

病児・病後児保育の現状と課題に関する一考察

— 地域協働による病児サポートネットワークの構築に向けて —

A Treatise on the Present Situation and Problems of Sick Children's Nursing Care

— For the Construction of the Sick-Children's Support Network by Local Collaboration —

正 長 清 志*

Kiyoshi Shonaga

(要旨)

本稿では、病児・病後児保育の現状と課題を考察する。子どもが急な病気になった際の社会的な支援システムとしては、院内保育所やファミリー・サポート・センター事業（以下ファミサポ事業という）の病児・病後児の預かり保育、早朝・夜間等の緊急時の預かり保育などの援助（病児・緊急対応強化事業）がある。政府によれば、子どもが病気の際に自宅での保育が困難な場合に対象となる事業類型には、（１）病児対応型（２）病後児対応型（３）体調不良児対応型（４）非施設型（訪問型）の４つのタイプがある。これらはこれまで保育対策事業の一環として政府と民間によって取り組まれてきた。本稿では第１節・第２節で、まずそれらが展開されてきた過程と現状を整理し、そしてそれぞれのタイプが抱える問題点と解決の試みの状況を示す。

４つのタイプの事業はそれぞれ問題を抱えているが、第３節では、その中でも特に緊急の対応が必要と考えられる（３）の体調不良児対応型の事業に焦点を当てる。登園直前、または登園後に幼児期の子どもが急な体調不良となった場合、親の就労環境や家庭環境の事情から親が休暇を取得できないことが現実には多い。このようなとき、自宅で親はもちろん親族が子どもに付き添えない場合に、親が帰宅するまでの間、親に代わって子どもに対処できるシステムがこの（３）の体調不良児対応型の事業である。

そこではまず、現在その対応において中心的な役割を担っているファミサポ事業の活動を検討する。同事業は就労中の親の下での体調不良児に対する最も身近な対応策として行われているが、実は、その利用には、事前にセンターに登録を行っておかねばならず、さらには必ずかかりつけ医を事前に受診しておくという条件があり、これらの要件は就労中の親にとって、同サービスを利用する上での困難を生む場合がある。同節では最後にこの点に焦点を当て、この問題点の解決の一方向として、緊急的に保健上の対応等を図ることのできる安心で安全なサポート体制の一つとしての、一時的な保育事業としての地域協働による病児サポートシステムの可能性について考察する。

〈はじめに〉

児童が発熱等の急な病気になった場合に備え、親の就労状況を見直すことで、子どもの

看護のための休暇を取得しやすい職場の環境の整備を一層進めることは重要である。しかし、就労先の状況だけでなく、家庭環境の事情から親が容易に休暇を取得できないことも

* 山口大学大学院東アジア研究科博士後期課程D3

多いことから、本稿では保育所における、そして地域協働の病児保育サービスの充実によってこの問題に対応することの可能性について検討する。そこでの考察は主に政府機関（自治体を含む）と各種民間関連団体が公表している資料に基づいて行う。

全国病児保育協議会は、病児保育の理念として、少子高齢社会の現代日本において、子育てで親が最も困難を感じるのは、子どもが病気の時であり、子どもが病気をすると、親は非常に不安におちいるため、社会で親を支えていかねばならない、その際、親を手助けしながら、保育の適否や保育形態の選択について、子どもの利益を最善にする方法を講じるシステムが必要である、だから、病児保育とは、単に子どもが病気のときに、保護者に代わって子どもの世話をすることだけを意味しているわけではないこと、また、子どもは、健康なときはもとより病気のときであっても、あるいは病気のときにはより一層、身体的にも精神的にも、子どもにとって最も重要な発達のニーズを満たされるケアがされなければならない。そのため、病児保育事業は、子どもの立場を代弁する専門家集団（保育士、看護師、医師、栄養士等）が、子どもの健康と幸福を守るためにあらゆる世話をを行う、子育てのセーフティネットとしての役割を担うべきことを述べている¹。

実際に、女性の社会進出と夫婦共働き世帯の増加にともなって、子どもが早朝から急に体調不良になったときや保育所に登所した後の発熱や体調不良によって早退をしなければならぬとき、親が付き添って日中に通院し受診することが困難な場合が増えている。

また、夜間に緊急で医療機関を受診せざるを得ないが、緊急時に診療を行っている医療機関が分からない、受診した子どもが担当医師の専門外で十分に診てもらえない、自宅近

くに救急対応の医療機関がないなど、さまざまな問題が存在し、こうして子どもを抱えた保護者の救急医療への不安が年々増加している²。

先行研究（小林他（2007）、大木（2003）、杉本他（2006）、伊藤（2000）等）によれば、働く母親が再就職後に最も苦労したことは、子どもの急病への対応であり³、就労中の母親にとって、子どもが病気の時の社会支援システムの構築は緊急の課題⁴となっている。しかし、未だその構築は不十分である⁵。子どもが病気やけがで通常の保育サービスが利用できなかった場合の対処方法は、就学前の児童・小学校児童とも、母親が仕事を休むことで対処している家庭が第1位であった⁶。

しかしながら、母親は子どもの急な病気で仕事を休む時に、職場の理解が得られないなど、多くの悩みを抱えながら働いている現実があり、その対応に苦慮している人が多いことが明らかになっている⁷。また、子どもが急な病気の際、病気の子どもの職場に連れて来て仕事をせざるを得なかった場合や、一人で留守番させ不安な思いをさせた場合についての報告⁸もあり、病気の子どもの自身にかなりの無理をさせている状況があることがうかがえる。よって、特に、子どもが抵抗力の低い就学前から小学校低学年の時期においては、仕事と育児の両立は難しくなる場合があり、病児・病後児保育事業の整備状況が、女性の就労と病気の子どもの安全・安心を左右する要因となっていると考えられる。

子どもが急な病気の際の社会支援システムとしては、2008年から病児・病後児保育事業が全国で展開されている。そして、同事業と関連する保育対策等促進事業⁹で対象となる事業類型には、（1）病児対応型（2）病後児対応型（3）体調不良児対応型（4）非施設型（訪問型）がある。しかし、これらの利

用については、事前にファミリー・サポート・センターに登録を行っておかねばならず、就労中の母親にとっては、これは困難な場合があり、この理由から急病時に利用できない場合がある。

そこで本稿では、上の四類型のうち（３）の体調不良児対応型に焦点を当て、児童が保育中に微熱を出すなど体調不良となった場合、保育所において緊急的に子どもを預けられる対応を図る事業及び保育所に通所する他の児童に対して感染防止の策を講じる保健的な対応等を図る一時的な保育事業の現状と問題点、その解決の可能性について考察する。

現行の病児・病後児保育事業では、その実施要綱によると、同事業はこのような場合、病院・保育所等において病気の児童を一時的に保育するほか、保育中に体調不良となった児童への緊急対応を行い、保育士は病気の児童の自宅に訪問する場合もある。しかし、上のような事前登録の問題があるとともに、そもそもそのような対応ができない保育所も多く残されている。

よって本稿では、子どもの急病時における就労している親への現行の支援のあり方を再検討し、各区市町村で緊急ファミサポ事業が展開されている地域と未だされていない地域があり、また事業が展開されている場合でもその利用が困難な場合がありうる状況を踏まえ、就労中の親に代わって支援者が当該児童を預かって医療機関を受診させ、場合によってはその病児に対応できる保育施設に送り届ける、また、場合によっては支援者の自宅でその子どもを親に代わって保育できるサポートシステムを構築することにより、こうした現状においても親が安心して就労することができるシステムを提起する。

以下、第１節「病児・病後児保育施設¹⁰の必要性と施設・保育内容の整備状況」では、

次の点を論じる。

- 1 病児・病後児保育事業の歴史の変遷より、病児・病後児保育施設の必要性が明らかである。
- 2 病児・病後児保育事業の施設整備の状況と、中央政府の取り組み・地方自治体の取り組みなどに加え、公立病院と民間企業による状況の４つを示す。

次に、第２節「病児・病後児保育施設の経営上の課題」では次の点を論じる。

- 1 ある程度規模が大きい医療機関であり、施設が効率的な運営ができる場合は、利用者数の安定的な確保できるが、その場合でも、利用者数に波があり常に利用者があるとは限らないという問題がある。たとえば、インフルエンザの流行によって利用者が多くなる時期もあれば、ほとんど利用がない時期もあるという問題がある。こうして利用率の低い病児・病後児保育施設も少なくない現状がある。
- 2 感染予防の観点から職員の配置や設備・経費の増額が見込まれ、これに対応する各自治体の取り組みに地域差が生じている。

次に、第３節「病児・病後児保育事業とファミリー・サポート・センター」では、次の点を論じる。

- 1 ファミリー・サポート・センター事業（以下ファミサポ事業という）はこれまでの多様な保育サービスで十分対応しきれない、多様な保育ニーズに地域住民による相互援助で対応することを目的としている。
- 2 同事業の援助内容の限界は、この事業を利用する前後には、親は必ずかかりつけ医を受診するという条件がある点である。就労している親が困るのはこの点に

ある。配偶者や家族、親族による受診がファミリー・サポート・センター事業による対応の前提となっている。

- 3 これに対しては他の保育サービスとの関係も検討しながら事業の課題に取り組んでいくことが求められる¹¹。そのような仕組みづくりは現状の病児・病後児保育の問題点を補う一つの方法となりえよう。

第1節 病児・病後児保育施設の必要性と施設・保育内容の整備状況

(1) 病児・病後児保育施設の必要性—要望の根強い病児・病後児保育の充実

近年、女性の社会進出がめざましくなり、共働きの家庭が増加しているため、出産後も働く女性が増えている。その背景には、女性の高学歴化による社会参加意欲の向上、不況による就労希望などがある。女性の社会参加意欲が高まり出産後も働く女性が増加し、核家族化にも伴い保育需要は増大しているが、多様化する保育ニーズが満たされなければ、育児と就労の両立は難しい。病気になった児童の世話をする病児・病後児保育を求める声が、保護者などの間で根強い。しかし、保育所では病児を受け入れられないことが多く、どうしても親は仕事を休まざるを得ないことになる。

伊藤（2000）によれば、子どもが保育園に通っている場合、母親は子どもが急な病気です仕事を休むときに職場の理解が得られないなど、多くの悩みを抱えながら働いており、その対応に苦慮していることが多く、病児・病後児保育支援体制は十分とは言えない¹²。就労中の親が、子どもが病気の際、気がねなく休める就労環境を整えることは、子どもの病後回復においても最善である。

現在は、院内保育施設を中心に病児・病後児保育施設を、休日・夜間に就労する母親のニーズに対応できるように整備することも始まっている。これが大きく広まり、急病時、受診しやすいシステムを構築するとともに、通常の保育施設にも看護職を相当数配置するようにし、軽度な症状であれば保育施設内の病児保育で看護できるようにすることは望ましいことである。また、それに伴い、病気時の家庭での対応方法についても気軽にお迎え時等に保育施設常勤の看護師に相談・指導できるしくみをつくることも有効であろう。

(2) 病児・病後児保育事業の変遷

ここで、病児・病後児保育事業の歴史的変遷を、全国病児保育協議会の「病児保育事業の現状と課題」からたどることにする。

病気の回復期などに乳幼児を一時的に預かるという取り組みは、我が国では昭和40年代の前半に誕生し、地域の小児科医院や乳児院を中心に整備されてきた。病児保育の端緒になったのは、1966年に東京都世田谷区にある保育所の児童の父母が、在籍時を対象とした病児保育室をつくったことだった。1969年には大阪府枚方市の市民病院分院内で、病児保育室が地域センター方式で設置された。

こうして、我が国では昭和40年代の前半に誕生し、地域の小児科医院や乳児院を中心に整備されてきた。少子化が進行するとともに、子育てと就労の両立支援の一環として、エンゼルプランの中で国の事業として制度化されたことになる。

上述の民間の動きがきっかけとなって、病児保育施設の開設が全国に広がり、厚生労働省では1995年度から乳幼児健康支援サービス事業が実施され、翌1996年に乳幼児健康支援一時預かり事業として実施され、ついで、新エンゼルプランの成立（2004年12月）によ

り、2000年度より実施施設を保育所にも拡大され、2004年度までに500市町村で実施するとされたが、2004年度実績では全国496ヵ所にとどまっていた。

子ども・子育て応援プラン（2004年12月）によれば、少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画として、上記事業の実施施設を2009年度までに全国で1,500ヵ所実施を目標とした。これが次世代育成支援対策推進法に規定する市町村行動計画に定められ、子育て支援特定事業の一つとして補助されるソフト交付金が誕生した。こうして、2005年度実績は598ヵ所となった。さらに、2007年から病児・病後児保育事業となった。

上述の世田谷区の病児保育室は当初、公的補助を受けずに互助会方式で運営されていたが、2008年度から世田谷区の公的補助を受けて運営されている。病児保育室には保育中に微熱を出すなど体調不良となった児童に、保護者が迎えに来るまでの間、保育所で緊急的な対応を行うために、看護師を1名配置するに至った。

翌年、病児・病後児保育事業の再編（2008年4月）に伴い、厚生労働省の主管が母子保健課から保育課に移り、施設形態でなく子どもの状態に応じた対応となり病児対応型・病後児対応型・体調不良児対応型（自園型）に分けられることとなった。

これまでのソフト交付金から、児童育成事業補助金となり、派遣型は中止となったが、病児対応型848万円（定員4名以上）、病後児対応型679万円（定員4名以上）、体調不良児対応型441万円（定員定めず）、定員4名では看護師1名、保育士2名として配置（但し、勤務形態は明確には規定せず）された。

さらに、実施要綱の改正（2009年4月）により、定員の概念をなくして、職員配置基準を変更、利用実績に応じた補助金制度となっ

た。利用料は、事業費の2分の1相当の額が適当であるとされ、低所得者（生活保護世帯、市町村民税非課税世帯）に対しては、減免ができるよう国庫補助することになったため、1ヵ所あたり50人以上～200人単位で利用数に応じた実績払いとなっている。

また、全国病児保育協議会2009年度実態調査中間報告では、対象数197ヵ所のうち、定員は4名～5名の施設が125ヵ所となっている。医師との連携の有無、隔離室の有無については、調査施設のほとんどが医療機関併設型である。調査した92%が医師との連携があり、85%が隔離室を有していた。また60%以上で給食を提供していた。さらに、年間利用実績（のべ人数）は中央値538人、開設日280日であった。利用人数は最小値12人、最大値2,989人と大きな幅がある。

（3）施設整備の現状

1）厚生労働省の取り組み－保育対策促進事業：病児・病後児保育の4つの類型

はじめにでも少しふれたように、2008年以来、保育対策等促進事業が進められている。その対象となる事業類型は以下の四つであった。（1）病児対応型 児童が病気の「回復期に至らない場合」であり、かつ、当面の症状の急変が認められない場合において、当該児童を病院・診療所、保育所等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で一時的に保育する事業。（2）病後児対応型

児童が病気の「回復期」にあり、かつ、集団保育が困難な期間において、当該児童を病院・診療所、保育所等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で一時的に保育する事業。（3）体調不良児対応型 児童が保育中に微熱を出すなど体調不良となった場合において、安心かつ安全な体制を確保することで、保育所における緊急的な対応を図

る事業及び保育所に通所する児童に対して保健的な対応等を図る事業。(4)非施設型(訪問型)がある。(表1-1)

病児対応型は、病気が発症した直後で回復期に至っていないが、入院治療に必要なない児童を対象にしている。病院、診療所に保育室が併設してある場合が多く、医師がすぐに対応できるようになっている。病後児は、症状がある程度安定し、回復期にある場合に、看護師、保育士が保育する。医師は常駐していないが、かかりつけ医と連携を取り、看護師が保育所で勤務し、病後児保育をしている保育所もある。

病児・病後児ともに、集団保育が困難で、かつ保護者の勤務などの都合により家庭で保育を行うことが困難なおおむね10歳未満の児

童を対象に実施される。実施主体は、市区町村または市区町村が適切と認めた者となっている。

体調不良児対応型は、事業を実施する保育所に通所しており、保育中に微熱を出すなど体調不良となった児童を対象に、保護者が迎えにくるまでの間対応する者。実施主体は、市区町村または保育所を運営する者としている。

非施設型(訪問型)は、病児・病後児の自宅で一時的に保育する事業としている。

このように、それぞれのタイプを実施する際の要件などを見ると、病児対応型と病後児対応型についてはほぼ同じ内容となっている。(表1-2)

表1-1 病児・病後児保育事業の内容

	病児対応型・病後児対応型	体調不良児対応型	非施設型(訪問型)
対象児童	<ul style="list-style-type: none"> ・当面の症状の急変は認められないが病気の回復期に至っていない(病後児の場合は病気の回復期) ・集団保育が困難 ・保護者の勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難 ・おおむね10歳未満の児童 	事業実施保育所に通所しており、保育中に微熱を出すなど体調不良となった児童で、保護者が迎えに来るまでの間、緊急的な対応を必要とする児童	病児・病後児
主な実施要件	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師を利用児童おおむね10人につき1人以上配置 ・保育士を利用児童おおむね3人につき1人以上配置 ・病院、診療所、保育所などに付設された専用スペースまたは事業のための専用施設など 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師など常時2人以上配置(預かる人数は看護師など1人に対して2人程度) ・保育所の医務室、余裕スペースなどで、衛生面に配慮されており、対象児童の安静が確保されている場所である。 	預かる病児の人数は、一定の研修を終了した看護師、保育士、家庭的保育者のいずれか1人に対して1人程度とする。
補助金交付(2012年度)	1,102カ所(病児対応型561カ所、病後児対応型541カ所) 延べ利用児童数約49万人	507カ所	1カ所
補助率	国・都道府県・市区町村それぞれ1/3(または国1/3、指定都市・中核都市2/3)		

出所：厚生労働省「保育対策等促進事業の実施について」から筆者作成による

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidou/09/kekka2-1.html>

表1-2 病児・病後児保育事業の補助基準額

○病児対応型	
・基本分基準額	1カ所当たり年額 240万円
・加算分基準額 (年間延べ利用児童数により補助)	
10人以上50人未満	50万円
50人以上200人未満	250万円 (以下、200人刻みで単価を設定)
2,000人以上	2,175万円
○病後児対応型	
・基本分基準額	1カ所当たり年額 200万円
・加算分基準額 (年間延べ利用児童数により補助)	
10人以上50人未満	40万円
50人以上200人未満	220万円 (以下、200人刻みで単価を設定)
2,000人以上	2,010万円
○体調不良児対応型	1カ所当たり年額 431万円
○非施設型 (訪問型)	1カ所当たり年額 671万1,000円

出所：厚生労働省「保育対策等促進事業の実施について」から筆者作成による
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidou/09/kekka2-1.html>

次に、補助基準額は表1-2のとおりである。基本分と加算分を合わせると、10人以上50人未満の場合290万円、50人以上200人未満の場合490万円、加算が最高ランクの2,000人以上の場合2,415万円となる。国、都道府県市区町村が3分の1ずつ負担する(指定都市、中核市の場合は3分の2を負担)。利用者負担は市区町村で定めるが、1日2,000円程度が多くなっている。

2013年度の厚生労働省科学研究費補助金で実施された「病児・病後児保育の実態把握と質の向上に関する研究」¹³⁾によると、調査対象の717施設を病児対応型、病後児対応型に分

類すると、病児対応型362、病後児対応型355とほぼ同数であった。

これを、診療所併設型、病院併設型、保育所併設型、単独型、その他に分けて調査したところ、最も多いのが保育所併設型の283で、全体の約40%を占めている。ついで診療所併設型が200で、全体の約28%を占めることになるが、病院併設型を合わせると半数が医療機関併設となっている。また、病児対応型では診療所併設型、病院併設型の合計で84%を占め、病後児対応型では保育所併設型が70%を占めている。(表1-3)

表1-3 病児対応型、病後児対応型の施設類型

	全 体 数		病児対応型		病後児対応型	
	箇所数	割合 (%)	箇所数	割合 (%)	箇所数	割合 (%)
診療所併設型	200	27.9	172	47.5	28	7.9
病院併設型	160	22.3	132	36.5	28	7.9
保育所併設型	283	39.5	33	9.1	250	70.4
単独型	37	5.2	15	4.1	22	6.2
その他	37	5.2	10	2.8	27	7.6
合 計	717	100.0	362	100.0	355	100.0

注) 割合はそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものもある。

出所：内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会 (第8回)」配付資料から筆者作成による
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf

表1-4 病児・病後児保育事業の利用者数

	全 体	病児対応型	病後児対応型
0歳	26,740人	19,311人	7,429人
1歳	86,789人	69,393人	17,396人
2歳	48,108人	38,757人	9,351人
3歳	33,616人	27,073人	6,543人
4歳	27,445人	22,339人	5,106人
5歳以上	43,141人	37,057人	6,084人
合 計	265,839人	213,930人	51,909人

注) 対象は717ヵ所

出所：内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会（第8回）」配付資料から筆者作成による
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf

延べ利用児童数は、2012年度265,839人で、年齢別では1歳児が86,789人と最も多くなっている。(表1-4)

こうした保育対策等促進事業の実施により、その対象となる事業類型の4つで示された、集団保育が困難で、かつ保護者の勤務などの都合により家庭で保育を行うことが困難な児童を対象に、それぞれの地域の各自治体の計画より、利用者も増加していることは就業中の親にとって安心できるものである。安心・安全で親の要望により近づけるよう拡充を進めていくことが必要である。

さらに、全国病児保育協議会の稲見会長¹⁴は、病児保育施設の重要性について、一般的に保育園に預けている子どもが病気になった場合、保育園に通えるように回復するまで、昼間に、保育・看護のために病児を預かる施設であることを、2013年の内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会（第8回）」に委員提出資料配付資料で、次のように訴えている。

特に子どもが病気の時、共働きやひとり親の保護者には重い負担がかかる。子どもが病気の時保護者が看病するのが当たり前という意見もあるが、それは全く正当な主張である。

しかし、現実的にそれができる保護者は、一部であり、多くの子どもが好ましくない環境で看病

され、時には、無理に登園させて感染をさらに広げているという現実がある。

病児・病後児保育は、単に病気の子どもを預かる託児所ではない。つまり、病児・病後児保育とは、病気の子どもにすべてのニーズを満たしてあげるための保育士、看護師、栄養士、医師などの専門家集団が保育・看護を行い、子どもの健康と幸福を守るための事業である。

表1-1で見たように、病児対応型の病児保育施設は、入院治療に必要なない児童を対象にしており、病院、診療所に保育室が併設されている場合が多く、医師がすぐに対応できるようになっている。このような施設の増加が望ましく、また親への周知が必要である。

体調不良児型の病児保育を導入している病児保育施設は、児童が微熱を出すなどして保護者がすぐに迎えに来られない場合に、その保育所の医務室などで看護師らが緊急に対応する体制を整えている。

それは、登所前から体調不良だった児童も利用できるが、医師の判断により当面症状の急変が認められない場合に限られ、定員は2人となっている。また、対象となる症状と対象にならない症状の基準がきめ細かく定められている(表1-5参照)。

発熱では受入時38.5度以下であること、嘔

表1-5 病後児保育の受け入れの可否の基準の例

利用できる症状	利用できない症状
つぎの病気の回復期 ○感冒・感冒様症候群○咽頭炎・へんとう腺炎○気管支炎○ぜんそく・ぜんそく様気管支炎○消化不良 ○感冒性嘔吐症○自家中毒○中耳炎・外耳炎○結膜炎（はやり目を含む）○とびひ○突発性発疹○手足口病○りんご病○おたふくかぜ○麻疹○水痘○百日咳○風疹○インフルエンザ溶連菌感染症	○高熱状態、高熱状態が続いている。○ぜんそくがひどく息苦しそう○食欲がなく、ほとんど飲んだり食べたりできない○嘔吐がひどい○水様便が日に数回ある○下痢や嘔吐のために脱水症状の兆候が見られる○せきがひどく呼吸困難がある○活気がない○ぐったりしている○伝染性疾患の急性期で他の児童にうつる可能性がある

出所：内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会（第8回）」配付資料から筆者作成による
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/refl1.pdf

吐や下痢の場合は脱水症状がなく、水分などを接種できることなど、病後児保育の受け入れ可否についてきめ細かい規定がある。

2) 地方自治体の取り組み－東京都の例

A) 東京都による実施要綱策定

地方自治体の取り組みとして、東京都を例に示す。東京都は平成25年度に東京都病児・病後児保育事業実施要綱¹⁵を策定して、事業実施の体制を整えた。その要綱には、①病児・病後児対応型事業、②体調不良児対応型事業、③非施設型（訪問型）事業を示している。本稿のテーマに関わる病児・病後児保育の現状と課題を東京都病児・病後児保育事業に焦点を当てて考察する。

病児・病後児対応型事業の実施主体は、区市町村または区市町村長が適切と認めた者。要綱は、区市町村長に対し、①医療機関、保育所等（認証保育所・認可外保育所を含む）、その他の公共施設に付設された施設（併設型施設）または本事業のための専用施設（単独型施設）であって、病児・病後児保育を必要とする児童に対し適切な処遇が確保されるものを指定して実施する、②事業開始に先立ち、地域医師会に対し事業への協力要請などを行うことなどを求めている。

対象となる児童は、病中または病気の回復期にあるため集団保育が困難だが、入院の必

要のない状態で、かつ保護者が勤務などの都合により家庭で保育を行うことが困難なおおむね10歳未満の児童となっており、上述の国の基準と同じ、職員配置の基準や補助基準も同じである。

実施施設は保育室を有し、その面積は児童1人あたり1.98㎡以上、1室8.0㎡を最低基準としているが、日々利用する児童の年齢構成が異なることから、すべての児童が年齢および症状に応じて快適に過ごせる空間を確保できるよう留意することを求めている。さらに、①児童の観察または静養のための部屋として、観察室または安静室を有し、その面積は1室3.3㎡を下回らない、②調乳および簡単な調理を行うことが可能な調理室を有する、③保育室の採光を確保する、などを示している。このうち調理室については、独立した調理室の設置が困難な場合は、調理スペースを確保し、保育室との境界に柵を設けるなど安全性に十分配慮する。また、本体施設が調理室を有する場合は、兼用としても差し支えないとしている。

医療機関併設型以外の施設で実施する場合には、児童の病態の変化に的確に対応し、安全に保育を行うため、日常の医療面での指導、助言を行う医師（指導医）をあらかじめ選定し、医療の連携態勢を十分に整えるよう規定している。また、利用手続きとして次のよう

な手順を示している。

- 利用にあたっては、原則として事前登録制としている。登録では、利用児童の基本情報、既往歴、予防接種の履歴、アレルギーの有無など保育を行うにあたって必要な情報を得る(登録手続きにあたり、登録料を徴収可能)。
- 実施施設が提供するサービスの内容、利用方法の他、非常災害時や緊急時の対応方法、加入保険の補償内容など、パンフレットやしおりなどを用いて保護者に説明し、事業内容を十分理解した上で、利用できるように努める。
- 児童の受け入れにあたっては、実施施設において、かかりつけ医の作成する診療情報提供書により児童の病態を確認するとともに、保護者が記入して連絡票により児童の状況などを確認し、保護者と協議の上、受け入れの可否を判断する。ただし、医療機関の併設型施設においては、本体施設の医師の診断をもって診療情報提供所の確認に代えることができる。
- 実施施設は児童の受け入れの際に予防接種状況を確認するとともに、必要に応じ接種するよう助言する。

さらに、保育、看護ケアの実施について、①発達段階や病状を考慮した上で児童ひとりひとりが一日を快適に過ごすことを目標に、保育の計画を立てる、②投薬は保護者の依頼に基づいて行い、複数の職員の立会いの下で実施するなど、数量・回数に誤りや取り違えなどの事故防止に万全の措置を講じることなどを求めている。

こうして、医療機関をはじめとした、保育所(認証保育所・認可外保育所を含む)、その他の公共施設に付設された施設である医療機関併設型施設と、専用施設を設置している単独型施設の二つの形態において、病児・病

後児保育を必要とする児童に対し適切な対応を確保し、実施するための病児・病後児対応型事業の留意すべき内容を定めた。

上述の東京都の政策は、医療機関併設型以外の施設でも、児童の病態の変化に的確に対応し、安全に保育を行うため、日常から医療機関との連携態勢を十分に整えるよう規定している。また、その手順を定めていることは、病児・病後児対応型事業の留意すべき内容とともに他地域のモデルとなる。

B) 地方自治体の取り組み—東京都内の市区の対応から

次に、上記の東京都の要綱のもとでの東京都内の市区での具体的な事業実施状況を見よう。まず、東京都保健福祉局がまとめた病児・病後児保育施設一覧表¹⁶⁾によると、体調不良対応型、非施設型を除いた病児・病後児対応型について、23区26市のすべてで実施されている。実施箇所数は118であり、実施方法は、①病児保育と病後児保育の両方を実施している、②病後児保育のみ、の2つに分類できる。各区市における実施状況は、それぞれの区市の独自の政策も加わり、それぞれの特徴を持っている。次に、四つの区市に関してそれぞれ地域住民の要望に応えた独自のサービスの具体的な実施状況を見よう。

(新宿区)新宿区の状況は、病中または病気の回復期にある児童が対象となる病児・病後児保育室(2ヵ所)と、病気の回復期にある児童が対象となる病後児保育室(3ヵ所)がある。利用できる要件は、医師により、症状が軽度で入院治療が必要ないと診断されている児童のうち、①新宿区に居住している、②離乳食が完了している、あるいは満1歳以上である、③認可保育園、子ども園、認証保育所、家庭的保育者、保育ルームなどに入所している(ベビーホテルの利用者については、

就業状況により、利用できる場合がある)、
④保護者の仕事などの事情により家庭で保育
ができないなどとなっている。

病状によっては利用できない場合がある
が、利用できる対象となる病気として、感冒、
下痢などの児童が日常罹患する疾病、水痘、
風疹などの慢性疾患（麻疹の子どもは利用で
きない）ぜんそくなどの慢性疾患、骨折、熱
傷などの外傷性疾患を示している。

利用にあたっては、医療機関への受診と医
師が記入する利用連絡票は必要となるため、
新宿区医師会会員の医療機関では、利用連絡
票にかかる文書料は無料である¹⁷。

（板橋区）板橋区では2000年度から病児・
病後児保育事業を実施しており、なかでもお
迎えサービスという付加的サービスを実施し
ていることと、施設整備に補助を交付してい
るのが特徴である。

お迎えサービス¹⁸は、保護者に代わって、
区が委託する病院の看護師がタクシーで保育
園に迎えに行くもので、区内にある認可保育
所、認証保育所、保育室、ベビールーム、幼
稚園、認定こども園に入所し、板橋区に住所
を有する児童で、通っている施設で体調が悪
くなったものの、保護者が迎えに行くことが
困難で、かつ入院の必要がない場合に実施さ
れる。これは板橋区医師会病院と帝京大学医
学部付属病院で実施されている。区は、迎え
に行くのは看護師だが、児童にとっては面識
のない大人に知らない場所に連れて行かれる
ことは、児童の心身への負担が大きいとい
うことを十分理解した上で、サービスを利用し
てもらおう強調している。

病児・病後児保育料金（お迎えサービ
スを除く）は、保育室利用日額1,500円である。
ただし、生活保護世帯及び前年度分住民税非
課税世帯については、利用料が免除される。
食事代、おやつ代は実費負担となり、免除措

置はない。開所日は月曜日から金曜日まで
である。なお、新宿区でも同様にお迎えサー
ビスが実施されている。

同区では施設整備費への補助制度を区独自
に導入している。病児・病後児保育施設整備
補助金交付要綱によると関連施設を開設す
るために必要な改修などにかかる経費の一
部を区が補助する。病児・病後児保育事業
を実施する施設のうち、お迎えサービス事
業を実施する施設については原則として2,000万円を
上限に補助することになっている。

（青梅市）同市では青梅市の病後児を対
象とした実施要綱¹⁹や、体調不良児対応型
保育事業を実施するための補助金交付要綱²⁰
を策定している。体調不良児対応型保育事
業の実施主体は青梅市内の保育所で、市長
が承認した保育所としている。

対象となる児童は、事業を実施する保育
所に通所しており、保育中に微熱を出すなど
体調不良となった児童で、保護者が迎えに
来るまでの間、保育所において緊急的な対
応を必要とする児童、また、事業実施保育
所に通所しており、保育所に来る前（登所
前）から体調不良の児童も対象となる。こ
れは同市独自の制度である。人員配置では、
①事業を担当する保健師、助産師、看護
師または准看護師（看護師等）を2人
以上配置する、②預かる体調不良の人数
は、看護師等1人に対して2人程度と規定
している。

施設設備の要件として、①医務室、余
裕スペースなどで対象児童の安静が確保
できる場所とする、②他児童及び職員
への感染を防止するため、保育室、遊
戯室などとの間に仕切りを設けるなど、
職員らの往来を制限する措置を講ずる、
③専用の手洗いなどの設備を設置する
ことにより衛生面への十分な配慮をす
るなどを示している。

また、登所前から体調不良の児童が利用す

る場合は、医務室など独立した専用室で保育する。投薬は文書による保護者の依頼に基づいて行う。また、複数の職員の立ち会いのもとで実施するなど、数量、回数の誤りや取り違えなどの事故防止に万全の措置を講ずることなどを求めている。

さらに、症状の急変などの際に当該児童を受け入れてもらうための医療機関をあらかじめ選定し、保育所の運営への理解を求めるとともに協力関係を構築すること。児童の症状の変化に的確に対応し、感染の防止や衛生管理の徹底を図るとともに、嘱託医などとの連携を密にし、保育中の医療面での指導、助言を受けることとしている。

留意事項として、①実施保育所は入所児童の予防接種の接種状況を確認し、必要に応じて接種するよう助言する、②事業を担当する看護師等は、地域の子育て家庭や妊産婦などに対する相談支援を実施する保育所の職員は、病児・病後児のケアに関する研修に参加するほか、近隣の病児・病後児保育事業実施施設との情報交換を行うなど保育および看護ケア技術の研さんに努めるなど示している。

補助金については、1ヵ所あたり年額431万円を限度として交付し、この事業で保護者から費用を徴収することはできないとしている。

保育所の職員は、病児・病後児のケアに関する研修に参加するほか、近隣の病児・病後児保育事業実施施設との情報交換を行うなど保育および看護ケア技術の研さんに努めるなど示しているところに、職員の技術の向上を目指していると言える。

(足立区) 足立区では病後児保育のほか、ベビーシッター事業者が実施する在宅の病児保育サービスを利用した家庭に対し、その料金の一部を助成する事業をスタートさせた²¹。対象となる利用者は、6ヵ月から12歳(小学

6年生)までの足立区内在住の児童であり、①全国保育サービス協会加盟事業者、②こども未来財団によるベビーシッター育児支援事業の対象事業者、③全国病児保育協議会加盟施設事業者のいずれかの事業者が実施していることが条件となる。

助成金の対象経費は、サービスの利用に要した費用(利用日から起算して1年以内のもの)で、入会金、年会費、登録料、交通費その他これらに準ずる費用は助成の対象外となっており、サービスを利用した前後7日以内に、医療機関を受診していることが必要である。サービス利用1時間あたりの助成限度額は1,000円である。1日の利用助成限度は10時間まで。助成の対象日数は、1回の病気につき7日間以内。1世帯あたり1児童の年間上限額は4万円となっている。

病後児保育のほか、ベビーシッター事業者が実施する在宅の病児保育サービスを利用した家庭に対し、一部ではあるが助成金を支給していることで、サービスの幅が広いと思われる。

(中野区) 東京都中野区は、厚生労働省の事業であるファミリー・サポート・センター事業の中で訪問型の病児保育事業を行っている数少ない例である²²。この点は高く評価されるが、医療機関併設の病児保育施設では看護師が看護・保育し、急変時には医師による診察も迅速に行えることと比べると、訪問型は医療態勢がうすいという問題がある。他の型でもいえることであるが、万一病児保育で事故が起こった場合は病児保育一般の存在意識までが問題視されるという懸念が残るので、この点は十分留意されるべきである。

このように施設整備への補助金は、各自自治体独自の補助制度により実施されている。なお、東京都ではないが、他の地域の例として、彦根市は、病児・病後児保育施設整備費等補

助金交付要綱を施行している²³。これは病児・病後児保育を実施するための施設等の整備を行う医療法人などに対し、予算の範囲内で関連施設の整備費などに補助金を交付するものである。補助金の対象となるのは、病児・病後児保育を実施するために施設等を整備し、運営しようとする医療法人または医師で、病児・病後児保育の実施の継続性が認められる者である。補助金対象経費は、開設のために必要な建物の新築、改築または改修に必要な工事費または工事請負費（付帯備品の購入費を含む）となっている。開設のために必要な備品の購入または設備の改修に係る費用も対象となるが、土地の買収・整地に係る費用は対象外となっている。

同市では、訪問型は上のように医療態勢がうすい点を懸念して、病児保育型による対応の充実を計画していると推測される。

以上、主に東京都の病児・病後児保育事業実施要綱や補助要綱と、それを受けた区市の側における、体調不良児への独自の対応を含めた実施事例の内容を示した。そこには上記区市においては次のような独自サービスが行われていることが示されている。

新宿区では、病児・病後児保育事業は、独自の事業として、利用できる対象となる病気として、感冒、下痢などの児童が日常罹患する疾病、水痘、風疹などの慢性疾患（麻疹の子どもは利用できない）、ぜんそくなどの慢性疾患、骨折、熱傷などの外傷性疾患を示している。また、新宿区と板橋区では、お迎えサービスという付加的サービスを実施していることと、施設整備に補助を交付しているのが特徴である。板橋区では、施設整備費への補助制度を区独自に導入している。青梅市では、体調不良児対応型を実施しており、登所前から体調不良の児童が利用する場合は、医務室など独立した専用室で保育し、投薬は文

書による保護者の依頼に基づいて複数の職員との立ち会いのもとで実施するなど、数量、回数、誤りや取り違えなどの事故防止に万全の措置を講ずることなどを求めている。また、症状の急変などの際に当該児童を受け入れてもらうための医療機関をあらかじめ選定し、保育所の運営への理解を求めるとともに協力関係を構築している。足立区では、病後児保育のほか、ベビーシッター事業者が実施する在宅の病児保育サービスを利用した6ヵ月から12歳（小学6年生）までの足立区内在住の児童の家庭に対し、その料金の一部を助成する事業をスタートさせている。このように施設整備への補助金は、各自治体独自の補助制度を伴って実施されている。通常の開設のために必要な備品の購入または設備の改修に係る費用も対象となるが、土地の買収・整地に係る費用は対象外となっている²⁴。

東京都の中でも、それぞれの自治体による独自のサービス内容や、助成制度のちがいが、その地域のニーズを現していると言えよう。

3) 公立病院による取り組み

次に、医療併設型の病児・病後児保育の一つの傾向として注目される、公立病院に病児保育室を併設している事例を見よう。医療併設型の場合は、院内保育所を設置するには、専任の看護師を配置する必要があり、通常の院内保育所を設置している場合も、感染防止のため別の部屋を用意しなければならないことなどから、設置に関する新たな経費がかかることにもなる。そのため、公立病院であるなら複数の診療科目を有する総合病院がこの条件を満たしやすく、既存の設備で病児保育室が併設可能な要素がそろっているという特徴がある。以下、いくつかの例で具体的にその事業内容を見よう。

（富山県立乳児院）ここでは富山県と富山

赤十字病院との間に1952年6月富山県立乳児院事業委託契約を締結（定員20名）し、1998年4月には富山市乳幼児健康支援サービス事業受託するなど、富山市の委託を受け、病児保育事業を実施している²⁵。常時、看護師、保育士、栄養士が配置されている。対象となるのは同市に住民票のある世帯で、病院などへの入院・治療の必要はないが、安静を保つことが必要なため保育所などに通えない状態の児童としている。

対象となる疾患は、感冒・消化不良症（多症候性下痢）など乳幼児が日常罹患する疾病、水痘・風疹などの伝染性疾患、ぜんそくなどの慢性疾患、火傷などの外傷性疾患となっている。しかし、はしか・インフルエンザ（季節性・新型）、ノロウイルスによる感染性胃腸炎（ロタウイルスは除く）、マイコプラズマによる感染など、感染性の強い病気の場合は受け入れていない。

利用料は1日1回につき2,000円（昼食・おやつ代を含む）。保育サービスなどに使える利用券として交付される子育て応援券も利用できる。定員は5人。利用時間は午前7時30分～午後6時、利用申請書1枚につき7日間有効で、7日を超える場合は新たに申請とすることになっている。

（さぬき市民病院）香川県さぬき市民病院では、同市の事業として2012年4月から病児病後児保育室を開設している²⁶。看護師と保育士が病状の記録、検温、与薬、下着やおむつ交換、排せつなどの世話をし、小児科医による回診を適宜行う。感染症の二次感染を防ぐための4つの部屋が用意されており、病児の症状などに変化があれば、すぐに対応する体制が整えられている。

通常、小児科外来で優先的に診察を行い、病児保育室で預かることができるかどうかを医師が判断する。基本的には、入院を必要と

しない程度の軽い急性期の病気や、回復期にはあるが集団生活が可能な状態には至っていない病児が対象で、風邪、感染症胃腸炎（嘔吐下痢症）、インフルエンザ、おたふくかぜ、風疹、水痘、とびひ、気管支ぜんそく、その他医師が利用可能と判断した病気が対象となる。ただし、病状が重い場合は、預かることができないことがある。また、切り傷や骨折などの外科的処置を受けている場合は、預かることができないとしている。生後6ヵ月から小学3年生までの児童が対象であり、利用時間は午前8時から午後6時（土日祝日、年末年始は休み）、1日2,000円（ただし、5時間以内の場合1,000円）。昼食・おやつ代1日500円となっている。

小児科外来で優先的に診察を行い、病児保育室で預かる際、感染症の二次感染を防ぐための4つの部屋が用意されており、病児の症状などに変化があれば、すぐに対応できる体制が整えられていることが特徴と言える。

（三豊総合病院）隣接の観音寺市にある三豊総合病院では、同市と隣接する三豊市による一部事務組合が運営している公立病院だが、両市の委託を受けて2012年6月病院内に病児保育室が設置された²⁷。ここでは、2次感染を防止するため3つの部屋を用意しており、発熱や風邪をはじめ、感染症（水痘、おたふくかぜ、インフルエンザなど）でも利用が可能である。また、保護者の方がお仕事の日都合、出産、冠婚葬祭、傷病などで病気の子どものみられない場合。普段子どもをみてもらっている方の急なご用事、ご病気などで病気の子どもの預けられない場合。病気はだいぶん良かったが、まだ保育所・幼稚園や学校に行けず、保護者の方もこれ以上お仕事を休めない場合などについても利用可能である。対象年齢は生後6ヵ月から小学校3年生まで。定員は3人程度である。

利用時間は平日午前8時30分～午後5時30分（土日祝祭日、年末年始、病院休診日は休み）、利用料金は観音寺市・三豊市民の場合、4時間未満で1,000円、4時間以上で2,000円となっている。両市以外の市民の場合、4時間未満で1,500円、4時間以上で3,000円である。保育料とは別に昼食・おやつ代500円。診察料は別途徴収となっている。

親の急な用事、病気などで病気の子どもを預けられない場合や、病気はだいぶん良くなったが、まだ保育所・幼稚園や学校に行けず、親もこれ以上お仕事を休めない場合などについても利用可能であるところが特徴である。

（新潟市民病院）新潟市の新潟市民病院が、2014年1月に開設した病児保育室は、個室7室、うち2室はインフルエンザなど感染症に対応した隔離室となっている²⁸。利用時間は月～土曜日の午前7時から午後8時で、他の民間医療機関に併設された病児保育室よりも長い。定員は10人と規模も大きくなっている。同病院は病児保育室の開設にともない、看護師と保育士（非常勤職員）を採用している。利用にあたって、児童の健康に関する情報を把握し、安全に保育するため、事前登録することを求めている。

また、予約の際、かかりつけ医師の医師連絡票が必要となる。当日の症状の程度によって、入院治療などが必要となる場合は受け入れ対象とならないとしている。

利用できる日数は連続して7日間。料金は4時間以下の場合1,000円、4時間を超える場合は2,000円で、早朝（午前7時～8時30分）と延長保育（午後5時30分～8時）については30分ごとに200円の追加料金が必要となる。

この新潟市民病院の利用時間が月～土曜日の午前7時から午後8時で、他の民間医療機関に併設された病児保育室よりも長いことが

特徴である。

このほか、病院に勤務する医師、看護師などの職員の子育てと勤務の両立を支援することを目的とした院内保育の一環として、運営管理業務を委託する業者を選定して、院内病後児保育や院内病児保育を実施している例もある²⁹（山口県の山口県立総合医療センター）。

以上、公立病院の取り組みでは、病児・病後児保育室が60年以上も機能している病院もあれば、近年設置した病院もあるが、各自自治体への地域住民からの要望もあり、単独で、または複数の自治体から行政区を越えて委託されて、設立運営していることが分かる。

4）民間企業による取り組み

次に民間企業によるサービスの一端を紹介する。東京都新宿区に、区の委託を受けた単独型の病児保育施設が2011年に開設された。運営主体はベビーシッターなどのサービスを展開している株式会社で、スタッフには小児科の経験のある看護師や保育士を配置している。嘱託医、協力する医療機関と連携し、1日4人までを原則として受け入れている。最新の電子カルテを利用して、児童の医療保育記録を関係するスタッフに共有化されるとともに、その内容は、保護者にもインターネット上で開示できるようにしている。

利用可能な病気は、風邪、下痢などの児童が日常罹患する疾病、水痘、風疹などの伝染性疾患（麻疹は除く）、ぜんそくなどの慢性疾患、骨折、熱傷などの外傷性疾患などとなっている。利用日は、月～金曜日（土日祝日、年末年始を除く）の午前8時～午後6時で、延長時間は午前7時30分～8時、午後6時～6時30分、基本利用料は1日3,500円（4時間未満の利用は2,000円）延長利用料は30分あたり600円である。

児童の送り迎えは保護者が行うことを基本

としているが、保育所などで急に体調不良となった児童を看護師または保育士が迎えに行くサービスも行っている。

利用する場合は、①保育所で発熱などが発生すると、②保育所から保護者へ体調不良の連絡を入れる③電話で保護者がこの病児保育室に対し、お迎えサービスの利用を申し込む、④看護師または保育士が保育所にお迎えに向かう、⑤利用連絡票が作成してあり、医療機関の受診に向かう、⑥病児保育室で保育、⑦保護者が病児保育室へ児童を迎えに来るという①～⑦の手順となっている。利用料は1回2,500円（交通費を含む）である。

ここでは、民間企業による保育サービスの一つを見たが、児童の送り迎えは保護者が行うことを基本としているが、保育所などで急に体調不良となった児童を看護師または保育士が迎えに行くサービスも行っていた。その安全性、安定性、効率性等についての今後の検証等が必要であろうが、そこには親が安心して就労することができ、帰宅後の子育てに集中しやすいシステムの一方向が示されているように思える。

第2節 病児・病後児保育施設の経営上の課題

(1) 安定しない利用者数

上述の「病児・病後児保育の実態把握と質の向上に関する研究」（注12参照）によると、病児保育の課題で最も多かったのは、利用児童数の日々の変動が回答のあった717施設のうち、ほぼ半数の360施設が答えている（複数回答）。

つづいて、当日の利用キャンセル288（全体の約40%）、収支の問題248（同35%）、利用が少ない202（同28%）、病児などを預かるリスク145（同20%）、保育士の確保137（同

19%）、看護師の確保114（同16%）、ニーズが多く利用を断ることが多い87（同12%）、指導医に対する補助が少ない57（同8%）となった。

収支については、運営収支の中央値は73万円の赤字、病児対応型47万円の赤字、病後児対応型88万円の赤字となっている。これは、いずれも補助金を前提とした収支である。一例として東京都で小児科診療所に併設されたある病児保育室の年間延べ利用児童数は、都内で標準的な400人程度であり、診療所と兼務する事務職員の人件費を計上しなくても、年100万円程度の赤字になると言う。

このように、病児保育の運営が苦しいのは、費用面では看護師が利用児童おおむね10人につき1人以上、保育士は利用児童おおむね3人につき1人という基準になっており、人件費はほぼ固定費であることがあげられる。収入面では、利用者数に波があり、常に利用者があるとは限らない。たとえば、インフルエンザの流行によって利用者が多くなる時期もあれば、ほとんど利用がない時期もある。また、利用料を増額しようとしても、補助金を受け取っている場合は高く設定することは困難である。このため、稼働率は低い数値となる。

つまり、十分な受け入れ態勢を整えている施設においても、年間延べ児童数÷（施設定員×年間開所日数）で算出される定員からみた年稼働率は平均30.5%で、病児対応型45.0%、病後児対応型16.0%となっていることから、運営上の困難さを推察することができる。

また、キャンセルの問題もある。キャンセルについては、前日中に病児保育の予約をしていても、父親や祖父母に面倒を頼むことができた、あるいは児童が元気になったなどの事情がある。上述の研究結果によると、

キャンセル率は、年間延べキャンセル数÷(年間延べ利用児童数+年間延べキャンセル数)で算出した結果平均24.9%で、病児対応型25.2%、病後児対応型24.6%となっている。こうしたキャンセル率が年間平均24.9%に昇ることが、病児・病後児保育施設の普及が困難な理由の一つと考えられる。この点に関連して、2000年から病児保育事業実施要項で、病児2人に対し保育士1人と決められ、この手厚い保育が病児保育の安心・安全を保証してきた。それが、2010年から病児3人に対して保育士1人という基準に変更された。もともと病児保育を利用する病児の50%はリスクが高く手のかかる0歳・1歳児であり、この人員配置では安全・安心な病児保育を行うことができず、多くの施設で病児2人に保育士1人で業務を行っている現状がある。したがってこのような方向での対処は避けるべきであると考えられる³⁰。

(2) 補助金制度の問題

前出の稲見会長は内閣府の子ども・子育て会議に提出した資料の中で、①職員配置に対する追加補助、②病児保育室に対する家賃補助、③病児保育室立ち上げのための初期費用に対する補助、を要望している³¹。次にその内容を見よう。

①については、隔離室の使用時に追加の保育士が必要になる。例えば6人の利用者がいる場合、2人の保育士で保育することになっているが、隔離室が1つ利用された場合、その隔離室に保育士が必要になる。すると、残りの5人の病児に対して保育士1人で保育しなくてはならない。それでは安心・安全な保育は無理であり、施設ではあと1人の保育士を配置しなければならないので、そのための予算を計上する必要があるとしている。また、②については、都市部ではビルの中に診療所

が開設されている場合が多く、そこに病児保育室を設置するためには、最低でも30～40㎡の広さが必要となる。さらに、そのスペースに合わせて賃貸料が発生するがその補助はなく、実施機関の持ち出しとなっている。これも赤字の原因であるとともに、病児保育施設普及の大きな困難さになっている。そこで、賃貸料の補助が必要になってくる。③については、病児保育施設を新たに開設する場合、隔離室の設置や空調その他の設備の導入を余儀なくされ、500万～1,000万円以上の経費が必要になるが、これに対する補助はない。そのため、賃貸料と同様に病児保育の普及を困難にしている。これに対しても国としての補助が必要である。

さらに、病児保育に比べて病後児保育の利用率が極端に低い原因の一つには、医師の不足もある。そこで、周辺の小児科医の協力を得ることにより、回診をはじめとして重要な診療の支援をしてもらうことができれば、施設の職員の負担を軽減し、利用者の増加が期待できる。そのためには、病後児保育施設には、医師手当の補助金制度をつくる必要があると考えられる。

(3) 厚生労働省の見解と対応

これまで病児保育事業の、収支、補助金の問題について見てきたが、これに対する厚生労働省の見解を次に見よう。同省は2013年、子ども・子育て会議に「病児保育事業について」と題する資料を提出している³²。この中には、「上述の全国病児保育協議会などの関係者からの意見や、「病児・病後児保育の実態把握と質の向上に関する研究」が指摘した事項、今後の検討事項や同省としての対応における方針などが示されている。そこでは、病児対応型・病後児対応型・体調不良児対応型・訪問型に分けて以下のように説明」がな

されている。

◎病児対応型・病後児対応型

同省は、「保育士などの配置については、保育士配置を手厚くすべきという意見もあるが、職員の確保が困難な状況をどう考えるか、また、急変時への対応などの研修を充実し、質の向上を図ることについてどう考えるのが検討課題であるとする。職員配置、補助金における課題については、基本的には当面は現行の配置基準によることとし、職員の資質の向上のための研修の機会を確保する方針」を示している。「補助金については、利用者が必ずしも一定数とは限らない過疎地でも安定して運営できる支援が必要であるとし、実施施設が、近隣の医師と密接に連携して利用者の安心感を高めることにより利用の増加が期待できるが、そのためには医師手当てが必要となる」と述べている。

さらに、稼働率、キャンセル率、運営収支実態等を踏まえ、運営補助の方法をどのように考えるのが論点であるとして、それについてつぎのように基本方針を示している。

「現行と同様、定額の基本分と利用児童数に応じた加算分の組み合わせにより補助を行うこととし、施設運営の安定化等の観点から、特に基本分の機能の充実を図る方向で検討する。また、地域の保育所などへの情報提供や巡回など、地域全体の保育の質の向上につながる機能や研修についても評価されることになる。さらに、病後児保育について、稼働率の向上のため、協力医療機関との連携を評価し、事業の開始にあたって隔離室などの改修を行う場合に支援を行うこととする」という内容を示している。

以上の職員配置、補助金以外のテーマに関して、同省の方針を受けて、全国病児保育協議会などの関係者をはじめ現場の方々から次のような意見が出されている。前述の全国病

児保育協議会の稲見会長の配付資料を取り上げる。

- 利用者が選択できるように、自治体が事業者を複数選定するようにすべし。
- 新規事業者など担い手の確保策の検討すべし。
- 市町村間の乗り入れを容易にするような手立てを検討すべし。
- 自治体の中で病児保育、病後児保育で相互の利用調整を行うべし。
- 近隣保育所への情報提供など、病児の子育て支援ステーションとしての活動について支援すべし。
- 利用にあたっては事前にかかりつけ医の受診が必要となることから、かかりつけ医の深夜・早朝の診療体制の整備をすべし。
- 自治体ごとに病院併設型を中核として、訪問型が全域的に活動するようなネットワークを構築すべし。
- リスクマネジメントの仕組みをつくるべし。
- 病児、病後児の概念が曖昧なため、事業類型についても今後、整理していくべし。

こうした意見に対して、厚生労働省は①利用のない日には、地域の保育所などへ、感染症流行状況や、感染別の予防策について情報提供したり、他の施設への巡回を行ったりすることなどの機能を付加することについて、②医療機関併設ではない施設での児童の病状急変時における医師への受診方法について、検討の必要があるとしている。

◎体調不良児対応型

さらに、「体調不良児への対応に関しては、保育中に微熱など体調不良となった児童で、保護者が迎えに来るまでの間、ケアする体調不良児対応型に関する意見の多くは、体調不良児型という、保育所に看護師を付けただけ

の類型があるが、感染症などに対しては機能せず、実質的には病児保育になっていない、他の児童と隔離するなどの対応がしっかりできれば、病児保育事業の一類型でなくてもよいのではないかと、医務室が設けられている場合には、小規模保育でも実施可能にしてはどうか、」などであった。その上で厚生労働省に対して、実施施設について、医務室が設けられている場合は認定こども園、事業所内保育、小規模保育での実施も可能ではないか、という検討課題が示されている。

◎訪問型

また、病気になった児童の自宅で、親に代わって世話をする訪問型については、現場から、担い手に高い専門性が必要であり、資格要件を考慮すべきである。主として病児ではなく、病後児を担うべきである。他の類型に比べ機動的にもかかわらず実績がないことについて原因を明らかにすべきである。都市部では多数の事業者が存在しており、利用券方式を可能とするべきである、などの意見が現場から出ている。

これらについて厚生労働省は、「病児・病後児保育の事業実績が伸びていないが、担い手には高い専門性が必要であることから、現行の基準を基本としつつ、研修内容・体制のあり方などについて今後具体的に検討する」としている。

以上、厚生労働省は、病児・病後児保育事業を実施しているが、実際には医療機関との連携、採算性の問題をはじめとして、3つの型それぞれの病児保育については解決すべき課題が存在しており、現時点ではまだその解決策が十分に示されているとは言えない状況にあると言えよう。

(4) 採算性の確保について

同事業において、実際の保育施設の採算性

の問題は非常に重要であるが、前述のように、病児保育で採算性を確保することは、現状の制度、利用方法のもとでは容易ではないことが明らかである。医療機関や保育所に併設される施設で児童を預かる施設型と病気になった児童の自宅で親に代わって世話をする訪問型を比較すると、施設型の最大のメリットとしては、小児科医がそばに控えているので、安心・安全性に優れている点が挙げられる。しかし、必要な看護師・保育士のスタッフを常駐させることが原則であるため、そのスタッフの確保の問題や人件費が固定費として存在するという問題がある。また、施設の広さの制限もあるため、受け入れ可能な定員数には限りがある。さらに、施設整備費もかかってくる。

これに対し、訪問型のメリットは、自宅での保育であれば、いつもと変わらない同じ環境で過ごすことができ、環境の変化でストレスを感じることはないという点にある。保護者にとっても保育施設への送り迎えをする必要がなく、他人が自宅に入ってくることもあたらす心理的な不安は拭えないが、医療機関と連携しておけば、病状が悪化したときでも対応できることから、それを上回るメリットを感じる保護者が現れても不思議ではない。

経営する側から見ると、児童の世話をする場所が児童の自宅なので、預かる場所を確保する必要はなく、初期投資を抑えることが可能となる。また、保育スタッフの人件費も、病児保育が発生したときに仕事を依頼して保育サービス提供時間帯に応じた給与を支払うことで、変動費部分を多くすることができる。

病児保育は、保育と同時に医療の性格を持っているので、医療保険制度のような対応の仕方を取り入れてはどうかという考え方も存在する。病児保育サービスを利用しない月も、保険料に相当する会費や利用料を支払っ

てもらふことで、児童が病気になったときの利用料は無料にするというものである。事業者側も、季節で変動することなく一定の収入を保てることで、安定して事業経営の歩みができることになる。

このように共済（保険）の考え方を取り入れて実施する方式、いわゆる共済（保険）型は、病児保育は利用者数の変動が大きく、予想が困難で利用率が高くはないという経営に関する不安を軽減するメリットがある。次にこの方式による事例を具体的に見よう。

訪問・共済型の病児保育を国内で初めて導入したとされるのは、認定NPO法人（認定特定非営利活動法人）のフローレンス³³で、その活動は広く紹介されている。フローレンスは2005年に東京都江東区などでサービスを開始し、現在は首都圏で訪問型の病児保育や保育事業を展開し、会員は3,000世帯に及んでいる。

フローレンスの訪問型の病児保育は、保育士資格を有する、あるいは子育ての経験のある保育スタッフが児童の自宅に出向き、マンツーマンによる保育を実施する。営業時間は原則として午前8時から午後5時30分までで、延長は午後8時までである。対象となるのは満6ヵ月から小学校6年生までの児童で、風邪などの病気となった、あるいは病気回復期にある場合である。ただし、①入院治療の必要がある場合、②重度の疾患の場合、③医師がフローレンスの預かり保育を禁じた場合は除くとしている。

また、児童が保育所で熱を出した場合などでも、保育スタッフが迎えに行き、かかりつけ医に診てもらい、その後保護者の帰宅まで自宅で預かるサービスも実施している。こうして児童の症状に合わせたきめ細かいケアが可能としている。マンツーマンでのサービスのため、水痘やインフルエンザなど感染症で

も預かるが、麻疹に関しては症状が重篤化することがあるため、預かっていない。

さらに、東京都内、川崎市、埼玉県川口市の地域で、子育て中の女性医師にママドクターとして、往診を実施してもらふサービスも展開している。ママドクターの往診により、医療行為とされる鼻水吸いや吸入の実施が可能となり、会員と同じく、仕事との両立を目指す子育て中の女性医師なので、同じ目線で診療にあたってもらえると良い面もある。

利用規約によると、保育スタッフは医療またはそれに準ずる行為は行わないのは当然であるとともに、①保育スタッフが利用会員に代わって投薬を代行する場合は、医師から直接指導を受けた保護者の指示によるものとし、その結果についてフローレンスと保育スタッフは一切の責任を負わない、②病児保育中に対象児の病状が悪化した場合、保護者に相談なく医療機関を受診する場合があります、その場合の報告は事後となるとしている。

料金体系は、入会時には入会金として20,000円（以下の金額の表示は税抜き表示）が必要である。2年目以降も継続の場合は、1万円の更新料が発生する。兄弟³⁴で入会の場合は2人目から15%の割引となる。入会時の月会費は、入会日時点の児童の年齢を基準に定められる。0歳児の場合は8,000円で、年齢とともに減額され、5歳以上は7,600円となる。月会費には月1回の病児保育利用料（午前8時～午後5時30分）が含まれるため、初回は無料となる。延長料金は、無料枠には含まれない。月2回目からの保育料は1時間2,000円となる。保育スタッフの交通費は実費負担となっている。また、月会費は年齢と病児保育の利用回数によって年4回見直しを行い、直近3ヵ月で利用している人は高めとなり、利用していない人は安い会費となる。

利用実態に応じて月額5,000円～20,000円で、これまでの実績では5,000円～8,000円の会員が多くなっている。

さらに、同法人は保育所向けの契約として、2013年から保育所で熱を出すなどした児童を病児保育専門のスタッフが迎えに行き、小児科を受診後、児童の自宅で保育を行うという新サービスを開始させた。そのメリットとして、①保育所は、児童の発熱・発病時に保護者が迎えに来るまでの間、症状の悪化や他の園児への感染を招くリスクを回避できる、②保護者にとっては急な発熱・発病時にスムーズな治療を受けさせることで、児童の病状の悪化を防ぎ、早期回復が期待できることがある。

料金は、保育所が児童一人あたり月額1,000円の固定費を負担するが、自前での施設型の病院保育施設運営と比べ、圧倒的に安価で病児保育を提供できると、同法人は強調している。利用者は1時間あたり1,600円の保育料を支払うことになっている。

上述のフローレンスと同じような、訪問型で共済型のサービスを行っているNPO法人(特定非営利活動法人)のゆりかごネットワーク(大阪府堺市)の場合はつぎのようである³⁵。堺市初の非施設型、共済保険型の仕組みでサービスの提供をしていることから、入会には必ず説明会への参加が求められる。

入会金は10,000円、兄弟の場合2人目から15%の割引となる。入会金の用途について、①新保育スタッフ獲得費用、②利用説明会(新規会員向け)の実施費用、③体質や既往歴、アレルギー、嗜好性などの児童データの登録・管理などを示している。

年会費(2年目以降)は5,000円。兄弟の場合2人目から15%割引となる。年会費の用途として、①保育スタッフの研修費用、②個人データの更新(年1回4月に実施)を掲げ

ている。このうち保育スタッフの研修内容は、次のようなものである。

- 保育スタッフへの専門講師による症例別対応方法などの研修
- ゆりかごネットワークの活動理念・活動内容の十分な理解のための研修
- 利用会員への病児保育報告書作成
- 病児保育実習(ベテラン保育スタッフとの同行)
- リスクマネジメント研修(安全安心な保育のための予防策や保育者自身の罹患防止策など)
- 技術向上研修
- 現場でのヒヤリハット事例など踏まえた研修

新規入会時の月会費は7,500円。1回分の病児保育利用料が含まれており、毎月最初の病児保育利用は無料となる。交通費および延長時の保育料は月会費に含まれない。入会後は3ヵ月ごとに見直し、利用実態に応じた月会費が適用される。病児保育利用料はその月に利用しなければ下がり、利用すれば上がるという方式を採用している。利用実態に応じて3,500円～10,000円となり、月会費料金計算表は利用会員に開示してある。たとえば、月会費7,500円からスタートし、直近3ヵ月間で利用実態がない場合には5,000円で、また、さらに3ヵ月利用実態がない場合には3,500円となる。これに対し、3ヵ月間の利用が平均1月2回以上の場合には10,000円となる。

以上の2つのNPO法人による病児・病後児保育の事業運営について示した。病児・病後児保育施設には、従来から、単独運営されている病児・病後児保育施設や、事業所内保育施設の一つの院内保育施設として病児・病後児保育に対応している場合と、地域の小児科のような医療機関に併設して設置している

場合の3つの形態での設置がなされている。

こうした新たな病児保育サービスが、保護者にとっては子どもの急な発熱・発病時にも医療機関と連携して、児童の病状の悪化を防ぎ、早期回復が期待できることから、病児・病後児保育の事業の一形態として、切れ目のない保育を受けさせることが可能にしている。このことが利用者から支持されている要因であると言える。

これらに加えて、上述の2つの法人による訪問・共済型の病児保育は、補助金に頼ることなく独自の運営ができる可能性がある。しかし、共済型の場合、会費の負担から利用者は高所得の世帯が中心となるであろう。なお、これら法人は月会費の安さや利用時の料金の安さなどを積極的にPRしていることから、サービス提供とその内容をめぐって競争を通じて、料金と保育内容がどのように変わっていくかが注目される。

第3節 病児・病後児保育事業とファミリー・サポート・センター

ファミサポ事業はこれまでの保育施設や放課後児童クラブ等で対応しきれない保育ニーズに対応し、子育て支援の狭間を支える仕組みとしての役割を持つものとして、また、多様な保育ニーズに地域住民による相互援助で対応することを目的に設立された。近年では継続的な援助内容も多く、病児・病後児の預かり等、専門性を要する援助も強化され、病児・病後児保育事業と関連する事業を行っているところがある。

先に第1節で保育対策促進事業として地方自治体、公立病院、民間企業が取り組んでいる内容について述べたが、ファミサポ事業は、これらと比べ多様な保育ニーズに地域住民による相互援助で対応することを目的に設立さ

れたという特徴を持つ。それは病児・病後児保育事業において、対応可能な援助内容の限界をもちつつも、他の保育サービスと連携して事業の課題に取り組んでいくことで、地域において病児・病後児に対する新たなサポートの仕組みを生み出す可能性を持つと考えられる。

(1) ファミリー・サポート・センター活動概観

まず活動内容の概観をみると、ファミサポ事業のセンターごとの援助内容や運営方法に関しては、各市区町村の方針や委託先の団体の方針、地域における他の保育のサポート体制等により異なり、多様である。財団法人女性労働協会「平成24年度全国ファミリー・サポート・センター活動状況調査結果」(以下、「平成24年度調査」という)をもとにファミサポ事業の現状を概観する³⁶。ファミサポ事業は市区町村が実施する事業であるが、運営に関して、市区町村は民法第34条により設立された公益法人又はそれに準ずる団体に委託することができる。

運営方法を見ると、市区町村の直営が42.7%であり、市区町村からの委託が55.7%となっている。直営よりも委託により運営されているセンターのほうが多い。委託または補助先の団体では、社会福祉協議会が48.1%と最も多く、NPO法人が34.7%、公益/一般法人(財団法人、社団法人)が10.3%となっているほか、民間企業(有限会社、株式会社等)も0.6%存在する(表3-1)。

こうして、ファミサポ事業が開始されて以降、委託先としては「NPO法人」の増加がみられる。

利用者数については³⁷、全国で依頼会員・提供会員・両方会員・実施箇所数としての基本事業・病児・緊急対応強化事業は以下のと

表3-1 ファミリー・サポート事業の委託または補助先

		社会福祉協議会	公益/一般法人(財団法人・社団法人)	NPO法人	民間企業(有限会社・株式会社等)	その他	無回答	全体
20年度	件数	127	24	65	2	23	1	242
	%	52.5	9.9	26.9	0.8	9.5	0.4	100.0
22年度	件数	140	29	79	2	22	0	272
	%	51.3	10.6	29.3	0.7	8.1	0	100.0
24年度	件数	154	33	111	2	20	2	320
	%	48.1	10.3	34.7	0.6	6.3	0.6	100.0

注) 24年度の調査所によれば22年度の無回答の件数は2であり、また、24年度の全体の件数は322で全体の集計値100.6%となるが、ここでは原文のままそれを記した。

出所：財団法人女性労働協会 平成20年度調査結果(2009)

http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h20_kinkyu_koukoku.pdf

出所：財団法人女性労働協会 平成22年度調査結果(2011)

http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h22_kinkyu_koukoku.pdf

出所：財団法人女性労働協会 平成24年度調査結果(2013)

http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf

おりである。過去3年間の数値から依頼会員に比べ、提供会員の少なさが目立つ(表3-2)。

ファミサポ事業がどのような際に利用されているのか、上の表3-2でも病児・緊急対応強化事業の実施市区町村数が示されているが、表3-3で利用者数を見ると、「平成24年度調査」の活動内容では、保育施設の保

育開始前や保育終了後の子どもの預かりが21.1%と最も多く、次に保育施設までの送迎21.0%、放課後児童クラブ終了後の子どもの預かり12.8%、学校の放課後の学習塾等までの送迎10.3%が続いている。病児・病後児の子ども預かりは8,000件余りで、0.6%となっている。

表3-2 ファミリー・サポート事業の利用者数

依頼会員	2013年度	466,287人
	2012年度	440,787人
	2011年度	383,321人
提供会員	2013年度	123,173人
	2012年度	117,584人
	2011年度	129,744人
両方会員	2013年度	43,595人
	2012年度	43,139人
	2011年度	42,585人

基本事業	2013年度実績	738市区町村
	2012年度実績	699市区町村
	2011年度実績	669市区町村

病児・緊急対応強化事業	2013年度実績	142市区町村
	2012年度実績	129市区町村
	2011年度実績	106市区町村

出所：厚生労働省「ファミリー・サポートセンター事業」より、筆者作成による

表3-3 ファミリー・サポート事業の利用者数

活 動 内 容	件数	%
保育施設の保育開始前や保育終了後の子どもの預かり	307,369	21.1
保育施設までの送迎	305,361	21.0
放課後児童クラブ終了後の子どもの預かり	186,183	12.8
学校の放課後の子どもの預かり	127,201	8.7
冠婚葬祭や兄弟・姉妹の学校行事の際の子どもの預かり	21,065	1.4
買い物等外出の際の子どもの預かり	81,350	5.6
病児・病後児の子どもの預かり	8,022	0.6
保護者の就労（短期・臨時・求職活動等）	57,502	3.9
保護者の病気・産前・産後、休養等の場合の援助	27,218	1.9
障害を持つ子どもの預かり・送迎等	16,631	1.1
学校、幼稚園、保育所の休みの時の預かり、および活動	25,194	1.7
学校の放課後の学習塾等までの送迎	150,011	10.3
その他	136,743	9.4
合 計	1,456,004	100.0

出所：財団法人女性労働協会平成24年度調査結果（2013）

http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf

（2）ファミリー・サポート・センターによる病児・緊急対応強化事業

次に、ファミサポが行っている病児・病後児対応事業の詳細を見よう。ファミサポ事業でも2009年度から、病児・緊急対応強化事業として、病児・病後児を預かることができるようになった。病児・病後児預かりの状況を「平成24年度調査」からみると、2009年から開始された病児・緊急対応強化事業を実施しているセンターは15.9%であり、病児・緊急対応強化事業として申請していないが、以前から病児・病後児の預かりを実施しているセンターも18.2%存在する。また、病児・緊急対応強化事業を実施していると回答したセンターのうち、既存のファミリー・サポート・センターが実施しているものは90.7%であり、社会福祉協議会、NPO法人等の民間団体に委託して実施しているものが7.8%であった。

病児・病後児預かりを実施しているセンターのうち、9.8%のセンターにおいては、病児・病後児預かりを行う提供会員になるための資格要件があると回答している。具体的

な資格としては、看護師が47.4%、保育士が42.1%と多い。

具体的な実施内容としては、たとえば長野県安曇野市では、緊急サポートの協力会員が保育園にお迎えに行き、さらに、お迎えの後、医療機関に受診付き添いをすることもできる³⁸としている。

松澤高志氏（現在、安曇野市社会福祉協議会すてっぷワークま・めぞん〔就労継続支援B型事業所〕勤務）への電話インタビュー（2014年12月10日13:30～13:45）によると、それまでのファミサポ事業では、病児・病後児に対する援助は原則的には対象とされていなかったため、2005年緊急サポート事業（以下緊サポ事業と略す）が開始された。この緊サポ事業を安曇野市で運営していくための背景としては、財団法人女性労働協会から、長野県社会福祉協議会に打診があり、当時ファミサポ事業で該当する長野県内の市町村の中から旧三郷村（現安曇野市）の三郷村社会福祉協議会が運営している、ファミリー・サポート・センターが緊サポ事業を実施することになった。

この緊サポ事業を立ち上げについては同村のファミサポ事業における運営委員会の性格に注目せねばならない。もともと、旧三郷村では運営委員会が子育て講習や様々なレクリエーションの機会を企画し、実施しながら会員同士が顔を合わせる環境を作り、子どもの預けやすい環境を作ってきた。そこで、いざ、子どもを預かってほしい、保護者に代わって子どもを受診してほしいといった状況の時に使えるものがほしい、あの人なら預けてもいいというような信頼関係や信頼する意識が生まれてきた。こうして、緊サポ事業を立ち上げることになると、こうした当事者である子育て中の保護者も運営委員会に参加し、当事者（サービスの提供を受ける自分）達が使しやすい仕組みを作り上げていった。同市では市からの委託を受けた市社会福祉協議会が緊サポ事業の一つとして、事前に緊サポ事業のサポーターとなるための講習会を終了したサポーターを登録名簿に記載している。そのリストに基づき、依頼内容に対して対応可能なサポーターが派遣され活動している。これが、現在の安曇野市の事業となっても受け継がれていると考えられる。このように、日常的に当事者同士の顔合わせがあり、信頼関係が構築されていることが、同市において急な病気の子どもを保護者に代わって付き添い受診したり預かり保育をすることが可能な緊サポ事業が運営される礎になっていると考えられる。

この他の事例としては、東京都新宿区では、病状により利用できない場合もあるが、子どもが病気の時、あるいは病気の回復期にあるときに子どもを預けることができるとしており、原則として利用会員宅で預かるようにしている。ただし通常の利用会員とは別に病児・病後児預かり利用会員としての登録を必要としている³⁹。

また、広島市は、回復期にある医療機関にて受診済みの病児を預かり、原則として受診付き添いは行わない。また、病児・病後児の宿泊を伴う援助活動は行わない。同サービスには、通常の援助会員とは別に病児・病後児援助会員があたることになっている⁴⁰。

このように、ファミサポ事業は緊急ファミサポ事業と合わせ、付き添い受診を行うところ、行わないところ、といった違いがあり、また一般に事前の登録を必要とする、という特徴を持った事業となっている。

(3) 地域協働による病児サポートネットワークの構築の一考察

ファミサポ事業は各市区町村に広く行われている事業であることから、そこにおける病児サポート事業は大きな可能性を持っている。そして、この事業を実施するためには、地域の医療機関から活動の専門的な研修や助言を受け、緊急時に診察・診療を依頼する等の連携体制を整備することが必要となる。提供会員（援助を行いたい会員）は病児・病後児預かり活動にかかわる研修を受けることも必要である。それは、提供会員と援助会員の信頼関係につながることになる。

しかし、利用する側にとっての大きな問題は、この事業を利用する前後には、親は必ずかかりつけ医を受診するという条件があることである。就労している親が困難を感じるのはこの点にある。配偶者や家族、親族による受診がファミサポ事業による対応の前提となっているのである。このような状況をどのように解決していったらよいか。これは現在の保育行政・保育体制における病児・病後児保育の充実に向けた未解決の問題であるが、次に示すような私的援助体制を構築することは、当面、その解決方法の一つとなりえるのではないかと思われる。これを本稿では仮に

「地域協働による病児サポートシステム」と呼ぶこととする。すなわち、「現在ある公的な病児の保育制度の不備な点、すなわち、現行のファミサポ事業では事前にかかりつけ医の診察を受けていないと、保育中に体調不良となった児童に対するサポートが受けられないという欠点を補うために、地域のボランティアによって行われる、当該病児サポートのための私的な援助体制」と定義される。

次に、実際にあった事例を取り挙げ、このシステムについて検討しよう。

山口県岩国市に就労する夫婦の子ども1歳（Iちゃん）が病気になった。保育園で急な発熱があり、保護者が保育園にお迎えに行くことになった。夫婦の片方がすぐに年休を取得し、子どもの保育園に急行した。しかしそれがいつでも可能であるとはいえない状況であった。

母親の90km離れた実家から祖母が来てくれる可能性はあるが、これも常に万全な状態ではない。そこで、岩国市に照会すると市内で実施されている病後児保育（乳幼児健康支援一時預かり事業）があることが確認できた。病気の回復期が対象であり、通院のサポートはできないという条件であった。また、岩国市内在住であることも条件であり、この家族は隣の広島県A市在住のため、そもそもこの制度にあてはまらないことになった。この夫婦のどちらかがすぐに、年休が取得できるという利点はあったが、3日以上以上の休暇の継続は困難な状況であった。

こうした、子どもが急な病気やけがで通常の保育サービスが利用できなくなった場合の現行の地域サポートシステムは、病児保育が実施可能な保育施設、公的機関によるファミサポ事業、軽い症状であれば短時間であっても保育サービスが利用可能な施設が身近にあることが必要であり、また、そのようなサポー

ト事業を利用者に時間をかけずに紹介できる窓口が必要である。

しかし、第1節でみたように、このような施設は必ずしも十分に存在するに至っていないのが現状である。上の岩国市の例もそのことを示していよう。

上の例の場合、筆者が相談を受けたので、岩国市内の公立保育園の保育士Aさんに相談すると、岩国市のファミリー・サポート・センターの機能はこの面では不十分であること、家族や親せきが対応できない場合、近所や知人に一時預かりを個人的にお願いするしかないこと、しかし、市内にそのような社会資源はないので、これに対応するには現時点ではIちゃんのために個人的にサポートメンバーを募る必要があること、そのために以前保育士をしていた人に声をかけ、サポート体制を作ることが考えられること、が伝えられた。

有志の関係者によってこの提案を実現することとなり、このような小規模な私的援助体制を運営していくための規約が作られた。後掲資料3-1がその規約である。発足の経緯・目的・事業内容・料金・退会条件等をそこで規定した。なお、利用が成立した際に利用者としてこの保育者（シッター）双方でそれぞれ用意するものも規定した。シッター（預かり保育者）には、自家用車での通院やお迎え時や自宅での預かり中に思わぬ事故が発生することが予想されるが、過失責任を原則として問わないことを双方が了解した。

後掲資料3-2は、生活状況調査票である。お預かりするお子さんのこれまでの生育歴でもあり、これによって現在の健康状況等をつかむことができる。

資料3-3は、シッターさんの個人情報である。この場合は3名の協力体制を組むことができた。保育経験も記入してもらい、シッ

ターさんの家族の状況次第では対応できない場合もあることを周知した。

後掲資料3-4は、契約書である。依頼者1名と受託者3名がそれぞれこれを確認し合った。資料4-5は、依頼者とシッターさんとの手順である。

こうした援助体制がスタートしてから1年が経過したが未だ一度も実際の利用はない。しかし、保育士Aさんが筆者に伝えてくれたようにこの体制ができたことで「お母さんの不安が少しでもやわらいだ」こと、これがこの試みの一番の収穫であったといえよう。

ファミサポ事業については前述のように、多様な保育サービスで十分対応しきれない保育ニーズに対応し、子育て支援の狭間を支える仕組みとしての役割を持つものであり、多様な保育ニーズに地域住民による相互援助で対応することを目的に設立されたものである。病児保育の場面において大きな力を発揮する可能性があるファミサポによる支援事業の改善が望まれるが、それまでの間、また同事業の改善によってもあるいは対応しきれない場合があることに備えるためにも、このような地域協働による病児サポートシステムとしての私的な援助体制作りは、上の事例のように、現在の公的な病児保育制度の不備な点を補う役割を果たしうると考えられる。

しかし、これは、保育可能な人がたまたま周囲にいて、そこで民間の自発的な体制作りが可能な場合にのみ有効となるという偶然的要素を多く含むものである。よって、もしこのような体制作りが資金面、情報面、人員面等で公的に支援され、このような体制作りがそれによって促進されるならば、それは、現在の病児・病後児保育事業では対応しきれない上記の問題点に対して一定の解決策となりうるその一つのヒントが安曇野市の緊サポ事業の事例にあると考えられる。前述のよ

うに同市社会福祉協議会は緊サポ事業の一つとして、事前に緊サポ事業のサポーターを登録名簿に記載し、要請に応じて派遣している。このような方法が他地域においても可能であるか、また行政の支援を含め、どのようにしたらこれを広めることができるかが検討されるべきであろう。

〈結論〉

本稿の考察を通じて明らかになったことは次のとおりである。

1. 病児・病後児保育施設には、
 - 1) 単独運営されている、病児・病後児保育施設。
 - 2) 事業所内保育施設の一つの院内保育施設として、病児・病後児保育に対応している施設。
 - 3) 地域の小児科のような、医療機関に併設して設置している施設。

の3つの形態がある。

2. 病児・病後児保育の改善の方向としては、まず、病児・病後児保育施設として機能している院内保育所を、当該医院への就労者のみならず、一般の母親のニーズにもできるだけ開放することが望まれる。その際、公的な財政援助をさらに増やすことで、院内保育所や他の形態の病児・病後児保育施設を充実させることが必要である。
3. 病児保育施設の経営面では、収入面においては感染性疾患の流行の有無が利用者数に波をもたらすという不安定性が伴う。設置に際しては隔離室や空調設備等の経費が大きく、補助金の増加が求められる。厚生労働省は補助金支給等を実施してはいるが、経営面の諸問題に対して、現時点ではまだその解決策が十分に示されているとは言えない。

4. 施設型は訪問型と比べ採算性の点では負担が大きいが、スタッフの質では優っている。また、訪問型では近年、NPO法人による共済型が始まっており、今後料金等がどのように変化するかが注目される。
5. 身近な援助事業としてのファミサポ事業は、病児・病後児保育において地域の人的資源を使ったサポートの仕組みを作るといってすぐれた特徴を持っているが、緊急性をとまなう体調不良児への対応の場面では、事前受診を条件としているという点に利用上の問題点がある。しかし、第3節(3)で提示した地域協働による病児サポートシステムは、事前にかかりつけ医に受診しておかなくても、親に代わって子どもを受診させることができ、場合によっては一時預

かりができるという利点がある。

6. 地域協働による病児サポートシステムとしての私的な援助体制作りは、当面、上の問題点に対応でき、現在ある公的な病児の保育制度の不備な点を補う役割を果たすことができよう。しかし、これは、支援可能な人がたまたまそばにいることという偶然的な要素を排除できないため、こうした民間の自発的な体制作りが可能な場合にのみ有効となるという制約を持つ。よって、このような偶然性に依拠しない体制作りを進める方法の一つとして、安曇野市社会福祉協議会の緊サポ事業に見られるようなサポーターを登録名簿に記載しておくという方法を、ベビーアイ方式にも広げることが考えられよう。

資料3-1

ベビーアイ (baby ai) 規約

1. 発足について

この会は、Iちゃんの育児サポートをすることを目的に、ベビーアイ (baby ai) と名づけ、平成24年7月20日に発足し、平成30年4月にIちゃんが小学校の就学当日までの会です。

○発足過程 Iちゃんが元気に過ごせる日常は差し支えませんが、今後、登園した後に急な発熱・伝染性疾患等で体調に異変が生じた時には、幼稚園からお母さんに早急なお迎えの依頼があると予想されます。その際、ご両親ともにIちゃんを早く幼稚園までお迎えに行きたいというお気持ちは多大ですが、勤務の関係ですぐに対応できない状況が起こりかねません。そこで緊急時の対応にベビーアイ (baby ai) が発足しました。

2. 目的

①このベビーアイ (baby ai) は、担当するシッターさんのご自宅でIちゃんを保育する在宅保育を目的とします。

②営利事業を目的としません。

3. 事業内容

ベビーアイ (baby ai) は、Iちゃんの在宅保育のためにAさんとシッターさんへの情報提供をする事業です。利用者の紹介

Iちゃん (現在1歳) は現在ご両親とA県B市に同居する女の子です。

ご両親ともにCに教育職として勤務されており、Iちゃんのご両親の勤務先に近いD幼稚園に平成24年4月から通園されています。

○病歴 Iちゃんは熱性痙攣をお持ちです。

4. 役員について

①会長はEとする。

②副会長はFとする。 ※何らかの事情による変更がある場合もある。

5. 入会について

①入会の申し込みは、別紙入会申込書を提出してください。

②入会金・年会費等はありません。

6. 契約書・確約書の確認

ベビーアイ (baby ai) を利用するにあたり、Aさん・シッターさんの双方が契約書・確約書を署名・捺印し、それぞれ保管してください。

7. 終了について

Aさんから役員への事前通知を終了通告とし、その場合にはシッターさんにお知らせします。

また、終了の意思表示がない場合は、平成30年4月にIちゃんが小学校の就学当日まで自動更新します。Iちゃんの小学校に就学当日をもって自動的に終了とします。

8. 退会について

シッターさんへの事前通知をもって退会の手続きを行います。また、退会の意思表示がない場合は、平成30年4月に愛ちゃんが小学校の就学当日まで自動更新していきます。

9. 適応する保険について

①Iちゃんに適用する保険は、Aさんが加入されている郵便事業の新学資保険特約を利用します。

②郵便事業の新学資保険特約については物損補償が保険の対象範囲ではありませんので、Iちゃんが誤ってシッターさんの自宅の物品を破損した場合、シッターさんに損害を与えたと思われる時等は、シッターさんからAさんに実費請求をさせていただきます。保険内容についての変更があれば、その都度お知らせください。

10. 過失責任について

- ①事故等があった場合、原則としてシッターさんの過失責任は問いません。
- ②但し、事故等がシッターさんに重大な過失があった場合は、その限りではありません。
- ③過失責任に疑義が生じた場合は、Aさんとシッターさんの双方で直接協議してください。
- ④事故等があっても、ベビーアイ (baby ai) には一切の責任はありません。

11. 依頼方法

Aさんが保育依頼をされる際は、ご自身でそれぞれのシッターさんに連絡し、ご依頼ください。
保育依頼が成立した時には、Aさん・シッターさんそれぞれからEまでご一報ください。(保育士の観点から色々なアドバイスをさせていただきたいと思います)

また、シッターさん全員の都合がつかない場合にはご了承ください。

12. 利用料金について

- ①利用料金は双方で協議し、決定してください。
- ②利用料金の参考として以下に記載します。
- ③利用開始時間はAさんから電話依頼があった時点からとします。
(着信履歴により確認していきます)

《利用料金について》

- ①出張・研修・学園祭などIちゃんの健康時に依頼を受けた場合ー協議する

- ②発熱のため幼稚園にお迎え → 自宅保育の場合

※シッターさんの自宅にて座薬挿入後、安静に見守り保育をします。

1時間1200円、以降30分あたり600円

- ③発熱のため幼稚園にお迎え

→ 自宅保育 → 座薬挿入 → 熱性痙攣が起きた場合

※利用者Aさんにご連絡すると同時に救急車を呼び国立岩国医療センターまで同行、
ご両親がいらっしゃるまでIちゃんのお傍に付き添います。

1時間2000円、以降30分あたり1000円

☆交通費・食事・入浴介助についてはシッターさんの意思決定を大切に、別途請求はいたしません。

☆利用料金については、ご利用された時にAさんとシッターさんと協議し、利用後に直ちに現金でお支払いください。シッターさんは、Aさんに必ず領収書をお渡し願います。

13. サービスの停止・中止について

- ①Aさんが利用料金を1ヶ月以上滞納し、支払い督促に関わらず支払われない場合にはベビーアイ (baby ai) のサービスを停止します。
- ②天変地異等のやむをえない理由により、サービスを一時的に休止させていただく場合もあります。

14. 個人情報について

守秘義務ののっとり、Aさん並びにシッターさんの個人情報は、本規約の目的以外には、使用しないことを厳守いたします。

ベビーアイ (baby ai) 問合せ先

自宅電話 (0827) 00 - 1234

携帯電話 012345678

携帯アドレス abcdefg@hijklmn.op.qrst

資料3-2
生活状況調査票について

生活状況調査票

年 月 日記入

ふりがな 名前	(愛称 ちゃん) 月 日 生		血液型		平熱		
食事	1、ほとんど食べさせてもらう 2、介助はあるが、ほとんど自分で食べる 3、介助を嫌がりほとんど自分でたべようとする(手づかみ・スプーン・フォーク・はし) 4、自分で食べる(スプーン・フォーク・はし) 5、コップをつかって(飲める・飲めない) 6、ストローをつかって(飲める・飲めない)						
	アレルギー						
		医師からアレルギー体質といわれたことがありますか?		あり()		なし	
		医師から食べさせないようにといわれた食べ物がありますか?		あり()		なし	
睡眠	寝つき	よい 難しい		就寝時間	時ころ		
	寝起き	よい 難しい		起床時間	時ころ		
	入眠方法	おんぶ だっこ		ひとりで		ねくじ	
	姿勢	うつぶせ		仰向け		横向き	
	くせ	あり ()		無			
排泄	自立度	自立	できている		できていない		
		オムツ	紙おむつ	布おむつ	紙パンツ	布パンツ	
	排便	日中	回		ねるときだけ		
		規則的	不規則		便秘気味		
		出る前に知らせる	(うんち)		おしっこ		
		出る前に知らせる	(うんち)		おしっこ		
着脱	できること ()		できないこと ()				
健康状況	1. 出生時に異常がありましたか? ある() なし						
	2. 検診時に異常があるといわれましたか? ある() なし						
	3. 脱臼をしたことがありますか? ある() なし						
	4. 発育・発達で気になることがありますか? ある() なし						
	5. 熱性けいれんについて 教えてください						
	1回目	① いつですか? ()					
		② その時の体温は? (度)					
③ 熱性けいれんを起こす前の状況を教えてください							
2回目	① いつですか? ()						
	② その時の体温は? (度)						
	③ 熱性けいれんを起こす前の状況を教えてください						
その他育児について困っている事、心がけている事があれば教えてください							

資料3-4

契約書

I ちゃんの育児サポートについて、ベビーアイ (baby ai) 規約を確認したうえで契約します。

平成 年 月 日

依頼者 氏名 印

受託者 氏名 印

確約書

- ①私は、ベビーアイ (baby ai) 規約を守ります。
- ②特に「保険について」「過失責任について」を十分確認しました。
- ③事故等があってもベビーアイ (baby ai) には一切の責任を問いません。
- ④シッターさんは、I ちゃんの体調について十分理解し、緊急時にも適切なる判断のもとで責任をもって対応します。

平成 年 月 日

依頼者 氏名 印

受託者 氏名 印

資料4-5

Aさんへ

- ① I ちゃんの好きなおもちゃ
- ② 紙おむつ
- ③ 着替え
- ④ 汚れた衣服を入れるビニール袋数枚
- ⑤ 布団
- ⑥ 連絡帳 . . . この中に座薬等のお薬・保険証のコピー・投薬依頼表等を入れておいてください。
- ⑦ チャイルドシート

以上の物品を常時車に積載しておいてください。

幼稚園からお迎えの依頼があった場合、シッターさん並びにFまで電話依頼をされた後、シッターさんがAさんにこれら①～⑦をあずかり、勤務先まで向かいますので、その際に必ずお渡しください。

シッターさんへ

Aさんから連絡があった場合には

以上の①～⑦をあずかりに勤務先へ向かう

↓

D幼稚園にIちゃんをお迎えに行く

↓

自宅につれて帰る

↓

場合によっては病院へ（救急車等の利用あり）

をお願いします。

尚、時間のあいた時で構いませんのでFにもご一報ください。
お手伝いが必要な帰宅後、駆けつけます。

注)

- ¹ 厚生労働省第27回社会保障審議会少子化対策特別部会全国病児保育協議会配付資料「病児保育事業の現状と課題」（平成21年9月30日）
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-9d_0001.pdf. (2014.10.1確認)
- ² 小林久美子ほか（2007）「小児外科医による深夜帯小児救急外来の現状分析」『日本小児外科学会誌』, (43), pp.678-682.
- ³ 内閣府（2009）男女共同参画局推進課『再チャレンジ事例報告書』, p18.
- ⁴ 大木伸子（2003）「保育園児の病気時の保育の実態と保護者の支援ニーズ」『小児保健研究』 (62) pp350-358.
- ⁵ 杉本弘子ほか（2006）「病児保育の必要性と課題－保護者へのアンケート調査より」『小児保健研究』 (65), pp593-599.
- ⁶ 福山市（2009）「福山市次世代育成支援に関するニーズ調査 調査結果報告書（概要版）5」.
<http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/kosodateshien/eshien/keisaijyouhou/jisedai/jisedaishien2008/niizutyousagaiyouban2008.pdf>. (2014.10.5確認)
- ⁷ 伊藤智子（2000）「保育所に我が子を預ける保護者の意識調査－子どもの病気と小児医療について－」『小児保健研究』 (59), pp430-431.
- ⁸ 吉中里香ほか（2001）「病児保育に関するアンケート調査結果の検討」『九州大学医療技術短期大学部紀要』 (28), pp75-79.
- ⁹ 厚生労働省「保育対策等促進事業の実施について」(雇児発0515第8号一部改正平成25年5月15日)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hwjido/09/kekka2-1.html>. (2014.10.5確認)
- ¹⁰ 病児保育施設とは、一般的に保育園に預けている子どもが病気になった場合、保育園に通えるように回復するまで、昼間に、保育・看護のために病児を預かる施設として定義される。（吉中里香ほか（2001）, p75）
- ¹¹ 内閣府子ども・子育て支援新制度施行準備室「子ども・子育て支援新制度について」平成26年10月
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumei.pdf>. (2015.1.8確認)
 地域子ども・子育て支援事業の概要についての項目で、ファミリー・サポート・センター事業（子育て援助活動支援事業）を乳幼児や小学生等の児童を有する子育て中の保護者を会員として、児童の預かり等の援助を受けることを希望する者と当該援助を行うことを希望する者と
- の相互援助活動に関する連絡、調整を行う事業として位置づけている。
- ¹² 伊藤智子（2000）, 前掲書, pp424-425.
- ¹³ 内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会（第8回）」平成25年11月25日配付資料による
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/s2-2.pdf. (2014.10.5確認)
- ¹⁴ 内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会（第8回）」稲見委員提出資料配付資料による
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf. (2014.10.5確認)
- ¹⁵ 東京都保健福祉局平成25年度東京都病児・病後児保育事業実施要綱
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.files/byouji_jisshiyokou_H25.pdf. (2014.10.4確認)
 東京都の病児・病後児保育事業について、以下のとおり示されている。児童が病中又は病気の回復期にあつて集団保育が困難な期間、保育所・医療機関等に付設された専用スペース等において保育及び看護ケアを行うという保育サービスです。対象となる児童の年齢や病状等の要件は、区市や施設によって異なります。「子どもが病気になった、でもどうしても仕事を休むことができない！」そんなときに備えて、地域の病児・病後児保育施設の情報を収集し、必要と判断される場合は事前登録を行い、利用方法を確認しておきましょう。としている。
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.html (2014.10.4確認)
- ¹⁶ 東京都保健福祉局東京都病児・病後児保育施設一覧表（H26.1.1現在）による。
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.html. (2014.10.4確認)
- ¹⁷ 東京都新宿区病児・病後児保育のご案内
http://www.city.shinjuku.lg.jp/kodomo/hoiku/02_001005.html (2014.10.4確認)
- ¹⁸ 東京都板橋区子ども家庭部保育サービス課病児・病後児保育お迎えサービス付き病児保育の利用要件
http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/019/019346.html (2014.10.4確認)
- ¹⁹ 青梅市病後児保育事業実施要綱
http://www.city.ome.tokyo.jp/d1w_reiki/41391950040100000003/41391950040100000003/413

- 91950040100000003.html(2014.10.4確認)
- ²⁰ 青梅市体調不良児対応型保育事業補助金交付要綱
http://www.city.ome.tokyo.jp/d1w_reiki/4219195011170000002/4219195011170000002/4219195011170000002.html(2014.10.4確認)
- ²¹ 東京都足立区病児保育(在宅型)利用料金の助成について
<http://www.city.adachi.tokyo.jp/genki/k-kyoi-ku/kosodate/ichiji-yamaji.html>(2014.10.4確認)
- ²² 東京都中野区ファミリー・サポート・センター事業
<http://www.city.tokyo-nakano.lg.jp/dept/242900/d010332.html>(2014.10.4確認)
- ²³ 滋賀県彦根市病児・病後児保育施設整備費等補助金交付要綱
http://www.city.hikone.shiga.jp/reiki_int/act/frame/frame110001681.htm(2014.10.4確認)
- ²⁴ 各自治体における補助制度の活用とともに、お迎えサービスなどの子どもの支援に関しては、担当する人々の研修や養成システムも人材確保の大切な課題である。
- ²⁵ 日本赤十字社富山県支部富山県立乳児院病児・病後児保育「おひさま」
http://www.toyama-nyujiin.jp/day_service.html(2014.10.4確認)
- ²⁶ 香川県さぬき市病児・病後児保育利用について
<http://www.city.sanuki.kagawa.jp/life/childcare/convalence>(2014.10.4確認)
- ²⁷ 三豊総合病院企業団病児・病後児保育室わたくし保育園
<http://mitoyo-hosp.jp/facility04.html>(2014.10.4確認)
- ²⁸ 新潟市民病院病児保育室について
http://www.hosp.niigata.niigata.jp/little_swan/index.html(2014.10.4確認)
- ²⁹ 山口県立総合医療センター概要・沿革について
<http://www.ymgph.jp/p3-hospital-info/index.html>(2014.10.4確認)
- なお、上述の山口県立総合医療センターが、かかりつけ医として紹介している内科小児科の中に、山口市の野瀬内科小児科がある。小児科を含む総合的な医療機関であり、同一敷地内にせ・おうち病児保育所を併設して、就労中の親が安心し、信頼できる質の高い病児保育を目標にしている。(朝日新聞山口版2014年5月25日。)筆者は同年6月19日に山口総局に問い合わせたところ、この記事を担当した記者は、県内の病児・病後児保育施設の総数は、山口県健康福祉部子ども支援課や宇部市のすくすくハウスの鈴木医師からの聞き取りや、他の取材で訪問した際市町で見た施設を紹介したとのことであった。
- ³⁰ 注(13)稲見氏の提出資料を参照。
- ³¹ 同上
- ³² 内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会(第8回)」平成25年11月25日配付資料による
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/s2-2.pdf(2014.10.4確認)
- ³³ 特定NPO法人フローレンスの病児保育の特徴
<http://www.florence.or.jp/user/feature/>(2014.10.4確認)
- 内閣府の内閣府NPOのホームページで、認定特定NPO法人について説明がされている。
<https://www.npo-homepage.go.jp/about/npo.html#npo2>(2014.10.4確認)
- 「NPO」とは「Non Profit Organization」又は「Not for Profit Organization」の略称で、様々な社会貢献活動を行い、団体の構成員に対し収益を分配することを目的としない団体の総称。
- このうち、特定非営利活動促進法に基づき法人格を取得した法人を、「特定非営利活動法人」という。
- ³⁴ 兄弟という表示は、特定NPO法人フローレンスの事業展開で表示使用されているため使用した。
- ³⁵ 認定NPO法人のゆりかごネットワーク病児・病後児保育の特徴
<http://yurikagonetwork.com/01byoujihoiku/index.html>(2014.10.4確認)
- 内閣府の内閣府NPOのホームページで、認定NPO法人について説明がされている。
<https://www.npo-homepage.go.jp/about/npo.html#npo2>(2014.10.4確認)
- NPO法人のうち、一定の基準を満たすものとして所轄庁の認定を受けた法人は認定NPO法人となり、認定NPO法人になると、税制上の優遇措置を受けることができる。認定NPO法人制度については、認定基準の緩和等により、NPO法人を設立してから1年間が経過した後、実績判定期間(直前の2事業年度)において、一定の基準を満たすものとして所轄庁の認定を受ける必要がある。
- ³⁶ ファミサポ事業は長年にわたり継続され全国的に展開されている一方、これに関する調査研究は決して活発ではないが、運営支援を担っている財団法人女性労働協会が定期的に活動状況調査を実施している。平成14年度から、財団法人

女性労働協会が定期的に、ファミリー・サポート・センターの活動状況の調査を実施している。17年度、20年度、22年度、24年度の調査結果を公表しているが、特に下記の年度の調査結果を使用する。

平成24年度全国ファミリー・サポート・センター活動実態調査結果

http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf(2014.9.1確認)

³⁷ 厚生労働省「ファミリー・サポート・センター事業について」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ikujikaigo01/>(2014.9.1確認)

この事業は、平成17年度から次世代育成支援対策交付金、平成23年度から「子育て支援交付金」、平成24年度補正予算により「安心こども基金」へ移行し、平成26年度は「保育緊急確保事業」として実施されている。

³⁸ 長野県安曇野市ファミリー・サポート・センター

<http://azuminoshakyu.jp/index.php?id=92>(2014.9.1確認)

³⁹ 東京都新宿区ファミリー・サポート・センター

http://www.city.sinjyuku.lg.jp/kodomo/file03_02_00003.html(2014.9.1確認)

⁴⁰ 広島市ファミリー・サポート・センター

<http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/contnts/000000000000/118001127735/index.html>(2014.9.1確認)

参考文献一覧

伊藤智子(2000)「保育所に我が子を預ける保護者の意識調査—子どもの病気と小児医療について—」『小児保健研究』(59), pp430-431.

上田順子・栗原史乃(2009)「旭川医科大学病院バックアップナースシステムと病児一時預かり室システム—二輪草プランのめざすもの」『看護管理』(19) 11号

大木伸子(2003)「保育園児の病気時の保育の実態と保護者の支援ニーズ」『小児保健研究』(62) pp350-358.

小林久美子ほか(2007)「小児外科医による深夜帯小児救急外来の現状分析」『日本小児外科学会誌』, (43), pp678-682.

杉本弘子ほか(2006)「病児保育の必要性と課題—保護者へのアンケート調査より」『小児保健研究』(65), pp593-599.

内閣府(2009)男女共同参画局推進課「再チャレンジ事例報告書」, p18.

福山市(2009)「福山市次世代育成支援に関するニ

ズ調査 調査結果報告書(概要版)5].

吉中里香ほか(2001)「病児保育に関するアンケート調査結果の検討」『九州大学医療技術短期大学部紀要』(28), pp75-79

青梅市病後児保育事業実施要綱

http://www.city.ome.tokyo.jp/d1w_reiki/41391950040100000003/41391950040100000003/41391950040100000003.html(2014.10.4確認)

青梅市体調不良児対応型保育事業補助金交付要綱

http://www.city.ome.tokyo.jp/d1w_reiki/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002.html(2014.10.4確認)

香川県さぬき市病児・病後児保育利用について

<http://www.city.sanuki.kagawa.jp/life/childcare/convalescence>(2014.10.4確認)

厚生労働省(2006)「医師に対する出産・育児等と診療との間の両立支援について」(医政第1031012号平成18年10月31日)

http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20061031_01.pdf(2014.10.4確認)

厚生労働省(2009)第27回社会保障審議会少子化対策特別部会全国病児保育協議会配付資料「病児保育事業の現状と課題」(平成21年9月30日)

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-9d_0001.pdf(2014.10.1確認)

厚生労働省(2013)「ファミリー・サポート・センター事業について」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ikujikaigo01/>(2014.9.1確認)

厚生労働省(2013)「保育対策等促進事業の実施について」(雇発0515第8号一部改正平成25年5月15日)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidou/09/kekka2-1.html>(2014.10.5確認)

財団法人女性労働協会「平成24年度全国ファミリー・サポート・センター活動実態調査結果」

http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf(2014.9.1確認)

滋賀県彦根市病児・病後児保育施設整備費等補助金交付要綱

http://www.city.hikone.shiga.jp/reiki_int/act/frame/frame110001681.htm(2014.10.4確認)

新エンゼルプランの重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画についての要旨

http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3_18.html(2014.10.5確認)

全国病児保育協議会(2009)「病児保育事業の現状と課題」

東京都保健福祉局平成25年度東京都病児・病後児保育事業実施要綱

- http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.files/byouji_ji_sshiyokou_H25.pdf(2014.10.4確認)
東京都保健福祉局東京都病児・病後児保育施設一覧表 (H26.1.1現在)
- http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.html
(2014.10.4 確認)
東京都足立区病児保育 (在宅型) 利用料金の助成について
- <http://www.city.adachi.tokyo.jp/genki/k-kyouku/kosodate/ichiji-yamaiji.html>(2014.10.4確認)
東京都板橋区子ども家庭部保育サービス課病児・病後児保育の利用要件
- http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/019/019346.html(2014.10.4確認)
東京都新宿区ファミリー・サポート・センター
- http://www.city.sinjyuku.lg.jp/kodomo/file03_02_00003.html(2014.10.4確認)
東京都世田谷区病児・病後児保育利用案内
- <http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/103/129/487/d00005761.html>(2014.10.5確認)
東京都中野区ファミリー・サポート・センター事業
- <http://www.city.tokyo-nakano.lg.jp/dept/242900/d010332.html>(2014.10.4確認)
特定NPO法人フローレンスの病児保育の特徴
- <http://www.florence.or.jp/user/feature/>
(2014.10.4確認)
内閣府 (2013) 「子ども・子育て会議基準検討部会 (第8回)」平成25年11月25日配付資料
- http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/s2-2.pdf
内閣府 (2013) 「子ども・子育て会議基準検討部会 (第8回)」稲見委員提出資料配付資料
- http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf
(2014.10.5確認)
内閣府 (2015) 「子ども・子育て支援新制度について」(2015.1.8確認)
- <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumei.pdf>(2015.1.8確認)
長野県安曇野市ファミリー・サポート・センター
- <http://azuminoshakyo.jp/index.php?id=92>
(2014.9.1確認)
新潟市民病院病児保育室について
- http://www.hosp.niigata.niigata.jp/little_swan/index.html(2014.10.4確認)
日本赤十字社富山県支部富山県立乳児院病児・病後児保育「おひさま」
- http://www.toyama-nyujiin.jp/day_service.html(2014.10.4確認)
認定NPO法人のゆりかごネットワーク病児・病後児保育の特徴
- <http://yurikagonetwork.com/01byoujihoiku/index.html>(2014.10.4確認)
広島市ファミリー・サポート・センター
- <http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/contents/0000000000000/118001127735/index.html>
(2014.9.1確認)
三豊総合病院企業団病児・病後児保育室わたっ子保育園
- <http://mitoyo-hosp.jp/facility04.html>
(2014.10.4確認)
山口県立総合医療センターについて
- <http://www.ymghp.jp/p3-hospital-info/p3-2kihon/index.html> (2014.10.4確認)