

医療経済学

3 回目



介護のジェダイ

社会保険制度の五つの機能



1. **公的年金制度** 国民全員が何かの年金制度に加入する。「国民年金」と「厚生年金保険」の2種類あり。
2. **医療保険制度** 全国どこでも同じ医療費で平等に医療が受けられる制度。国民健康保険と健康保険の2種類がある。
3. **雇用保険制度** 労働者が失業した場合、安定した生活を送り、再就職促進を図る給付を行う制度。
4. **労災保険制度** 業務中・通勤中における労働者の負傷・疾病・障害・死亡に対し給付を行う制度。
5. **介護保険制度** 社会全体で高齢者を支える理念のもと2000年に創設。原則として介護保険サービスが受けられるのは65歳以上の要介護認定者。

介護保険制度

1990年代の日本は、寝たきりや認知症など、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化、核家族化や介護者の高齢化など、高齢者問題が深刻化しつつあった。

そこで、**高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組み**として、医療保険制度の代わりになる新たな社会保障制度として、介護保険制度が2000年4月から始まった。

破綻しつつある医療保険制度とは異なり、**介護保険制度は、市区町村が保険者**となって運営し、国、県、医療保険者、年金保険者等が共同して支える仕組みになっている。

また、介護保険制度は、**できる限り在宅で自立した日常生活をおくることを目指す**制度となっている。

介護保険制度の特徴

介護保険制度は、介護が必要となった高齢者とその家族を社会全体で支えていくしくみ。

その**仕組みの特徴**は3つ。

1. 利用者の医療行為ではなく、**自立支援**を目指す。
2. 利用者が**サービスを選択**して利用する。
3. 給付と負担の関係が明確な「**社会保険方式**」を採用。



【介護保険で受けられるサービス】

介護保険制度
65歳以上の高齢者または40～64歳の特定疾病患者のうち
介護が必要になった人を社会全体で支える仕組み

居住介護支援	居宅サービス	施設サービス
		
住宅改修	福祉用具に関するサービス	地域密着型サービス
		

【介護保険・16の特定疾病】

1. 末期がん
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. 後縦靭帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. パーキンソン病関連疾患
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性疾患（しめじ）
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 変形性関節症

介護保険の第2号被保険者 → 介護保険の第1号被保険者

40歳以上65歳未満の人 → 65歳以上の人

16の特定疾病の
何れかにかかっている人



介護保険の利用の流れ（1）

介護保険サービスを利用するには要支援・要介護認定が必要。まずは**居住する市区町村の介護保険担当窓口**で申請することから始める。

役所窓口で日程調整をし、役所から任命された**認定調査員が自宅に来て本人を調査**する、調査項目は日常生活の程度と身体機能のチェックなど。その後、認定結果が出るまでに1か月程度を要する。

要介護認定が出たら、**要支援が出た場合は地域包括支援センター**に相談、**要介護が出た場合は、ケアマネジャー**に相談となる。

要介護の場合、居住地域のケアマネジャーのリストを参考に、何人かに連絡をして自宅に来てもらい、生活する上でどういった点で困っているのかを相談。

雰囲気や相性などをみて、別のケアマネジャーに変更することも可能。話しやすく親身になってくれるケアマネジャーを探すべき。

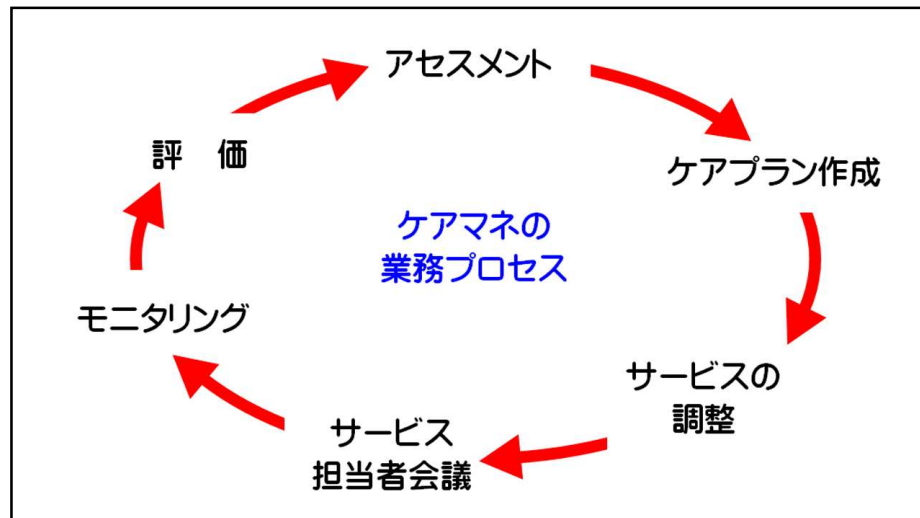
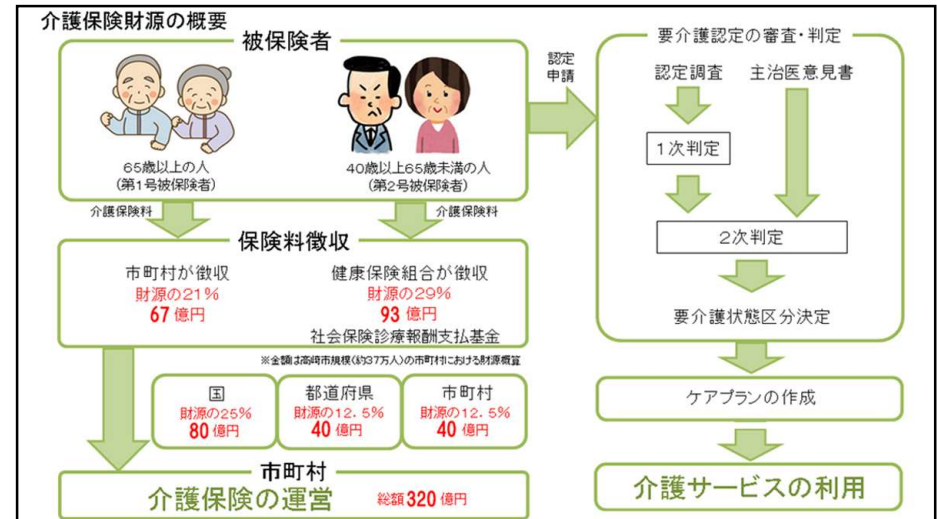
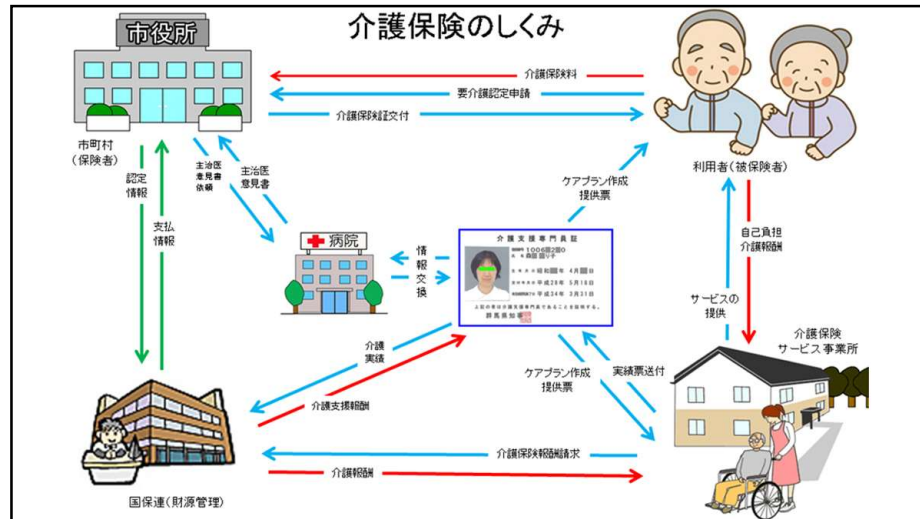
介護保険の利用の流れ（2）

ケアマネジャーは「ケアプラン」を本人や家族の希望を聞きながら作成する。本人だけではなく介護をしている家族の相談も聞くのが特徴。

介護保険制度は介護度に応じた支給限度額があり、この範囲内でケアプランを作成する。介護度が重いほど限度額が大きく、それ以上のサービスを受けたい場合は、全額自己負担となる。

介護保険は点数制で1点10円で換算するが、1点の単価は10～11.40円で、賃金の地域差により決まっている。

介護度	給付限度額	1割負担額
要支援1	50,320円	5,032円
要支援2	105,310円	10,531円
要介護1	167,650円	16,765円
要介護2	197,050円	19,705円
要介護3	270,480円	27,048円
要介護4	309,380円	30,938円
要介護5	362,170円	36,217円

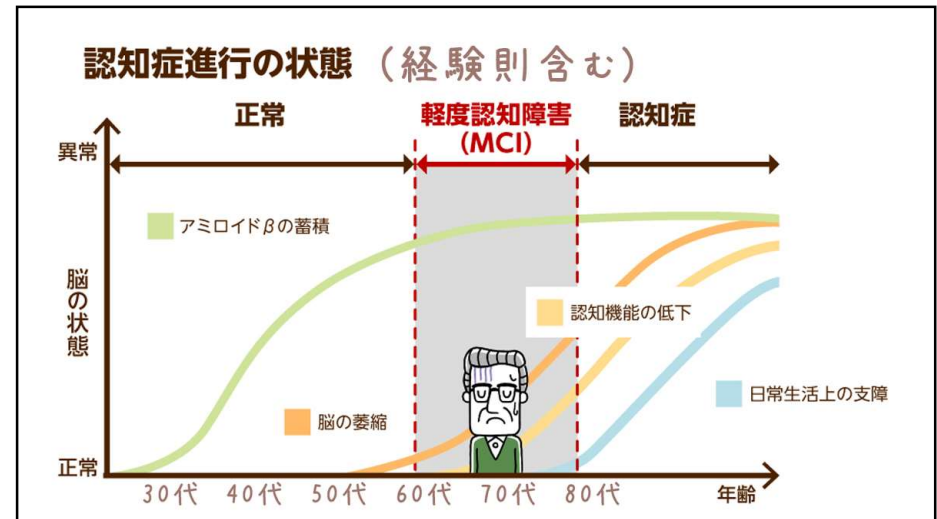
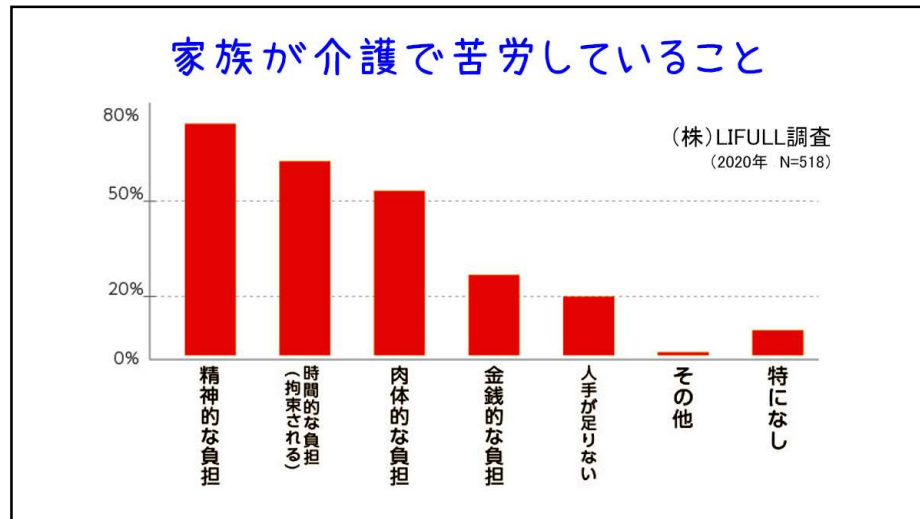
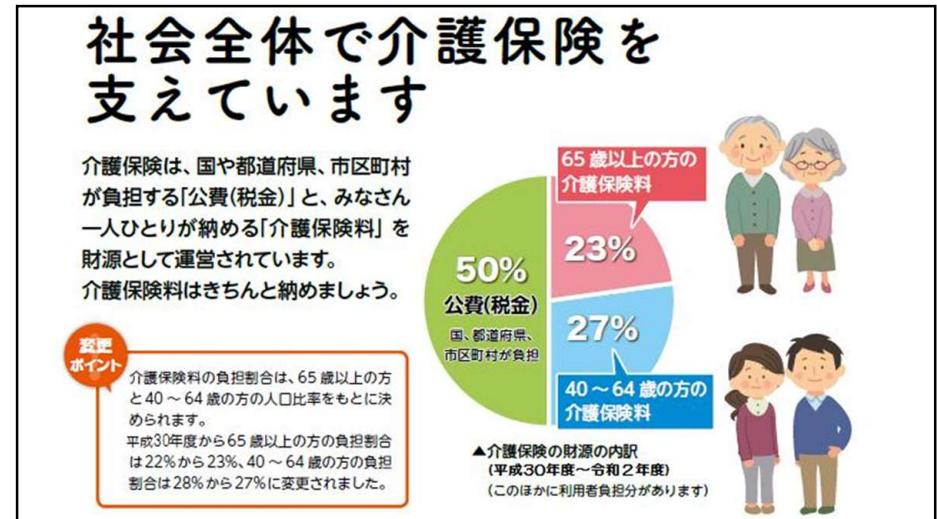
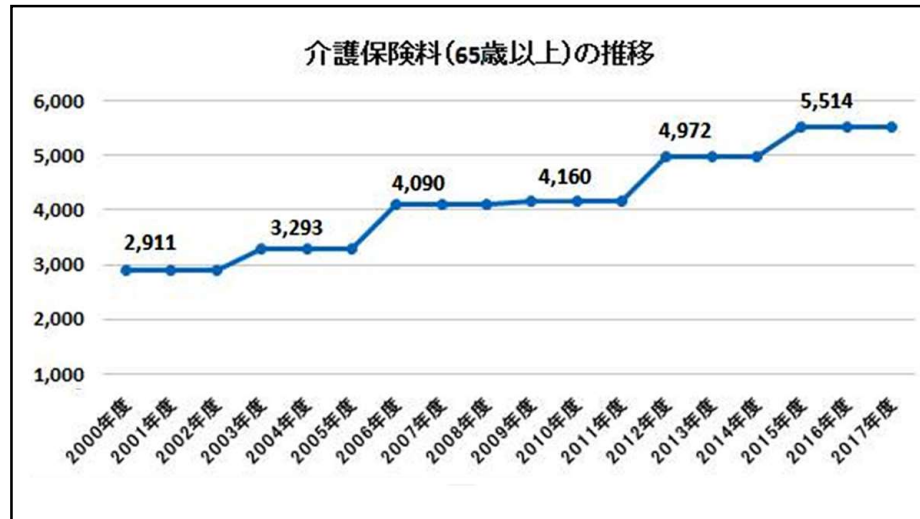


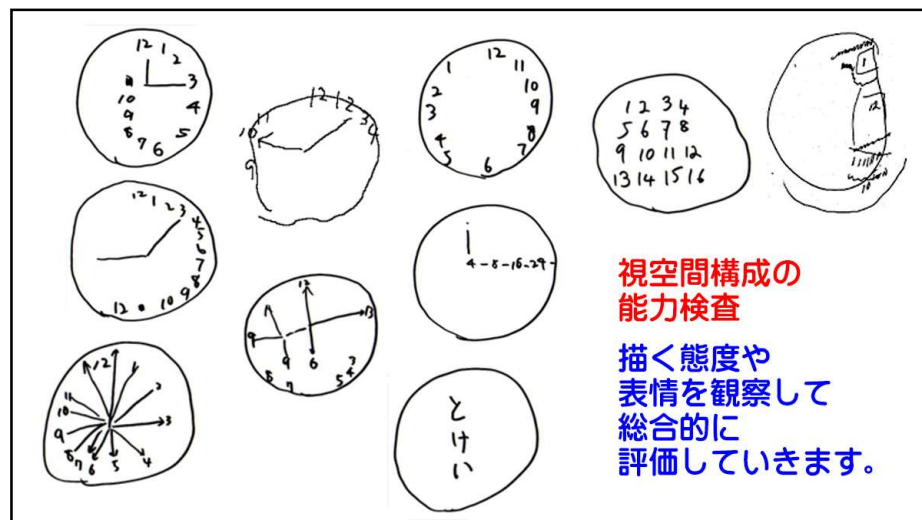
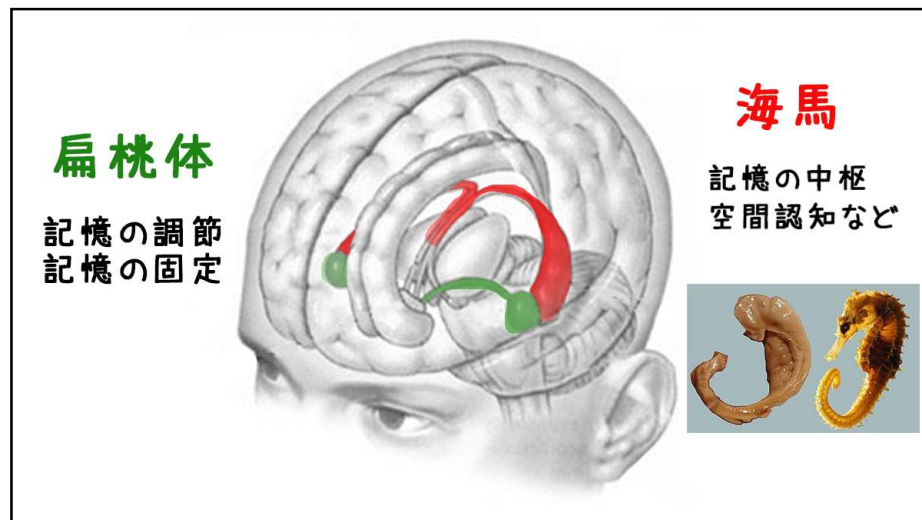
看護記録における「SOAP」とは違います。

看護記録のSOAPの特徴は、単に経過のみを記録していくのではなく、対象者の問題点を抽出し、

- 「S (subjective) : 主観的情報」
- 「O (objective) : 客観的情報」
- 「A (assessment) : 評価」
- 「P (plan) : 計画 (治療)」

の4つの項目にそって記載していく点です。





- 認知症 初期症状**
- ① **何度も同じことを言う。**
(数分の間隔で同じ話に戻る)
 - ② **直前のことを忘れる。**
(さっきの出来事をすっぽり忘れる)
 - ③ **物盗られ妄想がある。**
(置いた場所を忘れ、身近な人を疑う)
 - ④ **趣味や日課が無関心になる。**
(趣味や日課に興味を示さなくなる)
 - ⑤ **作話をする。**
(物忘れの失敗を隠すために嘘をつく)

認知症 中期症状

- ① 見当識障害がある。
(場所・時刻などが分からなくなる)
- ② 徘徊。妄想が増える
(目的なく歩き回る。妄想が増える)
- ③ 家事をしなくなる。
(買い物や料理の段取りができない)
- ④ 失語がある。
(言葉が思い浮かばない)
- ⑤ 日常生活に介助が必要となる。
(食事・入浴・排泄がうまくいかない)

認知症 後期症状

- ① 不潔行為がある。
(非衛生的になり、弄便の行為がある)
- ② 家族の顔が分からない。
(顔と名前が一致しない)
- ③ 表情が乏しくなる。
(表情が消え、反応しなくなる)
- ④ 会話にならない。
(意思疎通ができなくなる)
- ⑤ 尿・便の失禁が常態化。
(尿意便意がわからず、放尿脱糞)
- ⑥ 終末期 (寝たきりになる)



○援助者が会う高齢者の生活の悪化

福祉の場で、在宅高齢者の生活悪化の事実がある。それは、室内散乱と衛生状態悪化、食事の悪化、服装の悪化（不潔・異様な服装等）や、日常生活の自律性後退（睡眠・排泄・整容・無関心）等で、放置すれば危険な事態となる。こうした状態はしばしば地域からの孤立、サービス「拒否」等の態度を伴うこともあり、高齢者福祉の上では援助が難しい問題の一つであるといえる。

○生活後退の概念

生活後退とは、高齢者・障害者など生活障害がある人々の衣・食・住を中心とした基本的な生活で現れる貧困化・悪化及び自律性の後退である。この生活後退のプロセスの全体像はまだ解明されていないが、①本人に内在する問題、②家族など介護者の問題、③生活手段の問題、④医療保健・福祉サービスの問題、⑤地域・社会関係の問題が原因となり、生活の縮小と低レベルでの均衡、そして閉じこもり・社会関係の縮小、が悪循環となりやがて生活後退に至るものと考えている。