

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護事業所等における人材育成の観点からみた サービスの質の向上に関する調査研究報告書

－ 訪問介護員の初任者に対する OJT の手引き －

平成 24 年 3 月
一般財団法人 長寿社会開発センター

目次

はじめに	1
第1部 初任者向けOJTの位置づけと進め方	5
I 訪問介護サービスの日常業務におけるOJTの位置づけ	6
II OJTを受ける訪問介護員の心構え	8
III 初任者向けOJTの進め方	11
第2部 初任者向けOJTの環境整備	41
I 初任者向けOJTの意義	42
II OJTの実践のために必要な環境	45
第3部 サービス提供責任者の役割と養成の考え方	53
I 初任者指導におけるサービス提供責任者の役割	54
II サービス提供責任者に求められる能力	56
おわりに	65
参考資料1 第1部で例示した事例の詳細	69
(居宅サービス計画、訪問介護計画書等の様式)	69
参考資料2 サービス提供責任者養成プログラム(例)	81
参考資料3 介護保険法施行規則の一部を改正する省令	85
(介護職員初任者研修課程カリキュラム)	85

はじめに

- 平成23年6月に公布された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成23年法律第72号）により、来るべき団塊の世代が後期高齢期を迎える2025年を目標とした、「地域包括ケアシステム」の構築をテーマとした制度の見直しが行われました。
- 地域包括ケアを推進するために、居宅への訪問を行う各種サービスの提供が求められています。中でも訪問介護サービスは、受給者数が約87万人と、居宅サービスの受給者（約213万人）の36.4%が利用しており、福祉用具貸与、通所介護に次いで利用者数が多いサービスです¹。高齢者の在宅での自立した生活を支援するサービスとして非常に重要な役割を担っており、質の高いサービスが期待されています。
- 平成24年度から実施される介護報酬改定において、訪問介護員養成研修2級課程修了者をサービス提供責任者として配置する場合は減算されることになりました。このことは、質の高い訪問介護サービスの提供に向けた施策の一つと言えます。
- また、団塊の世代が後期高齢期を迎えるのに伴い、ますます増大する要介護者の援助にあたる主要な人材である介護職の量と質の確保が大きな課題となっています。
- 介護保険法改正の検討と相俟って、「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」報告書（平成23年1月）が厚生労働省において取りまとめられ、この報告書の考え方を踏まえ、介護職の養成研修体系の見直しも行われました。
- 介護保険法に規定する訪問介護に従事できる職員は、介護福祉士の他に政令で定める介護員養成研修修了者でなければならないこととされています。平成25年度からは、この介護員養成研修のカリキュラムも見直され、現在の訪問介護員養成研修2級課程相当の研修を「介護職員初任者研修課程²」と位置付けるとともに、研修内容について、これまでの在宅中心の内容のみならず、在宅・施設を問わず介護職として働いていく上で基本となる知識・技術を修得できるものとなります。
- 加えて、平成24年度から適用される介護報酬改定では介護職員処遇改善加算が組み込まれ、介護職員の資質向上と定着促進に関する取り組みを促進する動きが強まっています。
- 訪問介護サービスの質の向上に対する期待の高まりを受けて、入職段階（介護職員初任者研修課程修了段階）の訪問介護員を、自立支援に向けた介護を行う専門職としてどのように育成指導したらよいか、その指針を提示することが求められています。
- もとより、訪問介護員の育成指導は、事業所の管理者やサービス提供責任者の責務として規定されています。しかし、具体的な運用指針がないことが、事業所やサービス提供責任者の負担を大きくしています。
- そこで、サービス提供責任者および管理者の業務の参考となるよう、この報告書をとりまとめました。本手引きが有効に活用され、指導担当の負担軽減に資するとともに、効果的な指導が行われることを期待しています。

¹ 介護給付実態調査（平成23年12月審査分）

² 「介護保険法施行規則の一部を改正する省令等の公布について」（平成24年3月2日、老発0302第4号）に示された通り、現行の訪問介護員養成研修の課程（介護職員基礎研修課程、訪問介護に関する一級課程、訪問介護に関する二級課程及び訪問介護に関する三級課程）を一元化したものです。

（本手引きの使い方）

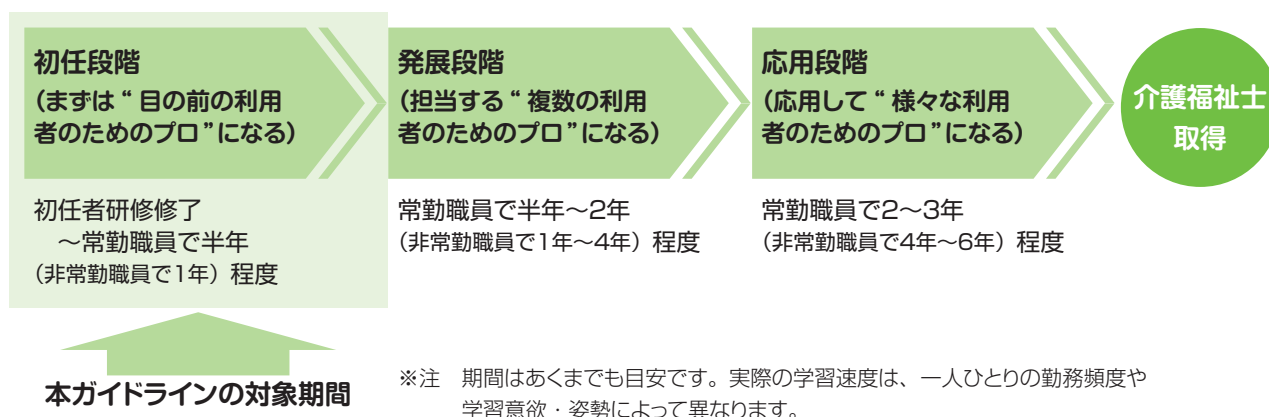
入職段階の訪問介護員を育成指導するにあたっては、サービス提供責任者自身が持っている知識・技術を、初任者に対し分かりやすく伝えることが重要です。そこで本手引きでは、その方法について例示を交えてまとめています。初任者のOJTの一例として、サービス提供責任者が行う業務の参考にして下さい。

また、初任者のOJTを行いやすくするために、事業所で整えるべき環境についてもまとめていますので、管理者の事業所運営の参考にして下さい。

さらに、初任者にとっても、仕事のイメージや学習の見通しを得ることができますので、これからの学習の参考にして下さい。

（本手引きが対象とする「初任者」の範囲）

- 本手引きは、次の図に示すように、入職段階（介護職員初任者研修課程修了段階）を対象としています。



（本手引きにおける「OJT」の定義）

- 本手引きにおけるOJT（On the Job Training）は、訪問介護員が自立支援に向けた介護を行う専門職として成長するための取り組みのうち、現場で運用されるものを指します。単に、現場の業務の中で知識・技術を指導・訓練するだけではなく、専門職としての考え方や姿勢、感性をより高めるための声かけや面談も含まれます。

（本手引きの構成）

- 本手引きは、以下に示すような3部構成になっています。

第1部 初任者向けOJTの実践 【サービス提供責任者、初任者向け】

日常的な業務の流れを踏まえ、初任者が着任してから習熟していく過程における、OJTの実践（特に、日常的な声かけ）を、事例を交えて紹介しています。

第2部 初任者向けOJTの環境整備の考え方 【サービス提供責任者、管理者向け】

OJTを実践するために事業所全体で整備しておくべきこと（OJTの目標や方針の設定、学ぶべき内容や評価方法の決定等）を、OJTに関わる理論を交えて紹介しています。

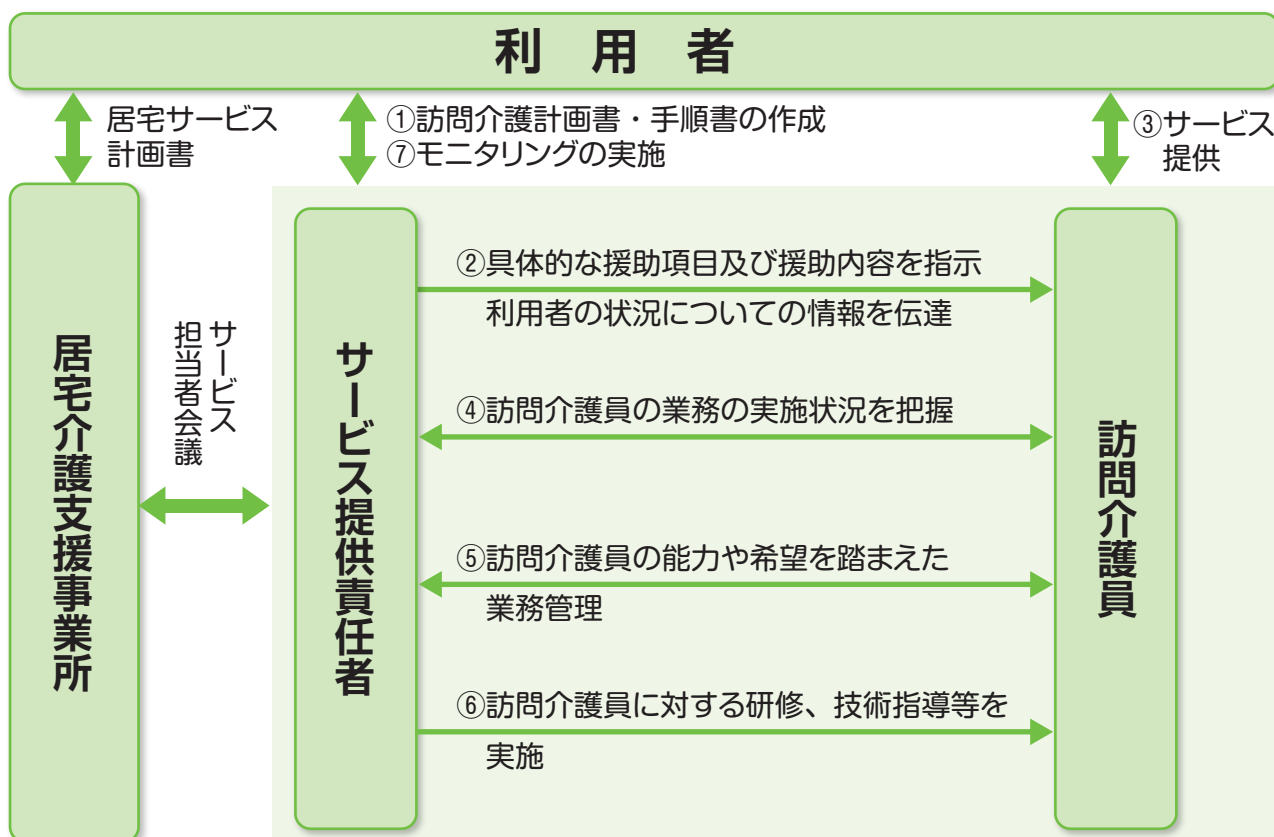
第3部 サービス提供責任者の役割と養成の考え方 【管理者、保険者向け】

初任者向けOJTにおいて指導役となるサービス提供責任者の役割を整理し、その養成を行う際のポイントを紹介しています。

第1部 初任者向けOJTの位置づけと進め方

I 訪問介護サービスの日常業務におけるOJTの位置づけ

- 訪問介護サービスを提供するに当たっては、運営基準に規定するところにより、居宅介護支援事業所の作成する居宅サービス計画書を踏まえ、訪問介護事業所においては、次図のようなイメージの下に行われます。



- 介護職員初任者研修課程を修了した段階で入職した訪問介護員は、研修時におけるそれぞれの科目で学んだ知識・技術は理解しています。
- しかし、上図に示す①訪問介護計画書・手順書の提示と、②具体的な援助項目及び援助内容の指示等を受けるだけでは、一人であらゆる利用者にサービスを提供することは難しいでしょう。
- したがって、初任者には、まず「日常の業務を早期に、かつ適切に習得すること」が求められます。そのためには、上図の⑥訪問介護員に対する研修、技術指導等の実施と並行しながら、日常業務の中で②～⑦を繰り返し経験し、学習を重ねることが必要です。
- また、上図のように、サービス提供責任者が様々な形で初任者に関わります。これらの各場面で声かけを行い、初任者の話を聞くことで、初任者の仕事に対する不安を軽減することにもつながります。
- 運営基準において規定されているサービス提供責任者の責務は、このような役割への期待に基づくものであると言えるでしょう。

【参考】訪問介護事業所の管理者及びサービス提供責任者の責務

- 運営基準及びその解釈通知においては、以下に掲げる規定がなされており、保険給付の目的達成に向けた訪問介護事業所運営の根幹となるものです。

運営基準	解釈通知【平成11年9月17日、老企第25号】
<p>第二十八条 指定訪問介護事業所の管理者は、当該指定訪問介護事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない。</p> <p>2 指定訪問介護事業所の管理者は、当該指定訪問介護事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。</p> <p>3 サービス提供責任者は、第二十四条に規定する業務のほか、次の各号に掲げる業務を行うものとする。</p> <p>一 指定訪問介護の利用の申し込みに係る調整をすること。</p> <p>二 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。</p> <p>三 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者等と連携を図ること。</p> <p>四 訪問介護員等（サービス提供責任者を除く。）に対し、具体的な援助項目及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達すること。</p> <p>五 訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。</p> <p>六 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。</p> <p>七 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。</p> <p>八 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。</p>	<p>(16) 管理者及びサービス提供責任者の責務</p> <p>居宅基準第二十八条は、指定訪問介護事業所の管理者とサービス提供責任者の役割分担について規定したものであり、管理者は、従業者及び業務の一元的管理並びに従業者に居宅基準第二章第四節（運営に関する基準）を遵守させるための指揮命令を、サービス提供責任者は、指定訪問介護に関するサービス内容の管理について必要な業務等として、居宅基準第二十八条第三項各号に具体的に列記する業務を行うものである。</p> <p>なお、サービス提供責任者は、利用者に対して適切な訪問介護サービスを提供するために重要な役割を果たすことにかんがみ、その業務を画一的にとらえるのではなく、訪問介護事業所の状況や実施体制に応じて適切かつ柔軟に業務を実施するよう留意するとともに、常に必要な知識の習得及び能力の向上に努めなければならない。</p>

Ⅱ OJT を受ける訪問介護員の心構え

1 自立支援に向けた介護を行う専門職としての心構え

- 介護の目標は、利用者個人の尊厳を保持し、一人ひとりがその人らしい生活を継続できるようにすることです。しかし「その人らしい生活」といっても、利用者一人ひとりの生活観、生活様式は百人百様ですから、その人らしさを第三者が理解することは容易ではありません。
- 特に訪問介護員はその人の自宅に出向き、対人援助業務に従事するという特徴を考慮すると、その仕事は、その人に向き合うことだといっても過言ではありません。
- その人のこれまでの人生、要支援又は要介護状態となった今の心境や身体状況などを踏まえ、まずは「利用者をよく理解すること」に努めつつ、適切な態度で「知識」と「技術」を駆使するという3つのバランスがよく保たれてこそ、「介護の専門職」と言えます。
- そのことによって、利用者の「生活の意欲を高め」、「潜在能力を引き出す」ことに役立っていることが実感できれば、仕事をする上での達成感も大きなものとなることでしょう。
- 介護保険法第1条では、介護保険制度の目的として、要介護状態となった人に対して、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」にすることが謳われています³。訪問介護員は、援助職としての専門性を身につけることが求められます。
- また、介護保険法第2条においても次のように規定されており、この考え方を自立支援として位置づけて、それを追求することが初任者に対するOJTの論理の出発点になります。

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

³ なお、「尊厳の保持、自立支援」は、介護保険法に限ったものではなく、広く介護職・福祉職が援助を行う上で常に保持しなければならない考え方です。その一員である訪問介護員は、「個別化の原則（利用者をたった一人の個性を持つ人として向き合うこと）」や、「自己決定の原則（支援者などの一方的な判断で援助するのではなく、利用者が自分自身の生活に対する決定権を持つことができるよう援助すること）」を理解し、その考え方を具現化していく必要があります。

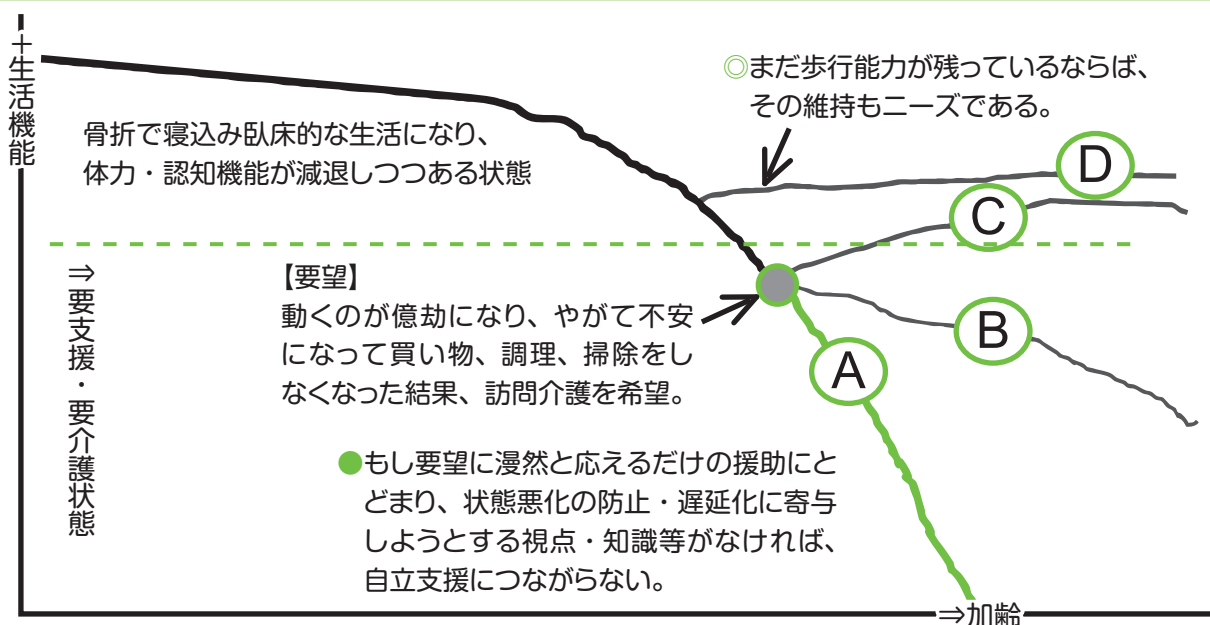
- 介護保険法第2条を踏まえ、訪問介護事業に関する基準を定めている「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第37号。以下「運営基準」という。）においては、指定訪問介護の基本取扱方針として次のように規定しています。

第二十二条 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

- 要支援又は要介護状態となった高齢者の居宅生活を援助する上で重要な役割を果たす訪問介護員は、当然のことながら他のさまざまな専門職と同様に、多様な利用者の日常生活においてQOL（Quality of Life：生活の質）の維持向上に向けて関わっていくことを考慮し、生涯にわたり学習を継続することが求められる職種であることを自覚しなければなりません。
- また、介護保険法が目指す「自立支援」の理念は、その人の日常生活の営み方を大切にしつつ、自立が阻害されている要因（課題）に対する改善策（ニーズ）を講じるという考え方が基本です。その際、「ニーズ」と「日々の生活を支援して欲しいという利用者や家族の要望」は、必ずしも一致しない場合があるということを理解しておく必要があります。利用者の要望を聞くだけでなく、利用者の「自立支援」に向けて何が課題で、何をすべきかを慎重に考えられるようになることが、専門職としての訪問介護員にも求められる立場です。

利用者や家族の要望と、専門職が評価した「ニーズ」が一致しない例

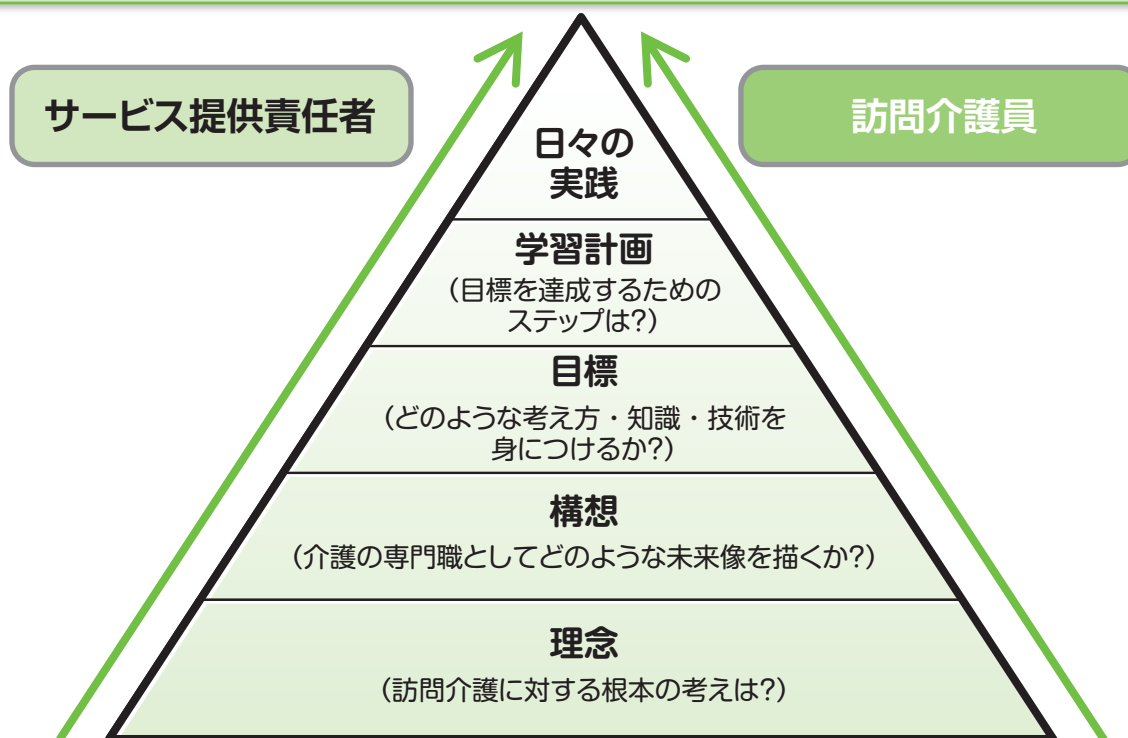


- 利用者の有する能力の維持・向上に向けて、多職種協働により、B、C、D を意識して取り組む姿勢が専門職として求められる。
- 個々の知識を豊かにし、それを統合して多様な利用者に対する実践応用力を高めるような訪問介護員の努力と、サービス提供責任者の指導・助言が不可欠である。

2 チームケアの一員としての心構え

- 介護保険法においては、ケアマネジメントの手法を導入した他職種協働が前提となっています。訪問介護員は、サービス提供責任者が作成した訪問介護計画に基づき訪問介護サービスを提供しますが、その前提として、介護支援専門員をコーディネーターとするチームケアの一員として活動する立場であることを自覚していなければなりません。すなわち、訪問介護員は他のさまざまな職種と共に利用者を支えていくチームの一員であることを念頭に、日常の業務を通じて研鑽に努めることが求められます。
- 初任者向けのOJTは、訪問介護員としての一連のキャリアアップの基礎となる、重要な心構え、考え方、基本的な知識・技術を身につける機会であり、一人の専門職として積極的に取り組むことが期待されます。
- そもそも、学習は、当事者の心構え如何によってその成果が大きく分かれるものです。事業者がいかに良い人材育成環境を整えたとしても、学習者に最低限の心構えが無ければ、OJTの成果を得ることは困難でしょう。
- したがって、訪問介護員を目指すものは、介護職員初任者研修課程を受講する段階から、生涯学習が必要な専門職の一人として学習に臨む心構えを持つことが求められます。
- 介護保険法の訪問介護業務を担う職業人として、自分自身がどのような思考に立脚して行動するのか、下図を参考にその考え方を整理し、しっかりと身につけることが基本となります。

訪問介護に従事するチームの一員としての思考・行動



Ⅲ 初任者向け OJT の進め方

1 日常業務の中での OJT の進め方

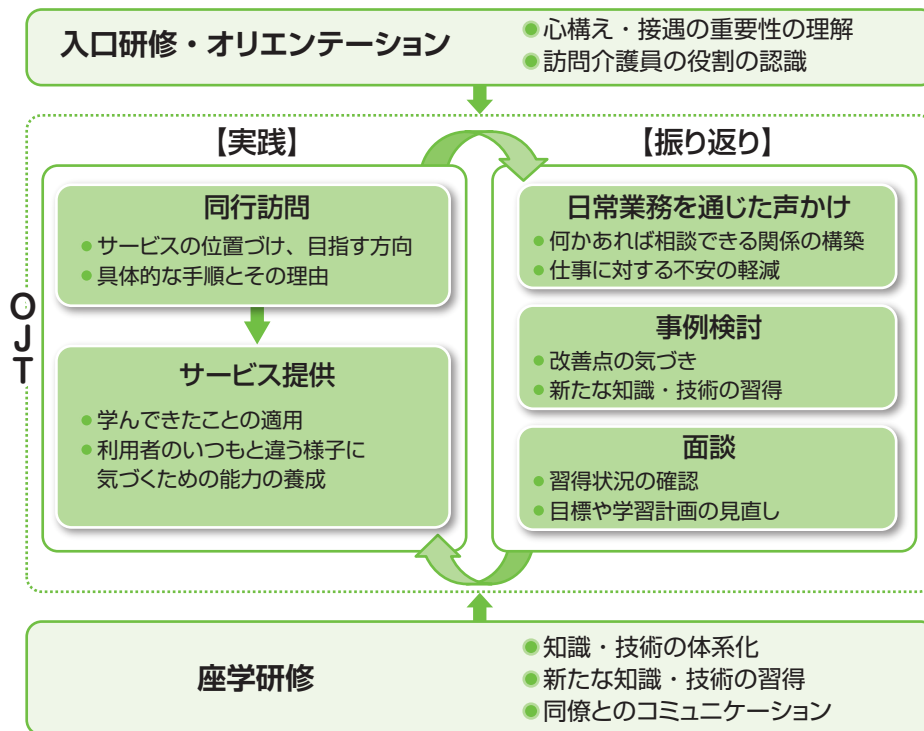
- 訪問介護員には、知識・技術とその適用の考え方をばらばらに用いるのではなく、それらを統合させてサービスを提供することが求められます。
- したがって、初任者が実践的スキルを身につけるには、介護職員初任者研修課程、OJT、自己学習等、さまざまな学習の機会が必要です。
- その中で OJT は、学んできたことを生かす「実践」と、その結果に基づいて効果や改善点への気づきなどを得る「振り返り」（声かけ・面談、事例検討など）という両方の学習機会を提供できる点が特徴です。
- なお、OJT は有効な学習機会ではありますが、初任段階からあらゆる場面を一気に経験することは現実的ではありません。初任者が担当している一人ひとりの利用者との関わりを通じて、介護職員初任者研修課程を受講した際に学んだ知識・技術を実用化レベルに高めるとともに、新たな知識・技術も身につけ、かつそれらを統合させていく、という方針を採ることが望まれます。

⇒学習すべき内容や評価項目は、49頁「3 学習すべき内容」や50頁「4 評価の方法」もご覧下さい。

⇒OJTの目標や方針の設定は、48頁「目標と方針」もご覧下さい。

⇒介護職員初任者研修課程の項目に合わせて指導すると有効でしょう。カリキュラムは「介護保険法施行規則の一部を改正する省令等の公布について」（平成24年3月2日、老発0302第4号）に記載されています。

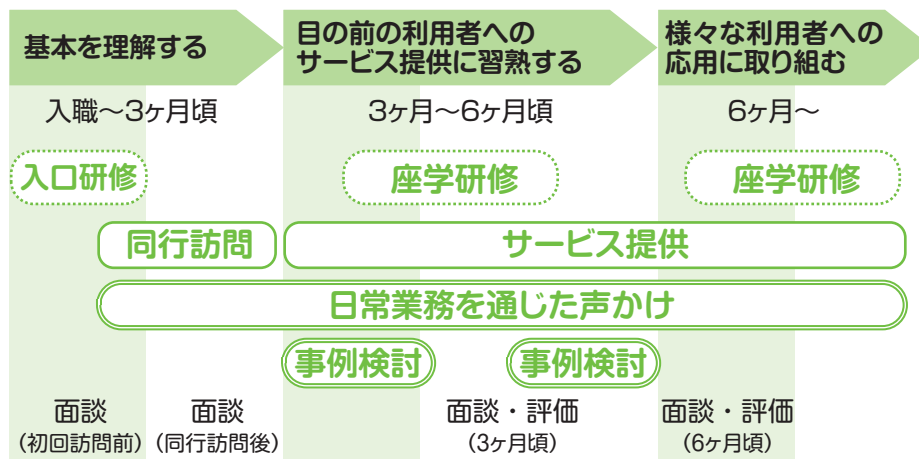
「実践」と「振り返り」の両輪による成長支援



2 習熟の程度に応じたOJTの実践

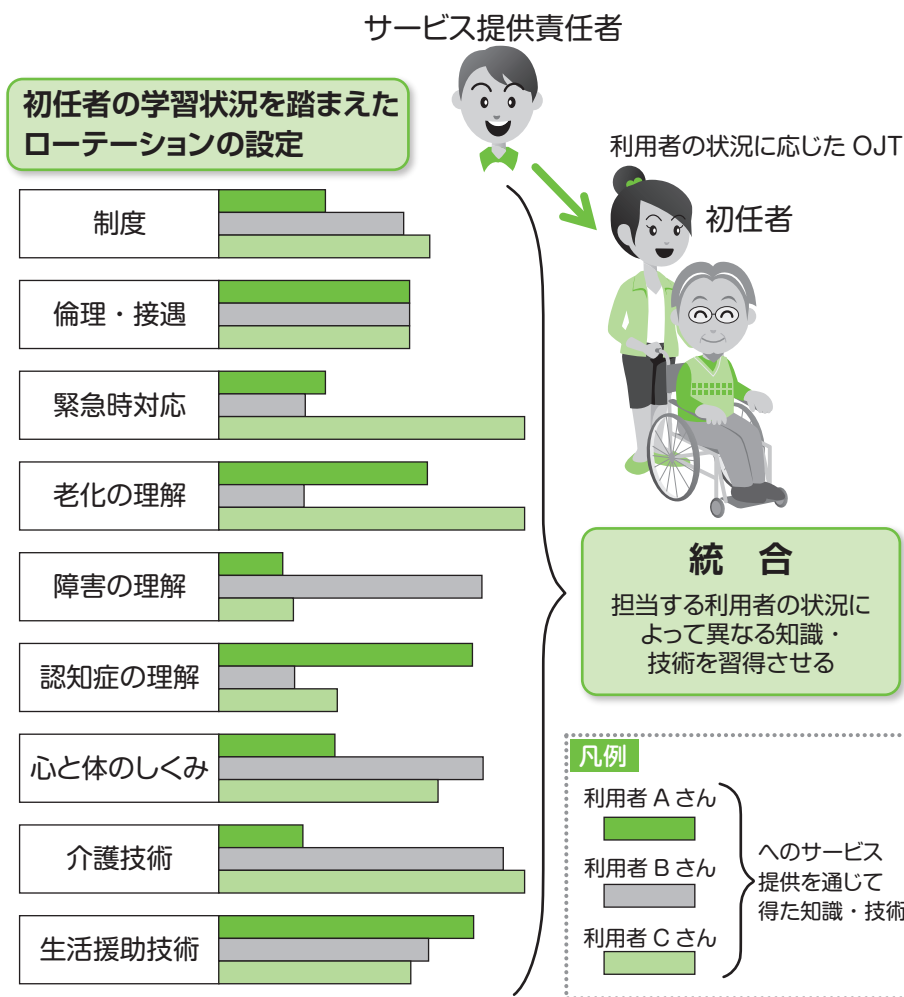
- 初任者向けのOJTは、各事業者の規模や特性に応じて、実現可能な計画を立てることが大切です。
- 日常的な指導は、同行訪問をベースとしますが、サービス提供報告に対するフィードバックや声かけの機会を増やしていくことでも、効果が期待できます。また、日々の学びは、例えば1週間単位の業務報告書などで、振り返ってもらうと良いでしょう。そうすることで、知識と技術の統合、定着が期待できます。
- 入職後に初めて担当する利用者（1名～数名）に対して、「目の前の利用者へのサービス提供に習熟する」までの目安は「6ヶ月程度」としますが、勤務頻度や習熟状況によって適切に設定します。

<OJTの実施スケジュール（例）>



- OJTにあたっては、初任者自身の意向や適性、事業者として期待する人材像を考慮して、キャリアビジョン（職業人としての将来像）を設定することが重要です。訪問介護員として目指すイメージをもちながら、面談等の機会を活用して、その実現に向けた学習の見通しを確認します。
- 「様々な利用者への応用に取り組む段階」では、新たな知識・技術を学んで統合させていくため、多様な経験を得ていくことが効果的です。ローテーションなどの工夫を組み合わせ、OJTを進めていきましょう。

<ローテーションの工夫による知識・技術の習得（イメージ）>



- 以上のような考え方に沿った初任者とのやり取り（声かけ）のイメージを掴んでいただきやすいよう、会話のやり取りの経過をまとめて「3 OJTにおける初任者とのやり取り事例」に示しました。ここに例示したやり取りは、一例に過ぎませんが、サービス提供責任者からのちょっとした声かけが、OJTで重要だということを理解しておいて下さい。

⇒例示した事例の居宅サービス計画、訪問介護計画書等は、参考資料1をご覧ください。

3 OJTにおける初任者とのやり取り事例

<事例の読み方>

- 本事例は、11頁に示したOJTにおける「振り返り」のうち、特に面談の場面を紹介しています。初任者に向けて、具体的にどのような声かけをすれば良いかをイメージするために活用してください。
- 参考にしたのはあくまでも一例です。したがって、実際には、初任者の学習上の課題と担当する利用者の課題を踏まえて応用して下さい。習熟の程度に応じて、面談でどのような点に留意すべきかのポイントを「スーパーバイザーのコメント」として記載していますので、参考にしてください。

場面1 採用後の事業所内Off-JT（座学・演習）

- 初任者が入職した直後に実施する研修（入職時研修）の場面です。
- 各事業所の業務ルールや接遇の基本などを確認する必要があることは言うまでもありません。しかし、これから先のOJTを円滑に進めるためには、最初に「訪問介護員として持つべき心構え」と「OJTによる学習の見通し」を伝えておくことが大切です。

訪問介護員
(初任者)



(Bさん) こんにちは、はじめまして。私はこの事業所でサービス提供責任者を務めているBと言います。よろしくお願いします。

(Aさん)
Aと申します。これからどうぞよろしくお願いします。

Aさんは先月、初任者研修を修了されたのですね。まだ不安が多いと思いますが、これから1年間、私が指導担当になりますので、分からないことがあればどんどん聞いて下さい。
早速ですが、今日は、最低限覚えておいて欲しいことをお伝えします。メモを取りながら、聞いてください。

はい。分かりました。

サービス提供
責任者



スーパーバイザー
コメント

<訪問介護員として持つべき心構え>



今日は、これから訪問介護員になるAさんに知ってもらいたい3つのことをお伝えします。まず「訪問介護員として持つべき心構え」について。次に、「サービス提供の流れと職場のルール」について。最後にこれからのAさんの「OJTの進め方」についてです。

はい。

初めに心構えについて確認しましょう。初任者研修で学んだことを踏まえて、訪問介護員が持つべき心構えとしては、どのようなものがあると思いますか。



心構えですか……。利用者の方に喜んでいただけるように支援するというのでしょうか。

それは大切なことです。そのためには、まず「社会人としての心構え」を持つておくことが重要です。Aさんは仕事に就くのは初めてですか。



はい、初めてです。

それでは1つひとつ確認しましょう。まず、訪問介護は人が相手の仕事で、ご利用者と深く関わる仕事です。時間や約束を守ること、また接し方に気を配ることが大切です。



はい。

特に、訪問介護はご利用者の自宅に伺って提供するサービスであることを十分意識する必要があります。自分の家にお客さんが来る時を考えてみましょう。その時、どんなことをされたら嫌だと感じますか。



例えば、靴を脱ぎっぱなしにされたり、断りもなく歩き回られると嫌だと感じます。

そうですね。他人の家を訪問する際は、挨拶などのマナーが非常に大切なことを、まずは意識して下さい。



研修のはじめに、何を伝えるか(=何を理解して欲しいか)を確認しましょう。こうすると、理解が進みやすくなります。



利用者の自宅を訪問するというのが訪問介護の特徴であり、他の職場以上にきちんとしたマナーが求められることを、はっきりと伝えましょう。





はい、気をつけます。

次に大切なのは、「介護保険制度の担い手としての心構え」です。これから A さんは訪問介護サービスの訪問介護員として働くこととなります。訪問介護は介護保険サービスの1つです。ところで、介護保険制度の目的が何なのか、覚えていますか？



ええと、介護を必要とする方を助けることでしょうか？ 上手く説明できません・・・。

簡単にいうと、何らかの援助を必要とする高齢者などに対して、その人が住み慣れた地域で暮らし続けられるように支えあうことを目指した制度です。これまで生活してきた地域で、ということがポイントです。



そういえば、「住み慣れた地域で暮らす」という言葉を、初任者研修でも聞いた気がします。

そうですね。法律では、要介護状態となった方に対して、その人の尊厳を保持しながら、その人が持っている能力に応じて自立した日常生活を営めるよう援助するという表現で書かれています。大事なことなので、後で確認してくださいね。



はい。

ご利用者のお気持ちを尊重しながら、これからも日常の暮らしを続けられるように考える視点が大切です。そのために、介護保険サービスでは、状態が悪化するのを防いだり、なるべく遅らせたりすることを目指しています。



日常の暮らしを支えるために、いろいろとご支援したらよいのでしょうか。



介護保険法の目的を確認し、訪問介護員が専門職であることを意識付けすることが大切です。



確かに必要な支援は行いますが、訪問介護サービスはただ家事をお手伝いする仕事ではありません。
また同行訪問前にお話しますが、まずは「訪問介護サービスは単なる家事のお手伝いではない」ことを意識しておいて下さい。



まだよくイメージが湧きませんが、少しずつ理解したいと思います。

時には、ご利用者や家族から訪問介護サービスの対象外のことを依頼される場合もあります。そのような時は、私からご利用者に説明します。
Aさんが対応に困った時などに私がサポートするためにも、連絡・報告は欠かさないようにして下さい。特に、サービス提供中にどのようなことがあったか、記録をきちんとつけることが重要です。



記録にはどのようなことを書いたらよいでしょうか。

まずは、ご利用者の方がどのような様子だったかが基本となります。また、どういったサービスを提供したか報告しましょう。その上で、気になったこと、トラブルになったことがあれば必ず書き留めて、私に連絡してください。具体的な書き方については、また別に時間を取って練習しましょう。



はい、分かりました。

最後に「当社の一員としての心構え」を持ってください。Aさんも今日から当社の一員です。
Aさんは、働く場所を選んでいたときに、当社にどのような印象を持ちましたか？



ステーションが自宅から近く、通いやすいということが一番でした。それと、面接に来たときに対応して頂いた方が優しく、「不安は多いけれど、ここならやっていけそうだ」と思いました。

訪問記録は、①利用者の状態の変化を客観的に捉え、アセスメントを行う際の根拠となる、②トラブル時などの対応の判断材料となるという意味があり、その作成は訪問介護員の重要な業務です。



そうですね。今のAさんの感想はとても大切です。
これからAさんはさまざまなご利用者や家族とお会いしますよね。その方々はAさんを見て、「このステーションはどんな様子か」を判断します。
Aさんも当社を代表する一員としての自覚を持って、丁寧な言葉遣いと誠実な対応を心がけてください。



接遇の大切さを理解してもらおう工夫です。初任者自身の体験を引き出し、接遇によって相手にどのような感情を持たせるか、説明すると良いでしょう。



はい、みなさんの対応を参考にして、身につけていきたいと思います。



ただし、判断に困ることがあれば、すぐに私に連絡してください。「ご利用者を待たせてしまう」と焦って勝手に判断すると、判断ミスをしてしまい、却ってご迷惑をかけてしまうこともあります。
「分からなければ聞く」ことが、ご利用者のためになる、ということをお覚えておいて下さい。



困ったときの行動手順を明らかにしておく、トラブル防止にもつながります。



はい、なるべく最初は確認するように心がけます。



<サービス提供の流れと職場のルール>

それでは、続いて、当社の就業ルールを説明します。



(省略) 就業ルールの説明など

<今後のOJTの進め方と目標設定>

最後に、これからのOJTについてお話しします。Aさんは初任者研修を先月修了しましたが、介護に関する知識や技術で不安なところはありますか。





はい……。一通りは学びましたが、すぐに一人でサービスに入るのは不安があります。

今はそれで結構ですよ。ご利用者の気持ちや身体に触れる仕事ですから、出来ると思いついて間違ってしまうよりも、一つずつじっくり身につけていく方がずっと良いことです。「働きながら学ぶ」という気持ちを持ち続けましょうね。



はい。特に重度の方にどう接したらいいのか、自信がない部分があります。

どのような介護知識や介護技術が必要になるかは、ご利用者さんの状態に応じて違います。3年後くらいには、そうした応用ができ、介護福祉士の国家資格を取れることを目指しましょう。そのためは、まずはお一人ずつ慣れていくことが大切です。
最初の1ヶ月間は一人のご利用者を担当してもらいます。私が指導しますから、この方がどういう思いを持っているのか、なぜ介護が必要になったのか理解し、この方に応じた介護知識や介護技術を身につけましょう。



はい。

少し慣れてきたら、2人目、3人目のご利用者も担当してもらいます。私からは、それぞれの方の思いや状態像に応じて、どのようなことに気をつければ良いかをお伝えします。
何人くらいのご利用者を担当するかは、人によって異なります。
Aさんは、5人くらいを担当できるようにがんばりましょう。
ここまでで質問はありますか？



いいえ、ありません。まだ何が分からないのかも分からないのが本音ですが……。



目安で良いので、具体的な見通しを伝えましょう。見通しを持つことで、学習意欲が高まりやすくなります。見通しと違うことがあれば、話し合ってみ直せば良いのです。





私も最初はそんな具合でしたよ。一つずつ取り組んでいきましょう。私が指導担当ですので、何かあれば何でも相談してください。
これからよろしくお願いします。

はい。よろしくお願いします。



場面2 初回訪問前に実施する事前説明

- 初任者が初めて利用者宅に訪問する前に行う、事前説明の場面です。
- ここでは、担当することになる利用者の状態像、提供するサービス内容とその手順を確認します。その際、単に手順を説明するだけでなく、以下の3点に留意して伝えることが重要です。

①なぜ、訪問介護サービスを利用することになったのか？

利用者の状態像と居宅サービス計画などを良く理解し、その人にとっての課題と、訪問介護サービスへの期待を分かりやすく伝えましょう。







②自立支援の観点から、訪問介護サービスを通してどのような状態を目指すのか？

上記の点に加えて訪問介護計画を作成するためのアセスメント結果も踏まえ、訪問介護サービスを通して、ご利用者がどのような生活を送って頂くことを目指すのかを、具体的に伝えましょう。

③なぜ、そのサービスをその手順で行うのか？

上記2点に加え、訪問介護計画書及び訪問介護計画手順書も踏まえ、なぜそのような手順を作成したかを伝えましょう。

※本事例に登場するご利用者の居宅サービス計画、訪問介護計画書等は、参考資料1をご覧ください。

訪問介護員 (初任者)		サービス提供 責任者	スーパーバイザー コメント
	(Aさん)おはようございます。		
	(Bさん)おはようございます。 それでは長寿花子さんの事前説明を始めましょう。ちょっと緊張していますか。		
	はい…。		
	初めて担当するご利用者ですから、緊張するのも仕方ないですよ。この場はもう少しリラックスしましょう。 順を追って説明しますので、分からないことがあれば遠慮なく聞いて下さい。		
	はい。よろしくお願いします。		

<重要な課題（ニーズ）の確認>



それではまず、長寿さんがどのような方なのか、なぜサービスが必要となったのかを理解するところから始めましょう。長寿さんの概要資料を見てください。

はい。

長寿さんは〇〇年にお生まれの〇〇歳、お一人で暮らしていらっしゃいます。平成23年7月にベッドから転落し、腰椎圧迫骨折により約2週間入院されました。平成23年8月に要介護認定を受け、現在は要介護3です。腰の痛みが強いのと、物忘れの症状があるので、訪問介護サービスを利用されています。ご本人としては、腰痛を緩和して、今までどおりの生活に戻りたいと考えていらっしゃいます。



今までどおりの生活とは、どのような感じでしょうか。

生活を制約されるのが嫌いで、気ままに生活したいという方です。あと、友人の方とお話をするのが楽しみとのことですので、そのような生活を取り戻せるようにサポートしていきましょう。



はい、心がけたいと思います。ご本人や介助者の方とお話しながら、どのような生活を希望されているか知りたいと思います。

そうですね、やり取りする中でイメージをつかんでください。次に、長寿さんの状態像を確認しましょう。身体状況については、移動の介助があれば、排せつはほぼご自身でできます。ただ、今はまだ腰の痛みが強いため、調理や洗濯などは自分で行うのが困難な状況です。ここまでで分からないことはありませんか。



初任者には、いきなり訪問介護計画手順書を説明するのではなく、「なぜそのようなサービスが必要とされているか」の理解を促すことが大切です。





はい、何とか大丈夫です。

それでは次に進みましょう。長寿さんは、最近物忘れがあることを心配されています。認知症程度はⅡaということですが、ご本人の不安を解消することが必要です。
長寿さんの状態で特に留意すべきは、腰痛と物忘れの2点になります。



物忘れがあるとどのようなことが起きるのでしょうか？

物忘れがひどくなると、例えば、その日のスケジュールが覚えられないので、今日は何をするのか、誰と会うのかななどが分からず混乱し、不安な気持ちになったりします。
認知症程度はⅡaであり、軽度の中核症状が表れていると考えましょう。
カリキュラムの「認知症の理解」の中で、主だった特徴をもう一度おさらいしておきましょう。



はい。

長寿さんへのサービス提供では、ご本人が不安を感じていること、認知症の悪化を遅延化するためにも、この段階では不安を解消することが大切です。「認知症の理解」の中から、まずは健忘期の方に関する部分だけで良いですから、読み返しておきましょう。
まずは長寿さんが望まれる生活をもう一度取り戻すことを目指して、長寿さんのお気持ちを尊重すること、そして不安感を解消することが大切だということを理解しておいてください。



はい。不安の解消が大切ということですね。テキストを読み返しておきます。



サービス提供責任者は、居宅サービス計画を事前に確認し、利用者の状態の何が重要な課題（ニーズ）なのか理解し、それを初任者に伝えるようにしましょう。



今回担当する利用者の状態像に合ったカリキュラムを特定した方が、読む分量が少なくなる分、具体的に理解しやすくなります。



<居宅サービス計画の確認>

はい。それでは続いて居宅サービス計画の確認に移りましょう。Aさんに担当して頂く訪問介護サービスが、何を狙っているのかを確認していきましょう。

はい。

居宅サービス計画の第1表には、ご本人が歩んできた人生や現在の思いを踏まえ、より良い生活を取り戻していけるように、どのような考え方で支援するかが書かれています。先ほどお話したように、「今までどおりの生活に戻りたい」という意向が書かれています。また具体的に、買物に行けるようになりたいということが示されています。

外出はしたいけれど、物忘れが心配という言葉もあります。私はどう関わればよいのでしょうか。

長寿さんには、訪問介護以外にもいくつかのサービスが連携して援助を行います。訪問介護サービスの役割を含めて、それぞれの位置づけは居宅サービス計画の第2表に書かれていますので説明しましょう。

第2表では、左端に課題・ニーズの列があり、その課題の解決に向けた目標と、それを実現するためのサービスがそれぞれ対応して書かれています。

ええと、欄が多くて読み方がよく分からないんですが…。

では、先ほど説明した長寿さんの重要な課題をまず確認しましょう。居宅サービス計画の一番左、「生活全般の課題（ニーズ）」を見ると、腰痛と物忘れの2つの課題が並んでいます。見つかりましたか？

はい、確認できました。

初任者が理解しやすいよう、居宅サービス計画の見方を含めて説明することが大切です。

この欄には個々の課題（ニーズ）に対する目標が書かれていますが、第1表の総合的な方針も見ると、

- ①体力を取り戻して日常生活、特に食事・排泄を自力で送れるようになること
 - ②きちんと栄養と水分を摂取でき、服薬管理ができるようになること
 - ③物忘れに関する不安感を少なくするため、体調を管理し、家族や友人と交流しながら安心して生活できるようになること
- の3点がポイントだということが分かりますね。
ここまではよろしいでしょうか？



課題（ニーズ）に対する総合的な援助の方針の理解は重要なポイントです。初任者が理解できたかどうか確認しながら説明を進めることが大切です。



栄養と水分の摂取というのは、食事介助をするということなのでしょうか？

いいえ。ここでのサービスは、単に食事介助をするのではなく、長寿さんが適切な食事をしやすいようにすることが目標です。

カリキュラムの「こころとからだのしくみと生活支援技術」のうち、食事に関する部分を見てください。老化に伴い、食事がしにくくなると、本来必要な栄養や水分が不足します。その結果として体力が低下したり、脱水症状を引き起こしたりすることがしばしばあります。



サービス提供責任者は、居宅サービス計画に位置づけられた課題（ニーズ）がなぜ大切なのかを理解しておくことが必要です。その上で、高齢者のこころとからだのしくみに立ち戻って説明すると、何のためのサービスなのか理解しやすくなります。



そうなんですか。

はい。テキストを読み直して確認しておいてくださいね。

先ほど、「体力を取り戻すこと」がポイントとお話しました。これを実現するには、腰痛を和らげながら体力を回復させるということと、今ある体力が低下しないように維持することの2つが必要です。

栄養と水分の摂取は、高齢の方の体力の低下を防ぐために大切なのです。それが今の生活を続けられるように支援することです。そういった目でカリキュラムを読み返しておいて下さい。





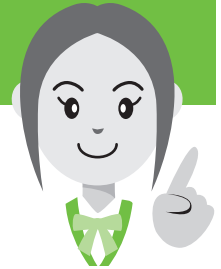
はい。よく分かりました。

<サービス内容とリスクの確認>

それでは、Aさんに実際に担当していただく訪問介護サービスの内容の確認を進めていきましょう。
居宅サービス計画の第2表で、「訪問介護」とあるものが、私たちが訪問介護サービスとして長寿さんに提供する予定のものです。
これと同じ内容が訪問介護計画手順書にも書かれていますので、そちらを使って具体的な手順を確認していきましょう。



訪問介護計画手順書に記載されている内容が、居宅サービス計画と関連していることを説明してから、訪問介護計画手順書の説明に入ると、ケア全体の理解を促すことができます。



(省略) 訪問介護計画手順書の説明

細かい点は初回訪問で私が同行してご説明しますが、訪問介護の主なサービスは
①腰痛を和らげつつ栄養と水分摂取量を維持するための「調理・配下膳」、「身体整容、口腔ケア」
②体力を回復しながら快適な在宅生活を続けるための「掃除」、「洗濯」、「清拭、更衣介助」
③もの忘れの症状の悪化を防ぎ、安心して在宅生活を続けるための「服薬確認」の3つですね。
実際に提供するサービスの流れは大体分かりましたか？



最後に、居宅サービス計画の援助目標を参照し、サービス内容とその目標をまとめて再確認すると、サービス内容への理解が進みます。

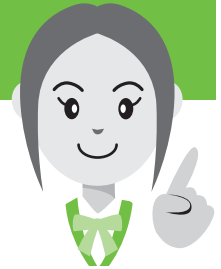


はい。まだ不安が大きいですけど・・・やってみます。

それでは最後に、長寿さんへのサービス提供で起こるかもしれないリスクについて確認して終わりにしましょう。
まず、調理・配下膳、洗面等に関しては、食事や水分摂取量の不足と腰痛の悪化が考えられます。このような場合に、それぞれどう対応したら良いと思いますか？



サービス提供に入る前に、利用者の状態像を踏まえて、想定されるリスクとその対応を確認しておくことが大切です。
ただし、一度も現場に出たことが無い初任者の場合は、想像できないことも多いでしょう。したがって、サービス提供責任者は、サービス内容ごとにリスクを説明することが大切です。





まったく分かりません…。

まず食事や水分量の不足は、ご本人や家族への確認を行いましょう。それに加えて、長寿さんの顔色や唇の乾き具合、ペットボトルの飲み物の量や食べ残しを観察することでも、変化に気づくことができます。もし量が減っていそうと感じたら、サービス提供後に私に必ず連絡してください。

介護はAさん一人ではなく、ご家族も含めてチームで行うものですが、連絡・調整は私（サービス提供責任者）の役割です。私からご家族や介護支援専門員に連絡しますので、まずは私宛に報告してください。よろしくお願いします。



はい。

次に、調理や食事をするときの、腰痛を悪化させないような配慮というと、どのようなことが思いつきますか。



椅子にクッションを置くとか…。

そうですね。Aさんの場合、テーブルで食事をされると痛みが少ないようです。腰に負担がかかるようであればそういう工夫も良いと思います。私と同行訪問するときに確認しましょうね。



はい。よろしくお願いします。

さて、次に掃除や清拭、身体整容に関して、どのようなリスクが考えられると思いますか？



腰痛ということなので、腰を痛めてしまわないようにすることと、掃除の時に転倒しないようにすることでしょうか。



そのとおりですね。転倒の防止には特に気を配ってください。掃除をする際は、転倒の原因になるものが長寿さんの動線にないように確認してください。床だけでなく、手をつく可能性のある場所に崩れやすいものを積まないようにするといったことも必要ですね。



はい。気をつけます。

また、和らいできたとはいえ腰痛が厳しいということですので、掃除や洗濯は無理をせず、長寿さんの可能な範囲、体調の良い範囲で行うようにして下さい。したがって、必ず長寿さんの体調をご自身に確認しつつ、本人の表情などをよく観察してください。腰痛の程度や食欲、睡眠の状況などを把握しながらサービスを行ってください。訪問介護サービスの提供に関して、最初に確認した心構え、覚えていますか。



家事手伝いサービスではない、ということでしょうか。

はい、そうです。利用者及び家族とのコミュニケーションには留意が必要です。(「介護におけるコミュニケーション技術」) ここまではよろしいですか。



掃除はご本人も可能な範囲で片付けをなさるといいますが、私はどこまでやれば良いのでしょうか？

長寿さんは基本的に出来ることは自分でなさいます。しかし、腰痛をはじめ体力・筋力が低下していることもあり、失敗してしまうこともあります。ですからAさんは、失敗してしまったときにサポートできるよう、声かけをしながら、長寿さんが何をしようとしているかを良く確認して下さい。カリキュラムの「介護における尊厳の保持・自立支援」にもあるとおり、長寿さんが自らやろうとすること、長寿さんの生活習慣を尊重することが大切です。



自立支援や利用者の尊厳といった概念は、個々のサービス内容と併せて説明した方が、初任者にも比較的分かりやすくなります。





はい。分かりました。

最後に、ご本人の確認や体調の判断に困ったときのことをお伝えしますね。まず、床から起き上がれなかったり、声を出せなかったりするときは、救急車を呼んでからすぐ、私に電話してください。起き上がれたり、話したりすることはできるものの、普段と比べてとても顔色が悪かったり、辛そうにしているときは、まず私に電話してください。



はい。分かりました。

ほかに質問はありませんか？それではこれで事前説明を終わりにします。初回訪問は○月○日○時からですね。それまでに訪問介護計画手順書とカリキュラムを読み返しておいてください。



はい。よろしくお願いします。

初回は、私も同行訪問し、基本的に私がサービス提供するのを見て頂きます。不安も多いと思いますが、サービス提供後に今日説明したポイントを中心に振り返りを行いますので、実際にサービス提供してみて分からないことがあればそのときに何なりと聞いて下さい。まずはカリキュラムを読み返して出来るだけの準備をお願いします。がんばりましょう！！



緊急時の対応方法とその判断基準を、あらかじめ伝えておくことが大切です。





次のOJTの機会（＝分からないことを解消する機会）を明示することで、不安感が解消されます。また、振り返りの主要なポイントを事前に伝えておくことも、学習効果を高めるためには大切です。

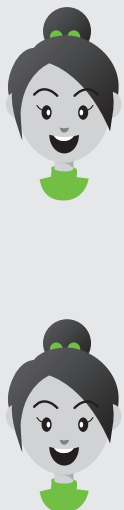
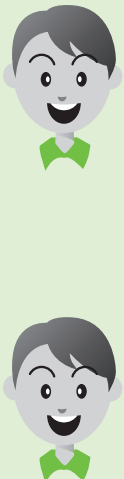


場面3 初回訪問（サービス提供責任者の同行訪問）後の振り返り

- 初任者が初めて利用者宅に訪問（初回の同行訪問）後に行う、フィードバックの場面です。
- 実際に利用者宅を訪問して初任者が感じたことを引き出しつつ、介護の実践において「その利用者のサービス提供において、どのような点に注意すれば良いのか」を具体的に確認することが大切です。
- また、初任者自身が「分からない」と感じたことを引き出した上で、今後のOJTにおける学習課題を初任者とともに確認することも重要です。課題を自覚してもらうことで、学習効果が高くなることが期待されます。

<p>訪問介護員 (初任者)</p> 	<p>(Aさん)おつかれさまでした。</p> <p>(Bさん)おつかれさまでした。 初めての訪問で緊張したのではないで しょうか？</p> <p>はい。頭が真っ白でした・・・。</p> <p>最初は誰でもそうですね。それでも、感 覚を忘れないうちに振り返りをやって しまいましょう。</p> <p>はい。よろしくお願いします。</p>	<p>サービス提供 責任者</p> 	<p>スーパーバイザー コメント</p>
---	---	---	--------------------------

<サービスの流れの確認>

	<p>長寿さんに対する訪問介護サービスの 一連の流れは理解できましたか？</p> <p>はい。訪問介護計画手順書の流れは分か りました。毎回このような流れと思って 良いのでしょうか？</p> <p>いいえ。手順書にも書いてあるとおり、 清拭は長寿さんの体調によるので、最初 にご本人のお話を聞いて健康状態を確 認してください。</p> <p>分かりました。お部屋の掃除は、今日は Bさんが全てなさっていましたが、これ も毎回私たちがやるべきですか？</p>	
---	--	--

いいえ。今日は腰の痛みが辛かった様子でしたから、最低限の範囲で私がやりました。
しかし、何度も言うようですが、あくまでも原則は自分から望んで行っていただけのように関わりを持つことです。ご本人のお気持ちを尊重しながら、ご自身で出来ることはやって頂くようにしてください。



サービス提供責任者が実施した介護については、「なぜそう思い、そう行動したのか」を具体的に解説するようにしましょう。



はい、長寿さんがご自身で行いたいことをお聞きして、少しずつ取り組んでいたとのことだと思います。



特に長寿さんは、人との関わりをあまり望まず、気ままな生活がお好きですから、基本的にご本人のやりたいようにすることを見守るようにしてください。



分かりました。



それと初めにご挨拶した後、長寿さんが椅子から立ち上がる時に、痛そうな表情をされていたのと、ふらつかれたのは気づきましたか？



腰の痛みが結構辛そうだとすることは分かりましたが、そこまで見ている余裕はありませんでした・・・。



徐々に慣れますので大丈夫です。なお、いつもと違うと感じたことは、記録しておきましょう。
記録を確認して、私（サービス提供責任者）から、長寿さんを担当している介護支援専門員にお伝えします。
介護支援専門員を通じて、他のサービスを提供する職種とも長寿さんの情報を共有します。関わる人みんなで見守っていくことが、長寿さんの暮らしを支える上で大切です。



はい、記録にするのと、電話で報告するのを忘れないようにします。



<介護技術の確認>



Aさんには、今日が初日でしたが整容のお手伝いをして頂きました。概ね問題なかったようですが、長寿さんは腰痛がありますので、ズボンをはくときは転倒だけでなく腰に負担がかからないような工夫が必要ですね。

具体的にはどうすれば良いのでしょうか？

ちょっとやってみましょうか？



初任者が実施した介護については、その評価を必ず行いましょう。初任者は不安でいっぱいですから、適切なのか、問題があるのかを知りたい状態にあります。また、改善すべき点を伝えるときは、「その利用者の状態像を踏まえて」解説、指導すると、初任者の理解が深まります。



(省略) 介護技術の確認



ちょっとした違いですが、利用者への負担は大きく違います。分かりましたか？

初任者研修のときは、ここまで細かな違いに気がつきませんでした・・・。



知識・技術を身につける上での具体的な目標を示すことは、初任者の学ぶ意欲を高めるために重要です。



いきなり全ての介護技術を身につけることは難しいですから、まずは今から担当する「長寿さんのための介護技術」を覚えていきましょう。理屈を理解しておくことも技術を身につける早道ですから、カリキュラムの「こころとからだのしくみと生活支援技術」の中から、長寿さんのサービスに関連する部分を読み返しておきましょう。

はい。



同行訪問はあと2回実施する予定ですから、次は移動介助もやりましょう。カリキュラムを読み返すときに、移動の部分をしっかり読んでおいてください。何とかできそうですか？

はい。まだまだ不安が大きいですが、がんばります。





同行訪問を複数回実施する場合、次の同行訪問に向けて、具体的な学習目標を設定すると、初任者の学習効果が高まります。

これから一緒にがんばりましょう！おつかれさまでした。



場面4 担当している利用者に対する一通りのサービスを、 何とか一人で出来るようになった頃の振り返り（入職3～6ヶ月程度）

- 担当している利用者に対する一通りのサービスを、何とか一人でできるようになった段階で、改めて課題（ニーズ）に遡ってサービス全体の意味づけを振り返る場面です。
- この先、「目の前の利用者のサービスに習熟する」段階から、「さまざまな利用者への応用力を身につける」段階に入ります。したがって、この機会に改めて、介護の基本となる考え方や訪問介護員としての心構えを振り返っておくことが大切です。
- まず、初任者の応用力を養うため、利用者の状況やリスクを踏まえてサービス提供責任者が作成した訪問介護計画書及び手順書が、「なぜそのような内容になったのか」「（サービス提供責任者が）どういう考えで計画を作ったのか」を説明します。
- また、着任時と比べて、「どの程度の知識を身につけているか」「訪問介護員として持つべき心構えや考え方は身につけているか」といった評価をする機会でもあります。これまでの面談と違い、担当している利用者のサービスに関する初任者自身の考えを聞くことに重点を置き、初任者が持っている知識や考え方を全体的に確認しましょう。
- その上で、今後さらに蓄積すべき知識や考え方（＝今後の学習課題）は何なのかを確認すると良いでしょう。学習課題を踏まえて、13頁で示したようにローテーション等を考慮することで、応用力を徐々に高めていくように援助することが期待されます。

<p>訪問介護員 (初任者)</p> 	<p>サービス提供 責任者</p> 	<p>スーパーバイザー コメント</p>
<p>(Aさん)おはようございます。</p>		
<p>(Bさん)おはようございます。 それでは振り返りをはじめましょう。</p>		
<p>Aさんは長寿さんを担当し始めてから そろそろ3ヶ月ですね。 もう慣れてきましたか？</p>		
<p>はい。ようやく一通りのサービスを滞り なくできるようになったと思います。</p>		

<重要な課題（ニーズ）と目標の確認>

担当し始めたばかりの頃は、ステーションに戻ってきてからも、よくカリキュラムを読み直して勉強しているのを見ました。その成果ですね。おつかれさまです。

はい、ありがとうございます。

最近の長寿さんの様子はいかがですか？担当し始めた頃から比べて、意欲が高まったり、不安が減ったりするなど、お変わりになったことはありましたか？

腰の痛みがかなり緩和されてきたようで、友人の方との買物に向けて、歩行の練習を積極的に取り組むようになりました。そのためか、表情もやや明るくなったように思います。

そうですね。物忘れについては、まだ不安感は強いようですが、次女の方のお話では、外出する日を楽しみにしているそうですよ。

はい、掃除や洗濯の時のお声かけを続けていきたいと思います。

さて、一通りのサービスに慣れてきたということですので、今日は、長寿さんへの訪問介護サービスの内容について、改めて確認しておきたいと思います。Aさんはこれから、長寿さん以外のご利用者も担当することになります。そのときに応用できるように、「なぜ、長寿さんへのサービスの内容がこのようなものになっているか」を分かっておいてもらいたいと思います。

はい。

初任者の自学自習への取組姿勢を認めることは、初任者の意欲の維持・向上につながります。

まず、長寿さんの長期的な援助の目標はどのようなものだったか確認しましょう。居宅サービス計画にはどのような目標が書かれていましたか？

腰への負担を軽くし、また物忘れに対する不安感を解消して、自宅での生活を続けることです。

そうですね。では、そのようなケアの目標が設定された理由、つまり長寿さんにとっての課題（ニーズ）、あるいは原因疾患はどのようなものだったでしょうか？

疾患は腰痛と認知症でした。

はい、そのとおりです。長寿さんの場合、訪問介護で、調理・配下膳、洗面、掃除、洗濯、清拭、更衣介助、口腔ケア、整容、服薬確認といったサービス内容が入っています。これらのサービスがなぜ入ったのでしょうか？

腰痛があって日常的な家事をうまくできないことがあるからだったと思います。サービス提供していても、辛そうにされている姿をよく見かけました。

長寿さんの場合、腰痛はなぜ起きているのでしょうか？

確か圧迫骨折の後遺症だったと思います。

そうですね。適切なリハビリを続けていくと、痛みが改善するようです。先ほど確認した援助の目標を踏まえると、治療しながら腰への負担が少ない生活を送ることが必要とされていることが分かりますね。

実はこれまでも少し不安に思っていたのですが、腰への負担が少ないというのは、具体的にはどのようなことなのでしょう？

まず、居宅サービス計画に記載されていることの確認から始めると、初任者の理解が整理され、円滑な振り返りができます。

居宅サービス計画に記載されている課題だけでなく、原因疾患まで含めて、利用者の状態を確認することで、どのような介護を目指すべきか理解しやすくなります。

長寿さんの場合、腰を反ると痛みが出やすく前かがみだと痛みが出にくいようです。腰を反ることがある動作、例えば立ち上がる動作や着脱衣などは気をつけなくてはいけないですね。だからこそ、今のようなサービス内容になっています。

腰に負担をかけないためのサービスの工夫を理解するためにも、カリキュラムの「こころとからだのしくみと生活支援技術」のうち、整容や清潔保持に関する部分を読み返しておきましょう。

特に、どのような姿勢のときに腰に負担がかかりやすいか、またそれを和らげる介護の工夫はどのようなものがあるのか、確認してください。

はい。着替えの時に椅子から立ち上がった時、ズボンをはいたりする時に、大変そうに見えることが多いのですが、そういうことだったんですね。不安が解消されました。

ただし、長寿さんが自らのさろうとすることを妨げないように、ご本人が失敗されそうな時だけフォローすること、「自立支援を目的としていること」を忘れずに。

さて、長寿さんの場合、腰痛だけでなく、もう一つ、押さえておくべき課題がありますよね。

もの忘れでしょうか？

そうですね。アルツハイマー型の認知症ということですが、この課題と関連づけられているサービス内容は何だと思えますか？

見守りだと思います。次女の方も、物忘れの影響を心配されていますので。

身体介護については、初任者が、からだのしくみと具体的な介護技術を組み合わせて振り返ることが出来るように、指示を出すことが有効です。

声かけによって、初任者が不安に思っていることを引き出し、解消することが大切です。

あくまでも、ご本人の意思を尊重し、自立支援に向けた介護を行うよう、折に触れて確認しておきましょう。



見守りはそのとおりですが、「生活に影響が出ないように」見守るのではなく、ご本人が自らなさろうとすることを尊重し、「失敗しそうなときにフォローできるように」見守ることが目的ですね。



どう違うのでしょうか？

その違いを理解するためにも、認知症の利用者への介護の基本を確認しておきましょう。認知症の利用者への対応の基本はどのようなものでしたか？



すみません、すぐに出てきません……。

それでは、この後、カリキュラムの「認知症の理解」のうち、認知症の人の心理・行動や、利用者への対応に関する部分を読み返しておいてください。
大切なことは、病気によってだんだん出来ないことが増えている自分自身が怖いと思われる気持ちを汲むことです。具体的には、「できなくなってしまった」とか「変なことをするようになってしまった」といった見方をせず、自ら行動できるよう「失敗しないような状況」を作り、プライドを傷つけないように心がけましょう。
普段、サービス提供していて、長寿さんが良い表情をされる時とそうでない時の違いに、何か思い当たることはありませんか？



食後に飲むお薬を渡す時に、ちょっとした声のかけ方でご気分が違うように感じたことはあります。そういうことなのでしょうが……？

そうです。ちなみにどのような声のかけ方をしたら良かったと感じましたか？覚えていればちょっとやってみてもらえますか？



初任者が具体的に理解できるよう、日々のサービス提供で感じたことを引き出し、振り返ることが大切です。



(省略) 具体的な介護手順の振り返り



いかがですか、少し分かりましたか？

ちょっとだけ分かりました。もう一度カリキュラムを読み直して、来週からのサービスに活かしたいと思います。

はい。がんばってください。その調子です。
ちなみに、服薬確認は、腰痛の治療にも関わることで非常に大切です。声かけだけでなく、ペットボトルの蓋をゆるく締め直しておくことも、ご本人が自ら服薬しようとする気持ちに対し失敗しないような状況を作るという意味で大事ですね。



この手順書にはそういう配慮があったのですね…。よく分かりました。



これで、長寿さんの介護における重要な点の振り返りを終わりにしますが、ほかに日々のサービス提供で気になっていること、不安なことはありませんか？

今のところありません。



それではこれで振り返りを終わりにします。来週からもがんばりましょう！

はい。よろしくお願いします。



小さな行為でも、特記事項で記載されているような重要な行為は、改めてその意義を確認しておくこと、初任者の理解が深まります。



4 初任者向けの集合研修について

- 集合研修は、入職時及びフォローアップ研修（技術講習）を基本に、必要に応じて毎月の会議等の機会を活用し、実施します。
- 入職時研修では、訪問介護に従事する職員としてのマナーを身につけることを促すことが重要です。事業者や多職種チームの一員としての心構えや、接遇の重要性について、ロールプレイや事例紹介を交えながら説明すると良いでしょう。
- フォローアップ研修（技術講習）では、それまで担当してきた利用者に関する知識・技術の習得状況についてしっかりと検証します。併せて、実践応用力を高める観点から、これまで経験することができなかった介護技術を学び、網羅性を高められるよう実施することが有効です。

5 評価の必要性

- OJTを円滑に、かつ効果的に進めるためには、日常の声かけや面談が有効です。しかし、口頭でのやり取りだけで進めると、長期的な目標や達成度が把握しにくくなり、学習意欲が低下する恐れもあります。
- そこで、習熟の程度や、次に取り組むべき学習課題を“見える化”させるために評価を活用すると良いでしょう。
- 具体的には、第2部で紹介するような評価ツールを事業者で作成しておき、入職時点、3ヶ月、6ヶ月などの節目で利用することが考えられます。

⇒評価項目や評価方法については50頁「評価の方法」もご覧下さい。

第2部 初任者向けOJTの環境整備

- 第1部では、OJTの場面を具体的にイメージしてもらう観点から、訪問介護員の初任者とサービス提供責任者の具体的なやりとりを中心に、利用者へのサービス提供の機会を通じて実践的に育成する場面を紹介しました。
- 第2部では、第1部で紹介したようなOJTを実現するために必要な環境（事業者として準備しておくべきこと）を紹介します。また、OJTという指導方法に対する理解を深めていただくため、OJTの意義やプログラム作成の考え方なども、改めて紹介します。
- なお、本報告書はあくまでも運営基準第28条第3項に掲げるサービス提供責任者の行うべき訪問介護員の育成に焦点を当てており、事業経営の指針ではないので訪問介護事業所の運営の在り方を網羅的に記述しているものではない点にご留意ください。

I 初任者向けOJTの意義

1 実践キャリア・アップ制度における位置づけ

- 介護職員初任者研修課程で学んできた「知識、技術」は、現場において、確実に利用者に提供されなければなりません。しかし、利用者ひとりひとりの状態はまちまちであり、極めて個別性が高いものです。研修で学んできたものが全てに適用できるわけではなく、学んだ基本をしっかりと押さえつつ、状態に合わせて応用・活用していく必要があります。
- しかし、こうした「知識、技術」は、介護職員初任者研修課程の130時間という限られた時間内に全て習得できるものではありません。介護サービスの提供という実践を通じて、介護人材がスキルアップを図っていくという考え方に立ち、現在、「実践キャリア・アップ制度⁴」が検討されています。
- したがって、初任者向けのOJTでは、日々、さまざまな介護業務を経験することで、わが国における介護が目指している地域包括ケアの実現を担う訪問介護員としての姿勢・態度を醸成します。
- さらに、基本介護技術を確実なものとするとともに、様々な状態に対応できる能力、姿勢を身につけることを目指したねらいを設定することが重要です。
- このような考え方にに基づき、初任者の状況、訪問介護員に期待される水準や役割を踏まえて、具体的なOJTのねらい、学習内容、基本方針を設定し、OJTに関わる全職員で認識の共有を図りましょう。なお、それらを設定する際は、着任前に受講した介護職員初任者研修課程との継続性、およびOJTと並行して受講すると想定される実務者研修との接続に配慮する必要があります。

⁴ 介護分野など新成長分野における実践的な職業能力を明確化し、教育・能力開発と結び付け、能力を客観的に評価するキャリア段位制度の創設を目指して、政府内で検討しているもの。

2 能力開発における OJT の意義

- 過去の OJT は、「現場において知識や技術を教えること」と狭義に捉えられることもありました。しかし、近年の OJT は、知識や技術の伝承だけでなく、仕事に対する考え方や姿勢、人間としての感性までも含めて伝えられる手法であると広く捉えられています。
- 訪問介護は、利用者の生活の拠点において、利用者・家族および多種の専門職等と関わる専門的なサービス業種です。したがって、初任者に対して、知識や技術だけでなく、考え方や姿勢、人間としての感性を含めて伝えられる OJT は非常に有効です。
- なお、人材開発の手段としては、OJT 以外に「目標による管理」、「自己啓発」等があります。事業者の規模や訪問介護員に期待する人材像にあわせて、それらの手段を組み合わせるとよいでしょう。

3 経営から見た OJT の意義

(介護保険制度の担い手である事業者としての責務)

- 介護保険制度の理念の実現を目指し、制度に基づくサービスを提供する一員として見れば、初任者を採用する全ての事業者は、専門性を有した訪問介護員の育成に向けての責務があると言えます。

(質の高いサービス提供による経営力の向上)

- 初任者向けの OJT は、介護保険制度のためだけに実施するものではありません。事業者にとっては、質の高いサービスを提供して利用者から評価を受けることが、顧客の確保につながり、経営力の向上をもたらします。したがって、初任者を「質の高いサービスを提供できる人材」として成すための OJT は、事業者にとって必須の業務と言えます。
- また、OJT を通じて、知識・技術のみならず、事業者の経営哲学・理念を浸透させることで、事業所の一員としての姿勢・態度の定着を図ることが期待できます。
- 従業員である訪問介護員が、より質の高いサービスの提供に向けて研修等に取り組みやすいよう、職場環境や労働条件の改善にも取り組むことは、適正な経営を行う事業者としての責務でもあります⁵。
- なお、平成 24 年度改定で新設された介護職員処遇改善加算を見ても、介護職員処遇改善交付金と同じ考え方を引き継ぎ、その要件に「介護職員の資質向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること」が挙げられています。したがって、訪問介護員の資質向上のために実効性のある研修を実施することは、介護保険サービスを担う事業者にとって、経営上も重要です。

⁵ 平成 24 年度からは、規模の大小に関係なく、訪問介護事業者についても労働基準法を遵守できていない事業所については、指定訪問介護事業所の指定取り消しも可能となりました。

(初任者の不安の解消による定着率の向上)

- 訪問介護員は、利用者の自宅で介護サービスを提供する仕事であり、かつ直行直帰が多い傾向があります。そのため、初任者にとっては業務への不安感が大きく、またその不安を相談する機会が少ないこともあり、早期に離職する割合が大きいのが現状です。
- 初任者向けのOJTを丁寧に行い、仕事のイメージや専門職としての成長の見通しを示しながら、初任者の不安を解消することで、定着率の改善が期待されます。また、初任者以外の訪問介護員にとっても、初任者への声かけや、相談に応じることで、仕事に対する誇りや、自分自身の成長を実感する機会を得ることが期待できます。

(職場環境への波及効果)

- OJTにおいて、指導者（サービス提供責任者）の果たす役割は重大です。事業者が求める人材像をゴールとして、初任者とともに目標を設定、キャリアを積ませて技術・知識を習得させていきます。そのために指導者には、目標達成指導にかかる様々なスキルを身につけ、それをを用いることが求められます。
- したがって、OJTは指導者にとって、自分が持つ知識や技術を振り返り、「指導力」を向上させる機会にもなります。つまり、事業所全体でOJTを実施することで、初任者ばかりでなく、組織全体の力量が向上することも期待できます。
- なお、何の準備も無く指導役を担うことは難しいでしょう。したがって、指導者たるサービス提供責任者に対する研修プログラムも準備する必要があります。サービス提供責任者の養成のあり方については第3部に掲載しているので、そちらも併せてご覧ください。

II OJT の実践のために必要な環境

- 事業所におけるOJTは、下図に示すように、初任者に対し、指導担当であるサービス提供責任者、サービス提供責任者に助言するスーパーバイザー、同僚、人事担当が関与して実施することが望めます。つまり、事業所全体で取り組むことが望めます。
- そのために管理者には、初任者へのOJTに積極的な職場環境を作り、サービスの質の向上を目指すことが求められます。具体的には、OJTの目標・基本方針を策定し、それを事業所全体に浸透させることが重要です。
- また、初任者の指導に直接関わるサービス提供責任者には、初任者の学ぶ意欲を引き出しながら、成長を支援するという心構えが求められます。自分のやり方を押し付けるのではなく、自分の知識や技術を、分かりやすく工夫して初任者に伝えることが大切です。
- このように、一人の初任者に対して事業所全体で日々の指導を実践することになるため、「何をを目指すのか (= OJTの目標)」、「学習成果をどうやって測るのか (= 評価方法)」、「OJTのしくみ自体の見直しをどうするのか (= OJTを継続的に改善する仕組み)」を定め、共有することが重要です。

■ 事前に定め、共有しておくべきこと

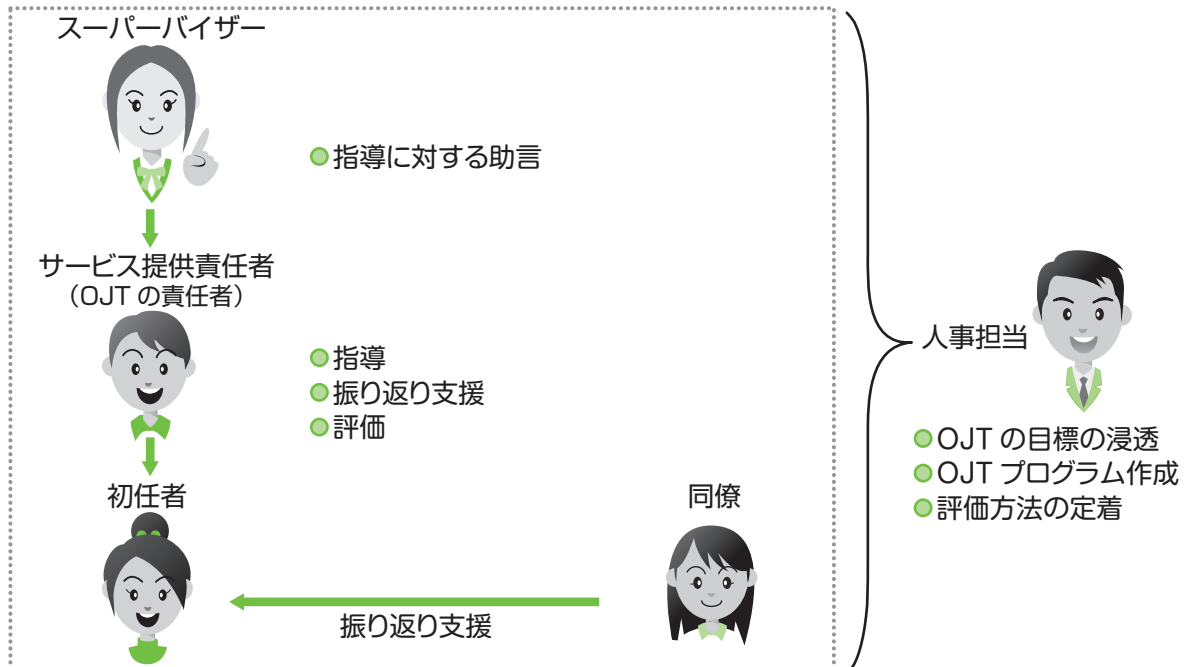
OJT の目標・基本方針

学習すべき内容

評価方法・評価項目

OJT のやり方自体を継続的に改善するしくみ

■ OJT の実施体制（制度設計と指導関係）



1 実施体制

(指導関係)

- OJTの実施体制として、まず基本となるのは、初任者に対して直接指導・助言を行う「指導関係」です。
- 初任者ごとに直接指導を担当するサービス提供責任者（以下、「指導担当」）を決め、指導の責任を明確にする必要があります。指導担当の役割は、初任者の指導、声かけなどを通じた振り返り支援、成長度合いの評価です。
- また、指導担当が適切な指導を行うことができるためには、指導担当が行う指導への助言・評価を行うスーパーバイザーの存在が有効です。
- スーパーバイザーとしては、事業所の管理者やリーダー格のサービス提供責任者等が想定されます。小規模事業所などで適任者が事業所内に居ない場合は、地域包括支援センターや地域の事業者団体あるいは他事業所のサービス提供責任者等が、スーパーバイザーとなりうる人材を紹介したり、各事業者のOJTの責任者を集めて互いに助言しあう機会を提供したりする方法も考えられるでしょう。
- なお、訪問介護員は、前述のとおり、直行直帰をすることが多いため、指導者と本人が接する機会が限られています。このことは、人材育成環境を整える上で留意すべき大きな特徴です。
- また、多様なバックグラウンドを持つ初任者ですが、向上意欲、学習意欲が低い者も一定数存在することが予想されます。したがって、事業者は、採用時から初任者の「心構え」を高める工夫を検討する必要もあるでしょう。
- さらに、サービス提供責任者は、事務・管理業務やサービス提供に時間を取られることが多く、人材育成にじっくり取り組みにくいことも、留意すべき課題です。

(人事担当)

- 加えて、指導者の配置や初任者及び指導者双方の評価等の「人事」も、OJTを継続的に改善する上で重要です。OJTを指導者に属人的なものにせず、事業所全体でOJTの質を評価し、継続的に改善していくためには「人事」の取り組みが重要です。
- 参考までに、中程度の規模の事業所における実施体制の例を、次頁に掲載しました。各事業所の規模や職員の業務経験等を踏まえて実施体制を整備する際の参考として下さい。

【参考】実施体制（例）

（概要）

- ◆ 管理者1名、サービス提供責任者1～2名、訪問介護員40～60名程度。
- ◆ 事業所の管理者、サービス提供責任者は、自社の理念や基本方針に基づいたOJTが実施できる体制の構築に責任を持ちます。
- ◆ 事業所のスタッフ全員が見守り、サポートできる体制を構築します。初任者の指導担当が役割モデルとなります。指導担当が行う指導への評価・助言は、スーパーバイザーが行います。

（指導担当）

- ◆ 指導担当の役割は、原則、サービス提供責任者が行うこととしますが、施設の規模によって、事業所管理者が指導担当を担う場合もあるでしょう。
- ◆ 指導担当は、初任者に対して実地指導を行った上で、訪問介護員の業務実施状況についての評価等を行います。
- ◆ 指導担当は、訪問介護員として必要な基本的知識、技術、姿勢を有し、教育的指導ができるものを行います。また、学習方法、悩み事などの精神面、生活などの相談、援助も行います。
- ◆ 指導担当は、OJT期間が終了した後も、担当した初任者に対し、継続的に指導・助言を行うことが望まれます。

（スーパーバイザー）

- ◆ スーパーバイザーの役割は、事業所の管理者や、豊富な経験がありスーパービジョンができるサービス提供責任者等が担当します。
- ◆ スーパーバイザーは、事業所の初任者の教育方針に基づき実施される研修の企画、運営を中心となって行います。指導担当への助言指導、また、初任者の指導、評価を行います。
- ◆ 訪問介護員として模範となる介護実践能力を持ち、事業所の管理者としての調整能力を有し、教育的役割を発揮できる者が望まれます。

2 目標と方針

(到達目標)

- 各事業者の経営者から見ると、OJTの究極の目標は、初任者を早期に良質の介護サービスを提供できる人材に育てることです。利用者からの評価が社会の評価につながり、そのことが新たな利用者の確保に寄与するという循環を作り、経営基盤を支える人材へと成長させることと言えます。
- また、事業者にとっての経営上、あるいは人材開発上の課題を踏まえて、「初任者に指導することを通じて、指導する側に対しても成長機会を提供し、職員間で学びあう環境が醸成されること」、あるいは「OJTを通じて職員間のコミュニケーションを促進し、チームケアの土台を強化すること」などもOJTの目標として設定することができます。
- 常勤職員の場合で初任段階から3年程度の間、介護福祉士を取得することを念頭に置けば、初任段階のOJT（常勤職員で半年程度）の到達目標は、以下のように設定することができます。
 - ✓介護福祉士の養成課程である「人間と社会」、「こころとからだ」の各領域の基本的な知識が身につけており、それに基づいて担当する利用者の状態像を理解できること。
 - ✓担当する利用者の状態像に応じた適切な介護技術を自分自身で判断し、実践できること。
 - ✓利用者の様子が普段と異なる場合に気づき、サービス提供責任者に的確に伝えることができること。
- なお、知識・技術の具体的な到達目標については、実践キャリア・アップ制度の検討を経て示される能力評価基準に準じます。

(基本方針)

- 単に一初任者の知識や技術の向上を図るだけでなく、OJTを通じて初任者が指導担当役をはじめ職場内での人間関係を構築でき、訪問介護員としてのキャリアアップへの関心を高められるよう配慮します。
- サービス提供責任者やベテランの訪問介護員など、指導役の成長機会としても活用します。
- 事業者内で完結させるだけに留まらず、外部の人材や研修プログラムを活用して、効率的に実施できるようにします。
- なお、OJTの副次的な効果として、以下のような効果も期待されます。

①人間関係構築

- ✓OJTを実施することで、初任者と指導担当との関係は強固なものになります。信頼関係のある“先輩”が身近にいる状況を構築することは、初任者の継続的学習の助けとなります。
- ✓また、組織でOJTに取り組むことで、指導担当だけでなく、職場内の他の職員との人間関係構築も期待されます。こうした人間関係が構築されることで、新人職員の早期離職防止、定着促進にもつなげることが可能になります。

②指導役の成長機会

- ✓OJTは、指導する側にとっても成長の機会となります。教えるという行為により、教育する側も学習して、自分が有する知見を整理し、わかりやすく伝えようとする過程は、結果として事業者の知的財産の価値を高めることとなります。
- ✓管理者は、OJTを指導担当（サービス提供責任者）の成長の機会として捉え、担当する初任者の組み合わせを決めたり、学習内容を決めたりすることが求められます。

3 学習すべき内容

- 学習すべき内容は、以下の観点を踏まえて設定することが望まれます。

①介護職員初任者研修課程・実務者研修との継続性の担保

- ✓OJTプログラムは、介護職員初任者研修課程との継続性を第一に考えつつ、実務者研修への接続を配慮して作成することとします。

②介護の現場を理解する場の確保

- ✓訪問介護をはじめ、通所介護、小規模多機能介護など、在宅・居住系介護保険サービスの現場を見学し、今後のOJTの基礎となる、介護の実践のイメージを持つ機会を提供します。

③“目の前の利用者”に適切なサービスを提供するために必要な知識・技術の獲得

- ✓介護職員初任者研修課程のカリキュラムは、在宅・施設を問わず介護職として働いていくうえで基本となる「知識、技術」の修得が中心となっていますが、OJTプログラムでは、さらに一歩進めて考えていきます。
- ✓訪問介護員にとって、「知識、技術」の修得自体は到達目標ではありません。いうまでもなく、利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように援助することが介護サービスの目的です。すなわち、「知識、技術」の修得は手段に過ぎず、目的ではないことをOJTの基本的な考え方とします。

4 評価の方法

- 評価項目については、厚生労働省が作成している「職業能力評価シート・訪問介護サービス レベル1（初級）」を活用すると良いでしょう。ただし、事業者ごとに初任者に期待する役割が異なると思われます。したがって、この評価シートを修正し、各事業者の特徴を反映した「初任者能力評価チェックリスト」を準備すると良いでしょう。
- なお、レベル1の役割は以下のとおりです。また、初任者能力評価チェックリストの例を後に掲載するので、参考にしてください。

<レベル1の職務役割>

※厚生労働省「職業能力評価シート・訪問介護サービス レベル1（初級）」より

- 基礎的な実務知識、技能を有し、比較的難易度の高くない事例を担当する。
- 決められた内容のサービスを、決められた手順で実施する。

- 評価基準は、次に挙げる3段階を目安にして設定すると良いでしょう。

<評価基準（例）>

- … 一人でできている
- △ … ほぼ一人でできている
(一部、上位者・周囲の助けが必要なレベル)
- × … できていない (常に上位者・周囲の助けが必要なレベル)

- 評価時期は、1か月経過時、3か月経過時、6か月経過時、1年経過時の年4回とし、振り返りを行います。また、評価の際に、「できていない」項目については、サービス提供責任者が本人にフィードバックするとともに、十分な指導を行います。
- 具体的に評価を実施する際は、以下のように4段階で実施しましょう。

<評価の流れ（例）>

- ① 自己評価
 - ② 指導担当であるサービス提供責任者による評価、コメント記入
 - ③ レベル1の到達度の判定
- ※ 「×：できていない」が無く、「○：一人でできている」が7割以上
- ④ フィードバック面談の実施

(チェックリスト評価結果の活用)

- チェックリストで×評価などの問題点を抽出した場合は、初任者の今後の技術習得の「目標設定」を行います。
- このようにして、「評価⇒問題点抽出⇒問題点克服のための目標設定⇒サービス実施⇒評価」のサイクルを回していきます。

【参考】 初任者能力評価チェックリスト(例)⁶

姿勢・態度・知識・管理的側面		1か月	3か月	6か月	1年
1.企業倫理と コンプライアンス	①介護保険法、関係法令、諸ルールの内容の把握				
	②介護保険法、関係法令、諸ルールの遵守				
2.チームワークと コミュニケーション	①上位者や同僚との連携による職務の遂行				
	②他部門との連携による職務の遂行				
3.外部、関係機関との連携	①外部との連携、ネットワークづくり				
	②緊急時対応				
4.目標管理	①目標設定				
	②進捗管理				
	③成果の検証				
5.利用者の安全確保、 トラブルの未然防止	①サービス提供時におけるリスクの理解				
	②利用者の安全確保のための対応				
技術的側面（1）		1か月	3か月	6か月	1年
1.初回サービスのための 準備	①利用者基本情報の把握				
	②サービスの実施手順の確認				
2.訪問介護サービスの実施	①介護サービス実施のための事前準備				
	②サービス実施				
	③サービス実施後の記録・報告				
3.サービスの検証	①サービスの振り返り、自己評価				
	②ケアのやり方等サービス向上に向けた提案				
4.利用者への情報提供	①利用者に対する情報提供				
	②介護に関する利用者からの相談に対する対応				
技術的側面（2）		1か月	3か月	6か月	1年
1.移動・移乗介助、体位 交換、外出介助	①移動・移乗の準備				
	②移動・移乗				
	③移動・移乗後の介助				
	④体位交換				
	⑤通院・外出介助				

⁶ 項目は「職業能力評価シート・訪問介護サービス レベル1（初級）」を引用

2. 食事介助	① 食事の準備				
	② 食事介助				
	③ 食後の介助				
3. 入浴介助	① 入浴準備				
	② 入浴				
	③ 入浴後の介助				
4. 排泄介助	① 排泄準備				
	② 排泄				
	③ 排泄後の介助				
5. 身体整容	① 更衣介助				
	② 整容介助				
	③ 口腔ケア				
6. 調理	① 調理準備				
	② 調理				
	③ 後片づけ				
7. 洗濯	① 洗濯準備				
	② 洗濯				
	③ 乾燥・収納				
8. 掃除	① 掃除準備				
	② 掃除				
	③ 後片づけ				
9. 買い物代行	① 買物代行				

5 OJTを継続的に改善する仕組み

- OJTのプログラムや体制は、実際に運用する中で課題を洗い出し、より効果的・効率的な方法へと継続的に改善することが期待されます。
- また、訪問介護員に期待される水準や役割の変化、また事業者内の配置転換等の影響を踏まえて、最適なOJTを実施できるように、定期的に見直す仕組みを設けることが望めます。

第3部 サービス提供責任者の役割と養成の考え方

- サービス提供責任者は、利用者に対する訪問介護計画書を作成するとともに、訪問介護員に対して研修、技術指導を通して訪問介護業務を適切に実施させる責務を負っています。そこで、サービス提供責任者のありかたについても一定の整理をしておくこととします。

I 初任者指導におけるサービス提供責任者の役割

- 訪問介護サービスにおいては、サービス提供責任者は、利用者の介護サービスに対するニーズを把握し、訪問介護員を育成し、利用者へ派遣する機能を担っており、その役割は非常に重要です。サービス提供責任者の役割が初任者をはじめ訪問介護員の定着や能力開発に大きな影響を及ぼしていることは明らかであり、初任者指導における成功のカギは、サービス提供責任者にかかっているといっても過言ではありません。
- サービス提供責任者は、アセスメントを踏まえた根拠に基づく具体的な訪問介護計画書を作成し訪問介護員に説明できることは必須です。また、初任者に対してサービスの実地指導を行うほか、事業者内で円滑にOJTが実施されるための環境づくりを推進する責務があります。

■ 初任者の成長に伴う指導者の役割 ～ 指導開始初期と習熟後で役割が変化する

【開始当初】レクチャー（教示）型



【習熟期】コーチング（対話指導）型



■ 養成方法と支援の仕組み

- サービス提供責任者に求められる、指導者としての心構え、資質、能力
- サービス提供責任者の養成プログラム

- 着任段階は手本を見せる、根拠を含めて知識・技術を伝えるといったレクチャー（教示）型の関わり方が中心ですが、初任者の成長を踏まえて、初任者自身で問題点に気づき、考える機会を提供するコーチング型の関わり方に移行していくことが求められます⁷。
- また、「一人でサービス提供する」という訪問介護サービスの特徴を勘案すると、サービス提供責任者が初任者に対し適切に指導するためには、初任者が提供するサービスの状況把握が重要です。したがって、訪問介護計画書・手順書を適切に作成し、その計画書に基づいて実施したサービスに関する報告を受けることが、訪問介護サービスにおける初任者のOJTの基本となります。

⁷ コーチングとは、聞く、質問する、承認するという手法を用いた対話を通じて、本人の感情や思考を、自己実現や目標達成などの原動力に変えるコミュニケーション技術を指します。

Ⅱ サービス提供責任者に求められる能力

1 サービス提供責任者に求められる能力

- サービス提供責任者に求められる能力とは、法令が定めるサービス提供責任者の役割と、OJTの指導役として期待される役割を果たすために必要な能力です。

【参考】訪問介護事業所の管理者及びサービス提供責任者の責務（再掲）

運営基準

- 第二十八条 指定訪問介護事業所の管理者は、当該指定訪問介護事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない。
- 2 指定訪問介護事業所の管理者は、当該指定訪問介護事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。
 - 3 サービス提供責任者は、第二十四条に規定する業務のほか、次の各号に掲げる業務を行うものとする。
 - 一 指定訪問介護の利用の申し込みに係る調整をすること。
 - 二 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。
 - 三 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者等と連携を図ること。
 - 四 訪問介護員等（サービス提供責任者を除く。）に対し、具体的な援助項目及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達すること。
 - 五 訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。
 - 六 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。
 - 七 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。
 - 八 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

- 法令が定めるサービス提供責任者の役割と、その役割を果たすために必要とされる知識・能力を整理すると以下のとおりです。下表に整理したとおり、求められる役割の多くを遂行するためには、「担当する利用者の理解」、すなわち、その人の置かれている身体機能、精神機能、環境因子等などの状況に関して総合的に理解することが極めて重要です。
- また、担当する利用者の理解に基づいた訪問介護計画書の作成は、利用者向けの業務はもちろんのこと、初任者向けのOJTにおいてもその基礎となります。同時に、法令がサービス提供責任者に求める役割の中でも最も重要な役割の一つと言えます。
- なお、社会保障審議会介護給付費分科会審議報告に盛り込まれたように、改正介護保険法が施行される平成24年度からは、訪問介護サービスの提供における多職種連携を進める上で、サービス提供責任者の役割がさらに大きくなります。
- 具体的には、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者が協力して訪問介護計画を作成することへの評価が盛り込まれました。
- このように訪問介護の質の向上を図るため、サービス提供責任者にはより高い知識・能力が求められます。上述の審議報告では「2級課程の研修を修了したものであって、3年以上介護等の業務に従事した者」の段階的廃止が盛り込まれ、平成24年度の介護報酬改定において2級訪問介護員のサービス提供責任者配置減算が設けられました。

<サービス提供責任者の役割の整理>

直接的な役割	必要とされる知識・能力
1 対利用者 ①利用者宅を訪問して情報収集 ②情報を基にアセスメント実施 ③訪問介護計画書・手順書の作成 ④説明・同意・契約 ⑤定期的なモニタリングの実施 ⑥苦情への対応	◆ 担当する利用者の理解 ◆ 訪問介護員としての心構え、介護知識・技術 <ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険制度の理念の理解、チームケアの一員でもある専門職としての心構え ● どのようなニーズの利用者に対しても対応できる介護知識・技術 ◆ 法人としてのサービス提供の考え方 <ul style="list-style-type: none"> ● 経営理念、経営方針（※介護報酬やサービス提供費用などの数字理解を含む） ● 援助職としての心構え、接遇・コミュニケーションの方法 ◆ 利用者からの苦情対応の手順の理解・接遇技術
2 対多職種 ①サービス担当者会議への出席 ②緊急時連絡、サービス計画の変更調整	◆ 担当する利用者の理解（再掲） ◆ 訪問介護員としての心構え、介護知識・技術（再掲）

直接的な役割	必要とされる知識・能力
<p>3 対訪問介護員</p> <p>① 訪問介護計画の作成・説明・指示等</p> <p>② 訪問介護員の業務の実施状況の把握</p> <p>③ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理の実施</p> <p>④ 訪問介護員に対する研修、技術指導等の実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 担当する利用者の理解（再掲） ◆ 訪問介護員としての心構え、介護知識・技術（再掲） ◆ 職員の理解 <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護員一人ひとりの個性、現在の能力、希望の把握 ●（常勤／非常勤）訪問介護員のスケジュール調整能力 ● 職員の不安、不満の理解とそれに対応できる能力 ◆ 初任者に指導すべき実践的な介護知識・技術 <ul style="list-style-type: none"> ● 初任者に求められる介護知識・技術 ● サービス提供のプロセスにおいて留意すべきポイントの体系的理解 ※（その日の／普段と異なる）利用者の状態のアセスメント ※利用者・家族のニーズの把握 ※報告書の作成
<p>4 対組織内部コーディネーター等</p> <p>①事務処理能力</p> <p>②管理者や人事担当者との調整能力</p> <p>③事業計画の作成・遂行に関する計数管理能力</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 法人としてのサービス提供の考え方（再掲） ◆ 職員の理解（再掲）

【参考】 法令における訪問介護計画書を作成することの位置づけ

- 訪問介護事業の出発点は、利用者からの依頼を受けて、訪問介護計画を作り、利用者と合意に達したら契約することから始まります。
- 訪問介護員に対するOJTは、訪問介護計画書が的確に作成されてなければ、指導教育する根拠が揺らいだものとなり、何を指導するのか不明確になってしまいます。

運営基準	解釈通知【平成11年9月17日、老企第25号】
<p>(訪問介護計画の作成)</p> <p>第二十四条 サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成させるための具体的なサービス内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。</p> <p>2 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。</p> <p>3 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者には又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>4 サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。</p>	<p>(13) 訪問介護計画の作成</p> <p>①居宅基準第二十四条第一項は、サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成しなければならないこととしたものである。訪問介護計画の作成にあたっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、訪問介護計画の様式については、各事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p> <p>②同条第二項は、訪問介護計画は居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。なお、訪問介護計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は当該訪問介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>③同条第三項は、訪問介護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることによりサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。したがって、サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等については、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。</p> <p>④同条第四項は、訪問介護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならないこととしたものである。なお、訪問介護計画書は居宅基準第三十九条第二項の規定に基づき、二年間保存しなければならない。</p>

2 OJTの指導担当として求められる能力

- サービス提供責任者が指導担当となる際は、前述した能力に加え、「初任者に対して指導すべき介護知識・技術の理解」が求められます。具体的には、初任者が持っている知識・能力の状況を把握し、学習の計画を立てた上で、日々の業務の中で適切に声かけを行うことが必要です。
- 日々の声かけは、初任者が利用者の状況をより深く理解し、具体的に実践に移すことを目的に行います。したがって、指導担当となるサービス提供責任者は、利用者の状況や課題を十分に把握しておく必要があります。特に、質の高い訪問介護サービスを提供するためには、利用者の状況（身体機能、精神機能、環境因子等）を、漏れなく把握することが重要です。
- サービス提供責任者は、自ら訪問介護員としても介護を実践しているわけですから、利用者の状況をきちんと把握できていると思います。しかし、自分以外の誰かに、分かりやすく「こういう状況だから、こう考えると良い」と伝えることができているでしょうか。
- つまり、指導担当としてのサービス提供責任者は、状況の把握と整理・分析（アセスメント）から課題（ニーズ）の特定に至るプロセスについて十分に理解し、他人に説明できるように伝え方を工夫することが重要です。
- 以上のことから、指導担当となるサービス提供責任者に求められる能力の中でも、特に「適切な声かけを行う能力」と「業務の流れを説明できる能力」が重要だと言えます。その他の能力ももちろん必要ですが、この2つの能力を最優先に養成することが必要です。

【適切な声かけを行う能力】

不安が解消されました。

初任者



サービス提供責任者



移動介助の際に、声かけや支える位置などでどのような工夫をしていますか？

長寿さんが以前よりも家の中を歩きやすくなったとおっしゃってましたよ。今後は玄関まで歩くための支援をしましょう。

【業務の流れを説明できる能力】

はい、分かりました。

初任者



サービス提供責任者



居宅サービス計画で掲げた長期目標を達成する上で、今の長寿さんの状況を踏まえて「歩行の安定」が最優先だと判断しました。

具体的には、訪問介護計画書の中に、洗顔時の移動介助を入れました。

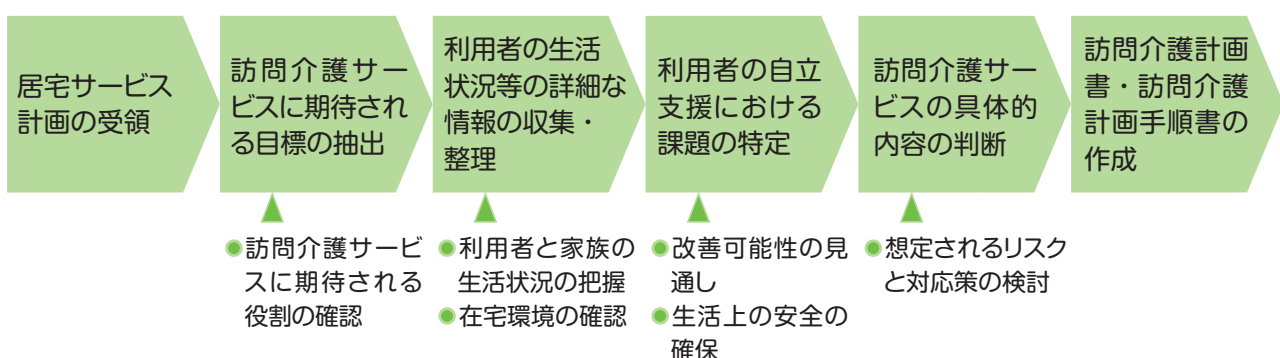
（「適切な声かけを行う能力」の育成におけるポイント）

- サービス提供責任者は、OJTを中心とした初任者の人材育成の担当者でもあります。OJTを円滑にかつ、効果的に実施するためには、第1部の「習熟度に応じたOJTの実践」でも触れたように「目標設定と達成支援」への配慮が重要です。
- 指導者は、初任者が目標を達成できるよう、PDCAサイクル（Plan（目標とスケジュールの設定）→Do（OJTを通じた実践）→Check（学習の成果・課題の確認）→Act（学習課題への取り組み））の考えに基づいて、初任者自身の考えを引き出し、サポートします。
- サービス提供責任者が行う指導において、もっとも大切なのは、「目標設定」を充分時間をかけて実施することに尽きます。目標設定の段階では、初任者が立ててきた漠然とした目標について、それを「どのように」達成するかをより具体的に話し合います。
- 目標達成のために何をすべきかを話し合い、細かに具体化、可視化することで、初任者のやる気が一気に上がり、達成の可能性が高まります。暗中模索で立てた目標であっても、サービス提供責任者の支援と一緒にゴールを設定すると、本人に見通しが立ち、サポートもしやすくなります。
- 分析から具体化に至るまで、コーチングスキルの「聞く」「質問する」「承認する」を使い分け、初任者自身が答えにたどり着くような面談が有効です。

（「業務の流れを説明できる」能力を育成する際のポイント）

- 介護支援専門員は利用者の生活状況等の情報を収集・整理してアセスメントを行い、課題を特定した上で居宅サービス計画を作成します。それを受けて、サービス提供責任者は訪問介護サービス提供の前に、訪問介護計画書と訪問介護計画手順書を作成します。
- サービス提供責任者は、介護支援専門員に比べてより詳細に、利用者の生活状況等を収集・整理し、改めてアセスメントを行います。ここで行うアセスメントは、制度の目的に沿った適切な訪問介護サービスの提供を目的としています。したがって、居宅サービス計画に位置づけられた目標の達成に向けて、在宅での利用者の一つひとつの動作や住宅の環境等の情報を細かく収集することが重要です。このように、利用者の動作を細かく把握し、生活機能の維持向上を意識したニーズを把握する点は、介護支援専門員が行うアセスメントとの大きな違いです。

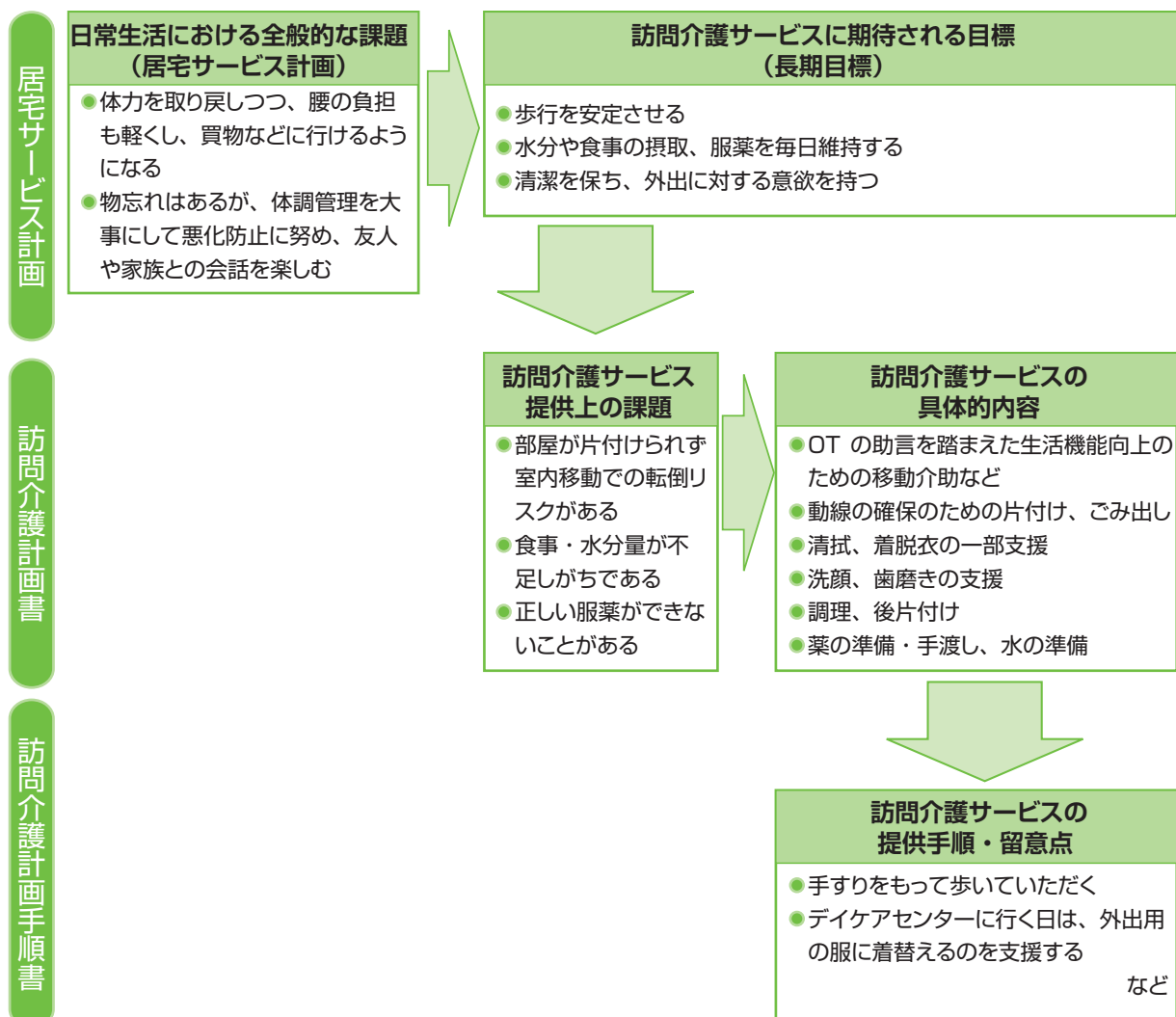
業務の流れ



- 指導担当としてのサービス提供責任者は、この一連の流れを初任者に対して分かりやすく説明する必要があります。説明を通じて、なぜそのようなサービスを提供するのか、どのようなリスクに気を配るべきかなどの理解を促します。
- 例えば、第1部で取り上げた事例に沿って言えば、居宅サービス計画において、訪問介護サービスが取り組むべき課題（ニーズ）は「体力を取り戻しつつ、腰の負担も軽くし、買物などに行けるようになる」、「物忘れはあるが、体調管理を大事にして悪化防止に努め、友人や家族との会話を楽しむ」の2つです。
- 訪問介護事業者が実施するアセスメントでは、上記2つの課題（ニーズ）の解決のために訪問介護サービスを実施する際により具体的な課題を整理することが必要です。その上で、サービスの具体的内容・提供手順・留意点を明確にすることが妥当です。
- 例えば参考資料1に付しているようなアセスメントシートを用いて状況を把握し、課題を整理すると以下ようになります。

<居宅サービス計画、訪問介護計画書、訪問介護計画手順書の関係性>

※注 第1部で紹介した事例から例示。事例の詳細は参考資料1をご覧ください。



3 サービス提供責任者の養成のあり方

- サービス提供責任者は、現場の管理と経営管理計画の実行という両面の管理運営が求められます。具体的には、前述したように、法規制度から経営・管理までの幅広い知識と実践能力を身に付ける必要があります。
- 具体的なプログラムは、在籍しているサービス提供責任者が持つ知識・能力等を考慮し、事業者ごとに作成することが望まれます。作成にあたっては、参考資料2を参照してください。
- サービス提供責任者にどのような知識・能力が求められているかを理解するという観点では、参考に付したような集合型の座学が望まれます。しかし、小規模事業所では、一度に複数のサービス提供責任者を研修で集めることは現実的ではありません。
- 事業所の中でサービス提供責任者を養成することは、初任者のOJTはもちろんのこと、地域における多職種協働の基盤にもなります。したがって、地域全体で小規模な事業者も含めてサービス提供責任者の養成を行うために、保険者が複数の事業所に呼びかけ、合同でサービス提供責任者向けの研修を行うことも検討に値するでしょう。

4 サービス提供責任者の評価と処遇

- OJTの成果は、すぐには目に見えにくいものです。初任者が成長して質の高いサービスを提供できるようになり、利用者・家族、他職種などから評価されることで初めて明らかとなります。
- したがって、日常業務では見えにくいOJTの成果を丁寧に把握し、認めることが大切です。成果を認めることにより、初任者の意欲を高めるだけでなく、サービス提供責任者の指導者としての役割に対する誇りや意欲を高め、その能力をより発揮することにもつながります。
- また、成果を認め、意欲を高める取り組みを持続的に行うためには、評価の結果を処遇に結びつけることが有効です。なお、ここで言う処遇は金銭的対価に限らず、非金銭的な対価（職位の向上、褒賞など）も含まれます。
- 評価と処遇に関する人事上の仕組みとしては、例えば以下のような制度が挙げられます。

①目標管理制度

- 期初に、職員一人ひとりのその期（一般的には1年）の目標を設定し、期末にその達成度を評価し、それを人事評価・処遇に反映させる仕組みです。
- 面談を行って目標設定することにより、会社が目指す方向や、どのような役割を期待しているのかを確認しやすくなります。また、職員一人ひとりが、自分に期待される役割を確認した上で自身を成長させていくことができるため、高い意欲で業務に臨みやすくなります。

②職務役割制度

- 職務ごとに求められる役割を明記し、「その役割に応じた働きができたか」どうかを評価する際に利用する仕組みです。
- 一般的には、その期に用いる職務役割を期初までに全職員に公表しておきます。つまり、自分に求められる役割だけでなく、上司や同僚の役割も理解することができます。こうすることで、日々の業務における役割分担が円滑になったり、一つ上の職務の役割を具体的な成長目標として捉えやすいといった効果があります。
- 担当の職務の役割を達成したら職位を上げることで、職員のキャリアパスが構築されます。

おわりに

- この報告書の目的は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」の第28条第3項に規定されているサービス提供責任者と訪問介護員の関係性に焦点を当てて、介護職員初任者研修課程を修了して入職した訪問介護員の実践力、また応用力を高めていくことであり、そのためのOJTのあり方について提案することです。
- しかし、訪問介護事業所は全国に約3万か所（平成23年12月31日現在WAMNET掲載事業所数）あり、それらが多様な形態、規模にわたっています。このため、一言でOJTといっても訪問介護事業所の事情によって、難易度は様々であると思われます。
- 今後の要支援・要介護者の増大に対応できる訪問介護員の量と質を確保する観点から、その人材育成を単に訪問介護事業所の内部努力に委ねるだけではなく、サービスの質の向上を目指した取り組みについては、一定の公的な支援も必要と思われるので、以下その課題についても触れておきます。

1 適切なOJT実施によるサービスの質の向上に対する評価

- 訪問介護事業所を経営する立場からすると、訪問介護員を指導育成する責務を負っているサービス提供責任者にも、さまざまな事情から訪問介護業務を多く担当させざるを得ない環境に置かれています。
- その際、サービス提供責任者が多忙を極めているといわれており、訪問介護員を十分に指導育成する時間的余裕がないという指摘がなされています。
- 一方、訪問介護員の相当割合は、いわゆる直行直帰であり、このような勤務形態の訪問介護員は事務所に滞在する時間は極めて少ないものと考えられます。
- サービス提供責任者の能力が一定程度確保されることを前提にしつつ、同行訪問を頻回に行える環境を整備することが求められます。また訪問介護員に対して、業務としてのOJTや座学研修に参加する時間を賃金支払いの対象とするなど、双方の就業環境を整えなければ効果は上がりません。
- このような課題を克服して人材育成に積極的に取り組み、サービスの質の向上を図っている訪問介護事業所に対しては、介護報酬上の評価をすることも有効だと考えられます。それにより、良い取り組みが他の事業所へ広まり、延いては訪問介護サービス全体の質の向上が期待されます。

2 OJT実施における他事業所との連携や行政の支援

- 訪問介護員には、入職に際して介護職員初任者研修課程の修了が求められており、そのことを前提として、特に入職初期のOJTが極めて重要な意味を有する構造となっています。そのため、各事業者には、まず自らの努力によりOJTを実践することが求められます。
- ただし、小規模な事業所においては、内部組織のみでは指導担当を支援するスーパーバイザーの配置が困難です。したがって、他の事業所との合同研修会・事例検討会等を開催するなどの工夫を行わなければ、初任者の多様な学習課題に臨機応変に対応できるようなOJTの実践は難しいと考えられます。
- したがって、地域包括ケアを目指していくためには、行政においても地域の事業者が協働して資質向上を図るための機会の確保に努めること、あるいは、地域包括支援センターが主催する事例検討会等に参加を促すなどの配慮が望まれます。

3 サービス提供責任者の資質向上策

- 訪問介護事業に従事するサービス提供責任者に関しては、経験年数要件に着目した規定が設けられているのみで、これまで標準的な育成プログラム等は提示されていません。
- 平成24年度の介護報酬改定において、サービス提供責任者が訪問介護員養成研修2級課程修了者である場合、配置減算が設けられましたが、このような措置を講ずるだけではサービス提供責任者の質が担保されるとは限りません。
- 本手引きは、サービス提供責任者が適切なOJTを実施できるよう提示したものです。これに加えて、今後、サービス提供責任者の能力開発を目的とした標準的な養成カリキュラムを検討すべきだと考えられます。

4 本手引きの見直し

- 今回、介護保険制度の改正を機に本手引きを提示することとしましたが、これを一つのきっかけとして、改めて初任訪問介護員に対する効果的な指導育成手法が収斂されることを願います。それが普及定着していくことによってサービスの質の向上が図られるものと期待されます。
- そのためには、先ず本手引きを実際に活用しながら、必要な見直しを行って改良に努める必要があることを付言します。

参考資料 1 第1部で例示した事例の詳細

(居宅サービス計画、訪問介護計画書等の様式)

参考資料 1-1 事例の概要

氏名	長寿花子さん	性別	女性	年齢	68歳
要介護度状態区分	要介護3	世帯区分	独居	認定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
障害高齢者の日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度	IIa		
主な原因疾患	腰椎圧迫骨折後遺症による腰痛症、アルツハイマー型認知症				
治療の状況	整形外科通院（月2回）、物忘れ外来通院（月2回）、 服薬（痛み止め・胃薬、アリセプト）				
主介護者	次女	主介護者の居住地	同市内	主介護者の訪問頻度	月～金の夕方 と土日

サービスを必要とする状況	(平成23年8月現在)
<p>○平成23年7月にベッドから転落して腰椎圧迫骨折により約2週間入院。退院後もその後遺症により、強度の腰痛を抱えており、生活全般に支障をきたしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 室内歩行はようやく何とかつたい歩きができる程度で、自力での外出は困難。ほとんどベッド上の生活を余儀なくされている。 ・ 上肢に支障はないので、移動の介助があれば、排せつについては、状況により見守りや一部手助けが必要な場合もあるが、ほぼ自分でできる。 ・ 買物、調理、洗濯については、現段階では腰の痛みや体力低下、意欲低下から自分で行うことは困難な状況。 ・ このまま低活動の臥床的な生活を継続することは、更なる悪化を招くので、日常の活動性を高めることが課題。 <p>○環境激変に見舞われたためか、物忘れが顕在化してきており、金銭管理や服薬管理、口腔ケアに手助けが必要となってきた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知機能の低下を防止する観点から、普段の体調管理を整えるために、水分・栄養の摂取に配慮するとともに、便秘や誤嚥性肺炎を防止するために臥床的な生活から座位を保持する生活に切り替えることが課題。 	

生活歴	(平成23年8月現在)
<p>関西にて出生。中学卒業後、仕事に就く。</p> <p>24歳で結婚し、2人の娘をもうける。30歳で離婚。33歳で再婚したが、38歳のときに夫が他界。以後、仕事をしながら2人の娘を育てた。</p> <p>娘は結婚し一人暮らしになり、65歳で退職し、厚生年金生活になっている。普段の暮らしぶりは、好きな買い物と気の合った友人とお酒を飲むのが楽しみとなっていた。</p> <p>平成23年7月に自宅のベッドから転落し、腰椎圧迫骨折で入院。平成23年8月に退院したが、腰痛症に悩まされている。また、物忘れが顕在化してきたので物忘れ外来を受診、認知症と診断される。本人は物忘れの病識はあるようだ。</p> <p>独居だが、近隣に住んでいる次女の支援を受けながら、在宅生活を続けている。</p>	
本人・家族の意向	(平成23年8月現在)
(ご本人)	

あまり人と関わりたくない。自宅で一日中寝たり起きたりして過ごしている。計画的に行動することも好きではない。買物のため外出するのは好きである。週に2度ほど、飲酒するのが楽しみ。

(次女)

物忘れがひどくなっているのが心配。特に買物や通院など、外出が不安である。

一人暮らしが長く、生活を制約されることを拒むので、できるだけ、気ままに一人で暮らしていけるようにしてあげたい。

自分は働いていて家庭もあるが、子どもはいないので、夜と休日は何とか頑張って親の面倒をみるつもりである。

参考資料 1-2 居宅サービス計画書

居宅サービス計画書(1)

第1表

 初回 ・ 紹介 ・ 継続
 認定済 ・ 申請中

利用者名 長寿 花子 殿

居宅サービス計画作成者 氏名

居宅サービス計画作成(変更日)

認定日 平成23年8月14日

生年月日 年 月 日

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

初回居宅サービス計画作成日

認定の有効期間 平成23年7月23日～平成24年1月30日

住所

平成23年8月10日

要介護状態区分

 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5利用者及び家族の
介護に対する意向

(利用者本人) 腰の痛みも軽くなりそうなので、今までどおりの生活に戻りたい。買物もしたいし友人と一緒にお酒も飲みたい。自転車に乗るのはもう無理だと思っている。仕方がない。外出はしたいが、物忘れが心配になってきた。

(次女) 腰の痛みが早く和らいで、自分の身の回りのことができるようになってもらいたい。しかし、物忘れがひどくなくなってきているのでお金の管理は任せられないのではないかと思っている。服薬も心配。平日は仕事があり夜しか来られないので、介護保険サービスを使いつつ母の一人暮らしを支えたい。

介護認定審査会の
意見及びサービス
の種類への指定

特になし

総合的な援助の方針

- ・ まずは体力を取り戻し、動ける範囲を増やして、自宅のトイレを使ったり、食卓テーブルで食事が摂れるように援助を行います。また、腰の痛みが緩和してきたら、近所に買物に行けるようになることを目指します。
- ・ 症状や体調の安定を図るためにも、3食きちんと食事と水分が摂れ、必要に応じて服薬管理ができるよう援助します。
- ・ 物忘れの不安がなるべく少なくなるよう、体調管理や、ご家族・ご友人との交流の機会を作るための援助を心掛けます。
- ・ 緊急時は、下記に連絡し、別途定めるとおりに対応します。
(主治医) 03-*****-***** (次女) 03-*****-*****

家事援助中心型の算定理由

1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 長寿 花子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標			援助内容										
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間				
体力を取り戻しつづつ、腰の負担も軽くし、買物などに行けるようになりたい。	近所のスーパーに買物に行けるようになる。	H23.8.18 ～ H24.1.30	腰痛を緩和させる	H23.8.18 ～ H23.11.17	通院、服薬管理 受診付き添い		整形外科	××病院	2週間に1回					
				H23.8.18 ～ H23.11.17	日常生活動作評価・訓練	○	訪問リハビリ (OT)	○訪問リハビリ セッション	週1回					
				H23.11.17	リハビリテーション	○	通所リハビリ	○デイケアセ ンター	週2回					
					OTの助言を踏まえた生活機能向上のための移動介助など	○	訪問介護	○訪問介護ス テーション	土日以外毎日					
					1日3食をしっかりと摂り、体力を維持できる	H23.8.18 ～ H23.11.17	調理・後片付け、水分摂取と食事の準備・摂取量の確認、口腔ケア確認 食事の配達	○	訪問介護	○訪問介護ス テーション	土日以外毎日			
							買物代行、食事の摂取量の確認	○	配食サービス	##社会福祉協 議会	月水木			
							買物代行、食事の摂取量の確認		次女		週1～2回			
							安全に入浴やトイレ利用ができ、清潔を保てる	H23.8.18 ～ H23.11.17	清拭、更衣介助、整容 排泄時の一部介助、洗濯、掃除	○	訪問介護	○訪問介護ス テーション	土日以外毎日	
							小銭の管理が不安なくできる	H23.8.18 ～ H23.11.17	入浴	○	通所リハビリ	○デイケアセ ンター	週2回	
								H23.8.18 ～ H23.11.17	管理方法の確認・援助		次女		土日	

物忘れはあるが、体調管理を大事にして悪化防止に努め、友人や家族との会話を楽しみたい。	穏やかな気持ちで友人や家族との会話を楽しみることができる。	H23.8.18 ～ H24.1.30	物忘れによる不安が相談でき、安心でき、確実に服薬でき、症状の悪化を防ぐ 生活管理の方法を知り、実践する	H23.8.18 ～ H23.11.17 H23.8.18 ～ H23.11.17 H23.8.18 ～ H23.11.17	専門医への定期受診 服薬確認 ○ 動線の確保のための片付け、ごみ出し、見守り ○ 生活状況の見守り	物忘れ外来 訪問介護 ○ 訪問介護 ○ 家族・介護者	**クリニック ◇◇訪問介護ステーション ◇◇訪問介護ステーション	2週間に1回 土日以外毎日 土日以外毎日 週2回 適宜 適宜 週2回
		H23.8.18 ～ H23.11.17	人と定期的に会話をする	H23.8.18 ～ H23.11.17 H23.8.18 ～ H23.11.17 H23.8.18 ～ H23.11.17	定期的な電話をしたり会う機会を作る 失敗しても責めない関わり方をする 知人と交流する	次女、友人 次女、傾聴ボランティア 通所リハビリ	□□デイケアセンター	

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。 ※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

居宅サービス計画書(3)

利用者名	長寿 花子 殿		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00									
早朝	6:00									6:00 起床
午前	8:00	8:30~9:30 ◇◇訪問介護ステーション	8:30~9:30 ◇◇訪問介護ステーション	8:30~9:30 ◇◇訪問介護ステーション	8:30~9:30 ◇◇訪問介護ステーション	8:30~9:30 ◇◇訪問介護ステーション	8:30~9:30 ◇◇訪問介護ステーション			8:00 朝食
	10:00		10:00~16:00 □□デイケアセンター				10:00~16:00 □□デイケアセンター	10:00~18:00頃 次女の訪問	10:00~18:00頃 次女の訪問	
午後	12:00	12:00頃 配食サービス		12:00頃 配食サービス	12:00頃 配食サービス	12:00頃 配食サービス				
	14:00									13:00 昼食
16:00										
夜間	18:00	次女の訪問	次女の訪問	次女の訪問	次女の訪問	次女の訪問	次女の訪問			18:30 夕食
	20:00									
深夜	22:00									22:00 就寝
	24:00									
2:00										
4:00										

週単位以外のサービス 通院 (××病院、××クリニック、××ケアセンター、××訪問看護ステーション、××介護施設、××福祉施設、××ボランティア、傾聴ボランティア、友人の訪問 (適宜))

参考資料 1-3 訪問介護計画及び手順書

訪問介護計画書

計画作成氏名		事業所名	
氏名		作成 年 月 日	
住所		生年月日	
電話		要介護度	3
居宅サービス計画		有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日
長期	①近所のスーパーに買物に行けるようになる。 ②穏やかな気持ちで友人や家族との会話を楽しむことができる。	訪問介護計画(長期・短期目標等)	
短期	①立ち上がり・移動動作がふらつかないでできる ②1日3食をしっかり摂り、体力を維持できる ③安全に入浴やトイレ利用ができ、清潔を保てる ④確実に服薬でき、症状の悪化を防ぐ ⑤生活管理の方法を知り、実践する	・歩行を安定させる。 ・水分や食事の摂取、服薬を毎日維持する。 ・清潔を保ち、外出に対する意欲を持つ。	
利用者及び 家族の意向	(ご本人) 今までどおりの生活に戻りたい。買物もしたいし友人と一緒にお酒も飲みたい。 (次女) 腰の痛みが早く和らいで、自分の身の回りのことができるようになってもらいたい。		

援助内容

サービス区分	援助内容	サービスの具体的内容／留意点等	所要時間	備考(期間・達成時期等)
身体介護	移動介助	・OTの助言を踏まえた生活機能向上のための移動介助など	30分	
	清拭、更衣介助	・清拭、着脱衣の一部支援		
	服薬確認	・薬の準備・手渡し、水の準備		
	身体整容、口腔ケア	・洗顔、歯磨きの支援		
生活援助	調理・配下膳	・調理、後片付け	20分	洗濯は月、水、金、 掃除は火、木
	洗濯・掃除	・動線の確保のための片付け、ごみ出し	10分	

週間計画表

訪問時間	月	火	水	木	金	土	日
	8:30～9:30	8:30～9:30	8:30～9:30	8:30～9:30	8:30～9:30		
						予定 訪問介護員	

訪問介護計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者同意欄 氏名 _____ 年 月 日 印

※様式は「訪問介護計画のつくり方サービス提供責任者のしごと」(訪問介護研究会編、(財)東京都福祉保健財団発行)のものを使用

訪問介護計画手順書

利用者名	長寿 花子	性別	女	生年月日	
提供曜日	月 曜日 8 時 30 分 ~ 9 時 30 分	火水 曜日	8 時 30 分 ~ 9 時 30 分	金 曜日	8 時 30 分 ~ 9 時 30 分
提供時間	木 曜日 8 時 30 分 ~ 9 時 30 分	金 曜日	8 時 30 分 ~ 9 時 30 分		

利用者基礎情報	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 世帯区分 (<input type="checkbox"/> 独居 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 ・ その他 ())
主介護者	続柄 (次女) 同居 ・ 地域内 [頻度 :] ・ 近県 () [頻度 :] ・ 遠方 [頻度 :]
主な疾患	腰痛 治療の状況 <input type="checkbox"/> 通院 ・ <input type="checkbox"/> 往診 (<input type="checkbox"/> 定期 ・ <input type="checkbox"/> 不定期)
日常生活自立度	J ・ A ・ B ・ C
認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

利用者の生活歴
出身地 : 関西
職歴 : 30年前に夫は他界。再婚したが現在は独居。
趣味・嗜好 : 買物、飲酒
生活習慣 : 人との関わりを嫌う。一日中寝たりの起きたり。計画して何かを行うことは好まない。気ままな生活が好き。長女とは3~4ヶ月に一度電話で話す。次女は毎日来て面倒をみてくれる。

お客様が目指す生活 (行為)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 腰の痛みもあり、一人で食事を準備することが難しい。ヘルパーに手伝ってもらうことで、確実に食事を1日3回食べることが出来る。 ・ 腰の痛みもあり、部屋の片づけが充分に行えない為ヘルパーに手伝ってもらうことで、腰への負担も軽減でき、安全に室内の移動が出来る。 ・ ヘルパーが手伝うことで、安全に入浴や保清ができ、快適に過ごすことが出来る。 ・ 物忘れはあるが、確実に服薬をしていき、在宅生活を続けていきたい。

以下の方法で、介護サービスを提供していきます。(新規 ・ 更新 ・ 変更)

所要時間	サービスの内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族にやっていただくこと
20分	調理・配下膳	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご本人様に献立を確認して調理をする。 ・ 食事、水分摂取量を確認する。 ・ 新しいペットボトルの蓋は緩めておく。 	ヘルパーが準備した食事を温め、召し上がってください。
15分	身体整容 口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食後は洗面所に移動し、洗顔と歯磨きを支援する。腰痛があるため、手すりをもって歩いていただき、腰を支える。 	洗面所では歯磨きをお願いします。
10分	掃除 洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご本人に確認して掃除を行う ・ ベッドメイク、洗濯を行う 	可能な範囲で部屋の片づけをお願いします。
10分	清拭 更衣介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要時は清拭を行う ・ デイケアセンターに行く日は、外出用の服に着替えるのを支援する 	体調が悪い時はヘルパーに教えて下さい。
5分	服薬確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定の場所から薬を出し、内服して頂く 	ヘルパーが手渡しする薬の服用をお願いします。

業務の
すすめ方

参考資料1-4 アセスメントシート（訪問介護事業所による情報収集・整理）

フリガナ 利用者名	チョウジュ 長寿	ハナコ 花子
--------------	-------------	-----------

作成日	平成 年 月 日
作成者	

健康管理の領域
・慢性疾患の管理

項目	内容	医療機関受診状況	医師からの指示	無
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 その他()	平成23年7月 腰椎圧迫骨折で入院(××病院) H23年8月退院		<input checked="" type="checkbox"/>
現病状	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他()	××病院(腰椎圧迫骨折の後遺症による腰痛のため)		<input type="checkbox"/>
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 肝炎(A B C) その他()			<input checked="" type="checkbox"/>
精神状態	認知症(軽・中・重) <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 睡眠障害 その他()	**クリニック		<input type="checkbox"/>
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 朝食(前・後) <input type="checkbox"/> 昼食(前・後) <input checked="" type="checkbox"/> 夕食(前・後) 痛み止め・胃薬 アリセプト		食間、眠前、ほか	<input type="checkbox"/>

・看護処置

<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 氮管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他()	無 <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

・ふだんの体調

平熱	°C	血圧	/	他VS
水分	<input checked="" type="checkbox"/> 1500ml 以上 <input type="checkbox"/> 1500ml 未満(ml/日)	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> とろみ	内容
栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 1500kcal 以上 <input type="checkbox"/> 1500kcal 未満(kcal)	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> かゆ	内容
排泄	リズム	方法	下着	
清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅入浴 (回/W) <input type="checkbox"/> デイ入浴 (回/W) <input type="checkbox"/> 銭湯 (回/W) <input type="checkbox"/> 部分浴 (回/W) <input type="checkbox"/> 清拭 (回/W)	<input checked="" type="checkbox"/> ホーグル・寝たまま・失禁・ストマ・その他() <input checked="" type="checkbox"/> ホーグル・寝たまま・失禁・パルーン・その他()	<input checked="" type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> パンツ+パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツのみ <input type="checkbox"/> リハビリ+パット <input type="checkbox"/> オムツのみ <input type="checkbox"/> オムツ+パット	

・歯と口腔と嚥下障害

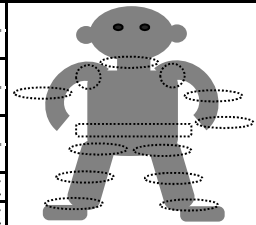
衛生	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 残渣 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input checked="" type="checkbox"/> 欠歯
歯磨き	<input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> していない
義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 全部
摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 嚥下障害

ADL・日常行動の領域

・自立・重度化予防

運動	週内外出リズム 日 月 火 水 木 金 土 不定期外出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
環境	住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建(/) <input type="checkbox"/> 集合住宅() <input type="checkbox"/> エレベーター(有・無) 段差 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗濯干し場 <input type="checkbox"/> 台所 <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他() トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 他階 <input type="checkbox"/> さむい <input type="checkbox"/> その他()

身体機能	目	右 : 普通・弱・全盲・その他 左 : 普通・弱・全盲・その他	上肢	肩	右 左	下肢	股	左
	耳	右 : 普通・弱・難聴・不可 左 : 普通・弱・難聴・不可		肘	右 左		膝	右 左
		首		右 左	足首		右 左	
	腰	腰痛あり		手首	右 左		会話	発語 普通・やや不自由・難 意味理解 普通・やや不自由・難
	手	右 左		手指	右 左			



・規則的生活

時間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
生活リズム							起床		食事					食事					食事				就寝	

・認知症の行動パターンとその背景

		(有)	(無)
行動パターン	事態を打開しようと果敢に挑むパターン(興奮、粗暴、不穏など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	周囲の状況と無関係になることで身を守るパターン(いつもぼんやりしている)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	古き良き時代の自分に戻るパターン(過去の職業に戻るなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他:(物忘れが激しく、同じことを話したり、質問することが多い)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BPSDの背景	普段の体調管理が不十分なための認知力低下(脱水、低栄養、便秘、低運動など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	環境の変化に適応できないための混乱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	孤独な心理状態に追い込まれたことによる不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	周囲からの命令、抑制、無視などの不愉快な対応に反発	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護負担の領域

・生活状況/家族構成

家族構成		生活概要	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 老老介護 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 他
<p>女性=○、男性=□、死亡=●/■、本人=◎</p>		介護者情報	・月～金は18時頃に来訪、夕食を共に食べて帰る。 ・土日は10時頃に来訪、昼食を共に食べ、夕食の準備をして帰る。 大変な時間帯

・趣味/生活暦

趣味・嗜好	<input type="checkbox"/> たばこ (本/日) <input type="checkbox"/> テレビ () <input type="checkbox"/> 読書 () <input type="checkbox"/> 音楽 () <input checked="" type="checkbox"/> 酒 (本/日) <input type="checkbox"/> 動物 () <input type="checkbox"/> スポーツ () <input type="checkbox"/> グルメ () <input type="checkbox"/> 植物 () <input checked="" type="checkbox"/> その他 買物
職業・生活暦	中学卒業後、仕事に就く。24歳で結婚し、2人の娘をもうける。30歳で離婚。33歳で再婚したが、38歳のときに夫が他界。以後、仕事をしながら2人の娘を育てた。

・他社サービス利用状況

サービス種別	事業所名	内容・頻度など
通院	××病院	2週間に1回程度(整形外科での腰痛治療)
通院	**クリニック	2週間に1回程度(認知症外来)
通所リハビリ	□□デイケアセンター	毎週火・金(10:00～16:00/食事、リハビリ、交流)
訪問看護(OT)	〇〇訪問リハビリステーション	毎週水(9:30～10:00/日常生活動作評価・訓練)
配食サービス	##社会福祉協議会	毎週月水木(昼食と夕食、受け渡し時の声かけ・安否確認)

・訪問介護に対する意向

本人 あまり人と関わりたくない。自宅で一日中寝たり起きたりして過ごしている。計画的に行動することも好きでない。 買物のため外出するのは好きである。週に2度ほど、飲酒するのが楽しみ。	ヘルパー導入 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明
家族 (次女) 物忘れがひどくなっているのが心配。特に買物や通院など、外出が不安である。一人暮らしが長く、生活を制約されることを拒むので、出来るだけ、気ままに一人で暮らしていけるようにしてあげたい。自分は働いていて家庭もあるが、子どもはいないので、夜と休日とは何とか頑張って親の面倒をみるつもりである。	ヘルパー導入 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 不明

・注意事項

・連絡事項

--	--

	行為	状態	援助が必要な理由	生活状態
生活援助	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	腰痛が激しく、動くのがつらいため。	今の状態の生活が継続すれば、廃用症候群になるおそれがある。
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	衣類整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	調理 配下膳	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	買物 薬受取り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	ゴミ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体介護	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		トイレまでの移動と、ズボンの上げ下げが辛い。
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	認知症の悪化防止で、配膳と水分管理が必要なため。	
	清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	腰痛が激しく、転倒リスクがあり、入浴の際に見守りを要するため。	
	部分浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	全身浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗面等	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	身体整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	腰を曲げると激痛になることがあり、介助を要する場合があるため。	
	体位変換	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		腰痛のため臥床的な生活パターンになっている。
	通院 外出	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	腰痛が激しく、動くのがつらいため。	閉じこもり状態であり、社会交流が必要。
	起床 就寝	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	飲み忘れ・間違えのリスクがあり、見守りが必要なため。	
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記				

参考資料 2 サービス提供責任者養成プログラム(例)

1 目的と構成

(目的)

- サービス提供責任者は、現場の管理をする一方、経営管理計画の実行の両面の管理運営が求められる。そのため、法規制度から経営・管理までの幅広い知識と実践能力を身に付ける必要がある。特に、初任者、訪問介護員管理の礎となる「人的資源管理」は、極めて重要な分野である一方、それまで全く学んでこなかった分野であるため、十分な教育が求められる。
- また、介護分野は、技術革新のスピードが速く、常に最新の情報が飛び交う。認知症や口腔ケア等、最新介護技術のトピックを学ぶ時間が随時必要であり、そこで学んだ情報・技術を、訪問介護員に指導できる体制をあわせて構築する必要がある。

(構成)

- 知識（知っている）、スキル（できている）、指導（伝えられる）の3つの観点を到達目標として構成する。ものごとを俯瞰的にとらえることができ、利用者の情報をケアマネジャーに提案できるところまでの役割をサービス提供責任者が担えるようにする。
- 事例検討会や事象の言語化など、サービス提供責任者が苦手とする分野について、演習を通して身につけていけるようにする。
- また、地域連携を推進するためには利用者が居宅サービス計画の中で受けている他の介護サービスを知ることが重要であるため、他サービス見学実習もプログラムに組み入れる。

2 方法と時間数

(方法)

- サービス提供責任者の研修実施手法は、OFF-JTを中心にしながら、以下の3種類の研修手法を使い分ける。
 - ①講義（講師が講義をするスタイル）
 - ②演習（実践研修のスタイル）
 - ③経験学習（リフレクションスタイル）

(時間数)

- 全体で毎月1回2時間程度の集合学習（年間24時間程度）を最低限必要な時間数とする。これに加えて、随時経験学習を取り入れる。

3 サービス提供責任者養成プログラム 科目（例）

①法規制度

サービス提供責任者は、介護保険制度等の法規・制度のもと業務を行っており、利用者との関係においても、介護報酬など頻回に改定される関連法規・制度については、日々キャッチアップしていくことが求められる。

②倫理

サービス提供責任者は、利用者、利用者家族と関わる際に、さまざまな倫理的判断を求められる。介護業界に関わるものとして、また、一組織人としての倫理観、コンプライアンス、マナーは、常に意識しておかなければならない。

③人的資源管理

サービス提供責任者は、訪問介護計画に基づき、介護者や訪問介護員の行動を管理していかなければならず、リーダーシップ、マネジメント、目標管理などの人的資源管理に関わる知識は何より必須のものと言える。特に、決められた時間でサービスを提供し、利用者満足度という成果を得るには、目標管理の手法は極めて有効である。また、初任者から熟練者に至るまでを指導することから、S L理論については十分に理解し、実行につなげていかなければならない。

④実務管理

利用者にサービスを提供する際には、さまざまな実務、管理業務が発生する。サービス提供責任者は、介護に関するすべての管理業務に精通していなければならない。

⑤トピックス

介護分野においては、日々新しい技術や知見が紹介されており、サービス提供責任者は、常に自分の情報ネットワークの中でそれらをキャッチし、取捨選択していかなければならない。また、医療との連携により、これまで以上に医学・医療の知識が求められてきている。安全管理についても、これから危険予知トレーニングが必要になってくるであろう。これらについて、知識・技術を学び、それを訪問介護員に伝えていく必要がある。

⑥見学

施設・在宅の別にとらわれず、利用者を中心でみるならば、サービス提供責任者は、利用者がサービス提供を受けている事業者のことを知らなければならない。サービス提供責任者としては、他事業所を見学することで、利用者の別の側面を推測（観察）することができ、自分の介護サービスを振り返りとともに、質を向上させる第一歩となる。また、地域連携・他職種連携の観点でも、顔が見える関係を構築しておくことは、極めて有効である。

参考資料3 介護保険法施行規則の一部を改正する省令
(介護職員初任者研修課程カリキュラム)

介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号）（抄）

（研修の課程）

第 22 条の 23 令第 3 条第 1 項各号に掲げる研修（以下この条から第 22 条の 29 号までにおいて「研修」という。）の課程は、介護職員初任者研修課程とする。

- 2 研修の内容は、厚生労働大臣が定める基準以上のものとする。

（研修の方法）

第 22 条の 24 研修は、講義及び演習により行うものとし、必要に応じて実習により行うことができるものとする。

- 2 講義は通信の方法によって行う事ができるものとする。この場合においては、添削指導、面接指導等適切な措置を併せて講じなければならない。
- 3 研修の実施に当たっては、前条第 1 項に規定する課程において習得することが求められている知識及び技術の習得がなされていることにつき確認する等適切な方法により行わなければならない。

老発 0302 第 4 号
平成 24 年 3 月 2 日

都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

介護保険法施行規則の一部を改正する省令等の公布について

「介護保険法施行規則の一部を改正する省令（平成 24 年厚生労働省令第 25 号）」及び「介護保険法施行規則第二十二条の二十三第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準（平成 24 年厚生労働省告示第 71 号）」が本日公布されたところである。

これらの改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏のないようにされたい。

記

第一 改正の趣旨

第 1 介護職員の研修課程等の見直し

「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」において、「今後の介護人材のキャリアパスを簡素でわかりやすいものにするとともに、生涯働き続けることができるという展望を持てるようにする必要がある。」との提言がなされたこと等を踏まえ、介護職員の研修課程等の見直しを行うこととした。

第 2（略）

第二 改正内容等

第 1 介護職員の研修課程等の見直し

一 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号）の一部改正

1 研修課程の改正について

現行の訪問介護員養成研修の課程（介護職員基礎研修課程、訪問介護に関する一級課程、訪問介護に関する二級課程及び訪問介護に関する三級課程）を「介護職員初任者研修課程」に一元化すること。（第 22 条の 23 関係）

2 研修の方法の改正について

現行では、講義、演習及び実習により行うものとされている研修の方法について、講義及び演習により行うこととし、必要に応じて実習により行うこととする。 (第 22 条の 24 関係)

3 介護員養成研修の指定の基準

介護保険法施行令 (平成 10 年政令第 412 号) 第 3 条第 1 項第 2 号に規定する都道府県知事が介護員養成研修事業者の指定を行う際の基準について 1 及び 2 を踏まえた改正をすること。 (第 22 条の 27 関係)

4 経過措置

施行の際、既に介護職員基礎研修課程、訪問介護に関する一級課程及び訪問介護に関する二級課程 (以下「旧課程」という。) を修了している者については、全て介護職員初任者研修の修了者とみなし、また、施行の際、旧課程を受講中の者であって、施行後に当該研修課程を修了したものについては、全て介護職員初任者研修課程の修了者とみなすこと。 (附則第 2 条関係)

5 施行期日

地方自治体及び研修を実施する事業者等の準備期間を考慮し、施行日を平成 25 年 4 月 1 日とすること。 (附則第 1 条)

二 介護保険法施行規則第二十二條の二十三第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準 (平成 18 年厚生労働省告示第 219 号) の全部改正

1 訪問介護員養成研修の課程が介護職員初任者研修課程に一元化されたことに伴い、介護保険法施行規則第二十二條の二十三第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準の全部改正を行い、別紙のとおり研修のカリキュラムを改正すること。

2 施行期日は平成 25 年 4 月 1 日とすること。

第 2 (略)

第 3 (略)

介護職員初任者研修課程カリキュラム

科目名	合計時間
1. 職務の理解	6 時間
2. 介護における尊厳の保持・自立支援	9 時間
3. 介護の基本	6 時間
4. 介護・福祉サービスの理解と医療の連携	9 時間
5. 介護におけるコミュニケーション技術	6 時間
6. 老化の理解	6 時間
7. 認知症の理解	6 時間
8. 障害の理解	3 時間
9. こころとからだのしくみと生活支援技術	75 時間
10. 振り返り	4 時間
合 計	130 時間

(注1) 講義と演習を一体で実施すること。

(注2) 「1. 職務の理解」及び「10. 振り返り」においては、必要に応じて施設の見学等の実習を活用すること。

(注3) 「9. こころとからだのしくみと生活支援技術」には、介護に必要な基礎的知識の理解の確認と、生活支援技術の習得状況の確認を含むこと。

(注4) 上記とは別に、筆記試験による修了評価（1時間相当程度）を実施すること。

介護職初任者研修修了者に対する事業所における育成のあり方検討委員会
委員名簿

(五十音順、敬称略)

氏名	所属／職位
阿部 智子	訪問看護ステーションけせら 代表
石山 麗子	東京海上日動ベターライフサービス(株) シニアケアマネジャー
香取 幹	(株) やさしい手 代表取締役社長
佐藤 寛子	(株) ジャパンケアサービスグループ 品質・教育マネジメント本部 品質・教育室 室長
◎ 田中 滋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授
種元 崇子	(株) ニチイ学館 ヘルスケア事業統括本部 研修部 部長
内藤 佳津雄	日本大学 文理学部 教授
○ 橋本 泰子	大正大学 名誉教授
服部 安子	(福) 浴風会 ケアスクール校長、研修企画室長
福田 淑子	(福) 世田谷区社会福祉事業団 人材育成・研修センター 次長
藤井 賢一郎	日本社会事業大学専門職大学院 ビジネスマネジメントコース 准教授
水村 美穂子	青梅市地域包括支援センターすえひろ センター長

◎ 委員長

○ 副委員長

この事業は厚生労働省の老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業の一環として行われたものです。

介護事業所等における人材育成の観点からみた
サービスの質の向上に関する調査研究報告書
－ 訪問介護員の初任者に対する OJT の手引き －
平成 24 年 3 月

発行 一般財団法人長寿社会開発センター
〒105-8446 東京都港区虎ノ門3-8-21 虎ノ門33森ビル8階
TEL：03-5470-6755 FAX：03-5470-6763