

The Present State of a Nursery Facility for Sick Children (part 2) Concept of Nursery Facilities for Sick Children All over the Country

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/9577

病児保育所の現状(第2報)

全国における病児保育所の概要

The Present State of a Nursery Facility for Sick Children (Part 2)

Concept of Nursery Facilities for Sick Children All over the Country

上野 勝代* 町田 玲子* 山田 優子*

Katsuyo UENO Reiko MACHIDA Yūko YAMADA

The purpose of this report is to survey the situations and the problems related to nursery facilities for sick children in the whole country which have been started since 1966.

The results are as follows:

1. Many employees and supervisors of the facilities highly valued the establishment of such facilities.
2. In general, the sick children which such facilities could take care of were those in the recuperation stage of their illness.
3. The operation in such facilities that did not receive any form of public financial support was serious financially.

1. 緒言

本報は、現在全国に開設されている病児保育所の実態を面接調査・施設のまとめた資料を通し検討することにより、設立の経過と評価、そこでの問題点を明らかにし、今後この種の施設が地域にどのように定着・発展していくものであるかについて考察しようとするものである。

2. 調査方法

調査対象保育所は、現在病児保育を実施している施設でその所在が明確な9カ所である。

方法としては対象保育所を訪問見学し、保母・医師・共済会の役員等に対して面接調査を実施した。なお、分析にはこれら保育所、運動団体が発行している資料も参考にした。

調査時期として、面接調査は Na, Ar, My, H, Ne, Ao の6カ所は1977年1～2月。Sは1977年10月、その後設立された Ay は1978年8月、Mt は1979年6月であった。なお、調査資料の統一性を保つため Mt を除き他はすべて1978年12月に再度資料で変更された内容についての訂正を郵送で依頼し調査しなおした。

3. 調査結果および考察

1) 形態・方式(表1参照)

病児保育所の形態としては大きくわけて(1)園内方式(同一保育園の中に病児保育室を設置し、利用は同一園児のみの形態)、(2)センター方式(地域に独立した形で病児保育所があり、いずれの園からも利用できる形態)、(3)普通保育方式(特別な病児保育室はなく、普通保育の中で病児保育も行っている形態)、(4)昼間里親方式(個人に委託し、個人の家で病児保育を行っている形態)となり、(1)は Na, Ar, (2)は H, Ne, Ao, S, Mt, (3)は My, (4)は Ay であった。

2) 設立時期(表1参照)

最も古い Na が昭和41年で、他の8カ所はそれ以降、とくに昭和48年以降に急速に増加していた。

3) 地域

地域としては大都市圏、地方中核都市といった核家族で共働き家庭の多い地域に設立されていた。

4) 設立の契機

設立の契機は Ar, Ao, を除いて他はすべて直接的には父母の就労を保障する立場からの強い要求運動を核としてそれに理解を示す医師・保育者とともにできたものであった。Ar, Ao についても初めの働きかけは保育者

* 京都府立大学

表1. 病児保育所の概要

	①形態・方式								
	園内方式		センター方式					普通保育方式	昼間里親方式
	Na 保育園	Ar 第2 保育所	H 病児保育室	Ne 病児あけ 保 育 園	Ao 病児一時 保 育 所	S 病児保育室	Mt 病児保育室	My 保育園	Ay 病児あけ 保
②設立年	1966	1974	1969	1973	1974	1976	1979	1973	1978
③所在地	東京都世田谷区	東大阪市	枚方市	寝屋川市	青森市	広島市	京都市	名古屋市	稲城市
④設立の 契機	昭和41年保護者 に対するアンケート のなかで “医務室と専任 の係の人がほし い”という回答 が72.7%あり保 護者、保育者、 嘱託医らの話し 合いのなかで検 討がすすめられ た ⁵⁾ 。	同和保育連絡協 議会の研究テー マに病児保育が あり指定園にな った。同時に母 親からの強い要 望もあった。	「病気のときで も安心して預け られる施設を」 という声は昭和 36年団地に共同 保育所開所時か らあった。昭和 38年ホームヘル パー制度ができ たが利用しにく く、昭和42年病 児保育所運動が すすめられ、44 年自主開設同年 委託形態が決ま った ⁶⁾ 。	昭和45年流行性 の手足口病が発 生、その後急速 に病児保育所が ほしいという声 が高まり、昭和 46年寝屋川保育 運動連絡会のな かで建設がとり あげられ、枚方 の関係者から話 をききアンケート を行って準備 をすすめ昭和48 年に設立した ⁷⁾ 。	市議会において 議員が他の病児 保育所を紹介し たことがきっかけ となり働く親 からの強い要 求に押され、O 医師が現状の大 変さを知り、引 受けることにな った。	当初はS小児科 医師の知合いの 父母のなかで病 児保育がほしい と話し、その後、 保護者連合会 も加わりNa, H, Neを見学してや らなうと決 まった ⁸⁾ 。	昭和53年10月無 認可保育所父母 の懇談会の折に “病気の時にも 休まなくてもよ かったらなあ” と切実な話が 出て、後、病児保 育の対策委員会 をつくり、昭和 54年2～3月試 行期間をへて、 開所に踏みき った。	昭和48年はしか か流行時に父母 ら、子供が病気 になっても仕事 を休むわけにい かない。やむを えないう病気の ときも預って普 通保育の中で病 児保育を始め た。	昭和50年に「病 児保育所をつく る会」を発足。 先例に学びなが ら、一方で市へた の働きを続け てきたが、請願は 廃案となり、援助 にふみきった。
⑤利用で きる病 種	伝染性の最盛時 や重症の場合以 外	1) 病気の初期症 状、2) 急性期す ぎた子ども、3) 外傷等で治療中 (医師の指示を 必要とする) 4) 登所許可書のあ る伝染性疾患、 5) 療養中の子 ども	「感冒」「扁桃腺 炎」「気管支炎」 「下痢」「はしか」 「水痘」等の予 後、外傷、手術 後の養生期、そ の他担当医が利 用可能と判断し た病児	「感冒」「下痢」 屈出伝染病の予 後(はしか、風疹、 水痘、耳下腺炎 等) その他	ほとんどの病種 を受け入れる (はしかのみ2 ～3日自宅療養 を求める)。ま た、母親が病児 のときも子供を 預っている。	「感冒」いわゆる 伝染病(はしか、 耳下腺炎、水痘、 風疹)の予後、 その他担当医が 利用可能と判断 した病児	かぜ、下痢、屈 出伝染病の予 後、感染期をの ぞく眼病、突発 性、外傷、その 他医師が適当と みとめたもの ⁹⁾	相当重い場合 以外、最盛時の 子ども対象。た だ「百日ぜき」 「風疹」「溶血性 連鎖球菌による 扁桃炎」は病児 保育をしない。	「感冒」等の軽微 な病児伝染病の 予後、外傷、熱 は38度を限度と する。医師の診 察ずみのはっき りしているもの。 本人が通園に 苦痛でない程度
⑥利用者 年齢	0～6歳	0～6歳	0～10歳	0～8歳	0～6歳	0～6歳	0歳～就学前	0～2歳	0歳～就学前
⑦定員 (最大利 用でき る人数)	10(+5)名	10(+α)名	5(+2)名	10(+5)名	10(+10)名	10(+α)名	6名	園児全員が対象	4～6名
⑧保育時 間() は土曜 日	8時～5時半 (1時半)	8時～6時	8時～6時 (2時)	7時半～6時半	8時～5時半 (3時)	8時～6時 (5時)	7時45分～ 5時45分	7時半～6時	8時～6時 (1時半)
⑨利用料 金	月毎 3,300円 (1世帯) 1日料金 300円	なし	年会費 1,000円 1日料金 (0～3歳未満 500円 3歳～400円)	年会費 1,000円 1日料金 800円 (給食・貸オム ツ代含む)	1日料金 0歳 400円 1～6歳 300円	共済会費 年間 2,000円 1日料金 (会員) 1,500円 (非会員) 2,000円	共済会費 半年 3,600円 1日料金 (会員) 1,500円 (会員外) 3,000円	なし	共済会費 2,000円/月 保育料平日 1,800円 土曜 1,500円

(678)

⑩給食制	あり	あり	牛乳・果物のみ支給	あり	粉ミルク・うどん支給	あり	なし	あり	あり
⑪職員構成	看護婦1名 保母1名	保健婦1名 保母3名	契約医、看護婦1名、保母3名(うち常時2名)	保母5名(うちパート1名)、契約医	看護婦1名、保母1名、雑役1名、契約医	保母2名+パート1、契約医	保母1名+パート	契約医、園の保母	保母2名
⑫入所後の診察	なし	なし	あり	あり	あり	あり	なし	なし(ただし、保母と医師の連絡カードまたは電話での指示あり)	なし
⑬利用者の実態	・2歳までの子どもが多い ・52年度1日平均利用者数4.2人 ・教師・中小企業の社員、公務員、母子家庭等仕事の責任や経済的理由でどうしても休みがとれない家庭の利用が多い	・入室児率(52年度) 1歳 9.9% 2歳 4.8% 3歳 2.4% 4歳 1.0% 5歳 0.7% ・1日平均利用者数 5.8人 ・<症状別入室率> 52年度 ①かぜ 28% ②けが 15% ③とびひ15% ④発熱 14%	・2/3が3歳未満児 ・1日平均利用者数(51年度)4.5人 ・病種は感冒が多い ・教師、医療関係従事者、公務員等の専門職の人が多く	・3歳未満児がほとんど ・1日平均利用者数(52年度)9.3人 (15人くらい受け入れることはしよっちゅうある。風しんのときは27人まで受け入れた)	・1~2歳が多い。全体に3歳児までがほとんど ・1日平均利用者数(52年度)8.8人 ・病種…感冒、風しん、はしか、水ぼうそう、おたふくかぜ	・1日平均利用者数(52年度)1.7人 ・教師・保母・看護婦さん等休みのとれない家庭が多い	・79年2月~6月までの利用者数延57人 <病種> ①水痘(14人) ②かぜ(13人) ③はしか(10人) ④百日ぜき(6人)	・6カ月~1歳半までが多い ・罹患率年々減少している	・53年4月~7日、延46名利用 ・利用率(利用者数/登録者数)33%
⑭規模・設備	2.5室と調理室(計20帖) トイレ、ベランダ	2室と調理コーナー、浴室(計40帖)、トイレ	2室と調理コーナー(20帖)、トイレ	2室と調理室(40帖)、トイレ	3室と調理室、トイレ(28帖)	1室と調理コーナー(46帖)、トイレ	2室(9帖)と調理コーナー、トイレ別	—	保母の自宅
⑮財政	・月毎の共済会費(園児120世帯全世帯より) ・1日料金(利用料)	・市の助成	・市の助成(人件費他)52年度約553万円 ・1日料金、共済会費	・市の助成(人件費他)51年度約656万円 ・1日料金、共済会費	・市の助成53年度450万円 ・1日料金	・共済会費 ・1日料金 ・事業収入	・共済会費 ・1日料金 ・事業収入	特別な予算なし	・共済会費 ・利用料金
⑯病児保育の評価	・たいへん助かるという声が多い ・たいていの子供は病児保育室へ来たがる ・家だとわがままになりがちなのが薬をよく飲み、食事すすみ、規則正しい生活ができるため、病気の回復に効果的である	・労働条件の厳しいところに勤める人が多いので、休まなくてよかったという声が多い ・子どもが薬をいやがらずに飲むようになり、薬の飲み方など親が子供に注意されることもある —資料より—	第1報参照	・助かるという声が大部分である ・父母からの要望としては、 ①利用料金をもっと安く ②入所手続きの簡素化	・非常に助かるという声が多い ・仕事をやめなくてよかったという意見もある ・慣れない場合などは泣いたりするが、直り具合は専門家のケア、早い手当によって早いのではない	・早く回復することが多い ・一度預けると次からは安心して預けられるようだ	・あつてたいへん助かった。もっといろいろな機会に多くの人に知らせたい ・病気の回復期間には必要。ならし保育的に生活のリズムが整って非常によい	・父母の大部分は助かると言っているが、病児室のないことや保母への負担など憂慮すべき面もある ・健管管理を積極的に行った結果病気による休園が激減した ・保育者全体が病児についての見分け、子供への観察力、病気の対処がよくなってきている	—

病児保育所の現状(第2報)

や他の病児保育所を見学したことのある市議員であったが、その背後には根強い父母の要求が存在していた。

5) 利用条件

i) 利用できる病種

利用できる病種は H, My, Ao 以外は実際上軽い病気が、感染期をすぎた予後の場合のみで、その意味においては“病児保育所”というより“病気あけ保育所”あるいは“予後保育所”と表現するほうが正確な使い方であろう。これに対し、H, My, Ao という医師の管理が厳重に図られているところでは、主として予後期ではあるが場合によってはかなり最盛期の子どもについても受け入れていた。

ii) 利用できる年齢

利用できる年齢は0～10歳に及んでいたが、9園中6園は0歳から就学前までであった。

iii) 定員

定員は4人から最高20人になっており、10名前が多くなっていた。

iv) 保育時間

保育時間は周辺の通常の保育園とほぼ同じ保育時間にあわせてあり、最長は Ne の午前7時半から午後6時半までの11時間保育であった。

v) 利用料

利用料は当然予想されるように自治体の援助があるところとそうでないところではかなり異なっていた。自治体の援助があるところでも1日料金0円から500円までの幅があった。自治体援助がないところになると Na のように1日料金は300円と安いのが、共済費が月額2,350円と高くなるか、S, Ay, Mt のように共済会費は年額2,000円～3,600円であるが1日料金が1,500円～1,800円と高くなり、いずれにしても父母負担は重くなっていた。

vi) 給食制

給食は H, Ao, Mt を除き他の6園では実施されていた。

6) 医務体制

i) 医師・看護婦の配置状況

医師（嘱託医）、看護婦ともにおかれている園は H と Ao、医師のみは Ne, My, S、保健婦のみは Ar、医師も看護婦もいないが保母のみは Na, Mt であった。

ii) 入所後の診察

入所後の診察は医師がいるところでは毎日保母が連れていって診察をうける・回診・往診など系統的な医療をうけていた。保健婦のみの Ar でも緊急時にはただちに

市立病院の診察が受けられるようになっており、送迎用の自動車もそのために確保されていた。他の園では父母との連絡体制をきっちりすることで緊急時についての対応がなされていた。

7) 保育方法

センター方式・昼間里親方式では入所する人数・年齢・保育園も定まらないため計画保育は追求しきれず、まず健康管理・看護に重点をおく保育内容となっていた。

園内方式では普通保育と共通する保育内容を把握し、独自のカリキュラムを作成したり、保育の内容によっては普通保育や行事に参加させたり等普通保育との連携を保つよう努力されているが、人数が不足・混合保育である等で計画保育を追求するうえでの困難な要因は残り、保育の中味の充実はこれからの課題である。

普通保育方式では普通保育と病児保育の平行保育はむずかしく、保母に負担がかかっていた。しかし、中でも健康管理の配慮に重点をおき、病気をしない身体をつくるためにさまざまな方法がとられ、その結果罹患率が減少した(病気にかかりにくくなった)、病気になっても長びくことが少なくなったとの結果が出されていた。

8) 利用実態

利用児の年齢は3歳未満児（とくに生後6ヵ月から2歳未満まで）が多く、病種としては感冒が多かった。母親の職種としては Na, H, S, Mt に典型的にみられるように、民間の中小企業に勤めている等職場の労働条件上休みがとりにくい層と教師、看護婦、保母等仕事の性質上休みがとりにくい職種の利用が多くなっていた。

利用月としては一般的には子どもにとって病気に罹患しやすい春先から、集団での新しい生活が開始され、少し緊張がとけてくる初夏にかけて大きなピークがみられ、ついで冬期に2番目の山があるということであったが、この傾向も年によって病気の流行時に左右され若干異なっているようであった。平均利用人数は最近開所された S, Ay, Mt を除き定員の6割～9割であるが、これも上記に述べたように月によって異なり、病気の罹患率が高い月には満床あるいはそれ以上の子どもを受け入れ、低い月には5割くらい空いているというように、かなりばらつきがみられていた。

9) 規模・室構成

各園の規模は1人当たり3.3～7.5㎡と現在の保育所最低基準にてらすとほぼ充足していることになるが、“健康児”と異なり、“病気あけ”あるいは“病時”の子どもであるから、空間に要求される内容は普通保育の“食事する”“眠る”“遊ぶ”といった行為のほか、①

静養できるような環境であること、②伝染性の疾患の子どもは隔離できるという条件が加わり、現在のように1室あるいは2室の中で上記の生活行為をすべて行うにはスペースも狭く、空間的にも機能分化できておらず貧弱であると指摘せざるをえないものであった。

10) 自治体の財政援助

公的助成を受けていたのは Ar, H, Ne, Ao という、地域の幅広い父母や住民と結合して運動が展開された園で実現していた。

しかし、援助額は必要額に比べるとまだ低く、主として、医師への委託料、保母・看護婦の人件費であって、積算単価が低いことも加わり、赤字分を医師や父母からの恒常的カンパやバザーで補填しており、財政援助があるとはいえ、その運営はいまだ苦しいものであった。

11) 病児保育実施の評価

面接調査や対象施設の資料からみる限りにおいては、財政、運営上、設備の貧弱さ、保育内容、労働条件に問題点をもちながらも総合的には“やはり実施してよかった”と答える保母・医師・共済会の役員、父母の会の役員がほとんどをしめていた。

その理由は、①まず当然考えられることであるが、子供が病気のときでも母親が仕事を休まずにすむこと、②と同時に注目されたのは、子どものためによかったと答えていることであった。その内容は、a. 病気の回復に効果があがること(“専門家の早い手当によって早く治る”“家だとわがままになりがちなもの薬をよく飲み、食事が進み、規則正しい生活ができる”という声)、b. 疾病の罹患率の減少(My や Ar でみられたことであるが、病児保育を追求することによって健康管理にこれまで以上に積極的になり、その結果、病気による休園や病児保育室の利用率が激減したと報告されている¹⁾²⁾)、c. 普通保育への復帰が早いことが挙げられる。

H病児保育共済会の代表が「病児保育をやってみていちばんよかったのはそれが子どもにとってよかったことだ³⁾」と語り、Ar 保育を守る父母の会会長が「初めに府連本部から研究指定されたときは不満であったがやってみてよかった。当初父母の会でもずいぶん議論になった。病気の子を預るといふがそんなことしたら子どもが死ぬんではないかといった声もあった。私らはよく話しあった。そして実施した結果“病気の子を早く発見しそれによって防げる病気もある”“健康管理が大切だ”ということを学んだ。」と話すことは上記のことを物語っている。

12) 問題点

各園の関係者から提起された問題点として、最大の課

題は共通して(Ar を除き)財政上の問題—財政基盤の脆弱さであった。これは公的援助をうけていない S, Na, Ay, Mt でいっそう深刻であった。また、園内感染の不安の問題が、はしかの初期以外の病種はできるだけ受けいれている Ao からと一室保育を行っている S から、保母の労働過重の問題が、普通保育方式の M から出されていた。

4. まとめ

第1報、第2報の調査結果より、今後、病児保育施設が地域社会にどのように定着・発展していく施設であるかという観点からその評価と問題点をまとめると以下のようになる。

1) 地域社会における病児保育所の必要性

今回の調査結果(第1報の利用上の評価、第2報の評価参照)にみられるように、園・父母の関係者のほとんどは総合的にみると“やはり病児保育を実施してよかった”と評価していた。

また、その後の情報によると、現在開設(あるいは予定)されている病児保育所は今回の調査対象園以外に、枚方市の公立 S、吹田市の K、東京太田区の W、大阪東淀川区の K、大阪府下他に2園、運動中のところ3カ所と聞く。

このように全国各地でふえ、また今回(第1報)の結果でも明らかなように未利用者でも近くにあれば利用したいと思っている人が多く、かつ地域社会に必要な施設だと調査対象者の9割が位置づけていたことから、今後この施設は共働き家庭がふえ核家族化が進行し、看護休暇制度の充実が遅れている下では、さらに必要性の高い施設としてニーズが増えていくことが予想されよう。

そしてまた、たとえ看護休暇が制度化され充実していたとしても、労働条件が悪く休暇がとりにくい職場で働く母親や、社会的責任が重くて休めない職種においては必要な施設として位置づけられるであろう。

また、後で述べるように設立の最大のネックとなる財政上の問題で、公的援助が一定保障されるならば飛躍的にのびていくのではないかと考えられる。

2) 方式について

園内方式は子どもにとって環境が同じであること、普通保育との連携がとりやすいこと、同じ園なので遠くに連れていかずにすむ等の利点があるかわりに、契約医をもちにくい、財政的に不安定等の短所をもつ。

センター方式は上記の逆で、保育内容、遠距離、利用しやすさには問題があるが、契約医をもちやすいこと、

受益者が多数になる可能性があるため公費助成がうけやすくなるという利点をもつ。

普通保育方式は今回とりあげた園では病児室がスペース的にも保母の面でも確保できないという理由と、はしかや水痘などの感染症は子どものときに早く罹ったほうがよいという考えで実施されており、現在までには園ぐるみ集団で罹患したから症状が悪化したという例はきかれていない。しかし、そのために保母の労働が過重になったり、また、医師の積極的・きめ細かな医療行為が確保されなければ事故が起こりかねない危険性を含むため、一律に他の園に即適応できるものではあるまい。ただし、この実践は病児といえは忌避される現状の普通保育の中でも、条件が整えられれば病児保育もできるのだという可能性を示し、また、その結果健康管理により積極的に取り組むようになった面では評価されていた。

屋間里親方式は今回の場合広くいえばセンター方式の一種類であり、センター方式への移行期の一形態といえよう。

以上より、今後の病児保育所—とくに予後期の形態・方式としては大きくいえば園内方式とセンター方式の2種類が考えられるが、これは現段階ではどちらがよりよいと評価できるものではなく、その地域・父母の状況、条件に応じてきめこまかに決められていく性質のものではないかと考える。

3) 病児の範囲

病児の範囲すなわち受け入れる病種は園によって異なるが大きくわけて2種類に分類される。ひとつは“感染期をすぎた病気の子供”期に受け入れる保育所であり、他は病気のかんりの最盛時も含むものである。前者は今回のほとんどの園であり、この時期については園内感染の例も聞かれなかった。後者については父母が休めないでやむをえず受け入れるなかで院内感染の問題点が出され、将来は何とかしたいという意向をもつ A₀ と医師の厳重な管理と努力の下で経験のなかから予後期に限定せずその枠を拡大し可能性を追求している H とがあった。H ではこれまで一度も事故やトラブルは起きていないということであった。これらは病児保育体制そのものが現在社会的にまだ未熟な段階にあるため1カ所で多くの機能を果たさざるをえない結果であり、今後病児保育体制が量的・質的に充実するなかでこのような点は整理され、病気の各段階に応じて機能分化されていくのではないかと考える。医師の立場から堀井重信氏が将来的にごく軽症の場合は普通保育、中等症や感染症の回復期は園内方式、重症・病気の極期、伝染病は保育病院のようなセン

ター方式が望ましいであろうと提案している⁴⁾ のが注目される。

4) 医療体制について

「病児保育—それは病気が最盛時でなくて予後であっても医師が居なければ成立しないのではないか」という問題に對し対応は園によって異なる。医師がいることが不可欠だとする H の関係者、医師がいなくとも空いた部屋と2～3人の保母がいれば十分できるという Ar, Na の関係者、ともに自信をもって答えていた。

そして実際に医師をもたずに実施してきた園(今回調査のうちの4園)での実践・経験は何を示しているといえようか。次のように考える。すなわち、医師が確保されることは当然望ましいことではあるが、医師がいないと病児保育(予後期)ができないということではない。何か変わったことが起こったときにはただちに父母・医療機関と連絡・連携がとれるようなきめ細かなシステムをつくり、注意深く保育すれば医師が常駐しなくとも可能だということを物語っていると。Mt では開所前に医師がいなくて不安を感じ、3人の小児科医に相談したところ“入院を必要とする病気であれば別だが、通常家庭で母親がみている状態であれば基本的には母親に代わる能力をもった人がいれば問題はないのではないか。事情があり契約医にはなれないが保母さんの力量を高めることで協力したい”との返答を得て開所に踏みきったと聞く。

また、現実的な問題として、財政的に苦しい運営や母親が働くことに対し理解を示し、労多くして報酬の少ない仕事を引き受けてもらえる医師がなかなかみつかりにくい苦勞を運動を進めてきた父母は一様に語っていた。

5) 財政問題—公的援助の必要性

病児保育所のニーズが高いならば、この10年間にもっとふえているべきではないかという疑問がある。ニーズが高いにもかかわらず設立されにくい最大のネックは運営の困難さ、とくに財政上の問題であると考えている。すなわち、病児保育所は採算的にはなりたちにくい。①病にかかると園児(利用者)が固定していない。②病気によっては隔離したり、人手を必要とするために必要な職員、空間、設備ともに不安定である。したがって非常に必要経費はかかるがそれを維持するためには、父母・契約医・職員等に多大の負担がかかる。具体的には①父母に高い利用料金、共済会費の負担(Sでは利用料金が高いため利用者が少ない、したがってまた赤字を生むという悪循環をつくっている)、②担当医師への低い手当(例。Hでは52年度年間25万円。それもまたカンパ等の形で医

病児保育所の現状(第2報)

師より共済会に寄付されていることが多い.), 実質より少ない管理料(例. Sでは月額13万円の家賃が払えず医師が負担), ③保育者達職員への安い賃金という形でしわ寄せされている。

このように病児保育所はニーズは高いが財政上困難なことが一般の無認可共同保育所以上にあり, それが運営を逼迫させている。その意味ではまさにより公的援助を必要とする施設であると考ええる。

6) 通園圏—距離的条件

今回の調査(第1報)結果より明らかになったもの一つに病児保育所の距離的条件の重要性の問題がある。利用する者の立場から考えるならば, 望ましい利用方法の条件のなかでも距離的条件の占める優先度は高い(枚方の場合第1位にあがっていた)。

一般的に保育所計画を考えるさいには適正通園圏としては, 距離が一定以上離れてくると通園率が急激に減退するところをもって範囲を決めてきたが, 今回の病児保育所についても, 枚方市の場合では2km圏内にあることがわかった。このことは, 今後方式としてセンター方式による広域の利用を考える場合でも, 物理的制限条件としてこのくらいの利用圏域を考えざるをえないことを示す。すなわち広域的な範囲に1カ所あれば用が足りる

ものではなく, きめ細かな範囲内に設置されてこそ効果的な施設であることを示すものと思われる。

最後に本研究のためにご協力いただいた各病児保育所の関係者の方々, 枚方市内の保育園の職員, 父母の方々に深く感謝いたします。

(昭和54年8月7日受理)

引用文献

- 1) 拓植節子(みよし保育園): みよし, 第2号, 98(1975)
- 2) 大阪同和保育連絡協議会編: 部落解放保育の創造, 第2集・上巻, 38(1975)
- 3) ナオミ保育園病児保育推進委員会: パンビのあゆみ, 65(1973)
- 4) 堀江重信: 1)と同じ, 122(1975)
- 5) ナオミ父母の会: ナオミ, 第63号(1977)
- 6) 枚方病児保育共済会: ひらかたの病児保育10年のあゆみ(1979)
- 7) 病気あけつくし保育所共済会: 第5回総会議案書(1978)
- 8) さくらんぼ病児保育室共済会: 第1回総会議案(1976)
- 9) みつばち病気あけ保育室共済会: みつばち病児保育室のしおり(1979)