

「介護モデルの転換」

介護保険制度見直しの具体的内容(案)が、第15回社会保障審議会介護保険部会(7月16日開催)にて示された。

目を引くのは、「新・予防給付」の創設である。要支援、要介護度1を基本に要介護度2でも介護予防が有効とされるケースを対象とし、新しい「予防給付プラン」を打ち立てるといふ。

背景には、現在の介護サービスが要支援、軽度の要介護者の状態改善、悪化防止につながっていない。家事代行型サービスは、“廃用症候群”(要支援要介護度1)を重度化させるなどが挙げられている(注1)。

これまでの医療、介護現場での「過度の安静」の指導や、「かわいそうだから」「何でもしてあげるのが良い介護である」との考え方が、本人の能力の実現を妨げ、廃用症候群を引き起こしている。家事を行なう能力があるにもかかわらず、訪問介護サービスを利用し続けることにより、能力が次第に低下し、家事不能に陥る場合もあるというのがその理由だ。

その結果、「介護」は「介護+予防」へ、「身体ケア」は「身体ケア+痴呆ケア」へ、「家族同居」は「家族同居+独居」として3つの区分に分けられると共に、従来のサービスモデルに転換の必要性があるとしている。

「予防給付プラン」の具体的サービスは、筋力向上トレーニング(機械器具を使うものに限らない)、転倒骨折予防、低栄養予防、口腔ケア、閉じこもり予防、フットケアなど。既存サービスでも介護予防に効果的なものは、「新・予防給付」メニューに盛り込むことから、医療法人の中には「42条施設」の事業化に弾みがつくものと予想される(注2)。

介護サービスの再編は、21世紀の超高齢化時代を見据えた社会保障制度そのものの再構築(=リストラクチャリング)に向けた試金石とあってよい。

制度改正は新しいビジネスルールの始動期であると考え、既成概念の打破、発想の転換に励むことが欠かせない。

(注1)「高齢者リハビリテーション研究会」にて、要介護者を①脳卒中、②廃用症候群、③痴呆の3モデルと体系付けた。

(注2)「42条施設」=医療法42条で設置が認知されている疾病予防運動のための施設。

	1	2	3
サービスモデル	高齢者が要介護状態に陥った以降のケアに置く	「寝たきりゼロ作戦」など、脳卒中等により身体的障害を有する高齢者が主な対象	在宅介護では、家族の同居を想定
現行	「介護」	「身体ケア」	「家族同居」
	↓	↓	↓
	「介護+予防」	「身体ケア+痴呆ケア」	「家族同居+独居」
改正(予)	★「新・予防給付」の創設		★「地域密着型サービス」の創設
	<ul style="list-style-type: none"> ●「市町村事業の見直し」→「総合的な介護予防システム」一元化 …「老人保健事業」、「介護予防・地域交流合い事業」など …「総合的な介護予防システム」の確立 1.脳卒中モデル (急性的に生活機能が低下、要介護度3以上の重症者に多い) 2.廃用症候群モデル (慢性脳疾患など徐々に生活機能が低下、要支援・要介護度1の程度者に多い) 3.痴呆モデル (上記2モデルに属さない、痴呆などを原因疾患とする要介護者) 		<ul style="list-style-type: none"> ●「小規模・多機能型」 ●「地域夜間対応型」 ●「痴呆専用型デイ」 ●「地域見守り型」 ●「小規模居住系サービス」 ●「小規模入居系サービス」 <p>→全国的に共通する「一般的なサービス」と並んで、サービス利用が主として市町村の圏域内に止まるようサービス</p>

第15回社会保障審議会介護保険部会資料から抜粋再編(2004.07.16)

(有)ハヤカワプランニング 代表
早川浩士氏

1953年生まれ・50歳・中央大学卒業・経営コンサルタント・中小企業大学校講師。

著書「介護事業の最新動向と経営展望(日本医療企画)」他多数。現在「最新介護経営 介護ビジョン」にて、「経営(継承)のツボ」を連載中。

<http://www.hayakawa-planning.com>