

Title	リハビリテーション看護の流れと今後の方向性
Author(s)	奥宮, 暁子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2002, 8(1), p. 4-11
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56889
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

リハビリテーション看護の流れと今後の方向性

奥宮 暁子

Scope and History of Rehabilitation Nursing

Okumiya,A.

はじめに

医療技術の発展や公衆衛生状況の改善などで、救命率は高くなり平均寿命も延びたが、疾患や障害を持って生活する人の割合は増加し、また高齢化によって日常生活において不自由さを感じながら生活している人も多くなっている。看護の対象も病院のような施設だけでなく地域や在宅で生活する人が増え、医療職も医療と福祉あるいは介護と看護の連携など他部門の人とも関わっていくことが重要になって来ている。リハビリテーション医療は他職種との連携が医療の中でも進んでいると考えられるが、看護職の中でもリハビリテーションに関する理解が充分でないことが時としてある。我が国におけるリハビリテーション看護の歴史はまだ浅いが、その流れを看護関係文献や研究からたどる。また、2001年に改訂された新しい障害分類や米国のリハビリテーション看護を紹介し、これからの方向性を探る。

1 我が国におけるリハビリテーション看護の流れ

第二次大戦が終了した1945(昭和20)年8月から我が国の全ての制度や体制は、GHQの指導により見直された。看護においても例外ではなくそれまでの看護制度が見直され1948(昭和23)年に保健婦助産婦看護婦法が制定された。1951(昭和26)年には新しい保助看法に基づく保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則で、新制度の看護基礎教育が始まった。また、戦後の日本には急速な勢いで米国の医学や看護が紹介されたが、米国で第二次大戦中に、傷痍軍人の社会復帰を目指してラスク博士が中心となり開発され、体系化された近代的なりハビリテ-

ーション医学の理念やリハビリテーション看護もその例外ではなかった。1952(昭和27)年の雑誌「看護」4巻4号には、米国の雑誌「American Journal of Nursing」49巻6号、1949に掲載されたAlice B. Morrisyの「Rehabilitation care for Patients」を、牛場みわが翻訳し、『Care of the Patient 肢體不自由者の看護』というタイトルで紹介している。著者のMorrisyは、当時前述のリハビリテーションの父といわれたニューヨーク市ベルビュー病院リハビリテーション科長ラスク博士の下で看護主任をしていた。この論文の翻訳にあたって牛場は、rehabilitation centerを「肢體不自由者療養兼物理療科」、rehabilitation nursingを「療養看護」と訳し、邦題には原題にあった「rehabilitaion」を入れず「Care of the Patient」と改題した。これは、リハビリテーションという用語が、当時の医療界や看護界でもなじみが薄く一般的でなかったことを示している。米国のリハビリテーション看護の紹介の前にも、リハビリテーションの理念に基づいた日本人の記事がある。1950(昭和25)年に、国立東京第一病院(現国立国際医療センター)の整形外科の堤直温医師による『脊髄性小児麻痺の話』が、「看護」2巻7号に掲載され、この論文に続き、同病院附属看護学院の渡邊なつ子が『脊髄小児麻痺の看護法』を著した。更に堤医師は、同年9号の「看護」の『肢體不自由児の療育』の論文中で、身体面だけでなく精神面の援助についてナースの役割の重要性を述べている。1955(昭和30)年の日本看護協会第5回総会では、「リハビリテーション」のテーマでのシンポジウムが初めて開かれ、その詳細が1956(昭和31)年の「看護」7巻6号に掲載された。これが、日本の看護界で、リハビリテーションという言葉が用いられた最初であると考えられる。また第5回看護学会では、国立山中病院整形外科の橋本みよ子と石田一枝

が『脊椎損傷患者の看護とリハビリテーション』を発表し、翌年の「看護」にその詳細が掲載された。彼女らは医学リハビリテーションに留まらず、教育リハビリテーションや職業リハビリテーションの分野にも目を向け「肢体不自由者の療職には少なくとも整形外科的治療と普通教育及び職能授与の三機関が具備されていることが望ましい」とし、その三機関の連携の実際についても述べている。

1956(昭和31)年の「看護」4号には、日本赤十字病院の医師と看護婦による『脊髄腫瘍による脊髄完全麻痺患者について』の症例報告が掲載されている。この時の著者の一人である遠藤千恵子は、1965(昭和40)年から1年間、米国ニューヨーク大学のリハビリテーションセンターでリハビリテーション看護を学んだ。帰国後、彼女は自らの体験や米国のリハビリテーション看護事情を発表し、リハビリテーション看護・訓練には看護基礎教育に加えて修士課程における高度な専門教育が必要であると主張し、修士課程レベルの教育カリキュラムなどを紹介したが、看護系大学が東京大学と高知女子大の2校だった当時の日本では時期尚早とされ、受け入れられなかった。

1959(昭和34)年の「看護技術」5巻9号に初めてリハビリテーション特集が生まれ、『患者の社会復帰のために』というタイトルで13編の論文が出ているが、結核患者と精神障害者の事例が大半である。『rehabilitation序説』の中で加藤・津田は「病人を社会復帰させるための特別のお世話を我が国ではafter care(後療法)と呼んで来たがrehabilitation serviceと呼びたい」と提案している。看護婦である浅田・古田島(1959)の『リハビリテーションにおける看護婦の役割 一人の子どもの看護を通して』は診断がはっきりしない運動障害の子どもに対する看護過程が述べられている貴重な報告である。彼女らは「リハビリテーションの過程はある特定の患者のみ必要なのではなく、あらゆる疾患、患者、軽症、中等症、重症等様々な状態にある患者すべてにとって必要なものといえる」とリハビリテーションを捉え、開始時期についても「患者が疾患に罹ったときから、あるいは少なくとも急性期を脱し、また疼痛から解放され、生命の危険から脱したときには始められなければならない」と述べている。

またリハビリテーションに関する看護一般書も、Terr.F.J, Principles and Technics of Rehabilitation Nursing(1961)(服部武監訳「リハビリテーション看護」(1966)やHutbhins.N., Lightbourne.H.A., Basic nursing ward procedure manual(1965)(上田敏・遠藤千恵子訳「リハビリテーション看護必携」(1967)などの翻訳書が出たり、日野原重明編「慢性疾患の新しい理解とリハビリテーション看護」(1966)が出版された。

戦後の混乱もおさまり、1960年代には急速に発展する経済や社会情勢の中で医療制度の見なおしが行われ、1961(昭和36)年に「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」が医療制度調査会から厚生大臣に出された。この答申ではリハビリテーションの重要性が述べられ、リハビリテーションに従事する専門職種として理学療法士、作業療法士、言語療法士、難聴療法士、弱視訓練士等の教育、業務の確立、制度化を要請している。これを受けて理学療法士と作業療法士の教育が同年から始まった。更に同じ年に、日本リハビリテーション医学会が発足し、これらによって我が国の医学リハビリテーションの基礎が出来たといえよう。1966(昭和41)年の理学療法士、作業療法士の第1回国家試験には看護婦からも多数受験している。

1970年代には、社会の経済発展と共に人々の生活は豊かになり、国民の生活様式や食生活も西洋化してきた。そのため、がんや心疾患、脳血管障害などの疾患からの機能障害や、交通事故や不慮の事故による中途障害、高齢化社会による老化からの障害などの問題が大きな社会問題となってきた。理学療法士、作業療法士などの養成が始まったことなども影響していると考えられるが、リハビリテーションという言葉が、一般でも用いられるようになり、徐々に社会にも定着していった。理学療法士・作業療法士による訓練から「リハビリテーション=機能訓練」という間違った解釈も生じた。また温泉地などにリハビリテーション病院が出来たことから、一般の人たちには「リハビリテーションは病気の回復の後にゆっくり機能訓練をしてもらうこと」といった誤った認識が生まれている。この時期の看護系雑誌では、1年に1回位の割合でリハビリテーション特集が生まれ、看護学会の研究発表にもリハビリテーションという語が見られるようになった。しかし、「～疾患のリハビリテーション」という題名が示すように、個々の疾患の回復過程の一部分としての機能訓練を中心としたリハビリテーションを取り上げた症例報告が多い。その後しばらくしてから、リハビリテーション促進因子や阻害因子の分析・要因の追究や、心理的側面に関する報告などが徐々に散見されるようになった。

1980年代から、先に述べた疾病構造の変化に加えて予想外の高齢化社会の進行、また医療技術の発展により、複雑な手術による後遺症や機能障害を抱えたり、救命救急時の高い救命率から障害を持ちながら生活する人も増えてきた。さらには病院や施設内看護だけでなく社会復帰や退院後の生活にも目が向けられ、在宅リハビリテーションや地域リハビリテーションが行われるようになって

た。リハビリテーションのゴールも日常生活動作ADL(Activities of Daily Living)の拡大から、生活の質QOL(Quality of Life)が重視されて今日にいたっている。

看護界では、リハビリテーション病院に勤務する看護婦からの実践報告は単発的に行われていたが、系統だったものにはなっていなかった。1980年代後半になって、リハビリテーション看護における臨床経験の長い落合芙美子(当時国立リハビリテーションセンター看護部長)がリハビリテーション看護について積極的に提言するようになった。彼女は初期においては自らの臨床経験からリハビリテーション看護の概念を機能障害を改善することと日常生活動作の確立としていたが、後には生活者としての存在の回復を支援するというように変化してきている。こうした諸情勢の変化の中で、1989年に落合を中心にリハビリテーション看護研究会が漸く発足した。この研究会は1991年にリハビリテーション看護学会に改組し、研修会や学会などの活動を活発に行っている。また1998(平成10)年には野々村典子を中心とする教員と臨床看護婦グループが厚生科学研究補助金を得て「リハビリテーション看護の専門性確立のための看護援助分析」を2年間にわたって行った。2000(平成12)年には国際リハビリテーション看護研究会を発足させ年2回の研修会や海外からのリハビリテーション専門家の招聘などの活動を行っている。

専門看護師や認定看護師の認定が看護協会を中心に行われてきているが、これらの分野にリハビリテーション看護はまだ入っていない。

以上のように、戦後50年余の間に、日本におけるリハビリテーション看護は徐々に発展してきていると考えられるものの、いまだ完全な市民権を得たとは言いがたい現状である。表1は戦後の我が国におけるリハビリテーションおよび看護の推移を挙げた

2 リハビリテーション看護研究を過去10年間の文献の動向から探る

最近のリハビリテーション看護の現状を1989年のリハビリテーション看護研究会発足以後の10年間の看護関係文献から概観してみよう。(図1)

医学中央雑誌(医中誌 CD-ROM1990年~1999年度版)と最新看護索引(1990~1997年度版、日本看護協会)で「リハビリテーション+看護」と「リハビリテーション看護」をキーワードとして、いずれかに該当する文献を発行年毎に整理しテーマや内容により分類・検討した。「リハビリテーション看護」のキーワードは1999年から医学中央雑誌に採用されている。重複の文献は医中誌に含め、最新看護索引からは除外した。しかし、キーワードを「リハビリテーション看護」としたので、それぞれの疾患看護療育のリハビリテーションに関する文献は必ずしも抽出されているとは限らない。

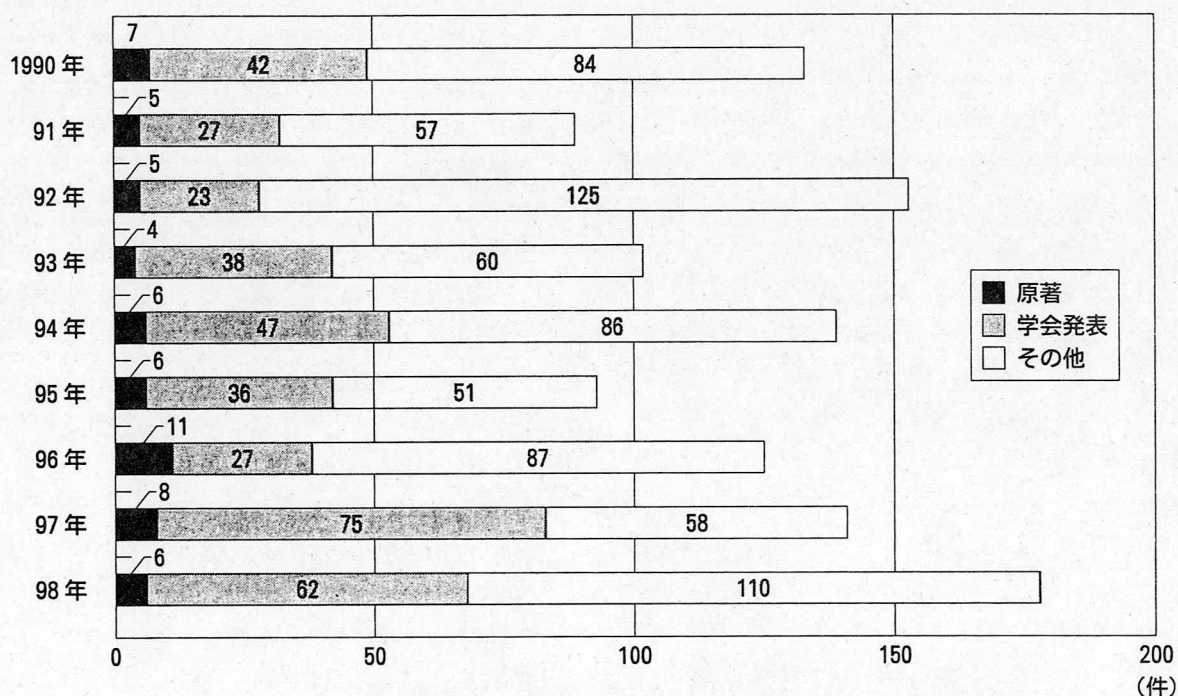


図1 リハビリテーション看護に関する文献数の推移(『医学中央雑誌』+『最新看護索引』)

文献4より

リハビリテーション看護に関する文献数は年々増加傾向にあり、リハビリテーション看護が医療や看護界で一つの専門分野として認知されて来ていると考えられる。これは1998年から医中誌でキーワードにリハビリテーション看護が加わったことから明らかである。文献数が増加している理由は以下のような要因によると考えられる。

(1) 医療の高度化、専門分化によって看護も手術や透析など治療方法別、整形外科、脳神経系、循環器系など系統別、糖尿病看護、がん看護、感染看護、老年看護など対象別に専門分化する傾向が強くなり、学会の設立や雑誌の創刊などが相次いでいる。リハビリテーション看護はそのいずれの分野にもかかわるので非常に幅広くなってきている。

(2) 少子高齢化による、保健医療福祉の見直しなどでリハビリテーションの概念が広がっている。それとともに看護の対象や場が、従来の病院や施設内だけでなく在宅や地域社会などに広がってきて援助内容も拡大している。

(3) 看護職がかかわる場が広がったことに加えて、保健医療福祉の統合で医療やリハビリテーションにかかわる職種も従来のように医療関係者だけでなく、福祉領域の介護福祉士や社会福祉士など関連職種の増加が見られる。このことはこれらの多職種の中で看護の独自性・専門性を再構築し、発揮する必要が生じている。

リハビリテーション看護に関する文献数は増加しているが看護研究という視点から検討した結果、明らかになったことは以下のとおりである。

- ① 文献数は年々増加傾向にあるが、著者には、医者やセラピストが多く、看護婦は具体的な看護実践の報告や解説が殆どで、概念や理論の構築には至っていない。
- ② 文献数としては少ないものの看護介入による量的あるいは質的検討を行う構造的な研究論文もみられる。
- ③ テーマや内容には医療・看護の専門分化やカリキュラム改正、介護保険制度など社会情勢の変化の影響が認められる。
- ④ 報告の対象は、脳神経系や運動器系の障害が多いが、内部障害や感覚器障害・精神障害なども多くなり、看護援助の場は施設・地域内から在宅・地域社会へ広がって来ている。
- ⑤ 単なる看護援助の事例や症例報告ではなくリハビリテーション看護の対象者の状況を客観的な指標で捉えようとしている報告も散見されるようになった。

リハビリテーション看護に関する基礎教育領域での研究はまだ少ない。これはカリキュラムの中にリハビリテーションを標榜する科目がないということもあるが、リハビ

リテーションの概念が看護のそれと共通するところが多く、どの科目にも含まれていると考えられていることもある。看護基礎教育の中でリハビリテーション看護がどのように行われていたのかに関する調査は1976、1985、1996年と約10年ごとに報告されている。これはそれぞれ指定規則が変わり、カリキュラムが異なっている時期にもあたる。母集団となる看護婦養成機関の種類や数が異なっており一概に比較することは難しいが、年を追うごとに、リハビリテーション看護に関して教授している学校数や教員数は増加している。しかしカリキュラムでの位置付けははっきりしていないためか、教育内容も簡単な障害体験学習や視聴覚教材を用いたものや見学などで十分とはいえない。教育研究も講義による学生の障害者に対するイメージの変化や、視聴覚教材や教育方法の工夫による教育効果の報告がわずかに見られる程度である。今後この分野の研究がさらに増えることが重要であると考えられる。臨床看護領域での継続教育については、リハビリテーション専門病院から報告が少数あるに留まっている。以上のように、国内のリハビリテーション看護の文献からはリハビリテーション看護が明確に定義されないまま、具体的な事例に対する援助内容・効果の分析も不十分であることが明らかになった。

3 新しい障害の概念

リハビリテーションの対象となる障害とは一体どのような概念で構成されているのであろうか。我々になじみのある国際障害分類は1980年のWHO障害モデル(ICIDH)であり、「Impairment(機能障害) Disability(能力障害) Handicap(社会的不利)」の3つの次元からなるものであるが、2001年に新しいモデルInternational Classification of Functioning, Disability and Health(国際障害分類)(ICF)に改訂された。

この改訂のポイントは次の4点にまとめられる。(図2)

- ① 1980年版の機能障害偏重(医学モデル)から総合的・学際的なもの(医学・社会の統合モデル)へと変化した。

使用された用語(心身機能・構造、活動、参加)などは肯定的でも否定的もない中立的な用語であり、どのようでも使われる普遍的モデルである。また各次元は因果的でもなく経時的でもなく、それぞれが独立している多次元で成立している。また環境因子や個人因子などの導入は医学モデルと社会モデルの統合である。

- ② ネガティブな視点からポジティブな視点への移行：表現が肯定的なもの(能力障害が「活動」に、社会的

不利が「参加」に変更された。

障害を「～出来ない」「～のような不利がある」等マイナス面にとらえるのではなく、障害があっても「～出来る」「～に参加できる」のようにプラスで考える方向性が示されている。

③ 「環境」を強調し、社会的レベルの障害の分類を詳しくして環境分類も導入した。

環境因子の中には家族形態や、家族としての役割、家族メンバーとして自覚などの家族因子と職場や地域の環境や利用できる社会資源などが含まれる。

今回の国際障害分類の改正における理念は、患者の「問題点」や「できない部分」に着目するよりも、障害を抱えつつも、「出来る部分」や「よいところ」を積極的に見出していく傾向にあると思われる。また近年注目されているQOLの尊重も、その流れにあると考えられる。この新しい障害概念は、看護モデルによく似ているので、より理解されやすく、使いやすいと思われる。

4 リハビリテーション看護の方向性

このような新しい概念に基づいてリハビリテーション看護の今後の方向性を考えてみよう。先に述べたように我が国においてはまだリハビリテーション看護の定義や看護婦の役割がはっきりしていないので、米国のリハビ

リテーション看護協会 Association of Rehabilitation Nurses(ARN)の定義を紹介する。

ARNによるリハビリテーションナースの定義 (1997)

身体的または精神的障害、慢性疾患、老齢化に伴いライフスタイルの変化の必要性に直面した人々がそれに対応し、出来る限りの自立と健康維持をする手助けをする為に必要な専門知識を持ったナース

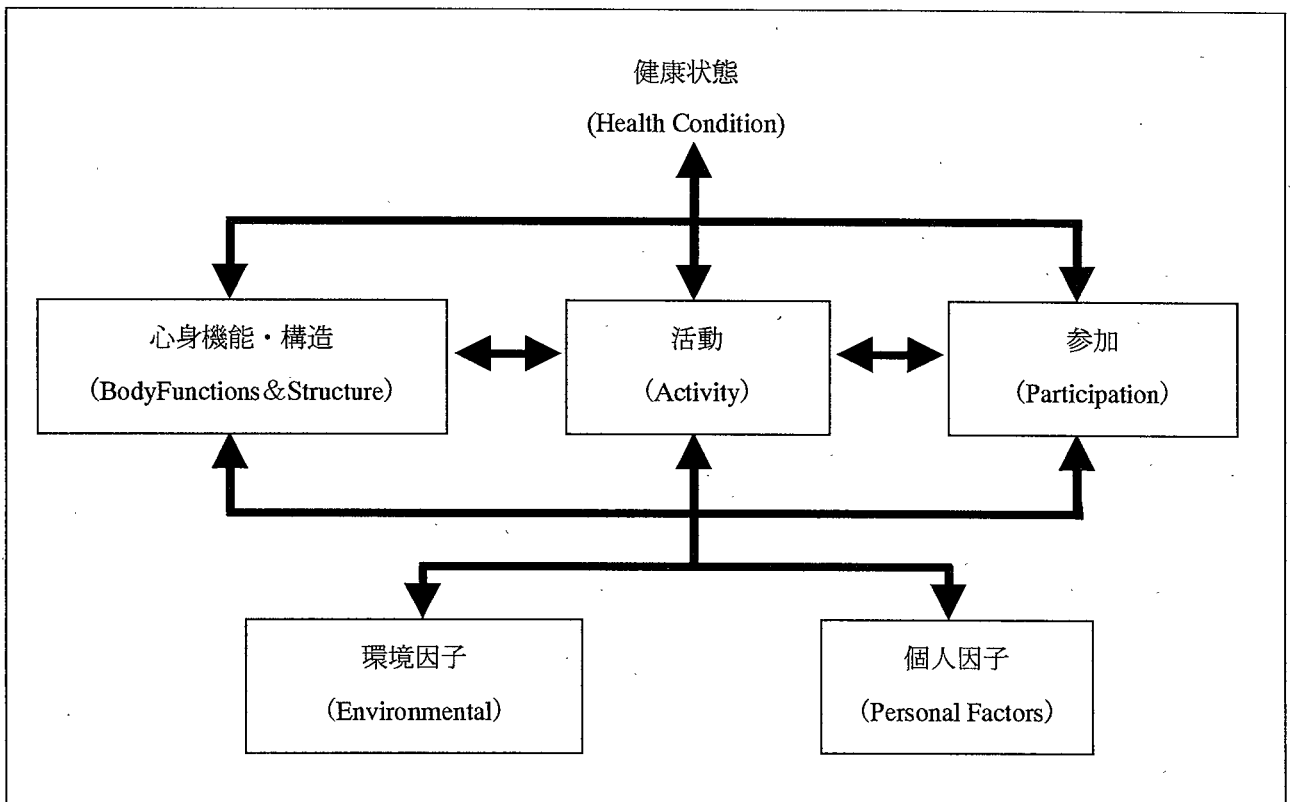
ARNによるリハビリテーション看護の定義 (2000)

リハビリテーション専門看護とは、専門看護の特別な実践領域であり、クライアントの機能的能力とライフスタイルが変化したことに関連した、顕在的あるいは潜在的な健康問題に対する個人や集団の反応を診断し、治療するものである。

ARNによるリハビリテーション看護の目標 (2000)

障害あるいは慢性疾患を持つ人々が、その人にとって最良の健康を回復し、維持し、増進するのを助けることであり、新たな慢性疾患と障害の予防をも含むものである。

上記のような定義の中からもリハビリテーション看護婦の役割として5つ挙げている。すなわち①caregiver (直接的なケア提供者) ②coordinator (コーディネーター) ③



●図II ICFモデル 文献5)

collaborator (協力者, チームプレイヤー) ④ counselor (カウンセラー/教育者) ⑤ client advocate (クライアントの代弁者) である。

このようにリハビリテーション看護の定義や目標をみると、一般的な看護と何ら変りがないと思われるであろう。事実、最新の米国のリハビリテーション看護には、慢性疾患、がん看護、疼痛コントロール、ターミナルケアなども含まれてきて、リハビリテーション看護の範囲は広がってきている。このことは、一般的な看護の中にどれだけリハビリテーション的思考をとり入れた看護がおこなえるかということがポイントとなってくる。すなわち医療の中の看護の対象者としての患者ではなく、社会で生活している人として対象者をとらえることが大切なのである。患者の生活を支えるということ、健康障害によって変化してしまった、また変化せざるを得ない生活をどのようにして建てなおしていくのかを、対象者と共に考え生活の再構築あるいは調整を行うのが看護者の役割であり責任であると思う。

それにはどんな健康障害(疾患)なのか障害があるのか、どこが障害されているのかではなく、その健康障害(疾患)、機能障害が患者の日常生活にどのように影響しているのか、何がどのように不自由なのか、またそのことを患者はどのように受けとめているのかをアセスメントすることが重要である。更に、生活の仕方を再構築し直すことの困難さについてもっと理解を示すことが大切である。生活の仕方すなわち生活習慣は食事や睡眠、活動や休息など毎日の生活を営む上で欠かせないものである。更に価値観や心も持ちかた、心理的ストレスへの対処方法、ストレスを解消軽減するための煙草やアルコールなどの摂取も生活習慣となる。これらのことは無意識に行われていながらその人の癖や傾向を含んでいて、非常に個性に富んでいる。毎日何気なく行っているこれらの生活習慣はその習慣こそがその人を「その人らしく」しているものであり、病気になったり障害を負ったからといって急に変わることはとても難しい。それまでの生活環境や生活習慣によって引き起された健康障害は、治療によって健康を回復したとしても、今までどおりの生活をしていただけではまた健康障害を起こしてしまうだろう。今までの健康習慣を見直し、健康に悪影響を及ぼしている生活習慣を変えていかなければならない。あるいは機能障害によって食事や、排泄、入浴など生活の仕方全体を再構築していかなければならない。私は慢性疾患のように生活習慣を調整し変えていくことを「生活調整」、障害によって新たな生活の仕方を身につけていくことを「生活再構築」と定義している。

障害を負ったことによる生活再構築のためには何が必要になるだろうか？まず現在の状態のアセスメント、これは身体的、心理的、社会的な状況を見ると同時に日常生活をどのように行っているのか？どんなことが変化しているのかを評価することが大切である。次に目標設定であるがこれは医療者側だけでなく、患者や家族の目標を「椅子に座って食事がしたい」というような具体的なレベルで把握しておくことが望ましい。そして、そのためには何をどのようにしたら良いのかを考えていくのであるが、そのときも医療者は何をするのか、患者は何をするのかをはっきりすると患者は自分がしなければならないこと、努力することが見えてくる。看護者は患者の努力やがんばりを認め、揺れ動いている様々な気持ちに添いながらも目標に向かっていくことが必要である。

毎日の看護援助の中で、その人の生活全体、生き方全体を見据えていくこと、その人らしく生きていくために、その人が身につけなければならない知識、技術は何か、そのために看護者が提供しなければならない援助は何かを短期だけでなく長期的に考えて行くことがリハビリテーション看護であると考えられる。

文献

- 1) 佐々木日出男, 奥宮暁子他編(1996). リハビリテーションと看護. 中央法規出版.
- 2) 奥宮暁子(2001). リハビリテーション看護の歴史的分析. 石鍋圭子, 奥宮暁子他編, リハビリテーション専門看護(pp5-19). 医歯薬出版.
- 3) 奥宮暁子(2001). リハビリテーション看護における障害の概念. 石鍋圭子, 野々村典子編, リハビリテーション看護研究1 リハビリテーション看護の新しい視座(pp8-15). 医歯薬出版.
- 4) 奥宮暁子, 宮腰由紀子(2000). リハビリテーション看護に関する研究の動向と今後の課題. 看護研究, 33(4), 281-290.
- 5) World Health Organization(2001). International Classification of Functioning, Disability and Health, Final Draft Full Version, WHO.

表1 リハビリテーション看護の変遷(1945年以降) (奥宮作成) 文献2)

年	国内の出来事、制度など	学会	国外の出来事ほか	リハビリテーション看護
1945 1946				昭和20年代 ●病人や障害者に対して救命を主にした医学と基本的な看護実践
1947 1948	日本国憲法、児童福祉法 保健婦助産婦看護婦法		イギリス：国営医療サービスでリハビリテーション開始	雑誌「看護」1(4)に「肢体不自由者の看護」掲載 雑誌「看護」2(7)「脊髄性小児麻痺の看護法」、同2(7)「肢体不自由児の療育」掲載
1949	身体障害者福祉法			保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則：理学療法15時間等
1950	国立身体障害者更正指導所(後の国立身体障害者センター)、国立聴力言語障害センター、国立視力障害センター			
1951 1952				
1953	国立身体障害者センター、東京大学衛生看護学科設立			
1954			アメリカ：職業リハビリテーション法、イギリス：障害者職業再定着指導教官設置	
1955		第5回に本看護協会：リハビリテーションをテーマにしたシンポジウム		第5回日本看護協会：教育委員会で「リハビリテーション」のシンポジウム開催
1956 1957 1958 1959				昭和30年代 ●リハビリテーション概念：看護では精神科のみ 雑誌「看護技術」にリハビリテーション特集掲載
1960	精神薄弱者福祉法、身体障害者雇用促進法		国際障害者リハビリテーション協会発足	
1961 1962				昭和40年代 ●リハビリテーションチームにおける看護婦独自の役割：自助具の工夫、日常生活改善
1963	医療制度調査会「医療制度全般に対する改善の基本政策に関する答申」→専門職の制度化 国立療養所東京病院にリハビリテーション学院開校	日本リハビリテーション医学会発足		
1964				
1965	理学療法士および作業療法士法			
1966	第1回PT・OT国家試験、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会			
1967 1968				看護教育カリキュラム改正
1969				
1970	心身障害者対策基本法	第1回国際リハビリテーション医学会	アメリカ：Independent Living デンマーク：Normalization	
1971 1972 1973				

年	国内の出来事、制度など	学会	国外の出来事ほか	リハビリテーション看護
1974	獨協医科大学にリハビリテーション医学講座		アメリカ：リハビリテーション看護協会設立	
1975			国連総会決議：「障害者の権利宣言」	
1976	身体障害者雇用促進法改正			昭和 50 年代 ●医学の進歩とともに心理の分野にまでリハビリテーションが波及 ●急性期リハビリテーションの重要性強調
1977		日本学術会議「リハビリテーションに関する教育・研究体制について」	アメリカ：看護協会業務指針「リハビリテーション看護業務基準」	
1978				
1979	国立身体障害者リハビリテーションセンター、国立職業リハビリテーションセンター			
1980		第 14 回リハビリテーション・インターナショナル世界会議「80 年代憲章」-障害者の予防サービス		
1981	国際障害者年		国際障害者年：社会への完全参加と平和障害者に関する世界行動計画	
1982	障害者に関する長期計画		FIM の誕生	
1983	障害者対策推進本部		国連：障害者の 10 年（～1992 年）	
1984				
1985				昭和 60 年代
1986			アメリカ：看護協会業務指針「リハビリテーション看護業務基準」改定	●リハビリテーション看護教育に関する問題提起 ●ジェネラリスト論 vs スペシャリスト論 ●対象拡大、細分化・専門分化
1987	障害者の雇用促進などに関する法律、精神保健法			
1988				
1989		リハビリテーション看護研究会発足		看護教育カリキュラム改正：経過別看護の 1 つとして各教科書にリハビリテーションが組み込まれる。
1990			アメリカ：American with Disability Act(ADA)法	
1991		リハビリテーション看護学会発足		
1992				
1993	診療報酬改定：「リハビリテーション科」、障害者基本法、障害者対策に関する新長期計画（～2002 年）		アジア・太平洋障害者の 10 年（～2002 年）	
1994	医療法改正、地域保健法			
1995	ノーマライゼーション 7 年戦略			
1996		日本在宅ケア学会、日本難病看護学会発足	アメリカ：「リハビリテーション専門看護業務基準」	
1997	介護保険法、総理府：障害者に関する世論調査			看護教育カリキュラム改正：健康の状態に応じた看護にリハビリテーションが入る。
1998				
2000		国際リハビリテーション看護研究会発足	パラリンピック(長野)	