

介護職員等による喀痰吸引等行為に関する調査【調査票】

記入にあたっての注意点

- ・この調査票は県内に所在する全ての指定（介護予防）訪問介護事業所の方々にお願いするものです。
- ・平成26年5月23日（金）まで（返信〆切）に、以下のFAX番号もしくはメールアドレス宛ご返信ください。

返信先 （FAX）：045 - 210 - 8866 **神奈川県介護保険課宛**
 （E-mail）：kaigokansa@pref.kanagawa.jp

所在地	() 市町村	
事業所名		事業所番号: 14 登録特定行為事業者番号ではありません。

平成24年度から介護職員等による喀痰吸引等制度が開始されました。貴事業所における制度への取組状況や課題、今後の見通し等について、お答えください。

貴事業所の概要について

(1)開設年月	平成()年()月			
(2)開設主体	<input type="checkbox"/> 1. 市町村、広域連合・一部事務組合 <input type="checkbox"/> 2. 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 3. 社会福祉法人(社協以外) <input type="checkbox"/> 4. 医療法人 <input type="checkbox"/> 5. 社団、財団法人 <input type="checkbox"/> 6. 協同組合、連合会等 <input type="checkbox"/> 7. 営利法人(株式・合名・合資・有限) <input type="checkbox"/> 8. 特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> 9. 個人 <input type="checkbox"/> 10. その他()			
(3)併設施設	<input type="checkbox"/> 1. 併設施設あり 併設施設の実施するサービス(複数回答可) <input type="checkbox"/> ア. 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> ケ. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> イ. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> コ. 夜間対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> ウ. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> サ. 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> エ. 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> シ. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> オ. 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> ス. 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> カ. 通所介護 <input type="checkbox"/> セ. 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> キ. 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> ソ. その他() <input type="checkbox"/> ク. 訪問介護 <input type="checkbox"/> 2. 併設施設なし 併設施設とは、同一法人または系列法人で、同一建物や敷地内もしくは隣接敷地内にある施設・事業所を言います。			
(4)介護職員数		常勤実人数	非常勤実人数	常勤換算数
	介護福祉士	人	人	人
	その他介護職員等	人	人	人
	合計	人	人	人
その他介護職員には看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は含まない。				
(5)利用者数	利用者数	人		
	延べ訪問回数	回		
	平成26年3月中の利用者数、延べ訪問回数を記載してください。			

貴事業所の喀痰吸引等への取組みについて

(1)貴事業所では、喀痰吸引等の行為が必要な利用者がいますか。	1. 行為が必要な利用者がいる。	
	喀痰吸引	()人
	経管栄養	()人
	2. 行為が必要な利用者はいない。	
	3. 過去に行為が必要な利用者がいたことがある。	
	喀痰吸引	()人
	経管栄養	()人

<p>(2) 貴事業所では、利用者に対して実際に喀痰吸引等について行為を行ったことがありますか。</p>	<p>1. 喀痰吸引等の行為を現在行っている。</p> <p>喀痰吸引 ()人</p> <p>経管栄養 ()人</p> <p>設問(3A)へ</p> <p>2. 喀痰吸引等の行為を行ったことはない。</p> <p>設問(3B)へ</p> <p>3. 過去に喀痰行為等の行為を行ったことがある。(現在は行っていない。)</p> <p>喀痰吸引 ()人</p> <p>経管栄養 ()人</p> <p>設問(3C)へ</p>
<p>設問(2)で1を選択した事業所にお聞きます。</p> <p>(3A) 貴事業所で介護職員等が喀痰吸引等について行為を行う際の困難性について</p>	<p>1. 喀痰吸引等を実施するうえでの困難性はどこにあると思いますか。(複数選択可、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> ア. 行為を行える従事者が少ないため、一人ひとりにかかる負担が大きい。</p> <p><input type="checkbox"/> イ. 事故が起きたときのリスクの保証に不安がある。</p> <p><input type="checkbox"/> ウ. 行為に見合うだけの報酬が保障されない。</p> <p><input type="checkbox"/> エ. 研修受講に時間がかかる。</p> <p><input type="checkbox"/> オ. 研修費用が高い。</p> <p><input type="checkbox"/> カ. 医療関係者の協力が得られない(得られにくい)。</p> <p><input type="checkbox"/> キ. 本来業務の妨げになっている。</p> <p><input type="checkbox"/> ク. 書面(計画書・報告書等)が複雑で作成が困難。</p> <p><input type="checkbox"/> ケ. 安全委員会やOJT研修等の開催が困難。</p> <p><input type="checkbox"/> コ. その他 ()</p> <p>2. 喀痰吸引等行為が必要な方々に必要な行為を実施するに当たり何を改善すべきであると考えますか。</p>
<p>設問(2)で2を選択した事業所にお聞きます。</p> <p>(3B) 貴事業所で介護職員等が喀痰吸引等の行為を実施しない理由について</p>	<p>1. 喀痰吸引等を実施しない主な理由は何ですか。(複数選択可、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> ア. そもそも制度が複雑すぎてわからない。</p> <p><input type="checkbox"/> イ. 事業所の登録要件が厳しい。</p> <p><input type="checkbox"/> ウ. 事故が起きたときのリスクの保証に不安がある。</p> <p><input type="checkbox"/> エ. 行為に見合うだけの報酬が保障されない。</p> <p><input type="checkbox"/> オ. 研修受講に時間がかかる。</p> <p><input type="checkbox"/> カ. 研修費用が高い。</p> <p><input type="checkbox"/> キ. 医療関係者の協力が得られない(得られにくい)。</p> <p><input type="checkbox"/> ク. 本来業務の妨げになっている。</p> <p><input type="checkbox"/> ケ. 書面(計画書・報告書等)が複雑で作成が困難。</p> <p><input type="checkbox"/> コ. 安全委員会やOJT研修等の開催が困難。</p> <p><input type="checkbox"/> サ. 備品の確保が困難。</p> <p><input type="checkbox"/> シ. そもそも対象者が確保できない。</p> <p><input type="checkbox"/> ス. その他 ()</p> <p>2. 喀痰吸引等行為が必要な方々に必要な行為を実施するに当たり何を改善すべきであると考えますか。</p>

<p>設問(2)で3を選択した事業所にお聞きます。</p> <p>(3C)貴事業所で介護職員等が喀痰吸引等の行為を実施しなくなった理由について</p>	<p>1. 喀痰吸引等を実施しなくなった主な理由は何ですか。 (複数選択可、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れること)</p> <p><input type="checkbox"/> ア. そもそも制度が複雑すぎてわからない。 <input type="checkbox"/> イ. 事業所の登録要件が厳しい。 <input type="checkbox"/> ウ. 事故が起きたときのリスクの保証に不安がある。 <input type="checkbox"/> エ. 行為に見合うだけの報酬が保障されない。 <input type="checkbox"/> オ. 研修受講に時間がかかる。 <input type="checkbox"/> カ. 研修費用が高い。 <input type="checkbox"/> キ. 医療関係者の協力が得られない(得られにくい)。 <input type="checkbox"/> ク. 本来業務の妨げになっている。 <input type="checkbox"/> ケ. 書面(計画書・報告書等)が複雑で作成が困難。 <input type="checkbox"/> コ. 安全委員会やOJT研修等の開催が困難。 <input type="checkbox"/> サ. 備品の確保が困難。 <input type="checkbox"/> シ. 対象者が存在しなくなった。</p> <p>その場合、喀痰吸引等を実施していたときから新しい対象者を確保するつもりはありましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった</p> <p>対象者から新たに喀痰吸引等を依頼された場合、実施するつもりはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>(その理由)</p> <p><input type="checkbox"/> ス. その他 ()</p> <p>2. 喀痰吸引等行為が必要な方々に必要な行為を実施するに当たり何を改善すべきであると考えますか。</p>
---	---

喀痰吸引等研修について

<p>(1) 喀痰吸引等研修の受講状況についてお聞きます。</p>	<p>1. 貴事業所の従業者で認定を受けた特定行為業務従事者はいますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ア. いる。</p> <p>平成24年3月31日以前から既に違法性阻却の取扱いにより行為を行っており、県から認定を受けた者 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 名</p> <p>平成24年4月1日以降に登録研修機関等において研修を受講し、県から認定を受けた者 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 名</p> <p>うち、 不特定多数の者対象の研修を修了した者 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 名</p> <p>特定の者対象の研修を修了した者 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> 名</p> <p><input type="checkbox"/> イ. いない。</p>
<p>(2) 貴事業所の介護職員等に喀痰吸引等研修の受講をさせる予定の有無についてお聞きます。</p>	<p>2. 貴事業所の従業者について今後、研修を受講させようと思っていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ア. 思っている。 その理由</p> <p><input type="checkbox"/> イ. 思っていない。 その理由</p>

<p>(3) 貴事業所の介護職員等に喀痰吸引等研修を受講をさせる際の困難性についてお聞きます。</p>	<p>3. 喀痰吸引等受講の際の困難性はどこにあると思いますか。 (複数選択可、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/>を入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> ア. 受講費用が高く負担である。</p> <p><input type="checkbox"/> イ. 受講するカリキュラムが長すぎる。</p> <p><input type="checkbox"/> ウ. 実地研修対象者が確保できない。</p> <p><input type="checkbox"/> エ. 指導看護師の確保ができない。</p> <p><input type="checkbox"/> オ. 看護師が制度について理解できていない。</p> <p><input type="checkbox"/> カ. 医師の協力が得られない。(指示書等)</p> <p><input type="checkbox"/> キ. 受講の際の代替職員等の確保ができない。</p> <p><input type="checkbox"/> ク. 受講を希望する時期に研修が実施されていない。</p> <p><input type="checkbox"/> ケ. (特定の者対象)研修の場合、利用者や行為ごとに新たに受講し直す必要がある。</p> <p><input type="checkbox"/> コ. その他</p> <p><input type="checkbox"/> サ. 思っていない。</p> <p>その理由</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>(4) その他研修受講についてお聞きます。</p>	<p>4. 喀痰吸引等研修の受講料はどのくらいが適当だと思いますか。</p> <p>不特定多数の者対象研修</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 円くらい </div> <p>特定の者対象の研修</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 円くらい </div> <p>(再受講時 < 実地研修のみ >)</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 円くらい </div> <p>5. 喀痰吸引等研修の受講期間・実地研修の回数は適当だと思いますか。</p> <p>国で定められたカリキュラムは、 不特定多数の者対象の研修の場合 講義50時間+シミュレーターによる演習1行為当り5回+実施研修1行為当り20回(口腔内のみ10回)</p> <p>特定の者対象の研修の場合 講義8時間+シミュレーター演習1時間+(対象者宅において実施する現場演習+実地研修(指導者ができるようになったと評価するまで)となっています。</p> <p><input type="checkbox"/> ア. 適当である。</p> <p><input type="checkbox"/> イ. 不足している</p> <p><input type="checkbox"/> ウ. 長すぎる(多すぎる)。</p>

自由意見欄

今後、喀痰吸引等制度の充実に何が必要だと思いますか。自由に記載してください。

以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。