

**サービス提供責任者研修の研修ガイドライン
に関する調査研究事業 報告書**

平成 28 年 3 月

日本ホームヘルパー協会

はじめに

サービス提供責任者には、「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準」第28条第3項により、「指定訪問介護の利用の申込みに係る調整をすること」をはじめとして8つの責務が定められ、訪問介護サービス提供にあたり、要となる重要な役割を果たすことが求められている。

しかしながら、法令上、サービス提供責任者は一定の資格要件を満たせば就任することができることとされ、さらに平成27年の基準の改正により、一定の条件において非常勤での勤務が認められるなど、サービス提供責任者の果たす役割と反し、就業するための条件が低く設定されているのが現状である。

そのため、昨年度実施した調査研究事業を通じて明らかとなったように、サービス提供責任者が専門的な役割を果たすためには、就任前の研修により一定の質の担保が必要であるとの考えから、就任前研修の義務化、モデル研修のカリキュラム等の必要性を訴えてきた。

今年度の調査研究では、昨年度策定したカリキュラムに基づき、サービス提供責任者就任前の者を対象としたモデル研修会を開催し、その結果を踏まえ、限られた時間で質を確保できることを目的に、サービス提供責任者就任前研修カリキュラム、内容等についての検討、整備を行った。また、研修資料等の活用を促進するため、教える側の視点に立ち、授業案、講師用配付資料等の検討、整備も併せて行った。

一方、国においても、訪問介護サービスの質の向上を目指すためには、サービス提供責任者に対する研修が重要であるとの認識から、既に業務に就いているサービス提供責任者を対象に「研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。」が、平成27年から介護報酬の加算の要件とされたところである。昨年度の調査研究から、サービス提供責任者の業務の質を担保するためには、就業前の研修が不可欠であるとの認識をもっており、就業前研修義務化の必要性を引き続き訴えていきたい。

末筆ではありますが、本事業の実施にあたり、ご協力を賜った一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、公益財団法人秋田県長寿社会振興財団、並びに委員の皆様には厚く御礼を申し上げますとともに、本調査研究により取りまとめられた研修用資料が活用され、サービス提供責任者の資質の向上に繋がることを祈念している。

平成28年3月

サービス提供責任者研修の研修ガイドライン検討委員会
委員長 井上千津子

目 次

1. 事業概要

- (1) 事業目的 7
- (2) 事業概要 7
- (3) 委員一覧 8
- (4) 年間スケジュール 9

2. 検討経緯

- (1) 平成 27 年度以前の検討内容 10
- (2) 平成 27 年度の検討内容 13
 - ①研修内容のベースづくり 13
 - ②秋田研修の実施 15
 - 1) 実施概要
 - 2) アンケート結果
 - ③秋田研修を経た修正の方向性 30

3. サービス提供責任者の資質向上と調査結果の活用について

- (1) 訪問介護とサービス提供責任者の重要性 34
- (2) 質の確保に向けた就任前研修の意義・重要性 35
- (3) 本事業の活用について（就任前研修の実現に向けた考察） 38

【資 料】

- (1) サービス提供責任者 就任前研修 時間配分例 41
- (2) 「Ⅳ リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について」研修用料一式 45

1. 事業概要

(1) 事業目的

訪問介護事業所に配置が義務付けられているサービス提供責任者は、介護福祉士及び一定の研修課程を修了した者とされ、業務内容については運営基準により規定されているところである。協会では平成 26 年度にサービス提供責任者に関する研修の在り方を検討し、その必要性を関係各方面に提言した。

本年度は、研修の実用化に向けシラバス、授業案、研修資料等を検討及び作成しつつ、平成 26 年度に取りまとめたカリキュラムについて、その妥当性を検証し見直しを行った。

さらに、それを基にモデル研修を開講し、その評価を行い関係各機関が研修の実施につなげられるよう広く普及を図った。

(2) 事業概要

本事業の目的をふまえ、主として以下の事項について検討した。

○サービス提供責任者に関する就任前研修カリキュラムの妥当性の検証及び見直しによるカリキュラムの確定

- ・平成 26 年度のアンケート結果からの検証、他団体実施研修との比較による検証及び地域包括ケアにおいて訪問介護サービス、サービス提供責任者等に求められる役割の再確認等を行った。

○カリキュラムに基づく、シラバス、授業案、研修資料の検討及び作成

- ・各科目の指導内容、評価項目、到達目標、時間配分等の詳細を検討し、各時間における指導内容を明確にした。
- ・上記に基づき、到達目標を達成するための研修資料の作成、それに基づく指導方法の検討を行った。

○モデル研修の実施

- ・10 月に秋田県で開催された研修会の場で、先に作成したカリキュラム、シラバス、授業案、資料等を用いたモデル研修を実施した。

○カリキュラム、シラバス、授業案、資料等を取りまとめた報告書の作成

- ・カリキュラム、シラバス、授業案、資料等を作成し、関係機関に配付し、本事業の普及を図った。

(3) 委員一覧

氏名	所属先
上之園 佳子	日本大学 文理学部 教授
荒川 順子	日本ホームヘルパー協会 副会長
◎ 井上 千津子	元京都女子大学 大学院生活福祉研究科 教授
因 利恵	日本ホームヘルパー協会 会長
内田 智明	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 業務推進部 次長
境野 みね子	日本ホームヘルパー協会 副会長
田中 典子	日本ホームヘルパー協会 東京都支部会長
内藤 佳津雄	日本大学 文理学部 教授
仁平 明美	日本ホームヘルパー協会 副会長

◎は委員長

(五十音順)

オブザーバー

本田 清隆 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 常務理事

(4) 年間スケジュール

第1回委員会	8月6日	・カリキュラム・シラバスの検討
--------	------	-----------------

↓ (修正作業)

第2回委員会	9月9日	・カリキュラム・資料の検討 ・モデル研修会評価方法についての検討
--------	------	-------------------------------------

↓ (修正作業)

第3回委員会	10月5日	・カリキュラム・資料の検討 ・モデル研修資料の内容確認 ・モデル研修評価方法についての確認
--------	-------	---

↓ (研修資料の最終調整)

モデル研修会 (秋田県)	10月14～16日	・研修の実施 ・アンケート等の実施
--------------	-----------	----------------------

↓ (アンケート等結果の集計)

第4回委員会	12月10日	・モデル研修アンケート結果の確認
第5回委員会	1月14日	・カリキュラム・資料の評価及び修正内容検討

↓ (カリキュラム等の修正、報告書の作成)

第6回委員会	3月14日	・カリキュラム、シラバス、資料等をまとめた 報告書のとりまとめ
--------	-------	------------------------------------

2. 検討経緯

(1) 平成 27 年度以前の検討内容

本協会では平成 26 年度に、サービス提供責任者研修制度の在り方について検討委員会を設置し、サービス提供責任者業務を開始する前に、その業務を円滑に遂行できるようにするため、一定の「就任前研修」を受講する必要性を明らかにする、および、サービス提供責任者が就任前研修を受けることができるようにするための制度及び政策の条件整備について明確にすることを目的に、サービス提供責任者および訪問介護員を対象とする調査を実施した。その調査結果をふまえ「サービス提供責任者研修制度の在り方に関する提言」を作成した。

『サービス提供責任者研修制度の在り方に関する提言』（一部抜粋）

サービス提供責任者の研修についての提言

□「サービス提供責任者就任前研修」の実施及び任用要件としての義務化

サービス提供責任者が担う役割の重要性は認識されているものの、サービス提供責任者業務遂行上の知識・技術が不十分な中で業務を行っている現状では、国の目指す地域包括ケアの推進に向けた自立支援型の訪問介護の提供を目指すことは難しい。

そのため、訪問介護サービスの質の更なる向上及び訪問介護員の人材確保・定着に資するため、サービス提供責任者の質の担保が必要であり、就任前にサービス提供責任者業務遂行上、最低限必要な知識・技術を習得するための「就任前研修」の実施が必要であり、さらにはその研修が任用要件として義務化も図られるべきである。

□サービス提供責任者の任用に訪問介護実務経験を要件化

サービス提供責任者の業務である訪問介護員の指導及び OJT は、訪問介護サービスの特性を熟知した者による指導の下に、利用者の自立支援に向けたサービス提供を目標として実施されるべきであり、そのためにはサービス提供責任者の任用にあたっては一定期間以上の訪問介護実務経験が必須である。

□研修受講しやすい環境整備

サービス提供責任者就任前研修を推進するためには、就任前研修の受講に係る時間・費用等の負担が課題となる。このため事業所においては就任前研修受講に要する費用のサポートや代替要員の派遣、シフト上の措置など受講しやすい環境を整備することにより研修受講を後押しする必要がある。

□全国での均一な研修実施に向けた環境整備

研修効果の担保を図るためには、講師養成・カリキュラム構築・伝達内容等について訪問介護サービスの質の向上を目指した明確な指針（シラバス）を作成・普及することが必要である。

サービス提供責任者就任前研修カリキュラム（案）

【必要となる知識・技術について】

調査結果より、サービス提供責任者としての業務を遂行するうえで、基本的に必要となる視点及び知識・技術について、以下にまとめた。

○訪問介護計画作成等に関する知識・技術

就任前に最もニーズが高いのが「訪問介護計画作成等に関する知識・技術」であった。訪問介護計画書はホームヘルパーの行動指針であり、この作成を適切に実施できることはサービス提供責任者としての大きな役割であるため、就任前に訪問介護計画作成における基本を習得する。

○利用者及びその家族とのコミュニケーションのための知識と技術

サービス提供責任者として利用者のニーズを引き出すためにも、またサービス内容等について利用者・家族に伝えるためにも、就任前に基礎的なコミュニケーション能力・訪問介護サービスにおける知識を獲得する。

○医療に関する知識と援助方法

サービス提供責任者が関係多職種と連携していくために必要となる医療に関する知識と援助方法を修得し、併せてサービス提供責任者が地域包括ケアの実現に向けて、医療・介護連携をはじめとした関係機関との関係性構築の窓口としての働きが求められることを就任前の段階で意識づける。

○その他の研修項目について

基礎知識・技術に加えて、サービス提供責任者として現場での必要性が高い認知症ケアに関する知識と援助方法、リスクマネジメントに関する知識・技術、その他必要な知識・技術を習得する。

【カリキュラム案】

前述のとおり就任前に最もニーズが高いのが「訪問介護計画作成等に関する知識・技術」であることを踏まえ、訪問介護サービスにおける基礎知識を押さえたいうえで、訪問介護計画作成業務が滞りなく遂行できるレベルを到達点として設定し、その上で計画作成の際に必要な医療的な知識や運営上必要となるリスクマネジメント等の知識・技術を付加する。

具体的には、Ⅰで訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解、サービス提供責任者の役割の理解、Ⅱで訪問介護サービス提供におけるプロセスの理解、Ⅲで利用者及びその家族をはじめ、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術及び知識の習得、Ⅳで医療に関する知識と支援方法の理解、Ⅴで認知症の理解、Ⅵで訪問介護サービスにおけるリスクマネジメント及び苦情対応、緊急時対応についての基礎の習得、Ⅶでは訪問介護計画作成技術の習得、Ⅷで部下への指導法の理解。

カリキュラム案

	科目	時間	手法	到達目標
I 訪問介護サービスの 基本視点と制度・ 施策の全体像の理 解 〈150分〉	・訪問介護の意義とサービス提供 責任者の役割	90分	講義	・運営基準の詳細を理解し、説明できる ・サービス提供責任者の業務・役割を理解する
	・介護保険制度について ・地域包括ケアシステムとは	60分	講義	・制度の運用状況や介護保険制度における訪 問介護の位置づけを理解する ・地域包括ケアの実現に資する訪問介護のあ り方を理解する
II 訪問介護サービス 提供プロセスの理解 〈180分〉	・訪問介護サービスのプロセス	90分	講義・演習	・居宅サービス計画と介護過程、訪問介護計 画の関係性を理解する
	・自立支援に資するアセスメント	90分	講義・演習	・自立支援に資するアセスメントについての視 点を学び、具体的なアセスメント手順を理解する
III 利用者・家族、訪 問介護員他、多職 種との連携における コミュニケーション技 術について 〈300分〉	・コミュニケーションスキルについて	60分	講義	・コミュニケーションの基礎知識を修得する
	・利用者及びその家族とのコミュニ ケーション	60分	グループワーク	・利用者及びその家族とのコミュニケーション方 法・技術を修得する
	・訪問介護員とのコミュニケーション	90分	グループワーク	・訪問介護員とのコミュニケーション方法の視 点を理解するとともに、報告・連絡・相談、記録 等の具体的なコミュニケーション方法・技術を 修得する
	・多職種連携におけるコミュニ ケーション	90分	グループワーク	・フォーマル、インフォーマル問わず多職種・多機 関との連携を行う視点および具体的なコミュニ ケーション方法・技術を修得する
IV 医療に関する専門 的な知識 〈90分〉	・医療に関する知識と介護・看護 等との連携	90分	講義	・疾病、障害等の理解と訪問看護、訪問リハ の連携の視点を理解する
V 認知症に関する知 識 〈90分〉	・認知症の理解	90分	講義・演習	・認知症に関する基礎的な知識（パーソン・セ ンタード・ケア等）を修得する
VI リスクマネジメント、 緊急時対応および 苦情対応について 〈150分〉	・リスクマネジメントと苦情対応	90分	講義・演習	・リスク管理の視点を学び、ヒヤリハット、事故報 告書を活用することができる ・利用者や家族からの苦情に適切に対応する ことができる
	・緊急時の対応	60分	講義	・感染症や災害、事故等の発生時に適切に対 応するための視点、取り組みについて説明でき る
VII 訪問介護計画書の 作成 〈360分〉	・訪問介護計画書の作成	60分	講義	・サービス担当者会議、訪問介護計画書、手 順書の作成プロセスを理解する
	・訪問介護計画作成演習	300分	グループワーク	・事例を通じて訪問介護計画を作成すること ができる ・作成した訪問介護計画書に基づき、訪問介 護員に説明できる
VIII スーパービジョン 〈60分〉	・部下への指導法	60分	グループワーク	・スーパービジョンの基礎を理解し、訪問介護 計画を通じた訪問介護員の指導を理解する
振り返り 〈60分〉		60分	グループワーク	
合計時間		24時間		

(2) 平成 27 年度の検討内容

①研修内容のベースづくり

第 1 回から第 3 回に至る委員会では、平成 26 年度に作成されたカリキュラム案より、平成 27 年度版のカリキュラムおよび授業案を作成した。

平成 26 年度版の設定を踏襲し、全 24 時間の授業案を構築するとともに、3 日間のプログラムで開催される秋田研修に向け全 20 時間の短縮版の授業案を作成し、実施に向けた体制整備を行った。

～主な流れ～

第 1 回委員会（8 月 6 日）

平成 26 年度のカリキュラム案をもとに事務局が作成したモデル研修をふまえたカリキュラム案を提示し、検討した。その結果、各科目のテキストについての方角性が出されるとともに、カリキュラム上において「Ⅷ. スーパービジョン」と「Ⅶ. 訪問介護計画書の作成」の順番を入れ替え、本カリキュラムにおける終着点は訪問介護計画書を作成できることと設定された。

また、10 月に実施予定の秋田研修における評価方針について提案がされた。

第 2 回委員会（9 月 9 日）

第 1 回の委員会をもとに、カリキュラム案及び授業案（テキスト・演習・進行）について検討した。

また、秋田研修における評価方法としてのアンケート案について検討を行った。

第 3 回委員会（10 月 5 日）

第 2 回の委員会をもとに、授業案について検討し、平成 27 年度版のカリキュラム・テキスト・演習・進行についてのベースを作成した。さらに、秋田研修に向けた研修内容の調整等について検討がなされた。

- ①全 24 時間で構成される研修を 20 時間に短縮し 3 日間のプログラムで行うこと
- ②研修講師は本委員会の委員でもある因利恵委員、田中典子委員が行うこと
- ③当日受講生にアンケートを実施すること

○第3回委員会終了時の就任前研修および秋田研修のカリキュラム案

	科目	到達目標	手法	就任前研修 カリキュラム	秋田研修 設定時間
I 訪問介護サービスの 基本視点と制度・施 策の全体像の理解	・訪問介護の意義	・訪問介護の意義や各制度における訪 問介護の位置づけを理解する ・地域包括ケアの実現に資する訪問介 護の在り方を理解する。	講義	75分	60分
	・サービス提供責任者の役 割	・サービス提供責任者の業務・役割を理 解する ・運営基準の詳細を理解し、説明でき る。	講義	75分	60分
II 訪問介護サービス提 供プロセスの理解	・訪問介護サービスのプロ セス	・居宅サービス計画と介護過程、訪問介 護計画の関係性を理解する	講義	60分	60分
	・尊厳の保持と自立支援 に資するアセスメント	・自立支援に資するアセスメントについ ての視点を学び、具体的なアセスメント手 順を理解する	講義・演習	60分	60分
III 利用者・家族、訪問 介護員他、多職種と の連携におけるコミュニ ケーション技術について	・コミュニケーションについて	・コミュニケーションの基礎知識を修得す る。	講義	60分	60分
	・利用者およびその家族と のコミュニケーション	・利用者およびその家族とのコミュニケー ション方法・技術を修得する。	グループワーク	60分	60分
	・訪問介護員とのコミュニ ケーション	・訪問介護員とのコミュニケーション方法 の視点を理解するとともに、報告・連絡・ 相談、記録等の具体的なコミュニケーシ ョン方法・技術を修得する	グループワーク	120分	90分
	・多職種連携におけるコミ ュニケーション	・多職種・多機関との連携を行う視点お よび具体的なコミュニケーション方法・技 術を修得する	グループワーク	90分	60分
IV 訪問介護における医 療の知識	・医療に関する知識と介 護・看護等との連携	・疾病、障害等の理解と訪問看護、訪 問リハとの連携の視点を理解する。 ・医療的ケアの理解と医療職との協働・ 連携について理解する。	講義	90分	60分
V 認知症に関する知識	・認知症の理解	・認知症に関する基礎的な知識（パー ソン・センタード・ケア等）を修得する。	講義・演習	90分	60分
VI リスクマネジメント、緊 急時対応および苦情 対応について	・リスクマネジメントと苦情 対応	・リスク管理の視点を学び、ヒヤリハット、 事故報告書を活用することができる ・利用者や家族からの苦情に適切に対 応することができる	講義・演習	100分	60分
	・緊急時等の対応	・感染症や災害、事故等の発生時に適 切に対応するための視点、取り組みにつ いて説明できる。	講義	60分	60分
VII 訪問介護におけるス ーパービジョンについ て	・スーパービジョンの理解	・スーパービジョンの基礎を理解する ・スーパービジョンにおける管理機能・教 育機能・支持機能について説明できる	グループワーク	75分	60分
VIII 訪問介護計画書の作 成	・訪問介護計画書の作成	・サービス担当者会議、訪問介護計画 書、手順書の作成プロセスを理解する	講義	60分	60分
	・訪問介護計画作成演習	・事例を通じて訪問介護計画を作成す ることができる。 ・作成した訪問介護計画書に基づき、訪 問介護員に説明できる。	グループワーク	290分	260分
振り返り			グループワーク	45分	30分
合計時間				24時間	20時間

②秋田研修の実施

1) 実施概要

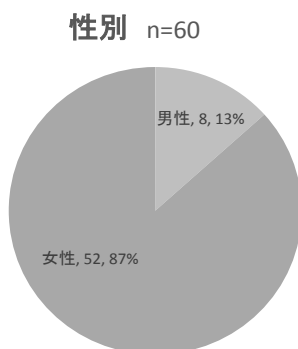
- ・日時 平成 27 年 10 月 14 日（水）～16 日（金） 9：00～
- ・場所 秋田県中地区老人福祉総合エリア（中央シルバーエリア）多目的ホール
- ・主催 公益財団法人秋田県長寿社会振興財団（LL財団）
- ・受講対象者及び要件 サービス提供責任者としての実務につく予定の方（実務未経験者）またはサービス提供責任者であって、すべてのカリキュラムを受講できる方
- ・講師 因 利恵、田中 典子（いずれも本委員会委員）

2) アンケート結果

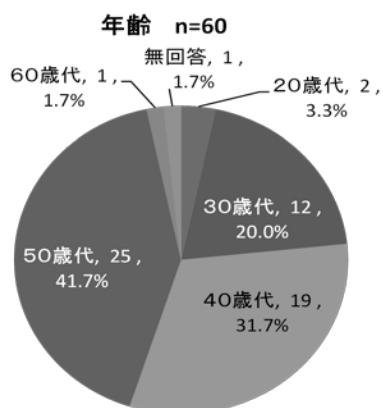
□受講生数：62名 アンケート回収数：60件（回収率：96.8%）

○回答者の属性

●性別

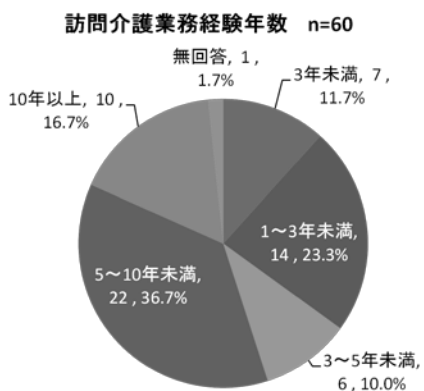


●年齢

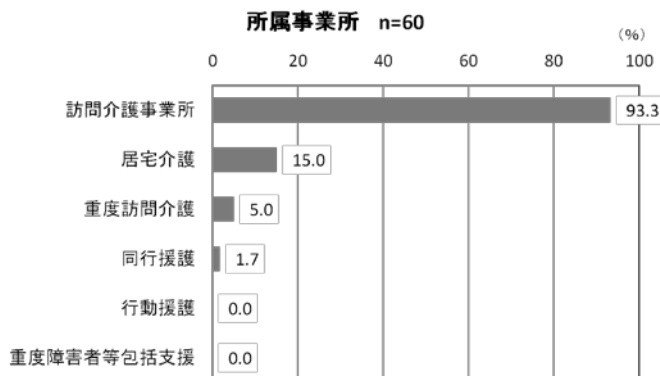


●平均訪問介護業務経験年数

平均:5.4年(最低値:0年 最高値:19年)

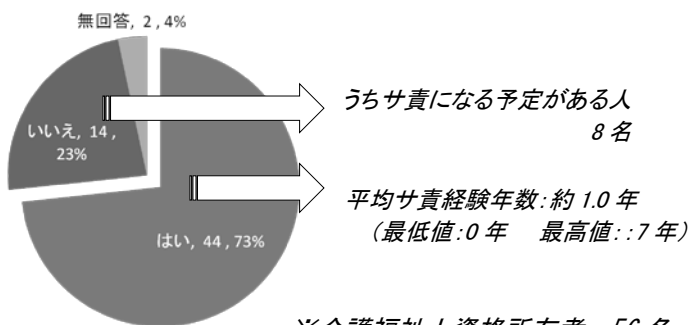


●事業所種別



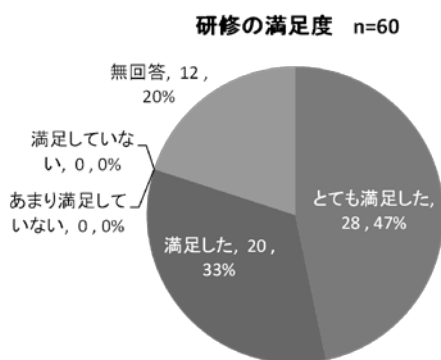
●サービス提供責任者か否か

サービス提供責任者ですか n=60



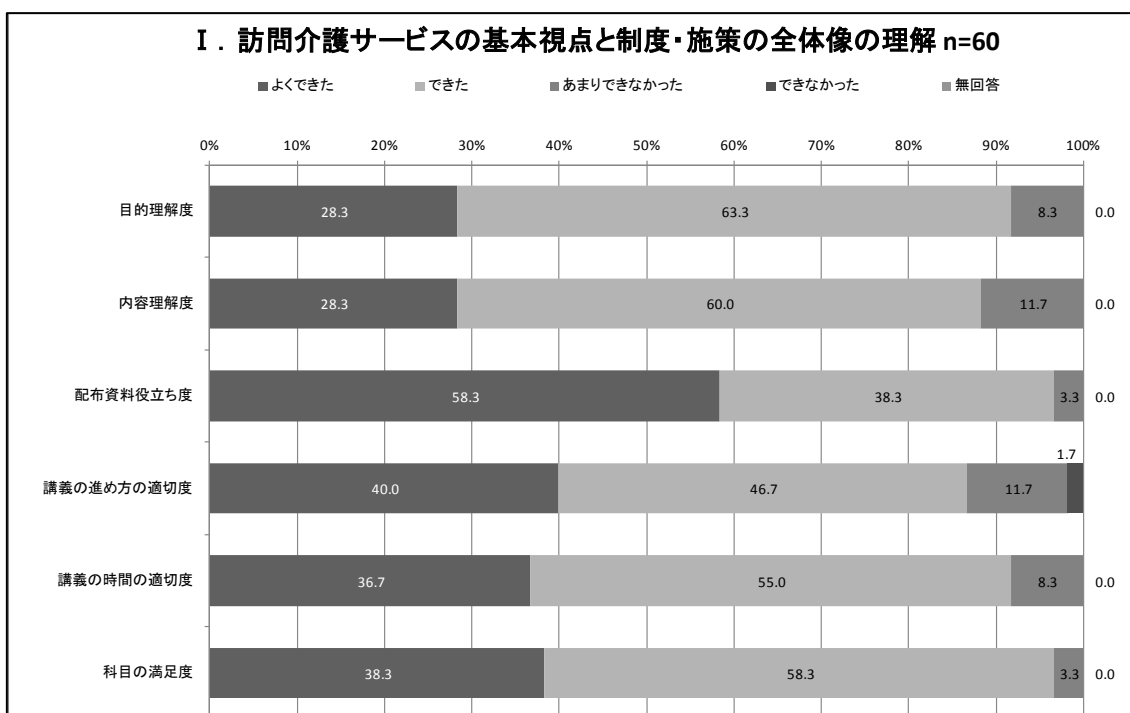
※介護福祉士資格所有者 56名 (93%)

●本研修の満足度 (n=48)



○研修に対する評価

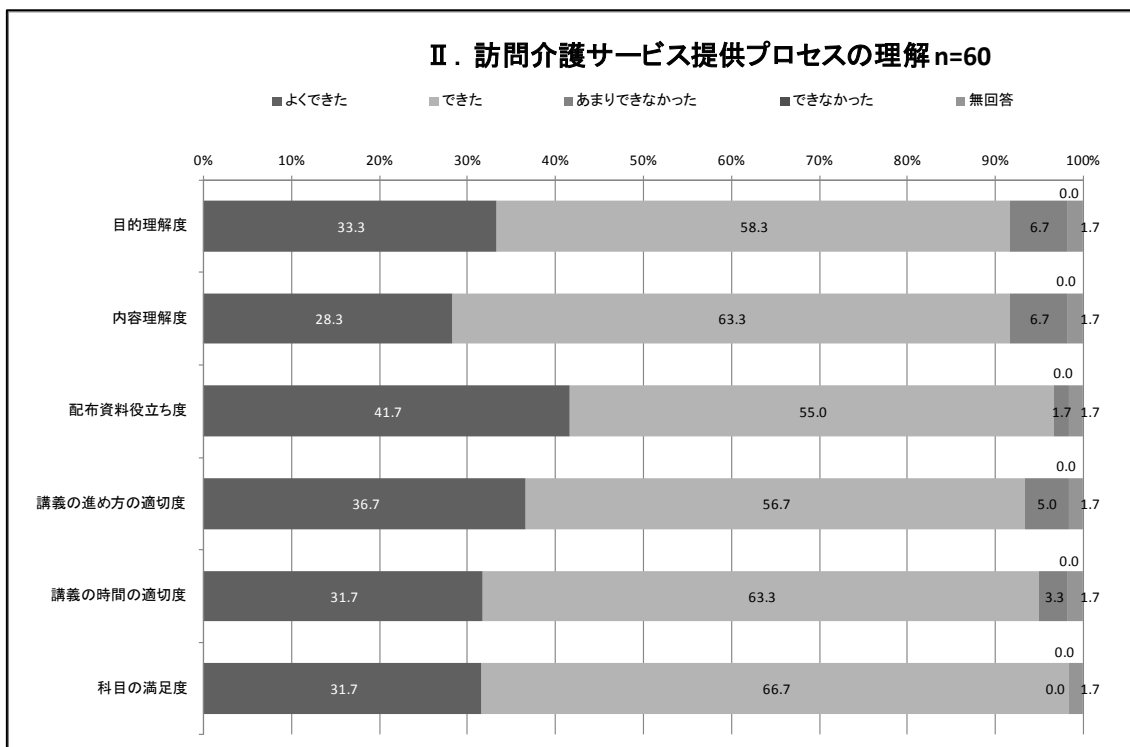
『Ⅰ. 訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解』について



<自由記述回答>

- ①少しスライドする時間が早くて、資料にのっていない部分でメモがきちんと取れなかったです。
- ②進め方が早く、メモを書いているうちに次に進まれるので、途中までしか書いていないメモがあり、後で何を書きたかったか分からない所があり、残念でした。
- ③スライドにしかない内容が多くあり、聞き逃してしまっている。もう少しゆっくり、書いたり、聞いたりしたかった。
- ④業務の8項目と計画書、とても勉強になりました。
- ⑤ケアマネさんの作成する計画と訪問員からみた計画案はとても似ているけど、必要とされる内容は必ずしも同じでないということが分かりました。
- ⑥「訪問介護の意義」は訪問介護にこれから携わる私にはよかったです。施設に入っているとどうしても過剰な介護をしてしまいがちですが、訪問介護は少しでも自分の出来る事を増やす、できることを活かすというヘルパーを習ったばかりの時にはじめに学んだことを活かせる場ですね。施設でもその時のことを思い出し、一人ひとりの力を改めて見直してみようと思います。
- ⑦役割8項目を念押しで読み上げ（みんなで）してみても・・・。
- ⑧医療行為についての説明が早かった。
- ⑨サ責の仕事の多さ大事さは理解できたように思いますが、実践にしっかり使って行けるか不安です。もう少しじっくりと講義を傾聴したかった。
- ⑩すこしスピードが速くてついていけなかった。
- ⑪進め具合がもう少しゆっくりだと良いと思います。
- ⑫介護保険制度で認められない事は出来ないのは知っていたが、老計第10号の詳しい内容にはびっくりしたと同時にフル活用できるものと思った。
- ⑬介護計画・アセスメント・モニタリング、もっともっと詳しく、内容濃く説明が欲しかった。具体的な例、実例等。前述の文とは反対の内容になりますが、前述の内容を入れ、もっと簡潔にまとめられる方法を教えてほしかった。

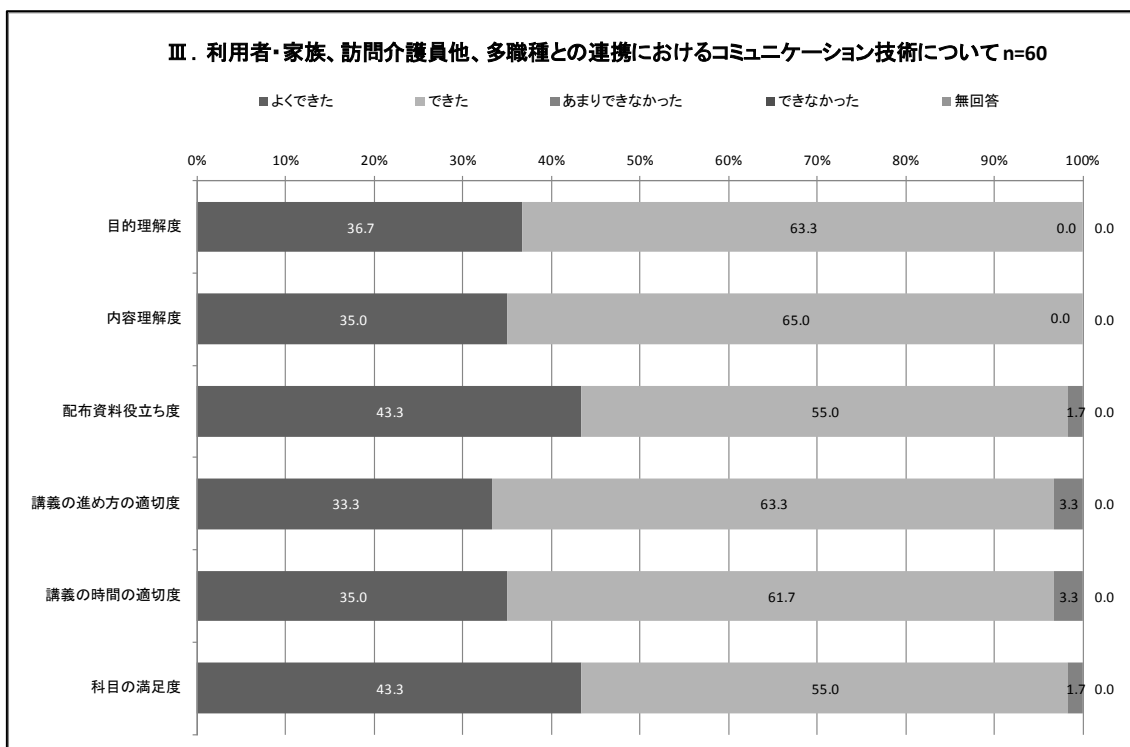
『Ⅱ. 訪問介護サービス提供プロセスの理解』について



<自由記述回答>

- ①他事業所さんのことを聞いたのが良かった。
- ②尊厳の保持・自立支援、の区別が難しい。
- ③もっと詳しく聞きたかったです。
- ④もっとくわしく勉強したいと思いました。
- ⑤サービス提供の流れが理解できた気がしました。
- ⑥訪問介護手順書がなかったので他の事業所の方の話をきくことができとても参考になりました。
- ⑦グループワークで少しずつ間をとっていった方が良いと思います。資料をただ呼んでいるだけなので、違うことをやってほしい。もっと工夫してほしい。
- ⑧「アセスメント」という言葉をガチガチに考えていましたが、介護計画作成までに3回もアセスメントしていることになるという田中先生の言葉に、「訪問は詳しいことを開ける職種」との話に、そうか！ガッテン！しました。
- ⑨プロセスの詳細、実例がもっと多く知りたかった。

『Ⅲ. 利用者・家族、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術』について

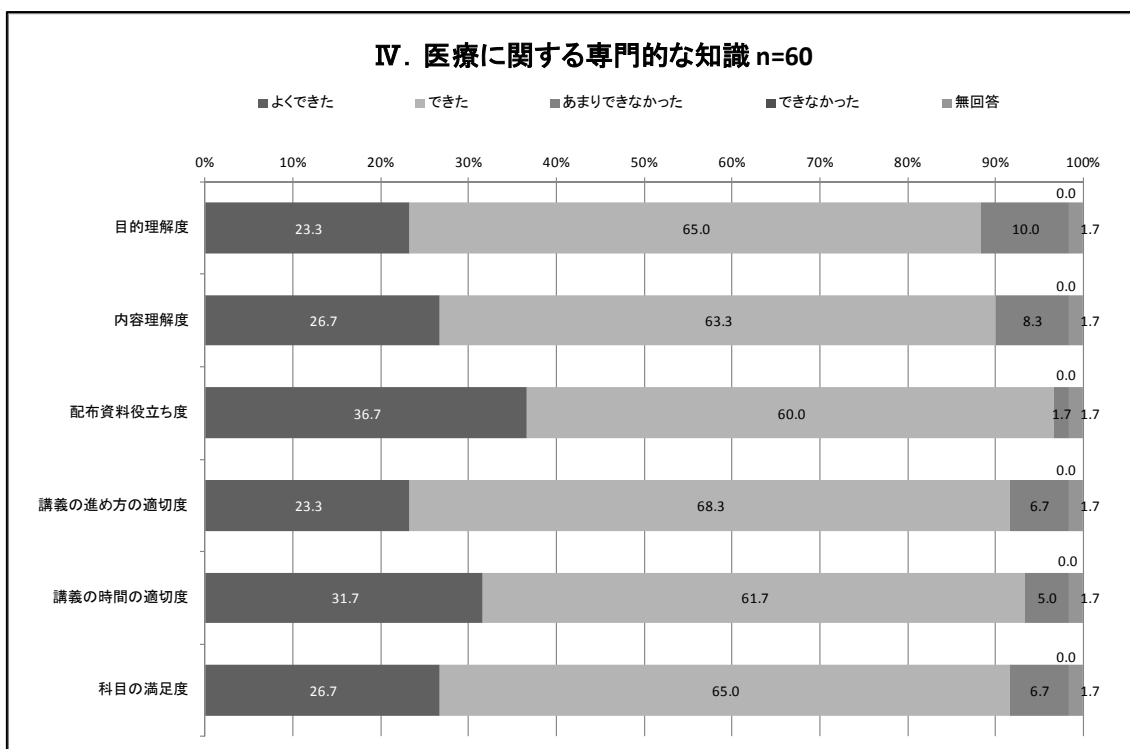


<自由記述回答>

- ①演習時間をもう少し長くした方が良かったです
- ②ロールプレイ。設定、もっと詳しくあらかじめ決めておいて頂けたら良かったかと思ひます。話し合ひでそこまで行くのに時間がかかり、時間内で進めることができませんでした。
- ③研修内容は理解できたが、実行（連携）するのにケアマネを通しての連絡となるためスムーズな流れを作ることは難しいと考へます。
- ④演習も有りとても勉強になった。自分で、そこまでの内容を理解できていないこともわかった。
- ⑤受容、傾聴、リピート。
- ⑥演習の進め方がよくわからなかった（介護認定を受ける前なのか、受けた後なのか）。
- ⑦サービス責任者がサービスについて理解が無く上手く説明できないし、コミュニケーションもつまると思ひました。相手の気持ちになつて、「はずかしい」と思ふような事は上手く言い方を変えて説明するのも大切です。
- ⑧ヘルパーは利用者には身近ですが、介護の現場では利用者からも下に見られます。本当は苦情はケアマネではなくヘルパーに直接言つてほしいものです（言いづらいでしょうけど……）。
- ⑨ロールプレイを取り入れたことで理解しやすく、場面を想像しながら研修に参加する事ができました。
- ⑩ロールプレイの正しい？どうすればよかつたのかももっと詳しくお聞きしたかつた。
- ⑪多職種との連携は大変で重要であるが、難しい部分大変さがある。CM が上と言う考へ方で社会でなくあり、サ責専門職として認められるよう臨む。
- ⑫利用者の方やご家族の方々との会話についていろいろな局面がある事を学ばせていただきました。今後このことを活かしていきけるよう努力してまいります。

- ⑬コミュニケーションは相手を受容することが大事だとわかってはいるのですが、未熟者なので頭にきて感情をぶつけてしまうことが多い日々です。楽しいことばかりが起こるわけでは無いので、負の感情をどうコントロールすればいいのかも教えて頂きたいです。
- ⑭事例をあげて、もっと詳しい対応（コミュニケーション）の取り方をやってほしい。何かと言うと文句と取られることも多く、機嫌を損ねることが多い。我慢をしているのが現状。その辺のコミュニケーション(話し方)を具体的な言葉が聞きたかったです。笑顔で、、、ではなく、、、できれば苦勞しません。
- ⑮職種を理解していない利用者、家族、多職種との連携はとてもむずかしいと思った。それぞれのプライドを傷つけない言葉づかいも大事だと思った。
- ⑯文章のなかで必要なところを重点的に説明してほしいと思います。
- ⑰ロールプレイの演習ですが、同じ内容で先生方の演習を見たいと思いました。
- ⑱サービス内容よっての料金表があれば良いと思いました。
- ⑲高齢の方にカタカナ言葉を並べるのはダメだと思った。でも、カタカタで言わず日本語にするのはもっと大変だ。利用者の立場でわかりやすい説明を身に着けたいと思いました。
- ⑳・全く違うのですが、介護支援専門員の新任でも現任でもよいので、研修の中にホームヘルパー協会から老計第10号の説明というか行ってもらえないでしょうか？自分もケアマネですが（今はサ責）ケアマネさんの知らなさすぎにびっくりしています。

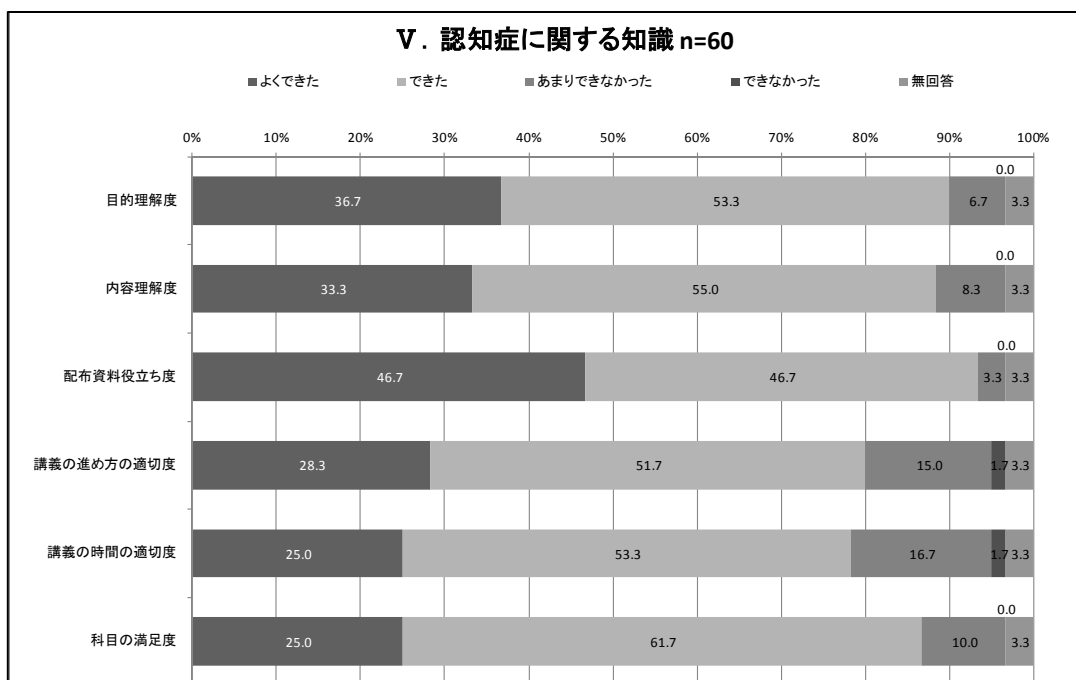
『IV. 医療に関する専門的な知識』について



<自由記述回答>

- ①医療として行うこと、介護で行って良い事がよくわかった。
- ②医行為と医療的ケアの違い、勉強になりました。医療（医師の指示）がなければ、いくら研修をしてもたん吸引が出来ない。
- ③日常の状態を把握することで、体調の変化に気付くことができるが、何が異常かを判断をし、観察するのは難しい。1～2時間のうちに体調が悪くなる方もいるため、次の援助時逆によくなっている方もいる。
- ④ヘルパーが出来る・出来ない医療行為を詳しく知りたいです。今、あやふやになっています。薬を塗るぐらい・・・と軽く考えているヘルパーもいます。
- ⑤医療行為にあたるのかあたらないのかがあまりわからなかったので、その内容については必要だと思いました。
- ⑥もう少し勉強したかった（自信ないですが）。
- ⑦褥瘡の処置、行っていました…。ケアマネさんも訪問看護さんも知っていたのですが、現場では正しいことが行われないんだなと思い、個人が知識を深めて発信することが大事なのだと思います。
- ⑧あまりにも専門的で覚えるのが大変。
- ⑨資料がたくさんあって、これからの仕事に活かせると思いました。
- ⑩事例があったらヘルパーとしての対応の仕方の参考になったと思う。
- ⑪医療知識は専門職として最低限は知る必要があるだろうと思う。先生の指示が無いと実施できない事を知りました。
- ⑫講習のペースが速くて、なかなかついていけなかったです。

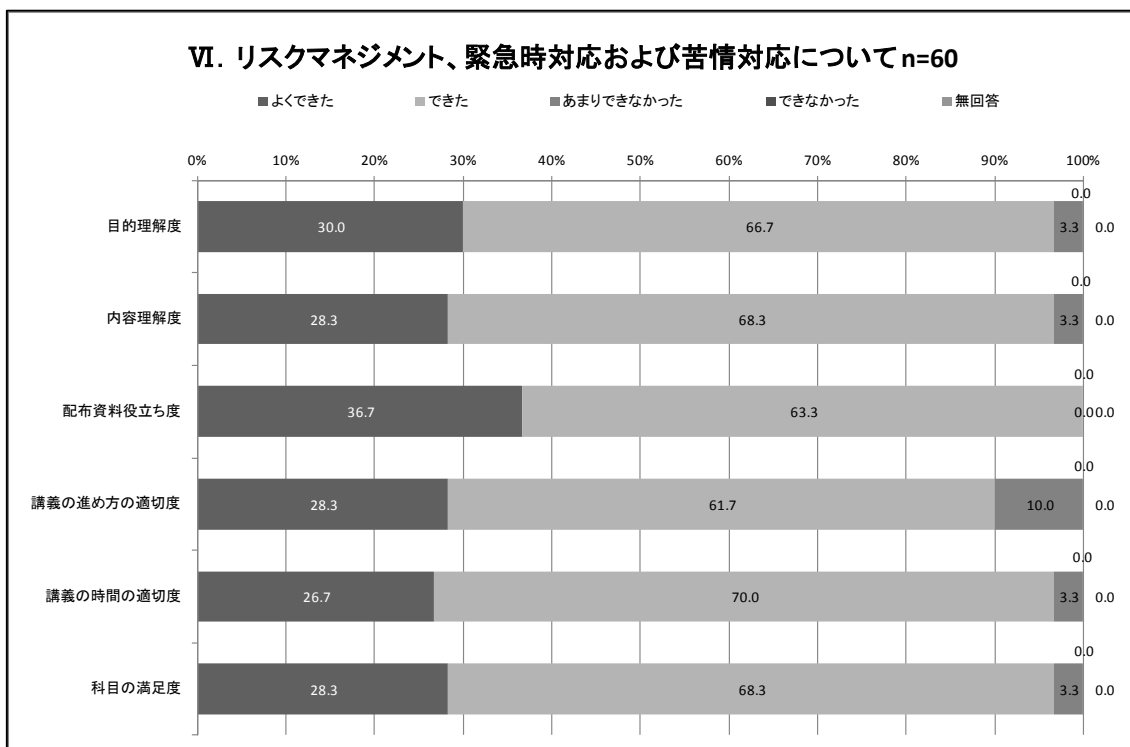
『V. 認知症に関する知識』について



< 自由記述回答 >

- ①認知症もいろいろな種類があるので、もう少し踏み込んだ内容が良かったです。
- ②演習用紙。文章理解するのに難しい。時間が足りない。認知症利用者さんに対する援助の方法を聞いてみたかったです。
- ③演習の解答例があれば良かったと思う。
- ④ヘルパーの視点として以前から本人の意向に合わせて行ってきたと思うが、これからもっと利用者の側で考えていくようにしたい。全体の流れが速く、資料を理解することができなかった。
- ⑤認知症の入居者様、利用者様が増えています。でも、行動が心理面で自分では理解できない面もあり、少し見方が他の人とちがっていたかもしれません。講義を聞いて、少し考え方が変わった気がします。
- ⑥普段認知症の方と関わっていますが、今回知ったこともあり、勉強になりました。施設に戻り、他の職員ともパーソンセンタードケアを行ってみたいと思います。
- ⑦配布資料にパーソンセンタードケア方式のアセスメントシートを使ってみてはどうでしょうか。
- ⑧演習の内容が理解できなかったので、分かりやすい物にしてもらえればと思いました。
- ⑨認知症を知ることは大切ですが、サ責の仕事に時間を取ってほしいです。
- ⑩グループワークがよくわからなかったです。
- ⑪本人史を理解できれば少しは接し方に幅が広がるということが理解できた。
- ⑫これから何度も見返す貴重な資料になると思います。
- ⑬もう少し時間をとって、もっと詳しく説明してほしい。
- ⑭認知症についてはまだまだ理解できていない部分が多いと思われ、もっと詳しく実例があったらと思う。
- ⑮認知症は病気からくるもの、高齢とともにすすむもの、奥が深いと思った。
- ⑯演習の内容を理解する事が難しかった。
- ⑰認知症を理解してもらうには資料を読んでもらうことなんですが、サ責としてヘルパーさんに重要な事(パーソンセンタードケア)をわかってもらえる自信はない。しかし、コミュニケーションをとりながら一緒に学ぶことは伝わると思いました。
- ⑱難しかった。
- ⑲認知についてかなり理解しているが、身近が事なので何かグループワーク等、実践的なものを作ってほしい。

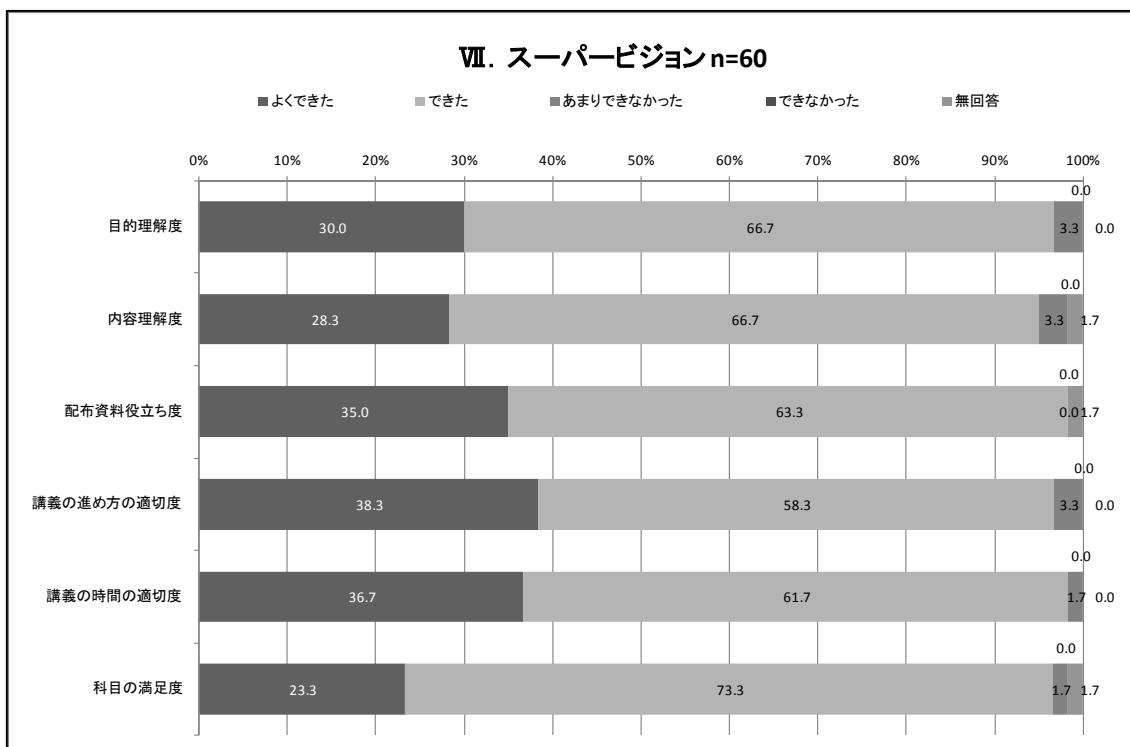
『VI. リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について』について



<自由記述回答>

- ①リスクマネジメント演習。もっと時間が欲しかった。
- ②グループワーク演習に対する回答（答えはないと思いますが・・・）例があれば良いと思う。
- ③利用者からの視点、介護者からの視点で考え、一方的な決めつけをしない様に心がけていきたい。
- ④ハインリッヒ。ヒヤリハットの大事さの再認識。
- ⑤介護しているうえで、リスクが付いて回る。リスクが起こることを想定して対処する方法を探っておけば、100%解決できなくても役に立つと思いました。でも対策を考えるのが一番難しいです。うちの事業所では緊急時は事業所へ指示をききますが、連絡を待てない緊急時のマニュアルを持ち歩く必要性を感じました。とっさの時は自分も頭が真っ白になりそうです。
- ⑥時間を増やしてほしい。
- ⑦事例があまり良くなかったと思います。
- ⑧苦情内容をみる時間無く、参考資料・事例など教えて欲しかった。近頃のこの情報が先生の講演中に少し内容話されていたが、機会があれば情報聞きたいなと思いました。
- ⑨対応できる臨機応変な自分を育ててはいけなかったと思いました。
- ⑩緊急時に生年月日も聞かれました。追加したほうが良いのではないのでしょうか。
- ⑪色々な方面、場面から予測しなければならなかったと思った。
- ⑫マニュアルをもっとわかりやすく作る必要があるのでは、事業所で検討してみます。
- ⑬利用者さまの避難場所の把握をすぐにさせて頂こうと思いました。
- ⑭自社に戻ったら、すぐ緊急時対応をヘルパーさんに再確認してもらい、ハザードマップも提案したいと思いました。
- ⑮実際にあった時のことを想像すると「どきっと」しました。怖いですね。

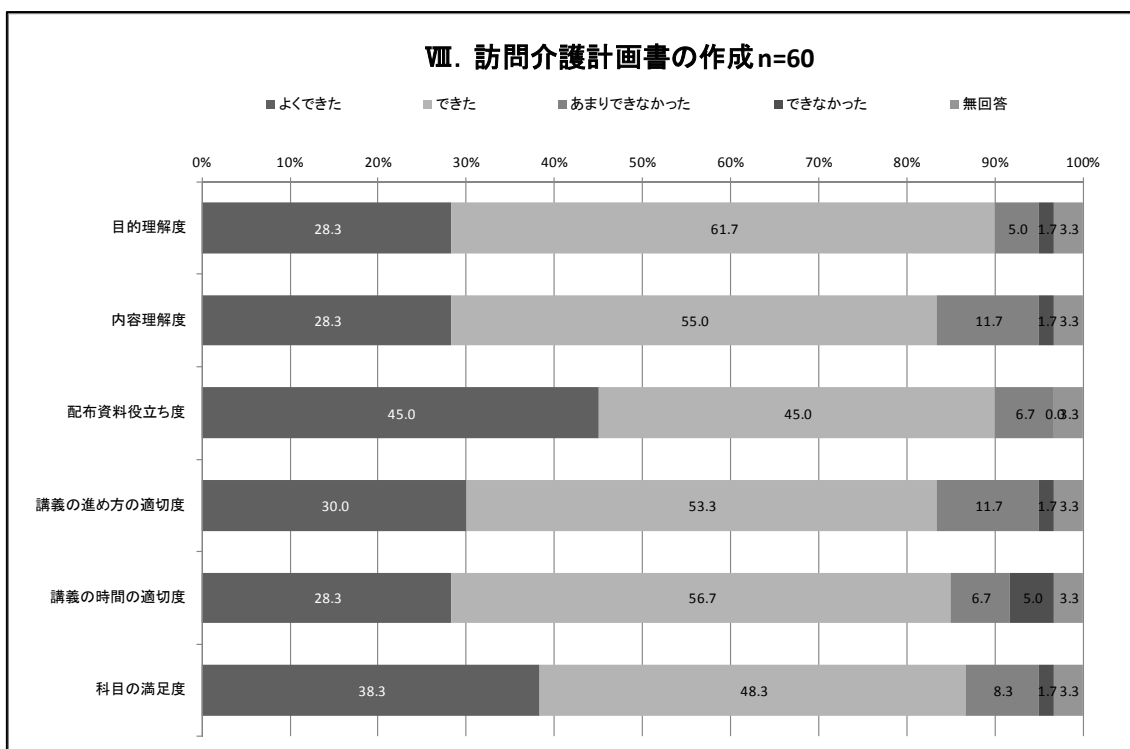
『VII. スーパービジョン』について



<自由記述回答>

- ①指導する立場としてきちんと指導していきたいと思います。
- ②自身の勉強不足も影響することがわかった。指導する立場でありながら、もっと知識を身に着けたいと思う。
- ③同じ業種、同じ仕事をした先輩として支える事。横文字（カタカナ）はなかなか頭にすっと入って来ないので、良いですね～。
- ④アドバイスできるよう、自分自身も会話・知識の引き出しをたくさんもてていないといけな
いと思いました。そのための知識を何から得るかはよくわかりません。悩みます。「怒る」こと
は嫌なことですが、「指導」ではなく、「支（持）導」することである。自分がされても、す
る場合でも、少し気持ちが楽になった気がします。
- ⑤年の離れたヘルパーに指導をできるか不安です。
- ⑥スーパービジョンについて、スーパーバイザーとスーパーバイジーの具体的な指導方法を事例
と実践で行うともっとわかりやすかったと思います。
- ⑦人に頼る前に個々の努力も必要と思っていたが、向いてないの。
- ⑧他職員への指導の仕方が今一番の悩みなので、もう少し具体的に勉強したかったです。
- ⑨「先輩として後輩を支える」ここなんですネ！！
- ⑩自分も、ヘルパーはじめて日が浅いのに、スーパービジョンが出来るか不安もありますが、今
回での講習でのことを理解し、役立て、今後に向かっていきたいと思います。
- ⑪立場的に指導していかないといけないので、しっかり行っていきたく感じました。

『Ⅷ. 訪問介護計画書の作成』について

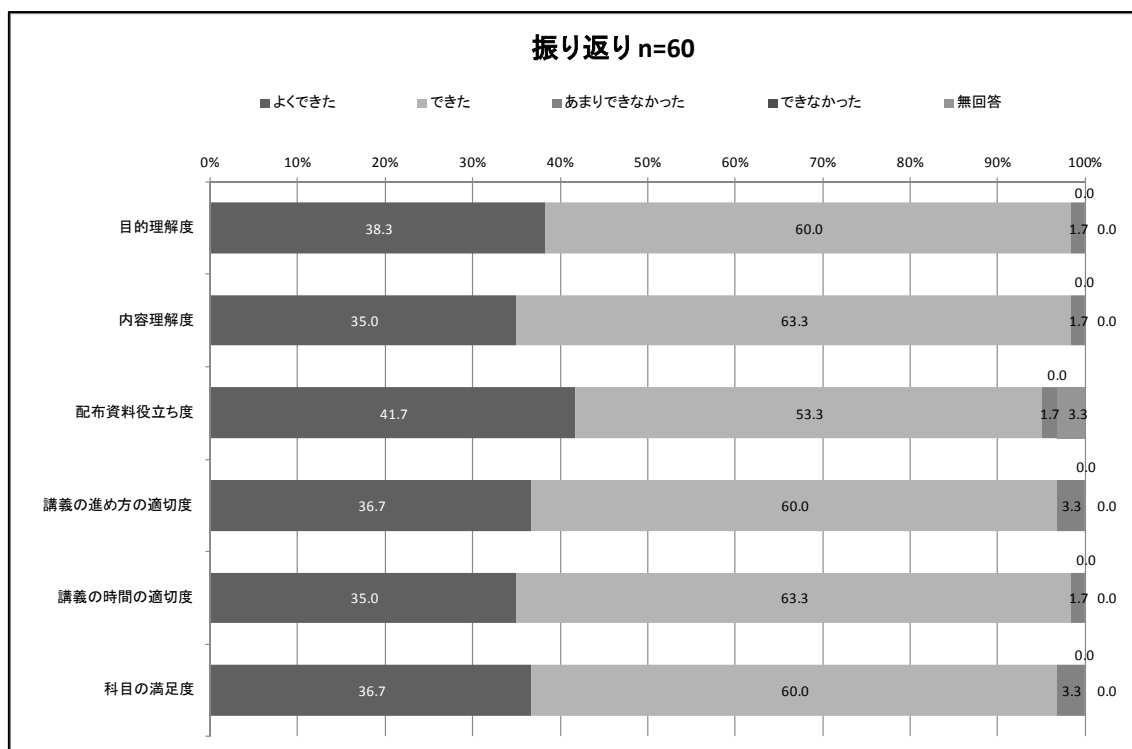


<自由記述回答>

- ①訪問介護にもいろいろ種類があり、私の働いているサ高住では調理がないので、ちょっと考えるのに時間がかかった。
- ②まだ訪問介護計画書を一人で作成したことが無く、理解するのが難しかったです。作成するにあたっての時間をもっととって頂きたかったと思います。
- ③演習の例（回答）があり良かった。
- ④演習の解答例があり、今後のサ責業務にとっても役立つと思う。
- ⑤資料の読み込みに時間がかかった。
- ⑥もっとゆっくり書き方について学びたかった。言葉の使い方、わかりやすい記入の仕方、自分の言葉や利用者の言葉で作るというのも難しいと思った。
- ⑦頭の中にあることを文字として、又、それをイメージできるように、他に伝える作業はやっばり大変ですね。今更ながら自分にできるのか不安です。ただ介護が好き、だけで入った専門職でしたが、一度もやめたいとか汚いとか思ったことはないのですが、人を育てるコミュニケーションをとるとするのが一番難しい。
- ⑧講義の中で記入する時間が足りなかったです。もう少し考える時間が欲しかったです。他の方の記入した計画書をみることはとても参考になりました。分かりやすく説明する必要性を少し理解できました。
- ⑨施設の書き方と違ったりしてわからない部分もありました。訪問の数え方とかもわからなかったりしたので、もう少しじっくりと教えてほしかったです。
- ⑩もう少しいろいろな例を多くしてほしかったです。
- ⑪もう1つ事例が多くあればより深い理解につながったかなと思います。
- ⑫もっと計画書や手順書のところを詳しくやりたい気持ちはありましたが、一つの計画書を作る

- ことに使う労力はとても大きく、頭が疲れてしまうので、時間は適切だったのかもしれませんが。
- ⑬計画書の作成にはもっと時間が必要と思いました（短時間で理解できませんでした）。
 - ⑭用紙の書き方がよく分からなかったです。モニタリングは参考になりました。でも、現実、難しいと感じました。
 - ⑮計画書の見本（例）が欲しかった。
 - ⑯大変むずかしく感じました。サ責といっても名ばかりですから。
 - ⑰実際に用紙に記入して言った事で、サ責の仕事の大変さがわかりました。
 - ⑱とても分かりにくい説明だったので、全員が分かるように説明して頂きたいと思います。
 - ⑲演習での記入時間が短い。
 - ⑳他の方々が作成したものを貼り付け、見られるのがとても参考になりました。今後も必要と思います。
 - ㉑・情報をまとめること。・利用者さんの気持ちに配慮しながら作ること。・自立支援をあせらずゆっくり目指す。

『振り返り』について

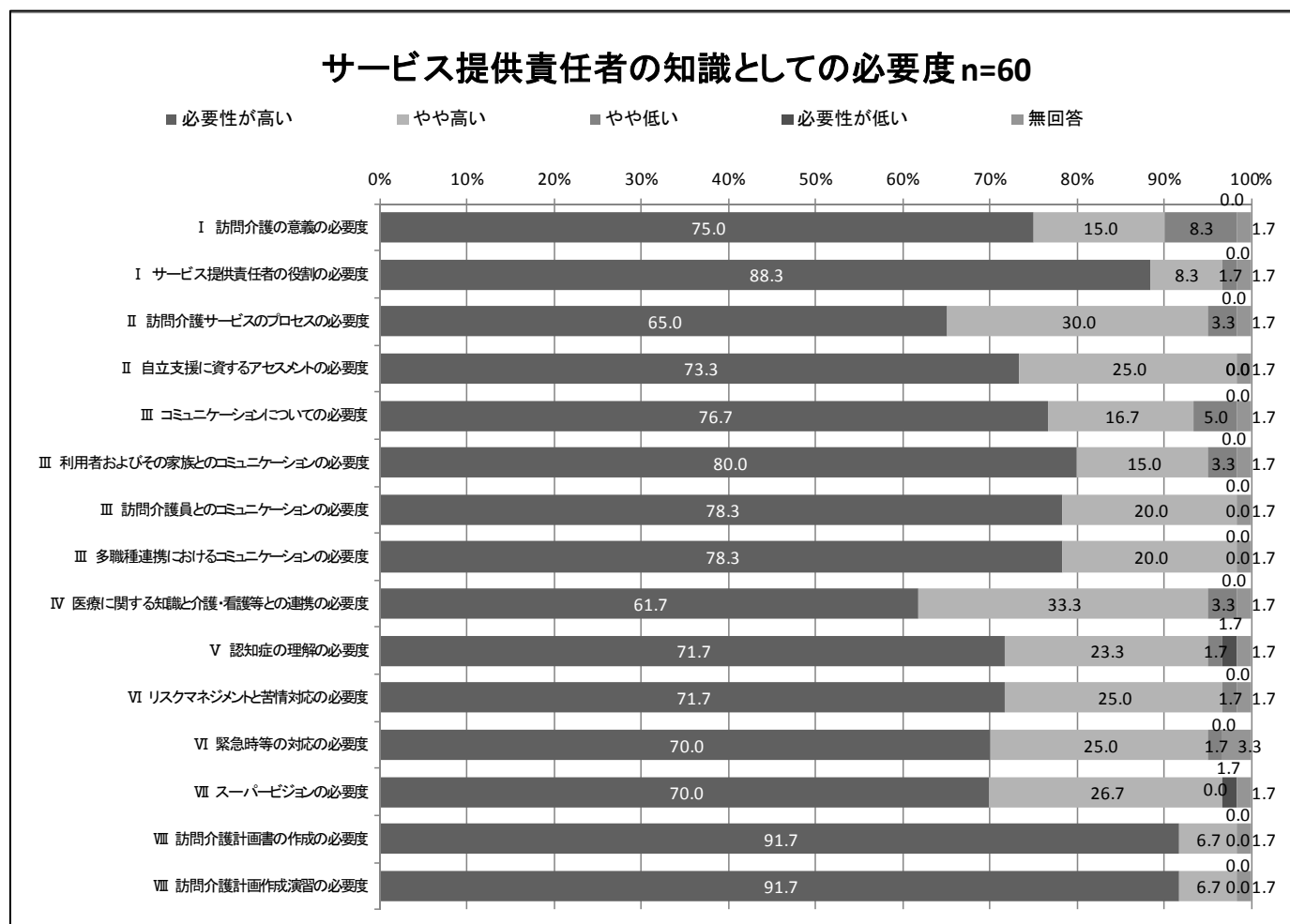


<自由記述回答>

- ② 新情報はプリントで欲しかったです。
- ② 流す程度なら必要ではないような・・・。
- ③ もう一度ゆっくり振り返り、何が足りなく何をしなきゃいけないかを自分の中でもう一度確かめたい。
3日間貴重な講義ありがとうございました。
- ④ 3日間の長い講義でしたが、とても簡潔で分かりやすい説明でした。でも、3日間ではなく、5日間で内容をもう少し分けてもよいかなあと思いました。1つの講義の内容の枠をもう少し長くしてもよかったと思います。せっかく作ってくださった演習なので、全部やりたかったです。解説も欲しかったです。
- ⑤ 講師の先生方、受講者の質問に一つ一つ丁寧に答えて下さり、本当にわかりやすかったです。
- ⑥ もう少し長くしてほしい。
- ⑦ 長時間の研修で大変だったが、それだけサービス提供責任者は重要な仕事だと痛感した。
- ⑧ 老計10号等、最後の参考資料がためになりました。テキストがあるので、要点をまとめ内容を把握しやすかったです。最新の内容等もファイルして頂ければ嬉しいかなとも思いました。もっと様々な事業所の訪問のタイプがあることを知り得たいなあと感じました。
- ⑨ 科目が多く覚える事が難儀でしたが、このような研修は続けて行ってほしいと思いました。サ高住についてもう少し話があればもっと勉強になったかとも思いました。
- ⑩ 実務者研修を受講して、自分と同じような悩み、問題を感じている人たちがいることで、みんなが頑張っているんだからよし、やってみようと思いました。燃え尽きない程度にですが^^
- ⑪ 忘れていた項目もありました。家に戻ってからまた資料を読み直し、理解していきたいと思えます。

＜サービス提供責任者実務者研修のカリキュラムについて＞

就任前に必要なサービス提供責任者の知識として、必要と思う程度を回答してください。



領域／科目	必要性が高い			必要性が低い
	4	3	2	1
I. 訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解				
訪問介護の意義 (n=59)	45 (76%)	9 (15%)	5 (8%)	0 (0%)
サービス提供責任者の役割 (n=59)	53 (90%)	5 (8%)	1 (2%)	0 (0%)
II. 訪問介護サービス提供プロセスの理解				
訪問介護サービスのプロセス (n=59)	39 (66%)	18 (31%)	2 (3%)	0 (0%)
自立支援に資するアセスメント (n=59)	44 (75%)	15 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
III. 利用者・家族、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術について				
コミュニケーションについて (n=59)	46 (78%)	10 (17%)	3 (5%)	0 (0%)
利用者およびその家族とのコミュニケーション (n=59)	48 (81%)	9 (15%)	2 (3%)	0 (0%)
訪問介護員とのコミュニケーション (n=59)	47 (80%)	12 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
多職種連携におけるコミュニケーション (n=59)	47 (80%)	12 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
IV. 医療に関する専門的な知識				
医療に関する知識と介護・看護等との連携 (n=59)	37 (63%)	20 (34%)	2 (3%)	0 (0%)
V. 認知症に関する知識				
認知症の理解 (n=59)	43 (73%)	14 (24%)	1 (2%)	1 (2%)
VI. リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について				
リスクマネジメントと苦情対応 (n=59)	43 (73%)	15 (25%)	1 (2%)	0 (0%)
緊急時等の対応 (n=58)	42 (72%)	15 (26%)	1 (2%)	0 (0%)
VII. スーパービジョン				
スーパービジョン (n=59)	42 (71%)	16 (27%)	0 (0%)	1 (2%)
VIII. 訪問介護計画書の作成				
訪問介護計画書の作成 (n=59)	55 (93%)	4 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
訪問介護計画作成演習 (n=59)	55 (93%)	4 (7%)	0 (0%)	0 (0%)

③ 秋田研修を経た修正の方向性

秋田研修の結果をふまえ、各科目について検討し、以下のとおり修正した。

I 訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解

○訪問介護の意義（75分→60分）

- 地域包括ケアシステムの背景についてのスライドを削る
- 以下の情報を追加
 - ・介護保険法の概要
 - ・障害者総合支援法の概要
 - ・訪問介護の運営基準
 - ・その他省令文
 - ・Q&A
 - ・集団指導
 - ・総合事業についての情報提供
- 授業案などにおいて、アイスブレイクの実施を促す

○サービス提供責任者の役割（75分→60分）

○「介護を取り巻く最新の動向」という科目を追加（30分）

II 訪問介護サービス提供プロセスの理解

○訪問介護サービス提供プロセスの理解（60分→50分…グループワークを20分から10分に縮める）

○尊厳の保持と自立支援に資するアセスメント（60分 ※時間の修正無し）

- 内容を膨らませ、尊厳の保持と自立支援について詳しく説明する
- 演習①は消去する

III 利用者・家族、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術について

○コミュニケーションについて（60分→40分）

○利用者およびその家族とのコミュニケーション（60分 ※時間の修正無し）

- 事例の修正
 - …ロールプレイのシナリオの見直し
 - …役割や支援拒否の態度などの見直し（説明の困難性を伝えるため）

○訪問介護員とのコミュニケーション（120分 ※時間の修正無し）

- 以下のスライドを追加する
 - ・カンファレンスに関するスライド

- ・記録に関するスライド
 - …報告書の書き方
 - …記録の書き方（5W1H）の指導方法
- 演習2のワークシート見直し
 - …記述式日誌とする

○多職種連携におけるコミュニケーション（90分→60分）

- 利用者が多職種連携でどう支えられているか全体像を示す
- 関係多職種の役割を簡単に説明
- ケアマネとの連携を中心とした視点で内容整理
- 利用者情報保護の考え方を盛り込む
- 演習を取りやめる

IV 訪問介護における医療の知識

○医療に関する知識と介護・看護等との連携（90分→60分）

- 5W2Hの内容を追加
- 医行為の整理
- 医療のなかでの連携と訪問介護の役割について、連携内容を整理
- 最後に振り返り目的の情報や意見の交換のワークを設ける

V 認知症に関する知識

○認知症の理解（90分（講義：60分 演習：30分）※時間の修正なし）

- パーソンセンタードケアに至る認知症ケア及び考え方の歴史的変遷のスライドを追加
- パーソンセンタードケアのを中心に説明するスライドの流れとする。
- 演習の修正
 - BPSDの事例を作成し、その背景要因として考えらえることをグループワークで検討する

VI リスクマネジメント、緊急時対応及び苦情対応について

○リスクマネジメントと苦情対応（100分→70分（講義：25分、演習：35分、まとめ：10分））

- 国保連等に申し立てられた資料を追加
- 演習の修正
 - 受講生にヒヤリハット事例を出してもらってその対応や要員を検討するグループワークとする
 - ①事例を個人ワークで書き込み（3分）
 - ②事例の共有⇒どの事例を検討するかを選ぶ（7分）

③要因及び対策の検討 (15分)

④発表・講評等 (10分)

○緊急時等の対応 (60分→40分)

- 平常時のバイタルの基準値を追加
- 緊急時等の起こった時の対応だけでなく、最初にあらかじめどうしておくか、取り決め事項や準備等を記載する
- 災害対策に向けて、個々人でも準備する必要がある旨を追記。(災害対策基本法7条3項と、農水省の「緊急時に備えた家庭用食料品備蓄ガイド」より)

Ⅶ 訪問介護におけるスーパービジョンについて

○スーパービジョンの理解 (75分 ※時間の修正無し)

- 運営基準との紐づけたスライドを冒頭に入れ、この科目で何を学ぶのかを説明する。

Ⅷ 訪問介護計画書の作成

○訪問介護計画作成 (60分 ※時間の修正無し)

- 運営基準との紐づけたスライドを入れ、この科目で何を学ぶのかを説明する。
- 次の演習の事例の読み込み時間を組み込む (25分)

○訪問介護計画作成演習 (290分⇒235分)

- 演習の時間割変更⇒235分
 - ①アセスメント作成と発表 (40分)
 - ②目標設定の作成と発表 (15分)
 - ③訪問介護計画書作成演習 (45分)
 - ・個人ワーク 25分
 - ・グループワーク 20分
 - ④①～③の全体発表 (20分)
 - ⑤他グループの計画の共有 (30分)
 - ⑥⑤の講評 (15分)
 - ⑦手順書、モニタリング作成演習 (45分)
 - ⑧⑦の発表 (10分)
 - ⑨全体の講評 (15分)

全体：

- 一日の最後に分からない事、翌日の最初にその回答の時間を取ることを運営上の留意点に入れる (それぞれ15分程度)

○平成 27 年度サービス提供責任者就任前研修カリキュラム

	科目	手法	時間	到達目標
I 訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解	・訪問介護の意義	講義	60分	・訪問介護の意義や各制度における訪問介護の位置づけを理解する ・地域包括ケアの実現に資する訪問介護の在り方を理解する。
	・サービス提供責任者の役割	講義	60分	・サービス提供責任者の業務・役割を理解する ・運営基準の詳細を理解し、説明できる。
	・介護を取り巻く最新の動向	講義	30分	・制度等の最新の動向を理解する。
II 訪問介護サービス提供プロセスの理解	・訪問介護サービスのプロセス	講義	50分	・居宅サービス計画と介護過程、訪問介護計画の関係性を理解する
	・尊厳の保持と自立支援に資するアセスメント	講義・演習	60分	・自立支援に資するアセスメントについての視点を学び、具体的なアセスメント手順を理解する
III 利用者・家族、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術について	・コミュニケーションについて	講義	40分	・コミュニケーションの基礎知識を修得する。
	・利用者およびその家族とのコミュニケーション	講義・演習	60分	・利用者およびその家族とのコミュニケーション方法・技術を修得する。
	・訪問介護員とのコミュニケーション	講義・演習	120分	・訪問介護員とのコミュニケーション方法の視点を理解するとともに、報告・連絡・相談、記録等の具体的なコミュニケーション方法・技術を修得する
	・多職種連携におけるコミュニケーション	講義	60分	・多職種・多機関との連携を行う視点および具体的なコミュニケーション方法・技術を修得する
IV 訪問介護における医療の知識	・医療に関する知識と介護・看護等との連携	講義・演習	60分	・疾病、障害等の理解と訪問看護、訪問リハとの連携の視点を理解する。 ・医療的ケアの理解と医療職との協働・連携について理解する。
V 認知症に関する知識	・認知症の理解	講義・演習	90分	・認知症に関する基礎的な知識（パーソン・センタード・ケア等）を修得する。
VI リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について	・リスクマネジメントと苦情対応	講義・演習	70分	・リスク管理の視点を学び、ヒヤリハット、事故報告書を活用することができる ・利用者や家族からの苦情に適切に対応することができる
	・緊急時等の対応	講義	40分	・感染症や災害、事故等の発生時に適切に対応するための視点、取り組みについて説明できる。
VII 訪問介護におけるスーパービジョンについて	・スーパービジョンの理解	講義・演習	75分	・スーパービジョンの基礎を理解する ・スーパービジョンにおける管理機能・教育機能・支持機能について説明できる
VIII 訪問介護計画書の作成	・訪問介護計画書の作成	講義・演習	60分	・サービス担当者会議、訪問介護計画書、手順書の作成プロセスを理解する
	・訪問介護計画作成演習	演習	235分	・事例を通じて訪問介護計画を作成することができる。 ・作成した訪問介護計画書に基づき、訪問介護員に説明できる。
振り返り		講義	30分	
合計時間			20時間	

3. サービス提供責任者の資質向上と調査結果の活用について

(1) 訪問介護とサービス提供責任者の重要性

基準省令によれば、訪問介護の事業は、「要介護状態等となった場合においても、その利用者が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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない。」とされており、国の推進している地域包括ケアを考えたときに、介護、介助等を必要とする高齢者の地域・自宅での生活を支える上で、重要な役割を果たしている。

今後の少子高齢化が進む社会にあつて、2025（平成37）年には、団塊の世代が後期高齢者を迎えることから後期高齢者の急増が見込まれ、それに起因して要介護高齢者、認知症高齢者の増加も見込まれる。また、核家族化の進展により、高齢者のみの世帯、独居高齢者の増加も見込まれ、要介護者の在宅生活の支え手として訪問介護サービスの重要性は増していくものと考えられる。

さらに、入院医療から在宅医療への移行を推進する医療保険体制の改革により、地域では医療と介護の両方を必要とする状態の在宅療養が増えている。そのため、早期退院等で医療的ケアを必要とする高齢者等が増加しており、今まで以上に在宅医療をになうかかりつけ医や訪問看護、訪問リハ等と訪問介護の連携を密にしていく必要がある。

そうした中で、サービス提供責任者は、介護支援専門員の作成する「居宅サービス計画」（ケアプラン）に基づき、訪問介護計画書を作成することになる。その場合、利用者、家族のニーズを踏まえたものを作成することはいうまでもないが、その視点だけに捉われていたのでは、いわゆる「お手伝い」の域を脱することができず、利用者の生活の質の向上につながらない。

サービス提供責任者が、訪問介護計画を作成するために必要な基本視点として、利用者の残存能力に注目し、自立支援の視点に立った「訪問介護計画」を立てる必要があるとともに、利用者が在宅生活を継続するための意志を尊重し環境を整備する視点が重要である。

この場合の残存能力には、身体的な部分に限らず、精神的な部分（いわゆる気力）も含まれると考えられる。

さらに、その訪問介護計画を利用者、ご家族等の当事者に説明して、利用者との合意を形成することができて、はじめて訪問介護計画に記載された目標に向けてのサービスの提供ができるようになる。

そうしたことから、サービス提供責任者には、自立支援を視点とし、その可能性を引き出すための総合能力、利用者の残存能力を見極めるための能力、利用者等への説明、働きかけの能力等が必要になると考えられる。

また、訪問介護は、利用者の生活を支えるといった点では専門職であるが、医療等については専門的な教育を受けているとは言い難く、医療ニーズを必要とする利用者へのサービス提供については、かかりつけ医や訪問看護、訪問リハ等の専門的なサービス

との連携が重要となる。また、現在の訪問介護サービスの利用者は、訪問介護サービス以外にも、デイサービス、ショートステイ等のサービスを利用し、その組み合わせによって在宅生活を送っていることが多いため、そうしたサービスとの連携も重要となる。

サービス提供責任者は、医療等も含めたこれらのサービスと直接または、介護支援専門員を経由して連携をとることとなるが、連携をとるために連携先のサービスの内容を十分に理解しておく必要があり、また円滑な関係を築いていけるような人間関係を構築する能力が必要となる。

これらの能力を組み合わせることで、さまざまな事例に対応できるようになり、質の高い訪問介護サービスの提供に繋がると考えられる。

(2) 質の確保に向けた就任前研修の意義・重要性

以前より、協会では、サービス提供責任者には就任にあたり資格要件のみが定められており研修等の仕組みがないことが、サービス提供責任者としての資質に大きな影響を与え、その定着にも大きな影響を与えているとの問題認識を持っていた。

そのため、昨年度、「サービス提供責任者研修の在り方に関する調査研究」を実施したところである。その背景として、これからの地域包括ケアの中での訪問介護サービス、その中心を担うべきサービス提供責任者の方向性を念頭に、以下の①～④を課題としてあげるに至った。

<背景となる課題>

- ①国は、尊厳の保持に資する自立支援を目指したケアマネジメントの推進を図ろうとしている。
- ②地域包括ケア推進の基本的な考え方である、「住み慣れた地域で人生を全うする」上で、その人の住まいの場で人生の最終段階を過ごすためには、訪問介護サービスが必要不可欠である。
- ③サービス提供責任者は、
 - a) 訪問介護員として直接援助業務も実施しつつ、一方では、
 - b) 利用者に面接して訪問介護計画を作成する段階では相談援助の知識・技術も要求され、さらに、
 - c) 訪問介護員への指導というスーパービジョン能力も必要とされる。
- ④訪問介護員及びサービス提供責任者の離職を防止するためにも、サービス提供責任者の就任前に適切な研修を実施する必要がある。

また、平成26年の調査研究の一環として実施したアンケート調査結果より、以下が明らかになり、それに基づき考察を行った。

<アンケート調査結果及び考察>

- ①サービス提供責任者の業務を遂行するために必要と思われる研修を受けずに業務に就く者が、7割にも上ること。

→ サービス提供責任者の業務が事業所によるOJT任せになっており、基本的な知識、技術を習得する機会がないものが多いのではないかと。

②サービス提供責任者の業務に就いてから、1年を経過しても、サービス提供責任者の業務についての研修を受講していない者が約3割もいること。

→ 基本的な知識・技術を得る機会がないまま、サービス提供責任者の業務を続けている者が約3割もおり「できない」、「わからない」に繋がっているのではないかと危惧される。さらに、「できる」、「わからない」ためにひとつの業務に時間がかかり、「時間がない」ということに陥っているのではないかと考えられる。

③サービス提供責任者の業務についている者のうち、訪問介護の業務経験が0～1年未満の者の2割弱を占めていること。

→ 訪問介護の業務をよく理解できないまま訪問介護計画を作成し、訪問介護員を指導しなければならないということになり、訪問介護サービスの意義を踏まえた訪問介護計画の作成、並びに自分より年上で訪問介護の業務経験も長い訪問介護員の指導が困難ではないか。

有識者により構成される「サービス提供責任者研修制度の在り方検討委員会」において、＜背景となる課題＞、＜アンケート調査結果及び考察＞等を踏まえた検討を行い、訪問介護の質及びサービス提供責任者の資質の向上のために、以下のア.～エ.を厚生労働省等に提言を行ったところである。

ア.『「サービス提供責任者就任前研修」の実施及び任用要件としての義務化』

イ.『サービス提供責任者の任用に訪問介護実務経験を要件化』

ウ.『研修受講しやすい環境整備』

エ.『全国での均一な研修実施に向けた環境整備』

昨年度提言を行った中で今年度の事業では、特に

エ『全国での均一な研修実施に向けた環境整備』

研修効果の担保を計るためには、講師養成・カリキュラム構築・伝達内容等について訪問介護サービスの質の向上を目指した明確な指針（シラバス）を作成・普及することが必要である。

について、その実現に向けた調査研究を行った。

サービス提供責任者就任前研修は以前より行われており、それぞれの研修で講師がその都度内容を考えて講義等が行われている。そのため、研修の内容やレベルがまちまちになってしまう可能性がある。協会では、このような現状では、一定程度の基本的な能力を身につけた上で業務に従事することは困難ではないかと考えている。

そのため、今年度の調査研究において、サービス提供責任者が一定程度の基本的な能力を身につけた上で業務に従事することができるように、訪問介護サービスの現場に求

められているサービス提供責任者の能力、また、これからの地域包括ケアを見据え、多職種との連携等も含めた内容で研修資料等の検討を行い、目安となる研修資料を整備することとした。

<本年度の調査研究の成果>

①就任前研修として実現可能なカリキュラムの策定

就任前研修として、連続して受講等を考えた場合に、実現可能な最長実施時間は3日間、20時間が限度ではないかと想定した。想定した3日間、20時間の研修内容の時間配分については、41頁から例示しているので参考にさせていただきたい。

当然のことながら、研修の実施にあたっては、研修実施団体や参加者の実情に合わせ、研修期間をフレキシブルに設定する、研修内容に独自のカリキュラムを加える等が考えられる。

②就任前研修として実現可能なカリキュラムの策定

カリキュラムの策定により、設定された到達目標を達成するために必要な講習の手法、(講義・演習等)の別を策定し、その内容(講義の進行方法等)、留意点等を検討・整理し、講義資料作成のための基礎とした。

③カリキュラム、シラバスに基づく研修資料の検討・作成

①、②に基づき、設定された到達目標を達成できるようなテキストを検討・整理した。講義資料については、Microsoft PowerPointのスライドで作成した。また、各科目で使用する演習、グループワーク等で使用する事例、シート等も併せて用意した。

- I. 訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解 (スライド 68枚)
- II. 訪問介護サービス提供プロセスの理解 (スライド 22枚)
- III. 利用者・家族、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術について (スライド 59枚)
- IV. 訪問介護における医療の知識 (スライド 27枚)
- V. 認知症に関する知識 (スライド 38枚)
- VI. リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について (スライド 43枚)
- VII. 訪問介護におけるスーパービジョンについて (スライド 27枚)
- VIII. 訪問介護計画書の作成 (スライド 22枚)
ふりかえり (スライド 29枚)

④授業案、演習・グループワークの模擬回答の検討・作成

授業案をさらに細分化し、当該スライドの説明に要する時間などの細かな部分についても設定を行い、説明内容のポイント、留意点等を簡潔にまとめた。

また、演習、グループワークについては、模範解答、進行方法等について、検討を

行い簡潔に記し、実際の進行の際に役立つように整理した。

⑤カリキュラム、シラバス、研修資料、授業案等の調整

本資料については、平成26年10月に秋田県で開催した「サービス提供責任者就任前研修会」での受講生アンケート等（15頁～29頁）に基づき、受講生ニーズ、時間配分等について、修正を行った。

(3) 本事業の活用について（就任前研修の実現に向けた考察）

<受講しやすくするための環境整備>

昨年度のアンケート調査から、研修の受講を妨げている大きな要因は、

- ・多忙・業務量が多い
- ・人材不足
- ・時間がない（取れない）
- ・シフト・日時調整が難しい

等ということが明らかになっている。

そのため、訪問介護事業所が、サービス提供責任者が就任前研修を受講できるように代替要員の確保やシフト上の配慮などを行うことによって、受講できるようになる可能性が高まる。

また、研修の受講に伴う代替要員の確保については、現在のところ、「地域医療介護総合確保基金」の中に含まれる「各種研修に係る代替要員の確保対策事業」において実務者研修をはじめとし4つの研修受講に対し限定的に認められている。今後、サービス提供責任者研修の重要度が認識され、この中に追加されることが望まれる。

さらに、地域の事業所連絡会単位での開講、複数の事業所による連携による開講、働きながら受講することができるように夜間・休日に少しずつの開講、科目ごとに受講することができるような長期間での開講等の柔軟な開講スタイルによって、就任前研修を受講しやすいものにするのが、受講者を増やし、広く本研修を普及していくうえでは有効になる。

今回作成したカリキュラム、シラバス等は、短い時間の科目ごと、科目内での單元ごとの積み上げで構成されている科目が多く、資料もそれに合わせて作成しているため、連続してまとまった時間がとれない場合でも、講習を開講しようとする際には、活用しやすいものではないかと考える。

また、将来的には、通信教育やeラーニング研修等の研修方法についても、今後、検討をおこなっていく必要があるが、ニーズやそのために要するコストを勘案する必要がある。

<就任前研修の財源の確保>

就任前研修の受講促進を図っていくためには、国や都道府県、市町村をはじめ、各種

関係機関等が広く本研修の重要性の認識を高めてもらえるような働きかけを行うとともに、保険者等が本研修をサービス提供責任者として就任する際の要件として位置づけられるような仕組みづくりのための働きかけを検討していく必要がある。そのためにも、研修の実施に向けた財政的な支援の仕組みが必要であることはでもないが、国、都道府県、市町村ともに、財政的に厳しいものがある。

現在のところ、「地域医療介護総合確保基金」の中に含まれる「多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ支援事業（１）」において、サービス提供責任者研修の開催に係る経費を支援する仕組みが構築されているので、都道府県が積極的に活用することが望まれる。

※「地域医療介護総合確保基金」

在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題となっており、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金が各都道府県に設置された。

各都道府県は、都道府県計画を作成し、この計画に基づき事業が実施される。

※ 本報告書の４５頁～７４頁に科目「Ⅵ リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について」の研修資料を掲載していますので、ご参考ください。

また、全科目の資料等については、日本ホームヘルパー協会ホームページ (<http://nihonhelper.sharepoint.com/>) に掲載しています。

掲載している研修資料は、研修機関等においてご活用いただけるように、Microsoft PowerPoint、Microsoft Word 形式で作成されており、ダウンロードできるようになっておりますので、ご活用ください。

【資料】(1) サービス提供責任者 就任前研修 時間配分例

<1日目>受付開始8:45~

	時間	科目／内容
I 訪問介護サービスの基本視点と制度・施策の全体像の理解	09:00~10:00 (60分)	訪問介護の意義 ・訪問介護の意義や各制度における訪問介護の位置づけを理解する ・地域包括ケアの実現に資する訪問介護の在り方を理解する
	休憩 (10分)	
	10:10~11:10 (60分)	サービス提供責任者の役割 ・サービス提供責任者の業務・役割を理解する ・運営基準の詳細を理解し、説明できる
	休憩 (10分)	
	11:20~11:50 (30分)	介護を取り巻く最新の動向 ・制度等の最新の動向を理解する
昼食 (60分)		
II 訪問介護サービス提供プロセスの理解	12:50~13:40 (50分)	訪問介護サービスのプロセス ・居宅サービス計画と介護過程、訪問介護計画の関係性を理解する
	休憩 (10分)	
	13:50~14:50 (60分)	自立支援に資するアセスメント ・自立支援に資するアセスメントについての視点を学び、具体的なアセスメントの手順を理解する
休憩 (10分)		
III 利用者・家族、訪問介護員他、多職種との連携におけるコミュニケーション技術について	15:00~15:40 (40分)	コミュニケーションについて ・コミュニケーションの基礎知識を習得する
	休憩 (10分)	
	15:50~16:50 (60分)	利用者およびその家族とのコミュニケーション ・利用者およびその家族とのコミュニケーション方法・技術を修得する
質疑応答	16:50~17:05 (15分)	

※研修初日であるため、冒頭にアイスブレイクを実施することも要検討

<2日目>

	時間	科目／内容
Ⅲ 利用者・家族、 訪問介護員他、 多職種との連 携におけるコ ミュニケーシ ョン技術につ いて	09：00～11：00 (120分)	訪問介護員とのコミュニケーション ・訪問介護員とのコミュニケーション方法の視点を理解する と共に、報告・連絡・相談、記録等の具体的なコミュニケー ーション方法・技術を修得する
	休憩（10分）	
	11：10～12：10 (60分)	多職種連携におけるコミュニケーション ・多職種・多機関との連携を行う視点および具体的なコミュ ニケーション方法・技術を修得する
昼食（60分）		
Ⅳ 訪問介護にお ける医療の知 識	13：10～14：10 (60分)	医療に関する知識と介護・看護等との連携 ・疾病、障害等の理解と訪問看護、訪問リハとの連携の視点 を理解する ・医療的ケアの理解と医療職との協働・連携について理解す る
休憩（10分）		
Ⅴ 認知症に関す る知識	14：20～15：50 (90分)	認知症の理解 ・認知症に関する基礎的な知識（パーソン・センタード・ケ ア等）を習得する
休憩（10分）		
Ⅵ リスクマネジ メント、緊急時 対応および苦 情対応につい て	16：00～17：10 (70分)	リスクマネジメントと苦情対応 ・リスク管理の視点を学び、ヒヤリハット、事故報告書を活 用することができる ・利用者や家族からの苦情に適切に対応することができる
	休憩（10分）	
	17：20～18：00 (40分)	緊急時等の対応 ・感染症や災害、事故等の発生時に適切に対応するための視 点、取り組みについて説明できる
質疑応答	18：00～18：15 (15分)	

<3日目>

	時間	科目／内容
VII 訪問介護におけるスーパービジョンについて	09：00～10：15 (75分)	スーパービジョンの理解 ・スーパービジョンの基礎を理解する
休憩（10分）		
VIII 訪問介護計画書の作成	10：25～11：25 (60分)	訪問介護計画書の作成 ・サービス担当者会議、訪問介護計画書、手順書の作成プロセスを理解する（35分） ・次の演習の事例の読み込みを行う（25分）
昼食（60分）		
	12：25～13：05 (40分)	演習1 アセスメント演習 ・アセスメントシート作成（30分） ・アセスメントシートの小グループ発表（10分）
	13：05～13：20 (15分)	演習2 目標設定の作成と発表 ・個人ワーク（利用者の目標の設定）（15分）
休憩（10分）		
	13：30～14：15 (45分)	演習3 訪問介護計画書作成演習 ・アセスメント個人ワーク（25分） ・グループワーク（20分）
	14：15～14：35 (20分)	演習4 発表 ・演習1～3での作成物についての全体発表
	14：45～15：15 (30分)	演習5 他グループの計画の共有
	15：15～15：30 (15分)	講評
休憩（10分）		
	15：40～16：25 (45分)	演習6 介護手順書とモニタリング作成演習 ・手順書の作成、モニタリングシートの作成
	16：25～16：35 (10分)	演習7 発表 演習6の発表
	16：35～16：50 (15分)	講評
振り返り	16：50～17：20 (30分)	

【資料】「VI リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について」研修用資料

VI リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について 110分

科目名	リスクマネジメントと苦情対応	70分
到達目標	◎リスク管理の視点を学び、ヒヤリハット、事故報告書を活用することができる ◎利用者や家族からの苦情に適切に対応することができる	

手法	時間	資料 NO	内容	留意点
講義 25分	2	3	○リスクの要因を理解し、事故発生の予防に向けたリスク管理 ・リスクとは ・リスクマネジメントとは ・ヒヤリハットと事故報告書	
	2	4～5		
	5	6～8		
	5	9～10		
	8	11～14	・苦情対応の基本	
	3	15		
演習 35分	3		○ヒヤリハット事例からみる予防策・苦情対応に対するグループワーク <ヒヤリハット事例作成> ・受講生がこれまでに体験したヒヤリハット事例を書き込む ・事例の共有 <課題 A> ・リスクマネジメントとしての予防策についてグループで検討 <課題 B> ・事例のケースが苦情へと発展した場合の対応についてグループで検討 ※課題 A・B とともに検討することを基本とする。片方の課題しか検討できなくても構わないこととする <発表> ○講師による解説	【事例記入シート】 ※共有した事例のなかから1つを選び、その事例の内容により課題AまたはBを選択することとする 【課題Aシート】 【課題Bシート】
	7			
	15			
	10			
講義 10分	10		○まとめ	

VI リスクマネジメント、
緊急時等対応および苦情対応について

1

VI リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

リスクマネジメントと苦情対応

2

リスクとは

リスクとは

リスクとは、危機や損失と訳され、どのような組織にも、いつでも、どこにでも潜んでいる。
⇒介護領域においては、介護サービスを提供する過程で利用者に事故が生じることをリスクと捉える

訪問介護事故のリスク要因

訪問介護事故は、いくつかのリスク要因によって成り立ち、そのなかでも、利用者、利用者を取り巻く環境、介護サービス提供者の関係によって起こる。
訪問介護事故の形態には、転倒・転落、誤嚥・誤飲、誤薬、溺水、徘徊、火傷・外傷、交通事故、感染症・食中毒、金銭の紛失、物品の破損・汚損などが挙げられる。

訪問介護におけるミスを引き起こす要因

- 介護環境に潜む危険
介護場面や生活場面での環境に関わるリスクから起きる事故がある。
 - ・福祉用具の導入や住宅改修などで改善できるもの
 - ・住宅の構造や設備等に関わるリスクは改善が難しい
- 利用者情報の不足
利用者の医療関連情報や利用者の状態像(認知症状等)の情報不足のために起きる事故がある。
 - ・サービス提供開始時に事業者がもっている利用者の情報は、ケアマネジャーからの情報と家族からの情報に限られているが、利用者のリスクに関わる情報は多様なため、それだけでは十分ではない
- 訪問介護員の能力不足
訪問介護員の介護技術の未熟が原因で起きる事故が少なくない。
 - ・訪問介護は、雇用形態が様々で、OJTや研修については事業所により差がある

Ⅵ リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について

3

リスクマネジメントとは(1)

リスクマネジメントとは

リスクマネジメントは、事故を最小限にとどめるためにマネジメントを行うこと
⇒利用者が安心してサービスを受けることができ、さらに、介護者が安心してサービスを提供できる様な環境をつくる

リスクマネジメントの目的

- (1) 命を守ること
- (2) ケアの質、サービスの質を向上すること
- (3) 信頼を築き上げること
- (4) 訪問介護員が安心してサービス提供できるようにすること
- (5) 経営を守ること

サービス提供責任者の役割

- (1) 介護環境リスクの改善
訪問介護員と一緒にその居宅に潜む介護業務を阻害する要因を探し、介護支援専門員や家族と解決に向けて相談する。
- (2) 利用者の個別の危険への対応
介護支援専門員・地域包括支援センターや病院の地域医療連携室などと積極的にコンタクトをもつほか、さまざまな事業者と連携して知恵を出し合い、安全で適切なサービスを提供するとともに、利用者のアセスメントをすすめる
- (3) 訪問介護員の能力開発
その職場環境に応じた研修・カンファレンス等(全体研修、個別研修など実施方法について工夫する)
- (4) 情報共有
訪問介護員間で生きた情報を共有する

Ⅵ リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について

4

リスクマネジメントとは(2)

サービス提供における法令遵守

訪問介護サービスは、その業務の性格から、多数の利用者やその家族についての情報に接する機会が多く、かつ利用者宅に直接訪問するという特殊性を有している。

事業所内において訪問介護員を指導する立場であり、利用者や家族と直接対応することも多いサービス提供責任者は、利用者の尊厳を守るための守秘義務や個人情報管理、虐待防止への取組などをはじめとした、さまざまなリスク対応を行う必要がある。

そのため、関係法令・制度等をはじめとした、様々な取組について、その内容について理解を深め、適切にサービスを提供できるよう指導・管理することが求められる。

<関係法令・施策の例>

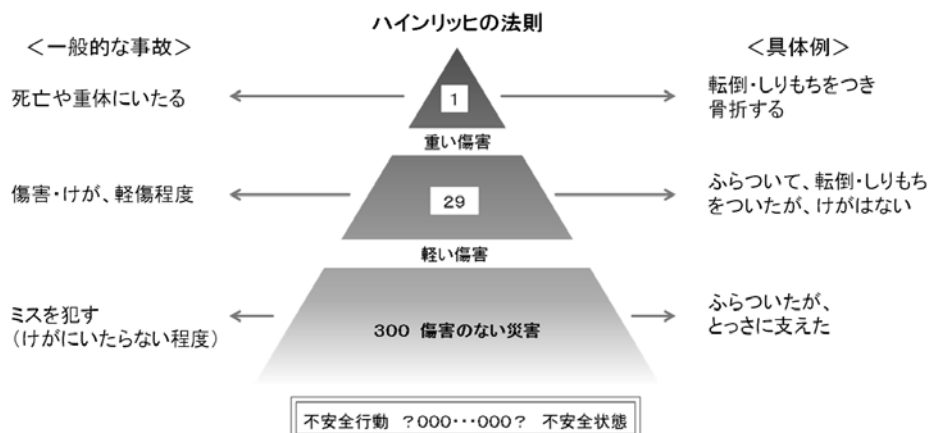
- ・介護保険法
- ・老人福祉法
- ・障害者総合支援法
- ・社会福祉法
- ・高齢者虐待防止法
- ・障害者虐待防止法
- ・児童虐待防止法
- ・権利擁護制度
- ・個人情報保護法 など

ヒヤリハットと事故報告書(1)

ハインリッヒの法則

ハインリッヒの法則は、労働災害の調査から見出された事故の重大性と発生頻度の関係を示したものである。

1件の重い傷害(重大事故)の背景に29件の軽い傷害(軽症を伴う事故)と、300件の障害のない災害(ヒヤリ、またはハツとする体験)があるという法則である。さらに、ヒヤリハットの背景には数千の不安全行動・状態が存在するとされる。



ヒヤリハットと事故報告書(2)

事故発生事例の分析

リスクマネジメントは、「人間はエラーを起こす」ということを前提に、起こしたエラーが事故につながらないようにするための問題解決プロセスと考える事ができる

要介護(支援)者を対象としたサービスであるため、健康な年代の人と比べ、事故に会う確率や事故につながる頻度が高いため、ヒヤリハット体験段階で予防対策を考えていくという意識改革が必要

⇒ヒヤリハット、事故発生事例の分析を行い、事故の直接の原因および背景要因も含めた問題点の究明が重要

また、明らかになった問題点については、以下の意図から現場にフィードバックすることが重要

- ⇒①ヒヤリハットや事故の情報を共有化
- ②事故防止に対する全職員の参画意識を高めることにつなげる

事業所全体でヒヤリハット体験や事故体験を分析し、包括的な対応策を検討し実施していくことが重要

ヒヤリハットと事故報告書(3)

報告しやすい風土づくり

チーム全体で迅速かつ正確に情報を共有するには、事故発生からの経緯の介護記録や事故報告書、ヒヤリハット報告書などが必要。

⇒スタッフから報告が無ければ機能しない

↓

ヒヤリハットや事故報告を受けとめ、事故をチームや組織全体で受け止める姿勢、誰が直面してもスタッフで共有していくことを考え、事故を未然に防ぐ、サービスの質の向上につなげていくことが重要。

⇒「利用者の安全、安心のために報告することは当然である」「報告したスタッフを責めるものではない」ということを周知徹底していくことが、ヒヤリハット事例の収集を促進させるうえでは有効

○ヒヤリハット報告書

仕事をしていて、もう少しで怪我をすところだったという、ヒヤッとした、あるいはハッとしたことを取り上げ、その原因を分析・把握するための報告書

○事故報告書

介護事故が起きたときに記録。様式は事業所により異なる場合もあるが、共通して記載する内容として、事故が起きた時間、場所、内容、具体的な対応等の事実のほか、事故の原因や再発防止のために検討した内容・具体的対策等が含まれる。

訪問介護における苦情と苦情対応の位置づけ

訪問介護における苦情

訪問介護は、在宅介護の柱となるサービスであり、利用頻度も多く、サービス内容の個性が高く、利用者のニーズも多様なことから苦情件数は他のサービスと比べて多くなっている。

訪問介護では、サービス時間が守られない、依頼したことが行われない、サービス調整ミスや訪問介護員の知識、技術不足等の資質に関わる苦情が見受けられる。また、サービス提供中に物を壊した、紛失したなど、訪問介護員が疑念を抱かれる苦情も見受けられる。さらに、苦情から契約解除に発展し、その解除方法を巡ったさらなる苦情となる場合も少なくない。訪問介護員間やサービス提供責任者との連携不足、利用者等への説明不足に起因するものも多く見受けられる。サービス提供責任者が介護の実施状況を的確に把握すると共に介護支援専門員や家族との調整を適時・適切に行う必要がある。そのほか、介護保険サービスと自費負担によるサービスを組み合わせて利用している場合、時間や介護内容の区分けが不明確であったことから利用方法を巡って苦情となることもある。

介護保険制度における苦情対応の位置づけ

介護保険制度では、利用者保護の観点から、利用者が、提供された介護サービスに不満のある場合は、苦情を申し立てることができることとされており、事業者（介護サービス事業者、居宅介護支援事業者、介護予防サービス事業者、介護予防支援事業者）、保険者（市区町村）及び国民健康保険団体連合会等の各主体が苦情に対応する事が位置づけられている。

（苦情処理）

- 第三十六条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの苦情を迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。
- 1 指定訪問介護事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
 - 2 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に関し、法第二十三条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受け付けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
 - 3 指定訪問介護事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
 - 4 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第四十五條第五項で規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第七十六條第一項第三号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受け付けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
 - 5 指定訪問介護事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

Ⅵ リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について

9

苦情の件数

公益社団法人国民健康保険中央会の統計によると、苦情相談件数の推移は、介護保険制度が始まった平成12年には相談2,828件だったものが、平成25年には相談6,128件となっている。

東京都国民健康保険団体連合会の平成27年度版の苦情相談白書によると、東京都における訪問介護および介護予防訪問介護に対する苦情の総数は228件で、介護保険サービス全体の1,468件に対して約15.5%を占める件数となっており、その数は居宅介護支援・介護予防支援における366件（24.9%）に次いで2番目に多い数で、通所介護・介護予防通所介護の226件（15.4%）と同等である。

訪問介護及び介護予防訪問介護に対する苦情内容のうち、最も多いのは「管理者等の対応」で21.6%。次いで「利用者負担」に関する苦情が20.6%、その後「具体的な被害・損害」、「契約手続関係」が多くなっている。

苦情内容別、サービス種類別の件数

	サービスの質	従事者の態度	管理者等の対応	説明・情報不足	具体的な被害・損害	利用者負担	契約手続関係	その他	合計(件) ()内は%
介護保険サービス全体	423	272	232	240	107	34	67	93	1,468 (100%)
居宅介護支援・介護予防支援	78	120	39	90	5	4	18	12	366 (24.9%)
訪問介護・介護予防訪問介護	64	30	50	31	19	7	11	16	228 (15.5%)
通所介護・介護予防通所介護	66	34	46	21	20	7	10	22	226 (15.4%)

参考資料：公益社団法人国民健康保険中央会 統計情報
東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談白書 をもとに作成

Ⅵ リスクマネジメント、緊急時対応および苦情対応について

10

苦情の要因(1)

苦情の要因

苦情に至るケースを見ると、サービス種別を問わず共通した苦情の要因が見受けられる。

- (1)利用者・家族への説明の不足
- (2)利用者の状態把握の不足
- (3)利用者の要望把握の不足
- (4)情報共有及び連携の不足
- (5)記録の不備
- (6)利用者・家族の理解不足
- (7)コミュニケーション不足
- (その他)契約解除に伴う説明不足

苦情の要因(2)

(1) 利用者・家族への説明の不足

利用者・家族に対する説明が不十分だったために苦情となる例は多く見受けられる。特に、事故・状態悪化の経過等に関する説明が不足している場合は不信感を招き、苦情に繋がりがやすい傾向がある。

事業者としては適切に説明を行ったつもりでも、利用者・家族の理解が十分でないままサービスを実施したために苦情となる場合もある。口頭による説明のみならず、書面による説明や、サービス担当者会議などでのわかりやすい説明を心がけるとともに、確認を行い、同意を得る必要がある。

(2) 利用者の状態把握の不足

利用者の状態把握が不十分なことにより、事故・状態悪化の際に適切に対応できないケースが見受けられる。

利用者の状態を日常的に把握し、必要に応じ訪問介護計画をはじめとした各種計画書を見直していくことは、事故や状態悪化等を防止するために重要となる。

苦情の要因(3)

(3) 利用者の意向・要望把握の不足

利用者や家族の意向・要望の把握が不足したことにより適切なサービスが行われていないという苦情が発生するケースが見受けられる。

日常的に利用者・家族の意向・要望の把握に努め、特にサービス開始時には、きめ細かい把握をし、把握した要望等の対応の可否について利用者や家族に説明し同意を得ることが重要。

(4) 情報共有及び連携の不足

職員間での必要な情報の共有が不足しているなど、関係者間による連携不足に起因する苦情や事故等が見受けられる。

利用者に安全・適切なサービスを提供する為に、事業所内において職員間の役割や責任を明確にし、情報の共有化を図ると共に、関係機関との連携体制を確立し、円滑にサービスを提供できるようにすることが重要。

苦情の要因(4)

(5) 記録の不備

記録は、事業者が提供したサービスの具体的な内容や利用者の状態等を適切に把握するために重要なものとなる。

また、利用者等からサービス提供状況等の説明を求められた際の説明資料になるとともに、事故や状態悪化、苦情等の対応を明らかにする資料となる。

サービス提供責任者は、必要な情報が的確に記録できる様に、訪問介護員を指導する必要がある。

(6) 事業者からの契約解除

利用者へのサービス提供の継続が困難になり、契約解除を行った結果、苦情が発生するケースが見受けられる。

サービスの継続が難しい場合は、サービス担当者会議等での調整や地域の社会資源を活用するなど、事業者はサービス継続に向けた最大限の努力をする必要がある。

正当な理由により、やむを得ず事業者が契約の解除を判断した場合には、契約書に記載している内容に則して対応する事が重要であり、その際には、一定の予告期間をもって通知を行うなど、適切な手続きをとる必要がある。また、利用者へのサービス提供が滞らないよう、居宅介護支援事業者等への連絡や他の事業者の紹介などの措置をとることも必要となる。

苦情対応の基本

クレームをトラブルにしないための対応のポイント

- 利用者・家族等が満足するクレームの受付
 - ・クレームの受付業務はすべての職員がその場で利用者・家族等の訴えをよく聞く
 - ・受け付けたクレームは、受付簿に記入、記録し、事業所内で共有する
 - ・直面している問題への解決姿勢を示し、いったんクレームをお預かりする
- 利用者・家族等が直面している問題を解決する
 - ・クレームの原因究明や真偽の確認よりも、利用者・家族等が抱えている問題解決を優先する
 - ・問題解決が難しくても解決の努力をアピールする
- 再発防止のための改善を行い利用者・家族等に説明し、感謝の意を表す
 - ・クレームの発生原因を究明し業務改善（サービス改善）を行う
 - ・改善策を講じたので二度と同様の間違いは起こらないことを説明する
 - ・利用者・家族等のクレームによって改善できたことに対する感謝の意を伝える

演習

<演習>

1. ヒヤリハット事例を提示し、各受講生が読み込みを行う

2. 各課題について検討(グループワーク)

【課題A】

リスクマネジメントとしての今後の予防策について

【課題B】

苦情へと発展した場合の対応について

※両課題について検討することが基本であるが、時間の制限上、どちらか片方の課題しか検討できなくても構わないこととする

科目：リスクマネジメントと苦情対応 グループワーク 事例記入シート
あなたが体験したことのあるヒヤリハット及び苦情事例について記入してみま

しょう。

【ご利用者の状態】

性別		年齢	
要介護度			
その他状態像（認知症高齢者や障害者の日常生活自立度など）			
援助内容			
その他			

【ヒヤリハット事例】

発生日時
発生場所
状況
対応

科目：リスクマネジメントと苦情対応 グループワーク 課題 A

- 事例をもとにして、リスクマネジメントとしての予防策について検討しよう。

予防策	
-----	--

MEMO

科目：リスクマネジメントと苦情対応 グループワーク 課題B

- 事例をもとにして、本事例のケースが苦情へと発展した場合の対応について検討しましょう。

考えられる苦情内容	その対応

MEMO

科目名	緊急時等の対応	40分
到達目標	◎感染症や災害、事故等の発生時に適切に対応するための視点、取り組みについて説明できる	

手法	時間	資料NO	内容	留意点
講義 40分	4分	2	○緊急の出来事を迎える前に	
	9	3 4~20	○緊急時等の対応についての基準 ○緊急時等の対応と対策	・緊急時対応の具体的な内容（本人の状態把握や確認事項等）は講義の進行時間等を勘案し飛ばすことも可
	9	21~22	○事故発生時の対応と対策	
	9	23~24	○感染症発生時の対応と対策	
	9	25~28	○災害発生時の対応と対策	

VI リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

緊急時等の対応

1

緊急・災害に備えた体制整備

事故や緊急の病変、災害などは、それがいつ起こるのか予測することは不可能である。

そのため、訪問介護員やサービス提供責任者をはじめとした、利用者の支援にあたる者は、日頃から、いざ緊急時等を想定した対策を図るとともに、研修の受講や勉強会などを通じて、心構えをしておくことが重要である。

また、特に災害等に対しては、適切な準備を行うことが重要である。災害時対策として、事前に準備・点検等が必要なものには以下のようなものが考えられる。

<災害時対策における準備・点検の例>

- 立地条件・リスクの把握(避難ルート・ハザードマップ等の確認など)
- 職員の災害対応体制(安否確認・連絡体制の整備(緊急連絡網、連絡手段、参集基準、役割分担等の検討・基準作成など))
- 災害発生時の対応(避難計画の作成、設備点検の基準の作成、利用者情報の管理方法等の検討、事業継続の可否基準の検討など)
- 平常時の防災対策(点検箇所の検討、危険箇所等への対応検討など)
- 備蓄等の検討(電気・水道等が止まった際の対応検討、備蓄品の管理など)

利用者の平常時の状態を把握する

平常時のバイタル

利用者の平常時の様子を把握することが重要である。訪問介護員やサービス提供責任者が平常時のバイタル等を把握することが、緊急な対応が必要な状況等をいち早く察知することにもつながっていく。

脈拍	<ul style="list-style-type: none"> ・老人: 60～70回/分 ・成人: 60～80回/分 ・思春期: 70～80回/分 ・学童期: 80～90回/分 ・乳児: 120前後回/分 ・新生児: 130～140回/分 ※運動や精神的興奮、入浴等によって体温の上昇とともに増加する
呼吸状態	<ul style="list-style-type: none"> ・成人: 12～20回/分 ・学童: 20～25回/分 ・幼児: 20～35回/分 ・乳児: 30～40回/分 ・新生児: 40～50回/分
血圧	<ul style="list-style-type: none"> ・体位や年齢、食事、運動、飲酒、入浴等により血圧は変化する ・利用者の平常時の血圧を把握することが重要
体温	<ul style="list-style-type: none"> ・正常値は成人で36～37℃(腋窩) 直腸の場合腋窩より0.5℃高く、口腔は両者の中間となる。 ・年齢差、個人差、行動差等の個人の状況により変化。体温は午前4～6時頃が最も低く、午後2～7時頃が最も高くなるが、病気等により変化する ・利用者の平常時の体温を把握することが重要

参考資料: 厚生労働省 喀痰吸引等指導者マニュアル(第三号研修)

Ⅴ リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

3

緊急時等の対応についての基準

予測できない緊急時等

訪問介護員等が現に指定訪問介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

また、この場合、居宅介護支援事業者にも連絡し、訪問介護計画及び居宅サービス計画は必要な変更を行う。

なお、サービス提供時の利用者の状態の急変に備えて、医師や利用者の家族等の連絡先や対応方針を事前に定め、緊急事態が発生した場合は速やかに適切な処理が行えるよう従事者に徹底する必要がある。

緊急時対応マニュアル等を作成して職員に持たせるなどの工夫が必要である。

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（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）による訪問介護事業所に求められる緊急時等に関する運営基準

（緊急時等の対応）

第二十七条 訪問介護員等は、現に指定訪問介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

Ⅴ リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

4

緊急時等の対応と対策(1)

利用者が倒れている

確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ●意識を確認する <ul style="list-style-type: none"> ・耳元で声をかける ・頬や肩を軽くたたく ●呼吸を確認する <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の口元に耳を近づけて、呼吸の音を聞く、吐息を顔で感じる ・胸の下降、上昇を目で確かめる 	<ul style="list-style-type: none"> →利用者の意識がない(呼吸はある) <ul style="list-style-type: none"> ●回復体位をとらせる →ショック状態 <ul style="list-style-type: none"> ショック状態とは <ul style="list-style-type: none"> ・目がうつろで、ぼんやりしている ・顔面蒼白になっている ・唇が紫色になっている ・冷や汗をかいている ・呼吸が浅く、不規則 ●足を高くして、血液を心臓に戻すようにする ●救急車をよぶ →呼吸がない <ul style="list-style-type: none"> ●口腔内、気道を閉塞している物がないか確認する ●救急車をよぶ →心肺停止 <ul style="list-style-type: none"> ●胸骨圧迫(心臓マッサージ)を行う ●救急車をよぶ ●AEDがあれば装着

注意！ 看取りを目的とした在宅末期医療を受けている場合には、家族と主治医の判断により蘇生処置、救急車の要請を行わない

出典：看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P124

緊急時等の対応と対策(2)

呼吸が苦しい

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ●息苦しい ●喉がつかえる ●浅くて早い呼吸をしている ●肩で息をしている 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人から確認できる場合 <ul style="list-style-type: none"> ・どのようなときに苦しいのか <ul style="list-style-type: none"> ・安静時か、体を動かしているときか ・いつからか、突然か ・繰り返しておきるか ・胸痛はあるか ●観察して確認すること <ul style="list-style-type: none"> ・「ゼーゼー」という喘鳴があるか ・痰がでているか <ul style="list-style-type: none"> ・痰がでている場合：色、粘性、においなどのようなものか ・発熱があるか ・むくみはないか ・汗をかいていないか ・顔色・口唇・手足の爪などは蒼くないか(チアノーゼ) 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人にとって楽な姿勢(起座位など)になってもらう ●かかりつけ医に連絡 ●受診の検討 <p>緊急</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発作的におこり、呼吸ができない ・意識障害やけいれん、締めつけられるような胸痛を伴う

出典：看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P125

緊急時等の対応と対策(3)

異常な呼吸

呼吸パターン	どんな呼吸化	どんなときにおきるか
無呼吸	呼吸停止が15秒続く	神経系障害、薬物の過剰使用、気道閉塞など
徐呼吸	呼吸数が1分間に10回以下	神経系障害、薬物の過剰使用時など
頻呼吸	呼吸数が1分間に20回以上	痛み、発熱、興奮時など
チェーン・ストークス呼吸	無呼吸→浅い呼吸→深い呼吸→浅い呼吸を規則的に繰り返す	神経系障害、心不全など

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P125

緊急時等の対応と対策(4)

意識がおかしい

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 反応がない ● 眠りがち ● 錯乱している ● 冷や汗をかいている ● 顔面蒼白 	<ul style="list-style-type: none"> ● 症状はいつから出たのか(月、日、時刻) ● 突然か、徐々に増悪していったか ● 頭痛、嘔吐、めまい、胸痛はあるか ● 転倒したことがあるか ● 外傷を受けたか ● 発熱はあるか ● 手足の動きは正常か ● 顔の表情に左右の違いがあるか ● 言葉が話しにくい、ろれつがまわらない状態か ● けいれんはあるか 	<p>→意識がない 回復体位にして、救急車を呼ぶ</p> <p>→もうろうとしている</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病の治療薬を服薬中、またはインスリン注射を行っている人で、意識がもうろうとしている・冷や汗・顔面蒼白・動悸があるなど、低血糖症状が疑われる場合 ブドウ糖5～10gを摂取させる

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P126

緊急時等の対応と対策(5)

胸痛を訴えている

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ●胸が締めつけられる ●焼けつくような感じ ●胸と背中に激痛がある 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人から確認できる場合 <ul style="list-style-type: none"> ・痛みをどのように訴えているか ・締めつけられるように痛い ・重苦しい ・焼けつくように痛い ・息苦しさ、呼吸困難はあるか ・どの辺を痛がっているか、胸以外に痛いところはあるか ・初めての痛みか、これまでたびたびあったか ・痛みの間隔は持続的か、断続的か、突発的か ・押して痛いところはあるか ・どのような状態のとき痛いか：運動後、入浴後、空腹時、満腹時、食間時 ・いつから苦しいのか、突然痛くなったのか ●観察して確認すること <ul style="list-style-type: none"> ・冷や汗、嘔吐、顔面蒼白などがあるか ・意識の変化はないか 	<p>緊急</p> <ul style="list-style-type: none"> ・突然、激しい胸の痛みがある、息苦しさを伴う ・15分以上激しい痛みが続いている ・痛み以外、吐き気、嘔吐、呼吸困難、冷や汗が伴う <ul style="list-style-type: none"> ●上記以外でも、速やかに受診 ●救急車を呼んだ場合、到着まで本人の楽な姿勢(起座位など)になってもらう ●寒気を訴えるときは、毛布などで保温しておく ●温めたり、冷やしたりしない ●痛みがおさまるまでしゃべらせない

出典：看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P126

Ⅵ リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

9

緊急時等の対応と対策(6)

転倒した、転落したと考えられる、打撲した

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ●床に倒れている ●「転んだ」と言っている ●「体を打ちつけた」と言っている 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人から確認できる場合 <ul style="list-style-type: none"> ・打撲部位はどこか ・腫れがあるか、傷や出血はあるか ・痛みはあるか ・上肢や下肢を動かせるか ・利用者本人は何か言っているか、何をしようとしたのか ●観察して確認すること <ul style="list-style-type: none"> ・どの場所で発見したか ・頭はどちらを向いていて、手足はどのようになっているか ・姿勢はどのようになっているか、仰臥位、側臥位(右向き、左向き)か、うつぶせか ・ベッドの高さ、柵の状態はどうなっていたか ・履き物や衣類はどうだったか 	<ul style="list-style-type: none"> ●まず落ち着かせる ●痛みがあるか聞く ●表情を見る、苦痛表情がないか ●手足を動かせるか聞く ●立てるかどうかが聞く <p>→動けるとき 本人が自ら動き出すようならベッドや座っていた椅子に戻ってもらう</p> <p>→動けないとき 介護者が一人の場合は、無理にベッドに持ち上げたりしない 側臥位にして敷き物をしたり、毛布をかけた後、仰臥位に戻して、そのまま床で安静にする</p>

出典：看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P127

Ⅵ リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

10

緊急時等の対応と対策(7)

転倒しやすい要因

身体的・心理的要因	神経疾患: パーキンソン病、脳血管障害、認知症など 視覚障害: 白内障など 起立性低血圧など 心理的要因: 失見当識
環境的要因	車いす、ベッドなどのストッパー外れ ベッド欄のかけ忘れ

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P128

緊急時等の対応と対策(8)

利用者がけがをした

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 転んで手をついたところ、関節がズキズキ痛い ● 指先を挟んで出血した 	<ul style="list-style-type: none"> ● 傷の部位や状態を確認する ・ 身体の中の部分か ・ 出血があるか ・ 痛みはあるか ・ 腫れはないか ・ 傷はどのような状態か 	<ul style="list-style-type: none"> ● 擦り傷や小さな切り傷は傷の周囲を水道水でよく洗い流す ● 出血している場合には、患部を清潔なガーゼなどで圧迫し、心臓より上にあげる ● 出血がなく、土や砂で汚染がある場合には、水道水で洗い流す。汚染がなければこの限りではない ● 頭皮の傷は出血が多くなりやすいので、清潔なガーゼ等で圧迫止血する。その際、血液や血液付着物には素手でさわらない。使い捨て手袋をはめる <p>→ 骨折していると明らかにわかる場合 擦り傷などがあれば水道水で洗い、副木をあてて受診する → 出血がとまらない 傷が大きい、傷が深い、化膿のおそれがある</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 早期に受診する <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>注意点 骨折部位をいじりまわさないこと 骨が皮膚をやぶって見えるようなときは、早急に病院へ 消毒などはしないほうがよい</p> </div>

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキストP128

緊急時等の対応と対策(9)

熱がある・熱が出始めた(寒気・ふるえ)

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 寒い、寒いと訴える ● 熱が高い ● ブルブルふるえる(悪寒戦慄) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 嘔吐があるか ● 腹痛や頭痛があるか ● 意識障害はないか ● けいれんはないか ● 呼吸困難はないか ● 出血はないか ● 血圧はどうか 	<p>→寒気を訴えるとき</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 寝具などで温かくする(氷枕などで冷やさない) <p>→熱が上がってきたら</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 熱を放散させるため、発汗しやすいところにタオルをあてる ● 温タオルで体を拭く、衣類が汗で濡っていたら着替えをする <p>注意点 緊急 意識障害、激しい頭痛、全身けいれん、血圧低下、呼吸困難、出血などの症状がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 指示のない解熱剤は使わない ● 発熱(38℃以上)が続く場合→受診

主な発熱の型

微熱	37℃台の体温上昇が一定期間続く場合
弛張熱	毎日、顕著な体温上昇があり、正常またはそれ以下にまで下がる場合
間欠熱	一日の数時間の体温上昇があり、正常またはそれ以下にまで下がる場合
周期性熱	規則的周期(数日～週)で発熱を引きおこす場合
稽留熱	一日の体温差が1℃以内で、38℃以上の高熱が持続する場合

VI リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

出典:看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P129

13

緊急時等の対応と対策(10)

嘔吐している

確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● どのくらい続いているか ● いつからか、突然か ● どのくらいの回数、どのくらいの量の嘔吐物か、血液などは混入していないか ● 腹痛はないか ● 発熱はないか ● 腹部の状態はどうか(張っているか) ● 下痢はあるか(どのような状態の便か) ● 頭痛はないか ● 尿の状態はどうか ● 皮膚や唇が濡れているか ● ふらつきがあるか ● 食事や飲み水の状態や内容、量 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護者はマスクと使い捨て手袋、エプロンを着用する ● ベッド上にいる場合は、側臥位にする(嘔吐物を誤嚥しないように) ● うがいをさせる、口のまわりを拭く ● 嘔吐物のついた衣類を着替えさせる ● シーツなどを静かにとりかえる ● 嘔吐物はとっておき、医療従事者に見せる ● 高熱、激しい嘔吐、頭痛、腹痛、意識障害などがあれば受診

出典:看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P129

VI リスクマネジメント、緊急時等対応および苦情対応について

14

緊急時等の対応と対策(11)

嘔吐物などの処理(ノロウイルスと診断されていなくても行う)

- ・嘔吐物処理前に使い捨て手袋、マスク、エプロンを着用
- ・窓を開け、換気する
- ・嘔吐物を使い捨て布やペーパータオルで外側から内側に向かって、拭き取り面を内側に折りこみながら嘔吐物を拭きとる
- ・ビニール袋に入れ、0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液を注ぎ、袋の口を密閉する
- ・嘔吐物が付着した床とその周辺を0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液を浸み込ませた使い捨て布やペーパータオルで覆うようにして拭く
- ・使った布やペーパータオルはビニール袋に入れ、0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液を注ぎ、袋の口を密閉する
- ・使った手袋、マスクをはずし、他のごみと一緒にせず、別に捨てる
- ・手をよく洗う
- ・着用していたエプロン、来ていた服などは0.02%次亜塩素酸ナトリウム液に10分つけるか、85°C以上の熱湯に1分以上つける
- ・ドアノブ、車いすのアームレストやリム、手すりなどは0.02%次亜塩素酸ナトリウム液で拭く(金属類は乾いたら乾拭きする)

希釈液の作り方:家庭用塩素系漂白剤(濃度5%)で作る場合

0.1%	原液10mL(ペットボトルのキャップ2杯)水を加えて500mLにする
0.02%	原液10mL(ペットボトルのキャップ2杯)水を加えて2Lにする

出典:看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P130

緊急時等の対応と対策(12)

腹痛を訴えている

確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 痛みをどのように訴えているか <ul style="list-style-type: none"> ・転げまわる、えびのように丸くなる ・きりきりと痛い、重苦しいなど ● どの辺を痛がっているのか <ul style="list-style-type: none"> ・腹部以外、胸や背中では痛くないか ● いつから痛いのか、突然か、どのくらい続くか ● 触ると(押すと)痛いところはあるか ● けいれんはないか ● 冷や汗、発汗はあるか ● 嘔吐はあるか(どのくらいの回数、どのくらいの量の嘔吐物か 血液などは混入していないか) ● どのような状態(色や形状)の便か、どのくらい便は出ているか ● 腹部が張っていないか ● 呼吸は苦しくないか ● 以前、腹部の手術をしたことがあるか ● 食事の内容 	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人に聞いて、痛みのやわらか姿勢になってもらう ● 腹痛がやわらげば様子を見てよい、または、かかりつけ医に相談 緊急 腹痛が続き、嘔吐や下痢が頻繁に起こる、高熱・意識障害などがあれば、すぐ受診 緊急 激しい腹痛で体を動かせない ● 腹痛が病気によって冷やすほうがよいときと、温めたほうがよいときがあるので自己判断しない ● 痛みの表現の例

出典:看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P130

緊急時等の対応と対策(13)

腹痛の種類

鈍痛	漠然とした鈍い痛みで、痛い場所をはっきりと伝えられないときがある
疝痛	差し込むような痛み。発作的で周期的に痛みの強さがかわり反復することが多い
圧痛	圧迫するとおこる痛み
激痛	がまんできないほどの激しい痛み
自発痛	刺激が加わらなくとも自然におこる痛み
刺通	キリキリと刺されるような痛み
拍動痛	ズキンズキンと痛むとき

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P131

緊急時等の対応と対策(14)

下痢をしている

本人の訴え・状態	確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 排便回数が多くなった ● 軟便や水様便である ● 腰痛もある 	<ul style="list-style-type: none"> ● 腹部の痛みを訴えているか、他に苦痛はないか ● 便の色や性状、回数は ● 発熱はあるか ● 嘔吐や嘔気はあるか ● 尿の状態(色や性状、回数)はどうか ● ふらつきや脱力感があるか ● 食事の内容 	<ul style="list-style-type: none"> ● おなかを温める ● なまもの、生野菜、乳製品、冷えたもの、消化の悪いものは与えない ● 少しずつ野菜スープ、経口補水液などを補給する(脱水にならないように) ● かかりつけ医に連絡・受診

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P131

緊急時等の対応と対策(15)

やけどをした

確認事項	対応
<ul style="list-style-type: none"> ● 部位を確認する ・ 痛みはどうか ・ やけどの状態を確認 ・ 色 ・ 水疱 ・ ただれ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 弱い流水、洗面器にくんだきれいな水でやけど部分を冷やす <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 衣服の上からやけどをした場合、衣服は脱がさず、その上から30分以上冷やす ● 冷却シートは使わない ● 水疱ができててもやぶらない ● 利用者宅などにある薬品を自己判断で塗らない ● 飲み物は与えない ● 病院受診を他者と検討する </div>

出典: 看護の科学社 訪問介護サービス提供責任者テキスト P131

緊急時等の対応と対策(16)

<救急車を呼ぶ際の留意点>

- ・ 119番をしたら、次に、事業所管理者に連絡をする
- ・ 危ないと感じたとき、家族の呼び出しや準備に時間を費やしてはいけない
- ・ 利用者の氏名・年齢・病状を聞かれる(保険証をみればよい)
- ・ 住所(番地)を正確に伝える必要がある(保険証をみればよい)
- ・ とりあえず持っていくものは、保険証、多少のお金、(家族同行の場合、印鑑)
- ・ 独居の方の場合、戸締りをする必要がありえる
- ・ ついていくほうが望ましい

事故発生時の対策と対応(1)

利用者に対してのもの

誤嚥や転倒をさせてしまった、爪切りで深爪を負わせてしまった、衣服の着脱などのときに引っ掻いてしまったなど

- i) 利用者の身の安全を確保する
- ii) 速やかに事務所に連絡を入れ、指示を仰ぐ
- iii) 指示に従って行動し、済んだらすぐに事務所に出動し、再度事故の顛末を報告し、事故報告書を作成する(この時可能な限り、サービス提供責任者や管理者と一緒に作成したほうがよい)

利用者宅のものを壊してしまった

- i) それがどんな些細な品物であっても、その場で訪問介護員が勝手に話をつけてしまうことのないよう訪問介護員には必ず報告・連絡・相談をすることを徹底する
- ii) 弁償の必要性の有無、弁償の方法(保険を使うのかどうかなど)についてしっかりと決めて対処をする
- iii) 事業者として把握しておき、必ず事実の確認をし、謝罪をする

事故発生時の対策と対応(2)

移動中の事故

移動中、歩行者と接触してけがを負わせてしまった、など

- i) 安全確保や救急車の要請
- ii) 事業者(組織)として事態を把握し收拾にあたる
- iii) 直行直帰の訪問介護員には仕事中の移動の際、個人的な活動を避けるよう指導

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(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号)による訪問介護事業所に求められる緊急時等に関する運営基準

(事故発生時の対応)

- 第三十七条 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 2 指定訪問介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
 - 3 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

感染症発生時の対応と対策(1)

サービス提供責任者の役割として、日頃からの感染管理があげられる。感染症発生時に速やかに対応することにより、感染の拡大防止につなげることができるため、日頃から感染管理を行うことが重要となる。

1. 感染症が疑われる状況が起きた場合

感染症が疑われる場合には、訪問介護員はその利用者の状況をサービス提供責任者に速やかに報告すること、状況等について記録することが重要となる。そのため、訪問介護事業所は、日頃から事業所内で感染症が疑われる場合に遭遇した際には、どのように対応するかを定めて、訪問介護員に指導しておく必要がある。

サービス提供責任者は、定められた対応方法にしたがって、訪問介護員からの報告内容及び記録の確認を行って正確な情報を収集する。その後、下記のような対応を速やかに指示する事が望ましい。

(感染症が疑われる場合の対応例)

- ・利用者のバイタル・現在の対応について報告するように指示
- ・利用者のバイタル・現在の対応について記録するように指示
- ・担当介護支援専門員に報告し、今後の対応について相談
- ・必要に応じて、主治医、関係医療機関、保健所に報告
 - 感染症と判明
 - (例) 疥癬、肝炎、インフルエンザなどの場合にはサービス提供
 - ・サービスの提供を継続する場合には必ず感染予防の対策をとる
 - ・訪問介護員に利用者の感染症の状況について説明
 - 感染症でないと判明
 - ・今後のサービス提供について、介護支援専門員及び他サービスと相談
 - ・訪問介護員に利用者の状況について説明
 - ・サービスの提供を継続する場合には、必要に応じて感染予防の対策をとる

感染症発生時の対応と対策(2)

2. 感染管理

感染管理とは、日頃のサービス提供のなかで感染予防の視点を常に持つことを基本とし、訪問介護員の感染防止対策に取り組むことであり、具体的な例をあげると以下のとおりとなる。

- ・感染症発生時の対応マニュアルの整備
- ・感染防止・予防のためのマニュアル作成
- ・訪問介護員に対する感染症とその予防対策についての職員研修
- ・感染症発生時の対応と関係機関との連携
- ・感染症対策の実施状況の定期的な検証、見直し

などが考えられる。

サービス提供責任者は、訪問介護員の平常時の健康状態と変化に敏感に気付けるように日頃から注意を払っておく必要がある。また、訪問介護員の定期健康診断の受診状況とその結果について把握することが望ましい。さらに、体調把握のための声かけや、訪問介護員の体調の観察などを行っていくことも大切である。

訪問介護事業所として、感染予防に必要な物品(使い捨て手袋、エプロン、手洗い用具、消毒液など)の準備をし、日頃より点検や補充を行っておく必要がある。

災害発生時の対応と対策(1)

1. ハイリスク利用者の把握

1時間以内に安否確認や安全確保が必要とされる、対応の優先順位の高いハイリスク利用者を絞り込むために、次のように3段階でリスク区分を行う。

区分	該当する利用者の要件
リスクA	在宅酸素、独居聴覚障害者、独居視覚障害者、介護者が高齢な老々世帯で利用者が重度の認知症もしくは要介護4・5(災害発生が昼間の場合は、独居に日中独居を含む)
リスクB	要介護4・5で自力の生活行為や移動が不可能な利用者、建物が古く建物の倒壊または建物内の自己の危険が高い独居利用者(日中独居含む)
リスクC	リスクA・B以外の独居利用者(日中独居含む)

災害発生時の対応と対策(2)

2. 発生1時間以内の安否確認の役割分担

事業者	役割分担
訪問介護・看護事業者	一定の地域を東西南北で4分割してハイリスク者に対して「緊急時安否確認担当者」を割り当てる。医療依存度の高い利用者に対しては、優先的に訪問看護が安否確認を担当する。
居宅介護支援事業者	基本は安否確認情報の集約と家族連絡など、情報基地の役割を担う。また、居宅で安全確保が不可能で移動が必要な利用者を、緊急福祉避難所(指定のデイサービス)へ避難指示を出す。緊急時には居宅の利用者に対して援助活動も行う。
地域包括支援センター	緊急福祉避難所への在宅利用者の避難状況の把握と行政に対する報告を行う。また、緊急福祉避難所に対する支援物資などの要請を自治体に行ったり、緊急福祉避難所の受け入れ状況や限度などを把握し、他の福祉避難所の移送などのコーディネートを行う。緊急時には地域包括支援センターの保健師が居宅の利用者に対しても援助活動を行う。
緊急福祉避難所(デイサービス)	平常時には、食糧備蓄やケア用品の備蓄を行う。震災発生時には、職員の緊急出勤(職員の確保)と利用者の受け入れ準備を行う。

災害発生時の対応と対策(3)

3. 訪問時の安全確保のための対応

<震災発生時の要援護者の安否確認訪問時の対応>

- 在宅酸素など停電によって生命を維持する機器が機能を失うような場合、酸素事業者への連絡がつかなければ家族と相談のうえ救急車を要請する。在宅医療者で緊急の場合は、訪問看護や医師への連絡と援助の要請を行う。
- 視覚障害者と聴覚障害者に対しては、居宅の内部の状況について利用者に相談し、利用者の希望を聞いて対処する。電話が通じないなどで不安な利用者には、その後の訪問要請について聞いておく。
- 利用者の受傷時には、救急車の要請を基本とするが、救急車が呼べないような状況であれば、待機している地域包括支援センターの保健師に出動を要請する(事前に応急医薬品のセットを配備し、出動する手はずを整える)。
- 家具の転倒、家電の落下、ガラスの飛散などで、居室内でも移動に危険がある場合、転倒した家具で起こせるものは起こして、次の余震で倒れないように家具の前面の床との間にスリッパなどを挟んでおく。
- ガラスが飛散していた場合は、靴のままで上がり飛散したガラスを集めて紙に包んだうすでゴミ袋に入れて縛る。人が移動する場所の安全を確保したうえで、利用者に注意を喚起する。
- 独居で精神的不安が大きく独りであることができない利用者は、家族への連絡を試みたくうえで、事業所に連れて行く。家族連絡カードを置いて置く(災害用伝言ダイヤルも活用)。
- 台の上の家電製品が落下している場合は、元に戻さずにコンセントを抜いて、そのままにしておく。人の移動の邪魔になればよけておく。

災害発生時の対応と対策(4)

4. 緊急福祉避難所の体制づくり

緊急福祉避難所として、在宅での安全確保が難しい利用者を一時的にケアする場所として、地域内の独立型デイサービスを利用する。平常時から食料備蓄やケア用品の備蓄を行い、停電時の電源供給などの手当てが必要となる。

5. 長期福祉避難所

居宅の倒壊などで長期にわたり福祉避難所でのケアの継続が必要な在宅利用者に対しては、長期福祉避難所でのケアの継続体制をつくる。

設置先は自治体設置の複合福祉拠点のデイサービスや特養・老健の併設のデイサービス・デイケアとなる。

これらの施設では、単独型のデイサービスと異なり、特養や老健本体の人的・物的支援ができることを前提としていることから、備蓄などは在宅利用者の分も含め多めに準備されている。

<利用者に求められる食料品の備蓄>

災害対策基本法の第7条第3項において、住民には食料品等を備蓄することが努力義務とされています。また、農林水産省が発出している「緊急時に備えた家庭用食料品備蓄ガイド」において、「最低でも3日分、できれば1週間分程度の過程での食料品の備蓄に取り組むことが望まれます。」と推奨されています。

また、同第2項では、民間事業者においても、災害時における事業活動の継続等の努力義務が定められています。

**サービス提供責任者研修の研修ガイドライン
に関する調査研究事業 報告書**

平成 28 年 3 月発行

発行 日本ホームヘルパー協会
〒105-8446
東京都港区西新橋 3-3-1 西新橋 TS ビル
TEL 03-5470-6759

本調査研究は、一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会からの委託により実施いたしました。