介護助手導入マニュアル ( 案 )

介護助手導入にあたって、導入の検討から見直しまで、それぞれの項目と内容を記載しましたので、内容の追加、修正や新たな項目の追加をお願いいたします。

 【追加修正例】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
|  ○○ |  △△ | ・○○○○○○○○○○○○○○○○ ~~・○○○○○○○○○○○○○○○○~~・○○○○○○○○○○○○○○○○  |
|  □□ ( 追加 )  | ・○○○○○○○○○○○○○○○○ |

 **( メールで回答を送る場合、追加は赤字でお願いします。手書きの場合は黒字でお願いします。 )**

１　導入の契機

介護助手を導入する契機となりうる項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 導入の契機 | 業務の状況 | ・利用者への時間が取れているか。・必須業務が適正に行われているか。・介護事故が増えていないか。・レクレーションが充実しているか。 |
| 利用者への対応 | ・職員が利用者とかかわりを持つ時間がとれているか。 |
| 業務の効率化 | ・業務が円滑に行えるよう物品等の補充はされているか。 |
| 清掃等環境整備 | ・居室や廊下が清潔になっているか。・利用者家族から居室掃除について話しがあるか。・「ベッド周りの汚れ」「車椅子の汚れ」など細かなところがおろそかになっていないか。・感染症対策の消毒は適切に出来ているか。・ゴミの撤去が迅速に行われているか。 |
| 職場の状況 | ・業務過多による職員のストレスは強いか。・職員の残業が多いか。・職員は全体的に活気があるか。・職員は休憩や年休を希望どおり取れているか。・職員から業務への不満を聞いたことがあるか。 |
| 職員の意見 | ・職員から業務軽減への要望があるか。・職員から人手不足に対する改善の要望があるか。・送迎など車の運転に不安を持っているか。 |
| 新たな業務の効率化と迅速性 | ・直接介護と周辺業務を分けて効率化したい。・委託業務を見直したい。・営繕、周辺清掃など適宜に対応出来る者がいるか。 |
| 社会的支援 | ・障害者就労支援をは、可能か。 |
|  |  |
|  |  |

２　導入前期

職員の理解や業務分析など導入前に行う必要な項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 導入準備 | 職員の導入への理解 | ・職員と導入の理由と効果を共有する。・勤務日と勤務時間等について職員の意見を聞く。・「～が出来ていないから導入する」事を理解させる。 |
| 業務内容への理解 | ・介護助手業務は直接介護以外であることを理解を得ておく。 |
| 介護職員の対応 | ・介護助手の休暇時にその業務を誰が対応するのかを決めておく。・職員と介護助手はチームの一員であることを理解させる。・介護助手導入により余裕の出来た時間は利用者対応を充実させる。・介護助手が勤務している場合と勤務していない場合の職員の動きを決めておく。・突発的に生じた床やシーツの汚れは誰がどのように対応するか。 |
| 採用数等 | ・賃金体系を明示し介護助手の位置付けに理解を求める。・各事業所、各部署毎に介護助手の人数、業務内容、賃金を決める。 |
| 業務分析の視点 | ・専門職でなくとも従事出来る業務かどうか。 |
| 業務分析への協力 | ・直接介護と間接介護業務の仕分けを職員の協力を得て行う。・業務内容を職員の理解を得て決める。・何の業務を合理化しスリム化出来るものがあるか職員自ら考えて貰う機会を作る。 |
| 管理体制 | ・介護助手の指導、管理体制を決めておく。・業務以外の事について相談者を決めておく。・介護助手同士の会議などを開催し、業務の理解と取り組みを考えさせる。 |
| 指導体制 | ・フロア担当者等介護助手の管理体制を決定する。・業務指導者を決めておく。・業務記録様式を定める。(チェックリストの作成など) |
| 支援体制 | ・介護助手の苦情、提案等を聞く体制を作る。・業務指導者と管理者の情報交換を行う体制を作る。 |
|  |  |
|  |  |

３　採用

募集方法など募集に係る項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 採用 | 募集 | ・職員等の紹介を活用した募集を考える。・近隣住民にチラシにより募集する。・ハローワーク等の活用・軽作業として募集を行う。・学生 ( 広く考えると社会貢献を知ってもらう )・勤務日や時間に幅を持たせる。・働き方 ( 日数、時間数 ) に柔軟に選べるようにする。・現役を退いた後の再就職・勤務日、時間単位での募集など採用し易くする。 |
| 施設見学 | ・具体的業務の見学や体験を実施する。・介護業務への不安を解消するため、業務内容を分かりやすく伝える。 |
|  |  |

４　担当業務外研修等

担当業務以外の知っておくべき事項の項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 業務開始前又は開始時 | 基本的事項 | ・介護助手業務の位置づけを説明する。・施設の理念など基本的な姿勢を教育する。・利用者や家族への対応について理解させる。・利用者との関係でしてはいけないことを確認する。・接遇について研修する。・落とし物や拾いものの処理方法の確認・個人情報の保護について徹底する。 |
|  |  |
| 業務関連 | ・業務指導者による職場における業務全般の研修を実施する。・高齢者の心身について研修する。・認知症について説明する。・感染症(ノロ、インフル、疥癬など)に対する施設での対応を理解させる。・感染症 ( 清潔、不潔 ) について研修する。・個人情報の保護について徹底する。 |
|  |  |

５　業務

業務を適切に行うために留意する項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 業務 | 円滑な業務 | ・業務手順を教える。・必要に応じ職場指導を実施する。・初期には業務実施状況を見守り、理解程度を確認する。・チェックリストにより業務を確認する。 |
| 安全 | ・使用する道具や清掃方法などの周知と安全確認を徹底する。 |
| 業務の確認 | ・業務は指示どおりに実施しているか。・業務の効率よく進んでいるか。・マニュアルに基づく手順で実施しているか。・業務上で職員との連携はとれているか。・業務初期には介護職が介護助手の業務の確認を行う。・利用者とは問題なく接しているか。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

６　確認と効果・評価

介護助手の業務がどの様に実施されているか、又、業務の効果や周りに与える影響などについて、さまざまな視点から確認・評価する項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 確認・効果・評価 | 施設長による職場指導者又は関係職員との情報交換 | ・介護助手の業務遂行状況の確認・勤務態度の確認・施設に馴染んでいるかを確認 ( 入職後3ヶ月程度 )・介護職から介護助手の業務情報を収集する。 |
| 介護助手の勤務状況 | ・業務で戸惑いはないか。・業務で疑問があるか。・指示待ちになっていないか。( スケジュール表を作っているか。)・施設の雰囲気に合っているか。・直接介護に従事していないか。・メンタルヘルスに関して問題はないか。・業務に適しているか。・人間関係、職場環境はどうか。 |
| 利用者への対応 | ・利用者の反応はどうか。・利用者の家族の反応(声)はどうか。・利用者と介護職との接触の深さを感ずるか。 |
| 業務 | ・介護助手が居ない場合は当該業務はどうなっているか。・介護助手導入により、フロアや施設全体でどの様な効果が出ているか。・指示待ちになっていないか。・介護助手が手持ち無沙汰になっていないか。 |
| 介護職への波及効果 | ・介護職の業務が軽減されたか。・介護職が生み出された時間をどの様に使っているか。・介護職が余裕の出来た勤務になれてしまっていないか。・職員の残業など勤務条件の改善が見られるか。・声かけやレクレーションなど直接介護が充実したか。 |
| 介護職からの評価 | ・介護職が介護助手業務をどの様に評価しているか。・介護職が介護助手の業務姿勢をどう評価しているか。 |
| 導入効果の測定の視点 | ・職員の気持ちにゆとりが出てきているか。・全体的に業務が効率化し、円滑に進められているか、・直接介護が充実してきたか。 |
|  |  |
|  |  |

７　見直し

確認・評価結果を基に業務量、業務内容などについて見直す項目と内容について、ご検討下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 項目 | 内容 |
| 見直し | 業務内容 | ・当該介護助手業務は適切か。・介護助手業務を拡大する必要はあるか。 |
| 業務量 | ・当該介護助手業務量は適切か。・介護助手の人数は適切か。・担当する業務量を新たに増やすことは出来るか。・現在担当している業務量を減らす必要はあるか。。 |
| 業務内容 | ・新しく介護助手の業務を広げる必要はあるか。・現在の介護助手業務を縮小する必要はあるか。・現在担当している介護助手業務は、本人に合った業務か。 |
| 指導体制 | ・介護助手の指導体制は適切か。  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 加除、修正はありません。

施設名