医療的ケアへの対応状況等に係る調査票

【幼稚園・保育園等用】

貴施設における医療的ケアへの対応状況等についてお聞きします。

この調査票は、事業種別ごとに送付しています。調査票が複数届いた場合は、お手数ですが、それぞれに記入を

お願いします。

１　貴事業所について

1. 事業所名称

|  |
| --- |
|  |

1. アンケート記入者　役職名・職種名・氏名

|  |
| --- |
| （役職名）　　　　　　　　　　　　（職種名）  （氏　名） |

1. アンケート記入者　電話番号

|  |
| --- |
|  |

1. 医ケア児の送迎について（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応している | 要相談 | 対応していない |

1. 重症心身障害児の受入について（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応している | 要相談 | 対応していない |

1. 看護師の配置について（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置している | 検討中 | 配置していない |

２　医療的ケアへの具体的対応について

1. 喀痰吸引（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者等の付添が不要で、  自施設で医療的ケアが実施可能 | 医療的ケアを保護者等が  実施するが、受入可能 | 要相談 | 受入不可 |

1. 経管栄養（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者等の付添が不要で、  自施設で医療的ケアが実施可能 | 医療的ケアを保護者等が  実施するが、受入可能 | 要相談 | 受入不可 |

1. 導尿（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者等の付添が不要で、  自施設で医療的ケアが実施可能 | 医療的ケアを保護者等が  実施するが、受入可能 | 要相談 | 受入不可 |

1. 酸素療法（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者等の付添が不要で、  自施設で医療的ケアが実施可能 | 医療的ケアを保護者等が  実施するが、受入可能 | 要相談 | 受入不可 |

1. 人工呼吸器（当てはまるものに○をお付けください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者等の付添が不要で、  自施設で医療的ケアが実施可能 | 医療的ケアを保護者等が  実施するが、受入可能 | 要相談 | 受入不可 |

ご協力ありがとうございました。

ご記入いただいたアンケートは、FAX 又は Eメールにて、ご提出をお願いいたします。

＜調査票提出先＞横浜市教育委員会事務局特別支援教育課あて

FAX：045-663-1831

Eメール：ky-tokubetusien@city.yokohama.jp