

調査票の記入上の留意点

【調査票の作成について】

本調査は、小児科を標榜する医療機関（病院・診療所）及び在宅療養支援診療所へお送りしております。小児科標榜の診療所でありかつ在宅療養診療所の場合で、調査票が2通配布された場合は、お手数ですが、1通は廃棄いただきまして、1通のみ回答を作成のうえ、返信くださいますようお願いいたします。

【調査時点】

- 2021年1月末時点の状況についてお答えください。

【本調査上の医療的ケア児者の範囲】

日常的に医療的ケアを必要とする障害児者で、次の11項目に該当する在宅で生活している*40歳未満の方。

人工呼吸器管理、気管切開、鼻咽頭エアウェイ、酸素吸入、たんの吸引、ネブライザー、中心静脈栄養（IVH）、経管栄養（胃ろう、腸ろう・腸管栄養、経鼻）、腹膜透析、導尿、人工肛門

診療報酬上の在宅療養指導管理料の加算算定児者（診療報酬項目 C102～C119、C108-2を除く）を参考とする。

※「在宅で生活」とは、一度は在宅で生活をしていたが、調査時点で入院している児者及びグループホームに入所している児者は含む。また、障害児入所施設又は療養介護事業所等に入所している児者は含まない。

※対象年齢：0から39歳（昭和55(1980)年4月2日生まれ以降（2020年度当初で40歳未満）

【貴施設の連絡先】

- 調査回答の内容について、問合せ先となる方の連絡先を御記入ください。

【問1】

- 当てはまる項目全てに○を記入してください。

例えば、「2 小児科標榜の診療所（主に小児を対象としている診療所）」でありかつ「4 在宅療養支援診療所」の場合は、2と4の2箇所に○を記入してください。

【問2】

- 診療の対象年齢等の状況として、医療的ケア児者への診療に限らず、一般的な診療における対象年齢等の状況についてお答えください。

【問2-1】

- 初めての受診時の年齢に制限がある場合は、制限となる年齢及び制限の理由を記入し

てください。例えば、小児専門であって概ね16歳未満を対象としている場合は、「2
上限がある」に○を記入し、右隣の空欄に「16」、理由欄に「小児専門であるため」
と記入してください。

【問 2-2】

- 小児を対象とした診療を実施している施設（病院にあつては、「小児科」）において、
過去に受診歴がある方（小児で受診歴がある患者）が成人以降も受診を希望した場合
の年齢に関する制限についてお答えください。

【問 3～問 9-2】

- 調査時点での実施の有無に関わらず、医療的ケア児者への診療の可否等の状況につい
てお答えください。

【問 10-2】

- 「非常用電源設備の貸出」については、在宅の医療的ケア児者が使用する医療機器の
外部バッテリーへの充電等のため、災害時等に貴施設において、自家発電装置により
発電した電気の提供（コンセントの貸出）を行う、又は非常用発電機を貸し出すこと
等が可能かどうかについてお答えください。

【問 11】

- 近隣関係機関との協力体制の状況は、医療的ケア児者に関する連絡・連携に限らず、
貴施設の業務全般における連携の状況について、記入してください。
- その他、調査に関して不明な点等ありましたら、下記の問い合わせ先まで御連絡いた
だきますようお願いいたします。

自由記載欄への記入が困難な場合等は、回答を飛ばしていただいても構いません。

御多忙のところ恐縮ですが、今後の医療的ケア児者の支援体制の向上を図るために、
調査への御理解・御協力をよろしくお願いいたします。

(問い合わせ先)

愛知県福祉局福祉部障害福祉課

医療療育支援室 室重症心身障害児者施設グループ

担 当 大谷

電 話 052-954-6629

E-mail shogaishisetsuseibi@pref.aichi.lg.jp