

[Original Paper]

## **Chronological transition of client understanding in the areas of occupational therapy in Japan**

— Health and initiative viewed from a perspective of occupational therapy for patients with cerebrovascular disorder —

Shigemitsu Sugawa\*, Kanako Ozawa\* and Takashi Hisatsune\*

\* Department of Occupational Therapy,  
Faculty of Nursing and Rehabilitation, Aino University

### **Abstract**

The purpose of our work is to examine how occupational therapy practices in Japan as well as therapists' views of health and initiative of clients have changed over the last forty years. We conducted research, based on the paradigm theory modeled by G. Kielhofner, on the literature on occupational therapy for patients with cerebrovascular disorder. As a result, a paradigm shift was confirmed, however there were relatively few mentions of therapists' views of health or initiative of clients. Identified as the reasons for the paradigm shift were ; (1) the influence of practices and theories dominant in the United States, (2) introduction of the Quality of Life concept, which led to a gradual change in viewpoint from a therapist-centered, treatment-oriented model to a client-centered, life-oriented one, (3) the change in disease pattern caused by development of medical technology, and (4) the increase of the frail elderly and clients requiring long-term care in our aging society. As for the reasons why little attention was being paid to health and initiative of clients, two topics were discussed ; (1) the disparity between theory and practice due to the application of several foreign practices and theories in parallel, and (2) the lack of the philosophical foundation due to the immaturity of Japan's original practice theories.

**Key words** : paradigm, health, initiative

## 日本の作業療法における対象者理解の歴史的変遷

—— 脳血管障害の作業療法からみる健康観と主体性 ——

須川重光\*, 小澤加奈子\*, 久常良\*

**【要旨】** 本稿では過去40年間の日本の作業療法実践が時代とともに変遷し、またその中で対象者の健康やその主体性をどのようにみているのかを検討するため、G. Kielhofnerが示したパラダイムの構成要素参照し、脳血管障害に対する作業療法に関する文献の検討を行なった。その結果、パラダイムの変遷は確認できたが、健康や主体性についての視座の乏しさがみられた。変遷した要因としては、(1) 米国の実践や理論の影響を強く受けていること、(2) QOL概念の導入により、医療者中心の治療主義から対象者中心の生活モデルへ視点が変化しつつあること、(3) 医療技術の進歩による疾病構造の変化、(4) 高齢社会の到来による、要介護者の増大という4点が考えられた。また対象者の健康や主体性に対する視座が乏しい点については、海外の実践や理論の平行使用による理論と実践の乖離、日本独自の実践理論の未成熟による哲学的基礎の欠如という2点から考察を加えた。

キーワード：パラダイム、健康、主体性

### はじめに

1965年わが国において理学療法士・作業療法士法が施行され、作業療法士が法の下、専門職として認められたのは、1917年米国で作業療法協会が発足してから、48年を経過してのことである。今年で42年目を迎えているわが国の作業療法は時代の移り変わりとともにその理論と実践も大きく変遷を遂げている。

野藤(2003.6)は<sup>1)</sup> Kielhofner & Burkeが用いたパラダイム論<sup>2)</sup>に沿ってわが国の身体障害領域の歴

史分析を行なっている。その中のパラダイム論のモデルによる日本作業療法史における同一性の変遷<sup>††</sup>によると、20世紀前半の前パラダイム第1期<sup>†††</sup>では、肢体不自由児、結核対象者の職能指導が中心であり、第二時大戦後の前パラダイム第2期では、医学的な知識が持ち込まれ、先駆的に戦傷者を対象とした職能療法が海外での実践を模倣する形で行なわれた。その後1960年代から70年代にかけて、主に米国の影響を強く受け、職能集団としての同一性と科学性を確立するため、人間と作業を最小単位の因子に分解して診る、

\* 藍野大学医療保健学部作業療法学科

† T. クーンが「科学革命の構造」の中で、ある領域の成員にとって常に自らの仕事の流れとして役立つ共通の前提や見解をパラダイムと定義し、科学革命モデルを展開した。そのモデルを修正し、米国作業療法の歴史的分析を行なったのが、Kielhofner & Burkeであり、それを参照したのが、野藤の論文(文献1)である。

†† パラダイムの変遷。

††† T. クーンによる科学革命には、知識や技術の臨界的な転換を通して、ある領域を再定義したり、前進させるように作用する働きがあり、周期的過程を段階的に辿るとしている。その段階は ①前パラダイム期、②パラダイム期、③危機期、④パラダイムへの回帰である。

還元主義的パラダイム<sup>†</sup>が主流となり、ファシリテーションテクニックなどの徒手療法が治療の関心の中心となったとされている。その後1980年代に入り、作業療法としての同一性の混乱が起り、パラダイムの危機を迎える。1990年代以降、作業を再考する動きが高まり、生活・地域・Quality of life (以下QOL)に主眼をおくパラダイムを迎え、生活ケアや地域ケアへ焦点が当てられることとなり、作業と主観的な健康について論じられるようになったとしている。またこの年代には欧米の作業療法に関する理論<sup>9-5)</sup>も多く紹介されたことも注目すべき点である。また野藤は論文の最後でこの時代に対する宮前<sup>6)</sup>の見解(1999)<sup>6)</sup>を紹介している。宮前は90年代を作業が個人全体の健康に及ぼす治療的意義を重視した時代、すなわちホリスティック(wholistic: 全体的・包括的)な時代であると、また2000年以降を還元主義とホリスティックな面の併存の時代であると予見している。

以上が野藤によるパラダイム論のモデルによる日本作業療法史における同一性の変遷の概観であるが、氏の分析によると、現在のパラダイムの関心事のひとつには、「作業と健康」が挙げられると思われる。このことは以下の定義においても明らかである。

**世界作業療法士連盟 (World Federation of Occupational Therapists : 以下 WFOT) 1993 年版の作業療法の定義<sup>7)</sup>**

「身体又は精神に機能障害をもち、能力障害、社会的不利を経験している人々に関わる健康の一領域である。(中略) このような人々を援助する目的はかれらの仕事・社会的・個人的・家庭的環境が求めるものを充足し、なおかつ充実感をもって生活に参加するためである」

**2004 年同改訂版<sup>8)</sup>**

「作業療法は、作業を通して健康と安寧を促進することに関心をもつ専門職である。作業療法の基本的目標は、人々が日常の活動に参加することができるようにすることである(以下省略)」

† 還元主義とは、現象を、他の諸単位との関係を特定でき、また測定可能な単位へと還元することによって説明することを主眼としたものである。よってそのパラダイムとは心身機能や作業遂行に影響を及ぼす内的メカニズムに焦点を当てた時期である。

他にも定義や著書<sup>9-11)</sup>のなかで作業と健康の関係について多く述べられており、作業療法の主たる視点として捉えていることが伺える。常に健康という概念を視野に入れているということが、定義や文献上では明らかである。

このように野藤論文や他の定義より歴史を概観すると、日本の作業療法史におけるパラダイムの転換期は、1980年代から90年代にかけて、作業と健康というホリスティックな視点に移行していると推察できる。しかしこれまでの先行研究ではパラダイムが変遷したという研究のみで、臨床現場レベルの理論や実践報告、社会の背景との相互関係から分析されたものはみられない。

対象者の健康と幸福に貢献する一手段である作業療法がわが国における臨床実践は、時代の変遷とともにどのように変化したのであろうか。またパラダイムの変遷はなぜ起こったのであろうか。加えて作業療法士は臨床実践を通して、パラダイムの変遷とともに対象者の健康や主体性をどのように捉えてきたのであろうか。健康とはWHOの定義<sup>12)</sup>を参照するならば、「身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態であり、単に病気や虚弱でないことに留まるものではない。到達しうる最高度の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信念、社会・経済的条件の如何にかかわらず、全ての人類の基本的権利のひとつである」、としている。

健康を享受することは人間の基本的権利のひとつである以上、作業療法は対象者の健康と幸福に目を向けるのであれば、対象者を社会生活への参加主体として捉える必要があるであろう。近年カナダ作業遂行モデル<sup>4)</sup>を中心に「クライアントセンタード」ということが提唱されていることから、対象者が作業療法サービスの受益者として常に中心的存在として捉えることが主流となりつつある以上、歴史の流れの中で、わが国の作業療法士がどのように対象者を捉えてきたのかを確認する必要がある。

今回以上の疑問を考察するため、これまでの先行研究が不足していた、臨床現場レベルの実践報告を対象にし、詳細な文献研究を行なった。分析にはKielhofnerのパラダイムの構成要素<sup>13)</sup>を参照した。これにより多くの知見を得たので以下に報告する。

## 対 象

わが国の初の作業療法専門雑誌は「理学療法と作業療法」(1967～1988)である。続いて、「作業療法ジャーナル」(1988～)が発刊した。この2つの雑誌の特徴は、(1) 法制度改定や世界動向等の社会情勢を踏まえていること、(2) 臨床場面での実践の効果や検討がされており、実践内容として時代を代表したものが掲載されている点にある。そのなかで“特集”は、その“時代”の影響を受けた最前線の実践内容が掲載されていると考えた。今回は1967年から2006年までの特集記事、その中でも特集タイトル、論文タイトルに「脳血管障害」、「脳卒中」、「片麻痺」というキーワードのいずれかが含まれており、作業療法士が執筆しているものに限定し分析を行なった。その理由としてはこれまでの作業療法の実践において、最も多く対象としている疾患であるためである。また上記文献に加えて、作業療法やリハビリテーション関連を取り巻く社会的背景との関係性も検討するために、「作業療法白書」<sup>14-16)</sup>内の資料も参照した。

## 方 法

Kielhofner はパラダイムの構成要素<sup>5)</sup>として、① 中核的前提<sup>†</sup>、② 焦点<sup>††</sup>、③ 価値<sup>†††</sup>の3点を挙げている。これらは共に、その学問領域が基本的特性や目的としているものは何か、臨床実践の中で取り組んでいる現象をどのようにみているのか、そして、臨床実践において何が重要であるかを明らかにするとしている。よってこの3点を軸に作業療法の臨床実践が時代によってどのように変遷したのか、年代別に対象文献のレビューを行なった。また各文献の3点の抽出に当たっては、文献のどの部分が各々に該当するのかを3人の研究者によって検討した。加えて作業療法士が対象者の健康とその主体性をどのように捉えてきたのかについて考察を行った。

† 人間観を明確にし、作業療法が取り組む問題を定め、セラピーの根底を成す広範な合理的理由を示すもの。この前提は各文献に常に十分記載されている訳ではない。

†† 作業療法士が関心をもつ現象の範囲を明らかにし、これらの現象の鍵となる特性と相互関係を概念化する。

††† 作業療法の実践の中で何が重要なのかを表現しているもの。

†～†††文献5. p 46) 参照

## 結 果

1967年から2006年の間で、上記条件に該当した論文は69題<sup>17-43, 48-66, 68-88)</sup>であった。1967年の創刊号の特集は「脳卒中」であるが、医師による脳卒中に対する医学的知識の概説や理学療法士による徒手療法的なものであり、作業療法士による執筆はみられなかった。作業療法士による論文は1970年からみられるようになる。以下に年代別に学会のテーマ等を交えながら内容の検討を行なう。尚、3点の軸のひとつである中核的前提に関しては、各文献に十分に記述されていないため、以下の概要には記載していない。またレビュー表は書面の都合上本文中に掲載していない。

### 年代別レビューの概要

#### 1. 1970年代

1970年から1979年では11題である<sup>17-28)</sup>。そのほとんどが身体機能の回復に主眼を置いた作業療法について述べられている。脳卒中患者の上肢の機能回復をいかに促すか、その機能的予後予測に焦点が当てられており、還元主義的パラダイムの中に作業療法の中心価値がおかれていることが伺える。実践理論としては、ブルンストローム理論やBobath理論などの神経筋促通手技を用いたものが多く紹介されている。各文献内に記述されているこの年代の焦点、価値をまとめると、次のようなことが挙げられる。

- ① 焦点：神経骨格筋といった身体機能。片麻痺上肢の機能レベル。手の機能。
- ② 価値：身体機能面の評価および機能回復（特に上肢の機能回復）。運動の再学習。

またこの年代での対象者の健康や主体性に関する視点は、その価値が機能回復を中心に向けられていることから、対象者の健康観については記述されていない。健康は機能が回復されてこそ獲得されるものといった、階層的な思考が伺える。しかし健康とは上記定義にあるように、単に病気が虚弱でないことに留まるものではない。よって機能障害の有無にかかわらず、健康は考慮されるべき視点であろう。またこの年代には対象者に「○○をさせる」など、使役的な表現が多く用いられており、対象者を主体的な存在としては捉えられておらず、文献中からは作業療法士側の主体性が重んじられているように感じられる。

しかしその中でも、田川（1970）は<sup>17)</sup>脳卒中患者の Activities of Daily Living（以下 ADL）について述べ、その個別性を重視し、患者に適した環境下での ADL 訓練を実施することを述べており、対象者の主体性を考慮した見解を示している。また寺山（1971）は<sup>21)</sup>職業前作業療法について述べており、機能的作業療法ではなく、社会参加を考慮に入れた作業療法を展開している。脳血管障害の対象者に対する職業前作業療法について述べた論文は、現在までこの論文のみである。加えて同年、松下らは<sup>23)</sup>会津地方における片麻痺患者の ADL について述べており、病院での作業療法が全盛の時代にありながらも、都会ではない在宅生活者に焦点を当て、脳血管障害を有する患者の在宅生活について論じている。続いて石川（1977）は<sup>26)</sup>退院後の在宅片麻痺患者の ADL の予後と決定因子について述べ、その中で ADL の予後を決定する因子として、年齢・性差・職業や主婦業といった家庭での役割・余暇の過ごし方等を検討し、患者の「毎日の暮らし方」に価値を置いていることから、実生活を重視した視点で対象者を捉えていることが伺える。

また池ノ谷（1978）は<sup>27)</sup>「脳卒中患側上肢に対する作業療法」という機能的作業療法を中心とした論文の中で、「回復の状況や患者の種々のニーズに応じて、その時点の上肢機能を十分に活用して実用性の獲得を図る」と述べていることより、対象者のニーズにも着目していることから、その作業療法の主体が対象者に向けられていることが伺える。

以上より 1970 年代は、欧米の還元主義的パラダイムの影響を強く受け、その臨床実践も機能回復に重きが置かれていたことが読み取れた。この点においては野藤の見解<sup>1)</sup>と同様である。しかしながらその中においても、ADL の個人による多様性、暮らし方や地域性といったものに着目し、作業療法の方向性を模索しつつあるようにも思われる。このことは当時の学会シンポジウムのテーマとして、作業療法の現状や問題点を問うもの、作業療法の教育について問うものが多く取り上げられていることから伺える。

## 2. 1980 年代

1980 年から 1989 年までは 15 題<sup>29-43)</sup>である。この時代に入ると、70 年代の後半からみられていた、在宅生活や ADL に対し多様性という概念がさらに強くなり、これまでの基底還元論的な機能回復のみを重視したものは減少する傾向にある。機能面を重視した論文においても、予後決定因子について述べるものが多く、麻痺の機能回復の程度や高次脳機能障害の有無に

よって、その後の生活の有り様を視野に入れているものもみられる。

石上（1980）は<sup>29)</sup>「リハビリの効果は、障害者の退院後、どのような生活をおくっているかにかかっている」とし、対象者の実際生活上の問題に注目し、「できる ADL」と「している ADL」という視点で評価することの重要性を述べている。また早川は<sup>30)</sup>自助具や住宅改修を中心に各レベルに適した環境調整の必要性を述べている。松田（1982）は<sup>32)</sup>「片麻痺上肢の治療」という極めて機能的なタイトルにもかかわらず、障害を「患者の主観的体験としての障害」と位置づけられるとし、麻痺上肢（手）のとらえ方について運動・動作・行為のレベルに分けて述べている。この行為のレベルという概念は松田によって初めて述べられており、「行為－認知の次元では、体験の積み重ねは自己と環境（物・人・社会）との相互作用を現実的で妥当な方向へ導く」としており、自己と環境の相互作用性についても言及している。河本（1983）は<sup>33)</sup>「老人片麻痺患者への手工芸の適用」の中で老人片麻痺患者の生活の一部としての趣味の開発について述べている。また前田（1985）らは<sup>36)</sup>視空間失認患者の在宅における ADL 状況について、退院後の家庭生活をどのように過ごしているのか、どんな問題行動が生じているのかを調査し、退院後の実際上の生活を知ることによって価値を置いている。

次にこの年には QOL の向上という記載が登場する。望月ら（1985）は<sup>37)</sup>前提として「リハビリテーションの基本的目標は ADL の自立から QOL を高めることへと転換しているといわれる」とし、「単なる身体機能や ADL 能力でとらえるのではなく、QOL の向上という観点で考えていく」ことの重要性を述べている。また前田（1987）は<sup>39)</sup>「脳卒中の作業療法の再検討」の中で、「医学的リハビリテーションの対象が地域化する中、患者が家族と生活している家庭へと守備範囲が変わっており、痴呆化の防止、味わいのある生活（QOL）がテーマとなる」とし、地域や QOL という概念の重要性を述べている。またこの論文の中で、作業療法の治療手段である「作業のもつ意味」を再考している。井上は（1989）<sup>40)</sup>急性期の作業療法について検討し、そのなかではいかに機能面を改善するかということに力点が置かれており、急性期領域へ職域は拡大したが、作業療法士としてどのような役割を担うべきかジレンマを抱えている様子も伺える。

以上、この年代では機能回復だけではなく、高次脳

機能障害などの予後決定因子に着目するようになり、機能面の回復という単一的な視点から対象者の現実世界を視野に入れ初めている。また作業療法の中にQOLという概念が登場するようになり、対象者の生活の質に目が向けられるようになってきている。このような視点の変化の中で、1985年日本作業療法士協会は作業療法の定義<sup>16)</sup>を制定した。その中でその「作業療法とは……（中略）主体的な生活を獲得するため、諸機能の回復、維持および開発を促す作業活動を用いて行なう治療、訓練、指導および援助を行なうことを言う。」と謳っていることから、作業療法の職域の広がりとともに、対象者に対する視点の変化を捉えていると思われる。

加えてこの時代には作業療法の治療手段である作業のもつ意味を再考する内容のものや、職域の拡大により作業療法士の役割を問うものもみられている。作業や作業療法を再考する動きはこの時代の学会からも見てとれる。第21回学会<sup>44)</sup>（1986）、第22回<sup>45)</sup>（1987）、第23回<sup>46)</sup>（1989）の3大会で「作業療法の核を問う」というテーマでシンポジウムが行なわれており、作業療法士の中にその専門職性を問う動きが活発に行なわれていることから、還元論的パラダイムから脱却し、次のパラダイムへと向かうジレンマの状態、いわゆる「パラダイムの危機」に直面した時代であることが伺える。このことは野藤<sup>1)</sup>によっても論じられている通りである。実際のシンポジウムで論じられていた核を問う目的は田島<sup>47)</sup>によると2つに集約されているようである。（1）作業療法とは何かということを作業療法士の間で合意を得ること、（2）作業療法学の確立を目指すこと、としている。まさにこの時代は職能集団としての自己同一性の確立を目指した時期であるといえる。

以上よりこの年代の焦点、価値をまとめると、次のようなことが挙げられる。

- ① 焦点：ADL（できるADL、しているADL）。身体機能とADLの関連。高次脳機能障害とADLの関連。QOL。
- ② 価値：ADL能力を如何に高めるか。退院後の在宅での生活能力の向上。予後決定因子の把握。

またこの年代での対象者の健康や主体性に関する視点は、QOLの概念が登場していることから、対象者を生活主体として捉えようとする姿勢がみえ始めて

いる。また上述の協会の定義の中にも「主体的な生活の獲得」という文言が明記されていることから、そういった姿勢が伺える。しかし、依然として「片麻痺患者に〇〇させる」とった使役的な表現が多用されており、その主体が対象者中心という訳ではなく、作業療法士の側に存在しているようにも見受けられる。

### 3. 1990年代

1990年から1999年の間は19題<sup>48-66)</sup>である。この年代に入ると、還元主義的な機能回復中心の作業療法を論じているものはみられなくなり、退院後の社会生活やQOLについて論じているものが多くなる。またタイトルにも変化がみられ、現在のICFという活動や参加を中心に述べるものが主流となりつつある。特集「更衣——QOLの向上に向けて——」（1996）<sup>63, 64)</sup>では、脳卒中患者の更衣動作を男女別に詳細に説明し、単なるADLの一つの位置づけではなく、QOLの向上という点から論じられている。これまでも更衣について述べられたことはあったが、QOLという観点から論じられたものはない。また80年代でもQOLについて論じているものはあったが、これ程詳細に実践例を述べているものはみられない。そのなかで中村は<sup>63)</sup>大川が提唱した「目的指向的アプローチ」の実践を報告し、「できるADL」と「しているADL」という視点から、QOLの向上に向けたADL訓練のポイントを詳細に述べている。また同特集で横田は<sup>63)</sup>女性患者の衣服のバリエーションの多さについて触れ、「生活に合った服装や、より遊び心のある服装になれるよう、着脱容易なものからその人らしい服装へとバリエーションを拡大していくことが大切。（中略）その人の好みに合った服装への指導が必要」とし、一人の多様な価値を尊重することを強調し論じている。また今後到来する高齢化社会を見据えて、維持期の対象者に対する取組みも論じられており、他職種との連携の重要性や施設から在宅へといった生活環境の変化に対し、考慮しながら対応することの必要性が述べられている。

以上この年代は職能職集団としてのアイデンティティークライシスから徐々に脱し、作業療法士として進むべき方向性を確立しつつある時期であると思われる。1996年発刊の「作業療法白書」<sup>14)</sup>では、第1章4節で「リハビリテーション業務の中で、ADLの専門家として他職種からの評価が高い作業療法士への必要性が強いことが明らかとなってきた。すなわち病院や施設指向のリハビリテーションから地域・家庭指向へと供給側も利用者側も双方の意識が広がってきた」

とし、高齢化社会を見据え、対象者が実際に生活する地域社会での実践への転換を述べていることから、QOLの向上へ強く目が向けられていることが伺える。

またこの年代には海外より人間作業モデルなど作業遂行に焦点を当てた作業療法独自のモデル<sup>4)</sup>が多く紹介されている。このような概念的実践モデルの登場により、80年代にみられた専門職としての自己同一性の揺らぎに対し、作業療法の固有性や哲学的基礎を方向付けるひとつの指標となっていると思われる。またこの影響を受け、以降の日本作業療法学会では概念的実践モデルを使用した報告が徐々に増加してくる。

加えて1990年「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略ゴールドプラン」<sup>67)</sup>が施行された。疾病構造の変化により、慢性疾患を抱えながら生活する人々が増加することや、その対策について本格的に論じられるようになり、その中でリハビリテーション関連職種の位置づけが重要視されている。よってこのことは、作業療法も単なる機能回復という視点からシフトし、慢性疾患を抱えながら生きる対象者の生活をいかに支援するかという点に主眼を向ける一因になったと考えられる。

以上よりこの年代の焦点、価値をまとめると、次のようなことが挙げられる。

- ① 焦点：個別的な作業。QOL。在宅生活。生活環境。チームアプローチ。
- ② 価値：ADLの個別性と多様性。QOLに繋がるADLの向上。

またこの年代での対象者の健康や主体性に関する視点は、QOL概念が定着しつつあり、ADLの個別性や多様性が論じられており、対象者のニーズや満足感を考慮していることが伺える。よって作業療法の受益主体者が対象者の方向へ向きつつあるように思える。しかし、QOLという言葉が一人歩きしている観もあり、それと関連した健康観というものは文献上では確認することができなかった。

#### 4. 2000年代

2000年から2006年の間は21題<sup>68-88)</sup>である。この年代の特徴は内容が多岐に渡っている点である。機能的なものや、障害受容、自動車の運転、介護保険制度、作業療法の有効性など、バラエティーに富んでいる。その中でも、2000年に初めて作業療法の有効性が論じられている<sup>68-70)</sup>。清水は<sup>68)</sup>海外や国内の文献レビューより、脳卒中作業療法の有効性に関して、特に

作業療法有効性研究の方法について述べ、そのなかで、「作業療法の効果判定には統制が困難な要素が数多く残っているので、盲検化の方法のみ厳密に行なうことは実際的でない」とし、効果判定を行なう困難さを論じている。佐藤(2002)は<sup>74)</sup>脳血管障害者の自動車運転について、作業療法アプローチの現状と課題を報告している。また野頭(2005)は<sup>83)</sup>「ICUからの作業療法」の中で超急性期の現場実践を報告し、その意義や必要性を論じている。林(2006)は<sup>87)</sup>「拘縮と作業療法 脳血管障害の拘縮の治療と予防」という論文の中で極めて機能的な実践報告を行っている。

以上、この年代には様々な内容のものがそれぞれの視点で論じられるようになっていく。その背景には、2000年に公的介護保険制度の導入、2001年にはICFの登場により社会を取り巻く制度や障害概念に変化が見られていることから、多種多様な視点で論じられていると考えられる。また2002年には診療報酬の改訂<sup>89)</sup>が行なわれている。これまでの「単純」と「複雑」という診療報酬体系区分から「個別」と「集団」という区分に改訂され、より詳細に点数化されることとなった。また早期リハビリテーション加算などが導入され、リハビリテーションに対し、これまでよりその効果を強く求められる時代となっていることが伺える。前述の通り法改正に先立ち、作業療法の効果判定が内発的に論じられていることから、自らの進むべき未来に対し、課題を課しているようにも思われる。

また吉川(2000)<sup>3)</sup>によって翻訳された「作業療法の視点」により、カナダ作業遂行モデルが紹介された。これにより作業遂行とは、人と環境と作業の間で生涯続くダイナミックな関係であるという概念が持ち込まれ、臨床現場でその評価法であるカナダ作業遂行測定<sup>3)</sup>(Canadian Occupational Performance Measure: 以下COPM)が実践現場でも広く使用されるようになっていく。

前述のようにこの時代を宮前が<sup>5)</sup>、「還元主義とホリスティック的な面の併存の時代」と述べているように、この年代は様々な内容のものが顕在しており、全体的に対象者を捉えるという視点がより強くなっていくように思われる。

以上よりこの年代の焦点、価値をまとめると、次のようなことが挙げられる。

- ① 焦点：多様な作業遂行。詳細な機能レベルの分析。環境や社会制度。

- ② 価値：作業療法の有効性。対象者の生活の再構築。人－作業－環境。

またこの年代での対象者の健康や主体性に関する視点は、1990年代と大きく変化していない。

## 考 察

今回過去40年を遡り、脳血管障害者に対する作業療法の文献の検証を行なった。その結果、野藤のモデル<sup>1)</sup>が述べる通り、パラダイムの変遷を確認することができた。Kuhnはパラダイムの危機<sup>90)</sup>について、「新しい理論の出現というものは、大規模なパラダイムの破壊と、通常の科学の問題やテクニックに大きな変更を必要とするものである故に、普通、研究者の間に不安定な状態から先行するものである。その不安は、通常科学の問題が、どうも予想通りにうまくゆかないという状態から生じるものである。既存のルール of the failureは、新しいものへの探求の序曲である。」と述べており、危機の意義を<sup>91)</sup>、「道具立てを変える機会がついに到達したことを示す指標を与えることにある。」とし、パラダイムが新たな段階に向かう際の通るべき道筋を明示している。分析の結果、限定された領域ではあるが、明らかにパラダイムの変遷をみることができた。それではなぜ、パラダイムの変遷が生じたのであろうか。以下にその要因を考察する。

### パラダイムの変遷が生じた要因

パラダイムの変遷が起こった要因としては、(1) 米国の実践やその理論の影響を強く受けていること、(2) リハビリテーションにもQOLの概念が導入されたことにより、医療者中心の治療主義から対象者中心の生活モデルへ視点が変化しつつあること、(3) 医療技術の進歩による疾病構造の変化、(4) 社会情勢に伴う法制度の動向によるものと考えられる。

#### (1) について

わが国のリハビリテーション教育は米国人によって行なわれている。1963年5月、わが国初の理学療法士、作業療法士の養成校である国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院が創立された。その当時の教員は全て米国人である。またその当時使用されていた教科書ウィラード・スパックマンの「作業療法第3版」等は米国のものであり、米国のリハビリテーション医学の移入によって方法論が変化してきたとされている。このことから、教育現場において米国の

影響を強く受けていたことが見受けられる。よって実践においても米国で最先端の臨床モデルが自然に持ち込まれ、使用されたことは容易に想像できる。また当然のことながら、米国での作業療法実践においてもパラダイムの変遷は起こっている。そのことはKielhofner<sup>92)</sup>により報告されており、誰もが周知している。Kielhofner<sup>92)</sup>と野藤<sup>1)</sup>のモデルを比較すると、日本は米国より10年程度遅れてパラダイムの変遷が起こっている。米国では1950から60年代にかけて還元主義的パラダイムが台頭しており、運動学モデルや神経学モデルといった障害の帰結を還元的に解釈治療する理論がその時代の中心であった。日本では1970年代に同パラダイムを経験している。また米国では1970年代にパラダイムの危機を迎えており、作業療法の専門性に関する同一性を問う動きが活発になり、葛藤と混乱の時期を迎えている。同様に日本では1980年代に危機を迎えており、前述の通り学会等<sup>44-46)</sup>で作業療法の自己同一性を求めることが盛んに行なわれている。このように米国での実践や理論が遅れた形で輸入され、教育や実践に導入されたことにより、わが国の作業療法実践は強く米国の影響を受けることとなり、その変遷をも追従する形になったのではないかと考えられる。

#### (2) について

QOLの概念<sup>93)</sup>は1960年代より欧米で社会経済の分野で用いられたものが、1970年代より臓器移植や安楽死などの生命倫理に関する問題で取り上げられたことにより、その概念が医療分野にも持ち込まれたことにより、その概念が医療分野にも持ち込まれたと言われている。辞書の定義<sup>94)</sup>によると、人々の生活を物質的な面から量的にのみとらえるのではなく、精神的な豊かさや満足度も含めて、質的にとらえることを意味し、特に医療や福祉の分野で重視されている。作業療法の実践のほとんどは、臓器移植や尊厳死問題のように、生命の危機に直結するものではないが、その治療行為であることには変わりはない。治療手段を自己決定し、将来の生活を満足いくものにすることは、対象者にとってごく自然なことである。よってこのような概念がOTの実践にも持ち込まれたことにより、治療者中心主義の治療から、対象者の現実世界に目を向け、そのニーズの達成を第一義と考える必要性が生じたことでその実践内容も変化し、結果としてパラダイムの変遷を招いたのであると思われる。このことは上記分析からも明確である。

#### (3) について

戦後の医療技術の進歩は目紛しく、わが国の平均寿



命は81.9年で世界最長である<sup>95)</sup>。終戦後や高度経済成長期であると、死亡していたような感染症や脳血管障害等の急性の疾患も救急医療の発達等により、現在では死亡する確立はその当時と比較すると格段に減少しており、慢性疾患を有しながら生活している人が増加している<sup>96)</sup>。治療技術の向上による疾病構造の変化に伴い、作業療法の実践も変化している。この点は上記分析からも推測できる。

1970年代は機能回復が主なテーマであった。“麻痺を治す”という治療理論に基づいた手技に焦点が置かれ、医学的治療の観念がその中心を占めている。しかし、慢性疾患を有しながら生活している人の増加に伴い、“麻痺を治す”よりはむしろ、「その身体の残存機能をいかし、いかに本人の望む生活を実現していくか」、という点に焦点がシフトしている。この点はQOLに関する視座が論文中で多く述べられている<sup>36, 37, 63, 64, 74, 77)</sup>ことから伺い知ることができる。よって疾病構造の変化は作業療法実践の変化をもたらしており、パラダイムの変遷の一因であると考えられる。

#### (4) について

現在わが国は高齢社会に真っ直中にある。平成18年度高齢者白書<sup>97)</sup>によると、65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,560万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も20.04%と、初めて20%を超えている。また同書によると高齢者の健康状態については、2004年における65歳以上の高齢者（入院者を除く。）の有訴者率を調査しており、何らかの疾病や怪我などで日常生活に影響があると答えた高齢者は1000人中約3割存在し、日常生活に何らかに支障を抱えながら生活している高齢者が多く存在していることが伺える。よって当然のことではあるが、作業療法の実践領域も高齢者を対象とした領域に拡大している。また介護保険の導入により介護の社会化が急速に推進されており、家族や地域社会を視野に入れた作業療法実践が展開されている。対象者の年齢層の変化やそれに伴う社会保障制度の変革により、その実践も変化していったと考えられる。

以上、パラダイムの変遷が生じた理由を考察した。しかしながら、本稿ではもう一つ行なわなければならない考察が残っている。それは作業療法と健康、それにかかわる主体性の問題である。以下にそれに対しての考察を行なう。

上記の各年代の検討結果を参照すると、QOLの概

念が持ち込まれたころ（1980年代）から、対象者を生活主体と認識しようとする流れが確認されている。その流れは年代を追うごとに強くなっており、作業療法の対象者を受益者として主体的な存在として捉えようとしている証しであると考えられる。このことは各年代の価値が機能回復から対象者の生活の再構築という点へシフトしていることから伺い知ることができる。よって医療分野の中にQOLの概念が持ち込まれたことにより、提供者中心のパターナリスティックなかわりから、対象者の権利を中心とした臨床実践へと変化していったと考えられる。またQOLの概念は上述した通りパラダイムの変遷の原動力となっていることから、臨床実践の中にQOLの概念が持ち込まれたことは、それまでの対象者に対する見方を大きく変化させ、臨床実践の枠組みをも変革していったのだと思われる。しかし各々の論文では対象者に「〇〇をさせる」といった使役的な表現が多用されており、作業療法士のパターナリスティックな姿勢が強くみられており、対象者の主体性を尊重しているとはいえない一面もみられる。この表現は数自体減少しているものの、2000年代に入っても継続している。このことより、QOLという概念とともに対象者主体が完全に根付いていないことの表れかも知れない。よって対象者を主体的な存在として捉えられているかどうかは不十分な状態であると思われる。

また、今回過去40年を遡り、脳血管障害の作業療法に限定して検討を行なったが、対象となった論文のなかで、直接的に健康観について言及しているものを確認できたのは少数であった。「作業と健康」というトピックスは、作業療法において中心的な価値であることは、上述のWFOTの定義からも明らかである。ではなぜパラダイムの変遷が生じ、対象者を主体的な存在として捉えようとしているにもかかわらず、なぜ対象者の健康に対する視座が乏しいのであろうか。以下にその考察を2つの点の観点から行なう。

#### (1) 海外の実践や理論の平行使用による理論と実践の乖離

前述の通り、わが国の作業療法教育は米国の影響を強く受け、発展してきた経緯がある。そのため、米国での実践や理論が日本での実践の枠組みを形作ったと言っても過言ではない。しかしながら、理論や実践はその国の文化や風土、社会制度に強く影響を受けて成立しているものであり、単純に輸入されたものがその

ままの形で実践できるかは疑問である。しかしわが国の作業療法実践は米国から輸入されたものを初期段階からそのままの形で導入していた為、その適合性について十分検討されることがなかったのではなかろうか。よって輸入された理論を十分検討し、自国で応用できる形に改良していく作業が不十分であったことが、理論と実践の乖離を招いた1つの要因であると考えられる。

(2) 独自の実践理論の未成熟による哲学的基礎の欠如

世界各国の作業療法協会は独自の作業療法モデル<sup>3,10)</sup>を体系化しており、その国の文化や風土に見合ったモデルを展開している。しかしながらわが国では協会等によって独自に体系化されたモデルは存在せず、海外らの理論をそのまま実践で使用している現実がある。よってわが国の文化や風土、国民性に見合ったモデルが存在しないことで、その哲学的基礎が成熟していないため、「作業療法とは何であるか」といったアイデンティティークライシスを繰り返していることは、現場レベルでもよく耳にすることである。また現在でもその核を問うことが各地の研修会や学会レベルで行なわれていることから、アイデンティティークライシスは現場レベルでも継続して起こっていることが伺える。まさにこれに対応できる、わが国独自の実践理論の構築が早急になされることが望まれる。また独自モデルをもたないことで教育現場においても、その内容や質に格差がみられることが懸念される。カナダのようなその国に見合った統一的な理論が存在すれば、その哲学的基礎を十分に理解しうるであろうし、アイデンティティークライシスに陥ることも減少すると考えられる。

以上、健康や主体性に対する視座が乏しい理由を非常に端的ではあるが考察した。しかしながら、本稿は対象としている文献を脳血管障害の作業療法に限定しており、上記2点で理由づけられるものではない。他の領域の実践ではまた異なった視座が確認できる可能性がある。この点が本稿の研究の限界である。よって今後、他の領域や疾患に対する作業療法実践の文献研究を継続して行ない、今回の分析結果と比較研究を課題としたい。

【参考・引用文献】

1) 野藤弘. 日本における作業療法の歴史分析 —— 身

体障害領域を中心に ——. 作業行動研究 2003; 7 (1): 6-16.

2) Gary Kielhofner & Janice Burke 著. 山田孝訳. アメリカにおける作業療法の60年 ～その同一性と知識の変遷について～. 作業行動研究 2001; 5 (1): 38-51.

3) Gary Kielhofner 著. 山田孝監訳. 人間作業モデル 第2版 —— 理論と応用 ——. 東京: 協同医書出版社; 1999.

4) カナダ作業療法協会著. 吉川ひろみ監訳. 作業療法の視点 —— 作業療法ができること ——. 東京: 大学教育出版; 2000.

5) G. Kielhofner 著. 山田孝, 小西紀一監訳. 作業療法の理論. 東京: 三輪書店; 1993.

6) 宮前珠子, 清水一, 山口昇. 治療法における歴史とその傾向 身体障害の作業療法. 協同医書出版社; 1999. p. 20.

12) 伊藤章, 加藤雄一他著. 保健科学要説 —— 健康に生きるために ——. 東京: 朝倉書店; 1984. p. 97.

7) 日本作業療法士協会. 資料1 作業療法の定義. 作業療法法白書 2006; 25 (特別号): p. 123.

8) 吉川ひろみ. 作業療法研究・作業療法の理論的枠組みに関するこの10年と今後. 作業療法ジャーナル 2006; 40 (3): 257-65.

9) L. D. Pedretti 著. 宮前珠子, 清水一, 山口昇監訳. 身体障害の作業療法 改訂第4版. 東京: 協同医書出版社; 1999. p. 8.

10) ゲイル・フィドラー他著. 鈴木明子監訳. フィドラーのアクティビティー論 —— 現実とシンボル ——. 東京: 医学書院; 2007. p. 1-2.

11) A. C. Mosey 著. アイリーン・山口監訳. モゼイ・作業療法 専門職としての位置づけ. 東京: 協同医書出版社; 1986. p. 71-7.

12) 伊藤章, 加藤雄一他著. 保健科学要説 —— 健康に生きるために ——. 東京: 朝倉書店; 1984. p. 97.

13) 前掲書 5) p. 10-21.

14) 日本作業療法士協会. 作業療法 —— 日本作業療法士協会30周年記念 ——. 作業療法白書 1995 1996; 15 (特別2号)

15) 日本作業療法士協会. 作業療法 —— 日本作業療法士協会35周年記念 ——. 作業療法白書 2000 2001; 20 (特別2号)

16) 日本作業療法士協会. 作業療法 —— 日本作業療法士協会40周年記念 ——. 作業療法白書 2005 2006; 25 (特別号)

17) 田川義勝. 脳卒中のADL. 理学療法と作業療法 1970; 4 (4): 247-51.

18) 野村田鶴子, 宮前珠子. 片まひの機能的作業療法について. 理学療法と作業療法 1971; 5 (6): 496-507.

19) 吉村澄江. 片まひに対する機能的作業療法 主として上肢機能回復について. 理学療法と作業療法 1971; 5 (6): 508-14.

20) 鎌倉矩子. 失行・失認患者の治療例 あるゲルストマン症候群患者の場合. 理学療法と作業療法 1971; 5 (6): 514-20.

- 21) 寺山久美子. 片麻痺患者のための職業前作業療法. 理学療法と作業療法 1971; 5 (6): 520-4.
- 22) 細川忠義. 片麻痺患者の日常生活動作訓練. 理学療法と作業療法 1971; 5 (6): 526-32.
- 23) 松下起士, 平松誠. 会津地方における片まひ患者の日常生活動作 竹田総合病院退院後の片まひのADLの実際. 理学療法と作業療法 1971; 5 (6): 533-8.
- 24) 鎌倉矩子. 脳卒中の機能的作業療法. 理学療法と作業療法 1976; 10 (12): 969-78.
- 25) 斎藤延男. 片麻痺患者の上肢機能と予後と決定因子. 理学療法と作業療法 1977; 11 (11): 791-5.
- 26) 石川禎子. 退院後の在宅片麻痺患者のADLの予後と決定因子 —— 作業療法士の立場から —— . 理学療法と作業療法 1977; 11 (11): 815-9.
- 27) 池ノ谷眞里. 脳卒中患側上肢に対する作業療法. 理学療法と作業療法 1978; 12 (3): 149-55.
- 28) 柴田澄江. 成人片麻痺に対するファシリテーション・テクニック —— 上肢機能訓練の面から —— . 理学療法と作業療法 1979; 13 (5): 325-7.
- 29) 石上重信, 斎藤博子, 斎藤英彦, 高橋伊三郎, 古川正雄. 在宅片麻痺患者の日常生活動作 —— 在宅リハビリテーション検診よりみた日常生活動作の現状 —— . 理学療法と作業療法 1980; 14 (6): 387-95.
- 30) 早川宏子. 片麻痺患者の日常生活動作および家事動作のための自助具. 理学療法と作業療法 1980; 14 (6): 397-404.
- 31) 前田守. 失認・失行を伴う患者の作業療法. 理学療法と作業療法 1982; 16 (9): 617-22.
- 32) 松田勇. 片麻痺上肢の治療 —— 作業療法の視点より —— . 理学療法と作業療法 1982; 16 (9): 629-34.
- 33) 河本のぞみ. 老人片麻痺患者への手工芸の適用. 理学療法と作業療法 1983; 17 (2): 89-95.
- 34) 田村茂, 松平洋子, 川合宏, 齋藤巖. 脳血管障害者のアームスリングとスプリント. 理学療法と作業療法 1984; 18 (6): 379-86.
- 35) 花村都, 秋藤一夫, 山本俊子, 岩間道子. 脳卒中患者の在宅における車椅子使用の調査. 理学療法と作業療法 1985; 19 (2): 79-83.
- 36) 前田守, 三島博信, 窪田俊夫, 前田三和子, 樋口雄一. 視空間失認患者の在宅におけるADLの状況. 理学療法と作業療法 1985; 19 (2): 107-11.
- 37) 望月秀郎, 齋藤博子, 坂口辰伸, 山口隆司, 松崎隆子. 脳卒中患者の退院後のフォローアップ. 理学療法と作業療法 1985; 19 (2): 94-9.
- 38) 比留間ちづ子, 蟹沢優子, 高橋邦延, 菅原陽子. 脳卒中早期のアプローチ —— 作業療法の場合 —— . 理学療法と作業療法 1986; 20 (2): 101-8.
- 39) 前田守. 脳卒中中の作業療法の再検討. 理学療法と作業療法 1987; 21 (11): 741-5.
- 40) 井上雅子. 急性期脳卒中患者に対する作業療法. 作業療法ジャーナル 1989; 23 (12): 860-3.
- 41) 山下治男. 陳旧片麻痺症例における上肢機能回復の可能性について. 作業療法ジャーナル 1989; 23 (12): 864-7.
- 42) 澤俊二, 岩崎テル子. 成人片麻痺手 sensory 障害に対する OT アプローチ 触知覚再教育の効果と限界. 作業療法ジャーナル 1989; 23 (12): 868-76.
- 43) 浜口雅春, 高山美奈, 齋藤恵津子. 脳卒中片麻痺への上肢装具の適応. 作業療法ジャーナル 1989; 23 (12): 877-81.
- 44) 日本作業療法協会: 第20回日本作業療法学会誌 1986; 5 (2): 262-71.
- 45) 矢谷令子. 第20回日本作業療法学会シンポジウム: 1987; 6 (1): 36-40.
- 46) 日本作業療法協会: 第21回日本作業療法学会誌 1987; 6 (3): 208-21.
- 47) 田島明子. 作業療法の核を問う. 2004 [引用 2007-12-18]. URL: <http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/sagyo-ukaku.htm>
- 48) 種村留美. 高次脳機能障害を伴った脳卒中例に対するADL, APDL訓練. 作業療法ジャーナル 1991; 25 (10): 714-9.
- 49) 進藤浩美, 吉田栄子, 埴生智則, 今寺忠造. 超高齢脳卒中患者の作業療法 —— 「しているADL」の実際と重度精神身体機能低下者に対するアプローチを中心に —— . 作業療法ジャーナル 1991; 25 (10): 720-4.
- 50) 早川俊秀, 森欣一, 吉田あけみ. 脳卒中患者に対する職業的アプローチ. 作業療法ジャーナル 1991; 25 (10): 725-31.
- 51) 太田睦美, 長谷川敬一, 岡本宏二. 脳卒中中の急性期作業療法. 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 948-51.
- 52) 中村幸雄, 石神重信. 脳卒中中の早期リハビリテーションと作業療法. 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 952-5.
- 53) 光金正官, 網本和, 二木淑子, 三好邦達. 脳血管障害例に対する早期作業療法の実例 —— ベッドサイド開始例の検討 —— . 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 956-8.
- 54) 宗近眞理子, 菊池和美, 木村義徳, 小関務, 榎本雪絵, 竹内孝仁. 病棟内における「しているADL」の評価と訓練 —— 排泄動作と作業療法訓練・経過から —— . 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 959-62.
- 55) 建部明代, 花山耕三, 寺田佳世, 山口昌夫. 「しているADL」と「できるADL」との食い違い —— FIMを用いた試み —— . 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 963-5.
- 56) 片岡愛子. 脳卒中患者の外泊と家庭訪問の実際 —— 作業療法士の役割 —— . 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 967-9.
- 57) 中村茂美, 大川弥生. 脳卒中患者の外泊訓練の実際. 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 970-3.
- 58) 渡邊慎一. 脳卒中中の作業療法を考える —— 訪問リハビリテーションの経験から —— . 作業療法ジャーナル 1992; 26 (11): 974-6.
- 59) 柏木正好. 治療アプローチからみた麻痺側による相

- 達. 作業療法ジャーナル1993; 27(5): 331-6.
- 60) 前田守, 前田三和子, 佐々木喜代, 鳥越明子, 吉原博. 脳血管障害患者の麻痺側による相違. 作業療法ジャーナル1993; 27(5): 345-9.
- 61) 早川俊秀. 脳卒中作業療法における過用と誤用. 作業療法ジャーナル1995; 29(5): 340-4.
- 62) 押田直子, 伊藤秀樹, 中村佳代. 脳血管障害急性期片麻痺の作業療法と下肢・体幹機能障害. 作業療法ジャーナル1996; 30(2): 101-6.
- 63) 中村茂美, 大川弥生, 杉山直美. 男性脳卒中患者における更衣——QOL向上を目指す「目的指向的ADL訓練」の一例として——. 作業療法ジャーナル1996; 30(12): 1105-8.
- 64) 横田剛, 罇みちる, 樫出祥隆. 女性脳卒中患者の更衣. 作業療法ジャーナル1996; 30(12): 1109-14.
- 65) 東嶋美佐子. 脳卒中の摂食・嚥下障害 評価から退院までの作業療法士のかかわりの実際. 作業療法ジャーナル1999; 33(9): 861-6.
- 66) 弦巻浩枝, 小野敏子, 野口淳子. 脳卒中の摂食・嚥下障害 作業療法士の実践から——特別養護老人ホームにおける取り組み——. 作業療法ジャーナル1999; 33(9): 867-72.
- 67) 厚生労働省. 第1編 第1部 第2章 第1節1「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)の推進. 2005. [引用2007-10-18].  
URL: <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm>
- 68) 清水一. 脳卒中作業療法の有効性研究概要——作業療法有効性研究の方法について——. 作業療法ジャーナル2000; 34(6): 629-38.
- 69) 生田宗博, 進藤浩美, 山岸眞喜子. 脳卒中早期・回復期作業療法の有効性. 作業療法ジャーナル2000; 34(6): 639-44.
- 70) 金子翼. 脳卒中慢性期における作業療法の有効性. 作業療法ジャーナル2000; 34(6): 646-54.
- 71) 松下登, 中村眞理子. 脳卒中片麻痺上肢の作業療法の有効性. 作業療法ジャーナル2000; 34(6): 655-8.
- 72) 鈴木雅晴, 渡辺章由. 高次神経機能障害に対する作業療法の有効性. 作業療法ジャーナル2000; 34(6): 659-63.
- 73) 森田早紀子, 小室幸芳. 脳卒中片麻痺者の姿勢調整と行為の効率性. 作業療法ジャーナル2000; 35(1): 17-21.
- 74) 佐藤章. 脳血管障害者の自動車の運転——作業療法アプローチの現状と課題——. 作業療法ジャーナル2002; 36(1): 15-22.
- 75) 渡邊慎一, 池田真美. 障害・疾患特性からみたテクニカルエイドのプランニング 重度片麻痺. 作業療法ジャーナル2002; 36(6): 713-8.
- 76) 渡邊慎一. 障害・疾患特性からみたテクニカルエイドのプランニング 軽度片麻痺. 作業療法ジャーナル2002; 36(6): 719-22.
- 77) 澤 俊二. QOLとADL・IADLの関係 脳血管障害者の追跡調査から. 作業療法ジャーナル2003; 37(6): 469-76.
- 78) 寺田千秀, 澤本広美, 新田真代, 細川忠, 水野三重, 中島美和. 脳血管疾患における急性期と回復期のADL. 作業療法ジャーナル2003; 37(6): 525-30.
- 79) 林克樹, 宿輪宏明, 名護零. 脳卒中患者の応用歩行. 作業療法ジャーナル2003; 37(6): 631-8.
- 80) 鈴木孝治. 脳卒中患者の「障害受容」その捉え方と支援方法. 作業療法ジャーナル2004; 38(1): 27-32.
- 81) 豊田章宏. 脳卒中急性期リハビリテーションとリスク管理. 作業療法ジャーナル2005; 39(3): 190-4.
- 82) 甲斐雅子, 箱田歳正, 玉井和江, 坂上美野. ICUからの作業療法 急性期作業療法のキーワード. 作業療法ジャーナル2005; 39(3): 195-200.
- 83) 野頭利幸. ICUにおける脳卒中急性期の作業療法. 作業療法ジャーナル2005; 39(3): 202-8.
- 84) 山田勝雄. ICUからの作業療法. 更衣動作に焦点を当てて. 作業療法ジャーナル2005; 39(3): 210-6.
- 85) 五百川和明. 脳卒中急性期作業療法におけるADL. 作業療法ジャーナル2005; 39(3): 218-22.
- 86) 澤田広美, 新田真代, 下村美穂, 長谷川卓也, 近澤大, 寺田千秀. 急性期から考える「その人らしさ」. 作業療法ジャーナル2005; 39(3): 224-8.
- 87) 林克樹. 脳血管障害の拘縮の治療と予防. 作業療法ジャーナル2006; 40(4): 309-16.
- 88) 坂本俊夫, 遠藤美帆. 脳血管疾患リハビリテーション 横浜市立脳血管医療センターにおける取り組みと今後の課題. 作業療法ジャーナル2006; 40(13): 1310-2.
- 89) 厚生労働省. 平成14年社会保険診療報酬等の改定概要. 2002. [引用2007-10-18].  
URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/tp0222-1a.html>
- 90) トマス・クーン著. 中山茂訳. 科学革命の構造. 東京: みすず書房; 1971. p. 76.
- 91) 前掲書90). p. 86.
- 92) G. Kielhofner & J. Burke 著. 山田孝訳. アメリカにおける作業療法の60年～その同一性と知識の変遷について～. 作業行動研究2001; 5(1): 38-51.
- 93) 中村隆一編. 入門リハビリテーション概論 第5版. 東京: 医歯薬出版; 2005. p. 18-20.
- 94) 新村出編者. 広辞苑 第5版. 東京: 岩波書店; 1998. p. 487.
- 95) 厚生労働省監修. 厚生労働白書 平成16年版. 東京: ぎょうせい; 2004. p. 2-3.
- 96) 米山公啓著. 「健康」という病. 東京: 集英社; 2001. p. 14-26.
- 97) 厚生労働省. 高齢者社会白書 平成18年度版. 2006 [引用2007-10-18].  
URL: <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2006/zenbun/html/i1110000.html>