

公開研究会「住宅改修による自立支援や生活改善の効果・有効性の評価」議事メモ

日時：2月27日（月）13:30 建築学会3階会議室

趣旨説明 鈴木晃氏（国立保健医療科学院）

住宅改修の評価という問題に焦点を当てて議論を深めようという企画だが、はじめに「なぜ評価か」という点と、「評価の方法」に関して話題提供をさせていただく。

これまで建築分野でも、高齢者や障害者の生活環境の改善を目的としてさまざまな活動がなされてきたが、「評価」のところまでには至らなかった。とくに介護保険制度以降、必要な人に必要な改修が提供されているのかどうかということが大きな問題となっている。

神奈川県城山町では住宅改造の相談サービスを実施してきたが、介護保険制度前の相談利用者では、担当のSWが住宅改修の必要性があると判断したケースが88%（96名）で、必要性が不明という事例が12%（13名）であった。介護保険以降では「必要性あり」と判断されたものが63%（95名）、「必要性不明」が37%（56名）となり、改修の必要性が明確でないものが4割近くを占めるようになった。そして、この「必要性不明」のうちの7割が実際に工事の実施にまで至っているという問題がある。

どのような必要性があるのか、すなわち改修目的が明確にされ、それに対応した改修手段が選択されているのかどうか、疑問が残されている。これも含めて、住環境整備が実際に生活改善に役立っているか、その効果について客観的に示す必要があるだろう。

評価の方法については、これから3人の報告者に具体的な例を示していただくが、そこには「評価主体」と「評価指標」の2つのポイントがありそうだ。まず、誰が評価をするのかという点で、一つは保険者である。保険者は、改修後に問題がなかったか評価するということもあるだろうが、改修前に自立支援としてふさわしい改修計画なのかどうか評価することがより重要であろう。二つ目は、改修前の生活課題から改修実施、改修後の生活に継続して関わるケアマネジャーによる評価である。さらに三つ目には、適切な改修手段が選択されたのかどうか、プランナー（住宅改修アドバイザー）の評価も重要だ。現在では、多くの現場では十分な評価はなされていないと考えられるが、その評価結果を制度などにどのように反映させるか、そのシステムも重要だろう。「理由書」の標準様式の活用も考えられる。

評価指標でいえば、一つは「主観的評価」「客観的評価」という側面がある。住宅改修の満足度の達成モデルを描くと二つありそうだ。「生活改善満足モデル」は、問題を具体化するために支援者が必要であり、課題が明確になってそれにふさわしい改修が実施され、生活が改善されて満足感が得られるというもの。一方「自己選択満足モデル」はもともと解決すべき課題があいまいで、手すりを付けるなど改修すること自体が目的となり、その解決手段を自分で決めたことで満足するもの。主観的評価も大切な面があるが、この両者が含まれていることに注意する必要がある。

改修前後の変化を、動作レベル、行為レベル、活動レベルのそれぞれで把握することが

できるが、まずは動作レベルの変化を押さえることが介護保険の住宅改修では必要だ。建築学会の分野では、関西大学の馬場先生が以前からおやりになっている。

これまで、改修目的が不明な事例が少なくなかったために、住宅改修の評価が困難であったという面がある。今回の見直しで、「理由書」の標準様式が示されたことで、その点は改善される可能性がある。標準様式では、「活動（生活目標）」「行為（排泄・入浴・外出など）」「動作（またぐ・歩く・立ち上がるなど）」の何をどう改善するかを記述することになるので、改修の結果、その目的がどの程度達成されたかが評価できるようになった。建築学会でもこの分野の評価研究に力を入れていく必要がある。

橋本英樹氏（東京大学大学院医学系研究科）

今日の発表する分析の少し前段階の結果を公衆衛生学会で発表したことがきっかけで、今回のお話する機会をいただいた。厚生科研および文部科研の研究として、鹿児島県の大隅半島の某町をフィールドとして、介護保険導入以降、どのようなサービスを受けたら予後がどうなったのかというサービス評価をしている。

2003年9月に現地の自治体担当者と話しをしていたら、4月頃から住宅改修の利用状況が変だという。地元の業者が、「国が30万円くらい面倒をみてくれるから改修をする良い機会です」というビラを作ってまいているらしい。2003年4月以降、住宅改修が増えている。なかには、業者にいわれてやったものの、保険で面倒みてもらえなければ自費で払いきれないからということで、改修してしまってからケアマネがケアプランを後から書いたという例もあったらしい。しかもケアマネには一銭にもならない。本当に住宅改修は期待されたように、バリアフリー化を通じて高齢者の機能予後悪化を予防するのに役立っているのか、を実証的に調べてみる必要がでてきた。

そこで、自治体保険者から提供を受けた住宅改修データと介護保険データを重ね合わせて、住宅改修をした人としらない人で機能予後がどうなったか、ということ調べたのが今回の研究。鹿児島県の大隅半島にあるベッドタウン+農村地区の5町の協力を得た。現地は高齢化率は28%で、全国平均18%をはるかに上回って高齢化が進行している地域といえる。平成13年11月時点で要支援と要介護1の方を対象(1,147人)とした。何人家族か、持ち家か否かといったことは、別途に居宅介護状況の訪問調査を実施して情報を入手した。データの利用にあたっては市町村と契約を結んでやらせていただいた。なお住宅改修に関する情報は介護保険給付情報にすべて含まれてはいないので、市町村が独自に持っていた情報を利用した。また人口動態統計情報も突合して死亡状況も把握した。

分析方法は、居宅訪問調査の時期と改修を実施した時期により対象者を3つのグループに分けている。改修なし群、平成13年8月以前改修の前期改修群、平成13年8月～平成14年10月までの改修群（改修群）の3つ。年齢は平均81.8±6.3歳、性別は女性80.4%、要介護度は要支援が35.8%、認知症自立度16.0%で、71%の方で「足が悪い」、「腰が悪い」など筋骨格系疾患がみられた。地域の介護保険の平均値は、要支援が3万4000円、

介護度1が5万7000円。

改修している人は介護期間が1年未満の短い人が多く、介護が浅い人が多かった。月平均給付額で見ると改修群のほうが非改修群よりも若干高め。年齢は改修群のほうが若干若め。認知症は改修した人のほうがやや少ないが、有意差はなかった。

改修給付費は平均約10万円だが、ばらつきが大きい。改修の内容は97%が手すり、段差解消は59%、浴室は38%、床、引き戸、トイレがそれぞれひとけた台。

1年後のアウトカムは、改修なし群で死亡率が高かった。また1年後に介護保険非対象となっている率も高かったが、改修なし群には福祉用具貸与だけしてその後認定外になる人なども含まれていたためと思われる。介護度の悪化の割合は改修群が高く(26.6%)、入所の割合は14.7%。1年後の月平均給付額も改修群のほうが高かった。改修群では介護度1や認知症の利用者が多かったので単純に比較できないので多変量解析で補正して比較しなおしたが、やはり改修した人のほうが、1年後に悪化した割合が15%高かった。一方改修群は改修しなかった群に比べて、1年後に入所するオッズは63%だった。改修した人はいろいろな条件を加味しても、改修しない人より入所が少なくすんでいるという結果になった。

ただし改修を受けたか受けなかったかは、無作為割付されたものではなく、受けた人には受けなかった人たちにはなかった事情があったと考えられる。そのためにいくら年齢や介護度・認知症の有無を多変量解析で補正しても、改修群と非改修群を単純に比較できない問題が残っている。たとえば改修しなかった人は最初からバリアフリーの住宅に住んでいたかもしれない。そこで、そうした選択過程を考慮した統計モデルを使って評価しなおしてみたところ、むしろ改修群のほうが1年後の予後悪化の割合が高いと出た。

結局改修には効果があるのかないのか、この分析結果からは結論が出せない。少なくとも改修を受けるか受けないかという選択過程の影響が大きいことだけは確認できた。改修の選択が、業者に言われたからなのか、家族がやろうとあったか、それとも利用者の希望だったのか、最終的には誰が決めたか、そういった様々な過程がからみあっているため、現時点では住宅改修の効果を判定することには限界がある。

現在、福祉用具はガイドラインができてそれに従ってやっていると、残念ながら住宅改修については適用についてのガイドラインがなく、事業者も指定されずに野放しにされてきた。住宅のバリアフリー化が介護予防的効果を持っているかどうかを判定するには、まず改修適用の標準化を行ったうえで、今から計画的にデータを集め、評価していくことが必要である。

Q 要介護度の認定の時期はどう捉えたか

A 1年後の要介護度が前の1年に比べてどうかを見た。2001年、2002年は11月に登録されていた要介護度。2003年4月に介護度の認定基準が変わったためそれ以前で見た。中には悪化した人もいる。

上村智子氏（信州大学医学部保健学科）

広島県三原市での介護サービスの課題から見ていきたい。介護保険住宅改修の写真をみると、まず、施工上の問題がある。（勝手口の手すりが短くて、降りる時に不便／雨樋に手すり様のものが取り付けられている例／敷居を除去してすりつけ板を設置したがエッジに3mm程度の段差が残っていて、歩行時に引っかかる／など）

社会保障給付としての妥当性の問題もある。たとえば日本ではトイレの便器を交換するために20万円の支給を受けた場合、要介護度が3段階以上悪化しない限り、追加の支援はない。スウェーデンでは、補高便座の設置であれば無償だが、便器を取り替えた場合には差額は自己負担である。

施工上の問題や、社会保障給付としての問題があるが、自分の視点は、障害のある人の自立を促すサービスになっているかという点で見ていきたい。

介護保険の利用者は、利用者と設備の適合について時間軸を考慮して検討する必要がある。そのことを考えるために事例を紹介する。妻と二人暮らしの男性で、要介護3。パーキンソン病と認知症がある。屋内は伝い歩きで見守りが必要な状態。妻が介助して階段昇降を行っていた。食事以外はすべて介助が必要で、住宅改修を実施。家族の介護負担の軽減と転倒予防のために、玄関、浴室、洗面所、廊下、寝室、階段などに手すりを付けた。その改修は妥当だったが、歩行障害が悪化して、その直後から居室を1階に移してポータブルトイレを利用するようになる。また、浴室までの移動が困難になり、自費でバリアフリーのユニットバスを入れる。1年8ヶ月後、妻の介護負担が大きくなり相談を受ける。しかし結局、通所サービスを利用することになった。認知症とパーキンソン病があり、最も難しい事例の一つだと思うが、住宅改修するのであれば先手で計画できるように、本人、家族の負担が大きくなりすぎない時に、段差解消できればと思った。

障害を持った人の自立を促すサービスとなるか、そのシステムを構築するためには、2種類の観点が必要。一つは利用者と設備の適合状態をチェックすることで、それには訪問による追跡調査が必要。もう一つは、サービスのシステムとしてよいか、それを見ていくための体系的な検証が必要だと思う。しかしこれまでの研究は郵送調査がほとんどで訪問調査は小規模なものが多い。そこで、検証のための訪問調査を実施した。

対象は、2002年度広島県三原市の改修申請者88名。平均年齢は77.4歳±8.9歳、女性は61名、男性は27名だった。2002年度から1年半後に調査をしたが、死亡、転居者を除き、調査の承諾率は27%だった。

調査の方法は、改修で支援したADLを確認した。排泄、入浴、外出について、改修した箇所を使用しているかどうかを聞いた。利用者の移動能力は、改修時については聞き取り、訪問時については観察した。屋内移動能力は独歩、介助歩行、車いす移動の3段階で見た。ADL中断者については、使用期間、中断理由、疾患を聞いた。

調査群の要介護度は、要支援・要介護1が54名、2・3が26名、4・5が8名、認知

障害が17名に認められた。調査群と非調査群は、要介護度、認知障害、年齢、性別、世帯構成などで有意差はなかった。改修で支援したADLは、排泄については支援ありが61%、入浴については64%、外出は62%、その他（ほとんどが食事）は49%だった。設備の使用中断状況は、72名（82%）は使用中断が見られなかった。1ヶ月以内の使用中断は3名（3%）、3ヶ月以内の使用中断7名（8%）、6ヶ月以内の中断5名（6%）、6ヶ月超の中断1名（1%）であり、6ヶ月以内に使用を中断した15名を使用中断者とした。

1ヶ月以内の中断者は、全3例が新たに屋内で車いすを導入するための改修だった。浴室の動線に関わる人が2名で、高齢の配偶者の負担が大きくなり、通所サービスに変更した。外出口が1名で、生活動線の変更によるものであった。以上3名の結果から、車いす導入改修時のシミュレーションの重要性が確認された。

3ヶ月～6ヶ月の中断者は12名で、全員が心身機能低下による中断であった。移動能力の低下状況は、独歩 車いすが2名、独歩 介助6名、介助 車いす2名、介助 介助2名（介助量増加、距離短縮）であった。

主な疾患を確認すると、脳血管性痴呆が5名、アルツハイマー病2名、老年期痴呆3名である（2002年の病名表記による）。この結果から、改修時に高齢者の機能的予後予測の重要性が確認された。また6ヶ月以内の使用中断は、オッズ比によれば、認知障害ありの場合に有意に多く、認知症高齢者の課題が明らかになった。

認知症高齢者の事例については、自宅改修による効果については研究がまだあまりない。ぼけ老人の家族の会へのアンケートでは、認知症高齢者の利用期間が短いことが報告されている。認知症高齢者は移動能力の低下リスクが高い。運動障害が悪化したり、廃用性障害が出現したり、転倒の危険がある。また合併症のある事例が多い。以上の結果から、急速な心身機能低下の高いリスクを持つ利用者の改修計画では、「段差解消なしの手すり設置型改修」は有効期間が短いことを考える必要がある。

住環境整備の成果評価の研究に、利用者と設備の不適合発生率を調べたものがある。高齢者の住環境整備（改修+福祉用具）成果群では、専門職が利用者の機能評価を行い、評価に基づいた住宅改修のプランニングをし、フォローアップまですれば自立度が維持されて、痛みの悪化が予防されて、介護費用も抑制されたという結果が報告されている。（Mann WC et al.1999等）

次に先行研究における改修の成果指標をまとめた。評価の視点は5つあり、利用者の満足度、心身機能、遂行状況、介護者満足度、介護状況がある。システムを改善するには定量的なデータも必要。ADLを測るFIM、痛みの抑制を測るFSIという尺度がある。介護状況については介護費用、介護時間なども指標として考えられる。FIMは日常生活の状況を客観的に示すための指標（7段階評価）。18項目あり、下位項目の合計点を算出する。FIM運動得点、FIM認知得点に分けられるが、全部を合わせて総得点としてよく用いられる。福祉用具の満足度を評価する国際的な指標としてQUEST第2版がある。共同研究者と日本語版を作成中。福祉用具とサービスに関する12項目につい

て5段階で評価する。用具に関する項目としては 大きさ、 重さ、 部品の取り付け方法や調節方法、 安全性、 丈夫さ、 簡単に使用できるか、など。サービスに関わる項目が4項目あり、 手に入れるまでの手続きや期間、 修繕サービス、 専門職の指導・助言、 継続的なアフターサービスが含まれる。

Q 認知症高齢者に良好な住宅改修とはどのようなものか。住宅改修により認知症が改善された例などはあるか。

A 自宅の改修としてははっきりしたデータはない。ガイドラインは示されている。ガイドラインでは、段差の解消などのほか、明かり、静かな環境、なじみの環境を作ることなどが指摘されている。

岡澤奈美氏（松下電工エイジフリーショップス（株））

まず松下エイジフリーショップスにおける適合度評価システムについて説明し、次に実際に評価の事例を紹介する。

松下電工エイジフリーの事業領域を施設～住宅、商品～サービスの軸で図示する。いくつかの関連会社があるが、福祉用具の販売・レンタル、住宅改修を主な事業としているのが松下電工エイジフリーショップスとなっている。エイジフリー介護チェーンではフランチャイズ方式で介護ショップを展開していて、現在は約 150 店舗で直営店は1割となっている。

松下電工エイジフリー介護チェーンでは、本部である松下電工エイジフリーショップス(株)が、住環境プランナーとして現場経験のある人を採用して、研修後に各店に派遣している。フランチャイズのショップは、お客様との窓口として元請機能を持ち、住環境プランナーを派遣を受けて工事の設計施工を提供している。そのほか施工店の育成や評価も行っている。当社の指定施工基準を理解してもらうほか、コミュニケーション、対応、マナー、技術面などについて約2日の研修がある。1/8のスロープや3mmの誤差がどのくらいかなど体験してもらう。工務店は技術で信頼を得るのも大事だが、短期間で気持ち良く仕事をしてもらえよう訓練をする。

住宅改修工事の流れは、パンフレット p 5 にある通り。使用開始以降のアフターフォローとしてアンケートを全数実施（ハガキによる）する。そのほか適合度評価（改修後、1～3ヵ月後に評価、年間50件）がある。工事後のチェック、アンケート調査、クレームなどの情報は、様々な形で全国から本部へ集まってくる。

適合度評価の目的は以下の通り。品質チェックによる実力把握と課題の発見、品質向上のための各部へのフィードバック、優良な品質維持のための取り組み、があり、当事者とは別の社員と専門のアドバイザーが行って評価する。の目的では、プランニング面、工事技術面、お客様対応面等から当社の視点から評価する。アンケートはがき調査は、お客様の観点で評価してもらう。の目的では、品質向上のための各部へのフィードバッ

クとして、短期是正指導、関係者研修育成、恒久対策として社内基準化などに取り組んでいる。施工標準、お客様対応読本、ソフトハンドブックなどが作られている。

適合度評価の流れは、以下の通り。まずプランナーがFC店を通じてお客様と約束する。評価メンバーは顧問、住環境技術グループ、課長またはリーダー、FC営業、住環境プランナー。ヒアリングと観察により評価する（約1時間程度）。これを総合評価としてまとめる。

適合度評価の進め方の課題としては、サンプル在住環境プランナーが選定し、営業社員がアポイントを取るため、当事者によるフィルターがかかっている。次に、どのように、どこまで内容を引き出す質問をするか、いかに気持ちよく不具合を教えていただくかが難しい。当事者（住環境プランナー）には席をはずしてもらい話しやすい環境を作って評価するなどの工夫もしているが、いずれにせよ評価者の育成が難しい。

聞き取り、観察での評価は約1時間かかる。実際に動作をしていただき、声をかけたり家族の反応を見て評価する。課題としては、評価者が訪問時に新しい気付き、情報を得ることで、プランの前提条件が変化することがある。工事にあって、プラン目標を共有することが大切。明確な目標が共有できていれば、達成度として評価が可能となる。

評価シートについて説明する。お客様対応評価は全件共通で実施する。あいさつ、身だしなみ、時間や日程を守ったか、等。プランニング評価は打ち合わせの経緯を確認しながら現場毎に評価部位を設定する。工事技術の評価は、工事該当部位のみ行う。手すりの安全性、施工基準を守っているかなど。

評価方法は不適合～適合までで、「大変不十分」「やや不十分」「ほぼ十分」「十分」の4段階。総合評価は $\text{適合率}(\%) = \text{基準に適合した項目数} / \text{評価項目数} \times 100(\%)$ で測る。「優」90%～、「良」70～89%、「可」60～69%、「不可」60%未満となっている。

出路光一氏（松下電工エイジフリーショップス（株））

適合度評価の実際について報告する。評価の時には普段通りに動いてもらうことが大切。自然に行ってもらい、観察によって問題を見つける。直接的に「改修箇所を使用しているか？」と尋ねると、お客様はその改修箇所を使ってしまうため。

事例を一つ紹介する。マンションの11階で、姉妹2人暮らし。ADLは本人が要介護1。要望としては、姉妹2人でこの家で生活が続けられるようにしたい。自分だけの人生だから有意義に生きたい、絵もボランティアも再開したいということがあった。

評価は、ビスがゆるんでいないか、コーキングが十分か、など細かいことから改修後の生活全体の評価まで行う。

評価の結果は、移動用バーが不必要、手すりの位置、エコ引き戸の枠等の問題があった。

今後の課題として、利用者情報の正確な把握が必要。効率化と連携のあり方を検討することが必要。目標設定の明確化が必要。文字化されていないと確認内容が不明のため、ADLレベル、QOLレベルでの目標設定をする。評価システムの効率化により量的な

取り組みと分析を行う。利用者の満足度だけでなく客観的指標が必要。評価者の専門性により評価内容が異なっていることも検討課題である。

改修後、短期での評価、長期での評価を行う（1ヶ月後、6ヶ月後）ことも大切である。改修後に要介護度の評価をする必要がある。しかし、そのケアマネの負担も大きいので課題となっている。一般高齢者、特定高齢者への改修の不足がある。「できない できるようになる」を評価するだけでなく、「できる 長くできるようになる」ことの評価も必要だ。

Q 年間2万件のうちの50件を評価する際に、抽出の指定はあるか。

平成15年は「手すり」などとテーマを決めて抽出した。また 地域から 件という形で選定。社内のコンテストに出てきた事例について訪問に行くこともある。

< 討議 >（敬称略）

Q 工事金額、工事箇所などはどのくらいか。

岡澤 工事内容平均16~17万円、介護保険内が6割、その他が4割となっている。部位は、手すり+トイレ、浴室など。

Q 介護保険前後を比較するとどうか。

出路 措置制度の頃はエイジフリー事業部としてやっていたが、介護保険以降、創造性がなくなって窮屈な感じがする。手すりや段差解消の工事が中心となっている。「生活」として捉えない専門職の人が関わると、住宅改修マニュアルに書いてある通りになりがち。

Q 住宅改修助成（自治体独自）をやっている場合に相違があるか。

上村 今日の調査は介護保険のみが対象となっているが、印象として、金額や対象者の状態で様相は違うのではないか。

橋本 保険がついていることで利用者側にはモラルハザード（お金が出るから改修してしまう）が、また事業者指定がなく改修適用の基準があいまいであることから業者による供給者誘発需要（業者の悪のり）的なものがあるのではないか。

Q 評価の指標についてどのように考えるとよいか。

上村 認知症高齢者の住宅改修は具体的に考えると難しい。障害の種別などにより異なる。出路 メーカーと公的立場では異なる。なぜ評価するのかが異なると指標も異なる。行政としてどう評価するか、費用対効果などがある。民間には、お客様の要望に応えることと、専門家の提案の溝をどう埋めるかがある。

現在の住宅改修のキーパーソンはケアマネジャーなので、ケアマネジャーが評価のキーパーソンになるだろう。

橋本 同じ議論として、病院機能評価がある。住宅改修はケアマネがいるのでさらに難しい。医療の質の評価の場合も、質とは何か、誰にとっての質か（看護師、患者、保険者）構造（人・時間・技術をどれだけそこに投入したか）プロセス（どうサービスを実施したか）そしてアウトカム（利用者は何をもたらしただか、満足、費用）があり、この辺の整理

が見つからないと難しい。保険者としてグローバルに見るには、やった人とやらない人の介護費用の変化がどう違うかが大きい。ただし、サービス内容が標準化されていないため複雑で、何で評価するかが変わってくる。

かつて日本病院管理学会で満足度による医療の質の評価が注目されたが、ただ測定するのではなく「何のために」測定評価するのか、どう改善できるのかにつながらなかったためブームで終わってしまった。評価するからには目的が必要。

上村 福祉用具の適合度評価は、今まではどのくらい破棄（abandon）されるかだったが、今は、help と difficulty がどのくらい変化したかで見える方向になっている。できないことができるようになるケースは少ないので、difficulty の軽減の測り方が大事で、悪化度が低い、機能が維持されている、help がどのくらい減った、などがよく使われている。満足度評価だけを成果と評価するのは危険だが、自分がやった成果を、利用者と振り返ることはサービス提供者にとって有効だ。

岡澤 評価の目的と企業の姿勢だが、目的は質の向上にある。最初はできあがった工事に不満や危険がなければ不適合でないと考えていた。しかし評価を続けていて、目的に対して、プランの内容がどうだったか見ていく必要があると感じた。プラン当初は何を目指していたのか、それに対して現在の状況はどうか、を見ていく。6ヶ月、1年と経年的に変化を追えるとよいと感じている。

出路 量的な評価は難しい。当初の具体的な目標設定があいまいでは評価がしづらい。個々に具体的な目標を立て、達成率を評価することが必要。専門家の立場からはマニュアル化は無理な部分もある。適切な自己決定ができるように、サポートする人が必要だが、ケアマネジャーはそれができているかどうか。

Q 住宅の機能とADLの変化に合わせて、どう変化を見込んでおく必要があるか。地域的なもの、病院のある所、ない所、など。相対的な評価がいるのではないか。

上村 予後の評価には医療等との連携も大切。「不必要なことはやらない」提案も必要になってくる。ADL、本人の状況、病気などをよく見る必要があり、専門職の関わりが大切。

鈴木 住宅改修が入院（入所）の予防に貢献しているかもしれないという見方もありえるのではないかと、という橋本先生の話があったが、それに関してはこんな見方をしている。つまり、住宅改修は少し先の自らの生活が見えないと実行しないもので、たとえば「一週間先に入院することになるかもしれない」という当事者はまず住宅改修は行なわないであろう。住宅改修というのは現在のニーズで実行されるという面もあるが、将来のニーズを見込んで行なわれるという面も強い。その判断に対して、専門職がどう支援できるのかということであろう。

会場 専門家が困っている人にどう関われるか、その仕組みをどう作れるか、が大切ではないか。介護保険の中で、専門家が関わる仕組みがつぶされている。介護保険が始まってから昔の仕組みが成り立たなくなったというのが普通。介護保険はこの点で、不十分ではないか。どういう社会的サポートの仕組みを作り、自治体の中で、色々集計できる仕組み

を提案するなどして、どうしたら困っている人に手をさしのべられる仕組みを作れるか。利用者、施工者、ケアマネジャーなどを全面的に底上げしたり、専門家の相談を受けられるようにするなど。

橋本 介護保険ができてだめになった例として、各戸にビラが配られて手すりをつければよいというようなことがいわれた例がある。調査をすることが一般の人に評価されているかということもある。工事のほうが簡単のため。

Q 住宅改善相談をやっていたが、ケアマネがコーディネーターをやるということになりシステムがつぶされた。

橋本 介護保険ができて、よくなったこともあれば、うまく機能していないこともある。ではよくするにはどうするかだが、医療のほうでも同じ問題があがっている。専門家の技術をどう評価するかという問題に直面している。使った材料・機材は評価しやすいが、専門的判断などのソフトの技術に対する評価は困難だしできていない。制度による評価は平均像に対するものでどうしても粗くなるのはやむをえない。個別性は細かい目で別途の評価が必要となるが、場当たりの利用者ごとに個別に違うとっては評価にならない。まず専門家集団としての技術標準を確立・提示する必要がある。

出路 自分はソフトばかりやっているが、介護保険で設計料を出さないというのも妙だ。住宅改修だけでは採算はとれない。社会的合意をどんどん広めていかないといけない。窓口によって対応も異なる。ケアマネの理由書にもお金を出さないのは変。ケアマネは技術的知識はいらぬが、理由書にかかった経費を認めていかないと本気にはならないのでは。会場 ケアマネジャーは研修がないのでわかっていない。千葉県は介護予防に押し切られて、改修の研修がなくなった。自分でできることが一つでも増えることの意義をバックアップしてほしい。建築士に気軽に相談に行けるシステムを作ってほしい。アドバイザー的なシステムができることを願っている。

会場 住宅改修がケアマネジャーに窓口が一本化されたのが良い点だと思う。業者にフィードバックする仕組みなどがあるとよい。

鈴木 介護保険制度によって量的には広がったが、改修の質が高くなったとはいえない。現時点では、住宅改修が生活改善に有効であるとは断言できない。改修目的を明確にしてそれにふさわしい改修を実施すればこれだけの効果がある、ということを示していかないと、住宅改修の将来は厳しい。「理由書」による評価がひとつの鍵になると考えている。住宅改修の専門職が関与した場合の効果を提示することが必要であろう。

司会 次年度以降、評価研究を本格化させる。情報交換等を実施していきたい。悪い物ははじく点でも評価は大切で、現場で何ができるか考えて行く必要がある。