

NO. 14 チェック介護保険

◆初めての家事援助基準パンフレット◆

■1月末に愛知県から、厚生労働省が出した利用者向け「介護保険と訪問介護」についてのパンフレットが届いた。介護保険制度が準備、スタートしてから今日まで当訪問介護事業所が行政からいただく初めての介護保険の「訪問介護内容説明書」である。■先月の「チェック介護保険」でも述べたように、国の施策であり、市町村が保険者にもかかわらず、具体的な介護の基準や内容について、一度の情報提供も行政指導もないのは変としかいいようがない。■自分たちが入手した資料と勉強会への参加などで得た知識でこれまで勝手に対応してきたと言っても過言ではない。利用者さんだって、ケアマネージャーや訪問介護事業所の一方的な説明では十分な理解が得られていない筈である。■訪問介護の内容が読みやすい字で丁寧に書かれている。既に承知をしている家事援助の利用基準が示されているのだが、もっと早い時期に出ていれば、利用者さんに理解してもらいやすかったのにとおぼろげにはいられない。ご家族と同居の方への家事援助はその必要度の判断は非常に難しい。■このパンフレットには、家事援助が利用できる方は①一人暮らしの場合②利用者の家族が障害か疾病等の場合③利用者の家族が、障害や疾病でない場合でも、同様なやむを得ない事情により家事が困難な場合、としている。この③の事情が曖昧で解釈が困難。保険料や税金で賄われている介護保険であることを、今一度かかわるみんなが認識しなければならないでしょう。

このような問題提起の後、介護保険制度が社会保障の命題

- 息は外!
- ① 利用率は50%を下回り、本人や家族との意向の違いなどがあるため、利用者本位のサービス展開は単純ではなかったこと
 - ② 福祉、医療サービスの総合的・一体的提供をとケアマネージャーによるケアプランの作成が織り込まれたが、ケアマネージャーは事務処理に追われ、総合的な高齢者ケアの統合には至らなかった
 - ③ 民間事業者の参入による効率的、良質なサービスの提唱があったが、実際には報酬単価が低いことや社会福祉協議会が大方を占め、民間参入は容易ではなかった
 - ④ 社会的入院、医療費の是正も予定通り進んでいない

④ 医療と福祉の連携が来ている。ケアマネージャーから、かかりつけ

- ① 痴呆症状の認定が低い
- ② ケアマネージメントが出来ていない。「先に限度額ありき」でケアプランがパッケージ化している。判断基準があいまい。サービスの個別化、多様化が出来ていない
- ③ ケア担当者会議が出来ていない(ケアマネージャー、訪問介護事業所、看護婦、医師などの構成)

市民互助団体全国協議会主催のフォーラムでは国立療養所中部病院の遠藤英俊先生が介護保険の現状と問題点についてお話をされました。

主な内容は次の通り

◆ 介護保険は「公平」と「効率」の試金石

◆ 愛知県医師会主催シンポジウムでは、日本福祉大学の高木安雄先生が特別講演をされました。その中で、日本の風土から介護の社会化が直ぐに定着するものではないし、消費者主義が未成熟な日本では利用者本位の実現も容易ではないと前置きされ、この8カ月間の介護保険経過について次のように話されました。

《報告》介護保険のシンポジウムとフォーラムから

介護の社会化が公的な法制度のもとでスタートし10カ月が経過。国ではさほどの混乱はなかった、としていますが、本当にそうでしょうか。21世紀幕開け1月20日(土)、愛知県医師会主催のシンポジウムが名古屋で、市民互助団体全国協議会主催のフォーラムが大阪で開催されました。

◆ 愛知県医師会主催シンポジウム 【動き始めた公的介護保険・これでもいいのだろうか】

◆ 市民互助団体全国協議会主催フォーラム 【介護保険元年を総括し、21世紀の福祉を考える】

◆ 痴呆介護の時代

次は痴呆症の在宅サービスについてふれられ、これからは痴呆介護の時代であり、痴呆症について専門性が必要になる。大府に痴呆介護研修センターも出来る予定があり、痴呆介護専門員の養成も行う事になっている。

徘徊者などへの身体抑制ゼ口作戦、重症化の人へ施設でのユニットケアの本格的な取り組み、グループホーム、ボランティアの導入、その人の生活に合わせたサービスの工夫、デイサービスも個別化が(男性の為に、初期症状のデイ等)必要と強調された。

