

日独比較による医療的ケア児の 保育所受入れの方策の検討 —ドイツのインクルーシブ保育施設での現地調査から—

植田嘉好子*¹ 三上史哲*² 松本優作*³ 末光茂*¹

要 約

日本における医療的ケア児の保育所受入れの方策を検討することを目的に、ドイツで25年間インクルーシブ保育を展開する Lebenshilfe Inklusionskita で観察及び園長への半構造化インタビューを実施した。結果、園児141名中33名が医療的ケアと身体的ケアを要し、経管栄養、ストーマ、導尿、インシュリン注射、食物アレルギー、皮膚疾患、てんかん等に対応していた。2つの総合病院と連携し、行政指定医師による医療的ケア指示書に基づき、保護者の同意のもと園児への医療的ケアを実施する。園児は異年齢で障害の有無も混合された4つのグループに分かれ、職員は教育、保育、療育、ソーシャルワークからなる学際的チームで協働していた。園児らが互いの違いに気づき、助け合うことを学ぶよう見守る、多様性を前提としたインクルーシブ保育が実践されていた。

1. 緒言

1.1 日本における医療的ケア児の保育所受入れの現状と課題

日本では「医療的ケア児」が2016年の児童福祉法改正において初めて法律上明記された。「医療的ケア児」とは人工呼吸器やたんの吸引、経管栄養等の医療的ケアが日常的に必要な子どもを指し、全国に約2万人いると推計される¹⁾。この中には重症心身障害児に当てはまる寝たきりの子どもから、歩行可能であったり知的障害がない子どもまで存在する。また医療的ケア児の保護者が、職場復帰や介護のレスパイトを目的に、障害児サービスだけでなく保育所の利用を希望するケースも増えている²⁾。改正後の児童福祉法では、国や地方公共団体が医療的ケア児への保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援体制を整備するよう定め、これを受けて国は「医療的ケア児保育支援モデル事業」を実施し、市町村が保育所等に看護師を配置するよう支援している。しかし実際の保育所での受入れは全国で329か所、366人に留まり、全く受入れのない県も3県報告されて

いる³⁾。

筆者らの文献研究では、医療的ケア児の保育所受入れには看護師配置の人的課題だけでなく、保育所と医療機関との連携強化や保育所全体での環境整備、保護者の積極的な働きかけがなければ受入れが実現しない現状も課題として抽出した⁴⁾。引き続き実施した保育所におけるケーススタディにおいても、クラスの中で医療的ケア児や他の障害児、健常児も含めた多様なニーズにいかに対応するかという保育実践上の困難が見出された。さらには、医療機関ではない保育所で医療的ケアを安心・安全に提供することの負担やリスクは少なくなく、職員の張りつめた緊張感や事故対応へのサポートも重要であることが指摘された⁵⁾。

1.2 ドイツにおける保育の動向とインクルージョン

一方のドイツでは、インクルーシブ教育が進められ、特別支援学校を可能な限り廃止し、特別なニーズのある子どもも通常学校で教育する方向性が実現されつつある。障害のある子どものうち通常学校に

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

*2 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療情報学科

(令和2年10月以降の所属：香川大学 医学部附属病院 医療情報部)

*3 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 子ども医療福祉学科

(連絡先) 植田嘉好子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-mail : k_ueda@mw.kawasaki-m.ac.jp

通う割合は、2008/09年度には18.4%であったが、2013/14年度には31.4%にまで高まった⁶⁾。就学前の子どもに対しても同様の方針であり、2019年1月に施行された「保育における質の向上と参加に関する法律」では、10の行動領域の一つ目に「すべての子どもに対するインクルーシブな支援」が掲げられている。ドイツ政府が資金提供を行うための保育の質の評価として、インクルージョンが最重要項目であることが理解される。

この背景には、2009年3月にドイツが批准した障害者権利条約によって、障害のある子どもの成長や学習の機会を地域社会の中で保障することに、法的な拘束力を発効したことが大きい⁷⁾。またドイツでは移民や難民の割合が年々増加しており、2019年では人口の4人に1人が移民の背景を持つ^{†1)}。特に2001年のいわゆる「PISA ショック」以降、移民の背景を持つ子どもたちの学力格差が明らかとなり、就学前段階からの教育格差是正が目指されることとなった⁸⁾。現実には、移民の背景を持つ障害児も増加しており、ドイツの乳幼児保育においては、インクルージョンと教育とが同時に強化されていることが特徴と言える。

医療的ケア児に関しても、日本と同様、ドイツでも保育施設での受入れが要請されている。糖尿病やアレルギー等の慢性疾患の子どもは増加傾向にあり、保育施設が医療的ケアの実施を拒否したり、それを理由に入園を断ったりすることは、インクルージョンの法的義務に反することになる。しかし、保育施設の職員は看護行為の訓練を受けておらず、医療的ケアを実施するためには、保護者との綿密な話し合いと書面による契約合意が必要となる（『保育所の組織的責任へのパーソナルケアの移転』“Überleitung der Personensorge in den organisatorischen Verantwortungsbereich der Kindertagesstätte”⁹⁾）。

だが換言すれば、ドイツの保育施設では、保育士や教育者ら非医療者であっても、この保護者との合意があれば医療的ケアを実施できるということになる。日本の場合は、特定行為研修を修了すれば保育士も喀痰吸引や経管栄養のケアは実施できるが、インスリン注射や酸素吸入、人工呼吸器の管理は医師・看護師、家族に限定されている¹⁰⁾。このような制度上の相違は明確であるが、実際にドイツではどのように保育施設で医療的ケア児を受け入れているのか、その実態は明らかにされていない。

1.3 本研究の目的

本研究では、乳幼児期からインクルージョンが展開されるドイツにおいて、医療的ケア児がどのよう

に保育施設で受入れられているかを現地にて調査する。医療的ケアを実施するまでの具体的なプロセスや、医療的ケア児を含むインクルーシブな保育実践を明らかにすることによって、日本における医療的ケア児の保育所受入れの方策や、システム構築への示唆を得ることを目的とする。

2. 方法

2.1 調査対象

ドイツ・ベルリン州にある保育施設 Lebenshilfe Inklusionskita（以下「iKita」）を対象に、医療的ケア児の受入れについて調査した。Lebenshilfeは障害児・者支援に60年の歴史をもつ民間法人であり、「平等・寛容・尊重」を理念とする。1994年にiKitaを開設し、四半世紀にわたり障害児と健常児の統合保育を実践してきた。現在は障害児のみならず移民や難民も在籍しており、個別ニーズを重視しながら、子どもたちの多様性を生かすインクルーシブ保育を展開している。

2.2 調査方法

iKitaの園長である Musa Al Munaizel 氏への半構造化インタビュー、並びに保育場面の観察を、iKitaの施設内で実施した。実施日は2020年3月5日であり、園長へのインタビューは約2時間30分であった。2名の調査者がインタビューガイドに沿って質問を行い、対象者に許可を得てICレコーダーに録音した。また施設内の構造や保育上の工夫を記録するため、園児が映り込まないことを条件に写真を撮影した。

2.3 倫理的配慮

調査の目的及び方法について、調査依頼時にはメールで、実施時には口頭と文書にて、園長に説明した。調査への協力は任意であること、開始後も協力を中止できること、また個人情報保護やプライバシーへの配慮等についても説明を行い、同意を得た上で実施した。なお、本調査は川崎医療福祉大学倫理委員会より承認を得ている（承認番号18-108）。また本研究において開示すべきCOI事項はない。

3. 結果

園長へのインタビュー内容及び施設内の観察場面より、iKitaにおける医療的ケア児の受入れの方法やインクルーシブ保育の実際について、調査結果を記述する。

3.1 Lebenshilfe Inklusionskitaの概要

iKitaはベルリン州で唯一のインクルーシブ保育施設であり、州内のあらゆる地域から子どもが通っている。中には片道1時間以上かかる園児もいる。

保育時間は午前7時から午後5時まで、施設バスでの送迎か、保護者による送迎かを選べる。利用児の年齢は生後8か月から7歳まで、障害の有無や国籍、宗教に関わらず多様な背景をもつ子どもが利用できる。調査時では141名の園児が在籍し、そのうち33名が医療的ケアと身体的ケア (medical and physical care) を要する状況であった。利用頻度は、週に1日から毎日利用する子どもまで、ニーズや体調によって様々である。

職員は4年制大学を卒業しており、専門は教育、保育、リハビリテーション、ソーシャルワークの学際的 (interdisciplinary) チームで協働している。リハビリテーションには言語療法、理学療法、作業療法の専門職がいるため、多様な障害への対応が可能である。

また iKita では保護者への支援も積極的に実施しており、週に1回程度子ども の状況について保護者と面談し、月に一度は家族の集まる茶話会を開催している。移民や難民の保護者に対しては、ドイツ語教室を国の拠点事業として提供している。そのため の事務所も施設内に設置し、行政職員が2名駐在している。筆者らの見学の際にも、中東出身者と思われるヒジャブを着用した女性が、一対一でドイツ語指導を受けていた。

Lebenshilfe iKita は民間の保育施設であるが、ベルリン州の認可を得ており、全面的なバックアップを受けている。iKita には400名近い利用待機児がおり、調査の翌月には利用児の受入れを170名まで増員し、2年後には250名まで拡大するため、増築費250万ユーロ (約3億円) の助成をベルリン州から受けることが決定していた。iKita にはインクルーシブ保育の明確なコンセプトと25年間の実績があったことから、州との共同で『ベルリン教育プログラム (2018)』を作成した。ベルリン州全体の保育施設が、このプログラムに依拠した組織やカリキュラムの実践を試みている。

3.2 iKita での医療的ケア児への対応

iKita で実施している医療的ケアの内容は、経管栄養、ストーマ、導尿、インシュリン注射、食物アレルギー、皮膚疾患、てんかんであった (調査時)。ドイツでは法律上、心臓疾患と人工呼吸管理が必要な子どもは保育施設で受入れられず、保護者が子どもに専属の看護者をつければ受入れ可能とのことである。

医療的ケアを提供するために、iKita では2つの総合病院と提携している。ドイツでは公私2種類の医療制度があるが、州の認可保育施設である iKita で医療的ケアを受ける場合は、行政指定医師による指

示書が必要となる。行政指定医師は、医療的ケア児の居住地により自動的に割り当てられる。

3.2.1 医療的ケア指示書の作成

行政指定医師が iKita における医療的ケア指示書を書き、日付とサインを記す。これに保護者が同意しサインをすることによって、iKita が医療的ケアを実施できる。この指示書により iKita は法的に医療的ケアの権限が与えられ、保育施設で問題なく医療的ケアが提供できる。指示書には子どもの疾患名、医療的ケアの内容、具体的手順、頻度や回数、費用等が書かれている。この指示書は原則3か月毎に更新され、その都度 iKita の職員は行政指定医師と連絡を取り、変更点等を確認する。

3.2.2 医療的ケアの実施と記録

iKita の職員は、指示書に基づいて医療的ケアを実施する。日々ケアを実施する度に、実施内容やその際の子どもの身体状況を記録する。3週間毎に実施記録を病院に FAX もしくはメールで送る。行政指定医師がその記録を確認し、必要に応じてケアの変更を指示する。例えば薬の量の増減、ケアの回数の増減、特別食に変更等である。もし iKita の職員がこの指示と異なる方法でケアを実施し、子どもの体調が悪化した場合、iKita が責任を取らねばなくなる。そのために指示書に基づく確実な医療的ケアやその実施記録、病院との緊密な連携は重要となる。

3.2.3 子どもの保育報告書の作成

iKita では6か月毎に子ども一人ひとりについて保育報告書を作成し、州に提出する。保育報告書には子どもの全体的な状況について、例えば保育や教育の内容、子どもの発達や言動、リハビリや医療的ケア等が記述される。これを基に州は iKita への補助額を決定するが、医療的ケア児は他の障害児よりもさらに加算が高く、保育施設での医療的ケアの重要性が評価されている。

医療的ケア児のファイルには、この保育報告書に加えて医療的ケア指示書や医療的ケア実施記録も併せて綴られている。卒園時には保護者にこのファイルを渡すが、これを小学校に提供するかどうかは保護者が決める。「医療も保育も特別支援教育も、このファイルに子どもに関する全ての情報があるため、小学校にとっては非常に役に立つはずだ」と園長は就学移行におけるこのファイルの重要性を主張した。

3.2.4 医療記録の保管と医療事故への備え

iKita で作成した医療的ケアに関する記録は、施設内で25年間保管しなければならない。これは法的に義務付けられている。またこの iKita に通うすべ

での園児と職員が損害保険に加入しており、あらゆるアクシデントがカバーされている。もし施設で事故が生じれば、医療に関することは政府の保険^{†2)}、その他は民間保険で対応する。「医療的ケアは絶対にミスが許されない。しかしこういう補償制度があるから、30人以上の医療的ケア児が受け入れられる」と園長は述べる。また iKita は病院と日常的に連絡を取り合いラポールを築いているため、保護者から許可を得て、直接に医師とやり取りができる。これが iKita で医療的ケアを安全に提供するための方法であり、非常に明確な仕組み（システム）である。

3.3 iKita でのインクルーシブ保育の実践

3.3.1 クラス編成

iKita では医療的ケア児だけでなく、知能や発達障害、自閉症スペクトラムや難病の子ども、また移民や難民も利用している。年齢も0歳児から7歳児まで幅広いが、年齢によるクラス分けは行っていない。全園児を4つのグループに分け、異年齢の子ども同士が交わり、障害の有無も混合である。グループ毎に施設内のエリアが4つに分けられており、職員も各グループでチームを編成しているため、職員

室も各エリアに設置されている。

3.3.2 目的別ルーム

目的別に部屋が分かれており、園児は自由に行き来することができる（図1）。例えば食堂、工作室、プレイルーム、リハビリ室、午睡ルーム等である。医療的ケアはスヌーズレンルームで行われる。言語聴覚療法専用の完全防音室もある。食堂では午前7時から9時の間に朝食を提供しており、自由なタイミングで好きな友達と食べる。ある園児は、仲の良い友達が登園するのを待って、一緒にりんごとパンを食べていた。広い園庭には砂場や遊具、ペダルなし自転車等があり、子どもたちは走り回って自由に遊ぶ。職員は見守るだけで、子どもたちがぶつかっても転んでも、ケンカを始めても、ほとんど関与しない。

3.3.3 セッション

iKita では10以上のセッションが準備され、歌う、話す、ダンス、運動、アート、集中、療法等が実施される。今日はどの部屋で何のセッションが行われるかは、廊下の掲示板に示されている（図2）。セッションの内容や行動のルールは、写真や絵で視覚的

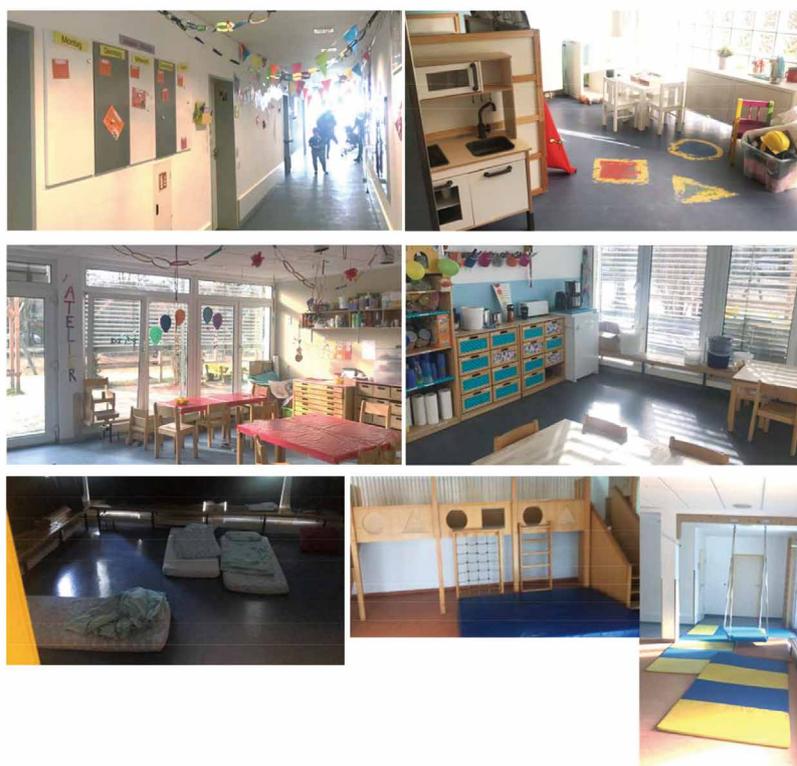


図1 Lebenshilfe Inklusionskita の各部屋（写真）

左上：廊下と週間予定の掲示

左中：工作室（アトリエ）

左下：午睡ルーム

右上：おままごとのプレイルーム

右中：食堂

右下：身体リハビリルーム（2枚）

に表現され子どもにもわかりやすい。あらかじめ決められた個別のセッション以外は自由に参加できる。

午前10時頃のプレイルームでは、園児らと先生が輪になって座り、朝の歌を歌っていた。それまでは各児が自由に好きな部屋で遊んでいたが、このように一斉に集まる時間もある。工作室では、個別に集中力を高める時間として、2名の園児が1名の作業療法士とビーズの紐通しをしていた。リハビリ室では、2名の難病の子どもが理学療法士と遊びながらマットの上で体を動かしていた。知育やリハビリの素材も壁の低い位置にあり、いつでも子どもが手にできるようにになっている。

3.3.4 医療的ケアの注意事項の共有

このように iKita では、集団や個別で様々なセッションが並行して実施されているが、同じ医療的ケア児でも活動ごとに注意事項が異なる。そのため、各部屋に園児それぞれの注意事項を、顔写真付きで掲示している。例えば食堂では、アレルギー除去食、

発作時の対応、摂食介助上の注意等が、壁に園児別に大きく掲示されているため、個人ファイルを開かなくとも一目で確認できる。複数の職員でケアの注意点を確認しながら、確実にケアを実施することができる。

3.3.5 『ベルリン教育プログラム』

iKita が実践しているこれらのインクルーシブ保育は、すべて『ベルリン教育プログラム』に依拠したものである。これは3年をかけてベルリン州の委員会が作成したもので、iKita の園長も深く関与した。これからのドイツに求められるインクルーシブ保育のコンセプト・カリキュラム・システムがすべて書かれている。目次は図3の通りであり、特に「4. インクルージョン」「5. 親との子育てパートナーシップ」「6. 就学支援」が、医療的ケア児を保育施設で受け入れる意義として大きい。医療を日常的に必要としながらも、同世代の子どもと共に遊び・活動する、保護者も子育ての協力者を得て負担や喜びを共



図2 本日のセッションの部屋別掲示（上2枚）と行動ルールの視覚的表示（下）



図3 『ベルリン教育プログラム』の表紙と目次（目次は筆者による和訳）

有する、そして就学に向けた相談や具体的な準備を iKita の職員と共に進めていく。そこには常に、行政指定医師や連携病院のバックアップがあり、地域の普通学校や特別支援学校、行政機関とも濃い関係性を築いてきた。安全な医療的ケアを確保しながら、子どもの成長のあらゆる機会や可能性を探究していくことが iKita のみならず社会 (society) の責任だと園長は強く主張した。

4. 考察

以上の調査結果より、iKita では141名のうち33名が身体的・医療的ケアを必要としており、医療的ケア児をはじめ様々な背景をもつ子どもをインクルーシブに受け入れている実態が明らかになった。以下、日本とドイツとの比較により、医療的ケア児の保育所受入れの方策について検討していく。

4.1 保育施設における安全な医療的ケアの提供

保育施設において安全に医療的ケアを提供するシステムとして、表1に示すように、日本では第一に看護師の配置が要求される。保育士が特定研修を修了していても、実際のケアの際には看護師の指導が必要となるからである。また保育所における医療的ケアの手技については、保護者から綿密な引継ぎを行い、看護師や子ども自身が慣れるまでは保護者が付き添うケースがほとんどである。しかし主治医や医療機関との連携は、入園時の医療的ケア指示書を作成する機会のみで、入園後は保護者を介して主治医の見解を伺うことが多い。

それに対してドイツでは、保育施設に看護師は原則配置されておらず、保育士や教育職、セラピストが医療的ケアを実施していた。当然、保護者との連携は合意契約が交わされることから不可欠だが、調査対象の iKita では保護者よりも医療機関や行政指定医師との直接の協議が中心であった。いつでも医療機関に質問したり指示を仰いだりできることが、安全な医療的ケアの提供の支えとなっていた。

4.2 医療的ケア児を含むインクルーシブ保育の展開

表2に、医療的ケア児へのインクルーシブ保育の理念・方法、担い手、リスク管理を比較して示した。日本においても、2019年に『保育所での医療的ケア児受け入れに関するガイドライン』¹¹⁾や『医療的ケアを必要とする子どもの保育実践事例集』¹²⁾が公開され、ようやく全国的な展開を見せている。しかし、未だ受入れのためのガイドラインに留まり、『ベルリン教育プログラム』のような具体的な保育カリキュラムや組織づくりについては提示されていない。医療的ケア児へのインクルーシブな保育の理念や方法は、日本では各保育所の裁量に任されているのが現状と言える。

また医療的ケア児の保育の担い手は、日本では看護師と保育士であるが、ドイツでは保育士、教育職、セラピスト、ソーシャルワーカーの多職種チームであった。リハビリや教育を目的とした個別のセッションもあるが、多くは子どもが主体的に選択して好きなセッションに参加したり、自由に遊んでいる

表1 保育所における医療的ケアの提供システム

	日本	ドイツ
看護師の配置	○	×
保護者との連携	◎	○
医療機関との連携	△(保護者を介して)	◎(行政医師と直接)

表2 医療的ケア児を含むインクルーシブ保育の展開

	日本	ドイツ
理念・方法	各保育所の裁量	『ベルリン保育プログラム』
担い手	保育士・看護師	保育士・教育職・セラピスト・ ソーシャルワーカー
リスク管理	保育所・看護師	保育所・医療機関・国の補償制度

のを見守っていた。また移民の子どもや保護者へのサポートは主にソーシャルワーカーが担っており、文化や言語、宗教の違いに配慮した少数派への権利擁護も機能していた。医療的ケアにおける医療機関との連携は、職種に関係なく子どもの担当職員が実施していた。

医療的ケアのリスク管理については、日本では医療的ケア児を担当する看護師が、手技を確実に実施したり、体調の変化を注意深く観察したりと、一手に引き受けている場合も少なくない。医療行為ができるのは看護師だけだからと、周囲の職員が手を出しにくい状況もある。しかし、筆者らが調査した日本のケースでは、保育所全体で、他のクラスの職員も含めて、利用する医療的ケア児のケア内容や、緊急時対応について研修していた⁵⁾。また看護師や保健師の配置を2名とし、一人に責任を集中させない工夫も重要である。ドイツでは、医療機関との緊密な連携が、医療的ケアのリスク管理の基盤となっており、また法定災害保険の国の事故補償も、職員にとって安心して医療的ケアが実施できる要素となっていた。

4.3 今後の医療的ケア児の保育所受入れ拡大に向けて

以上の日独比較から、今後の日本における医療的ケア児の保育所受入れを拡大するために、以下の2点を提言したい。1点目は、医療的ケアを特別視せず、生きるために必要な日常ケアとして、他の障害児と同様に保育所で受入れていく必要性である。日本では発達障害児や他の身体障害児については、比較的保育所での受入れが進んでいるものの、医療的ケア児へのハードルは一段と高くなっている。看護師だけでなく保育士にも医療的ケア提供者を拡大していくことで、医療的ケアは特別でなく日常的なケアであることを示していくことができるだろう。また看護師と保育士との協働だけでなく、療育の専門家やソーシャルワーカーを加えた、ドイツのような多職種保育も有効と考えられる。そして、年齢別保育の画一的な方法を見直し、目的別の活動による異年齢保育へと、子どもの発達や特性の多様性を当たり前とする保育に転換することで、医療的ケア児の特別

観を払拭する契機にもなるだろう。

2点目は、医療的ケアは子どもの命に直結しており、保育所で確実に安全にケアが実施されるための体制の整備である。医療的ケアは、医療職である看護師であっても、またケア経験を重ねても、常に緊張を強いられる業務である。そのプレッシャーを支えるために、保育所と医療機関との密な連携や、緊急時だけでない平時でも保育所全体で対応すること、そして万が一の医療事故に備えた補償制度も、保育所の負担なく整備されることが必要であろう。

以上の2点を実現するためには、国や地方自治体が医療的ケア児への保育機会を十分に保障し、現場の保育施設が安心して受け入れられるよう、リーダーシップを発揮することが求められる。具体的には、インクルーシブ保育の理念・方法の明文化、保育現場を尊重した運営面・資金面での十分な補助等の支援体制が、いち早く実現されることが望まれる。

5. 結語

本研究では、ドイツのインクルーシブ保育施設 iKita での現地調査から、日本の医療的ケア児の保育所受入れの方策を検討した。医療的ケアの提供方法における日独の共通点や相違が明らかになったが、なぜ保育所で医療的ケア児を受け入れるのか、受け入れるとどのような意義があるのかを、明確にビジョンとして持つ必要がある。iKita の園長はインタビューにおいて「多様性の中でこそ子どもたちはお互いに気遣い、助け合い、学ぶことができる。そうして子どもはソーシャルスキルを身に付け、将来、自分自身で批判的に考えることができるようになる。ソーシャルスキルは今後の世界でも必要だ。宗教や文化、障害その他による違いはあるが、それは重要ではない。すべての子どもの存在を受け入れるために、人間としてどう在るかが重要なのだ」と述べた。日本において医療的ケア児が保育所で当たり前を受け入れられるためには、人的・制度的環境が必要であるが、その前提となるソーシャル・インクルージョンの哲学を、私たち社会がいかに深い次元で認識するかが重要であることが示唆された。

謝 辞

本調査にご協力いただいた Lebenshilfe Inklusionskita の Musa Al Munaizel 園長はじめ職員の皆様には心より感謝申し上げます。本研究は平成30年度川崎医療福祉大学医療福祉研究費の助成を受けたものです。

注

†1) ドイツの2019年現在の人口約8200万人のうち、移民の背景を持つ者（帰化した者を含む）の割合は26.0%と報告されている¹³⁾。

- †2) ドイツ法定災害保険 (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung : 略称 DGUV) は日本でいう労働災害保険に当たるが、ドイツの保育施設における医療事故も補償対象となっている¹⁴⁾。

文 献

- 1) 厚生労働省：医療的ケア児等の支援に係る施策の動向。第17回医療計画の見直し等に関する検討会資料（令和2年1月15日），<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000584473.pdf>, 2020. (2020.9.8確認)
- 2) 荒木俊介, 中村加奈子, 柏原やすみ, 江口尚, 下野昌幸：医療的ケア児の保護者における就労状況の調査. *Journal of UOEH*, 41, 2019, <https://doi.org/10.7888/juoeh.41.171>.
- 3) 厚生労働省：医療的ケアが必要な子どもへの支援の充実に向けて。令和元年度 医療的ケア児等の地域支援体制構築に係る担当者合同会議資料（令和元年10月11日），<https://www.mhlw.go.jp/content/12204500/000559839.pdf>, 2019. (2020.9.8確認)
- 4) 松本優作, 笹川拓也, 植田嘉好子, 三上史哲, 杉本明生, 末光茂：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, 9-19, 2019.
- 5) 植田嘉好子, 三上史哲, 松本優作, 杉本明生, 末光茂, 笹川拓也：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—保育所を利用する医療的ケア児のケーススタディから—, *川崎医療福祉学会誌*, 30, 47-59, 2020.
- 6) Bertelsmann Stiftung (ベルテルスマン財団)：Inklusion in Deutschland (ドイツにおけるインクルージョン). https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_IB_Klemm-Studie_Inklusion_2015.pdf, 2015. (2020.9.9確認)
- 7) Deutsche UNESCO-Kommission (ドイツユネスコ委員会)：Inklusive Bildung in Deutschland (ドイツのインクルーシブ教育). <https://www.unesco.de/bildung/inklusive-bildung/inklusive-bildung-deutschland>, 2020. (2020.9.9確認)
- 8) シード・プランニング：諸外国における保育の質の捉え方・示し方に関する研究会（保育の質に関する基本的な考え方や具体的な捉え方・示し方に関する調査研究事業）報告書（厚生労働省子ども家庭局「保育所等における保育の質の確保・向上に関する検討会」）. <https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000533050.pdf>, 2019. (2020.9.9確認)
- 9) Unfallkasse Hessen (ハッセン事故保険)：Medizinische Hilfsmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen (保育施設における医療的ケア). <https://inform-online.ukh.de/kita/detail-kita/news/medizinische-hilfsmassnahmen-in-kindertageseinrichtungen/>, 2017. (2020.9.9確認)
- 10) 北住映二：知っておきたい知識—“医療的ケア”の再定義—. *小児看護*, 41, 522-529, 2018.
- 11) 保育所における医療的ケア児への支援に関する研究会：保育所での医療的ケア児受け入れに関するガイドライン. https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/h30kosodate2018_0102.pdf, 2019. (2020.9.9確認)
- 12) 全国社会福祉協議会全国保育士会：医療的ケアを必要とする子どもの保育実践事例集. <http://www.z-hoikushikai.com/about/siryobox/book/iryotekicare.pdf>, 2019. (2020.9.9確認)
- 13) Statistisches Bundesamt (ドイツ連邦統計庁)：Pressemitteilung Nr. 279 vom 28. Juli 2020 (2020年7月28日プレスリリース第279号). https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/07/PD20_279_12511.html, 2020. (2020.9.9確認)
- 14) DGUV -Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (ドイツ法定災害保険)：Kinder in der Tageseinrichtung und Tagespflege (保育施設と利用児)： https://www.dguv.de/de/versicherung/versicherte_personen/kinder/kita_kinder/index.jsp, 2020. (2020.9.9確認)

(令和2年11月4日受理)

Study of Inclusive Child Care System for Technology-dependent Children: Investigating the Practice of Social Inclusion in a German Nursery School

Kayoko UEDA, Fumiaki MIKAMI, Yusaku MATSUMOTO and Shigeru SUEMITSU

(Accepted Nov. 4, 2020)

Key words : technology-dependent children, nursery school, social inclusion, medical care

Abstract

The aim of this paper is to clarify how to support technology-dependent children at nursery schools in Germany. We visited to observe Lebenshilfe Inklusionskita practicing inclusive child care in Berlin, and conducted a semi-structured interview with the manager. As a result, 33 of 141 children of the facility needed physical and medical care. Medical care was provided in mutual cooperation with 2 general hospitals which had doctors designated by the local government. The children were divided into four groups, and each group consisted of children whose ages and handicaps varied. The staff collaborated in an interdisciplinary team from education, childcare, therapy, and social work. It was suggested that nursery schools in Japan should transit their child care vision from homogeneity to social inclusion, to build a better system for technology-dependent children nationwide.

Correspondence to : Kayoko UEDA

Department of Social Work
Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : k_ueda@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.30, No.2, 2021 579 – 587)