

保育所における障がい児受け入れの現状から
—統合保育を考える—

後 藤 永 子

愛知東邦大学

保育所における障がい児受け入れの現状から —統合保育を考える—

後 藤 永 子

目 次

1. はじめに
2. 研究方法と調査内容
3. 結果
4. 考察
 - (1) 障がい受け入れと統合
 - (2) 受容
 - (3) 愛着問題
5. おわりに

1. はじめに

障がいは、人間が「生きもの」である以上、避けられない宿命である。近年、保育所における障がいのある子どもをはじめとした特別な支援を必要とする子どもの増加とともに、重度障がい児の保育所での受け入れが増えつつあると言われている。

このような現状から、法的にもさまざまな改正が行われてきた。たとえば、2006(平成18)年に改正された「発達障害者支援法」では、発達障害を「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」と定義された。また、2008(平成20)年には「保育所保育指針」が改定され、障がいのある子どもの保育について、保育所が家庭や関係機関等と連携を図りながら、より柔軟に個別対応を図るべきと明記された。更には、2011(平成23)年には児童福祉法の一部が改正され、保育所等の訪問支援が新設される等、障がいのある子どもにたいする支援施策の見直しが図られた。

本研究においては、今では「統合保育」という言葉すら死後となって、当たり前保育の姿といわれているが、保育所における障がい児受け入れの実態について調査を行い、統合保育の現状からより良い支援と援助に繋げていきたいと考えた。

2. 研究方法と調査内容

2012(平成24)年1月31日に筆者が行った園長研修の折、無記名による質問紙を用意し、研究の

主旨をお話しした上で、園長の任意で持ち帰り送付をお願いした。ただ、無作為に送付するには、個人情報に伴う調査のため、主旨をお話し、同意の上、持ち帰り送付をお願いしたほうがより良い方法と判断した。

質問紙の内容は、以下である。

問1. 回答者の職位と性別

問2. 保育所の定員数と、現在の園児数

問3. 受け入れ園児の対象年齢

問4. 障がいの手帳(愛護手帳)を持っている園児数と年齢、障がいの種類

問5. 問4の園児への加配の有無(臨職を含む)

問6. 問4以外の園児で保護者が障がいを認めている園児数と年齢、障がいの種類

問7. 問6の園児への加配の有無(臨職を含む)

問8. 保護者が認めてはいないが、保育所として問題行動や心配を感じている園児数と年齢、疑われる障がいの種類や問題行動

問9. 問8でお聞きした園児への加配の有無(臨職を含む)

問10. 自由記述の意見等

3. 結果

研修時に持ち帰った保育所の園長(副園長・主任2名含まれる)は、30保育所であった。2012(平成24)年2月3日～3月31日までの回収は、14保育所で、回収率47%であった。送付された保育所のなかには、保育所名が記載されたもの、明らかに園児数等から保育所名が判明できる保育所があり、個々の保育所についての結果は、記載を差し控える。更に、障がいの名称と年齢についての記載についても個人の特定できるものもあり個人情報保護を配慮し差し控える。

障がいの名称、たとえば、広汎性発達障害等については、「害」の記載をお許し頂きたい。

問1. についての回答者の職位と性別は、園長10名、副園長1名、主任2名、すべて女性である。

問2. の保育所の定員数と、現在の園児数については、14保育所合計の定員数が1,300名に対し、2012(平成24)年2月3日～3月31日現在の受け入れ園児数は、1,520名、その充当率は117%である。

問3. 受け入れ園児の対象年齢は、産休明けの8週間後から就学前で、1保育所のみが未満児保育所である。

問4.～問9. の結果については3グループに分ける。

問4.～問5. の結果については、1名を除き、障がいの手帳(愛護手帳)を取得しているグループとして、以下、Aグループと記載する。

問6.～問7. については、保護者が障がいを認めている園児、認知しているグループとして、以下、Bグループと記載する。

問8.～問9.については、保護者が認めてはいないが、保育所として問題行動や心配を感じている園児グループとして、以下、Cグループと記載する。

それぞれの結果については、以下にまとめた通りである。表記は、各保育所の記載のままとする。

Aグループ：1名を除き、障がいの手帳(愛護手帳)を取得している

14名 発達障害 7名、
運動障害 3名、
内部障害 1名
不明(愛護手帳4度) 3名

Aグループのなかの発達障害7名は、知的障害、染色体異常、広汎性発達障害である。染色体異常の4名は、ダウン症(21トリソミーダウン症候群)が1名、プラターウィリー症候群が2名、4P-症候群が1名である。知的障害の1名の程度は不明、広汎性発達障害は、2名の自閉症児である。運動障害は、マリネコスシェーングレン症候群(遺伝性脊髄小脳変性症)、脳質周囲白質軟化症、脳性麻痺が各1名である。脳質周囲白質軟化症の園児は、愛護手帳を取得していない。運動障害は、知的障害を伴わないが重複している場合が多い。内部障害の1名は、左心体形成症候群で心臓病である。

すべてに加配保育士が付いており、2名が臨職よる加配である。

Bグループ：保護者が障がいを認めている園児、認知している

31名 広汎性発達障害 15名
知的障害 8名
ADHD 1名
言葉の遅れ 2名
不明(診断待ちを含む) 5名

Bグループの31名は、認知はされているが、医師の正確な診断の有無については不明である。広汎性発達障害の15名は自閉症とアスペルガー症候群である。言葉の遅れが2名おり、広汎性発達障害か知的障害が疑われる。障がい名称不明の5名は、児童相談所の診断待ちの園児が2名みられた。療育センターと保育園にダブルスクールのような形で通園している園児も2名みられた。知的障害の8名のなかには、未熟児出産による遅れが2名、癲癇発作のあるものが1名、染色体異常が1名含まれている。各保育所が記載したまま明記している。

31名に対し加配保育士は、25名に認められた。内4名は臨職よる加配であり、3名は無資格である。また、担任を増やしての対応が2名みられた。加配なしが1名あり、不明が3名である。

Cグループ：保護者が認めてはいないが、保育所として問題行動や心配を感じている園児

24名 ADHDの疑い 5名
知的な遅れの疑い 2名
広汎性発達障害の疑い 9名

耳が聞こえない様子 1名

問題行動がある 4名(つま先歩き、空を見上げ首をふったり、トイレで遊ぶ等)

不明 4名

Cグループの24名は、保護者の認知が見られないグループである。障がい名称については、確実なものではなく、ADHDの疑いの5名は、多動や離席、広汎性発達障害の疑いの9名は、視線が合わない、こだわり、過敏、パニック、言葉の遅れ等の症状からの回答と思われる。

不明の2名に多動と回答したものがあり、母親との愛着障害を心配するケースがみられた。

24名に対して、加配保育士は見られず、1保育所のみが、担任を増やしての対応であった。また、臨職による加配も認められなかった。

4. 考察

(1) 障がい受け入れと統合

14保育所の受け入れ園児数は、1,520名に対し、Aグループが14名、Bグループが31名である。Aグループは、全園児数に対し約0.9%、Bグループは約2%、A・Bグループを合わせた45名は、全園児数に対し約2.9%である。

Aグループの14名のなかには、染色体異常が4名いる。人間は22対の常染色体と1対の性染色体の計46本の染色体を持っている。染色体の異常に基づく障がいには多くの種類があるが、そのなかで最も多く知られているのが、21本目の染色体が1対2本ではなく3本あるダウン症である。ダウン症(21トリソミーダウン症候群)の発生頻度は、出産1,000人に対して1～2例程度で、出産時の母親の年齢が高くなればなるほどリスクも高くなる。近年、高齢出産の傾向が増えることで、ダウン症のリスクの高い出産が増えている。プラターウィリー症候群は、15,000名に対し1名の発症率である。15番目の染色体長腕の動原体近傍の染色体の腕内欠失があるといわれている。筋緊張低下、知的障害で特徴付けられる。筋緊張低下により、哺乳力がおち、しばしばチューブ栄養がおこなわれる。行動面の幼稚さや、感情の自己抑制に欠けることがある。2～3歳頃になると多食が100%にみられる。また、4P-症候群は、4番短腕部分欠失症候群といわれるものである。4番染色体短腕の一部の欠失によって生じるもので、臨床的には顔貌が特徴的である。口唇裂が多くみられ、重度の知的障害となり、小頭症、癲癇を合併することもある。加配保育士は付いているが、看護師の必要性和、加配保育士の障がい理解、その障がいへの十分な対応研修が必要と考える。

運動障害のマリネコスシェーングレン症候群(遺伝性脊髄小脳変性症)は、運動失調が主症状で歩行の困難さ、手がうまく使えない、しゃべる時、舌がもつれるという症状をもっている。脳質周囲白質軟化症は在胎33週数週未満の未熟児に特徴的な脳障害である。重度の知的障害となる。この園児は、愛護手帳を取得していない。また、脳性麻痺は、運動障害のみで知的障害を伴わないが重複している場合が多い。内部障害の1名は、左心体形成症候群で心臓病である。加配する

にあたり、病院や児童相談所等の専門機関との連携を取り、医師の指示書のもと、対応に当たらなければならない。

もともと統合保育とは、障がいをもたない子どもと、障がいをもつ子どもを一緒に同じ場所で保育することをいい、保育所での障がい児の受け入れも統合保育の概念を実践の形にしたものである。障がい児を受け入れている保育所には、共通点がみられる。決して無理に強制しようとか、例外を認めないという管理の発想に拘らないで、まず当の子どもが生活を楽しめるようにするにはどうしたらいいのかを真剣に考える姿勢と、そのために保育士同士がどのような協力ができるかを考え、子どもが徐々に心を解き放って集団の生活に慣れ親しんでいけるようにという心尽くしが、さりげなく配慮として存在している。その中で、障がいのある子どもがゆっくりでも保育所内での生活を受け入れ、その子らしさ、自分らしさを確かなものにしていくことが保障されていく。もちろん、このような保育のあり方が「障がい児」のみに当てはまるものではなく、すべての子どもたちに有効であり、そのような意味で、統合保育とは当たり前の保育形態といえる。

しかし、Aグループの障がいの様子からは、重度障害が伺われる事態がみられ、保育所内の統合保育の範疇がこれほどまでに広範囲に及んでいることに驚かされた。以前、筆者が保育所実習の訪問指導に伺った保育所で、園長より、二分脊椎の子どもを受け入れることになり、園長をはじめ保育士たちは障がい名称も始めて聞き、どう対応すればいいのか不安であると聞いた。子どもの担当医師から保育所での保育には問題ないと保護者に言われ、戸惑っていた。訪問指導を程々にして、園長から相談を受け二分脊椎の子どもの保育、心のケアについて長時間話したことがあった。保育所保育指針の「障害のある子どもの保育」だけでは、包括できない難しい時代となっているように感ずる。

(2) 受容

Cグループの24名は、保護者の認知が見られないグループである。本来の早期療育からいっても、保育所側と家庭とで療育目標のすり合わせを行い、同じ課題を同じように進めていくことが必要である。

親が子どもの障がいの存在を受け止めてゆく過程を障害認知というが、この障害認知がスムーズに行われなくては、早期療育の成果は十分にあがらない。障害認知の過程を、キューラー・ロス(Kübler-Ross)が死の受容の過程で見出した5段階と適用が可能であると考え。それほど障がい親として認めていくことが難しいともいえる。

最初は「否定」である。子どもの遅れを認めず、「障がいであるはずがない、大丈夫だ」と言ってくれる人を探して、ドクターショッピングをする。

次の段階は、「怒り」である。障がい歴然と分かったとき、なぜ自分の子どもだけに障がいが生じるのかと怒り、保育者に対しては子どもの世話をしてくれないのかと怒る状態である。場合によっては自分たちの結婚の経緯まで遡って怒ることがあり、深刻な夫婦の対立を来すことすらある。

その後「取引き」の段階になる。信仰するからなんとか助けてほしいと願ったり、訓練に没頭する段階である。

このような段階を経て、なおかつ子どもの障がいの存在が避けられないと分かったとき、今度は深い「抑うつ」の状態となる。特に母親が訓練に積極的なところが無くなり、理由を付け療育に通わなくなる。

このような経過を経て障がいの「受容」に至り、障がいの有無にかかわらずかけがえのない我が子と理解されていくのである。

このように、我が子の障害認知の過程は、自分の死の受容に匹敵するほどの辛い過程である。Cグループは、ほとんど「否定」の段階である。親のなかには、何と無く不安を感じながらも、

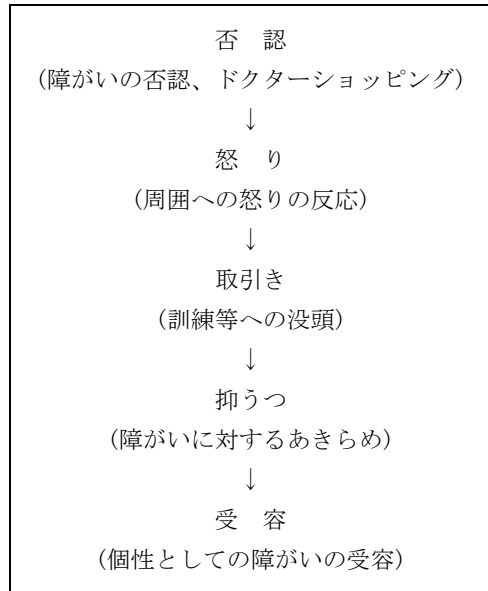
もう少し時間が経てばと思い、さまざまな心理的な不安定を示すことさえある。特に発達障害のように、発達過程で障がいの症状が明らかとなる場合は難しい。親が、今、どの段階の障害認知の過程であるかを考え、無用の軋轢が生じることなく、親の支えとなることが出来るのであろうか。

保育所だけの努力では、限界があり、専門機関との新しい連携の構築を考え直す時期にきているのではないだろうか。自由記述のなかに、「年2回の巡回指導のみでは、心配で問題のある聞きたい子どもが多過ぎて時間が足りない」と書かれていた。

少なくとも「否定」の段階、最初の気付きから親の認知へと導くことを考えると、1歳6ヵ月健診では、診断が難しい。1歳6ヵ月健診で「言葉の遅れ」のみられる子どもと母親(保護者)を療育という要素の薄い親子遊び教室に誘導してはどうであろうか。「言葉の遅れ」は、心理教育の相談室にもたらされる最も多い主訴である。親子遊び教室で半年から1年くらい通うなかで、発達していく他の子どもたちが教室を卒業していくので、やはり自分の子どもは、障がいがあるのかと最初の認知に繋がるのではないか。次の療育の場として母子通園施設が最適と考える。母子通園施設で療育を開始しても、実際に母親が中心になって療育をやらなければならない期間は、せいぜい1年半、長くても2年が限度と考える。母親と子どもとの愛着が十分に育ったところで、保育所の障がい児保育に移行したほうがスムーズに成果が出るように考える。ここには、就労している母親はどうするのかなど難しい問題もあるが、家族が子どもの療育の全面に立つ時期が必要ではないかと考える。現在、これに似た方法を場所により地域療育センターが担っている。

早期療育には、いろいろと難しい問題があることはやむを得ない。しかし問題は、行政からのシステムの再構築である。

表1 キュプラー・ロスの死の受容の5段階と親の障がい受容の過程



(3) 愛着問題

自由記述のところに園長が「いわゆる愛着障害といわれるようなケースが多くあります。保健所との連携を取り定期健診の時にチェックを依頼してもほとんどの場合、その場では問題なく過ぎるため、保護者が子どもの現実の状況を把握するところまでいかず、たいへん苦慮しています」と書かれていた。また、ある保育所の主任が、始めての一時保育の2歳児の子どもが母親に後ろ手にバイバイと手を振り、玩具のあるほうに走って行き、泣くこともなく一人遊びをしていた。母親も「この子は一人で大丈夫です」と言い出掛けて行った。「何か違いますよね、ママと泣いてほしい」と言われたことが印象的に残っている。

まだまだ、ショッピングや食事会などリフレッシュのために一時保育を利用しようとする場合、保育者として、本来の保育の趣旨から逸脱しているという意見も多くある。しかし、母親が育児に不満を持ちつつ、それを解消することなく過ごし続けることがよいとはいえない。親が子育てに挫折してしまえば犠牲になるのは子どもでもある。

愛着障害(attachment disorder)は、ボウルビィ(Bowlby, J.)が乳児と親のあいだに形成される安定した情緒的絆を「愛着」と名付けたことにはじまる。乳児が生来的にもつ接近行動、発信行動、定位行動に対し、その対象となる母親から快適で適切な反応が繰り返される時に、人生最初の愛情関係ができるのである。また、ボウルビィは、母子関係を欠いた子どもが身体的・知的・情緒的・社会的に発達上の問題を生じることを指摘し、「母性的養育の剥奪」とよんだ。乳児期に愛着対象をもてないか、愛着対象を喪失・剥奪された場合、ときには回復不能な人格的問題が生じると述べている。

E.H.エリクソン(Erikson, E.H.)も『幼年期と社会』のなかでパーソナリティの漸成的発達の理論を展開している。いわゆる8つの年代の最初を「基本的信頼と基本的不信」として、人生の初めに母親との関係のなかで形成される「基本的信頼」(外界を信頼して受け入れることができる内的資質)こそが、人間の精神の中核となると述べている。

WHO(World Health Organization 世界保健機構)の国際疾病分類ICD-10(International Classification of Diseases-10)には、「愛着障害とは、愛着の形成過程が児童虐待や養育放棄により妨害または中断された場合に、小児期以降にひきつづいて対人関係上の異常をきたしている状態を指し『小児期の反応性愛着障害』と『小児期の脱抑制性愛着障害』とに分けられる」と記載されている。小児期の反応性愛着障害は、情動障害をともない周囲の変化に反応したものであり、恐れや過度の警戒、同年代の子どもとの交流の乏しさや、攻撃性などを呈する。一方、小児期の脱抑制性愛着障害は、仲間との協調した対人交流が乏しく、環境により情動障害や行動障害を伴うと同時に、無差別に愛着行動を示したり注意を引こうとして見境なく親しげな振る舞いを呈する。どちらも深刻な環境上のゆがみとして広汎性発達障害などの生来性の社会的機能の異常との鑑別が必要となる。

愛着障害は「育て」の問題であり、発達障害はその子どもの持って生まれた生来の障がいである。Cグループの24名は、保育所として問題行動や心配を感じている園児である。多動、離席、

こだわり、過敏、パニックなどが記載されていたが、愛着障害と発達障害の判別が非常に難しい。

5. おわりに

統合保育の基本理念である「共に生きる」ということは人間にとって根本的な願いであり、何よりも優先されるものである。子どもたちが生きていく力も、「共に生きる」人との仲間関係のなかでこそ生まれるものである。自立にしても、自分ですることを目指しながら、人と人との関係性のなかで考えていきたいものである。相手の立場に立ち、必要なときに手を貸しあったり、補い合うことができる関係が生まれる時、その発達は共に生きる生活のなかでこそ獲得されるものであり、共に生きる生活を豊かにすることになる。

保育者は、健常児一人ひとりが違うように、そしてその違いを尊重する保育が求められるように、障がいそのものを特別な克服や矯正すべき異質なものとみなすのではなく、個人差としてみる見方を身につけていくことが重要である。統合保育を行うことで、ただ障がい児に対する偏見を解消させることだけが健常児にとってプラスになるのではなく、一人ひとりの生き方として障がい児も健常児も無条件に尊重される豊かな心を、自然と身につけていくきっかけとなる。もちろん、障がい児と健常児がかかわり合う環境のなかで、ただ放っておくのではなく、保育者や保護者、地域の理解や支援がなければ統合保育は成り立たない。健常児のなかに思いやりや優しさ、育ち合いの気持ちも生まれにくい。いろいろな個性が混ざり合い理解し助け合うことは社会の当然の姿であると、子どもの頃から体験して育てば、私たちの心も社会もより豊かな広がりをもっていける。

誰のためというような性質のものではなく、多様な個性をもった人々が、大人も子どもも一緒に生き、人間として広がりをもっていくという、ごく当たり前の保育であるということを認識して、真の統合保育が実現されることが望まれる。

お忙しいなか、個人情報に関わる貴重なアンケートにご協力頂きました保育所様に、心より感謝申し上げます。

参考・引用文献

- Spitz,R. A. :Anaclitic depression.Psychoanalytic Study of the Child,2, 1946
- Gewirtz,J.L. :The course of infants smiling in the four child-rearing environments in Israel. In Foss,B.M.(ed). Determinants of Infants Behaviour, III. Methuen, 1956
- Erik H. Erikson:Childhood and Society.W.W.Norton & Company,1963 [仁科弥生(訳) :『幼児期と社会 1』みすず書房, 1995]
- Winnicott,D.W.:Play and Reality.Tavistock Publications Ltd, 1971 [橋本雅雄(訳) :『あそぶことと現実』岩波学術出版, 1979]
- 若林慎一郎(編) :保育講座『精神保健』ミネルヴァ書房, 1990
- 加藤正明 他 :『新版精神医学事典』弘文堂, 1993

- WHO (World Health Organization) : ICD-10 (International Classification of Diseases-10), 1993 [融 道男
他 (監訳) : ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—新訂版第7刷, 医学書院,
2009]
- 中野昭一・重田定義(編) : 『図説からだの辞典』 朝倉書店, 1994
- Elisabeth Kübler-Ross: On Death and Dying, Macmillan Company. 1969 [鈴木晶(訳) : 『死とその過程につ
いて 死ぬ瞬間(完全新訳改訂版)』 読売新聞社, 2009]
- 茂木俊彦(編) : 『障害児教育大辞典』 旬報社, 1997
- 森上史朗・柏女靈峰(編) : 『保育用語辞典』 ミネルヴァ書房, 2000
- 相川直樹 他 : 『南山堂 医学大辞典(第4版)』 南山堂, 2000
- 大場幸夫・柴崎正行(編) 新保育講座 『障害児保育』 ミネルヴァ書房, 2001
- 若林慎一郎・本城秀次(編) : 保育・看護・福祉プリマーズ® 『精神保健』 ミネルヴァ書房, 2003
- 全国保育士会編 : 『全国保育士会倫理綱領ガイドブック』 全国社会福祉協議会, 2004
- 厚生労働省編 : 『保育所保育指針解説書』 フレーベル館, 2008

受理日 平成24年9月29日