大阪府教育委員会

**医療的ケア通学支援事業のてびき**







**医療的ケアが必要な児童生徒等の通学を支援する制度です。**

大阪府教育委員会は、本事業について、児童生徒等の学びの意欲を

尊重することと安全確保を最優先に、円滑かつ確実に実施します。

**医療的ケア通学支援事業に関する問合わせ窓口**

**【 府立支援学校に関すること 】**

大阪府教育庁 教育振興室 支援教育課　生徒支援グループ

（別館6階）　電話：06-6941-0618（直通）　　FAX：06-6944-6826

**【 府立中学校、高等学校に関すること 】**

大阪府教育庁 教育振興室 高校改革課　教育DX・共生グループ

（別館5階）　電話：06-4397-3587（直通）　　FAX：06-6944-6888

|  |
| --- |
| １　　　医療的ケア通学支援事業について**目　 的**府立学校において、通学中に医療的ケアが必要なため、通学バスを利用できない等の理由により通学が困難な児童生徒等の学習機会の保障をする。 |
|  **事業内容** 介護タクシー等に看護師または介護職員（以下、「看護師等」とする）が同乗し、児童生徒等の医療的ケアを実施することにより通学を支援する。 |
| 【通学途上】頻回な医療的ケアが必要なため、通学バスを利用できない等の理由により、通学困難である。【自宅】「お家 イラスト」の画像検索結果「車いす　こども　 イラスト」の画像検索結果訪問診療のイラスト（私服）【介護タクシー等に看護師等が同乗し通学】【学校】**転送 単色塗りつぶし**「学校　イラスト」の画像検索結果訪問診療のイラスト（私服）**転送 単色塗りつぶし**「車いす　こども　 イラスト」の画像検索結果【訪問看護ステーション事業者等】「車いす　こども　 イラスト」の画像検索結果訪問診療のイラスト（私服）マンションのイラスト（建物）訪問診療のイラスト（私服）【同乗看護師等の主な業務(通学支援)】・たんの吸引・酸素療法・人工呼吸器の管理等介護士のイラスト（男性）介護士のイラスト（女性） |
| **利　　用****登校時：児童生徒等宅に看護師等、介護タクシー等が集合し、児童生徒等と学校へ向かいます。下校時：学校に看護師等、介護タクシー等が集合し、児童生徒等宅へ向かいます。**※安全確認（試走）以外で、**保護者が同乗し登下校する場合は、通学支援事業として介護タクシーの利用はできません**。その場合、状況により就学奨励費の対象となる場合がありますので学校にご相談ください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **（Ⅰ）対象者　次の条件をすべて満たす方が対象です。*** 府立学校に在籍している児童生徒等であること
* たんの吸引のイラスト（男性）通年に渡って登下校中に次の医療的ケアが頻回に必要となるため、通学が困難な状態に

あり、当該通学を安全に行うとともに、学校での万全な医療的ケアの体制を確保することができると府教育委員会・当該学校長が判断していること【対象となる医療的ケア】① 口腔内又は鼻腔内の喀痰吸引　　② 気管カニューレ内部等の喀痰吸引③ 酸素療法や人工呼吸器の管理　　④ ①～③と同等の医療的ケアと委員会が認めるもの |

|  |
| --- |
| **（Ⅱ）実施する医療的ケア*** （Ⅰ）【対象となる医療的ケア】①～④に係る主治医の指示（指示書）に基づき実施します。
 |

|  |
| --- |
| **（Ⅲ）医療的ケアの実施者*** 対象児童生徒の医療的ケアを実施できる看護師等

看護師 　　【看護師免許（国家資格）を有する者】介護職員 【対象児童生徒に必要な医療的ケアを実施できる認定特定行為業務従事者(★)】★「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第４条第１項」及び「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令（平成23年厚生労働省令第126号）」に基づく認定特定行為業務従事者認定証を交付されている者 |

2 　利用条件＜**まずは、学校に相談を**＞　保護者は、通学支援事業の対象か、利用が可能かどうか等について、学校に相談してください。本事業の対象である場合、Ⅰ看護師等の利用　Ⅱ介護タクシー等の利用を確認し、保護者、事業者、学校と利用の流れ（看護師等・介護タクシー等）で手続き等を進めてください。**利用にあたっては、『看護師等』と『介護タクシー等』　2つの手続きが必要です。****手続きがすべて整った時点で、保護者が同乗しない形での通学支援ができるようになります。****※介護タクシー等に保護者が同乗しての利用はできません。（保護者同乗は安全確認（試走）期間のみです。）** |
| **Ⅰ 看護師等の利用** |
| 介護士のイラスト（男性）（１）　利用できる訪問看護等事業者　　訪問診療のイラスト（私服）介護士のイラスト（女性）■　対象児童生徒の医療的ケアを実施できる看護師等が所属している法人　　　　（訪問看護ステーション事業者や放課後等デイサービス事業者等） |
| （２）　事業者と府教育委員会が業務委託契約 ■ 事業者からの見積書を審査後、府教育委員会が事業者と業務委託契約手続きをします。■ 業務委託内容は、契約書中、業務委託仕様書に記載しています。■ 契約は年度ごとに行います。 |
| （３）　キャンセルについて ■　対象児童生徒の体調不良等、健康観察の結果等により、通学支援の実施を中止した場合、府教育委員会が事業者にキャンセル分として支払をします。ただし、看護師等の手配ができない等、事業者の事情により中止したときは、対象外です。

|  |  |
| --- | --- |
| イ　当該中止が通学支援を実施しようとする日（以下「当該日」という。）の前日午後5時から当該日までの間（土日祝祭日を除く。以下この表において同じ。）に決定したとき　 | 契約単価×当該中止決定の前日までの当該登校又は下校に要した時間の平均（以下「平均時間」という。）×１００％ |
| ロ　当該中止が当該日の2日前の午後５時から当該日の前日の午後5時までの間に決定したとき　 | 契約単価×平均時間×８０％ |
| ハ　当該中止が当該日の３日前の午後５時から当該日の２日前の午後５時になるまでの間に決定したとき | 契約単価×平均時間×５０％ |
| ニ　当該中止が当該日の３日前の午後５時になるまでの間に決定したとき | ０％ |

**【保護者へお願い】**定期受診や学校行事の振替日の連絡忘れ等により、キャンセルした場合は、『通学支援事業のキャンセル分支払』の対象外となりますので、**事業者が定めるキャンセル料金が発生する場合は、****保護者負担**となります。 |

**◆利用の流れ（看護師等）　　　＊新しく利用を始める場合＊**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **手　順** | **時　期** | **作成・提出者** | **掲示・提出書類等** | **留　意　事　項** |
| **保護者** | **事業者** |
| **⓪学校に相談** |  | **〇** |  | ◆保護者は学校に相談し、学校が本事業の対象か否か伝えます。◆事業の対象である場合、保護者は学校から事業概要の説明を受け、保護者付添期間の終了予定時期を学校と決めたうえで、事業者に相談してください。 |
| **①事業者に相談** | 学校に相談後 | **〇** | **〇** |  | 保護者は、利用希望日等、必要な情報を事業者に伝え、受託可能か事業者に確認してください。 |
| **➁申請書等の****様式の受取・****作成** | 利用する事業者が決まり次第 | 〇 |  | 1.同意者【様式第１号】2.医療的ケア通学支援事業利用（変更）申請書　　【様式第2号】3.利用計画①4.主治医の指示書【様式参考例】交付先のあて名は事業所となります。（費用は保護者負担です。） | 保護者は学校に利用が決まった事業者名、利用曜日等を報告し、申請書等の様式を受取る。保護者は、次の書類を学校から受取り、事業者へ渡してください。・「医療的ケア通学支援事業のてびき」・「通学支援事業に係る必要文書を入手するために」 |
|  | 〇 | ５.利用計画②6.見積書・誓約書等 | 事業者は見積書等を、『大阪府行政オンラインシステム』より資料請求してください。 |
| **③申請書類の提出****（②の１～６を揃えて）** | **〇** |  | **保護者は、利用開始予定日の２週間前までに学校を通じて、****介護タクシー等に関する書類と併せ、府教育委員会へ申請書類を提出** |
| **④利用の承認・****通知** |  |  |  | 府教育委員会が学校を通じて審査結果を保護者に通知します。＊追加資料の提出のお願いや、審査の結果、事業を利用できないことがあります。 |
| **⑤　契約締結　（　府教育委員会⇔事業者　）　＊時間を要することがあります** |
| **⑥学校・保護者・事業者による打ち合わせ** |  | **〇** | **〇** | （打ち合わせ参加者）学校・保護者・看護師等事業者・介護タクシー等事業者（打ち合わせ内容）１．学校への引継ぎ方法、利用開始日、利用曜日、登下校の時刻２．学校内の車両停車場所 |
| **⑦安全確認等（試走）****＊対象児童生徒、保護者、****看護師等が同乗** | **〇** | **〇** | 試走は通学支援事業の対象となります。安全確保のため、車両の揺れの程度や停車可能場所等を確認してください。 |
| **⑧　看護師等同乗による登下校の開始** |
| **⑨日報の作成** | 運行ごと | **〇** | **〇** | 日報【様式第４号】 | 日報は、運行ごとに、保護者・学校・事業者の３者で作成する。 |
| **⑩請求書等の****提出** | 月ごと |  | **〇** | 請求書 | 作成後、事業者は翌月の１０日までに学校へ提出してください。※３月分の請求については、最終送迎終了後、可能な限り早めの提出にご協力願います。 |

|  |
| --- |
|  **Ⅰ　介護タクシー等の利用**  |
| （１）　利用できる介護タクシー等事業者 ■ 道路運送法に基づき、旅客自動車運送事業（一般乗用旅客自動車運送事業等）を実施している事業者■ 同法に基づき、自家用有償旅客運送（福祉有償運送）を実施している事業者【保護者へお願い】上記の運送事業の許可等を有していない事業者（放課後等デイサービス等）があります。運送事業の許可等の有していない場合は、本事業の利用はできませんので、必ず、事業者に確認してください。 |
| （２）　利用区間　：　自宅⇔学校　間 * 児童生徒等宅（下校時は学校）に、看護師等、介護タクシー等が集合し、児童生徒等と学校

（下校時は児童生徒等宅）へ向かいます。※安全確認（試走）以外で、**保護者が同乗し登下校する場合は、通学支援事業として介護タクシーの****利用はできません**。その場合、状況により就学奨励費の対象となる場合がありますので学校にご相談ください。 |
| （３）　同意書と委任状の提出　：　保護者と事業者との**同意　⇒**保護者から学校長へ**委任**①**同意書**の提出（利用当初のみ）⇒ 保護者と事業者において、利用に関して同意書を交わします。② **委任状**の提出（毎年度） ⇒ 保護者から学校長へ運賃の支払い等について委任します。・府立支援学校：就学奨励費のうち、通学費分（乗車運賃）の受領及び支払いに関する一切の権限・府立中学校・高校：通学費用の受領を保護者から事業所に委任　 |
| （４）　利用料金について 1. 対象となる料金は、事業者が運輸局等で許可された運賃（距離制、時間制、貸切など）による

**運賃相当部分**です。（介助料等は対象外です。）1. **キャンセル料金等が発生する場合は、保護者負担**となります。

事業者は、キャンセル料金が発生する時期、金額等について、保護者へ説明のうえ、同意（（３）①）を交わしてください。※看護師等が、児童生徒等宅・学校へ集合する際、または、学校・保護者へ引継いた後に、介護タクシー等を利用した場合の料金は、通学支援事業の対象外となりますので、ご注意ください。 |

**◆利用の流れ（介護タクシー等）　 ＊新しく利用を始める場合＊**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **手　順** | **時　期** | **作成・提出者** | **提　出　書　類　等** | **留　意　事　項** |
| **保護者** | **事業者** |
| **⓪学校に相談** |  | **〇** |  |  | 保護者は学校に相談してください。学校から必要書類を受け取ってください。 |
| **①学校に届出** | 看護師等事業者が決まり次第 | **〇** |  | 医療的ケア通学支援事業就学奨励費通学届出書【様式第２－２号】 | 保護者が作成し、学校へ提出してください。 |
| **②事業者に****相談** |  | **〇** | **〇** |  | 保護者は事業者に利用日の調整や、キャンセル時の対応の確認等を行ってください。 |
| **③同意書の****作成** |  | **〇** | **〇** | 通学移送に関する同意書【様式第１号】 | 保護者は事業者に同意事項を確認してください。、双方署名は必要です。 |
| **④同意書の提出** | **〇** |  | **保護者は、利用開始予定日の２週間前までに学校を通じて、看護師等事業者に関する書類と併せて、府教育委員会へ同意書を提出** |
| **⑤利用の****承認・通知** |  |  |  | 府教育委員会が学校を通じて審査結果を保護者に通知します。＊追加資料の提出のお願いや、審査の結果、事業を利用できないことがあります。 |
| **⑥看護師等事業者と契約締結後、通学支援事業開始** |
| **⑦委任状の****作成・提出** |  | **〇** | **〇** | 委任状（＊） | 保護者は委任状を作成し、学校へ提出してください。＊委任状　 支援学校➡様式第３号中学校・高校➡様式第４号 |
| **⑧　　通学支援事業開始** |
| **⑨学校・保護者・事業者による打ち合わせ** | **〇** | **〇** |  | （打ち合わせ参加者）学校・保護者・看護師等事業者・介護タクシー等事業者（打ち合わせ内容）１．学校への引継ぎ方法、利用開始日、利用曜日、登下校の時刻２．学校内の車両停車場所 |
| **⑩安全確認等（試走）****＊対象児童生徒、保護者、****看護師等が同乗** | **〇** | **〇** |  | 試走は通学支援事業の対象です。安全確保のため、車両の揺れの程度や停車可能場所等を確認してください。 |
| **⑪　看護師等同乗による登下校の開始** |
| **⑫運行記録の****作成** | 運行ごと |  | **〇** |  | 作成後、事業者において保管する。※**必要に応じて提出を求めることがあります。** |
| **⑩請求書等の提出** | 月ごと |  | **〇** | ・請求書（運賃体系、料金基準、実施月、学校、児童生徒名、金額、振込先を記載のこと）・利用明細が記載されたもの（利用日と１回あたりの金額） | 作成後、事業者は翌月の10日までに学校へ提出してください。※３月分の請求については、最終送迎終了後、可能な限り早めの提出にご協力願います。 |
| **◆　１日の流れ** |
| **場所** | **登校時の対応** | **留意事項** |
| 開　　　　始自宅 | ①予定時刻に対象児童生徒の自宅に集合（介護タクシー等事業者／訪問看護ステーション事業者等）【注】保護者は、看護師等が到着する前に、児童生徒等の健康観察等 （バイタルチェック・全身状態の確認、医療機器の確認）及び車両 乗車前の医療的ケア、車いす等への移乗等をすべて終え、車両の乗り込みが可能な状況にしてください。 |  |
| ②保護者から看護師等へ引継ぎ |  |
|  | ③健康状態等の確認□バイタルチェック□全身状態の確認□医療機器の確認□車両乗車前の医療的ケアの実施状況の確認　等【！】健康状態等の確認の結果、安全に登校できないと判断するときはその日の通学等は中止となります。 | [引継ぎ方法]保護者は日報（様式第４号）に引継ぎ事項を記入しておき、看護師等はその内容を確認する。 |
|  | ④車両への乗り込み、出発 |  |
| 車内 | ⑤車内での状態の観察等 |  |
|  | ⑥医療的ケアの実施　 □乗車中に、喀痰吸引等の医療的ケアが必要となった場合は、車両を安全な場所に停車させ、医療的ケアを実施します。□状態が安定したことを確認し、記録します。 |  |
| 学校終　　　　了 | ⑦学校到着、看護師等から学校へ引継ぎ | [引継ぎ方法]看護師等は日報（様式第４号）に引継ぎ事項を記入し、学校はその内容を確認する。 |
| **場所** | **下校時の対応** | **備考** |
| 開　　　　始学校 | ①予定時刻に学校に集合（介護タクシー等事業者／訪問看護ステーション事業者等）【注】学校は、看護師等が到着する前に、児童生徒等の健康観察等 （バイタルチェック・全身状態の確認、医療機器の確認）及び車両 乗車前の医療的ケア、車いす等への移乗等をすべて終え、車両の乗り込みが可能な状況にしておきます。 |  |
| ②学校から看護師等へ引継ぎ |  |
|  | ③健康観察等□バイタルチェック□全身状態の確認□医療機器の確認□車両乗車前の医療的ケアの実施状況の確認　等【！】健康状態等の確認の結果、安全に下校できないと判断するときは、通学支援事業を活用した下校はできず、保護者に学校まで迎えに来ていただくことになります。 | [引継ぎ方法]学校は日報（様式第４号）に引継ぎ事項を記入しておき、看護師等はその内容を確認する。 |
|  | ④車両への乗り込み、出発 |  |
| 車内 | ⑤車内での状態の観察等 |  |
|  | ⑥医療的ケアの実施　 □乗車中に、喀痰吸引等の医療的ケアが必要となった場合は、車両を安全な場所に停車させ、医療的ケアを実施します。□状態が安定したことを確認し、記録します。 |  |
| 自宅**終　　　　了** | ⑦自宅到着、看護師等から保護者へ引継ぎ | [引継ぎ方法]看護師等は日報（様式第４号）に引継ぎ事項を記入し、保護者はその内容を確認する。 |

Q　＆　A

＜保護者向け＞

|  |
| --- |
| **Q1：４月から新入生です。入学前に学校へ申請書類を提出した場合、入学式から通学支援事業を****利用することは可能ですか。** |

　新入生の申請書類の受付は、４月以降となります。入学後、保護者は学校から事業概要の説明を受け、保護者付添期間の終了予定時期を学校と決めたうえで、事業所へ相談し、申請書類を学校へ提出してください。

なお、利用開始は保護者付添期間の終了以降となります。

|  |
| --- |
| **Q2：看護師等が同乗せず、保護者が同乗し登下校する場合、介護タクシーを通学支援事業として****利用することは可能ですか。** |

この事業は、保護者の同乗を前提とした事業ではありません。安全確認（試走）以外で、保護者が同乗し登下校する場合は、通学支援事業として介護タクシーの利用はできません。その場合、運賃等は、保護者負担となりますのでご注意ください。なお、状況により就学奨励費の対象となる場合がありますので、学校にご相談ください。

|  |
| --- |
| **Q3：学校へ申請書類を提出したため、翌日から通学支援事業を利用することは可能ですか。** |

ご利用は、府教育委員会による書類審査承認後に可能となります。学校を通じて提出される申請書類を

府教育委員会が受理してから、約２週間（※）の審査期間を設けています。利用開始予定日が決まっている場合は、学校と申請書類の提出日を調整し、申請してください。

※府教育委員会の申請書類受理日は、学校が府教育委員会へ提出し、府教育委員会が受理した日をさします。

保護者が学校に提出した日から約2週間の審査期間ではありません。

|  |
| --- |
| **Q4：これまで登校実績が多くありません。登校日はどのように設定するのですか。** |

この事業は車両内で医療的ケアを実施するものであり、安全が第一です。本事業の活用にあたっては、主治医、学校と利用開始日を十分に相談し、体調等を考慮して、開始当初は登校日を少なめに設定するなど、慎重に

ご判断ください。なお、登校日を事後に増やす場合は、保護者から府教育委員会への手続きや変更契約等が

改めて必要です。

|  |
| --- |
| **Q５：この事業を活用するには、どこの事業者に相談すればよいですか。** |

お子さまが安全に安心して医療的ケアを受けられるよう、まずは、普段利用されている介護タクシー等事業者や放課後等デイサービス事業者などに相談してみてください。

|  |
| --- |
| **Q6：対象児童生徒と保護者が同乗する安全確認（試走）は、必要ですか。** |

保護者及び看護師等の双方が安全に送迎できると判断されるまで行うことが必要です。

安全確認（試走）時には必ず保護者が同乗し、同乗の看護師等と道路状況等を確認してください。

|  |
| --- |
| **Q７：通学支援事業の申請にあたり、主治医の指示書は必要ですか。** |

必要です。＜指示書の作成にあたり、文書料等が発生した場合は、保護者負担となります。＞

なお、放課後等デイサービス事業者と通学支援事業者が同じ事業者の場合、デイサービス利用時に提出した

「指示書」において、送迎の車中における指示内容が確認できる場合に限り、その指示書の写しを本事業申請用に使用することができます。

(注意)　申請には次の2点が記載された主治医の「指示書」が必要です。

1. 指示書は、送迎車両内の医療的ケア実施であることが、明確に記載されていること
2. 主治医の「指示書」宛名は、通学途中の車両内でお子さまの医療的ケアを実施する事業所名が

記載されていること

|  |
| --- |
| **Q8：通院等を理由に、送迎の途中で病院に寄ることはできますか。** |

通学支援事業として利用はできません。本事業の送迎は、原則として、自宅－学校間です。

|  |
| --- |
| **Q９：送迎中、子どもの容態にいつもと違う様子が現れたと判断する場合や、医療的ケア実施中に****緊急事態が発生した場合には、どのような対応が必要ですか。** |

同乗看護師等は、保護者に連絡するとともに、必要な措置を行ってください。

保護者は直ちに搬送された医療機関へ向かうなどの対応をしてください。

|  |
| --- |
| **Q10：学校到着後、体調不良等により早退することになった場合、この事業を活用できますか。** |

通学支援事業を活用した下校はできません。保護者に学校まで迎えに来ていただくことになります。

|  |
| --- |
| **Q11：キャンセルすることになった場合、どのように対応すればよいですか。** |

キャンセルが決まった時点で、保護者から介護タクシー、看護師等の両事業者に連絡してください。

**【介護タクシー等のキャンセルについて】**キャンセル料が発生する場合は、保護者負担となります。

利用開始前に、いつからキャンセル料が発生するのか等を事業者に確認のうえ、同意書を交わしてください。

**【看護師等のキャンセルについて】**定期受診や学校行事の振替日の連絡忘れ等により、キャンセルした場合は、

『通学支援事業のキャンセル分支払』の対象外となりますので、事業者が定めるキャンセル料金が発生する場合は、保護者負担となります。

|  |
| --- |
| **Q12：介護タクシー等の車両以外の交通手段を利用することは可能ですか。** |

本事業の対象となる児童生徒等の送迎には、安全への配慮から介護タクシー等の車両が適当と考えますので、介護タクシー等の車両以外は認めていません。

＜介護タクシー等事業者向け＞

|  |
| --- |
| **Q1：対象児童生徒と保護者が同乗する安全確認（試走）は、必要ですか。** |

保護者及び看護師等の双方が安全に送迎できると判断されるまで行うことが必要です。

安全確認（試走）時には必ず保護者が同乗し、同乗の看護師等と道路状況等を確認してください。

|  |
| --- |
| **Q２：通学支援事業は、いつから利用可能となりますか。** |

　申請書類を府教育委員会が受理し、約２週間の審査期間を経て、府教育委員会より連絡を

受けてからの実施となります。

|  |
| --- |
| **Q３：保護者から依頼があった場合、通院等を理由に、送迎の途中で病院に寄ってもよいのですか。** |

通学支援事業として利用はできません。本事業の送迎は、原則として、自宅－学校間です。

|  |
| --- |
| **Q４：車両の送迎料金は、距離制または時間制のどちらの運賃で請求するのですか。** |

運輸局等の認可等を受けた運賃及び料金設定により請求してください。なお、対象となるのは運賃部分です。

（介助料等は含みません。）

|  |
| --- |
| **Q５：児童生徒送迎後、看護師を事業所まで送った場合の運賃は、通学支援事業の対象となりますか。** |

看護師のみを送迎する場合の運賃は、通学支援事業の対象外です。業務完了後、受託事業者それぞれが

任意の方法で帰ることになりますので、この場合の運賃の取扱いについては、事前に看護師事業者に

確認しておいてください。

<看護師等事業者向け>

|  |
| --- |
| **Q１：対象児童生徒の登校日は、どのように設定するのですか。** |

この事業は車両内で医療的ケアを実施するものであり、安全が第一です。本事業の活用にあたっては、

児童生徒の体調等を考慮し、主治医、保護者、学校と十分に相談のうえ、利用開始日、回数を設定してください。特に、開始当初は登校日を少なめに設定するなど慎重に判断してください。

なお、利用開始後に、利用計画（契約）における登校回数を増減する場合は、保護者から府教育委員会への

手続きや変更契約等が改めて必要です。

|  |
| --- |
| **Q2：通学支援事業の申請にあたり、主治医の指示書は必要ですか。** |

必要です。なお、放課後等デイサービス事業者と通学信事業者が同じ事業者の場合、デイサービス利用時に

提出した「指示書」において、送迎の車中における指示内容が確認できる場合に限り、その指示書の写しを

本事業の申請用に使用することができます。

 　(注意)申請には次の2点が記載された主治医の「指示書」が必要です。

①　指示書は、送迎車両内の医療的ケア実施であることが、明確に記載されていること

②　主治医の「指示書」宛名は、通学途中の車両内で児童生徒の医療的ケアを実施する事業所名が

記載されていること

|  |
| --- |
| **Q3：同乗する看護師等は、特定の者でないといけませんか。** |

事業者への委託事業であり、看護師等を限定するものではありません。

|  |
| --- |
| **Q４：通学支援事業は、いつから利用開始可能となりますか。** |

　　申請書類を府教育委員会が受理し、約２週間の審査期間を経て、府教育委員会より連絡を受けてからの

実施となります。

|  |
| --- |
| **Q５：安全確認（試走）は、事業の対象となりますか。** |

対象となります。ただし、対象児童生徒・保護者にも乗車していただくことが必要です。

|  |
| --- |
| **Q６：対象児童生徒と保護者が同乗する安全確認（試走）は必要ですか。** |

保護者及び看護師等の双方が安全に送迎できると判断されるまで行うことが必要です。

安全確認（試走）時には必ず保護者が同乗し、同乗の看護師等と道路状況等を確認してください。

|  |
| --- |
| **Q7：送迎中、対象児童生徒の容態にいつもと違う様子が現れたと判断する場合や医療的ケア実施中に****緊急事態が発生した場合には、どのような対応が必要ですか。** |

同乗看護師等は、保護者に連絡するとともに、必要な措置を行ってください。なお、その内容について、直ちに

保護者、学校及び教育委員会に口頭で報告してください。その後、書面【様式第5号：医療的ケア通学支援事業における緊急措置対応報告】による報告も必要です。

|  |
| --- |
| **Q8：学校到着後、体調不良等により早退することになった場合、この事業を利用できますか。** |

通学支援事業を利用し下校するのではなく、保護者に迎えに来ていただくこととしています。

|  |
| --- |
| **Q9：車両１台（児童生徒１人）に対し、２人の看護師等が同乗することはできますか。** |

本事業は、対象児童生徒１人に対して、同乗看護師等は１人です。

|  |
| --- |
| **Q10：看護師と介護職員の併用は可能ですか（曜日ごとに同乗者を替える等）。** |

可能です。その場合、事前に、看護師、介護職員それぞれの事業所（事業者）との契約が必要です。

|  |
| --- |
| **Q11：本事業は医療保険の適用対象ですか。** |

適用対象外です。

|  |
| --- |
| **Q12：看護師等は送迎業務終了後、どのように所属の事業所に帰るのですか。** |

受託事業者それぞれが任意の方法で帰ることになります。

【注意】

（１）本てびきの利用条件等に逸脱している事実が発見された場合は、本事業に関わる利用・契約を取り消す

場合があります。

（２）今後、この「てびき」の内容は、変更されることがあります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和6年9月30日