

居宅訪問型保育に関する意見書

問題だらけの居宅訪問型保育をアップデートし、障害児保育問題と待機児童問題の解決へ**【無償化について】****◎認可の居宅訪問型保育も他の地域型保育と同条件で無償化されるべき**

- 無償化が小規模認可保育所に及ぶならば、同じ地域型保育に属する居宅訪問型保育がそこから除外される理由はない
- 特に医療的ケア児や夜間のひとり親を対象とした仕組みであるため、そもそも支払い能力の低い層を対象にしている
- にも関わらず、医ケア児家庭やひとり親家庭のみ無償化しない、という決定に合理性はありません

◎認可外の居宅訪問型保育（ベビーシッター）も無償化（上限つき）されるべき

- 認可外に関しては、それがベビーシッターであろうと完全なる無認可であったとしても、認可等の公定価格分を上限に補助を行う仕組みにするべきです
- （例えば東京都の1才児の公定価格は16万3700円）

保育所（保育認定）

地域区分 ①	定員区分 ②	認定区分 ③	年齢区分 ④	保育必要量区分 ⑤			
				保育標準時間認定		保育短時間認定	
				基本分単価 (注) ⑥		基本分単価 (注) ⑥	
	20人	2号	4歳以上児	99,820	(107,390)	74,320	(81,890)
3歳児			107,390	(163,700)	81,890	(138,200)	
3号		1、2歳児	163,700	(239,470)	138,200	(213,970)	
		乳児	239,470		213,970		

- なぜなら、認可に落ちたのはその親や子どもの責任ではなく、自治体が児童福祉法の定めによらずに保育所を十分確保できなかったためである。
- 運によって投下される税（公定価格）が異なるのは、公平ではない
- また、どんな認可外でも「公定価格を補助してしまったら、認めてしまったことになる」という厚労省の意見は妥当ではない
- 補助をしても、査察や指導はできるし、それが一定の基準に満ちてなかったらキックアウトすれば良いのである
- また認可等は基本公定価格だけでなく諸々のオプション加算があるので、厳しい規制を超えた分、そうした加算分は受け取れる資格がある、と考え方を整理できる
- 結果として、保育所補助というのは、事業者や施設に投下されるものというよりも、親子1組ごとに固有の権利としてアカウントを持っていて、認可を利用しようと、認可外を利用しようと、親子はそのアカウントから支払がされる、というパラダイムに変わっていくだろう。
- 親子とアカウント内の補助の執行状況が1対1で突合できるようになることで、将来的にはその子どもに合わせたベストな養育プランを親とこどもケアプランナーが話し合って作っていくような世界観も可能になるだろう
 - 例1) ADHD傾向の4歳時のAくんは、月曜～木曜は保育所で、金曜日は療育後に居宅訪問型保育

- これまでの硬直的な自治体主導の認可制から、親（子ども）主権で、それぞれの子どもに最適な保育ケアプランに従った保育サービスが織りなされる世界への移行が望ましい
- 結論として、無償化の範囲は「ベビーシッターやベビーホテルを含む全て」で、保育料上限は「公定価格範囲内」であり、認可外に関しても営業停止処分を含めた監査・査察を実施するという政策パッケージを提案する。

【現行制度の問題点】

◎施設型給付・地域型給付の中で、居宅訪問型保育だけに「日割り」の概念が導入されている

地域型保育の中に居宅訪問型保育という、医療的ケア児など、集団保育を受けられない子ども達をマンツーマンで保育する制度があります

その居宅訪問型保育について、内閣府が発出したQ&Aが「保育を提供していない日は日割りとする」という記載があり、これが非常に大きな問題を抱えています

問題1：なぜ健常児の保育園では「日割り」という概念がないのに、障害児だけ差別されるのか)

- 子ども子育て新制度における認可保育所や小規模認可保育所、家庭的保育など、居宅訪問型以外の全ての類型には「日割り」という概念がありません
- なぜ、主に障害児を預かる居宅訪問型保育だけが、日割りされないといけないのでしょうか？
- これは、平成25年に制定された、障害者差別解消法に抵触する可能性があります

問題2：何の議論もされずにQ&Aが発出されている

- 公定価格という事業にとって非常に重要な要素を、子ども子育て会議において何の議論も経ずに決めています
- 十分に官民で話し合った形跡もなく、事業者へのヒアリングも何もない中で、単に内閣府部内だけで決定的に重要なルールが決められているのは、全くもって不当です

問題3：医療的ケア児の障害や病気への配慮がない

- 医療的ケア児は、医療的デバイスとともに生きる子ども達です。元々病弱なため、障害の進行や回復のため、しばしば手術等を行うため、休みがちになります

- また、最初は週3から保育を始め、徐々に慣らして行って、増やして行く、ということも普通に行われます
- 一方で、保育者は重度の障害児である医療的ケアのできる保育士を採用せねばならず、例えば週4の保育提供であっても、週5のフルタイム採用を行います
- 主に医療的ケア児の保育のための制度にも関わらず、こうした医ケア児の障害や病気への理解が決定的に欠落している「日割り」という概念を持ち込むのは、全くもって誤りです

自治体向けQ&A 2 4 3 自体を削除して頂きたいと思います

◎健常児を預かる際はマンツーマンである必要はない。もっと柔軟にできれば、待機児童解消に大きく貢献する

- 豊島区、港区、渋谷区等では、障害児のマンツーマン保育を行う、「居宅訪問型保育」を（健常児の）待機児童のために活用しています
- 一方、現在は、居宅訪問型は医療的ケア児を想定しているため、基本的に1対1に限定されてしまっていますが、例えばAという家庭に訪問保育をするが、近所のBという家庭の待機児童も預かれる、という複数子対応も可能にすれば、限られた予算でより多くの待機児童を助けられます
- また、場所も居宅だけでなく、児童館等、居宅外での保育もできるようすれば、家庭だけに閉じられた環境ではなく、保育を行うことが可能です
- 医療的ケア児ではない場合の居宅訪問型用の定員数を、1～3人とし、場所も居宅に限らない、とすることで、待機児童対策の有効なツールとしていくことを提案したいと思います

-

認定NPO法人フローレンス
代表理事 駒崎弘樹