

保育所における医療的ケア児の受け入れ体制 に対する一考察

——園内での連携体制の構築に関連して——

三山 岳*¹・山本理絵*²・渡邊眞依子*¹・瀬野由衣*¹・森川夏乃*¹

1. 研究の背景と目的

1-1. 医療的ケア児を含む保育の現状

新生児医療の進歩や NICU（新生児特定集中治療室）の普及により、超未熟児や先天性疾患のある子どもなどの命が救われるようになった。1990年に出生数1,000人当たり4.6人だった乳児死亡率は2022年には1.8人にまで低下している（厚生労働省，2023c）。これに伴い、NICUなどを退院したあとも、引き続き人工呼吸器の使用や喀痰吸引、経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な子どもである医療的ケア児の数が増えている。厚生労働省の調査によると、2021年における19歳以下の医療的ケア児は20,180名とされ、9,937名であった2006年からの15年で倍増している（厚生労働省，2022a）。この医療的ケア児の増加に合わせ、保育ニーズが高まっていった（みずほ情報総研，2021）。

また、2016年には児童福祉法が改正され、自治体に対して医療的ケア児の支援のために必要な措置を講じることが努力義務化されると、厚生労働省は2017年度から「医療的ケア児保育支援モデル事業」を保育所等で開始した。さらに2021年には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（医療的ケア児支援法）が施行された。この法律で医療的ケア児に対して保育を行う体制の拡充が図られるよう、保育所等に対する支援その他の必要な措置を講ずることが自治体に求められるようになり、先の厚生労働省によるモデル事業も2021年度から「医療的ケア児保育支援事業」として一般事業化された（厚生労働省，2023d）。

こうした背景から、児童福祉法が改正された2016年度に全国292か所、在籍数323名だった医療的ケア児の保育は、医療的ケア児支援法が施行された2021年度

には全国621か所、在籍数も768名と着実に増えている（厚生労働省，2023a）。なお、0～4歳児の医療的ケア児の数は約6千名と推定され（みずほ情報総研，2021）、保育所や幼稚園を利用したことがある家庭は約2割という調査結果がある（みずほ情報総研，2016）。だが、この調査は医療的ケア児支援法施行前であることや、荒木（2019）の調査では医療的ケア児の母親の就労率が4割を超えていることから、潜在的な保育ニーズはもっと高いと推測される。「医療的ケア児保育支援事業」の活用もまだ十分でなく、2020年度は受け入れ施設が全国526か所であったのに対して、公募を経て事業を活用できたのは109か所のみになり、全体の2割程度である（厚生労働省，2022b）。井上・長谷川（2019）が指摘するように、保育所への入所を希望する医療的ケア児の受け入れ状況にはまだまだ課題があると言えるだろう。

1-2. 医療的ケア児を含む保育における課題

医療的ケア児の保育実践の報告は、経管栄養を必要とする重症心身障害児の事例を取り上げた青山（2001）をはじめとして、2000年代以降にみられるようになり、医療的ケア児の保育への関心の高まりとともに、詳細な実践事例が報告されるようになった（みずほ情報総研，2017；全国保育士会，2019など）。

同時に事例研究も進み、医療的ケア児に対する保育の意義が明らかになってきた。例えば、植田・三上・松本・杉本・末光・笹川（2020）は保育における医療的ケア児の健康の維持は、生命の安全が確保されることだけでなく、社会生活の経験があつて初めて実現されることを見出した。また、二宮（2021）は医療的ケア児の発育・発達をうながす保育の機能として、①

様々な感情の経験、②仲間関係の形成、③試行錯誤の促進、④自己主張と自己抑制の促進、⑤様々な職員との相互作用、⑥様々な子どもとの相互作用、があることを明らかにした。さらに高橋 (2022) は、保育での医療的ケアはケア自体が主体でなく、生活の一部であるため、医療的ケア児が他児と関係性を築き、成長発達できるよう関わるのが重要であることを指摘している。医療的ケア児と他の園児が互いの違いを認め合いながら成長・発達していく点は、インクルーシブ保育の理念とも合致している (西岡・山本, 2023)。

このように、医療的ケア児を含んだ保育は保護者の保育ニーズを充足するだけでなく、医療的ケア児本人の発育や発達に良い影響を与え、保育でインクルーシブな環境が実現する契機ともなる。しかし、医療的ケア児の受け入れの難しさは、医療的ケア児の生命が危機に晒されないよう、設備整備などハード面での環境と運用のためのソフト面の両方で環境整備が必要となることにある (塩之谷・多治見, 2023)。

これらの環境整備を整えるため、厚生労働省は子ども・子育て支援推進調査研究事業のなかで『保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン』(みずほ情報総研, 2021) を作成し、医療的ケア児を受け入れている自治体や受け入れ園が環境構築するための支援をしている。しかしこのガイドラインでは、自治体が医療的ケア児を保育で受け入れるためには、自治体独自のガイドラインやマニュアルの整備、研修の実施が重要であるとされているものの、実際に医療的ケア児のいる自治体であっても、ガイドラインの整備は3割、研修の実施は2割5分に留まっていることが強く懸念されている (みずほ情報総研, 2021)。

また、園内での受け入れ体制の構築については、三上・松本・植田・笹川・村下・江田 (2020) が医療的ケア児の受け入れに関する先行の研究動向をまとめる中で、①看護師配置、②施設間の連携強化、③園全体での取り組み、④保護者の積極性、という点が課題となっていることを示した。

特に現状でも課題として大きいものは①看護師配置の問題である。みずほ情報総研 (2021) の全国市町村への悉皆調査でも、受け入れにあたっての最も大きな課題は「医療的ケアを実施できる看護師を確保できない」(70.6%)であった。この点を検討した松本・笹川・植田・三上・杉本・末光 (2019) は看護師の配置には「看護師の確保」「看護師の対応力」「看護師の専門性が発揮できる配置」の順に段階的に課題があると指摘

している。園での医療的ケアは、一定の研修を受け、登録をすることで、保育士等でも「認定特定行為業務従事者」となることで特定の医療的ケアを実施可能であるが、看護師はたん吸引の管の挿入を認定従事者よりも深く挿入できることや、インシュリン注射や緊急時対応などで幅広い医療的ケアが可能なることから、看護師を園が確保できるかが環境整備のうえで重要となる (井上・長谷川, 2018; みずほ情報総研, 2021)。

加えて、仮に看護師が確保できたとしても、「看護師の対応力」や「専門性が発揮できる配置」という課題が問われてくる。「看護師の対応力」では看護師が小児の看護経験を持っているかが重要で、保育所等の看護職(看護師・保健師)を対象とした過去の調査では、保育と看護の業務の違いの悩みも加わって、看護師の離職につながることを指摘されている (稲毛, 2007; 金城, 2013; 八田・金城, 2015)。「専門性が発揮できる配置」についても、保育所設置基準により看護師は0歳児クラスに配置が可能となっているため、看護師の確保が難しい場合、医療的ケアの業務と兼務になっていることもあり、看護の専門性を十分に生かせない場合があると指摘されている (空田, 2019)。

こうした看護師の配置の課題に加え、園内の受け入れ体制の構築という点では、三上ら (2020) の課題のうち③園全体の取り組みも重要である。すわなち、担当となる保育者や看護師に対する園全体でのサポート体制の構築である (井上・長谷川, 2018; みずほ情報総研, 2021; 荻野・森本・尾内・松本・中川・橋本, 2022)。先行研究では、園内外における研修の実施や、同じ専門性を持つ同僚といつでも相談できる体制をとれるかどうかが鍵となっている (神道・増尾・伊藤・大西, 2013; 横山, 2020; 塩之谷・多治見, 2023)。また、保育者と看護職との連携の構築も重要であり、園全体の共通認識や情報共有、役割分担の確認が重要だと指摘されている (空田, 2021; 澤・二宮, 2023; 塩之谷・多治見, 2023)。

1-3. 本研究の目的

医療的ケア児を含む保育において、その保育ニーズは確実に増えているが、受け入れ体制を整備するための課題も大きいため、受け入れ施設数や在籍人数の急激な進展につながりにくい (松本ら, 2019)。しかしながら、児童福祉法の改正や医療的ケア児支援法の施行により、医療的ケア児に対する受け入れ数は、そのニーズをまだ十分に受け止められていないが、保育実践の内実に踏み込んだ検討を始めるだけの段階になっ

てきている（二宮，2021）。その検討を実際に深めるため、二宮（2023）は「医療的ケア児保育支援（モデル）事業」に加わった自治体を分析し、その特徴から公立機関の機能を最大限まで活用する「公立機関型」、医療的ケア児保育に必要な専門的なサービスを集約した拠点的役割をになう「拠点園型」、地域に点在している様々な機能をミックスして連携させる「ネットワーク型」の3つの理念型に分類し、それぞれの長所短所を検討している。

実際、厚生労働省は医療的ケア児の受け入れ体制を構築するには、これまでの障害児保育の体制や、地域にある資源の内容、自治体の予算規模などが関係するため、自治体ごとのガイドラインやマニュアルを作成することを提案している（みずほ情報総研，2021）。つまり法整備や医療的ケア児を含む保育の実践報告、先行研究が蓄積しつつある現在、地域の状況に応じて生じる課題や問題の特徴について、検討する時期に来ているといえよう。そのことによって、地域の状況に応じて構築した受け入れ体制の短所について検討し、改善することが可能となる。

そこで本研究の目的は、こうした地域の状況に応じて生じてくる課題、特に受け入れ体制の構築に及ぼしている影響因について分析し、その課題に対してどのように対処すべく、保育現場では対応しているのかを明らかにし、医療的ケア児を含んだ保育がより進展していくための一助としたい。

2. 研究の方法

2-1. 調査方法

Z県X市の担当課に調査協力を依頼し、支援事業概要や成果、課題を聞き取ったうえで、医療的ケア児を受け入れている保育園の紹介を受け、各園の担任保育士、看護職（看護師・保健師）、管理職（園長・主任）に、1名につき60分程度インタビューを実施した。なお、担任保育士や看護師・保健師が複数名いる場合、園の判断で最適と考えられる職員1名にインタビューを受けてもらった。また、同じ園の対象者が1名ずつインタビューに応じるか、あるいは合同で一緒にインタビューに応じるかは、園の都合に任せた。インタビュー内容は、研究協力者の同意を得て録音し、逐語録を作成し、それを元に分析した。

インタビュー調査に協力が得られた園はいずれも公立で、A園からG園の7か園であり、ケアの内容は、胃ろう、酸素吸入・吸引、血糖値測定、インスリン注

射、経管栄養、尿道・排便と多岐にわたっていた。

2-2. 調査時期

202X年1月末～2月。著者らが手分けして1～2園担当し、聞き取り調査を行った。

2-3. インタビュー内容

①初期の頃の戸惑いや不安（管理職としての受け入れ前後の業務内容を含む）／②医療的ケア児に対する配慮、困難／③医療的ケアに関する園内外での研修・学習会への参加／④担当（看護職・管理職を含む）として、クラス・園の子どもたちに対する配慮、困難／⑤医療的ケア児の保護者に対する配慮、困難／⑥担任として、クラスの子どもの保護者に対する配慮、困難／⑦担任、看護師との役割分担の考え方と実施・援助方法／⑧担任と看護師との連携の内容、配慮、工夫／⑨園内の他の職員との連携の内容・方法／⑩他機関と連携・相談したこと（主に看護師）／⑪園に必要な環境整備について／⑫医療的ケア児の担当を経験しての感想（変化）、課題

2-4. 倫理的配慮

担当課とインタビューへの協力者に、研究目的と研究の意義、研究協力への自由意志の尊重、安全性への配慮、プライバシーの保護などを文書と口頭で説明し、協力への同意書を書いてもらった。なお、本研究については愛知県立大学研究倫理審査委員会に申請し、承諾を得ている（承認番号：教福2021-07）。

3. 結果と考察

3-1. 本研究で取り上げる論点

本研究の調査対象であるZ県X市の公立園の支援体制は、二宮（2023）のいう理念型にあてはめると「公立機関型」と「拠点園型」を併せ持った形態に近いと考えられる。二宮の研究における「拠点園型」の事例では、先進的な取り組みを行ってきた民間園に医療的ケア児保育に必要な専門的なサービスを集約した拠点的役割を担わせていた。X市の場合、公立園と民間園どちらも医療的ケア児の保育を行っており、制度上、利用調整・利用決定の仕組みは公立・民間園ともに整っている。しかし公立園の場合、原則として拠点的役割をもつ園での受け入れに調査時点では限られていた。民間園でも医療的ケア児保育事業を実施しているが、利用調整・利用決定の流れはX市が作成したガイドラインに基づいて公立園と異なる形で行われていた。従って、公立園に限れば拠点的役割を持つ園に受け入れを集約している状況であり、その意味で今回の調査

対象である公立園での医療的ケア児保育の仕組みは、公立機関の機能を最大限に活用する「公立機関型」にも該当すると考えた。

X市では成人するまでの時期の施策や事業を総合的に管轄する部局に、公立と民間の保育を企画・運営する担当部署が置かれており、その部署が医療的ケア児の受け入れガイドラインを策定している。全国の自治体でガイドライン策定が3割であることを踏まえると、行政のなかで保育担当部署と関係の近い各課が同じ部局で緊密に連携しており、身近な地域で医療的ケア児の保育を安定的に提供することができる体制が整っているといえる。そこでまず、①X市が公立園ではどのように受け入れや連携の体制を整えているかを整理・考察する。

また、X市では医療的ケア児を受け入れている園は、病児保育や地域の子育て支援の拠点ともなっている。つまり、支援のノウハウと蓄積が図りやすいだけでなく、保健師が医療的ケア児担当の看護師とは別に常駐で配置されているなど、市の公立園における拠点の役割が非常に強い。二宮（2023）は拠点園型の事例として看護師の複数配置を特徴的に示していたが、保健師は看護師資格を必須要件とするため、X市も医療的ケア児の受け入れ園は必ず看護師免許を持つ職員が複数配置となっている。今回のインタビューの逐語録を分析すると、7園中の6園で看護職の複数配置における連携の難しさに言及していた。このような知見は従来の研究では語られておらず、拠点園型独自の課題と推測された。そこで、②看護職の複数配置における連携の難しさについて分析・考察を行う。

そして最後に、今回の調査ではインタビューを行った全園で管理職にインタビューを行っている。先行研究では保育者や看護師を対象とする調査が多く、管理職の役割に焦点を当てたものは少なかった。そこで③「公立機関型」と「拠点園型」の特徴を併せ持った公立園において、受け入れ体制の構築に果たしている管理職の役割について論じることとする。

3-2. 受け入れと連携の体制について

表1～3は二宮（2023）の「公立機関型」と「拠点園型」の自治体における「受け入れの主な条件」「医療的ケアを担う職員の体制」「研修および連携体制」にX市公立園での情報を加えたものである。インタビューで詳細に語られなかった部分は、X市の医療的ケア児の保育受け入れに関するガイドラインに記載されている情報を追記した。

まず、「受け入れの主な条件」（表1参照）を比較すると、通常の利用調整とは別に、見学や体験保育を含めた事前相談や検討会の機会を設け、集団保育の可否を基準に、受け入れられるどうか時間をかけて協議していた点は二宮の「公立機関型」、「拠点園型」と同じであった。ガイドラインには利用までのプロセスチャートがあり、市役所や園がいつまでに何をすべきかが分かるように工夫されていた。またX市では見学と園との相談は別日を設け、丁寧に時間をかけていた。

また、医療的ケアの提供方式は「公立機関型」と「拠点園型」と同様、医療的ケアの提供可能な園を整備しておく方式であった。X市の場合、公立園では利用決定と同時に担当課が医療的ケアを実施する看護師等の配置について調整し、園は医療的ケア児の状況に応じた環境整備等を行うため、将来的には拠点園以外でも受け入れ可能なシステムになっている。

次に「医療的ケアを担う職員の体制」（表2参照）を比較すると、X市では公立機関型のように公立病院や保健所の正規職員の異動や出張による対応ではなく、拠点園型に近かった。別の拠点事業も担う保健師に、0歳児保育が一定数を超えていれば配置される看護師に加え、医療的ケア児のための派遣看護師を配置していた。派遣看護師は市が派遣会社と契約して派遣される。ただ、インタビュー結果では同じ看護師が毎日派遣される場合もあれば、流動性が高い場合もあった。また、派遣される看護師が必ずしも小児看護の経験があるとは限らないため、即戦力として医療的ケア児の対応ができるかどうかは不安定な実態がある。

保育士については二宮（2023）の調査では、どの型でも加配保育士が1対1対応で配置されていたが、X市は医療的ケア児保育のシステムとは別に、従来の障害児保育のシステムによって保育士の加配が決定されていた。派遣看護師が1対1で配置されているので、保育士の加配は必要に応じて決定できる仕組みになっていると思われる。

「研修および連携体制」（表3参照）を比較すると、X市は他の自治体と同等以上のサポート体制が整備されていることが分かる。園で毎月保育士と看護師が一緒に行う会議をしている園がほとんどであり、園長や看護師は医療的ケア児の利用決定後と、加えて年に1回は主治医と面会して、具体的な指示を受けることができる。また、市が開催する情報交換会が園長だけでなく保健師にもあることで、保健師同士で相談ができる仕組みができています。インタビューではその存在が

保育所における医療的ケア児の受け入れ体制に対する一考察

表1 受け入れの主な条件

	X市（公立園の場合）	K市（公立機関型）	H市（拠点園型）
事前相談や見学	事前相談により役所が見学園を案内し、事前見学を行う。	担当部署での事前相談や公立園での体験保育（半日）を行う。	拠点園を会場として入園相談・面談を行う。
利用調整前の検討	主治医の意見書兼指示書と保育園との面談（見学とは別）の結果をもとに、「医療的ケア児保育支援検討会」で受け入れの可否を決定する。	主治医および「K市保育所入所児童等健康管理委員会」において、集団での保育の可否を判断する。	「医療的ケア実施等検討会議」で、保育所での集団生活と医療的ケアの実施の可否を協議する。

注：K市とH市は二宮（2023）からの転載

表2 医療的ケアを担う職員の体制

	X市（公立園の場合）	K市（公立機関型）	H市（拠点園型）
看護師	拠点園（公立園）では別の事業の拠点的役割も担う正規保健師に加え、医療的ケア児担当の非常勤派遣看護師を複数配置。また0,1,2歳の乳児が基準以上の人数であれば、会計年度の看護師を配置。	医療的ケア児を受け入れている園では、看護師1名を独立配置。医療的ケアおよび、看護および保健分野の業務のみに従事し、クラス活動等の保育分野の業務は原則として行わない。	民間園では常勤看護師を複数配置。公立園では各園0歳児保育のための正規看護師1名に加え、2019年度より非常勤の加配看護師1名を配置。
保育士	医療的ケア児が従来の障害児の加配条件にあたる場合、加配として保育士を配置。	医療的ケア児1名あたり担当保育士1名加配。看護師が医療的ケアを実施する際、必ず付き添う。	民間園では医療的ケア児1名あたり担当保育士1名加配。公立園では2018年度以前は、複数名の保育士が第3号研修を受講。

注：K市とH市は二宮（2023）からの転載

表3 研修および連携体制

	X市（公立園の場合）	K市（公立機関型）	H市（拠点園型）
園内および園外との連携体制	拠点園では毎月1～2回、園内で振り返りや見直しの会議を開催。受け入れ園の園長と保健師がそれぞれ集まる情報交換会を年に複数回実施。拠点園の園長や担当看護師は、年に1回は主治医と面談。市内の医療的ケア児支援センターと相談・助言。	各園に「発達相談支援コーディネーター」をもつ保育士を1名以上配置。毎月1～2回、園内で「医療的ケア保育会議」を開催。	拠点園（民間園）では、職員も定期的に児童発達支援センターでの診察や療育に同行。保育所等訪問支援事業の活用。
担当看護師や担当保育士のバックアップ体制	拠点園では、別の事業の拠点的役割も担う正規の保健師に加えて、医療的ケア児の担当看護師（派遣）の複数配置。	同敷地内の保育・子育て総合支援センターの看護師が適宜フォロー。	拠点園（民間園）では、医療的ケア児担当の看護師と保育士の複数配置。
研修体制	拠点園で看護師が全職員対象の園内研修を計画・実施。担当看護師が受け入れ時に主治医と面談し、必要時は手技研修を主治医から受講。医師会の勉強会や、県が設置する市内の医療的ケア児支援センター主催の研修に、園長や保健師が自主参加。	市で「発達相談支援コーディネーター養成研修」を開催。年1回公立園の正規職員全員が医療的ケア児保育の研修を受講。	拠点園（民間園）では、毎年、全職員対象の園内学習会を実施。

注：K市とH市は二宮（2023）からの転載

非常に職務の上で参考になると保健師が語っていた。また、受け入れの際には発達相談支援コーディネーターによる助言も受けられ、役立っていた。

園内のバックアップ体制については、保健師・看護師が複数配置されていることで、園内で保育士が適宜相談できる仕組みとして役立っていることがインタビューで保育士から語られていた。ただ、保健師・看護師同士の連携では、3-3で後述するように、共通認識を持つことの難しさが複数の保健師・看護師から語られていた。

研修体制についても、市のガイドラインに年に1回は主治医と面会し、必要に応じて手技研修を受けることが明記されている。同様に園内では看護師が研修を計画・実施するように求められている。また、医療的ケア児支援センターが市に設置されており、医療的ケア児支援法に定められた通り、保育所等に助言を行えるよう電話相談をしたり、研修を実施したりしている。加えて、医師会や医療的ケア児支援センター主催による勉強会や研修会が市内で実施され、自主的に参加しているとする園長や保健師の語りもあった。ただ、担当保育士に対しては園内研修に限られ、園外での研修は用意されていない。保育士は園内、看護職は園外でも、という違いがみられた。

3-3. 看護職同士の連携の難しさ

インタビューでは医療的ケア児にどう関わるかを看護職同士で話し合って相談したり（A園看護職）、ケア担当の派遣看護師とクラスの保育士の間で見解の違いがあった場合には、職員会議に正規職員として参加し、市の連絡会で他園の情報も共有している保健師が看護の視点を説明して仲介したり（E園管理職）といった、看護職同士の連携に関する語りが聞かれた。また、先行研究でみられたように、以前は会計年度で看護師を探そうとしても見つからず、欠員が常態化していたが、市と派遣会社が契約することで医療的ケア児の保育ニーズに応じた時間帯での派遣看護師を配置できるようになった（E園看護職）、といった複数配置のメリットについても語られていた。しかし、7園中6園から聞かれた看護職同士の連携の難しさについての語りは非常に多く、それらの語りを整理してみると、大まかに①看護職同士の価値観の違い、②外部資源利用特有の難しさ、③看護職同士のコミュニケーション不足という3点が見いだせた。以下、それらについてインタビュー内容をもとに検討するが、プライバシー保護の観点から「看護職」と「管理職」に置き

換えるなどの処置を施した。

(1) 看護職同士の価値観の違い

実際、どんどんケアの子が増えるに従って職員も、看護職の数も増えて、なかなか全く同じ感覚を持つていうのが難しく。ちょっと看護職同士で話を聞いてると思いが食い違うこともあったりしますね。私よりも看護職が日頃のケアに入って、お互い思うことがあったりとか、自分はこういう意図を持ってやってる、自分はこういう意図を持ってやってるって、それぞれの話を聞くと考えずやってるわけではないので、そこをすり合わせるのって難しい。感覚なので、すり合わせるにしても、人の感覚って変わらなかつたりするじゃないですか。だから難しいですね。（D園看護職）

X市では高まる保育ニーズと看護師確保問題の解消を両立するため、派遣会社からの看護師を利用することで、医療的ケア児人数分の複数配置を実現している。ただ、看護職が増えることで、「保育園での看護」という考え方を統一してまとめるのが難しくなったという語りがみられた。その考え方とは大まかに言えば、保育活動に柔軟に参加すべきか、すべきでないか、といったいわば立場の違いである。

【柔軟に参加すべき】医療的ケア児の子は看護職の担当、みたいになるのはそれはやっぱり違うと思うんですよ。だって日常生活援助は、他の子の日常生活援助は保育士さんやるのに、別に医療的ケアでもない日常生活援助を看護職がやっちゃいけないことはない。（中略）すぐ看護職じゃなきゃいけないみたいになるのは違うかなと思っていて。（D園看護職）

【参加すべきでない】私はもう全然、保育には全く関わらないようにして。看護職の同僚にも言っているんですけど、違うなっていう思うところもあると思います。それぞれの考えだと思うし。私は看護職である以上、保育に携わらないようにしています。実際、（同僚のかかわり方を）見ていて、それは違うんじゃないと思うこともありますけど、私が言うことでもないで黙っています。（F園看護職）

この2つの立場は保育士が圧倒的に多い職場の中で、看護職としてのアイデンティティにかかわる事柄だと推測される。調査時期は年度末に近い時期であったにもかかわらず、複数の看護職同士でこの点をよく話し合ったという語りはどの看護職からもみられなかった。その背景には後述するように、複数配置といっても正規・非正規で異なる勤務時間の違いや、極端だと日替わりあるいは短期間の派遣という期間的な制約から話し合う時間がないことも背景にあるだろう。看護職は保健師を含め、看護師の資格をベースに持ち、同じ専門性を対等に持っているからこそ、保育

活動に対する相手の考えにまでは何が正しいと言うことができず、互いに話し合いを深めることがためらわれるのかもしれない。

(2) 外部資源（派遣・訪問看護）利用特有の難しさ

管理職・看護職どちらからも、会計年度で看護師を探そうとしても、結局見つからず、欠員状態になることから、外部資源である派遣や訪問看護の利用が欠かせないという現状が語られた。看護師確保の難しさはX市に限らず、先行研究でもみられた課題である（例えば松本ら，2019）。ただ、インタビュー結果から、派遣という形態を利用することによる課題、特に、派遣での働き方を選んだ看護師の事情や、小児看護の技術や経験不足、看護職の休みにともなう代替要員の問題を複数の管理職・看護職が語っていた。

派遣で来る看護師さんって、登録される方は短期でしか働けないから派遣に登録されますよね。なので、どの園でも、うちの園でも、途中で変わっちゃったし、入れ替えがめっちゃくちゃ激しいんです。そうなると、一から伝えなきゃいけない。(中略) 来てる人が悪いとかそういうことではなくて、長期で働けない人が多いっていう点があって、ちょっと問題なのかなと思います。(D園看護職)

看護師に限らず、派遣会社に登録する働き方を選ぶ人は、さまざまな理由から、短時間や短期間で働くことを前提に働いていることが多い。また、保育現場で働くことを希望する看護師の理由には、夜勤がない、つまり無理をしない働き方を求めている人が多い（八田・金城，2015）。このため、保育に戸惑いを感じると、もうどうせ辞めますからという言葉は何度も聞いたという語り（B園管理職）も聞かれた。この戸惑いの背景には、下記の発言にもみられるように、派遣登録している看護師に保育園勤務や小児医療勤務の経験がないことが関連しているのかもしれない。

・(調査者：誰でも医療的ケア児のケアができるわけではない?) そうなんです。だから、多分、その辺りがちょっといろいろと問題ではあるかなというので。もちろん、乳幼児にすごい関わった、小児科の経験が長い方が来てくれる場合もあるんですけど、そうでない場合もあって。(E園看護職)
 ・看護職の方いわく、その医療的ケアはしたことがあるかもしれないけど、同じケアでも種類も違うだろうし、ましてや、小児にしたことがある人って、そんなにいないんじゃないかなって。でも派遣会社がそういうことを把握して送り込んでるわけじゃないというところでは、対応できるならしてもらおうといいのかなと思うんですね。(B園管理職)

保育園が求めるニーズと派遣看護師が望む仕事の内容が合わない、というような語りは複数聞かれた。また、乳児保育の対応を中心に現在保育園に勤めている看護師でも、医療的ケア児がきて医療行為をするのであれば、辞めようと思うという声を聞いたという管理職の語りもあった（G園管理職）。保育現場で働く看護師には小児看護や医療現場を離れていることによる不安があることや、小児看護の経験がないと保育園業務は難しいと感じていることは従来から指摘されていた（神道ら，2013；金城，2013）。長期にわたる会計年度任用職員やパートの募集ではこうした不安や困難を感じている看護師はそもそも応募しないという選択肢もあるだろうが、派遣会社の場合は短期間・短時間での勤務のため、依頼に応じる看護師もいると推測され、その人材が園のニーズからずれてしまうのは避けられない。

・会計年度の看護師が休むときの代替は、訪看さんなんです。訪問看護。でも、派遣さんが休むときは、派遣会社で別の人を頼むっていうことで。でも、会社と連絡がすぐつかなかったり、代わりの人が見つからなかったりっていうことが本当に多々あるので、そこが焦ります。何かあると。(G園管理職)
 ・訪問看護師さんもご予定があるので、それがもう本当にぎりぎりになっちゃったりとか、頼めなかったとか、そういうこともあったんですよ。急に、こちらの体制が出張とかなんかで。訪問看護師さんには頼めないってなると、結局もう、特に残った看護職のほうなんですけど、もう必死で。(A園管理職)

外部資源としては派遣だけでなく、訪問看護の利用という手段もあるが、園で働いている看護職の出張や休みとなると、すぐに見つからない場合も多く、体制や仕事量にしわ寄せが生じてしまう。派遣の場合は見つけやすいかもしれないが、休むと毎回異なった人が来る（B園管理職）、異なった人が来るたび、園の概要を説明するために朝の貴重な時間がとられる（G園管理職）、あるいは上述のように、医療的ケアに不安のある代替要員がやってくると、結局、本来違う仕事を担当している別の常勤看護職が代替要員に代わって医療的ケアをするという本末転倒が実際に生じるという語り（F園管理職）もあり、単に代替要員が確保できればよいというわけではないという課題があることが明らかとなった。

(3) 看護職同士のコミュニケーション不足

X市のように看護職の充実のために外部資源を利用する場合、人材が短期間に入れ替わるというリスクがあることや、仮に長期間比較的安定していたとして

も、今度は短時間勤務や非正規という立場からコミュニケーションをとりにくいという課題が生じる。

月に2回、職員会議はしています。それは基本的にフルタイムの職員だけでやるので、そこにそれ以外の看護職や保育士は入らないんですよ。結局、保育時間中に(職員会議で)人が抜けるってことになるので、そこ(人員不足の分)を保障しようと思うとなかなか厳しいです。(G園管理職)

非正規でフルタイム勤務でない場合、業務内容が契約上、管理職や正規の看護職から指示された業務に基本的に限定される。X市の場合、医療的ケアを行っている園の保健師が集まっての情報交換会があり、そこで他園の状況を知り、園内の受け入れ体制の構築に生かすことができるという連携が図られており、そのことを高く評価する管理職や保健師の語りは多かった。しかし、医療的ケアを担当している看護師にはそうした機会がない。また、月に数回の職員会議にも参加しないため、日常で起こりうる範囲のコミュニケーション・エラーが互いの不満になってしまったこともある、という語りもみられた。

・先にこういうふうにして遊ぶ、これはこういうふうだから私は大丈夫だと思ってるって(他の看護職に)声を掛けておけば、(保育の内容はあれで)大丈夫なんだと思っただけで安心していられたと思うんですけど、そのコミュニケーションが足りなくて。あんなことをあんなふうにして遊んで危ないじゃんって思ってしまったら、なんで(担任は)そんなこと(大丈夫だと)言うの、危ないじゃんみたいな。結局、そのコミュニケーションが(看護職同士で)とれてなかったと思うので。(D園看護職)

・例えばインシデントがあったときとか、ヒヤリハットがあったとき、どうすんのかとか、そういうのって、「さあ、やってね」って言われる前に聞くはずのことであって。(中略)例えば(同僚の看護職が)簡単に教えてくだされば、解決したのかもしれないんですけど、(B園看護職)

その一方で、インタビュー結果からは、価値観の違いや代替要員の課題、勤務時間の違いなどからくるコミュニケーション不足を解消しようと、正規の看護職が園全体の看護職のまとめ役を自覚して行動したり、看護職同士で医療的ケア児の発達が促されるような関わりを一緒に考えて実践する、といった工夫をしていることも分かった。

・私が最初からやってて、まとめ役みたいな形で働かせてもらってるので、同等の立場の人しかいないと、なかなか難しいと思うんです。調整が。(中略)ちゃんと子

どもには一番いい形で出したいと思うと、やっぱり、調整する役割が必要だなと思って。(中略)なかなか、他の園でこんなに看護師さんがいるところとかないので。あと、こんなに充実していることはないと思うので、ありがたいことではあるんですけど、難しさは。(D園看護職)

・他の子たちは肋木を登って、上の所をタタタッって歩いて滑るんですけど、そのタタタッって歩く所にごぎを引いて、ころころ回転するのは好きなので、回転させた後に滑るっていうのを、看護師と保健師で回転させて滑るっていうのをやった。(E園看護職)

3-4. 受け入れ体制構築における管理職の役割

X市は3-1でみたように、園に対するサポート体制が比較的充実しており、特に看護職にとっては、近年開設された医療的ケア児支援センターに気軽に電話などで相談できる体制と、園長と保健師を対象とした医療的ケア児受け入れ園同士の連絡会を高く評価する声が聞かれた。ただ、園内連携においては3-3で示したように、「保育士と看護師というよりも、派遣看護師と保育園の看護師との関係が難しい」(F園管理職)と感じる管理職もいるようであった。では、管理職はそのような状況に対して、どのような体制構築に向けての工夫をしているのだろうか。インタビュー内容から得られた園内体制作りにおける管理職の役割は、①園の方向性の確認、②現場を信頼する、③気軽に相談できる環境を整える、④適切な権限の行使、が挙げられた。

(1) 園の方向性の確認

・クラスに看護職がいるってことは、保育士じゃない人が急いで、しかも、そういう(医療的ケアの)個別な対応をするためにいる人っていうところでは、保育補助に入ってくれる人とは、また違うっていうことを意識して、どこまで頼んだらいいのかなとか、どういう伝え方をしたらいいのかなとか、そういう保育目線というか、保育の狙いと、その方子どもへの接し方とのギャップと言うとあれですけど、そういうところで、ちょっと悩んだりとか、そういうのはある。(B園管理職)

・当時の園長先生ともよく言っていたのが、保育園は保育するところっていうのを忘れない。センターとか病院とかとは違うよねっていう。元気な子を受け入れて、元気なまま返すということを目指にする。機能の改善を目的としたリハビリをする場所でもないし、病院みたいに病気を治す場所でもないし、最初に受け入れるときに、元気な状態で受け入れるっていうのを大切にしないといけない。(D園看護職)

園内の受け入れ体制を構築する上で、看護職も保育士もどのように連携を取りながら、保育を進めていけ

ばよいか悩む。上記のB園管理職は初めて受け入れをする担任に対して、1対1で配置される看護職は保育補助ではないことを明確にし、その上で保育を構築することを目指す姿勢を保育士に伝えようとしていることが分かる。同様にD園看護職の発言は、特に初めて医療的ケア児を受け入れたとき、園長とともに園としての受け入れ姿勢を明確にしたことで、具体的な一歩を踏み出せたとしている。このように、受け入れ体制を初めて構築する段階では、園長が園全体の方向性を形作って、示す役割が園内体制では必要とされると推測される。

(2) 担任や看護職の現場を信頼する

・基本は毎日の現場の担任になっていきますので。何か困ったことがあったら相談してもらって、(中略)工夫っていうのは聞いた上で、じゃあ私(管理職)の仕事としてはこれができるねっていうような形になっていくので、本当にありがたいです。現場は(担任に)任せられることになってしまうので。(担任に)お任せなんですけど、実際、本当にお任せなんですけど、つぶれては困るので。管理職2人にも本当に相談をしてくれるので。そこはありがたいですね。(C園管理職)

・そこで焦って、例えば、そこが管理職かな。管理職の出番かなと思うんですけど。じゃあ、そこに注意をしに行くとか、点を何とかしようとする、その点だけで存在するっていうことはなくて、いろいろが絡み合っているのに、そこだけやろうとすると、よくつながりそうな所まで断ち切っちゃったりとか、こんがらがらせちゃったりするので。(D園管理職)

インタビューの結果からは、担任や看護職の現場を信頼したうえで、管理職が動くことの重要性が語られていた。(I)のような受け入れ初期の段階と異なり、医療的ケア児の保育が日常化してくると、管理職は現場の声をくみ取りつつ、現場の求めに応じて受け入れ体制を考えていったほうがうまくいくと管理職は感じている。特に気にかけていたことは、現場を追い詰めない工夫である。C園管理職は担任の工夫に耳を傾けた上で保育を信頼し、D園管理職は看護職同士での連携の課題は慎重に取り扱うべきであり、むやみに上から介入すると、連携をさらに壊しかねないことを語っている。

(3) 気軽に相談できる環境を整える

話しやすい雰囲気をつくって、とにかく話さないと、言葉にしないとお互い理解し合えないので、それは。(中略)やっぱり、それぞれが悩みとか困っていることをため込むのが一番良くないので、そこら辺で声に出してもらって、話聞きながらアドバイスしながらみたいな感じで。(A園管理職)

例としてA園管理職の発言を挙げたが、管理職が園の中で意識的に相談しやすい雰囲気を作り出していくことの必要性を述べていた。例えば「ちょっと悩んでいる。そこを聞く、それを聞く、聞いているだけですけど」(B園)、「主任にも本当に(皆が)相談してくれる。また主任も、話をたくさん聞いてくれる」(C園)、「雑談はすごく大事。(管理職が)声出しで連携してと(指示的に)やっている人間っぽくなくなっていく」(D園)といった発言が聞かれた。このような発言は、管理職は何もせず、担任や看護職に対応を任せきりという放任主義からくる発言ではなく、(2)で見たような担任や看護職の現場を信頼するという態度が背景にあるからだと思われる。日本の保育施設は保育士・保育教諭の平均人数は22.0人、正規職員の保育士・保育教諭ともなれば管理職も含んで11.6人と少人数で構成される職場である(全国保育協議会, 2022)。少人数の職員集団だからこそ、管理職も含めて例外なく互いに信頼しあって、相談しやすい雰囲気を醸成しようとしていると考えられる。

(4) 適切な権限の行使

・担任がそれ(毎日の流れを看護職に伝えるか)を心掛けるかどうかで、うまくいくかどうかは、ものすごく違って。時間が取れないから会議ができません、だから(看護職が)「(私は)知らないわ」、みたいなことをそのまま放置しちゃうと、もう全然うまくいかないんです。(G園管理職)

・今年(園内)研修をする中で、みんなで、医療的ケア児さんについて、今、どんなふうなことをしてるか、処置をしてるかとか、どんなふうなことをやっているかとかっていうのを知り合うっていう機会をつくってもらってきました。(F園管理職)

管理職は現場を信頼しつつも、連携の状況のみで、必要に応じて連携のあり方を見直すように促す必要が出てくる場合がある。また、管理職の権限で研修の内容を指示し、園の職員が共通理解を持てるような機会が持てるように指示をするなど、職員を有機的につなげる工夫を行っていた。こうした管理職としての適切な権限の行使は、組織としての人員体制を連携の状況に応じて柔軟に変更することも含まれていた。

・担当クラスをチェンジしたんですよ。医療的ケアの処置で別のクラスに入っていて、その医療的ケア児のために、(元の担当クラスを)いちいち抜けてくるっていうのは良くないし、(中略)看護職同士で話ができなかったほうがいいかなっていうので、(中略)看護職(のいるクラス)を入れ替えた。(B園管理職)

・ちょっと遠出、お出掛けするとかって、(幼児クラスが) 遠い所に公共交通機関でお出掛けするっていうふうになると、乳児にいた看護職に、幼児のほうについてってもらう。(中略) どちらも安全に保育をしなくてはいけないと思っているので、どういうふうにするのが一番安全かなって。(F園管理職)

医療的ケア児にどの程度一緒にクラスに入り、どの程度見守るのか、ということは年齢によっても、医療的ケア児の発達の程度によっても、さらにはその日の日課によっても変化する。管理職として、一度決めた人員体制もその時の状況に応じて柔軟に運用できるように差配することも、医療的ケア児の連携においては重要だという認識がみられた。

4. まとめと課題

本研究ではZ県X市で医療的ケア児を受け入れている公立園を対象に、地域の状況に応じて、受け入れ体制の構築に及ぼしている影響因を分析し、その課題に対してどのように対応しているかについて明らかにすることを研究の目的としている。

受け入れている園の管理職・看護職・保育士に対してインタビューをした結果、以下のようなことが分かった。X市公立園での受け入れ体制は二宮(2023)の分類する理念型では行政が管理し、公立機関の機能を活用する「公立機関型」と、医療的ケア児に必要な資源を集約した拠点的作用を担う「拠点園型」の両方に近いと推測された。その結果、園のサポート体制は二宮(2023)で紹介された自治体に比べ、より丁寧な支援が可能となるような体制が市のガイドラインで示され、構築されていた。また、松本ら(2019)が整理したような、医療的ケア児の園内受け入れ体制構築でもっとも大きな課題となりやすいと言われてきた看護師の確保についても、派遣看護師や訪問看護などの外部資源を利用することで解消する工夫がされていた。このような外部資源の利用は、二宮の3理念型における「ネットワーク型」、すなわち、地域に点在する様々な機能を利用するという一面もあり、X市の体制はそれぞれの理念型の弱点を補いあったシステムだと評価できる。

これらの結果は医療的ケア児支援法の成立と、それに呼応した厚生労働省によるガイドラインの改定、さらには過去の先行事例を踏まえたうえで策定されたX市のガイドラインの影響が大きいと考えられる。また、常に相談できる医療的ケア児支援センターの設置

も公立園での受け入れの不安解消に大きく役立っていたことも明らかになった。こうしたことから、これまでの先行事例や厚生労働省のガイドラインを参考にしながら、全市単位での受け入れ体制を設計していくことの有効性がある程度示されたと言えるだろう。

その一方で、看護職の複数配置が実現したことにより、看護職同士の連携について看護職自身が①看護職同士の価値観の違い、②外部資源利用特有の難しさ、③看護職同士のコミュニケーション不足、という点で課題を感じやすいという新たな知見も得られた。そもそも保育所における看護職の役割の不明瞭さは、医療的ケア児の保育が話題となる前から指摘されてきた(稲毛, 2007)。全国保育園保健師連絡会(2014)は「保育園保健業務の活動領域」として具体的な16の保育保健活動を示しているが、そのなかに一般的な保育活動は含まれていない。しかしその活動のあり方は、例えば保育園内の掃除を乳幼児にとっての安全な環境を整備するための重要な役割として認識し、看護師も一緒に行うなど、保育と看護が互いの専門性を認めあい理解しあう努力をしているという報告(阿久澤・佐光・青柳・牧野・金泉, 2013)もあり、明確に仕事を区切れないのが現実であろう。横山(2020)が指摘する通り、看護職の専門性確立には、保育保健活動の内容を具体的なものにしつつ、保育に対しての理解が深められる機会が得られるような支援が不可欠である。

とはいえ、2016年の児童福祉法の改正や2021年の医療的ケア児支援法の成立により、急速に保育所看護職のニーズが高まったため、保育所勤務や小児看護が未経験である看護師も保育現場に急速に関わるようになってきている。今後はさらに看護職の複数配置を可能とする体制での医療的ケア児保育が広がっていくと思われるが、その際に看護職が互いに十分にコミュニケーションがとれるような園内での受け入れ体制づくりを自治体としても、また園内においても整える必要性がある。

その必要性は、今回のインタビュー結果からも園の管理職が職員同士でコミュニケーションを取りやすく、相談しやすい環境づくりを、さまざまな観点から行っていたことから確認できる。ただ、そのことが必要だという認識に至るまでには、何よりも看護師同士の連携の難しさを感じたために、職員の間関係作りに注力するようになったという語りもみられた。X市公立園における看護職の複数配置は、地域支援の拠点的作用を持つ園に保健師がおり、そこに医療的ケア

児の受け入れがなされていたことが要因として大きい。医療的ケア児の受け入れにともなう管理職のそうした認識の変化について今回は検討しなかったが、今後の課題としては、医療的ケア児の保育を通じた保育士や看護職や管理職の熟達化についても、よりよい受け入れ体制の構築について検討する必要がある。また、医療的ケア児支援法の成立によって、医療的ケア児保育は全国的に黎明期から普及期に入ったといえる。普及期にあたっては、すでにある地域資源と連携しながら、どの程度保育環境を整えれば医療的ケア児の保育ニーズに応えられるかという観点からの検討も必要になるだろう。

最後に本研究の限界について触れたい。本研究はX市という限られた環境での調査結果であることに留意する必要がある。X市だけに絞っても、民間園での状況や今後の拠点的役割を担わない公立園での展開など、今回検討できなかった点がある。この点については、X市に限らず、複数の自治体にも同様の調査を行い、地域の事情に応じた医療的ケア児保育の実態について明らかにし、現状の課題について対応するための手がかりを見つける必要があるだろう。

注

*1 愛知県立大学教育福祉学部准教授 *2 愛知県立大学教育福祉学部教授

引用文献

阿久澤智恵子・佐光恵子・青柳千春・牧野孝俊・金泉志保美 (2013). 保育所看護職者が認識している保育保健活動における困難感. 日本小児看護学会誌, 22(1), 56-63.

青山和美 (2001). 経管栄養を必要とする子どもへの取り組み. 白石恵理子・松原巨子・大津の障害児保育研究会 (編), 障害児の発達と保育. クリエイツかもがわ, 209-217.

荒木俊介・中村加奈子・柏原やすみ・江口尚・下野昌幸 (2019). 医療的ケア児の保護者における就労状況の調査. 産業医科大学雑誌, 41(2), 171-178.

八田早恵子・金城やす子 (2015). 保育保健を支える看護職の実態. 名桜大学紀要, (20), 65-70.

稲毛映子 (2007). 福島県内の保育施設における看護職の現状に関する調査: 期待される役割に関する一考察. 福島県立医科大学看護学部紀要, 9, 25-40.

井上寿美・長谷川郁子 (2018). 保育所における医療的ケア児をめぐる支援実態と展望: 東京都目黒区の公立保育所を事例として. 大阪大谷大学教育学部特別支援教育実践研究センター紀要, 2, 33-46.

神道那実・増尾美帆・伊藤靖恵・大西文字 (2013). 地域に根差す看護大学の在り方を考える: 豊田市こども園看護師研修会をとおして. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 8(1), 135-142.

金城やす子 (2013). 沖縄県内の保育園における看護師の配置と期待される役割. 名桜大学紀要 (18), 41-56.

厚生労働省 (2022a) 医療的ケア児について (<https://www.mhlw.go.jp/content/000981371.pdf>) 2023年11月1日閲覧.

厚生労働省 (2022b) 令和3年度全国児童福祉主管課長会議資料 (保育課・少子化総合対策室関係) (<https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000907012.pdf>) 2023年11月1日閲覧.

厚生労働省 (2023a) 各自治体の多様な保育 (延長保育、病児保育、一時預かり、夜間保育) 及び障害児保育 (医療的ケア児保育を含む) の実施状況について 実施状況の推移 (<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/R4chosakekka.pdf>) 2023年11月1日閲覧.

厚生労働省 (2023b) 各自治体の多様な保育 (延長保育、病児保育、一時預かり、夜間保育) 及び障害児保育 (医療的ケア児保育を含む) の実施状況について R4実施結果 (自治体別) (<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/R4chosakekka.pdf>) 2023年11月1日閲覧.

厚生労働省 (2023c) 人口動態調査 (<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000040098351&fileKind=1>) 2023年11月1日閲覧.

厚生労働省 (2023d) 令和5年版厚生労働白書 (<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/zentai.pdf>) 2023年11月1日閲覧.

松本優作・笹川拓也・植田嘉好子・三上史哲・杉本明生・末光茂 (2019). 日本における医療的ケア児の保育施設への受入れに関する研究の動向. 川崎医療福祉学会誌, 29(1), 9-19.

三上史哲・松本優作・植田嘉好子・笹川拓也・村下志保子・江田加代子 (2020). 医療的ケア児と家族へのインクルーシブな支援—岡山県における保育園受入れの実際から— . 日本重症心身障害学会誌, 45(1), 119-122.

みずほ情報総研株式会社 (2016). 在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査 (厚生労働省平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書), みずほ情報総研株式会社.

みずほ情報総研株式会社 (2017). 保育所における障害児保育に関する研究報告書 (厚生労働省平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業), みずほ情報総研株式会社.

みずほ情報総研株式会社 (2021). 保育所等における医療的ケア児の受け入れ方策等に関する調査研究報告書 (厚生労働省令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業), みずほ情報総研株式会社.

- 二宮祐子 (2021). 医療的ケアを必要とする子どもへの保育実践の機能：認可保育所でのフィールドワークによる探索的研究. 子ども家庭福祉学, (21), 11-22.
- 二宮祐子 (2023). 医療的ケア児保育の実施体制に関する自治体間比較. 日本社会福祉マネジメント学会誌, 3, 67-79.
- 西岡菜絵・山本理絵 (2023). 医療的ケア児の意見表明から考えあう保育：対話の形はいろいろ. 芦澤清音・浜谷直人・五十嵐元子・林恵・三山岳・飯野雄大・山本理絵, すべての子どもの権利を実現するインクルーシブ保育へ：多文化共生・障がい・家庭支援・医療的ケア. ひとなる書房, 125-149.
- 荻野真知子・森本寛訓・尾内一信・松本優作・中川智之・橋本勇人 (2022). 医療的ケア児の保育に必要とされる医療知識と支援について：就学前の保育施設を利用する医療的ケア児を対象とした文献検討. 川崎医療福祉学会誌, 32(1), 185-190.
- 澤寛子・二宮啓子 (2023). 医療的ケアを要する幼児が入所している保育所における看護師と保育士の経験一連携におけるそれぞれの思いと役割一. 小児保健研究, 2, 81(4), 332-341.
- 塩之谷真弓・多治見里美 (2023). 医療的ケア児の保育所等での受け入れの現状と体制整備に向けて一保育者及び看護師の声に着目して一. 現代教育学部紀要 (中部大学現代教育学部), 15, 27-38.
- 空田朋子 (2019). 保育園で医療的ケア児の保育に携わる看護師の思い. 山口県立大学学術情報, (12), 山口県立大学.
- 空田朋子 (2021). 医療的ケア児の保育に携わる保育士の思い. 保育と保健, 27(1), 28-32.
- 高橋恵子 (2022). 保育所に通う医療的ケア児にかかわる保育所看護職の役割. 日本小児看護学会誌, 31, 118-125.
- 植田嘉好子・三上史哲・松本優作・杉本明生・末光茂・笹川拓也 (2020). 医療的ケア児とその家族へのインクルーシブな支援の実際と課題一保育所を利用する医療的ケア児のケーススタディから一. 川崎医療福祉学会誌, 30(1), 47-59.
- 横山利枝 (2020). 保育所看護職者が必要としている支援に関する一考察. 研究紀要 (関西国際大学), (21), 117-126.
- 全国保育園保健師看護師連絡会 (2014). 新・保育の中の保健指導シリーズ, No. 10. 全国保育園保健師看護師連絡会.
- 全国保育協議会 (2022). 全国保育協議会会員の実態調査 2021, 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国保育協議会.
- 全国保育士会 (2019). 医療的ケアを必要とする子どもの保育実践事例集, 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国保育士会.

付記

本研究は、科学研究費 (2021・2022・2023年度 日本学術振興会科学研究費助成事業 基礎研究(B) 課題番号21H00821 山本理絵研究代表) の助成による。

調査協力していただきましたX市の担当課、および各園の皆様には厚く御礼申し上げます。また、論文執筆にあたっては、愛知県立大学生涯発達研究所の服部淳子先生、汲田明美先生、足立奈穂先生 (いずれも看護学部) による助言・協力を賜りました。深く感謝の意を表します。