

老人デイ・ケアの意義と課題

渡辺靖志・近藤鉄浩*

1. はじめに

わが国の老人医療の分野において「在宅」を意識したサービスが打ち出されるようになったのは、昭和57年の老人保健法制定にさかのぼる。同法は昭和48年よりスタートした老人医療費無料化制度以後、人口高齢化等の背景のもとで急激に高騰した老人医療費の伸びをおさえ、またその負担の仕組みを変えることで老人医療の財政的維持を図ることを主たる目的としたものであった。その文脈のもとに定められた老人診療報酬の仕組みは、①不必要な長期入院、いわゆる社会的入院の是正とともに、家庭復帰および在宅での医療への転換を促進し、②入院においても、点滴や投薬などの医療的対応よりも生活を重視したケアの確立を目指し、③特例許可老人病院という、主として老人慢性疾患患者を対象とし、介護機能に配慮した医療機関の創設を行なう、といった特徴を持つものであった¹⁾。

老人保健法は、その後幾度かの改正が重ねられた。その中で進められてきた在宅医療充実への道程において、まさにその柱としての整備が図られてきたのが老人デイ・ケア（以下デイ・ケアに略）である。昭和58年に誕生したこの制度は、高額な診療点数に加え、いわゆる入院治療における入院時医学管理料の制度とは異なり、どれだけの期間が経過しても点数が逡減されることがなく、また利用患者が多ければ多いほど実施する医療機関の収入になるという出来高払いの仕組みを持ったものである。さらに日勤スタッフのみで事足りる上に配置基準も比較的ゆるやかなため、24時間体制の入院部門と比較しても職員の確保が比較的容易であり、人件費もその分低く抑えることができる。

特例許可老人病院等において、看護料や投薬、注射、検査料を“まるめ”で診療点数を包括化したのとは対照的であり、これらの利益誘導策と、高齢者対策の中心としての在宅サービス推進という機運にも乗って、デイ・ケア実施施設は、平成元年には全国でもわずか47施設であったものが、7年後には867施設となり、まさに飛躍的な増加を示した。

このように今まさに絶頂期にあるデイ・ケアであるが、要介護老人を支援するための在宅医療、在宅ケア実施機関としてのその内実を振り返ってみた時、いくつかの問題点が指摘できる。それはデイ・ケアが本来果たすべき機能や他の在宅サービス資源との関連性等について十分な

*山形リハビリテーション病院

検討や反省がなされないままにいたずらに量的拡大が進行し、また運用がなされていったという点においてである。

本稿では、デイ・ケアのこれまでの経過と現状を概観し、特に現場サイドからみた問題点の整理を行なう。その上で、デイ・ケアが実質的な意味で要介護老人とその家族の在宅生活を支援していくサービスとして機能していくためにはどのようにあるべきかについての考察を試みてみたい。

2. 通所型ケアの意義と役割

一般に在宅ケアと呼ばれているものは、大きく分類すると次の4種類になる。

- ①訪問型ケア…ホームヘルパー、訪問看護等
- ②通所型ケア…デイ・ケア、デイサービス等
- ③施設ケア…ショートステイ、ナイトケア
- ④その他…日常生活用具給付等

デイ・ケアは、対象者が施設に通所することによりケアを受けるものであり、②に該当するサービスである。それでは通所型ケアとは、在宅の要介護老人とその家族にとっていかなる意義を持つものであろうか。

(1)在宅要介護老人と家族の実態

筆者が関わったデイ・ケア利用者及びその家族との会話の中から、印象的なものを以下に書き出してみる。

- ・家にいると何もやる気がなくて、ついついテレビを見てごろごろする。
- ・若い頃からミシンをかけたたり、何でも縫ったりしていたけど、最近は針に糸が通らないから針仕事はしていない。はしと茶わんを持つだけ。
- ・家では笑うことがない。話すこともない。
- ・土・日でも外出する予定など何もない。
- ・自分の部屋から殆ど出ないでごろごろするだけだから、デイ・ケアに来た方がいい。
- ・家に帰っても、部屋でじっとしている。
- ・嫁は私には何もしてくれない。口先ばかり。
- ・若い夫婦が寄り付かない。
- ・デイ・ケアに通うようになってから、話をよくするようになった。
- ・今まで何もしなかったけれど、デイ・ケアに通うようになってから、家の周りの草抜きをはじめた。

上記の話の内容には、高齢者の在宅生活の実態のエッセンスがよく表れている。

もともと高齢者は、若い人に比べて身体機能の予備力が少なく、複数の疾患を持ち、しかもその疾患は慢性化しやすいという特徴を持っている。そこへ加齢に伴う心身機能の低下が相まって、日常生活上の自立動作の“行いにくさ”が生じてくる。加えて家庭内での日常の暮らしぶりは、次のような背景から高齢者の活動性の低下を招いてしまう。

①家のもつ心理的影響

多くの人にとって、家とは安らぎやくつろぎを得る場であり、日々の活動を行なうためのエネルギーを蓄える場である。このことが逆に家の中で活発に活動させる動機を失わせてしまう。

②役割や行動目標の喪失

家庭内において役割を与えられることは、日常行動の有力な動機付けを得ることにつながるが、高齢者の場合日常生活動作能力（ADL）の低下などの影響もあってその機会が得られにくい。それは多くの場合、家族の「思いやり」が結局積極的に老人から役割を奪ってきたという皮肉な結果でもある。たとえば役割が与えられたとしても、ほとんどは高齢者の能力に合わせた簡単なものが与えられるにすぎない。それは自己の歴史の中で、自分が果たしていたものと比較した時、あまりにも軽い役割であるため、高齢者にはかえって家庭における自己の存在価値の低下や喪失を実感させかねない。

③活動空間の狭さ

元来家とは、前述のように休息の場であり、活動空間としてはきわめて小さく、ほとんどの用務が最小限の活動でこと足りるようにつくられている。加えて、家庭の中での役割の減少は、家の中で高齢者が活動する空間と機会をさらに少なくしている。

④行動内容の固定化

生活空間を家の中に限った生活を長く続けていると、接触する人間が家族に限定され、家族の役割関係や相手に期待するものが単調になってくる。特に高齢者に対して、家族は決まった行動だけを求めるようになり、それ以外のことは期待しなくなる。また、高齢者に対しての行動、対応がパターン化し、結果として日常生活は単調な行動を繰り返す毎日となる²⁾。

在宅で生活する高齢者が、何もすることがなく、外出する予定もなく、部屋でじっとしており、話すことがなく、はしと茶わんを持つだけという生活を繰り返していると、一般的な活動水準の低下を招き、廃用性症候群を発生する。すると不活発な日常にさらに拍車がかかり、自立性の低下、要介護性の増加をもたらし、最悪の場合寝たきりとなる。いわゆる「閉じこもり症候群」と呼ばれているものである。（図1）

一方、この問題を今日の一般的な家庭生活全体のありようの中で見た場合、歴史的には家族機能の縮小化と外在化をその関連背景として指摘することができる³⁾。現在の家庭生活は、その運営に必要な多くのものを積極的に家の外部から調達していくことによって成り立っている。

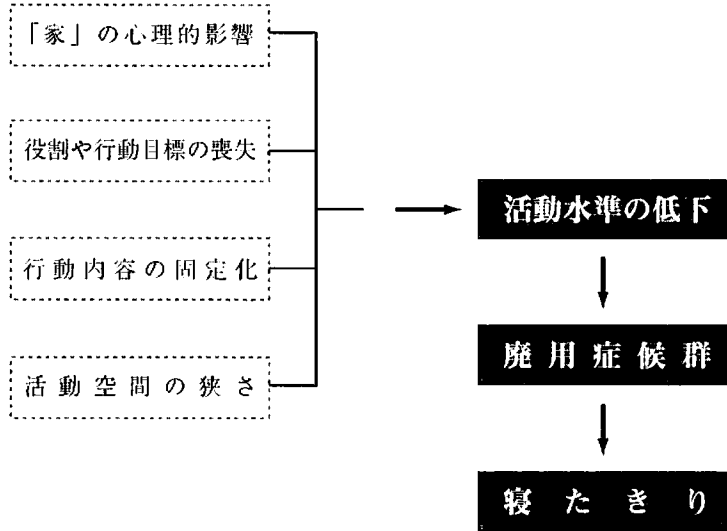


図1. 閉じこもり症候群.

(注)鎌田ケイ子・竹内孝仁・田島桂子・中島紀恵子:系統看護学講座23. 老人看護学,医学書院,1987,P.167より一部改変引用.

家計を維持していくためのお金は勿論のこと、衣類も食物も外に出かけて手に入れる。病気になれば病院へ行き、子供の教育は学校や塾へ通わせて、というように家族構成員は、家族機能を維持していくために外のものを利用しに出ていくといっても過言ではない。近年、女性の高学歴化と自立志向の進展により、女性の社会進出が目立つようになってきた。元来女性が果たしていた家事、育児を始めとした家庭内での役割の著しい変化が起きている。

このような現状の中であって、家庭内に高齢者がおり、しかも何らかの形で介護を必要とする事態が発生するということは、その家族にとって、大きな歯車の狂いであり、家族全体にかなりのストレスを生じさせかねない。家族介護は、在宅にこだわる限り「始期も終期も予測がたたず、終結するとすれば多くは対象の死によってである。そのうえ家事や育児よりもはるかに重い肉体労働を伴う」⁴⁾ものである。家族機能外在化の中、介護機能の期待についてはいまだ根強く家庭の中に内在しているのが現状である。

(2)通所型ケアの意義

竹内⁵⁾によれば、要介護老人とその家族が抱えるニーズ（在宅ケアのニーズ）には次の8つがある。

- ①健康
- ②ADL
- ③介護負担（物理的な意味での）
- ④家事

- ⑤経済
- ⑥家族関係
- ⑦社会交流（主として地域に住む人々との付き合い）
- ⑧ストレス

これらのニーズに対して通所型ケアはどのような効果を発揮しうるであろうか。

①健康

高齢者の多くが慢性疾患を持ち、継続的な医学的管理を必要とする状態にある中、通院のための足が確保しにくいという現状がある。これが、通所することにより状態の把握しやすい環境ができる。

②ADL

前述したように、家の中での生活では行動範囲、行動内容が単調化し、廃用性症候群を生じやすいため、訪問型のサービスだけではADLを維持していくのは難しい。それに比較して通所型ケアでは、レクリエーションやリハビリなどのプログラムを通しての活動場面が多い。その分、体力の増進やADLの維持改善に効果が期待できる。

③介護負担

高齢者が昼間通所することで、その間家族は介護から解放され、いくらかでも自分の時間を取り戻すことが可能となる。

④家事

家事労働について、通所型ケアが対応できる範囲は多くないが、その中でも栄養管理された昼食が提供される点や、糖尿病や腎臓病などの内科疾患を持っている人に対して、治療食を用意できる点が挙げられるであろう。また、家族がその間家事に専念できる時間が得られるという点もある。

⑤経済

通所型ケアの利用により、直接的に解決していくことは困難であるが、④の家事と同じく、家族が労働時間を確保することにいくらか寄与できるケースはある。

⑥家族関係

先のデイ・ケア利用者の生の声の中に「デイ・ケアに通うようになってから、話をよくするようになった」というものがあった。単調化しがちな家の中での生活は、家族が外の世界と接触することによって、精神的にもリフレッシュされ、外で得られたものを家の内部に持ち込み、家族関係に多様性をもたらされるという面がある。通所することによって、高齢者自身が生活領域を拡げ、家庭内に多様な空気や情報を持ち込み、また家族の介護負担も軽減され、それが家族関係に変化をもたらし、在宅介護の深刻化の防止に効果を上げることが期待できる。

⑦社会交流

閉じこもりを防止し、家族以外の人と接する機会を持つためには、高齢者自らが外に出る必要がある。外出の為に足が確保され、多くの人と出会うことができる通所型ケアは、老人の社会交流にとって効果的である。

⑧ストレス

介護負担が家族とひいては高齢者本人にもたらすストレスは、円満な家庭生活と安定した家族機能の維持に支障をもたらす。一方のストレスが、また一方のストレスを引き起こすという悪循環を生み出す。高齢者本人のADLの維持改善や、介護者の休息、ゆとりの時間の確保は、家族の介護負担を軽減し、この悪循環の防止につながっていく。

以上のように、家庭生活上のニーズに対して、通所型のケアサービスが果たしうる役割は非常に大きなものがあるといえる。

3. デイ・ケアの概要

前章において通所型ケアの意義を総括的に述べてきた。本章では、本稿の主題であるデイ・ケアの、その性格と運営の現状について、概要として整理してみる。

第1に示したのが、現在高齢者を対象とする公的な通所事業の制度比較である。このうちデイ・ケアにおいては、「痴呆等の精神障害又は脳血管疾患等に起因する運動障害を有する患者の心身機能の回復、維持」を目的としており、他の通所事業よりも治療訓練的色彩の強いものとなっている。このことは職員の配置基準の中にも表れており、「通常基準デイ・ケア」の場合、専従するスタッフとして作業療法士（OT）、理学療法士（PT）又は所定の経験を有する看護婦の配置を規定している。

1日のプログラムについても、利用時間中におけるその全ての活動が訓練であるという考え方を取っており、従ってPTやOTが行なう訓練は勿論のこと、食事も排泄も来院時の靴の履き替えにおいても全てが訓練の一環として扱われている。

また通所型ケアでは、対象者の要介護性が高ければ高いほど、送迎サービスの実施がその利用の促進や効果を図る上で重要な意味を持つ。その視点に立って“送迎付きデイ・ケア”には診療報酬上も高い保険点数の設定がなされており、要するに利益誘導により医療機関に対して強くその導入を促す方策がとられている。事実送迎制度が始まった平成4年以降、送迎付きのデイ・ケアである「老人デイ・ケア（Ⅱ）」の届出施設は、送迎を行なわない「老人デイ・ケア（Ⅰ）」の実施施設数を大幅に上回り、急速に増加している。（表2）なお、デイ・ケアでは送迎においても車中で訓練を行なうこととなっており、デイ・ケアイコール全て訓練の考え方はここにも表れている。

訓練を行なう際の基本的スタイルは、グループワークを用いることとなっている。これには

表1. 老人通所事業の制度比較

	老人デイ・ケア		重度痴呆患者デイ・ケア	老人保健施設デイ・ケア	老人デイ・サービス 一般基準として
	通常基準デイ・ケア(一般病院等)	小規模基準デイ・ケア(診療所等)			
法律	老人保健法	老人保健法	老人保健法	老人保健法	老人福祉法
目的	痴呆等の精神障害を有する患者または脳血管疾患等に起因する運動障害を有する患者の心身機能回復・維持	左記に同じ	精神症状および問題行動が著しい痴呆患者の心身機能の回復・維持	在宅の健たぎり老人などやその家族に対する支援機能をはたす	在宅の虚弱老人、寝たきり老人等に対し自立生活の助長、心身機能の維持・向上等
時間	4時間以上6時間未満(A)／6時間以上(B)	左記に同じ	4時間以上6時間未満(A)／6時間以上(B)	1人当たり6時間が標準	1人週平均1～2回6時間が標準
施設	知事が認める保健医療機関	左記に同じ	知事が認める保健医療機関	各老人保健施設	自治体または社会福祉法人
スタッフ	①専任の常勤医師1名以上勤務 ②専任するOT、PTまたは精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦(士)1名勤務 ③専任する看護婦又は准看護婦1名勤務	①専任の医師1名以上勤務 ②老人デイ・ケア、精神科デイ・ケア、作業療法もしくは承認施設における理学療法士の経験を有する看護婦(士)1名勤務 ③専任する看護補助者1名勤務	①精神科医師1名以上勤務 ②専任するOT、看護婦(士)各1名以上勤務 専任する精神科勤務経験を有する看護婦(士)、精神科SWまたは臨床心理士1名以上勤務	①老健施設医師兼務 ②通所者10人に対し介護職員1人 ③入・通所者100名に対しPTまたはOT1人 ④入・通所者100名に対し相談指導員1人 その他	①医師不要 ②兼母2人(D型1人)、指導員1人、運転手1人、看護婦1人、調理員1人、その他実情に応じ職員を配置
費用	老人デイ・ケア(I) 送迎なし (A) 520点 (B) 780点 老人デイ・ケア(II) 送迎あり (A) 768点 (B) 1028点	左記に同じ	(I) 送迎なし (A) 705点 (B) 1060点 (II) 送迎あり (A) 953点 (B) 1308点	老健施設デイ・ケア(送迎なし) 7,450円 特別老健施設デイ・ケア(送迎あり) 9,930円	運営費用(B型) 27,179,000円 (1月当たり) 2,265,000円
食事	基準給食に準じる 48点	左記に同じ	左記に同じ	実費(他人浴料、娯楽費等)	実費
対象数	従事者2人に対し1単位20人以内、1日2単位を限度	従事者2人に対し1単位10人以内、1日2単位程度	従事者4人に対し1単位25人以内、1日2単位を限度	入所定員のおおむね20%以上	1日当たり約15人(A・B・C型)
施設面積	標準45㎡以上、かつ1単位の患者1人当たり3㎡標準	標準30㎡以上、かつ1単位の患者1人当たり3㎡標準	標準60㎡以上、かつ1単位の患者1人当たり4㎡標準	1人当たり専用デイ・ルーム2㎡、機能訓練室1㎡以上	340㎡程度
備考	費用は保険請求	左記に同じ	左記に同じ	施設療養費として請求	A・B・C・D・E型

(注1) 全国老人保健施設協会編：老人保健施設ガイド・ケアマニュアル、厚生科学研究所、1994、pp.14～15より一部改変引用

表 2. 老人デイ・ケア施設数の推移

	老人デイ・ケア	
	平成元年 7 月	47
平成 2 年 7 月	65	
平成 3 年 7 月	80	
制 度 変 更	老人デイ・ケア(I)	老人デイ・ケア(II)
平成 4 年 7 月	69	60
平成 5 年 7 月	60	130
平成 6 年 7 月	63	241
平成 7 年 7 月	81	427
平成 8 年 7 月	97	770

(注) 小山秀夫：高齢者ケアのマネジメント論，厚生科学研究所，1997，
p.213より引用。

集団性を活用したグループワークの方が，より高齢患者の機能の維持や回復には効果的であるという見方がある。またより現実的には，スタッフの数という物理的な側面での，運営上の効率性の問題も横たわっていることが考えられる。

最後に対象者については，従来規定がなされていなかったが，平成 9 年 3 月の改正により，運動機能障害の患者については，「障害老人の日常生活自立度判定基準」のうち A，B 及び C ランクに該当する者，痴呆患者については「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」のⅡ～Ⅳ及び M ランクに該当する者と定められた。これにより，いわゆる虚弱老人はデイ・ケアの対象外となる。痴呆性老人に関しては，所定の基準を満たせば加算が付くように設定されており，ここにも送迎と同様に積極的な受け入れを促すための利益誘導が図られている。

いずれにしても，このようにデイ・ケアは，他の通所型事業と比較して，より医学的管理を必要とする患者を対象として，リハビリテーション機能を前面に出した内容のものということができる。

4. 現場における実践上の課題

先に述べたように，通所型ケアには様々な意義がある。それにはリハビリという通所型ケアが本来的に持っているものと，介護負担の軽減などのように，結果的に付随してくるもの両方がある。それらの意義を基本とした上で，老人診療報酬に基づく医療行為としてのデイ・ケアにはどのような課題があるのだろうか。ここでは次の 4 つについて提起したい。

(1)ケアプランの立案と実行

デイ・ケアにおけるプログラムは、心身機能の回復・維持を目的として、主に機能訓練、体操、レクリエーションを集団を単位に組まれている。また一方で、必要に応じて、PT、OTによる個別訓練も行なわれている。これらのプログラムの実施は、状況の異なる一人一人の通所者に対し、まず問題状況の把握と整理を行ない、デイ・ケアの持つ機能の中で援助計画を作成し、それをもとにして実施し、そして評価を行うというプロセスをとる。いわゆる plan→do→see を必要不可欠としている。医療機関であれ福祉施設であれ現場がこだわらなければならないケアの原則は、対象者一人一人の個性にどう対応するかである。しかし、現実に実行されているプログラムは、一人一人の問題状況に関わらず、通所してきた人に対して、とにかく体操やレクリエーションを行なうことに終始し、なかばそれで良しという姿勢が見え隠れしている感がある。経営面でも利用者の確保という数量的な評価が先行し、現場では各通所者の問題点の掘り下げよりも、1日の全体プログラムを消化することにスタッフの関心と注意が向けられ、肝心の個々のプログラムの目的が曖昧になっている。また、訓練やレクリエーションを行なう時、それが心身にもたらす効果よりも、楽しさや面白さを優先しがちである。それはあながち否定されるものではないが、やはりデイ・ケア本来の目的をきちんと押さえ、ケアプランを立てた上での治療訓練の実施が必要である。さもなければ、思い付きやその場しのぎのプログラム内容になってしまい、それで良しという認識が現場に定着しかねない。

(2)スタッフの情報の共有

デイ・ケアが、他の通所型事業や入院病棟あるいは老人保健施設と異なるのは、その実施時間を全て訓練と捉え、プログラムの大半を何らかの活動にあてていることである。その為、通所者の利用時間中には、ケアワーカーなどのスタッフの大半はその活動場面に張りついた状態となる。また施設内プログラムの前後には送迎が入るため、勤務時間の中で、スタッフ一同が会しての情報の交換や伝達を行なうことが非常に難しい状況にある。経営的な観点からスタッフを必要最小限の余力の少ない人数に抑えて行なう場合には、さらにその状況に深刻さが加わる。多くの利用者に対して全てのスタッフが適切に対応していくには、スタッフ間の情報の共有は大前提として必要であるが、そういった時間と余裕のなさは、さらに記録やカンファレンスなどの現場実践に不可欠な業務にも影響を及ぼしている。

(3)他の社会資源との連携

まず第一に重要なのは、地域の開業医との連携の問題である。デイ・ケアにおいて、利用者一人一人の医学的管理を行なう上で問題となるのは、通所者が、デイ・ケア施設の母体病院を

かかり付け医としていない場合である。その場合、通所者に関する疾患の経過や治療内容などの医学的情報が入手しにくいばかりでなく、何らかの状態変化が生じた際に、それが重篤な症状である場合は別として、主治医を差し置いた形で処置を行なうことは、非常に難しい問題をはらんでいる。ひいてはデイ・ケア施設と他病医院の主治医との関係に支障をきたす恐れすら出てくる。通所者にしてみれば、デイ・ケア施設が自分の病気に対する治療や投薬までしてくれるのであれば好都合である。わざわざ、かかり付け医まで通院しなくても、デイ・ケアの送迎を利用する中で、主治医も母体病院の方へ変更しようとしても不思議なことではない。率直なところ、このことで最も問題となるのは、結果的に「患者の横取り行為」と見られかねないところにある。

その意味で、地域の他病医院には、デイ・ケアの目的を正しく伝え、十分な認識と理解を得るための必要な気配りを怠ることができない。患者中心に考えた場合には、当然いざという時には、必要な情報を提供してもらえようような関係を作っておく必要がある。

また、一般論とは異なるが、その他の社会資源についても、通所者が他のサービスに関わっている場合には、その内容を把握しておかなければならない。デイ・ケアで行なうサービス内容との関連を知り、明確な役割分担を行い、状況に変化があった時お互いがよりスムーズに対応できるよう、定期的にあるいは日常的に連絡を取り合うなどの体制が必要となる。さらに、利用しているサービスがデイ・ケアのみの通所者に新たなニーズが発生した場合には、デイ・ケアから情報を発信し、適切なサービス資源に結びつけていくという作業を行なわねばならない。

(4)家族との関わり

デイ・ケアは、昼間だけ通所者と関わるサービスであるために、24時間体制の病棟や施設と比べて情報収集能力に劣っている。特に家庭での生活状況、家族関係に関するものなどは、かなり限られたものとなる。これはケースによっては、デイ・ケアにおける適切な援助にも、また他の社会資源との連携も含めて、幅広い支援に結びつけることを非常に困難にする。その意味で、家族から得られる本人の情報、あるいは家族の介護負担度等の情報の把握は、デイ・ケア実施においても重要な要素となる。

これに対して、多くの施設においては、主に連絡帳の活用や家庭訪問などにより家族とのコンタクトを図っている。しかし、連絡帳は、家族自身の対応能力や協力度の差が激しい。また、メモでは内容も単調になりやすく、有効に活用していくには困難な点が多い。また家庭訪問は、他人を家の中に入れることに抵抗のある家族も多く、家族にしてみれば、やっと日中だけでも介護の手が離れてほっとしている所に、また本人のことで時間を割かなければならないというのは、物理的にも精神的にも苦痛なことなのであろう。

さらに、知的には正常を保っている通所者の場合、家族が、自分の知らない所で施設とコンタクトを取ることに不快感を感じるなどの問題もある。中には、連絡帳の中身をチェックして、家族に対して記載内容にクレームを付けるケースもある。

様々な生活状況にある家族に対し、デイ・ケアの利用にあたってどこまで関わりをもっていくかということについては、一概に言えない。ケースバイケースである。しかし、家族に対しても積極的に関わることによって、支援の内容が高まるケース、それを必要とするケースを潜在化させないという視点は、専門施設として忘れるわけにはいかないところである。

5. おわりに

デイ・ケアの今日的意義や、現場が留意すべき課題について、要点を絞って述べてきた。締めくくりとして、今後も着実に量的増加が図られていくであろうデイ・ケアにおいて、個々の現場が心しておかなければならない基本的な視点についてまとめてみたい。

第一には、デイ・ケアの目的は「心身機能の回復・維持」ということであるが、この場合の回復・維持とは、あくまで在宅生活を継続していくための「回復・維持」であるということである。よって、デイ・ケアにおけるケアが、個々の通所者の家庭内での生活にどのような意味をもたらすのかという点を十分に視野に収めた関わりでなければならない。

第二には、家庭内の生活状況をふまえたケアということであれば、家庭環境としての家族も大きな意味での対象者と考えなければならない。在宅生活を支えるケアは、それがどんなサービスであれ、家族ぐるみのケアという視点を持つておく必要がある。

第三には、重症者に対しどこまで対応していけるかという点である。デイ・ケアが、真に住民のニーズに応え、地域の社会資源としての信頼を得るために避けて通れないことの一つとして、この点は特に問われるであろう。

第四には、今まで述べてきたことをふまえた上で、自らの提供するサービスに対する自己評価をどのように考え、どう取り入れていくのかという点である。その延長線上には「第三者あるいは利用者自身による評価」という課題がある。

最後に、これから先デイ・ケアは大きな制度的転換期を迎えようとしている。平成12年度からの実施が予定されているいわゆる介護保険制度において、デイ・ケアは介護保険の給付対象となることが予定されている。現在分立している各種の通所型ケアサービスが、介護保険においてどのように分類整理されるのかはまだ定かではない。デイ・ケア施設の運営や提供するサービス内容にどのような影響を及ぼすのか、今後の動向に注視が必要である。

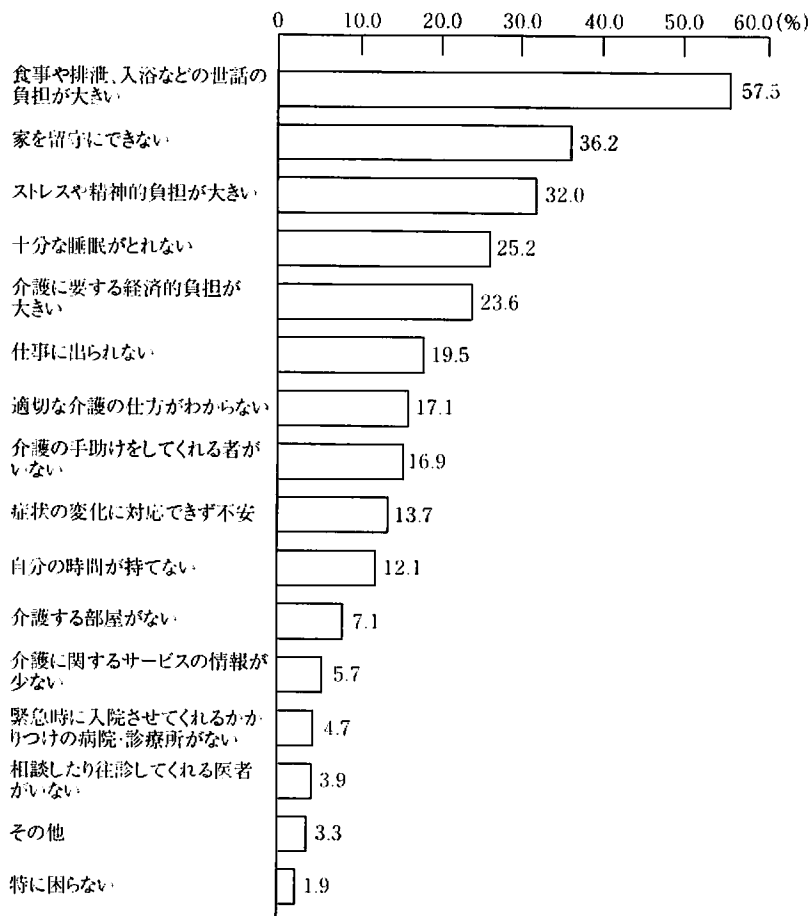


図2. 家族で介護する時の問題点.

- (注1) 家庭で介護した経験のある者を対象に調査
 (注2) 重複回答
 (注3) 厚生省:保健福祉動向調査(平成2年).

参考文献

- 1) 山崎摩耶: ジュリスト増刊「高齢社会と在宅ケア」, 48~52 (1993).
- 2) 鎌田ケイ子・竹内孝仁・田島桂子・中島紀恵子: 系統看護学講座23 老人看護学, 医学書院, 東京, 1987, pp. 167~168.
- 3) 竹内孝仁: 通所ケア学, 医歯薬出版, 東京, 1996, p. 40.
- 4) 庄司洋子: ジュリスト増刊「高齢社会と在宅ケア」, 190~196 (1993).
- 5) 竹内孝仁: 通所ケア学, 医歯薬出版, 東京, 1996, pp. 48~57.