

認知行動療法における「参加」指向的アプローチに関する研究
—ICFを活用した目標指向的リハビリテーションに基づく支援の展開—

桜美林大学大学院

久保 義郎

3.1.1 参加指向的アプローチの構造と特徴.....	26
3.1.2 CBT と GOA の統合的構成枠組み.....	28
3.2 面接における目標設定の進め方.....	29
3.2.1 価値・参加・下位目標の階層構造.....	29
3.2.2 面接における目標設定のプロセス.....	30
3.3 本研究の研究構成と適用モデル.....	31
3.3.1 研究Ⅰ～Ⅳにおける参加指向的アプローチの適用原則.....	31
3.3.2 各研究の目的と比較構造.....	32
第4章 研究方法.....	35
4.1 研究デザインと実施方法.....	35
4.2 対象者の選定基準とデータ収集方法.....	36
4.3 分析方法.....	36
4.3.1 ICF による構造分析.....	37
4.3.2 再帰的テーマ分析.....	37
4.3.3 分析における透明性.....	39
4.4 研究における倫理的配慮.....	39
第5章 参加指向的アプローチの適用事例と分析（要約）.....	40
5.1 研究Ⅰ：リハビリテーション領域への適用事例.....	40
5.2 研究Ⅰの考察.....	40
5.3 研究Ⅱ：心理療法領域への適用事例.....	40
5.4 研究Ⅰ・Ⅱにおける共通の特徴と支援結果の整理.....	41
5.5 研究Ⅱの考察.....	41
5.6 研究Ⅰ・Ⅱの総合考察.....	41
第6章 参加指向的アプローチの有効性に関する検討と従来モデルとの比較（要約）.....	42
6.1 研究Ⅲ：支援結果の比較検討.....	42
6.1.1 参加目標設定の有無と差異（行動変容がみられた事例）.....	42
6.1.2 本アプローチの適用限界と課題（行動変容がみられなかった事例1）.....	42
6.1.3 本アプローチの適用限界と課題（行動変容がみられなかった事例2）.....	42
6.1.4 行動変容がみられた事例・みられなかった事例の比較検討.....	42
6.2 研究Ⅳ：参加指向的アプローチと従来モデルの理論的・実践的比較.....	43
6.2.1 参加指向的アプローチと問題解決モデルの理論的差異.....	43
6.2.2 実践事例比較による具体的示唆.....	43
6.3 参加指向的アプローチにおける効果要因と課題に関する考察.....	43

目次

第1章 序論.....	1
1.1 本研究の視座.....	1
1.2 認知行動療法の構造と課題.....	2
1.2.1 問題解決モデルの課題と支援の現状.....	2
1.2.2 「参加」を重視した支援視点の意義.....	3
1.2.3 CBT と「参加」概念の整合性.....	4
1.3 問題解決モデルと生活モデルの対比.....	4
1.3.1 問題解決モデルの特徴と課題.....	4
1.3.2 生活モデルの構造と展開.....	5
1.4 目標指向的アプローチ（GOA）の理論的位置づけ.....	5
1.4.1 GOA の定義と成り立ち.....	5
1.4.2 GOA の階層構造と心理学的応用.....	6
1.5 ICF の構造と心理学的支援への意義.....	7
1.5.1 ICF の基本構造と特徴.....	7
1.5.2 「参加」と「個人因子」の支援的応用.....	7
1.6 支援の視点と研究の枠組み.....	8
第2章 理論的枠組み.....	10
2.1 ICF の構造と「参加」概念.....	10
2.1.1 ICF の構造と意義.....	10
2.1.2 「参加」と「活動」の違い.....	11
2.1.3 個人因子のうち「価値」の役割.....	13
2.2 目標指向的アプローチの理論と構造.....	14
2.2.1 上田（1983）から大川（2003）への理論展開と構造化.....	14
2.2.2 生活モデルとしての枠組み.....	16
2.2.3 ICF と GOA の統合的視点.....	16
2.3 CBT との整合と補完関係.....	19
2.3.1 CBT の基本構造と ICF との接続可能性.....	19
2.3.2 CBT と GOA の共通点と相違点.....	20
2.3.3 CBT の展開としての ACT（価値概念と研究動向）.....	21
2.3.4 CBT を補完する参加指向的アプローチの2チャンネル構造（概念整理）.....	22
第3章 方法：参加指向的アプローチの構造と研究枠組み.....	26
3.1 参加指向的アプローチの構造整理.....	26

6.3.1 価値の明確化と参加目標の具体性の2軸による事例の整理.....	44
6.3.2 価値への問いに対する語りのパターンと2軸との対応.....	44
第7章 参加指向的アプローチの理論的再評価.....	47
7.1 事例分析から得られた知見.....	47
7.2 GOA の理論的独自性と参加指向的アプローチへの貢献.....	47
7.2.1 GOA の構造的特徴.....	47
7.2.2 GOA と参加指向的アプローチの統合的意義.....	47
7.3 参加指向的アプローチの理論的貢献と実践的意義.....	47
7.3.1 理論的貢献.....	47
7.3.2 実践的意義.....	48
7.4 心理療法の多様性と統合の可能性.....	48
7.5 価値・参加・活動を基軸とした心理療法の理論的比較.....	49
7.6 参加指向的アプローチによる心理療法の部分的統合の可能性.....	52
第8章 結論と今後の展望.....	54
8.1 本研究の理論的総括.....	54
8.1.1 ICF ・ GOA ・ CBT の統合的理解.....	54
8.1.2 参加指向的アプローチの理論的枠組みと構造.....	54
8.2 研究Ⅰ～Ⅳから得られた実践的示唆.....	55
8.2.1 研究Ⅰ～Ⅳから得られた実践結果と展開.....	55
8.2.2 汎用性と応用の可能性.....	55
8.3 今後の課題と展望.....	56
8.3.1 理論的課題（支援構造・分類・測定など）.....	56
8.3.2 実践的課題と今後の研究の方向性.....	57
第9章 総合的結論.....	59
引用文献.....	59

第1章 序論

1.1 本研究の視座

本研究は、問題解決モデルを基盤とする心理学的支援、特に認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) に対して、クライアントが価値を置く生活像を起点に「参加」を支援目標として構成する「参加指向的アプローチ」を提案し、多重事例研究により検討するものである。

理論的基盤として、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF) は生活機能を「心身機能・身体構造」「活動」「参加」と環境因子、個人因子の相互作用として捉える枠組みである (World Health Organization, 2001)。また、目標指向的アプローチ (Goal-Oriented Approach; GOA) は、最上位目標として ICF の「参加」を据え、そこから「活動」「心身機能」等の下位目標を階層化する支援枠組みである (大川, 2002, 2003; 上田, 1983, 1992a, 1992b)。本研究では、GOA が「参加」を起点にするのに対し、ICF の個人因子にも含まれる価値の探索を面接開始時点で行い、クライアントの価値に根ざした参加目標を設定することを原則とする。ICF および GOA の詳細は第2章で述べる。

面接は、原則として「どうなれたら幸せだと思いますか」「大切にしたいことは何ですか」といった価値への問いを起点に進め、価値が反映された参加目標を具体化し、その実現に向けた活動目標 (「参加」に繋がる活動・行動) を協働で設計する。さらに、必要に応じて心身機能への働きかけや環境調整を位置づける。他方、標的となる問題 (症状・行動) が明確で、かつ生活上の困難の主要因と考えられ、改善目標について合意が成立する場合には、問題解決モデルに基づく手続きを優先する。

本研究の目的は、ICF と GOA を理論的基盤とした参加指向的アプローチを提案し、領域横断、および異なる支援者による多重事例研究として適用可能性を検討することである。仮説として、支援の目標を価値に根ざした参加とすることで、参加の実現に向けた行動変容が得られるとする (「問題解決」はその結果として得られることもあるが、一義的とはしない)。分析は、ICF による構造分析と再帰的テーマ分析 (Reflexive Thematic Analysis; RTA) (Braun & Clarke, 2006, 2019, 2021) により行う。

本研究の効果測定は、量的指標を用いていないため、支援の結果として価値と参加目標に沿った行動変容が確認された場合を本アプローチの効果と操作的に定義する。価値と参加目標に沿った行動変容が確認された例/確認されなかった例の比較においては、(a) 価値の明確化 (価値の言語化の程度)、(b) 参加目標の具体性 (活動レベルに翻訳されている程度) を主要な比較軸として位置づける。

なお、本研究では、参加指向的アプローチを CBT に付加して用いるだけでなく、既存の心理療法に「第2のチャンネル」として追加・並走し得る枠組みとしての可能性を提案し、心理療法の部分的統合の可能性を検討する。研究倫理として、対象者 (および保護者等) には論文化する旨を説明し了承を得たうえで、個人が特定されないように属性等を一部修正して記述する (本要約版では、該当する第5章・第6章を要約する)。

1.2 認知行動療法の構造と課題

1.2.1 問題解決モデルの課題と支援の現状

これまでの心理学的支援では、クライアントの「問題」を明確にし、その解決や低減を支援の目標とする枠組みが重視されてきた。このような発想は、ソーシャルワークにおいて Perlman (1957) が problem-solving process として体系化し、問題解決モデル (problem-solving model) としても論じられてきた。問題解決モデルでは、問題の明確化、目標設定、介入、評価/再評価という枠組みが重視される (D'Zurilla & Nezu, 2007; Persons, 2008)。

一方で、価値を重視する理論の系譜 (実存主義・人間性心理学など) は早くから存在してきた。しかし、実践における手続きや評価の水準では、価値や希望を具体的な生活目標や行動、環境調整へと体系的に接続したり、標準化された指標で評価する方法は、必ずしも十分には整理されて来なかった (Cuijpers, 2019; Kazdin, 2012)。

問題解決モデルの典型的なアプローチとして CBT が挙げられる。CBT は、行動療法 (Behavioral Therapy: BT) の技法に認知的技法も取り入れることで、不適応反応の低減や適応行動の形成・強化を目指す体系として発展してきた (Hofmann et al., 2012; 熊野, 2019; 坂野, 1995)。

CBT の基本的な構造は、行動変容を重視する行動療法の枠組みに基づき、レスポンド条件づけやオペラント学習の原理に則った技法 (例:曝露反応妨害、行動活性化、セルフモニタリングなど) に、認知再構成法などの認知的技法を統合することで、多様な症状や文脈に柔軟に対応できる。また、介入選択に先立って臨床的に意味の大きい標的行動を見極める視点が重視され、この観点は行動療法の枠組みで理論的に整理されている (Bosch & Fuqua, 2001; Kazdin, 2012)。国内の概観として、BT と CBT の構造の相違 (機能分析を基盤とする行動論的手続き/認知過程への働きかけの統合) が簡潔に整理されている (熊野, 2019)。このように支援が構造化されやすい一方で、心理療法研究の多くがアウトカムとして症状低減に焦点化してきたこと、また、本人が重要とみなす結果に関する研究が相対的に少ないことが指摘されている (Cuijpers, 2019)。たとえば、復職を目指すうつ病のクライアントに対し、目標表の作成や行動活性化によって活動量を増やす支援が行われることは多い。しかしこの点について、Gaudiano (2008) は、伝統的 CBT が機械論的であると批判があることを紹介しており、Malik et al. (2021) は、行動活性化の計画・実施においては、本人にとって重要な活動と社会文脈要因を考慮する必要があると述べている。また、Widnall et al. (2020) は、特に伝統的 CBT について、症状の低減に比して well-being の改善が小さいことを示し、介入目標として well-being 強化への重点づけを高める必要性を示唆している。すなわち、伝統的 CBT は短期的効果や症状の改善には有効だが (Beck, 1976)、クライアント本人が重視する生活上の目標や生活文脈を、支援目標にさらに明確に反映させる必要性が示唆される。

また、現在の CBT 実践の多くが短期的構造を基本とし、より少ないセッション数で

の「効果」が求められる中では、個別性の高い目標や柔軟な支援構造の導入が困難となりやすい (Hayes & Hofmann, 2021; Kazdin, 2008; 西山, 2018; Persons, 2008)。

これは、CBT が客観性と標準化を指向した「マニュアル化」を推進してきたことに伴う課題の側面とも言え (Persons, 2008)、支援者が設定した支援構造にクライアントを「当てはめる」ことも繋がりやすい。その結果、「その人がどう生きたいか」という文脈を共有する機会が得にくい場合もあると考えられる。

このような問題解決モデルの課題に対して、近年では「参加」や「役割再獲得」などを中心に据えたアプローチが注目されつつある。リハビリテーション領域における ICF の導入もその1つと言え、支援実践に新たな視点を与えている (World Health Organization, 2001; 上田, 2005)。次節以降では、このような参加概念の広がり、その背景となる生活モデルの構造について詳述する。ICF の図を Fig.1-1 に示す。

1.2.2 「参加」を重視した支援視点の意義

「問題解決モデル」に基づく支援は、クライアントの抱える困難や不適応行動を定義し、その改善を目指す構造が明快である一方で、生活全体に関わる視点が十分ではないという批判を受けてきた。このような中、「参加 (participation)」という視点が注目される。「参加」とは、ICF において「生活場面への関与 (involvement in a life situation)」を意味し、個人が社会の中で役割を持ち、他者や環境と関わりながら生活することを指す。その実現を支援の中心に据えることで、生活そのものの回復や構築が視野に入る (Granlund & Imms, 2024; 上田, 2005; World Health Organization, 2001)。特に ICF では、「参加」は心身機能や活動と並ぶ中心要素として位置づけられ、生活機能を環境因子等との相互作用として捉える枠組みの中で、支援の焦点を生活場面の関与へと広げる視点を与える (Imms et al., 2017; World Health Organization, 2001)。この考え方は、医学的モデルが主に症状や能力の程度を評価することに対し、生活の質や役割実現といった「生きること」の全体像を評価・支援対象とする点で相違がある (Kostanjsek, 2011)。

心理学的支援における参加視点の導入は、支援の目標そのものを再構成する契機となる。たとえば「不安を減らす」「外出できるようにする」といった目標に加えて、「友人と映画に行く」「地域のボランティア活動に復帰する」など、具体的な生活像を中心に据えた目標が導入されることで、支援の質と方向性が大きく変化し得る。さらに、「参加」視点は目標の意味づけと主体性の回復にも寄与する。自らの価値観に基づき生活目標を設定し、それを共有・実現していくプロセスは、クライアントのエンパワメントを促し、単なる不適応行動の低減以上の変容を可能にする (Leamy et al., 2011; 砂原, 1980)。ここでいう「価値」とは、クライアントが人生において大切にしたいと感じる事柄や、生き方の指針を指す (Hayes et al., 1999; Wilson & Murrell, 2004)。

本研究では、これらの要素を支援構造に取り入れる視点を重視する。このような参加重視の支援構造は、生活モデル的な実践の核であり、たとえば生活臨床 (伊勢田ほか、

2012) や地域精神保健 (池淵, 2024) においても注目されている。

心理学的支援においても ICF や目標指向的リハビリテーションにおける目標指向的アプローチ (Goal-Oriented Approach: GOA) との接続を通じて、その展開が可能であるということが本研究の仮説である。

1.2.3 CBT と「参加」概念の整合性

CBT は従来、不適応行動や症状の軽減を目的とした短期的介入が中心であったが、一部では、社会参加を組み込んだプログラムも、多職種連携のもとで社会参加や就労など生活上の目標を扱う実践もみられる (Chen et al., 2022; 岡田ほか, 2022)。例えば、行動活性化技法は、日常生活の中で実行可能な活動を段階的に増やす技法として位置づけられる (Addis & Martell, 2004; Martell et al., 2022)。また、曝露反応妨害法の適用を通じて生活上の行動範囲が拡大した報告もある (瀬口, 2020)。

一方で、従来の CBT の構造では、不適応行動や症状の軽減を主目的とした目標設定が中心となることが多く、生活文脈や価値が十分に反映されにくい (西山, 2018; Widnall et al., 2020)。このため、CBT の構造の中に「参加」や「価値」に基づく目標設定をいかに取り込むかが課題となっている (Hayes et al., 2006; Martell et al., 2022; Widnall et al., 2020)。

この点において、目標指向的アプローチ (GOA) における階層的目標構造の導入は、CBT における目標設定の枠組みを拡張する可能性を持つ。すなわち、GOA における「参加」→「活動」→「機能」の階層的構造は、CBT における行動目標の意味づけを深める手がかりとなり得る (大川, 2003; 上田, 2005)。

本研究では、CBT の枠組みにおける実践的整合性を維持しながら、「参加」概念を中核に据えた支援目標の再構成を試みる。この視点は、CBT の実践的知見の蓄積を生かしながら、生活の改善や生活への関与に繋がる支援構造の構築を目指すものである。

1.3 問題解決モデルと生活モデルの対比

1.3.1 問題解決モデルの特徴と課題

問題解決モデルは、クライアントが抱える困難や症状を問題として定義し、それを明確化・分析しながら解決へ導く支援構造である。このモデルは、評価・計画・介入・再評価の構造化されたサイクルを特徴とし、効果指標としては症状の軽減や機能改善が重視されることが多い (D'Zurilla & Nezu, 2007; Persons, 2008; Cuijpers, 2019)。

CBT の枠組みでは、特定の不適応行動に対して技法を適用することが中心となりやすく (たとえば、不安にはエクスポージャー法、うつには行動活性化など)、目標設定も支援者が主導的役割を担うことが多い。これにより、短期的な効果が得られやすい一方で、クライアントの個別の価値観や長期的生活像を目標設定に十分反映することが困難な傾向がある (Kazdin, 2008; Persons, 2008)。さらに、介入効果の指標として症状や行動など測定可能な変数が優先されやすいこと、および生活の質 (quality of life) を

指標として位置づける必要性が指摘されている (Schwartz & Kelly, 2021)。このため、本人の語りや希望が支援のプロセスに十分に取込まれず、生活の中での再適応が不十分なまま終了する支援もあると考えられる。

これらの課題を乗り越えるには、クライアントが「どう生きたいか」という生活上の希望を出発点とし、それを中心に据えた支援構造の採択が求められる。

1.3.2 生活モデルの構造と展開

生活モデル (life model) は、もともとソーシャルワークの概念で、クライアントの生活状況や環境との関係に着目し、生活全体の質を高めることを目的とする支援モデルである (Germain, 1973; Gitterman & Germain, 2008; 袴田, 2011; 石川, 2019; 久保・副田, 2005)。このモデルでは、「問題の除去」ではなく「望ましい生活の実現」を出発点とする点が特徴である (宮田, 2001; 上田, 1983, 1992a, 1992b)。

ICFにおける「参加」や「活動」の構造は、まさにこの生活モデルの視点と合致しており、クライアントが社会の中でどのような役割を果たし、どのように関わっていくかに焦点が当てられる (Imms et al., 2017; 大川, 2003)。たとえば「地域の催しに参加したい」という希望を支援する際、単に移動能力を高めるのではなく、行事へのアクセスや安心して参加できる環境づくりも含めた支援が求められる (Gitterman & Germain, 2008; Hammel et al., 2015)。

このような視点は、GOAとも親和性が高く、最上位目標として「参加」を据え、そこから「活動」や「心身機能」へと段階的に展開していく構造をとる (上田, 2005)。ここでの目標は単なる行動目標ではなく、「その人らしい生活の実現」を意味し、ICFの概念と融合した支援の枠組みを形成する。

また、生活モデルでは環境因子や個人因子への介入も重要視される。これは、本人の生活機能が社会的・制度的環境の影響を受けやすいためである。具体的には、職場や家庭環境の調整、支援資源の活用、本人の価値や文化的背景への配慮などが含まれる。

このように、生活モデルはICFとGOAを共通する理論的基盤であるとともに、「参加」の実現に向けた支援構造を具体化する枠組みであり、本研究が構築する「参加指向的アプローチ」の根幹となるものである。

1.4 目標指向的アプローチ (GOA) の理論的位置づけ

1.4.1 GOAの定義と成り立ち

本研究において基盤とするGOAは、リハビリテーション領域において提唱された枠組みで、もともと「目標指向的リハビリテーション」(goal-oriented rehabilitation)の一種でもある。目標指向的リハビリテーションという概念自体は1970年前後から見られるが (Kiresuk & Sherman, 1968; Siegert & Levack, 2014)、初期の文献における「目標」の概念は現在のGOAが重視する「参加」やQOLを軸とした主体的な社会的参加を促進するものとは異なる。本研究では、ICFおよび生活モデルに基づいた構造

を持つGOAに着目する。

GOAは、クライアントが望む生活の実現を最上位の目的に据え、その実現に必要な下位目標を段階的に構造化して支援する方法である (上田, 1983, 1992a, 1992b; 大川, 2002, 2003)。上田 (1992a) は、明確に「目標指向的アプローチ」という語を用いているが、同時に「(GOAは) 私1人の頭の中から捻り出したものではなく、東京大学リハビリテーション部の診療実践の中から、その理論家の努力を通して生まれてきた集団的な産物である」とも述べている。この点に関連して、砂原 (1980) は「リハビリテーションは単なる機能回復ではなく、人間の尊厳を取り戻すこと」であり、「その後の生活の質や社会復帰までを含めて考えるべき」と述べていることから、GOAは、砂原や上田と彼らに続く、たとえば大川らによって案出・実践・検証、そして理論化を繰り返して発展して来たと考えられる。

上田 (1992a) は、医学モデルにおける問題指向型支援に対し、「生活の設計」としてのゴールを中心に据えた支援構造の必要性を指摘し、従来の機能回復や訓練中心の支援から、個人の人生の質に焦点をあてた目標指向型への転換を提唱している。また、「ニード (本当に必要なこと)」と「ゴール (望む生活)」は相互に結びついて構造化されるべきであるとし、個別性を尊重した目標の設定が重要であることを示している。

この考え方は、大川 (2002, 2003) により、ICFの構造と統合され、リハビリテーション実践における包括的な支援枠組みとして展開された。大川は、GOAの構造を「参加」→「活動」→「機能」というICFの階層と接続し、支援目標の明確化と生活文脈への接続の必要性を強調している。

このように、GOAはリハビリテーション実践において、支援者とクライアントが対話的に目標を設定し、その実現に向けて支援を構造化するアプローチであり、心理学的支援においても応用可能な理論的基盤を提供するものである。ただし、留意すべき点として、上田 (1992a) は、「問題指向から目標指向へ」と題して論じているが、同時に「目標指向的アプローチは、問題指向的システムと対立・競合したり、それを排除しようとしたりするものではないということである。」とも述べており、本研究も同様の姿勢である点を強調しておきたい。

1.4.2 GOAの階層構造と心理学的応用

GOAにおける支援構造の特徴は、「参加」「活動」「心身機能」という階層的目標構造にある。これは、ICFの生活機能モデルと対応しており、最上位目標に「参加」(役割の獲得・再構築)を据える点に特徴がある (大川, 2003; Siegert & Levack, 2014; 上田, 2005)。

この階層構造では、まずクライアントが実現したい生活上の目標 (例:「地域の集まりに参加したい」)を設定し、それを支える活動目標 (例:「外出の習慣をつける」)や機能的要素 (例:「長時間歩行が可能」)が段階的に導き出される。こうした構造は、目標の意味づけを明確にするとともに、クライアントの自発的動機づけを維持する上でも

有効である (Ryan & Deci, 2000; Levack et al., 2006)。

また、GOAは単なる評価やプログラム設計ではなく、クライアントとの協働による「対話的目標設定」を重視する。とりわけ、初期面接においてクライアントの価値や理解・期待を丁寧に探索した上で目標について合意することが、支援関係の形成と動機づけを促し、支援全体の質を高める (Holliday et al., 2007; Levack et al., 2006; Pollock et al., 1990)。こうした参加目標は、人生の目的・自己成長・自律・環境調整といったエンダイモニックなwell-beingを到達点とする立場とも整合する (Ryff & Singer, 2008)。このようなGOAの構造は、心理学的支援においても適用可能である。従来の症状や課題遂行に主眼を置いた支援だけでは捉えきれなかった、クライアントの生活全体を対象とする指針として、本研究はGOAを「参加指向的アプローチ」の基礎に位置づける。

1.5 ICFの構造と心理学的支援への意義

1.5.1 ICFの基本構造と特徴

ICFは、World Health Organization (2001) によって採択された国際的な生活機能分類であり、従来のICIDH (国際障害分類) を再構成する形で登場した。ICFは「健康の構成要素の分類」と位置づけられ、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」に加え、「環境因子」「個人因子」の5要素から構成されている (Fig.1-1)。

ICFの特徴は、従来のように「障害」や「欠損」に着目するのではなく、生活全体における機能的な実現度、すなわち「生活機能 (functioning)」の全体像を多面的に評価する点にある。たとえば、歩行能力があっても社会活動に参加していなければ「参加」の制限があるとみなされる。このように、能力 (capacity) と実行状況 (performance) を区別して評価する構造が、ICFの中核にある (World Health Organization, 2001; Kostanjsek, 2011; 大川, 2003)。

ICFは、心身機能や症状のみに着目する医療モデル (=問題解決モデル) では捉えきれない「生活者としての人間」の支援に理論的枠組みを提供しており、心理学的支援への応用においても、問題解決モデルとは異なる発想を導入する可能性を有している。

1.5.2 「参加」と「個人因子」の支援的応用

ICFの「参加」概念は、心理学的支援においても、単なる行動の遂行にとどまらず、社会的文脈における役割や関与を支援の焦点に含める視点を与える (World Health Organization, 2001; 上田, 2005)。その結果、「何ができるか」に加えて「どのように生きたいか」を目標設定に取り込みやすくなる。

また、「個人因子」はICFにおいて明確な分類体系が示されていないが (World Health Organization, 2001)、価値観・性格・生活歴・動機づけなど、行動や目標選択に大きな影響を与える要素である (大川, 2003; 上田, 2005)。したがって、心理学的支援においては、個人因子を考慮して参加目標や活動目標を設定する必要がある。近年の支援モデルにおいても、クライアントの価値や希望に即した目標設定の重要性が指摘されてい

る (Skoumal et al., 2024)。

特に、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (Acceptance and Commitment Therapy: ACT; Hayes et al., 1999) における「価値の明確化と行動選択」のプロセスは、ICFの個人因子と参加の枠組みと親和性が高く、本研究においてもGOAとの接続点として注目される。

このように、ICFの構造は、生活全体の理解と個性の尊重を支援に組み込むための包括的枠組みとして、心理学的支援における「参加指向的アプローチ」の理論的背景を提供するものである。

1.6 支援の視点と研究の枠組み

本研究では、初期の面接における価値の明確化を出発点とし、クライアント自身の語りや志向をもとに、支援目標を対話的に構成していく視点を重視する。

その上で、実際の面接記録をもとに、価値や目標の言語化、および行動変容との関係性を整理することで、GOAの構造を活用したアプローチが、支援にどのように寄与しているかを検討する。このような視点は、問題解決モデルの限界を補完する新たな選択肢の一助となるものである。

なお、本研究における分析方法については第4章で詳しく述べる。

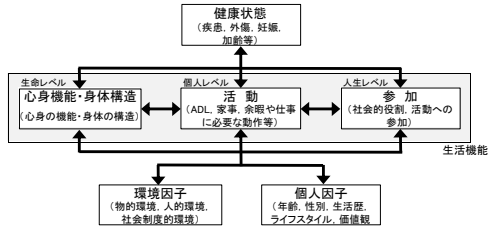


Fig. 1-1 ICF とその構成要素間の相互作用 (厚生労働省, 2002 を引用改変)

第2章 理論的枠組み

2.1 ICF の構造と「参加」概念

2.1.1 ICF の構造と意義

本項では、ICF の構造と基盤とする理論、および意義について確認する。ICF は、1980 年に提示された国際障害分類 (ICIDH) に代わる新たな概念枠組みとして提示され、「健康」や「障害」を個人の問題に帰属させず、生活機能や社会参加を含む包括的な視点から捉え直したものである (Imms et al., 2017; Kostanjsek, 2011; World Health Organization, 2001)。

ICF の構造は、「健康状態」のほか、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 つの生活機能、および「環境因子」と「個人因子」を含む 5 つの要素から構成されている。これらの構成要素は、相互に影響し合いながら、個人の健康状態や生活状況を形づくるモデルとして理解される。たとえば、「心身機能・身体構造」に障害があっても、環境調整や支援があれば「活動」や「参加」が可能となるように、ICF は構成要素間の相互作用を前提とする枠組みとして理解される (World Health Organization, 2001; 厚生労働省, 2002; 大川, 2003)。

この分類体系においては、「活動 (activity)」は「個人による課題や行為の遂行 (the execution of a task or action by an individual)」、「参加 (participation)」は「生活場面への関与 (involvement in a life situation)」と定義されているが、現実の文脈では両者の境界は明確でない。実際の運用において、その区別が各支援場面の解釈に委ねられている (World Health Organization, 2001; Imms et al., 2017; Ueda & Okawa, 2003)。この柔軟性は、ICF が多様な文脈で活用されることを可能にする一方で、実践上の概念的混乱を引き起こす可能性も併存する。この点については、次項で再考する。

ICF の意義は、障害を「生活機能の制限」として捉えることで、治療モデル中心の視点から「生活モデル」への転換を促す点にある。従来の医療モデルが「できないこと＝障害」とみなしていたのに対し、ICF は、「その人がどのように生きているか」や「社会にどう関与できているか」という観点から支援の焦点を再定義した (Ueda & Okawa, 2003)。茂木 (2012) は ICF を基として、障害を個人内の欠如ではなく生活文脈との相互作用として把握し、心身機能・活動・参加の連続的評価と環境調整を含む支援設計の重要性を述べている (p.17)。この視点は、多職種間で共有可能な枠組みとして、臨床実践、研究、教育における活用が報告されている (Allan et al., 2006; Kostanjsek, 2011; Simon et al., 2024; World Health Organization, 2013)。

さらに、ICF が専門職間で共通利用できることは、国際的に多くの文献で示されている。Allan et al. (2006) は、ICF が「共有言語かつ概念的枠組み」を提供し、専門枠を超えた協働を可能にすると述べている。World Health Organization (2013) による実践マニュアルも、ICF は特定の専門職に属さず中立的で、教育や臨床に導入することで階層構造を変え、共同実践を促進するとしている。Leonardi & Fheodoroff (2021) は、脳血管障害のリハビリテーションで ICF が「共通言語」「共有記録システム」とし

て多職種協働を支えることを示している。以上は ICF の高い専門職間汎用性を示唆している。Table 2-1 は、リハビリテーション領域における ICF の汎用性を示すもので、主要職種が相対的に中心となって担う領域を示している (厚生労働省, 2006; Simon et al., 2024; 上田, 2005; World Health Organization, 2001 を元に作成)。医師・看護師は健康状態の診断・医学的管理を軸に、活動・参加・個人因子にも関与する。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は心身機能・身体構造への介入と活動の獲得を主眼とし、特に作業療法士は活動・参加への関与が強い。ソーシャルワーカーは制度・資源・家族・地域など環境因子の調整を中心に参加の実現を支援する。心理職は、価値・動機づけ・生活歴に基づいて評価・理解を行い、活動方略の設計や環境調整を支援し、参加の実現に寄与する。なお、記号は職域の排他性を示すものではなく関与の度合いの目安であり、クライアントの状態・文脈・体制により実際の分担は変動する。

本研究においては、この ICF の構造を単なる分類枠組みとして参照するのではなく、「参加」と「個人因子」という 2 つの要素を基盤に、目標設定および心理学的支援構造の再構成を試みる。すなわち、「望ましい生活」や「意味ある変化」の実現を指標とする支援を設計する上で、ICF の枠組みは理論的かつ実践的基盤として位置づけられる。

2.1.2 「参加」と「活動」の違い

「活動」と「参加」は、ICF 分類表において「活動・参加」項目として同一コードで示されるが、その背景には「生活機能は連続的であり、支援場面ごとに柔軟に解釈されるべきである」という基本思想がある (Imms et al., 2017)。

しかし、実際の現場では、両者を区別することが理論的にも実務的にも重要である。Levack et al. (2006) は、リハビリテーションにおける目標計画 (goal planning) に関して、目標設定をめぐる議論では「目的 (purposes)」と「成立メカニズム (mechanisms)」を区別して検討する必要性を指摘している。これを踏まえ、本研究では ICF の枠組みに沿って、「参加」を上位の目標 (目的) として、「活動」をその達成に向けた遂行可能な行為 (手段) として位置づける。このような階層的視点は、GOA の目標構造とも整合する。たとえば、「コンサートに行く」という「参加」目標の下位には、「バスに乗れる」「外出の準備ができる」といった「活動」目標が配置される。

また、「活動・参加」には「performance (実際の生活状況における遂行)」と「capacity (標準化された環境における遂行能力)」という区分がある (World Health Organization, 2001; 大川, 2003)。これにより、同じ活動でも文脈や環境因子によって達成可能性が変化する (Imms et al., 2017; Simeonsson et al., 2003)。たとえば、ある人が「会議に出席できる」という能力 (capacity) を持っていて、会場に段差がある。支援者がいないなどの環境によっては実際の遂行 (performance) が妨げられることがある。従って、「参加」は身体的機能に限定されず、「どのような環境で」「どのような役割を果たすか」という社会的文脈との関係で捉えられるべきである。

Table 2-1 リハビリテーション領域で専門職が主に関わる ICF の要素

職種	心身機能・身体構造	活動	参加	環境因子	個人因子	主な役割
医師	◎					診断、薬物療法管理、治療全体の統括、治療方針決定、最終判断
看護師	○	◎		◎	○	日常生活支援、服薬管理、症状モニタリング
理学療法士	◎	◎		○		運動・移動機能の評価・訓練、歩行・移動と日常生活の自立に向け支援
作業療法士	◎	◎	◎	○		活動プログラム作成、生活機能訓練、参加促進
言語聴覚士	◎	○				言語・聴覚・嚥下を評価訓練し、会話と食事の自立に向け支援
ソーシャルワーカー		○	◎	◎	○	社会資源紹介、退院支援、就労・福祉サービス連携
心理職	○	◎	◎	◎	◎	心理評価・予防、価値に基づく目標設定と行動変容で参加を促進し、環境調整・環境調整・多職種連携

◎ 特に関係する ○ 関係する

日本においても、参加という視点を支援の中核に据えようとする試みは早くから存在しており、宮田（2001）は療育の分野で「その人にとっての意味ある変化」を重視する生活支援の必要性を主張している。

本研究においては、「参加目標」を単なる社会的関与としてではなく、本人の価値に根ざした意味ある生活の（再）獲得として位置づける。そして、その実現に向けて下位目標を階層化することで、価値から行動への論理的接続を明確化する。こうした視点は、生活モデル的支援の中で、CBTの技法の文脈的応用を可能にし、支援の意義を生活の中に取り戻す試みとなる（久保, 2015）。

2.1.3 個人因子のうち「価値」の役割

ICFにおける「個人因子」は、年齢、性別、信念、性格、価値観、生活歴など、個人に固有の背景要因でありながら、公式な分類表には含まれていない。World Health Organization（2001）では、個人因子は分類されておらず、標準化が困難であるとされている。

しかし、支援においては、個人因子のうち特に「価値」が支援目標の構成や行動選択の動機づけに関与することが指摘されている（大川, 2003; Skoumal et al., 2024; 上田, 2005; Ueda & Okawa, 2003）。本節でいう「価値」とは、個人が何を重要と考えるかという主観的な基準であり、同じ行動であっても、どのような価値に基づいて選択されたかによって、その意味づけが異なる。

心理学的支援の文脈では、価値は行動選択の基準として位置づけられ、意味のある行動を選択し続けることを支える概念として扱われる（坂野・武藤, 2012）。ACTは、価値に沿った行動の選択を介入プロセスの中核に位置づける点で、価値概念の整理が明確なアプローチの1つである（Hayes et al., 1999, 2012; Wilson & Murrell, 2004）。

このような価値の位置づけは、ICFの「個人因子」との親和性を持つ。すなわち、環境因子が外的な条件を表すのに対して、個人因子のうち価値は、支援目標や行動・参加の意味づけを方向づける内的な選択基準として機能し得る。これにより、行動や参加目標の意味づけが、個人の主観的文脈に基づいて形成されることになる。

さらに、ICFとGOAの接続においても、参加目標の内容は、クライアントの生活上の希望や価値観によって方向づけられるべきである。GOAでは「参加」を最上位の目標として、それを支える「活動」や「心身機能」の目標が段階的に設定されるが、その階層化は、クライアントの価値観を含む個人因子との整合のもとで構成されることが要請される（大川, 2003; 上田, 2005）。したがって、価値は、ICFやGOAの形式的構造を、個人因子を含む文脈的な支援構造へと接続する要因として位置づけられる（大川, 2003; Skoumal et al., 2024; 上田, 2005; Ueda & Okawa, 2003）。

本研究では、面接で得られる価値に関する情報を、参加目標の設定に用いる。このように価値と目標を区別し、価値を行動選択の基準として位置づける整理は、近年のCBTの展開の中でも扱われてきた。以降では、目標の階層化（GOA）と生活機能の構造化

(ICF)を踏まえつつ、CBTの目標設定との接続可能性を整理し、価値に関わる情報を参加目標と活動・行動目標へ接続する支援構造について提示する。

2.2 目標指向的アプローチの理論と構造

2.2.1 上田（1983）から大川（2003）への理論展開と構造化

目標指向的アプローチ（Goal-Oriented Approach: GOA）は、上田（1983）によって体系化された支援モデルであり、従来の「機能回復中心の理学療法」への反省を踏まえて構想されたものである。上田は、障害や病気からの回復を単なる機能的改善に限定せず、その人にとっての「望ましい生活」の実現を最終的な目標とする立場を明確にした。特に、理学療法・作業療法の文脈において、治療的介入を「生活への再統合」のための手段として位置づけ、「最終目標」「中間目標」「短期目標」からなる階層的目標設定モデルを提示している（上田, 1992a, 1992b）。

このモデルは、ICFにおける「参加」「活動」「心身機能」の3層構造と対応し、機能回復から社会的役割の再獲得までを一連のプロセスとして捉える視点を提供する。大川（2002, 2003）は、上田の概念を引き継ぎ、GOAとして理論的に再構成した。大川は、GOAを「個人が望む生活像の実現に向けて段階的に目標を設定し、行動的支援を組織化する構造」として定義し、ICFの枠組みとの整合性を示した（大川, 2003）。

また、GOAの構成は最終的な生活目標を明確化し、その実現に必要な下位目標や支援手段を逆算的に構成する点で、教育領域における「backward design」に類似している（大川, 2003; Wiggins & McTighe, 2005）。このように、最終的に実現したい結果を起点として支援や実践を構成する発想は、異なる領域にも類似して認められ、その汎用性と有用性を示唆している。

GOAの具体的な実施手順として、大川（2003）は利用者と家族との共同作業による5段階のステップを提唱している。まずStep 1では、具体的な生活行為の実行状況である「している活動」を聴取し、続いてStep 2において、「できるはずがないと思わずに言ってみてください」と問いかけ、本人にとって望ましい生活像としての「希望」を確認・記入する。次にStep 3で専門家が評価した「できる活動（能力）」を説明した上で、Step 4において「どのような人生を創っていくのか」という「参加」レベルの主目標と、それに直結する「する活動」を共同決定する。最終的なStep 5でリハビリテーションチーム全体の方針としてのプログラムを決定し、計画の交付、実行、および定期的な再確認と見直しを繰り返す循環的なプロセスを進める。

以上のように、上田の原型モデルと大川による理論的洗練を通じて、GOAは単なる医療モデルの枠を超えて、生活モデル的支援の基盤となる構造を備えるに至ったと言える。本研究では、GOAのこのような階層構造および参加指向性を、心理学的支援文脈に応用することにより、クライアントの主観的価値に基づいた目標設定と支援構造の実践的可能性を検討する。このGOAの概念図をFig. 2-1に示す。

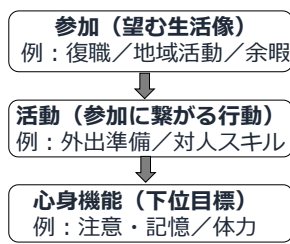


Fig. 2-1 目標指向的アプローチの概念図（大川, 2002, 2003を元に作成）

注) ゴール（参加）からの「逆向き設計」を特徴とする。

2.2.2 生活モデルとしての枠組み

GOAが生活モデル的支援構造として理論的に再構成されたことは前項で述べたが、その特徴は、医療モデル的な「機能回復中心」の視点を越え、「クライアントが望む生活像の実現」を最終目標とし、そこから逆算的に中間目標・短期目標を段階的に設定する点にある。これはICFにおける「参加」「活動」「心身機能」の構造とも一致しており、支援計画を意味づけのあるものとして位置づけるための枠組みとして評価されている（Baker et al., 2022; 大川, 2002, 2003; 上田, 2005）。

このようなGOAの目標構造においては、まず最終目標として「参加」に関わる社会的な役割や、その人にとって意味のある生活目標が設定される。たとえば、「職場復帰する」「地域活動に関わる」「孫の卒業式に出席する」などが挙げられる。次に、そのために必要な「活動」レベルの中間目標が設定される。これは「通称可能である」「公共交通機関を利用できる」「対人場面で一定時間活動できる」など、行動の遂行を焦点にした課題である。そして、さらに下位には、「筋力の維持」「歩行距離の拡大」「認知機能の安定」といった「心身機能」レベルの短期目標が位置づけられる（大川, 2002, 2003; 上田, 2005）。

このような3層構造は、単に機能的目標を列挙するだけではなく、「なぜそれが必要か」「その目標がどのような実現に繋がるか」を常に上位目標との関係で意味づけることを意味する。すなわち、短期目標は中間目標の達成に寄与し、中間目標は最終的に参加の達成に寄与するという構造が保たれることで、支援全体が生活再建の文脈に統合される。

こうした目標設計の枠組みには、最終的に達成したいゴールから出発して、それを実現するためのプロセスや手段を逆方向に計画するアプローチが反映されている。GOAではこの視点を導入することにより、機能訓練を自動的に選択するのではなく、「その人の望ましい生活に本当に必要な目標とは何か」を問い直しながら支援構造を設計する。

このような生活モデル的視点は、ICFが重視する「環境との相互作用」や「個人の価値」などの要素とも一致しており、機能改善の先にある「意味ある変化の実現」を指向する点において、心理学的支援の文脈とも親和性が高い。本研究では、GOAの目標階層と逆向き設計の枠組みを参照することによって、価値の明確化から参加目標の具体化、そして行動的技法の展開までを一貫した構造で捉えることを試みる。

2.2.3 ICFとGOAの統合的視点

GOAは、「参加」目標の設定とその階層的展開を通じて、リハビリテーションの枠組みを生活モデルとして再構成するアプローチであり、その基盤にはICFにおける生活機能モデルが存在する。ICFは、従来の疾病中心の障害分類（ICIDH）を脱し、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」という3つの生活機能を中心概念とし、これらと「環境因子」「個人因子」の相互作用により人間の健康と生活の全体像を把握する視座を提供する（Baker et al., 2022; 大川, 2002, 2003; 上田, 2005; World Health Organization,

2001)。

ICF と GOA は、いずれも生活機能を生活文脈の中で捉え、支援目標を生活機能の構造に位置づけて検討する点で親和性が高い。特に、ICF が提起する相互作用モデルでは、「参加」は単なる結果ではなく、「活動」や「心身機能」、さらには「環境因子」「個人因子」との相互関係のなかで再構成される概念とされており(厚生労働省, 2006; 大川, 2003)、GOA の階層構造は ICF の概念枠組みと整合する形をとっている。すなわち、GOA における「参加目標」は ICF の「参加」に対応し、そこに至る中間目標や短期目標が、それぞれ「活動」や「心身機能」に対応する。また、これらは固定された直線的階層ではなく、生活状況や個人の価値に応じて双方向に再編される柔軟性を持つ点でも、ICF の「相対的独立性」と整合する(大川, 2002)。

さらに、ICF が強調する「個人因子」や「環境因子」の重要性は、GOA における目標設定と支援計画においても極めて重要である。たとえば、同じ「通勤ができる」という活動目標であっても、年齢、健康状態、生活歴、生活役割、価値などの個人因子により、目標の意味づけや必要な支援は異なり得る。また、バリアフリーの有無や支援者の存在といった環境因子の違いによって、目標達成の現実的可能性や方法論が大きく変化するため、GOA の運用においても ICF 的視点が不可欠となる(Schwartz & Kelly, 2021)。

加えて、ICF では活動・参加の評価において、「能力(capacity)」と「実行状況(performance)」という2側面から把握する枠組みが示されている(World Health Organization, 2001; Whiteneck & Dijkers, 2009)。すなわち、GOA における参加目標は、「できること(capacity)」だけでなく「していること(performance)」として具体化される必要があり、それを行動的技法と接続する際には、クライアントの環境・価値・指向性を踏まえた支援戦略が求められる(World Health Organization, 2001; Whiteneck & Dijkers, 2009)。

このように、ICF と GOA は、「健康とは生活の中での機能である」という視点を共有しつつ、目標の構造化(GOA)とそれを支える全体構造(ICF)という形で、相補的な理論関係を有している。GOA における ICF の適用例を Fig.2-2 に示す。

次節では、CBT における目標設定を ICF・GOA の枠組みと接続して整理し、あわせて面接で得られる価値に関わる情報を参加目標の設定に用いる観点を位置づける。

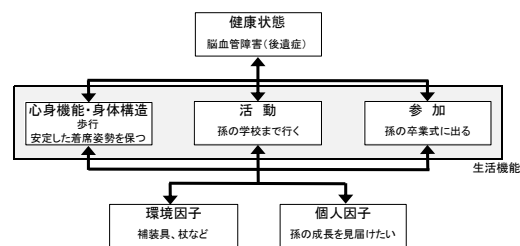


Fig. 2-2 目標指向的アプローチにおける ICF の適用例

2.3 CBT との整合と補完関係

2.3.1 CBT の基本構造と ICF との接続可能性

CBT は、認知・行動・感情が相互に影響し合うという仮定に基づき、問題の維持要因となる認知や行動のパターンを変容することで、不適応行動の軽減と生活改善を図る心理学的支援として位置づけられる(Beck, 1976; Hofmann et al., 2012)。CBT は、うつ病、不安障害、強迫症、PTSD など多様な精神的問題への適用されており、体系化されたマニュアルとエビデンスベースの実践が特徴である(久保, 2012)。

CBT における支援構造の中核は、目標設定に基づいた技法にある。例えば、モデルステップ法や行動活性化法などの技法は、クライアントの現実的な行動目標を設定し、それを段階的に遂行することで達成体験を積み重ね、自己効力感の向上を図る。また、行動実験やエクスポージャー法などの技法は、不適応回避行動や誤った予期に対する修正を意図して設計される(Dozois et al., 2019; Martell et al., 2022)。

こうした CBT の行動目標は、ICF においては「活動」に相当すると考えられ、すなわち、CBT の支援構造は ICF との整合性が高いと考えられる。たとえば、あるクライアントが「職場でプレゼンテーションを行い、質疑応答にも対応できるようになる」という目標を持つ場合、これは ICF では「参加」に相当し、CBT では、この参加目標の実現に必要な下位目標(活動)として、「読み原稿を作成して1人で読み上げる」「友人の前で2分間発表する」「同僚2-3人の前でプレゼンテーションと想定質問への応答をリハーサルする」などを段階的に練習し、遂行可能性を高める。この過程は、ICF における「活動」を段階化し、生活場面への関与としての「参加」の実現へ接続するという生活機能モデルの支援構造と一致しており、具体的な行動を通じて参加支援として理解される(Imms et al., 2017; 厚生労働省, 2006)。

加えて、CBT の目標設定は、しばしば「症状の改善」や「困難の解消」といった短期的な問題解決型目標になりがちだが、本来はクライアントの主観的希望に基づいた柔軟な構造も可能である(Dozois et al., 2019; Hayes et al., 1999, 2012)。つまり、CBT の構造そのものは、ICF における「個人因子」や「環境因子」との接続も可能であり、より文脈的な支援構造へと拡張可能な柔軟性を備えている。たとえば、津田(2003)は、ソーシャルワークにおける行動療法の意義を、生活モデルやエンパワメント視点と結びつけて理論的に整理している。

また、CBT は「技法主導的」「構造的」とであるという特性から、目標設定の可視化、治療過程の記録、フィードバックの明確化が支援実践において体系的に行われる。このような支援過程は、ICF が提示する「生活機能の構造化と可視化」と同様の意味を持ち、心理学的支援の中に ICF 的視点を導入する際の基盤となり得る(Leahy, 2003)。

以上のように、CBT はその技法的構造において、ICF の活動・参加・個人因子との接続可能性を有しており、行動的技法の実践を通じて生活機能の再構築に寄与する支援体系であると考えられる。本研究では、CBT を GOA および ICF と接続可能な実践枠組みと捉え、その補完的関係性を通じて、より文脈的・参加指向的な支援構造の可能

性を検討する。

2.3.2 CBT と GOA の共通点と相違点

CBT と GOA は、いずれも目標設定に基づく構造的支援を特徴とする点で共通している。両者は、支援の出発点として「現実的で達成可能な目標」をクライアントと共有し、その目標に向けた行動変容を促すという点で整合する。また、行動計画の階層化、進捗の評価、逐次的な課題設定といった構造的アプローチを重視する点も共通しており、支援者とクライアントの協働による実践という姿勢が両者に共通する基本理念となっている(久保, 2012; 大川, 2003)。

一方で、両者の間には理論的背景と支援の焦点において明確な違いも存在する。CBT の多くは問題解決モデルを基本とし、不適応行動や認知の偏りに焦点を当てて、その変容を通じて症状の軽減や生活上の困難の改善を目指す枠組みである。つまり、CBT は「今、困っていることをどう解決するか」に焦点を当てる心理学的支援であり、しばしば「症状ベースの介入」として設計される(Beck, 1976)。

これに対して GOA は、「その人がどう生きたいか」「どのような社会的役割を再獲得したいか」といった、より上位の価値や人生目標に基づいた支援構造を探る。GOA における目標設定は、「不安を減らす」や「行動を増やす」といった症状軽減の視点ではなく、「家族と旅行できるように」「再び働けるようになる」といった生活の再構築に関わる価値指向の目標に重点が置かれる(大川, 2002)。この点で GOA は、従来の医療モデル的な支援とは異なり、生活モデル的視点を取り入れていると言える。

このように、CBT は「下位目標の操作的達成」から出発し、そこから自己効力感や機能的改善を目指すアプローチであるのに対して、GOA は「上位目標の意味づけ」を起点とし、その実現に向けて下位目標を構成して逆向き設計(backward design)を特徴とする。たとえば、CBT においては「不登校の児童が毎日登校できるように」ことが目標であるのに対して、GOA では「友人関係の回復」や「将来的な社会参加」という価値に基づき、「登校」という行動が位置づけられる。この違いは、行動の意味づけと構造化において重要な示唆を与える(厚生労働省, 2006)。

もっとも、両者は対立的なモデルではなく、むしろ相補的であるとさえ考えられる。すなわち、GOA が提供する上位目標や価値の明確化の枠組みを用いて支援の方向性を定めた上で、CBT の技法を用いて具体的な行動目標を設定し、行動変容を支援するという統合的アプローチは実践的にも理論的にも有効である可能性がある。実際、行動活性化療法(BA)やアクセプタンス&コミットメント・セラピー(Acceptance and Commitment Therapy: ACT)など、近年の CBT は価値ベースの支援に接近しつつあり、GOA との接続可能性が広がっている(Hayes et al., 2012)。

以上のように、CBT と GOA は支援の構造、目標の階層性、クライアントとの協働性という点で共通点を持ちつつも、支援の出発点と目標の意味づけという点で異なる視点を採っている。本研究では、この両者の補完的関係を活かし、価値に基づいた目標設定

と CBT 技法の接続によって、参加指向的支援の可能性を広げる理論的基盤を提示する。近年の CBT の展開の中では、価値を行動選択の基準として位置づけ、目標（到達点）と区別して整理する議論がみられる。次項では、価値に基づく行動を重視する ACT を取り上げ、価値概念と研究動向を整理する。

2.3.3 CBT の展開としての ACT（価値概念と研究動向）

ACT は、機能的文脈主義および関係フレーム理論（relational frame theory; RFT）に基づくコンテクスチュアル行動療法であり、心理的柔軟性（psychological flexibility）を支援の中核目標として位置づける（Hayes et al., 2006；Hayes et al., 2012）。心理的柔軟性は、現在の経験に接触しつつ、価値に沿った行動を状況に応じて変化または維持できる能力として定義され、ACT では、この能力を高めることを通じて、価値に沿った生活の実現を支援する（Hayes et al., 2006）。

心理的柔軟性は、受容（acceptance）、脱フュージョン（cognitive defusion）、今この接触（contact with the present moment）、文脈としての自己（self-as-context）、価値（values）、コミットされた行為（committed action）という 6 つの相互関連するプロセスから説明される（Hayes et al., 2006）。このうち価値は、到達点としての目標とは区別され、クライアントが自ら選択する生活上の方向性（目的）として扱われる（Hayes et al., 1999, 2012）。すなわち、価値は行動選択の基準として機能し、コミットされた行為を方向づける要素として位置づけられる（Hayes et al., 1999, 2012；Hayes et al., 2006）。

ACT における価値の臨床的取り扱いについては、価値を行動選択の基準として扱い、価値に沿った行動を組織化するための多様な取り組みが整理されている（Berkout, 2022）。

さらに、価値に沿った生活（valued living）に関する研究動向として、valued living と抑うつ・不安との関連を検討した系統的レビューとメタ分析が報告されている（Tunc et al., 2023）。この知見は、valued living が抑うつ・不安と関連する変数として研究上位置づけられていることを示し、価値に沿った生活という観点を目標設定へ接続する議論の根拠となり得る。

また、Rahal & Caserta Gon（2020）は、ACT の価値介入に関する 23 研究を系統的にレビューし、対象者（臨床・非臨床）とアウトカム指標の多様性を整理した。価値に沿った行動は主として代理指標（proxy measures）で評価され、VLQ（5 研究）に加えて、価値に沿った行動への従事回数（4 研究）や Chronic Pain Values Inventory（3 研究）などが用いられていた。以上より、価値を介入ターゲットとして扱う研究は一定程度蓄積しつつあるが、介入内容・評価指標の異質性や、価値関連指標が代理的になりやすい点など、方法論上の課題も残る。

次項では、ACT における価値概念を GOA および ICF の枠組みとの関係から検討し、本研究の統合的枠組みに位置づける。

2.3.4 CBT を補完する参加指向的アプローチの 2 チャンネル構造（概念整理）

2.3.1-2.3.2 では、問題解決指向の標準的 CBT の基本構造に焦点を当てた。一方、ACT は文脈的行動科学に立脚した CBT の展開として、価値を行動選択の基準として整理する枠組みを提示する。前項で述べたように価値関連研究には方法論上の課題も残るが（Rahal & Caserta Gon, 2020）、価値と目標（到達点）を区別したうえで目標設定へ関連づける枠組みは、GOA と ICF の統合を論じる上で概念的な手がかりを与える。そこで本項では、ACT の概念枠を手がかりとして、GOA と ICF の階層的目標構造における参加目標の位置づけと接続の論理を明確化し、本研究の統合的枠組みを提示する。

本研究では、支援の目標設定と支援過程を、第 1 チャンネルと第 2 チャンネルとして整理する。第 1 チャンネルは、症状・問題等を中心に評価し、問題の低減を到達点として目標設定し、支援手段（技法・課題）を用いて結果を評価する支援構造である。第 2 チャンネルは、価値の明確化を起点として参加目標を具体化し、参加目標の実現に資する活動目標（必要に応じた環境調整等を含む）を設計し、結果を行動変容および参加の観点から把握する支援構造である。両者の関係（活動目標等に基づく支援手段の選択）を概念図として Fig.2-3 に示す。この整理を踏まえ、以下では価値概念と参加目標の関係を検討する。

前項で整理した ACT の価値概念は、GOA における上位目標の意味づけと共通する側面を持つ。GOA は、生活機能の再建や社会参加を最終目標とし、その実現のために行動的目標を段階的に組み立てていく階層構造を採る。一方、ACT は、価値を生活上の方向性として位置づけ、目標（到達点）と区別して扱う。両者はいずれも、それがクライアントにとって意味があるかという主観的意義に焦点を当てる点で一致する。この点を踏まえると、GOA における参加目標（到達点）は、価値が示す方向に沿った具体的な目標として位置づけられる。

さらに、ACT は価値を行動選択の基準として位置づける枠組みを提供しており（Hayes et al., 1999, 2012；Wilson & Murrell, 2004）、ICF の個人因子としての価値を扱う本研究の整理と概念的に整合する。たとえば、同じ買い物に出かけるという行動であっても、単に必要だからという場合もあれば、家族に喜んでもらいたい、社会との繋がりを感じたいといった場合もあり、動機が異なる。これらの差異は、参加の意味づけに関わる価値の違いとして整理できる。

また、ACT が心理的柔軟性の枠組みとして整理する諸プロセスのうち、脱フュージョン（defusion）や今この接触（contact with the present moment）などは、行動選択の柔軟性を支える要素として位置づけられる（Hayes et al., 2006；Hayes et al., 2012）。参加目標とそれに結びつく活動・行動目標を遂行していく過程では、短期的な回避や統制に陥りやすい行動パターンが生じ得るため、こうした心理学的支援要素を GOA の階層的目標構造と合わせて検討することは、文脈中での行動の意味づけを支える上で有用である。

加えて、本研究の理論的立場は、近年の国際的研究において提唱されている参加や価値に基づく目標設定の重視とも整合する。すなわち、Imms et al.（2017）や Siegert & Leveck（2014）は、ICF や GOA の枠組みのもとで、症状中心型から社会参加や価値観に基づく目標設定へと支援の焦点を拡張することの重要性を指摘している。また、Leamy et al.（2011）は精神保健における回復を、本人にとって意味のある生の再構成や主体性の回復を含む枠組みとして整理しており、Martell et al.（2022）は生活上の目標と具体的行動との接続を論じている。これらの知見は、生活機能の観点から目標と行動を再構成する立場と接点を持つ。

以上のように、ACT と GOA は価値に基づいた行動という視点において共通性を持ち、ICF との接続によって、心理学的支援の対象を生活機能の枠組みに位置づけて検討する理論的基盤を提供する。本研究では、面接で把握した価値を参加目標の設定に用い、参加目標に基づいて活動・行動目標へ展開する支援構造を提示する（久保, 2015）。また、本研究において支援手段（技法・課題）は、第 1 チャンネルに固有の要素として固定されるものではなく、第 2 チャンネルで具体化された活動目標および環境調整等に基づいて選択・設計され得るものとして位置づける。

ここまで述べてきた各モデル・アプローチの比較を Table 2-2 に示す。

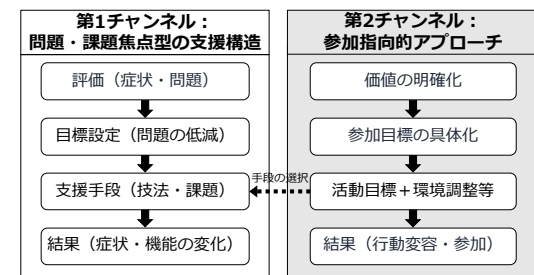


Fig. 2-3 第 1 チャンネル（問題・課題焦点型の支援構造）と第 2 チャンネル（参加指向的アプローチ）の関係

Table 2-2 各支援モデル・アプローチの比較

観点	問題解決モデル	生活モデル	目標指向のアプローチ (上田・大川)	参加指向のアプローチ (本研究)
主たる目標	問題・症状の軽減/適応回復	生活上の困難の改善・文脈調整	クライアントの生活目標の達成 (階層構造あり)	クライアント自身の価値に基づく生活目標の達成
目標設定主体	治療者主導または半協働	クライアントとの協働	クライアント主体 + 支援者の対話的協働	クライアント主体 (価値指向) + 支援者との対話的協働
介入の焦点	内的問題、機能障害	環境との相互作用、生活課題	上位目標: 参加/中位: 活動/下位: 行動	クライアントの価値を中心に置いた生活文脈における具体的な「参加」目標の実現
評価指標	症状の軽減、機能スコア	生活の自立度、適応感	各種目標達成度スケール、QOL (生活満足度、社会参加)	「参加」目標の実現
支援の構造	専門職による指示的介入	クライアントと環境との並行的介入	ICFに基づく目標階層と個別支援計画の構築	クライアントの価値を出発点としたICFに基づく個別支援計画
目標達成の方法	問題の定義と解決	環境調整と生活支援	上位目標 (参加) から逆算して下位目標と支援プロセスを構築	価値 → 「参加」として具体化 → その実現を目標とする階層的支援プロセス

第3章 方法：参加指向のアプローチの構造と研究枠組み

3.1 参加指向のアプローチの構造整理

3.1.1 参加指向のアプローチの構造と特徴

本研究で提案する参加指向のアプローチは、ICFにおける「参加」を最終目標とする支援方略であり、「心身機能」や「活動」よりも「参加」を重視する点はGOAの特徴と共通している(大川, 2002; Schwartz & Kelly, 2021; 上田, 2005)。GOAは第2章で述べたように、社会的役割や生活場面への参加を最上位の目標とし、「参加」を支援構造の起点とするモデルである。

一方、本アプローチでは「本人がどうありたいか」「何を大切にしたいか」といった「価値」を起点に据え、そこから「参加」目標やその実現に繋がる具体的な行動(「活動」)へと展開する階層構造を採用している。こうした価値起点の支援構造は近年の心理療法分野でも重視されており、ACTなどでは「価値に根ざした目標設定」が重要とされている(Hayes et al., 1999, 2012)。

このように、GOAが「参加」を起点とするのに対し、本アプローチは「価値」を起点とする点に特徴がある。GOAにおいても価値は重視されているが、上田(2005)は「個人因子(生活歴・職業歴、ライフスタイル、興味、価値観等)がどう影響しているかをみていきます」と並列的に述べており、必ずしも価値を起点としているわけではない。すなわち、支援の最終目標が「参加の実現」であることは共通だが、起点の違いが理論構造や支援プロセスに相違をもたらしていると言える。

本アプローチの支援構造は、次節3.2.1で詳述する「価値→参加→下位目標」の階層モデルとして整理される。本モデルの概要図をFig.3-1に示す。このモデルでは、価値を起点に参加目標を中核とし、実践的行動を段階的に展開する支援設計の骨格が示される。本節では、その理論的前提と、参加概念を中核に据える意義について概観した。

ICFにおける「参加」は単なる動作や生活動作の自立とは異なり、社会的役割の遂行や他者との関係性での意味づけを含む複合的概念である(厚生労働省, 2006)。たとえば「働く」「学ぶ」「所属する」といった参加は、QOLや自己効力感とも関連しており、支援の最終目標として大きな意義を持つ(大川, 2002)。

このような参加を支援の中核に据えることで、従来の医療モデルでは見落とされがちだった「その人が望む生き方」や「個人の納得に基づく支援」が可能となる。また、症状が必ずしも消失しなくても「意味のある場面に参加できた」ことが強い動機づけとなり、行動変容や自立的変化を促す(Levack et al., 2015; 久保, 2024; 嶋ほか, 2023)。本アプローチのもう1つの特徴は、価値に基づく目標設定と行動形成に際してGOAとCBTの枠組みを統合的に活用できる点にある。CBTは本人にとって望ましい生活の再構築を支援する手法であり(Beck, 1976; Martell et al., 2022)、GOAは価値や役割を中心に据えた目標構造を提示する(大川・上田, 1996; 上田, 1992a, 1992b)。

参加指向のアプローチはこれらの枠組みを統合し、「価値に根ざした目標の探索」「意味のある参加の明確化」「段階的行動支援」の各プロセスを統合的に活用することで、

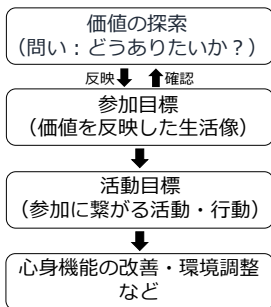


Fig. 3-1 参加指向のアプローチの概念図

現実的かつ実行可能な支援の構築を目指している。これにより、心理学的支援の構造は従来の問題解決モデルから、価値に沿った参加の実現と生活の再構築を重視する方向へ転換する。

本節では参加指向のアプローチの構造と特徴を概観した。次節では、CBTとGOAの理論的統合についてさらに詳述する。

3.1.2 CBTとGOAの統合的構成枠組み

参加指向のアプローチは、CBTとGOAの理論的枠組みを統合した構造を有する。その基本的な設計思想は、CBTが得意とする具体的な行動目標の設定と実行支援の枠組みに、GOAのもつ「価値に基づく目標構造」の視点を加えることで、「意味のある生活の再構築」を支援の中核に据えることにある。

CBTは、不適応行動や症状を行動的・認知的に分析し、実践的な目標を設定して段階的に変容を促す支援モデルである。とりわけ行動療法的アプローチにおいては、行動形成、強化、セルフモニタリング、行動実験などを通じて、クライアントの現実適応力を高める技法が数多く開発されてきた(Martell et al., 2022; 山上, 1990)。このような行動支援の枠組みは、参加指向のアプローチにおける「下位目標」の設計において、高い実践的有用性をもつ。

一方、GOAはリハビリテーション領域において、「どのような生活を送りたいか」という本人の価値に基づいた目標構造を明示的に支援に取り入れようとするものである(上田, 1992a, 1992b; 大川, 2002)。このアプローチでは、行動的な改善を最終目標とせず、「参加」を最上位の目標として定義し、支援を逆向きに設計する構造をとる。すなわち、「本人が望む参加」→「参加達成のための機能的行動」→「その行動を実現する技法」という、生活モデルの視点に立脚した支援展開が特徴である。

CBTとGOAは、起源も主たる目的も異なるが、構造的には補完関係にある。CBTは認知や行動の変容というミクロレベルの支援設計に強みを持つ一方で、GOAは支援の出発点やゴール設定の枠組みをマクロな視点から構築する点に強みがある。参加指向のアプローチは、この両者の視点を統合することで、「価値に基づく参加目標の設定」と「段階的行動支援」の両方を実現しようとするものである。

この統合は、単に複数の技法を併用するという意味ではなく、「支援の構造をどう設計するか」という点で理論的統一を図る試みである。CBTにおいては、セラピストが機能的アセスメントや症状分析に基づいて目標案を提示し、協議して決めることが比較的多いが、参加指向のアプローチでは、あくまで本人の価値から出発し、参加の意味をクライアント自身が語るプロセスを通じて目標を共に構成していく。

また、CBTにおいては症状や不適応反応の軽減がしばしば評価指標となるのに対し、本アプローチでは「意味ある参加が実現されたかどうか」が評価の基準となる。このような観念の転換は、CBTの構造を否定するのではなく、GOAの生活構築的視点と接続させることで、「問題軽減」に加えて「価値の実現とQOLの向上」も支援の結果とし

て含め得る (Schwartz & Kelly, 2021 ; 嶋ほか, 2023)。

本節では、参加指向的アプローチが CBT と GOA という異なる支援モデルをどのように統合し、理論的・構造的に整合させているかについて検討した。次節では、本アプローチの中核をなす「価値→参加→下位目標」という階層構造の詳細について、より構造的な観点から論じる。

3.2 面接における目標設定の進め方

3.2.1 価値・参加・下位目標の階層構造

参加指向的アプローチの中心的構造は、「価値」「参加」「下位目標」の3階層からなる目標設定モデルである。この構造は、単に支援の枠組みを理論化するものではなく、面接場面における支援展開のプロセスを具体的に柔軟に規定するものである。本節では、この3階層の構造を明確に定義し、それぞれがどのような機能を持ち、どのように連関するのかを整理する。

本アプローチで起点に位置づけられる価値とは、クライアントが人生において大切にしたいと感じていること、あるいは「どのように生きたいか」に関する指向性である。価値は必ずしも明確に自覚されているとは限らず、面接や語りのプロセスを通じて具体化される。たとえば、「人の役に立ちたい」「孤独を避けたい」「挑戦する自分でいたい」といった言葉が、価値の手がかりとなる。価値は、支援全体の方向性を定める出発点であり、各階層を貫く意味づけの軸となる。

価値を反映する最上位の目標が「参加」であり、生活上の役割遂行や社会的繋がり形成が含まれる (厚生労働省, 2006)。本アプローチでは、価値に基づいて「どのような生活に参加したいか」「どのような役割を果たしたいか」が設定され、これが「参加目標」となる。たとえば、「家族と外出できるようにしたい」「学校に行きたい」「仕事に就きたい」などがその例である (Levack et al., 2015 ; 大川, 2002 ; 上田, 1992a, 1992b, 2005)。

参加の次に位置するのが「下位目標」であり、参加を実現するために必要な具体的な行動や活動を指す。たとえば、「学校に行きたい」という参加目標に対しては、「朝決まった時間に起きる」「ランドセルを用意する」「教室に入る練習をする」といった行動が下位目標となる。この階層は、従来の CBT において扱われてきた行動目標と類似しており、技法の転用が可能である (Martell et al., 2022 ; 山上, 1990)。

この3階層は、単なる抽象度の違いではなく、「意味」「目的」「行動」の異なる次元を表すものである。価値は人生全体の意味づけ、参加は社会的役割や生活構造、下位目標は日常行動の設計に関わっており、それぞれの階層が機能的に支え合うことで、支援全体の一貫性と柔軟性が確保される (Schwartz & Kelly, 2021)。この構造によって、たとえ症状が残っていても「参加の実現」が評価される支援が可能となり、本人の納得感や自己効力感を高める基盤となる (嶋ほか, 2023)。

また、本構造は必ずしも一方向に進むわけではない。実践では、下位目標の遂行を通

29

じて「参加」の意味が再定義され、それに応じて価値が再構築されるという逆方向のプロセスも生じる。さらに、価値の方向性は保ったまま、クライアント自らが参加目標の修正を望むことも少なくない。

価値はクライアントが進む方向を示すが、価値を具体的に反映した参加目標を設定することで、方向性・到達点・その道のりがいっそう明確になる。すなわち、参加指向的アプローチにおける参加目標は、必ず到達すべきものではなく、価値に沿って進むための道標である。もちろん、到達できれば理想的だが、もし到達できなくても、価値の方向への前進とその時点の到達点をクライアントは自らの成果と捉えることが大半である。なお、GOA ではこの関係が理論として明文化されているわけではないが、Step2 (2.2.1 参照) の「できるはずがないと思わなくていい」という促しは、価値を振り起こして進むべき方向を明確化し、抽出された価値を参加目標へ具体化して活動目標・環境調整に連結するという、本節で述べる発想と整合する。

このように、本アプローチは柔軟かつ循環的な支援構造を持つと言える。本節では、参加指向的アプローチを構成する「価値→参加→下位目標」の3階層構造について、その定義と機能、ならびに各階層の相互関係を明らかにした。以後の節では、この構造が面接の中でどのように具体化され、技法として展開されるのかについて検討する。

3.2.2 面接における目標設定のプロセス

参加指向的アプローチにおいては、価値・参加・下位目標からなる目標構造を、クライアントと面接者が対話を通じて共構成していくことが基本となる。本節では、3.2.1 で提示された目標階層を前提に、それが面接の中でどのように明確化・展開されていくのか、具体的なプロセスとして整理する。

目標設定のプロセスは、おおむね以下のような段階で進行する：①価値の探索、②参加目標の設定、③下位目標への展開、④再構成と修正、の4段階である。これらは固定的な順序ではなく、クライアントの語りや状況に応じて往還的に進行する動的なプロセスである。

①価値の探索：面接初期を中心にクライアントがどのような生き方や意味を重視しているのかを探る。ここでは、「どうなれたら幸せだと思いますか?」「大切にしたいことは何ですか?」といった未来視点での問いかけや ACT の価値明確化の技法が活用される (Hayes et al., 1999, 2012)。また、行動記録や語られるエピソードの中から「繰り返して登場する関心」や「避けたい状況」が手がかりとなることも多い。

②参加目標の形成では、明らかになった価値を生活文脈に照らし、「どのような生活や場面を実現したいか」「どのような場に関与したいか」を検討する。この際、ICF の「参加」概念に準拠しつつ、クライアントの語の中から具体的な社会的関与のイメージを抽出していく (厚生労働省, 2006 ; 大川, 2002)。参加目標は、支援の最終的な方向性を定めるいわば羅針盤であり、支援者が設定するのではなく、クライアントの選択と納得を前提に構築されるものである。

30

③下位目標への展開は、参加目標を実現するために必要な具体的な行動を整理する段階であり、ここでは CBT の技法が活用される。行動目標は、小さく・具体的に・達成可能なものから設計されることが望ましく、「朝決まった時間に起きる」「会場までのルートを確認する」など、生活に組み込みやすい行動が設定される。加えて、クライアントが自己効力感を持ちやすいよう、初期の目標は容易に達成できるステップとする配慮も重要である (Bandura, 1997)。

④再構成と修正の段階では、実践の中で生じた困難や新たな気づきをもとに、目標階層を再評価・調整する。たとえば、ある下位目標が達成困難であった場合には、より手前の段階にスライドさせる、あるいは別の参加目標に切り替えるといった柔軟な運用が求められる。また、行動実験やフィードバック面接を通じて、「本当はこういうことがしたかった」といった価値の再発見がなされることもある。このように、目標設定は固定的ではなく、支援のプロセスそのものの中で構築され続けるものとして捉えることが重要である (Schwartz & Kelly, 2021 ; 嶋ほか, 2023)。

以上のように、参加指向的アプローチにおける目標設定プロセスは、構造的でありながらも柔軟性を内包した対話的实践である。支援者の役割は、クライアントの語りや生活経験を丁寧に聴き取り、それを支援可能な形に構造化していくことである。症状の低減や行動変容だけでは捉えきれない「意味ある目標」を共有することで、支援は単なる問題解決から、価値に基づく生活の再構築へと転換される。これらの手続きを Table 3-1 に示す。

3.3 本研究の研究構成と適用モデル

3.3.1 研究 I ~ IV における参加指向的アプローチの適用原則

本研究における4つの事例研究 (研究 I ~ IV) は、それぞれ異なる支援文脈・支援者・対象を扱っているが、いずれも参加指向的アプローチの適用可能性を検討するために構成したものである。本節では、各研究に共通する支援構造上の原則を中心に整理する。

第1に、本研究において支援の出発点が「問題の解決や低減」ではなく「望ましい参加の実現」に置かれている点が挙げられる。従来の問題解決モデルでは、症状や困難を起点に支援が展開されることが多かったが、参加指向的アプローチでは、価値に基づく目標の設定と、それに至る過程を支援の中心に据える構造となっている (上田, 1992a ; 上田, 1992b ; Schwartz & Kelly, 2021)。

第2に、目標の階層構造が一貫して共有されていることが確認できる。すなわち、「価値」→「参加」→「下位目標」という構造を支援者とクライアントとの間で共有し、その枠組みに基づいて支援が設計されている (Levack et al., 2015)。

この点において、本アプローチは支援場面に応じて柔軟に展開されつつも、理論的には共通の設計理念を保持していることがわかる。

第3に、各研究では支援者の関与のあり方がいずれも「目標を共に探る立場」に置かれており、支援の計画もクライアントとの対話を通じて構造化されている。これにより、

31

支援の方向性や技法の選定が、クライアントの主観的価値に即した形で行われるという点が共通している。

以上のように、研究 I ~ IV はそれぞれ異なる実践文脈で展開されるが、参加指向的アプローチの構造的原則—すなわち、「価値に基づく参加目標の設定」「目標階層の構造化」「対話的支援関係の構築」という3点は、本研究の各研究に共通して理論的に適用されている。この節では、各研究の実施内容そのものには触れず、あくまで支援構造上の整合性と一貫性に焦点を当てて整理した。

3.3.2 各研究の目的と比較構造

本節では、研究 I ~ IV における各研究の実施目的や対象の詳細なものではなく、それらが参加指向的アプローチのどの側面を検討するものかを整理する。

本研究では、参加指向的アプローチの適用可能性を一元的な方法で検証するのではなく、異なる支援文脈での適用と問題解決モデルとの違いについて、事例間の比較を通じて検討することを目的としている。したがって、研究 I ~ IV は、それぞれが独立した事例研究でありながらも、全体として相互に補い合う構成となっている。

具体的には、研究 I および II では、参加指向的アプローチがリハビリテーションや学校臨床といった異なる支援現場において、どのように用いられるかを検討する。一方、研究 III および IV では、同一支援者または同一枠組みにおいて、問題解決モデルと参加指向的アプローチの支援構造や目標の捉え方の差異を検討し、支援者の姿勢やクライアントの関与のあり方の違いを構造的に比較する。

このような構成により、本研究は単なる「モデルの提示」や「適用事例の列挙」にとどまらず、複数の事例を通じて理論的な妥当性と実践的な適用可能性を横断的に検討する設計をとっている。特に研究 III と IV の位置づけは、同一領域における比較条件を活用して、「参加目標の有無」「価値の共有プロセスの違い」が支援構造に及ぼす影響を検証するための枠組みとなっている。

本研究の研究設計を Table 3-2 に示す。

32

Table 3-1 参加指向的アプローチの手続き

ステップ	主な内容・焦点	実践上のポイント GOAとの構造比較	問いかけ例・注釈
0. 価値の探索	クライアントが「何を大切にしたいか」「どう生きたいか」といった「価値」を言語化する。	GOAとの最大の違い=ここを起点とする点。問題の話題は一旦保留し、価値・希望・願望の探索を最優先。	「どうなれたら幸せだと思いますか?」「大切にしたいことは何ですか?」 *価値はICFの「個人因子」に含まれる
1. 参加目標の設定	価値を具体化した生活像や社会的な「参加」をクライアントと共に目標設定する。	このステップ以降はGOAと同様の階層構造。「問題がない状態」を目標にせず、望む参加や役割・ポジティブな生活像を探る。問題は「脇に置く」ことを明確化。	「その大切なことが実現した生活や場面は具体的にどんな状態ですか?」「<問題の解消>とは別に、どんな場面が実現できればうれしいですか?」
2. 下位目標・プロセスの明確化	参加目標達成のために必要な具体的な行動や環境調整等の下位目標を設定し、達成時期や複数ルートも共に考える。	GOA同様「参加→下位目標→行動」の逆向き設計。クライアント主体の調査・ホームワークを重視し、失敗や調整も前提に。	「その実現に近づけるには、どのようにすればよいか、一緒に考えましょう。何かアイデアはありますか?」 「途中で難しさが出たら、どんな工夫ができそうですか?」
3. 実行計画・問題との向き合い方	下位目標ごとの具体的な実行計画と、問題への柔軟な対処法を設計する。CBT等の技法もここで必要に応じて併用。	問題は「解決を待たず」実践できることから始める。GOAと同様、行動を重視しつつ、「参加」目標の実現に照らして柔軟に対処方針を考える。	「今できることから始めてみましょう。」「壁にぶつかった時は、一緒に乗り越え方を考えましょう」

備考：本アプローチは、ICFの「個人因子」に着目した「価値」の明確化（ステップ0）を出発点とし、以降はGOA伝統の「参加→下位目標」という階層的構造を継承している。問題解決を急がず、「価値」に根ざした生活像・参加目標の設定から、本人主体の計画・実践まで段階的に支援する点が特徴である。

Table 3-2 本研究における研究設計

研究	主な目的	対象領域	特徴的構造
研究Ⅰ	リハビリテーション領域における適用可能性と有効性の検討	医療（リハビリテーション）・福祉	GOA構造との整合性、異なる担当者による実施
研究Ⅱ	教育・心理領域における適用可能性と有効性の検討	大学相談室・教育・福祉	異なる実施機関での実施・間接的実施（保護者・教師による）
研究Ⅲ	行動変容がみられた/みられなかった事例の比較	心理学的支援一般	参加目標設定の有無と行動変容の関連
研究Ⅳ	問題解決モデルとの構造的差異の比較検討	理論（モデル比較）	目標設定・評価指標の理論的比較の構造化

第4章 研究方法

4.1 研究デザインと実施方法

第3章においては、参加指向的アプローチの構造と理論的枠組みについて、CBTやGOAとの関連を含めて整理した。本章では、それらの理論的構造が実際の心理学的支援場面においてどのように適用され、どのような効果を生じるのかを、複数の事例研究を通じて検討する。なお、近年のリハビリテーション研究においてもICFやGOAを基盤とした目標設定の有効性が示唆されている（Levack et al., 2015; 大川, 2002; Rice et al., 2017; Schwartz & Kelly, 2021; 上田, 2005）。

本研究は、質的研究の枠組みを用い、複数の事例を通して参加指向的アプローチの適用と効果を検討することを目的とした。参加指向的アプローチとは、GOAを理論的基盤としつつ、それを心理学的支援に活用・展開した実践枠組みを指す。GOAは本来、医療・リハビリテーション領域において「望ましい生活の再構築」に向けた階層的な目標設定を特徴とする支援モデルであるが、本研究ではそれをICFの「参加」概念と接続させ、心理学的支援の文脈において再構成している。

対象となるのは、高次脳機能障害、復職支援、発達障害、不登校、引きこもりなど、多様な背景をもつクライアントと面接者による心理学的支援の記録である。これらの事例記録をもとに、面接の経過、目標設定のプロセス、変容の内容などを分析することで、本アプローチの構造と実効性を明らかにする。ICFや参加概念を用いた目標設定は、クライアントの主体性やQOLの向上とも関連することが近年示唆されている（Baker et al., 2022; Cerniauskaite et al., 2012; Imms et al., 2017）。

本研究は、以下の4段階から構成されている。

研究Ⅰ：リハビリテーション領域における参加指向的アプローチの適用事例の分析

研究Ⅱ：心理学的支援領域における参加指向的アプローチの適用事例の分析

研究Ⅲ：価値と参加目標に沿った行動変容がみられた/みられなかった事例の比較分析

研究Ⅳ：問題解決モデルと参加指向的アプローチの構造的・実践的比較のための理論的検討

このような構成により、研究Ⅰでは、①リハビリテーション領域における本アプローチの適用可能性と有効性を検討すること、②担当者が異なる場合の適用可能性と有効性も検討すること、の2点を目的としており、研究Ⅱでは、①領域の違いを超えた本アプローチの適用可能性と有効性を検討すること、②担当者が異なる場合の適用可能性と有効性も検討すること、の2点を目的としている。本研究には、筆者自身が実施した複数の事例（久保, 2012, 2015, 2024, 2025 など）に加えて、研究Ⅰには、リハビリテーション領域において他の心理職が実施した2つの事例も含まれており（川上ほか, 2016; 永井ほか, 2016）、研究Ⅱには、保護者や教師が支援を担った事例も含まれている。以上のとおり、本研究では、実用性および再現性に関する論点も検討する意図がある。

る。また、研究Ⅲでは、支援の結果を価値と参加目標に沿った行動変容がみられたか否かで比較検討し、研究Ⅳでは、両モデルの構造的差異や支援過程の違いを理論的・実践的に比較検討することを目的としている。複数アプローチの比較検証は国際的にも研究課題として扱われている（Craig et al., 2008; Levack et al., 2015）。

4.2 対象者の選定基準とデータ収集方法

本研究では、81名を対象に面接・支援を行ったが、標的となる問題（症状・行動）が明確で、生活上の困難の主要因と考えられ、これらの改善について合意が成立した39事例については問題解決アプローチを用いた。また、家族面接・教師面接・情報提供のみが19事例あった。これらを除いた23事例に参加指向的アプローチを適用した。

結果は、問題解決アプローチを適用した事例は、改善23、やや改善1、改善せず1、転帰不明13、その他1であった。参加指向的アプローチを実施した事例は、改善19、やや改善0、改善せず3、転帰不明1であった。

参加指向的アプローチを実施した23事例のうち、以下の基準を満たす12事例を本研究の分析対象として選出した。

- ①面接・支援が3回以上行われ、それらの記録が3回分以上あること。
- ②直接の支援者が筆者ではない場合（例：他の心理職、福祉職員、保護者、担任教師など）、筆者が支援記録を閲覧できたか、状況を詳細に聴取できたこと。
- ③支援の目標設定、支援過程、結果が確認できること。ただし、結果については転帰が明確であること。

データは面接記録、ないし支援記録から抽出することで収集した。その際、プライバシーに配慮し、予め個人を特定し得る情報を削除あるいは改変し、属性や状況に関しても本質的な内容を損なわない範囲で部分的な修正を施した。

それらのデータについて、ICFおよび参加指向的アプローチの構成要素に基づく分析枠組みに照らして整理した。

4.3 分析方法

本研究では、面接記録をもとに以下の2つの手法を併用して分析を行った。これにより、理論構造と面接記録との接合、ならびに参加指向的アプローチの構造的特性を明らかにすることを目的とした。

Levitt et al. (2018) は、アメリカ心理学会（APA）が質的研究・質的メタ分析・混合手法研究のための「論文報告基準（the Journal Article Reporting Standards; JARS）」を整備した意義を強調している。これにより、従来、量的研究に比べて「科学的でない」と見なされることがあった質的研究の報告の透明性と報告上の要点が明確化された。さらに、Syed & Westberg (2025) は、心理学が量的手法に偏る傾向を指摘し、質的手法への誤解の是正を試みるとともに、量的・質的手法の混合研究法を、並行・理込・説明・探索の4設計に整理し、対象を多面的に捉える手法として示している。

4.3.1 ICFによる構造分析

支援目標、支援の焦点、支援の結果などをICFの「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」に分類し、参加指向的アプローチにおける階層的目標構造（上位・中位・下位目標）との対応を確認した。これにより、支援のどの部分が生活構造に基づく目標として機能していたか、また目標がどのように変化・再設定されていたかを整理した。

4.3.2 再帰的テーマ分析

再帰的テーマ分析（RTA）は、Braun & Clarke（2006, 2019, 2021）が提唱した質的データ分析手法である。近年、大規模質的データを扱う研究において、テーマ分析は多く用いられる分析法の1つとして報告されている（Chandrasekar et al., 2024）。

RTAは、「テーマ」を研究者の能動的な関与のもとに構築していく点に特長がある。すなわち、研究者は自身の立場や前提を明確にし、どのように意味づけ・判断したかを手続として示す。さらに、データの示唆に応じて理論を見直し、見直した理論で再びデータを読む往復を計画的に行う（Braun & Clarke, 2019）。

分析の流れは一般に以下の6段階とされるが、各段階は厳密な直線的プロセスではなく、再帰的（reflexive）かつ柔軟な過程として実施される（Braun & Clarke, 2006, 2019, 2021）。RTAの信頼性・妥当性の確保および報告上の留意点についてはNowell et al.（2017）や、岡ほか（2022）、土屋（2016, pp.13-26）を参照した。

①データの熟知（Familiarization with data）

- ・インタビュー記録等の全データを読んで内容を熟知する。
- ・初期的な気づきや印象を書き留める。

②初期コード化（Generating initial codes）

- ・データの重要な特徴や意味単位ごとに初期コードを作成。
- ・コードは厳密に固定するのではなく、必要に応じて変更・追加可能。

③テーマ抽出（Searching for themes）

- ・コードをグループ化し、パターンや関係性を見つけて「テーマ候補」を生成。

④テーマの検討（Reviewing themes）

- ・各テーマ候補がデータ全体と整合しているか、内容が重複していないか精査。
- ・必要に応じてテーマの分割・統合・修正を行う。

⑤テーマの定義と命名（Defining and naming themes）

- ・各テーマの本質を明確化し、分かりやすい名称を付与。
- ・サブテーマの整理も行う。

⑥報告書の作成（Producing the report）

- ・テーマごとに事例データや引用を交えつつ、研究目的に沿って分析結果を記述。

本研究では、上記④「テーマの再検討」と⑤「テーマの定義・命名」の過程を並行・

37

反復して行ったため、結果の記述はこれらを統合した5段階とした。また、ICFやGOA等の理論枠組みに基づいてテーマを検討・定義する部分は理論的判断を優先した。

データは、面接記録、支援記録、支援実施者からの聴取記録に基づいて初期コードを生成し、それらを統合・分類して主要テーマを抽出した。

なお、近年、大規模言語モデル（large language models: LLM）をテーマ分析のプロセスの一部に援用する試みが報告されており、コード案の生成やコードブックの整理などを研究者と協働して行う枠組みが提案されている（Dai et al., 2023; Lee et al., 2024; Nguyen-Trung, 2025）。

本研究においても、分析の効率化と多面的な視点の保持を目的として、生成AIであるGPT-4を補助的な作業に限定して活用した。具体的には、記録の要約やコード間の関係性の候補提示といった場面において活用した。生成AIによる出力は、他の研究協力者とのディスカッションと同様に「解釈の素材」の1つとして位置づけた。都度、採用・修正・棄却の判断を行いながら、最終的なコード体系およびテーマ構造の決定は、研究者自身が元データに立ち戻りつつ進めた。

なお、分析の検討に際しては1名の研究協力者の協力を得た。研究協力者および筆者はいずれも公認心理師・臨床心理士の資格を有し、30年以上の心理臨床経験を持つ。

分析の結果、抽出された主題には「参加の語りの出現」「価値と意味づけ」「目標の共有」「支援関係の変化」などが含まれた。これらの特性をもとに参加指向的アプローチの特徴について検討を行った。具体的な分析方針と方法は次の通りである。

(1) 分析枠組みの統一

1) 初期コード化

- ・元の記録に忠実に、具体的な行動や発言を抽出する。
- ・行動は可能な限り客観的・具体的に記述する。

2) テーマ抽出

- ・抽出された行動や発言を統合・要約し、以下のテーマに分類する。

- ①参加や生活改善に関連するテーマ
- ②本人の価値観や目標に関連するテーマ
- ③自己決定やエンパワメントに関するテーマ
- ④課題や限界に関連するテーマ

3) テーマの検討・記述

- ・抽出した各テーマについて、参加指向的アプローチや理論的枠組み（ICF, GOA, CBT）と関連づけて検討し、結果を記述する。
- ・参加目標の設定状況、生活改善や社会参加との関連を明示する。

4) 分析結果のまとめ

- ・参加指向的アプローチの視点から事例を評価する。
- ・参加目標の達成状況を判断し、その理由や背景を明示する。

38

(2) 概念や用語の統一 以下の概念を共通定義で用いる。

- ・「参加目標」（ICF「参加」に該当する本人の希望や価値に即した生活や関与）
- ・「活動目標」（参加目標の実現に向けての具体的な行動）
- ・「価値」（個人因子の中で特に重視されるもの）
- ・「自己決定・主体性」（本人が主体的に目標を選択するプロセス）

(3) 分析テンプレートの使用

分析は共通のテンプレートを使用し、統一的に記述する。

1) (初期コード化)

- ・「具体的な行動や発言を元記録から抽出」

2) (テーマ抽出)

1. テーマ①
2. テーマ②
3. テーマ③
4. テーマ④

3) (テーマの検討・記述)

- ・各テーマを詳細に説明し、ICF, GOA, CBT等の理論的枠組みとの関連付けを行う。

4) 【分析結果の総合（ICF構造分析と再帰的テーマ分析）】

- ICF構造分析の所見も併せ、次のように総合的に整理する。
- ・「参加指向的アプローチから見た評価（ICF構造分析と再帰的テーマ分析に基づく）」
- ・「参加の達成状況とその要因」

4.3.3 分析における透明性

本研究で採用した一連の分析手続き（4.3.1および4.3.2）において、その透明性を可能な限り高めるために、分析の各段階における具体的な手順、および判断の過程を記述するよう努めた。記述にあたっては、基盤とした理論的枠組みであるICF、およびGOAの視点や、再帰的テーマ分析における報告上の5段階の抽出プロセスなどを明示し、質的研究の報告基準に沿った整合性の確保に努めた（Levitt et al., 2018）。

4.4 研究における倫理的配慮

本研究は、桜美林大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（第14034号）。研究協力者には、研究の目的と方法について説明し、同意を得た。本研究開始以前に刊行された文献に掲載されている事例については、本研究についての同意も確認した。以下、繰り返しとなるが、データとして用いた面接・支援記録は、予め個人を特定し得る情報を除去し、属性や状況に関しても本質的な内容を損なわない範囲で部分的な修正を施した。特記すべき利益相反関係はない。

39

第5章 参加指向的アプローチの適用事例と分析（要約）

5.1 研究Ⅰ：リハビリテーション領域への適用事例

研究Ⅰでは、リハビリテーション領域の4事例を対象に、参加指向的アプローチの適用可能性を検討した。各事例は共通フォーマットで記述し、ICFによる構造分析および再帰的テーマ分析を行い、価値を反映した参加目標の設定、支援過程における変化、結果を比較可能な形で整理した。

各事例に共通していたのは、支援の焦点を機能改善や症状の軽減のみに置かず、本人が望む生活像や役割、すなわち参加の実現に結びつけていた点である。参加目標は、本人の価値や希望に基づいて設定し、復学、就労、地域生活、自立生活などの文脈に沿って、その実現に必要な下位目標や環境調整を段階的に構成していた。

5.2 研究Ⅰの考察

研究Ⅰの4事例は、脳外傷後遺症や脳性まひなど、異なる障害種別を対象とし、異なる心理職がそれぞれの現場で参加指向的アプローチを適用したものである。障害の特性や支援文脈が異なっているにもかかわらず、いずれの事例でも、「価値→参加→下位目標」という一貫した階層構造を共有していた。

具体的には、最上位目標として、本人の語りや価値に根ざした参加の実現を置き、その達成に向けて行動や認知機能などの下位目標を段階的に構造化していた。また、目標設定や支援内容は一度決めて終えるのではなく、実践の進行に応じて柔軟に再構成した。本人の状態変化や実際の参加経験から得たフィードバックをもとに、支援の方向性や焦点を調整する再帰的プロセスとなっていた。

5.3 研究Ⅱ：心理療法領域への適用事例

研究Ⅱでは、心理療法領域の5事例を対象に、大学心理相談室、学校、施設など多様な支援場面で参加指向的アプローチを用いた。ここで共通していたのは、支援初期には参加目標が明確でない事例も少なくなかったことである。

支援では、問題の低減をただちに主目標とせず、本人が何に価値を置き、どのような生活やあり方を望むのかを対話の中で探索した。そして、その語りを参加目標として整理し、参加の形として構造化していった。心理療法領域では、目標が当初から明確に存在していたわけではなく、支援過程の中で語りとともに形成されていく点が、研究Ⅰよりも顕著であった。本人の価値が言語化されると、学校生活、進学、就労、対人関係、余暇活動、日常生活の安定などの文脈において、それを実現するための具体的な行動を整理し、活動目標として再構成した。その結果、行動変容は、症状そのものへの直接的な働きかけとしてというより、価値に沿った参加の方向へ生活を整えていく過程としてみられた。

40

5.4 研究Ⅰ・Ⅱにおける共通の特徴と支援結果の整理

第5章全体から導かれる主な知見は、リハビリテーション領域と心理療法的領域という異なる文脈においても、参加指向的アプローチの基本構造が一貫していた点にある。すなわち、本人の価値を起点として参加目標を設定し、そこから下位目標や支援方略を逆向きに設計するプロセスが、共通して価値と参加目標に沿った行動変容に結びついていた。

また、本アプローチの効果は、特定の技法の有無そのものよりも、価値と参加目標をどの程度共有し、それに基づく行動をどこまで具体化できるかに強く関わっていた。支援過程の中で目標を見直し、必要に応じて環境調整を組み合わせていることが、本人の自己決定感や自己効力感を支え、行動変容を促す重要な要素となっていた。

5.5 研究Ⅱの考察

研究Ⅱの5事例は、不登校やひきこもり状態、知的障害・発達障害など、心理社会的課題を有する若者に対して、参加指向的アプローチを用いて支援を行ったものである。対象者の状態や生活課題は異なっていたが、いずれも参加の困難が生活の中心的な困難となっていた。

研究Ⅱで特筆すべき点は、支援場面が大学相談室、学校、施設と多様であったことである。加えて、心理職による直接支援に加え、担任教師を介した間接的支援でも本アプローチを用いた。こうした事例では、本人の価値と参加目標を支援者間で共有し、下位目標と環境調整を協働的に構成しながら支援を進めた。

また、これらの事例でも、研究Ⅰと同様に、本人の語りに基づき参加目標を設定し、そこから下位目標を組み立てる支援構造を一貫して適用した。その一方で、研究Ⅱでは、大学相談室、学校、施設といった多様な場面においても、同じ支援構造が維持されていた点に特徴があった。

5.6 研究Ⅰ・Ⅱの総合考察

研究Ⅰでは脳外傷や脳性まひなどの身体障害に対するリハビリテーション領域で、研究Ⅱでは不登校・ひきこもり、発達障害、知的障害を対象とした心理学的支援領域で、参加指向的アプローチを適用した。両者に共通していたのは、「価値」→「参加」→「下位目標」という支援設計と、語りと行動を往還的に調整する再帰的手続きである。

以上から、参加指向的アプローチは、本人の価値を起点に参加目標を設定し、そこから下位目標と環境調整を構成する支援構造として、領域横断的な適用可能性を有していた。支援結果は、問題の低減だけで判断するのではなく、価値と参加目標に沿った行動変容を確認できたかという観点から把握した。

第6章 参加指向的アプローチの有効性に関する検討と従来モデルとの比較(要約)

6.1 研究Ⅲ：支援結果の比較検討

新規3事例を対象として、参加指向的アプローチの有効性と限界を検討した。行動変容が確認された事例と確認されなかった事例を比較すると、本アプローチが有効に機能するためには、価値の明確化と参加目標の具体性が重要であった。

6.1.1 参加目標設定の有無と差異(行動変容がみられた事例)

行動変容が確認された事例では、本人が価値を置く事柄をある程度一貫して語り、その価値に根ざした参加目標を、将来像や役割として具体的に共有していた。さらに、その参加目標を、見学、準備、登校、学習、生活上の実践といった実行可能な活動へ段階的に翻訳していた。価値が参加目標に接続し、参加目標が活動目標へと具体化することで、価値と参加目標に沿った行動変容に繋がっていた(例:J-第2期)。

6.1.2 本アプローチの適用限界と課題(行動変容がみられなかった事例1)

行動変容が確認されなかった事例では、価値の語りが一時的または表面的なレベルにとどまり、それが参加目標の設定や主体的な行動選択に結びつかなかった。参加目標を提示しても、本人の自己決定に基づく行動選択へ繋がらない場合、支援効果は限定的であった(例:K)。

6.1.3 本アプローチの適用限界と課題(行動変容がみられなかった事例2)

別の行動変容が確認されなかった事例でも、同様に、価値や目標の語りが環境要因や一時的な感情に依存し、参加目標を活動レベルへ十分に翻訳できなかった。したがって、本アプローチを成り立たせるためには、価値が本人の生活文脈の中で意味をもち、参加目標として内在化することが必要であると考えられた(例:L)。

6.1.4 行動変容がみられた事例・みられなかった事例の比較検討

この章の比較検討から明らかになったのは、参加指向的アプローチの有効性とその限界である。行動変容がみられた事例に共通していたのは、価値と参加目標が明確かつ具体的で、本人が自己決定によって行動を積み重ねていた点である。

一方、行動変容がみられなかった事例では、価値の語りの安定性や参加目標の具体性が乏しく、本人の自己決定に基づく行動変容に結びつかなかった。こうした特徴は、J-第1期、K、Lに共通していた。したがって、これらの事例では、価値の明確化や参加目標の設定を慎重かつ段階的に進め、支援関係の構築や環境調整を含む包括的な対応が必要である。

6.2 研究Ⅳ：参加指向的アプローチと従来モデルの理論的・実践的比較

6.2.1 参加指向的アプローチと問題解決モデルの理論的差異

問題解決モデルは、症状の軽減や不適応行動の修正を最終目標とし、その改善によって生活改善や参加の実現を図ろうとする。一方、参加指向的アプローチは、支援の中心を本人が望む具体的な参加目標に据える。そして、最終目標として明確に設定した参加の実現に必要な活動や環境調整を逆算的に設計する。

問題解決モデルでは、症状改善が支援の中心となるが、参加指向的アプローチでは、本人自身の価値や生活の文脈から設定した参加目標が支援の起点となる。この目標設定プロセスでは、本人との対話を通じて本人自身が主体的に選択し、環境調整や具体的な活動目標を共有しながら進める。そのため、支援の枠組みそのものが本人にとって納得感を伴いやすい。

また、介入の手法においても明確な差異がある。問題解決モデルは個人の要素の変容を主目的として扱うが、参加指向的アプローチは社会的役割や環境因子の調整も積極的に扱い、本人が目指す参加の実現に向けて多面的に支援する。さらに、支援者が一方的に問題を特定して改善策を指示するのではなく、本人の価値観や希望を丁寧に引き出し、その実現に向けて本人が自発的に行動計画を立てるプロセスを支えることを重視する。

6.2.2 実践事例比較による具体的示唆

この違いは、目標設定の方法、介入対象、支援関係のあり方に及ぶ。参加指向的アプローチでは、本人との対話を通して価値を探索し、その価値に沿って参加目標を共有し、その実現のための活動目標と環境調整を逆算的に設計する。したがって、支援は、本人の生活文脈と希望に即した参加を組み立てる方向へ展開し、本人の納得感、主体性、自己効力感を支える構造をもつ。

また、心理学的支援においても、環境因子の調整や多職種・多機関連携を含む支援枠組みとして有効である。心理職の役割は、個人内要因への働きかけにとどまらず、本人の価値と参加目標を基準として、学校、家庭、施設、医療機関などの支援資源を調整し、つなぎ直すことにも及ぶ。

6.3 参加指向的アプローチにおける効果要因と課題に関する考察

本研究では量的指標による効果測定を行っていないため、本節では支援の結果として価値と参加目標に沿った行動変容がみられたか否かを事例比較の判断基準として用いる。以降では、この基準に基づき、価値の明確化と参加目標の具体性の2軸によって事例を整理し、併せて「価値への問いに対する語りのパターン」との対応を検討する。ただし、本研究における「価値の明確化」および「参加目標の具体性」の評価は、面接記録等に基づく質的な判断に依存している。今後は、「価値の明確化」の度合いを指標化すること(例:語りの明確さ・一貫性)、ならびに「参加目標の具体性」を行動レベルで評価する枠組みを整備すること(例:いつ・どこで・何を)が課題となる。その上で、これ

らの指標と価値・参加目標に沿った行動が確認されたか否かとの関連を、前向き研究によって検証する必要がある。

6.3.1 価値の明確化と参加目標の具体性の2軸による事例の整理

本項では、事例間の差異を整理するために、(a)価値の明確化、(b)参加目標の具体性の2軸を用いる。価値の明確化とは、面接過程において本人が語った「どうなったら幸せか」や「大切にしたいこと」(価値)が具体的に言語化され、支援者との間で共有・確認されたものを指す。参加目標の具体性とは、価値に根ざした参加の方向性が、活動・行動として実行可能な形(例:いつ、どこで、何を)に翻訳されている程度を指す。

本研究では、面接・支援記録に記載された内容にもとづき、価値の語りの明確さや一貫性、ならびに参加目標の行動レベルでの具体性が手がかかりとして、両軸を質的に位置づけた。この2軸の組み合わせとして事例を整理すると、価値の明確化が低く参加目標の具体性も低い事例では、参加目標が抽象的で、面接内での目標に関する語りが定まりにくく、価値と参加目標に沿った行動の記述が確認されなかった(例:J-第1期)。価値の明確化が高い一方で参加目標の具体性が低い事例では、価値に沿う方向性は示されたが、参加目標を活動・行動へ翻訳する過程が課題として残った(例:D、F)。価値の明確化が低く参加目標の具体性が高い事例では、参加目標は具体的である一方、価値の言語化が限定的で、価値と参加目標の対応関係が十分に言語化されないまま支援が進行していた(例:K、L)。価値の明確化が高く参加目標の具体性も高い事例では、目標が活動・行動として具体化され、価値と参加目標に沿った行動の記述が確認された(例:A、E、J-第2期)。本研究で価値と参加目標に沿った行動の記述が確認された事例群では、価値が参加目標に内在化している語り、自己決定に基づく行動選択、および目標の具体性が、記録上共通して確認された。これらを図示したものをFig.6-4に示す。

6.3.2 価値への問いに対する語りのパターンと2軸との対応

価値の明確化が高い事例では、①参加目標が先に提示され、支援者が価値の確認を行う場合(参加→価値の確認)と、②価値が先行し、参加目標の具体化が後から進む場合(価値→参加)が確認された(例:A、D)。一方、価値の明確化が低い事例では、③参加目標が提示されても、その根拠が環境要因や一時的な評価に依拠した語りにとどまる場合(例:K)、④価値への問いに対して語りが成立しにくい場合(例:J-第1期)がみられた(Table 6-2)。すなわち、③④のように価値や目標の語りが環境要因や一時的な感情に依存している場合には、価値の内化が進みにくいと考えられ、これらの場合、目標の再構成や環境調整を含むより包括的な視点が必要となる(Imms et al., 2017; Leamy et al., 2011)。

以上の示唆を踏まえると、今後の支援においては、本人が動機づけを形成できる環境設定と、目標の再検討を繰り返すことのできる支援構造が重要であると考えられる(Adair et al., 2015)。

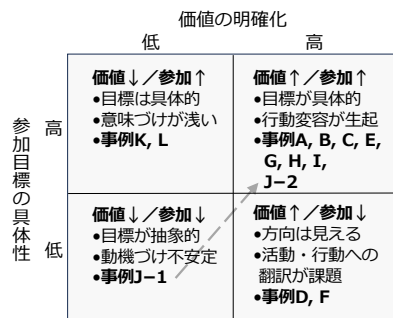


Fig.6-4 価値の明確化 × 参加目標の具体性 (12 事例の整理)

Table 6-2 価値への問いへの語りのパターンと本アプローチの効果

価値/参加	面後での語り	行動変容
高/高	事例A (参加が先に示される例: 参加→価値の確認) A: 「早く復学したい。早く就職したいから。」 (参加↑) 面接者: 「どういったことで早く就職したいのですか?」 (価値確認) A: 「家族は当てにならない。今までずっとそうだった。だから1人で生活できるようにしたい」 (価値↑)	みられた
高/低	事例F (価値→参加) F: 「人の役に立てるようになりたい」 (価値↑) 面接者: 「どうしたらそうなれると思いますか?」 F: 「人の役に立つ仕事に就く。具体的には...?」 (参加↓) 面接者: 「では少し調べてみるはどうでしょうか?」 F: 「調べてきて」「作業療法士。いいなと思って」 (参加↑)	みられた
低/高	事例K K: 「マッサージ師になりたい」 (参加↑) Th: 「どういったことでマッサージ師になりたいのですか?」 (価値確認) K: 「入院中、看護婦さんに向いていると書かれたから」 (価値↓)	みられず
低/低	事例J-第一期 面接者: 「どうしたら自分らしいですか?」 J: 「何も考えられない」 (価値↓) 面接者: 「どうしたらよいか、何かアイデアはありますか?」 J: 「どうしていいかわからない」 (参加↓)	みられず

注: 本表に示した逐語は、各事例において価値への問いが提示され、参加目標が形成される過程を代表する場面を抜粋したものである。

第7章 参加指向的アプローチの理論的再評価

7.1 事例分析から得られた知見

本研究の研究 I ~ IV による事例分析では、価値に関する語りが参加目標の設定に接続し、参加目標が活動・行動レベルへ翻訳される過程が事例間で異なることが確認された。第6章6.3では、価値と参加目標に沿った行動変容が確認された例と確認されなかった例の差異を、判断基準、価値の明確化と参加目標の具体性の2軸、および価値への問いに対する語りのパターンから整理した。

次節では、これらの知見を GOA および ICF の階層モデルで位置づけ、参加指向的アプローチの理論的整合性と運用上の示唆を明確にする。

7.2 GOA の理論的独自性と参加指向的アプローチへの貢献

7.2.1 GOA の構造的特徴

GOA の中心的構造は、「参加」を最上位目標に掲げ、その達成に向けて「活動」や「心身機能」、「環境因子」といった ICF の要素を階層的に位置づける点にある (大川, 2002; 上田, 2005)。この階層構造により、目標の全体像と各レベルの目標の関連性が明確になり、クライアントが「なぜこの支援を受けるのか」「どこを目指しているのか」を理解しやすくなる。また、Baker et al. (2022) は、リハビリテーション領域における目標設定の国際的コンセンサスを踏まえ、GOA のような階層化された目標設定が、専門職種間での目標共有やクライアントの主体的関与を促進する上で極めて有効であると報告している。さらに、Imms et al. (2017) も ICF 枠組みとの連携のもとで、参加を頂点とする階層的目標設定の意義と国際的な適用可能性を指摘している。

7.2.2 GOA と参加指向的アプローチの統合的意義

GOA の目標階層構造は、本研究の参加指向的アプローチにおいて、「価値」の明確化から「参加」の目標化、さらに「活動」や「心身機能」へと繋がる具体的な道筋を視覚的かつ論理的に構成する枠組みとして機能し得る (Imms et al., 2017; Levack et al., 2015)。こうした階層構造の可視化により、クライアントと支援者の間で「目標の意義」「位置づけ」「優先順位」が共有可能となり、支援プロセスの透明性と納得性が高まる (Baker et al., 2022)。

さらに、ICF や GOA の階層モデルを統合することにより、従来の症状軽減・機能回復中心の支援から、「本人にとっての意味ある生活」や「社会的役割の実現」を中心に据えた文脈的・包括的な支援への展開が可能となる (Imms et al., 2017; Levack et al., 2015)。このような枠組みは、複数専門職による連携にも適合しやすい。

7.3 参加指向的アプローチの理論的貢献と実践的意義

7.3.1 理論的貢献

参加指向的アプローチの理論的貢献は、従来の問題解決モデルに対して「価値」の明

示化と「参加」の階層的構造化を追加する点である。ICF や GOA の理論枠組みに基づくことにより、目標設定プロセスの可視化や理論的な一貫性が確保されるため、支援プロセス全体が構造的に整理され、実施・評価・報告・多職種連携が行いやすくなる (Imms et al., 2017)。

また、参加目標の共有を重視することで、クライアントの主体性と支援者の支援意図の双方が明確となり、支援の納得性とエビデンスの信頼性が高まる (Baker et al., 2022)。この枠組みはガイドラインの整備や標準化を推進する国際的な動向にも合致し、今後の心理学的支援モデルの基盤として発展が見込まれる。

7.3.2 実践的意義

実践的には、目標共有プロセスがクライアントの自己効力感や動機づけを促進し、実行可能な目標達成に資することが示唆される (Holliday et al., 2007; Levack et al., 2006; Pollock et al., 1990)。また、「参加」という具体的かつ文脈的な目標の設定は、QOL 向上や行動変容に関与し得ることが国内外の研究で示唆されている (久保, 2015; Levack et al., 2015)。

加えて、こうした階層的目標構造の導入は多職種チームでの連携や、個別事例に応じた柔軟な支援デザインに寄与し、多様な支援場面への応用可能性を示唆する (Baker et al., 2022; Imms et al., 2017)。

このように、参加指向的アプローチは、心理学的支援の構造化と標準化を推進し、現代の多様な支援現場での有効性と汎用性を高める理論的基盤として、今後の発展が期待される。

7.4 心理療法の多様性と統合の可能性

心理療法には極めて多くの技法や理論が存在するとされる (Norcross & Goldfried, 2019)。この現状は、クライアントから見ると、どのアプローチを選択すればよいか分かりにくく、また支援の内容や効果の捉え方も流派によって異なるため、必ずしも個々のニーズに適合しない場合がある。そのため、心理療法の統合についてはこれまで数多くの提言が行われてきたが (Norcross & Goldfried, 2019)、単一の理論へ統合するには至っていない。これは、各アプローチが何をもって効果とするかの考え方や人間観に相違があるためと考えられる。

この点について、Zarbo et al. (2016) は「すべての理論や手法をまとめることではなく、むしろ多様性を尊重しつつ、実践可能な統合的かつ柔軟な枠組みを構築すること」を提案している。本研究では、この提案に沿って、次節から各心理療法・心理学的アプローチの比較、および参加指向的アプローチによる接続可能性を検討し、完全な統合ではなく、柔軟な部分的統合の可能性を検討する。主要アプローチの比較一覧を Table 7-1 に示す。

7.5 価値・参加・活動を基軸とした心理療法の理論的比較

本節では、主要な心理療法・心理学的アプローチを、価値を基盤とする群(群1)と、方法論を基盤とする群(群2)に整理し、その理論的特徴を比較する。比較の基準は、(1)価値の機能、(2)価値に基づく「参加(生活場面への関与)」を上位目標として明示しているか、(3)介入手続きや技法の体系化、の3点である。

群1: 価値(意味・自己実現)を基盤とするアプローチ

群1は、価値や意味を行動の方向性として重視してきた系譜である。主要な療法には、実存主義心理学系譜として、ロゴセラピー(Logotherapy; Frankl, 1969)、実存療法(Existential Psychotherapy; May, 1981; Yalom, 1980)、人間性心理学の系譜として、パーソンセンタード・アプローチ(Person-Centered Approach; Rogers, 1951, 1957)、自己実現理論(Self-Actualization Theory; Maslow, 1968)が含まれる。

ロゴセラピーは、人間を「意味への意志」を有する存在と捉え、価値(意味)が行動の方向づけを与えるとした。逆説志向や反省除去などの技法は提示されるが、価値を「参加(生活場面への関与)」へ翻訳し、さらに日常生活上の活動や環境因子と接続する階層的な枠組みは示されていない。実存療法においても、Yalomは死・自由・孤独・無意味といった実存的課題を通じて、Mayは自由と責任・運命・愛と意志という実存的課題から、それぞれ価値の明確化を図るが、参加の目標化やその評価指標は理論上必須とはされない。

人間性心理学では、Rogersが自己一致・無条件の肯定的関心・共感的理解を十分条件とする関係を提示し、クライアントの内的評価基準(=価値)を尊重した。また、Maslowは自己実現を成長の規準として位置づけ、価値の意義づけを理論的に補強した。しかし、いずれも価値を「参加」へ翻訳し、その下位に活動を位置づける枠組みは明確には示されない。

群2: 方法論(手続・技法)を基盤とするアプローチ

群2は、比較的明確に構造化された手続きや技法体系を備えたアプローチ群である。代表的な療法には、行動系・認知行動系心理療法として、応用行動分析(Applied Behavior Analysis: ABA; Skinner, 1953; Baer et al., 1968)、QOLセラピー(Quality of Life Therapy; Frisch, 1998)、ACT(Hayes et al., 1999)がある。構構主義的心理療法としては、ナラティブ・セラピー(Narrative Therapy; White & Epston, 1990)、ソリューション・フォーカスト・アプローチ(Solution Focused Approach: SFA; de Shazer et al., 1986)が挙げられる。日本で提唱されたアプローチとして、森田療法(森田, 1919)、動作療法(成瀬, 1973, 1992)がある。なお、心理療法ではないが密接に関連するアプローチとして、コーチング心理学(Grant, 2003, 2006)を取り上げる。

ABAは観察可能な行動の変容を目標とし、機能分析に基づく標的行動の設定や、強化・消去・シェイピングなどの技法を通じて行動変容を体系的に実施する。その明確性は客観的評価に有効であるが、一方で、価値を「参加」に翻訳し、活動や環境因子と接続する枠組みは必ずしも前提とされていない。QOLセラピーは、人生の満足度や幸福

Table 7-1 価値・参加から見た主要な心理学的アプローチの比較

群	アプローチ (代表文献の著者・年)	価値の機能	価値に基づく参加目標の明確化・価値化	介入手続き(技法)の体系化
群1 (価値を基盤とする系譜)	実存療法 (May, 1981)	自由・責任・孤独・死などの実存的課題を通じて死の自覚を促す	価値は明確化されるが参加目標の明示・階層化は必須ではない	関係性の検討、決断の促進(回避している主題への接近)
	実存療法 (Yalom, 1980)	対人関係の体験を通じて自己・他者・意味への気づきを深める	対人関係上の課題は扱うが、参加目標の定式化・階層化は理論上必須ではない	対人過程の検討、直面化、自己開示、フィードバック
	パーソンセンタード・アプローチ (Rogers, 1951, 1957)	自己一致・無条件の肯定的関心・共感的理解を通じて価値が明確化される	価値や志向は明確化されるが参加目標の明示・階層化は示されない	治療者の態度条件(受容、共感、自己一致)を重視し、体験過程への焦点化
	人間性心理学 (Maslow, 1962, 1968)	成長動機・自己実現としての価値指向	生活領域や役割に価値を置くが、参加目標の明示は示されない	欲求階層・自己実現の観点に基づく自己理解の促進
群2 (方法論を基盤とする系譜)	応用行動分析 (Skinner, 1953; Baer et al., 1968)	強化特性により、行動の機能を明確化し変容を導く	場・役割は想定されるが、参加目標の明示・階層化は示されていない	機能分析、強化操作、シェイピング、プロンプト、チェンニング、強化訓練
	QOLセラピー (Frisch, 1998)	生活領域の価値と満足度の向上を指向	生活領域の目標は明確化されるが、参加目標の明示は示されていない	QOL評価、行動計画、セルフモニタリング、再評価
	ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)	価値を行動の方向性として扱い、柔軟性を高める	価値・行動は明示されるが、参加・活動目標への階層化は十分に示されていない	価値明確化、コミットした行動、脱フュージョン、受容、マインドフルネス
	ナラティブ・セラピー (White & Epston, 1990)	問題の外在化により望ましい価値・アイデンティティを再構成	価値の方向づけは可能だが、参加目標への翻訳・階層化は十分に示されていない	外在化、再叙述、独特な成果、リ・メンタリング、式儀化
	SFA (de Shazer et al., 1986)	解決指向の「望ましい未来」に価値を集約	望ましい未来像は明確化されるが、参加目標の明示・階層化は示されていない	ミラクル・クエスチョン、例外探求、スケールン、コーピング
	森田療法 (森田, 1919)	生の欲求に根差す価値へ行動を向け(あるが明確化として示されていない)	生活の実現は重視されるが、価値・参加・活動の階層化として示されていない	体験期→作業期→社会復帰期、注意の転換、日記指導
	動作療法 (成瀬, 1973, 1992)	身体経験の再学習を通じて自己効力と価値を回復	身体動作を体験とする生活場面の適応は指向されるが、参加目標の階層化は示されない	動作理解、動作の反復練習、呼吸・姿勢調整、日常生活への適用
	コーチング心理学 (Grant, 2003, 2006)	自己実現・成長指向の価値を明確化	役割に関する目標設定は行われるが、参加目標と活動目標の階層化は示されない	GROWモデル、目標設定、行動化・レビュー、リフレクション

備考: 各アプローチにおける価値の位置づけと目標設定を、本研究の概念モデル(価値→参加目標→活動目標)に対応させて整理した。内容は代表文献に基づき、なお、表中の半角は理論的提唱年ではなく、当該アプローチを代表する文献の出版年を示す。用途の対応は本研究の概念に沿って行っており、参加目標は以下の「参加」に相当する目標を指す。

感を高めることを主要な目標としたCBTである。「ライフドメイン理論」に基づき、健康・人間関係・仕事・自己成長・余暇などのうちクライアントが重視する領域を特定し、その満足度を高めるための具体的な目標と行動方略を策定する。介入では認知再構成や行動活性化などの技法を用い、QOLの向上を図る。価値を起点とする点は参加指向的アプローチと整合的だが、「参加」を最上位に掲げる階層的枠組みは構成されていない。ACTは、価値の明確化と価値にコミットする行動の活性化を重視する。その他、マインドフルネス、脱フュージョン(defusion)、体験の受容(acceptance)、文脈としての自己認知(self-as-context)などの技法を用いて認知的柔軟性を高めることを意図する。価値の明確化とそれを実現する行動への接続はモデル上明示されており、苦痛や困難が残存する状況でも「価値に基づく行動」を継続できる点が特長である。一方、価値を具体的な「参加」、およびその下位目標へと階層的に接続する構造は必ずしも十分に体系化されていない。

ナラティブ・セラピーは、クライアントの経験を「物語(narrative)」として捉え直し、問題を個人内の欠陥ではなく、外在的なものと位置づける外在化(externalization)の発想を基盤とする。さらに、望ましい価値観や自己像に焦点を当てた新たなストーリーを「再著述(re-authoring)」する過程を通して、アイデンティティの再構成を促進する。これにより、クライアントの価値の言語化と、それに沿った生活上の方向づけが可能となる。他方で、価値を参加目標へ翻訳し、活動や環境因子へと接続する枠組みは、十分とは言えない。

SFAは、解決志向を主要な前提とし、問題の原因ではなく望ましい未来像とその実現条件に焦点を当てる。ミラクル・クエスチョンやスケールン・クエスチョンを用いて、例外的成功や利用可能な資源を手がかりに小さな変化を積み重ね、変容を促進する。他方、この枠組みは基本的に問題解決モデルの系譜に属しており、ICFにおける「参加」を最上位目標として位置づける発想は、明示されていない。

森田療法(森田, 2004)は、1919年に森田正馬によって創始され、「あるがまま」の受容を基盤とし、不安や苦悩は自然な感情と捉えて無理に消そうとせず、目的本位の生活や行動を続けることで症状への「とらわれ」から脱し、生活再建を図る。しかし、価値→参加→活動という階層構造は提示されていない。

動作療法は、成瀬(1973)によって当初、脳性まひのある人を対象とした動作訓練として提唱された。武内(2017)によれば、大野(1974)、今野(1977)の報告によって、心理療法としても有効性を持っていることが示唆され、成瀬(1992)によって心理療法として再体系化された。動作療法は、課題動作等による体験を通じて心理的な変容を重視するが、同様に価値を参加に翻訳する枠組みは示されていない。

コーチング心理学(Grant, 2003, 2006)は、クライアントの主体的成長や自己実現を重視し、SMART(Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-bound)などの実践的な枠組みに基づく明確な目標設定を通じて、自己探求を促進し、自己効力を高めることを目的とする。このようなアプローチは、目標設定理論(Locke &

Latham, 2002)における、明確かつ適度な難易度の目標が動機づけとパフォーマンスに寄与するという知見と整合的である。実施においては、段階的な行動計画・進捗確認・フィードバックを組み合わせて、コーチは協働的ファシリテーターとして機能する(Passmore & Fillery-Travis, 2011)。石川(2025)は、目標設定の手続きについて「生活を見直して、我慢していることや楽しめていないこと、やりたいと思っているけれどやれていないことを挙げてもらう」「その夢を追求するとどんな生活になるのか明確化・具体化していく」「未来のありたい自分になるために必要なことを考える」(p.20)と述べているが、これは正に「価値→参加→活動」のプロセスである。また、石川(2025)はCBTを応用した認知行動コーチングも紹介している。すなわち、コーチング心理学と参加指向的アプローチは、発想や構造が極めて近似している。しかしながら、コーチング心理学は基本的に臨床群を対象から除外しているため、臨床的支援への適用には制約がある。

群1および群2のいずれにおいても、価値を人間理解や行動の方向性として扱う点は共通している。しかし、価値を「参加(生活場面への関与)」という上位目標に翻訳し、さらに日常生活上の活動や環境因子に接続する階層的設計は十分に一致されていない。参加指向的アプローチは、この課題を補充し、両群に共通する基盤として機能する可能性がある。

7.6 参加指向的アプローチによる心理療法の部分的統合の可能性

以上の比較を踏まえると、参加指向的アプローチは、価値を参加に接続し、さらに活動や環境因子へと展開する構造を有する点で、既存アプローチを補う枠組みとして位置づけられる。

このアプローチは、ICFおよびGOAの枠組みに基づき、価値を参加へ翻訳し、その下位に活動・心身機能・環境因子を接続する明確な構造を提示する(大川, 2003; 上田, 2005)。この構造は、単なる理論的モデルにとどまらず、実践においても「目標の意味・位置づけ・優先順位」を可視化し、クライアントと支援者の間で共有しやすくする点に特徴がある(Imms et al., 2017)。

この補完的枠組みは、心理療法の多様性を損なうことなく、各流派に「第2のチャンネル」として位置づけられる。すなわち、従来の問題解決モデルを維持しつつ、参加を頂点とする価値基盤の階層モデルを並走させることも可能である。例えば、問題解決が有効な場面では従来の方法を適用し、問題解決が困難な場面では参加指向の目標設定を優先する、といった柔軟な運用が想定される。この二重のチャンネルを備えることにより、心理療法はより多様なニーズにも応答し得るとともに、Zarbo et al. (2016) が示唆するような部分的統合の可能性も持つと考えられる。

さらに、こうした柔軟な適用は、心理療法とソーシャルワーク、さらにはリハビリテーション領域を架橋する役割も果たす。参加を最上位目標とする構造は、心理学的支援を生活場面への関与と結びつける点で実践的意義がある(Wachtel et al., 2020) ;

Frey Müller et al., 2024).

もっとも、このような部分的統合の可能性と有効性については、今後、実証的検討を重ねる必要がある。

第8章 結論と今後の展望

第7章では、研究Ⅰ～Ⅳの事例分析を踏まえ、参加指向的アプローチの枠組みを、価値を起点に参加目標を設定し、活動目標へ展開する目標階層として整理した。本章では、ICFおよびGOAの枠組み、ならびにCBTの技法体系との関係を理論的に総括したうえで、研究Ⅰ～Ⅳから得られた実践的示唆、汎用性と応用可能性、今後の課題と展望を提示する。

8.1 本研究の理論的総括

8.1.1 ICF・GOA・CBTの統合的理解

本研究ではCBTにおいて、従来の問題解決モデルとは別に、生活モデルに立脚した新たな選択肢として、ICFおよびGOA(上田, 1983; 大川, 2003)の枠組みを取り入れた「参加指向的アプローチ」を提案・検討した。ICFの生活機能モデルでは「参加」概念が中心に据えられ、個人の望む社会的役割や生活像を明確化することが重視される(World Health Organization, 2001; Imms et al., 2017)。さらに、GOAはこの「参加」の実現に向け、活動・心身機能・環境因子を階層的に関連づけて整理する枠組みを提供してきた(Levack et al., 2015)。

本研究の統合的視点は、このICFとGOAの枠組みを基盤としつつ、クライアントの価値を起点として「参加」を目標化し、その具体的経路をGOAの階層モデルに位置づける点に特徴がある。これにより、価値に裏づけられた参加目標が、CBTの行動活性化や認知的技法といった実践的手段によって支えられる構造が成立する。すなわち、問題や症状の軽減に加え、価値に基づく参加の実現を目指すという二重の目標設定が可能となり、CBTの臨床的適用範囲を拡張するものである。

8.1.2 参加指向的アプローチの理論的枠組みと構造

本研究が提示する理論的枠組みの特質は、「価値」を出発点とし、それを「参加」(=生活場面への関与)へ翻訳し、さらに下位の「活動」「心身機能」「環境因子」へと階層化する点にある(Imms et al., 2017; 上田, 2005; World Health Organization, 2001)。この階層構造は、疾患や障害の有無にかかわらず、すべての人に共通する「生活を営む主体」としての視点を支援に導入することを可能にする。

従来のCBTでは、症状や不適応行動の低減が中心課題とされてきたが、本研究はそれらを価値に基づく参加目標の達成に向けた手段として再位置づける。例えば、行動活性化は単なる活動量の増加ではなく、本人の価値に沿った参加(例:職場復帰や地域活動への参加)を実現する手段として意味づけられる。このように、CBTの技法を価値に基づく目標階層に組み込むことで、従来の問題解決モデルに加え、価値主導型の生活モデルを提示する新たな支援構造が形成される。

特に「症状があっても目標を目指す」「疾患の治療や管理とは独立して生活の再構築を行う」といった視点は、問題解決モデルでは見落とされがちな支援の選択肢を広げるものである(Buntinx et al., 2010; Levack et al., 2015)。本アプローチも、治療や回

復が困難なケースでも、価値や希望に基づく生活構築を通じてQOL向上を可能にする支援の枠組みを提示した。これにより、従来の認知・行動モデルを超えた文脈的・価値指向的支援が実現可能となる。

8.2 研究Ⅰ～Ⅳから得られた実践的示唆

本節では、研究Ⅰ～Ⅳの事例分析に基づき、参加指向的アプローチを実践に適用する際の要点を整理する。以下では、価値の扱い方、参加目標の具体化、活動目標への展開と更新、環境因子の同定と調整、および支援関係の構築という観点から、支援過程の運用上の論点を提示する。

8.2.1 研究Ⅰ～Ⅳから得られた実践結果と展開

本項では、第7章で検討した研究Ⅰ～Ⅳの事例分析を総合し、参加指向的アプローチが支援過程においてどのように運用され、どのような条件で行動変容が生じたかを整理する。

まず、行動変容がみられた事例では、クライアントが価値を起点として目標を形成し、それを参加の次元に具体化し、さらに活動レベルの目標行動に落とし込むことができた。加えて、この支援計画が実行可能な粒度で段階化され、進捗の確認と調整が反復されていた点が共通していた。この過程では、達成経験の積み重ねやフィードバックを通じて自己効力感の形成が、次の行動選択と継続に関与し得る(Bandura, 1997)。

一方、行動変容がみられなかった事例では、価値の語りが表層的または一時的にとどまり、参加目標が設定された場合でも、日常生活の文脈で保持されにくいことがあった。その結果、活動目標への反映が限定され、行動は一時的な変化にとどまるか、不適応行動が再発する場面があった(Hayes et al., 2006; Schwartz & Kelly, 2021)。

以上の比較から、価値の明確化と内在化、参加目標の具体化、活動目標の段階化、ならびに環境調整と支援関係の構築が、本アプローチの結果に関わる構造的要因であることが整理された。これらは、リハビリテーション領域における患者中心の目標設定の議論(Crawford et al., 2022)や、ソーシャルワークにおける人と環境の適合の観点(Gitterman & Germain, 2008)とも整合する。

8.2.2 汎用性と応用の可能性

参加指向的アプローチの汎用性は、適用の対象や場面を必ずしも限定しない点にある。高次脳機能障害、身体障害、知的障害、発達障害、不登校、引きこもりなど、幅広い課題を有するクライアントに対して応用可能であることや、医療機関、大学の心理相談室、学校、福祉施設など、環境が異なっても実施が可能であること、さらにはアプローチを行う者が心理職、教師、保護者と変わっても機能することがそれぞれ示され、一定の汎用性と応用可能性が示唆された。

また、今回の事例には含まれることができなかったが、小学校や幼稚園・保育所などで

発達障害が疑われる子どもの支援において、診断を得るために受診するかどうかで教師・保育者と保護者間で意見が食い違い、協力関係の構築が困難となった例が複数あった。しかし、いずれの場合も「子どもが健やかに成長する」や「学校や園で楽しく生活する」といったように、一旦「価値」まで遡ることで共有が可能となり、そこを起点に共有目標を検討し、具体的な支援や協力を進めることができた。このことは、本アプローチが「価値→参加→活動」という構造を中心とすることで、見方の異なる複数の立場の調整や合意形成を促進する枠組みとしても有用であることを示唆している。

したがって、本アプローチは多様な領域・対象者・実施者においても、既存の心理学的支援に追加可能な第2のチャンネルとして位置づけ得る。これは従来の問題解決的アプローチに加えて生活モデル的アプローチを並走可能とするものであり、各心理療法・心理学的アプローチの特長を生かしながら、クライアントのニーズに即した柔軟な支援を可能にする。本研究では、この導入形態を、理論上の全体統合ではなく、支援目標の階層設計を共有する形で部分的統合として位置づけた。

8.3 今後の課題と展望

8.3.1 理論的課題(支援構造・分類・測定など)

本研究において、行動変容がみられなかったKさんやLさんの事例分析から、価値や参加目標を本人の中に十分に定着させられなかった場合、行動変容が生じず、支援効果が限定的となることが明らかになった。すなわち、今後は価値や目標の「内在化」をどのように支えるかが重要な理論的課題となる。特に、価値や参加目標の設定が一時的な感情や環境要因に左右されず、安定的に維持されるためのプロセス設計が求められる(Skoumal et al., 2024)。

次に、支援構造の理論的整理も課題として残される。すなわち、価値から参加、活動へと展開するプロセスを、どのように段階化し、どの水準で支援や評価を行うのかを明確にする必要がある。これには、既存のICFやGOAのモデルを参照しつつも、心理学的支援に適合した独自の整理が必要である(Imms et al., 2017; Levack et al., 2015)。

さらに、分類や測定の方法論を洗練させることも重要である。例えば、参加を評価する際には頻度・範囲・主観的納得度など多面的な指標が考えられる一方、活動の水準では頻度・持続・自立度(支援量の逆数)など数量的な基準が有効である。これらを組み合わせることで、参加と活動を2層で総合的に評価することができる(Imms et al., 2017)。また、環境調整についても実施度を明確に記録し、介入の前後で比較できる形に整える必要がある。

加えて、効果のモニタリング体制を計画的に設計することが求められる。たとえば、評価の間隔をあらかじめ設定し(例:毎月)、各回で確認する項目を固定する(参加のモニタリング項目:頻度・範囲・納得度、活動のモニタリング項目:頻度・持続・自立度、環境調整のモニタリング項目:実施度)。さらに、一定期間連続して基準に達しない場合には見直し条件を発動し、その際には目標や基準の変更内容・理由を記録し、必

ず本人の同意を確認する。これにより、自己決定を保ちながら柔軟かつ継続的な支援が可能になる (Baker et al., 2022)。

このように、価値の内在化を支える理論的枠組みの強化、支援構造の明確化、評価・測定標準化、そして効果モニタリングの仕組みづくりが、今後の理論的発展に必要である。

8.3.2 実践的課題と今後の研究の方向性

参加指向的アプローチの結果は、目標達成の有無だけでなく、価値に沿って進んだ過程とその時点の到達点をクライアント自身がどう意味づけるかにある。たとえば、北極星は到達できないが進むべき方向を知らせるように、価値はクライアントが進むべき方向を示し、進路の拠り所となる。参加目標はその方向の中での進路と到達点を具体化する。したがって、目標に至らない場合でも、価値に沿って進んだ過程とその時点の到達点を本人が前進として捉え、必要に応じて目標を調整できる (→3.2.1)。

この立場 (結果の捉え方) とは別の視点から本研究の事例群を概観すると、参加指向的アプローチによる支援は、行動変容がみられた事例において、価値の明確化と参加目標の具体化を通じて生活再構築を促進した。一方、行動変容がみられなかった事例では価値や参加目標の内在化が不十分で、支援環境や関係性の調整も不足していた。したがって、今後の実践課題は、①支援者の役割の明確化、②環境調整の系統的導入、③自己決定を保障する関係性の構築の3点である。

まず、支援者は、価値→参加→下位目標の整合を点検し、負荷と資源を調整するナビゲーターとして機能する。目標に至らない場合には、価値の言語化を再確認し、合意形成を支えつつ、下位目標の段階化と粒度調整を行う。次に、環境調整は、個人スキルのみならず、ICFの環境因子への働きかけ (役割配分の見直し、協力者の配置、負荷の漸増、バリア除去) を計画的に導入し、試行結果を支援記録に反映する。さらに、自己決定を保障する関係性として、選択肢の提示と同意の反復確認、語りの尊重によって自律性支援的な関係を形成する。価値の方向は保ちつつ、クライアントが自ら参加目標を調整できる余地を常に確保し、意味づけは本人の言葉で位置づける。

以上を踏まえ、本アプローチは、価値を拠り所にした方向づけと、参加目標の調整可能性を両輪として、柔軟かつ循環的に運用される。

なお、心理学的支援では「生活モデル」の視点、ならびにその視点に立つ目標設定の発想がなお十分とは言えない。教育・研修に生活や価値に基づく目標設定の視点を組み込むことが求められる。Simon et al. (2024) は ICF を教育体系全体に統合し、医療・福祉・リハビリテーション等の複数職種が共通の視点で学び合うインタープロフェッショナル教育を推進しており、その結果、生活モデルに基づく目標設定の理解と実践的スキルの獲得が促進され、臨床現場での協働的かつ包括的な支援の基盤形成に資することを報告している。心理職養成においても同様の効果が期待される。

さらに、第1章で引用した砂原 (1980) は、リハビリテーションを担う医師の立場

から、目標のあり方について (「最重度の障害のある人が」自らの生きがいを感じ、自分の人間としての価値を自ら認めることができるためには (中略)、まったく別な目標を設定しなくてはならない。価値観の大きな転換が必要である。このことは重度障害者の心理療法にとっても重要なこと) (p.212) と述べている。このことは、当時のリハビリテーションが機能訓練中心、すなわち問題解決指向が主流であったことや、その後、心理療法において生活モデルが重視され、「価値」の概念が具体的な技法に反映されるまでに長い年月を要したことを考えると極めて先駆的な指摘であったと言える。このような歴史を踏まえ、本研究は心理学的支援の目標設定において、「治す」ことだけでなく「どう生きるか」に焦点を当てる支援の枠組みを理論・実践の両面から提示した。

最後に、本アプローチは従来の問題解決モデルに加えて、価値に基づく参加目標を中心に据えた支援を並走させることを可能にし、各心理療法・心理学的支援の特長を保ちながら導入し得る枠組みである。クライアントの「価値」を起点とすることで、そのニーズに即した支援を可能にし、さらに各心理療法・心理学的アプローチの多様な特長を生かしながら、追加や部分的統合を実現できる可能性がある。この柔軟性が、本アプローチの最大の利点と考えられる。

第9章 総合的結論

本研究は、心理学的支援における新たな枠組みとして参加指向的アプローチを提案し、その理論的位置づけと実践的可能性を、研究 I～IV の多重事例研究を通じて検討した。第8章では、ICF および GOA の枠組み、ならびに CBT の技法体系との関係を整理し、本アプローチの理論的総括、実践的示唆、汎用性と応用可能性、今後の課題と展望を論じた。本章では、研究 I～IV の事例分析から得られた到達点を、結論として簡潔に確定する。

第1に、行動変容がみられた事例に共通して確認されたのは、価値の明確化、参加目標の具体化、および活動レベルの目標行動と環境調整が、参加目標に整合する形で設計されていた点である。すなわち、価値→参加→活動という目標階層が支援過程で運用され、支援計画が実行可能な粒度で段階化され、進捗の確認と調整が反復されたとき、価値と参加目標に沿った行動変容が確認された。この運用は、達成経験の積み重ねとフィードバックを通じた自己効力感の形成が、次の行動選択と継続に関与し得るという観点とも整合する (Bandura, 1997)。

第2に、行動変容がみられなかった事例では、価値や目標の語りが表層的または一時的にとどまり、参加目標が設定された場合でも日常生活の文脈で保持されにくいことがあった。その結果、活動への展開が限定され、行動は一時的な変化にとどまるか、不適応行動が再発する場合があった (Hayes et al., 2006; Schwartz & Kelly, 2021)。この比較から、価値や目標の内在化、自己決定を支える支援関係、および実行可能性を支える環境調整が、本アプローチの成立条件として重要であることが整理された (Skoumal et al., 2024)。また、患者中心の目標設定を妨げる要因が多層に存在するという指摘 (Crawford et al., 2022) や、人と環境の適合の観点 (Gitterman & Germain, 2008) は、この成立条件を支援構造として実装する必要性を補強する。

第3に、本研究の学術的貢献は、心理学的支援における目標設定を、症状や問題の軽減に加えて、価値に基づく参加を上位目標として明示し、活動目標と環境因子を含む設計へ展開する枠組みとして定式化した点にある。これは、既存の心理療法・心理学的アプローチが多様に併存し、根本的な統合が困難とされる状況において (Norcross & Goldfried, 2019)、各アプローチの独自性を保持したまま、部分的統合を志向する枠組みとして位置づけ得る (Zarbo et al., 2016)。ただし、本研究が示したのは特定技法の優劣ではなく、目標階層の設計と運用条件に関する枠組みである点を明確しておく必要がある。

以上より、本研究における参加指向的アプローチの結果は、価値→参加→活動という階層設計に加え、価値と参加目標が生活文脈の中で保持されるよう支援過程を構成し、環境調整と支援関係を組み合わせて運用することによって成り立つことが示された。本研究は、複数事例における支援過程の比較を通じて、この結果と成立条件を整理したうえで、心理学的支援における目標設定の共通基盤となり得る枠組みを提示した。

参考文献

- Adair, B., Ullenhag, A., Keen, D., Granlund, M., & Imms, C. (2015). The effect of interventions aimed at improving participation outcomes for children with disabilities: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57 (12), 1093-1104. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12809>
- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming Depression One Step at a Time: The New Behavioral Activation Approach to Getting Your Life Back*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Allan, C. M., Campbell, W. N., Gupta, C. A., Stephenson, F. F., & Campbell, K. E. (2006). A conceptual model for interprofessional education: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, 20 (3), 235-245. <https://doi.org/10.1080/13561820600718139>
- Baker, A., Cornwell, P., Gustafsson, L., Stewart, C., & Lannin, N. A. (2022). Developing tailored theoretically informed goal-setting interventions for rehabilitation services: A co-design approach. *BMC Health Services Research*, 22, 811. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08047-6>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press. (ベック, A. T. 大野 裕 (訳) (1990). 認知療法: 精神療法の新しい発展 東京: 岩崎学術出版社)
- Berkout, O. V. (2022). Working with values: An overview of approaches and considerations in implementation. *Behavior Analysis in Practice*, 15(1), 104-114. <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00589-1>
- Bosch, S., & Fuqua, R. W. (2001). Behavioral cusps: A model for selecting target behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34 (1), 123-125. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-123>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11 (4), 589-597.

<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology, 18* (3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Buntinx, W. H. E., & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 7* (4), 283–294. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x>
- Cerniauskaite, M., Quintas, R., Koutsogeorgou, E., Meucci, P., Sattin, D., Leonardi, M., & Raggi, A. (2012). Quality-of-life and disability in patients with stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 91* (13 Suppl 1), S39–S47. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823d4df7>
- Chandrasekar, A., Clark, S. E., Martin, S., Vanderslott, S., Flores, E. C., Aceituno, D., Barnett, P., Vindrola-Padros, C., & Vera San Juan, N. (2024). Making the most of big qualitative datasets: a living systematic review of analysis methods. *Frontiers in Big Data, 7*, 1455399. <https://doi.org/10.3389/fdata.2024.1455399>
- Chen, J. T.-H., Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Draper, B., Brodaty, H., Cutler, H., Low, L.-F., Georgiou, A., Johnco, C., Jones, M., Meuldijk, D., & Partington, A. (2022). Improving mental health and social participation outcomes in older adults with depression and anxiety: Study protocol for a randomised controlled trial. *PLOS ONE, 17*(6), e0269981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269981>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ, 337*, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Crawford, L., Maxwell, J., Colquhoun, H., Kingsnorth, S., Fehlings, D., Zarshenas, S., McFarland, S., & Fayed, N. (2022). Facilitators and barriers to patient-centred goal-setting in rehabilitation: A scoping review. *Clinical Rehabilitation, 36*(12), 1694–1704. <https://doi.org/10.1177/02692155221121006>
- Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry, 18*(3), 276–285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>
- Dai, S.-C., Xiong, A., & Ku, L.-W. (2023). LLM-in-the-loop: Leveraging Large Language Model for Thematic Analysis. In H. Bouamor, J. Pino, & K. Bali (Eds.), *Findings of the Association for Computational Linguistics: EMNLP 2023* (pp. 9993–10001). Association for Computational Linguistics. <https://doi.org/10.18653/v1/2023.findings-emnlp.669>

II

- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process, 25*(2), 207–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Rnic, K. (2019). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (4th ed., pp. 3–31). New York: Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing.
- Frankl, V. E. (1969). *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. New York: World Publishing Company. (フランクル, V. E. 大沢博 (訳) (1979). 意味への意志—ロゴセラピーの基礎と適用 東京: プレエーン出版)
- Frey Müller, N., Knoop, T., & Meyer-Feil, T. (2024). Social work practice and outcomes in rehabilitation: A scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, 5*, 1348294. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1348294>
- Frisch, M. B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00132.x>
- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioral therapies: Achievements and challenges. *Evidence-Based Mental Health, 11*(1), 5–7. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>
- Germain, C. B. (1973). An ecological perspective in casework practice. *Social Casework, 54* (6), 323–330.
- Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). The life model of social work practice: *Advances in theory and practice* (3rd ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- Granlund, M., & Imms, C. (2024). Participation as a means: Implications for intervention reasoning. *Frontiers in Rehabilitation Sciences, 5*, Article 1399818. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1399818>
- Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition, and mental health. *Social Behavior and Personality, 31*(3), 253–264. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.253>
- Grant, A. M. (2006). An integrative goal-focused approach to executive coaching. In D. R. Stober & A. M. Grant (Eds.), *Evidence based coaching handbook: Putting best practices to work for your clients* (pp. 153–192). New York: John Wiley & Sons.
- 袴田 俊一 (2011). ライフモデルを基盤とするソーシャルワークにおける心理的介入:

III

- 認知療法と解決志向アプローチを中心に。総合福祉科学研究, 2, 25–34.
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A. W., Gray, D. B., Stark, S., Kisala, P., Carlozzi, N. E., Tulsy, D., Garcia, S. F., & Hahn, E. A. (2015). Environmental barriers and supports to everyday participation: A qualitative insider perspective from people with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96* (4), 578–588. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.008>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry, 20*(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44* (1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press. (ヘイズ, S. C.・ストローサル, K. D.・ウィルソン, K. G. 武藤崇・三田村 仰・大月 友 (監訳) (2014). アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) 第2版—マインドフルな変化のためのプロセスと実践 東京: 星和書店)
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36* (5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holliday, R. C., Ballinger, C., & Playford, E. D. (2007). Goal setting in neurological rehabilitation: patients’ perspectives. *Disability and Rehabilitation, 29* (5), 389–394. <https://doi.org/10.1080/09638280600841117>
- 池淵 恵美 (2024). 精神障害の社会モデルと治療・支援への提言. 精神神経学雑誌, 126(8), 499–509. <https://doi.org/10.57369/pnj.24-082>
- Imms, C., Granlund, M., Wilson, P. H., Steenbergen, B., Rosenbaum, P. L., & Gordon, A. M. (2017). Participation, both a means and an end: A conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *Developmental Medicine & Child Neurology, 59* (1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13237>
- 伊勢田 勉・小川 一夫・長谷川 憲一 (編著) (2012). 生活臨床の基本——統合失調症患者の希望にこたえる支援—— 東京: 日本評論社
- 石川 久展 (2019). わが国におけるマイクロ・メゾ・マクロソーシャルワーク実践の理

IV

- 論的枠組みに関する一考察——ビンカスとミナハンの4つのシステムを用いてのマイクロ・メゾ・マクロ実践モデルの体系化の試み——. *Human Welfare, 11* (1), 25–37.
- 石川 利江 (監修・編著)・松田 チャップマン 与理子 (編著) (2025). コーチング心理学入門: ポジティブな支援の実践 東京: サイエンス社
- 川上 克樹・永井 喜子・久保 義郎 (2016). 認知行動療法の目標設定におけるICFの活用 (1) ——認知リハビリテーションの事例——. 日本健康心理学会第29回大会発表論文集.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63* (3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kazdin, A. E. (2012). *Behavior modification in applied settings* (7th ed.). Long Grove, IL: Waveland Press.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*(6), 443–453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>
- King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K., & Young, N. L. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 23* (1), 63–90. https://doi.org/10.1080/J006v23n01_05
- 今野 義孝 (1977). 多動児の行動変容における腕あげ動作コントロール法の試み. 日本心理学会第41回大会発表論文集, 1098–1099.
- Kostanjsek N. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health, 11*(Suppl 4), S3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>
- 厚生労働省 (2002). 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> (2024年12月23日閲覧)
- 厚生労働省 (2006). 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会 (第1回) 参考資料. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0726-7.html> (2024年12月23日閲覧)
- 久保 結章・副田 あけみ (編) (2005). ソーシャルワークの実践モデル——心理社会的アプローチからナラティブまで—— 東京: 川島書店
- 久保 義郎 (2012). 器質精神障害・高次脳機能障害. 中島 俊樹・松井 博 (編), 60のケースから学ぶ 認知行動療法の技法と臨床 (pp.154–158) 京都: 北大路書房.

V

久保 義郎 (2015). 認知行動療法における国際生活機能分類 (ICF) の活用——「参加」レベルの目標設定による QOL の拡大——. 日本健康心理学会第 28 回大会発表論文集, 129.

久保 義郎 (2024). 行動療法・認知行動療法. 山口 加代子・上田 幸彦・久保 義郎 (編著), 最新リハビリテーション基礎講座 臨床心理学 (pp.164-178). 東京: 医歯薬出版.

久保 義郎 (2025). 認知行動療法における「目標指向的アプローチ」の有効性——「参加」レベルの目標設定による QOL の向上——. 日本健康心理学会第 38 回大会発表論文集, P2: 57.

熊野 宏昭 (2019). 認知行動療法とは. 日本認知・行動療法学会 (編), 認知行動療法事典 (pp. 2-5). 東京: 丸善出版

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199 (6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lee, V. V., van der Lubbe, S. C. C., Goh, L. H., & Valderas, J. M. (2024). Harnessing ChatGPT for thematic analysis: Are we ready? *Journal of Medical Internet Research*, 26, e54974. <https://doi.org/10.2196/54974>

Leonardi, M., & Fheodoroff, K. (2021). Goal setting with ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and multidisciplinary team approach in stroke rehabilitation. In Platz, T. (Ed.). *Clinical pathways in stroke rehabilitation* (pp.35-56). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_3

Levack, W. M. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., & McPherson, K. M. (2006). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation*, 28(12), 741-749. <https://doi.org/10.1080/09638280500265961>

Levack, W. M. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J. C., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2015). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015 (7), CD009727. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009727.pub2>

Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology:

VI

The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73 (1), 26-46. <https://doi.org/10.1037/amp000151>

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.705>

Malik, K., Ibrahim, M., Bernstein, A., Venkatesh, R. K. K., Rai, T., Chorpita, B., & Patel, V. (2021). Behavioral activation as an 'active ingredient' of interventions addressing depression and anxiety among young people: A systematic review and evidence synthesis. *BMC Psychology*, 9, Article 150. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00655-x>

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2022). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Maslow, A. H. (1962). *Toward a Psychology of Being* (2nd ed. 1968). New York: Van Nostrand Company. (マズロー, A. H. 上田 吉一 (訳) (1998). 完全なる人間— 魂のめざすもの. 東京: 誠信書房)

May, R. (1981). *Freedom and Destiny*. New York: Norton. (メイ, R. 伊東 博・伊東 順子 (共訳) (1988). 自由と運命. 東京: 誠信書房)

宮田 広善 (2001). 子育てを支える療育——(医療モデル) から (生活モデル) への転換を——. 東京: ぶどう社

茂木 俊彦 (2012). 子どもに学んで語りあう. 東京: 全国障害者問題研究会出版部

森田 正馬 (2004). 神経質の本態と療法——森田療法を理解する必読の原典——. 東京: 白揚社 (原著 1919)

永井 喜子・川上 克樹・久保 義郎 (2016). 認知行動療法の目標設定における ICF の活用 (2) ——チームリハビリテーションにおける事例——. 日本健康心理学会第 29 回大会発表論文集.

成瀬 悟策 (1973). 心理リハビリテーション——脳性マヒ児の動作と訓練——. 東京: 誠信書房

成瀬 悟策 (1992). 臨床動作法の心理構造. 成瀬 悟策 (編) 臨床動作法の理論と治療 (pp. 43-52). 東京: 至文堂.

Nguyen-Trung, K. (2025). ChatGPT in thematic analysis: Can AI become a research assistant in qualitative research? *Quality & Quantity*, 59, 4945-4978. <https://doi.org/10.1007/s11315-025-02165-z>

西山 志満子 (2018). ARMS CBT における治療のポイント. 予防精神医学, 3 (1), 20-30. https://doi.org/10.24591/jseip.3.1_20

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis:

VII

Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

岡田 佳詠・川野 直久・田上 博喜・泉 武康・小野 俊一・水野 恵三子・中村 聡美 (2022). 気分障害への多職種連携チームによる認知行動療法. 認知療法研究, 15 (2), 123-132.

岡 美智代・石川 純子・上星 浩子・松本 光寛・高橋 さつき・伊藤 美鈴 (2022). Virginia Braun and Victoria Clarke による再帰的テーマティック分析を中心としたテーマティック分析の概要と分析プロセス. 日本看護研究学会雑誌, 45 (2), 145-158.

大川 弥生 (2002). 理学療法に生かす ICF (5) 理学療法プログラムに生かす ICF (1) 目標指向的アプローチ. 理学療法ジャーナル, 36 (8), 609-615.

大川 弥生 (2003). 生活機能 (functioning) 向上にむけたリハビリテーション: 目標指向的プログラムにたつて, 日本老年医学会雑誌, 40 (6), 582-585.

大川 弥生・上田 敏 (1996) 高次脳機能障害に対する医学的リハビリテーション. リハビリテーション研究, (87), 6-13.

大野 清志 (1974). 乱暴・けんか・反抗. 沢田 慶輔・内山 喜久雄・間宮 武 (編著) 最新生徒指導シリーズ 4 問題行動の指導. 東京: 日本図書文化協会, pp.134-141.

Passmore, J. & Fillery-Travis, A. (2011). A critical review of executive coaching research: A decade of progress and what's to come. *Coaching: An International Journal of Theory, Practice & Research*, 4 (2), 70-88. <https://doi.org/10.1080/17521882.2011.596484>

Perlman, H. H. (1957). *Social casework: A problem-solving process*. Chicago: University of Chicago Press. (パールマン, H. H. 松本 武子 (訳), 1966. ソーシャル・ケースワーク: 問題解決の過程 [改訳版]. 東京: 全国社会福祉協議会)

Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press. (パーソンズ, J. B. 坂野 雄二・本谷 亮 (監訳) (2021). 認知行動療法ケース・フォーミュレーション. 東京: 金剛出版.)

Pollock, N., Law, M., Baptiste, S., McColl, M. A., Opzomer, A., & Polatajko, H. (1990). Occupational performance measures: A review based on the guidelines for client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57 (2), 77-81. <https://doi.org/10.1177/000841749005700206>

Rahal, G. M., & Caserta Gon, M. C. (2020). A systematic review of values interventions in acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(3), 355-372.

Rice, D. B., McIntyre, A., Mirkowski, M., Janzen, S., Viana, R., Britt, E., & Teasell, R. (2017). Patient-centered goal-setting in a hospital-based outpatient stroke rehabilitation center. *PM&R*, 9 (9), 856-865.

VIII

<https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.12.004>

Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 25(2), 95-103.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.

Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>

坂野 朝子・武藤 崇 (2012). 「価値」の機能とは何か: 実証に基づく価値研究についての展望. 心理臨床科学, 2 (1), 69-80. <https://pscenter.doshisha.ac.jp/journal/PDF/Vol2/p69.pdf>

坂野 雄二 (1995). 認知行動療法. 東京: 日本評論社

Schwartz, I. S., & Kelly, E. M. (2021). Quality of Life for People with Disabilities: Why Applied Behavior Analysts Should Consider This a Primary Dependent Variable. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 46 (3), 159-172. <https://doi.org/10.1177/154079692111033629>

瀬川 篤史 (2020). 加害恐怖を示す高齢女性に曝露反応妨害法を行った単一事例研究——買い物行動に対する介入と効果の検討——. 行動分析学研究, 35(1), 52-60. https://doi.org/10.24456/jiba.35.1_52

嶋 大樹・井上 和哉・本田 暉・高橋 まどか (2023). 外来臨床における標的行動測定プロセスとその特徴の記述に向けた系統的レビュー. 認知行動療法研究, 49 (2), 63-74.

Siegert, R. J., & Levack, W. M. M. (Eds.). (2014). *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence*. London: CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b17166>

Simeonsson, R. J., Leonardi, M., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., Lollar, D., Martinuzzi, A., McDowell, B., & Mpofu, E. (2003). Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. *Disability and Rehabilitation*, 25 (11-12), 602-610. <https://doi.org/10.1080/0963828031000137117>

Simon, L., Götz, F., Schenk, O., Bührmann, T., Kauff, M., Kraus de Camargo, O., Snyman, S., Lüers, G., & Wulfhorst, B. (2024). The international classification of functioning, disability and health in clinical practice, research findings and their impact on training and education. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5,

IX

1420498. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1420498>

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Macmillan Company.

<https://www.bfskinner.org/newtestsite/wp-content/uploads/2014/02/ScienceHumanBehavior.pdf>

Skoumal, M., Lindner-Rabl, S., Honegger, M., Pertinatsch, C., Kadane, C., Neubacher, B., Herzog, C., & Roller-Wirnsberger, R. (2024). Goal setting for participatory person-centered geriatric rehabilitation—From function-centered rehabilitation towards digitally supported personalized and integrated care for older people. *Journal of Clinical Medicine, 13* (14), 4134. <https://doi.org/10.3390/jcm13144134>

砂原 茂一 (1980). リハビリテーション. 東京: 岩波書店

Syed, M., & Westberg, D. W. (2025). Mixed-methods research in psychology: Rationales and research designs. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 8* (2), 1-16. <https://doi.org/10.1177/25152459251343919>

武内 智弥 (2017). 臨床動作学における方法と理論の変遷について. 青山学院大学教育人間科学部紀要, 8, 121-135.

土屋 雅子 (2016). テーマティック・アナリシス法: インタビューデータ分析のためのコーディングの基礎. 京都: ナカニシヤ出版

津田 耕一 (2003). ソーシャルワークにみる行動療法アプローチの意義. 行動療法研究, 29 (2), 119-132.

Tung, H., Morris, P. G., Kyranides, M. N., McArdle, A., McConachie, D., & Williams, J. (2023). The relationships between valued living and depression and anxiety: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Contextual Behavioral Science, 28*, 102-126. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.02.004>

上田 敏 (1983). リハビリテーションを考える——障害者の全人的復権——. 東京: 青木書店

上田 敏 (1992a). リハビリテーション医学の世界. 東京: 三輪書店

上田 敏 (1992b). ゴール設定をどう考えるか——目標指向的アプローチを中心に——. 理学療法ジャーナル, 26 (7), 432-435.

上田 敏 (2005). ICFの理解と活用: 人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか. 東京: きょうざれん, 東京: 萌文社 (発売)

Ueda, S., & Okawa, Y. (2003). The subjective dimension of functioning and disability: What is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation, 25*(11-12), 596-601. <https://doi.org/10.1080/0963828031000137108>

Wachtel, P. L., Siegel, J. P., & Baer, J. C. (2020). The scope of psychotherapy integration: Introduction to a special issue. *Clinical Social Work Journal, 48*(3),

231-235. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00771-y>

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton & Company. (ホワイト, M. & エプストン, D. 小森 康永 (訳) (2017). 物語としての家族 [新訳版]. 東京: 金剛出版)

Whiteneck, G., & Dijkers, M. P. (2009). Difficult to measure constructs: Conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(11 Suppl), S22-S35. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.06.009>

Widnall, E., Price, A., Trompeter, H., & Dunn, B. D. (2020). Routine cognitive behavioural therapy for anxiety and depression is more effective at repairing symptoms of psychopathology than enhancing wellbeing. *Cognitive Therapy and Research, 44*, 28-39. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10041-y>

Wiggins, G., & McTighe, J. (2005). *Understanding by design* (Expanded 2nd ed.). Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization. (世界保健機関 (著), 障害者福祉研究会 (編) (2002). ICF 国際生活機能分類——国際障害分類改定版——. 東京: 中央法規出版)

World Health Organization (2013). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Exposure draft for comment. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-use-the-icf-a-practical-manual-for-using-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

山上 敏子 (1990). 行動療法展望——生活への寄与——行動療法研究, 16 (1), 1-12.

Zarbo, C., Tascas, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology, 6*, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>

謝 辞

本論文の執筆にあたり、多くの方々からご指導とご支援をいただきました。

まず、主査としてご指導くださった石川利江先生には、研究全体を通じて親身にご指導いただきました。特に、研究方法の検討、ならびに論文全体の構成と論旨の整理に関して多大なご助言をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

次に、前主査としてご指導くださった故茂木俊彦先生には、研究の構想段階からご指導をいただき、論文指導の傍ら、大学教員としてのあり方、ならびに臨床家としてのあり方についてもご指導いただきました。ご存命中に本論文を提出することが叶わなかったことを心残りに存じます。先生を偲び、深く感謝申し上げます。

主査および前主査の両先生にご指導いただく機会を得たことで、研究の進め方や捉え方に関する視野を広げることができました。

審査に際しては、副査として鈴木平先生より、本アプローチを全人的であるとする評価をいただきました。また、山口創先生には、貴重なご質問を通じて、本研究の検討課題を明確にする機会をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

合わせて、学外副査としてご指導いただいた今野義孝先生より、本研究を筆者の臨床実践の到達点として評価するお言葉をいただきました。

さらに、前副査としてご助言いただいた森和代先生には、リハビリテーションの発想をより明確にするようご指導いただき、前学外副査としてご指導いただいた佐々木和義先生には、リハビリテーションと認知行動療法の専門家としての観点からご助言をいただきました。

先生方からのご指摘とご助言は、本研究の目的を明確にし、研究方法と論文の構成を検討するうえで大きな指針となりました。

大学院事務室の皆様には、諸手続きに際して親身にご対応いただきました。ここに記して感謝申し上げます。

また、臨床および支援の場において、ご協力くださった患者さん、利用者さん、ならびに関係者の皆様に感謝申し上げます。加えて、臨床実践において、本アプローチを用いた支援を担ってくださった川上克樹さん、永井喜子さんに深く感謝いたします。

応援してくださった修士課程修了生の皆様に感謝いたします。皆様が修士論文に向き合う姿に背中を押していただきました。

最後に、日々の生活を支え、応援してくれた家族に感謝します。

十分には意を尽くせませんが、本論文の提出に至るまでご支援くださったすべての皆様に改めて深く感謝申し上げます。今後もご縁を大切に、臨床家としての姿勢を忘れず、支援を必要とする方々ならびに学生の皆様に向き合っておりまします。