

ファミリー・サポート・センター事業による病児・緊急対応強化事業の検証

一病児・病後児保育事業の進展と地域協働による  
病児サポートネットワーク事業の構築に向けて一

山口大学大学院東アジア研究科博士後期課程D3

学籍番号 10-8601-006-0

氏名 正長 清志

Shonaga Kiyoshi

提出日 2016年 1月 7日

ファミリー・サポート・センター事業による病児・緊急対応強化事業の検証  
- 病児・病後児保育事業の進展と地域協働による病児サポートネットワーク事業  
の構築に向けて -

目 次

序 章 問題設定 近年の保育事業の課題の中での病児・病後児保育問題

〈本稿のねらいと構成〉

第1節 研究背景	1
(1) 新たな地域型保育事業の展開	1
1) 問題の背景 子ども・子育て関連三法のポイント	1
2) 小規模保育	4
3) 地方自治体の小規模保育への取り組みと移行に向けて—東京都の例	6
(2) 事業所内保育所の課題	8
1) 問題の背景 小規模保育への取り組みの一つとして	9
2) 事業所内保育所の展開と必要性	10
2) -1 事業所内保育所の発展・整備状況	10
2) -2 事業所内保育所の必要性	12
3) 事業所内保育所の運営問題 企業負担と安定した経営	13
4) 事業所内保育所の運営問題 企業担当者の見解をふまえて	17
4) -1 事業所内保育所外児童への開放	19
4) -2 事業所内保育所間の協力	19
(3) 病児・病後児保育サービスの必要性	21
1) 病児・病後児保育の必要性	21
2) 病児・病後児保育施設の概観	24
第2節 先行研究	25
(1) 事業所内保育所の研究について	25
(2) 病児保育事業の研究について	26
(3) ファミリー・サポート・センター事業の研究について	28
第3節 研究目的・本稿の課題	30
第4節 研究方法および倫理的配慮	32
第5節 本稿の構成・各章のねらい	32

第1章 病児・病後児保育所の現状と課題	34
〈本章のねらいと構成〉	34
第1節 病児・病後児保育施設および保育内容の整備状況	34
(1) 病児・病後児保育事業の変遷	35
(2) 施設整備の現状	37
1) 厚生労働省の取り組み－保育対策促進事業	37
2) 地方自治体の取り組み－東京都の例	40
A：東京都による実施要綱の策定	41
B：東京都内の市区の対応	42
3) 地方自治体の取り組み－山口県内の病児・病後児保育施設の状況	46
4) 公立病院の取り組み	47
5) 民間企業の取り組み	49
6) 院内保育所の取り組み	50
第2節 病児・病後児保育施設の経営上の課題	52
(1) 安定しない利用者数	52
(2) 補助金制度の問題	53
(3) 厚生労働省の見解と対応	54
(4) 採算性の確保について	56
〈小括〉	59
第2章 病児・病後児保育事業とファミリー・サポート・センター	61
〈本章のねらいと構成〉	61
第1節 ファミリー・サポート・センター事業のこれまでの経緯	62
(1) ファミリー・サポート・センター事業の創設と内容	63
(2) ファミリー・サポート事業への移行	65
(3) ファミサポ事業による病児・緊急対応強化事業	66
(4) 病児・緊急対応強化事業の進展	68
第2節 ファミリー・サポート・センターの現状と課題	70
(1) ファミリー・サポート・センター活動状況調査結果からの考察	70
(2) 提供会員の量と質の確保	73
(3) アドバイザーの育成と質の向上	75
(4) ファミサポ事業の範囲と他の保育サービスとの連携	76
(5) ファミサポ事業による病児・緊急対応強化事業の実際	78
〈小括〉	80
第3章 地域協働による病児サポートネットワーク事業の構築に向けて	82
〈本章のねらいと構成〉	82
第1節 ファミサポ事業に残された問題点	82
第2節 地域協働による病児サポートネットワーク事業の構築	83
〈小括〉	85

資 料	85
終 章	93
要約	93
結論	98
脚注・引用文献一覽	99

## 序 章 問題設定 近年の保育事業の課題の中での病児・病後児保育問題

〈本稿のねらいと構成〉

本稿では、児童が発熱等の急な病気になった場合、就労先の状況だけでなく、家庭環境の事情から保護者が休暇を取得できないことも現実には多いことから、まず、病児・病後児保育所の現状と課題を考察し(第1章)、そこでの問題点を補う役割をもつものとしてのファミリー・サポート・センター事業(以下ファミサポ事業という)の現状を見る(第2章)。同事業においては保育時や登園前の急な発熱時等、子どもの急病時に対応するファミサポ事業が行われているが、これらはまだ少数にとどまっており、ここに病児・病後児保育事業の現時点における残された課題の一つがあることを見る。

その後でこの課題の解決に資する一つの方法として、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(第3章)。

以下、本章では、まず、研究背景と先行研究に触れ、その後で研究目的・本稿の課題、研究方法及び倫理的配慮、そして本稿の構成・各章のねらいを述べる。

### 第1節 研究背景

〈ねらい〉

本節では、(1)で、近年、保育事業、なかでも待機児童問題の改善に資する一つの方策として、新に子ども・子育て支援法のもとで新しい保育内容が登場したことを述べる。次に、(2)同じく待機児童問題に大きく貢献しうる事業所内保育所の状況を見る。最後に(3)で、こうした待機児童問題の点では改善が進められている保育事業においてまだ残る重要な問題として、病児・病後児保育の強化の問題があることを述べる。

#### (1) 新たな地域型保育事業の展開

##### 1) 問題の背景 子ども・子育て関連三法のポイント

現在、女性の社会進出の増加に伴い、保育の多様化が求められ、保育に対する社会的関心が急速に高まっている<sup>1</sup>。このような中、保育という専門分野において長年検討されてきた保育システムの在り方についても大きな変革が進んでおり、2012(平成24)年8月に成立した「子ども・子育て関連3法」<sup>2</sup>がその集約的な意味での保育改革のポイントとなっている。子ども・子育て関連3法<sup>2</sup>は、①子ども・子育て支援法、②認定こ

<sup>1</sup> 厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ」(平成27年4月1日)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000098531.html>(2015.9.30 確認)

厚生労働省は、平成27年4月1日時点での保育所等の定員や待機児童の状況、及び「待機児童解消加速化プラン」(以下、加速化プラン)に基づく自治体の取組状況を平成27年9月29日取りまとめ公表した。それによれば、通園している子どもたちの数は認可保育所(保育所型認定こども園の保育所部分を含む)2,260,534人、幼保連携型認定こども園184,873人、幼稚園型認定こども園20,502人、地方裁量型認定こども園2,715人、小規模保育事業25,445人、家庭的保育事業4,285人、事業所内保育事業5,147人、居宅訪問型保育事業13人、地方単独事業のいわゆる保育室46,227人、その他77,640人、合計2,627,381人である。待機児童数は23,167人となる。

<sup>2</sup> 内閣府「子ども・子育て支援新制度説明会」(2015年1月23日配付資料による)

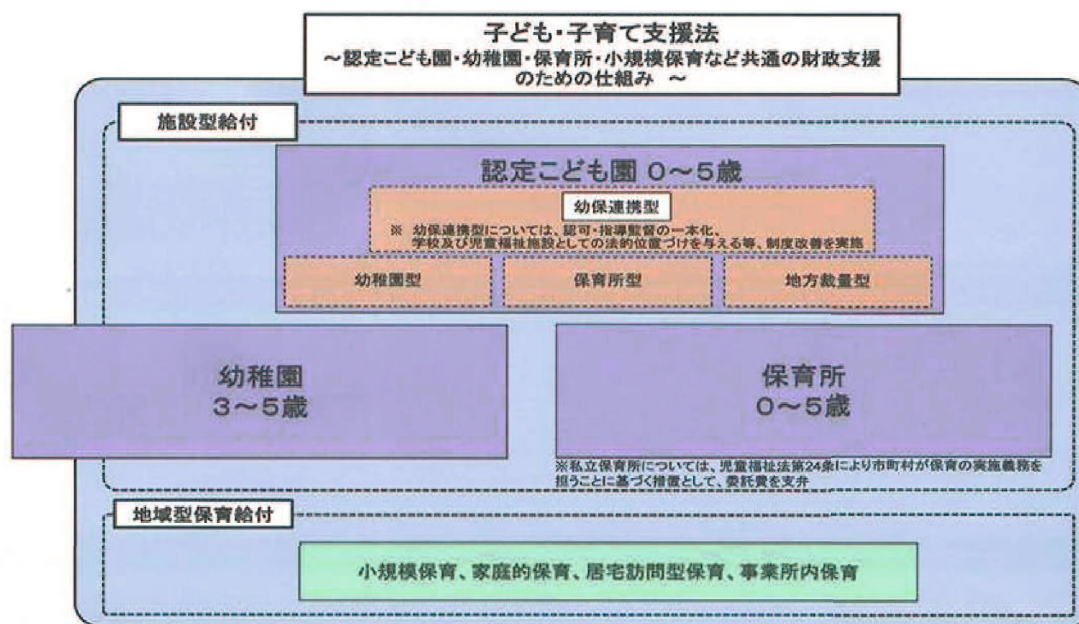
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/setsumeikai/h270123/index.html>(2015.1.30 確認)

子ども・子育て関連3法とは、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律(平成24年法律第66号)、子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する

も園法の一部を改正する法律、③関係法律の整備等に関する法律(児童福祉法等の改正)であり、この3法に基づく制度は、子ども・子育て支援新制度とよばれ、2015年4月から本格施行された。その概要は図 序(1)-1に示されている。

(図 序(1)-1)

子どもや子育て家庭の状況に応じた子ども・子育て支援の提供パターン



出所：内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会(第1回)」(2013年5月8日配付資料による)

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/b\\_1/pdf/s5.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_1/pdf/s5.pdf)

ここで注目すべき点は、以下で述べるように、子ども・子育て関連支援新制度における地域型保育事業の展開や、保育政策中心の少子化対策から、労働政策を含めた家族の在り方を視野に入れ、少子化対策における次世代育成支援を国の基本政策にすえたことにある。こうした子ども・子育て支援新制度の重点項目に関しては内閣府の関連検討部会において次の3つのポイントが指摘されている<sup>3</sup>。

1つ目は、認定こども園制度の改善である。認定こども園は、保護者の就労状況に関わらず、そのニーズに合わせて子どもを受け入れ、幼児期の教育・保育を一体的に行う、幼稚園と保育所の両方の機能を併せ持った施設であり、幼保連携型・幼稚園型・保育所型・地方裁量型の4つの種類があった。このうち幼保連携型について見直しを行い、これまで複雑だった設置の手続きを簡素化するほか、行政からの指導・監督や財政措置が一本化されることとなった。

法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(平成24年法律第67号)である。

<sup>3</sup> 内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会(第1回)」(2013年5月8日配付資料による)

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/b\\_1/pdf/s5.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_1/pdf/s5.pdf)(2015.1.30確認)

2つ目は、認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付となる施設型給付が創設されたことである。この施設型給付では、これまでは保育所は保育所委託運営費、幼稚園は私学助成と幼稚園奨励費、認定こども園は保育所部分と幼稚園部分それぞれに安心こども基金から運営に関する費用が支給されてきた。これを、施設型給付費として一本化するものである。しかし、私立保育所については当分の間、現行通り市町村が保育所に委託費を支払い、利用者の負担の徴収も市町村が行うことになる。その施設型給付の費用負担は、国2分の1、都道府県・市町村それぞれ4分の1とされており、国などが義務的に支出しなければならない義務的経費と位置付けられる。

地域型保育給付は、小規模保育事業等の地域型保育事業に対する新たな財政措置で、提供される保育の量や種類を増やすことで待機児童の解消を目指している。同事業は、市町村による認可事業として児童福祉法に位置づけられ、小規模保育事業の他、①家庭的保育②居宅訪問型保育③事業所内保育で構成されている<sup>4</sup>。(表 序(1)-1)

(表 序(1)-1) 地域型保育事業の各事業の特徴

	家庭的保育事業	小規模保育事業	事業所内保育事業	居宅訪問型保育事業
形態	家庭的な雰囲気の下で、少人数を対象にきめ細かな保育を実施。	比較的小規模で0～2歳児を対象に家庭的保育事業に近い雰囲気のもとで、きめ細かな保育を実施。	企業が主として従業員の子どものほか、地域において保育を必要とする子どもにも保育を提供。	住み慣れた居宅において、1対1を基本とするきめ細かな保育を実施。
規模	少人数(家庭的保育者1人につき、子ども3人)※家庭的保育補助者がいる場合は子ども5人まで。	6～19人まで。	数人～数10人程度。多様である。	1対1が基本。
場所	家庭的保育者の居宅やさまざまなスペース。	多様なスペース。	事業所内、その他様々のスペース。	利用する保護者、子どもの居宅。

出所：内閣府「子ども・子育て会議(第10回)、子ども・子育て会議基準検討部会(第11回)合同会議」(2014年12月26日配付資料による)から筆者作成

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/k\\_10/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/k_10/pdf/s1.pdf)

市町村はそれぞれの地域のニーズを捉えて、子ども・子育て支援事業計画を策定し、認定こども園、保育所、地域型保育事業を組み合わせることで計画的に整備していくことになっている。

<sup>4</sup> 内閣府「子ども・子育て会議(第10回)、子ども・子育て会議基準検討部会(第11回)合同会議」(2014年12月26日配付資料による)  
[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/k\\_10/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/k_10/pdf/s1.pdf)(2015.9.30 確認)

3つ目は、市町村による、地域の子ども・子育て支援の充実を図るため、子どもや親が急な仕事や病気の際に利用できる一時預かり等の事業の実施を、地域子ども・子育て支援事業として位置づけ、国が財政支援を行うことになった。地域子ども・子育て支援事業の対象範囲には、一時預かり等の事業のほか、利用者支援、地域子育て支援拠点事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業その他要支援児童要保護児童等の支援に資する事業、ファミリー・サポート・センター事業<sup>5</sup>、子育て短期支援事業、延長保育事業、病児・病後児保育事業、放課後児童クラブ、妊産婦健診、実費徴収に係る補足給付を行う事業、多様な主体が本制度に参入することを促進するための事業がある。

このように、新制度は基礎自治体である市町村が実施主体となり、国と都道府県がこれを支える仕組みとなっている。全体として、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に共通の仕組みの特徴としては、①基礎自治体(市町村)が実施主体となり、地域のニーズに基づき計画を策定し、給付・事業を実施し、これを国や都道府県が重層的に支えていく体制、②消費税率引き上げによる国及び地方の恒久財源の確保を前提とした社会全体による費用負担、③制度ごとに異なる政府の推進体制を整備するための子ども・子育て本部の設置、④有識者、地方公共団体、事業主代表、労働者代表、子育て当事者、子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プログラム等に参画・関与することができる子ども・子育て会議の設置等がある。こうした仕組みのもとで、後述のように、内閣府が2013(平成25)年4月から始めた子ども・子育て会議の動向をふまえて、市町村は①住民の幼児教育・保育等の利用希望の把握に向けた調査、②幼保連携型認定こども園や地域型保育事業の認可のための条例などの検討、③新制度に対応した業務の円滑な執行に向けて2015(平成27)年4月からの施行、を進めることとなった。

## 2) 小規模保育

認可保育所の多くが設立時に用地取得や施設建設にコストと時間がかかるのに比べ、小規模保育事業(以下小規模保育とする)はビルやマンションの空室を借りること等によって、実施され得るので、土地の確保が困難な都市部や、子どもの数が少ない過疎地域での利用が地域の実情に合わせて機動的に整備されやすい点が注目されている。そこで本項では小規模保育事業について少し詳しく見ておこう

小規模保育は認可保育所(定員20名以上)に満たない小さな保育所(定員6~19人)で、原則として0~2歳児を受け入れてきた。これまで小規模保育は認可外保育施設として扱われてきたが、新たな保育の受け皿として本格的に整備されることになった。

前述の子ども・子育て会議では、小規模保育について3つのタイプが検討されてきた。1つは、統一的な認可基準を設けるというものである。2つ目は、保育所分園に

---

<sup>5</sup> 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/ikuji-kaigo01/> (2015.10.5 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。



近い類型と家庭的保育に近い類型の二つの類型として、それぞれ認可基準を設けるといふものである。3つ目は、この2つの類型に加え、それらの中間的な類型を設けそれぞれ認可基準を設けるといふものである。結果として、3つ目に示された三類型を採用することとなった。

これは、創設される小規模保育事業には現在の保育所分園、グループ型小規模保育、へき地保育所、地方単独事業などの多様な事業からの移行が想定されることから、小規模保育のタイプを多くするための措置であったと言えよう。

認可の基本方針としては、社会福祉法人、学校法人以外の者に対しては、経済的基盤、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすこととされ、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き認可することとされている。

このように、小規模保育の認可基準は、国が定める基準をふまえ、市町村が条例として策定するため、国が定める基準のうち、職員の資格、員数、乳幼児の適切な処遇の確保、安全の確保、秘密の保持、児童の健全な発達に密接に関連するものについては国の基準に従うべしとしている。それ以外の事項については、国の基準を参酌すべしとしている。このため、保育室の面積などの設備基準についても参酌すべき基準となり、地域の実情に応じて決定されることになる。

次に、子ども・子育て会議基準検討部会(第1回)の資料から認可基準、特に職員配置基準の観点から検討を加えることにする。(表 序(1)-2)

(表 序(1)-2)現在の保育施設等の職員数・資格要件

	認可保育所	家庭的保育所	事業所内保育所	認可外保育所
保育従事者	保育士(乳児4人以上を受けられる場合、保健師又は看護師1人に限って保育士としてウント可)	家庭的保育者(家庭的保育補助者が加わることがある)	認可保育所と同様	3分の1以上が保育士又は看護師
職員数	0歳児 3:1 1・2歳児 6:1 3歳児 20:1 4・5歳児 30:1	乳幼児(全年齢) 3:1 家庭的保育補助者を置く場合 5:2	認可保育所と同様	認可保育所と同様

出所：内閣府「子ども・子育て会議(第10回)、子ども・子育て会議基準検討部会(第11回)合同会議」(2014年12月26日配付資料による)から、筆者作成による

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/k\\_10/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/k_10/pdf/s1.pdf)

上のこれまでの基準と比べ、新設された小規模保育はA型-保育所分園に近い類型、定員6人以上19人以下、B型-中間型、定員6人以上19人以下、C型-グループ型、定員6人以上15人以下の3つのタイプに分類され、職員配置基準については、A型・

B型の場合、認可保育所の基準に職員1人を追加配置することと子ども・子育て支援新制度では規定している。1人を追加するのは、例えば利用児童数が最低の人数でも複数の保育従事者を確保することや、特に0～2歳児の日々の保育の安全性の確保が目的と考えられる。

例えば、0歳児を6人預かる場合、認可保育所の基準は0歳児3人に対して保育士1人の配置となっているので保育士は2人となるが、AとB型の場合はもう1人必要なので合計3人の配置となる。また、0歳児を6人、1・2歳児を6人預かる場合、1・2歳児については認可保育園では6人に対し職員1人となっているので必要な職員は3人に追加配置の1人を加えた4人となる。

そこで注目しなければならないのは、A型の場合、職員全員が保育士でなければならないが、B型の場合は保育士でなければならない人数は半数以上となっていることである。このようにB型はA型や認可保育所に比べ、要件が緩和されている。B型に半数以上を適用したのは、認可外保育施設<sup>6</sup>などから小規模保育への移行を円滑にするとともに、保育士が不足している状況ではやむを得ないとの判断からであろう。

C型の配置基準では、現行の家庭的保育事業と同じく、0歳～2歳児については3対1、補助者を置く場合は5対2としていることは、家庭的保育者<sup>7</sup>1人で児童3人を、家庭的保育補助者がいれば5人まで保育することができることになる。

中村(2000)によると、事業所内保育所は、企業等の事業主が雇用する従業員の子どもを対象として設置された保育施設である<sup>8</sup>。また、事業所内保育所には、病院などの医療施設、福祉施設、およびその他の企業の保育所が含まれ、一つは企業が直接設置・運営する企業内保育所が、もう一つはその保育所との契約による企業委託型保育サービスがある。事業所内保育所は認可外保育所に該当するが、認可保育所と同様、児童福祉法に規定されており、その運営や保育内容等は、都道府県、政令指定都市、中核市による指導監督の対象となっている。

また、小規模保育事業所には保育内容の支援や卒園後の利用ができる認可保育所、認定こども園、幼稚園などと連携施設を設定し支援を受けることが求められている。しかし、子ども・子育て関連支援新制度においては、離島、へき地でほかに教育・保育施設が存在しないなど、連携施設の設定が著しく困難であると市町村が判断した場合は適用されないことが規定されている。

### 3) 地方自治体の小規模保育への取り組みと移行に向けて-東京都の例

以上、2)では、子ども・子育て支援新制度に基づき、認可保育所の機能が十分対応することが困難な新たな保育の受け皿として、地域型保育事業が本格的に整備される

---

<sup>6</sup> 認可外保育施設とは、児童福祉法に基づく都道府県知事などの認可を受けていない保育施設のこと、このうち、①夜8時以降の保育、②宿泊を伴う保育、③一時預かりの子どもが利用児童の半数以上、のいずれかを常時運営している施設については、「ベビーホテル」としている。

<sup>7</sup> 家庭的保育者とは、市町村の委託を受け自宅などで児童を保育する人で、いわゆる保育ママと呼ばれて広がった。家庭的保育者になるには、保育士資格を有し、家庭的保育基礎研修を終了し、市町村の認定を受ける必要がある。また、家庭的保育補助者とは、家庭的保育者を補助する人で家庭的保育基礎研修を終了し、家庭的保育補助者として市町村に認定されなければならない。

<sup>8</sup> 中村艶子(2000)「企業内保育所の研究の重要性」『労務理論学会研究年報』(9)p45.

こととなったことから、小規模保育に着目して、内閣府が定める小規模保育の認可基準の動向などを示した。ここ 3)では、小規模保育事業者が起業しやすくするための施策と現況を明らかにするため小規模保育を先行実施している東京都の地方公共団体としての取り組みや、地方公共団体が独自に運営している保育所の新制度への移行に向けての課題を点検する。

子ども・子育て支援新制度の施行は 2015 年 4 月からであるが、待機児童対策として重要な役割を担っている小規模保育はすでに前倒しで 2013 年度から開始した自治体もある。東京都は、2013 年度から小規模保育整備促進支援事業(東京スマート保育)<sup>9</sup>をスタートさせた。スマート保育は、空き家、空き店舗、空き公共施設など既存の施設を利用して少人数の保育を始める、小規模保育事業者の保育所開設のための整備を促進する区市町村を支援するものである。実施期間は 2013・2014 年度の 2 年間で 55 カ所(定員 1,000 人)を整備する。運営は、区などの自治体が直接行うか、民間事業者に委託して行う。

都は、事業者の初期経費負担を軽減するため、1,500 万円を基準に建物改修費を全額補助する。賃借料は、2 年間で 500 万円を限度に 2 分の 1 を補助する。運営費については、最大で 0 歳児 10 万 7,000 円、1,2 歳児 5 万 7,000 円(児童 1 人、月当たり)を基準額として 2 分の 1 を補助している。補助対象となるのは、利用する児童が 0～2 歳児、定員 6 人～19 人以下の保育所である。面積、職員配置などの基準は区市町村が規定するが、2015 年度からの子ども・子育て関連 3 法の施行時には、小規模保育に移行することが条件となっている。

スマート保育第 1 号は、豊島区に 2013 年 8 月に、定員 13 人(0 歳児 4 人・1 歳児 6 人・2 歳児 3 人)で、職員数は 9 人(保育士資格者 6 人)、調理員 1 人、嘱託医 1 人で設置された。運営は民間事業者に委託し、設備は 0・1 歳児で 1 人当たり 3.3 m<sup>2</sup>以上、2 歳児で 1.98 m<sup>2</sup>以上を確保している。必置要件の医務室(事務室との兼用可)、調理室、トイレ、の設置をすることとなっている。また、室内化学物質の測定で、安全性が確認できていること、カーテン、敷物などは、防炎処理がされているなどが求められている。園庭はなくても近くの公園などを利用するとしている。職員配置基準は、0 歳児が 3 人につき 1 人、1・2 歳児が 6 人につき 1 人としている。職員の 6 割以上が保育士資格を有していることとしている。

東京都の場合、認証保育所(認可外保育所)が認可保育所に移行することは人材確保の問題で容易ではない、という理由で小規模保育に移行しない認証保育所も生じることは十分考えられる。こうしたことから、各保育所の立地する地域の実情に応じたサービスが提供できるよう、小規模保育所への移行に際しては柔軟かつ弾力的な運用が必要であると考えられる。

以上(1)の内容をまとめると以下のようなものである。

保育需要の多様化に伴い、2015 年 4 月から新たに子ども・子育て支援法のもとで新

<sup>9</sup> 待機児童解消のため、空き部屋等を活用した小規模保育を対象とする区市町村支援を新たに行うなど、子育て環境を充実させる施策を推進し、社会全体で子育てを応援する東京の実現を目指すとしている。  
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/2013/02/70n2d110.htm>(2015. 3. 14 確認)

しい保育内容が登場した。

一つは施設型として、認定こども園制度の改善により、これまで幼保連携型・幼稚園型・保育所型・地方裁量型の4つの種類があったが、このうち幼保連携型について見直しを行い、これまで複雑だった設置の手続きを簡素化するほか、行政からの指導・監督や財政措置が一本化されることとなった。

一つは地域型として、これまで保育所は保育所委託運営費、幼稚園は私学助成と幼稚園奨励費、認定こども園は保育所部分と幼稚園部分それぞれに安心こども基金から運営に関する費用が支給されてきたが、認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付となる施設型給付が創設され、施設型給付費として一本化された。

地域型では小規模保育事業での保育内容の支援や卒園後の利用ができる認可保育所、認定こども園、幼稚園などの連携施設を設定しその支援を受けることが求められる点が注目される。それは、認可外保育施設などから小規模保育への移行を円滑にするものであった。こうした措置は、保育士が不足している状況ではやむを得ないとの判断からであった。

他方、小規模保育はA型・B型・C型の3つに分類され、職員配置基準や面積基準などがそれぞれ定められている。その中で保育士資格者の割合は大きく異なっている。A型100%・B型50%・C型は家庭的保育者で認可されるため、保育士資格者100%としている現行の認可保育所制度から大きく後退する。これでは、保育サービスの提供者の保育技術の低下とともに、保育に関する専門性の低下という新たな問題が生まれうると考えられる。従って本来はB型・C型も保育者はすべて保育士資格が必要であろう。

また、認可基準は国の基準をふまえ市町村が条例で定めることとなっているが、面積基準は参酌基準とされるにとどまり、地域の実情に応じて定めることになっている。しかし、国が示す基準は本来保育に求められる水準を定めたものであるから、各市町村が保育の質の向上を図るといふ新制度の理念を実現するためにも、国の基準以上の小規模保育認可基準の条例化が必要であろうと考える。

## (2) 事業所内保育所の課題

前項では2012(平成24)年8月に成立した「子ども・子育て関連3法」が一連の保育改革のポイントとなっている。これらの改革は待機児童問題の解決を重要な目的とするものであった。ところで、待機児童の問題のもう一つの解決方向として、事業所内保育所を地域の一般家庭の子供も利用できるようにするというものがありうる。

本項ではこの点について述べる。以下、1)でまずこの問題を見る視点についてふれ、次に2)で事業所内保育所の展開過程と必要性を見、続いて3)で事業所内保育所の安定した経営のための課題を見、最後に4)で地域児童への開放の問題を見る。これによって、企業にとって事業所内保育所の保育サービスの質を維持しながら、安定的にその事業所の保育施設の運営がされていくための方法の一つとして、事業所内保育所に空き定員が生じた場合には、その事業所内保育所が立地する地域内の一般家庭の子どもの利用ができるよう入所児童の受け入れを多様化することが有効であると考えられることを述べる。

## 1) 問題の背景 小規模保育への取り組みの一つとして

事業所内保育所もまた、利用する子どもや従業員に子どもひとりひとりの発達段階を大切にしたい保育を提供することを目指すものであり、また、そのためにも、当然のこととして、事業主による事業所内保育所運営事業の適正な運営と、当該自治体による事業所内保育所<sup>10</sup>に対する指導監督<sup>11</sup>が必要である。

企業は、仕事と家庭の両立が可能となるような雇用環境の整備を行うことが、2005(平成17年)年次世代育成支援対策推進法<sup>12</sup>の施行とともに、これまで以上に求められるようになった。このような、新たな、企業による次世代育成支援策の一つとして、事業所内保育所が注目されている。事業所内保育施設の持つ意義は、企業(事業所)側にとっては人材の確保・定着、女性従業員にとっては就労の選択肢拡大、行政にとっては認可保育所の補完機能という3点<sup>13</sup>がある。現在は、院内保育所をはじめ多様な事業所内保育施設が設置されている。

しかし、事業所内保育施設の多くは、3歳未満児を多く受け入れており、かつ、開所時間も認可保育所に準ずるか、あるいは施設によってはそれ以上の運営をしていることから、認可保育所の補完としての機能を果たしている。事業所内保育施設の設置は、幼児を養育しながら働く就労者にとって最も直接的な支援策<sup>14</sup>であり、特に女性従業員の育児休業からの復職との関係において事業所内保育施設の有効性<sup>15</sup>がある。また、事業所内保育所においては、各事業者はその事業所が雇用する従業員である事業所内保育所の利用者の勤務状況に即した保育体制を整えていくことができるという長所がある。

以下、2)、3)、4)では、関連資料に基づきながら、まず2)で事業所内保育所の必要

---

10 厚生労働省の「平成25年度事業所内保育施設の設置・運営等支援助成金のご案内」のように事業所内保育施設との表記があるが、他の文献においては企業内保育所や事業所内保育所と表記されている場合も多いため、同義語と扱い表記は事業所内保育所に統一した表記をすることにした。

11 認可外保育施設である事業所内保育施設は、都道府県の指導監督対象施設となっているが、従業員の乳幼児以外に乳幼児を6人以上預かる施設は届け出対象施設となっている。

12 厚生労働省「次世代育成支援対策推進法」(平成15年法律第120号)

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/02/01.html> (2015.4.30 確認)

常時雇用する労働者が301人以上の企業に対し、労働者の仕事と子育ての両立支援に関する取組を記載した一般事業主行動計画を策定し、その旨を厚生労働大臣に届け出ることが義務づけられており、また、適切な行動計画を策定・実施し、その目標を達成するなど一定の要件を満たした企業は厚生労働大臣の認定を受け、「くるみんマーク」を使用することができるとされている。また、急速な少子化の進行は我が国の経済社会に深刻な影響を与えることが懸念されているため、こうした少子化の流れを変えるためには、働き方の見直しによる仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現が重要な課題の一つとなっており、2009年に改正次世代育成支援対策推進法により、国・地方公共団体・企業が一体となった取組が必要とされている。また、平成27年3月31日までの時限立法である。

13 矢代恵介(2005)「人材確保と就労選択肢拡大にも効果—費用負担が最大の課題」『厚生福祉』vol. 5295, p. 8, 時事通信社。なお、矢代の指摘は、的場らによる第一生命経済研究所の事業所内保育施設調査に準拠している。

14 企業福祉・共済総合研究所(2011)「福利厚生最前線 事業所内保育施設を取り巻く最近の環境～子育て期従業員の生活の安心に寄与～」『生涯総合福祉』No. 751, p. 2.

15 労務研究所(2010)「事業所内保育・託児施設の運営をみる」『旬刊 福利厚生』No. 2050, p. 5. 同調査によれば、育児休業後復職者ありの事業所においては、40.6%が事業所内保育施設を設置しており、復職者の63.2%が同施設を利用したことが報告されている。なお、増加傾向にある事業所内保育施設であるが、企業全体の中での設置率は依然として1%台にとどまると的場康子(2012)「事業所内保育所を設置しやすくするために」『ライフデザインレポート』vol. 201, p. 39, 第一生命経済研究所ライフデザイン研究本部。

性、現状と問題点、解決の方向を整理する。また3)、4)で経営負担の軽減という点からは、企業内保育所の運営における設立・運営コストを抑制し、利用者の安定的確保を実現するためには地域内企業協同の保育所運営事業を進めることが求められること、また、その事業展開をする上での資金を投資家から集めるという発想も検討の余地があることを述べる<sup>16</sup>。

今日の、待機児童問題と女性の就業継続問題とは関連していることから、企業が大きく運営に関わる事業所内保育所の普及と改善は待機児童問題のみならず女性の就業継続問題の解決にも大きく寄与すると予想される。

以下、2)「事業所内保育所の展開と必要性」では、企業の立場から見れば、企業にとって女性の活性化は不可欠であり、企業としても育児の問題を避けておれない状況となっていること、女性が安心して職場復帰できることが、企業としても大切な戦力の復帰となる状況であることを述べる。3)「事業所内保育所の運営問題…企業負担と安定した経営」では、厚生労働省をはじめとした行政機関の支援策がありつつも普及があまり進まない理由を検討し、企業による設置・運営負担の大きさが重要な理由の一つであることを述べる。また、4)「事業所内保育所の運営問題…企業担当者の見解をふまえて」では、現実の事例から現場の状況を詳しく検討し、受け入れ児童を事業所勤務者の児童以外にも拡大することが事業所内保育所の安定した運営に寄与していることを述べる。

## 2) 事業所内保育所の展開と必要性

### 2) - 1 事業所内保育所の発展・整備状況

仕事と家庭の両立支援策の代表的な制度として、育児休業制度と保育制度があり、保育制度の一形態として事業所内保育所がある。次に、事業所内保育所がどのように機能しているかを育児休業制度との関連にも留意しながら見てみよう。

市町村等に届出された事業所内保育所<sup>17</sup>は全国に986施設であり、在所児童24,396人について、その年齢構成をみると0～2歳までが50.3%と半数を占めている。

認可保育所22,250施設<sup>18</sup>における在所児童2,100,357人の年齢構成は0～2歳までが29.0%であることと比べ、事業所内保育所は3歳未満児を受け入れている割合が高い。企業内の事業所内保育所は、事業主が従業員のために事業所内または隣接地に設置している保育施設で、自社の勤務時間に合わせて、一般の認可保育所では対応できない深夜や休日等にも対応した保育運営や、産後休暇や育児休業後にすぐに職場復帰できるようなシステムを整えている保育施設が多いのが特徴である<sup>19</sup>。女性の継続就業を支援する手段の一つとして、事業所内保育所の拡充はその企業の発展に大きな影響を及ぼすと言える。

<sup>16</sup> その資金に対する投資家への配当については、地域内企業協同保育所の収益から分配することを基本ととらえている。

<sup>17</sup> 厚生労働省「平成21年地域児童福祉事業等調査結果の概況」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidou/09>(2015.4.30 確認)

<sup>18</sup> 厚生労働省「平成21年社会福祉施設等調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/09/>(2015.4.30 確認)

<sup>19</sup> 中村艶子(2000)による。

厚生労働省は事業所内保育所に対し設置支援を行っており、支援の条件として、利用者が原則として事業主の雇用する従業員であること、施設の設置場所が事業所の敷地内、事業所の近接地、従業員の通勤経路、従業員の居住地の近接地(社宅、団地等)のいずれかであること、さらには保育時間が利用する従業員の勤務時間を勘案して設定し、利用しやすいものであることなどを示している<sup>20</sup>。

この設置支援は、乳幼児の定員が10人以上などの施設を対象に、1993(平成5)年度から助成金の付与という形で始まった。申請時に、運営開始から5年間の利用見込み数などの計画書を労働局に提出し、審査で適切と認められれば助成金が支給される。事業所内保育所は企業や病院などの事業所が、職員の福利厚生のために事業所内に置く託児施設としての機能を持つ保育所のため、大きな利益を出す必要がなく、事業所内の遊休資産の有効活用になり、同施設が無かったら働けなかった人たちの潜在的雇用が確保される利点もある。

急速な少子化を背景に、次代の社会を担う子どもたちを生き育てていく環境を整備するために次世代育成支援対策推進法が施行され、301人以上の従業員を雇用する事業主は、仕事と家庭の両立が可能となるような雇用環境の整備を行うことが義務化された。こうして2005(平成17)年4月から全面施行された次世代育成支援対策推進法において、各企業は育児休業の取得促進のための措置等の次世代育成支援対策を企業内で実施することが求められている。

まず、育児休業面での雇用環境整備の進展状況について見ると、規定整備に関しては、2011(平成24)年度雇用均等基本調査<sup>21</sup>によると、育児休業制度の規定がある事業所の割合は、事業所規模5人以上では72.4%(平成22年度68.3%)、事業所規模30人以上では94.2%(同90.0%)となっており、平成22年度調査より事業所規模5人以上では4.1ポイント、事業所規模30人以上では4.2ポイント上昇している。

産業別にみると、複合サービス事業(97.7%)、電気・ガス・熱供給・水道業(97.3%)、金融業、保険業(94.0%)で規定を作成している事業所の割合は高くなっている。規模別にみると、500人以上で99.9%、100~499人で98.4%、30~99人で93.0%、5~29人で67.3%と規模が大きくなるほど規定がある事業所割合は高くなっている。育児休業取得率の推移を見ると、男女別にみると、女性は83.6%(平成23年度87.8%)、男性は1.9%(同2.6%)となっている。2006(平成18)年度の女性雇用管理基本調査<sup>22</sup>の、在職中に出産した者又は配偶者が出産した者に占める育児休業取得者の割合(以下、育児休業取得率という。)を男女別にみると、女性は88.5%(平成15年度73.1%)、男性は0.57%

---

<sup>20</sup> 厚生労働省「両立支援助成金支給要領(中小企業両立支援助成金、子育て期短時間勤務支援助成金、事業所内保育施設設置・運営等支援助成金)平成24年度支給綱領」より抜粋。その他、支給対象となる「事業所内保育施設」の条件としては、「施設の規模」「施設の構造・設備」「運営」という項目が規定されている。

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba\\_kosodate/ryouritsu01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba_kosodate/ryouritsu01/index.html)(2015.4.30確認)

<sup>21</sup> 厚生労働省「平成24年度雇用機会均等基本調査」2013年7月

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/d1/71-24e.pdf>(2015.4.30確認)

<sup>22</sup> 厚生労働省「平成18年度女性雇用管理基本調査」

[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001096647&requestSender=dsearch](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001096647&requestSender=dsearch)(2015.4.30確認)

(同0.44%)と、それぞれ15.4%ポイント、0.13%ポイント上昇した。また、育児休業取得者の男女別割合をみると、女性が97.2%(同97.1%)、男性が2.8%(同2.9%)となっている。

事業所内保育施設を設置している事業所の場合、多くの女性が復職する傾向<sup>23</sup>があり、また同施設を利用しながら働いている人も多く、女性の継続就業を支援する手段の一つとして、事業所内保育施設の拡充がその企業の発展に大きな影響を及ぼすと言える。企業の立場から見れば、企業にとって女性の活性化は不可欠であり、企業としても育児の問題を避けて通れない状況となっていることがこれらの数値からうかがえる。

## 2) - 2 事業所内保育所の必要性

先にふれたように女性が安心して職場復帰できることが、企業としても大切な戦力の復帰となり、優秀な女性をつくりあげるまでの貴重な時間をかけたうえに退職ということで失いたくないのは当然である。

また、事業所内保育施設は、認可外保育所に該当しているが、認可保育所の代替施設としての役割も担っていることも留意されるべきである。さらに的場(2005)によれば<sup>24</sup>、事業所内保育所はその多くの利用者から、小さな子どもがいても働くことができるという母親の就労意欲を満たすものとして高い評価を得ている。

このように、事業所内保育所は、子どもが小さいからこそ、子どもの傍で安心して働くことができるという精神的な充足感を満たすという側面からも評価されている。

よって、就労意欲のある母親が安心して子どもを預けて働くことができるという事業所内保育施設は、子育てと就労の両立支援策として大きく貢献している。企業による次世代育成支援策の一つとして、事業所内保育所が注目され、期待されている大きな理由がここにある<sup>25</sup>。

次にその例を見ると、JR東日本は、東京の新宿や田端のほか、仙台の企業内保育施設で24時間保育を週2回実施することで、夜勤業務に対応している。ここには夜遅い時間までや土・日にも利用できるなど従業員の細かなニーズに対応できるという企業内保育所の大きな特徴が出ている。化粧品会社のアルピオンは2009(平成21)年から、東京・銀座の本社から徒歩5分のビルの1階に企業内保育施設を開設した。運営は、保育サービス大手のポピンズに委託しており、武田薬品工業の本社など近隣の8社と契約し、自社以外の子どもを含めて約15人が常時保育サービスを利用している。これは企業委託型保育サービスの例である<sup>26</sup>。

ブリヂストンは2013(平成25)年10月1日、東京都小平市にある同社の事業所内保育所

<sup>23</sup> 的場康子(2012)前掲書 p. 35.

<sup>24</sup> 的場康子(2005)「事業所内保育施設の今後のあり方について—事業所内保育施設の利用者に対する調査結果から—」『ライフデザインレポート』vol. 166, p. 13, 第一生命経済研究所ライフデザイン研究本部。

<sup>25</sup> しかしこうしたことは、あくまでも出産しても仕事を継続する女性労働者の間において定着していることである。他方で、出産を機に大多数の女性が仕事を辞めているという現実もあり、女性が出産退職をする傾向にはあまり変化が見られていないことにも留意する必要がある。

<sup>26</sup> 『日本経済新聞』2013年6月24日3面



ブリヂストン小平保育園を改修し、定員を78人から120人に拡大した<sup>27</sup>。理由は、従業員の保育施設利用ニーズの増加に対応するためである。こうした動きは事業所内保育所の意義に対する企業側の評価の表れであると言える。

事業所内保育所は女性の継続就業支援のために設立され、勤務先に隣接して設置されてあるため、交通の利便性があり<sup>28</sup>、また、一部の利用者の中には勤務時間に合わせて働くことができることや、軽い病気の時も預かってもらえることを高く評価する意見もある。事業所内保育所を設置している事業所では、女性の育児休業からの復職者がいる事業所割合は40.6%であり<sup>29</sup>、他の支援制度と比較して最も高い。また、復職者の63.2%が同施設を利用しており、利用率においても他の制度に比べ最も高い。

このように事業所内保育所を設置している事業所の場合、多くの女性が復職する傾向があり、また同施設を利用しながら働いている人も多い。まさに女性の継続就業を支援する手段の一つとして、事業所内保育施設の設置が有効であると言える。

今後、働く母親が増え、子どもの保育所への入所を期待する世帯が増加することのみならず、保育所の供給不足のために当初から利用をあきらめていた世帯が、保育所の増加により保育需要を顕在化させる可能性は大きい。それぞれの需要に合わせた保育所の供給が重要な課題となるが、事業所内保育施設の普及は保育と就労の両立を目指す人々にとって重要な対応策となりうると言えよう。

### 3) 事業所内保育所の運営問題 企業負担と安定した経営

事業所内保育所において従業員は、その保育所に保育料を支払って子どもをあずけ利用しているが、事業所にとっては、当該施設の設置・運営には大きな費用負担を要するので、当該施設の運営は、できるだけ効率的に行わねばならず、企業による設置・運営負担の大きさは軽視できない。利用する人数が定員を満たすことができなければ、利用者数の安定的な確保ができず、利用率の低い事業所内保育施設も生まれてしまう。

運営する事業主負担の軽減を図るために、国による助成制度があるが、最近では自治体独自による助成制度も増えてきた。内閣府は、雇用保険事業の中で、一定基準を満たす事業所内保育所の設置・運営がしやすくなるよう、事業主などに費用の一部を

<sup>27</sup> 『ゴムタイムス電子版』2013年10月3日。http://www.gomutimes.co.jp/?p=57208(2015.4.30確認)  
同園は、都内にある事業所内保育施設では最大規模であり、従業員の子育てをサポートし、仕事と家庭の両立を応援するという観点から、子どもをもつ従業員にとってより働きやすい職場環境を提供するため、2008年に開設されている。また、2013年6月からは新本社ビル施設内の保育施設と提携し、本社地区従業員を対象とした支援も行っている。同社は、従業員の多様な勤務時間帯を考慮して、保育施設利用ニーズに対応するため、労働環境の整備を進めている。その一環として、従業員が仕事と育児を両立できる環境づくりに努めている。このように、企業によっては、従業員への保育施設利用ニーズの提供とともに、労働環境を従業員の子育てに働きやすくなるような支援が行われていると言えよう。

<sup>28</sup> 東京都国立市のA保育園で、認可外保育所を利用する正社員の一人の母親にヒアリングができたが、そこに企業内保育所には「子どもを預けない」という意見があった。「幼い子どもを毎日、満員電車やバスを使い長時間かけて職場まで連れて行くことに抵抗があるのです」と語ってくれた。混みあう通勤電車内に大人一人で乗車するのも苦痛であるのに、幼い子どもを連れて乗車するのであるから、子どもにも大きな精神的な負担になる通勤が、一つの問題である。自家用車でなく公共交通を利用する保護者・児童の負担をどう解決するかは課題のひとつである。

<sup>29</sup> 厚生労働省「平成20年度雇用均等基本調査」2009年8月  
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/08/h0818-02.html(2015.4.30確認)

助成している。事業所内保育所への運営に関する支援策としての公的助成制度<sup>30</sup>では、事業所内保育所は、子ども・子育て支援新制度の地域型保育給付費として、小規模保育事業(定員6~19人)と並んで助成対象となる。しかし、その際、国の定める保育所設置基準を満たしている認可保育所と、事業所内保育所との間では以下のように支援の格差が生じている。

社会福祉法人などが認可保育所を新設する際は、原則としてその費用の75%が国や地方自治体から支援されている。前述の公的助成制度である「平成25年度事業所内保育施設の設置・運営等支援助成金」によると、事業所内保育施設を設置する場合、大企業の場合に助成率3分の1、上限額1,500万円、中小企業の場合に助成率3分の2、上限額2,300万円で、運営費助成は年間600万~700万円の範囲で、大企業には助成率2分の1、中小企業には助成率3分の2となっている。(ここからは、1カ所当たり、設置費は3,500万~4,500万円、運営費は年間1,000万~1,400万円と概算できる。)

これらは緊急的な対策として実施されているが、事業所内保育施設1カ所での入所児童数が平均14.7人なので単純計算では、1,000カ所の新設で1.5万人、3,000カ所<sup>31</sup>で4.4万人、5,000カ所の新設で7.4万人が事業所内保育所に入所できることになる。設置費助成額は新設1,000~5,000カ所<sup>32</sup>で350億~2,250億円、これを2013~2017年度で実施すれば1年度当たり予算額は70億~450億円となる。運営費助成額は新設1,000~5,000カ所<sup>33</sup>を10年間実施するとなれば、既設分を合わせれば、1年度当たりの予算額は最大で500億~900億円となる<sup>34</sup>。

事業所内保育所に対するこうした助成制度の効果を次に見よう。厚生労働省がまとめた2011年度(平成23年度)の認可外保育施設<sup>32</sup>の総数は7,739カ所である。そのうち事業所内保育施設の総数は4,165カ所であり、そのうち院内保育施設は2,555カ所を除いた事業所内保育施設数は、2011年度で1,610カ所である。2004年度は1,233カ所であった<sup>33</sup>。

2013年度(平成25年度)の認可外保育施設の総数は7,939カ所である。そのうち事業所内保育施設の総数は4,480カ所であり、そのうち院内保育施設は2,761カ所を除いた事業所内保育施設数は、2013年度で1,719カ所であった<sup>34</sup>。(図 序(2)-1)

<sup>30</sup> 厚生労働省「平成25年度事業所内保育施設の設置・運営等支援助成金のご案内」2013年5月

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ryouritsu01/dl/hoikupanhu.pdf>(2015.4.30確認)

<sup>31</sup> 事業所内保育施設に対する助成制度は、設置主体である企業にとって負担軽減になるのみでなく、自治体にとっても、企業の力を借りながら保育サービスの底上げが期待できるものであり、保育施策の充実のために寄与するものと思われる。これからも、女性の就業意欲の高まりとともに保育需要もますます増大することが見込まれる。企業との協働による保育施策の強化という視点も踏まえ、その一つの具体的施策として事業所内保育施設に対する助成制度の充実を行い、その設置促進を図ることにより、保育サービスの受け皿を増やしていくことが重要である。

<sup>32</sup> なお、認可外保育施設である事業所内保育施設は、都道府県の指導監督対象施設となっているが、従業員の乳幼児以外に乳幼児を6人以上預かる施設のみが届け出対象施設であり、従業員の乳幼児以外の乳幼児が5人以下の施設は届け出対象外の施設であるため、実際には事業所内保育所の数はこれよりも多いと推測される。

<sup>33</sup> 前掲『日本経済新聞』2013年6月24日3面

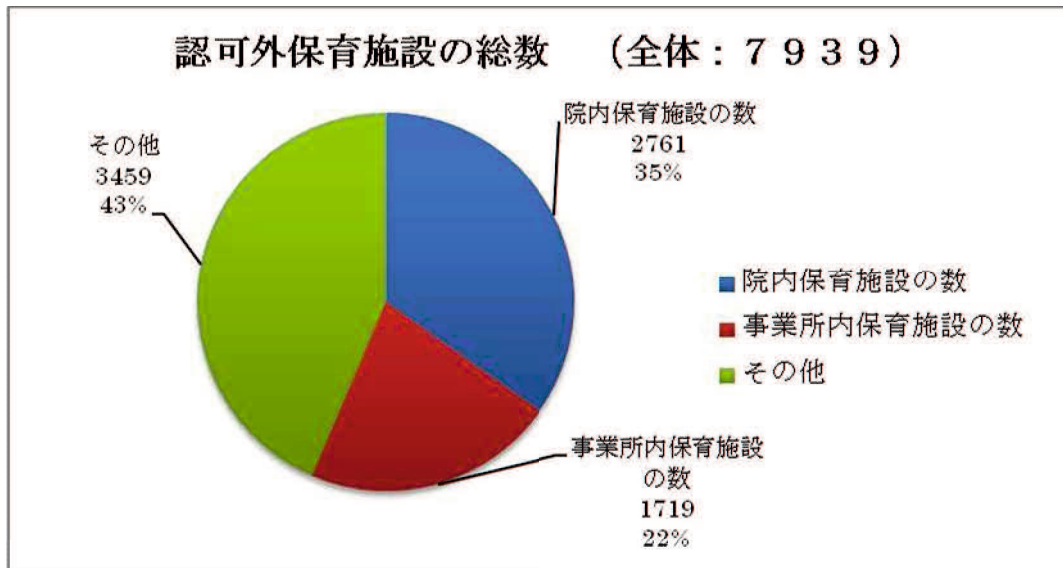
厚生労働省「平成23年度認可外保育施設の現況取りまとめ」2013年3月

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002ybfx-att/2r9852000002ybhe.pdf>(2015.4.30確認)認可外保育施設については前掲している。

<sup>34</sup> 厚生労働省「平成25年度認可外保育施設の現況取りまとめ」2015年3月

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuk>

(図 序(2)-1)認可外保育施設の数



出所：厚生労働省「平成25年度認可外保育施設の現況取りまとめ」による。数値は都道府県が把握した数。筆者による作成。

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000080123.pdf>

また、事業所内保育施設の児童数は(表 序(2)-1)のとおりである。児童数は院内保育施設とともに、2008(平成20)年度から2011(平成23)年度にかけて5千人の増であり、さらに2013(平成25)年度にかけて事業所内保育施設の児童数は1万人、院内保育施設の児童数は8千人の増となっている。

(表 序(2)-1)事業所内保育施設の児童数

区 分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
事業所内保育施設の児(人)	56,000	58,000	61,000	61,000	66,000	71,000
院内保育施設の児童数(人)	41,000	43,000	46,000	46,000	50,000	54,000

出所：厚生労働省「平成25年度認可外保育施設の現況取りまとめ」による。数値は都道府県が把握した数。筆者による作成。

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000080123.pdf>

そもそも事業所内保育所の運営は企業の収益とおおいに関係するため、助成金を受けてはいても、企業の収益しだいでは財政的に厳しい状態となり、保育士の人件費等も賄えないような状況になる。この点に関連して、企業内保育施設の閉鎖の問題を見

ておこう。2013(平成25)年7月30日会計検査院の調べ<sup>35</sup>によると、2012(平成24)年9月末時点で、東日本大震災の影響によるものを除き、全国で51施設が廃止、30施設が休止となっていた。

この休止された81施設への助成額は合計8億37,90万円である。そのうち26施設は助成金が支給されてから5年以内に、12施設は支給が終わって1年未満に休止されていた。最短で運営開始から1年半で廃止された事業所もあった。こうして、2011年度までに国が助成金を出して設置された720件のうち、1割強にあたる81件の施設がすでに休止されている。

会計検査院は、設置計画の事前審査が不十分だったとして、厚生労働省に対して改善を求めた。審査状況を調べたところ、事前審査では定員10人以上の要件を満たすかを形式的に確認していただけだった。会計検査院は(1)審査時に定員の積算根拠資料や財務関係書類を提出させること、(2)休止時は再開計画を提出させ取り組み状況を把握することを厚生労働省に求めた。厚生労働省は「会計検査院の処置要求に対して適切に対応する」(雇用均等・児童家庭局)とコメントし、休止時に再開計画を提出させるなどの対応を、2013(平成25)年5月から始めている。

このように事業所内保育所の一部に休止が生じた大きな理由のひとつは、設置当初に予定していたほど利用者が増えなかったことがあるが、加えて、認可外の企業保育所は運営費の助成が5年で打ち切られるために、その後、保育士の人件費などが賄えずに財政的に厳しくなっているところが多いことも影響していると推測される。事業所内保育所の中には当該市町村の他の保育所と比べて低い保育料に設定しているところがあるので、利用料金を上げることも経営安定化の一選択肢となるが、「認可外保育所の未就園児の場合月5～6万円程度を超えると、さらに利用者は減ってしまう」危険性があること<sup>36</sup>、また、助成金要件の一つには設備基準として、2階以上に設置の場合の避難用屋外階段の設置義務などの規制もあるので、この面からコストの問題が出てくることもあり、こうして値上げの難しさとコスト問題は事業所内保育所の整備、経営の安定を難しくしている。

こうした場合、この負担を避けようと外部委託することにしても、事業所内保育施設は運営のすべてを外部委託した保育サービス企業に一任すればよいというわけではなく、その企業は、外部委託した保育サービス企業と連絡を密にして管理する義務もある<sup>37</sup>。こうした背景のもとで企業が、事業所内保育所を導入する方向での意識変革は、

---

<sup>35</sup> 『日本経済新聞』2013年7月31日42面

会計検査院法第36条の規定による処置要求。会計検査院は、平成25年7月30日、厚生労働大臣に対し、会計検査院法第36条の規定により、改善の処置を求めた。「事業所内に設置される保育施設に係る計画の審査等について」

[http://www.jbaudit.go.jp/pr/kensa/result/25/pdf/250730\\_zenbun\\_1.pdf](http://www.jbaudit.go.jp/pr/kensa/result/25/pdf/250730_zenbun_1.pdf) (2015.4.30 確認)

<sup>36</sup> 東京都国立市の企業内保育所を設置している企業の福利厚生担当者の説明より。

<sup>37</sup> 事業所内保育施設における定員数、保育時間、保育内容、管理運営形態等の詳細に関する調査は例えば下記のものがある。

労務研究所(2005)「最近の事業所内保育・託児施設をみる」『旬刊 福利厚生』No.1865, pp.46-48. 前掲書(2010)「事業所内保育・託児施設の運営をみる」『旬刊 福利厚生』No.2050, pp.5-15. 労務研究所(2011)「事業所内保育施設の運営実績」『旬刊 福利厚生』No.2082, pp.5-18. 2011年の記載によれば、基本保育料は全年齢平均で25,446円であり、2005年以降には外部保育事業者への委託運営による事業所内保育施設の開設が増加している。

従業員の保育ニーズの理解、企業内保育施設がもたらす企業へのプラス効果、公的支援制度への強い認識が重要である。また、そのためには事業所内保育施設の開設意欲ある担当者の存在、および支援理念のある経営者の判断も当然重要となる。事業所内保育施設の設置にあたり、国や一部の自治体による助成制度が整備されつつあるが、設置・運営のための負担が大きいこととともに、企業側の認識の問題もまた企業による事業所内保育施設の導入と普及を左右する要因と言える<sup>38</sup>。

#### 4) 事業所内保育所の運営問題 企業担当者の見解をふまえて

上で、事業所内保育施設の導入・普及・運営にとって、企業側の認識の問題も一つの要因であると述べたが、ここで企業側の認識それ自体について少し詳しく見ておこう。上記の企業の財政負担、また事業者側の必要性の認識など、事業所内保育施設の運営上の問題について、すなわち自らの企業が運営している保育事業の現状と問題点、解決の方向について、実際に事業所内保育施設を運営している企業の担当者はどう考えているのか。

先ず大企業の場合について、厚生労働省による「仕事と生活の調和推進プロジェクトー平成20年度仕事と生活の調和は進んだかー」の資料を基に見よう<sup>39</sup>。なお、ここで以下の4つの企業を示した理由は、キャノンについてはそこでの事業所内保育施設の展開は、一般の保育所と似ており、なかでも認証保育所としての事業形態をとっていること、さらに従業員に限らずすでに地域の子どもの利用が多いこと、住友商事と日産自動車については、そこでの事業所内保育施設の展開は、事業所が設置する形態であること、またそれぞれの保育施設が環境改善を工夫し、設置がプラスであったと評価していること、日立製作所については、そこでの事業所内保育施設の展開は、運営主体が労働組合であること、この3つの運営方法の特徴に注目したためである。また、これらは運営方法は異なりながらも、いずれも安定した運営を継続しているという意味で注目に値する先行事例であると判断されたからである。

#### 保育施設設置事業者の担当者の見解

キャノン：弊社は認証保育所（東京都独自の制度）で、社員だけではなく、地域との共生という視点で設置しました。――一部省略―― 現在預けている社員もいますが、大部分は外部の方ですね。

住友商事：設置に当たっては、コストは課題の一つであり、確かに「コストもかかるし自宅が遠くて使えない社員もいるじゃないか」という意見もありますが、――一部省略―― 会社として保育所を設置したことはプラスだった。利用者数も当初の予想以上に増えました。グループ全体のWLBにも大きく寄与しています。

日産自動車：2005年に託児所を設置、車通勤ができること等もあり、同事業所に開設することとしま

<sup>38</sup> なお、企業内保育施設が、待機児童対策の大きな支えになるのかという課題に対し、宇南山卓は、企業がすべてをカバーするのは困難であり、あくまで認可保育所などの公的保育サービスの拡充が柱と強調しつつも、事業所内保育でも早朝や夜間など認可保育所が対応しないサービスをする場合は、助成の増額などを考慮すべきとしている。（『日本経済新聞』2010年4月18日28面）

<sup>39</sup> 厚生労働省「仕事と生活の調和推進プロジェクト」平成20年度  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudouki/jun/sigoto-seikatu/> (2015.4.30 確認)

した。――一部省略―― 実際に運営を始めてみると、初年度は利用者が予定より少なかったため、利用料金の見直しや駐車場の配慮をする等の環境改善を行いました。その結果、現在は、ほぼ予定通りの利用人員になっています。

日立製作所：事業所の労働組合の熱意もあって2003年に開設しました。運営主体を労働組合が担当していて、園長も組合支部長が従事していますが、35名の定員に対し、常時30名程度の園児を抱え、きめ細かく運営しています。運営費用面は、――一部省略―― 継続的・安定的な運営のための支援をしています。今後は運営の協力先をいかに増やしていくかが課題です。

続いて、筆者が行った聞き取りにより地方の事例を見よう。筆者はヤクルト山口東販売株式会社の運営している企業内保育施設に対してヒアリングを行った（2013(平成25)年11月11日）。同社は現在、岩国・五日市・廿日市・下松の4か所で企業内保育施設を運営している。開所時間は、8:00～15:00と8:00～17:00だが少々の延長も考慮されている。定員はいずれも10人以内となっており、利用年齢は3歳以下としている。保育料は、かなりの低額とのことであった。3名～4名の保育士の有資格者があたり、勤続年数は10年におよぶ方もいる。保育施設はそれぞれ営業所に併設されている。利用者のサポートとしては、ヤクルト本社の保育部門が全国の保育施設に対応しており、地域によっては保育所がない場合には、保育助成等の制度もある。このようにこの保育所は主に3歳以下の低年齢児を対象とし、母親の職場に近い場所で保育がなされており、すでに30年以上の実績がある。また、会社と保育園との情報交換を積極的に行い、保育園から会社へは子どもの保育状況等について、会社から保育園へは母親の仕事状況並びに会社の経営状況等を報告し、相互理解を深めている<sup>40</sup>。

こうして、子どもの保育及び利用しやすいような料金や時間設定にする等、母親の就業を支援する体制を構築している。また、保育の質の向上と維持については、会社から直接雇用されている経験豊かな保育士による指導、管理のもとで、従業員の勤務形態に応じて、細かな部分に行き届いた保育が行われ、出産後も安心して働けるように柔軟性のある保育環境を整えていると考えられる<sup>41</sup>。

以上の成功している事例から、事業所が利用者に対してたとえば駐車場の整備等、利用しやすさを向上させる配慮をしていること(日産、ヤクルト)、地域に開放することで利用者を増やし、経営の安定化を実現できること(キャノン)<sup>42</sup>、結果として企業にとってもプラスであるとの認識が高まること(住友)、運営の協力先を増やすこと(日立)、が運営に対する有効な要因となりうるということが示されていると言えよう。

また、事業所内保育施設は、優秀な人材の確保・維持という企業目的のために設立されるにしても、その効果は一企業内に留まらず、その地域において不足している認

---

40 山口県東部ヤクルト販売(株)本社の保育部門は総務部長が担当し、保育担当者が窓口としてスタッフの要望に対応している。

[http://www.yamaguchikentobu-yakult.co.jp/index.php?node=s\\_recruit](http://www.yamaguchikentobu-yakult.co.jp/index.php?node=s_recruit)(2015.9.30確認)

41 岩国の施設の利用者からは「保育所があり、専任の保育士さんが常駐しているところもあり少人数制なので、お子さんを預けながら安心してお仕事でき、みんな共通の悩みを持つスタッフ同士だから、仕事のこと、育児のこと、みんなで相談して助け合いながら働いている。」との感想があった。

42 地域住民を預かる企業内保育園として、福井県小浜市の小浜信用金庫が2011年5月「はましんわくわくステーション」を開設した。(『日本経済新聞』2010年4月18日)

可保育所の補完という機能を果たしていることから、潜在的な待機児童を含めた待機児童数の削減というより広い課題にも対応しており、この意味で同施設の増加と安定した経営が望まれる。

次に、上の経営上の有効な要因と考えられるもののうちのいくつかについてもう少し検討して見よう。

#### 4) - 1 事業所内保育所外児童への開放

先ず、上の事例にも見られるように、事業所内保育施設をさらに地域に開放し、地域の子どもも受け入れることが考えられる。事業所内保育施設に空き定員が生じた場合に、その企業内保育施設が立地する地域内の一般家庭の子どもの利用ができるよう入所児童を多様化することで、事業所内保育施設の利用増加が期待でき、運営上の困難を減らすことができる<sup>43</sup>。すなわち、利用者の多様性(従業員とその他の利用者という二元的構成)に配慮することで、事業所内保育所の利用増加が可能であることは、定員不足という運営上の困難を抱える事業所内保育施設においては、この問題に対応する一つの有力な方法となりうる<sup>44</sup>。

なお、この、対象となる利用者が誰であるかという点に関連して、中村(2003)は企業内保育所の利用における不公平性<sup>45</sup>に言及している。不公平要因は主に、①利用するのは共働きの社員のみであるという他の社員からの不満がありうること、②複数の事業所がある企業においては、企業内保育所を設置していない地域があること、③定員があるため定員超過時には利用できないこと、というものである。①については、ベネッセコーポレーションでは、福利厚生をカフェテリア方式で点数化し、育児支援が必要であればそのポイントを育児費用に使うことでこの課題を解決していることから、カフェテリア方式の福利厚生制度が一つの解決策となりえる。②については、複数の事業所すべてで設置することは現実には難しいであろう。③については定員超過に対しては保育所の規模拡大が必要でありこれも容易ではないであろうと、述べている。

さらに、企業による導入障壁を低くし、仕事と育児との両立支援策としての事業所内保育所の普及を進めるためには、各事業所が、事業所内保育所の経営安定化に向けて、当面、定員不足時に地域等の要保育児童を受け入れることは、法改正や企業負担の増加なしに可能なことである。また、この点でキャノンのような先行企業から学ぶこと、そしてまた行政もこの点での情報を広く伝えることがその有効な政策となる。

#### 4) - 2 事業所内保育所間の協力

また、もう一つは、日立の例にもあったように、運営の協力先の多様化も有効な方法となりえよう。その一つとしてたとえば経費の節約のために他企業と共同で事業所内保育所を設立することが考えられる。そこでは先に見たアルピオンの例のように複

<sup>43</sup> なお、入所児童の多様性については、その親が事業所の勤務者であるか否かという点とともに、健康な児童か病気の児童かという点もあるが、これについては別稿の課題とする。

<sup>44</sup> 中村艶子(2008)「企業の社会的責任：企業内保育所設立動向に見る」『労働理論学会誌』第17号, pp. 173-187.

<sup>45</sup> 中村艶子(2003)「企業内保育所の現状と課題」『労働の科学』58(7)p425. なお、中村はとくに定員超過を問題としているが、本稿では定員不足による経営の不安定を問題としている。

数の企業が協同して運営にあたるため、運営資金の調達負担が軽減される<sup>46</sup>。

よって、行政側としては、数社の企業が共同で保育所を設立する場合でも補助を受けられるようにすること、多くの企業にとって事業所内保育所の設置にあたって参考となる情報を企業が共有することを行政が援助すること、こうして事業所内保育所の多様性のある発展に適合した公的助成制度を充実させることが必要であろう。

助成制度の充実に関しては、内閣府の保育にかかわる検討部会は、子ども・子育て支援法の施行される2015(平成27)年に向けて事業所内保育施設への支援策<sup>47</sup>を拡充する方針を議論してきた。この制度では、これまで事業所内保育施設を教育・保育施設を対象とする施設型給付・委託費の対象としてきたことに加え、あらたに市町村による認可事業(地域型保育事業)の対象として児童福祉法に位置付けた上で、地域型保育給付の対象とし、多様な施設や事業の中から利用者が選択できる仕組みとすることになっているが、特に、事業所内保育施設を主として事業所の従業員の子どものほか、事業所の立地する地域において保育を必要とする子どもにも保育を提供できるように利用を拡充する方向を示している<sup>48</sup>。

日本経済団体連合会は、「待機児童の解消に向けた一層の取り組みを求める」という政策提言のなかで、事業所内保育施設の活用については、行政が中心となって担うべき保育環境の整備に対し、特に待機児童の多い自治体においては企業が一定の貢献をしているので、事業所内保育施設への助成は、財源・助成規模ともに限定的である点を改め、保育施設の設置に前向きな企業を後押しすることを要望している。

なかでも、国・地方公共団体が連携して事業所内保育施設の実態把握と制度周知を図ること、事業所内保育施設の施設・給付の要件や給付水準は、運営実態を踏まえた内容とすることを提言している<sup>49</sup>。本項で上に見た事業所内保育所の経営改善に関する

---

46 その一つの方法として、投資家からの基金を募り、運営収益から彼らに配当を行うというアイデアもある。蟻田祥子, 小林幸平, 高橋誠隼, 荒木貫治(2013)「地区別企業共有保育所ファンド - 企業と投資家で作ろう、よりよい社会」日本銀行, 日銀グランプリ第9回(2013)p5. これについては今後、福祉としての保育事業と収益との関係という問題の検討が必要である。

47 内閣府「子ども・子育て会議基準検討部会(第4回)資料1小規模保育事業について」(2013年8月29日、同部会における提案内容。)

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo\\_kosodate/b\\_4/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo_kosodate/b_4/pdf/s1.pdf)(2015.9.28確認)

48 内閣府「子ども・子育て会議(第10回)、子ども・子育て会議基準検討部会」(第11回)合同会議」(2013年12月26日同部会における配付資料1による)

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo\\_kosodate/k\\_10/index.html](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo_kosodate/k_10/index.html)(2015.9.28確認)

および配付資料1「地域型保育事業について」の事業所内保育事業における子どもの受け入れについて

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo\\_kosodate/k\\_10/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo_kosodate/k_10/pdf/s1.pdf)(2015.9.28確認)

地域によって異なるが、保育所の不足による待機児童問題への対応という側面から、事業所内保育施設での保育事業を展開しようとする民間保育サービス事業者の参入も必要と言える。児童福祉法に基づく認可(地域型保育給付)の対象となっている事業所内保育施設では、従業員枠の子どもに加えて、地域において保育を必要とする子ども(いわゆる地域枠の子ども)を受け入れる必要から、どの程度の地域枠を設定していくことになるのかは今後同部会での検討を要する。しかし、認可(地域型保育給付)の対象とならない地域枠を設けない事業所内保育施設は、施設として継続は可能である。

49 日本経済団体連合会政策提言「待機児童の解消に向けた一層の取り組みを求める」2013年5月14日

<http://www.keidanren.or.jp/policy/2013/044.html>(2015.4.30確認)

地域の子どもを受け入れ、市町村の認可を得た事業所内保育施設については、新たな保育制度の給付の対象となる(給付規模や施設要件等は新制度発足までに決定)。保育環境の整備に協力する企業を増やすためには、新制度における認可・確認に係る基準に柔軟性を持たせると同時に、行政手続き面で簡素であること、給付水準を引き上げることが求められると、している。



考察もまたこれらの方向、提言の有効性を示している。

以上の本項(2)の内容は次のようにまとめることができる。

ここでは事業所内保育所の現状と問題点を検討し、同事業においてはその一層の発展が求められていることと、それをさらにしっかりと進めるためには何が必要かを考察してきた<sup>50</sup>。そこからは、同事業の経営を安定化させていくためには事業所内保育所の利用を事業所以外の人に開放することと、複数の企業による共同の事業内保育施設づくりが有効な政策となりうることを指摘した。

そのことは同時に企業としての地域貢献となり、また、政府が掲げる待機児童ゼロの政策と、女性の職場での一層の活躍による経済成長の拡大に向けての有効性も持つ。

以上、(1)、(2)で検討した新たな地域型保育事業と事業所内保育所は待機児童問題の改善に役立つものであるが、また、それと並んで、保育所一般の運営改善のためのもう一つの課題として、現行の病児保育体制を一層強化するという問題が残っていると考えられる。以下の第1, 2, 3章ではこの問題に焦点を当てて詳細に考察し、それによってこの問題へのこれまでの民間の、また公的な制度・事業による問題解決のための取り組みの現状とそこに残る課題を検討し、そして最後にその解決の一つの試みとしての私的なサポート体制づくりの可能性についても考察したい。

### (3) 病児・病後児保育サービスの必要性

上記では、近年の保育問題中の重要な一つである待機児童の問題に注目しつつ、(1)で新たな地域型保育事業の最近の展開状況を、(2)で事業所内保育所の状況を見た。ここでは待機児童対策においてはいくつかの問題は残されているものの、一定の前進が見られていることがわかった。続く本項では、当面する保育問題の中のもう一つの問題であり、これまでの保育事業においてまだ比較的取り組みが遅れており、改善が求められていると考えられる病児・病後児保育の問題を見る。そのために以下、病児・病後児保育施設の必要性と、また、現時点における病児・病後児保育の状況と課題を概観する。ここでは現行の病児・病後児保育システムの状況の検討は同問題を本稿の中心的テーマとして設定するのに必要な限りで行い、その詳しい考察は第1章と第2章であらためて行う。

#### 1) 病児・病後児保育の必要性

病児・病後児保育の重要性と必要性は、一つには、以下で述べるように、病児・病後児保育であれやはり保育であることには変わらないことから、病児期の子どもに対

---

<sup>50</sup> 経済産業省「平成21年度サービス産業生産性向上支援調査事業(事業所内保育施設等実態調査事業)報告書」平成22年2月, 第一生命経済研究所

[http://www.meti.go.jp/meti\\_lib/report/2010fy01/020104.pdf](http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2010fy01/020104.pdf) (2015. 4. 28 確認)

この調査の目的は、事業所内保育施設の現状、需要、保育サービスの充実・効率化の実態を把握し、課題や方策を整理することである。保育施設の設置件数は、企業数に比べて伸び悩んでいる。今後、事業所内保育施設の設置を推進していくために、企業等による事業所内保育施設の設置に係る課題や方策を整理していくには、事業所内保育施設の現状を十分把握できるための先行研究として活用していきたい。

しても保育それ自体の継続的確保をするという点と、もう一つは、次項2)で見ると、企業にとっての貴重な労働力を継続して確保することは、同時に労働者側からの雇用機会の確保でもあるという二つの点に存在する。

まず、保育それ自体の継続的確保の視点から見よう。全国病児保育協議会は、病児保育の理念を次のように示している。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。また、そこでは、親とともに子どもの看護のための具体的な対処方法を設定することが必要であるが、その際の保育形態の選択については、子どもの利益を最善にするシステムが必要である。病児保育とは、単に子どもが病気のとときに、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が留意されるべきである。

このように、子どもは、健康なときはもとより病気の時であっても、あるいは病気の時にはより一層、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べくケア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ことを病児保育の理念として掲げている<sup>51</sup>。

この点を、同協議会の稲見会長<sup>52</sup>は、2013(平成25)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、単に病気の子どもの預かる託児所ではない。つまり、病児・病後児保育とは、病気の子どもの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。

また、上の理念と照らして、実際に、女性の社会進出と夫婦共働き世帯の増加にもなって、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での発熱や体調不良によって早退をしなければならないとき、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ある。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

<sup>51</sup> 正田梨花・喜多淳子・工藤貴子(2011)「病児保育における質的な改善策の提案に向けた文献検討」『大阪市立大学看護学雑誌』第7巻, pp. 55～63.

<sup>52</sup> 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](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf). (2015.6.5 確認)

している<sup>53</sup>。

このように、現実には子どもが発熱等の急な病気になった場合に備え、事業所によっては、親の就労状況を見直し、さらに、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しているところもあるが、実際にはそのような事業所ばかりではない子どもが病気の時は保護者が看病することのできる親はため、共働きやひとり親の保護者には重い負担がかかることが多い。そのようなことのないようなシステムを構築することが求められている。

子どもが急な病気の際の社会支援システムとしては、2008(平成20)年から病児・病後児保育事業が全国で展開されているが、これらの利用については、後述のように事前にファミリー・サポート・センターに登録を行っておかないと利用できないという問題があり、就労中の母親にとっては、こうした事前の行動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。

就労中の母親が子どもの急病時に不安なく対応できるシステムを構築するとともに、このシステムの情報を母親に提供することが重要である。そして、第1章以降、本稿での考察の焦点となる、登園前、または登園後の子どもの急な体調不良時に保護者に代わって子どもの受診の手助けが可能となるシステム作りの問題<sup>54</sup>もまた、こうした病児・病後児保育の問題の一環としてその解決が早急に求められている問題であると言える。

なお、このような、就労中のそれに限らず、親が子どもの病気に際して安心して対応できる社会システムづくりが不十分であることは、社会の他の方面での問題にもつながっている。近年、小児救急医療では緊急性の無い、いわゆる「社会的救急」が問題視されており、小児の救急患者数は<sup>55</sup>、全国的な現象として初期・二次救急医療において過半数を占めている。

こうした社会問題の背景について、周南市公立保育所の保育主任は「核家族による家族形態の変化、育児能力の低下、女性の社会進出、24時間型の社会等、育児不安が増大し、いつでも、どこでも受診したい母親のニーズがあるのではないか。」と述べている<sup>56</sup>。

また、同氏はこうした核家族化に伴う育児不安の状況に対する公立保育所の役割について「朝、いつもの登園時間を過ぎても登園して来ない場合はこちらから電話連絡します。それでも、連絡がつかない場合は家庭訪問をする場合があります。そして、子どもが一人でいる場合もあります。保護者がどうしても連れて来られないと判断したら、そのまま訪問した保育士が子どもを連れてきます。公立保育所は最後の砦です」と述べ、「公的な保育サービスの大切さ」を述べている。さらに上の救急に関わる社会問題について、「母親が、子どもに寄り添うことでどれだけ子どもの気持ちが安定するか、

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> 町田玲子・上野勝代・山田優子(1980)「病児保育所の現状-1 一枚方市における病児保育所の必要性の認識について-」『家政学雑誌』第31巻7号, pp. 528~533.

<sup>55</sup> 小林久美子他(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(5), pp. 678-682.

<sup>56</sup> 同氏へのインタビューによる(2013年8月23日14:00~14:30)。

母親としての自覚を確認することで、「社会的救急」の多くは減少するのでは」との感想を述べている。上にふれた急病時における対応システムの一つとしての病児への対応・保育制度の整備もまたこうした文脈の中での一つの重要な課題となっているでえよう。

## 2) 病児・病後児保育施設の概観

保育内容の改善と言う視点から見た、一つの重要な課題が残されているは、上の本項1)でもふれた、子どもの急病時の保育の確保という問題である<sup>57</sup>。これは保育施設一般にとって、重要な未解決問題である。先行研究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などへの対応である<sup>58</sup>。健康状態にある未就学児が、突如の発熱等のため保育所等を欠席する際、就労中の保護者が勤務を欠勤することが困難な場合がある。この点での対応は、以下で述べるように、まだ不十分な点が残されていると考えられるがゆえに、就労中の母親にとって、子どもが病気の時の保育という問題における社会支援システムの構築は緊急の課題<sup>59</sup>となっている<sup>60</sup>。

子どもが病気の際の社会支援システムとしては、これまで、1995(平成7)年4月のエンゼルプラン発足とともに、乳幼児健康支援デイサービス事業として病児保育が制度化された。2000(平成12)年4月、新エンゼルプランが開始され、病児保育は乳幼児健康支援一時預かり支援事業として継続され、2000(平成12)年8月には、病児・病後児保育事業と改称された経緯がある。現在、この病児・病後児保育事業は全国で展開されているが、未だ需要を十分に満たせていない<sup>61</sup>。

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・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、谷本らによるアンケートで第1位であった。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ことが明らかになっている<sup>62</sup>。また、子どもが病気の際、病気の子どもを職場に連れてきて仕事をするようになった場合や、一人で留守番させ不安な思いをさせたという報告もあり、病気の子ども自身にかなりの無理をさせてい

57 児童が発熱等の急な病気になった場合は、現状では母親はしばしば困難な対応を迫られる。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、仕事を休むときに職場の理解が得られない等、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ことが多く、病児保育支援体制は十分とは言えない(伊藤智子(2000)「保育所に我が子を預ける保護者への意識調査-子どもの病気と小児医療について」『小児保健研究』59(3)pp.424-431)。この問題の解決のためには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必要がある。しかし、保護者が休暇を取得できないことも現実には多いことから、保育所における対応の強化の方法、病児保育サービスの充実について検討する必要がある。

58 山田至康(1998)「外来医療と時間外診療・救急医療」『小児科臨床』(51)(増刊), pp1393-1398.

59 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.

60 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. 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.

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

62 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/kosodatehien/eshien/keisaijyouhou/jisedai/jisedaishien2008/niizutyousagaiyouban2008.pdf> (2015.4.30 確認)

る状況があることがうかがえる<sup>63</sup>。

よって、とくに、子どもが抵抗力の弱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、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る。

厚生労働省による保育対策等促進事業<sup>64</sup>の病児・病後児保育事業実施要綱によると、同事業は、保護者が就労している場合等において、子どもが病気の際に自宅での保育が困難な場合の保育需要に対応するため、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を自宅に訪問する場合もある。

このような、体調不良児対応型の一時的保育事業として地域のファミリーサポート事業がある。(ファミサポによる病児・病後児保育事業の詳細については第2章で考察する。)

ファミサポ事業は、市町村によって設置され、地域において援助を受けたい人を依頼会員<sup>65</sup>とよび、援助を行いたい人を提供会員<sup>66</sup>としてそれぞれが事前に会員登録し、子どもの一時預かりや送迎等主に子育てについて<sup>67</sup>、いわゆる子育てに関する地域内の有償ボランティア<sup>68</sup>により援助を行っている事業である。

ファミサポ事業でも2009(平成21)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。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とともに、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。

また、同事業の利用においては、これを利用する前には、親は必ずかかりつけ医を受診するという条件がある。配偶者や家族、親族による事前の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。しかし、これは同事業の利用上の一つの問題点となっていると考えられる。保育児を抱える親は、家庭と就労の状況によっては、子どもが急な体調不良となったときに備えて、必ずしもこうした事前受診ができる親ばかりとは限らない。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・保育体制における大きな課題となっていると言えよう。

## 第2節 先行研究

### (1) 事業所内保育所の研究について

事業所内保育所についての先行研究として、中村艶子(2000)「企業内保育所の研究

---

63 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. 吉中里香・長家智子(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), pp. 75-79.

64 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/hw/jidou/09/kekka2-1.html> (2015. 4. 30 確認)

65 センターにより利用会員については、おねがい会員等名称が異なる。

66 センターにより援助会員については、まかせて会員等名称が異なる。

67 センターにより具体的な事業内容が異なる。

68 ボランティア活動の担い手に対して、実費や報酬といった金銭の收受を認めることを、有償ボランティアといわれているが、定まった定義はなく本稿では、有償ボランティアを使用する。

の重要性」では、企業内保育所は働く母親にとって大きな問題であり、その改善は母親をはじめとする保護者の育児と仕事の両立にとって大きな意義を持つことを示した。的場康子(2004)「事業所内保育所の現状と課題」、同(2005)「事業所内保育施設の今後のあり方について―事業所内保育施設の利用者に対する調査結果から―」、同(2012)「事業所内保育所を設置しやすくするために」では、企業にとって事業所内保育所の保育サービスの質を維持しながら、安定的にその事業所の保育施設の運営がされていくための方法の一つに、事業所内保育所に空き定員が生じた場合には、その事業所内保育所が立地する地域内の一般家庭の子どもの利用ができるよう入所児童の受け入れを多様化することを提起している。

さらに、企業内保育所の運営における、設立・運営コストを抑制するための萌芽的研究として、地区別企業共有保育所を設立するという発想に立ち、そのためには投資家による資金調達という方法があることを蟻田,小林,高橋,荒木(2013)「地区別企業共有保育所ファンド-企業と投資家で作ろう、よりよい社会」は示している。

こうした先行研究を踏まえ、またその他の関連資料にも基づきながら事業所内保育所の必要性、現状と問題点、解決に向けた行政、企業の動向を序章で整理した。そこでは、事業所内保育所の運営における運営コストの抑制、利用者の安定確保のためには上の地域内企業協同保育所運営事業を展開するという発想がありうることにふれた。

基礎的データとしては、経済産業省(2010)「平成 21 年度サービス産業生産性向上支援調査事業(事業所内保育施設等実態調査事業)報告書」には全国の事業所内保育施設の実態に関する基礎的データがある。さらに、厚生労働省「平成 25 年度事業所内保育施設の設置・運営等支援助成金のご案内」は、事業所内保育施設の運営に対する助成金の詳細が示されている。

## (2) 病児保育事業の研究について

病児・病後児保育に関する先行研究は以下のように整理される。

### (病児保育制度と現状の概括的研究)

まず、育児と仕事を両立している母親が、特に困難を感じる病児に対する保育の現状と問題点については正田・喜多・工藤(2011)「病児保育における質的な改善策の提案に向けた文献検討」では病児保育の制度と現状に関する有効な文献検討がなされている。深田・南前・笠置(2001)「育児支援としての病児保育のあり方と看護の役割に関する検討―松江市における調査結果の分析より―」は、病児保育制度が育児と仕事を両立していこうとする家族にとって、その両立を助ける重要な選択肢の一つであることを示している。佐藤(2004)「先行研究にみる病児保育と看護」では、病児保育における子どものケアと看護職に求められるアプローチが検討されている。またここにも、病児保育に関する先行研究の動向が示されている。町田・上野・山田(1980)「病児保育所の現状-1-一枚方市における病児保育所の必要性の認識について-」は、これまでの文献では、担当医師の立場から病児保育の内容に視点を置いた各病児保育所が発行した報告者は見られるが、病児保育施設の地域社会におけるあり方に視点を置くものが見られなかったことを指摘している。

#### (保護者へのアンケートによる研究)

病児・病後児保育に関する保護者へのアンケート調査結果からの検討を中心とした文献として伊藤(2006)「病児保育を利用する保護者のニーズに関する調査」では、病児保育は、子どもを養育する全ての世帯が潜在的に有しているニーズであるが、社会的コンセンサスは十分とは言えないことから、利用機会の増大により、社会的コンセンサスを高めていくことが制度的課題としている。さらに、利用した保護者は利用料金に関しての改善を求める意見が多く、利用者は、医師・看護師が存在することに安心を感じている、としている。吉中・長家(2001)「病児保育に関するアンケート調査結果の検討」では、保護者の抱える問題やニーズを明らかにしている。実施が2園で調査回収128件・回収率69.3%ながら、調査時点では病児保育施設の絶対数が少なく、また開院の時間帯・費用等の面で保護者のニーズに合わないことが多く、病児保育施設の利用は非常に少ないことが示されている。大木(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」、谷本(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」によれば、調査した病児保育施設の地域的な要因もあるが、保護者の多くは規模が小さい勤務先であり、勤務先で看護休暇や育児休暇が取りやすいと答える保護者数は少なかった。急性期の病児の利用が多いので開所時間、閉所時間について不満が多いが、利用後の治療や看護につなげていくためには、ある程度の時間設定を設けねばならないため、場合によっては閉所時間以前に医療機関を受診することを進める必要がある。新井ほか(2012)「子どもの急病時の受診における就労中の母親の困難」は、急病時に受診しやすいシステムを構築するとともに、受診までの間、母親が不安なく対応できるような支援が必要であることを示している。これは小林他(2007)「小児外科医による深夜帯小児救急外来の現状分析」でも示されている。

#### (地域における病児・病後児保育に関する研究)

地域の調査では、小島(2006)「静岡県における保育所併設型による病(後)児保育の現状と課題」で、2004年静岡県内の病児・病後児保育施設への聞き取り調査を行った。医療機関併設型は1施設のみであり、保育所併設型が16、単独型が1、派遣型が3であり、保育所併設型の施設にアンケート実施した。そこでは、施設から、同保育を実施して良かったこととして、①保護者の就労保障と安心が得られたこと、②その子に適した安静がとれることで回復が早まったことで、再発防止につながっていること、③保育者にとって集団保育の中での感染予防につながる学びの機会となったこと、が挙げられた。福井(2011)「保育所における病児・病後児保育の必要性—石川県内の保育所でのインタビュー調査を通して—」によれば、石川県下の保育所における病児・病後児保育が、県の単独事業として1995(平成7)年度から実施された。国の事業が2000年度から開始されていることから見ると、5年早く国に先駆けて行われたこの事業は、2005(平成17)年度には次世代育成支援対策交付金に移行されたため、翌2006(平成18)年に廃止された。現在は、名称を病児・病後児保育事業と変更して行われている。平成20年度病児・病後児保育事業の実施状況は全国第8位であり、さらに保育所の普及率・延長保育・子育て支援の実施率がいずれも全国上位を占め、子ども施策先進県と評価されていることから、保育所における病児・病後児保育の進展に関わる潜在的な要因や新たな要因を引き出していくことを試みている。そこには、病児・

病後児保育を展開していくための一つとして、保育士は、健康教育・健康支援に関わる知識や技術の習得など保育者の専門性の向上を目指していかねばならないことが示されている。また、高橋(2011)「病児保育の必要性と課題」では、枚方市と摂津市を事例として病児保育における医師、看護師、保健師といった保健職の配置に関する意義を考察し、それは病児保育室での保育・看護は、子どもの病状に対応した特別な配慮を要する保育内容となっており、看護師のみならず保育士も子どもに直接接する専門職として、それぞれの専門性を高めていくことが求められることを示している。さらに、久保(2012)「共働き夫婦における子どもの病気時の育児への対処」では、東京都東部、千葉県西部の14の認可保育所の保護者を対象にアンケートを行い<sup>69</sup>子どもの病気時に育児を依頼する程度が最も高い相手は、妻方の親族であり、次いで夫方親族、3番目に病児・病後児保育施設であったことが示されている。佐藤由美子(2009)「病児・病後児保育の現状と課題」では、病児・病後児保育の意義と今日的課題として自治体が病児保育の拠点を配置することを述べ、その周辺に複数の病後児保育施設の配置をすることの意義を検討している。

### (3) ファミリー・サポート・センター事業の研究について

ファミリー・サポート・センター事業に関する文献としては、内藤・松澤(2009)、財団法人女性労働会(2007, 2011, 2013)、厚生労働省「ファミリー・サポート・センター事業及び緊急サポートネットワーク事業の再編について」が中心となる。そして、内閣府「子ども・子育て会議、子ども・子育て会議基準検討部会合同会議」の検討も参考になる。東根(2014)「ファミリー・サポート・センター事業の実施状況と課題-4センターにおける聞き取り調査を通じて」では、ファミリー・サポート・センター事業の実施状況を聞き取り調査し、課題点について考察を行っている。その結果、同事業の実施状況は「市区町村や委託先の実施主体の方針」と「地域の保育関連サービスの状況」によって、市区町村ごとにさまざまであることを明らかにした。

さらに、東根(2013)「ファミリー・サポート・センター事業の歴史的経緯と課題」では、会員制の有償ボランティアにより子育てについて援助活動を行うという特徴を持つ「ファミリー・サポート・センター事業」の歴史的経緯を探索するとともに、現在の状況および今後の課題について、ファミサポ事業で担うことのできる援助内容に明確な規定は存在せず、事実上、センターと会員同士の判断に委ねられている、さらに、病児・緊急対応強化事業が創設されて以降病児・病後児、障がい児等、専門性が求められる援助内容が増えている、当初目的としたかつての地縁機能を代替する相互援助活動の範囲に留まらなくなってきたため、ファミサポ事の限界と他の保育サービスとの関係を検討し、今後のあり方を再考する時期が来ている、と論じている。

友田・河合(2011)「保育サービス・育児支援制度のニーズに関する研究-子どもの年齢・地域・サポートの充実度-」によれば、兵庫県看護協会は兵庫県からの調査委託を受け、病児・病後児保育の現状とニーズを把握し、今後の病児・病後児保育の取り組みについて検討することを目的に、兵庫県下で暮らす0歳から9歳までの子どもを持つ親

<sup>69</sup> 調査票を1,760世帯に配布し719世帯からの回収、回収率40.9%。



やその家族を支援する事業や個人を対象に、保護者へのニーズ調査、保育サポーターの意識調査、市町及びファミリー・サポート・センターの意識調査を行った。その結果、効率的な広報を検討・実施し、子育て支援事業の利用者の増加を目指すことの重要性、利用しやすく、安心・安全な病児・病後児保育の整備、医師・看護師等の支援の充実、病児・病後児をサポートする人材の育成・研修の充実が必要であることを明らかにしている。なお、以下の本稿で考察するように、利用しやすい病児・病後児保育の一つの側面は、単に子どもを預かってくれるだけでなく、サポートが必要になった場合有償ボランティアの方々といかに連絡・調整が早期にでき、その親子にあった安心・安全なサポート体制を構築することができるかにあると考えられる。

東内(2010)「地域の子育て支援におけるコーディネーターの専門性と課題ーファミリー・サポート・センター事業に着目してー」(地域の子育て支援としての一時保育事業の学習機能に関する研究、平成19年度～21年度総合研究報告書、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業)は、過去2年間の研究で、本事業利用によって地域の人々と親が日常的に関わるようになり、そのことが親の学習機会となっている実態の一端を明らかにした。とくにこのような学習を支援するコーディネーターの実態は、これまで明らかにされてこなかった。同研究の課題は、本事業の要である、コーディネーターの実態を明らかにすることであった。コーディネーターおよび地域ボランティア(有償)は、実践現場においてどのような専門性を求められ、どのような働き方をしているのか。これについて本報告では、①コーディネーターの専門性、②コーディネーターの雇用実態、③課題という、3つの視点から、コーディネーターの現状と課題を分析している。また、東内(2010)「地域の子育て支援としての一時保育事業の学習機能に関する研究ーファミリー・サポート・センター事業に着目してー」平成21年度総合研究報告書、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)は、ファミリー・サポート・センター初設置後15年を経過したいま、本事業が、親の育児放棄を促しているのではなく、「親を育てる」意味での「子育て支援」として、役割を果たしているのか、また果たしているとすれば、どのような要素が、子育て支援としての機能を成立させるのか検証している。結論として、本事業は、単に親の育児放棄を促しているのではなく、同事業における「子どもとの関わり方を学ぶ経験」、「家事や育児の方法を学ぶ経験」、「地域とのつながりを学ぶ経験」という要素が、親に対する子育て支援としての機能を成立させている可能性が高いとされる。

上記の先行研究には、次のことが示されている。病児・病後児保育に関しては、これまで労働と育児の環境の変化とともに変化する現場からのニーズの変化、高まりに対応して行政も変化し、それとともに、保育所の保育内容も変化してきたことが示されている。その結果病児・病後児保育においては、一定の数の病児・病後児保育施設が生まれてきている。しかし、大半を占める通常の保育所ではこうした対応はできていない。この点に応えるものとして新たに生まれたのがファミサポによる病児・病後児への対応事業である。ファミサポ事業では2009(平成21)年度から、病児・緊急対応強化事業として、地域におけるボランティア事業として病児・病後児を預かることができるようになった。なお、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、またこれらの機関に緊急時に診察・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。従ってこうした体制を整備できる力量を持つ事業所であることが必要である。

しかし、こうした緊急性をとまなう体調不良児への同事業における新しい対応制度においては一つ、重要な問題点が残されている。それは事前受診を条件としているという点である。すなわち、この事業を利用する前には、親が必ずかかりつけ医を受診しておかねばならないという条件がある。

すなわち、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のである。就労している親が困るのはこの点にある。特に子育て中の親は必ずしもこうした事前受診が可能であるとは限らない場合も少なくないと推測される。

以下、本稿ではこの問題に焦点を当てて詳しく考察する。そこでは急な体調不良児への対応策としての現行の重要な到達点であるファミサポ事業の現状と残された問題、そしてその解決の方法を検討する。それを通じて、この難点に早急に対応しうる方策として、事前にかかりつけ医を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システム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も焦点を当てたい。

### 第3節 研究目的・本稿の課題

以上では、第1節、第2節で近年の保育事業並びに病児・病後児保育事業の展開過程を見たが、以下では特に後者の問題、すなわち病児・病後児保育事業に焦点を当て、第1章、第2章で詳しく検討する。上述のように、そこでの焦点は、病児・病後児保育と、そして特に児童が発熱等の急な病気になった場合の保育所、ファミサポ等による対応の現状と課題の検討である。前述のように、保育園に通う子どもが病気になっても、就労先の状況だけでなく、家庭環境の事情から保護者が休暇を取得できないことも現実には多いことから、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が求められており、そのための制度は少しずつ整いつつある。この必要性をめぐり、第1章では病児・病後児保育の内容の変遷過程、現時点での保育所施設における取組の到達点を詳しく検討し、整理する。そして第2章ではこうした保育所による対応の隙間を補うものとしてのファミリー・サポートセンターによる病児・病後児対応事業の現状を検討する。そして最後に第3章では、同センター方式が現在まだ対応しきれていない問題を補うものとして、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。

なお、保育所の存在価値は、クオリティー(Quality)とコスト(Cost)の関係から測ることができるであろう。クオリティー(Quality)対コスト(Cost)として示される分数式の表す保育の本質は、クオリティー(分子)が同じならコスト(分母)は小さいほど存在価値は高まり、コスト(分母)が同じならクオリティー(分子)は大きいほど、やはり存在価値は高まると言える。これまで、保育所ではよい保育サービスを提供する(=クオリティーを高める)ことのみ邁進し、経営責任者は経費削減(=コスト管理)のみに注

目することが多かった。保育所にとってはどちらの要素も重要であるが、大切なのは両者のバランスである。

ちなみに、これは保育以外の社会福祉事業においても同様と考えられ、経営者は現場のサービスを熟知し、効率的な経営を目指す必要があると思われる。もちろん保育所でのサービスを提供する立場にある施設長や保育士にとって、利用者に支持されるだけの保育の質を保つことは重要であり、根幹であることは言うまでもないが、そのサービスを提供するために費やすことのできるコストの範囲以内で、サービスの質を損なうことなく効率的に日常の保育活動を実施していくこともまた重要である。そしてこのコストには、保育所を運営するための各種の補助金が大きなウェイトを占めていることも留意されなければならない。

その際には、病児・病後児保育に関しても、子どもひとりひとりの発達課題に対して、保育の質を低下させず保育サービスを提供できるための新たな制度を組み込むこと、たとえば民間保育サービス事業者の力を活用していくことも一つの検討対象となりえよう。

本稿では、児童が発熱等の急な病気になった場合、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が重要な考察の対象となっているが、現状においてそのような体制が十分に実現していないということは、一つには、上のクォリティーとコストの視点からは、それを現行の保育所で十分に行うためには、保護者からの保育料の水準、あるいは行政からの助成金の水準がそれに十分に見合っていないことを意味していよう。このような視点から見れば、こうした病児保育を行う保育所に対して財政援助を増やすこと、または保護者からの保育料を増やすことはこの問題の解決に資する方法であるが、一方それが直ちに実現しない場合でも、こうした面での親の経済的負担を大きく増やさない方法で、それに代わって病児保育事業の改善を行える可能性の一つがファミサポによる事業であり、また、さらに、後に検討する地域協働の病児保育システムによってもそれがさらに可能となるのではないかというのが本稿での問題意識である。

前述のように、現行の、保育所による病児保育を補うための社会的な支援システムとしてはファミサポ事業があり、これによって、子育て中の労働者や主婦等は、乳幼児や小学生の児童を預ける援助を利用できるようになっている。2013年に改正されたこの事業の病児・病後児保育事業要綱で、子どもが病気の際に自宅での保育が困難な場合に新たに行われる事業類型には、(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)が明記されている。本稿では、上の、現行制度における未解決の問題が特に大きく残っていると考えられる場面として(3)の体調不良児対応型に注目し、保育所に通所する児童が、保育中に発熱するなどの体調不良となった場合において、緊急的に保健上の対応等を図り安心で安全なサポート体制ができる、一時的な保育事業の可能性について考察する。

ここでの焦点は、幼児期の子どもが現在通園している幼稚園・保育所等において急な病気になった際に、親が休暇を取得できない状況にあり、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、行政機関が提供するサポートが薄い部分をサポートができるシステムをどのようにしたら構築できるかである。

上でふれたように、ファミリー・サポート・センターの利用には制限があると考えられる。同事業は2009年度からは、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等の援助(病児・緊急対応強化事業)も利用できる制度に加わった。

しかし、子どもが急な病気になった当日の利用申請ではなく、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、また、そこでは援助を利用することを希望する者(依頼会員)と、その援助を行うことを希望する者(提供会員)との相互援助活動に関する連絡や、調整が事前に実施されていることが条件となっている。また、この事業を利用するには、先ず、必ずかかりつけ医を事前に受診しておくという条件もあるため、このことも同サービスの利用上の困難な点となっている。これでは多忙な就労中の親にとって十分な対応が困難となりうる可能性がある。よって、この制度は、配偶者や家族、親族のサポートが十分に形成され、以前、かかりつけ医に子どもを受診させている親にとっては有効であるが、それが難しい親にとっては利用が難しい制度である可能性がある。

このように、同事業は現状では必ずしも保育所に通うすべての子どもの急病時に対する最善の方策とはなっていない可能性があるので、その場合は、新たな地域でのサポートシステムの強化を、親の就労環境や育児環境に応じて検討する必要がある。こうしたサポートシステムをどのようにしたら構築できるか。こうした問題に対してこの問題の解決の一つの方法として、地域協働による病児サポートシステムが可能性を持ちうるのではないかという点を最後に検討する<sup>70</sup>。

#### 第4節 研究方法および倫理的配慮

基本的な研究方法は関連文献と行政が公表している資料の分析である。資料には地域の保育所や事業所内保育施設、院内保育所の保育士、該当する社会福祉協議会の担当者からの聞き取り調査が含まれる。また、とくに本研究では中央政府の取り組みとともに、それを各地方自治体がどのように具体的に、ときには独自性を加味しながら、実施しているかに注目する必要がある。病児・病後児保育システムは、後に見るようなごく例外的には1950年代といった早い時期からの取り組み事例も見られるが、国レベルでの取り組みはまだ歴史が浅い。こうした点から、実施事例の検討に当たっては関連自治体、実施機関によってインターネット上に公開される情報が有効な資料源となっている。

本研究は、山口大学大学院東アジア研究科の博士論文作成にあたっての、研究倫理指針に規定された指針を遵守し、倫理的配慮を行った。

#### 第5節 本稿の構成・各章のねらい

序章では、上述のように、近年の保育事業の課題とそこにおける病児・病後児保育の必要性、状況、問題点を見てきた。そのために第1節で研究背景として近年の地域型保育事業の展開過程、事業所内保育所が抱える課題、そして病児・病後児保育施設

---

<sup>70</sup> なお、考察にあたっては実際に筆者が関わった地域協働のサポートシステムが事例の一つとなる。

の必要性と普及の状況を見た。第 2 節では関連する先行研究を検討し、第 3 節で本稿の課題を示した。

以下、第 1 章では、病児・病後児保育の現状と課題を詳しく考察する。そこでは、第 1 節で、病児・病後児保育施設の保育内容、施設の整備状況を地方自治体の取り組みを中心に示す。ここでは、小規模保育事業者として起業しやすくするための施策と、同事業の現況を明らかにするため小規模保育を先行実施する東京都の地方公共団体としての取り組み、そして地方公共団体が独自に運営している保育所の新制度への移行に向けての課題を点検する。

第 2 節で、病児・病後児保育施設の経営上の課題を示す。

第 2 章では、ファミサポ事業による、病児・緊急対応強化事業の詳細を見る。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。長野県安曇野市では 2005 年緊急サポート事業（以下緊急サポ事業と略す）が開始された。本章では同市の緊急サポ事業を取り上げ、それが可能となった背景としての、同市に特徴的な緊急サポ事業を立ち上げていく過程に注目し、ファミサポ事業による病児・病後児保育の対応の可能性について検討する。そこには事前受診等の問題点が残されていることを示す。

第 3 章では、現行制度に残されている問題に対応する方法の一つとして、地域協働による病児サポートシステムを検討する。これは、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点で、現行のファミサポ事業に付随する一つの難点を解決しうるものであり、このような私的援助体制は、当面、上の問題の解決方法の一つとなりうるものではないかと考えられる。これを本稿では地域協働による病児サポートシステムと名づけその可能性について検討する。

終章では、以上の考察を要約し、結論を述べる。

## 第1章 病児・病後児保育所の現状と課題

〈本章のねらいと構成〉

序章では、子ども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が、就労先の状況だけでなく、親が低所得の収入である場合や不安定就労等の事情から親が容易に就労先で休暇を取得できないことも多いという現状に対し、病児・病後児保育の体制の整備は徐々に進められてきているが、まだ十分であるとは言えない状況にあること、そしてその一つの問題として急な体調不良児への対応の問題があること、そしてその問題に対して、これまでの病児・病後児保育への対策の一つの到達点としてのファミサポ事業があるが、事前受診、また事前登録等がその利用の条件となっており、その点が利用上の問題点の一つと考えられることにふれた。

以下の本稿では、本章で病児・病後児保育全体の展開過程と到達点、そして問題点を詳しく考察し、第2章で、そこで残された、施設型保育においては急な体調不良児への対応がまだ多くの施設では行われていないという問題に対応するものとしてのファミサポによる事業を考察する。

よって、以下、本章では、序章では概観するにとどまった病児・病後児保育の整備状況をあらためて詳しく検討する。ここではまず第1節で病児・病後児保育施設の保育内容の整備状況を詳しく見る。そして第2節でこうした施設の抱える経営上の課題を検討する。

### 第1節「病児・病後児保育施設<sup>71</sup>および保育内容の整備状況」

以下、本節では次の点を論じる。

- 1 病児・病後児保育事業の歴史的変遷過程の確認。
- 2 病児・病後児保育事業の施設整備の状況と、厚生労働省の取り組み・地方自治体の取り組み、山口県内の病児・病後児保育施設における取組、公立病院の取り組み、民間企業による取り組み、院内保育所の取り組みの六つに分けて示す。

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ができるが、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ことを示す。
- 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<sup>72</sup>。そのような仕組みづくりは現状の病児・病後児保育

<sup>71</sup> 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.)

<sup>72</sup> 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

の問題点を補う一つの方法となりえよう。

### (1) 病児・病後児保育事業の変遷

ここで、現行システムの到達点に残された問題点を明らかにするために、病児・病後児保育事業の歴史的変遷を見ておこう<sup>73</sup>。

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(昭和41)年に東京都世田谷区にある保育所の児童の父母が、在籍児を対象としたナオミ保育園病児保育室バンビという病児保育室(保育所型)をつくったことだった。1969(昭和44)年には大阪府枚方市の市民病院分院内で、枚方病児保育室(医療機関併設型)が誕生した保育室が地域センター方式で設置された。親の切実な要望と、それを理解した小児科医との幸運な出会いが、自主事業としての病児保育をスタートさせ、今日の病児・病後児保育の原型となった<sup>74</sup>。

保育所に通所している子どもが、病気になるときに両親のどちらかが休みを取って子どもを看病する状況を、せめて軽い病気の時や回復期に入ったときに預かってもらえれば、安心して働くことのできる等切実な要望が実ったと言える。

こうして、我が国では病児保育の体制は昭和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。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、その後、いくつかの市町村で単独事業として実施に移され始めるが1989(平成元)年の1.57ショックの後、少子化対策が策定されていくなかで、病児保育も少子化対策としての子育て支援の一つに組み込まれ、国が病児保育を検討し始めた。民間の動きが始まってから、約30年後の1991(平成3)年である。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。

厚生労働省では1995(平成7)年度から乳幼児健康支援デイ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た。当時の病後児デイサービスは、子育てと就労の両立支援の一環として病気回復期の子どもが自宅での療養を余儀なくされる期間に、医療機関、保育所等に付設された専用スペースで子どもを預かるものと定義され、成立の動機から見ても、働く親の就労支援の意味合いが濃いものであった。しかし、先述のように病児保育は、単に病気のために保護者に代わって子どもの世話をすることではなく、専門家集団(保育士、看護師、栄養士、医師等)によって保育と看護を行い、子どもの健康と幸福を守るためにあらゆる世話をすることを全国病児保育協議会(2009)が新定義として打ち出している。この定義は、親の就労支援のため

---

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumeii.pdf>. (2015.10.8 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。

<sup>73</sup> 本項の整理の多くは全国病児保育協議会(2009)の「病児保育事業の現状と課題」に依拠している。

<sup>74</sup> 猪野美子「保護者の保育要求強まる」(植山つる『戦後保育所の歴史』全国社会福祉協議会, 1978, 所収 p185.)

だけでなく、利用する子どもたちが、病気の時であっても良い保育を受ける必要があることを明確にしたものである。

こうして保育は、少子化対策として1995(平成7)年から5年ごとに策定・実施されてきたエンゼルプラン、新エンゼルプラン、子ども・子育て応援プランのなかで乳幼児健康支援ディサービス事業、乳幼児健康支援一時預かり事業とその名称を次々に変えて実施されてきたことになる。新エンゼルプランの成立(2004年12月)により、2004(平成16)年度までに500市町村で実施するとされ、2004年度実績では全国496カ所であった。

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については2009年度までに全国で1,500カ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(平成17)年度実績は598カ所となった。さらに、2007(平成19)年から病児・病後児保育事業となった。

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

(旧医療機関併設型→急性期を含む病児が対象)・病後児対応型(旧保育所型、乳児院・児童養護施設型・単独型→通常の保育への参加が望ましくない病気の回復期を対象とする)・体調不良児対応型(自園で保育中に微熱を出すなど体調不良となった児童を保護者が迎えに来るまで保育所で緊急的な対応をする)の3つに分類されることとなった。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。その結果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。

こうして、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カ所あたり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。この改正により、これまでタイプ別に定額であった補助金額を利用実績に応じた額とし、利用者負担の増加、職員配置の加増などの改定がされた。大規模の事業体については増収が見込まれるものの、小規模施設の多くは、これまでも厳しい運営であったが、さらに拡充が難しくなった。

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人とそれぞれの施設形態のちがいから



大きな幅がある<sup>75</sup>。

## (2) 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

上記のように2008(平成20)年以来、保育対策等促進事業<sup>76</sup>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 1-1-1)

(表 1-1-1) 病児・病後児保育事業の内容

	病児対応型・病後児時対応型	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"> <li>・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)</li> <li>・集団保育が困難</li> <li>・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</li> <li>・おおむね10歳未満の児童</li> </ul>	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"> <li>・看護師を利用児童おおむね10人につき1人以上配置</li> <li>・保育士を利用児童おおむね3人につき1人以上配置</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・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。</li> </ul>	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)		

<sup>75</sup> 全国病児保育協議会(2009)「病児保育事業の現状と課題」の調査による。

<sup>76</sup> 厚生労働省「保育対策等促進事業の実施について」

<http://www.byoujihoiku.net/data/contents/20090609shiryou.pdf> (2015.6.5 確認)

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。

<http://www.byoujihoiku.net/data/contents/20090609shiryou.pdf>

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。病後児対応型は、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であり、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。

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。（表1-1-2）

（表 1-1-2） 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ヵ所当たり年額	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ヵ所当たり年額	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ヵ所当たり年額	431万円
○非施設型（訪問型）	1ヵ所当たり年額	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。

<http://www.byoujihoiku.net/data/contents/20090609shiryou.pdf>

2013(平成25)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」<sup>77</sup>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。

なお、2013年の全国の保育所数は24,038カ所であった<sup>78</sup>。上記の調査対象施設は1604であったので、病児・病後児に対応できる保育所はおよそ15カ所に一つの割合であることがわかる。

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1-1-3)

(表 1-1-3) 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:平成25年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究班資料から筆者作成。

[http://www.byoujihoiku.net/pdf/140228\\_byoujibyogo\\_sankou.pdf](http://www.byoujihoiku.net/pdf/140228_byoujibyogo_sankou.pdf)

延べ利用児童数は<sup>79</sup>、2012(平成24)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。この年齢における子どもの発達年齢に応じて発症が多いことが病児・病後児保育事業の利用者数に反映していると考えられる。(表1-1-4)

<sup>77</sup> 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究班「全国病児・病後児保育施設アンケート調査報告書(案)」  
[http://www.byoujihoiku.net/pdf/140228\\_byoujibyogo\\_sankou.pdf](http://www.byoujihoiku.net/pdf/140228_byoujibyogo_sankou.pdf) (2015.6.5 確認)

<sup>78</sup> 厚生労働省「保育所関連状況取りまとめ(平成25年4月1日)」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuk a/0000022681.pdf> (2015.12.24 確認)

<sup>79</sup> 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](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/s2-2.pdf). (2015.6.5 確認)

(表 1-1-4) 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カ所

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。

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/b\\_8/pdf/ref1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf)

表 1-1-1 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。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的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、病後児保育については、対象となる症状と対象にならない症状の基準が、たとえば、発熱では受け入時38.5度以下であること、嘔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、受け入れ可否についてきめ細かい規定がある。(表 1-1-5参照)。

(表 1-1-5) 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。

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/b\\_8/pdf/ref1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf)

## 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

こうした事業は地方自治体においてどのように具体化されているか。その取り組みを東京都を例に見よう。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<sup>80</sup>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。以下、東京都における病児・病後児保育の現状と課題を見よう。

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となっている。都の要綱は、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等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であり、また、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

<sup>80</sup> 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](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.files/byouji_jisshiyokou_H25.pdf). (2015.10.4 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](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.html) (2015.10.4 確認)

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 of 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おり、また、その手順も定められていることから、他地域のモデルとなりうるものであると言える。

## B) 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<sup>81</sup>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自治体と、②病後児保育のみの自治体、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は、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か所)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か所)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

<sup>81</sup> 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](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.html). (2015.10.4 確認)

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が必要となるため、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<sup>82</sup>。

(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<sup>83</sup>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附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うよう強調している。

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<sup>84</sup>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<sup>85</sup>を策定している。体調不良児対応型保育事業の

---

<sup>82</sup> 東京都新宿区病児・病後児保育のご案内

[http://www.city.shinjuku.lg.jp/kodomo/hoiku02\\_001005.html](http://www.city.shinjuku.lg.jp/kodomo/hoiku02_001005.html) (2015.10.4 確認)

<sup>83</sup> 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](http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/019/019346.html) (2015.10.4 確認)

<sup>84</sup> 青梅市病後児保育事業実施要綱

[http://www.city.ome.tokyo.jp/dlw\\_reiki/41391950040100000003/41391950040100000003/41391950040100000003.html](http://www.city.ome.tokyo.jp/dlw_reiki/41391950040100000003/41391950040100000003/41391950040100000003.html) (2015.10.4 確認)

<sup>85</sup> 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/dlw\\_reiki/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002.html](http://www.city.ome.tokyo.jp/dlw_reiki/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002.html) (2015.10.4 確認)

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預かる体調不良児の人数は、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 of 誤りや取り違い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。また、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については、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を示している。

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。

(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<sup>86</sup>。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

<sup>86</sup> 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-kyoiku/kosodate/ichi-ji-yamai-ji.html> (2015.10.4 確認)



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。

このように、同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、一部ではあるが助成金を支給していることで、サービスの幅が広がっている。

(中野区)東京都中野区は、厚生労働省の事業であるファミサポ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<sup>87</sup>。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義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、各自治体独自の補助制度により実施されている。なお、東京都以外の地域の例として、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<sup>88</sup>。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・病後児保育事業の中に、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含んでいる。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、誤りや取り違い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

<sup>87</sup> 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> (2015.10.4 確認)

<sup>88</sup> 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](http://www.city.hikone.shiga.jp/reiki_int/act/frame/frame110001681.htm) (2015.10.4 確認)

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<sup>89</sup>。

以上のように、東京都の例から、それぞれの自治体によって独自のサービス内容や、助成制度のちがいがあることがわかる。またこれらの違いが生ずる一つの理由は、それらの地域のニーズと財政力の違いがあるであろうと推測される。

### 3) 地方自治体の取り組み—山口県内の病児・病後児保育施設の状況

次に、地方自治体の具体的な取り組みのもう一つの事例として、山口県の場合を見よう<sup>90</sup>。

山口県内の病児・病後児保育施設は9市1町に計22か所あり、山口市2か所・下関市4か所・宇部市5か所・萩市2か所・防府市1か所・岩国市1か所・長門市1か所・周南市3か所・山陽小野田市2か所(2014(平成26)年5月現在)となっている。宇部市では1ヵ所が同年9月に開設され、平生町では保育中に体調が悪くなった子どもを引き続き預かる、体調不良時対応のみ実施されている。2003(平成15)年度の15か所、2008(平成10)年度18か所から着実に増えている。

事業の例をみると、宇部市にある「すくすくハウス」は、同市に最初にできた病児・病後児保育施設の一つである。病児保育の研究に取り組んできた鈴木英太郎医師が、自身の小児科医院の近くの一戸建てを買い取り2000(平成12)年に開設した。1階の4部屋は、間仕切りをすれば最大で6区画になり、予備の階の部屋を加えれば7区画となる。預かった子はまず医院で医師が診察し、病気の種類や症状によって部屋割りを決めている。おおむね病児3人に対し保育士1人、病児10人に対し看護師1人を配置している。各区画には監視カメラがついており、医師の診察室にあるモニターで医師が常時チェックできる仕組みとなっている。昨年度の利用者数は延べ2,629人で全国的には有数の規模だが、経営上は赤字が続き近年の補助金の拡充で、ようやく単年度で収支が均衡した。運営上の難点は、日によって預かる子どもの人数の増減が大きく、スタッフの配置があらかじめ決められないことにある。そのため「当日の朝、人手が足りないと呼び出しても対応してもらえないパート職員の篤志で支えられているのが実情」であり、鈴木医師は「病児保育は、看護休暇が取りにくい職場・職種の女性のために必要な受け皿である。今の施設の設置状況は、自治体が熱心かどうかによって左右されているため、国や県がさらに補助を拡充し、新規参入を促す必要がある」と述べている。また、山口市の野瀬内科小児科は小児科を含む総合的な医療機関であり、同一敷

<sup>89</sup> 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。

<sup>90</sup> 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> (2015.10.4 確認)、ならびに朝日新聞山口版2014年5月25日の記事による。

地内にのせ・おうち病児保育所を併設している。

この山口県の事例検討から、小児科を含む総合的な医療機関と同一敷地内に病児保育所を併設している場合は、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システムであるが、その増加のためには各自治体の姿勢が大きく影響していることがうかがえる。

#### 4) 公立病院による取り組み

次に、医療機関併設型の病児・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。医療機関併設型の場合は、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。その中には富山県立乳児院の場合のように非常に早くからこの事業を行っているものもある。

(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(昭和27)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(平成10)年4月には富山市乳幼児健康支援デイサービス事業を受託するなど、富山市の委託を受け、病児保育事業を実施している<sup>91</sup>。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)で、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人で、利用時間は午前7時30分～午後6時であり、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とされている。

(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(平成24)年4月から病児病後児保育室を開設している<sup>92</sup>。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。

<sup>91</sup> 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](http://www.toyama-nyujiin.jp/day_service.html) (2015.10.4 確認)

<sup>92</sup> 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> (2015.10.4 確認)

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)である。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)さぬき市に隣接する観音寺市にある三豊総合病院は、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月に病院内に病児保育室が設置された<sup>93</sup>。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、保護者が仕事の都合、出産、冠婚葬祭、傷病などで病気の子どもをみられない場合。普段子どもをみてもらっている人の急な用事、病気などで病気の子どもを預けられない場合、病気はだいぶ良くなったが、まだ保育所・幼稚園や学校に行けず、保護者もこれ以上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・おやつ代が500円で、診察料は別途徴収となっている。

このようにこの事例では親の急な用事、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(平成26)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<sup>94</sup>。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、

<sup>93</sup> 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> (2015.10.4 確認)

<sup>94</sup> 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](http://www.hosp.niigata.niigata.jp/little_swan/index.html) (2015.10.4 確認)

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しないとしている。

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<sup>95</sup>(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<sup>96</sup>委託されて、設立運営されていることが分かる。

#### 5) 民間企業による取り組み<sup>97</sup>

次に民間企業によるサービスの事例を見よう。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(平成23)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が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。この児童の送り迎え利用料は1回

<sup>95</sup> 山口県立総合医療センターについて

<http://www.ymgp.jp/p3-hospital-info/p3-2kihon/index.html> (2015.10.4 確認)

<sup>96</sup> 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。

<sup>97</sup> 東京都新宿区の委託を受けた民間企業を同区のホームページにより掲載した。

2,500円(交通費を含む)である。

ここでは、自治体による民間企業への保育サービス委託の例を見た。そこでは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が必要であろうが、そこには急な体調不良児への対処という問題における民間部門を利用した病児保育システムの一つの改善方向が示されていると言えよう。

#### 6) 院内保育所の取り組み

次に、女性医療従事者に深くかかわる、事業所内保育施設としての院内保育所について見てみよう。女性医療従事者が妊娠、出産、子育ての時期をどのように乗り越えるかは医療界全体の大きな課題となっている。厚生労働省は、2006(平成18)年以降、医師確保を目的とした女性医師就労支援の大きな柱として院内保育所を挙げ<sup>98</sup>、緊急医師確保対策においても院内保育所の支援拡充を示している。

医療施設が都市部に集中している地域性から、都市部での看護師確保は容易なことではなく、キャリアを中断させずに働き続けられる環境を整えることが重要である。これまでに、仕事を継続する上で、育児との両立に苦勞してきた看護師や医師が数多くいる。また、出産や育児を契機に離職した人も少なくない。

以下、2007(平成19)年に旭川医科大学病院で女性看護師・女性医師に対して行われたアンケート結果<sup>99</sup>を中心に考察しよう。そのアンケート結果では、仕事と育児の両立を9割以上が辛いと感じており、その中でも子どもの病気時に対する配慮を望む声が多くあった。さらに、女性看護師の47%、女性医師の62%が、介護のために離職しなければならない不安を感じているという結果であった。同年、文部科学省医療人GP(養成推進プログラム)によって育児休業中の職員が休業明けにスムーズに職場に復帰できるように、必要な教育を育児休業中から復帰直後までに5段階に分けて実施する復職支援研修プログラムと、病児に関わるものとしてはバックアップナースシステムや病児一時預かり室の稼働等から成る、育児と介護を支える二輪草プランが採択され二輪草センターとして活動している<sup>100</sup>。以下、これについて上田・中原(2009)によりながら詳しく見てみよう

このバックアップナースシステムは、日勤者の子どもが急な発熱等を起こした場合に、気がねなく自宅で子どもに付き添うことができるように、バックアップナース(育児支援担当者)に代理の勤務をしてもらうシステムである。小学校3年生までの子どもがいる看護師が利用でき、子どもが病気の時こそ、そばにいないといけない、どうしてもいたいという保護者の願いから創設された。休暇を取得する看護師の立場に沿っていることが特徴である。アンケート結果では、子どもの病気を理由に休暇を希望

<sup>98</sup> 厚生労働省「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](http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20061031_01.pdf) (2015.10.4 確認)

<sup>99</sup> 上田順子・栗原央乃(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, pp. 966 - 969.

<sup>100</sup> 上田・栗原(2009)による。

した看護師は39%で、回数は約1年間で0.5～1回、2～4回が35%、5～8回が29%である。また、休暇を取得したいが言いづらい取得しづらい雰囲気、独身者や子育てを終えたスタッフに負担がかかるので、負担のかからないようなシステムを希望する等の意見がアンケートで寄せられている。

バックアップナースの特徴は、これまでの看護師の子育てを所属する分野・部署での支援に依存することなく、病院全体で支援する仕組みに変更したことにある。この変更後のシステムでは、子どもの病気を理由に看護師が休暇を希望した場合、その看護師が周囲に気がねすることなく休暇を取得することができるように、看護師長経由でバックアップナースの派遣を総務担当副看護部長に要請することになる。看護師長が、バックアップナースに、休暇希望の看護師と同様の勤務が割り当てられることはないが、清拭や診療の補助行為等簡潔な引き継ぎで実施可能な看護ケアを依頼することになる。よってバックアップナースを運用していくためには、病院全体の部署に応援に行く機会が多くなるために看護全般に精通していることが求められる。バックアップナースの雇用形態は、非常勤短時間勤務で週30時間、1日6時間勤務であり、2名配置(所属は看護部付)されている。通常は病棟や外来部門で勤務したり、二輪草センターで活動している。

看護職員からの依頼の流れを整理すると、まず、勤務中の看護師に院内保育所から子どもの発熱等のためお迎えの連絡が入ると、看護師はバックアップの依頼を所属する看護師長に連絡する。看護師長から総務担当副看護部長を介して二輪草センターのバックアップナースに要請がなされる。バックアップナースは、勤務中の部署の看護師長に報告し、要請を受けた当該部署へ向かい依頼した看護師と引き継ぎをする。

こうしてシステムを利用する看護師は1ヶ月に5～6人いる。利用した看護師からは、バックアップナースの存在が安心感に繋がっている。勤務を休むことで他のスタッフの業務が増えていたが、バックアップナースが清拭や処置を担ってくれることで他のスタッフの負担が少なくなり、安心して休暇を取得することができるといった好ましい声が聞かれる。

病児の一時預かり室についてであるが、ここでいう病児一時預かりは、子どもの急な発熱等で早退する場合、代替りの勤務者に業務を引き継ぐまでの間、子どもを預かるシステムである。こうした二輪草センターを中心とした活動は、他の事業所内保育施設の運営に参考になると言えよう。

ここに示した旭川医科大学の例は全国では先進的である。事業所内保育施設に含まれる院内保育所の多くは、もともとその医療機関に就労する看護職員の確保を目的に設置されており、江口他の調査(江口他:2009)によると<sup>101</sup>、院内保育所を設置している病院のうち14.8%の常勤女性医師が利用できず28.4%の男性医師が使用できないことが判明している。さらに、非常勤医師の場合36.2%の非常勤女性医師が利用できず45.1%の男性非常勤医師が使用できない状況である。医師が利用できる院内保育所にもかかわらず医師が利用していない理由として、院内保育所の保育時間と医師の勤務

---

<sup>101</sup> 江口成美・野村真美・出口真弓(2009)「院内保育所整備の現状と課題—全国調査の結果から」『看護管理(19)』11号, pp. 963 - 965.

時間に差異が生じ、保育施設環境や保育プログラムが利用しようとする医師側の保育ニーズに合致しないことが大きな要因である。同医科大学での病院勤務者を対象とした院内保育所の経験は非常に先進的なものであるが、同時に医師や看護職員を含む利用者のニーズに対応した保育環境やサービスの提供の在り方をさらに整備することが必要<sup>102</sup>とされていることがわかる。

以上、第1節では病児・病後児保育施設と保育内容の整備状況を見てきたが、ここからは次の点が明らかになった。

(1) 病児・病後児保育事業の変遷では、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こと、病児・病後児保育事業が2008(平成20)年に再編され、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・非施設型(訪問型)の4つに分類されることとなったこと、(2) 施設整備の現状では、まず、表 1-1-1で病児・病後児保育事業の内容を、表 1-1-2では病児・病後児保育事業の補助基準額を、また保育対策等促進事業の実施の対象となる事業類型を見た。そしてそれに沿った具体的取り組みとして、東京都による取り組み、その他の地方自治体の取り組み、公立病院の取り組み、民間企業による取り組み、院内保育所の取り組みを見、それぞれが特徴・特性を発揮していることを見た。

## 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

病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究班の「病児・病後児保育の実態把握と質の向上に関する研究」(注72参照)によると、病児保育の経営課題で最も多かったのは、利用児童数の日々の変動であり、回答のあった717施設のうち、ほぼ半数の360施設がこれを挙げている(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%)であった。

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100万円程度の赤字であった。

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

---

<sup>102</sup> 保育環境の整備・充足のための改装や新たな保育士の雇用といった対策が考えられる。



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。

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、稼働率の問題は運営上の困難さを生む大きな要因となっていると言えよう。

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、父親や祖父母に世話を頼むことができた、あるいは児童が元気になったなどがある。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。こうした高いキャンセル率も、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。人件費に関連しては、2000年から2010年までは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ものが、2010(平成22)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コスト削減には問題があると考えられる<sup>103</sup>。

## （2）補助金制度の問題

前出の全国病児保育協議会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<sup>104</sup>。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を生んでいる。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

<sup>103</sup> 注(3) 稲見氏の提出資料を参照。

<sup>104</sup> 同上

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、経営面を収支、補助金等の面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(平成25)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<sup>105</sup>。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か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かが論点であるとして、それについて「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」という基本方針を示している。

以上の職員配置、補助金以外のテーマに関しては、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によるとそれらは次のようである。

○利用者が選択できるよう、自治体が事業者を複数選定するようにすべし。

<sup>105</sup> 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](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/s2-2.pdf)  
(2015.10.4 確認)

- 新規事業者など担い手の確保策を検討すべし。
  - 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、事業所側から厚労省に対して「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」との意見もあった。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、事業所側からは、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。

以上から、厚生労働省は、病児・病後児保育事業を進めているが、実際には実施事業所と医療機関との連携、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

(施設型)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。

(訪問型)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。

(共済型)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うことで、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。そこで次にこの方式による事例を具体的にみてみよう。

<フローレンス>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<sup>106</sup>である。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。

---

106 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/>(2015.10.4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>(2015.10.4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。

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う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いう良い面もある。

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<sup>107</sup>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(平成25)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

---

<sup>107</sup> 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。

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。

<ゆりかごネットワーク>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<sup>108</sup>。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。入会金の使途について、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円であり、兄弟の場合2人目から15%割引となる。年会費の使途として、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を踏まえた研修

新規入会時の月会費は7,500円である。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いる。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、首都圏と堺市における2つのNPO法人による病児・病後児保育の事業運営を見た。病児・病後児保育施設には、従来からのものとしては、単独運営されている病児・

---

<sup>108</sup> 認定NPO法人のゆりかごネットワーク病児・病後児保育の特徴については同法人のサイトを参照。

<http://yurikagonetwork.com/01byoujihoiku/index.html> (2015.10.4確認)

認定NPO法人については、内閣府の内閣府NPOのホームページで、説明がされている。

<https://www.npo-homepage.go.jp/about/npo.html#npo2> (2015.10.4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。

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きている。

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を可能にしている。

これらに加えて、上述の2つの法人の事例による訪問・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、会費の負担という点から利用者は高所得の世帯が中心となるであろう。なお、この形態の展開方法としては他業種からの参入があり、月会費の安さや、利用時の料金の安さなど積極的なPRがされていることから、サービス提供とその内容をめぐる競争を通じて、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<sup>109</sup>。

#### 〈小活〉

本章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. 訪問型は採算性の確保の点で優位にある。
3. 近年新たに事例が見られる共済型は企業者側からの経営安定の点では有効であるが、保護者の負担が大きいという点では問題が残る。

---

<sup>109</sup> 東条正美(2014)「病児・病後児保育の現状と課題(中)」『厚生福祉』第6054号2014.2.21, pp.5~7.  
富山県のA社会福祉法人は、病児・病後児保育と体調不良対応型の両方を実施している。病児・病後児保育は定員4人であり、A社会福祉法人が運営する保育所以外の児童も対象としている。利用時間は、午前8時~午後6時で、料金は、1回2,000円(昼食・おやつ代を含む)である。子育て応援券も利用できる。利用当日は医師の診察による診療情報提供書を提出しなければならない。1日1回、嘱託医による往診が行われることになっている。体調不良対応型は、社会福祉法人が運営する保育所の児童が、保育中に急な発熱、下痢、嘔吐などで集団生活が困難になった場合、保護者が迎えに来るまで保育所の看護師・保険師が児童のケアにあたることになる。利用期間は、原則として保育中の児童が体調不良となった当日に限られる。利用料金は無料である。また、長時間の預かりとなったり、病状が悪化しそうな状態のときは、病児保育に空きがある場合は、保護者の承諾を得て、嘱託医の受診後、病児・病後児保育室に移行することもある。この場合は有料となるが、午後6時まで預けられることになっている。

埼玉県B社会福祉法人は、保育所に病後児保育施設を併設しているが、地域医療と看護保育の連携をはかり、誰でも利用できる保育室を基本方針に示している。しかし、急性期で高い発熱や著しい衰弱が見られる場合や、伝染性の強い病気の際は受け入れができないことがある。スタッフは、看護を学ぶ保育士、または保育を学ぶ看護師が看護保育にあたる。この病後児保育室は、全国病児保育協議会に会員登録済みで、スタッフの全員が、同協議会の研修を受けている。たとえば、こまめな検温、観察を行い、少しでも児童の状況に変化が見られた際には医師と連絡を取り、指示をもらうことになっている。定員4人で、利用時間や料金については、病気の症状や程度、医師からの指示により異なることになっている。茨城県C保育所では、体調不良児型の病児保育を導入しており、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的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る。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をきめ細かく定めている。

4. 以上の点を考慮すると、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。これについては各自治体によって取り組み姿勢に違いがあるのが実情である。そのため、中央政府を含めた公的な財政援助をさらに充実させることで、院内保育所や他の形態の病児・病後児保育施設の充実を支えることが必要である。

以上、本章の検討からは、病児・病後児保育所における病児・病後児ケアの現状と問題点を見た。そこでは様々な保育施設側の努力と、それに対する行政の支援によって、一定程度の改善がみられてきたことが分かる。しかし一方で、こうしたサービスへの取り組みは地域ごとに異なっており、すべての保育所、地域で行われているわけではないという問題が残されている。

こうした問題の解決に向けて近年進められているところの子ども・子育て支援法に基づき制度化された地域型保育給付並びに地域子ども・子育て支援事業は、保育所等施設型集団保育に高いウエイトがおかれてきたこれまでの保育制度の体系では対応しきれなかった病児・病後児等のケースに対して保育サービスを拡大させる上で非常に意義があると考えられる。続く第2章ではこの病児・病後児保育の問題に対応するために進められている新たな事業としてのファミサポによる病児・病後児保育事業の状況を検討する。



## 第2章 病児・病後児保育事業とファミリー・サポート・センター

〈本章のねらいと構成〉

ファミリー・サポート・センター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。同事業はこのように現在では病児・病後児保育において大きな役割を果たしていると考えられるので、本章では、こうした、地域住民が会員登録を行い、有償で子育てについて援助活動を行うファミサポ事業に着目する。

先に第1章第1節で病児・病後児保育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見たが、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。それはその一事業としての病児・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作り出していると考えられる。

しかし、ファミサポ事業は前身となる事業を含めると約30年という長期間にわたり継続されている一方、その歴史的な経緯について詳細に論じたものは見当たらない。

そこで、以下ではファミサポ事業のこれまでの歴史的な歩み（第1節）と現在の状況（第2節(1)、(2)）を概観するとともに、ファミサポ事業が地域で広がり活動件数が増えるにともない、依頼内容が多様化するとともに、近年では病児・病後児、障害児等、支援を必要とする依頼が増えていることと、そしてそれに伴いアドバイザーには高度なコーディネート力が求められるようになってきているため、アドバイザーのスキルアップのためには研修が重要な役割を果たすことになる事情にもふれる（第2節(3)）。

そして、ファミサポ事業による、病児・緊急対応強化事業の展開に至った経緯を見る（第2節(4)）、最後に、ファミサポ事業による、病児・緊急対応強化事業の詳細を見る（第2節(5)）。

以下、本章の構成は次のとおりである。

第1節「ファミリー・サポート・センター事業のこれまでの経緯」では、次の点を論じる。

- 1 ファミリー・サービス・クラブ事業の創設、そしてファミリー・サポート・センター事業の創設と活動の概観から、この事業の必要性と課題を述べる。
- 2 ファミリー・サポート・センター事業による、病児・緊急対応強化事業の展開に至った経緯を示す。

次に、第2節「ファミリー・サポート・センターの現状と課題」では、次の点を論じる。

- 1 ファミリー・サポート・センターの活動状況においては、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。

この事情を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」を中心に概観する。

- 2 同事業には、提供会員の量と質の確保で重要な課題がある。ファミサポ事業が地域で広がり、近年では病児・病後児、障害児等、支援を必要とする依頼内容が多様化してきた。活動件数が増えるに伴い、提供会員の不足から依頼会員のニーズに応えられない状況も起こっている。提供会員の確保と共に質を保つための事前講習も必要となってきた。

アドバイザーが依頼会員からの依頼を受け、提供会員とのマッチングを図るとともに、活動に際しての助言、事前講習会の企画、関係機関との連携等を行っている。そのためアドバイザーには高度なコーディネート力が求められるようになってきている。そこからはアドバイザー育成とアドバイザーの質の向上のためには研修が不可欠となる。しかし、対応するアドバイザーが、不安定な雇用環境に置かれているという問題がある<sup>110</sup>。

- 3 ファミサポ事業による、病児・緊急対応強化事業の展開に至った経緯を示す。病児・緊急対応強化事業が創設されて以降は、専門的な援助内容がより一層進められるようになった。かつての地縁機能を代替する相互援助活動の範囲に留まらない援助が行われているため、その限界に対応できるシステムを構築せねばならないことを述べる。

- 4 ファミサポ事業による、病児・緊急対応強化事業の詳細を見る。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。長野県安曇野市では2005年緊急サポート事業（以下緊急サポ事業と略す）が開始された。

この事業を運営していくための背景として、同事業を立ち上げていく過程を検討し、そこからこのサポート体制が可能となった背景として、同事業ではそれまでも地域住民が日常的に子育て支援の催しに参加し、当事者同士の顔合わせがあり、信頼関係が構築されていたことが注目される。

このことが、広域合併した後の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急サポ事業が運営される礎になっている。これが、新たなサポートの仕組みを生み出す要因になったことを明らかにする。

以上を通じて、保育施設における病児・病後児保育に問題点を補うものとしての同事業の役割と今後の課題を検討、整理する。

## 第1節 ファミリー・サポート・センター事業のこれまでの経緯

---

<sup>110</sup> 財団法人女性労働協会「平成22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」によると、アドバイザーとしてのスキルアップを行う研修機会の少なさが指摘されており、業務を行っていく上での不安になっている様子がうかがえる。よって、本文ではファミサポ事業に関して、今後はアドバイザーの雇用環境の整備による量的拡大と、研修のあり方の改善による質的拡大に注目する必要があることを述べる。

### (1) ファミリー・サービス・クラブ事業の創設と内容

以下、ファミサポ事業の歴史的経緯と現状および今後の課題について論じる。

ファミリー・サポート・センター（以下、センターという）は市区町村単位で設置されており、2012(平成24)年3月末日時点において、全国669市区町村で実施されている<sup>111</sup>。

ファミサポ事業は他の有償ボランティア会員組織と比べ、国が補助事業や交付金事業として展開し、市区町村の事業として実施しているという点で特徴を有する。それゆえ、相互援助の会員組織でありながら公的な性質が強い。

また、近年では「子ども・子育てビジョン」（2010年1月閣議決定）の数値目標において、2014(平成26)年には950市区町村での実施が目標とされている。これほど全国的に展開されている有償ボランティア会員組織は、他にはないと思われる。

先行研究では、吉川他(2012)に見られるように、利用状況の報告や会員の特徴などは報告されているが、山路が指摘するように、保育に関してはファミサポ事業のような補完的な政策の重要性は増してきているにもかかわらず、行政機関の保育施策を中心とした保育行政とは異なり、これを対象とした調査研究は2000年代はじめまではなされていなかった<sup>112</sup>(山路:2003)。その後、東根(2013)により歴史的経緯と課題が提起されるようになった。ファミサポ事業の歴史的なあゆみに関して、先行研究でふれた、山路氏の研究に寄与することが大きいため、援用させていただくことにする。そのファミサポ事業の開始は女性の社会進出と密接な関係がある。

国内において1972(昭和47)年に勤労婦人福祉法(現男女雇用機会均等法)が施行され、国際的にも1975(昭和50)年の国際婦人年<sup>113</sup>や国連婦人の10年とともに、女性の自立や社会参加が推進され始めた頃、前身となる事業が1982(昭和57)年7月に労働省の補助事業として開始された。これが、ファミリー・サービス・クラブ事業(婦人労働能力活用事業)である。

子育てを終えた女性の能力を、どのように活かすかという課題が現れ、都市部では特に共働き世帯等が高齢者や子どもの世話等を、一時的に近隣の人に依頼したいような場合に、地域の相互扶助機能が弱体化しているため、必ずしも円滑に行われえないという問題があった。

そこで、自らの生きがいの充実や社会参加を希望する婦人が、近隣地域において相互扶助の仕組みの下に老人・子どもの世話等の家庭内における援助を行うことを推進するために<sup>114</sup>新設されたのがファミリー・サービス・クラブ事業である。したがってこれは女性の潜在的な労働能力を活用するための事業との意味合いが強かった。

また、ファミリー・サービス・クラブ事業が開始された1980年代は、1981(昭和56)年の武蔵野市福祉公社を皮切りに、いわゆる有償ボランティアによる会員制の相互援

111 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/ikuji-kaigo01/>(2014.9.1 確認)

112 山路憲夫(2003)「ファミリーサポートセンターを中心とした子育て支援の現状と課題」『白梅学園短期大学研究年報』No. 8, pp. 16~25.

113 1972年第27回国連総会において1975年を「国際婦人年」とすることが決議された。同年の国連総会において、1976年から1985年の10年間は「国連婦人の10年」と定められた。

114 婦人少年協会編(1982)『婦人と年少者』No214, 婦人少年協会, p35.

助組織が相次いで設立された時期でもあった。つまり、女性の社会進出が進み、共働き世帯が増えるなか、女性の社会参加と勤労者家庭のニーズをマッチングさせ、近隣住民の相互扶助機能が希薄化する都市部において、支え合いの仕組みを構築することを目指したのである。

1982(昭和57)年に開始されたファミリー・サービス・クラブ事業は、労働省（現厚生労働省）の補助事業として全国地域婦人団体連絡協議会<sup>115</sup>(以下、全地婦連という)が受託し、人口20万人以上の都市を対象に、当初は14都市<sup>116</sup>で開始された。援助内容は、軽易な高齢者・病人の付添い、食事の準備、話し相手等の世話や、留守番および掃除、洗濯、買物、料理等の家事の一部、乳幼児の保育、保育園への送迎、学童の学習、スポーツ活動に関する指導・相手等<sup>117</sup>で現在も多岐にわたっている。

会員は地域から広く募集され、会員登録時に活動可能な援助内容をあらかじめ登録しておくことになる。そして、家政婦労働の職域との区別をつけるため、あくまでも不定期かつ短時間の援助に限り受け付け、専門的ではないちょっとした隣近所の手助け程度という条件付き<sup>118</sup>であった。また、ファミサポ事業の会員とは異なり、ファミリー・サービス・クラブ事業には援助を受けたい側(依頼会員)と援助を行いたい側(提供会員)という区分は存在せず、すべての人が援助を受ける側にも行う側にもなり得る会員<sup>119</sup>であった。

ファミサポ事業が原則として提供会員の自宅で援助が行われるのに対し、ファミリー・サービス・クラブ事業は原則として依頼者の家庭に赴いて行う訪問型で<sup>120</sup>実施されていた。登録に際しては、全地婦連が管理するファミリー・サービス・クラブ保険に(200円/年)加入し、月50円～100円程度(当時)の会費を納めるとともに、利用の際には1時間400～500円(当時)の報酬を支払う<sup>121</sup>。また、利用の際の報酬から約10%の手数料が同クラブに入り、会費とともに同クラブの運営費となっていた。

このように、ファミリー・サービス・クラブ事業は、不定期かつ短期の活動に限り、会員は援助を受ける側にも行う側にもなり得るということが想定されていた事業であるため、サービス提供者の派遣業でない、むしろ地域(近隣)相互扶助を推進するために、そこに貨幣を媒介させることが意識されていた制度であった<sup>122</sup>。

以上のように、当初の規定では、家政婦労働との差異を意識した住民の相互援助組

---

115 地域婦人団体の連絡協議機関として1952年に発足した組織であり、男女平等の推進、青少年の健全育成、家庭生活や社会生活の刷新、地域社会の福祉増進等を目的としている。

116 1982年に開始されたのは、旭川市、高崎市、千葉市、東京都、横浜市、富山市、和歌山市、豊中市、堺市、神戸市、姫路市、久留米市、長崎市、宮崎市、14都市である。その後1983年に川崎市、1985年に秋田市と豊田市、1986年に盛岡市、長野市、沼津市、名古屋市、福井市、1988年に那覇市、1989年に青森市、敦賀市、沖縄市、1991年に岡崎市、1993年に江別市で開始されている。

117 病人の看護、乳幼児の長時間保育等の援助は対象外とされていた。

118 市川房枝記念会(1983)『月刊婦人展望』No324,市川房枝記念会出版部,p7.

119 ファミサポ事業では、依頼会員と提供会員を兼ねる会員は、両方会員の名称で呼ばれている。

120 福井ファミリー・サービス・クラブ「ファミリー・サービス・クラブが歩いた10年」1997,p82.

121 全国地域婦人団体連絡協議会(2003)「全地婦連50年のあゆみ」,p61.

前掲書『月刊婦人展望』p7によると、東京ファミリー・サービス・クラブでは入会金(600円/年)と保険料(200円/年)を会費として取めるとされており、地域によって一律でない。

122 唐鎌直義(1992)「ファミリー・サービス・クラブと在宅福祉サービス」『これからの在宅福祉サービス』あけび書房,pp.112-128.

織としての運営がめざされていたが、実際には、東京ファミリー・サービス・クラブにおいて利用者が若い主婦、提供者が高齢の主婦という二極化が生じ「相互援助」になっていない実態が存在した。あわせて、横浜ファミリー・サービス・クラブにおいては短期的な活動に捉われない運営がなされるなど、活動が地域援助活動の推進よりも有料の福祉サービスに近づくものであった。(唐鎌:1992)

こうして、1982年の開始から1993年に至るまで、ファミリー・サービス・クラブ事業は全国28市にまで広がったが、1994(平成6)年にファミサポ事業が開始されたことにより、補助事業は終了した。しかし現在も、一部の地域では団体の自主的な取り組みとして活動が継続されている<sup>123</sup>。

## (2) ファミリー・サポート事業への移行

1980年代に活発化した有償ボランティアと呼ばれる新しい活動形態に関して、1993(平成5)年7月に出された中央社会福祉審議会地域福祉専門分科会の意見具申「ボランティア活動の中長期的な振興方策について」において、ボランティアの有償化については助け合いの精神に基づき、受け手と担い手との対等な関係を保ちながら謝意や経費を認め合うことは、ボランティアの本来の性格と接近していると述べている。

また、このことは、経済的にゆとりのある人だけではなく、活動意欲のある人は誰でも、広く公平に参加する機会が得られるためにも必要であることで、「有償ボランティア」が公的に積極的に位置づけられた<sup>124</sup>。(田中:1996)

そのような中、ファミリー・サービス・クラブ事業に代わり、1994(平成6)年にファミサポ事業が労働省(現厚生労働省)の補助事業として開始された。有償ボランティアによる子育て支援事業は、前述の社会情勢にも沿ったものであった。よって、ファミサポ事業は、女性の職業生活をサポートし、仕事と育児の両立支援の事業として、保育所だけでは対応できない多様な保育ニーズに対して、従来であれば地縁関係のなかで行われていた地域における相互援助活動を、行政として支援することを目的としている。

開始当初のファミサポ事業は、仕事と育児両立支援特別援助事業という名称で、労働者の育児を援助することが中心に位置づけられているものであった。そこでは、親の急な残業や、親の勤務先から帰宅までの間の子どもの一時保育等、仕事と子育てを両立するにあたり、既存の保育サービスで対応しきれない変動的、変則的な保育需要に対応することが目的とされた。

また、前身となるファミリー・サービス・クラブ事業の女性の社会参加という目的も引継ぎ、雇用による労働は望んでいないものの、できる範囲で社会に役立つことを行いたいという希望を持っている主婦等の社会参加を推進することも合わせて、かつての地縁機能を代替する相互援助活動を組織化し、家族的責任を有する労働者が職業

---

<sup>123</sup> 盛岡市、名古屋市、豊田市、福井県(福井市、敦賀市、越前市、鯖江市、勝山市、小浜市、坂井市)、久留米市にて現在も実施されている。ただし、盛岡市では2003年より盛岡市ファミリー・サポート・センターがファミリー・サービス・クラブの生活支援活動を引き継ぎ、自主事業として運営している。

<sup>124</sup> 田中尚輝(1996)『高齢化時代のボランティア』岩波書店, pp. 130-131.

と育児を両立して安心して働くことができるようにすることを目指した<sup>125</sup>のである。

ファミサポ事業の開始に際しては、ファミリー・サービス・クラブのほか、1973(昭和48)年に設立された有償ボランティアによる子育て経験のある母親が、家庭で子どもを預かる民間ネットワークであるエスク<sup>126</sup>などを参考にしている。

設置は人口5万人以上の市区町村に働きかけられ、運営支援は財団法人婦人少年協会<sup>127</sup>(現在の財団法人女性労働協会)が受託した。運営経費は、国が2分の1、都道府県が4分の1、市区町村が4分の1の負担で開始された。

センターに所属するアドバイザーが依頼会員からの援助の依頼に応じて提供会員に援助の打診を行い、マッチングが成功すれば会員間で援助と報酬の支払いが行われる。また、会員には依頼会員と提供会員を兼ねた両方会員も存在している。

以上のような歩みのファミサポ事業であるが、その後、2回事業内容が変更されている。1回目の変更は、援助の内容として介護も実施されるようになったことである。

これは、少子化とともに高齢化に伴う介護問題が認識され始め、2000(平成12)年からの介護保険制度の施行開始が決定されると、介護の社会化が推進され始めた。そのような流れの中で、ファミサポ事業は2000年には、仕事と家庭両立支援特別援助事業も組み入れた。これにより、ファミサポ事業で行われる援助は、労働者の育児のみでなく介護も対象とされるようになった。

2回目の変更は、援助対象者の拡大である。2001(平成13)年に行われた労働省と厚生省の統合をきっかけに、ファミサポ事業は、厚生労働省の補助事業となり、援助対象者が労働者から、自営業者や専業主婦を含む子どもを持つ全ての家庭に拡大された。省庁統合のメリットを生かす形で、仕事と家庭の両立支援に児童の福祉という目的が付与され、地域の子育て支援機能の強化が目指された。

### (3) ファミサポ事業による病児・緊急対応強化事業

2003(平成15)年に次世代育成支援対策推進法が成立した。同法では、国や地方公共団体だけでなく301人以上の労働者を雇用する事業主に対しても次世代育成支援を推進するための「一般事業主行動計画」策定を義務づける<sup>128</sup>など、仕事と家庭の調和(ワーク・ライフ・バランス)の重要性が、より一層認識されはじめた。

このような中、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ことから、2005(平成17)年緊急サポートネットワーク事業(以下、緊急サポ事業という)が開始された。

緊急サポ事業が設立された背景として(財団法人女性労働協会:2007)は、日本労働研究機構(現労働政策研究・研修機構)が実施した「育児や介護と仕事の両立に関する調査」

<sup>125</sup> 労働省(1994)「ファミリー・サポート・センター(仮称)の設立(新規)」『女性と労働 21』第7号, p13.

<sup>126</sup> 1980年代に発生した、ベビーホテルでの事故(夜間保育や宿泊を伴う保育を実施する認可外保育施設で発生した乳幼児の死亡事故)をきっかけに設立された民間団体。出所は前掲注16)による。

<sup>127</sup> 現在の厚生労働省雇用均等・児童家庭局にあたる。1952年に当時の労働省婦人少年局の外郭団体として発足し、1980年に財団法人となった。さらに、1999年には「女性労働協会」と名称を変更し、働く女性の地位向上および、女性労働者の福祉の増進を図ることを目的とした事業を展開している。

<sup>128</sup> 行動計画に関する規定部分は、2005年から施行された。2008年の改正により、2011年4月1日からは従業員101人以上300人以下の企業に対しても策定義務が課された。100人以下の企業に関しては努力義務としている。

の結果から、子育て期にあたって就業を断念した労働者の仕事と育児が困難だった理由をみると、子どもの病気等で度々休まざるを得ないため(32.8%)をほぼ3人に1人の割合で両立困難の理由にあげるなど、就労家庭における病児・病後児保育の必要性が認識され始めたことがあった。こうして、緊サポ事業の開始に当たっては、まず罹患し治癒の方向に向かっていると医師の判断にある病後児保育の重要性が意識されていたことが上記の調査からも言える。

急な発熱等による急性期を越え通常の保育に影響のない病後児保育に関しては、乳幼児健康支援一時預かり事業<sup>129</sup>(病後児保育)が厚生労働省の事業としてこれまでに実施されていたが、医療機関との連携が必要となるなど細かな要件のある同事業は、表2-5ファミリー・サポート事業の利用者数を参照すると、当初目標とされたほどには広がらず、地域のニーズに応じることができていなかった。

そこで、緊急性のあるような急性期や罹患直後等の事態に対応できるようにするためにも、ファミサポ事業のシステムを活用した緊サポ事業が運用できるよう模索がなされた。

以上の経緯から、緊サポ事業は従来のファミサポ事業では対応できなかった、病児・病後児の預かりや、急な出張等の際の宿泊を含む子どもの預かり等の援助を行うことが目的とされた。また、当初念頭に置かれていた会員は、緊サポ事業による援助を受けたい労働者と援助を行いたい看護師・保育士等の有資格者等であった。

ただし、ファミサポ事業が実施されていない地域においては、非労働者であっても緊サポ事業を利用することが出来るとされていた。

運営は、国や都道府県を単位とする団体から委託され、実施団体には、民法34条に基づき設立された公益法人や社会福祉協議会、NPO法人等がある。2007(平成19)年7月末日時点において、40都道府県で実施され、NPO法人18団体、社会福祉法人12団体、社団法人6団体、財団法人4団体が実施団体となっていた<sup>130</sup>。

なお、緊サポ事業の開始により、ファミサポ事業は補助事業から交付金事業となり<sup>131</sup>、運営負担割合が都道府県・市区町村は自由裁量に変更された(表2-1-1)。

従来のファミサポ事業と新設された緊サポ事業の相違点をまとめると、(表2-1-2)のようになる。ファミサポ事業では、依頼会員、提供会員ともに全ての者が対象とされているが、緊サポ事業では依頼会員は労働者に限定されており、提供会員は看護師・保育士等の有資格者等である。

また、運営に関しては、ファミサポ事業が市区町村も実施団体とされているのに対し、緊サポ事業では地方公共団体は実施団体とされていない。さらに、活動範囲であるが、ファミサポ事業が市区町村単位で実施されているのに対し、緊サポ事業はより広域の都道府県が活動範囲となっている。

<sup>129</sup> 病後児を病院や保育所等で一時的に預かる事業。1994年から仕事と育児の両立支援策として開始された。ファミサポ事業と同様に、実施主体は市区町村となっている。

<sup>130</sup> 財団法人女性労働協会(2007)「緊急サポートネットワーク事業運営の手引」より。

<sup>131</sup> 2005年度～2010年度は「次世代育成支援対策交付金(ソフト交付金)」の対象事業とされていたが、2011年度からは「子育て支援交付金」の対象事業となり、2012年度補正予算により「安心子ども基金」へ移行されている。

(表 2-1-1) ファミサポ事業の運営費負担割合

1994年から2005年まで

全国一律			
国	都道府県	市区町村	センター
1/2	1/4	1/4	—

2005年以降

市区町村により異なる			
国	都道府県	市区町村	センター
交付金	自由裁量	自由裁量	残額分

出所：財団法人女性労働協会(2007)「緊急サポートネットワーク事業運営の手引」から筆者作成

(表 2-1-2) ファミリー・サポート事業と

緊急サポートネットワーク事業の相違点

	ファミサポ事業	緊サポ事業
依頼会員	育児（一部介護）サポートを受けたい全ての者	病児・病後児等のサポートを受けたい労働者
提供会員	提供会員サポートを行いたい全ての者	サポートを行いたい看護師・保育士等の有資格者等
実施団体	市区町村または民法第34条に基づく公益法人等	民法第34条に基づく公益法人
活動範囲	市区町村	都道府県

出所：財団法人女性労働協会(2007)「緊急サポートネットワーク事業運営の手引」から筆者作成

## (4) 病児・緊急対応強化学業の進展

2005(平成17)年に開始された緊サポ事業は2008(平成20)年に終了し、それまで緊サポ事業で担われていた病児・病後児や宿泊を伴う緊急の援助は、2009(平成21)年からファミサポ事業の中に病児・緊急対応強化学業が新設され、提供会員を希望する人には事前に講習会への参加を経て業務に携わるようになり、市区町村の事業として実施されるようになった。

このように緊サポ事業が廃止された理由として東根(2013)は、①都道府県を活動範囲としているが、すべての地域に事業展開することが困難であること、②保育が市町村の責任で実施されており、市町村事業と一体とするほうが適切であること、③ファミサポ事業と緊サポ事業の使い分けが不便との指摘があると指摘している<sup>132</sup>。

こうして、厚生労働省は地域における病児・病後児の預かり、宿泊を伴う預かり、早朝・夜間の緊急時の預かり等を促進するため、ファミサポ事業において病児・病後児の預かり等を行うモデル事業を実施し、緊急サポートネットワーク事業は廃するこ

<sup>132</sup> 東根ちよ(2013)「ファミリー・サポート・センター事業の歴史的経緯と課題」同志社同志社政策科学研究第15巻,第1号,p121.



と<sup>133</sup>としたのである。なお、ファミサポ事業において病児・病後児預かり等を2009(平成21)年から実施することが困難な地域においては、事業が地域へ円滑に移行されるよう、2010(平成22)年までの2年間の時限措置として、国の委託事業(「病児・緊急預かり対応基盤整備事業」)を実施することとした。そのため、提供会員には講習を実施し、依頼会員に対応するようにした。

こうして、ファミサポ事業に病児・病後児や宿泊を伴う緊急預かりの機能が付与された。これが現在のファミサポ事業の事業形態である。しかし、市区町村によって病児・緊急対応強化事業を実施しているところもあれば、この事業を実施していないものもある。また、ファミサポ事業で対応される援助内容が専門化するに伴い、地域の医療機関や保育施設等、関係機関との連携体制が重要視され始めた。

以上、第1節をまとめると、ファミサポ事業の歴史的な経緯は、前身となるファミリー・サービス・クラブ事業、ファミサポ事業、緊急サポ事業、病児・緊急対応強化事業という4種類の事業が関連し合いながら進められてきた(表 2-1-3)。また、援助内容および援助対象者は、その時々、社会的な背景に影響を受け、約30年間にわたり拡大され続けている。

(表 2-1-3) ファミリー・サポート事業の推移

年 度	1982	1994	2000	2001	2005	2009
ファミリー・サービス・クラブ事業	家事サービス全般	(終了)				
ファミリー・サポート・センター事業		労働者の育児	労働者の育児・介護	全ての人の育児・介護	継続 →	継続 →
緊急サポート・センター事業					労働者の病児・宿泊育児	(終了)
病児・緊急対応強化事業 <small>ファミリー・サポート・センター事業に新設</small>						全ての人の病児・宿泊育児

出所：東根氏の資料より筆者作成。

そのため、当初は他の支援サービスとの差異を意識し、不定期かつ短時間の、専門的ではない隣近所の手助け程度の援助が想定されていたが、多様な地域のニーズに対応する援助内容の拡充により、近年では長時間の援助や専門性の高い援助も実施される傾向にある。

労働者の育児、労働者の育児・介護、労働者の病児・宿泊育児、全ての人の病児・宿泊育児というように、他の支援サービス提供事業者とファミサポ事業との境目が不明確になる傾向が現れてくるため、それぞれのニーズに合うサービス提供の役割の再認識が求められていると言える。

<sup>133</sup> 厚生労働省「ファミリー・サポート・センター事業及び緊急サポートネットワーク事業の再編について」[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/01/dl/s0108-4b\\_0041.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/01/dl/s0108-4b_0041.pdf)(2014.9.1 確認)

以上を踏まえ、次に第2節では地域ごとに特徴を持つ同事業の活動状況を概観し、提供会員の問題、アドバイザーの問題、他の保育サービスとの連携の問題、そして病児・緊急対応強化事業の実際を見よう。

## 第2節 ファミリー・サポート・センターの現状と課題

### (1) ファミリー・サポート・センター活動状況調査結果からの考察

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。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、その活動状況については調査研究もなされており、たとえば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<sup>134</sup>。

そこで、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。なお、活動状況調査に関しては実施年度により質問項目に変更があるため、一部で財団法人女性労働協会「ファミリー・サポート・センター活動状況調査結果(平成22年度)」(以下、「平成22年度調査」という)を使用し、比較することにした。

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%となっており、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、平成22年度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 2-2-1)。

「平成22年度調査」では、直営が45.9%、委託が53.9%、補助が0.2%であり、平成22、24年度の比較では、委託先の団体として「社会福祉協議会」が多いことには変わりはないが、「NPO法人」の割合が伸びている(29.3%→34.7%)。

こうして、ファミサポ事業が開始されて以降、年々、市区町村は直営から委託による運営を進めている。近年の傾向をみても今後も委託が進み、委託先としては「NPO法人」の増加が予測される。

「平成26年度調査」では、「社会福祉協議会」が多いことには変わりはないが、「NPO法人」と公益/一般法人(財団法人、社団法人)と民間企業(有限会社、株式会社等)の数値が上昇していることは、地域によって委託先が多様化している表れと思える。

---

<sup>134</sup> 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、ここでは特に下記の年度の調査結果を使用する。

平成22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/h22\\_kinkyu\\_koukoku.pdf](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h22_kinkyu_koukoku.pdf)(2014.9.1確認)

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

(表 2-2-1) 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
26 年度	件数	181	41	126	5	18	3	374
	%	48.4	11.0	33.7	1.3	4.8	0.8	100.0

注)20, 22, 24 年度の数値は原文のそれをそのまま記している。また、24 年度の調査結果によれば 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 で全体の集計値は 100.6% となるが、ここでは 20, 22 年度については原文の数値をそのまま記した。ただし、26 年度の件数の「全体」と%の個所は筆者が計算し直している。

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](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h20_kinkyu_koukoku.pdf) (2014. 10. 1確認)

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](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h22_kinkyu_koukoku.pdf) (2014. 10. 1確認)

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](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf) (2014. 10. 1確認)

出所：財団法人女性労働協会 平成26年度調査結果(2015)

[http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document\\_pdf/h26\\_kinkyu\\_koukoku.pdf](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h26_kinkyu_koukoku.pdf) (2015. 12. 1確認)

利用者数については<sup>135</sup>、依頼会員466, 287人(2013年度。2012年度440, 787人、2011年度383, 321人)・提供会員123, 173人(2013年度。2012年度117, 584人、2011年度129, 744人)・両方会員43, 595人(2013年度。2012年度43, 139人、2011年度42, 585人)であり、さらに実施箇所数として基本事業は738市区町村(2013年度実績。2012年度実績699市区町村、2011年度実績669市区町村)ある。

なお山口県では13市で実施されている。病児・緊急対応強化事業は132市区町村(2013年度実績。2012年度実績129市区町村、2011年度実績106市区町村)であり、山口県では実施市0である。依頼会員に比べ、提供会員の少なさが目立つ(表 2-2-2)。

<sup>135</sup> 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/ikuji-kaigo01/> (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。

(表 2-2-2) 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132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

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 2-2-2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 2-2-3で活動内容別の利用者数を見ると、「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8千件余りで、0.6%となっている。

ファミサポ事業は主に他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が大きいことがうかがえる(吉川他:2012)(表2-2-3)。

(表 2-2-3) 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
保護者の事情・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](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf)

## (2) 提供会員の量と質の確保

これまで、財団法人女性労働協会により実施されてきた活動実態調査や先行研究の中で最も多く指摘されている課題が、提供会員の量と質の確保である。

提供会員の量の確保についてであるが、上述のとおり、センターの運営は市区町村の方針や運営団体の方針等サービス提供内容や地域性により異なり、決して全国一律ではない。そのため、先行研究をみても個々のセンターを対象とした事例調査が多く行われているが、いずれのセンターにおいても、依頼会員に比べ提供会員が大幅に少ない(川島・山田:2005)、(堀越・中山・福島:2012)、(吉川他:2012)。これは下記のようにサービス提供内容や地域性の違いから来ているものと思われる。また、全国的にも、財団法人女性労働協会による「平成24年度調査」において会員の割合をみると、提供会員が21.1%に対し依頼会員は70.7%となっており、提供会員は依頼会員の1/3に満たない。提供会員の不足はファミサポ事業が実施されて以降、継続的な課題である<sup>136</sup>。加えて、提供会員の不足に関しては、地域的な課題も同時に発生している。

たとえば、川島・山田(2005)は、静岡県内の16ヵ所のセンターに対し郵送調査を行った結果、依頼会員の多い地域と提供会員の多い地域が必ずしも一致しない地域的なズレが発生していることを指摘する<sup>137</sup>。この地域的なズレの結果、特定の提供会員に援助依頼が偏ることや、依頼会員のニーズに応えられないという事態が生じているため、

<sup>136</sup> すでに20年近く前に、川島玲子(1997)「注目を集めるファミリー・サポート・センター」『婦人と年少者』272号, 婦人少年協会, pp. 32-33. で、「依頼会員のニーズに、より確実に対応するには提供会員が少ない」ことが課題としてあげられている。

<sup>137</sup> 川島玲子, 前掲書, p33.

各地域に満遍なく会員を確保することが不可欠である(川島・山田:2005)。事前講習に参加したすべての人が提供会員として、登録をしない人も存在することがこうした地域的なズレの一要因である。

次に、提供会員の質の確保について述べる。上述のように、ファミサポ事業は専門的な保育サービスではなく、地域住民による相互援助の会員組織という性格から、当初は既存の保育サービスで対応しきれない変動的、変則的な保育需要、たとえば就労開始時間が一定でない場合や、延長保育等に対応することが目的とされていた。

しかし、現在では定期的な活動が多く、地域のニーズに応じて徐々に援助範囲は拡大し、センターによっては病児・病後児や障害児への対応など、専門性を必要とするニーズにも対応している。ファミサポ事業の提供会員となるための条件としては、多くのセンターでは年齢以外の厳密な条件が設けられておらず広く門戸が開かれている。そのため、保育に関する経験、知識、ファミサポ事業に対する理解等、提供会員の質にはばらつきが見られる。

提供会員の質を保つための手段として、センターが実施する事前講習があるが、受講が義務づけられておらず、講習の項目や時間数も様々である。専門的な保育サービスではなく、地域住民による相互援助の会員組織であるファミサポ事業であるため、どこまで専門性を求めるべきかという課題がある<sup>138</sup>。しかし、援助内容が継続化、専門化かつ複雑化している傾向の中で、ある程度の質を保つ必要もあるという新しい問題が生じている<sup>139</sup>。ただし、講習が義務づけられてこなかったという問題については、2011年に厚生労働省から「ファミリー・サポート・センター事業における講習の実施について」が通知されて以降は、提供会員の質の確保を行うため事前講習を徹底させる方向にある<sup>140</sup>。

具体的な事前講習の内容に関しては、会員登録時の講習に留まらない継続的なスキルアップ講習の必要性が指摘されているとともに(石原・加藤:2003)、内藤・松澤(2009)、吉川他(2012)は、具体的な支援事例に対応しうるケースワークを含めた研修やケースカンファレンスグループの構築、スーパーバイザーの参画など実態に即した支援体制構築の必要性を指摘する。また、内藤・松澤は、利用者のみならず家族の状態が影響することも考慮しなければならないことが必要となる可能性を指摘している<sup>141</sup>。

また、吉川他(2012)は、提供会員の質を保つための講習以外の手段として、提供会員が講習で解決しきれない不安を共有する提供会員同士の交流の場と、つながりを広げていくことの重要性にも触れている。

---

<sup>138</sup> 財団法人女性労働協会による「平成24年度調査」においても、講習の課題として、受講の義務づけは提供会員にとって負担が大きいためできない。フォローアップ研修開催時には、提供会員・両方会員全員に電話で参加を呼び掛けているが、援助依頼がないのに研修の参加要請を受ける負担感から退会の申し出が増えてきている。との報告がある。

<sup>139</sup> 吉川他(2012)は、ファミサポ事業では単発の利用より継続の利用が多いと推測されることにふれ、利用実態に対応できる質の高い提供会員の養成の必要性を指摘する。

<sup>140</sup> 財団法人女性労働協会が主催する2012年度の全国交流集会においても、「ファミリー・サポート・センター事業における講習の重要性」を題目とするパネルディスカッションおよび講演が実施された。

<sup>141</sup> 内藤美智子・松澤高志(2009)「安曇野市における緊急サポートネットワークの構築」『松本短期大学研究紀要』18号, pp. 37-48.

### (3) アドバイザーの育成と質の向上

ファミサポ事業の運営に関しては、センターに配置されているアドバイザーが依頼会員からの依頼を受け、提供会員とのマッチングを図るとともに、活動に際しての助言、講習の企画、関係機関との連携等を行っている。そのため、ファミサポ事業を運営する上でアドバイザーが担う役割は大きい。

アドバイザーの雇用形態を「平成24年度調査」で見ると、委託先のパート・アルバイトが24.3%と最も多く、市区町村の嘱託職員が19.2%、委託先の嘱託職員が18.4%と続いており、雇用形態では非正規が多くなっている（表 2-2-4）。平成24、26年度では、委託先の嘱託職員が19.2%と最も多く、市区町村の嘱託職員が17.9%、委託先のパート・アルバイトが17.1%と続いている。わずかではあるが、市区町村の正職員が増加している。

(表 2-2-4) ファミリー・サポート事業でのアドバイザーの雇用形態

		市区町村の 正職員	市区町村の 嘱託職員	市区町村の パート	委託先の 正職員	委託先の 嘱託職員	委託先のパ ート・アルバイト	その他	全体
24 年度	件数	54	299	189	211	287	378	140	1558
	%	3.5	19.2	12.1	13.5	18.4	24.3	9.0	100
26 年度	件数	114	212	151	167	228	203	110	1185
	%	9.6	17.9	12.7	14.1	19.2	17.1	9.3	100

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

出所：財団法人女性労働協会 平成26年度調査結果(2015)

[http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document\\_pdf/h26\\_kinkyu\\_koukoku.pdf](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h26_kinkyu_koukoku.pdf)

ただし平成24年度・平成26年度の件数の「全体」と%の個所は筆者が計算し直している。

「平成22年度調査」のアドバイザーの雇用環境の課題に関する自由回答として、勤務時間外の対応があるため、個人の携帯使用が主となるが、時間外手当や、携帯料金の補助がない、帰宅後も携帯電話を持参して対応しているセンターの事例を聞くと、素晴らしいと思う反面、業務と個人の熱意の境が曖昧で、雇用の観点から考えると、不安に感じる事が大きい、との回答があり、依頼会員の依頼に対しアドバイザーが業務外で対応している実態が指摘されている。

また、先述のように約6割のセンターがアドバイザーに任期を設けており、そのうち約8割のセンターが任期を1年としている(表 2-2-5)。不安定な雇用に対しては不安の声とともに、経験が活きる職種であるのに、有期雇用や雇用止めがあるとの回答がみられた。

年々高度なコーディネート力が求められるアドバイザーが、不安定な雇用環境に置かれている様子が見えてくる。

(表 2-2-5) アドバイザーの任期

	1年	2年	3年	4年以上	無回答	全体
件数	285	5	15	20	19	344
%	82.8	1.5	4.4	5.8	5.5	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](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf)

ただし件数の全体件数と%の個所は筆者が計算し直している。

ファミサポ事業が地域で広がり活動件数が増えるにともない、依頼内容が多様化するとともに、近年では病児・病後児、障害児等、支援を必要とする依頼が増え、アドバイザーには高度なコーディネート力が求められるようになってきている。

アドバイザーのスキルアップのためには研修<sup>142</sup>が重要な役割を果たすが、「平成22年度調査」の自由回答において、アドバイザーとしてのスキルアップを行う研修機会の少なさが指摘されており、業務を行っていく上での不安を生んでいる様子が見える。ファミサポ事業に関して、今後はアドバイザーの雇用環境や研修についても注目していく必要がある。

#### (4) ファミサポ事業の範囲と他の保育サービスとの連携

これまで述べてきたとおり、近年ファミサポ事業では、病児・病後児、障害児等、専門性が求められる援助内容が増えている。それにより依頼会員のニーズに対し多様な対応が可能となる反面、ファミサポ事業で担うことのできる援助内容が不明確になっているという課題が存在する。

たとえば「平成22年度調査」の自由記述では障害児の受け入れに関して、障害を持つお子さんのサポートが増え続けている、研修会、学習会、相談会等実施して、専門性を持って対応できるサポーターを増やしていく必要性を感じている。というアドバイザーの意見がみられる。また、どこも援助を受けられないからと、最終的にセンターに依頼があるが、一市民が行う援助活動にしては、責任が重く、対応が難しいケースが多いことや、複雑な問題を抱える家族を援助しなければいけなくなった時の会員選びは頭を抱えてしまう、などの意見があげられている。

現在、ファミサポ事業で担うことのできる援助内容に明確な規定は存在せず、事実上、センターと会員同士の判断に委ねられている。さらに、病児・緊急対応強化事業が創設されて以降は、専門的な援助内容がより一層進められるようになった。かつての地縁機能を代替する相互援助活動の範囲に留まらない援助が行われているため、有償ボランティアという立場に期待できることとともにその限界についても考慮しながらすすめていく必要がある(吉川他:2012)。そのためには、保育ママ制度、保育所の延長保育や一時預かり制度、医療機関が実施する病児保育等、近年推進されている多様な子育て支援制度の中におけるファミサポ事業の位置づけを再検討することが、今後大きな課題となり、その中で援助内容の一層の拡大と充実についても検討する必要がある。

<sup>142</sup> 現在、都道府県や市区町村のほか、女性労働協会がアドバイザーのための研修を実施している。



ある。

石原・加藤(2003)は、開設時間が平日の日中に限られているセンターが多いことを指摘し、受付時間の範囲を広げるなど利用の便宜を図る必要性がある<sup>143</sup>と述べている。また、岡崎(2008)は、ファミサポ事業の要支援事例に着目し、急病時や障害児等の要支援事例への対応に際しては専門機関との連携による対応が必要である<sup>144</sup>ことを指摘した。近年、特に「病児・緊急対応強化事業」を実施しているセンターにおいては、医療機関等の専門機関との連携が積極的に図られているが、連携の状況に関してもセンターにより様々な対応がとられるため、より一層の充実が課題となっている。

また、利用料金に関する課題も存在する。ファミサポ事業の利用料金は専門の保育サービスに比べ低額ではあるが、低所得者やひとり親家庭等、経済的な困難を抱える家庭に関しては大きな負担となるため、利用料金の減免や補助の必要がある(石原・加藤:2003)、(岡崎:2008)。あわせて、川島・山田(2005)は、静岡県におけるセンターの実態から、ファミサポ事業による援助の利用促進のため、一律の料金ではなく、子どもの年齢・健康状態、利用内容、利用時間などを考慮した細やかな料金体系にする必要性<sup>145</sup>を論じている。

「平成24年度調査」によると、現在20.1%のセンターが利用料金の補助を行っており、補助の対象としてはひとり親家庭が61センターと最も多く、そのうち2センターにおいては、利用料金の全額補助を実施している。そのほか、母子家庭、依頼会員(在勤・在住)等、利用料金の補助に関しては一部のセンターで実施されているが、補助の支給については今後も広く検討を続ける必要があると言える。

上述のファミサポ事業の利用料金が、会員の意識とファミサポ事業本来の目的に差を生じさせるという問題もみられる。ファミサポ事業は1時間700円前後の利用料金が発生する。活動はいわゆる有償ボランティアであり、料金はあくまでも報酬、謝礼等の性格を持つものである。しかし、「平成22年度調査」の自由記述によると、ファミサポ事業は援助会員の善意をもとに行われる事業であるが、それを理解できず、金を払っていることによって、どんな依頼でも頼める。というような態度で依頼をする会員がいるという意見があるように、有償であることが、依頼会員にサービスを購入しているという意識を持つことにつながっている様子がうかがえる。

同じく自由記述において就業を目的とした提供会員が多く、仕事はないのかと問い合わせがある、ボランティア精神で地域の子育てを支えようと考えている人が少ないという意見がみられ、提供会員に対しては、有償の援助であることが就労の機会としての意識を生じさせている事例がある。利用料金に関しては、センターによって報酬、謝礼等と呼ばれているが、一見すると賃金とも捉えることの出来るあいまいな位置づけにある利用料金を、今後どのように位置づけていくかが大きな課題である。

ファミサポ事業は開始されて以降、実施する市区町村は増加を続け、今後も地域の

143 石原栄子・加藤千佐子(2003)「保育サポーターの役割と課題(3)ー栃木県ファミリー・サポート・センターの運営についてー」『日本保育学会大会発表論文集』No. 56, pp132-133.

144 岡崎和美(2008)「ファミリー・サポート・センターの現状と今後の展望ー要支援事例と専門機関との連携課題に着目してー」『高知女子大学紀要社会福祉学部編』Vol. 57, pp. 81-92.

145 川島貴美江・山田美津子(2005)「静岡県におけるファミリーサポートセンターの現状と課題」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』第19号, pp51-62.

支え合いの仕組みとして期待されている。多くの課題に関しては、提供会員の量と質の確保などの、個々のセンターで取り組むことのできる課題もある、アドバイザーの雇用環境と研修、会員の意識と事業目的の差、他の保育サービスとの関係で示された内容に関しては、事業のあり方全体に関わる大きな問題である。ファミサポ事業が、地域の支え合いのシステムとして今後も役割を果たしていくためにも、ここで示された課題に対するシステム構築のためのより高度な学術的検証が求められる。

#### (5) ファミサポ事業による病児・緊急対応強化事業の実際

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・緊急対応強化事業として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、通常の預かりと同様、既存のファミリー・サポート・センターが実施しているのは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。提供会員の資格要件については市町村が決定している。

次に、病児・病後児の受入れが行われているセンターの中から、3つのセンターの状況を見ることで、同事業の現状と問題点を考察しよう。

病児・病後児保育はこれまで民間の自発的努力と行政による対応の発展により上のように整備されてきたが、現時点での病児・病後児保育において残されている問題点の一つは、上の病児緊急対応強化事業や病児・病後児預かりを実施しているセンターの少なさを見ても、保育園で、あるいは登園直前等での子どもの急な発熱等の時に職場事情等で親の対応が相当程度難しい時に利用できるサポート体制が必ずしも十分ではないという点にあると言えよう。ファミサポ事業でもこの点をいかに解決することができるかは同制度における重要な課題となっている。この点については、少数の事例において、このような場合への一歩進んだ対処を試みているところも見られるので、次にこうした事例について見てみよう。

長野県安曇野市では、上のような子どもの急な体調不良の事例において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<sup>146</sup>としている。

このようなサポートは他のファミサポ事業ではほとんど見られない。では同市ではそれはどのようにして可能となったのか。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）によると<sup>147</sup>、（前述のようにそれまでのファミサポ事業では、

<sup>146</sup> 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）

<sup>147</sup> 松澤高志氏は、現在、安曇野市社会福祉協議会の介護・事業課障害者支援係主幹係長である。

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(以下緊急サポート事業と略す)が開始されたが、この緊急サポート事業を安曇野市で運営していくための背景としては、まず、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、これを受けて当時ファミサポート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・センターがこれに応じて緊急サポート事業を実施することになった。

同氏からの聞き取りによれば、この緊急サポート事業の立ち上げが可能となった背景については同村のファミサポート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会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、子どもを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、あの人が預けてもいいというような信頼関係・信頼する意識が生まれてきた。こうした中で、緊急サポート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)達が使い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急サポート事業の一つとして、事前に緊急サポート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、とのことであった。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させたり、預かり保育をすることが可能な緊急サポート事業が運営される礎になっており、それが、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<sup>148</sup>。

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、通常の利用会員とは別に病児・病後児援助会員があたることになっている<sup>149</sup>。

このように、ファミサポート事業は一部に付き添い受診を行うところ、病児・病後児預かりを行うところがあるが、その場合でもそのような事業に至るまでの強い信頼関係の構築を必要とする、または病児・病後児利用会員としての事前の登録を必要とする、という特徴・要件を伴った事業となっている。

---

148 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](http://www.city.sinjyuku.lg.jp/kodomo/file03_02_00003.html) (2015.9.1 確認)

149 広島市ファミリー・サポート・センター

<http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/contents/00000000000000/118001127735/index.html> (2015.9.1 確認)

こうして、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が、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せいびするとともに、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。同事業を実施するためにはこうした条件を満たすことが必要であり、そのことから、現時点では上のように全体の3割程度のセンターのみがこの事業を実施するにとどまっている状況である。

これをセンター側から見たときの、センターの力量にかかわる問題とすれば、もう一つ、利用者側にかかわる、この事業の大きな問題点として、これを利用する前には、親は必ずかかりつけ医を受診しておかねばならないという条件があるという問題がある。すなわち配偶者や家族、親族による事前の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が、就労状況や家族状況によってはこの条件を満たすことができる家族ばかりとは限らない。このような問題をどのように解決していったらよいのか。このうちの后者、すなわちこの利用者側に直接かかわる問題への対応の可能性については、章を改めて第3章で若干の検討を行うこととする。

#### 〈小活〉

本章では、ファミサポ事業のこれまでの歴史的経緯と現在の状況を検討した。ファミサポ事業は開始された当初、援助内容は不定期のちょっとした隣近所の助け合いが念頭に置かれていたが、近年はいずれのセンターにおいても継続的な援助内容が多く、病児・病後児、障害児等の専門性を要する援助内容も行われている。ファミサポ事業は、地域における支え合いとしての役割を担うことはできるが専門的な保育サービスの代替ではない。しかし、事業の歴史的経緯を追うと、専門的な援助内容が徐々に強化されている。これまで活動の量と質ともに拡大を続けてきたファミサポ事業であるが、同事業に対する期待の拡大・多様化に対し、提供会員の量と質の確保、アドバイザーの育成と質の向上、他の諸機関との連携・分業という点の検討と解決が必要となっていると言えよう。

その中でも特に病児・病後児保育に関するサポート事業の充実においては、その改善のため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。そこでの特徴としては、こうしたサポート体制が可能となった背景として、同事業ではそれまでも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たことが注目される。このことが、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言えよう。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<sup>150</sup>。そこでは地域におけ

<sup>150</sup> その際、同市においてはこのような対応を可能にした背景にそれまでの会員間での緊密な結び付きと信頼の醸成という過程があったことも当然、強く注目されねばならない。

るサービス供給体制の多元化のなかで、ファミサポ事業の支え合いの仕組みがその強みを発揮しつつ行政機関や他の担い手とどのように連携し、カバーし合っていくのがよいのかが問題の焦点となると言えよう。

### 第3章 地域協働による病児サポートネットワーク事業の構築に向けて

〈本章のねらいと構成〉

児童が発熱等の急な病気になった場合、保護者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が求められている、しかし、就労先の状況だけでなく、家庭環境の事情から保護者が休暇を取得できないことも現実には多いことから、この問題の解決にどのような方法があるかについて、以上の諸章では、序章で、病児・病後児保育制度の登場に至る戦後の保育制度の展開過程、第1章では施設型として、病児・病後児保育所の現状と課題を見た。第2章では病児・病後児保育所の問題点を補う役割をもつものとしてのファミサポ事業の現状を見てきた。

そもそも病児・病後児保育を行っている保育施設の数は全体では15カ所に一つの割合でしかない状況にある（第1章、第1節、(2)の1）。そうした状況を補うものとしてのファミサポ事業においても保育時や登園前の急な発熱時等、子どもの急病時に対応するサポートが行われているのは全体の三分の一の施設に止まっており、ここに病児・病後児保育事業の現時点における残された課題の一つがあることを見た。本章ではこの課題の解決に資する一つの方法と考えられる、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。

#### 第1節 ファミサポ事業に残された問題点

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うすぐれた特徴を持っている。

ファミサポ事業では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。しかし、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。

こうした要件を満たす必要があることから、同事業を行う事業所は少ない。よって、実施するセンターを増やすことが病児・病後児保育の発展・改善のための一つの課題となる。

他方、ファミサポの緊急対応を利用しようとする場合には、もう一つの問題が残されている。それは登園前、登園中の発熱といった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。すなわち、この事業を利用する前には、親は必ずかかりつけ医を受診するという条件があり、配偶者や家族、親族による事前受診がファミリー・サポート・センター事業による対応の前提となっているのである。すべての親がこのような条件を事前に満たせる余裕があるとは限らないことから、この点はファミサポの緊急対応事業における問題点として残されており、多忙な就労している親にとってファミサポの緊急対応事業の利用を困難とさせうる点である。

かかりつけ医の事前受診をしておくことは、子どもを預け、預かる際には確かに望ましいことである。しかし、それが難しい場合でも、次に述べるような地域協働による病児サポートネットワークをつくり、預け預けられる側が急な体調不良時の保育対応

について相互の合意を形成しておくことができるならば、それは現行のファミサポ事業の難点を補う一つの方法となりうるのではないかと考えられる。こうした視点から、以下では、次に示すような地域の力を借りた私的援助体制を構築するという対応策について若干の考察を行いたい。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、これは「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難点を補うための、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臨時的・私的な援助体制」と定義される。以下、このような病児サポートシステムの可能性について検討してみよう。

## 第2節 地域協働による病児サポートネットワーク事業の構築

次に実際にあった事例を取り上げ、このシステムについて検討しよう。

例) 山口県岩国市に就労する夫婦の子ども1歳(Iちゃん)が病気になった時に、その保育をめぐる問題が生じた。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。夫婦の一人がすぐに年休を取得し、子どもの保育園に急行した。その時はそれで済んだが、この夫婦のどちらかがすぐに、年休を取得できるという利点はあったが、3日以上 of 休暇の継続は困難な状況であった。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、常に万全な状態ではない。そこで、彼らが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)が確認できた。しかしこれは病気の回復期であることが条件であり、通院のサポートはできないというものであった。また、岩国市内在住も条件であり、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がわかった。

こうした子どもが、急な病気やけがで通常 of 保育サービスが利用できなくなった場合 of 現行 of 地域サポートシステムとしては、これまで見たように病児保育が実施可能な保育施設と、公的機関によるファミリーサポート事業があるが、上の場合、病児保育所 of 利用については、病後の回復期にのみ対応という条件があり、今回のような急な体調不良時にはそれが利用できなかった。ファミサポ事業については、岩国市 of ファミリー・サポート・センター of 機能も今回のケースには対応できない状態にあった。残る方法としては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がわかったが、このケース of 親 of 場合は市内にそのような人はいない状況であった。

このことをきっかけにIちゃんが今後同様の問題に直面した時にどうしたらよいかについて周囲 of 知人(筆者、また岩国市内 of 公立保育園 of 保育士Aさんほか)が意見交換した結果、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体制を作るほかはないという結論に至った。これをふまえてAさんが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となった。

そこでのサポート体制は、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、親が勤務の関係ですぐに対応できない状況にあるとき、親に代わって幼稚園から医者 to 連れてゆき、その後、親が迎えに来られるまで、シッターの自宅で見守り保育をする、またその際に病変があり必要な場合は再度医者 to 連れてゆき、つきそ

う、というものである。

この提案を実現するために、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成された。章末に後掲の資料3-2-1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。シッターさんには、自家用車での通院やお迎えや自宅での保育時に思わぬ事故が発生するリスクが予想されるが、過失責任を原則として問わないことを双方が了解した。

資料3-2-2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、現在の状況をつかむことができる。資料3-2-3は、シッターさんの個人情報である。そこでは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。資料3-2-4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3-2-5は、依頼者とシッターさんの間で子どもを預ける・預かる際の手順である。

こうした援助体制がスタートしてから2年が経過したが、未だ一度も実際の利用はない。しかし、この体制ができたことでAさん夫妻における不安がやわらいだことは大きな効果であったと言えよう。

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、緊急に体調不良となった児童に対しては公的な病児の保育制度では対応できない場合がありうるという不備な点を補う役割を果たしうる。

しかし、このようなサポート体制は、偶然的要素を多く含み、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ものである。よって、もしこのような体制作りを公的に支援することができ、このような体制作りがそれによって促進されるならば、現在、対応しきれていない上のような問題点に対して一定の解決策となりうるものであろう。

上の支援項目中の人員面での改善のヒントは先に見た安曇野市の緊サポ事業の事例の中に示唆されていると考えられる。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、要請に応じて派遣する体制を構築している。このようなサポーターの募集と登録名簿作りを上地域協働の病児サポートシステム作りにも応用することが行政による支援策の一つとして考えられる。その際は全国の各保育園ごとに、退職した保育士へこれへの協力を呼びかけることも有効であろう。

また、財政面等については、先に第1章第1節の(2)で、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始まり、その後、2008(平成20)年度から世田谷区の公的補助を受けて運営されるようになったことにふれたが、これと同様に、ここに示した地域協働による病児サポートシステムについても、こうした情報面や財政面を含む行政の各種の支援体制づくりが行われるならば、それはこの試みを定着させ、広め、促進するために役立つと考えられる。

このような支援体制作りは、できるならば公的なシステムに移行することが望ましいであろう。上記の仕組みは私的な協力システムであるので、本体制ではたとえば原則として過失責任を負わないと取り決めているが、公的なシステムとなれば、こうし



た点の改善がより容易になるであろう。しかし、上の取り組みはまだ民間でその萌芽がみられ始めたばかりである。直ちに全面的に公的システムとして取り組むか否かは置き、とりあえずはこうした試みに対する公的助成を開始することが、次に望まれる、また比較的实施可能性の高い手順であろうと考えられる。

#### 〈小括〉

地域協働による病児、特に緊急な体調不良児に対するサポートシステムとしての私的な援助体制作りは、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、ここに示した先行的事例のように支援可能な人がたまたまそばにいることによって可能となるという偶然的な要素を含んでいるため、こうした民間の自発的な体制作りはそのままでは広く有効な方法とはなりえないであろう。

よって、このような地域の体制作りを公的に支援することができ、こうした体制がより安心できるものとなり、またこの体制作りがそれによって促進されるならば、現行の公的な病児保育制度の不備を補う一つの有効な方策となる可能性があるであろうと言えよう。

#### 資料 3-2-1

##### 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ないですが、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

- ① I 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ちゃん健康時に依頼を受けた場合ー協議する (土曜・日曜・祝祭日の場合もあり) ※この際はあらかじめ前日までに予約をお願いします。 1時間1000円、以降30分あたり500円
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。
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 ※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し、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で協議し、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

守秘義務にのっとり、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

## 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、介助はいるが、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
			日中	回	ねるときだけ	
	排便	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						

## シッターさんの情報について

年 月 日

<u>お名前（ふりがな）</u>		
<u>ご住所（ふりがな）</u>		
（自宅電話）		
（携帯電話）		
<u>保育士国家資格</u>		
あ	り	なし
<u>保育経験があれば教えてください</u>		
年	～	年
勤務		
年	～	年
勤務		
年	～	年
勤務		
<u>あなたの保育理念を教えてください</u>		
<u>家族状況をできるかぎりご記入ください</u>		
<u>自宅付近の図をご記入ください</u>		

☆ ありがとうございました（^^）♪

資料 3-2-4

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

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をあらかじめ、勤務先まで向かいますので、その際に必ずお渡ししてください。

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をあらかじめ勤務先へ向かう

↓

D幼稚園にIちゃんをお迎えに行く

↓

自宅に連れて帰る

↓

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。  
お手伝いが必要な場合は帰宅後、駆けつけます。



## 終 章

### 要約

本稿では、病児・病後児保育の現状と課題、そして残されている問題の解決方向について考察した。以下、各章の内容を要約し、最後に結論を述べる。

序章では、近年の保育事業の展開過程と、その中での病児・病後児保育の必要性を検討した。

1. 第1節の研究背景では、近年の保育事業における重要な問題としての待機児童の問題に関わる視点から、(1) 近年の保育事業展開の新たな特徴としての地域型保育事業の展開過程、(2) 事業所内保育所の展開過程と経営問題、を見、そして(3) こうした保育事業における新たな取り組みの一方で、今後さらに取り組みの強化が必要と考えられる病児・病後児保育施設の必要性、を概観・検討した。
2. そこでの検討結果は以下のとおりである。  
2012(平成24)年8月に成立した「子ども・子育て関連3法」はその集約的な意味で保育改革の中心となっている。そこでは①子ども・子育て支援法、②認定こども園法の一部を改正する法律、③関係法律の整備等に関する法律(児童福祉法等の改正)を中心に、この3法に基づく制度は、子ども・子育て支援新制度として2015(平成27)年4月から本格施行されている。そこでは、認定こども園制度の改善により、これまで幼保連携型・幼稚園型・保育所型・地方裁量型の4つの種類があったが、このうち幼保連携型について見直しを行い、また、これまで複雑だった設置の手続きを簡素化するほか、行政からの指導・監督や財政措置が一本化されることとなった。
3. 小規模保育事業では保育内容の支援や卒園後の利用ができる認可保育所、認定こども園、幼稚園などの連携施設を設定しその支援を受けることが求められているが、それは、認可外保育施設などから小規模保育への移行を円滑にするものであり、こうした措置は、保育士が不足している状況ではやむを得ないとの判断からのものであった。
4. 同支援制度の問題点としては、次のことが指摘され得る。小規模保育では保育士資格者の割合においては現行の認可保育所制度から大きく後退する。これでは、保育サービスの提供者の保育技術の低下とともに、保育に関する専門性の低下という新たな問題が生まれうるが、本来は保育者はすべて保育士資格が必要であろう。また、認可基準は国の基準をふまえ市町村が条例で定めることとなっているが、面積基準は参酌基準とされるにとどまり、地域の実情に応じて定めることになっている。しかし、国が示す基準は本来保育に求められる水準を定めたものであるから、各市町村が保育の質の向上を図るといふ新制度の理念を実現するためにも、国の基準以上の小規模保育認可基準の条例化が必要であろう。
5. 就労意欲のある母親が安心して子どもを預けて働くことができる事業所内保育施設は、子育てと就労の両立支援策として大きく貢献している。こうして企業による次世代育成支援策の一つとして、事業所内保育所が注目され、期待される。その普及のためには、企業が従業員の保育ニーズの理解、事業所内保育施設がもたらす企業へのプラス効果、公的支援制度への認識を強めることが重要である。また、その

ためには事業所内保育施設の開設意欲ある担当者の存在、および支援 理念のある経営者の判断も当然重要となる。

6. 病児・病後児保育については、まずは、母親が不安なく子どものニーズに応じて急病時に受診しやすいシステム、特に就労中のそれを構築することが重要である。そのために就労中の母親が仕事を調整し、子どもを受診させることができる仕組みづくりを個々の就労先ごとに検討する必要がある。他方、こうした職場、家庭の状況が困難な場合には、親に代わって緊急に対応できる病児・病後児保育の社会的システムが必要となる。
7. 第2節の先行研究の検討では、事業所内保育所に関する先行研究と病児保育に関する先行研究を見た。そして後者については、それらを病児保育制度と現状の概括的研究、保護者へのアンケートによる研究、地域における病児・病後児保育に関する研究、ファミサポの病児保育事業の研究に区分して整理した。
8. 第3節の研究目的・本稿の課題では、本稿の課題として、序章で、病児・病後児保育に至る近年の保育事業の展開過程を明らかにすること、第1章で病児・病後児保育所の現状と課題を明らかにすること、第2章で、保育所による対応の隙間を補うものとしてのファミリー・サポート・センターによる病児・病後児対応事業の現状を検討すること、そして最後に第3章では、同センター方式が現在まだ対応しきれていない問題に対する対応策として、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を考察することを課題とすることを示した。
9. 第4節の研究方法及び倫理的配慮では、研究方法は主に関連文献と関連行政省庁・保育事業所が公表している資料の分析であることを述べた。こうした資料には地域の保育所や事業所内保育施設、院内保育所の保育士、該当する社会福祉協議会の担当者からの聞き取り調査が含まれている。また、とくに本研究では中央政府の取り組みとともに、それを各地方自治体がどのように具体的に、ときには独自性を加味しながら、実施しているかに注目する必要があることを述べた。また、とくに実施事例の検討に当たっては関連自治体、実施機関によってインターネット上に公開される情報が多くの有効な資料源となった。こうして、倫理的配慮としては山口大学大学院東アジア研究科の博士論文作成にあたっての、研究倫理指針に規定された指針を遵守し、留意することを述べた。
10. そして本章の最後、第5節では、本項の構成と各章のねらいを述べた。

第1章では、序章で概観した病児・病後児保育の現状をあらためて詳しく検討した。そこではまず第1節で病児・病後児保育施設と保育内容の整備状況を詳しく見た。そして第2節でこうした施設の抱える経営上の課題点を考察した。

本章の考察を通じて、次の現状と問題点が明らかになった。

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. 各施設の具体的な取り組みを、東京都による取り組み、その他の地方自治体の取り

組み、公立病院の取り組み、民間企業による取り組み、院内保育所の取り組みによって見ると、それらは厚労省の支援基準に沿いながらも、それぞれが追加的施策を実施する等、特徴・特性を発揮したものとなっている。

3. 経営面では、施設型は訪問型と比べ採算性の点では負担が大きい、スタッフの質では優っている。他方、訪問型は採算性が高い。
4. 近年新たに事例が見られる共済型は企業者側の経営安定の点では有効であるが、保護者の財政的負担が大きいという点では問題が残る。今後そこでの料金等がどのように変化するかが注目される。
5. 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。これについては各自自治体によって温度差が生じているのが実情である。その差を生む要因の一つは財政状況の違いがあると考えられる。
6. 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いので、この点での補助金の増加が求められる。
7. こうした現状の中で、まだ病児・病後児保育を実施できていない施設は多い。この点が最大の問題である。

最後の第7の問題については、近年、新たな対応策としてファミサポ事業による対応事業が進められている。これが、本問題をどのように解決できているかを次に第2章で考察した。

第2章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。

現在、保育施設による病児・病後児保育が施設による事業としてはまだ十分に整備されていない。それには財政問題も関わることから直ちにそうした事業所を増やすという方法によってそれを解決するという方向は難しいという状況にある。こうした中で、この問題に対処する一つの有力な方法として近年進められてきたものが、地域住民が会員登録を行い、有償で子育てについて援助活動を行うというファミサポ事業である。これについて本章では、これまでの歴史的経緯と現在の状況を詳しく検討した。そこで明らかになったことは次のとおりである。

1. ファミサポ事業が開始された当初、援助内容は不定期のちょっとした隣近所の助け合いが念頭に置かれていた。それ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設立されたが、徐々に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も加わってきた。
2. しかし、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。同事業はこのように現在では病児・病後児保育において以前よりも大きな役割を果たすに至っていると考えられる。
3. 先に第1章第1節で、施設形態の病児・病後児保育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。という特徴を持つため、その一事業としての病児・病後児保育事業において、対応可能な援助内容の限界を持ちつつも、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ものと考えられる。

4. この限界という点について見ると、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う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残されている。他方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。これまで活動の量と質ともに拡大を続けてきたファミサポ事業であるが、同事業に対する期待の拡大・多様化に応えるためには、提供会員の量と質の確保、アドバイザーの育成と質の向上、他の諸機関との連携という点での検討と解決が必要となっている。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り、それはファミサポ事業者側での負担をも意味し、地域ごと、事業者ごとの対応力の違いを生んでいる。
5. そのことから、病児・病後児保育対応においては、ファミサポ事業は緊急ファミサポ事業と合わせ、その実施施設はいまだ全体では3割程度にとどまっており、またその中でも付き添い受診を行うところ、行わないところ、という違いがあり、また一般に事前の登録を必要とする、という特徴・要件を伴った事業となっている。
6. 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。しかしそれに先だって、長野県安曇野市ではすでに2005年に緊急サポート事業が開始された。そこからはこのようなファミサポ事業が今後各地で広く実施されていくための一つのヒントが示されていると考えられる。すなわち、この事業を運営していくための背景として、同市で同事業を立ち上げていく過程は大いに参考になる。そこでの最大の特徴として、こうしたサポート体制が可能となった背景として、同事業ではそれまでも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たことが注目される。こうした預け・預けられる側双方の日常的な信頼関係の育成が、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急サポ事業が運営される礎になっていると考えられる。このことは他の地域のファミサポ事業における同事業の今後の展開のために検討されるべき重要な要素の一つとも言えよう。
7. ファミサポ事業において、こうした対応が進むことを期待しつつも、同時に、現在困っている人たちに対してより早急に可能となる方策を考察することができればそれも望ましいことである。本稿では以上の検討に立ってこの点にさらに焦点を当て、第3章において、このような早急に可能な対策案としての地域協働による病児サ

ポートネットワークについて考察した。

第3章では、現行のファミサポ事業では補いきれない現行の保育支援体制の問題点を補う方法としての地域協働による病児サポートネットワーク事業を考察した。

1. 第2章では病児・病後児保育所の問題点を補う役割をもつものとしてのファミサポ事業の現状を見た。そこでは、少数の先進事例においてはファミサポ事業においても保育時や登園前の急な発熱時等で、子どもの急病時に対応するサポートが行われているが、これらはまだ3割程度にとどまっている。また、この事業を利用する前には、親は必ずかかりつけ医を受診するという条件があり、そのため、緊急時であるのに、同事業の利用のためには配偶者や家族、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という利用上の問題点が存在している。こうした点に、病児・病後児保育事業の現時点における残された課題の一つがあることを見た。本章ではこの課題の解決に資する一つの方法として、次のような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した。
2. 地域協働による病児サポートシステムは、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である。これは事前にかかりつけ医に受診しておかなくても、地域のボランティアが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システムである。
3. こうして、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を作ること、現在ある公的な病児の保育制度の不備な点を補う一つの方法となろう。しかし、こうした体制作り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の上で成り立つものであるため、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、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るならば、こうした支援体制作りはより広範に行われうるであろう。それは、現行の病児・病後児保育事業では対応しきれていない上記の問題点に対して一定の解決策となる可能性を持つと言えよう<sup>151</sup>。

---

<sup>151</sup> 情報面の支援としてたとえば安曇野市の緊サポ事業で示されたような協力者リスト作りの支援が考えられる。

## 結論

以上の本稿の考察から得られた結論は次のようである。

近年の小規模保育の促進等の新たな保育事業の展開過程は保育事業における一つの問題としての待機児童問題への一定の対応策としての効果を持つと言えよう。しかし、それに比して、現時点ではまだ、病児・病後児保育の体制作りは十分なものとは言えないであろう。

これに対してはこれまで民間において自発的な保育事業の試みが行われ、また近年では少子高齢化対策のねらいもあって、行政による支援、事業が活発に行われ始めている。しかし財政面の制約もあり、病児・病後児保育を実施できている施設はいまだに非常に少数にとどまっている。

この点を補う役割を持っている、また今後より一層持ちうるのがファミサポによる事業であると言えよう。ファミサポは全国に広く存在しており、その点でそこでの事業は大きな可能性を持つものであるが、他方、それは、ファミサポセンター側の問題としてのサービス提供会員の確保・養成をはじめとするいくつかの問題を伴っている。また、そもそもそれは、病児・病後児保育は子どもを預け預かるというものであることから、それは相互の強い信頼関係を伴うものでなければならないということがあり、このこともあって、ファミサポにおける実施ファミサポセンター数はまだ全体の3割程度にとどまっている。また同事業においては利用者側にかかわる問題として事前受診を要件とするという問題が存在する。

ファミサポ事業は地域における支え合いとしての役割を担うことはできるが、専門的な保育サービスの代替ではない。ここまでの到達点と他の保育サービスとの関係を検討し、今後のあり方を考察していく時期にあると思える。近年、これまでのファミサポ事業の量と質ともに拡大してきたが、専門的な援助内容も増加してきている。地域における病児・病後児保育のサービス供給体制が多様化していく中で、ファミサポ事業の支え合いの仕組みが保健・医療・福祉の分野の専門性を高めるとともに潜在看護師や潜在保育士とも連携し、その強みを発揮していくことができるならば、急な発熱等の子どもの親に効率的に対応できるより豊かな地域サービスとして展開していけよう。

こうした問題の解決のためには、今後、行政の支援を強めることが最も求められることであるが、同時に、それに加えて、上の利用者側にかかわる問題については、本稿の最後で考察した地域協働による病児サポートネットワークによる私的な支援体制作りも、当面、ファミサポ事業の一つの難点を補う選択肢として検討する余地があるものと言えよう。

## 脚注・引用文献

- 新井香奈子・太田千寿・安成智子・坂下玲子・片田範子(2012)「子どもの急病時の受診における就労中の母親の困難」『UH CNAS, RINCPBulletin』Vol. 19, pp. 83～95.
- 蟻田祥子・小林幸平・高橋誠隼・荒木貫治(2013)「地区別企業共有保育所ファンド - 企業と投資家で作ろう、よりよい社会」第9回日銀グランプリ応募原稿.  
<http://repository.tku.ac.jp/dspace/bitstream/11150/1177/1/NG-9.pdf> (2015. 9. 1確認)
- 石原栄子・加藤千佐子(2003)「保育サポーターの役割と課題(3) - 栃木県ファミリー・サポート・センターの運営について -」『日本保育学会大会発表論文集2003』No. 56, pp. 132～133.
- 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), pp. 430-431.
- 上田順子・栗原央乃(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, pp. 966 - 969.
- 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), pp. 350-358.
- 岡崎和美(2008)「ファミリー・サポート・センターの現状と今後の展望 - 要支援事例と専門機関との連携課題に着目して -」『高知女子大学紀要社会福祉学部編Vol. 57, pp. 81-92.
- 青梅市病後児保育事業実施要綱  
[http://www.city.ome.tokyo.jp/dlw\\_reiki/41391950040100000003/41391950040100000003/41391950040100000003.html](http://www.city.ome.tokyo.jp/dlw_reiki/41391950040100000003/41391950040100000003/41391950040100000003.html) (2015. 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/dlw\\_reiki/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002.html](http://www.city.ome.tokyo.jp/dlw_reiki/42191950111700000002/42191950111700000002/42191950111700000002.html) (2015. 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> (2015. 10. 4確認)
- 唐鎌直義(1992)「ファミリー・サービス・クラブと在宅福祉サービス」『これからの在宅福祉サービス』あけび書房, pp. 112-128.
- 川島貴美江・山田美津子(2005)「静岡県におけるファミリーサポートセンターの現状と課題」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』第19号, pp. 51-62.
- 川島玲子(1997)「注目を集めるファミリー・サポート・センター」『婦人と年少者』272号, 婦人少年協会, pp. 32-33.
- 企業福祉・共済総合研究所(2011)「福利厚生最前線 事業所内保育施設を取り巻く最近の環境～子育て期従業員の生活の安心に寄与～」『生涯総合福祉』No. 751.
- 久保桂子(2012)「共働き夫婦における子どもの病気時の育児への対処」『千葉大学教育学部研究紀要』第60巻, pp. 407～412.
- 経済産業省(2010)「平成21年度サービス産業生産性向上支援調査事業(事業所内保育施設等実態調査事業)報告書」平成22年2月, 第一生命経済研究所  
[http://www.meti.go.jp/meti\\_lib/report/2010fy01/020104.pdf](http://www.meti.go.jp/meti_lib/report/2010fy01/020104.pdf) (2015. 9. 28確認)
- 厚生労働省(2003)「次世代育成支援対策推進法」(平成15年法律第120号)  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidou/09/kekka2-1.html> (2015. 9. 30確認)

- (2006)「平成18年度女性雇用管理基本調査」  
[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001096647&requestSender=dsearch](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001096647&requestSender=dsearch)(2015.9.30確認)
- (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](http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20061031_01.pdf)(2015.10.4確認)
- (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)
- (2009)「平成20年度雇用均等基本調査」2009年8月  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/08/h0818-02.html>(2015.9.30確認)
- (2009)「仕事と生活の調和推進プロジェクト」平成20年度  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/sigoto-seikatu/>(2015.9.30確認)
- (2009)「平成21年地域児童福祉事業等調査結果の概況」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jidou/09>(2015.9.30確認)
- (2009)「平成21年社会福祉施設等調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/09/>(2015.9.30確認)
- (2009)「ファミリー・サポート・センター事業及び緊急サポートネットワーク事業の再編について」  
[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/01/dl/s0108-4b\\_0041.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/01/dl/s0108-4b_0041.pdf)(2015.10.7確認)
- (2012)「両立支援助成金支給要領(中小企業両立支援助成金、子育て期短時間勤務支援助成金、事業所内保育施設設置・運営等支援助成金)平成24年度支給綱領」より抜粋  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba\\_kosodate/ryouritsu01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba_kosodate/ryouritsu01/index.html)(2015.9.30確認)
- (2012)「平成25年度事業所内保育施設の設置・運営等支援助成金のご案内」2013年5月  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/ryouritsu01/dl/hoikupanhu.pdf>(2015.9.30確認)  
[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-9d\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-9d_0001.pdf)(2015.10.1確認)
- (2013)「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/hw/jidou/09/kekka2-1.html>(2015.10.5確認)
- (2014)「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/ikuji-kaigo01/>(2015.10.7確認)
- 小島洋子(2006)「静岡県における保育所併設型による病(後)児保育の現状と課題」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』第20号, pp. 15~24.
- 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.
- 財団法人女性労働協会(2007)『緊急サポートネットワーク事業運営の手引』
- (2011)「平成22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」



[http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document\\_pdf/h22\\_kinkyu\\_koukoku.pdf](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h22_kinkyu_koukoku.pdf) (2015. 9. 9確認)  
————— (2013) 「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](http://www.jaaww.or.jp/about/pdf/document_pdf/h24_kinkyu_koukoku.pdf) (2015. 9. 9確認)  
佐藤真澄 (2004) 「先行研究にみる病児保育と看護-病児保育に関する文献レビュー」 『日本赤十字愛知短期大学紀要』 第15号, pp. 61～73.  
————— (2006) 「病児保育を利用する保護者のニーズに関する調査」 『日本赤十字愛知短期大学紀要』 第2巻1号, pp. 29～34.

佐藤由美子 (2009) 「病児・病後児保育の現状と課題」 『プール学院大学研究紀要』 第49号, pp. 283～298.

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](http://www.city.hikone.shiga.jp/reiki_int/act/frame/frame110001681.htm) (2015. 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](http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3_18.html) (2015. 10. 5確認)

高橋美知子 (2011) 「病児保育の必要性和課題」 『花園大学社会福祉学部研究紀要』 第19号, pp. 59～78.

谷原政江・阿部裕美・森照子・岡田恵子 (2010) 「子どもが病気をした時の保護者の対応と病児保育支援ニーズ」 『川崎医療福祉学会』 Vol. 19, No. 2, pp. 411～418.

谷本弘子・谷本要 (2006) 「病児保育の必要性和課題-保護者へのアンケート調査より」 『小児保健研究』 第65巻第4号, pp. 593-599.

東京都 「小規模保育整備促進支援事業 (東京スマート保育)」  
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/2013/02/70n2d110.htm> (2015. 3. 14確認)

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](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.files/byouji_jisshiyokou_H25.pdf) (2015. 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](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/hoiku/byoji_byogoji/byouji.html) (2015. 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-kyoiku/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](http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/019/019346.html) (2015. 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](http://www.city.sinjyuku.lg.jp/kodomo/file03_02_00003.html) (2015. 9. 9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> (2015. 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> (2015. 10. 4確認)

- 東条正美(2014)「病児・病後児保育の現状と課題(中)」『厚生福祉』第6054号, 2014. 2. 21, pp. 5～7.
- 東内瑠里子(2010)『地域の子育て支援としての一時保育事業の学習機能に関する研究—ファミリー・サポート・センター事業に着目して—平成19年度～21年度総合研究報告書』全169頁.  
 ———(2010)「地域の子育て支援におけるコーディネーターの専門性と課題—ファミリー・サポート・センター事業に着目して—」『佐賀女子短期大学研究紀要』第44集, pp. 71～83.
- 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/>(2015. 10. 4確認)
- 友田尋子・河合洋子(2011)「保育サービス・育児支援制度のニーズに関する研究—子どもも年齢・地域・サポートの充実度」『甲南女子大学研究紀要』第5号, 看護学・リハビリテーション学編, pp. 63～77.
- 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.  
 ———(2013)「子ども・子育て会議基準検討部会(第1回)」(2013年5月8日配付資料による)  
[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo\\_kosodate/b\\_1/pdf/s5.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_1/pdf/s5.pdf)(2015. 9. 30確認)
- (2013)「子ども・子育て会議基準検討部会(第4回)資料1 小規模保育事業について」(2013年8月29日、同部会における提案内容。)  
[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo\\_kosodate/b\\_4/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo_kosodate/b_4/pdf/s1.pdf)(2015. 9. 28確認)
- (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](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/s2-2.pdf)(2015. 10. 4確認)
- (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](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kodomo_kosodate/b_8/pdf/ref1.pdf)(2015. 10. 5確認)
- (2013)「子ども・子育て会議(第10回)、子ども・子育て会議基準検討部会(第11回)合同会議」(2013年12月26日同部会における配付資料1による)  
[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo\\_kosodate/k\\_10/index.html](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo_kosodate/k_10/index.html)(2015. 9. 28確認)  
[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo\\_kosodate/k\\_10/pdf/s1.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/kodomo_kosodate/k_10/pdf/s1.pdf)(2015. 9. 28確認)
- (2015)「子ども・子育て支援新制度説明会」(2015年1月23日配付資料による)  
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/setsumeikai/h270123/index.html>(2015. 10. 3確認)
- 内藤美智子・松澤高志(2009)「安曇野市における緊急サポートネットワークの構築」『松本短期大学研究紀要』第18号, pp. 37-48.
- 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>(2015. 9. 1確認)
- 中村艶子(2000)「企業内保育所の研究の重要性」『労務理論学会研究年報』(9)  
 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](http://www.hosp.niigata.niigata.jp/little_swan/index.html) (2015. 10. 4確認)
- 日本経済団体連合会政策提言(2013)「待機児童の解消に向けた一層の取り組みを求める」2013年5月14日.
- <http://www.keidanren.or.jp/policy/2013/044.html> (2015. 9. 30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](http://www.toyama-nyujiin.jp/day_service.html) (2015. 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> (2015. 10. 4確認)
- 東根ちよ(2013)「ファミリー・サポート・センター事業の歴史的経緯と課題」『同志社政策科学研究』第15巻, 第1号, pp. 113~131.
- 東根ちよ(2014)「ファミリー・サポート・センター事業の実施状況と課題-4センターにおける聞き取り調査を通じて」『同志社政策科学研究』第16巻, 第1号, pp. 87~103.
- 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> (2015. 9. 9確認)
- 深田美香・南前恵子・笠置綱清(2001)「育児支援としての病児保育のあり方と看護の役割に関する検討-松江市における調査結果の分析より-」『米子医誌』J Yonago Med Ass 52, pp. 183~195.
- 福井逸子(2011)「保育所における病児・病後児保育の必要性-石川県内の保育所でのインタビュー調査を通して-」『北陸学院大学「保育学」』第49巻第1号, pp. 63~72.
- 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究班(2013)「全国病児・病後児保育施設アンケート調査報告書(案)」平成26年3月
- [http://www.byoujihoiku.net/pdf/140228\\_byoujibyougou\\_sankou.pdf](http://www.byoujihoiku.net/pdf/140228_byoujibyougou_sankou.pdf) (2015. 10. 8確認)
- 正田梨花・喜多淳子・工藤貴子(2011)「病児保育における質的な改善策の提案に向けた文献検討」『大阪市立大学看護学雑誌』第7巻, pp. 55~63.
- 町田玲子・上野勝代・山田優子(1980)「病児保育所の現状-1一枚方市における病児保育所の必要性の認識について-」『家政学雑誌』Vol. 31 No. 7, pp. 528~533.
- 的場康子(2004)「事業所内保育所の現状と課題」『ライフデザインレポート』vol. 160
- (2005)「事業所内保育施設の今後のあり方について-事業所内保育施設の利用者に対する調査結果から-」『ライフデザインレポート』vol. 166.
- (2012)「事業所内保育所を設置しやすくするために」『ライフデザインレポート』vol. 201.
- 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> (2015. 10. 4確認)
- 山縣文治(2002)『現代保育論』ミネルヴァ書房, pp. 71~82.
- 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> (2015. 10. 4確認)
- 山路憲夫(2003)「ファミリーサポートセンターを中心とした子育て支援の現状と課題」『白梅学園短期大学研究年報』No. 8, pp. 16~25.

吉川はる奈・鈴木宏子・岸千代子・松本倫子・岸本美紀・向井美穂・上垣内伸子(2012)「ファミリー・サポート・センター事業の現状と課題」『小児保健研究』第71巻,第6号,pp.875~882.  
吉中里香・長家智子(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),pp.75-79.

#### 引用文献一覧

市川房枝記念会(1983)『月刊婦人展望』No324.  
大宮勇雄(2006)『保育の質を高める-21世紀の保育観・保育条件・専門性』ひとなる書房.  
岩本康志編(2001)『社会福祉と家族の経済学』東洋経済新報社.  
川上千佳(2012)『女性ホワイトカラーの保育環境としての地域社会の課題と展望-企業福祉とその役割分担-』全労済協会.  
企業福祉・共済総合研究所(2011)「福利厚生最前線 事業所内保育施設を取り巻く最近の環境 ~子育て期従業員の生活の安心に寄与~」『生涯総合福祉』No.751.  
『ゴムタイムス電子版』2013年10月3日.  
清水谷論・野口晴子(2004)『介護・保育サービス市場の経済分析』東洋経済新報社,2004.  
社会福祉の動向編集委員会編集(2013)『社会福祉の動向』中央法規出版.  
—————(2014)『社会福祉の動向』中央法規出版.  
杉山隆一・田村和之(2009)『保育の理論と実践講座 第4巻保育所運営と法・制度-その解説と活用』新日本出版.  
全国地域婦人団体連絡協議会(2003)『全地婦連50年のあゆみ』  
全国病児保育協議会(2009)『病児保育事業の現状と課題』.  
全国保育団体連絡会(2010)『保育白書 2010』ひとなる書房.  
—————(2014)『保育白書 2014』ひとなる書房.  
—————(2015)『保育白書 2014』ひとなる書房.  
田中尚輝(1996)『高齢化時代のボランティア』岩波書店.  
千葉正展(2006)『福祉経営論』ヘルス・システム研究所.  
西村美穂(2012)『子ども支援の視点からみた院内保育所のあり方に関する研究』子ども支援研究所.  
福井ファミリー・サービス・クラブ(1997)『ファミリー・サービス・クラブが歩いた10年』.  
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』.  
前田正子(2004)『子育てしやすい社会-保育・家庭・職場をめぐる育児支援策-』ミネルヴァ書房.  
労働省(1994)「ファミリー・サポート・センター(仮称)の設立(新規)」『女性と労働 21』第7号.  
労務研究所(2005)「最近の事業所内保育・託児施設をみる」『旬刊 福利厚生』No.1865.