

在宅の医療的ケア児受入事業所調査 調査票

● 注意点

- 複数の指定を受けている事業所は、児童福祉法又は障害者総合支援法での指定単位毎に回答してください。
- 本調査票（エクセルデータ）の行や列の追加や削除は行わないでください。
- 回答にあたっては、調査票に記載されている回答方法や注意事項を確認の上、回答してください。
- 本調査における医療的ケア児の定義は、次のとおりです。

【医療的ケア児の定義】

日常生活及び社会を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（十八歳未満の者及び十八歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

※ 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律第2条第2項（令和3年9月18日施行）

直接入力

プルダウン選択

〈基本情報〉						
事業所種別 ※プルダウン ・児童発達支援事業所 ・医療型児童発達支援事業所 ・放課後等デイサービス事業所 ・短期入所事業所（福祉型） ・短期入所事業所（医療型）					事業所番号	
事業所名					記入者氏名	
事業所所在地	〒				電話番号	
					FAX番号	
運営法人名					メールアドレス	
人員体制 ※専従、兼務に関わらず、当該サービスに関わっている職員の実数（人数）を入力。 ※選択肢にない職種は空欄に入力してください。 例）保育職員 児童発達支援員	医師	看護師	准看護師	介護職員	OT	事業所の定員 (サービス種別毎) 人
						主たる対象者 ・重症心身障害児 ・難聴児 ・肢体不自由児 ・その他(以下に記載)
	PT	ST				
					その他	
事業所の所在する市町村以外に居住する方の受入						

貴事業所（サービス種別毎）での医療的ケア児の受入状況についてお伺いします。

1 医療的ケア児の利用

可	不可
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 医療的ケアの必要な重症心身障害児の利用

可	不可
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 医療的ケア児の利用の際、家族の付添い

必要	不要
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 医療的ケア児の利用の際、家族への医療的ケアの依頼

必要	不要
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 医療的ケア児の受入状況

受入中	
受入実績あり（期間：R3.4.1～R4.2.1）	
受入実績なし（期間：R3.4.1～R4.2.1）	

6 現在（R4.2.1時点）受入中の医療的ケア児の登録者数（※）

受入中の人数	
	うち重症心身障害児の人数
人	人

（※）登録者数

R4.2.1当日の利用はないが、貴施設の利用者として登録している人数を回答してください。

7 現在（R4.2.1時点）受入中の医療的ケア児の状態

受入中の医療的ケア児が1人でもいれば○を選択（複数選択可）

医療的ケアの項目	受入中の場合は○を選択	受入中の場合、該当するものに○を選択（複数選択可）		①若しくは②の詳細入力
		①事業所にて医療的ケアが可能	②保護者による医療的ケアが必要	
1 人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇式陽圧吸入法及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理				
2 排痰補助装置の管理				
3 気管切開部の管理				
4 鼻咽頭エアウェイの管理				
5 酸素療法				
6 吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）				
7 ネブライザーの管理				
8 経管栄養 （経鼻胃管・胃瘻・経鼻腸管・腸瘻又は食道瘻） 持続経管注入ポンプ使用				
9 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）				
10 皮下注射 （1）皮下注射（インスリン、麻薬等の注射含む。） （2）持続皮下注射ポンプの使用				
11 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）埋め込み式血糖測定器による血糖測定				
12 継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）				
13 導尿 （1）間欠的導尿 （2）持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ）				
14 排便管理 （1）消化管ストーマ （2）排便又は洗腸 （3）洗腸				
15 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置				

8 医療的ケア児の受入に伴う他機関との連携

している	していない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓ している場合は以下に回答（複数選択可）

主治医が所属する医療機関	<input type="checkbox"/>	→	その他（自由記載） <input type="text"/>
嘱託医が所属する医療機関	<input type="checkbox"/>		
他の事業所等	<input type="checkbox"/>		
市町村の保健師・福祉担当	<input type="checkbox"/>		
その他（右記に入力）	<input type="checkbox"/>		

9 医療的ケア児を受入れていない理由について、該当する項目を選択し、右記に詳細を入力してください。

また、受け入れているが、条件付きで受け入れている場合についても回答してください。（複数選択可）

	理由	回答	詳細
回答例	職員の人員配置	○	看護師が24時間の勤務体制ではなく夜間のケアができないため。
	職員の人員配置	<input type="checkbox"/>	
	建物の構造	<input type="checkbox"/>	
	設備（医療機器等）	<input type="checkbox"/>	
	他利用者との関係（接触事故等）	<input type="checkbox"/>	
	受入への不安	<input type="checkbox"/>	
	他機関との連携	<input type="checkbox"/>	
	利用定員	<input type="checkbox"/>	
	その他	<input type="checkbox"/>	

10 本調査についての改善意見等があれば、お聞かせください。

11 医療的ケア児支援法の施行を踏まえて、現在事業所内で医療的ケア児の受入について検討している事項があれば、お聞かせください。

12 医療的ケア児の受入について、現在事業所内で課題であると考えている事項があれば、お聞かせください。

13 その他、ご意見等があれば、お聞かせください。

御協力ありがとうございました。