

女性が障害のある子どもを持つことを受容する過程

—「援助のあり方」の視点からの一考察

本 多 晶 子

I はじめに

障害のある子どもを持つことは障害のない子どもを育てるよりも多くの配慮を必要とする。社会的な支援体制が整ってきたとはいえ、まだまだそれが不十分なわが国では、障害のある子どもを持つことは、個人にとって負担の大きいことであると言える。

加えて我が国は性別意識が強い。一般に家事・育児は女性がそのほとんどを担うことが多い。国立婦人会館（1997）の調査によると、女性の1日の平均家事時間は2時間52分、育児時間は22分であるが、男性のそれは11分、3分である。

この女性の家事・育児労働の重い負担は、障害のある子どもを育てる家庭においても同様である。大阪府の「北摂に療護施設を作る会」（1995）の「肢体障害者の生活実態と療護施設の入所希望調査」（回答数279通）によると、介護が母親のみで行われているという回答は61.6%にのぼる。さらに回答者が介護する子どもの48.5%が身体障害者手帳1級、療育手帳A判定を持ち合わせる重度心身障害であること、82.3%が18歳以上であることを考えると、障害のある子どもを持つ女性は極めて長期間、身体的な労力を必要とする介護に従事していることがわかる。春日（2001）は、このような女性の介護を愛情を根拠として当然視する、規範が存在すると指摘し、「愛情規範」と名づけている。

子どもの障害が判明したとき、多くの女性は

混乱する。将来、自身が担うであろう、長期に亘る介護を、悲観的に感じる。とはいえ、多くの女性が一旦は情緒的混乱に陥りながら、時間の経過と共に、障害のある子どもを育てる母親としての自己を受け入れ、一定の安定した精神状態である受容に至ることが観察されている。（ここでいう受容は、研究の出発点として事象を緩やかに指示するものである。）

受容に至るまでに女性はどうのような経験をしているのだろうか。種々の援助をどのように感じているのだろうか。筆者は自ら、障害のある子どもを持つ親として援助を受けてきた。これまで筆者が受けてきた援助過程を考えると、援助のありかたに違和感を感じたことが度々ある。本研究の目的は、障害のある子どもを持つ女性の経験過程を、当事者の女性の視点で記述し、新しい理解を得ることである。さらに種々の援助が、女性にとってどのような意味を持つのかを検討し、望ましい援助のあり方を探りたいと考えている。

II 方法

(1) 方法の選択

本研究は障害のある子どもを持つ女性の語りや筆記による質的データを分析し、障害のある子どもを育てることを受容するという経験過程を探究する質的研究である。

(2) 参加者

本研究にはA（筆者）とB～Eの、5人の女

性が参加した。B～Eが研究に参加したきっかけは、筆者との友人関係による。その結果、非意図的にはあるが、参加者の子どもの障害要因は、全員、脳への酸素供給が一時途絶えたことによる「低酸素脳症」となった。また参加者

は当時、全員が就労しておらず、食事・排泄・衣服着脱はもとより、医療・福祉機関へ付き添い・送迎、近隣対応など、子どもの介護をほとんど一人で行う、主介護者であった。

表1 参加者

参加者	子どもの状況					データ		特記事項
	年代	年齢	身障手帳	療育手帳	低酸素脳症の原因	採取場所	ローデータ量(字)	
A	30歳代	9	1級	A	双胎生存児	A宅	36*400	筆者・文書
B	30歳代	8	1級	A	早産	B宅	43*400	元NICU看護師
C	40歳代	25	なし	A	難産	A・C宅	183*400	知的障害のみ
D	30歳代	4	1級	A	無呼吸発作	D宅	72*400	幼児期
E	30歳代	6	1級	A	誤飲事故	E宅	123*400	生後7ヶ月時事故

(3) 分析方法

a データの収集

本研究参加者4人のデータは面接による。参加者には、面接を依頼する際に、データを研究に利用することを伝え、了承を得た。面接は、1998年7月～12月、参加者や筆者の日常生活の場である自宅で、2回ずつ行われた。1回の面接の所要時間は約2～3時間で、面接には、参加者や筆者の障害を持つ子どもやそのきょうだいが同席し、その世話のために面接が中断することもしばしばであった。面接の最初に「お子さんが生まれてから、どのようなことがあったか自由に話してください。」という説明を行い、参加者の語りを出来るだけさえぎらないように注意した。残り1名分は、筆者が面接と同様の趣旨で、自己の経験を面接実施以前に文書化した、一人称的文書データである。面接の逐語録(トランスクリプト)と文書データをローデータとする。

b データの分析手順

本研究ではデータ分析の方法として、ジオルジ(Giorgi, 1975b)によって示された分析方法を参考に、現象学的アプローチを採用した。

現象学では、科学的な知識は、生活世界(私たちが普段の生活において、自発的に生き、体験している日常世界)の意識を基盤にしているとして、「いかに事物や出来事が意識に現れるか」を出発点とする。心理学における現象学的アプローチとは、可能な限り誠実に、研究参加者の日常生活の状況の中で生きられた現象をありのままに記述し、参加者の視点で分析することで、現象を構成する心理学的意味を探求することを目指すアプローチである。(ジオルジ、1985)

分析の手順は以下である。

- ①面接データ(以下ローデータとする)を読み通し、全体の流れや意味をつかむ。
- ②ローデータを語り手にとっての「自然な意味のまとまり」(natural meaning unit、以下ユニットとする)に分割し、順に番号を振る。
- ③各ユニットの中心テーマ(central theme)を示す参加者の表現を抜き出すとともに、そこで現れている経験を記述する。②、③においては、可能な限り当事者の視点で作業が行われるように記述を進める。
- ④各ユニットについて、何がたち現れてきたかという内容(what)とどのように立ち現れ

てきという様式 (how) に留意して記述する。
ここで初めて研究者の視点が加味される。

- ⑤各ユニットの④の記述に対して、テーマ名（「障害理解」など）を付与する。
- ⑥これまでに現れてきたテーマの関連性に留意しつつ、全体的な記述を行う。

なお、分析結果は、各参加者に参照してもらい、意見を聞き取り、分析を修正した。

(4) 研究参加者としての研究者

本研究は分析の対象として、筆者自身のデータ（一人称的データ）を一部使用している。このことは、研究として試行的であるが、以下の意味を持つと考えられる。

- ①研究参加者と生活世界を共有しており、参加者の経験への共感性、感受性が高い。
- ②質的研究では、研究者の視座が研究結果に影響することに自覚的である。研究者が自己の経験を対象化しておくことで、研究者の視点が無自覚に研究に影響することを、可能な限り避けるという姿勢を持つ。
- ③質的研究では、研究者と研究参加者の関係性に敏感である。筆者がデータを提出すること

は、研究に協力し貴重なデータを提供してくれる参加者とできるだけ対等の位置を保ちたいという姿勢を示す。

一人称的データを用いた研究について、山下(2002)がその意義を広く論じている。

III 結果と考察

データを分析した結果、参加者の受容過程には以下の3過程が相互に影響を及ぼしながら同時に進行していることが示唆された。この3過程が参加者の経験過程の主要な3側面であるという仮説が設定された。

- (1) 障害の程度を確定する
- (2) 生活の落ち着きを得る
- (3) 自己の否定的感情を容認する

上記の3過程について以下に説明する。最初に、分析により示唆されたテーマ間（手順⑤）の関連を図示する。各節の表題は手順⑤によるテーマであり、その後、筆者の記述（手順④）と、その根拠となるローデータの一部分がボックス内で示されている。ローデータには参加者ユニット番号を前記し（「A23」など）、その当時の子どもの暦年齢を後記した。

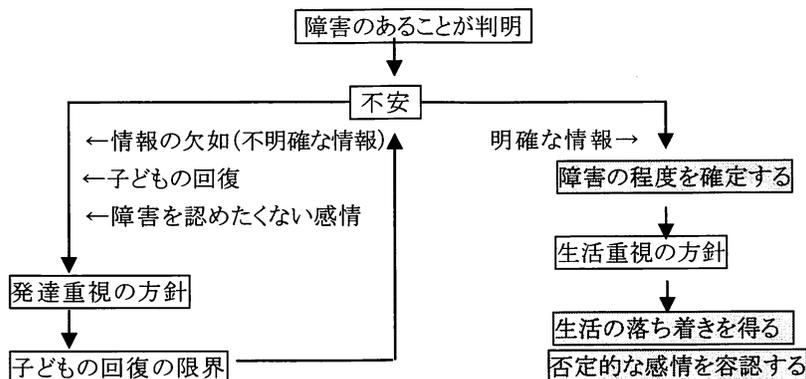


図1 障害の程度を確定する過程

(1) 障害の程度を確定する過程

参加者にとって、障害の有無だけでなく、最終的な障害の状態である、障害の程度を確定することが重要なテーマであることが示唆された。参加者は、子どもの障害の程度が確定されないうちは、親としての期待や責任感から「発達を重視する」方針を採り、機能回復訓練などに時間を費やしがちであった。しかし障害の程度が確定されると、親としての負担感が減少し、生活を楽しむようになるなど「生活を重視する」方針を採っていた。しかしこの障害の程度の確定の過程は(A)情報の欠如、(B)子どもの回復、(C)障害の程度を認めたくない感情、といった要因に阻害されていた。以下に各要因について述べる。

a 情報の欠如

障害の程度の確定は、参加者が子どもの障害について、どのような情報を提供されているかに影響を受けていた。始めに、参加者Dの例を示す。Dの子どもは生後2日目に無呼吸に陥り、NICU(新生児集中治療室)のある病院に搬送された。そこでの1ヶ月の入院の後、Dは夫と共に主治医の説明を受ける。当時、脳に起因する障害についての医学的知識を持ち合わせていなかったDは、比喩的に障害を示唆する医師の説明を理解できない。

▶D4 退院の日に呼ばれて、「CT撮ったら脳に何か傷があります」って言われて。全然意味が分からなくて「脳に傷って何ですか？」って聞いたら「ちょっと脳に傷があってそれが成長と共にやけどのケロイドのように、ケロイドが手に出来たとしたら手がこう成長していったとしたら皮膚が引きつれて来るでしょう。だからそういう感じで神経に影響を及ぼすかもしれないよー」みたいな何か軽い調子で言われたもんやから「やっぱり脳に傷があったけど、

ちょっと傷があったってやって行けるわ」
と。 (生後1ヶ月)

自宅に戻った後、Dの子どもはてんかん発作を繰り返す。Dは主治医を受診するが、てんかん発作出現の重大性を理解できない。

▶D5 退院して直ぐ発作が始まってびくびくびくびくしてるんやんか。(中略) 病院連れて行ったら、何か「てんかんや」って言われて。ほんで全然意味が分からなくて。「薬2年ぐらい飲んで下さい」って言われて。何かそこできっちり言わへんねん。ほんで「2年飲んだら治るのかー」と思って。(生後1ヶ月半)

4ヶ月検診で主治医からCTの結果を知らされ、Dは初めて脳の損傷が大きいことを察する。Dは大きな衝撃を受けるとともに、主治医に対して強い憤りを覚える。

▶D14 4ヶ月検診の時、同じ先生やのに初めて「S療育園に行ってください」って言われて。「何か体が柔らかいし首座りも遅いから。小さいから期待してたけど、可能性に対して期待してたけどちょっと難しいみたいやから」って。ほんで意味が全然分からんかって「CTどうだったんですか？」って聞いたら「とっても厳しい状態です」って言うやんか。「何で同じ先生やのに言ってくれへんの？毎週会ってるのに」っていうものすごい憤りがあったと共にすごいショックで帰られへんかってん、病院から、2時間ぐらい。(生後4ヶ月)

Dの子どもは紹介された療育施設で、別の医師の診察を受ける。そこでもDは、十分な情報が提供されないまま、「異常」という言葉を与えられる。

▶D17 初めての診察で、暗い部屋に通されて、子どもが台の上に裸にされて、反射見て一言、「異常です」(生後4ヶ月)

その後、Dは医師や訓練士などに質問を投げかける。

▶D18「ボイタ法(機能訓練)って何ですか?」「指圧みたいなもんです」(生後4ヶ月)

▶D19「治るんですか?」「小さいことに期待しましょう」(1歳)

Dは、子どもの障害の程度について、明確な説明を一度も受けたことがなく、その確定は「自覚」によるものであると言う。

▶D107 本当に分かったん?言われたことは無いですね。自覚。(2歳)

▶D42 人によって言うことが違うねんな。ほんで最後には「小さいから分かん」とかそんなんやった。言われたことは「可能性あります」ばっかりやった。それを鵜呑みにして何とかなるかなあとか、そういうのを続けているとしんどいから。(4歳)

次に、結婚前にNICUの看護師として障害のある子どもの看護を経験し、生後10日目に医師から障害の程度の説明を受けたBの例を示す。Bは出産翌日、医師から、「低酸素脳症」があることを告げられる。Bはその予後について熟知しており、即座にその意味を理解する。障害が誰にも起こりうるという経験的認識は、Bに「当たった」という感覚を抱かせる。

▶B8 出産の翌日、部長回診の時に「お母さん、この子、低酸素脳症あるから。でも子どもやからどうにかなるかもしれへんから」って言って行きはってん。それだけ言って行きはってん。だけどもう私は「も

うあかん、低酸素脳症イコール脳障害、もちろん歩けない、知能も遅れるって連想して、「ああ、障害児を持ってしまった、前から恐れていたことが現実になった瞬間」やった。「当たってしまったかな」っていう感じが一番強かったんちゃうかな。自分自身が妊娠する前から障害児を診る機会がいっぱいあったから、自分もそうなるって可能性があるだろうなと思って妊娠した結果がこうだったから、「あ、やっぱり」みたいな部分が結構あった(生後1日)

Bはその後、改めて、医師から障害の程度について明確な説明を受ける。

▶B10 生後10日目には正確にCTの結果が出て「もうこの子は目が見えません、立てません、歩けません、首もすわらないでしょう、一生寝たきりで過ごします」っていうようなことを宣告されてんね。で、私は低酸素脳症って言われた時から覚悟しててんけど(生後10日)

Bは生後10日という早期の「宣告」について肯定的で、負担感が軽減されたと認識している。

▶B49 発達はそんなに望まなかった。あれくらい脳がつぶれていたら、無理やわ。その無理って分かったのが生後10日目だったから、早くに診断が下ったっていう意味では私はラッキーやったと思う。もしかしたらこれをやったら伸びるかもしれない、っていうのでずっとやってたら、いつまでも悶々としてたかもしれないけど、プチって切られたことで私はすごいラッキーやと思う。(8歳・調査時)

ここで障害の程度の確定が受容に対して持つ意味を検討したい。本田他(1994)は「障害受容を回復の断念に伴う価値体系の変化に限定す

るべきである。当然その前提としての障害の自覚が必要である」としている。障害の受容の前提に回復の断念があるとするれば、障害の程度の確定は、第一に考えられるべきではないだろうか。

障害の程度を確定することは「子どもの持つ潜在的な能力を最大限に引き出していく」（船越 1996, p.60-61）というリハビリテーションの理念に反している。しかし、堀（1994, p.75）はリハビリテーション理念のもとで、障害者は「長期にわたって（ときには一生涯）他者の管理のもとに置かれ、人間主体としての自由と責任を剥奪されることになる」と指摘する。多くの場合、障害の治癒は望めない。障害の程度の確定は子どもの将来像を明確にし、親子双方にとって次の主体的な選択の基盤になるのではないだろうか。

b 子どもの回復

参加者は、子どもが回復（発達）する間は障害の程度の確定を避け、その限界を自覚したとき初めて、障害の程度に注意を向けていた。障害の程度の確定に子どもの回復状況が関連していることが示唆される。生後7ヶ月時の誤飲事故で子どもが障害を負ったEは、子どもの回復とその停滞に伴う、認識の変化や感情の動揺を次のように語る。

▶E72 本当に最初の1年ぐらいもうどんどん良くなるやろうと思っていて、2年目もまだ普通の健常児に戻る可能性があると思ってた。それが3年目ぐらいかな、だんだんじわじわとやっぱりこう、元通りって言うことは無理なんやなーっていうのがやっぱりいつの間にか、こう、じわじわ分かってきた。（4歳）

c 障害の程度を認めたくない感情

これは従来の受容過程の研究で、「否認」（上田、1996）とされてきた感情かもしれない。厳

しい現実を即時には認められないという極めて自然な感情である。さらに女性は、障害の程度を確定することは、願うべき発達を断念する「愛情規範」（春日 前掲）に背く行為に感じるかもしれない。Eは以下のように「諦めてはいけない」感情を語る。

▶E27 最初にこう、かつぎ込まれて治療受けたときにもう「とりあえず命さえ助かれれば」とお祈りしてたの。「助かったら後はお母さんが元どおりにしてあげるから」って祈ってたから。諦めたくないし、諦めちゃいけないと思ってた。（7ヶ月・事故直後）

▶E106 私にとっては（子どもの障害は）「これは試練や」というふう処理してもいいんだけど、それじゃあHは？Hはどうなるの？って、もうほんとに何の罪もないHにとってはかわいそうすぎる（6歳・調査時）

このように障害の程度の確定は、参加者にとって関心の高いテーマであるとともに、それを阻害する要因が存在していた。援助にあたって、情報提供のあり方、動揺する感情や認識を理解し、受け止めることなどを検討する必要性が示唆される。

(2) 生活の落ち着きを得る過程

子どもの障害が判明したとき、入院や通院など、参加者の生活は一変し、介護量が増大していた。参加者の介護量が何らかの変化により減少し、生活の落ち着きが得られたとき、精神的安定や内省が得られていた。受容が心理的的局面に留まらず、身体的負担と関連することが示唆される。例えばBは、一時期、昼夜を問わず、子どもの痰の吸引を行っていた。Bは睡眠時間を十分に取れない時期の苦しさを以下のように語る。

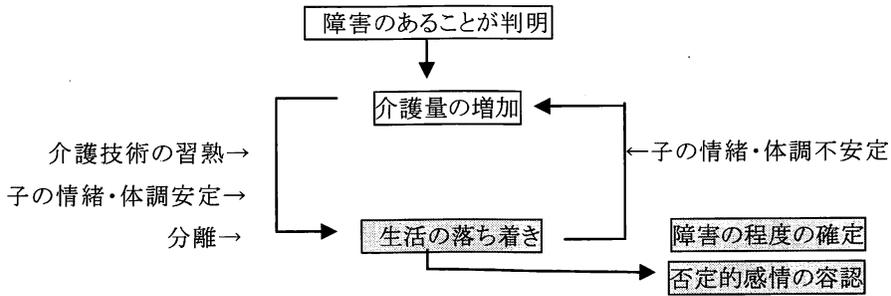


図2 生活の落ち着きを得る過程

▶B37 (子どものことを) 涙なしに語れるようになったのは、夜、自分が寝られる(寝ることができる)ようになってから。体が楽になってからやねん。(3歳)

またEは、入院により子どもと離れ、現実に向き合わざるを得ない心境を語る。

▶E84 Hがいないとね、体は楽になるでしょ、でも気持ちは全然楽じゃない。目先のことをこなしていくことでどンドンこう、なんか時間がすぎて行く。でもHがいなかったら頭の中だけでね、どンドン思いが膨らんでしまうんやね。(6歳・調査時)

▶E107 事故後もね、「これは良くなる。Hは、私がかんばって訓練しさえすればどンドン良くなるワ〜」とか言ってエネルギーをそちらに向けられたから立ち直るのが早かったと思うんだけど、(中略)ある部分では反対に立ち直れていないところが私にはある。どうしようもない気持ちの切り替えがねえ、未だにできてない。(6歳・調査時)

適切な援助を得て、日常生活が十分立ち行く状況になれば、女性は障害のある子どもを持つことに対する悲観的認識を修正できる。また自己の感情や認識に向き合うゆとりもできる。日常生活における身体的負担の軽減は、受容に

とって重要な側面である。

(3) 自己の否定的な感情を容認する過程

参加者は、子どもの死を願うことや、子育てに負担感を抱くことなど否定的感情を持つことに、強い罪悪感を感じていた。この罪悪感は、参加者の負担感や差別意識と「母親は子どもを無条件に愛さなければならない」という規範意識との葛藤から生じるかもしれない。子どもへの否定的感情を、「感じるべきではない」から「現状では、感じるのは自然である」と認めることができたとき、参加者の罪悪感が軽減していた。

Bは子どもの障害が分かった当初、子どもの死を願う自分に苦しむ。

▶B13 何て冷たい親、何て冷たい人間、何て嫌なんだろうと思っている自分との戦い。でもその先の問題が大きすぎるがために、やっぱり安易な道を考えちゃう。(生後2ヶ月)

その後、Bは親向けの療育書を読み、自身の否定的な感情を「当たり前」と納得する。

▶B17 引け目とか当惑とか社会的孤立感とか、そういうのを感じるのが当たり前だと書いてあって、私の思ってることが全部書いてあって。「それをどういうふうに受

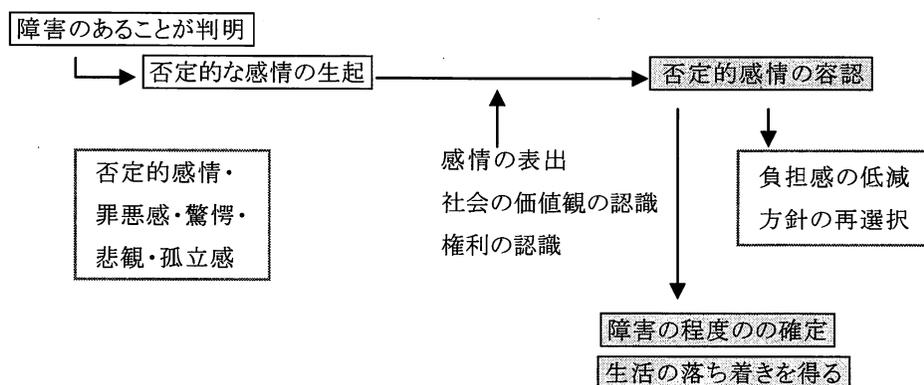


図3 自己の否定的感情の容認の過程

「入れるのが問題や」って書いてあって。
(生後2ヶ月)

17歳で子どもが施設に入所したCは「後ろめたい」気持ちに苦しむ。入所後7年を経て、やっと「ギブアップした」と介護の負担感を表出できるようになったと言う。

▶C127 私、手いっぱい、あかんかったから、もうギブアップしたんよ、自分の限界やと思ったからギブアップしたんよ、って言えるようになってん、ついこの間 (25歳)

障害のある子どもに否定的感情を抱くのは、女性個人の問題ではない。社会全体が、障害への否定的価値観を内包している。そのような社会に生きていれば、障害のある子どもに否定的感情を抱くのは、自然である。さらに、介護を女性がほとんど担う現状では、負担感を抱くのもまた当然である。自己の否定的感情を容認することは、女性が介護者としてだけでなく、自らも「よく生きる」存在としての自分を認めることであるかもしれない。

感情を容認するためには、感情を表出できる場が必要である。しかし援助側が抱く「良い母

親」像が、負担感など、女性の否定的感情の表出を阻害しているかもしれない。Cohen (1962) は「母親が専門家でない限り、子どもの身体的ケアを難しいと感じ圧倒される。それが長期間続くことを認識するとき、悩み憤慨することは自然である」と述べている。

▶A51「私は長い間Yを受け入れられなかったんです。」と勇気を出して言ったら「そんなことないよ。Yちゃんのお母さんはいいお母さんだよ」と言われた。(6歳)
▶B30「良いお母さんってどんなお母さん？」っていうのを一人ずつ言わせるっていうのがあった。私は別に自分のこと良いお母さんって思っなくて普通にしてしてるだけ。良いお母さんになりたいっていう感覚がなかった。良いお母さんにならないとだめ？いいお母さんってどんなお母さん？訓練に熱心なのが良いお母さん？違うんちゃう？とか。(3歳)

否定的感情を表出する場としてカウンセリングが考えられるが、本研究参加者は全員、療育においては、カウンセリングを提供されていなかった。Dは自ら必要性を感じ、カウンセリングに赴く。Dはカウンセリングを通して、子

もの障害を「自分の力でなんとかする」ことを断念し、自分と子どもの人生が別であることに思い至る。

▶D105 Kが生まれてからあまりに自分の周りに変化がありすぎて、それを自分の力で何とかしようと思った。今はそれぞれの人生はそれぞれの人のものということに納得した。それが障害を持つ子どもであってもね。(2歳)

(4) 3過程の相互の関連

3過程の関連について説明する。障害の程度が確定されると、女性は無理な機能訓練を減らすなど、現在の生活を重視する方針を取り、生活の落ち着きを得やすくなっていた。同時に負担感が軽減され、自己の感情を容認しやすくなっていた。生活の落ち着きが得られると、女性は内省的になり、障害の程度の確定や自己の否定的な感情に直面する傾向が見られた。また自己の否定的な感情が容認されると罪悪感が軽減され、積極的に生活を楽しむ、障害の程度に目を向ける、などの変化が見られた。

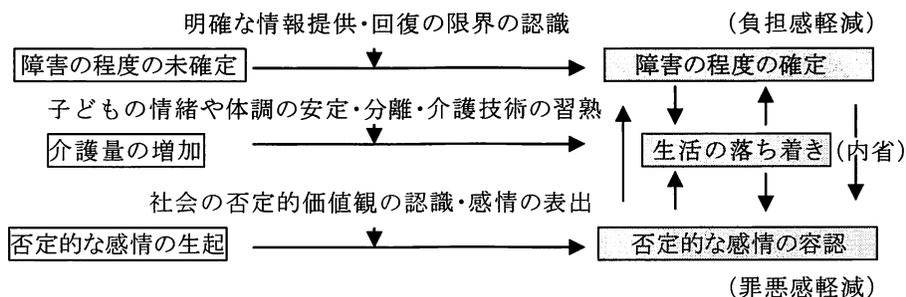


図4 3過程の相互関連

IV. まとめ

本研究において、女性が障害のある子どもを持つことを受容する過程には、(1) 障害の程度を確定する (2) 生活の落ち着きを得る (3) 自己の否定的な感情を容認する、の3側面が存在し、援助のあり方が受容に影響を及ぼすことが示唆された。研究結果から、障害のある子どもを持つ女性への援助に際して、配慮を要すると考えられる点を以下に述べる。

①障害の程度についての、理解可能な表現による、正確な情報を、出来るだけ早期に提供することを検討する。また、障害の理解について話し合う、繰り返して説明を行うなど、障害理解を継続的に支援する。

②安心できる無理のない生活ができているかという点に留意する。さらに、利用可能な生活支援の制度や情報を積極的に提示する。

③援助者自身が、性役割に意識的になり、差別感情や介護の負担感など女性の否定的感情を受けとめる努力をする。カウンセリングの提供も検討されてもよいかもしれない。

上記のような配慮によって、女性はより円滑に「障害のある子を育てるという自分」を受容し、安定した状態で育児にあたる事が出来るのではないかと考えられる。女性が「障害のある子どもの母親である自分」を受け入れることは極めて重要である。例えば、社会現象化している虐待をめぐって明確化しているのは、親である自分を受け入れることにより生じてくる自

分の生んだ子どもに対する責任感が、現実味のあるものとして体験に刻み込まれていない問題点である。子どもを生むことがほとんど自然現象同様に認識されている私たちの文化では、子どもの存在を心理の内面に深く迎え入れる受容のプロセスを理解することが、今、私たちの目前にある重要なテーマなのである。

従来、受容は個人の問題であった。援助のあり方はあまり問題にされてこなかった。そこでは個人の責任で、不利な社会的要因をも価値観を変更し、受け入れていくことが期待されていたかのようにであった。しかし分析の結果、援助のあり方が受容を促進・阻害することが示された。援助において、介護を担う女性の声に耳を傾け、性役割に意識的になり、障害理解や生活支援のための情報提供など、有効な援助のあり方を検討することの重要性が示唆される。ここで注意すべき点は、受容が個人への評価となるべきではないという点である。受容は個人にとって、安定した状態であり、受容できることは望ましい。しかし受容が個人への評価となる時、それはまた新たな社会的抑圧として作用する。「何がその人の受容を妨げているか」という視点が必要ではないだろうか。

本研究において筆者は研究者であるとともに研究参加者であった。研究結果には、筆者の立場が反映されているかもしれない。しかしこの結果が、当事者の視点の影響を持つという可能性を認めた上で、今後、多様な立場からの声が重ね合わされ、より包括的な援助のあり方の検討が可能になることを願いたい。

引用・参考文献

- Cohen, P.C. (1962) "The Impact of the handicapped-child on the family.", *Social Casework* 43(3), 137-142.
- 船越知行 (1996) 『障害児早期療育ハンドブック』学苑社。
- Giorgi, A. (1975b) "An Application of Phenomenological Method in Psychology" *Dequesne Studies in Phenomenological Psychology* Vol. II Dequesne University Press.
- A. ジョルジ (1985) (早坂泰次郎監訳) 『心理学の転換 行動の科学から人間の科学へ』勁草書房。Giorgi, A. (1976) *Phenomenology and the Foundation of Psychology*, University of Nebraska Press.
- 北摂に療護施設を作る会 (1995) 「肢体障害者の生活実態と療護施設入所希望調査」『「重度障害者の生活の場を考える」シンポジウム報告集』(1988), 40-57.
- 本田哲三・南雲直二・江端宏樹・渡辺俊之 (1994) 「障害受容の概念をめぐって」『総合リハビリテーション』23, 651-654.
- 堀正嗣 (1994) 『障害児教育のパラダイム転換』柘植書房。
- 春日キスヨ (2001) 『介護問題の社会学』岩波書店。
- 国立婦人教育会館 (1997) 『女性及び家族に関する統計・データベース研究開発報告書』。
- 上田敏 (1996) 『リハビリテーション 新しい生き方を創る科学』講談社。
- 山下栄一 (2002) 「心理学における質的研究法をめぐって」『教育科学セミナー』33, 53-62 関西大学教育学会。
- (謝辞) 本稿は、1999年関西大学大学院に提出した修士論文を加筆・修正したものです。本稿をまとめるにあたり、2003年に関西大学を退職された山下栄一先生、島瀬直子関西大学教授に、ご指導、ご助言、暖かい励ましをいただきました。心より感謝申し上げます。また、本研究にご協力いただいた4人の参加者の皆様には、貴重なデータを快くご提供いただきました。厚く御礼申し上げます。