

## 論説3 教育と福祉の協働に向けて

### —家族支援体制形成の意義—

萬歳 芙美子

(神奈川県児童医療福祉財団 小児療育相談センター)

#### I. はじめに

2003年3月、『今後の特別支援教育の在り方について』の最終報告が出された。ここでは、障害程度に応じて教育の場を分ける「特殊教育」が「特別支援教育」へと転換する方向性を示している。「特別支援教育」は、「一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うもの」である。この報告は、これまで特殊教育の対象であった「障害のある」子どもだけでなく、通常学級に在籍するLD、ADHD、高機能自閉症等の特別の教育的配慮を要する児童生徒への対応と指導も含めて課題としている<sup>1)</sup>。障害種別の多様化と複雑化に直面している今日、「特別支援教育」はすべての子どもに支援が必要だという前提に立つものと理解しておきたい。

筆者は発達障害のある幼児を対象に療育相談を行う機関のソーシャルワーカーの立場から、障害のある子どもと家族へのソーシャルワーク支援について論じる。幼児期の療育では、子どもへの支援を効果のあるものとするために、子どもの家族への支援を必須のものとしている。障害のある子どもの家族支援は教育にとっても重要なものだが、就学してから義務教育や養護学校高等部を終了するまで、ソーシャルワークの機能は二次的なものと考えられ、教育の後方に退いてきた感がある。ソーシャルワーカーとしては、「特別支援教育」が家族の参画や社会資源との連携を図ろうとする点に注目しているので、家族に対する支援体制の形成について提言したい。

本論では、まず障害福祉の観点から「特別支援教育」の意義を論じ、次に障害児療育におけるソーシャルワーク支援について述べ、療育における家族支援の考え方を概観する。さらに、家族支援のための協働体制を形成する意義について考察することで、教育と福祉の協働を探究したい。

#### II. 教育支援計画の意義

「特別支援教育」の基本的考え方は、既存の教育的枠組みに子どもを当てはめるのではなく子どもそれ

ぞれにあった教育をしようとするものである。このことは、どの子どもも個別的な支援を必要としていると理解できる。その多様なニーズに対応するためには、第一に個別の教育支援計画が重要であるとしている。「特別支援教育」の対象は通常学級に在籍するLD、ADHDや高機能自閉症等の軽度の障害がある障害児を想定している。しかし軽度に限らず重度の障害のある子どもが養護学校の義務化以降も通常学級に在籍してきたし、今後多様かつ複雑な障害のある子どもが在籍すると思われる。これまでは障害があると判断されると、通常学級では適切な教育を行えないと考えて特殊学級に籍を移すことを優先してきた。しかし、「特別支援教育」は、まず個々の子どもにどのような支援計画が必要かを考えることにより、子どもの個別性に配慮したインクルージョンやインテグレーションの可能性を開くと言える。そのために、情報収集の方法、情報提供のレベル、支援計画の作成と保護者の了解を得た支援の実施、事後評価などの支援プロセス「Plan-Do-See」の体系化は必須である。

多様なニーズに応えるための第二の柱は、教育支援や機関間の連絡調整を行う「特別支援教育コーディネーター」を配置し、学内だけでなく、保護者や学外の社会資源を組み入れて支援することである。従来学校の中で起きた問題に対して、学校の内部でのみ対処しようとしてきた。学校教育から福祉サービスなどの社会資源に対する期待は補助的なものだった。しかし、「特別支援教育」は学校の外に目を向け、社会資源のネットワークを活用して教育的取り組みの成果を追究しようとしている。また、保護者を我が子の専門家と位置づけてその参画を想定している。コーディネーション機能には、保護者に対するインフォームド・コンセント（説明と同意）、保護者の権利の行使や学校教育のアカウンタビリティ（説明責任）が問われることになる。

第三の柱は、質の高い教育支援を支えるネットワークの構築である。地域レベルの連携協力を支援するために、広域レベルで行政部局横断型の連携協議会のようなものを組織化しようとしている。これまでも教育と医療や福祉との「協働」は「連携」という名の下で求められ、取り組みも行われてきた。しか

し、「連携」の目的と在り方が不明確で、効果も十分なものではなかった。「協働」の目的と在り方を考えるために、次に障害児療育における家族支援の現状を述べる。

### Ⅲ. 障害児療育における家族支援について

#### 1. 早期発見・早期療育における保護者・家族のニーズへの対応

幼児期の療育では早期発見・早期療育が重視されてきた。乳幼児健康診査は昭和36年に3歳児健診が始まり、昭和52年に1歳6ヶ月健診が制度化された。母子保健の専門家は、疾病や生活問題を治療や解決の対象とする医療モデルの考え方を基盤にして、それらを早期に発見し、速やかに軽減修正することに高い価値を置き、早期に障害児と家族を療育につなぐことをよいと強調してきた。

早期が「よい」といわれる理由は何か。乳幼児健診は、発達障害の顕在化する時期に行われることから、障害程度の軽減と二次的問題の発生予防を目的としている。したがって、障害のある子どもと家族は専門家の判断に沿って、早期に療育のルールに乗り、特殊教育や養護学校での教育を選択することや、その結果二次的な情緒的問題を発生させないことが「よい」とされている。

早期発見・早期療育の効果に対して二つの限界がある。家族の自己決定の選択肢が狭いことと、家族に伝わる信念やスピリチャル（霊的）な側面が軽視されがちなことである。保護者が発見された障害を否定せずに療育のルールに乗るとき、次の処遇も受け容れることで「よい」保護者役割を遂行していると肯定的に認められて強化され、受動的姿勢を保持し続けることになる。現状では療育の場や方法は限られており、何時どのように利用するかを保護者が自由に決定することは難しい。乳幼児健診の目的である早期発見・早期療育がイデオロギー化すると、人々の選択の自由や個性の尊重の度合いを減じることになり、選択肢のない見せかけの選択を迫ることで自由や尊厳を脅かすことになると言える。

これまで早期発見の中心的役割を担う乳幼児健診は子どもの心身の発達という側面により多く注目してきたので、保護者にとって我が子がどのような存在かというスピリチャルな側面を問うことは少なかった。また、家族の独自の取り組み方を否定的に評価することが多かった。親は子どもの障害について複雑な感情を持っている。子どもの障害を受けとめられない家族は障害が一時的なものであることを願うであろう。子どもの障害が慢性的で永続的な問題であると認知する家族は、地域社会に子どもが受

け容れられることを願うであろう。さらに、子どもの障害を社会から疎外されるものとする家族は、障害によって社会の枠組みに入ろうとするかも知れない。家族は障害のラベリングによってしか社会に参加することができないと考えて、葛藤する心を表現し、理解される機会を与えられないことが多い。

#### 2. 障害のある子どもへの支援

子どもの障害が発見されると、療育体系の中で発達支援が行われる。知的障害のある子どもに対しては、保健、医療、教育、福祉など多領域から評価と治療・訓練が行なわれる。日常的な支援の中心は保育サービスであり、知的障害児の通園施設や保育所、あるいは幼稚園における統合保育がある。幼児期の療育はADL（日常生活動作）の獲得と自律を中心に、社会生活のルールを身につけることを目標に行われている。学習理論や行動心理学に基づいて、可能で好ましい行動を身につけるように子どもに指導が行われてきた。

子どもに対する支援を行う際には、将来を見通した環境への配慮が必要である。子どもが成長して自分の障害をどのように受けとめるかも考えておかねばならない。中等度ないしは軽度の障害があるとされた子どもの場合、幼児期には周囲の大人が提供する枠組みに収まっているかもしれない。しかし、思春期にはアイデンティティの形成途上で子ども自身が受けてきた療育に対して葛藤や混乱を引き起こすことがある。療育では、子どもの混乱を少なくするために刺激を制限するような「構造化」志向が見られる。一方、社会は多様化、複雑化しており、発達障害のある子どもには混乱の要因ともなる。構造化された環境で身につけたものを、構造化されていない環境の中で活用するために、地域生活での支援が重要なものになる。療育の成果は治療・訓練だけで決まるものではなく、地域生活におけるQOL（人生・生活・生命の質）を高めることでその意義が明らかになると言える。障害のある子どもに限らず、すべての子どもも同様であり、短期的な成果の善し悪しの判断や直線的な因果関係を強調し過ぎると本来の力を活用できないことがあると考えられる。

#### 3. 保護者の障害受容に対する支援

障害児療育では、子どもの保育と保護者の障害受容は支援の両輪である。保護者、特に母親は子どもに障害があることを認めて、子どもに療育を受けさせると同時に、障害特性に照らして保護者自身の変容を期待される。保護者の役割としての障害受容には二つの流れがある。療育のプロセスで、子どもの障害に対する「否認」や「悲哀」「葛藤」を表出し、現

実を直視し、建設的に子どもの障害に取り組んでいく段階に到達することを『認識変容』による「障害受容」と言う。日本では、障害受容に対する保護者の個人的条件を問題にする流れは1960年代に始まり、当時の研究者は意図的に文化的・環境的条件を退けていたようだが、その後の心理学分野の研究では、保護者の個人的条件は障害受容の自明の前提として扱われてきた<sup>2)</sup>。

障害受容のもう一つの流れは、治療プランに保護者が協力する『共同治療者』論である<sup>3)</sup>。自閉症の原因を親の養育姿勢に求めることは、親の認識変容を障害受容と考えた。その後、脳器質障害だと言われるようになって、親を『共同治療者』とする重要性が主張されるようになり、認知行動心理学の研究の進展とともに普及した。この考え方では、専門家の関心は保護者の内面的な子ども理解ではなく、子どもの行動を改善することにあるので、治療者は治療方針への保護者の協力を期待する。

障害の理解と保護者への期待の内容は変化しても、二つの障害受容の流れは専門家の観点から子どもの発達と保護者役割を関連づけている点で共通している。保護者の障害受容を重視する療育の枠組みは、障害をもつ子どもと家族の自由度を狭め、環境へ適応するという負担を大きくしている。今後、専門家は保護者が本来持っている子どもを育てる力を活用し、両者の役割分担を明確にしていく必要がある。

#### IV. ソーシャルワークに対する家族療法の考え方の影響

上述のように、障害児療育における家族支援は、子ども個人の発達を目標にし、発達に影響を及ぼす保護者の考え方と関わり方に焦点化するという顕著な流れがある。ソーシャルワークでは、1950年代に児童の領域で母子関係に焦点を当ててようになったようだ<sup>4)</sup>。母子関係や保護者の障害受容に焦点化する療育も家族へのアプローチである。しかし、家族療法は個人を問題とする視点から脱却して、個人を「問題をもつとみなされた人・identified person・IP」として位置づける。家族は家族を構成する成員の相互作用によって維持、変化、発展するシステムだと考えるので、未熟で無力な乳幼児や問題を示す個人であっても、保護者やその他の家族成員に影響力を持つ存在としての能動的な側面を認めている。

家族療法では新たに家族そのものを対象として、家族を一つのまとまりとして維持している要素やルールを特定しようとした<sup>5)</sup>。家族療法は個人ではなく家族成員全体をまとまりとして考えるという点でシステム志向である。システム論には家族システ

ムの均衡維持に注目する立場と、変容の重要性を強調する立場がある。1980年代に家族療法は変革期を迎え、近代科学の絶対的価値を懐疑、相対化、批判する新たな認識論が定義された。家族は治療者によって観察される対象ではなく、観察者をも含む治療者とクライアント・家族との対等な構造として認識され、行動の変化よりも言語による新たな「意味の生成」を重視するようになった<sup>6)</sup>。社会構成主義の概念は、現実realityは言語的相互交流の過程において構築されるという認識論に立ち、問題の発生はシステムの維持が困難になっていることを示すと考える<sup>7)</sup>。問題を自明なものと決めつけるのではなく、家族の強さを見出して独自の新たな物語を創造することが問題解決に繋がると考えるようになった。

ソーシャルワークでは、「治療」という考え方をしないが、クライアント本人を含む家族を単位として理解する視点を提供する家族療法の概念から多くの影響を受けている。クライアント・家族と専門家との関係については、対等な相互作用のある関係と捉えてパートナーシップと考えるようになった。福山は「援助」について、専門家に対してクライアントを受身の立場に置くものと定義し、これに対比してソーシャルワークでの問題解決のパートナーとする「支援」の概念を示している。これは、クライアントと家族を彼ら自身の生活の主体者として位置づけ、その問題状況に対する役割と機能を果たすことを期待する新しい概念である<sup>8)</sup>。

ソーシャルワークは人間行動と社会システムに関する理論を活用して「社会の変革と人々の問題解決を図り、人間の解放とエンパワーメントの促進」を目的とするものである<sup>9)</sup>。その目的達成のために、専門家はクライアントと家族との対等な関係に立ち、彼らの自己決定を可能にする貢献を求められている。

#### V. 教育と福祉の協働の課題

##### 1. 措置から契約へ

障害児療育におけるソーシャルワークの家族支援をたどることから、学校教育は保護者に義務を求めるのに対して、福祉は家族の権利を擁護するという枠組みの違いに気づかされた。障害児・者に対する福祉サービスは、平成15年度に支援費制度が始まって措置から契約に変わり、市町村は利用者のニーズに基づき支援体制を整備する義務を負うことになった。こうした考え方は学校教育にも影響をもたらし、保護者は子どもの教育を学校教育に全面的に委任するのではなく、家族の個別性に応じた教育ニーズの充足を求めることになると思われる。これは教育と福祉の協働を課題とするものである。

## 2. 協働に類する用語の定義

ここで協働という用語の定義について述べる。「特別支援教育」ではコーディネーターを配置して、校内、校外、家族との連絡調整を図る。対人援助の領域では、職種間、機関間の関係の目的と機能に応じてさまざまな用語がある。コーディネーションは複数の専門職や機関間で課題遂行のために情報の伝達調整を図ること<sup>10)</sup>、協力・コーポレーションは物的、生物的、社会的な制約を克服して目的を達成するために共同すること、協働はそれを発展させたものであり、複数の専門職や機関がともに目的を設定し、伝達調整を図り、単なる総和と相互作用から生まれるプラスαの成果が期待される作業をいうと定義される<sup>11)</sup>。

協働の構成要素は目的、協働意志、コミュニケーションからなる<sup>12)</sup>。協働の目的は合意形成のプロセスに、協働意志は専門性や自律性に、協働のためのコミュニケーションはスキルに関連したものである。協働においては、情報や資源だけでなく権力、権威、責任も共有・分担される<sup>13)</sup>。

クライアントの問題が複雑になっただけでなく、対人援助の各領域の専門分化が進んだ結果、単一の職種や機関だけでの問題解決は難しくなっている。協働の必要性が高まり、コーディネーターの役割は重要になっているが、その背景には所属機関内の協働体制なくして成果を期待することはできない。協働作業は機関に所属するすべての職員に関わるものである。

次に、夫婦間の暴力がある保育園児の事例を示し、家族とのパートナーシップ形成と協働の課題を考察する。

## 3. 事例検討—協働の促進要因について

事例：保育園に通うきょうだいが友だちと遊んだり活動に参加したりできず、不安定な状況が続いていた。毎日一家で登園する家族の様子から、保育士が家庭内暴力を疑い、夫から妻への暴力が明らかになった。

暴力の事例では被害者の保護と隔離を優先しがちで、被害者がどのように自分自身の状況を把握しているかを理解せず、また加害者や子どもたちのニーズは後回しになることが多い。その結果、被害者が加害者の下に再び戻るといった事例が後を絶たない。ここでは、保育園、保育士とソーシャルワーカーの取り組み課題を整理し、協働の促進要因を考察する。

1) パートナーシップの形成では、被害者が自己決定できることが促進要因となる。被害者であるクライアントの主体性を認め自己決定を促進するために情報はなくてはならない。初期介入で暴力に

焦点化するのでなく、夫婦関係と親子関係の特質を明らかにし、家族の多（複）世代に渡る情動の伝達を理解することが重要である<sup>14)</sup>。的確かつ迅速な家族評価のために、家族機能を評価する理論や尺度が必要になる。保護の方針（優先性やその対象）を決定するためには、保育園や他の社会資源が提供できるサービスの範囲についての情報も必須である。被害者が子どもを置いて逃げる場合、保育士らは加害者との関係を維持して子どもの保育を引き受けることを想定しておかねばならない。

2) 専門職間の協働について、職場内や機関間で行われるクライアントの処遇会議を例にとって考察する。家庭内暴力の処遇会議では、家族関係への理解と配慮を踏まえて、保育士、児童福祉司、婦人相談員、民生委員や児童委員らが所属機関と専門性から意見を述べ、互いの問題理解の仕方を認め合うなど、相手の専門性に対する許容度や相互作用の技術が促進要因となる。意見の統一や同意を求めるのではなく、包括的な目標達成のために、各専門職がそれぞれの専門性で貢献できることが重要である。昨今では、情報開示や当事者参加の見地から、当事者が処遇会議に出席することも考えられる。そのような場合には、同時にパートナーシップを維持することになる。

3) 機関間ではその独自性を発揮することが求められる。機関の独自性は組織内の合意形成が基盤にあって発揮できるので、組織内外の協働プロセスに理解のある管理職や職場環境が協働の促進要因になる。例えば、管理者がスタッフの考え方の違いを把握して危機管理ができることや、担当者が処遇会議などに出席しやすい協力体制があること、担当者だけでなく他のスタッフや管理職も責任分担をすることなどが要因として考えられる。

## 4. 家族支援協働体制の形成

精神保健の領域では予防的アプローチとして、1) 問題解決技能などの社会生活技能の強化、2) 社会的な支持組織の強化、3) 既存システムを変革してサポート体制を整備し、体験の質を変えること、の3点があるとされている<sup>15)</sup>。これらの予防的アプローチが効果的に機能するためには、支援のシステム化と機能優先化が必要だと言われる<sup>16)</sup>。現状では、問題が発生してから関係機関の連絡調整が行なわれ、協力を要請し、問題解決に取り組むのが一般的である。それでは家族より機関が主導権をとることになり易い。問題発生をあらかじめ見通して福祉と教育の協働体制が形成され、家族の個別性とニーズに合わせた機能を適宜開発することができれば、家族の主体性や個別性に基づく子どもの問題の軽減と予防

を図ることが可能になろう。ここでは、協働体性を維持し、家族とのパートナーシップを形成する専門性として、専門職の自律と独自性がとても重要なものになる。

## VI. まとめ

子どもと家族をめぐる問題が複雑化、多様化して問題解決に困難を極めるような状況がある。家族機能が弱体化しただけでなく、保健・医療・福祉システムも従前の援助方法では機能しなくなっている。障害は子どもの中にあるだけでなく、子どもと家族、子どもと社会、家族と社会の相互関係の中で表出される。その意味では、障害のある子どもへの「特別支援教育」はすべての子どもをその対象に想定しておく必要がある。さらに、子どもの問題解決や予防には家族への支援を欠くことはできず、その家族には地域の多領域、多機関の支援体制が必要である。人の問題は、活用可能な社会資源があるときには解決・軽減できることが多い。そうであるならば、資源がシステム化された協働体制が形成されていることは、家族にとってのセーフティネットに他ならない。

## 文献

- 1) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2003) 特別支援教育推進基礎資料。
- 2) 夏堀摂 (2003) 障害児の「保護者の障害受容」研究の批判的検討。社会福祉学, 日本社会福祉学会, 44 - 1, 23 - 33.
- 3) 2) に同じ。
- 4) 福山和女 (2003) SocialWorkTreatment, 臨床家のための家族療法リソースブック。金剛出版, 170 - 171.
- 5) 家族療法の黎明期に, V. サティアは夫婦のコミュニケーションや関係が子どもに与える影響を
- 取り上げ、成員の自尊感情を高めることが問題解決になると考えた。
- G. ベイトソンは1950年代にコミュニケーションとメタコミュニケーションとのレベルの違いに着目したダブルバインド理論を発表し、統合失調症の家族研究に中心的役割を果たした。
- S. ミニューチンは家族療法の代表と目される構造派である。家族構造を「境界 boundaries」「提携 alignment」「パワーpower」という概念で査定し、治療者が家族にジョイニングjoiningして積極的な介入を行っていく考え方である。
- 6) 榎林理一郎 (2003) 家族療法とシステム論。同上, 40 - 52.
- 7) 小森康永 (2003) 1990年代以降の家族療法、C. ナラティヴ・セラピー (ポストモダニズム, 社会構成主義) 同上, 56 - 60.
- 8) 福山和女 (2002) 保健・医療・福祉の領域における専門職の協働体制の意義。精神療法。金剛出版, 28 - 3, 3 - 9.
- 9) IFSW (2000) Definition of Social Work.
- 10) 小林良二, 庄司洋子他編集 (1999) コーディネーター。福祉社会事典。弘文堂, 314.
- 11) 荻野ひろみ, 對馬節子, 萬歳芙美子 (2002) 精神保健分野のコラボレーションにおけるソーシャルワーカーの果たすべき機能と適用理論。精神療法。金剛出版, 28 - 3, 41 - 49.
- 12) 11) に同じ。
- 13) 渋谷田鶴子 (2002) 対人援助における協働。精神療法。金剛出版, 28 - 3, 10 - 17.
- 14) M・ボーエン, M・カー著; 藤縄明, 福山和女, 監訳 (2001) 家族評価。金剛出版。
- 15) 高橋象二郎著, 近藤直司編著 (2001) 引きこもりケースの家族援助。金剛出版, 149 - 155.
- 16) 15) に同じ。