

「進化」する地域包括ケアの真実

過去と現在そしてこれから

なぜ「これからのヘルスケアが地域包括ケアでなければならないか」という理由について、猪飼周平一橋大学大学院社会学研究科准教授は、以下の巷間に流布している2つの説は、誤りだと指摘しています。

まず、「医療関係者によって一般的に支持されている説明に「治療医学の敗北説」があります。これは、長寿化や疾病構造の転換によって、患者の中核が、基本的に完治しない生活習慣病を抱える高齢者となったため「治らない患者のQOLを高める上でもっともよい環境が在宅である」とされるため、地域包括ケアが望ましい」というもので

す。もう一方は、主に厚生労働省や地方自治体など行政サイドが主張している「医療費抑制説」です。「ケアに関する資源の効率的な活用を目指す」と目と地域包括ケアになる」という説です。これらについて猪飼氏は、「時代を遡るほど、現在より治療できないまま放置されていた患者は多かったです。生活習慣病についても治療医学は敗北しつつあるのではなく、むしろ「治療可能な範囲は広がっている」として、「治療医学の敗北説」を否定しています。

また「医療費抑制説」に

ついては、「それ自体にコスト増加要因」がある。地域包括ケアの予防・保健機能によって医療費は減少させられるとしても、その抑制効果などの程度なのかは定かでない。「地域ケアに伴うコスト増を上回るかどうかは不明」として、後者についても誤りだとしています。

なぜ地域包括ケアが必然的なものかについて、氏は「ケアの質がよい」からだと述べています。「ケアから生活モデルへ」「ADLからQOLへ」など、ヘルスケアの新たな目標は、医学的治療からQOLへと転換を余儀なくされるようになった。これを社会

顧客である国民の信任重要に「企業市民」の役割は果たせ

定義なき包括ケア背景に歴史的必然

私は、この理論に大いにシンパシーを覚えます。前回の連載で、「地域包括ケア」とは、財務省の文脈では「財政支出抑制」と同義であり、日本社会におけるパラダイム転換をヘルスケアの側面から捉えた用語でもある」と述べました。

た。

5

「事業所が同様のものです。頭を下げる人」「事業所に感謝してくれる人」。さまざまな観点から捉えることができます。

介護「保険」事業には、保険料と公費が投入されています。保険料だけに限らず、介護保険受給者は約460万人ですから、40歳以上の人口をおよそ7,000万人とすれば「保険料を払って保険を利用していない人」が90%を超えています。

社会保険制度は、「社会全体でファイナンシャル・リスクを負う体制」(田中滋慶応義塾大学大学院教授)だといえます。このような性格を理解すれば、介護保険にまつわるステークホルダーの中でも、とりわけ「負担だけして給付を受けられない大多数」の理解が得られなければ、制度および制度ビジネスは存続し得ないことは明確です。

さらに、地域包括ケアのプレイヤー(担い手)は、保険者、利用者(住民や助け合いの主体としての地域、そして「プロフェッショナルとしての医療や介護サービスを提供する)事業者です。ここで認識を新たにしていただきたいのは、事業者(法人)には「プロフェッショナルなサービス提供者」という役割・機能に加えて、「企業市民」としての属性がついて回ることです。地域に生かす、資源を提供し、利益を還元するという使命は、社会・地域に対して利益を

「お金を払って利用する人」

「顧客である国民」の信任なしには、介護保険事業の存続・発展はあり得ません。したがって、事業者の追求すべき価値は、個別の事業体の時価総額であるはずはありません。その価値は、「社会的責任を果たし、ステークホルダー(顧客をはじめとする関係者)から認知・信頼を得ること」にあるといえます。

介護事業者に求められる責任には、コンプライアンスをベースにした「法的責任」に加え、「倫理的責任」さらには「戦略的社会責任」があります。このうち「戦略的社会責任」とは、理念として守るべき責念や方針に基づいた事業行動がとられているかどうかを問うものです。

このように、地域包括ケア時代においては、事業者が「その経営理念や方針に基づいた事業行動をとることによって、自らの組織と社会・地域に対して利益をもたらす」ことが最大のミッションなのです。(青木 正人・ウェルビー社長)