

2788

日医発第1110号(地Ⅲ234)

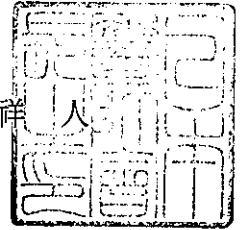
平成19年2月19日



都道府県医師会長 殿

日本医師会長

唐澤 祥



乳幼児健康支援一時預かり事業の通知の改正について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、次世代育成支援対策交付金の国庫補助申請に係る事前協議の実施につきましては、平成18年9月14日付(地Ⅲ105)をもって貴会宛に通知申し上げます。

今般、「次世代育成支援対策交付金の交付対象事業及び評価基準について」、別添1のとおり厚生労働省雇用均等・児童家庭局長から各市町村長・特別区区長宛に、また、「乳幼児健康支援一時預かり事業の実施について」、別添2のとおり厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長から各市町村・特別区民生・衛生主管部(局)長宛に通知が出され、本会に対しましても、乳幼児健康支援一時預かり事業の通知の改正について、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長より、周知、協力方依頼がありました。

乳幼児健康支援一時預かり事業については、これまで、病児の受入れを医療機関に限定してきたところですが、保育所等にも拡大することとしたものであります。就労している保護者の場合、職務上等の都合により、休暇制度を活用することが困難な場合も考えられることから、医療機関以外の施設、特に保育所での保育対象となる児童の範囲を広げることで、保護者の子育てと就労の両立を支援するものです。

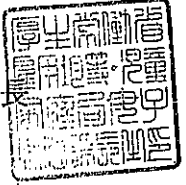
なお、事業の実施にあたっては、別添2において、医療との連携体制、特に地域医師会及び医療機関と連携するよう求めておりますことにご留意いただきたいと存じます。また、病児の受け入れに際しては、保護者に対し、「連絡票」の提出を必須としておりますので、医師の署名につきましてもご協力のほどお願い申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会及び関係医療機関等への周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

雇児母発第 0122002 号
平成 19 年 1 月 22 日

社団法人日本医師会会長 殿

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長



乳幼児健康支援一時預かり事業の通知の改正について

母子保健事業の推進については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであり、深く感謝申し上げます。

さて、乳幼児健康支援一時預かり事業については、これまで、病児の受け入れを医療機関に限定してきたところですが、保育所等にも拡大することとし、別添1のとおり市区町村長あて、別添2のとおり市区町村民生・衛生主管部局長あてに通知いたしました。

医師が常駐しない施設での病児保育の実施に伴い、貴会のご協力が欠かせない事業であることから、今後とも本事業にご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、病児の受け入れに際しては、保護者に対し、「連絡票」の提出を必須としていることから、医師の署名につきまして、格別のご高配を賜りますようお願い申し上げますとともに、これらにつきまして傘下会員に御周知くださいますようお願いいたします。



別添 1

雇児発第 0122003 号

平成 19 年 1 月 22 日

市町村長
各 殿
特別区区長

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長



次世代育成支援対策交付金の交付対象事業及び評価基準について

次世代育成支援対策交付金の交付額の算定に際しては、以下に掲げる要件を備える取組内容であるものについて評価をし、各事業及び取組内容に応じた基準点数を【別表】評価に対する基準点数表（以下「基準点数表」という。）のとおり定めたので、その旨通知する。

なお、この通知は平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

- 1 平成19年1月22日厚生労働省発雇児第0122002号厚生労働事務次官通知「平成18年度次世代育成支援対策交付金の国庫補助について」の別紙「平成18年度次世代育成支援対策交付金交付要綱」（以下「交付要綱」という。）の3の(1)特定事業については、次に掲げる要件を備える取組内容であるものについて評価をし、基準点数表の評価1に定める基準点数を交付金算定の基礎とする。

(1) つどいの広場事業

① 事業内容

子育て中の親の子育てへの負担感の緩和を図り、安心して子育て・子育てができる環境を整備し、もって、地域の子育て支援機能の充実を図ることを目的とするものであって、以下のすべての取組を実施する事業。

ア 子育て親子（概ね3歳未満の児童及びその保護者）が気軽に集い、うち解けた雰囲気の中で語り合い、相互に交流を図るための常設の場（週3日以上、かつ、1日5時間以上開設するものをいう。）を開設すること

イ アの場所において、子育てに不安や疑問をもっている子育て親子に対する相談、援助を実施すること

ウ アの場所において、子育て親子が必要とする身近な地域の様々な子育て支援に関する情報を提供すること

エ 子育て及び子育て支援に関する講習を実施すること

② 実施場所

公共施設内のスペース、商店街の空き店舗、公民館、学校の余裕教室、子育て支援のための拠点施設、マンション・アパートの一室など、子育て親子が集うところとして適した場所を実施すること。

③ 実施方法

ア 複数の場所を実施するものではなく、拠点となる場所を定めて実施すること。

イ 広場のスペースは、概ね10組以上の子育て親子が一度に利用しても差し支えない程度以上の広さを有すること。

ウ 広場の設備は、授乳コーナー、流し台、ベビーベッド、遊具その他乳幼児を連れて利用しても支障が生じないような設備を有すること。

④ 職員の配置

本事業を実施する場合は、当該事業に係る専任の者を新たに配置すること。

⑤ 守秘義務

業務を行うに当たって知り得た個人情報については、業務遂行以外に用いてはならないこととする。

(2) 育児支援家庭訪問事業

① 事業内容

市町村の中核機関において、関係機関等からの情報収集等により把握した養育困難家庭で養育支援の必要性があると判断したものに対し、子育て経験者等による育児・家庭の援助又は保健師等による具体的な育児支援に関する技術的援助を訪問により実施する事業。

② 実施方法

ア 支援の対象

この事業の支援対象は、市町村長が養育支援が必要であると認めた、次に掲げるような一般の子育て支援サービスを利用することが難しい養育困難家庭を対象とする。

- (ア) 出産後間もない時期（概ね1年程度）の養育者が、育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼ等の問題によって、子育てに対して不安や孤立感等を抱える家庭、又は虐待のおそれや、そのリスクを抱える家庭
なお、妊娠期から継続的な支援を必要とする家庭も対象とする。
- (イ) ひきこもり等家庭養育上の問題を抱える家庭や、児童が児童養護施設等を退所又は里親委託終了後の家庭復帰等のため、自立に向けたアフターケアが必要な家庭
- (ウ) 児童の心身の発達が正常範囲にはなく、又は出生の状況等から心身の正常な発達に関して諸問題を有しており、将来、精神・運動・発達面等において障害を招来するおそれのある児童のいる家庭

イ 支援内容

- (ア) 家庭内での育児に関する具体的な援助
 - a. 産褥期の母子に対する育児支援や簡単な家事等の援助
 - b. 未熟児や多胎児等に対する育児支援・栄養指導
 - c. 養育者に対する身体的・精神的不調状態に対する相談・指導
 - d. 若年の養育者に対する育児相談・指導
 - e. 児童が児童養護施設等を退所後にアフターケアを必要とする家庭等に対する養育相談・支援
- (イ) 発達相談・訓練指導
家庭における指導が必要な場合には、理学療法士等を派遣して、家庭の状況等に即した発達指導を行う。

ウ 支援の対象者、支援内容の決定方法

この事業の中核となる機関（中核機関）を定め、中核機関において関係機関からの情報提供や状況把握のための訪問の実施により養育支援の必要の可能性があるとと思われる家庭に関する情報の収集を行う。

中核機関は、これらの把握した情報から支援の内容を判断するための一定の指標に基づき、本事業による訪問支援の対象者及び支援の内容を決定する。

エ 訪問支援の実施者

訪問支援の実施者は、中核機関において立案された支援内容、方法、スケジュール等に基づき訪問支援を実施する。

- (ア) 養育支援の必要の可能性があるとと思われる家庭に対する育児、家事の援助については、子育てOB（経験者）、ヘルパー等が実施する。
- (イ) 産後うつ病、育てにくい子ども等複雑な問題を背景に抱えている家庭に対する具体的な育児支援に関する技術指導については、保健師、助産師、保育士、児童指導員等が実施する。

(3) ファミリー・サポート・センター事業

① 事業内容

ア ファミリー・サポート・センター事業は、市町村が、ファミリー・サポート・センター（地域において子どもの預かり等の援助を行いたい者と援助を受けたい者からなる会員組織をいう。以下同じ。）を設立して行う以下に掲げる事業。（ただし、以下の(ア)～(カ)全ての事業を実施し、会員数100人相当以上のファミリー・サポート・センターを対象とする。）

(ア) 会員の募集、登録その他の会員組織業務

(イ) 相互援助活動の調整等

(ウ) 会員に対して相互援助に必要な知識を付与する講習会の開催

(エ) 会員の交流を深め、情報交換の場を提供するための交流会の開催

(オ) 子育て支援関連施設・事業（乳児院、保育所、地域子育て支援センター事業、乳幼児健康支援一時預かり事業、子育て短期支援事業、児童館等）との連絡調整

イ 相互援助活動は、

(ア) 保育施設の保育開始時や保育終了後の子どもの預かり

(イ) 保育施設までの送迎

(ウ) 放課後児童クラブ終了後の子どもの預かり

(エ) 学校の放課後の子どもの預かり

(オ) 冠婚葬祭や他の子どもの学校行事の際の子どもの預かり

(カ) 買い物等外出の際の子どもの預かり

等の活動とする。

② ファミリー・サポート・センターの設置について

ア 本部の設置について

各市町村1か所設置できること。

イ 支部の設置について

政令指定都市については区ごとに1か所、本部のほかに支部を設置することができること。

ただし、合併した市町村において、合併前の旧市町村単位で支部を設置する場合については、事業の規模にかかわらず特例として支部を設置することができるものとする。

③ アドバイザーの配置について

ファミリー・サポート・センターには、アドバイザー（相互援助活動の調整等の事務を行う者をいう。以下同じ。）を配置すること。

また、ファミリー・サポート・センターの事業規模に応じて、会員の中からサブ・リーダーを配置することも差し支えないこと。

④ ファミリー・サポート・センターの運営について

ア 会則の制定

市町村は、あらかじめ相互援助事業の実施に必要な事項を規定したファミリー・サポート・センターの会則を制定すること。

イ アドバイザー及びサブ・リーダーの業務

(ア) アドバイザーの業務は、次のとおりであること。

- a ファミリー・サポート・センターの事業内容の周知、啓発
- b 会員の募集、登録
- c 会員の統括
- d サブ・リーダーの選任
- e サブ・リーダーの育成指導
- f 会員の相互援助の調整
- g 会員に対する講習会及び会員の交流会の実施
- h 会員間のトラブルへの助言
- i 他のセンター、支部、子育て関連施設・事業等との連絡調整
- j ファミリー・サポート・センターの経理事務等の業務運営

(イ) サブ・リーダーの業務は、次のとおりであること。

- a グループ会員の統括
- b グループ会員の募集
- c アドバイザーとの連絡調整
- d グループ会員との連絡調整
- e アドバイザーの指示を受け、会員の相互援助の調整
- f 各グループのサブ・リーダーとの連絡調整

ウ 会員の登録

会員の登録に関しては、1年ごとに更新・整理することが望ましいこと。

エ 会員間で行う相互援助活動

会員間で行う相互援助活動は、子どもの預かり等の援助を行いたい者と援助を受けたい者との請負又は準委任契約に基づくものであること。

オ 保険の加入

会員が行う相互援助活動中の子どもの事故に備え、補償保険に加入するものとする。

カ 子どもの預かりの場所

子どもを預かる場所は、原則として援助を提供する会員の自宅とすること。

ただし、子どもの預かり等の援助を行いたい者と援助を受けたい者との間で合意がある場合は、この限りでないこと。

キ 複数預かりの実施

相互援助活動の実施に当たっては、子どもの預かり等の援助を行いたい者は1人又は複数の援助を受けたい者の子どもを預かることができること。

なお、小学校就学の始期に達するまでの子どもを預かる場合には、原則として5人以下とし、6人以上を預かる場合には児童福祉法（昭和22年法律第164号）第59条の2に定める届け出を行わなければならない。

ク 援助活動に対する報酬

援助活動に対する報酬は、原則としてその会員相互間で決定するものであるが、報酬の目安として制度の趣旨、地域の実情等を反映した適正と認められる額を会則等で定めることができるものとする。

(4) 子育て短期支援事業

① 事業の種類及び内容

保護者の疾病その他の理由により家庭において児童を養育することが一時的に困難となった場合及び経済的な理由により緊急一時的に母子を保護することが必要な場合等に、児童養護施設その他の保護を適切に行うことのできる施設（以下「実施施設」という。）において一定期間、養育・保護を行うことにより、これらの児童及びその家庭の福祉の向上を図ることを目的とする事業。

ア 短期入所生活援助（ショートステイ）事業

(7) 事業内容

市町村は、保護者が疾病、疲労その他の身体上若しくは精神上又は環境上の理由により家庭において児童を養育することが一時的に困難になった場合や経済的な理由により緊急一時的に母子を保護することが必要な場合等に実施施設において養育・保護を行うものとする。

(イ) 対象者

この事業において対象となる者は、次に掲げる事由に該当する家庭の児童又は母子等とする。

- a 児童の保護者の疾病
- b 育児疲れ、慢性疾患児の看病疲れ、育児不安など身体上又は精神上の事由
- c 出産、看護、事故、災害、失踪など家庭養育上の事由
- d 冠婚葬祭、転勤、出張や学校等の公的行事への参加など社会的な事由
- e 経済的問題等により緊急一時的に母子保護を必要とする場合

(ウ) 利用期間

養育・保護の期間は7日以内とする。ただし、市町村が必要があると認められた場合には、必要最小限の範囲内でその期間を延長することができる。

イ 夜間養護等（トワイライト）事業

(7) 事業内容

市町村は、保護者が、仕事その他の理由により平日の夜間又は休日に不在となり家庭において児童を養育することが困難となった場合その他の緊急の場合において、その児童を実施施設において保護し、生活指導、食事の提供等を行うものとする。

(イ) 対象者

この事業において対象となる者は、保護者の仕事等の理由により、平日の夜間又は休日に不在となる家庭の児童とする。

② 実施場所

この事業は、児童養護施設、母子生活支援施設、乳児院、保育所等住民に身近であって、適切に保護することができる施設で実施するものとする。

③ 実施方法

ア 児童等の近隣に実施施設がないこと等により必要な養育・保護を行うことが困難である場合には、実施施設は、あらかじめ登録している保育士、里親等（市町村が適当と認めた者。以下「里親等」という。）に委託することができるものとする。

- イ 実施施設において、保育士、里親等に委託する場合には、委託された者の居宅において又は当該児童の居宅に派遣して養育・保護を行うものとする。
- ウ 実施施設は、児童の養育に経験を有する保育士、里親等を複数登録しておくこと。
- エ 夜間養護等（トワイライト）事業の実施施設は、児童等の安全性の確保等のため、保育所や学校、居宅等への児童の送迎に努めること。

(5) 延長保育促進事業

① 事業の種類及び内容

就労形態の多様化等に伴う延長保育の需要に対応するため、児童福祉法第39条に規定する、市町村以外の者の設置する保育所（以下「民間保育所」という。）の開所時間を超えた保育を行う事業。

ア 延長保育推進事業

イの事業を実施する民間保育所における保育士配置の充実を図ることにより、11時間の開所時間の始期及び終期前後の保育需要への対応の推進を図るもの。

イ 延長保育事業

民間保育所の11時間の開所時間の前後の時間において、さらに30分以上の延長保育を実施するもの。

② 実施方法

ア 延長時間の定義

延長時間の定義は次のとおりとすること。

なお、同一保育所又は送迎保育ステーションにおいて開所時間の前及び後ろで延長保育を実施する場合は、前後の延長保育時間及び対象児童数を合算することとせず、前及び後ろそれぞれで延長時間を定めること。

なお、

- (ア) 1時間延長とは、開所時間を超えて1時間以上の延長保育を実施しており、当該延長時間内の1日当たり平均対象児童数が6人以上いることをいう。
- (イ) 2時間延長とは、開所時間を超えて2時間以上の延長保育を実施しており、当該延長時間内の平均対象児童数が3人以上いることをいう。
- (ウ) 3時間以上の延長については、(イ)と同様1時間毎に区分した延長時間以上の延長保育を実施しており、当該延長時間内の平均対象児童数が3人以上いることとする。
- (エ) 30分延長とは、上記(ア)～(ウ)に該当しないもので、開所時間を超えて30分以上の延長保育を実施しており、当該延長時間内の平均対象児童数が1人以上いることをいう。

なお、(エ)を除き、複数の延長時間区分に該当する場合は、最も長い延長時間の区分となること。

また、平均対象児童数とは、年間の上記の延長時間区分における各週ごとの最も多い利用児童数をもって平均し、小数点以下第一位を四捨五入して得た数とすること。

イ 対象児童

実際に延長保育を利用した保育所入所児童とする。

なお、事業に支障のない範囲内で市町村が適当と認めた児童を対象とできること。

ウ 給食等

対象児童に対し、適宜、間食又は給食等を提供すること。

③ 実施場所

事業の実施場所に当たっては、保育所の他、公共的施設の空き部屋など適切に事業が実施できる場所を確保すること。

④ 職員配置

①のアの事業を実施するに当たっては、11時間の開所時間内に児童福祉施設最低基準（昭和23年厚生省令第63号）第33条第2項及びその他の補助金等の配置基準に規定する保育士のほか、保育士を1名以上加配すること。

また、①のイの事業を実施するに当たっては、延長時間帯に、対象児童数の多さ等に応じて常時2名以上の保育士を配置すること。

⑤ 保護者負担額

①のイの事業を実施するに当たっては、あらかじめ保護者負担額を設定すること。

(6) 乳幼児健康支援一時預かり事業

① 事業の内容等

ア 子どもが病気の際には、子どもの看護が必要となるが、就労している保護者の場合、職務上等の都合により、休暇制度を活用することが困難な場合も考えられることから、保護者の子育てと就労の両立を支援するとともに、児童の健全な育成及び資質の向上に寄与することを目的として以下の事業を実施する。

(ア) 現に保育所に通所中等の児童が病気の「回復期」であり、かつ、集団保育が困難な期間において、当該児童を保育所、病院等に付設された専用スペース又は派遣された看護師等が児童の自宅等において一時的に預かる事業（以下「病後児保育」という。）。

(イ) 現に保育所に通所中等の児童が病気の「回復期に至らない場合」であり、かつ、当面症状の急変が認められない場合において、当該児童を保育所、病院等に付設された専用スペース又は派遣された看護師等が児童の自宅等において一時的に預かる事業（以下「病児保育」という。）。

(ウ) 保護者の傷病・入院等により、緊急・一時的に保育が必要となる児童の自宅に保育士等を派遣して保育を行う事業（以下「派遣型一時保育」という。）。

イ 対象児童

(ア) 病後児保育

保育所に通所中等の児童であって、病気の回復期であることから、集団保育が困難な児童で、かつ、保護者が勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難な児童であって、市町村が必要と認めた者とする。

(イ) 病児保育

保育所に通所中等の児童であって、病気の回復期に至っていないことから、

集団保育が困難な児童で、かつ、保護者が勤務等の都合により家庭で保育を行うことが困難な児童であって、市町村が必要と認めた者とする事。

(ウ) 派遣型一時保育

保護者の傷病・入院等により、緊急・一時的に保育が必要な児童であって、市町村が必要と認めた者とする事。

② 実施方法等

ア 市町村長は、病後児保育及び病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施設（以下「実施施設」という。）において本事業を実施する他、看護師及び保育士等を派遣（以下「派遣方式」という。）して本事業を実施すること。

イ 市町村長は、地域医師会に対し本事業への協力要請を行うとともに、実施施設に対し、次の事項について地域医師会と協議の上、医療の連携体制を十分に整えるよう指導すること。

(7) 実施施設においては、緊急時に当該児童を受け入れてもらうための医療機関（以下「協力医療機関」という。）をあらかじめ選定し連携すること。

(4) 医療機関以外の実施施設及び派遣方式で病児保育を実施する場合は、児童の病態の変化に的確に対応し、感染の防止の徹底を図るため、日常の医療面での指導、助言を行う医師（以下「指導医」という。）をあらかじめ選定すること。

ウ 実施施設及び派遣方式における業務の内容

(7) 実施施設が児童を受け入れる場合は、当該施設の医師、指導医又は協力医療機関等により、病後児保育・病児保育の対象として差し支えない旨の確認を受けること。

特に、医療機関以外の実施施設及び派遣方式で病児保育を実施する場合は、当該実施施設及び派遣方式実施施設において、保護者が病児の症状、処方内容等を記載した連絡票（病児を診察した医師が入院の必要性はない旨を署名したのもの）により病児の病態を確認し、保護者と協議の上、受け入れの決定を行うこと。

(4) 体温の管理等その健康状態を的確に把握するとともに、複数の児童を受け入れる場合は、他の児童への感染の防止に配慮すること。

エ 利用期間

集団保育が困難であり、かつ、保護者が家庭で保育を行うことができない期間の範囲内とする事。なお、病児保育を実施する場合の保育時間は、児童の健康管理の観点から通常の保育時間を超えてはならないこと。

③ 実施場所

ア 実施場所の指定

実施施設は、あらかじめ市町村が指定した保育所等の厚生労働省雇用均等・児童家庭局所管の児童福祉施設（以下「保育所等」という。）又は病院若しくは診療所に付設された施設あるいは本事業のための専用施設であって、市町村が適当と認めたものとする事。

なお、病児保育を実施する保育所等の場合には、②イ及び④アの基準を満たすこと。

イ 利用定員

実施施設の利用定員は、児童2人以上とすること。ただし、病児保育を実施する保育所等にあつては、病後児も含めて利用定員を児童4人以上とすること。

ウ 指定基準

- (7) 保育室の面積は、原則として利用定員1人当たり1.98㎡以上とし、1室8.0㎡を下廻らないこと。
- (イ) 観察室又は安静室は、児童の静養又は隔離を持つ部屋であつて、原則として利用定員1人当たり1.65㎡以上とすること。
- (ウ) 調理室及び調乳室を有すること。また、専用の調乳室が設けられない場合においては、調理室の一部を調乳室として区画すること。
- (エ) 実施場所は、事故防止及び衛生面に配慮されている等児童の養育に適した場所とすること。

④ 職員配置

ア 利用定員2名に対し職員1名の配置を基本とすること。病後児保育・病児保育を専門に担当する職員として、看護師等（保健師、助産師、看護師及び准看護師をいう。以下同じ。）を配置し、利用定員に応じて保育士等を配置すること。ただし、病児保育を実施する保育所等については、職員を2名以上配置すること。

なお、病児保育において、病気の回復期の児童を受け入れることは差し支えないが、その場合においても、職員の配置基準は変更しないものとする。

イ 派遣方式においては、看護師等及び保育士等を市町村又は事業の委託機関に複数登録することとし、看護師等又は保育士等1名が担当する児童等は原則として1名とすること。

⑤ 保護者負担額

事業を実施するに当たって、あらかじめ保護者負担額を設定すること。

2 交付要綱の3の(2) その他の事業のうち、次に掲げる要件を備える取組内容であるものについて評価をし、別表（評価に対する基準点数表）の評価2に定める基準点数を交付金算定の基礎とする。

(1) へき地保育の推進

① 趣旨

交通条件及び自然的、経済的、文化的諸条件に恵まれない山間地、開拓地、離島等のへき地における保育を要する児童に対し、必要な保護を行ない、もってこれらの児童の福祉の増進を図ることを目的とすること。

② 実施要件

ア へき地保育所の定義

児童福祉法第39条に規定する保育所を設置することが著しく困難であると認められる地域に設置される児童を保育するための施設であつて、②のウ～エの基準に適合すると認め指定したものをいう。

イ 入所決定

へき地保育所への入所の決定は、市町村長がその地域内における保育を要する幼児又は、特に必要があるときはその他の児童につき、行なうものとする。

ウ 設置基準

(7) 設置主体

へき地保育所の設置主体は、市町村とする。

(4) 設置場所

へき地保育所を設置する場所は、次のいずれかでなければならない。

- a へき地教育振興法(昭和29年法律第143号)第5条の2の規定によるへき地手当(以下「へき地手当」という。)の支給の指定をうけているへき地学校の通学区域内であること。
- b 一般職の職員の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第13条の2第1項又は地方自治法(昭和22年法律第67号)第204条第2項の規定による特地勤務手当(以下「特地勤務手当」という。)の支給の指定を受けている国又は地方公共団体の公官署の4キロメートル以内にあること。
- c へき地手当又は特地勤務手当の支給の指定を受けることとなる地域内にあること。
- d aからcまでのいずれかに準ずるものとして市町村長が認める地域内にあること。

エ 設備及び運営の基準

へき地保育所の設備及び運営については、次に掲げる基準によるもののほか、児童福祉施設最低基準(昭和23年厚生省令第63号)の精神を尊重して行なうものとする。

(7) 1日当たり平均入所児童数が10人以上いること。

ただし、10人を下回っても、2年間は経過的に対象となること。

なお、1日当たり平均入所児童数とは、年間延べ利用児童数を年間開所日数で除して得た数とすること。

(4) 公民館、学校、集会所、共同作業所、婦人ホーム、寺院等の既設建物の一部を用いてへき地保育所を設置する場合には、その設備をそのへき地保育所のために常時使用することができるものでなければならないこと。

(7) 保育室、便所及び屋外遊戯場(その附近にあるこれにかわるべき場を含む。)その他必要な設備を設け、それらの規模は適正な保育ができるように定めること。

(エ) 必要な医療器具、医薬品、ほう帯材料等を備えるほか、必要に応じて楽器、黒板、机、椅子、積木、絵本、砂場、すべり台、ぶらんこ等を備えること。

(オ) 保育士を2人以上置くこと。

ただし、所定の資格を有する者がいない等やむを得ない事情があるときは、うち1人に限り児童の保育に熱意を有し、かつ、心身ともに健全な者をもってこれに代えることができること。

(カ) 保育時間、保育の内容、保護者との連絡方法等については入所児童が健やかに育成されるようその地方の実情に応じて定めること。

(2) 家庭支援推進保育の推進

① 趣 旨

日常生活における基本的な習慣や態度のかん養等について、家庭環境に対する

配慮など保育を行う上で特に配慮が必要とされる児童が多数入所している保育所に対し、保育士の加配を行うことにより入所児童の処遇の向上を図ることを目的とする。

② 実施要件

本事業の対象となる保育所は、次のア～エの要件を満たすものであること。

ア 対象児童

日常生活における基本的な習慣や態度のかん養等について、家庭環境に対する配慮など保育を行う上で特に配慮が必要とされる保育所入所児童。

イ 受入れ状況

②のアに該当する児童が入所児童の40%以上であること。

なお、②のアに該当する児童であるかについては、市町村が児童の状況や家庭環境について保育所長等の意見を参考としながら、総合的な観点から判断すること。

ウ 保育士の配置

対象保育所に対し、児童福祉施設最低基準（昭和23年厚生省令第63号）第33条第2項及びその他の補助金等の配置基準に規定する職員のほか家庭支援推進保育事業の実施のために必要な保育士を配置すること。

エ 実施内容

②のウにより配置された保育士は、②のアに該当する児童に対する指導計画を作成し、計画的に保育に当たるとともに、定期的に家庭訪問をするなど家庭に対する指導を行うこと。

3 交付要綱の3の(2) その他の事業については、次に掲げる要件を備える事業計画である場合は評価をし、別表（評価に対する基準点数表）の評価3に定める基準点数を交付金算定の基礎とする。

(1) 地域の特性や創意工夫を活かした子育て支援サービスの提供等を行うための取組が事業計画に記載されている。

(2) 以下に掲げる8つの取組のうち4つ以上取り組む場合には、基準点数表の評価3に定める基準点数を1.5倍の範囲で加算する。

① 安心して子どもを生み育てることができる社会について地域住民や関係者が参加して共に考える機会の提供

子育てや子育て支援に関する各種のフォーラム、ワークショップの開催や子ども参加型のイベントを実施し、子どもと大人が交流し会える機会の提供などにより、子どもを生み、育てることを社会全体で応援する意識の醸成を図る取組

② 老若男女の地域住民の主体的な子育て支援活動、交流の促進

地域の高齢者や子育て中の男性、中・高校生などを含め、老若男女の地域住民が子育て支援活動に主体的に関われるようにし、多世代の交流を促進するため、保育所、児童館、自治会等で地域に開かれた各種子育てに関わる行事等を開催するなどの取組

③ 虐待防止ネットワークの設置・運営

地域における保健・医療・福祉の行政機関、教育委員会、警察、弁護士、ボラ

ンティア団体等の関係機関等から構成する児童虐待防止ネットワークを設置し、定期的な連絡検討会議等の開催など関係機関が連携しながら、地域における児童虐待の発生予防、早期発見、早期対応及び保護・支援・アフターケアを図るための連携した活動を実施する取組

④ 乳児健診未受診児など生後4ヶ月までに全乳児の状況の把握

生後4ヶ月に達するまでに新生児訪問や乳児健診のいずれにも接触のなかった全乳児の状況を把握するため、訪問調査を実施するなどの取組

⑤ 食育の推進

子どもの健やかな食習慣を培い、豊かな人間性を育むため、食育推進連絡会を設置するなど保健センター、保育所、学校等関係機関の連携による取組

⑥ 家庭内等における子どもの事故防止対策の推進

乳幼児が家庭の浴槽で溺死する事故なども多いことから、家庭内における子どもの事故防止のための取組

⑦ 思春期保健対策等の推進

住民に身近な市町村において、地域の実情に応じた妊娠、出産、育児、母子の栄養、思春期等に関する各種母子保健事業を効果的・効率的に実施することにより、地域ぐるみで、健やかに子どもを生み育てるための施策を自主的に進めることを目的とした取組

⑧ 子育てバリアフリーマップの取組

市町村と地域住民が協働して、乳幼児とその親が外出する際の遊び場、授乳コーナー及び一時預かりの実施場所等を示したマップを作成し、子育て家庭に配布する取組

4 交付要綱の3の(3)平成17年度総合施設モデル事業実施施設に対する事業継続費については、次に掲げる要件を備える事業を実施する場合には、交付要綱の5の(2)に基づき交付額を算定する。

①事業内容

以下の(ア)及び(イ)の内容により、就学前の教育と保育を一体として捉えた教育・保育活動を実施する。

(ア) 就学前(0~5歳)の全ての児童を対象とした教育・保育サービスを提供すること

(イ) 8時間程度(3~5歳児については、4時間程度の共通の教育・保育時間を確保)の利用(以下「長時間利用」という。)を希望するニーズにも対応した教育・保育サービスを提供すること

また、上記(ア)及び(イ)に加えて、親について、親子の交流の場の提供や子育て家庭への相談や支援を行うことが望ましい。

なお、利用者ニーズに応じて、一時的な保育(特定日の保育を含む)や長時間利用の場合の延長保育事業についても本事業と併せて選択して実施することができる。

②実施場所

平成17年度に幼稚園実施型(公立施設を除く)として総合施設モデル事業を実施した施設であって、総合施設モデル事業として入園した児童を引き続き受け入れる予定の施設のうち、認定こども園として認定を受ける見込み若しくは認定を希望する施

設

③利用形態

- (ア) 利用日、利用時間については、適切な教育・保育の内容を提供する観点から、個々の児童や保護者等のニーズに応じて利用できるよう、各施設において設定すること。
- (イ) 利用の契約については、原則として、利用者と施設の直接契約によること。
ただし、必要に応じて、市町村が施設に対して保育に欠ける児童の利用をあっせんすることも可能であるが、この場合においても、原則として、利用の形態は施設との直接契約のよるものとする。
また、施設が市町村のあっせんを受けずに直接保育に欠ける児童を受け入れる場合において、保育に欠けることの認定が必要とされる際には、施設は、保護者に就労証明書等を提出させ市町村に送付する方法により認定を行うものとする。

④実施方法

以下を基本として、各施設において決定すること。

ア 教育・保育の内容

幼稚園教育要領及び保育所保育指針に沿ったものとし、3～5歳児については、4時間程度の共通の教育・保育時間の活動内容を各施設において工夫を行うこと。

それ以外の時間帯においても、保護者の就労の有無・形態等で区別することなく、就学前の児童に適切な教育・保育の機会を提供し、その時期にふさわしい成長を促すことができるよう配慮して教育・保育を行うこと。

イ 職員配置

0歳児については、概ね児童3人につき1人以上、1～2歳児については、概ね児童6人につき1人以上、又は0～2歳児を通じて概ね児童3人～6人につき1人の職員を配置すること。

3～5歳児については、概ね児童20人～35人に1人の職員を配置すること。

ウ 施設設備

既存の幼稚園部分は幼稚園設置基準（昭和31年文部省令第32号）の適用を受け、幼稚園部分以外の部分については「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」（平成13年3月29日雇児発第177号）の別添「認可外保育施設指導監督基準」に準じて取扱うことを原則とすること。

また、給食の提供等については、外部搬入での対応を可能とするが、その場合には最低限調理に必要な調理機能を有すること。

エ 職員資格等

職員については、「就学前の教育・保育を一体として捉えた一貫した総合施設について（審議のまとめ）」（平成16年12月24日中央教育審議会幼児教育部会と社会保障審議会児童部会の合同の検討会議）の7の趣旨を踏まえ、アに照らして適切な資格を有する職員とすること。

また、教育・保育の質の維持・向上にかんがみて、施設内外における研修の機会の確保やその内容の充実を図るものとする。

オ 管理運営

事業の透明性、信頼性を確保するために、可能な限り、外部に対して積極的に情報提供を行うとともに、関係機関、保護者や地域住民と十分に連携した運営が

行われるよう努めること。

5 交付要綱の3の(4)地域における児童の安全確保の取組については、市町村が地域の実情に応じて総合的に下記の取組を実施する場合には、交付要綱の5の(1)に基づき交付額を算定する。

(1) 趣旨

市町村、児童福祉関連施設、関係機関、教育委員会(小学校)、警察等と地域のボランティア、保護者、関係団体等との連携を更に深め、地域ぐるみの児童の安全確保の体制整備を推進することを目的とすること。

(2) 事業内容

下記のいずれかの事業を実施すること。

- ① 地域の危険箇所の点検・把握、マップの作成等による交番や「こども家庭110番の家」等の緊急避難場所の周知
- ② 地域のボランティア、保護者、関係団体との連携・協働による日常における危険箇所のパトロール及び緊密な連絡体制の整備
- ③ 地域における児童の安全確保に資するその他の取組

評価に対する基準点数表

【特定事業】

		基準点数
評価 1		
○つどいの広場事業		
① 開設日数		
・週3、4日実施	17.0ポイント	1か所あたり
・5日実施	24.0ポイント	
・6、7日実施	31.0ポイント	
② 土日のいずれかを1日5時間以上開設	2.0ポイント	
③ 地域子育て支援センターとつどいの広場の数を併せて全中学校区に1か所設置	2.0ポイント	(加算)
④ スタッフの資質向上を図るための研修会等への参加	0.1ポイント	
○育児支援家庭訪問事業		
① 家庭訪問実施の年間延べ件数		
・250件未満	4.0ポイント	1市町村あたり
・250件以上500件未満	8.0ポイント	
・500件以上750件未満	12.0ポイント	
・750件以上1,000件未満	17.0ポイント	
・1,000件以上1,250件未満	22.0ポイント	
・1,250件以上1,500件未満	26.0ポイント	
・1,500件以上2,000件未満	30.0ポイント	
・2,000件以上	34.0ポイント	
② 育児・家事援助及び育児支援に関する技術的援助を総合的に実施	2.0ポイント	(加算)
③ 分娩に関わった産科医療機関の助産師等が訪問支援した場合(1件あたり)	0.02ポイント	
○ファミリー・サポート・センター事業		
① 会員数		
・100人相当～299人	10.0ポイント	1市町村あたり
・300人～599人	14.0ポイント	
・600人～999人	20.0ポイント	
・1,000人～1,499人	40.0ポイント	
・1,500人～1,999人	60.0ポイント	
・2,000人～2,999人	80.0ポイント	
・3,000人以上	100.0ポイント	
② 支部の設置箇所数		
・10か所以上	50.0ポイント	
・10か所未満	5.0ポイント	1支部あたり
③ 複数預かりの実施(兄弟姉妹を除く。)	5.0ポイント	(加算)
○子育て短期支援事業		
① ショートステイ事業の実施		
・2歳未満児、慢性疾患児	4.30ポイント	100人日あたり
・2歳以上児	2.35ポイント	
・緊急一時保護	0.60ポイント	
② トワイライトステイ事業の実施		
・基本分	0.45ポイント	1か所あたり
・宿泊分	0.45ポイント	
・休日デイサービス	1.00ポイント	
・児童の送迎の実施	0.30ポイント	
○延長保育促進事業		
① 延長時間		
・30分	1.5ポイント	1事業あたり
・1時間	7.0ポイント	
・2～3時間	11.0ポイント	
・4～5時間	23.0ポイント	
・6時間以上	27.0ポイント	
② 基本分	23.0ポイント	(加算)
○乳幼児健康支援一時預かり事業(病後児保育(派遣型・施設型))		
① 施設類型別		
・A型(受け入れ児童定員4人以上)	32.0ポイント	1か所あたり
・B型(" 2人以上)	21.0ポイント	
・C型(常時職員を置かない)	6.3ポイント	
② 派遣型	6.3ポイント	1事業あたり
③ 病児保育加算(病児保育実施)	5.0ポイント	(加算)

【その他の事業】

		基準点数
評価 2		
○へき地保育所		20.0ポイント
○家庭支援推進保育事業		19.0ポイント
評価 3		
●その他、創意工夫のある取組について		
児童人口3,000人未満	3	ポイント
児童人口3,000人以上～1万人未満	$\frac{\text{当該児童人口}}{1,000}$	ポイント
児童人口 1万人以上	$10P + \frac{\text{当該児童人口} - 10,000}{1,500}$	ポイント
※ただし、100ポイントを上限とする。		

「交付金算定の評価基準」の3の(2)に掲げる8事業のうち4事業以上を実施する場合は、1.5倍の範囲で加算



雇児母発第 0122001 号
平成 19 年 1 月 22 日

市町村
各 民生・衛生主管部（局）長 殿
特別区

厚生労働省雇用均等・児童家庭局
母子保健課



乳幼児健康支援一時預かり事業の実施について

標記事業の実施については、平成 19 年 1 月 22 日雇児発第 0122003 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「次世代育成支援対策交付金の交付対象事業及び評価基準について」により実施されているところであるが、特に、医療機関以外の施設において病児保育を実施する場合には、次の事項に留意し、適正かつ円滑な事業の実施が図られるよう御配意願いたい。

なお、この通知は平成 18 年 4 月 1 日から適用し、本通知の施行に伴い、平成 6 年 6 月 23 日児母衛第 21 号本職通知「乳幼児健康支援一時預かり事業の実施について」は廃止する。

1 医療の連携体制について

(1) 地域医師会との連携

ア 都道府県医師会・郡市区医師会等(以下「地域医師会」という。)に対し、必要に応じて本事業の実施施設リストを提供すること。

イ 病児を受け入れる際の「連絡票」を別紙様式例により作成すること。

なお、医師の署名については、日本医師会に協力要請を行ったところであるが、市町村においても、地域医師会に対し協力要請を行うこと。

(2) 医療機関との連携

ア 協力医療機関及び指導医については、児童の病態の急変に直ちに対応出来る距離にあること。

イ 指導医については、小児の疾患について熟知している小児科医・内科医が望ましいこと。

ウ 実施施設毎に、緊急時の対応マニュアル等を作成すること。

2 施設内感染防止対策について

(1) 病児の受け入れ等について、別添研究報告を参考に一定の基準を作成すること。

- (2) 児童の受け入れに際しては、予防接種の接種状況を確認するとともに、必要に応じ積極的に接種するよう指導すること。
- (3) 入所者及び職員間の感染を防止するため、手洗い、うがいを励行すること。

3 職員配置について

- (1) 看護師等については、児童の看護経験者が望ましいこと。
- (2) 看護師等については、病児の受け入れ人数に応じ増員することが望ましいこと。

連 絡 票

児童の氏名		平成 年 月 日生 (歳) 男・女
平成 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。		
診断医療機関名及び 電話番号		診断医師署名 印

※太枠は医師が記載し、その他は、保護者が記載すること。

症状 (病名等)	
経過 (検査内容等)	
治療 (処方内容)	食前・食後・(時)・その他 ()

保育上の留意点	
安静	特に制限なし・ベット安静・その他 ()
食べ物	特に制限なし・絶食・その他 ()
薬	特になし・処方の通り・その他 ()
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

保護者名 _____

連絡事項	
保護者の勤務場所 (所在地)	
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第一) 電話番号 () 関係 ()
	(第二) 電話番号 () 関係 ()
お迎え予定者	関係 ()

保育所型病児保育に関する研究

島田 美喜	東京慈恵会医科大学医学部看護学科
遠藤 郁夫	浜町小児科医院
帆足 暁子	ほあし子どものこころクリニック
帆足 英一	ほあし子どものこころクリニック
森田 倫代	きらら保育園
山田 静子	ききょう保育園

要旨

現在の「乳幼児健康支援一時預かり事業」では、保育所での対象が「病気の回復期」の児童とされている。子育て支援の観点から、保育所において保育対象となる児童の範囲を広げることの可能性やそのための要件について研究班を設置し、検討を行った。その結果、「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かつ、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義し、受け入れに必要な要件や受け入れ可能な症状の範囲などを検討したものを『「保育所型病児保育」ガイドライン（案）』として作成した。

I. 研究目的

育児と仕事の両立や子育て負担の軽減のため様々な子育て支援策が実施されている。子どもが病気になった時は、共働き世帯で身近に支援者がいない場合には夫婦どちらかが仕事を休んで看護に当たることになる。育児・介護休業法において、小学校就学前の子を養育する労働者のために「看護休暇制度」の導入が企業の努力規定とされているが、2003年の日本労働研究機構の調査では、導入している企業は13.7%であり、実際の看護休暇の利用は1.3%に止まっている。また、同調査で子どもの看護に必要な支援として、女性雇用者の68%が「病児・病後児保育施設」を挙げている。

このような現状において、子育て家庭から子育て支援サービスの充実が求められ、とりわけ子どもが病気の際の支援が必要とされている。現在実施している「乳幼児健康支援一時預かり事業」では対象を「病気の回復期」にある児童としており、医療機関が実施施設の場合は急性期の児童も保育

が可能であるが、全国で240か所程度しか設置されていない。このことから、医療機関以外の施設、特に保育所での保育対象を広げることによって、支援の充実を図ることが可能であるかの検討を行い、もし可能であれば、どのような要件が整えば可能となるのかを明らかにすることを目的として研究を実施した。

II. 研究方法

平成17年10月に保育関係者、小児科医などからなる「保育所型病児保育に関する研究班」を設置し、6回にわたる研究班会議において検討を行った。

また、平成17年8月に厚生労働省母子保健課が実施した「乳幼児健康支援一時預かり事業に関する調査」の集計、分析を行い、検討の資料とした。

さらに全国病児保育協議会が平成12年度に実施した『「保育所型」病後児保育実施施設の実態調査』

も検討の参考とした。

Ⅲ. 結果及び考察

1. 乳幼児健康支援一時預かり事業に関する調査結果

1) 調査方法

都道府県・指定都市担当者を通して、各自治体内の乳幼児健康支援一時預かり事業を実施している保育所2カ所選定し、厚生労働省母子保健課より郵送で行った。(全国120カ所が対象保育所となっている。)調査期間は平成17年8月15日～9月5日で実施した。

2) 回収状況

4市34都道府県の65施設より回答(回収率54.2%)があった。回答施設は、A型施設(35.4%)、B型33施設(50.8%)、C型8施設(12.3%)、無回答1施設(1.5%)であった。

3) 調査結果

① 対象となる症状及び疾患

「感冒・感冒症候群」(95.4%)、「気管支喘息」(89.2%)、「発熱」(86.2%)の順で多く、東京都調査¹⁾の①感冒・感冒様症候群、②気管支炎、③喘息・喘息様気管支炎、④発熱とほぼ同様の結果であった。

② 受け入れられない症状及び疾患

受け入れられない症状及び疾患としては、「急性伝染病」(53.8%)、「ぜんそく等の慢性疾患」(21.5%)で「その他」(35.4%)にも具体的疾病を挙げての感染症や、医師の判断が不可の時を挙げているものが多い。平成15年度の全国病児保育協議会調査においては、「麻疹」、「インフルエンザ」、「水痘」等の感染症を入室不可としている病児保育室が多いという実態が明らかになっている。

③ マニュアルの整備状況

病児保育に関するマニュアルの有無については、「ある」が58.5%、「ない」が41.5%で半数以上はマニュアルが整備されているが、まだ4割が整備されていない状況にある。

④ 協力医療機関の選定方法

協力医療機関は「保育所と契約している嘱託医に依頼」(66.2%)、「地区の医師会へ依頼」(29.2%)、「保育所周辺の医療機関に依頼」(27.7%)といった方法で選定されていた。

⑤ 子どもが病気になった場合や症状が強くなった場合の対応について

「保護者に連絡し引き取りに来てもらう」(58.5%)、「一定の基準に該当した場合、保護者に引き取りに来てもらう」(56.9%)が半数以上であり、嘱託医、協力医、かかりつけ医等の医師の診断の上で判断するところは合わせて41.5%あった。

⑥ 病児を受け入れることについての考え

「一定の条件があれば可能」回答している施設が31施設(47.7%)ある一方、「ニーズは高いが受け入れについては検討が必要」(22施設33.8%)、「ニーズは高いが、受け入れは困難」(11施設16.9%)と回答した施設も合わせて50.7%あった。

<参考文献>

1) 東京都、病後児保育に関するアンケート

(調査対象:平成15年度補助金交付対象29区市)

2. ガイドライン(案)の作成

研究班会議での検討の結果を『保育所型病児保育ガイドライン(案)』としてまとめた。以下に概要を示す。

1) 基本的な考え方

病気の子どもは、健康な時にもまして、保護者による家庭看護を必要としており、本来は保護者が子どもの世話をすることが大原則であるが、現在の保護者のおかれている状況を鑑みると、親子にとって最善のサービスが必要な時に選択できることによって、保護者が育児への意欲を回復することができれば、サービスの提供も必要ではないかと考える。しかし、大前提としては子どもの安全、安心の体制が整えられた上でのサービス提供であることはいうまでもない。

2) 病後児保育の現状と課題

現在、保育所併設の病後児保育室では「病気の回復期」にある児童を対象としており、定員2名に対し、看護職員1名のみ医療的には薄い配置となっているため、医療的なサポート体制が必要となる。医療機関が実施施設の場合には、未だ病気の「回復期に至らない場合」も含めて差し支えない、としていることから、急性期の子どもも保育の対象となる。

一方、一般保育の現状として、朝、健康な状

態で登園してきた子どもが発熱などした場合、保護者の引き取りがあるまでは保育を継続しなければならず、実態として病後児保育の対象よりも症状の強い子どもを保育しなければならない状況もある。

3) 「保育所型病児」の保育

現状の病気の子どもの保育に関する課題や子育て家庭のニーズなどから、病後児保育を実施している保育所であって、かつ、受け入れに必要な要件を満たす場合に限り、これまでの病後児よりも広げた範囲の子どもを受け入れることができるようにするための諸条件を明記した。

本ガイドラインでは「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義している。

主な条件には、人員配置は、定員4名に対し常勤看護師1名、保育士1名の複数配置を最低基準とした。医療体制として、入室児のかかりつけ医からの連絡票を確認し、入室児の医療的な指導を行う「指導医」を選定することとした。症状変化時の体制として、対応マニュアルを作成し、協力医療機関との契約など具体的な対応を検討しておくこととした。また、「保育所型病児」の受け入れ範囲として、具体的な症状を明記した。受け入れ可能な症状と保護者への引き取りを必要とする状態を「発熱」、「嘔吐」、「下痢」、「咳嗽、喘鳴」の4点について明記し、さらに予測される症状への対応方法を記載した。

さらに、利用にあたっては必ず保護者がかかりつけ医を受診し、入室連絡票を記載してもらったからの入室とする。通常の保育を行っていた場合においても、この手続きは同様である。

保育の質を保つために、職員の資質向上を図ることや第三者も交えた運営協議会などを開催し、体制や保育看護の質の向上を図る仕組みが必要である。

今後の検討事項として、「園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討」、「小児科診療所の保護観察室の利用」、「保育サービス評価の必要性」の3点について提起した。現在「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、「病気の回復期」にある子ども（病後児）の保育が保育所や医療機関などに併設された保育室で実施されて

いるが、実施か所数は平成16年度で507か所に止まっている。「子ども・子育て応援プラン」では平成21年度までに1,500か所まで増やす目標を立てているが、補助金が廃止され、交付金化された状況下にあっては新たな方策を検討していかないとこのプランの目標を達成することは非常に難しいと考えられる。今後、さらに実施箇所数を増やすための具体的な方策について検討されることが望まれる。

IV. まとめ

現在「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、「病気の回復期」にある子ども（病後児）の保育が保育所や医療機関などに併設された保育室で実施されているが、さらなる育児支援サービスの充実の観点から保育所併設の病後児保育室での対象範囲の拡大について検討をおこない「保育所型病児保育」とい範囲を設定し、保育可能な要件などを明記した「保育所型病児保育ガイドライン(案)」を作成した。親子が安心して預けられる、安全な保育看護が行われるよう、本ガイドライン(案)を活用されたい。

<参考文献>

1. 全国病児保育協議会、必携・新病児保育マニュアル、2005.
2. 東京都福祉保健局、東京都病後児保育事業マニュアル、2005.

「保育所型病児保育」ガイドライン（案）

2006年3月

「保育所型病児保育」ガイドライン（案）

目 次

I	基本的な考え方	・・・	3	（帆足暁子）
1	子育て支援から「病気の子どもを保育すること」を考える			
2	子どもの立場から「病気の子どもの保育」を考える			
II	病後児保育の現状と課題	・・・	5	（島田美喜）
1	実施施設別の保育室の役割と特徴			
2	保育所における病後児保育の課題			
III	「保育所型病児」の保育			
1	「保育所型病児」とは	・・・	7	（島田美喜）
2	「保育所型病児」の受け入れに必要な条件	・・・	8	（島田美喜）
1)	人員配置			
2)	施設設備			
3)	委託契約や予算について			
3	地域医療機関との連携体制	・・・	9	（遠藤郁夫）
1)	地域医療機関との連携			
2)	症状変化時の体制			
4	「保育所型病児」の受け入れ範囲	・・・	11	（帆足英一）
1)	受け入れ可能な症状の範囲と受け入れが困難な症状について			
2)	症状の観察と対応			
3)	症状が変化した場合の対応と留意すべき事項			
5	利用手続きの流れ	・・・	25	（島田美喜）
6	運営上の留意点	・・・	27	（山田静子）
7	職員の資質向上	・・・	28	（島田美喜）
8	運営協議会の設置	・・・	29	（森田倫代）
1)	市区町村レベルでの関係者			
2)	「保育所型病児」保育室の運営に関わる関係者			
IV	今後の検討事項			
1	園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討	・・・	29	（帆足暁子）
2	小児科診療所の観察室の利用	・・・	30	（遠藤郁夫）
3	第三者評価の必要性	・・・	31	（帆足英一）

I 基本的な考え方—病気の子どもを保育するということ

子どもは、病気であっても常に成長し続ける存在である。その前提のもとに、入院治療を必要とする疾病や病状の場合にも、小児科病棟に保育士を導入(療養環境整備加算)し、病気の子どもを保育することが勧められている。しかし、入院を必要とせず、医師の診察後に帰宅できる子どもの場合、つまり、この研究の対象である「病気の子ども」を保育することについては、依然として保護者(とりわけ「母親」)がみるべきという思想が根強い。もちろん、病気の子どもは、健康なときにもまして、保護者による家庭看護を必要としている。したがって本来は、保護者が子どもの世話をすることは大原則である。しかし、今の日本の社会は、複雑かつストレスフルな状況にある。保護者、子どもの置かれている状況や精神状態などをきちんと把握した上で、親子にとって最善の対応が選択できるようなサービスが提供されることが重要である。病後児保育施策は、平成6年から始まった子育て支援としてのエンゼルプランから本事業化されている。この研究の基本的な理念として、病気の子どもを保育することについて、まずは、子育て支援の視点から、次いで子どもの視点から考え、日本の現状における意義について明確にしたい。

1 子育て支援から「病気の子どもを保育すること」を考える

子どもの看護休暇が年間60日(1~3歳まで)認められるハンガリーのように、子育て施策が整備されている国はともかく、現在の日本においては、子どもの看護休暇制度が導入されている企業においても実質的に利用されることはほとんどない。国としての経済状態は回復傾向にあるといわれているが、子育て世代の実感とはかけ離れており、経済格差という言葉が普及しだした所以でもある。男女雇用機会均等法が施行されても、子どもが病気の時に休むのは圧倒的に母親である。祖父母の協力を得ようとしても、近隣にいない、現役世代として就労している、場合によっては高年齢出産の影響で祖父母の年齢も高く、要介護状態に陥っていることがあるなど、困難な状況がある。

また、3組に1組という離婚率に象徴されるように単親家庭が急増している。その場合には、子どもの病気のために仕事を休むという状況は、雇用の不安定さの要因となる。共働き家庭においても、常勤職員よりも派遣・契約職員を増員するという経済回復の裏にある雇用制度の変化を考えると、子どもの病気のために仕事を休むことによる雇用の不安定さは、単親家庭と同様である。

仕事を休めないために、風邪で39度の発熱をしている子どもをタクシーに同乗させて営業まわりを続けて悪化させてしまった親や、登園前に下熱剤を使用して保育園に通園させ、熱が上がったのでというお迎えの連絡に対しては無視するしかない親もいる。また、子どもは病気で保育園を休んでいたが、親はクリーニングの自営の仕事で忙しく、気づいた時には子どもがシーツにアイロンをかける業務用のローラーの機械に腕を挟まれていたという事故など、仕事と子育ての両立がいかに厳しい状況にあるかは明白である。

一方、各種調査からは、専業主婦の方が共働き世帯の妻よりも子育てに対する負担を

感じている人が多いという結果が出ている。夫や家族から支援を得られず、子どもと2人だけで向き合う生活が、心身両面から孤立感と疲労感を呼び、子育てに前向きになれない母の苦悩が浮かび上がった結果であると思われる。このように、「病気の子どもを保育する」事業に、専業主婦への対応も視野におかなければならないことが示唆される。

また、子育て世代に、子どもの看病についての知識や技術をもたない親が増えている。「子どもの熱の測り方がわからない」「悪寒を訴えているのに、発熱しているからと子どもを冷やす」「下痢の子どもに、好物だからと唐揚げを食べさせる」など、本来、世代間伝達のひとつとして受け継がれてきていた「子どもの看病の方法」さえも、伝達されない現状がある。さらに、急病でもないのに仕事を休むことはできないとか、受診のタイミングが判断できないなどの理由から、夜間救急に連れて行き、救急外来は走り回る子どもで一杯になり、そして小児科医は消耗しきって病院を辞め、小児科医が足りないという悪循環さえおきているのである。

このような現状においては、病気の子どもに専門的な看護と保育の両面からケアをしてくれる「病気の子どもの保育」が必要とされる。「病気の子どもの保育」には、子どもを保育室に預け、ひとときでも保護者（特に母親）が心身両面から自分を取り戻す時間を確保することで、改めて子どもを看ていこうという気力を取り戻していく役割もある。あるいは、病児保育室に出向き、看護師や保育士から正しいケアを学び、よりよい看病ができるような教育的役割もある。

2 子どもの立場から「病気の子どもの保育」を考える

既述したように子どもは病気であっても常に成長している。子どもの体調に合わせた保育を提供することは、子どもの最善の利益を保障することに通じる。

親が仕事を休めずに保育園に通所し、途中で体調が悪くなった場合には、当然保育園から親にお迎えの連絡が入る。しかし、すぐに迎えに行かれる親は少ない。体調が悪い子どもは、保育園の一室やホールの片隅で寝かされていることが多い。保育所は、集団保育が前提であり、個別に子どもの体調に合わせた保育を行うことは難しい。また、集団であるために、子どもの体調の変化に気づきにくく、重症化する可能性もある。病気であるために活動に参加できず、集団の中で他児の活動を眺めていることは、特に幼児期後期の子どもにおいては、自尊感情が阻害されることも考えられる。このような環境で子どもが通常の保育園で1日を過ごすよりも、病児保育施設において保育者1人に子ども2人という手厚い個別的保育の中で、体調・精神状態・発達状態等に合わせた専門的な保育を受けることが望ましい。

また、病気の子どもを親が看護をする場合においても、看病の方法の伝達がなされていない世代の増加と、子どもの病気に直面した際に、親の就労の不安定さや精神的な未熟さから子どもへの虐待の契機となっていることを考えると、子どもの看護休暇制度の実現によって全てが解決されるわけではないことが示唆される。必ずしも家庭において親に看病してもらうことが子どもにとって幸せな体験とはなりえないという状況が現れてきているのである。病気のときに、子どもは痛みやしんどさ等から万能感が崩れ、病気の自分に対する不安感や疎外感をもちやすい。そのような子どもの心理をよく理解

した専門職員が、子どものところに寄り添うことによって、子どもに病気を回復する活力を与えることが可能となる。そして、病児保育室において、子どもの体調にあわせた水分補給や食事の提供、クーリング、発達年齢に適した保育活動が提供されることで、子どもが安心して病気を回復する状態をつくりだす。

このように、日本社会の現状を鑑みると、子どもの立場から考えても病気の子どもの保育は必要とされる。

以上、子育て支援と子どもの立場両面から「病気の子どもの保育」の意義について考えた。今の日本社会においては、「病気の子どもの保育」は、子育て世代及び育つ子ども自身にとっても、必要とされていると結論づけられる。

II 病後児保育の現状と課題

1 実施施設型別保育室の特徴と受け入れ範囲の現状（表1）

現在の「乳幼児健康支援一時預かり事業」の実施施設は、保育所等の児童福祉施設、または病院もしくは診療所に併設された施設、あるいは本事業のための専用施設とされており、それぞれ実施施設ごとに特徴がある。（本ガイドラインでは、保育所に併設された保育室を「保育所型」とし、以下、病院・診療所に併設された「医療機関併設型」、保育所以外の児童福祉施設に併設された「児童福祉施設型」、専用施設を「単独型」とする。なお、「派遣型」については本ガイドラインでは扱わない。）

1) 医療機関併設型

「乳幼児健康一時預かり事業」の実施要綱では、「実施施設が病院、診療所の場合には、「病気回復期」にまだ病気の「回復期」に至らない場合も含めて差し支えない」としていることから、医療機関併設型病後児保育室においては「急性期」の子どもの保育も可能としている。医療機関併設型は、医師が子どもの症状変化や急変時に、即座に対応できるという前提をもって急性期の子どもも預かることができ、医師が不在の場合の支援体制が整えられていることが不可欠である。

2) 保育所型

保育所型では「病期の回復期の児童」（病後児）が対象となる。医療機関併設型と比較して、医師が配置されておらず、定員2名の場合には看護職員1名のみ配置となり、医療面での管理体制が希薄である。併設の保育所に看護職員が配置されていない場合も多く、地域の医療機関や嘱託医などと医療面でのサポート体制を整えておくことが必要である。また、病後児を預かることから、保育士には病気の理解が、看護師等には保育の理解が必要とされる。

3) 児童福祉施設型

乳児院や児童養護施設に併設されている病後児保育室である。乳児院には看護職が配置されており、日常的に嘱託医との連携はとれているため、保育看護の専門性は高いと考えられる。しかし、医師は常駐していないため、回復期の子どもが対象となり、急性

期の子どもは原則として受け入れていない。また、児童養護施設では看護職は必置ではないため、乳児院よりも保育看護の専門性は高くないと考えられ、回復期の子どもが対象となる。

4) 単独型

病児保育のみを専門として設立された病児保育施設である。一般的には急性期の病児は預からないとされているが、なかには、地域の医師会や保育園医会、あるいは近隣の医療機関の協力によって医師の管理下にある病児保育室もある。この場合は、急性期の子どもの預かりも可能である。

表1 実施施設別保育室の特徴と受け入れの範囲の現状

	実施施設型	特 徴	受け入れ可能な子どもの病状範囲	
			急性期	病後(回復期)
実施施設型	医療機関併設型	入院治療の必要のない「急性期」の子どもの預かりも可能	○	○
	保育所型	病気の回復期の子どもが対象	×	○
	単独型	病児保育のみを専門に行う	△※	○
	児童福祉施設型	病気の回復期の子どもが対象	×	○

※実施主体が医療機関で医師の管理下にある保育室は可能

2 保育所における病後児保育の課題

現状の「乳幼児健康支援一時預かり事業」では、対象を病気の「回復期」の児童としている。しかし、病初期と急性期、また、急性期と回復期は、発病してからの日数や一般的な病状の経過で明確に分けられるものではなく、回復期であっても、症状の急変や悪化によって急性期と同様の対応が必要となる場合もある。

一方、通常の保育所においても、乳幼児が急に発熱した場合であっても、保護者の引き取りがあるまでは保育を行わざるを得ない。比較的軽い発熱であっても、保育所型病後児保育室で入室を断られ、やむを得ずではあるが、一般の保育所で保育されているという矛盾した現状もある。そのような場合に備えて、保育士の病気に対する理解を深めることや、嘱託医や協力医療機関との連携が密にとれる体制となっていることが重要であるが、園によって体制整備には大きな開きがある。

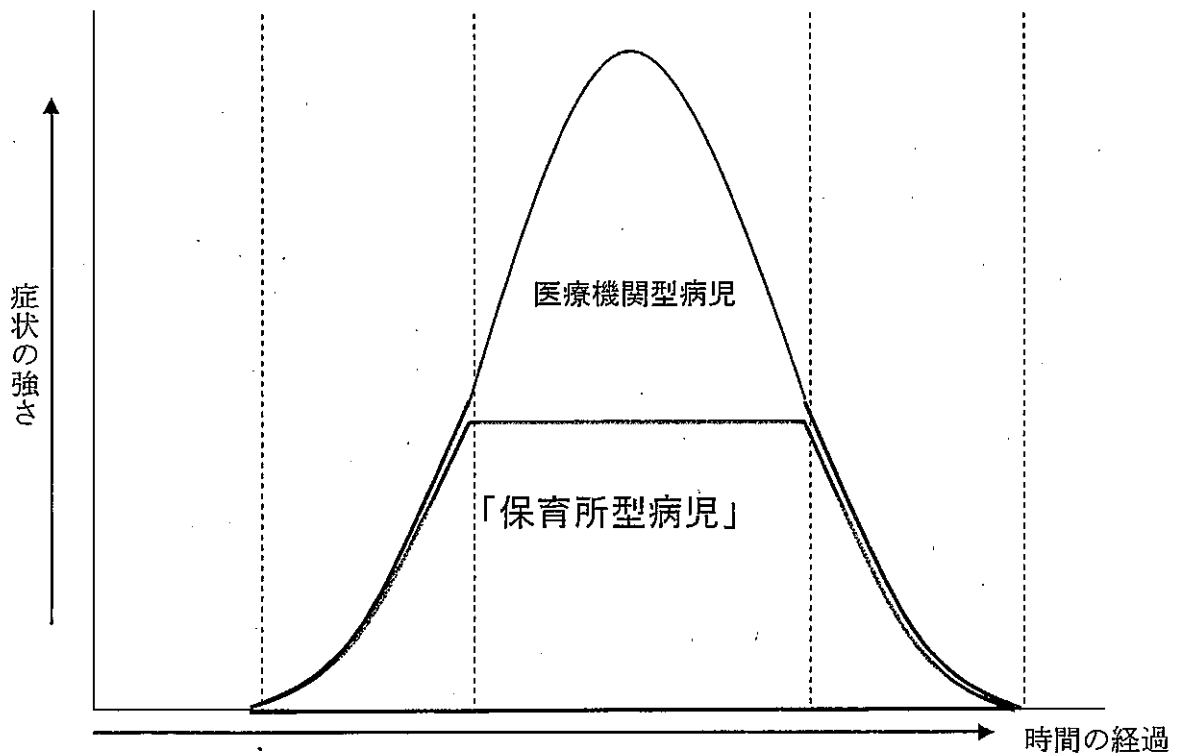
Ⅲ 「保育所型病児」の保育

病気の子どもの保育に関する現状や課題、子育て家庭のニーズなどから、病後児保育を実施している保育所であって、かつ、以下に示す受け入れに必要な要件を満たす場合に限り、これまでの病後児よりも広げた範囲の子どもを受け入れることができるようにするための諸条件を明記する。

1 「保育所型病児」とは（図1）

本ガイドラインでは「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義する。

図1 「保育所型病児」の範囲



日常生活 レベル (通常保育)	病初期 (医療機関型・ 保育所型病児保 育)	急性期 (医療機関型のみ) ※ 症状安定期 (医療機関型 ・保育所型病児保育)	回復期 (医療機関型・ 保育所型病児保育 ・保育所型病後児保 育)	日常生活 レベル (通常 保育)
-----------------------	---------------------------------	---	---	---------------------------

















※単独型の一部（医師が常駐している施設）においては、医療機関型と同様の範囲となる

2. 「保育所型病児」の受け入れに必要な条件

1) 人員配置 (表2)

小児疾患に対応できるとともに、病気の子どものこころを支える保育が行われることが「保育所型病児保育」には必要、不可欠である。また緊急時への対応が発生することを常に想定した人員配置が必要である。こうした要件を踏まえると、常に複数名の職員配置があり、子どもの症状変化を見逃さない体制を整えることが必要である。入室児1名であっても、看護師1名(常勤)および保育士1名の2名の職員配置が必要となる。したがって、他園の子どもも預かるセンター方式では、定員4名に対し、看護師1名(常勤)および保育士1名の2名体制が標準的な職員配置となる。職員は専任とするが、入室児がない場合には、併設の保育所での勤務も可能とする。

表2 定員別人員配置数

定員	看護師等(常勤)	保育士(常勤・非常勤)
2人		
4人		
6人		 
8人		  
10人		   

2) 施設設備

感染予防の観点から基本的には個室管理が望まれるが、少なくとも複数の個室を整備することが望ましい。同時に、感染性がなく、症状も安定している子どものために遊びのスペースも必要である。保育室、隔離室、隣接したトイレ・洗面所および簡単なキッチン等の乳児保育に準じた設備整備とする。一般保育が同一建物内で行われている場合には、感染予防を念頭においた動線に配慮した設備整備・配置が必要である。

3) 委託契約や予算について

入室児の症状急変などに備えて医療体制を整えておく必要があり、責任の所在を明らかにするためにも、契約書や手当などをもって、指導医や嘱託医との連携関係を明確にしておく必要がある。このために契約料などの予算立てが必要となる。

さらに運営に必要なものとしては、設備整備費や玩具、室内の環境整備費、日用雑貨、補修費などの運営費、事務費、教材費、研修費などが挙げられる。

運営にあたっての必要な予算については、事前に市区町村との打ち合わせを綿密に行

い、どの程度市区町村からの財政支援が行われるかの調整が必要である。次世代育成交付金化により、各市区町村事業として、責任感を持って事業の推進を図らなければならない。保護者が安心して利用し、子どもたちが家庭的な環境のなかで、多少の体調不良はありながら、楽しく過ごせるようにするために、過不足ない人的配置と予算配分が必要である。

3 地域医療機関との連携体制

1) 指導医および協力医療機関の選定

「保育所型病児」は、体調の変化や急変することが予測されるが、保育所には医師は常駐しておらず、医療体制が万全とはいえない。したがって医療面での支援を行う役割として「指導医」の選定が考えられる。「指導医」は、「保育室と同じ医療圏（中学校区程度）にある小児を中心に診療している医師で、病児保育室と業務契約を締結している医師」とする。その主な役割は、

- ① 入室児の連絡表（Ⅲ－５「利用手続きの流れ」参照）を確認し、当日の子どもの医療的な指導を入室チェック表を用いて行う。
- ② 保育室より症状変化時などの相談に対応する。
- ③ 保育室の運営協議会に参加する。

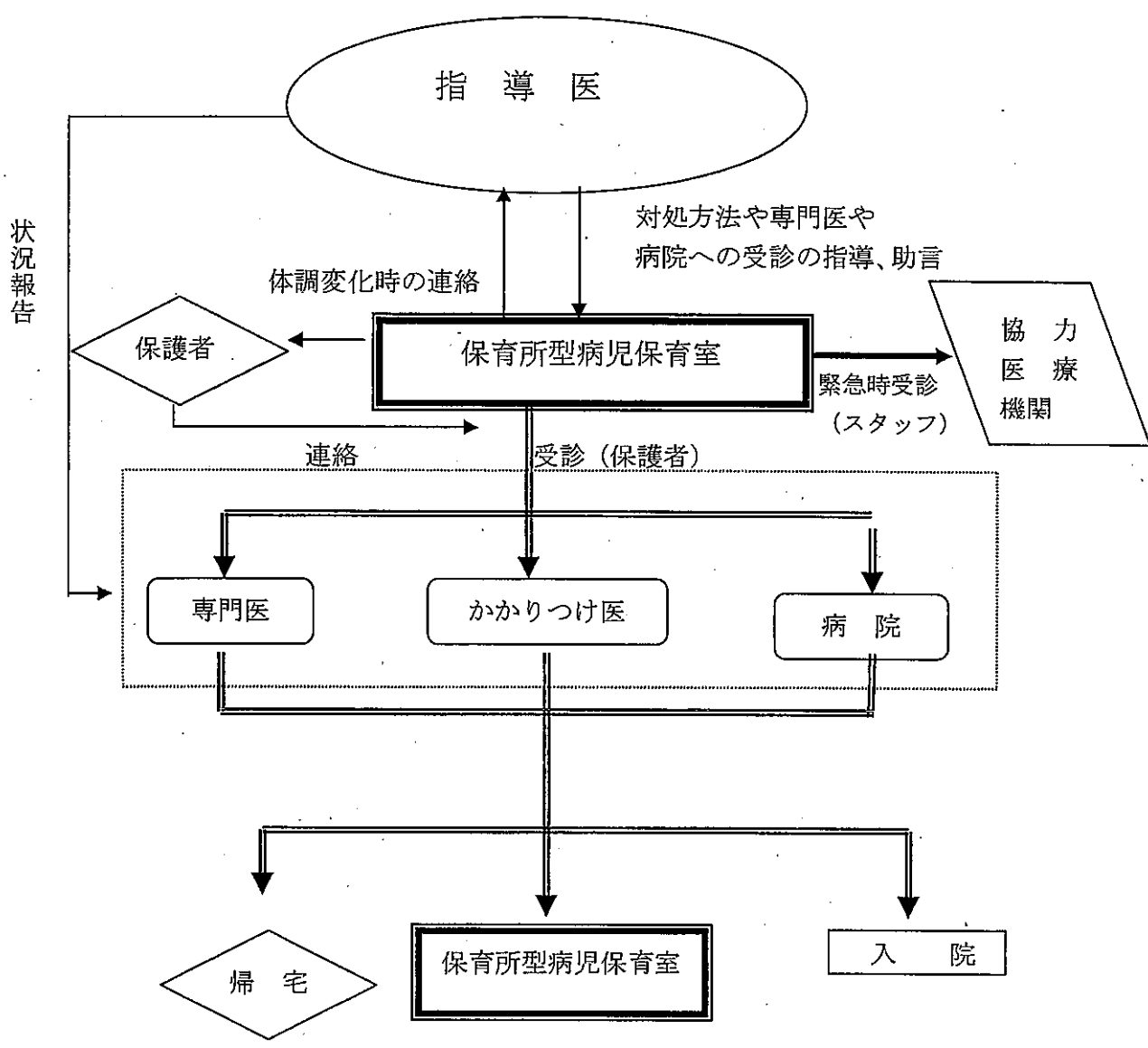
の3点である。「指導医」は、可能な限り複数名を各保育室担当とし、複数の場合は代表者を決め、実務は週交代制など地域に合った方法で実施する。指導医の選定にあたっては、地域の医師会と相談し、決定する。

「協力医療機関」は、緊急時に受け入れてもらうための医療機関で、保育室の周辺にあり、保育室の運営に理解があり、協力を承諾した医療機関があたる。小児科だけでなく、入室児のおきやすい疾患に対応できる医療機関を選定する。

2) 症状変化時の体制（図2）

まずは指導医と相談して「緊急対応マニュアル」を作成し、保育室における体制を検討する。症状の段階に応じて、指導医の判断を仰ぐレベルや、緊急で協力医療機関に直接連絡を取り受診するレベルなどを具体的に想定しておく必要がある。緊急時（急変時）などは、スタッフが付き添って受診する場合もあるが、原則として症状が変化し、受け入れが困難な状態になることが予測される場合は、保護者に早期の引き取りをお願いし、保護者が付き添って受診をしてもらう。

図2 症状変化時の体制



4 「保育所型病児」の受け入れ範囲

前項で述べた「保育所型病児」保育室における人員配置や施設整備、そして後述する地域医療機関との連携や研修等職員の資質向上が図られていくことを前提として、「体調不良児」に対する受け入れ体制について検討した結果を以下に述べる。

なお、「保育所型病児」の受け入れ範囲を従来の保育所型病後児保育室での対応よりも拡大するにあたって、「保育所型病児」保育室に従事する保育者（看護師・保育士）は、全国病児保育協議会による「必携・新病児保育マニュアル」を熟読し、保育看護の専門性をより高めていくことが望まれる。

1) 受け入れ可能な症状の範囲と受け入れが困難な症状について

すでに述べてきたように、乳幼児をはじめとする子どもの病状は、急性期から回復期に向けて連続的な変化を示しており、病児と病後児を明確に区別することは困難である。一方、病児保育の現場においては、急性期・回復期、あるいは病児・病後児といった観念的な用語ではとても具体的に対応していくことは困難なのが実情である。

そこで、ここでは、新たな「保育所型病児」保育室で、具体的に受け入れ可能な症状の範囲と受け入れ困難な症状、そして受け入れた後に、病状がどのように悪化した際に保護者に連絡して迎えにきてもらうかについて、発熱、嘔吐、下痢、咳嗽・喘鳴といった利用頻度の高い具体的な症状をもとに検討した結果について述べる。[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]については、入室した際には元気にしていたのが、時間経過とともに下記のいずれかの症状を認めた場合には、保護者に連絡をして、速やかに迎えにきてもらうようにする。また、症状が重い場合には、指導医に連絡し、医療機関を受診すべきかどうか等、適切な指導・助言を受けることが望ましい。

これらの症状の程度については、入室予約や入室時の面接の際に確認すると共に、医師連絡票での記載内容でも確認することが求められる。

「保育所型病児」保育室で入室できる条件と、保護者への引き取り連絡を行う症状の概略について、表3に示す。

(1) 発熱

[入室の条件]

乳幼児の体温（平熱）は、年齢、月齢が低いほど高い傾向にあり、しかも個人差が大きい。そのことを前提としつつ、入室時の体温が38.5℃以下の場合は、原則として受け入れることにする。

但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には、受け入れることが出来ないものとする。

イ、咳嗽や喘鳴がひどく呼吸困難（後述）を認める

ロ、水様の下痢を頻回（24時間以内に5回以上）にしたり、嘔吐を数回繰り返したりして、脱水症状（後述）を認める

- ハ. 倦怠感（ぐったりしている）があつて、活気に欠け、元気がない
- ニ. 麻疹や水痘などの感染力の強い発疹性疾患である

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 39℃以上の高熱となっている。
- ロ. 倦怠感（ぐったりとしている）を認める
- ハ. 咳嗽や喘鳴がひどくなり、呼吸困難（後述）を認める
- ニ. 熱性けいれん（後述）を生じた
- ホ. 水様の下痢を頻回に認め、あるいは繰り返す嘔吐等によって、脱水症状（後述）を認める
- ヘ. 食欲がなく、水分や食事を摂取しない

(2) 嘔吐

[入室の条件]

発熱、嘔吐、下痢は、乳幼児の脱水症状をきたす3大要因といわれている。従つて、嘔吐を生じる場合には、真つ先に脱水症状（後述）の有無を確認することが極めて重要となる。

嘔吐がみられても脱水症状がなく、水分等も摂取でき、元気にしておれば、原則として入室を受け入れる。

但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には受け入れることが出来ないものとする。

- イ. 倦怠感（ぐったりとしている）があり、元気がない。
- ロ. 38.5℃以上の発熱がある。
- ハ. 水様の下痢が頻回（24時間以内に5回以上）にあり、脱水症状（後述）を認める。
- ニ. 咳嗽や喘鳴がつよく、呼吸困難（後述）を認める

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 倦怠感（ぐったりとしている）を認める
- ロ. 脱水症状（後述）が強くなっている
- ハ. 39℃以上の高熱となっている
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難（後述）がある
- ホ. 水様便が頻回となった
- ヘ. 嘔吐を頻回に認め、脱水症状を認める
- ト. 嘔気や嘔吐のために、水分や食事を摂取できない

(3) 下痢

[入室の条件]

発熱、嘔吐、下痢は、乳幼児の脱水症状をきたす3大要因といわれている。従って、下痢を生じる場合には、まっさきに脱水症状（後述）の有無を確認することが極めて重要となる。

下痢がみられても脱水症状がなく、水分等も摂取でき、元気にしておれば、原則として入室を認める。

但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には受け入れることが出来ないものとする。

- イ. 倦怠感（ぐったりとしている）があり、元気がない。
- ロ. 38.5℃以上の発熱がある。
- ハ. 水様便が頻回（24時間以内に5回以上）にあり、脱水症状（後述）を認める。
- ニ. 嘔吐を頻回に認め、脱水症状（後述）を認める
- ホ. 咳嗽や喘鳴がつよく、呼吸困難（後述）を認める

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認める
- ロ. 脱水症状（後述）が強くなっている
- ハ. 39℃以上の高熱となっている
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難（後述）を認める
- ホ. 水様便が頻回となって、脱水症状（後述）を認める
- ヘ. 嘔吐を頻回に認め、脱水症状（後述）を認める
- ト. 水分や食事を摂取できない

(4) 咳嗽・喘鳴

[入室の条件]

咳嗽や喘鳴を認めても、呼吸困難（後述）がなければ、原則として入室を認める
但し、以下のいずれかの症状がみられた場合には受け入れることが出来ないものとする。

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認め、元気がない
- ロ. 努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難（後述）を認める
- ハ. 38.5℃以上の発熱がある
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどく、水分を摂取できない
- ホ. 咳嗽がひどく、水分や食事を摂取しても嘔吐してしまう。

[保護者への引き取り連絡を必要とする状態]

- イ. 倦怠感（ぐったりしている）を認め、元気がなくなった
- ロ. 努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難（後述）を認める
- ハ. 39℃以上の高熱となっている
- ニ. 咳嗽や喘鳴がひどくなり、水分を摂取できない
- ホ. 咳嗽がひどく、水分や食事を摂取しても嘔吐してしまう。

表3 保育所型病後児保育室における入室条件

病状(症状)例	入室できる条件	保護者への引き取り連絡
発熱	<p>入室時38.5℃以下</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①呼吸困難がある ②水様便の下痢・嘔吐等による脱水症状がある ③倦怠感(ぐったりしている)があり元気がない ④麻疹・水痘等の感染力の強い発疹性疾患である 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①39℃以上の高熱となっている ②倦怠感(ぐったりしている)を認める ③咳嗽や喘鳴がひどくなり、呼吸困難がある ④熱性けいれんを生じた ⑤頻回の水様便・嘔吐等による脱水症状を認める ⑥食欲がなく水分や食事を摂取しない
嘔吐	<p>嘔吐がみられても脱水症状がなく、水分等を摂取できる</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)があり、元気がない ②38.5℃以上の発熱がある ③水様便が頻回(24時間以内に5回以上)にある ④咳嗽や喘鳴がひどく呼吸困難がある 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)を認める ②脱水症状が強くなっている ③39℃以上の高熱となっている ④咳嗽や喘鳴が強く呼吸困難がある ⑤水様便が頻回となり、脱水症状を認める ⑥嘔吐を頻回に認め、脱水症状を認める ⑦嘔気・嘔吐や咳嗽のために、水分や食事を摂取しない
下痢	<p>下痢がみられても脱水症状がなく、水分等を摂取できる</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)があり、元気がない ②38.5℃以上の発熱がある ③水様便が頻回(24時間以内に5回以上)にある ④嘔吐を頻回に認める ⑤咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難がある 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)を認める ②脱水症状が強くなっている ③39℃以上の高熱となっている ④咳嗽や喘鳴がひどく、呼吸困難がある ⑤水様便が頻回となった ⑥嘔吐を頻回に認める ⑦嘔気・嘔吐や咳嗽のために、水分を摂取しない

病状(症状) 例	入室できる条件	保護者への引き取り連絡
咳 嗽・ 喘 鳴	<p>咳嗽や喘鳴がみられても呼吸困難がない</p> <p>但し、以下の症状があれば入室できない</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)があり、元気がない ②努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難がある ③38.5℃以上の発熱がある ④咳嗽や喘鳴がひどく、水分等が摂取できない ⑤咳嗽がひどく、水分を摂取しても嘔吐してしまう 	<p>以下のいずれかの症状がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①倦怠感(ぐったりしている)を認める ②努力呼吸や陥没呼吸などの呼吸困難がある ③39℃以上の高熱となっている ④咳嗽や喘鳴がひどく、水分が摂取できない ⑤咳嗽がひどく、水分食事を摂しても嘔吐してしまう

2) 症状の観察と対応

(1) 発熱

[観察に当たっての留意点]

◆体温測定（平熱との比較）

新生児、乳児、幼児と成長するにつれて、平熱（安静時の体温）は下降していく。また、平熱には個人差が大きく、その子どもにとって微熱（平熱と比較して1℃以内の体温上昇）なのか、高熱（平熱と比較して1℃以上の発熱）なのかを判断する必要がある。保育園では、38℃以上の発熱があった場合には登園をさせないでくださいという場合も少なくないが、このような考え方は適切ではないともいえよう。

◆発熱の持続期間

通常の感染症（咽頭炎、感冒等）による発熱は、3～5日にて下熱する。したがってその期間を越えて発熱状態が持続する場合は、慎重な対応が必要とされる。例えば、1週間以上にわたり高熱がつづけば、川崎病等の特殊な疾患も考慮しなければならない。

◆解熱剤による解熱なのか、自然の解熱なのか

発熱している児が下熱した場合、解熱剤を用いている場合には、化学的作用による強制的な下熱でありことが多く、元来の病気が治癒したわけではない。最後に解熱剤を用いて24時間以上経過した上での下熱状態の持続は、治癒に向かっていると考えてよい。解熱剤を用いずに下熱した場合には、感染症の治癒に伴う自然の下熱とみてよい。

◆耳漏（耳だれ）の有無と疼痛、臭気

乳幼児の発熱の原因として、中耳炎、外耳炎が多く、当然耳漏の有無や臭気についても観察する必要がある。

◆尿の濃さ（色）と排尿回数

尿の色が黄色く濃縮し、あるいは回数が減少した場合は、発熱の持続による二次的な脱水症状（後述）の兆候として重要な指標となる。一方、頻回に排尿を訴えたり、排尿の際にぐずるなど疼痛を訴えたりした場合には、尿路感染症（膀胱炎）を疑う必要がある。まして血尿がみられた場合には、出血性膀胱炎ということも考慮する必要もある。

◆発疹の有無と部位

発疹を認める場合には、発熱と共に出現したのか（風疹・三日はしか）、熱とともに出現したのか（突発性発疹症）、一旦、下熱した後に再発熱の際に出現したのか（麻疹）によって、発疹を伴う感染症が何であるかを推定することが可能となる。

◆脱水症状の有無

別項にて詳述する。

[対応]

◆水枕・氷枕の使用

物理的に冷却することによって体温を下げようとする方法である。軽度の発熱の場合、これだけで平熱に戻ることも少なくない。

高熱の場合は、発熱に伴い体力を消耗し、循環系に負担がかかることが多いため、積極的に水枕、氷枕を行って体温を下げる必要がある。

- ◆肌着の交換（発汗に対して）
- ◆水分の補給（嘔吐の誘発を避けるために、1回量は少なめ、回数を多く与える）
- ◆ベッド上保育（落下防止に留意）や観察室隔離（他児への感染防止）
- ◆医師からの具体的な指示（文書あるいは保育者への直接的な口頭指示・電話を含む）がない限り、解熱剤座薬の挿入は行わない。

（2）嘔吐

[観察に当たっての留意点]

- ◆嘔吐のしかた（咳嗽に伴う嘔吐か、嘔気を伴う嘔吐か）

嘔吐がみられた場合には、それが咳嗽に伴って誘発された嘔吐なのか、嘔気を伴う消化器症状としての嘔吐なのかをまず区別する必要がある。

咳嗽で横隔膜が振動した結果生ずる嘔吐の場合には、まず咳嗽に対する治療や対応が必要となる。嘔気を伴う嘔吐の場合には、消化器症状に対する治療や対応が必要となる。

- ◆嘔吐の回数

頻回に嘔吐する場合には、そのまま脱水症状が進行するため、嘔吐の回数に対する認識が重要となる。嘔吐の回数が多ければ、体液が吐物と一緒に喪失するために電解質失調、脱水症になっていく。

- ◆吐物の内容と臭気

吐物の内容が未消化で食物残渣物の場合には、胃における消化機能が低下していることを示しているとみてよい。

一方、吐物にタバコの葉や洗剤の臭気が見られた場合には、誤飲事故に伴う嘔吐と考えなければならない。したがって、吐物の内容と臭気に留意し、不審に思われた場合には、吐物を医師に見せる必要がある。

- ◆発熱等感冒様症状の有無

感冒性嘔吐症、感冒性下痢嘔吐症等、乳幼児の嘔吐は、感冒症状が消化器系にまで移行した結果生じていることが多い。発熱、鼻汁、咳嗽、食欲低下、下痢、全身倦怠感の有無等についても確認することが必要となる。

- ◆脱水症状（後述）の有無

後述するように、嘔吐は二次的に脱水症状を生じやすい。したがって脱水症状の有無について十分に確認する必要がある。

[対応]

- ◆吐物の気管内誤嚥防止のため顔を横に向ける

嘔吐を生じる場合には、吐物を気管内に誤嚥して窒息事故を生じないように、顔を横に向け、あるいは側臥位にする必要がある。しかし、寝返りが自由に出来ない乳児の場合には、側臥位からうつぶせとなって窒息するおそれもあり、十分に観察をしなければならない。

◆咳嗽に伴う嘔吐の場合には、分割哺乳とする

咳嗽に伴う嘔吐の場合には、胃内のミルクや食物残渣物が咳嗽と共に嘔吐しないように、分割哺乳（1回の授乳量を減らし、回数を増やして、一日に必要な授乳量や水分量を補給する）に配慮する必要がある。

◆嘔気や下痢を伴う嘔吐の場合は、食事療法が必要

嘔気や下痢を伴う嘔吐の場合には、消化器系の疾患が疑われるため、胃腸を休めるために、まず通常の哺乳や食事を中止することが必要とされる。また、鎮吐剤（ナウゼリン座薬）を用いて嘔吐の誘発を抑制することも有用である。しかし、ナウゼリン座薬の使用は、具体的な指示文書があるか、直接的に口頭での医師からの指示（電話を含む）を受けた場合を除いて、使用すべきではない。そのうえで、乳幼児用の水分（アクアライトなど）を少量ずつ補給するとよい。嘔吐がとまっても、半日は食事成分を中止し、その後でんぷん質を中心とした消化のよいものを少量ずつ与える。

◆脱水防止のため、水分補給を行う

再三述べるように、嘔吐を頻回に繰り返すと脱水症状が進行していく。したがって乳幼児用の水分（アクアライト等）の補給が第一となる。排尿回数がいつもどおりで、おむつの濡れ方もよければ、脱水症状の心配はないと思ってよい。

◆医師を受診または指示を受ける

通常は嘔吐がみられる場合には、医師の診察を受け、鎮吐剤の座薬（ナウゼリン）を医師の指示にて用いることが多い。この座薬によって、嘔吐は早期におさまるようになっていく。嘔吐がひどく、脱水症状が進行する場合には、医療機関を受診して、補液（点滴）によって必要な水分や電解質等を補う必要がある。

（3）下痢

[観察に当たっての留意点]

◆便の性状と回数

便の性状と回数は、健康な乳児でも月齢に伴って変化していく。新生児は、泥状便で日に3回以上の排便だが、離乳食が開始される頃には、軟便あるいは有形便となり、回数も1～2回に減少する。離乳食が進行するにつれて、便性は有形便～硬便（固形便）となり、幼児期になると便の回数は1回前後となる。

しかも、これらの成長に伴う変化には、個人差が大きいことも理解する必要がある。したがって、一人一人の乳幼児の普段便の性状と回数を理解しておかないと、病的な下痢状態にあるかどうかの判断がつかなくなる。

◆発熱、咳嗽、嘔吐等感冒様症状の有無

乳幼児の下痢は、感冒性消化不良症に代表されるように、感昌症状、つまり発熱、鼻汁、咳嗽等の症状を合併しているかどうか、あるいは急性胃腸炎のように嘔気、嘔

吐を合併しているかどうかなど、これらの随伴症状の有無を観察しておくことが必要となる。

◆脱水症状（後述）の有無

下痢、とくに頻回の水様便の場合は体液を喪失していくため、脱水症状に陥りやすい。したがって、脱水症状の有無（後述）について常時観察することが必要となる。

[対応]

◆水分の補給（アクアライトなど）

下痢の場合には、脱水症状の予防がまず必要となる。そのためには、十分な水分の補給が必要である。水様便が頻回に見られる場合には、体に必要な電解質も多量に失われるために、乳幼児用の水分（アクアライト等）を飲ませるのがよい。ポカリスエット等の成人用の水分は、電解質が少なく、乳幼児には適切でない。

嘔吐を伴う場合には、1回に飲ませる水分量を少なめにし、頻回に与えるということに配慮し、嘔吐の誘発を防止することも大切である。

◆食事療法（でんぷん：お粥・うどん・パン）

下痢の場合には、腸管の蠕動運動が亢進しており、しかも腸粘膜が炎症を起こしているため、腸管を安静に保つことが必要となる。したがって消化吸収のよいでんぷん質の食品による食事療法が必要となる。

頻回の水様便がはじまった場合には、一旦哺乳や離乳食等を中止し、水分の補給のみを行って、腸管の安静を保つのが望ましい。翌日には、でんぷん質（お粥、うどんの煮込んだもの、パン粥など）と野菜スープを少量ずつ与える。蛋白質や脂肪類は消化吸収が悪いため、下痢がおさまるまでは控える方がよい。

下痢が改善した場合には、離乳食のステップのようなつもりで、段階的に通常の食事に戻していく。

◆臀部湿疹の予防、処置

下痢便の場合には、その刺激によって臀部の湿疹、糜爛（びらん）を生じやすくなる。水様便の場合には、布おむつよりも紙おむつの方がスキンケアの観点でよい。紙おむつは、高分子ポリマーによって水分が吸収され、不織布によって臀部皮膚が保護されるためである。

入浴が困難な乳幼児に対しては、臀部浴を行い、臀部の清潔を保ち、循環等をよくすることが臀部湿疹を予防するうえで大切である。

臀部糜爛（びらん）を生じた場合には、リント布にボチなどの軟膏を塗布して、皮膚の保護、再生を促す必要がある。臀部を掃拭する場合には、皮膚を傷つけないようにそっと丁寧に行う配慮を忘れないようにする。

◆流水によるブラッシング（手洗い）の励行

乳幼児の下痢の場合には、ウイルスや細菌などの病原体が多数存在していることが多い。したがって、おむつ交換後の手洗いを励行する必要がある。逆性せっけん液を用いることも殺菌効果が多少あるのでよいが、何よりも蛇口からの流水でブラッシング（ブラシで洗い流す）の方法が効果的である。できれば、タッチ・センサーを蛇口にとりつけ、自動的に流水の調節ができれば、蛇口の開け閉めに伴い不潔となる栓の部分

が感染源とならない。

◆医師を受診または指示を受ける

下痢の場合には、通常は止痢剤や整腸剤が投与されることが多い。最近ではロペミンという粉末の止痢剤が用いられることが多くなったが、乳児の場合には効きすぎて腹満（おなかが張る状態）となる場合があり、注意して観察する必要がある。このような場合は、直ちに医師を受診する。

細菌性下痢症を疑われる場合には、抗生物質の内服が必要となる。嘔吐や咳、鼻汁などの随伴症状を伴う場合には、対症療法として薬が必要となる。

（４）脱水症状

[観察に当たっての留意点]

脱水症状の兆候は、次の症状で判断する。これらの観察項目は、保育看護の常識として、保育士・看護師の区別なく、すべての保育者が常に念頭におきながら状態をチェックすることが必要とされる。

◆尿回数と尿量（おむつの濡れ方）

・尿回数の変化

・尿量の測定

— おむつの濡れ方から判断：少・普通・多い

— おむつ尿測：〔濡れたおむつの重さ〕 — 〔使用前の重さ〕

◆皮膚の乾燥・口唇の乾燥

◆流涎（よだれ）の減少

◆眼窩の陥凹（目がくぼむ）

◆体重の減少

発症前の体重と比較して10%以上の体重減少をみた場合には、重症の脱水症と考えた方がよく、医師の診察を受け、必要な場合は輸液（点滴）治療を受けた方がよい。

◆意識状態

傾眠状態（うつらうつらして声をかけると目をあける状態）は、かなり重症である。嗜眠状態（声がけをしても反応がないくらいの意識障害と考えてよい）の場合は、最も重症で、そのまま放置しておく、まもなく痙攣を生じて死亡することもある。一刻も早く病院を受診しなければならない。

◆脱水症状観察記録をつける

脱水症状観察記録をつけて、時系列で飲水量、尿量、水様便や嘔吐の有無、その他脱水症状の観察項目をチェックし、脱水症状の進行、改善等を判断していくことが必要となる。

[対応]

◆水分補給（アクアライトなど）

脱水症状を改善させるためには、失われた水分や電解質を補給するために、乳幼児用の水分（アクアライト等）を補給することがまず必要となる。嘔吐を伴う場合には、

鎮吐剤による治療を行わないと、飲ませた水分をまた嘔吐してしまうことになる。1回に与える水分は、通常の半分を目安にし、1～2時間毎にこまめに与えて、一日の必要水分量以上を補っていくことが必要である。

既述したように、いつもと同じように排尿（回数ならびに量）がみられるようになった場合には、脱水症状は改善に向かっていると考えてよい。

◆随伴症状への対応

下痢、発熱、鼻汁、咳嗽といった随伴症状がある場合には、それに対する治療や対応も必要とされる。

◆傾眠状態の場合は、直ちに医師を受診

嘔吐等によって経口的に水分摂取が困難な場合には、脱水が進行し、傾眠状態といった意識障害（既述）を生じる。このような場合には、直ちに医師を受診して補液（点滴）を受ける必要がある。

（5）咳嗽・喘鳴と呼吸困難

[観察に当たっての留意点]

◆咳の頻度・性状（ゼイゼイ・ヒューヒューか、ゼロゼロか）

咳の頻度、犬が吠えるような犬吠性の咳嗽（仮性クループ）か、痰がからむ湿性のものか、入眠直後や明け方といった夜間の咳か（室温と体温との差で生じた刺激性の咳嗽）といった咳の種類や頻度を知ることが大切である。

また喘鳴については、のどの入口でのゼロゼロか、喘息や喘息様気管支炎による気管支のゼイゼイ・ヒューヒューなのかの区別も必要となる。これは、聴診器でききわけることが簡単にできるが、保育士であってもその区別ができるようにしていくことが、保育看護の素養として望まれる。

◆呼吸困難の程度の見分け方（鼻翼呼吸・努力呼吸・陥没呼吸）

呼吸困難の有無並びに程度は、以下の症状の有無によって判断する。

軽度の呼吸困難は、鼻翼をピクピクさせるだけの鼻翼呼吸である。

強度の呼吸困難は、肋間が動く努力呼吸、喉やみぞおちの部分が呼吸のたびに陥没する、陥没呼吸である。この場合は、酸素吸入が必要な段階にあり、直ちに医療機関への受診が必要な状態と考えなければならない。

◆チアノーゼの有無

呼吸困難に伴って、血液中の酸素濃度が低下する結果、口唇や指先、顔面のチアノーゼを生じる。口唇の色が黒ずみ紫色となっていた場合には、明らかに呼吸困難が強度になっていると判断される。一刻も早く医療機関における酸素吸入を必要としていると考えるべきである。

◆異物の気管内誤嚥かどうか

異物を気管内に誤嚥しても呼吸困難に陥る。突然の咳き込みを生じ、仮性クループや喘息等でない場合には、異物の気管内誤嚥を考慮する必要がある。食品、周囲の環境等をチェックした上で、直ちに医療機関を受診する。

[対 応]

◆呼吸困難が強ければ直ちに医師受診（酸素吸入の必要性）

呼吸困難がみられた場合には、直ちに医師を受診し、その原因を明確化し、治療を受ける必要がある。とくに陥没呼吸が認められ、あるいはチアノーゼを生じた場合には、救急車で酸素吸入を受けながら医療機関を受診する必要がある。

◆喘息で吸入療法の指示がある場合には、吸入を行う

喘息発作と断定できた場合には、医師の指示により吸入療法を行う必要もある。

◆仮性クループは直ちに医師受診

犬吠様咳嗽がみられる仮性クループを疑われる場合は、呼吸困難がそれほどでなくとも、いつなんどき重度の呼吸困難に陥るかわからないので、医師を受診、吸入療法等を受けた方がよい。クループ様の咳の発作が出た場合は、湿度の高い暖かい浴室でしばらく過ごすと、湿気を自然に吸入して喉頭部の炎症が軽減して楽になることもある。ともかく、喉を使わないようにするために、泣かせないことが第一である。

◆異物誤嚥の疑いがあれば、直ちに耳鼻科・外科受診

まず、逆さづりにして、背中をドンと叩いて反射的に異物を排出することを試みる。排出できなければ一刻を争って耳鼻科、外科を受診して気管内異物の除去を行わないと窒息死する可能性もある。

◆呼吸を楽にする気道確保の体位（姿勢）にする

喘息などで呼吸が苦しそうにしている場合には、丸めたタオルケットを肩に入れ、頭部を下げる気道確保の体位にすると気道の通りがよくなり、呼吸困難を多少なりとも改善する。

(6) けいれん

[観察に当たっての留意点]

けいれんを生じた場合には、次の項目を冷静に観察しつつ、対応することが大切である。とくに、けいれん状態を観察し、医師を受診した際にそれを伝えることは、けいれんの原因を究明、診断する上で貴重な情報となることを忘れてはならない。

◆けいれんの状態

- ・ 部位（全身性なのか局所性なのか）
- ・ 左右差（片側のけいれんなのか、両側なのか）
- ・ 眼球の位置（正面を向いているのか、片側を向いているのか）
- ・ 意識状態（呼びかけに反応しないのか、反応するのか）
- ・ 持続時間（けいれんがおさまるまでに何分を要したか）
- ・ けいれん後の回復状態（けいれん後に眠ってしまったのか、吐いたのか、意識が戻ったのか）

◆発熱の有無

発熱に伴うけいれんは、一般に熱性けいれんといわれている。しかし、けいれんによって一過性に体温が上昇することもあり、けいれんがおさまっても発熱状態が続いているのか（解熱剤を使用する前）についても留意しておく必要がある。

◆その他の症状

咳嗽、鼻汁などの感冒症状、下痢・嘔吐などの消化器症状、頭部打撲などの既往（脳内出血）、脱水症状の有無などについても留意する必要がある。

強く啼泣した際にけいれんが生じた場合は、憤怒けいれんといわれるが、それとの区別も大切である。

[対 応]

◆唾液や吐物を気管内に誤嚥しないように、顔を横に向ける

けいれんで不幸にして死亡したといった場合には、けいれんの際に多量に分泌された唾液や吐物を気管内に誤嚥して窒息した場合に限られる。したがって、顔を横に向け、側臥位にすることが必要である。

万一、食事中にけいれんを生じた場合には、口内の食べ物を指でかきだすことが必要である。

◆無理におさえつけない

全身をガタガタと震わせるからといって、無理に押さえつけないことが大切である。無理をすると、子どもの関節や筋肉、腱を傷つけることになりかねない。

◆口の中に舌圧子などを入れない

舌や口唇を噛まないようにと、無理に口をこじあけて舌圧子や指を入れないようにする。かえって吐物や唾液の流出を妨げ、気管内誤嚥や窒息の原因となる。

◆直ちに医師を受診あるいは指示を受ける

けいれんを生じた場合には、原則として直ちに医師を受診すべきである。とくに10分以上を経過した場合には、救急車で医療機関を受診した方が安心である。幸いに10分以内におさまった場合には、ひと落ち着きしたのち、念のため医師を受診した方がよい。

医師より具体的な指示書があり、ダイアップ座薬を用いる場合は、念のため医師に症状を話し、指示通りに座薬を挿入してよいかどうか確認することが望ましい。

3) 症状が急変した場合の対応として留意すべき事項

症状が変化した場合の対応を考えるに当たって、まず症状の変化に気づくことが不可欠である。そのためには、ただ、漫然と子どもの様子を見ることなく、これまで述べてきた様々な症状に対する理解と観察力が求められる。その上で、すでに述べた様々な症状に対する適切な対応をしていくことが望まれる。

具体的な個々の症状変化への対応については、既述しているので、症状が急変した場合のスムーズな対応を行う上での対応の原則についていくつか述べる。

(1) 指導医との連携と信頼関係を樹立する

「保育所型病児」保育室を担当する指導医に対しては、日頃から連携を密にし、日常的な信頼関係を樹立しておくことが不可欠である。

(2) 症状が急変した場合の医療機関との連携を密にする

症状が急変した場合に、どの医療機関を受診、あるいは相談すればよいかについて、

あらかじめ十分に把握し、また万一の場合に協力していただけるように「協力医療機関」としてあらかじめ依頼しておくことが必要となる。

例えば、病院小児科、小児科診療所、耳鼻科、眼科、外科等、「保育所型病児」保育室として連携しておく必要のある病院、診療所をリストアップしておくことが必要となる。

(3) 所轄の消防署救急隊との連携

あらかじめ所轄の消防署救急隊との連携を強化し、所在地を熟知してもらい、救急車を依頼した場合にスムーズに到達できるようにしておくことが必要である。出来れば、救急車の依頼をして通常ならば何分で到着できるかについても熟知しておくことが望ましい。

(4) 保護者に病状が変化した場合の連絡方法を確認

保護者によっては、仕事場に電話をすることを遠慮してくれという場合も少なくない。しかし、保護者の迎えを必要とする病状の変化の際には、職場、あるいは携帯電話に電話することについてあらかじめ了解をいただくことが望まれる。その了解が得られないならば、場合によってはお預かりできないこともあることに理解を求める必要もあろう。

(5) 救急蘇生法等について保育者は実技を含めて熟知しておく

「保育所型病児」保育室に勤務する保育者（保育士並びに看護師）は、万一の場合に備えて、救急蘇生法や止血法等について、日頃から実技を含めて熟知しておく必要がある。

(6) 実施主体である市区町村との連携

「保育所型病児」保育室は、乳幼児健康支援一時預かり事業の一つのタイプである。乳幼児健康支援一時預かり事業は、基本的には実施主体が市区町村であり、保育室は市区町村からの委託を受託した施設の立場である。従って、実施主体である市区町村に十分に本事業への理解を深めてもらえるように、日頃からの連携が重要となる。

最後に、全国病児保育協議会による「必携・新病児保育マニュアル」第2部 病児保育における保健管理を熟読され、十分にマスターし、日頃から「保育看護の専門性」をより高めていくことが望まれる。以下に第2部の各章を参考のため列記する。

第5章 「保育看護」の専門性とは

第6章 病児保育における保育

第7章 病気の子どもの心理

第8章 病児保育における保健管理

第9章 代表的な症状や疾患への対応

第10章 乳幼児突然死症候群（SIDS）・救急蘇生

第11章 病児保育とリスクマネジメント

註）本書は、全国病児保育協議会に申し込むと実費で入手することが可能である。

5 利用手続きの流れ（図3）

1) 事前登録

「保育所型病児保育」を利用するためには、保護者は市区町村窓口で事前登録を行う。利用する保育室が決まり、通常の保育で通っている保育所ではない場合には、子どもと保護者で実際に利用する室に出向き、場所の見学や職員との面接を行う。これは体調が悪い時には、自分はここに来るのだという子どもの理解を促し、安心して保育を受けられるようにするために重要である。保育者にとっても子どもの状況を事前に知っておくことで、看護面や保育面での対応をあらかじめ検討しておくことができる。子どもの身体に関することや症状変化時の連絡先、連絡方法、保護者の登録など、保育に関する情報を聞き取っておく。

2) 入室前診断

保育室を利用する時には、かかりつけ医を受診し、診断の上、入室連絡票にて入室の同意を得る。かかりつけ医からの指導と薬の指示は、入室連絡票（同意書）（表4）により行う。利用者の負担軽減のため、診療情報提供書として入室連絡票を利用するなどの工夫が必要である。

3) 指導医との連絡

保育室は、かかりつけ医からの入室連絡票を受け取り次第、FAX 等で指導医への情報提供を行い、入室に関する指導を受ける。指導医は入室時にはかかりつけ医よりの入室連絡表をチェックし、入室中の留意点があれば、チェック表（表5）に具体的に記載し、指導を行う。

4) 保育時間

体調不良の子どもを保育していることを踏まえ、最長6時間程度とし、延長保育は行わない。このことは事前に保護者に十分に理解してもらっておく必要がある。子どもの健康管理の観点からも通常の保育時間を越えるようなことがあってはならない。

5) 通常保育からの「保育所型病児保育」への移行

通常の保育所での保育をしていて、症状が出てきた場合の受診は保護者が行う。ここでいう保護者は、親以外の祖父母なども含んだ広義の保護者を指す。祖父母等の広義の保護者は事前に登録しておき、登録された者が親から連絡があった者以外には子どもを引き渡さない。とくに受診して医師の質問に何も分かりませんというような、子どもの普段の様子が分からない者は、広義の保護者には該当しない。

図3 保育所型病児保育室の利用手続きの流れ

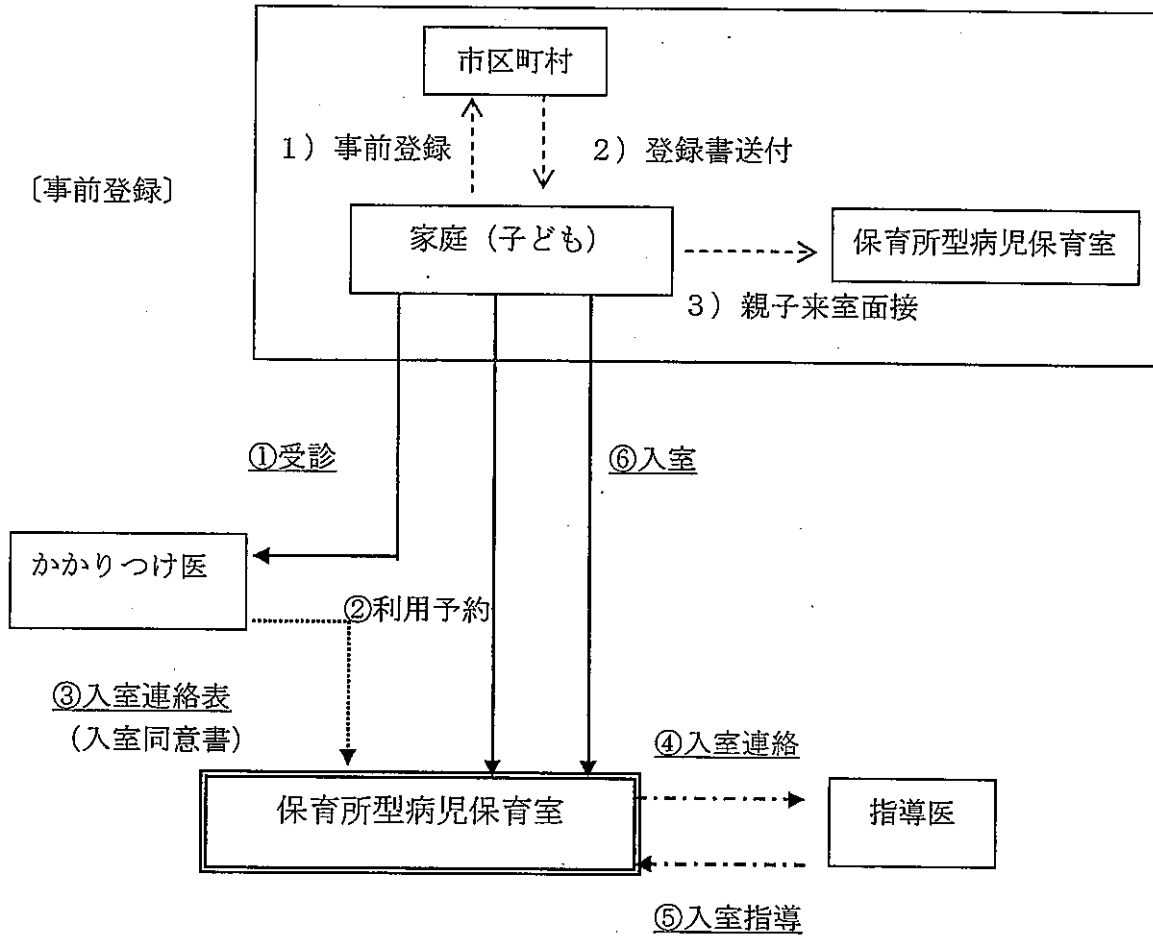


表4 入室連絡票

「保育所型病児」保育 入室連絡表	
個人情報 (入室者)	
以下の条件で 月 日 入室することに同意いたします。	
診断した医療機関	医師 サイン
病名、症状など	
経過 検査 治療 (処方内容)	
入室での留意点	
安静	ベット安静、特に制限なし
食べ物	絶食、特に制限なし、
保育の時間	6時間以内、なるべく短く、通常より短く
薬	処方の通り、特になし
その他	

表5 指導医による入室チェック表

「保育所型病児」保育 入室チェックポイント	
君の入室に際して 以下の点に留意し保育を行ってください 月 日	
指導医 サイン	
全身状態	悪くなったら、指導医へ連絡を
症状	新たな症状の出現を認めたら、指導医へ連絡を
1.症状	1.留意点
2.症状	2.留意点
その他	

「保育所型病児」保育 入室記録	

6 運営上の留意点

看護師は看護の専門家、保育士は保育の専門家として、各々の分野を自分の仕事として担っていればよいということではなく、保育と看護を一体化させて「保育看護」を確立し、相互に対象児の疾病に合わせたその日の生活、遊びの計画をたてていくことから、一日が始まる。

1) 入室の記録作成

- ① 利用予約の親子が入室するのを、笑顔でやさしく出迎え、出勤前の忙しい時間なので速やかに行う。
- ② 医師の入室連絡票に基づいて、現在の投薬処方及び薬物・食物アレルギーの有無、食事制限などの食事上の注意事項、保育上留意すべき点（安静度、アレルギー、体質傾向など）について、保護者からの聞き取りを行う。その他、当日の子どもの症状、機嫌、睡眠、食事（前夜、今朝）薬の内容など、子どもの様子を把握するために、必要な情報を聞き取る。
- ③ その他、生活やあそびの好み、機嫌など保育の参考になるので、資料や口頭で伝えてもらう。
- ④ 主症状、体調などを聞き取り、子どもを預かった後は、食事の内容（アレルギーや除去食）の配慮をする。例えば嘔吐、下痢の場合は、お粥や柔らかい副菜（後期食に準じて）を準備したり、水分補給は麦茶あるいはイオン飲料をあたえる。それらを調理室に伝えて連携協力しあう。この場合落ち度のないよう、口頭だけでなく

食箋を用意して渡すと確実である。

- ⑤ 症状が悪化した場合は（急性期と判断したときなど）、保護者に連絡し、お迎えを依頼する。いきなりではなく、症状が変化しだした段階で1回連絡しておき、症状がもっと悪くなったと判断（入室条件参照）した場合は、保護者による引き取りを要請する。
- ⑥ 保育室では個々人の保育日誌に当日の利用者分を記録する。
- ⑦ 保護者への連絡帳にも当日の様子を記入し、保護者引き取りの際に必ず簡単でも口頭で当日の状態を説明し、帰宅後のケアの注意点などについてもアドバイスをを行う。

2) 保育看護の内容

- ① 看護師および保育士は保育園併設型病児保育の目的を理解し、利用者一人ひとりを視点において、主治医による入室連絡票や保護者の利用連絡票をもとに、一日の生活の流れを話し合っておく。
- ② 利用する子どもは、病初期、病後期であっても機嫌よく過ごす場合が多いので、保育室は子どもが楽しく遊び過ごせるよう、環境および各年齢にふさわしい玩具を用意すべきである。
- ③ 病児保育室ならではの一人でじっくり遊べるような玩具を整えておくと、子どもはそれを楽しみに来る場合もある。例えば「ドールハウス」でのお人形あそびや、「ヨーロッパの汽車セット」を使って、レールに汽車を走らせるあそびを、一人で黙々と、集中してやれるのは喜びでもある。看護師も保育士も「保育看護」の視点で観察する。
- ④ 子どもの主体的なあそびを見守りながら、検温をし、おやつや食事を与え、依頼された食後の与薬を行う。食後は眠くなったのを見計らって午睡させる。

7 職員の資質向上

「保育所型病児保育」に関わる看護師、保育士は、小児疾患の知識と理解、子および子どもの状態を把握する観察眼、救急時の対処方法、そして、子どもの年齢や状態に応じた保育看護の技術の向上を図る必要がある。

また、積極的に「病児保育関係」の研修会、研究会に出席して自己研鑽に努める必要がある。くわえて、園内においては、カンファレンスを月に数回実施して、実践事例の中から評価を行い、次からの保育看護について検討し、相互に理解を深めておく。保育と看護の重なりが一体化したとき、子どもも保護者も安心と信頼を寄せる病児保育室になる。

8 運営協議会の設置

運営協議会は、保育所型病児保育室について、市区町村レベルでの体制の検討やあり方などを協議する場と、個々の保育室ごとに設置し、各保育室の運営について検討する場の2つが考えられる。

1) 市区町村レベルの運営協議会

市区町村の担当部署を事務局とし、メンバーは、同一市区町村の各病児保育室、市区町村の保育所施設長、医師会、歯科医師会、薬剤師会、園医、民生委員、主任児童委員、利用者保護者などで構成することが望ましい。

ここでは市区町村全体の「保育所型病児保育室」の状況把握や医療連携体制・保育体制のあり方などについて検討するとともに、保育室に働く人材育成に関しても支援を行う。

また、新規の「保育所型病児」保育室開設のための支援（例えば、新規施設選定会議などへの出席・助言、開設のための準備などのアドバイス）も行う。

保育室の保育状況や利用率などのデータ、利用者のニーズなどの情報をまとめてホームページなどによる情報提供することや、市民を対象としたフォーラムなどの開催、ポスターの作成などを行うことなども、関係者に周知を図る方法として考えられる。

2) 各保育室レベルの運営協議会

メンバーは、保育所施設長、保育所の保育所型病児保育室の担当職員、指導医（協力医）などで構成する。日々の保育状況や連絡体制、緊急時の対応など保育を行っている際の問題や課題を検討することなど、よりよい保育室の運営について検討を行う。具体的に問題が発生した事例について検討を行い、よりよい保育が行われるように方策を立てることも必要である。

IV 今後の検討事項

1 園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討

これまで、保育所型の病後児保育室はセンター方式のみが補助金受託対象として認可されてきた。その理由は今更述べる必要はないが、少子化社会対策大綱に基づく「子ども・子育て応援プラン」においては、平成21年度までに乳幼児健康支援一時預かり事業を1,500箇所を実施することが目標とされている。

この事業が形骸化されないためには、これまでの医療機関併設型をはじめとする補助金受託タイプだけではなく、地域のニーズをとりいれた自園の在園児を対象とする「園内方式による保育所型病（後）児保育室」について検討していくことが求められる。

まずは、そのメリットについて、①子ども、②保護者、③保育者の立場から検討したい。

① 子ども

普段通り慣れた場所であるために、病気であっても安心感が得られ、精神的な負担が軽減され、結果的に治癒力が増す。また、病（後）児保育担当の職員であっても保育所の見慣れた職員であるため、信頼関係が成立しており緊張はほとんどない。そのため、1日利用という短期であっても自我を十分に発揮した保育生活を過ごすことができる。

② 保護者

子どもと同様に、通い馴れた場所、馴れた職員であるため、安心して子どもを任せることができる。また、子どもの病気や症状で気になることがあれば、いつでも質問したり、子どものことを相談したりできる雰囲気ももてる。

③ 保育者

現場の保育者から園内方式の利点として一番多い理由は、普段見ている子どもであるために、子どもの病変・症状の変化に気づきやすいという点である。2対1という恵まれた職員配置であっても、普段見ている子どもの顔色や状態を把握していることが子どもの変化に気づきやすくする。また、同様に、子どもの生活習慣の自立段階や子どもが現在好きな活動、ストレス状態における子どもの様子等、入室時の書類を見なくてもすでに把握しており、職員間の連携で情報の共有が行われやすい。子どもとの信頼関係が成立しているため、入室時から子どもひとりひとりに合わせた保育の指導計画を立案し、提供することができることも利点である。

全国の認可保育所の約2割に常勤看護師が配属されている。その園を対象として定員2名の小規模な「園内方式による保育所型病児保育室」を実施するならば、すでに勤務している看護師の専門性を有効に活用しつつ病児保育を展開していくことが可能と思われる。その場合は、新たに1名の常勤保育士を加配できる予算措置等が必要となるが、看護師は保育園の看護師を「園内方式による保育所型病児保育室」と兼務として位置づけていくことになる。

また、在園児を対象としているため、嘱託医との連携はとりやすく、加えて協力医療機関との連携強化をはかっていくことが求められる。

このように保育所型病（後）児保育を生かすには、園内方式での実施はメリットが大きい。日本における病児保育のスタートが1966年6月、東京・世田谷の認可保育所の園内方式（ナオミ病児保育室）であり、現在も継続されていることをも踏まえ、園内方式による保育所型病（後）児保育について今後、事業化することを前提として検討していくことが必要である。

2 小児科診療所の観察室等の利用

乳幼児の急な発病に対応できるのは小児科の医療機関である。小児科診療所の観察室等に看護師と保育士を配置し、保護者が迎えに来るまでの数時間、保育看護を行う「小児科デイケア」的な位置づけのものもあり方についても今後検討していくことが望まれる。安定的な運営のために医療保険の活用や交付金事業としての実施などについても議論を進める必要があるのではないだろうか。

3 評価の必要性

「保育所型病児保育」を含め、保育サービスの質を向上させるためには、評価を行っていく必要がある。利用者の意見や要望を受け付ける苦情解決の仕組みを設けることも1つの方策である。

さらに、評価にも「自己評価」や「第三者評価」といった方法があるが、両者を併せて実施することで、保育の質を高め、よりよい保育技術が検討されたり、開発されたりといった効果が期待される。特に第三者評価は、内部だけでは気づけなかった課題や問題が明らかになることもある。

評価にあたっては、評価の目的を明らかにした上で、評価指標や評価方法などを検討していくことになるが、まずは、評価のあり方について検討、構築していく必要がある。

保育所型病児保育に関する研究班

遠藤郁夫 浜町小児科医院理事長

島田美喜 東京慈恵会医科大学医学部看護学科助教授

帆足英一 ほあし子どものこころクリニック院長

森田倫代 きらら保育園園長

山田静子 ききょう保育園園長

(五十音順、敬称略)

研究協力者

帆足暁子 ほあし子どものこころクリニック副院長