

介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因

スギサワ ヒデヒロ フカヤ タロウ スギハラ ヨウコ
 杉澤 秀博* 深谷 太郎^{2*} 杉原 陽子^{2*}
 イシカワ ヒサノリ ナカタニ ヨウメイ* キム ヘギョン*
 石川 久展^{3*} 中谷 陽明^{4*} 金 恵 京*

目的 本研究の目的は、介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因を分析することにある。過少利用は支給限度基準額を介護ニーズ量とみなし、それと対比して実際の利用額がどの程度乖離しているか、その割合で評価した。行動モデルを参考に、ニーズ要因として要介護度を、過少利用の促進要因として同居家族の存在および低所得を、先行要因として家族介護意識を投入し、これらの要因が過少利用に与える直接効果ならびにニーズ要因と促進要因との交互作用効果を検討した。

方法 東京都内の1つの区を対象に、認定者（施設サービス利用者を除く）から1,500人を無作為に抽出した。要支援と要介護度1については認定者本人に、要介護度2以上については介護者を対象に訪問面接調査を実施した。実施時期は2000年11月であった。在宅介護サービス利用に関する情報は保険者である区から入手した。

結果 過少利用の割合は69%であり、利用量は介護ニーズ量の半分以下にとどまっていた。過少利用の要因を分析した結果、同居家族がいる、年収が120万円未満、認定者や介護者が家族介護意識をもっている場合に過少利用の割合が高かった。さらに要介護度と同居家族の有無との間に有意な交互作用がみられ、同居家族がいない場合には要介護度に関係なく過少利用の割合は低かったが、同居家族がいる場合には要介護度が高くても在宅介護サービス利用量は増加していなかった。

結論 介護保険制度では要介護度の認定にあたって、私的な介護基盤を考慮しないとしているが、現実には私的な介護基盤がある世帯では認定者の過少利用が多く発生していること、さらに低所得者に対しては利用料負担の減免措置がとられているにもかかわらず、過少利用が高頻度で発生していることが示唆された。

Key words : 利用額, 支給限度基準額, 行動モデル

I 緒 言

1. 問題の限定

介護保険制度が2000年4月に導入された。この制度の目的は、「家族介護優先」から「介護の社会化」への政策転換を図ることにあったとされている¹⁾。介護保険制度の目的は果して達成されて

きているのであろうか。介護保険制度導入後に行われた調査のいくつかは、介護保険制度の導入後に介護サービスの利用者数と利用量が増加傾向にあることを示している。たとえば全国老人クラブ連合会が2000年7月に行った調査では、介護サービスの利用開始時期が介護保険制度導入後という人が22%いること、介護保険制度導入前から利用している人については、介護保険導入前よりも利用量が増えたという人が30%と減ったという人(13%)の2倍以上いることが示されている。しかし、介護ニーズがあるにもかかわらず、介護サービスを十分利用できていない人も少なからずいることを示唆した調査もみられる。厚生労働省大臣官房統計情報部が実施した調査では、65歳以

* 桜美林大学大学院老年学専攻

^{2*} 東京都老人総合研究所社会参加・介護基盤グループ

^{3*} ルーテル学院大学社会福祉学部

^{4*} 日本女子大学人間社会学部

^{5*} 湖西大学

連絡先：〒194-0294 東京都町田市常磐町3758

桜美林大学大学院老年学専攻 杉澤秀博

上の高齢者のうち要介護・要支援の状態であるにもかかわらず、認定申請していない人が25%いること、認定を受けているにもかかわらず調査の前月に介護サービスをまったく利用していない人が25%いることなどが明らかにされている²⁾。厚生労働省による介護保険事業状況報告（平成13年2月末）でも³⁾、要介護認定者（2,529,828人）中の介護サービス利用者（居宅介護（支援）サービスと施設介護サービスの受給者数を単純に加算：1,986,391人）の割合は77%であり、23%の人が認定を受けたにもかかわらず、まったくサービスを受けていないことが示されている。二木はいくつかの自治体の調査結果の分析から、利用額の支給限度基準額に対する割合（利用率）がいずれの自治体でも3~5割程度にとどまっていること、加えて利用率の自治体間格差の原因にも言及し、所得が高い自治体では利用率が高い傾向にあることを指摘している⁴⁾。

本研究は、介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因を明らかにすることを目的としている。日本では介護保険制度導入前において、介護サービスの利用やその態度に関連する要因を明らかにした研究がわずかではあるが行われている^{5,6)}。しかし介護保険制度が導入された後では介護サービスの利用に関連する要因を実証した研究はほとんどない。介護保険制度が導入されることによって、サービス提供者との関係が措置から契約へと変化し、利用料の一律負担（一部低所得者の負担免除制度はある）も導入されるなど介護サービスの利用に影響する制度的な変更があった。そのため、利用に関連する要因を新しく解明することが必要となっている。

介護保険制度下における介護サービス利用に関する議論のなかでは、利用が少ない原因として新しく導入された利用料の定率1割負担の影響が指摘されている^{4,7)}。また介護サービスを活用して豊かな生活を保障していこうという意識が高齢者の間で乏しいことも利用が少ないことと関連していると指摘されている⁷⁾。他方、認定者を対象に介護サービスをまったく利用しない理由を質問した調査によれば、「家族介護で十分」、「何とか自分でやれる」といった回答がそれぞれ54%と27%と上位を占め、それに対し利用料負担や介護の価値観を介護サービスを利用しない直接の原因とし

て指摘した人の割合が低いことが示されている（利用料負担を指摘している人が10%、他人の世話になるのがいやといった回答が9%）⁸⁾。このように現時点では、過少利用に関する要因については結論が出せる現状にない。

2. 分析枠組み

1) 過少利用の定義

田村は医療サービスの提供を公平という視点から評価する枠組みを示している⁹⁾。その切り口は「健康の平等」、「利用の平等」、「アクセスの平等」の3つであり、「健康の平等」とは医療サービスによって健康状態の格差（例えば階層格差）が解消されるか否か、「利用の平等」とは健康ニーズに応じて必要な量のサービスが利用できているか否か、「アクセスの平等」とは同じニーズをもつ人が同じ治療を受ける機会を等しくもつことができているか否かである。この切り口を介護サービスに応用した場合、「健康の平等」は「生活自立の平等」となり、介護サービスによって高齢者の生活自立が平等に図られたか否かが評価の基準となる。「利用の平等」とは介護ニーズに応じて必要な量の介護サービスが利用できているか否かであり、「アクセスの平等」とは同じ介護ニーズをもつ人が介護サービスをうける機会が平等にあるか否かが基準となる。本研究では、「利用の平等」を評価の切り口とし、介護のニーズ量に対応して利用できていない状態を過少利用と定義した。

2) 過少利用の要因

介護サービス利用の分析枠組みとして、行動モデル¹⁰⁾が汎用されている。行動モデルは医療サービスの利用を説明するモデルとして開発され、先行要因、ニーズ要因、利用促進要因に区分されている¹¹⁾。先行要因は、ニーズに先行する個人の特性であり、性や年齢などの人口学的特性、教育や職業などの社会文化的特性、そして健康や病気、医療サービスに対する態度などの信念の3つに分類されている。利用促進要因は、サービス利用を容易にする要因であり、収入や保険給付などの世帯要因、個人が居住する地域の医師数や施設数などの地域要因の2つに分類されている。ニーズ要因は、医療サービスを必要とする直接的な要因であり、寝込んだ日数や主観的健康度などの主観的要因、専門家によって診断された疾患の重症度や心身の健康状態などの客観的な要因に分類されて

いる。最近では、利用促進要因だけでなく、それと同次元の要因として利用抑制要因も位置づけられている¹²⁾。

介護サービスの利用に関する研究では、ニーズ要因として健康要因が、先行要因としては性や年齢などの基本属性、そして介護意識などの心理的要因が、利用促進・阻害要因としては私的な社会関係、サービスの利用環境などの社会的要因および収入などの経済的要因が取り上げられている。

ニーズ要因である健康要因に関しては身体障害と有意な関係があることを明らかにした研究が多い¹³⁾。先行要因として位置づけられる介護意識については、介護サービスを受けることに対する権利意識¹⁴⁾、私的な介護を志向するか否か¹⁵⁾、また最後の手段としての介護サービスを使用すべきだという考えをもっているか否か¹⁶⁾といった心理的要因が、介護サービスの利用と有意に関連していることが明らかにされている。

利用促進・抑制要因のうち私的な社会関係については、両者が代替的な関係か、補完的な関係か、あるいは利用を促進させる関係にあるかといった仮説に基づき実証的な研究が進められてきている¹⁷⁾。家族内資源に着目し、それが乏しい単独世帯や配偶者も子供もない高齢者では介護サービスの利用量や介護サービスへの支出が多いことを実証した研究^{18~25)}は、サービス利用が私的な社会関係と代替的な関係を示した研究といえよう。他方、利用を促進する関係にあることを示唆した研究としては、Logan¹⁴⁾、Hays²⁶⁾によるものがあり、そこでは家族以外の人との関係が介護サービスの利用を促進させる方向で作用することが実証されている。

サービスの利用環境との関連では、供給量や提供主体の分布¹⁴⁾、居住自治体による在宅サービス事業の有無²⁰⁾あるいは供給量が異なる都市と郡部^{20,27)}に着目し、これらの要因が介護サービス利用に影響しているか否かの検討が行われている。

他の利用促進・抑制要因である経済的要因については、収入の高い人ほど有料サービスの利用が多いことを示した研究^{19,26)}、また両者がU字型の関係にあり、平均的な収入の人で利用割合がもっとも低いこと、そして低所得層で利用割合がそれほど低くないのはこの層に対する公的な支援プログラムが関係しているであろうと指摘した研

究²¹⁾、また利用料負担の大きさと関係ある保険への加入の有無によって、介護サービスの利用割合が有意に異なることを示した研究もある^{19,22,28,29)}。

本研究では行動モデルを参考に、ニーズ要因として「要介護度」を、先行要因として「介護意識」を、過少利用の促進要因として「同居家族の存在」と「収入」を取り上げ、次のような仮説に基づき、その効果を検証することにした。

第1に、ニーズ要因として位置づけた要介護度については、それが軽い場合には介護サービス利用への動機づけが弱いので、過少利用を促進させる方向で作用する可能性が高いと考えた。第2に、先行要因とした介護意識については、Collinsら¹⁵⁾の研究と東京都老人総合研究所保健社会学部門³⁰⁾の調査に基づき、認定者や介護者が家族介護指向をもっている場合には介護サービスの過少利用を増加させる方向で働く可能性があると考えた。第3に、過少利用の促進要因とした同居家族の存在については、介護サービス利用と私的支援との関連を説明するモデルとして示されている「階層的補完モデル (hierarchical compensatory model)」と「代替の原理 (principle of substitution)」²¹⁾に基づき仮説を立てた。このモデルでは、高齢者がまず最初に援助を求めるのはネットワークの中でも同居家族であり、他の私的な支援がない場合の最後の選択肢として介護サービスが位置づけられている。そのため、同居家族がいる場合には介護サービスの過少利用が促進されると考えた。第4に、収入については介護保険制度の下では低所得者に対する利用料の減免措置がとられているものの、多くの人では利用料の自己負担があるため、低所得者では介護サービスの過少利用が多く存在すると考えた。

行動モデルの開発者である Andersen は、要因間の交互作用効果の存在を視野におさめていたものの、その後行動モデルを応用した研究の多くが各要因の直接効果しか検討していない^{12,31,32)}。交互作用効果を分析した研究は Crets¹²⁾、Mitchellら³²⁾によるものに限定されている。要因間の交互作用効果の可能性はないのであろうか。本研究では、ニーズ要因と過少利用の促進要因との交互作用効果の有無を検討することにした。まず、促進要因である同居家族の有無とニーズ要因との交互作用については、階層的補完モデルに基づき、次

のような仮説を立てることができる。同居家族がいる人では介護ニーズが増加した場合、まず最初に同居家族を活用して対応しようとするため、それに対処できる限りは介護サービスの利用への動機づけは弱い。それに対して同居家族がいない人では、そもそも依って立つ自らの資源が乏しいため、介護ニーズの増加がすぐに介護サービスの利用へと直結することになる。他の促進要因である収入とニーズ要因との交互作用についても次のような可能性が考えられる。所得の高い人では経済的な余裕があるため、介護ニーズの増加に対しては私的支援の活用だけでなく介護サービスの利用を選択肢に含めることができる²¹⁾。それに対して所得の低い人では利用料の自己負担という大きな制約があるため、介護ニーズの増加に対して介護サービスの利用を選択肢に含めることは困難となる。介護ニーズの増加に対してはできるだけ介護サービスを利用せず、私的な支援を活用して対処しようとするだろう。

Ⅱ 方 法

1. 分析対象

都内 T 区における要介護認定者5,212人（2000年10月末時点、一部65歳以前の人も含む）から施設サービス利用者を除き、1,500人（要介護度1以下755人、要介護度2以上745人）を調査対象として無作為に抽出した。調査対象は、「要支援」と「要介護度1」の認定者については本人（以下、認定者調査）、「要介護度が2以上」では主介護者（以下、介護者調査）であった。要介護度が2以上の認定者に対して主介護者を調査対象としたのは、予備調査の結果から要介護度が2以上の人では健康上の理由により回答不能者が多く、認定者本人を対象とした調査では情報が入手できないケースが多くなると判断したからである。調査方法は訪問面接調査であった。調査は行政と共同で2000年11～12月に実施し、回収数は認定者調査では515人（回収率68.2%）、介護者調査では503人（回収率67.5%）であった。未回収の理由は、認定者調査では「回答拒否」が68人（未回収者中28.3%）、「長期入院」と「健康上の理由」がそれぞれ57人（同23.8%）、「不在」が17人（同7.7%）などであった。介護者調査については「回答拒否」と「介護者がいない」がそれぞれ55人（未回収者

表1 回答者と無回答者の特性比較

	特 性	回答者	無回答者	検 定
認定者の性	男性 (%)	29.8	31.3	n.s.
	女性	70.2	68.7	
認定者の年齢	平均 (歳)	81.5	8.6	n.s.
	標準偏差	80.7	8.4	
要介護度	要支援 (%)	21.0	18.9	n.s.
	要介護度 1	29.8	30.9	
	要介護度 2	19.9	23.2	
	要介護度 3	14.1	12.9	
	要介護度 4	9.0	8.9	
	要介護度 5	6.3	5.2	
例 数		1,018	482	

注) 回答者と無回答者の特性の分布を比較。連続変量の場合には t 検定、離散変量の場合には χ^2 検定で行った。n.s.; $P > .05$

中22.7%）、「認定者の長期入院」が37人（同15.3%）、「認定者の死亡」が20人（同8.3%）などであった。

認定者の性、年齢、要介護度、そしてサービス利用額に関する情報については、保険者から入手した。保険者の保管するデータの利用にあたっては、自治体の個人情報保護審議会で承認を得るとともに、「認定者調査」あるいは「介護者調査」の際に、調査の趣旨説明を行い、対象者（原則には認定者本人とし、認定者が理解不可能である場合には主介護者）から利用承諾を得ることとした。保険者の保管するデータの使用への承諾は調査に回答した対象者全員から得られた。サービスの利用状況に関しては、認定者と介護者に対する調査が実施された2000年11月時点の状況とした。

回答者と未回答者で認定者の性、年齢、要介護度の分布に違いがあるか否かを分析した結果（表1）、いずれの項目とも有意差は観察されなかった。以上の項目でみるかぎり、ある特性をもった人が特異的に調査不能になっていることはなく、回答者の代表性はかなり確保されているとみることができる。

2. 測定

1) 過少利用の評価

支給限度基準額は全国的にみて標準的なサービス水準に対応したものとされているため³³⁾、支給限度基準額を介護の必要量とし、この基準から実

際の利用額がどの程度乖離しているか、その割合によって在宅介護サービスの過少利用の程度を評価した。それを計算式で示すと、 $((\text{支給限度額} - \text{実際の利用額}) / \text{支給限度額}) \times 100$ となる。本研究では在宅介護サービスの中でも訪問通所サービスを対象に分析した。訪問通所サービスには、「訪問介護」、「訪問入浴介護」、「訪問看護」、「訪問リハビリ」、「通所介護」、「通所リハビリ」、「福祉用具貸与」の7種類のサービスが含まれる。支給限度基準額は要支援では6,150単位、要介護度1では16,580単位、要介護度2では19,480単位、要介護度3では26,750単位、要介護度4では30,600単位、要介護度5では35,830単位である。利用額が支給限度額を超える場合は過少利用の割合は0%とした。短期入所サービスについては、限度日数の拡大措置や訪問通所サービスの振り替え措置があり、基準額を個々に算定することが困難なため、分析対象から除外した。

2) 要因

(1) 先行要因

介護意識は次のように測度した。Collins¹⁵⁾の研究および東京都老人総合研究所保健社会学部門の調査³⁰⁾を参考に、対象者本人の自己評価だけでなく、認定者については家族、主介護者については認定者の家族介護意識を評価させる他者評価に関する項目を作成した。すなわち、認定者に対しては「あなたは家族以外の人に世話をしてもらうことが嫌いですか」という自己評価の項目と、「あなたの家族はできる限りサービスを利用せず、家族の力だけでお世話したいとお考えですか」という他者評価の項目を、介護者に対しては「あなたはできる限りサービスを利用せず、家族の力だけでお世話したいと思いますか」という自己評価の項目、「高齢者は家族以外の人に世話をしてもらうことを嫌がりますか」という他者評価の項目をそれぞれ作成し、「はい」、「いいえ」の選択肢を用いて回答を得た。以上の質問に対し「はい」との回答があった場合、その評価対象が家族介護指向をもってしていると評価した。分析にあたっては、認定者、介護者調査それぞれについて別々に分析した。そのため、認定者調査を用いた場合には、認定者の介護意識は自己評価の項目、介護者の介護意識については認定者による他者評価の項目、介護者調査を用いた場合には、認定者の介護意識

は介護者による他者評価の項目、介護者の介護意識については自己評価の項目となる。

(2) ニーズ要因

要介護度で測定した。要介護度が4以上は例数が少ないため、要介護度3以上を一括して分析することにした。

(3) 過少利用の促進要因

① 収入については、認定者とその配偶者の合計年収を「120万円未満」、「120万～300万円」、「300万～500万円」、「500万～1,000万円」、「1,000万円以上」という選択肢を用いて質問した。予備的な分析の結果、「300万～500万円」、「500万～1,000万円」、「1,000万円以上」の選択肢については回答割合が少なく、また過少利用の割合が「120万～300万円」の群に近似していることがわかったため、「120万円以上」として一括して分析することにした。「無回答」が認定者および介護者調査合わせて39.1%であり、この人たちを除外すると分析例数が減少するという問題が生じる。そのため「無回答」というカテゴリを作成し、分析に含めることにした。そのため、収入と過少利用との関連が有意であるか否かを評価するにあたっては、「無回答」の人の傾向を考慮する必要がある。

② 同居家族については、「いる」場合に1、「いない」場合に0のダミー変数として扱った。

(4) その他

認定者の年齢と性、そしてこれらに加えて介護者調査では続柄を調整変数として設定した。

3. 分析方法

過少利用の程度を目的変数に、要因として要介護度（ニーズ要因）、同居家族の有無および収入（促進要因）、同居家族の有無と要介護度および収入と要介護度の各交互作用項を、共変量として性と年齢を投入し分散共分散分析を行った。同居家族の有無および収入については客観的な情報であるため、認定者調査と介護者調査の回答者を一緒に分析した。

介護意識については同居家族がいる人のみを対象とした。そして自己評価と他者評価の両方が含まれているため、認定者調査と介護者調査を別々に分析を行なった。その際、介護者調査では新しく要因として認定者との続柄を投入し、その影響を調整した。

表2 分析対象者の特性

	特 性	全体	認定者 調査	介護者 調査
認定者の性	男性 (%)	29.8	23.7	36.0
	女性	70.2	76.3	64.0
認定者の年齢	平均 (歳)	81.5	80.3	82.7
	標準偏差	8.6	7.7	9.2
要介護度	要支援 (%)	21.0	41.6	—
	要介護度 1	29.6	58.4	—
	要介護度 2	19.9	—	40.4
	要介護度 3	14.1	—	28.6
	要介護度 4	9.0	—	18.3
	要介護度 5	6.3	—	12.7
認定者の 介護意識	家族介護指向 あり	—	50.7	46.3
	家族介護指向 なし	—	49.3	53.7
介護者の 介護意識	家族介護指向 あり	—	47.6	44.9
	家族介護指向 なし	—	52.4	55.1
年収	120万円未満 (%)	25.2	22.9	27.6
	120万円以上	35.7	35.3	36.0
	無回答	39.1	41.7	36.4
	同居家族 あり (%)	76.5	59.0	94.4
認定者との 続柄	なし	23.5	41.0	5.6
	配偶者 (%)	—	—	33.2
	子供	—	—	42.9
	嫁	—	—	18.3
	その他	—	—	5.6
例 数		1,018	515	503

注) 介護意識については、同居家族がいる人のみの結果であり、また欠測値をもつケースは除いている。そのため、分析例数は認定者調査では286人、介護者調査では467人であった。

Ⅲ 結 果

1. 分析対象者の特性および過少利用の実態

表2には、分析対象者の特性を全体、認定者調査、介護者調査それぞれに関して示した。在宅介護サービスの過少利用の程度および過少利用割合が0%の人の割合を要介護度別に示したものが表3である。過少利用割合の平均は全体では69.4%であり、利用量は介護ニーズの半分以下にとどまっていた。要介護度別にみると凸型であり、要支援よりも要介護度1の方が過少利用の割合が高く、それより要介護度が重くなると過少利用が減

表3 要介護度別にみた在宅介護サービスの平均過少利用割合と過少利用割合が0%の人の割合

要介護度	平均過少利用割合 (%)	過少利用割合が0% の人の割合 (%)
要支援	66.6	2.8
要介護度 1	74.6	0.3
要介護度 2	70.2	1.5
要介護度 3	69.5	1.4
要介護度 4	64.3	1.1
要介護度 5	58.5	0.0
全 体	69.4	1.3

注) 対象者個人の過少利用の場合は、(支給限度額－実際の利用額)/支給限度額×100で算出した。

少する傾向にあった。過少利用割合が0%の人は全体では1.3%であり、支給限度額以上に利用している人はほとんどいなかった。

2. 過少利用に関連する要因

交互作用を投入する前では、要介護度、年収、同居家族の有無が過少利用と有意に関連しており、要介護度が要介護1、年収が120万円未満、同居家族がいる人でそうでない人と比べて過少利用の割合が高かった(表4)。年収について図示すると、年収が120万円未満の人では120万円以上の人と比較して過少利用の割合が10%程度高いことがわかる(図1)。年収が無回答という人の過少利用の割合は、120万円未満と120万円以上の人のほぼ中間に位置していることから、このカテゴリーを加えたことによって、過少利用に対する年収の有意な効果が生じたとは考えにくい。ちなみに年収が無回答という人を除いて分析しても、過少利用に対する年収の有意な効果に変化はなかった。

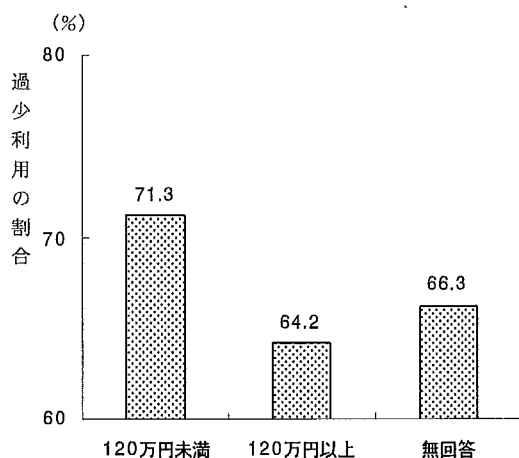
交互作用効果をみると、要介護度と同居家族の間に有意な交互作用効果がみられた(表4)。この効果を図示すると、要介護度に関係なく同居家族がいない場合には過少利用の割合がほぼ30%程度であった。同居家族がいる場合には同居家族がいない場合と比較して、要支援では過少利用の割合に差がないものの、要介護度1、要介護度2になるに従ってその割合が拡大していた。要介護度3以上になるとその傾向が逆転し、両群の過少利用の割合の差が縮小していた(図2)。

表4 在宅サービスの過少利用に関連する要因一分散共分散分析による一

要 因	交互作用項投入前				交互作用投入後			
	平方和	自由度	平均平方	F 値	平方和	自由度	平均平方	F 値
要介護度	1.896	3	0.632	8.128**	2.547	3	0.849	11.119**
年収	0.712	2	0.356	4.581*	0.483	2	0.241	3.162*
同居家族	1.244	1	1.244	16.007**	0.085	1	2.471	32.373**
要介護度×収入					0.232	6	0.039	0.507
要介護度×同居家族					1.929	3	0.643	8.423**
認定者の性（共変量）	0.128	1	0.128	1.650	0.087	1	0.087	1.145
認定者の年齢（共変量）	0.108	1	0.128	16.007**	0.085	1	0.085	1.120
残差	78.442	1,009	0.078		76.344	1,000	0.076	
R ²			.036***				.053***	
例数		1,018				1,018		

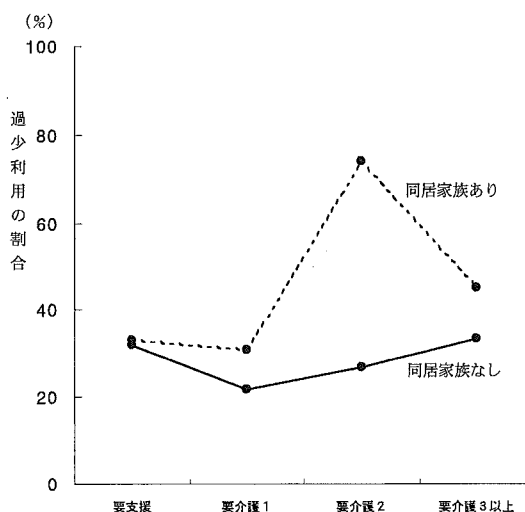
注1) ** ; $P < .01$, * ; $P < .05$

図1 年収別にみた過少利用の割合



注) 年齢=81.46 と性=0.32 の共変量で推定。

図2 過少利用の割合に対する要介護度と同居家族の有無との交互作用



注) 年齢=81.46 と性=0.30 の共変量で推定。

同居家族がいる人を対象に過少利用に対する介護意識の効果を分析した結果、認定者調査と介護者調査のいずれも家族における家族介護指向が過少利用に有意な効果をもっていた（表5）。認定者における家族介護指向は、介護者調査においてのみ過少利用に有意な効果をもっていた。

Ⅳ 考 察

本研究の分析枠組みは3点の特徴をもってい

る。第1は、利用量が問題であるか否かを評価する基準として、現在の介護保険制度の下で採用されている支給限度基準額を採用し、在宅介護サービスの利用が過少であるか否かの評価を試みた点である。これまでの介護サービスの利用に関する研究では、利用の有無や利用量を従属変数としているものの、それらがはたして介護ニーズに応じて十分な量であるのかについては言及していない。第2は、過少利用の要因を認定者と介護者の

表5 介護意識の過少利用の割合に対する効果（同居家族がいる人に限定）—分散共分散分析による—

要 因	設定者調査				介護者調査			
	平方和	自由度	平均平方	F 値	平方和	自由度	平均平方	F 値
設定者の介護意識	0.116	1	0.116	1.683	1.170	1	1.170	16.561**
介護者の介護意識	0.518	1	0.518	7.489*	1.041	1	1.041	14.726*
要介護度	0.505	1	0.505	7.301**	0.448	1	0.448	6.344*
年収	0.256	2	0.128	1.849	0.071	2	0.035	0.501
認定者との続柄					0.072	3	0.024	0.338
認定者の性（共変量）	0.065	1	0.065	0.937	0.003	1	0.003	0.043
認定者の年齢（共変量）	0.114	1	0.114	1.654	0.000	3	0.000	0.001
残差	19.158	277	0.069		31.891	451	0.071	
R ²			.070***				.110***	
例数		285				463		

注1) **; $P < .01$, *; $P < .05$

心理的・社会的・経済的特性から解明した点である。介護保険制度下における過少利用に関する調査は、保険者が保有するデータに基づくものが多く、本研究のような視点から過少利用の要因を多角的に分析した研究はほとんどない。第3は、介護サービスの利用に関する研究の中で無視されてきた要因間の交互作用効果を分析したことである。

ニーズ要因である要介護度の過少利用に与える効果については、直線的な関係になく、要介護度が1でもっとも過少利用の程度が深刻であり、凸型を示していた。いくつかの自治体の調査でも同じように過少利用が要介護1を頂点とする凸型を示すところがある⁴⁾。本研究の仮説、すなわち要介護度が重くなれば、認定者自身の努力や私的な支援によって対応することが困難となるため、介護サービス利用への動機づけが強まり、過少利用が減少するという見方は、要介護度1以上に限定すれば妥当であった。しかし、要支援に関しては仮説が妥当であるとはいえない。その理由については、支給限度基準額の設定の問題、要介護度別の利用するサービスの質的な違いの面から検討することが必要といえよう。

利用料の利用者負担については、災害等の場合の減免制度および高額介護居宅支援サービス費支給制度がある。また、法施行当時ホームヘルプサービスを利用して低所得者に対して訪問介護に係る1割の定率負担が、最初の3年間で3%、その後段階的に引き上げて2005年度からは

本来の1割にするという特別策が講じられている³⁴⁾。このような措置によって、低所得者の過少利用の問題は解決したのだろうか。本研究では年収が120万円未満の人ではそれ以上の人と比較して過少利用の割合が有意に高く、上記のような措置によって低所得層の過少利用の問題が解決されているわけではないことが示唆された。外国の研究事例をみると、米国では有料の介護サービス利用の収入による格差が大きいが明らかにされている一方²⁶⁾、オランダでは無料で利用できる公的な介護サービスの利用については収入によって有意な差がみられないことが示されている^{13,35)}。つまり利用料負担がある米国や日本では、収入による介護サービスの利用格差が生じているという結果が得られている。在宅介護サービスの利用の収入による格差については、日本では実証的な研究がほとんどない。本研究の知見の妥当性の検証とともに、低所得層における過少利用の問題を解消するために低所得者に対する利用料負担のあり方の再検討を合わせて検討することが必要といえよう。

過少利用の促進要因として位置づけた同居者の有無については、同居者がいる場合に過少利用の割合が高いという結果であった。さらに同居者の有無は要介護度との間に有意な交互作用効果があり、同居者がいない場合には要介護度に関りなく過少利用の割合が30%程度と一定であったが、同居者がいる場合には要介護度1、要介護度2と過

少利用の割合が増加し、要介護3以上に至って過少利用の割合が減少するという結果であった。この結果は、家族介護と介護サービスがどのような関係にあるかを示唆している。すなわち、要支援の認定者は他者の手助けがない場合でもある程度自立した生活を送ることができるため、同居家族がいてもいなくても介護サービスを活用する程度には違いがない。しかし、要介護度が重くなると認定者個人では自立した生活が困難となるため、同居家族がいない場合にはその代替のため介護サービスの利用へと結びつく。他方、同居家族がいる場合には階層的補完モデルにみられるようにまず同居家族によって介護ニーズに対応しようとするため、介護サービスを利用することにつながらず、過少利用の程度が増加する。ところが要介護度が3以上になると同居家族がいても家族だけではそのニーズの増加に十分に対応できなくなるため、その不足分を補うため介護サービスの利用が促進され、過少利用が減少するのではないかとされる。以上、介護保険制度の理念として、介護サービスは私的な支援体制の多寡に関らず、高齢者の介護ニーズに対応して提供されるということが掲げられているが、実際は私的な支援の多寡によって介護サービスの利用量が影響されており、現実はその理念からかなりの乖離があることが示唆されている。

本研究では家族介護指向をもっている人が認定者や介護者の間でそれぞれ50%程度いた。そしてこのような指向が過少利用の割合と有意に関連していた。介護保険制度導入によってサービスの提供が「措置」からサービス提供者と利用者との「契約」に基づくものとなった。また保険料の徴収によってわかりやすい権利としてサービスを求めやすいかたちに転換するのではと期待されている³⁶⁾。しかし現時点ではこれらの制度改革によって、家族介護指向をもつ認定者や介護者が少数派になっているわけではなく、このような意識はサービスの過少利用の要因として大きな役割を果たしていることが示唆された。

以上、過少利用には私的支援の存在、家族介護指向および低所得といった要因が有意な効果をもっていることが判明した。これらの要因はサービスの供給体制の拡充が図られ、豊富なサービスが安価に提供されるようになったならば自然となく

なっていくといえるであろうか。本研究では介護支援源の選択には階層的補完モデルがあてはまり、最初に私的支援が活用され、介護ニーズが私的支援の限界を超えて増加した時に初めて介護サービスが活用される可能性が示唆された。このような援助源の利用の順序性には、家父長的な伝統からくる意識が関係しているかもしれない³⁷⁾。しかし、家族介護意識を質問した米国の調査では、約60%の介護者が介護サービスを利用するよりも家族に介助を頼みたいという意見を持っていることが示されている³⁸⁾。つまり、このような感情は日本特有というのではなく、家族の自然な感情、望みととらえることもできる。介護の社会化を推し進めるために、経済的な制約からくるサービスの過少利用の解消とともに、介護保険制度のなかで家族介護を排除するのではなく、家族介護をしていこうという高齢者と家族の意見の一致がみられるならば、それを介護ニーズへの対応の選択肢として生かすために、家族介護者を公的な介護者として位置づけ、介護保険制度の介護給付の対象とする可能性も考えてみるが必要と思われる。

本研究の問題点に触れておきたい。第1は調査時期の問題である。本研究の対象の40%は介護保険制度発足前から継続して介護サービスを利用していた人であった（結果省略）。この人たちの中には低所得のため、無料で介護サービスを利用してきていた人も少なくないであろう。介護保険制度では利用料の減免措置がとられているとはいえ、無料ではなく、利用料負担が発生した人もいたため、そのことによって過少利用が促進された可能性がある。今後、同じような調査を継続して行う中で経済的な要因の過少利用に与える影響の違いをみていくことが必要といえよう。第2に、過少利用の評価方法の問題である。本研究では判定基準の1つとして支給限度基準額を採用し、金額の面から量的に過少利用を測定した。しかし、人によってサービスの組み合わせも異なるため、質を考慮した評価を行うことも必要であろう。第3は、認定者のみを対象に調査しているため、認定申請していない要介護高齢者が除外されている問題である。要介護高齢者を地域からスクリーニングすることによって認定申請していない層の問題の分析が必要といえよう。第4は断面調査である

ため、原因か結果かの区別がつきにくい問題もある。たとえば、世帯構成とサービスの利用との関係が、同居家族がいなければサービスを導入しているということではなく、サービスを導入した結果、同居家族がいなくても生活を維持できているという見方もできる。また、家族介護意識が過少利用の原因ではなく、サービスを導入することによって家族介護意識が低下した可能性も否定できない。その両者の因果関係を特定するには追跡調査が必要といえよう。

(受付 2001.10. 5)
(採用 2002. 2.21)

文 献

- 1) 平岡公一. 介護保険制度の創設と福祉国家体制の再編—論点の整理と分析視角の提示. 社会学評論 1998; 49; 389-405.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成12年介護サービス世帯調査の概況 2001.
- 3) 厚生労働省老健局介護保険課. 介護保険事業状況報告 (暫定).
- 4) 二木 立. 介護保険施行半年間の現実と改革課題. 社会保険旬報 2000; 2078; 16-22.
- 5) 山田ゆかり, 石橋智昭, 西村昌記, 堀田陽一, 若林健市, 古谷野亘. 高齢者在宅ケアサービスの利用に関する態度に関連する要因. 老年社会科学 1997; 19; 22-28.
- 6) 高橋正人. 老夫婦の社会福祉サービス利用を規定する要因—サービス利用と子への援助期待との関連を中心に—. 老年社会科学 1988; 10; 60-74.
- 7) 宮崎和加子. 寝たきり・痴呆老人の戦後史 [IV]. 社会保険旬報 2001; 2102; 28-31.
- 8) 全国介護保険担当課長会議資料平成13年 5月28日 2001.
- 9) 田村 誠. 「公平」の評価方法と考え方. 病院 2000; 59; 635-639.
- 10) Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly 1973; 51: 95-124.
- 11) 武村真治, 橋本地生, 古谷野亘. 保健・医療・福祉サービス利用のモデルとしての Andersen の行動モデルに関する研究の動向と今後の課題. 老年社会科学 1995; 17; 57-65.
- 12) Crets S. Determinants of use of ambulant social care by the elderly, Social Science and Medicine 1996; 43; 1709-1720.
- 13) Kempen GJM, Suurmeijer TPBM. Factors influencing professional home care utilization among the elderly. Social Science and Medicine 1991; 32; 77-81.
- 14) Logan JR, Spitze G. Informal support and the use of formal services by older Americans, Journal of Gerontology: Social Sciences 1994; 49; S25-S34.
- 15) Collins C, Stommel M, King S, et al. Assessment of the attitude of family caregivers towards community services, The Gerontologist 1991; 31; 756-761.
- 16) Dorfman LT, Berlin KL, Holmes CA. Attitudes toward service use among wife caregivers of frail older veterans, Social Work in Health Care 1998; 27(4); 39-64.
- 17) Miner S. Racial differences in family support and formal service utilization among older persons; A non-recursive model, Journal of Gerontology; Social Sciences 1995; 50B; S143-S153.
- 18) Soldo BJ. In-home services for the dependent elderly. Determinants of current use and implications for future demand, Research on Aging 1985; 7; 281-304.
- 19) Coughlin TA, McBride TD, Perozek M, et al. Home care for the disabled elderly: Predictors and expected costs. Health Services Research 1992; 27; 453-477.
- 20) Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly, Health Services Research 1992; 27; 421-451.
- 21) Stoller EP, Cutler SJ. Predictors of use of paid help among older people living in the community, The Gerontologist 1993; 33; 31-40.
- 22) Wallace SP, Cambell K, Lew-Ting CY. Structural barriers to the use of formal in-home services by elderly latinos, Journal of Gerontology: Social Sciences 1994; 49; S253-S263.
- 23) Tennstedt S, Crawford S, McKinlay J. Determining the pattern of community care; Is family coresidence more important than caregiver relationship? Journal of Gerontology: Social Sciences 1993; 48; S74-S83.
- 24) Penning MJ. Cognitive impairment, caregiver burden, and the utilization of home health care services. Journal of Aging and Health 1995; 7; 233-253.
- 25) Tennstedt S, Brooke H, Crawford S. Informal care vs. formal care services; Changes in patterns of care over time, Journal of Aging and Social Policy 1996; 7(3/4); 71-91.
- 26) Hays AM, Branch LG. Elders' out-of-pocket payment for community-based long-term care, Home Health Care Services Quarterly 1994; 14(4); 87-103.
- 27) McAuley WJ, Arling G. Use of in-home care by very old people, Journal of Health and Social Behavior 1984; 25; 54-64.
- 28) Miller B, Campbell RT, et al. Minority use of community long-term care services; A comparative study. Journal of Gerontology; Social Social Sciences 1996;

- 51B; S70-S81.
- 29) Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: The patient perspective, *Medical Care* 1985; 23; 438-460.
- 30) 東京都老人総合研究所保健社会学部門. 高齢者・障害者の保健・福祉施策に関する基礎的研究—三鷹市高齢者・障害者の保健・福祉ニーズ調査 1997.
- 31) Kosloski K, Montgomery RJ. Investigating patterns of service use by families providing care for dependent elders, *Journal of Aging and Health* 1994; 6; 17-37.
- 32) Mitchell J, Krout JA. Descretion and service among older adults: The Behavioral Model revisited, *The Gerontologist* 1998; 38; 159-168.
- 33) 医療保険福祉審議会. 老人保健福祉部会・介護給付費部会五合同部会 平成11年度12月20日 参考資料. 1999.
- 34) 堀 勝洋. 介護保険制度—その仕組み・課題と今後の展望. 都市問題 2000; 91(11); 13-24.
- 35) Kempen GJM, Suurmeijer TPBM. Profesional home care for the elderly: An application of the Andersen-Newman Model in netherlands. *Social science and Medicine* 1991; 33; 1081-1089.
- 36) 岡本祐三. 介護保険と公衆衛生研究. 公衆衛生研究 1999; 48; 29-38.
- 37) Yomamoto N, Wallhagen MT. Service use by family caregivers in Japan. *Social Science and Medicine* 1998; 47; 677-691.
- 38) Laditka SB, Pappas-Rogich M, Laditka JN. Home and community-based services for well educated older caregivers: Gender differnces in attitudes, barriers, and use. *Home Health Care Services Quarterly* 2001; 19 (3); 1-17.
-

FACTORS RELATED TO UNDER-UTILIZATION OF IN-HOME SERVICES UNDER THE LONG TERM INSURANCE SYSTEM

Hidehiro SUGISAWA^{*}, Taro FUKAYA^{2*}, Yoko SUGIHARA^{2*},
Hisanori ISHIKAWA^{3*}, Yomei NAKATANI^{4*}, and Hye-Kyung KIM^{5*}

Key words : Service costs, Benefits limits, Behavioral model

Purposes This study was conducted to examine factors associated with under-utilization of in-home services covered by the long-term care insurance. Under-utilization was measured in terms of the discrepancy rate between benefits limits and service costs for individuals. Based on the behavioral model, possible predictors were chosen; the level of nursing care as the need factor, living arrangements and income as enabling factors, and family caregiving consciousness as a predisposing factor. Both direct and interaction effects of those factors were examined.

Methods 1,500 people were randomly selected from all people certified as needing long-term care in one ward, Tokyo to be interviewed. People categorized as “requires assistance” or “requires nursing care level 1” were interviewed directly. With people categorized as “level 2” to “level 5”, their primary caregivers were interviewed. Information about in-home service utilization was collected from the insurer.

Results People who were categorized as requiring a lower level of nursing care, lived with others, had a low income, or had high family caregiving consciousness demonstrated significantly greater under-utilization rate as compared with others. An interaction between living arrangements and the level of nursing was observed in this regard. While people who lived alone exhibited low a level of under-utilization rate without regard of the level of nursing care, the rate changed by those who lived with other.

Conclusions Under the new system, informal support might have a significant impact on under-utilization of in-home services. The responsibility for paying 10% of total care costs might be related to under-utilization by people with low income, though reduction of individual co-payments has been introduced for individuals in difficult financial conditions.

^{*} Gerontology Program, Obirin University Graduate School

^{2*} Group of Social Activity and Care, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{3*} School of Social Welfare, Nihon Rutter University

^{4*} School of Human Sociology, Nihon Women's University

^{5*} Hosei University