

第66回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム 4

子どもの権利と療養環境～子どもの自律を視野に連携する～

子どもの心理社会的アセスメントとその支援

濱 田 純 子 (東京大学医学部附属病院精神神経科 / こころの発達診療部)

I. はじめに

医療と関わることになった子どもの生活は、それまでの安定した日常生活からは一変したものとなる。検査や医療行為の数々は苦痛を伴うものであるし、生活空間や対人関係の範囲が狭まる行動制限も、発達期にある子どもにとっては、我慢を強いられる特別な体験となる。そのような子どもと、家族などの子どもを取り巻く心理社会的因子のアセスメントを統合的に行い、得られた結果を丁寧に本人や家族、支援者にフィードバックしていくこと、さらに医療スタッフに情報提供を行い、より良い支援につなげていくことは、多職種によるチーム医療の中で、特に心理士が貢献できる領域であると思われる。本発表では、公認心理師・臨床心理士である筆者の立場から、療養環境にある子どもの心理社会的アセスメントとその支援について論じる。

II. 心理社会的アセスメントの目的

なぜ、心理社会的アセスメントが必要なのであろうか？心理社会的アセスメントの目的を整理するにあたって、まず、筆者の体験した事例を紹介したい。

<事例の紹介1>

15歳男子。いわゆるつっぱり風の男子で、病棟のルールは守らず、毎晩友だちや彼女を病室に呼んでは、大騒ぎをする。医師や看護師に対する言葉遣いも悪く、まだ義務教育の年齢にあるので、院内学級を勧めるも、「地元の学校も登校拒否していたのに、院内学級なん

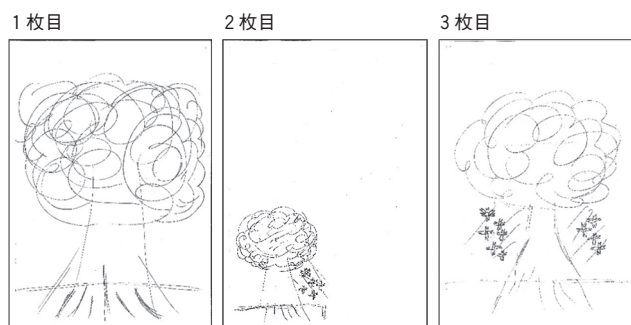


図1 (掲載については、本人の了承を得ている)

か通えるか」と言う。そのような状況で、筆者が呼ばれた。少し会話を交わした後、「勉強は嫌だけど、木の絵なら描いてもいい」ということになり、バウムテスト3枚法^{注1)}を実施した。バウムテスト3枚法では、1枚目は、外(社会)に対して見せている自分、2枚目は、内側で感じている自分(内的自己像)、3枚目は、願望や問題の解決法を表すといわれている。彼が描いたのは、図1のような3つの木であり、筆者は次のように解釈した。

【1枚目】外(社会)に見せている自分:プレッシャーはあるものの、強がって虚勢を張っている。高い衝動性が感じられる。

【2枚目】内側で感じている自分(内的自己像):内心では、不安、心細さを感じている。繊細で傷つきやすいガラスのハートの持ち主。

【3枚目】願望・問題の解決法:周囲から認められることで、適応が上がる。衝動のコントロールが解決に役立つ。

注1) バウムテスト3枚法については、Castilla,D.Le test de l'arbre. : Relation humaines et problemes actuels. 1994. Paris:Masson. 邦訳「バウムテスト活用マニュアルー精神症状と問題行動の評価」カスティーラ, D. 阿部恵一郎(訳). 2002. 金銅出版に詳しい。

彼に「強がっているけれど、本当はとっても不安を感じているのね。」と告げたところ、「どうしてわかるの?」と、彼は大きく目を見開いた。それからというもの自分の彼女や仲間たちに木の絵を描かせては、筆者に解釈をさせることが続いた。病棟の看護師に、彼の内面の状態について、「虚勢を張っているけれど、繊細な男児で不安が強い。適応行動を褒めて認めると適応が上がる」ということを情報提供したところ、関係が改善し、彼は院内学級に通うまでになった。

さて、今まで小児医療の現場では、身体症状へのケアが中心となり、心理的なケアは軽視されがちであった。血液検査やMRI、CTのデータなどを用いて、体の状態を把握する技術は大きく進歩してきたが、今後は、子どもを、心を持った一人の人間としてトータルに把握して、心理的なケアを充実させていく必要がある。そのために、子どもの心理社会的アセスメントが果たす役割はとても大きい。今回の事例のように、自分の不安を隠すためにわざと尊大な態度をとり、大きな声で暴言を吐き反抗的な態度を示す彼の内面の不安、心細さ…といった、目に見えないものを可視化することが、心理社会的なアセスメントの醍醐味だと筆者は感じる。

特に、年齢が小さければ小さいほど、子どもは自分の感じていることを周囲にうまく表現することが難しい(例えば子どものうつ症状は、イライラとして表出されることもあるが、単に癇癪持ちという言葉で片づけられてしまうことも多い)。また、思春期になり、突然ふさぎ込んだり退行がみられる際には、さまざまな精神症状の発症リスクの存在を念頭に置いた心理状態のアセスメントが必要となる場合もある。さらに、昨今では、医療トラウマという言葉があちこちで聞かれるようになった。どうしても治療行為は侵襲的になりやすい側面があるため、PTSD(心的外傷後ストレス障害)の発症の危険性なども頭に入れつつ、心の状態のアセスメントを正確に実施する必要がある。このように、さまざまなリスクファクターを考慮しつつ、外に表れる現象のみで判断するのではなく、心の状態をできるだけ正確にアセスメントすることは、子どもの権利を守る観点からも重要である。子どもは、ただ単に、医療者や親の言いつけを守り治療を受ける受け身の存在ではない。子どもの真意をアセスメントして尊重し、確認しながら行われる治療によって、子どもの主体的な治療意欲が増大することは明らかである。

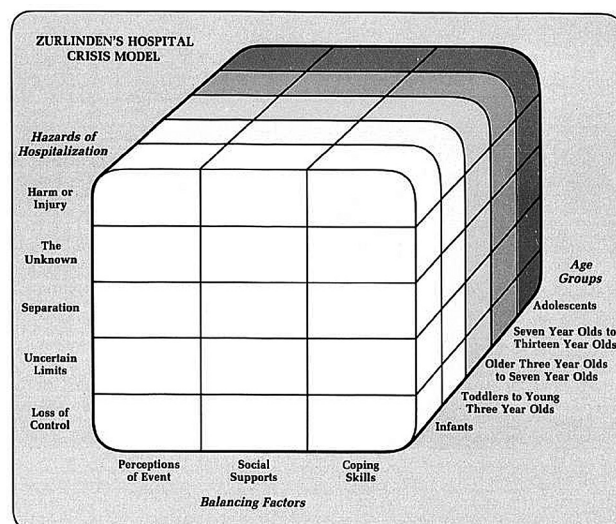


図2 Zurlinden's Hospital Crisis Model

表1 東京大学医学部附属病院こころの発達診療部で実施している主な検査

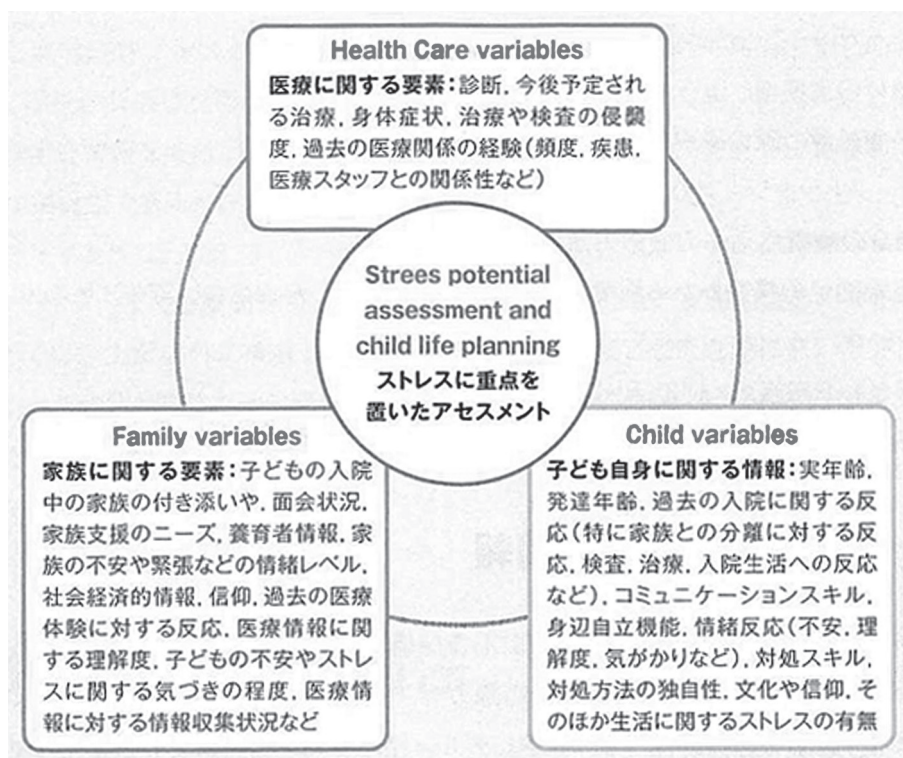
項目	使用する検査
発達水準	新版 K 式発達検査
知的水準	田中ビネー, WISC-IV, K-ABC, DN-CAS
神経心理	CPT (持続的作業検査)
情緒	バウムテスト, SCT, ロールシャッハテスト
ストレス耐性	PF スタディ
不安・抑うつ	SCAS, DSRSC

Ⅲ. 心理社会的アセスメントの実際

先ほど筆者は、心理社会的アセスメントの醍醐味を、目に見えないものを可視化することであると表現したが、具体的には、何を、どのようにアセスメントするのであろうか?これに関しては、Zurlinden のモデルが役に立つので紹介したい¹⁾。Zurlinden は、療養中の子どもたちの心理的強化因子を検討し、3次元ホスピタル・クライシス・モデルを構築した(図2)。そして、ライフステージに応じた療養支援、子どものコーピング・疾病受容および家族の支援の3つの因子が重要であると提唱する²⁾。この3つの因子に沿って、心理社会的アセスメントを概観する。

1. 患者の年齢・発達レベルのアセスメント

当たり前のことであるが、子どもは発達途上の存在である。したがって、アセスメントにあたっては、ライフステージに沿った子どもの発達レベルを熟知しておくことが大切である。さまざまな発達理論の中でも、愛着理論、Piaget の認知発達理論、Erikson の心理発



達課題, 心の理論は必須であろう³⁾。また, 各種発達検査によって認知発達のレベルを把握することは, 心理士が, 自身のアイデンティティーを発揮できる領域でもある。表1は, 筆者の勤務する東京大学医学部附属病院こころの発達診療部で, 子どものアセスメントに主に用いる心理検査である。ほかにも未就園児に関しては, 「デンバーⅡ発達判定法」, 「第3版ベイリー乳幼児発達検査」といった乳幼児の発達全般を運動面も含めて幅広く測定できる有用な発達検査があるので, それらを活用されるのも良いであろう。

ただし, アセスメントは, 構造化された検査の中でのみ実施されるものではないことを, 注意喚起しておく。幼い子どものアセスメントは, 遊びの中で, 非言語の状態にも注目しながら実施されるべきであろう。そのようなアセスメントは, 治療促進的であり, 子どもの強みの発見にもつながりやすく一石二鳥である。

2. 子どものコーピング・疾病受容

ここでは, Gaynard の子どものストレスに重点を置いたアセスメント (Strees potential assessment process) を紹介したい (図3)^{4,5)}。この方式は, 介入を行う際に必須となるケースフォーミュレーション (事例概念化) を行うためにも有用であり, ストレスの度合いを評価した後に, 最もストレスの度合いが強いと

予測されるものから優先して, 介入を始めるものである。具体的には, 下記の項目についてアセスメントを行う。

1) 子ども自身に関する情報

実年齢, 発達年齢, 過去の入院に対する反応 (特に家族との分離に対する反応, 検査, 治療, 入院生活への反応など), コミュニケーションスキル, 身辺自立機能, 情緒反応 (不安, 理解度, 気がかりなど), 対処スキル, 対処方法の独自性, 文化や信仰, そのほか生活に関するストレスの有無。

2) 家族に関する要素

子どもの入院中の家族の付き添いや面接状況, 家族支援のニーズ, 養育者情報, 家族の不安や緊張などの情緒レベル, 社会経済的情報, 信仰, 過去の医療体験に対する反応, 医療情報に関する理解度, 子どもの不安やストレスに関する気づきの程度, 医療情報に対する情報収集状況など。

3) 医療に関する要素

診断, 今後予定される治療, 身体症状, 治療や検査の侵襲度, 過去の医療関係の経験 (頻度, 疾患, 医療スタッフとの関係性など)。

疾病受容については, 子どもの発達段階によって, 病気の理解や病因の認知に違いが生じるのも興味深

表2 発達段階と病気の理解・病因の認知

発達段階	ピアジェの発達段階	病気に対する理解 (Bibace et al, 1980より)	病因の認知 (Bibace et al, 1980, 小畑, 1990より)
乳児・幼児前期	感覚運動期 (0歳～2歳)	病気を理解できない	病気は不可思議な事象
幼児後期	前操作期 (2歳～6歳)	直接的な知覚経験に依存している	理解の始まり 病気は因果関係の明確な事象
		1. 現象的理解: 時間, 空間的に隔たった外的でぐたいてきなものによって病気になると考える (例: 風邪をひくのはお日様のせい)	第1段階 (年齢に関係なく病気不安が高い子どもは罰と考える傾向が強い) 病気=罰 (例: うそをつくと病気になる)
		2. 接近により感染: 接触しなくても近くにいることで感染すると考える (例: 風邪をひくのは, 誰かが近くにいるから)	
学童前期	具体的操作期 (7歳～11歳)	自他を区別し, 自分の内側で起こること, 外側で起こることを区別する	
		1. 接触による感染: 外部の人, 物, 行動によって自分の身体に害がおよぶと考える (例: 風邪をひくのは, 寒い時に帽子をかぶらないで外にいてくしゃみが出る)	第2段階 バイキン (例: バイキンに触ると病気になる)
		2. 内在化: もともとは外部にあるものが体内にとりこまれることによって, 内部に存在するようになる (例: 冬, 鼻からたくさんの空気を吸うと鼻がつまる)	第3段階 汚染 (例: 「接近」汚いものを見ると病気になる, 「接触」汚いものにさわると病気になる, 「摂取」汚いものを食べると病気になる)
学童後期	形式的操作期 (11歳以上)	自他を明確に区別し, 病因そのものは外的であっても病気は体内にあるとする	
		1. 生理的: 引き金になるのは, 外的なことであっても, 特定の生理機能に問題があることで病気になる (例: 風邪をひくのはウイルスが血の中に入って風邪になる)	第4段階 生理学的ステージ (病気は身体内部の生理学的な機能の不全によるものである)
		2. 精神生理的: 生理学的な病因論をもつが, それのみでなく, 身体機能に人の思考や感情が影響すると考える (例: 何か心配があっているならいらしたりすると心臓発作になる)	第5段階 生理-心理学的ステージ (機能不全に, 個人の考え方や心理学的な要因が関係する)

(小畑, 1990より)

い。松崎は、表2を示しながら、幼い子どもの病気の理解について、子どもは、「〇〇をしなかったから病気になった」、「〇〇をしたから病気となった」という自分の行動の結果の罰として病気という「嫌なこと」が起きた、と理解するため、極端な場合には、自己嫌悪、自分を責める結果にもなり、注意が必要である⁶⁾と述べている。

3. 家族の支援

ここでも先に述べた Gaynard の子どものストレスに重点を置いたアセスメントの中で、家族に関するアセスメントが参考になる。家族の支援に際して、まず

念頭に置きたいことは、親子関係のアタッチメントのアセスメントである。困ったときに親の方を振り向いて親を頼りにするのか、皮膚接触の度合いはどうかなど、詳細に把握しておく。家族と子どもが安定した愛着関係を築いているのかどうかは、治療にあたっての安全な足場が構築されているか否かを左右する大きな要素となる。それゆえ、子どもを安心、安全な心の状態に向かわせるためには、同時並行的に、あるいは、優先して家族の支援を行う必要がある。家族の支援としては、家族療法を視野に入れた介入が有用と思われる⁷⁾。

IV. 心理社会的アセスメントを支援に活かす

次に、アセスメントから得られた情報を、子どもの自律を最大限に尊重しながら、支援に活かしていく方法について論じる。疾患名や症状は似ていても、子どもの発達特性の違いやライフステージによって、また、家族側の要因や、疾病受容の度合い等によって、支援の在り方は、一人ひとり大きく異なるものである。子どもの心理社会的アセスメントをもとに展開する多職種による有機的な支援の在り方について、筆者が関わった事例を紹介したい。

＜事例紹介2＞ ※本事例については、本人を特定できないように修正を加えている。

9歳男児。食事をとりたくない、お風呂には入りたくない、病室内で泣きわめくことが多く、親や看護師を困らせる問題行動が多い。看護師より「もっと年齢の小さい子でも頑張って病棟生活を送っているのに、本児は我慢が足りず我儘な子に見える。知的な遅れがあるのではないか、認知評価をお願いしたい」と依頼を受けた。ぐずりながらも彼のペースに合わせて知能検査（WISC-IV）を実施すると、IQは頗る高く、ミスを恐れ完璧主義の傾向があることが把握された。また、児は、発作のことがフラッシュバックして急に恐怖を感じ、自分自身をコントロールできなくなってしまうことなどを、ポツリポツリと語ってくれた。児が、「不安になる仕組み」や「不安を軽減させることができる」ことについて知的に理解することができる⁸⁾と判断した筆者は、「不安曲線」を用いて不安の心理教育を実施し⁸⁾、児や両親、周囲の看護師、子ども療養支援士等にも協力を仰ぎながら、不安階層表を用いてスモールステップで不安を克服するよう働きかけた。さらに、児は、絵を描くことが好きであったので、でたらの線から、児とセラピストがそれぞれ何かを描き、後で見せ合いっこするというスキグル法^{注2)}や、交互に絵を描きながらお話を作っていく遊びをとおして、物にはいろいろな見方があるということや、ハプニングも怖いものではないといった認知を柔軟にしていく関わりを続けたところ、過去を思い出してフラッシュバックすることは減り、児の創造力豊かな面が発揮されてきた。児の笑顔が増えるにつれて、問題行動に注目しがちで疲弊していた家族にも余裕がみら

れるようになり、家族間の結束力も高まった。児自身が、起こしたくて問題行動を起こしていたのではなく、一番困っていたのが児であったとの認識を、家族やスタッフが共有できた意味は大きかったと感じている。

V. おわりに

子どもと子どもを取り巻く心理社会的因子のアセスメントを統合的にを行い、①得られた結果を丁寧に、本人や家族、医療スタッフ等の支援者にフィードバックしていくこと、さらに、②アセスメントから得られた情報をもとに、子どもの強みを活かして、自律を最大限に尊重しながら支援を行っていくことで、子どもの主体的な医療への参加、子どものQOLの向上が期待される。治療の場であると同時に生活の場でもある療養環境の中で、子どもの発達をより促進する支援方針を立てるうえで、子どもの心理社会的アセスメントは礎となるものであり、子どもの権利を守るという観点からも不可欠なものである。

文 献

- 1) Jeffrey K.Zurlinden. Minimizing the impact of hospitalization for children and their families. 1985.
- 2) 田中恭子. “小児科診療 UP-to-DATE.2016” http://medical.radionikkei.jp/uptodate/uptodate_pdf/uptodate-160615.pdf
- 3) 田中恭子. 子どもの発達の特徴. 及川郁子監. 小児看護ベストプラクティス チームで支える！子どものプレパレーション. 中山書店, 2012: 32-51.
- 4) Thompson RH. The handbook of child life: a guide for pediatric psychosocial care. Charles C Thomas Pub Lid, 2009: 117-135.
- 5) 田中恭子. 子どものアセスメント. 子ども療養支援. 中山書店, 2014: 118.
- 6) 松崎くみ子. 発達の視点からみた介入指針. 小児の精神と神経 2017; 57 (増刊号): 117-119.
- 7) 辻井弘美. 家族療法の視点をういた介入. 小児の精神と神経 2017; 57 (増刊号): 123-125.
- 8) 濱田純子. 不安低減を目的とした介入. 小児の精神と神経 2017; 57 (増刊号): 120-122.

注2) スキグル法については、Winnicott,D.W. Therapeutic Consultation in Child Psychiatry. 1971.Hogarth Press. 邦訳；橋本雅雄（訳）. 子どもの治療相談①②. 1987. 岩崎学術出版社に詳しい。