

保育士養成の研究

— 医療保育専門士の展開から —

吉 田 幸 恵

1. はじめに

現在、保育士養成は、2003（平成 15）年の児童福祉法改正に伴う国家資格化、2008（平成 20）年の保育所保育指針の改訂と告示化を迎えるなど、相次いで制度展開が行われている。さらに、国家試験化が目前とされ、今後も大きな展開が予想されている。そして、このような近年の保育士資格に関する制度展開からは、保育士の専門性と保育の質の向上が意図されていることが読み取れる。

一方、2007（平成 19）年には、日本医療保育学会認定「医療保育専門士」資格が創設された。「医療保育専門士」とは、従来「病棟保育士」などと呼ばれてきた、主に小児医療現場を職域とする保育士の専門性向上を目的とした民間資格である。病棟保育士は、医療現場で働くがゆえに医療・看護に関する知識はもちろん、医師や看護師等他職種との協働など、いわゆる保育所保育とは異なる専門性が求められる。しかし、現行の保育士養成課程では、医療・保健に関連する科目は十分ではなく、医療現場を職域とする保育士に対応しているとは言い難い。このような課題を受けて創設された「医療保育専門士」資格は、保育士資格取得者のみ取得できるようになっている。保育士資格を基礎に、「医療保育専門士」資格取得のための学修を積み上げることで、医療現場で保育をする際に必要な専門知識・技術を上乗せするという仕組みである。なお、現在のところ、「医療保育専門士」は、小児医療現場で働く際の必須資格として位置づけられているわけではなく、小児医療現場で働く保育士の研鑽ニーズに応えているに過ぎない状況にある。

戦後 60 余年を経て、保育士の働く場は多様化し、業務内容や求められる専門性もそれぞれの職域によって異なるようになってきた。しかし、そのような実態が先行するにもかかわらず、制度的には保育士という一つの資格で対応してきた。多様化する職域を一つの資格で対応しようとするれば、自ずと限界が生じる。そのため、医療保育専門士のような保育士資格を基礎にして、各々の職域に応じてより高度な知識・技術を上積みするという養成方法を採用する資格が登場したのだと考えられる。

「医療保育専門士」資格の登場は、小児医療現場という児童福祉施設以外の職域に保育士が進出したということ、また、保育士資格を基礎資格とし、専門的養成を上積みする仕組みの養成方法を採用していることなどから、保育士資格制度自体の位置づけを問い直すことにもつながると考えられる。さらに、現行の保育士養成課程が現代の子どもと家族のニーズに合致したのかどうか問い直す契機にもなるであろう。

本研究は、保育士養成の制度展開を研究し、今後の課題を導き出すものである。特に、小児医療現場を職域とする保育士の登場と、医療保育専門士資格成立の動向に視点を置き、保育士資格との関連性を分析する。そして、それを手がかりに、今後求められる保育士資格制度のあり方と保育士の専門性について検討する。なお、研究方法は文献研究とする。具体的には、保育士養成や医療保育専門士資格に関する研究論文や資料を用いて、社会的背景をふまえて、これら資格の展開とその特徴を明らかにする。そして、意見具申や通知等の分析により、保育士養成や小児医療現場に配置される保育士に関する制度展開を検討するとともに、保育士の制度的位置づけについての課題も明らかにする。

なお、「保育士」は、1999（平成11）年4月の「児童福祉法施行令」の改正により従来の「保母」という名称から現在の「保育士」という名称に変更された。本論文では、二つの用語が混在し読みにくくなるのを回避するため、便宜上、1999年の同施行令の改正以前についても原則として現在の名称である「保育士」を使用する。ただし、1999年の同施行令改正以前の通知や文献等の引用部分については、「保母」という名称を使用する。

2. 保育士資格制度の展開

保育士とは、1947（昭和22）年の児童福祉法成立と同時に創設された職種である。現在の同法第18条の4によると「この法律で、保育士とは、第18条の18第1項の登録を受け、保育士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、児童の保育及び児童の保護者に対する保育に関する指導を行うことを業とする者」とされている。そして、同法第18条の6によると資格取得にかかる要件は、「1. 厚生労働大臣の指定する保育士を養成する学校その他の施設（以下「指定保育士養成施設」という。）を卒業した者 2. 保育士試験に合格した者」である。

戦後60年余りを経過する中で保育士養成課程は変遷を遂げてきた。まず、1962（昭和37）年9月に出された「児童福祉法施行規則第39条の2第1項第3号の保母を養成する学校その他施設の修業教科目及び履修方法」（厚生省告示第328号）により、保育士と幼稚園教諭の養成課程の接近が図られ、それ以降、短期大学をはじめとする養成校で両資格・免許の同時取得が可能となった。このことは、従来、貧困者を対象とした社会福祉制度として成立した保育所保育が、女性の社会進出に伴い、親の就労を保障する制度へとその性質を拡大させてきたことにより、保育の質の向上、すなわち、幼稚園教育と同等の質にするよう要求運動が展開されたことが背景である。しかし、それは、保育士の養成課程が「幼稚園教諭の養成課程に追随し、それに半ば依拠せ

ざるを得ない契機となるものでもあった」¹⁾ ため、保育士資格の独自性が希薄化した。

また、保育士と幼稚園教諭の養成課程の接近は、保育士が保育所だけでなく、その他の児童福祉施設についても職域とする資格であると児童福祉法に規定されているにもかかわらず、いわゆる「保育所保育士」・「施設保育士」とに区別されて捉えられる契機になったといえる。

1970年代以降、「保育所保育士」・「施設保育士」の問題は、特に議論されるようになった。1970（昭和42）年には「児童福祉に関する当面の推進策について（意見具申）」のうち、「保母の養成確保対策について」において一定の見解が述べられた。保母養成所の教育課程について「現実の保母養成所における教科内容は、児童福祉施設の種別に応じた専門科目の選択的履修のための配慮が必ずしも充分であるとはいえない」と言及した。そして、「保母養成所における教育課程については、保育所保母と収容施設保母とのコース別養成の問題は、従前より論議のあるところであるが、この問題は慎重に検討されることが必要と思われる」と前置きした上で「保育所および収容施設に共通する基本的専門事項にかかわる教科目を履修させ、その後において、保育所および収容施設の独自の要請から発生する専門科目をも選択的に履修させるよう、教育課程の編成につき配慮すべきである」と提言している。そして、「児童福祉施設の児童処遇が充実されるに伴い、保健婦、看護婦あるいは医師が児童の保健を担当するようになってきているので保母はこの面における職務を考え、従来小児（病）学をはじめ6科目14単位が必修とされていたが、これを小児保健など3科目10単位を最低必修とするように配慮すべきである」とした。また、「乳児や心身障害児の保育に関する専門科目を加えるなどの配慮をすべきである」といった提言もなされた。

さらに、1985（昭和60）年12月、中央児童福祉審議会保育対策部会保母養成教育課程検討委員会により「今後の保母養成、特に保母養成教育課程基準の在り方について（経過報告）」がまとめられた。その中で「保母の職務の独自性は、（中略）児童福祉施設入所児童の生活を援助、指導する養護の面に求められる」という見解が述べられた。そして、保母養成における基本方針について「保育所保母とその他の児童福祉施設保母をはっきりと分ける方向ではなく、両者の共通性をまず固め、そのうえでそれぞれの専門性を深める考慮をすべきである」、「専門性は、対象児童の理解と発達援助を行うために、その基礎となる学問の知識・技術を総合して実践するところにある」、「基礎となる共通専門科目は、養護を中心とした福祉関係のみにすべきである」との方向性が打ち出された。しかし、基本的には「現行科目の変更、科目、内容の統廃合あるいは単位の増減を行う」にとどまり、大幅な改正はされなかった。また、「個別専門科目は、現行基準の乙類のように、保育所関係とその他の施設関係の2分野が考えられるが、その他施設は、養護施設、精神薄弱児施設、肢体不自由児施設などの施設種別の違いよりも、人所施設としての共通性に注目すべきである」との方針が示されたが、具体的に人所施設としての共通性とは何かを示されることはなかった。

このように1970年代以降、いわゆる「保育所保育士」と「施設保育士」についての見解が示されてきたが、具体的方策が示されることはもちろん、議論が深化することもなかったのである。

保育所保育士と幼稚園教諭との接近が図られて以降、保育所の量的拡大を背景に保育所保育士を主眼とした養成課程となり、施設保育士の養成という視点が抜け落ちていくという養成課程上の問題を生み出した。さらに、保育所以外の児童福祉施設の展開により、この問題は深刻化したといえる。障害児系施設において障害種別ごとに施設が専門分化する形で種類が増え、それに伴い保育士の職務内容も各施設ごとに専門分化していった。一方、養護施設や乳児院など戦後処理として家庭養育の代替機能を果たしてきた養護系施設がその役割を終え、現代家族の歪みを要因とする養護問題の受け皿としての役割を実態として担いつつあったのである。このような変化は、戦後以降の家族問題の変化に伴うニーズの複雑化・多様化が背景にある。これに対応するため保育士の職域は広がり続け、また、求められる専門性も職域ごとに高度化していったのである。こうして保育士資格は、もはや一つの資格によって役割や専門性を明確に統一できなくなっていくといえる。そして、その問題を解決する手だてがなされないまま今日まで至っているのである。

また、高度経済成長期以降、女性の労働参入を背景に保育所が大幅に増加したのに比べ、保育所以外の児童福祉施設の数、施設種別の分化とともに一定割合増加したものの、保育所ほど飛躍的には増加しなかった。特に、養護系児童福祉施設は、戦後処理的役割と見なされ、高度経済成長期を終えた時点でその役割を終えると捉えられてきた。このように、保育所に比べその他の児童福祉施設の従事者数が少ないという状況に加え、保育所以外の児童福祉施設では、保育士以外の職種でも子どもの日常生活援助の役割を代替できるという制度上のあいまいさが、この問題を手つかずにさせた要因であると考えられる。

3. 「医療保育専門士」資格成立までの展開

前節の通り、保育所以外の児童福祉施設を職域とする保育士の養成が置き去りにされる一方で、施設種別は専門分化していった。同時に、社会の変化に伴うニーズの多様化・複雑化により、ソーシャルワーク等高度で多様な専門性が求められるようになった。そのため、特に施設保育士は、実際に現場で求められる専門性と、養成課程の内容との間に大きな隔たりが生じるようになっていったのである。

さらに、「医療保育専門士」資格成立に代表されるとおり、小児病棟など児童福祉施設以外においても保育ニーズが出現してきた。そこで、本節では、「医療保育専門士」資格成立の経過と現状を分析する。まずは、「医療保育専門士」資格成立の社会的背景を分析し、そして、「医療保育専門士」成立以前の動向として、医療現場に従事する保育士に関する制度展開をまとめ、さらに、医療現場に従事する保育士の制度的位置づけについて通知等を分析し明らかにする。

(1) 「医療保育専門士」とは

2007（平成19）年、日本医療保育学会認定「医療保育専門士」資格が創設された。同学会が作成した『医療保育テキスト』によれば、この資格は、「医療保育の場で働く皆様が子どもと家

族のニーズを的確に捉え、柔軟な発想で保育の実践を展開するための基礎的な知識と技術を有することを示すもの²⁾である。なお、日本医療保育学会会長の帆足英一は、同学会の公式ホームページで、医療保育専門士の働くフィールドについて次のように語っている。

「本会には、病棟保育、外来保育に従事する保育士の他、障害児施設保育や病児保育（乳幼児健康支援一時預かり事業）に従事する保育士も会員となっています。そのため、医療保育専門士の資格は、当面これらの病棟保育・外来保育・障害児施設保育・病児保育をフィールドとする保育士が対象となっています³⁾」

つまり、医療保育専門士とは、慢性疾患児、急性疾患児、障害児をはじめとした医療的ケアを必要とする子どもの保育を行う保育士のための専門資格である。また、同資格は、保育士資格取得を前提に、さらに研修や論文作成、そして1年以上の現場勤務経験を通して専門性を積み上げて取得する仕組みとなっている⁴⁾。このことは、短期大学や専門学校等における2年制の保育士養成課程修了を基礎に、さらに専門性を上積みしなければ、もはや小児病棟など医療現場で他職種と連携しながら保育士が実践していくことが難しいという認識の上には立っていると考えられる。

「医療保育専門士」資格の創設に直接影響を与えたのは、いわゆる病棟保育士、すなわち小児病棟で主に慢性疾患児を対象に保育を行う保育士の先駆的実践と、それを後押しするような制度の進展が見られたことである。保育士は、児童福祉施設最低基準により、基本的に児童福祉施設に配置されることが定められているが、小児病棟等医療施設は、重症心身障害児施設等一部を除き、児童福祉施設ではないため保育士の配置が義務づけられていない。また、保育士資格は、名称独占資格であり医師や弁護士などの業務独占資格とは異なるため、看護師等によって保育を実施することもできる。そのため、入院児の保育は、看護師や家族によって担われてきた。しかし、保育業務は、医療業務に追われる看護師にとって負担であり、また、患児の看病と仕事の両立等、家族にも大きな負担となってきた。このように、制度的位置づけがないまま、ニーズの高まりを背景に小児病棟において保育士が配置されるという実態が先行してきたのである。

そして、制度的位置づけがないために、各医療施設における保育士の役割に関する認識が一定せず、実践も医療施設ごとに異なるというのが現状である。小児医療現場で働く保育士の雇用や所属については各医療施設によって異なり、看護師との役割分担や協働についての捉え方も様々である。また、職名についても、医療保育士、病棟保育士など様々な呼称を使用しており、統一されていない。

このような現状を整理統一し、医療現場で働く保育士の専門性と地位向上を目指したのが「医療保育専門士」資格創設の目的であったと考えられる。

(2) 「医療保育専門士」資格成立の社会的背景

わが国の小児医療現場に初めて保育士が配置されたのは、1954（昭和29）年であったとされ、すでに50年以上が経過していることになる⁵⁾。当初から保育士は、忙しい看護師たちの代わりに、主に入院児に遊びを提供する役割が求められていた。その後、入院児およびその家族のニーズ、

そして小児医療現場側のニーズから、わずかではあるが小児医療現場に保育士の配置が広がり、実践も報告されるようになった。

小児医療現場に保育士が配置されるようになったのは、戦後の医療水準の向上とそれに伴う疾病構造の変化が背景にある。戦後、著しい医療技術の進歩により、従来は予後不良とされていた病の治療が可能となり、生存率が格段に向上した。それに伴い、小児医療の分野では、キャリアオーバーと呼ばれる「小児期に当時としては致命的だった病気を治療の進歩により、その病気を慢性疾患として抱えながら、また治癒しても『病気から発生した問題』を思春期や成人の年代に持ち越す」⁶⁾現象が見られるようになり、病や障害とともに幼少期を過ごし、その後大人になっても治療を続ける子どもが増加した。一方、1974年に小児慢性特定疾患治療研究事業（公費負担制度）等が創設されるなど、制度面においても一定の前進が見られた。

しかし、医療技術の進歩にともない「治療（cure）」が重視される一方で、患者の精神面のサポートなど、生活の質の向上を目的とする「ケア（care）」の進展は立ち遅れてきた。インフォームド・コンセント概念の浸透など、患者の権利について重視する動きが見られるようになるのは近年のことである。このことは、小児病棟に入院する子どもについても同様であり、治療が最優先され、保育は二の次とみなされてきた。しかし、病院という特殊な環境と治療という苦痛を伴う体験は子どもの心身に負担を与える。そればかりでなく、治療面ばかりが優先され情緒的刺激が不足すると、いわゆるホスピタリズム症状が引き起こされる危険性が高まる。帆足らによる研究によると、新生児センターに配置される保育士は、母性養護の欠乏によるホスピタリズムを予防するため、新生児の生理的欲求の充足にとどまらず、皮膚の接触・包容・愛撫などの刺激を与え精神的欲求を受け入れる役割を担っていると報告されている⁷⁾。ホスピタリズムを予防し、入院児の発達を促しQOLを向上させるために、精神的欲求を受け入れ、情緒的刺激を与え続けるという保育士の役割は、新生児にとどまらず、子ども期全般において重要であるということが明らかになってきたのである。

このように、治療の二の次とされてきた保育について見直す動き、すなわち、患児のQOL向上の重視という潮流が、医療現場に保育士を配置する必要性が理解されることにつながっていったのである。

また、このような潮流は、患者の権利擁護意識の向上に関する国際的動向にも影響を受けていると考えられる。1980年代には、イギリスで「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（HPS）」、アメリカで「チャイルドライフ・スペシャリスト（CLS）」という、入院児を対象に遊びのプログラムを提供し、苦痛や精神的負担を和らげ、QOLを向上させることを主な業務とする専門職の国家資格が登場する。さらに、1988年5月には、病院の子どもヨーロッパ協会（EACH）により「ライデン憲章（病院の子ども憲章）」⁸⁾が採択されている。なお、1989年11月には、「児童の権利に関する条約」が国連で採択されたが、同条約においても、病気の子どもの権利保障について言及されている。このように、1980年代の欧米諸国では、入院児の権利擁護が急速に進展したのである。

わが国では、1994年の「児童の権利に関する条約」の批准に伴う子どもの権利意識の向上を背景に、たとえ病気であっても発達する権利を保障しなければならないという認識がもたれるようになり、特別支援学校による病院内学級の設置のほか、プレイルームの設置や病棟保育士の配置、ボランティアの受け入れ等、先駆的な取組が見られるようになった。そして、近年ようやく「医療保育専門士」資格が登場したのである。これは、欧米諸国の動向から20年ほど遅れて取り組みである。

なお、日本における「医療保育専門士」は、保育士資格取得を基礎条件としており、保育を基礎知識にした専門家の養成を目指しているが、イギリスの「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト (HPS)」やアメリカの「チャイルドライフ・スペシャリスト (CLS)」などは、小児病棟を職域とする専門職をそれぞれ独自に養成する方法を採用している。つまり、日本の保育士資格のように、様々な職域を一つの資格で働けるようにするという方法を採用しておらず、それぞれの職域において専門職を養成しているのである。そこに、諸外国とわが国の間に保育士養成方法における大きな違いが存在する。

(3) 医療現場に従事する保育士に関する制度展開

「医療保育専門士」資格創設をはじめ、医療現場で保育を行う保育士についての制度展開が見られるようになったのは、1990年代後半からである。それまでは、実態として保育士を導入する小児病棟は存在していたが、ごく少数であるとともに制度化されたものではなかった。

まず、1998(平成10)年5月に通知「病棟保育士配置促進モデル事業の実施について」(児発413号)が出された。この通知が、「医療保育専門士」資格の創設の契機になったと考えられる。同通知によるとこの事業は、病院で長期にわたり療養生活をしている慢性疾患児等に対し、保育士による相談や生活指導、遊びを通して心身の発達の助長等を行うとともに、家族への相談指導等を実施するため、医療機関に保育士の配置に要する経費を補助することにより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するものである。児童の生活指導等を専門に行う原則として常勤の保育士1名を小児病棟に配置することとなり、補助期間は、原則3年が限度とされた。

なお、このモデル事業開始の前年である1997(平成9)年6月には、全国病棟保母研究会が発足し、2001(平成13)年には、現在の日本医療保育学会へと名称変更している。さらに、2007(平成19)年には同学会において「医療保育専門士」資格が創設される。発足当時の名称が全国病棟保母研究会であることからわかるように、「医療保育専門士」資格は、小児病棟で保育を行う保育士、いわゆる病棟保育士の研究と、制度展開を背景に創設されたことがわかる。

さらに、2000(平成12)年11月には、政府により「健やか親子21検討会報告書—母子保健の2010年までの国民運動計画—」が発表された。そのうち、小児の入院環境と在宅医療の項目で、小児医療機関における保育士の配置については、以下のように言及されている。

「小児の入院については、成長・発達途上にある小児の特性を踏まえ生活環境の整備を行

う。特に、病室内に親が付き添うためのスペースの確保や院内における患児の日常生活介助のための環境の整備、また、長期に入院する患児の心のケアのための心理職や院内保育士の確保、プレイルームの整備、院内学級の整備による教育機会の提供等の取組を行う。

また、患児の家族のために医療機関併設の宿泊施設の整備や、長期入院する患児の家族が持つ悩み等を気軽に相談できる体制を整備する。さらに、子どもが病気になった時に、親が周囲に気兼ねなく休める社会環境を実現していく。NICU（新生児特定集中治療室）に長期に入院する患児や急性期を乗り切ったハイリスク児、長期慢性疾患児等について在宅医療を推進するための体制を整備する。また、地域における児童福祉施設や養護学校などの教育施設とのコーディネート機能の強化や、訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるショートステイなどの在宅医療を支援する体制の整備を図る」（下線は筆者による）

なお、同報告書は、目標値も設定しており、2006（平成18）年には、中間評価報告書が発表されている。「3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」の「3-21 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合」という項目を見ると、院内学級の設置率は、策定時（2001年）には30.1%であったが、2005年の中間評価値は、26.1%に減少している（目標値は100%）。また、遊戯室についても、策定時（2001年）68.6%であったのが2005年の中間評価値は37.0%へと大幅に後退している（目標値は100%）。このように、小児医療環境整備は全体的に進展するどころか後退している現状であり、目標達成にはほど遠い。また、医療保育士の配置については、報告書の中で言及されているが、目標値自体が存在していない。

また、診療報酬の改定も、小児病棟における保育士の配置を促進する要因となっている。診療報酬の改定は、財政的に小児病棟への保育士配置を支え、促進させたと考えられる。2000（平成12）年3月に通知「新診療報酬点数表（平成六年三月厚生省告示第五四号）等の一部改正等について」（保発第35号）が出され、小児入院医療の充実を図るため小児入院医療管理料が新設された。2002（平成14）年3月には、通知「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（厚生労働省告示第71号）、「基本診療料の施設基準等を定める件」（厚生労働省告示第73号）が出され、病棟に専ら15歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が1名以上配置されていること、小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していることが、小児入院医療管理料に係る加算の施設基準とされた。そして、この施設基準に適合している病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、一日につき所定点数に80点を加算することとされたのである。

さらに、2006（平成18）年には、通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（保医発第0306002号）が出され、小児入院医療管理料に係る加算の施設基準が以下のように改正された。

(1)当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。(2)内法による寸法で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟（小児入院医療管理料3においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。(3)プレ

イルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

上記通知と同時に、通知「『診療報酬の算定方法を定める件』等の改正について」（保発第0306012号）も出され、小児入院医療に係る評価の見直しが行われた。小児入院患者の療養生活指導の充実を図るため、従来は80点だった「プレイルーム、保育士等加算」が100点へ引き上げられ、保育士配置の財政的基盤が強化された。

また、現状としては、2005（平成17）年度に行われた「児童関連サービス調査研究等事業医療施設における病児の心身発達を支援する保育環境に関する調査研究」⁹⁾によると、約3000の医療施設を対象に調査したところ、保育士が配置されている施設は10.3%にとどまると報告されている（回収率97.3%）。全国の小児医療総合病院を中心に、350施設で保育士が配置されているとされるが、この報告を見る限り、制度的進展はみられるものの、医療施設全体での保育士の配置は、あまり促進されていないようである。

（4）医療現場に従事する保育士の制度的位置づけ

「医療保育専門士」は学会認定の民間資格であることからわかるように、医療現場を職域とする保育士の制度的位置づけは未確立だといえる。ただし、厚生労働省によるいくつかの通知を手がかりに、政策主体の医療現場に従事する保育士の位置づけについての意図を読み取ることができる。

まず、1998（平成10）年5月に出された通知「病棟保育士配置促進モデル事業の実施について」（児発413号）は、「病院で長期にわたり療養生活をしている慢性疾患児等に対し、保育士による相談や生活指導、遊びを通して心身の発達の助長等を行うとともに、家族への相談指導等を実施する」ことを目的としたものであり、そこに保育士の役割を読み取ることができる。

一方、病棟保育士配置に関する動向とは異なるが、従来より重症心身障害児施設等、病院が併設された児童福祉施設に従事する保育士の役割についての政策主体の見解も存在している。1967（昭和42）年に重症心身障害児施設が児童福祉法に位置づけられ、国立療養所（2004年度以降は、独立行政法人国立病院機構）の重症児棟を中心に整備が図られた。同時に、児童福祉施設最低基準（昭和23年厚生省令第63号）第73条において、医療法に規定する病院として必要な職員のほか、保育士などの福祉系職員についても配置するよう規定された。重症心身障害児施設は、児童福祉施設であるが同時に医療法に規定する病院でもあり、重度の知的障害と身体障害を併せ持ち、医療的ケアを要する子どもが入所する。そのような特徴をもつ施設であるため、保育士と、医療職をはじめとした他の専門職種との役割分担を明確にしておかなければ、混乱をきたす恐れがあった¹⁰⁾。そこで、1982（昭和57）年に厚生省は、通知「国立療養所における児童指導員及び保母の標準業務について」（療第50号）を出した。そこで、保母（保育士）の業務は、医療チームの一員として、保育資料（発達状況や問題状況等）を収集すること、保育計画を作成し、保育の実践（基本的生活習慣の指導、設定保育、趣味娯楽の指導等）を行うこと、その他、院内各部門・関係諸機関・家庭等との連絡調整、保育環境・器具物品等の維持管理などと規定され

た。

この通知によると、保育士は「医療チームの一員」であり、医師や看護師等医療職とは異なり医療行為は行わないが、他の職種とカンファレンス等を通して有機的な連携を保ち、計画的に保育を提供していくことが求められている。保育所保育士と最も異なるのは、他職種、特に医療職との有機的連携が求められる点であり、そのためのカンファレンスは、子どもの疾患についての状況等を把握するため、医療的な専門用語についても一定水準以上の理解が必要となる。しかし、このことに対応して保育士養成課程が改編されることはなく、十分な学習量が保障されなかった。重症心身障害児施設等で働く保育士は、業務上必要な知識を基本的に自主的な学習を通して身につけていくほかなかったのである。

また、保育士と看護職の位置づけについて、2006（平成18）年3月に厚生労働省から通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（保医発第0306002号）が出され、入院患者の数及び看護要員の数等について規定された。

「看護補助者の数を算定するに当たっては、看護師、准看護師を看護補助者とみなして差し支えない。また、小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保護等に当たっている保育士については、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することができない」

看護補助者とは、免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護助手、介護職員等）と一般的に理解されている。看護補助者とは、看護師の監督のもと、看護業務の補助を行う者をさしており、保育士についても小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士以外は、看護補助者として見なされる場合があるのである。福祉系の国家資格でとして位置づけられている保育士が、医療系の国家免許である看護師の指導監督のもとで従事するということが起こりうる。このことは、職種の序列化という事態を生み出し、病棟保育士の地位や待遇に影響を与えたと考えられる。なお、このような現象、つまり医療現場に福祉職が参入する事で起きる職種の序列化の問題は、介護福祉士などにおいても見られる。戦後一貫して、医療技術の向上を背景に看護師の業務が増大したため、看護師の業務は医療的側面に集約されていく一方、従来看護師により担われてきた生活面でのケアについては、福祉職等他の専門職により専門化され分化されつつある。近年は、特にその傾向が顕著となってきたと考えられる。

4. 考察

保育士養成は、保育所の量的拡大を背景に、保育所保育士を主眼とした養成課程としての性格がつけられるとともに、幼稚園教諭養成課程との接近が図られていった。一方、施設保育士については、その専門性が深く議論されることはなく、養成課程についても手を加えられることはないまま今日まで至っている。同時に、社会の変化に伴うニーズの多様化・複雑化により、施設

種別は専門分化し、また、家族援助など高度で多様な専門性が求められるようにもなった。そのため、実際に現場で施設保育士に求められる専門性と、養成課程の内容との間に大きな隔たりが生じるようになった。さらに、「医療保育専門士」資格創設に代表されるとおり、小児病棟など児童福祉施設以外においても保育ニーズが出現した。このことから、保育士の職域は拡大し、その専門性も各職域に合わせた高度なものになっていく傾向が進むのではないかと考えられる。

「医療保育専門士」資格成立は、戦後の医療水準の向上とそれに伴う疾病構造の変化、患者の権利擁護と QOL 向上の取組の進展を背景に、小児病棟で主に慢性疾患児を対象に保育を行う保育士の先駆的実践と、それを後押しする制度の進展が見られたことを契機としている。制度的展開については、1998（平成 10）年 5 月に通知「病棟保育士配置促進モデル事業の実施について」（児発 413 号）における病棟保育士配置促進事業の開始、2006（平成 18）年の通知『「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正について」（保発第 0306012 号）における保育士等加算の診療報酬の 100 点への引き上げなど、1990 年代後半以降、一定の前進が見られた。しかし、現状としては、小児病棟における保育士の配置は低率である。

このように、制度的進展がみられたものの完全に整備されたわけではないので、小児病棟に配置される保育士の位置づけについても課題がある。特に、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士以外は、看護補助者として見なされる場合があり、このことが職種の序列化を生み出し、保育士の地位や待遇について他職種より低位に位置づけられる等の可能性が懸念される。なお、このような現状を受けて、医療現場で働く保育士の専門性と地位向上を目指したのが「医療保育専門士」資格の創設の経緯であると考えられるので、今後の動向に注目していく必要がある。

なお、医療的ケアを要する子どもが存在するのは小児病棟だけではない。戦後、保健医療水準の向上と制度の整備、そして障害種別による施設の専門分化という潮流の中で、障害児系の児童福祉施設においても展開されてきた。1947（昭和 22）年の児童福祉法成立当時、障害児系施設は、主に身体障害児を対象とする「療育施設」と知的障害児を対象とする「精神薄弱児施設」のみであった。その後、1949（昭和 24）年に療育施設から「盲ろうあ児施設」が独立、1950（昭和 25）年には療育施設が廃止、「虚弱児施設」（1997 年廃止）と「肢体不自由児施設」が制度化された。さらに、1967（昭和 42）年には、「重症心身障害児施設」が新設された。

障害種別ごとに専門化していく施設の中で、肢体不自由児施設と重症心身障害児施設については、児童福祉施設であると同時に、医療法に基づく病院でもあるという特徴をもつ施設として登場した。特に、重症心身障害児施設の入所児の中には、超重症児とよばれる自発呼吸や栄養摂取までもが難しく、呼吸器や経管栄養など医療を日常的に必要とする子どもも存在する。そのため、そこで働く保育士は医療や看護に関する一定の専門知識を備える必要性が出てきた。また、医療職をはじめ他の専門職種と保育士との役割分担が明確化されていなかったため、1982（昭和 57）年に通知「国立療養所における児童指導員及び保母の標準業務について」（療第 50 号）が厚生省から出され、不十分ながら対応が行われた。このように、重症心身障害児施設等の児童福祉施設でも、小児病棟で働く保育士と同じ課題、つまり他職種との連携・役割分担について実践的に取

り組んできた経緯がある。

このように、他職種との連携や専門性の向上など、「医療保育専門士」資格成立の契機となった課題は、重症心身障害児施設をはじめとした児童福祉施設に従事する保育士の課題と同型であるといえる。つまり、他職種との連携や専門性の向上といった保育士養成の課題の一部を補完するために創設されたのが「医療保育専門士」資格であるという捉え方もできるのである。施設保育士の問題を手つかずのままとした現行の保育士養成の制度的不備について、特に医療と関連する児童福祉施設を職域とする保育士の専門性を補う役割を、「医療保育専門士」資格は意図せずとも一部担っているといえるのである。

5. おわりに

以上のように「医療保育専門士」資格の成立過程を分析してきたことにより、「医療保育専門士」資格の創設は、保育士資格制度のあり方を問い直すの潮流の一つであることが明らかになった。特に、保育士の職域は児童福祉施設以外にも広がり、もはや保育士という一つの資格によってその役割や専門性を明確に統一できなくなっていることを明らかにした。そして、このことは、現状の保育士養成課程が現代の子どもと家族のニーズに対応しているかどうか問い直す契機となっているといえる。

「医療保育専門士」資格が、現行の保育士資格取得を前提に、研修や論文作成などを通してさらに専門性を積み上げ取得する仕組みとなっていることからわかるように、短期大学や専門学校等による2年制の保育士養成課程では、もはや小児病棟など高度な専門性が求められる現場において実践していくことは難しくなっている。児童養護施設や乳児院をはじめとした養護系児童福祉施設についても、戦後処理的役割としての家庭養育代替機能から、虐待など現代家族の歪みを要因とする養護問題の受け皿としての役割を担うようになったが、そのような実態に対応できるだけの専門性が十分に担保されていないという問題が存在する。さらに、保育所以外の児童福祉施設では、児童指導員等も配置されているが、保育士の業務と重なる部分が多く、職種による役割分担が明確ではない。このように、小児病棟で働く保育士に関する問題と、保育所以外の児童福祉施設の問題は、共通する部分が多い。

そして、「医療保育専門士」の養成のように保育士資格を基礎にして、職域に応じてより高度な知識・技術を上積みするという養成方法が、このような問題を打開する方策の一つであるとともに、今後の保育士のあり方の一つの方向性を示している。ただし、どのように保育士養成課程を改編するにしても、その前提として、児童指導員をはじめ保育士の業務・役割との違いが明確でない職種との関係を整理し、保育士の職域と、何を専門とするかという位置づけを明確にする作業が必要となる。さらに、保育士の職域をどこまでとするかという線引き作業も必須である。こうした作業を行った上で、保育士の養成課程を見直さなければならない。

なお、本論文では、紙幅の都合上、「医療保育専門士」のカリキュラム検討が課題として残っ

てしまった。そのため、別稿にて「医療保育専門士」のカリキュラム、そして、保育士養成課程を比較検討し、今後の保育士養成のあり方を展望したい。

【引用文献】

- 1) 社団法人 全国保育士養成協議会専門委員会『保育士養成資料集第 48 号 保育士養成システムのパラダイム転換Ⅲー成長し続けるために養成校でおさえておきたいことー』社団法人 全国保育士養成協議会 2008 年 5 月 P17
- 2) 『医療保育テキスト 日本医療保育学会認定医療保育専門士研修用テキスト』日本医療保育学会 2009 年 7 月 Piv
- 3) 日本医療保育学会公式ホームページ <http://wwwsoc.nii.ac.jp/jscep/framepage1.html>
- 4) 同上
- 5) 吉武香代子『小児看護への思い私の看護の原点』へるす出版 2002 年
- 6) 松下竹次監修『キャリアオーバーと成育医療ー小児慢性疾患患者の日常生活向上のためにー』へるす出版 2008 年 11 月 P3
- 7) 帆足英一ほか「小児医療における療養環境のあり方に関する研究」(厚生省心身障害研究分担研究課題) 1994 年 3 月 P281-283
- 8) 「こどもの病院環境&プレイセラピーネットワーク」公式ホームページ「病院のこども憲章」
<http://www.nphc.jp/charter.jp.htm>
- 9) 長嶋正實(主任研究センター)「平成 17 年度児童関連サービス調査研究等事業報告書 医療施設における病児の心身発達を支援する保育環境に関する調査研究」財団法人こども未来財団 2006 年 2 月
- 10) 山田千明ほか「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第 25 号 2009 年 P145-146

【参考文献】

- 1) 「小児看護」第 32 巻第 8 号 へるす出版 2009 年 7 月
- 2) 米山岳廣ほか編著『病児と障害児の保育ー基礎と実際ー』文化書房博文社 2008 年 12 月
- 3) 社団法人 全国保育士養成協議会専門委員会『保育士養成資料集第 48 号 保育士養成システムのパラダイム転換Ⅲー成長し続けるために養成校でおさえておきたいことー』社団法人 全国保育士養成協議会 2008 年 5 月

(名古屋経営短期大学子ども学科 講師)