

医療における保育の必要性和課題

笹川 拓也, 宮津 澄江, 入江 慶太, 神垣 彬子

Necessity and Problem of Childcare in Medical Treatment

Takuya SASAKAWA, Sumie MIYAZU, Keita IRIE and Akiko KAMIGAKI

キーワード：医療保育, 保育士, 専門性, 発達

概 要

近年, 小児病棟を取り巻く環境が変わろうとしている。これまでの小児病棟の現場では, 保育士資格を有した保育士が病棟保育士として病棟で保育業務を行っていた。そして2002 (平成14) 年, 厚生労働省は, 子どもの入院環境を改善するため病棟内にプレイルームの設置と保育士の導入をすすめ, さらに医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算を設置した。このような動きの背景には, 従来, 看護師が子どもの生活支援や発達支援に関わってきたが, 小児医療の専門分化・高度化にともない, 看護師のみでは十分に支援できない状況がでてきていると考える。こうした流れのなか, 小児病棟における保育士の必要性は徐々に高まっていると考えるが, 小児医療の診療報酬の問題や病院の経営上の問題, 社会的認知度の低さなどから保育士導入が積極的になされているとは言えないのが実情である。

そこで本稿では, なぜ小児医療の現場に保育が必要であるのか, そして保育士導入に関する課題について検討することにした。

1. はじめに

今日, 小児医療の場は, 高度化・煩雑化し, 病児の治療・療養の場は大きく変化してきている。従来から医療の場は, 治療を目的としていたため, 入院治療している病児に対する日常生活援助や発達支援というのが十分に提供されてこなかった。そうしたなか, 2002 (平成14) 年, 厚生労働省は, 子どもの入院環境を改善するため保育士の導入をすすめ, 医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算を導入した。さらに, 2007 (平成19) 年から日本医療保育学会認定による「医療保育専門士」の資格認定制度が始まった。

そもそも小児病棟に保育士 (当時は「保母」) が導入されたのは, 1954 (昭和29) 年, 聖路加国際病院の小児病棟においてであり, 当時から聖路加国際病院では, 病児の院内での「遊び」を大切にする関わりが行われていた。そして, 1965 (昭和40) 年から当時の国立療養所の重症心身障害児病棟に導入されたが, その後は

保育士導入が進まなかった。入院中の義務教育段階の子どもには院内学級があるものの, 就学前段階への関心は薄かったが, 近年, 日本でも, 乳幼児も含め, 入院中の子どもへの発達保障やQOL向上のため, 生活環境の整備, 遊び, 教育に目が向けられ始め, 病棟への保育士配置が増えてきた。しかし, 現状では保育士は看護部に所属していることが多く, 看護の範疇の下で働く場合, その専門知識及び技術が十分に生かされないことが多い¹⁾。

また, 採用時の職種が保育士・看護助手・事務職と様々であり, ある調査では, 業務の大半が看護助手と同様であることなども報告されている²⁾。そのため, 子どもの発達支援に十分な保育を提供できる環境が整っておらず, 医療現場で働く保育士の多くは, こうした状況に矛盾を感じ, 医師をはじめとする他の病院スタッフにも保育士の存在意義が, 認知されているとは言いがたい状況である。

そこで本稿では, 医療機関における保育士の必要性を検討し, 保育士導入に関する課題を整理することにする。

(平成22年10月15日受理)

川崎医療短期大学 医療保育科

Department of Nursing Childcare, Kawasaki College of Allied Health Professions

2. 病棟保育の必要性

病棟に保育士が必要とされるようになった背景には、1991（平成3）年に、厚生省児童家庭局長（当時）の諮問による「これからの母子医療に関する検討会」（小林登会長）が「病児保育」や「病棟保育」の必要性について報告したことが契機となり、この報告書を受けて、二つの厚生省（当時）心身障害研究課題が取り組まれた³⁾。

一つは、平成3年度からスタートした「病児デイケアのあり方に関する研究班」（帆足英一）等の調査研究により、「全国病児保育協議会」が設立され、国はいわゆる病児保育制度（乳幼児健康支援一時預かり事業、2008（平成20）年より病児・病後児保育事業に改変）を確立し、当時14施設であった病児保育室が2007（平成19）年末には682施設となり、保育士・看護師が一体的に協力する保育看護体制のもとに病児保育が展開されている⁴⁾。

もう一つは、1993～1994（平成5～6）年の「全国の病棟保母の実態調査研究班」（帆足英一）の報告書を契機として、現在の「日本医療保育学会」の前身である「全国病棟保母研究会」が発足し、活発な学術活動を展開しはじめた。その結果、平成10年度から「病棟保母導入促進事業」が国の施策に取り込まれたが、市町村補助事業であり、折しも地方財政の困窮のなかで都道府県並びに市町村の予算化が困難となり、実効性のないままに終わった。その後、平成12年度の厚生労働省による「すこやか親子21」において、病棟保育士導入の必要性が指摘された。そして、平成14年度からは、医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算が導入されて現在に至っている⁵⁾。

このような流れのなかで、近年、医療機関における保育の必要性が高まってはいるが、実際に、医療機関に保育士を導入するには様々な問題があるのも事実である。

3. 保育士導入の実際

すでに述べたように、小児病棟に保育士が導入されたのは、1954（昭和29）年であり、2002（平成14）年の医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算が導入されるまでは、保育士導入に伴う経費は、導入した医療機関が全額負担する形であった。しかし病棟保育士加算が導入されたことである程度は改善されたと考えられるが、その後、医療機関への保育士導入が増加したかど

うかの実態は把握されていない。日本医療保育学会によれば、会員所属病院から推定して約350病院に保育士が配置されていると推定している。また、小児科を設置している全国の4,039の医療機関を対象とした平成5～6年度における全国調査（全医療機関を対象とした全国調査はその後実施されていない）の結果によると、保育士を導入している病院等は123施設であった⁶⁾。この全国調査の段階では、まだ病棟保育士加算が導入されていないが、病棟保育士加算が導入されている現在、日本医療保育学会が推定している約350病院に保育士が配置されていると仮定しても、医療機関に保育士の導入が進まない理由は、人件費などの経費の問題以外に他の要因があると考えられる。また、1病棟に配置されている保育士の数は少なく、全国平均2.7名にすぎず、1名のみでの配置の病棟が圧倒的に多いという状況である⁷⁾。2002（平成14）年、厚生労働省は、医療機関に保育士の導入をすすめ、医療保険制度の診療報酬に病棟保育士加算を導入したが、この時点では、大学病院なども含めた特定機能病院では病棟保育士加算が認められておらず、事実上加算が取れなかった。それが、2010（平成22）年4月の改定で小児入院管理料が特定機能病院でも算定できるようになり、保育士加算が請求できるようになった。そのことから、今後、大学病院をはじめとする特定機能病院でも保育士の導入が増えてくると予想される。

しかし現況では、全国的にみて保育士を導入している医療機関は少なく、その配置人数も少ない状況のなかで、医療現場で保育士業務が機能しているのか、という疑問が浮かんでくる。一部の医療機関では、保育士として採用されたにもかかわらず、事務員や看護助手と同様の仕事をしているという報告もある⁸⁾ことから、実際の医療現場では、保育の必要性が理解されていない、あるいは保育の役割・機能といったものが重視されていないのではないかと、つまり医療現場では保育の専門性が高く評価されず、末周知の状態であるがために、このような結果を招いていると考える。

4. 欧米での取り組み

(1) アメリカにおけるチャイルドライフスペシャリスト（Child Life Specialist）

1917（大正6）年にアメリカの病院での遊びの活動が始まり、現在、チャイルドライフスペシャリスト（以下「CLS」と称す）は、アメリカのほぼすべての子ども病院に勤務している。CLSは、小児医療チームの一

員として、子どもや家族と遊びを通じた関わりにより、発達の支援とストレスの軽減を図ることを主な目的にしている。対象年齢は、新生児から思春期までで、病気や怪我で入院している子どもが中心となる。在宅療養中の子ども、虐待を受けた子ども、災害の被害にあった子どもなども支援している。また、兄弟姉妹を含む家族への支援、学校などの地域社会への支援も活動の一環である。病院内での活動範囲は、すべての診療科と部門が対象となっている⁹⁾。

このようにアメリカのCLSは、医療機関内での支援活動だけでなく、その活動は医療機関以外へも広がっており、社会にも認知された存在であるといえる。

(2) イギリスにおけるホスピタルプレイスペシャリスト (Hospital Play Specialist)

イギリスでは、1960年代に入院している子どもの遊び支援の必要性が認められ始め、1971(昭和46)年に Pamela Barnes によって遊びのプログラムが作られた¹⁰⁾。ホスピタルプレイスペシャリスト(以下「HPS」と称す)は、病院にいる病気の子どもたちに対する治療の一部であるプレイを促進する専門家で、医師や看護師などと共に総合的・多角的な医療チームの一員として働いており、2000(平成12)年の調査では、イギリスの病院の小児病棟の97%にプレイが提供され、HPSは14床に1人の割合で働いている¹¹⁾。

また、日本でも静岡県立大学短期大学部でHPSの養成事業が実施されており、病児や障がい児とその家族の、苦痛・ストレス・不安・寂しさなどに対し、遊びプログラムを提供し支援する専門職が養成されている¹²⁾。このようにHPSは、イギリスのみならず日本でも養成されるようになり、まだ数的には少ないが、日本の医療機関でもHPSが活躍している。

以上、欧米での取り組みとしてアメリカのCLSとイギリスのHPSを取り上げ、その概況を述べたが、両国に共通しているものは、医療チームの一員として認められており、その地位が確立している点である。日本のように補助的な役割ではないという点が大きな違いである。日本でもCLSやHPSを参考に学べる事は学び、取り入れていけば良いと考えるが、まずは小児の医療現場に保育士が必要であるということを通認識として持つことが重要である。

5. 医療現場において福祉専門職に求められる専門性

私たちが医療機関を利用する時は、自分自身が病気

や怪我をした時、体に不調を感じた時、家族が病気や怪我の時に、付き添ったりする時などが考えられる。つまり病院や診療所とは、誰もが知ってはいるけれども、毎日のように出入りし活用する日常的な場ではない。医療サービスとは、食料品や水道、電気のような、毎日の生活に欠くことのできないサービスというよりも、通常は利用されていないサービスでありながら、しかし常に待機し、いつでも提供できるように備えているサービスなのである。では、このような医療サービスを利用する場合には、どんな意味、どんな状況を伴ってくるのだろうか。例えば、食料品などを購入する場合に、私たち生活者は、特に誰の力を借りることなく主体的に欲しい商品を選択したり、購入したりできる。しかし医療サービスを受ける場合に、私たち生活者は、自分だけでサービスの必要性を判断できないことの方が多い。なぜなら判断の際は、特別の医療知識を必要とするからである。そこで私たち生活者は、医師などの医療専門職による判断に委ねざるを得ない。また生命の危険など緊急性が高い場合には、医療専門職の判断が先行することが多い。つまり医療サービスとは、ある意味、私たち生活者にとって、受動的に受けざるを得ないサービスという特性をもっている¹³⁾。

近代自然科学に基づいて高度に専門分化した近代医学のアプローチは、患者を分断化し、生物学的に細分化する。器官レベルで、さらにDNAレベルにまで細分化するアプローチをとるため、患者は、生活者としての主体性をなくすだけでなく、治療の名のもとに分断化・細分化され、あたかも生物学的な器官の集合体と化してしまう。こうして患者は、このような近代医学アプローチのもとで、本来の全体的・包括的な存在とはみなされにくくなる¹⁴⁾。

より質の高い医療サービスを提供するためにも、患者であることと生活者であることを調整し、患者への援助に社会科学のアプローチをもちこむことは、医療領域で社会福祉専門職の担う重要な役割である。患者でもあり生活者でもある“ひとりのひと”が、幸福を追求し自己実現を図ることを支援する。そのためには、ひとが社会的存在であること、患者とその生活を成り立たせる社会制度との社会関係を理解しておく必要がある¹⁵⁾。

こうしたことから、療養を必要とするのが子どもの場合、患児自身の発達課題と、患児・家族のもつ生活問題の両方への支援が必要となる。患児に対しては、

療養と同様に学習や遊びへの支援が重要であり、入院治療の場合、短期間であっても病棟内保育や院内学習などの必要性が認識されるべきである。また長期療養を必要とする患児をもつ家族の課題には、患児以外の子どもへの発達保障へも目を向けなければならない。患児以外の子どもを含めた家族全体への配慮が求められる¹⁶⁾。

つまり、医療の大きな進歩により、専門分化の進んだ今日の医療現場では、もはや、治療のみでは、患児やその家族のニーズに対応できなくなってきたり、患児にとっては生活の場である医療現場のなかで患児やその家族に対して、医療と福祉（保育）を統合したサービスを提供しなければいけなくなったということである。

6. 医療現場で求められる保育士に必要な専門知識

わが国での保育士養成における教育では、健康な子どもの保育を中心にカリキュラムが組まれ、乳幼児期の子どもの心理や養護が多く単位数を占めている。病気や障害のある子どもの保育や学童期・思春期の子どもについての発達心理学、精神保健、など対象理解のための科目が設定され、病気や障害については障害児保育、小児保健の一部で履修するにすぎない¹⁷⁾。金城らが行ったアンケート調査によると、病気がわからないから子どもと接するのが難しい、どのように関わりを持てばよいかわからない、何に気をつければよいのか知識がなく不安、などの意見が聞かれているように、現状の保育士養成における基礎教育だけでは医療の場で仕事をするのに不安が強いことが伺える。アンケート結果から、医療保育士として必要な教育内容としては「病態生理」を全員が必要だと回答し、「小児疾患と看護」「障害児と病弱児保育」などを必要としたものが70%程度占めていると指摘している¹⁸⁾。

これらのことから、従来の保育士養成カリキュラムに医療と看護に関する科目を導入することが不可欠である。また最近の高度化した医療の場では、保育業務を行う保育士であっても疾病や医療に関する高度な専門知識を要求しており、当然、医師や看護師、その他の医療スタッフはそういった専門知識を理解しているものと捉えている。また理解していなければ、やはり医療の場における保育や福祉の専門性を発揮することはできず、今の状態が改善されないままである。

保育士が医療という特殊な環境のなかで働いていく

ためには、保育の知識や技術を身につけているのは当然であるが、この基礎的なものに医療という高度な専門知識も同時に要求される。こうした専門知識を土台として、他の医療スタッフと連携し、保育士は病棟内で患児に適切な遊びを提供していくことになる。

7. おわりに

(1) 連携の必要性

我々が社会で生活していくうえで、医療と福祉は必要不可欠なものである。近年の医療技術の飛躍的な進歩、保健衛生の向上、社会保障制度の整備などによって、私たちの生活環境は戦後大きく改善された。

その一方、疾病構造も大きく変化している。慢性疾患をはじめとし、生活習慣病や社会環境の変化によって生じる新たな疾患も出現しており、治療中心の医療サービスを提供するだけでは対応できなくなっている。

ところが、我々の生命と生活を保障する医療制度と社会福祉制度は、従来からそれぞれが個別に形成されてきたため、現在のような各々の制度体系でサービスが提供されている。しかし我々が生きていくためには、医療も福祉も必要なわけであり、生活者である我々が、老若男女問わず、医療と福祉が一体となったサービスを求めるのは当然のことである。

それが、この別々の制度体系のため1980年代頃から、主に高齢者の「社会的入院」などといった問題が発生し、「医療と福祉の連携」が主張されるようになった。そして近年では、その連携がより一層、医療の現場でも強く求められている。

かつて医療は、疾病だけでなく、貧困や絶望なども「病」として緩和しようとしていた。近代医療の高度な専門分化に伴い、医療に関わる医療関係職種もまた専門分化し拡大してきた。しかし医療は、21世紀に向けて再び病気 (illness) からウェルネス (wellness) へと比重を移し、全人的医療へと向かおうとしている。患者の生活の質を高める、より質の高い医療サービスを提供するために、専門分化した多様な医療専門職が、協働して患者に働きかけるチーム・アプローチが重視されている。チームとは共通の目標をもち、その目標達成のために共に働く、複数の人で構成されている。しかしチーム・メンバーは、目標を共通に認識していても、実際に課題を設定する視点や課題達成に用いる技術が、それぞれ異なるのでジレンマに陥ることもよくある。チームが上手く機能できないとき、チーム・

アプローチはむしろ患者に不利益をもたらす結果となる¹⁹⁾。

入院している子ども達の QOL (生活の質) 向上のためには、医療 (医師)、看護 (看護師) のみならず、保育 (保育士)、心理専門職、障害児の場合には療育が必要とされ、学童の場合には教育 (教師) 等の協力も不可欠である。その他、栄養士やソーシャルワーカーの協力が必要となることも少なくない。これらの専門職、専門領域が一体となって入院児に対する包括的な援助を行っていくことによって、はじめて高度の医療保育の実践が可能となり、入院児の QOL 向上のみならず、子ども達の退院後の QOL 向上に結びついていくことになる。チーム医療の実現のためには、各専門職の役割を明確化し、お互いの役割を理解し、尊重していくことが前提となる。そのもとで医療チームの一員として保育士も適切な役割を果たしていくことが課題となっている²⁰⁾。

(2) 今後の課題

以上のように保育士が、医療の場で働くにはさまざまな課題が存在する。まず一つ目に挙げられるのは、先にも述べたが、医療に関する専門知識に乏しいということである。現在の保育士養成カリキュラムでは医療の場で働く保育士を想定していないため、専門知識を必要とする医療の場には対応できないということになる。

二つ目は、保育士の資格制度のあり方にも大きな課題である。現行の資格制度では、保育士資格は業務独占ではなく、名称独占である。しかし医療の場で働く多くの医療従事者の国家資格は、業務独占であることから、こういった点からも保育士の専門性が認められにくい。2007 (平成19) 年には、日本医療保育学会が医療現場で働く保育士に「医療保育専門士」の資格認定制度を開始した。このように一部では保育士に専門性を発揮させるため、またその身分を確保するために地道な活動がなされているが、現状ではまだまだ厳しい状況である。

これら以外にもさまざまな課題が挙げられるであろうが、

実際の小児医療の現場では、保育士が必要であるという認識は広まってきている。こうした実情を踏まえ、今後、保育士が医療の場で活躍できるようになるためには、保育士養成教育段階における教育のあり方にも問題があり、カリキュラムの改正を含めた見直しが不可欠である。またその一方で、行政機関である厚生労働省が、医療機関が保育士を雇える環境を整備しなければ進展しないのは明らかである。

8. 引用文献

- 1) 山田千明, 林恵津子, 高橋君江, 石田治雄: 病棟保育における保育士職の専門性, 共栄学園短期大学研究紀要25: 138, 2009.
- 2) 原田眞澄: 医療保育士の資格制定に伴う養成校の課題, 中国学園紀要6: 98, 2007.
- 3) 帆足英一: 専門職の役割と養成, 「病気の子どもの心理社会的支援入門第2版」谷川弘治・駒松仁子・松浦和代・夏路瑞穂編, 京都: ナカニシヤ出版, p. 214, 2009.
- 4) 前掲書3), pp. 214—215.
- 5) 前掲書3), pp. 214—215.
- 6) 前掲書3), p. 215.
- 7) 前掲書3), p. 217.
- 8) 前掲論文2), p. 101.
- 9) 前掲論文2), pp. 97—98.
- 10) 前掲書3), p. 225.
- 11) 前掲論文2), p. 98.
- 12) 松平千佳: ホスピタル・プレイ入門を出版するにあたって, 「ホスピタル・プレイ入門」松平千佳編著, 東京: 建帛社, p. i, 2010.
- 13) 梅崎 薫: 医療福祉の専門性と専門職, 「医療福祉学」硯川眞旬編著, 岐阜: 榊みらい, pp. 74—75, 2002.
- 14) 前掲書13), p. 75.
- 15) 前掲書13), p. 76.
- 16) 前掲書13), p. 78.
- 17) 幼児保育研究会: 指定保育士養成施設の修業教科目および単位数並びに履修方法, 「最新保育資料集2004」, 京都: ミネルヴァ書房, pp. 115—116, 2004.
- 18) 金城やす子・松平千佳: 小児看護における医療保育士の存在と今後の課題—イギリスのHPSの実情と教育過程からわが国の医療保育士の教育のあり方を検討する—, 静岡県立大学短期大学部特別研究報告書: 11, 2007.
- 19) 前掲書13), p. 84.
- 20) 前掲書3), p. 219.

