

Original Article

脳損傷による中途障害者の長期的な主体性回復のプロセス

和田真一,¹ 長谷川幹^{2,3}¹森山リハビリテーションクリニック²三軒茶屋リハビリテーションクリニック³日本脳損傷者ケアリングコミュニティ学会

要旨

Wada S, Hasegawa M. The long-term process of recovering self-leadership in patients with disabilities due to acquired brain injury. *Jpn J Compr Rehabil Sci* 2019; 10: 29-36.

【目的】脳損傷による中途障害者の生活の長期的な改善につながる「主体性の回復プロセス」を理解しやすい形にしたモデルを作成する。

【方法】当事者、支援者、医療関係者、学者を含めた18名を構成メンバーとして18回の主体性研究会議を行った。メンバーへの脳損傷による中途障害者の「長期にわたる在宅での生活回復」と「主体性」に関する半構造化インタビュー結果を元に、M-GTA法で質的に分析した。

【結果】分析ワークシート検討から45個の概念が生成され、本人の経過に関する概念から、5つの回復軸と5つの回復段階が浮かび上がった。モデルでは、自分や自分の周囲への理解という認知要素が基礎となっており、主体性3要素（意欲、自分次第という考え、自信）を支え、この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。

【結論】モデルは、障害当事者の段階をおおまかに評価でき、特徴を捉え、周囲の人で共有できる情報となり、有用と考えられた。

キーワード：主体性、脳卒中、脳外傷、生活期リハビリテーション、在宅リハビリテーション

はじめに

脳卒中などの中途障害の結果、機能障害や活動制限

著者連絡先：和田真一

森山リハビリテーションクリニック

〒142-0052 東京都品川区西中延 1-11-17

E-mail: wada@aoi-med.org

2018年4月4日受付；2019年2月16日受理

利益相反：本論文に関して開示すべき利益相反状態はないが、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）から助成を受け、JSPS 科研費（課題番号 17K01582）から助成を受けている。

が残存する例では、通常、障害受傷当初は、医療者主体で治療やリハビリテーションが進み、患者は受け身で依存的な立場になる。しかし、臨床現場では、その後長期的に「主体性」を持って新たな生活の再構築をして、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例を経験する。さらには、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存在する [1, 2].

障害がありながらも、患者が「自分の生活を自分らしく再構築する」ことは、機能回復を図ることと同様に重要であろう。そしてこの生活の再構築には、「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 [1].

これまでたびたび、医療、介護、福祉の場面で、障害者本人の主体性の重要性が論じられてきた [2-7]. しかし、「生活の回復につながる障害者の主体性」とはどのようなものかや、そのプロセスについては、明示されてこなかった。また、「主体性」として英語では“autonomy”に近い概念を示す単語と思われ、実際、看護・介護場面や患者中心のリハビリテーションを論じる際に“autonomy”の重要性を強調した報告がある [8-11]. しかし、私たちはそれらが「主体性」の一部分しか表しておらず、その全体像を明確化する必要があると考えた。

発症から長期間が経った後に、患者の「主体性」に変化が起これば、それに伴い生活の長期的な改善を示すケースは、多くの場合、特殊事例として扱われ、それ以上、検討されていない実情がある。

もちろん、発症後早期に体験する絶望感、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く状態になる過程は、すべての人で同一とは言えないだろう。しかし、一定の傾向がないとも言えない。新たな生活を構築していくうえでは、「主体性」が重要な役割を果たすと考えられるが、障害者の「主体性」の定義は不明瞭でそれを測る指標は見当たらない。

絶望・不安・自信喪失の状態から主体性を回復していくプロセスや、その回復を促す周囲の関わり方がわかり、ある程度の一般化ができれば、現場や在宅での障害者への対応に役に立つだろう。私たちは「障害のある人の長期的な回復につながる主体性の概念」についてはすでに報告した [12].

本研究の目的は、脳損傷による中途障害者の生活の

長期的な改善につながる「主体性の回復プロセス」を理解しやすい形にしたモデルを作成することと、主体性回復によって何が改善するのかを明らかにすることである。

質的分析のうち「回復を促す主体性の概念」[12]と「主体性を促す周囲のかかわり方」については別稿にゆずり、今回は「長期的な主体性回復プロセスのモデル」に絞って報告する。

方法

本研究は、医療法人社団あおい会倫理委員会の承認を得た。

1. 研究参加者

主体性研究会議を2015年2月から月1回（1回2時間程度）開催した。長期的に生活機能が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、多職種（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士）、支援者（福祉、介護）と、それに加えて、障害当事者、研究者（社会学、心理学、教育学、哲学）を含めて議論した。定常メンバーは、10施設、18名であり、加えて臨時参加者数人を含めた20名前後で毎回会議を行った。

2. データ収集方法

2015年2月から6月の間に、主体性研究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、脳損傷による中途障害者の「数年以上の長期にわたった在宅生活の回復」と「主体性」に関する半構造化インタビューを無記名で行った。10の質問にそれぞれ5～9の回答が得られた。メンバーから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。質問項目を表1に示す。

3. 分析方法

障害からの回復の促進因子や妨害因子には多様なものが報告されているが、この検討では、長期にわたる生活の再構築に関連す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、質問への回答をとりまとめて構成員にフィードバックし、次回会議で意見を再考するという過程を繰り返して、意見の集約を図った。その後、障害者の長期的な生活の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[13, 14]。分析テーマは「脳損傷による中途障害者の改善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生活の回復が得られた症例」、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。なお、分析の前提として、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を条件とした。

インタビュー回答の文章情報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示している部分を抽出して、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て結果図を作成した。会議メンバーでディスカッションし、ピアレビュー、チェックを行いながら、モデルの作成を進め、また、解釈の確証性、妥当性を議論した。

表1. 質問項目と回答件数

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いいだけだと思います。事例報告：4件・7例
2回目依頼：	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
	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
	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
	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：	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
	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
	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
	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
	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：	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

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

「主体性」には、「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」[15]という定義がなされているが、今回の「障害者の長期的回復につながる主体性」を議論する際には、これでは不十分と考えた。意志や動機づけの対象が「機能レベル」や「ADLレベル」にとどまっている場合、そのままでは生活を再構築しづらいので、初回の会議で、「自分らしく生きるために」という視点を加えて意志や動機づけを眺める必要があるという観点から、定義を明瞭化し、「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」と仮に定義したうえで研究を進めた。

2. 主体性回復モデル

2.1 概念生成・カテゴリ化

2015年3月から分析ワークシートとモデル作成を始め、会議で修正しながら意見を交わし、30回以上改訂を繰り返した。M-GTAの分析ワークシートによって、45個の概念が生成され、概念をプロセス別にカテゴリ化すると「周囲のかかわり方」16個、「本人の経過」29個が生み出された。

「本人の経過」をあらゆる概念を、分析テーマの一部である「脳損傷による中途障害者の改善にかかわる主体性の回復プロセスを明らかにする」を念頭に時系列を意識して並べた。行動をキーワードとした回復段階は5段階に分かれ、概念から5つの回復軸が浮かび上がり、それをもとにモデルを作成した(図)。

2.2 主体性回復の段階

「本人の経過」をあらゆる状態概念を、行動をキーワードに時系列でカテゴリ化すると「できないことを認識できない」、「行動を起こしづらい状態」、「行動を起こす準備段階」、「行動を起こせる」、「行動(生活)をマネジメントできる」の5つにまとめられた(表2, 図)。

2.3 主体性にまつわる5つの回復軸

時系列に並べた概念からサブカテゴリを生成すると、「障害のある自分を漠然と認識する」と「自分を客観的にみられる」は『認知』の回復の時系列、「したくない・しても意味がない」と「自分でやってみたくなくなる」は『意欲(結果期待)』の回復の時系列、「他人任せ」と「自分の判断・行動で物事の結果が決まると思う」は『自分次第という考え(責任感)』の回復の時系列、「自信がない(できない)」と「自信がつく(できそう)」は『自信(自己効力感)』の回復の時系列、「病前の価値観が占めている」「病前の価値観とは別の価値観を認め始める」と「新たな価値体系での生活」は『価値観』の回復の時系列となった[12]。つまり、5つの回復軸にまとめられた(表3, 図)。

考察

本モデルの5つの回復軸の関係性・経過を考察する。自分や自分が置かれている環境に対する「認知」(回復軸0)が基礎となり、障害のある人の改善につながる主体性の3要素(意欲、自分次第という考え、自信:回復軸1, 2, 3)を支え、主体性が回復してくると「価値観」(回復軸4)の変化から自尊感情が高まるというモデルが得られた(表3, 図)。経過を詳細に眺めると回復軸1「意欲」と回復軸2「自分次第という考え」は変化するには素早い変化過程で、考え方の揺れ動きが少ないという印象がある。それに対し、回復軸3「自信」は状態経過の第2段階を通して揺れ

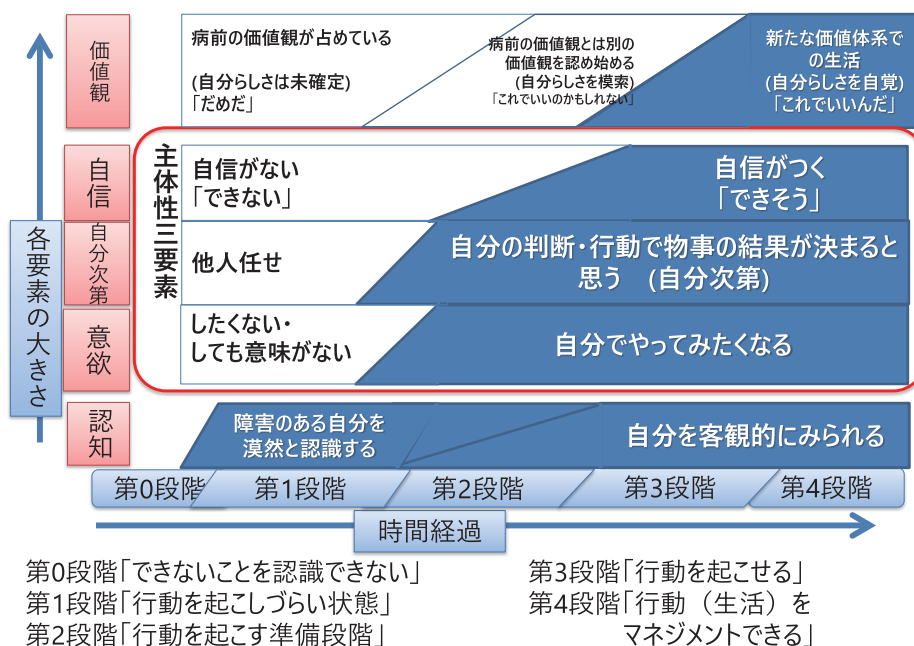


図. 主体性回復モデル

表 2. 主体性回復の段階

第0段階「できないことを認識できていない」:
 残存することが予測される障害や現状を本人が認識できず、「できない」と思っていない、または「いずれ元通りに治る」と考えている段階である。
 これまで担っていた役割が果たせていないことについて漠然とした心配はあっても、ある意味ポジティブで自身の障害に対する不安を感じる事が少なく、リハで元へ戻ることが目的となっている時期である。
 主に入院中を想定しているが、高次脳機能障害などから病識の低下している方ではこの段階が長く続くことがある。

第1段階「行動を起こしづらい状態」:
 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」になっている段階である。
 以前と比べて同じように生活できなくなった「自身の障害像を漠然と認識する」ことから始まる。また、自分らしく生活するために本人がした方がよさそうなことを周囲の人にしてもらっている受け身の状況もこの段階と考える。リハ自体が目的化しやすい。
 おもに在宅や実社会へ戻った後を想定した段階だが、入院中にこの段階に直面する人もいる。

第2段階「行動を起こす準備段階」:
 ある行動が望ましい結果をもたらすと思ひ（結果期待・意欲の高まり）、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ってくる段階である。指示待ちの姿勢から脱却してくる。主体性3要素のうちの2つが揃うが、自信は揺れ動く。
 発症前の自分との比較ではなく、発症後の比較的近い過去の自分との比較ができ始める。病前の価値観とは別の価値観を認め始め「自分はこれでいいのかもしれない」と考えるようになってくる時期であり、「自分らしさ」を模索していく段階である。

第3段階「行動を起こせる」:
 「意欲」があり、「自分次第という考え」方に加え、「自信」がついて主体性の3要素が揃い、具体的実現可能な目標を自ら掲げ、自分らしく生きるための行動を起こすようになり、興味・関心の視野が広がってくる段階である。
 実際の能力や環境と自己認識している能力や環境が合ってくるようになり（メタ認知）、自分らしく生きるために人に依頼すべきことと自分で行うべきことがはっきり区別できるようになってくる。価値観としては徐々に「自分は自分」であると考え始めるが、「自分らしさ」の模索は続く。
 空間的な行動範囲は、連れて行ってもらった場所など「経験のある場所」の範囲内だった第2段階から、経験のない場所でも行き始めるのが第3段階である。

第4段階「行動（生活全体）をマネジメントできる」:
 主体性3要素が揃い、行動をしていくうちに、自分にできることとできないことの折角がつき、周囲を見渡して自身の行動を考えられるようになる。そして、価値観の変化から、「いまの自分が自分である」「これでいいんだ」「自分らしい」を自覚するようになり、自己価値（自尊感情）が高まる。この段階では、新たな価値体系で、生活全体を自ら構築（マネジメント）できるようになる。第4段階まで来れば、あとは本人に任せる段階になる。

表 3. 主体性にまつわる5つの回復軸

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「障害像を漠然と認識する」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「自分を客観的にみられる」(メタ認知)にいたる変化の過程。主体性を下支えする要素である。

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」「やりたい・やろう」(結果期待が高まる)にいたる変化の過程。

回復軸 ③:
 自分次第という考え(責任感):「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):何ごととも「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り、なんとか「できそう」や「できる」と考えて行動する状態への変化の過程。自信(自己効力感)が高まる過程。

回復軸 ⑤:
 価値観:「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「自分はこれでいいんだ」「新しい自分は良い」などと自分らしさを自覚できるようになる変化の過程。個人内の価値判断基準が変化して、自己価値や自尊感情が高まっていく、価値観の変化の過程。

動きながら徐々に確立される感がある。同様に回復軸4「価値観」は第3段階を通して揺れ動きながら変化していくようだった。

脳卒中など脳損傷による機能障害が患者に降りかかり、生活活動に問題を抱える状態に陥った中途障害者が生活全般を回復していく過程は複雑であり、影響因子は機能面から環境面まで多数存在することは言をまたない。ここでは、中途障害者の長期にわたる生活の回復に関連すると考えられる主体性の回復（再獲得）に焦点を当てた。その際、急性期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前提とした。つまり、アブラハム・マズローの欲求の段階説 [16] の5段階からみると、「生理的欲求」や「安全と安心の欲求」が満たされた段階で、「所属と愛の欲求」や「承認の欲求」が満たされていない段階（本モデルの第0～1段階）からのモデルを考えた。

本モデルの第1段階は、Erikson のアイデンティティ論のアイデンティティ拡散状態 [17, 18] と類似している。アイデンティティ拡散とは、これが自分の生き方だといえるものが定まらず、どうしたらよいのかわからなくなったり、切迫感にさいなまれたりするなど、自分を見失った状態を指す。この状態から抜け出して、自分らしい生活を再構築していくことが課題となる。

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繰り返し論じられてきた [1-7]。しかし、「障害者の回復につながる主体性」とは何なのかについて明瞭化されてこなかった。「結果1. 研究開始時の主体性の定義」で示したように、生活の回復という視点を重視すれば、「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り、自らの意思であったとしても、過度に機能障害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ない [12]。この点をはっきりしないままでは、この差異を支援の現場にわかりやすく示すことが困難である。

本モデルによって、障害者の「回復につながる主体性」の段階をおおまかに評価し、その特徴を捉え、周

囲の人で共有でき得ることは、長期にわたる生活の回復へ向け、一貫した対応につながるだろう。これは障害をみている現場にとって役立つだろう。

他のモデルと比較する。岡本は [19]、アイデンティティはいったん確立された中年期以降も人生の節目節目で心身の変化に応じて見直され、そのつど身の丈に合ったものに修正されるものとして、主体的に取り組む姿勢を要諦とした理論を提唱している。プロセスを4段階で説明しており（表4）、本モデルの段階とほぼ対応したものになっている。主体性の回復によってアイデンティティが再確定されるともいえる。

以前から障害の回復過程について、「障害受容」や「ライフストーリー」などに焦点をあてた議論がなされている [20-24]。しかし、リハビリテーション専門職による「障害受容」のあいまいな使用や拡大解釈が問題となることがあった。たとえば、「障害者は入院中に価値転換に到達するべき」というような軽率な解釈が批判され [25]、現場の混乱も生んでいた [26]。

「障害受容論」と「主体性回復モデル」は時間経過に沿ったモデルで、最終形は価値観の変化による適応段階を想定している点で類似している。しかし「障害受容論」では、本モデルの第0, 1段階までを詳細に段階分けする一方、本モデルの第2～3段階はあっさり扱われていて、第1段階から最終形の第4段階へ急に飛躍するように見える（表4）。つまり、障害受容論では最終の適応段階とその手前の段階とのギャップが大きく連続性がないため、当事者、医療者、支援者が悩んだり混乱し、それが批判につながっていると思われる。また、「主体性回復モデル」では、おおよ第0段階は発症から入院中、第1段階は入院中から退院後早期と想定していて、入院中に価値観の変化の第4段階まで至らねばならないという誤解も生じにくい。そして、価値観の変化である第4段階までの道のりが困難なことを想定し、適応段階に至る前の「主体性回復」の重要性を強調しているところが「障害受容論」とは異なる。

本モデルでは「主体性回復」の重要性を強調したが、

表 4. 主体性回復モデルの段階と各理論の段階との比較

主体性回復モデル (本研究)	Cohn の段階理論 [20]	Fink の段階理論 [21]	上田の障害受容の諸段階 [22]	岡本のアイデンティティ生涯発達論 [19]
第0段階：できないことを認識できていない	(1) ショック, (2) 回復への期待	(1) ショック, (2) 防衛的退却 (退行)	(1) ショック期 (2) 否認期	
第1段階：行動を起こしづらい状態	(3) 悲嘆, (4) 防衛	(3) 現実認識 (ストレスの再起)	(3) 混乱期	I : 心身の変化の認識にとまらぬ危機期
第2段階：行動を起こす準備段階	(4) 防衛		(4) 解決への努力期	II : 自己の再吟味と再方向づけへの模索期
第3段階：行動を起こせる			(4) 解決への努力期	III : 軌道修正・軌道転換期
第4段階：行動(生活全体)をマネジメントできる	(5) 適応	(4) 適応	(5) 受容	IV : アイデンティティの再確定期

注意すべき点がある。それは、苦悩を経験している障害者に対して目指すべき目標として第4段階（価値観の変化）を強要するものではないということである。価値観の変化である第4段階までの道のりは行きつ戻りつの困難な道りであるため、その段階に到達しない場合もある。

また、新たな価値体系の中で「これでいいんだ」と自尊感情が高まった段階であっても、病気や障害自体を正当化するものではない。本モデルは障害者への適切なサポートを使用目的として考案したが、価値観の変化を強要するような態度は、障害者を傷つけたり、不快にさせたりする場合があるので十分に注意したい。

実際の現場では評価をした後の「次に何をするのか」が大切となる。その一助として、段階ごとに「主体性回復を促す周囲のかかわり方」をわかりやすくモデル化し、具体的な対応方法をまとめている。今後はモデルを起点として、主体性段階評価尺度の作成を進め、量的研究へとつなげ、「主体性」が生活改善に及ぼす影響を検討していく予定である。

付記

本研究は主体性研究会の議論に基づく部分が多い。同研究会に複数回参加したメンバーは以下のとおりである（50音順、敬称略、所属・肩書は当時）。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）。

文献

- Hasegawa M. The Rehabilitation Establishing Patients' Autonomy. 1st ed. Tokyo: Japan Medical Journal; 2009. p. 10-3, 325-6. Japanese.
- Hasegawa M. Reconstruction of subjectivity for disabled people and aged people. J Clin Rehabil 2009; 18: 405-10. Japanese.
- Doi K. The attitude and practice rehabilitation for daily performance. Mon Book Med Rehabil 2015; 188: 33-9. Japanese.
- Langer EJ, Rodin J. The effects of choice and enhanced

- personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. J Pers Soc Psychol 1976; 34: 191-8.
- Taniguchi A. The autonomy of welfare service user: Factor for improvement of self-determination abilities of persons with disabilities. Shakaihukushigaku 2008; 49: 157-60. Japanese.
- Wada S, Mizuma M, Kawate N. System and future of rehabilitation medicine: long term rehabilitation. Showa University Gakusikai Zasshi 2014; 74: 384-8. Japanese.
- Tanaka J. How can occupational therapist support the initiative of patient? Occup Ther J 2016; 50: 974-6. Japanese.
- Lindberg C, Fagerstrom C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. J Adv Nurs 2014; 70: 2208-21.
- Cardol M, De Jong BA, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. Disabil Rehabil 2002; 24: 970-4; discussion 5-1004.
- Cardol M, de Haan RJ, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). Clin Rehabil 1999; 13: 411-9.
- Kersten P, Cardol M, George S, Ward C, Sibley A, White B. Validity of the impact on participation and autonomy questionnaire: a comparison between two countries. Disabil Rehabil 2007; 29: 1502-9.
- Wada S, Hasegawa M. Autonomy related to long-term recovery of community dwelling patients with disabilities after stroke or brain injury: a qualitative study. J Sci Human Serv 2018; 7: 71-8. Japanese.
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine Pub. Co; 1967.
- Kinoshita Y. Theory of modified grounded theory approach. Library of contemporary sociology. Vol. 17. Kobundo; 2014. Japanese.
- Matsumura A. Syutaisei: Daijirin. 3rd ed. Tokyo: Sanseido; 2006. Japanese.
- Goble FG. The third force: the psychology of Abraham Maslow. Grossman Publishers; 1970.
- Erikson EH. Identity and the life cycle: selected papers: International Universities Press; 1959.
- Nishihira T, Nakajima Y. Identity and the Life Cycle (Erikson, Erik H.) Japanese version. Seishin Shobo; 2011. Japanese.
- Okamoto Y. Development of the lifelong development of identity. Minerva Shobo; 2007. Japanese.
- Cohn N. Understanding the process of adjustment to disability. J Rehabil 1961; 27: 16-8.
- Fink SL. Crisis and motivation: a theoretical model. Arch Phys Med Rehabil 1967; 48: 592-7.
- Ueda S. Acceptance of disability. Sogo Rihabiriteshon 1980; 8: 515-21. Japanese.
- Tagaki M. The significance of perspectives of life-span development and life story in "the acceptance of disability": a review of Japanese studies on persons with acquired motor disability. Bull Grad Sch Educ, Kyoto Univ 2002; 48: 342-52. Japanese.
- Kajiwara T, Takahashi K. Acceptance of physical disability

- in patients with stroke. Sogo Rihabiriteshon 1994; 22: 825–31. Japanese.
25. Honda T, Nagumo N. Acceptance process of physical disability. Sogo Rihabiriteshon 1992; 20: 195–200. Japanese.
26. Honda T, Nagumo N, Ebata H, Watanabe T. “Acceptance of Disability” Revisited. Sogo Rihabiriteshon 1994; 22: 819–23. Japanese.