

老人のためのデイケアサービス

1. デイケアサービスとデイケアサービス提供施設
2. デイケアサービスの充足度
3. デイケアサービスの意義
4. デイケアサービスの課題

副田 あけみ*

要 約

在宅障害老人のためのデイケアサービスは、今後いっそうの発展が期待されている通所施設によるパーソナルサービスである。社会福祉サービスとしてのデイケアサービスは、わが国では1980年代にはいつてから発展するようになり、近年とくにその量的拡大が積極的に図られようとしている。しかし、その量的拡大は、サービス提供の社会的意義や利用者および家族にたいする効果をより大きなものにしていく方向でなされていく必要がある。本稿では、デイケアサービスと類似のタームであるデイケア、デイホスピタル、デイサービスといった用語を整理したうえで、サービス提供の実態とその意義をあきらかにし、今後の課題を論じる。

1. デイケアサービスとデイケアサービス提供施設

(1) デイケアサービスとは

老人のためのデイケアサービスの実態とその意義および問題点をあきらかにしていくにあたって、まず、類似の概念であるデイケア、デイサービス、さらにデイホスピタル、デイサービスセンター、ケアセンターといったタームがなにをさしているのか実態に即して明確にしておこう。

欧米でデイケアというと一般に乳児や幼児のための保育サービスをさすことでもわかるように、デイケアというのは日中一定の施設に通って来る人びとに種々のサービスを提供するシステムをいう。成人のためのデイケアは、精神障害者にたい

する社会復帰医療として始まった。イギリスでは、この精神障害者にたいするデイケアの普及に伴って、一般病院の老人科の一機能として、あるいは老人病院の付設施設として、老人のためのデイケアをおこなうデイホスピタルが1960年代に多く開設されていった。こうしたデイホスピタルでは、退院間近の患者や退院直後の老人にたいして医療・看護の提供、理学療法・作業療法を含むリハビリテーションを主におこなう。もっとも、数多いデイホスピタルのなかにはPT（理学療法士）やOT（作業療法士）などの専門家が常勤でおらず、集団作業活動やレクリエーション活動が主な活動になっているところもあるようだ。70年代になると、社会サービス部や非営利の民間組織が運営するデイセンターが多く開設されるようになり、さらに、公立の老人ホームでもデイサービスの提

*東京都立大学都市研究センター・人文学部

供をおこなうようになってきている。こうしたデイセンターには、虚弱老人や障害老人にたいして高度なケアを提供しているところもあるが、比較的健康で自立度の高い老人を対象とし、レクリエーション活動や学習活動などを中心におこなっているところが多いようである⁽¹⁾。

以上から、イギリスにおいてはデイケアというタームは、医療および看護の提供やリハビリテーションを必要とする比較的障害の重い老人にたいして、主にデイホスピタルという場でおこなわれるサービスシステムをさし、デイサービスというタームは、主に社会サービス部や民間組織が運営するデイセンターという場で提供される、比較的自立度の高い老人を対象とした種々のサービスをさすといえよう。しかし、イギリスの研究者のなかには、デイケアをおこなうデイホスピタルや、デイサービスを提供するデイセンター、さらにはより健康な老人にたいして昼食やクラブ活動を提供するローカルクラブ、ドロップ・イン・センター、老人住宅付設の社会的施設までも、老人のためのデイケアあるいはデイケアサービスを提供する施設としてとらえる人もいる。このばあい、デイケアあるいはデイケアサービスは、上記の各種の通所サービスを総称するタームとしてもちいられている⁽²⁾。

アメリカでは、こうした通所サービスのありようはいっそう多様であると思われる。だが、老人のためのデイケアといったばあい、「在宅で生活していけるがそのためには種々の医療サービスやリハビリテーションを必要とする老人が、自立して暮らしていけるよう援助したり、その生活内容を質的に向上させる」ためのサービスシステムをさし、親睦の場の提供や手芸、講話、昼食サービスを提供する老人センターや老人クラブとは違うという理解が一般的であるようだ⁽³⁾。

翻ってわが国のばあいをみてみると、国が定めた「デイ・サービス事業実施要綱（1979）」は、デイサービス事業を通所サービス事業と訪問サービス事業の2つとしてとらえ、前者にかんしては、老人ホームにデイサービス施設を設け、在宅の虚弱老人に通所の方法により各種のサービスを提供

する事業としている。各種のサービスとは、入浴、食事、生活指導、日常動作訓練、家族介護者教室、輸送サービスなどで、必要なサービスを提供することによって当該老人の自立的生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上を図り、あわせてその家族の身体的、精神的な労苦の軽減を図ることを目的としている。この事業をおこなっているのが、特別養護老人ホームに付設ないし併設されたデイサービスセンターである。イギリスの比較的健康な老人を対象とするデイセンターよりは自立度の低い老人を対象とし、各種のサービスを提供するさいには、直接的な介護という意味のケアもおこなう施設といえる。なお、デイサービスは利用者が通所することによってうけるサービスをいう、という理解は一般的に定着してきている。そこで、本稿でデイサービスというときは、要綱という訪問サービスは含めない⁽⁴⁾。

東京都が定めた「東京都ケアセンター事業実施要綱（1980）」は、特別養護老人ホームに併設するケアセンターにおいて、在宅のねたきり老人およびひとりぐらし老人等を対象とし、各種のサービスを提供する事業をケアセンター事業としている。各種のサービスとは、ショートステイ、入浴、デイホームサービス（機能回復訓練）、食事、各種相談などである。ケアセンター事業は、必要なサービスを提供することによって、当該老人の介護の充実、自立的生活の助長、心身機能の維持向上を図り、その家族の身体的、精神的な労苦の軽減を図ることを目的としている。ケアセンターは、ねたきり老人等重度の障害老人をその対象に含むため、直接的介助という意味でのケアをより多く含んだサービスの提供をおこなう施設である。

わが国の社会福祉の研究者や実践家のあいだでは、こうしたデイサービスセンターやケアセンターで提供される通所サービスをデイケアと称したり、デイケアサービスあるいはデイサービスというなど一定していない。本稿では、こうした虚弱老人や身体上、精神上の障害をもつ在宅老人のための通所サービスを総称するタームとして、デイケアサービスをもちいることにしたい。比較的健康な老人が利用する老人福祉センター等でおこ

なっている従来のサービスは、デイケアサービスとしてはとらえない⁽⁵⁾。デイホスピタルの提供するサービスはデイケアサービスに含めて考えることにする。しかし、わが国ではまだデイホスピタルの実践例が少ないので、以下では福祉サービスとしてのデイケアサービスに焦点をあててみてゆく。(2)にはいる前に、本稿でもちいるデイケアサービスのタームをあらためて定義しておこう。デイケアサービスとは虚弱であったり、身体上や精神上の障害をもち、日常生活を営むうえでなんらかの介助を要する在宅老人が、日中特定の施設に来所してうける各種のパーソナルサービスのことをいう。

(2) デイサービスセンターとケアセンターのタイプ

デイケアサービスを提供する施設の数、イギリスなどに比べるとまだはなほ少ない⁽⁶⁾。国庫補助事業としてのデイサービス事業と、東京都の一部単独事業であるケアセンター事業を実施している施設数の推移は表1のとおりである。デイサービス事業実施数は、1986年度にそれまでの2倍になっている。なお、表にあるデイホーム事業というのは、「デイホーム事業要綱(1983年)」にもとづく東京都単独の事業であって、ケアセンター事業のなかのデイホーム(機能回復訓練)

サービスとは制度上異なる事業をさす。虚弱老人やひとりぐらし老人を対象として、日常動作訓練、趣味生きがい活動、クラブ活動、昼食などのサービスを提供する事業である。ケアセンター事業が対象とする老人よりも自立度が相対的に高い老人にたいし、ねたきりの防止や生きがいを与えることを目的としている。その多くは特別養護老人ホームの委託事業として実施されている。

1987年度に国がデイサービス事業要綱を改訂したことに伴い、東京都でも従来のケアセンター事業、デイサービス事業、デイホーム事業を統合化し、「高齢者在宅サービスセンター事業実施要綱(1987年)」にもとづく事業が開始されることになった。この事業では、在宅の虚弱老人、ねたきり老人等要介護老人を対象とし、次のサービスを必須の基本事業として提供する。生活指導・相談・趣味生きがい活動、健康増進・健康チェック、日常動作訓練、養護、家族介護者教室、送迎。これまでケアセンターで提供されていた機能回復訓練、入浴サービス、ショートステイ、食事サービスはいずれかを選択して実施できるという位置づけになっている。1987年度の50という数字は、従来の3つの事業を実施している施設を高齢者在宅サービスセンターとしてカウントした数字である。1986年度の3つの事業実施数の合計よりも少なくなっているのは、従来実施していた事業を統合化

表1 デイケアサービス実施ヶ所の推移

事業名	年度 (昭和)											
	1977 (52)	1978 (53)	1979 (54)	1980 (55)	1981 (56)	1982 (57)	1983 (58)	1984 (59)	1985 (60)	1986 (61)	1987 (62)	
東京都	9市	9市	16区市	21区市	22区市	25区市	30区市町	33区市町	34区市町	35区市町	50	
ケアセンター運営費補助	2ヶ所	2	4	8	10	12	14	16	22	25		
デイ・サービス事業			1ヶ所 (含建設費) 2ヶ所	3 (含建設費)	2	2	2	2	2	2		
デイホーム事業							5ヶ所 (施設整備)	5	7	7		
									17 (運営費)	27		
国			20ヶ所	40	60	74	81	86	96	210		

資料：都の資料は『東京都の老人福祉施策の概要』昭和61年度および昭和62年度版(東京都福祉局老人福祉部)、国の資料は『厚生白書昭和61年度版』(厚生省編)、いずれも開設予定を含む。なお、東京都の1987年度の数字は、高齢者在宅サービスセンター事業実施数である。

表2 デイサービス事業、ケアセンター事業のサービス別利用者数および平均年齢（1984年度）⁽¹⁾

			入 浴			日常動作訓練 ⁽²⁾ 機能回復訓練	食 事	輸 送	ショート ステイ ⁽³⁾
			小 計	特 浴	介助浴				
デイサービス事業	利用者数 (人)	男	1,697	756	941	1,604	1,558	1,721	
		女	2,453	883	1,570	3,098	3,122	3,244	
	平均年齢 (歳)	男		75.2	74.8	73.5	74.5	74.5	
		女		77.3	75.8	74.7	75.1	74.7	
ケアセンター事業	利用者数 (人)	男	720			432			673
		女	824			296			1,080
	平均年齢 (歳)	男	75.9			69.0			75.0
		女	78.6			71.0			79.3

資料：『デイサービス事業全国実態調査報告書』大阪府老人施設部会デイサービス研究会，1984，『ケアセンター統一報告書』東京都老人福祉部会ケアセンター分科会，1984年度。

注(1)：措置施設である老人ホームの統計にくらべると，当該事業にかんする統計データは不十分である。上記の2つの資料ともやや正確さに欠ける面がないわけではないが，今のところこれらをもちいるほかはない。

注(2)：デイサービス事業の日常動作訓練とケアセンター事業の機能回復訓練はまったく同じ内容のサービスではないが，重なりあう面も少なくないので対応させた。

注(3)：ショートステイはケアセンター事業のうちのひとつのサービスであるが，必ずしも通所サービスとは言えない。国のデイサービス事業要綱にはこのサービスは含まれていない。ここでは，ケアセンター事業の他のサービスとの比較の意味で掲げておいた。

したケアセンターや特別養護老人ホームがあるためと推察される。

1986年度現在，多くのデイサービスセンターでは，輸送サービスによって通所してきた老人に，日常動作訓練，作業活動，クラブ活動，レクリエーション，食事，入浴，休養などのサービスを選択してもらい各サービスを提供しているが，筆者が見聞きしたかぎりでは，利用者の多くはこれらのサービスを重複してうけているようである。この点は，表2に示すように，デイサービスセンターの日常動作訓練の利用者と食事サービスの利用者の数や平均年齢があまり異なることから推測できる。入浴サービスの利用の数がこの2つのサービスのそれとやや異なるのは，入浴サービス利用者の集計を特浴（機械浴）と介助浴に限ったため，介助なしで入浴している人が集計されなかったためではなかろうか。

ケアセンターでは，入浴（ケアセンターのばあ

いは，ほとんどが特浴と思われる），機能回復訓練，ショートステイなどのサービスを提供しているが，いくつかのセンターを訪問してスタッフの話の聞いたり，あるセンターで利用者の台帳をみせてもらって把握したかぎりでは，これらのサービスの利用者は部分的に重なってはいるものの，全体としては別々の利用者に提供されているようである。表2でみても，サービスごとに利用者の数が異なっている。入浴サービスとショートステイの利用者はねたきり等障害の重い老人が多く，平均年齢も機能回復訓練利用者より高い。機能回復訓練の利用者は，PTやOTによる指導をうけてリハビリテーションに励もうとする比較的若い男子老人が多くなっている。デイサービスセンターにおける日常動作訓練の利用者に女性老人が圧倒的に多いことと対照的である。

このデイサービスセンターの日常動作訓練サービス利用者と，ケアセンターの機能回復訓練サー

表3 デイケアサービス利用者のADL 上段はデイサービス事業利用者
下段()はケアセンター事業利用者 (ともに1984年度)

	N (N)	入浴 (特浴・介助浴)		日常動作訓練 機能回復訓練		食 事		ショートステイ	
		男	女	男	女	男	女	男	女
歩	N (N)	1,702 (720)	3,196 (824)	1,449 (432)	2,814 (296)	1,368	2,842	359 (673)	525 ⁽¹⁾ (1,080)
	自力歩行 (自 立)	45.8 (16.0)	64.2 (14.3)	56.9 (64.4)	72.0 (71.6)	58.2	75.2	22.3 (30.4)	25.9 (28.0)
	介助歩行 (部分介助)	24.9 (28.8)	17.2 (29.2)	24.6 (27.4)	18.0 (21.1)	24.8	15.8	30.9 (34.2)	29.9 (37.1)
行	ねたきり (全面介助)	29.4 (55.2)	18.9 (56.5)	18.4 (8.2)	10.0 (7.3)	17.0	9.1	46.8 (35.4)	44.2 (34.9)
	N (N)	1,697 ⁽²⁾ (720)	3,218 (824)	1,446 (432)	— ⁽³⁾ (296)	1,357	2,840	356 (673)	524 (1080)
排	自力排泄 (自 立)	54.7 (20.6)	71.3 (22.8)	66.6 (78.3)	— (79.6)	66.5	81.1	27.5 (24.3)	33.2 (28.6)
	部分介助 (部分介助)	25.9 (37.4)	14.9 (35.9)	21.5 (18.5)	— (17.4)	22.3	12.4	33.4 (40.7)	30.2 (35.2)
	オムツ (全面介助)	19.4 (42.0)	13.8 (41.3)	11.9 (3.2)	— (3.0)	11.3	6.5	39.0 (35.0)	36.6 (36.2)

資料：表2に同じ(ADLの5つの項目のうちここでは2項目のみ取上げた)。

注(1)：国のデイサービス事業にはショートステイは含まれていないが、デイサービス事業を実施している特別養護老人ホームでは国の短期保護事業(ショートステイ)を実施しているところが少なくなく、調査報告書でもこのサービス利用者のADLについて記載していたので、ここでも一応掲載しておいた。

注(2)：同じサービスを利用しているのに項目によって人数が異なるのは、項目によって不明のものがあつたためと考えられる。なお、サービスを重複して利用しているものも、それぞれのサービスごとにADLをとっている。

注(3)：報告書に記載されている数字があきらかにミスプリントと思われるので記入せず。

ビス(ケアセンターの機能回復訓練には、日常動作訓練や集団レクリエーション活動等が含まれているばあいが多い)の利用者の自立度を判定されたADL(日常生活動作能力)でみると、虚弱老人を対象とすることになっているデイサービスセンターの日常動作訓練サービス利用者のほうに自立度が低くて、部分介助もしくは全面介助を要する人がやや多い。逆に、より重度の障害老人を主な対象とすることになっているケアセンターのほうに自立度の高い人が多くなっている(表3)。ケアセンターの機能回復訓練サービス利用

者は、身体障害のていどが比較的軽度で、身体機能の回復と身の自立をめざそうとする若い層の老人が多い。これにたいして、デイサービスセンターの利用者は年齢も高く、身体上、精神上的の障害も重くてその回復はとくに期待していない老人が相対的に多いということなのであろう。

全国のデイサービスセンターのなかには、自治体からの依頼によって、あるいは、施設長の運営方針にもとづいてかなり重い障害のある老人、つまり全面的に直接的ケアを必要とする老人をサービスの対象としているセンターが少なからず存在

する。「先駆的にデイケアに取組んだ施設や、優れた活動を展開している施設」の施設長や実践スタッフが、その実践活動等をまとめた『老人のデイケア——よりよい処遇のための事例シリーズ6——』⁽⁷⁾に載った2つのセンターを訪れたところ、2つともかなり重度の障害老人や痴呆性老人を多くかかえ、濃厚なケアや保護・監護のサービスを提供していた。また、PT、OTなどが配置されていないのにもかかわらず、他機関の専門職の援助をうけて、日常動作訓練としてのリハビリテーションにも力を注いでいた。

だが、スタッフの数や輸送手段あるいは施設設備の問題等から、重度の障害老人へのサービス提供が困難なセンター、また、デイサービスセンターを開設したものの地域住民の理解度がまだ低いため利用者が集まりにくく、必ずしも虚弱ではない老人や障害をとくにもたない老人等が多く利用しているセンターもある。どのような障害の老人が利用者全体の中にどのくらい含まれているかということで、サービス提供の方法やサービスのプログラム内容も規定される側面が強い。上村安一郎氏は、16のセンターの実態調査をもとに利用者の要介護状態とサービス提供の特徴によって、センターをつぎの4タイプに分類している。Ⅰタイプ 利用者のほとんどが介助の必要なしで、レクリエーションを主体にしたサービスを実施、Ⅱタイプ 利用者の0～25%が全介助を必要とし、訓練や診断、レクリエーションを積極的に提供、Ⅲタイプ 利用者の25%～50%が全介助を必要とし、多種のサービスを提供、Ⅳタイプ 利用者の50%以上が全介助を必要とし、特浴（機械浴）中心のサービスを提供。ただし、これらのタイプの分布状況については触れていない⁽⁸⁾。

いくつかある実践報告例やセンターのスタッフにヒヤリングした結果等をもとにデイサービスセンターを分類すれば、利用者の性格とサービス内容によって、おおよそつぎの3つに分けることができる。①虚弱か障害があっても軽い人を対象として健康体操やクラブ活動、趣味生きがい活動を中心的サービスとするセンター、名称を与えれば「趣味生きがい活動型センター」、②比較

的障害の重い人を対象として日常動作訓練の提供や保護・監護サービスの提供を中心とするセンター、「日常動作訓練および保護・監護サービス型センター」、③その両者の中間の性格をもつセンター、「中間型センター」である。こうしたタイプの違いは、施設運営の理念、運営費、建物・設備、マンパワー、併設施設との連携のありかた、移送体制、当該地域におけるニーズ等多くの要因の影響によってもたらされると考えられる。

現時点で上記したデイサービスセンターの類型がどのように分布するか、分析できる全国的なデータはない。開設当初は比較的軽度の障害老人を対象としていたセンターが、実践経験を積んだスタッフの自信と意欲によって、より重度の障害老人を対象としたセンターに変わっていった例もある。だが、国が現在の職員配置基準の改善を図らないまま、デイサービスセンターの量的拡大を図っていくならば、数のうえでは趣味生きがい活動型センターに分類できる施設の増加傾向が強くなるのではなかろうか。今後の問題点については、4で再び取り上げる。

ケアセンターでは、入浴サービスやショートステイにかんして、現在どのセンターでもねたきり老人を中心とした重度の障害老人にサービスを提供しており、今後もその傾向は続くと思われる。機能回復訓練にかんしては、現在もっぱらPT、OTによる機能回復訓練を中心としたサービスを提供しているところ、機能回復訓練だけでなく趣味生きがい活動やクラブ活動にも力をいれているところ、また、痴呆性老人の監護やケアサービスに力をいれているところ、地域の他の在宅サービスとの連携を図りデイケアサービスのより効果的な提供を試みているところなど、特色をもつケアセンターも存在している。今後は、病院を退院した人々にたいするより医学的なりハビリテーションのサービスの提供とか、リハビリテーションを目的としたショートステイ（たとえば1ヶ月から3ヶ月以内で）等のより専門的な試みをおこなったり⁽⁹⁾、上記したような特色をいっそう鮮明にしていこうとする傾向がでてくる可能性もある。そうなれば、デイホスピタルでのデイケアのような

より専門的サービスの提供を指向するタイプと、先に述べたデイサービスセンターの3つのタイプ等に、ケアセンターも分類できるかもしれない。

しかしすでに触れたように、東京都ではデイサービス事業、ケアセンター事業、デイホーム事業を統合して高齢者在宅サービスセンター事業を1987年度から開始することになった。既存のケアセンターは、従来からの機能回復訓練を高齢者在宅サービスセンター事業の基本事業とみなすことで、従来の事業体制を当面とっていくようである⁽¹⁰⁾。だが、今後この新しい要綱にしたがって、高齢者在宅サービスセンターの量的拡大が積極的に図られるならば、今後新しく開設されるセンターは、基本事業としての趣味生きがい活動と日常動作訓練を中心にしたセンターになる傾向が強くなるのではないか。そうしたなかで、従来からあるケアセンターがそのもっていた特色あるサービス提供をどのように発展させていくか、関心もたれる。

2. デイケアサービスの充足度

(1) デイケアサービスの対象者

現在提供されているデイケアサービスは、それを必要としている老人のうちのどの割合の人に利用されているのだろうか。このデイケアサービスの充足度を求めるには、まず、デイケアサービスの対象者の数をあきらかにしなければならない。1であきらかにしたようにデイケアサービスの対象者は、虚弱老人や障害をもった老人である。東京都老人総合研究所の前田大作氏らがおこなったデイケアサービスのニーズ把握の試みでは、老人の障害だけでなく家族ケアの困難度も対象の条件としてニーズ把握をおこなっている⁽¹¹⁾。だが、現実には、デイケアサービスは必ずしも家族ケアの困難度を考慮して提供されているとはかぎらない。ここでは実際の充足度を求めたいので、老人の障害だけを条件として対象数を求めることにする。

全国的にみると、多くの自治体でねたきり老人数の把握やその出現率を求める作業がおこなわれ

表4 全国レベルのデイケアサービス対象者、サービスニード、充足度

	1984年度	1986年度
a 65歳以上人口	11,956,000 人	12,554,000 人
b ねたきり老人 ($a \times 1.48\%$)	176,949	185,799
c 準ねたきり老人 ($a \times 2.14\%$)	255,858	268,656
d ねたきり等老人 ($b + c$)	432,807	454,455
e 比較的重い障害のある老人($a \times 2.06\%$)	246,294	258,612
f 「要介護老人」 ($d + e$)	679,101	713,067
g 軽い障害のある老人 ($a \times 22.26\%$)	2,661,406	2,794,520
h 「障害老人」 ($f + g$)	3,340,507	3,507,587
i ねたきり老人のサービスニード ($b \times 46.0\%$)	81,397	85,468
j 準ねたきり老人のサービスニード($c \times 30\%$)	76,757	80,596
k 比較的重い障害のある老人のサービスニード($e \times 31\%$)	76,351	80,170
l 「要介護老人」のサービスニード ($i + j + k$)	234,505	246,234
m 軽い障害のある老人のサービスニード($g \times 30\%$)	798,422	838,356
n 「障害老人」のサービスニード ($l + m$)	1,032,927	1,084,590
o デイケアサービス利用者	10,530	27,300
p デイケアサービス充足度Ⅰ ($o \div l \times 100$)	4.5 %	11.1 %
q デイケアサービス充足度Ⅱ ($o \div n \times 100$)	1.0	2.5
r デイケアサービス充足度Ⅲ ($o \div f \times 100$)	1.6	3.8
s デイケアサービス充足度Ⅳ ($o \div n \times 100$)	0.3	0.8

ている。しかし、調査方法やねたきり老人の定義が必ずしも一定ではない。また、厚生行政基礎調査はねたきり老人の出現率をだし、その数の全国推計値も発表しているが、ねたきり老人以外の障害老人の数はとらえていない。そこで本稿では、『東京都社会福祉基礎調査報告書 老人の生活実態(1985年)』(以下、東京都調査と呼ぶ)があきらかにした4種の障害老人の出現率をもちいて、障害老人の概数をだすことにした。なお、痴呆性老人の出現率は、いくつかの調査によればおよそ5%(65歳以上人口)である。だが、痴呆性老人の約46%はねたきりあるいはねたりおきたりで、約27%はおきてはいるがあまり動かないか動けるが動きは少ないといった状態にある。よって、東京都調査の障害老人の把握方法によれば、痴呆性

老人のかなりの部分は把握されたねたきりかねたりおきたりといった障害老人のなかに含まれていると推測できる。なお、家のなかで普通に動く痴呆性老人は約24%、活発に動く痴呆性老人は約1%である⁽¹²⁾。これらの動く痴呆性老人のためのデイケアこそもっとも必要と考えられるが、1986年度現在、痴呆性老人だけを対象としたデイケアは制度化されていない。本稿でデイケアサービスの対象者数を求めるさいには、これらの動ける痴呆性老人の数は一応含めないでおくことにする。

東京都調査では、日常生活動作能力の判定表をもちいて、ねたきり老人、準ねたきり老人、比較的重い障害のある老人、軽い障害のある老人の4つに障害をもつ老人を分類し、前三者を「要介護老人」と呼んでいる⁽¹³⁾。各類型の出現率はそれ

ぞれ1.48%、2.14%、2.06%、22.26%である。この出現率をもとに、全国と東京都のデイケアサービスの対象数を求めたのが表4と表5のb、c、e、gの欄の数字である。全国では、「要介護老人」が1984年度で679,101人、東京都では1985年度で60,351人いる⁽¹⁴⁾（表4と5のf欄）。これらの人々をデイケアサービスの主要な対象者として把握することができるが、実際にデイケアサービスをうけている老人のなかには、軽い障害のある老人も少なくない（とくに趣味生きがい型のセンターでは）。そこで、その数と「要介護老人」とを合計した「障害老人」全体の数も計算しh欄に示しておいた。

(2) サービスニードとサービスの充足度

つぎに、デイケアサービスの対象者のうちで、デイケアサービスを利用したいと思っている人の数をデイケアサービスのサービスニードと呼ぶことにし、この数を求める。デイケアサービスの充足度は、このサービスニードのうちどの程度が実際にサービスを利用しているのか、その割合をさすものとする。

東京都調査では、通所施設（機能回復訓練や入浴、食事、洗濯などのサービス、さらに趣味や娯楽の機会を提供してくれる通所施設）の利用希望の割合を老人の障害度別に求めた結果、最重度の人46.5%、重度45.6%、中度30.2%、軽度30.9%になるとしている。同じ報告書はねたきり老人が最重度と重度、準ねたきり老人が中度、比較的重い障害のある老人が軽度の障害度類型にはほぼあたることを示している⁽¹⁵⁾、これらの数字を先の表のb、c、eにかけてデイケアサービスのサービスニードを求めた。東京都調査の結果であきらかになったデイケアサービス利用希望者の割合をもとに、全国のサービスニードを求めることはやや正確さを欠く。というのも、地域によってデイケアサービスの認知度は異なるであろうし、知っていても希望する割合は家族形態や介護状態介護意識等の違いから異なることも考えられる。また、ねたきり老人をかかえた家族に多い入浴サービスの利用希望は、巡回入浴サービスが全国

表5 東京都のデイケアサービス対象者、サービスニード、充足度 (1985年度)

	東京都		
	全体	23区	26市
a	1,062,505人	803,113人	243,159人
b	15,725	11,886	3,599
c	22,738	17,187	5,204
d	38,463	29,073	8,803
e	21,888	16,544	5,009
f	60,351	45,617	13,812
g	236,514	178,773	54,127
h	296,865	224,390	67,939
i	7,234	5,468	1,656
j	6,821	5,156	1,561
k	6,785	5,129	1,553
l	20,840	15,753	4,770
m	70,954	53,632	16,238
n	91,794	69,385	21,008
o	3,516	1,460	2,056
p	16.9%	9.3%	43.1%
q	3.8	2.1	9.9
r	5.8	3.2	14.9
s	1.1	0.7	3.0

注：ケアセンターのデイケアサービス利用者(o)にはショートステイサービス利用者を含めていない。

的にかなり実施されているので、そちらのほうを希望する傾向が強いかもしれない。しかし、障害をもつ老人やその家族のデイケアサービス利用希望の割合を障害の違いによってあきらかにした調査は、東京都調査以外に知らない。そこで、全国レベルについては、東京都のこれらの数字をもちい、あくまでも概数としてサービスニードをとらえることにした。なお、東京都調査では軽い障害のある老人のデイケアサービスの利用希望割合はだされていなかったもので、準ねたきり老人と比較的重い障害のある老人の希望率の約30%に準じて、そのサービスニードを概算してみた。

結果は、全国レベルについては表4の*i*～*n*に、東京都については表5の*i*～*n*に示した。東京都については区部と市部別の数値も求めた。東京都調査によれば、「要介護老人」全体の利用希望率は区部と市部ではやや異なり、区部33.3%、市部40.2%である。これは、ほとんどの区で巡回入浴サービスを制度化しているのにたいし市部ではそれが少ないこと、またケアセンターは市部に多く認知度が相対的に高いのにたいし、区部にはまだ少なく認知度が低いといったことによると思われる。しかし、障害類型別の利用希望率を区市部別に求めた結果は示されていないので、都全体でみたばあいの利用希望率を区部および市部の対象数にかけた。「要介護老人」のデイケアサービスニード(表4と5の1欄)は、全国レベルで234,505人(1984年度)、東京都で、20,840人(1985年度)、区部15,753人、市部4,770人である。

さて、充足度を計算するにあたって、実際にデイケアサービスを利用している老人の数を確認しておく必要がある。すべてのセンターの年間利用者数を集計した結果はない。そこで、全国については、『デイサービス事業全国実態調査報告書(1984)』が調査に回答したセンターの、1センター当りの平均年間利用者数を130人としているので、これに事業を実施していたセンター数をかけて84年度と86年度の利用者数を求めた。表の0欄の数字がそれである。東京都のばあい、85年度のケアセンターおよびデイホーム事業利用者数がサービスごとに発表されているのでこれを合計し

た(すでに述べたように、東京都のばあい入浴サービス、ショートステイ、機能回復訓練、デイホームの各サービスの利用者が重なっている部分が小さいので、これらのサービス利用者数を合計)。

これらの数字を先に求めた各デイケアサービスニードで除して充足度を計算する。そのさい、「要介護老人」のデイケアサービスニードにたいする充足の割合を充足度Ⅰ(表の*p*欄)とし、「障害老人」全体のデイケアサービスニードにたいする充足の割合を充足度Ⅱ(表の*q*欄)として2種類の充足度を計算してみることにした。デイケアサービスの本来の性格からいえば、「要介護老人」のサービスニードにたいする充足度Ⅰが、デイケアサービス本来の充足度である。だが、先に触れたように、実際には軽い障害のある老人も少なからず利用していると推測されるので、こうした作業をおこなった。計算のもとになる数字がいずれも概数であるので、ここであきらかにする充足度もおよその数字であることを断っておく。

全国レベルでは、1984年度の充足度は、充足度Ⅰのばあい4.5%で、充足度Ⅱのばあいは1.0%となる。1986年度はセンターの数が倍増しているので、1986年度の充足度は、充足度Ⅰのばあい11.1%に、充足度Ⅱのばあい2.5%にやや上昇している。東京都にかんしては、1985年度の都全体の充足度は、充足度Ⅰのばあい16.9%と全国レベルよりもかなり高くなっている。これはセンターの数が多いためであるが、都のなかでもケアセンターは市部のほうに多い。そのため、区市別にみると区部ではこれが9.3%でしかないが、市部では43.1%とかなりの高さになる。充足度Ⅱについてみると、都全体では、3.8%となるが、区市別では区部2.1%、市部9.9%となる。デイケアサービスの充足度は、充足度Ⅰのばあいでも充足度Ⅱのばあいでも、全国レベルとくらべると東京都、とくに市部の充足度の高さが目につく。逆にいえば、全国レベルでみると、サービスの利用希望者にたいしてわずかの割合しかその希望を満たしていない(デイサービスセンターが倍増した1986年

表6 障害ていど別利用者のデイケアサービス充足度

	全 国		東京都	
	入浴サービス利用者	日常動作訓練利用者		
t 自立歩行者	2,831人	2,851人	1,079人	
u 部分介助歩行者	973	864	1,196	
v 全面介助歩行者	1,094	548	1,241	
w	充足度 V-1 (t/m)	0.4%	0.4%	1.5%
	充足度 V-2 (u/k)	1.3	1.1	17.6
	充足度 V-3 (v/i+j)	0.7	0.3	8.8
x	充足度 VI-1 (t/g)	0.1	0.1	0.5
	充足度 VI-2 (u/e)	0.4	0.4	5.5
	充足度 VI-3 (v/d)	0.3	0.1	3.2

注：t, u, v の欄は、デイケアサービスの実際の利用者を歩行の障害度別にみた数字である。全国は1984年度、東京都については1985年度の数字。全国については、入浴サービスと日常動作訓練利用者が大部分重なっているため合計することができないので別々に計算した。東京都のばあいは、サービス利用者の重なりのでいどが小さいと考えられるので合計した。

度においても都の1985年度の水準に達していない。

いくつかの論文や事業報告書では、充足度をサービスニードにたいする利用者の割合ではなく、サービス対象者にたいする割合で発表しているものがある。そこで、ここでも一応その数字をだしておくことにした。それを充足度Ⅲ（「要介護老人」にたいするデイケアサービス充足度）と、充足度Ⅳ（「障害老人」にたいするデイケアサービスの充足度）として表わす。充足度Ⅲは、全国レベルで1984年度1.6%，1986年度3.8%，東京都にかんしては1985年度都全体で5.8%，区部で3.2%市部で14.9%である。また、充足度Ⅳは、全国1984年度0.3%，1986年度0.8%，東京都については1985年度都全体で1.1%，区部で0.7%，市部で

3.0%であった。

なお、利用者の障害ていどの違いによって充足度がどのていど異なるか、計算を試みてみた結果が、表6のwとxの欄である。wは、ねたきり老人と準ねたきり老人のデイケアサービスニード（表4、表5のi+j）で実際の利用者のうちの全面介助歩行者（v）を除いたもの（充足度V-3）、比較的重い障害のある老人のデイケアサービスニード（表4、表5のk）でサービス利用者のうちの部分介助歩行者（u）を除いたもの（充足度V-2）、軽い障害のある老人のデイケアサービスニード（表4、表5のm）で利用者のうち自立歩行者（t）を除いたもの（充足度V-1）を示している⁽¹⁶⁾。xは、同じような方法で、それぞれの障害ていど別のサービス対象者にたいする充足度を求めたものである。これらによれば、現段階では全国レベルでも東京都においても、比較的重い障害をもつ老人の充足度（V-2、およびⅣ-2）が相対的に高くなっている。このことは通所サービスとしてのデイケアサービスが、障害老人のうちでも比較的重い障害老人をより多く対象としておこなわれていることを示しており、当該サービスの基本的性格をよく表わしているといえよう。

3. デイケアサービスの意義

(1) 社会的意義と利用者および家族にとっての有効性

つぎに、デイケアサービスの意義を考えてみたい。サービスの意義といったばあいに、まず考えられるのがその社会的意義である。そのひとつは、デイケアサービスの提供を通じた、老人の心身の機能の低下の防止ないし低下速度の緩和によって、また家族の介護負担を軽減することによって、病院や老人ホームなどへの入所を予防もしくは延期する、すなわち在宅ケアを支えるという点である。ふたつめは、デイケアサービスの利用によって、疾病の治癒のための入院生活をおえたのち、できるかぎりすみやかに在宅生活に移行し入院期間を短縮する、すなわち在宅ケアを促進するという点

である。

この2つの意味での在宅ケアの援助という社会的意義は、デイケアサービス以外の医療、保健、福祉の領域における種々の援助、サービスについてもいえる。デイケアサービスは、これらの社会的援助、サービスとともに提供されることによって、その社会的意義をより発揮することができるだろう。だが、いくつかのデイケアサービスを同じ場で提供することのできるケアセンターやデイサービスセンターは、橋本泰子氏が指摘するように、特別養護老人ホームに付設ないし併設されていることによって、老人ホームが蓄積している障害老人の生活援助にたいする幅広い知識技術を活用し、多種のサービスを統合的に提供することができる。一個人にたいする必要なサービスを一機関が調整しながら提供でき、ばあいによっては他機関のサービスの活用を勧めたり、それらの調整を図ることができるという点は、現在のところ他の機関にはみられない特徴である⁽¹⁷⁾。社会的サービスの適切な利用あるいは効率的な利用という意味で、デイケアサービスを提供しているケアセンターやデイサービスセンターの社会的意義は大きい。ただし、こうした意義をはたすためには、各センターが十分な専門性と力量を備えていなければならない。

つぎに、利用者と家族にとってのデイケアサービスの意義を考えることができるが、これはデイケアサービスの個別的な効果としてとらえることができる。この点については、竹内孝仁氏が通所ケアの利点としてまとめた①生活空間の広がり、②老人の心理的影響、③家族への心理的影響、④「機能訓練」の効率化、の4点を取上げることが適切であろう。氏によれば、①家の中から外へでることによる老人の生活空間の拡大は、自然に身体的な活動を要求することになり、家の中だけの生活で起こりがちな身体能力や知的活動の低下を未然に防ぐ。また、それを高めていく可能性も持っている。この①の点が通所ケアの最大の利点である。②通所ケアの場において、同じ世代の、しかも同じような状況にある人々に出会うことができ、「自分ひとりだけではない」という共感を

もつことができる。これは家の中で芽生えがちな「孤立感」を弱め、心理的な立ち直りのきっかけをもたらす。共感とは無縁にみえる痴呆性老人でも同じ老人どうしの交流の中で落ち着きを取戻すことが珍しくない。③介護におわれ地域社会の中で孤立しがちな家族、自分の家だけが苦勞しているという孤立感にとらわれやすい家族にとって、通所ケアの場での同じような家族との出会いは、この孤立感を弱める。そして、共感を得ることで家族の心理的な立ち直りがもたらされていく。このことが、家族の老人にたいする対応を変化させ、影響をうけて老人自身もさらに立直っていくという循環が生まれる。④通所ケアの場でおこなわれる「機能訓練」(老人保健法でいう「通所機能訓練」がめざす機能回復訓練というよりも、生活の回復を促すという意味でのケアを含んだ機能訓練)は、家庭での訓練に比べその効果がより発揮される。これは、設備と専門スタッフが整っているということよりも、訓練仲間の存在による心理的な立直りによるところが大きい。

こうした利点をもつ通所ケアは、家の中だけの刺激の少ない単調な生活による老人の活動意欲の低下、またそのことがもたらす無用感、価値の低さといった自己認識の低下や悪化を防ぐ。それとともに、物理的な活動空間の狭さからくる身体能力の低下や、それに伴う活動意欲の低下を防止する。そして、固定化した家族との関係ではない他の人々との情緒的な絆のある関係によって、活動への動機づけがもたらされ、パーソナリティも豊かにしていく。こうした有効性も持っている⁽¹⁸⁾。氏が指摘する上記のような効果は、いうまでもなくデイケアサービス利用者とその家族のすべてにもたらされるというわけでない。人によってその効果のあらわれかたはいろいろであろう。また、指摘されたようなプラスの効果ばかりみられるわけではない。老人がデイケアサービスを利用するようになって、家族が介護の手をゆるめるといった老人にとって必ずしも良いかどうか疑問のある結果をもたらすばあいもある⁽¹⁹⁾。しかし、一般的にいつてデイケアサービスは他の在宅サービスにくらべ、こうしたプラスの効果をもたらす傾向

が強いと予想することができる。

デイケアサービスの社会的意義を実証した研究は、わが国においては今のところ見当たらないといってよい。デイケアサービスばかりではなく、在宅ケアを支えるその他の社会的サービスもいまだ不十分な段階にあっては、デイケアサービスの利用が老人ホームなど長期入所施設への入所を防止、もしくは延期している点を実証することは困難である。病院から家庭への退院を可能にする条件についての調査研究や、在宅でのケア生活を可能にする要件の実証研究は、最近徐々におこなわれつつある。まだ数少ないがそれらの結果をみると、デイケアサービスを含む福祉や保健サービスの地域社会における整備のていどは、家庭への退院を促進する要因になっていない⁽²⁰⁾。また、ひとりぐらしの老人や夫婦のみもしくは単身の子供と同居する老人のばあいは、ホームヘルプサービスや入浴サービスなどの在宅サービスが、在宅でのケア生活を可能にする二次的な条件のひとつとしてとらえられているが、デイケアサービスはそれには含まれていない⁽²¹⁾。こうした結果は、在宅ケアにたいする社会的援助のありかたについていろいろ考えさせる。だが、デイケアサービスを含む在宅サービスの今後の発展によっては、こうした結果にも変化がでてくるであろう。

デイケアサービスの利用者と家族にたいする効果の実証研究は、近年関心が高まってきており、その方法についていくつかの試みがなされるようになってきている。また、デイケアサービスの利用について、利用者や家族によかった点を答えてもらうアンケート調査もいくつかのセンターで取組まれている⁽²²⁾。以下では、デイケアサービスのうちの機能回復訓練と入浴サービスの効果にかんする実証研究を概観する。

(2) 機能回復訓練の効果

機能回復訓練を実施しているケアセンターでは、そのサービス提供の主目的が機能回復および維持にあるところから、利用者の身体機能状態やADL（日常生活動作能力）を利用初期の段階で測定

し、一定の期間を経た後再度測定するという評価をおこなっているところが少ないと思われる。だが、その評価結果を一般的に公表した例はあまりないようである。ここでは、信愛デイケアセンターが1981年に出した報告書『信愛デイ・ケア・センターの2年』から、デイホーム利用者（ケアセンター事業でいうところのデイホーム、つまり機能回復訓練利用者）の機能回復状況について評価した結果をみてみよう。このケアセンターでは、デイホーム活動としてPTとOTが指導する機能訓練や作業活動のほか、日常動作訓練、クラブ活動や集団レクリエーション活動等幅広くおこなっている。こうした活動をおこなった利用者の機能回復および維持状況の評価は、ADL評価、関節可動域、筋力、片麻痺機能評価の4つの方法によっておこなわれている。結果は、「良好」と「やや良好」をあわせると回復のはかられた人は全体の30%、悪化した人32%で、47%の人は身体機能面では変化がみられなかった。報告書では触れていないが、利用者がこうしたサービスを利用せず家庭に閉こもっていたとしたならば、機能が低下する恐れは少なからずあったであろう。そこで、変化なしの人も機能維持という意味で効果があったと理解すれば、身体機能面でサービス利用の効果があった人々は77%にもなる。

報告書では、活動にたいするアンケート調査の結果も示しているが、これによると、機能回復訓練を利用して「効果あり」と答えた利用者は65%、「なし」3%、「わからない」24%であった。「わからない」と答えた人はまだ通所回数の少ない人であったから、この点を考慮すれば、大多数の人、つまり身体機能に変化のみられなかった人、悪化した人ですらも、このサービスの機能回復以外の効果、おそらくはスタッフや同じような障害をもつ人との情緒的交流による心理的満足感を得ていると推察できる。利用者の家族にたいするアンケート結果では、「体のことを心配しないで安心していられる」(63%)、「安心して外出、買物ができる」(59%)、「家事をする時間がとれるようになった」(33%)、「体が楽になった」(33%)といった回答が主なものであった。報告書では、

「週2回の利用でも家族にとってはこれが貴重な時間であり、昼間の6時間ていどは自由に使えること、そして何よりも全人的に頼れるところがあったという安心感が、家族の喜びと支えになっている」と、家族にたいする効果をとらえている⁽²³⁾。

つぎに、在宅ケアに力をいれている京都の堀川病院が、脳卒中後遺症患者のデイケアをデイホスピタルとしての「作業教室」という形で取り組んだ結果をみる。この病院では、機能回復訓練の最終目標として医師、PT、OT、臨床心理士の専門スタッフが関与し、各分野からの評価と検討にもとづいて治療プログラムを組んでいる。「作業教室」活動の個人参加者にたいする効果は、スタッフ間のカンファレンスによって評価、判定された。結果は、「心身の機能低下の防止」が80%の人に、「気分転換・気晴らし」は55%、「生活意欲・やる気の向上」は30%、「社交性の拡大」は35%、「生活様式の改善」は20%の人にみられた。この評価とは別に、各参加者ごとにたてられた「作業教室」でのゴールにたいして、どのていど効果がみられたかを判定した結果では、「著名な効果あり」が20%、「効果あり」40%、「変化なし」35%、「悪化」5%であった。

この評価研究をおこなった小林豊生氏らは、つぎの4点をデイケアの効果として指摘している。①対人関係の場に参加すること、継続的な日常生活指導および心理的サポートをうけることによって、心身機能の維持がはたされる。この点はデイケアを中断した人の機能が急速に低下していくことから明白である。②障害に適応した身体の代償的な使い方の指導によって活動の巧緻性が増し障害を受容して肯定的な自己評価がもたらされる。③集団のなかで自己の感情を吐露することによって精神的カタルシスが得られ、他者との交流により孤独感の緩和、自己中心的独善性への逃避の回避がもたらされる。④集団のなかで障害の客観的認識ができ、それによって社会や家庭での役割の転換の受容がなされる⁽²⁴⁾。

機能回復訓練は心身の機能回復や機能維持に効果をもたらすと同時に、竹内氏のいう老人の心理

的影響、小林氏らのいう集団のもつ「精神衛生管理」的効果はかなり大きく、このことが心身の機能の回復および維持につながっているであろうことが理解できる。保健所におけるリハビリ訓練教室の評価研究をおこなった大田仁史氏は、通所事業としての機能回復訓練の効果を手足の機能、基本動作、ADL等への効果として判定してもあまり意味がない、なぜなら、年月とともに一時期改善した能力も必ず低下していくからと言っている⁽²⁵⁾。氏は、それよりも表情がいきいきしてきて、日常生活の社会性や活動性に変化がみられることのほうを重視している。通所サービスとしての機能回復訓練が慢性期の障害老人を対象とするかぎり、この精神面の効果は大いに注目する必要があるといえよう。

上記のような機能回復訓練のもたらす効果は、日常動作訓練や老人体操、クラブ活動、趣味生きがい活動、レクリエーション活動などのデイケアサービスにおいてもかなりのていどもたらされると考えられる。

(3) 入浴サービスの効果

ここでは、筆者がおこなった北東京寿栄園ケアセンターの入浴サービスの評価結果を取上げる。この評価研究は、利用者の家族にたいする面接および電話によるききとり調査と、スタッフが毎回のサービス提供時につけているケース記録からの読取り作業等によっておこなった。まず、家族が評価している点であるが、利用老人にとって良かった点としては、「お風呂にはいることが楽しみ、職員に会えるのが楽しみになった」48%、「なによりも気分がよいこと」48%、「親切にされる、大事にされることが嬉しい」43%、「外にでられ気分転換になる」18%、「生活に意欲をもつようになった」10%、(以上複数回答)といった心理的な満足感をもっとも高く評価された。家族にとって良かった点としては、「負担が減ってらくになった」75%、「としよりが喜ぶのをみてこちらも嬉しい」25%、「清潔が保たれて助かる」20%、「いない間に掃除などができる、息抜きができる」15%、そのほか「介護方法を教わった」、

「身体状の変化を教えてもらった」といったことがあげられた。

つぎに利用者個々人のケース記録を読んで、毎回の老人の状態をとらえるスタッフの4つの基準（身体機能、保健衛生、表情、コミュニケーション）を読取り、この基準に沿って各老人の状態の変化がどのように認識されているか、また、ADLの評価がどのように変化しているかをとらえた。身体機能が向上もしくは維持されたとみなされているケースは32%、ADLでみる自立性が向上したケースは55%、表情がよくなったケースは74%、社会性が高まりコミュニケーションがよくなったケースは71%であった。また、入浴のさい全身を注意深く観察することによって保健衛生面での変化をとらえ、利用者や家族にそのことを知らせたケースは68%あった。ケアの専門家としてのスタッフは、家族が日常生活での介護におわれふだん見落としやすいわずかの身体機能の変化やADLの状態、保健衛生面をたえず注意深く観察している。そのうえで利用者の心理的満足感によって変化すると思われる表情や社会性にも気をくばっていた。

以上の結果から、ケアセンターにおける入浴サービスは利用老人にとって、A身体機能の維持、B日常生活動作能力の維持、C健康管理、D心理的満足感、E生活意欲の回復、F社会性の回復・保持などの効果が、家族にとっては、G介護負担の軽減、H疾病にかんする知識や介護方法の指導、I心理的開放感や老人の満足がもたらす精神的満足感といった効果のあることが理解された。

こうした効果は、巡回入浴サービスについてもかなりのものでいえるであろう。だが、ケアセンターの入浴サービス利用者でかつて巡回入浴サービスを利用したことのある人、あるいは調査時点で両サービスとも利用していた人たちに話をきいたかぎりでは、ケアセンターでの入浴サービスのほうが満足度が高かった。その理由は、スタッフについての感想を除くと、ケアセンターのほうが設備がよくお湯も豊富にあって気持ちがいい、巡回のほうは部屋をかたづけておかなければならず、そのことで家族に負担をかけてしまう、ケアセン

ターのほうは車で迎えにきてもらえて外の景色をみながら来れるので気分転換になる、といったものであった。スタッフにきいた話では、入浴中に家族のグチを言って精神的な開放感を得る老人もいるとのことであったが、これも家庭外の場にいることによって可能なのであろう。入浴サービス利用する老人は、ねたきりなどより重度の障害老人が多い。そのため、家からでることもなく、家族との関係しかもてない老人が他のサービス利用者より相対的に多い。そうした人々にとって、家庭の場を離れたり、家族関係以外の対人関係の場をもつことは、それが送迎中と入浴中および待ち時間だけのあいだであったとしても、その意味は大変大きいといえる。

4. デイケアサービスの課題

現在、デイケアサービスを提供しているケアセンターやデイサービスセンターの財政上、運営上さらにサービス提供方法上の問題点を指摘した論文、実践報告等は少なくない。しかし、ここでは予定の原稿枚数をかなり越えてしまったので、それらにかんして整理することは控える。以下では、デイケアサービスの今後の課題である、量的拡大を図りつつ同時に社会的意義と利用者および家族への効果をより大きなものにしていくという問題について述べることにしたい。

3で述べたようなデイケアサービスの意義、とくに、家に閉じこもりがちな障害の重い老人や介護負担が重い家族にたいする意義を評価するならば、今後積極的にそうした「要介護老人」にたいするサービスの量的拡大が図られねばならない。2で充足度を概算した結果も、全国レベルでは「要介護老人」のサービスニードの充足度がかなり低いことを示していた。また、東京都でも区部では市部にくらべかなり低かった。

厚生省は、1986年4月に発表した「高齢者対策推進本部報告」のなかで、在宅サービス拡充のひとつの柱としてデイサービスセンターの積極的整備をうたい、初めてその具体的な計画上の数字をあきらかにした。それは、当面2万人から5万人

ごと、または一市町村に一ヶ所ずつ計3000ヶ所の中核的デイサービスセンターの整備を進め、将来は小規模も含め全国に10,000ヶ所（中学校区に一ヶ所ていど）を設置するというものである。こうした量の確保のためには、老人福祉センターにデイサービス機能をもたせ、老人ホームには原則としてデイサービス機能を必置とする、また、他の福祉施設等も利用するとしている。

事実、1986年の「在宅老人デイ・サービス事業実施要綱」は、このサービスの実施施設を老人ホームまたは老人福祉センターに併設したデイセンターとするとし、さらにこの事業が適切に実施されるばあいには、デイサービスセンターを単独設置もしくはその他適当な施設に併設することができるとした。そして、デイサービスセンターの事業は基本事業（生活指導、日動動作訓練、家族介護者教室、健康チェック、送迎）を必須とし、通所事業（入浴サービス、給食サービス）と訪問事業（入浴サービス、給食サービス、洗濯サービス）とは選択できるとしている。基本事業の標準利用人員は1日当りおおむね15人以上で、職員は生活指導員1人、寮母2人、運転手1人、看護婦1人（うち生活指導員と看護婦は非常勤でも可）の配置基準となっている。また、施設規模は165㎡以上としている。この要綱にしたがって、東京都が1987年度に「高齢者在宅サービスセンター事業実施要綱」を作成したことはすでに何度か触れた。

デイサービスセンターの量的拡大は、基本事業だけをおこなうデイサービスセンターを老人福祉センターやその他の「適当な」施設に積極的に設置していくことでかなり進んでいくと予想される。しかし、老人ホームで蓄積されている障害老人にたいするケアの知識や技術を基盤とすることなく、わずか5人の職員で十分なサービスの提供が可能であろうか。要綱が示すところの多くのサービス内容をもつ事業を、このマンパワーで運営していくためには、軽い障害をもつ老人だけを対象とせざるを得ず、要綱がいうところの「日常生活を営むのに支障がある者」を対象とすることはかなり困難と思われる。とくに老人ホーム以外の施設で

特浴の設備をもたないところでは、選択事業としての入浴サービスをおこなおうとしても、特浴を必要とする障害の重い老人を対象とすることは不可能である。また、基本事業を比較的重い障害のある老人を対象として実施しようとするれば、スタッフに相当の努力と無理を課すことになる。ボランティアなどの外部資源を育成したうえで、準スタッフとしてとりこんでいくといった努力もしなければならぬであろう。

軽い障害老人だけを対象とした老人福祉センターなどのデイサービスセンターにおいては、そのサービス提供の社会的意義や、利用者および家族にたいする効果は、現行の東京都のケアセンターや意欲的なサービス提供を試みている各地の特別養護老人ホーム併設のデイサービスセンターのそれよりも、かなり薄いものにならざるを得ないのではないか。橋本泰子氏は、この要綱が示すところのデイサービスセンターについて、このていどの建物と職員配置で必要なサービスを実施できるはずはなく、専門性の高い職員の確保も困難で在宅福祉サービス提供の拠点とはなり得ないと指摘している。そして、一人の老人を全人的にとらえて必要なサービスを高い個別性をもって提供しようとする、従来の東京都におけるケアセンター事業およびデイホーム事業的なサービスの制度化が求められるとしている⁽²⁶⁾。

軽い障害のある老人のデイケアサービスニードにたいする充足度は、この要綱にもとづくデイサービスセンターの増加によって徐々に高まっていくであろう。だが、重い障害のある老人のデイケアサービスニードにたいする充足度は、この要綱にもとづくセンターや、この要綱に準じた東京都のあたらしい高齢者在宅サービスセンターではなく、橋本氏が主張しているように、従来の都のケアセンター事業とデイホーム事業をあわせもったセンターの増加によってこそ高まっていくと思われる。現在、重い障害のある老人をも対象としている特別養護老人ホーム併設のデイサービスセンターは、自治体の財政上の上乘せや運営主体である法人の持出しによってデイケアサービスを提供している。こうしたセンターをふやそうとするな

ら、自治体の負担や法人の持出しはさらに強化されることになる。各自治体が、国のあたらしい要綱にもとづいてデイサービスセンターの数を増加させるとすれば、老人福祉センターなどで軽い障害のある老人を中心とした事業を実施するセンターをより多く設置しようとするのは必然ではないか。国の基準を改善しなければ、「要介護老人」や要綱のいう「日常生活を営むのに支障がある者」にたいするデイケアサービスの、全国レベルでの供給量の増加はまったくおぼつかなく、今後いっそう増加するそのサービスニードにたいする充足度が高まっていくとは考えがたい。

注

(1) 以上の説明は下記の文献等を参考にまとめた。

Carter, Jan, Day Services For Adults, George Allen Unwin, 1981, p. 18-43, 今井幸充「デイケアの歴史的背景」(長谷川和夫編『痴呆性老人の看護とデイケア』医学書院, 1986, 103-106ページ, 田中荘司「イギリスのデイ・センターの現状」(老人福祉1984, 11, 14-15ページ。)

なお, Carter のまとめによれば, England Wales では1976年までに成人のためのデイユニット(デイセンターなどの通所施設の総称)は2,600でき, 1976年には138,000人が通所している。そのうち39%が老人, 4%が痴呆性老人である。これらデイサービス利用老人は, 65歳以上の約13%にあたる。デイユニットの運営は, 社会サービス部によるもの47%, 地区保健部によるもの26%, 民間組織によるもの23%, 前二者以外の行政組織によるもの4%である(1976年現在)。

(2) たとえば, Goldberg, Matilda & Connelly, Naomi, The Effectiveness Of Social Care Of The Elderly, Biddles Ltd., 1982, p. 118-143, Fnell, G. Emeyson, A. R. Sidell, M. and Hagne, A. Norwich, Day Centres for the Elderly, 1981, p. 1-25。

(3) Pegels, C. Carl., Health Care And The Elderly, Apen Systems Corporation, 1981 (岡本祐三訳『アメリカの老人医療』勁草書房, 1985, 78-86ページ。) Dilworth-Anderson, Peggie., Supporting Family Caregiving Through Adult Day-Care Services, in Brubaker,

Timothy H. ed., Aging, Health And Family, A Sage Focus Edition, 1987, p. 129-131. Dilworth-Andersonによれば, アメリカでは1970年代から成人のためのデイケアサービスが発展した。1980年の調査によれば, 50州のうち回答を寄せた32州中28州が, 1から204種までのデイケアプログラムを実施していた。とくに, 老人の多いフロリダ, ペンシルバニア, イリノイ, カリフォルニアなどの州で, 多くのデイケアプログラムが提供されている。

(4) 国の「デイ・サービス事業実施要綱」および都の「東京都ケアセンター事業要綱」, さらに後述する改訂された「在宅老人デイ・サービス事業実施要綱」と「高齢者在宅サービスセンター事業実施要綱」については, 注(26)のあとに資料としてその概要を表に示しておいた。

(5) 老人福祉センターで実施している事業は, 「生活相談, 健康相談」, 「マッサージサービスや理学療法などの健康の保持増進サービス」, 「各種講演会, 各種教室, 講習会, 映画会, 民謡等演芸会などの教養の向上およびレクリエーション活動」が主なものであるが, A型でもすべてのセンターがこれらすべての事業をおこなっているわけではない。B型のセンターでは実施率がさらに低くなる。木下茂徳, 石田道孝, 大野武雄「地域老人利用施設の今後のあり方に関する研究」(老年社会科学6巻2号, 1984, 48-50ページ。)

(6) 注(1)で述べたように, イギリスでは1976年段階で2,600のデイユニットがある。これらのデイユニットは, 通常週5日間(2-3日というところも少数あるが), 1日4-5時間パーソナルサービスを日中提供している非営利の公立, 私立の組織であって, 限られた時間だけサービスを提供しているランチョンクラブやイブニングクラブは除いてある。ただし, これらのうち老人が通うデイユニットには, 週5日開設している自立した老人のためのランチョンクラブやドロップインセンターも含まれている。それゆえ, 本稿でいう障害老人のためのデイケアサービスを提供しているとはいえない施設の数も含まれている。

(7) 全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会編『老人のデイケア』全国社会福祉協議会, 1980。

- (8) 上村安一郎, 野村東太, 小滝一正, 萩田秋雄, 大原一興『老人のデイケアセンターに関する調査報告書』1980, 6-7ページ。
- (9) これらの試みについては, 北東京寿栄園特別養護老人ホーム生活指導員平岡一雅氏からうかがった。
- (10) この点は, 北東京寿栄園ケアセンター生活指導員山昌幸氏が都の説明を聞いたときの話としてうかがった。
- (11) 前田大作, 根本博司, 浅野仁, 冷水豊, 本間みさ子, 高取久枝『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニーズに関する調査研究』1977, 東京都老人総合研究所, 152-168ページ。なお, この報告書では, デイケアサービスにたいするニーズの発現率を6.02% (65歳以上老人) としている。
- (12) これら痴呆性老人の全般的日常生活動作についての統計は, 今井幸充「痴呆性老人の実態」(長谷川和夫 前掲書46ページ)を参照した。
- (13) 日常生活動作能力のうちの「総合」判定にもとづいて分類された老人の4つの類型は, 以下のとおりである(判定表は大部なものなのでここには掲げない。『東京都社会福祉基礎調査報告書 老人の生活実態』141ページ参照)。ねたきり老人(「まったくのねたきり」, 「ねたきり」, 「ほとんどねたきり」に該当するもの), 準ねたきり老人(「ねたり起きたり」, 「起きては来るがあまり動かない」に該当するもの), 比較的重い障害のある老人(「総合」の判定では上記の項目に該当しないが, 「聴力」から「排泄」までの日常生活動作に中度あるいは重度の障害のあるもの, B欄の一つでも該当事項のあるもの), 軽い障害のある老人(各日常生活動作ともA欄で一つでも「普通にできる」以外に該当事項のあるもの)。
- (14) 全国レベルについては1984年度, 都については1985年度の数字を求めたのは, 後述するように, 全国のデイサービスの利用者にかんする調査がおこなわれたのが1984年度で, これにあわせる必要があったこと, 都のケアセンターの利用者にかんする報告書は1984年度, 1985年度ともにだされているので, より新しいほうにあわせることにしたためである。なお, 全国のデイサービス事業実施ヶ所は, 1986年度に倍増しているので, この年度の充足率を概算するために, 1986年度の対象者数も計算し表に示しておいた。
- (15) 要介護老人(ねたきり老人, 準ねたきり老人, 比較的重い障害のある老人)の障害は, 日常生活動作能力の各項目のパターンによって, P I (最重度), P II (重度), P III (中度), P IV (軽度)に分類されている。要介護老人に占めるこれらの種類の割合は, P I 16.9%, P II 11.2%, P III 49.2%, P IV 22.7%である。ねたきり老人の障害はP I 57.1%, P II 42.9%, 準ねたきり老人はP IIIが94.8%, 比較的重い障害のある老人はP III 37.3% P IV 62.7%である(同報告書143ページ)。
- (16) ねたきり老人および準ねたきり老人と歩行の全面介助者, 比較的重い障害のある老人と部分介助者, 軽い障害のある老人と自立者をそれぞれ対応させたことに問題がないわけではない。だが, (13)に記した判定表にもとづくこの老人の類型は, 歩行の自立のていどによる分類におおよそ当てはまると考えられるので, この対応をもちいた。他の適切なデータが見当たらないことにもよる。国がデイケアサービスの量的拡大を積極的に図ろうとしている現段階においても, こうした基本的データを公けの形で表わしていないことは問題ではなからうか。
- (17) 橋本泰子「在宅福祉を施設はどう支えるのか——デイ・ケアの展開の中から——」社会福祉研究 第40号, 1987, 鉄道弘済会, 67ページ。
- (18) 竹内孝仁「地域リハと通所訓練」地域保健, 10-19ページ。
- (19) こうしたことは, デイケアサービスを提供しているスタッフからときにきかされる。奥西栄介氏は, この点をサービスの補助性的問題とし, サービスの選択性的問題とともに在宅福祉を考えるための視点として取り上げている。奥田栄介「デイサービスセンターからの報告」(全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会編『地域に根をはる——老人ホームと地域社会福祉——』全国社会福祉協議会, 1985, 111-114ページ)。
- (20) たとえば, 大原一興, 大本圭野「入院患者における居住環境調査——重度ケア, 医療・看護の必要な高齢者の居住条件に関する調査——」(『高齢者居住環境調査研究報告書』老人開発センター, 1987)。平野敏政他『老人扶養と家族——家族問題研究会中間

報告——』（横浜市企画財政局都市科学研究室，1985）も，在宅老人と入所および入院老人との家族的条件を比較することで，在宅ケアを可能にする要因を探っている。だが，そこではデイケアサービスをはじめとする在宅医療・保健・福祉の社会的資源をその要因としてとらえていない。

- (21) 小池保子「病弱老人の在宅を可能とする条件〔その1〕——東京・下町における病院による訪問看護対象者の身体障害，公・私への援助およびそれらの関連の実施的研究——」日本福祉大学「研究紀要」第72号，1987，88-97ページ。
- (22) これらの研究については，拙論「ケアセンターにおける入浴サービスの評価研究」（日本社会福祉学会「社会福祉学」28-2，1987）でまとめた。
- (23) 信愛デイケア・センター『信愛デイ・ケア・センターの2年——在宅障害老人の福祉の道を求めて——』1981，41-43ページ。
- (24) 小林豊生他「地域における老人のデイ・ケアの試み」老年社会科学2，184-144ページ。
- (25) 大田仁史「『老健法』の『機能訓練』事業について」保健婦雑誌 Vol.42 No.9，1986，761ページ。
- (26) 橋本泰子，前掲論文 68-69ページ。

資料

	デイ・サービス事業実施要綱(1979)のうちの通所事業について	在宅老人デイ・サービス事業実施要綱(1986)	東京都ケアセンター事業実施要綱(1980)	デイ・ホーム事業実施要綱(1983)	高齢者在宅サービスセンター事業実施要綱(1987)
種別	国庫補助事業	国庫補助事業	国庫補助事業・一部都単独事業	都単独事業	国庫補助事業・一部都単独事業
実施主体	市区町村または地方公共団体もしくは社会福祉法人	区市町村, ただし運営の一部を社会福祉法人等に委託可	区市町村または社会福祉法人	区市町村, 社会福祉法人等に委託可	区市町村, 運営は社会福祉法人等に委託可
実施施設	特別養護老人ホーム, 養護老人ホームに付設ないし併設した施設	老人ホームまたは老人福祉センターに併設したデイサービスセンター, 単独設置のデイサービスセンター, 適当な施設に併設したデイサービスセンター	特別養護老人ホームに併設したセンター	老人ホームまたは他施設に併設	
利用対象者	身体が虚弱で日常生活を営むのに支障があるもの	身体が虚弱で日常生活を営むのに支障があるもの	ねたきり老人およびひとりぐらし老人等	虚弱老人, ひとりぐらし老人等	虚弱老人, ねたきり等要介護老人
目的	自立的生活の助長, 社会的孤立感の解消, 心身機能の維持向上, 家族の労苦の軽減	自立的生活の助長, 社会的孤立感の解消, 心身機能の維持向上, 家族の負担の軽減	介護の充実, 自立的生活の助長, 心身機能の維持向上, 家族の労苦の軽減	自立的生活の助長, 社会的孤立感の解消, 心身機能の維持向上	当該老人およびその家族の福祉の向上
事業内容	入浴サービス, 食事サービス, 生活指導, 日常動作訓練, 休養, 家族介護者教室, 輸送サービス	(1) 基本事業: 生活指導, 日常動作訓練, 養護, 家族介護者教室, 健康チェック, 送迎 (2) 通所事業: 入浴サービス, 給食サービス (3) 訪問事業: 入浴サービス, 給食サービス, 洗濯サービス (1)は必須, (2), (3)は選択	ショートステイサービス, 入浴サービス, デイホームサービス(機能回復訓練), 食事サービス, 各種相談, その他 A型はこれらすべて, B型は前三者のみ実施	日常動作訓練, 趣味生きがい活動, 食事サービス, 入浴サービス, 輸送サービス	(1) 基本事業: 生活指導・相談・趣味生きがい活動, 健康増進・健康チェック, 日常動作訓練, 養護, 家族介護者教室, 送迎 (2) 通所事業: 給食サービス, 入浴サービス, ショートステイ, 機能回復訓練 (3) 訪問事業: 給食サービス, 入浴サービス, 洗濯サービス (1)は必須, (2), (3)は選択
職員配置	生活指導員1(非常勤でも可), 寮母2, 運転手1, 調理員1(非), 介助員1(非)計6人	(1) 基本事業: 生活指導員1(非), 寮母2, 運転手1, 看護婦1(非)計5人 (2) 通所事業: 入浴サービス=介助員1(非), 給食サービス=調理員1(非) (3) 訪問事業: 入浴サービス=介助員1(非)	事務員, 寮母, 看護婦または保健婦, 生活指導員, PT, OT, 医師, 栄養士, 調理員, 運転手, センターがおこなう事業に必要な上記の職員を配置すること		(1) 基本事業: 生活指導員, 寮母, 介助員, 運転手, 看護婦等 (2) 通所事業: 給食サービス=調理員等, 入浴サービス=寮母等, ショートステイ=寮母等 (3) 訪問事業: サービスに必要な職員
利用定員	1日当りおおむね25人	基本事業は15人以上		標準1日15人	基本事業は15人以上
施設面積	300㎡以上	165㎡以上	A型は1200㎡以上, B型は536.1㎡以上	165㎡以上	165㎡以上

本論は、都立大の小林良二助教授をリーダーとするデイサービス研究会のメンバーとのセンター訪問や、研究会での討論を踏まえて執筆した。訪問させていただき、いろいろお教えいただいた松原ケアセンター、弘済ケアセンター、富山市デイサービスセンター、北東京寿栄園ケアセンター、西山苑、サンピレッジ新生苑の所長・園長および職員の皆様に厚く御礼を申し上げます。また、小林助教授をはじめとする研究会のメンバーにも感謝の意を表します。

Key Words (キー・ワード)

Day care services (デイケアサービス), Day service center (デイサービスセンター), Care center (ケアセンター), Service needs (サービスニード), Cover-up ratio (充足度)