HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	重症心身障害児者の心理アセスメント
Author(s)	橋本, 悟
Citation	子ども発達臨床研究, 11, 57-62
Issue Date	2018-03-20
DOI	https://doi.org/10.14943/rcccd.11.57
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/68821
Type	departmental bulletin paper
File Information	07_1882-1707_11.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

重症心身障害児者の心理アセスメント

橋　本　　悟*

Psychological Assessment of Person with Severe Motor and Intellectual Disabilities.

Satoru HASHIMOTO

要　旨

心理学を専門とする職種の活動範囲は、ここ数十年の間に広がりを見せている。国家資格である「公認心理師」の本格的な始動も目前に迫り、社会の中で心理職が認められるようになってきたことがうかがえる。政策やメディア等で心の問題がクローズアップされることも増えてきた。しかし、それに伴って心理職に求められることが広範囲に及ぶようになり、学生時代の学習過程ですべてを詳細に網羅することは困難であると言わざるを得ない。即戦力が求められる現場では、各自が培ってきた基礎を試行錯誤しながら応用しなければならない。本稿の主題である「重症心身障害」を持つ人たち（以下、重症児（者）[1]）の入所施設もそのひとつであり、心理職の役割を明確に示す資料がまだ少ない。筆者も、心理士は何をなすべきかという問題と常に直面しているのが現状である。筆者の経験が心理職の役割を考える上での情報のひとつになればと思い、当施設での心理アセスメントに焦点を合わせて以下に報告する。

キーワード：重症心身障害、発達検査
Key words：Severe Motor and Intellectual Disabilities, Developmental Test

Ⅰ　重症心身障害と心理臨床

1）重症心身障害とは

重症心身障害という用語は、医学的診断名ではなく法的に定義された言葉である。それは児童福祉法第 7 条第 2 項に規定されており、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している」状態を意味する。より具体的な状態像を表すものとしては「大島分類」（図 1 ）がある。

児童福祉法に重症心身障害が定義されたのは 1967 年の改正時であり、ちょうど 50 年が経過した。それ以前にも当時の厚生省事務次官通知において重症児施設の指定が行われており、わが国で初めて指定を受けたのは島田療育園とびわこ学園

* 社会福祉法人 恩賜財団済生会支部　北海道済生会西小樽病院みどりの里

[1] 重症心身障害児者の略称として、研究報告等では「重症児」「重障児」などの表現が用いられている。本稿では小西・井合・石井・小沢（2015）に従い、「重症児（者）」という表現で統一した。

					IQ
21	22	23	24	25	80
20	13	14	15	16	70
19	12	7	8	9	50
18	11	6	3	4	35
17	10	5	2	1	20
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	

表中の数字は区分を表す。区分１～４が重症心身障害とみなされている。

図１　大島分類

の２施設である。現在の制度においては、18 歳を境に根拠となる法律が分かれている。すなわち、18 歳未満は児童福祉法における「医療型障害児入所施設」、18 歳以上は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）における「療養介護」となっている。ただし、重症児（者）の場合は 18 歳という年齢で単純に区切ることは難しく、継続した支援が必要であるという「児者一貫」の思想のもと両者が一体的に運営されている施設が多い。福祉施設であると同時に病院機能を有していることも必要とされ、医療職と福祉職が協働して支援に当たっていることも特徴である。これらの多様な職種のひとつに心理職も含まれている。

２）心理指導担当職員の現状と役割

心理職の配置については、医療型障害児入所施設の人員配置基準において「心理指導担当職員」を１名以上置くこととされている。資格要件等は定められていないため厳密に心理職と定義することは難しいものの、心理担当として従事している職員は全国に 200 名あまりいるとされている（三浦、2015）。しかしながら、冒頭に述べた通り、心理担当が行うべき業務内容の方針は明示されておらず、各施設の状況に合わせた役割を担っているのが現状である。

現場での実践経験を通して心理職の役割について報告された文献からは以下のことが読み取れる（井西、2004、亀井、2006、三浦、2008）。重症児（者）は状態像や生活歴があまりにも多様で個別性が高く、簡単にまとめられるものではない。そのため、それぞれの課題を的確に把握して柔軟に対応すること自体に専門性があると言える。そして、心理職の視点から理解した事柄を他職種にも伝え、共有することも求められている。重症児（者）への支援については、発達支援的対応が必要であり、本人だけでなく家族や他職種のスタッフも視野に入れた対応が必要となる。

心理職に求められる役割は施設によって異なっているが、心理アセスメント（発達検査）を行っていることは概ね共通している。ただ、数ある心理検査の中で重症児（者）を対象として想定されたものは存在しない。いずれの施設でも既存の発達検査やチェックリストを応用したり独自の評価表を作成したりしてアセスメントを行っており、発達検査では新版 K 式発達検査 2001（以下、新版 K 式）や遠城寺式乳幼児分析的発達検査（以下、遠城寺式）が多く用いられている（大庭・惠羅、2002、齊藤、2016）。

岡田（1990）は、重症児（者）とかかわる心理職の役割として①心理的評価、②心理的理解と働きかけ、③心理的治療、④家族および職員に対する役割という４点を挙げた。評価に際しては「いくつかの測定法を組合せ、かつ測定者の臨床的観察という主観的要素を加えて総合評価する」が、それと同時に「客観的かつ総合的に当該重症児の存在を擁護しうる心理臨床家の役割は大きい」とも述べられている。測定者の主観も含めて客観的な見立てにまとめ上げるという一見すると矛盾を孕んだこの表現は、非常に的を射たものであると思う。

３）当施設における心理指導担当職員の役割

筆者が勤務する施設では、入所定員 120 名に対し心理担当（臨床心理士）は１名である。利用者は３つの病棟に分かれて生活し、前身である国立療養所小樽病院の時代から数えると入所期間は最長で 46 年である。年齢層は就学前の乳幼児から 80 代までと幅広く、平均年齢は 37.2 歳である（平

成 29 年 12 月末時点)。医学的診断は多岐にわたり、脳性麻痺が最多である。その他には周産期低酸素脳症後遺症や染色体異常、脳外傷後遺症等がある。

心理職の主な役割はアセスメントであり、すべての利用者に対し毎年 1 回行っている。検査は遠城寺式を中心にしつつ、認知面・言語面に関してより多くの情報が必要と判断した場合に新版 K 式も併用している。重症児（者）への心理検査の応用について、実例も踏まえながら次章で述べていきたい。

Ⅱ　重症児（者）の心理アセスメントの実際

1）心理アセスメントの目的

利用者により良い生活環境を提供することが施設職員の務めであり、心理アセスメントも当然それにつながるものでなければならない。アセスメントから直接的な支援への展開を考えて行われるべきだが、現実的には容易なものではない。そのため、まずは心理検査を丁寧に行うことが、支援につなげるための足掛かりになるのではないかと考えている。

筆者自身のことを言えば、重症児（者）の発達検査を行うようになって最初のうちは、発達検査として確保した 1 時間弱をどう過ごせば良いのかわからなくなったり、空白の時間ができてしまって冷や汗をかいたりすることも決して少なくなかった。慣れていくうちに絵本を読んだり歌をうたったりすることでその場を過ごすことはできるようになったが、「発達検査をしているという顔をして、何をしているのか」という気持ちにもなった。特に、周囲からの刺激に対して明確な反応が読み取りにくい「超重症」とされる方々との検査では、働きかけへの反応がなかったときにこちらのかかわり方が悪かったのではないかと焦り、空回りしてしまうこともあった。今は「反応がないこともひとつの結果である」と捉え、それならどういう刺激であれば気付いてもらえるのかという方向で考えられることも増えてきた。

検査をどういう場面にしたいかと考えたとき、当初は受検者にとって「検査＝遊び」になれば良いと漠然と思っていた。言い換えれば、ただ単に笑って楽しいという場面しか思い浮かべられていなかった。現在は、受検者が一生懸命に取り組んで、自分の力を発揮して、その結果「できた」「やった」と思えるような楽しさを求めたいという考えになった。これは、かかわり方を工夫したときに見せてくれた彼らの姿から感じたことである。

2）事前の情報収集

発達検査の場面は 1 年の中でたった 1 時間弱であり、日常生活の中のごく限られた一場面に過ぎない。検査項目はその中で少しでも多くの情報が得られるように設定されているものだが、重症児（者）の場合は特定の手法のみで捉えることは困難である。状態像に個別性が高いこと、覚醒状態の影響を受けやすいことも要因になっている。したがって、検査とは別に、日々の生活場面での情報を集める必要がある。

まず、日常生活の支援に携わっている職員からの情報が重要である。細やかな反応の意味を支援者が読み取ってかかわることの多い重症児（者）の場合、支援者の情報は必ずしも客観的ではないかもしれない。しかし、たとえ主観的な印象であったとしても、かかわり手がそのように感じているという事実は重視すべきであると筆者は考えている。むしろ、その人をよく知る支援者にとっての直観を一緒に確認していく作業こそが、重症児（者）の“こころ”を知る作業でもあると言えるのではないかと思う。

そして、日々の様子を検査者が直接見ることも当然必要なことである。生活している姿を知ること、すなわち「普段の○○さん」が思い浮かべられるようにすることは、検査場面でのその人を理解する上でも欠かせない。ひとえに重症児（者）と言っても、生活しているその人の姿はひとりひとり異なっている。例えば、日中眠っていることが多い、何もなくてもたまに笑っている、近くを通る人によく目を向けている、あいさつの声にも

驚く、近づくだけで笑顔を向けてくれる、など、それぞれの姿が思い浮かぶ。こうした情報が、検査の工夫や結果の解釈に欠かせないのである。

検査結果を活用するのは日常生活の支援に携わる職員や、リハビリテーションを行う職員である。そのため、彼らがその利用者に対して設定している支援目標についても十分に確認し、求められる情報は何かを考えて検査を行わなければならない。例えば、療育活動の中で「手を使う」ことが挙げられているのなら、検査項目以外でも細かく手の使い方を見たり、認知機能や外界への積極性も見たりすることで有用な報告ができるかもしれない。

その人の生活歴を知ることも大切である。保管されている記録は膨大な量でありすべてを確認することは難しいが、簡潔にまとめられた資料や、児童相談所の措置により入所していた時代に作成された原簿はすぐに閲覧することができる。過去の経過を含めてその人を理解することで、現在のその人についてもより立体的に思い浮かべられるようになる。

3）発達検査の実施

発達検査は生活場面から離れた個室で行っており、室内には余計な刺激を置かないようにしている。検査項目の判定に必要な道具は、市販されている玩具等を用いている。

発達とは「主体的に外界にはたらきかけ質的にも量的にも新しい力を充実させていく過程」（細渕、2007）であり、環境との相互作用のあり方とその過程を見ることが必要である。相互作用とはすなわち、周囲の状況を認識し、それに対して働きかけ、さらにその結果を認識して働きかけにつながっていくことを示している。発達年齢が乳児期前半の段階にある場合、明らかな反応が見えにくく、周囲からの刺激をどのように感じ取っているかに焦点を合わせなければならないことが多い。その場合には発達検査の項目はほとんど参考にならず、音の違いや感触の違いなど刺激の弁別を見るために複数の玩具を順に提示して反応を確かめるような検査場面になっている。

玩具などの提示の仕方にも気を配る必要がある。例えば、ガラガラなどの音の鳴る玩具を提示する際には、白石（2016）が指摘するように、見せたり音を鳴らしたりする動作を順に行うようにしている。それは、いきなり視覚（見せる）・聴覚（音を鳴らす）・触覚（触れさせる）への刺激を同時に行ってしまっては、何に反応したのかわからなくなってしまうためである。個々の動作を順に提示することは、刺激の感じ方を丁寧に見ることだけでなく、受検者が積極的に関心を向けようとする姿を見逃さないことにもつながる。

検査項目以外にも、独自に設定した課題を行なうことがある。心理検査は通常、定められた手続きを厳密に守って行うものである。しかし重症児（者）を対象とする場合、厳密な手順を守るだけではただ単に「不合格」の判定をするだけで終わってしまうことも少なくない。それではアセスメントの目的を達することはできないだろう。検査を通してその人のことを知ろうとするならば、検査の実施方法に工夫が欠かせない。

工夫の例をひとつ挙げたい。遠城寺式では「積木を二つ重ねる」という項目があり、使用される積木の大きさは約 4.5 cm 角と指定されている（遠城寺、2009）。筆者が発達検査を実施したある利用者は、全指で挟むようなつかみ方をするためこの大きさの積木をつかむことができず、不合格と判定していた。しかし、その他の検査項目や生活場面での様子から、精神機能（積木を重ねるという動作の認識）は獲得されているのではないかと推測された。そこでより小さいサイズの積木を用意したところ、3 cm 角だとつかみやすく、自力で重ねることができた。たった 1.5 cm の差が、積木を重ねるという動作の可否に影響することが示された。さらに、発達検査を人と人との間で展開されるものとして見たときに何よりも重要なのは、3 cm の積木を独力で積み上げたときのその利用者の表情に達成感が表れていたことである。自ら力を発揮しようとする心の動きは、発達の本質的な姿を表していると考えられる。

筆者が発達検査を工夫したいと思うのは、受検者が持つ力を引き出したい、また、その人の行動を人に向けた行動として捉えコミュニケーションに発展させたいという願いからである。こうした視点で実施した検査から得られた情報こそが、日々の療育やリハビリテーションにも結びついていくのだと考えている。

4）検査結果の報告

検査結果を記した報告書には、推定される全般的な発達年齢も記載するようにしている。発達的な観点から総合的な解釈をすることで、大まかな課題設定や支援の方向性を考える際の情報とするためである。発達年齢の解釈について、遠城寺式の検査項目を概観したところ、筆者は０歳４か月がひとつの目安になると考えている。発達年齢が０歳４か月未満であれば、刺激の弁別に課題がある（音や感触、かかわり手の違いなどに気付いているような反応が見られにくい）場合が多い。覚醒状態を最適に保つことや、わずかな積極性を見つけてかかわりの手がかりにすることが考えられる。一方、０歳４か月以上の場合は、環境に対して何らかの働きかけをしているはずである。それはどのような行動か、その結果を本人はどう受け取っているのかを見ることや、さらに高い段階であれば期待・予測の形成や、やり－もらい関係の理解、三項関係の理解といったことが課題として考えられる。

ここで重要なことは、発達年齢と生活年齢の差である。乳児期の発達年齢にあるからと言って、乳児と等しく見ればよいというわけではない。乳児の場合は、例えば刺激の弁別が難しいのであればさまざまな刺激を得る機会を持つことが支援内容になり得るだろう。しかし、青年期以降の利用者に対しても同様の支援を行えばよいとは言えない。それまでの生活経験の中で既にさまざまな刺激は受けていると考える方が妥当であろう。乳児期の発達段階であっても、その生活年齢に現れる年数だけの経験をしている。ここに、発達をその瞬間の出来事ではなく過程として見ることの意義がある。

検査結果を担当職員に報告する場としては、定期的に開催される個別支援会議がある。個別支援計画を検討する場であり、主催は児童発達支援管理責任者またはサービス管理責任者である。その利用者を担当する職員が集まって、各職種で設定しているニーズ・課題や支援目標、支援内容について検討する。筆者も可能な限り出席し、発達検査の結果と解釈について報告している。検査所見が利用者の支援につながるものにしていくためにも貴重な場である。

Ⅲ　考　　察

ここまで、当施設で行っている発達検査の実際について述べてきた。重症児（者）のアセスメントを通して、発達検査のあるべき姿を改めて考えることができた。

まず、発達検査に挙げられている項目はあくまでも一部分であり、他のさまざまな行動につながる代表格として選定されているに過ぎない。例えば、色名の理解を問う検査項目は、特定の４色の色名がわかれば「合格」と判断される。しかし、その４色以外はわからないのか、もっと多くの種類の色がわかるのかという広がりは、検査項目を判定するだけではわからない。前節に挙げた積木の例も同様であり、特定の積木に対する反応だけでは積木を積むという行動のすべてを見たことにはならない。いかに広がりを持って個々の項目を捉えるかということに、検査者の発達についての理解や検査の力量が問われている。特定の行動ができる（またはできない）ことが他の行動とどのようにつながっているのか、広く捉える目が必要である。

次に、発達検査が見ているのは単純な合格／不合格だけではなく、課題への取り組み方という質的な情報である。その取り組み方に、受検者の心の動きも現れている。検査として定められた手続きを厳密に守ることも大切なことではあるが、検査を行うことの大きな目的（その人を知ろうとす

ること）も常に意識していなければならない。通常の手続きに何を加えるか、「不合格」と判定したその後に何をするかということが重要である。

日々の生活場面や検査場面で重症児（者）が見せてくれるさまざまな姿を発見するにつれ、発達検査はそれらを引き出せるものでありたいと考えるようになった。ここに至り、びわこ学園の創設者である糸賀一雄の発達保障の概念に少しずつでも近づいているように思う。糸賀（1968）は重症児も「普通児と同じ発達のみちを通る」と考え、彼らの「人格発達の権利を徹底的に保障せねばならぬ」と主張した。そして、「この子らはどんなに重い障害をもっていても、だれととりかえることもできない個性的な自己実現をしている」とし、「三歳の精神発達でとまっているように見えるひとも、その三歳という発達段階の中身が無限に豊かに充実していく生きかたがあると思う。生涯かかっても、その三歳を充実させていく値打ちがじゅうぶんにあると思う」と述べた。重症児（者）の自己実現に向けた手がかりを得ることが、心理担当としての究極の目標でもあると思う。

Ⅳ　今後の課題

心理アセスメントは利用者により良い生活を提供するための取り組みのひとつでなければならないということは繰り返し述べてきたが、筆者自身もその目的を達成するにはまだ遠い道のりがあることを強く感じている。限られた検査場面であっても、その人が自ら積極的に取り組もうとする意欲が表れる場面をいかに作り出せるかが重要である。

また、結果の解釈に関して述べたように、18 歳以上の「重症心身障害者」についても考えなければならない。心理担当の配置基準は 18 歳未満の「重症心身障害児」のみだが、発達心理の視点が重要であることは児・者にかかわらず言えることである。しかし高齢の利用者を対象とした場合、本来は上がり幅を見るためのものであるはずの発達検査を、下がり幅を見るものとして用いることになるケースもある。一般に言われる生涯発達の概念を重症児（者）にそのまま当てはめることは困難であり、重症児（者）に合わせた発達概念の捉え直しが必要である。

引用文献

糸賀一雄（1968）．福祉の思想　NHK 出版

井西庸子（2004）．重症心身障害児に出会って　臨床心理学，***4***(2)，182-186.

遠城寺宗徳(2009)．遠城寺式･乳幼児分析的発達検査法[九州大学小児科改訂版新装版]　慶応義塾大学出版会

大庭重治・惠羅修吉（2002）．重度・重複障害児の発達評価に関する文献的展望　上越教育大学研究紀要，***21***(2)，661-673.

小西　徹・井合瑞江・石井光子・小沢　浩（編）（2015）．新版　重症心身障害療育マニュアル　医歯薬出版

岡田喜篤（1990）．重度・重症心身障害　鑪　幹八郎・村上英治・山中康裕（編）　臨床心理学大系　第 12 巻　発達障害の心理臨床（pp.211-237）　金子書房

亀井真由美（2006）．臨床心理士（臨床発達心理学）の立場から　浅倉次男（監修）　重症心身障害児のトータルケア　新しい発達支援の方向性を求めて（pp.156-161）　へるす出版

齊藤　力（2016）．重症心身障害児（者）に対する評価方法の工夫について―重症心身障害児施設における検査とアセスメントの共有―　日本心理臨床学会第 35 回大会発表論文集　289.

白石正久（2016）．障害の重い子どもの発達診断　基本と応用　クリエイツかもがわ

細渕富夫（2007）．重症児の発達と指導　全国障害者問題研究会出版部

三浦幸子（2008）．障害児医療福祉施設における心理臨床　立教女学院短期大学紀要，***40***，125-135.

三浦幸子（2015）．重症心身障害児者にかかわる心理担当者の現状と課題　日本心理臨床学会第 34 回大会発表論文集　686.