

(目的)

第1条 標記事業の実施について関係する諸規定を作成し、利用者・事業提供者(園)双方が事業の目的・特性を理解し、病児・病後児保育事業が常に円滑に運営され、子どもの健康管理・増進と併せて保護者の就労支援に貢献する。

(実施主体)

第2条 病児・後児保育事業は菊池市の委託を受け、社会福祉法人菊幸会の施設である菊池みゆきこども園が実施するものであり、別掲の事業定義に基づき行うものとする。また、本事業の法人側の責任者は理事 長 福田俊彦とする。

(事業の場所)

菊池市北宮3 1 2 - 1 サンガーデン菊池5 - Cを病児・病後児保育事業提供の場所とする。

(事業の内容)

第3条 事業に係る定義

病児・病後児の定義

年齢が0歳から小学校3年生までであって、風邪、消化不良、乳幼児のかかりやすい感染症、喘息等の慢性疾患や骨折などの外傷性疾患にかかっているが、入院の必要がない状態で、当園で提供する病児・病後保育の環境で長時間過ごすにあたり、十分耐えられることを、医師が診断した子どものことを言う。

病児・病後児保育の定義

に該当する子どもで、かつ保護者が菊池市在住もしくは勤務地が同市に位置する場合であって、菊池市子育て支援課において、所定の書類をもって本事業の利用登録を正式に申請、完了し、利用を希望する毎に、本規程の別項に依って申し込みし、園側の受入が可能である場合に、に該当する子どもが本規定の別掲のサービスを受けることを、本施設で実施する病児・病後児保育と言う。

に該当する子どもに対して主として以下の事業を行う。

- 1) 安静に過ごすための十分な場所を提供する。
- 2) 安静かつ病気が悪化しないよう担当者が健康管理に係る業務を行う。
- 3) 必要な時間に食事・おやつなどを提供する。
- 4) 病状が悪化した場合には次の対処を行う。
  - 体温が39.0 を超える場合は、保護者へ連絡し早急の迎えを依頼する
  - 体温が39.0 を超えない場合であっても担当者から見て明らかに体調不良・病状が悪化したと認められる場合は、子どものかかりつけ医や囑託医の西山医院・西山院長又は連携協力医療機関の川口病院・川口院長の指示を仰ぎ、園長の判断により保護者へ連絡し早急の迎えを依頼する。
  - ケア中に病状が明らかに悪化し、緊急を要する場合は、園長判断で園担当者が最寄りの緊急処置受入可能な病院へ搬送する。
  - 預かり時間中の子どもの状態(体調・体温など)について保護者迎えの際、口頭・記録などで伝える。
- 5) その他、預かりの現場において必要と思えるサービスを提供する。

(実施要件)

第4条

- 事業の時間

月曜から金曜日、8:00 から 18:00 までを事業運用の時間とする。

但し必要時は土曜日にも 8:00 から 17:00 までを事業運営の時間とする。

日曜、祝祭日および園の都合で事業運営ができない日は行わない。

- 事業の担当者

看護師及び保育士等 3 名を担当者とする。

- 料金

事業については、利用料として 5 時間以上 2,000 円、5 時間未満 1,000 円を利用者 1 人当たり徴収するものとする。ただし、菊池市内に住所を有する保育園・幼稚園児については市の規定どおり半額とする。

また、他市町村からの利用者で市町村民税非課税証明等市役所から発行された証明書を提示した保護者には規定の減免を行う。

また、規定時間外の利用が発生する場合については、園で定める超過料金を徴収する。

ミルク・食事などは基本的に持参であるが、保護者の依頼により園で提供する場合は食事・おやつ代 250 円を徴収する。

また、規定の平日 8:00 ~ 18:00、土曜日 8:00 ~ 17:00 までの時間を超過した場合は、1 回 300 円の超過料金を徴収する。

- 事業利用の登録申込

本事業の利用を希望するに該当する子どもの保護者は、菊池市役所・子育て支援課において所定の方法で申請し、事前登録を完了しなければならない。事業運営に必要な登録者の情報は、園と市役所担当部署で共有するが、園は責任を持って利用者の個人情報をもとの管理規定に沿って保護し、本事業に必要とする目的以外に使用しない。

- サービス利用の申込

利用の登録を完了し、サービスの利用を希望する者は、遅くとも利用の 1 日前までには、園において所定の方法で利用を申し込む。当日の申し込みなど突発的な利用は受け付けない場合がある。利用希望者はサービス実施に必要な情報を園へ提供する。園は責任を持って同個人情報を園の管理規定に沿って保護し、本事業に必要とする目的以外に使用しない。

- 預かり人数

預かる病児・病後児の人数の上限を 3 人とする。但し、同じ病気や兄弟などの複数預かりの希望があった場合は、感染の危険がない場合において病状に応じて対応する。

- 緊急時の対応

病状の急変、悪化などの緊急時においては、保護者は子どもが病氣中であることを厳粛に受け止め、園からの対応依頼に可及的速やかに応える。

保護者の迅速な対応ができない場合は、本事業の囑託医西山医院・西山院長又は連携協力医の川口病院川口院長の指導により園長の指示を仰ぎ、同院もしくは近隣の救急医療施設に子どもを搬送する。

- 預かり中発生事故など

病児を預かり中、子どもに発生した事故およびケガなどについては、明らかに園側に責任があると適切な第三者により認められる場合は園側より規定の適切な対応を取る。

- 預かり中の損害

病児を預かり中で、担当者が安静を促しても聞かず、暴れるなどして子どもが備品・物品や施設に損害を与えた場合は園より保護者に対して弁償を求めることがある。

- 事業に係る苦情について

本事業に関する苦情については、園ホームページの所定位置に苦情内容を公開した上、園の見解を示す。

第5条 この条項に定めるもののほか、事業に必要な事項は、園長が別に定め、その都度利用者に周知する。

この規定は、平成24年5月1日より適用する。

この規定は、平成26年5月1日より適用する。

この規定は、平成27年4月1日より適用する。

この規定は、平成29年4月1日より適用する。

この規定は、平成30年4月1日より適用する。

この規定は、令和2年4月1日より適用する。

この規定は、令和3年4月1日より適用する。

菊池みゆきこども園「病児・病後児保育事業」

～ 利用についての確認および同意書 ～

社会福祉法人菊幸会 菊池みゆきこども園  
園長 福田俊彦 殿

菊池みゆきこども園における「病児・病後児保育事業」(通称:カンガルーのポケット)については、事業利用規定、以下の要件全てに準拠し利用することに同意いたします。

- ( 1 ) 利用に当たっては、子どもが入院の必要がない状態であり、病児・病後児保育の環境で長時間過ごすことができる状態かどうか事前に医者判断を仰ぎ、医師から所定の連絡票(診療情報提供書)を記入してもらい、利用当日提出すること
- ( 2 ) 利用に当たっては保護者記入の所定の書類を全て記入の上、提出すること
- ( 3 ) 規定の時間を超過した場合は超過料金を支払うこと
- ( 4 ) 子どもの症状が悪化した場合は、保護者は園担当者の連絡に応え、可及的速やかに迎えに来ること
- ( 5 ) 事業実施中に、子どもの体調が悪化急変し、医療機関での速やかな治療が是非必要と園長もしくは、担当保育者が判断し、保護者に連絡した際は、保護者は可及的に速やかに迎えに来ること
- ( 6 ) 保護者の迎えが間に合わない状況で、緊急的治療が是非必要であると、園長もしくは担当保育者が判断したときは、最寄りの救急処置受け入れ可能な病院へ搬送し、適切な治療を行うこと。また、緊急時の搬送について、保護者から搬送先の指定はしないこと。
- ( 7 ) 医療機関での治療費は、保護者の負担とする。

\* 本同意書は署名捺印の期日より小学 3 年生まで有効とする。

\_\_\_\_\_西山医院 ( 囑託医 ) \_\_\_\_\_川口病院 ( 連携協力医 )

病児・病後児保育は、病気中の子どもを預かるものです。この点を認識し、急激な体調悪化などの緊急時の対応に備えた上で事業利用の申し込みをいたします。利用に関しては、病児・病後児保育事業利用規定の内容を遵守することを下の署名捺印にて確認いたします。

対象児の病状が事業実施中、急変、重篤な状態になった特別緊急時の対処については、保護者による医療機関への速やかな搬送が、真に止む終えない事情により困難な場合、実際の搬送および対処については園規定および上の条項( 6 ) ( 7 )の通り実施されることを理解した上、対処を園関係者に委託します。この委託について責任は一切保護者に属することに、署名捺印の上、同意いたします。

年 月 日

住所

保護者名

印

園児氏名

生年月日 ( )

様式第 3 号 (第 7 条関係)

病児・病後児保育事業利用申請書

登録番号 ( )

年 月 日

菊池市長 様

次のとおり、菊池市病児・病後児保育事業の利用を申請します。

保護者 氏 名

住 所

電 話

ふりがな 児 童 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日	歳	ヶ月
-----------------	--	--------	------	-------	---	----

利用予定日	年 月 日 時 分 ~ 時 分
	年 月 日 時 分 ~ 時 分

今回利用する具体的な理由をお書きください。

本日迎えに来られる方と、予定時間をお書きください。

氏名 (続柄) 時 分頃 迎え予定

同 意 書

- 1 症状に変化のあった場合は、看護師の判断により医師の診察を求めること。
- 2 万一の事故については、事業実施者の加入する保険をもってすべての解決を行うこと。
- 3 利用料算定のため市に提出の税資料を閲覧されること及びその資料を根拠に利用料を決定されること。

以上、同意します。

保護者氏名

ふりがな	
児童氏名 ( )	男 ・ 女 ( 歳 ヶ月 )
保育園・小学校名	
保護者氏名 _____	緊急連絡先 1. _____ 2. _____
1.初診日 令和 年 月 日	2.病院名
3.病名	
4.お薬を飲んでいる方は、薬の説明書もご持参ください。 粉薬 ( ) 包 水薬 ( ) cc 与薬する時間 ( 食前 ・ 食後 ) 目薬 ( 右眼・左眼 ) 軟膏 ( 塗布部位 ) 解熱剤 ( 飲み薬・座薬 )	
5.主な症状について当てはまるものに をつけてください。 咳 鼻水 喘鳴 ( ぜこぜこ、ひゅうひゅう ) 発疹 嘔吐 下痢 発熱 ( 昨夜の体温 時 ) ( 今朝の体温 時 ) ----- 解熱剤の使用 ( あり ・ なし ) 解熱剤を使用した日時 ( 日 時 分 ) 朝の薬 ( 飲んだ : 時間 時頃 )	
6.お子さまの状態について当てはまるものに をつけてください。 機嫌はよいですか ( 良好 ・ 悪い ・ 興奮気味 ) 活気はありますか ( ある ・ 普通 ・ ない ) 食欲はありますか ( ある ・ 普通 ・ ない ) 睡眠はとれましたか ( 長い ・ 普通 ・ 短い ) 朝の排泄はありましたか ( 排尿 回 ・ 排便 回 )	
7.今までにかかった主な感染症と病気に をつけてください。 はしか 百日咳 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹 熱性けいれん ( 歳 ) RS ウィルス ( 歳 ) 喘息 その他 ( )	
8.最近 3 ヶ月以内にかかった病気に をつけてください。 インフルエンザ ( A ・ B ) 手足口病 ヘルパンギーナ 咽頭結膜炎 とびひ アデノウィルス RS ウィルス 感染性胃腸炎 その他 ( ) 食物アレルギー ( なし ・ あり 食品名 )	
9.除去食や離乳食・ミルクは持参してください。 普通食については、保育園の給食とおやつを実費(250円)で提供できますが、希望されますか。 ( はい ・ いいえ )	
10.「カンガルーのポケット」でのお子さまの様子を写真に... <sup>1)</sup> お迎え時にプリントしてお渡しできます。 希望されますか。年度 2 回まで可 ( はい ・ いいえ )	
11.配慮してほしいことや希望されることがありましたらお書きください。	