

# 保育所における医行為・でない行為の解釈についての検討

前 林 英 貴

(保育学科 小児保健学研究室)

A Study on Interpreting Medical and Non-Medical treatment in Nursery Centers

Hidetaka MAEBAYASHI

キーワード：医行為、子どもの保健、保育所、法律

medical treatment, child-health, nursery center, law

## 1. はじめに

2016年4月から施行された「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」(以下「差別解消法」と呼ぶ)によって、医療的ケアの必要な子どもが地域の保育所や幼稚園に入所することが予想され、今後保育所が保健的ニーズにどう対応していくかが注目される。

近年、家族構成の変化や女性の社会進出により様々な就労形態が増加してきている。保育所においては利用者の保育ニーズに対応することが求められ、延長保育や休日保育、夜間保育や産休明け保育、一時預かり事業、病後児保育など、保育所が提供するサービスは多様化しており、利用者もそれらを選択できるようになってきた。なかでも、障がい児に関して、医療的ケアが必要な障がい児の保育所利用は年々増加しており<sup>1)</sup>、核家族化や養育者の就労により家庭だけでは看病できない世帯も少なくない。また、健常児に関して、感染症の罹患頻度の高い低年齢児(0～2歳児)の保育所等利用数も年々増加しており、平成27年度4月現在で保育所等利用児童数の約4割を占めている<sup>2)</sup>。このような家庭では、

子どもの健康管理を保育所に求める保護者は多いと考える。しかしその反面、保育所での看護師の配置は遅れており、保健や医療体制の連携の確立が急がれる。

児童福祉施設最低基準によれば、保育所での嘱託医の設置は義務付けられているが、看護師の設置は義務付けられてはおらず、全保育所における看護師の配置数も十分とはいえない。そのため、看護師が設置されていない保育所においては、保健衛生業務を保育士が担当することになるが、保健衛生業務の中には医療的ケアとなる業務も含まれるため、どこまでが保育士に許される範囲であるかを明確にする必要がある。2000年以降、介護の現場においても介護士による医療事故が増加したため、非医療者における医療行為が問題となった。その後、医療行為についての法的解釈が厚生労働省より通達されたが、保育現場においてはまだまだ曖昧な部分も多く、また保育における医行為に関する文献や論文も少ない。今回、保育士資格をもつ者の医療行為(以下「医行為」と呼ぶ)について法的解釈や検証例などから考察をしていきたい。

## 2. 差別解消法について

保育所における医行為を語る上で、2016年4月より施行された差別解消法は重要である。差別解消法の対象は、一般の公共施設にとどまらず、教育機関や福祉施設まで幅広い。差別解消法の背景には、国連総会本会議の「障害者の権利に関する条約」が発端となり、障害者基本法第4条「差別の禁止」をより具体化し、国内法として2013年6月に制定された法律である。この差別解消法によって、障がい者への障壁をなくし、障がい者が住みやすい社会を国民一人一人が自覚して作り上げていくことが期待されている。しかし、差別解消法では障がいのある者に対して「合理的配慮」が求められる一方、この「合理的配慮」の解釈には、様々な議論がなされている。そもそも「合理的配慮」とは、権利条約第2条によると、「障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」と定義されている<sup>3)</sup>。実はここでいう「過重な負担」が、「合理的配慮」の中において解釈の分かれる部分であり、障がい者やその支援者と行政機関や事業者側との間で細やかな検討が必要となってくる。この「過重な負担」の基本的な考え方としては、具体的な検討をせずに過重な負担を拡大解釈するなどして法の趣旨を損なうことなく、個別の事案ごとに次の5点の要素等を考慮し、具体的場面や状況に応じて総合的・客観的に判断することが必要であるとしている<sup>4)</sup>。①事務・事業への影響の程度、②実現可能性の程度、③費用・負担の程度、④事務・事業規模、⑤財務状況の5点であるが、行政や事業者はどこまで努力すべきなのか、障がい者やその支援者はどの程度で納得できるのか、その事案によって判断をせざるを得ないので、内閣府としても「合理的配慮」に関する事例を収集しているところである。

この法律は、教育、医療、公共交通、行政の活動など、幅広い分野を対象とする法律であるが、障がいのある者と行政機関や事業者などとの関わり方は

具体的な場面によって様々であり、それによって、求められる配慮も多種多様である。このため、差別解消法では、「合理的配慮」に関して一律に義務とするのではなく、行政機関などには率先した取組を行うべき主体として義務を課す一方で、民間事業者に関しては努力義務を課した上で、対応指針によって自主的な取組を促すこととしている。

保育所などの児童福祉施設に関しては、厚生労働省から福祉事業者向けのガイドラインが出されており、「合理的配慮」が必要な障がいの一覧や障がい特性に応じた具体的対応例が記載されている<sup>5)</sup>。その一例を表1に示す。このように障害特性や疾患に応じた配慮が求められる一方で、医療的ケアを要する障がい児については、2016年6月に各都道府県・教育委員会に出された通知により、初めて保育関係という項目が追加され、配慮を要する程度に個人差があることに留意しながら、医療機関等と連携を図り、個々の状態や必要な支援を丁寧に確認した上で適切な支援を行うことが必要としている<sup>6)</sup>。

表1 障害特性に応じた具体的対応例

日常生活動作を身につけるために
保育所に通う発達障害児のBちゃんは、靴をそろえる、トイレにしっかり座るといった日常生活の動作の一部が十分に身につけていません。言葉による説明よりも、視覚情報による説明の方が伝わりやすいため、これらの動作の順番を具体化した絵を作成し、必要に応じて見せるようにしています。また、話しかける際にも、顔を見ながら、穏やかに静かな声で話しかけるようにしています。
色素性乾皮症(XP)児の保育所における対応
遮光対策が必要な疾病である色素性乾皮症患児のAちゃんは、紫外線対策がなされていない保育所に入所することは困難です。入所を希望する保育所と話し合った結果、UVカットシートを保育室等の窓ガラスに貼ること、紫外線を遮断するため窓は常時閉鎖しておくのでエアコンをとりつけること、日光に当たってしまった際の対応策などを保育所側に十分把握してもらったうえで、他の保育園児・保護者への説明も十分行うことで疾病に対する理解を得て、安心して保育所に通うことができました。

このように、差別解消法施行後の保育所においては、今まで入所を断られた病児や障がい児の保護者がこの法律の施行を機に、保育所への「合理的配慮」を求められることは法の趣旨からして容易に予想できることから、保育所としてもその対応に迫られる。しかし、病児や障がい児の受け入れは容易に準備で

きるのではなく、看護師がいない保育所であれば看護師の雇用が求められるし、受け入れに必要な物品や他職種との連携などの環境整備も進めていかなくてはならない。また、受け入れ児に医療的ケアが必要となれば、保育士と保育所看護師の業務内容のより明確な振り分けが求められる。そのためには、医行為とそうでない行為の解釈が保育所内で周知されなくてはならない。

### 3. 保育所における看護師設置の現状

本来、保育所では健常児を預かることが前提であるため、人員の配置や保育サービスは保育士が中心となっている。児童福祉法においても、嘱託医の配置は義務とされているが、ほとんどが常勤での勤務形態ではない。一方、看護師の配置に関しては、乳児4名以上に1名の看護師を設置することが推奨されているが、法的に義務化はされておらず、2009年の日本保育協会の研究調査でも全国の保育所の29.7%しか保育所看護師が配置されていない<sup>7)</sup>。このことに関しては、地域の医療施設や介護施設等での看護師不足の影響、看護師確保のためのコスト問題、保育所における看護師業務の不明確さなどにより看護師が確保できない、看護師が定着しないといった現状がある。この現状に対して、厚生労働省は保育所看護師の人材確保のために、正看護師だけでなく准看護師を保育士としてみなすという特例を発表した。しかし、正看護師と准看護師とは資格取得に係る要件が全く異なることから、平成27年1月に日本看護協会より准看護師までの拡大は容認できないとの要望書が提出されることとなった。同時に、乳幼児の健康と安全の確保から、いわゆる看護師を「みなし」ではなく、専門職としての「看護師または保健師の配置」を強く要望している。そもそも看護師とは、保健師助産師看護師法（以下、保助看法と呼ぶ）第5条で「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と規定されているが、それに対して准看護師は保助看法第6条で「都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定す

ることを行うことを業とする者をいう」と規定されており、准看護師においては指示のあったことのみ業務に限定されるという違いがある。このように資格としては正看護師と准看護師の業務範囲は異なるわけであるが、保育士としてのみなしと考える行政との解釈の違いが解消されるかどうかは疑問である。また、既に看護師が配置されている保育所においても、看護師と保育士の保健的業務の境界が曖昧である保育所が多く、このことが保育所看護師としての働く意欲を低下させている原因の一つとなっていると考える。このように保育所における看護師配置が進まない現状を考えると、本来看護師によって担当すべき保健衛生業務を、今後より一層保育士が担うことになるであろう。

### 4. 医行為とは

医師法17条では、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と定め、医師以外の者に対してはこれを禁止している。この「医業」とは、「医行為を業とすること」であり、「医行為」とは、医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為とし、「業とすること」とは、反復継続する意思をもって行うことと解している<sup>8)</sup>。

つまり、医師・看護師等の免許を有さない者が業として「医行為」を行うことは禁止されているのだが、ある行為が「医行為」か否かを判断することが難しい場面も想定されるため、その状況下でどう判断するかが問題となる。この問題に対しては、平成17年7月に厚生労働省から通知された「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」により、判断に疑義が生じることが多い行為であるが原則として「医行為」ではないと考えられるものが示された<sup>9)</sup>。それらを表2に示す。

表2 原則医行為ではないと考えられるもの（その1）

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること</li> <li>2. 自動血圧測定器により血圧を測定すること</li> <li>3. 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対し</li> </ol> |
|--|

て、動脈酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること

4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）
5. 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、(中略)。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること
  - (1) 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
  - (2) 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
  - (3) 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

また、表3で示す行為も「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条」の規制の対象とされる必要がないとしている。

表3 原則医行為ではないと考えられるもの(その2)

1. 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
2. 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
3. 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
4. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えを除く）
5. 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
6. 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること

表2・3を見る限り、今まで保育所において当然のように行われてきた体温測定や切り傷や擦り傷などの処置、爪を切る、口の中を掃除するなどが改めてこの通知で示されているほか、内服の介助や座薬の挿入などの医行為と考えられてきた行為がそうでない行為として示されている。そもそも与薬という行為自体は、広義で言えば内服だけでなく注射や点滴などの投与の仕方によっても分類され、医行為と解釈される与薬方法もあるが、今回の通知では軟膏

の塗布や湿布薬の貼り付け、点眼、内服、座薬挿入、鼻腔粘膜への噴霧吸入に限定されている。これらの行為は医行為でないと解釈されるわけであるが、表2の5(1)にあるように、あくまでも対象者の容態が安定していることが前提となっている点に注意しなければならない。保育所において座薬の挿入の可能性がある場合とは、多くは熱性けいれんの既往のある児に対しての解熱剤や抗けいれん剤の投与となり、果たして投与するタイミングで児の容態が安定しているのかどうか、その判断を保育士がすることは難しいと考える。また、表2で示した1～3の行為によって得られた数値を基にした投薬の必要性を、医学的に判断することは医行為と解釈されるため、その場合は医師や看護士に速やかに報告することが求められるだろう。さらに、表2・3で示した行為を業として行う場合には、与薬による副作用の危険性や与薬後の経過観察など、保育者が理解しなければならないことも多く、そのためにも専門職者による一定の研修等が必要と考える。

## 5. 保育所に求められるとされる行為

保育所では健常児を預かることが前提であるということは前に述べたが、健常児であっても体調を崩したり、病気になることはしばしば起こる。病気が改善し、保育所に通所することが可能となっても、若干の症状が残っている場合、継続して与薬が必要となることも多い。就労家庭の育児支援、保育サービスの一つとして、与薬を受け入れている保育所は79.3%と多く<sup>10)</sup>、保育所が条件付きながら保護者から薬を預かっていることがわかる。そもそも、保育士が保育所に通う乳幼児に対して薬を与える行為(以下「与薬」と呼ぶ)は医行為と解釈されないのであるが、保育所における与薬を考える場合、安齋(2001)によると2点の法的側面から考えなければならないと指摘している<sup>11)</sup>。まず与薬行為が「医行為」であるかどうかという点と、保育士が保護者に代わって与薬を行うことが可能かどうかという代理権についての法的側面の2点である。与薬行為が医行為かどうかについては、前項の表2の5で示した内服の介助で述べた通り、医師から処方された薬を

医師の指示通りに与薬を行うのであれば法的に問題ないとされている。2点目の代理権については、医師法第22条に処方箋交付の対象者が「患者又は現にその看護にあたっている者」と定義しており、安齋（2001）によると、「保育士が子どもと関わるのは保育時間中の保育のみに限られ、特定の子どもに対して日常継続して看護にあたることはない」とし、「したがって保育士は法第22条の対象外として親等に代わるものではない」としている<sup>12)</sup>。つまり、保育士は親の代わりに与薬するのではなく、医師の指示のもとで与薬するという解釈となるため、保育所としては保護者からの与薬依頼書だけでなく、医師からの指示書となる薬剤情報提供書を保護者に要求すべきである。また、この場合は医師から処方された薬に限定すべきであり、市販薬に関しては保育士による医学的判断や薬剤の知識が要求されるため、本来与薬すべきではない。しかし、阿保ら（2009）の研究によると、薬剤情報提供書の提出を要求している保育士は83%と多いにもかかわらず、保育士の25.2%が市販薬の与薬依頼を受けているというデータもあり、施設ごとに与薬に関する解釈は異なるようである<sup>13)</sup>。

## 6. 介護業界の変遷から

平成12年より始まった介護保険制度によって、在宅だけでなく全国各地に高齢者施設が数多く増設された。高齢者の増加に伴い、医療の依存度も高くなるという現実に対して、介護職の役割も見直され続けてきた。その中でも介護職の医療行為に関しては、介護・医療事故などの訴訟も多く、非医療専門職者の行う行為が議論されてきた。まずは、非医療専門職者が行う行為が医行為にあたるかどうかを判断することが重要であり、この問題に対しては前述した「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」で見解が示された。次に、介護職による医行為に相当する行為の実施については、平成23年法律第72号として「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」にて、初めて介護福祉士等による痰の吸引等の実施という医行為が認められることとなっ

た<sup>14)</sup>。翌平成24年4月より開始されたこの制度で対象となる行為の範囲は、痰の吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）の実施の2点である。これまで介護職員等による痰の吸引等は、やむを得ない措置として一定の条件下でのみ行われてきた。これを「実質的違法性阻却」といい、本来は免許を持たないものが医行為をすることを禁止しているが、その行為が正当化されるだけの事情が存在するか否かの判断を実質的に行い、正当化されるときには違法性が阻却されるという考え方である<sup>15)</sup>。しかし、この制度が施行されることにより、介護職員等への専門的知識やスキルが研修によって提供されるため、これら行為が必要となる患者に対してより安全な医行為の提供が可能となった。

この制度の対象となる者は、介護福祉士と一定の研修を修了した介護職員等（具体的にはホームヘルパー等の介護職員、特別支援学校教員等）であるが、どちらも医師の指示、看護師等との連携下ということが条件となっている。喀痰吸引等研修は3つの課程があり、対象となる行為を全て行う類型、一部の行為のみの類型、特定の方を対象として行う類型に分けられている。これらの研修を受けた後、都道府県に登録をすることによって喀痰吸引等の医行為が実施可能となる。また注目すべきは、障害児施設等で福祉サービスに従事している保育士だけでなく、保育所保育士もこの研修事業の対象となっていることであり<sup>16)</sup>、医療的ケアを必要とする障がい児や病児に対し、保育士による喀痰吸引や経管栄養の実施などの医療行為を実施するニーズが増加すれば、今後これら研修を受講する保育士が増加するのではないかと考える。また同時に、この研修制度の対象に保育所保育士が含まれるということがより周知されることを望みたい。

## 7. 緊急時の対応

医業とは医行為を業とするものであり、業とは反復継続の意思を持って行うことであると述べたが、必要な資格を持たない者が緊急時にやむなく行う医行為は医業とは呼ばない。つまり、介護士や保育士

といった非医療専門職者であっても、急を要すると判断された場合には医行為に相当する行為を行っても法的に罰されることはない。これは刑法第37条1項の緊急避難の法理に相当するからである。刑法第37条1項では、「自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない。ただし、その程度を超えた行為は、情状により、その刑を減輕し、又は免除することができる」と述べられており、例えば災害や事故に遭遇した無資格の一般人が医行為となる応急手当を行っても罪に問われることはない。医行為を無資格の者が行うことを禁止する医師法よりも、上位法である刑法が優先されるべきであるため、保育士や介護士に対して「いかなる場合においても医行為を行ってはいけない」と断固として禁止することはできない。これは国民が当然として行うべき緊急避難を制限する危険性があるため、施設の上層部や行政、医師であってもそれを禁止することにより逆に訴訟の対象になりうるので注意が必要である<sup>17)</sup>。

保育所で考えられる緊急時の対応のひとつとして、食物アレルギーの子どもへの対応がある。近年食物アレルギーを持つ子どもの保育所利用が増加しており、平成21年に日本保育園保健協議会が実施した保育所における食物アレルギーに関する全国調査においても、保育所に通う子どもの4.9%が食物アレルギーを持っていることがわかっている<sup>18)</sup>。そのため、食物アレルギー症状の約10%が起こすといわれるアナフィラキシーショックに対応するため、保育士のアドレナリン注射薬（エピペン®）使用など、緊急時の対応に関して各地方自治体の委員会により取りまとめが行われている。

緊急時のエピペン®の使用については、まずアレルギーの既往がある子どもで医師によりエピペン®が処方されている場合に限る。本来エピペン®のような自己注射薬は、患者本人もしくは家族、医師に限定され注射されるべきであるが、保育所などに通園する低年齢の子どもの場合に限っては、患者自身が自己注射することが困難を考えられるため、保育

士が代わりに注射をすることになる。そのため、エピペン®を保育所で保管することになるので、全ての職員が保管場所を知っていること、全ての職員が緊急時に注射できることが必要になってくる。しかし、緊急時に一番判断が難しいのは、どのタイミングでエピペン®を注射すべきかという点である。

平成24年12月20日に調布市立富士見台小学校で起こった食物アレルギーの事故では、教職員の初期対応の誤りが指摘されている。この事故に関して文部科学省に提出された事故検証報告書によると、誤って粉チーズ入りのチヂミを食べてしまった食物アレルギーをもつ児童が、アナフィラキシー症状を起こして死亡した。調布市立学校児童死亡事故検証委員会によると、発作時に担任や養護教諭によってエピペン®が即座に注射されなかったことが死亡の原因のひとつであると指摘している<sup>19)</sup>。しかし、この学校では過去5年間にわたって食物アレルギーに関する研修が行われていたにも関わらず、このような事故が起きてしまったのは何故だろうか。その背景には、研修に取り組む教職員の姿勢や研修内容の問題だけでなく、緊急時にエピペン®を使用する適応基準の難しさにあると考えられる。そのため、この事故に遭遇した担任や養護教諭のように、エピペン®を注射するタイミングを誤り、その結果死亡事故につながってしまったのではないかと。

この事件の翌年である平成25年7月に日本小児アレルギー学会は、一般向けエピペン®の適応について表4のようにまとめ、学会としてエピペン®の適応の患者・保護者への説明、今後作成される保育所（園）・幼稚園・学校などのアレルギー・アナフィラキシー対応のガイドライン、マニュアルをすべてこれに準拠していくことを基本とするとした<sup>20)</sup>。

表4 一般向けエピペン®の適応

エピペン®が処方されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、下記の症状が一つでもあれば使用すべきである	
消化器の症状	繰り返す吐き続ける 持続する強い(がまんできない)おなかの痛み
呼吸器の症状	のどや胸が締め付けられる 声がかすれる 犬が吠えるような咳

全身の症状	持続する強い咳込み
	ゼーゼーする呼吸
	息がしにくい
	唇や爪が青白い
	脈を触れにくい・不規則
	意識がもうろうとしている
	ぐったりしている
	尿や便を漏らす

このように定期的な食物アレルギーに関する研修実施が不可欠なのはもちろんであるが、緊急時に非医療専門職者である教職員や保育士によってエピペン®を本当に注射することができるのかといった問題が解消されない限り、今後更なる研修内容の見直し、また研修を受講する側の意識改革が求められる。

保育所で実施されている研修のなかでは、AEDを使用する心肺蘇生法も多く実施されているが、保育現場での心肺蘇生法の経験に関しては、全国調査において1.2%の保育所が経験ありと回答している<sup>21)</sup>。この数値を多いとするか少ないとするかは別にして、SIDS（乳幼児突然死症候群）やてんかん、喘息、アナフィラキシー症状、誤飲事故など、どの保育所でもいつ何時心肺蘇生が必要となる状況に遭遇するかわからない。そのためにも、AEDの設置の有無はもちろん設置場所の把握や正しい使用方法に関して、保育士のみならず保育所で働く職員全員が理解していることが求められる。

## 8. 考察

多様化する保育ニーズに対応するため、保育士や保育所に求められることも時代とともに変化してきている。保育所による与薬に関しては、基本的に保育所では与薬をしないとしながらも、医師より処方された薬に限定する場合や与薬依頼書により与薬をする場合など、特に低年齢児に対しては何らかの形で与薬を子育て支援の一環として実施している保育所が多いことがわかっている<sup>22)</sup>。差別解消法の施行により合理的配慮が求められるようになったことで、今まで以上に保育所において与薬を依頼される件数は増加するであろう。また単に与薬だけでなく、座薬や点眼薬、鼻腔粘膜への薬剤噴霧といった薬剤

の投与方法、障害特性や疾患に応じた薬剤の種類などが増えると考える。特に慢性疾患を有する子どもの場合は、内服そのものが病状の維持・改善するための治療手段となることもあるため、与薬の管理がより重要となることは言うまでもない。本来そういった病児に対しては、保育所看護師が専門性を発揮して与薬の管理や症状への予防・対処などの個別対応・配慮していく立場であることがわかっているが<sup>23)</sup>、保育所における主な与薬実施者は、クラス担任保育士が96.6%を占めているのが現状である<sup>24)</sup>。しかし、障害特性や疾患に関する知識や経験の乏しい保育士がこれらを担うことは、様々な危険を含んでおり、また保育士の精神的負担へと繋がる可能性がある。そのため、保育所看護師の設置が早急に行われたい限り、保育士による与薬の管理が主となるため、保育所で与薬マニュアルを作成する、保育士が障害特性や疾患、薬剤に関する知識を身に付けるなどの対応が必須であると考えられる。

このように与薬だけに限らず、保育所において今まで医行為であると認識して拒絶し続けてきた行為が、法改正や行政からの通知によって保育士でも行ってよいとされてきているが、未だその通知が十分に認識されていない。また、医行為であると考えられていた行為を、保育士が今後どう受け入れていけるかが大きな課題となるのではないだろうか。保育所での障がい児や病児の受け入れが今後増加することを考えるのであれば、保育士による医行為の拡大の必要性は当然のことながら考慮されなくてはならない。しかしその反面、医行為の必要性が保育士の業務負担のみならず更なる精神的な負担となり、保育士のバーンアウトに繋がりがかねない。そのため、非医療専門職者である保育士の医行為の解釈が拡大していくことよりも、医療専門職者である看護師や保健師の保育所設置が進むことが本来望ましいことである。しかし、保育所看護師の設置に関しては看護師の人材不足や雇用に関するコストの問題など、一保育所の経営だけで解決することは難しい。厚生労働省の「平成28年度保育関係対策予算案の概要」においても、病児保育事業に関する看護師確保のための予算案は考慮されているが<sup>25)</sup>、全ての保育所に

看護師を設置するための予算が今後より確保されなければ、保育所看護師の設置は進んでいかないのでないかと考える。

2016年4月に施行された差別解消法によって、地域の保育所に医療的ケアを必要とする障がい児や病児が増加することは容易に予想される。そのため、合理的配慮を求められる保育所にとって、保育所看護師の確保は必至の課題であるが、同時に保育士による医行為の拡大が更に求められていくだろう。保育所やそこで働く個々の保育士は、医行為とそうでない行為をまずはしっかりと認識することが必要である。そして更に医療的ケアを必要とする児に対して、医行為を行うための知識やスキルを身に付けるための研修に参加することが望ましいと考える。そのことが、保育所で発生する事故を防ぐだけでなく、働く上での保育士の精神的負担を軽減し、バーンアウトを減らす要因になるのではないだろうか。

## 9. 今後の研究課題

厚生労働省から通達された医行為の解釈や保育士による喀痰吸引等業務の施行を踏まえて、保育所や現場で働く保育士の医行為に関する認識度や意識調査を行っていくとともに、島根県内の保育所看護師の設置状況、保育所における保健業務に関する実態について調査していきたい。さらに、保育所保育士を対象とした喀痰吸引や経管栄養等の業務のための研修を、今後実施していけるような環境整備を行っていきたい。

## 10. 最後に

現在、教育機関において「インクルーシブ教育」が推進され、障がいのあるものと障がいがいないものとが共に学ぶシステム作りが求められている。冒頭でも差別解消法について述べたが、保育所のみならず幼稚園や小学校等で障がい児が健常児とともに学習していく環境が今後整っていくと考えられる。その基盤を作るために、現場で働く保育者や教育者のみならず、保育者や教育者を目指す学生に対しても、インクルーシブな視点を養っていく必要があり、また同時に障がい児のQOLを支えるための知識やスキ

ルも身に付けていかなければならない。今後、保育や教育、福祉における小児保健のあり方や教育方法についても再検討していく必要があるのではないだろうか。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省 (2015) 「現状・課題と検討の方向性」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000103581.pdf> 2016年8月31日閲覧
- 2) 厚生労働省 (2015) 「保育所等関連状況取りまとめ」  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000098603.pdf> 2016年8月31日閲覧
- 3) 厚生労働省 (2015) 「障害者差別解消法 福祉事業者向けガイドライン」, p10
- 4) 同上, p12-13
- 5) 同上, p40, 48
- 6) 内閣府 (2016) 「医療的ケア時の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について」  
[http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/h280603/renkei\\_suishin.pdf](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/h280603/renkei_suishin.pdf) 2016年8月31日閲覧
- 7) 日本保育協会 (2009) 「保育所の環境整備に関する調査研究報告書 ー保育所の人的環境としての看護師等の配置ー」, p14
- 8) 高田利廣 (1999) 『看護婦と医療行為 その法的解釈』日本看護協会出版会, p3
- 9) 厚生労働省 (2005) 「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について (通知)」
- 10) 日本保育園保健協議会編集委員会 (2000) 「園での投薬について ーアンケート結果報告ー」保育と保健 5 (2), p52-56
- 11) 安斎芳高 (2001) 「保育所の与薬に関する法的側面とその対応への考察 ーこれからの保育所における保健対応機能のあり方ー」川崎医療福祉学



- 会誌11 (2), p231
- 12) 同上, p232
- 13) 阿保智子、扇野綾子、富澤登志子 (2009) 「H市における保育所での与薬の実態と保育士の認識—看護職者および与薬マニュアルの有無による比較—」小児保健研究68 (3), p343-349
- 14) 厚生労働省 (2013) 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」p66-85  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/177-6c.pdf> 2016年9月12日閲覧
- 15) 厚生労働省 (2012) 「実質的違法性阻却論について」  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-3-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-3-1.pdf) 2016年9月12日閲覧
- 16) 厚生労働省 (2011) 「喀痰吸引等業務の施行等に係るQ&A について (その2)」  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/2-6-1-2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/2-6-1-2.pdf) 2016年9月12日閲覧
- 17) 川島孝一郎 (2012) 「緊急避難：医療的ケアの基本 (特集 ヘルパーのたんの吸引軌道化とQOL向上)」難病と在宅ケア18 (7), p21-25
- 18) 厚生労働省 (2011) 「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」, p4  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf> 2016年9月20日閲覧
- 19) 文部科学省 (2013) 「調布市立学校児童死亡事故検証結果報告書概要版」, p3-4  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/sports/018/shiryo/\\_icsFiles/afieldfile/2013/06/05/1335638\\_5.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/sports/018/shiryo/_icsFiles/afieldfile/2013/06/05/1335638_5.pdf) 2016年9月21日閲覧
- 20) 日本小児アレルギー学会 (2013) 「一般向けエピペン®の適応」<http://www.jspaci.jp/modules/membership/index.php?page=article&storyid=63> 2016年9月21日閲覧
- 21) 日本保育協会, 前掲「保育所における低年齢児の保育に関する調査研究報告書」, p47
- 22) 日本保育協会 (2007) 「保育所における低年齢児の保育に関する調査研究報告書」, p44-45
- 23) 出野慶子、大木伸子、小泉麗、鈴木明由実 (2007) 「慢性疾患をもつ幼児の集団生活における支援—保育園勤務の看護師への質問紙調査より—」小児保健研究66 (2), p348-350
- 24) 阿保, 前掲「H市における保育所での与薬の実態と保育士の認識—看護職者および与薬マニュアルの有無による比較—」, p345
- 25) 厚生労働省 (2016) 「平成28年度保育関係対策予算案の概要」, p8  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/file3.pdf> 2016年9月21日閲覧

(受稿 平成28年10月19日, 受理 平成28年11月24日)