



障害のある在宅脳損傷患者の 長期的な回復につながる主体性の概念

和田 真一¹・長谷川 幹^{2,3}

(森山リハビリテーションクリニック¹・三軒茶屋リハビリテーションクリニック²・

日本脳損傷者ケアリングコミュニティ学会³)

Autonomy related to long-term recovery of community dwelling patients with disabilities after stroke or brain injury: A qualitative study

WADA Shinichi¹ and HASEGAWA Miki^{2,3}

(Moriyama Rehabilitation Clinic¹・Sangenjaya Rehabilitation Clinic²・

The Japan Society of a Caring Community for People with Brain Injury³)

Objectives: We could see many stroke patients with person's own autonomy to be able to improve their activities and participations even if it is more than 4 or 5 years after onset.

My research questions: What is the autonomy improving disabled stroke patients?

Methods: A qualitative study is useful, appropriate, and feasible for my research question. One-day workshops about autonomy of patients with stroke were held 18 times with approximately 20 persons including rehabilitation doctors, a physical therapist, occupational therapists, case workers, formal care givers, a clinical psychologist, stroke patients, a philosopher, and professors of sociology and education. Several semi-structured interviews were conducted for the members. The interviews were analyzed qualitatively using a Modified Grounded Theory Approach, and member checking was performed.

Results: The definition of autonomy in this study is that "A character or an attitude to act or decide with one's own responsibility by one's own will for the purpose of living by one's own value." Forty five concepts are created from the examples, then five core categories developed from the data analysis. Core category zero is "recognition", core category one is "motivation (outcome-expectancy)", core category two is "sense of responsibility", core category three is "self-efficacy", and core category four is "change of values".

Conclusions: In summary, we have shown that patient's autonomy encompasses "outcome-expectancy (motivation)", "sense of responsibility", and "self-efficacy". This study helps in explaining this complex concept.

【はじめに】一般に脳損傷などで障害が残存した場合、当初は医療者主体で患者は依存的な立場になる。しかし、患者が主体的になると、発症から長期経っていても良い変化が出て、自分らしく生活ができてくるケースが経験されている。

【目的】脳損傷による中途障害者において、障害のある人の回復を促す「主体性」の概念を明らかにしたい。

【方法】主体性研究会議を月1回ペースで18回開催。当事者、支援者、医療関係者、学者を含めた20名前後で行った。会議参加者に対して半構造化インタビューを行い、M-GTA法を用いて質的分析を行った。ディスカッション、メンバーチェックをしながら、「主体性」の概念を検討した。

【結果】M-GTAの分析ワークシートで45個の概念が生成され、本人の経過を現わす概念から、5つの回復軸が浮かび上がった。主体性は3要素（意欲、自分次第という考え、自信）から成り、自分や自分の周囲を含めた認知がベースとなって支えており、主体性が回復すると価値観の変化から自尊感情の高まりが期待できることが示された。

【結語】この概念を用いることで、複雑だった概念をおおまかに把握でき、特徴を捉え、周囲の人で共有でき

得ることは障害をみている現場にとって一貫した対応への第一歩であり、非常に有用だと考えられた。

Key Words : Stroke, Brain injury, Rehabilitation, Long-term recovery, Autonomy

キーワード：脳卒中，脳外傷，生活期リハビリテーション，長期間の回復，主体性

はじめに

脳卒中などの中途障害で機能障害，活動制限が残存した場合，一般にリハビリテーションの流れは，発症からの時期によって急性期，回復期，生活期（維持期）に分けられる（出江・石田 2001, 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 2015, 和田・水間・川手 2014）。発症から長期間（6か月程度）が経つと，維持期や生活期と言われ，身体機能や能力的な改善に関して急性期・回復期ほどの効果を期待できないとされている（高岡・伊藤 2001, Langhorne・Bernhardt・Kwakkel 2011）。中途障害者が病院から在宅へ帰ってくる時期は，回復期リハビリテーション病棟を経たとすると発症から3から8か月程度経っており，身体機能に対する練習を中心としたリハビリテーションを続けても入院中と同じような改善は得られにくい（Langhorne ほか 2011, 和田ほか 2014, 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 2015）。2014年9月に設置された「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」の第1回要綱には「生活期リハビリテーションの通所系や訪問系サービスでは，身体機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり，漫然とサービスが提供され，自立支援が徹底されていない」との提言があり，中途障害者でも同様で，生活期リハビリテーション共通の問題である。

急性期医療における患者像は，専門職主導の治療の受け手として描かれてきたように（堀田 2015），病気や障害があると発症当初は医療者主体で治療やリハビリテーションが進んでしまい，患者は受け身で依存的な立場になる。また，退院したころの中途障害者の心理面の特徴として，受傷前を基準にして現在を比較するため，麻痺が発症当初と比べて改善していても，いつまでも「よくなっていない」と考えたり，歩けるようになっても，以前と同じように歩けない姿は「みっともないので見られたくない」

と閉じこもる傾向となったりすることがあり，総体として極めて自信がない状態となっている（長谷川 2009）。しかし，発症から数年経っていても，できないと思っていた楽しみ（夢）や自己存在の再確認（役割を果たすこと）ができた体験で少しずつ自信を取り戻し，主体的な姿勢へ転換したことにより，自分の生活を自分らしくマネジメント（展開）できていくケースを経験することがある。「主体性」を持って新たな生活の構築ができてくると，能力面でも半年～年単位のゆっくりとした回復がみられることもあり，発症以前にも増して活動的に生活している中途障害者もいる。医療者として患者の機能回復を図るのは重要であるが，病気の特性としての限界もあり，障害がありながらも「自分の生活を自分らしく構築する」ことが重要と考える。これには，「医療者＝主導的，障害のある人＝受動的」という依存関係から「障害のある人＝主体的，医療者＝後方支援」への転換が必要になる。これには3～5年以上かかることもめずらしくない（長谷川 2009, 和田ほか 2014）。

「主体性」が高齢者の生活を改善したと解釈できる報告はすでに1970年代になされている。この報告では，ナーシングホーム入所高齢者が自らの責任と選択を強調される環境に置かれると，高齢者の機敏さ，活発な参加，一般的な幸福感が改善した（Langer・Rodin 1976）とされている。高齢者と中途障害者は異なる集団ではあるが，通常の機能訓練をおこなっても改善が得られにくいとされている生活期の集団で「主体性」を強調することにより改善が得られた報告として，発症から長期の中途障害者としても注目すべき研究である。急性期医療の患者像の対比としての慢性疾患ケアモデルにおいても，患者・利用者はケアの主体（担い手）と位置づけ直されており（堀田 2015），発症から長期における患者の主体性の重要性が示されている。また，上田（2014）は国際的な動向を含めて「総合リハ」とは

何かを考察した際に、障害者本人、家族と環境はリハの対象であるだけでなく、その主体でもあると考え、それらを中心にして携わる専門家には当事者の自己決定能力の向上まで支援することの重要性を説いている。これまでの生活期リハビリテーションの問題を改善するために示された「生活行為向上リハ」は、日常生活動作・手段的日常生活動作、社会参加などの向上を具体的に目指すことを目的としており、対象者の主体性を引き出し、望む生活に向けた支援を多職種・多事業所間の連携で実現させる仕組みとして位置づけられている(土井 2015)。重度の障害が残存したとしても、主体性を回復したのちに、生活の幅を拡げて自分らしい人生を歩んでいる人が実際に多数存在しており、一部は公表されている(長谷川 2009)。

障害のある人の長期の改善には「主体性」が重要であると指摘されているにも関わらず、「主体性」の概念が定まっていないため、障害の現場には広まっていない。良くなったケースは個別の事例として、特別扱いされて、一般化されていないことも要因だと思われる。

発症後早期の絶望感、不安感、自信喪失などを抱えた状態から、活動的に自分らしい人生を歩んでいける主体性のある状態になる過程は人それぞれで多様であるが、一定の傾向がないわけではない。発症から長期の障害のある人が新たな生活を構築していくうえで「主体性」が重要な役割を果たしていると考えられるが、今のところ障害のある人の「主体性」を測る指標もなく、その概念も定まっていない。障害のある人の回復を促す「主体性」の概念が分かり、ある程度の一般化がなされれば、現場や在宅での障害のある人の回復を促す対応に役に立つと思われる。

方法

1. 研究デザイン

当初の疑問として3つ上げることができる：①障害のある人が主体性を「どのように」回復(再獲得)していくのか、②主体性を回復すると「何が」改善するのか、③周囲が「どのように」関われば主体性

を回復していけるのか。しかし、研究開始時には、主体性について測定できず、アウトカムも特定できていない。上記のように「どのように」「何が」の形で、主体性回復のプロセスの解明を目的としており、最初に質的研究を適用すべき課題であると考えた。

質的分析のうち「障害のある人の回復につながる主体性の概念」に絞って報告する。本研究は、医療法人社団あおい会倫理審査委員会の承認を得た。

2. 研究参加者

主体性研究会議(以下「会議」とする)を2015年2月から月1回程度の頻度で開催した。長期的に回復していった脳損傷による中途障害症例について、多施設、他職種の医療関係者(Dr, Ns, PT, OT, ST)、支援者(福祉、介護)だけでなく、障害当事者、学者(社会学、心理学、教育学、哲学)も含めて議論。中心メンバーは、10施設、18名。数人の臨時参加者を含め20名前後で会議を行った。

3. データ収集方法

2015年2月から6月の間に、会議のメンバーに対して、自らが経験したまたは見聞きした、障害のある人の「数年以上の長期にわたる在宅生活での回復」と「主体性」に関する半構造化インタビューを非記名でおこなった。また、会議での議論からも具体例を抽出した。

4. 分析方法

障害からの回復を妨げる因子は多様であるが、障害のある人の長期にわたる回復に関連していると考えられる主体性の回復(再獲得)に焦点を当てた。会議開始から半年間程度は、デルファイ法に準じて、質問の回答をとりまとめ、フィードバックし、意見を再考するという過程を何回も繰り返すことを会議でおこない、意見を集約した。障害のある人の長期的な回復と主体性回復のプロセスについて、事例の共通点を考察し、事例からボトムアップしてモデルを作成していった。

質的分析の手法として、Modified Grounded Theory Approach (M-GTA法)を用いた(Glaser・Strauss

1967, 木下 2014)。分析テーマは「脳損傷による中途障害者の回復にかかわる主体性の回復と周囲のかかわり方のプロセスを明らかにする」、分析対象者は「進行性疾患ではない脳損傷が原因で、中途障害がありながら長期にわたり回復してきた症例」、分析焦点者は「脳損傷者に携わる周囲の人々（医療職、専門職、家族など）」、着目点は「本人の経過」と「周囲のかかわり方」とした。前提としては急性期疾患の病状が安定していること、経済的・社会的な状況がある程度安定していることとした。

インタビュー回答のテキストおよびボイスレコーダーで記録した会議の逐語録から中途障害者の主体性回復プロセスを明らかにする部分を抽出し、分析ワークシートに具体例を集め、意味を定義し、概念を命名した。生成した概念をプロセス上の時系列で並べ、類似した概念をまとめてカテゴリー化し、カテゴリーの関係を構造化した。障害当事者、支援者、医療関係者、学者を含めた会議でメンバーとディスカッションし、ピアレビューをするとともに、メンバーチェックを行いながら、モデルの作成を進め、解釈の確証性、妥当性を担保した。

結果

2015年2月から2016年9月で計18回の会議を行った。

1. 研究開始時の「主体性」の定義

会議を始めた当初、「今回私たちが研究する主体性」の定義について議論した。「主体性」を国語辞典で引くと「自分の意思・判断によって、みずから責任をもって行動する態度や性質」（松村編 2006）などとあるが、障害のある人の長期の回復につながる主体性を議論する際、これでは不十分であると考えられた。たとえば、発症から長期間が経った障害のある人が、自らの意思で「この手が動くようになるまで外来でリハビリテーションをしてもらいたい」や「歩けるようになるまで入院でリハビリテーションを続けたい」などと希望した場合、自らの意思なので、辞書上の定義としては主体的ともとれるが、これではほぼ回復しない機能障害に対して漫然

とゴールのないリハビリテーションに時間を費やすことになって、障害のある人の生活は変わっていかず、展開もしない。「手を使うこと」「歩くこと」は生活の手段である。手の動きや歩くことの先の「生活上、何をしたいか」という活動や参加の目標が生活期を豊かにするうえで重要である（長谷川 2009, 和田ほか 2014, 村井 2015）。「お気に入りのレストランで食事がしたい」のであれば、そのレストランまでの道のりや障壁が具体的になり、現状の課題も具体的になる。目的地までの移動方法として歩くだけでなく車いすも併用するなどの補装具を考慮することや、レストランのトイレを想定した練習をすること、介助者の指導なども具体的に想定される。リハビリテーションで機能向上だけでなく、適切な補助手段も用いて生活の幅を拡げていけることになる（和田ほか 2014, 土井 2015）。意志や動機づけが「機能レベル」や「ADLレベル」にとどまっていると、主体的に生活を構築しづらいので、「自分らしく生きるために」という視点からの意志や動機づけが重要であるとの観点から議論し、生活を豊かにする活動や参加を「自分らしく生きる」と定義した。「本研究での主体性」とは「自分らしく生きるために、自分の意志・判断によって、みずから責任を持って決定または行動する態度や性質」と仮決定して研究を進めた。

2. 質問項目と回答数

10の質問にそれぞれ5～9回答が得られた。同対象から7例の事例提示があり、また、会議での議論からも具体例を抽出した。質問項目と回答数を以下に示す。

▶ 初回依頼：

皆様がお持ちの「主体性にかかわるエピソード」をいくつか、できるだけ具体的にいただきたいと思います。決まった形式はないので思いつくままいただければと思います。事例報告：4件・7例

▶ 2回目依頼：

1. 主体的な「行動（言動）」だと思われる具体例を挙げてください。「準備段階」「周囲の働きかけ」については後に質問がありま

すが、ここへ含めていただいても構いません。回答：7件

2. 主体的な行動（言動）をとるためには、「準備段階」や「先行要因」があるとも考えていますが、必要と思われる「準備段階（準備状態、先行要因）」を挙げてください。

回答：6件

3. 主体的な行動をとるために必要な「周囲の働きかけ」はどんなものが考えられますでしょうか。挙げてください。回答：6件

4. その他、「主体性」に関するご意見をお聞かせください。回答：5件

▶ 3 回目依頼：

1. 障害からの回復（改善）の『段階・流れの共通点』についてのお考えを教えてください。回答：7件

2. 障害からの回復（改善）を『促す要因の共通点』についてのお考えを教えてください。回答：6件

3. 障害からの回復（改善）の『ベースや準備段階の共通点』についてのお考えを教えてください。回答：8件

4. 長期にわたって「結局何が改善するのか」についてのお考えをお聞かせください。回答：9件

5. その他、「主体性」や「障害からの改善」などについてのご意見があればお聞かせください。回答：6件

▶ 4 回目依頼：

1. 本人が「絶望的な状況」から「主体的になったとき」の判断を、何をもってしていますか発言、態度、行動など、どんな判断材料でも結構です。回答：6件

3. 主体性にまつわる 5 つの回復軸

分析ワークシートの作成と概念のカテゴリー化を進め、会議で修正するたびに意見を募り、修正は少なくとも 30 回以上繰り返した。M-GTA の分析ワークシートで、45 個の概念が生成された。概念をプロセス別にカテゴリー化すると、「周囲のかかわり方」16 個、「本人の経過」29 個であった。

「本人の経過」をあらわす概念を、分析テーマである「脳損傷による中途障害者の回復にかかわる主体性の回復のプロセス」を念頭に時系列を意識して並べた。並べた概念からサブカテゴリーを生成し、さらに回復軸としてカテゴリー化すると、5 つのカテゴリーになった。

回復軸①：認知

「障害像を認識できない」状態から、以前のようにできなくなった自分に気づく「障害のある自分を漠然と認識する」を経て、周囲の人々や自分の置かれている環境を含めて自己能力を認識できる（メタ認知）「自分を客観的にみられる」にいたる変化の過程。

回復軸②：意欲（結果期待）

ある行動と望ましい結果が結びつかない状態「したくない・しても意味がない」から、ある行動が望ましい結果をもたらすと思う「自分でやってみたくなる」にいたる変化の過程。

回復軸③：自分次第という考え（責任）

自分以外の他人や運で物事の結果が決まるという「他人任せ」な考えから「自分の判断・行動で物事の結果が決まる」「自分次第」という考えになり、自分で決定したことによる結果は自らが責任を取ると思えるようになる変化の過程。統制所在（locus of control）の考え方（松本 2002）をあてはめると、外的統制から内的統制への変化である。

回復軸④：自信（自己効力感）

何ごとにも「自信がない（できない）」と思う状態から、その行動をうまく行うための自分の能力や周囲への働きかけに対する信念を持てるようになって、なんとか「できそう」や「できる」と考えて行動する状態「自信がつく」への変化の過程。

回復軸⑤：価値観

病前の価値観が占めていて「以前と異なる自分はだめだ」「自分には価値がない」と考える状態から、徐々に「病前の価値観とは別の価値観を認め始める」。さらに「自分はこれでいいんだ」などと自分らしさを自覚できるようになり、「新たな価値体系での生活」への変化の過程。個人内の価値判断基準が変化して、自己価値が高まっていく、価値観の変化の過程。

4. 障害のある人の「回復につながる主体性」の概念

会議の中で、障害のある人の支援者はこの5つの回復軸のうち「意欲」「自分次第という考え」「自信」の3つが「主体性」であるとすると、既存事例の理解や説明がしやすくなると感じていた。「認知」は主体性を下支えし、「価値観」の軸は主体性の回復に伴って変化していくものと考えられた。

絶望・不安・喪失感・孤独感が占め、行動を起こす気にはなれず、自分でどうにかなるとも思えず、自信も無く「行動を起こしづらい状態」（主体性のない状態）からの変化として、まず、ある行動が望ましい結果をもたらすと思ひ（「意欲（結果期待）」）、物事の結果は自分の行動によって決まると思うようになってきて（「自分次第という考え」）、行動を起こそうという気持ちになる。そして、少しずつ行動を起こしているうちに徐々に「自信」が付き、自ら行動を起こせるようになる。この「意欲」「自分次第という考え」「自信」の3つが揃った状態が「主体性」のある状態と考えられた。

考察

本研究では、障害のある人の「回復につながる主体性」の3要素として「意欲」「自分次第という考え」「自信」が明らかになった。自分や自分が置かれている環境に対する「認知」が主体性のベースとなって主体性3要素を支えており、主体性が回復すると「価値観」の変化から自尊感情が高まることが示された。

会議当初の定義に当てはめてみると「自分らしく生きる（新たな価値体系での生活）のために、自分の意思・判断によって（意欲）、みずから責任（自分次第という考え）を持って決定または行動する態度や性質」となり、一見「自信」は含まれていないように見えた。しかし、「決定または行動する」ときに「自信（自己効力感）」が必要になる。そのため、「障害のある人の回復につながる主体性」は「意欲」「自分次第という考え」「自信」の3つで構成されるという結果になった。

脳卒中（脳損傷）による機能障害が残り、いったん行動を起こしづらい状態になった中途障害者が生

活全般を回復していく過程は非常に複雑であり、restitution（ダメージを受けた神経組織自体の機能的再生）、substitution（部分的に使われていない神経回路を再組織化して失われた機能を再学習）、compensation（障害を受けたスキルと環境の不一致の改善）などが含まれる（Langhorne ほか 2011）。機能面から環境面まで、回復を促す因子や妨げる因子は多様であると思われるが、中途障害者の長期にわたる回復に関連していると考えられる主体性の回復（再獲得）に焦点を当てた。明らかかなようで明らかでない、複雑でつかみどころのない障害のある人の長期にわたる回復に関連していると考えられる主体性の概念について、脳損傷による中途障害者における一般化を試みた。その前提としては、急性疾患の病状が安定していること、経済的問題にはある程度対処できていることを挙げた。本研究では、アブラハム・マズローの欲求の段階説（Goble, F. G. 1971）の生理的欲求、安全と安心の欲求、所属と愛の欲求、承認の欲求、自己実現の欲求の5段階を考えると、経済的安定や病状の安定、居所の確保など、「生理的欲求」や「安全と安心の欲求」は満たされ、「所属と愛の欲求」や「承認の欲求」が満たされていない段階からを前提としている。

これまで、医療、介護、福祉の場面で、障害のある本人の主体性が重要であることが論じられてきたが（谷口 2008, 長谷川 2009, 長谷川 2009, 上田 2014, 和田ほか 2014, 田中 2016）、「障害のある人の回復につながる主体性」の概念についてははっきり示されてこなかった。「結果 1. 研究開始時の主体性の定義」で示したように、自らの意思であっても、機能障害に過度にこだわり続けてしまうことは回復につながる主体性とは言えず、「自分らしく生きるため」という活動・参加に対する主体性が大事である（長谷川 2009, 和田ほか 2014, 村井 2015, 土井 2015）。しかし、このことを支援の現場にわかりやすく広めていくことが困難であった。そのため、「本人が望むから」と機能訓練の提供に終始してしまい、リハビリテーションにおいて患者の今後の生活イメージを持たないままの専門職も多かった（村井 2015）。障害のある人の「回復につながる主体性」をおおまかに認識でき、特徴を捉え、周囲の人で共有でき得

ることは、長期にわたる回復へ向け、一貫した対応への第一歩と考えられる。

英語で「主体性」を意味する単語に完全に1対1で訳することは困難であるが，“Autonomy”は近い概念である。看護・介護場面での「患者の自律性」“Patient Autonomy”の概念分析(Lindberg・Fagerstrom・Sivberg・Willman 2014)では、自律性が意識される前提にあるのは、相互依存の変化と介護の必要性により増えた「患者の脆弱さ・もろさ」としている。この前提は本モデルの第1段階「行動を起こしづらい状態」に似ており、この状態に入ったからこそ、主体性が意識されると考えられる。また、「患者の自律性」“Patient autonomy”の3つの特性のうち、1番目の特性「自らの行動に責任をとらなければならないこと」は当研究結果の回復軸②「自分次第という考え」、2番目の特性「行為する能力」は回復軸③「自信」、3番目の特性「一個の人間として見られる」は回復軸④の「価値観の変化、自己価値の高まり」と似た概念である。この“Autonomy”の概念分析では当研究結果の回復軸①「意欲」の概念が入っていない。この分析では個々の行為レベルを現わしているモデルであることも関連していると思われる。私たちの結果では、回復軸①は個々の行動や行為レベルの概念で、②、③、④は行為している自分への認知や評価の概念と考えられる。このため、回復軸①はこの先行研究の“Autonomy”に含まれなかったと考えられる。また、“Autonomy”は、英英辞典(Hanks 1983)では“1. the right or state of self-government, esp. when limited. 3. freedom to determine one's own actions, behavior, etc.”などとあり、そもそも“Autonomy”自体に欲望や意欲の概念が入っていないともいえる。

主体性の共通認識につながるので、主体性概念を示すことは重要だと考える。評価軸がない中で周囲の医療者・介護者・支援者の意見が分かれば、対応に一貫性がなくなり、障害当事者も混乱してしまう。周囲の人々が共通した適切なかわりをするためには共通の概念や認識があると進めやすい。

今回、障害のある人の回復につながる主体性概念を明らかにした。次に、これをもとに分かりやすい

「主体性回復のプロセス」をモデル化し、段階ごとの「主体性回復を促す周囲のかかわり方」も分かりやすくモデル化して、実臨床で利用可能な具体的な対応方法をまとめていく必要がある。

付記

本研究は主体性研究会の議論に基づく部分が大きい。同研究会に複数回参加したメンバーは以下の通りである(50音順、敬称略)。小川彰(東京都リハビリテーション病院看護師)、小川節子(JR東京総合病院言語聴覚士)、川越大輔(森山リハビリテーションクリニック作業療法士)、川邊循(ケアセンターふらっと施設長)、後藤良和(特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター作業療法士)、小林隆司(首都大学東京健康福祉学部作業療法学科教授)、駒井由起子(特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター理事長)、榊原正博(モノ・ウェルビーイング代表)、手塚由美(一般社団法人輝水会代表理事)、長尾宗典(国立あおやぎ苑作業療法士)、中島鈴美(三軒茶屋リハビリテーションクリニック理学療法士)、能智正博(東京大学大学院教育学研究科教授)、野々山陽子(特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター社会福祉士)、長谷川幸子(元日本医科大学付属病院副看護部長)、長谷川宏(哲学者)、藤井か代子(デイサービス夢子施設長)、藤田真樹(三軒茶屋リハビリテーションクリニック作業療法士)、細田満和子(星槎大学副学長)、三嶋完治(一般社団法人輝水会常務理事)、渡部喬之(昭和大学藤が丘リハビリテーション病院作業療法士)、和田敏子(ケアセンターふらっと福祉事業部長)。

開示すべきCOI関係にある企業などは無いが、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団「在宅医療研究への助成」(2014年度前期)から助成をうけ、JSPS科研費:課題番号17K01582から助成を受けている。

引用文献

Glaser, B. G. and A. L. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*,

- Aldine Pub. Co.
- Goble, F. G. (1971). *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. New York: Pocket Books.
- Hanks, P. (1983). Collins Dictionary of the English Language. William Collins Sons & Co. Ltd.
- Langer, E. J. and J. Rodin (1976) The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology* 34 (2), 191-198.
- Langhorne, P., J. Bernhardt and G. Kwakkel (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet* 377 (9778), 1693-1702.
- Lindberg, C., C. Fagerstrom, B. Sivberg and A. Willman (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing* 70 (10), 2208-2221.
- 出江紳一, 石田暉 (2001). 急性期のリハビリテーション. 日本医師会雑誌 125, S272-S284.
- 上田敏 (2014). 【当事者の主体性と専門家の専門性】リハビリテーションの目標の変遷, 今日の到達点, 今後の方向性. *リハビリテーション研究* 43 (4), 15-17.
- 木下康仁 (2014). グラウンデッド・セオリー論, 弘文堂.
- 高岡 徹, 伊藤利之(2001). 維持期のリハビリテーション. 日本医師会雑誌 125, S299-S304
- 田中順子(2016). 作業療法士が患者の主体性を支える意義. *作業療法ジャーナル* 50 (9), 974-976.
- 谷口明広 (2008). サービス利用者の主体性と福祉援助観
障害のある人たちの自己決定力を高める要素 自己決定能力は育てられるもの. *社会福祉学* 49 (1), 157-160.
- 土井勝幸 (2015). 生活行為向上リハビリテーションの考え方と実践. *Monthly Book Medical Rehabilitation* 188, 33-39.
- 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (2015). 脳卒中リハビリテーションの進め方. *脳卒中治療ガイドライン* 2015, 271-285.
- 長谷川幹 (2009). 主体性をひきだすリハビリテーション: 教科書をめりかえた障害の人々, 日本医事新報社.
- 長谷川幹 (2009). 中途障害者・高齢者の主体性の再構築. *Journal of Clinical Rehabilitation* 18 (5), 405-410.
- 堀田聡子 (2015). 地域包括ケアの担い手を考える: 人間中心のケアとまちづくりに向けて. *Monthly Book Medical Rehabilitation* 188, 41-46.
- 松村明 (2006). 大辞林第三版, 三省堂.
- 松本千明 (2002). 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎, 医歯薬出版株式会社, 75-85.
- 村井千賀 (2015). 生活期リハビリテーションの課題と介護報酬改定,
- 和田真一, 水間正澄, 川手信行 (2014). リハ医療システムと今後 生活期リハ. *昭和学士会雑誌* 74 (4), 384-388.

(2017. 11. 20 受稿) (2018. 6. 5 受理)
(ホームページ掲載 2018年6月)