

CITY OF YOKOHAMA

令和5年度 横浜市

「みんなにやさしい介護のプロを目指す」  
プロジェクト

# 表彰事業所 事例集



明日をひらく都市  
OPEN X PIONEER

## 【表彰事業所】 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護事業所 パレット	P3～
パイナップル畑で	P15～
小規模多機能型居宅介護 ぼやあ樹 松本町	P24～
ウイル汲沢ステーション	P36～

## 【表彰事業所】 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能施設 のぞみ	P44～
----------------	------

## 【表彰事業所】 定期巡回随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護

横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし	P53～
横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護いずみ	P62～
翡翠の舞ケア24	P73～

# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット



基本情報	
法人名	株式会社 アイシマ
事業所所在地	旭区善部町119-28 (相鉄いずみ野線、万騎が原駅から徒歩10分)
開所日	2020年04月01日
定員	登録定員 29名 通いサービス 18名 宿泊サービス 9名
事業所の見学	利用者の見学は随時受付。他事業所からの見学も歓迎します。 事前にお問い合わせください。 (担当：水島・塚田 045-367-3371)
特徴	地域・利用者様・支援者である家族の『困った』『助けてほしい』を全力で考え、全力で支える、それが私達のモットーです。パレットの職員は、特定技能外国人の方2名を含め、みんな笑顔で明るく、お互いに声を掛けあうことで情報共有を密に行い、利用者様の対応をさせていただいております。コロナ禍でオープンしたパレットが、地域交流として実施した“こどもボランティア活動”では、みなさんが生き生きと活動に参加されています。自立支援としての歩行練習では、利用者様に“万歩計”をつけて歩いていただき、歩数を測定・記録をし、日々の体力づくり・ADLの維持に活用しています。



## 「小規模多機能型居宅介護事業所 パレット」の取組事例

『こどもボランティア隊』出動！地域交流として始めた活動は、職員の子供達が参加する“ボランティア”です。子供達がパレットに来て、利用者様と一緒に作品作りや遊び・お手伝いに参加したり、子供同士の交流にもなっています。利用者様は日常では味わえない楽しさや嬉しさを経験でき、子供達は利用者様に褒めてもらい「ありがとう」という言葉に喜びを感じました。この取り組みにより、更に皆が笑顔で生き生きと過せる場となっています。



2023春休みのある日



ママ、おはぎが  
美味しかったよ



# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット

## 【私たちの取り組み】

### 2020年4月は…

世界中で新型コロナウイルス感染症が猛威を振るい  
我が国では緊急事態宣言が発令された  
学校の休校・医療のひっ迫・テレワーク  
オリンピック延期・外出の自粛…  
不要不急の外出は控え、これまでの生活は一変し  
新しい生活様式となった…

**そんな中パレットは  
オープンした**

誰もが戸惑いの生活の中、不安しかなかった…  
オープンしても、制限ある活動ばかりで  
小規模の特徴である『地域交流』が出来なかった。

『ママの働いているパレット  
に行ってみたいな』

母の仕事に興味を示す小学生がいた  
その言葉をヒントにパレットでできる地域交流として

**「こどもボランティア隊」  
を結束した**



# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット OPEN YOKOHAMA

## 【『こどもボランティア隊』準備】

### ■こどもボランティア隊メンバー

- ・ 職員のこども 小学生～中学生男女

### ■ボランティア活動内容

1. 利用者様との遊び
2. お手伝い
3. こども同士のふれあい

### ■計画・準備

- ・ 利用者様へ事前に告知し“こどもとやりたいこと”を確認した
- ・ ボランティア申込書の提出 横浜市の保険へ加入の確認
- ・ かつどうのこころえ11カ条” 活動内容マニュアルを作成

#### ボランティア活動のこころえ11カ条

##### パレットボランティアかつどうのこころえ ～しょうがくせいバージョン～

- ①おうちでおねつをはかてからきてね
- ②しせつのなかでは、ますぐとしょうどくをしてね
- ③げんきなこえて、ごあいさつをしよう
- ④じぶんでやりたいことをみつけて、じこうしよう
- ⑤できることからやってみよう
- ⑥あいてのきもちをかんがえてこうどうしよう
- ⑦やくそくはまもろう
- ⑧ひみつはまもろう
- ⑨しせつのなかは、ほしらない
- ⑩あぶないことはやらない、あんぜんをだいりちにこころがけよう
- ⑪しょういんのいってことをよくきいて、こうどうしよう

おてつだいしてくれてありがとう  
パレットより



ボランティア隊結成

# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット OPEN YOKOHAMA

【『こどもボランティア隊』 出動】

## ■利用者様とのあそび

### 夏休み

パレット夏祭り2023に参加  
屋台づくりからこどもたちが協力してくれた



### 冬休み

利用者様はこどもたちと遊ぶためにお手玉をつかった

～裁縫が得意なAさん99歳

糸通しを使わずに針に糸を通して驚いた～  
完成したお手玉で教えてもらいながら遊んだ  
手触りが気持ち良かった





# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット

【『こどもボランティア隊』 出動】

## 春休み

パレット3周年記念、くす玉でお祝いをした  
おはぎを作って食べた

笑顔がいっぱい特別な日になった…



ママ、おはぎが  
美味しかったよ

## ■ お手伝い

①テーブル拭き②食事の配膳③洗濯物干し・モップかけ・玄関掃除

## ■ こども同士のふれあい

宿題をした、上級生が勉強を教えたり  
マル付けもしてもらった  
一緒にご飯やおやつを食べた





## 【こどもボランティア活動の感想】

### 《利用者様の声》

- あまり動けない年寄りに優しく接してくれて嬉しかった
- 母の働いているところを見て勉学の為がいいと思う
- 楽しかった、また来てね、待ってます
- 元気が出た、かわいかった



### 《こどもの声》

- お茶をよういしてあげたらありがとうといってくれてうれしかった またお手伝いをしたい
- 高校生になったらパレットでアルバイトをしてみたい
- みんな笑顔がかわいかった、やさしかった、また来たい
- ままのおしごとがたいへんだとわかった



## 【こどもボランティア活動の感想】

### （職員の声）

- 利用者様が目を細め楽しそうだった
- 利用者様の名前を覚え、同じ話をされても嫌な顔をせずに話を聞いて感心した
- 家族からも楽しかったようだとお話があり嬉しく思った
- こどもが側にいると安心して働くことができた



## 【こどもボランティア活動の考察】

### ■評価

- 利用者様**はいつもと違う楽しさを感じこどもから元気や意欲をもらった
- こども達**は利用者様のやさしさにふれ、高齢者に対する理解が深まった  
他者をいたわる気持ちを学んだ  
こども同士の交流、社会マナーを学び、  
親の働く姿を見ることは貴重な経験となった
- 私達職員**は多くの利用者様が生き生きと活動していたと感じた  
利用者様との向き合い方をこどもたちから学び、新たな気づきを得た  
子供の安否確認ができ、子育てをしながらも安心して働くことができた



## 【こどもボランティア活動の考察】

### ■考察

#### →神奈川福祉ビジョン2040

『2040年に向け、人を育て地域を育てる、そのためには未来を担う子供たちとどう生きるかを一緒に考え行動する機会を創出する』

#### →神奈川県福祉教育

- ①すべての小中学校において認知症サポーター養成講座を開設する
- ②県立高校を中心に介護事業所においてボランティア体験を必須科目とする



こどものうちから高齢者にふれあい知識や理解を得て  
人間力を磨く研修を推進している



# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット

## 【こどもボランティア活動の考察】

### ■考察

“少子高齢化” “核家族” 高齢者とこどもが関わる機会が減っている

- こどもボランティアは  
これからの日本の問題“超高齢化社会”において  
パレットでできる第一歩だったと考えられる
- 小さくも頼もしいこどもたちは  
人と人との関いやふれあいが、喜びや楽しみに繋がるという事を教えてくれた  
みんなが笑顔で安心して過ごせる場所であるように…  
今後も取り組みを行っていききたい





# 小規模多機能型居宅介護事業所 パレット



【パレット3年のあゆみ】



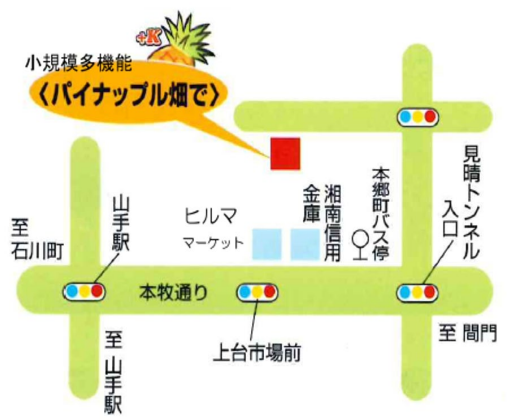
祝敬老

横浜発「みんなにやさしい介護のプロを目指す」プロジェクト2023



# パイナップル畑で

基本情報	
法人名	株式会社 プラスケイ
事業所所在地	中区本郷町2-63 1階 (JR 山手駅 より 徒歩15分 横浜市営バス 105系統「本郷町」バス停車 徒歩2分)
開所日	2010年04月01日
定員	登録定員 24名 通いサービス 12名 宿泊サービス 5名
事業所の見学	利用者の見学は随時受付。他事業所職員の見学も歓迎します。 事前にお問い合わせください。(担当: 上村 045-263-8039)
特徴	職員全員が利用者様に、居心地のいい場所に居ていただきたいと考えていたら、とても家庭的な雰囲気の事業所になりました。また、利用者様ご本人を大切にすることは、ご家族様を大切にすることにも繋がると考えており、ご家族様の介護負担軽減にも努めています。看護職員が3人在籍、医療依存度の高い方の受け入れが可能です。心豊かな、あたたかい場所で、優しい気持ちに囲まれながら、今の生活を出来るだけ長く続けていけるよう、常に支援やケアに努めています。



## 「パイナップル畑で」の取組事例

「パイナップル畑で」は、高齢者は、これまでの生活で体験をしてきた、それぞれの思いがあり、それを時間に換算する事はできないと考えます。例えば、通いの時間は本人や家族で決め、途中「家に帰りたい」ならば、帰宅。訪問に変更し介護員が1~2時間おきに安否確認をする形で利用する。 天気がいい日、ドライブに出かけ、公園でお弁当を食べ、今の町の様子を見る。 家族の希望があれば、本人が納得するまで説明をし、泊りを利用する。





## 「パイナップル畑で」の取組事例

今のままでは、生活の維持が困難な人に対し「どうすれば現在の生活が続けられるのか？」  
「どうすればその人のための介護になるのか？」「何をすればその人らしい生き方になるのか？」を常に考え介護する。

「いつも、ありがとう」など、お褒めのお言葉を頂く事、これが私たちの励みとなり、さらに良い介護事業所に繋がっていると信じている。これが「パイナップル畑で」です。



# パイナップル畑で

## 【事例又独自の取組み等 No1】

☆女性82歳：要介護2：認知症自立度Ⅱb

☆独居で一人息子との仲が悪く、嫁が介護が必要なのに、どうしていいかわからず、地域ケアプラザに相談し、当事業所を利用する。

☆目標：息子や他者との交流を持ち、生活意欲を高め、独居生活を継続していく。

☆本人：夫と話し合い、息子に迷惑をかけないように、夫の病気（末期癌）を息子に隠し自宅で看取る。

☆息子：父の状態を隠され怒り、母との確執を持つ。

☆本人：人との交流を強く拒否し、既存のデイサービスの利用になかなか繋がらない。

☆契約の時も受診の時も息子は来ず、常に嫁が対応。



# パイナップル畑で

## 【利用スタート】

☆1日に3回、30分位お話しをしに  
訪問（9時、12時、17時）

## 【約1か月後】

☆職員に馴染み「通い」に参加。始めは昼食のみの利用だったが、他の利用者に勧められ入浴するようになる。

## 【約6か月後】

☆息子の事や、自分の事等を職員に話すようになり、それを嫁に頻繁に報告、嫁は夫（息子）に話していた。

## 【利用スタートから約1年後】

☆息子に事業所（パイナップル畑で）で、本人を見て欲しいと、嫁は頼んでいたが、息子は頑なに拒否した。

☆それでも事業所へのあいさつと称して嫁が息子を連れて来所する。

☆息子を見て、本人は泣き出し、息子の表情に怒りは見られなかった。



# パイナップル畑で

## 【パイナップル畑で取組み】

☆お天気が良い日は、昼食をお弁当にして、ご飯はおにぎりにして公園に行きます。

☆高速道路で富士山を見に行きます。途中のサービスエリアで昼食を食べます。胃ろうの方も、ペースト食の方も座位がとれば拒否がない限り車に乗ります。

☆夏、泊りの方と夜に花火をします。

☆私たちが行った介護はごく普通の介護です。  
☆「泊り」の方の朝食から一日がスタートし、「通い」で入浴、昼食、体操、レクリエーション、送迎、夕食、「訪問」で自宅の手伝い。・・・そして傾聴。

☆話しの中にある思い（本音）を探す、それを介護に活かす。

☆本人すら気が付かない自分自身の本音を形にしてあげる事ができれば、その人が納得する生き方に繋がるのではないのでしょうか。

☆毎日の表情や寝顔、家族などの表情や言動など深く観察し、かかわりを考える事で「その人らしい生き方に繋がればいいな」と思う今日この頃です。



# パイナップル畑で

## 【事例又独自の取組み等 No2】

☆女性86歳：要介護3：認知症自立度Ⅱb

☆8年まえ脳梗塞、1年前右大腿骨頸部骨折するも、麻痺は極軽度で、生活は殆ど自立している。「転んで骨折したことがあるので、安全に安心して暮らせるように、手助けをしてほしい。」との要望で当事業所を利用する。

☆目標：自宅で安心安全に独居生活を継続していく。



☆本人：以前、老健に居た事があり、「あそこには行きたくない。」

「住み慣れたこの家で、これからも過ごしたい。」

☆家族：長男夫婦は同居出来ず、入所すれば安心と考えている。



# パイナップル畑で

## 【利用スタート】

☆週に2回(冬季)～3回(夏季)入浴と機能訓練のため来所。

☆1日に3回、掃除や洗濯などの家事、また昼食の仕度にて訪問。(9時、12時、17時)

## 【約2年後】

☆機能訓練を頑張っていたが、ADL低下と共に脳梗塞の後遺症出現。

☆自宅に自立型の手すりを、動線のすべてに設置し、自宅生活。

## 【約3年後】

☆毎日、日中は、通いにて事業所で過ごし、夕食後「寝るだけで帰宅」。

## 【約4年後】

☆ショートステイ利用が増え、週に1回「寝るだけで帰宅」。

## 【約5年後】

☆衣替えの時期、職員と帰宅するのみ(年4回)

## 【約6年後】

☆事業所の居室で、家族に見守られ、眠るように静かに息を引き取る。

# パイナップル畑で

## 【パイナップル畑で 追伸】

- 本人に利用中、帰宅に対しての気持ちを問うと、「気が済むまで家に居られた。ありがとう。」といつも言われ、笑顔が見られていました。
- 家族からは、本人の意思を形にしてくれて「ありがとう。」と言われました。
- 職員の誰もが、江戸っ子で気さくな、彼女のことが大好きで、「自分たちに、お世話をさせて頂きありがとうございました。」という思いでした。



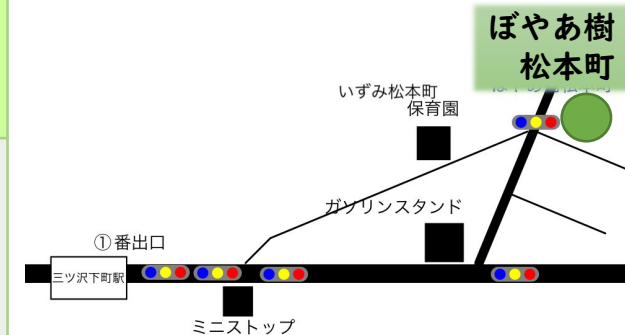
# 小規模多機能型居宅介護

# ぼやあ樹

# 松本町



基本情報	
法人名	株式会社シェルパ
事業所所在地	神奈川県松本町4-32-8 (横浜市営地下鉄：三ツ沢下町駅 徒歩5分)
開所日	2016年06月01日
定員	登録定員 29名 通いサービス 18名 宿泊サービス 7名
事業所の見学	利用者の見学は随時受付しています。 9時から17時の間に事前にお問い合わせください。 (担当：池田 045-565-5750)
特徴	ぼやあ樹松本町は『ご利用者様と共に歩む事業所』を目指して、ご利用者様1人1人のその人らしさを大切に、ご希望に沿ったケアを行っています。 ご利用者様やご家族の声に耳を傾け、ご本人の目標・思いを引き出し、目標に向けた取り組みを考えていくことで自立に向けた支援を行います。 また、ご自分で出来ることはなるべくご自分でやっていただき、皆さんが安心して楽しい生活を送るお手伝いをさせていただいています。 雰囲気の良い職場で、スタッフ全員が自分にできることや得意なことを活かして仕事をしています。

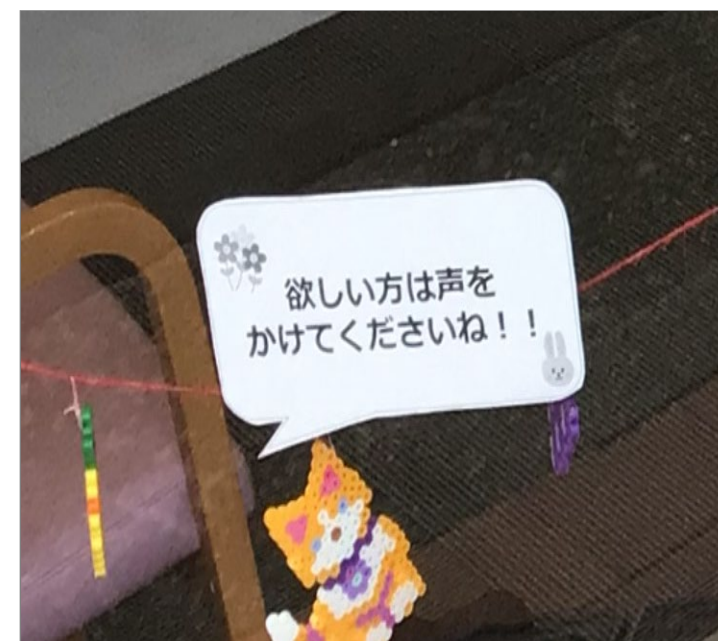


## 「小規模多機能型居宅介護 ぼやあ樹 松本町」の取組事例

定期的に料理レクなどの食に関するイベントを行い、「食の楽しさ」を感じていただけるよう工夫しています。

各季節の行事も盛大に行い、夏祭りでは全員が着用する法被からお祭り飾りまで、ご利用者様と共に手作りしました。

また、普段ご利用者様が作っているアイロンビーズやブロックなどの作品を玄関に飾り、地域の子どもたちにプレゼントすることで、作品作りのモチベーションになっています。



## 法人理念

「お客様の希望をカタチに」

## 事業所理念

### 1 ご利用者様と共に歩む事業所

ご利用者様の声に耳を傾け、安心して生活ができるようにサポートします。

### 2 地域に貢献できる事業所

困っていることがあったらかけこめるような地域に根差した事業所を目指します。

### 3 「人」を大事にする事業所

ご利用者様やスタッフの「その人らしさ」、「ぼやあ樹松本町に関わる方々」「人と人とのつながり」を大事にします。

### 4 スタッフが誇りを持てる事業所

スタッフがぼやあ樹松本町で働いていることを誇りに思えるような、楽しくて働きやすい職場を目指します。



## 【事例①】

### 『ご利用者様について』

- 要介護4:76歳:女性
- 軽度片麻痺 アルツハイマー型認知症
- 入院生活で筋力が低下し、歩行しようとするも手足の力が弱く、ふらつきがあった。注意力も散漫で、移動はほぼ車椅子の状態。自宅は歩いてすぐのところにあるが、車椅子に乗って来所されていた。家に1人でのいるのは難しい状態で、ご家族の仕事の都合もあり、利用開始当初は9時から20時頃までの長時間利用だった。

### 『利用開始・本人の目標』

利用開始当初は簡単な折り紙などに取り組んでいただいた。

日々のレクリエーションを楽しまれているものの、夕方になり他のご利用者様が帰宅するにつれて、不安そうにする様子が見受けられた。

ご本人の意思も確認し、まずは利用時間を少なくすることを目標に、ADLの向上を目指して日々の活動を工夫した。



# ぼやあ樹 松本町

## 【事例①】

### 『具体的な取組』

日々の運動に加え、まずは洗面台からフロアのテーブルまでの短い距離を歩行器や手引きで歩くことから始め、徐々に距離を伸ばしていった。

手のリハビリとして、工作などのレクリエーションも様子を見ながら少しずつ難易度を上げていった。

ご家族と相談し、自宅に手すりを設置した。



飽きないように色々なレク等をおこなっています！

### 『結果・現在』

お散歩ではしっかりとした足取りに、、、！

ご本人のポテンシャルの高さもあり、2か月ほどで杖・手すりを使った自力歩行が可能に。送迎の際も介護士付き添いの元、自力歩行で通われている。

料理レクやはさみを使ったレクも行えるようになり、集中力の向上に繋がった。

結果として、他のご利用者様と同じ時間帯での帰宅が可能になった。

本人としてはさらなるADLの向上を望まれているため、引き続き工夫しながらサポートしていく。



# ぼやあ樹 松本町

## 【事例②】

### 『ご利用者様について』

- 要介護3、66歳、女性
  - 糖尿病 パーソナリティ障害
  - 精神パーソナル障害による暴言やトラブルが多く、「デイが嫌い」との訴えがあったため、週2回入浴のためだけに来所され、昼食も食べずにそのまま帰宅していた。
- その他の日は訪問で対応。



### 『利用開始・目標』

はじめは慎重に関係を築くことにした。

事業所にいる短い時間や訪問時に少しずつ話を聞いている中で、「日常生活の行動1つ1つに強いこだわりがあること」「生活習慣が乱れていること」がわかったため、解決に向けて1つずつ問題点を洗い出した。また、本人の意志としても、「まともな生活を送りたい」とのことだった。





# ぼやあ樹 松本町



## 【事例②】

### 『具体的な取組』

訪問や電話で密に連絡を取り合い、1日の生活リズムを本人に記録していただくことで、生活状況の確認をした。

レクなどが嫌いなわけではないようだったので、本人の様子を見ながらレクリエーションに誘ったり、話を聞いたりすることで、事業所に居たいと思っていただけるように工夫した。

ご利用者様が自身で家の中を動き、生活できるよう、家の片付けを手伝うなど生活環境の改善を図った。

夏祭りでは笑顔もみられました！



### 『結果・現在』

レクリエーションに積極的に取り組んでくださるようになり、料理レクや季節のイベントも楽しんでいただき、他のご利用者様と穏やかに会話する姿も多く見られるように。

デイにいる時間も多くなり、昼食だけでなく、おやつも召し上がって帰宅されるようになったことで、食事リズム改善のサポートが少しずつできるようになった。

まだ課題は多いが、利用開始4か月で着実に成果が出ている。今後も対話を続け、心に寄り添ったケアをしていく。



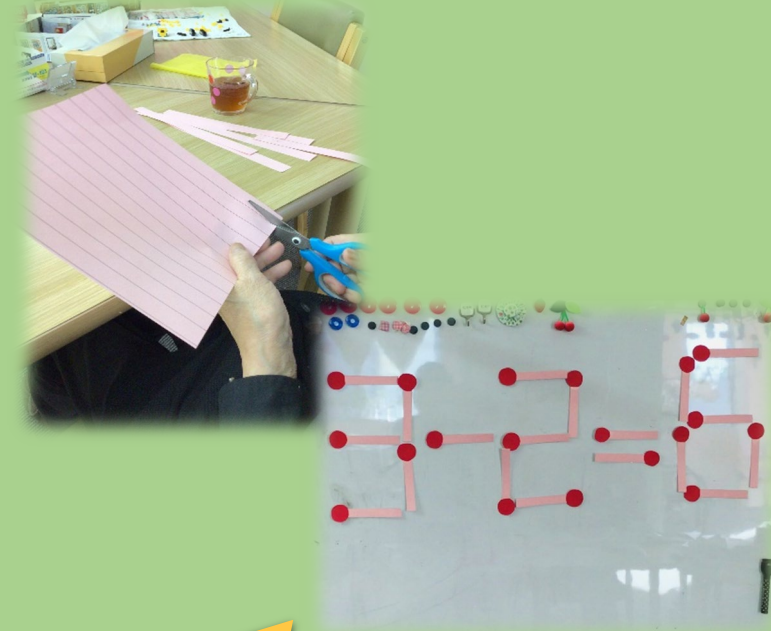
ご自分でうどんを切ることも！

# ぼやあ樹 松本町

## 【日々の取組み】

季節の飾りは難易度を変えながら  
1か月かけてじっくり制作。  
ご利用者様も制作を楽しまれ、  
飾りつけられたものを見て喜んで  
くださっています♪

ハサミを使って作成しています！



脳トレグッズもご利用者様  
と制作！大切に使っています。



外に見えるように飾っています！



# ぼやあ樹 松本町

ぼやあ樹松本町 夏祭りの様子です！

## 【日々の取り組み】

お散歩で気分転換！  
室内でも歩行訓練や体操などの運動をしています！



室内で植物栽培も！  
ご利用者様のプランターも用意し、種まきをしていただきました。  
植物の成長が毎日の楽しみになっています。



トマトを収穫！



10月には運動会も行いました！

イベントの準備はご利用者様と一緒に！  
みんなで達成感を味わいます。



# ぼやあ樹 松本町

## 【日々の取組み】

### 食の楽しさ／食育



うどんを  
こねて  
伸ばして  
切って、、



食事は彩りも大切にしています！

食事も大切！

うどん作りなどの料理レクをはじめ、ご利用者様の前で  
作って提供するホットプレート料理、季節の食材を使った  
メニューなど、食事やおやつで「食の楽しさ」を感じてい  
ただけるように日々考えています。



# ぼやあ樹 松本町

## 【日々の取組み】

ブロック、アイロンビーズ、手芸といった多種多様なレクを用意しています。  
それだけではなく、テレビを見たり、日向ぼっこをしたり、読書をしたり、、、  
ゆったりした時間を大事にし、ご利用者様が自身で選択して自由に活動できる雰囲気づくりを心がけています。  
また、作品を地域の子どもたちに配ることで、ご利用者様の作品作りのモチベーションになっています。



ゆったりした時間も大切です。。



ご利用者様のアイロンビーズ作品です！



# ぼやあ樹 松本町

ご利用者様やご家族の声に耳を傾け、ひとりひとりの思いを引き出し、皆さんが安心して楽しい生活を送るお手伝いをさせていただいています。

事業所理念にもある「ご利用者様と共に歩む事業所」

「『人』を大事にする事業所」

をモットーに、ご利用者様のその人らしさを大切に、個々に合ったケアを心がけています。

## ご利用者様



## スタッフ

年齢・経験・職種関係なく、全員が意見を言いやすい雰囲気づくりを心がけています。介護スタッフ以外のスタッフが料理レクや季節飾りなどの提案することも多いです。

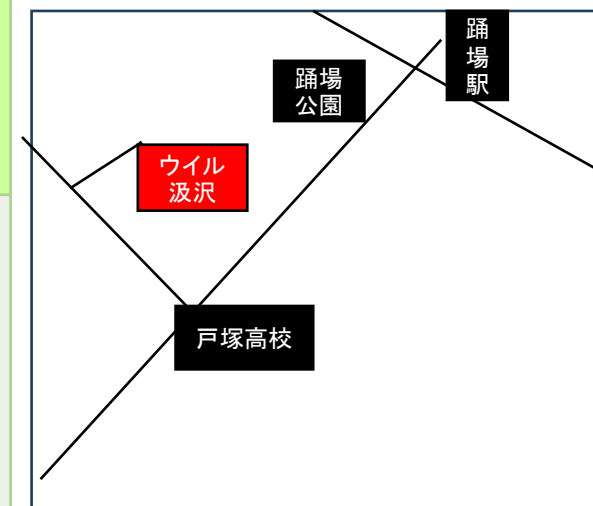
スタッフ全員が自分にできることや得意なことを活かして仕事をしています。

雰囲気の良い職場で、スタッフが心に余裕があるからこそ、良いアイデアが生まれ、より良いケアができるようになります♪



# ウイル汲沢ステーション

基本情報	
法人名	シニアウイル株式会社
事業所所在地	戸塚区汲沢八丁目31番18-21号 (横浜市営地下鉄(ブルーライン) 踊場駅下車徒歩8分)
開所日	2007年04月01日
定員	登録定員 29名 通いサービス 15名 宿泊サービス 5名
事業所の見学	利用者の見学は随時受付。他事業所からの見学も歓迎します。事前にお問い合わせください。(担当:佐々木 045-861-0868)
特徴	「住み慣れた自宅で最後まで暮らしたい」というご本人の希望を最大限叶えるため、家族と協力しながら支援を行っています。訪問回数は月に600~800回程度あり、ご利用者の状況に応じて1日に複数回の訪問も行います。その都度スタッフがアセスメントを行い、必要に応じてすぐにケアプランに反映させています。ご本人の馴染みの病院、スーパー、美容院、自治会等に行くなど、これまでの生活を継続できるようサポートを行っています。



# 「ウイル汲沢ステーション」の取組事例

## 通いサービス利用中の様子

- ・お一人お一人の今までの生活に着目し、やりたいこと・やれることをアセスメントし通いサービス中もその方らしく過ごして頂けるための支援を行います。
- ・好きな花を購入し寄せ植えを行い、水やりや枯れた花摘みなど積極的に行って頂いています。
- ・家庭菜園も野菜の苗を購入し苗植えから収穫まで行っています。
- ・音楽やコーラス等が趣味だったけど、今は行かれない方に音楽療法士による音楽の時間が楽しみにつながり通いに積極的に出かける意欲つながっています。
- ・自宅ではなかなか1人ではやれなくなっていた趣味や、1人では転倒のリスクも高くなかなか出来ていない歩行を職員のサポートで継続することができ、意欲が持てるようになりました。
- ・医療的な不安がある方も、看護職員が相談に乗らせて頂く事で安心感につながっています。





# 「ウィル汲沢ステーション」の取組事例

## 通いサービス利用中・自宅から訪問支援で行きたいところへ送迎

通いサービス中の中抜け支援または自宅から行きたいところへ送迎します。  
通いサービス中に買い物や地域の行事、理美容院や習い事などなど…に出かけます。  
また、自宅で過ごす方へ訪問支援で行きたいところへの送迎を行い、ケースによっては地域の方と連携し一緒にサポートして頂いてます。  
その方が行きたいところに行かれるための支援を積極的に取り入れることで、今まで築き上げてきた地域との関係性を続けられるための支援を行っています。  
高齢となり、出来なくなってしまうことを諦めずに行動できることでその方らしくいきいきと過ごすことができます。

食事会参加



送迎も訪問もお一人お一人のニーズに合わせて軽自動車で行っています。

病院受診





# 「ウイル汲沢ステーション」の取組事例

住み慣れた地域で暮らし続けられるためには訪問が不可欠！

独居、老々世帯は基本1日3回の訪問を実施しています！

- 服薬提供、確認のため1日3回訪問
- 食事の準備や食べられたかな？の確認
- 分別とごみ捨て！
- 洗濯を一緒に干しましょう！掃除を一緒に行いましょう！
- 「お変わりないですか？困ったことないですか？」安否確認
- 家族は遠方でなかなか美容院へ行かれない…一緒に行きましょう
- 高齢の家族で着替えの支援や離床介助、入床介助、車いすへの移乗は大変…一緒にやります

認知症となっても身体的な支援が必要となっても必要な時に必要な訪問支援が入ることで、住み『慣れた家でいつまでも暮らしたい』の希望が叶えられ、元気な笑顔が見られています。



# ウイル汲沢ステーション

## ウイルの理念 そして...取り組み

お一人お一人の生活を大切にします

家族との関係性を大切にします

地域との関わりを大切にします



## 大切にしていること

- ・住み慣れた自宅で暮らし続けられるための支援を行います。
- ・送迎や訪問等全て個別対応。その方に合わせ時間調整を行います。
- ・在宅での生活で訪問は絶対不可欠！老々世帯や独居世帯は基本1日3回の訪問で生活全般をご支援いたします。

# 子どもには負担をかけたくない 夫婦2人で 住み慣れた自宅で最後まで暮らしたい

【要介護2の夫を支えたい要介護1の妻】

## 課題

- ・入院期間が長くなり歩行が不安定となり転倒のリスクが高くなってしまった。
- ・自宅内は車いす使用は不可、歩行器を使用する。
- ・夫が転倒したら妻は起こせない。
- ・妻は自宅内歩行は伝い歩きで問題ないが、戸外歩行は3m程度がやっとできている

## 出来ていること

- ・家事全般は妻ができている
- ・買い物は配達してもらえている
- ・妻と夫とけんかしながらも楽しんで生活できている
- ・大きな疾患がなくおおむね健康
- ・遠方在住の娘との関係性は良好





# 子どもには負担をかけたくない 夫婦2人で 住み慣れた自宅で最後まで暮らしたい

【要介護2の夫を支えたい要介護1の妻】

## 課題の解決に向けアセスメント

- ①入院期間が長くなり歩行が不安定となり転倒のリスクが高くなってしまった。
- ②自宅内は車いす使用は不可、歩行器を使用する。
- ③夫が転倒したら妻は起こせない。
- ④妻は自宅内歩行は問題ないが、戸外歩行は3m程度がやっとできている

## 課題解決に向けた提案

- ①退院直後はウイルで泊りを入れ、歩行アセスメントと自宅で転倒しないための福祉用具の選定
- ②泊まっている間に歩行器が安全に使いこなせるよう練習
- ③24時間体制で訪問が可能であることの情報すり込み
- ④自宅内で無理せず家事を行うことを提案



# 子どもには負担をかけたくない 夫婦2人で 住み慣れた自宅で最後まで暮らしたい

【要介護2の夫を支えたい要介護1の妻】

## 約1か月後

### ①週3回の通い

入浴、歩行器練習(午前・午後)・体操、交流等

### ②訪問 1日3回(通いの日の 昼の訪問は無し)

安否確認、トイレ誘導、更衣等

### ③自宅へ帰宅した時にウイル へ電話を掛ける練習

### ④妻は無理なく家事を行う

## そして現在

在宅生活は困難かもしれないと検討してから…約7年の月日が流れ、5年前からは妻も小規模多機能を利用開始となる。

大きな課題であった歩行力は約5年間、維持できている。ご夫妻共に緩やかな低下は見られ長距離移動は車いす利用となったが、現在も、住み慣れた自宅で夫婦2人で楽しく喧嘩しながら生活を過ごされている。





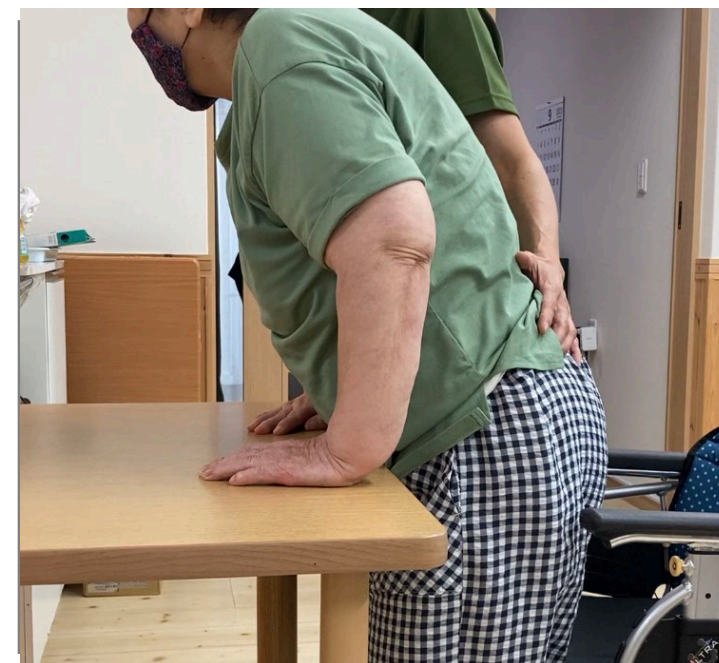
# 看護小規模多機能施設 のぞみ

基本情報	
法人名	株式会社 ゆい
事業所所在地	港北区日吉本町六丁目66番3号 (横浜市営地下鉄グリーンライン高田駅下車 徒歩15分)
開所日	
定員	登録定員 29名 通いサービス 18名 宿泊サービス 9名
事業所の見学	利用希望の方、見学は随時受付しています。 他事業所、介護従事者の方の見学也大歓迎です。 事前にお問い合わせください。(担当: 富田080-5084-2545)
特徴	在宅生活を希望する全ての方が対象です。身体が不自由でも、認知症があっても、必要な支援を適切に提供できるように日々努力しています。 利用される方には、24時間365日自身の力を発揮していただきながら、家族の協力を得て、必要な支援を提供していきます。一人づつサービス内容は異なりますが、支援者の仕事の時間に合わせたサービス利用が多く、夕食後の帰宅や、帰宅後の就寝のお手伝いも行っています。退院後自宅での生活が心配な場合は、自信がつくまで泊まりもできます。自宅に必要な動作を修得し、まずは昼間だけ帰宅するなど、在宅生活を継続していきます。



## 「看護小規模多機能施設 のぞみ」の取組事例

80代・要介護4・サ高住にて要支援の夫と二人暮らし。2年前にも右大腿骨骨折の既往あり。今回、左大腿骨骨折後、全介助の状態での利用開始。自宅にて排泄・車いすへの移乗を含め1日3回の訪問、週3回は通所され、夕食を食べてから送迎し、臥床するまで支援している。本人の「トイレに行きたい!」という目標を叶えるために、横浜市在宅リハビリテーション事業を利用して、自宅と施設での動作確認とリハビリ指導のもと立てるようになりました。



# 看護小規模多機能施設 のぞみ



## 【事例又は独自の取組み等 No.1】

要介護4:81歳:女性

夫婦二人での生活が困難になりサ高住へ転居するも、転倒し左大腿骨骨折。

退院後、本人が大柄なこともあり、従来のサービスでは対応できないと判断(複数回の訪問にヘルパー2名が必要であるため)

看多機の利用となる。

在宅時(看多機利用後)		
8時	サ高住	パット交換
10時	のぞみ	オムツ交換・陰洗・内服確認・バイタル測定・車いすへ移乗
14時	のぞみ	車イス⇄ベッド・オムツ交換・内服確認・荷物の用意
19時	のぞみ	ベッドへ移乗・オムツ交換・内服の確認
夜間	夫	パット交換

**訪問** ⇒ 1日3回の定期訪問＋排便時・緊急時はオンコール対応。

**通い** ⇒ 週3回の通い。お迎えはベッドから。夕飯を食べてから帰宅時はベッドまで。

**泊り** ⇒ 夫の体調不良時など、緊急避難的に泊まり。

**看護** ⇒ 月1回のモニタリング＋往診立ち合いや体調不良時随時に訪問。

通所時(看多機利用後)時間・活動内容は目安						
9時	10時	11時	12時	16時	18時	19時
お迎え	体操	入浴	昼食	個りハ	夕食	送り

横浜発「みんなにやさしい介護のプロを目指す」プロジェクト2023



# 看護小規模多機能施設 のぞみ

## 【本人の希望:トイレに行きたい!】

退院時患肢荷重は10kg。

健側の右下肢の筋力も弱くりハビリ困難な状態であった。

ベッド上でのリハビリを継続し回復を待った。

主治医より荷重50%が許可となるが。。。



- ・事業所に理学療法士の配置はなし
- ・基準限度額内で訪問リハを入れる余裕なし
- ・訪問リハの事業所が近隣になし



## 在宅リハビリテーション事業の活用



支援従事者の皆様へ

横浜市総合リハビリテーションセンター

### 在宅リハビリテーション事業のご案内

**「在宅リハビリテーション事業」とは?**

横浜市在住の障害児・者および高齢者の方々に対し、障害や加齢によって生じる生活上の問題の改善や軽減などを図ることを目指して、リハビリテーション専門職が訪問のうえ、関係機関と連携しながら、解決策を提案します。  
横浜市の事業であり、介護保険の訪問リハビリテーション（居宅サービス）とは異なります。

**「在宅リハビリテーション事業」の流れ**

在宅リハビリテーション事業の流れは、以下の図のとおりです。

- 1. 相談・調整**  
相談内容の把握と調整  
利用者 ↔ 支援従事者  
支援従事者 ↔ リハセンター専門職  
相談 ↑ 調整 ↓
- 2. 初回訪問**  
利用者の状況確認と支援計画の策定  
利用者 ↔ 支援従事者  
支援従事者 ↔ リハセンター専門職  
カンファレンス ↓
- 3. 支援計画に基づく訪問**  
計画の実行と経過確認 → 終了・モニタリング  
利用者 ↔ 支援従事者  
支援従事者 ↔ リハセンター専門職  
カンファレンス ↓

# 看護小規模多機能施設 のぞみ

【本人の目標:立ち上がりができる】

## R5.4.11 初回訪問 動作確認



- ・車いす座位での両手テーブル拭き
- ・足踏み、足の曲げ伸ばし
- ・オムツ交換時のお尻上げ、足上げ

## R5.7.31 自宅訪問 動作確認

- ・夫の支援動作の確認
- ・外出時のルート確認と車イス介助の動作確認

## R5.9.4 のぞみで動作確認



- ・介助バーを使っての移乗動作訓練
- ・立ち上がり可能【達成】

## R5.10.11 のぞみ

- ・継続的な動作確認
- ・トイレ動作に向けて訓練継続





# 看護小規模多機能施設 のぞみ

## 【事例又は独自の取組み等 No.2】

要介護1⇒3 : 76歳: 男性

直腸癌術後、肝転移、肺転移、縦郭リンパ節転移

娘家族と同居であるが、終末期を念頭に利用開始。

- ・連泊から利用開始
- ・体調が安定し週末は自宅で過ごす
- ・体調の悪化に伴い臥床時間が増える

【本人の希望：  
タバコは自分の足で吸いに行きたい】



ベランダまでタバコを吸いに行くのが唯一の活動となる



車イスの移動は拒んでいたが、最期まで自分らしくタバコを吸っていた



# 看護小規模多機能施設 のぞみ

## 【事例又は独自の取組み等 No.3】

要介護5:90歳:女性

令和3年2月自宅にて転倒⇒左大腿骨折

入院治療中、同年5月脳梗塞にて左片麻痺・8月食欲が戻らず胃ろう造設。

同年12月退院後⇒在宅にて看多機利用。

就労している娘と二人暮らし。

## 【本人の希望:どらやきを食いたい!】

- ・廃用により嚥下困難
- ・訪問歯科と管理栄養士により、  
嚥下訓練と食形態の改良を実施

管理栄養士訪問記録 (居宅療養管理指導/その他)

氏名: [redacted] 訪問日: 2024年3月25日 時間: 17:30-18:00

本日の状況:  体温 37.2℃  血圧  SpO2  座位・車椅子・臥位

目的:  居宅療養管理指導  摂食量評価・助言・調理指導  サイン

今日の結果:  現状維持。今の調子で経過観察としました。  留意事項をお伝えしました。下記の③をご参照ください!

本日の記録

① 聞き取り事項: 今朝は起床後、朝食を摂り、その後、お風呂に入りました。夕食は、お粥を食べて、お茶を飲みました。お粥は、お粥メーカーで作りました。お粥は、お粥メーカーで作りました。お粥は、お粥メーカーで作りました。

② 摂食量評価: 朝食 粥 200g (100kcal) コーヒー 1杯 (10kcal) ラコール 2P 600kcal

③ 留意事項: ① 1日1回 夜は、お粥を食べて、お茶を飲みました。お粥は、お粥メーカーで作りました。お粥は、お粥メーカーで作りました。お粥は、お粥メーカーで作りました。

# 看護小規模多機能施設 のぞみ

## 【本人の希望:どらやきを食いたい】

訪問歯科によりVE(嚥下内視鏡検査)を実施。

管理栄養士の訪問により、食形態の確認。

のぞみ 看護師により毎日の嚥下訓練。

令和4年4月には**待望のどらやきを**召し上がることが可能になった！

【達成】



内視鏡

管理栄養士訪問記録 ( 居宅療養管理指導 / その他 )

先生 下記報告いたします。 2枚目 (主治医控え)

氏名 [redacted] 訪問日: 令和4年 4月14日  
時間: 17:00 ~ 17:40

本日の状況	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> SpO2	<input checked="" type="checkbox"/> 座位・車椅子・臥位
	BMI 18.2 + 1.3 kg	
	体重 49.9 kg	顔色 良
目的	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 栄養相談	<input type="checkbox"/> 摂食量評価・助言・調理指導 <input type="checkbox"/> サイン
	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科同行	
今日の結果	<input type="checkbox"/> 現状維持。今の調子で経過観察としました。 <input checked="" type="checkbox"/> 留意事項をお伝えしました。下記の③をご参照ください!	

本日の記録

心配事あり  特に心配事なし

①聞き取り  
元気があり、体調は良い。  
体重 +1.3kg/月、食後むせ有。  
おやつはどらやきなどを食べています。  
食後 食中は水有

②摂食量評価  
 点滴あり  点滴なし

おやつ (お粥・お餅) の  
食べ方のゆかりのため  
お粥・お餅

完食 (20分) 程度

推定の摂食栄養量	300 (20分) 程度
	494 23 1300
	398 15 kcal
	64 1.7

③お伝えした  
① 現在の食形態 (お粥とお餅) で「何となく食べている」  
② 少しづつのかかがあることがわかりましたので、食事の中で一品は一口大に形態変更して続けて下さい。  
③ 下顎歯の修理を始めています。

特殊食品・栄養剤利用  あり  なし  
ラッセル半団

備考: 次回の予定他

(お粥とお餅) の  
食中の水分は分量が下向きだからで、  
食中に頭を上げるようにするといいです。



# 看護小規模多機能施設 のぞみ



私たちは、  
私たちの「**有する能力**」  
を発揮しながら生きています。  
その「**有する能力**」が  
さまざまな要因で低下し、  
自立した日常生活が障害される  
状態になったとき、  
その状態に応じた  
支援が必要になります。

その人らしく  
生きていけますように



# 横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし



基本情報	
法人名	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会
事業所所在地	西区桜木町六丁目31番地5階 〔 市営地下鉄 高島町駅 出口1 から徒歩約5分 JR 桜木町駅 北改札（西口）から徒歩約12分 〕
開所日	2012年8月1日
特徴 (この内容を表彰式で発表いたしますので、事業所のPRポイントや特徴を御記載ください。)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、重介護のサービスのイメージが強いが、毎日複数回入るからこそ出来る自立支援があり、そこから利用者のADLの向上を目指すことで重介護から軽介護へ移行できるサービスにしていきたい。その実現には、自立支援は介護職が一方的に行うものではなく、利用者の意思・尊厳を尊重しながら生活の意欲を引き出していくことが非常に大切であり、身体的・精神的ケアも含め、利用者が思い描く生活のお手伝いができればと常に考えています。



# 「横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし」の取組事例

99歳女性のAさん。円背が酷いことからリクライニングチェアで前屈みの姿勢で生活。オムツ交換は家族が二人で抱えて行っていた。定期巡回ご利用後からは「QOLを上げる」を目標として寝床は介護用ベッドに変更。毎日少しずつ身体を正面に傾けるようにポジショニングを行い徐々に仰向けで寝られるようになる。臥床することで腹部圧迫も無くなり食欲も戻る。本人からトイレに行きたい！と声上がり車椅子に移乗してトイレで排泄、食事は食卓での生活となった。



利用者・スタッフ双方にとって、安心・安楽なサービス提供のため毎月研修を実施しています。



Aさんのベッドから車椅子への移乗には、スライディングシートやスライディングボードを使用します。



Aさん、やっぱり食卓で飲むお茶は美味しいですね！  
素敵な笑顔です♪





法人として力を入れているノーリフティングケア研修「介護される側・する側、双方に無理のない安全で安心な介護」と、自立支援サービスを掛け合わせ日常生活の支援から社会参加支援と幅広い領域で支援を行っています。

そのために必要なスキルや知識・充実した技術を習得するため、当事業所として年間研修計画を立て効果的に実施しております。

## 【私たちが目指しているもの】

- ◆利用者のご希望に寄り添った目標を立てる
- ◆個々のニーズをチームで共有し柔軟にサービスを提供
- ◆計画の実施を通じて尊厳と自立支援に取り組む
- ◆利用者が主体的に選択し意思決定を行うことを尊重
- ◆日常生活動作（ADL）・生活の質（QOL）の向上



ノーリフティングケア研修の様子



住民向け研修の様子



サービスに係る関係機関や家族、地域との連携を強化することで安心と信頼を提供してまいります。

定期巡回とは、各サービスや関係者が一つのチームとなり一人の利用者を支援していくサービスであることから、地域の方や関係事業所への繋がりも大切にしながら、地域貢献の取り組みも行ってまいります。



## 【事例又は独自の取組み等 No.1】

- 99歳 介護度5 女性
- アルツハイマー型認知症、多発性脳梗塞
- 介護ベットをレンタルしていたが使用せず、円背が酷いことから介護用リクライニングチェア上で生活をしていた。身体もかなり屈曲されており、食欲もなく、オムツ交換は家族2人で抱えて行っていた。介護負担が大きくなり、定期巡回の利用となる。

- **目標**：生活の質(QOL)を上げる。



- 安楽な姿勢で寝られるように、寝床をリクライニングチェアからベットに移した。
- これまで側臥位で寝ていたが、毎日、少しずつ身体を正面に傾けるようにポジショニングやマット下にクッションを入れ、徐々に仰向きで寝られるようにした。
- **結果**：臥床することで、腹部圧迫も無くなり食欲も出てきた。
- その頃から、ご本人から「トイレに行きたい」と言うようになり、なぜ立てないのか検証をした。結果、立つ力はあるが、足元が滑ることとで踏ん張れないことが分かり、滑り止めマットを試した。するとしっかり踏ん張ることができ、短時間の立位が可能であることが分かった。
- 今では車椅子を利用して食卓での食事やトイレもヘルパーの介助で行けるようになった。







## 【事例又は独自の取組み等 No.2】

- 83歳 介護度4 女性
- アルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折
- 圧迫骨折によりベッド上の生活となり、認知症も進行し、定期巡回の利用となる。

- **目標**：生活の楽しみを見つけ、もう一度デイサービスへ行く！！

- サービス導入時は腰痛からベッド上で失禁状態で、食欲もなく服薬も出来ない生活だった。

- 言葉数も少なく笑顔もない。以前は楽しみに通っていたデイサービスも行きたくないと休止状態だった。



- 圧迫骨折から2か月ほど経過しており、痛み止めを飲まないことから痛みのコントロールが出来ていなかった。

- **結果**：毎日ヘルパーが訪問し、決まった時間に服薬介助を行うことで痛みが和らぐようになった。痛みが和らぐと食欲も増し、歩行介助で食卓で食事を行い、寝食分離が出来るようになった。

- 尿意・便意はないが、トイレ誘導を毎回行うことでADLの向上に繋がった。

- 現在はヘルパーと共に行える家事がひとつひとつ増え、以前、楽しく通っていたデイサービスにも笑顔で通っている。





## 【事例又は独自の取組み等 No.3】

- 80歳 介護度5 女性
- 認知症
- 食欲低下により入院。入院中、認知機能低下により夫一人での介護は困難になり退院後から定期巡回の利用となる。
- **目標**：「入院をしてから表情もなく話も出来なくなってしまう。前はいい笑顔で笑っていたのに」と言うご主人の話から笑顔で過ごすと言う事を目標とした。



- 1日3回の定期訪問+ケアコールによる随時対応の利用で、他愛もない笑い話から始め、動作時には常に声かけを心掛けた。
- 最初は水を飲む行為を忘れかけていたため、スプーンや吸い飲みで介助しながら水分補給を行っていた。脱水傾向にあったため、ご自分でも飲水できるような介助を心がけた。
- **結果**：3か月が過ぎた頃、ヘルパーの退室時に「ありがとう」とひと言、言葉を発するようになる。
- その後、段々と発語が増えていき、コミュニケーションも取れるようになってきた。現在で、活動中に大きな声で笑い、ご自分で髪を整えたりコップで飲水している。







## 【事例又は独自の取組み等 No.4】

- 80歳 介護度5 男性
- 慢性心不全、脳梗塞
- 腰部の痛みから救急搬送され、心臓の疾患が判明。入院中にベッド上の生活になり定期巡回の利用となる。

- **目標**：「もう無理はせず、住み慣れた家で好きなように暮らしたい」というご本人の希望から、今出来ることを続け、自分らしく生活していく。
- ベッド上の生活が長く、同じ体勢の時間が長いことで身体の節々に痛みがあり、側臥位になることも困難だった。



- 訪問医から「動かないから痛みが出て、拘縮による痛みの可能性が高い。どんどん身体を動かした方が良い」とアドバイスがあった。体調に合わせて、時間をかけご本人の力で動けるよう声かけと支援を行う。

- **結果**：毎日、複数回の訪問を行い身体を動かすことで痛みの度合いも弱くなっていき、スライディングシートを使用することでご本人の力で身体を動かすことができるようになった。

- 意欲向上につながり、以前は身体の痛みから嫌がっていた起床・就寝の着替えを行うことで生活の質も向上した。





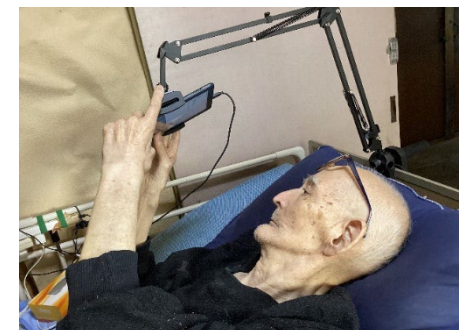
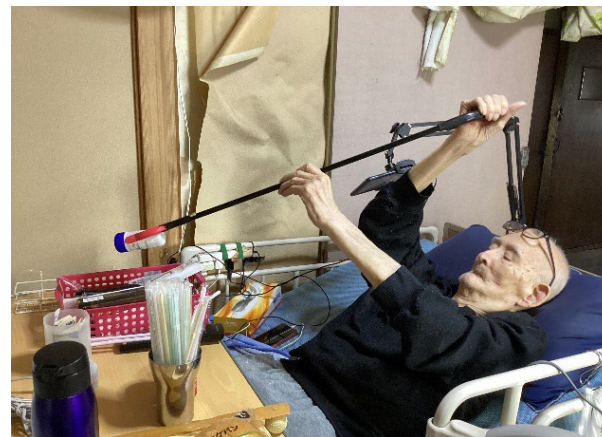
## 【事例又は独自の取組み等 No.5】

- 78歳 介護度4 男性
- 胆のう炎、腰部圧迫性骨折・廃用症候群
- 圧迫骨折により歩行困難、発語が困難になったため、定期巡回の利用となる。

• **目標**：ご自分で意思決定が行えるようになること。

- 急に動けなくなり介護ベッドでの生活になる。ベッド上の生活は不便が多く、必要な物があってもヘルパーの訪問を待つしかなかった。
- 言葉が出ないことからジェスチャーや筆談をするが、自分の思いが伝わらずストレスが溜り自分の要求を我慢するようになっていた。

- 1日の生活リズムとご本人の生活パターンを把握し、ハンドスティックとアームスタンドを提案した。
- **結果**：ヘルパーが取り易い位置に物品を置くことで必要な物を必要な時に使えるようになり、ストレスも無くなり自分の気持ちを上手く伝えられるようになった。



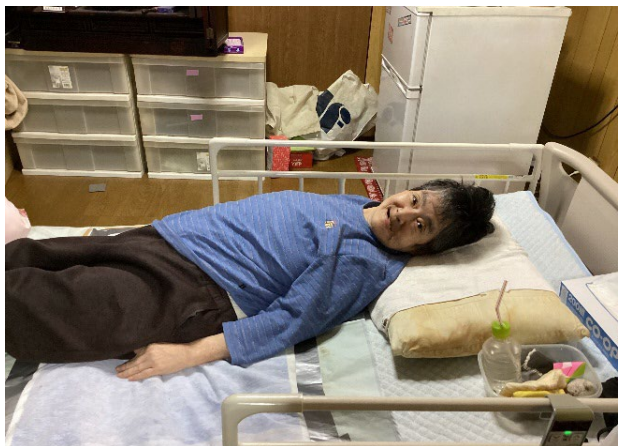




## 【事例又は独自の取組み等 No.6】

- 83歳 介護度4 女性
- 右前頭葉梗塞、胸部大動脈瘤、鬱病
- 数年前、ご主人の逝去後から気力低下、鬱症状の悪化により動けなくなり、定期巡回の利用となる。

- **目標**：意欲の低下から衣食住の境界線がなくなっていた。残存機能を活かし生活の質（QOL）を上げて、ご本人らしい生活を送る。



- サービス開始当初は何を行うにも無気力で、ベッドからの動きもなく昼夜逆転の生活だった。情緒不安定・せん妄・弄便もありトイレ環境も悪かった。
- **結果**：ヘルパーが毎日複数回訪問することで、排泄・食事・服薬がきちんと行えるようになり、ご本人の感情や気持ちに変化が現れる。
- ヘルパーとの信頼関係も築け、今では寝食分離してデイサービスにも週2回通い、日々安定した生活を送っている。

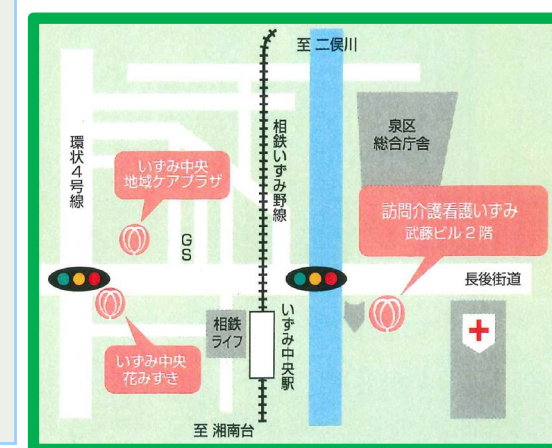


# 横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護いずみ



## 基本情報

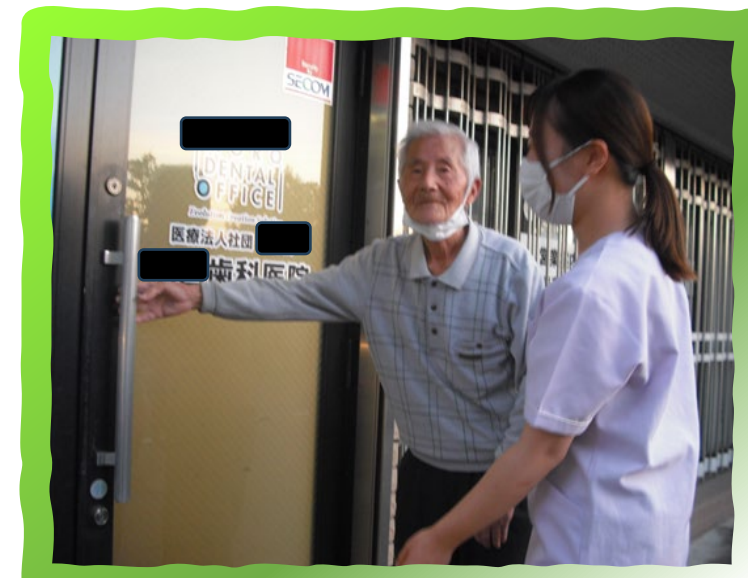
法人名	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会
事業所所在地	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会 (相鉄線 いずみ中央駅より 徒歩2分)
開所日	2014年08月01日
特徴	「最期まで住み慣れた自宅で暮らしたい」という思いを実現するため、365日24時間、定期的な巡回または随時通報により、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の緊急時の対応等のサービスを提供しています。笑顔で目くばり・気くばり・心くばりをモットーに、より良いサービスの提供をめざし、日々研鑽を積んでいます。





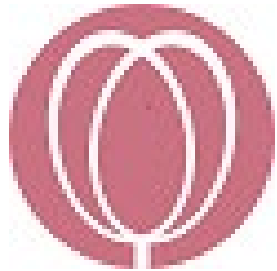
## 「横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護いずみ」の取組事例

一人暮らしで認知症のある男性のAさま。毎日、決まった時間に近所の川沿いを散歩されていることをご近所の方々や民生委員さんと共有し、一緒に見守りをしています。デイサービスの朝は送迎車が来る前に散歩に出ることがあるため、早朝に訪問し食事の準備をすることで、散歩に出ることなくデイサービスを利用することができています。歯科や整形受診の付き添い、買い物等、他県のご家族と随時連絡を取りながら、認知症があっても住み慣れた自宅で生活できるよう支援しています。





平成26年に誕生した訪問介護看護いずみは、「最期まで住み慣れた自宅で暮らしたい」という思いを実現するため、365日24時間、定期的な巡回または随時通報により、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の緊急時の対応等のサービスを提供しています。笑顔で目くばり・気くばり・心くばりをモットーに、より良いサービスの提供をめざし、日々研鑽を積んでいます。



## 法人の理念

- お客さまの満足
- 人を大切にし共に育ちあう協会風土
- 公正で透明感のある協会倫理

法人および事業所の理念は、事務所の出入口の横に掲示され、常にスタッフの目に触れています。特に「お客さまの満足」に関しては、訪問の度にお客さまの表情や発言の中から満足されていることを感じとるよう意識し、業務システムに申し送り事項を入力する等してスタッフ間で情報共有し、次の訪問への意識を高めています。





## 地域密着型サービス



24  
定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



夜間対応型訪問介護

サービスのご利用時間帯：365日 24時間

**定期巡回サービス**：ヘルパーが定期的にご自宅を訪問し介護サービス等を提供します。

**随時対応サービス**：ご本人やご家族からの通報を受けたスタッフが訪問対応の可否等を判断します。

**随時訪問サービス**：随時対応サービスにおける訪問対応の可否等の判断に基づき、ヘルパーがご自宅を訪問し、必要な対応を行います。

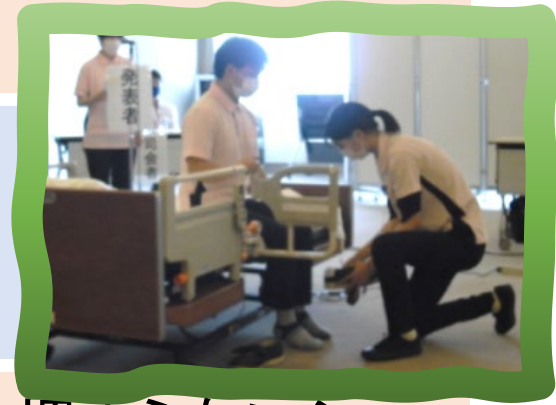
**24時間通報対応**：オペレーションサービスは24時間対応します。



## スタッフにも「やさしい」職場環境

●**ノーリフティング** 法人全体で腰痛予防策に取り組んでいます。持ち上げ、抱え上げ、引きずり等のケアを廃止し、不良姿勢で行なわれる作業などスタッフの身体に負担のかかる全ての作業を見直しています。

●**かながわ高齢者福祉研究大会で発表** パシフィコ横浜で開催される福祉大会に若手職員が参加しています。日頃の介護技術を発表することでモチベーションの維持に繋がっています。



●**有休休暇、研修** 休暇の希望は、100%希望通りに取得しています。埋まらないシフトについては、サービス提供責任者や他のスタッフで臨時的に埋めるようにしています。研修や健康診断がある時は、そちらを優先に出勤時間を調整して勤務時間内に受講。決して公休日に受講することはありません。



●平成26年に開設し9年目になりますが、常勤職員の退職は1名。その職員も今年(令和5年)4月に復職したので、ほぼ100%の定着率と言えます。





## お客さま・ご家族に「やさしい」介護の実践

### 【事例】 Aさま 要介護2 男性 戸建てで一人暮らし



いつもニコニコ穏やかな性格で、  
デイサービスでは囲碁を楽しまれています。

認知症の症状が進行しているため薬の飲み忘れや、印鑑や通帳等のなくしもの、ヘルパーが訪問する時間に家にいない等、通常の訪問介護サービスでは対応が難しくなり令和2年から定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用を開始されています。



## ① 日課のお散歩

●まず、毎朝の服薬と食事、デイサービスの送り出しのため「朝1回」、夕食の提供のため「夕1回」の1日2回、サービスを提供することになりました。

●ところが、毎朝訪問するものの既に出かけていることが多く、Aさまを探すことから始まりました。Aさまは「家に一人だと寂しいから」と近くの遊水地へ散歩に出かけていました。そのため、家にいない時はまず遊水地へ向かい、他の巡回車と連絡を取りながら、Aさまを見かけたら自宅へ戻っていただくように声掛けをしました。

●ご家族にも協力していただき鍵にGPSを取り付けることで、Aさまの位置情報を教えていただくことになりました。

●GPSはデイサービスに協力してもらい、週2回しっかりと充電できています。







## ②更衣、排泄の支援

●汚れた下着が洗面器の中に入っている等、排泄の支援が必要であることがわかってきました。そこで、

- ・毎日20時頃訪問し、紙パンツの交換の支援を始めました。  
始めの頃は紙パンツのポリマーをちぎってしまい、家中にばらまいていることもありましたが、最近は使用感にも慣れてきたようです。
- ・たまに使用済の紙パンツを物干し竿に干している時もありますが、Aさまの洗濯をしたいという意思を尊重し、そっと処分するようにしています。

●真夏にダウンジャケットを着こんでいる際は声掛けして着替えていただきます。

●週2回のデイサービスで入浴しているのので、その際に着替えられるように下着と洋服のセットを作り、脱いだ衣類はデイサービスから直接受け取り、洗濯をするようデイサービスとも連携を図っています。





### ③服薬管理、通院

●薬を決まった場所で管理し、毎朝Aさまに手渡すことでしっかりと服薬できています。

●定期受診では、自費サービスも併用して付き添いをしています。受診結果をご家族、ケアマネジャー等と共有しサービス内容を検討しています。

●足を骨折したり、義歯を紛失したり等の緊急的な受診には、デイサービスが終わる時間に迎えに行き、予約時間に確実に受診できるよう、連携を図っています。

●ワクチンの予約はご家族にいただきスムーズに接種しています。







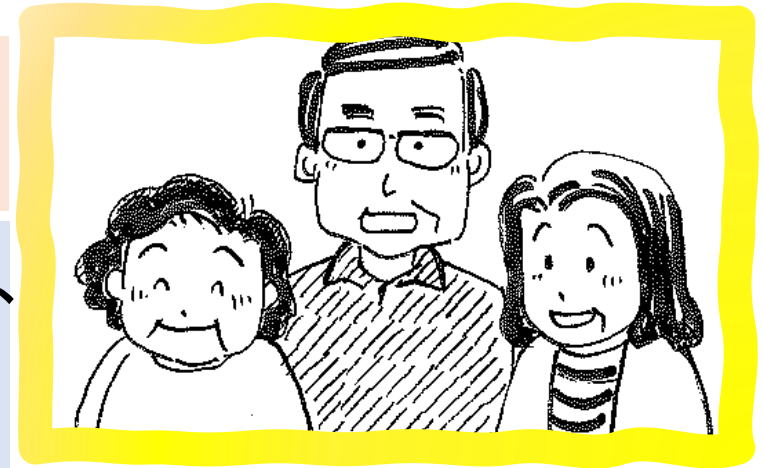
## ④ご近所、地域との関係性の構築

●サービス提供開始当初は、ご近所の方々が認知症の方の一人暮らしに対して不安を抱いている様子がありました。

●毎日ヘルパーが入ることでAさまの状況が見えてきたことと、Aさまが落ち着いて過ごされていることがわかり、ご理解いただけるようになりました。

●今ではヘルパーが訪問の際に不在にしてもご近所の方が「さっき遊水地の方で見かけたよ」と教えてくださったり、Aさまに対し「これからヘルパーさんが来るからまだ出かけない方がいいよ」と声をかけてくださっています。また、Aさまが日中、玄関の掃き掃除をしている等、私たちが知らない様子を教えてくださることもあります。

●Aさまが一人で歩いている所、地域包括支援センターの職員が声をかけ、地域の集いの場に参加したり、ご近所の方々や地域の支援者に見守られながら、住み慣れた自宅での生活を継続されています。





これからも、Aさまに寄り添った  
サービスを提供していけるよう、  
我々も介護技術の向上に努めていきます。



# 翡翠の舞ケア24

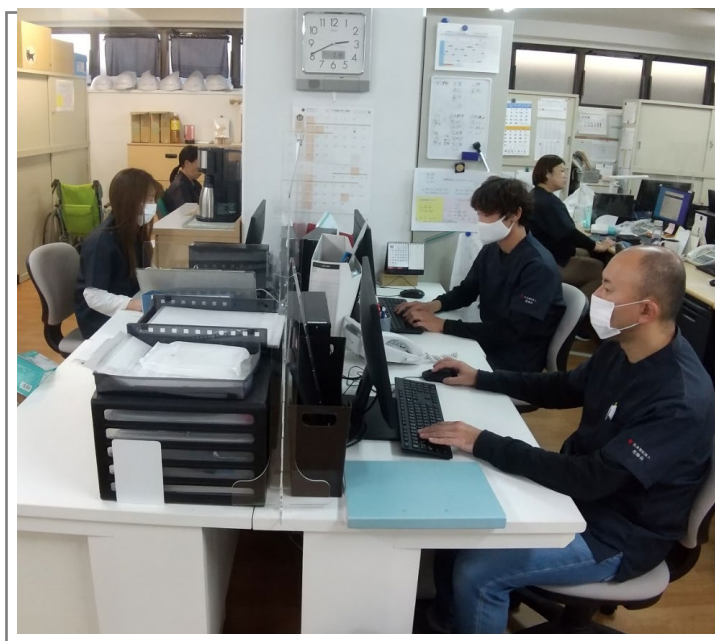
基本情報	
法人名	社会福祉法人 秀峰会
事業所所在地	緑区台村町337 台和ビル1階 (JR横浜線中山駅南口から徒歩5分)
開所日	2020年02月01日
特徴	居宅、看護、訪問介護、定期巡回（夜間対応）の四位一体の体制の事業所を横浜市に幅広く展開しています。在宅介護に必要なサービスを兼ね備えているので、ご利用者の今の状態にあったサービスを幅広い視点から提案することができます。 私共の事業所はご利用者、ご家族、関係機関のすべてが無理なく持続可能な支援を考え、提供していくことをモットーにしています。





## 「翡翠の舞ケア24」の取組事例

特に得意としていることは、地域との接点が薄く孤立している世帯の方を地域とつなげて、その人らしさを失わずに適切なサービスにつないでいくこと。もう一つ、支援者がいなく生活ができなくなっている方（体が動かない身体的な要因、認知力の低下などの要因）に対してどのような支援をすれば、その方が持続可能な生活を送ることができるかを考えて、支援をしていくことです。訪問系の介護であるため独自の取り組みはありませんが、基本的に忠実にみんなにやさしい介護を目指して、日々支援に当たっています。



## 【事例①】

- ▶ 要介護1（途中区分変更、要介護4）
- ▶ 84歳、女性、独居
- ▶ 包括支援センターから、ケアマネージャに孤立世帯があると依頼があり、そのケアマネージャからの依頼。
- ▶ まずは信頼関係を作り、受け入れていただけることを短期目標に、その方と地域をつなげて、その方が孤立世帯にならないことを長期的な目標として支援に当たりました。

まずは信頼関係を作るという短期目標は2か月ほどで達成でき、その後その方の環境整備（家に物があふれている状態だったため）に向けて支援を行う。

途中でご本人が体調を崩し、入院やショートステイを勧めるも、誰の声掛けも受け付けてくれない状態が続く。

最後に信頼されている介護員に向かって、もう限界だから助けてほしいという言葉を引き出すことができ、ショートステイから入所の運びになった。

**女性 84歳 要介護1 介護のみ**

**他のサービスは利用なし**

**主要疾患は精神疾患？正確には出ていない。**

**本人のADLは自立出来ているが、移動にふらつきあり。意思疎通は問題ない。認知症として診断は出ていないが、認知機能の低下か精神疾患か、理解力が乏しい。**

**介護者の情報**

**月に一度くらい娘様が訪問している。しかしその際に本人と言い争いになることがあり、そうなると本人が娘様の訪問を拒むことがある。**

**導入の経緯**

**家の中に物があふれかえっており、衛生状態も悪い。本人は後で片付けると頑なにおっしゃって、年々環境が悪化している。介護サービスや来客も全て拒否をしている。**

**しかし本人の状態が落ちてきていて、家の中で動けなくなっていることがしばしばあった。長時間だとサービスを拒む可能性が高いので、安否確認でいいので毎日様子を見に行っていて欲しいと依頼があり。サービス導入となった。**



## 一期目 安否確認、信頼関係構築期

日月 火 水 木 金 土	一日一回安否確認 時間は本人のリズムに合わせる
	同
	同
	同
	同
	同
	同

導入当初は拒否が強かったなので、インターホン越しでも、電話でも一日一回安否確認が取る。ただし一週間に一回は対面する。というところからスタートする。全般的に拒否が強く、インターホン越しの対応でなかなか顔を合わせられない時期が続く。しかし時々向こうから電話してくることもあり、付けず離れずの関係で1か月ほど経過する。

あるときに対面で話していると、買い物をしてほしいというニーズが判明。

## 二期目 買い物導入

月	一日一回安否確認 時間は本人のリズムに合わせる
火	同
水	同
木	同
金	15:00-16:00 買い物
土	同
日	同

買い物に困っていたようで、買い物の日は快く出てきていただけるようになった。安否確認も毎回ではないが、週に3回くらいは出てきてくださっていて、信頼関係が少しずつできてきている。ゴミ出しも大変なら手伝うと声掛けもしており、たまに出してくれるようになった。

しかし相変わらず他のサービスの受け入れはできず、ヘルパーもケアマネージャーも玄関から先にはほとんど入ることができていない。

玄関から先は物であふれかえっており、環境改善の必要性はあるが、現時点で入り込むのは難しい。また食事や水分も摂れていないので、課題としては山積みである。ご家族も多忙なことや部屋の掃除の事でご本人とけんかになってしまい入れなくなってしまうこともしばしばあり、十分な支援をするのが難しい状態。

定期巡回サービスの安否確認の糸が切れてしまうと完全孤立に戻ってしまう状況は続いている。

包括支援センターにも協力を仰ぎ、地域単位で支援できるように、様々な方法を模索する。

## 支援終了へ

2期目のまま支援を続けていたが、ご本人の状態が悪化し、這ってトイレに行くような状態になった。それでも人の介入はこばみ続ける状態が続く。家の中では汚物も片付けることができないので、衛生状態はさらに悪化してきていた。

その状況下でも鍵を預けることなどは拒んでいた。

もう自身では玄関のカギを開けられなくなったので、家の裏の鍵を開けておいてもらって、一日一度だけ様子を見に来ることを渋々ながらご了承いただく。

そうして家の裏から安否確認で入り、ご本人の話に傾聴することを繰り返して、何とか排泄のパット等は片付けることができる日も出てきた。

ご本人は何も食べることができなくなり、一刻を争う状態になってきた。ご本人の話に傾聴しつつ、入院や避難のショートをお勧めする。

そのような状態のまま2週間ほどしてヘルパーが訪問した時にご本人の口から

「もう在宅生活は無理だと分かった。施設に入ってもいいので、今この状況から助けてほしい。」と初めてご本人の意思を伝えてくださる。

ご家族、ケアマネージャと連携をして、すぐに入れるショートステイを探してもらって、そのまま入所となった。



## 【事例②】

- ▶ ご主人と同居、78歳女性、要介護5  
ADLは数歩歩けるくらい。意思ははっきりしている。
- ▶ ケアマネージャより、今までご主人が  
トイレ介助をしていたが、腰痛により  
介助が厳しくなった。ヘルパーを先行  
導入して、状態の悪化に備えていき  
たいとのこと。
- ▶ まずはご主人が行っていたことを代行  
し、徐々にヘルパーに移行して行くの  
を短期目標に。末期がんの状態なので、  
今後看取りも視野に入れて支援に当  
たることを長期目標に据える。

トイレ介助の引継ぎは順調にしていって  
ものご主人もまったくやらないわけには  
いかないことや、支援に加わりたいとい  
う意向もあったので、疲労度合いを見  
ながら関係者皆で支援していくことと  
した。

状態が落ちてきてトイレに行くのも  
厳しくなってきた。ご本人はトイレで  
排泄したいという思いが強く、慎重に  
ご家族とも対応できることを合わせ  
て、状態に合わせた支援をしてい  
った。

最終的にはトイレに行けなくなり、  
そのことも受け入れてくださった。そ  
れから2週間ほど、ご家族に看取ら  
れ、自宅でご逝去された。

## A様 事例

女性 78歳 要介護5 介護のみ（医療で看護が週2回）

他のサービスは福祉用具でベッドと手すり、訪問入浴 隔週で週一回

主要疾患はネフローゼ症候群による全身浮腫顕著、肝臓がん。

本人のADLは立ち上がりには介助必要で、足を引きずりながら数歩歩けるくらい。認知症はなく意思の疎通は問題ない。

## 介護者の情報

ご主人と二人暮らし。ご本人は月、水、金に透析に通っており、その際は2人の娘様が交互に来てご主人と一緒に車で通院する。（特殊な透析、頸部のカフ型カテーテルの為、遠方まで通院しなければならないので、介護タクシーは使えない）身の回りの世話をご主人が全て行っている。

## 導入の経緯

便が一度に出きらないため、トイレの回数は多い。（一日6回くらい）

ご主人がトイレ介助をしているが、慢性的な腰の痛みがあり、本人の動きが落ちてきて負担も大きい。

ご主人の負担軽減のためにヘルパーを導入して、トイレ介助、更衣、保清など身体介護の支援を行う。

## ※注意点として

トイレ介助の場合だとコール対応にしても、間に合わない可能性がある。そのため間に合えばトイレ介助を行うが、基本的には失禁対応ということでした承を頂いている。

## 一期目

月	7:00 トイレ介助	10:30透析前の準備 (トイレ介助、更衣)	20:00 トイレ介助
火	7:00 トイレ介助	14:00 トイレ介助	20:00 トイレ介助
水	7:00 トイレ介助	10:30透析前の準備 (トイレ介助、更衣)	20:00 トイレ介助
木	7:00 トイレ介助	14:00 トイレ介助	20:00 トイレ介助
金	7:00 トイレ介助	10:30透析前の準備 (トイレ介助、更衣)	20:00 トイレ介助
土	7:00 トイレ介助 入浴が無い週は全身清拭、更衣	ご家族対応	20:00 トイレ介助
日	7:00 トイレ介助	ご家族対応	20:00 トイレ介助

## 他のサービス

11:00医療保険の看護
11:00医療保険の看護
隔週14:00訪問入浴

このような形で導入開始。アセスメント看護は医療で入っていた看護にアセスメント連携してもらって対応している。

2か月くらいは問題なく、このまま対応していたが、不整脈による意識消失が出て、一度入院になった。



## 二期目

月	7:00 トイレ介助	11:00透析送り ※1 (トイレ介助、更衣、車に乗せる)		19:00 トイレ介助	
火	7:00 トイレ介助	11:00 トイレ介助	14:00 トイレ介助	19:00 トイレ介助	16:00医療保険の看護
水	7:00 トイレ介助	11:00透析送り ※1 (トイレ介助、更衣、車に乗せる)		19:00 トイレ介助	
木	7:00 トイレ介助	11:00 トイレ介助		19:00 トイレ介助	14:00医療保険の看護
金	7:00 トイレ介助	11:00透析送り ※1 (トイレ介助、更衣、車に乗せる)		19:00 トイレ介助	
土	7:00 トイレ介助 入浴が無い週は全身清拭、更衣	11:00 トイレ介助	14:00 トイレ介助	19:00 トイレ介助	隔週14:00訪問入浴
日	7:00 トイレ介助	11:00 トイレ介助	14:00 トイレ介助	19:00 トイレ介助	

## 他のサービス

※1 透析の送りは当初は11:00だったが、病院側からの都合で11:30に変更、その後12:00変更  
ご家族と話しながら、最適な時間にずらしていった。

2週間ほど入院して戻ってきたが、ADLは落ちており、ご主人の疲労も顕著になってきた。表では  
一日4回くらいの対応だが、ご主人の調子が悪いときはコールで対応（間に合えばトイレ、間に合  
わなければ失禁対応）で活動回数を補っている。

今までは車に乗せるところはご主人が対応していたが、負荷が強くなったので、ヘルパーが対応  
するようになった。

## 三期目

月	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換
火	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換
水	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換
木	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換
金	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換
土	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換
日	7:00 オムツ交換	11:00 オムツ交換	14:00 オムツ交換	19:00 オムツ交換	0:00 オムツ交換

最終的には透析に行けなくなり、自宅で看取る方向となる。トイレに行けなくなり、ご本人も受け入れてくださったため、オムツ対応になる。

臀部がただれてしまい、ほんの少し便が出るだけでも痛くて我慢ができない状態になってしまったため、オムツ交換の回数を増やす。ベースの時間は決めているが、便が出るタイミングは決まっていないので、実際はコールをしてもらって近くを通りかかったら介助するという方法にした。

最後に

私共の事業所では「持続可能な介護支援」ということを大事にしています。それはご利用者、ご家族、関係支援機関すべてが、可能な限り無理なくご利用者の介護支援に当たっている状態です。

どこかに無理がある状態ということは、必ずそれがひずみになり持続することが不可能になってきます。

上記もしましたが、それは私たち介護支援をおこなっている事業所も含めています。そのためには関係者に正しい介護保険の知識を知ってもらうことも大事になってきます。

介護保険の制度はご利用者の自立支援の側面もあることそれが正しく伝わっていないこともしばしばあります。それを丁寧に説明していくこと。これも大事な使命だと考えております。

どんなことでも安易に助けてしまうことは必ずしも「やさしいこと」ではないはずです。

私たちが何を支援すれば、自立した生活を送れるか？（ICFの視点）

これを常に考えながら支援に当たっております。

それが「持続可能な介護支援であり、みんなにやさしい介護」と考えております。