



# 神奈川県横浜市

人口 370 万人の政令指定都市。行政区は 18。市がイニシアティブをとり、エリアマネジメントを意識した計画的な介護基盤整備を進行中。148 の日常生活圏域があり、圏域毎に地域ケアプラザの設置を進めている。定期巡回・随時対応サービスは第 5 期計画終了までに各行政区に 2 か所、合計 36 か所の整備を予定。公募制を採用。

**整備状況** 市内 27 か所（平成 24 年度末：18 か所 利用者 265 人）。

**公募制** あり。

**整備計画** 平成 26 年度末 整備数：36 か所 利用者見込み：650 人 / 月。

## ◆概要（平成 25 年 10 月現在）

人 口： 3,703,998 人

世 帯 数： 1,619,020 世帯（2.29 人 / 世帯）

持 ち 家 率： 57.6 %（平成 22 年国勢調査）

高 齢 者 数： 806,297 人（高 齢 化 率 21.8%）

要介護認定者数： 139,158 人（要介護認定率 17.2%）

（要支援 1：14,142、要支援 2：20,477、要介護 1：21,344、要介護 2：30,793

要介護 3：19,350、要介護 4：17,624、要介護 5：15,428）

施設 / 居住系サービス： 39,934 床（対高齢者人口比 5.0%）

住 宅 系 サ ー ビ ス： 7,025 戸（対高齢者人口比 0.9%）

訪 問 介 護： 775 か所

訪 問 看 護： 229 か所

夜間対応型訪問介護： 21 か所

小規模多機能型居宅介護： 112 か所（登録定員 2,751 人）（複合型サービス含む）

## ◆日常生活圏域

18 の行政区があり、商業中心の区、東京に通勤する新住民中心の区、町内会が維持されている南部の区などにわかれる。それぞれの区は 4～13 の日常生活圏域を有する。日常生活圏域は中学校区を基本としている。



## 自治体の取り組み

### ■整備方針

- ・住み慣れた地域で生活を営むために小規模多機能型居宅介護を市内 112 か所で整備。通いではなく、訪問を中心としたニーズに応えるべく、定期巡回・随時対応サービスの推進を決定。
- ・第 5 期計画中に公募制により 18 行政区それぞれに 2 事業所の整備を目指し、平成 23 年 11 月より準備開始。公募制により事業の安定経営を確保しつつ、競争による質の確保を目指す。
  - ①各区ケアマネ連絡会で制度説明。
  - ②訪問介護と訪問看護の双方の利用者数を行政区ごとに抽出し事業所へ周知。平成 24 年度は 18 事業所の公募枠に対して、52 事業所が申請（説明会参加は 121 事業所）。
  - ③一部事業所を除き、平成 24 年 10 月 1 日に一斉スタート。
  - ④事業者連絡会「よこはま地域ネット 24」の設置を支援。
  - ⑤経営効率を考慮し夜間対応型訪問介護の同時指定を推奨（15 事業所が同時指定）。

### ■選定

- ・選定基準表を作成。経営状況、運営実績、管理者の経験など。最も重視したのは、地域包括ケアへの貢献意欲。
- ・結果的に既に 24 時間の運営基盤をもつ事業所や、訪問介護・訪問看護・居宅介護支援を一体的に運営している事業所の評価が高かった。運営開始時点でサ高住併設事業所は 1 つも選定されていない。看護類型は一体型が 15 か所、連携型が 12 か所。

### ■保険者が設定したサービス圏域

- ・当該事業所が立地する行政区に限定。移動ロスの低減に配慮。
- ・行政区ごとに 2 事業所を配置。

### ■サービスの周知と事業所支援

- ・平成 24 年 10 月 1 日に同時指定することで話題性をもたせ、メディアに発信。
- ・平成 24 年 11 月に各行政区のケアマネ連絡会に市職員が参加。独自資料に基づき説明。
- ・「よこはま地域ネット 24」の立ち上げと運営支援（広報パンフレットの作成と配布、実績データの共有、研修の合同開催）。
- ・市民、ケアマネジャー向けに事例発表会を開催（平成 25 年 3 月、平成 26 年 2 月）。
- ・地域ケアプラザ（市独自事業：地域包括支援センター＋地域交流＋α）との連携。
- ・事例集を作成し、ケアマネ連絡会、病院協会へアプローチ。
- ・急性期病院からの退院患者向けサービスとして広報を強化。
- ・広報誌での特集記事掲載による市民へのアプローチ。

### ■課題

- ・利用者の多い事業所と少ない事業所に二極化。サービスエリアが限定されているため、ノウハウを事業者間で共有し、共存共栄を支援。
- ・医療との連携。在宅での看取りを推進し、事例を発信。



「よこはま地域ネット 24」パンフレットと事例発表会

## 定期巡回ゆい港北

平成 14 年に介護保険事業を開始（居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴、福祉用具）。その後、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護を運営開始。訪問を中心とした定期巡回・随時対応サービスの必要性を感じ、応募。平成 24 年 10 月から夜間対応型訪問介護と同時に運営開始。

- ・急性期医療機関からの退院支援を積極的に受け入れている。
- ・看護類型は連携型であるが、利用者 32 名のうち 18 名が看護利用者。
- ・事業所に短時間デイサービスを併設し、入浴ニーズに対応。

### ◆概要

開設年月：平成 24 年 10 月（横浜市 平成 24 年度 指定 18 事業所の 1 つ）

法人名：株式会社ゆい

所在地：神奈川県横浜市港北区

看護類型：連携型

訪問系事業：

定期巡回・随時対応サービス	32 人
訪問介護	117 人
夜間対応型訪問介護	9 人

併設事業：

通所介護	20 人
居宅介護支援	200 人



オペレーションセンター

### ◆サービス圏域

エリア特性：

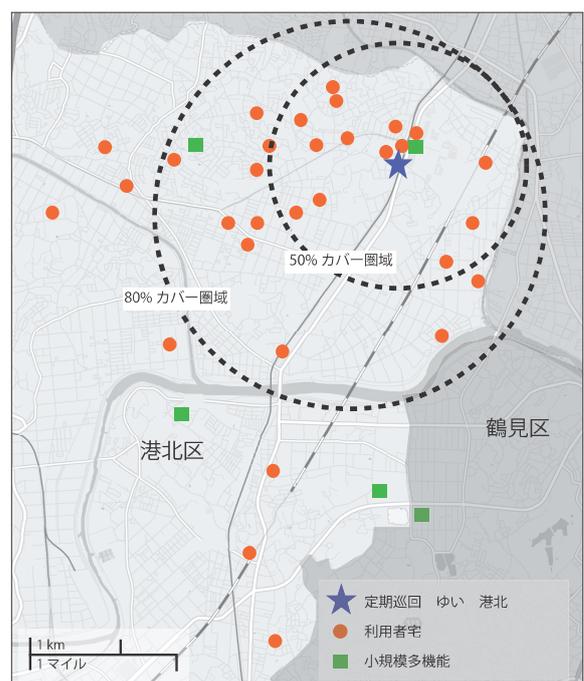
- ・東京私鉄沿線駅から徒歩 5 分。
- ・商店街と住宅地が密集。
- ・交通量が多く、狭い道も多い。

50% カバー圏域：半径 1.2km  
片道 5 分

80% カバー圏域：半径 3.4km  
片道 10 分

最も遠い利用者宅：4.6km  
片道 15 分

移動手段：原付 50%  
自動車 30%  
自転車 20%



## サービス概要

利用者数	32名	
平均要介護度	3.1（1:7名 2:5名 3:7名 4:4名 5:9名）	
世帯構成	独居:37.5% 高齢者のみ:37.5% その他:25.0%	
月間の延べ利用日数	799日（平均25.0日/利用者） うち通所系利用日数 : 129日（4.0日/利用者） うち短期入所系利用日数（除く退所日）: 0日（0.0日/利用者）	
訪問看護利用者数	18名（56.3%）	
定期	利用者あたり一日訪問回数	1.8回/日
	一回あたり提供時間	20分未満:36.7% 20分～30分未満:35.6% 30分～1時間未満:23.8% 1時間以上:3.9%
	訪問内容（複数回答）	排泄介助+食事支援が最も多く、次いで服薬確認
随時	事業所全体での随時コール数	5.7回/日（日中:84.7%）
	随時コールに対する訪問割合	21%
	訪問内容（複数回答）	発熱、転倒、排泄（排便）、体調不良
利用者に貸与しているコール端末	ケアコール（固定電話回線・音声のみ）	
サービス記録等の管理方法	記録用紙	

平成25年10月実績

## 利用者の特性

### ■利用者確保の特徴と取り組み

- ・多い順に、①病院退院時の依頼、②地域ケアプラザからの紹介、③サービス変更（訪問介護や小規模多機能型居宅介護から）、④他法人のケアマネからの依頼。④はまだ少ない。
- ・①の場合：定期巡回・随時対応サービスを前提とした依頼ではなく、法人の迅速な対応と医療知識（経営者が薬剤師のため医療に関する研修に力を入れている）を評価しての依頼。どのサービスが適しているかは、受け入れた後に提案。
- ・②の場合：訪問介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応サービスと振り分けられたうえで依頼を受ける。
- ・③の場合：小規模多機能型居宅介護の利用者で頻回な訪問サービスを必要となった方、訪問介護の利用者で、より柔軟な対応が必要となった方など。いずれも状態像等の変化により定期巡回・随時対応サービスの利用が適切となり、変更。

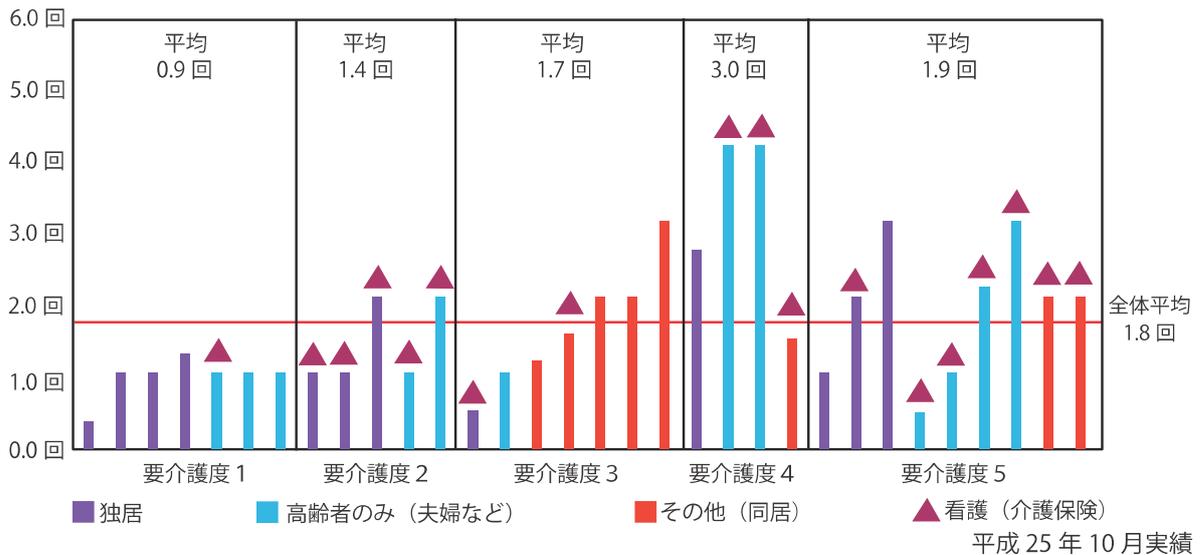
### ■サービス内容

- ・利用者は32名（サ高住等の集合住宅入居者はいない）。訪問回数は1.8回/日。深夜帯（22時以降）の定期訪問は3名。
- ・定期訪問は排泄介助、配膳、服薬確認が多い。
- ・利用開始後一週間はアセスメント期間。排泄リズムなどを把握し、プランを確定。
- ・拒否や妄想のある方には、定期訪問は最小限にし、頻回に電話で対応。
- ・食事は配食サービスを活用したり、家族に依頼する。温めや買い物には対応。
- ・同居の場合、排泄の一部、食事準備など、家族に何らかのかたちで協力を依頼。

### ■利用終結の傾向

- ・多い順に、①看取り、②サービス変更（小規模多機能型居宅介護へ）、③施設入所、④サービス変更（ADL向上により回数の少ない訪問介護へ）。

要介護度別一日あたり利用回数（定期）



## サービス提供体制特性

### ◆事業の複合化

- ・運営開始と同時に夜間対応型訪問介護の指定を受け、オペレーターを兼務。
- ・事業開始後に事業所 1 階でデイサービスを開設。定期訪問による入浴介助を移行。

### ◆スタッフ

- ・正規職員 8 名、常勤パート 8 名（うち 3 名は定期巡回・随時対応サービスがメイン）。登録ヘルパー 40 名。
- ・オペレーターは正規職員 6 名で担当。訪問を優先してシフトを組み、間を埋めるかたちでオペレーター業務を設定。管理者は同行訪問や担当者会議などマネジメントに注力。
- ・登録ヘルパーでの勤務から常勤パートへ 8 名が変更し、給与アップとやりがいの双方を付与。
- ・新規利用者には、管理者との同行訪問を一週間行い、サービスの見極めを行う。常勤職員が指示書を作成し、ケアの標準化を図っている。
- ・常勤職員は事業所に出勤してから訪問。登録ヘルパーは直行直帰だが、報告のために事業所に立寄ることを義務付け。全職員で利用者情報を共有するための会議を週 1 回開催。

### ◆他職種や地域との連携

#### ■看護や医療との連携

- ・連携先の訪問看護ステーションは 5 か所。
- ・在宅医療を利用している者 15 名。主たる連携先の診療所では、医師と看護師がセットで月 2 回訪問診療し、それ以外の週（月 2 回程度）に定期巡回・随時対応サービスとして訪問看護が入る。訪問看護事業所の空いている時間で柔軟に訪問できることを説明し、結果、訪問看護事業所は 5 か所と連携。ファーストコールをオペレーターで受けるため、医師や看護の負担が軽減されたとの声を頂く。

#### ■介護・医療連携推進会議

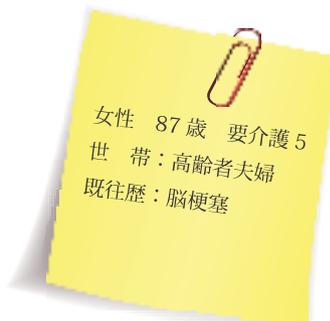
- ・認知症高齢者グループホームの運営推進会議と合同開催。2 か月に 1 回。1 回 2 時間。
- ・連携先の医師、訪問診療をしている歯科医師、薬局、訪問看護、民生委員、行政、利用者、利用者家族、ケアプラザ職員など、毎回 20 名程度が参加。

### ◆今後の展開

- ・サ高住を整備し、サテライト型で定期巡回・随時対応サービスを併設予定。

## 小規模多機能型居宅介護に馴染めず、定期巡回・随時対応サービスに移行した事例

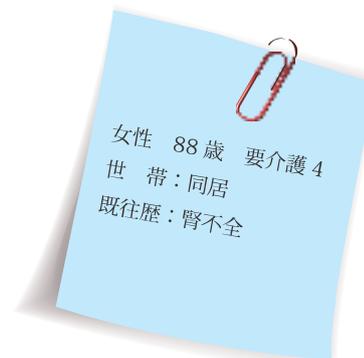
- ・自宅で介護していた夫の認知症により、夫婦のみでの生活が限界に。
- ・平成 24 年 11 月に本人が脳梗塞を発症し、入院。退院後は小規模多機能型居宅介護を利用し、泊りを多用するも、共同生活に馴染めず、暴言や介護拒否を繰り返す。
- ・自宅に戻れば落ち着くのではないかと考え、平成 25 年 1 月に定期巡回・随時対応サービスの利用を開始。
- ・開始時は一日 3 回、食事介助と排泄介助。入浴は自宅前に階段が多く、外出困難なため訪問入浴で対応。訪問看護、月 2 回。
- ・本人は落ち着きを取り戻し、穏やかに暮らしている。夫の介護負担は引き続き高いので、息抜きができるような取り組みが必要。



	月	火	水	木	金	土	日
9:00			清拭、排泄介助、水分補給等 (45分)				
		訪問看護					
14:00			排泄介助、水分補給等 (45分)	訪問入浴 (60分)			
21:00			排泄介助、水分補給等 (45分)				

## 一日複数回入ることで生活リズムを安定させ、在宅生活を継続している事例

- ・長男夫婦と暮らす、同居家族の全員が就労しており、日中独居。
- ・平成 18 年に腹部大動脈がんの手術、平成 20 年より肝機能低下。
- ・訪問介護週 3 回とデイサービス週 3 回を組み合わせ生活していたが、服薬確認や食事管理が十分に行えず、体調低下によりデイサービスの利用も困難となる。急性腎不全をおこし、入院による透析治療となる。
- ・退院にあたって定期巡回・随時対応サービスを開始。
- ・部屋を片付けて、電動ベッドを導入し、住環境を整えたうえで、一日 3 回の服薬確認と食事介助を実施。体調管理ができたことで ADL の向上が図られ、要介護度の改善が見込まれる。今後、様子を見ながらサービス内容の変更を検討中。



	月	火	水	木	金	土	日
9:00			排泄介助、服薬確認、食事等 (45分)				
	短時間デイ	訪問看護			短時間デイ		
14:00			排泄介助、服薬確認、食事等 (30分)				
21:00			排泄介助、服薬確認等 (15分)				