

介護職員等による喀痰吸引等行為に関する調査【調査結果】

H26.6.9(H26.8.11修正)

調査期間：平成26年4月21日～5月23日

回答事業所 578 指定訪問介護事業所総数(H26.4.1現在) 1,893

回答率 30.5%

(注：指定を受けない基準該当訪問介護事業所からの回答もあったが、母数少数と判断し回答母数にはカウントしていない)

《参考》登録特定行為事業者

		H26.4.1現在 登録数	登録中回答 した事業所 数	H26.4.1現在 登録数に占 める構成比	全回答事業 所に占める 構成比
介護保険に係る在宅 サービス事業所 (介護保険課所管分)	不特定	12	9	75.0%	1.6%
	特定(a)	100	66	66.0%	11.4%
	うち辞退	10	4	40.0%	0.7%
障害者在宅サービス事 業所 (障害福祉課所管分)	不特定	9	6	66.7%	1.0%
	特定(b)	36	15	41.7%	2.6%
	うち辞退	0	0	-	0.0%
特定(a+b)計		136	81	59.6%	14.0%

障害福祉課所管分の
H26.4.1現在での登録数は146
であるが、そのうち介護保険法
の訪問介護事業所として指定を
受けているのは不特定・特定合
わせて45事業所である。

事業所の概要について

所在市町村	回答事業所数	構成比	うち登録特定行 為事業者(特定)	構成比	《参考》 訪問介護事業者の指定数(H26.4.1現在)	
1 横浜市	251	43.4%	31	38.3%	802	42.4%
2 川崎市	71	12.3%	11	13.6%	267	14.1%
3 相模原市	49	8.5%	15	18.5%	143	7.6%
4 横須賀市	28	4.8%	3	3.7%	94	5.0%
5 平塚市	17	2.9%	1	1.2%		
6 鎌倉市	16	2.8%	0	0.0%		
7 藤沢市	29	5.0%	2	2.5%		
8 小田原市	13	2.2%	5	6.2%		
9 茅ヶ崎市	20	3.5%	3	3.7%		
10 逗子市	9	1.6%	1	1.2%		
11 三浦市	6	1.0%	2	2.5%		
12 秦野市	4	0.7%	1	1.2%		
13 厚木市	15	2.6%	2	2.5%		
14 大和市	10	1.7%	1	1.2%		
15 伊勢原市	6	1.0%	0	0.0%		
16 海老名市	6	1.0%	1	1.2%		
17 座間市	12	2.1%	0	0.0%		
18 南足柄市	3	0.5%	1	1.2%		
19 綾瀬市	2	0.3%	0	0.0%		
20 葉山町	1	0.2%	0	0.0%		
21 寒川町	1	0.2%	0	0.0%		
22 大磯町	0	0.0%	0	0.0%		
23 二宮町	2	0.3%	1	1.2%		
24 中井町	1	0.2%	0	0.0%		
25 大井町	1	0.2%	0	0.0%		
26 松田町	1	0.2%	0	0.0%		
27 山北町	0	0.0%	0	0.0%		
28 開成町	0	0.0%	0	0.0%		
29 箱根町	1	0.2%	0	0.0%		
30 真鶴町	0	0.0%	0	0.0%		
31 湯河原町	1	0.2%	0	0.0%		
32 愛川町	2	0.3%	0	0.0%		
33 清川村	0	0.0%	0	0.0%		
計	578	100.0%	81	100.0%	1,893	100.0%
5～33 県所管域	179	31.0%	21	25.9%	587	31.0%

(1) 開設年月

	回答事業所数	構成比	うち登録特定行 為事業者(特定)	構成比
平成11年以前	43	7.4%	10	12.3%
平成12～14年	131	22.7%	16	19.8%
平成15～17年	115	19.9%	23	28.4%
平成18～20年	86	14.9%	12	14.8%
平成21～22年	61	10.6%	5	6.2%
平成23年	37	6.4%	5	6.2%
平成24年	41	7.1%	8	9.9%
平成25年	39	6.7%	1	1.2%
平成26年	25	4.3%	1	1.2%
計	578	100.0%	81	100.0%

(2) 開設主体	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
1. 市町村、広域連合・一部事務組合	0	0.0%	0	0.0%
2. 社会福祉協議会	6	1.0%	1	1.2%
3. 社会福祉法人(社協以外)	55	9.5%	6	7.4%
4. 医療法人	17	2.9%	4	4.9%
5. 社団、財団法人	6	1.0%	2	2.5%
6. 協同組合、連合会等	28	4.8%	3	3.7%
7. 営利法人(株式・合名・合資・有限)	398	68.9%	57	70.4%
8. 特定非営利活動法人	62	10.7%	7	8.6%
9. 個人	3	0.5%	1	1.2%
10. その他()	3	0.5%	0	0.0%
計	578	100.0%	81	100.0%
「10. その他」の主なもの 企業組合(3)				

(3) 併設施設	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
1 併設施設あり	353	61.1%	53	65.4%
2 併設施設なし	223	38.6%	27	33.3%
小計	576	99.7%	80	98.8%
未記入	2	0.3%	1	1.2%
計	578	100.0%	81	100.0%
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・事業所を言う。				

併設施設の実施するサービス(複数回答)	回答事業所数	構成比(%)	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比(%)
ア. 介護老人福祉施設(特養)	29	8.2%	4	7.5%
イ. 介護老人保健施設	1	0.3%	0	0.0%
ウ. 病院・診療所	19	5.4%	4	7.5%
エ. 短期入所生活介護	29	8.2%	2	3.8%
オ. 短期入所療養介護	0	0.0%	0	0.0%
カ. 通所介護	123	34.8%	21	39.6%
キ. 通所リハビリテーション	8	2.3%	3	5.7%
ク. 訪問介護	122	34.6%	18	34.0%
ケ. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	13	3.7%	2	3.8%
コ. 夜間対応型訪問介護看護	6	1.7%	3	5.7%
サ. 小規模多機能型居宅介護	7	2.0%	2	3.8%
シ. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11	3.1%	5	9.4%
ス. 地域包括支援センター	27	7.6%	4	7.5%
セ. 居宅介護支援事業所	274	77.6%	42	79.2%
ソ. その他()	105	29.7%	18	34.0%
ソ. その他の主なもの				
有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	30	8.5%	0	0.0%
訪問看護ステーション	22	6.2%	10	18.9%
訪問入浴介護	19	5.4%	5	9.4%
福祉用具貸与・販売	15	4.2%	2	3.8%
障害者サービス関係事業所	12	3.4%	1	1.9%

別掲：医療・看護職員を配置している併設施設(印) 65 18.4% 21 39.6%

注：「ク」のみ回答した事業所は、「2. 併設施設なし」にカウントした。構成比(%)は「併設施設あり」と回答した事業所を分母とする百分率。

(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	その他介護職員等	合計	介護福祉士	その他介護職員等	合計	介護福祉士	その他介護職員等	合計
0人	59	208	3	107	18	4	12	5	0
0人超1人未満	0	0	0	0	0	0	24	11	0
1人(台)	165	145	81	105	19	14	85	60	0
2人(台)	133	89	126	73	29	19	62	68	63
3人(台)	89	47	123	61	34	20	54	38	74
4人(台)	50	20	76	57	29	27	38	34	40
5人(台)	26	14	42	33	34	29	20	29	32
6人(台)	11	9	30	18	27	34	7	19	37
7人(台)	12	7	16	18	27	24	18	15	35
8人(台)	5	4	12	19	26	21	5	8	26
9人(台)	2	2	10	7	23	23	6	10	13
10人(台)	3	3	10	9	23	20	3	5	14
11~15人(台)	9	3	19	27	98	93	12	20	44
16~20人(台)	1	1	8	8	58	78	0	5	23
21~30人(台)	0	1	3	7	52	66	1	1	16
31~40人(台)	0	1	1	0	22	40	0	1	0
41~50人(台)	0	0	1	2	9	14	0	2	1
51~100人(台)	0	0	0	0	15	24	0	0	3
101人以上	0	0	0	0	2	2	0	0	1
計	565	554	561	551	545	552	347	331	422

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。
注：部分的な記載のみの回答があったため、「介護福祉士」と「その他の介護職員等」の合計値と「合計」は一致しない。

うち、登録特定行為事業者（特定）

	常勤実人数			非常勤実人数			常勤換算数		
	介護福祉士	その他介護職員等	合計	介護福祉士	その他介護職員等	合計	介護福祉士	その他介護職員等	合計
0人	4	27	1	8	2	0	1	0	0
0人超1人未満	0	0	0	0	0	0	2	1	0
1人(台)	14	23	5	10	3	1	12	7	0
2人(台)	17	12	11	10	4	2	5	9	5
3人(台)	15	5	16	6	2	2	6	13	6
4人(台)	8	2	14	8	2	2	8	5	7
5人(台)	6	3	8	7	3	1	4	2	8
6人(台)	5	2	5	5	3	5	0	0	5
7人(台)	5	0	5	3	2	2	4	0	3
8人(台)	1	1	1	2	4	0	1	1	1
9人(台)	1	0	2	2	3	0	1	3	0
10人(台)	0	0	1	3	4	2	1	2	5
11～15人(台)	2	1	4	7	20	19	3	3	6
16～20人(台)	1	0	3	3	9	14	0	1	9
21～30人(台)	0	1	0	2	6	12	0	0	2
31～40人(台)	0	0	1	0	4	5	0	0	0
41～50人(台)	0	0	0	1	0	3	0	0	0
51～100人(台)	0	0	0	0	4	5	0	0	0
101人以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	79	77	77	77	75	75	48	47	57

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。

注：部分的な記載のみの回答があったため、「介護福祉士」と「その他の介護職員等」の合計値と「合計」は一致しない。

（５）利用者数

利用者数	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
利用者数なし	7	1.2%	0	0.0%
1～19人	127	22.0%	11	13.6%
20～39人	144	24.9%	14	17.3%
40～59人	100	17.3%	13	16.0%
60～79人	61	10.6%	13	16.0%
80～99人	41	7.1%	11	13.6%
100～119人	34	5.9%	7	8.6%
120～139人	9	1.6%	1	1.2%
140～159人	7	1.2%	2	2.5%
160人以上	21	3.6%	4	4.9%
小計	551	95.3%	76	93.8%
未記入	27	4.7%	5	6.2%
合計	578	100.0%	81	100.0%
利用者数の総和	29,016人		5,140人	
利用者数の平均	53.3人		67.6人	

注：利用者数の平均は利用者数なしの事業所を除いて算出。

《参考》
全国調査（H24.9月中）

構成比
4.9%
36.4%
30.3%
15.5%
6.4%
2.8%
1.4%
0.7%
0.5%
1.1%
100.0%
34.2人

出所：平成24年介護サービス施設・事業所調査の概況（厚生労働省）

延べ訪問回数	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
回数なし	7	1.2%	0	0.0%
50回未満	22	3.8%	5	6.2%
100回未満	16	2.8%	0	0.0%
200回未満	56	9.7%	4	4.9%
500回未満	158	27.3%	20	24.7%
1000回未満	167	28.9%	24	29.6%
2000回未満	79	13.7%	14	17.3%
2000回以上	32	5.5%	7	8.6%
小計	537	92.9%	74	91.4%
未記入	41	7.1%	7	8.6%
合計	578	100.0%	81	100.0%
延べ訪問回数の総和	380,177回		60,649回	
延べ訪問回数の平均	717.3回		819.6回	

平成26年3月中の利用者数、延べ訪問回数。

注：延べ訪問回数の平均は回数なしの事業所を除いて算出。

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。

	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
1. 行為が必要な利用者がいる。	145	25.1%	56	69.1%
2. 行為が必要な利用者はいない。	295	51.0%	4	4.9%
3. 過去に行為が必要な利用者がいたことがある。	120	20.8%	21	25.9%

注: 「1」と「3」を両方選択した場合は「1」の回答のみを(人数も)採用した。

「2」と「3」を両方選択した場合は「3」の回答のみを採用した。

1. 行為が必要な利用者がいる。			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 経管栄養			喀痰吸引 経管栄養		
1人	65	42	1人	58	37
2人	26	19	2人	27	18
3人	21	16	3人	15	11
4人	6	5	4人	4	2
5人	2	5	5人	4	2
6人	4	4	6人	3	0
7人	5	0	7人	0	0
8人以上	3	4	8人以上	1	1
計	132	95事業所	計	112	71事業所
総和	301	236人	総和	219	144人
平均	2.3	2.5人	平均	2.0	2.0人

(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。

	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
1. 喀痰吸引等の行為を現在行っている。	68	11.8%	(3A) 52	64.2%
2. 喀痰吸引等の行為を行ったことはない。	456	78.9%	(3B) 4	4.9%
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。)	48	8.3%	(3C) 24	29.6%

1. 喀痰吸引等の行為を現在行っている。 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。)

1. 喀痰吸引等の行為を現在行っている。			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。)		
喀痰吸引 経管栄養			喀痰吸引 経管栄養		
1人	34	13	1人	28	10
2人	12	8	2人	11	3
3人	5	2	3人	4	1
4人	4	0	4人	0	0
5人	2	2	5人	0	0
6人	3	1	6人	0	0
7人	0	0	7人	0	0
8人以上	0	0	8人以上	1	0
計	60	26事業所	計	44	14事業所
総和	117	51人	総和	71	19人
平均	2.0	2.0人	平均	1.6	1.4人

(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

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)

	回答母数	68	回答事業所数	構成比	順位	うち登録特定行為事業者(特定)	回答母数(52)	構成比	順位
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。	51	75.0%	2	39	75.0%	2			
イ. 事故が起きたときのリスクの保証に不安がある。	48	70.6%	4	36	69.2%	4			
ウ. 行為に見合うだけの報酬が保障されない。	41	60.3%	5	31	59.6%	5			
エ. 研修受講に時間がかかる。	58	85.3%	1	44	84.6%	1			
オ. 研修費用が高い。	50	73.5%	3	37	71.2%	3			
カ. 医療関係者の協力が得られない(得られにくい)。	16	23.5%	8	12	23.1%	8			
キ. 本来業務の妨げになっている。	7	10.3%	9	4	7.7%	10			
ク. 書面(計画書・報告書等)が複雑で作成が困難。	37	54.4%	6	31	59.6%	5			
ケ. 安全委員会やOJT研修等の開催が困難。	34	50.0%	7	26	50.0%	7			
コ. その他	5	7.4%	10	5	9.6%	9			
・行為に制限が多い。 ・第3号研修の基礎研修開催数が少なく、新規人員養成に時間がかかる。 ・指導者の負担が大きい。 ・Ns 施術チェック、連携の難しさ ・ケアマネ・訪問看護の理解がない。									

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。

		うち、登録特定行為事業者(特定)	
回答数	45	38	
記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)	(印は登録特定行為事業者からの回答)		
<ul style="list-style-type: none">・第3号研修においての基本研修と実地演習・実地研修の分離。・基本研修までは、利用者等がいなくても受講できるものとする。・医療関係者の協力・積極的な参加(安全委員会等)。・手続を簡素化する(研修中の書類作成や県への登録手続)。・報酬を設定する(介護従事者及び関係する医療従事者へ。またその事業所に対して)。・県で運営する研修を増やし、あらゆる時期、場所で開催する。・実地研修だけでいいのでは。こちらも素質あるヘルパーしか当てていない。・制度が出来たことで病院の簡易な研修が無くなり、逆にやりにくくなっている。・病院での実施研修の全面協力と改正・経管栄養の注入(半固形)と処方薬の注入。滴下の人は少ない。・指導して下さる訪問看護ステーションが指導研修を受けていない。・1号、2号で半固形の経管栄養が対象にない。・フォローアップ研修を開催する。・研修が不定期で書類の処理も多いのでスピードが遅い。・医療関係者の認知度が低いことがある。			

(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

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)

回答母数		456	回答事業所数	構成比	順位	うち登録特定行為事業者(特定)		構成比	位
ア.	そもそも制度が複雑すぎてわからない。	87	19.1%	9	1	25.0%	6		
イ.	事業所の登録要件が厳しい。	137	30.0%	5	2	50.0%	3		
ウ.	事故が起きたときのリスクの保証に不安がある。	261	57.2%	2	2	50.0%	3		
エ.	行為に見合うだけの報酬が保障されない。	132	28.9%	6	2	50.0%	3		
オ.	研修受講に時間がかかる。	275	60.3%	1	3	75.0%	1		
カ.	研修費用が高い。	219	48.0%	3	3	75.0%	1		
キ.	医療関係者の協力が得られない(得られにくい)。	84	18.4%	10	0	0.0%	11		
ク.	本来業務の妨げになっている。	32	7.0%	13	0	0.0%	11		
ケ.	書面(計画書・報告書等)が複雑で作成が困難。	98	21.5%	8	1	25.0%	6		
コ.	安全委員会やOJT研修等の開催が困難。	107	23.5%	7	1	25.0%	6		
サ.	備品の確保が困難。	57	12.5%	12	1	25.0%	6		
シ.	そもそも対象者が確保できない。	181	39.7%	4	1	25.0%	6		
ス.	その他	63	13.8%	11	0	0.0%	11		
・依頼(利用)がない。対象者(利用者)がいらない。 ・ヘルパー人員不足。									
・看護師が行っている。 ・家族が行っている。									
・医療行為と考えるので、介護職員はやらない方針。 他									

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。

		うち、登録特定行為事業者（特定）	1
回答数	189		
記載内容（代表的・具体的・特徴的な意見を抽出）	（印は登録特定行為事業者からの回答）		
<p>研修受講にあたり、実地研修の実施は原則所属事業所で実施とある為、対象者がいない場合はいつまでも受講が不可である。なので施設、病院等での実地研修の実施受け入れ、もしくは研修受講の流れの中に込みでのカリキュラム体制をお願いしたい。介護職員の実地研修に協力的な医療機関指導者があまりいない。研修に時間と費用と場所の確保ができない。リスクの保証や事故事例の検討も多くは公表されていないので、対応法を備えることも困難。以上のことを明確にスムーズに行う事業所側での対策が取れば、実施の期待が高まると思う。</p>			

国のヘルパーに対しての研修の実施について、週に一回くらいを各市役所で行うようにしてほしい。みんな受ける時間がない。また、遠くの実施場所では通えない。市役所の週1なら休みの時に受けに行ける。そのために利用者は他の事業所に移動されて減ってしまった。
緊急時の対応の強化。定期的な医師・看護師による現場の確認。
研修後のサポートも必要である。
研修を受けても長期間行為を行わないことで、行為そのものが行えなくなってしまうことがないよう定期的な研修ができる体制を整える。
介護職として医療行為の吸引ではなく、まず、排痰などの技術を身につけることが必要。
より安全に行えるような機材の改良。
機器の改善（適切に処置が行われない場合にアラームがなりなど）（家族も含めて使いやすいさ）
ヘルパーは医療従事者でないため、まず家族との信頼関係ができていないとなかなか受け入れてもらえないのでは。特に、喀痰の場合は強いと感じます。医療関係者の全面的バックアップ。

(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

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)

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)					うち登録特定行為事業者(特定)		回答母数(24)		順位	
	回答母数	48	回答事業所数	構成比	順位		構成比			
ア. そもそも制度が複雑すぎてわからない。	3		6.3%	10		0	0.0%	12		
イ. 事業所の登録要件が厳しい。	8		16.7%	6		2	8.3%	10		
ウ. 事故が起きたときのリスクの保証に不安がある。	12		25.0%	4		5	20.8%	5		
エ. 行為に見合うだけの報酬が保障されない。	8		16.7%	6		6	25.0%	4		
オ. 研修受講に時間がかかる。	15		31.3%	2		8	33.3%	2		
カ. 研修費用が高い。	15		31.3%	2		7	29.2%	3		
キ. 医療関係者の協力が得られない(得られにくい)。	8		16.7%	6		5	20.8%	5		
ク. 本来業務の妨げになっている。	1		2.1%	13		0	0.0%	12		
ケ. 書面(計画書・報告書等)が複雑で作成が困難。	8		16.7%	6		4	16.7%	8		
コ. 安全委員会やOJT研修等の開催が困難。	9		18.8%	5		5	20.8%	5		
サ. 備品の確保が困難。	2		4.2%	12		2	8.3%	10		
シ. 対象者が存在しなくなった。	45		93.8%	1		21	87.5%	1		
ス. その他	3		6.3%	10		3	12.5%	9		
・資格保持者の退職。										

	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
「シ」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。	10	22.2%	5	23.8%
	28	62.2%	14	66.7%

	回答事業所数	構成比	うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
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。	17	37.8%	8	38.1%
	24	53.3%	11	52.4%

「シ」と回答した事業所を分母とする回答率

その理由 回答数 18 12
記載内容(主なもの) (印は登録特定行為事業者からの回答)

実施するつもりは「ある」
入居者が必要となった場合は、緊急性があることから必要不可欠
吸引については生死に関わり、訪問時に体調が思わしくない場面において放置する事はできない。医療機関での入院での受け入れが難しくなっている。
今後の法改正で予防サービスの減少又はなくなることが考えられ、身体介護に強い所が生き残ると思われる。
研修受講後に依頼があれば対応させていただきます。
実施するつもりは「ない」
実施していたのは経過措置期間中。制度が見直された現在、登録要件を満たすことが困難なため。
喀痰吸引等研修を修了している訪問介護員がいない。
リスクの保証に不安があるのと、行えるようになるヘルパーがいない。やりたがらない。
現状のサービスが多忙すぎて余裕がない。

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。

回答数 23 15
記載内容(代表的・具体的・特徴的な意見を抽出) (印は登録特定行為事業者からの回答)

主治医を中心に医療職と介護職が、喀痰の吸引をヘルパーのサービスの一つとしてとらえていくこと。
訪問介護の事業所としては、主治医との接点が薄い。主治医や訪問看護との調整等がスムーズに出来るようになれば良いと思う。
以前のように医療機関立会いによる承認で実施ができるようにしたほうが、多くの方を対応できると考えています。あるいは、研修の費用や実施しているところを増やしてほしいです。

喀痰吸引等研修について

(1) 喀痰吸引等研修の受講状況についてお聞きます。

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。

	回答事業所数	構成比
ア. いる。	121	20.9%
イ. いない。	450	77.9%
小計	571	98.8%
未記入	7	1.2%
計	578	100.0%

うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
67	82.7%
14	17.3%
81	100.0%
0	0.0%
81	100.0%

「ア. いる」と答えらうち、

記載人数区分	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	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	不特定多数の者対象の研修を修了した者	特定の者対象の研修を修了した者
1人	16	34	25	14
2人	9	10	8	4
3人	12	4	1	6
4人	8	8	2	5
5人	4	1	0	4
6人	3	4	1	4
7人	2	0	0	0
8人	2	0	0	0
9人	0	1	0	1
10人	1	1	0	1
11人～15人	2	1	1	0
16人～20人	0	0	0	0
21人以上	3	1	0	1
計	62 51.2%	65 53.7%	38 31.4%	40 33.1%
総和	273	199	73	161
平均	4.4	3.1	1.9	4.0

(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。

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。

	回答事業所数	構成比
ア. 思っている	252	43.6%
イ. 思っていない	311	53.8%
小計	563	97.4%
未記入	15	2.6%
計	578	100.0%

うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
49	60.5%
29	35.8%
78	96.3%
3	3.7%
81	100.0%

うち、登録特定行為事業者(特定)

アの理由 回答数 225

記載内容(主なもの)

44

(印は登録特定行為事業者からの回答)

スキルアップ

超高齢者時代の多種多様な変化に則し、職員のスキルアップ及び現状の需要に対応していきたい。
常に最新の技術の習得と、緊急対応時にも平常心を維持する必要から。
技術習得して今後のプランの幅を広げて行きたい。

必要性がある(利用者の立場で)

在宅でお住まいの利用者がその必要が生じた際に在宅での生活の継続を維持するために必要と思うから。
医療依存度が高く、長期療養をされていた方が、住み慣れた地域に少しでも復帰することの出来る可能性を広げる為には、必要な行為と考えている。

現在必要

訪問看護へ併設して需要が多いため。他の事業所の導入がむずかしく、当事業所への依頼が複数あるため。
対象になる利用者様がいるため。また、今後対応が必要になる利用者様が増えてくるため。
現在1名での対応で負担がかかり体調を崩してしまったため、代われる職員を増やしたい。

現在の人員では足りない・負担大の(可能性がある)ため

有資格者への負担が増える為。
喀痰吸引等事業所として全ての職員が対応できる必要があると考える為。
1日に何回も活動に入る利用者さんに対して同じ従事者のみに負担がかからないように分担出来る機会を持ちたい。
現在1人で吸引のご利用者様を受けているので、休みの確保の難しさや負担が大きい為。

今後必要

今後のニーズとして必要性はあると考えられるが、現状では実習対象者の確保等の課題残り、経過を見ている状況。
現在、関わっている利用者さんに喀痰吸引が必要になれば受けなければいけないと思っている。
今後、新規の契約の方で必要となることも考えられるため。

ニーズに応える

訪問介護の支援範囲を拡大できることにより、多くのご利用者様の支援となり、在宅生活をご希望されている方のニーズに対応できていると考えているからです。
現時点でサービスに入っている利用者様に最後までサービスに入らせて頂きたいのと、利用者様からも他のサービス事業所に替えたくないとの意向を伺っているのです。最後まで看取って欲しいと願う利用者様に対応する為、責任をもって対応出来るヘルパーのみ。

経営方針

将来の経営のため。

重度の利用者に重点を置く方針にしたい

身体介護を増やしたいと思うので、喀痰吸引も受けていきたいと思っている。

新規利用者確保

喀痰吸引ができる従業者がいると、新規の利用者の確保に繋がるため。

サービス提供している利用者の状態低下が著しく入院するケース（誤嚥性肺炎のリスクが大きい）が多く、新規での利用者の確保が困難であるため。

思っています。そうしないと新しい利用者の胃ろうについては受けられないから。

ただ、1名だけ研修を受けていますが、その時のいろいろな煩雑さや費用のことを考えるとなかなか進まない。

受講させたい

事業所としてのリスクは多々あるが、希望する職員がいれば受講はしてもらいたいと考える。

資格取得を希望する常勤介護職員が確保できた場合は支援していきたい。

受講させたいと思っているが、受講地が遠い。

個人で受講したいと思うなら受けてほしい。

現在研修受講中

現在1名受講中

ニーズに応えるために随時新採用者に受講をさせている。

うち、登録特定行為事業者（特定）

27

イの理由

回答数

249

記載内容（主なもの）

（印は登録特定行為事業者からの回答）

必要ない

需要が増えれば考えるが、現在ヘルパーによる吸引の必要がない。

看護師のオンコールがあるため必要がない。

依頼（利用者）がない

実施する利用者がいない。

吸引等の必要なご利用者がいない。必要があれば受講したいと思う。

（行為に係る事故）リスクが大きい

喀痰吸引は医療行為として専門的な知識と技術が必要であり、訪問介護という単独で

介護員が訪問する場面では、事故があったときの対応等が困難なため。

必要性を訴えているが、事故が起きた時のリスク等で会社の理解が得られない。

会社としてリスクがあるため。

事故のリスクを考えて研修を受講する従業者がいない為

余裕がない

今の業務で精一杯の状態です。

小さな事業所で、さまざまな事に対応しきれない。

スタッフ（人員）不足・ヘルパーの高齢化・資質低下

職員が少数かつ利用者も少なく、現在の当事業所での状況では対応できないため。

研修を受けた場合にその穴をうめる職員がいない。

介護訪問員の高齢化が進み、対応が難しくなっている。

受講出来る対象の人材がいない。高度な技術や判断力が低い為。

お金がない、時間がない

研修費用の捻出が出来ない。（同意見多数）

研修の時間が取れない。（同意見多数）

経営方針と合わない・未決定

サ高住併設の事業所であり、入居される利用者様のコンセプトが違う。

様々な側面から鑑みても、事業所側のメリットになる点が見出せない。

法人として喀痰吸引等への対応が未決定のため。

費用に対して効果が見込めない（採算が合わない）

採算が取れない。

研修受講に要する費用に対して効果が見込めない。

不特定多数の者対象の研修を受講していきたいと考えるも、費用対効果が期待できない。

研修を受けた職員が退職したら継続できないので、リスクが大きい。

介護職のやるべきことではない、本来業務の妨げになる

完全な医行為であり、もっと単純な医行為を望めず、看護資格との差もあり、リスクも大きく、介護士のやるべきことではないと思う。

在宅でのサービスではリスクが大きい。ナースができる吸引の範囲とヘルパーのできる限度があり、吸引の必要性の高い方は奥まで入れないと（カテーテル）改善されにくい。その為ナースの対応が良いと思う。

喀痰吸引制度の対応事業所にする予定なく、現状本来の業務に支障をきたす為。

研修受講期間が本来業務の妨げになるので。

（実地研修時の）対象者が確保できない

利用者の確保の見通しが立たない状況で研修の負担が大きい。

研修の受講は出来ても対象者がいないため、実施研修できずの状態が続いている。

受講希望者がいない

受講を希望する従業者がいない。

規模も小さく、現在働いている介護職員はサービス提供責任者以外全員非常勤職員で、喀痰吸引に対して不安が先行してしまい、皆研修自体受講したがないことと、現実問題困難なため。

個人負担の問題
研修費用が個人負担なので。
個人に掛かる負担の増加もあり、事業所としてどこまで管理できるかと言う問題もある。

他にやるべき研修がある
ヘルパーを募集してもなかなか集まらない現状で、時間をかけて研修に出している余裕がない、また研修費が事業所負担だが、いつ必要となるかわからない技術の研修に時間をかけるのであれば、他にもっと必要な研修があるのではないと思う。（認知症研修等）

(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。

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)

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)				うち登録特定行為事業者(特定)		回答母数(66)		順位
	回答母数	578	回答事業所数	構成比	順位		構成比	順位
ア	受講費用が高く負担である。	367	63.5%	1	59	72.8%	1	
イ	受講するカリキュラムが長すぎる。	279	48.3%	4	40	49.4%	3	
ウ	実地研修対象者が確保できない。	304	52.6%	3	23	28.4%	6	
エ	指導看護師の確保ができない。	196	33.9%	5	22	27.2%	7	
オ	看護師が制度について理解できていない。	43	7.4%	9	13	16.0%	8	
カ	医師の協力が得られない。(指示書等)	44	7.6%	8	7	8.6%	9	
キ	受講の際の代替職員等の確保ができない。	348	60.2%	2	41	50.6%	2	
ク	受講を希望する時期に研修が実施されていない。	124	21.5%	7	30	37.0%	5	
ケ	(特定の者対象)研修の場合、利用者や行為ごとに受講し直す必要がある。	156	27.0%	6	35	43.2%	4	
コ	その他	26	4.5%	10	4	4.9%	10	
サ	思っていない。	18	3.1%	11	1	1.2%	11	

うち、登録特定行為事業者(特定)

7

その理由 回答数 24

記載内容 (ア～ケの内容と同様なものは略。それ以外で主なもの)

コ.その他

研修機関が少ない(研修機関の要件緩和が必要)
受講してから都道府県への申請に時間がかかりすぎる為、実施開始までに必要なくなるケースがある。
介護職員が高齢化しており、若人が入らないので研修を受けたくても受けられない。
介護経験の浅い職員が多いため、受講することは難しい。
辞められるリスクが大きい

サ.思っていない

特に困難はない。ニーズがあれば即、動きます。
事業所内で研修を行っている。

(4) その他研修受講についてお聞きます。

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。

	不特定多数の者対象研修	特定の者対象の研修	(再受講時<実地研修のみ>)
0円(無料)	21 6.8%	20 6.6%	24 9.0%
1,000円以下	2 0.7%	4 1.3%	13 4.9%
3,000円以下	10 3.3%	15 4.9%	40 15.0%
5,000円以下	20 6.5%	39 12.8%	55 20.6%
10,000円以下	45 14.7%	87 28.6%	78 29.2%
20,000円以下	35 11.4%	53 17.4%	25 9.4%
30,000円以下	68 22.1%	45 14.8%	28 10.5%
50,000円以下	72 23.5%	27 8.9%	3 1.1%
100,000円以下	28 9.1%	13 4.3%	1 0.4%
100,000円超	6 2.0%	1 0.3%	0 0.0%
計	307 100.0%	304 100.0%	267 100.0%

注:例えば「2～3万円」と回答した場合、その範囲の中間値である「25,000円」として集計区分した。

うち、登録特定行為事業者(特定)

	不特定多数の者対象研修	特定の者対象の研修	(再受講時<実地研修のみ>)
0円(無料)	3 6.8%	3 5.9%	4 9.1%
1,000円以下	1 2.3%	2 3.9%	5 11.4%
3,000円以下	0 0.0%	2 3.9%	10 22.7%
5,000円以下	1 2.3%	5 9.8%	15 34.1%
10,000円以下	6 13.6%	24 47.1%	5 11.4%
20,000円以下	4 9.1%	5 9.8%	2 4.5%
30,000円以下	14 31.8%	6 11.8%	2 4.5%
50,000円以下	10 22.7%	3 5.9%	1 2.3%
100,000円以下	3 6.8%	1 2.0%	0 0.0%
100,000円超	2 4.5%	0 0.0%	0 0.0%
計	44 100.0%	51 100.0%	44 100.0%

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。

	回答事業所数	構成比
ア 適当である	187	32.4%
イ 不足している	23	4.0%
ウ 長すぎる(多すぎる)	259	44.8%
小計	469	81.1%
未記入	109	18.9%
合計	578	100.0%

うち登録特定行為事業者(特定)	構成比
21	25.9%
4	4.9%
48	59.3%
73	90.1%
8	9.9%
81	100.0%

注：特定対象と不特定対象の研修についての選択意見が分かれ、回答を併記された事業所がいくつかあったが、特定対象の研修を今回の調査の主眼にしているため、この場合においては特定についての回答のみを採用した。

自由意見欄

回答数

259

別紙参照

うち、登録特定行為事業者（特定）
55

キーワード	記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)
必要性	<p>社会の超高齢化に当たり、看取りをしていくのであれば喀痰吸引はリスクもあるが必要なことを考える。痰を詰まらせ亡くなったとなれば、関わったスタッフは『何かもっと自分にもできたのではないかと』と悩まざるを得ない。介護職員でできる看取りの中で、無力感や後悔を感じなくても出来る事を考えてきたが、看護師不在の時には不安も多く、かと言って現状看護師の勤務を研修に当てるのは反対に不在時間が発生してしまい受講できない状況があった。 家族不在時等、仕方なくせざるを得ない状況が、今後も一般在宅でも出でくるとのではないかと思う。</p>
受け皿	<p>喀痰吸引を行わなければならない利用者を受け入れない施設があるということも聞いた。行き場のない人を作らないためにも、在宅に戻った人の喀痰吸引を広くヘルパーが行えるようになってほしい。</p>
制度理解	<p>制度をきちんと説明できる人がほしい。質問にきちんと的確に答えてくれる人がほしいいつも思います。事業所に実施するための安全責任があるとなっているが、本来なら医療関係やケアマネも実施事業所と同じように理解していなくてはいけなはずなのに、1年前は話が通じず、一方的に、事業所の勉強不足と言われました。全体に制度の理解が進んでいなかったにも関わらず、実施事業所だけに「勉強しろ、関係者の理解を求めろ」という雰囲気の中、利用者さん家族との関係が良好だったため、続けることができました。この一年間で制度理解が少し進み、職員としての就職希望者や喀痰吸引等のサービス依頼が何度かありましたが、零細事業所(採算が取れない)であるため、期待に添えることはできず、お断りをしました。</p> <p>制度をわかりやすくする、研修・書類等を簡素化する、零細事業所でも採算の取れる報酬体系にする等したうえで、最終的には、関係者の信頼関係と、利用者さんを含めた対等な責任関係が必要だと思いました。</p>
申請等手続	<p>喀痰吸引等を始めるために必要な手続とその費用が多すぎ、特定の者対象の研修では全ての手続が終わり、行為を開始する前に対象者が死亡する等の理由で、手続や費用が無駄になることがある。また開始された後、病気や障害の悪化により、介護職員の行う喀痰吸引等の行為では対応できない(挿入できる長さなど)こともある。上記理由により、手続にかかる時間や費用について改善が必要と思います。</p> <p>ご利用者の体調の変化により、急に喀痰吸引等が必要となった場合などの緊急時に対応できないので、依頼をお断りしなければならないことがある。登録手続きなどが緊急時にも対応できる体制があると助かります。宜しくお願いします。</p> <p>特定の者対象の研修で実地研修を受けて都道府県へ認定申請をしてから認定証が届くまでに時間がかかりすぎていると思います。サービス開始までに修了する方や新規申込みから開始までに1か月前後かかるとヘルパーの時間を確保しなければならない為、サービス開始時期に入れる状況が変わっているケースがある。</p> <p>インターネット上やメールでの申請ができるようになれば、郵送時間が短縮されたり、認定日(サービス開始日)が早期に分かれれば、今以上にサービス開始が早まるので、検討して頂きたい。</p> <p>制度ができたことで吸引できるヘルパーが減少した。(ご利用者様からの声) 喀痰吸引等研修(1号・2号)の実地研修先が少なく受講できない。 都道府県や市町村との連携で実地研修先を確保してほしい。</p>
情報提供	<p>喀痰吸引制度が必要な方は現在全国に何人位いらっしゃる、どの位利用され、どの位利用できていない状況で、今後どのような変化をしていくのだらうと予想されているのでしょうか? 今回のアンケート調査の結果等各事業所いろいろわかりやすい情報がほしいのではと思います。</p> <p>介護施設では実地研修が行えると思いますが、訪問介護事業所での研修はほぼできません。訪問看護事業所との連携があったりすれば違うと思いますが、横との連携が薄いので、自治体の主催での集まりがあるといいと思います。そもそもどれだけのニーズがあるかも情報がありませんので、時間とお金をかけて研修に行かせる理由が見つかりません。</p> <p>全てにおいてあまりにも情報が少なく、どこに相談や質問をすればよいのかも明確でない為、不安しかありません。</p> <p>今の現状では、不安と負担しか感じられず、その不安の解消方法もわからない状態です。</p> <p>もっと、細かな情報を得られる講習会や実施方法の講習会などの開催が必要だと感じます。</p>
研修開催地	

キーワード	記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)
	<p>受講について研修を受けるに当たり個人の資格とみなされることが多く、費用がヘルパー負担になることが多い中受講費用は高く、また研修機関への受講に対しては休日を使用すると聞く。必要な受講であることや、必要な資格であると認識しており、またニーズもある事を承知しているが、依然敷居の高い制度ではないかと考えます。必要な制度である事は認識している職員も事業所内では多いが、事業所には「受講に行く時間」「費用」を職員にどう提供するのが課題となっています。研修機関が遠方であることも受講から足の遠のく原因とも考えられる為、市区町村単位での研修開催もあると、もう少し取得者が増えるのでは?と期待しております。</p>
開催頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・研修が理想的には2ヶ月または毎月定期的に行われること ・医療職の理解の浸透(事業所毎のバラツキが顕著) ・利用者(またはケアマネージャー)が事業所を探す際にどこの事業所が特定行為に対応しているかわかりづらいと相談されたことがある。
通信教育	<ul style="list-style-type: none"> ・講義を通信でも受けられれば実習時間はなんとか日程が組める。 ・主婦がほとんどなので、受講料が50,000円を超えると参加できないスタッフが多い。
利用者(対象者)	<p>医療従事者とは行える範囲が狭く、利用者の満足にはならない。重度者であるため、利用者に慣れるため無報酬でも同行等の必要があり、およそ一月は大赤字である。高齢者の場合、痰吸引登録事業者ということで、急に数コマ関わるのは利用者の体力等を考慮すると無理です。3号取得も高齢者では実地研修時の負担が多く無理であり、先には研修中に亡くなられました。ケアマネージャーさんはとても安易に考えておられ、上記のようなこと、安全委員会の必要性等話すと申し込みを引き上げられます。リスクは大きい報酬上乗せがない。退院後等通常業務から関わらせていただければ高齢者も受けられます。しかしながら、仕事割り振りの抱え込みが多い現状、今後、障害児童の申し込みがあった場合は再度取り組みたく思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者様の生命に関わる事なので、実施研修等、厳しいのは当然ですが、ヘルパーの人数が不足気味で業務に追われている日常でこれだけの研修課程に時間をとる事が難しい。 ・また、喀痰吸引を必要とする利用者様が10年近くおらず第3号研修もできない状況である。 ・現在の利用者様にその必要性が出てきてから第3号研修を受け利用者様に実習させて頂き登録手続きをするのでは時間がかかりすぎ現実的でない。
実地研修	<ul style="list-style-type: none"> ・基本研修と実地演習・実地研修の分離。開催期間及び開催日数増。 ・医師や他の医療関係者の積極的な参加。 ・各研修機関の手続き等の統一。 <p>訪問介護事業所が中心となる手続きが多く負担が多い。実質的には医療関係機関で手続きを行う方が良い。例えば、研修の指示書や喀痰吸引等の実施に関わる指示書等、とくに関係者会議は医療関係者主導で行って欲しい。</p> <p>喀痰吸引1号研修に現在1名参加しています。座学は修了しましたが、実地研修先が見つからず、研修を修了できません。研修期間の業務調整が難しい中で、時間を作り研修しているにもかかわらず、実習先の都合で修了が延びてしまい困っています。(研修費を支払ったまま、業務に当たれないと経営面にもかかります)事業所として喀痰吸引に取り組むことを目標にしていますが、資格取得の研修だけでなく、事故が起きた場合の補償 資格取得後の継続した研修に係る費用など様々な問題があり、多くの不安があります。これらについて、すでに方策が示されているのだとしたら、制度の内容が、まだまだ周知されていないのではないのでしょうか。事業所、高齢者、高齢者と住んでいる家族にも制度そのものや「自宅で吸引、胃ろうができ、生活できる」ということを知らせる必要があるかと思えます。</p> <p>介護職にはもっと勉強させてほしい。</p> <p>2号研修勉強中だが、吸引対象者がおらず、修了できず。2号50hの講義を修了したら、経管栄養等、行為ごとや、3号も取れるようにしてください。せっかく50hの講義を受けて実地演習うけているが、吸引の実地がはじまらない。対象者は容態が悪い利用者しかおらず、亡くなってしまうと研修終わらない。常に吸引が必要な利用者というのは、有料老人ホームで看護師が日中しかいないホームでは入居難しい。その場合、状態が悪くなった段階で吸引必要となるため研修には不向き。</p>

キーワード	記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)
医療機関選択	<p>実地研修の回数が不足し研修が修了しないということを多く聞きます。利用者、家族の方も不安が大きい事が原因だと思うので、どのように利用者家族に説明し実地研修に臨むかが大切だと思います。シュミレーターによる演習だけでは不足だと思うので実地研修は必要ということも理解して頂けなくてはならないと思います。</p> <p>喀痰吸引等制度に関しまして、講習金額、講習時間も妥当かの判断はつきにくいですが、講習会場の選択数と実施医療機関が限られている現状は、介護業務(日常職務)を行いながら受講することは、非常に難しく、運営事業所地域内の医療機関の選択が可能になるような環境ができると、より受講が受けやすくなる「時間」が確保できるように思います。</p>
指導看護師	<p>指導看護師になっていただいた看護師さんが2人やめてしまい、今の時点でそのお宅(2人とも別の利用者)に一人も指導看護師がいなくなっていました。新しく人も入れ資格をとらせようとしても看護ステーションの方も受講料がかかる。誰を受けさせるべきかでなかなか話が進まない。指導看護師講習が少なすぎる。講習を受けた看護師がこの講習に意味があるのかと疑問に感じる人が多い。東京のように3HのDVDを見るだけではだめなのか。</p> <p>3号研修では一人に対する時間をとりすぎて取得する意欲が削がれている。せめてあれだけの講習をするのであれば一律に不特定多数に吸引が出来るようにして欲しい。そうすれば依頼があった時にすぐさま対応できる体制を整えることが出来る。意外と看護師から受ける演習、研修に時間がかかっている。そこは経験者であれば一日で終わらせるのではないかと。利用者はとにかく切羽詰って依頼をしている。在宅に重度者を還したい方向で社会的に促すのであれば、制度が今のままでは通用していないと感じる。</p> <p>地域での医療連携が必要であると同時に、看護師の指導能力も問われると感じます。私自身も実地指導の利用者確保ができず受講をあきらめました。</p> <p>研修をする際の、受け入れ先と講師(看護師等)の情報提供。どこに依頼をすれば、受け入れてくれる、指導してくれる。といった情報がないと、やみくもに探すのは、いち事業所では難しいです。また、研修の費用は、制度でまかなえる範囲内(キャリアアップ制度等)が理想です。事業所の負担も職員の負担も少ないほうがよいと思います。</p>
潜在看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職が資格を取得するまでの責務の多さや煩雑さが大変である。 ・実地研修の際利用者の体調もあり協力が得られにくい ・潜在看護師が吸引等を担えると、本当は良いとも思う
訪問看護ステーション	<p>訪問介護員による喀痰吸引制度ですが、家族支援の一環として門戸を開いていただいた事に関しては評価すべきだと思います。</p> <p>しかし、各設問にも記載させていただきましたが、制度に対するハードルが高すぎます。現に訪問看護ステーション間の考え方の差異も大きく、全面協力するか、全く協力できないかのどちらかです。</p> <p>協力してくださるステーションにおいても内部の意思統一がされておらず、「たかがヘルパーのくせに」という意識が現場の看護師にまかり通っているのが現実です。</p> <p>喀痰吸引という行為は、あくまでも医療技術ですから、福祉職域の人材養成カリキュラムには入っておりませんので、きちんとした研修が必要なことは十分理解できます。ヘルパーは家族ではありませんから、「責任問題」を考えると慎重になることも理解できます。</p> <p>しかし、疲弊している家族の手助けの一環としてヘルパーが担うならば、現在のカリキュラムが本当に必要なのでしょうか？</p> <p>看護師の養成カリキュラムでこれだけの研修は行われていますか？</p> <p>しかも、特定対象者となると、同じ研修を利用者の数だけ受けなければならぬという制度はナンセンスこの上ないと思います。</p> <p>制度だけの問題ではありません。ヘルパー事業所として、研修を受けさせたくても、代替のヘルパー要員が出せるほどの余裕がないという現状もあります。大所帯の事業所ならば、多少の余力はあるでしょうが、中小規模の事業所は、公休消化させるのが精一杯です。利用者の数を増やしたいが、ヘルパーが増員できないという昨今、事業所も精一杯の努力をしていますが、なかなか難しいのです。</p> <p>医療行為を認めない訪問看護ステーションが多いことをご理解の上、利用者や利用者の家族をどう支えていくかをきちんとお考えいただきたいと思います。</p>
病院研修	

キーワード

記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)

・医療行為なのに病院で研修を受けられないのはおかしい。病院だからリスクマネジメントも充実していると思う。
 ・医療行為なのに看護師に資格が必要なのはおかしい。訪問看護師が不足している中で確保できず、特定・不特定と分かれているのは変。
 ・研修機関が内容を理解していない。
 ・実地研修20回は長い(多い)。利用者への負担大きく、時間の確保が難しい。実施研修先対象者の確保が出来てある程度のスケジュールが組めるところまでを含めて研修期間としてほしい。病院実習研修は難しいのでしょうか。受講し実施研修をするまでの期間が長いと忘れてしまう。

教育機関等活用

現在の制度について、その必要により大規模な事業所(施設)などは研修対応可能かもしれませんが、上記質問事項の中にもあります通りさまざまな理由において参加は難しいのが現状です。例えば、実地研修でも対象となる利用者を探すところから始まり、家族の同意やケアマネに医師に看護師と協力が得られなければ実施できないと理解しています。かと云って、制度自体を簡素化し過ぎても問題が発生するのは予測できますし、この制度をもっと広める(浸透させる)のは難しいと感じます。今のところは、吸引や経管栄養の必要な方が入所している施設や訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問サービスなどで体制の整っているところを地道に増やすことと、今後、介護福祉士を取得できる専門学校や大学(短大)等でこの喀痰吸引授業が義務付けられると聞いていますので、その講義実技の部分だけでも事業所の職員も参加できるシステムを創るなどできれば良いと思います。勿論、学校から修了証は発行してもらい、事業所も人事評価やキャリア段位の項目にも活かしては如何かと思います。勝手なことばかり書いて失礼いたしました。

東部校(職業訓練校)は公共で格安に研修を受けれる講師も場所もいらないので、今後は受講料をとり、職業訓練生のみならず、現場で働く介護職員のために広く利用されるべきであると考えます。

手技標準化

吸引や経管栄養についての手技の標準化が必要で、特定・不特定と分けてしまうと再受講の際の経費や時間の確保などを事業所でどのように負担すべきなのか難しいと考えます。特定の者対象だとしても、利用者に負担していただくわけにもいかない。又、指導看護師の確保についても、訪問看護ステーションが研修費用を負担し、研修に時間をとられると運営が成り立たないなど意見も聞かれています。介護福祉士として医療ケアに携わる為にも、特定・不特定とわけずに、手技の標準化をし、研修も時間がかかっても1本化すべきと考えます。

フォローアップ研修

研修修了後、介護職員が実際の現場で喀痰吸引等の行為を始めた後、数ヶ月後に振り返りの研修(法定外研修)があると良いと思います。
 研修の金額は何とも言えないが、研修修了してからのフォローがあると、より安心がある(研修受講後の更新制度の導入など)。
 フォローがあるのであればそれに係る費用発生があっても良いと思う。

研修時間

・特定の場合、特に利用者への負担が大きいのでは？不特定も同様、在宅の場合研修にこんなに時間を掛けていたら入院又は他界してしまう。
 ・確かに研修はとても大事で必要、集中して質を良くすれば良いのでは？又ナースが行う行為とはちがう事とFa(家族)とのコミュニケーションや行う為のリスクも含め承諾が必要

研修費用

上記設問 - (4)については、受講内容を理解していませんので、妥当性を意見できません。なお、職員研修で8万円を出せる事業所は、数少ないと思います。特に、当社のような小さな事業所ではなおさら難しいと思います。
 「認定特定行為業務従事者」で資格を得ても、特定行為業務従事者は新たに利用者さんの活動に入る場合、実地研修時1行為につき3,000円支払うが、始めに資格取得時に高い金額を支払勉強しているはずなので、もう少し低い金額で勉強できたらと思います。
 また、訪問介護の事業所で不特定の研修を受けるには長い時間が必要で、また、実地研修の回数がとても多く必要になるため、その利用者様の確保と、指導者の時間の確保が難しく、実質的に不特定の研修を受けたくても受けられない状況にある。
 だが、喀痰吸引の依頼が多く、特定での申請になるため、研修費がかさんでいる。

報酬

特定の対象者について喀痰吸引等を行う場合、いくつかの事業所がかかわることになります。介護事業所のほか、訪問看護、在宅医(喀痰吸引等を指示する医者)などがあり、在宅医は指示書の発行等で報酬が発生していますが、訪問看護や訪問介護については、研修中から実際に喀痰吸引等を提供し始めてもこれといって報酬が設定されていないのでやはり改善の必要があると思います。

キーワード	記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)
報酬算定	<p>在宅介護を充実させるために、医療行為もできるようにするのならば、訪問介護員の介護報酬を上げて専門職としての地位を高めることが必須だと思います。訪問介護員の高齢化と人員不足、専門職として確立されていない現状では、どんなに事業所が努力したところで、喀痰吸引以前に訪問介護員がいなくなります。</p> <p>例えば、ご家族様が病院で(退院前に)医療指導を受ける際、ここまで時間と労力をかけていない現状があります。</p> <p>事業所が登録をして、訪問介護員が研修受講および登録をして、初めて利用できる制度では充実は到底難しいと感じます。訪問介護の特別食は管理栄養士からの指導及び訪問看護など医療との連携が必要ですが、身体介護として算定できます。</p> <p>喀痰吸引もこのくらい簡素化して、実際に現場で動くことが充実の一步に繋がっていくと考えます。</p> <p>・この制度がいまだによく分からない。説明会の説明している人も理解しきれていない感じがする。分かりやすい制度の見直しをしてほしい。</p> <p>・受講料を支払い、研修を受けた事業所及び介護職員が実際に喀痰吸引等のケアを提供したら、それ相当の報酬を支払うべきである。生活援助、身体介護と同じように「医療的ケア」という高い単価のサービス内容があって当然と思う。また、喀痰吸引は事故リスクの不安があり、その防止策としては、訪問看護との密な連携が必須である。そのためには会議や連携がしやすいように、訪問介護と訪問看護の両者に「喀痰吸引連携加算」があってほしい。さらに、訪問介護員が喀痰吸引時に痰が取りきれない状態や緊急を要することが起きた場合には、訪問看護へ緊急訪問の要請ができ、訪問看護へは「緊急時喀痰吸引加算」が支払われる体制になってほしいと思う。</p> <p>・痰の量や状態は日々変化する。介護職員が喀痰吸引できる範囲は限られている。介護職員はけっして訪問看護師の代用ではなく、一部の喀痰吸引ができ、利用者の状態変化が早期発見できるサービス提供者であり、医療従事者へは情報提供者でもある。このように、訪問介護と訪問看護が利用者の喀痰吸引のために連携できる環境が作りやすい制度にしてほしいと思う。</p>
費用助成	<p>特定の認定者養成にコストが約10万円(売上でいうと約150万円積算)かかり、こちら認定時に補助金等の制度により訪問介護事業所の負担を軽減させる。</p> <p>ターミナルケアをしっかりとっていく上でも、痰吸引等は必要であると思いますが、ヘルパーの訪問事業所では、各ご利用者様のチームケアを行っている訪問さんに痰吸引を行ってもらっているのが現状です。</p> <p>今のところ痰吸引を必要とされるご利用者様が少ないというのも受講に繋がらない原因の一つと思いますが、研修の長さや費用が高いことも原因であると思われます。研修費用を国や会社で保証してもらえれば、受講するヘルパーさんも増えるのではと思います…</p> <p>必要性があれば受け皿に補助金等が必要では？医療行為の見直しからでないでしょうか？必要性があれば出来るところに補助金等を出すべきではないでしょうか。</p> <p>受講費については事業所で負担するべきと考えるが、負担が大きいため、助成があればと思う。また、特定の場合、新規の利用者を登録するたびに費用がかかるというのは疑問です。</p>
介護職員	<p>吸引等の行為を可能とする介護職員は介護福祉士又はそれと同等の能力ある者としている。これらの者はサ責事業所内では責任ある業務を担当している(サ責等)為、研修期間全ての時間を保障できない。(費用は別として)</p> <p>特定行為の報酬が介護保険の身体単価と同じであれば、あえてリスクをかかえてまでやる必要はないのではないかと考えるもある。</p> <p>今の制度は施設(老健・特養)向きで、在宅ではあまりにもハードルが高く、積極的には人材育成はできない。</p> <p>資格取得時に「不特定多数の対象研修」を修了すれば今後増えていくと思う。在宅のヘルパー、特に登録やパートタイマーなどの取得は現実的には困難であると思う。</p> <p>医療従事者と介護従事者の処遇ギャップの解消 研修に要する金銭的負担感の解消 従事者の精神的負担感の解消(リスクマネジメント) 利用者家族にとっては必要なサービスですが、リスクにあった場合の実施ヘルパーの精神的負担が大きい。報酬は看護師ほど保障されてない。実施ヘルパーの確保も困難、と考えています。</p>

キーワード	記載内容 (代表的・具体的・特徴的な意見を抽出)
	<p>現在、障害者の方への喀痰吸引を行っています。必ず家族の方の在宅(休んでいる場合も多い)をお願いしています。家族が不在時、介護職員一人での行為は事業所としてさせることはできません。(リスクの保証 家族は当然ですが、担当した介護職員の心の問題も大きいと思っています)</p>
事業運営	<p>このままの状態ですと、認定を受けている事業者は減少してしまうと思います。 * 昨年度1年間、喀痰吸引の利用者さんと職員さんを雇用いたしました。以前は東京の事業所に所属をされて、サービス提供をされていました。1年後、コミュニケーションや対応への不満等により結果的に利用者とともに退席、退職することになり、以前の東京の事業所に所属をして、サービスを継続して受けることになりました。退職の理由の中に賃金の格差もありました。事業の運営上、報酬は同じ、リスクは高く、でも賃金の設定など特別な対応が必要なのかと考えています。今後どのように考えていけばいいのか、必要性は高くても小規模な事業所では、本当に難しい問題と考えています。 * 1号研修受けたがすべての実習がクリアできず中途半端で終わった理解不足もあったと思うが適切なものへの助言があるとよかったと思います。</p>
本来業務	<p>喀痰吸引が必要な方が多くなったための制度だと思いますが、事故が起きてからでは遅いので気軽にできないと感じております。医療器具を体内に挿入する行為は、必要な方が多いのであれば巡回等の方法で医師、看護師が行い、介護福祉士など介護員は、医療器具を体内に挿入する行為を行っていない利用者のケアを介護員に回す形が危機管理下では安全だと思います。介護員が行えるサービスの幅を広げる手段は喀痰吸引だけではなく血圧を計り、状態を確認する等を行え、ターミナルケア等の方は精神的なケアも介護員は行え、連携の下であれば充分可能だと思います。今後は、利用者が医療系が必要なのか、精神面が必要なのかを判断してケアを行い、利用者の中には両方欲しい方もいると思いますが、その場合は喀痰吸引などは巡回で行うよう対応すると良いと思います。喀痰吸引を充実させるためには、巡回サービスの充実化が安全だと考えます。喀痰吸引は作業として行えば時間は短時間で済むかと思えます。介護員は精神面ではスペシャリストだと思いい、また、看護師、医師は医療面のスペシャリストだと思いますので、喀痰吸引の方が多くなったから誰でもという思考はあまり賛同できません。喀痰吸引は看護師、医師の下で、より高度なケアを行っていた方がいいと考えます。近年、認知症の方も増加しており、そのような場では介護員が大変必要とされているのが現状で、需要が急速化しています。医療器具を体内に挿入する行為を行っていない利用者のケアは看護師から介護士に回し、喀痰吸引はより安全な技術で行う看護師、医師が行うことが今後安全で良いと考えます。</p> <p>介護従事者が喀痰吸引をしていくことは、今後在宅を推進していく中で必要と思われるが、そもそもその行為をするのは緊急避難的なものと捉えたい。医療との連携の中で介護従事者が医療の下請け的な役割を負っていくのは相互の対等性と職域の尊重に反すると思う。今後在宅を進めていくうえで、まずは在宅の医療を充実させるのが先であり、足りないから介護職へというのは本末転倒と思われる。今後充実させる為には研修だけでなく、介護職の立場を守る法整備や介護職が行うことについて利用者、家族の同意が必要。</p>
ALS	<p>喀痰吸引は医療従事者が行うべきと思っています。現在ALSの方の吸引(人工呼吸器)を障害者総合支援で行っています。今後益々在宅での生活を支える上で、吸引の必要性はあると思いますが、独居や日中独居の方の吸引中に異変が起こった場合を想定すると、家族不在時に吸引を行わせることは当事業所としては無理だと思っています。(職員の心の負担が大きすぎます)</p> <p>ALSのご利用者等重度の方は、介護保険でまかなえない単位数を“重度訪問介護”利用によりまかなうが、この“重度訪問介護”の単位数が低すぎてコストが見合わず、敬遠する事業所が多い。従って(3A)1の通り、行為に見合う報酬のアップを介護保険、自立支援全体で改善すべき。</p> <p>現在、喀痰吸引が必要な利用者は数多くいるが、対応できずに家族のみで対応しているケースも多い。行政はすぐにALSというが、実際に吸引が必要な利用者はそれだけではない。ターミナルで家に帰された方々はどうするのか。行政はすぐにこれは「医療行為」だと言うが、だったら介護職にやらせるなど言いたい。介護職にまでも広げたのなら、もっとスムーズに行えるようにすべき。</p>

介護職員等による喀痰吸引等行為に関する調査【調査結果】

全回答事業所の状況

うち、登録特定行為事業所（特定）の状況

事業所の概要について

所在市町村	横浜市所在が4割強。県所管域所在は3割。 事業所の母数分布とほぼ同じ。	
(1) 開設年月	平成12～17年開設が最も多い。	左記とほぼ同じ傾向。新しい開設者は少ない。
(2) 開設主体	営利法人が約7割。 次いで、NPO法人、社福法人がそれぞれ約1割。	左記とほぼ同じ傾向。
(3) 併設施設	併設施設「あり」が約6割。	併設施設「あり」が6割強。
併設施設の実施するサービス	約8割が居宅介護支援事業所を併設。 次いで、約3.5割が通所介護事業所を併設。 「その他」では、有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅、訪問看護ステーション、訪問入浴、福祉用具貸与・販売、障害者サービス関係事業所などが主。	左記とほぼ同じ傾向。 医療・看護職が配置される事業所（病院・診療所、通所リハ、定期巡回・随時対応型訪問介護・看護等）の併設が多い。 「その他」では訪問看護、訪問入浴などが主。
(4) 介護職員数		
常勤実人数	介護福祉士は1人が最多。 その他介護職員等は0人が最多。	介護福祉士は2人が最多。それ以外は同じ。
非常勤実人数	介護福祉士は0人と1人が最多。 その他介護職員等は20人台にかけて幅広く分布。	介護福祉士は1～2人が最多。それ以外は同じ。
常勤換算数	介護福祉士は1人が最多。 その他介護職員等は2人が最多。 合計では2～3人が最多。	合計で4～5人が最多。それ以外は同じ。
(5) 利用者数		
利用者数	20～39人が最多。	さらに100人未満まで幅広く分布。 利用者数の平均は全回答平均よりも多い。
延べ訪問回数	500回以上1000回未満が最多。	左記とほぼ同じ傾向。 延べ訪問回数の平均は、全回答平均よりも多い。

喀痰吸引等への取組みについて

(1) 喀痰吸引等の行為が必要な利用者の有無	利用者が「いない」が約半数。 「いる」、「いたことがある」はいずれも2割台。	約7割が「いる」。 約2.5割が「いたことがある」。
利用者の人数	喀痰吸引の利用者が経管栄養の利用者よりも多い。 いずれも利用者1人が最多。 平均では2人台。	
(2) 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の有無	「行ったことがない」が約8割弱。 「行っている」が1割強。	6割強が「行っている」。 約3割が「過去行ったことがある」。
(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	「研修受講に時間がかかる」、次いで「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」、「研修費用が高い」が多い。	左記に同じ。
(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	「研修受講に時間がかかる」、次いで「事故が起きたときのリスクの保証に不安がある」が多い。	
(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	「対象者が存在しなくなった」が大多数。 次いで、「研修費用が高い」、「研修受講に時間がかかる」が多い。 行為実施中、新規対象者確保する意向は「なかった」と答える方が「あった」よりも多い。 今後新たに依頼された場合、実施するつもりは「ない」と答える方が「ある」よりも多い。	左記に同じ。 左記に同じ。 同じ。

喀痰吸引等研修について

- | | |
|---|------------------------------------|
| (1) 喀痰吸引等研修の受講状況（認定を受けた特定行為業務従事者の有無）
「いる」は約 2 割。 | 8 割強が「いる」。
「いない」の 14 事業所の理由は不明。 |
| (2) 喀痰吸引等研修の受講をさせる予定の有無
受講させようと「思っている」が約 4 割。 | 受講させようと「思っている」が約 6 割。 |
| (3) 喀痰吸引等研修を受講をさせる際の困難性
「受講費用が高く負担である」が最も多く、次いで、「受講の際の代替職員等の確保ができない」が多い。 | 左記に加え、「受講するカリキュラムが長すぎる」も多い。 |
| (4) その他研修受講について
ア．喀痰吸引等研修の受講料はどのくらいが適当か。
不特定対象では 3 万～5 万円が最多。
特定対象では 1 万円が最多。
再受講時では 5 千～1 万円が最多となっている。 | 左記とほぼ同じ。
左記とほぼ同じ。
左記とほぼ同じ。 |
| イ．喀痰吸引等研修の受講期間・実地研修の回数は適当か。
4 割強が「長すぎる（多すぎる）」と回答。 | さらに約 6 割が「長すぎる（多すぎる）」と回答。 |