【論文】

リハビリテーション規範は生活期の高齢障害者の多様な生を包摂しうるか
ー生活行為を支援する作業療法に焦点をあててー

Can Rehabilitation Norms Include Diverse Lives of the Disabled Elderly？
：Focus on occupational therapy that supports daily performances

朝日まどか（北海道医療大学、北星学園大学社会福祉学研究科博士後期課程）

要旨：

リハビリテーションの中でも作業療法は，医学的側面だけではなく，生活行為といった私的領域をも支援する職種である．本研究では，生活支援という側面において，リハビリテーション規範を体現する作業療法に焦点を当て，生活期にある高齢障害者にどのようなリハビリテーション規範をもち支援を行っているのか，作業療法における論考や事例研究等から明らかにしつつ，作業療法のリハビリテーション規範が高齢障害者の多様な生を包摂しうるか，障害学や老年期の適応理論から考察した．分析結果から作業療法のリハビリテーション規範は，障害の原因を個人に帰属する医学モデルを基本的視座とした規範であることや，老年期の適応理論からみた時，老いの在り方が活動理論をのぞましいとする規範であると考察された．作業療法士はエビデンスに基づく権限をもちながらも，自らのリハビリテーション規範に反省的である姿勢がまず必要であると考えられた．

Key Words：作業療法，リハビリテーション規範，生活期，高齢障害者

Ⅰ.本研究の背景と目的

老年期は，育児や仕事など生産的活動から解放されることで（岩崎 2011：337），自由な時間が増え，これまでの人生を振り返り今後どのように過ごしていくかを見つめ直すことができる時期である．そのため，退職後も社会に積極的に参加することを望むのか，そうではなく人との関わりを少なくし静かに余生を送るのかは，個々の人生の在り方でありどちらが正しいとは言えない．また，老いにどのように適応していくのかについては活動理論や離脱理論，継続性理論，老年的超越[1]といった理論があるが，理想的な適応パターンは存在しないと言われており（Deeken1977：81），ここからも老年期は個別性が高く多様であることが分かる．

老年期は多様な生き方が尊重されやすい時期であるが，その一方で，高齢者は加齢に伴う生理機能の変化を基盤に機能障害を起こしやすいことから（大内 2014：11），国は“健康長寿”を延伸する取り組みや（厚生労働省 2011），介護予防推進のなかで，社会参加と介護予防の効果に関係があることを示唆している（厚生労働省 2014）．このような国の取り組みは，高齢者がどのように老いると良いのか，理想的な老いの在り方を国家が規範として示すものである．

我が国は超高齢社会に向けて 2000 年に介護保険制度が施行され，福祉事業における市場を規制緩和し，競争原理を導入した．また介護保険サービスを

利用するにあたり要介護認定を導入し，介護保険サービスを利用せずに暮らせる高齢者と利用しなければ生活できない高齢者の線引きを明確にした．これは高齢者に制度を通し，健康[2]であり続ける規範を内面化させるきっかけを与えたとも言うことが出来る．また健康における規範は高齢者自身が内面化するだけではなく，高齢者と関わりをもつ医療専門職が政策を具体化する媒介役となり，健康における規範の内面化を促す役割を果たす．高齢障害者を支援する医療専門職は，専門知をめぐり高齢障害者との間にパワー関係が生まれやすく，それを回避するために，「患者中心」や「当事者主体」の支援が重要とされてきた（Stewart＝2002，児島 2015）．しかし，医療社会学を専門とする松繁は，患者中心の理念が医療のなかに誕生してもなお，知の格差により医療専門職の権力が拭いきれず対等に向き合うことの根源的な難しさを示唆している（松繁 2010：145）．医療専門職の権力に関する問題は，どの専門職においても共通する課題であるが，リハビリテーション（以下，リハ）においてもそれは例外ではない．

これまで，リハに対しては，障害当事者や障害学また社会学者や他職種から様々な批判がされてきた．1960 年代には，日常生活動作の自立を自立と捉えることに対し「障害者の自立生活（IL）の運動」から，その見直しが迫られた（上田 2011：26）．

1975 年には，第 72 回日本精神神経学会総会において，「生活療法」と「作業療法（以下，OT）」が表裏一体ものと捉えられ，生活療法の思想が患者を抑圧し，適応を強制する技術体系を生むと「OT」の点数化が反対された（鎌倉 2013：61）．

1982 年には，アメリカの障害学を創設した Zola（杉野 2007：1）から，リハが障害を治すべきものと捉えることで，車いす利用の提案がなされず，社会的心理的自立が絶たれたことが批判されている（Zola1982：394）．このような批判は 2007 年の日本の障害学でも聞かれており，治療やリハそのものは否定しないものの，問題解決のためには必須ではなく障害当事者が必要に応じ選択するオプションであると言われている（倉本 2007：283）．また障害が治らない時に環境に介入していくリハの順序性が個人モデルの発想であるとの指摘や（倉本 2007：282），リハが捉える環境への働きかけが住宅の改築等のミクロなものであり，社会全体への働きかけという発想に欠けるとの批判が聞かれている（杉野 2007：6）[3]．

2018 年には，社会学者である立岩から，リハは障害を治そうとするものの，治らなかった時の損失（痛み，お金，時間，空間など）を反省しないとの批判が聞かれている（立岩 2018：341-4）．これらの批判からはリハのなかに，ある価値や規範があることや，それを障害当事者らに強要する権力があり，リハはそれを反省していないことが伺える．

専門職には，価値や価値に誘導され行為を規整する規範があり（濱嶋 2005：108），また規範には，法律やルールなどの「約束事としての側面」と，当為や正義の観念と関連し，善きこととされる「のぞましさとしての側面」があるとされている（友枝 2002）．リハに向けられていた批判からは，リハには健常者の身体をのぞましいと捉える価値があり，健常者の身体に向けて行為を規整するリハの規範があると考えられる．これは健常者の身体に向けた支援を促進する一方で，障害がある身体を否定することにもなりかねない．そのためリハにおける価値や規範を再考することは，多様な生のあり方を尊重する上で重要であると考えられた．

特に，高齢者は前述したように多様な生が尊重されやすい一方で，健康長寿や介護予防の必要性が叫ばれていることから，患者中心の支援をする上で価値や規範を内省する必要に迫られる．また様々な病期の中でも生活期は，疾病や障害が一定レベルにほぼ固定する安定した時期であり（日本作業療法士協会 2013：12），リハは生活の再構築を支援するが，医療が生活を支援することについては「生活の医療化」が起きているのではと，懸念する声もあることから（杉野 2007：102），生活期のリハは特に専門職としての価値や規範を再考する必要があると考えられる．

そこで本研究では，以上の問題意識を踏まえた上で，生活期にある中途障害の高齢障害者に，作業療法士（以下，OTR）がどのようなことをのぞましいこ

とと判断し支援をしているのか，リハの規範(以下，リハ規範）を明らかにしつつ，OT のリハ規範が高齢障害者の多様な生を包摂しうるか，社会モデルを基盤とする障害学や老年期の適応理論から，リハ規範を再考することを目的とする．

OT に焦点を当てた理由は，OT が生活行為といった私的領域を支援する職種であり（日本作業療法士協会 2018)，医療という立場から生活を捉える専門職であるためである．また，障害学は OT の学問基盤である医学モデルとは対極的な社会モデルに位置することから，OT のリハ規範を再考する上で必要な学問であると考えた．さらに OT のリハ規範が画一的な老いの在り方を求めてはいないか，老年期の適応理論を用いて再考することが可能であると考えた．

Ⅱ．研究方法

1．研究対象

研究対象は，生活期の高齢障害者に対する OT に関する論文や資料とした．論文や資料を対象とした理由は，過去から現在にかけて通底している OT のリハ規範を広く調査することができるためである．また臨床実践を記した論文等は，OTR がどのような狙いで治療を行い，効果をあげているのかを知ることができ，OT におけるリハ規範を明らかにする上で適した資料であると考えられた．具体的な資料としては，OT でメジャーな『作業療法』『作業療法ジャーナル』の 2 誌とし，これらのなかの研究論文や実践報告，総説を分析対象とした．

研究対象は，コンピュータ検索や雑誌から直接選定し，1982 年から 2017 年を対象とした．この期間を対象とする理由は，1982 年は国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保をはかる目的で「老人保健法」が公布され（松房 2010：37)，高齢者の増加に伴う医療費の財政負担に見直しがされた年であり（坂上 2008a：27)，この法律が制定されたことで，保健所に OTR のポストが確保されたことや（花村 1987)，1986 年には老人保健法の改正に伴い老人保健施設が創設されたことで，OTR が施設に配置され生活期（維持期）の高齢者に対する OT が本格化していった時期であることから，本研究の目的を明らかにする上で，妥当な期間であると判断した．

コンピュータ検索は，北医療 search（医中誌ウェブ，PubMed 等をまとめて検索ができる）を用い「作業療法 and 老人」,「作業療法 and 高齢者」で検索し，上記の 2 誌に掲載されているもの，また生活期の高齢障害者を対象にした OT のみを選択した．また OT のリハ規範を広く把握するために，規範が研究論文だけではなく実践報告や総説などにも内在していると考え，これらに関しても分析対象にした．会議録に関しては分析の対象から外した．

また本研究での生活期は，発症から 6 カ月以降とし，疾病や障害が一定レベルにほぼ固定する時期とした．発症が明確に記載されていないものに関しても，介護老人保健施設での OT や訪問 OT に関する論文は，生活期であると判断した．

以上を踏まえた結果，研究対象は『作業療法』誌では 92 件，『作業療法ジャーナル』誌では 97 件，計 189 件となった．

2．分析方法

本研究では，規範の「のぞましさとしての側面」に着目し，OTR が生活期の高齢障害者のどのような状態を，のぞましいと捉えているかを分析した．

分析の手順は，まず文献の中から，OTR が捉える生活期の高齢障害者の「のぞましさとしての側面」をデータとして抽出し，それを解釈し定性的コード化した．次に，類似するコードを集めカテゴリーとして生成し，カテゴリー間の関係性について図解化した．

Ⅲ．結果

生活期の高齢障害者に対する OT のリハ規範を分析した結果，14 のカテゴリーと 41 のサブカテゴリーを生成した．これらは，「のぞましい心身の状態」，「のぞましい姿勢」，「のぞましい生活」の 3 つの側面に大きく分けられた．生活期の高齢障害者に対する OT のリハ規範について，3 つの側面やその関係性から述べていく．本文中の≪　≫はカテゴリー，＜

＞はサブカテゴリーを示す．表には各々の結果を示し，表の下記に表に掲載した文献を載せた．

1．OTR が捉える生活期の高齢障害者の「のぞましい心身の状態」（表 1）

「のぞましい心身の状態」では，2 つのカテゴリー≪心身機能の維持・改善≫≪介護予防・要介護度の改善≫と，≪心身機能が維持・改善≫では 5 つのサブカテゴリー＜身体機能の維持・改善＞＜精神機能の維持・改善＞＜コミュニケーションの改善＞＜廃用症候群の予防・改善＞＜心身ともに落ち着いている＞が抽出された．

OTR は，生活期の高齢障害者の「のぞましい心身の状態」として，＜心身ともに落ち着いている＞ことや，筋力等の身体機能が改善すること，注意力等の精神機能が改善すること，言語的なコミュニケーション等，コミュニケーションが改善することを良い状態としていた．

また OTR は心身機能の改善が難しい時には，維持されることや廃用症候群が予防・改善されること，また介護予防・要介護度が改善することを「のぞましい心身の状態」としていた．

表 1. 生活期の高齢障害者に対する OT のリハ規範 ： のぞましい心身の状態

カテゴリー	サブカテゴリー	文献内容
心身機能の維持・改善	身体機能の維持・改善	・身体的活動（中略）あるいは精神的活動（中略）の症状改善,維持を目的とした対象群と,残存機能を利用し作品完成を目標として趣味活動の拡大から自己実現，達成感，充実感などを図る対象群に分けられる（長倉 1997：463） ・作業療法では，デイケア利用時から「立位や移乗，歩行能力の維持」を目標に四肢関節可動域運動と杖歩行練習を行っていた（中山ら 2016：409）
	精神機能の維持・改善	・認知・高次脳機能については歩行時に指示動作を理解でき,動作に注意を持続できることを目標とした（武藤ら 2014：722） ・心理評価では Kohs テストの成績が 7 点(IQ 45)から 15 点(IQ 54)に向上（浅海 1986：44）
	コミュニケーションの改善	・意味のある言語や身振りによるコミュニケーションが可能になった（村田 1986：27） ・コミュニケーション技能に問題はなく,意志を伝えることができた（工藤 2015：473）
	廃用症候群の予防・改善	・離床を積極的に促し,関節拘縮や心肺機能の低下など廃用性症候群の予防を第 1 の目的としている（高木ら 1993：698） ・介護老人保健施設における訪問リハの役割：廃用性症候群の予防と改善（小林ら 2004：265）
	心身ともに落ち着いている	・ホームという生活の場で,できる限り老人に心身ともに安定した生活を送ってもらう（村上 1989：41） ・E さんは痛みや痺れを訴えて泣くことはなくなった（村上 1985：35）
介護予防・要介護度の改善		・介護予防リハの目的：1 つ目は「いつまでも健康でいよう」である.健康でいれば要介護状態にならない．2 つ目は,（中略）要介護状態をそれ以上に悪化させない．3 つ目は「生きがいを持ち続けよう」である（藤原 2005：794） ・A 氏.要介護 3.（中略）A 氏の介護度は,要支援 1 となった（都甲 2016：1094）

浅海奈津美（1986）「在宅痴呆老人の一例」『作業療法』5（1）
藤原茂（2005）「作業療法士と介護予防活動」『作業療法ジャーナル』39（8）
工藤梨紗（2015）「意味のある作業への支援が役割獲得をもたらし習慣の変化に至った一症例-養護老人ホーム入所者に対する外来作業療法のあり方-」『作業療法』34（4）
小林貴代・松下純子・北村麻衣子・真鍋恵（2004）「訪問作業療法の実践　介護老人保健施設における訪問リハ」『作業療法ジャーナル』38（4）
加福隆樹・木村龍子・清宮良昭（1991）「老人保健施設における作業療法士の役割」『作業療法ジャーナル』25(3)
倉澤茂樹・坂田洋子・関本充史（2004）「訪問作業療法の実践　訪問看護ステーションの事例」『作業療法ジャーナル』38（4）
武藤亮・山下理津子・佐々木誠子（2014）増刊号「3 通所リハの役割と支援の実際」『作業療法ジャーナル』48（7）
村田和香（1986）「老年痴呆に至った片麻痺患者の作業療法～バラチェック老人行動評定尺度を用いて～」『作業療法』5（3）
村上重紀（1989）「特別養護老人ホームの作業療法」『作業療法ジャーナル』23（1）
村上重紀（1985）「OT 百景-リハビリテーションを問いながら」『作業療法』4(1)
長倉寿子（1997）「デイケアの実践報告　老人保健施設併設型　a.あさぎりむつみ荘」『作業療法ジャーナル』31（6）
中山可奈子・中越竜馬・加藤美紀（2016）「旅行までの過程とその経験が今の自分を受け入れるきっかけとなった一事例」『作業療法』35（4）
高木勝隆・太田有里・高橋利子・横井春美・米永まち子（1993）「痴呆老人のグループ活動」『作業療法ジャーナル』27（9）
都甲幹太（2016）「生活行為向上に向けた作業療法の展開②　ご縁を大切にする作業療法」『作業療法ジャーナル』50（10）

2．OTR が捉える生活期の高齢障害者の「のぞましい姿勢」（表 2）

「のぞましい姿勢」では，5 つのカテゴリー≪障害受容をする≫≪意欲的に前向きに生きる≫≪自己表現や自己決定ができる≫≪主観的 QOL が向上する≫≪健康意識の高まり≫が抽出された。≪意欲的に前向きに生きる≫では 9 つのサブカテゴリー＜挑戦する姿勢＞＜努力する姿勢＞＜主体性や積極性がある＞＜意欲をもち前向きに生きる姿勢＞＜興味や関心がある＞＜目標をもち生活する＞＜集中して物事に取り組む＞＜拒否せず活動する＞＜笑顔が増え表情が明るくなる＞，≪自己表現や自己決定ができる≫では，3 つのサブカテゴリー＜自己表現する＞＜日常生活における自己決定＞＜将来における自己決定＞，≪主観的 QOL が向上する≫では 3 つのサブカテゴリー＜達成感や満足感を感じる＞＜自信や自己効力感を感じる＞＜QOL の向上＞が抽出された．

OTR は障害が固定された時にはそれを受容し，

表 2. 生活期の高齢障害者に対する OT のリハ規範:のぞましい姿勢

カテゴリー	サブカテゴリー	文献内容
障害受容をする		・個別訓練に馴れ親しんだ入所者は身体機能面の回復に執着し，自己を“患者”としてのみ扱うばかりで,障害を受容し,できる活動を自分で行う“生活者”として生きていくことができない（加福ら,1991,164） ・最近では「仕事(職場への復帰)は無理だろうな…」などの発言もあり,障害受容への兆しがうかがえる（倉澤ら,2004,259）
意欲的に前向きに生きる	挑戦する姿勢	・機能訓練に励む一方で,自宅での生活は,動作獲得のための挑戦をせず妻に依存していた（倉澤ら 2004:259） ・現在は妻として,夫へ手紙を書くために新たな挑戦を行っている（工藤 2015:473）
	努力する姿勢	・発症から長期間が過ぎた時期においても,「もう一度頑張る」,「もう一度練習する」という気持ちをもつこと（宇田 2014:716） ・OT も PT も利用者が主体性を持って活動に取り組めるよう援助してゆくのが主眼となる．つまり,利用者が（中略）準備後片付けに至るまで自己の意志を反映させ,自ら行なおうと努力すること（岩崎 1985:29）
	主体性や積極性がある	・N さんの生活空間は次第に広がりをみせてはいたが,今度は洗い場まで出て自分で洗濯をしだしたのである（村上 1985:35） ・リハビリテーション全般にいえることであるが,受け身的訓練に安住する障害者を作らず,生活を積極的に行う障害者にするような働きかけが大切であることを実感している（加福ら 1991:164）
	意欲をもち前向きに生きる姿勢	・作業療法は,老人が少しでも前向きに,積極的に,しかも生産的に生きていくために,有効な治療手段の一つであることも証明されてきつつある（田村 1989:46） ・詩吟を通じて I さんが残された人生に前向きになったことが伺えた（小川ら 2006:523）
	興味や関心がある	・レクに対する興味や関心が低いケースが多く（坪井ら 1998:403） ・OT に対しては，集団作業療法（ネット手芸，箱作り，等）に興味を持っている様子で（中略）過去に作成した作品の自慢話をしていた（澤田ら 2008:672）
	目標をもち生活する	・介護予防リハでは,人生の目標,生活の目標,明日どう過ごすかの目標から,明後日どうするか,さらにその先どうするか，といった目標を自覚していただくアプローチである（藤原 2005:794） ・生活に目標ができること（馬場ら 2013:390）
	集中して物事に取り組む	・集中して activity にとり組んでいる（寺内 1986:747） ・活動時は手本を見ながら非常に集中して行われた（上田 2015:703）
	拒否せず活動する	・発症後，拒否していた活動を拒否しなくなること（馬場ら 2013:390） ・その後,毎日ではないが散歩に応じることが増え,30 分程度の散歩を行う（竹内ら 2004:1261）
	笑顔が増え表情が明るくなる	・笑顔が一日中みられ穏やかに過ごすようになった（竹内ら 2004:1261） ・介入中は笑顔が多く,毎日コーラスグループ時代の話などを聞かせてくれた（齋藤ら 2013:55）
自己表現や自己決定ができる	自己表現する	・具体的な生活行為を表現できる患者は,主体性に基づく作業療法の第一歩を踏み出せたといえる（中村 2016:977） ・寮母と老人との関係は主従関係であるが，OT では老人が主役となりホームとは違った自我が表出できること,また,自由な選択権があることがいえる（田村 1989:46）
	日常生活における自己決定	・余暇活動としてのテレビを見る行為も自己の意思決定はなく,家族の介入が必要となった（長倉 1998:833） ・筆者は，患者が自らの意志によって決定する活動をより多く促すことが，OT アプローチの一つであると考えた（田原ら 1996:207）
	将来における自己決定	・リハは全人間的復権である．それは,自分らしく生きていけるように自らが決定し選択する生き様ができるようになることに他ならない（藤原 2005:794） ・今後の生活の場を自己決定できる（浅野 2005:564）
主観的 QOL が向上する	達成感や満足感を感じる	・対象者自身が作業の遂行能力の向上や満足感を感じること（福田 2015:70） ・一つ一つのささやかな充足感，達成感，成功感の積み重ねにより生まれてくる心の張りである．その気力で個々人は夫々の生き甲斐をみつけ出してゆくことであろう（岩崎 1985:29）
	自信や自己効力感を感じる	・自分の役割を遂行することにより自信につなげていく（高木ら 1993:698） ・一連の取り組みと結果を通して自己効力感が高まり主観的 QOL も向上することをねらった（森ら 2014:423）
	QOL の向上	・老人の処遇目標は生活の質の向上を図ること（藤田 1992:835） ・訪問リハは,単なる「出前の機能訓練」ではなく,生活の再建,QOL の向上を目的とする（百留ら 2005:815）
健康意識の高まり		・脳卒中後遺症者らの日常生活の自立を助ける機能訓練事業は,単に動作上の問題を解決するだけでなく,より健康な生活を送るためにはどうすればよいのかを認識し実行してもらう,いわば重要な教育の場でもある（辻 1998:925） ・wellbeing（ウェルビーイング）を高める（白井ら 2011:52）

浅野有子（2005）「それぞれの老人保健施設に根を張るそれぞれの作業療法～ジレンマをこえて，実践を積み重ねる～」『作業療法』24（6）
馬場美香・西田征治・高木雅之・近藤敏・上城憲司（2013）「認知症者に対するクライエント中心の訪問作業療法」『作業療法』32（4）
藤原茂（2005）「作業療法士と介護予防活動」『作業療法ジャーナル』39（8）
藤田豆（1992）「老人の生活（家事）訓練」『作業療法ジャーナル』26（10）
福田久徳（2015）「意味のある作業への介入が訪問作業療法で効果をあげた事例-COPM とAMPS を用いたトップダウンアプローチ-」『作業療法』34（1）
百留あかね・野尻晋一・大久保智明・山永裕明（2005）「訪問リハビリテーションにおける介護予防」『作業療法ジャーナル』39（8）
岩崎テル子（1985）「老人の OT-問題点と対応」『作業療法』4（1）
倉澤茂樹・坂田洋子・関本充史（2004）「訪問作業療法の実践 訪問看護ステーションの事例」『作業療法ジャーナル』38（4）
工藤梨紗（2015）「意味のある作業への支援が役割獲得をもたらし習慣の変化に至った一症例-養護老人ホーム入所者に対する外来作業療法のあり方-」『作業療法』34（4）
加福隆樹・木村龍子・清宮良昭（1991）「老人保健施設における作業療法士の役割」『作業療法ジャーナル』25(3)
村上重紀（1985）「OT 百景-リハビリテーションを問いながら」『作業療法』4(1)
森直樹・小林法一・原督（2014）「通所リハビリテーションにおける自己選択型オーダーメイド介護予防プログラムの紹介」『作業療法』33（5）
中村春基（2016）「患者の主体性を支えた実践例① これまでの実践を振り返って考える患者の主体性」『作業療法ジャーナル』50（9）
長倉寿子（1998）「高齢障害者作業療法の実践における効果検証の実態」『作業療法ジャーナル』32（9）
小川真寛・藤原瑞穂・常本浩美（2006）「通所リハビリテーションにおいて詩吟の先生の役割を再獲得した 1 症例」『作業療法』25（6）
澤田辰徳・藤田佳男（2008）「重篤な機能障害を呈する高齢者との協業による自伝作りの効果」『作業療法』27（6）
齋藤佑樹・友利幸之介・東登志夫（2013）「作業選択意思決定支援ソフト（ADOC）を用いた認知症クライエントと作業療法士の意思決定の共有と協働」『作業療法』32（1）
田村修二（1989）「養護老人ホームにおける作業療法」『作業療法ジャーナル』23（1）
坪井章雄・木村明彦・新井光男（1998）「高齢障害者におけるレクリエーションの参加頻度と知的機能・ADL 能力との関係-HDS－R，FIM を用いて-（第 2 報）」『作業療法』17（5）
寺内智子（1986）「痴呆老人に対する作業療法」『理学療法と作業療法』20（11）
竹内美保・長倉寿子（2004）「活動分析とその適応 老年期障害領域での実際」『作業療法ジャーナル』38（13）
田村修二（1989）「養護老人ホームにおける作業療法」『作業療法ジャーナル』23（1）
田原裕子・佐々木克子・岡田治枝・小山昌寛（1996）「老人病院における作業療法士の役割－社会的入院患者に対するグループワークの試み－」『作業療法』15（3）
高木勝隆・太田有里・高橋利子・横井春美・米永まち子（1993）「痴呆老人のグループ活動」『作業療法ジャーナル』27（9）
辻郁（1998）「地域リハビリテーションにおける保健所の役割－石川県能登中部保健所の取り組み－」『作業療法ジャーナル』32（10）
白井はる奈・白井壮一・宮口英樹（2011）「重度認知症高齢者に対する熟練作業療法士の介入ストラテジーに関する探索的研究」『作業療法』30（1）
宇田薫（2014）「訪問リハの具体的介入」『作業療法ジャーナル』48（7）岩崎テル子,1985,「老人の OT-問題点と対応」『作業療法』4（1）
上田章弘（2015）増刊号「施設①介護老人保健施設での認知症への作業療法―「1 日でも家の天井を見て寝る」を実現するために今私ができること」『作業療法ジャーナル』49（7）

何かに＜挑戦する姿勢＞や＜努力する姿勢＞があること，また受身的な姿勢ではなく主体性や積極性があり，＜意欲をもち前向きに生きる姿勢＞を「のぞましい姿勢」としていた．さらに，色々なことに＜興味や関心がある＞ことや目標をもち生活していくこと，また＜集中して物事に取り組む＞ことを「のぞましい姿勢」としていた．さらに，それまで拒否していたことを＜拒否せず活動する＞ようになることや，＜笑顔が増え表情が明るくなる＞ことを≪意欲的に前向きに生きる≫姿勢として捉えていた．

また，高齢障害者が何をしたいのか＜自己表現する＞ことや，＜日常生活における自己決定＞＜将来における自己決定＞ができること，さらに，何かをすることで達成感や満足感を感じ＜自信や自己効力感を感じる＞こと，また QOL が向上していくこと，≪主観的 QOL が向上する≫ことを「のぞましい姿勢」としていた．さらに，高齢障害者自身の≪健康意識の高まり≫を「のぞましい姿勢」としていた．

3. OTR が捉える生活期の高齢障害者の「のぞましい生活」（表 3）

「のぞましい生活」では，7 つのカテゴリー≪他者に依存せず出来る限り自立した生活を送る≫≪他者と交流する≫≪役割をもつ≫≪意味のある作業をする≫≪無為な生活ではなく活動的な生活を送る≫≪作業することが習慣化し生活が再構築される≫≪その人らしく生活する≫が抽出された．

≪他者に依存せず出来る限り自立した生活を送る≫では，4 つのサブカテゴリー＜他者に依存しない＞＜出来る限り自分でできる＞＜できることが増える＞＜能力を生活の場で発揮する＞，≪他者と交流する≫では 3 つのサブカテゴリー＜孤立せず他者と交流する＞＜良好な対人関係を築く＞＜対人交流の拡大＞が抽出された．

≪役割をもつ≫では，2 つのサブカテゴリー＜役割の獲得・再獲得＞＜他者の役に立とうとする＞，≪意味のある作業をする≫では 4 つのサブカテゴリー＜作業を再獲得する＞＜意味のある作業への従事＞＜作業が拡大する＞＜作業の遂行度と満足度の向上＞が抽出された．

≪無為な生活ではなく活動的な生活を送る≫では，5 つのサブカテゴリー＜無為な時間が減る＞＜臥床しない生活になる＞＜活動的な生活になる＞＜活動範囲や行動範囲が拡大する＞＜社会参加する＞，≪作業することが習慣化し生活が再構築される≫では 3 つのサブカテゴリー＜作業をすることが継続し習慣化する＞＜生活リズムの獲得＞＜生きがいのある生活が継続する＞が抽出された．

OTR は，生活期の高齢障害者が自身の能力を生活の場で発揮し，他者に依存せず＜出来る限り自分でできる＞こと，また＜できることが増える＞こと，所謂≪他者に依存せず出来る限り自立した生活を送る≫ことを「のぞましい生活」としていた．また，高齢障害者が孤立するのではなく他者と交流し＜良好な対人関係を築く＞こと，さらに対人交流が拡大していくことを「のぞましい生活」としていた．さらに，役割がない生活ではなく＜役割の獲得・再獲得＞がされ，＜他者の役に立とうとする＞ことを OTR はのぞましいことと捉えていた．

また，高齢障害者にとって≪意味のある作業をする≫生活が OTR は「のぞましい生活」であると捉え，病前に行っていた＜作業を再獲得する＞ことや，個人にとって意味のある作業に従事すること，またそのような＜作業が拡大する＞ことを望んでいた．また作業が効率的に行え，高齢障害者自身も満足するなど＜作業の遂行度と満足度の向上＞を期待していた．これらを通し生活期の高齢障害者は無為な時間が減り，臥床しない生活を送ることが出来ることで＜活動的な生活になる＞こと，さらに活動範囲や行動範囲が拡大し＜社会参加する＞こと，所謂≪無為な生活ではなく活動的な生活を送る≫ことを OTR は「のぞましい生活」としていた．また，OTR はそのような生活が一時ではなく，＜作業をすることが継続し習慣化する＞ことや，そのような生活を送ることで生活リズムが獲得されること，また生きがいのある生活が継続し作業することが習慣化し生活が再構築され，≪その人らしく生活する≫ことを「のぞましい生活」としていた．

表 3. 生活期の高齢障害者に対する OT のリハ規範:のぞましい生活

カテゴリー	サブカテゴリー	文献内容
他者に依存せず出来る限り自立した生活を送る	他者に依存しない	・それまで家族に全て依存していた当該行為が 1 人で効率的に行えるようになった（千田ら 2013:151） ・主体性を発揮出来るように援助してゆかない限り,家庭の中でいつまでも依存的な存在になってしまう（岩﨑 1985:29）
	出来る限り自分でできる	・できる限りの身のまわりの動作の自立が,老人の主体性のある生活を取り戻すための必要条件（村上 1989:41） ・軽度の痴呆があり,掃除当番や洗濯などできなかった老人が,一人でできるようになった（田村 1989:46）
	できることが増える	・老人保健施設における作業療法は，老人ができることを増やしたり（中略）することが重要である（小山内ら 1997:209） ・ADL では,少しでも要介助から自立できる範囲を増やすように援助する（衣川ら 1991:172）
	能力を生活の場で発揮する	・「できる」能力があるにもかかわらず,実際に実行していない ADL が多いという報告が多数みられる（能登ら 2012:61） ・「できる更衣」が「している更衣」になる（高橋ら 1999:253）
他者と交流する	孤立せず他者と交流する	・デイルームの席に孤立して座っている場面が多く見られた（猪股ら 2014:451） ・デイケアでは，新規の利用者に自ら声をかけ，（中略）他利用者の中心となって取り組んでいた（中山ら 2016:409）
	良好な対人関係を築く	・協調性がなく同室者とのトラブルが絶えず療母の手のかかる老人（田村 1989:46） ・表情も穏やかになり,他者とのコミュニケーションも良好である（高木ら 1993:698）
	対人交流の拡大	・より多くの仲間との交流がもて,行動の広がりがみられた（堀ら 1992:920） ・介護老人保健施設における訪問リハの役割: 対人・社会交流の維持拡大（小林ら 2004:265）
役割をもつ	役割の獲得・再獲得	・中途障害者が（中略）,家庭での役割をもてるようになるには,（中略）多面的なアプローチが必要である（野崎ら 1992:929） ・趣味人としての役割を再獲得する（有田ら 2016:74）
	他者の役に立とうとする	・E さんのように OT 室で自分で作った作品を何か人の為に役立てようとする老人は多い（村上 1985:35） ・役立つことをしたという本人の満足感により,（中略）,自信を得るきっかけとなった（堀ら 1992:920）
意味のある作業をする	作業を再獲得する	・デイケアの目的と効果: 趣味などの再獲得（長倉 1993:1228） ・高齢者が継続したいと思っている「意味のある作業」を再び行えるよう（中略）（村井ら 2011:535）
	意味のある作業への従事	・その対象者が意味ある作業を行えるように援助する（大平ら 2005:29） ・作業療法士は，（中略）心身機能が低下しても，意味のある作業へ従事できるよう支援していく職種である（森ら 2004:64）
	作業が拡大する	・趣味の将棋を導入．これをきっかけに家でも将棋をさす．（中略）日記をつけるようになり（山ら 1996:363） ・従事・参加する作業が増えていくこと（村井 2005:1177）
	作業の遂行度と満足度の向上	・「ぬり絵」（中略）作業遂行能力が向上し，動機づけされた活動として継続できることが示唆された（上島ら 2004:530） ・クライエント自身が，問題があるとした（中略）作業（中略）の遂行度と満足度がともに向上すること（望月ら 2013:367）
無為な生活ではなく活動的な生活を送る	無為な時間が減る	・現在,テレビの前に座っているものの,無為に過ごしていることが多い（田部井 1996:369） ・施設生活でよく見られる日中を無為に過ごすような状態は，痴呆発症の危険因子として注目される（坪井ら 1998:403）
	臥床しない生活になる	・集団訓練は,①臥床時間を短縮し単調な生活に変化を与える（加福ら 1991:164） ・臥床することはなくなり,日中は新聞を読んだり,他者と談笑しながら過ごす時間が増加した（上田 2016:878）
	活動的な生活になる	・日中寝室中心の生活から居間や食堂で過ごす時間も増え活動性が向上した（橋本 2005:131） ・1 日 24 時間をどのように過ごしているかをみていけば（中略）活発であるか不活発であるかを判定できる（藤原 2005:794）
	活動範囲や行動範囲が拡大する	・閉じこもり・引きこもりからの生活の拡大（藤田 1992:835） ・徐々に行動範囲を拡大するなり,外出の目的や内容を変えるようなアプローチをしていく必要がある（設楽 1996:172）
	社会参加する	・生活空間の拡大から社会参加へ（二神 2005:17）・通所系サービスの利用や地域活動への参加（小野ら 2002:445）
作業することが習慣化し生活が再構築される	作業をすることが継続し習慣化する	・介入終了後も（中略）通所事業にはほぼ毎回参加し,継続して自宅での体操や散歩,登山に取り組まれている（坂東 2016:836） ・コーラス教室通いも疲労が出ることもなく習慣化され,発表会にも参加できるようになった（都甲 2016:1094）
	生活リズムの獲得	・野菜づくりの活動は習慣化し,生活リズムも確立されつつあった（長倉ら 2012:81） ・デイへの通所は日課となり,生活リズムを整える意味で有効な環境因子となっているように思われる（寺内 1986:747）
	生きがいのある生活が継続する	・利用者の（中略）生きがいのある生活を探すことで，（中略）前を向き歩み始めるための支援ができる（中山ら 2016:409） ・生きがいのある生活の継続を目指すことは，（中略）活動・参加を目標としたリハビリテーションに相当（駒井ら 2006:423）
その人らしく生活する		・生活に障害があってもその人らしい生活を獲得していく（村井 2004:252） ・死を迎えるそのときまで自分らしく生きようとすることはまさに全人間的復権（藤原 2005:794）

有田忠則・本家寿洋（2016）「高齢者版興味チェックリストと高齢者版・余暇活動の楽しさ評価法の使用により，BPSD や QOL が改善した認知症の事例」『作業療法』35（1）
坂東仁志（2016）「パーキンソン病例『再び山へ登りたい』思いを共有し社会参加に至った事例」『作業療法ジャーナル』50（8）
藤原茂（2005）「作業療法士と介護予防活動」『作業療法ジャーナル』39（8）
藤田亘（1992）「老人の生活（家事）訓練」『作業療法ジャーナル』26（10）
二神雅一（2005）「【実践報告】訪問リハでの生活支援① 作業療法士の役割」『作業療法ジャーナル』39（1）
堀口貞子・木島由紀・小林和子（1992）「地域デイケアでの実践（1）老人デイケア」『作業療法ジャーナル』26（10）
橋本知美（2005）「パーキンソンの在宅支援」『作業療法ジャーナル』39（2）
岩﨑テル子（1985）「老人の OT−問題点と対応」『作業療法』4（1）
猪股英輔・三浦南海子・折茂賢一郎他（2014）「認知症高齢者の感情機能に着目した小集団プログラムの効果『色カルタ（クアオリア・ゲーム）』を用いて」『作業療法』33（5）
衣川満枝・市橋浩・今垣佳織（1991）「老人保健施設の役割と作業療法—現状と課題（痴呆性老人を中心に）—」『作業療法ジャーナル』25（3）
小林貴代・松下純子・北村麻衣子・真鍋恵（2004）「訪問作業療法の実践 介護老人保健施設における訪問リハ」『作業療法ジャーナル』38（4）
加福隆樹・木村龍子・清宮良昭（1991）「老人保健施設における作業療法士の役割」『作業療法ジャーナル』25(3)
駒井由起子・繁田雅弘（2006）「認知症のリハビリテーションに対する文献研究」『作業療法』25（5）
村上重紀（1985）「OT 百景−リハビリテーションを問いながら」『作業療法』4(1)
村上重紀（1989）「特別養護老人ホームの作業療法」『作業療法ジャーナル』23（1）
村井千賀（2004）「訪問作業療法の役割と効果」『作業療法ジャーナル』38（4）
村井千賀・竹内さをり・能登真一・長谷川敬一・渡邊基子・渡辺忠義（2011）「地域包括ケアを支える作業療法モデル」『作業療法ジャーナル』45（6）
村井真由美（2005）「【実践報告】対象者の人生を豊かにする作業療法 介護老人保健施設における実践」『作業療法ジャーナル』39（12）
森明子・齋藤さわ子・杉村公也（2004）「痴呆性高齢者グループホームにおける作業療法評価の試み−AMPS を用いて−」『作業療法』23（1）
望月マリ子・吉川ひろみ（2013）「訪問作業療法における作業に焦点を当てた実践促進に関する研究−研修プログラムを通して−」『作業療法』32（4）
能登真一・田中浩二・泉良太・上村隆元（2012）「ICF を用いた要介護高齢者の生活機能の評価−『活動と参加』領域に着目して−」『作業療法』31（1）
中山可奈子・中越竜馬・加藤美紀（2016）「旅行までの過程とその経験が今の自分を受け入れるきっかけとなった一事例」『作業療法』35（4）
野崎小枝・蜂須賀はるみ（1992）「地域デイケアでの実践（3）通所施設における家事訓練への取り組み−調理訓練を中心に−」『作業療法ジャーナル』26（10）
長倉寿子（1993）「老人保健施設におけるデイケア活動」『作業療法ジャーナル』27（12）
長倉寿子・北岡裕也（2012）「第7回 BPSD の改善に伴い 特別養護老人ホーム入居に至った事例－Binswanger 型脳血管性認知症」『作業療法ジャーナル』46（1）
小山内隆生・加藤拓彦・樋口信子・鈴木喜八郎（1997）「青森県の老人保健施設に入所中の老人の抑うつ」『作業療法』16（3）
大平陽子・吉岡英章・村田和香（2005）「【実践報告】デイケア・デイサービスにおける在宅生活支援 必要とされる作業療法士になるために」『作業療法ジャーナル』39（1）
小野千恵・桜井敬一・中村絹代・宮津茂未・花岡寿満子（2002）「訪問リハビリテーションで働く立場から」『作業療法』21（5）
千田直人・村木敏明他（2013）「作業療法士と在宅脳血管障害者間のリハビリテーション目標と心理要因の検討−カードを用いた共有型目標設定法を活用して−」『作業療法』32（2）
設楽美紀（1996）「在宅障害者にあける作業療法」『作業療法ジャーナル』30（3）
田村修二（1989）「養護老人ホームにおける作業療法」『作業療法ジャーナル』23（1）
高橋敏明・植松光俊・三宅雅一・平井基陽（1999）「「できる更衣」所要時間と「している更衣」の関係－老人保健施設の場合－」『作業療法ジャーナル』33（3）
高木勝隆・太田有里・高橋利子・横井春美・米永まち子（1993）「痴呆老人のグループ活動」『作業療法ジャーナル』27（9）
田部井貴久枝（1996）「静岡市における在宅介護支援センターの活動」『作業療法ジャーナル』30（5）
坪井章雄・木村明彦・新井光男（1998）「高齢障害者におけるレクリエーションの参加頻度と知的機能・ADL 能力との関係−HDS－R, FIM を用いて−（第 2 報）」『作業療法』17（5）
都甲幹太（2016）「生活行為向上に向けた作業療法の展開② ご縁を大切にする作業療法」『作業療法ジャーナル』50（10）
寺内智子（1986）「痴呆老人に対する作業療法」『理学療法と作業療法』20（11）
上島健・安藤啓司（2004）「介護保健施設入所者における継続的な「ぬり絵」活動と作品の変化」『作業療法』23（6）
上田章弘（2016）「廃用症候群 グラウンド・ゴルフを通じて自信を回復し地域活動に参加できるようになった通所リハの事例」『作業療法ジャーナル』50（8）
山口隆司・大野智恵美（1996）「デイサービスセンターにおける訪問作業療法」『作業療法ジャーナル』30（5）

4.「のぞましい心身の状態」「のぞましい姿勢」「のぞましい生活」の関係性

OTR が捉える生活期の高齢障害者の「のぞましい心身の状態」「のぞましい姿勢」「のぞましい生活」には相互関係がみられた．例えば，‘施設生活でよく見られる日中を無為に過ごすような状態は，痴呆発症の危険因子として注目される（坪井 1998：406)’とあるように，無為に過ごすことが認知症のリスクをもたらすと，無為な生活と心身機能の低下が関係づけられていた．このような状態を改善するために，‘レクリエーション（以下，レク）を日中の無為な状態をなくし，対人交流や活動場面を増す精神社会的活動の一環として位置づけるならば，レクは知的機能の維持に有効であることが考えられる（坪井 1998：406)’と，レクに参加することで無為な状態をなくし，心身機能の低下を予防できると考えられていた．また，‘役割や楽しみをもち，地域に参加していくことは，生活に主体性をもたせ，日々の活動性を向上させる．生活圏が拡大し，人との交流が増し，結果として介護予防につながる（百留 2005：815)’と，社会参加をする生活が主体性を生み，活動性の向上や行動範囲の拡大，他者交流など生活全体を活性化させ，介護予防に繋がるとされていた．

また，‘これらは，A さんにとって重要な意味をもつ「歩く」という活動への働きかけであり，結果，A さんは移動能力に自信がつき家族との行事に参加することができ，活動の範囲が広がったといえる（大平ら 2005：31)’と，心身機能の改善が自信や意欲を生み，生活の活性化をもたらすとされていた．

これらから，OTR は活動的な生活即ち「のぞましい生活」は，心身機能の維持や向上といった「のぞましい心身の状態」を生む要因になると捉えていること，また「のぞましい生活」は主体性などの「のぞましい姿勢」を生む要因となり，このような姿勢が「のぞましい生活」をさらに活性化させ，心身機能の維持や介護予防等の「のぞましい心身の状態」を生む，という循環をもたらすと捉えていた．また「のぞましい心身の状態」が訓練等から得られることで，自信や意欲といった「のぞましい姿勢」が生まれ，さらにそれが「のぞましい心身の状態」や「のぞましい生活」を生むという循環をもたらすと OTR は捉えていた（図 1)．このように OTR は「のぞましい心身の状態」「のぞましい姿勢」「のぞましい生活」の相互作用を意図した支援をしていた．

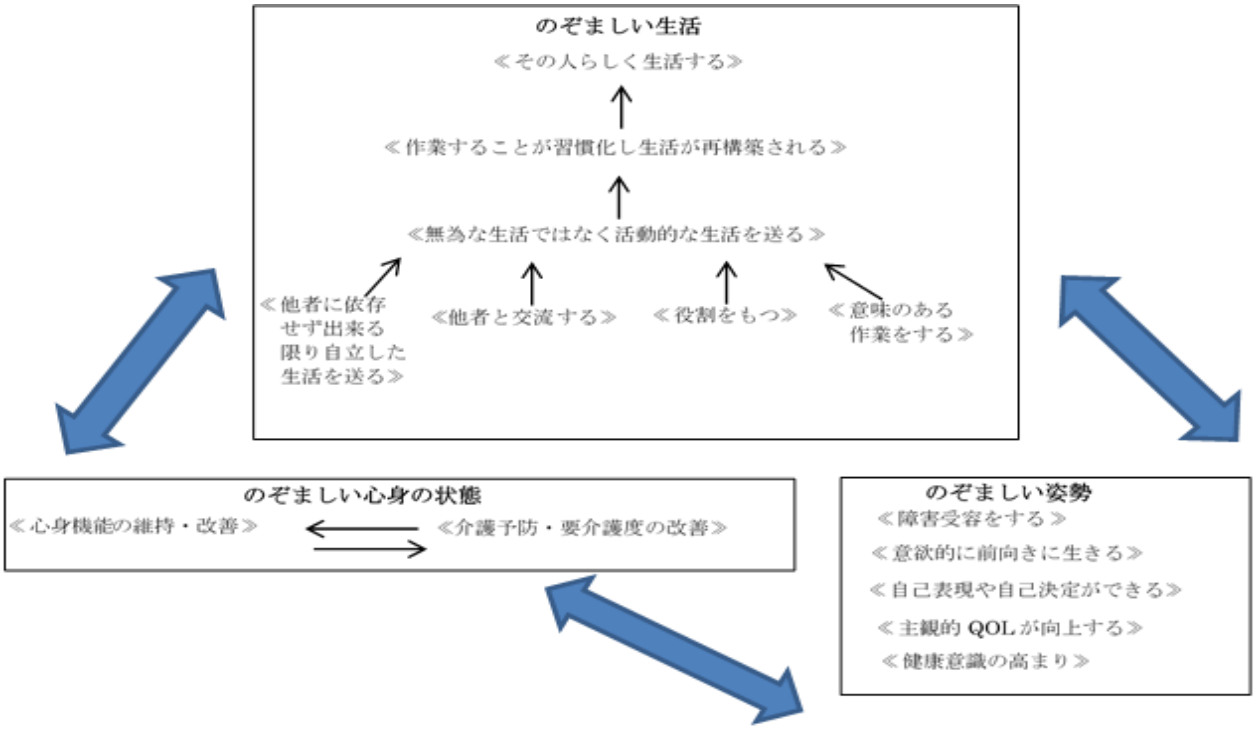

図 1. OT のリハ規範「のぞましい心身の状態」「のぞましい姿勢」「のぞましい生活」の関係性

Ⅳ．考察

分析結果からOTRは，生活期の高齢障害者に対して「のぞましい心身の状態」「のぞましい姿勢」「のぞましい生活」という側面から，さまざまなリハ規範を持ちあわせていることが分かった．このような生活期の高齢障害者に対するOTRのリハ規範は，障害学や老年期の適応理論の観点からみたときに，どのように捉えられるものなのだろうか．考察では，これら二つの視点から，OTのリハ規範を再考していくこととする．

1. 健常な心身機能を求める規範や介護予防・要介護度の改善を求めるOTのリハ規範の再考

生活期の高齢障害者に対してOTRがのぞましいと捉えていた心身機能の状態は，やはり健常者の心身機能であり，そこに向けた改善であった．また改善を求める一方で，改善が難しい場合は障害を受容し，機能が低下しないよう維持されることがのぞましいことと判断されていた．さらに介護を要する要介護の状態は否定的に捉えられ，介護予防の必要性が言われており，要介護状態となった場合は要介護度が改善されることがのぞましいこととされていた．これらから，OTR はあくまで障害がない状態，さらには介護を受けない状態をのぞましいこととし，低下した状態はそれを解決すべきものと捉えていた．このことから，改めてOTのリハ規範は，障害を社会的・政治的問題として捉える障害学とは異なり，障害を個人の問題とする「障害の個人モデル」を基本的視座としていることが分かった．

また老年期の適応理論から，OT のリハ規範を再考した時，離脱理論では，老年期の心身機能の低下は避けがたいものとされており，老年的超越では身体的な健康に対するこだわりが低下するとされていることから（増井2016：210），このような老いの在り方を求める高齢障害者は，健常な心身機能を求める規範や介護予防・要介護度の改善を求める OT のリハ規範とは相克すると考えられた．

OTR が多様な高齢障害者の老いの在り方を尊重するためには，OTR自身がまずOTのリハ規範のなかに，障害や老いの否定観が内在することを認識することや，老いや障害による生きづらさを，個人モデルではなく社会モデルの視点から捉え直すことも必要ではないかと考えられた．

2. 個人モデル的「自立生活」を求めるOTのリハ規範の再考

OTRが捉える「のぞましい生活」の一つに，≪他者に依存せず出来る限り自立した生活を送る≫があるが，これは個人モデル的な「自立生活」を目指す規範とも言うことが出来る．

この規範を星加が述べる社会性の明示化，即ち「できなくさせる社会（disabling society）」「できるように強いる社会（ableistic society）」（星加2013：36）から考察すると，OTは自立生活に向けた支援をすることで「できなくさせる社会」に貢献する一方で，「できるように強いる社会」を促進する専門職でもあることが分かる．OTR は自立生活を目指した支援をしながらも，自立生活であるようにそれを強いる権力性があることを把握する必要があるだろう．

また老年期の適応理論から見た時，日本の老年的超越における特徴を調査した研究では，老いの適応の過程において，高齢者が他者への依存を肯定し非活動理論的な志向性を示すとの報告がされていることから（増井2016：210），他者に依存する生活を肯定的に受け入れていく過程そのものが老いへの適応に繋がっていることが分かる．そのため他者に依存する生活を否定的に捉える OT のリハ規範は，このような老いへの適応を阻害する可能性があるとも言えるだろう．特にリハ専門職は国から介護予防や自立した生活への支援が期待されているが，老いへの適応という多角的視点から高齢障害者を捉え支援することも必要ではないかと考えられる．

3. 意欲的に活動的に過ごすことを求めるOTのリハ規範の再考

OTR は，生活期の高齢障害者が≪その人らしく生活する≫ことを「のぞましい生活」としながらも，意欲的に活動的に過ごす生活を求めていた．これは老年期の適応理論では活動理論に当たると考えられ，

離脱理論を望む高齢障害者にとっては異なるリハ規範である．OTR が活動的な生活をのぞましいと捉える背景には，エビデンスが関係していると考えられるが，例えば，坪井らの研究では，週 2 回程度レクに参加する生活が日常生活活動（以下，ADL）能力の維持には有効であり，週 1 回以下の参加でも，主体的活動がある高齢障害者は ADL 能力が維持され，知的能力に変化がなかったと，レク参加頻度と ADL 能力の関係について述べている（坪井ら 1998：403）．これはレクに参加するという活動的な生活を送ることで，ADL 能力が維持されるということであり，どのような生活を送るかが ADL 能力にも影響を及ぼすことを示唆している．OTR はこのようなエビデンスに基づき，活動的な生活となるよう支援をするが，その一方で OT には≪その人らしく生活する≫ということもリハ規範として持ち合わせていることから，これらのリハ規範が時に対立する可能性がある．このようなリハ規範の対立は，支援の葛藤を生むと予測されるが，それをどのように OTR が捉え支援を行っているのかについては，今後の研究の中で明らかにしていきたい．

また OTR が活動的な生活をのぞましいと捉える背景には，国の施策との一致が考えられる．国は慢性期疾患中心の高齢化社会に対応するために，「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」を推進することで，一次予防に重点を置き，病気にならないために生活をコントロールすることの必要性を謳っているが（松原 2000：81），このような施策は，OT のリハ規範とも合致しやすい．そのため，OT のリハ規範は国の施策に支持されることからより強化されやすくなると考えられる．

さらにこのような国の方針に専門職として成果を示すことは，専門職の存在価値を示すことにも繋がるが，健康日本 21 が提示された際には，OT は作業活動をすることで健康に繋げられることを示し啓蒙をはかろうとする意見が出され（藤原 2000：508），また効率的に高齢者の活動性を高められることを示すことで OT の専門性を明確化しようとした（村井 2004：255）．

さらに OT は専門職としての国民の認知度が低いことを国から指摘されたが，それに対し生活行為向上マネジメント[4]を考案し，生活の側面から OT の専門性を打ち出そうとしている（村井 2013：390）．このような OT 業界における問題は，支援にも影響を及ぼし，OT のリハ規範を支援の中で押し付ける恐れも考えられる．猪飼は，生活とは評価や効果，効率などとは相いれないものであると述べているが（猪飼 2016：45-6），OT は私的領域である生活に対して，医学的視座からそれを数値化しある基準で捉え，支援しようとするが，そこに暴力性が伴うことを改めて認識する必要があるだろう．エビデンスに基づく OT の支援は必要ではあるが，三島が「専門家は，一方の手に反省的学問理論，もう一方の手にデータに基づく権限をもって実践に臨んでいる」と述べているように（三島 2008），OTR は生活期の高齢障害者の多様な生を尊重する上で，自身のリハ規範に反省的な姿勢を持つことがまず必要であると考えられる．

Ⅴ．おわりに

OTR が生活期にある高齢障害者に対し，どのようなリハ規範をもち支援を行っているのか分析した結果，OT のリハ規範は，医学モデルを基本的視座とした障害の規範であり，障害の原因をまず個人に帰属させる規範であること，また老年期の適応理論からみたとき，老いの在り方が活動理論をのぞましいとする規範であると考察された．OTR は高齢障害者の多様な生の在り方を包摂するという点で，エビデンスに基づく権限をもちながらも，自らのリハ規範に反省的であろうとする姿勢がまず必要であると考えられた．

今回の研究では，OT のリハ規範を明らかにしたが，その規範がどのように生活期の高齢障害者に適用されるのかまでは明らかにしていない．今後は事例研究などから，OT のリハ規範の適用方法について明らかにしたいと考える．また，障害当事者からのリハ批判はリハ専門職全体に向けられていることから，OT 以外のリハ専門職においてもリハ規範を調査し，障害学や老年期の適応理論から，反省的に捉えるこ

とが必要であると考えられる.

注

1)「活動理論」は，老年期における社会的な活動の縮小は，社会からの一方的な要請の結果であり，高齢者自身は活動を望んでいると唱える.「離脱理論」は，老年期における心身機能の低下は避けがたく，その過程で個人と社会のかかわりは必然的に減退し，それを高齢者も社会も期待しているというものである.「継続性理論」は，老年期に入っても成長の過程で築かれた習慣が維持・継続される傾向があることを示し，適応の在り方は，個人の生活習慣や価値観によって多様であることを強調する理論である（坂上 2008b：49).「老年的超越」は，離脱理論や精神分析理論，禅の知見等を取り入れた理論であり，物質主義的で合理的な世界観から，宇宙的，超越的，非合理な世界観への変化を指すものである（増井 2016：210）.

2) ここでの健康とは，介護を必要とせずに自立した生活を送れる状態を指している.

3) このような批判がある一方で，上田に社会モデルの視点がないと障害学が批判することについて批判的な見方もされている(三井 2018).

4) 生活行為向上マネジメントとは，「その人にとって意味のある作業・生活行為」に焦点を当て，病気や老化，環境の変化などによって遂行できなくなった生活行為の遂行障害を回復，向上させるための支援方法である（村井 2014：31).

文献

Deeken, A.（1977）渡辺三枝子訳「Ⅱ-2.老年期の適応」長谷川和夫・霜山徳爾編 『老年心理学』岩崎学術出版社,78-93.

藤原　茂（2000）「時流 作業療法をとりまく状況について－昨今のリハビリテーション関連ニュースなどから－」『作業療法』19（6）,506-10.

花村　都（1987）「特集作業療法の守備範囲　作業療法の守備範囲・その法的限界」『作業療法』6(1),3-9.

星加良司（2013）「第１章 社会モデルの分岐点―実践性は諸刃の剣？」川越敏司・川島聡・ほか編 『障害学のリハビリテーション－障害の社会モデルその射程と限界』生活書店,20-40.

百留あかね・野尻晋一・大久保智明・ほか（2005）「特集　介護予防における活動・参加支援の作業療法　訪問リハビリテーションにおける介護予防」『作業療法ジャーナル』39（8）,815-23.

濱嶋　朗・竹内郁郎・石川晃弘（2005)『社会学小辞典』有斐閣.

猪飼周平（2016）「特集：ケアの社会政策 ケアの社会政策への理論的前提」『社会保障研究』1(1),38-56.

岩崎清隆（2011）「老年期の特徴と意義」花熊　曉・吉松靖文 『標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野 人間発達学』医学書院,336-347.

鎌倉矩子（2013)『作業療法の世界　第２版　作業療法を知りたい・考えたい人のために』三輪書店.

厚生労働省（2011）「健康寿命を延ばすための Smart Life Project（スマート ライフ プロジェクト）を開始」（https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000012r37.html, 2018.9.8）.

厚生労働省（2014）「これからの介護予防」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000044834.pdf#search=%27%E3%81%93%E3%82%8C%E3%81%8B%E3%82%89%E3%81%AE%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BA%88%E9%98%B2%27, 2018.8.14）.

倉本智明（2007）「あとがき」石川准編 『障害学の主張』明石書店,281－286.

児島亜紀子編（2015)『社会福祉実践における主体性を尊重した対等な関わりは可能か-利用者-援助者関係を考える-』ミネルヴァ書房.

増井幸恵（2016)「老年医学の展望　老年的超越」『日本老年医学会雑誌』53, 210－214.

松原洋子・市野川容孝（2000）「病と健康のテクノロジー」『現代思想』28（10）,76-96.

松房利憲編（2010）「Ⅲ社会制度」小川恵子編 『標準作業療法学　専門分野　高齢期作業療法学 第２版』医学書院,36-39.

松繁卓哉（2010）『「患者中心の医療」という言説－患者の「知」の社会学』立教大学出版会.
三島亜紀子（2008）「学会シンポジウム２『障害学とソーシャルワーク』障害学会第 5 回大会」（http://www.jsds.org/jsds2008/2008html/s_mishima.htm, 2018.8.13）.
三井さよ（2018）「上田敏をちゃんと読もう！－社会モデルとは何だったのか」『支援』8，246－67.
村井千賀（2004）「特集 訪問作業療法の役割と効果 訪問作業療法の役割と効果」『作業療法ジャーナル』38（4），252-57.
村井千賀（2013）「特集 実践！生活行為向上マネジメント 生活行為向上マネジメントとは」『作業療法ジャーナル』47（5），390-95.
村井千賀（2014）「生活行為向上マネジメントとは」日本作業療法士協会監修 岩瀬義昭・大庭潤平・村井千賀・吉川ひろみ編 『“作業”の捉え方と評価・支援技術-生活行為の自律に向けたマネジメント』医歯薬出版株式会社,28-44.
日本作業療法士協会編（2013）『作業療法ガイドライン 2012 年度版』日本作業療法士協会.
日本作業療法士協会（2018）「作業療法の定義」（http://www.jaot.or.jp/about/definition.html, 2018.8.6）.
大平陽子・吉岡英章・村田和香（2005）「特集 在宅生活支援の展開 【実践報告】 デイケア・デイサービスにおける在宅生活支援 必要とされる作業療法士になるために」『作業療法ジャーナル』39（1），29-33.
大内尉義（2014）「老化と老年病の考え方」『標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野 老年学 第 4 版』医学書院,7-13.
坂上真理（2008a）「Ⅲ. 社会制度：保健・医療・福祉制度」村田和香編『作業療法学全書改訂第 3 版 第 7 巻 作業治療学 4 老年期』協同医書出版社,27-33.
坂上真理（2008b）「Ⅱ. 生活機能遂行要素：老化」村田和香編『作業療法学全書改訂第 3 版 第 7 巻 作業治療学 4 老年期』協同医書出版社,43-50.
Stewart, M.（1995）Patient-centered medicine, Sage Publications.（＝2002, 山本和利訳『患者中心の医療』診断と治療社.）
杉野昭博（2007）『障害学 理論形成と射程』東京大学出版会.
立岩真也(2018)『不如意の身体-病障害とある社会』青土社.
友枝敏雄（2002）「規範の社会学（1）」『人間科学共生社会学』2,109-24.
坪井章雄・木村明彦・新井光男（1998）「高齢障害者におけるレクリエーションの参加頻度と知的機能・ADL 能力との関係-HDS－R, FIM を用いて-（第 2 報）」『作業療法』17（5），403-8.
上田 敏（2011）『リハビリテーションを考える』青木書店.
Zola，I．K．（1982）Social and Cultural Disincentives to Independent Living, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,63,394-7.