

## 脳血管障害者の精神面を捉える方法は臨床経験が異なる 作業療法士によってどう違うか

小林幸治 関口美和子

(Koji KOBAYASHI Miwako SEKIGUCHI)

### 【要約】

作業療法学生が臨床実習中に抱いた疑問をもとに、臨床の作業療法士（以下、OTR）は脳血管障害者の精神面をどのように把握するのか、特に経験年数の少ないOTRにおいて、経験年数によってどのように違うかということに焦点を当てて研究を行った。急性期病院およびリハビリテーション専門病院に勤務するOTRで経験年数が5年目以下の6名（5、2、1年目各2名）を対象に、半構造化インタビュー調査を実施した。書き起こしたインタビューデータの「研究目的に照らして着目した箇所」から概念を、概念間の関係からカテゴリを作成し、これらを俯瞰して経験年数間で比較・検討した。1年目は、患者の精神面を見ようとする態度があるが、経験がなく指導者の助言下で取り組んでいた。2年目は、熱心に関わり、見えてきたところがあるが、確信が持てずにいた。5年目は、患者に与える影響や引き出そうとする反応などを意識して関わり、精神面を分析していた。これらのことから、脳血管障害者の精神面についてOTRは臨床経験5年で大きく変化していくことが明らかとなった。

キーワード：脳血管障害者、作業療法、臨床経験、リーズニング

### はじめに

脳血管障害者の少なくとも30%がうつ状態（post-stroke depression: PSD）を合併するとされているが、これは患者の意欲を低下させるだけでなく、高次脳機能も低下させると言われている<sup>1)</sup>。しかし、PSDは過少に診断され、見過ごされていることが多い。これはPSDが脳血管障害後の認知障害、運動麻痺、失語、構音障害などの様々な巣症状に隠されて捉えにくいためである<sup>2)</sup>。また、意欲や活動性の低下、食欲不振、易疲労感、不眠といった症状は脳血管障害後には一般的にみられるため、PSDではなく身体疾患の症状として捉えられる傾向にある<sup>2)</sup>。しかしPSD患者とPSDのない脳血管障害患者の回復過程を比較した研究では、PSD患者は日常生活動作の回復が有意に遅かったことが示されていることから<sup>2)</sup>、早期に発見し対応することが必要である。リハビリテーションにおいて患者と非常に近い距離で関わる人が多い作業療法士（以下、OTR）には患者の精神面を把握することが求めら

れる。しかし、この問題の作業療法領域における研究は非常に少なく、個々のケースで経験的に対応されていた<sup>3)</sup>。

そこで筆者らは、先ず脳血管障害者の精神面を把握するための方法として、心理社会面の問題に対して作業療法（以下、OT）で行う支援の内容を文献的に検討した。その結果、〈障害とともに生きていくための支援を行う〉〈作業を介した治療的介入を行う〉〈クライアント-OTRの協業的関係を築く〉〈クライアント・家族の生活環境作りを行う〉の4つのカテゴリに編成されることが示された。この文献的研究において、脳血管障害者とOTRの治療的関係が非常に重要であることも示されたが<sup>4)</sup>、筆者は以前、「懸命に治そうとする存在としてのOTRとの出会い」が退院後の生活に適應する上で重要な働きをした事例を紹介し<sup>5)</sup>、作業療法における患者との「出会い」に着目した<sup>6)</sup>。ここで言う「出会い」とはOTRと対象者の間主観的な関係性を成立させる根本的な契機と考えられている。

本研究は、筆者の一人（作業療法学生、以下OTS）が、臨床実習において脳血管障害患者に出会い、経験した出来事より抱いた疑問から始まった。OTSが患側手指に重度の感覚鈍麻のある左片麻痺患者に感覚検査を行った際のことである。検査結果を記入している際に、その患者は自ら検査用具を持ち、自分の患側手指に刺激を与えてみていたが、「意外と分からないのだな」と話した。その患者は日頃の作業療法で患側手指をOTRに動かされている時に感情を表したり話したりすることはなく、OTSはその患者がOTへの意欲が低下していると捉えていた。OTSはこれ以降、自身が身体機能面ばかりに着目していたことに気づき、普段から患者の表情や発言に注目して、精神面を把握する必要があることを感じ取った。

有田は、脳血管障害後に重度の四肢麻痺を生じ、全失語、嚥下障害となった事例を紹介した<sup>7)</sup>。観察から対象者の意志を評価する評価法などを用いながら、病前からの趣味や好物を用いて働きかけたところ、頷きや首振りによる意思表示を行うようになり、嚥下訓練へも意欲が高まったことを報告した。このように対象者にはOTRの適切な働きかけによってリハの効果也相当に変わることが予測される。このOTRの適切なアプローチにはOTRの経験が大きく関与していると考えられる。本研究では、経験年数の少ない5年目以下のOTRが脳血管障害によって特に高次脳機能障害や言語障害によって感情の表出が乏しい患者に対し、どのようにアプローチしているのか、そしてこうした患者の精神面を把握することがOTRの臨床経験によってどう異なっているのかということをも明らかにするために半構造化インタビュー調査を実施し、分析を行った。

## 研究目的

脳血管障害者を担当している経験年数が少ないOTR

を対象として、半構造化インタビュー調査を実施し、脳血管障害者の精神面をどのように把握するのか、その能力は臨床経験によってどう異なっていくのかを質的手法を用いて明らかにすることを目的とした。

## 方法

### 1. 対象者

急性期病院またはリハビリテーション専門病院に勤務し、脳血管障害患者を担当しているOTR 6名、臨床経験年数5年目（4年5ヶ月）2名、2年目（1年5ヶ月）2名、1年目（5ヶ月）2名を対象者とした（表1）。対象者および経験年数の設定理由は、OTSの将来像に近いと思われる本学卒業生に依頼し、実習指導者相当の5年目と、OTSの1年上の先輩である1年目、その1年前の2年目のOTRとした。

### 2. インタビュー調査実施方法

インタビューは大学内の静かな研究室で実施した。一人30～40分の半構造化インタビューとした。インタビューは全てOTSが実施した。事前に作成したインタビューガイドに従いながら、具体例などを聞く際には追加の質問を行った。インタビュー内容は録音での記録を行い、重要と思われた点はメモをとった。

### 3. 倫理的配慮

事前に電話で研究内容を説明して同意を得た。さらにインタビュー開始前に本研究の主旨を説明し、研究への同意内容を確認した。話したくないことは話さなくてよいこと、中断して構わないこと、終了したい時は終了できることを説明し、対象者の疲労等の様子に配慮した。本研究は平成25年度目白大学作業療法学科卒業研究倫理審査の承認の上で実施した。

表1 インタビュー対象者

対象者	性別	臨床経験年数		勤務病院
A	男性	5年目	4年5ヶ月	急性期
B	女性	5年目	4年5ヶ月	回復期リハビリ
C	女性	2年目	1年5ヶ月	回復期リハビリ
D	女性	2年目	1年5ヶ月	急性期
E	男性	1年目	5ヶ月	回復期リハビリ
F	女性	1年目	5ヶ月	回復期リハビリ

#### 4. インタビューガイドの質問項目

インタビュー内容は、①1日の脳血管障害患者当人数、②1人に対して1日に関わる時間や単位数、③意欲や意志が少ないと感じた脳血管障害患者の事例と、そうした患者に関わる際に配慮している点、④言語的コミュニケーションが困難な患者とのコミュニケーション方法、どんな様子からそうした患者の意志や感情を読み取るか、⑤OTの評価や介入の際に患者の意欲や意志を間違えて捉えてしまった経験はあるか、⑥入職時から1年目と比較して自身の中で見方や関わり方にどのような変化があると思うか、等についてとした。

#### 5. インタビューデータの分析

分析にあたって、臨床でOTRが日常的に脳血管障害患者の精神面を捉えるためにしている行為と、その際に用いているリーズニング（根拠に基づく推論と判断）を明らかにし、経験年数による違いを説明できることが必要であった。そこで、事象の説明と予測において有効とされている木下<sup>8)</sup>と西條<sup>9)</sup>による質的研究方法と、筆者の先行研究<sup>10)</sup>を参考にした。データは全て録音から書き起したものをを用いた。①書き起しデータから「研究目的に照らして着目した箇所」を抜き出し、②その意味を定義し概念を命名した。③概念間の関係からその上位のカテゴリを作成した。④主な質問内容ごとにカテゴリ、概念を俯瞰して、経験年数間での内容の比較・検討を行った。

#### 結果

インタビューデータの分析から得られた概念を表2に掲載した。

以下、質問項目に準じ「担当患者数」「リハ時間以外のコミュニケーション」「意欲や意志が少ないと感じた経験」「意欲が乏しい人への関わり」「言語的コミュニケーションが困難な人への関わり」「評価の流儀」「意欲や意志を誤って捉えた経験」「以前の自分との比較」「精神面を把握したことにより状況好転した経験」に分けて代表的な概念とカテゴリを示す。抽出された概念は〈山かっこ〉、カテゴリは〈中かっこ〉で表記した。

##### 1. 担当患者数

1日に担当する脳血管障害患者数は、急性期病院に勤

務するAとDは10～15人、リハビリテーション専門病院に勤務するBとCは5～7人、1年目のEとFは4人前後だった。

##### 2. リハ時間以外のコミュニケーション

リハ時間以外のコミュニケーションは、〈デイルームで相手を認める声かけ〉や〈病室での様子を確認しに行く〉が行われていた。前者はどの対象者にもあったが、〈病室での様子を確認しに行く〉の概念はAのみから得られた。

##### 3. 意欲や意志が少ないと感じた経験

意欲や意志が少ないと感じた経験については、5年目と2年目より、〈起きてリハビリしたくない人はいない〉〈OT室に来てまで意欲の乏しい人はいない〉〈受け身的に参加する人が多い〉〈訓練で手が動かないことを実感するほど落ち込む患者〉〈目的が明確な訓練でないとやりたがらない〉といった概念が得られた。1年目からは概念が得られなかった。

##### 4. 意欲が乏しい人への関わり

意欲が乏しい人への関わりについて、5年目、2年目から得られたのは、先ずカテゴリでは〈OTの必要性や変化点を伝える〉〈他職種からの情報を活用〉があった。概念には〈意欲低下の原因を複合的に捉える〉〈第三者からの声かけを依頼〉〈担当以外の患者の様子に注意を向ける〉〈ある程度の距離感も必要〉〈何かあれば私が支えるという構え方〉などがあつた。1年目から得られた概念は〈介護者をリハに巻き込むのが大切と教わり行動化する〉〈無理にリハ室につれて来ない〉〈初対面の代行患者の対応上の注意を事前収集〉などであつた。

##### 5. 言語的コミュニケーションが困難な人への関わり

言語的コミュニケーションが困難な人への関わりでは、5年目から〈双方向の意思疎通を活発化する〉として〈混乱しないやり方で意思疎通を図る〉〈関わりを重ねて理解の入口を探す〉〈自分も意識して表情を出す〉があつた。2年目から〈考えつく手段で意図を探る〉として、〈失語ケースに動作修正を図るところで試行錯誤中〉〈あーでもこーでもないと考えつく手段で意図を探る〉があつた。1年目では〈分からなくても一生懸命な態度を示す〉として、〈目をしっかり合わせ

表2 インタビューから得られた概念

対象者	1日の担当患者数	リハ時間以外のコミュニケーション	意欲や意志が少なくないと感じること	意欲が乏しい人への関わり	言語的コミュニケーションの困難な人	評価の流儀	意欲や意志を問って捉えていた経験	以前の自分との比較	精神面の配慮により回復や関係性が好転した経験
カチゴリ		OTの必要性や変化点を伝える多職種からの情報を用いる		OTの必要性や変化点を伝える多職種からの情報を用いる	双方向の意思疎通を活性化させる(5年目) 考えつく手段で意図を探る(2年目) 分岐点から一生涯懸命な態度を示す(1年目)	観察や関わりから多面的に捉える(5年目) 働けつけない配慮から検査は最後まで(2年目) 生活の背景や個性を把握(2年目)	二ードや意志を捉えずに行い否定的な反応が返ってきた(5年目) これだけでは残ったのか不満の残る場合が多い(2年目) 実体験が少なく先輩への相談で動く(1年目)	経験の積み重ねで適切な関わりができていく(5年目) これで良かったのか不満の残る場合が多い(2年目) 実体験が少なく先輩への相談で動く(1年目)	
A 5年目	10~15人	病室での様子を確認しに行く	起きてリハビリティがなくなっている OT室に来てまで意欲の乏しい人はいない	OTの必要性や変化点を伝える OT室において再訪する 意欲低下の原因を複合的に捉えている	混乱しないやり方で意思疎通を図る 関わりを重ねて理解の入口を探ります	観察から多く読み取り検査は最小限 表情や態度から意図をみる 第一声でその日の調子が分かる	直接的「これはやりたくない」と言われた	目先の機能障害ばかり目がいっぱいで 事前に目的を十分説明して行っていないかった 声かけを使って意欲を見ようになった 見てきた人数が自信になる 体調・日課への配慮不足だった 仕事を回すことで一杯だった	関係ができたための準備に時間をかけた 家族と会う機会を意図して作った
B 5年目	7人程度	アイルームで相手を認められる声かけ	麻痺手に関わると良くならない と意欲が上がらない	第三者からの声かけを依頼 落ち込みがちな人のできごとを公表ではめる 気になる患者情報を細心なこと も収集 個室で関わるSTから情報収集 少しの変化も多めのフィードバック	自分も意識して表情をたす	対象者にきちんと関心を持つ 何回か話をしてから検査を行う 関わりを重ねて本人の意図に近づく	ものが足りなく不安な気分分析するようになった 少し先の予測を患者に示せるようになった 「やらないとできるよにならな」と追いつめていた 経験の積み重ねで適切な関わりができていく	何ができなくて不安なのか分析するようになった 少し先の予測を患者に示せるようになった 「やらないとできるよにならな」と追いつめていた 経験の積み重ねで適切な関わりができていく	
C 2年目	4, 5人	受け身的にOTをする人が多い 訓練で手が動かないことを実感するほど落ち込む患者		本人からの言葉を聞いて向き合う プラスマイナスイメージのフィードバック 心理士との関わりから臨床心理の重要性を実感 患者の変調に合わせて「聞くよ」と雰囲気を作る	失語ケースに動作修正を図るところで試行錯誤中	プライドを傷つけないための説明 最終評価で認知検査はほとんどしない	現実を教えるため失敗させざるや り方は受け入れなかった 初期の様子から相手の性格をずれて捉えてしまった	上手く行って自宅に帰った経験はまだまだ少ない これで良かったのか不満の残る場合が多い 場面毎を押さえていくと少し見えてきそう 徐々に意欲を引き出した経験はまだ少ない	
D 2年目	10~14人	訓練の目的が明確でないことや たがらない		担当以外の患者の様子に注意を向ける 目的ができて意欲や信頼につがる リハ時間以外の過ごしやすさに意識を広げる 認めさせず本人の納得する結果につなぐ 何かあれば私が支えたいという構え方	あーでもこーでも考えつく手段で意図を探る	OTの語りかけを使って反応を見る 患者さんによって意欲のスイッチが異なる 最初に病前生活を聞いて現状と照らし合わせる	自分のことばかりに意識が向けられていた 周りを見る余裕が出てきた OT以外の時間の患者を見れるようになった	かなり近いところで支えたことで自ら行動し始めた やる気がなさそうだった私が私と関係ができてと参加した 相手の関心を共感すると表情が変わる	
E 1年目	4人	病棟内で会った患者さんには絶対あいさつ		介護者をリハに巻き込むのが大切と教わり行動化する	目をしっかりと合わせる 指差し等で反応を探りながら試す	リハビリ全部を拒否して知っていた 強引に連れ出そうとして指導者の助言で関わり方を変更 拒否的な言動に自分とやりたくないのだと捉えていた	常に1年目の限界を感じて 先輩という安全基地内で動く 先輩の実話に基づき指導を教訓にする 先輩の癖のみから意識的に表情を読み取るように変化した		
F 1年目	4~5人 担当は1人	代行で多くの患者と話す機会		無理にリハ室につれて来ない 初対面の代行患者への対応上の注意を事前収集 好きな事や目標を共有すると意欲が上がると思う 分岐点がないことをさされたくない人には1つ1つ説明	分岐点もなく一生涯懸命な態度を示す	強引に連れ出そうとして指導者の助言で関わり方を変更 拒否的な言動に自分とやりたくないのだと捉えていた	指導者と評価や方針を共有して進める 意欲の低下した患者は未経験 関わる方向性は頭では分かる 相手の性格を見ながら進め方を考えるようになった		

る)〈指差し等で反応を探りながら試す)〈分からなくとも一生懸命な態度を示す)などがあった。

## 6. 評価の流儀

評価の流儀については、5年目では「観察や関わりから多面的に捉える)として〈観察から多くよみとり検査は最小限)〈表情や態度から意志をみる)〈第一声でその日の調子がわかる)〈何度か話をしてから検査を行う)〈関わりを重ねて本人の意図に近づく)などがあった。その他〈対象者にきちんと関心をもつ)もあった。2年目では「傷つけない配慮から検査は最後尾)として〈プライドを傷つけないための説明)〈最終評価で認知検査はほとんどしない)、生活の背景や個性を把握)として〈患者さんによって意欲のスイッチが異なる)〈最初に病前生活を聞いて現状と照らし合わせる)があった。1年目からは概念が得られなかった。

## 7. 意欲や意志を誤って捉えた経験

意欲や意志を誤って捉えた経験には、5年目では「ニードや意志を捉えずに行い否定的な反応が返ってきた)として〈直接「これはやりたくない」と言われた)〈ものづくりが適さない人に提供した)があり、その反省として〈やれと言われてやっている状態にしない)もあった。2年目には「把握する情報や評価の不足による行動)として〈現実を教えるため失敗させるやり方では受け入れられなかった)〈初期の様子から相手の性格をずれて捉えてしまっていた)〈気づいていないうちに不快を与えてしまうこともある)があった。1年目では「拒否的な言動から自分とやりたくないのだと解釈していた)として〈リハビリ全部を拒否していると捉えていた)〈拒否の理由を評価して知りたい)があり、他に〈強引に連れ出そうとして指導者の助言で関わり方を変更)があった。

## 8. 以前の自分との比較

以前の自分との比較では、5年目は「経験の積み重ねで適切な関わりができていく)として〈声かけを使って意志をみるようになった)〈何ができなくて不安なのかを分析するようになった)〈少し先の予測を患者に示せるようになった)などがあった。2年目は「これで良かったのか不満の残る場合が多い)として〈場面毎を押さえていくと少し見えてきそう)〈徐々に意欲を引き出した経験はまだ少ない)〈周囲を見る余

裕が出てきた)などがあった。1年目は「実体験が少なく先輩への相談で動く)として〈常に1年目の限界を感じる)〈先輩の鵜呑みから意識的に表情を読み取るように変化した)〈指導者と評価や方針を共有して進める)〈意欲の低下した患者は未経験)〈関わる方向性は頭では分かる)などが得られた。

## 9. 精神面を把握したことにより状況が好転した経験

精神面を把握したことにより状況が好転した経験には、5年目に〈関係ができるための準備に時間をかけた)〈家族と会う機会を意図して作った)があった。2年目では〈かなり近いところで支えたことで自ら行動し始めた)〈やる気がなさそうだったが私と関係ができるに参加した)〈相手の関心を共感すると表情が変わる)があった。1年目では概念が得られなかった。

## 考察

### 1. リハ時間以外のコミュニケーション

筆者は以前、何人かの患者から、通りすがりに会った時にも声をかけて気遣ってもらえることが嬉しいと聞いた経験がある。今回対象としたOTR全員がリハ時間以外にも声かけを行っており、このことの大切さを意識していると思われた。Aのみが〈病室での様子を確認しに行く)を行っていたが、これは通りすがりとは異なり、積極的にリハ時間以外にも病室に患者の所に行き、様子を観察したり、コミュニケーションを図ったりする行動であり、OTの一環として行っていると思われる。Aの、患者とのコミュニケーションについての価値観の表れた行動であると考えられる。

### 2. 意欲や意志が少ないと感じた経験

今回、5年目と2年目の対象者が感じた経験には、著しく意欲や意志が少ない患者の例はなかった一方で、多くの患者に共通すると思われる受け身的な態度がみられる場合、訓練効果が上がらない場合、訓練目的が伝わり難い場合にOTRは患者の意欲が少ないと感じていた。しかし、まだ実際に著しく意欲や意志が乏しい患者に出会った経験がないのか、あるいはOTRの関わりで適切に対応されているために問題化していないのかどうかは分からなかった。1年目の対象者から概念が得られなかったのは、まだ意欲や意志の問題が大きい患者を経験していないことを示すものと思われた。

### 3. 意欲が乏しい人への関わり

今回のインタビュー結果から、OTRが意欲の乏しい患者に対し、非常に幅広い関わりの手段を用いていることが示された。意欲が乏しい患者は、自己効力感が低下していると想定されるが、OTの必要性や変化点を伝える上で、具体的には〈少しずつ改善していることを強調〉〈少しの変化にも多めのフィードバック〉〈プラスマイナス両面のフィードバック〉など状況によって少しずつ違う方法が用いられていた。他職種からの情報を活用における〈個室で関わるSTから情報収集〉からはチームの中で暗黙のうちに患者を支える様々な役割分担があることが推察できる。2年目から〈担当以外の患者の様子に注意を向ける〉ことが意識されて、担当患者のみを見ているだけでは組織の一員の求められる役割として不十分であると考えられた。〈ある程度の距離感も必要〉と患者との距離も意識されていることが分かった。1年目では、限られた経験の中で上手く行かなかったこと（無理にOT室につれて来ようとしていたら、行きたくないと言われて受けた）から学んだ教訓や、教わって行動化したこと（介護家族をリハに巻き込むのが大切と教わり、自身のOTの中で実践）、先輩の患者を代行する際の配慮（自分から代行する患者情報を聞きに行く）などを行うようになることが分かった。

### 4. 言語的コミュニケーションが困難な人

言語的コミュニケーションが困難な人への対応にも経験年数の違いがより影響していると考えられたが、5年目ではOTR-患者〈双方向の意思疎通を活発化〉するようになることから、患者との意思疎通の回り方がかなり意識されるようになってきているが、それに対して2年目では持っている手段を総動員する、1年目では態度だけでも伝えようとする様子を示すというように試行錯誤の割合が多く、関わり方の質と量の違いがうかがえた。

### 5. 評価の流儀

評価は、経験年数の違いによって、OTRが患者をどう捉えるかの価値観をよく反映している項目だと思われる。5年目からは患者の状況を捉える上で、検査よりも、観察や実際に関わって複合的にみるやり方が示されていた。2年目からは、検査は必ずしも評価で優先されることでなく、反面で生活してきた環境や個別

性を重視することが挙げられた。1年目ではまだ、評価において自分の流儀と言える方法はできていないと推察された。

### 6. 意欲や意志を誤って捉えた経験

5年目で上がったのは、患者のニーズや意志を把握せず、OTR側の意図で進めてしまった経験であり、患者との双方向の関わりでなく、一方的となっていた状況であったことが考えられた。2年目で上がったのは、1つは、〈現実を教えるために失敗させるやり方〉を取ったことであるが、これは臨床では現実検討ができない患者に対して必要な方法としてよく用いられるが、実際に用いるのは非常に難しい方法である。OTRが、患者が能力の自己認識が実際の能力よりも高く、その認識の差を実感してもらわないと実生活で転倒などのリスクに繋がると予測して、あえて訓練中に失敗を経験する場面を作る。しかし、この関わりによって、患者に自身の認識の差によってでなく、OTRの技量が不十分なために失敗したと思われてしまったり、より意固地になって認めようとしないうる、という結果となってしまう場合もあると聞いたことがある。

他に〈気づいていないうちに不快を与えてしまうことがある〉は、今までの自らの行動と結果から、自身が意識できていないところで患者との誤解が生じてしまう可能性についてであり、知識と実践とが十分かみ合っていない状況があることが察せられた。1年目で挙がった〈否定的な言動に自分とやりたくないのだと解釈していた〉は、自信の無さから、患者のそうした行動に会うと、自分という人間そのものが拒否されているかのような被害的な思いに陥りやすい傾向があることを指すと思われた。また〈強引に連れ出そうとして指導者の助言で関わり方を変更〉は、OTの時間には患者に訓練してもらわなくてはならない、という思いから現実には合わない行動をしていたことを指導者に修正された経験と考えられた。OTRはこうした多くの失敗から学ぶことで患者の意欲や意志の捉え方を身に付けていくと思われる。

### 7. 以前の自分との比較

結果より、この質問からOTRが脳血管障害者の精神面を把握する能力の発達の過程を考察する材料が得られたと思われる。5年目、2年目、1年目のそれぞれのカテゴリによって、各年代の状況をうかがい知る

ことができる。5年目は「経験の積み重ねで適切な関わりができていく」、2年目は「これで良かったか不満の残る場合が多い」、1年目は「実体験が少なく先輩への相談で動く」である。5年目では、相手に与える影響や引き出そうとする反応などをあらかじめ意識して関わるようになってきている。患者の少し先をみて導くようになってきている。2年目は、患者の精神面を押し量ろうと意識するが、自らの関わりに確信が持てない。しかし「周囲を見る余裕が出てきた」など自分で認められる変化も確実にある。1年目では、限界を感じることも多い中で、ただ先輩の指導のまま動くのではなく、関わり方を少しずつ頭で考えるようになってきている。実際には経験はできていない、という相違である。

## 8. 精神面を把握したことにより状況が好転した経験

5年目と2年目では、患者の精神面を把握したことで状況が好転した経験を持っていた。1年目ではまだそうした経験は無いようであった。5年目が挙げたのは、変化を起こすために準備に時間をかけ、意図的に患者家族に会う機会を作って働きかけたという、計算されたことだった。2年目が上げたのは、患者の近くで支えたことや、患者との関係性ができたことで患者が変わってきた経験についてであり、両者の間に質的な違いが感じられた。

## 9. OTRの捉える精神面について

OTにおける臨床的推論（クリニカルリーズニング）とは、患者の課題や問題を判断し、その解決のための推理を行うことであるが<sup>11)</sup>、OTの現場は技術的な解決が困難で混沌とした沼地帯のような<sup>12)</sup>、一人の人間を治療する上での個性の高い文脈に基づく叙事的（ナラティブ）リーズニングが不可欠と言われている<sup>11)</sup>。患者の精神面は叙事的リーズニングによって検討される。過去の類似した事例の経験で上手く行ったやり方や、一般に妥当性が高いとされる関わり方が、目の前の患者の今の状態に合うとは全く保障がない。しかしながら、目の前の患者へのOTが上手く行くかどうかは、いかに患者の精神面を正しく把握できるかが大きな鍵になると言えると思われる。そのため、OT領域での患者の精神面の把握の研究が一層進むことが望まれる。

今回の結果より、OTが患者の精神面を捉えるには、患者の方を向いた熱心な態度、双方向の関わりを活発

化させること、複合的な要因を考慮すること、患者との距離を意識すること、他職種から情報を収集し参考にすること、生活の背景や個性を把握すること、ニーズや意志を捉えるようにすることなどが必要であると考えられた。その上で、経験の積み重ねで適切な関わりができるようになると思われた。

## 10. 研究の限界と今後の課題

今回は概略を描き、推論を行うことに留まった。患者の精神面を把握することは、多面的に検討することができるテーマであるため、引き続き考察を深められる試みをしたい。臨床経験が5年目より上のOTRによる患者の精神面の把握については調査していないが、経験年数をさらに重ねるとどのように違うのかは今後の課題とする。

## 【文献】

- 1) 穂積昭則, 平田幸一: 高齢者の脳血管障害. *Geriatric Medicine*40: 1419-1422, 2002.
- 2) 木村真人: 脳卒中後のうつ病とアパシー. *Neurosurg Emerg* 14: 103-109, 2009.
- 3) 小林幸治, 吉野真理子, 山田孝: 人間作業モデルを学習することが作業療法にもたらす影響—11人の作業療法士への面接調査より. *リハビリテーション連携科学* 8: 59, 2007.
- 4) 小林幸治, 秋葉祐子, 瀬間久美子, 小林法一, 山田孝: わが国の作業療法における脳血管障害者の心理社会面への支援内容に関する文献的研究. *作業療法*28: 266-276, 2009.
- 5) 小林幸治, 山田孝: 脳卒中者は作業療法士との協業をどのように経験しているか—1事例へのインタビューを用いた仮モデル作成. 第5回南多摩リハビリスタッフ合同会議学術集抄録集, 2010.
- 6) 小林幸治: 治療的関係を作るための患者との「出会い」について—支援の意味を求め合う構造. 第7回南多摩医療と地域と福祉をつなぐ会学術フォーラム抄録集, 2012.
- 7) 有田史則: 医療チームでクライアントの意志の作業療法評価の共有により作業機能障害の改善に結びついた事例. *作業行動研究* 15: 10-19, 2011.
- 8) 木下康仁: ライブ講義M-GTA実践的質的研究法. 弘文堂, 東京, 2007.
- 9) 西條剛央: ライブ講義質的研究とは何かSCQRMベシック編. 新曜社, 東京, 2007.
- 10) 小林幸治・小林法一・山田孝: 脳卒中者は病前との連続性を回復する際に作業療法をどのように意味づけているか. *作業療法*31: 256-266, 2012.
- 11) 山田孝 (編著): 高齢期障害領域の作業療法. 中央法規, 東京, 2010.
- 12) Schon A 著, 佐藤学, 秋田喜代美訳: 専門家の知恵—

反省的实践家は行為しながら考える. ゆみる出版, 東京,  
2001.

(2013年10月17日受付、2013年12月2日受理)