

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： II. 主体性回復を促す周囲のかかわり方

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 disability due to acquired brain injury: II. Interactions with surrounding people that promote recovery of self-leadership. *Jpn J Compr Rehabil Sci* 2019; 10: 50–59.

【目的】脳損傷による中途障害者の長期的な改善につながる主体性の回復を促す周囲のかかわり方をモデル化した。

【方法】当事者、支援者、医療関係者、学者を含めた20名前後で18回の主体性研究会議を行った。脳損傷による中途障害者の「長期にわたる在宅生活での回復」と「主体性」に関するメンバーへの半構造化インタビューを元に、Modified Grounded Theory Approachで質的分析を行った。

【結果】分析ワークシートより生成された周囲のかかわり方の概念16個からモデルを作成した。「信頼関係を構築する」が出発点となり、「適切なレベルの課題を提案する」などの関わりを始め、「できる体験を重ねるためのサポートをする」ことなどで実体験してもらい、「体験を振り返る機会をつくり」、出発点につながるかかわり方のサイクルが形成された。

【結論】主体性回復を促すかかわり方の流れがわかり、共通したアプローチにつながり得るモデルは有用と考えられた。

キーワード：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、主体性

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
2019年5月6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。

はじめに

脳卒中などの中途障害で機能障害、活動制限が残存した場合、長期的な改善には障害のある本人の主体性が重要だと考えられ、医療、介護、福祉の場面で論じられてきている [1-7]。しかし、主体性は測定できず、主体性が回復した際のアウトカムも特定できていない。中途障害者の長期にわたる主体性回復のプロセスの解明には、既知の理解では不十分であり、現症の新たな側面を発見し、新たな理論を生み出すことが必要であると考えられる。このため、最初に質的研究を適用すべき課題であると考えた。

本研究の目的は、脳損傷による中途障害者の長期的な改善につながる主体性回復のプロセスと、その回復を促す周囲のかかわり方を理解しやすい形にしたモデルを作成し、明らかにすることである。

一連の質的研究として、障害のある人の回復につながる主体性の概念 [8] と、脳損傷による中途障害患者の長期的な主体性回復のプロセス (図1) を報告した [9] のに続き、「主体性回復を促す周囲のかかわり方」を抽出して報告する。

方法

1. 研究デザイン

リサーチクエスチョンとして3つをあげた：①障害のある人が主体性を「どのように」回復（再獲得）していくのか、②主体性を回復すると「何が」改善するのか、③周囲が「どのように」関われば主体性を回復していけるのか。これらは、時間によって変化する経験もしくはその段階や様相についてのプロセスに関する問いであり、また、データ資源はインタビューを想定したため、質的分析の手法として、Modified Grounded Theory Approach (M-GTA 法) を用いた [10, 11]。

本研究は、医療法人社団あおい会倫理審査委員会の承認を得た。

2. 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。長期的に生活能力が回復していった脳損傷による中途障害症例について、経験や知見を

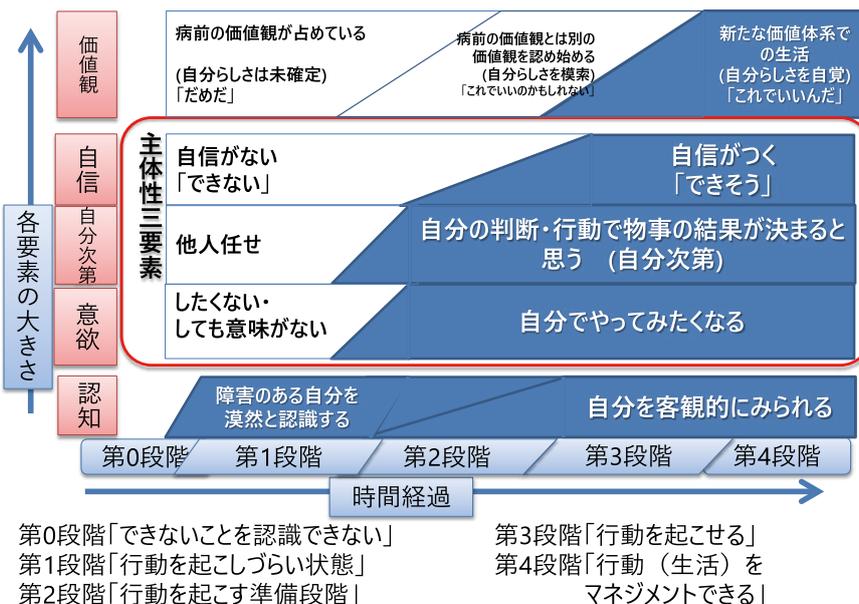


図1. 主体性回復モデル [9]

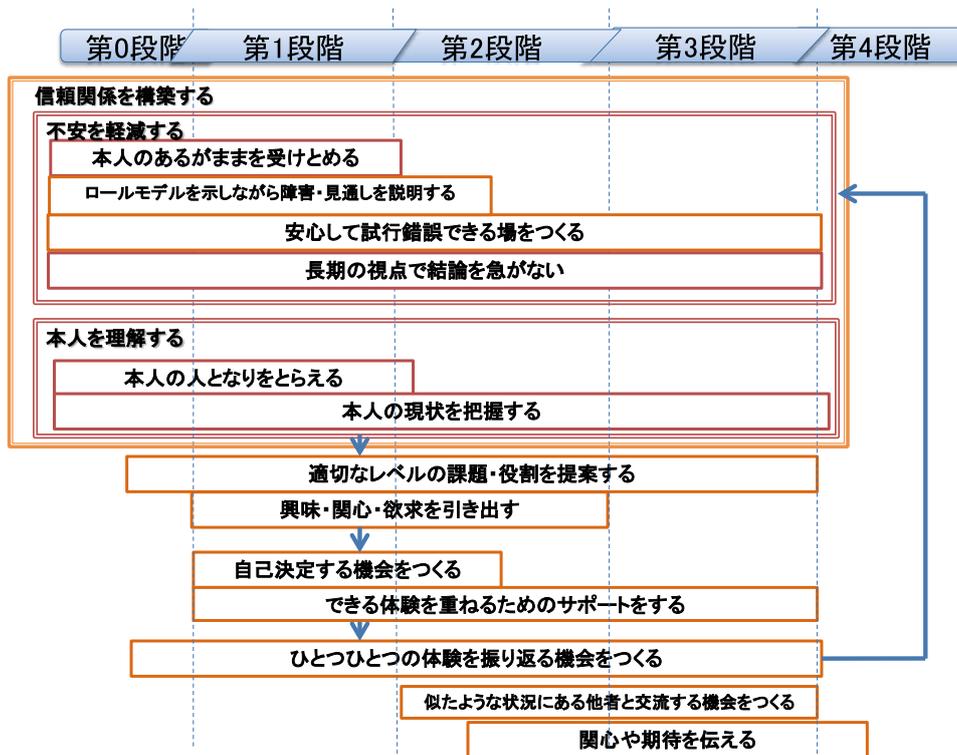


図2. 周囲のかかわり方モデル

有している多施設、多職種の医療関係者（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），研究者（社会学，心理学，教育学，哲学），障害当事者を含めて議論した。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。会議に複数回参加したメンバーの経験年数は，平均20.2±10.7年，中央値19年であった。臨時参加者は障害のある人の長期的な回復事例について経験や知見がない方も含めた。

3. 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。「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まいただければと思います」などの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。質問項目は一連の論文に示した [9]。

4. 分析方法

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は、デルファイ法に準じて、質問への回答をとりまとめてメンバー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。

Modified Grounded Theory Approach (M-GTA 法) [10, 11] の分析テーマは「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回復してきた症例」、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）」、着目は「本人の経過」と「周囲のかかわり方」とした。前提としては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とした。

インタビュー回答のテキストデータ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明らかにする部分を抽出し、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た。多様な参加者による会議でデータや解釈について、分析のつじつまが合うか、大きな矛盾を含まないか、適用できるのはどの文脈に限定されるか、脳損傷者に携わる周囲の人々の洞察や理解にどの程度寄与するかなどを議論し（メンバーチェック）、モデルの作成を進めた。臨時参加者との議論や、障害支援の実務者を対象に研究経過の発表会を行って、当研究の長所や問題点などについて、他の専門家の異なる視点からの議論も行った（ピア・デブリーフィング）。上記により解釈の確証性、妥当性を担保した。

具体的には、会議のたたき台となる「分析ワークシートの具体例収集、概念の定義と命名、カテゴリー化、カテゴリーの関係を構造化、モデルの試案作成」を第一筆者が行い、会議で修正点や疑問点を議論し、その場で修正を行うとともに、議論を踏まえて次の会議までに第一筆者が質的研究者や障害支援の実務者などにも相談・議論しながら修正案を作成し、再び会議で討論するというサイクルを疑問点・修正点なくなるまで繰り返した。

結果

2015年2月から2016年9月で計18回の会議を行った。

2015年3月から分析ワークシートとモデルの作成を始めた。方法に示したように会議を進め、概念の定義と命名、カテゴリー化、カテゴリーの関係を構造化、モデルの試案は、1回の会議の中でも多項目にわたって数回以上の修正・改定がなされた。会議と会議の間にも、方法に示したように修正・改定し、次の会議ま

で修正案の「たたき台」を作成し、それを会議の中で修正・改定・合意することを重ねた。異論や反論が出た際にも、意見をまとめて、分析テーマである「脳損傷による中途障害者の回復にかかわる主体性の回復のプロセス」と分析焦点者である「脳損傷者に携わる周囲の人々（医療職、専門職、家族など）」においてぶれない、わかりやすいものを作るという点で、最終的には全員が合意する形にした。少なくとも30回以上の改定を繰り返した。

結果のうち「主体性の概念」[8]と「主体性回復モデル」(図1) [9]については詳細を他稿に譲り、今回は「主体性回復を促す周囲のかかわり方」の結果を記す。

1. 概念生成・カテゴリー化

2015年3月から分析ワークシートとモデルの作成を始め、上記のごとく、会議で分析テーマと分析焦点者を念頭に修正を重ねた結果、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た [9]。

概念の生成過程の1例を示す。たとえば、「本人のあるがままを受けとめる」という概念が完成されるまでの過程は、インタビューのテキストデータから「完全にできないことは本人が納得できるまで一緒に考えるという課程を大事にする」「自立した存在として認めること。つまり、自分でできることは手を出さずに見守ること、対等の立場で尊重することなどかな、と思います」などの14個の具体例を抽出し、会議でより適切な定義を議論した。定義は「本人のあるがまま（感情、障害の受け止め方など）を受け入れる態度、否定や命令、価値判断はしない」と決定したうえで、当初は概念名を「受容」としていた。しかし、「受容」はすでにいろいろな分野の専門職がいろいろな印象を持って使っている言葉であり、今回の定義に合わない誤解を生む恐れがあると指摘された。もっと一般的にわかりやすい言葉へ変更すべきであると会議で議論を重ね、最終的に「本人のあるがままを受けとめる」という概念名で合意を得た。

研究の着目は「本人の経過」と「周囲のかかわり方」であり、具体例のもとになった半構造化インタビュー [8, 9] も着目を想定したものになっており、このように生成した概念をプロセス別にカテゴリー化すると「周囲のかかわり方」が16個であった（表1、表2）。それをもとに「主体性回復を促す周囲のかかわり方」モデルの検討を行った。

2. 周囲のかかわり方モデル

中途障害者の主体性を促す「周囲のかかわり方」をあらわす概念を、分析テーマと分析焦点者を念頭に本人の回復段階とかかわり方の時系列を意識して並べ、カテゴリー化も行い、段階別の適切なかかわり方がわかりやすくなるモデルにまとめた（図2）。

2.1 主体性回復を促す周囲のかかわり方の基礎（出発点）

第0段階から第1段階の行動を起こしづらい状態から主体的な生活を再構築するための、16個の「周囲のかかわり方」の概念の働きについて議論を進めた。表1に示した6つの概念、2つのサブカテゴリーと1

表1. 主体性回復を促す周囲のかかわり方の基礎 (出発点)

カテゴリー	信頼関係を構築する			
	本人を理解する	不安を軽減する	不安を軽減する	長期の視点で結論を急がない
サブカテゴリー	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する
概念	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する
定義	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する	本人の現状を把握する
特に大事な段階	第0～1段階	第0～3段階	第0～1段階	第0～3段階
詳細	第0～1段階	第0～3段階	第0～2段階	第0～3段階

表2. 主体性回復を促す周囲のかかわり方の概念と段階別かかわり方

概念	適切なレベルの課題・役割を提案する	興味・関心・欲求を引き出す	自己決定する機会をつくる	できる体験を重ねるためのサポートをする	ひとつひとつの体験を振り返る機会をつくる	似たような状況にある他者と交流する機会をつくる	関心や期待を伝える
定義	本人のレベルから少し高いレベルの課題や役割を提案し、サポートする。	本人の能力や置かれた環境に見合った実現可能な具体的欲求・興味・関心を引き出す。行動を変えらることに無関心な状態から関心を持つようようにする。	自己決定ができづらい時期に、障害のない人にも自分自身で意思決定する習慣をつけてもらう	近い過去・現在・未来の成功体験を重ねる。したいことが、どうしたら「でききる」かを一緒に考え、サポートする。	ひとつひとつの行動を取り上げ、「できた」ことに対し、比較の対象を発症後の近いところに置いて、客観視を促す。近い過去の成功体験を振り返り、認識を深める。	自分と似たような状況にある人がうまくやるのを見て自分でもやれそうだなと思えるように、交流する機会をつくる	関心や期待を伝える 行動をとることに對する周りからの期待に従おうと思えるように、関心・期待を伝える
特に大事な段階	第0～3段階	第1～2段階	第1～2段階	第1～3段階	第0～3段階	第2～3段階	第2～3段階
段階別の関わり方 第0段階	本人が得意でないことを把握できず、多少の自覚がある受け入れやすい問題点からサポートをしていく。			(逆に見守りながら自分でやってもいい、「できない」「ことへの気づきを促す。)	本人が得意でないことを把握できず、行動の後にとり戻しているか、多少の自覚があるか、確認していく。		
第1段階	実現不能または実現には遠い目標・希望に囚われず、身近なできそこないの視点で、視野もいったん狭める。大きな目標達成のため、目の前の小さな目標をひとつずつクリアするよう提案する。	興味関心チェックシート[22]などのツールを利用して、対話のきっかけにするが、この段階でしたいことが言語化できないことも多い。本人の興味がありそうな活動の情報を提供するなどの「きっかけ作り」を行う。最初は「一緒にやることからはじめ、十分な時間を取り、おおまかに引き出していく。	些細なことでも本人が決定、判断するように導く。できそうであれば、選択肢を本人が選ぶという設定を作り、自分で考えて決めるという環境を作る。①依頼をする→②選択肢の中から選択してもらおう→③自らしたいことを発する、のステップを想定する。	「できない」と決め付けられなく「どうしたらできるか一緒に考えよう」というスタンスをいづも公言実行する。障害ゆえに、できなくなってきたら「思ったよりできなかったか」など振り返る。目標とのギャップを確認。どのくらい達成しているか共有。結果「楽しかった」とか「できた」という振り返りから喜びにつなげる	比較の対象を発症前の自分ではなく、発症時または○か月前という時期に視点を移し客観視を促す。1人ではできないと思っていたことが「意外にできた」か「思ったよりできなかったか」など振り返る。目標とのギャップを確認。どのくらい達成しているか共有。結果「楽しかった」とか「できた」という振り返りから喜びにつなげる	(第1段階では、似たような状況にある他者が生き生きと活動しているさまを見ても、「あの人は特別で、私とは違うので参考にならない」と考えがちである。この段階では、自分より以前に発症した障害者の事例紹介や様子を見てもらおう程度にとどめる)	(第1段階では関心や期待に応えることができないう、良くなつていくためには、自分にはできないこととを、関心や期待を伝える」とさうにかたく閉じこめる傾向となる)
第2段階	目標や役割を徐々に遠い視点、広い視野に広げていく。	本人がしてみたいことをサポートしながら、徐々に視点を広げていくように仕向かわる。少し遠い目標を考えてもらうように働きかける。	援助者から提案するのでなく常に本人が「何をしたいか」考える。自分な問いかけをする。自らしたいことを発してもらう。	上記と同様である。障害があっても実際にしてみたり、出かけたりにみれば、1人で考えていたときには思いもよらなかつた良い経験(出会うなど)ができることを、身をもって感じてもらう。	上記と同様である。	第2段階以降では、良くなつていくためには自分みただい、なにかやってみたり、自分より以前に発症した障害者との実際の交流(ピアサポートなど)により前に進んでいける。	
第3段階	目標や役割を未経験なところや未経験の場所も含めて広げていく			上記と同様である。	上記と同様である。病前と比べた今の自分自身の評価、自分らしさなどについても確認していく。		

つのカテゴリーは、会議を進めるうちに、他の「周囲のかかわり方」概念を進めるうえでなくてはならないもので、必要条件であり、出発点であり基礎であると考えられた。

概念によって内容は具体的なものから包括的な広がりのあるものがあり、抽象度のばらつきが自然に出た。ばらつきを利用すると概念相互の比較がしやすくなり、概念の2つはサブカテゴリー、1つはカテゴリーとなった。その過程を以下に示す。

回復を促すアプローチの前段階として、「本人を理解する」ことが関わりのベースになっていることには会議で異論はなかった。概念の中で、「本人の人となりをとらえる」は過去からの本人、「本人の現状を把握する」は現状の本人を理解することであり、本人を理解するうえでの2つの重要な側面として比較的具体的性が高く、抽象度の高いサブカテゴリー「本人を理解する」に集約された。

さまざまなアプローチを障害のある人に受け入れてもらうベースとして「不安を軽減する」ことの重要性が繰り返し議論された。「本人のあるがままを受けとめる」「ロールモデルを示しながら障害・見通しを説明する」「安心して試行錯誤できる場をつくる」「長期の視点で結論を急がない」の4つの概念は比較的具体的性が高い周囲の行動を示しており、より漠然とした、抽象度の高い「不安を軽減する」というサブカテゴリーに含まれるという結果になった。

それらを包括した、より抽象度の高い「信頼関係を構築する」という大きなカテゴリーが、すべての関わりの基礎であり出発点となり、それがなければ他のアプローチは有効になりえないとの結果が得られた。そこに至る議論を抜粋して以下に示す。少しずつ行動を起こせるようになったきっかけとして「ふだんからよく話をする仲の良いスタッフが声をかけたこと、当日一緒に取り組んだこと」や「当初は外出することに自信が持たず、通所も不安があった状態であったため、スタッフは、まず楽しんで通所しその中に目的が見出せるように、他利用者のコミュニケーションを促して集団になじみやすくした」などの18個の具体例が「信頼関係を構築する」という概念になった。そこには前述の「本人を理解する」「不安を軽減する」という意味合いも含まれると考ええると、分析のつじつまが合い、大きな矛盾を含まないと考えられた。適用できる文脈は、行動を起こしていくためのかかわりをしていく前段階と考えられた。このため、信頼関係が構築されていなければ他のかかわりはできないため、第0段階、第1段階から欠くことのできないかかわり方との結果となった。この結果は、脳損傷者に携わる周囲の人々の洞察や理解の助けになるとの合意を会議で得た。

「信頼関係を構築する」に含まれる各概念の定義、詳細を表1に示す。

2.2 主体性回復を促す周囲のかかわり方の流れ

残りの7つの概念は、信頼関係を構築したうえで、主体性の回復を促していくかかわり方であると考えられた。7つの概念の抽象度は同程度であると会議で判断され、整理をし、結果を得た(図2)。概念の定義、詳細を表2に示す。

会議で議論と修正を繰り返し、合意が得られたかか

わり方の流れを以下に示す。

周囲の人が「信頼関係を構築する」ように関わることはじめて、障害のある人に聞く耳を持ってもらえる。「適切なレベルの課題・役割を提案する」「興味・関心・欲求を引き出す」の2つの概念は行動の前段階の概念であり、信頼関係を構築した後の行動のきっかけになるアプローチと考えられた。

次に、2つの概念が実際の行動を進める概念としてあげられた。「自己決定する機会をつくる」概念は、インタビューのテキストデータの「決定、判断は本人が行う(ように導く)」「選択肢を作り、本人が選ぶという設定を作り、まずは自分で決める、考えるという環境を作る」などの17の具体例から成る。特に行動を起こしづらい第1段階では、周囲にとっては些細なことと思われるようなことでも、選択肢の中から本人に選んでもらうようにすることなどが含まれる。また、その人が「できる体験を重ねるためのサポートをする」ことは、自分にできることがあると実体験してもらうことである。この2つの概念は、自分で行動をコントロールする経験をしてもらうことで、主体性の回復を促すと考えられた。

さらに、「ひとつひとつの体験を振り返る機会をつくる」は、行動の後に来る概念と考えられた。実体験の後には、近い過去にできなかったことが、できるようになった成功体験と一緒に確認し、できる自分への気づき「認知」の向上を促すと考えられた。その振り返りと確認が、出発点である現状の「本人を理解すること」になり、「不安を軽減する」「信頼関係を構築する」ことにもつながり、かかわり方のサイクルが形成されるモデルとなった。

また、このサイクルには入らなかった2つの概念があり、いずれも「行動を起こしづらい状態」の第1段階では有効ではない可能性が高く、第2段階以降で有効と考えられた。第1段階の人に、「似たような状況にある他者と交流する機会」をつくっても、「あの人と私は違うので参考にならない」などと主体的な行動につながらないことが多いが、第2段階以降の人には次のステージへ進むきっかけになることがあると考えられた。「関心や期待を伝える」ことも、第1段階では逆に本人が頑なに閉じこもる傾向につながる可能性があるが、第2段階以降の人には次のステージへ背中を押すきっかけになると考えられた。

分析テーマ、分析対象者、分析焦点者、着目点を常に一貫して議論や修正を重ね、障害のある人に長期的にかかわった経験のある人にとって理解の得られる結果となった。

考察

議論から、主体性回復を促す流れとして、障害のある人理解し、不安を軽減し、信頼関係がベースにあつてはじめて、周囲の人が関わっていきけるようになり、適切な提案から実体験、振り返りの確認、再び本人を理解するサイクルを形成するというモデルが仮定された。

主体性を促し、その人らしい行動や生活を得るための本モデルは行動変容を扱うが、すでに確立されている行動変容を扱う他の理論を用いて妥当性を考察する。「信頼関係を構築する」ことがかかわりの基礎であ

り出発点であるという結果は、コーチング [12] での、ラポール（信頼関係）の形成はコーチングを始める前段階で最も力を注ぐ必要があるとされていることと同様である。信頼関係が構築されていなければ他のかかわりはできないため、第0～3段階にわたり必要になる概念と考えられた。また、その後のアプローチの流れでも、本モデルが、本人を理解する、適切な提案から実体験、振り返りの確認、再び本人を理解するサイクルを形成するのに対し、コーチングのコーチングフローではおおむね、現状の把握、目標設定、目標と現状のギャップの明確化、行動計画、フォローアップという流れで望ましい行動を促すとされ、本モデルの流れと共通点は多い。相違点として、本モデルでは、本人の主体性回復の段階（適応段階）も同時に考慮にいられている点や、「本人を理解する」ことも信頼関係の構築に含めている点、「自己決定の機会」や「できる体験のサポート」をスキルではなくプロセスに組み込んでいく点などがあり、本モデルが、中途障害者の主体性回復により特化している点だと考える。

本モデルのかかわり方は指示的ではなく、本人への共感を基本とした支持的対応であり、動機づけ面接法 [13, 14] での対応と同様と考えられる。動機づけ面接法は、さまざまな領域で人が変わってゆく過程を援助する技法のひとつである。解決法や助言を与えるなどの指示ではなく、安全で支持的な雰囲気の中でこそ、対象者は自分の経験を自由に探求し、問題の解決ができるとしており [13, 14]、また、共感性は回復する能力を引き出すとされ [15]、本モデルの支持的なかわり方の有用性を説明できる。なかでも、「安心して試行錯誤できる場をつくる」「長期の視点で結論を急がない」「本人の現状を把握する」「適切なレベルの課題・役割を提案する」「できる体験を重ねるためのサポートをする」「ひとつひとつの体験を振り返る機会をつくる」ことは、解決法を示したり、助言を与えたり、分析をするなどの指示的なものではなく、安全で支持的な雰囲気の中で本人にできそうな体験を重ねていくかわり方である。動機づけ面接法でも、人の建設的な行動の変化の際には、受容的で自信を与えてくれる雰囲気に生まれ、理想や価値と比較して、現在の状況を、恐れずに、安心して検討できる環境が必要としており [13, 14]、主体性回復モデルの第0段階から第3段階までを通して、主体的な行動へとつなげる変化を促すと考えられる。

上記に示したかわり方の中で、「できる体験を重ねるためのサポートをする」のみは、第1段階～第3段階のかかわり方とした。これは、第0段階は、できないことをできると考えている段階であり、できる体験を重ねる前の段階として、できないことに気づいてもらう段階であるためである。この第0段階には、現状と望む状態が異なることへの気づきを促し、「障害のある自分を漠然と認識する」第1段階へとつなげていくかわり方が大事である。これは、動機づけ面接法でいう「両価性」を強くする時期であるといえる。両価性（両価的葛藤）とは、人が変わっていく過程で、「行動を変えたい、でも変えたくない」などの相反する気持ちを持つ経験のことである [13, 14]。変化に対する重要性の認識は、「現在起きていること」と「未来に望む価値ある状態」との矛盾の度合いと関連する。

矛盾がなければ動機も生じないが、矛盾の度合いが大きければ、変化の重要性の認識も大きくなる。また、「現在起きていること」と「未来に望む価値ある状態」との矛盾がなければ両価性は存在しない。変化への第一歩は「両価状態になる」ことである。矛盾が拡大すると、両価性が強くなる。矛盾が拡大すれば、変化の方向へと進む可能性が高くなるとされている [13, 14]。このことから、第0段階でのかかわり方として、「ロールモデルを示しながら障害・見通しを説明する」で現在起きていることと、未来に望む価値ある状態との違いの認識を促し、「適切なレベルの課題・役割を提案する」と「ひとつひとつの体験を振り返る機会をつくる」で矛盾への気づきを促すという狙いを説明できる。

人の行動変容におけるステージングとそのアプローチを考えたモデルという点で、本モデルと「変化のステージモデル」 [16, 17] は同様である。アプローチの比較でも、本モデルの「ロールモデルを示しながら障害・見通しを説明する」は「主体性回復モデル」 [9] の第0段階～第1段階「行動を起こしづらい状態」に有用であるが、第2段階以降は必要性が減るとしていることと、「変化のステージモデル」で、行動変容の始まりの「無関心期」から「関心期」へ移行する際には、行動を変える利点への気づきを促す教育が重要だが、教育はそれ以降の行動変容の過程を進めるものではないとされている [17] 点は同様である。「ロールモデルを示しながら障害・見通しを説明する」ことは教育にあたり、第1段階まででこそ有用であることを「変化のステージモデル」は支持する。

「適切なレベルの課題・役割を提案する」の、「適切なレベルの課題・役割」とは、本人にとって簡単すぎず難しすぎないレベルの明確な課題・役割だという結果になった。これはフロー理論 [18, 19] の「スキルとチャレンジ」の考え方と共通点がある。フローとは、「目標が明確」で、「迅速なフィードバック」があり、「スキルとチャレンジのバランスが取れたギリギリのところまで活動している」時に、集中力が持続し、緩慢さはなくなり、行動をコントロールできているという感覚を得、ワクワクする気持ちで満たされ、その時間が終わらないでほしいと感じる体験や心理状態をいう [18-20]。スキルとチャレンジのバランスが取れたギリギリの活動は、言い換えると「少しの頑張りのできること」であり、主体性回復モデルの第0段階から第3段階まで連続した適切なレベルが存在すると考えられる。また、「ひとつひとつの体験を振り返る機会」をつくって迅速なフィードバックを行う本モデルの流れは、フローを促し、本人の自発的な行動につながると考えられる。

「自己決定する機会をつくる」ことが意欲や自分しだいという考えを促し、主体性を促すという結果になったが、内発的動機づけ [20] を促すという考え方もできる。内発的動機づけは、活動することそれ自体が活動の目的であるような行為の過程を意味し、活動それ自体に完全に没頭している心理状態である。ちょっとした選択の機会でさえも、内発的動機づけを高め、その活動により熱心に取り組み、より楽しむとしている [20]。また、慢性疾患のマネジメントを目的とした行動変容の際には、人は選択肢が1つよりも2つある場合により強く自己の意志の力を感じる

とされている [17]. 主体性 3 要素の意欲に乏しい第 1 段階や第 2 段階初期は、内発的動機も乏しく、この時期にこそ「自己決定する機会をつくる」ことが重要と考えられる。

本モデルにおける主体性回復段階別の、障害のある人と周囲の専門職との関係性を患者医師関係モデル [21] を参考に考察する。発症早期は「パターナリズム」であり、患者は主体的になりづらい。その第 0～1 段階から次の段階に進むには、未確定な患者の価値観を明確にし、決断の手助けとなる非指示的な対話をする「解釈モデル」に準じて「ロールモデルを示しながら障害・見通しを説明」し、行動につながったら「ひとつひとつの体験を振り返って」対話で支えていく。本人が主体的になった第 3 段階からは、医療者は情報を提供し、患者の選択に従う「情報提供モデル」へ転換することになる。

主体性を促す周囲のかかわり方を主体性回復の段階別にまとめると、第 0, 1 段階は「支持的な支援」から始まり、行動を起こす準備段階の第 2 段階は周囲の人もともに進む「伴走」、行動に自信が伴った第 3 段階は本人を「後方支援」し、新たな価値体系での生活ができるようになった第 4 段階の人からは周囲の人が「教わる」ことになる。当初は周囲の人が「本人のあるがままを受けとめる」が、段階が進むと本人が自分自身のありのままを受けとめるようになる。

主体性研究の質的段階が終わり、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、具体的な対応方法をまとめ、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)、榎原正博 (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

1. Hasegawa M. The Rehabilitation Establishing Patients'

- Autonomy (self-leadership). 1st ed. Tokyo: Japan Medical Journal; 2009. p. 10-3, 325-6. Japanese.
2. Doi K. The attitude and practice rehabilitation for daily performance. Mon Book Med Rehabil 2015; 188: 33-9. Japanese.
3. Hasegawa M. Reconstruction of subjectivity for disabled people and aged people. J Clin Rehabil 2009; 18: 405-10. Japanese.
4. 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.
5. 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.
6. Wada S, Mizuma M, Kawate N. System and future of rehabilitation medicine: long term rehabilitation. Showa University Gakusikai Zassi 2014; 74: 384-8. Japanese.
7. Tanaka J. How can occupational therapists support the initiative of patient? Occup Ther J 2016; 50: 974-6. Japanese.
8. 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. Available from: https://www.humanservices.jp/wp/wp-content/uploads/2018/08/vol7_wada.pdf (cited 2019 March 13).
9. 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.
10. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Aldine Publishing Company; 1967.
11. Kinoshita Y. Theory of modified grounded theory approach. Library of contemporary sociology. Vol. 17. 1st ed. Tokyo: Koubundou Publishers; 2014. Japanese.
12. Izumi S. A guide to coaching for rehabilitation practice and education. Ishiyaku Publishers; 2009. Japanese.
13. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
14. Miller WR, Rollnick S, Matsushima Y, Goto M. Motivational interviewing: preparing people for change. 1st ed. Tokyo: Seiwa Shoten; 2007. Japanese.
15. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. Arch Gen Psychiatr 1985; 42: 602-11.
16. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390-5.
17. Prochaska JO. Staging: a revolution in helping people change. Managed Care 2003; 12(9 Suppl): 6-9.
18. Csikszentmihalyi M. Finding flow: the psychology of engagement with everyday life. 1st ed. New York: Basic Books; 1997.
19. Csikszentmihalyi M, Omori H. Finding flow: the psychology of engagement with everyday life. 1st ed.

- Kyoto: Sekaishissha; 2010. Japanese.
20. Deci EL, Flaste R. Why we do what we do: the dynamics of personal autonomy. New York: Putnam's Sons; 1995.
21. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-6.
22. Japanese Association of Occupational Therapists. Management Tool for Daily Life Performance: Interest-Checksheet. Available from: <http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2014/05/seikatsukoui-2kyoumikanshin-checksheet.pdf> (cited 2018 October 29).