

医療的ケア児・者等への対応状況等の実態に係る調査について

令和3年に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」では、「医療的ケア児の日常生活・社会生活を社会全体で支援する」などの基本理念のもと、地方公共団体は、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援にかかる施策を実施する責務を有すると定められています。

このたび、本市で実施している事業をより効果的に展開するため、医療的ケア児・者等の福祉サービス等での対応状況等の実態に係る調査を実施しましたので、集計の途中経過を報告します。

1 実施概要

(1) 調査期間

令和5年11月15日（水）～12月28日（木）

(2) 対象事業所

事業形態	
児童発達支援事業所	社会福祉法人型障害者地域活動ホーム (生活介護・デイサービス型・ショートステイ・一時ケア)
放課後等デイサービス事業者	
多機能型事業所	機能強化型障害者地域活動ホーム (生活介護・デイサービス型・ショートステイ・一時ケア)
保育所、認定こども園	
小規模保育事業、家庭的保育事業、事業所内保育事業	多機能型拠点(生活介護・短期入所・日中一時) 地域活動支援センター事業 障害者地域作業所型
幼稚園	短期入所事業
放課後キッズクラブ、放課後児童クラブ	日中一時支援事業
医療型障害児入所施設(療養介護)	生活介護事業所
福祉型障害児入所施設	障害者支援施設(重心施設除く)
社会福祉法人型障害者地域活動ホーム (生活介護・デイサービス型・ショートステイ・一時ケア)	障害者グループホーム(共同生活援助) 居宅介護
機能強化型障害者地域活動ホーム (生活介護・デイサービス型・ショートステイ・一時ケア)	重度訪問介護 移動支援

(3) 周知方法

- ・ 障害福祉サービス情報かながわへの掲載
- ・ メール等での配信

2 回答件数(精査中)

横浜市電子申請システムによる回答件数	1,344件
FAX、E-mail、郵送による回答	集計中

「医療的ケア児・者」への対応状況等に係る調査票

※「医療的ケアとは」 医師や看護師などが行う「医療行為」と同じことを家族等が行う行為

※「医療的ケア児・者」とは 日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが必要な方

回答方法:以下のいずれかの方法でご回答ください。

1)横浜市電子申請・届出システム

以下のURLにアクセスし、回答フォームからご回答ください。

<https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/933770c0-f7f2-40bd-90c4-11808b91fb7e/start>

2)メール

件名に【医ケア調査】と記載し、調査票(本エクセルファイル)を添付のうえ、お送りください。

送信先メールアドレス:ikeachosa@job-place-cozy.com

3)FAX

本エクセルファイルの「調査票」及び「FAX送信票」をお送りください。

送信先FAX番号:045-633-4614

4)郵送

調査票(本エクセルファイル)を同封のうえ、以下の担当までお送りください。

〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央4丁目32-19 鶴見センタービル7階JOB PLACE COZY【医ケア調査担当】

※本調査は集計作業の一部を一般社団法人就労支援協会JOB PLACE COZYに委託しています

エクセルで回答される場合は、太枠内のみ入力または選択ください。

1 事業所名称(今回回答するすべての事業所名) (必須)

--

2 事業形態(複数選択可) (必須)

↓プルダウンで選択してください。

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ①児童発達支援事業所 |
| <input type="checkbox"/> | ②放課後等デイサービス事業者 |
| <input type="checkbox"/> | ③多機能型事業所 |
| <input type="checkbox"/> | ④保育所、認定こども園 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤小規模保育事業、家庭的保育事業、事業所内保育事業 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥幼稚園 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦医療型障害児入所施設(療養介護) |
| <input type="checkbox"/> | ⑧福祉型障害児入所施設 |

↓プルダウンで選択してください。

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ⑨社会福祉法人型障害者地域活動ホーム
(生活介護・デイサービス型・ショートステイ・一時ケア) |
| <input type="checkbox"/> | ⑩機能強化型障害者地域活動ホーム
(生活介護・デイサービス型・ショートステイ・一時ケア) |
| <input type="checkbox"/> | ⑪多機能型拠点(生活介護・短期入所・日中一時) |
| <input type="checkbox"/> | ⑫地域活動支援センター事業障害者地域作業所型 |
| <input type="checkbox"/> | ⑬短期入所事業 |
| <input type="checkbox"/> | ⑭日中一時支援事業 |
| <input type="checkbox"/> | ⑮生活介護事業所 |
| <input type="checkbox"/> | ⑯障害者支援施設(重心施設除く) |
| <input type="checkbox"/> | ⑰障害者グループホーム(共同生活援助) |
| <input type="checkbox"/> | ⑱居宅介護 |
| <input type="checkbox"/> | ⑲重度訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> | ⑳移動支援 |

3 アンケート記入者(必須)

(役職名)	(氏名)
-------	------

4 事業所連絡先(必須)

(事業所電話番号)	(事業所メールアドレス)
-----------	--------------

5 医療的ケア児（0歳～18歳未満）の受入について対応していますか。（必須）

※太枠の中をプルダウンで選択してください。①、②は複数選択可能

<input type="checkbox"/>	①対応している (3歳未満)	<input type="checkbox"/>	②対応している (3歳以上18歳未満)	<input type="checkbox"/>	③要相談	<input type="checkbox"/>	④対応予定	<input type="checkbox"/>	⑤対応していない
--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	----------

6 医療的ケア者（18歳以上）の受入について対応していますか。一つだけ選択してください。（必須）

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①対応している	<input type="checkbox"/>	②要相談	<input type="checkbox"/>	③対応予定	<input type="checkbox"/>	④対応していない
--------------------------	---------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	----------

7 医療的ケア児・者等の送迎について対応していますか。一つだけ選択してください。（必須）

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①対応している	<input type="checkbox"/>	②要相談	<input type="checkbox"/>	③対応予定	<input type="checkbox"/>	④対応していない
--------------------------	---------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	----------

8 看護師は配置していますか。（複数回答可）（必須）

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①配置している (直接雇用)	<input type="checkbox"/>	②配置している (人材派遣・委託契約等)	<input type="checkbox"/>	③配置していない
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------

9 看護師の確保についてお聞きします。（複数回答可）（必須）

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①確保でき、採用予定である	<input type="checkbox"/>	②募集している	<input type="checkbox"/>	③配置する予定はない
--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------	------------

10 医療的ケアを実施しているのは誰ですか（複数回答可）（必須）

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①事業所に配置 している看護師	<input type="checkbox"/>	②介護福祉士	<input type="checkbox"/>	③喀痰吸引等 研修受講者	<input type="checkbox"/>	④保護者	<input type="checkbox"/>	⑤全ての医療的ケアに 対応していない
--------------------------	--------------------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------	--------------------------	-----------------------

→ 問17の設問に進んでください
(問11～16は回答不要)

11 気管切開がある方の対応状況について教えてください。

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①常時、保護者等の付添が不要で、医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	②時間を限れば保護者等の付添が不要で医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	③医療的ケアを保護者等が実施するが、受入可能	<input type="checkbox"/>	④対応していないため受け入れていない
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

12 喀痰吸引が必要な方の対応状況について教えてください。

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①常時、保護者等の付添が不要で、医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	②時間を限れば保護者等の付添が不要で医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	③医療的ケアを保護者等が実施するが、受入可能	<input type="checkbox"/>	④対応していないため受け入れていない
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

13 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）が必要な方の対応状況について教えてください。

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①常時、保護者等の付添が不要で、医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	②時間を限れば保護者等の付添が不要で医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	③医療的ケアを保護者等が実施するが、受入可能	<input type="checkbox"/>	④対応していないため受け入れていない
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

14 導尿が必要な方の対応状況について教えてください。

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①常時、保護者等の付添が不要で、医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	②時間を限れば保護者等の付添が不要で医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	③医療的ケアを保護者等が実施するが、受入可能	<input type="checkbox"/>	④対応していないため受け入れていない
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

15 酸素療法が必要な方の対応状況について教えてください。

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①常時、保護者等の付添が不要で、医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	②時間を限れば保護者等の付添が不要で医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	③医療的ケアを保護者等が実施するが、受入可能	<input type="checkbox"/>	④対応していないため受け入れていない
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

16 人工呼吸器を装着している方の対応状況について教えてください。

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①常時、保護者等の付添が不要で、医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	②時間を限れば保護者等の付添が不要で医療的ケアが実施可能	<input type="checkbox"/>	③医療的ケアを保護者等が実施するが、受入可能	<input type="checkbox"/>	④対応していないため受け入れていない
--------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------

17 「横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター」について知っていますか。(必須)

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①知っており、相談・連携したことがある	<input type="checkbox"/>	②名称は知っているが、相談・連携したことはない。	<input type="checkbox"/>	③知らない
--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

18 「横浜型医療的ケア児・者等支援者養成研修」について知っていますか。(必須)

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①知っており、事業所内で修了した職員がいる	<input type="checkbox"/>	②名称は知っているが、事業所内に修了した職員はいない	<input type="checkbox"/>	③知らない
--------------------------	-----------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-------

19 「医療的ケア児・者等」についての研修に興味はありますか。(必須)

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①興味があり、参加してみたい	<input type="checkbox"/>	②興味はあるが、実際に参加するのは難しい	<input type="checkbox"/>	③興味はない
--------------------------	----------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	--------

20 医療的ケア児・者等に関する研修で参加してみたい内容について、1～5の順位を入れてください。(必須 お手数ですが5位までご記入ください)

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①医療的ケア全般	<input type="checkbox"/>	②障害福祉制度・サービス	<input type="checkbox"/>	③学校での対応	<input type="checkbox"/>	④子どもの成長発達・遊び	<input type="checkbox"/>	⑤病院や施設の見学・実習等	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------

21 横浜市ウェブサイト「医療的ケア児・者等を受け入れている事業所一覧」を掲載する場合、掲載して良いですか。 ※全ての医療的ケアに対応していない場合は回答不要

※太枠の中をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①掲載してもよい	<input type="checkbox"/>	②掲載してほしくない
--------------------------	----------	--------------------------	------------

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

・本アンケートにご回答いただいた内容については、医療的ケア児・者の施策や事業を展開するにあたっての検討資料としてのみ使用します。