

調査票の記入上の留意点

【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。

【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】

- 貴事業所で提供しているサービスとして、医療的ケア児者への提供に限らず、実施しているものについてお答えください。

【問3】

- 令和3年1月末時点で利用登録がある医療的ケア児者について、令和2年4月1日現在の年齢区分により、人数を記入してください。

調査対象の年齢区分 (2020年4月1日時点)	生年月日の期間
修学前 0～5歳	平成26(2014)年4月2日生まれ以降
就学期(小・中)6～14歳	平成17(2005)年4月2日～平成26年(2014)年4月1日生まれ
就学期(高)15～17歳	平成14(2002)年4月2日～平成17(2005)年4月1日生まれ
18歳以上～40歳未満	昭和55(1980)年4月2日～平成14(2002)年4月1日生まれ

【問4】

- 医療的ケア児者の受入(サービス提供)にあたり、年齢に関する条件等の状況についてお答えください。例えば20歳以上の成人のみを対象としている場合は、「1下限がある」の右隣の欄に「20」と記入し、理由欄に「成人のみを対象としている」と記入してください。

【問6-1】

- 医療的ケアが必要な障害児者に係る加算のうち、現在までに1件以上算定したことのあるもの全てに○を記入し、その他、医療的ケアが必要な障害児者受入のため、算定した加算があれば、「6その他」の()内に具体例を記入してください。

【問8-1～問10-2】

- 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サービスの提供の可否等についてお答えください。

【問8-1】

- 医療的ケア児者に対する緊急時のサービス提供の可否についてお答えください。
なお、緊急時とは患者の急変時又は家族等介護・看護者の急用時のいずれの場合も含

みます。

【問 9】

- 貴事業所におけるリハビリ職等の配置状況及び、医療的ケア児者へのリハビリテーションメニューの状況（リハビリ実施の可否）についてお答えください。

【問 11-1、問 11-2】

- 「個別の災害時対応マニュアル等」の作成状況については、調査時点において1件以上作成していれば、「1作成有り」として回答してください。
- 作成したマニュアル等の情報共有者について、利用者により異なる場合は、最も多い状況についてお答えください。

【問 12】

- 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