

障害者公的介護サービスの地域差に関する研究

—頸髄損傷者の公的介護サービス利用状況を対象として—

マルオカ トシノリ イノウエ タケノブ ヤワタ タカオ
丸岡 稔典*1 井上 剛伸*2 八幡 孝雄*3

目的 かねてより地方と都市の間には障害者向け公的介護サービスの供給状況に差があることが指摘され、その解消が課題となっている。本研究では、頸髄損傷者の公的介護サービスの利用状況に関する調査データを居住都道府県の財政状況とサービス供給体制の2つの側面から分析する。

方法 2008年度に実施された全国頸髄損傷者実態調査データの一部を用いた。居住都道府県の経常収支比率、財政力指数、居宅介護事業所密度、重度訪問介護事業所密度を説明変数として、公的介護サービス利用有無、家族介護有無を目的変数としたロジスティック回帰分析ならびに公的介護サービス利用時間を目的変数とした重回帰分析を実施した。

結果 分析は日常生活上の介助の必要性があると回答した頸髄損傷者590名を対象とした。経常収支比率が高く、また財政力指数が低い都道府県居住者は公的介護サービスを利用しておらず、公的介護サービス利用時間が少なかった ($p < 0.05$)。経常収支比率が高い都道府県居住者は家族を主たる介護者としやすかった ($p < 0.05$)。一部のモデルでは、財政力指数が低い都道府県居住者は家族を主たる介護者としやすい結果となった ($p < 0.05$)。また、一部のモデルでは居宅介護事業所密度が低い都道府県居住者の公的介護サービスの利用率が低くなり ($p < 0.05$)、重度訪問介護事業所密度が低い都道府県居住者の公的介護サービス利用時間が短くなる結果となった。

結論 居住する都道府県の財政状況と公的介護サービスの利用有無や公的介護サービスの利用時間に関係があり、財政状況が硬直的で余裕のない都道府県の居住者は公的介護サービスの利用を抑制する傾向がみられた。公的介護サービス利用に訪問介護事業所密度の影響が予測され、サービス利用が進んでいない地域でのサービス供給体制の整備が必要であると推察された。とりわけ長時間の介護が必要な重度障害者の地域生活を考慮する上で、居宅介護事業所のみでなく重度訪問介護事業所を含めた整備を図る必要があると考えられる。

キーワード 公的介護制度、地域差、頸髄損傷、財政、事業所密度

I 緒 言

1970年代から1980年代にかけて、アメリカの自立生活運動において、従来のリハビリテーションの中で重視されてきた身体的自立や経済的自立といった自立観とは異なる、自立生活理念と呼ばれる新しい自立観が主張された。この

自立観の特色は、地域での生活やコミュニティへの参加、生活様式や人生設計における自己選択権の行使、などを自立生活の要件にする点にある¹⁾。定藤は、介助を必要とする重度障害者にとって介助場面が最も大きな自己決定権の行使の対象になる点、および介助を受ける権利をすべての国民が等しく基本的な社会的生活を営

* 1 名古屋産業大学特任助教 * 2 国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発部長

* 3 全国頸髄損傷者連絡会副会長

む権利としての社会権としてとらえる点の2点で、自立生活と介助は深く結びついているとする²⁾。したがって介助の担い手を家族に限定するのではなく、金銭的、人的費用を社会的に調達すること、すなわち適切な公的介護制度に立脚した介護サービスを障害者へ給付することは、自立生活理念を具現化し、障害者の自己決定を反映した実際の自立生活を実現する上で重要である。国連障害者権利条約19条においても地域社会での生活とインクルージョンおよび地域社会からの孤立や排除の防止のためにパーソナルアシスタンスなどの支援サービスの利用の保障が言及されている³⁾。なお、自立生活理念では障害者の能動性を強調する点から護る意味を含む介護ではなく助ける意味での介助が使われるが、本稿では一般的な制度において介護が使用されることを踏まえ、以降では介護を用いた。

またわが国では1980年代後半以降に自立生活センターが設立されはじめ、1990年代以降に全国展開された⁴⁾。それに伴い自立生活の理念は全国へ普及し、各地で施設や親を離れ家族以外の人から介助を受けて実際に自立生活をする障害者が増加した。しかし、かねてより地方と都市の間には公的介護制度や介護サービスの供給状況に差があり、実際に自立生活をする上でそれらが手厚い東京などの都市へ移住する重度障害者がいること⁵⁾が指摘されてきた。新潟県の篠田隆らが「そのとき私たちは、障害者年金と特別障害者手当だけで生計を立てていたのに、高橋さんの話す内容（生活保護と他人介護料と東京都が出している介護料を合わせると、1カ月40万くらいになる）などといわれても、ただ驚くだけで想像がつかず、とにかくピーンとこなかった」⁶⁾と記していることから、地方在住の重度障害者が十分な介護サービスを受給できていなかったことがうかがえる。

わが国における公的介護サービスの差の実態とその要因を明らかにすることは、重度障害者とその居住地域に関わりなく自立生活する権利を保障する上で重要な課題である。本研究では頸髄損傷者の公的介護サービスの利用状況を、居住都道府県の財政状況とサービス供給体制の

2つの側面から分析し、重度障害者の公的介護サービス利用に関わる地域差の実態と要因を明らかにする。

Ⅱ 方 法

(1) 本研究の枠組み

公的介護制度に関する地域差については介護保険について研究が蓄積されている。介護保険の認定や利用に影響を与える地域特性としてこれまで主に自治体の財政状況と介護保険事業者密度が取り上げられてきた。清水谷らは市町村の財政安定化基金貸付割合、経常収支比率と認定率（要介護認定者数/第1号保険者数）、1人当たりの給付額との間に関係があり、自治体の財政状況が介護保険の認定や利用に影響を与えていると指摘している⁷⁾。また、山内は都道府県の訪問介護事業者密度と在宅者1人当たりの訪問介護費用、在宅者千人当たりの訪問介護件数との関係を⁸⁾、湯田は都道府県の訪問介護事業者密度と受給率（介護サービス件数/要介護認定者数）との関係を⁹⁾指摘している。これらの研究は、介護事業所の密度が高いと事業所間競争が激しくなり、事業者はサービス内容や質を向上させ、介護サービス需要を誘発するとする供給者誘発需要仮説を検証するものであり、その結果は介護サービス事業者の供給体制が利用者の介護サービス利用行動に影響を与えることを示唆している。

本研究では、先行研究を踏まえ、障害者公的介護サービスにおける地域差の要因として自治体の財政状況と介護サービスの供給体制の2つに焦点を当てた。供給者誘発需要仮説は、情報の非対称性に基づき供給者が過度に需要を誘発するとするものであったが、本研究では障害者介護に関する需要についてはそれほど大きな情報の非対称性がなく、過少供給により潜在需要が顕在化していない点も考慮した。

(2) 使用データ

本研究では頸髄損傷者の公的介護サービス利用状況を対象とした。頸髄損傷者では、病院や

全国頸髄損傷者連絡会を通じた全国的ネットワークが整備されているため全国から回答を得やすく、損傷部位により日常生活動作の到達点が異なる¹⁰⁾ことから損傷部位により介助の必要量の違いが明確になりやすいためである。

本研究で用いたデータは2008年度に実施された全国頸髄損傷者実態調査¹¹⁾の一部である。同調査は全国の頸髄損傷者を対象として郵送配布、郵送回収またはWeb Site上での配布、電子メール回収の形式で、2008年11月から2009年1月にかけて実施された。具体的には全国頸髄損傷者連絡会員、日本せきずい基金登録者などへ直接調査票を送付したほか、全国脊髄損傷者連合会16支部、旧北海道頸髄損傷者連絡会関係者、総合せき損センターなどへ一括して調査票を送付した上で対象者への配布を依頼した。Web Siteを通じた調査については日本リハビリテーション工学協会誌および四肢まひ者の情報交換誌「はがき通信」にて告知した。したがって、ランダムサンプリングの手続きを経たものではなく、回収率の算出は不可能である。筆者らは実行委員として、この調査に参加した。なお、厚生労働省の調査によれば身体障害の原因が脊髄損傷である人のうち、頸髄損傷に該当する四肢まひ者は24,000人いると推計されている¹²⁾。

分析に用いた設問は年齢、性別、居住地、同居家族、障害程度、生活上の介護の必要性、公的介護サービス利用有無、主たる介護者の属性、ヘルパー派遣時間である。性別は男性を1、女性を0とした男性ダミーを、同居家族は独居（1人暮らし）を1、それ以外を0とした独居ダミーを用いた。一般にC4以上の頸髄損傷は高位頸髄損傷に分類されるため¹³⁾、障害程度については完全麻痺かつ損傷レベル「頸髄1から3番」もしくは「頸髄4番」を1（重度頸損）、それ以外を0とした重度頸損ダミーを用いた。居住地は都道府県単位とした。公的介護サービス利用の有無については、利用者を1、非利用者を0とした。公的介護サービス利用時間は月額ヘルパー派遣時間数を用いた。家族介護状況については、主たる介護者についての複数回答の中で母親、父親、配偶者、子ども、兄弟姉

妹を選択した場合を1、それ以外を0とする家族介護中心有無を用いた。

地域特性については、自治体の財政状況を表す変数として、総務省の平成20年度地方公共団体の主要財政指標一覧¹⁴⁾にもとづき2008年度の経常収支比率と財政力指数を用いた。経常収支比率は地方公共団体の財政構造の弾力性を判断するための指標であり、毎年度に経常的に支出される経費が経常一般財源、減税補てん債、臨時財政対策などの収入額に占める割合を意味する。割合が低いほど独自政策が取りやすいとされる。財政力指数は地方公共団体の財政力を示す指数であり、基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値を意味する。指数が高いほど財政力に余裕がある。

また、自治体の介護サービス提供体制を表す変数として、介護事業所密度を用いた。事業所数は平成20年社会福祉施設等調査に記載されている9月中に利用者がいた事業所数における都道府県別居宅介護ならびに重度訪問介護事業所数を用いた。肢体不自由者数は平成20年度社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）に記載されている都道府県別の身体障害者手帳交付台帳登載数のうち18歳以上の肢体不自由者数を用いた。これらに基づき事業所数を肢体不自由者数で除し、1,000倍した値である肢体不自由者1,000人当たりの事業所数を事業所密度とした。分析ではこれらの変数について、全国頸髄損傷者実態調査各回答者の居住都道府県に対応する値を用いた。

統計ソフトはIBM SPSS Statistics 19を用いた。

（3）倫理的配慮

調査票の設計にあたっては、複数の頸髄損傷者による確認を行った。収集・利用した個人情報には全国頸髄損傷者連絡会・個人情報管理規程に従って厳格に管理した。

表1 記述統計量

	実数 (%)
日常生活における 介助の必要性 (人)	
必要	590 (80.2)
不要	136 (18.5)
無回答・その他	10 (1.4)
年齢 (歳)	
平均 (標準偏差) (中央値)	50.1 (13.72) (51)
性別 (人)	
男	479 (81.2)
女	110 (18.6)
無回答・その他	1 (0.2)
同居家族 (人)	
独居	82 (13.9)
非独居	479 (81.2)
無回答・その他	29 (4.9)
障害程度 (人)	
重度頭損	191 (32.4)
非重度頭損	341 (57.8)
無回答・その他	58 (9.8)
公的介護サービス 利用有無 (人)	
利用	360 (61.0)
非利用	211 (35.8)
無回答・その他	19 (3.2)
家族介護中心有無 (人)	
該当	416 (70.5)
非該当	145 (24.6)
無回答・その他	29 (4.9)
公的介護サービス 利用時間 (時間)	
平均 (標準偏差) (中央値)	153.2 (165.5) (90)

注 日常生活において介助の必要な590人を対象

表2 分析対象者の居住都道府県

総数	590	
北海道	46	滋賀県 1
青森県	6	東京都 10
岩手県	3	大阪府 56
宮城県	2	兵庫県 27
秋田県	1	奈良県 7
山形県	11	和歌山県 1
福島県	9	鳥取県 6
茨城県	12	島根県 1
栃木県	13	岡山県 6
群馬県	6	広島県 12
埼玉県	28	山口県 7
千葉県	14	徳島県 3
東京都	77	香川県 8
神奈川県	52	愛媛県 10
新潟県	6	高知県 4
富山県	-	福岡県 23
石川県	8	佐賀県 3
福井県	-	長崎県 -
山梨県	4	熊本県 5
長野県	6	大分県 5
岐阜県	20	宮崎県 3
静岡県	18	鹿児島県 2
愛知県	22	沖縄県 4
三重県	7	無回答・その他 15

Ⅲ 結 果

(1) 公的介護サービス利用状況と関係する変数との直接的関係

有効回答は736票であり、このうち日常生活上の介護の必要性があると回答した590名を分析の対象とした。記述統計量は表1で示すとおりである。回答者の80.2%が生活上の介助の必要性があると回答した。このうち61.0%が公的介護サービスを利用していたが、主たる介護者の属性として家族を挙げた人も70.5%いた。サービスの利用時間は平均値153.2時間（標準偏差165.5）、中央値は90時間であった。

回答者の居住している都道府県は表2のとおりである。富山県、福井県、長崎県を除き全国の都道府県から回答が得られた。

公的介護サービス利用有無と家族介護中心有無による財政状況とサービス供給体制の比較（表3）から公的介護サービスの利用と「財政力指数」「経常収支比率」「居宅介護事業所密

度」「重度訪問介護事業所密度」に関係があることが予測された。また主たる介護者の属性が家族であることと「財政力指数」「経常収支比率」「重度訪問介護事業所密度」に関係があることが予測された。

各変数間の相関（表4）をみたところ、「公的介護サービス利用時間」と「財政力指数」「重度訪問介護事業所密度」に関係があることが予測された。また、「経常収支比率」と「財政力指数」「重度訪問介護事業所密度」「財政力指数」と「居宅介護事業所密度」「重度訪問介護事業所密度」「居宅介護事業所密度」と「重度訪問介護事業所密度」に相関があることが確認された。

以降の多変量解析では、「居宅介護事業所密度」と「経常収支比率」を含むmodel 1、「居宅介護事業所密度」と「財政力指数」を含むmodel 2、「重度訪問介護事業所密度」と「経常収支比率」を含むmodel 3、「重度訪問介護事業所密度」と「財政力指数」を含むmodel 4に分け、分析を実施した。

(2) 公的介護サービス利用要因分析

公的介護サービス利用の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析を実施した(表5)。その結果、「経常収支比率」が高く財政が硬直的な都道府県の居住者および「財政力指数」が低く財政力に余裕がない都道府県の居住者は公的介護サービスを利用していなかった。「居宅介護事業所密度」は、model 1では「居宅介護事業所密度」が低い都道府県居住者の公的介護サービスを利用しない有意な傾向がみられ($p < 0.05$)、model 2では有意な傾向はみられなかったもののmodel 1と符号は一致した。「重度訪問介護事業所密度」は公的介護サービス利用に影響を与えていなかった。このほか、独居者は非独居者より、女性は男性より公的介護サービスを利用していた。

公的介護サービス利用により「経常収支比率」が上がり、「財政力指数」が下がる点を考慮し、前年度(2007年度)の「経常収支比率」と「財政力指数」を用いて同様の分析を実施した(表6)。その結果、「経常収支比率」については、model 1では「経常収支比率」が高い都道府県の居住者ほど公的介護サービスを利用しない有意な傾向がみられた($p < 0.05$)。model 3では有意な傾向が認められなかったものの($p = 0.06$)、上記分析と符号は一致した。「財政力指数」についてはmodel 2、model 4とも上記と同様の結果となった。

表3 公的介護サービス利用有無と家族介護中心有無による財政状況とサービス供給体制の比較

	経常収支比率	財政力指数	居宅介護事業所密度	重度訪問介護事業所密度
N	575	575	575	575
平均値	94.48	0.75	3.80	1.24
標準偏差	4.68	0.33	0.86	0.75
中央値	96.10	0.66	3.96	1.01
公的介護サービス利用有無				
利用	93.99	0.79	3.86**	1.33
非利用	95.20**	0.68**	3.65**	1.07**
家族介護中心有無				
該当	94.77*	0.72**	3.76	1.17**
非該当	93.52	0.83	3.85	1.45**

注 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, t検定

表4 変数間の相関

	公的介護サービス利用時間	経常収支比率	財政力指数	居宅介護事業所密度	重度訪問介護事業所密度
公的介護サービス利用時間	1				
経常収支比率	-0.079	1			
財政力指数	0.171**	-0.282**	1		
居宅介護事業所密度	0.094	0.055	0.446**	1	
重度訪問介護事業所密度	0.213**	-0.222**	0.632**	0.645**	1

注 ** $p < 0.01$, スピアマンの順位相関係数

これらの分析において、VIF(分散拡大要因)値を確認した結果、多重共線性は発生していなかった。

(3) 家族介護中心要因分析

主たる介護者の属性に家族が含まれているかどうかを被説明変数としたロジスティック回帰分析を実施した(表7)。その結果、「経常収支比率」が高い、つまり財政が硬直的な都道府県の居住者は家族を主たる介護者に含めやすかつ

表5 公的介護サービス利用有無についてのロジスティック回帰分析の結果

	model 1			model 2			model 3			model 4		
	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF
居宅介護事業所密度	1.26*	1.00- 1.59	1.00	1.14	0.89- 1.45	1.12						
重度訪問介護事業所密度							1.3	0.97- 1.74	1.21	1.2	0.85- 1.69	1.63
2008年度経常収支比率	0.93**	0.89- 0.97	1.01				0.94*	0.90- 0.99	1.20			
2008年度財政力指数				2.60**	1.34- 5.02	1.13				2.26*	1.03- 4.95	1.62
年齢	1.01	0.99- 1.02	1.00	1.01	0.99- 1.02	1.01	1.01	0.99- 1.02	1.00	1.01	0.99- 1.02	1.01
男性ダミー	0.46**	0.25- 0.82	1.00	0.46**	0.26- 0.83	1.00	0.45**	0.25- 0.8	1.00	0.45**	0.25- 0.82	1.00
独居ダミー	8.39**	3.52- 20.01	1.01	8.32**	3.49- 19.83	1.01	8.19**	3.43- 19.55	1.02	8.18**	3.43- 19.51	1.02
重度顕損ダミー	1.52*	1.00- 2.31	1.01	1.46	0.97- 2.21	1.00	1.5	0.99- 2.27	1.01	1.46	0.96- 2.21	1.01

注 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

表6 2007年度データを用いた公的介護サービス利用有無についてのロジスティック回帰分析の結果

	model 1			model 2			model 3			model 4		
	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF
居宅介護事業所密度	1.33*	1.06- 1.67	1.02	1.13	0.89- 1.45	1.13						
重度訪問介護事業所密度							1.41*	1.07- 1.86	1.08	1.21	0.86- 1.70	1.63
2007年度経常収支比率	0.95**	0.92- 0.99	1.02				0.97	0.94- 1.00	1.06			
2007年度財政力指数				2.75**	1.35- 5.61	1.14				2.35*	1.01- 5.48	1.62
年齢	1.01	0.99- 1.02	1.01	1.01	0.99- 1.02	1.01	1.01	0.99- 1.02	1.01	1.01	0.99- 1.02	1.01
男性ダミー	0.46**	0.26- 0.83	1.00	0.46**	0.26- 0.83	1.00	0.45**	0.25- 0.81	1.00	0.46**	0.25- 0.82	1.00
独居ダミー	8.58**	3.6 -20.45	1.01	8.32**	3.49-19.84	1.01	8.22**	3.45-19.62	1.02	8.17**	3.43-19.50	1.02
重度頭損ダミー	1.50	0.99- 2.28	1.01	1.46	0.97- 2.21	1.00	1.48	0.98- 2.24	1.01	1.46	0.96- 2.20	1.01

注 *p<0.05, **p<0.01

表7 家族介護中心有無についてのロジスティック回帰分析の結果

	model 1			model 2			model 3			model 4		
	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF	オッズ比	95%信頼区間	VIF
居宅介護事業所密度	1.15	0.81-1.62	1.005	1.36	0.94-1.96	1.12						
重度訪問介護事業所密度							0.79	0.53-1.18	1.19	0.87	0.55-1.39	1.61
2008年度経常収支比率	1.08**	1.03-1.14	1.009				1.07*	1.00-1.13	1.19			
2008年度財政力指数				0.24**	0.1-0.57	1.12				0.37	0.13-1.02	1.60
年齢	1	0.98-1.03	1.009	1.01	0.98-1.03	1.01	1	0.98-1.03	1.01	1.01	0.98-1.03	1.01
男性ダミー	1.76	0.86-3.59	1.006	1.75	0.85-3.6	1.01	1.76	0.86-3.58	1.00	1.73	0.85-3.54	1.00
独居ダミー	0.02**	0.01-0.04	1.016	0.02**	0.01-0.04	1.01	0.02**	0.01-0.04	1.02	0.02**	0.01-0.04	1.02
重度頭損ダミー	1.69	0.90-3.16	1.006	1.71	0.91-3.21	1.00	1.7	0.91-3.19	1.01	1.72	0.92-3.21	1.00

注 *p<0.05, **p<0.01

た。「財政力指数」については、model 2では「財政力指数」が低い、つまり財政力に余裕がない都道府県居住者は家族を主たる介護者に含めやすい有意な傾向がみられ（ $p<0.05$ ），model 4では有意な傾向が認められなかったものの、model 2と符号は一致した。「居宅介護事業所密度」と「重度訪問介護事業所密度」は家族介護の有無に影響を与えていなかった。このほか、独居者はそれ以外と比べて家族を主たる介護者としにくい傾向が確認された。

これらの分析において、VIF値を参照した結果、多重共線性は発生していなかった。

（4）介護サービス利用時間要因分析

調査回答者の公的介護サービスの利用時間を被説明変数として重回帰分析を実施した（表8）。その結果、「経常収支比率」が高く財政が硬直的な都道府県の居住者および「財政力指数」が低く財政力に余裕がない都道府県の居住

者は、公的介護サービス利用時間が少なかった。「居宅介護事業所密度」は公的介護サービス利用時間に影響を与えていなかった。「重度訪問介護事業所密度」は、model 3では「重度訪問介護事業所密度」が低い都道府県居住者は、公的介護サービス利用時間が低い有意な傾向がみられ（ $p<0.05$ ），model 4では有意な傾向が認められなかったものの、model 3と符号は一致した。このほか、独居者ほど、障害程度が重いほど、公的介護サービス利用時間が長い傾向が確認された。また、年齢が高いほど、公的介護サービス利用時間が短くなる傾向がみられた。

公的介護サービス利用により「経常収支比率」が上がり、「財政力指数」が下がる点を考慮し、前年度（2007年度）の「経常収支比率」と「財政力指数」を用いて同様の分析を実施した（表9）。結果、「経常収支比率」「財政力指数」とも上記と同様の結果となった。

これらの分析において、VIF値を参照した結

表8 介護サービス利用時間についての重回帰分析の結果

	model 1				model 2				model 3				model 4			
	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF
居宅介護事業所密度	9.66	1.00	1.18	1.00	-2.23	-0.23	-0.27	1.08	28.05	2.42*	2.64**	1.20	15.55	1.16	1.27	1.63
重度訪問介護事業所密度	-5.91	-3.69**	-3.09**	1.01					-4.27	-2.48*	-2.17*	1.19				
2008年度経常収支比率					107.89	4.43**	**	1.08					85.50	2.89**	2.71**	1.61
年齢	-2.75	-4.13**	-4.20**	1.02	-2.94	-4.45**	-4.50**	1.02	-2.78	-4.21**	-4.23**	1.02	-2.93	-4.46**	-4.44**	1.02
男性ダミー	31.22	1.47	1.64	1.02	31.39	1.50	1.68	1.02	28.76	1.37	1.51	1.02	30.34	1.45	1.63	1.02
独居ダミー	152.57	7.90**	6.26**	1.02	149.60	7.82**	**	1.03	148.49	7.73**	5.99**	1.03	147.49	7.71**	6.02**	1.03
重度顕損ダミー	67.39	3.93**	3.73**	1.02	63.60	3.76**	**	1.02	64.81	3.81**	3.64**	1.03	62.74	3.71**	3.58**	1.02
調整済み R ²		0.30				0.32				0.31				0.32		

注 1) ホワイットの頑健標準誤差

2) * p < 0.05, ** p < 0.01

表9 2007年度データを用いた介護サービス利用時間についての重回帰分析の結果

	model 1				model 2				model 3				model 4			
	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF	偏回帰係数	t 値	t 値 ¹⁾	VIF
居宅介護事業所密度	14.276	1.46	1.678	1.00	-2.717	-0.27	-0.329	1.08	32.082	2.93**	3.16**	1.08	16.07	1.19	1.30	1.63
重度訪問介護事業所密度	-4.145	-3.73**	-2.999**	1.01					-3.152	-2.82**	-2.38*	1.06				
2007年度経常収支比率					115.078	4.37**	3.908**	1.09					89.71	2.80**	2.62**	1.62
年齢	-2.860	-4.30**	-4.359**	1.02	-2.942	-4.46**	-4.498**	1.02	-2.859	-4.35**	-4.35**	1.02	-2.93	-4.46**	-4.44**	1.02
男性ダミー	32.068	1.52	1.683	1.02	31.765	1.52	1.700	1.02	28.606	1.37	1.51	1.02	30.63	1.46	1.65	1.02
独居ダミー	154.626	8.02**	6.360**	1.02	149.681	7.82**	6.231**	1.03	149.547	7.80**	6.06**	1.03	147.48	7.70**	6.01**	1.03
重度顕損ダミー	66.887	3.90**	3.715**	1.02	63.667	3.76**	3.616**	1.02	64.370	3.80**	3.64**	1.02	62.76	3.71**	3.58**	1.02
調整済み R ²		0.30				0.32				0.31				0.32		

注 1) ホワイットの頑健標準誤差

2) * p < 0.05, ** p < 0.01

果、多重共線性は発生していなかった。また、誤差項の分散不均一性を考慮し、説明変数については従来のt検定とホワイトの頑健標準誤差のt検定を実施した結果、符号は一致し、5%と1%の差は一部でみられたものの有意となった項目は同じであった。

Ⅳ 考 察

(1) 障害者向け公的介護制度の変遷と介護サービスにおける地域差についての議論

障害者自立生活・介護制度情報センターにより刊行された資料¹⁵⁾に掲載されている「平成6年度主管課長会議資料」¹⁶⁾には「ヘルパー派遣回数等は、利用者の日常生活上のニーズに応じて決定されるべきものであり、画一的に決定すべきものではない」と記載されており、支給量（支給時間数）は担当者に委ねられていたことがうかがえる。これとは別に「生活保護他人介護特別介護料」があり、生活保護を受給する身体障害者の中で「日常生活のすべてにおいて介護を必要とするもの」に対しては特別介護料として現金が給付される。このほかに自治体の独自制度があり、例えば東京都などでは全身性障害者介護人派遣事業が存在した。これは一定の要件を満たす人には一律に支給される制度であった。地域で自立生活をする在宅重度障害者はこれらの制度を併用する形で介助体制を組み立てていた¹⁷⁾。

2003年4月の支援費制度導入により多くの自治体の独自制度とホームヘルプサービスが統合され、国の統一的な介護制度のもとで、市町村が障害の種類・程度や介護を行う者の状況などを総合的に勘案して支給量（支給時間数）を決定する仕組みとなった。費用負担は国庫補助基準が設けられ、受給者数と障害程度区分に基づき一律に国から市区町村へ補助金が配分されることとなった。このため、原則として各障害程度区分で国が想定する支給時間よりも多い時間を受給する障害者が多い市区町村は、「費用の50%を国、25%を都道府県と市区町村が負担」という想定を超えて費用負担を強いられること

となった。

2006年10月に障害者自立支援法が施行され、支給決定に当たっては利用者がアセスメント調査に基づき、障害程度区分の認定を受け、支給時間数が決定されるという統一的な支給決定のプロセスが導入された。ただし、実際の市区町村においては支給において実質的な独自の上限が設定されている場合もある。2012年4月25日に和歌山地方裁判所は、和歌山市がある筋委縮性側索硬化症患者の公的介護サービスの給付を1日12時間としている状況について、「障害の種類及び程度その他の心身の状況」および「障害者等の介護を行う者の状況」を適切に考慮しておらず、社会通念に照らして明らかに合理性を欠くものであり、1日21時間の介護サービスの給付が必要であるとの判決を下している（平成22年（行ウ）第11号行政処分義務付等請求事件）。費用負担は、国庫補助基準ではなく国の義務的経費となり、費用の50%を国、25%を都道府県と市区町村が負担することとなった。

措置制度時代では、自治体の独自制度が長時間の介助を要する重度障害者向け介護制度に大きな役割を担っていた¹⁷⁾¹⁸⁾ため、独自制度を実施していた自治体とそうでない自治体との間に公的介護サービス利用に地域差があったと推測される。

厚生労働省の調査では、支援費導入後の2003年4月における都道府県別の人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービスの支給決定者数に7.8倍の地域差があり、都道府県別の支援費ホームヘルプサービスの1人当たり平均利用時間数に4.7倍の地域差があることが示された。この結果、地域差が制度の課題として取り上げられ、その要因として支給決定を行う際の全国共通の客観的な基準がないこと、市町村の取り組みの姿勢などにより、サービス提供体制に大きな差があることが指摘された¹⁹⁾。

障害者自立支援法導入の1つの目的は、客観的な尺度である障害程度区分の導入²⁰⁾により地域差を是正することにあった。しかし、障がい者制度改革推進会議の第6回総合福祉部会²¹⁾においても、論点の1つとして「地域間格差を解

消するために、社会資源の少ない地域に対してどのような重点的な施策を盛り込むべきか」が議論されており、障害者自立支援法においてもサービス提供について地域差が存在することがうかがえる。同部会ではその解消策として、サービス提供基盤の整備と自治体への財政的支援が提起されていた。他方で、障害者自立支援法における公的介護サービスの地域差を実証的に検証した研究は著者らが調べた限りでは見当たらなかった。

(2) 都道府県の財政状況と公的介護サービス利用

本研究の結果から居住する都道府県の財政状況と公的介護サービスの利用有無や公的介護サービスの利用時間に関係があり、財政状況が硬直的で余裕のない都道府県居住者は公的介護サービスの利用を抑制する傾向があることが示された。公的介護サービス利用による財政状況への影響を考慮してもこの結果は支持された。また、こうした居住者は家族を主たる介護者に含めやすいことも示された。これらの結果から、財政状況の悪い都道府県居住者は、自身の潜在的な公的介護サービスの需要を満たせず、家族介護をその代替としている可能性があることが推察された。

本研究では、公的介護サービス利用が抑制されるメカニズムの詳細について明らかにできなかった。ただし、障害者自立支援法以後、国庫補助基準ではなく義務的経費として費用の50%を国が、残り50%を25%ずつ都道府県と市区町村で負担する仕組みが導入されたものの、都道府県と市区町村の負担分が両者にとっても重荷となり、財政状況の悪い都道府県で給付が抑制されている危険性が考えられる。

(3) 介護サービス供給体制と公的介護サービス利用

公的介護サービス利用の有無と「居宅介護事業所密度」では、model 1で「居宅介護事業所密度」が高い都道府県居住者で公的介護サービスを利用する有意な傾向がみられ、model 2で

は有意な傾向はみられなかったものmodel 1と符号は一致した。これらから「居宅介護事業所密度」が高い都道府県居住者で公的介護サービスの利用率が高くなる可能性がある。他方で「重度訪問介護事業所密度」は、公的介護サービス利用有無に影響しなかった。公的介護サービス利用有無の境界状況の場合、家事援助や身体介護といった短時間の介護を中心とする居宅介護派遣事業所へのアクセスのしやすさが、利用の促進につながるものがその要因として考えられる。

「公的介護サービス利用時間」に「居宅介護事業所密度」は影響を与えていなかった。他方で「重度訪問介護事業所密度」はmodel 3では「重度訪問介護事業所密度」が低い都道府県の居住者で公的介護サービス利用時間が低い有意な傾向がみられ、model 4では有意な傾向が認められなかったものの、model 3と符号は一致した。これらから「重度訪問介護事業所密度」が高い都道府県居住者は公的介護サービス利用時間が長くなる可能性がある。居宅介護事業所が短時間の介護を中心とするのに対し、重度訪問介護事業所は見守りを含む長時間の介護サービス需要に対応可能であり、こうした事業所へのアクセスのしやすさが、長時間利用の促進につながるものがその要因として考えられる。

(4) 公的介護サービス利用と関係するその他の要因

独居者は家族介護を利用せず公的介護サービスを利用する割合が高く、その利用時間が長いこと、重度頸髄損傷者は公的介護サービスの利用時間が長いことが確認された。

また、女性で公的介護サービスの利用の割合が高い傾向がみられ、年齢が上がるほど公的介護サービス利用時間が減少する傾向がみられた。本調査結果のみではこの要因について十分に議論をすることはできず、今後検討されるべき課題である。

(5) 政策的インプリケーション

公的介護サービスは重度障害者の地域生活を

支える重要な要素であり、公的介護サービス利用の地域差はこうした自治体居住者が住み慣れた地域で自立生活をする権利を実現する上での障壁の一つとなると推察される。

地域差の要因として公的介護サービス給付に関わる財政的負担が都道府県と市町村の重荷となり、財政状況の悪い地域で公的介護サービスの給付が抑制されている危険性が考えられたことから、今後は国と地方の公的介護サービスを巡る費用負担のあり方の再検討が求められる。また、公的介護サービス利用に訪問介護事業所密度の影響がみられたことから、サービス利用が進んでいない地域でのサービス供給体制の整備も重要な課題といえる。その際に、長時間の介護が必要な重度障害者の地域生活を考慮する上で、居宅介護事業所のみでなく重度訪問介護事業所を含めた整備を図る必要がある。

ただし、本研究の調査結果は、頸髄損傷者に限ったものであり、またランダムサンプリングなどの厳密な調査手続きを経たものでもない。今後、公的介護サービス利用における地域差の解消を図る上では、正確かつ詳細なデータを用いた厳密な分析が求められる。

謝辞

「頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する実態調査」にご回答いただいた皆様ならびに調査実施にご協力いただきました皆様にお礼申し上げます。また、本調査結果の分析について助言を受けた、我澤賢之氏（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）にも感謝いたします。

文 献

- 1) 定藤丈弘, 障害者の自立と地域福祉の課題, 岡田武世編, 人間発達と障害者福祉, 東京: 川島書店, 1986: 129-75.
- 2) 定藤丈弘, 障害者福祉の基本思想としての自立生活の理念, 定藤丈弘他編, 自立生活の思想と展望—福祉のまちづくりと新しい地域福祉の創造をめざして, 京都: ミネルヴァ書房, 1993: 2-21.
- 3) 岡部耕典, 自立生活, 松井亮輔他編, 概説障害者の権利条約, 京都: 法律文化社, 2010: 95-110.
- 4) 全国自立生活センター協議会編, 自立生活運動と障害文化—当事者からの福祉論, 東京: 現代書館, 2001.
- 5) 八巻(木村)知香子, 自立生活をする個人が自立生活理念に出会う過程: 山陰地方と東京地域の比較から, 医療と社会, 2004: 13(4): 77-94.
- 6) 篠田隆, 篠田恵, 私たちの親分, 高橋修, 高橋修さん追悼文集, 高橋修と共に過ごした日々, 2000: 62-5.
- 7) 清水谷論, 板倉典子, 公的介護保険制度の運用と保険者財政: 市町村レベルデータによる検証, 会計検査研究, 2006: 34: 83-95.
- 8) 山内康弘, 訪問介護費と事業者密度, 医療と社会, 2004: 14(2): 103-18.
- 9) 湯田道夫, 介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響, 季刊社会保障研究, 2005: 40(4): 373-86.
- 10) 酒井ひとみ, ADL到達ゴール, 二瓶隆一他編, 頸髄損傷者のリハビリテーション改訂第2版, 東京: 協同医学書出版社, 2006: 156-7.
- 11) 「頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する実態調査」実行委員会, 頸損解体新書2010: 全国頸髄損傷者連絡会, 2010.
- 12) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課, 平成18年身体障害児・者実態調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html>) 2012.12.25.
- 13) 飛松好子, 高位頸髄損傷, 二瓶隆一他編, 頸髄損傷者のリハビリテーション改訂第2版, 東京: 協同医学書出版社, 2006: 29-32.
- 14) 平成20年度 地方公共団体の主要財政指標一覧 (http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/H20_chiho.html) 2012.12.25.
- 15) 障害者自立生活・介護制度情報センター編, How to 介護保障 別冊資料 1巻 自薦登録方式のホームヘルプサービス事業, 1998.
- 16) 厚生省社会・援護局更生課, 平成6年度主管課長会議資料, 1994.
- 17) 自立生活情報センター編, How To 介護保障, 東京: 現代書館, 1996.
- 18) 横須賀俊司, 障害者の介助制度, 定藤丈弘他編, 定藤丈弘他編, 自立生活の思想と展望—福祉のまちづくりと新しい地域福祉の創造をめざして, 京都: ミネルヴァ書房, 1993: 107-28.
- 19) 厚生労働白書平成17年版, 東京: ぎょうせい, 2005.
- 20) 厚生労働白書平成19年版, 東京: ぎょうせい, 2007.
- 21) 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会(第6回) (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/2010/08/0831-1.html>) 2012.12.25.