

医療型短期入所サービス事業所調査

資料3-2

※令和6年4月1日現在の情報を記入ください。

施設名と今回の調査の回答者名を記入ください。

施設名 _____
ご回答者 _____

(以下、該当する回答の□に✓してください)

問1 医療型短期入所の形態と利用定員について教えてください。

併設型
空床型
単独型

利用定員 _____ 床

問2 令和4年度の医療型短期入所の利用者の有無を教えてください。

また有の場合、実利用人数、月単位の利用人数及び利用日数を教えてください。

ある

実利用人数 _____ 名

月利用人数 _____ 名

月利用日数 _____ 日

なし

問3 利用条件について教えてください。

①利用について必須のものがあれば☑してください。

障がい福祉サービス受給者証（医療型短期入所の記載のあるもの）

身体障がい者手帳（肢体不自由）1. 2級

療育手帳A

その他（下枠にご記入ください）

②身体障がい者手帳や療育手帳がなくても、判定スコアがあれば利用できますか。

利用できる

⇒判定スコア _____ 点以上

判定スコアや手帳の要件はなく、受給者証（医療型短期入所の記載のあるもの）
があれば利用できる

利用できない

③受け入れ可能なADLについて教えてください。

独立歩行可能

介助歩行可能

すりばい可能

座位可能

寝たきり

問4 医療的ケアがある方の受け入れについて教えてください。

①医療的ケアがある方の受け入れは可能ですか。

はい

状況によっては受け入れ可能

いいえ

- ② 上記①で「はい」とお答えの場合、動ける医療的ケア児の受け入れは可能ですか。

	はい
	いいえ

- ③ 上記①で「状況によっては受け入れ可能」とお答えの場合、具体的な条件を教えてください。

	医療的ケアの程度
	空床の有無
	対応可能な人員の有無
	その他（下枠にご記入ください）

- ④ 上記①で「いいえ」とお答えの場合、その理由を教えてください。

理由

問5 受け入れ可能な医療的ケアの内容に□してください。（複数回答可）

	人工呼吸器（気管切開）
	人工呼吸器（マスク）
	ネザルハイフロー
	気管切開
	在宅酸素
	経管栄養（経鼻胃管）
	経管栄養（胃瘻）
	経管栄養（腸瘻）
	中心静脈栄養（静脈に留置された器具への栄養剤等の投与）
	ストマ
	導尿
	腹膜透析
	浣腸
	口腔内吸引
	鼻腔内吸引
	気管内吸引
	気管カニューレ内吸引

人工呼吸器（気管切開）
人工呼吸器（マスク）
ネザルハイフロー
気管切開
在宅酸素
経管栄養（経鼻胃管）
経管栄養（胃瘻）
経管栄養（腸瘻）
中心静脈栄養（静脈に留置された器具への栄養剤等の投与）
ストマ
導尿
腹膜透析
浣腸
口腔内吸引
鼻腔内吸引
気管内吸引
気管カニューレ内吸引

問6 年齢制限はありますか。

	あり
	なし

_____歳以上
_____歳未満

問7 登録者数と契約者数を教えてください。

登録者数 18歳未満

_____人

18歳以上

_____人

契約者数 18歳未満

_____人

18歳以上

_____人

問8 利用登録までに実施していることに□をつけてください。

診察

ソーシャルワーカー・看護師による面談

体験入所（日帰り）⇒

保護者付き添い あり

保護者付き添い なし

体験入所（宿泊） ⇒

保護者付き添い あり

保護者付き添い なし

問9 利用申し込みから登録までどれぐらい日数がかかりますか。

1ヶ月未満

1ヶ月以上 2ヶ月未満

2ヶ月以上

問10 緊急レスパイトを受け入れていますか。

受け入れている（登録者のみ）

受け入れている（未登録の方も可能）

受け入れていない

問11 短期入所中に日中活動支援をしていますか。

している

していない

「している」に□をされた方は、以下に具体的な内容を記載してください。

問12 体調が悪い時や風邪症状があるときも利用可能ですか。

利用可能

利用できない

受け入れにあたっての基準などあれば教えてください。

貴施設内で短期入所事業の窓口はどこになりますか。差し支えなければ教えてください。大阪府医療的ケア児支援センターからご連絡をさせていただくこともあります。

部署名 _____
ご担当者名 _____
電話番号 _____
メール _____

この調査回答の内容を、大阪府医療的ケア児支援センターが相談者に対して情報提供することについて同意していただけますか。

同意する

同意しない

お忙しい中ご協力いただきありがとうございました。