

○ 調査の目的
医療的ケアの必要な児童・生徒の放課後等デイサービスの送迎の利用実態を調査し、必要な通学時の送迎支援のあり方について検討する資料とします。

○ 調査の概要
・各都道府県の放課後等デイサービス事業所の中から、重症心身障害児を受け入れている事業所又はその可能性がある事業所 522 箇所を抽出し、アンケート調査を実施します。
・アンケート調査によって、医療的ケアの必要な児童・生徒の送迎を継続的に行っている事業所をできるだけ多く抽出し、二次調査としてより詳細な送迎の実態調査を行います。
・上記の調査の中で、医療的ケアの必要な子どもの送迎を可能にするための背景や条件並びに先進的な事例等を検証します。

○ 調査結果の公表
調査結果については、報告書としてまとめ、当法人や日本財団のホームページにて公開します。
また、医療的ケアの必要な子どもの送迎を継続的に行っている事業所の一覧等の情報提供を行います。

お忙しいとは存じますが、お手数ですが、アンケートにご回答のうえ
平成29年10月31日（火）までにご投函くださいますようお願いいたします。

※ご記入いただきました内容については、全て統計的に処理しますので、事業所名が特定されることや目的以外に使用することは一切ありません。また、調査後も適切に管理をさせていただきます。

◆下記のそれぞれの設問について 事業所名：

当てはまるものに○をつけてください。 ご回答者： 連絡先（TEL）

メールアドレス：

《全事業所に伺います》

【設問1 定員について】
1-1 貴事業所の定員数を教えてください 名

【設問2 活動日について】
2-1 一週あたりの活動は何日ですか 日

【設問3 施設基準について】
3-1 重症心身障害児に対して放課後等デイサービスを行うための施設基準に適合する事業所として届出をしていますか 届出している 届出していない

3-2 医療連携体制加算の算定を行っていますか 算定している 算定していない

【設問4 重症心身障害児の受け入れについて】

4-1 重症心身障害児の利用はありますか 有る 無い

4-2 有る場合、重症心身障害児の登録者は何名ですか 名（登録者数）
重症心身障害児の1日平均利用者は何名ですか 名（1日平均利用者数）

【設問5 医療的ケア児の受け入れについて】

5-1 医療的ケアの必要な児童（医療的ケア児）の利用はありますか 有る 無い
※医療的ケア児とは、人工呼吸器を装着している障害児、その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児をいいます。

5-2 有る場合、医療的ケア児の登録者は何名ですか 名（登録者数）
どのような医療行為が必要ですか
お一人の登録者につき複数の医療行為を必要とする場合には重複して構いませんので
各行為を必要としている人数をお教えてください

口腔・鼻腔内喀痰吸引	<input type="text"/> 名
気管カニューレ内吸引	<input type="text"/> 名
胃ろう・腸ろう	<input type="text"/> 名
経鼻経管栄養	<input type="text"/> 名
人工呼吸器使用	<input type="text"/> 名
在宅酸素使用	<input type="text"/> 名
その他（ <input type="text"/> ）	<input type="text"/> 名
その他（ <input type="text"/> ）	<input type="text"/> 名

5-3 有る場合、医療的ケア児の1日平均利用者は何名ですか 名（1日平均利用者数）

《設問4または設問5で有るを選んだ事業所に伺います》

【設問6 看護職員について】

6-1 看護職員の配置はありますか 事業所職員として配置している 他の医療機関と連携して配置している 配置していない

6-2 看護職員の配置がある場合、どの程度配置していますか（1日平均の延べ勤務時間数でお答えください）
※6時間勤務の看護職員が2名配置の場合は 6×2名で延べ12時間となります 1日平均 時間

【設問7 送迎について】

7-1 送迎は行っていますか 行っている 行っていない

7-2 重症心身障害児の送迎利用はありますか 有る 無い

7-3 有る場合、実施回数をお教えてください
※「迎え」は学校から事業所までの送迎です 1週間あたりの延べ迎え回数 回
「送り」は事業所から自宅までの送迎です 1週間あたりの延べ送り回数 回

7-4 医療的ケア児の送迎利用はありますか 有る 利用希望者がいない 利用希望者はあるが事業所として行っていない

7-5 有る場合にお教えてください 送迎を行う児童の実人数 名

・1週間あたりの延べ迎え回数 回 1週間あたりの延べ送り回数 回

・送迎に要する時間は片道どのくらいですか (それぞれの人数をお教えてください)

30分未満 名 30分～45分 名 45分以上 名

・送迎を行う距離は片道どのくらいですか (それぞれの人数をお教えてください)

2km未満 名 2km～5km 名 5km～10km 名 10km以上 名

・送迎車はどのような車両ですか

通常の軽自動車 リフト付軽自動車

※該当するもの全てに
○をつけてください

通常の乗用車 リフト付乗用車

通常のワゴン車 リフト付ワゴン車

・送迎の添乗を行うのはどなたですか。 1台の送迎車に添乗する職員の構成についてお教えてください

看護職員のみ ※該当するもの全てに○をつけてください

非医療職の事業所職員 (介護福祉士又は認定特定行為従事者のみ)

非医療職の事業所職員 (介護福祉士又は認定特定行為従事者以外のみ)

看護職員を含めた複数の事業所職員 事業所職員と利用者家族

その他 ()

7-6 利用希望者はあるが事業所として行っていない場合、その理由をお教えてください

※該当するもの全てに
○をつけてください

看護職員の配置が難しい 送迎中の急変などに対応できない

専用の送迎車を確保できない その他 ()

7-7 送迎の途中に医療的ケアまたは医療職による見守りが必要となる児童の送迎利用はありますか

有る 利用希望者がいない 利用希望者はあるが事業所として行っていない

7-8 有る場合にお教えてください 送迎を行う児童の実人数 名

・1週間あたりの延べ迎え回数 回 1週間あたりの延べ送り回数 回

・送迎に要する時間は片道どのくらいですか (それぞれの人数をお教えてください)

30分未満 名 30分～45分 名 45分以上 名

・送迎を行う距離は片道どのくらいですか (それぞれの人数をお教えてください)

2km未満 名 2km～5km 名 5km～10km 名 10km以上 名

・送迎車はどのような車両ですか

通常の軽自動車 リフト付軽自動車

※該当するもの全てに
○をつけてください

通常の乗用車 リフト付乗用車

通常のワゴン車 リフト付ワゴン車

・送迎の添乗を行うのはどなたですか。 1台の送迎車に添乗する職員の構成についてお教えてください

看護職員のみ ※該当するもの全てに○をつけてください

非医療職の事業所職員 (介護福祉士又は認定特定行為従事者のみ)

非医療職の事業所職員 (介護福祉士又は認定特定行為従事者以外のみ)

看護職員を含めた複数の事業所職員 事業所職員と利用者家族

その他 ()

・送迎中にどのような医療行為が必要ですか

口腔・鼻腔内喀痰吸引	<input type="text"/> 名
気管カニューレ内吸引	<input type="text"/> 名
必要とする場合には重複して構いませんので 各行為を必要としている人数をお教えてください	胃ろう・腸ろう <input type="text"/> 名
	経鼻経管栄養 <input type="text"/> 名
	人工呼吸器使用 <input type="text"/> 名
	在宅酸素使用 <input type="text"/> 名
その他 (<input type="text"/>)	<input type="text"/> 名
	その他 (<input type="text"/>) <input type="text"/> 名

7-9 利用希望者はあるが事業所として行っていない場合、その理由をお教えてください

※該当するもの全てに
○をつけてください

看護職員の配置が難しい 送迎中の急変などに対応できない

専用の送迎車を確保できない その他 ()

7-10 事業を実施している地域の都道府県や市町村等で、医療的ケア児の放課後等デイサービス利用に関する自治体独自の補助制度はありますか

ある → ある場合自治体の名称を記入してください ()

ない

最後に、医療的ケア児の送迎について工夫していることや業務の中で感じることをお聞かせください (自由記載)

お忙しい中、ご協力いただき本当にありがとうございました。

お問合せ先： 社会福祉法人キャマロード 事務・太田 TEL 045-937-6071