

Chapter 1

概説

本章では、まず心理検査とその使用についての基本事項を中心に解説した。

1 臨床心理検査・神経心理検査とは何か

小児医療で用いられるアセスメントツールは、知的障害の有無と鑑別、認知機能の評価、教育支援あるいは生活上の支援を適正に行うための問題点の評価や二次障害の検出などを目的に行う心理検査であり、臨床心理検査と神経心理検査に大別される。これは、検査の目的による分類である。臨床心理検査は、人格評価・精神疾患の検出などの目的で行う検査である。これには主に成人を対象とし、本書では扱わないものが多い。ただし、バウムテストや描画テストなどは知能検査としても活用できることもあり、解説している。家族関係をみる TK 式診断的親子関係検査、精研 SCT 文章完成法テストや P-F スタディなどの人格検査、小児自閉症評定尺度 (CARS) もある。これらの検査の分類はその視点の捉え方によって分類が異なる場合があるが、本質的には大差はないと思われる。

神経心理検査は、知能・発達・記憶・視覚認知および視空間認知・注意力・前頭葉機能をみる検査である。主な神経心理検査として、新版 K 式発達検査、田中ビネー知能検査 V、津守式乳幼児精神発達診断法、WISC-IV 知能検査、DN-CAS 認知評価システムなどがある。

本書では、発達検査として津守式乳幼児精神発達診断法、遠城寺式乳幼児分析的発達検査法、新版 K 式発達検査などを紹介している

が、これらは乳幼児のコミュニケーション能力や社会性の発達にも注目した検査である。また、全般的知的機能をみる検査として、田中ビネー知能検査VやWISC-IV、コース立体組み合わせテスト、KABC-II、DN-CAS 認知評価システムなどを取り上げた。WISC-IVは、小児の構成力・視覚認知機能や注意機能、記憶機能を評価するのに特に優れている。

つまり、これらの検査は目的によって分類する方法と着目する視点の違いによって分類する方法がある。したがって、何を知るためにどんな視点で検査を行うのか、を正しく認識することが、臨床心理検査・神経心理検査を利用するうえでの基本となる。本書では、各検査を臨床心理学における最も一般的な分類に従って解説することとした。

2 臨床心理検査・神経心理検査を活用するための基本作法

検査についてのマニュアルを読まなくては、検査の実施はできない。しかし、検査の実施方法と採点方法だけを読んでも、その検査を有効に活用できない。それぞれの検査には、それを実施することでどんなことを知ることができるのか、検査の狙いは何か、が決まっている。実際、どんなことをどうしたら知ることができるのか、という視点になって検査は開発され、その有用性が検証され、標準化されて臨床現場で使える形に仕上げられている。そして、その開発過程でどのような視点でそれぞれの指標が考案され、どのような方法でその指標が得られるのかを正確に理解しなければ、検査を有効に活用することはできない。すなわち、より有効な検査の組み合わせを計画することもできないし、検査の結果を有用性の高い検査レポートとして記載することもできない。その結果、患者とその家族への援助を行うための有用な情報源として検査を活用できなくなる。

基本的には、臨床心理士や言語聴覚療法士によって検査が実施されるが、医師は心理検査や発達検査の結果が意味することを正しく理解し、解釈を行い、被験者である患者に適切な形で検査結果をフィード

バックすることで患者の支援や治療を効果的に行うために必要な力量を身につけなければならない。つまり、患者の心理的・精神的な問題を発達障害なのか、精神疾患なのか、あるいは神経症なのかという鑑別診断を行う道具としての臨床心理検査や神経心理検査を機械的に振り回してはならない。

いかなる検査も誤謬は必ず内包されており、絶対的なものではない。また、患者に対する検査結果のフィードバックは、患者や患者の家族に患者自身をより正確に理解できる手がかかりとなるものになくしてはならない。患者への結果の告知の質が悪ければ、患者自身が“死にたくなる”あるいは家族が“一家心中したくなる”ほど、壊滅的な心理的ダメージを与えることがあり得るという話は事実である。

世間ではさまざまなハラスメントが問題視されているが、「医師はもちろん、その他の医療従事者の暴言や横柄な行動あるいは態度、雰囲気によって患者の心に傷が残ることを、ドクハラ（ドクター・ハラスメント）と呼ぶ」とされ、あつてはならないことである。

臨床心理検査や神経心理検査に見識のない医師が、診察の際に患者やその家族に知能検査におけるネガティブな数値を機械的に並べ立てたあげく、怒りと悲しみで抗議する患者や家族に対して「本当のことを言って何が悪い」と居直ったという話を見聞きすることは、確かにある。また、多くの臨床心理検査や神経心理検査には、大学院などで心理学を専攻したか、それと同等の能力を有する者が検査を実施するように定められており、検査の開発理念、応用される原理ないし理論、開発の過程や指標に関する理解は難解なものが少なくなく、多くの専門書は多くの医師の目にも難解な用語が並んでいることは事実である。

だが、それらの事実を理由に「心理検査の実施も結果の告知も大学院を出た専門家である心理士によって行うべきであり、医師が行うべきではない」という考え方につなげるべきではない。いろいろな職種の人々との協業が社会的にも求められる。

患者も医師も心理職も人であり、人は肉体だけの存在ではないと同時に心だけの存在でもない。心と身体の双方を総合的に理解し、全人的で包括的な医療サービスを提供するためには、多職種がチームとして共同して機能しなければならない。そのために、医師もできる限り臨床心理検査や神経心理検査について基本から学ぶ姿勢を堅持し、謙虚に学ばなくてはならない。

医師はもちろん、心理職にも心理検査の修練に終わりはない。それをわきまえなければ、就職試験に採用されている高額な費用を要する適性試験という営利性が高いと目される心理テストを材料に「心理テストは大嘘だ」などというアイロニー的なものが出版されることを防ぐことができなくても無理からぬことであろう。

端的に言えば、医師だ、心理士だと自らの職種にだけしがみつки、縄張り争いのような考え方をする人物は医師にも心理士にもその他の医療職にもなるための適正はない。

3 検査の実施に際しての注意事項

● 保険診療上の注意

臨床心理・神経心理検査は医師が自ら、または医師の指示により他の従事者が自施設において検査および結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合に算定できる。したがって、医師は必ず結果を分析できる能力を備えておかなければ、これらの検査を利用できない。また、保険診療上での検査の分類と神経心理学的検査・臨床心理学的検査の分類は必ずしも一致しない。例えば、津守式乳幼児発達診断法、遠城寺式乳幼児分析的発達検査法およびグッドイナフ人物画知能検査は、発達および知能検査の操作が容易なもの、バウムテストと描画テストは人格検査の操作が複雑なものに分類される。この不一致は、保険審査上の便宜を主目的とする保険ルールに起因するものであり、医療の本質にはかわりはない。また、1日に実施できる検査は1つだけである。

● 被験者とその家族への配慮

検査の目的を説明し、同意を得てから行うのはもちろんだが、結果の良くない部分を強調して説明することがないよう、配慮する。被験者の良い部分を伝えるとともに客観的な被験者の個人特性をわかりやすく説明するべきだが、被験者を否定する説明であってはならない。検査が被験者とその家族を治療に導く手段にもなり、治療手段にもなり得ることを念頭においた配慮と説明が必要である。

● 他施設での検査結果の取り扱い

過去に他の施設で検査を受けたことを被験者や家族から確認できれば、その検査内容や実施日、結果となされた説明の内容を質問してカルテに記載する。また、実際の検査結果の報告書などの資料があれば、被験者やその家族の許可を得て、当該資料の複写をカルテに収めておくと活用しやすい。

● 検査実施時の注意

検査を行う際には、行動観察を行い、その観察結果を客観的に記録しておくこと、検査結果の評価する際のみならず、被験者を包括的に理解するために役立つ情報となり得る。

● 保険診療上の分類とその概要

保険診療における診療報酬上の分類に基づいて、小児科医も実施しやすいと思われる検査を選択的に掲げ、その概要を記載する。実際の保険点数については、更新されることがあるので記載していない。

● 発達援助や治療過程でのツールとしての利用

多くの心理検査は、診断の補助ツールとして利用されることが基本ではあるが、患者への治療あるいは治療的教育や発達援助などの介入の効果を観察するツールとして用いることができる。また、描画テストなどのように、検査そのものが患者のための指導教材として使えるものもある。