

医療的ケア児等支援社会資源現況調査

【障害福祉サービス事業所用】

送	愛知県福祉局福祉部障害福祉課 医療療育支援室
信	重症心身障害児者支援グループ 大谷宛て
先	電子メール iryouryouikusien@pref.aichi.lg.jp

※ 2020年11月末時点の状況についてお答えください。

【本調査における用語の定義及び解説】

医療的ケア児者	日常的に医療的ケアを必要とする障害児者のこと。 本調査では、 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 を調査対象とする。 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
重症心身障害児者	重度の肢体不自由及び重度の知的障害が重複している（運動機能（大島分類）が「座れる」「寝たきり」かつIQ35以下（身体障害者手帳1、2級かつ療育手帳A、愛護手帳1、2度。身体障害者手帳1、2級であっても実態（独歩の可否等）で判断。）障害児者。市町村が重症心身障害児者として支給決定している児者を含む。
動ける医療的ケア児者	①運動機能（大島分類）が「走れる」「歩ける」「歩行障害」②上記に示す医療的ケアを必要とする、2つの条件をいずれも満たす障害児者
医療的ケア児等コーディネーター	医療的ケア児等に関する専門的な知識を持ち、医療・福祉・教育等関係機関との調整を行うことにより、医療的ケア児者やその御家族への支援を行う。都道府県及び指定都市が養成研修を実施している。主な受講者は相談支援専門員、市町村保健師、訪問看護師等。

※「在宅で生活」とは、一度は在宅で生活をしていましたが、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。

貴事業所の連絡先を御記入ください

事業所名			
事業所所在地	愛知県		市・町・村
電話番号			
回答者	職		氏名

I 貴事業所についてお答えください

問1 サービスの種類についてお答えください。（当てはまる項目一つに○を記入してください。）

なお、**複数の事業を実施している場合は、事業毎に回答を作成してください。**

	1 児童発達支援	ア		医療型	イ		福祉型	ウ		居宅訪問型
	2 放課後等デイサービス									
	3 保育所等訪問支援									
	4 生活介護									
	5 自立訓練	ア		機能訓練	イ		生活訓練			
	6 就労移行支援									
	7 就労継続支援	ア		A型	イ		B型			
	8 日中一時支援									
	9 短期入所									
	10 居宅介護									
	11 重度訪問介護									
	12 行動援護									
	13 同行援護									
	14 重度障害者等包括支援									
	15 共同生活援助	ア		包括型	イ		外部サービス利用型	ウ		日中サービス支援型

Ⅱ 医療的ケア児者への支援の実施状況等についてお答えください

資料 2-2

問2 医療的ケア児者に対する支援を実施していますか。当てはまるものいずれかに○を記入してください。

1 実施している。 ※ 利用実績はないが、利用登録がある場合を含む	⇒ 問3にお進みください。
2 未実施だが、今後実施予定がある。	⇒ 問6にお進みください。
3 未実施だが、今後実施を検討したいと考えている。	⇒ 問8にお進みください。
4 実施していない。(実施予定もない)	⇒ 問8にお進みください。

問3 医療的ケアを実施の事業所への質問です。

①医療的ケアを実施している児者の人数を記入してください。

また、②及び③には①の内訳として重症心身障害児者数及び動ける医療的ケア児者の人数を記入してください。

① 医療的ケア児者数		② ①のうち重症心身障害児者数		③ ①のうち動ける医療的ケア児者数	
就学前 0～5歳	人	就学前 0～5歳	人	就学前 0～5歳	人
就学期(小・中) 6～14歳	人	就学期(小・中) 6～14歳	人	就学期(小・中) 6～14歳	人
就学期(高) 15～17歳	人	就学期(高) 15～17歳	人	就学期(高) 15～17歳	人
18歳以上～40歳未満	人	18歳以上～40歳未満	人	18歳以上～40歳未満	人

問4 医療的ケアを実施の事業所への質問です。

問3①で医療的ケアを実施していると回答された対象児者における、サービス等利用計画の作成状況について、あてはまる項目に人数を記入してください。

1 相談支援事業所(相談支援専門員)による計画がある方	人
2 本人や家族などによる計画(セルフプラン)がある方	人
3 1、2の状況が不明である方	人

問5-1 医療的ケアを実施の事業所への質問です。

医療的ケアが必要な障害児者に係る加算の状況について、貴事業所として1件以上算定したことがあるもの全てに○を記入してください。

1 看護職員加配加算		2 医療連携体制加算		3 送迎加算	
4 常勤看護職員等配置加算		5 喀痰吸引等支援体制加算		6 その他()	
7 この中に算定した加算はない					

問5-2 問5-1で、「7 この中に算定した加算はない」を選択した事業所への質問です。

算定した加算はないとした理由について、あてはまるものに○を記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

1 実施するための人員不足		2 報酬料金が低く採算が合わない	
3 利用者の基準(制限)があり活用できない		4 連携できる医療機関がない	
5 その他(理由:)			

問6 医療的ケアを実施又は実施予定の事業所への質問です。

医療的ケア児者の受入にあたり、年齢に関する条件がある場合は、その状況と条件を設定している理由を記入してください。

1 下限がある	歳 以上	理由
2 上限がある	歳 未満	

問7 医療的ケアを実施又は実施予定の事業所への質問です。

医療的ケアの種類毎に、受入の可否等について、当てはまるものいずれかに○を記入してください。

1 人工呼吸器管理	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
2 気管切開	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
3 鼻咽頭エアウェイ	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
4 酸素吸入	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
5 たんの吸引	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
6 ネブライザー	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
7 中心静脈栄養(IVH)	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
8 経管栄養(胃ろう、腸ろう・腸管栄養、経鼻)	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
9 腹膜透析	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
10 導尿	1 受入可	2 要相談	3 受入不可
11 人工肛門	1 受入可	2 要相談	3 受入不可

問8 医療的ケア児者に対する支援の実施(予定又は実施を検討する)に当たっての課題又は、医療的ケア児者に対する支援を実施していない理由について、当てはまるもの全てに○を、また、具体事例があれば記入してください。(複数回答可)

1	看護師確保が困難 (具体例:)
2	介護職確保が困難 (具体例:)
3	医療的ケア実施のスキル不足 (具体例:)
4	施設設備の整備が困難 (具体例:)
5	報酬額が低い (具体例:)
6	急なキャンセルが経営に響く (具体例:)
7	医療的ケアにおけるリスクが大きい (具体例:)
8	協力医療機関等の確保が困難 (具体例:)
9	事業所間の連携がない (具体例:)
10	他の障害に特化した受入を実施 (具体例:)
11	その他 (具体例:)

Ⅲ 人員配置状況等についてお答えください

問9 医療的ケアを実施する介護職員について

貴事業所において、医療的ケアを実施できる介護職員(喀痰吸引研修を修了した介護職員)の配置はされていますか。あてはまるものいずれかに○を記入してください。また、「1 いる」を選択した場合は、内訳人数を記入してください。

1	医療的ケアを実施できる介護職員(喀痰吸引等研修を修了した介護職員)がいる ⇒ その内訳人数を記入してください。 ①第1号不特定 <input type="text"/> 人 ②第2号不特定 <input type="text"/> 人 ③第3号特定 <input type="text"/> 人
2	医療的ケアを実施できる介護職員(喀痰吸引等研修を修了した介護職員)はいない

問10 介護職員が喀痰吸引等研修を受講する際、課題となることについて、あてはまるもの全てに○を記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

1	研修費用の負担が大きい
2	研修による介護職員不在時、業務体制に支障が出る
3	研修機会が少なく、受講するタイミングが合わない
4	研修場所が遠い
5	介護職員に受講の意思がない
6	その他()

問11 看護師による医療的ケア児者への支援の実施について

貴事業所において、医療的ケア児者を支援したことのある看護師の配置はされていますか。あてはまるものいずれかに○を記入してください。

1	医療的ケア児者の支援をしたことのある看護師がいる ⇒ その人数を記入してください。 <input type="text"/> 人
2	医療的ケア児者を支援したことのある看護師はいない
3	事業所に看護師はいない

問12 看護師による医療的ケア児者への支援を推進するためには、どのような対策が有効だと考えますか。あてはまるもの全てに○を記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

1	医療的ケア児者の支援に関する看護師向けの研修の実施
2	看護師のリスク・不安を軽減するためのバックアップの充実
3	医療的ケア児の支援に係る多職種との連携の推進
4	医療機関や他事業所間との連携の推進
5	医療的ケア児者等及びその支援方法の周知
6	その他()

IV 医療的ケア児者へのサービスの提供状況等についてお答えください

問13-1 介護・看護者の急病等、緊急時のサービス提供について、あてはまるものに○を記入してください。

1 可	⇒ 問14にお進みください。
2 可(条件有)	⇒ 問13-2にお進みください。
3 不可	⇒ 問14にお進みください。

問13-2 問13-1で、「2 可(条件有)」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

① 定期的な利用がある方のみ	
② 医療的ケアの内容による()	
③ その他条件()	

問14 リハビリ職等による医療的ケア児者への支援の実施について

貴事業所において下記の職種の配置はされていますか。また、リハビリテーションのメニューはありますか。あてはまるものいずれかに○を記入してください。また、その他の職種の場合は()に職種を記入してください。

職 種	配置状況		リハビリテーションの支援	
	1 いる	2 いない	1 あり	2 なし
1 作業療法士(OT)				
2 理学療法士(PT)				
3 言語聴覚士(ST)				
4 その他()				

問15-1 通所系事業所(問1の回答が1~9)への質問です。

送迎の実施状況について、あてはまるものに○を記入してください。

1 有	⇒ 問16-1にお進みください。
2 有(条件有)	⇒ 問15-2にお進みください。
3 無	⇒ 問15-3にお進みください。

問15-2 問15-1で、「2 有(条件有)」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。なお、距離・時間の条件、医療的ケアの内容及びその他の条件は具体例を記入してください。

① 事業所と同一もしくは隣接する市町村内のみ	
② 距離・時間の条件()	
③ 医療的ケアの内容による条件()	
④ その他条件()	

問15-3 問15-1で、「3 無」を選択した事業所への質問です。

送迎を実施していない理由について、あてはまるもの全てに○を記入してください。なお、その他の場合は具体例を記入してください。

1 送迎用の車両を確保できない	
2 運転手を確保できない	
3 送迎時に同乗する看護師等の職員を確保できない	
4 送迎時の体調変化などのリスクを踏まえて送迎は実施していない	
5 利用者・家族の送迎に対するニーズがない	
6 その他()	

問16-1 通所系及び共同生活援助事業所(問1の回答が1~9及び15)への質問です。

入浴設備等の状況について、あてはまるものに○を記入してください。

1 有	⇒ 問16-2にお進みください。
2 有(サービスの提供は無し)	⇒ 問16-2にお進みください。
3 無	⇒ 問18にお進みください。

問16-2 問16-1で、「1 有」、「2 有(サービスの提供は無し)」を選択した事業所への質問です。
設備の設置状況についてあてはまるもの全てに○を記入してください。また、その他の入浴設備がある場合は、具体例を記入してください。

① 特殊浴槽や機械浴を設置
② 浴槽を設置
③ 簡易なシャワーを設置
④ 移動用リフトを設置
⑤ その他 ()

問17-1 居宅訪問系事業所(問1の回答が10、11及び14の事業所)への質問です。
医療的ケア児者への入浴介助の提供について、あてはまるものに○を記入してください。

1 可	⇒ 問18にお進みください。
2 可(条件有)	⇒ 問17-2にお進みください。
3 不可	⇒ 問18にお進みください。

問17-2 問17-1で、「2 可(条件有)」を選択した事業所への質問です。
条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

① 医療的ケアの内容による()
② その他条件()

V 近隣関係機関との協力体制の状況についてお答えください

問18 貴事業所として、次の自施設以外の関係者・関係機関との連携状況について、あてはまるものに○を記入してください。
例えば、相談支援専門員でも人によって異なるという場合は、相談支援専門員の中で最も多い状況を選択してください。
また、②、③を選択した場合は、連携状況等を記入してください。

	あてはまる番号1つずつに○						左記で②もしくは③を選択した場合に記入 連絡・情報共有・連携の具体的な内容 (どのようなときに、どのような情報共有・連携をしているのか)
	① 連絡をとることはない	② 必要時に連絡・連携することがある	③ 定期的に連絡し、情報共有・連携している				
1 相談支援専門員		①		②		③	
2 医療的ケア児等コーディネーター		①		②		③	
3 介護支援専門員(ケアマネージャー)		①		②		③	
4 利用者の主治医		①		②		③	
5 訪問看護ステーション		①		②		③	
6 他の障害福祉サービス事業所		①		②		③	
7 保育所・幼稚園		①		②		③	
8 学校等教育機関		①		②		③	
9 行政(障害・保育等福祉部門)		①		②		③	
10 行政(保健センター等保健部門)		①		②		③	

VI 医療的ケア児者の在宅生活支援等に関する意見等についてお答えください

問19 医療的ケア児者の在宅生活を支えるためには、どのような制度や支援が必要だと考えますか。
あてはまるもの全てに○を記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

1 医療的ケア児者の支援に関する知識・技術等研修の実施
2 医療的ケアによる事故発生時のリスク・不安を軽減するための医療機関等のバックアップの充実
3 医療的ケア児等コーディネーターの活用等による医療的ケア児の支援に関係する関係機関の連携の推進
4 医療的ケア児受入のための建物の改修や設備購入に関する補助金の導入
5 急なキャンセルによる減収に対する補助金の導入
6 その他()

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

医療的ケア児等支援社会資源現況調査

【訪問看護】

送	愛知県福祉局福祉部障害福祉課 医療療育支援室
信	重症心身障害児者支援グループ 大谷宛て
先	電子メール iryouryouikusien@pref.aichi.lg.jp

※ 2020年11月末時点の状況についてお答えください。

【本調査における用語の定義及び解説】

医療的ケア児者	日常的に医療的ケアを必要とする障害児者のこと。 本調査では、次の11項目に該当する在宅で生活※している40歳未満の方を調査対象とする。 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
重症心身障害児者	重度の肢体不自由及び重度の知的障害が重複している(運動機能(大島分類)が「座れる」「寝たきり」かつIQ35以下(身体障害者手帳1、2級かつ療育手帳A、愛護手帳1、2度。身体障害者手帳1、2級であっても実態(独歩の可否等)で判断。))障害児者。市町村が重症心身障害児者として支給決定している児者を含む。
動ける医療的ケア児者	①運動機能(大島分類)が「走れる」「歩ける」「歩行障害」②上記に示す医療的ケアを必要とする、2つの条件をいずれも満たす障害児者
医療的ケア児等コーディネーター	医療的ケア児等に関する専門的な知識を持ち、医療・福祉・教育等関係機関との調整を行うことにより、医療的ケア児者やその御家族への支援を行う。都道府県及び指定都市が養成研修を実施している。主な受講者は相談支援専門員、市町村保健師、訪問看護師等。

※「在宅で生活」とは、一度は在宅で生活をしていましたが、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。

貴事業所の連絡先を御記入ください

事業所名			
事業所所在地	愛知県		市・町・村
電話番号			
回答者	職		氏名

I 貴事業所についてお答えください

問1 提供しているサービスについてお答えください。(当てはまる項目に○を記入してください。)また、その他の場合は具体例を記入してください。

	1 療養上の世話(食事管理・援助、排泄管理・援助、清潔管理・援助(入浴介助)、ターミナルケア)
	2 診療の補助(医療的ケア)
	3 リハビリテーション
	4 家族支援
	5 その他 ()

II 医療的ケア児者への支援の実施状況等についてお答えください

問2 医療的ケア児者に対する支援を実施していますか。当てはまるものいずれかに○を記入してください。

	1 実施している。 ※ 利用実績はないが、利用登録がある場合を含む ⇒ 問3にお進みください。
	2 未実施だが、今後実施予定がある。 ⇒ 問4にお進みください。
	3 未実施だが、今後実施を検討したいと考えている。 ⇒ 問7にお進みください。
	4 実施していない。(実施予定もない) ⇒ 問7にお進みください。

問3 医療的ケアを実施の事業所への質問です。

資料 2-2

①医療的ケアを実施している児者の人数を記入してください。

また、②及び③には①の内訳として重症心身障害児者数及び動ける医療的ケア児者の人数を記入してください。

① 医療的ケア児者数				② ①のうち重症心身障害児者数				③ ①のうち動ける医療的ケア児者数			
就学前	0～5歳	<input type="text"/>	人	就学前	0～5歳	<input type="text"/>	人	就学前	0～5歳	<input type="text"/>	人
就学期(小・中)	6～14歳	<input type="text"/>	人	就学期(小・中)	6～14歳	<input type="text"/>	人	就学期(小・中)	6～14歳	<input type="text"/>	人
就学期(高)	15～17歳	<input type="text"/>	人	就学期(高)	15～17歳	<input type="text"/>	人	就学期(高)	15～17歳	<input type="text"/>	人
	18歳以上～40歳未満	<input type="text"/>	人		18歳以上～40歳未満	<input type="text"/>	人		18歳以上～40歳未満	<input type="text"/>	人

問4 医療的ケアを実施又は実施予定の事業所への質問です。

医療的ケア児者の受入にあたり、年齢に関する条件がある場合は、その状況と条件を設定している理由を記入してください。

1 下限がある	<input type="text"/>	歳 以上	理由	<input style="width: 500px; height: 40px;" type="text"/>
2 上限がある	<input type="text"/>	歳 未満		

問5 医療的ケアを実施又は実施予定の事業所への質問です。

医療的ケアの種類毎に、受入の可否等について、当てはまるものいずれかに○を記入してください。

1 人工呼吸器管理	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
2 気管切開	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
3 鼻咽頭エアウェイ	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
4 酸素吸入	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
5 たんの吸引	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
6 ネブライザー	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
7 中心静脈栄養(IVH)	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
8 経管栄養(胃ろう、腸ろう・腸管栄養、経鼻)	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
9 腹膜透析	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
10 導尿	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可
11 人工肛門	<input type="text"/>	1 受入可	<input type="text"/>	2 要相談	<input type="text"/>	3 受入不可

問6-1 医療的ケアを実施の事業所への質問です。

医療的ケアが必要な障害児者に係る加算の状況について、貴事業所として1件以上算定したことがあるもの全てに○を記入してください。

<input type="text"/>	1 長時間訪問看護加算	<input type="text"/>	2 乳幼児加算
<input type="text"/>	3 訪問看護情報提供療養費1(自治体への情報提供)	<input type="text"/>	4 訪問看護情報提供療養費2(学校等への情報提供)
<input type="text"/>	5 この中に算定した加算はない		

問6-2 問6-1で、「5 この中に算定した加算はない」を選択した事業所への質問です。

算定した加算はないとした理由について、当てはまるものに○を記入してください。記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

<input type="text"/>	1 実施するための人員不足	<input type="text"/>	2 報酬料金が低く採算が合わない
<input type="text"/>	3 利用者の基準(制限)があり活用できない	<input type="text"/>	4 自治体・学校等から情報提供の求めがない
<input type="text"/>	5 その他(理由: <input style="width: 500px;" type="text"/>)		

問7 医療的ケア児者に対する支援の実施(予定又は実施を検討する)に当たっての課題又は、医療的ケア児者に対する支援を実施していない理由について、当てはまるもの全てに○を、また、具体事例があれば記入してください。(複数回答可)

1	看護師確保が困難	(具体例:)
2	医療的ケア実施のスキル不足	(具体例:)
3	報酬額が低い	(具体例:)
4	急なキャンセルが経営に響く	(具体例:)
5	医療的ケアにおけるリスクが大きい	(具体例:)
6	協力医療機関等の確保が困難	(具体例:)
7	事業所間の連携がない	(具体例:)
8	対象を限定(他の障害等)した受入を実施	(具体例:)
9	その他	(具体例:)

Ⅲ サービスの提供状況等についてお答えください

問8-1 介護・看護者の急病等、緊急時のサービス提供について、当てはまるものに○を記入してください。

1	可	⇒ 問9にお進みください。
2	可(条件有)	⇒ 問8-2にお進みください。
3	不可	⇒ 問9にお進みください。

問8-2 問8-1で、「2 可(条件有)」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、当てはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

①	定期的な利用がある方のみ
②	医療的ケアの内容による()
③	その他条件()

問9 リハビリ職等による医療的ケア児者への支援の実施について

貴事業所において下記の職種の配置はされていますか。また、リハビリテーションのメニューはありますか。

当てはまるものいずれかに○を記入してください。また、その他の職種の場合は()に職種を記入してください。

職 種	配置状況				リハビリテーションの支援			
		1 いる		2 いない		1 あり		2 なし
1 作業療法士(OT)								
2 理学療法士(PT)								
3 言語聴覚士(ST)								
4 その他()								

問10-1 医療的ケア児者への入浴介助の提供について、当てはまるものに○を記入してください。

1	可	⇒ 問11-1にお進みください。
2	可(条件有)	⇒ 問10-2にお進みください。
3	不可	⇒ 問11-1にお進みください。

問10-2 問10-1で、「2 可(条件有)」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、当てはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

①	医療的ケアの内容による()
②	その他条件()

問11-1 医療的ケア児者の個別の災害時対応マニュアル等(緊急連絡先一覧・医療情報カード・非常持出品一覧・避難場所確認等)の作成状況について、あてはまるものに○を記入してください。

1 作成有り	⇒ 問11-2にお進みください。
2 作成無し	⇒ 問12にお進みください。

問11-2 問11-1で、「1 作成有り」を選択した事業所への質問です。

災害時対応マニュアル等を情報共有している関係者について、あてはまるもの全てに○を記入してください。その他の共有先がある場合は具体例を記入してください。

① 利用者	② 利用者の親族
③ 利用者の主治医	④ 民生委員・自治会等、地域の支援者
⑤ 自治体	⑥ 共有なし
⑦ その他()	

IV 近隣関係機関との協力体制の状況についてお答えください

問12 貴事業所として、次の自施設以外の関係者・関係機関との連携状況について、あてはまるものに○を記入してください。

例えば、相談支援専門員でも人によって異なるという場合は、相談支援専門員の中で最も多い状況を選択してください。

また、②、③を選択した場合は、連携状況等を記入してください。

	あてはまる番号1つずつに○						左記で②もしくは③を選択した場合に記入 連絡・情報共有・連携の具体的な内容 (どのようなときに、どのような情報共有・連携をしているのか)
	① 連絡をとることはない	② 必要時に連絡・連携することがある	③ 定期的に連絡し、情報共有・連携している				
1 相談支援専門員	①	②	③				
2 医療的ケア児等コーディネーター	①	②	③				
3 介護支援専門員(ケアマネージャー)	①	②	③				
4 利用者の主治医	①	②	③				
5 他の訪問看護ステーション	①	②	③				
6 障害福祉サービス事業所	①	②	③				
7 保育所・幼稚園	①	②	③				
8 学校等教育機関	①	②	③				
9 行政(障害・保育等福祉部門)	①	②	③				
10 行政(保健センター等保健部門)	①	②	③				

V 医療的ケア児者の在宅生活支援等に関する意見等についてお答えください

問13 医療的ケア児者の在宅生活を支えるためには、どのような制度や支援が必要だと考えますか。

あてはまるもの全てに○を記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

1 医療的ケア児者の支援に関する知識・技術等研修の実施
2 医療的ケアによる事故発生時のリスク・不安を軽減するための医療機関等のバックアップの充実
3 医療的ケア児等コーディネーターの活用等による医療的ケア児の支援に係る関係機関の連携の推進
4 医療的ケア児受入のための設備購入に関する補助金の導入
5 急なキャンセルによる減収に対する補助金の導入
6 その他()

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

医療的ケア児等支援社会資源現況調査

【医療機関】

送	愛知県福祉局福祉部障害福祉課 医療療育支援室
信	重症心身障害児者支援グループ 大谷宛て
先	電子メール iryouryouikusien@pref.aichi.lg.jp

※ 2020年11月末時点の状況についてお答えください。

【本調査における用語の定義及び解説】

医療的ケア児者	日常的に医療的ケアを必要とする障害児者のこと。 本調査では、 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 を調査対象とする。 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
医療的ケア児等コーディネーター	医療的ケア児等に関する専門的な知識を持ち、医療・福祉・教育等関係機関との調整を行うことにより、医療的ケア児者やその御家族への支援を行う。都道府県及び指定都市が養成研修を実施している。主な受講者は相談支援専門員、市町村保健師、訪問看護師等。

※「在宅で生活」とは、一度は在宅で生活をしていましたが、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。

貴施設の連絡先を御記入ください

施設名			
事業所所在地	愛知県		市・町・村
電話番号			
回答者	職		氏名

I 貴施設についてお答えください

問1 貴施設の種類についてお答えください。(当てはまる項目に○を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	1 小児科標榜の病院
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	3 小児科標榜の診療所(小児から成人までを対象としている診療所)
<input type="checkbox"/>	4 在宅療養支援診療所

II 診療の対象年齢等の状況についてお答えください

問2 貴施設における診療の対象年齢の制限等について

貴施設への受診における、年齢に関する制限の有無について、あてはまるものいずれかに○を記入してください。また、年齢に関する制限がある場合は、その状況と条件を設定している理由を記入してください。

問2-1 初めての受診時の年齢に関する制限について

<input type="checkbox"/>	1 下限がある	<input type="checkbox"/>	歳 以上	理由	
<input type="checkbox"/>	2 上限がある	<input type="checkbox"/>	歳 未満		
<input type="checkbox"/>	3 年齢の制限はない				

問2-2 過去に受診歴が有る方の受診の年齢に関する制限について

<input type="checkbox"/>	1 上限がある	<input type="checkbox"/>	歳 未満	理由	
<input type="checkbox"/>	2 年齢の制限はない				

問2-3 問2-2で「1 上限がある」と回答した施設への質問です。

受診中の患者が対象の年齢を超えた場合の対応について、あてはまるものに○を記入してください。また、「2その他の対応」とした場合、具体例を記入してください。

<input type="checkbox"/>	1 成人の各専門診療科や他の医療機関の紹介をおこなっている
<input type="checkbox"/>	2 その他の対応

問3 医療的ケア児者に対する**外来診療**の対応可否について、当てはまるものいずれかに○を記入してください。その他の場合は()に具体的な内容を記入してください。また、「② 条件により可能」とした場合、条件の具体例を記入してください。

1 一般診療		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
2 栄養管理(経鼻)		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
3 栄養管理(胃ろう・腸ろう)		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
4 中心静脈栄養管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
5 酸素療法の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
6 気管切開の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
7 人工呼吸器管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
8 導尿カテーテル管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
9 人工肛門の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
10 褥瘡の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
11 予防接種		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
12 その他()		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可

↓ 条件の具体例を記入してください。

条件の具体例

問4 医療的ケア児者に対する**訪問診療**の対応可否について当てはまるものいずれかに○を記入してください。その他の場合は()に具体的な内容を記入してください。また、「②条件により可能」の場合は、条件の内容として当てはまるもの全てに○を記入してください。なお、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は()に具体例を記入してください。

1 一般診療		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
2 栄養管理(経鼻)		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
3 栄養管理(胃ろう・腸ろう)		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
4 中心静脈栄養管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
5 酸素療法の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
6 気管切開の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
7 人工呼吸器管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
8 導尿カテーテル管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
9 人工肛門の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
10 褥瘡の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
11 その他()		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可

↓ 条件の内容を選択し、具体例を記入してください。

ア	外来等で受診がある方のみ
イ	医療的ケアの内容による (具体例)
ウ	その他条件()

問5 医療的ケア児者に対する**緊急時等の往診**の対応可否について当てはまるものいずれかに○を記入してください。その他の場合は()に具体的な内容を記入してください。また、「②条件により可能」の場合は、条件の内容として当てはまるもの全てに○を記入してください。なお、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は()に具体例を記入してください。

1 一般診療		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
2 栄養管理(経鼻)		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
3 栄養管理(胃ろう・腸ろう)		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
4 中心静脈栄養管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
5 酸素療法の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
6 気管切開の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
7 人工呼吸器管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
8 導尿カテーテル管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
9 人工肛門の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
10 褥瘡の管理		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可
11 その他()		① 診療可能		② 条件により可能		③ 診療不可

↓ 条件の内容を選択し、具体例を記入してください。

ア	外来等で受診がある方のみ
イ	医療的ケアの内容による (具体例)
ウ	その他条件()

問6-1 医療的ケア児者に対する24時間(夜間、深夜を含む。)の往診の対応可否について、あてはまるものいずれかに○を記入してください。

1 対応可(条件有)	⇒ 問6-2にお進みください。
2 対応可(条件無)	⇒ 問7にお進みください。
3 対応不可	⇒ 問7にお進みください。

問6-2 問6-1で、「1 対応可(条件有)」を選択した施設への質問です。

条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

① 外来等で利用がある方のみ	
② 医療的ケアの内容による()	
③ その他条件()	

問7 令和2年11月の1か月間に、診療した医療的ケア児者の人数等について記入してください。

実人数	人
-----	---

※ 病院は、在宅療養指導管理料算定件数を記入してください。

診療所は、下記の医療行為を必要とする児者の診察・処置を行った延べ件数を、外来・訪問の欄にそれぞれ記入し、そのうち、在宅療養指導管理料を算定した場合は、算定件数も記入してください。

医療行為(診療報酬項目番号)	診察・処置を行った延べ件数		指導管理料算定件数
	外来	訪問	
1 在宅酸素療法指導管理 (C103)			
2 在宅中心静脈栄養法指導管理 (C104)			
3 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 (C105)			
4 在宅小児経管栄養法指導管理 (C105-2)			
5 在宅自己導尿指導管理 (C106)			
6 在宅人工呼吸指導管理 (C107)			
7 在宅持続腸圧呼吸療法指導管理 (C107-2)			
8 在宅寝たきり患者処置指導管理 (C109)			
9 在宅気管切開患者指導管理 (C112)			
10 在宅自己腹膜灌流私道管理 (C102)			
11 在宅高血圧症患者指導管理 (C111)			

問8-1 訪問リハビリテーションの実施状況について、あてはまるものいずれかに○を記入してください。

1 実施している(条件有)	⇒ 問8-2にお進みください。
2 実施している(条件無)	⇒ 問9-1にお進みください。
3 実施していない	⇒ 問9-1にお進みください。

問8-2 問8-1で、「1 実施している(条件有)」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

① 外来等で利用がある方のみ	
② 医療的ケアの内容による()	
③ その他条件()	

問9-1 入院施設をお持ちの施設への質問です。

医療的ケア児者のレスパイト入院への対応の可否について、あてはまるものいずれかに○を記入してください。

1 可(条件有)	⇒ 問9-2にお進みください。
2 可(条件無)	⇒ 問10-1にお進みください。
3 不可	⇒ 問10-1にお進みください。

問9-2 問9-1で、「1 可(条件有)」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。、医療的ケアの内容、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

① 外来等で利用がある方のみ	
② 医療的ケアの内容による()	
③ その他条件()	

IV 非常用電源設備等の状況についてお答えください

問10-1 貴施設の非常用電源設備の設置状況について、あてはまるものに○を記入してください。

1 有	⇒ 問10-2にお進みください。
2 無	⇒ 問11にお進みください。

問10-2 問10-1で、「1有」を選択した施設への質問です。

災害時等における、非常用電源設備の在宅の医療的ケア児者への貸し出しの可否について、あてはまるものに○を記入してください。

1 可	⇒ 問10-3にお進みください。
3 不可	⇒ 問11にお進みください。

問10-3 問10-2で、「1可」を選択した事業所への質問です。

条件の内容について、あてはまるもの全てに○を記入してください。、その他の条件がある場合は具体例を記入してください。

① 外来等で利用がある方のみ
② その他条件()
③ 条件なし

V 近隣関係機関との協力体制の状況についてお答えください

問11 貴事業所として、次の自施設以外の関係者・関係機関との連携状況について、あてはまるものに○を記入してください。

例えば、相談支援専門員でも人によって異なるという場合は、相談支援専門員の中で最も多い状況を選択してください。

また、②、③を選択した場合は、連携状況等を記入してください。

	あてはまる番号1つずつに○			左記で②もしくは③を選択した場合に記入 連絡・情報共有・連携の具体的な内容 (どのようなときに、どのような情報共有・連携をしているのか)
	① 連絡をとることはない	② 必要時に連絡・連携することがある	③ 定期的に連絡し、情報共有・連携している	
1 相談支援専門員	①	②	③	
2 医療的ケア児等コーディネーター	①	②	③	
3 介護支援専門員(ケアマネージャー)	①	②	③	
4 他の医療機関	①	②	③	
5 訪問看護ステーション	①	②	③	
6 障害福祉サービス事業所	①	②	③	
7 保育所・幼稚園	①	②	③	
8 学校等教育機関	①	②	③	
9 行政(障害・保育等福祉部門)	①	②	③	
10 行政(保健センター等保健部門)	①	②	③	

6 医療的ケア児者の在宅生活支援等に関する意見等についてお答えください

問12 医療的ケア児者の在宅生活を支えるためには、どのような制度や支援が必要だと考えますか。

あてはまるもの全てに○を記入してください。また、その他の場合は具体例を記入してください。

1 医療的ケア児の支援に関する知識・技術等研修の実施
2 病院との連携(緊急時の受入等の連携体制整備)
3 小児科医等に助言を求めることができる体制
4 訪問看護師との連携体制
5 調剤薬局との連携体制
6 医療的ケア児等コーディネーター(相談支援専門員等)の活用等による関係機関の連携体制
7 その他()

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。