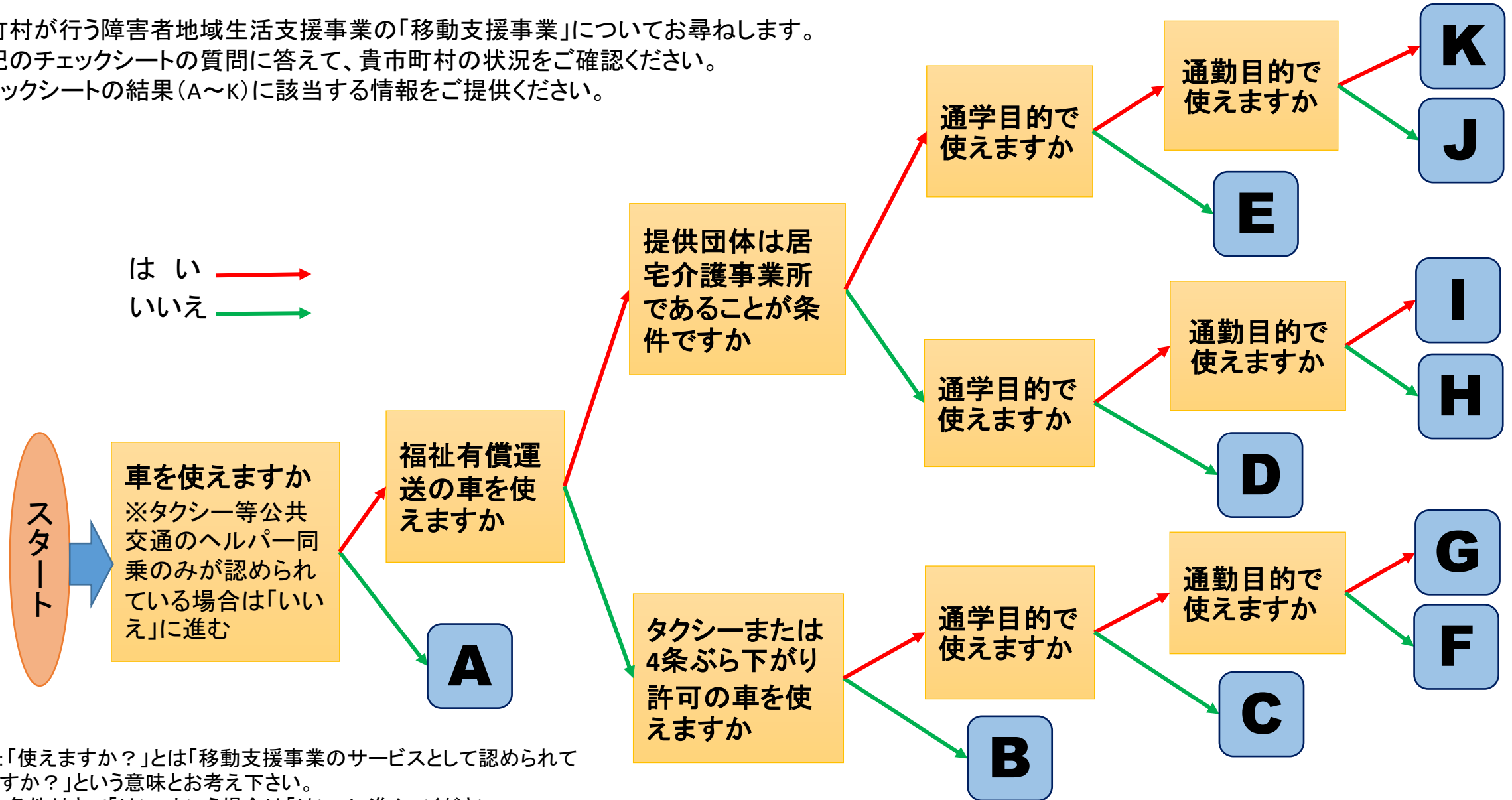


# 障がい児者の通学通勤に関するアンケート

市町村が行う障害者地域生活支援事業の「移動支援事業」についてお尋ねします。  
下記のチェックシートの質問に答えて、貴市町村の状況をご確認ください。  
チェックシートの結果(A~K)に該当する情報をご提供ください。



注1:「使えますか?」とは「移動支援事業のサービスとして認められていますか?」という意味とお考え下さい。

注2:条件付きで「はい」という場合は「はい」に進んでください。

## チェックシートの結果別・ご提供いただきたい情報

A	移動支援事業の他に、通学や通勤に使える制度がある場合は、その名称や概要を3枚目にご記入ください。
B	どのような車なら使えるかを3枚目にご記入ください。 例：ヘルパー二人体制で、道路運送法上の許可・登録を受けずに送迎する、等。
C. D. E	移動支援事業の他に、通学や通勤に使える制度がある場合は、その名称や概要をお答えください。
F. H. J	下記【1】の中から選んで、3枚目にご記入ください(複数回答可)。
G. I. K	下記【1】と【2】から選んで、3枚目にご記入ください(複数回答可)。

### 【1】通学利用を認める場合の条件

1. 親の入院や出産、負傷により送迎することができない
2. 親が疾病により在宅療養中で、医師から運転を止められている
3. 社会的に親が参加することがやむを得ないと認められる事情がある  
(例;冠婚葬祭、他の兄弟の学校行事など)
4. 親以外の家族で運転免許証をもつ者がいない
5. 虐待の疑いがあるなどの継続的に通学の支援が必要なケース
6. その他

### 【2】通勤利用を認める場合の条件

1. 主たる介護者の入院、疾病、負傷により送迎することができない
2. 主たる介護者が疾病により在宅療養中であるが、医師から運転を止められている
3. 社会的に主たる介護者が参加することがやむを得ないと認められる事情がある  
(例;冠婚葬祭、地域行事への出席など)
4. 主たる介護者以外の家族で運転免許証をもつ者がいない
5. 通勤ルートを知るための、一時的な利用
6. その他

# チェックシートの結果記入票

※1市町村につき1枚ご記入ください

市町村名	(どの市町村についての情報かをご記入ください)
チェックシートの結果 記号を書いてください 《 》	【1】通学利用を認める条件_____番 【2】通勤利用を認める条件_____番 自由記述によるご回答をご記入ください。
回答者名	
所属組織名	
所在地	
TEL/FAX	
メールアドレス	

移動支援事業以外に、障がい児者の通学通勤に利用できる制度がある場合は、関係する資料を添付してください。

3枚目と一緒に  
ご提出ください

## 事業所に関する情報シート

■移動支援事業の実施事業所の場合は、以下にご記入ください

種 別		
年間利用時間数		
主な利用の内容		
利用者数	延べ人数	実利用者数

■県域の当事者団体等の場合は、把握している範囲で下記をご記入ください

行動援護の事業所数	
同行援護の事業所数	
居宅介護の事業所数のうち、 通院等乗降介助を実施	
重度訪問介護の事業所数	

<返送先>

NPO法人 全国移動サービスネットワーク(全国移動ネット)

〒156-0055 東京都世田谷区船橋1-1-2  
山崎ビル204

TEL: 03-3706-0626

FAX: 03-3706-0661

E-mail: info@zenkoku-ido.net