

住まいと健康 フォーラムニュース

発行者：住まいと健康フォーラム事務局 第44号
〒108-8638 東京都港区白金台4-6-1 国立保健医療科学院 建築衛生部 '03.11.17.
TEL 03-3441-7379 (鈴木) 3441-7391 (阪東) FAX 03-3446-4723

2003年度京都フォーラム (第62回日本公衆衛生学会自由集会) 報告 「介護保険以降の住宅改修の課題を考える」

国立保健医療科学院 建築衛生部 阪東 美智子

平成15年10月23日、キャンパスプラザ京都において、「介護保険以降の住宅改修の課題を考える」をテーマに京都フォーラムを開催しました。松岡悦子さん(社会福祉法人宇治病院居宅介護支援事業所所長、介護支援専門員・看護師)と石丸敏子さん(富山県高岡厚生センター地域リハビリテーション担当、保健師)から話題をご提供いただきました。また、開催にあたっては、玉井公子さん(京都府高齢化対策課介護保険審査係)にお世話になりました。参加者26名の内訳は、介護支援専門員、作業療法士、理学療法士、建築関係者など多様な分野にわたり、闊達な意見交換を行うことができました。以下に報告します。

○松岡さんからの話題提供

宇治病院居宅介護支援事業所は、ケアマネ8名(うち5名は訪問看護などを兼務)、事務員1名のスタッフからなり、利用者は521名いる。介護保険が施行された平成12年4月から平成15年3月までに146件の住宅改修を行った。うち85%が手すりの取り付けで、以下、床段差の解消、便器の取替え、浴槽の取替えと続く。

住宅改修で問題のあった事例を3つほど紹介する。

1つ目は、トイレを和式から洋式に改修した事例だが、家族がPTやOTの訪問を断り、ケアマネしか関与できなかった。改修前後の写真も家族が撮ると言い出すほどで、後でわかったが、息子が業者だった。ケアマネは書類の作成に追われ労力のみが増加するケースだった。

2つ目は他の事業所が関与したものだが、取り付けた手すりと壁との間に余裕がなく、指が入らない。手すりとして機能しないものを業者が平気で取り付けている実態がある。

3つ目の事例は、業者がさっさと改修するもののなかなか写真や書類を作成してこないケースである。業者が書類を作成するのに、最長で8ヶ月かかった。最後には連絡先さえわからなくなる業者もある。

介護保険下の住宅改修については、制度そのものに問題があると思う。宇治市では、介護保険前までは、高齢者等の住宅改造助成として30万円まで、また生きがい創造事業として20万円まで、さらに障害者を対象とする事業など、さまざまな制度を重複して利用することができ、時間をかけて利用者にあうものを提供することができた。しかし、介護保険制度導入後は、このような制度を重複して利用することができなくなった。介護保険制度の住宅改修の限度額20万円は安すぎるので、浴槽の取替えまではできない。また償還払いのため、立て替えるお金の余裕がない人は改修できない。生活保護受給者の場合は、改修の前に別途福祉事務所を通して許可を取らなければならないし、市営住宅居住者の場合は土木課との折衝が必要で業務が煩雑である。また、理由書を書いても、従来作成費用として交付されていた2000円も貰えなくなり、「タダ働き」の感が強い。このため、ケアマネが業者に丸投げする事態が生まれている。価

格も内容も一切を業者に丸投げし、訪問もしないケアマネもいると聞く。もちろんこれにはケアマネの専門知識の未熟さがあるが、業者の勉強不足も否めない。連携のとりにくい業者が少なくない。

一方、利用者の方も、介護保険の住宅改修について、「使わないと損」と考えている向きもある。明らかに自立と認められるような人でも、住宅改修をするために要介護認定を受ける人がいる。宇治病院居宅介護支援事業所でも、利用者のうち115件が他のサービスを利用しておらず、住宅改修や福祉用具の購入だけを利用した人が多い。

住宅改修が利用者にとって本当に必要かどうかを見極めるのは難しい。工事中に入院、重度化するなどして、利用できなくなるケースもある。1度きりの住宅改修では利用者に十分適応したものにすることは難しいと感じている。

○石丸さんからの話題提供&飯田恭子さん・元保健所長から補足説明

所属の高岡厚生センターは平成14年度に福祉事務所と保健所が統合されたもので、県の北西部に位置し、3市3町1村を所管している。富山県は、持ち家率や一人当たり畳数が全国一であるが、多湿対策として高床になっているため、高齢者や障害者には住みづらい環境である。

県内2番目の市であり、人口約17万人を抱える高岡市では、介護保険導入前までは年に5~6件の住宅改修しかなかったが、介護保険導入後にその数は250件に急増した。急激な数の変化を前に、改修内容の有効性について疑問が湧いたので、平成13年11月に研究会を立ち上げ、調査を行った。研究会のメンバーは、高齢福祉課（介護保険担当）、社会福祉課（障害担当）、保健センター、市民病院、建築士会高岡支部、厚生センターで、職種は医師、保健師、理学療法士、建築士、福祉事務所担当者である。

研究会では、介護保険の20万円の使い道と、改修内容の確認（書類の整理ではなく実際の内容を見る）に焦点を当て、アンケート調査、訪問調査、事例検討会などを行った。研究会で一同が顔合わせをしたときに「はじめまして」という声が聞かれたが、それまでに連携していなかったのが不思議なほどである。在宅ケアには、身体の問題（理学療法士等）と家の問題（建築士等）と人間関係が必要であり、それぞれの職種の力を引き出しそれぞれに責任を持ってやってもらおうのが保健所の仕事だと思う。

事例検討会では、小さな症例を取り上げて、職種や個人による見方の違いを体験した。数字ではなく事例を見ることが大事である。「できるだけ良い事例を作っていこう」ということで、共同作業をしながら共通言語を作っていた。このような取り組みを通して、さまざまな課題を共有化することができた。例えば、本人と業者さんのみの改修や、電気屋さんが手すりを取り付けに回っていた事例など、改修の満足度が高くて不適なものがあった。これらは訪問して初めてわかることである。課題が見えてくると、それぞれの現場で何ができるか考えるようになる。例えば、市高齢福祉課では、介護保険支給限度の上乗せを検討し、私費負担について非課税世帯という条件を取り払うことを検討している。また、高岡市外の介護保険組合に対してシンポジウムを開催するなどして、啓発・教育にも努めている。

住宅改修は単に家屋の改修ではなく、生活の改善であり、介護予防、寝たきり予防をはじめ生活の質の向上を目指すものである。医療・保健、福祉や生活に関わるあらゆる機関・組織と連携して効果的な住宅改修を進めていくための活動そのものが地域リハビリテーションであると考えている。

次に事例を一つ紹介する。脳卒中情報システム事業というのがあり、これを利用して訪問したケースである。退院時は杖歩行ができていたのに、退院して1週間後に訪問したら寝たきり

になっていた。玄関の 40 センチの段差や和式トイレなど住環境の問題が大きかった。本人、家族、建築士、ケアマネ、理学療法士等を交えて話し合いを重ね調整し、住宅改修を実施した。幸い、脳卒中情報システム事業によって早期に実情を把握し支援できたので、結果として杖歩行による自立生活が可能となった。寝たきりの原因は病気ではない。病気はあくまできっかけに過ぎない。住宅や人間（介護力）などが問題になっている場合が多い。公衆衛生関係で、人間関係の調査・研究が抜け落ちているように感じる。

○鈴木晃さん（国立保健医療科学院 建築衛生部）からの補足

厚生労働省のデータによると、平成 12 年度の要介護認定者の 6.1%が、1 件あたり 11 万 9 千円の住宅改修を行っている。住宅改修の給付支給額は増加傾向にあり、全国ベースでは、約 9 万件が住宅改修を行ったと予想される。

住宅改修の問題点の 1 つは、居住条件が相対的に良好な人が住宅改修をしていることである。極端に言えば、浴室のない住宅では浴室改修はできない。ある程度住宅に余裕がないと改修できないのが現実である。また、改修前後にケアマネの訪問がないことも問題で、特に過去に行った都市部の調査では、そのようなケースが少なくなかった。

住宅改修は満足度が高くても自立支援という視点からみると妥当でないものが多い。調査結果を分析すると、満足感達成には 2 つのモデルが存在することがわかった。1 つは解決すべき問題が明確で、適当な支援者が関与しており、それによって妥当性のある改修が行われ生活が改善された結果、満足感を得るというもの。もう 1 つは、解決すべき課題が曖昧であり、利用者本人が主体的に選択して改修を行った結果、評価基準が引き下げられて、結果的に「ないよりあったほうが良い」という満足感に結びついているものである。このような 2 つのモデルが混在しているために、調査を行っても、満足感の要因がはっきりと現れてこない現状がある。

○会場からの発言

- ・ 下水道工事に合わせ水回りの改修をするケースが増えている。利用者が知り合いの業者に依頼するケースがある。公的などが介入しないとうまくいかないのではないだろうか。
- ・ 多職種とのネットワークの必要性を感じる。専門職との意見交換などでは言葉（専門用語）の問題がある。研修事業に関わっているが、地域でのネットワークを育てることを主眼としている。京都でもセラピストが関わるケースが増えてきた。
- ・ 京都では、昨年 12 月から受領委任払いをしている。大阪では、相見積もりを取ったり、基本的な単価を示しているらしい。京都では業者との関わりはなく、ケアマネに任せている。
- ・ 高岡市の研究会ではさまざまな職種の人に関わっているが、立ち上げ時に異業種を交流させる秘訣のようなものはあるのか。
→保健所と建築士会のトップとの仲が良かった。保健師が家庭訪問をする時代からの縁である。20 年前に榎木さん（一級建築士）の講演を聞いて感動した。彼は当時手がけた住宅改修の約半数は失敗だったと言った。建築士が理解のある人でも、工事をするのは大工であり、大工は段差の文化を持っている。このような理解がないと連携は難しい。
- ・ 富山県にはリフォームアドバイザー制度があるが、店舗にしか適用されていない。一般住宅にも広げて欲しいと要請している。
- ・ PT・OT の専門性とは何か。
→PT・OT でも経験がないとダメ。自立生活を妨げているのは住環境の問題か、動作・介護の方法の問題か、を見極めるのは経験を積んでいないと難しい。また、他の職種（建

築士など)を知らないことが問題である。建築士・住環境コーディネーターなどの勉強会に出て、職種の壁を取り払う努力をしている。

事例研究の中で言葉(専門用語)の問題はクリアできる。

現在必要な改修と将来必要な改修を考えるのが難しい。介護保険は、基本的には1回しか使えないので、将来的に必要なものまでいっぺんにやってしまう傾向があるのではないかと。PT・OTで訪問が好きな人が多いが、対象者しか見ず、家族のことを見ていないことがある。結果として、例えば、手すりだらけの改修にしてしまうこともある。

PT・OTの養成課程ではどのような教育がされているのか。

→動機づけを強調している。また、事例を通じた学習により、改修に必要な要件などを理解させている。しかし、学生の中には実際の場面を経験することがない。病院実習などはあるが、患者宅の訪問は少なく、ましてや住宅改修のための訪問はまれである。卒後教育として補正するしかないのではないかと。維持期としての地域リハの授業はある。在宅状況の把握が大事だという話はしているが、現在の養成課程の中身だけでは不十分だと思う。逆に家族がPT・OTを運動の専門家とのみ思い込み、住宅改修のアドバイスを求めないケースがある。家族や利用者に対するオリエンテーションも必要ではないかと。

富山県の全県調査では、ケアマネの7割が住宅改修やその下地となること、リハビリマインドなどを学びたいと言っている。この背景には、住宅改修を不得手と感じるケアマネの意識がある。ケアプランの中で、他のサービスは指定業者にその内容を委ねられるが、住宅改修だけは指定業者制度でないために個別プランまでケアマネが担わないといけない。20万円という額もあり、うまくいかなかった場合の責任感が重い。本来はこのような現状は正しくないのであり、地域の中でバックアップするシステム作りが必要である。全部を自分で解決しようとするのではなく、ブレーンをつくれれば良い。しかし、ケアマネ個人でブレーンをつくることは困難である。公的機関がそのようなシステムをつくり、ケアマネの背中を押してあげることが必要でないかと。

今の介護保険下では、キーパーソンはケアマネである。ケアマネの力量を上げるしかない。それには、訪問をするしかない。現場で利用者とともに検討することで学ぶことができる。宇治病院居宅介護支援事業所の場合、専任ケアマネは1人あたり80件持っている。最近では、1ヶ月に最低1回は訪問しないと減算の対象にされるので、1人あたり月に250~260回は訪問している。24時間体制なので、1件で一晩に17回呼び出されたケースもある。住宅改修の場合、1人あたり5回は訪問しないとイケないが、現状では時間がなく対応できない。業者を教育すれば良いのでは。

→教育できる業者はまだ良いが、それすらもできない業者があり、それが問題だ。

ケアマネは標準で50件のケースを持っている。減算の対象が増えたので、給付管理に追われているのが現状だ。住宅改修におけるケアマネの役割の必要性は感じているが、難しい。本当に自立支援のためのアセスメントができるケアマネは少ない。

ケアマネが多忙だからという理由で、住宅改修だけを別の業種や専門家に任せるということになることは避けたい。そんなことになるともっと問題だ。ケアマネ本来の支援者としての役割を学んでいただくためにも、住宅改修に関わることは必要なことだ。

残念ながら時間の関係で議論は打ち切りとなりましたが、大変実りのある会でした。

来年の日本公衆衛生学会総会は島根県で開かれます。フォーラムも例年通り開催する予定です。みなさん、お楽しみに。

平成 15 年 9 月 26 日 国立保健医療科学院（和光市）にて、「シックハウス問題に公衆衛生従事者はどう対処するか」をテーマに、保健医療科学セミナーが開催されました。

以下、概略を報告します。

まず、国立保健医療科学院 建築衛生部長の池田耕一先生より基調講演がありました。

「シックハウスの定義はまだ定まっていますが、一般的理解としては、シックハウスとは住宅におけるシックビルシンドローム（SBS）です。また、SBSについては、そのビルの居住者の 20%以上が急性の不快感に基づく症状を訴えること、症状の原因（因果関係）は必ずしも明確である必要はないこと、症状のほとんどがビルを離れると解消することがその定義としてあげられています。シックハウス問題は、室内の汚染物質濃度を厚生労働省も定めたガイドライン以下にすることでほとんど解決しますが、化学物質過敏症（CS）の問題はガイドライン値以下であっても解決しないので、問題を分けて考える必要があります。

一般の室内空気汚染は冬の問題が多いわけですが、ホルムアルデヒドについては気温の高い夏に濃度が高くなる傾向があり、特別な物質であると言えます。

シックハウスの研究成果は多く出てきています。これをを共有できるようデータベース化に取り組んでいます。活用してください。

測定の実例も多く報告をされています。簡易測定としては検知管もかなり有効です。

また、SBSは日本には少ないという認識でしたが、調べてみると日本の事務室はVOCの濃度がかかなり高くなっているようです。これからも注意していく必要があります。」

次に行政の対処というテーマで、東京都健康局 環境保健課 室内環境保健担当係長の奥村龍一さんからお話をいただきました。

「最近のシックスクール問題の現場にいて、感じたことを述べます。保健所は現在シックハウスの問題への取り組みをかなり深めていますが、同じ化学物質の問題でも、公共施設の建設や管理の場にはなかなか入っていけない構造になっています。

また、最近の学校の化学物質問題では、ガイドライン値を超えるか超えないかだけが問題となりすぎているように思います。ガイドライン値を超えれば全て問題、超えなければまったく問題なしということではないはずです。

同時にマスコミ対応がかかなり重要になってしまっています。マスコミ中心になると、何が問題であるかを冷静に捉えることが難しくなります。

また、発注者が心配過剰になり、無理な仕様書を書かせてしまっている傾向も見られます。結局、受注者側は慣れない材料を無理に使用することから、逆にいいものがないということになりがちです。また、トルエンを恐れるあまり、放散の可能性がないものにまで、トルエンを放散しない証明書を求めたりと、対応がいきすぎになっている面もあります。正しい化学物質対策への理解が求められていることを感じます。」

次に保健所の対処のテーマで、国立保健医療科学院 建築衛生部研究生の塩津弥佳さんから、お話をいただきました。

「10年以上前からシックハウス問題は取り上げられていますが、マスコミの記事の数を見ると、1997年からグンと増えています。

実態調査に協力した保健所の取り組みについて調査してみると、8割程度の保健所でシック

ハウスの相談があり、多くの保健所で利用できる測定器具を保有していました。他の結果からも、保健所の取り組みが段々深まっていることが分かります。

課題としては行政内部で、環境衛生監視員がシックハウスに取り組んでいることがあまり知られていないこと、また、住民が住まいについての情報を得る先として、保健所が機能していないことがあります。十分なPRの必要があります。」

次に医学系のシックハウス問題というテーマで、京都大学大学院工学研究科教授 内山巖雄先生から、お話をいただきました。

「SHSにおける嗅覚特性を調べると、臭いの閾値の差はないですが、臭いの感じ方が異なるようです。また、FMR I を使って調べると、バニラの吸入のときには起こりませんが、トルエンを吸入したときに患者の脳に機能的な変化が起こっていることがわかります。これは血流が減少しているものと見られます。

新しい動きの一つで、生体内の化学物質の取りこみを判定する指標として尿中の化学物質濃度に注目しています。化学物質の体内への取り込みについてはなかなか判定が難しいので、研究に期待がかかります。化学物質の暴露量と症状の関係については、SHSではある程度関連しますが、CSでは、はっきりしていません。また、CSの原因の半数がシックハウスではないかとの推定もあります。」

最後に工学系のシックハウス問題というテーマで、漢陽大学助教授 朴 俊錫先生から、お話をいただきました。

「化学物質濃度の実態調査によると、住宅由来でない化学物質もかなり多いことがわかりました。住宅由来の化学物質は3年程度で濃度的には落ち着くと思われます。

また、機械換気設備がなく、自然換気だけでも化学物質濃度は経年で減少していきます。

池田先生も紹介されていましたが、化学物質空気汚染データベースの活用をお願いしたいと思います。化学物質問題で、低濃度ホルムアルデヒド合板の使用が増えています。ただし、低濃度ホルムアルデヒド合板は、当然カビが生えやすいので、管理が必要です。調べたところ、FCOレベルは菌がつけばほぼ100%成長しました。カビ由来の化学物質も意外に多いので、特に過敏症の方は今後注意が必要です。」

この後、質疑応答を行いました。シックハウスの基本的な事項を確認すると共に、最新の情報も得ることが出来る充実したセミナーでした。 (報告者 港区みなと保健所 五味)

事務局だより

フォーラムニュースでは原稿を募集しています。各地での住まいと健康に関する取り組みについて、ご報告ください。どちらかに発表した原稿の転載でも結構です。会員の双方向の情報交換がフォーラムの重要な役割です。皆さんのご協力をお願いいたします。

15年度会費の納入についても、よろしく願いいたします。

事務局

〒108-8638

東京都港区白金台4-6-1

国立保健医療科学院 建築衛生部 健康住宅室 鈴木 晃 ・ 阪東美智子

TEL 03-3441-7379 (鈴木) FAX 03-3446-4723

★事務局不在のことが多いので、ご連絡はなるべくFAXでお願いします。