

重症心身障害児者短期入所実施機関

この資料は令和8年9月時点のもので、基本受入情報です。  
利用される方の状況・受入事業施設の状況により意向に添えない  
場合もありますので、そのつど関係機関にご確認ください。  
重症心身障害児者ネットワーク会議事務局：愛知県医療療育総合センター療育支援センター

(医療機関)

|   | 施設名                  | 住 所                           | 電話番号                                      | サービスの種類            | 対象(児・者) | 年齢制限   | 利用定員          | 利用期間<br>最高〇日まで | サービスの<br>特徴                   | ①栄養に関する医療的ケア |    |     | ②呼吸に関する医療的ケア |      |       |       |      | ③感染症がある場合の受入 |     |           |               | ④その他の医療的<br>ケアでの制限 | ⑤利用予約                    |                                            | ⑥社会的に好ましくない<br>行動の制限                       |                              | ⑦新規利用者の<br>受け入れ  |                   | ⑧緊急時の<br>受け入れ                                  |                                  | ⑨送迎                           |                   |                        |    |  |
|---|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|--------------------|---------|--------|---------------|----------------|-------------------------------|--------------|----|-----|--------------|------|-------|-------|------|--------------|-----|-----------|---------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------|----|--|
|   |                      |                               |                                           |                    |         |        |               |                |                               | 胃ろう          | 経鼻 | IVH | 人工呼吸器        | 気管切開 | エアウェイ | 吸引の可否 | MRSA | 肝炎キャリア       | 緑膿菌 | その他の感染症制限 | 予約の<br>受付開始時期 |                    | 利用決定時期                   |                                            |                                            |                              |                  |                   |                                                |                                  |                               |                   |                        |    |  |
| 1 | 東名古屋病院               | 〒465－8620<br>名古屋市名東区梅森坂5－101  | 電話<br>052－801－1151<br>FAX<br>052－801－1160 | 短期入所               | 児者      | 要相談    | 空床型(2床)       | 7日<br>7日以上は要相談 | 事前調査後、受診・見学。契約後に初回は日帰り入院から開始  | ○            | ○  | ×   | ○            | ○    | ○     |       |      | ○            | ○   | ○         | あり            | 要相談                | あり                       | てんかん、導尿ある方受入可<br>その他疾病については対応できない場合あるので要相談 | 利用希望月の3ヶ月前から                               |                              | あり               | 過度の自傷・他傷がある場合は要検討 | あり                                             | 事前調査で状況確認。小児科受診後、受入の可否を決定し、お試し入所 | 要相談                           | 利用枠に空きがあれば可能      | なし                     |    |  |
|   |                      |                               |                                           | 療養介護医療型障害児入所施設(入所) | 児者      | 要相談    | 48床           | 要相談            |                               | ○            | ○  | ×   | ○            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 要相談<br>感染内容により対応できない場合あり | あり                                         | てんかん、導尿ある方受入可<br>その他疾病については対応できない場合あるので要相談 | 随時                           | 会議で検討し決定(随時)     | あり                | 要相談                                            | あり                               | 満床の場合、受入は難しい                  | 要相談               | 満床の場合、受入は難しい           | なし |  |
| 2 | 青い鳥医療療育センター          | 〒452－0822<br>名古屋市西区中小井田5－89   | 電話<br>052－501－4079<br>FAX<br>052－501－4085 | 短期入所               | 児者      | 2歳以上   | 空床型           | 7日             | 平日に日帰りのお試し利用を複数回実施した上で宿泊・休日利用 | ○            | ○  | ×   | ×            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 疾患による                    | あり                                         | 心疾患のある方。その他、当施設の医療体制では対応できない人              | 利用希望月の3ヶ月前から(例：5月～8月の申し込み受付) | 会議で検討(月1回中旬頃)し決定 | なし                | 要相談                                            | 当施設小児科受診、感染症検査が必要                | 要相談                           | 空床があれば可能。医師の診察が必要 | なし                     |    |  |
|   |                      |                               |                                           | 日中一時支援             | 児者      | 2歳以上   | 空床型           | 1日             | 平日に日帰りのお試し利用を実施した上での利用。       | ○            | ○  | ×   | ×            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 疾患による                    | あり                                         | 心疾患のある方。その他、当施設の医療体制では対応できない人              | 利用希望月の3ヶ月前から(例：5月～8月の申し込み受付) | 会議で検討(月1回中旬頃)し決定 | なし                | 要相談                                            | 当施設小児科受診、感染症検査が必要。               | 要相談                           | 空床があれば可能。医師の診察が必要 | なし                     |    |  |
|   |                      |                               |                                           | 療養介護医療型障害児入所施設(入所) | 児者      | 2歳以上   | 170床          | 要相談            |                               | ○            | ○  | ×   | 要相談          | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 疾患による                    | あり                                         | 要相談                                        | 会議で検討(月1回中旬頃)し決定             | なし               | あり                | 当施設整形外科・小児科受診、感染症検査が必要                         | 要相談                              | 空床があれば可能。医師の診察が必要             | なし                |                        |    |  |
| 3 | 名古屋市中心障害児者施設ティンクルなごや | 〒462－0057<br>名古屋市北区平手町1丁目1番-5 | 電話<br>052－916－0333<br>FAX<br>052－916－0338 | 短期入所               | 児者      | 概ね2歳以上 | 空床利用(10床)     | 支給決定日数         |                               | ○            | ○  | ×   | ○            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 要相談。利用理由により調整を検討         | あり                                         | てんかん、導尿ある方受入可                              | 利用希望月の2か月前から(例：5月～7月の申し込み受付) | 会議(月1回)で検討し決定    | あり                | 要相談<br>利用理由により調整を検討                            | あり                               | 事前調査、お試し利用の後                  | 要相談               | 利用理由により調整を検討           | なし |  |
|   |                      |                               |                                           | 療養介護医療型障害児入所施設(入所) | 児者      | 概ね2歳以上 | 90床           | 支給決定日数         |                               | ○            | ○  | ×   | ○            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 要相談。利用理由により調整を検討         | あり                                         | てんかん、導尿ある方受入可                              | 随時                           | 市の入所調整会議の開催時期による | あり                | 要相談                                            | あり                               | 事前調査、調整会議での検討による              | 要相談               |                        | なし |  |
| 4 | 一宮医療療育センター           | 〒494-0018<br>一宮市富田字流筋1679-2   | 電話<br>0586-62-0002<br>FAX<br>0586-62-2277 | 短期入所               | 児者      | 2歳以上   | 併設型3床 + 空床型5床 | 要相談            | 平日に短期間の体験をした上での利用             | ○            | ○  | 要相談 | ○            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 疾患による流行性感染症不可            | あり                                         | 要相談<br>てんかん 導尿 受入可                         | 前々月から                        | 2ヶ月前             | あり                | 多動で動き回る方は要相談。基本的には面談等を行い検討。夜間は基本はベッド対応(床対応要相談) | あり                               | 事前面談<br>お試し利用のあとの会議にて受入の可否を決定 | 条件付き              | 定期的に利用している方は可能。空き状況による | なし |  |
|   |                      | 〒494-0018<br>一宮市富田字流筋1679-2   |                                           | 療養介護医療型障害児入所施設(入所) | 児者      | 15歳以上  | 120床          | 要相談            | 一宮西病院上林記念病院との連携あり             | ○            | ○  | 要相談 | ○            | ○    | ○     | ○     |      |              | ○   | ○         | ○             | あり                 | 疾患による流行性感染症不可            | あり                                         | 要相談<br>てんかん 導尿 受入可                         | 随時                           | 会議で検討をして決定       | あり                | 多動で動き回る方は要相談。基本的には面談等を行い検討。夜間は基本はベッド対応(床対応要相談) | あり                               | 事前面談<br>お試し利用のあとの会議にて受入の可否を決定 | 条件付き              | 要相談                    | なし |  |

重症心身障害児者短期入所実施機関

この資料は令和8年9月時点のもので、基本受入情報です。  
利用される方の状況・受入事業施設の状況により意向に添えない  
場合もありますので、そのつど関係機関にご確認ください。  
重症心身障害児者ネットワーク会議事務局：愛知県医療療育総合センター療育支援センター

(医療機関)

| 施設名 | 住 所                               | 電話番号                                                                                                                                                                    | サービスの種類                            | 対象(児・者) | 年齢制限               | 利用定員            | 利用期間<br>最高〇日まで | サービスの<br>特徴                                                       | ①栄養に関する医療的ケア |    |     | ②呼吸に関する医療的ケア |      |       |       | ③感染症がある場合の受入 |            |     |               | ④その他の医療的<br>ケアでの制限 | ⑤利用予約                 |        | ⑥社会的に好ましく<br>ない行動の制限                                                                              | ⑦新規利用者の<br>受け入れ                |                              | ⑧緊急時の<br>受け入れ                |                              | ⑨送迎                          |                                                                                     |                              |                                                |                              |                              |                              |
|-----|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|--------------------|-----------------|----------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|----|-----|--------------|------|-------|-------|--------------|------------|-----|---------------|--------------------|-----------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
|     |                                   |                                                                                                                                                                         |                                    |         |                    |                 |                |                                                                   | 胃ろう          | 経鼻 | IVH | 人工呼吸器        | 気管切開 | エアウェイ | 吸引の可否 | MRSA         | 肝炎<br>キャリア | 緑膿菌 | その他の<br>感染症制限 |                    | 予約の<br>受付開始時期         | 利用決定時期 |                                                                                                   | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方   | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方                                                        | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方                   | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 |
| 5   | 愛知県医療療育<br>総合センター<br>中央病院         | 〒480-0392<br>春日井市神屋町<br>713-8<br>電話<br>0568-88-0811<br>FAX<br>0568-88-0964                                                                                              | 短期入所                               | 児者      | なし                 | 空床型             | 8日             | 時間のかかる<br>経口摂取は<br>対応が難し<br>いことがある                                | ○            | ○  | ○   | ×            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症            | あり     | 一般的な医療的<br>ケアはOKだが、例<br>えば腹膜透析は不<br>可。露出したシャ<br>ント・心疾患など<br>の治療中や状態<br>が落ち着いてい<br>ないものは不可         | 利用月の2か月前<br>(予約受付期<br>間の設定あり)  | 随時<br>(約1ヶ月前)                | あり                           | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | あり                           | 受診と試しの<br>入院                                                                        | 条件<br>付き                     | 利用歴のある<br>人は可。当院<br>に定期的にか<br>かっていない<br>人は原則不可 | なし                           |                              |                              |
|     |                                   |                                                                                                                                                                         | 入院<br>(レスパイト)                      | 児者      | なし                 | 空床型             | 8日             | 時間のかかる<br>経口摂取は<br>対応が難し<br>いことがある                                | ○            | ○  | ○   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症            | あり     | 同上                                                                                                | 利用月の2か月前<br>(予約受付期<br>間の設定あり)  | 随時<br>(約1ヶ月前)                | あり                           | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | あり                           | 受診と試しの<br>入院。当院で<br>フォローしてい<br>ない人は15歳<br>未満の重症に<br>限る                              | 条件<br>付き                     | 利用歴のある<br>人は可。当院<br>に定期的にか<br>かっていない<br>人は原則不可 | なし                           |                              |                              |
| 6   | 愛知県医療療育<br>総合センター<br>中央病院<br>こばと棟 | 〒480-0392<br>春日井市神屋町<br>713-8<br>電話<br>0568-88-0811<br>FAX<br>0568-88-0964                                                                                              | 短期入所                               | 児者      | 3歳<br>以上           | 12床<br>(空床型)    | 8日             | ショートの方で<br>経口摂取に危<br>険を感じる利<br>用者には家族<br>の了解を得た<br>上で経管栄養<br>で対応。 | ○            | ○  | ×   | ×            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症            | あり     | 心疾患のある方<br>不可<br>他要相談                                                                             | 利用月の2か月前<br>(予約受付期<br>間の設定あり)  | 随時<br>(約1ヶ月前)                | あり                           | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | あり                           | センター中央<br>病院に受診が<br>必要。こばと<br>棟での体験入<br>所が必要。                                       | 条件<br>付き                     | 定期的に利用<br>している人は<br>可。空き状況<br>による。             | なし                           |                              |                              |
|     |                                   |                                                                                                                                                                         | 療養介護<br>医療型障<br>害児入所<br>施設<br>(入所) | 児者      | 3歳<br>以上           | 120床            | 要相談            | 有期限<br>入所                                                         | ○            | ○  | ○   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 心疾患のある方<br>不可<br>他要相談 | 要相談    | 心疾患のある方<br>不可<br>他要相談                                                                             | 要相談                            | 会議で検討し<br>決定                 | あり                           | 要相談<br>基本的にベッ<br>ドで過ごせる<br>方 | あり                           | センター中央<br>病院に受診が<br>必要。会議に<br>て受入の可否<br>を決定                                         | 条件<br>付き                     | 定期的に利用<br>している人は<br>要相談                        | なし                           |                              |                              |
| 7   | (医)明照会<br>あおぞらファミ<br>リクリニック       | 〒474-0041<br>大府市吉田町半<br>ノ木45番地1<br>電話<br>0562-85-1510<br>FAX<br>0562-85-1574                                                                                            | 短期入所                               | 児・者     | 6か月<br>以上64<br>歳以下 | 15床<br>(空床型)    | 支給量に<br>準じる    | 患者ごとに<br>異なる                                                      | ○            | ○  | ○   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 空気感染<br>による伝<br>染性疾患  | なし     | てんかん、導尿<br>ある方<br>受入可                                                                             | 約3か月前                          | 調整後随時                        | あり                           | 自傷・他害・独<br>歩(条件によ<br>る)不穏    | あり                           | 必要書類持参<br>の上受診後審<br>査                                                               | あり                           | 定期利用のあ<br>る方のみ                                 | なし                           |                              |                              |
|     |                                   |                                                                                                                                                                         | 日中一時<br>支援                         | 児・者     | 市町村<br>ごとに<br>異なる  | 4人              | 支給量に<br>準じる    | 患者ごとに<br>異なる                                                      | ○            | ○  | ○   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 空気感染<br>による伝<br>染性疾患  | なし     | 空気感染<br>による伝<br>染性疾患                                                                              | 約3か月前                          | 調整後随時                        | あり                           | 自傷・他害・独<br>歩(条件によ<br>る)不穏    | あり                           | 必要書類持参<br>の上受診後審<br>査                                                               | あり                           | 定期利用のあ<br>る方のみ                                 | なし                           |                              |                              |
| 8   | にじいろのいえ                           | 電話(代表)<br>052-603-107<br>0<br>FAX<br>052-603-107<br>1<br>〒476-0002<br>東海市名和町長<br>生9番10<br>長期入所・短期入所<br>お問い合わせ専用<br>電話<br>080-3428-79<br>19<br>短期入所の予約は<br>代表電話のみで受<br>付 | 入院<br>(レスパイト)                      | 児・者     | 0歳～                | 空床型             | 要相談            | 短期入所決<br>定のための<br>お試し利用<br>(日帰り又は<br>1泊2日)一<br>家族1名付き<br>添い       | ○            | ○  | △   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | △          | △   | △             | あり                 | 要相談                   | あり     | 要相談                                                                                               | お試し利用は施<br>設からの案内の<br>み        | 利用提案日の<br>約2か月前(会<br>議にて決定)  | あり                           | 要相談                          | あり                           | 登録フォーム<br>登録者のみ                                                                     | 条件<br>付き                     | 要相談                                            | なし                           |                              |                              |
|     |                                   |                                                                                                                                                                         | 短期入所                               | 児・者     | 0歳～                | 空床型             | 支給決定<br>日数     | 短期入所決<br>定通知送付<br>された方<br>のみ利用可                                   | ○            | ○  | △   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | △          | △   | △             | あり                 | 要相談                   | あり     | 要相談                                                                                               | 利用希望月の2<br>か月前の1～1<br>0日 ネット予約 | 約1か月半前<br>(会議にて決<br>定)       | あり                           | 要相談                          | あり                           | お試し利用後<br>決定通知送付<br>された方のみ                                                          | 条件<br>付き                     | 要相談                                            | 要相談                          | 要相談                          |                              |
|     |                                   |                                                                                                                                                                         | 療養介護<br>医療型障<br>害児入所<br>施設<br>(入所) | 児・者     | 0歳～                | 64床             | 応相談            | 大同病院と<br>の連携あり                                                    | ○            | ○  | ○   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | △          | △   | △             | あり                 | 要相談                   | あり     | 要相談                                                                                               | 随時                             | 随時(会議に<br>て決定)               | あり                           | 要相談                          | あり                           | 病院(医師看<br>護師・SW等)<br>、児相、相談<br>員(いる方<br>のみ)、ご家族<br>(里親等含む)<br>との合同面談<br>後会議にて決<br>定 | 条件<br>付き                     | 要相談                                            | なし                           |                              |                              |
| 9   | トヨタ記念病院                           | 〒471-8513<br>豊田市平和町1<br>-1<br>電話<br>0565-28-0100<br>FAX<br>0565-24-7175                                                                                                 | 短期入所                               | 児       | 原則15<br>歳未満        | 4床<br>(空床<br>型) | 原則7日           | 医療行為が<br>必要になっ<br>た場合、医<br>療入院に移<br>行                             | ○            | ○  | △   | ○            | ○    | ○     | ○     |              | ○          | ○   | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症            | あり     | てんかん・要<br>相談。基本的<br>にはコントロ<br>ールされて<br>いる方。短時<br>間の発作は<br>可。導尿：要<br>相談。施行<br>時難れるこ<br>とがあれば可<br>。 | 利用希望月の2<br>か月前から               | 利用希望月の<br>約1か月前              | あり                           | 要相談                          | あり                           | 当院外来受<br>診が必要                                                                       | あり                           | 要相談                                            | なし                           |                              |                              |

重症心身障害児者短期入所実施機関

この資料は令和8年9月時点のもので、基本受入情報です。  
利用される方の状況・受入事業施設の状況により意向に添えない  
場合もありますので、そのつど関係機関にご確認ください。  
重症心身障害児者ネットワーク会議事務局：愛知県医療療育総合センター療育支援センター

(医療機関)

| 施設名 | 住 所                           | 電話番号                                                                         | サービスの種類                            | 対象<br>(児・者) | 年齢制限                                        | 利用定員        | 利用期間<br>最高〇日まで   | サービスの<br>特徴                                          | ①栄養に関する医療<br>的ケア |    |     | ②呼吸に関する医療的ケア |          |           |       | ③感染症がある場合の受入 |            |         |               | ④その他の医療的<br>ケアでの制限 | ⑤利用予約            |                                    | ⑥社会的に好ましくな<br>い行動の制限        | ⑦新規利用者の<br>受け入れ  |                       | ⑧緊急時の<br>受け入れ                        |                                      | ⑨送迎                       |                                             |                                  |                                      |    |     |
|-----|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|-------------|------------------|------------------------------------------------------|------------------|----|-----|--------------|----------|-----------|-------|--------------|------------|---------|---------------|--------------------|------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----|-----|
|     |                               |                                                                              |                                    |             |                                             |             |                  |                                                      | 胃ろう              | 経鼻 | IVH | 人工<br>呼吸器    | 気管<br>切開 | エア<br>ウェイ | 吸引の可否 | MR<br>SA     | 肝炎<br>キャリア | 緑膿<br>菌 | その他の<br>感染症制限 |                    | 予約の<br>受付開始時期    | 利用決定時期                             |                             | あり               | 要相談                   | あり                                   | 要相談                                  | なし                        | 要相談                                         |                                  |                                      |    |     |
| 10  | 三九朗病院                         | 〒471-0035<br>豊田市小坂町7-80<br>電話<br>0565-32-0282<br>FAX<br>0565-35-2570         | 短期入所                               | 者           |                                             | 空床型         | 応相談              | 患者ごとに異なる                                             | ○                | ○  | ×   | ×            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 | 空気感染による伝<br>染性疾患 | あり                                 | 透析のある方                      | 要相談              | 会議で検討し<br>決定          | あり                                   | 要相談                                  | あり                        | 要相談                                         | なし                               |                                      | なし |     |
| 11  | 三河青い鳥医療<br>療育センター             | 〒444-3505<br>岡崎市高隆寺町<br>字小屋場9-3<br>電話<br>0564-64-7980<br>FAX<br>0564-64-7981 | 短期入所                               | 児者          | 3歳<br>以上                                    | 空床型         | 応相談              | 利用の不安<br>解消、安全な<br>受入のため<br>契約前に体<br>験入所を実施している      | ○                | ○  | ×   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症不可     | あり                                 | 要相談                         | 3ヶ月前の1日          | 利用前月の<br>中旬頃          | あり                                   | 他害(激しいも<br>の)、多動(出<br>て行ってしま<br>うもの) | あり                        | 受診、体験入<br>所、健康診断                            | あり                               | 医師の診察は<br>なし。契約し<br>利用中の方の<br>み可。    | なし |     |
|     |                               |                                                                              | 日中一時<br>支援                         | 児           | 小学<br>生以上                                   | 2床<br>(空床型) | 応相談              | 利用の不安<br>解消、安全な<br>受入のため<br>契約前に体<br>験入所を実施している      | ○                | ○  | ×   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症不可     | あり                                 | 要相談                         | 3ヶ月前の1日          | 利用前月の<br>中旬頃          | あり                                   | 他害(激しいも<br>の)、多動(出<br>て行ってしま<br>うもの) | あり                        | 受診、体験入<br>所、健康診断                            | あり                               | 医師の診察は<br>なし。契約し<br>利用中の方の<br>み      | なし |     |
|     |                               |                                                                              | 療養介護<br>医療型障<br>害児入所<br>施設<br>(入所) | 児者          | 1歳6<br>か月以上                                 | 140床        | 応相談              |                                                      | ○                | ○  | ×   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 |                  | 要相談<br>当センターの体<br>制で対応困難な<br>場合は不可 | 要相談                         | 会議で検討し<br>決定(随時) | あり                    | 他害(激しいも<br>の)、多動(出<br>て行ってしま<br>うもの) | あり                                   | 面談、受診<br>小児科、整形<br>で検査を要す | あり                                          | 空床があれば<br>検討、相談。<br>医師の診察が<br>必要 | なし                                   |    |     |
| 12  | 豊橋医療セン<br>ター<br><br>短期入所は実施なし | 〒440-8510<br>豊橋市飯村町字<br>浜道上50<br>電話<br>0532-62-0301<br>FAX<br>0532-62-3352   | 療養介護<br>医療型障<br>害児入所<br>施設<br>(入所) | 児者          | なし                                          | 40床         |                  |                                                      | ○                | ○  | ○   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             |                    |                  | 要相談                                |                             |                  |                       |                                      | 現在は満床な<br>ので受入は難<br>しい               |                           | 満床の場合、<br>受入は難しい                            |                                  | なし                                   |    |     |
| 13  | 信愛医療療育<br>センター                | 〒441-0103<br>豊川市小坂井町<br>大塚38-1<br>電話<br>0533-95-0980<br>FAX<br>0533-72-3050  | 短期入所                               | 児者          | なし                                          | 5床<br>(空床型) | 特になし             | 支給決定利<br>用者に対し、<br>必要なサー<br>ビスを行う<br>※呼吸器の<br>人数制限あり | ○                | ○  | ○   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症       | あり                                 | 要相談<br>てんかん<br>導尿ある方<br>受入可 | 利用希望月の<br>2ヶ月前から | 利用希望日の<br>約1ヶ月前       | あり                                   | 要相談                                  | あり                        | 本人確認(外<br>来診療、面<br>談)後、会議<br>にて受入の可<br>否を決定 | 条件<br>付き                         | 以前利用して<br>おり、センター<br>として対応が<br>可能な場合 | なし | 要相談 |
|     |                               |                                                                              | 日中一時<br>支援                         | 児者          | 市町の<br>医療的<br>ケア支<br>給決定<br>のおり<br>る利用<br>者 | 10床         | 特になし             | 医療的ケア<br>があっても対<br>応できる日<br>中一時支援<br>事業所             | ○                | ○  | ○   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症       | あり                                 | 要相談<br>てんかん<br>導尿ある方<br>受入可 | 利用希望月の<br>2ヶ月前から | 利用希望日の<br>約1ヶ月前<br>随時 | あり                                   | 多動で動き回<br>る方は不可                      | あり                        | 本人確認(外<br>来診療、面<br>談)後、会議<br>にて受入の可<br>否を決定 |                                  | 定員の空き状<br>況による                       | なし |     |
|     |                               |                                                                              | 療養介護<br>医療型障<br>害児入所<br>施設<br>(入所) | 児者          | 6ヶ月<br>以上                                   | 60床         | 有期入<br>所：<br>2か月 | 呼吸器の人<br>数制限あり                                       | ○                | ○  | ○   | ○            | ○        | ○         | ○     |              | ○          | ○       | ○             | あり                 | 流行性感<br>染症       | あり                                 | 要相談<br>てんかん<br>導尿ある方<br>受入可 | 要相談              | 会議で検討し<br>決定          | あり                                   | 要相談                                  | あり                        | 本人確認(外<br>来診療、面<br>談)後、会議<br>にて受入の可<br>否を決定 | 条件<br>付き                         | 要相談                                  | なし |     |