

資 料

介護保険制度の住宅改修における「住宅改修が必要な理由書」を用いた
記述的研究：要介護度と理由書作成者の職種による違いの検討ツチ ヤ ル ミ コ キタムラ サト ミ オオ タ トモユキ ハットリ シン ジ
土屋瑠見子^{*,2*} 北村 智美^{*} 太田 智之^{3*} 服部 真治^{*}

目的 介護保険制度で提供される住宅改修サービスにおいて、申請者の特性や詳細な改修目的は十分に報告されていない。本研究では、住宅改修の事前申請制度に基づき保険者に提出される「住宅改修が必要な理由書（以下、住宅改修理由書）」を用い、住宅改修の申請実態を要介護度と理由書作成者の職種の違いを踏まえて記述した。

方法 2015年度に東京都八王子市に申請された住宅改修理由書を用いた。申請状況として、申請者情報（年齢、要介護度、同居家族、主疾患、居住場所に関する情報）、住宅改修の申請内容（改善を期待する日常生活動作、期待する効果、改修内容）を抽出した。分析では、申請者の要介護度別および理由書を作成した専門職の職種別（介護支援専門員（居宅介護事業所等）、介護支援専門員（地域包括支援センター）、社会福祉士、保健師／看護師、福祉住環境コーディネーター、増改築相談員）に人数と割合を示した。

結果 1,652人を分析した。申請者は要介護 1（30.2%）が最も多く、入院中に申請している者は要介護度 3 で最も多かった（33.3%）。住宅改修で改善を期待する日常生活動作は、排泄は要支援 1 で47.2%、要介護4/5で57.8%と重度要介護者で割合が高く、逆に外出・階段昇降では低かった。入浴は要介護 1 が58.1%と最も高かった。住宅改修で期待する効果は、どの要介護度でも転倒等の防止・安全の確保、動作の容易性の確保、申請者の精神的負担／不安の軽減が高かった。できないことをできるようにする、介護者の負担軽減は、要介護度が高いほうが該当者が多かった。また職種別の結果では、できないことをできるようにすると回答した割合は、排泄・入浴・外出では介護支援専門員（居宅介護事業所等）、階段昇降・屋内移動では社会福祉士で割合が高かった。介護者の負担軽減は、どの日常生活動作でも増改築相談員で割合が高かった。住宅改修内容は、どの要介護度でも手すりの設置が多くを占めていた。

結論 住宅改修の申請内容は、要介護度によって異なっていた。また、住宅改修に期待する効果には理由書作成者の職種による違いがあった。要介護度によって異なるニーズを踏まえた制度設計が必要であるとともに、専門職の連携を促進する上では、各職種の考え方の違いをお互いが理解する場が必要と考える。

Key words：エイジング・イン・プレイス、介護保険制度、住環境、日常生活動作能力

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(7): 495–505. doi:10.11236/jph.24–081

I 緒 言

介護保険制度における住宅改修サービスは、地域包括ケアシステム的一端を担う¹⁾。しかし、その全

国的な統計は、介護サービス施設・事業所調査には含まれておらず²⁾、介護保険事業状況報告の内容も、件数、給付費等に留まる³⁾。また、市町村単位の報告は2000年代に多く実施されてきたが^{4–6)}、近年は非常に少ない。加えて海外においても、その提供体制は医療保険制度、税財源による補助金など様々であり^{7,8)}、介護保険制度における住宅改修に関する報告は限られている。

日本の住宅改修サービスは、5種類のサービス（手すりの設置、段差の解消、床材の変更、扉の取

* 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構

^{2*} 公益財団法人 ダイア高齢社会研究財団

^{3*} 兵庫県立福祉のまちづくり研究所

責任著者連絡先：〒160-0022 新宿区新宿1-34-5

VERDE VISTA 新宿御苑 3 F

公益財団法人ダイア高齢社会研究財団 土屋瑠見子

E-mail: tsuchiya@dia.or.jp

替え、便器の取替え)が、1人原則20万円まで利用可能である⁹⁾。同サービスは、不正請求等の問題から2006年に事前申請制度が導入され⁹⁾、改修工事前に「住宅改修が必要な理由書」(以下「住宅改修理由書」とする)を提出し、保険者である自治体の承認を得る必要がある。そのため、住宅改修理由書には、改修の計画と見通しが記載されており、その申請実態を把握するには最良の情報源である。しかしその多くは、紙媒体で自治体に保管されており、分析可能な形になっていない。近年、日本では医療・介護レセプトを用いた研究が進められているが¹⁰⁾、介護レセプトで把握できる住宅改修サービスの内容は、利用時期や費用等の限られた情報に留まる。よって、住宅改修理由書の記載内容を記述することは、今後さらに進むビッグデータ研究を解釈する上でも有用と考える。

そして、申請者や理由書作成に関わる専門職の違いを踏まえて住宅改修の申請内容を把握することも重要である。申請者が利用できる改修は、要介護度によらず同一であるが、心身機能の変化に伴って住環境と心身機能とのミスマッチが生じることを考えると¹¹⁾、住宅改修に対するニーズは要介護度によって異なる可能性がある。また、住宅改修に主に関わる介護支援専門員は、住宅改修に対する苦手意識と多職種連携に対する課題意識があることが指摘されており^{5,12,13)}、各専門職に対する教育と連携方法を検討する上では、職種横断的な基礎統計が必要である。本研究では、申請者の要介護度、理由書作成者の職種の違いを踏まえて住宅改修の申請実態を示すことを目的とする。

Ⅱ 方 法

1. 対象地域・対象者

2015年度に東京都八王子市で住宅改修理由書を提出した申請者1,667人のうち、要介護度が欠損している15人を除いた1,652人を分析対象とした。

2. データ収集方法

東京都八王子市と一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構の共同研究協定に基づいてデータを取得した。まず、八王子市担当者が、紙媒体で保管されていた住宅改修理由書の個人情報(申請者の氏名、被保険者番号、住所、申請書作成者の氏名・連絡先)を削除し電子化した。医療経済研究機構の研究員は、個人情報に記載されていないPDFデータを受け取り、記載内容を転記したcsvデータを作成した。データのカテゴリ化が必要な項目は、医療系国家資格を持つ研究者1人と研究補助者1人がダブルチェックを行うとともに、

他の自由記述内容と見比べて内容の齟齬がないかを確認し、データの信頼性の担保に努めた。

3. 調査項目 (Appendix 1)

調査項目は、申請者の個人属性、居住場所に関する情報、理由書を作成した専門職に関する情報、住宅改修申請内容である。申請者の個人属性は、年齢、要介護度、家族形態、主疾患、申請時の入院状況とした。居住場所に関する情報は、家屋形態、居室の占有状況、居住階であった。このうち主疾患は自由記載のため、解答欄の最初に記載されていた回答に基づき分類し、全体での割合が高かった上位5疾患のみを結果に記載した。

理由書を作成した専門職に関する情報は、職種、事業所種類、作業療法士/理学療法士(Occupational Therapist/Physical Therapist (OT/PT))の助言の有無を用いた。職種は自由記載のため、解答欄の最初に記載されていた回答に基づき分類した。事業所種類は、所属事業所名をもとに、介護サービス情報公表システム¹⁴⁾と各事業所のホームページを用いて分類した。なお、住宅改修理由書を作成する専門職は、厚生労働省の通知において「基本的には居宅サービス計画等を作成する介護支援専門員および地域包括支援センターの担当職員とする」と定められているが¹⁵⁾、別途自治体が規定している。八王子市の規定では、上記に加え、理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上、財団法人住宅リフォーム・紛争処理支援センターの認定している増改築相談員・マンションリフォームマネジャーと定められている¹⁶⁾。

住宅改修申請内容は、改善を期待する日常生活動作、住宅改修に期待する効果、改修内容を用いた。改善を期待する日常生活動作は、排泄、入浴、外出、階段昇降、屋内移動を用いた。八王子市の住宅改修理由書様式は¹⁷⁾、厚生労働省の標準様式¹⁵⁾に基づき、3種類の動作(排泄、入浴、外出)を軸に構成されている。今回はさらに「その他」の内容を分類し、最も多かった階段昇降と屋内移動を追加した。加えて、八王子市の理由書様式に設定されている各日常生活動作の詳細項目(排泄6項目、入浴7項目、外出6項目)¹⁷⁾を用いた。住宅改修に期待する効果は、できなかったことをできるようにする、転倒等の防止・安全の確保、動作の容易性の確保、申請者の精神的負担や不安の軽減、介護者の負担軽減の5種類だった。改修内容は、介護保険制度で提供される5種類を用いた。

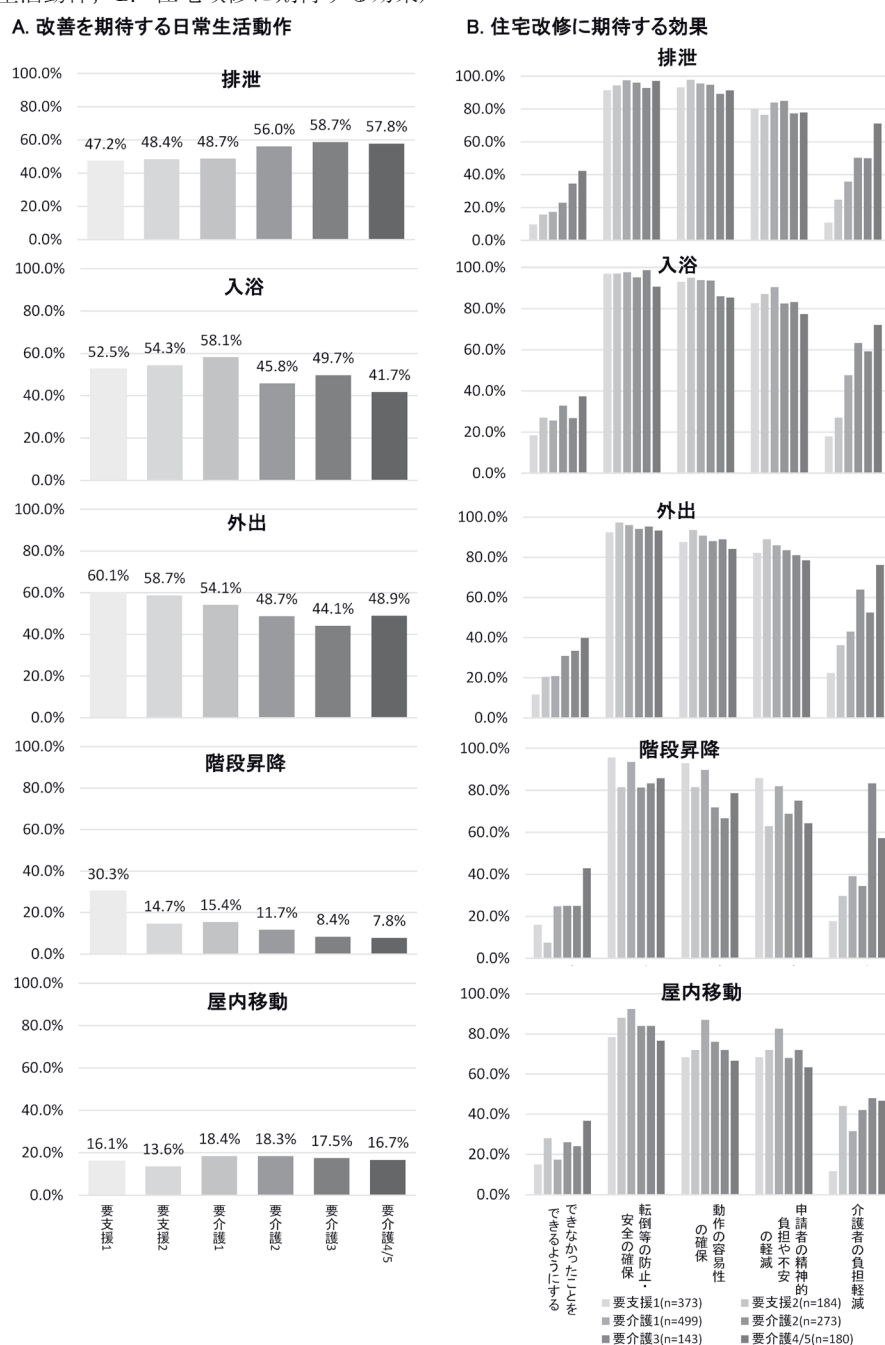
4. 分析方法

申請者の情報は、要介護度別および理由書作成者の職種別に人数と割合を示した(表1)。次に、住

表1 住宅改修理由書に記載された申請者の情報（申請者の要介護度・理由書作成者の職種別）

	要介護度 (n = 1,652)					理由書作成者の職種 (n = 1,591) ^a				
	合計					介護支援専門員 (居宅介護事業所等)				
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4/5	介護支援専門員 (地域包括支援センター)	保健師/看護師	福祉住環境コーディネーター	増改築相談員
八王子市 ^b	100.0	19.5	10.7	15.4	9.7	20.3	811(49.1)	149(9.0)	63(3.8)	67(4.1)
合計	1,652(100.0)	373(22.6)	184(11.1)	499(30.2)	273(16.5)	180(10.9)	811(49.1)	149(9.0)	63(3.8)	67(4.1)
申請者の個人属性										
年齢										
40-64歳	49(3.0)	6(1.6)	5(2.8)	11(2.3)	7(4.9)	10(5.7)	29(3.7)	2(1.4)	2(3.2)	2(3.2)
65-74歳	311(19.2)	63(17.2)	41(22.8)	98(20.2)	27(19.0)	40(22.9)	136(17.1)	26(17.6)	20(31.7)	17(27.4)
75-84歳	729(45.0)	201(54.9)	86(47.8)	202(41.6)	53(37.3)	63(36.0)	337(42.4)	76(51.4)	32(50.8)	23(37.1)
85歳以上	530(32.7)	96(26.2)	48(26.7)	175(36.0)	55(38.7)	62(35.4)	292(36.8)	44(29.7)	9(14.3)	20(32.3)
要介護度										
要支援1	373(22.6)	—	—	—	—	—	100(12.3)	89(59.7)	35(55.6)	17(25.4)
要支援2	184(11.1)	—	—	—	—	—	62(7.6)	41(27.5)	16(25.4)	6(9.0)
要介護1	499(30.2)	—	—	—	—	—	282(34.8)	13(8.7)	8(12.7)	24(35.8)
要介護2	273(16.5)	—	—	—	—	—	169(20.8)	3(2.0)	3(4.8)	7(10.4)
要介護3	143(8.7)	—	—	—	—	—	79(9.7)	0(0.0)	1(1.6)	4(6.0)
要介護4/5	180(10.9)	—	—	—	—	—	119(14.7)	3(2.0)	0(0.0)	9(13.4)
家族形態										
夫婦のみ	605(36.8)	156(41.9)	64(34.8)	173(34.9)	46(32.4)	69(38.3)	267(33.1)	59(39.6)	30(47.6)	29(43.3)
単身	270(16.4)	84(22.6)	40(21.7)	82(16.5)	19(13.4)	13(7.2)	118(14.6)	31(20.8)	13(20.6)	7(10.4)
夫婦のみ・単身以外	771(46.8)	132(35.5)	80(43.5)	241(48.6)	77(54.2)	98(54.4)	421(52.2)	59(39.6)	20(31.7)	31(46.3)
主疾患 ^c										
関節疾患	397(24.0)	133(35.7)	73(39.7)	111(22.2)	20(14.0)	18(10.0)	183(22.6)	54(36.2)	22(34.9)	12(17.9)
脳血管疾患	253(15.3)	38(10.2)	16(8.7)	63(12.6)	42(29.4)	47(26.1)	149(18.4)	22(14.8)	7(11.1)	12(17.9)
骨折	231(14.0)	41(11.0)	27(14.7)	61(12.2)	17(11.9)	43(23.9)	115(14.2)	18(12.1)	8(12.7)	8(11.9)
認知症	124(7.5)	5(1.3)	1(0.5)	62(12.4)	12(8.4)	12(6.7)	77(9.5)	2(1.3)	0(0.0)	4(6.0)
がん	91(5.5)	14(3.8)	11(6.0)	28(5.6)	7(4.9)	12(6.7)	43(5.3)	2(1.3)	3(4.8)	7(10.4)
申請時の入院状況										
在宅	1,467(89.2)	368(98.7)	177(97.3)	465(93.6)	241(88.9)	122(67.8)	700(86.6)	145(97.3)	61(96.8)	57(85.1)
入院中	177(10.8)	5(1.3)	5(2.7)	32(6.4)	47(33.3)	58(32.2)	108(13.4)	4(2.7)	2(3.2)	10(14.9)
居住場所に関する情報										
家屋形態										
戸建て	1,412(85.5)	333(89.3)	156(84.8)	418(83.8)	233(85.3)	153(85.0)	682(84.2)	135(90.6)	58(92.1)	63(94.0)
集合住宅	239(14.5)	40(10.7)	28(15.2)	81(16.2)	40(14.7)	27(15.0)	128(15.8)	14(9.4)	5(7.9)	4(6.0)
居室の占有状況										
専用	1,092(66.8)	258(70.1)	116(63.4)	331(67.1)	88(62.0)	117(65.4)	537(66.8)	100(68.0)	36(57.1)	64(95.5)
共用	543(33.2)	110(29.9)	67(36.6)	162(32.9)	88(32.6)	62(34.6)	267(33.2)	47(32.0)	27(42.9)	3(4.5)

図1 要介護度別の住宅改修で改善を期待する日常生活動作・住宅改修に期待する効果の割合（A. 改善を期待する日常生活動作，B. 住宅改修に期待する効果）



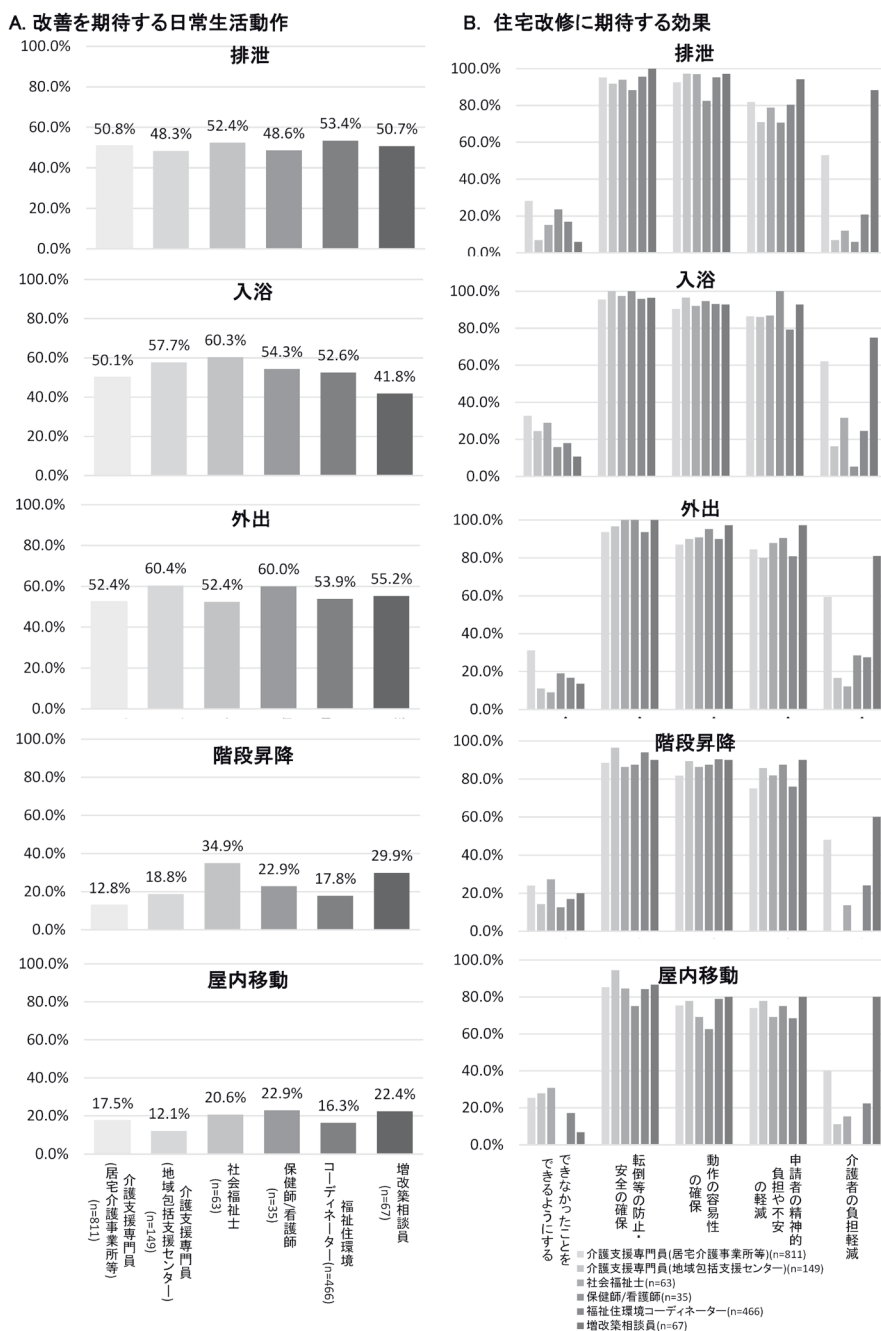
事業所等），増改築相談員でそれぞれ13.4%，14.9%と高かった。またOT/PTの助言は，介護支援専門員（居宅介護事業所等）で31.4%と最も高く，他の職種では2.9%から14.7%と低かった。

2. 住宅改修で改善を期待する日常生活動作と住宅改修に期待する効果（要介護度別）

住宅改修で改善を期待する日常生活動作の要介護度別の結果を図1A，日常生活動作の詳細を表2に示した。分析対象者全体での割合は，外出53.6%，入浴51.9%，排泄51.4%の順で該当者の割合が高かった。要介護度別では，排泄は，要介護3，4/5で割合

が高く（要介護3：58.7%，要介護4/5：57.8%），便座への着座・車いす等からの移乗，トイレまでの移動，トイレ出入口の出入りが要介護2～4/5の要介護者で多く申請されていた。入浴は，要介護1が58.1%と最も高く，浴槽の出入り，浴室出入口の出入りが，要介護1の者で多かった。外出は，要支援1の割合が最も高く，出入り口から敷地外までの屋外移動，上がりかまちの昇降を理由に要支援者が申請していた。階段昇降も要支援1が最も割合が高かった。屋内移動は，要支援2でわずかに割合が低い以外は，要介護度による差は小さかった。

図2 職種別の住宅改修で改善を期待する日常生活動作・住宅改修に期待する効果の割合（A. 改善を期待する日常生活動作，B. 住宅改修に期待する効果）



住宅改修に期待する効果は（図1B）、すべての日常生活動作において転倒等の防止・安全の確保、動作の容易性の確保、申請者の精神的負担や不安の軽減が高かった。要介護度別では、できなかったことをできるようにする、介護者負担の軽減と他3項目では分布の形が異なっていた。割合が最も低い項目と高い項目に着目すると、できなかったことをできるようにするでは、階段昇降を除いて要支援1が最も低く、要介護4/5が高かった。階段昇降においても、最も低かったのは要支援2で、要介護4/5が高かった。また、介護者の負担軽減では、排泄・入

浴・外出においては要支援1が最も低く、要介護4/5が最も高かった。階段昇降・屋内移動においても要支援1が最も低かったが、最も高い割合を示したのは要介護3であった。次に、転倒等の防止・安全の確保、動作の容易性の確保、申請者の精神的負担や不安の軽減では、排泄・入浴で最も割合の高い要介護度は異なっており、排泄では順番に要介護1、要支援2、要介護2、入浴では要介護2、要支援2、要介護1であった。一方外出では要支援2、階段昇降では要支援1、屋内移動では要介護1が最も割合が高かった。

表 2 改善を期待する日常生活動作（詳細）の要介護度別および改修内容別の人数と割合

	要介護度						改修内容					
	合計 (n = 1,652)	要支援 1 (n = 373)	要支援 2 (n = 184)	要介護 1 (n = 499)	要介護 2 (n = 273)	要介護 3 (n = 143)	要介護4/5 (n = 180)	手すりの 設置	段差の 解消	床材の 変更	扉の 取替え	便座の 取替え
排泄												
トイレルまでの移動	849(51.4)	176(47.2)	89(48.4)	243(48.7)	153(56.0)	84(58.7)	104(57.8)	800(48.4)	72(4.4)	1(0.1)	54(3.3)	13(0.8)
トイレル出入口の出入り	309(18.7)	50(13.4)	29(15.8)	93(18.6)	59(21.6)	35(24.5)	43(23.9)	273(16.5)	34(2.1)	0(0.0)	6(0.4)	0(0.0)
便座への着座・車いす等 からの移乗	303(18.3)	39(10.5)	32(17.4)	77(15.4)	75(27.5)	34(23.8)	46(25.6)	244(14.8)	41(2.5)	1(0.1)	42(2.5)	0(0.0)
衣服の着脱	596(36.1)	140(37.5)	64(34.8)	172(34.5)	100(36.6)	55(38.5)	65(36.1)	583(35.3)	2(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	12(0.7)
衣服の着脱	85(5.1)	13(3.5)	6(3.3)	22(4.4)	19(7.0)	9(6.3)	16(8.9)	85(5.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
排泄時の姿勢保持	94(5.7)	21(5.6)	11(6.0)	22(4.4)	18(6.6)	8(5.6)	14(7.8)	83(5.0)	1(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	9(0.5)
後始末	23(1.4)	6(1.6)	2(1.1)	8(1.6)	5(1.8)	0(0.0)	2(1.1)	22(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	50(3.0)	10(2.7)	6(3.3)	8(1.6)	10(3.7)	7(4.9)	9(5.0)	273(16.5)	6(0.4)	0(0.0)	8(0.5)	2(0.1)
入浴												
浴室までの移動	857(51.9)	196(52.5)	100(54.3)	290(58.1)	125(45.8)	71(49.7)	75(41.7)	808(48.9)	80(4.8)	31(1.9)	104(6.3)	—
衣服の着脱	150(9.1)	25(6.7)	10(5.4)	55(11.0)	26(9.5)	17(11.9)	17(9.4)	129(7.8)	18(1.1)	1(0.1)	4(0.2)	—
浴室出入口の出入り	38(2.3)	7(1.9)	3(1.6)	11(2.2)	9(3.3)	4(2.8)	4(2.2)	36(2.2)	2(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	—
浴室内での移動	539(32.6)	116(31.1)	61(33.2)	193(38.7)	83(30.4)	40(28.0)	46(25.6)	452(27.4)	58(3.5)	6(0.4)	89(5.4)	—
浴槽の出入り	247(15.0)	55(14.7)	26(14.1)	83(16.6)	43(15.8)	19(13.3)	21(11.7)	226(13.7)	5(0.3)	20(1.2)	5(0.3)	—
洗い場での姿勢保持	543(32.9)	137(36.7)	63(34.2)	190(38.1)	76(27.8)	37(25.9)	40(22.2)	516(31.2)	2(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	—
浴槽内での姿勢保持	85(5.1)	15(4.0)	12(6.5)	26(5.2)	9(3.3)	13(9.1)	10(5.6)	85(5.1)	0(0.0)	1(0.1)	0(0.0)	—
その他	195(11.8)	51(13.7)	19(10.3)	71(14.2)	27(9.9)	14(9.8)	13(7.2)	194(11.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
	75(4.5)	17(4.6)	10(5.4)	25(5.0)	12(4.4)	8(5.6)	3(1.7)	54(3.3)	5(0.3)	5(0.3)	11(0.7)	—
外出												
出入口までの屋内移動	886(53.6)	224(60.1)	108(58.7)	270(54.1)	133(48.7)	63(44.1)	88(48.9)	831(50.3)	121(7.3)	24(1.5)	6(0.4)	—
上がりかまちの昇降	191(11.6)	34(9.1)	23(12.5)	65(13.0)	31(11.4)	16(11.2)	22(12.2)	181(11.0)	8(0.5)	3(0.2)	1(0.1)	—
車いす等、装具の着脱	381(23.1)	115(30.8)	48(26.1)	119(23.8)	49(17.9)	18(12.6)	32(17.8)	359(21.7)	52(3.1)	0(0.0)	0(0.0)	—
履物の着脱	5(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)	2(0.7)	1(0.7)	1(0.6)	5(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	—
出入口の出入り	96(5.8)	27(7.2)	8(4.3)	36(7.2)	12(4.4)	6(4.2)	7(3.9)	93(5.6)	6(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	—
出入口から敷地外までの 屋外移動	119(7.2)	19(5.1)	15(8.2)	40(8.0)	24(8.8)	7(4.9)	14(7.8)	112(6.8)	9(0.5)	0(0.0)	2(0.1)	—
その他	437(26.5)	115(30.8)	59(32.1)	128(25.7)	65(23.8)	32(22.4)	38(21.1)	408(24.7)	38(2.3)	16(1.0)	0(0.0)	—
	53(3.2)	13(3.5)	8(4.3)	17(3.4)	5(1.8)	3(2.1)	7(3.9)	42(2.5)	10(0.6)	4(0.2)	2(0.1)	—
階段昇降	275(16.6)	113(30.3)	27(14.7)	77(15.4)	32(11.7)	12(8.4)	14(7.8)	249(15.1)	2(0.1)	15(0.9)	0(0.0)	—
屋内移動	282(17.1)	60(16.1)	25(13.6)	92(18.4)	50(18.3)	25(17.5)	30(16.7)	199(12.0)	47(2.8)	8(0.5)	9(0.5)	—

さらに、日常生活動作の詳細別の改修内容は(表2)、すべての生活動作において手すりの設置の割合が高かった。また、出入り動作(トイレ出入口の出入り、浴室出入口の出入り、等)や移動(トイレまでの移動、浴室までの移動、等)で、手すりの設置、段差の解消、扉の取替えが行われていた。

3. 住宅改修で改善を期待する日常生活動作と住宅改修に期待する効果(職種別)

住宅改修で改善を期待する日常生活動作の職種別の結果では、排泄(48.3~53.4%)、入浴(41.8~60.3%)、外出(52.4~60.4%)はどの職種でも約半数の者が該当した。階段昇降は他に比較し職種間の差が大きく、最も割合が低い介護支援専門員(居宅介護事業所等)の12.8%に対し、社会福祉士では34.9%であった。

職種別の住宅改修に期待する効果は、できなかったことをできるようにすると回答した割合が、排泄・入浴・外出は介護支援専門員(居宅介護事業所等)で最も高く、階段昇降・屋内移動では社会福祉士が高かった。また、介護者の負担軽減は、日常生活動作によらず一貫して増改築相談員が最も高く、次に介護支援専門員(居宅介護事業所等)が高かった。転倒等の防止・安全の確保、動作の容易性の確保、申請者の精神的負担や不安の軽減については、各職種の特徴は認めなかった。

IV 考 察

本研究では、住宅改修理由書を用いて住宅改修の申請実態について記述した。近年、これらの申請実態については報告されていない中で、本研究は、要介護度や理由書作成に関わる専門職に基づく違いを考慮する上で重要な資料と考える。

住宅改修申請者は、要支援1~要介護1の者・後期高齢者が多く¹⁸⁾、八王子市の2015年時点の要介護認定者の割合と比較しても(表1)¹⁹⁾、要支援1、要介護1は申請者が多く、要介護4/5では低いという結果であった。しかし、要介護4/5などの重度要介護者の半数は施設に入所していることから²⁰⁾、住宅改修は重度要介護高齢者においても一定程度利用されていると考えられる。また住宅改修申請者のうち、要介護3で脳血管疾患の者が多いのは、要介護度による疾病像の違いから説明できる²¹⁾。そして重度要介護者では、入院中に住宅改修を申請する者が多いことから、脳血管疾患等の要介護者の退院支援において、住宅改修は一定の役割を担っていると考えられた。

住宅改修で改善を期待する日常生活動作は、要介護度別の特徴があった。排泄動作は、重度要介護者

で、より改善を期待する日常生活動作とされていた。1日に複数回発生する排泄動作は、介護サービスですべてに対応できず、介護者による介助が必要となるためと考えられる²²⁾。入浴動作は要介護1で最も多く、重度要介護者は訪問入浴や通所サービス等を利用するため²⁾、自宅での入浴ニーズが少ないと考えられる⁴⁾。一方、外出・階段昇降では要支援1の割合が高く、出入口から敷地外までの屋外移動や上がりかまちの昇降に対する改修が計画されていた。これは、日本家屋の玄関はバリアとなりやすく、要支援者での改修が多いためと考えられる²³⁾。しかし、割合としては低いが、要介護者でもこれらの動作に対する改修が申請されており、訪問入浴や通所サービス時には定期的に外出する必要があることから、要支援者での住宅改修を計画する際にも、要介護状態を見越した玄関の改修計画が必要と考えられた。

住宅改修に期待する効果は、すべての要介護度で該当者が多い項目(転倒等の防止・安全の確保、動作の容易性の確保、申請者の精神的負担や不安の軽減)と、重度要介護者で該当者が多い項目(できなかったことをできるようにする、介護者の負担軽減)という異なる傾向があった。重度要介護者で該当者が多い項目は、重度要介護者では対象動作を実施できない者が一定の割合を占めること、また介護者の介助が必要な場面が増えるためと考えられた。できなかったことをできるようにするとは、実際の生活上で行える日常生活動作を増やすことを指し、日常生活動作能力や介護者の負担感は施設入所に影響することから²⁴⁾、住宅改修は要支援者だけでなく中等度・重度要介護者も含めた在宅期間の延長という役割が期待されていると考えられる。

さらに、様々な職種が関わるという住宅改修の特徴を踏まえ²⁵⁾、本研究では申請状況の違いを職種別に把握した。その結果、改善を期待する日常生活動作のうち、排泄・入浴・外出は、どの職種でも一定割合該当していたが、階段昇降は社会福祉士で高かった。社会福祉士が担当している申請者は、戸建て住宅の2階が主な居住場所である者が多かったことが理由の一つと考えられる。2階が主な居住スペースである場合の住宅改修は、より複雑となることが予想されるが、社会福祉士がOT/PTからの助言を受けている割合は4.8%と低い。OT/PTからの助言を受けている割合は、住宅改修に対する苦手意識と多職種連携に対する課題意識があることが指摘されている介護支援専門員^{5,12,13)}のほうが高く、それ以外の職種のほうがOT/PTと連携していない実態が示された。地域包括支援センターは要支援者が

対象であり、相談の必要性が低かった可能性も考えられるが、社会福祉士を含む地域包括支援センター職員と OT/PT の連携体制について更なる検討が必要である。加えて、住宅改修に期待する効果を見比べると、増改築相談員では、できなかったことをできるようにすると回答した割合が低く、介護者負担の軽減が非常に高いという特徴があった。住宅改修では、時に対象者の自立性と家族介護者の負担の軽減のどちらを目的とするかでコンフリクトが生じるため²⁶⁾、増改築相談員では家族介護者の負担の軽減に重きが置かれている可能性がある。多職種の連携を進める上で、地域ケア会議を活用した連携の促進などの取り組みが紹介されているが²⁷⁾、そのような場が、対象者の自立性と家族介護者の負担軽減のコンフリクトに対する各職種の考え方の違いなどをお互いが理解する場となる必要がある。

本研究にはいくつかの限界がある。まず本研究は住宅改修理由書の内容を横断的に記述しており、抽出された特徴についての因果を示すものではない。また、住宅改修サービスは、特定の条件下では複数回実施することができるが、2015年より以前に対象者が実施した住宅改修内容を考慮できていない。次に、本研究では、2015年度の住宅改修理由書を利用して、新型コロナウイルス感染症の影響や、2024年3月に発表された「介護給付費適正化における住宅改修等の点検および福祉用具購入・貸与調査の取組促進に向けた手引き」²⁷⁾などの運用により、近年新たな変化が生じている可能性がある。加えて、理由書を記述した者の職種は自由記述のため、複数の資格を保有していることを考慮できていない。さらに、本研究は八王子市のデータを使っており、すべての地域に一般化できるものではない。特に住宅改修内容は住居の構造の影響を大きく受けるため、本研究結果を一般化可能な範囲は、首都近郊の地域と考えられる。

V 結 語

本研究では、介護保険制度の住宅改修理由書を用い、住宅改修申請者の申請実態を申請者の要介護度別、理由書作成者の職種別に記述した。その結果、住宅改修の申請内容は、要介護度によって異なっていた。住宅改修サービスの提供にあたっては、要介護度の違いを踏まえた制度設計が必要であり、専門職間の連携を促す上では各職種の考え方の違いなどをお互いが理解する場が必要である。

本研究のデータ収集にあたっては、八王子市役所ご担当者の多大なるご協力を頂きました。また分析にあたっ

ては、阪本 誠様（理学療法士）、藤田 あゆみ様（理学療法士）にアドバイスを頂きました。そして本研究は、2021年度三菱財団の研究助成により実施致しました。この場を借りて深く御礼申し上げます。なお、本資料の著者全員において、開示すべき COI 状態はありません。

（ 受付 2024. 7.16 ）
（ 採用 2025. 2. 3 ）
（ J-STAGE 早期公開 2025. 4. 7 ）

文 献

- 1) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. 平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書. 2016. https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf (2024年7月2日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html> (2024年7月2日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 令和3年度介護保険事業状況報告（年報）. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/21/index.html> (2024年7月2日アクセス可能).
- 4) 鈴木 晃, 阪東美智子. 介護保険制度による住宅改修の目的動作：「理由書」標準様式の記載内容に関する分析. 日本建築学会計画系論文集 2009; 74: 523-532.
- 5) 神田秀幸, 池田理佳, 浪越 淳, 他. 介護保険制度における住宅改修の現状と課題—中野区の住宅改修の実態とケアマネジャーの関わり—. 保健医療科学 2001; 50: 49-52.
- 6) 坂田実花, 中島明子. 市川市における介護支援専門員による高齢者の住宅改修. 日本家政学会誌 2007; 58: 99-105.
- 7) 土屋瑠見子. 住宅改修サービスは要支援高齢者の要介護度悪化を予防するの. Dia News 2024; 113: 8-11.
- 8) 上田博之. 福祉先進国における高齢者に対する住宅改修：デンマーク、スウェーデン、ドイツ、オランダの現況. 生活科学研究誌 2003; 2: 163-172.
- 9) 加島 守. 住宅改修アセスメントのすべて [改訂版]. 東京都：三和書籍. 2020; 5-34.
- 10) Jin X, Tamiya N. The use of Japanese long-term care insurance claims in health services research: current status and perspectives. Glob Health Med 2021; 3: 142-148.
- 11) Lawton MP. Psychology of Adult Development and Aging. Washington, DC: American Psychological Association. 1973; 619-674.
- 12) 金 東淑, 大原一興. 高齢者のための住宅改修における職種間の連携に関する研究. 日本建築学会計画系論文集 2007; 617: 1-7.

13) 山田隆人, 碓田智子, 三橋俊雄. 住宅改修過程におけるケアマネジャーと建築関連職種の連携に関する研究. 保健医療学雑誌 2011; 2: 1–9.

14) 厚生労働省. 介護サービス情報公表システム. <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/> (2024年7月2日アクセス可能).

15) 厚生省. 居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給について (平成12年03月08日老企第42号). 2000. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4385&dataType=1&pageNo=1 (2024年7月2日アクセス可能).

16) 八王子市. 住宅改修の手続き (提出書類). <https://www.city.hachioji.tokyo.jp/life/003/001/007/002/p003821.html> (2024年10月29日アクセス可能).

17) 八王子市. 住宅改修が必要な理由書. https://www.city.hachioji.tokyo.jp/application/004/001/p003719_d/fil/1215riyusho.xls (2024年7月3日アクセス可能).

18) 厚生労働省. 社会保障審議会介護給付費分科会 (第220回) 資料7 福祉用具・住宅改修. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001123924.pdf> (2024年7月2日アクセス可能).

19) 八王子市. 八王子市高齢者計画・第8期介護保険事業計画 令和3～5年度 (2021～2023年度). 2021. <https://www.city.hachioji.tokyo.jp/kurashi/welfare/004/001/p028780.html> (2024年7月16日アクセス可能).

20) 内閣府. 平成27年版高齢社会白書 (全体版) 3 高齢者の健康・福祉 (2) 高齢者の介護. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html (2024年12月19日アクセス可能).

21) 高橋恭子, 築島恵理. 介護保険新規認定者において要介護度が重度となる原因疾病の検討. 日本公衆衛生雑誌 2017; 64: 655–663.

22) 厚生労働省. 平成25年国民生活基礎調査の概況 介護の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/> (2024年7月2日アクセス可能).

23) Makigami, K, Pynoo J. The evolution of home modification programs in Japan. Ageing Int 2002; 27: 95–112.

24) Bharucha A, Pandav R, Shen C, et al. Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 434–439.

25) 土屋瑠見子. 住宅改修のエビデンス構築に向けた課題. 週刊社会保障 2020; 74: 30–31.

26) 田中 葵, ポンジェペイダー, 橋本美芽. 高齢者を対象とした住宅改修における作業療法士の経験に関する現象学的研究. 作業療法 2023; 42: 80–88.

27) 令和5年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金. 介護給付費適正化における住宅改修等の点検および福祉用具購入・貸与調査の取組促進に向けた手引き. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001260518.pdf> (2024年12月19日アクセス可能).

Appendix 1 調査項目のカテゴリ

項目名	カテゴリ
申請者の個人属性	
年齢	40–64歳, 65–74歳, 75–84歳, 85歳以上
要介護度	要支援 1, 2, 要介護 1, 2, 3, 4/5
家族形態	夫婦のみ, 単身, 夫婦のみ・単身以外
主疾患	関節疾患, 脳血管疾患, 骨折, 認知症, がん
申請時の入院状況	在宅, 入院中
居住場所に関する情報	
家屋形態	戸建て, 集合住宅
居室の占有状況	専用, 共用
居住階	1階, 2階以上
理由書を作成した専門職に関する情報	
職種	介護支援専門員, 社会福祉士, 保健師/看護師, 福祉住環境コーディネーター, 増改築相談員
事業所種類	地域包括支援センター, 居宅介護事業所, 福祉用具貸与・販売, リフォーム会社, 他介護事業所
作業療法士/理学療法士の助言	あり, なし

Examining the application forms of housing adaptations in the Japanese long-term care insurance system by care need level and professional type: A descriptive study

Rumiko TSUCHIYA-ITO^{*2*}, Satomi KITAMURA^{*}, Tomoyuki OTA^{3*} and Shinji HATTORI^{*}

Key words : aging in place, long-term care insurance, housing, activities of daily living

Objectives Statistical data on housing adaptation services provided by Japanese long-term care insurance are limited. We described the application status by analyzing the application forms of housing adaptation services based on differences in care need levels and health and social welfare professional types.

Methods We obtained data from the application forms of housing adaptation services in Hachioji City, Tokyo in fiscal year 2015. The variables were individual factors (age, care needs level, family status, primary disease, and information about housing) and detailed content of the applied housing adaptations (daily activities expected to improve, expected effects, and types of housing adaptations). We described the number and percentage of individuals according to care need level and type of professional; care managers (long-term care agencies), care manager (community comprehensive support centers), social workers, public health/registered nurses, housing environment coordinators, and certified housing renovation specialists.

Results We analyzed 1,652 participants. The participants were mostly in care needs level 1 (30.2%), and individuals in care needs level 3 (33.3%) applied for housing adaptation during hospitalization. Regarding the daily activities expected to improve, individuals requiring severe care needs likely aimed for toileting (care support level 1; 47.2%, care need levels 4/5; 57.8%) but less likely to expect to improve going outside and up and down the stairs. Individuals with care needs level 1 expected the greatest improvement in their bathing activities (58.1%). Regarding the expected effects, “fall preventions,” “improved ease of activities,” and “reducing the applicant’s mental burden and anxiety” were crucial regardless of their care need levels, and “enabling what cannot be done” and “reducing the burden on caregivers” were more likely to be expected in individuals with more severe care needs. Regarding professional differences, the highest percentages of “enabling what cannot be done” were for care managers (long-term care agency) in toileting, bathing, and going outside, and social workers in getting up and down the stairs, and moving indoors. The certified housing renovation specialists emphasize on “reducing the burden on caregivers.” The most common type of housing adaptation was the installation of handrails or grab bars.

Conclusion Housing adaptations differ depending on applicants’ care needs and professional types. A system that considers the different needs should be designed depending on their care need levels and professional types and has a place in which each profession can understand the differences.

* Institute for Health Economics and Policy, Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare

^{2*} Dia Foundation for Research on Ageing Societies

^{3*} The Hyogo Institute of Assistive Technology