

在宅介護の有効性と問題点

5570 横井 真紀子

[目次](#)

[はじめに](#)

[1章 在宅介護とは](#)

1. 在宅介護における高齢者・家族の生活実態
2. 在宅介護の概念と背景
3. 在宅介護を支えるサービス

[2章 デイサービスの展開](#)

1. デイサービス発展の推移
2. デイサービス発展の利用者にとっての意義

[3章 デイサービスセンターにおけるインタビュー](#)

1. 利用高齢者の満足感を知る方法
2. インタビュー方法
 - ・インタビューの背景
 - ・対象者
 - ・現在利用中のサービス

- ・ 今までのサービス利用経験
- ・ デイサービス利用期間
- ・ 質問項目
- ・ 分析方法

4章 [結果・考察](#)

1. 「図1：クライアントの相関図」の説明
2. 「表2：グループとカテゴリーの相関図」の説明
3. デイサービスの有効性と問題点
4. 有効性と問題点の分類

[おわりに](#)

1. インタビューに関して
2. デイサービスがもたらす高齢者の社会的統合・精神的統合

[参考文献](#)

[参考資料](#)

目次

はじめに-----	2
1章 在宅介護とは	
1. 在宅介護における高齢者・家族の生活実態-----	3
2. 在宅介護の概念と背景	
3. 在宅介護を支えるサービス-----	5
2章 デイサービスの展開	
1. デイサービス発展の推移-----	7
2. デイサービス発展の利用者にとっての意義-----	9
3章 デイサービスセンターにおけるインタビュー	
1. 利用高齢者の満足感を知る方法-----	11
2. インタビュー方法	
・ インタビューの背景	
・ 対象者	
・ 現在利用中のサービス	
・ 今までのサービス利用経験	
・ デイサービス利用期間	
・ 質問項目	
・ 分析方法	
4章 結果	
1. 結果集計-----	13
2. 有効性に関する概念-----	14
3. 問題点に関する概念-----	16
4. 有効性と問題点の分類-----	17
5章 考察	
1. インタビューに関して-----	18
2. デイサービスがもたらす高齢者の社会的統合・精神的統合	
6章 介護保険における医療と在宅介護サービスの今後の課題--	20
参考文献-----	21

1

1

はじめに

我が国の高齢化率は14.5%を超え、2025年には4人に1人が高齢者という時代がやってくると言われている。それに伴い、介護を必要とする高齢者や障害者が増加し、今や介護は社会的な問題として歴史の表舞台に現れてきたわけである。

豊かな老後を保障するために、介護保険が創設され、導入に向けての準備が進められている。もっともこの介護保険については、保険あって介護なしという状況が現出する危険をはらみ、もろてをあげて賛成というわけにはいかないが、この介護保険の導入が予定される見通しの中で、介護の果たす役割は大きいことは言うまでもない。

高齢者の多くは、「住み慣れた地域で、親しい人に囲まれて一生を送りたい」という願いをもっている。この願いをかなえるためには、在宅介護の充実が必要不可欠である。

だが実際のところ、在宅で介護を受けている本人・または家族は、どのように感じ、またどのようなことを望んでいるのだろうか。真に望まれるサービスとはどのようなものなのだろうか。この論文では、実際に在宅介護を受けている利用者の声も交え、デイサービスの有効性という点から、在宅介護について述べる。

1章 在宅介護とは

1. 在宅介護における高齢者・家族の生活実態

在宅における介護を必要としている高齢者や家族の生活実態としては、介護不足→病状の悪化→介護量の増大という悪循環の図式を呈している。具体的には次のようなことがあげられる。

① 医療依存度の高い高齢者の増加

医療的な管理が必要であったり、医療機器を装着した状態で、生活障害を抱えたままの利用者が多くなっている。このことから介護が重度化し、さらに長期化していることから介護負担が増大している。

② 介護者の高齢化に伴う介護不足

高齢者が高齢者を介護するという状態が多く、ますます介護不足となり、病状は悪化し、介護量が増大するといった悪循環が発生している。その結果、介護者の多くは健康を損ない共倒れ寸前の状態に陥っている。例えば、80歳代の夫をやはり80歳代の妻が介護しているといったケースが数多くみられ、個人の生活能力を超える負担が生じている。

③ 昼間一人暮らしの高齢者の増加

家族が勤めに出ていたり、仕事をもっていることから専任の介護者が不在で、昼間の介護が期待できないケースも多く、昼間の生活の節目節目の援助が必要である場合が多い。

④ 家事機能の低下による生活障害の増大

病人を抱えることによって、通常の生活に変化を来し、生活のリズムが崩れてくる。そのことによって家事機能にも影響を及ぼし、生活障害が増大してくる。

そのことが病状の悪化につながり、介護量の増大に結びついている。さらに家事に不慣れな男性が介護を担わなければならないとなると、介護と家事の両方の負担がのしかかり、生活が崩れてしまい、そのことが精神的な重圧となっている場合も多い。

⑤ 経済負担の増加

介護の重度化、長期化によって医療費・介護費が増大し、経済負担が増加している。経済的に余裕がないということから、介護機器、介護用具の導入が図れず、また、住宅の改造などもできないことから、介護不足に結びついたり、せっかくの自立への意欲も失ってしまう結果になっている。

⑥ 住宅環境の不備による介護量の増大

住宅環境の改善、改築、病室の整備などが必要であっても、費用の点や、家族の意識の問題などから改善ができずに、自立の意欲が損なわれ、寝たきりの状態に結びついていることが多い。

⑦ 地域からの孤立化

身体的な障害をもったり、要介護者を抱えたことによって、社会性を失い、地域から孤立していることが多くある。地域から孤立することによって、ニーズの発見が遅れ、援助が手後れになり、介護不足から病状の悪化に結びつき、家庭の崩壊につながってしまう例が数多くみられる。

現在、在宅介護を行っている家庭では、以上のような問題を抱えて介護を行っている場合が多い。

2. 在宅介護の概念と背景

現在行われている在宅介護には、ホームヘルプサービスや配食（給食）サービス、訪問看護、在宅医療、訪問リハビリテーション、入浴サービスなどの訪問サービスや、デイサービス、ショートステイなどの通所サービスがあり、それらのサービスは、人間の労働という形の、人的サービスであるという特徴がある。しかし近年ではそれらに加え、福祉用具の提供、住宅改造、緊急通報システムなどの機器や設備を含んだ地域ケア、さらに金銭給付、環境整備を含む在宅福祉、またそれに地域住民の援助などを加えた地域福祉が進められている。

その中でも在宅介護と良く似た概念である地域福祉との関係で述べると、在宅介護は、基本的には国・自治体の行政責任のもとで実施される専門的サービスであり、地域福祉は、専門的サービスとともにボランティアや近隣地域住民など素人の介護活動も含めて支援活動がされるというものである。また、在宅介護は介護を要する人を主な対象としているが、地域福祉は一般住民の生活問題・福祉問題をも含み、在宅介護を包み込みながら介護問題を現に抱えている人も抱えていない人も広くその対象としている。そのことは在宅介護が、要介護者や家族とサービスとが個別に結びつくのではなく、地域住民に守られ、支えられることによって地域福祉へと発展していくものであるということを表わしている。つまり、地域社会の中での介護（Care in the Community）から、地域社会による介護（Care by the Community）になるということである。

それでは、地域社会による介護とは何だろうか。私たちの生活は、個人・家族・地域社会の連続の中で営まれている。それぞれが孤立して存在するということではなく、個々がどこかで、必ずつながっている。介護は、生活課題の一つであり、日常生活の営みそのものの過程から生み出されるものである。したがって、介護を必要とする個人を、家族・地域社会という社会的な関係の中で、生活を営む生活主体者として尊重することが求められるのである。

右田紀久恵氏は、地域福祉の3重層円ということ述べている。それは、人間の生活は、個人があって、それを包む円である家族があって、さらにそれを包む地域社会という円がある。それら3つの円の均衡が保たれ、調和的状态に置かれた時に安定的な社会生活を営むことができる。在宅福祉の考え方とそのサービスのあり方（原則）は、この3重層円の不均衡を予防し、是正し、そして均衡を保ち、維持することにあると述べている。

そして、在宅介護を含む地域福祉とは、「家族の地域社会との安定した関係づくりと社会に開かれた家族を目指し、家族構成員である個人の社会的自己実現をはかることを目標とする（右田、1995）」ものである。つまり要介護者が、生活主体者として家庭生活を営み、地域社会における生活と発達を可能にしていくためには、地域福祉・在宅介護は不可欠な支援であるということである。

在宅介護支援は、要介護者にとって、その家族・地域社会との関係を維持するために不可欠であるがゆえに、単独で利用するというものでもなく、またできるものでもない。したがって他の福祉サービスや保健・医療などとの連携

が重要であり、さらに地域住民に支えられ、より発展させていくという利用者や住民を主体とした地域社会による介護となっていくことが求められるのである。

在宅介護の概念について述べてきたが、では、在宅介護ということばの中の、介護とは一体何だろうか。辞書をひいてみると、「衰弱しきった病人・けが人や重度の身障者、また寝たきり老人などに常時付き添っていて、その生活全般にわたりこまごまとした世話をすること（新明解国語辞典（三省堂）」とある。また、介護に近い行為として、「看護」がある。看護が医療行為の一環としてまず治療補助を第一にし、そのために生活援助を行うのに対し、「介護は、人間らしい尊厳にもとづいた生活をいかに保ち高めるかという局面からの援助を行（一番ヶ瀬・古林、1988）」う。つまり、両者はそれぞれの援助の仕方に違いはあるけれども、それぞれが別個に存在しているのではなく、「密接な共同が重要であるという関係」なのである。

介護の概念については、今日でもさまざまな議論がなされているが、その中でも朝倉氏は、次のように述べている。「介護の概念は、人間の生活を生存レベルではなく、より豊かな生活を維持することをいかに保障するのか。そして、そのために介護は何を担うのかを明確にしつつあるといえます。したがって、介護とは、身辺介助にとどまらず、介護を要する人を主体として、その自立・自律生活を支え、自己実現を目指し、社会生活の維持を目標とする事によって、地域に生活文化を創造する可能性があるものといえます（朝倉、1998）」。これは、ただ介護の量的側面を満たすだけでなく、介護の質的側面が問われるようになってきたということを表わしている。

では、これほどまでに在宅介護が必要になってきた背景とは、どのようなものなのだろうか。

まず一つには、高齢化による要介護高齢者の増大があげられる。高齢化の背景には、近代化による生産力の増大によりモノが豊かになったことや衛生状態の改善、医学の進歩による寿命の伸びという側面と、生活の不安定さや教育費の高騰、女性の就労率の増加や価値観の変化などにより少子化が進んでいるという側面がある。さらに、子どもを産み育てながらの就労を保障するための育児休業・保育などの子育て支援の不充分さが少子少産化の傾向を促進させている。また日本の高齢化の進展は西欧諸国に比べて急速であり、75歳以上の後期高齢者人口の割合が高いことが特徴である。特に、寝たきりや痴呆という介護を要する高齢者の発現率は加齢に伴って上昇することから、後期高齢者の増加は、虚弱高齢者・寝たきり高齢者・痴呆性高齢者などの要介護高齢者の増加につながる大きな課題となっている。

2番目には、家族形態の変化ということがあげられる。現在の家族は戦前に比べると小規模化しており、この家族の小規模化というのは、小子化と家族の変化によるものである。現在一人の女性が一生に生む子どもの数は、1.42人にまで減少しており、高齢化をより促進している。また家族構成も、核家族世帯が増えてきており、3世代世帯を上回るようになってきている。特に高齢者の世帯は一人暮らしや夫婦のみの世帯が増えてきている。

家族の小規模化と多様化により、家族機能が低下しており、家族介護の限界と社会的支援の必要性が指摘されてきているのにも関わらず、在宅介護の実態をみると、現実に介護を支えているのは家族なのである。そのうえ、その約85%が女性であり、そのうち3割以上がこの配偶者（嫁）という日本独特の状況があるのである。

以上のように「家族機能が低下しているうえに、要介護の問題自体が、家族だけでは支えられない深刻な新しい問題であり、保護・医療・福祉の専門的な介護支援が不可欠なもの（朝倉・1998）」なのである。「それにもかかわらず、なお社会的介護支援が不十分なために、高齢者虐待や高齢者の自殺などの深刻な問題が発生（朝倉・1998）」している。介護を担っている家族は、さまざまな悩みを抱えている。そして、その辛さが限界にまで達し、追いつめられた結果として「高齢者虐待」が引き起こされてしまうのである。

3番目には、地域の変化があげられる。資本主義の発達により産業化と都市化が進展したことによって、生活様式が変化し、地域における人々の結びつきが弱くなり、それによって生活問題の解決方法も変化してきた。また、女性の社会進出という面から、妻が働きに出ることも当たり前となり、夫婦共働きという状態が普通になってきている現在、生活は仕事中心になり、戦後以来の個人のプライバシー意識の高まりともあいまって、町内会・自治会活動への参加の低下や地域での人間関係の希薄化を促進している。

在宅介護が必要視されるようになった背景について述べてきた。次に、在宅介護サービスとして実際に行われているサービスについてみていきたい。

3. 在宅介護を支えるサービス

在宅福祉サービスとは、在宅介護を支える専門的サービスであり、なかでもホームヘルプサービス、ショートステイサービス、デイサービスは、在宅福祉の3本柱といわれている。「このサービスの量的基盤整備については、障害者プランの7か年計画が上積みされることになったため、2002年までには、ホームヘルパー21万5000人、ショートステイ6万4500人分、デイセンター1万8000か所が最終整備目標（朝倉・1998）」になっている。

「さらに、在宅介護支援センター、老人訪問看護ステーション、老人日常生活用具等給付事業、高齢者サービス総合調整推進事業、高齢者総合相談センター（シルバー110番）（朝倉・1998）」がある。

以下、先に述べた在宅福祉の3本柱である、3つのサービスに関してみていきたい。

a. ホームヘルプサービス

ホームヘルパー派遣事業は、障害をもつ高齢者が可能な限り在宅の生活ができることを目的に、障害のある65歳以上の高齢者及びその家族が利用でき、①身体介護サービス、②家事援助サービス、③各種相談や助言、を内容としたサービスを提供する。

サービスの量は、多くの市町村では、週1～2回、1回あたり2～3時間と言うのが実状だが、「1994年から北九州市が「24時間巡回介護モデル事業」を始め、その後、秋田県鷹巣町や大阪府枚方市などが取り組み、全国に広がりつつある（太田・1995）」。利用料は、1時間あたり930円（1997年度）を上限としている。

「ホームヘルプサービスの実施主体は市町村であるが、この事業は社会福祉協議会や特別養護老人ホーム、在宅介護サービスのガイドラインを満たす民間事業者などへ委託することができる。1992年からは、市町村が委託先として適当と認定した介護福祉士や農業協同組合などへも委託ができるようになった。委託型のヘルパーが急増し、8割を

こえて(朝倉,1998)」きている。

b. デイサービス事業

デイサービス事業は、在宅の虚弱の高齢者や寝たきりの高齢者がデイサービスセンターに通所し、身体的機能の維持向上の訓練などを通じ、自立生活がより可能になるようにすることと、家族の心身の負担の軽減をはかることを目的にしている。利用できるのは、おおむね65歳以上の要介護高齢者(65歳未満でも、初老期痴呆の人は含まれる)及び身体障害者であって、虚弱または寝たきりなどのために日常生活を営むのに支障がある人、となっている。

サービスの内容は、通常週1~2回、朝から夕方まで、デイサービスセンターにおいて、入浴、食事、日常生活動作訓練、生活指導などが実施される。またデイサービス事業は利用者の状況によって、重介護型(A型)、標準型(B型)、軽介護型(C型)、利用人員が従来の2分の1程度(8人以上)の小規模型(D型)、痴呆性の高齢者向けの毎日通所型(E型)という5つの類型に分類されている。費用は原材料費などの実費負担となっている。

また、1996年度からホリデーサービスの加算制度が発足し、休日のデイサービス利用が可能となった。また、痴呆性老人の夜間徘徊などに対応して、夜間老人を預かるナイトケアを実施するセンターもある。

c. ショートステイ事業

ショートステイサービスは、おおむね65歳以上の要介護高齢者(65歳未満でも初老期痴呆の人は含まれる)を介護している人が病気、冠婚葬祭、介護疲れなどの場合に、介護者に代わって要介護高齢者を一時的に特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人短期入所施設などに保護し、介護者の負担の軽減を図ることなどを目的としている。

利用できる期間は原則として7日以内となっているが、必要に応じて最小限の範囲で期間の延長ができる。1994年からは、計画的利用の場合は、最長3ヶ月利用できるようになった。

上記のサービスを行う在宅介護支援機関には、市町村老人福祉課、福祉事務所、保健所、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、老人福祉センター、社会福祉協議会、福祉公社、デイサービスセンターなど、保健・医療・福祉に関わる多様な専門機関・施設がある。今回は、その中でも、デイサービスセンターに焦点をあてたいと思う。デイサービスセンターにて行ったインタビューに関しては、3章以降で詳しく述べるが、その前にまず次の章で、近年急速に発展してきた、デイサービスについて概観し、また利用者にとってのデイサービスの意義について考えてみたい。

2章 デイサービスの展開

高齢者に対するデイサービスは、近年急速に発展してきた。本章では、まず、その量的拡大という発展の側面と、デイサービスセンターの質的な変化という発展を概観する。その上で、サービス利用者である高齢者にとっての、デイサービスの意義を検討したい。

1. デイサービス発展の推移

・デイサービスの量的発展

デイサービスというのは、もっとも一般的にいえば、日中ある一定の場所に通所してくる虚弱な高齢者や障害者に対して提供される複数のサービスの総称である。「我が国の高齢者に対するデイサービス事業は、1977年に東京都のケアセンター運営費補助によって制度化され、都下の2ヶ所のケアセンターで始まった。その後、79年には「デイサービス事業実施要綱」にもとづく国庫補助事業として全国的に事業が開始されることになる。国庫補助によるデイサービス事業実施箇所は、79年度の20からスタートした。85年度までは全国で100ヶ所に満たないが、86年度は対前年度伸び率が119%となり、数のうえでは210ヶ所となった。86年4月に、厚生省内に設置されていた高齢者対策企画推進本部が報告書を出し、デイサービスセンター(以下、センターと略記)を当面3000ヶ所、将来的には1万ヶ所設置する必要性を明記した。そして、運営費の負担割合も国が3分の1から2分の1とし、市町村は3分の1から4分の1の負担に軽減した。さらに、それまでの特別養護老人ホーム(以下、特養と略記)や養護老人ホームに付設ないし併設した施設だけでなく、単独のセンターおよび適切な施設に併設したセンターを国庫補助の対象とすることを認めた。こうした政策によって、86年度の伸び率はたいへん高くなった。

その後、1987年度は410ヶ所、88年度は630ヶ所と増加し、89年度には1080ヶ所と1000をこえた。88年度には、厚生省および労働省により「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」(「福祉ビジョン」とよばれている)が提出されている。そして、翌年には、これに具体的な整備目標を追加し、あらたな具体的施策を盛り込んだ「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(通称「ゴールドプラン」)が発表された。そして、在宅老人福祉緊急整備計画が消費税導入との関連で実施されることになり、大幅な運営費の予算化が行われた。こうした国の強力な高齢者保健福祉施策推進の動きをうけて、デイサービス事業は80年代後半から著しい量的発展をみせることになった。90年度は1780ヶ所、91年度は2630ヶ所、92年度は3480ヶ所にまでなっている(厚生省の指標、1993)。

著しい量的な拡大を見せているデイサービス事業であるが、在宅福祉サービスの3本柱の中では、まだ実施率が低い。厚生省のまとめた「平成3年版老人保健福祉マップ数値表」によると、デイサービスを実施している市町村はまだ37%にとどまっており、未実施の市町村が6割以上ある。ショートステイ事業は91%、ホームヘルプ事業は99%の実施率であるから、それに比べるとかなり低い。それでも、翌年度のデイサービス実施率は49.5%まで増加している(ショートステイの実施率は93.9%、ホームヘルプの実施率は99.6%)。

厚生省のコメントによると、「デイサービスは家の近所に施設が必要で整備が遅れている状況にある」ということであるが、人口数の少ない町村ではデイサービス事業の対象となる高齢者の絶対数が少なく、また、地域的に偏在して居住しており、送迎時間の限度等を考慮するとなかなか時業界紙ができないということなのであろう。

また、次のようなことも背景にあると思われる。そうした町村では、虚弱な高齢者でもなんらかの仕事や役割を持っていたりする。また、村のどこかに気心の知れた年より同士が集まって話をする場もあるだろう。一方、寝たり起きたりといった状態になると、年寄りなのだから仕方がないと寝かせきりにさせられてしまう。こうしたことであれば、デイサービスに対するニーズはさほど強くない。デイサービスは後にもみるように、年寄り同士の和やかな雰囲気をもつことが困難な都市部の孤立した高齢者に、より必要とされるサービスという性格を基本的にはもっているように思われる。

・デイサービスセンターのタイプと質的な発展

1989年に行われた国のデイサービス事業実施要綱の改正では、対象を寝たきり老人にも広げることになり、事業内容と利用者の状況によって、センターが3つの型に分類されることになった(痴呆性老人の利用はそれまでも増加しており、88年度には痴呆性老人加算が制度化されている)。寝たきり老人を含む重介護型のA型、標準型(従来のセンター)のB型、軽介護型のC型である。全国社会福祉協議会高年福祉部が実施した「全国デイサービスセンター実態調査報告書1992年」(以下、「報告書」と略記)によると、90年以後A型とC型の割合が少しずつ増え、標準型のB型の割合が減少している。人口数の小さい町村では、おそらくこのC型のセンター設置が多いと考えられる。

「報告書」によって、センター利用者の日常生活自立度(寝たきり度)をみると、やはりA型センターには、ランクB(屋内での生活はなんらかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ)やランクC(一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する)が多く、C型センターにランクJ(なんらかの障害等を有するが日常生活はほぼ自立しており独力で外出する)が相対的に多い。また、ぼけ症状ありの人やその程度の重い人はA型センターに多く、C型センターには症状なしの人がほとんどである。数のうえで圧倒的に多いB型センター(従来のセンターはこれにあたる)は、いずれもその中間であるが、おそらく、A型に近いセンターからC型に近いセンターまでいろいろあると想像される。また、開設当初、比較的軽度の介護を要する高齢者を対象としてきたセンター(標準型)が、年数を経るなかで次第に、中度や重度の障害をもつ高齢者や痴呆性老人を対象とするようになってきた例も多く見聞きする。

開設当初はまだデイサービスについての住民の認識が浅く、虚弱高齢者や障害高齢者の利用が定員に満たないため、また、職員の方でも障害の重い高齢者や痴呆性老人のケア(介護だけでなく精神的サポートや家族支援なども含む)に不慣れということもあって、老人クラブに通えるような比較的元気な高齢者も利用者の中にも含まれることがある。だが、年数が経つにつれ利用高齢者の機能が徐々に低下していく。それへの対応をとおして、職員も在宅要介護高齢者のケアに慣れ、実力と自信をつけてくる。また、一方で地域住民に次第にデイサービスが理解されるようになってきて、虚弱高齢者、障害高齢者、痴呆性老人の本サービスに対するニーズが高くなる。そして、同じ市町村内に新しいC型センターが開設される。そうすると、障害の程度や痴呆性程度の高い新規の利用者を、先行した標準型

のセンターがより積極的に引き受けざるを得ないようになってくる(標準型のセンターは特養併設型が大半であって、この併設施設のサービスや諸機能を活用できることから、こうした傾向は自然である)。

実際、センターの研修会などに参加すると、よく聞かれるのがこの利用者の身体機能および精神機能障害の重度化という問題である。この問題は、職員の労働量の増加と職員配置の増加、職員のケアの質の向上、従来のサービス・プログラムの見直し、設備の整備、送迎のあり方の検討、家族との連絡・調整、保健・医療機関との連携、他の福祉サービスの活用、ケースマネジメントの必要性などなど、種々の課題をもたらしている。「ゴールドプラン」によれば、2001年までにセンターを1万ヶ所設置することになっているから、今後もセンターは増え続ける。だが、その増えるセンターの多くがC型の軽介護型のセンターであれば、7、8年以上の年数を経てきたB型センターの多くは、一層重度の利用者を受け入れていかざるを得ない。重度化に対応していくためには、職員配置の増加を行政に要求していく必要がある。

高齢者の絶対数の多い都市部では、今後もセンターが新しく増設されていく。センターが開設されると、従来からあるセンターとの対象地域の区分け(地域割り)が行われるのが一般的である。そうであれば、今後多く開設されるC型のセンターにおいても、既利用者が重度化した場合、A型センターや重度利用者を引き受けているB型センターの方に代わってもらうとか、重度の高齢者からの希望があればそちらに引き受けてもらうようにする、というわけにはなかなかいかず、みずからのセンターで重度化に対しある程度対応していかなければならないということになる。デイサービスだけでなくショートステイ、ホームヘルプ事業、さらに訪問看護や訪問医療といった在宅保健・医療・福祉サービス、そして住宅対策が発展すればそれだけ、重度の要介護高齢者が在宅で過ごせるようになり、その人々のサービス利用ニーズが一層増加していく。したがってデイサービス事業も、重度の要介護高齢者を比較的多く引き受けるセンターがより多く必要になってくると考えられる。デイサービスセンターの量的発展だけが政策目標になるようであれば、職員数のより少ないC型センターの増加がより図られることになろう。だが、それではデイサービスに対するニーズ全体には応えられない。

この他のデイサービスセンターが抱えるさまざまな問題および課題については、キリがないのでこれ以上は触れない。そこで、次に、1980年代後半以降、著しい量的拡大を示してきたデイサービスの発展の利用者にとっての意義を検討することにした。

2. デイサービス発展の利用者にとっての意義

・高齢者にとって魅力ある福祉サービス

先の「報告書」によると、デイサービスの基本事業の利用登録者の平均は1ヶ所あたり120人である。1992年度は3480ヶ所のセンターが運営されているから、単純に計算すると、全国では92年度に41万7600人の高齢者がデイサービスを利用したことになる。登録者が全員利用したとはいえないかもしれないが、登録者総数にかなり近い数の人々が利用したはずであり、この数は相当なものといえよう。92年度の特養入所定員は17万5381名であるから、大ざっぱに言えば入所者の約2.5倍近くの人が特養に多く併設されているデイサービスセンターに通所したということになる。なお、ショートステイ事業対象人員は30万7224人と多いが、この中には複数回利用の人が多くは多いはずである。

相対的に利用できる人数が大きいということによって、デイサービスの内実が利用者および家族、またその関係者によるパーソナル・コミュニケーションをとおして、地域の虚弱・障害高齢者や家族に徐々に知られるようになってきている。また、デイサービスをとおして他の福祉サービスも身近に感じるということが可能となりつつある。福祉サービスが、一部の恵まれない不幸な高齢者に対するものとは限らず、弱ってきたら誰でも利用可能なものであるという認識を広めつつあるという点でも、デイサービスの発展の意義は大きい。

さらに重要な点は、デイサービスが利用高齢者や家族、とりわけ高齢者にとって満足感の強いサービスであるということだ。サービスの内容が同じではないから比較するのもおかしいかもしれないが、デイサービスはショートステイやホームヘルプサービスよりも要介護高齢者に人気のあるサービスである。ショートステイはどちらかといえば、今のところ、家族の都合によって要介護状態にある高齢者が短期入所させられ、ケアを受けるという性格の強いサービスだ。家族に喜ばれるサービスであるのは間違いないが、入所する高齢者が喜ぶサービスであるとは必ずしもいえない。知らないところ、しかも救貧的なイメージをもっている老人ホームには行きたくないという反応が、今の高齢者にはまだ一般的である。もちろん、職員の質の高いケアを受けて喜ぶ高齢者は個々には存在するけれども。また、ホームヘルプは、現在のところ家事援助型のサービスが多い。生活の面倒を見てくれるのはありがたいし、話を聞いてくれるのはうれしいという高齢者も少なくないであろうが、自分の家に他人が入ってくることにどうしてもなじめないものを感じる高齢者や、ヘルパーが自分に合わないとかその家事援助のやり方が自分の流儀に合わないなどと不満を示す高齢者も少なからずいる。

これらに比べると、デイサービスは利用している多くの高齢者が満足感を示し、できるだけ長く利用したいと希望する。そして、それらの人々から話を聞いて、高齢者本人やその家族はサービスを受けたいと申し込んでくる。都市部のセンターでは利用希望者が多くて、利用日を週2回から1回にしたとか、月2回にしたといった話や、利用期限を設けて利用継続希望者でもいったんは卒業してもらおう、比較的自立度の高い利用者にはセンターを卒業して地域につくったセンターの出先機関(サテライト)でミニ・デイ的な集まりに参加してもらおう、待機者が待機期間中に機能低下していくのでセンター職員が訪問してデイ活動を行う、といった話をよく聞く。それだけ、高齢者にとって相対的に人気の高いサービスなのである。

利用する高齢者自身が魅力を感じる福祉サービスとして発展してきたことが、デイサービス発展の大きな特徴であるといえるだろう。では、なぜ人気があるのか、利用している高齢者はどういう所に満足感をもっているのか、その点を見ていくことにしよう。そのことによって、虚弱および障害高齢者にとってのデイサービスの意義が明らかになるだろう。

1

1

3章 デイサービスセンターにおけるインタビュー

1. 利用高齢者の満足感を知る方法

デイサービスセンターを利用している高齢者の満足感を明らかにする方法として、インタビュー調査や観察調査などがある。実際、高齢者やその家族にデイサービス利用の満足感について面接調査や留置調査を実施した例はいくつかある。ここでは、Hホームケアセンターという、老人デイサービスを行っているセンターでの、インタビューを用いるという方法を取ることにした。

2. インタビュー方法

○インタビューの背景

今回の調査は、Hホームケアセンターという老人デイサービスセンターの利用者に対して、1人に対し1回ずつの、計15人に対する単独インタビューという形で行った。インタビューを行う際、センターのソーシャルワーカーの方に仲介していただき、勉強のために意見を聞かせてほしいということと断っており、許可を得た上でインタビューを行った。

なお、そのデイサービスセンターは、私立の特別養護老人ホームに併設されており、市からの委託でホームヘルプサービスも行っている、複合施設である。その他、訪問看護、配食サービスも行っている。

インタビューを実施したのは11/10から11/16の間の4日間で、利用者がくつろいでいる時間に、随時1人1人に行っていた。インタビューはセミ・オープン形式で行われた。

○対象者：Hホームケアセンターを利用している高齢者15人(男性3人・女性12人)

○(上記の15人が)現在利用中のサービス(半年以内に利用したサービス)

- ・ デイサービスのみ... 4人
- ・ デイサービス+α... 11人

(内訳

- ・ デイサービス+ショートステイ... 2人
- ・ デイサービス+ショートステイ+他のデイサービスセンター... 1人
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+保健センターのPTのリハビリ... 1人
 - ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+配食サービス... 2人
 - ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+訪問看護サービス... 1人
 - ・ デイサービス+隣人の協力... 1人
 - ・ デイサービス+マッサージ... 1人)

○ 今までのサービス利用経験

- ・ デイサービスのみ... 3人
- ・ デイサービス+ショートステイ... 2人
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス... 1人
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+配食サービス... 1人
- ・ デイサービス+α... 8人 (各1名)

(内訳

- ・ デイサービス+ショートステイ+マッサージ師+病院のリハビリ+他のデイサービスセンター
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+配食サービス+訪問看護サービス+病院のリハビリ
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+訪問看護サービス
- ・ デイサービス+病院のリハビリ+社協ヘルパー+隣人の協力
- ・ デイサービス+ショートステイ+老人保健施設のショートステイ
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+保健センターのPTのリハビリ
- ・ デイサービス+ホームヘルプサービス+知人によるリハビリ
- ・ デイサービス+ショートステイ+他のデイサービスセンター)

○ デイサービス利用期間

- ・ 5年以内... 8人 (1年以内: 2人/2~3年間: 2人/4~5年間: 4人)
- ・ 6年以上8年以下... 7人 (6~7年間: 5人/8年間: 2人)

○質問項目

1. 現在どんなサービスを利用していますか、またどれくらいの期間利用していますか。
2. なぜそのサービスを利用するようになったのですか。
3. サービスを利用して、どのような所が良かったですか。
4. サービスを利用して、足りないと思うところ、また、改善してほしいと思うところはありますか。
5. このセンター以外に他にサービスを利用したことがありますか。そこと比べて、どうですか。
6. 何か他に、話したい内容があれば話して下さい。

○分析方法

インタビューの内容は、メモに逐語録した。

記録はできる限りメモに逐語録し、後にそのメモの不完全なところを補い、コーパスとして用いた。各利用者のコーパスはセンテンスごとにナンバリングされた。

次にデータをコード化した。まず1次コードとして、コーパスの主要なセンテンスをキーワード、もしくは簡潔な文章でコード化した。この時にラインマーカーを使用し、主要部位を明確にすることに留意した。2次コードの段階では1次コードで不必要なコードを削除、もしくはコード同士をまとめていく作業を行った。3次コードは更にまとめられ、一般化されてカードに書き込まれた。そこで4次コードとして3次コードのカードのグループ分けを行い、カテゴリー化し、キーワードを抽出し、最終的に、有効性と問題点を明らかにした。

1

1

おわりに

1. インタビューに関して

普段、どうしても内にもりがちである高齢者が外に出るという価値は大きい。特にそれが独居の老人であると、なおさらである。外に出ることによって、心身のリハビリとなり、単調になりがちな生活にハリが出、またそれが毎週1回と決まった日の外出となれば、それは生活リズムとなる。そしてそれを続けることによって継続性が生まれ、その人の日常となり、生活の一部となる。そうやって同じ生活を続けることにより生活に安定感が生まれる。そしてその中で、時には誰かの誕生日会や、ゲートボール大会のような月の行事があって、小さな刺激になる。年に1回の新年会や、夏祭なども、その一つ一つを見れば、変化かもしれないが、長い目で見れば、それはひとつのサイクルになっているのである。

そうした行事や、また、普段の何気ない出来事を通じて、職員の方々にお世話になる。職員の方のあたたかい心遣いにふれて、感謝・喜びの言葉をもらす人の、何と多かったことか。独居で、家では話す人もなく、TVだけで生活している人にとっては、センターに来て人と話すだけで、それは刺激となり、また安心感となる。また自分が一番不幸だと思ってつらい思いをしていた人も、センターに来ている他の、もっと自分より重度な人を見て、こんなことで落ち込んではいけな、がんばらないと、と、励みになっている人も多くいた。

実際のサービスにおいて、満足している人も多かった。中でも入浴サービスは、ほとんどの方が満足されていた。入浴自体だけでなく、それに携わる寮母さんや職員の方の気遣いも、満足感に影響していると思われる。

また少数ではあるが、サービスを受けることによって、介護者の負担が減ると答えていた人がいたことは、大変意義深いと思う。

サービスに対して、満足もあれば不満もあるのは当然である。その中でも、週に2回来たいということに関しては、このインタビューを行った後から、人によっては週に2回になった人もいるので、不満が解消された人もいるだろう。ただ、身体状況によって週2回必要と判断された人だけが、週2回となっているので、インタビューをした人の中には、その適用が少ないと思われる。センターのリハビリに対する不満は、リハビリでなかなか良くならないということが多かったが、PTの先生によると、回復の早い若者と違って、症状がある程度固定化している老人は、現状維持はできて、回復までには至らないことが多い、とのことだった。

いずれの不満も、不満を言う部署があればそこに言う必要があるだろう。

2. デイサービスがもたらす高齢者の社会的統合・精神的統合

老年期は個人にとって喪失の時代である。身体機能・精神機能の低下、社会的・経済的地位の低下、家庭内・地域社会での役割の減少、知人・友人の減少、そして、最後には生命の喪失。高齢者たちはこうした喪失の諸現実とときにあらがいがながら、やがてそれらを受け入れていかなければならない。この過程は社会的関係の喪失による孤立感や孤独をもたらしたり、自己存在の否定感をもたらし可能性が強い。

センターのデイサービス利用者たちの多くは、孤立感や孤独、自己に対する否定的評価にもっとも基底的な影響を与える病弱とか障害といった要因をもっている。それにもかかわらず、デイサービスを利用することで、仲間や職員、ボランティアたちとの相互作用をとおしてふれあいの喜びを得、それによって孤立感や孤独を予防することができたり、そこから回復することができている。つまり、デイサービスは彼らに仲間や職員たちとの相互作用の機会と場を提供することによって、彼らの社会的孤立を防ぎ、彼らを社会的に統合することを可能にしている。

また、デイサービス利用者たちの中には、仲間や職員たちとの相互作用をとおして否定的な自己評価を見直したり、生き方を自省し自己確認する体験をもつ人たちもいる。あるいはまた、相互作用や活動のもたらす喜びや楽しみによって、硬直的になりがちな老年期のパーソナリティの行動、態度、性格といった側面において、積極性といったプラスの変化がもたらされたという人々も少なくない。これらの体験は、自己の存在を否定的に見てなにごとくも消極的になりやすく、ときには抑うつ状態をもたらしかねない老年期の現実に適応していく能力を身につけさせるのではないだろうか。種々の喪失という現実がもたらす生活の諸変化によって、否定的な自己評価がすすんで次第に「絶望」の感覚をもってしまふのではなく、その事実を悲しんだりさみしく感じながらも、過去や現在の自己を肯定的に評価して精神的な「統合」の感覚をもちうる能力である。

一度は老年期の種々の喪失という現実によって否定的な自己像をもったり、抑うつ的な状態になった人々が、デイサービスの利用によって、現在が青春であり人生最高の時期であるといえるようになったのだとしたら、彼らは精神的な人生の「統合」感を得ることができたといつてよいのではないだろうか。

1

1

参考文献

○一番ヶ瀬康子監修・朝倉美江著 在宅介護の今日と明日 一橋出版 1998

○針生誠吉・小林良二編 高齢者と在宅福祉 日本評論社 1994

○社会福祉・医療事業団編 介護保険を支えるこれからの在宅介護サービス 中央法規 1998

天本宏著 第3章 介護保険における医療と在宅介護サービスの今後の課題

井上千津子著 第4章 在宅介護をすすめるために一介護と看護の連携のあり方

○西村周三監修 在宅ケアを知るーその現状と利用者の思いー メディカ出版
1989

沼津雅子著 三 どのような在宅ケアを受けるか <利用施設> 利用者が選択できる施設を

○中芝三枝子著 論文「グラウンデッド・セオリーを用いた医療ソーシャルワーカーのバーンアウト要因・減少要因の分類」

1998年度立木ゼミ卒業論文集掲載 1998

○太田貞司 他著 24時間在宅ケアへの挑戦 萌文社 1995

○児島美都子著 医療ソーシャルワーカー論・増補版 ミネルヴァ書房 1984

○白野明著 在宅医療の手引きー在宅医療を行う人々のためにー 第2章 第5節
訪問リハビリ (在宅リハビリテーション ション) p81~85

株式会社ミクス 1996

○山本和儀・森山雅志著 リハビリテーション介護福祉 第4章：社会的リハビリテーションIV地域リハビリテーション

(p161~167) 医歯薬出版株式会社 1996

The Correspondence Analysis Procedure

Inertia and Chi-Square Decomposition

Singular Values	Principal Inertias	Chi-Squares	Percents	4	8	12	16	20
0.55656	0.30976	79.9171	18.77%	*****				
0.52470	0.27531	71.0308	16.69%	*****				
0.45321	0.20540	52.9925	12.45%	*****				
0.41439	0.17172	44.3038	10.41%	*****				
0.35601	0.12674	32.7000	7.68%	*****				
0.34905	0.12184	31.4337	7.38%	*****				
0.32752	0.10727	27.6755	6.50%	*****				
0.26502	0.07024	18.1207	4.26%	*****				
0.25628	0.06568	16.9459	3.98%	*****				
0.25091	0.06296	16.2430	3.82%	*****				
0.21381	0.04572	11.7945	2.77%	***				
0.18612	0.03464	8.9377	2.10%	***				
0.18004	0.03241	8.3628	1.96%	**				
0.14258	0.02033	5.2452	1.23%	**				
1.65001	425.703	(Degrees of Freedom = 630)						

Row Coordinates

Dim1	Dim2	
Row1	0.17623	0.97974
Row2	-0.11195	0.51478
Row3	0.52106	-0.47994
Row4	0.45357	-0.14103
Row5	0.09361	-0.17458
Row6	-0.22170	-0.82888
Row7	-0.01302	-0.38430
Row8	1.05647	-1.09719
Row9	-0.91162	-0.16720
Row10	-0.15546	0.59718
Row11	-0.60919	0.26267
Row12	-0.80231	-0.05362
Row13	0.92856	-0.68403
Row14	-0.44157	-0.61921
Row15	-0.94532	0.23222
Row16	0.82256	1.68075
Row17	-0.64539	-0.61207
Row18	-0.73484	0.75301
Row19	0.35324	1.26393
Row20	0.92856	-0.68403
Row21	-1.15332	-0.18900
Row22	0.45537	0.10503
Row23	-0.31603	-0.72349
Row24	0.74186	0.73548
Row25	-0.18348	0.20713
Row26	-0.06536	0.57802
Row27	0.36964	-0.87410
Row28	0.00962	0.72517
Row29	0.34382	-0.46351
Row30	0.51068	0.16544
Row31	-0.09230	0.45860

Row32	-0.39507	-0.44073
Row33	-0.47872	-0.71338
Row34	-0.84257	-0.08252
Row35	-0.62880	-0.14167
Row36	-0.20101	-0.30996
Row37	0.33921	0.09798
Row38	0.33921	0.09798
Row39	1.18053	-0.37644
Row40	1.04788	0.31920
Row41	-0.23184	-0.10143
Row42	-1.08830	-0.48216
Row43	-0.41015	0.18993
Row44	-0.60000	0.87752
Row45	-0.33743	0.20474
Row46	-0.71196	0.23195

Column Coordinates

Dim1	Dim2	
CL1	0.11953	0.97576
CL2	0.77024	0.15731
CL3	0.78780	1.04856
CL4	-0.47846	-0.45439
CL5	0.46608	0.62136
CL6	-0.33576	0.38998
CL7	-0.58703	0.00707
CL8	0.38031	-0.52564
CL9	0.48723	-0.82012
CL10	0.97280	-0.49288
CL11	-0.15788	-0.17473
CL12	-0.63913	0.00532
CL13	0.51162	-0.46416
CL14	-0.48221	0.40023
CL15	-0.69951	-0.30990