
<巻末資料> アンケート調査票

平成 24 年 12 月

民間訪問介護事業者における介護職員等喀痰吸引制度の取組み意向 並びに課題認識に関する調査へのご協力をお願い

一般社団法人シルバーサービス振興会では、平成 24 年度厚生労働省老人保健増進等事業として、「民間訪問介護事業者における介護職員等喀痰吸引制度の取組み意向並びに課題認識に関する調査研究事業」を実施しております。

「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正に伴い、平成 24 年 4 月より研修を受講するなど一定の条件を満たした介護職員は、喀痰吸引（たんの吸引）等の提供を業務として行うことが可能になりました（**喀痰吸引等制度**）。そこで、喀痰吸引等制度の施行を受けて、貴事業所における現状や取組み意向等についてお伺いし、民間訪問介護事業者における取組み実態の把握や課題の分析をいたしたく、ご協力をお願い申し上げます。

本調査票は、全国の民間介護事業者のうち、訪問介護サービス事業所を対象に抽出を行い、お送りさせていただいております。大変ご多忙のところ誠に恐縮ですが、以下のアンケート調査にご回答くださいますようお願い申し上げます。

ご記入にあたってのお願い

1. この調査票は、事業所の管理者の方にご回答いただきますようお願いいたします（無記名で構いません）。
2. 喀痰吸引等制度には経管栄養も含まれます。ただし、本調査では喀痰吸引を中心にお伺いいたします。
3. ご回答いただきました内容につきましては、次のように取扱います。
 - ① 本調査事業にのみ利用し、他の目的には一切利用いたしません。
 - ② 統計的に処理し、事業者名、個々の回答者等が特定できないように配慮いたします。
 - ③ 調査への拒否や、一部の調査項目への回答拒否があっても、そのことで不利益が生じることはございません。
 - ④ 調査結果は、報告書として公表されます。
4. 調査票は、同封の返信用封筒を用い、平成24年12月21日（金）までにご投函ください。

本調査に関するお問い合わせ先 一般社団法人 シルバーサービス振興会

住所：東京都港区赤坂 1 丁目 9 番 3 号 日本自転車会館 3 号館 10 階 電話：03-3568-2862（担当 柳澤・細田）

本調査は、特段の指定がない限り、**平成24年11月時点**の貴事業所における状況について
ご回答ください。

所在地（都道府県）	（ ） 都・道・府・県				
法人種別	1. 株式会社・有限会社 2. 特定非営利活動法人（NPO 法人） 3. 農協・生協 4. その他（ ）				
登録特定行為事業者 ^{注1} としての登録状況	1. 登録済み 2. 登録申請中 3. 登録していない				
貴事業所に併設するサービス	夜間対応型訪問介護	1. あり 2. なし			
	定期巡回・随時対応サービス	1. あり 2. なし			
	訪問看護	1. あり 2. なし			
	重度訪問介護	1. あり 2. なし			
介護職員数（実人数）	人	常勤	人	非常勤	人
介護福祉士数（有資格者数）	人				
認定特定行為業務従事者 ^{注2}	1. いる →（ ）人 2. いない				
訪問介護利用者数（実人数）	人（要支援等も含む）				
要介護度別（実人数）	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	人	人	人	人	人
喀痰吸引を必要としている利用者（行為者は特定せず）	1. いる →（ ）人 2. いない 3. わからない				
経管栄養を必要としている利用者（行為者は特定せず）	1. いる →（ ）人 2. いない 3. わからない				
介護職員による喀痰吸引等の提供（看護職員による提供は含まない）					
喀痰吸引の提供状況	1. 行っている → 利用者数（ ）人 2. 行っていない				
経管栄養の提供状況	1. 行っている → 利用者数（ ）人 2. 行っていない				

注1) **登録特定行為事業者**：喀痰吸引等の提供を業務として行う事業所は、都道府県に登録することが義務付けられています。

注2) **認定特定行為業務従事者**：喀痰吸引等研修修了者もしくは経過措置対象者（法改正以前から当面のやむをえない措置として一定の要件の下で喀痰吸引の提供を行っていた者等）であって、都道府県知事から喀痰吸引等を実施することを認定された者のことをいいます。

《喀痰吸引の実施状況》

問1 平成24年4月より施行された喀痰吸引等制度の内容を把握していますか。あてはまるものに○をつけてください。〈○は1つ〉

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 詳しく把握している | 2. おおよそ把握している |
| 3. あまり把握していない | 4. 全く把握していない |

※ここから先の設問は喀痰吸引に限定してお伺いいたします。

問2 貴事業所ではこれまでに介護職員による喀痰吸引の提供を依頼されたことがありますか。あてはまるものに○をつけてください。〈○は1つ〉

【平成23年12月～平成24年11月の1年間の実績でお答えください】

- | | |
|----------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
| 3. わからない | |

問3 貴事業所では、これまでに介護職員による喀痰吸引の提供を行ったことがありますか。あてはまるものに○をつけてください。〈○は1つ〉

【平成23年12月～平成24年11月の1年間の実績でお答えください】

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 行ったことがある | → <u>問3-1へ</u> |
| 2. 行ったことはない | |
| 3. 把握していない | |

問3-1 【問3で1とお答えの方にお聞きします】 貴事業所での実施状況について、あてはまるものに○をつけてください。〈○は1つ〉

1. 制度施行（平成24年4月）以前から引き続き実施している
2. 制度施行（平成24年4月）以降に喀痰吸引を開始した
3. 制度施行（平成24年4月）以前は実施していたが、現在は実施していない

問4 貴事業所としては、介護職員による喀痰吸引の提供について、どのように対応していきたいですか。あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)

1. 積極的に実施したい → 問4-1へ
2. やや積極的に実施したい
3. 当面は様子見としたい
4. 実施する意向は全くない
5. その他 ()
6. わからない

問4-1 【問4で1とお答えの方にお聞きします】 貴事業所として、介護職員による喀痰吸引の提供を実施したい理由としてあてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 利用者の家族の負担軽減に繋がるため
2. 利用者の在宅生活の継続支援に繋がるため
3. 地域包括ケアの実現に繋がるため
4. 事業所の特徴として、打ち出すことができるため
5. 喀痰吸引以外の医行為に関する取りかかりになるため
6. 介護職員が法的に明確な状態で喀痰吸引の提供を行えるようになったため
7. 介護職員が前向きに対応する意向を示しているため
8. その他 ()

問5 貴事業所の介護職員のうち、喀痰吸引等研修^{注3}の受講希望者はいますか。あてはまるものに○をつけてください。いる場合は、希望者のおおよその人数もご記入ください。(○は1つ)

1. いる → () 人程度
2. いない
3. わからない

注3) **喀痰吸引等研修**：喀痰吸引等の提供を業務として実施しようとする介護職員等が受講をすることを義務付けられている研修です。

≪非登録事業所の方へのご質問≫

※ここでいう非登録事業所とは、喀痰吸引等制度において、登録特定行為事業者として都道府県に登録していない事業所を指します。

【⇒ 登録事業所の方は7ページにお進みください。】

問6 貴事業所において、喀痰吸引に関する事業所登録を行っていない理由として、あてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)

1. 対象となる利用者がいない
2. 訪問介護として行うことを想定していない → [問6-1へ](#)
3. 登録基準を満たすことが難しい → [問6-2へ](#)
4. その他 ()
5. わからない

問6-1 **【問6で2とお答えの方にお聞きします】** 貴事業所において「訪問介護として行うことを想定していない」理由としてあてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 訪問看護サービスへつなぐことで対応できている
2. 施設等への入所や入院へつなぐことで対応できている
3. 喀痰吸引の提供に必要な介護職員が十分に確保できない
4. 安全性の確保がはかれない
5. 介護職員が消極的
6. コスト負担が想定される
7. その他 ()
8. わからない

問 6-2 【問 6 で 3 とお答えの方にお聞きします】 貴事業所において、「登録基準を満たすことが難しい」理由として、あてはまるものに○をつけてください。〈○はいくつでも〉

1. 喀痰吸引等研修の受講ができない
2. 安全性の確保がはかれない
3. 関係職種や機関との必要な連携体制を整えることが難しい
4. 登録基準を満たすためのコスト負担
5. その他 ()
6. わからない

⇒ 非登録事業所の方は、10 ページ「本調査にご協力の皆様への質問」にお進みください。

《登録事業所の方へのご質問》

※ここでいう登録事業所とは、喀痰吸引等制度において登録特定行為事業者として、都道府県に登録している事業所を指します。

問7 貴事業所が介護職員による喀痰吸引を事業として継続実施していくうえでの課題はありますか。あてはまるものに○をつけてください。〈○はいくつでも〉

1. ケアカンファレンス実施のための関係職種との連携を行うことが難しい
2. 喀痰吸引の提供に必要な介護職員を十分に確保できない
3. 安全性の確保に不安が残る
4. コスト負担が重たい
5. 新規の利用者を確保することが困難
6. その他 ()
7. 特にない
8. わからない

問8 喀痰吸引の提供に必要な関係職種や機関との連携上の課題があれば、ご記入ください。
(自由記述)

問9 都道府県または「登録研修機関」で実施されている喀痰吸引等研修に関して、ご意見があれば、ご記入ください。(自由記述)

《本調査にご協力の皆様へのご質問》

※こちらは登録事業所、非登録事業所の別を問わず、ご自由にご記入ください。

介護職員による喀痰吸引の提供、喀痰吸引等制度全般について、何かご意見がございましたらご記入ください。（自由回答）

--

よろしければ、事業所名をご記入ください（任意です）。

貴事業所名	
ご担当者名	
調査票記載内容に関する ヒアリング調査への協力可否	1. 可 2. 不可 3. どちらともいえない

ご協力ありがとうございました

この事業は平成 24 年度厚生労働省老人保健事業
推進費等補助金老人保健健康増進等事業の一環
として行われたものです。

民間介護事業者における介護職員等喀痰吸引制度の取組み意向
並びに課題認識に関する調査研究事業報告書

平成25年3月発行

内容照会先 一般社団法人シルバーサービス振興会

〒107-0052

東京都港区赤坂1-9-3 日本自転車会館3号館10階

TEL 03-3568-2862 FAX 03-3568-2874