当事者セラピストが持つ「当事者体験」への認識とその活用からの社会的役割の構築についての考察

～疾病・障害体験を持つリハビリテーション専門職へのアンケート調査から～

日本福祉大学通信教育部
福祉経営学部　医療・福祉マネジメント学科
14KV7200　山田　隆司

目　次

■ **第 1 章　はじめに**

- ● 第 1 節　研究の背景と問題意識
- ● 第 2 節　研究の目的
- ● 第 3 節　論文の構成

■ **第 2 章　「本研究における当事者セラピスト」を定義する**

- ● 第 1 節　既存研究の検討
  - ・ 第 1 項　「当事者セラピスト」の出自と先人たち
  - ・ 第 2 項　「疾病･障害体験を持つ医療福祉専門職」に関する文献の検討
- ● 第 2 節　「本研究における当事者セラピスト」とは
  - ・ 第 1 項　セラピストとはだれか
  - ・ 第 2 項　当事者とはだれか
  - ・ 第 3 項　当事者セラピストとはだれか

■ **第 3 章　研究の方法**

- ● 第 1 節　当事者セラピストの抽出
  - ・ 第 1 項　抽出方法
  - ・ 第 2 項　抽出時の対象者属性
- ● 第 2 節　アンケートの作成と配布
  - ・ 第 1 項　アンケートの概要
  - ・ 第 2 項　アンケートの内容と構成
- ● 第 3 節　アンケートの回収結果

■ **第 4 章　アンケート回収結果のエピソード分析**

- ● 第 1 節　対象者の属性　A 氏～N 氏（14 名）
  - ・ 第 1 項　一般情報、職業に関する情報、疾病・障害に関する情報
  - ・ 第 2 項　対象者の属性の整理
  - ・ 第 3 項　エピソード分析のための枠組み設定
- ● 第 2 節　エピソード分析とそれぞれの解釈
  - ・ 第 1 項　発症・発障時とその後の喪失・獲得体験
  - ・ 第 2 項　就労場面におけるストレングスとウィークネス
  - ・ 第 3 項　就労以外の場面におけるストレングスとウィークネス
  - ・ 第 4 項　社会的な活動（行動化・希望・義務・期待）

・ 第5項　実感のともなう社会的役割
・ 第6項　生活者として自身が思い描くビジョン

■ 第5章　考察と結論
● 第1節　エピソード分析のまとめと考察
・ 第1項　「発症･発障時とその後の喪失･獲得体験」のまとめと考察
・ 第2項　「就労場面におけるストレングスとウィークネス」のまとめと考察
・ 第3項　「就労以外の場面におけるストレングスとウィークネス」のまとめと考察
・ 第4項　「社会的な活動（行動化・希望・義務・期待）」のまとめと考察
・ 第5項　「実感のともなう社会的役割」のまとめと考察
・ 第6項　「生活者として自身が思い描くビジョン」のまとめと考察
● 第2節　結論
・ 第1項　当事者セラピストの分類　～当事者体験の認識と解釈～
・ 第2項　Group:Ⅰの傾向　～ストレングス･ウィークネスと社会的役割～
・ 第3項　Group:Ⅱの傾向　～ストレングス･ウィークネスと社会的役割～
・ 第4項　当事者セラピストとはだれか　～再考～

■ 第6章　最後に
● 第1節　提案と今後への課題
・ 第1項　当事者セラピストが担う社会的活動　～具体例を挙げて～
・ 第2項　今後の当事者セラピストへ
・ 第3項　研究の課題
● 第2節　謝辞

■ 引用・参考文献
・ 引用文献
・ 参考文献

■ 添付資料
・ アンケート書式一式

■ 第１章　はじめに

2020 年の東京オリンピック・パラリンピック開催を前に、国内では障害者や難病患者などいわゆる当事者たちが活気づいてきている。特に、リオデジャネイロパラリンピックで盛り上がったパラスポーツやパラアスリートへの関心や熱気を冷ます間もなく、次の東京へ向けた周知活動がシームレスに開催されている。東京都内の公共交通機関や公共スペースには大々的にポスターが掲示され、パラスポーツの体験イベントやパラアスリートたちの講演会などが積極的に実施されている。テレビや雑誌などメディアでの取り扱いも増えており、その内容も従来の障害部分のみをクローズアップしたものではなく、パラスポーツのハイレベルな競技性や選手たち個人のアスリート性へと変化してきている。

これらの流れと同じくして、当事者を理解するための社会啓発イベントや講演会・セミナーも各地で開催され、当事者自身が主体的にその企画や運営を担うことも増えている。そして、NHK「バリバラ」[1)]をはじめとし、今までは「社会的タブー」とされてきた当事者の「生々しい生活」や「本音の語り」が世の中に発信される機会が増えている。さらには、「感動ポルノ」[2)]など当事者に対する報道や表現方法に関する疑問を社会に投げかけると言った挑戦も行われてきている。時代はまさに、「当事者ブーム」とさえ言える。

当事者たちが活気づく一方で、それを支援する立場の医療福祉系の専門職たちも活気づいてきている。従来の「医療モデル」に基づく医学的アプローチにとどまらず、当事者を「社会モデル」でとらえ、その生活レベルにおける諸活動や社会参加などの困難についてさまざまなアプローチを試行している。病院や施設を飛び出し、当事者の主体的で自分らしい地域生活や社会参加を支えるべく地域医療・地域福祉の分野へ飛び込んだり、かつてない社会資源を創出すべく起業する専門職も増えている。当事者の主体的で自分らしい地域生活や社会参加が促されるに従い、そのニーズは多種多様かつ個別性が高くなってきている。専門職たちの社会的役割や働き方は、現代の日本社会における就労内容や就労方法の多様化と合わせて、治療者・支援者から協働者・伴走者へと大きく変化している。

これらの背景には、1960 年代から日本でおこってきた障害者運動を基礎として、近年の障害者・難病患者への対策や政策が多く挙げられる。2007 年の「障害者権利条約(障害者の権利に関する条約)」への署名に始まり、ここ 10 年程の間に当事者たちの権利や社会参加に関する制度改革は一気に進められてきた（表 1-1)。この一連の流れは、障害者権利条約の策定過程において用いられた「Nothing About Us Without Us」[3)]のスローガンに象徴される「当事者の声」を積極的に取り込みながら進められ、日本社会における当事者たちの主体的な活動を後押ししていくこととなった。またこれらの流れは、世界保健機構の提言する「ソーシャルインクルージョン」[4)]の積極的な推進運動へもつながっており、2020 年の東京オリンピック・パラリンピック開催に先駆けた、当事者運動における大きなムー

ブメントとなっている。

一方で、「権利のみの主張」「内なる偏見」「合理的配慮の押し付け」など当事者活動の中にも課題は多い。専門職においても、「医療モデルへの批判」や「社会モデルへの傾倒」などバランスの悪さが見受けられる。さらに、計画性や中身の薄い啓発イベントやセミナーが乱立している事実もある。このムーブメントが一過性に終わらない工夫や信頼性の向上を考える必要もある。

ここ数年において、当事者たちが長い年月をかけて獲得してきた「あたりまえ」の権利や生活が再び大きく注目されている。そして、それらに対して医療福祉専門職たちはさまざまなアプローチを模索し、自分たちの働き方を多様化させてきている。つまりは、ソーシャルインクルージョン理念の中で、時代や生活の変化に応じて当事者や専門職たちが従来の役割やイメージを超え、協働し社会へ積極的にアプローチする時期になってきたと言える。そのイニシアチブをとる存在はいったいどんな立場なのだろうか。

表1-1　障害者・難病患者に関する法律や動きの年表　（2007～2016年の抜粋）

年	内容
2007年	障害者権利条約に署名(障害者の権利に関する条約)
2009年	障がい者制度改革推進本部の設立
2011年	障害者基本法の改正
2013年	障害者差別解消法の制定
2013年	障害者総合支援法の施行(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律)
2013年	障害者権利条約の批准
2015年	難病法の施行(「難病の患者に対する医療等に関する法律」2015年)
2016年	改正障害者雇用促進法の施行(障害者の雇用の促進等に関する法律)
2016年	障害者差別解消法の施行(障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律)

・Wikipedia(2017年)『社会福祉の年表』より一部抜粋
・厚生労働省ホームページ(2017年)『政策　障害者福祉』『難病対策』より一部抜粋

● 第１節　研究の背景と問題意識

私は、「Charcot-Marie-Tooth（CMT）病患者」で「身体障害者」であり「作業療法士」である。支援される側（当事者）と支援する側（セラピスト）という、相反する二つのアイデンティティを持つ存在として生活し就労してきた。

二つのアイデンティティを持つことは、自身のストレングスでもありウィークネスだと感じることが多い。児童期には当事者体験によって疎外感を感じた一方で、自身の個性として感じられることがあった。青年期には担当のセラピストへ憧れるとともに、セラピストになるという将来の目標にとって、当事者体験は自身のストレングスに感じられた。成人期になり当事者体験は、結婚や子育てにおいてウィークネスとしての存在を増し、症状の進行はセラピストとしての役割を奪うものとして恐れの対象となった。その一方で、Charcot-Marie-Tooth 病に関する研究班や患者会活動においては当事者でセラピストであ

るがゆえの「役割」を求められることが増え、他の専門職や当事者からはストレングスであると言われることが増えた。このように、「当事者体験」はライフステージや社会的役割の変化に応じて、自身のセラピスト役割における意味合いを変化させてきた。二つのアイデンティティを持つことは、常に自身の存在や役割を揺さぶり、自己肯定感と否定感というアンビバレンツなものをもたらしてきた。

このような二つのアイデンティティを持つ自分自身を「当事者セラピスト」と仮称し、数年にわたって臨床や当事者運動において活動をしている。当事者セラピストを名乗り始めてから、同様に二つのアイデンティティを持つ専門職に会うことが増えた。彼らに共通していたのは、「当事者体験は貴重なものだと感じている」「当事者体験を活かしきれていない」「誰かに伝えたい」「具体的に行動化する方法が分からない」という漠然とした想いや使命感、そして当事者体験を肯定的に捉えて行動化しようとする姿だった。さらに、執筆・出版や講演・教育など、すでに行動化している者も存在した。一方で、疾病や障害の進行とともに、今まさに専門職としての役割や自分らしい生活を喪失しつつある者にも出会った。彼らの間にある共通項や違いはいったいどんなものだろうかと非常に関心が高まった。

当事者セラピストに対して、神田（2015）[5)]は「他者からの期待に依存をしない、障害経験を含んだ役割の獲得を目指すこと、つまりアイデンティティを含む強い内的期待を持つことで、満足のできる役割を獲得できるのではないだろうか」と述べており、当事者体験に役割や価値を付与することで自身を「補完」していることを考察していた。それでは私自身も含めて当事者セラピストらは、いったい自身の当事者体験に対してどのようにストレングスやウィークネスを見出していくのだろうか。当事者の抱えるネガティブな部分にアプローチする専門職として、またソーシャルインクルージョン理念のなかで、当事者セラピストだけが担える役割があるのではないだろうかと感じている。

● 第２節　研究の目的

本研究では、支援される側（当事者）であり支援する側（セラピスト）という２つのアイデンティティを持つ「当事者セラピスト」が、自身の当事者体験をどう解釈し、ストレングスやウィークネスを感じ、どのような社会的役割を見出していくのかを考えていきたい。これらのプロセスや共通項・違いを解き明かすことで、当事者への「最適なアプローチの一端」を解き明かすことができると同時に、これから先にも増えるだろう新たな当事者セラピストたちへ働き方の可能性を提案したい。

● 第３節　論文の構成

本論文は、全６章で構成される。まず第１章では、筆者が本研究に至った背景や問題意

識、研究の目的、論文の構成を示した。

第 2 章では、「本研究における当事者セラピスト」の定義を試みた。当事者もセラピストもどちらも非常に幅広く多様なイメージを持つ言葉である。先行研究や文献をもとに、それぞれの枠組みを明確にすることで、当事者セラピストの定義化を目指した。

第 3 章では、前章で定義化された「本研究における当事者セラピスト」を対象とした、アンケート用紙の作成と回収方法までを記した。対象者の「過去」「現在」「未来」という時系列ごとに質問を用意し、「当事者体験」「ストレングスとウィークネス」「社会的役割」「将来へのビジョン」を収集できるようにした。

第 4 章では、アンケート結果をまとめ、「エピソード分析」を行った。全 6 項のデータとともに、統合と解釈、そして各項のまとめを行った。アンケートデータと分析内容は表にしてそのまま記載した。

第５章では、前章をもとに各項の考察を行い、それらをさらにまとめて全体の考察とした。そして、「研究の目的」に合わせて結論を述べ、当事者セラピストの再定義を試みた。

第６章では、上記を踏まえた提案や研究への課題を記し、謝辞を述べて終わりとした。それ以降は、参考・引用文献のデータとした。

■ 第２章　「本研究における当事者セラピスト」を定義する

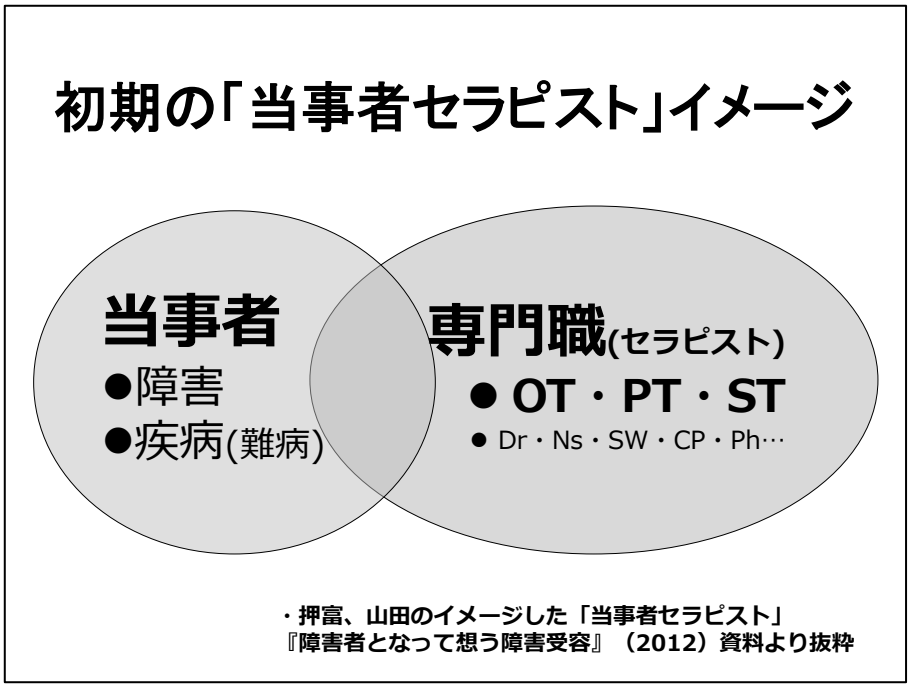
● 第１節　既存研究の検討

本研究で取り扱う「当事者セラピスト」はいままで定義されていなかった。本論文ではここまで、便宜上「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職」を広義の当事者セラピストとしてきたが、「本研究における当事者セラピスト」を定義していく必要があった。

・ 第１項　「当事者セラピスト」の出自と先人たち

先行して、広義の当事者セラピストにあたる存在は多くが確認できた。ところが、「当事者セラピスト」という単語を明確に用いている文献は、山田(2016,p-190)[6]、神田(2015)[5]と近年のものであった。これらのもととなった「当事者セラピスト」の提言は、2012 年に日本福祉大学高浜専門学校第 11 回卒後研修会[7]において山田・押富によってなされたものだったことが確認できた。彼らは当初から、「疾病・障害当事者で、医療福祉専門職」を「当事者セラピスト」と仮定し、疾病や障害の内容にこだわらず、医師に加えて国家資格の有無を問わずコメディカルたちを広く包括して「セラピスト」と表現していた（図 2-1-1）。

図 2-1-1　初期の当事者セラピストイメージ



次に、先行研究として「当事者セラピスト」の自己肯定感や社会的役割をについて考察しているものは、神田(2016)[5)]のみであった。神田は「当事者セラピスト」について、山田・押富へのインタビューを通して「自身の障害当事者とセラピスト経験の双方を踏まえた役割」とし「双方の立場を経験しないことには見えてこない様々な課題を明確化し、セラピスト側に問題提起することを企画する」役割であるとまとめた。

神田の研究や前述した研修会において､山田･押富は当事者セラピストとしての活動を、自身らのストレングスとして打ち出していた。

・ 第２項 「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職」に関する文献の検討

次に、広義の当事者セラピストが関わっている文献や活動は複数見つけることができた。それらは大きく分けて、①「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職としてのナラティブ」、②「医療福祉専門職としての業績」、③「疾病・障害当事者としてのナラティブ」、④「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職としての社会的活動」などである。それらは、研究論文だけではなく、書籍・コラムや講演・セミナー、イベント企画や社会的活動というさまざまな手段や方法で発表されていた。

・ 文献の検討① 「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職としてのナラティブ」

代表的なものには、熊谷(2009)[8)]、小林(2018)[9)]、関(2013)[10)] (2014)[11)]、田中(2013)[12)]、山田(2004)[13)]､和田･山田(2016)[6)]などの書籍と､押富(2013)[14)]のジャーナルが挙げられた。

田中(2013)[13)]は、｢患者（リウマチ）の私｣と｢作業療法士の私｣の間を行き来しながら、｢患者の価値を再構築する｣方法論を模索したり障害受容について論考していた。発症から現在に至る｢｢私｣の病の体験を、自己物語という形式で綴った｣(p-5)とし、自身のナラティブを自ら分析し他者のナラティブと比較していた。特徴的だったのは、作業療法士が取り扱う｢意味のある作業｣を喪失してしまった｢当事者としての自身｣に対する､｢作業療法士としての自身｣による論考であった。これらを通して、問題提起や提案など全体を通して｢セラピストへの発信｣という役割を担っていた。同様に、小林(2018)[9]は｢脳卒中経験者兼理学療法士｣と自らを呼称し、当事者の主観的体験を分かりやすく伝えるべく、より主観を大切にした｢セラピストへの発信｣を担っていた。

関(2013)[10)] (2014)[11)]は失語症となった言語聴覚士であり､発症からの経過を事細かに記していた。書籍には治療場面から回復後の生活場面に至るまで、実際の写真や検査データなどが多数掲載されていた。また、経過に対応した自身の状況を、専門家として分析し解説を添えたり、一方で当事者としてのリアルな感情や想いを添えていた。序文には｢リハビリに難渋する対象者とのセッションに行き詰まる臨床家や、期待したほど回復しない症状に悩む当事者・ご家族への励ましとなれば幸いです｣[10)](p-ⅳ）とあり､｢セラピスト・当事者への発信｣という役割を担っていた。なお、山田(2004)[13)]の書籍も同様に､｢壊れた

脳の中、教えます」「病気を科学してみたら」など、その目次のタイトルに当事者と医師の2つの視点が用いられていた。

熊谷(2009)[8]は、脳性麻痺の医師であり、その当事者体験と今までの想いを生々しくわかりやすい言葉で表現している。自身の脳性麻痺そのものを分析し、当事者にしか分かりえない感覚や感情など「文字で表すことが困難な体感のようなもの」(p-253)を文章化する挑戦をしている。また、幼少期から始まった「性への強い関心」、リハビリや生活上の「専門家・他人とのズレ」など、一般的にタブー視されがちな実体験を生々しく表記し、さらに分析まで加えていた。「セクシャリティのことや身体性のこと」(p-254)を「セラピスト・当事者・社会へ発信」する役割を担っていた。

和田・山田(2016)[6]らはそれぞれアイザックス症候群の看護師とCharcot-Marie-Tooth病の作業療法士であり、難病当事者と専門職という２つのアイデンティティに対する想いや揺らぎを書いていた。和田は「今は患者としてできることを考え、自分の病気やほかの難病について発信できることに力を入れていきたい」(p184) と記載し、山田は「社会～医療～難病患者の架け橋になり通訳をしていきたい。共感者から発信者としての役割へ移っていくことで、患者だけでなく社会をも変えていけたらいい」(p192) と記載していた。内容は当事者としての主観で書かれており、書籍自体のコンセプトは「セラピスト・当事者・社会への発信」という役割を担っていた。

押富(2013)[14]は重症筋無力症の作業療法士であり、自身の発症から現在に至るまでの喪失体験や、闘病中の専門家・家族とのやり取りを克明に描いていた。とくに、当事者サイドから見た臨床現場での対応、障害受容への臨床家の認識、福祉制度への問題提起がシリアスに描かれていた。ジャーナルと言うこともあり、「専門職への発信」を担っていた。

以上の文献から、著者の多くは当事者体験という主観的なものに対して、専門知識を用いた客観的な評価・解釈をすることで「発信すること」を役割の一つとしていることが推察された。また、当事者という主観的体験に専門家として客観的にアプローチできる点が、当事者セラピストの特徴の一つと推察された。さらに、「当事者へ対するピアサポート的な発信」と「専門家へ向けた教育・指導的な発信」と「社会へ向けた啓発的な発信」という3つの発信を使い分けていることが示唆された。実際に、著者のほとんどが執筆活動だけではなく、上記④「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職としての社会的活動」として講義・講演やイベント企画も行っていた。

・　文献の検討②　「医療福祉専門職としての業績」

上記の著者らを検索する中で、多数の文献が見つかった。内容は、自身の専門領域や臨床上の課題に対する、医療福祉専門職としての研究とその成果であった。自身の専門性を用いて研究に携わることは専門職としての責務であり、さまざまな分野の研究論文・ジャーナル・書籍・学会抄録など「医療福祉専門職へ向けた発信」だった。著者らの研究テー

マとしては「当事者研究」「身体感覚」「痛み」「自己感」「自閉症」「マイノリティ」「社会モデル」「共生社会」「障害受容」「高次脳機能障害」「失語症」「芸術活動」「精神疾患」「患者会支援」など、専門職として多岐にわたって執筆していた。

上記の著者らの中でも関(2003)[15]は、自身の発症前に言語聴覚士として多くの研究を行っており、専門家としても当事者としても「失語症」に関する書籍を出版していることが特徴的だった。

また作業療法士の田島(2014)[16]はその書籍の中で、前述の熊谷と田中を分担執筆者として指名しており、両者は医療専門職として、自身の当事者体験を踏まえた論考を記していた。熊谷は他にも、「障害者の権利」「差別解消・合理的配慮」「当事者研究」など多岐にわたる執筆や講演をつとめていた。

臨床と研究及び執筆や講演は医療福祉専門職としての責務であり業績である。しかしそこには、自身の当事者体験を通して社会問題をとらえ、自身の研究テーマとし論考・言語化して発信するという作業が見られた。医療福祉専門職としての業績においては、少なからず神田[5]の言うように「自身の障害当事者とセラピスト経験の双方を踏まえた役割」が反映されていることが推察された。

・　文献の検討③　「疾病・障害当事者としてのナラティブ」

ここでは主に、障害者運動や難病運動など当事者活動について情報を集めたが、これらは見つけることがは難しかった。その理由として「専門職としての立場を明かさずにいる」「患者会などを通した当事者としての活動である」「資料や文献そのものが一般的に流通していない」ことが推察された。

前述した和田・山田らは、それぞれの罹患する疾患の患者会に所属していた。彼らはそれぞれの患者会[17][18]において、ホームページや会報誌への寄稿、講演会や交流会での講師、関連する難病団体や専門学会でのシンポジストや寄稿など、さまざまな当事者活動をしていた。厳密に当事者としてのナラティブだけとは言い切れず、専門職としての視点や考察が散見できるものも多かったが、「一人の当事者として他の当事者や専門職・社会に向けた発信」だった。

患者会等の当事者活動においては、自身の持つ専門家としての経験ではなく当事者としての経験を活かした活動を行っていることが推察された。それは、患者-治療者という治療関係や、障害者-支援者という支援関係ではない、当事者同士のピアな関係でのピアサポート活動[19]であることが推察された。

・　文献の検討④　「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職としての社会的活動」

ここでは文献ではなく、主に社会的活動についての情報を集めた。

山田(2016)[6]は、自身が罹患する Charcot-Marie-Tooth 病の研究班に研究協力者として

参加(2009～)[20]を続けており、そこでは「作業療法士」役割(p-189)を期待されていたとした。一方で山田は、研究班が刊行した診療マニュアル[21)22)]において、患者会代表の立場から分担執筆しており、患者会の概要や患者の生活の様子・想いなどを綴っていた。これらから、研究班において山田は「当事者」と「専門職」の両者の役割を期待されていたことが推察された。

小林は 2017 年に、自身が罹患した脳卒中に関連するイベントを企画した。そのホームページ[23]で小林は「脳卒中・脳梗塞の当事者の方や家族・セラピストが本気で楽しむ大人の文化祭です」とし、志を同じくする医療福祉専門職やボランティアを中心に、脳卒中当事者と家族・一般企業・マスコミ・芸能人やパラアスリートなど広く社会をも巻き込んでイベントを実施した。また小林は「引きこもりがちな当事者の方が少しでも希望を持ってもらえたら」など、自身の当事者体験をおりまぜて開催のあいさつとした。当事者と支援者のためだけでなく、社会へ向けた啓発活動でもあるとしていた。

高橋・山田は当事者セラピストグループ『Cross Bridge』(2015～)[24]を立ち上げ、広義の当事者セラピストたちが交流・情報交換できる「場」づくりと、当事者と専門職らが一堂に会しフラットな交流・意見交換・問題解決が出来る「機会」としてのワークショップを実施してきた。前述した押富・山田の「当事者セラピスト」イメージをもとに、「私たちのような存在ができることは何だろう？」と問題提起し、「医療、患者、社会の架け橋になり様々なズレを解消し住みやすい社会を創造する」ことを目標に掲げていた。過去に開催されたワークショップでは、当事者・専門職や支援者たちが集まり「当事者セラピストの可能性とは何か？」「当事者と専門職とのズレとはなにか？」「当事者と社会とのズレはどうして起こるのか？」などをテーマに、ワークショップやディスカッションを実施していた。その場において高橋・山田らは、参加者たちのファシリテーションやコーディネートの役割を担っていた。

関は専門職や当事者向けの講演のほかに、高次脳機能障害の研究所[25]を設立し、相談や訓練指導を行っていた。また、専門家で当事者としての自身を活用し、患者会や専門学会等での役職もつとめていた。専門職としての長年にわたる臨床・研究・教育の経験をもとに、自身の当事者経験を踏まえて、当事者や専門職へ対して広くアプローチしていた。

その他、前述の著者らの多くはさまざまな場に招かれ、講師やシンポジストなどを務めていた。その際に求められるテーマや役割はさまざまで、その対象者も当事者・専門職・一般市民・行政など多彩であった。

第 2 項のまとめ　(表 2-1-2)

上記①～④より、広義の当事者セラピストらは、自身の「専門性」や「当事者性」を活用して行動化していることが推察された。行動化の内容は「講演」「執筆」「研究」「イベント企画」「セミナー」「ワークショップ開催」「場作り」「ファシリテート」など多種多様で

あり、その対象は「当事者」「専門職」「一般市民(社会)」「行政」などこちらも多種多様であった。取り扱うテーマや期待される内容もまた多岐にわたっていた。行動化している広義の当事者セラピストらの共通項として、自分自身を活用した「発信」や「つなぐ」役割を担っていることが推察された。一方で、「発信」「つなぐ」以外の役割については明確化されておらず、手段や方法がわからず行動化していない広義の当事者セラピストの存在も示唆された。

これらは、本研究の問題意識を解決する大きなヒントとなる内容であった。これらをもとに、より具体的に「自身の当事者体験をどう捉え」「ストレングスやウィークネスを見出し」「それを活用する(もしくは活用できないでいる)ことになり」「自身の役割としていくのか」というプロセスやきっかけ、そして共通項や違いを探る必要性が出てきた。

表2-1-2 文献検討による社会的活動まとめ

行動化内容	対象	仮説
・研究 ・執筆 ・講演 ・イベント企画 ・セミナー ・ワークショップ ・場作り ・ファシリテート ・患者会運営	・当事者 ・専門職 ・学生 ・一般市民(者会) ・行政	「専門性」や「当事者性」を 活用した 「発信」「つなぐ」 という社会的役割

以上より、第2項のまとめを踏まえて、アンケートを作成(第3章)しナラティブ分析(第4章)を行うこととなった。

● 第２節　「本研究における当事者セラピスト」とは

「当事者」をめぐる議論は新しいものではないが、近年では特にさまざまな学問において盛んに「当事者」という言葉が用いられ研究されている。野口(2012)[26]は「当事者」を「絶対化」「相対化」させることについて論考を重ね、「「当事者」の「相対化」とは、「当事者」を変動可能な存在として位置づける開放的な志向性」、「「当事者」の「絶対化」とは、「当事者」を特定の存在として限定し固定化する排他的な志向性」と述べた。その研究の結論として、「絶対化と相対化との間を揺れ動くような「当事者」とは、研究の課題設定に応じて設定される方法論上の範疇にある概念であることが明らかになった」「これを「方法としての『当事者』」と呼ぶことにした」とし、「研究上における「当事者」とは、「方法としての『当事者』」であり、研究上の「当事者」設定は当該概念を用いる研究者の目的意識に基づいて戦略的になされるものである」と結んでいた。

また、「セラピスト」という単語は世間一般的にあふれており、曖昧かつ無秩序に用いられていることが多い。上記の「当事者」と同様に、「セラピスト」においても「絶対化」や「相対化」を考えていかなくてはならなかった。

以上より、「本研究における当事者セラピスト」について、「方法としての『当事者セラピスト』」の考えをふまえ、研究の目的意識に基づいて戦略的に設定していった。

・　第１項　セラピストとはだれか

辞書で検索してみると「セラピスト【therapist】：社会復帰のための療法を専門に行う人。療法士。治療士」[27]と記されていた。一般的にセラピストとは、「国家資格・民間資格・公的資格」として多種多様な職種に与えられている俗称であり、独占された名称ではなかった。国家資格のように職能団体や倫理綱領が存在しておりエビデンスの確立された者や、民間・公的資格で職能団体・倫理綱領が存在しており医療福祉分野で活動している者、さらには民間・公的資格でもない者など、世間一般的に「セラピスト」の用い方はさまざまだった。

次に、前述している医療福祉専門職の中でも「セラピスト」と名の付く代表的な専門職種は、①理学療法士（Physical Therapist：PT)、②作業療法士(Occupational Therapist：OT)、③言語聴覚士(Speech-Language-Hearing Therapist：ST)の３つであり、いずれもリハビリテーションに関わる国家資格であった。彼らは主に、医療保険・介護保険のもとでそれぞれの専門性（知識や技術）をもって、対象者へとアプローチしていくことを生業としていた。

なお、押富・山田の提唱した初期の「当事者セラピスト」における「セラピスト」イメージは、医師に加えて多くのコメディカルが含まれるもので、医療・福祉・介護・そして社会など「セラピスト」が活動する場に対するイメージはとても懐の深いものだった（図

2-2-1)。そもそも、医療福祉専門職はその職業の成立や歴史・職業概念・職域などがあまりにも幅広く多種多様であり、ひとまとめに研究対象とすることは難しかった。

以上より、「本研究におけるセラピスト」とは、「国家資格を保有するリハビリテーション専門職で、その専門性を用いて臨床その他で対象者へアプローチする者（PT、OT、ST)」とした（図 2-2-2)。

図 2-2-1「広義のセラピスト」のイメージ

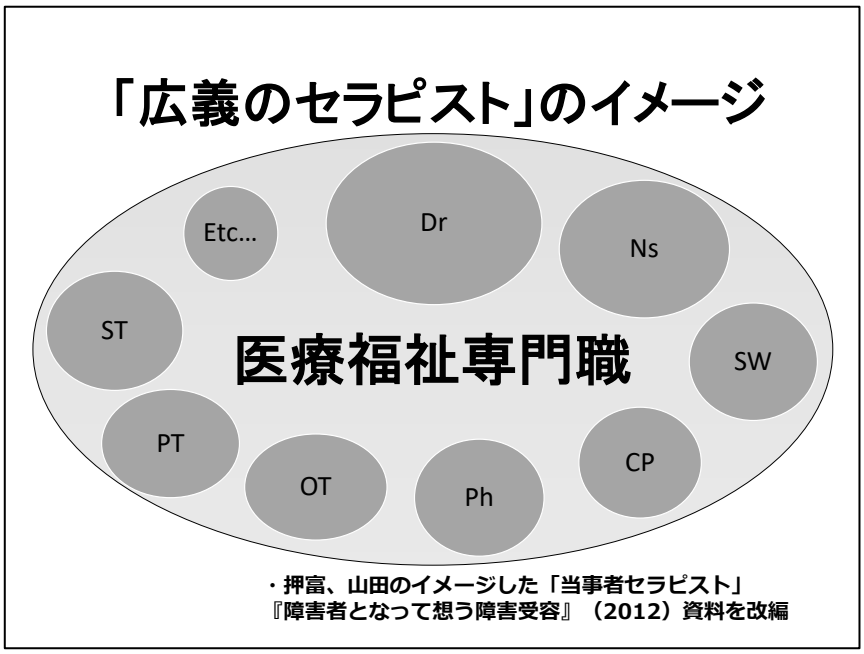
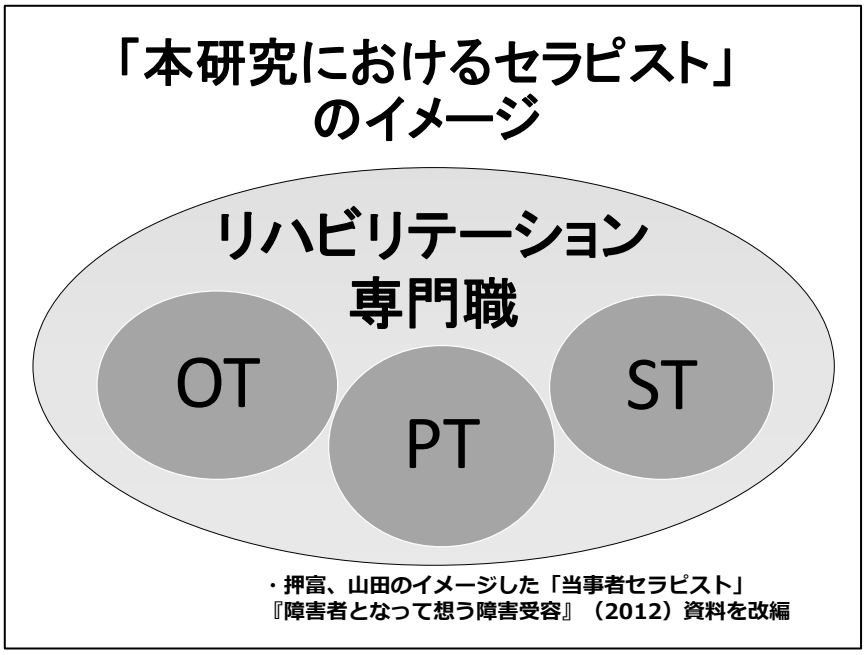


図 2-2-2「本研究におけるセラピスト」のイメージ



・ 第２項　当事者とはだれか

辞書で検索してみると「当事者：その事に直接関係のある人」[27]とあり、その他には「法律用語としては、主に民事法において用いられる。ここでの起きている問題とは事件や紛争などの出来事を、また直に体験したとは主体として関わった人物も指す」「福祉分野で使われるときは、起きている問題とは何らかの社会問題である。広義ではその家族や支援者も含めるが、社会問題をかかえる本人を指していることが多い。障害が問題の現場で使用されることが多いが、難病や暴力・犯罪被害などに広く用いられる。この分野の研究は当事者研究と呼ばれ、当事者が主に自助のために作っている当事者団体を介して行われることが多い」[28]とされていた。これによると「当事者」は大きく、「法律用語」「福祉用語」として使われることが多いとされていた。

次に、CiNii にて「当事者」を論文検索してみると、タイトルに含まれる物だけで 6,600 件以上が見つかった。また、福祉用語としての使用例は「当事者研究」「当事者活動」「当事者主権」などが多く検索された。

これら福祉用語としての「当事者」に関わる研究の中でも、中西・上野（2003）[29]は著書「当事者主権」の中で「当事者とは問題を抱えた人々と同義ではない。問題を生み出す社会に適応してしまっては、ニーズは発生しない。ニーズ（必要）とは、欠乏や不足という意味から来ている。私の現在の状態を、こうあって欲しい状態に対する不足と捉えて、そうではない新しい現実をつくり出そうとする構想力を持ったときに、はじめて自分のニーズとは何かが分かり、人は当事者となる」（p-2～3）と述べていた。そして岡（2009）[30]はこれを踏まえて「社会福祉のある限定された継続的な課題を、自己の生活に直接関わるものとして捉え、それに取り組む人々。たとえば、患者、依存症者、身体障害者に始まり、精神障害者、ひとり親家族、死別体験者、ホームレスなど」と、「当事者福祉論」において述べていた。西村（2012）[31]は、これらを引用した上で「社会福祉の歴史において、長い間これら当事者たちは社会福祉の対象として、保護や庇護すべき存在として、専門家の管理下におかれてきた」（p-31）と述べ、さらに 1957 年に設立された脳性麻痺者の団体「青い芝の会」の運動を示し「近年の当事者主体や当事者研究の基底をなすものである」とした。

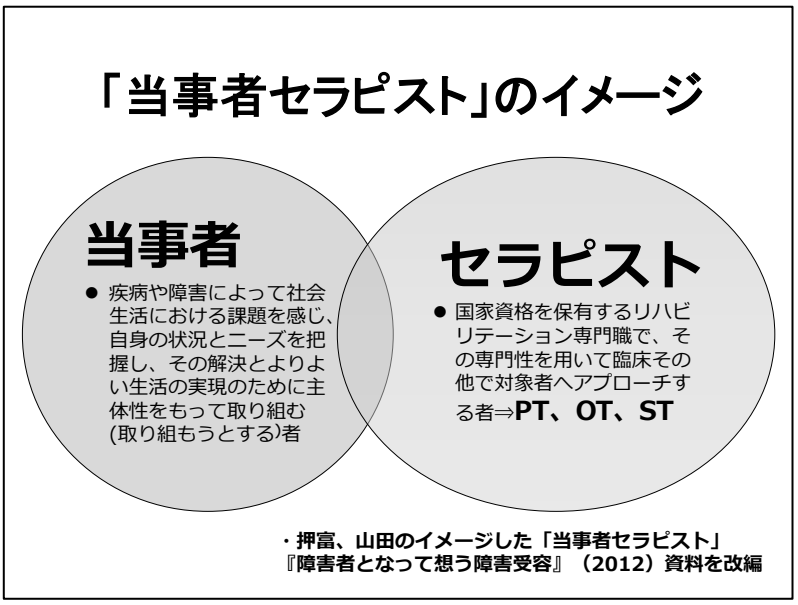
中西・上野や岡らは共通して「障害も含めて自身の状況を把握する」「自身のニーズ（必要）を明確に持つ」「自身の生活において主体性を持って取り組む」ことを「行動化」した者を「当事者」としていた。そして西村は上記を補完する形で、医療や社会福祉の客体という存在ではなく、「主体性」をもって行動化するものを「当事者」としていた。

以上より、「本研究における当事者」とは、「疾病や障害によって社会生活における課題を感じ、自身の状況とニーズを把握し、その解決とよりよい生活の実現のために主体性をもって取り組む（取り組もうとする）者」とした。

・第３項　当事者セラピストとはだれか

第１，２項を踏まえて「当事者セラピスト」とは「疾病や障害によって社会生活における課題を感じ、自身の状況とニーズを把握し、その解決とよりよい生活の実現のために主体性をもって取り組む（取り組もうとする）者」であり、「国家資格を保有するリハビリテーション専門職で、その専門性を用いて臨床その他で対象者へアプローチする者（PT、OT、ST)」と言えた（図 2-2-3)。以下、「疾病・障害体験を持つリハビリテーション専門職」と仮称することにした。

図 2-2-3「当事者セラピスト」のイメージ



あらためて、本研究の対象者である「当事者セラピスト」とは「疾病・障害体験を持つリハビリテーション専門職」である。言い換えると彼らは、「当事者が抱える課題」を「専門性を用いて解決」することを担う「セラピスト」であり、一方で「当事者が抱える課題」を「主体性をもって解決」しようとする「当事者」である。ようするに当事者セラピストは、当事者が抱える「生活課題」に対して当事者としてもセラピストとしてもアプローチする存在であることが推察された。しかも、セラピストとしてのアプローチ対象が「当事者としての自分自身」でもあり、解決する課題は「自分自身が抱える課題」であるという、複雑で相互通行的な関係性が存在した。また、前述した「疾病・障害体験を持つ医療福祉専門職に関する文献」の検討（第 2 章-第 1 節-第 2 項）も踏まえて、当事者セラピストであるがゆえの独自性が、「当事者」と「セラピスト」の間にあることが推察された（図 2-2-4)。

これらをまとめると「当事者セラピスト」とは、「専門性と当事者性（主体性）を用いて生活課題の解決に取り組んでいく」存在でもあると言えた。

以上を踏まえて、あらためて「本研究における当事者セラピスト」とは、「疾病・障害体験を持ち、自身の専門性と当事者性（主体性）を用いて生活課題の解決に取り組んでいく、リハビリテーション専門職（OT、PT、ST）」とした（図 2-2-5）。

なお、第 3 章以降のナラティブ分析を通して、第 5 章-第 2 節-第 4 項ではあらためて「当事者セラピスト」の定義化も試みた。

図 2-2-4「当事者」で「セラピスト」であることの独自性イメージ

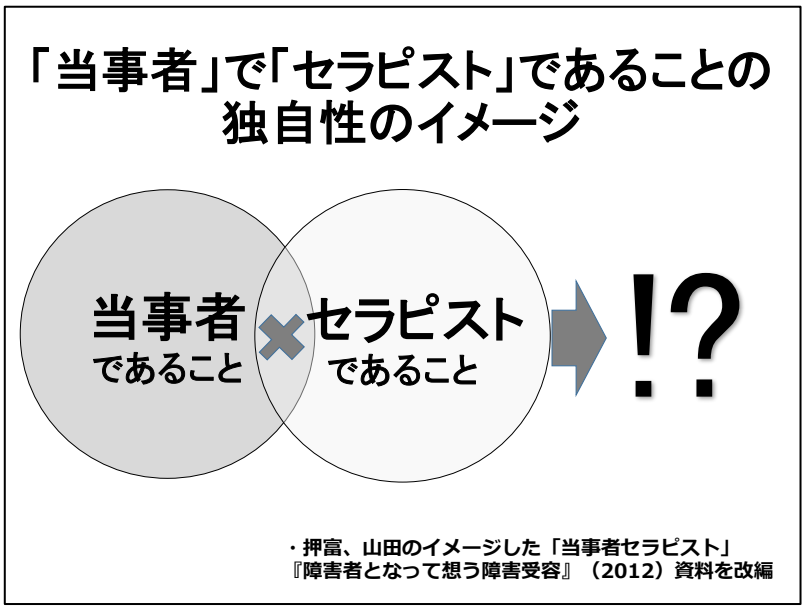
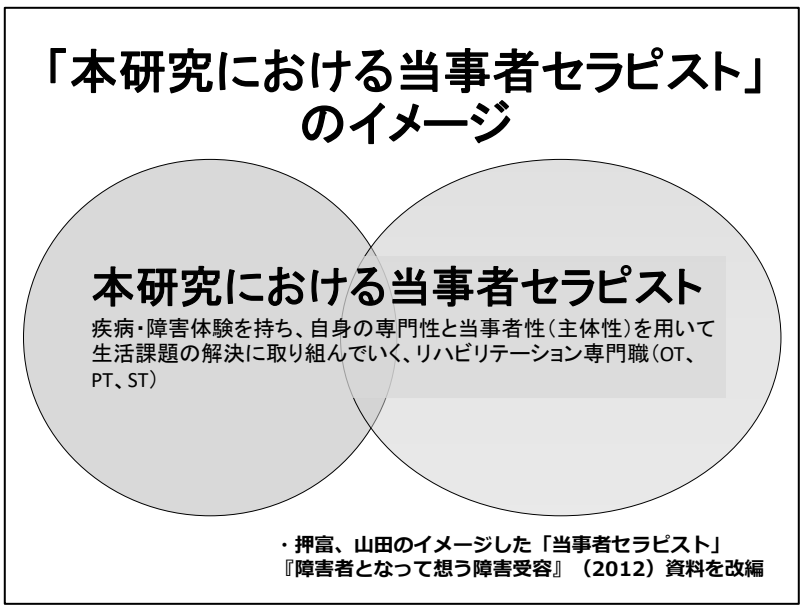


図 2-2-5「本研究における当事者セラピスト」のイメージ



■ 第３章　研究の方法

● 第１節　当事者セラピストの抽出

・ 第１項　抽出の方法

第３章で定義した「本研究における当事者セラピスト」に基づいて当事者セラピストを抽出した。抽出方法は、「当事者セラピストグループ　Cross Bridge」のメンバーと関係者を中心とし、雪玉式抽出も用いた。対象は 18 名が挙げられ、そのうち協力の意志を示したのは 16 名であった。

協力依頼は、電話もしくは E-mail にて行い、その際にアンケートの送付先住所・送信先 E-mail アドレスを聴取した。

・ 第２項　抽出時の対象者属性

抽出した対象者 18 名のうち、協力の意志を示した 16 名分の対象者属性を示した。なお、抽出時点で把握できていた項目のみ記載した（表 3-2-1）。

表3-2-1　抽出時の対象者属性

	氏名	年齢	性別	職種	診断名
1	A	30代	男性	OT	・Charcot-Marie-Tooth病
2	B	30代	女性	OT	・重症筋無力症
3	C	20代	男性	PT	・脳性麻痺
4	D	60代	女性	ST	・心原性脳塞栓症
5	E	50代	女性	OT	・膠原病
6	F	40代	男性	OT	・交通事故による頭部外傷　脳内出血
7	G	30代	女性	OT	・CIDP疑い
8	H	30代	女性	OT	・多発性硬化症疑い
9	I	30代	男性	PT	・脳梗塞
10	J	20代	男性	PT	・脊髄空洞症
11	K	40代	女性	ST	・Charcot-Marie-Tooth病
12	L	30代	女性	ST	・Charcot-Marie-Tooth病
13	M	50代	女性	OT	・くも膜下出血
14	N	30代	男性	PT	・クローン病
15	O	30代	男性	PT	・副腎白質ジストロフィー
16	P	30代	男性	PT	・IGA腎症

＊抽出時に把握できていた属性を記載。
＊協力の意思を示した16名の属性のみ記載。

性別	
男性	8
女性	8

所有する国家資格	
OT	7
PT	6
ST	3

第２節　アンケートの作成と配布

・　第１項　アンケートの概要

アンケートは、協力の意志を示した16名の対象者に対して封書にて送付し、同様のWordデータをE-mailでも送信した。

送付内容は以下の通りとし、返信用封筒と切手を同封した。

①**あいさつ文**：封書の内容や記述・返信・締め切りのルールを記載

②**研究協力依頼書**：研究目的・意義、研究方法・手順、予測される利益・不利益とその対策、同意とその撤回、研究結果の取り扱いなどを記載

③**同意書**：同意内容とそのチェック項目、署名欄を記載

④**質問紙**（アンケート用紙）：自計式質問紙で、末尾には質問紙で使用される用語の解説を記載

質問紙への記述方法は、自筆記入もしくは Word データへの直接入力で構わないこととした。また、同意書は自筆記入のみとした。

質問紙の返信方法は、自筆記入した用紙もしくは直接入力したWordデータを印刷して、返信用封筒に入れて返信してもらった。また、自筆記入した同意書も同封可能とした。なお、直接入力した質問紙のWordデータはE-mailでの返信でも構わないこととした。

返信期間は約１ヶ月半程度を設けた。

・　第２項　アンケートの内容と構成

アンケート内容は大きく分けて以下のような構成で、時系列を負って記入してもらうようにした。

①**個人の属性**：一般情報、職業歴、病歴・障害歴など

②**過去**：発症・発障時の様子と体験など

③**現在**：就労とその他の場面におけるストレングス・ウィークネス、社会的活動、社会的役割

④**未来**：将来のビジョンなど

●　第３節　アンケートの回収結果

16名の対象者のうち、アンケートの返信があったのは14名で回収率は87.5%だった。

なお、M 氏に関しては自記入での回答が困難だったことを考慮し、自宅を訪問した上で質問紙を用いた聞き取りと代筆を行った。同意書のみ、自筆で署名してもらった。

アンケートの詳しい結果については、第4章で分析とともに示した。

■ 第 4 章　アンケート回収結果のエピソード分析

第 4 章では、対象者から回収されたアンケート結果を分析し、統合と解釈を進めた。研究対象者は 18 名が挙げられ、協力の意思を示したのは 16 名であった。そして、実際にアンケートの返信を得た者は 14 名（回収率 87.5%）だった。

● 第 1 節　対象者の属性　A 氏～N 氏（14 名）

・ 第 1 項　一般情報、職業に関する情報、疾病・障害に関する情報

アンケート結果を分析するにあたり、アンケート対象者 16 名のうち同意と回答が得られた A 氏～N 氏まで 14 名の基本的属性について記載した（表 4-1-1、4-1-2）。

表4-1-1　一般情報・職業に関する情報

	氏名	年齢	性別	職種	免許取得年数	現在の勤務状況	専門職としての職歴 ★印は専門職以外の職歴	その他の活動	その他の保有資格
1	A	38	男性	OT	16	・フリーランス(1)	・精神科病院(15)	・患者会(代表) ・当事者セラピストグループ ・セミナー、養成校講師	
2	B	36	女性	OT	14	・NPO法人:福祉系(2)	・一般病院:回復期(4)	・市の障害福祉計画、障害者計画策定委員 ・市の福祉実践教室講師 ・養成校講師	
3	C	29	男性	PT	6	・一般病院 急性期・回復期(6)			
4	D	65	女性	ST	34	・研究所 高次脳機能障害(所長)(4)	・一般病院 ・大学:医学部 ・大学院(教授)	・脳損傷関連学会(理事) ・脳損傷関連の当事者社会参加推進委員会(委員長) ・養成校、大学の講師	
5	E	58	女性	OT	23	・医療福祉系大学 (准教授)(20)	・精神科病院 ・大学病院精神科	・音楽療法に関する学会 ・即興音楽に関する学会 ・音楽講師 ・ソングライティング活動	
6	F	41	男性	OT	6	・一般病院 認知症専門(6)		・障害者スポーツのトレーナー、指導員	
7	G	34	女性	OT	13	・在宅(2)	・一般病院:回復期 ・介護老人保健施設		
8	H	35	女性	OT	13	・障害者グループホーム(1)	・一般病院:回復期など(12)		
9	I	35	男性	PT	5	・一般病院:回復期(5)		・患者会(事務局) ・脳損傷関連の学会 ・脳卒中関連のイベント企画	・健康運動指導士(8)
10	J	26	男性	PT	5	・訪問看護ステーション(1)	・一般病院:回復期(4)	・セミナー団体	
11	K	46	女性	ST	17	・一般病院 回復期・急性期(4)	・老人保健施設 ★生命保険会社(事務員)	・身体障害者療護施設　講師 ・通所介護施設非常勤	・BLSトレーナー(1)
12	L	37	女性	ST	12	・大学病院(4)	・デイサービス ・一般病院		
13	M	50	女性	OT	29	・在宅	・一般病院 ・専門学校:医療系 ・短期大学:医療系	・市の障がい、介護認定員 ・ヘルパー養成、福祉用具研修講師	
14	N	33	男性	PT	12	・公認会計士事務所(1) ＊PTとしての実績は約4年間 ＊公認会計士資格を所有	・一般病院 ・クリニック ・介護老人保健施設 ★ベンチャー企業 ★監査法人		・公認会計士(2)

表4-1-2 疾病・障害に関する情報

	氏名	ICD-10 大分類	ICD-10 コード	診断名と診断時期 主病名／副病名	症状・障害の内容とその出現時期	医療福祉サービスの受給状況（診察、リハビリ、手帳、年金など）	発症からの経過年数
1	A	神経系の疾患	G600	・Charcot-Marie-Tooth病（19～） ・麻痺性内反足（4歳時～）	・両側性下肢麻痺：下垂足・内反尖足（4～） ・両側性上肢麻痺：筋力低下（18～） ・下肢の著しい筋力低下（28～）	・身体障害者手帳（3級） ・障害基礎年金 ・定期受診、リハビリ：1回／3ヶ月	34
2	B	神経系の疾患	G700	・重症筋無力症（24～） ・髄膜炎後遺症（28～） ・慢性呼吸器不全（26～）	・四肢体幹筋力低下、嚥下障害（24～） ・構音障害・呼吸筋麻痺（25～）	・身体障害者手帳（1級） ・障害年金 ・訪問サービス：診察、看護、歯科診察、リハ、介護、入浴 ・定期受診、リハ	12
3	C	神経系の疾患	G809	・脳性麻痺（0～）	・対麻痺（0～）	・身体障害者手帳（5級）	29
4	D	循環器系の疾患	I634	・心原性脳塞栓症（57～） ・心房細動（54～）	・左上下肢片麻痺（57～） ・失語症（57～）	・身体障害者手帳（2級）	8
5	E	筋骨格系および結合組織の疾患	M359	・膠原病（40～） ・関節リウマチ（45～） ・非結核性抗酸菌症（52）	・多発関節炎による疼痛とROM制限（40～） ・多関節炎による変形（45～） ・うつ（40～）	・定期受診 ・リハビリ（現在は受けていない）	18
6	F	損傷、中毒およびその他の要因の影響	S099	・交通事故による頭部外傷 脳内出血（5）	・脳出血による左下肢機能の著しい障害（5～）	・身体障害者手帳（4級） ・リハビリ（現在は受けていない）	36
7	G	神経系の疾患	G618	・CIDP疑い（30～）	・四肢末梢神経障害（30～） ・神経因性膀胱（34～）	・身体障害者手帳（2級） ・障害年金申請手続き中 ・定期受診：1回／半年 ・症状増悪時に入院治療とリハビリ ・外来リハビリ：2回／週	4
8	H	神経系の疾患	G350	・多発性硬化症疑い（19～） ・球後視神経炎（19歳時） ・突発性難聴（20歳時） ・神経因性膀胱（21歳時） ・メニエール病（26歳時） ・腓骨神経麻痺（33歳時） ・症候性てんかん（34歳時） ・脊髄小脳変性症疑い（35歳時）	・排尿障害（21～） ・痙性対麻痺（23～） ・痙性四肢麻痺（34～） ・平衡機能障害（34～） ・直腸障害（34～）	・身体障害者手帳（リハ医と申請を相談中） ・定期受診：1回／1～2ヶ月 ・外来リハビリ：2回／週	16
9	I	循環器系の疾患	I639	・脳梗塞（23）	・右運動麻痺・運動失調・感覚障害（23～）	なし	12
10	J	神経系の疾患	G950	・脊髄空洞症（14）	・左手足の感覚障害、筋力低下（14～） ・眼振、自律神経異常（14～）	今はうけていない	12
11	K	神経系の疾患	G600	・Charcot-Marie-Tooth病（10～）	・歩行開始遅延（1～） ・運動発達遅延（7～通院開始）	・身体障害者手帳（6級） ・定期受診（7～18歳：年数回） ・インソール、靴型装具作成（25歳～：不定期）	45
12	L	神経系の疾患	G600	・Charcot-Marie-Tooth病（33～） ・脳性麻痺（2～） ・遺伝性運動感覚性ニューロパチーもしくはCIDP（15）	・歩行障害（1～） ・顔面神経麻痺、外斜視 ・上肢運動機能障害	・身体障害者手帳（1級） ・障害基礎年金 ・定期受診	36
13	M	循環器系の疾患	I609	・くも膜下出血（42）	・左片麻痺（42～） ・高次脳機能障害・左側無視（42～）	・身体障害者手帳（1級） ・訪問リハ ・デイサービス	8
14	N	消化器系の疾患	K509	・クローン病（22～）	・腹痛・下痢・発熱（22～） ・小腸部分切除（31～） ・人工肛門（33～）	・身体障害者手帳（3級） ・定期受診	11

1. A氏（38歳、男性、OT16年目、Charcot-Marie-Tooth病）

A氏は精神科病院で15年勤務していた38歳のOT（16年目）である。

4歳頃から足部の変形や頻回な転倒・脚の易疲労性などさまざまな違和感を得ており、6～7歳頃には急激な運動機能低下が見られた。下肢の麻痺・変形から麻痺性内反足の診断を受けていたが、OT養成校に在学中の18歳時にCharcot-Marie-Tooth病の確定診断を受けた。

症状の進行とともに現在は離職し、療養生活を送りながら、フリーランスのOTとして同病の患者会代表や医療福祉系養成校・専門職向けセミナー等で講師をつとめている。また、当事者セラピストグループをC氏とともに立ち上げ、ワークショップや場作り等の活動もしている。

身体障害者手帳3級で障害基礎年金を受給しており、上下肢の麻痺や筋力低下に合わせて短下肢装具とロフストランド杖を使用しながら、妻と娘たちと4人暮らしをしている。

2. B氏（36歳、女性、OT14年目、重症筋無力症）

B氏は回復期病院で勤務していた36歳のOT（14年目）である。

臨床や研究に忙殺されていた 24 歳時に、身体の違和感に気づき重症筋無力症の診断を受けた。OTとして実際に臨床勤務した期間は4年間で、症状の増悪にともない退職し長期療養となった。現在は福祉系NPO法人の代表理事となり、地方自治体や地域と協働する機会が増え､障害施策の委員や医療福祉系養成校での講師をつとめるほか、インクルーシブイベントの企画も行っている。

日常生活では多くの場面で介助が必要であり、診療・リハビリ・入浴などの訪問系障害福祉サービスを利用している。また、気管切開し人工呼吸器や酸素ボンベを利用していることでコミュニケーションのわずらわしさを訴えている。身体障害者手帳 1 級で障害年金を受給しており、ヘルパーを利用しながら母との二人暮らしである。

3. C氏（29歳、男性、PT6年目、脳性麻痺）

C氏は一般病院で勤務する29歳のPT（6年目）である。

脳性麻痺による対麻痺で歩行は不安定であるが、短下肢装具を装着し急性期・回復期のリハビリテーションに携わっている。また、A 氏とともに当事者セラピストグループを立ち上げ、ワークショップ等の活動もしている。

身体障害者手帳は5級を所持しており、それ以外の定期受診やサービス受給はしていない。家族と同居。

4. D氏（65歳、女性、ST34年目、心原生脳塞栓症）

D 氏は国立大学医学部や大学院の教授として、失語症の治療・研究や後進の育成に取り組んできた65歳のST（34年目）である。

多忙な生活を送っていた 57 歳時に脳塞栓症による左片麻痺と失語症を罹患しており、その闘病体験をもとにした講演会活動や書籍執筆をしている。16年間の臨床の後に教職となり、発症のための休職期間を経て12年間の勤務を全うした。定年退職した現在は自ら立ち上げた脳に関する研究所の所長のほか、脳損傷に関する学会の理事などをつとめている。

身体障害者手帳は2級、夫との二人暮らしである。

5. E氏（58歳、女性、OT23年目、膠原病）

E 氏は精神科病院・大学付属病院精神科での勤務を経て医療福祉系大学で准教授をつとめる58歳のOT（23年目）である。

もともと、ピアノや音楽活動に造詣が深く、OT免許を取得する以前から音楽療法の学会に所属したり音楽制作や演奏に関する活動も行ってきている。

40 歳時から膠原病による症状が出現し、疼痛や変形でピアノが弾けなくなっていくと同時に、OT 教員としての役割をも喪失しかけるという体験をしている。また、これら発症による心身の状況・対人ストレス等の変化を分析的に記した書籍も出版している。現在は症状も落ち着いており、音楽活動も再開している。

障害サービス等の受給はなく、家族への告知もしていない。

6. F 氏（41 歳、男性、OT6 年目、交通事故による頭部外傷　脳内出血）

F 氏は認知症専門病院で勤務する 41 歳の OT（6 年目）である。

5 歳頃に交通事故にあい頭部外傷・脳内出血となり、左下肢機能の著しい障害が残っている。

現在は病院勤務の傍ら、地方自治体や団体における障害者スポーツ指導員やトレーナーとして活動している。

身体障害者手帳は 4 級で、現在は定期受診やリハビリは受けていない。妻と二人暮らし。

7. G 氏（34 歳、女性、OT13 年目、CIDP 疑い）

G 氏は回復期病院や老人保健施設で勤務していた 34 歳の OT（13 年目）である。

30 歳頃より現れた四肢末梢神経障害により単身生活・就労が困難となり離職し、確定診断を待ちながら治療を行っている。発症時は四肢の筋力低下から始まり、複数の医療機関を回ったが原因特定に至らなかった。職場の理解のもとで就労継続していたが、症状の悪化とともに休職し、結果として離職となった。

身体障害者手帳は 2 級、障害年金は申請中で、現在は週 2 回の外来リハビリを受けつつ症状増悪時には入院している。四肢の筋力低下や神経因性膀胱などが見られ、移動時は両手ノルディックポールの使用もしくは車椅子である。勤務地より帰郷し、両親と同居している。

8. H 氏（35 歳、女性、OT13 年目、多発性硬化症疑い）

H 氏は回復期病院で勤務していた 35 歳の OT（13 年目）である。

OT 養成校に在籍中だった 19 歳時に多発性硬化症の疑いとされるが、診断が確定しないまま現在にいたる。四肢麻痺や内部障害を主としており、加齢とともに症状は増えている。

働きにくさを抱えたまま臨床勤務をしてきたが、現在は離職し障害者グループホームで指導員として勤務している。

身体障害者手帳は未申請で、定期受診やリハビリを利用している。

9. Ｉ氏（35歳、男性、PT5年目、脳梗塞）

Ｉ氏は回復期病院で勤務する35歳のPT（5年目）である。

23歳時、スポーツジムトレーナーとして勤務しつつボクシングプロを目指していた練習中に脳梗塞を発症した。右片麻痺・運動失調・感覚障害は残ったが、リハビリ経験をもとに理学療法士の道を選択し、現在は脳卒中に関する患者会や脳に関する学会においても活動している。

また、脳卒中当事者や支援者を対象としたイベントを企画したり、自身の体験を描いた書籍を出版している。

障害サービス等の受給はなく、妻と二人暮らし。

10. Ｊ氏（26歳、男性、PT5年目、脊髄空洞症）

Ｊ氏は回復期病院で勤務していた26歳のPT（5年目）で、現在は訪問看護ステーションに勤務している。

14歳時に左上下肢の感覚障害や右上下肢の筋力低下が出現し、現在も症状は残存している。幼少期から野球に取り組んできたが、発症時には明らかな足のつまづき・もつれなどを感じていた。

過去には診察やリハビリを受けていたが、現在は障害サービスの受給や定期受診はしておらず単身生活をしている。

11. Ｋ氏（46歳、女性、ST17年目、Charcot-Marie-Tooth病）

Ｋ氏は総合病院で勤務する46歳のST（17年目）であり役職にもついている。以前は生命保険会社の事務職として就労していた。現在は勤務先のほかに、身体障害者療護施設や通所介護施設などで非常勤としても勤務している。

始歩が遅れ幼少期から運動発達の遅滞を指摘されたが一般就学し、運動等にも参加してきた。18歳でCharcot-Marie-Tooth病の告知を受けている。

身体障害者手帳は6級で、現在はインソールと靴型装具を使用して歩行している。

12. Ｌ氏（37歳、女性、ST12年目、脳性麻痺・Charcot-Marie-Tooth病）

Ｌ氏は総合病院で勤務する37歳のST（12年目）である。

幼少期には運動発達の遅れのため療育センターを受診し、リハビリ目的で入所していた。歩行障害のほかに顔面神経麻痺・外斜視や上肢運動機能障害があり、2 歳頃には脳性麻痺の診断を受けていたが、33歳時にCharcot-Marie-Tooth病の確定診断をうける。

身体障害者手帳は1級、夫と二人暮らし。

13. M 氏（50 歳、女性、OT29 年目、くも膜下出血）

M 氏は医療系専門学校や短期大学で教鞭をとっていた 50 歳の OT（29 年目）である。

一般病院で臨床経験を積んだ後に養成校の教員となり、市の障害・介護認定の委託を受けたり講演や研究を積極的に行ってきた。通信大学や大学院へ入学し履修・研究を進めていた 42 歳時に、くも膜下出血を発症し左片麻痺と高次脳機能障害となった。

現在は離職し、通所や訪問サービスを利用しながら在宅で過ごしたり、医療系短大やセミナー講師として活動している。

身体障害者手帳 1 級、自宅を改修し両親と同居している。

14. N 氏（33 歳、男性、PT5 年目、クローン病）

N 氏は公認会計事務所で勤務する PT（12 年目）で公認会計士資格も取得している。

PT として勤務していた 22 歳時にクローン病の診断を受け、その後は症状が増悪と桓階を繰り返している。

クリニックや介護老人保健施設における PT としての臨床勤務は実質 4 年程度。キャリアチェンジを図り、ベンチャー企業や監査法人での勤務を経て現在にいたる。

小腸の部分切除や人工肛門の増設など手術を受け、身体障害者手帳 3 級を取得。体調管理をしながら単身生活している。

・ 第 2 項　対象者の属性の整理

次に、上記の対象者 14 名の属性をまとめた（表 4-1-3）。

対象者の属性は、「男性」6 名・「女性」8 名で、平均年齢は 40.2±8.4 歳（26～65 歳）である。所有するリハビリテーション国家資格は、「作業療法士(OT)」7 名・「理学療法士(PT)」4 名・「言語聴覚士(ST)」3 名で、免許取得からの平均年数 14.6±6.5 年（5～34 年）であった。ICD-10 により主病名を分類すると、「神経系の疾患」8 名・「循環器系の疾患」3 名・「消化器系の疾患」1 名・「筋骨格系および結合組織の疾患」1 名・「損傷中毒およびその他の要因の影響」1 名であり、発症・発障からの平均年数は 20.1±11.4 年（4～45 年）であった。現在の就労状況としては、「臨床にて専門職として就労中」6 名・「キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中」6 名・「就労していない」2 名であり、キャリアチェンジした対象者の中には発症・発障前に臨床から教職・研究職へキャリアチェンジしていた者が 2 名含まれていた（発症・発障がキャリアチェンジのきっかけではない）。また、対象者全員が一度は臨床家として就労経験を有しているということがわかった。

対象者は、発症・発障と国家資格取得のタイミングでとらえると 2 つに大別することができ、「発症・発障したのちに国家資格取得」8 名・「国家資格取得したのちに発症・発障」6 名であった。

表4-1-3　属性のまとめ

性別	
男性	6
女性	8

所有する国家資格	
OT	7
PT	4
ST	3

主病の分類（ICD-10）	
神経系の疾患	8
循環器系の疾患	3
消化器系の疾患	1
筋骨格系および結合組織の疾患	1
損傷、中毒およびその他の要因の影響	1

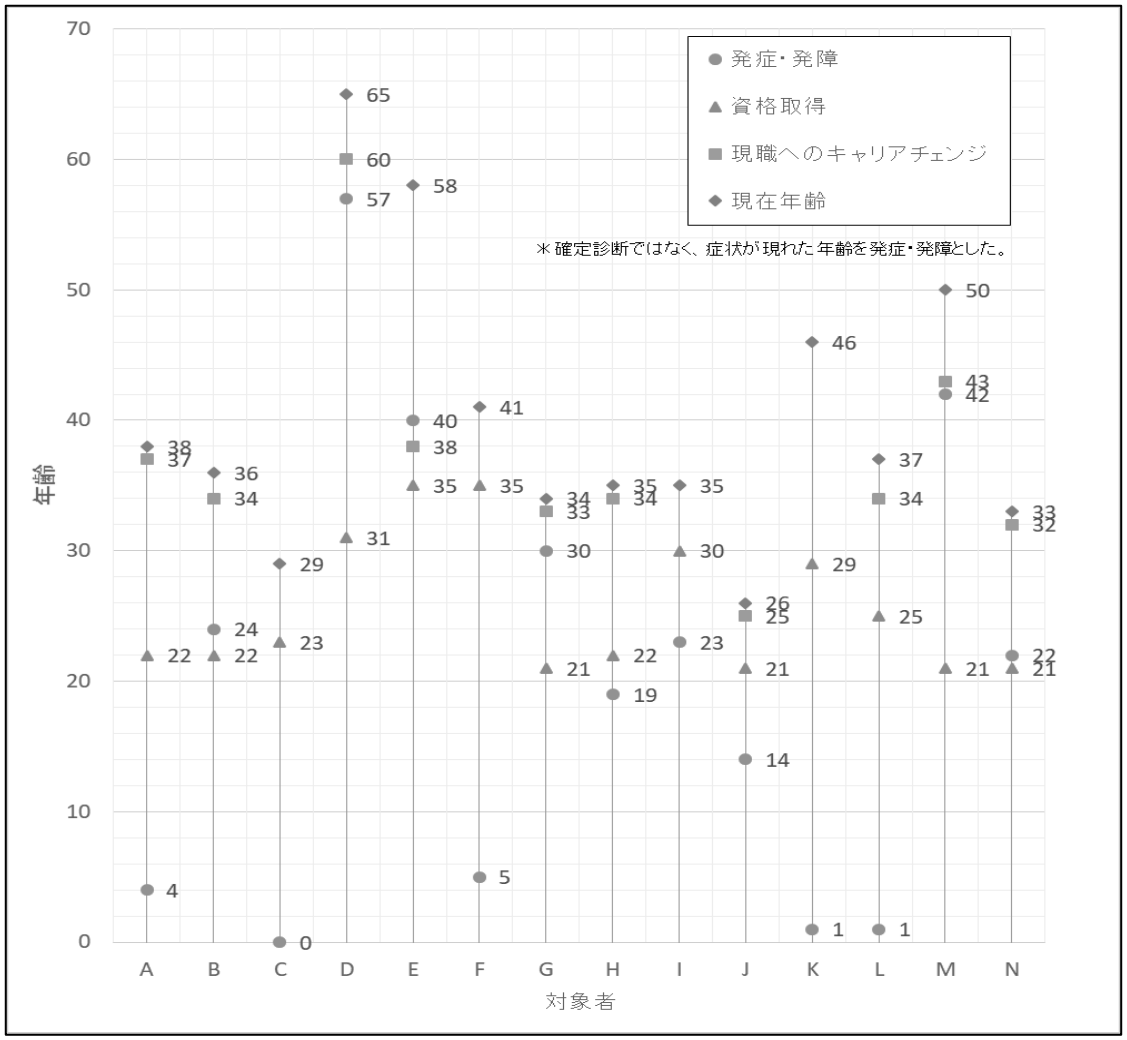
平均年齢
40.2±8.4歳
（26～65歳）

資格取得からの平均年数
14.6±6.5年
（5～34年）

現在の就労状況		
臨床にて専門職として就労	6	・一般病院 ・訪問看護ステーション
キャリアチェンジして専門知識や技術を用いて就労	6	・フリーランス ・NPO法人 ・研究所 ・大学教員 ・グループホーム ・公認会計士事務所
就労していない	2	・在宅療養中

発症・発障からの平均年数
20.1±11.4年
（4～45年）

表 4-1-4　成育歴の相関グラフ



これらのデータのうち、「発症・発障、免許取得、現職へのキャリアチェンジ、現在年齢」の前後関係を整理するためにグラフを作成した(表 4-1-4)。

14 名の対象者は、疾病や障害の内容、発症時の生活、家族構成、そして現在の生活など状況はさまざまであった。そして、対象者の属性を整理する中で、疾病や障害が現在の生活に何らかの影響を与えていることが推察された。本来ならば、医療福祉サービスの提供側に存在すべきリハビリテーション専門職(セラピスト)が、自身の発症・発障によってサービスの受給側になっているという状況を読み取ることができ、中には今まさに離職し療養中である者や、臨床現場から離れる選択をしてキャリアチェンジしている者も見られた。

・ 第 3 項　エピソード分析のための枠組み設定

エピソード分析を始める前に、対象者属性の枠組みを設定した(表 4-1-5)。まずは、前述した「発症・発障」と「国家資格取得」のタイミングで対象者を 2 つに大別し独立変数とし、「現在の就労状況」で対象者を 3 つに大別し従属変数とした。それによって、対象者は大きく 6 つのグループに分けることができ、それぞれのグループごとにエピソード分析をすることができた。

独立変数は、「発症・発障したのちに国家資格取得」8 名・「国家資格取得したのちに発症・発障」6 名の 2 つ。従属変数は、「臨床にて専門職として就労中」6 名・「キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中」6 名・「就労していない」2 名の 3 つとなった。

便宜上、独立変数の前者を「Group:Ⅰ」、後者を「Group:Ⅱ」とした。また、従属変数をそれぞれ「サブグループ○」「サブグループ△」「サブグループ□」とした。

表4-1-5　対象者属性の枠組み

		サブグループ		
		臨床にて専門職として就労中(○)	キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中(△)	就労していない(□)
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得 (Group:Ⅰ)	C:一般病院 F:一般病院 I:一般病院 J:訪問看護ステーション K:一般病院 L:大学病院	A:フリーランス H:グループホーム	
	国家資格取得したのちに発症・発障 (Group:Ⅱ)		B:NPO法人 D:研究所 E:医療福祉系大学 N:公認会計士事務所	G:在宅療養中 M:在宅療養中

● 第 2 節　エピソード分析とそれぞれの解釈

今節では、アンケート紙で回収したデータへのエピソード分析を進めていった。前節で設定した対象者属性の枠組みに準じて、アンケート内容を編集し分析した。

・ 第 1 項　発症・発障時とその後の喪失・獲得体験

対象者が、発症や発障時に感じた「想い」や「喪失体験」「獲得体験」など主観的な部分についてエピソード分析をした(表 4-2-1、4-2-2)。

表 4-2-1　発症・発障時とその後の喪失・獲得体験(Group:Ⅰ)

	氏名		①発症・発障時の想い ②喪失体験 ③獲得体験	分析
1	A	△	①症状に気づいたときは『なんか変』程度。その後の違和感の増大につれて、『大好きなサッカーが出来なくなったらどうしよう』と強く思ったことを覚えている。	**①(幼児期発症)、違和感、喪失への不安** 身体の違和感や症状の進行など、身体の変化に自分で気づいている。漠然と、今できていることへの喪失の不安を感じている。
			②幼少期:元気な足がなくなった。親や周囲に対する承認欲求や見捨てられ不安が大きく、家庭内で「健康な子供」という役割を果たせないと感じた。学校では必死に自分の居場所をつくろうとした。 ②青年期:他者との比較により自己否定的な思考が多かった。 ②成年期:症状の悪化とともに、自身の目標(セラピストになること)を喪失しかけ、健康的な自己像がなくなっていくことを感じた。19 歳での確定診断時は、幼少期からの自身に対し強烈な否定感をもたらし、アイデンティティが崩壊するのを感じた。世界とのつながりは希薄に感じ、他者とのつながりを煩わしく感じた。 ②30 歳を過ぎてからの症状の進行は、特に社会的役割(臨床家という仕事)の喪失感をもたらし、家庭内役割(一家の大黒柱、健康的な父像)や人とのつながりも失くしかけたと感じている。	**②心身機能の喪失、自己像の喪失、役割の喪失、つながりの喪失、目標の喪失、自己否定感** 幼少期(4歳)までに獲得していた「健康的な自己像」を喪失することで、家族や周囲からの期待に応えられないと感じていた。また、幼少期から時間をかけて獲得した自己同一性が 19 歳児に再びクライシスを迎えている。家庭内や社会内での役割を喪失する体験を繰り返しており、居場所や他者とのつながりを見失いやすく、対人関係を維持することに疲弊しやすい。 目標や役割を喪失する体験は、幼

				少期から症状の進行や加齢とともにたびたび引き起こされている。
			③幼少期：存在肯定や生まれた意味や「生死」などを考える早熟した思考と個性を得た。他者との比較により、他者に対する「気づき」が多く、敏感と言えるほどに感性豊かになっていった。 青年期：心身の発達段階に自然と「障害」が取り込まれていき、誰かと比較するのではなく自身の一部として障害を受け入れるようになっていった。自身の「不健全な心身」を通して、一般社会の「健全な心身や行い」を見るようになる。また、健常者と同じ土俵ではなく、違う方法を考えたり自身の得意を伸ばすような思考ができるようになった。人生は勝ち負けではないと悟った。生きるための強さを得た。 成年期：強烈な自己否定感と喪失体験から、アイデンティティの再構築を開始。あらためて、自身の「当事者」の部分と「社会人（セラピスト）」の部分がどちらも自分自身と思えるようになった。社会的には、患者会の活動を通して同病者の対応をするという役割を得たり、難病や障害を持ち専門的に活動する仲間や同志など人のつながりを広げていったと感じている。当事者セラピストを名乗ってからは、『貴重な存在』としてのポジションを得て役割を任されることが増えた。	**③自己肯定感、老生した精神、感性の獲得、障害との自己同一性、当事者視点の獲得、新たな役割の獲得、価値観の獲得、つながりの獲得** 「障害」を通した存在肯定や死生観の獲得、自身の一部としての「障害」、他者との比較を通した感性や社会観の獲得、ストレングスモデルの獲得、ピアサポート視点の獲得、当事者活動における新たな役割の創造と人間関係の獲得 障害に起因する自己承認欲求や不安を充足・解消するというプロセスと、他者と自己との比較というプロセスにおいて、障害の部分も自分自身の一部であるという自己同一性が獲得されてきた。さらに、他者と自己との比較を通して、自身のストレングスモデルやピアサポート視点も獲得し、新たな自身の役割を創造することとなった。 幼少期から現在まで、症状の進行や加齢とともに、喪失体験と獲得体験を繰り返している。
3	C	○	①生後すぐに発障したため、障害を抱えている状態が当たり前で普通だと思っていました。	**①（先天性疾患）、当たり前の障害** 生まれつき自身の状況に対して違和感はなく、「障害を抱えている状態が当たり前で普通」という認識。

			②中途障害ではないため、失う体験はないですが、他の人より足が遅い、逆上がりや平泳ぎが出来ないなどの劣等感を感じることはありました。また小学校低学年ごろまでは自分の歩き方を真似してからかわれて悲しい思いをしたことはありました。	**②喪失体験なし、劣等感** 先天性疾患ゆえの喪失体験の無さ。一方で他者との比較するによる劣等感や疎外感を感じていた。
			③まわりの友達や関わる人が自分に親切にしてくれ、何か得をした気持ちになったことはあります。小学1年の時は同じ登校班の6年生が自分のために早めに通学してくれていました。 その反面、特別扱いしないでほしいというような感情もありました。	**③つながりの獲得、それに反するアンビバレンツな感情** 大切に接してくれる周囲に対する親和性と、特別扱いしないでほしいというアンビバレンツな反感。
6	F	○	①特に何も思わなかった。	**①「特に何も思わなかった」** 5 歳時の交通事故という急性ストレス状態にさらされているなかで何も思わなかった。何らかの防衛機制がかかっていることも考えられる。
			②正常な歩き、走りを失った。	**②身体機能の喪失** 事故時(5 歳)までに獲得した健康的な身体機能を喪失した。
			③何かを得たとは思えなった。	**③なし**
8	H	△	①自分が病気？何？その病気…これからどうなるの？そのうち治るわ。え？OT になれるの・・・？	**①心的防衛機制、将来への不安** OT 養成校在学中の診断。防衛機制とともにた。、目標である OT 資格取得に不安を覚えた。
			②自信：結局自分は何もできないんだ…と落ち込んだ時期が何度も。 ②信頼(上司)：病気だからとか障害があるからとか、まずその文言がつくようになって、病気だから任せられないとか、どうせやれないんでしょとか、しょっちゅう言われました。 ②目標：目標を持ったところでどうせできないんだ…と思うことも何度か。 ②夢：夢を持ったところでどうせできないし、できるようにもならないよ…。いまのことでいっぱいいっぱい。	**②自己像の喪失** 健康的な自己像の喪失。発症・発障により「どうせ・けっきょく」など自己否定的な思考や合理化が行われてきている。また周囲からも同様の対応をされ、社会的役割や信頼を喪失しかけている。

			③信頼（患者さんからの信頼）、新たな目標や夢	**③新たな役割の獲得、新たな価値観の獲得** 就労現場における支援者同士の信頼を得ることはできなかったが、患者に対する親和性の高さから信頼されることととなった。 また、発症・発障によって喪失したとされる目標・夢に関しては、現在の心身状況にあわせて新たに更新された。
9	I	○	①絶望。混乱。	**①心的防衛機制** 「絶望・混乱」ショック・否認・混乱など。身体を使う仕事につき、将来の目標へ努力している時期の発症。
			②自由を失った。	**②自由の喪失** 心身や活動における自由を喪失したと感じている。
			③当時はありません。今では、負い目＝強み、に代わるという経験。仲間。	**③ストレングスの創出、つながりの獲得** 障害体験に対するストレングスの創出。新たな仲間の獲得。 発症・発障時には感じられなかったが、時間と経験を重ねることによって「強み」と感じられるようになっていった。また、同病の仲間を獲得した。
10	J	○	①なんだろう。原因はなんだろう。何でこのタイミングでしかも自分なんだろう。誰か教えてという感情をずっと持っていた。	**①心的防衛機制、自己像の喪失** ショック・否認・混乱。解決できない疑問符。 野球少年時代の発症で、身体の違和感に対する心の揺らぎや、好きな活動を喪失する不安が感じられる。

			②身体の自由さ。友人や周りの人々との友情・関係性。	**②身体機能の喪失、つながりの喪失** 発症により身体機能の自由さを喪失し、それに伴って野球少年という健康的な自己像やその場に集まる友人関係に変化が生じた。
			③これは何か意味があるという人生感。	**③新たな自己像の獲得、新たな価値観の獲得** 漠然とした自身の体験に対する意味の付与 その当時は言語化できなかったが、自身の体験に対して役割や価値があるという漠然としたイメージを持っていた。
11	K	○	①生まれつきなのでこんなものと思っていた。18歳、主治医より病名の説明があり、進行性であることはあまり気にしないようにしてきた。	**①当たり前（先天性）、** 「あまり気にしない」意識。「生まれつき」の身体という自己同一性。一方で、進行性の告知に対して感情の動きは少なめ。
			②運動がうまくいかないことで、遊びでもテニスやボーリング・スキーなど、いつも周りから気づかわれる存在になってしまう。登山など身体を使って体験できる経験ができない。	**②獲得できない体験、つながりの不安定さ** 身体を用いた活動とその体験の蓄積ができない、周囲からの気遣いを受けてしまう 喪失体験というより、身体を用いた遊びなど「体験できない＝獲得できない」ことを積み重ねてきている。また、そのことにより周囲からの気遣いが繰り返されてきた。
			③今の職業は、通院経験がなけらば、縁がなかったと思う。	**③当事者経験からの職業選択** 幼少期からの当事者経験により、将来の職業選択に至った。
12	L	○	①まったく記憶なし。	**①（乳児期発症）** 発症時の記憶なし。ありのまま。

			②物心ついた時には障害を負っていた為、特に感じたことはない。	**②特になし** 小児発症のため当時の記憶はなく、喪失感を感じたことはない。
			③家族はみんな一生懸命であり、大事にされているという幸福感は持っていたと思う。	**③愛情・幸福感** 幼少期から大切にされてきたという自覚があり、愛情や幸福感を得てきた。

・ Group:Ⅰ ①発症・発障時の想い

ここでは大きく 2 つの傾向が見られた。それは、自身の状態を「当たり前」と認識するサブグループと「不安・心的防衛機制」を訴えるサブグループであった。

前者は C,K,L 氏ら「先天性～乳児期」の発症・発障であり、後から振り返ってみて現在の自身の状況は「生まれつき」「当たり前」であるという認識をしていることが分かる。

後者は、A,F,H,J 氏ら「幼児期～青年期」と I 氏の「成年期以降」の発症・発障というさらに 2 つのサブグループに分けることができた。それぞれ、「違和感・漠然とした不安」「何も思わなかった」(各 A 氏:4 歳、F 氏:5 歳)や、「どうなるの？」「どうして自分が」(各 H 氏:19 歳、J 氏:14 歳)そして、「絶望・混乱」(I 氏:23 歳) という受け止め方をしている。これらは、喪失への不安やショック・否認・混乱などの心的防衛機制をともなっており、年齢を重ねるにつれてその度合いは大きくなる傾向が見られた。

・ Group:Ⅰ ②喪失体験

先ほどと同様に、大きく 2 つの傾向が見られた。それは、喪失体験を「なかった」と認識するサブグループと「あった」と訴えるサブグループであった。

前者は同じく C,K,L 氏らで、「喪失体験はない」「特に感じたことはない」(各 C,L 氏)や、喪失体験ではなく「体験できなかった＝獲得できなかった」(K 氏) と記載があった。また、「他者との比較」「劣等感」(各 C,L 氏) の訴えもあり、「喪失」よりも「獲得できない」ことへの想いが記されていた。

一方で後者は、明確に「喪失体験」を記載していることが多かった。喪失感の傾向としては「心身機能の喪失」(A,F,J 氏) が多く挙げられており、それに伴う「つながりの喪失」(A,J 氏)、そして「目標・役割の喪失」(A 氏)「自己像の喪失」(A,H,J 氏) が明記されていた。心身機能を喪失することでの活動制限は、社会的なつながりを喪失させ、自分自身のアイデンティティを揺るがすことになっていた。

・ Group:Ⅰ ③獲得体験

ここでも先ほどと同様に、大きく 2 つの傾向が見られた。それは、「獲得」していくサブ

グループと「再獲得」していくサブグループであった。

前者は、「職業選択」「役割の創出」(K,A 氏) など「先天性～乳児期」発症・発障の自身に対して、喪失ではなく「積み重ねていく＝獲得していく」課程を記載している。障害を持つことでの独特の視点や感性、肉親との密なつながりを肯定的に記載していた。

一方で後者は「幼児期以降」発症・発障の者が多く、喪失したものへの「再獲得」が多く記載されていた。その傾向として「新たな価値観の獲得」(A,H,J,I 氏) や、「新たなつながり」(A,I 氏)、「新たな役割」(A,H 氏) など「再」や「新たな」を用いた内容が挙げられていた。これらは、心身機能の再獲得だけではなく、概念的な部分の再獲得と言えた。

表 4-2-2 発症・発障時とその後の喪失・獲得体験(Group:Ⅱ)

	氏名		①発症・発障時の想い ②喪失体験 ③獲得体験	分析
2	B	△	①症状が出始めた時は、最初は気のせいだと思っていたけど(思おうとしていた？けど)身体がどうなっちゃうのか不安だった。何が何だかよくわからなかった。	**①心的防衛機制、将来への不安** OT として就労し、3 年目という多忙な生活をしていたときの発症。症状の出現に対して、強い否認と混乱が見られた。
			②完全に寝たきりで人工呼吸器を初めて付けた時、何で自分で呼吸も出来ないのに生きてるんだろう？って思った。すべてがなくなったと思ったと思う。 仕事を退職することが決まった時、社会との繋がりや自分の存在価値がなくなったと思った。	**②「生」への疑問、大きな喪失体験、つながりの喪失、存在価値の喪失、役割の喪失** 症状の増悪により「閉じ込め症候群」となった際の強烈な喪失感と「生」への疑問。退職時には社会との途絶や自身の存在価値を喪失する体験をした。
			③何かというわけではないけど、いろんな人と接する中で自分にも何かできるんじゃないかな？って思った。	**③漠然とした新たな役割の付与** いったん喪失したと感じている存在価値や役割に対して、漠然とではあるが新たに付与できると感じている。それには、他者とのやり取りというプロセスが組み込まれている。
4	D	△	①「ああ、脳卒中になった！」	**①「ああ、脳卒中になった！」** 大学院教授として教育や研究にいそしみ、人生の円熟期に向け多忙かつ充実した生活を送っている矢先の発症。自身の発症に対して素直に感情を吐露している。

			②大好きな仕事とキャリアを失ったと思いました。	**②仕事・キャリアの喪失** ST 教員であり研究者という仕事とキャリアが発症により喪失したと感じている。社会的役割や居場所、自己実現の喪失とも言える。
			③これまで対象としていた方々の経験を味わうことができるという気持ち。理解することができなかった VSN 患者の世界を知ることができるという知的好奇心。新しい体験をしてセラピストとして再学習できる機会。	**③新たな感性の獲得（当事者への親和性・共感性）知的好奇心の拡大、学習機会の獲得** 自身が長年にわたって支援・研究の対象としつつも、決して理解することができなかった「当事者体験」を理解できるのではないかという知的好奇心が強く湧いている。長年蓄積された経験と知識への裏付けが行われている。新たな学習機会として、自分自身の体験を理解するという、自分自身への提案を行っている。
5	E	△	①その人によって病気になった。 恨みとつらみと怒り。	**①心的防衛機制** 合理化と怒り。就労場面における過度で長期的な対人ストレスに加えての発症。自身の状況に対する合理化と攻撃性を伴う怒りを抱えていた。
			②生きがいだったピアノ演奏。昇進のチャンス。生き生きとしていた自分という存在。	**②生きがいとする作業の喪失（作業剥奪）、社会的役割やキャリアの喪失、健康的な自己像の喪失** 長年継続してきた生きがいと言える作業が、身体の症状によってはく奪されたと感じている。また、OT 教員としてのキャリアの上で、長期にわたる闘病・治療によりチャンスを逃している。これらの喪失体験によりさらに、自分自身の健康的な自己像を喪失した。

			③病を得た。病と共に歩む新しい人生を得た。	**③「疾病」を獲得、疾病を持った自身の新たな人生** 大きな喪失体験により、自分自身の人生を新たに歩み始めたという印象を持っている。「病を得た」という表現からは、自身の現状を肯定的に捉えようとする印象を受ける。
7	G	□	①実際に自分の身に何が起こっているのか理解できず、この先どうなってしまうのだろう？と混乱と焦りを感じていました。	**①心的防衛機制、焦燥感** ショック・否認・混乱、生活の変化や進行に伴う焦燥感 OT として就労している時期の発症。また、確定診断がつかずに長く原因不明であり、症状の進行と就労できないでいる現実に強い混乱と焦燥感を感じていた。
			②四肢の末梢神経障害による筋力低下により、今まで行ってきた社会的役割（仕事）や趣味（マラソン・登山・ツーリング・フットサル・スノーボード）、自立した生活が奪われ喪失感に苛まれました。	**②身体機能の喪失、社会的役割（仕事）の喪失、意味のある作業・活動の喪失、自立生活の喪失** 健康的な身体機能において実施してきた、仕事や趣味や自立生活が、発症によって喪失したと感じている。特に趣味においては、活発に実施してきていた。
			②発障して 2 年間は、精神的な落ち込みが強くプラスになるような体験や感情は生まれませんでした。 寛解と増悪を繰り返しつつ、2 度職場復帰をしましたが患者の生活にフォーカスを重点的に置くようになれたことは作業療法士としてよい点であったと感じています。	**②新たな感性の獲得、新たな視点の獲得** 当事者への親和性・共感性の獲得、当事者理解への視点の変化 発障からしばらく続いた喪失体験と大きな生活の変化は、生活の困難さや就労の難しさなど体感させることとなった。当事者に対する親和性や共感性の高まりは、セラピストとしてのセンスや視点に大きな変化をもたらしている。

13	M	□	①当時のことは覚えていない。たくさん夢は見ていて、その夢の中で自身の状況を打開する努力をしていた（状況把握、自宅へ帰る方法など）。自分が今どんな状況なのかを把握しようと、自身の知識を総動員していた。 少したってからは、「家族はどうなっちゃうんだろう」と思い、「家族に自分のことを頼む」ための段取りを考え、家族を指導しようとした。	**①解決への努力** 深刻な身体状況と無意識下での解決への努力、自身の知識を用いた現状把握と家族など環境へのアプローチ 自身の置かれている状況に対して発症初期から無意識的にアプローチしていた。また、意識の回復とともに主体的に自身の状況把握や解決のためのアプローチを行っていた。自身の蓄積した専門知識が活用されていた。
			②喪失感はあった。身体を半分失くしたと感じている。「片麻痺スーツ」だ。アパートを解約して居場所もなくなった。教員として臨床家としての役割・仕事を無くした。	**②健康的な身体機能の喪失、身体イメージの欠損、社会的役割やキャリア・仕事の喪失、居場所の喪失** 発症により、元来持っていた身体イメージはがらりと変化し「身体を半分失くした」「片麻痺スーツ」と表現している。それに伴い、教員・臨床家として現場に戻ることができなくなり離職となっている。仕事やキャリアを喪失したと感じており、アパートや職場などの居場所も喪失したと感じている。
			③患者が言っていたことが実感できるようになった。「患者を見る・分かる」という、セラピストとしてのバージョンアップが図れたと感じる。共感ではなく「実感」があり、動作分析やタッチに関しては感性がアップした。自身の知識と実感が伴う。新しい身体を得た。	**③新たな感性の獲得、知識への体験的フィードバック** 当事者への親和性・共感性の獲得、知識と経験に対する実感による裏付け、セラピストとしてのセンスの向上 長年にわたって治療対象としてきた当事者に対して、「実感」を伴った理解を獲得している。自身の当事者としての実感と、専門職としての知識・経験が、より深い当事者理解につながっている。
14	N	△	①発症当時は、顕著な症状がなかったため、実感がわかなかった。しかし、入院して一ヶ月の絶食生活を送る中で、徐々に難病を発症したことを自覚した。	**①心的防衛機制** 診断時の実感のなさと、増悪による実感（自覚） 診断されていても症状がないので実感な

				し。一方で、症状の増悪と入院・手術により緩徐に状況を自覚していった。
			②食事制限があるため、発症前のように自由に食事をすることができなくなったことに喪失感があった。 ②食事が制限されたことにより、世の中の欲のほとんどが食につながることを感じた。例えば、趣味がゴルフの人はゴルフ自体が楽しいのではなく、ゴルフの後のビールの一杯のためにゴルフをしていると思う。アルコールが飲めない身体で、初めから晩御飯がうどんと決まっていたら、その人はゴルフをしに行くだろうか。	**②自由な活動の喪失、活動の制限・喪失** 自由な食事、社会における健康的な食事と食事に関連する活動の制限・喪失 消化器系疾患であるため食事を自由に取ることができなくなっただけでなく、食事という活動を介した対人関係や社会的活動(仕事の付き合い・趣味等)の制限や喪失感を感じている。
			③食の大切さが分かったので、暴飲暴食は控えるようになった。また、食材の質にもこだわるようになり、多くの量より少なくてもこだわりの食事を心がけるようになった。それは、結果として健康維持につながると思う。	**③新たな価値観の獲得** 障害を通した食事への意識改革、ライフスタイルの変化 消化器系疾患により、食事に対するこだわりとライフスタイルの変化が見られた。二次的に、全身状態(健康)維持につながっている。

・ Group:Ⅱ ①発症・発障時の想い

ここでは特徴的に「心的防衛機制」を訴えた者が多かった。「気のせいだと思っていた・何が何だかよくわからなかった」(B 氏)、「恨みつらみ怒り」(E 氏)、「何が起こっているのか理解できず…混乱と焦りを感じていました」(G 氏)、「実感がわかなかった…徐々に自覚した」(N 氏) などの記載からも、ショック・否認・混乱そして合理化など心的防衛機制が働いていることを読み取ることができた。

一方で、D,M 氏は自身の発症・発障に対して「ああ、脳卒中になった！！」「自分が今どんな状況なのかを把握しようと、自身の知識を総動員していた」(各 D,M 氏) と記載していた。D 氏は素直に感情を吐露しており、M 氏は冷静に自身の蓄積してきた専門知識によって状況把握と状態改善への努力を試みていた。両氏に共通するところは、発症・発障時には ST26 年目・OT21 年目という長いキャリアを有し、さらに臨床から研究・教育職へキャリアチェンジ済みだったことである。また、前述の B,E,G,N 氏はキャリア 10 年未満のセラピストだった。

・ Group:Ⅱ ②喪失体験

Group:Ⅱ対象者は共通して、明確に「喪失」の体験を記載していることが多かった。ここでの喪失体験は「心身機能の喪失」(G,M 氏) と健康的な「自己像の喪失」(E 氏) に始ま

り、「キャリア・仕事の喪失」(E,G,D,M 氏) とそれに伴う「存在価値」「生きがい」(B,E 氏) など社会的役割の喪失、また就労において構築してきた人間関係や職場環境など「つながり」「居場所」の喪失 (各 B,M 氏)、さらに自身にとって意味のある「作業・活動の喪失」(E,G,N 氏) など多岐にわたっていた。また、少数ではあるが生命へのクライシスに陥り「生への疑問」(B 氏) や、腸疾患による「自由な食事の喪失」(N 氏) を記載した者もいた。

・ Group:Ⅱ ③獲得体験

対象者は共通して、「新たな」を用いた「獲得」体験を記載していることが多かった。「新たな感性の獲得」(G,D,M 氏) や「新たな価値観の獲得」(N 氏)、「新たな役割の獲得」(B 氏)、「新たな視点の獲得」(G 氏) などが挙げられており、さらには「新たな人生・疾病の獲得」(E 氏) と記載した者もいた。

もう一つ特徴的だったことは、「知的好奇心の拡大」「知識への体験的フィードバック」(各 D,M 氏) という記載である。D 氏は「これまで対象としていた方々の経験を味わうことができるという気持ち。理解することができなかった失語症患者の世界を知ることができるという知的好奇心。新しい体験をしてセラピストとして再学習できる機会。」と記載しており、M 氏は「患者が言っていたことが実感できるようになった。「患者を見る・分かる」という、セラピストとしてのバージョンアップが図れたと感じる…自身の知識と実感が伴う。新しい身体を得た。」と記載している。

・ 対象者属性による枠組みの再構成

この項において Group:Ⅰ,Ⅱの分析をする中で、対象者属性による枠組みがさらにグルーピングできることが分かった。それらを踏まえて、対象者属性による枠組みを再構成した(表 4-2-3)。

Group:Ⅰでは発症・発障の年齢により分類し、「先天性～乳児期」を「Group:Ⅰ-1」、「幼児期～青年期」を「Group:Ⅰ-2」、「成年期～」を「Group:Ⅰ-3」と設定した。Group:Ⅱでは資格取得からの経過年数により分類し、「1～10 年未満」を「Group:Ⅱ-4」、「10 年以上」を「Group:Ⅱ-5」と設定した。

この枠組みを用いて、第 1 項のまとめを行った。また、分析で抽出されたキーワードを整理し表にまとめていった(表 4-2-4)。

表4-2-3 対象者属性の再枠組み

		サブグループ	サブグループ		
		発症年齢での分類	臨床にて専門職として就労中(○)	キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中(△)	就労していない(□)
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得(Group:Ⅰ)	先天性～乳児期(1)	C:一般病院 K:一般病院 L:大学病院		
		幼児期～青年期(2)	F:一般病院 J:訪問看護ステーション	A:フリーランス H:グループホーム	
		成年期～(3)	I:一般病院		
		経験年数での分類	臨床にて専門職として就労中(○)	キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中(△)	就労していない(□)
	国家資格取得したのちに発症・発障(Group:Ⅱ)	臨床1～10年(4)		B:NPO法人 E:医療福祉系大学 N:公認会計士事務所	G:在宅療養中
		臨床11年以上(5)		D:研究所	M:在宅療養中

・ Group:Ⅰのまとめと考察

Group:Ⅰ-1では、自身の障害を「当たり前」と認識し「喪失体験はなかった」と柔軟な受け止め方をしている。これは、自我形成前に障害が存在しているため、喪失対象となる体験が蓄積されておらず、ありのままの自身を受け止めていることだと推察できた。また、「当たり前」と感じつつも心身の成長とともに「他者との比較」を行い、「体験の制限」を通した「劣等感」を得ていることも分かった。一方で、「当事者体験」が職業選択のきっかけになったり、健常児以上に「他者とのつながり」や「愛情・幸福感」への感性を豊かにしてきたと感じていることが読み取れた。

これらのプロセスを通して、「疾病や障害を持ちあわせていることが自分自身である」という自己同一性が幼少期から育まれていると推察できた。「先天性～乳児期」に発症・発障した者は、心身の発達段階において、「当事者体験がアイデンティティの構築に一役買っている」と推察された。

Group:Ⅰ-2, 3では全体を通して、「心的防衛機制」およびさまざまな「喪失体験」と「獲得・再獲得体験」が記載されていた。対象者は、健常児として獲得してきた「心身機能」や「社会性」など「健康的な自己像」を、発症・発障によって一時的に喪失しており、その喪失感は年齢を重ねた発症・発障であるほど大きかった。そしてその後、何らかのきっかけを通して、喪失した物の「再獲得」や「新たな自己像」の獲得に至っていることが推察された。

「幼児期～青年期」「成年期以降」という思春期を前後しての当事者体験は、心身の発達段階の中に「成長＝獲得」と「喪失体験」と「再獲得・新たな獲得」をもたらし、結果としてリハビリテーション国家資格の取得に至らせている。プロセスこそ違うがこちらも、「当事者体験がアイデンティティの構築に一役買っている」と推察された。

Group:Ⅰを通して言えることは、その発症・発障の年齢に合わせて「喪失体験」の認識に大きな差があったということである。先天性～乳児期の発症においては、「当たり前の存在」である疾病や障害によって何かを「喪失する体験」はなかった。一方で、正常発達の段階が進んでいる途中での発症・発障は、そこまでに獲得したものを「喪失する体験」を伴うことを読み取ることができた。それによって Gloup:Ⅰ-2,3 では、多くの対象者が上田(1980)[32]の「障害受容段階」に当てはめて考えることができ、何かしらのきっかけ・過程を経て上田(1980)[32]の「価値の転換」に至っていることが推察された。Gloup:Ⅰ-1においては、受容段階や価値転換という概念は当てはまらなかった。

また、共通して言えることはいずれのサブグループにおいても、当事者体験が「セラピストになることの要素」の一つになっている事であった。幼少期から積み重ねてきた豊かな感性や自己同一性だったり、再獲得により積み重ねてきた新たな価値観や役割観が、どちらも自己肯定感として作用していることが特徴的だった。

・Group:Ⅱのまとめと考察

Group:Ⅱ-4において特徴的だったことは、喪失体験に対して全員が「心的防衛機制」を呈していることと、多くの「喪失体験」を記載している事であった。彼らは資格取得後に発症・発障しているグループであり、正常発達後に何らかのきっかけでセラピストを志し、「健康的なセラピスト」としてキャリアを積み、将来に向けて継続的に対象者に向き合っていくはずだった。発症・発障という当事者体験は彼らに、「セラピストとしての大きな喪失感」をもたらした。大きな喪失体験に対する対象者それぞれの反応は、「障害受容段階」に当てはめて捉えることができる。

また、セラピーする側からされる側への立場の転換は、強制的に「価値の転換」を迫られることにもなり、「新たな」を枕詞にした獲得体験が多く記載されていた。特に、当事者に対する「親和性・共感性」を挙げた者が半数おり、セラピストではない「当事者としての感性」を新たに獲得したとした。

Group:Ⅱ-5では臨床経験が20年を超えたベテランセラピストたちによる、「知的好奇心の拡大」「知識の体験的フィードバック」という記載があったことが特徴的だった。「これまで対象としていた方々の経験を味わうことができるという気持ち」「患者が言っていたことが実感できるようになった」とD,E氏が述べているように、自身がセラピストとして長年にわたり興味・関心を寄せ理解しようと努めてきた「当事者体験」が自身に降り注いだことを素直に受け止め、さらにその蓄積された知識・経験・知的好奇心によって自身の当事者体験を「内側から理解・解決しよう」と行動化した試みだと言えた。今まで理解しようとしても決して体験することができなかった「当事者体験」は、セラピストとしての大きな学びとなっていた。

Group:Ⅱで共通して言えることは、「健康的なセラピストとしての過去・未来」を喪失する体験をしたことであった。しかしその一方で、セラピストとしての知識・経験の蓄積はそのままに、当事者体験による「新たな感性」「新たな価値観」を獲得したということである。彼らは、「セラピストとしての知識・経験」と「当事者としての実感」を相互にフィードバックさせており、当事者理解やアプローチに新たなセンスを見出していることが読み取れた。実際の仕事復帰や就労継続に困難さを抱えるものの、「セラピストとしての喪失体験がアイデンティティの再構築に一役買っている」と言えた。

表4-2-4　想いと体験の抽出

	就労状況	氏名	発症時の年齢	発症時の想い	喪失体験	獲得体験
Ⅰ－1 （先天性～乳児期）	○	C	0	（先天性） 当たり前の障害	喪失体験なし 劣等感	つながりの獲得 アンビバレンツな感情
	○	K	1	（先天性疾患） 生まれつき（当たり前）	獲得できない体験 つながりの不安定さ	職業選択
	○	L	1	（乳児期発症）	とくになし	愛情・幸福感の獲得
Ⅰ－2 （幼児期～青年期）	△	A	4	（幼児期発症） 違和感 喪失への不安	心身機能の喪失 自己像の喪失 役割の喪失 つながりの喪失 目標の喪失 自己否定感	自己肯定感 老生した精神 感性の獲得 障害との自己同一性 当事者視点の獲得 新たな役割の獲得 価値観の獲得 つながりの獲得
	○	F	5	何も思わなかった	身体機能の喪失	なし
	△	H	19	心的防衛機制 将来への不安	自己像の喪失	新たな役割の獲得 新たな価値観の獲得
	○	J	14	心的防衛機制 自己像の喪失	身体機能の喪失 つながりの喪失	新たな自己像の獲得 新たな価値観の獲得
Ⅰ－3 （成年期～）	○	I	23	心的防衛機制	自由の喪失	新たな価値観（ストレングス）の創出 つながりの獲得
	キーワードの総計			10個	14個	18個
	平均キーワード数			1.3±0.6	1.8±1.1	2.3±1.5
				＊（）記載はノーカウント	＊「なし」はノーカウント	＊「なし」はノーカウント

	就労状況	氏名	発症時の経験年数	発症時の想い	喪失体験	獲得体験
Ⅱ－4 （臨床1～10年）	△	B	2	心的防衛機制 将来への不安	生への疑問 大きな喪失体験 つながりの喪失 存在価値の喪失 役割の喪失	漠然とした新たな役割の付与
	△	E	5	心的防衛機制	生きがいの喪失（作業剥奪） 役割の喪失 キャリアの喪失 自己像の喪失	疾病を獲得 新たな人生の獲得
	□	G	9	心的防衛機制 焦燥感	身体機能の喪失 仕事の喪失（社会的役割） 作業の喪失 自立生活の喪失	新たな感性の獲得 （親和性・共感性） 新たな視点の獲得
	△	N	1	心的防衛機制	自由な食事の喪失 活動の制限・喪失	新たな価値観の獲得（生活）
Ⅱ－5 （臨床11年以上）	△	D	26	「あぁ、脳卒中になった！！」	仕事の喪失 キャリアの喪失	新たな感性の獲得 （親和性・共感性） 知的好奇心の拡大 学習機会の獲得
	□	M	21	解決への努力	身体機能の喪失 役割の喪失 キャリアや仕事の喪失 居場所の喪失	新たな感性の獲得 （親和性・共感性） 知識への体験的フィードバック
	キーワードの総計			8個	21個	12個
	平均キーワード数			1.3±0.4	3.5±0.2	2.0±0.7

エピソードの個数平均

	発症時エピソード	喪失体験	獲得体験
G:Ⅰ	1.3	1.8	2.3
G:Ⅱ	1.3	3.5	2.0

・ 第 2 項　就労場面におけるストレングスとウィークネス

第 2 項では、就労場面においてセラピストたちが感じる「ストレングス」と「ウィークネス」についてエピソード分析を進めた（表 4-2-5、4-2-6）。またこの項でも、対象者属性の再構成した枠組みを用いて、抽出したキーワードを整理した（表 4-2-7）。

アンケートでは、就労場面で自身の感じている「ストレングス」「ウィークネス」と「その他」の 3 項目を用意したが、「その他」内で「ストレングス」「ウィークネス」へ分類できる内容は移行して考えることとした。

表 4-2-5　就労場面におけるストレングスとウィークネス（Group:Ⅰ）

			①就労上のストレングス ②就労上のウィークネス ③その他	分析
1	A	△	①臨床現場において、対象者の心理的葛藤に寄り添いやすい。「出来なさ」「動かなさ」や「生活しずらさ」を実感を持って対応できる。 治療場面のみならず、生活場面や長い人生をイメージしやすい。	**①実感を伴った共感や寄り添い（ウィークネスへの寄り添い）、生活や人生のイメージ** 当事者特有の「負の体験」や心理的葛藤を自身が体験しており、実感を伴った共感や寄り添いが可能。また、自身の当事者体験をもとに、生活場面や人生における困難についてもイメージしやすい。
			②強い共感が、思考を鈍らせバイアスをかける。技術よりも想いが先行しがちになる。身体を用いる手技やリスク管理は難しい。体力がない。	**②バイアスと偏り、身体介入の難しさ、リスク管理の難しさ、体力のなさ** 当事者としての強い共感が、アプローチの際に感情的になったり思考にバイアスをもたらすことがある。また、身体障害に伴って、手技やリスク管理場面で制限があり、体力的にも困難がある。
			③自身の特性に関して、現場の他スタッフからはなかなか理解されない。	**③職場での無理解** 就労場面において、自身の障害特性と仕事能力が正しく理解してもらえない。

3	C	○	①職業を選択する際、自分がかつてリハビリを受けていた経験もあり、また障がい者であるため自分の経験が患者さんなどに役立つのではないかと思いました。	**①当事者体験による職業選択、漠然とした当事者体験への役割の付与** 当事者としてのセラピストへの憧れと、当事者体験が「患者さんなどに役立つのではないか」という漠然とした役割の付与。
			②自分の身体の状態で障害を抱えている方の介助や治療に支障をきたすのではないかという不安もありました。	**②身体状況による業務への制限** 対麻痺によって、臨床場面での活動制限がもたらされるのではないかという不安。
			③同僚から見て、就職してから現在まで、自分という存在が職場にいることへの影響はどうであったのかは気になります。	**③自身が職場に与える影響が気になる**
6	F	○	①自らの体験を話したり、共感できる。	**①当事者としての語り、当事者体験による共感** 自身の体験を語るという役割の付与。また、当事者体験による共感ができる。
			②自らがバランス不良の為、利用者の誘導、介助動作の制限が出てきた。	**②身体状況による業務への制限** 下肢麻痺によるバランス不良と、それに伴う臨床場面での活動制限。
			③ないです。	
8	H	△	①相手（患者さん）の気持ちが痛いほどわかる。相手がすぐに本音を伝えてきてくれる。担当じゃないのに頼ってくれたり求めてくれたり。	**①強い共感と心理への理解、患者との関係性の変化** 自身の当事者体験による強い共感と負の心理への理解ができる。患者側が強く共感を求めた親和性の高さがある。、
			②患者さんの気持ちが痛いほどわかって苦しくなった経験もあった。 ②同職種の上司に「どうせ病気なんでしょ？」とか「病気や障害があるなら辞めて」と言われ、なかなか理解を得られず仕事の内容に必要のない制限をつけられた。「周りと同じ」を求められ、それができないならここを辞めてと言われた。 ②やりたいと思ってる仕事ができない（回復期や身障で働きたいけど自分の身体が使えない）。 ②いつまた再燃や入院をするかわからないから、職場をか	**②強い共感による心的負担や疲弊、職場での無理解や不当な扱い、身体状況による業務への制限、就労状態や環境の維持しにくさ、症状への不安や消極的思考** 当事者としての強い共感により自身の心的負担・疲弊が引き起こされやすく、心的距離が保ちにくい。 職場での理解の得られにくさと、職業人として求められる水準と、自身の心身の状況によって適切な就労状態や環境を維持しにくく

			わるのも悩む。再燃したらどうしようとか、入院したらどうしようとか考えて消極的になることもある。	なっている。 症状再燃への不安と就労継続・転職の間で葛藤し、消極的になってしまう。
			③どこ（誰）まで伝えるか。どこ（病気、症状、障害）まで伝えるか。	**③当事者体験を伝える対象と内容について悩む** 自身の当事者体験を伝える対象や範囲、またその内容について悩んでいる。
9	I	○	①患者の主観が想像しやすい。	**①患者の主観を想像しやすい** 自身の当事者体験を通して、患者が持つ主観的体験を想像することができる。
			②患者の介助時に、運動失調の影響。	**②身体症状による業務上の制限** 脳梗塞による運動失調で、業務遂行上の制限が起こる。
10	J	○	①病気を経験したことによる、相手の立場に立っての視点ができること。	**①当事者視点の獲得** 自身の当事者体験を通して、患者側視点での思考ができるようになった。
			②意外と、相手は相手、自分は自分だと相手も言ってくるし、自分の症状と全く一緒じゃないので、上手く生かせない。 ふらつきやバランス低下があるので、相手に動きを通しての伝達、共有ができない（リハ場面）。いつまで同じようにできるのだろうという不安（自信ない）。	**②当事者体験の個別性と差異、当事者体験が意外と生かすことができないという想い、身体状況による業務上の制限、業務継続への不安** 当事者体験は万能ではなく、それぞれの個別性や差異が大きいため一概にうまく生かせるとは限らない。臨床場面では、自身の身体状況による活動制限があり、この先の就労継続に対する不安も大きい。
			③良いも悪いも、「病気の自分」としての固定が、本当に強いなと。そのために何かやりたいことがあっても、遠慮する場面が多々ある。	**③当事者体験による自身の思考や行動への制限**
11	K	○	①仕事上で、話をきくときは自分の障害のことは意識して思い浮かべたりはしていないが、先天的障害から見て、後天的障害の失う感覚の違いを感じることはある。	**①当事者体験を通した喪失体験への理解** 先天性障害と後天性障害の喪失感の違いを感じることができる。

			②身体援助(移乗、歩行介助)を要する場面で限界を感じるときがある。 痛みや歩行に違和感があるときに不安が強くなる。	**②身体状況による業務上の制限** 臨床業務において、身体援助場面での活動制限を感じている。身体の不調時に、自身の抱える不安が増大することがある。
			③同僚、上司、後輩からの気遣い等に抵抗があるので、職場に障害は告げていない。	**③職務遂行上の身体状況への配慮に抵抗感がある** 職場においての身体状況への気遣いには抵抗があるので、告知は必要ないという想いを持っている。
12	L	○	①人の痛みはわかると思う。患者さんから、「何でも話せる」と言ってもらうことがある。	**①心的な痛みへの共感や理解、患者との信頼関係の構築** 当事者体験を通した共感や理解ができると感じており、患者からの親和性も高いと感じている。
			②技術的なことで難しいことがある。嚥下訓練は立ち仕事、手の器用さも必要な為、患者さんに必要だとわかっていてもどうしてもできないこと、しにくいことがある。	**②身体状況による業務上の制限** 業務遂行上で必要性がある活動内容でも、身体状況による制限がついてしまうことがある。
			③自分にこの仕事が本当に合っているのか、いつまで続けていけるのか悩むことがある。	**③就労継続への不安、身体状況と業務のマッチングへの不安**

・ Group：I　①ストレングス

当事者体験を通してストレングスと感じているものとして、「当事者性への役割付与」「共感性・親和性」「信頼関係」という特徴的な 3 つのキーワードが抽出された。

「当事者性への役割付与」について、C 氏は「職業を選択する際…自分の経験が患者さんなどに役に立つのではないかと思いました」と記載している。免許取得前に、自身の当事者体験へ漠然とではあるが役割を感じていた。これ以外のキーワードは免許取得後に振り返って感じたストレングスについてであった。

「共感性・親和性」については、全体の 7/8 にあたる A,F,H,I,J,K,L 氏が記載していた。「対象者の心理的葛藤に寄り添いやすい…実感を持って対応できる」「気持ちが痛いほどわかる」「患者の主観が想像しやすい」「相手の立場に立っての視点ができる」（各 A,H,I,J 氏）などの記載があり、それぞれがストレングスとして挙げていた。また、これに伴っての「信頼関係」構築について、「本音を伝えてきてくれる」「「何でも話せる」と言ってもらうことがある」（各 H,L 氏）と挙げられていた。

・Group:Ⅰ　②ウィークネス

ウィークネスと感じているものとして、「身体による活動制限」「心的ストレス・バイアス」「就労継続の困難」「当事者体験の不十分な活用」が特徴的に挙げられた。

対象者全員(8/8)が「身体による活動制限」を挙げており、歩行・移乗や徒手的リハビリなど自身の身体を用いる場面での困難さやリスク管理など業務遂行の難しさを訴えていた。

「心的ストレス・バイアス」はA,H,J,K氏(4/8)が挙げていた。業務遂行の難しさや同僚の反応に対する「心的ストレス」と、「強い共感が、思考を鈍らせバイアスをかける…技術よりも想いが先行しがちになる」「気持ちが痛いほどわかって苦しくなった」「何かやりたいことがあっても遠慮する」（各A,H,J氏）という親和性・共感性の高さによる「心的バイアス」のつらさを訴えていた。また、「なかなか理解を求められず…「周りと同じ」を求められた」「現場の他スタッフから理解されない」「自分という存在が職場にいることでの影響」（各H,A,C氏）など、職場環境や対人面での心的ストレスも多く記載されていた。

また、上記の身体・精神的なウィークネスに伴って、「就労継続の困難」もH,J,L氏が記載（3/8）していた。さらに、J氏は「自分の症状と全く一緒じゃないので(当事者体験を)上手く生かせない」と記載し、自身の当事者体験がストレングスでもウィークネスでも生かし切れていないとした。

・Group:Ⅰ　③その他

その他の内容はそれぞれストレングスとウィークネスに分類できた。

表 4-2-6 就労場面におけるストレングスとウィークネス（Group:Ⅱ）

			①就労上のストレングス ②就労上のウィークネス ③その他	考察
2	B	△	①当事者としての体験。動けない不安などを理解してあげることが出来た。	**①当事者体験、不安への理解** 「当事者」としての体験そのものをストレングスと感じている。自身の当事者体験（動けない、閉じ込め症候群など）を通して、動けないことへの不安を理解することができた。

			②筋力低下を主とする身体症状、人工呼吸器などのディバイスが必要なこと。普通に話すことが出来ないというのが最大の問題だと思う。	**②身体症状やディバイス利用による活動の制限、普通に話すことができないというコミュニケーションの難しさ** 重症筋無力症による筋力低下やその他の症状は、活動の大きな制限をもたらしている。さらに、人工呼吸器等のディバイスを使用している事で活動や活動範囲、また発語によるコミュニケーションの困難さがともなっている。
			③もうちょっと必要な人に必要な情報を届けることは出来ないのかな？と思っている。	**③自身の体験を必要としている人とのマッチングができない** 活動の制限ではなく、マッチングの方法やネットワークづくりや情報発信の手段が確立されていない。
4	D	△	①セラピストが当事者になるという逆転の結果から得た Wisdom（知恵）。	**①セラピストが当事者になることでの気付きや知恵** 専門家として蓄積してきた知識や経験と、自身が当事者となることで得られた体験から、新たな気付きや知恵を獲得することができた。
			②利き手の麻痺で細かい手先の作業が困難に。	**②身体症状による作業の制限** 利き手による巧緻動作の難しさ。
			③なし。	
5	E	△	①うつ病者、リウマチ患者として、具体的な困り事や心身状態を学生に伝えることができる。 患者さんに共感しやすい。障害そのままに生きる方法があることの発見を患者さんへ提示。	**①当事者の抱える心身状態や困難を具体的に伝達、共感しやすさ、自身のリカバリー体験を当事者へ伝達** 困り事や心身の状態など当事

				者としてのリアルな体験を、具体的に他者へ伝達することができる。また、当事者への共感性の高まりや、自身のリカバリー体験・発見などを当事者へも提示できる。
			②同僚の OT や精神科医たちは、何もわれわれ患者の心理の本質には気づいていないことが分かったこと。 患者としては大切にされるべきであっても、専門職・職業人としても「弱い人」「困った人」と「休むことが多い」と思われる厳しい目。	**②当事者体験のない専門職に対するネガティブな気付き、職場での理解の無さ、専門職・職業人への社会的イメージと当事者としての自身のズレ** 当事者の抱える心理的葛藤の本質については、専門家であっても体験が伴わないがゆえに気づくことが難しいということが分かった。また、一般社会における職業人イメージに加えて、医療専門職に期待される就労イメージは厳しく、「働けないこと」への厳しい評価があった。
			③上司にも当事者セラピストがいるが、その人を見ていると、障害者であることを職場では「特別扱い」にしてはいけないという空気が、我が職場だけでなく、社会には蔓延していると感じる。 「障害受容」って、障害や病のない人には、どうやっても（学生に）伝える手段はない。相手の想像を超えた出来事だと言うこと。	**③一般社会における障害者就労の独特の空気を感じる（合理的配慮ではない）、当事者体験のない相手に「障害受容」を伝える手段がないと感じる** 障害者へ対する合理的配慮と、職業人に対する就労イメージが社会ではまだまだずれている。「障害受容」はその体験をした者にしか理解し語れない物だと感じている。
7	G	□	①手技のスキルアップやエビデンスなどセラピーの技術に関することに力を注ぎ臨床場面で働き、新人教育なども行っていました。しかし、作業療法士 10 年目で発障したことがきっかけで自身が「患者」「障害」という体験	**①心身の苦痛や生活への不安が実感を伴って理解・共感できる、信頼関係の構築しやすさと**

			をしたことで、患者側の身体的・精神的苦痛や生活への不安を表面的ではなく理解・共感できることが増えました。 それにより、信頼関係が構築しやすくなり身体機能の改善をただ行うような患者対セラピストの関係から退院後の生活を一緒に考えていく患者＆セラピストの関係に変化し、障害を負いながらも笑顔で自宅に帰られる患者が増えたことは自身にとってはストレングスとしての影響だと思っています。	**関係性の変化、患者が得る障害と生活イメージの変化** 臨床場面で真摯に技術向上と患者理解を進めてきた上での自身の当事者体験は、今まで蓄積された知識・経験の裏付けとなるばかりでなく、患者の抱える心身の苦痛や生活しずらさを当事者視点（主観的）でとらえることができるようになった。それにより、当事者への共感性は高まり、信頼関係の構築や、協働作業者としてのセラピスト役割を獲得している。支援者として患者をとらえるセンスも向上した。
			②障害を持ちながら身体障害領域で働くことは他のセラピストとの技術面の均一化を図ることが困難であり、患者から他のセラピストに代わってほしいと要望があったり、障害を持っている方には無理はさせられないと逆に患者に気を使わせてしまう場面もありました。 また、転倒などリスク管理を予測することはできても実際に身体がついていかないこともありこういった点はウィークネスとしての影響と自身は捉えています。	**②身体状況による業務への制限、技術の均一化やリスク管理の難しさ、対象者へ与える不安や対象者からの気遣い** 特に身体障害領域において、身体介入時に自身の身体障害がその業務の制限となることを感じている。技術の均一化やリスク管理の難しさもあり、患者へ不安を与えることになったり気遣いされることもあった。
			③職場と具体的に何ができて何ができないのかと線引きをして配慮していただきながら働いていましたが、自身の場合は寛解と増悪を繰り返す病態であり、身体状況が変化しやすく以前は「できる」に入っていた業務内容が「できない」（逆も然り）と言うことが多々ありました。 また、日によって「動ける日」「動けない日」があり自身の役割を明確化できず「遂行が難しい業務は他セラピストがフォローする」という体制をとっ	**③職場とのやり取り調整は密に行われていたが症状の変化に伴って安定した業務ができなかった** 職場の理解や自身の努力とは裏腹に、症状の進行や身体の

			てくれましたが、自身の体調により振り回してしまうのが気になることでした。	動きにくさは改善されなかった。
13	M	□	①生きた教材としての存在が感じられる（PBL）。 専門的かつ具体的にしゃべることができる患者として、後進の育成にあたっている。（体験×知識）	**①当事者体験を通した教育への貢献、専門知識と当事者体験を用いた語り、「生きた教材」** 自身の専門知識と当事者経験を用いて、専門的かつ具体的に語ることができる存在である。自身を「しゃべることができる患者」として自己の活用に努めている。
			②身体が使えないことと高次脳機能障害から、教育現場や臨床現場では以前のように働けない。	**②身体状況や高次脳機能障害による業務への制限、以前と変化してしまった就労状況** 発症による身体状況の変化は、以前と同じような職務遂行をむずかしくさせてしまった。
14	N	△	①難病を発症してから会計士にキャリアチェンジした。理由はいろいろあるが、理由のひとつに、難病を発症してから困難（会計士試験）を乗り越えることが出来れば、同病患者にも勇気を与えることが出来ると思った。	**①キャリア意識の変化とキャリアチェンジ、自己像の利用による当事者へのアプローチ** 自身のチャレンジをピアサポートで発揮したいと感じていった。
			②クローン病は内部障害であり、外見からは分からないので、症状の大変さを理解されないことが多い。栄養不足や体調不良が続くため、体力面では他の人に劣ると感じる。	**②内部障害ゆえの理解されにくさ、体力面での不利** 見た目で分からない内部疾患（消化器系疾患）の理解されにくさを感じている。体力面での不利は、疾病の特徴に起因している。
			特になし。	

・ Group:Ⅱ　①ストレングス

当事者体験を通してストレングスと感じているものとして、「当事者性の活用」「共感性・親和性」が多く挙げられ、「信頼関係」「キャリア意識の変化」も挙げられた。

「共感性・親和性」は3/6（B,D,G氏）と、Group:Ⅰに比べて数は少ない。具体的な内容としては「動けない不安などを理解してあげられた」「身体的・精神的苦痛や生活への不安を表面的ではなく理解・共感できることが増えました」など、セラピストとして共感が及ばなかった点を「共感できるようになった」という獲得の体験だと読み取ることができた。

「当事者性の活用」は対象者全員が挙げており、その活用主体は2つに分けることができた。1つは、「退院後の生活を一緒に考えていく」「具体的な困り事や心身状態を学生に伝えることができる」「生きた教材としての存在」（各G,E,M氏）のように「セラピストとしての活用」に挑戦しているグループで、D氏の「セラピストが当事者になるという逆転の結果から得たWisdom(知恵)」という言葉が印象的であった。もう一つは、「同病者にも勇気を与えることができると思った」「障害そのままに生きる方法があることの発見を患者さんへ提示」（各N,E氏）のように、「当事者としての活用」に挑戦しているグループもあった。中でもN氏は、自身が「困難を乗り越える」姿を当事者に示すという「ピアサポート的な活用」を記載していた。これらの結果として、「患者対セラピストの関係から…患者&セラピストの関係に変化した」（G氏）という「信頼関係」の変化・構築も挙げられた。

・ Group:Ⅱ　②ウィークネス

Group:Ⅰと同様に、「身体による活動制限」「就労継続の困難」「当事者体験の不十分な活用」が挙げられており、特徴的なことに「当事者性の持つネガティブなイメージ」が挙げられた。

B,D,G,M,N氏が(5/6)が「身体による活動制限」を挙げており、人工呼吸器などの利用や高次脳機能障害・内部疾患による体力のなさなど、業務遂行の難しさを訴えていた。

「当事者体験の不十分な活用」はB,E氏が記載しており、「必要な人に必要な情報を届けることはできないのかな」（B氏）のように自身の体験を必要としている人とうまくマッチングできないことや、「障害受容って、障害や病の無い人には、どうやっても伝える手段はない」（E氏）という当事者性を持たないものに対する共感性のなさを訴えていた。

「就労継続の困難」はE,G,M氏が挙げており、特にE氏は「患者としては大切にされるべきであっても、専門職・職業人としても「弱い人」「困った人」「休むことが多い」と思われる厳しい目」が寄せられるとし、G氏は「他のセラピストに代わってほしいと…患者に気を使わせてしまう場面」があったとし、M氏は「(内部障害は)外見からは分からないので、症状の大きさを理解されない…体力面では他の人に劣る」とした。これらは、「当事者性の持つネガティブな側面」が、職場環境や対人面での心的ストレスとなり、「就労継続の困難」にもつながっていると訴えていた。

・Group:Ⅱ　③その他

その他の内容はそれぞれストレングスとウィークネスに分類できた。

表4-2-7 臨床におけるストレングスとウィークネスの抽出

	就労状況	氏名	発症時の年齢	ストレングス	ウィークネス	その他
Ⅰ－1（先天性～乳児期）	○	C	0	職業選択 当事者性への役割の付与	身体による活動制限 ←	心的ストレス（他者への影響）
	○	K	1	共感性・親和性(喪失体験)	身体による活動制限 ←	心的ストレス（配慮へのストレス）
	○	L	1	共感性・親和性 信頼関係	身体による活動制限 ←	就労継続への不安
Ⅰ－2（幼児期～青年期）	△	A	4	共感性・親和性	心的バイアス 身体による活動制限 ←	心的ストレス(無理解)
	○	F	5	共感性 当事者体験の活用(語り)	身体による活動制限	
	△	H	19	共感性・親和性 信頼関係	共感性による心的負担 就労における不利・不当な扱い 身体による活動制限 就労継続の困難 ←	当事者体験の活用の対象
	○	J	14	共感性・親和性	当事者体験の不十分な活用 身体による活動制限 就労継続の困難 将来への不安 ←	心的バイアス
Ⅰ－3（成年期～）	○	I	23	共感性・親和性(主観的体験)	身体による活動制限	
	キーワードの総計			12個	21個	0個
	平均キーワード数			1.5（±0.5）	2.6（±1.7）	0

	就労状況	氏名	発症時の経験年数	ストレングス	ウィークネス	その他
Ⅱ－4（臨床1～10年）	△	B	2	当事者体験の活用 共感性・親和性	身体による活動制限 ←	当事者体験の活用の対象
	△	E	5	当事者体験の活用(言語化・通訳)	ネガティブな当事者視点 ネガティブな当事者性 就労継続の困難 ←	当事者体験を活用する対象 (社会の空気、障害受容の伝わらなさ)
	□	G	9	共感性・親和性(実感) 信頼関係 当事者視点の活用	身体による活動制限 ネガティブな当事者性 ←	就労継続の困難
	△	N	1	当事者体験の活用 当事者・セラピスト体験の活用	身体による活動制限 理解されにくさ	
Ⅱ－5（臨床11年以上）	△	D	26	当事者体験の活用 共感性・親和性(気づき)	身体による活動制限(作業)	
	□	M	21	当事者体験の活用 キャリア意識の変化	身体による活動制限 就労継続の困難	
	キーワードの総計			12個	14個	0個
	平均キーワード数			2.0（±0.3）	2.3（±0.8）	0.0

エピソードの個数平均

	ストレングス	ウィークネス	その他
G:Ⅰ	1.5（±0.5）	2.6（±1.7）	0.0
G:Ⅱ	2.0（±0.3）	2.3（±0.8）	0.0

・ Group:Ⅰのまとめと考察

このグループは「当事者体験がセラピストとしてのアイデンティティ構築に一役買っている」とされるグループである。特徴的なのは、当事者体験を通して身に着けた「共感性・親和性」とそれに伴う「心的ストレス・バイアス」の存在であった。

彼らは免許取得前に「喪失体験」のほかネガティブな体験や感情を「実感」してきている。また一方で、成長発達の過程で大きな喪失体験よりも、多くの「獲得体験」も積み重ねて来た。疾病・障害の存在を「当たり前」「自身の一部」と受け止めて自己同一性の構築を図り、その高い共感性・親和性をストレングスとして生かすことで自己肯定感が得られると感じ、免許取得に至っていることが推察できた。

そして免許取得後、セラピストとして臨床経験を重ねるうちに、他セラピストとの比較による「身体機能による制限」や、自身の当事者体験が活かしきれていないという「当事者体験の不十分な活用」による不全感など、ウィークネスを感じる機会が増えたことが読み取れた。

また、彼らの高い「共感性・親和性」は上記のようにストレングスである反面、ダイレクトに自身のネガティブな体験や感情を用いることになり、冷静な視点を失いバイアス・ストレスとなるリスクも多く内包していた。

Group:Ⅰでの当事者体験は、ストレングスでありウィークネスでもあるというアンビバレンツな存在として感じられることが多く、結果として臨床においては多くの身体・精神・社会的なゆらぎを抱えながら就労継続していることが推察できた。

・ Group:Ⅱのまとめと考察

セラピストとして支援対象とし理解を深めてきた「当事者」に自分自身がなるという逆転の体験は、セラピストとしての大きな喪失体験であり、一方では自身の知識・経験に対する「実感を持ったフィードバック」という獲得体験であると言える。

今までセラピストという「客観的かつ外側」から見てきた当事者体験を、「主観的かつ内側」から見るという変化を伴っていた。それにより、「理解の深まり」「捉え方・視点の変化」「共感性の高まり」などを感じていた。言い換えれば、「知識・経験と実体験の融合」であり、当事者に対するセラピストとしてのより具体的で深い理解が進むことを期待できた。また、自らの当事者体験を自身の持つ専門知識で分析・理解し、それを言語化・行動化して他者へ伝えるという「当事者性の活用」に挑戦している者が多かった。その対象は、専門家だったり当事者であり、E,M,N 氏などは特に「リカバリー体験」を伝達・提案するという役割をすでに得ていた。

一方で、第１項で述べたようにGroup:Ⅱにおいては免許取得後の発症・発障により、自身のセラピストとしてのアイデンティティや社会的役割の喪失と再獲得のプロセスがあった。今まで日常的に行ってきた業務に大きな制限をもたらし、特に自身の身体機能を活用する機会が多い身体障害・老年期領域においては、自身の活動制限だけでなく対象者のネガティブな心理的変化（不安・不信感、不必要な気遣いなど）をも招き信頼関係にもネガティブな影響をもたらしていた。

さらにE氏は、一般社会や医療専門職における「健康的な就労」のイメージが根強く存

在することを指摘し、「患者を治す」役割の医療専門職が疾病・障害状態であることに違和感を唱える者がいまだに多いことを訴えていた。セラピストとして当事者性を獲得したがゆえに、当事者性への共感・理解が出来ないことへのストレスがあることを、同様にN氏も訴えていた。

Group:Ⅱにおける当事者体験もまた、ストレングスでありウィークネスであるというアンビバレンツな存在して感じられていた。就労状況を加味すると、当事者体験をきっかけにキャリアチェンジや療養状態のものが 4/6 をしめていた（D,E 氏は臨床を離れて研究・教育職となってから発症し復職している）。

・ 第 3 項　就労以外の場面におけるストレングスとウィークネス

第３項では、就労以外の場面においてセラピストたちが感じる「ストレングス」と「ウィークネス」についてエピソード分析を進めた（表 4-2-8、4-2-9）。またこの項でも、対象者属性の再構成した枠組みを用いて、抽出したキーワードを整理した(表 4-2-10)。

アンケートでは、就労場面で自身の感じている「ストレングス」「ウィークネス」と「その他」の 3 項目を用意したが、「その他」内で「ストレングス」「ウィークネス」へ分類できる内容は移行して考えることとした。

表 4-2-8　就労以外の場面におけるストレングスとウィークネス（Group:Ⅰ）

			①就労以外のストレングス ②就労以外のウィークネス ③その他	分析
1	A	△	①患者会活動においては、当事者目線・生活者目線での運営や対応がしやすい。社会的ニーズや生活ニーズがイメージしやすい。当事者の声を実際の活動に反映させやすい。	**①当事者活動（患者会）での運営上のメリット** 当事者としての視点や経験を活用して、患者会の運営にあたることができる。ピアサポート、ニーズの把握やイメージの共有など。
			②セラピストとして強く求められることも多く、1 人の当事者としてふるまえないことがある。 体力的に、活動に対するレスポンスがどうしても鈍る。セラピストでもあると言うことで、専門的な質問が多い。	**②当事者である自己と専門職である自己の間のズレやゆらぎ、他者から求められる役割の偏り** 当事者としてふるまいたい自分と、専門職として求められ応えたいとする自分の間での、二つの立場・視点ゆえの心理的葛藤。

			③当事者活動の現場において、周囲にはどう思われているのだろうか？ 家族の要求にきちんと応えられているだろうか？	**③当事者活動における自身の立ち位置や印象が気になる、家族（家庭）内における役割の遂行** 当事者でもあり専門家でもある立場は、他の当事者や専門家たちからどう見られるのか。 夫として父として息子として、家族内での役割を担えているのかという不安。
3	C	○	①元々、自分自身の身体の仕組みを知りたいという欲求があったので、研究分野には興味がありました。	**①自身の身体への関心と研究** 自分の身体を解き明かしたいという知的好奇心から、研究分野への関心へ。
			②少し疲れやすいのかはわかりませんが、臨床業務以外での疲労時の眠気を抑えることが苦手です。	**②易疲労性**
			③特にないです。	
6	F	○	①当事者セラピスト活動に参加して、当事者セラピストの存在意義を感じることができた。	**①当事者セラピスト活動への親和性** 当事者セラピスト活動のイメージと、自身の持つイメージとの共感があり、その存在意義を感じることがあった。
			②歩行は遅くなり、さらに不安定になっている。しゃがみ動作、跨ぎ動作、階段の下り、下り坂はかなり難しくなっている。	**②症状の進行、身体的症状による移動動作の困難** 臨床に限らず生活全般において、症状の進行やそれに伴う動作の困難さは増してきている。
			③ないです。	
8	H	△		
9	I	○	①患者とセラピストの中間の存在として、講演や執筆を行えた。	**①患者とセラピストの中間** 自身の存在を「患者とセラピストの中間」として、当事者体験と専門知識を用いて講演や執筆を実施している。
			②疲れやすさ。	**②易疲労性**
10	J	○	①病気という診断がつくことで、何もわからない状態よりは少し安心。	**①診断による安心感** 発症時のショック・否認・混乱から、診断がついたことによる安心感へ。診断が

				ついたことで、自身の問題を外在化させやすくなっていた。、
			②何か出来ないことがあれば、すぐに病気に逃げたりというパターンを、特に学生時代はとっていた。	**②出来ないことに対する合理化や逃避、病気への転嫁** 出来ないことに対するストレス反応が表出されることが多かった。
			③すぐに思いつかないです。	
11	K	○	①どこかに活動できる期限がある感覚があり、縁がある活動には参加しようと思う。	**①活動期限と積極性** 自身の当事者体験によってもたらされる、活動の限界・期限の感覚がある。そのため、積極的に様々な活動に参加しようという想いを持っている。
			②痛みや身体的違和感があるときは活動を制限、調整する。	**②身体状況による活動制限、自身の身体状況への評価と活動量の調整** 専門的な知識や当事者としての経験を用いて、自身の状況を評価分析し、自ら活動量の調整を行うことができる。
12	L	○		
			②活動場所が大抵都市部になるため、そこへ出掛けていく手段や体力が維持できない。	**②身体状況による活動制限や活動エリアの制限** 地方都市に在住のうえ、身体状況による活動・移動の制限が加わりやすい。

・ Group：I　①ストレングス

就労以外の場面において、対象者全体の 6/8 がさまざまにストレングスを感じていることが分かった。ストレングスの内容は「当事者性とセラピスト性の活用」3 名、「当事者性の活用」2 名、「その他」1 名と特になし 2 名だった。その活動場面は、研究（セラピスト）、患者会、講演・執筆（当事者セラピスト）、そして生活場面が挙げられた。

「当事者性とセラピスト性の活用」は C,F,I 氏が挙げていた。C 氏は「自分自身の身体の仕組みを知りたいという欲求があった」と記載し、自分の身体の仕組みを解き明かしたいという知的好奇心から「研究分野」への関心を示していた。F 氏は「当事者セラピストの存在意義を感じることができた」と記載し、自身の持つイメージと当事者セラピストグル

ープの活動に親和性を感じて、活動参加したい旨を述べていた。I 氏は「患者とセラピストの中間の存在として、講演や執筆を行えた」と記載し、自身の体験を活用した講演や執筆などを行動化していた。

「当事者性の活用」は A,K 氏が挙げていた。A 氏は「患者視線・生活者視線での運営がしやすい。社会的ニーズや生活ニーズがイメージしやすい。当事者の声を実際の活動に反映させやすい」と患者会活動における活用を記載し、ピアサポートや患者会運営にあたっていた。K 氏は「活動できる期限がある感覚があり、縁がある活動には参加しようと思う」と記載し、自身の持つ当事者性によって想起される「活動の制限」を「活動の積極性・モチベーション」として活用していた。

また、J 氏は「病気という診断がつくことで、何もわからない状態よりは少し安心」と記載しており、他の対象者のような活動上の活用ではなく、診断に対して「安心感」を覚えているとした。

臨床業務ではない活動場面においても、それぞれの当事者体験にストレングスを感じることが記載されていた。

・ Group:I　②ウィークネス

就労以外の場面において、対象者全体の 7/8 が様々なウィークネスを感じていることが分かった。ウィークネスの内容は「当事者性の負の側面」による影響が 7 名、「当事者性とセラピスト性のバイアス」1 名だった。その活動場面は生活場面がほとんどで、「生活者」としてのウィークネスを訴えていた。

生活場面での「当事者性の負の側面」として具体的に挙げられたものは、「易疲労性」(C,I 氏)、「症状の変化・進行」(H,F 氏)、「心的ストレスに対する脆弱性」(J 氏)、「活動範囲の制限」(L 氏)、そして「一般的に担うべき家庭内役割遂行の困難」(A 氏) であった。疾病・障害の当事者であり「生活者」として抱えるさまざまなウィークネスがされていた。

「当事者性とセラピスト性のバイアス」は A 氏が記載しており、両者の間での心理的葛藤や自己同一性の揺らぎが訴えられていた。

臨床業務ではない活動場面、特に生活場面において、それぞれの当事者体験にウィークネスを感じることが記載されていた。

表 4-2-9 就労以外の場面におけるストレングスとウィークネス（Group:Ⅱ）

			①就労以外のストレングス ②就労以外のウィークネス ③その他	分析
2	B	△	①当事者目線・障害者や患者としての視点と医療職という視点の2つを持っていること。両方の立場を理解できるので、どちらにも共感できるし伝わりやすいと思う。当事者としての体験は、講演活動などにダイレクトに活用できている。	**②2 つの視点と経験、当事者・医療職の双方への理解・共感、当事者体験と専門知識を用いた活動** 当事者と医療職という、二つの立場・視点は、双方への理解と共感が可能である。講演時には、当事者体験がダイレクトに活用できているという実感を持っている。
			②聞き取りにくく字幕形式にしているので、広がりがないこと。体調の波が激しいこと。	**②体調管理の難しさと活動の制限、人工呼吸器によるコミュニケーションの制限** 体調の波が激しく活動に制限が加わってしまうこと。気管切開し人工呼吸器を装着していることでの声の届かなさ。対象とダイレクトに対話することへの困難。
4	D	△	①特異な背景を持つ当事者セラピストとして各方面からの招きに応じ、講演・授業の機会を得ている。	**①特異な背景という独自性、当事者体験をもつ専門家がおこなう語り** 当事者団体・支援団体・専門団体など、色々な集団から講演・講義の依頼を受けている。ST としての業績も高く、その当事者体験と知識経験の融合した語りはとても魅力的である。
			②体調への不安からくる「死」への予感。	**②死への予感** 疾病体験を通した体調への不安感。
			③なし。	
5	E	△	①動かない指でのピアノ演奏が可能となったこと。 固定概念からの解放。	**①ありのままの自分での表現活動** 発症・発障によって喪失したと感じていたピアノ演奏（生きがい）を、以前とは違う方法ではあるが再獲得したという体験。自身の喪失体験からのリカバリーを体現している。

			②疼痛と疲労で、買い物・料理等々の日常生活の維持が大変だった。職場への運転も難しかった。 歩けるところをタクシーを使ったり、医療費がとてもかかったりと経済的にも苦労した。 うつで起き上がれない日がある。人と関わりたくなくて仕事に穴をあけることもあった。	**②心身の症状による活動制限（日常生活）、活動制限と経済的負担** 関節炎など身体症状による活動制限に加え、それを補おうとすることでの金銭支出が大きく負担となっていた。医療費や生活費において支出は大きかった。うつ症状による活動制限や、対人ストレスによって欠勤することもあった。
			③うつによる仕事上のミス。職場の人間関係の悪化。	**③精神症状による作業遂行の困難、対人関係の悪化** うつにより引き起こされる仕事上のミスがあった。また、職場の人間関係が悪化していった。
7	G	□		
13	M	□	①自身の通うデイサービスにおいて、他の利用者の様子を見たりアドバイスをしている。 当事者になってもセラピストとしてのフィーリングやタッチには変化なかったので、今でもセラピーできる。 自身を「評価・治療」し、周囲に「指導」し、専門家に「意見・リクエスト」できる存在。	**①生涯セラピスト、専門知識と当事者体験の融合、しゃべれる当事者** 障害を負ってもなおセラピストであるという想いと行動化が見られる。当事者体験を得たことで専門家としての当事者理解が深まり、自身の利用するデイサービスにおいてセラピー活動をするに至っている。 当事者体験と専門知識・経験を融合し、専門家へ的確に伝えることができる。
			②トイレやトランスファーには介助が必要なので、留守番や外出が自由にできない。家族の行動に制限をかけてしまっている。	**②身体状況による活動制限（日常生活）、家族への介護負担** ADL 要介助であり、自身と家族の活動に制限がかかっている。また、介助者（家族）の負担も大きい。
			③在宅でできる仕事はないかと気になっている。	**③仕事への制限と新たな仕事の探索** 現在の自身の状況で担える在宅ワークを思案している。
14	N	△	①特になし。	
			②トイレが頻回であるため、間に合わないことがある。それを気にして外出をためらってしまうことが多い。	**②身体症状による活動と活動範囲の制限** 消化器系の障害のため、外出中の排泄トラ

				ブルを懸念してしまい、外出をためらってしまう。
			③特になし。	

・ Group:Ⅱ　①ストレングス

就労以外の場面において、対象者の 4/6 が様々なストレングスを感じていることが分かった。ストレングスの内容は「当事者性とセラピスト性の活用」3 名、「当事者性の活用」1 名、特になし 2 名だった。その活動場面は、講演・執筆・教育（当事者セラピスト）、ピアサポート（デイサービス）、生活場面だった。

「当事者性とセラピスト性の活用」は B,D,M 氏が挙げていた。B 氏は「2 つの視点を持っていること、両方の立場を理解できる…どちらにも共感できるし分かりやすいと思う」と記載し、「当事者としての経験を、講演活動などにダイレクトに活用できている」と実感をつづっていた。D 氏は自身のことを「特異な背景を持つ当事者セラピスト」と記載し、講演や授業の機会を得ているとした。M 氏は自身の通うデイサービスにおいて「他の利用者の様子を見たりアドバイスしている」と記載しており、さらには「当事者になってもセラピストとしてのフィーリングやタッチには変化なかったので、今でもセラピーできる」と述べていた。

「当事者性の活用」として、自身にとっての意味ある活動（ピアノ）を喪失したと感じていた E 氏は「動かない指でのピアノ演奏が可能になった」と記載し、そのことを「固定概念からの解放」と表現していた。

・ Group:Ⅱ　②ウィークネス

就労以外の場面において、対象者全体の 5/6 が様々なウィークネスを感じていることが分かった。ウィークネスの内容は「当事者性の負の側面」による影響が 5 名、「当事者性とセラピスト性のバイアス」2 名だった。その活動場面は生活場面がほとんどで、「生活者」としてのウィークネスを訴えていた。

生活場面での「当事者性の負の側面」として具体的に挙げられたものは、「症状や体調の変化」(B,E,N 氏)、「活動範囲の制限」(B,E,M,N 氏)、「家族への介護負担」(M 氏)、「家庭内役割遂行の困難」(M 氏)、そして「死への予感」(D 氏）であった。Group:Ⅱにおいても、疾病・障害の当事者であり「生活者」として抱えるさまざまなウィークネスがされていた。また具体的な、「活動の制限」については特に、症状により日常生活や就労上の制限が生じて経済的負担が大きくなったり（E 氏)、症状により「家庭内役割（留守番等）の遂行が困難」となったり ADL 上の「家族の介護負担」の増加があったり（M 氏)、人工呼吸器の使用によるコミュニケーションの制限（B 氏）が挙げられた。

「当事者性とセラピスト性のバイアス」は N,M 氏が記載しており、疾病・障害を持ちな

がら就労しなければいけない負担について、「仕事上のミス…職場の人間関係の悪化」「在宅でできる仕事はないか」（各 E,M 氏）と、その難しさを訴えていた。

臨床業務ではない活動場面、特に生活場面において、それぞれの当事者体験にウィークネスを感じることが記載されていた。

表4-2-10 臨床以外の場面におけるストレングスとウィークネスの抽出

	就労状況	氏名	発症時の年齢	ストレングス	ウィークネス	その他
Ⅰ－1（先天性～乳児期）	○	C	0	当事者性×セラピスト性の活用 ⇒PTとしての研究	当事者性の負の側面 ⇒易疲労性	
	○	K	1	当事者性の活用 ⇒活動へのモチベーション	当事者性の負の側面 ⇒活動の制限	
	○	L	1		当事者性の負の側面 ⇒活動範囲の制限	
Ⅰ－2（幼児期～青年期）	△	A	4	当事者性の活用 ⇒患者会の運営	当事者性×セラピスト性のバイアス⇒自己同一性のズレ、役割の偏り ←	当事者性の負の側面 ⇒家族内における役割遂行の困難
	○	F	5	当事者性×セラピスト性の活用 ⇒当事者セラピスト活動	当事者性の負の側面 ⇒症状の進行、活動の制限	
	△	H	19			
	○	J	14	その他 ⇒診断による安心感	当事者性の負の側面 ⇒心的ストレスへの脆弱性	
Ⅰ－3（成年期～）	○	I	23	当事者性×セラピスト性の活用 ⇒講演・執筆	当事者性の負の側面 ⇒易疲労性	
	キーワードの総計			6個	8個	0個
	平均キーワード数			0.75（±0.4）	1.0（±0.3）	0

	就労状況	氏名	発症時の経験年数	ストレングス	ウィークネス	その他
Ⅱ－4（臨床1～10年）	△	B	2	当事者性×セラピスト性の活用 ⇒講演活動など	当事者性の負の側面 ⇒活動の制限、体調管理の困難	
	△	E	5	当事者性の活用 ⇒ありのままの自己表現	当事者性の負の側面 ⇒活動の制限、経済的負担 ←	当事者性×セラピスト性のバイアス⇒対人関係の悪化、活動制限
	□	G	9			
	△	N	1		当事者性の負の側面 ⇒活動と活動範囲の制限	
Ⅱ－5（臨床11年以上）	△	D	26	当事者性×セラピスト性の活用 ⇒講演・授業など	当事者性の負の側面 ⇒『死』への予感	
	□	M	21	当事者性×セラピスト性の活用 ⇒ピアサポート、しゃべれる患者、生涯セラピスト	当事者性の負の側面 ⇒活動制限、家族負担、家庭内における役割遂行の困難 ←	当事者性×セラピスト性のバイアス⇒就労困難
	キーワードの総計			4個	7個	0個
	平均キーワード数			0.7（±0.4）	1.2（±0.6）	0.0

エピソードの個数平均

	ストレングス	ウィークネス	その他
G:Ⅰ	0.75（±0.4）	1.0（±0.3）	0.0
G:Ⅱ	0.7（±0.4）	1.2（±0.6）	0.0

キーワード数

	ストレングス		ウィークネス	
G:Ⅰ	当事者性×セラピスト性の活用	3	当事者性の負の側面	7
	当事者性の活用	2	当事者性×セラピスト性のバイアス	1
	その他	1	なし	1
	なし	2		
G:Ⅱ	当事者性×セラピスト性の活用	3	当事者性の負の側面	5
	当事者性の活用	1	当事者性×セラピスト性のバイアス	2
	なし	2	なし	1

・Group:Ⅰのまとめと考察

Group:Ⅰにおいて特徴的だったのは、「当事者性」がストレングスの中心にあるという語りだった。当事者性は、C 氏にとって直接的に現在のセラピスト活動（研究）の動機となっており、K 氏には間接的に日常生活活動へ積極性（活動の制限）を与えており、A 氏には患者会活動（ピアサポート）での自身の活用をもたらしていた。

一方で、ウィークネスは「生活場面」において多く感じられていた。そこでは、当事者性そのものが持つ負の側面（易疲労性・症状の進行など）がクローズアップされていた。また、A 氏は「2 つの立場・視点ゆえの心理的葛藤や自己同一性の揺らぎ」を訴え、双方から求められることの相違から自身の役割の不安定性を訴えている。さらに J 氏は、心身のストレスに対する防衛機制が、免許取得前の学生時代に特に強い傾向があったと述べていた。

Group:Ⅰという免許取得前の発症・発障グループでは、自身の「当事者性」をストレングスの中心とし当事者体験の活用に挑戦する傾向が推察され、一方でそのウィークネスは「生活場面」で強く意識され、その中心にも「当事者性」が影響していることが推察できた。

・Group:Ⅱのまとめと考察

Group:Ⅱにおいて特徴的だったのは、「セラピスト性」がストレングスの中心にあるという語りだった。特に M 氏は「当事者になってもセラピストとしてのフィーリングやタッチには変化がなかった」と語り、セラピストとしての知識・経験・フィーリングの継続性によって「自身の通うデイサービスにおいて、他の利用者の様子を見たりアドバイス」したり「自身を「評価・治療」し、周囲に「指導」し、専門家に「意見・リクエスト」」を実行していた。さらに「今でもセラピーできる」と力強く自身のセラピスト性を強調していた。また D 氏は自身を「特異な背景」を持つ当事者セラピストとし、「特異＝当事者体験」を持つ自身のセラピスト性を語っていた。

一方で、ウィークネスは「生活場面」における「喪失体験」との関係を感じていることが多かった。生活場面で感じる「家族への介護負担」「家庭内役割遂行の困難」「就労継続の困難」などは、成人し免許取得してからの発症・発障がもたらした「喪失体験」に由来することが推察でき、それらは疾病・障害の当事者であり一人の「生活者」として抱えるウィークネスであった。E,M 氏はそれぞれ「仕事上のミス…職場の人間関係の悪化」「在宅でできる仕事はないか」と記載し、当事者性を持ちながら就労継続することの難しさを訴えていた。また D 氏は、発症時に体験したクライシスに対して「死」への予感を抱くことになっていた。

他に、E 氏はいったん喪失した自身の意味ある作業（生きがい）に対し「動かない指でピアノ演奏が可能となった」「固定概念からの解放」と語り、喪失体験からのリカバリー体

験（再獲得）を得ていた。

Group:Ⅱという免許取得後の発症・発障グループでは、自身の「セラピスト性」をストレングスの中心とし当事者体験の活用に挑戦する傾向が推察され、一方でウィークネスは「生活場面」で強く意識され、その中心には「喪失体験」が影響していることが推察された。

・ 第 4 項　社会的な活動（行動化・希望・義務・期待）

第 4 項では、第 1～3 項を踏まえて、自身の担う社会的な活動について、①実際に行動化していること:「行動化」、②自身がしたいと感じていること:「希望」、③自身がする必要があると感じていること:「義務」、④自身がすることを期待されていること:「期待」、と 4 つに分けて記載してもらった（表 4-2-11、4-2-12)。

なお、ここで言う「社会的活動」とは、「人間活動の中でも社会に参加して、社会のために貢献する活動」とし、営利・非営利は問わないものとした。また、社会のために貢献せず自己自身のための活動であっても「社会の中で営まれている個人の活動」も広義に含めるものとした。

キーワードをまとめるにあたって、その活動内容だけでなくその活動の「対象者」が誰であるかも分析しまとめた。その際には、キーワード 1 つに対して各 1 ポイントを与え、その対象者へ付与することで「活動内容と対象者」の比較をした(表 4-2-13)。

表 4-2-11　社会的な活動(行動化・希望・義務・期待）（Group:Ⅰ）

			①行動化している活動、 ②したいこと:希望 ③する必要があること:義務 ④することを期待されていること:期待	分析
1	A	△	①当事者セラピストのグループを作っている。 ・専門職の養成校や専門家のセミナーなどで、講師をしている。当事者体験とその分析・解説を行うことで当事者の声を専門家に届けている。 ・患者会や当事者活動での講師を務めている。専門知識の必要な内容をかみ砕き、当事者へ届けるようにしている。 当事者と専門家が一堂に会しフラットにやり取りできるワークショップをしている。	・当事者セラピストグループ:運営 ・講師:学生向け(養成校・大学など) ・講師:専門家向け(セミナー、学習会など) ・講師:当事者向け(講演会、学習会等) ・ワークショップ:企画(当事者と専門家の集まる機会づくり) ・当事者研究 ・執筆(書籍、会報誌など)

				・患者会：運営（ピアサポート） ・当事者と専門家の間の通訳
			②障害や難病を持った方の、生活支援。 一般社会へ向けた、ソーシャルインクルージョンの普及や啓発。 アウトドアや外出に関する活動。	・生活支援 ・啓発（ソーシャルインクルージョンの普及） ・アウトドア活動 ・外出支援
			③専門家や社会へ向けた、当事者のリアルな生活や想いを届けること。 当事者たちの活動フィールドを拡大していくこと。	・啓発、発信（当事者⇒専門家や社会へ向け当事者のリアルな生活や想いを届ける） ・場作り：当事者向け（当事者たちの活動フィールドの拡大）
			④当事者と専門家の集まるフラットな場作り。 自身がもっと発信するべき。	・場作り：当事者・専門家向け（当事者と専門家の集まるフラットな場） ・発信（自身の経験や知識）
3	C	○	①CrossBridge の活動。	・当事者セラピストグループ：運営
			②自分自身を含めて人間の体の仕組みを研究していくこと。	・研究（人間の身体の仕組み）
			③一般の方々と障害を抱えている方々の両者の橋渡し役となること。	・橋渡し（当事者と一般の方々）
			④身近な地域から障害の有無に捉われずに、社会に関わっていくこと。	・社会へ関わる（身近な地域、障害の有無に捉われない）
6	F	○	①日本肢体不自由者卓球協会でのトレーナー活動。 当事者セラピスト活動。	・当事者セラピストグループ：参加 ・障害者スポーツ活動（トレーナー、指導員）
			②卓球以外の障害者スポーツでのトレーナー活動。 当事者セラピスト活動の全国展開。 県の各種障害者スポーツの活動支援。	・障害者スポーツ活動（卓球以外の競技も含めたトレーナー、県の障害者スポーツ活動支援） ・当事者セラピストグループ：運営（全国展開）
			③東京2020でのパラ卓球のメダル獲得。卓球療法の活動。 当事者セラピスト活動の全国展開。 県の各種障害者スポーツの活動支援。	・「東京 2020 パラリンピックにおけるメダル獲得」（パラ卓球） ・卓球療法の活動 ・当事者セラピストグループ：運営（全国

				展開） ・県の障害者スポーツ活動支援
			④同上	・「東京 2020 パラリンピックにおけるメダル獲得」（パラ卓球） ・卓球療法の活動 ・当事者セラピストグループ：運営（全国展開） ・県の障害者スポーツ活動支援
8	H	△	①ありません。	・なし
			②伝える活動⇒自分を通じて障害とかに興味を持ってもらう。	・啓発（自身を用いて障害に興味を持ってもらう）
			③疾患や障害を持っていると、それだけで偏見を持たれやすいように感じます。ただ、すぐに理解を得るのは難しいと思うので知ってもらうことから始めていく必要があるように感じます。	・啓発（偏見に対する知ってもらう活動）
			④発信：講演など。 つながり：交流会。	・発信（講演など） ・つながり（交流会など）
9	I	○	①イベント（脳卒中フェスティバル）企画・運営。 患者団体での事務など。	・執筆（体験談） ・イベント：企画運営（当事者と専門家の集まる場の提供） ・講師：専門家向け（講演会、勉強会など） ・講師：当事者向け（講演会など） ・当事者団体：運営
			②イベント団体の法人化。 患者が稼げる仕組み作り。	・イベント団体の法人化 ・ビジネスモデル作り（当事者が稼げる仕組み）
			③上記	・イベント団体の法人化 ・ビジネスモデル作り（当事者が稼げる仕組み）
			④患者とセラピストの架け橋。	・架け橋（患者とセラピスト）
10	J	○	①とくになし。	・なし
			②今学んでいる技術を、当事者の方々に伝え、当事者だからこその抱える涙をエネルギーに、何でも言い合える協力しあえる場を創りたい。	・場作り：当事者向け（専門技術の提供と当事者体験による共感を用いたフラットな場作り）

			③医療現場のみならず、「尊厳」というものを明確に規定する。どんどんとチームを作って発信していくこと。	・発信:社会向け(尊厳の規定と発信)
			④医療⇒患者ではなく、医療⇔患者の構図が少しずつできてきている(インフォームドコンセントなど)ので、協力し合うことが必要。	・啓発:当事者・専門職向け(医療と患者の協働)
11	K	○	①なし。	・なし
			②医療職かつ障害者の立場から、調査・発信をしたい。 医療職としてできる限り長く仕事にたずさわること。	・当事者研究(二つの視点による調査と発信) ・医療職としての職務の遂行
			③身障者、特に我々進行性疾患が、その時期にあったリハビリのサポートを受けられるための活動(40単位／月　詳細で受けられる枠が生かされてないのは、リハビリのサポートの有効性をセラピストが知らないからと思う。リハビリが改善にばかり目が向いて維持していく苦労・大切さに気付いていないと思う。)	・啓発:専門家向け(進行性疾患リハビリの必要性の啓発)
			④医療現場にもっと障害者が働いていればいいと思うので、色々な形で仕事できていることが発信されればいいと思う。	・発信:当事者向け(当事者の就労状況の発信と医療現場での当事者の就労の普及)
12	L	○		・なし
			②(自分の専門性も生かしてということにはなるが)言語障害など、見た目にわかりにくい障害を持った方たちを自分の住む地域で支援したい。	・生活支援:地域(見た目で分かりにくい障害)
			③障害や疾病の枠を超えて、お互いに認め合える地域づくり。	・地域づくり(障害や疾病の枠を超えて)
			④障害や疾病に対し地域の中で発信していくこと。	・発信(障害や疾病について地域の中で発信)

・ Group:I　①行動化している活動

行動化している活動について、その対象者は「当事者」(67%)、「専門家・学生」(57%)が多く、「市民・社会」(19%) へ向けた活動は少なかった。

具体的な内容として、当事者に対しては「当事者セラピストグループ」(3)、「講師」「執筆」「当事者団体」(各 2)が多く挙げられており、「障害者スポーツ活動」(1)が当事者だけ対象として挙げられていた。専門家・学生に対しては「当事者セラピストグループ」「講師」(各 3)、「執筆」(2)が多く挙げられていた。市民・社会に対しては「執筆」(2)が多く挙げられていた。また、「何も行動化していない」が 4 名という点も特徴的だった。

中でも、「当事者セラピストグループ」「ワークショップ」「当事者と専門家の間の通訳」

などが当事者とセラピストへ同時に向けられた活動として挙げられていた、さらに、「執筆」「イベント企画」「当事者研究」に関しては、当事者と専門家と社会へ広く向けられていた。

・ Group:I ②したいこと:希望

行動化したいと思うことについて、その対象者は「当事者」(86%)、「専門家・学生」(43%)、「市民・社会」(43%)となっており、「当事者」向けの活動が他の約 2 倍となっていた。

具体的な内容として、当事者に対しては「生活支援」「啓発」(各 2)が多く挙げられており、「生活支援」(2)「障害者スポーツ活動」「外出支援」(各 1)が当事者だけ対象として挙げられていた。専門家・学生に対しては「啓発」(2)が多く挙げられており、「研究」「職務遂行」(各 1)が専門家・学生だけ対象として挙げられていた。市民・社会に対しては「啓発」(2)が多く挙げられていた。

中でも、「当事者セラピストグループ」「当事者研究」(各 1)「啓発」(2)が当事者とセラピストへ同時に向けられており、「場作り」「ビジネスモデル作り」「イベント団体の法人化」「アウトドア活動」(各 1)が当事者と市民・社会へ向けられていたことであった。さらに、「啓発」は「当事者と専門職と社会」に広く向けられていた。

・ Group:I ③する必要があること:義務

する必要があると思うことについて、その対象は「当事者」(92%)、「専門家・学生」(38%)、「市民・社会」(77%)となっており、「当事者」と「市民・社会」向けの活動が多く挙げられていた。

具体的な内容として、当事者と専門家と社会に向けた「啓発」(3) が一番多く、同様の対象に「橋渡し」(1)が挙げられていた。当事者のみに対しては「居場所づくり」「卓球療法の活動」(各 1)が挙げられ、当事者と市民・社会に対しては「地域づくり」「障害者スポーツ支援」「東京パラリンピック支援」「イベント団体の法人化」「ビジネスモデルづくり」(各 1)が挙げられた。

特徴的だったのは、割合の多かった「当事者」「市民・社会」の両方へ同時に向けた活動が多かったことであった。

・ Group:I ④することを期待されていること:期待

することを期待されていることについて、その対象は「当事者」(100%)、「専門家・学生」(69%)、「市民・社会」(54%)となっており、圧倒的に「当事者」向けの活動を全員が挙げていた。

具体的な内容として、当事者と専門家と社会に向けた「啓発」(4) が一番多く、同様の対象に「場作り～フラットな場～」(1)が挙げられていた。当事者のみに対しては「東京パ

ラリンピック支援」「卓球療法」（各 1）が挙げられ、当事者と専門家・学生に対しては「啓発」「当事者セラピストグループ」「つながり作り」「架け橋」（各 1）が挙げられ、当事者と市民・社会に対しては「社会への介入」「障害者スポーツ支援」（各 1）が挙げられていた。

表 4-2-12 社会的な活動（行動化・希望・義務・期待）（Group:Ⅱ）

			①行動化している活動 ②したいこと：希望 ③する必要があること：義務 ④することを期待されていること：期待	分析
2	B	△	①NPO 法人の活動を通して、インクルーシブ社会への啓発活動をやっている。 上映会や大人から子どもまで楽しみながら考えてもらう企画など…	・福祉系 NPO 法人の運営 ・啓発（インクルーシブ社会） ・イベント：企画（映画上映会、大人から子供まで） ・講師：学生向け（養成校、高校など） ・講師：専門家向け（院内研修、セミナーなど） ・講師：当事者向け（講演会、セミナーなど） ・講師：市民向け（講演会など）
			②自分の経験をもっとダイレクトに困っている人に届けられるような活動 障害教育に関わっていきたい。	・教育（障害教育） ・よりダイレクトに当事者経験を活かせる活動
			③子どもに対する障害福祉の教育	・教育（障害福祉教育、子供に対して）
			④当事者の体験を支援者に分かりやすく・伝わりやすい言葉で伝えていくこと 福祉実践教室での小学生に対する福祉教育	・啓発、発信：「伝えていく」（当事者体験⇒支援者へ） ・教育（福祉教育、福祉実践教室で小学生へ）
4	D	△	①講演、授業。 相談臨床機関の設立（現在は相談活動のみ）。	・講師：学生向け（養成校や大学での授業） ・講師：専門家向け（講演会） ・講師：当事者向け（講演会） ・執筆 ・相談臨床機関の設立

			②社会の変革（障害者を中心にともに主体的に生きる社会の実現）。	・社会変革（障害者中心・主体的かつ共生社会の実現）
			③脳卒中の予防に関する情報の普及（啓発活動）。	・啓発、普及（疾病予防に関する情報）
			④脳損傷に関する学会の理事・同学会小委員会の長としての責務（当事者が社会参加し、児童・養成校在学中の学生が「障害」を理解する）。	・職務遂行：所属学会等での責務（当事者の社会参加支援、児童や養成校の学生への障害理解の普及）
5	E	△	①患者とセラピストという両者と立場の想いを知ってもらいたく本を出版した。	・執筆
			②精神障害者や引きこもりの人たちが、地域で安心して集まることのできる場づくり。	・場作り、地域づくり（精神障害、引きこもり）
			③上に同じ。	・場作り、地域づくり（精神障害、引きこもり）
			④活動成果は本にまとめ、地域や OT に向けて発信すること。	・執筆と発信（地域やセラピストへの発信）
7	G	□	①現在、活動していることはありません。	・なし
			②障害者と健常者、当事者と医療者というような、はっきりとした線引きがなく、お互いのストレングスを生かし地域で生活する。つまり誰もが同じテーブルにつき、双方向的にコミュニケートして支え合う関係性の中で、一人ひとりが自分らしく生きていくためのつながりが構築されているコミュニティーを「モデル」として作っていきたいと考えています。	・コミュニティーづくり（インクルーシブなつながり） ・地域生活支援（主体性の支援） ・上記のモデル事業
			③これからしてみたい活動を実現するために、臨床で働くセラピストや地域住民に対して今までの患者とセラピストの関係性を打ち砕くようなアピールができる場をつくり、賛同してくれる仲間を道内各地でみつけたいと考えています。	・場作りと人集め（当事者とセラピストの関係性を打ち砕く）
			④現時点では期待されていると感じる活動は思い当たりませんが、これからやってみたい活動を通して少しずつ見えてくるかもしれません。	（模索）
13	M	□	①デイサービスへの通所。 養成校やセミナーでの外部講師。 自身を研究対象とした発表において、「しゃべるポスター」となる。	・デイサービスの利用 ・講師：学生向け（養成校など） ・講師：専門家向け（院内勉強会、セミナーなど） ・研究対象としての協力（しゃべるポスターなど）

			②仕事をしてみたい。 デイサービスを卒業できるだろうか。 起業(相談業務等)	・就労、起業(相談事業など) ・デイサービスの卒業
14	N	△	①患者会への参加。同病の子どもと親を対象にした集まりで、自身の経験について話した。	・患者会:参加 ・講師:当事者向け(ピアサポート、子供と親の会など)
			②内部障害者向けの講演。	・講師:当事者向け(内部障害者)
			③難病カフェ等患者会以外での障害者が集える場所の普及。しかし、対象が広いと集まる人の病気も様々になってしまうので、病名や症状に分けてある程度対象を絞る必要性がある。	・場所づくり(患者会以外の集える場の普及)
			④障害があっても、仕事(or 家事等)で周りの人よりも成果を出している人が啓発活動をする必要があると思う。障害者は健常者よりも給料が低くなる等経済的に不利な面があるため、それを克服している人が「障害があっても成果を出すことが出来る」と伝える必要がある。	・啓発(就労し成果を出している当事者自身が経済的自立の可能性を伝えていく)

・ Group:Ⅱ ①行動化している活動

行動化している活動について、その対象者は「当事者」(47%)、「専門家・学生」(58%)、「市民・社会」(32%) となっていた。

具体的な内容として、当事者に対しては「講師」(3)「執筆」(2)が多く挙げられており、「患者会への参加」(1)が当事者のみを対象として挙げられていた。専門家・学生に対しては「講師」(6)「執筆」(2)が多く挙げられており、「研究対象としての協力」(1)が専門家・学生のみを対象として挙げられていた。市民・社会に対しては「執筆」(2)が多く挙げられており、市民向けの「講師」が市民・社会向けのみを対象としてあげられていた。

中でも、「執筆」「啓発」「イベント企画」が、当事者と専門家と社会へ広く向けられており、「福祉系 NPO 法人の運営」も行われていた。

全体的に「講師」としての行動化が多く、その対象は当事者・専門家・学生・市民であった。Group:Ⅱでは、幅広い対象に向けてバランスよく行動化していることが推察された。また一方で、「何も行動化していない」(1) という者もいた。

・ Group:Ⅱ ②したいこと:希望

行動化したいと思うことについて、その対象者は「当事者」(80%)、「専門家・学生」(20%)、「市民・社会」(70%)となっており、「当事者」および「市民・社会」向けの活動が多く挙げ

られ、「専門家・学生」向けの活動は少なかった。

具体的な内容として、当事者に対しては「場づくり・地域づくり」「コミュニティー作り」「社会変革」「よりダイレクトに当事者体験を活かせる活動」「モデル事業化」「就労・起業」などが挙げられており、そのほとんどが同時に市民・社会向けの活動としても挙げられていたことが特徴的だった。

また、市民・社会のみを対象とした活動では「教育」が挙げられており、小学生等に対する早期からの福祉教育によってインクルーシブ教育を広めたいと記載していた。

・ Group:Ⅱ　③する必要があること：義務

する必要があると思うことについて、その対象は「当事者」(63%)、「専門家・学生」(50%)、「市民・社会」(75%)となっており、若干「市民・社会」向けの活動が多く挙げられていた。全体的に数は少ない。

具体的な内容として、当事者と専門家と社会に向けた「場作り」(3) が一番多く挙げられていた。より具体的に見ると、「患者会以外の集える場の普及」「精神障害や引きこもり対象」としていた。他には、当事者と市民・社会を対象とした「地域づくり」、当事者とセラピストを対象とした「人集め」が挙げられていた。特徴的だったのは、「教育（障害福祉教育)」「啓発（疾病予防)」で、これらは市民・社会のみを対象として挙げられていた活動であった。

・Group:Ⅱ　④することを期待されていること：期待

することを期待されていることについて、その対象は「当事者」(44%)、「専門家・学生」(56%)、「市民・社会」(78%)となっており、「市民・社会」向けの活動が多く挙げられていた。全体的に数は少ない。

具体的な内容として、当事者と専門家と社会に向けた「啓発」(2) と、専門家と社会に向けた「発信」(2) が多く挙げられた。他にも、当事者の社会参加促進や学校教育を生業とする者がおり「職務遂行」や「福祉教育」を、期待として挙げていた。

また少数ではあるが、「模索中」「なし」と挙げた者もいた。

全体を通して、当事者・専門家・社会へと広く「啓発・発信」することを挙げていることが多かった。

表 4-2-13　社会的活動の内容と対象者まとめ

Group: Ⅰ

①行動化している活動			対象者		
			当事者	専門家・学生	市民・社会
カテゴリー		内容			
・イベント	1	企画運営（当事者と専門家の集まる場の提供）	1	1	1
・講師：学生向け	1	養成校、大学		1	
・講師：専門家向け	2	セミナー、学習会、講演会、勉強会		2	
・講師：当事者向け	2	講演会、学習会、	2		
・執筆	2	書籍、体験談、会報誌	2	2	2
・障害者スポーツ活動	1	トレーナー、指導員	1		
・当事者研究	1		1	1	1
・当事者セラピストグループ	3	運営、参加	3	3	
・当事者団体	2	運営	2		
・当事者と専門家の間の通訳	1		1	1	
・ワークショップ	1	企画（当事者と専門家の集まる機会）	1	1	
・なし	4				
	21	合計	14	12	4
		対象者別	67%	57%	19%
		全ての項目	47%	40%	13%

②したいこと：希望			対象者		
			当事者	専門家・学生	市民・社会
カテゴリー		内容			
・アウトドア活動	1		1		1
・イベント団体の法人化	1		1		1
・医療職としての職務の遂行	1			1	
・外出支援	1		1		
・研究	1	人間の身体の仕組み		1	
・啓発	2	自身を用いて障害に興味を持ってもらう、ソーシャルインクルージョンの普及	2	2	2
・障害者スポーツ活動	1	卓球以外の競技も含めたトレーナー、県の障害者スポーツ活動支援	1		
・生活支援	2	地域（見た目で分かりにくい障害）	2		
・当事者研究（二つの視点による調査と発信）	1		1	1	
・当事者セラピストグループ：運営（全国展開）	1	運営（全国展開）	1	1	
・場作り：当事者向け	1	専門技術の提供と当事者体験による共感を用いたフラットな場作り	1		1
・ビジネスモデル作り（当事者が稼げる仕組み）	1		1		1
	14	合計	12	6	6
		対象者別	86%	43%	43%
		全ての項目	50%	25%	25%

③する必要があること：義務			対象者		
			当事者	専門家・学生	市民・社会
カテゴリー		内容			
・イベント団体の法人化	1		1		1
・啓発	3	当事者⇒専門家や社会へ向け当事者のリアルな生活や想いを届ける、偏見に対する知ってもらう活動、専門家向けに進行性疾患リハビリの必要性の啓発	3	3	3
・県の障害者スポーツ活動支援	1		1		1
・卓球療法の活動	1		1		
・地域づくり	1	障害や疾病の枠を超えて	1		1
・「東京2020パラリンピックにおけるメダル獲得」（パラ卓球）	1		1		1
・当事者セラピストグループ	1	運営（全国展開）	1	1	
・橋渡し	1	当事者と一般の方	1	1	1
・場作り：当事者向け	1	当事者たちの活動フィールドの拡大	1		
・発信：社会向け	1	尊厳の規定と発信			1
・ビジネスモデル作り	1	当事者が稼げる仕組み	1		1
	13	合計	12	5	10
		対象者別	92%	38%	77%
		全ての項目	44%	19%	37%

Group: Ⅱ

①行動化している活動			対象者		
			当事者	専門家・学生	市民・社会
カテゴリー		内容			
・イベント	1	企画（映画上映会、大人から子供まで）	1	1	1
・患者会	1	参加	1		
・啓発	1	インクルーシブ社会について	1	1	1
・研究対象としての協力	1	「しゃべるポスター」		1	
・講師：学生向け	3	養成校、高校、大学での授業		3	
・講師：専門家向け	3	院内研修、セミナー、講演会		3	
・講師：市民向け	1	講演会など			1
・講師：当事者向け	3	講演会、セミナー（ピアサポート、子供と親の会など）	3		
・執筆	2		2	2	2
・デイサービスの利用	1	＊自分自身への行動化のためカウントなし			
・福祉系NPO法人の運営	1		1		1
・なし	1				
	19	合計	9	11	6
		対象者別	47%	58%	32%
		全ての項目	35%	42%	23%

②したいこと：希望			対象者		
			当事者	専門家・学生	市民・社会
カテゴリー		内容			
・教育	1	障害教育			1
・講師：当事者向け	1	内部障害者	1		
・コミュニティーづくり	1	インクルーシブなつながり	1	1	1
・社会変革	1	障害者中心・主体的かつ共生社会の実現	1		1
・就労、起業	1	相談事業など	1		1
・ダイレクトに当事者経験を活かせる活動	1		1	1	1
・地域生活支援	1	主体性の支援	1		
・デイサービスの卒業	1	＊自分自身への行動化のためカウントなし			
・場作り、地域づくり	1	精神障害、引きこもり	1		1
・モデル事業化	1		1		1
	10	合計	8	2	7
		対象者別	80%	20%	70%
		全ての項目	47%	12%	41%

③する必要があること：義務			対象者		
			当事者	専門家・学生	市民・社会
カテゴリー		内容			
・啓発、普及（疾病予防に関する情報）	1				1
・障害福祉教育	1	子供に対して			1
・地域づくり	1	精神障害や引きこもり対象	1		1
・場作り	3	患者会以外の集える場の普及当事者とセラピストの関係性を打ち砕く、精神障害や引きこもり対象、	3	3	3
・人集め	1	当事者とセラピストの関係性を打ち砕く	1	1	
・なし	1				
	8	合計	5	4	6
		対象者別	63%	50%	75%
		全ての項目	33%	27%	40%

④することを期待されていること:期待			対象者		
カテゴリー		内容	当事者	専門家・学生	市民・社会
・架け橋:患者とセラピスト	1		1	1	
・啓発	1	当事者・専門職向け(医療と患者の協働)	1	1	
・県の障害者スポーツ活動支援	1		1		1
・社会へ関わる	1	身近な地域、障害の有無に捉われない	1		1
・卓球療法の活動	1		1		
・つながり	1	交流会など	1	1	
・「東京2020パラリンピックにおけるメダル獲得」(パラ卓球)	1		1		
・当事者セラピストグループ	1	運営(全国開)	1	1	
・発信	4	自身の経験や知識、講演など、当事者向け:当事者の就労状況の発信と医療現場での当事者の就労の普及、障害や疾病について地域の中で発信	4	4	4
・場作り:当事者・専門家向け	1	当事者と専門家の集まるフラットな場	1	1	1
	13	合計	13	9	7
		対象者別	100%	69%	54%
		全ての項目	45%	31%	24%

④することを期待されていること:期待			対象者		
カテゴリー		内容	当事者	専門家・学生	市民・社会
・啓発	2	「伝えていく」(当事者体験⇒支援者へ)、就労し成果を出している当事者自身が経済的自立の可能性を伝えていく	2	2	2
・執筆	1		1	1	1
・職務遂行:所属学会等での責務	1	当事者の社会参加支援、児童や養成校の学生への障害理解の普及	1		1
・発信	2	地域やセラピストへ		2	2
・福祉教育	1	福祉実践教室で小学生へ			1
・模索中	1				
・なし	1				
	9	合計	4	5	7
		対象者別	44%	56%	78%
		全ての項目	25%	31%	44%

・ Group:Ⅰのまとめと考察

行動化している活動は、当事者や専門家向けが多く、双方を対象としていることも多かった。特に、「当事者セラピストグループ」をはじめとして、当事者とセラピストが集まる「ワークショップ」「イベント企画」、当事者とセラピストの間の「通訳」、さらに市民や社会も対象に加えた「当事者研究」「執筆」などが挙げられていた。A,I 氏は当事者や専門家・学生へ向けた講演や執筆など、啓発的な行動化をすでに数多く行っていた。これらの活動は自身の「当事者性とセラピスト性の活用」を意識していることが推察された。

次に希望とする活動は、当事者・専門家・社会へ向けた「啓発」が多く挙げられていたが、行動化の項目には挙げられていなかった。このことから、「啓発したい」と希望しつつも、何らかの理由でまだ行動化できていないことが推察された。また、当事者向けの活動が他の対象の 2 倍(86%)となっており、特に当事者と社会を対象とした「フラットな場作り」、当事者が働ける「ビジネスモデル作り」、社会啓発的な「イベント団体の法人化」、当事者が安心して参加できる「アウトドア活動」などが挙げられていた。これらの活動の主たる対象はあくまで「当事者」であり、「生活支援」(2)など当事者が生活するための具体的な「社会づくり」を希望していることも推察された。自身の「当事者性をストレングスの中心」にしている Group:Ⅰの特徴であると推察することができた。

次に義務と感じる活動は、前述の「希望」と同様に当事者・専門家・社会へ向けた「啓発」が多く挙げられ、「橋渡し」役割も挙げられていた。また、当事者向け(92%)、市民・社会向け(77%)とどちらもたくさんの活動が挙げられており、ここでも「希望」と同様に当事者と社会を対象とした「地域づくり」「障害スポーツ・パラリンピック活動」「イベント団体の法人化」「ビジネスモデル作り」などが挙げられていた。これらの活動の主たる対象はもちろん「当事者」であり、その社会参加のためには当事者そのものへのアプローチだけでなく、「場・地域」や「システム・仕組み」づくりも必要であることを自身の当事者

体験を通して感じており、自身の希望以上に義務感を感じていることが推察された。前述の「希望」の内容以上に、より「市民・社会」を意識していた。

最後に期待を感じる活動は、全員が「当事者」のための項目を挙げていた。ここでも当事者・専門家・社会へ向けた「啓発」が多く挙げられていた。特徴的だったことは、当事者と専門家をつなぐ「場作り」「当事者セラピストグループの活動」「交流会などのつながり」そして「啓発」「架け橋」をそれぞれが挙げている事であった。自身の役割として、他者からも自分自身からも「当事者」へのアプローチが期待されていると感じていることが推察された。

Group:Ⅰにおいては、自身の当事者性を中心としたストレングスと当事者体験を通した問題意識を持ち、当事者を対象として行動化しようとする挑戦があった。そこでは医療モデルに準じた当事者へのアプローチだけではなく、社会モデルに準じた「場・仕組みづくり」「専門家・市民への啓発」など当事者のリカバリーを促す要素をつくり出そうとする挑戦が行われていることが推察された。彼らの意識の中ではやはり「当事者性」が中心をなしており、「患者と専門家がフラットにやり取りできる」「ソーシャルインクルージョンの普及や啓発」(A 氏)「何でも言い合える協力しあえる場を創りたい」(J 氏)「障害や疾病の枠を超えて、お互いに認め合える地域づくり」(L 氏) のような「共生の社会」が強くイメージされていた。そしてその実現に向かって、「当事者のリアルな生活を…自身がもっと発信すべき」(A 氏)「一般の方々と障害を抱えている方々の橋渡し役となること」(C 氏)「自分を通じて障害とかに興味を持ってもらう」(H 氏)のように、自分自身を利用して「啓発」しなくてはならないことを期待され義務として感じ希望しながらも、一方ではうまく行動化できていないことが推察された。

また、何らかの理由で「行動化できていない」とする 4/8 名がいることも特徴的であった。

「当事者性を持つ自己自身を活用しようとする義務感と挑戦」が多く推察された。

・ Group:Ⅱのまとめと考察

行動化している活動は、当事者・専門家・社会向けとバランスよくさまざまであった。特に「講師」「執筆」が多く「啓発」「イベント企画」など、全体的に幅広い対象へ発信していく活動が行動化されていた。B,D,M,N 氏は講師として幅広い対象へ数多くの講演活動を行っており、「患者とセラピストという両者と立場の想いを知ってもらいたく本を出版した」と記載した E 氏や D 氏のように執筆活動をしている者もいた。これらの行動化は、「当事者性とセラピスト性の活用」に挑戦した結果であり、医療モデルではなく社会モデルで思考し行動化したことが推察された。

次に希望とする活動は、とても多くの項目が挙げられていたが、対象は当事者および市民・社会向けの内容が多かった。当事者への活動はそのまま市民・社会向けの活動と同じ

であり、「場・地域・コミュニティー作り」「モデル事業化」「就労・起業」など、当事者が過ごすための「社会づくり」を望んでいることが推察された。また、「生涯教育やインクルーシブ教育」そして「障害者中心で主体的な社会変革」「共生社会の実現」など、多様性ある共生的な社会づくりを希望していることも推察された。これらは、「セラピスト性をストレングスの中心」としているGroup:Ⅱの特徴であり、自身の当事者性から感じられる社会問題を解決すべく、当事者と社会のどちらへもアプローチしようと考えるセラピスト視点が意識されていることが推察された。

次に義務と感じる活動は、上記の「希望」と同様に当事者と社会へ同時に向けているものが多く挙げられていた。具体的に挙げられていた「場作り・地域作り・コミュニティ作り」など社会へのアプローチの内容としては、「精神障害や引きこもりの人たちが、地域で安心して集まることのできる場」「今までの患者とセラピストの関係性を打ち砕くようなアピールができる場」「難病カフェなど患者会以外での障害者が集える場所」(各E,G,N氏)など、既存の場ではない新しい「場作り」をイメージしていた。また、次の世代や将来性を意識した「教育(障害福祉教育)」「啓発(疾病予防)」(各B,D氏)などの意識もあった。社会という生活場面における「受け皿作り」や、当事者を含め広く「生活者」を対象として、自身の義務感を感じていることが推察された。

前述した「希望・義務」的活動では当事者と社会へ向けた活動が強く意識されていたが、期待を感じる活動は、市民・社会向けの活動が多く挙げられていた。具体的な内容としては「啓発」「発信」を多く挙げており、「当事者の体験を支援者にわかりやすく、伝わりやすい言葉で伝えていく」「克服している人が「障害があっても成果を出すことが出来る」と伝える必要がある」「当事者が社会参加し、児童・養成校在学中の学生が「障害」を理解する」(各B,N,D氏)とする当事者体験の活用が特徴的に挙げられていた。そしてその対象は社会や当事者・専門家など幅広く、全体を通して自身の当事者体験を用いた活動に期待が寄せられていると感じていることが推察された。

また現在療養中のGroup:Ⅱ-△、G,M氏は次のように記載していた。G氏は、「これからやってみたい活動を通して少しずつ見えてくるかも」とし、現時点では特に行動化しておらず他者からの期待も感じられていないが、「希望」や「義務」を感じて自身の活用を模索中であるとした。M氏は、自身を「しゃべるポスター」など教育現場で活用し「仕事をしてみたい」と希望を抱きつつも、義務や期待はまだ感じていないとした。

Group:Ⅱにおいては、自身のセラピスト性を中心としたストレングスと当事者体験を通した問題意識を持ち、当事者と社会を対象として行動化しようとする挑戦があった。そこでは、社会モデルに準じた「場・仕組み作り」や「世代や将来を見据えたアプローチ」など、社会に対してのさまざまな新しい挑戦が行われていることが推察された。自身の活用として「当事者の体験を…分かりやすく、伝わりやすい言葉で伝えていくこと」(B氏)という言葉にあるように、「当事者性をセラピスト性で解釈し活用する」という傾向が推察さ

れた。

・ 第 5 項　実感のともなう社会的役割

第 5 項では、実感のともなう社会的役割について、①すでに実感している役割、②イメージ・予想される役割、に分けて記載してもらった（表 4-2-14, 4-2-15)。

なお、アンケート実施の時点での「主観」で記載してもらい、その抽出されたキーワードを表にまとめて分析した(表 4-2-16)。

表 4-2-14 実感のともなう社会的役割について （Group:Ⅰ）

			①すでに実感している役割 ②イメージ・予想される役割	分析
1	A	△	①当事者と専門職と社会との架け橋・通訳的な役割。インクルーシブ社会における『ハブ』のような立ち位置。『当事者の声を専門家へ。専門家の声を当事者へ。そしてこれらの声を社会へ。』	・当事者と専門職と社会との**架け橋**、**通訳**的役割。 ・**インクルーシブ社会における『ハブ』**的な立ち位置。
			②自身が発信者となること。	・**発信者**となることができる。
3	C	○	①片麻痺の方の身体の印象や感覚、筋緊張が亢進している状態を患者さまや同僚へ伝えること。	・**当事者体験を当事者や専門家へ伝える**役割。
			②地域社会に貢献すること。社会に役立つ研究や福祉機器などを開発すること。	・**地域社会への貢献**ができる。 ・社会に役立つ**研究や福祉機器の開発**ができる。
6	F	○	①自分のこれまでの経験を活かし、当事者とセラピストの架け橋を行う。 障害者スポーツの普及とトレーナー活動。卓球療法の活動。	・当事者とセラピストの**架け橋**的な役割。 ・**障害者スポーツの普及とトレーナー**という役割。
			②県の障害者スポーツの普及とパフォーマンス向上。 各種講演依頼があると考えられる。当事者セラピストの役割もあると考える。	・**障害者スポーツの普及とパフォーマンス向上**に取り組める。 ・**講演**依頼に応えることができる。
8	H	△	①ピアサポート。 専門職としての知識や経験を交えて、情報を発信する。	・**ピアサポート**できる。 ・**専門職の知識や当事者の経験を交えて情報発信**する役割。

			②相談窓口。 ・当事者同士の交流の場や機会を作る。 ・障害のない人との交流の場を作る⇒車いすで移動しているとき、周囲の人たちに嫌な顔をされたり、EV や店内などでよけてもらえなかったり、手伝ってほしい場面で声をかけさせてもらうと聞こえないふりをされたりする場面がある。ただ、それはよけないとか嫌な思いをしているとかじゃなくて、そういった場面に出くわす機会が少なくて慣れていないだけなのかもしれない。どうしたらいいのかを知らないだけなのかもしれない。だから、関わる機会を作って、知ってもらえたらと思う。	・**相談窓口**。 ・**当事者交流の場や機会作り**。 ・**当事者とそうでない人との交流の場作り**ができる。
9	I	○	①患者の主観をセラピストに伝え、臨床に生かしてもらう。	・**患者としての主観的体験をセラピストに伝える**役割。
10	J	○	①「患者と医療」の間のポジションでどちらもあるからこそ、その観点を越えたチームプレーができるんじゃないか。 そもそも人間という大前提の共通から、「人」と「人」とが繋がり合う社会をつくりたい。	・**患者と医療の間**にいるポジションとして、**チームプレーをつくる**ことができる。
			②痛みや辛さ、身体的な苦痛は続くけれども、そこを乗り越える精神の強さを持って、もっと一人一人発信することで、イキイキ、いわゆる健常人の方への刺激にもなるイメージ。	・**健常者への刺激**になる（痛みや辛さや苦痛を乗り越える精神の強さを持って発信する）。
11	K	○	①医療職だからわかる医療・リハビリの活用の仕方を発信すること。	・**当事者に対して医療、リハビリの活用方法を発信**することができる。
			②社会、会社に障害者が普通に居るように、医療・福祉現場にも。 だからこそ、一定割合以上に障害者がいることが大切。	・一定割合以上の**当事者が医療福祉現場で就労できるようなかかわり**ができる。
12	L	○		
			②患者の気持ちを他のスタッフに代弁できる部分はあるのではないか。	・**当事者の想いを専門家に伝える**役割。

・ Group：I　①実感のともなう社会的役割

実感のともなう社会的役割について、対象者全体の 7/8 がさまざまに社会的役割を実感していることが分かった。役割の内容は、「ファシリテーター」5 名、「発信者」5 名、「ピアサポーター」1 名、「支援者」1 名で、「役割の実感がない」1 名であった。

まず、「ファシリテーター」「発信者」を同時に挙げたのはA,C,I氏で、それぞれ「当事者の声を専門家へ。専門家の声を当事者へ。そしてこれらの声を社会へ」「身体の印象や感覚、筋緊張が亢進している状態を患者さまや同僚へ伝える」「患者の主観をセラピストに伝え、臨床に生かしてもらう」（各A,C,I氏）と記載していた。当事者・セラピスト・社会のファシリテートと、その場での発信は同時に行われていた。

あらためて「ファシリテーター」はA,C,F,I,J氏が挙げており、自身のことを「架け橋」「通訳」「ハブ」とさまざまに表現していた。J氏は「（患者と医療という）観点を越えたチームプレーができる」と記載していた。また、「発信者」はA,C,H,I,K氏が挙げており、H氏は「専門職としての知識や経験を（当事者体験と）交えて、情報を発信する」と記載し、同時に相談窓口での「ピアサポーター」としての役割も記載していた。

その他としてF氏は、「障害者スポーツの普及とトレーナー活動」として「支援者」の役割を感じていた。また一方で、L氏は実感している役割がないとしていた。

・ Group:I　②イメージ・予想される社会的役割

イメージ・予想される社会的役割について、対象者全体の7/8が社会的役割をイメージ・予想していることが分かった。役割の内容は①と同じで、「ファシリテーター」2 名、「発信者」5名、「ピアサポーター」1名、「支援者」2名で、「役割のイメージがない」1名であった。

ここで、「ファシリテーター」「発信者」を同時に挙げたのは、上記で「実感する役割がない」としたL氏だけで、「患者の気持ちを他のスタッフに代弁できる部分はあるのではないか」と記載していた。

あらためて「ファシリテーター」を挙げたのはH,L氏で、H氏は「当事者同士…障害のない人との交流の場を作る」と記載し、「ピアサポーター」の役割も合わせてイメージしていた。

また、あらためて「発信者」を挙げたのはA,F,J,K,L氏で、具体的には「自身が発信者となる」「（当事者セラピストとして）各種講演依頼があると考えられる」「（痛みや辛さや苦痛を）乗り越える精神の強さを持って…いわゆる健常人の方への刺激に」「社会、会社に障害者が普通に居るように」（各A,F,J,K氏）と自己の活用イメージを記載していた。

一方で、I氏は特にイメージ・予想はないとした。

表 4-2-15 実感のともなう社会的役割について（Group:Ⅱ）

			①すでに実感している役割 ②イメージ・予想される役割	分析
2	B	△	①支援する側とされる側の懸け橋となるような役割、当事者体験を伝えていくこと、NPO 法人の代表としての当事者体験を活かした企画力を発揮すること。	・支援する側とされる側の**架け橋**的な役割。 ・当事者体験を活かした企画力を発揮する役割。 ・当事者体験を伝えていく役割。
			②もっとダイレクトに患者と地域を繋ぐような役割が必要なんじゃないかな？と考えたりはします。	・**ダイレクトに患者と地域をつなぐ役割を模索**している。
4	D	△	①当事者セラピストとしての経験から得た知見を社会に発信する。	・**当事者、セラピストの経験や知見を社会へ発信**する役割。
5	E	△	①医療から地域への移行支援。	・**医療から地域へ移行支援**する役割。
			②同僚であるセラピストに障害の「リアル」を伝えられる。	・**障害の『リアル』を伝える**ことができる。
7	G	□	①まだ実感しているものはありません。	・**役割の実感はない**。
			②当事者とセラピスト、どちらの要素も持っているからこその就労支援に必要とされる存在となるのではないかと感じます。 また、病院や施設に所属して働くよりも地域など社会参加レベルの場に携わる活動に特性を活かしていけるのではないかと漠然としたイメージを持っています。	・**就労支援現場において必要とされる存在**となれる。 ・地域など**社会参加レベルの場で自身の特性を活かせる**と感じている。
13	M	□	①しゃべれる患者。 教科書通りではない「生」の患者であり、専門知識を持つセラピストである。 生きている教材。	・**「生」の患者**であり**専門知識を持つセラピスト**でもある**「しゃべれる患者」**として、**「生きている教材」**として**自身を活用**できる。
14	N	△	①患者（病気を持つ人）の気持ちが分かる、という意義は大きいと思う。なぜなら、人が親しみを感じるのは相手との共通項を見つけられたときだから。	・「病気を持つ」という共通項からの**共感体験を用いる**ことができる。
			②特になし。	特になし。

Group:Ⅱ　①実感のともなう社会的役割

実感のともなう社会的役割について、対象者全体の 5/6 がさまざまに社会的役割を実感していることが分かった。役割の内容は、Group:Ⅰと同様な 4 項目「ファシリテーター」3 名、「発信者」3 名、「ピアサポーター」1 名、「支援者」1 名。それに加えて、特徴的な 2 項目「プレゼンター」1 名、「教育者」1 名。そして「役割の実感がない」1 名であった。

まず、「ファシリテーター」「発信者」は B,D,M 氏の 3 名とも同時に挙げていた。内容はそれぞれ「支援する側とされる側の架け橋となるような役割、当事者体験を伝えていくこと」「当事者セラピストとしての経験から得た知見を社会に発信する」「教科書通りではない「生」の患者であり、専門知識を持つセラピストである」(各 B,D,M 氏) と記載していた。Group:Ⅰ同様に、当事者・専門家・社会のファシリテートと発信は同時に行われていた。これらに加えて、B 氏は「NPO 法人の代表としての当事者体験を活かした企画力を発揮する」と記載し、「プレゼンター」の役割も担っていると感じていた。また上記に加えて M 氏も「生きている教科書」として自身を活用する役割を感じており、実際に「教育者」として後進の育成に努めていた。

次に、E 氏は「医療から地域への移行支援」と記載し「支援者」としての役割を感じており、N 氏は「患者の気持ちが分かる、という意義は大きいと思う…人が親しみを感じるのは相手との共通項を見つけられた時だから」と記載し、自身の「ピアサポーター」としての役割を感じていた。また一方で、G 氏は「まだ実感しているものはない」としていた。

・ Group:Ⅱ　②イメージ・予想される社会的役割

イメージ・予想される社会的役割については、対象者全体の半数 3/6 が社会的役割をイメージ・予想していることが分かった。役割の内容は少なく、「ファシリテーター」3 名、「発信者」1 名、「支援者」1 名で、「役割のイメージがない」3 名であった。

「ファシリテーター」は B,E,G 氏の 3 名とも挙げていた。B 氏は「もっとダイレクトに患者と地域をつなぐような役割が必要なんじゃないかな」と記載し、新たな役割や活動を模索していた。E 氏は「同僚であるセラピストに障害の「リアル」を伝えられる」と記載し、同時に「発信者」の役割も担っていると感じていた。上記で「まだ実感している役割がない」としていた G 氏は「当事者とセラピスト、どちらの要素も持っているからこその就労支援に必要とされる存在となるのではないか」「地域など社会参加レベルの場に携わる活動に（当事者セラピストの）特性を活かしていけるのではないか」と記載し、「漠然としたイメージ」としながらも自身の新たな役割を模索していた。

また一方で、D,M,N 氏はイメージ・予想はないとした。

表4-2-16 実感のともなう社会的役割の抽出

	就労状況	氏名	発症時の年齢	すでに実感している	イメージ・予想される
Ⅰ－1（先天性～乳児期）	○	C	0	ファシリテーター 発信者 ⇒当事者体験を患者や同僚へ伝える	支援者（地域・生活・福祉機器の開発） ⇒自身の利用。
	○	K	1	発信者 ⇒医療・リハビリの活用方法を発信	発信者 ⇒就労現場で当たり前に就労していること。
	○	L	1		ファシリテーター 発信者 ⇒患者の気持ちをスタッフへ代弁できる
Ⅰ－2（幼児期～青年期）	△	A	4	ファシリテーター 発信者 ⇒当事者・専門家・社会の架け橋、通訳、ハブ	発信者 ⇒自身の活用
	○	F	5	ファシリテーター 支援者（トレーナー） ⇒架け橋。障害者スポーツトレーナー。	発信者 支援者（トレーナー） ⇒講演依頼への応答。障害者スポーツトレーナー。
	△	H	19	ピアサポーター 発信者 ⇒専門職の知識×当事者の経験。	ピアサポーター ファシリテーター ⇒相談窓口。交流の場作り。
	○	J	14	ファシリテーター ⇒患者と医療の間でのチームプレー作り。人と人が繋がり合える社会づくり。診断による安心感	発信者 ⇒健常者へのメッセージ性。
Ⅰ－3（成年期～）	○	I	23	ファシリテーター 発信者 ⇒患者の主観をセラピストに伝える。	
	キーワードの総計			12個	10個
	平均キーワード数			1.5（±0.6）	1.3（±0.6）

	就労状況	氏名	発症時の年齢	すでに実感している	イメージ・予想される
Ⅱ－4（臨床1～10年）	△	B	2	ファシリテーター 発信者 プレゼンター（企画） ⇒架け橋。当事者体験を伝えていく。当事者体験を活かした企画。	ファシリテーター ⇒患者と地域をダイレクトにつなぐ役割。
	△	E	5	支援者（地域移行支援） ⇒医療から地域へ。	ファシリテーター 発信者 ⇒セラピストに障害のリアルを伝える。
	□	G	9	*実感しているものはない	ファシリテーター 支援者（障害者就労） ⇒当事者セラピストゆえの特性を活かせる。
	△	N	1	ピアサポーター ⇒患者の気持ちが分かる。	*特になし
Ⅱ－5（臨床11年以上）	△	D	26	ファシリテーター 発信者 ⇒知見を社会に発信する。	
	□	M	21	ファシリテーター 発信者 教育者 ⇒しゃべれる患者、生きている教材。	
	キーワードの総計			10個	7個
	平均キーワード数			1.7（±1）	1.2（±0.9）

エピソードの個数平均

	すでに実感している	イメージ・予想される
G:Ⅰ	1.5（±0.6）	1.3（±0.6）
G:Ⅱ	1.7（±1）	1.2（±0.9）

キーワード数

	すでに実感している		イメージ・予想される	
G:Ⅰ	ファシリテーター	5	ファシリテーター	2
	発信者	5	発信者	5
	ピアサポーター	1	ピアサポーター	1
	支援者	1	支援者	2
	なし	1	なし	1
G:Ⅱ	ファシリテーター	3	ファシリテーター	3
	発信者	3	発信者	1
	ピアサポーター	1	支援者	1
	支援者	1		
	プレゼンター	1		
	教育者	1		
	なし	1	なし	3

・ Group:Ⅰのまとめと考察

Group:Ⅰでは、「ファシリテーター」と「発信者」を同時に社会的役割として遂行している者が多かった。自身を当事者とセラピストの「架け橋・通訳・ハブ」と表現し、両者の「間」にいる存在と認識していた。そして具体的には「インクルーシブ社会のハブ」(A氏)「当事者体験を専門家・社会へ」(C,I氏)、「専門知識を当事者へ」(F,K氏)、「相互発信」(C,H氏)など、さまざまなファシリテートと発信をしていた。ある時はピアな立場の当事者として、またある時はセラピストとして、当事者とセラピストをファシリテートする挑戦が行われていた。特にこれらは当事者性をストレングスの中心とした「当事者性とセラピスト性の相互活用」であると推察された。

また一方で、社会的役割の実感を得られていないものの、上記と同様のキーワードがイメージ・予想されていた。特徴的なことは「研究や福祉機器の開発」(C氏)、「障害者スポーツの普及とパフォーマンスの向上」(F氏)、「当事者が医療現場で就労できるようなかかわり」(K氏)、「交流の場作り」(H氏)など、行動化できていなくてもその役割を具体的にイメージ・予想できていたことである。

彼らは、当事者性を持つ自己自身が主体的にかかわることで、自身の社会的役割を強く感じていることが推察された。

・ Group:Ⅱのまとめと考察

Group:Ⅱでの主なキーワードはGroup:Ⅰと同様に「ファシリテーター」「発信者」「ピアサポーター」「支援者」だった。

実感している役割において「ファシリテーター」と「発信者」を同時に社会的役割として遂行していたのは全体の半分であるB,D,M氏であり、その一方で実感はできていないまでもイメージ・想像される役割として二つを同時に挙げたのはE氏であった。E氏は、自身のリアルな当事者体験を「セラピストである同僚に伝えることが出来る」とし、自身の役割を明確にイメージしていた。彼らは、当事者・専門家・社会に対して同時に実施される社会的役割の一つとしてこれらを認識し、行動化もしくはイメージしていることが推察された。

また、「経験から得た知見」「障害のリアル」「生の患者」「患者の気持ちが分かる」(各D,E,M,N氏)のように、自身の当事者体験を社会的役割として活用しようとする挑戦が行われており、その一方でG氏のように「役割をまだ実感していない」「漠然とした」としながらも自身の新たな社会的役割を模索していることも推察された。

他に、「医療から地域へ移行する」「NPO法人の代表としての当事者体験を活かした企画力」や「社会参加レベルの場に携わる活動に特性」(各E,B,G氏)らは、自身の活用場所を臨床場面ではなく「生活場面」「社会参加レベル」と感じていることが推察された。実際にE,B,G氏をはじめGroup:Ⅱの対象者らは、臨床家からキャリアチェンジして就労していた。

彼らは、当事者性とセラピスト性を相互活用し、自身の当事者体験をセラピスト性を用いて解釈し、生活現場や社会で活用するということに社会的役割を強く感じていることが推察された。

・ 第 6 項　生活者として自身が思い描く将来のビジョン

第 6 項では、生活者として思い描く自身の将来のビジョンや想いについて記載してもらった(表 4-2-17, 4-2-18)。

なお、抽出されたキーワードを表にまとめて分析した(表 4-2-16)。

表 4-2-17 生活者としての自身が思い描く将来のビジョン （Group:Ⅰ）

			生活者としての自身が思い描く 将来のビジョンがあれば 教えてください。	分析
1	A	△	自己実現としての就労・社会貢献によって、自身の役割や存在を肯定していくことが大切だと感じている。 進行性ゆえに、時間や活動に制限がかかってしまうので、計画的にそして面白おかしく生活していきたい。 叶うなら、「ユニバーサルアウトドア」のフィールドを創りたい。	・**自己実現としての就労や社会貢献**によって、**自身の役割や存在肯定をしていく**こと。 ・人生を面白おかしく生活したい。 ・**ユニバーサルアウトドアのフィールドを創りたい**。
3	C	○	生まれてからすぐに障がい者であったため、今まで障害を抱えているという意識が潜在的にすごく強かったです。それが理学療法士または 1 人の人間として職場やそれ以外の関わり合いの中で接していくと、自分が障害を抱えているという感覚が徐々に薄れてきているように感じます。 そのため、障害の有無に捉われることなく、1 人の人間として社会で活躍できる仕組み作りの一翼を担える存在であればいいなと思い描いています。	・先天性障害ゆえの**「障害を抱えている」という意識が、PT として一人の人間としての人間関係の中で薄れてきている**。 ・**障害の有無に捉われることない一人の人間として社会で活躍したい**。
6	F	○	自分にしかできない分野の開拓、その道の第一人者になる。 東京 2020 で日本代表トレーナーとしてメダル獲得に携わる。 当事者セラピストとして学生さん向けに講演する。	・**自分にしかできない役割の開拓**。**自身への価値の付与**。 ・**障害者スポーツトレーナーとしての自己実現**。

8	H	△	症状の進行や後遺症で、やりたい仕事や好きだったことをそれまでと同じように続けられなくはなったけど、できることやできる方法を探しながら自身のことに折り合いをつけながら楽しくかつ誰かに必要とされて生活していきたい。 こんな自分でも出来ることがあるんだって、自分自身にも言い聞かせたいし、周囲の人たちにも知ってもらいたい。 情報や知識の不十分さから生じる誤解や偏見があり、そこから生じる悔しさや喪失感や絶望感がありました。自分が経験してきたそういう部分を、他の人たちに経験してほしくない。だから、そのために自分に出来ることがあるならばとことんやっていきたい。 9－1 で記載した…専門職としての知識や経験を交えて、情報を発信する（特に専門職や専門職を目指す人たち・一般の人にも発信は必要）⇒生活者をイメージしてのリハ介入が不十分だと感じる機会があったため、療法士兼当事者としての本音を伝えていきたい。機能の改善はもちろん大事だけど、もっと生活することに目を向けた介入ができる療法士が増えるといいな…。	・**自己承認欲求の充足**。 ・**理解者の拡大**。
9	I	○	まだありません。 日々の積み重ねが未来を形成していくと思っています。	・明確なビジョンはない。
10	J	○	病気を持っている持っていないじゃなく、○・×を越えた全世界の人々が手を取り、繋がり合い、ワクワクする世の中づくりをすること。	・**グローバルかつインクルージョンな視点での世の中づくりへ貢献したい**。
11	K	○	専門職として長くこの仕事にたずさわること。 自身の状態に合わせて、色々な形で柔軟に対応したい。 我々難病者が、生活期に合わせてリハビリのサポートが受けられる、かかりつけ医ならぬ、かかりつけセラピストがいるといいと思う。	・**専門職としての就労継続**。 ・**自身の状態に合わせたフレキシブルな生活や就労**。
12	L	○	誰もがしているであろう普通の生活を継続したい。 子供を授かり母親になるという経験がしたい。 子供を育てたり、家庭を支えたり、妻として女としての当たり前の幸せを築きたい。 その中で自分の専門性や障害体験から、社会貢献ができればと思っている。	・**社会通念的な普通の生活への希望**。

・ Group：I　将来のビジョン

生活者としての自身が思い描く将来のビジョンとして、「自己実現」5 名（63%）、「自己

の活用」4 名(50%)、「自分らしさ」3 名(38%)、「自己肯定感の獲得」「就労の継続」各 2 名(25%)が複数挙げられており、「普通の生活」「自己承認欲求の充足」「ない」各 1 名(13%)となっていた。

「自己実現」は A,C,F,J,L 氏が挙げており、「ユニバーサルアウトドアフィールドを創りたい」「障害の有無に捉われることなく…社会で活躍できる仕組み作りの一翼」「(パラリンピックで) 日本代表トレーナーとしてメダル獲得に携わる」「病気を持っている持っていないじゃなく…ワクワクする世の中づくり」「子供を育てたり、家庭を支えたり、妻として女としての当たり前のしあわせを築きたい」全世界御人々が「(各 A,C,F,J,L 氏) など多彩な目標や夢を掲げていた。

「自己の活用」は C,F,H,L 氏が挙げており、「自分にしかできない分野の開拓 (障害者スポーツのトレーナー)」「自分の専門背や障害体験から、社会貢献ができれば」(各 F,H 氏) という記載や、漠然としていながらも「専門職としての知識や経験を交えて」(H 氏) 行動して行きたいとする想いが記載されていた。

「自分らしさ」は A,C,K 氏が挙げており、A,K 氏は「計画的にそして面白おかしく生活していきたい」「自身の状態に合わせて、色々な形で柔軟に対応したい」と自分らしい生き方を望み、C 氏は「自分が障害を抱えているという感覚が徐々に薄れてきている」という実感を今まさに感じていた。

「自己肯定感の獲得」は A,H 氏が挙げており、A 氏は「就労や社会貢献によって、自身の役割や存在を肯定していくことが大切」と自信のあり方を記載し、H 氏は「自身のことに折り合いをつけながら楽しくかつ誰かに必要とされて生活していきたい」と「自己承認欲求の充足」と合わせて記載していた。

その他、A,K 氏は専門職としての「就労の継続」を希望しており、L 氏は「誰もがしているであろう普通の生活を継続」したいと記載していた。また、I 氏のみ「日々の積み重ねが未来を形成していく」と記載し、将来のビジョンは持っていないとした。

表 4-2-18 生活者としての自身が思い描く将来のビジョン (Group:Ⅱ)

			生活者としての自身が思い描く 将来のビジョンがあれば教えてください。	分析
2	B	△	今の生活を無理なく続けていくこと。将来的には地域で一人暮らしをしていくことが必要になってくると思う。いろいろな人の支援を受けて、自分らしい生活を送れたらいいなと思う。	・現在の**生活の維持**と、**将来的な地域での独居**。自分らしい生活を支援を受けながら送っていきたい。

4	D	△	将来は麻痺と感覚障害がなくなり、介助なしでも自立した生活を送る。 自分らしく生き生きとすごす。	・**身体症状、障害の改善**。**回復への期待と自立生活への希望**。
5	E	△	静かに今のままの生活を生きていく。	・**自分らしい生き方の継続**。
7	G	□	小さい頃から憧れていた雪国に現在は住んでいます。僻地であり医療機関も充実しているとは言えません。また、厳しい冬の季節もあり障害を持つ身としては決して楽ではありません。だからと言って、自然が豊かで素晴らしい環境であるこの地を離れたいと思ったことはありません。 つまり、障害を持ったから環境が整った住みやすい都市に移住するのではなく、自身が大好きなこの地で障害を持っていても住みやすい街づくりや厳しい冬をいかに楽しく過ごすかなどテーマを掲げて市を巻き込みながら活動していき、いつか自身も他の障害を持った方々も家に引きこもらない「地域・社会に出かけられる街」に出来たらいいなと考えています。	・**自身の想いや体験をベースにした、住みやすい街づくり地域づくりの実現**をしたい。
13	M	□	外出はできるようになりたい。婚活もしたいね。コンパとか。 友人たちと自宅で行う女子会を続けたり、Facebook でいろんな患者・障害者とつながったりしていきたい。 口の減らない 100 歳を目指して、楽しくありたい。 生きていることはすごくラッキーだ。今の自分はまんざらでもない。	・**自由な外出**を希望。心身の状況や環境因子によって外出や社会参加が制限されている状態。それを打開したい。 ・**生への感謝と現状の自身の状況への受容**。 ・**身体状況で制限されない『語り』をストレングスとした生き方を目指したい**。
14	N	△	当事者セラピストに関わらず、障害を持つ人は増えてくる。その中で、普通に働いて社会に溶け込むことが、同病者に希望を与えると思う。私は、内部障害であるため、周りに配慮してもらうだけでなく、仕事で成果を出していくことが重要だと考える。	・自身の働き方や生き方を通して、**当事者の就労や社会参加の可能性や希望を与えていきたい**。

・ Group:Ⅱ　将来のビジョン

生活者としての自身が思い描く将来のビジョンとして、「自己実現」4 名(67%)、「自分らしさ」5 名(83%)、が複数挙げられており、「自己の活用」「普通の生活」「心身の回復」各 1 名(17%)となっていた。

「自己実現」は B,D,G,M 氏が挙げており、B 氏は「自分らしさ」を加えて「今の生活を無理なく続けていくこと…地域で一人暮らしをしていくこと…自分らしい生活を送れたら」

と記載し、D 氏は「心身の回復」を加えて「麻痺と感覚障害がなくなり、介助なしでも自立した生活を送れたらいい」と記載し、G,M 氏は「障害を持っていても住みやすい街づくりや厳しい冬をいかに楽しく過ごすかなど」「外出はできるようになりたい。婚活もしたいね。コンパとか」と多彩な将来への生活イメージを記載していた。

「自己らしさ」は B,D,E,G,M 氏が挙げており、「いろいろな人の支援を受けて、自分らしい生活を送れたらいいな」「自分らしく生き生きとすごす」「静かに今のままの生活を生きていく」「口の減らない 100 歳を目指して、楽しくありたい」(各 B,D,E,M 氏)と記載していた。「自己実現」と「自分らしさ」を同時に掲げていたのは B,D,G,M 氏らで、中でも G 氏は、特に自己実現と結び付けて「街づくり」をしながら「小さい頃から憧れていた雪国」での暮らしを続けていきたいと記載していた。

他に、N 氏は「普通に働いて社会に溶け込むことが、同病者に希望を与える」と記載し、「普通の生活」や「自己の活用」を挙げていた。また、D 氏は「麻痺と感覚障害」がなくなることを望み、「心身の回復」を希望していた。

表4-2-19 生活者としての自身が思い描く将来のビジョン

	就労状況	氏名	発症時の年齢	将来のビジョン
Ⅰ－1 (先天性～乳児期)	○	C	0	自分らしさ 自己実現(ノーマライゼーション) 自己の活用
	○	K	1	就労の継続 自分らしさ
	○	L	1	自己実現(母となる) 普通の生活 自己の活用
Ⅰ－2 (幼児期～青年期)	△	A	4	自己肯定感の獲得 就労の継続 自分らしさ 自己実現(夢の実現:ユニバーサルアウトドア)
	○	F	5	自己実現(夢の実現:障害者スポーツトレーナー) 自己の活用
	△	H	19	自己肯定感の獲得 自己承認欲求の充足 自己の活用
	○	J	14	自己実現(共生社会の実現)
Ⅰ－3 (成年期～)	○	I	23	＊ない ⇒日々の積み重ねが未来を形成していく
	キーワードの総計			18個
	平均キーワード数			2.3(±1.0)

	就労状況	氏名	発症時の年齢	すでに実感している
Ⅱ－4（臨床1～10年）	△	B	2	自己実現（地域での独居） 自分らしさ
	△	E	5	自分らしさ
	□	G	9	自分らしさ 自己実現（住みやすい街づくり）
	△	N	1	自己の活用 普通の生活
Ⅱ－5（臨床11年以上）	△	D	26	心身の回復 自己実現（自立生活） 自分らしさ
	□	M	21	自分らしさ 自己実現（外出、婚活、コンパ）
	キーワードの総計			12個
	平均キーワード数			2.0（±0.3）

エピソードの個数平均

	将来のビジョン
G:Ⅰ	2.3（±1.0）
G:Ⅱ	2.0（±0.3）

キーワード数

	将来のビジョン	
G:Ⅰ	自己実現	5
	自己の活用	4
	自己肯定感の獲得	2
	自分らしさ	3
	就労の継続	2
	普通の生活	1
	自己承認欲求の充足	1
	なし	1
G:Ⅱ	自己実現	4
	自己の活用	1
	自分らしさ	5
	普通の生活	1
	心身の回復	1

・ Group:Ⅰのまとめと考察

Group:Ⅰの対象者たちは、自身の思い描く将来のビジョンについて多彩なイメージを持っており、具体的な「目標」や「やりたいこと：夢」「なりたい自分：自己実現」を掲げている者が多かった。

「自己実現」に関して、A,F 氏は将来の「夢」を具体的に掲げており、そのためには「自分らしさ」や「自己の活用」をしていかなくてはならないと感じていた。そしてそれらの達成は、自身の自己肯定感でもあるとしていた。また、C,J 氏はノーマイゼーションやソーシャルインクルージョンと自身の役割を記載しており、「自己の活用」を通してその実現を目標と掲げていた。

また、幼少期からの当事者体験により「獲得できなかった」ことも多く、疾病・障害のある生活が当たり前だったこともあって、「誰もがしているであろう普通の生活」（L 氏）への憧れを強く持っていることも推察された。「自分らしさ」や「自分にしかできないこと」を多くの対象者が掲げる一方で、健常者だったり「普通」へのアンビバレンツな想いも抱

えていることが推察された。

対象者の多くは、自身の思い描く将来のビジョンに対してポジティブに思考する傾向が見られ、当事者としての想いやストレングスをモチベーションに生活していることが推察された。対象者の 50%は将来に向けて「自己の活用」していくイメージを持っていた。そしてⅠ氏のように、将来へのビジョンは具体的でなくても「日々の積み重ねが未来を形成していく」と掲げ、自身の可能性に期待する想いも推察できた。

・ Group:Ⅱのまとめと考察

Group:Ⅱの対象者の中で、自身の思い描く将来のビジョンについて「自己実現」と「自分らしさ」を同時に挙げている者は全体の 67%にあたる B,D,G,M 氏だった。彼らの記載した内容を整理していくと、「生活・生き方」というキーワードが多用されており、お互いに切り離せない内容となっていた。

Group:Ⅱは免許取得後の発症・発障グループであり、生活者としての喪失体験を重ねてきていた。前述した多くの喪失体験の中には「心身機能」「仕事や社会的役割」などが挙がり、「生活」や「健康的な将来のイメージ」を喪失した者もいた。第 6 項で挙げられた「自己実現」と「自分らしさ」は、「自分らしい生活・生き方の実現」を目指した将来へのイメージであると推察された。

また、N 氏は「(自身が)普通に働いて社会に溶け込むことが、同病者に希望を与えると思う」と記載し、喪失体験からリカバリーした「自己の活用」に挑戦している。

Group:Ⅱでは、喪失体験からリカバリーする自身の将来像をイメージし、それを目標に自分らしい生き方を模索する挑戦が推察された。

■ 第 5 章　考察と結論

● 第 1 節　エピソード分析のまとめと考察

第 4 章エピソード分析の統合と解釈をもとに、6 つの項目のまとめと考察を行った。

・ 第 1 項　発症・発障時とその後の喪失・獲得体験

第 4 章-第 2 節-第 1 項より、Group:Ⅰ とⅡにおいて明確な違いは、「発症・発障と資格取得の関係性」であった。それにより、「心的防衛機制の程度や内容」「喪失体験の有無と内容」「獲得体験と再獲得体験」にそれぞれ特徴が見られた（表 5-1-1）。

前者においては、当事者体験の積み重ねによって自分自身のアイデンティティの構築が進み、セラピストを志すことになっている。それらの体験の多くは喪失ではなく獲得（Group:Ⅰ-②③は再獲得）の積み重ねであり、当事者でありセラピストでいることの同一性が推察された。

後者においては、健康的な自己像とともにセラピストを志し、当事者をセラピーすることでアイデンティティの構築が進んできた。そして、それらを大きく喪失する体験の中で、セラピストである自身を活用し当事者である自身を理解しようとする挑戦をしている者がいた。自身のアイデンティティを再獲得する過程が見られた。

すべての対象者は「当事者セラピスト」として現在も何らかの活動をしているが、これらの結果により「当事者セラピストとしてのアイデンティティ構築の過程」に差異があることが推察された。

表5-1-1　発症・発障時とその後の喪失・獲得体験のまとめ

		発症年齢での分類	カテゴリー				
			当事者セラピストまでのプロセス	喪失・獲得・再獲得体験			特徴
				喪失	獲得	再獲得	
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	先天性～乳児期(1)	**発症・発障**→当事者体験の積み重ね→当事者としてのアイデンティティ構築→**セラピスト免許の取得（当事者セラピスト）**	×	○	×	・当たり前の障害。 ・発達と積み重ね。
		幼児期～青年期(2)	健康的な自己像でのアイデンティティ構築→**発症・発障**→当事者体験の積み重ね→当事者としてのアイデンティティ構築→**セラピスト免許の取得（当事者セラピスト）**	△	○	△	・発症までの発達と喪失。 ・発症からの発達。 ・喪失からの再獲得。
		成年期～(3)		○	△	○	・発症までのアイデンティティ構築と喪失。 ・人生経験という獲得。 ・喪失からの再獲得。
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）	臨床1～10年(4)	健康的な自己像でのアイデンティティ構築→**セラピスト免許の取得**→セラピストとしてのアイデンティティ構築→**発症・発障**→アイデンティティの喪失→アイデンティティの再獲得（**当事者セラピスト**）	○	△	○	・アイデンティティの喪失と再獲得。
		臨床11年以上(5)		○	○	○	・アイデンティティの喪失と再獲得。 ・喪失したことによる獲得体験。

・ 第 2 項　就労場面におけるストレングスとウィークネス

第 4 章-第 2 節-第 2 項よりストレングスとウィークネスについて考察した。まず、キーワード数の比較をすると、Group:Ⅰにおいてはそれぞれ 1.5(±0.5)と 2.6(±1.7)となりウィークネスの数が上回った。一方で、Group:Ⅱでは 2.0(±0.3)と 2.3(±0.8)で大きな差はなかった（表 5-1-2,5-1-3,5-1-4)。

次にキーワード内容を比較すると、ストレングスにおいての共通項は「共感性・親和性」「当事者性の活用」「信頼関係」で、ウィークネスにおいての共通項は「身体による活動制限」「就労継続の困難」となった。差異が出たのは、Group:Ⅰのウィークネスにおける「心的ストレス・バイアス」であった。

まずは「共感性・親和性」を中心に考察していった。Group:Ⅰ,Ⅱで共通することは、自身の当事者体験が対象者の体験と重なるところが多く、喪失や獲得・再獲得のプロセスであったり、心的防衛機制や障害受容段階・価値転換などへ「実感を伴った共感・理解」を示すことができるという点であった。次に双方の差異について、Group:Ⅰにおいては「主観的・直感的」で「高い共感性と親和性」を有しているということ、Group:Ⅱにおいては「主観的かつ客観的」で「分析的理解と共感性」を有しているということだった。

前者は、当事者体験をストレングスとして役割を見出し免許取得に至っているが、臨床現場ではそれを活用しようとすることで逆にウィークネスを意識する傾向が高く、アンビバレンツな存在として生かしきれないでいることが多かった。当事者体験への理解は自身の「主観的な体験の積み重ね」を用いており、自身の主観的体験から解離した他者の当事者体験（社会的役割の喪失など）には共感性を示すことができないことも示唆された。それに伴って、「主観的・直感的」ゆえの「心的ストレス・バイアス」も多くなってしまっていると推察できた。

後者は、本来セラピストとして客観的・分析的に対象者を理解してきた経験がある。その上で、自身の当事者としての主観的体験が積み重ねられており、自身の主観的体験を客観的・分析的に解決しようとするセラピストとしての挑戦が、結果として「当事者性の活用」を促していると推察できた。蓄積されてきた知識・経験への実感を持ったフィードバックは、セラピストとしての感性をより高度なものにしていると推察できた。

これを踏まえて「就労継続の困難」を考察していった。前者では、「臨床にて専門職として就労中」「キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中」合わせて、8 名全員が就労継続している。一方で後者では、「キャリアチェンジして専門知識や技術を用いての就労中」4/6 名（そのうち、発症・発障がきっかけでキャリアチェンジした者は 2/4 名）と「就労していない」2/6 名であり、「臨床にて専門職として就労中」の者はいなかった。

前者は、疾病・障害のあることが当たり前な状態で免許取得に至っており、身体・精神的なストレスや制限が大きいながらも、セラピストとしてのキャリアを大きく喪失する体

験に至らなかった。一方で後者は、セラピストとしてのキャリアを大きく喪失する体験をしており、治療する側とされる側という立場・価値の転換を図らざるを得ない状況でもあった。

以上をまとめると、Group:Ⅰは「当事者が専門知識を獲得した」と言うことができ、Group:Ⅱは「セラピストが当事者体験を獲得した」と言うことができた。

前者は、自身の当事者体験に意味や役割を感じ、ストレングスとしてセラピストを目指した。大きな喪失体験はなく、疾病や障害は自我の発達とともに自身の一部として認識されていった（自己同一性の獲得）。免許取得後は臨床において、他者との比較や自身の当事者性から劣等感を感じることが多く、ウィークネスとすることが多い傾向にあった。当事者体験はセラピストとしての自身のストレングスかつウィークネスというアンビバレンツなものであると感じる者が多かった。

後者は、健康的なセラピストとして臨床を重ねる中で、予想外の当事者体験により大きな喪失体験を得ていた。心身の活動制限に始まりセラピストとしてのキャリアや社会的役割などさまざまな喪失体験に対して、セラピストとしての知識や経験を用いて価値の転換を図り、それらをセラピストである自身のストレングスとして活用しようと挑戦していた。

第1項・第2項より、発症・発障と免許取得の前後関係について、「当事者体験のとらえ方」「ストレングス・ウィークネスの感じ方」に差異があることが推察できた。

表5-1-2 臨床におけるストレングス・ウィークネスの認識

		カテゴリー			
		ストレングスとウィークネスのキーワード数		キーワード	
		ストレング	ウィークネス	共通Word	差異Word
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	1.5(±0.5)	2.6(±1.7)	ストレングス ・「共感性・親和性」 ・「当事者性の活用」 ・「信頼関係」 ウィークネス ・「身体機能による制限」 ・「就労継続の困難」	ウィークネス ・「心的ストレス・バイアス」
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）	2.0(±0.3)	2.3(±0.8)		

表5-1-3 ストレングス:共感性・親和性

		カテゴリー		
		共通項	差異と特徴	その他の特徴
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	実感をともなった共感・理解	主観的・直感的 高い共感性と親和性	・アンビバレンツな当事者体験 ・自身の主観的体験から解離した体験への共感性の低さ ・心的ストレス・バイアスの蓄積
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）		主観的かつ客観的 分析的理解と共感性	・セラピストとして蓄積した客観的・分析的思考 ・自身の主観的体験へのセラピスト視点の活用 ・知識・経験への実感をともなったフィードバック ・セラピストとしての感性の向上

表5-1-4 ウィークネス:就労継続の困難

		カテゴリー	
		就労の状況	キャリアの喪失
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得 (Group:Ⅰ)	①臨床:6 ②臨床以外:2 ③不就労:0 ⇒就労中:8名(100%)	× 当事者として免許取得へ
	国家資格取得したのちに発症・発障 (Group:Ⅱ)	①臨床:0 ②臨床以外:4 ③不就労:2 ⇒就労中:4名(66%)	○ セラピストから当事者へ

・第 3 項　就労以外の場面におけるストレングスとウィークネス

第 4 章-第 2 節-第 3 項より、ストレングスとウィークネスについて考察した（表 5-1-5,5-1-6)。

Group:Ⅰ,Ⅱのキーワードを比較すると、ストレングスにおいての共通項は「当事者性とセラピスト性の活用」「当事者性の活用」で、ウィークネスにおいての共通項は「当事者性の負の側面」「当事者性とセラピスト性のバイアス」となった。その数は大差なかった。

キーワードの内容を分析していくといくつかの差異が見つかったので、ストレングスとウィークネスに分けて考察した。

ストレングスについて、Group:Ⅰでは「当事者性」が、Group:Ⅱでは「セラピスト性」がその中心にあることが推察された。Group:Ⅰは免許取得前の発症・発障のグループで、自身の免許取得のきっかけに当事者体験が影響していることは第 2 項で推察された。当事者性は、臨床も含めて現在のさまざまな活動に対する直接的もしくは間接的な「動機」であり「意欲」となっていた。一方で Group:Ⅱは免許取得後の発症・発障のグループで、セラピストとして自身が蓄積してきた「知識・経験・フィーリング」に、発症・発障で獲得した当事者経験をアップデートさせ、活用しようとする挑戦が見られた。

どちらのグループにおいても、その当事者性とセラピスト性は切っても切り離せない相互関係を呈しており、臨床場面以外でも双方のバランスよい活用に挑戦している者が多かった。

次にウィークネスについては、どちらのグループも自身の「生活場面」で強く意識されており、「当事者性が持つ負の側面」が強調されていた。これらは、「疾病・障害や症状」に起因する「易疲労性」「症状の変化・進行」などであり、臨床場面以上に自身の活動や役割が多彩な生活場面で強く感じられるものと推察された。

これを踏まえて、Group:Ⅰではストレングスと同様に「当事者性」がウィークネスの中心にあることが推察された。生活場面ではさまざまに制限を感じるものの、就労や生活は継続できており､ウィークネスを感じながらも生活を止めるまでの深刻な制限はなかった。

一方で Group:Ⅱでは、生活場面におけるウィークネスと「喪失体験」との関係性が示唆

され、当事者であるセラピストでもあるという「生活者」視点からのさまざまな喪失体験が挙げられていた。健康的に成長しセラピストとして就労することで、社会的役割や家庭内役割を担ってきたGroup:Ⅱの対象者たちは、発症・発障によりそれらの役割を喪失する体験を負ってきた。臨床場面においてはストレングスとしている当事者体験も、生活場面においてはウィークネスであると感じる者が多かった。

また中には、喪失体験からのリカバリー体験（再獲得）を体験している者もあり、喪失体験にストレングスとウィークネスをアンビバレンツに感じながら、キャリアチェンジや職場復帰して就労を継続していた。

なお、Group:Ⅰでは全員が臨床等で就労継続しているのに対して、Group:Ⅱでは臨床で就労継続している者はいなかったということ第2項のまとめで推察された。

以上をまとめると、Group:Ⅰ,Ⅱの間には「喪失体験の認識」の違いがあり、それが臨床場面以外で特に生活場面においてのストレングス・ウィークネスのとらえ方に影響していることが推察された。これは、第2項のまとめで述べたGroup:Ⅰ＝「当事者が専門知識を獲得した」、Group:Ⅱ:「セラピストが当事者体験を獲得した」という考察と一致するところだった。

臨床場面では「身体による活動制限」「心的ストレス・バイアス」が大きなウィークネスとされたが、生活場面では一人の生活者としての「日常生活」や「個人的な社会的活動」においてウィークネスが強く感じられていた。健康的な「自己」や「生活」を喪失したという体験と、一部の対象者が感じているリカバリー体験はGroup:Ⅱに特徴的な傾向であった。

臨床場面以外では「当事者性」と「セラピスト性」の相互活用が挑戦されており、特にGroup:Ⅰでは「当事者性」が、Group:Ⅱでは「セラピスト性」がストレングスとして活用される傾向であった。当事者体験に専門知識を積み重ねてきた前者は、その生活場面において大きな喪失体験を得ることが少なく、当事者体験を臨床場面・生活場面の両面で活用することに挑戦していた。一方で、セラピストとして当事者体験を獲得した後者は、セラピストとしての喪失体験が生活者としての喪失体験でもあり、そこからのリカバリーとして自身の当事者体験を活用することに挑戦していることが推察された。後者のこのプロセスは、第1項で述べた「価値転換」のプロセスでもあった。

第3項では、「当事者体験」とくに「喪失体験」のとらえ方によって、臨床場面以外のとくに生活場面における「ストレングス・ウィークネスの感じ方」とその「活用内容」に差異があることが推察できた。

表5-1-5 臨床以外の場面におけるストレングス・ウィークネスの認識

		カテゴリー			
		ストレングスとウィークネスのキーワード数		キーワード	
		ストレング	ウィークネス	共通Word	差異Word
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	0.75（±0.4）	1.0（±0.3）	ストレングス ・当事者性とセラピスト性の活用」 ・当事者性の活用」 ウィークネス ・「当事者性の負の側面」 ・「当事者性とセラピスト性のバイアス	特になし
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）	0.7（±0.4）	1.2（±0.6）		

表5-1-6 ストレングスとウィークネスの比較

		カテゴリー				
		ストレングス		ウィークネス		
		中心	特徴	中心	特徴	
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	当事者性	臨床も含めて現在のさまざまな活動に対する直接的もしくは間接的な「動機」であり「意欲」	当事者性	・生活場面でさまざまに制限やウィークネス感じるが、就労や生活は継続している	・生活場面で強く意識される ・当事者性の持つ負の側面が強調される
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）	セラピスト性	セラピストとして蓄積してきた「知識・経験・フィーリング」に、当事者経験をアップデートさせ活用しようとする挑戦	当事者性	・セラピストをしている「生活者」としての喪失体験 ・臨床ではストレングスでも生活場面ではウィークネス ・リカバリー体験に達している者もいる	

・第 4 項　社会的な活動（行動化・希望・義務・期待）

第 4 章-第 2 節-第 4 項より、社会的な活動について考察した（表 5-1-7）。

全体を通して Group:Ⅰでは「当事者向けの活動」が多く挙げられ、一方で Group:Ⅱでは「当事者と社会向けの活動」が多く挙げられていた。

Group:Ⅰは「当事者が専門知識を獲得した」という自身の当事者性を中心にしたストレングスの活用によって、当事者を中心に彼らが生活する社会へのアプローチを思考し行動化していることが推察された。今後の希望・義務・期待の内容についても、当事者そのものの社会参加や生活しやすさが改善されるように、具体的な行動（障害者スポーツ、イベント企画など）が提案されていた。当事者性による共感性・親和性の高さは、当事者の諸問題や社会生活をイメージしやすく、ピアサポートや当事者支援・当事者のための社会づくりなど「当事者視点」を中心とした様々な挑戦を行っていた。一方で、希望・義務・期待として挙げられていた「啓発」活動が、実際には行動化できていないこともカテゴリー分けの中で示唆された。今後の課題として、これらを行動化していくことが求められた。

Group:Ⅱは「専門家が当事者体験を獲得した」という自身のセラピスト性を中心としたストレングスの活用によって、当事者・社会へのファシリテーター的なアプローチが多く提案されていた。彼らには当事者体験により獲得した、生活者としての大きな喪失体験があり、それを通して社会問題が大きく感じられていることが推察された。もともとセラピ

ストとして獲得した知識や経験と、自身の当事者体験を通した視点とを合わせて、社会モデルを利用した当事者・専門家・社会への幅広い挑戦を行っていた。

当事者たちが生活する社会へアプローチしていこうとする挑戦は共通していた。なかでも、Group:Ⅰは自身の当事者性を用いた「当事者寄り」の視点で、Group:Ⅱは自身のセラピスト性を用いた「社会寄り」の視点を持っていることが推察された。それぞれが、それぞれの持つ特性で社会的役割を感じていることが推察された。

表5-1-7 社会的な活動

		カテゴリー			
		傾向	特徴		共通項
			行動化	希望・義務・期待	
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	当事者向けの活動が多く挙げられている傾向	当事者性を中心としたストレングスの活用・「当事者寄り視点」 ・「当事者」が生活する社会へのアプローチを行動化	・「当事者」の社会参加や生活の改善のため、ぐたいてきな提案 ・「当事者性」を中心とした挑戦の提案 ・「啓発」がうまく行動化できていない	・「当事者」たちが生活する社会へアプローチしようとする挑戦
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）	当事者と社会向けの活動が多く挙げられている傾向	セラピスト性を中心としたストレングスの活用・「社会寄り視点」 ・当事者と社会へのファシリテーター的なアプローチの行動化	・「生活者」としての社会問題への気付き ・社会モデルの利用による当事者・専門化・社会への幅広い挑戦	

・第5項　実感のともなう社会的役割

第4章-第2節-第5項より、社会的役割の実感について考察した（表5-1-8）。

全体を通して、Group:Ⅰ,Ⅱの両者ともに「当事者性とセラピスト性を相互活用しようとする挑戦」を行っていた。強く感じられる社会的役割としては、共通して「ファシリテーター」「発信者」が多く「支援者」「ピアサポーター」も挙げられていた。

当事者性にストレングスを置く Group:Ⅰとセラピスト性にストレングスを置く Group:Ⅱはどちらも当事者性とセラピスト性をあわせ持っており、「当事者」「専門家」の中間に立って「架け橋・通訳・ハブ」というファシリテーター的な役割を、「生活場面」「就労場面」など「社会という場」で担っていることが推察された。その場でその役割を担いながら、ある時は「支援者」として声を挙げ、またある時は「ピアサポーター」として行動していた。

当事者体験は、Group:Ⅰにおいては強い共感性・親和性を発揮していた。当事者体験そのものを「伝えよう」としたり、当事者そのものへの「関わろう」としたり、当事者が生活するための「場作り」への取り組みが実行・イメージされることが多く見られた。一方で、Group:Ⅱにおいては生活者としての喪失体験があった。そのため、当事者が抱える課題や社会問題などを「解決しよう」とする取り組みや、自身の喪失体験を通して必要性を感じた「発信」が、実行・イメージされることが多く見られた。

第5項においても、当事者性とセラピスト性を相互活用しようとする挑戦が見られた。

彼らは自身の当事者体験を通して、社会的役割を担ったり新たに創造しようとする挑戦を行っていることが推察された。

表5-1-8 実感する社会的役割

		カテゴリー			
		傾向	キーワード	特徴	
			「自己実現」	目指すビジョン	そのための手段方法
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	当事者性とセラピスト性を相互活用している実感	多数 ・「ファシリテーター」 ・「発信者」 少数ながら特徴的 ・「支援者」 ・「ピアサポーター」	・当事者とセラピストの中間に立ち「架け橋・通訳・ハブ」というファシリテーター的役割の実感 ・「生活場面」「就労場面」など「社会」における役割の実感 ・ある時は「支援者」として、ある時は「ピアサポーター」として自身を活用しているという実感	・当事者体験そのものを「伝える」役割の実感 ・当事者そのものへ「アプローチ」する役割の実感 ・当事者の生活する「場作り」における実感 →強い共感性と親和性による
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）				・当事者の抱える課題、社会問題を「解決する」役割の実感 ・主観的体験から必要性を感じた「発信」する役割 →生活者として得た喪失体験による

・第 6 項　生活者としての自身が思い描く将来のビジョン

第 4 章-第 2 節-第 6 項より、対象者の将来への想いについて考察した（表 5-1-9）。

生活者としての自身が思い描く将来のビジョンとして、多彩なイメージとその実現のための挑戦が推察された。Group:Ⅰ, Ⅱで多く挙げられたキーワードは「自己実現」「自己の活用」「自分らしさ」であり、それぞれが関係を持っていることが推察された。どのキーワードもとても主観的な内容で、対象者たちのさまざまな将来への想いが込められていた。

「自己実現」は Group:Ⅰ,Ⅱでそれぞれ 63%・67%、「自己の活用」はそれぞれ 50%・17%、「自分らしさ」はそれぞれ 38%・83%となった。どちらも 6 割以上が「自己実現」を記載し、Group:Ⅰでは「自己の活用」を、Group:Ⅱでは「自分らしさ」を同時に記載していることが多かった。

Group:Ⅰでの「自己実現」の内容は、自身の「夢・やりたいこと・なりたい自分」を挙げており、その手段として「自己の活用」「自分らしさ」を用いる傾向があった。前述したように彼らは、免許取得前に自身の当事者体験を「自分らしさ」としてストレングスにしていた。よって、これらの「自己実現へのプロセス」や「就労の継続」を通して、「自己承認欲求を充足」したり「自己肯定感の獲得」に大きく影響を与えていることが推察された。

Group:Ⅱでの「自己実現」の内容は、「生活・作業活動」を挙げており、その手段として「自分らしさ」中心の思考をしている傾向があった。また、これらの「自分らしい生活」や「心身の回復」を目指すことで、「リカバリーした自身の将来像」を思い描いていることが推察された。

以上より、Group:Ⅰが思い描く将来のビジョンは、先天性・幼少期に得た当事者体験に端を発した「自己の当事者性」をストレングスとして活用し、「自己肯定感の獲得を目指す

将来のビジョン」であることが推察された。そこでは、「自分らしさにあふれた夢ややりたいこと」への、ポジティブな思考と挑戦が行われていることが推察された。

そして、Group:Ⅱが思い描く将来のビジョンは、免許取得後に発症・発障し多くの喪失体験を得た「自己の当事者性」と「免許取得後に積み重ねてきたセラピスト性」をストレングスとして活用し、「自身のリカバリーを目指す将来のビジョン」であることが推察された。そこでは、「自分らしい生活・自分らしい作業活動」の実行を目指した活動の模索と挑戦が行われていることが推察された。

彼らの思い描く将来のビジョンは、当事者・専門家・社会に対して、多くの「モデル」を提案し、実行していく「ヒント」にあふれていた。

表5-1-9 将来に向けたビジョン

		カテゴリー			
		傾向	キーワード	特徴	
			「自己実現」	目指すビジョン	そのための手段方法
グループ	発症・発障したのちに国家資格取得（Group:Ⅰ）	・「生活者」としてのビジョン ・多彩なイメージと実現のための挑戦 ・主観的な「将来への想い」	**自己実現:63%** ＋自己の活用:50% ＋自分らしさ:38% ・「夢・やりたいこと・なりたい自分」	・「自己承認欲求の充足」を目指す ・「自己肯定感の獲得」を目指す	・自己実現へのプロセスを実行していること ・就労を継続していることそのもの
	国家資格取得したのちに発症・発障（Group:Ⅱ）		**自己実現:67%** ＋自己の活用:17% ＋自分らしさ:83% ・「生活・作業活動」	・リカバリーした自身の将来像をイメージ	・自分らしい生活の実現 ・心身の回復

● 第 2 節　結論

本研究の目的は、当事者セラピストが「自身の当事者体験をどう解釈」し、「ストレングスやウィークネスを感じ」、「どのような社会的役割を見出していくのか」を考えることであった。そして、それらの「プロセスや共通項・違いを解き明かす」ことで、「当事者への最適なアプローチの一端を解き明かす」ことが出来ると同時に、これから先にも増えるだろう「新たな当事者セラピストたちへの働き方の可能性」を提案したいとした。

今節ではこの研究の目的に沿って、「当事者体験の認識と解釈」「ストレングス・ウィークネスと社会的役割への影響」について結論を述べ、「本研究における当事者セラピストの再考」を行った。なお、「当事者セラピストが担う社会的役割への提案」については第 6 章へ記載した。

・　第 1 項　当事者セラピストの分類　～当事者体験の認識と解釈～

本研究において、当事者セラピストは「発症・発障と資格取得の関係性」により、大きく 2 つにグループ分けできた(表 4-2-3)。Group:Ⅰは「発症・発障したのちに国家資格取得」しており、さらに発症・発障年齢によって 3 つのサブグループに分けることが出来た(Group:Ⅰ-①②③)。Group:Ⅱは「国家資格取得したのちに発症・発障」しており、さらに免許取得の経過年数によって 2 つのサブグループに分けることが出来た(Group:Ⅱ-④⑤)。また、Group:Ⅰ,Ⅱの間には、発症・発障にともなう「喪失体験」「獲得（再獲得）体験」の認識に差異があり、将来的な「当事者セラピストとしてのアイデンティティ構築」の過程に大きく影響をもたらしていることが推察された。

サブグループ①は、自身の疾病・障害を「当たり前」で「喪失体験はない」とし、自己概念の形成の中で自己同一性を獲得しセラピストを目指していった。サブグループ②③は、発症・発障によってそれまでに形成した自己概念を「喪失」しており、発症・発障の年齢（発達段階）が上がるにつれてその「喪失体験」は大きく感じられていた。その後、心身の発達の中で自己概念の再構築を図りセラピストを目指していった。サブグループ④⑤は健康的な発達による自己概念の形成を経てセラピストを目指し、発症・発障によってそれまでの自己概念や社会的役割など多くの「喪失体験」を感じていた。さらにそこから、自身のリカバリー(再獲得)を目指した者もいた。

サブグループ②③④⑤は、喪失体験を感じた際に急性ストレス反応や心的防衛機制が出現しており、これらの傾向は加齢するにしたがって強い傾向が推察された。これらの発症・発障に対する反応の傾向を上田（1980）[32]の「障害受容段階」で考えると、サブグループ①は当てはまらず、サブグループ②③④⑤は当てはめて捉えることが出来た。さらに、上田の「価値転換」論で考えると、サブグループ④⑤は「価値の範囲の拡大・障害の与える影響の制限・身体の概観を従属的なものとすること・比較価値から資産価値への転換」にも当てはめて捉えることが出来た。

結論として、発症・発障によってもたらされる「喪失・獲得(再獲得)」という「当事者体験」が、当事者セラピストの「分類」と「アイデンティティ構築」に大きく影響していることが推察された。つまり、発症・発障年齢が低いほど喪失体験は小さく、年齢が高いほど喪失体験は大きく認識されていた。また、資格取得前の発症・発障では自身の自己概念構築の中に当事者体験が取り込まれ、一方で資格取得後の発症・発障では自身の自己概念の喪失と当事者体験を含んだ再獲得が挑戦されるという傾向が推察された。

・ 第2項　Group:Iの傾向　～ストレングス・ウィークネスと社会的役割～

本研究を通して Group:I で特徴的だったのは、「当事者としての自身の活用」が多く挙げられていたことだ。

まず、発症・発障してから資格取得に至る過程において、自身の疾病・障害と向き合い、心身の発達段階の中でそれらとの自己同一性の獲得に臨んでいることが多かった。それは、自身の「喪失・獲得(再獲得)」という当事者体験そのものと、他者との比較から感じた「劣等感」を通して獲得していったものだと推察された。加賀谷(2015)[33]は著書の中で、「多面的な「障害」構造」を記していた。これによると、Group:Iにおける「診療・リハビリを受ける」「福祉サービスを受給する」「誰かに特別扱いされる」など、他者により外在化された自身の「障害」は、自身を内在的な「障害」者という意識に至らせていると推察できた。先天性・幼児期発症・発障のサブグループ①が「当たり前」として意識してこなかった疾病・障害や、幼少期～成年期発症・発障のサブグループ②③が「喪失体験」とした疾病・障害は、心身の発達とともに他者によって外在化されていき、自身を「障害」の「当事者」として早期に内在化し「ありのまま」「ストレングス」として肯定していく過程があったと推察された。

また、Group:Iの多くは「将来のビジョン」で、「「当事者」としての自身が「セラピスト」として就労していること」「自己実現(夢・やりたいこと・なりたい自分)のプロセスを実行していること」を挙げており、そこから「自己承認欲求や自己肯定感を得ている」「社会的役割である」とも述べていた。Group:Iにおいては常にその思考の中心に、「当事性」があることが推察された。

臨床場面においては、当事者性に基づく「主観的・直感的」な「高い共感性と親和性」を用いて、「実感をともなった共感・理解」をストレングスとしていた。また、資格取得前からの「身体機能による制限」をウィークネスと感じつつも、退職することなく就労継続できていることが特徴的だった。一方で、自身のその「高い共感性と親和性」がバイアスとなり、セラピストとしての客観性よりも当事者としての主観性や想いが先行することを、ウィークネスでありストレスであるとした。実際に臨床場面で感じることにおいては、ストレングスよりもウィークネスの項目が多く挙げられていた。

生活場面においては、「生活者」としての自身の活用が広く実行されており、「当事者寄りの視点」で「当事者向けの活動」を実行していることが多かった。そこでは、当事者そのものへのアプローチだけではなく、当事者の「生活しやすさ」「社会参加」実現のための社会へのアプローチが挑戦されていた。臨床場面と同様に生活場面においても、就労や生活の営みは途切れることなく継続される傾向があった。

社会的活動や役割において、彼らは「当事者」と「専門職・社会」との中間に自身を置き、「架け橋・通訳・ハブ」などの表現を用いて「ファシリテーター」や「発信者」役割を担おうと挑戦していた。当事者性を中心とする彼らは、支援者である前に自身を活用した「ピアサポーター」としての役割を担う傾向にあると推察された。

これら「当事者としての自身の活用」について、発達障害当事者で研究者の綾屋(2011)[34]は、「今ここにいる自分の生きづらさを研究し言葉にしていくことそのものが、自己を固めると同時につながりツールになっていく」という「自己肯定」感を述べていた。

Group:Ⅰでは将来のビジョンを、「生活者として描く自己実現（夢・やりたいこと・なりたい自分)」として掲げており、自身が当事者として活動し満たされることを望んでいることが推察された。そして、自身が「当事者セラピスト」として生活することで、「生活者」としての自身をエンパワメントしていることが推察された。

以上より、Group:Ⅰは「当事者が専門知識を獲得した」当事者セラピストと言うことが出来た。また、「当事者が自身の当事者性を活用し自己肯定感を得るための一手段として、当事者セラピストになることを選択した」とも推察された。言い換えれば彼らは、「自己肯定感を獲得するために当事者セラピストになった」とも表現できた。彼らは当事者セラピストとなる以前に、自身が当事者であることをしっかりと内在化しストレングスとして当事者体験をとらえていた。

・ 第3項　Group:Ⅱの傾向　～ストレングス・ウィークネスと社会的役割～

本研究を通して Group:Ⅱで特徴的だったのは、「セラピストとしての自身の活用」が多く挙げられていたことだ。

まずGroup:Ⅱは、健康的な自己概念の獲得を重ねる中で、何らかのきっかけから資格取得を目指し、セラピストとしてのキャリアを重ねた末に発症・発障という当事者体験を重ねていた。彼らはセラピストとしてその専門性を用いて対象者（当事者）へのアプローチを行い、理解を深めようと努めてきた。そして思いがけない当事者体験は、セラピストとしてのキャリアやアイデンティティを大きく喪失させ、「セラピストとして就労している生活者」としても社会的役割など大きな喪失体験となった。支援する側から支援される側への立場の転換により、急性ストレス反応・心的防衛機制などが見られ、障害受容の過程で強制的な価値転換を迫られることとなった。

当事者となり健康的な心身機能を喪失してもなお、セラピストとして積み重ねてきた知識・経験・感性を喪失することはなかった。むしろベテランのセラピストたちは「今まで理解できなかった当事者の主観的体験を理解できるようになった」と述べた。彼らは健康的な心身機能と引き換えに、今まで「共感・理解」に至らなかった「当事者性」を獲得し、セラピストとしての「新たな知見」を獲得するに至った。結果として、臨床での就労継続に困難をきたし療養やキャリアチェンジするものも多かったが、「主観的かつ客観的」な「分析的理解と共感性」を用いて、「実感をともなった共感・理解」を示せるようになったことをストレングスとして挙げていた。

「喪失体験」から「獲得（再獲得）体験」へいたるプロセスは、元来リハビリテーション専門職が担う当事者へのアプローチである。上田と加賀谷（2015）[33]の対談の中で上田は、「人間はむしろ、ほかの人から見れば客観的な存在だけれども、自分にとっては主観的な存在なんですよね」「リハビリテーションをやっていれば、患者さんが悩んでいるということは、すぐわかるでしょう…(中略)同じ人間として、この人が悩んでいるということはすぐわかります。その悩みを解決するということもリハビリテーションである。悩みを解決しなかったら、リハビリテーションにはならない」(p-110)と述べていた。Group:Ⅱにおいては、上田の言う「患者の主観的な悩み」を解決するリハビリテーションを担ってきたセラピストが当事者になることで、「客観的に見ていた患者の悩み」が「主観的に捉えられる」というポジティブかつ大きな価値転換が起こり、ストレングスを得たと推察された。

生活場面や社会的活動において、自身の当事者体験を通した「主観的ニーズ」をもとに行動化されていることが多く、「生活者」として当事者が抱える課題や社会問題の解決に向けた挑戦が行われる傾向が見られた。自身が負った社会的役割の「喪失と再獲得」というプロセスを踏まえて、あらたな活動や仕組みを創造する挑戦も行われていた。それらの活動の中心には、「セラピスト性」が発揮されていると推察された。

実際の社会的活動では「障害教育やインクルーシブ教育」「場作り・地域作り・コミュニティ作り」などの「ファシリテーター」、そして「講演・執筆」など「発信者」役割を担おうと挑戦していた。生活者として一度は喪失した社会的役割・自己概念に対して、上田(2015)[33]は「非常に有益な「参加」をするということが、その人の主観的な体験を満足させる条件」(p-111)と述べていた。喪失体験を負ったセラピストが、当事者セラピストとして活動をおこし「社会参加」することこそが、まさにリハビリテーションであり、自身のリカバリーの過程であると推察された。

Group:Ⅱでは将来のビジョンを、「自分らしい生活の実現」「心身の回復」など、喪失体験からリカバリーした自身のイメージを掲げ、それを目標に自分らしい生き方を模索中であることが推察された。また、リカバリーに至った自身の姿を当事者たちに提示したり、あらたな「モデル」を提案しようとする挑戦も述べられていた。

以上より、Group:Ⅱは「セラピストが当事者性を獲得した」当事者セラピストと言うことが出来た。また、「セラピストである自身が、1人の生活者としてリカバリーするための一手段として当事者セラピストを選択し、そのアイデンティティ獲得の模索をしている」とも推察された。言い換えれば「当事者セラピストになることで自己肯定感を再獲得した」とも表現できた。彼らは当事者セラピストとして、更なる自身の活用に挑戦していた。

・ 第4項　当事者セラピストとはだれか　～再考～

既存研究の検討において、広義の当事者セラピストらの自分自身を活用した「発信」や「つなぐ」役割についてが示唆されたが、アンケートのナラティブ分析の結果と相関がみられた。また、上記以外の活動についても、ナラティブ分析からたくさんのヒントを得ることが出来た。

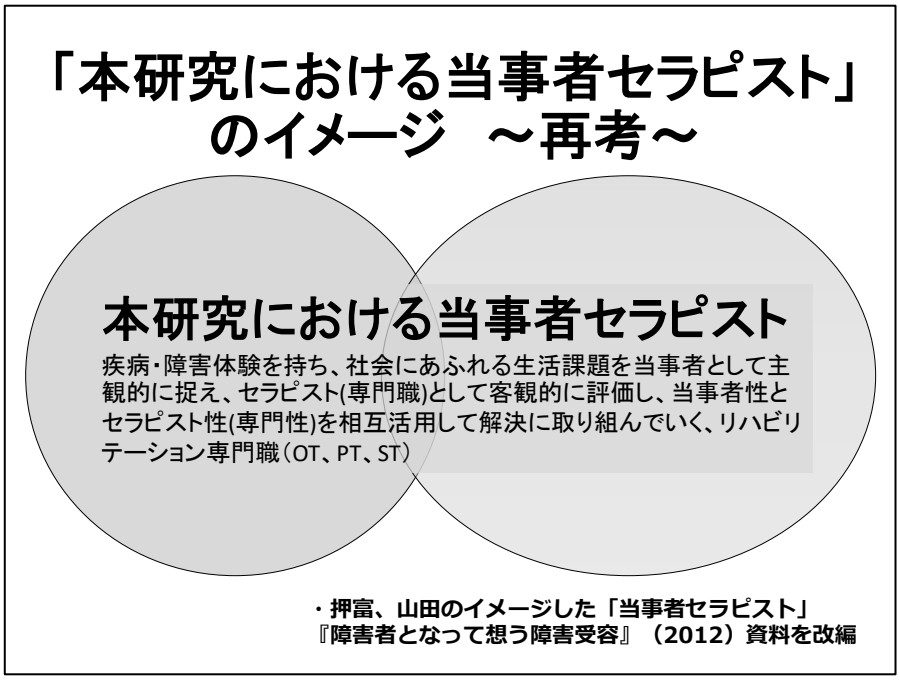
「発症・発障と資格取得の関係性」によって大きく2つに分類できた当事者セラピストは、共通して「自身の当事者性とセラピスト性を活用」し「実感をともなった共感・理解」を臨床場面で示していることが推察された。また一方で、生活場面においては自身の「当事者性の負の側面」によって活動や社会参加には制限が見られていた。2 つのアイデンティティを持つことは、「生活者」として自己肯定感と否定感というアンビバレンツなものであり、「セラピスト」としてストレングスでありウィークネスであるというアンビバレンツなものであった。２つのアイデンティティは常に自身を揺さぶるものであったが、それらを「相互活用している実感」と行動化こそが、当事者ではないセラピストたちとの大きな違いであると推察された。ようするに、自身を「当事者」として内在化し絶対化することで、「セラピスト」として外在化し相対化してアプローチできるというストレングスを発揮できると推察された。

当事者セラピストは、臨床・またはそれ以外の場面で、幅広い対象へ多彩なアプローチをしていた。共通して認識していたのは、「ファシリテーター」「発信者」という役割で、ある時は「支援者」として、またある時は「ピアサポーター」として、そしてその双方として自身を活用していることが推察された。

神田(2016)[5]は、「他者からの期待に依存をしない、障害経験を含んだ役割の獲得を目指すこと、つまりアイデンティティを含む強い内的期待を持つことで、満足のできる役割を獲得できるのではないだろうか」と述べ、さらに「その結果、障害が肯定的価値に代わり、障害をもった人が満足できる社会となるのではないだろうか」と続けていた。つまりは、当事者セラピストにより行われている「疾病や障害を負ってもなおセラピストで居よう(セラピストになろう)とする挑戦」こそが、彼らの望む自己実現の一つであり、自己肯定感であり、インクルーシブな社会づくりであると推察された。これはまさに、「リハビリテーション」のめざす「全人間的な復権」であると推察された。

最後に、「本研究における当事者セラピスト」について、「疾病・障害体験を持ち、社会にあふれる生活課題を当事者として主観的に捉え、セラピスト(専門職)として客観的に評価し、当事者性とセラピスト性(専門性)を相互活用して解決に取り組んでいく、リハビリテーション専門職（OT、PT、ST)」と再考した（表 5-2-1)。

表 5-2-1　「本研究における当事者セラピスト」再考後のイメージ



■ 第 6 章　最後に

● 第 1 節　提案と今後への課題

・ 第 1 項　当事者セラピストが担う社会的活動　～具体例を挙げて～

本研究を通して集まった当事者セラピストたちの社会的活動について、具体的にまとめ表にした(表 6-1-1)。

表6-1-1　社会的活動のまとめ

	カテゴリー		
	既存研究の検討 における活動	臨床以外の場面 での活動	社会的活動 （行動化・希望・期待・義務）
	・研究 ・執筆 ・講演 ・イベント企画 ・セミナー ・ワークショップ ・場作り ・ファシリテート ・患者会運営	・患者会運営 ・当事者活動 ・演奏活動 ・教育(教員・講師) ・公認会計事務所	・当事者セラピストグループ設立 ・講師(学生向け) ・講師(専門職向け) ・講師(当事者向け) ・講師(市民向け) ・ワークショップ企画 ・当事者研究 ・執筆(書籍・自伝・会報誌など) ・患者会運営 ・生活支援 ・ソーシャルインクルージョンの啓発 ・アウトドア活動 ・外出支援 ・場作り(活動フィールドの拡大) ・学術研究 ・障害者スポーツトレーナー ・交流会企画 ・イベント企画 ・団体設立 ・ビジネスモデル作り ・福祉系NPO法人設立 ・教育(インクルーシブ教育) ・啓発活動 ・相談機関の設立 ・コミュニティー作り ・研究対象としての協力 ・起業

西村(2012)[31]は、「障害当事者たちが自らを語ることの意味は、既存の概念を社会に問うと同時に、自らを相対化し、肯定的なアイデンティティを取り戻す作業であった」と 1970 年代の障害者運動や当事者研究の発展を例にして述べていた。また熊谷(2017)[35]は、「当事者研究には、新しい言葉や知識を発見する側面（discovery）と、それを通じてなんらかの生きやすさがもたらされる側面（recovery）を持っている」(p-7)と述べ、「学術研究も…(中略)当事者の参加を必要としている」(p-8)と述べた。

さらに、自身も 1 型糖尿病の当事者で心理学者である飯牟礼(2007)[36]は、研究者自身が「当事者」である場合の「当事者」研究について問題提起していた。飯牟礼は「これまで漠然と、まさに「主観的に」感じられていた「自分の経験が、対象の理解に役立つ」とい

った感覚について、実証するデータを持っていない」「言葉になりにくい「暗黙知」を言語化し、広く共有できる「実践知」にまで具体性を高めるためには、相当の困難を伴うことが予想される」としながらも、研究者自身が当事者である場合に「その経験の中で体感し感じられた言葉にならない感覚(暗黙知)や、その体験に基づいた「経験知」ベースの問題を提起することが可能となる」「「暗黙知」を言語化し、心理学における構成概念として概念化することを比較的容易にこなせるのが、「経験者」であり「当事者」である研究者である」(以上、p-114～115)とストレングスを見出していた。これらにより飯牟礼は、①「「当事者」の実体験に基づいた問題意識であることは同時に…(中略)より実践的に有効な研究となりえる可能性が高い」、②「体験の伝達者になるという行為自体が「当事者」のエンパワメントにつながる」、③「「当事者」たちの意味世界をオープンにすることで…(中略)広く社会還元が出来る可能性がある」(以上、p-115)として、有益性を挙げていた。

これらから、当事者セラピストの社会的役割である「発信」「執筆」に関して、大きな意味があることが推察された。さらに、「学術研究」という公的な営みにおいてもその役割が期待され、発揮できることが推察された。まさに、本研究で考察したことと相関していた。今回集まった当事者セラピストたちの、行動化されている社会的活動と今後の希望・期待・義務の活動イメージもまた、上記の文献と相関することが推察された。

・ 第 2 項　今後の当事者セラピストへ

日本の総人口と障害者の人口比率から計算してみたところ、予想される当事者セラピストの数は約 1 万 3,050 人となった（表 6-1-2)。これはあくまで予測値であり、今後も一定の比率でその数は増えていくものと予想された。また、リハビリテーション専門職（PT・OT）が国家資格となってから約 50 年となり、有資格者の多くが定年退職・引退する時期になってきている。Group: Ⅰの当事者セラピストは今後も一定の増加率と考えられるが、Group:Ⅱについては有資格者の加齢による生活習慣病や慢性疾患等の当事者セラピストが急速に増加していくものと予想できた。当事者セラピストとして就労する彼らの受け皿として、また当事者としての彼らを支える新しい社会の仕組みについて、考えていかなくてはならない。

そして、現代の日本社会における就労内容や就労方法の多様化に合わせて、柔軟な働き方を「想像し創造」していかなくてはならない。「全人間的復権」を目指し社会モデルを活用できるリハビリテーション専門職ならではの、自由で自分らしい働き方が見つかるはずである。当事者セラピストは、インクルーシブ社会を目指す現代日本において、そのイニシアチブをとることが出来る貴重な存在の一人であると推察された。

多様性とインクルーシブな社会において、当事者側からもセラピスト側からも当事者セラピストへの期待は高まっている。また、当事者研究をはじめとする近年の「当事者活動

×学術研究」の協働においても、当事者セラピストの活躍が期待できる。ここで難しいのは、当事者セラピストのストレングスである「当事者性とセラピスト性(専門性)の相互活用」が、「当事者研究分野」では活用できる一方で、「セラピストとしての学術研究分野」においては「つねに客観的」であることが求められると言うことだ。本研究においても、「主観と客観の相互活用」を当事者セラピストのストレングスとしつつ「つねに客観的であること」が求められるという難しさがあった。

「当事者」や「セラピスト」と独立して自己を活用するのではなく、「当事者セラピスト」としての自己の活用（当事者性とセラピスト性の相互活用）を、臨床・研究・地域・社会などさまざまな場所で提案し挑戦していけるとよい。

表6-2-2　予想される当事者セラピストの数

	日本の総人口	日本における3障害の数	日本におけるリハビリテーション専門職の数
	1億2,667万人	・身体：約366万人 ・知的：約55万人 ・精神：約320万人 **＝計：約741万人**	・PT：約11万人 ・OT：約8万5,000人 ・ST：約3万人 **＝計：22万5,000人**
人口比率		約5.8%	約0.18%
	内閣府　2017年	内閣府　2017年	PT協会　2017年 OT協会　2017年 ST協会　2016年

リハ専門職の数×3障害の人口比率＝予想される当事者セラピストの数＝**約1万3,050人**

・　第 3 項　研究の課題

本研究は、当事者セラピストたちへのアンケート調査をもとにナラティブ分析した研究であった。これは、当事者セラピストの「当事者体験への認識」と「現在の活動への影響」をとらえ、当事者セラピストを定義化する試みだった。ここでは、あくまで広く当事者セラピストを捉えるにとどまり、より詳しい分析・考察には至らなかった。

今後は、疾患や障害の特性、性別や職業、進行性・慢性・一過性など、さまざまな分類が考えられた。他に、障害への認識、障害受容段階、自己概念の形成、リカバリー、社会的役割、喪失体験など、より詳しく分析・考察を深める必要もあった。

さらに対象者の母数を増やし、リハビリテーション専門職以外の医療福祉専門職との比較や、専門職ではない当事者との比較なども行えるとより考察が深まると考えた。

● 第 2 節　謝辞

まず初めに、本研究に際して快くアンケートに協力してくださった当事者セラピストの皆様にお礼申し上げます。アンケートに応える上で自身の発症・発障体験まで振り返り、過去・現在そして未来への想いまでも語ることは、大変な労力とストレスだったことをお察しいたします。研究趣旨に賛同していただいただけでなく、論文執筆中は公私ともにさまざまな暖かいサポートをいただきました。なによりも、当事者セラピストとして同じ方向を向いていることが感じられ、本当に心強く想っておりました。本当にありがとうございました。これからどんどん、当事者セラピストの社会的役割を一緒に想像し創造していきましょう。

次に、4 年間の通信大学生活・論文執筆期間を静かに支えてくれた妻と、いつでも明るくふるまってくれた娘たちに深く感謝を伝えたいと思います。夫婦共働き状態で大学入学を決意し、娘たちの成長や習い事に追われ、そして思いがけない難病の急速な進行・入院からの離職。在学期間は波乱に満ちた 4 年間でした。その間には 3 回の長期リハビリ入院があり、その後も自宅療養が長く続きました。生活もままならない状態で、大学卒業や論文執筆をあきらめようとしたことが何度もありましたが、辛抱強くそばにいて励まし続けてくれたことに本当に感謝しています。精一杯のお礼と愛情を返したいと想います、これからも家族仲良くそばにいてください、よろしくお願いします。

大学の志望動機はまさに、本研究の結論にもあるような自分自身の「自己肯定感」の獲得を目指したものでした。幼少期から抱えてきた「当事者性」と「セラピストへの憧れ」は、「当事者セラピストになる」という道を自然と選ばせました。しかし、その後の臨床や患者活動・難病運動の中で、たくさんのつまづきや揺らぎ、そして当事者セラピストゆえのストレングス(共感性やファシリテーター役割など)・ウィークネス(難病の進行や活動制限など)を感じていきました(山田 [6],p-186～192)。そんな中、多くの当事者セラピストたちとの生々しいディスカッションを通して、自身のアイデンティティを常に揺るがし続ける「当事者セラピスト」とは何なのかを研究テーマに掲げたいと願っていくことになり、また今後の自身のキャリア形成として「学術的に学ぶ」「論文を書く」という作法を身に着けたいと考えるようになりました。

論文指導を受けた今年度一年間に関して言えば、当事者セラピストゆえの「身体機能による制限」というウィークネスが猛烈に発揮されてしまった一年でした。体調不良によりほとんど論文に取り掛かることなく時間が過ぎていき、自身で掲げた研究目的は「強い共感性・親和性」のバイアスにより強烈な心的ストレスとなってしまいました。本研究はただの当事者研究ではなく、「当事者セラピスト」が「当事者セラピスト」を「セラピスト」として研究するものであり、それは当事者セラピストたちの「主観的体験」を受け止めて呑み込んで「客観的かつ分析的」に吐き出していくという作業の繰り返しでした。これは、

幼少期発症の「当事者が専門知識を獲得した当事者セラピスト」である自分にとって、「主観的で感情的」になりがちな非常に難しい作業でした。

こんなひどい心身の状態であるにもかかわらず、いつもにこやかに指導してくださった綿先生には本当に感謝の言葉しかありません。こんな不安と焦りでいっぱいの4年間が、明るいゼミ生仲間と綿先生とともに締めくくれそうなことが嬉しくてたまりません。重ねてお礼申し上げます。今後もどうかよろしくお願いします。

この学びと経験をもとに、つぎのライフステージへ進んでいきたいと考えています。「Charcot-Marie-Tooth 病患者×身体障害者×作業療法士」という「当事者セラピスト」であり一人の「山田隆司という生活者」として、自分らしく今以上によりよく生きていければ幸いです。

■ 引用・参考文献

・ 引用文献

１）NHK（2017）『バリバラ　ホームページ』http://www6.nhk.or.jp/baribara/

２）TED　～Stella Young～（2014）『I’m not your inspiration, thank you very much』https://web.archive.org/web/20160820034625/https://www.ted.com/talks/stella_young_i_m_not_your_inspiration_thank_you_very_much

３）外務省（2014）『わかる！国際情勢「障害当事者の声が実を結ぶとき～障害者権利条約の締結」』
http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/pr/wakaru/topics/vol109/index.html

４）厚生労働省（2000）『「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書』http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html

５）神田太一（2016）『障害を持った人の役割獲得の困難さと獲得方法の背景　―当事者セラピストへのインタビューを通じての考察―』日本作業療法学会抄録集 2016
http://jotc50.mas-sys.com/pdf/endai101556.pdf

６）河原仁志、中山優希、和田美紀、山田隆司ほか（2016）『快を支える　難病ケアスターティングガイド』医学書院

７）押富俊恵・山田隆司（2012）『障害者になって想う「障害受容」』日本福祉大学高浜専門学校同窓会
第 11 回卒後研修会、https://www.netnfu.ne.jp/heart/meeting/h24/kensyu/

８）熊谷晋一郎（2014）『リハビリの夜』医学書院

９）小林純也（2017）『脳卒中患者だった理学療法士が伝えたい、本当のこと』三輪書店

10）関啓子（2013）『「話せない」と言えるまで』医学書院

11）関啓子（2014）『まさか、この私が』教文館

12）田中順子（2013）『患者と治療者の間で』三輪書店

13）山田規畝子（2009）『文庫版　壊れた脳　生存する知』角川ソフィア文庫

14）押富俊恵（2013）『患者と治療者の間を生きる』OT ジャーナル　Vol.47-No.8~12

15）関啓子（2003）『失語症を解く』人文書院

16）田島明子、熊谷晋一郎、田中順子ほか（2014）『「存在を肯定する」作業療法へのまなざし』三輪書店

17）アイザックス症候群患者会（2010）『りんごの会　ホームページ』
https://ringonokaiisaacs.wixsite.com/rinogo-no-kai

18）Charcot-Marie-Tooth 病患者会（2008）『CMT 友の会　ホームページ』www.j-cmt.org/

19）Wikipedia（2017）『ピアサポート』https://ja.wikipedia.org/wiki/ピアサポート

20）京都府立医科大学大学院神経内科学教室（2009）『シャルコー・マリー・トゥース病の

診断・治療・ケアに関する研究　ホームページ』http://www.cmt-japan.com/
21）CMT 診療マニュアル編集委員会（2010）『シャルコー・マリー・トゥース病診療マニュアル　第 1 版』金芳堂
22）CMT 診療マニュアル編集委員会（2015）『シャルコー・マリー・トゥース病診療マニュアル　第 2 版』金芳堂
23）脳卒中フェスティバル（2017）『脳卒中フェスティバル 2017　ホームページ』
http://noufes.com/
24）Cross Bridge（2015）『当事者セラピストグループ　Cross Bridge　ホームページ』
https://www.facebook.com/1crossbridge/
25）三鷹高次脳機能障害研究所（2011）『三鷹高次脳機能障害研究所　ホームページ』
http://brain-mkk.net/
26）野口憲一（2012）『「当事者」とはだれか　～「当事者」の絶対化と相対化の相克をめぐって～』
現代民俗学研究　第 4 号, p-83～93
27）松村明（2006）『大辞林　第三版』三省堂
28）Wikipedia（2017）『当事者』https://ja.wikipedia.org/wiki/当事者
29）中西庄司、上野千鶴子（2003）『当事者主権』岩波新書
30）岡知史（2009）『「当事者福祉論」とは何か』日本社会福祉学会　第 57 回全国大会
(資料)http://pweb.sophia.ac.jp/oka/papers/2009/sw/
31）西村愛（2012）『社会福祉分野における当事者主体概念を検証する』
大阪社会問題研究所雑誌　No.645, p-32～42
32）上田敏（1980）『障害の受容　その本質と諸段階について』総合リハ 8,p-515～521
33）加賀谷はじめ（2015）『リハビリテーション的障害論』株式会社 CBR,p-63～80
34）綾屋紗月（2011）『痛みの記憶』現代思想 2011 年 8 月号,p-62
35）熊谷晋一郎ほか（2017）『みんなの当事者研究』金剛出版
36）宮内洋、今尾真弓、飯牟礼悦子ほか（2007）『あなたは当事者ではない　～「当事者」をめぐる質的心理学研究～』北大路書房

・ 参考文献

37）田島明子（2009）『障害受容再考　～「障害受容」から「障害との自由」へ～』三輪書店
38）石川准、長瀬修ほか（1999）『障害学への招待』明石書店
39）中田洋二郎（2002）『子どもの障害をどう受容するか』大月書店
40）池田勝昭、目黒達哉（2007）『障害者の心理・「こころ」』学術図書出版社
41）浦河べてるの家（2005）『べてるの家の「当事者研究」』医学書院
42）石原孝二（2013）『当事者研究の研究』医学書院

43)「障害者のリアルに迫る」東大ゼミ、野澤和弘ほか（2016)『障害者のリアル×東大生のリアル』ぶどう社
44) 綾屋紗月、熊谷晋一朗（2010)『つながりの作法　～同じでもなく違うでもなく～』NHK出版　生活人新書
45）熊谷晋一郎ほか（2017)『他者の理解』at プラス 31,太田出版
46）熊谷晋一郎ほか（2017)『障害者　～思想と実践～』現在思想 2017 年 5 月号,青土社
47）南雲直二（2008)『ものいうからだ　～身体障害の心理学～』講談社
48）小川奈々、中里瑠美子（2007)『わたしのからだをさがして　～リハビリテーションでみつけたこと～』協同医書出版社
49）國分功一郎（2017)『中動態の世界　～意志と責任の考古学～』医学書院
50）有賀リエ（2015～）漫画『パーフェクトワールド』“Kiss”連載中, 講談社
51）阿部一雄（2016)『木の家と太陽と車いす』円窓社

資料：「質問紙」

卒業論文・研究への協力のお願い

対象者様　宛

日本福祉大学通信教育部　福祉経営学部　医療・福祉マネジメント学科　山田　隆司

研究テーマ：疾病・障害体験を持つリハビリ専門職の自己肯定感と社会的役割についての考察
～２つのアイデンティティを持つ「当事者セラピスト」のナラティブから～

このたび、卒業論文の作成にあたり上記研究テーマに関するアンケート及びインタビュー調査を行いたいと考えております。対象者の方には、下記の本研究に関する確認事項をお読みいただき、ご協力いただける場合には別紙「同意書」にご署名ください。ご理解とご協力をよろしくお願いします。

１　研究の目的・意義について

私は、「Charcot-Marie-Tooth 病（CMT）患者」で「身体障害者」であり「作業療法士」です。現在まで精神科病院でリハビリテーションに従事しながら、患者会や研究班にも所属して活動してきました。支援される側（当事者）と支援する側（セラピスト）という２つのアイデンティティを持つことは、自身のストレングスでありウィークネスでもあると感じることが多くありました。

職業選択の際には「当事者体験はセラピストとしての武器だ」と感じていました。また患者会・研究班の活動においてはピアサポートの出来る立場に加えて専門的な視点や知識が役立つと感じてきました。その一方で、症状や障害の変化はセラピストとしての自信を揺さぶり、当事者への強い共感力はセラピストとしての思考や行動を鈍らせることもありました。このような２つのアイデンティティを持つ自分自身を「当事者セラピスト」と仮称し、患者・難病活動や臨床などで数年にわたって活動を続けています。

当事者セラピストを名乗り始めてから、私と同様に２つのアイデンティティを持つセラピストに出会うことが増えました。共通していたのは「自分にしかできないことがあるはずだ」という漠然とした想いと使命感、そして自身の当事者体験を肯定的にとらえて役割を見出そうとする行動でした。「自身の当事者体験は貴重なものだと感じているが、具体的にどう生かしていいのかわからない」「症状や障害の変化とともに臨床家を継続することが難しいと感じることがある」という揺らぎの中で、「発信」「通訳」「つなぐ」などいくつかのキーワードが聞かれています。

私自身も含めて当事者セラピストは、当事者体験に価値や役割を付与していることが多く見られます。いったいどのような点にストレングスやウィークネスを感じ自己肯定感としているのか非常に関心がありました。また、インクルーシブな社会の中で、当事者セラピストだけが担える役割があるのではないだろうかとも感じています。

今研究の目的として、支援される側（当事者）であり支援する側（セラピスト）という２つのアイデンティティをもつ「当事者セラピスト」が、自身の当事者体験をどう捉えどんなプロセスを経て自己肯定感を得ているのか解き明かし、どのような社会的役割を担っていけるのか考え提案したいと考えています。

２　研究の方法・手順について

データの収集方法については質問紙（アンケート）への回答をベースに行います。ご返信いただいた質問紙をもとに、あらためて半構造化面接による個別インタビューを実施する場合があります。個別インタビューの際には“IC レコーダー”にて音声を録音し、筆記による記録も併せて行います。

分析方法については、質問紙の回答とテキスト化した録音内容を検証し、本研究の目的に沿ってデータ抽出や概念化を行い「当事者セラピストの自己肯定感と社会的役割」について考察していきます。研究期間は 2017 年 4 月～2018 年 3 月末を予定しています。

３　対象者へ予測される利益と不利益について

- 予測される利益：本研究結果が、対象者となる当事者セラピスト自身のアイデンティティや社会的役割に対するフィードバックになることが予想されます。希望される場合は、本研究の結果をお送りいたします。
- 予測される不利益：①疾病や障害の体験をうかがい研究に用いるため、プライバシー保護の問題が発生します。②ご自身の経験を振り返っていただくことでの、精神的疲労感や負担感が発生します。③質問紙やインタビューに応対していただくための、時間的負担が発生します。

４　予測される不利益に対する対策について

- 上記①：本研究において、音声の録音、テキスト化した録音内容、筆記による記録など、個人情報の含まれるデータが多数あります。これらは、研究とそれに関連した目的以外では一切使用せず、研究中または研究成果の発表にあたっては個人が特定できないような記載をします。また、プライバシー保護に関しては更に以下の点に配慮します。
  - ○ 解答いただいた質問紙の保管は、原則として施錠の出来る保管庫（書庫）に保管します。
  - ○ インタビュー時には、個室などプライバシーが守られる環境を設定して実施します。
  - ○ 研究中の研究データの取り扱いについては、原則として研究責任者の所有するインターネット接続の出来ないパソコンに保管し、ＩＤやパスワードを設定します。
  - ○ 研究終了後のデータは、原則として 5 年間の保存期間を設定し、期間経過後は適切に破棄します。
- 上記②：記載したくないもしくは話したくない内容について無理に回答する必要はありません。インタビューの際には、リラックスできるような環境づくりを配慮します。
- 上記③：質問紙への回答は、心身ともに時間やゆとりのある状況で行ってください。また、インタビューに関しては 1 時間以内で収まるように配慮いたします。もしインタビュー途中であっても、休息や中止の保証を致します。

５　協力の意思と同意の撤回について

本研究への協力は自由意志でお決めください。また、同意書を提出していただいた後でも、その同意を撤回し研究協力を中止することが可能です。お気軽にお申し付けください。

６　研究結果の公表について

本研究の研究結果は、平成 29 年度の卒業論文として大学へ提出します。その後は、関連学会や関連する学術雑誌、当事者セラピストグループ「CrossBridge」の研修等で公表する予定です。

公表に際しては、前述の通りプライバシーに配慮した記述をし、個人が特定されないようにいたします。

７　研究についての質問

本研究に関する疑問など、どのような点についても納得いくよう自由に質問していただけます。研究の結果に関しても、希望に応じて公開いたします。いつでもご連絡ください。

以上

問い合わせ先

所属：日本福祉大学通信教育部　福祉経営学部　医療・福祉マネジメント学科

研究責任者：山田　隆司（作業療法士）

携帯電話番号：＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊

E-mail：＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

対象者様用

同　意　書

研究テーマ：疾病・障害体験を持つリハビリ専門職の自己肯定感と社会的役割についての考察
～２つのアイデンティティを持つ「当事者セラピスト」のナラティブから～

別紙『卒業論文・研究への協力のお願い』をお読みいただき、以下の項目についてご理解とご協力いただける場合は、所定の箇所にご署名ください。

1 研究の目的・意義について
2 研究の方法・手順について
3 対象者へ予測される利益と不利益について
4 予測される不利益に対する対策について
5 協力の意思と同意の撤回について
6 研究結果の公表について
7 研究についての質問

● 質問紙への回答・インタビューの録音　□同意します　□同意しません
● 研究への協力　□同意します　□同意しません

私は上記内容について、山田　隆司　から説明を受け納得し了承しましたので、この研究に協力・参加することに同意します。

対象者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代諾者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
署名年月日　平成　年　月　日

私は本研究について上記項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

説明者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
説明年月日　平成　年　月　日
研究者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
署名年月日　平成　年　月　日

以上

当事者セラピストに対するアンケート

～自己肯定感と社会的役割について～

このたびは研究へのご理解とご協力をありがとうございます。ご自身の持つ体験や想いなど、以下のアンケートへお答えいただきたいと思います。

＊ 回答と返信方法：回答は、**Wordデータへの直接入力**または**印刷しての自筆記入**でお願いします。返信は、**Wordデータでのメール添付**または**封書での郵送**でお願いします。なお、郵送の場合は、**同意書と同封**していただいて構いません。

1、一般情報

1-1氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1-2年齢：＿＿＿＿歳

1-3性別： 男性 ・ 女性

1-4出身と現住所：＿＿＿＿＿＿（都・道・府・県）出身 ／＿＿＿＿＿＿（都・道・府・県）在住

1-5家族について： 配偶者あり ・ 配偶者なし ／ 子供あり ・ 子供なし

1-6趣味（自由記載）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2、職業に関する情報

1-7職種と経験年数（医療福祉関連の複数の資格を所持している場合はすべて）

①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年）

②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年）

③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年）

1-8勤務先や職域

①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（身体・精神・発達・老年・地域・その他　　）

②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（身体・精神・発達・老年・地域・その他　　）

③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（身体・精神・発達・老年・地域・その他　　）

1-9役職（あれば記載）

○＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1-10その他の社会的役割や活動（医療福祉系に限らず臨床以外に担っている役割や活動）

①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年）

②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年）

③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　年）

3、 疾病や障害に関する情報

1-1診断名と診断時期(複数ある場合はすべて) ＊後日あらためてインタビューする点になります

①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳時）

②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳時）

③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳時）

1-2障害の内容とその出現時期 ＊後日改めてインタビューする点になります

①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳時～）

②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳時～）

③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳時～）

1-3医療福祉サービスの受給状況(診察、リハビリ、手帳、年金など)

○＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4、生活と疾病・障害に関すること

4-1発症や発障した際はどんな生活をしていましたか？

4-2発症や発障した際にどんなことを感じましたか？

4-3発症や発障した際に家族はどんな反応を示しましたか？

5、疾病・障害による体験に関して

5-1何かを失ってしまったような体験はありましたか？何を失ったと感じましたか？

5-2逆に、何かを得たような体験はありましたか？何を得たと感じましたか？

6、臨床業務（または職業選択）と疾病・障害に関して

6-1疾病や障害が臨床業務（または職業選択）に影響していることはありますか？

6-1-1ストレングスとしての影響。特に、きっかけとなるエピソードがあれば教えてください。

6-1-2ウィークネスとしての影響。

6-2ストレングスやウィークネスと分別できないまでも、職務遂行上で”気になること“はありますか？

7、臨床業務以外の活動と疾病・障害に関して

7-1臨床業務以外での活動に影響していることはありますか？

7-1-1ストレングスとしての影響。特に、きっかけとなるエピソードがあれば教えてください。

7-1-2ウィークネスとしての影響。

7-2ストレングスやウィークネスと分別できないまでも、職務遂行上で”気になること“はありますか？

8、疾病・障害体験を活かした社会的な活動に関して

8-1すでに活動していることがあれば教えてください。

8-2これからしてみたい活動があれば教えてください。

8-3これからする必要があると感じる活動があれば教えてください。

8-4これからすることを期待されていると感じる活動があれば教えてください。

9、疾病・障害体験を持つセラピストだからこそ担える社会的役割に関して

8-1すでに実感している役割があれば教えて下さい。

8-2はっきりではなくても、イメージ・予想される役割があれば教えてください。

10、さいごに

8-3生活者としての自身が思い描く将来のビジョンがあれば教えてください。

8-4自分以外の当事者セラピストで、お知り合いがいれば教えてください。

本当にお疲れ様でした、以上です。
ご理解とご協力ありがとうございました。

● **本研究における用語の定義**

- 当事者：自らが疾病や障害など社会福祉における課題を所有し、その解決のために主体的に取り組もうとする人々。
- セラピスト：リハビリテーションに関わる国家資格を保有し、その専門性をもって当事者に関わる専門職（本研究においてはOT・PT・STとする）。
- 当事者セラピスト（仮）：リハビリテーションに関わる国家資格を保有しその専門性をもって当事者に関わる専門職である一方で、自身も疾病や障害など社会福祉における課題を所有しその解決のために主体的に取り組もうとする人々のこと。専門職として関わる対象と、当事者として抱えるニーズの双方に対し、その専門的な知識と当事者の経験をもって、主体的にかかわっていく存在である。
- 疾病・障害体験：自らの持つ疾病や障害に起因する様々な体験＝『当事者体験』のこと。
- 社会的役割：役割（やくわり）又は社会的役割（しゃかいてきやくわり）は社会的な状況で行為者によって概念化される 1 セットに結合した振る舞いと権利と義務のこと（すなわち期待され学習される行動様式）である。（Wikipedia）

提出日：　　年　　月　　日

解答者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・

問い合わせ先

所属：日本福祉大学通信教育部　福祉経営学部　医療・福祉マネジメント学科

研究責任者：山田　隆司（作業療法士）

携帯電話番号：＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊