

介護保険その後 —鳥取県を例に—

山 田 修 平

Shuhei Yamada : Long-term Care Insurance

—the After-effects in Tottori—

はじめに

従来の福祉の仕組みを大きく変革する介護保険が平成12年4月に導入されて1年6ヶ月。当初予想されていた要介護認定に対する不服申請は全国的にみても、鳥取県においてもさほど多くはない。

13年10月よりは、第1号被保険者の保険料も全額徴収される。どのような反応があるのであろうか。また要介護認定を受けたが、介護給付は受給しない、受けても満額は受けない者が多い、なぜだろうか。

介護保険の評価と共に様々な制度的問題点が指摘される。また、新たな課題も見え出してきた。

ここでは、介護保険の導入後の利用者、サービス提供者、保険者である市町村の状況を整理すると共に、ソフト面で、介護保険の成否を決定するであろう介護支援専門員の養成の課題、さらに介護保険の理念を介護という面で象徴する身体拘束廃止の取組を鳥取県を例に検証したい。

目 次

はじめに

I 介護保険導入とその受け止め方

II 指摘された問題点

III 介護支援専門員の養成とその課題

IV 身体拘束廃止の取組

おわりに

I 介護保険導入とその受け止め方

1. 介護保険導入の意図¹⁾

介護保険がなぜ導入されたのか、今一度整理しておこう。

先ず第1に、高齢化の進展が予想をはるかに上回り早く、要援護者の増加が著しい。従来の税負担を前提とし、行政が援護対象者、サービス内容を決める措置制度では対応できなくなった。

第2に、施設利用1つ例にとっても、従来、特別養護老人ホームは措置、老人保健施設、療養型病床群は老人医療あるいは医療保険と制度が異なり、利用者に戸惑いがあると共に、負担に不公正さがあった。

第3に、施設と在宅サービスの間でも、サービス、負担のありように差異があり、在宅サービスが十分なものではなかった。

第4に、超高齢化社会に対応するため、一時消費税を上げ福祉税として位置づけ、対応することが協議されたが、説明不足のこともあり、国民の同意が

得られなかった。

かくして、介護が現実の問題となり、国民全員が保険料という形で負担し、事前に備え、支え合うシステムとして介護保険が登場した。その狙いは、長期の財政安定、施設利用の統一化、在宅サービスの向上、そして何より措置制度から保険制度になることにより、サービスの利用者選択、契約制の導入、サービス提供者間の競争、サービスの向上である。

2. 介護保険導入後の状況

鳥取県における介護保険導入後の状況をいくつかの資料で示しておこう。

1) 市町村の保険料

介護保険では、被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40—64歳）とに分けられ、別個に保険料が徴収される。第2号被保険者の場合、現在加入している医療保険制度の中で保険料が徴収される。保険料額はそれぞれの制度の算出方法で算出され異なるが、平均すれば2,800円—2,900円前後である。一方、第1号被保険者の保険料は保険者である市町村ごとに設定される。一般的には介護サービスが多く提供できる市町村の保険料はその財政を支えるために高く、反対の場合は、低く設定される。昨年4月スタートした介護保険は、円滑な制度の運用、国民の抵抗感をなくすという政治的な配慮で、保険料は第1号、第2号被保険者とも平成12年4月より9月までは徴収されず、その後、第2号被保険者に関して、全額徴収された。第1号被保険者の保険料はその後1年間、半額徴収された。そして13年10月より、全額徴収されることになる。ここで制度が財政面からも全面的な運用が始まるというてよい。

鳥取県の各市町村の設定している第1号被保険者の基準の保険料を示すと、表1の通りである。ここで、南部箕蚊屋連合は、西伯町、岸本町、会見町、日吉津村の連合体である。これを見ると、鳥取県の平均の保険料額は月額2,891円、最高額は日南町の3,200円、最低額は中山町の2,275円で、おおよそ

表1 鳥取県の市町村の介護保険料

市町村名	保険料月額 (円)	市町村名	保険料月額 (円)
鳥取市	2,875	羽合町	2,817
米子市	3,100	泊 村	2,892
倉吉市	2,916	東郷町	2,658
境港市	3,133	三朝町	2,817
国府町	2,775	関金町	2,933
岩美町	2,425	北条町	2,467
福部村	2,625	大栄町	2,975
郡家町	2,867	東伯町	2,667
船岡町	2,380	赤碕町	2,658
河原町	2,425	淀江町	3,175
八東町	2,400	大山町	2,583
若桜町	2,928	名和町	2,967
用瀬町	2,400	中山町	2,275(最低)
佐治村	2,417	日南町	3,200(最高)
智頭町	2,940	日野町	2,800
気高町	2,733	江府町	2,300
鹿野町	2,746	溝口町	2,900
青谷町	2,741	南部箕蚊屋広域連合	3,175
		加重平均	2,891

(注1) 各市町村等の介護保険条例の基準年額を12月で除したものである。

資料出所：鳥取県長寿社会課

1,000円の差がある。なおこの保険料は基準額であり、保険者の所得により、基準額を1とした場合、0.5、0.75、1.25、1.5の5段階で徴収される。

2) 要介護認定の状況

介護保険が医療保険と大きく異なる点は被保険者が40歳以上であることと、今1つは介護保険サービスを受給するには、要介護認定を受ける必要がある点であろう。この要介護度によって介護保険でカバーする介護給付額が異なってくる。要介護が適正に実施されるかは、介護保険の成否を決める重要な要点といわれた。

表2で示すように、平成13年6月30日現在の鳥取県の要介護（要支援）認定者数は18,357名、これは65歳以上高齢者132,152名の約14%にあたる。介護度別に見ると、要介護1が26.5%とが最も多く、要介護2、18.4%が続く。他は13—14%前後である。

3) 不服申請の状況

表2 鳥取県における要介護（要支援）認定者数（平成13年6月30日現在）（単位：人）

（ ）内は平成13年5月末現在

区 分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
東部圏域	(1,022) 1,066	(1,568) 1,597	(1,066) 1,105	(905) 918	(1,034) 1,060	(907) 914	(6,502) 6,660
中部圏域	(529) 526	(1,048) 1,076	(773) 785	(504) 508	(505) 516	(401) 400	(3,760) 3,811
西部圏域	(846) 823	(2,163) 2,187	(1,472) 1,494	(1,107) 1,119	(1,112) 1,142	(1,099) 1,121	(7,799) 7,886
県 計	(2,397) 2,415	(4,779) 4,860	(3,311) 3,384	(2,516) 2,545	(2,651) 2,718	(2,407) 2,435	(18,061) 18,357
構 成 比	(13.3%) 13.2%	(26.5%) 26.5%	(18.3%) 18.4%	(13.9%) 13.9%	(14.7%) 14.8%	(13.3%) 13.3%	(100.0%) 100.0%

資料出所：鳥取県長寿社会課

表3 鳥取県介護保険審査会に対する不服申立ての状況（平成13年7月1日現在）

（単位：人）

区 分	申立人数	審 理 状 況					取下げ
		認 容	棄 却	却 下	審理中		
東部圏域	8	1	4	0	0		3
中部圏域	0	0	0	0	0		0
西部圏域	16	7	4	1	1		3
県 計	24	8	8	1	1		6

資料出所：鳥取県長寿社会課

こうした、要介護認定、また保険料等に関して、不服がある場合、不服申請ができることになっているが、平成12年度は21件、13年度（7月1日現在）は3件の申請があった。内保険料に関するものは1件であり、他は要介護認定に関するものである。申請の内、8件の申し立てが認められている。（認容）

4）介護給付の受給の状況

要介護認定を受けた者が、介護給付を受ける場合、要支援の者は在宅サービスしか受けられないが、他の要介護1～5の者は在宅サービスと施設サービスのいずれかを選択できる。

鳥取県長寿社会課の調べによれば、先記の18,357名の要支援・要介護認定者の内、9,784名（53.3%）が在宅サービスを受給している。これは65歳以上人

口132,152名の約7%にあたる。これを要介護度別に見ると、次の通りである。

要支援、1,700名（17%）

要介護1、3,146名（32%）

要介護2、1,868名（19%）

要介護3、1,220名（12%）

要介護4、979名（10%）

要介護5、871名（9%）

計、9,784名（100%）

要介護1を中心に比較的介護度の低い者が在宅サービスを受けているといえよう。

他方、施設サービスについては、65歳以上人口の約4%にあたる5,039名が利用している。

介護保険では、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設（療養型病床群等）の3つの施設を利用できることになっているが、平成13年4月分の利用状況をみると次の通りである。

介護老人福祉施設 2,422名（48%）

介護老人保健施設 1,943名（39%）

介護療養型医療施設 674名（13%）

計 5,039名（100%）

介護老人福祉施設が施設サービス利用者の半数近くを占め、続いて介護老人保健施設39%、介護療養型医療施設は13%と少数である。

5) 利用者の受け止め方

ところで利用者は介護保険給付をどのように受け止めているのであろうか。

介護保険が始まって約5カ月後の平成12年8月鳥取県内の各市町村が実施主体となって行った調査の一部を紹介しよう。

調査対象者；要介護認定者の内、施設入所の者を除く各市町村の居宅介護サービス利用者の概ね10%を抽出

回答件数 ；1,160件

調査基準日；平成12年8月20日

a) 回答者の属性

性別

女性63.5%、男性36.0%、無回答2.5%

年齢

75歳以上74.6%、65～74歳20.9%、65歳未満3.6%、無回答0.9%

b) サービスの利用状況

以前からサービスを受けている。 67.0%

介護保険で初めてサービスを受けた。 31.6%

(無回答省略、以下も無回答は省略)

以前からサービスを受けている(67.0%)の者のサービス量を従来と比較すると、

ほとんど変わらない。 47.2%

全体的にみて増えた。 43.5%

全体的にみて減った。 8.0%

受けているサービスの種類(上位6つ)

通所介護 59.7%、訪問介護 27.6%

通所リハビリ 15.9%、訪問看護 14.4%

福祉用具貸与 11.4%、訪問入浴介護 10.7%

c) 評価

・要介護認定の結果に関する評価

概ね納得している。 85.8%

納得していない。 6.9%

・ケアプランに対する評価

概ね納得している。 80.3%

どちらとも言えない。 13.7%

満足していない。 6.6%

・受けているサービス内容の評価

概ね満足している。 76.3%

どちらとも言えない。 12.8%

不満がある。 4.1%

・サービスの選択

広がった。 27.6%

どちらとも言えない。 55.7%

狭くなった。 3.7%

・サービスの質

良くなった。 29.4%

どちらとも言えない。 56.1%

悪くなった。 2.2%

・サービスに対する苦情

言いやすくなった。 28.3%

どちらとも言えない。 56.5%

言いにくなかった。 2.5%

・利用料に対する評価

安い方だと思う。 12.7%

概ね妥当な額だ。 42.9%

高い方だと思う。 15.0%

わからない。 23.0%

d) 利用限度額に対するサービス利用額の割合

7割以上 19.4%

5割以上7割未満 9.9%

5割未満 34.8%

わからない 25.2%

上記「5割以上7割未満」及び「5割未満」の理由

由

必要がない。 60.3%

利用料が高い。 11.6%

利用したいサービスがない。 6.0%

その他 11.4%

6) 介護サービス利用計画を策定しない者の状況

ここで、要介護認定を受けたものの介護サービス利用計画を策定せず、かつ介護サービスを利用していない者の実態を上記とは別の調査でいまいし詳しくみてみよう。

調査実施主体；各市町村

調査対象者；平成12年12月末現在で、要介護・要支援の認定を受けている者17,055人のうち、居宅介護サービス計画作成依頼届書を提出せず、かつ、介護サービスを利用していない者1,447人の概ね20%を抽出。

(未提出率1,447人/17,055人 8.5%)

調査基準日；平成12年12月31日

回 答 者；301人

a) 回答者の属性

性別

女性61.8%、男性37.9%、無回答0.3%

年齢

75歳以上70.1%、65～74歳23.6%、

65歳未満5.3%、無回答1.09%

b) 介護保険料

高い 31.6%、概ね妥当 35.9%、安い 0.3%
わからない 30.6% 無回答 1.6%

(以下無回答省略)

c) 介護サービス利用計画を作成していない主な理由

家族等に介護してもらっているため。 39.9%

入院中のため。 17.3%

介護サービスを受けなくても自力で生活できるため。 16.9%

近隣の人、民生委員の人等から支援してもらっているため。 8.3%

他人（家族以外）の介護を受けたくないため。 6.3%

利用したいサービスがないため。 4.0%

要介護度別に介護サービス利用計画を作成しない理由をみると、要支援・要介護1では「家族に介護してもらっている」36.7%と「自力」27.7%、要介護2、要介護3では、「家族」54.1%と「入院中」18.8%、要介護4、要介護5では「入院中」59.5%、「家族」26.2%が特に多くなっている。

次に世帯構成との関係で介護サービス利用計画が作成されていない理由をみると、一人暮らしで

は、「自力」34.1%、「家族」15.9%、夫婦のみの世帯では「家族」34.3%、「自力」19.4%、子ども等同居世帯「家族」48.9%、「入院中」18.5%が特に多くなっている。

II 指摘された問題点

利用者、サービス提供者、保険者である市町村は、どのような問題点を指摘しているのだろうか。先の2つの調査、また鳥取県が介護保険開始後実施した事業者、市町村からの聞き取り調査、また意見交換会の内容を整理して示してみよう。

1. 介護保険給付受給者等の問題点指摘

上記のように利用者・介護保険給付受給者は要介護認定、ケアプラン作成、介護給付等概ね評価している。また利用料についてもさほど不平があるわけではない。ただし、サービスの質、苦情の言い易さは「わからない」が多い。そして、利用限度額に対するサービスの割合が5割未満、また「わからない」が多い。さらにまったくサービスを受けず、介護サービス利用計画を作成していない者もある。

彼らが自由記述で記した主な意見を紹介しよう。

a) 居宅サービス利用者の意見

肯定的意見

- ・従来実費でサービスを利用していたが、介護保険では1割負担なので助かる。
- ・介護サービスの利用を始めて、家族介護者の時間に余裕ができ、心身ともに楽になった。

問題点

- ・痴呆があっても、要介護度に反映されにくい。
- ・通所介護の利用料が高くなり大変。
- ・保険料と利用料の負担が大きい。

要望

- ・短期通所サービスの限度日数の拡大を望む。
- ・サービスが機械的。サービス提供者の資質向上を望む。
- ・介護保険制度の手続きなどが複雑、簡素にわかり

やすくして欲しい。

b) サービス未利用者の主な意見

今後利用

- ・家族で対応できなくなれば利用する。
- ・将来、体が動かなくなれば利用する。

問題点

- ・利用料が高い。
- ・介護保険制度がわかりにくい。
- ・要介護認定等において痴呆性が考慮されていない。

要望

- ・介護施設の充実を望む。

2. 市町村、介護サービス提供事業者の主な意見

鳥取県は介護保険がスタートした平成12年4月から11月の間に、県内の29事業所からの聞き取り調査、各介護保険業務関係者また全市町村の職員との意見交換を実施した。そこで出た主な意見を内容別に示してみよう。

a) 適切な要介護認定の実施

- ・痴呆性高齢者の認定基準の見直しが必要。
- ・要介護認定期間（6カ月間）の延長、認定業務の簡素、合理化が必要。

b) 介護報酬の見直し

- ・サービス事業者の円滑な運営のためには特に訪問介護（家事援助）、居宅介護支援、訪問入浴介護等の介護報酬単価の見直しが必要。
- ・農村、過疎地域でサービス提供を行う事業者への支援や適切な介護報酬単価の設定（特別地域加算の増額・冬期加算）が必要。

c) 低所得者の利用者の自己負担額の軽減

- ・従来から利用していた低所得の要介護者への利用者減免制度を新規の要介護者にも拡大すべき。

（利用者の自己負担額10%を3%にする。）

- ・低所得者への利用者自己負担額減免制度の財政負担を国で実施すべき。

d) 介護保険制度の弾力的運用

- ・痴呆型デイサービスの定員枠、施設入所者の外泊

時、在宅サービスが利用できる等保険者である市町村が、地域の実情に応じて、弾力的運営ができるようにする。

e) 認定漏れ対策

- ・国の介護予防、生きがい活動支援事業等の特別事業の継続。

- ・介護予防を実施している市町村への必要かつ十分な財政措置。

f) 短期入所サービスの弾力化、一本化

- ・訪問通所サービスと短期入所サービス区分支給限度額の本化の早期実施。

g) 介護保険制度の広報活動の充実

h) 介護支援専門員の研修

- ・要介護認定やケアプラン作成のため、介護支援専門員の研修。

こうした意見、要望を踏まえ、県は国に要望書を提出すると共に、県として対応することを検討した。また国は各都道府県の意見を集約し、対応できる改革を示した。

例えば、f) の短期入所に関して、ショートステイ床の振替弾力措置を13年1月より認めると共に、14年1月には短期入所サービスと訪問通所サービスの支給限度額の本化を実施することとした。

また、生計困難者に対する利用者負担額の減免事業の拡大を図り、実施主体に社会福祉法人に市町村を加え、第1号保険者の1割程度がカバーされることとした。

まだまだ介護保険、制度的に取り組まなければならない課題は多い。しかしここではその一つ一つを取り上げるのではなく、以下介護保険サービス提供の要となる介護支援専門員と身体拘束ゼロ運動について若干私見を述べよう。

Ⅲ 介護支援専門員の養成とその課題

介護支援専門員については、先の報告で述べた。²⁾

ここでは、介護保険実施後の状況と今後の課題について述べておく。

1. 介護支援専門員の役割と養成状況

まず、介護支援専門員の役割であるが、市町村からの委託を受けた居宅介護支援業者が第一次の要支援・要介護認定を実施する際に調査員ともなるが、最も重要な役割は、介護計画を作成することである。要支援・要介護認定を受けた高齢者が、在宅サービスか施設サービスを選択する。在宅にしろ施設にしろ、介護支援専門員は、高齢者のアセスメントを行い、家族や高齢者本人の意見を聞き要介護度に応じて示される介護保険給付限度内金額を考慮し介護計画を作成する。さらに、作成された計画がどのように実施されているかをモニタリングし、必要であれば再度アセスメントをし計画の見直しを行う一連のケアマネジメントの核となる。介護保険によるサービスが個別ではなく、複合的立体的に連携だって実施する要となる役割をになうのである。そしてこのサービスの連携した提供こそ、介護保険の最も目標としたことの1つである。

従って、介護保険実施前より介護支援専門員の養成は重要課題であった。介護支援専門員の養成は実務研修受講試験とその合格者に対しての実務研修という2段階の過程を経て行われる。実務研修受講試験の受験資格は、ここでは詳細は省略³⁾するが、原則、保健・医療・福祉分野で合計5年以上の実務経験を有する者である。また試験は介護支援専門員の業務に関する基礎知識及び技能を有することを確認のために行う。試験合格者に対して、講義17時間、演習13時間、意見交換2時間計32時間、及び要介護認定訪問調査実習の実務研修が実施される。

介護保険実施前から現在までの鳥取県における介護支援専門員の養成状況を表4で示しておこう。

2. 介護支援専門員の問題点

数字の上からは、2つの問題点が指摘される。1つは合格率が年々下降していることである。原因は試験内容と受験者両面にあるのかもしれない。確かに試験内容は、介護保険が実施され、その細目が明らかになるにつれ、より複雑に、より詳細になって

きている。今ひとつの理由は厳しい指摘かもしれないが、受験者の資質、むしろ準備不足の反映であろう。1回目の場合、必要性を強く感じた受験者が多くいた。2回目、3回目になるほど、その意識が薄れたか、勤務先の指示で受験している場合が多く、自発的な意思での受験が少なく、勉強不足が目立っている。

他の問題点は、現在まで試験を合格し、実務研修を修了した者が1,455人にいるのに対して、勤務を予定している者の数は407人と約28%に過ぎない。これは何を意味するのであろうか。職場がないとは思えない。介護保険の指定業者となるため、とりあえず介護支援専門員という資格を取得しておこうというのであろうか。あるいは資格はあるが、介護支援専門員としての業務に自信がないというのであろうか。ペーパードライバーではないが、現場で介護計画の作成、ケアマネジメントを実施しない限り、研修は色あせたものになってしまう。

関連して、介護支援専門員の最も重要な課題は、その本来の任務である介護計画を作成し、ケアマネジメントを行い、要介護者の立場に立ち、それぞれに適しサービスを提供できるかということである。ところが、平成12年4月、介護保険が実施される直前は、多くの介護支援専門員は殺人的な忙しさを味わった。要介護者のニーズの確認、アセスメントという以上に、給付の金銭管理に追われた感があった。「ケア」のマネジメントではなく、「マネー」のマネージャーと揶揄(やゆ)されたものだ。

確かに制度の大きな移行期、一時に介護計画作成が必要になったという点もあるが、それだけでは済まされない点も多々ある。1つは、介護計画作成の報酬が低額で、介護支援専門員の分担するケースが多すぎる。しかし、それ以上に問題とすべきは、介護支援専門員の資質であろう。まだスタートしたばかり、慣れない点もあるが、介護支援専門員の本来の役割をしっかりと抑え、専門的知識、技術を一層身につける必要がある。実務研修受講試験受験資格のなかには、それ以前に介護とはまったく関

表 4 鳥取県における介護支援専門員養成状況（平成10年度～12年度）

介護支援専門員実務研修受講試験合格者状況（単位：人）

区 分	受 験 者 数	合格者数	合 格 率
平成10年度	1,579	736	46.6%
平成11年度	1,201	498	41.5
平成12年度	845	226	26.7
合 計	3,625	1,460	40.3

介護支援専門員実務研修修了者状況（単位：人）

区 分	受講対象者	修了者数	勤務予定者数
平成10年度	739	730	231
平成11年度	508	500	176
平成12年度	234	225	—
合 計	1,481	1,455	407

介護支援専門員実務研修受講試験合格者年度別修了者状況（単位：人）

区 分		10年度合格者	11年度合格者	12年度合格者	合計
平成10年度	受講対象者数	739	—	—	739
	修了者数	730	—	—	730
	未修了者数	9	—	—	9
平成11年度	受講対象者数	9	499	—	508
	修了者数	7	493	—	500
	未修了者数	2	6	—	8
平成12年度	受講対象者数	2	6	226	234
	修了者数	0	2	223	225
	未修了者数	2	4	3	9

資料出所：鳥取県社会福祉協議会

わったことのない資格も幾つかある。そうした資格の者が例え試験を合格し、32時間の研修を受講したとしても、介護計画作成するには無理がある。

3. 現任研修事業

こうした点を加味し、また多くの現場の声から、鳥取県は鳥取県社会福祉協議会に委託し、介護支援専門員現任研修事業を始めた。その概要を紹介しよう。

1) 事業目的

介護支援専門員に対して、実務研修後も、継続的に研修することにより、必要な知識、技能の修得

を図り、資質の向上を図る。

2) 対象者

平成12年度4月以降において、居宅介護支援事業所、介護保険施設において介護支援専門員として実務に携わっている者。

3) 研修内容

研修時期を2つに大きく分け、上半期を9月に、下半期を3月に設定し実施している。その要点を示しておこう。

上半期

（介護保険制度論等、講義、4時間）

・県内の介護保険の実施状況・介護保険制度論

・介護支援サービス論・給付管理事務及び請求

下半期

(介護支援サービス論、講義、4時間)

- ・介護支援サービス論
- ・主治医等他職種との連携方法
- ・訪問看護の適切な実施
- ・短期入所サービスに係わる改善方法について
- ・個人の尊厳に対する配慮と介護サービスの質の向上について
- ・その他情報提供等について

(居宅サービス計画等作成、演習、7時間)

- ・居宅サービス計画等事例作成
- ・サービス担当者会議演習
- ・居宅サービス計画等モニタリング演習

上記の研修を受講した者は、上半期417名、下半期講義分362名、演習分362名、全課程修了者319名であった。

4) 研修の効果

事業実施者は現任研修について次のように評価している。

- ・介護保険の最新の情報が提供できた。
- ・演習によって、実際にはなかなか開催されてないサービス担当者会議を現実にするための有効な方法が検討できた。
- ・現在、モニタリングが適切に実施されているかを検証できた。
- ・また行われていない場合各事業所との意見交換を通して、実施に向けての有効な方法が検討できた。
- ・さらに今後の活動の意欲を喚起することができた等。

しかし、全課程を終了した者は、10年度、11年度の介護支援専門員実務研修修了者1,230名4分の1に過ぎない。多くの介護支援専門員は、多忙、業務との関係で参加できないのが実情だ。職務の一環としての位置づけがすべての事業所でなされるべきである。また研修内容、方法も現場の実情、声を汲み取り年々改善していくことが必要である。

IV 身体拘束廃止の取組

介護保険と関連して、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準の第12条4では「指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむ得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。」と身体拘束を真にやむ得ない場合を除き禁止している。

1. 身体拘束とその捉え方

ここで身体拘束とは一般に次のようなことを指す。

- 1) 徘徊しないように、車いすや、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、車いすや、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン製の手袋等をつける。
- 6) 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを防ぐようないすを使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、つなぎ服を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意思で開けることのできない居室等に

隔離する。

以上のような身体拘束の例示に対して、今さら身体拘束の廃止を問題にするのはおかしい、すでに乗り越えてきた問題だという声もある。しかし、現実には違う。「止もう得ない」、「縛らなければ安全は確保できない」と今でも現場では自ら納得させ行っていることは多い。

そもそも身体拘束は⁴⁾、医療や看護の現場で、援助技術の一つとして、手術後の患者や知的能力に障害がある患者の治療において、安全の確保をする観点から止むを得なものとして行われてきた。高齢者介護の現場でも、その影響を受ける形で、高齢者の転倒、転落防止等を理由に行われているのである。

こうした実態に対して大きな反省がある。詰めれば理由は2つである。1つは当然のこととして人権的に許されない。理由はどうか、仮に自分の最愛の人が縛り付けられているところを身近に見たとき、私たちは何を感じるのであろうか。今1つは、拘束されていて果たしてよくなるのであろうかという疑問である。痴呆性高齢者、知的障害者、記憶力や知識吸収力が低下することはある。しかし、情操面はどうであろうか。痴呆性高齢者の最も重要な対応策は情操の安定である。身体拘束は明らかに逆行している。

2. 現場と行政の動向

身体拘束廃止に向けての取り組みは、昭和61年頃より既に、東京の上川病院で始まっていた。地域の一つの総合的取り組みとして注目を集めたのは、「抑制廃止福岡宣言」である。福岡県内の10の病院（その後27病院）がそろって抑制廃止の意思表示をしたのである。宣言では、「老人に、自由と誇りと安らぎを」理念におき、次の5つの目標を掲げた。

- 1) 縛る、抑制をやめることを決意し、実行する。
- 2) 抑制とは何かを考える。
- 3) 継続するために、院内を公開する。
- 4) 抑制を限りなくゼロに近づける。
- 5) 抑制廃止運動を、全国に広げていく。

その後、平成11年には、厚生省令で身体拘束禁止令を規定、熊本、九州、山口、沖縄、北海道等で抑制廃止宣言が行われた。12年4月介護保険が実施され、先に見たように関連の指定介護老人福祉施設での身体拘束禁止が明示された。しかし、宣言、規則で身体拘束がゼロになるわけではない。

厚生労働省には身体拘束ゼロ作戦会議を置き、身体拘束ゼロのための手引書⁵⁾を作成し、その普及を図ると共に、身体拘束ゼロシンポジウムの開催を実施している。また各都道府県にも身体拘束廃止推進会議、身体拘束相談窓口を設置すると共に、関係者の意見交換会等を推進している。

鳥取県でも、13年6月に推進会議を発足し、現場、家族、有識者等の意見を聞くと共に、相談窓口の設置、シンポジウムを開催した。また県内の指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、さらに指定短期入所生活介護施設、指定短期入所療養介護施設、痴呆対応型共同生活介護施設等計184施設対象にアンケート調査を計画し、身体拘束の実態把握に取り組み始めた。アンケート調査でどのような実態が明らかになるのであろうか。

3. 身体拘束廃止のために

身体拘束廃止はその必要性は十分理解しながら、止もう得ないが現場からの声かもしれない。この問題に関しては、アンケート調査の結果を待って改めて論じたいが、ここでは次の点だけ指摘しておきたい。トップ、リーダーの決断、現場の者が真のケアとは何かを、みんなで議論しつつ、共通の意識を持つこと、さらにその議論の輪の中に家族も加わること。確かに身体拘束ゼロは、単にマイナスをゼロにする取り組みかもしれない。しかしその取り組みの過程で新しい時代の介護のあり方が見えてくる気がする。介護保険が提起した課題として注目したい。

おわりに

以上介護保険導入1年半の状況を鳥取県を例に見てきた。低所得者の保険料、利用料、痴呆性高齢者の介護認定のあり方等制度的に見直す点は多々ある。しかし、高齢化の急速な進展に対応すべく従来の措置で象徴された福祉のあり方を大きく変革した介護保険、これだけの大変革にしては、まずまず円滑にすべりだしたと言いたい。マクロ的な視点から財政面のみでも措置制度には明らかに限界があった。

問題はこれからであろう。点で行っていたケアを立体的に実施するケアマネジメントの核となる介護支援専門員の資質向上、介護の本質的なあり方を問う身体拘束廃止は大課題である。

さらに付言すれば、私たち自身が、介護保険を活用しなくてもよい健康づくりに取り組み、要介護状態ならなかったとき、素直にそのことを喜ぶと同時

に、私たちの保険料が不幸にも要介護状態になった方の役に立っていることを喜ぶ精神を持ちうるかどうか介護保険の成否を決めるであろう。

- 1) cf. 山田修平「公的介護保険とその課題(1)」『鳥取女子短期大学研究紀要』第34号1996. 12. 山田修平「公的介護保険とその課題(2)」『鳥取女子短期大学研究紀要』第35号1997. 6.

山田修平「公的介護保険；地方自治体の役割とその課題(2)」『鳥取女子短期大学研究紀要』第38号1998. 12.

- 2) cf. 山田修平「介護保険と介護支援専門員」『鳥取女子短期大学研究紀要』第39号、1996年6月
- 3) cf. 同上論文、p. 69.
- 4) 厚生労働省・身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」平成13年3月p. 4.
- 5) 同上冊子