

上越市病児・病後児保育事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、病気又は病気の回復期にあつて、集団生活が困難な乳幼児又は小学校に就学している児童に対して、一時保育及び送迎を実施することにより、保護者の子育と就労の両立を支援するとともに、乳幼児等の健全な育成に寄与することを目的とする。

(事業の内容)

第2条 事業の内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 病児保育事業 乳幼児又は小学校に就学している児童（以下「乳幼児等」という。）が病気の回復期に至っていない場合であつて、かつ、当面症状の急変が認められない場合において、当該乳幼児等を病院、診療所若しくは保育園に付設された専用スペース又は本事業のための専用施設（以下「実施施設」という。）で一時的に保育する事業
- (2) 病後児保育事業 乳幼児等が病気の回復期にあり、かつ、集団活動が困難な期間において、当該乳幼児等を実施施設で一時的に保育する事業
- (3) 送迎対応病児保育事業 看護師、准看護師、保健師若しくは助産師（以下「看護師等」という。）又は保育士が、保育園、認定こども園、幼稚園、認可外保育施設又は小学校（以下「保育園等」という。）において体調不良となった乳幼児等を保護者が希望する医療機関等に送迎し、診察を受けた後に実施施設で一時的に保育する事業

(対象者)

第3条 病児保育事業及び病後児保育事業の対象となる乳幼児等は、次の各号のいずれにも該当するもので、あらかじめ、第7条の規定による登録を受けたものとする。

- (1) 生後3か月から小学校6年生までの乳幼児等で市内に住所を有していること。
- (2) 病気により集団活動が困難であること。
- (3) 乳幼児等の保護者が次のいずれかに該当し、家庭で看ることが困難であること。
 - ア 勤務の都合で出勤しなければならないとき。
 - イ 傷病又は出産のため通院し、又は入院するとき。
 - ウ 家族を看護し、若しくは介護し、又は冠婚葬祭に出席するとき。
 - エ 事故又は災害にあつたとき。
- (4) 乳幼児等がかかっている疾病が次のいずれでもないもので、医師による入院治療の必要がないとの診断があること。
 - ア 伝染性の強い疾病
 - イ 保育等の困難な疾病

2 市長は、前項の規定にかかわらず、妙高市に住所を有する乳幼児等で、同項に規定する

乳幼児等と同様の状況にあると認めるものを病後児保育事業の対象とすることができる。

3 送迎対応病児保育事業のうち送迎に係る事業の対象となる乳幼児等は、第1項第2号及び第3号並びに次の各号のいずれにも該当するもので、あらかじめ、第7条の規定による登録を受けたものとする。

- (1) 生後6か月から小学校6年生までの乳幼児等で市内に住所を有していること。
- (2) 通園している保育園等で体調不良となり、集団活動が困難であること。
- (3) 保護者等が勤務等により、医療機関等を受診した上で実施施設に送迎することができないこと。

(病児保育事業及び送迎対応病児保育事業の委託)

第4条 病児保育事業及び送迎対応病児保育事業は、市内の医療機関に委託して行うことができる。

2 病児保育事業及び送迎対応病児保育事業を受託した医療機関は、次に掲げる要件を満たす施設において実施するものとする。

- (1) 病院、診療所、保育所等に付設された事業実施のための専用施設又は専用スペースで、保育室、観察室、安静室、調理室その他事業の実施に必要な設備を備えていること。
- (2) 乳幼児等の看護を担当する看護師等を乳幼児等おおむね10人につき1人以上を、乳幼児等の保育を担当する保育士を乳幼児等おおむね3人につき1人以上を配置していること。
- (3) 送迎対応病児保育事業のうち送迎に係る事業については、保育園等から体調不良の乳幼児等を送迎するときには、タクシーを利用することとし、当該タクシーに看護師等又は保育士を1人以上同乗させること。

(病後児保育事業の実施施設等)

第5条 病後児保育事業を実施する施設の名称、位置及び定員は、次のとおりとする。

| 名 称 | 位 置 | 定 員 |
|----------|---------------------------------|-----|
| わかくさ保育室 | 上越市富岡646番1 (旧JAえちご上越農協富岡出張所) | 9人 |
| がんぎ通り保育室 | 上越市寺町二丁目20番1号 (上越市福祉交流プラザ内) | 6人 |

2 病後児保育事業は、次に掲げる要件を満たす施設において実施するものとする。

- (1) 保育室、観察室、安静室、調理室その他事業の実施に必要な設備を備えていること。
- (2) 実施施設には、乳幼児等の看護を担当する看護師等を乳幼児等おおむね10人につき1人以上、保育士を乳幼児等おおむね3人につき1人以上配置すること。

(事業の実施日時)

第6条 事業の実施日及び実施時間は、次のとおりとする。

- (1) 実施日 月曜日から金曜日まで。ただし、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から翌年1月3日までを除く。
- (2) 実施時間 午前8時から午後6時まで

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めるときは、事業の実施日を変更し、又は実施時間を変更することができる。

（登録手続）

第7条 事業を利用しようとする乳幼児等の保護者は、上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録申込書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。ただし、送迎対応病児保育事業を利用しようとする乳幼児等の保護者は、上越市送迎対応病児保育事業利用同意書（第2号様式）を提出しなければならない。

2 市長は、前項の申込書の提出があったときは、これを審査し、登録の可否を決定したときは、上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録^{決定}通知書（第3号様式）により_{却下}通知するものとする。

（利用手続）

第8条 前条の規定による登録を受けた乳幼児等の保護者は、事業を利用しようとするときは、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める手続を行うものとする。

(1) 病児保育事業及び病後児保育事業 利用を希望する日（以下「利用希望日」という。）の前日までに、市長が別に定める方法により病児保育事業及び病後児保育事業を実施する施設に申込みを行い、併せて上越市病児・病後児保育事業医師連絡票（第4号様式）又は診断書を提出しなければならない。ただし、市長が必要と認めるときは、利用希望日の当日においても、事業の利用を申し込むことができる。

(2) 送迎対応病児保育事業 次に掲げる区分に応じ、次に定める手続

ア 送迎対応病児保育事業のうち送迎に係る事業 利用希望日に、送迎対応病児保育事業を実施している施設に市長が別に定める方法により事業の利用を申し込むものとする。

イ 送迎対応病児保育事業のうち病児保育に係る事業 利用希望日の当日において、市長が別に定める方法により送迎対応病児保育事業を実施している施設に事業の利用の申込みを行うものとする。この場合において、送迎により医療機関を受診した際に交付を受けた上越市病児・病後児保育事業医師連絡票又は診断書を事業の利用の前に当該施設に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、病児保育事業及び送迎対応病児保育事業のうち病児保育に係

る事業において、第4条に規定する医療機関を受診後に、当該医療機関に付設された施設を利用する場合は、別に定める様式の提出をもって前項第1号の医師連絡票又は診断書の提出に代えることができる。

(利用期間)

第9条 前条第1項第1号及び第2号イに規定する事業の利用期間は、同項第1号の医師連絡票又は診断書に記載のある証明の日（同条第2項の別に定める様式にあつては、第4条に規定する医療機関を受診した日として記載のある日）から起算して8日以内とする。ただし、乳幼児等の健康状態及び乳幼児等の保護者の状況により必要と認められるときは、この限りでない。

2 前条第1項第2号アに規定する事業の利用期間は、当該事業の申込みを行った当日のみの利用とする。

(費用負担)

第10条 事業を利用する乳幼児等（以下「利用者」という。）の保護者は、利用者1人当たり1日につき、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める額を納付しなければならない。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護世帯に属する利用者は、無料とする。

(1) 病児保育事業 2,000円

(2) 病後児保育事業 次に掲げる区分に応じ、次に定める額

ア 本市に住所を有する利用者 1,300円

イ 妙高市に住所を有する利用者 2,000円

(3) 送迎対応病児保育事業 第1号に掲げる額と送迎に要した費用の額を合算した額。
ただし、送迎に要した費用の額は、2,000円を上限とする。

2 利用者の病状が緊急を要する場合であつて施設で医師に受診させるときの医療費は、利用者の保護者の負担とする。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成21年5月18日から実施する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成22年3月15日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第2号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第2号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成23年8月31日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第3号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第3号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第2号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第2号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第2号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第2号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第3号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第3号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から実施する。
(上越市病後児保育事業実施要綱の廃止)
- 2 上越市病後児保育事業実施要綱（平成9年10月1日実施）は、廃止する。
(経過措置)
- 3 改正後の上越市病児・病後児保育事業実施要綱の規定は、この要綱の実施の日以後の利用の申請について適用し、同日前の利用の申請については、なお従前の例による。
- 4 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の上越市病児保育事業実施要綱及び廃止後の上越市病後児保育事業実施要綱に規定する様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の上越市病児・病後児保育事業実施要綱に規定する様式の相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和5年1月1日から実施する。
(経過措置)
- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第2号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第2号様式に相当する様式として使用することができる。

第1号様式（第7条関係）

上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録申込書

年 月 日

（宛先）上越市長

申込者（保護者） 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業の登録を申し込みます。

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|
| 乳幼児・児童 | | (フリガナ) 氏 名 | 生年月日 年 月 日 | |
| | | 男・女 | 未満児・年少児・年中児・年長児 小学校（1・2・3・4・5・6）年生 | |
| 緊急連絡先 | 連絡先 1 | | 連絡先 2 | |
| | 氏 名 | | | |
| | 続 柄 | 父・母・その他（ ） | | 父・母・その他（ ） |
| | 勤 務 先 | | | |
| | 勤務先電話 携 帯 電 話 | | | |
| 在学・在園名 | | 保育園・幼稚園・小学校 電 話 | | |
| かかりつけ医 | | 病院・医院 電 話 | | |
| 利用する事業 | | 登録する事業に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 病児保育事業 () | <input type="checkbox"/> 病後児保育事業 (わかくさ保育室・がんぎ通り保育室) | |
| 予 防 接 種 | これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の回数に ○ を付けてください。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 三種混合【1期1回 2回 3回 追加】 | <input type="checkbox"/> 生ポリオ【1回 2回】 | | |
| | <input type="checkbox"/> 四種混合【1期1回 2回 3回 追加】 | <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【1回 2回 3回 4回】 | | |
| | <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合【1期 2期】 | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう【1回 2回】 | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期1回 2回 追加】 | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ【1回 2回】 | | |
| | <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> ヒブ | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン | |
| 既 往 歴 | これまでにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の内容にコメント及び ○ を付けてください。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん【これまでに 回・最後は 年 月 日・座薬指示 有・無】 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 喘息又は喘息性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他【 】 | | | |
| 入 院 | 入院経験がある場合、具体的にお書きください。 | | | |
| | 【病名： | 歳 | か月】 | |
| 薬 | 常用している薬がある場合、具体的にお書きください。 | | | |
| | | | | |
| そ の 他 | 食事制限（食物アレルギー）がある場合、具体的にお書きください。 | | | |
| | | | | |
| | 体質（薬物アレルギー等）や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 | | | |
| 承諾欄（被保護世帯の方のみご記入ください。） | | | | |
| 保護者負担額の審査のため、 課の職員が私の世帯の生活保護法に係る公的扶助の受給に関する資料を閲覧し、及び確認することを承諾します。 | | | | |
| 申込者（保護者） | | | | |

上越市送迎対応病児保育事業利用同意書

(宛先) 上越市長

| | |
|--------------|-----------|
| 保護者の氏名 | |
| 住所 | |
| 緊急連絡先 | — — |
| 乳幼児の氏名 | (年 月 日生) |
| 保育園等の名称 | |
| かかりつけ医療機関の名称 | |

上越市送迎対応病児保育事業の送迎を利用するに当たり、重要確認項目の内容に同意します。

※送迎対応病児保育事業とは、病児保育室の看護師等又は保育士が、保育園、認定こども園、幼稚園、認可外保育施設又は小学校（保育園等）において体調不良となった乳幼児等を送迎し、かかりつけの医療機関等での診察後、病児保育室において一時的に保育することをいいます。

※次のすべての項目をお読みいただき、送迎利用に同意される場合は、左欄に☑を付けてください。同意がない場合は利用できません。

| | 重要事項確認項目 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 病児保育の送迎は、通常の緊急搬送とは異なることを理解しています。 |
| <input type="checkbox"/> | 乳幼児等にとって、面識のない人に送迎されることは、心身に大きな負担となる場合もあることを十分に理解しています。 |
| <input type="checkbox"/> | 内科的疾患（発熱・咳・下痢・嘔吐等）が対象となりますので、打撲や裂傷等の外傷性の損傷での利用はできません。 |
| <input type="checkbox"/> | 病児保育室の利用状況により、保育室が確保できない等の理由によりお断りする場合があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 感染力の強い疾病が疑われる場合、お断りする場合があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 子どもが啼泣（ていきゅう）の状態でも、病状を優先して送迎による病児保育が実施されます。 |

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 入室前診察は、かかりつけの医療機関又は病児保育事業を実施する医療機関で行います。かかりつけの医療機関には、この送迎対応病児保育事業を利用することについて了承を得てもらってください。 |
| <input type="checkbox"/> | 病状により、採血やエックス線検査又は処置治療が必要とされた場合は、電話による実施の確認又は医療機関に来ていただく場合があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 入院加療が必要とされた場合は、直ちに迎えに来てください。 |
| <input type="checkbox"/> | 病状が更に悪化し、再度医師の診察が必要と判断された場合、保護者にお迎えをお願いする場合があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 緊急を要する場合は、保護者の了解を得ないままに医療機関に搬送し、検査、処置治療等を行う場合があります。 |
| <input type="checkbox"/> | 上越市が住民登録台帳等、利用者及び保護者の情報を調査することがあります。 |
| <input type="checkbox"/> | 上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録申込書等に記載された内容について、保育園等と情報を共有することがあります。 |

添付書類

- 健康保険証の写し
- 上越市子ども医療費受給資格者証の写し
- かかりつけ医療機関の診察券の写し

第3号様式（第7条関係）

上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録
決定
通知書
却下

第 号
年 月 日

保護者 様

上越市長 印

年 月 日付で申込みのあった病児・病後児・送迎対応病児保育事業の登録について、次のとおり決定したので通知します。
理由により申込みを却下

| | | |
|----|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 決定 | 乳幼児・児童 | (フリガナ) 氏名 生年月日 年 月 日 歳 か月 保育園・幼稚園 小学校 |
| | 登録期間 | 年 月 日から 年3月31日まで |
| | 利用できる事業 | <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 病後児保育事業 <input type="checkbox"/> 送迎対応病児保育事業 |
| | 利用する場合の保護者負担 | <input type="checkbox"/> 有料 ・ <input type="checkbox"/> 無料 |
| 却下 | 理由 | |

備考 体質、癖、障害など心配なこと、配慮してほしいこと等がある場合は、問診のときに申し出てください。

第4号様式（第8条、第9条関係）

上越市病児・病後児保育事業医師連絡票

（宛先）上越市長

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

| | | |
|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 利用する事業 | <input type="checkbox"/> 病児保育事業（急性期・回復期） （ ） | <input type="checkbox"/> 病後児保育事業（回復期） （わかくさ保育室・がんぎ通り保育室） |
|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

| | | | |
|--------|--------|-------|-------|
| 患者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者生年月日 | 年 月 日生 | （満 歳） | |
| 患者住所 | | | |
| 電話番号 | — — | 保護者名 | |

| 病名・症状（番号に○） | | | |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 01 感冒・感冒様症候群 | 11 ロタウイルス胃腸炎 | <病名不明の時> 01 おう吐 04 ぜん喘鳴 02 下痢 05 がいそう咳嗽 03 発熱 06 しん湿疹 21 水痘 30 その他 22 急性上気道炎 | |
| 02 インフルエンザ | 12 中耳炎・外耳炎 | | |
| 03 気管支炎 | 13 結膜炎（流角結を含む。） | | |
| 04 肺炎 | 14 とびひ | | |
| 05 ぜん喘息 | 15 溶連菌感染症 | | |
| 06 ぜん喘息様気管支炎 | 16 突発性発疹症 | | |
| 07 扁桃腺炎 | 17 咽頭結膜熱 | | |
| 08 クループ | 18 ヘルパンギーナ | | |
| 09 感染性胃腸炎 | 19 手足口病 | | |
| 10 細菌性腸炎 | 20 ムンプス | | |
| 病状（○印） | 01 急性期（発熱等） | 02 回復期（解熱・微熱等） | |
| 既往歴、治療経過 及び症状経過 | | | |
| 保育上の注意 （○印） | 01 無 ・ 02 有（ ） | | |
| 現在の投薬処方 | <input type="checkbox"/> 別紙参照 ※必ず投薬処方分かるもの（お薬手帳など）を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。 | | |
| 食事（持参） （○印） | 01 ミルク・牛乳のみ | 04 下痢食 | |
| | 02 離乳食（前期・中期・後期） | 05 アレルギー食 | |
| | 03 幼児食 | （除去内容 ） | |
| その他 | ・次回受診の有無（感染症の見極めの診察） | | 01 有（ 月 日） 02 無 |
| | ・隔離の必要性 | | 01 有 02 無 |

（注）病後児保育室（わかくさ保育室・がんぎ通り保育室）は、利用当日のお子様の病状が医師連絡票の診断内容と異なっている場合、再度受診をお願いする場合があります。

裏面あり

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 父母の氏名 | 父： () 歳 職業 () | 母： () 歳 職業 () |
| 入退院日 | 入院日： 年 月 日 | 退院日： 年 月 日 |
| 出生時の状況 | 出生場所：当院・他院 () 在胎： () 週 単胎・多胎 () 子中 () 子 体重： () g 身長： () cm 出生時の特記事項：無・有 () 妊娠中の異常の有無：無・有 () 妊婦健診の受診有無：無・有 (回：) | 家族構成 育児への支援者：無・有 () |
| ※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください。 | | |
| 児の状況 | 発育・発達 | ・発育不良 ・発達の遅れ ・その他 () |
| | 情緒 | ・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴 |
| | | ・身体接触を極端にいやがる ・誰とでもべたべたする |
| | | ・その他 () |
| 日常的世話の状況 | ・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他 () | |
| 養育者の状況 | 健康状態等 | ・疾患 () ・障害 () ・出産後の状況 (マタニティ・ブルーズ、産後うつ等) ・その他 () |
| | こどもへの思い・態度 | ・拒否的 ・無関心 ・過干渉 ・権威的 ・その他 () |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない ・その他 () |
| | 同胞の状況 | ・同胞に疾患 () ・同胞に障害 () |
| | 養育者との分離歴 | ・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他 () |
| 情報提供の目的とその理由 | | |

(注) この様式を書いていただく料金は、保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとなります。

年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
F A X
医師名

