

計画策定のための高齢者保健福祉サービスの ニーズ測定とサービス必要量推計

——都老研方式の改良の試み——

平岡公一・冷水 豊・中野いく子
岡本多喜子・出雲祐二・中谷陽明・和気純子

I 本研究の目的

高齢者保健福祉サービスの政策立案・計画策定にあたっては、各種サービスに対する高齢者のニーズを客観的・科学的方法によって把握し、その結果に基づいて、サービスの整備目標量を設定することが望ましいことはいうまでもない。とりわけ、1990年の老人福祉法・老人保健法の改正により、市町村および都道府県は老人保健福祉計画を策定し、その計画に「確保すべき事業の量の目標」を盛り込むことが求められるようになったことから、保健福祉サービスのニーズの量的な把握は、自治体行政にとっての重要な課題となってきた。本稿の執筆の時点では、すでに大部分の自治体が、厚生省の指針に基づいて、各種サービスのニーズの量的な把握を行い、サービスの整備目標量の設定を終えているものと思われる¹⁾が、今後の計画の評価、見直し、改定に向けて、ニーズの量的な把握とサービス必要量の推計の手法の改善をはかることが、なお課題として残されている。

わが国でこうした目的のためのニーズ測定への本格的な取り組みは、東京都老人総合研究所社会学部によって、1970年代後半頃から始められた(東京都老人総合研究所社会学部、1977, 1983)。この一連の研究では、「寝たきり老人」に限定されない「在宅要介護高齢者」全体を第1次(スクリーニング)調査によって把握したうえで、第2次調査を実施し、在宅要介護高齢者の出現率をできる

だけ厳密に推計することが目指された。さらにこれらの研究では、身体障害の程度と家族介護の支障状況(困難度)という2つの要因によって要介護高齢者を類型化し、さらに介護・家事の遂行状況やその困難度を測定することにより、サービス必要量を推計した。この手法による推計は、既存のデータを活用して全国にまで拡張され、各種サービスの大幅な拡充の必要性を明らかにした(冷水・武川、1984)。

その後のこの分野の研究は、基本的には、これらの研究の枠組み(都老研方式)を基礎としつつ、個々のニーズ類型に対応する標準的な各種サービスの組み合わせ(ケア・パッケージ、サービス・モデル等と呼ばれた)を設定するという方向で進められ、武川正吾(1992, 1993)、平岡公一(1991, 1992 a)、高萩盾男(1991)らによってこのようなアプローチを用いたニーズ測定、サービス必要量推計の結果が発表されている²⁾。

本研究室(財団法人東京都老人総合研究所社会福祉部門)では、1970年代後半から80年代に実施した研究(以下では「前回の研究」と呼ぶ)の成果と、その後の研究の展開を踏まえて、1991年度より、再度、ニーズ測定とサービス必要量推計に関する一連の調査研究(以下では「今回の研究」と呼ぶ)に取り組んできた。前回の研究および他の先行研究と比べて、今回の研究では、特に次の点で、研究方法の改良を試みた。

- 1) 東京都内のほか、地方都市・農村部でも調査を実施し、研究手法の適用範囲の拡大を目指す。

2) これまでの研究では、精神的障害（老人性痴呆）も基準に加えて類型設定を行っているものはないが、今回の研究では、新たに開発された老人性痴呆の症状に関するチェックリストを活用して、身体的障害と精神的障害の双方の基準に基づいて要介護高齢者の抽出とニーズ類型の設定、必要サービス量の推計を行う。

3) 近年の研究の進展を踏まえ、基本的な介護サービスに関しては、ケア・パッケージの考え方を取り入れてサービス・モデルの設定を試みる。

こうした方針に基づいて、われわれは、順次、長野県 A 郡、群馬県 B 市、東京都 C 市、東京都 D 市で調査を実施し、ニーズ測定と必要サービス量の推計を行ってきた。⁴ 地域での調査設計、調査内容は、基本的な部分は同一であるが、必要に応じて部分的な変更、改良を行ってきた。本論文で利用するのは、最後に調査を実施した東京都 D 市の調査データであるが、最初に調査を実施した長野県 A 郡の場合（冷水ほか、1993）と比較して、調査設計、調査内容に関して、次のような点で改良を試みている。

- 1) 第 1 次調査時の入院者の追跡調査を実施することにより、入院者数の推計値を算出し、各種の出現率の推計の精度を高めるよう努めた。
- 2) 疾病や看護に関する調査項目を増やし、訪問看護ニーズの測定方法の開発を試みた。
- 3) ADL（日常生活動作能力）を測定する質問項目に若干の修正を加えるとともに、介護者の就労が実際に介護の支障になっているかどうかを尋ねる質問を設けた。
- 4) 一人暮らし高齢者の調査を実施し、家事援助、配食サービスのニーズの測定を行った。

以下では、調査の設計・実施から必要サービス量の推計にいたる調査研究のプロセスに沿って、東京都 D 市における高齢者保健福祉サービスのニーズ測定と必要サービス量の推計の方法と結果を報告する。本研究の枠組みと手順については、図 1 にその概略を示した。

II 調査の設計と実施経過

1. 本研究の対象地域

本研究の対象地域である東京都 D 市は、戦後、東京のベッドタウンとして開発が進み、1965 年から 70 年の間に人口が倍増するなど、人口増加が続いた地域である。1992 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による人口は 35 万 670 人で、うち 65 歳以上の高齢者は 3 万 1,226 人（8.9%）となっている。

2. 調査実施主体と調査設計の基本的特徴

本研究のための調査は、D 市が高齢社会に対応する総合的な行政計画（老人保健福祉計画を含む）を策定するにあたって実施する調査に、本研究室が専門的な観点から助言、協力するという形をとって実施された。調査の設計の基本的な特徴は次の点である。

- 1) 本研究室が開発してきた手法を適用し、まず一人暮らし高齢者を除く高齢人口全体を対象とする第 1 次調査を実施して要介護高齢者を抽出し、それら的高齢者を対象とする第 2 次調査でニーズ測定に必要なデータを収集するという 2 段階方式の調査設計を採用した。
- 2) 一人暮らし高齢者に関しては、要介護状態でなくとも家事援助、配食などのサービスのニーズをもつケースも把握するため、別建てで調査を実施することとした。

3. 調査の対象と実施方法

（1）一人暮らし高齢者調査

在宅の一人暮らしの高齢者全体を調査対象範囲（母集団）として、その 3 分の 1 を調査客体とするという方針で調査客体の抽出を行った。実際の作業の手順としては、住民基本台帳を抽出台帳として用い、台帳上の一人暮らし高齢者 5,223 名から無作為に 1,741 名を抽出し、1992 年 8 月に郵送法で調査を実施した。この 1,741 名のうち、社会福祉施設入所者・長期入院者（住所を病院所在地に移した者）が 356 名いることが判明し、また実際上家族と同居している高齢者が 477 名³⁾ 存在する

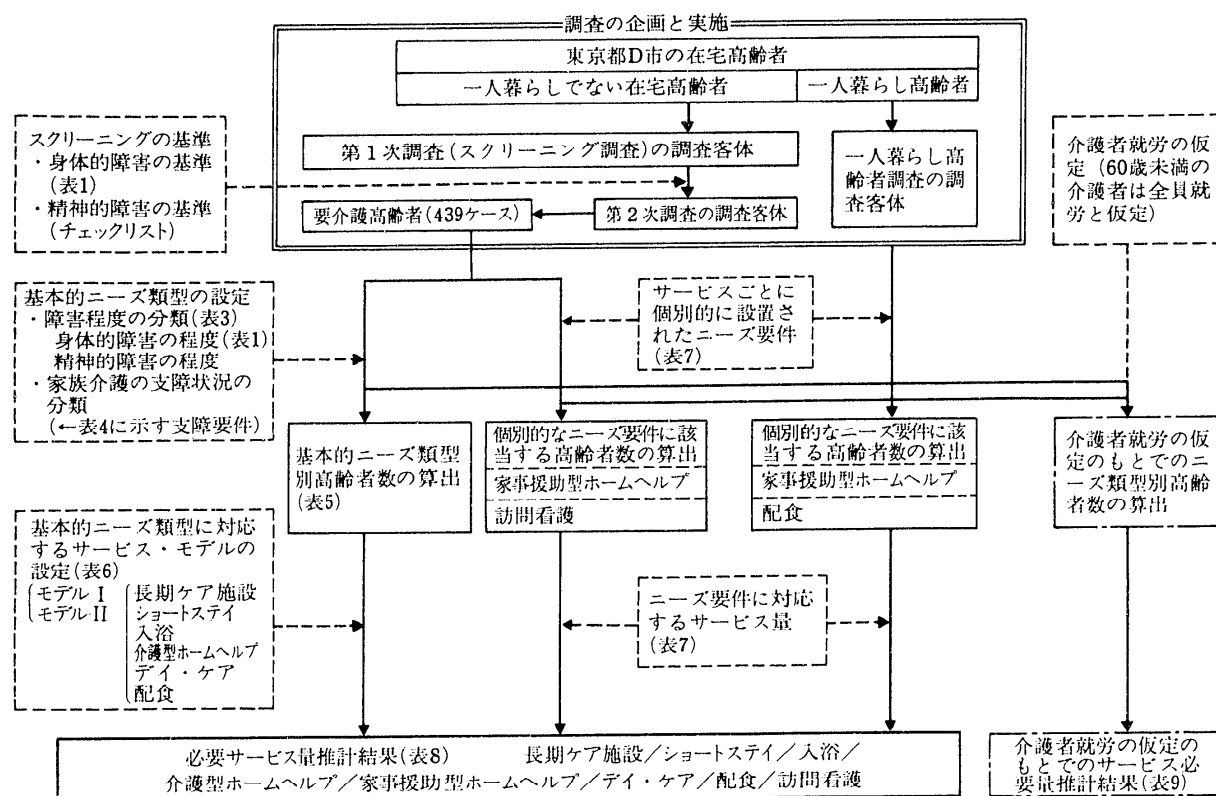


図1 本研究の枠組みと手順

ものと推定されたため、これらのケースを除外して、残る 908 名を実質上の調査客体とみなした。このうち集計の対象とした有効票は 662 票 (72.9%) であった。なお調査票には、本人が回答を記入するよう依頼した。

(2) 在宅要介護高齢者調査第1次(スクリーニング)調査

一人暮らしを除く在宅の高齢者全体を調査対象範囲（母集団）として、その3分の1を調査客体とするという方針で、調査客体の抽出を行った。実際の作業の手順としては、住民基本台帳を抽出台帳として用い、65歳以上（1992年8月1日現在）の高齢者3万2,307人から無作為に1万769名を抽出し、そのなかから台帳上の一人暮らし高齢者と社会福祉施設入所者を除き、郵送法（ただし一部は訪問して回収）により1992年8月に調査を実施した。集計の対象とした有効票は7,908票であった。当初は一人暮らし高齢者調査の対象であ

りながら実際には一人暮らしでない」と推定されたケースは、この第1次調査の調査不能ケースとして扱い、これらのケースを含む9,505名を第1次調査の実質上の調査客体とみなした。この前提のもとで計算した有効回収率は83.2% ($7,908 \div 9,505$)であった。調査票への回答の記入は「その高齢者についてよくご存じのご家族の方」が行うように依頼した。

この調査の有効ケースのうち、あらかじめ設定した身体的障害もしくは精神的障害の基準に合致するケースを第2次調査の対象として抽出した。その基準は以下の通りである。

- 1) 身体的障害の基準：表1に示す基準を用いた。これは、本研究室が開発してこれまで用いてきたものを若干修正したものである⁴⁾。重度・中度・軽度の基準は、ニーズ類型の設定のためのものであり、スクリーニングにあたっては、この表のいずれかの項目に該当す

表1 身体的障害の基準

重度——次の1項目以上に該当する。	
歩行……	「まったく移動できない」
食事……	「全面的に介助して食べさせている」
排泄……	「全面的に介助が必要」または「常時おむつ使用」
日常生活状態…「まったくの寝たきり」	
中度——重度以外で、次の1項目以上に該当する。	
歩行……	「いざって移動する、または、はって移動する」
食事……	「食べるときに一部手助けが必要」
着脱……	「全面的に介助」
入浴……	「全面介助を必要とするか、または入浴できないので体を拭くのみである」
排泄……	「便器に腰かけさせる。または便器の用意・後片付けなど一部介助が必要」
日常生活状態…「ほとんど寝たきり」	
軽度——重度、中度以外で次の1項目以上に該当する。	
歩行……	「物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける」
着脱……	「ボタンかけなど、一部手伝わなければ着替えられない」
入浴……	「浴槽の出入りや体を洗うのに一部介助が必要」
日常生活状態…「日中は寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない」または「身の回りのことは何とかできるが、日中でも寝たり起きたり」	

れば「身体的障害あり」とみなして第2次調査の対象に含めることとした。

- 2) 精神的障害の基準:これまで老人性痴呆に伴う障害の程度に関しては、日常的な観察に基づいて家族介護者がチェックする方法により評価ができる用具が開発されていなかったもので、ニーズ類型の設定にあたって精神的障害に関する基準を用いることが困難であった。今回の研究では、本研究所精神医学部門本間昭氏が開発したチェックリスト(冷水・本間, 1992)を調査項目に採用して、スクリーニングとニーズ類型の設定に用いることにした。このリストは、医学的診断・評価を目指すものではなく、あくまで「痴呆の疑い」を介護ニーズとの関連で評価するものであるが、これを用いることで、精神障害の基準を含めたニーズ類型の設定が可能になった。このチェックリスト⁵⁾は、全部で16項目からなるが、スクリーニングの目的では8項目のみを用い、

1項目でも該当する場合には「痴呆の疑いあり(精神的障害あり)」とみなして第2次調査の対象に含めることにした。

(3) 在宅要介護高齢者調査第2次調査

上述の基準によるスクリーニングの結果、第2次調査の対象として950名が抽出された。この950名を対象にして、民生委員と市職員を調査員として訪問面接法による調査を1992年11月に実施した。回答者は、原則として高齢者本人の「お世話や家事をおもにしている家族・親族」とした。回収した調査票は、市職員で綿密に点検し、必要な場合には再調査を行った。有効票は791票(83.3%)であった。このほか、第1次調査の時点で入院中だった高齢者を追跡し、第2次調査の時点で在宅の場合には、同じ質問票で調査を実施した。

4. 在宅要介護高齢者等の出現率

第1次調査は自記式の調査であったため、「要介護高齢者」とみなすかどうかの最終的な決定は、第2次調査によって同一の質問項目を用いて上記の基準に合致するかを確認したうえで行うこととした。その結果、最終的に439ケース(うち本来の第2次調査対象者は424ケース、残りの15ケースは入院ケースの追跡調査対象者)が「在宅要介護高齢者」と判定された。在宅高齢者中の要介護者の出現率は5.6%(高齢者全体のなかでの出現率は4.8%)と推計した⁶⁾。このうち、身体的障害のみをもつ高齢者の出現率は1.9%、精神的障害(痴呆の疑いあり)のみをもつ高齢者の出現率は1.4%、両方の障害をもつ高齢者の出現率は2.3%であった。表2には、在宅要介護高齢者のほか、社会福祉施設入所者・長期入院者、一人暮らし高齢者に関してD市全体の人数および出現率の推計値を示した。

III 基本的ニーズ類型の設定

1. 基本的ニーズ類型設定の考え方

われわれが次に行うべき作業は、ニーズ類型を設定して、それに該当する高齢者数を算出するこ

表2 在宅要介護高齢者、一人暮らし高齢者等出現率推計値

	推計数(人)	出現率(%)
在宅要介護高齢者（一人暮らし高齢者を除く）	1,555	4.8[5.6]
身体的障害のみをもつ高齢者	527	1.6[1.9]
精神的障害のみをもつ高齢者	389	1.2[1.4]
身体的障害と精神的障害をもつ高齢者	639	2.0[2.3]
社会福祉施設入所者，長期入院者	1,068	3.3
一人暮らし高齢者	2,724	8.5

注：[] 内は、一人暮らし高齢者を除く在宅高齢者数推計値2万7,765人に対する出現率である。その他の出現率は、調査時点での市全体の高齢者数推計値3万2,085人（住民基本台帳上の高齢者数3万2,307人から調査時点までの死亡・転出者数の推計値222人を除いた）に対する出現率である。

とである。われわれが採用したアプローチの基本的な考え方について述べておく。

- 1) 政策立案・計画策定のための大規模な調査で、ニーズを直接測定することは困難であることから、ニーズの形成要因に着目して、それに基づく類型化を行うことにより間接的、近似的にニーズの測定を行う。
- 2) ニーズの形成要因としては、身体的障害・精神的障害の程度（重症度）のほか、家庭における介護の支障状況にも着目する。つまり、介護者の欠損、高齢、病弱など、客観的にみて介護の十分な遂行を困難にする条件の有無を、ニーズ形成要因として位置づける。
- 3) このことは、家族が介護を行っている場合は、新たなサービス提供は不要だとみなすことを意味しない。近年では、家族が介護を行っている要介護高齢者世帯に対しても積極的に公的サービスによる援助を行っていくという考え方が政策的にも打ち出されているが⁷⁾、本研究も、介護水準の維持・向上、介護者の健康維持と生活の質の確保という観点から客観的に必要性が認められるサービスは提供されるべきだという考え方に立っている。
- 4) 家族によっては適切に提供することが困難な専門的な内容のサービスについては、介護の支障要件によって必要なサービスの量が異なる場合もありうる。

続いて、ニーズ形成要因をどのように操作的に把握して、基本的ニーズ類型を設定するのかという点について述べることにしたい。

2. 障害程度の分類基準

(1) 身体的障害の程度（重症度）

身体的障害の程度に関しては、表1に示された基準によって「重度」「中度」「軽度」「なし」の4段階を設定した。前回の研究と同様に、「重度」の場合には、家庭介護の支障の程度が大きければ長期ケア施設（重介護施設）入所のニーズが生じるという前提でこの基準を設定した。ただし、今回の研究では、可能な限り在宅での対応を目指すという考え方から、この基準をかなり重症度の高い水準に設定しており、また、後述のように、重度のケースに対しても在宅サービスで対応するというモデルも設定している。「中度」と「軽度」は、いずれも在宅サービスでの対応を前提にしており、対応するサービスの種類と量の違いを想定して障害程度の区分を行っている。

(2) 精神的障害の程度（重症度）

精神的障害の程度（老人性痴呆によって生じる障害の程度）に関しては、前述の本間昭氏の開発したチェックリストを利用して「重度」「中度」「軽度」「なし」の4段階に区分した。この障害程度の分類にあたっては、16項目全部の回答を利用し、8項目以上に該当の場合は「重度（重度痴呆の疑いあり）」、3～7項目に該当の場合は「中度（中度痴呆の疑いあり）」、1～2項目該当の場合には「軽度（軽度痴呆の疑いあり）」、該当項目がない場合は「なし」に分類した。ここでも重度は、家庭介護の支障の程度が大きい場合には長期ケア施設への入所ニーズが生じることを想定している。「中度」と「軽度」は、対応するサービスの種類と量

の違いを想定して区分を行っている。

(3) 障害程度の全体的な分類基準

さて、身体的障害の程度と精神的障害の程度を組み合わせて障害程度の全体的な分類基準を作成した。表3に示す通り、15通りの組み合わせを、〈PM 1〉〈PM 2〉〈PM 3〉〈PM 4〉の4カテゴリーに集約した。身体的障害の程度が最も重いのは〈PM 1〉に該当するケースであるが、〈PM 2〉は、行動性の高い重度痴呆を含んでおり、総合的にみて〈PM 1〉よりも障害の程度が軽いということはいえない。

表3 障害程度の全体的な分類基準

類型	分類基準
PM 1	身体的障害が重度 (精神的障害の有無, 程度は問わない)
PM 2	PM 1 以外で, 精神的障害が重度 (身体的障害は, 中度, 軽度, またはなし)
PM 3	PM 1・PM 2 以外で, 身体的障害または精神的障害が 中度
PM 4	PM 1～PM 3 以外の要介護高齢者 (中度以上の障害がなく, 身体的障害・精神的障害のど ちらか, または両方が軽度)

表4 家庭介護の支障要件

主介護者の場合	副介護者の場合
a. いなし	a. いなし
b. 別居(片道15分以上離れている)	——
c. 高齢(70歳以上)	c. 高齢
d. 病弱(病気・障害で介護に支障, または妊娠中)	d. 病弱
e. 常勤的職業従事者で, 介護に支障	e. 常勤的職業従事者で, 介護に支障
f. 他の要介護者の世話(乳幼児, 障害者, 病人)	——

注: 1) 主介護者に関しては, 高齢者の「お世話や家事をおもにしている人」, 副介護者に関しては, 高齢者の「お世話や家事を最もよく手伝っている方」を調査回答者に1人だけあげてもらった。
2) 副介護者については, () 内の説明は省略したが, 主介護者の場合と同じである。
3) eの「介護に支障」とは, 「お仕事をしているために, ○○さんのお世話に思うように手がまわらないことがありますか」という質問に対して「かなりある」と回答した場合を指す。

3. 家庭介護の支障状況の分類基準

われわれが着目したもうひとつのニーズ形成要因は, 家庭介護の支障状況である。具体的な分類の方法としては, 主介護者・副介護者が表4に示すいずれかの支障要件に該当するかどうかをチェックし, その結果に基づいて, 各ケースを次の基準で分類した。

NF 1 (支障大): 主介護者と副介護者の双方が支障要件に該当する。

NF 2 (支障中): 主介護者と副介護者のどちらかが支障要件に該当する。

NF 3 (支障小): 主介護者と副介護者のどちらも支障要件に該当しない。

このように高齢, 病弱, 就労などの客観的に判断できる要件を設定して, 家庭介護の支障状況を分類するという方法は, 基本的には, 前回の研究以来われわれが用いてきた方法であるが, これまでの研究で用いてきた分類基準を, 以下の点で若干修正している。

- 1) 常勤的な職業従事のみでは支障要件とせず, それに加えて, 仕事のために介護に手がまわらないことが「かなりある」と回答した場合のみ, 支障要件e(表4参照)に該当するとみなした。このような変更を行ったのは, 長野県A郡, 群馬県B市の事例調査などを通して, 常勤的な職業従事者必ずしも介護に支障をきたすとは限らず, 逆に介護にあまり手がかからないために就労できているケースもあることがわかったためである。
- 2) NF 1～NF 3の3分類は, 従来用いてきたF 1～F 5の5分類(冷水ほか, 1993; 冷水, 1993a)を簡略化して3分類に集約したものである。このように簡略化したのは, 第1に, 政策立案・計画策定に応用するという目的からみてできる限り簡略化するほうが望ましいと考えたこと, 第2に, 分類基準の妥当性をチェックするために, 今回の調査項目に含まれている介護者の負担感との関連の程度をみたところ, F 1～F 5の5分類よりも, NF 1～NF 3の3分類のほうが関連性が強いことが明らかになったことによる。

表5 基本的ニーズ類型別高齢者数および出現率
(単位:人,%)

障害程度	家庭介護の支障状況			総数
	NF1 (支障大)	NF2 (支障中)	NF3 (支障小)	
PM1 (身体的障害重度)	<A> 31 (4.0)	 65 (8.3)	<C> 17 (2.2)	113 (14.5)
PM2 (精神的障害重度)	<D> 4 (0.5)	<E> 18 (2.3)	<F> 6 (0.8)	28 (3.6)
PM3 (中度)	<G> 31 (4.0)	<H> 76 (9.7)	<I> 36 (4.6)	143 (18.3)
PM4 (軽度)	<J> 41 (5.3)	<K> 84 (10.8)	<L> 28 (3.6)	153 (19.6)
総数	107 (13.7)	243 (31.1)	87 (11.2)	437 (56.0)

注:1) 上段は実数(サンプル数),下段の()内は一人暮らしを除く在宅高齢者のなかでの出現率の推計値を示す。

2) PM1~PM4に関する()内の説明は,便宜的なものである。詳しくは,本文および表3を参照。

3) NF1(支障大):主介護者と副介護者の双方が支障要件に該当する。

NF2(支障中):主介護者と副介護者のどちらかが支障要件に該当する。

NF3(支障小):主介護者と副介護者のどちらも支障要件に該当しない。

なお,支障要件に関しては,本文および表4を参照。

4. 基本的ニーズ類型への分類結果:基本的ニーズ類型別高齢者数の算出

以上説明した基準によってニーズ類型別の高齢者数を算出した結果を表5に示した。集計対象ケースのうち2ケースは,欠損値があるため分類不能となり,437ケースが,<A>~<L>の12類型に分類された。

IV サービス・モデルの設定とサービス必要量の推計

1. 本研究におけるサービス・モデル設定の方法

次の課題は,基本的ニーズ類型とニーズ要件に対応するサービス・モデル(提供されるサービスの種類と量の組み合わせ)を設定することである。本研究で用いるモデルは,先行研究およびわれわ

れの行った事例調査,われわれが企画・実施した専門家会議をもとに群馬県B市に関するサービス必要量推計のために作成したモデルを若干修正したものである⁸⁾。修正は,家庭介護の支障状況の類型を変えたことに対応して行ったものであり,基本的な枠組みは変えておらず,サービス必要量推計結果を大きく変えるものではない⁹⁾。

なお,このようなサービス・モデル設定の方法からすると,本研究で測定しているニーズは,ブラドショー(Bradshaw, 1972)のニーズ類型論でいえば「規範的ニーズ」に該当するものである。このような方法を採用したのは,サービスについての知識・情報が普及していない現状では,まず専門家・研究者の間で共有されている規範に基づくニーズの測定を行うのが適当と考えたためである¹⁰⁾。

2. サービス・モデル設定の基本的前提

サービス・モデル設定にあたっての基本的な前提は以下の通りである。

- 1) 取り上げるサービスの種類は,特別養護老人ホーム・老人保健施設(以下では特養・老健と略記)等の長期ケア施設¹¹⁾,ショートステイ,入浴,介護型ホームヘルプ,家事援助型ホームヘルプ,デイ・ケア,配食,訪問看護という8種の主要なサービスとした。
- 2) 同一のニーズ類型に属するケースのなかでも,個別的にニーズの判定を行えば必要なサービスの種類と量にはかなりの違いが出てくるものと考えられる。しかし,ここで行おうとしているのは,政策立案・計画策定のためのサービス必要量の推計であるから,各ニーズ類型において典型的と考えられるケースが必要とするサービスを用意すれば,各類型に属するケースが必要とするサービスの総量が確保されるという前提のもとで,各類型ごとの典型的なケースの状況を想定して,必要なサービスの種類と量を推定した。
- 3) 別の観点からみると,ここでいうサービス・モデルは,各ニーズ類型に属するケースが必要とするサービス量(回数・時間)の平

均である。サービス・モデルはサービス量の最高限度を示すものではなく、また、各類型に該当する全ケースに同じ量のサービスが提供されることを想定しているわけではない。実際のサービス提供場面では、個別的なニーズの判定に基づいてサービス提供量が決定されることになるのは当然である。

- 4) 本研究で前提にするサービスの水準は、「現在あるいは近い将来(遅くとも10年後)に日本の行政計画において実現すべき水準」である。これは、現行の制度の枠組みを前提にして、行政が責任をもって確保しようと考えられる水準である。サービスの主体、財源は特定しないが、民間の主体や財源によってサービスが提供される場合でも、行政計画のなかに位置づけ、一定の公的な関与のもとで必要なサービス量を確保することを想定している。
- 5) 前述の8種のサービスのうち、主な在宅介護サービス(ショートステイ、入浴、介護型ホームヘルプ、デイ・ケア)と要介護高齢者向けの配食サービスについては、各基本的ニーズ類型ごとに、これらのサービスの組み合わせからなる「ケア・パッケージ」を対応させるという方法をとることとした。これらのサービスは、相互に補完的であって、それらの組み合わせにより十分な効果が期待できるという考え方に基づくものである¹²⁾。
- 6) 今回の研究では、できる限り在宅サービスで対応するという考え方に立ち、従来の基準では施設入所に該当するケースについても、そのうち50%については集中的な在宅サービスで対応するという代替的なモデルもあわせて設定することとした。
- 7) 前述の8種のサービスのうち、家事援助型ホームヘルプと訪問看護サービス、および一人暮らし高齢者向けの配食サービスについては、障害の程度の基準のほか、各サービスごとに、基本的ニーズ類型とは別のニーズ要件を設定して、必要と考えられるサービスの量をそれに対応させるという方法をとることとした。

3. サービス・モデルの内容と根拠

(1) サービスの内容

続いて、サービス・モデルの内容とその根拠について説明する。なお、各サービスの内容や提供単位に関しては、以下のように想定している(〔 〕内は略称)。

- 1) ショートステイ・サービス〔ショート〕：原則的に1回7日間の利用を想定している。
- 2) 入浴サービス〔入浴〕：通所または巡回による全面介助浴を想定している。
- 3) 介護型ホームヘルプ・サービス〔介護ヘルプ〕と家事援助型ホームヘルプ・サービス〔家事ヘルプ〕：実際の援助場面では家事援助と介護を切り離して実施することは困難だが、一応、形式的に介護型と家事援助型とを区別して別の基準で必要量の推計を行う。サービス提供の単位時間は3時間と想定しているが、実際の援助場面では、個別の事情に応じて、たとえば1日3回1時間ずつ合計3時間の援助を提供するなど柔軟な方法がとられることが望ましい。
- 4) デイケア・サービス〔デイ〕：国のデイ・サービス事業に含まれる内容のもの(ただし、全面介助浴および訪問事業を除く)を想定している。
- 5) 配食サービス〔配食〕：昼食・夕食を家庭に配達するサービスを想定している。
- 6) 訪問看護サービス〔訪問看護〕：主として寝たきり状態にある高齢者に対する介護的な内容の援助を想定している。老人性痴呆に対応する看護は原則として想定していない。サービスの提供単位を、一応2時間と想定しているが、実際の援助場面ではこれに拘束されるものでないことはホームヘルプの場合と同様である。

(2) 基本的ニーズ類型に対応するサービス・モデル(ケア・パッケージ)

表6は、基本的ニーズ類型に対応して設定したサービス・モデルを示したものである。

- 1) 〈A〉と〈D〉は、もともと特養・老健等の長期ケア施設への入所ニーズを形成するもの

表6 基本的ニーズ類型に対応するサービス・モデル

障害程度		家庭介護の支障状況		
		NF1 (支障大)	NF2 (支障中)	NF3 (支障小)
PM1 (身体的障害重度)		<A>		<C>
シヨ(日/年)		84*	42	42
入浴(回/週)		1*	1	1
介ホ(時間/週)		18*	12	6
デイ(日/週)		—*	—	—
配食(食/週)		14*	—	—
PM2 (精神的障害重度)		<D>	<E>	<F>
シヨ(日/年)		84*	42	42
入浴(回/週)		—*	—	—
介ホ(時間/週)		15*	9	3
デイ(日/週)		3*	3	2
配食(食/週)		11*	—	—
PM3 (中度)		<G>	<H>	<I>
シヨ(日/年)		21	14	14
入浴(回/週)		—	—	—
介ホ(時間/週)		6	3	—
デイ(日/週)		3	2	2
配食(食/週)		11	—	—
PM4 (軽度)		<J>	<K>	<L>
シヨ(日/年)		7	7	7
入浴(回/週)		—	—	—
介ホ(時間/週)		3	—	—
デイ(日/週)		1	1	1
配食(食/週)		13	—	—

注：1) 略号

シヨ＝ショートステイ・サービス デイ＝デイケア・サービス
 入浴＝入浴サービス（特浴） 配食＝配食サービス
 介ホ＝介護型ホームヘルプ

2) <A>と<D>は、モデルⅠでは、全該当ケースに対して長期ケア施設（特養/老健施設）で対応するものとしている。*印で示したものは、モデルⅡの在宅ケース（該当ケースの50%）向けのサービス・モデル。

として設定された類型である。この類型への対応の方法によってモデルⅠ（100%入所）・モデルⅡ（50%入所）という2つのモデルを設定した。モデルⅠは、<A><D>の全該当ケースに対して長期ケア施設で対応するモデルであり、モデルⅡは、該当ケースのうち、50%には在宅サービスで、50%には長期ケア施設で対応するモデルである。

2) モデルⅠでは、<E>に最も高い水準の在宅サービスを対応させることになる。に対しては、日常的には入浴と介護ヘルプに

よって介護水準の維持と介護者の負担軽減をはかり、さらにショートによって介護者の休養の機会を保障しようという考え方に基づいてケア・パッケージを設定している。ショートは、従来の研究ではほぼ最高水準であった42日（2ヵ月に1回の利用）に設定した。介護ヘルプの時間数の設定にあたっては、訪問看護の対象者は（入浴と合わせて）ほぼ毎日、訪問看護の対象外の場合でも週5日は、何らかのサービスが提供されるという状況を想定した。<E>については、基本的な考え方は同じであるが、身体障害が重度ではないので、デイの利用が有効であろうと考えて、デイを週3回提供し、介護ヘルプの時間数を3時間減らすことにした。

3) モデルⅡの<A>のうち在宅で対応する50%のケースに対しては、施設ケアと同レベルの集中的なサービスを用意するというのが基本的な考え方である。ただし、現に家庭での介護が行われていることも考慮し、に対するサービスに加えて配食を1日2食提供し、介護ヘルプを週6日、ショートを年84日（毎月1回）にまで拡大することで対応が可能と考えた。なお、配食の回数が<A>より<D>で3回少なくなっているのは、デイで給食が提供されるものとしたためである。

4) <C><F>は、家庭介護の支障の程度が低い類型であるが、介護者の休養や社会参加、家族そろっての外出や旅行などの機会が保障されることが、予防的な目的（介護力の維持という観点）からも望ましいという考え方に立ってケア・パッケージを設定した。

5) <G><H><I>については、デイの活用が、本人の機能の維持、社会的交流の促進ならびに介護者の休養のために有効と考え、<G>は週3回、<H><I>は週2回という利用回数を設定した。介護ヘルプについては、<G>の場合には、デイとあわせて平日は毎日（週5回）のサービス利用が可能となるよう、週6時間（2日）という時間数を設定した。さらに<G>では、配食を11食（デイ利用日の昼食を除く

毎日の昼食と夕食) 提供するものとした。
 <H><I> は、支障要件に該当しない介護者が
 いるので、配食は不要とみなし、<H> のみ週
 3時間の介護型ヘルプを提供するものとした。
 ショートに関しては、介護者の緊急時への対
 応、介護者の休養のために有用であるとみな
 して、<G> については年 21 日、<H><I> に
 ついては、年 14 日という水準を設定した。

- 6) <J><K><L> については、基本的には同様
 な考え方に立ちながら、障害の程度に対応さ
 せてサービスの量を若干減らすという考え方
 でケア・パッケージを設定した。

(3) 個別的に設定されたニーズ要件に対応す
 るサービス・モデル

家事ヘルプ、配食(一人暮らし高齢者向け)、訪
 問看護のそれぞれのニーズの有無の判定基準、ニ
 ーズ要件に対応するサービスの量(サービス・モ
 デル)は表7に示した。

- 1) 家事ヘルプ：要介護高齢者に関しては、障
 害と家庭介護の支障状況に応じて介護ヘルプ
 が提供されるので、サービス時間数は、「ニー
 ズあり」の全ケースについて一律に週3時間
 とした。一人暮らし高齢者については、要介
 護(状態に近い)ケースについても介護ヘル

表7 個別的に設定されたニーズ要件に対応するサービス・モデル

1) 家事援助型ホームヘルプ(家事ヘルプ)	
a. ニーズの有無の判定基準	「部屋の掃除」「衣類の洗濯」「調理や食事の片付け」「日常の買い物」のそれぞれについて「かなり困っている」という回答に2点、「少し困っている」という回答に1点、「困っていない」という回答に0点を与え、合計得点が2点以上の場合、ニーズありと判定した。
b. サービスの量	(1) 要介護高齢者の場合：一律に週3時間 (2) 一人暮らし高齢者：ADLの「日常生活状態」に関する質問の回答に応じて設定した。 週3時間：「バス・電車を使って外出するか、それ以上に活発」 週6時間：「家庭内で自分のことはできるが、外出は隣近所まで」 週9時間：「家の外には出ないが、身の回りのことはなんとかできる」または、それより障害の程度が重い(寝たり起きたり、寝たきり)
2) 配食(一人暮らし高齢者向け)	
a. ニーズの有無の判定基準	毎日の食事を「習慣で2食たべている」「1日に2食しかたべられない」「1日2食より少ない」のいずれかに該当する場合にニーズありと判定した。
b. サービスの量：ADLの「日常生活状態」に関する質問の回答に応じて設定した。	週3食：「バス・電車を使って外出するか、それ以上に活発」 週7食：「家庭内で自分のことはできるが、外出は隣近所まで」 週14食：「家の外には出ないが、身の回りのことはなんとかできる」または、それより障害の程度が重い(寝たり起きたり、寝たきり)
3) 訪問看護	
a. ニーズの有無の判定基準	身体的障害が重度または中度であり、かつ、次の要件1または要件2のいずれかに該当する場合に、ニーズありと判定した。 <要件1> 次のいずれかの条件に該当する。 からだの調子：「軽い動作でも不調や気分不良を訴え、常に安静を必要とする」 褥瘡：「現在床ずれ(じょくそう)がある」 <要件2> 次のすべての条件に該当する。 肩・腰・膝などの痛み：「ときどき痛みを訴える」または「軽い動作でも痛みを強く訴える」 関節の拘縮：「動かしにくい関節がある」または「固くなって、ほとんど動かない関節がある」 手足の麻痺：「麻痺があるが、麻痺している手・足でもものを押さえたり、支えるなど補助的に使うことができる」または「麻痺があり、麻痺している手・足はまったく使えない」
b. サービスの量	週4時間：身体的障害が重度の場合 週2時間：身体的障害が中度の場合

表8 サービス必要量推計結果（高齢者千人あたり）

	ニーズ該当者数(サービス対象者数)(人)		必要サービス量		整備目標量試算		(参考数値)		
	モデルⅠ	モデルⅡ	モデルⅠ	モデルⅡ	モデルⅠ	モデルⅡ	D市現況	国計画	東京都計画
長期ケア施設 (特養・老健等)	3.9*	1.9*	36.9	35.0	36.9	35.0	33.1	(24.2)	(22.7)
ホームヘルプ 計	53.4	56.3	286.8	324.0	11.9	13.5	0.9	4.7	11.3
介護型	28.0	29.9	176.2	210.2	7.3	8.8	(人)	(人)	(人)
家事型(要介護高齢者)	9.5	10.5	28.4	31.6	1.2	1.3	(人)	(人)	(人)
家事型(一人暮らし)	15.9	15.9	82.2	82.2	3.4	3.4	(人)	(人)	(人)
デイ・ケア	35.3	35.5	59.0	59.7	0.8	0.8	0.1	0.5	0.3
ショートステイ	44.3	46.2	852.9	1014.9	2.9	3.5	0.4	2.3	2.0
入浴サービス	9.0	10.7	9.0	10.7	9.0	10.7	1.3	(床)	(床)
訪問看護	9.1	10.2	27.8	31.9	1.2	1.3	(回/週)	(床)	(床)
配食サービス 計	18.4	20.4	154.5	180.8	154.5	180.8	29.4	(回/週)	(回/週)
(要介護高齢者)	7.9	9.9	96.3	122.6	96.3	122.6	(食/週)	(食/週)	(食/週)
(一人暮らし)	10.5	10.5	58.2	58.2	58.2	58.2	(食/週)	(食/週)	(食/週)

【算定の方法】

1. 推計値はすべて高齢者千人あたり数値である。計算の基礎にしたD市の高齢人口は3万2,307人である。
2. 必要サービス量から具体的整備目標に換算する際の基準は以下の通り。
 - ・ホームヘルパー、訪問看護婦の1人あたりの職務時間(サービス提供の実時間)＝週24時間
 - ・デイケア・センター1ヵ所延べ利用人数＝週75人(15人×5日)
 - ・ショートステイ1床延べ利用日数＝年365日×稼働率0.8＝292日

【注】

1. モデルⅠ：〈A〉〈D〉の全該当ケースの長期ケア施設への入所を前提にしている。
モデルⅡ：〈A〉〈D〉の該当ケースの50%の長期ケア施設への入所を前提にしている。
2. 長期ケア施設に関する推計値(*印のついているもの以外)は、調査時点での施設入所・長期入院者(推定値1,068人)を含むものである。
3. ホームヘルプの合計欄のニーズ該当者数は、延べの数値である。
4. D市の現況のうち、長期ケア施設は、本研究で算出した施設入所・長期入院者数の推計値。他は、同市福祉部資料より算出。ホームヘルプは、常勤換算による数値である。
5. 国計画および東京都計画は、それぞれ高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略(ゴールドプラン)と東京都地域福祉推進計画の整備目標。どちらも長期ケア施設は、特別養護老人ホームと老人保健福祉施設のみの目標値である。

ブを想定していないことを考慮して、障害の程度に応じてサービス時間数を変えた。

- 2) 配食：サービスの目的を、必要な栄養量の確保、健康の維持という点に限定して、食事の回数を基準にニーズの有無を判定し、障害の程度に応じて配食数を変えた。
- 3) 訪問看護：身体的な状態に着目してニーズ

の有無の判定基準を設定し、身体的な障害の程度に応じてサービス量を2段階に分けた¹³⁾。家庭介護の状況に大きく左右されない専門的なサービスなので、家庭介護の支障状況は考慮していない。

4. サービス必要量推計結果

さて最終段階の作業は、ニーズ類型別、ニーズ要件該当ケース別の高齢者の人数とサービス・モデルに示されたサービス量の積から、必要なサービスの総量を推計することである。この推計結果を表8に示した。これについて若干の説明をつけ加えておく。

- 1) 推計値は、高齢者千人あたりに換算したものを示した。これは、調査時点の人口を用いて計算したものであり、今後の後期高齢者の割合の増加等の要因は考慮されていない。
- 2) 行政計画における具体的な整備目標を算出するにあたっては、ホームヘルパーや訪問看護婦の1人あたりのサービス提供の実時間やショートステイの稼働率等についての基準を定める必要がある。ここで用いた基準は、実態からあまり乖離したものではないが、あくまで便宜上、仮に定めたものにすぎない。たとえば、ホームヘルパーのサービス提供実時間については、サービス提供の1単位を3時間に設定したので、休暇、会議・打ち合わせや移動に要する時間等を考慮して週24時間という数値を用いた。
- 3) 長期ケア施設に関する目標量は、調査時点で社会福祉施設に入所中または長期入院中の高齢者の推計値も加えて算出したが、在宅サービスに関しては、調査時点の利用・非利用とは関係なく、設定した基準に基づいて必要と推定されるサービス量を算出した。
- 4) 参考までに、高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）と東京都地域福祉推進計画に示された整備目標を高齢人口千人あたりに換算したものを示した。ただし、同一の前提・根拠で算出された数値ではないので、厳密な意味では比較可能でない。

表8に示した推計結果をみると、必要とされる長期ケア施設のベッドの相当部分がすでに確保されており（モデルⅠでも9割程度）、膨大な未充足ニーズが存在するのは在宅サービスである。これは、在宅サービスでの対応を重視する本研究の方針からすれば当然の結果ともいえるが、入所施設

サービスと在宅サービスの整備状況の格差の大きさがあらためて浮き彫りになったともいえる¹⁴⁾。在宅サービスについては、各サービスとも大幅なサービスの拡充が求められており、厳密な比較はできないものの、だいたいにおいてゴールドプランの目標値を上回るサービスの整備が必要な状況になっている。

V 異なる前提のもとでの推計結果：介護者の就労を前提にしたときのサービス必要量

1. 推計の前提と方法

さて、以上の推計結果は、一定の家庭介護の水準の維持を前提にしたものであるが、この前提を変えると、当然、必要サービス量の推計結果は異なってくる。たとえば、今度、家庭介護を支えている女性の就労が大幅に拡大するという仮定をおけば、サービスの整備目標は、より高い水準に設定する必要が出てくるだろう。

また、今後の高齢者保健福祉サービスのあり方に関しては、家族介護者（大半が女性）の社会参加、とりわけ就労の機会を保障するという観点から、家族介護への依存を最小限にとどめたサービス実施体制の整備に現時点から取り組むべきだという考え方も成り立つ。

こうした点を考慮して、介護者の大多数（高齢の介護者以外の全員）が就労するという状況を仮定して、サービス必要量を試算する。具体的には、ニーズ類型とサービス・モデルの基本的な枠組みは変えずに、60歳未満の介護者（主介護者・副介護者）が全員常勤で就労し、介護の支障要件に該当するという状況を仮定して、サービス必要量を算出する。

2. 推計結果

このような仮定をおくと、家庭介護の支障状況は次のように変化する。調査で集計対象とした要介護高齢者439ケースのうちの327ケース（74.5%）はNF1（支障大）、100ケース（22.8%）はNF2（支障中）、11ケース（2.5%）はNF3（支障小）に分類されることになる（1ケースは、分類

表9 介護者就労の仮定のもとのサービス整備目標量推計結果（高齢者千人あたり）

	モデルⅠ(100%入所)		モデルⅡ(50%入所)		モデルⅢ(0%入所)	
	現状	介護者就労 モデル	現状	介護者就労 モデル	現状	介護者就労 モデル
特養・老健等（床）	36.9	44.3	35.0	38.7	33.1	33.1
ホームヘルプ(計)（ヘルパー；人）	11.9	11.3	13.5	15.6	15.0	20.0
介護型	7.3	7.0	8.8	11.0	10.2	15.1
家事型（要介護高齢者）	1.2	0.9	1.3	1.2	1.4	1.4
家事型（一人暮らし）	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4
デイ・ケア（センター；カ所）	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9
ショートステイ（床）	2.9	2.0	3.5	3.7	4.0	5.3
入浴サービス（回/週）	9.0	3.6	10.7	8.0	12.4	12.4
配食サービス（計）（食/週）	154.5	358.4	180.9	433.5	207.2	508.5
（要介護高齢者）	96.3	300.2	122.6	375.2	148.9	450.3
（一人暮らし）	58.2	58.2	58.2	58.2	58.2	58.2
訪問看護（看護婦；人）	1.2	0.6	1.3	1.1	1.5	1.5

注：1） 推計値はすべて高齢者千人あたり数値である。計算の基礎にした D 市の高齢人口は 3 万 2,307 人である。

2） モデルⅠ：〈A〉〈D〉の全該当ケースの長期ケア施設への入所を前提にしている。

モデルⅡ：〈A〉〈D〉の該当ケースの 50%の長期ケア施設への入所を前提にしている。

モデルⅢ：〈A〉〈D〉の全該当ケースに対して在宅サービスで対応することを前提にしている。

3） 現状：前節までで示した方法による家族介護の現状を前提にした推計値。

介護者就労モデル：60 歳未満の介護者は全員常勤で就労していて、介護の支障要件に該当するという仮定のもとの推計値。

4） 必要サービス量から具体的整備目標に換算する際の基準は表 8 の場合と同じ。

不能)。

この仮定のもとのニーズ類型別の高齢者出現数にサービス・モデルⅠとⅡをあてはめてサービス必要量を推計したものが表 9 である。この表には、参考までに、施設入所ニーズに該当するケースの全員に対して在宅サービスで対応するという前提（モデルⅢ）でサービス必要量を推計した結果も示した。この推計は、女性の就労の拡大がサービス必要量の増加に及ぼす影響を推定するための一種のシミュレーションとみることもできる。この点を念頭におきつつ推計結果をみたときに興味深いのは次の点である。

モデルⅠ（100%入所）では、介護者の就労を前提にした場合のほうが、配食サービスとデイ・ケアを除く要介護高齢者向けの在宅サービスの必要量が少なくなる。これは意外な結果のようであるが、〈支障大〉のケースが大多数を占めるようになるため、長期ケア施設に対するニーズが大幅に増加し、在宅サービスのニーズがむしろ減少する結果になったのである。モデルⅡ、モデルⅢでは、介護者の就労を前提にすると、在宅サービスの必

要量は大幅に増加する。モデルⅢ（0%入所）では、介護者の就労により、必要なホームヘルプ、ショートステイの量が 33%増加し、配食サービスの量が約 2.5 倍になる。このような結果は、今後、家庭介護者の大部分を占める女性の就労が一層拡大し、そのことによって生じる介護ニーズの拡大に対して在宅サービスで対応しようとするならば、前節で算定したサービス必要量を大幅に上回るサービスの整備が求められることになることを意味している。前節で算定したサービス必要量は、こうした状況を想定せずに算出されたものであることをあらためてここで確認しておきたい。

VI 研究の課題

本研究は、本研究室がこれまで取り組んできた研究方法を改良して、より精度が高く、妥当性が高いニーズ測定とサービス必要量の推計を行うことを試みたものである。いくつかの点において、これまでの研究から一歩前進をはかることができたと考えられるが、なお多くの研究課題が残され

ている。ここでは、主要な課題を列挙するにとどめたい。

- 1) なお改善の余地があるように思われる老人性痴呆の評価方法の再検討。
- 2) 今回初めて介護的援助を中心とする訪問看護のニーズ測定を試みた。その改善を含めて、保健ニーズの把握方法の開発を試みる必要がある。
- 3) サービス・モデル設定の方法の改善：デル・ファイ調査などの方法を用いてモデル設定手続きの客観性を高めたり、サービス実施状況の分析や効果測定の実施などの方法でモデルの妥当性を検証して、その妥当性を高める努力をする必要がある。
- 4) 本人・家族の希望・要望や負担感・ストレス等の心理的要因を加味したモデルの設定も試みる必要がある。
- 5) 将来推計：後期高齢層の増加、一人暮らし高齢者の増加、女性の労働力率の増加などの要因を加味して、必要なサービス量の将来推計を行うという研究課題も考えられる。
- 6) 費用の推計：必要なサービス量を確保するために必要な費用の算出と、代替的なモデル間での費用の比較を行うことも研究課題と考えられる。

【付 記】 本研究の実施にあたってご協力いただいた東京都D市の担当者、民生委員、および調査対象世帯の方々に厚くお礼を申し上げます。

注

- 1) 老人保健福祉計画における目標設定の方法については、平岡 (1992 b) を参照。また、ニーズ分析の基本的な考え方と手順については、冷水 (1993 a), McKillip (1987) を参照。
- 2) この分野の研究としてはこのほかに、副田 (1978), 立川市社会福祉協議会 (1988), 平岡 (1990), 神戸市市民福祉調査委員会 (1991), 白澤ほか (1992), 浅野 (1992) などがある。
- 3) 返送された調査票から一人暮らしでないことが判明したのは 348 名であった。調査に回答しなかったケースに関しても、同じ割合で一人暮らしでない高齢者が存在するものと仮定して、477 名という推計値を算出した。
- 4) 修正を行った根拠については、冷水ほか (1993) で説明した。
- 5) このリストの項目は、紙幅の都合で省略するが、冷水 (1993 a) の表 2 に示してあるので参照されたい。
- 6) この種の調査では、調査の実施体制上、第 1 次調査と第 2 次調査の間に 2 ヶ月程度の期間をおかざるを得ない。そのことは、出現率の推計値をはじめとして集計・分析結果の精度を下げる要因になる。本研究では、可能な限りそのような要因による影響を除去し、推計値を補正するよう努めた。入院ケースの追跡調査を行ったのもそのような努力の一部である。第 1 次調査は、あくまでもスクリーニングのための調査にすぎないので、追跡調査を含め、第 2 次調査の時点で在宅で「要介護」であることを確認できたケースを、最終的に「在宅要介護高齢者」とみなすという考え方をここではとっている。なお、出現率の推計方法の詳細は紙幅の都合により省略し、詳しい説明は別の機会に譲ることにしたい。
- 7) 厚生省は「ホームヘルプ事業運営の手引き」(平成 4 年 2 月)において、「同居家族がいることをもって、派遣を行わなかったり、派遣の優先順位を下げるものがあってはならない」と指摘している。
- 8) 群馬県 B 市のモデルとモデル設定の手順に関しては、冷水 (1993 a) を参照。このときの専門家会議のメンバーは、都内の自治体の行政担当者、保健婦、福祉公社のコーディネーター、デイサービス・センターのソーシャル・ワーカーで合計 6 名であった。
- 9) 群馬県 B 市と東京都 D 市では、当然のことながら、高齢者の居住形態、家族構成、保健福祉資源の整備状況などかなりの違いがある。しかし、われわれの研究の方法からすれば、そうした地域特性は、ある程度、ニーズ類型別の高齢者の出現数 (率) に反映されている。その点も考慮して、本研究では、サービス・モデルを大幅に変更しなかった。
- 10) 実際の計画策定にあたっては、高齢者とその家族のサービス利用意向を踏まえて目標値を設定することが必要であろう。計画策定に関する厚生省の通知において、政策的な判断が介在する「サービスの必要度」という要因を目標値の算定式に含めている根拠のひとつは、この点にあるものと考えられる。なお、サービス・モデル設定のさまざまな方法と、それぞれの長所・欠点については、平岡 (1990) で検討した。
- 11) 長期ケア施設の役割・機能と今後の展望については、冷水 (1993 b) で検討した。
- 12) これらのサービスは、補完的であると同時に、相互に一定程度の代替性があるものと考えられる。本研究では、在宅サービス相互の代替性は考慮せず、各ニーズ類型に対して最も適切と考えら

れる一組のパッケージを対応させるという方法をとることとした。

- 13) 判定基準の設定にあたっては、筆者の一人(中野)が参加した熊本市における老人実態調査で用いられた老人の全身状態に関する調査項目(在宅老人のケアを考える会・調査のための委員会, 1986)を参照にした。
- 14) 群馬県 B 市の推計結果(冷水, 1993 a)と比べると、在宅サービスの必要量に関しては、東京都 D 市のほうが低い数値になっている。これは、東京都 D 市の要介護高齢者中の長期入院率の高さによるものと推測できるが、群馬県 B 市に関しては長期入院率の推計を行っていないので、この点は単なる推測の域を出ない。地域間の比較は今後の課題としたい。

参考文献

浅野 仁(1992)『高齢者福祉の実証的研究』, 川島書店。

Bradshaw, J. (1972) "The Concept of Social Need," *New Society*, 30, pp. 640-643.

平岡公一(1990)「政策立案・計画策定のためのニーズ推計の論理と技法——要援護老人のための福祉・保健サービスの場合」『社会老年学』第 32 号, 50-61 頁。

平岡公一(1991)「高齢者向け在宅福祉サービスのニーズ推計」『明治学院論叢 社会学・社会福祉学研究』第 86 号, 125-143 頁。

平岡公一(1992 a)「東京都の老人福祉サービスのニーズ推計——世田谷方式の東京都全体への拡張の試み」『明治学院論叢 社会学・社会福祉学研究』第 89 号, 73-97 頁。

平岡公一(1992 b)「老人保健・福祉サービス計画化の手法をめぐって」山梨学院大学行政研究センター編『政策課題と研修』, 第一法規出版, 138-158 頁。

神戸市市民福祉調査委員会(1991)『高齢者在宅福祉サービスのニーズと供給に関する調査報告』。

McKillop, J. (1987) *Need Analysis: Tools for the Human Services and Education*, Sage Publications.

冷水 豊(1993 a)「在宅要介護老人のニーズ把握」大森彌・村川浩一編『長寿社会総合講座 3・保健福祉計画とまちづくり』, 第一法規出版, 53-78 頁。

冷水 豊(1993 b)「わが国の老人福祉・保健施設体系の現況と今後の方向」『老年精神医学雑誌』第 4 巻第 11 号, 1235-1241 頁。

冷水 豊・平岡公一・中野いく子・岡本多喜子・出雲祐二・中谷陽明・翠川純子(1993)「老人介

護サービスに対するニーズの測定と必要サービス量の推計——測定・推計方法の検討を中心にして」『社会老年学』第 37 号, 3-15 頁。

冷水 豊・本間 昭(1992)「痴呆性老人の家族ケアにおける諸困難と負担」『研究業績年報』7(1), 81-89 頁, 笹川医学医療研究財団。

冷水 豊・武川正吾(1984)「老人福祉ニーズの測定」社会保障研究所編『社会福祉改革論 I』, 東京大学出版会, 55-92 頁。

白澤政和・木戸脇富子・神垣真澄・牧里毎治(1992)「要介護高齢者に対する在宅サービス量基準に関する一試論」『日本の地域福祉』第 5 巻, 5-21 頁。

副田義也(1978)「特別養護老人ホームの需要量」『社会老年学』第 8 号, 86-98 頁。

高萩盾男(1991)「コミュニティケア・ミニマムの設定および手法の開発に向けて」東京都社会福祉総合センター『在宅ケアの基準とサービス開発——コミュニティケア・ミニマム研究委員会報告書』, 116-134 頁。

立川市社会福祉協議会(1988)『立川市老人実態調査』。

武川正吾(1992)『地域社会計画と住民生活』, 中央大学出版部。

武川正吾(1993)「高齢者向け社会サービスにおける必要判定基準の作成と必要量の推計」『中央大学文学部紀要・社会学科』第 3 号, 51-76 頁。

東京都老人総合研究所社会学部(1977)『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』。

東京都老人総合研究所社会学部(1983)『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(3)——東京の下町の場合』。

在宅老人のケアを考える会・調査のための委員会(1986)『地方中小都市に於ける福祉システム及び中間施設のあり方について：ひまわり厚生財団研究助成基礎調査報告書 1』。

(ひらおか・こういち 明治学院大学助教授)

(しみず・ゆたか 東京都老人総合研究所社会福祉研究部長)

(なかの・いくこ 東京都老人総合研究所主査研究員)

(おかもと・たきこ 東海大学助教授)

(いずも・ゆうじ 東京都老人総合研究所客員研究員)

(なかたに・ようめい 東京都老人総合研究所研究員)

(わけ・じゅんこ 東京都老人総合研究所研究助手)