

介護保険制度の実態と問題点に関する調査〈抜粋〉

— 介護保険制度改定に向けて —

2010年3月

NPO法人 高齢社会をよくする女性の会

問 訪問介護の生活援助について

訪問介護の生活援助（調理、洗濯、掃除、買い物等）は、
「介護保険の給付から外し、公費負担としたほうがよい」という意見や
「介護保険から外してはならない」といった意見があります。
あなたはどのように思われますか。

1 介護保険から外してはならない

(1) 利用者、家族

- ① 介護保険から外してはならない。夫婦共に要支援1。
家事援助がなければ他に人手を考えなくてはならない。掃除と二人のベッドメイキング、買い物などもしてもらえるので助かるが、老老夫婦の場合、被介護者の分だけというのは困る。老老夫婦の二人暮らしが何とか成り立つように制度の見直しをしてほしい。(80歳代 女性 大阪府 利用者)
- ② 食事の用意、片付け、買い物を外されたら一人で生きてゆけない。
1割を支払っていることが、お上のお情けは受けていないというプライドではないか。(60歳代 女性 長野県 家族・介護職員)
- ③ 在宅介護の方針をこれからも推進していくのなら、是非、必要だと思う。
介護保険料を支払っているのだから、介護保険の支給としたほうがよい。
(60歳代 女性 富山県 家族)
- ④ 身体介護と生活援助には余り境がないと思う。一律（固定額×時間）にすれば事務が簡素化できる。
(60歳代 女性 福岡県 家族)
- ⑤ 公費負担に理解が得られるか疑問。むしろ、同居家族がいても生活援助サービスが受けられるように改善すべき。 (30歳代 女性 東京都 家族)

(2) 地域包括支援センター、事業者、介護職員等

- ① 在宅での必要条件である生活援助無くして独り暮らしは無理。
個人の生活を支えるために、ケアマネジャーはじめ介護に関わるワーカーの仕事が出来てきたはずである。基本となる生活援助は、介護保険から外すべきでない。(60歳代 女性 大阪府 地域包括支援センター関連委員)
- ② 要介護1,2の方にこそ十分な生活援助をして重度化の予防になっている。
在宅サービスを充実させることで特養待機者の減少につながるはず。
(70歳代 女性 滋賀県 総合老人福祉事業所)
- ③ 高齢者が生活していくうえで一番必要なのは生活援助である。食べること、身の回りのこと、買い物を外すことは絶対反対。少しの支えがあれば、我が家で生活できるのだから。
(70歳代 女性 神奈川県 事業者)
- ④ 生活援助を利用することにより、在宅生活を継続していける方がいる。生活の援助とはいえ、介護に違いはないのだから、介護保険の給付から外すのは納得できない。
(50歳代 女性 秋田県 介護職員)
- ⑤ 要介護者が安心して暮らせるように同居家族がいる場合にも生活援助を利用できるようにすべき。要介護者がサービスを自由に選択できるようにすることが重要。
(40歳代 男性 東京都 事業者)

(3) 元教員、団体役員

- ① 生活援助こそが真の予防介護である。
食事はできても調理や買い物ができなければ命を保てず、排泄は出来てもトイレの管理や掃除ができなければ不潔や臭気は防止できない。
特に、一人暮らしの高齢者にとっては、生活援助は居宅で暮らせる命綱である。高齢者にとっては「できる」と「毎日続けられる」ことは、同義語ではない。生活援助を受けて、何とか一人で生活している高齢者は多い。
(70歳代 女性 京都府 元教員)
- ② 私のところは高齢化率42%、独居老人が多く施設も足りない状態で訪問介護の生活援助はとても必要。現状の1時間ではヘルパーの負担も大きく利用者の不満の声も。もっと施設があればよいが、不足しているので生活援助は是非必要。
(70歳代 女性 広島県 団体役員)

2 公費負担とした場合の問題点

- ① 調理、洗濯、掃除、買い物等が不如意になることこそが老化のはじまりとするならば、広く「介護」と考えてよいのではないか。例えば、ホームヘルパーが要介護2（独居）の方のお宅に伺うと、便失禁で家中に便がこすり付けられていて、その掃除で家事援助は終わる。夏場はゴミにウジがわいている。冷蔵庫の中には、わずかな食べ物しか無いが、どうにか調理するという実態は、健全な人がイメージする生活援助とは、かなりかけはなれている。もし、公費負担とした場合は、サービス利用に行政のブレーキがかかりはしないかと危惧する。（60歳代 女性 沖縄県 施設長）
- ② 公費負担とするなら財源を明確にし、確実にそこに給付できるのであれば、そのほうがよいかもしれないが、新たな制度設計が必要となり、地域での格差や財源不足が懸念されるので、介護保険の中で充足させたほうが均一に公平になるのではないかと思う。（50歳代 女性 岐阜県 市議会議員）

3 公費負担にしたほうがよい

- ① 生活援助は介護保険の給付から外して公費負担になるととても助かる。ただし、限度額が上がり生活援助、福祉器具を目いっぱい使えば介護保険のほうがよい。（70歳代 女性 鳥取県 家族）
- ② 介護保険料は年金から引かれているので、生活のことを考えると公費にしてほしい。公費になると、誰もが介護認定を望むようになる気がする。（50歳代 女性 香川県 家族）

4 その他

- ① 生活援助を介護保険だけで賄うことは無理。「食」はコミュニティレストランが各地にできるよう誘導策を。ヘルパーが高齢者にあつた一人分を作ることは限界あり。移送サービスや車椅子で移動し易いまちづくりも必要。洗濯・掃除のかなりの部分は機器の開発により障害があってもできることが望ましい。機器を使用し易い環境が大切。買い物もインターネットの普及や宅配システムでかなりカバーできる。このような資源開発を促進したうえで、ケアマネジャーがその人に必要と判断すれば家事ヘルパーもあり。（50歳代 女性 東京都 事業者）

[参 考]

要支援、要介護1の利用者への生活援助の現状（抜粋）

「生活援助」と「身体介護」（相談助言）は一体の援助

「共に介護を学びあい・励ましあいネットワーク」（代表 藤原るか さん）が8月5日～15日に集めた事例（全て軽度と分類されている要支援か要介護1）の抜粋です。介護保険上、生活援助と身体介護に分けられていますが、どちらも生活の中では一体的に取り組んでいるヘルパーさんの援助がわかります。

<事例1> リュウマチと生活援助

（76歳 一人暮らし 慢性関節リュウマチ 要支援2）

全身の関節にリュウマチ熱と痛みが出るような中で生活をしているが、医療判断で要支援2。ヘルパーはリュウマチから来ている、生活全般への不十分な面へのサポートとして「掃除」「調理」「買い物」に取り組みます。

1日の生活スケジュールと食事内容を訪問時に相談して、準備を進めます。（缶詰・瓶・チューブ等の蓋をゆるめておく公共的な手続き関係等）最近は、くの字に曲がった手で片方の手首を支えながら一日掛けて、料理に取り組んでおられます。今までは不安感から「1か月は買い物しないで生活できる大型の冷蔵庫」の中のを少しずつ整理。今では食材管理も調理も相談しながらの買い物になっていっているため、安定してきていて食材を腐らせる事がなくなってきました。ホームヘルプサービスの有効性が生きている事例です。

<事例2> 常に緊急対応が求められる「生活と身体は一体」のプランを

（90歳代 一人暮らし 認知症 要介護1）

掃除・洗濯の生活援助で週2回訪問（各1時間）。電話でタクシーや救急車を呼んで病院に行く事は出来るが、ポットをガスコンロにかけてボヤを出したためガスを止めている。食事を準備する事がすでに出来なくなっており、1日1回の配食サービスが命の綱となっている。配食の弁当もそのまま冷蔵庫に入っている時もある。座位がとれず、背中を支えるように介助が必要。今日は、水分が不足していたようで準備したジュースやゼリーもすぐに召し上がられる。

「ベッドへ移りましょう」と抱き起こし、ベッドまで抱えながら介助し、残りの30分で掃除と洗濯を済ませる。

この援助はプランにない援助で、生活援助と身体介護は一体の内容の事例。こういった訪問先の生活援助をボランティア（有償）が支えきれるか疑問だ。

〈事例 3〉 認知症高齢者と生活援助 (78歳 女性 一人暮らし 要介護1)

「通帳がない、印鑑がない、保険の証書がなくなった」「ゆうべ誰かが来て盗んでいった。こわい」と朝夕、日中は子どもたちの職場まで電話をしてくるようになった。

週1回通所介護。週3日訪問介護を利用。

朝10時半～11時半まで、1時間の派遣で掃除・調理をすることにした。

はじめは、本人は、ヘルパーが訪問しても、「自分のことは自分でできるのに、すまないねえ」と言ってあまり援助ができないこともあった。しかし、ヘルパーが本人の主体性を引き出す援助(一つ一つの作業手順を説明し確認し同意を得ながら行う援助)をすることにより、徐々にヘルパーに慣れてヘルパーを頼りにするようになった。

ヘルパーはなるべく調理の食材には、本人が作った野菜を使いながら、農作業の労をねぎらった。そのようななかかわりの中から、本人にも活気が戻った。

通所介護では、施設前の畑で野菜作りをしている。そこでも、草取りや、水やりを積極的にするようになってきた。職員に「野菜作りが上手」とほめられ、自分の役割を見つけることができた様子。

ヘルパーには通所介護での様子を笑いながら話すようになった。

この方の事例は、訪問介護の専門家であるヘルパーが、その方の価値観に寄り添いながら、一般的な「生活援助」ではなく、本人の「していること。出来ること」を尊重した援助を行ったことで、意欲の向上につながった例である。

定期的に通院もするようになり、服薬をすることで、「物とられ妄想」の出現もなくなり、子どもたちへの電話もなくなった。また、子どもたちも、母親の生活を気遣うようになり、定期的に電話をしてくるようになった。

〈事例 4〉 連日、訪問し、認知症高齢者の生活と家族を支える

(80歳 中度の認知症 一人暮らし)

日中は週6日デイサービス、デイケアに通所している。ヘルパーは通所の車が着く前から待機していて、バトンタッチでこの方を引き受ける。

すでに食べられる物と食べられない物との区別が出来なくなり、ご飯の上にハンドクリームが乗っかっている事もある。また、バナナの皮やトイレトペーパーを詰まらせてしまう事もたびたび起きている。

食器の片づけもヘルパーと一緒にでなければ出来ない。見守りのない時には昨夜のおかずが押入れに入っていたり、電話のコードが抜かれていたり、電話機が見つからなかったり、卵や食器類が冷凍庫に入っている事等は毎日の事。一人では生活が出来ず、一時として目が離せない状況だ。

ヘルパーは退出時、ガスの元栓を締め、雨戸を閉め、電子レンジなどのコン

セントを抜き、クーラーをセットして万が一でも事故が起きないように努めている。それでも翌日訪問してみないと、家の中がどうなっているのかは全く分からない。別居の娘さんのストレスは限界になっており、ヘルパーは、家族的な面でのケアも重要な仕事となっている。(介護報酬はつかないが)

この方から生活援助を取り上げたらどうなるか。「介護の社会化」等と言いな
がら全て家族任せで生活が崩壊してしまう事は明らかではないか。

<事例5> 精神障害と生活援助 (80歳代 一人暮らし 要支援2)

薬の調整で日常生活を続けられるという、精神の病気と糖尿病からくる歩行困難の為、買い物や掃除等の家事が出来ません。

家の中は箆笥の端等につかまりながらやっとなのですが、歩ける事から介護保険では「要支援2」の判定で、ヘルパーの訪問が始まったばかりです。

ヘルパーの訪問で老い先の不安が少なくなったと喜ばれていました。

流れる汗を「拭いて」そっと濡れタオルを渡して顔を拭いて頂きました。

(生活援助だから身体に関わらないとヘルパーは思いませんし、介護報酬で算定されなくても、必要な介護として、関わります。)

「外の空気を嫌う」事から窓は開けずに掃除をします。精神の病気からくるこだわり強い相手の要望には「寄り添う」事が求められるからです。

冷蔵庫の中にある「キャベツ・トマト・大根は薬が入っているから捨てて」とおっしゃられたり、「天井から泥棒が来るから、電気は付けないで」等々不安定な病状が続いています。精神の病気(この方の場合「統合失調症」)の方への援助は専門的配慮と技術を持った、プロのホームヘルパーの援助が不可欠です。

☆ 「現在の滞在型中心の訪問介護では要介護者の在宅生活を支えることは困難である」との理由から 20分未満の短時間訪問を中心の援助では、それこそ「生活を守る」事が出来ません。高齢者の方々は生活のペースが違うのです。要介護高齢者は「生活援助」が命綱です。

☆ 要支援の場合は「予防の概念」から、共に行う家事が求められていますが、認知症中度という診断が出ているにも関わらず「予防」の概念に置かれている認知症事例が多く出てきました。全ての事例に必要な援助は「精神的なサポート」、ゆったりしたコミュニケーションや対応ですが現状では30分から1時間の対応となっています。

☆ 地域支援事業を支えるNPOや有償ボランティアは実態もない地域もあり、実際に活動できる、具体的な人数把握もなく、自治体における地域の実情に応じた柔軟な取り組みがあるだけです。 藤原るか ruka@ga2.so-net.ne.jp

日社福士2010-206
2010年8月19日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 様

社団法人 日本社会福祉士会
会長 山村 睦



介護保険制度見直しにかかる要望書

貴職におかれましては、高齢者の生活支援に関する諸制度の充実についてご努力されていることを心から敬意を表します。

この度、介護保険部会において介護保険制度の次期制度改正に向けた検討スケジュールが提示され、協議が順次深められていることと存じます。介護保険制度においては、社会福祉士は地域包括支援センターの職員や介護保険施設等の生活（支援）相談員として重要な役割を担っております。

そこで、次期制度改正に向けて、現場からみた高齢者の生活支援の視点から、ぜひ実現して頂きたい事項について下記のとおり要望いたします。

記

1. 地域包括支援センターについて

(1) 地域包括支援センター業務から「介護予防ケアマネジメント」をはずすべきである。

地域包括支援センターにおいて「介護予防ケアマネジメント」業務が、「総合相談支援」「権利擁護」等、他の業務を圧迫している現状がある。そこで地域包括支援センターが担うべき業務から、「介護予防ケアマネジメント」をはずし、「総合相談支援」「権利擁護」等の業務が適切に実施されるような体制整備をはかるべきである。

「介護予防ケアマネジメント」業務については、各市町村の老人健康保健事業等において行うとともに、指定介護予防支援事業を居宅介護支援事業所において直接契約し給付管理できる制度に変更することが必要である。

(2) 地域包括支援センターが、障害者福祉分野等の一次相談対応も実施できるよう、専門職の追加配置を行うべきである。

地域包括支援センターが実施している総合相談支援には、高齢者のみならず、障害福祉等の制度横断的な対応が必要な相談対応が増加している。地域包括支援センターに持ち込まれる相談は、高齢者だけの問題にとどまらず、同居する障害者等への対応が必要な場合も多く、「家族支援」や「地域生活」の視点が求められる。地域包括支援センターが本来の「地域包括ケア」の中核となるワンストップの総合相談窓口機関として機能していくためには、地域の課題について設置された機関側から「年齢別」「課題別」に見るのではなく、制度横断的に生活全体をとらえる専門性が必要となる。そこで「障害福祉分野」等の一次相談対応についても、地域包括支援センターがワンストップの総合相談支援機能を担えるよう、専門職の追加配置を行うことが必要である。

(3) センター間の連絡調整や統括支援を行う「基幹的センター」の体制整備を進めるべきである。

複数の委託型の地域包括支援センターが設置される場合は、センター間の連絡調整、統括支援、センターの活動の下支え機能を担う基幹的センター機能が必要となる。市町村の担当部局が直接担う場合、直営センターが担う場合、社協等の関係機関に委託する場合等の複数のパターンが考えられるが、基幹的機能を担う部署となるセンターが基幹的機能を継続的に推進できるように専門職の複数配置を行う等、市町村の責任において人員体制整備を行う必要がある。

2. 認知症者への支援の在り方の一項目に挙げられた「市民後見の推進」においては市民後見人のバックアップ体制や専門職の関与などのシステム構築を進めるべきである。

成年後見制度は利用者が選択して利用する介護保険サービス等とは異なり、判断能力が不十分な人が地域の中でその人らしい当たり前の生活を継続していくために必要な権利擁護の仕組みである。従って、制度を必要とする人全員が成年後見制度を利用できるような体制整備が求められる。その受け皿の一つとして市民後見人の養成が全国で始まりつつある。しかし、成年後見人等の権限・責務の重大性を考えると、市民後見の位置づけを明確にしたうえで、市民後見人の養成、養成された市民後見人の登録、受任へ向けての支援、受任後の市民後見人のバックアップ体制の整備等、継続的な取り組みを可能とするための公的機関の組織的・財政的関与や、専門職能団体及び専門職の関与が保障されるシステム構築がなされるべきである。

3. 介護保険施設等の生活(支援)相談員には社会福祉士を位置づけるべきである。

介護保険施設等の生活(支援)相談員は、入居者個々の日常生活の支援の他、次に挙げる事項も担う必要がある。そのためには、利用者の権利擁護に配慮した専門的相談援助技術と高い倫理性が求められるので、生活(支援)相談員は社会福祉士を位置づけるべきである。

- ① 施設サービス計画は入居者個人に対する計画であるが、入居施設は多くの入居者が生活する場であり、施設内外の資源を見通した全体的な調整が必要である。例えば、入居者からの苦情対応や入居者間の利益がぶつかった場合の最善の調整が必要であり、そのためにも入居者同士での自治会組織や家族会の運営等が必要となる場合もある。生活(支援)相談員はこれらの調整機能を担い、利益侵害や虐待予防に向けた取り組みが必要である。
- ② 入居者は地域住民であること、また施設は地域の社会資源であることから、地域とのかかわりは重要である。そこで、施設側からは、地域住民に施設機能をでき得る限り解放し、住民が施設に集い、入居者そして住民同士が交流しあう「場」としても活用することが重要である。そのためには、生活(支援)相談員が施設内資源とともに自治会や社会福祉協議会、各種 NPO 団体など様々な住民組織と調整することが必要である。これらのことを行うことで、地域住民からの相談をごく自然に行えることや、虐待や自然災害があった場合の緊急対応もスムーズに行える。また、同時に施設ケアの密室化を抑制することができる。
- ③ 介護老人福祉施設や介護老人保健施設の入居者は要介護者であることが前提であり、多くの場合入居前に何らかの形でケアマネジャーがケアチームを構築して入居しようとする利用者を支援している。そして、入居後は施設ケアマネジャーが構築するケアチームで入居者を支援することになる。生活(支援)相談員は、このケアチーム同士の接点に立って、上記①や②の事項もふまえて支援が連続的、円滑的に行えるように環境調整することが必要である。このことは、退居時も同様のことが言える。

2010年8月23日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

給付の在り方（在宅・地域密着）の論点について

このことについて本審議会において以下のとおり意見を申したい。なお、軽度者向けの介護関連サービスの一部は、本来、福祉・保健サービスで実施すべきである。しかし、これらを保険外とした場合に代替的な特定財源が確保される見通しがないため、現行制度の維持もしくは拡充が次善策と考える。

1. 医療系サービスの充実

①介護分野における看護師対策

施設及び在宅を問わず介護分野における看護師不足は深刻であり、医療分野との調整が重要である。

②医療的ケアを伴う利用者が活用できるショートステイ

医療的ケアを伴う利用者が活用できるショートステイの供給量が少なすぎるため、既存施設等の看護師配置基準を見直すなど受け入れ体制を整備していくべきである。

2. 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方

①生活援助は継続して保険給付サービスとする

要支援者に対しては「生活援助サービス」を継続して保険給付として認めるべきである。ただし、将来、軽度者向けの特定財源が確保され、新たなサービス体系が構築できるのであれば、これらを一見直す議論も考えられなくもない。

②その他のサービス

要支援者における保険給付サービスは、その利用にあたって硬直的な側面は否定できず、支給限度額以内であれば弾力的な活用もできるようにすべきである。

③地域支援事業サービスとの関連

要支援者と認定されると地域支援事業におけるサービス利用が制約されるが、介護予防等という視点から、その利用をも認めていくべきではないか。

3. 地域支援事業の在り方

①財源構成

現行制度では「介護予防事業」「包括的支援事業及び任意事業」とで、第一号被保険者と第二号被保険者の負担割合が異なるが、これらの財源構成を一括すべきである。

②地域支援事業の裁量権

現行制度では地域支援事業の財源は介護給付費全体の3%となっているが、地域特性に応じて、その割合等を増やすことも保険者（市町村）判断に任せてはどうか。

③任意事業の拡充と運用面での弾力化

現行では「介護予防事業」「包括的支援事業及び任意事業」となっているが、「包括的支援事業」「任意事業」に区分けして任意事業の拡充を可能にしていくべきである（財源の使途割合も保険者に任せてはどうか）。そして、「任意事業」による介護関連サービス種別（例

例えば、高齢者等の見守り事業など）等を弾力化して、介護給付（介護報酬）といったサービス体系のデメリットを補い、かつ要介護認定を受けていない被保険者（非該当：40歳以上含む）も、僅かながらサービスを楽しむようにしていくべきである。

4. 介護予防事業

①介護予防事業を任意事業に

本事業は地域によっては費用対効果の観点から十分な成果が得られないため、「できる規定」といった認識に改め、任意事業の枠で実施していくべきではないか。そして、地域に応じて介護予防につながる多様な事業を実施できるようにしてはどうか（保険者判断）。

②現行の介護予防事業（特定高齢者対象）のプロセス

介護予防事業（特定高齢者対象）での「基本チェックリスト」「医師による健診」「介護予防ケアプラン」などといったプロセスを見直し、これらを簡略化していくべきである。

③事業内容

現行では「ポプレーションアプローチ」「ハイリスクアプローチ」と大きく2つの介護予防事業が展開されているが、総体的に介護予防事業として一体的に考えて、サービス種別ごとにその対象者を絞っていけばよいのではないか（原則、対象者は40歳以上とする）。

5. 地域包括支援センターについて

①予防給付のケアプランを通常のケアマネジャーに移譲

包括的支援事業を強化する意味で、予防給付関連業務の責任主体を通常のケアマネジャーに移譲すべきである（ケアマネジャーのケース上限規定は別途検討）。

②居宅介護支援事業を可能にしては（ケース数を限定して）

通常のケアマネジャーに予防給付関連業務を移譲した場合、ケアマネジャー資格のある地域包括支援センター職員は、数件のみに限定して居宅介護支援事業業務を可能にすべきである（緊急性やケアマネ支援における能力開発のため）。

③核となる地域包括支援センターの創設

保険者内の地域包括支援センターは対等関係であるが、複数設置されている場合は基幹的な機能を、その中の1ヶ所に任せてはどうか（自治体直営や公共性の高い機関に）。

6. 地域密着型サービスについて

グループホームは地域密着型サービスであるものの、住所地の都道府県内に立地されている事業所（施設）であれば利用可能とすべきではないか（ただし、住所地特例制度を設けることが条件となるが）。また、小規模多機能型居宅介護の利用形態を、もう少し弾力的に考えていくべきではないか。

7. 家族介護者への支援

地域支援事業における任意事業の拡充によって、家族介護者への支援サービス等を増やすべきである。また、家族介護者への社会的システムとしては社会保険制度上の優遇措置や雇用環境に配慮していくべきである。ただし、家族介護者への保険制度による現金給付は慎重に考えるべきである。

以上

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎泰彦 殿

医療依存度の高い在宅療養者を支援する 小規模多機能型居宅介護の提案

平成 22 年 8 月 23 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 井部 俊子
(日本看護協会副会長)

多くの国民が、可能な限り人生の終末期まで在宅で過ごしたいと願っています。しかしながら、現行の在宅介護サービス体系では、医療依存度の高い人々の状態が悪化し、昼夜を問わない対応が必要になった場合、介護負担の増大によって家族が疲弊し、やむなく在宅療養を中断したり、入院して最期を迎える状況があります。

また、医療依存度の高い人々の死亡状況をみると、例えばがんによる死亡者は 2008 年には 3 人に 1 人と 1975 年の約 2.5 倍に達し、高齢化の進展と共に今後一層の増大が見込まれています。

こうした医療依存度の高い在宅療養者の生活を支えるためには、従来の訪問・通いの在宅サービスに加え、病態の変動時や家族のレスパイトに対応できる、宿泊の機能を併せ持つサービスの充実を図ることが不可欠です。併せて、在宅療養上の不安について気軽に相談できる場を、利用者の身近な地域に整備していく必要があります。

以上のことから、医療依存度の高い人々が最期まで在宅療養生活を継続できるよう多面的に支援する、24 時間体制の看護サービスを加えた小規模多機能型居宅介護を提案いたします。

医療依存度の高い在宅療養者を支援する小規模多機能型居宅介護について

<サービスの機能>

- ・医療依存度の高い利用者が医療機関等から退院する際の一時的な宿泊や、病態の変動時への対応、家族のレスパイトを可能にする。
- ・主治医との連携に基づく緊急時の対応や、在宅看取りまでの継続的な支援を行う。

<サービスの構成>

- ・管理者を看護師とし看護と介護の連携により、従来の小規模多機能型居宅介護（通い・訪問・宿泊）に「療養上の相談」、「訪問看護」を加えたサービスを行う。

以上