**＜在宅医療における医療的ケア児者に関する受入体制等に係る調査票＞**

返信先：福井県在宅医療サポートセンター 行 　　FAX 0776-21-6641

１．貴医療機関の基本情報（令和７年　月　日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | 福井県 | | |
| 電話番号 | * - | Mailアドレス |  |
| 診療科目  ※保険請求割合の最も大きい診療科に１つだけ○をつけて下さい。 | １　内科　　　　　２　小児科　　　　３　精神科　　　　４　外科  　５　整形外科　　　６　皮膚科　　　　７　婦人科　　　　８　産科・産婦人科  　９　眼科　　　　　10　耳鼻咽喉科　　11　泌尿器科　　　12　脳神経外科  　13　人工透析科　　14　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 回答者 | 【部署】 　　　　　　　　　 【氏名】 | | |
| 診療日 | 1.月曜 2.火曜 3.水曜 4.木曜 5.金曜 6.土曜 7.日曜 8．祝日 ※複数可 | | |
| 診療時間 | ① 　　： ～ ：  ② 　　： ～ ：  ③ 　　： ～ ： | ２４時間対応 | 可 ・ 不可 |

２．過去１年間（令和６年４月～令和７年３月）に診療した医療的ケア（※）が必要な障がい児者の実人数をお答えください。(概数で結構です。)

（※）医療的ケア：経管栄養（胃ろう、経鼻経管）・たんの吸引・酸素療法・自己導尿・腹膜透析・

在宅自己注射・人工肛門・人工呼吸器・気管切開・中心静脈栄養

|  |
| --- |
| １. 就学前（ ）人 　　　　　　　 ２.就学後～18歳未満（ ）人  ３.18歳以上～40歳未満（ ）人　　４．40歳以上（ ）人 |

３．貴医療機関についてお答えください。

1. 車いす対応 １．可 →該当するところに○ （バリアフリー対応・スタッフ介助対応・車いす貸出）

２．不可→トイレの種類に○ （ 和式 ・ 洋式 ）

1. 障がい者用トイレ １．設置 ２．未設置

４．医療的ケアのある障がい児者の診療は可能でしょうか。

|  |
| --- |
| １．可能  ２．不可能  ３．今後対応について検討  ４．条件により可 |

５．入院施設をお持ちの機関にお伺いします。医療的ケア児者への入院医療を提供することは可能ですか。

|  |
| --- |
| １．可能  ２．不可能  ３．条件により可 |

６．対応可能な診療内容について〇をお付けください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 対象年齢 | | | | 訪問診療  対応可 |
| 乳幼児 | 小学生 | 中・高生 | 18歳以上 |
| 一般診療 |  |  |  |  |  |
| 血液検査 |  |  |  |  |  |
| 予防接種 |  |  |  |  |  |
| 在宅酸素管理 |  |  |  |  |  |
| 人工呼吸器管理 |  |  |  |  |  |
| 気管切開管理 |  |  |  |  |  |
| 気管カニューレ交換 |  |  |  |  |  |
| 経管栄養管理 |  |  |  |  |  |
| 経鼻胃管交換 |  |  |  |  |  |
| 胃瘻ﾁｭｰﾌﾞ（ﾎﾞﾀﾝ）交換 |  |  |  |  |  |
| 膀胱留置ｶﾃｰﾃﾙ管理 |  |  |  |  |  |
| 自己導尿管理 |  |  |  |  |  |
| 膀胱ろう管理 |  |  |  |  |  |
| 人工肛門管理 |  |  |  |  |  |
| 中心静脈栄養管理 |  |  |  |  |  |
| てんかん治療（投薬） |  |  |  |  |  |
| てんかん治療（薬剤調整） |  |  |  |  |  |
| 腹膜透析の管理 |  |  |  |  |  |
| リハビリ・整形外科的な診療 |  |  |  |  |  |
| 体調不良時の往診 |  |  |  |  |  |

７.現在係っている書類について〇をお付けください。

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障害者手帳診断書 |  |
| 自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳診断書 |  |
| 福祉施設利用時の医療的ケアの意見書 |  |
| 障害年金診断書 |  |
| 訪問看護指示書 |  |

８．特記事項等についてご記載ください。

調査は以上です。お忙しいところご協力いただきましてありがとうございました。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問診療での対応について特記事項があればご記載ください |  |
| 往診での対応について特記事項があればご記載ください |  |
| その他医療的ケア児・者への診療対応についてご意見をお願いします |  |