

上越市病後児保育事業実施要綱

(目的)

第1条 上越市病後児保育事業（以下「事業」という。）は、病気の回復期にあつて、集団保育が困難な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。）に対して一時保育を実施することにより、保護者の子育て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を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 事業の対象となる乳幼児等（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する乳幼児等で、あらかじめ、第6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本市に住所を有していること。
- (2) 病気により集団保育を受けることが困難であること。
- (3) 乳幼児等の保護者が次のいずれかに該当し、家庭で保育を行う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又はかかっていた疾病が次のいずれでもないもので、事業の利用について医師の同意が得られること。
 - 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対象者とすることができる。

(施設等)

第3条 事業の実施施設（以下「施設」という。）の名称及び位置は、次のとおりとする。

名 称	位 置
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）
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）

- 2 施設は、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るものとする。
- 3 施設には、対象者の看護を担当する看護師、准看護師、保健師又は助産師を1人以上、対象者の保育を担当する保育士を対象者おおむね3人につき1人以上配置するものとする。

(定員)

第4条 事業の利用定員は、次の各号に掲げる施設の区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。

- (1) わかくさ保育室 9人
- (2) がんぎ通り保育室 6人

2 前項の規定にかかわらず、市長は、施設の利用状況を勘案し、必要があると認めるときは、妙高市に住所を有する対象者の事業の利用をそれぞれの施設につき2人までとすることができる。

(開設日時)

第5条 事業の開設日及び開設時間は、次のとおりとする。

- (1) 開設日 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) 開設時間 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、事業の開設日を変更し、又は開設時間を変更することができる。

(登録手続)

第6条 事業を利用しようとする対象者の保護者は、病児・病後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。

2 市長は、前項の規定による申込みがあったときは、これを審査し、登録の可否を決定したときは、病児・病後児保育事業登録^{決定}通知書（第2号様式）により通知するものとす_{却下}る。

(利用手続)

第7条 前条の規定による登録を受けた対象者の保護者は、事業を利用しようとするときは、利用を希望する日（以下「利用希望日」という。）の前日までに申込みを行い、併せて上越市病児・病後児保育事業医師連絡票（第3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。

(利用期間)

第8条 事業の利用期間は、前条に規定する上越市病児・病後児保育事業医師連絡票又は診断書に記載のある証明の日から起算して連続した8日以内とする。ただし、対象者の健康状態及び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。

(費用負担)

第9条 事業を利用する対象者（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、次の各号に掲げる利用者の区分に応じ、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) 本市に住所を有する利用者 1, 300円

(2) 妙高市に住所を有する利用者 2, 000円

2 利用者の病状が緊急を要する場合であっ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10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9年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成13年5月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成17年1月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成21年2月16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、平成21年5月18日から実施する。

(経過措置)

2 改正後の第2条及び第7条の規定は、この要綱の実施の日以後に利用の決定を受ける対象者について適用し、同日前に利用の決定を受けた対象者については、なお従前の例による。

3 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乳幼児健康支援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、改正後の上越市病後児保育事業実施要綱に規定する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22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24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11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3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

この要綱は、令和3年6月28日から実施する。

第1号様式（第6条関係）

病児・病後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 (わたぼうし保育室)	<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"/> 四種混合【1期1回 2回 3回 追加】 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合【1期 2期】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期1回 2回 追加】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 生ポリオ【1回 2回】 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【1回 2回 3回 4回】 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう【1回 2回】 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ【1回 2回】 <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】 【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）			

第2号様式（第6条関係）

病児・病後児保育事業登録 ^{決定} 通知書
却下

第 号
年 月 日

保護者 様

上越市長 印

年 月 日付けで申込みのあった病児・病後児保育事業の登録について、次
と お り 決 定
の 理由により申込みを却下 したので通知します。

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	
	利用する場合の 保 護 者 負 担	有料 ・ 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などがある場合は、問診のときに申し出てください。

第3号様式（第7条、第8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） （わたぼうし保育室）	<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・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