                  ③ 動作能力や家屋の状況等を検討し、安全かつ快適に入浴を行い、清潔を保てるようにします。                  ④ 家事や料理などご自身で生活に参加する機会を増やすことで、生活にめりはりを持ってもらうよう図ります。                  ⑤ 体力の回復や安全な移動方法の獲得状況を確認しながら、2階での生活が実現可能になるよう、長期的な支援についても検討していきます。</p> <p>緊急時の対応方法 (関係機関、連絡先)：</p>
-----------	--

生活援助中心型の算定理由	1 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病等 3 その他 ( )
--------------	--------------------------------

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 森下 葉子 殿

平成 年 月 分より

\*作成年月日の翌月からのサービス開始とします。

生活全般の 解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容						
	長期目標	期間 (年月)	短期目標	期間 (年月)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間 (年月)
トイレで排泄を 行いたい。	一人で安全に移動 し、トイレで排泄 できる。	6ヶ月	ポータブルトイレ しを使い見守り で排泄できる。	1ヶ月	ベッド、マットシ ス、移動用パー Pトイレ ADL訓練 身体機能評価 トイレ等の改修 排泄介助	○ ○ ○ ○ ○	福祉用具貸与 福祉用具購入 訪問リハ 同上 住宅改修 家族	A 事業所 B 販売店 C 事業所 D 工務店	週2回 毎日 週2回	1ヶ月 1ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
食堂で家族と一緒 に食事ができるよ うになりたい。	食堂まで安全に 移動し、家族と一 緒に食事がとれ る。	3ヶ月	食堂まで介助に より移動でき る。	1ヶ月	基本動作訓練 四点杖 介助方法指導 廊下等の改修 歩行介助	○ ○ ○	外来リハ 福祉用具貸与 訪問リハ 住宅改修 家族	E 病院 A 事業所 C 事業所 D 工務店	週2回 毎日 週2回 毎日	医師指示 3ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
入浴して清潔を 保ちたい。	見守りで安全に 入浴する。	6ヶ月	介助によるシャ ワー浴ができ る。	1ヶ月	ADL訓練 身体機能評価 浴室等の改修 入浴補助用具 入浴介助	○ ○ ○ ○ ○	訪問リハ 同上 住宅改修 福祉用具購入 訪問介護	C 事業所 D 工務店 B 販売店 F 事業所	週2回 週2回 週2回	1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
通院など容易に 外出したい。	近隣への散歩や 買い物ができる。	6ヶ月	軽介助で安全に 外出する。	3ヶ月	基本動作訓練 ADL訓練 身体機能評価 外出用車いす 玄関等の改修 外出介助	○ ○ ○ ○ ○	外来リハ 訪問リハ 同上 福祉用具貸与 住宅改修 訪問介護	E 病院 C 事業所 A 事業所 D 工務店 F 事業所	週2回 週2回 週2回	医師指示 1ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
家事ができるよう になりたい。	調理を軽介助で 行える。	6ヶ月	配膳や調理の補 助などを行える ようにする。	1ヶ月	家事動作訓練 自具等の検討 身体機能評価 台所等の改修 配膳・調理介助	○ ○ ○ ○	訪問リハ 同上 同上 住宅改修 家族	C 事業所 D 工務店	週2回 週2回	1ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
2階で生活したい。	2階で生活でき る。	6ヶ月	安全に2階へ移 動できる。	6ヶ月	基本動作訓練 身体機能評価 階段等の改修	○ ○	外来リハ 訪問リハ 住宅改修	E 病院 C 事業所 D 工務店	週2回	医師指示 6ヶ月
廃用症候群を引き 起こさないように したい。	活動的な生活を 送る。	3ヶ月	日中はベッドか ら離れた生活を する。	1ヶ月	基本動作訓練 身体機能評価 屋内用車いす アクティビティ	○ ○ ○	外来リハ 訪問リハ 福祉用具貸与 訪問リハ	E 病院 C 事業所 A 事業所 C 事業所	週2回 週2回 週2回	医師指示 1ヶ月 1ヶ月 1ヶ月

- 1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
- 2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

# 住宅改修計画の立案

第3巻 資料B

利用者氏名 森下 葉子 殿

	理想（病院での様子）		現状（自宅での状況）		解決のための対応（住宅改修計画）	
	動作の方法	環境条件	動作の方法	現状の環境（問題点）	実現に向けて設定した動作の方法	設定した動作を可能にする環境条件
入浴						
排泄						
外出						
食事						

## 住環境整備の意義とケアマネジャーの役割

—自立支援として住宅改修はうまくいっているか—

鈴木晃（国立保健医療科学院健康住宅室長）

### 1. なぜ在宅ケアの支援者が住まいの問題に関わる必要があるのか

#### 1.1 「住まいに合わせて暮らす」から「暮らしに合わせて住まいを工夫する」へ

写真1は、新潟県南魚沼郡大和町（現在は南魚沼市）の住宅である。「コシヒカリ」でも有名な米どころだが、同時に全国でも有数の豪雪地帯でもあるため、写真のように1階の床を2メートルほど上げる「高床式住宅」が最近増えている。この十数年、大和町でフィールドワークを続けてきた筆者は、そこでおもしろいことに気づいた。この写真の住宅もそうなのだが、「高床式」で新築しても間取りの骨格は以前の住宅のそれと同じ、というものが少なくない。この数年は事情が少し変わってきていて、高齢者のいる世帯の新築住宅では、いわゆる「バリアフリー」対策がなされたものも増えてきた。部分的な「バリアフリー」あるいは「高床式」という点ではかなり変わってきたのだが、伝統的な「続き間」（二間つづきの座敷）中心の間取りについては基本的に変わっていない。

写真の玄関階段の向かって左側は縁側である。縁側というのは、近所の人たちが庭伝いに訪ねてきて、お茶を飲みながら世間話をする、そういった機能をもった空間だが、この「高床式住宅」では当然その機能はもちえない。しかし、そこに縁側が存在しているのだ。なぜ、そこに縁側が存在するのだろう。葬儀の出棺のときに玄関からは出さず縁側から出すため（外に仮設の足場を組む）、という地元の方の話もあったが、「以前からそこに縁側があったから」というのが、現在もそこに縁側がある理由だと筆者は考えている。

すなわち、住まいというものは私たちが生まれる以前からすでにそこに存在しているために、住まいはそういうものだと思ってしまうと、それが変わるとは考えにくい、きわめて保守的な存在なのだ。その変わらないと思い込んでいる住まいに合わせて、その範囲で人が暮らしているというのが現状ではないか。その発想を変えようというのが、この講義のポイントである。「住まいに合わせて暮らす」のではなく、「暮らしに合わせて住まいや住み方を少し工夫する」という発想に転換できれば、暮らしやケアはまったく違った可能

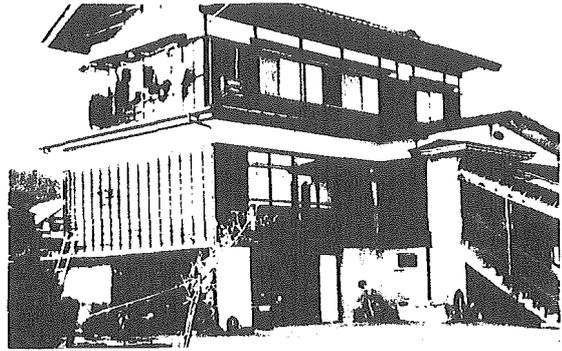


写真1 豪雪地帯の「高床住宅」

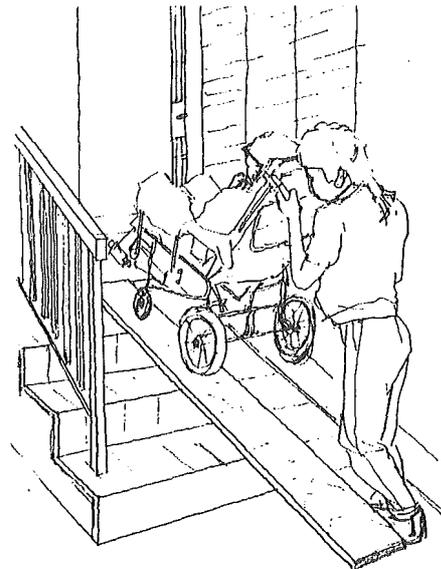


図1 ティサービスの送迎風景（大和町）

性が広がるはずだ。

この大和町は「ゆきぐに大和総合病院」を中心に、質の高い在宅ケアを展開してきたことでも有名であり、たとえば重度の障害をもった人でも週に3回程度デイサービスを利用している。その際、車いす利用者の送迎サービスも充実しているのだが、たとえ「高床式」でなくても雪国では玄関から道路までの間に数段のステップがある住居が多いので、屋内からの送迎となると図1のような作業となってしまう。そして注目すべきは、このケアを担っているケアワーカーの認識である。この作業の大変さを尋ねたところ、「これが私たちの仕事である」「これが大和町のケアだ」という思いが強く、実際かれらの仕事なしでは利用者の生活行為（たとえば外出）は維持できない。しかし、もし住まいが変わればケアという仕事はまったく違った内容になるだろうし、この利用者の外出生活は別の可能性が考えられるであろう。

大和町でも、2002年の福祉用具研修会の開催を契機に、福祉用具を有効に活用する方向性を打ち出し、また住環境についての啓発の必要性を確認しており、ケアは変貌をとげつつある。

## 1.2 建築技術者の役割と限界

ところで、この大和町の住宅の具体的な課題について、たとえば東京や沖縄で同様に論じられるかという点、答えは否である。このような広い住宅は東京や沖縄にはあまりないし、高床住宅も例外的であろう。大和町と同じ雪国であっても、北海道では雪質や気温の違いで高床住宅は一般的とはいえず、また伝統的な家制度が存在しないことも影響して続き間中心の間取りは少ない（北海道ではnLDKという間取りが多い）。住まいや住み方は地域性がつよく、オールジャパンで考えられることは限られている。住まいの問題は、その地域で考える必要がある。高齢社会における住宅をどうしていけばよいかということは、地域ごとに課題は異なってくるので、その対応方法も地域で考えなければならない。

その際、住まいの問題は建築技術者にまかせておけばよい、という考え方もありえるであろう。確かに、住宅改修がどのように可能なかということ、もともとの住宅の条件、つまり新築時の住宅の条件で決まってしまうところも多く、それは建築技術者が関与するところである。しかしながら、その建築技術者が新築住宅を建てる際に、どのように建てるべきかを考えにくくなってきたという問題もある。住宅市場（マーケット）の変化がそのことに影響を与えている。

かつて住宅は、施主家族の暮らしを知っている近所の大工や親戚の大工によって建てられ、建設後も「つくり手」は「住み手」の暮らしに触れる機会があり、住んでのちの問題は「住み手」から「つくり手」に直接伝えられた。何らかの問題が発生した場合には、修繕、改造がなされ、さらに重要な点は、「つくり手」はその経験を蓄積して、新たにその地域で住宅を建築する際にその知恵を反映させていたのだ。

現在、住宅のマーケットは分譲住宅、建売住宅が一般化し、「つくり手」と「住み手」は顔を合わすことがなくなった。「住み手」は住んでのちに起きた問題を「つくり手」に投げ返す機会を失い、「つくり手」は住んでからのちに起きる居住ニーズを知る機会をもたなくなった。在宅療養者が住宅で暮らす際に何が課題になるのか、その情報を在宅ケアの支援者が、その地域の建築技術者に伝えないと、高齢社会に対応したその地域の住宅はつくれ

なくなったのだ。

住宅改修については在宅ケアの支援者が関与できる（関与すべき）ことも多いが、新築住宅についてはその相談にのるというような機会も少ないであろう。建築技術者に対して、新築時にはこういう配慮をしてほしい、少なくともこういう住宅は建ててもらっては困るということを伝達することが重要で、たんに住宅改修工事の依頼という関係ではなく、建築技術者と在宅ケアの支援者との情報交換の場がそれぞれの地域につくられることが必要だ。

## 2. 住環境整備の意義—自立、主体性の確立—

まず、ここで使用する「住環境整備」という用語を次のように定義しておこう。低下した身体機能と住環境に不適合が生じたとき、それを解消あるいは緩和させる目的で行う住環境サイドの変更を住環境整備という。住環境整備にはその手段によって、①「住宅改造」（建物の壁や床などに何らかの手を加える行為で、その中に介護保険の「住宅改修」が位置づけられる）、②「補助器具の利用」（生活を補助する道具一般で「福祉用具」もその一部）、③「住み方の工夫」（寝室を1階に移す、家具の配置を変える、整理整頓など）がある（図2）。このように柔軟に、かつ総合的に考えることがまず大切である。

人が人に直接提供する介護サービス（パーソナル・エイド）と、「住宅改修」や「福祉用具」の活用を図る住環境整備（テクニカル・エイド）とでは何が異なるのだろうか。自立あるいは主体性の確立という視点でみると、この二つの相違が明確になる。パーソナル・エイドが生活行為自体を補うこと、たとえば入浴（体を清潔に保つ）という行為を維持確保することを目的とするのに対して、テクニカル・エイドではおもに行為の可能性、とくに自分で行うことの可能性を拡大することが本来の意義といえる。住環境整備は、「(自分で)できなかったことをできるようにする」支援ということもできよう。人間の主体性の確立という点で、このことはきわめて重要である。

人間は何らかのことは行うとき、自分の頭と手足だけでそれを成し遂げるといことはめったにない。日々の暮らしの多くは、人のサービス（パーソナル・エイド）とモノや環境（テクニカル・エイド）によって支えられているのだが、この両者を利用者の主体性という点で比べるとかなり違った意味をもっていることがわかる。人のサービスや介助は「受ける」「～してもらう」といい、モノは「使う」という。利用者にとって、人による援助がたとえ賃金労働として理解され、サービスを購入するという認識が一般的になったとしても、たとえば車いす利用者が駅員による階段昇降の介助業務を、エレベーターと同等の感覚で利用できるものではないであろう。

在宅ケアをマネジメントする立場の人

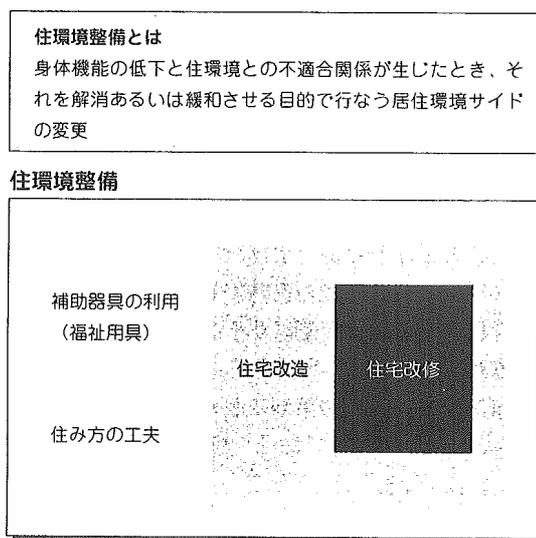


図2 住環境整備の範囲

が、もし仮に、住環境整備の必要性を検討せずに介護サービスの導入を図ったとしたら、それは利用者の自立の可能性や主体性の確立の機会を結果的に奪っていることになるかもしれない。こんにち、質の高い在宅ケアを目指そうとすれば、主体性あるいは自立の尊重という立場からの見直しが一つのポイントになるであろう。そのためには、住環境整備の積極的な取り組みが不可欠といえよう。

ADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作) はその個人のもっている能力を表す指標ではなく、生活の自立の程度を表現する尺度である。浴槽の縁の高さが50cmだから「半介助」であるけれども、40cmになれば「自立」になるかもしれない。居住環境が変わればADLが変わることを、改めて確認する必要があるのではないか。

### 3. 住環境整備の特徴と支援プロセス

#### 3.1 住環境整備という行為の特徴—ニーズとディマンズの乖離

住環境整備の支援という仕事を考えるうえで、ニーズとディマンズの乖離という特徴がポイントになる。ニーズとは専門家が客観的に判断した必要性のことで、ディマンズは本人が感じ取ってそれを態度で表明している必要性をいい、要望や主訴ともいわれている。保健や福祉の分野では、ニーズとディマンズが一致しないことは珍しくない。たとえば、訪問看護師が食事の制限をした方がよいとニーズを判断していても、本人はちっともそう思っていないということはしばしば見受けられる。ニーズとディマンズが一致しないからこそ、専門職の関与が必要になるともいえるのだ。

このニーズとディマンズの不一致が典型的に現れるのが住環境整備という場面である。たとえば、この分野で経験をもつ専門職が現在の日本で、100人の在宅療養者の家を訪問したとしたら、おそらく90件以上に住環境整備のニーズを見つけるであろう。だが、住環境整備をしたいと思っている本人や家族は、その中のせいぜい30件程度ではないだろうか。

なぜ、ニーズとディマンズが乖離するのだろうか。一つは冒頭で述べた、住まいは変わらないという思い込みであり、いま一つは暮らしは変わらないというあきらめ（「ねたきり」だから住環境整備は不要という考え方）である。だが、住まいが変わればADLが変わる可能性があり、暮らしも変えることができるかもしれない。

これが一般的な住環境整備におけるニーズとディマンズの不一致であるが、介護保険の場面では若干異なってくる。すなわち介護保険の利用者というのはディマンズをもっていることが多く、ディマンズの表明によって介護保険サービスの利用が開始されるという見方もできる。住環境整備についてもしたがって、「手すりを設置したい」「トイレをバリアフリーにしたい」といったディマンズをもっている例も少なくない。しかしながら、そのディマンズがその利用者の在宅生活継続に関するニーズと重なるかということ、必ずしもそうでない場合も多いのではないだろうか。ディマンズを確認することはまず前提条件として必要ではあるが、それがニーズとどう関係しているのかを確認し、場合によっては両者を接近させるための調整が必要になることも多い。

#### 3.2 住環境整備の支援プロセス

この特徴を考慮すると、住環境整備に関する支援のプロセスは以下のようになる。

##### ① 生活の到達像の設定