

喀痰吸引等の医療的ケアに関するアンケート

事業所名 _____

サービス種別 _____

担当者 _____

連絡先 _____

問1 平成24年4月から、以下の3つの条件を満たせば、ヘルパー等（短期入所や生活介護の介護職員等含む）の介護職員が、喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアを行えるようになったことを知っていますか。（詳細については別添資料「厚生労働省パンフレット」参照）

- ① 一定の研修（喀痰吸引等研修）を受けて、県に登録して認定特定行為従事者となること
- ② 県に登録した事業所（登録特定行為事業者）に所属していること
- ③ 登録事業所宛てに、本人から同意書を、医師から指示書をもって、医療連携をしたうえで行うこと

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが内容は知らない
3. 知らない

問2 喀痰吸引等について、平成24年4月の報酬改定により別添資料（「介護職員等によるたんの吸引等の評価」）のとおり評価されるよう、見直しがされたことを知っていますか。

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが内容は知らない
3. 知らない

問3 登録特定行為事業者（喀痰吸引等を業として行うために都道府県に申請を行い登録を認められた事業者）に関する登録申請を行い医療的ケアを実施する予定がありますか。

1. 既に登録特定行為事業者である。 →問4へ
2. 登録特定行為事業者として医療的ケアを行う予定がある。 →問4へ
3. 登録特定行為事業者として医療的ケアを行う予定はない。 →問5へ

問4 登録特定行為事業者となった若しくはなろうとする理由はなんですか。

→問4に回答後は問7へ

1. 利用者からの希望があった
2. 将来的に必要とされるサービスだと思った。
3. その他 ()

問5 登録特定行為事業者とならない理由はなんですか。

1. 利用者数の見込みが立たない。 →問6へ
 2. 研修費用等の問題で職員に研修を受講させることが難しい。
 3. 医療ケア中の事故等のリスクが大きい。
 4. その他 ()
- } →問7へ

問6 「利用者数の見込みが立たない」ため、登録特定行為事業者とならないということですが、市内の医療的ケアを必要とする在宅障害者や障害福祉サービスの対象となる難病患者の数が、明確に示された場合、その数によっては、登録特定行為事業者となることを検討しますか。

1. 検討したい。
2. 示されたとしても検討しない。

問7 その他、喀痰吸引等について、質問・意見・要望等あれば記載してください。

※ 平成25年5月29日(水)迄に、この調査票に記入して下記番号にFAXで送付いただくか、別添の回答票(エクセルファイル)に回答を入力の上、メールで回答いただくようお願いいたします。