

○ 調査の目的

医療的ケアの必要な児童・生徒の外出・通学支援の利用実態を調査し、必要な外出・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

- 各都道府県の通学通所支援を実施している自治体の中から、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 235 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・生徒の外出・通学支援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外出・通学支援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外出・通学支援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外出・通学支援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

当てはまるものに○をつけてください。

事業所名：

ご回答者： 連絡先（TEL）

メールアドレス：

【設問1 事業について】

1-1 貴事業所において次の事業は行っていますか（※該当するもの全てに○をつけてください）

移動支援 同行援護 行動援護 通院等介助 通院等乗降介助

重度訪問介護 いずれも行っていない → ※いずれも行っていない場合には以降の質問には回答不要です。ありがとうございました。

1-2 貴事業所では通学通所支援事業を行っていますか 行っている 行っていない

※通学通所支援とは、障害児の通学や障害者の日中活動場所への通所に関する支援のことをいいます。地域生活支援事業や市町村単独事業など様々な事業形態がありますが、何らかの形で通学通所支援を行っている場合は、行っている に○をしてください。

【設問2 喀痰吸引等の実施について】

2-1 貴事業所は介護職員等が喀痰吸引等を実施することができる事業所として登録していますか

登録特定行為事業者として登録 登録喀痰吸引等事業者として登録
 登録していない

2-2 登録特定行為事業者として登録している、または登録喀痰吸引等事業者として登録している場合にお教えください

・実施可能な喀痰吸引等の行為は何ですか（※該当するもの全てに○をつけてください）
 口腔内吸引 鼻腔内吸引 気管カニューレ内吸引

胃ろう 又は 腸ろう 経鼻経管栄養

・喀痰吸引等が実施可能な介護職員は何名いますか

認定特定行為業務従事者（特定の者対象）	<input type="text"/> 名
認定特定行為業務従事者（不特定の者対象）	<input type="text"/> 名
介護福祉士（実地研修修了者）	<input type="text"/> 名
准看護師	<input type="text"/> 名
正看護師	<input type="text"/> 名

【設問3 医療的ケアの必要な方の受け入れについて】

※医療的ケアの必要な方とは、人工呼吸器を装着している障害児者

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者をいいます

3-1 設問1-1の質問でお尋ねしました次のいずれかの外出を伴う事業で、医療的ケアの必要な方の利用はありますか

移動支援・同行援護・行動援護・通院等介助・通院等乗降介助・重度訪問介護（外出を伴うもの）

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

3-2 有るの場合；

・医療的ケアの必要な方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	口腔・鼻腔内喀痰吸引	<input type="text"/> 名
(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ください)	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（ ） 名 その他（ ） 名

・外出の支援を行うのはどのような方ですか

正看護師又は准看護師の有資格者 (※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)

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)

その他 ()

3-3 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

医療的ケアのできる職員の配置が難しい 支援の急変などに対応できない

その他 ()

3-4 設問3-2の登録者のうち外出の支援中に医療的ケア又は医療職による見守りが必要となる障害児者の利用はありますか

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

3-5 有るの場合；

・医療的ケアの必要な方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

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

(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)

その他 () 名 その他 () 名

・医療的ケアの支援を行うのはどのような方ですか

正看護師又は准看護師の有資格者 (※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)

その他 ()

3-6 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

医療的ケアのできる職員の配置が難しい 支援の急変などに対応できない

その他 ()

最後に、医療的ケアの必要な方の支援について工夫していることや業務の中で感じることなど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。

お問い合わせ先： 社会福祉法人キャマロード 事務・太田 TEL 045-937-6071