

要介護度別にみた在宅脳卒中患者の 介護サービス利用率と関連要因

金子 さゆり*¹ 尾形 倫明*² 金川 仁子*³

目的 在宅脳卒中患者における居宅サービス利用率に関わる要因を要介護度別に明らかにし、今後の介護サービス提供のあり方について検討する。

方法 本研究は、東北、関東甲信越地方にある在宅医療・介護関連の38施設のいずれかを利用して在宅脳卒中患者とその家族、914組を対象に2010年6月から12月までの期間で横断調査を行った。在宅療養者とその家族にはアンケート調査を実施し、在宅療養中の医療および介護サービスの内容についてはカルテや訪問記録、介護保険のサービス利用票などから情報を得た。

結果 要介護度別に居宅サービス利用率とその関連要因を検討した結果、居宅サービスの平均利用率は41.9～55.1%であり、要介護度が軽度（要介護1, 2）の場合は、主介護者が配偶者以外において居宅サービス利用率が上がり、また、同居していない場合も居宅サービス利用率が上がることを示された。要介護度が中程度（要介護2, 3, 4）の場合は、要介護者の認知レベルが悪化するほど居宅サービス利用率が上がり、主介護者の介護負担感が増すほど居宅サービス利用率が上がることを示された。要介護度が重度（要介護4, 5）の場合は、通院回数が多くなるほど居宅サービス利用率が上がり、居住地域が市部の場合は郡部に比べてサービス利用率が上がることを示された。

結論 在宅脳卒中患者の居宅サービス利用率とその関連要因は要介護度によって大きく異なっていた。要介護度が軽度もしくは中程度の場合は、家族の介護状況がサービス利用の多寡に影響することが示唆され、家族介護を前提としない要介護状態に応じた介護必要量に見合うケアプランの策定が望まれる。また、要介護度が重度の場合は通院回数と居住地域が居宅サービス利用率へ関連することが示唆され、過疎地域における在宅支援サービスの充実を進めていく必要がある。

キーワード 脳卒中、要介護度、居宅サービス、支給限度基準額、サービス利用率

I 緒 言

2000年に介護保険制度が導入されてから約10年が経過した。その間、介護サービスの量的整備が全国的に進み、提供サービスが大幅に増加した一方で、サービス提供の地域格差^{1)~3)}、サービス利用の個人格差⁴⁾といった問題が顕在化している。

現行の介護保険制度は、要介護度に応じて介護サービス給付の上限額、いわゆる区分支給限度基準額（単位数）が設定されている。しかし、居宅サービス利用率は40～60%程度、施設サービス利用率は80～100%以上であり、在宅療養の場合は施設入所に比べてサービス利用は半分以下となっている⁵⁾。本来、要介護度別に設定されている支給限度基準額は全国的にみて標準

* 1 名古屋市立大学看護学部准教授 * 2 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野助教 * 3 同大学院生

的なサービス水準に対応したものとされており、支給限度基準額を要介護状態に応じた介護の必要量⁶⁾⁷⁾と考えるならば、居宅介護の現状は公的介護サービスで40～60%をカバーし、残り40～60%に相当する介護量を家族介護で代替しているか、あるいは必要な介護サービスを受けていない状況にあると推察される。

居宅サービスの利用状況とその関連要因についてはいくつかの見解が得られており、それらは支給限度基準額以上のサービス超過利用⁸⁾⁻¹⁰⁾、支給限度基準額以内のサービス過小利用⁶⁾¹⁰⁾¹¹⁾、サービス未利用¹²⁾¹³⁾の3つに大別される。サービス利用に伴う自己負担額は、支給限度基準額以内であれば1割、支給限度基準額を超えた場合は全額となるため、サービス利用の関連要因を検討する際には分けて考える必要がある。本研究では、要介護度別に設定されたサービス支給限度基準額(単位数)を必要介護量と考え、居宅サービスの利用率が低いことに着目している。こうしたサービス過小利用への影響については、同居家族の存在⁶⁾、主介護者の年齢¹⁰⁾¹¹⁾、介護意識⁶⁾、家族の健康状態¹⁰⁾¹¹⁾、低所得⁶⁾、医療処置数¹¹⁾、認知¹⁰⁾等の関連が示されている。当然のことながら、要介護度別にみた場合、受けている介護サービスの種類も、サービス量も、設定された支給限度基準額も異なる。ならば、サービス利用に関係する要因も要介護度別で異なるであろうと推測されるが、上述した研究成果は、要介護度の違いを十分に考慮した結果とは言えない。

そこで本研究は、同レベルの要介護度でもなぜサービス利用にばらつきが生じるのか、そして支給限度基準額以内でのサービス利用の多寡に何が影響するのか、要介護度別に居宅サービス利用率との関連要因を明らかにし、今後の介護サービス提供のあり方について検討することを目的とする。

Ⅱ 方 法

(1) 対象および方法

本研究は、研究協力の同意が得られた在宅医

療・介護関連の38施設(東北、関東甲信越地方にある在宅支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など)のいずれかを利用しての在宅療養者とその家族、914組を対象に横断調査を行った。療養者は過去に脳卒中で入院歴があり、要介護認定を受け、在宅療養中の者とした。調査期間は2010年6月から12月までの半年間で、在宅療養者(要介護者)とその家族(主介護者)にアンケート調査を実施し、在宅療養中の医療や介護サービスの内容について、カルテや訪問記録、介護保険のサービス利用票などから情報を得た。

倫理的配慮として、本調査の目的や方法について担当者が療養者と家族に書面と口頭で説明を行い、調査に協力しなくとも療養上何ら不利益は生じないこと、調査は無記名であり回答は自由であること等を説明し、調査協力に同意した者を対象とした。本研究は、個人情報保護法および疫学研究的倫理指針にのっとるとともに、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した。

(2) 調査内容

要介護者の属性として、年齢、性別、要介護度、日常生活自立度、日常生活認知度を把握した。家族状況については、主介護者の年齢、性別、続柄、介護負担感(日本語版Zarit介護負担尺度:J-ZBI)、家族構成、世帯年収などについて尋ねた。

在宅療養中に受けた医療サービスは、過去1カ月間の外来通院回数、過去1年間の再入院の有無を尋ね、在宅療養中の介護サービスは、過去1カ月間の居宅療養管理指導、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護を把握した。

(3) 分析

調査票914件を配布、579件(63.3%)を回収、そのうち介護保険サービスに関する個票データが得られた541件を分析対象とした。

本研究は要介護度別の居宅サービス利用率の

多寡に関連する要因を検討するものであり、従属変数を「居宅サービス利用率」(=実際のサービス利用単位数/支給限度基準単位数×100)とし、独立変数には「要介護者の状態」を示す4変数、「家族の状況」を示す6変数、「医療サービス」に関する2変数、「居住地域」の1変数、合計13変数を設定した(表1)。これらの変数の多重共線性を確認した上で要介護度別に重回帰分析(強制投入法, $p < 0.05$)を行った。統計解析にはSPSS for Windows Version 15.0Jを用いた。

III 結 果

(1) 対象者の特性および居宅サービスの利用状況

調査対象となった要介護者は男性が50.8%、75歳以上の者が57.2%を占めていた(表2)。主介護者は女性が68.4%、65歳未満が46.7%、配偶者が56.6%を占めていた。

居宅サービス利用率は100%を超える者はいなく、全体の居宅サービス利用率は48.2±

12.2%であった。要介護度別の居宅サービス利用率は、要介護度1が41.9±14.1%と最も低く、次いで要介護度2が44.6±9.1%、最も高いのは要介護度5の55.1±10.2%であり、要介護度1と要介護度5、また、要介護度2と要介護度5において有意な差がみられた(図1)。

居宅サービスの利用状況を個別のサービス種類別にみると、要介護度が高くなるにつれてそれぞれのサービスを利用している者の割合も、1カ月当たりの利用回数も多くなっていた(表3)。

(2) 居宅サービス利用に関する要因

要介護度別に居宅サービス利用率への関連要因を検討した結果(表4)、要介護度1の場合には、主介護者の続柄($\beta = -0.36, p < 0.05$)と同居の有無($\beta = -0.12, p < 0.05$)が示された。つまり、主介護者が配偶者以外の者で同居していない場合には、居宅サービス利用率が高くなっていた。

要介護度2の場合は、認知度($\beta = 0.30, p < 0.01$)、主介護者の続柄($\beta = -0.49, p < 0.01$)、同居の有無($\beta = -0.23, p < 0.01$)、介護負担感($\beta = 0.20, p < 0.05$)が示された。つまり、要介護者の認知レベルの低下があり、主介護者が配偶者以外の者で、同居しておらず、介護負担感が高い場合ほど、居宅サービス利用率が高くなっていた。

要介護度3の場合は、認知度($\beta = 0.34, p < 0.05$)、介護負担感($\beta = 0.27, p < 0.05$)が示された。つまり、要介護者の認知レベルの低下があり、主介護者の介護負担感が高い場合ほど、居宅サービス利用率が高くなっていた。

要介護度4の場合は、認知度($\beta = 0.53, p < 0.01$)、介護負担感($\beta = 0.25, p < 0.05$)、通院回数($\beta = 0.44, p < 0.01$)、市部・郡部($\beta = 0.21, p < 0.05$)が示された。つまり、要介護者の認知レベルの低下があり、主介護者の介護負担感が高く、通院回数が

表1 独立変数一覧

	変数設定
要介護者の状態 要介護者の年齢 要介護者の性別 自立度	年齢(実数値) 男性(1)、女性(0) 障害高齢者の日常生活自立度判定基準を用いて測定。自立度Jを(1)、自立度Aを(2)、自立度Bを(3)、自立度Cを(4)とする順序変数
認知度	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を用いて測定。認知度Iを(1)、認知度IIを(2)、認知度IIIを(3)、認知度IVを(4)、認知度Mを(5)とする順序変数
家族の状況 主介護者の年齢 主介護者の性別 主介護者の続柄 介護負担感	年齢(実数値) 男性(1)、女性(0) 配偶者(1)、配偶者以外(0) Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)を用いて測定。J-ZBIは0~88点の範囲をとり、得点が高いほど負担感が高いことを示す。得点(実数値)
同居の有無 年収	主介護者と要介護者の同居あり(1)、なし(0) 世帯年収200万円未満を(1)、200万円以上400万円未満を(2)、400万円以上600万円未満を(3)、600万円以上800万円未満を(4)、800万円以上1,000万円未満を(5)、1,000万円以上を(6)とする順序変数
医療サービス 通院回数 入院の有無	過去1カ月間の通院回数(実数値) 過去1年間に入院あり(1)、なし(0)
居住地域 市部・郡部	居住地の人口、5万人以上を市部(1)、5万人未満を郡部(0)

増えるほど、そして市部の場合は郡部に比べて、居宅サービス利用率が高くなっていった。

要介護度5の場合は主介護者の続柄 ($\beta = -0.23, p < 0.05$), 年収 ($\beta = 0.30, p < 0.01$), 通院回数 ($\beta = 0.44, p < 0.01$), 市部・郡部 ($\beta = 0.19, p < 0.05$) が示された。つまり、主介護者が配偶者以外の者で、年収が高く、通院回数が増えるほど、そして市部の場合は郡部に比べて、居宅サービス利用率が高くなっていった。

Ⅳ 考 察

(1) 在宅脳卒中患者の居宅サービス利用状況

本調査と同時期に行われた介護給付費実態調査によると、全国の居宅サービス平均利用率は要介護度1が43.3%、要介護度2が50.5%、要介護度3が54.2%、要介護度4が58.4%、要介護度5が60.4%である⁵⁾。本結果の居宅サービス利用率はこれらに比べてやや低い傾向にあっ

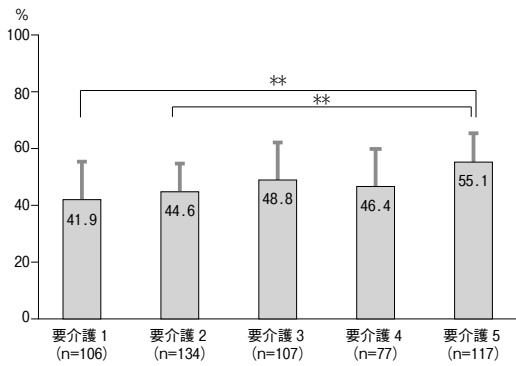
表2 対象者の特性

(単位 人, ()内%)

	全体 (n=541)	要介護1 (n=106)	要介護2 (n=134)	要介護3 (n=107)	要介護4 (n=77)	要介護5 (n=117)
要介護者の年齢						
65歳未満	64 (11.9)	14 (13.3)	24 (17.9)	10 (9.3)	6 (7.8)	10 (8.7)
65歳以上75歳未満	166 (30.9)	30 (28.6)	48 (35.8)	26 (24.3)	28 (36.4)	34 (29.6)
75歳以上	308 (57.2)	61 (58.1)	62 (46.3)	71 (66.4)	43 (55.8)	71 (61.7)
要介護者の性別						
男	274 (50.8)	43 (40.6)	80 (59.7)	53 (49.5)	30 (39.0)	68 (59.1)
女	265 (49.2)	63 (59.4)	54 (40.3)	54 (50.5)	47 (61.0)	47 (40.9)
自立度						
J	70 (12.9)	46 (43.4)	20 (14.9)	4 (3.7)	- (-)	- (-)
A	208 (38.4)	48 (45.3)	100 (74.6)	52 (48.6)	8 (10.4)	- (-)
B	137 (25.3)	12 (11.3)	14 (10.4)	48 (44.9)	43 (55.8)	20 (17.1)
C	126 (23.3)	- (-)	- (-)	3 (2.8)	26 (33.8)	97 (82.9)
認知度						
I	186 (36.3)	77 (74.8)	58 (48.3)	32 (30.8)	13 (17.6)	6 (5.4)
II	127 (24.8)	20 (19.4)	43 (35.8)	35 (33.7)	18 (24.3)	11 (9.8)
III	72 (14.0)	4 (3.9)	12 (10.0)	21 (20.2)	19 (25.7)	16 (14.3)
IV	111 (21.6)	2 (1.9)	5 (4.2)	13 (12.5)	20 (27.0)	71 (63.4)
M	17 (3.3)	- (-)	2 (1.7)	3 (2.9)	4 (5.4)	8 (7.1)
主介護者の年齢						
65歳未満	240 (46.7)	47 (47.5)	54 (44.3)	44 (42.7)	35 (47.9)	60 (51.3)
65歳以上75歳未満	159 (30.9)	28 (28.3)	36 (29.5)	30 (29.1)	24 (32.9)	41 (35.0)
75歳以上	115 (22.4)	24 (24.2)	32 (26.2)	29 (28.2)	14 (19.2)	16 (13.7)
主介護者の性別						
男	164 (31.6)	35 (34.7)	43 (35.5)	37 (35.9)	29 (37.7)	20 (17.1)
女	355 (68.4)	66 (65.3)	78 (64.5)	66 (64.1)	48 (62.3)	97 (82.9)
主介護者の続柄						
配偶者(妻・夫)	297 (56.6)	54 (55.7)	74 (56.5)	67 (63.8)	38 (50.7)	64 (54.7)
上記以外(嫁・娘・息子など)	228 (43.4)	43 (44.3)	57 (43.5)	38 (36.2)	37 (49.3)	53 (45.3)
介護負担感						
軽度負担(0~20点)	116 (22.5)	34 (34.7)	36 (28.3)	14 (13.7)	12 (16.0)	20 (17.7)
やや中程度負担(21~40点)	197 (38.3)	32 (32.7)	50 (39.4)	38 (37.3)	32 (42.7)	45 (39.8)
中程度負担(41~60点)	139 (27.0)	24 (24.5)	25 (19.7)	37 (36.3)	17 (22.7)	36 (31.9)
重度負担(61~88点)	63 (12.2)	8 (8.2)	16 (12.6)	13 (12.7)	14 (18.7)	12 (10.6)
同居の有無						
有	438 (83.6)	79 (79.8)	106 (80.9)	84 (82.4)	61 (81.3)	108 (92.3)
無	86 (16.4)	20 (20.2)	25 (19.1)	18 (17.6)	14 (18.7)	9 (7.7)
年収						
200万円未満	124 (24.8)	23 (23.7)	31 (26.3)	28 (27.5)	20 (27.4)	22 (19.8)
200~400万円未満	194 (38.7)	34 (35.1)	49 (41.5)	34 (33.3)	26 (35.6)	51 (45.9)
400~600万円未満	70 (14.0)	21 (21.6)	15 (12.7)	16 (15.7)	8 (11.0)	10 (9.0)
600~800万円未満	49 (9.8)	9 (9.3)	12 (10.2)	12 (11.8)	5 (6.8)	11 (9.9)
800~1000万円未満	30 (6.0)	4 (4.1)	5 (4.2)	4 (3.9)	8 (11.0)	9 (8.1)
1000万円以上	34 (6.8)	6 (6.2)	6 (5.1)	8 (7.8)	6 (8.2)	8 (7.2)
居住地域						
市部	371 (68.6)	72 (70.9)	104 (81.3)	71 (68.4)	49 (66.4)	75 (66.1)
郡部	170 (31.4)	34 (33.1)	30 (23.7)	36 (34.6)	28 (37.6)	42 (36.9)

注 ()内は無回答を除いた割合

図1 要介護度別の居宅サービス利用率



注 分散分析 **p < 0.01

た。この点について、支給限度基準額以上のサービス利用の実態は認定者の5～8%とされているが⁹⁾¹⁰⁾、本結果では居宅サービス利用率が100%を超える者がいなかったこと、同レベルの要介護度でも主疾患の違いによって受けているサービスの種類や頻度が異なり⁴⁾¹⁴⁾、本調査の対象は脳卒中患者に限定していたことが影響していると考えられる。

また、居宅サービスを種類別に比較してみると、本結果は全国⁵⁾に比べて居宅療養管理指導や訪問看護の回数が少なく、通所系サービスの利用が多い傾向にあった。こうしたサービス利

表3 居宅サービス種類別の利用状況

	要介護1 (n=106)		要介護2 (n=134)		要介護3 (n=107)		要介護4 (n=77)		要介護5 (n=117)	
	利用者の割合 (%)	平均利用回数/月	利用者の割合 (%)	平均利用回数/月	利用者の割合 (%)	平均利用回数/月	利用者の割合 (%)	平均利用回数/月	利用者の割合 (%)	平均利用回数/月
居宅療養管理指導	9.4	1.6	10.4	1.4	17.8	1.4	39.0	1.3	62.4	1.6
訪問看護	3.8	4.0	11.9	4.0	25.2	4.2	33.8	3.9	81.2	5.6
訪問介護 (生活援助)	8.5	4.9	9.0	8.5	20.6	19.0	15.6	8.5	17.9	24.1
訪問介護 (身体介護)	11.3	6.3	11.9	10.0	12.1	29.1	26.0	12.3	47.9	18.8
訪問リハビリテーション	13.2	6.3	19.4	5.5	15.9	6.5	33.8	5.3	39.3	5.9
訪問入浴介護	1.9	4.0	3.0	5.0	6.5	4.0	20.8	4.5	54.7	4.6
通所介護	35.8	8.1	53.7	8.7	67.3	8.3	53.2	10.1	50.4	7.4
通所リハビリテーション	38.7	8.0	38.8	8.0	48.6	7.5	33.8	9.2	18.8	5.6
短期入所生活介護	1.9	2.0	6.0	3.0	16.8	3.4	26.0	6.6	40.2	6.1

注 1) 利用者の割合は、それぞれの該当者のうち各サービスを利用している者の割合 (複数回答)
2) 平均利用回数/月は、各サービスを利用している者の1カ月当たりの平均利用回数 (短期入所生活介護は日数/月)

表4 居宅サービス利用率への関連要因

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
要介護者の状態										
要介護者の年齢	-0.22	0.12	-0.45	0.48	0.13	0.37	0.27	0.10	0.07	0.52
要介護者の性別	-0.28	0.07	-0.13	0.19	0.01	1.00	-0.25	0.13	0.12	0.26
自立度	0.14	0.31	-0.11	0.26	0.10	0.42	-0.40	0.08	-0.90	0.35
認知度	-0.08	0.51	0.30	<0.01**	0.34	0.02*	0.53	<0.01**	-0.15	0.09
家族の状況										
主介護者の年齢	-0.01	1.00	0.46	0.10	0.03	0.87	-0.11	0.61	0.05	0.62
主介護者の性別	-0.19	0.13	-0.11	0.28	0.07	0.60	-0.20	0.12	0.02	0.23
主介護者の続柄	-0.36	0.04*	-0.49	<0.01**	-0.19	0.16	-0.14	0.17	-0.23	0.04*
介護負担感	0.08	0.48	0.20	0.03*	0.27	0.05*	0.25	0.03*	0.03	0.73
同居の有無	-0.12	0.05*	-0.23	<0.01**	0.19	0.12	0.18	0.10	0.19	0.13
年取	-0.07	0.59	0.13	0.13	0.13	0.29	0.13	0.22	0.30	<0.01**
医療サービス										
通院回数	0.05	0.68	0.09	0.29	-0.16	0.15	0.44	<0.01**	0.44	<0.01**
入院の有無	-0.02	0.87	-0.10	0.27	-0.06	0.61	-0.12	0.25	0.16	0.07
居住地域										
市部・郡部	-0.31	0.06	0.15	0.12	0.09	0.49	0.21	0.05*	0.19	0.03*
R ²	0.22		0.32		0.25		0.54		0.41	
n	97		118		102		73		111	

注 重回帰分析 *p < 0.05, **p < 0.01

用の特徴は、脳卒中患者の居宅サービスの利用傾向¹⁵⁾と一致している。

(2) 居宅サービス利用率への関連要因

本結果で居宅サービス利用率への関連要因を検討した結果、要介護度1と2に共通する要因に「主介護者の続柄」と「同居の有無」があげられたことから、要介護度が軽度の場合は、主介護者が配偶者以外の場合は居宅サービス利用率が上がり、また同居していない場合も居宅サービス利用率が上がるということが示唆された。これまでは、主介護者が配偶者であることと支給限度基準額以内のサービス利用量との関連はみられていないが¹⁰⁾、同居者がいる場合には要介護度1と2においてサービスの過小利用が増すことが示されている⁶⁾。本結果でも、すべての要介護レベルにおいて影響がみられたわけではなく、要介護度1と2のように要介護度が軽度の場合に同様の傾向が確認された。このことは要介護度が軽度の場合は家族介護と公的介護サービスが代替関係にあることを示唆していると考えられる。すなわち、要介護度1や2のように介護ニーズが軽度の場合は夫婦世帯あるいは同居家族によって対応しようとするため、公的介護サービスの利用を控える可能性が考えられる。一方、要介護度3以上のように介護ニーズが高まるにつれて家族介護では対応できなくなり、その分を公的介護サービスの利用によってカバーしていると推察される。本来、介護の社会化や脱家族介護を掲げたはずの介護保険制度であるが、現状は家族の支援あるいは家族の介護量によって公的介護サービス利用の多寡が決定づけられていると言える。

要介護度2と3と4の居宅サービス利用率に共通する関連要因には、要介護者の「認知度」と主介護者の「介護負担感」があげられた。すなわち、要介護度が中程度の場合は、要介護者の認知レベルが悪化するほど居宅サービス利用率が上がり、主介護者の介護負担感が増すほど居宅サービス利用率が上がるということが示唆された。要介護者の認知レベルの影響については、認知レベルが悪化するほどサービス利用が増すとい

う¹⁰⁾、先行研究の結果を支持するものである。一方、主介護者の介護負担感とサービス利用量との関連について、要介護状態に応じて適切な公的介護サービスが提供できていれば介護負担として顕在化することはなく¹⁶⁾、現状は公的介護サービスが十分に使われていないために介護負担感が顕在化していることが示唆される。今後の介護サービス提供のあり方として、要介護状態に応じた介護必要量にもとづき、必要なサービスが適切かつ十分に利用できるよう、家族介護に頼らないケアプランの策定を進めていくことが望ましいと考える。

要介護度4と5の居宅サービス利用率に共通する関連要因には「通院回数」と「居住地域」があげられた。すなわち、要介護度が重度の場合は、通院回数が多くなるほど居宅サービス利用率が上がり、居住地域が市部の場合は郡部に比べて居宅サービス利用率が上がるということが示唆された。国保高齢者の医療給付と介護給付の調査結果によると、要介護認定者のうち83.6%が医療を受け、要介護度が高くなるにつれて介護費用も医療費用も高くなるということが示されており、特に要介護度4と5において顕著であった¹³⁾。また、長期在宅重症者において医療処置の数が多いほど居宅での介護サービス利用率が上がるということが示されている¹¹⁾。つまり、要介護度が上がるということは介護依存だけでなく、医療依存も高くなると言え、本結果においても要介護度4と5の場合において医療サービスとの関連が通院回数という形で確認された。

他方、居住地域の影響については、これまでも首都圏は中山間地域に比べて居宅サービス利用率が高い³⁾という結果が示されており、本結果においても市部は郡部に比べて居宅サービス利用率が高く、同様の傾向が確認された。介護保険制度は利用者と業者の契約で成り立つものであるが、その際には選択できるだけのサービス提供の存在が不可欠である。しかし、利用者は地域に存在するサービスを利用するしかなく、過疎地域の医療格差の問題と同様に、郡部ほど受けられる介護サービスが限られている。サービス供給側の問題として、介護保険制度の理念

をかながみても受けられるサービスの格差による不平等はあってはならず、過疎地域における在宅支援サービスの充実を一層進めていく必要があると考える。

最後に、要介護度5の場合にのみ、居宅サービス利用率と「年収」の関連がみられた。これまでは、低所得者層において年収が多いほど居宅サービス利用率が上がるという結果⁶⁾が示されている一方で、所得の影響はないという結果¹⁰⁾が示されており、一致した見解が得られていない。本結果は要介護度別に層別化分析した結果であり、要介護度5のみにおいて関連が示された点を踏まえると、サービス利用に伴う自己負担額が影響していると考えられる。つまり、サービス利用の自己負担は原則1割負担であるが、要介護度が高ければ支給限度基準額も高くなり、サービス利用に伴う自己負担額も大きくなるため、支給限度基準額が最も高い要介護度5において年収との影響が示されたと考えられる。

Ⅳ 結 語

在宅脳卒中患者を対象として要介護度別に居宅サービス利用率とその関連要因を検討した結果、居宅サービスの平均利用率は41.9～55.1%であり、その関連要因は要介護度によって大きく異なっていた。要介護度が軽度（要介護1, 2）の場合は主介護者の続柄と同居の有無が、中程度（要介護2, 3, 4）の場合は要介護者の認知度と主介護者の介護負担感が関連することが示唆され、今後は家族介護に頼らない要介護状態に応じた介護必要量に見合うケアプランの策定が望まれる。要介護度が重度（要介護4, 5）の場合は通院回数と居住地域が居宅サービス利用率へ関連することが示唆され、過疎地域における在宅支援サービスの充実を進めていく必要がある。

文 献

1) 高橋千尋, 大竹まり子, 赤間明子, 他. 都道府県における夜間を含む在宅支援サービスの整備状況に関する調査. 厚生」の指標 2007; 54(10): 25-30.

2) 長倉真寿美. 居宅サービス利用水準の地域差と在宅化推進に関する一考察. 厚生」の指標 2008; 55(13): 10-7.

3) 小磯明. 高齢者介護の地域格差に関する研究－首都圏・中部地方・大都市の介護力指数の比較－. 保健医療研究 2010; 2: 41-59.

4) 山村麻理子. 「国民生活基礎調査」データに基づく居宅介護サービス利用に関する多変量プロビット分析. 統計数理 2007; 55(1): 125-42.

5) 厚生労働省. 介護給付費実態調査月報(平成22年12月審査分). (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2010/12.html>) 2011.12.19.

6) 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子, 他. 介護保険制度下における在宅介護サービスの過小利用の要因. 日本公衆衛生雑誌 2002; 49(5): 425-36.

7) 白波瀬佐和子. 介護サービスと世帯・地域との関係に関する実証研究. 厚生労働科学研究報告書2003. (<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>) 2011.12.19.

8) 遠藤久夫, 山田篤裕. 介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究. 医療経済研究 2007; 19(2): 147-67.

9) 医療経済研究機構. 介護サービス体系と機能の在り方に関する調査研究－介護報酬改定の影響及び介護報酬等の現状と課題並びに区分支給限度基準額に関する調査－. (<http://www.ihp.jp/publications/report/search.php?dl=181&i=1>) 2011.12.15.

10) 塚原康博. 介護サービスの限度利用と金銭的価値に関する研究－墨田区の個票データを用いた実証分析－. 大原社会問題研究所雑誌 2004; 542: 47-61.

11) 石附敬, 和気純子. 重度要介護高齢者の在宅サービスの利用実態と利用要因－長期在宅者と施設入所者の比較－. 社会福祉学 2010; 51(2): 57-69.

12) 池田省三. 要介護認定者がサービスを利用しない理由とは. コミュニティケア 2009; 11(13): 6-7.

13) 安西将也, 延原弘章. 高齢者の要介護認定有無別医療費の比較分析. 厚生」の指標 2011; 58(5): 14-21.

14) 小岩伸之, 富樫由美子, 今野孝彦. 関節リウマチ患者(RA)の介護保険導入後のアウトカムと訪問リハビリテーションの意義. 日本RAのリハビリ研究会誌 2003; 17: 57-9.

15) 西田祐介, 大塚祐子, 原司, 他. 要介護度別にみた通所リハビリテーション利用者の介護保険サービス利用状況. 理学療法科学 2004; 19(1): 37-41.

16) 岸田研作, 谷垣静子. 在宅サービス 何が足りないのか－家族介護者の介護負担感の分析－. 医療経済研究 2007; 19(1): 21-35.