

知的障害のある成人の心理療法への アクセシビリティに関する検討

精神科・心療内科に勤務する心理職の意識調査から

中島 由宇・改田 明子

Accessibility of Psychotherapy for Adults with Intellectual Disabilities Based on an Awareness Survey of Psychologists Working in Psychiatry and Psychosomatic Medicine

NAKASHIMA Yu and KAIDA Akiko

Abstract

We conducted a survey to reveal how psychologists working in psychiatry and psychosomatic medicine view psychotherapy and how they practice it for people with intellectual disabilities. The results revealed that the practice of psychotherapy was extremely limited. In particular, almost no support was provided for behavioral issues for people with severe to profound intellectual disabilities and for middle-aged and older adults. On the other hand, there was awareness of the effectiveness and needs for psychotherapy, albeit to a limited extent. We identified the following three social barriers to accessibility in psychotherapy: 1. Perception among psychologists about the presence of economic and systemic social barriers; 2. Psychologists' intuitive image of psychotherapy for people with intellectual disabilities; 3. Discrepancies between psychologists' and welfare facility staff's perceptions of support (an emphasis on the perspective of the "individual model of disability" among psychologists and differences in the level of urgency based on the difficulty of support).

1. 問題と目的

2014年に日本が批准した、障害¹のある人の権利及び尊厳を保護・促進するための包括的・総合的な国際条約である障害者権利条約にうたわれるように、障害のある人に対して、少なくとも一般と同等のレベルの保健を提供することは我が国における喫緊の課題である。知的障害のある人がメンタルヘルス上の問題を呈することは珍しいことではない。知的障害のある人への心理療法について、1980年代以降イギリスを中心に研究がなされるようになり、多様な心理療法技法の適用可能性(中島・櫻井, 2023)が示唆され、あくまで限定的な結果ではあるものの、メタアナリシスでは中程度の効果との結論が示されている(Vereenoghe & Langdon, 2013)。しかし、そうした研究の一方で、実践は必ずしも積極的に取り組まれておらず、メンタルヘルスの課題を抱える人のうち心理療法を利用していたのは約6%とする調査結果もあり、心理的サービスの提供が不十分であることが指摘されている(Shimoyama et al., 2018)。

知的障害のある人が心理療法へアクセスすることの困難の背景として、彼らの情緒的な問題に対する周囲の知識や気づきの不足や心理職の側の抵抗等が指摘されている(Taylor et al., 2013)。まず、知的障害のある人の周囲における社会的障壁を明らかにするために、筆者らは、知的障害のある人の身近で関わる福祉施設職員の意識と実態に関する質問紙調査を行った(中島・改田, 2023)。施設職員は、知的障害のある人の意思が理解しがたいことに困難を感じており、心理療法を実施する心理職が積極的に連携をはかることでそうした困難感の緩和に寄与しうると考えられ、心理療法に対する潜在的なニーズが示唆された。また、心理療法はポジティブな印象がもたれやすいが利用はきわめて少なく、心理療法には対話能力が必要であるというイメージが心理療法の利用への社会的障壁のひとつとなっていることがうかがえた。

次に、心理職等心理的支援を提供する専門家における社会的障壁に関して、Royal College of Psychiatrists(2004)は、精神科医、心理学者を対象に知的障害のある人への心理療法の意識調査を行い、知的障害のある人には中程度あるいは高い心理療法へのニーズがあるが、心理療法の実施は実践者の個人的なスキルによっており、適切に訓練された専門家やスーパービジョン、訓練の機会の不足、心理療法が優先的に選択されることの少なさ等が、彼らが心理療法にアクセスする上での障壁となっていると考えられていることを明らかにした。このように、知的障害のある人が心理療法にアクセスすることを妨げる要因のひとつとして、心理職における抵抗や、スキルのばらつき、消極性、訓練の不足等も社会的障壁となっていることが推察されるが、我が国において実証的に明らかにした研究は乏しい。

そこで本研究では、メンタルヘルスの問題を呈した人が利用する最も身近な支援機関である精神科・心療内科の医療機関において、心理職が、知的障害のある人の心理やその課題、心理療法に関してどのように意識しているかを明らかにし、知的障害のある人の心理療法へのアクセシビリティにおける社会的障壁を推定することを目的とする。あわせて、医療機関における知的障害のある人への心理療法の取り組みの実態を明らかにすることを副次的な目的とする。

2. 方法

1. 調査協力者および手続き

2022年11月から2022年12月にかけて、無記名自記式の質問紙による調査を実施した。病院・診療所検索サイト「病院ナビ」<https://byoinnavi.jp/>で公開されている情報をもとに、東京都、神奈川県、千葉県の精神科・心療内科の医療機関全1869部の質問紙を郵送配布した。158名(回収率8.5%)の回答が得られ、うち有効回答数は153名(8.2%)であった。それぞれの医療機関における心理職の有無を調査前に確認する手段がなく、心理職の有無によらずすべての医療機関に質問紙を配布したため、低い回収率となった。

2. 質問紙の構成

質問紙では、フェイスシート項目、架空事例に基づく心理的課題と支援に対する認識、心理療法の具体的な実践経験、知的障害のある人への心理療法の学習経験、知的障害のある人の心理や支援に対する認識、心理療法に対する認識の順で尋ねた。知的障害については調査内で定義を示さず、回答者の認識に基づいた回答を求めた。心理療法については、Frank & Frank (1991/2007)を参照して「ここでは、心理療法とは、臨床心理士や公認心理師等の心理職が、困っている人に対して、人間関係を通して行う支援を指します。」と定義し、説明した。

フェイスシート項目は以下の5項目を設定した(カッコ内は選択肢)。すなわち、勤務機関のおもな領域(医療・保健/福祉/司法・矯正/私設心理相談/産業・労働/大学・研究機関/その他)、勤務形態(常勤/非常勤)、勤務内容に占める心理療法の割合(10%以下/30%/50%/70%/90%以上)、主に用いている心理療法のアプローチ(精神力動的アプローチ/ヒューマニスティックアプローチ/認知行動アプローチ/折衷・統合アプローチ/その他)、経験年数(5年未満/5~9年/10~14年/15~19年/20~24年/25年以上)であった。

架空事例に基づく心理的課題と支援に対する認識として、心理的課題を呈した2つの架空事例A、Bを提示し、その原因帰属に関する8項目、対応に関する12項目について、原因帰属は「1. かなり関係している」、「2. どちらかといえば関係している」、「3. どちらかといえば関係していない」、「4. ほとんど関係していない」の4件法で、対応は「1. かなり適切である」、「2. どちらかといえば適切である」、「3. どちらかといえば不適切である」、「4. かなり不適切である」の4件法で尋ねた。原因帰属に関する8項目は、「(ア)A/Bさんの知的障害」、「(イ)A/Bさんの病気」、「(ウ)A/Bさんの家族関係」、「(エ)A/Bさんの育ち方」、「(オ)A/Bさんの生活習慣」、「(カ)A/Bさんの気持ち」、「(キ)支援者の関わり方」、「(ク)事業所の環境」である。対応に関する12項目は、「(ア)医療機関を利用すること」、「(イ)家族と協議すること」、「(ウ)施設内の関係者で協議すること」、「(エ)心理職による支援を利用すること」、「(オ)医療機関以外の諸機関と連携すること」、「(カ)困難が発生しないように環境調整を行うこと」、「(キ)適切な行動の教育・訓練を行うこと」、「(ク)不適切な行動をしないように教育・訓練すること」、「(ケ)不適切な行動の制限を行うこと」、「(コ)A/Bさんが喜ぶような支援をすること」、「(サ)施設のルールを守るように支援すること」、「(シ)A/Bさんの気持ちを汲んで支援すること」であった。Aの架空事例は「ダウン症。重度に近い中等度の知的障害のある生活介護施設の利用者。25歳。

施設でちょっとしたことでパニックになってしまい、暴れてしまう。混乱した様子で自分の髪をひっぱる、メガネをぐちゃぐちゃにつぶすなどの荒れる行動が出る」、B の架空事例は「軽度の知的障害のある、就労継続支援 A 型事業所の利用者。20 歳。最初はきちんと通っていたが、しばらくすると、朝、家は出るものの、事業所に行かずに仕事が終わる頃に家に戻るようになった。親御さんが問い詰めても、なぜそんなことをしたのかという理由を語らない」と示した。2 つの架空事例において、疾患の有無、知的障害程度、利用している事業所種別、心理的課題の特徴（内在化、外在化）が異なるよう設定し、事例の個性を超えて、知的障害のある人の心理的課題の原因帰属や課題への対応に関する認識の傾向を確認しようとした。

心理療法の具体的な実践経験として、知的障害のある人への心理療法に対する最近 3 年間の実施件数を問い、その中で最も困難と感じた 2 事例までを想起してもらい、事例の心理的課題、年齢、障害程度、肢体不自由の重複有無、回答時点における状況、心理療法を実施する上での困難、実施した心理療法の種別について選択肢を設けて回答を求めた。心理的課題については、知的障害のある人への心理療法の文献検討(中島・櫻井, 2023)において心理療法の標的となっていた心理的課題を参照して、14 の選択肢を設けた。すなわち、「1. 対人関係(利用者同士、対職員、対家族)の困難」、「2. 意思表出の困難」、「3. 暴力、暴言、器物破損」、「4. 通所しぶり、活動に取り組まないなど」、「5. 受身、消極的」、「6. 混乱、興奮、幻覚妄想など」、「7. 過食や拒食など、食の問題」、「8. 飲酒、喫煙の問題」、「9. 自傷」、「10. 不安」、「11. うつ、気分の落ち込み」、「12. 強迫、こだわり」、「13. 性的な問題行動」、「14. その他触法、問題行動」の 14 項目であった。回答時点における状況については、「1. 改善した」、「2. 継続中」、「3. 深刻化した」、「4. わからない」の 4 件法で尋ねた。心理療法を実施する上での困難については、「1. 心理療法に通うための支援(同行など)を受けること」、「2. その方の経済的な問題」、「3. その方の家族や支援者との連携」、「4. その方との関係の構築」、「5. その方の心理を理解・アセスメントすること」、「6. その方の変化(心理療法の効果)がわかりにくいこと」、「7. その方との意思疎通」、「8. 適切な技法がわからないこと」、「9. スーパービジョンや研修の機会がないこと」、「10 その他」の 10 個の選択肢を設けた。実施した心理療法の種別について、精神分析、遊戯療法、来談者中心療法、箱庭療法、行動療法、芸術療法、家族療法、認知行動療法、集団療法、その他と選択肢を設けた。心理的課題の背景、心理療法と併せて実施したこと、関わりで工夫したことについては自由記述で回答を求めた。

知的障害のある人への心理療法の学習経験として、大学・大学院における心理療法の学習や心理職として受講した研修で、知的障害のある成人が対象としてどれだけ含まれていたかについて、「1. たくさん含んでいた」、「2. ある程度含んでいた」、「3. ほとんど含んでいない」、「4. まったく含んでいない」、「5. わからない」の 5 件法で回答を求めた。

知的障害のある人の心理や支援に対する認識、心理療法に対する認識に関しては、まず、知的障害のある人の意思や感情の理解、意思疎通、支援それぞれの困難感について、「1. いつも難しい」、「2. しばしば難しい」、「3. とときどき難しい」、「4. いつも難しくない」、「5. わからない」の 5 件法で尋ねた。そして、心理療法技法(精神分析、遊戯療法、来談者中心療法、箱庭療法、行動療法、芸術療法、家族療法、認知行動療法、集団療法)がそれぞれ、知的障害のあ

る成人に適用できるかどうかについて、「1. かなり適用できる」、「2. どちらかといえば適用できる」、「3. どちらかといえば適用できない」、「4. まったく適用できない」、「5. わからない」の5件法で回答を求めた。さらに、知的障害のある成人への心理療法の有効性、ニーズ（本人、家族、支援者）、関心、抵抗感、困難の認識について、「1. かなり(ある)」、「2. どちらかといえば/ある程度(ある)」、「3. どちらかといえば/あまり(ない)」、「4. ほとんど(ない)」、「5. わからない」の5件法で尋ね、困難の認識についてはさらにその理由について、12個の選択肢、すなわち、「1. 心理療法に通うための支援(同行など)を受けるのが難しい」、「2. 心理療法を受けることが経済的に難しい」、「3. 心理療法を受けられる場所が近隣にない」、「4. 心理療法を受けられる場所を知ってもらうのが難しい」、「5. 家族や支援者に心理療法を利用する発想がない」、「6. 家族や支援者と心理職の連携が難しい」、「7. 心理職が知的障害のある成人と関係を構築することが難しい」、「8. 心理職が知的障害のある成人の心理を理解・アセスメントすることが難しい」、「9. 知的障害のある成人への心理療法の効果の判断や評価が難しい」、「10. 知的障害のある成人と心理職が疎通をはかることが難しい」、「11. 知的障害のある成人への心理療法の方法が確立していない」、「12. その他」を示して回答を求めた。有効性、関心、抵抗感については回答の理由について自由記述で回答を求めた。

3. 倫理的配慮

調査への協力は全くの任意であり、協力しないことで不利益が生ずることはないこと、データは厳重に管理し、施設や個人に関する情報は匿名化した上で調査のみに使用し、調査後に廃棄することを文書にて明記した。質問紙の返信をもって調査への同意を得られたものとする旨を記載した上で、質問紙の末尾に調査結果を研究に利用・公表することへの同意を確認し、「同意する」にチェックがない回答、「同意しない」にチェックがある回答は除外した。なお、本研究は東海大学「人を対象とする研究」に関する倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号：22161)。

3. 結果

1. 調査協力者の内訳

回答者の勤務する機関の領域は、医療機関を送付先としたため、「医療・保健」(149名, 97.4%)が大半であった。心理職としての勤務形態は、「常勤」(98名, 64.1%)、「非常勤」(55名, 35.9%)であった。勤務内容のうち、心理療法の占める割合は、「50%」(40名, 26.1%)、「90%以上」(32名, 20.9%)、「70%」(31名, 20.3%)の順に多く、心理療法が業務の過半数を占める人が7割近くであった。主なオリエンテーションは、「折衷・統合アプローチ」(62名, 40.5%)、「認知行動療法、応用行動分析などの認知行動アプローチ」(58名, 37.9%)、「クライアント中心療法などヒューマニスティックアプローチ」(54名, 35.3%)、「精神分析など精神力動アプローチ」(48名, 31.4%)、「その他」(17名, 11.1%)と回答がなされており、まんべんなくさまざまなオリエンテーションの心理職が回答に協力した。心理職としての経験年数は、「10～14年」(34名, 22.2%)、「5年未満」(26名, 17.0%)、「5～9年」(25名, 16.3%)、

「15～19年」(25名, 16.3%), 「20～24年」(21名, 13.7%), 「25年以上」(21名, 13.7%)であり, 幅広い経験年数がみられた。

2. 知的障害のある人への心理療法実施の実態

最近3年間で心理療法を実施した, 知的障害のある成人の事例は平均2.63件($SD=5.54$)であり, ばらつきがみられ, 全体にきわめて少なかった。1事例以上対応したのは78名(51.0%)であり, 約半数の回答者が知的障害のある成人への心理療法の実践経験があった。

回答者の経験した事例のうち, 最も困難と感じた2名までの事例について想起してもらい, 支援の実態について回答を求めたところ, 138件の事例に関する回答を得た。

(1) 心理的課題の実態

事例の心理的課題について選択肢を設けて回答を求めた(複数回答可)。図1に示すように, 「対人関係の困難」(118件, 85.5%), 「意思表出の困難」(82件, 59.4%), 「不安」(69件, 50.0%), 「うつ, 気分の落ち込み」(66件, 47.8%), 「強迫, こだわり」(57件, 41.3%), 「混乱, 興奮, 幻覚妄想など」(41件, 29.7%)「通所しぶり, 活動に取り組まないなど」(37件, 26.8%), 「受身, 消極的」(36件, 26.1%), 「暴力, 暴言, 器物破損」(35件, 25.4%), 「自傷」(34件, 24.0%), 「過食や拒食など, 食の問題」(22件, 15.9%), 「性的な問題行動」(13件, 9.4%), 「その他触法, 問題行動」(11件, 8.0%), 「飲酒, 喫煙の問題」(10件, 7.2%)と, 多岐にわたる心理的課題を経験していた。

これらの心理的課題の原因や背景について自由記述で回答を求め, KJ法(川喜田,1967)に準じて分析したところ, 表1の通り, 多い順に, 〈家庭環境・成育歴・家族関係〉(67件, 〈 〉はカテゴリー名を示す), 〈障害のある人の特性や困難(1次的・2次的)〉(62件), 〈支援環境・社会環境〉(48件), 〈環境変化〉(7件), 〈関係・コミュニケーションのこじれ〉(3件)等であった。これらのカテゴリーのうち, 〈障害のある人の特性や困難(1次的・2次的)〉以外は, すべて対人関係を含む環境要因であった(あわせて125件)。〈障害のある人の特性や困難(1次的・2次的)〉としては, 医療機関での調査であるため〈精神障害の併存〉(15件)が最も多く, 〈意思疎通・表現の困難〉(5件), 〈こだわり〉(4件), 〈ストレス対応の不得手〉(3件), 〈不安〉(3件), 〈障害特性〉(3件)といった, 障害に由来する1次的, 2次的な困難や, 〈身体疾患・身体障害の併存〉(9件)等の身体における困難が挙げられた。

心理的課題を呈した事例の年齢は, 20代(62件, 44.9%), 30代(32件, 23.2%), 40代(23件, 16.7%), 19歳以下(14件, 10.1%), 50代(4件, 2.9%), 60代(2件, 1.4%), 70歳以上(1件, 0.7%)であり, 30代までの, 成人前期の事例が8割近くを占めていた。また, 障害程度は, 「軽度」(92件, 66.7%), 「中等度」(35件, 25.4%), 「最重度・重度」(7件, 5.1%)であり, 主に軽度, 次いで中等度の知的障害のある人に実践されていた。肢体不自由の重複は「なし」(95件, 68.8%), 「不明」(35件, 25.4%), 「あり」(8件, 5.8%)であった。

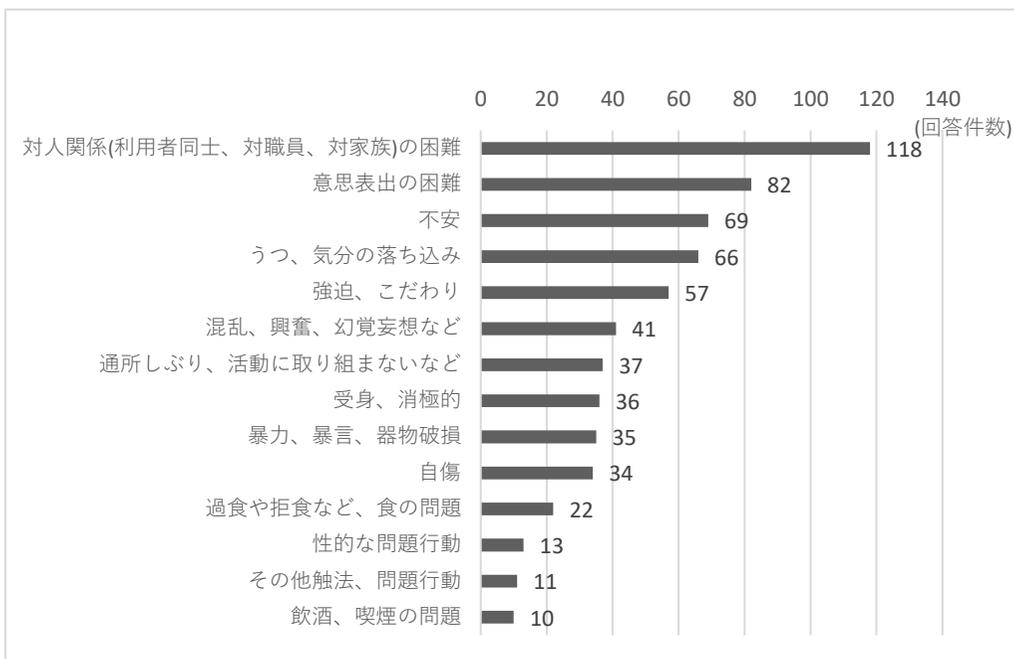


図1 事例における心理的課題

表1 事例における心理的課題の原因や背景

大カテゴリー	小カテゴリー
家庭環境・成育歴・ 家族関係(67)	家族関係の不良(18) 家庭環境・成育歴(8) いじめ(7) 虐待(7) 親・家族の死別・離婚・高齢化(6) 親の不適切な対応(6) 家族の障害理解の不足(6) 学校生活(3) 家庭・学校の理解不足(3) 愛着の問題(2) 親子の分離困難(1)
障害のある人の特性 や困難(1次的・2次 的)(62)	精神障害の併存(15) 自閉スペクトラム症の併存(9) 身体疾患・身体障害の併存(6) 意思疎通・表現の困難(5) こだわり(4) ストレス対応の不得手(3) 不安(3) 思い込み・独特な理解(2) 感覚過敏(2) 障害特性(2) 被害感(2) 本人の障害理解の不足(2) 性格(1) 他者への希求(1) 自身の問題に向き合う抵抗(1) 理解の困難(1) 自己肯定感の低さ(1) 思春期的な対人葛藤(1) 趣味が少ない(1)
支援環境・社会環境 (48)	対人関係(9) 就労のミスマッチ・不適応(5) 職場の環境・人間関係(5) ソーシャルサポートの不足・孤独(5) 対人トラブル(4) 性被害・性的関係(3) 喪失体験(3) 不適切な支援(3) 困窮・経済的問題(2) 進学(2) 周囲の理解不足(2) 生活のうまくいかなさ(1) 支援機関の家族の連携不足(1) 支援の不足(1) 支援のミスマッチ(1) 重大な出来事(1)
環境変化(7)	環境の変化(6) 社会状況の変化(1)
関係・コミュニケーションの こじれ(3)	依存(2) 注目ひき(1)
不明(1)	不明(1)

※カテゴリー名末尾の()は回答切片数。以下同様。

心理的課題を呈した事例の回答時点における状況について、「改善した」36件(26.1%)、「継続中」83件(60.1%)、「深刻化した」2件(1.4%)、「わからない」18件(13.0%)であり、多くは継続的に課題に取り組んでいる状況にあることがうかがえた。

(2) 心理療法の適用の実態

心理療法を実施する上での困難について選択肢を設けて回答を求めた(複数回答可)。図2に示すように、「その方の家族や支援者との連携」が最も多く(72件, 52.2%)、「その方の心理を理解・アセスメントすること」(51件, 37.0%)、「その方との意思疎通」(50件, 36.2%)、「その方との関係の構築」(45件, 32.6%)、「その方の変化(心理療法の効果)がわかりにくいこと」(42件, 30.4%)、「その方の経済的な問題」(36件, 26.1%)、「適切な技法がわからないこと」(21件, 15.2%)、「心理療法に通うための支援(同行など)を受けること」(9件, 6.5%)、「スーパービジョンや研修の機会がないこと」(6件, 4.3%)となった。クライアントの理解や、意思疎通、関係構築といった心理療法のセッション内における困難以上に、連携の困難が多く挙げられた。結果4(2)②(後出)では心理療法の利用の困難感の理由に多く挙げられていた経済的な問題や制度的な困難は、実際の実践における困難としてはあまり多く指摘されなかった。

より具体的な困難の内容について自由記述で回答を求めた。〈意思、状況、背景の把握の困難〉(15件)、〈心理療法の目標の設定と共有の困難〉(15件)、〈変化や効果の見出しにくさ〉(11件)、〈連携や環境調整の困難〉(10件)、〈やりとりの困難〉(9件)、〈経済的、制度的な障壁〉(4件)、〈心理療法技法選択の困難〉(2件)といった回答がみられた。〈連携や環境調整の困難〉は、具体的には、生活保護制度の利用等連携の必要性が高いこと、連携をとれる機関に限りがあること、他の支援者と理解を共有することが困難であること、クライアントが連携を拒否すること、家族葛藤に巻き込まれることがあること等が挙げられた。心理療法のセッション内の困難として、まず、〈意思、状況、背景の把握の困難〉について、混乱すると断片的な発話になること、行動のきっかけを捉えにくいこと、状況把握に時間がかかること、「その場限りの応答や、良い反応」が目立ちクライアントの気持ちを捉えにくいこと等が挙げられた。〈心理療法の目標の設定と共有の困難〉について、「語る意味を見出せなかった」等心理療法の意味や必要性を共有しにくいこと、クライアントが課題意識を持つことが難しいこと、クライアント本人と家族のニーズのずれ等が挙げられた。〈やりとりの困難〉について、共感的に関わりにくいこと、伝え方に工夫が必要であること、やりとりが深まらないこと等が挙げられた。心理療法の〈変化や効果の見出しにくさ〉について、こだわりが強いこと等から状態が変化しにくいこと、心理療法の場の変化が般化しにくいこと等が挙げられた。

どのような心理療法技法を用いたのか、選択肢を設けて回答を求めた(複数回答可、図3)。「来談者中心療法」(58件, 42.0%)、「その他」(41件, 29.7%)、「認知行動療法」(37件, 26.8%)、「行動療法」(30件, 21.7%)、「家族療法」(14件, 10.1%)、「精神分析」(11件, 8.0%)、「集団療法」(10件, 7.2%)、「芸術療法」(8件, 5.8%)、「遊戯療法」(6件, 4.3%)であった。結果4(2)①(後出)で知的障害のある人に対して比較的適用可能と思われる技法に選択

されていた家族療法，芸術療法，遊戯療法は，実際の適用は比較的少なく，知的障害のある人に対してあまり適用できないと思われる技法に選択されていた来談者中心療法，認知行動療法は，実際の適用は比較的多かった。

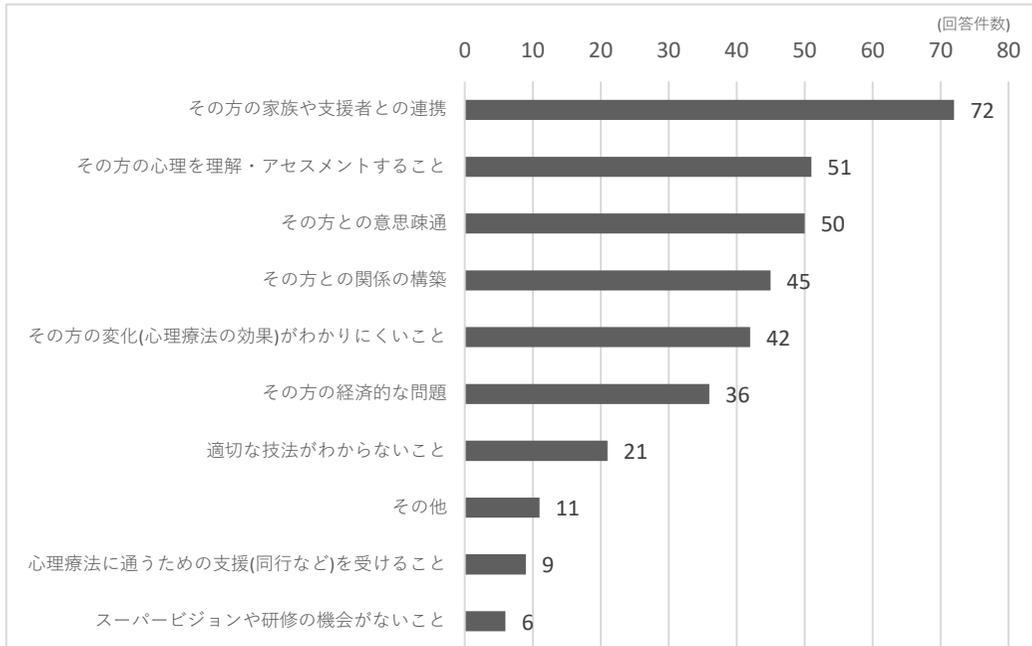


図2 心理療法を実施する上での困難

心理療法における関わりの工夫について，自由記述で回答を求めた。最も多く行われていた工夫は〈主体性を尊重した肯定的な対応〉(35件)であり，受容的，支持的な態度で丁寧に関係構築をはかり，本人のペースに沿って，本人の表現のしかたにあわせ，好きなものや強みを活用し，肯定的なフィードバックを行い，自尊心や主体性を尊重することが意識されていた。ついで，〈わかりやすく具体的なやりとりの工夫〉(27件)として，わかりやすく簡潔なコミュニケーションが工夫され，非言語的な方法が活用されていた。必要性が高いと認識されていた〈連携・情報共有〉(13件)については，変化に応じたいねいな情報共有やアドボカシーが重視されていた。〈枠の重視と工夫〉(11件)として，治療構造は弾力性をもたせながらも一貫性を重視し，距離感が配慮されていた。〈各種技法の活用〉(11件)として，コーピングスキルレパートリーの作成やリラクゼーション等が挙げられた。

心理療法と併せて実施した支援について，自由記述で回答を求めた。〈家族・支援者との連携〉(9件)，〈環境調整〉(6件)，〈機関内連携〉(4件)，〈家族支援〉(4件)，〈カンファレンス〉(2件)等家族，支援者や環境へのアプローチ，〈教育的支援〉(3件)，〈具体的な情報提供〉(3件)，〈心理教育〉(3件)等の具体的な教育的アプローチ，〈心理検査〉(5件)等がなされていた。

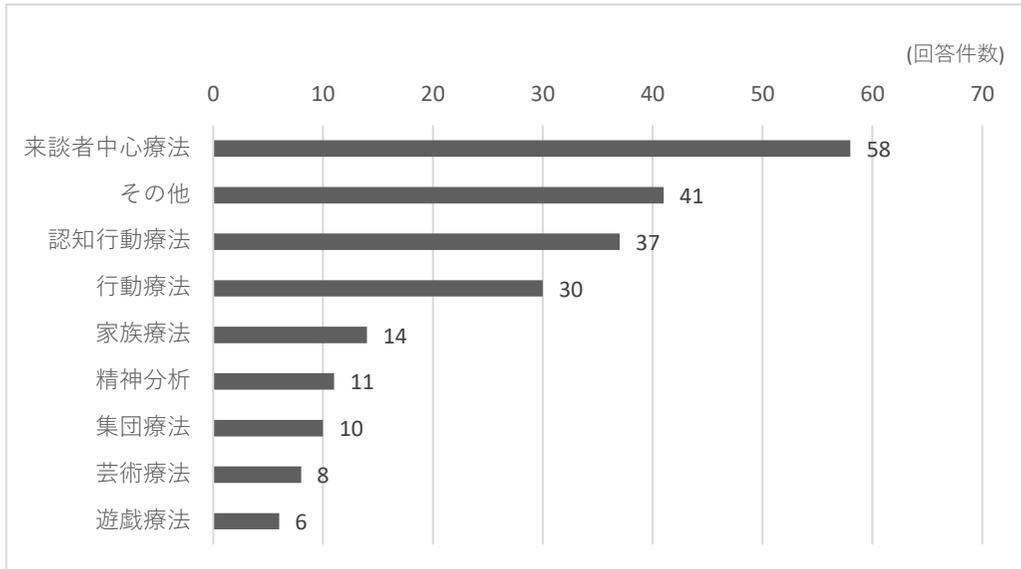


図3 実施された心理療法技法

3. 知的障害のある人への心理療法に関する学習機会の実態

大学・大学院における心理療法の学習や心理職として受講した研修で、知的障害のある成人が対象としてどれだけ含まれていたかについて回答を求めた。大学・大学院の学習では、「たくさん含んでいた」は1名(0.7%),「ある程度含んでいた」は41名(26.8%),併せて42名(27.5%)であった。研修では、「たくさん含んでいた」は3名(2.0%),「ある程度含んでいた」は49名(32.0%),あわせて52名(34.0%)であった。大学・大学院教育や研修において、知的障害のある人への心理療法についてこれまで学習する機会があった回答者は2~3割程度であった。

4. 知的障害のある人の心理や心理療法に対する意識

(1) 知的障害のある人の心理に対する意識

① 心理的課題の原因帰属や対応に関する認識

心理的課題を呈した2つの架空事例A, Bを提示し、その原因帰属に関する8項目、対応に関する12項目について、原因帰属は「1. かなり関係している」、「2. どちらかといえば関係している」、「3. どちらかといえば関係していない」、「4. ほとんど関係していない」の4件法で、対応は「1. かなり適切である」、「2. どちらかといえば適切である」、「3. どちらかといえば不適切である」、「4. かなり不適切である」の4件法で尋ねた。

事例A, Bにおける原因帰属の傾向を捉えるために探索的因子分析(事例A, 事例B共に最尤法, プロマックス回転)を行った。事例Aについて、因子数はスクリープロットを参照し2因子とした。3項目について因子負荷量が.35未満であったため、この項目を除外し、再

度因子分析を行った。因子パターンを表 2 に示した。因子間相関は.38 であった。事例 B について、因子数はスクリープロットを参照し 2 因子とした。2 項目について因子負荷量が.35 未満であったため、この項目を除外し、再度因子分析を行った。最終的な因子パターンを表 3 に示した。因子間相関は.27 であった。2 つの架空事例における心理的課題の原因帰属の認識には、ある程度共通した因子構造が見出された。事例 A における因子 1、事例 B における因子 2 は、家族関係、育ち方、生活習慣といった家庭や生活の状況に関する項目が広く含まれたため、成育環境要因と名付けた。事例 A における因子 2、事例 B における因子 1 は、支援者の関わり方や事業所の環境といった項目が含まれているため、支援の場における要因と名付けた。

表 2 事例 A における心理的課題の原因帰属

因子名・項目内容	因子 1	因子 2	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. 成育環境要因 $\alpha = .79$				
(エ)A さんの育ち方	.907	-.003	2.22	.68
(ウ)A さんの家族関係	.832	-.092	2.33	.68
(オ)A さんの生活習慣	.430	.374	2.17	.70
2. 支援の場における要因 $\alpha = .82$				
(ク)事業所の環境	-.092	.881	1.69	.59
(キ)支援者の関わり方	.023	.813	1.73	.63

表 3 事例 B における心理的課題の原因帰属

因子名・項目内容	因子 1	因子 2	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. 支援の場における要因 $\alpha = .74$				
(ク)事業所の環境	.847	-.027	1.57	.59
(キ)支援者の関わり方	.780	.013	1.64	.59
(カ)B さんの気持ち	.465	.070	1.17	.38
2. 成育環境要因 $\alpha = .71$				
(ウ)B さんの家族関係	-.004	.799	2.03	.63
(エ)B さんの育ち方	-.035	.776	2.14	.63
(オ)B さんの生活習慣	.119	.442	2.30	.65

事例 A、B における対応の認識の傾向を捉えるために探索的因子分析（事例 A、事例 B 共に最小二乗法、プロマックス回転；最尤法で因子分析を行ったところ不適解となったため最小二乗法により分析）を行った。事例 A について、因子数はスクリープロットを参照し 3 因子とした。2 項目について因子負荷量が.35 未満であったため、この項目を除外し、再度因子分析を行った。最終的な因子パターンを表 4 に示した。事例 B について、因子数はスクリープロットを参照し 3 因子とした。因子パターンを表 5 に示した。因子 1 は、教育・訓練や制限、ルール遵守を目指す支援といった項目が含まれているため、「教育・訓練」と名付けた。事例 A の因子 2、3、事例 B の因子 3 に関しては、 α 係数が.70 以下であり信頼性が低くその解釈の有

効性は限定的であるが、項目の内容は妥当性があることを勘案し項目群を因子として扱い、分析した。因子 2 は、本人の気持ちを汲んだ支援と、環境調整や施設内の協議が含まれているため、「本人を主体とした環境調整」と名付けた。因子 3 は、医療機関や医療機関以外の機関の利用・連携といった項目が含まれているため、「協働・連携」と名付けた。2 つの架空事例における心理的課題への対応に関する認識にはある程度共通した因子構造が見出された。

それぞれの因子における項目群の評定値の平均を求め、因子間で比較したところ、以下のよう傾向が確認された。原因帰属について事例 A, B とも、成育環境要因よりも支援の場における要因に帰属される傾向がみられた(事例 A; $t(144)=10.05, p<.001, d=0.94$, 事例 B; $t(146)=-14.42, p<.001, d=-1.47$)。対応について、事例 A では、1 要因分散分析の結果、対応の主効果が有意であった($F(2, 282)=181.88, p<.001, \eta_p^2=.56$)。多重比較(Holm 法)の結果、各条件間すべてに次の通り有意差がみられた。教育・訓練 - 本人を主体とした環境調整: $t(141)=11.22, p<.001, d=1.28$ 教育・訓練 - 協働・連携: $t(141)=18.56, p<.001, d=1.98$, 本人を主体とした環境調整 - 協働・連携: $t(141)=6.98, p<.001, d=0.72$ 。つまり、協働・連携、本人を主体とした環境調整、教育・訓練の順に適切と認識されていた。事例 B では、1 要因分散分析の結果、対応の主効果が有意であった($F(2, 290)=252.89, p<.001, \eta_p^2=.64$)。多重比較(Holm 法)の結果、各条件間すべてに次の通り有意差がみられた。教育・訓練 - 本人を主体とした環境調整: $t(145)=22.12, p<.001, d=2.26$, 教育・訓練 - 協働・連携: $t(145)=8.03, p<.001, d=0.78$, 本人を主体とした環境調整 - 協働・連携: $t(145)=-15.41, p<.001, d=-1.47$ 。つまり、本人を主体とした環境調整、協働・連携、教育・訓練の順に適切であると認識されていた。

表 4 事例 A における心理的課題の対応

因子名・項目内容	因子 1	因子 2	因子 3	M	SD
1. 教育・訓練 $\alpha = .72$					
(ク)不適切な行動をしないように教育・訓練すること	.885	-.013	.081	2.44	0.83
(ケ)不適切な行動の制限を行うこと	.759	-.102	.021	2.84	0.81
(キ)適切な行動の教育・訓練をすること	.404	.271	-.077	1.77	0.68
2. 本人を主体とした環境調整 $\alpha = .56$					
(カ)困難が発生しないように環境調整を行うこと	.068	.645	-.146	1.21	0.47
(ウ)施設内の関係者で協議すること	-.074	.530	.266	1.16	0.37
(シ)Aさんの気持ちを汲んで支援すること	.008	.522	.028	1.34	0.50
(コ)Aさんが喜ぶような支援をすること	-.045	.360	.007	1.99	0.70
3. 協働・連携 $\alpha = .62$					
(イ)家族と協議すること	-.073	-.039	.795	1.65	0.60
(オ)医療機関以外の諸機関と連携すること	.043	.021	.552	1.69	0.65
(ア)医療機関を利用すること	.132	.006	.469	1.77	0.61
因子間相関	因子 1	.214	.037		
	因子 2		.296		

表 5 事例 B における心理的課題の対応

因子名・項目内容	因子 1	因子 2	因子 3	M	SD
1. 教育・訓練 $\alpha = .78$					
(ク) 不適切な行動をしないように教育・訓練すること	.923	-.091	-.111	2.69	0.82
(ケ) 不適切な行動の制限を行うこと	.742	-.098	-.046	3.05	0.76
(キ) 適切な行動の教育・訓練をすること	.529	.130	.206	2.04	0.80
(サ) 施設のルールを守るように支援すること	.510	.051	.062	2.25	0.72
2. 本人を主体とした環境調整 $\alpha = .73$					
(ウ) 施設内の関係者で協議すること	.015	.920	-.275	1.28	0.45
(イ) 家族と協議すること	-.053	.632	-.025	1.50	0.56
(カ) 困難が発生しないように環境調整を行うこと	.205	.489	.186	1.50	0.63
(シ) B さんの気持ちを汲んで支援すること	-.146	.425	.149	1.18	0.38
(エ) 心理職による支援を利用すること	-.043	.384	.337	1.49	0.58
3. 協働・連携 $\alpha = .53$					
(オ) 医療機関以外の諸機関と連携すること	-.069	-.018	.598	1.80	0.72
(ア) 医療機関を利用すること	-.001	-.140	.585	2.31	0.76
(コ) B さんが喜ぶような支援をすること	.189	.027	.361	2.03	0.76
因子間相関	因子 1	.270	.395		
	因子 2		.506		

原因帰属と対応における因子ごとの評定値の平均について、原因帰属と対応の因子間の相関係数を算出したところ、以下の関係が確認できた。すなわち、事例 A においては、表 6 に示す通り、成育環境要因への原因帰属と協働・連携に正の相関がみられ、支援の場における要因への原因帰属と、本人を主体とする環境調整、協働・連携に正の相関がみられた。事例 B においては、表 7 に示す通り、支援の場における要因への原因帰属と、本人を主体とした環境調整、協働・連携に正の相関がみられ、成育環境要因への原因帰属と、3 つの対応すべてに正の相関がみられた。事例 A, B に共通して、支援の場における要因への原因帰属と本人を主体とした環境調整と協働・連携に相関がみられた。

表 6 事例 A における原因帰属と対応の相関分析

	教育・訓練	本人を主体とした環境調整	協働・連携
成育環境要因	.111	.074	.176 *
支援の場における要因	-.038	.208 *	.415 **

** $p < .01$, * $p < .05$

表7 事例Bにおける原因帰属と対応の相関分析

	教育・訓練	本人を主体とした環境調整	協働・連携
成育環境要因	.341 **	.230 **	.254 **
支援の場における要因	.137	.611 **	.354 **

** $p < .01$, * $p < .05$

②知的障害のある人の感情の理解、意思疎通、支援の困難感

知的障害のある人の意思や感情の理解、意思疎通、支援それぞれの困難感について、「いつも難しい」、「しばしば難しい」、「ときどき難しい」、「いつも難しくない」「わからない」の5件法で尋ねた。意思や感情の理解の困難については、「いつも」(「難しい」省略。以下同様)(11名, 7.2%)と「しばしば」(64名, 41.8%)の回答あわせて75名(49.0%), 「ときどき」(59名, 38.6%)を含めると134名(87.6%)となった。意思疎通の困難については、「いつも」(7名, 4.6%)と「しばしば」(58名, 37.9%)の回答をあわせて65名(42.5%), 「ときどき」(63名, 41.2%)を含めると128名(83.7%)となった。支援の困難については、「いつも」(16名, 10.5%)と「しばしば」(63名, 41.2%)の回答をあわせて79名(51.6%), 「ときどき」(47名, 30.7%)を含めると126名(82.4%)となった。意思や感情の理解、意思疎通、支援においていつも、ないし、しばしば困難を感じる人が4~5割程度、ときどき困難を感じる人を含めて8~9割程度であった。

それぞれの困難感の理由について、自由記述で回答を求め、KJ法に準じて分析した。

意思や感情の理解の困難の理由について、表8に示した通り、〈(言語での)意思表出の困難〉(54件), 〈自己覚知や内省の不足や困難〉(9件), 〈思考力・理解力の不足や困難〉(8件), 〈独特の感情, 表現, 体験世界〉(5件)等の知的障害のある人に内在する要因があると捉えられており, 〈確証が持てない〉(10件), 〈(言語的)コミュニケーションがとりにくい〉(6件), 〈共感できない〉(5件)等と感じられていた。〈言語以外(行動, 表情)からの推測が必要〉(4件)とされていたが, 〈推測の限界〉(4件)も感じられていた。また, 〈心理職の経験や知識の不足〉(4件)も理由として挙げられていた。

表 8 知的障害のある人の意思や感情の理解の困難 理由

小カテゴリー	回答例
(言語での) 意思表出の困難 (54)	「形のないものを表すこと時間をこえて表現する力が低い場合があるので、状況説明ができない場合があるので本人の言葉だけでは理解しづらいことがある。」(No. 44) 「表現がたななかったりするため。」(No. 74) 「知的障害のある方は言語的な表現が難しい場合が多いので、本人の気持ちや何にこまっているのかをきちんと把握することが困難なことが多いため。」(No. 113)
確証が持てない (10)	「行動面から予測することはできても、本当にその方がそのような気持ちを抱いているか確認することが難しいため。」(No. 13) 「推測はできるが、正しいかは本人しかわからない。本人からFeedbackがえられにくい。」(No. 75)
自己認知や内省の不足や困難 (9)	「ご自分でもご自分の気持ちを自覚できていないことが多いので。」(No. 28)
一般に他者の気持ちとは理解しがたい (8)	「知的障害の有無にかかわらず、人の気持ちを理解することは、難しい。」(No. 59)
(言語的) コミュニケーションがとりにくい (6)	「ことばを使ったやりとりが困難な人が多い。」(No. 158)
思考力・理解力の不足や困難 (5)	「極端な思考になる場合が多い」(No. 70)
共感できない (5)	「共感できない」(No. 8) 「その気持ちを追体験するということが即時的には難しいため」(No. 86)
独特の感情、表現、体験世界 (5)	「外界の体験の質というか、そういったものが大きく異なる感覚を抱くことがあり難しく感じる。」(No. 38)、「理解される経験が少なく、人との共有のあり方が独特にならざるを得ないのではないかと考えます。」(No. 22)
心理職の経験や知識の不足 (4)	「私自身が、知的障害への理解・知識臨床経験不足のため」(No. 112)
推測の限界 (4)	「表情から読みとれることが少ない可能性が有ると思う。」(No. 92)
言語以外(行動、表情)からの推測の必要 (4)	「言葉のみのやりとりや、オープンエスチョンを中心としたカウンセリングでは相手の気持ちをうまく理解できないことがあるため工夫が必要だと感じる。」(No. 93)
時間がかかる (3)	「その方が発する言葉を自身のその言葉に対する認識にズレがないかすり合わせる作業にかなりの時間を要すると感じます。」(No. 39)
言語・行動・気持ちのズレ (3)	「本人の語られる世界、感情と言葉が一致していないことも多く、こちらがイメージしにくい部分が多いと感じる。」(No. 115)
変化の大きさ (2)	「日々気持ちが変化するため、気持ちがどのように流れており、本当はどのように思っているのかがつかめないことがある。」(No. 33)
判断材料の不足 (2)	「障害が重い場合は判断材料が乏しくなる。家族の協力があればかなり理解が進む。」(No. 150)
周囲や相手の影響を受けやすい (2)	「影響力のある家族の思い、言葉にひきずられて本心がわかりにくいことがあるため。」(No. 83)
見落としや誤解が起こりやすい (2)	「理解していると誤解する可能性をおおいにはらんでいるから(支援者側が)」(No. 133)
個別性が大きい (1)	「シンプルな人もいれば、頑くな人もいる」(No. 121)
関係性の構築の必要 (1)	「限られた時間の中で、信頼関係が強くないと、なかなか本心を引き出すことが難しいと考えられるため。」(No. 137)
心理職側の理解できないとする構え (1)	「支援者も、知的障害のある成人の気持ちを理解するのが難しいと、最初から構えているのかもしれない。」(No. 50)
知的機能の影響 (1)	「その気持ちの在り方に知的機能の要素がどれくらい含まれるかを常にアセスメントする必要があるため。」(No. 119)
心理職に対する本人の理解の不足 (1)	「当人がこちら側を理解しようとしていないから」(No. 125)
繊細 (1)	「繊細であることから」(No. 1)

※回答例末尾のNo. は研究協力者のID。以下同様。

意思疎通の困難の理由について、表 9 に示した通り、上記のような意思や感情の理解の困難に加えて、認知の偏りや語彙の乏しさといった〈認知・言語・情緒・意思疎通機能の問題〉(26 件)が多く挙げられ、〈理解されているかわかりにくい〉(9 件)、〈心理職の理解とのズレが生じやすい〉(3 件)、〈言語でのやりとりの困難〉(3 件)、〈事実や状況の把握の困難〉(3 件)等が指摘されていた。〈伝わりやすい方法を見つける模索〉(11 件)も挙げられ、〈時間がかかる〉(3 件)、〈伝わったか確認の必要〉(3 件)等の回答がみられた。

支援の困難の理由について、表 10 に示した通り、〈家族、支援者との連携や環境調整の必要〉(15 件)が多く挙げられ、〈家族背景や家族支援の困難〉(6 件)、〈多角的なアセスメント・支援の必要〉(4 件)といった回答もみられた。また、〈心理療法・心理的支援の範囲の限界〉(9 件)といった心理療法の適用可否にかかる困難や、〈情動・行動コントロールの困難〉(9 件)といった対応の難しさ、〈本人の望む/本人のための支援か不確か〉(5 件)、〈本人のモチベーションに乏しい〉(5 件)といった本人の主体性やモチベーションの問題が挙げられた。

表 9 知的障害のある人との意思疎通の困難 理由

小カテゴリー	回答例
理解の困難の理由と同じ (35)	「①と同様」(No. 12)
認知・言語・情緒・意思疎通機能の問題 (26)	「認知の傾り、捉え方の傾りを一般化したり、修正することに困難はある。」(No. 72)、「意思疎通の機能が低下及び欠落しているから」(No. 45)、「語彙が乏しく、様々な状況でも同じことを繰り返して言っており、状況に応じた訴えになっていないため」(No. 96)
伝わりやすい方法を見つける模索 (11)	「互いに理解できる言葉や態度をいつもためしているような状況」(No. 29)、「一度にたくさんのことを言わない、簡潔に伝えるなどの工夫がより必要になること。」(No. 94)
理解されているかわかりにくい (9)	「こちらが伝えたことをどの程度正確に理解できているか、判断が難しいため。」(No. 13)、「やり取りができていないように見えて、実際には通じていなかった、ということがしばしばあるため」(No. 86)
言語でのやりとりの困難 (3)	「言葉でのやりとりが難しいことが多いため」(No. 14)
心理職の理解とのズレが生じやすい (3)	「まれに違い違ってしまうことがあり、お互いにすり合わせが必要だと感じる。」(No. 115)
時間がかかる (3)	「ご本人のわかる範囲の言葉を選びつつ、必要に応じて行動・感情など抽象的な事柄について整理していくことに時間を要するため」(No. 76)
事実や状況の把握の困難 (3)	「面接室という構造の中で話すことが向いているのかよく考えている。話された事と、事実が後々異なっている事がある…」(No. 106)
伝わったか確認の必要 (3)	「御本人に理解していただいているか確認しながら疎通する部分」(No. 57)
その人にあった理解とコミュニケーションの必要 (2)	「相手の好むコミュニケーションのチャンネルを柔軟に使い分け、対応していく必要があるため。」(No. 151)
伝える手段がない・不明・限られる (2)	「わかりやすい表現や易しい言葉を用いても、難しい場合はあると思います。」(No. 80)
心理職のスキルや経験の不足 (2)	「理解しやすく伝える為のスキルがこちらに十分備わっていない為」(No. 117)
相手に合わせてしまう (1)	「ことばの意味がわからなかったり、わからなくてもハイとこたえてしまうことがある。相手にあわせてしまう。」(No. 148)
交流をもちにくい (1)	「勉強はきらいだといひ、交流がとりにくい」(No. 125)
支援者に都合のよい一方的なやりとりになる懸念 (1)	「反応が少ない、またはない場合、一方通行になりがち。」(No. 105)
反応やアクションがない・不十分 (1)	「表出が乏しく、反応しているのかわかりづらい。」(No. 60)
本人の意思の自覚が乏しい (1)	「ご自分でご自分の気持ちや意思を自覚できておらず、」(No. 28)

表 10 知的障害のある人への支援の困難 理由

小カテゴリー	回答例
家族、支援者との連携や環境調整の必要 (15)	「本人だけでなく、家族を支えることが重要で他機関との連携が必要であり、心理士の技量、経験が必要と感じます。」(No. 20)、「ご本人のみならず、ご家族、施設先との連携が必須であるが、連携がとても難しいと考えるため。」(No. 137)
理解や意思疎通の困難と同じ (14)	「上と同じ」(No. 4)
情動・行動コントロールの困難 (9)	「自分の感情がおさえられないと暴力行為となることがある」(No. 70)
心理療法・心理的支援の範囲の限界 (9)	「知的障害のある方の支援では、第一に関係性の構築が重要だと思いますが、そのためにはかなり密な関わりが必要になると思います。心理職として関わる場合、それだけの時間・労力を費やすことは難しいと感じています。」(No. 13)、「医療機関で働いていると、出来ることは限られていると感じるため。」(No. 119)「問題が「心理」だけ、というところがほぼないから、「生活」に大きくかわる必要があり、」(No. 38)
一般に支援とは難しい (8)	「知的障害がかわらず、心理支援はむずかしい。」(No. 85)
家族背景や家族支援の困難 (6)	「知的障害のある成人の方への支援の場合親への支援も必要になることが多いが、知的障害があることで親の子離れが難しかったり、親支援の難しさも追加されるため。」(No. 48)
個別性に即した支援の必要 (5)	「相手の個性が高く、一人ひとりに必要な支援の手立ても多岐に渡ると考えるため。」(No. 151)
本人の望む/本人のための支援か不確か (5)	「支援者側がptにとって良いと思う支援がptにとってはそうでなかったりするので、その時に難しさを感じる。」(No. 127)
本人のモチベーションに乏しい (5)	「親との関係性のなかで甘えかつよくなる場合もあり変化への意欲が乏しいことが多い」(No. 41)
コミュニケーションの困難 (4)	「特に重度となると、疎通が困難になるため。軽度であっても情緒の動きなどが掴みづらいと感じる。」(No. 6)
時間がかかる (4)	「スモールステップの1つ1つを確認していくことが必要。段階を経ないと自己理解に結びつきにくいので、しばしば支援者側の方がペースが早くなってしまふ。」(No. 110)
心理職の知識、経験、スキルの不足 (4)	「経験、知識等足りず苦手意識がある。」(No. 126)
多角的なアセスメント・支援の必要 (4)	「その方の様子等、色々な方との情報共有が必要で時間がかかる。」(No. 60)
支援の効果がわかりにくい (3)	「同じことのくりかえしになりやすく、変化しにくいと感じます。失敗から学ぶことが難しい印象です。」(No. 28)
支援の積み上げの困難 (3)	「面接の話を、次の面接で覚えていないことも多い」(No. 33)
内省の困難 (3)	「“内省できる人”を前提としてカウンセリング技法を学んできているので、それが通じないため。」(No. 155)
一般化・抽象化の困難 (2)	「知的障害(特に軽度)の方は、物事の一般化が激しく」(No. 19)
家族、支援者の意向の影響しやすさ (2)	「家族・保護者の意思・モチベーションが支援方法に影響しやすい。」(No. 55)
言語化能力の問題 (2)	「言語化能力が低いことがあるため」(No. 41)
障害受容の困難 (2)	「軽度な場合に障害受容できない、していないことも多い」(No. 25)
問題の複雑化 (2)	「問題が複雑化する傾向があるから」(No. 52)
支援機関による対応の相違(1)	「支援機関によって、ほんにんとの関わり方に違いが生じる。」(No. 133)
支援の方向性の迷い(1)	「軽度、グレーゾーンの方は、ゴール設定が難しく支援の方行性も迷う。」(No. 12)
精神・身体疾患の併存(1)	「本人の知的障害以外の精神的、身体的な病気がからんでいること」(No. 113)
本質的な限界(1)	「充分な努力、関わりをもってしても本質的に限界がある。」(No. 45)

(2) 心理療法に対する認識

①心理療法技法の適用可能性の認識

心理療法技法がそれぞれ、知的障害のある成人に適用できるかどうかについて、5件法で回答を求めた(表 11)。「かなり適用できる」とする回答が最も多かったのが「行動療法」、「まったく適用できない」とする回答が最も多かったのが「精神分析」であった。

表 11 心理療法技法 知的障害のある人への適用可能性の認識 (単位: 件)

	精神分析	遊戯療法	来談者中心療法	箱庭療法	行動療法	芸術療法	家族療法	認知行動療法	集団療法
1. かなり適用できる	4	42	30	36	61	43	34	17	29
2. どちらかといえば適用できる	27	77	74	68	65	83	85	61	62
3. どちらかといえば適用できない	66	12	27	23	13	7	7	50	33
4. まったく適用できない	38	3	5	4	2	2	4	8	8
5. わからない	15	15	14	20	9	15	21	13	18
不明	3	4	3	2	3	3	2	4	3

それぞれの心理療法技法について、「わからない」を除く回答 1~4 の平均値を算出し、心理療法技法ごとに平均値に違いがあるか、1 要因分散分析を行った。結果、心理療法技法の主効果が有意となった($F(8, 792)=45.962, p<.001, \eta_p^2=.32$)。多重比較(Holm 法)の結果は表 12 の通りである。精神分析は、精神分析以外の技法すべてについて有意な差が認められ、取り上げた技法の中では最も適用できないと認識されていた。精神分析について、認知行動療法、集団療法、来談者中心療法は、相互に有意差がなく、箱庭療法を除くそれ以外の技法との間には有意差が認められ、精神分析について適用できないと認識されている技法群であった。また、遊戯療法、芸術療法、行動療法は、相互に有意差がなく、箱庭療法を除く他の技法とは有意差が認められ、取り上げた技法の中では最も適応可能と認識されている技法群であった。なお、箱庭療法は、上記 2 群に含まれる技法の一部と有意差が認められ、2 群の中間的な認識にあることが推察された。

表 12 心理療法技法 知的障害のある人への適用可能性の認識 多重比較

	精神分析	認知行動療法	集団療法	来談者中心療法	箱庭療法	家族療法	遊戯療法	芸術療法
認知行動療法	6.687 .000 0.869							
集団療法	8.938 .000 1.085	2.298 <i>ns</i> 0.235						
来談者中心療法	9.665 .000 1.252	-2.902 <i>ns</i> -0.377	-1.106 <i>ns</i> -0.132					
箱庭療法	10.674 .000 1.346	-3.941 .003 -0.513	-2.221 <i>ns</i> -0.277	1.421 <i>Ns</i> -0.156				
家族療法	13.027 .000 1.706	-6.295 .000 -0.777	-4.743 .000 -0.506	3.764 .005 0.379	1.689 <i>ns</i> 0.193			
遊戯療法	12.728 .000 1.609	-5.351 .000 -0.732	-3.636 .008 -0.478	-3.419 .015 -0.357	-2.201 <i>ns</i> -0.183	0.000 <i>ns</i> 0.000		
芸術療法	14.084 .000 1.757	-6.158 .000 -0.847	-4.550 .000 -0.580	4.264 .001 0.457	3.071 .041 0.271	-0.884 <i>ns</i> -0.093	0.865 <i>ns</i> 0.086	
行動療法	13.203 .000 1.873	-9.567 .000 -0.975	-6.142 .000 -0.709	4.846 .000 0.592	3.031 .044 0.401	-2.178 <i>ns</i> -0.243	1.743 <i>ns</i> 0.227	-1.181 <i>ns</i> -0.149

※上段は t 値(自由度 99)、中段は調整 p 値、下段は効果量 d

②有効性、ニーズ、関心、抵抗感、困難の認識

知的障害のある成人への心理療法の有効性、ニーズ（本人、家族、支援者）、関心、抵抗感、困難の認識について、「かなり(ある)」、「どちらかといえば/ある程度(ある)」、「どちらかといえば/あまり(ない)」、「ほとんど(ない)」、「わからない」の5件法で尋ね、困難の認識についてはさらにその理由について選択肢を示して回答を求めた。有効性、関心、抵抗感については回答の理由について自由記述で回答を求めた。

知的障害のある人への心理療法の有効性について「かなり有効なことがある」(20名, 13.1%)、「ある程度有効なことがある」(93名, 60.8%)あわせて118名(73.9%)であり、「わからない」は24名(15.7%)であった。知的障害のある人への心理療法の、本人にとっての必要性について「かなり必要としている」(26名, 17.0%)、「どちらかといえば必要としている」(92名, 60.1%)あわせて118名(77.1%)であり、「わからない」は21名(13.7%)であった。家族にとっての必要性について「かなり望んでいる」(29名, 19.0%)、「どちらかといえば望んでいる」(71名, 46.4%)あわせて100名(65.4%)であり、「わからない」は38名(24.8%)であった。支援者にとっての必要性について「かなり望んでいる」(21名, 13.7%)、「どちらかといえば望んでいる」(87名, 56.9%)あわせて108名(70.6%)であり、「わからない」は29名(19.0%)であった。知的障害のある人への心理療法について、7割以上が必要性、有効性があるとし、家族や支援者も6割以上が望んでいると捉えられていたが、有効性や必要性についてわからないとする回答も1, 2割見られた。表13の通り、有効であるとする理由に、自己理解や課題の理解、問題解決や問題行動の減少、情緒の安定等に寄与するとする回答や、表現の促進やエンパワメントになるとする回答の他、実際に有効であった臨床経験を理由に挙げた回答もみられた。有効でないとする理由としては、言語的な方法の限界や内省の困難等が挙げられた。

知的障害のある人への心理療法への関心について「かなり関心がある」(15名, 9.8%)「どちらかといえば関心がある」(75名, 49.0%)あわせて90名(58.8%)であった。知的障害のある人への心理療法への抵抗感について「かなり抵抗がある」(1名, 0.7%)「どちらかといえば抵抗がある」(16名, 10.5%)あわせて17名(11.1%)であった。知的障害のある人への心理療法に対する関心は比較的高く、抵抗感は少なかった。関心のある理由としては、〈臨床的な必要に迫られる〉、〈ニーズや有効性の実感〉、〈支援が困難であるゆえの必要と関心〉といった、臨床経験に根差した回答が目立った(表14)。他には、〈有効な方法を知りたい〉、〈幅広く支援できるようになる〉、〈ニーズがあるなら対応したい〉等、心理職としてより高度で幅広い専門性を求める回答がみられた。また、抵抗感の理由としては、〈効果的かわからない〉(5件)〈心理職の自信・知識がない〉(2件)、〈本人・支援者に負担がかかる〉(2件)等の回答がみられた。

知的障害のある人が心理療法を受けることの困難感の認知について「かなり難しい」(10名, 6.5%)「どちらかといえば難しい」(87名, 56.9%)あわせて97名(63.4%)であり、実際に心理療法を受けるのには困難があると捉える見方が6割以上であった。難しいと回答した人にその理由について選択肢を設けて回答を求めたところ(複数回答可)、「心理療法を受けることが経

経済的に難しい」(62件, 39.2%), 「心理療法に通うための支援(同行など)を受けるのが難しい」(48件, 30.4%), 「家族や支援者に心理療法を利用する発想がない」(45件, 28.5%)といった、経済的、制度的な障壁や認知度の低さが挙げられ、次いで「知的障害のある成人への心理療法の方法が確立していない」(41件, 25.9%), 「知的障害のある成人への心理療法の効果の判断や評価が難しい」(40件, 25.3%)といった、心理療法の方法における困難も見受けられた(図5)。実践を行う手前に立ちはだかる社会的障壁がより多く認識されていた。

表 13 知的障害のある人への心理療法 有効性の理由

カテゴリー	回答例
有効である理由	
自己理解、課題の理解に寄与(11)	「行動や考えを自分自身も少しでも理解できるようにすることはとても有効」(No.56)「本人だけでは狭くなってしまふ視野を広げることができる。」(No.115)「時間をかけて話を聞く相手として対応することで、これまで見えていなかったことが見れてくることもあるため。」(No.46)
問題解決・問題行動減少に寄与(9)	「2次障害には有効」(No.70)「理解者の存在は、CIの混乱からくる問題行動の減少に役立つことがある。」(No.101)「例えば、どんなことがご本人には嫌でパニックになったのかなどふり返ることで、問題行動の改善に少し役立つのではないかと考えます。」(No.99)
臨床経験から(6)	「過去の経験から」(No.62)「実際に改善した方がいたため。」(No.58)
情緒の安定に有効(5)	「コラージュ療法を行なうことによって、何回か気分の安定につながった。」(No.84)「本人の話を傾聴することで心理的安定が得られることがある」(No.33)
表現の促進(5)	「自分の気持ちを表出する機会の乏しい方が少ないように感じるため(傷つき体験の重なりや言語表出の困難のため)」(No.93)「言語以外の方法で、内面を表現してくれる時もある。」(No.59)
エンパワメント(4)	「治療者が味方であるということを伝えていくとエンパワメントされると思う。」(No.118)「自信をもてるようになったように感じられる。」(No.135)
関わりや傾聴の意義(4)	「それだけでどうかなるとは思いませんが、ご本人の気持ちをゆっくりじっくりきけることは大切なことだと考えます。」(No.28)「ご本人が「話しをきいてほしい」といって来談され満足されたり、」(No.148)
具体的な教示や学習の意義(3)	「知的障害の方で、自分を責めたりすることしか対処法をもたないという方の場合に、「こう考えれば良い」というスキルが入ると、ちゃんとそれを使って対処してくれる場合があると感じています。」(No.140)
心理療法は誰にとっても有効(3)	「障害とは別に、生きていく上での困難や苦勞により、心の問題が生じているなら、誰にとっても有効なのが心理療法と思います」(No.78)
有効性に知的障害の有無は関係ない(3)	「知的障害のある人/ない人にはあまり差というか分けて考えたことがない」(No.74)
アセスメントが有意義(2)	「時間をかけたかわりの中で心理職がつかんだ見立てやアセスメントは、チームの中で有効な介入のきっかけになる。」(No.63)
研究・エビデンス(2)	「効果のみられた事例を読んだことがある。ただ(中略)受ける側、やる側ともかなり限定されていて(適用の幅がせまく)いると思います。」(No.22)
ニーズが高い(1)	「自分がこなすに難しい事に会ったり、ストレスを抱えた状態になる事、すくなくないかと思うので。」(No.61)
有効と仮定しないと支援できない(1)	「有効性の評価は難しいが、有効性があると仮定しておかないと継続はできない。」(No.75)
有効でない理由	
言語的な方法の限界(3)	「言葉のやりとりを主とするアプローチの場合、知的障害のある方だと言語表出・理解の面で難しく、やりようによってはさらに混乱させてしまう可能性があると思います。」(No.13)
内省や思考の困難(2)	「心の内面について、複雑な思考をすることが求められ、効果より負担の方が大きいように思うため。」(No.50)
般化の困難(1)	「カウンセリングでの体験を内在化し、般化することが難しいと思われるため。」(No.114)
知的能力の限界(1)	「知的能力の限界があるので」(No.25)
福祉的支援のほうが必要(1)	「心理療法より福祉的支援が有効であり必要」(No.103)

表 14 知的障害のある人への心理療法 関心のある理由

カテゴリー	回答例
臨床的な必要に迫られる (18)	「もともと興味があった訳ではないが、当院に相談にくるPtは軽度知的の方で、経済・家族背景などに困難を抱える方が多く業務上必須になっている。」(No.7)、「生きづらさを抱えている方の中には知的障害のある方が少なくないように思うため。」(No.93)、「実際に、「受けたい」といって来談される方がいるので。」(No.148)
ニーズや有効性の実感 (16)	「実際に、当事者の変化を感じてるから。」(No.72)、「支援が求められていること、役立っていることを実感している。」(No.77)
有効な方法を知りたい (8)	「どのような働きかけが有効か知りたい。」(No.144)
幅広く支援できるようになる (6)	「心理療法についての知見を深めることで自身の支援の幅が広がると思う為です。」(No.153)
ニーズがあるなら対応したい (5)	「今後、かかわりの中で必要性がでてくることも考えられるため。」(No.20)
当該領域の一層の発展の必要 (4)	「困難を抱える人は多いが、特に“軽度”の方は支援につなげていないことも多く、心理職として出会った際にはきちんとお手伝いができるよう研鑽を積んでいく必要があると考えるから。」(No.96)、「心理面でのサポートがないがしろにされやすいため」(No.90)
支援が困難であるゆえの必要と関心 (4)	「現場で困難だと感じる人が多いため。」(No.6)、「ニーズはあっても、心理療法へつなげるのが難しいケースが多い印象を受ける。どのように導入するかという点に関心がある。」(No.50)
有効性への期待 (4)	「知的障害があるなしにかかわらず、人はよりよい方向性を求めている。心理療法はその一助となり得ると思う」(No.37)
多角的な支援の必要 (3)	「知的障害を持つ方をとりまく環境は、ご家族、きまった施設内と、限定的なものだと思います。その環境の中で、少しでも多くの専門職が携わることでよりよい援助が可能になるのではと考えます。又、支援者(福祉職員など)も、多数の目が入ることで支援する側のストレス軽減にもつながるのではと思います。」(No.120)
未知であるゆえの興味 (3)	「どのような心理療法が効果的かわからないから。」(No.52)

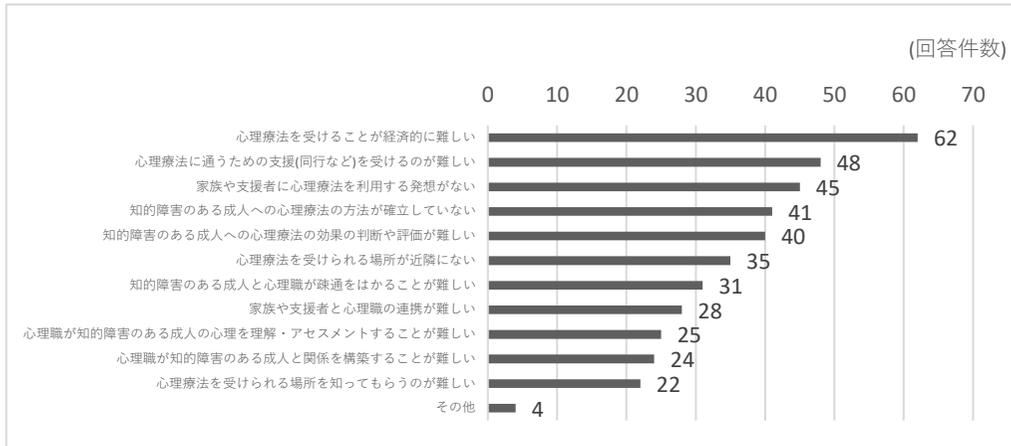


図 5 心理療法の利用に対する困難感の理由

4. 考 察

筆者らが実施した、知的障害者施設に勤務する職員に対する実態・意識調査(中島・改田, 2023)の結果(以下、「施設職員」「施設職員の調査」と称する)を適宜参照, 比較しながら考察する。

1. 心理療法の取り組みや学習機会の実態

まず、精神科、心療内科医療機関における、知的障害のある人への心理療法の実施や学習機会の実態について見出された知見を整理し、その課題を明らかにする。

心理療法の実施は全体にきわめて少なかった。このことは、福祉施設の職員は最近3年間で平均13.4人もの心理的課題を呈していた利用者を経験しているが、その一部の具体的な記述を求めた利用者に関して、心理療法を利用していたのは6.2%ときわめて少ないという結果とも対応する。本研究の協力者が、本研究のテーマに比較的関心のある心理職であると推察されることと考えあわせて、十分な実践がなされていない現状が明確に浮かび上がった。

実践経験の回答からは、多岐にわたる心理的課題に対して心理療法が実践されていることがうかがえた。その回答の傾向として、対人関係構築の困難や意思表示の困難といった課題に対して多くの取り組みがみられたが、暴力、暴言、器物破損といった行動的課題に対して心理療法が実施されることは少ないことがうかがえた。施設職員は、対人関係の困難や意思表示の困難と同程度の高水準で暴力、暴言、器物破損といった行動的課題を経験しており、行動的課題に対する心理療法実践の少なさが目立った。

心理的課題の原因や背景には、家庭環境や家族関係をはじめとする環境要因が捉えられるとする回答が多く見受けられた。心理療法を受けている事例は、成人前期の比較的若年者の割合が高く、また知的障害程度としては軽度、中等度の割合が高かった。施設職員の調査では、最重度・重度の知的障害のある人や中高年者の心理的課題も多く報告されていたが、心理療法はほとんど適用されていない実態がうかがえた。

心理療法を実施する上で最も困難とされていたのは、心理療法実践そのものよりも、家族や支援者との連携であった。連携は多く実践されており、必要性が高いが困難が大きいことがうかがえた。イギリスでの心理職等心理的支援を提供する専門家に対する調査においては、心理療法を実施する困難としてスーパービジョン、訓練の機会の不足が多く指摘されていたが(Royal College of Psychiatrists, 2004)、本調査においては、スーパービジョンや研修の機会の不足の指摘は最も少なかった。

用いられた心理療法技法は、来談者中心療法のような支持的な方法、特定の技法に分類しがたい折衷的な方法が目立ち、次いで行動論的なアプローチが行われていた。そして、心理療法におけるベーシックな手法である主体性を尊重した肯定的、支持的な対応や、知的障害の障害特性に鑑みたわかりやすく具体的なやりとりが工夫されていた。大学・大学院教育や研修において、知的障害のある人への心理療法について学習する機会は比較的乏しかったことがうかがえた。これらのことを総合して、実践に関する知識が乏しい中で、心理療法の基本的な対応手法を土台に、試行的な実践がなされつつある現状がうかがえた。

このように、知的障害のある人への心理療法の取り組みは総じてきわめて乏しかった。ごく限られた実践において、これまで学習する機会が比較的乏しかった中で、中軽度の知的障害のある比較的若年層のクライアントに対して心理療法のベーシックな手法である支持的な対応がとられていた。重度・最重度の知的障害のある人や、行動的問題を呈する人、中高年の人に対する支援は、ほとんどなされていなかった。その背景は不詳だが、重度・最重度の知的障害の

ある人への支援の乏しさについては、施設職員において心理療法とは対話能力を必要とするというイメージが強かったことから、心理療法のアクセスに至っていない可能性がある。また、本研究の自由記述等においても「一概に知的障害といっても軽度～重度によって心理療法の適応度合いは異なると思う」(No.13)といったコメントが散見されたことから、重度・最重度の知的障害のある人には心理療法の適用が困難であると、施設職員のみならず心理職にも捉えられている可能性が示唆された。

2. 心理療法へのアクセスにおける社会的障壁の推定

次に、心理職における、知的障害のある人の心理や心理療法に対する認識に関する知見を整理し、知的障害のある人が心理療法にアクセスする際の社会的障壁を推定する。

(1) 知的障害のある人の心理的課題に関する認識

心理的課題の原因は、成育環境要因よりも支援の場における要因に帰属される傾向がみられた。協働・連携や本人を主体とした環境調整が適切な対応と捉えられやすく、教育・訓練は適切な対応であると比較的捉えられにくいことがわかった。原因帰属と対応の認識には関連性が見出され、特に、本人を主体とする環境調整は支援の場における要因に帰属させることと関連性があることがうかがえた。こうした傾向は施設職員の調査でもおおむね同様に確認されており、心理的課題の原因帰属と対応の捉え方について共通の枠組みが成立していることがうかがえた。

一方、各項目に対する評定値の平均について、施設職員の結果と心理職の結果を比較したところ、原因帰属と対応の認識に若干の相違が見て取れた(表 15, 16)。事例 A, B に共通する傾向として、原因帰属については、知的障害や病気という個人要因は、心理職のほうが施設職員よりも原因として関係していると回答する傾向があり、生活習慣、支援者の関わり方、事業所の環境という環境要因は、施設職員のほうが心理職よりも原因として関係していると回答する傾向が見られた。また、対応については、心理職は施設職員よりも、医療機関の利用、心理職の支援利用、(適切な行動の/不適切な行動を減らす)教育・訓練、不適切な行動の制限をより適切だと評価する傾向が見られ、施設職員は心理職よりも、本人が喜ぶような支援をより適切だと評価する傾向が見られた。これらのことから、心理職のほうが施設職員よりも、心理的課題を個人の要因に帰属し、治療や訓練・教育等により本人の変化を促し問題を解決するという個人モデル的な見方をする傾向があることが示唆された。

心理職と施設職員には、共通する理解の基盤があるものの、両者の間には認識の傾向の違いも確認され、対応について検討する際の見解の不一致につながる要素があることがうかがえた。

表 15 心理的課題の原因帰属と対応 心理職と施設職員の評定値平均 比較 (事例 A)

項目	心理職			施設職員		t 値		d	
	M	SD		M	SD				
原因帰属	知的障害	1.379	0.550	<	1.618	0.647	-3.890	**	-0.391
	病気	2.013	0.783	<	2.352	0.912	-3.876	**	-0.391
	家族関係	2.336	0.674	>	2.108	0.745	3.088	**	0.317
	育ち方	2.221	0.676	>	1.919	0.679	4.263	**	0.446
	生活習慣	2.156	0.699	>	1.819	0.679	4.631	**	0.490
	気持ち	1.384	0.501	≒	1.305	0.539	1.471		0.151
	支援者の関わり方	1.678	0.594	>	1.355	0.506	5.530	**	0.595
	事業所の環境	1.730	0.630	>	1.436	0.522	4.790	**	0.518
	対応	医療機関の利用	1.766	0.613	<	2.030	0.733	-3.827	**
家族と協議		1.651	0.601	>	1.440	0.547	3.493	**	0.371
施設内関係者協議		1.156	0.364	≒	1.129	0.336	0.739		0.078
心理職の支援利用		1.647	0.532	<	1.816	0.672	-2.754	**	-0.272
医療機関以外機関連携		1.698	0.655	≒	1.579	0.552	1.833		0.199
環境調整		1.212	0.471	≒	1.222	0.427	-0.217		-0.023
適切な行動の教育・訓練		1.760	0.682	<	2.137	0.791	-4.958	**	-0.501
不適切な行動を減らす教育・訓練		2.427	0.838	<	2.791	0.851	-4.126	**	-0.429
不適切な行動の制限		2.840	0.820	<	3.204	0.734	-4.411	**	-0.473
本人が喜ぶような支援		1.973	0.704	>	1.652	0.751	4.241	**	0.437
施設のルールを守るよう支援		2.232	0.678	<	2.469	0.817	-3.064	**	-0.310
本人の気持ちを汲んだ支援	1.333	0.500	>	1.179	0.437	3.109	**	0.332	

* $p<.05$, ** $p<.01$

※高得点ほど関係なし (原因帰属), 不適切 (対応) と認識 (表 16 も同様)

表 16 心理的課題の原因帰属と対応 心理職と施設職員の評定値平均 比較 (事例 B)

項目	心理職			施設職員		t 値		d	
	M	SD		M	SD				
原因帰属	知的障害	2.013	0.719	<	2.220	0.779	-2.682	**	-0.274
	病気	2.448	0.824	<	2.715	0.821	-3.067	**	-0.323
	家族関係	2.033	0.626	≒	1.924	0.716	1.583		0.160
	育ち方	2.141	0.626	≒	2.073	0.711	0.987		0.100
	生活習慣	2.291	0.649	>	1.868	0.702	6.057	**	0.620
	気持ち	1.169	0.376	≒	1.153	0.394	0.410		0.042
	支援者の関わり方	1.641	0.592	>	1.356	0.522	4.849	**	0.516
	事業所の環境	1.562	0.594	>	1.343	0.510	3.748	**	0.401
	対応	医療機関の利用	2.314	0.756	<	2.654	0.783	-4.265	**
家族と協議		1.490	0.563	≒	1.407	0.542	1.448		0.151
施設内関係者協議		1.273	0.447	≒	1.191	0.404	1.840		0.194
心理職の支援利用		1.481	0.574	<	1.706	0.669	-3.551	**	-0.356
医療機関以外機関連携		1.800	0.714	≒	1.723	0.637	1.070		0.114
環境調整		1.500	0.630	≒	1.506	0.624	-0.098		-0.010
適切な行動の教育・訓練		2.033	0.798	<	2.272	0.797	-2.892	**	-0.300
不適切な行動を減らす教育・訓練		2.693	0.821	<	2.944	0.829	-2.935	**	-0.304
不適切な行動の制限		3.052	0.759	<	3.307	0.676	-3.365	**	-0.358
本人が喜ぶような支援		2.020	0.767	>	1.631	0.732	4.949	**	0.520
施設のルールを守るよう支援		2.263	0.725	≒	2.368	0.828	-1.307		-0.133
本人の気持ちを汲んだ支援	1.175	0.381	≒	1.174	0.442	0.038		0.004	

* $p<.05$, ** $p<.01$

(2) 知的障害のある人の感情の理解、意思疎通、支援の困難感

知的障害のある人の意思や感情の理解や意思疎通、支援において、困難を感じやすい傾向はみられたが、施設職員ほど顕著ではなかった。対象としている人の障害程度の違い(施設職員のほうが知的障害程度の重い利用者と多く関わっている)や、実践経験の多寡(実践経験が多い施設職員のほうが困難感が強い)といった背景が推察される。

意思や感情の理解が困難と感じる理由や、意思疎通の困難の理由として、知的障害のある人に内在する個人的な要因や障害特性、機能的問題が施設職員より多く言及されていた。心理職においては、知的障害のある人の理解や意思疎通の困難の原因を個人に帰属させる、個人モデル的な見方が強いことがここでも推察された。施設職員においては、本人の内面や意味、個人差を捉えようとする困難の言及がみられたが(〈本心・本音がわからない〉〈意味や背景の理解困難〉〈本人にしかわからない〉)、心理職の回答にはあまりみられなかった。施設職員は、理解や意思疎通の難しさを知的障害のある人の機能障害だけに還元しようとするのではなく、何とか内面や意味を理解しようと努めている、あるいは、日々をともに過ごす支援者としてそうせざるを得ない立場におかれていると考えられた。また、心理職が支援を困難と感じる理由としては、連携や環境調整に関する回答が多く見られた。

考察 1 で確認されたように、心理職が知的障害のある人への心理療法を経験する機会はきわめて乏しいために、知的障害のある人と関わる機会自体が比較的少なく、理解や意思疎通の困難を知的障害のある人個人に帰属させる傾向が強いことから、知的障害のある人と深くコミットしようとして、それでもなかなか理解できず疎通を取りにくいという困難感を、施設職員ほど切実に感じることは比較的少ないことが推察される。「(施設職員の)心理療法を利用した経験のネガティブな印象に、心理職から支援は困難とする判断しか示されなかったとする回答がみられたことも踏まえ、心理職は、福祉施設職員の抱える困難感の理解に努め、それを抱え共に取り組む姿勢を示すことが必要であると考えられる」(中島・改田, 2023, p.54)と指摘したように、困難感の切迫度合いの違いが施設職員との間に存在することが連携の阻害要因となっている可能性もある。心理職は、施設職員が知的障害のある人の個別性に即して意思や感情の理解や意思疎通に取り組んでいる姿勢に寄り添い、その困難感を理解しようとするのが求められる。

(3) 知的障害のある人への心理療法に関する認識

心理療法技法の中では、行動療法が最も適用できると捉えられており、次いで、芸術療法や遊戯療法のような非言語的アプローチも適用できると捉えられやすく、一方、精神分析が最も適用しがたいと捉えられ、次いで、認知行動療法が適用しがたいとされていた。精神分析の比較的盛んなイギリスでの同様の調査 (Royal College of Psychiatrists, 2004) では、知的障害のある人へ利用できる心理療法技法として精神分析のような力動的な心理療法が上位に挙げられており、適用の認識には臨床心理支援全般の動向も影響を与えていると考えられる。

中島・櫻井(2023)の文献研究によると、知的障害のある人への心理療法の実践研究で多く報告されているのは、認知行動療法、マインドフルネス、精神分析等の精神力動的な心理療法であ

り、その他の技法も幅広く探索的に検討されている。さらに、本研究において明らかになった実践の実態としては来談者中心療法や折衷的な支持的手法が多くとられていた。多くの心理職の認識はこうした研究動向や臨床経験とは一致しておらず、臨床心理支援全般の動向にも影響を受けた、直感的なイメージに留まっているものと推測できる。現在の研究、実践状況としては、クライアントの個別的なニーズに即して先入観なくさまざまな可能性を模索することが求められる段階にあると考えられ、心理療法技法の適用可能性に関する直感的イメージは、そうした探索的実践の妨げとなる可能性がある。

心理療法の必要性や有効性があるとする回答は 6~7 割以上であり、心理療法に関心があるとする回答が半数以上、心理療法に抵抗があるとする回答は 1 割程度であった。有効性の根拠として、実際に有効であった臨床経験を挙げるものもみられ、また、関心のある理由として、ニーズの実感や臨床的な必要に迫られているとの回答がみられた。本研究の協力者が知的障害へのある程度の関心を有しているサンプルであると考えられることを踏まえるとあくまで限定的ではあるが、知的障害のある人への心理療法の実践は現状としてはきわめて乏しいもののその実践の効果やニーズが少しずつ確認され、関心をもちはじめている心理職もいることがうかがえた。

知的障害のある人が心理療法を受けることを困難と感じているとする回答は 6 割以上と多かった。困難の理由としては、経済的、制度的な障壁や認知度の低さが多く挙げられ、次いで心理療法的方法的な困難が指摘されていたことから、実践する手前の経済的、制度的な社会的障壁や社会的認知の乏しさが心理療法実践の妨げになるものとして捉えられていることが示唆された。実践の実態における困難として経済的・制度的な困難を挙げる回答は比較的少なかったことから、経済的・制度的な障壁があるという心理職の想定が、実践を消極的にさせている可能性もあるのではないかと推察される。

3. まとめ

医療機関における知的障害のある人への取り組みの実態と、心理療法へのアクセシビリティにおける社会的障壁について、以下のような知見が見出された。

医療機関における知的障害のある人への取り組みの実態：

心理療法の実践はきわめて乏しく、特に、行動的課題や、重度・最重度の知的障害のある人、中高年者への支援がほとんど取り込まれていなかった。心理療法の基本的な手法を土台に、知的障害特性を踏まえた実践が工夫されている試行的な段階にあり、連携の困難が多く認識されていた。限定的ではあるが、実践の効果やニーズが少しずつ確認され、関心をもちはじめている心理職もいることがうかがえた。

心理療法へのアクセシビリティにおける社会的障壁：

本研究で見出された社会的障壁は大きく 3 つに整理できる。第一に、経済的、制度的な社会的障壁や、心理療法に関する社会的認知の乏しさが心理職に多く認識されていたという点であ

る。そうした障壁が実際に存在する可能性もあるが、実践の実態を踏まえると、心理職がそうした障壁を想定して実践に消極的になっていることが実践の妨げとなっている可能性もある。第二に、学習機会の不足も影響して、知的障害のある人への心理療法について、研究動向や臨床経験と一致しない、直感的で素朴なイメージが心理職に存在しているという点である。そうしたイメージが、探索的で柔軟な実践の妨げとなる可能性がある。第三に、心理職と施設職員との支援に対する認識における二つの相違である。ひとつめの相違は、心理職は施設職員より障害の個人モデル的な見方が優位であるという点であり、もうひとつは、知的障害のある人の理解や支援の困難感の切迫性の相違である。こうした相違が支援に多角的、客観的な視点をもたらし、例えば施設職員が自身の支援のありかたの問題を過度に迫り過ぎて疲弊してしまうことを防ぐ(中島・改田, 2023)等、意味のある連携に発展的につながる可能性もある。一方、こうした相違によって、教育・訓練にネガティブな印象がもたれやすい今日の障害福祉現場で心理職の個人モデル的な観点がなじまない恐れや、切迫感の違いから「どうせ現場の苦労はわからない」といった施設職員の諦めや幻滅を引き起こす恐れもあると考えられる。心理職がこうした認識の相違に自覚的になり連携をはかっていくことが、連携の困難の乗り越えにつながると考えられる。

付記

本研究は、JSPS 科研費(20K03400)の助成を受けて行われた。

註

1 本論では原則「障害」表記を用いた。成語、および、回答者の理解しやすさに配慮して質問紙においては「障害」表記を用いた。

引用文献

- Frank, J.D. & Frank, J.B.(1991).*Persuasion and healing*. The Johns Hopkins University Press. 杉原保史(2007)(訳).*説得と治療——心理療法の共通要因*.金剛出版.
- 川喜田二郎(1967). *発想法——創造性開発のために*. 中央公論社.
- 中島由宇・改田明子(2023). 知的障害のある成人の心理療法へのアクセシビリティに関する検討——福祉施設職員の意識調査から, *東海大学紀要文化社会学部*, 10, 37-56.
- 中島由宇・櫻井未央(2023). 知的障害のある成人への心理療法の英語文献を中心とした検討. *心理臨床学研究*, 41(3),263-269.
- 清水裕士(2016). フリーの統計分析ソフト HAD——機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案. *メディア・情報・コミュニケーション研究*, 1, 59-73.
- Shimoyama, M., Iwasa, K. & Sonoyama, S. (2018). The prevalence of mental health problems in adults with intellectual disabilities in Japan, associated factors and mental health service use. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 931-940.
- Taylor, J.L., Lindsay, W.R., Hasitings, R.P. & Hatton, C. (2013). *Psychological therapies: For adults with*

中島由宇・改田明子

intellectual disabilities. Wiley-Blackwell.

Vereenooghe,L. & Langdon,P.E.(2013).Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4085-4102.