

3. 結果

3.1 地域包括支援センターの位置づけ

3.1.1 地域包括支援センターの運営状況

厚生労働省の調査によると、平成 18 年 4 月末時点の地域包括支援センターの設置状況は、表 7-1 のとおりで、保険者の 87.8%が設置済みである。このうち、直営は 1,179 カ所（直営率 34.3%）、委託は 2,257 カ所（委託率 65.7%）である。

表 7-1 地域包括支援センター設置数

(※保険者数 1,690)

センター設置数	3,436 カ所
設置保険者数	1,483 保険者
未設置保険者数	207 保険者

3.1.2 地域包括支援センターにおける住宅改修の取り扱い—業務マニュアルにみる記載—

前述したように、住宅改修は予防給付事業の項目として存在し、介護予防ケアプランの中で取り込まれる可能性がある。しかし、地域包括支援センターがどのように住宅改修にかかわるのかについて、特に積極的に取り組みを促したり規定したりするものはない。厚生労働省等が発表した資料等にも、住宅改修に関する記載はほとんど存在せず、表 7-2 にあげた程度の内容しかない。逆に、介護予防ケアマネジメントの事例においては、移動の困難等に対して、住宅改修の提案が一切なく、転倒予防教室への参加など、リハビリによる回復を目指したプランが例示されている。

表 7-2 業務マニュアル・資料等における住宅改修に関連する記載内容

<p>「地域包括支援センター業務マニュアル(H17.12.19 厚生労働省老健局)」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者に関する基礎情報シート（利用者基本情報）の例示において、住宅に関する項目として「自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（ ）階、住宅改修の有無」という選択肢が挙げられている。 ・ 包括的・継続的ケアマネジメント業務の解説において、p110 にケアプランチェックの事例として、住宅改修の例が記載されている。「複数のケアプランチェックを行った結果、住環境に問題があることが浮かび上がった。そこで、住宅改修事例の調査を行なった結果、転倒骨折の恐れのある高齢者に対して、適切な住宅改修が行われていないことが判明した。これを踏まえて、福祉用具・住宅改修研修事業を実施したところ、適切な住宅改修事例が増加した。」 ・ 介護予防ケアマネジメントに関する解説で、p176 の支援計画に盛り込む内容として、「転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込みます。」との記載がある。
<p>「第 1 回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料(H18.6.9 厚生労働省老健局振興課・厚生労働省老健局老人保健課)」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域リハビリテーション推進のための指針」の中で、地域リハビリテーション広域支援センターの事業として、福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援、が挙げられている。 ・ 介護予防市町村支援事業実施要綱に、介護予防関連事業の事業評価、の項目があるが、この中には、住宅改修の評価は含まれていない。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続的評価分析支援事業の調査項目（案）に、簡単ではあるが、住宅環境についての設問がある。（「坂道・段差などが多く、外出するのに不便がある」かどうか） ・ 事例紹介としてあげられている前橋市のアセスメント表においては、アセスメント領域における課題の項目のひとつとして物的環境の選択肢がある。しかし、物的環境が課題としても、支援計画において住宅改修という手法が考慮されているのかどうかは不明。 ・ 地域支援事業実施要綱の別記の任意事業において、住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類を作成する事業又は作成した場合の経費を助成する事業についての記載がある。また、任意事業のその他の事業の中に福祉用具・住宅改修支援事業の記載がある。留意事項に、理由書の作成者の資格要件の記載がある。 ・ 和光市のプログラムメニューには、地域支援事業の任意事業として、住宅環境整備指導事業、高齢者支援住宅管理指導事業がある。
<p>介護報酬 人員基準 運営基準 Q&A 検索 (介護保険情報BANK http://www.kaigobank.info/ において、地域包括支援センターで検索。該当件数 70 件)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住宅改修に関連しては、理由書の作成者の資格に関する問が 1 件あったのみ。

3.1.3 地域包括支援センターにおける住宅改修の取り扱い—住宅改修事業者等の意見—

次に、実際の地域包括支援センターにおける住宅改修の状況について、地域包括支援センターと関わりの深い社会福祉士や住宅改修を担当している民間建築技術者等に対して、インタビュー調査を行ったところ、以下のような情報を得た。いずれも、地域包括支援センターが住宅改修に対して積極的に取り組めていない状況であることを示唆している。

「とにかくプラン作りに追われているようで、フォローの必要な住宅改修にまで意識が届いているように思えない。成年後見の相談は増えていて、お陰で忙しくなっている。」(社会福祉士)

「保健師はケアプランの作成で忙殺状態。お金にならないのでケアマネがやりたがらない住宅改修の理由書作成が地域包括支援センターに回ってきているようだ。」(0市・行政職)

「予防給付の住宅改修は、事前申請しても審査が厳しく、なかなか通らない。前例がないことや、要支援者における必要性の見極めが難しいことが原因。結局、予防給付の住宅改修には時間がかかるので、利用者が自費で改修を行うケースが増えている。この場合、改修内容が適正かどうかチェック機能がまったく働かず、問題がある。」(民間企業・建築技術者)

「一般高齢者や特定高齢者等のひきこもり対応として、地域での受け入れ先がないのが問題。地域

包括支援センターの職員は、受け入れ先の確保と用具のレンタル、特に特殊寝台の扱いの2つが最も中心のあることで、住宅改修まで意識が回らない。」
(民間企業・建築技術者)

3.1.4 各自治体における地域包括支援センターの状況

次に、板橋区、川崎市、練馬区、大津市の4つの自治体に対して、訪問聞き取り調査を行った(表7-3)。4つの自治体の選定については、地域包括支援センターに詳しい行政関係者の推薦・紹介などによる。

調査項目は、2節に挙げた内容である。しか

し、聞き取りの対象者が担当部局や調整者等であり現場の人間でなかったことから、介護予防ケアプランの詳細、特に介護予防ケアプランにおける住宅改修の状況や、介護予防事業・任意事業等における住宅改修関連サービスの有無と運営状況などについては、ほとんど情報を得ることができなかった。一方、地域包括支援センターの全貌や行政内での位置づけについては、十分な情報量を得ることができた。

以下は、それぞれの自治体の地域包括支援センターの状況について、特に、住宅改修に対する取り組みに対する意見・感想や課題を中心に、聞き取った内容をまとめた。

表7-3 調査を行った地域包括支援センターの概要

市町村名	地域包括支援センター数	運営方式	備考
東京都 板橋区	地域型16カ所(旧在宅介護支援センター15カ所+新規1カ所) 基幹型1カ所(おとしより保健福祉センター)	地域型は委託 基幹型は直営	住宅改修設備助成には全ておとしより保健福祉センターが関与している
神奈川県 川崎市	36カ所(地域型在宅介護支援センター37カ所から34カ所、基幹型在宅介護支援センター5カ所から2カ所を地域包括支援センターにした)	全部委託	全国で唯一「調整課」がある
東京都 練馬区	基幹型在宅支援センターを改組し、4カ所 地域型在宅介護支援センター19カ所はサテライトとして機能	全て直営	
滋賀県 大津市	3カ所 (基幹型在宅介護支援センター2カ所を廃止し、地域型在宅介護支援センターも市からの委託はなし)	全て直営	旧町村をベースとした保健福祉ブロックを設定し、「すこやか相談所」を設置しており、包括はこれに併設される

(1) 東京都板橋区

(調査日：2006年4月7日)

1 地域包括支援センターあたりのスタッフ数は4人。多いところで、7~8人。連絡会議を1ヶ月に1回開催している。

稲城市と板橋区は、要支援者(要支援者~要

介護5の約半数を占める)については、地域包括支援センターがケアマネから引き継いで担当することになっており、他の行政区のように、ケアマネジャーに委託する方式をとっていない。

板橋区の住宅改修設備の助成は、すべてのケ

ースで、おとしより保健福祉センターが関与している。総件数は、介護保険の2割になる。内容的にはトラブルになりそうな難しいケースが多い。

行政評価において、住宅改修の評価は従来からの課題であった。適切に評価したいが、当事者のプライバシーの問題もあり、簡単でない。

他区が実施しているような、施工業者を登録制とし給付券方式を採用するかどうかは検討中である。現在は、受領券方式・償還払いとの選択も可能にしている。

住宅改修の申請にあたっては図面（平面図）のみを添付させる予定である。しかし、この方法では高さ関係の確認が困難であることが課題となる。

介護保険課指導係は指定業者に対する指導を行う部署であるが、立ち入り検査も可能となった。したがって、PTやOTがいるので、住宅改修もみられる可能性がある。従来は東京都の監査であったが、地域密着サービスとして、区指定の地域包括支援センターがそれぞれ担当できる。

福祉用具の購入については、指定業者制の弊害が予想される。スーパー等での購入は認められない。また浴室のすのこなどは大工が作る場合が多いが、大工は指定業者制度を取らないので問題となる可能性がある。

(2) 神奈川県川崎市

(調査日：2006年10月3日)

全国で唯一「調整課」がある。5カ所の基幹型在宅介護支援センターから2カ所の地域包括支援センターを設置し、その残りで調整課を形成している。調整課は、川崎市社会福祉協議会に委託されており、地域包括支援センターが円滑に運営できるまでの調整部署としての役割が期待されている。役割が終われば、いずれ

フェードアウトする予定である。

地域包括支援センターは、在宅介護支援センター受託法人に運営を委託している。背景には、都市型で100%の直営は無理との判断がある。

住宅改修の理由書については、介護保険を通すためのツールになっていると感じている。このため、特定の事業所を選んでいく傾向が現れている。「パッケージ化」した住宅改修が横行している印象を受ける。

結局、住宅改修においては、ケアマネジャーにはマネジメント能力が求められていると考える。

川崎市では、2004年にまちづくり局がリフォーム事業として相談プラザ構想を提案したことがある。相談プラザには、ケアマネジャーを入れるという発想もあったが、介護保険課を交えた議論の結果実現しなかった。

要介護者で住宅改修のみの利用者は、在宅介護支援センターが担当すると位置づけられており、イレギュラーな受け皿になっている。利用者との浅い関係でどう理由書につなげていくかが課題である。住宅改修についての専門職との連携を図るためにも、更生相談所や病院のPTらとのカンファレンスの場を広げていきたいと考えている。

住宅改修の評価は複合的なものと考え。包括の役割は、生活全般のクオリティの向上であると考え。

(3) 東京都練馬区

(調査日：2006年10月6日)

介護保険開始からこれまでの5年間で、行政の職員の処理能力・解決能力が落ちてきたと感じている。全ての地域包括支援センターの運営を直営とした理由は、少なくとも行政側の職員に指示ができる能力が育つと考えたからである。運営を委託にすると、業務によっては責任

の限界もある。委託経費と業務内容のバランスも問題である。

地域型在宅介護支援センターは、サテライトとして機能しているが、困難ケースは地域包括支援センターで対応している。

地域包括支援センターのあり方は、介護への依存ではなく予防であると考え。福祉型の発想ではなく、契約であることを前提に、地域包括支援センターが全てを解決するのではなく、解決する仕組みをつくる役割を担っていると考えている。

介護保険の住宅改修は要介護者も含めて地域包括支援センターが窓口になっている。予防の段階で住宅改修が必要かどうかは疑問であり、保険を出すことは似合わないのではないかと思われる。また評価も困難である。要支援者という ADL の高い人に住宅改修を実施して、果たして効果があるのだろうか。事故の原因も段差とは限らない。転倒予防の方法は段差解消だけではない。

地域包括支援センターが担当する住宅改修は、当事者との関係が浅くて問題だというが、ケアマネジャーでも同じである。住宅改修に際しては、地域包括支援センターも訪問はしているし、その訪問回数が少なくなるというだけである。

事前申請については、「高齢生活の住まいをつくる会」に1年契約で委託しているが、同会からは更新しないと話を聞いている。委託費は練馬区の単費であり、1件当たり2,000円を支払っている。

今は条件なしに住宅改修できるが、条件を課してそれに見合う人を対象とする形にしておく必要があると考える。

現在の介護保険制度の仕組みとしては、地域包括支援センターが関われる仕組みになっていない。仕組みがあれば、地域包括支援センタ

ーも動くことができるだろう。

(4) 滋賀県大津市

(調査日：2006年10月12日)

地域包括支援センターの運営を直営とするか委託するかはノウハウがあるかないかによると思われる。介護予防は、これまでの在宅介護支援センターにノウハウがない。市としてやり方をつくるべきであると考え、地域包括支援センターを新設し直営で運営することにした。在宅介護支援センターから主任ケアマネと社会福祉士が出向し、保健師は市の職員である。基幹型在宅介護支援センターをなくし、地域型在宅介護支援センターも市からの委託はなしとした。

予防ケアプランは、主任ケアマネが担当している。しかし、人員が不足している。初回6,600円/件、2回目以降4,000円/件と安いと、赤字に陥りやすい。

現在、3カ所の包括で900件のケアプランを持っているが、ケアマネジャーに委託しているケースが戻ってくると、最終的には2,400～2,500件になる予定である。

ケアマネジャーのいない住宅改修においての地域包括支援センターの役割は、住宅改修以外のニーズの掘り起こしと考える。しかし、なかなか他のサービスにつながらないのが現状である。地域包括支援センターには余力がない。

大津市では、平成6～11年度は、上限75万円でリフォームヘルパー制度を用いた住宅改造を行っており、精度の高い改修が行われてきた。介護保険制度以降は、介護保険に上乗せで30万円の制度になったが、対象者が絞られずに困難になってきており、スペシャリストが必要と感じている。

介護予防支援事業においては、住宅改修や福祉用具の知識も必要であると考え。主任ケア

マネジャーは、より高度な知識を持つべきだ。

しかし、多額の研究費をかけて住宅改修を評価することの意味は何なのか。他のサービスの給付額の方が大きいのであれば、そちらが優先されるべきではないか。そもそも介護保険に住宅改修が導入された時の目的は何なのか。それに照らして評価しないといけないのではないだろうか。

3.1.5 地域包括支援センターの課題

2006年9月22日版のシルバー新報には、同紙が実施した地域包括センターアンケート(全国3,488の地域包括支援センターを対象に8月中旬に実施。308センターから回答。うち直営は110センター)の結果が掲載されている。これによると、地域包括支援センターは地域の包括ケアの中核として様々な役割が期待されているにもかかわらず、9割近くが「予防センター化している」ことを認めているとのことである。また、増加する要支援者に対して予防プランを作成するための人員が不足しており、「増員のめどが立たない」という回答が72%を占めている。その理由としては、予防プランの「報酬が低すぎる」「専門職の確保が困難である」がそれぞれ55%である。

委託料については、平均が3,618円で、最低が3,000円となっている。センターの手数料を取らずに報酬全額の4,000円を支払っているところも少なくないようである。

今後の課題として一番に挙げられているのは、「制度がめまぐるしく変わり、今後が不安」(54.5%)であり、次いで「十分な財源の確保」(47.7%)、「地域にあわせた運用を可能にすべき」(33.9%)、「継続的な専門職の確保」(33.6%)と続いている。

3.2 地域包括支援センターの住宅改修への関与の程度と内容

3.2.1 地域包括支援センターにおける予防ケアプランの作成および住宅改修へのかかわり

次に、地域包括支援センターの職員に対して、予防ケアプランの作成や住宅改修へのかかわりの実際を尋ねた。

表7-4にみるように、いずれの地域包括支援センターも、予防ケアプランにおいて住宅改修に関わりがある。また、要介護者においては、他にサービスを利用しておらず、担当のケアマネジャーがいない場合に、地域包括支援センターが担当することとなっているが、ほとんどのセンターでも少数ながらそのようなケースが存在している。しかし、住宅改修のみのケースについては、その後の継続的な関わりができないことや、事後評価が困難であることなどの課題が複数の回答者から指摘されている。

住宅改修におけるサポート体制に関する回答からは、S町やN町では、地域包括支援センター自身がサポートをする側に立っており、大きな役割を担っていることがわかった。S町では、任意事業として住宅改造助成事業を実施している。

住宅改修の評価については、必要性を支持する意見が多いが、一方で、評価の時期や方法などについては慎重である。N町ではすでに、地域包括支援センターが必要に応じて事後訪問・評価を行っており、地域包括支援センターが住宅改修の評価において機動的な役割を果たしている。

表 7-4 地域包括支援センターにおける予防ケアプランの作成および住宅改修へのかかわり

	回答者の職種	予防ケアプラン作成件数	住宅改修の件数	住宅改修のみのケースへの課題	住宅改修におけるサポート体制	住宅改修の評価を行うことに対する意見
K市	作業療法士・社会福祉士	直接担当分 168 件、委託 18 件（委託が少ないのはケアマネジャー不足により受け取ってもらえないため）。	直接担当分約 20 件、委託 0。住宅改修のみの要介護者ケースは 6 件。	プランがない人への完成後の利用確認は 1 回限りであり、ケアマネジャーから様子を聞けないので、本人や家族から連絡がない限り連絡を取る余裕がない。	要介護の改修相談担当に市の OT が 1 名、自立と要支援の改修相談担当に地域包括支援センターに 1 名配置されている。	業者へ書類作成指導など手間取ることが多いので時間的に厳しい。また事後評価をいつの時点で行うのか、今後に生かされるためにどんな方法がよいのか、十分検討してから始めたい。
Y町	社会福祉士	直接担当分 73 件、委託 83 件。	直接担当分 10 件（うち、住宅改修のみのケースは 3 件）。	住宅改修のみ関わる方についての事後評価は困難。	保険課に PT がいて、同行を依頼することがある。	住宅改修のみ関わる方についての事後評価は困難。定期訪問していても、利用者の意識があり、改修後の評価は難しい。例えば、手すり設置後、「どうですか」と尋ねても、「付けてもらって便利です」の回答しか得られず、担当者が住宅改修の専門でもないため、使い勝手や使いづらさはなかなか見出せない。
S町	社会福祉士	直接担当分 52 件、委託 0 件（要支援のプランは全てセンターが引き受ける方針）。	直接担当分 5 件（うち住宅改修のみのケースは 2 件）。住宅改修のみの要介護者ケースは 2 件。	ケアマネジャーが存在しないために関与したケースについては、その後の継続的な関わりができない。	地域包括支援センターの任意事業として実施している。	改修による効果という意味での振り返りは必要。ケアプランは 6 ヶ月、1 年おきの評価・見直しをすることやサービス利用にあたっての「サービス担当者会議」を適宜開催することが求められているので、住宅改修についてまずケアプランに反映させることと、住宅改修を業者任せとせず、「担当者会議」の位置づけの下に進めていくことから始まると思う。
N町	保健師	直接担当分 10 件、委託 9 件。	直接担当分 2 件（うち住宅改修のみ 2 件）、委託 1 件。住宅改修のみの要介護者ケースは 15 件。	対応やその後の関わりでの違いはない。	対応困難な事例の場合は、町の建築担当者（1 級建築士で民間経験有）に加わってもらい、日常生活動作のデモを交えて改修プランを検討している。	住宅改修の評価は必要だと思う。各種業務に追われているが、居宅介護支援事業者のケアマネジャーが担当した住宅改修には、地域包括支援センターとして、必要性のあるケースにおいて、できる限り事後訪問・評価を行っている。
H町	保健師	直接担当分 26 件、委託 0 件。	直接担当分 1 件。住宅改修のみの要介護者ケースは 0 件。		地域包括支援センターが技術サポートをする側になっている。	住宅改修を行った際に、改修後の様子を把握したり、感想を聞くなど行っているが、「それによって ADL がこう向上した」と言うような科学的な評価は行っていないのが現状。しかし、評価は必要だと思う。改修後すぐは ADL の向上した人が多いが、その後何年か経つと死亡したり病状が悪化して入院する人もいて、評価のタイミングが難しい。
T町	保健師	直接担当分 35 件、委託 0 件（委託したくても受け手がいない状況である）。	直接担当分 2 件。住宅改修のみの要介護者ケースは 2 件。	対応やその後の関わりでの違いはない。	受診している病院等で PT、OT と関わりがある場合は、その PT、OT に意見を求めて協力してもらったり、保健事業での PT、OT 訪問指導を利用したりしている。	住宅改修の評価は必要だと思う。場合によっては修正が必要なこともあると思われるし、関わった者の質の向上にもつながると思う。

3.2.2 佐倉市の給付実績からみる地域包括支援センターの住宅改修へのかかわり

佐倉市の、2006年4月～9月の住宅改修給付実績200件のうち、地域包括支援センターが関与したのは43件である(表7-5)。この中には、要介護1が10件、要介護が6件あり、介護事業の住宅改修においても、地域包括支援センターがある程度の役割を果たしていることがわかる。

住宅改修の内容を見ると、地域包括支援センターが関与したケースは、ほとんどが手すりの設置であり、他の項目は少ない(表7-6)。また、改修費の平均をセンターが関与したケース

とそうでないケースで比較すると、関与したケースでは手すりで約2割高くなっている(表7-7)。一方、その他の項目では、改修費は関与していないケースより安価になっている。

地域包括支援センターが関与したケースでは、市のPTが関わったケースが多いのも特徴である。市のPTが関与したケースは、200件中17件あるが、このうちの13件が地域包括支援センターが担当したケースであった。

佐倉市の住宅改修においてPTが関与するのは以下の2つの場合がある。

1. 住宅改修を利用したいが担当のケアマネがない場合

表7-5 佐倉市における住宅改修給付実績(件数、単位:件)

	経過	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	合計
地域包括支援センター担当	2	16	9	10	0	6	0	0	43
ケアマネジャー担当	15	11	2	48	30	28	17	6	157
合計	17	27	11	58	30	34	17	6	200

表7-6 住宅改修の内容(件数、単位:件)

	手すり	段差	床材	扉	便器	合計
地域包括支援センター担当	41	5	4	3	1	43
ケアマネジャー担当	136	48	6	14	3	157
合計	177	53	10	17	4	200

表7-7 住宅改修の内容(改修費の平均、単位:円)

	手すり	段差	床材	扉	便器	合計
地域包括支援センター担当	113,154	71,810	105,750	69,300	38,000	131,797
ケアマネジャー担当	92,715	86,979	137,983	90,441	183,623	123,753
合計	177	53	10	17	4	200

2. 担当ケアマネもしくは介護保険課担当等からPT宛に相談がくる場合

13件のうち、6件が要介護者であったので、これは上記の1の場合と考えることができる。その他の7件は、2の場合と考えられる。

地域包括支援センターとのかかわりについて、担当のPTは、以下のように述べている。

「この件については、私が包括支援センターと同じ課の所属ということもあり、包括からの依頼・相談が圧倒的に多いです。また、お互いに細かいことや些細なことでも気軽に相談しやすい、というのはその通りだと思います。今回、包括の保健師が初めてプラン立案を行うにあたり、住宅改修に関わること自体初めての者が多かったため、改修についての一連の流れを説明する機会が多くありました。いつも気軽に相談できる環境にあるおかげで、相談の内容も軽微なものから大がかりなものまで様々です。また住宅改修だけでなく、福祉用具を扱うのが初めてであるため、福祉用具（レンタル・購入とも）などの相談も多いです。（これまで民間のケアマネから福祉用具の相談はほとんどありませんがこれは福祉用具を取り扱う業者が知識を持っているからかもしれません）」

「私が改修についてアドバイスする際には、包括のケースのほうをご本人の病歴、家族状況、介護状況や今後の見通しなどを詳しく聞くことができるため改修について考えやすい、と思います。」

「包括のケアマネ、というよりも保健師がケアマネの場合、なのですが、保健師は個人のアセスメントにおいて多角的かつ長期的な視点を持っています。このため住宅改修も担当ケースの生活を支え自立を助ける手段として考えられていますしなによりも改修についてのケアマネ（保健師）の意見、があります。

一般のケアマネさんにももちろんこういったケアプランおよび住宅改修プランをお持ちの方もいらっしゃる

ますが多くは「利用者さんが風呂に手すりしてほしいとあったから」「業者さんがここにこの手すりをつけると言っているの」といったいわゆる「御用聞き」ケアプラン、改修プランが多いように感じています。

そこにはケアマネとして利用者さんの今後の生活をどうしていきたいか、といったケアマネ自身の評価、意見が見えないことが多いなあ、と、包括の保健師と一緒に仕事をするようになって実感しています。」

4. 考察とまとめ

①厚労省調査によると地域包括支援センターの運営は委託が2/3、直営が1/3である。運営主体によって、取り組み内容や意識が異なる可能性がある。今回の調査では直営、あるいは社会福祉協議会に委託している自治体から聞き取りを行った。急務の課題は、増大するケアプラン数に見合う体制が整っていない（人員の不足）ことや、報酬の減額による財政上の問題であり、住宅改修に関する関心は薄い。そもそも予防給付における住宅改修の意義自体について、疑問を持っている自治体もあった。

②佐倉市における住宅改修給付実績 200件のうち、地域包括支援センターが関与したケースは43件を占める。うち、要介護1が10件、要介護3が6件あり、要支援者だけではなく要介護者に対する住宅改修にも一定の役割を果たしている。他の市町村では、業者への委託範囲が異なることもあり、要介護者の住宅改修の実績がないところもある。地域包括支援センターが扱う要介護者の住宅改修については、他の居宅サービスが提供されていないため、改修後の生活に関わるのが困難であるとの課題が指摘されている。一方、佐倉市では、地域包括支援センターが直営であり介護保険課と同じ庁舎内にあることから、両者の連携がスムーズであり、地域包括支援センターの職員の教育を介護保険課の理学療法士が担っている場面

も見られた。

結果として、地域包括支援センターは、地域における住宅改修サービス提供の拠点として一定の役割を果たしているものの、住宅改修への積極的な関与は見られず、現状では地域の評価システムを担える状況にない。しかし、直営方式の地域包括支援センターの場合には、保険者との連携がとりやすいというメリットもある。介護保険制度の中で地域包括支援センターが関わる仕組みを整えるなど、何らかの制度的介入があれば、評価システムに組み込んでいくことも可能であると思われる。

5. 参考

大津市における聞き取り調査において、住宅改修を評価することの意味や、住宅改修が介護保険の「在宅サービス」に導入された経緯に関して、逆に質問を受けた。これについては、山本美香氏（淑徳大学社会福祉学部）の小論（未発表）に参考となる審議会のやり取りが紹介されているので、これを引用する。

「我が国の住宅は、高齢者が在宅生活を行う上で、段差が多い、浴室やトイレが使いにくい、老化が狭く車椅子では通れないなど、安全性や利便性等について問題が指摘されている。また介護を必要とする高齢者の在宅ケアを進める上で、段差等の障害のないバリアフリー住宅の方が介護コストの軽減につながるなどの報告もある。こうしたことから、高齢者が住み慣れた地域や家庭で生活を続けていくための基盤として、住宅、住環境の整備を進めていく必要がある。

このため、バリアフリーの住宅やヘルパーステーション、デイサービス・デイケアセンター等の生活支援機能が付与されたケアハウスやシルバーハウジングなどの整備することが重要である。このような観点から、既存住宅の改造を推進するとともに、高齢者に配慮した公的住宅の整備、融資制度や税制を通じた民間住宅

の整備促進等により、高齢者への対応を視野に入れた住宅ストックを形成していく必要がある。」（『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』、高齢者介護・自立支援システム研究会、1994年12月）

「在宅介護を重視し、高齢者が自立した生活を送ることができるように支援する観点から、段差の解消や手すりの設置など住宅の構造・設備の改善を介護給付の対象サービスとすることが適当である。」（老人保健福祉審議会介護給付分科会、1995年12月）

「福祉用具サービス、住宅改造サービスというのは在宅サービスをやる場合に極めて重要な要素であり、そういう条件整備がない中で重度の要介護者にマンパワーで対応することとなると、人件費に莫大な費用がかかり効率的ではないので、福祉用具サービス、住宅改造サービスについては積極的に検討する必要がある。」（第27回老人保健福祉審議会、1995.12）

以上から、住宅改修の導入においては、介護コストの軽減や効率化が主たる目的であったことが明らかである。したがって、介護保険の住宅改修の評価においては、コストを評価軸の一つとして位置づける必要がある。また、住宅改修の目的が人件費の削減であることから、マンパワーによる対応との比較を行なう必要があるだろう。

現行の介護保険の住宅改修では、アセスメントや評価において、マンパワーとの関連を考察する仕組みになっていないことは問題であり、次年度以降の研究においては、この点について洞察を深めたい。

おわりに

介護保険がスタートして7年、居宅サービスの一つに位置づけられたことで、住環境整備の実施は広く一般化した。ただその質については、一部の積極的な介入・支援をしている地域を除き、かなり厳しい見方をしなければならない。住宅改修の実施によって生活の質が改善したかどうか、疫学調査を実施すればおそらく有意な差は認められないであろう。

住環境整備がもつ固有の意義が発揮されるためには、まず「必要な人に必要な改修サービス」が提供される仕組みを構築しなければならない。「必要な人」の具体的なニーズを明確にし（アセスメント）、そのニーズに適した「必要な改修」方法を選択する（プランニング）。アセスメント段階では、もちろん介護支援専門員の役割が大きいのであるが、今回の研究過程では保険者の姿勢がそれに多大な影響を与えることを実感した。全数についての事前訪問による審査（福生市・江田島市）、事前審査業務の一般化・適正化へ向けた取り組み（長野市）、「理由書」の意図（アセスメントの方法論）に関する介護支援専門員への周知や「理由書」のさらなる工夫・改定（佐倉市）などの取り組みは、介護支援専門員の仕事の質を高めているであろう。

2007年2月に日本建築学会で本研究の成果を途中経過として報告した際、会場から「保険者による評価よりも、当事者の満足感やサービス提供者自身の評価によってスキルアップを図ることが大切では」という指摘があった。確かに、介護保険制度前に、先進事例として、専門的技術者が時間をかけて支援してきた取り組みは、介護保険の住宅改修の膨大な需要には対応できず、質の高い支援だけを取り出すと介護保険以降のほうが後退したとみてよいかもしれない。その質を取り戻し、さらにスキルアップする必要はあるが、介護保険制度のなかでは単純ではない。まずは全体の底上げを、というのが今回の研究意図である。

本研究のテーマは、日本建築学会在宅ケア環境小委員会での従来からの議論がベースになった。実際の分担研究報告書に直接的に貢献していただいた委員のほか、多くの委員、ワーキング委員のお力添えをいただいた。また現場で住宅改修の評価の方法について、一緒に検討していただいた保険者、地域包括支援センター、住宅改修に関連するNPOや支援者、そして介護支援専門員の皆さまに謝意を表し、次年度以降もご指導ご協力をお願いするしだいである。

2007年3月

研究班を代表して 鈴木 晃