NIVR

調査研究報告書
No.140

職業リハビリテーション場面における
自己理解を促進するための支援に関する研究

2018年3月
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者職業総合センター
NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

執筆担当

〈執筆担当〉

概要		前原　和明　障害者職業総合センター研究員
第１章		前原　和明　障害者職業総合センター研究員
第２章		前原　和明　障害者職業総合センター研究員
第３章		前原　和明　障害者職業総合センター研究員
第４章	１～２	前原　和明　障害者職業総合センター研究員
	２（１）	縄岡　好晴　千葉県発達障害者支援センター　主任
	２（２）	織田　靖史　玉野総合医療福祉専門学校　専任教員
	２（３）	松浦　隆信　鹿児島大学大学院　准教授
	２（４）	新倉　正之　青山会関内クリニック　就労支援員
		・櫻井　照美　青山会関内クリニック　就労支援員
	２（５）	野﨑　智仁　国際医療福祉大学　助教
	２（６）	清水　浩　山形県立米沢女子短期大学　教授
	３～４	前原　和明　障害者職業総合センター研究員
第５章		前原　和明　障害者職業総合センター研究員
第６章	１	前原　和明　障害者職業総合センター研究員
	２	岡　耕平　滋慶医療科学大学院大学　准教授
	３～４	前原　和明　障害者職業総合センター研究員

研究担当者

本研究は、障害者職業総合センター障害者支援部門で担当した。

研究担当者・研究担当時の職名、担当した年次は下記のとおりである。

前原　和明	障害者支援部門　上席研究員	（平成 28～29 年度）
戸ヶ崎　文泰	障害者支援部門　統括研究員	（平成 29 年度）

1　職業リハビリテーションにおける自己理解について

本調査研究では、職リハにおける自己理解を促進するために行われる支援について調査を行った。本調査研究では、４つの調査を通して、職リハにおける「自己理解の支援」について多角的にアプローチしてきた。

本調査研究で整理された職リハにおける「自己理解の支援」の要点は以下の通りである。

- 職リハにおける「自己理解の支援」は、支援対象者の機会の不足により自らの障害理解が困難な場合に提供される。
- 支援者は、「自己理解の支援」を提供することで、就業支援の提供に向けた準備及び資料等作りをすることができ、就業支援において有効に機能する。
- 「自己理解の支援」は、実践上、障害毎に異なる介入の観点とアプローチで提供をされている。
- 「自己理解の支援」の提供に向けては、職リハにおける支援経験と共に、支援を提供するためのプログラムや制度があることが有効に機能する。そのため、支援経験を補完するための研修等や機関間の連携が有効である。
- 支援対象者は、就業経験が無いことでの不安や就業に向けての課題整理の困難さを感じており、「自己理解の支援」を受けることにより、その不安及び困難さを解消することができる可能性がある。
- 「自己理解の支援」においては、支援対象者の認識変更に係る心理的側面の機微に配慮することが必要である。

本調査研究の研究目的は、「（１）自己理解の支援の実態を明らかにする」、「（２）職リハにおける自己理解の支援の具体的内容を明らかにする」、「（３）職リハの実践場面における自己理解の支援の視点を提示する」の３つであった。上記の要点からは、自己理解の実態が明確化に基づき支援の具体的な内容が整理されることを通して、支援を提供するための視点が明らかになった。よって、本調査研究の研究目的は達成できたと判断できる。

その上で、次に、本調査研究報告の総括に向けて、調査１で関連概念として整理した「障害受容」との関係について文献レビューを通して考察する。改めてここで考察する意味とは、この「障害受容」という概念が「自己理解」という概念を理解する上で重要な概念であると考えられるからである。

2　職業リハビリテーションにおける「障害受容」にまつわる問題

「自己理解」や「障害受容」という言葉は、職リハが効果を上げるための必須要件であり、自己理解や障害受容ができていなければ、就労におけるスキルアップが図れないという認識が職リハの領域において当たり前のこととして受け入れられているように思われる。この図式は今後の職リハにおいても引き継がれていくのだろうか。ここでは、本調査研究を総括するために、職リハにおける障害受容の扱われ方についてこれまでの研究をレビューしながら批判的に論じ、今後の職リハにおける障害受容や自己理解の「支援の方向性」について検討する。

（１）障害受容研究の理論的展開

障害受容は医療及び機能回復リハビリテーションの領域、特に中途の身体障害において研究されはじめ、理論的

に展開されてきた。この辺りの背景については本田・南雲、(1992) が詳細にレビューしている。障害受容の重要性を最初に主張したのは Grayson,M.である。Grayson,M. (1950) は障害受容という概念を整理し、身体・社会・心理の 3 側面から個人の障害受容を捉える必要性があることを指摘した。

Dembo,T.,Leviton,G.L. & Wright,B.A. (1956) はさらに、個人が障害受容に至るには、障害によって生じた個人的な喪失と社会的な喪失を受容するための価値観の転換が必要だと主張した。また、Wright,B.A. (1960) はこの主張を発展させ、価値観の転換を次に示す 4 つの要素に整理した。①価値観の対象範囲を拡大すること、②身体面よりも人格面の価値を重視すること、③ (他者との) 比較価値よりも (自己の) 資産価値について考えること、④ (能力) 障害による様々な影響を抑制すること、の 4 つである。Dembo,T.らや Wright,B.A.のように、個人の価値観の転換により障害受容に至るという考え方は「価値転換論」と呼ばれる。

価値転換論登場の後には、このような価値転換が生じるプロセスが研究の対象となっていく。Cohn,N. (1962) は受容のプロセスとして、①ショック (これは私ではない)、②回復への期待 (私は病気だけどいずれ良くなる)、③悲嘆 (私は全て失ってしまった)、④防衛：パターン A“健康” (それでも私は生きていく)、パターン B“神経症” (障害による影響の全てを拒絶)、⑤適応 (これまでとは違うけど、悪いことじゃない)、という 5 つの段階を経ると主張した。このように特定のステージを経て障害の受容に至るという考え方は「段階理論 (あるいはステージ理論)」と呼ばれる。Fink,S.L. (1967) は Cohn,N.とは異なる段階理論を提唱している。①ショック、②防衛的退行 (現実の否認と逃避) 、③現実の認知、④順応、という 4 つの段階を経て人間は「危機的状況から脱出しようとする」とする主張である。

このような受容の段階理論とは別に、受容の程度を評価しようとする研究もある。Linkowski,D.C. (1971) は Dembo,T.らの価値転換論を踏まえ、受容の程度を測定するための尺度を作成した。この受容の程度評価の考え方は障害に起因するネガティブな影響へのコーピング方法の研究(どのようなコーピングによって受容の程度がどのように変化するか) へと発展していく (e.g. Felton,B.J. & Revenson,T.A., 1984) 。他にも研究として派生したのは、受容の援助法に関する研究である。Livneh,H. (1980) は、先行知見を整理し、障害受容の段階に応じたカウンセリングテクニックの方法について検討している。日本においては価値転換論や段階論の知見を踏まえ、古牧 (1977) により障害受容の援助法について検討が始められた。

日本のリハビリテーションに大きな影響を与えたのが上田 (1980) である。上田は Dembo,T.や Wright,B.A.の価値転換論を踏まえ、Kübler-Ross,E. (1969) の死の受容モデルを取り入れた 5 段階の受容モデルを提唱した。上田は、①ショック、②否認、③混乱、④解決への努力、⑤受容、の 5 段階を経て「あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観の転換であり、障害を持つことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずる」と主張した。

本田・南雲 (1992) は段階的な受容という考え方の妥当性に疑義を主張しつつ、現実的な治療／リハビリプログラムとこれまでの障害受容研究の知見との整合性を考慮し、①impairment の回復を課題とした「病人」としての役割の時期、②disability の克服を課題とした「過渡期」としての役割、③handicap としての社会への統合を課題とした「障害者」としての役割、といった段階を経るというモデルを提唱している。受容には段階がある、という段階理論の考え方と、機能を少しずつ回復させていくというリハビリテーションは相性が良いために、段階理論への批判が生じつつもそれを全否定することが難しいのであろうと考えられる。しかしながら、研究レベルにおいて段階理論への批判は進んでいく。Yoshida,K.K. (1993) は脊髄損傷患者へのインタビューを元に、彼らの事故後のアイデンティティーの再構築が、① (脊髄損傷) 以前の自己、②過剰に正常化されたアイデンティティー、③「障害者」としての自己、④ 一つの側面として障害者である自己、と振り子のようにアイデンティティーが揺れ動き、最終的に⑤中間地点としての自己、に落ち着くという「振り子理論」を提唱している。また、中田 (1995) は障害の受容が一方向に段階的に進むというものではなく、行きつ戻りつを繰り返しながら螺旋状に段階を登ると

いう考え方を提示している。田島（2007a・2007b）は視覚障害者を対象にしたインタビューで、一度肯定的な自己像が形成された後にも、スティグマ経験の記憶が喚起される状況では自己の否定感や羞恥感情が再度生じるという事例を報告している。このように、障害受容における段階という考え方は、妥当性が保証されているわけではなく、治療や支援に携わる他者からの関わりを位置付けやすいという意味で広く受け入れられた側面がある。

障害受容における価値転換論や段階理論に対する批判はほかにもある。南雲（2002）は従来の障害受容に関する理論が個人に偏りすぎていると批判している。南雲は障害受容には「自分の中から生じる苦しみ」と「他者から負わせられる苦しみ」があると主張し、後者をとり除く「社会受容」という考え方の必要性を主張した。社会が個人の障害受容に影響を与えるということについては、Li,L.& Moor,D.（1998）が1266名を対象とした大規模調査によって明らかにしている。Li,L. & Moor,D.によると、家族や友人からの情動的な支援が障害受容に対してポジティブな影響を与える。ほかにもPhelan.J.C.，Link,B.G.，Stueve,A. & Pescosolido,B.A.（2000）は、1950年と1996年に行われた2回の調査結果を用いて、社会における精神疾患の取り扱われ方を比較し、社会的な受容が個人的な受容を促進することを主張している。また、柏倉・南雲（2003）は事例研究により、家族よりもむしろピア・コミュニティーとの関わりが個人の自己受容を促進させることを示している。周囲が個人をどのように受け止め、支援するかということが個人の価値変換に重要ということであろう。

障害受容に関する研究は、これらのように個人内における価値観の転換から、社会が個人の価値観の転換に及ぼす影響とその要因について検討されるようになってゆく。この流れの中で、障害受容とソーシャル・サポートや生活の質（Quality of Life: QOL）のような要因を検討する研究が増えていく。Kravetz,S.，Faust,M. & David,M.(2000)は、精神障害における病名（ラベル）の受容とQOLの関係について検討している。Livneh,H.（2001）は、慢性疾患や障害への適応に関するこれまでの研究をレビューし、適応に至るための要件を、①トリガーとなるイベントのような先行要件、②適応に関する心理社会的プロセスやそのプロセスに影響する文脈的要件、③適応のアウトカムとしての要件、の3つの側面からカテゴライズしている。社会が個人に及ぼす要因を研究する分野で最もポピュラーなものは社会心理学であろう。例えば先に紹介したLi,L. & Moor,D.の研究は社会心理学の研究論文である。1998年、当時のアメリカ心理学会の会長であったSeligman,M.（1998）の呼びかけにより、社会心理学の分野の中にポジティブ心理学という領域が登場した。ポジティブ心理学の領域では、個人の人生をより豊かにするための研究が多くなされている。Livneh,H. & Martz,E.（2016）は、ポジティブ心理学の知見とこれまでのリハビリテーション及び職リハやカウンセリング領域における慢性疾患患者の心理社会的な適応に関する知見の整合を図り、概念や臨床的類似点を整理している。

このように障害受容について、個人の人生においてどのようなポジティブな効果をもたらすか、という視点の研究が増えてきたのと同じような時期に、障害のある当事者自身の観点から障害に対する価値観の変容がどのように行われてきたかというナラティブな研究も増えてくる。価値変換論においては、個人の価値観の変換が他者あるいは社会からの価値観によって整理されてきたように思われるが、それに対して当事者から見た自身の価値観の変換が重視されるようになってきたということであろう。Ridgway,P.（2001）は精神障害のある人が自身の回復過程について語った文献25名分を再分析し、その共通点について整理している。Mizock,L.，Russinova,Z.& Millner,U.C.（2014）は30名の精神疾患のある患者に対してインタビューを実施し、疾患の受容の構成要素をグラウンデッド・セオリーの手法を用いて分析している。そして受容の構造が、①アイデンティティー要素、②認知的要素、③情動的要素、④行動的要素、⑤他者との関係性の要素、から成り立つことを示した。また、田垣（2014）はライフストーリー分析の手法を用いて、中途肢体障害者10名における障害の捉え方に関する10年間を経ての長期的な変化の様子を報告している。松本（2001）のように、障害のある自らについて、当事者の立場から受容という概念の問題について整理した研究も存在する。このような知見は従来の価値転換論や段階理論での研究知見とは異なった、個人内での価値変容の要素について明らかにしている。

（2）職リハにおける自己理解および障害受容の位置付け

阿部（1988）は職リハによって社会復帰した人のケーススタディを報告しており、そこでは「自己の能力の客観的把握と、自己の障害を含めた受容ができていなかった」対象者が、指導により「自己受容」を経て、職業生活に適応していくプロセスが示されている。山田（1995）は、自己理解を「個人が自分の能力、性格・行動特徴と置かれた社会的状況を現実的に認知し受容すること」と定義し、職業指導における自己理解を深めることの重要性を指摘している。また、リハリビテーションの領域においてもWright,B.A.（1983）は、障害に主体的に対処していこうとする姿勢を持つ人は機能障害への医学的介入の効果やその訓練意欲が高くなり、新たな能力の開発も促進されたりする、と述べている。また、そのような姿勢の者は新たな価値観をもつようになったり現状の物の見方を変えたりするようになる、とも述べている。

上記の知見を踏まえると、職リハに自己理解や障害受容が必要であることは明らかに思えるが、一方でそのような自己を受容することの価値が他者によって押し付けられたものである可能性も指摘されている。田島（2006）は、リハビリテーションの領域において、障害受容という言葉は、支援がうまくいっていない状況下で支援者側から被支援者に「障害受容ができていない」というネガティブな評価がなされる際に用いられるということを指摘している。また、田島（2008）はリハビリテーションにおいて現場のセラピストたちの間で、障害受容という言葉に違和感をもって「障害受容」という言葉の使用を避けようとする動きがあることを報告している。田島はこの問題の背景としてリハビリテーションの手続きにおける構造的な問題を指摘している。リハビリテーションには「回復アプローチ」と「代償アプローチ」の 2 種類のアプローチがある。前者はいわゆる医療モデルであり、障害がある状態を異常として、障害のない状態（正常）へと近づけようとするアプローチである。他方、後者は「異常がないこと」に価値を置くのではなく、（多くの人とは別の方法でも良いので）その人にとってできることを見つけていこうとするアプローチである。そして一般的にはリハビリテーションでは、回復アプローチが困難な障害については代償アプローチが採用される。田島によると、この回復アプローチから代償アプローチへの移行が難しい場合に「障害受容ができていない」という表現が使われることが多いとされる。これは職リハにおいても同様であろう。小川（1995）は援助付き雇用の手続きとして、ジョブコーチが用いる 2 つの重要な援助技法を紹介している。ひとつは課題分析に基づくシステマティック・インストラクションである。職務や社会的スキルを指導する際に、課題分析を踏まえて一連の行為を細かなステップに分解し、指示語・ジェスチャー・モデリング・手添えの 4 段階の手法を用いて必要最小限度の援助で指導する。そしてもうひとつの援助技法は代償手段の考案である。機能障害を補う何か別の手続きを考案したり、環境や道具を調整したりする。このシステマティック・インストラクションは回復アプローチ、代償手段の考案は代償アプローチと考えることができる。職リハにおいても、田島の述べた医療領域における障害受容という言葉の使われ方の傾向と同様に、代償アプローチを採用する際には「通常の方法ではできない」ということが前提となってしまう。ゆえに、サービスの利用者は「（職場の求める）多くの人ができることができないために、それを認め受け入れて代償手段を用いてできるようにした上で、そのできることのレベルを上げていく」というストーリー上に嫌が応なく乗せられてしまう。

この種の現実的な問題があるとして、できないこと（即ち能力障害）を「受容する」ことが支援を受けるための必要条件なのだろうか。できないことがあったとしても、その受容を必要条件とせずに、ただできるようにする方法があれば良いのではないだろうか。そう考えると必要なのは障害の受容ではなく「自身の遂行困難なことを遂行可能にする方法の習得」であろう。この習得に受容が必要なのだという話になればそれは循環論になってしまう。「受容」を前提としない方法で自らを代償アプローチにつなげる方法を検討する必要があるだろう。

（3）障害受容へのこれからのアプローチ

現在の社会において「受容」というものが外部からの圧力によって必要とされている傾向が強すぎると考えられる。受容が必要ないのか、と尋ねられればそれもまた違うように思う。しかし、職リハの領域においては、何のために誰のために受容というものが必要なのかということについては考えられる機会が少なすぎると感じている。臨床の場で多くの障害のある人たちと関わる中で、南雲（2002）のいうように受容の背景には「自分の中から生じる苦しみ」と「他者から負わせられる苦しみ」があるように感じる。南雲は特に後者を取り上げ、それを取り除く社会受容の必要性を強調したが、前者においても対策が必要だと考えている。自分の中から生じる苦しみというものには「自分自身がなぜ今このような状況にいるのか（なぜこうなってしまったのか）わからない」というものと「自分自身がどのようにこの状況を捉えていけばいいのか（どのように行動していけばよいのか）わからない」というものがあるように思われる。このような問題の解決に必要なのは障害の受容ではなく「自分との付き合い方を身につけること」だと考えられる。そして、その解決の糸口を見つけるアプローチとして「当事者研究」のアプローチが参考になるのではないかと考えられる。

当事者研究は北海道浦河町にある精神障害等をかかえた当事者の地域活動拠点「べてるの家」で2001年に始められた。当事者研究は科学的手法を用いた研究法というよりはむしろ、科学的研究手法の枠組みを利用した自己理解のための活動という方が適切であろう。当事者研究は活動であるために定まった手続きはない。べてるの家で当事者研究を立ち上げた中心人物である向谷地（2005）はそのエッセンスとして、次の5つを提示している（向谷地の文意を変えていないと考えられる範囲で文章を改変）。①〈問題〉と人との切り離し作業：「爆発を繰り返す〇〇さん」を「爆発を止めたいと思っても止まらない苦労を抱えている〇〇さん」という理解に変える、②自己病名をつける：医学的な病名でなく自らの抱えている苦労の意味や状況を反映した「病名」を自分でつけることで苦労を自分のものにする、③苦労のパターン・プロセス・構造の解明：症状の起こり方や引き起こされる行為には必ず反復の構造がある。それを仲間と共に話し合いながら明らかにし、視覚化することで〈問題〉の「可能性」や「意味」を共有する、④自分の助け方や守り方の具体的な方法を考え、場面をつくり練習する：仲間の力を借りるにしても、あくまで自分で対応できるようにする、⑤結果の検証：結果を踏まえて方法を改良し、仲間とアイデアやノウハウを共有することで次に繋げる。当事者研究の進め方に上記エッセンス以上の特定の方法はないが、進める際の考え方や注意点などについては綾屋（2017）がまとめたものがあり、大変詳しい。当事者研究は当事者の体験談のまとめではない。従来のライフストーリーやグラウンデッド・セオリー・アプローチのようなナラティブへのアプローチは、研究者の考える枠組みの中で、当事者の語りを分析の対象として、研究者が抽象化するというものであった。一方当事者研究は、本人が主体的に分析を実施するということと、抽象化だけではなくそのプロセスとその可視化作業そのものとに大きな意義がある。これは一種の現象学だと考えることができる。池田（2013）はこのような当事者研究のアプローチについて「障害や困難の当事者による現象学の実践である、と言いたくなる」と述べている。

近年、当事者研究の活動は特に当事者の間で評価され、広がりを見せている。熊谷（2017）は、当事者研究が必要だった背景として「状況の複雑さと特異さを前にして、圧倒的に、それを表現し、わかち合うための『言葉と語り』が足りていなかった」ことを指摘している。発達障害の当事者である綾屋と脳性麻痺の当事者である熊谷の二人は著書の中で、医学的な診断によって与えられるラベルでは自分の体験している困難が表現できないという問題を指摘し、自らがその困難を言葉で表現できるようになることで自身を取り巻いてきたこれまでの現象とその理由を理解し、対処できるようになることを述べている（綾屋・熊谷、2010）。翻って職リハについて考えたとき、既に述べたようにそこで必要なものが「自身の遂行困難なことを遂行可能にする方法の習得」だとするのであれば、職リハにおいても利用者の当事者研究を支援するようなアプローチが必要ではないだろうか。従来これは職リハにおけるカウンセリングの領域で行われてきたのかもしれないが、それはあくまでここに紹介した当事者研究のアプ

ローチではなかったはずである。当事者研究の手法は「当事者」のみしか携われないという制限のあるものではない。これからの職リハでは、自己理解や障害受容をするための援助や支援を目指すのではなく、本人の職業生活や作業遂行上の困難について「なぜそのようになっているのか」を本人の納得できるレベルで本人が導き出せるよう、そしてその困難との付き合い方を本人が見出せるように援助する、というアプローチが重要になるだろうと考えられる。

3　まとめと今後の課題

本調査報告により、職リハにおける自己理解の支援のあり方について検討すると共に、障害受容との接点についても検討することができた。よって、職リハで未整理のままに残されてきたこの支援についての一定の整理ができたと考える。支援対象者の成長を支援するためにどのような支援が必要かについては、更なる検討が必要である。その際には、八重田（2001）が指摘するように、「リハビリテーションとは、個人が一度失われた権利・尊厳・健康を自ら回復していく発達プロセスそのもの」であり、自己理解の支援は、リハビリテーションの手段であり、目的ではないことを肝に銘じておく必要があると考えている。

本調査研究で得られた要素が実践現場において了解可能な要素であるのか、また、報告した事例が様々な領域が複合的に存在する職リハ領域において、有用なものとして提供できたのかということについては、実践現場における活用を通して確認していくことが望まれる。この種の応用を通して、本調査研究の成果が、継承され、発展されることを願いたい。

4　文献

（1）　阿部順子：就労挫折ケースの社会復帰に向けての心理的援助過程. 職業リハビリテーション, 2, 57-61. 1988.

（2）　Cohn, N. : Understanding the process of adjustment to disability. Journal of Rehabilitation, 27, 16-18. 1961.

（3）　Dembo, T. , Leviton,G.L. , and Wright,B.A. : Adjustment to misfortune -a problem of social-psychological rehabilitation. Artificial Limbs, 3, 4-62. 1956.

（4）　Felton, B.J. and Revenson, T.A. : Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(3), 343-353. 1984.

（5）　Fink,S.L. : Crisis and motivation: a theoretical model. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 48(11), 592-597. 1967.

（6）　Grayson,M. : The Concept of "Acceptance" in Physical Rehabilitation. The Military Surgeon, 107(3), 221-226. 1950.

（7）　本田哲三・南雲直二：障害の「受容過程」について. 総合リハビリテーション, 20(3), 195-200. 1992.

（8）　池田　喬：第３章 研究とは何か，当事者とは誰か—当事者研究と現象学. 石原孝二（編）当事者研究の研究（pp. 114-148），医学書院. 2013.

（9）　柏倉秀克・南雲直二：自己受容と他者の相互作用（ズレ）の関連—視覚障害事例を通して. 総合リハビ

リテーション，31(9)，837-842．2003.
（１０）古牧節子：障害受容の過程と援助法．理学療法と作業療法，11(10)，721-726．1977.
（１１）Kravetz,S.，Faust,M.，& David, M.： Accepting the mental illness label，perceived control over the illness，and quality of life. Psychiatric Rehabilitation Journal，23(4)，323-332．2000.
（１２）Kübler-Ross,E.：On Death and Dying，Touchstone: New York．1969.
（１３）熊谷晋一郎：みんなの当事者研究．熊谷晋一郎（編）臨床心理学増刊第９号「みんなの当事者研究」(pp. 2-9)，金剛出版．2017.
（１４）Li,L. and Moor,D.：Acceptance of disability and its correlates. The Journal of Social Psychology, 138(1)，13-25．1998.
（１５）Linkowski,D.C.：A scale to measure acceptance of disability. Rehabilitation Counseling Bulletin, 14(4)，236-244．1971.
（１６）Livneh,H.：The process of adjustment to disability: feelings，behaviors，and counseling strategies. Psychological Rehabilitation Journal，4(2)，26-35．1980.
（１７）Livneh,H.：Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a conceptual framework. Rehabilitation Counseling Bulletin，44(3)，151-160．2001.
（１８）Livneh,H. and Martz,E.：Psychosocial adaptation to disability within the context of positive psychology: philosophical aspects and historical roots. Journal of Occupational Rehabilitation，26, 13-19．2016.
（１９）松本　学：受容とは何か—当事者である研究者の視点から．看護学雑誌，65(6)，541-545．2001.
（２０）Mizock,L.，Russinova,Z. and Millner,U.C.：Acceptance of mental illness: core components of multifaceted construct. Psychological Services，11(1)，97-104．2014.
（２１）向谷地生良：序にかえて—「当事者研究」とは何か．浦河べてるの家（著）べてるの家の「当事者研究」(pp. 3-5)，医学書院．2005.
（２２）南雲直二：社会受容—障害受容の本質．荘道社　2002
（２３）中田洋次郎：親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀．早稲田心理学年報，27, 83-92．1995.
（２４）小川　浩：米国における脳外傷者の職業リハビリテーションと援助付き雇用．職業リハビリテーション，8，30-36．1995.
（２５）Phelan,J.C.，Link,B.G.，Stueve,A. and Pescosolido,B.A.：Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? Journal of Health and Social Behavior, 41(2)，188-207．2000.
（２６）Ridgway,P.：Restorying psychiatric disability: leaning from first person recovery narratives. Psychiatric Rehabilitation Journal，24(4)，335-343．2001.
（２７）綾屋紗月・熊谷晋一郎：つながりの作法—同じでもなく違うでもなく，NHK 出版．2010
（２８）綾屋紗月：当事者研究をはじめよう！当事者研究のやり方研究．熊谷晋一郎（編）臨床心理学増刊第９号「みんなの当事者研究」(pp. 74-99)，金剛出版．2017.
（２９）Seligman,M.：What is the good life? Monitor on Psychology，29(10)，2．1998.
（３０）田垣正晋：脊髄損傷者のライフストーリーから見る中途肢体障害者の障害の意味の長期的変化:両価的視点からの検討．発達心理学研究，25(2)，172-182．2014.
（３１）田島明子：リハビリテーション領域における「障害受容」に関する言説・研究の概括．障害学研究，2,

207-233. 2006.
（３２） 田島明子：障害受容再考—障害受容をめぐる問い　事例を通して考える・1—障害受容は一度したら不変か（前）．地域リハビリテーション，2(10)，873-876. 2007a.
（３３） 田島明子：障害受容再考—障害受容をめぐる問い　事例を通して考える・1—障害受容は一度したら不変か（後）．地域リハビリテーション，2(11)，960-962. 2007b.
（３４） 田島明子：障害受容再考—障害受容をめぐる問い　『障害受容』の使用を避けるセラピストたち，地域リハビリテーション，3(3)，282-285. 2008.
（３５） 田島明子：障害受容再考—「障害受容」から「障害との自由」へ．三輪書店　2009
（３６） 上田敏：障害の受容—その本質と諸段階について．総合リハビリテーション，8(7)，515-521. 1980.
（３７） Wright,B.A. : Physical disability: A psychosocial approach. New York, Harper & Row. 1960.
（３８） Wright,B.A. : Physical disability (2nd edition): A psychosocial approach. Harper: New York. 1983.
（３９） 八重田　淳：リハビリテーションの哲学．法律文化社　2001
（４０） 山田純子：軽度知的障害者に対する自己理解援助のプログラム．職業リハビリテーション，8，1-7. 1995.
（４１） Yoshida,K.K.. Reshaping of self: a pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. Sociology of Health and Illness, 15(2), 217-245. 1993.