

障害があることと健康であること

井 出 浩

1. はじめに

障害があることと健康であること、これを対比して書くと、障害と健康を相対するものとして何かを論じると読まれるかもしれない。けれども、最近考えるのは、障害がある人のこころの健康とは何か、という事である。

まだまだ、曖昧であり、論理立てて語れる段階ではないが、このテーマにたどり着いた経緯を述べながら、私自身、考えを整理してみたいと思う。

2. 精神科医としての経験

2.1. 医療機関での臨床

京都大学医学部を卒業、すぐに、神戸大学医学部精神神経科に入局した。大学卒業を控えて、何科に進むかを決める時期がきた。当時は、卒後すぐに各専門科に進む形になっていた。

当時、京都大学の精神科にも現在の日本児童青年精神医学会の立ち上げや、学会誌の発刊等に尽力された高木隆郎先生がおられたが、事情がかさなり、神戸大学を選んだ。当時、神戸大学には、日本の児童精神医学草創期を支えたお一人である黒丸正四郎先生が在任されておられたが、そこで、講師として指導に当たっておられた島田照三先生を高木先生から紹介いただいた。不真面目な学生時代を送っていた身に、当時助教授であったと記憶しているが、高木隆郎先生と面識が有るはずもない。不真面目で居酒屋通いをしていたおかげで、子どもの精神科をやりたい、というつぶやきをたまたま聞きとがめてくれた児童精神科の先輩（と呼ばせていただくが）が高木先生に引き合わせてくださった。この出会いがなければまた別の道筋をたどっていたのでは、と人生の不思議さを感じている。

さて、精神科医としての経験に立ち戻る事にしよう。

児童精神科を学ぼうと神戸大学での研修を始めたが、成人の診療も並行して学んだ。病棟で患者を担当するが、精神科病棟に児童が入院する事は少ない。一般精神科臨床の主たる対象は、統合失調症であったり、うつ病である。統合失調症の患者の方々にも多くを学ばせて頂いた。

統合失調症は思春期から発症することが増えてくる。思春期は児童から成人への過渡期であり、自己への意識が大きく変わる時期である。自我の確立の時期と統合失調症についての考察はあるが、思春期の心性について議論しながら児童期の臨床に関心を持つ精神科医はまだまだ少ないと感じ、大人を診る一般精神科医ももっと児童が診られるようになるべきだ、などと同期の中で息巻いた事も思い出す。ところで、児童精神医学といいながら、実際の対象は思春期年代までを含んでいる。児童精神医学会から児童青年精神医学会と、学会の呼称が変わったのは、実態に即したのもでもあったのだろう。

児童精神医学の臨床は、外来で指導医の診察に陪席する中で、診察の技法、その時々の見立てかた等々、学ばせて貰った。知識は、児童グループでの勉強会もあり、文献の紹介、事例の検討等、様々な形式で学んだ。

1年の研修医としての勤務の後、大学院に入学したが、臨床研究が中心で、その意味では精神科医としての毎日に大きな変化はなかった。とはいえ、私にとっての臨床の場は地域に広がってきた。県下保健所での幼児健診での医学健診に出向くようになった。

当時の児童精神医学の関心は、自閉症に向いていた。カナーが、最早発の統合失調症を疑い報告した自閉症であったが、すでに、言語や認知の障害であろうという説が一般になっていた。生まれながらに子どもが持つ特性であり、親の養育が原因ではないという方向である。今では、発達障害として捉えられ、脳神経系のいずれかに未成熟な部分、十分に機能しない部分がある、との考えが定着している。知的障害や自閉症といった発達に困難のある子どもたちには、発達の遅れ、あるいは偏りに早期に気づき、適切な関わりをすることが求められるが、その早期発見に大きな役割を担うのが三歳児健診という幼児健診だった。

この医師が診察する幼児健診は、スクリーニングの結果、医師の診察を勧められた親子に出会うもので、地域の保健所で、児童相談所のケースワーカーや心理士と一緒に親子に関わる形であった。当時そのように伝えられていたか定かでないが、医師の役割は、子どもに課題があることを親に伝え、親が子どもの発達を促す関わりができるように動機付けをするものと理解していた。繰り返して子どもに出会い、子どもの成長発達の変化に触れることのできるものではなかった。けれども、今振り返ると、動機の乏しい親に出会い、児童相談所、あるいは保健所での指導が継続できるように配慮しつつ親との初回面接を、特に、ベテランのケースワーカーや心理士とともに体験できたことは、以後の自分の初回診察での姿勢の土台となったように思う。

2.2. 児童福祉に関わって

大学病院という医療機関にしながら、児童に関わる主な場は幼児健診の場だった。そこには、児童相談所のかかわりがあり、保健福祉の領域での仕事は魅力的に見えた。神戸市の児童相談所は、当時、そして今でも数少ない常勤の精神科医の勤務する児童相談所だった。そこで、たまたま前任者が定年を迎えるということを知り、可能なら児童相談所で仕事をしたいと考えた。

児童相談所は、今では、敷居を低くするために、子どもセンター、こども家庭センターと呼称を変えている。奉職したころは、子どものあらゆる相談に応じるという本来の主旨が、まだ生きている時代だった。養護、教護、教育、障害という4係で、それぞれの相談に応じていた。養護は家庭で養育されない状況に陥った子どもたちの、教護は非行の、教育は不登校であったり、他の情緒的な混乱を来した子どもの、そして障害は知的障害や自閉症など障害のある子どもたちの相談に対応していた。医療機関や乳幼児の健診では、教育、障害の係の相談に上がってくる子どもたちと接することになるが、養護、教護の相談に上がってくる子どもたちとは接することはまずない。とりわけ教護相談の非行少年たちとの出会いは、言葉を選ばずにいえば、新鮮だった。そこで出会う少年たちは、学校では指導不服従と呼ばれたり、大人のいわゆる「監護」に服さないといわれる子どもたちだが、相談所内での診察の場面で攻撃的態度に出会った記憶はなく、きちっと対応しようとしてくれる子どもが大半だった。

それまでの医療機関の診察室でも、今風にいえば「上から目線」にならないように心がけていた。診察で患者の状態を評価するときには、当然の態度だけれど、先入見をもつことなく接するように気をつけてもいた。それがこうした反応を引き出したのか、あるいは、すでに相談所のケースワーカーとの関わりがあり、一時保護所での生活の経験（私が面接する非行少年の多くは、一時保護されてからだ）を経ているからか、担当ワーカーとは違い、直接指導的な関わりをしていなかったし、指導しようとしめない面接であったためか、いずれのためかは判然とはしない。いずれにせよ、少年たちは、ふてくされたり、反抗的になることなく、問いかけに応じようとしてくれた。この後いろいろな場面で聞くことになる「どうせ自分なんか」という言葉の重さを感じたのはこの頃のように思う。

2.3. 被災児童への支援を通して

児童相談所に移って、2年目が終わろうとするころ、1995年1月、阪神淡路大震災が発生した。この震災をきっかけに PTSD（心的外傷後ストレス障害）が広く知られるようになり、その予防を目的とした

「こころのケア」の取り組みの重要性が喧伝されるようになった。1995年は、私にとって、PTSD、トラウマ、こころのケアの理解と取り組みが、新しい課題となった。恥ずかしいことに、それまで、そうした認識がなく、直後から、当時の情報伝達の多くは電話回線で行われていたが、ファックスで送られてくる大量の文献、情報から多くを学びながらの活動となった。その2年前の1993年7月には、奥尻島の津波被害がおこっており、すでに、災害後のトラウマについては研究がなされていたのに、直面するまでは、他人事であった。

所属している児童青年精神医学会から、被災地への支援をと申し出いただき、神戸市児童相談所を中心に、被災した子どもたちへの支援が展開された。当時学会の理事長であった清水将之先生をはじめ、そのときに出会うことになった先輩医師から多くのことを学ぶことになる。また、学校での取り組みに関わる機会を得たことも、以後の仕事につながってゆく。学校精神保健という視点である。1995年5月頃から記憶している。養護教諭の先生方と、それぞれの学校の生徒の抱える問題を中心に勉強会を持つようになった。養護教諭の先生方と勉強会を繰り返しながら、学校という子どもたちの生活の場で子どもたちの心の健康を守ることの重要性を学ぶことができた。

2.4. 被虐待の児童との出会いから

さて、児童相談所の役割は、社会の要請に応じて変わってゆく。虐待に対応する係が設置されるなど、児童虐待への対応が主たる役割となっていく。虐待というトラウマを受けた子どもたちは、保護されてからも、様々な行動化を見せる。情動の統制が難しい子ども、人との適切な距離を保てない子ども達と出会った。その中には、表面的には対人関係を保てているように見えながら、非行に走る子どもたちもいる。性的虐待など性被害にあった子どもたちの中に、性非行に走る子どももいた。自分を大切にできない、というより、そうした行動をしないと自分の存在を感じることができないという子どもたちだった。

自然災害によるトラウマを受けた子どもとはまた異なり、安心して人と関わる事のできない子どもたちの様子は、トラウマの意味を改めて考える機会にもなった。

2.5. 児童精神保健と児童福祉

児童相談所での勤務を希望したのは子どもの精神医学に専念したいと考えたことから、とすでに述べた。児童相談所は児童福祉の機関であると承知していたが、精神医学的診断とそこでできる治療にあたるのが精神科医の役割であると考えた。表現は不適切かもしれないが、児童相談所が、児童福祉が、精神医学を利用できるように、そこで仕事をする、というイメージといえば、わかりやすいだろうか。ある意味、受動的な立ち位置での仕事を考えていたといえる。

このような思いで、児童相談所に職を得たが、正直なところ、それまで児童福祉法をしっかりと読んだことはなかった。児童福祉の機関で働くのだから、児童福祉の基本理念は知っておく必要がある。そう考えて、児童福祉法を開くことにした。

当時読んだ児童福祉法の第一条には、「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない」とあった（その後児童福祉法は改正され、第一条の文言は変わっている）。心身ともに健やかに生まれ、育つための働きが児童福祉であるなら、児童福祉は児童精神保健そのものと読めた。他の児童相談所に精神科医が少ない状況を見て、福祉の領域での仕事になぜ目を向けてくれないのだろうか、福祉と呼ばれる領域に精神医学、とりわけ児童精神医学を学び専らとする医師には目を向けてもらいたいと考えた。この考えは、震災後、福祉に関わってきた全国の児童精神科医との出会いが増えたこと、その延長の中で、児童青年精神医学会の理事に選任され、学会の福祉に関する委員会の委員長を任せられる中で、一層重要と考えるようになった。

3. 関西学院大学に職を得て

神戸市こども家庭センター（神戸市児童相談所）で、芝野松次郎先生とご一緒に仕事をする機会を頂いた。そのご縁で、2008年、人間福祉学部で教鞭を執る事になった。医療で十余年、児童福祉の現場で同じく十余年、その経験をふり返り、整理する時間を持つのもよいのではという考えもあった。また、児童福祉が精神保健そのものと考えようになり、医療、保健の領域だけでなく、福祉はもちろん、福祉の世界に進まない学生にも、精神保健、児童精神保健の考え方を知って貰う事に意味があるとも考えた。「mastery for service」というスクールモットーを持つ関学であることも、決断に関与したという、言い過ぎだろうか。

ただ、精神科医に成り立ての頃、当時各区に精神保健担当の職員がおり、ともに往診をするなど、頻度としてはさして多くないものの、行動を共にする機会があった。その職員の多くが関学の出身者であった事は、決断を促したと思う。

さて、とりとめなく仕事に絡めて精神医学、精神保健、児童福祉との関わりを述べてきた。12年前にこれまでの経験を整理してみようと思い本学に來たと述べたが、全くその作業は手つかずのままである。この機会に、その鳥羽口だけでもつけておこう。

4. 出会った子どもたちから学んだこと

4.1. トラウマ体験の意味を考える

先に述べたように、児童相談所に勤めるようになって、2年を終えようとした1月、阪神淡路大震災が起こった。そして、こころのケアの活動が業務の中で多くを占める1年が始まった。

PTSDとはなにか、復旧、復興に目が向く今、こころのケアをする意味はなにか、そうした事を説明する役割が回ってくる。PTSDは死に直面する恐ろしい体験の記憶があり、繰り返し思い出す事で疲弊してゆく。そうならないように、抑圧し、あるいは解離して、記憶を押さえ込んでしまうと、記憶の処理ができず、遅れて問題が現れる。そういう理解のもとで、活動開始直後は、深く考えることなく、症状の説明をし、「子どもが安心できるように」子どもへの関わりに配慮することを伝えていた。

そもそもトラウマとは、心的外傷体験とは何なのか。死に直面する体験が引き起こす出来事、症状は多く語られている。けれど、なぜそのような反応が現れるのか、については、記憶の観点、生物学的な変化をもたらす、といったことで述べられてはいるが、今ひとつ要領を得ない。

震災後、災害が子どもに与えた影響を調査研究することになり、数年にわたって被災した子どもたちをフォローした。震災直後、幼い子どもは退行を示した。より幼い段階に戻って保護者にしっかりと関わってもらうことを無意識の中で求めたといえる。幼い子どもが退行を見せるのは病的とはいえない。弟妹ができたときに幼い子どもが赤ちゃん返りすることはしばしば見られる。それまでつながっていた愛着の対象、すなわち安全基盤が失われるのではという不安からこのような現象が生じる。災害がよりしっかりと安全基盤を求めさせるというのであれば、災害は、子どもにとって単に「怖かった」体験ではなく、自分が守ってもらえるのか、守ってもらえるだけの価値ある存在であるのかを問う、自身の存在価値を疑わせる体験であったといえるのではない。

当時、手元にあったDSM-III-Rを見ると、PTSDの診断基準の中に、回避の項目があり、そこには、孤立感、愛の感情を持つ事ができない、未来が縮小した感覚、といった表現がある。死に直面する体験が、なぜ人との関わりを避けさせ、孤立感や愛の感情の喪失を生むのか、未来の夢がなぜ描けなくなるのか、理解しづらかったが、死に直面する体験が、「あなたはこの社会に生きる価値のない存在である」と宣告された体験であると考え、腑に落ちる。

4.2. 「どうせ 自分（ぼく、わたし）なんか」ということば

児童相談所では、すべての相談種別の子どもたちと出会う機会を得た。先に述べたように、当時は、養護、教護、障害、教育と相談内容が分かれていた。一時保護する非行少年は、衝動的に振る舞ったり、そうして生じたトラブルについて振り返ることができなかつたりすることが多く、自己統御のつたなさ、体験の言語化の難しさの背景に医学的な問題が隠れていないか、その確認を求められての診察が多かったと記憶している。従って、必要な場合には他の医療機関に依頼して、脳器質的な検索を行うこともあるが、診察場面では、問題行動の部分にのみ焦点を当てて話をきくのではなく、日常全般の様子を尋ねながら、いろいろな場面でのその子どもの反応の傾向をみてゆく。不快な場面に直面した時に、なぜ、不快に感じたのか、なぜ暴力で解決しようとしたのか、自分の思いを伝える他の方法はなかったのだろうか。責められていると感じさせない工夫の中で診察を進めるのだが、その中で、「どうせ自分なんか」ということばを聞いた。このことばを発するのは、非行の子どもたちに限らない。不登校であったり、他の神経症性の障害の子どもからも聞くことになった。集団生活への適応に困難を抱えている知的障害、発達障害、そして子ども虐待のように家庭での養育が難しくなった子どもたちからも聞いた。

この「どうせ自分なんか」ということばは、自己肯定感の乏しさ、あるいは、自尊感情の低さを示すことばと言われる。自己肯定感とは、自尊感情とは何なのだろうか。心理学辞典には、自己肯定感の項はなく、自尊感情は、「自己に対する評価感情で、自分自身を基本的に価値あるものとする感覚」とある。しかし、自尊感情は、一般には、なにかを達成する力を持っている、と受け取られている様に思う。実際に、こうした子どもたちを自尊感情の低い、自身の無い子どもたちと捉えた時にとりあえずとる方策は、自信を取り戻すことであり、そのために、出来ていることを認め、褒めてあげようと指導する事が多い。しかし、子どもたちは、褒め言葉を「もっと頑張れ」と言われているかのように受け止めてしまうのだろうか、褒められることに苛立ちを見せるといった反応を示すことがある。社会生活に適応しにくくなった子どもたちが求めているのは、何かを達成できる力を持っている、という感覚では無い。自分の存在が養育者に、大人に、そして社会に認められるている、受け容れられているという感覚を求めていると考えたと、彼らの反応も理解できる。

4.3. 統合失調症の治療を通して

児童相談所での経験を振り返るうち、神戸大学病院に勤務していた頃に出会った統合失調症の少年、青年の訴えの理解にも考えが及ぶようになった。

成人の統合失調症の治療では、幻覚、妄想といった陽性症状が消えてゆき、寛解状態になってゆくことが治療の一つの目安であった。程度は様々ながら人格水準の低下が残り、社会適応に困難を残すことがあるため、それに対して、レクリエーションなど作業療法が提供されていた。研修医として学び始めた頃は、感情鈍麻、意欲の低下など陰性症状には薬物療法は効果がないと言われていて、レクリエーションを含む作業療法の効果が期待されていた時代だった。また、デイケア、デイサービスも提供されはじめた時期とも重なる。陽性症状そのものが引き起こす社会生活への参加の困難があり、陽性症状の消褪後も陰性症状によって社会生活への参加の難しさが持続する。患者の生活のしづらさを全て症状で理解しようとしていたところがあった。

そのような頃、中学生で発症した患者から、自分の感じたことや自分が考えたことが自分自身の体験として確信できないという訴えを聞いた。患者自身の言葉を借りれば「こんな風に考えるのは病気の所為でしょうか、それともこれが自分の考えなののでしょうか」という訴えである。また、別の患者は、客観的に見ても疲れるような状況に居たと思えるのに、「こんなに疲れるのは病気のせいですか？どこかおかしいのでは」と語った。この患者は成人年齢に達していて、長く陽性症状の再燃もなく過ごせていた患者だった。

思考吹入という症状がある。誰かに考えを吹き込まれたという体験で、この場合は考えそのものが自分

のものでないと感じるものである。そうではなく、自分が考えていることが自分のものかどうか確信が持てないという訴えと理解した。自己の体験を自身のものと感じられない、という離人症という症状がある。自分の体験、感情が自分のものかどうか疑いを感じていると捉えたと、離人症とも異なる訴えのようにも思える。

彼らと診察室で出会っていた頃は、症状としての位置づけをどうするか、薬物療法で改善可能なのか、どのような精神療法的アプローチがあれば、改善できるだろうかと、統合失調症の症状として捉えることで終始していた。けれども、児童相談所で自分の存在価値に不安を感じている子どもたちと出会うなかで、陽性症状が消え、疲れ易いながらも社会参加できていた患者のことばは、自分という存在がこのような存在だと確信できない状態の持つ不安の重さを示すものであり、自分らしさ、自分はどのような人間なのか、という捉え方では不十分な、根源的な自分の在り方への疑惑を訴えていたものであったと考えるに至った。

5. 障害があることと健康であること

5.1. 基本的信頼と自我同一性ということ

自我同一性は、エリクソン、E. H. の心理社会的発達理論の中で語られている。自我同一性を持つ事は、社会の中で自身の存在を自らが肯定的に受け止めることができるようになることであり、一人の存在として確信できることと言える。エリクソンの理論を簡単にまとめると次のようにいえる。

自分という存在が社会に受け容れられ、守られているという感覚を通して自身の存在を信頼に足るものと感じること（基本的信頼）が最初の課題である。次に、自分の意志で自分をコントロールできると感じるようになる（自律）。これは、自分という存在を一つのまとまりのあるものと感じる事でもある。さらに、自分の意志で行動を決定し（積極性）、社会の中で、肯定的に受け容れられる役割が果たせるようになると感じる（勤勉（生産性））ことで、社会の中で一人の存在として生きてゆくことができる。これが自我同一性を獲得するという意味であろう。

エリクソンは、思春期の同調的要素（課題）を同一性と表現しているが、これは、思春期に同一性が完成することを意味するのではなく、以後の社会で直面する様々な課題に向き合える準備が整ったということだと述べていて、その後の人生を通して、常に同一性の混乱と対峙しながら、人生の終わりを迎えると読むことができる。そして、基本的信頼は「これでいいんだ」という感覚として捉えることができるが、意識的なものを意味するのではなく、意識無意識の双方に関わるものだともいう。

精神病的であれ、発達の障害であれ、社会生活の困難を感じている人たちは、この社会の中で居場所がないと感じている。統合失調症のように、幻覚妄想といった病的な体験がそうさせる場合もあるが、症状をもっていることが、自分自身をして他の多くの人たちとは異なると感じさせ、この社会では受け容れてもらえない、と自らを規定している場合もある。発達障害の場合、身近な存在が障害と呼ばれる状態を肯定的に捉えようとしても、自らのあり方に気づく力を身につけると、自分で自分自身を、社会が期待するものとは異なるものと規定してしまうことも珍しくない。精神的な失調、障害と呼ばれる状態があること自体が、社会の中に居場所がないと感じさせてしまう。そしてこの感覚が、社会の中で生活する意欲を奪い、社会の中で生活するための技術を学ぶ機会を避けさせてしまい、一層社会の中に居場所を感じさせなくさせるという、悪循環に陥らせている。

このように考えてゆくと、障害のある人たちにとって大切なことは、多くの人とは若干異なる特性を持っていても、自らを社会の中に受け容れてもらえる存在と捉えることができるようになることといえる。「病気（障害）と付き合いながら生きてゆく」という表現を聞くことが増えた。この言葉は、病気、障害であっても信頼できる自分が存在する、ということであり、エリクソンのいう基本的信頼が意味することであろう。エリクソンは、基本的信頼を、健康の基盤として述べた。この基本的信頼という感覚を感じる

ことができれば、障害がありながら健康であるといえるのではないか。

5.2. 障害受容ということ

先に述べたことがらは、障害受容と結びつく。障害受容は、児童青年に関わっている場合には、当事者が自身の障害を受容するという、養育者が我が子の障害を受容するという、双方の意味を持つ。

我が子に障害があると知られることは、親にとっては大きな出来事であり、受け容れがたいものである。知的障害、発達障害の理解が進んできた今でもそれは変わらない。

我が子に障害と呼ばれる状態があると伝えられた時、様々な思いがよぎるようだ。はじめは、否認の形をとる。自責の思いもわく。さまざまな思いを持ちながら、次第に、療育という障害のある子どもへの配慮のある関わりをし、子どもの成長を支えてゆけるようになってもらえるのが理想である。これが、いわゆる専門家がいう子どもの障害を受け容れる「障害受容」である。しかし、その道筋の中で、告げられた診断を否定し、その後の関わりを拒絶する場合もあり、診断を受け容れるものの、克服しようと過剰に訓練的な関わりをする場合もあり、また、しっかりと受け止め、必要な関わりを適切に続けてゆこうとする場合もある。ここでは、3つのパターンを例示したが、実際には、多くの保護者が揺れ動きつつ障害のある子どもに向き合っている。子どもの障害を受容したと思える養育者も、子どもが成長し、学齢に達して、社会生活に参加し始めると、将来子どもが自立できるか、社会の中で生きてゆけるか、という心配を抱えるようになり、子どもの理解力、行動力を超える養育に転じてしまうことは珍しくない。障害受容は、専門家が求めるほどには、容易なものではない。

子どもの将来を心配しない親はいない。その心配は、社会が障害があると言われた子どもを受け容れてくれないのではないか、守ってくれないのではないかという心配から生じている。残念なことに、障害のある人たちをとりまく社会の状況は、彼らを守ろうとはしているが、受け容れているかについては疑問符がつく状態である。エリクソンの理論に戻れば、養育者が基本的信頼を得ながら育ったとしても、我が子については、社会を信頼できない状況にあるといえる。自らが信頼できない社会を我が子に信頼させることは可能だろうか。養育者の感覚は、子どもの基本的信頼を揺るがせてしまう。

基本的信頼を健康の基盤と述べたエリクソンは、直接関わる養育者との関係を中心に論を展開した。しかし、養育者が子どもの基本的信頼を支えるためには、分身である子どもを受け容れてくれているという意味での社会に対する信頼の感覚が必要であろう。

社会が本当に障害のある人たちを受け容れてくれるのか。その疑問に、どのような答えを見つけるかが、障害のある人たちの健康に関わってくる。

6. おわりに

ユニバーサル、多文化共生、多様性等々の言葉が飛び交うが、現実の社会はどうだろうか。本当の意味で、多様性を受け容れる社会になるには、構成員である一人一人が多様性を受け容れることができるようにならなければならない、多様性を受け容れる社会でないと、構成員が多様性を受け容れることは難しい。循環論法めいてきたが、一人一人が多様性を受け容れることの大切さを、この人間福祉学部で学んでもらえることが、数世代、とまで待たずとも、障害のある人も健康であるといえる社会になるのではと期待して本稿を終えることにしたい。

末尾ながら、共に学んでくれた学生の皆様、人間福祉の様々な領域に関わり、刺激を与えてくださった教員の皆様、また、支えてくださった職員の皆様に感謝申し上げます。

参考図書・文献

・The American Psychiatric Association, (1988)「DSM-III-R 精神障害の分類と診断の手引き 第2版」高橋三郎ら訳

- 医学書院 (The American Psychiatric Association, (1987) "Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R" Washinton D.C.)
- ・ エリクソン、E. H. (1973) 「自我同一性 アイデンティティとライフサイクル」 小此木啓吾 訳編 誠信書房 (Erikson, E. H. (1959) "IDENTITY AND THE LIFE CYCLE", (PSYCHOLOGICAL ISSUES Vol. No.1. Monograph 1., New York, International University Press)
 - ・ エリクソン、E. H. (1977) 「幼児期と社会 1, 2」 仁科弥生訳 東京 みすず書房 (Erikson, E. H. (1963) "Childhood and society 2nd ed." New York, Norton)
 - ・ 井出 浩、三宅芳宏ら (1997) 「大災害が幼児に及ぼした影響－保育所聞き取り調査から－」 児童青年精神医学とその近接領域、38 巻 4 号 p.304-314
 - ・ 清水將之、井出浩 (1995) 「大型災害と児童の精神保健－PTSD はどのように現れるか－」 日本精神病院協会雑誌 第14 巻 7 号 p.83-87