

表 3. 診療科別に見た診療経験のある回答者のプロフィール

専門		小児神経科	児童精神科	その他の小児科	その他の精神科
人数		17	22	18	19
医師診療歴 (年) (平均±SD)		25.5±6.6	18.8±10.2	27.3±13.3	21.3±10.3
平均診察患者数 (人)		8.9	19.1	7.8	4.8
医師の 所属医療機 関内訳(人)	総合病院	11	9	10	2
	精神科病院	0	2	0	12
	小児病院	2	1	1	0
	小児診療所	2	1	6	0
	精神科診療所	0	4	0	3
	発達支援センター	0	0	0	0
	療育センター	1	1	1	2
	その他	0	4	0	0

表4. 診療科別に見た回答内容

1. プライマリケアでどこまでの診療が可能か、a～fから選択して下さい (%)

	小児神経科	児童精神科	その他の小児科	その他の精神科
a. トレット症候群の可能性のある人の特定	100	100	100	100
b. トレット症候群の確定診断	29.4	59.1	33.3	15.8
c. トレット症候群の併存障害/評価	29.4	50.0	33.3	47.4
d. トレット症候群の治療法や予後についての説明	35.3	40.9	61.1	21.1
e. トレット症候群に対する薬物療法	29.4	59.1	61.1	42.1
f. トレット症候群に対する行動療法	0	0	16.7	0

2. 小児科のプライマリケアにおける対応として可能な薬物療法の範囲について、a～hから選んで下さい (%)

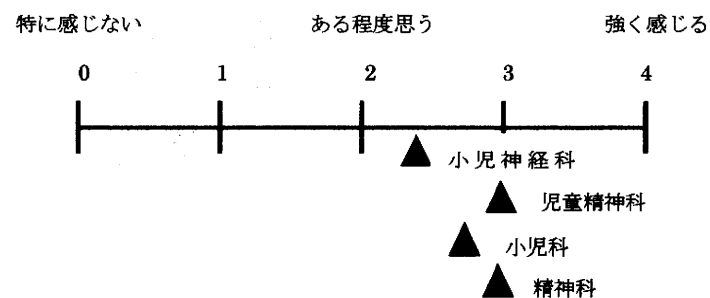
	小児神経科	児童精神科	その他の小児科	その他の精神科
a. 抗精神病薬の使用	41.2	77.3	55.6	31.6
b. 高血圧治療薬の使用	35.3	40.9	22.2	31.6
c. クロナゼパムの使用	35.3	40.9	33.3	57.9
d. クロナゼパムを除くベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用	29.4	22.7	38.9	42.1
e. その他の抗てんかん薬の使用	29.4	27.3	44.4	21.1
f. 抗うつ薬の使用	29.4	18.2	33.3	0
g. レボドーパの使用	11.8	13.6	11.1	5.3
h. 漢方薬の使用	17.6	45.5	38.9	42.1

3、精神科のプライマリケアにおける対応として可能な薬物療法の範囲について、a～hから選んで下さい (%)

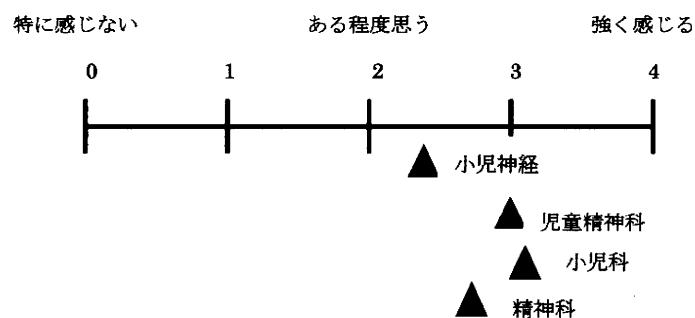
	小児神経科	児童精神科	その他の小児科	その他の精神科
a.抗精神病薬の使用	76.5	100	66.7	94.7
b.高血圧治療薬の使用	23.5	27.3	22.2	47.3
c.クロナゼパムの使用	47.1	77.3	55.6	84.2
d.クロナゼパムを除くベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用	52.9	68.2	55.6	78.9
e.その他の抗てんかん薬の使用	35.2	59.1	22.2	73.7
f.抗うつ薬の使用	47.1	59.1	61.1	63.2
g.レボドーパの使用	17.6	18.2	11.1	21.1
h.漢方薬の使用	29.4	31.8	22.2	52.6

4、プライマリケアにおけるトゥレット症候群の診断・治療について、整備が必要と考えられる項目と程度についてお答えください。

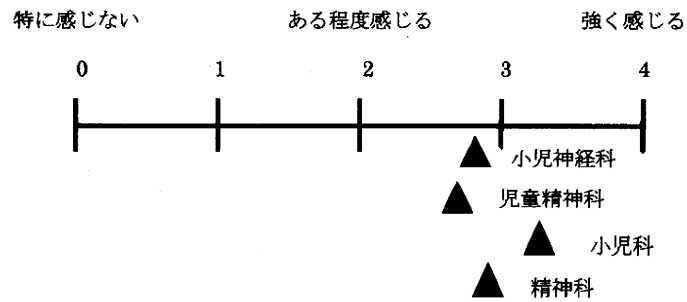
a. 診断・評価についての知識の普及



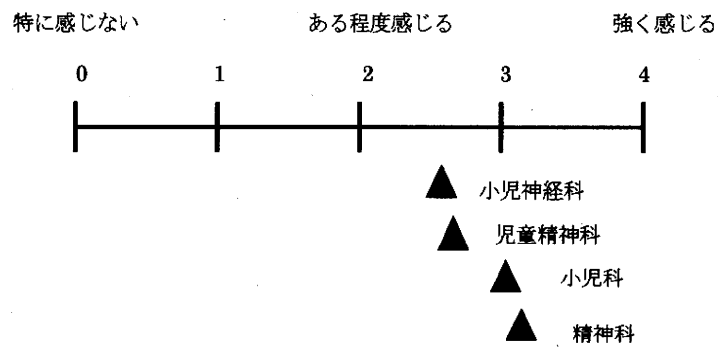
b. 併存症の診断・評価についての知識の普及



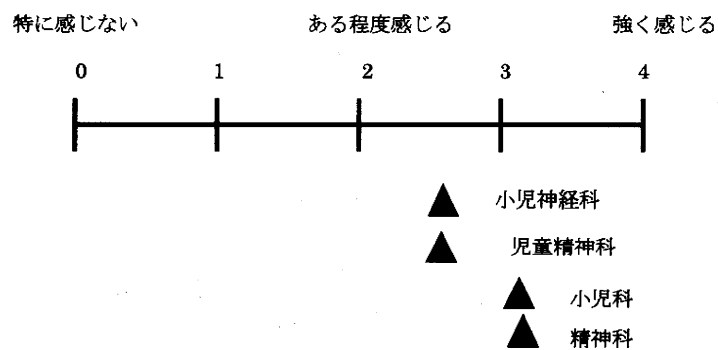
c. プライマリケアにおける治療ガイドラインの整備



d. プライマリケアから専門医療機関／専門医に紹介する基準の明確化



e. 専門医療機関／専門医に関する情報提供



5. 以下のそれぞれの患者さんにおいて、プライマリケア・小児神経科・児童精神科のいずれにおける対応が望ましいか。もっとも望ましいと思われる領域を選択して下さい。(%)

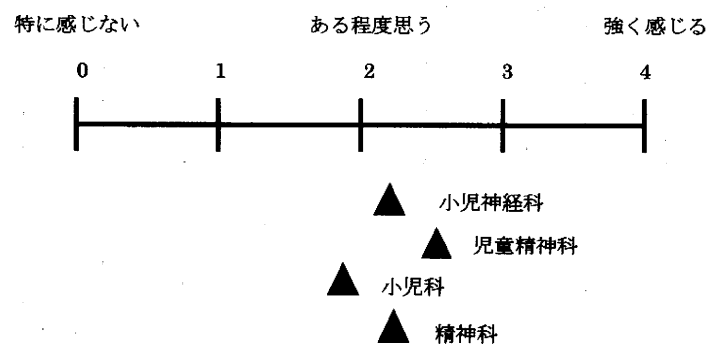
	プライマリケア				小児神経科				児童精神科			
	小児 神経科	児童 精神科	その他 小児科	その他 精神科	小児 神経科	児童 精神科	その他 小児科	その他 精神科	小児 神経科	児童 精神科	その他 小児科	その他 精神科
運動チック 多発	30.4	31.8	46.1	25.9	50.9	38.6	31.3	42.6	18.6	29.5	22.5	31.4
激しい音声 チック	19.6	6.8	14.7	24.5	51.9	40.9	29.4	37.7	28.4	40.9	55.9	37.7
絶え間ない チックの出現	9.8	9.1	17.6	23.1	65.6	47.7	29.4	31.4	24.5	43.2	52.9	45.3
本人の苦痛 が大きい	9.8	17.4	21.5	21.9	59.8	28.8	18.6	29.8	30.4	53.8	59.8	48.2
日常生活の 支障が大きい	5.8	12.9	19.6	23.1	58.8	28.8	13.7	31.4	35.2	58.3	66.6	45.3
注意欠如・多 動性障害 (ADHD)の 併存	1.9	0	2.1	0	69.6	20.5	45.8	30.6	28.4	79.5	52.1	69.4
広汎性発達 障害の併存	1.9	0	2.1	0	60.8	11.4	30.2	23.7	37.2	88.6	67.7	76.3
強迫性障害 の併存	0	0	0	0	23.5	2.3	9.4	11.1	76.5	97.7	90.6	88.9
うつ病の併 存	0	0	0	0	8.8	2.3	3.1	5.6	91.2	97.7	96.9	94.4
双極性障害 (躁うつ病) の併存	0	0	0	0	2.9	2.3	0	0	97.1	97.7	100	100
反抗挑戦性 障害の併存	0	4.5	0	0	20.6	0	8.8	2.8	79.4	95.5	91.2	97.2
素行障害の 併存	0	0	5.9	0	14.7	0	8.8	2.8	85.3	100	85.3	97.2

6、ADHD 併存例の場合、ADHD に対してどのような治療を選択するか、1つ選択下さい。(%)

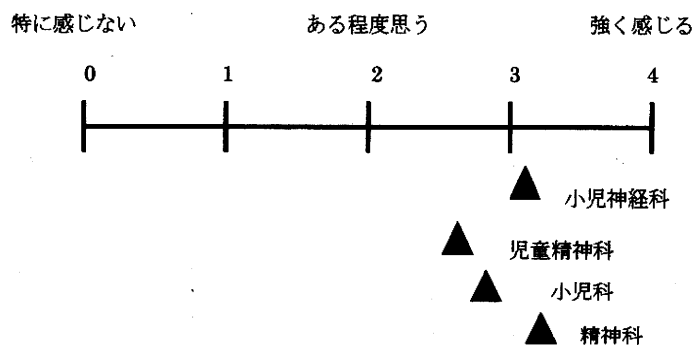
治療	小児神経科	児童精神科	その他小児科	その他精神科
a.メチルフェニデート	29.4	9.1	11.1	35.3
b.アトモキセチン	64.7	68.2	61.1	47.1
c.抗精神病薬	11.8	36.2	22.2	17.6
d.行動療法	11.8	9.1	33.3	5.9
e.その他	5.9	0	5.6	0

7、トゥレット症候群に対する医療以外の支援における問題点について、該当の考えを選択下さい。(%)

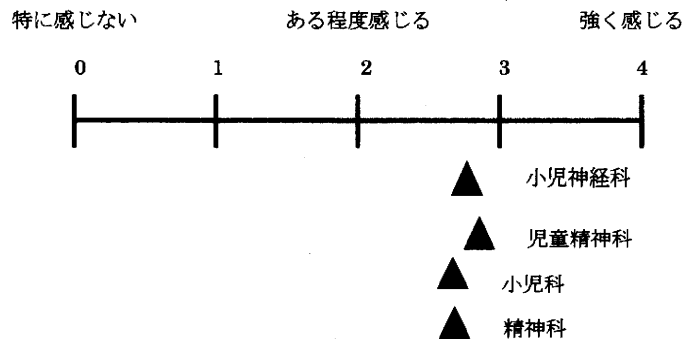
a. 心理相談機関における理解が不十分



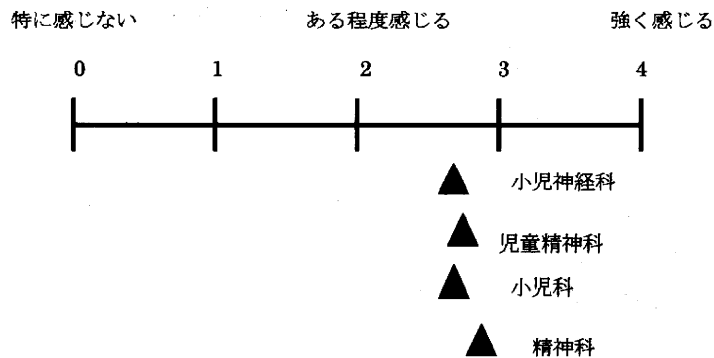
b. チックに対する行動療法などの専門治療の提供が不足



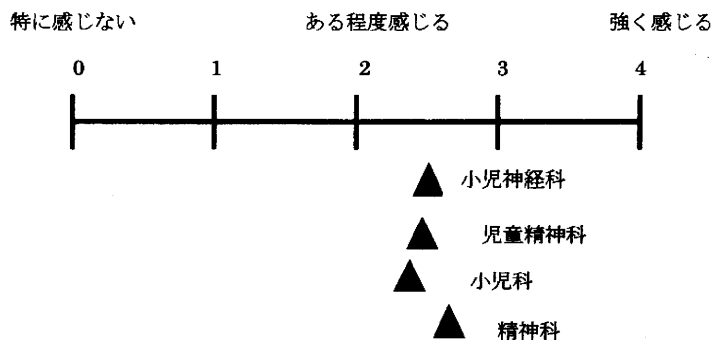
c. 教育機関における理解が不十分



d. 精神保健福祉機関における支援が不十分



e. 発達支援センター、発達障害支援センターでの支援が不十分



## 〔資料〕

### トゥレット症候群の診断・治療の実態に関する調査

このアンケートは、トゥレット症候群の診療実態に関する調査の際、詳細調査にご協力をいただける旨をお返事いただいた先生方にお送りしています。ご多忙のところ、恐れ入りますが、お受け取りの後、**1週間以内**にご返送をたまわれますと幸いです。

本調査は厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「トゥレット症候群の治療や支援の実態把握と普及啓発に関する研究」(代表研究者 金生由紀子)の一環として行われています。分担研究者 岡田 俊(京都大学大学院医学研究科精神医学分野)

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54 Tel 075-751-3373 tksokada@kuhp.kyoto-u.ac.jp

私たちは、トゥレット症候群の患者さんに対し、小児科や精神科の一般診療機関におけるプライマリケアでどの程度の対応が可能か、またはそれを普及させるには何が必要であるかを明らかにしたいと考えています。下記の質問にお答えください。

1. プライマリケアで、どこまでの診療が可能とお考えでしょうか？以下からお選びください(複数回答可)。
  - a. トウレット症候群の可能性のある人の特定
  - b. トウレット症候群の確定診断
  - c. トウレット症候群の併存障害の診断/評価
  - d. トウレット症候群の治療法や予後についての説明
  - e. トウレット症候群に対する薬物療法
  - f. トウレット症候群に対する行動療法
  - g. その他 ( )
  
2. 小児科のプライマリケアにおける対応として可能な薬物療法の範囲について、お考えにあてはまるものの番号に○をつけて下さい(複数回答可)。
  - a. 抗精神病薬の使用
  - b. 高血圧治療薬の使用
  - c. クロナゼパムの使用
  - d. クロナゼパムを除くベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用
  - e. その他の抗てんかん薬の使用
  - f. 抗うつ薬の使用
  - g. レボドーパの使用
  - h. 漢方薬の使用
  - i. その他 ( )

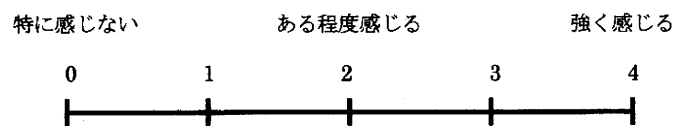


3. 精神科のプライマリケアにおける対応として可能な薬物療法の範囲について、お考えにあてはまるものの番号に○をつけて下さい（複数回答可）。

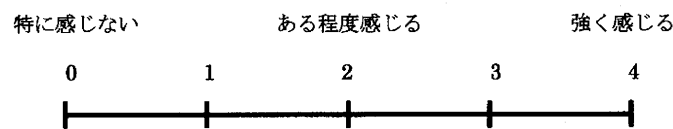
- a. 抗精神病薬の使用
- b. 高血圧治療薬の使用
- c. クロナゼパムの使用
- d. クロナゼパムを除くベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用
- e. その他の抗てんかん薬の使用
- f. 抗うつ薬の使用
- g. レボドーパの使用
- h. 漢方薬の使用
- i. その他（ ）

4. プライマリケアにおけるトウレット症候群の診断・治療を拡大するために、必要と考えられる項目とその程度についてお答えください。

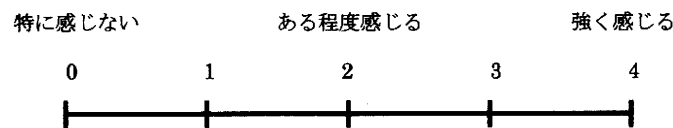
a. 診断・評価についての知識の普及



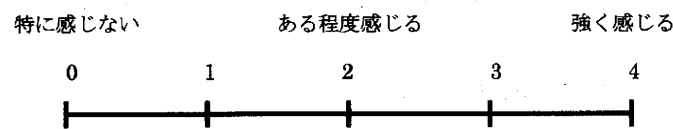
b. 併存症の診断・評価についての知識の普及



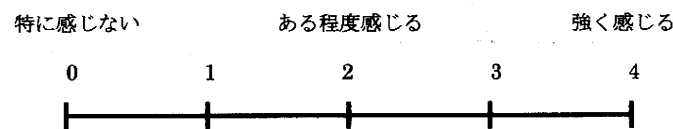
c. プライマリケアにおける治療ガイドラインの整備



d. プライマリケアから専門医療機関／専門医に紹介する基準の明確化



e. 専門医療機関／専門医に関する情報提供



f. その他（ ）

5. 以下のそれぞれの患者さんにおいて、プライマリケア・小児神経科・児童精神科のいずれにおける対応が望ましいでしょうか。最も望ましいと思われる領域に○をつけて下さい。

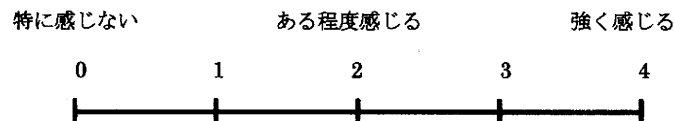
	プライマリケア	小児神経科	児童精神科
運動チックの多発			
激しい音声チック			
絶え間ないチックの出現			
本人の苦痛が大きい			
日常生活の支障が大きい			
注意欠如・多動性障害(ADHD)の併存			
広汎性発達障害の併存			
強迫性障害の併存			
うつ病の併存			
双極性障害(躁うつ病)の併存			
反抗挑戦性障害の併存			
素行障害の併存			
その他( )			

6. ADHD 併存例の場合、ADHD に対してどのような治療を選択されますか？ 1つ選択ください。

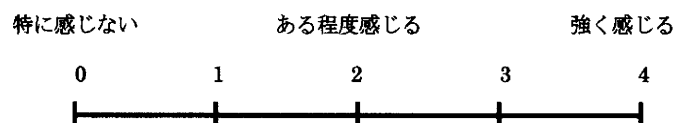
- a. メチルフェニデート
- b. アトモキセチン
- c. 抗精神病薬
- d. 行動療法
- e. その他( )

7. トレット症候群に対する医療以外の支援における問題点について、該当のお考えをお答えください。

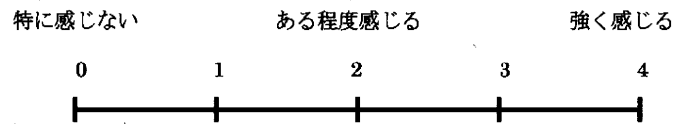
- a. 心理相談機関における理解が不十分



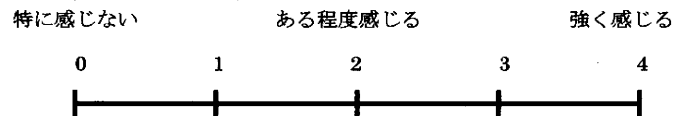
- b. チックに対する行動療法などの専門治療の提供が不足



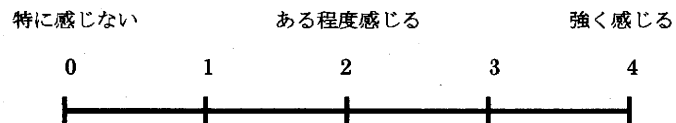
c. 教育機関における理解が不十分



d. 精神保健福祉機関における支援が不十分



e. 発達支援センター、発達障害者支援センターでの支援が不十分



f. その他 ( )

最後に、先生ご自身のことについてお伺いします。

- ご専門 (該当に○印)    ( ) 小児神経専門の小児科医    ( ) その他の小児科医  
                                 ( ) 児童青年期専門の精神科医    ( ) その他の精神科医

診療歴    (          年)

主にお勤めの医療機関の形態 (該当に○印)

- ( ) 総合病院            ( ) 精神科病院            ( ) 小児病院  
( ) 小児科診療所    ( ) 精神科診療所            ( ) 発達支援センター  
( ) 療育センター    ( ) その他 具体的には (          )

トゥレット症候群患者の診療経験はありますか?    ( ある / ない )

上で「ある」とお答えした方のこれまでのトゥレット症候群の患者の診察数  
(          人)

<ご協力ありがとうございました>

## トゥレット症候群に関する教育機関における認識及び経験の実態調査

研究分担者 金生由紀子 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野 准教授

### 研究要旨

本研究では、トゥレット症候群を始めとしたチックを有する児童・生徒に対して、教育現場でどのような支援が実際に行われてきており、どのようなニーズを教員が抱いているのかを明らかにすることを目的として、質問紙調査を実施した。対象は、昨年度までの調査協力者のうち、更なる調査への協力を検討すると回答した通級指導教室および特別支援学級を担当する教員 46 名であった（回収率 58%）。調査の結果、①教員は児童の変化に気づいた際に、まずは保護者に働きかけること、②対応必要場面では他児に対して理解を求める対応を始めとした柔軟な関わりをしていることが示唆された。また、実際に教員が困難を感じる場面は、周囲の子どもが反応する時や声のチックが目立つ時であり、他児に対しての関わり方やそうした困難場面での本人への関わり方などの啓発は有用だと考えられた。サポート資源として、①保護者との連携、②同僚の理解、③専門家の助言や連携、④わかりやすい専門書などの出版物があげられていた。本研究から、今まで教員がチックを有する児童・生徒へどのように対応してきたのか、より質的な側面の実態が把握でき、教員側のニーズに沿った情報の提供やサポート資源について明らかにすることができた。

### 研究協力者：

河野 稔明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部リサーチ・レジデント）

野中 舞子、菊池なつみ（東京大学大学院教育学研究科 臨床心理学コース 大学院生）

桑原 斉（東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野 助教）

島田 隆史（東京大学大学院医学系研究科精神医学分野 大学院生）

有澤 直人（東京都江戸川区立本一色小学校 教諭）

### A. 研究目的

トゥレット症候群は、18 歳以前に発症し、多様性の運動チックと一つ以上の音声チックが 1 年以上続くチック障害である。一般的な経過として、就学期前後にチックは発症し、運動チック、音声チックの順に症状が現れ、症状は波があるものの次第に複雑さを増し、10 歳から 15、16 歳前後でピークを迎える。思春期を終える頃には、症状は徐々に軽快していき、多くのトゥレット症候群患者が、20 代には生活に支障がない程度にまで症状が改善するといわれている。

このような経過をたどることから、多く

のトゥレット症候群の子どもは症状のピークを学校で過ごす時期に迎える。チック自体がもたらす支障もしばしば深刻なものだが、それだけではなく他児からのからかいや学習面での困難、およびチックを持つこと自体による自尊心の低下から、二次的にうつ状態や不登校になることもある。そうした問題を防ぐためにも、他児や教員の理解を得て、自己評価をできる限り損なうことがないような環境の維持が教育機関に求められるだろう。そのためには、教員に対して適切な情報の提供がなされるべきである。

昨年度までの調査から、教育機関におけるトゥレット症候群の認識の程度には、学級形態や地域によって差異がみられることが示唆されてきた。加えて、チックを有する児童・生徒を、教員はしばしば担当してきており、配慮を要することも稀ではないことが明らかとなった。具体的には、東京都公立学校情緒障害教育研究会（以後、「都情研」と略記）に対して行った一昨年度の調査では、84%の教員がトゥレット症候群を知っていると回答し、教員経験中にチックを有する児童・生徒を担当したことがある教員は91%であり、その大半がチックを有する児童・生徒に対して特別な配慮を要する経験を有していた。教員の対応は、本人、保護者や他児などの周囲、専門機関などを含めた環境に対しての関わりなど、多岐にわたっていることが示唆された。

それに対して、昨年度に報告した他地域の特別支援学級担当教諭（9割が固定級）、及び東京・仙台の通常学級担当教諭を対象とした調査では、トゥレット症候群を知っていると回答した者は、それぞれ36%、

18%にとどまった。しかし、チックという言葉は昨年度の調査対象者は全員知っていると回答していた。チックを有する児童・生徒の担当経験は、それぞれ72%、74%であり、そのうち58%、51%は、特別な配慮を要する経験を有していた。また、対応方法として、特別支援学級担当教諭は本人に対してストレスを減らすような関わりなどの個別な対応が中心であったが、通常学級担当教諭は保護者を中心とした周囲への関わりを重視する傾向が見られた。

以上の結果から、都情研教員を対象とした一昨年度の調査結果と同様に、チックを有する児童・生徒は身近な存在であり、そのうち約半数以上は特別な配慮を要することが示唆された。また、そうした児童・生徒に対して教員は、「チック」による特殊性よりも、個々の学級形態に応じた対応を重視してきたと考えられる。

このようにチックに対しての関わりを、教員はそれぞれ工夫してきたにも関わらず、一昨年度・昨年度の調査対象者はいずれも「対応方法」について知りたいと回答していた。チックに対してどのような関わりをすべきか、担任としてどのように対応すべきか、どの程度までなら症状に触れずに見守っていてもいいのか、教員が戸惑いを抱き、知りたいと思っていることが明らかとなった。教員は、それぞれ工夫して児童・生徒に対して関わってきたと考えられ、そうした教員の対応についての経験知をより丁寧に検討すること、そして経験豊富な教員であっても戸惑う場面についての詳細な理解をすることで、教育現場に対して、そのニーズに合った普及啓発活動を行うことが可能になると考えられる。

以上の背景を受け、本年度は、①チックによって困難を抱える児童・生徒に対して教員がどのように関わるか、その傾向を把握すること、②チックが最も重症なケースの特徴を理解すること、を目的とした調査を実施し、教育現場で求められている情報を理解し、そのニーズに沿った普及啓発活動について検討していくこととした。質問紙は昨年度に配布しており、本年度は、その結果の報告をしていく。

## B. 研究方法

対象は、情緒障害通級指導教室か特別支援学級を担当している教員 79 名であった（うち、東京都：57 名、京都府：7 名、宮城県：13 名、福岡県：1 名、神奈川県：1 名）。いずれの教員も、一昨年度・昨年度の調査の回答者のうち、更なる調査への協力を検討すると回答した者が所属していた学校の教員であった。2009 年 11 月に対象者が所属する学校宛てに、依頼状と A4 版 3 枚の質問紙調査を送付した。依頼状では、以前調査に協力した教員の回答を求め、その教員がすでに異動していた場合には、同学級の他の教員に回答してもらうように依頼した。

回答数は、46 通であった（回収率 58%）。そのうち前回の調査に協力していた教員は 26 名であった（57%）。回答者の属性を、表 1 に記した。

質問紙は 2 つの部からなっていたため、以後は「研究 1」「研究 2」と表記して、それぞれの方法を述べていく。

**研究 1**：場面想定法を用いた質問紙を作成した。場面想定法を採用した理由として、

トゥレット症候群の児童・生徒はチックの重症度、併発症状などが多岐にわたるため、ある 1 つの事例に対する対応の傾向を捉えることで、実際の資料として用いる際に参考となる知見が得ることができると考えられたためである。架空の事例について 2 場面を提示し、それぞれの状況で教員が、①誰に対して、②どのように働きかけるか、を回答するように依頼した。質問紙で用いた事例は、チックを主訴とする軽症から中程度のトゥレット症候群が疑われる事例を想定して作成した。実際に提示した事例は以下のとおりである。

**時点①**：A くんは、昔から瞬きのチックが多い子でしたが、今年に入ってから、他にもチックがでてきています。たとえば、顔の動きが増えてきたり、鼻をひくひくさせたり、目をきよろきよろさせたりするようになりました。普段から「クッ、クッ」という声が無意識に出てしまっていて、今月に入り、クラスメイトから、「どうしたの？」と聞かれることがあり、A くん自身も戸惑うと同時に気にしているようでした。そのせいか、最近少し元気がありません。

\* ご自身なら、この場面で (1) 誰または何（機関など）に対して、(2) どのように行動しますか。

**時点②**：ある授業中、A くんが「アッ、アッ」という声を出していました。これまで授業中にはあまり音声チックは出ていなかったのですが、今日はいつもよりも多く、音量も大きいようです。その日の午後に国語のテストがあるのですが、クラスメイトの B さんが担任に、「うるさくて集中できない。」とひそかに相談してきました。

\*ご自身なら、この場面で(1)誰または何(機関など)に対して、(2)どのように行動しますか。

自由記述式の質問紙であったため、回答は以下の手続きで集計した。まず、「誰に」働きかけるか、という問いについては、対象ごとに集計し、その対象に働きかけると回答した教員の人数を計上した。これは、教員がどの時点で、だれに働きかける傾向があるか、その範囲に着目したからであった。

次に、具体的な働きかけについては、両時点で回答者が10名以上だったものを、以下の手続きによって分類した。まず、臨床心理学を専攻する修士課程の大学院生2名に研究協力を依頼し、承諾を得た(以後、大学院生と表記)。大学院生2名に対しては、研究班の一員(以後、研究者)が、チック、トゥレット症候群について概説した上で、アメリカトゥレット協会が普及啓発に用いているビデオを見せ、一定以上の理解が保たれるように工夫した。

各回答はおおむね1行程度で記述されていたため、各回答を1つの働きかけとして原則計上した。しかし、一つの回答内に、2つ以上の要素があると考えられたものは、はじめに研究者が分割し、その分割が妥当かどうかを、大学院生2名が検討した。その後、得られた回答を、カテゴリに割り振り、その定義を決定した。カテゴリ名と内容は、はじめに研究者が大まかにカテゴリを作成し、それに該当すると思われる回答を割り振った。その後、大学院生2名が、研究者とは独立して、カテゴリ名および定義の妥当性を検討した。その後、研究者も交えてカテゴリ名および定義の妥当性を確

認した後に、大学院生2名にそれぞれ独立に各回答を、各カテゴリに分類するように依頼した(重複は認めない)。その後、それぞれの分類した結果を研究者が集め、一致率を算出した。一致率は、 $\kappa = .83 \sim .96$ であり、分類の信頼性は十分だといえる。また、一致しなかった回答については、大学院生2名が協議して、決定した。それぞれの具体的な働きかけの内容は、回答数を計上し、百分率を算出した。

集計後、昨年度までの調査結果を受け、「本人」「保護者」「他児」「専門機関」に対しての働きかけに着目し、時点ごとに回答として挙げる教員の割合に差異が生じるかどうかを、McNemarの検定で検討した。

**研究2**：各教員のチックを有する児童・生徒についての担当歴について尋ねた後に、今まで担当した中で、チックが最も重症だった児童・生徒について、性別や担当時の学年などの基本的な属性、「最も困ったエピソード」「その時の対応」「状況の変化」「日常の中での配慮」について回答を求めた。

集計は、択一式の質問では回答の内訳の実数と比率で算出した。自由記述の項目では、「最も困ったエピソード」について、テキストマイニング(TM-Studio ver.3.2)を用いてクラスタを抽出した後に、それぞれのクラスタの傾向を把握した。その後、それぞれの困ったエピソードごとの、困惑した場面への対応と変化について、検討した。また、教員にとってサポートとなったものがあつたかどうか尋ねた後に、①サポートとなったもの、②サポートとしてほしかったものについて自由記述式で回答を求めた。自由記述式の回答は、同じ意味を持

つものをまとめていき、分類した。

なお、質問紙調査を実施した後に、本研究が教員の実践に焦点を当てているという性質から、結果の信頼性と妥当性を検討するために、10名の教員を対象としたインタビュー調査を実施した。2010年8月までの調査の集計結果を教員に提示した上で、実際の体験についての聞き取り調査を実施した。その中で、実際に担当する際に工夫してきたこと、困惑した場面や、児童の捉え方等について、一人当たり1時間程度インタビューを行った。インタビューの対象者は、質問紙の配布先のリストからランダムに選定した学校に対して調査依頼をするとともに、研究者の知人による紹介を通して調査依頼を行った。その際に、TSあるいは経過が慢性化しているチックを有する児童・生徒の担当経験がある教員に限定して、調査を実施した。

インタビューの際には、録音の可否を問い、了承を得られた場合にはICレコーダーによってインタビューを録音した。録音の許可を得られなかった場合には、メモを取る許可をもらい、その内容を記録した。

研究1・2の分析の方法や結果、および考察について検討していく中で、インタビュー調査による教員の声を反映させるように心がけた。個人の特定を避けるため、その経過を直接的に記載はせず、本報告書では、研究1・2の考察に交えて、インタビュー調査を通しての考察を最後に述べることとした。

(倫理面への配慮)

倫理面へは以下のような点について配慮した。まず、依頼状に調査に協力しなくて

も教員になんら不利益がないことを明記し、自由意志による回答を得た。また、個人が特定されるような結果の公表をしないことも明記し、これを遵守した。自由記述の回答は、必要に応じて匿名性の高い内容に改め、本報告書に記載した。

インタビュー調査を実施する際には、調査趣旨の説明を行い、了承を得た場合に同意書の記入を依頼した。また、本報告書には直接的な発言例の引用はせず、個人の特定がなされないように配慮した。

なお、本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行われた。

## C. 研究結果

**研究1**：集計した結果を表2に記した。

時点①、時点②、両時点共に、働きかける対象として多く挙げられていた回答は、「Aくん(本人)」「保護者」であった。時点ごとの変化をMcNemarの検定で検討したところ、保護者を回答として挙げた教員は、時点①のほうが有意に多く、他児に対しては時点②のほうが有意に多くなっていた(保護者： $p<.01$ ；他児： $p=.01$ )。それに対して、「Aくん」や「専門機関」と回答する教員の割合に変化は見られなかった(Aくん： $p=.45$ ；専門機関： $p=.69$ )。

各時点の回答を、働きかけた対象ごとにまとめたものを、表3～表6に記した。

時点①と時点②において、対応として挙げられた回答のうち、上位3つずつを比較した。すると、Aくんに対しては、時点①では、「困っていることを聞く」「気持ちの安定を図る」「症状を理解する」の3つの回答が多かったのに対して、時点②において



は「別室の利用を提案する」「困っていることを聞く」「A君の意見を聞く」「状況（声が出ていることなど）を説明する」「チックへの対処を提案する」が比較的高い割合を占めており、チックに対して時点②のほうがより積極的に関わる姿勢が見られた。

また、保護者に対しては時点①において「A君の様子を聞く」という教員が最も多く、回答者の半数を超えていた。「専門機関の利用を勧める」「状況の説明をする」がその後続いた。それに対して、時点②では、「専門機関の利用を勧める」「状況の説明をする」「症状の変化の原因を探る」の順に多く、保護者に意見を聞くという傾向が強かった時点①に比べ、教員側も能動的に行動する傾向が見られた。

## 研究2：

### チックを有する児童・生徒の担当経験

まず、調査対象者のチックを有する児童・生徒の担当経験についてである。チックを有する児童・生徒を担当したことがある教員は36人（78%）であった。また、現在チックを有する児童・生徒を担当している者は23人（50%）であった。そのうち、トゥレット症候群の児童・生徒を担当している者は、8人（17%）であった。

### チックが最も重症だった児童・生徒の特徴

チックを有する児童・生徒を担当した経験がある者に対して、今まで担当した中で最もチックが重症だった児童・生徒についての詳細の回答を求めた。担当経験のある36人の教員のうち、35人がケースについての詳細を記述していたため、その結果を報告する。

報告を受けた児童・生徒のうち、男児は29人（82%）、女児が5人（14%）であった（無回答：1人）。担当した際の学級は、6人の教員が通常学級、26人が通級、3人が特別支援学級／特別支援学校での経験を挙げていた。また、学年は小学3年生が最も多かった。学年の内訳を図1に示した。

チック症の診断がついていた児童・生徒は10人であり、TSの診断がついていた児童・生徒はそのうち6人であった。また、併発症の記載があった児童・生徒は22人であり、記載がなかったものが13人であった。併発症の内訳を、表7に記した。併発症の有無と担当学級には有意な関連が見られ、残差分析の結果、通常学級では有意に併発症を持たない児童・生徒が多く、通級では有意に併発症を有している児童・生徒が多かった（ $\chi^2=12.4$ ； $p<.01$ 。調整済み残差、通常学級=3.5、通級=2.9、特別支援学級／特別支援学校=0.1）。

### 困ったエピソード

教員が最も困ったエピソードを、学級ごとの関係に焦点を当てて、テキストマイニングを用いて分析した。その結果、図2のような5つのクラスターが抽出された。左上には、通級と関連したクラスターが生成された。関係する用語は、「困る」「チック」「ひどい」などがあげられており、個々の困り感やチックが悪化する場面に焦点を当てた回答が多いことが示唆された。具体的な記述として、『人に話をしようとしても、さらに緊張感が増し、チックがひどくなり、伝わらない。』『その日、在籍校に戻りたくないのに戻ってくるように担任から電話があり、チックがひどくなった。』などがみられ

た。

右上に位置する通常学級と関連したクラスタは、「手」という言葉があげられていた。『手を上下しながら立ち歩くことがある。』『テストや書写の時間に本人が困っていた。声が出たり手が動いてしまい、集中できない。(他の子たちは何も言わないし、気にしていなかった。)』などが具体的な回答として挙げられていた。

下部に位置する3つのクラスタは、学級形態と関係がなく、言葉同士の関係が強いと判断されたものである。左下には、「声」という単語を中心としたクラスタが見られ、右下には「周囲」「反応」という言葉などが関係していたクラスタが示されていた。以上のことから、学級形態を問わずに教員が困難を感じる場面として、「声が出る時」「周囲の子ども達が反応する時」だと考えられた。具体的な回答として、『音声』『校外行事で症状が目立ったとき。他の一般客もいる時。』などがあげられた。

中心にある独立した単語として、「困る＋ない」が存在していた。『困ったことは特にありません』のように、チックによって困難を抱えなかったという回答が一定数見られたことを示しており、実際に計上したところ9人の教員がチックによる困難を感じていないと回答していた。

## 対応と変化

対応とその後の変化は、本人の困り感に応じたものとなっていた。5つのクラスタごとの対応の傾向を表8にまとめた。それぞれについて、代表的な記述を交えながら述べていく。

通級に特徴的な困ったエピソードは主に、

チックが悪化する場面についての回答が見られていた。そのため、対応は、①本人の気持ちへの関わり『担当者とゲームをしたり、リラックスして取り組める方法をとる。』や、②併発症に応じた対応(『分からないことやうまく答えられないこと、不安定さからくるチックであったため、その都度、指導の工夫をするとともに言葉で「わかりません」ということ教えたりした。』)などがみられた。その結果として、症状が徐々に改善したものが一定数いる一方で、関わっていた併発する問題が改善したものの、チック自体は改善しなかったという回答も見られた。

通常学級に特徴的であった、運動チックに関わる回答に対しては、①全体での働きかけ(『気分を変えるため、全員で軽い体操や休憩をいれる。』)、②家庭や養護教諭との相談(『家庭と相談し、今後どのように対応したらよいか話し合いをもった。』)、③自身の態度を変化(『担任としての対応を反省し、言葉づかいなどを気にかけるようにした。』)といった回答があげられていた。変化として、一時的な改善を経験しているものの、『特に対応してあげることができず申し訳なかった』という回答も見られた。

声による支障と周囲の反応による困難は、関係が強かったため(『朝会や授業中、大きな声が出てしまい、進行を中断させてしまう。』など)、表8では1つにまとめた。実際の対応では、①本人の気持ちへの関わり(『本人のストレスへの対応』)、②他児への説明(『「自分ではどうにもならなくて、〇〇君もつらいと思っている。」と伝えた。』)、③環境の調整(『ひどいときの試験は別室で行った。』)、④家庭や周囲との連携(あえて本人を

見守り、周囲の協力を求める。)、⑤チックへの対処(『本人が一番チックが出にくい姿勢をとらせ、周りの子どもたちや教員にも、そのことを理解してもらえるように話をした。』)があげられていた。チックの変化については、個々の回答によりばらつきが見られたが、他の生徒の関わり方が変化する(『本人のチックが次第にひどくなったが、他の生徒は気にしないそぶりをしていた。』)という回答や、チックのコントロール感を獲得した(『少しずつではあるが、自己コントロールがとれるように(我慢ができるように)なってきた。』)という回答も見られた。

最後に、特に困っていない、と回答されていた児童・生徒に対しては、教員は「日常的な配慮」の欄で、①本人を安心させる関わり(『なるべく安心して過ごせるような環境をつくる。』)②あえて触れない(『指摘せず、不安や自信のないことなどフォローを入れながら、言動に対して、安心して自分を出せるようにしていくように声かけ等を行った。』)といった関わりがあげられていた。

#### サポート資源

サポートとなったものがあつたと回答した教員は23人であり、ないと回答した教員は10人であった。サポートとなった資源がなかったと回答した教員のほうが、『特に困っていない』と回答する割合が有意に高かった( $\chi^2=8.72$ ;  $p<.01$ )ことから、なにかしら困惑を感じた教員の多くはサポート資源があつたと感じていると考えられた。

実際にサポートとなったものとして、①医師や巡回相談員からの専門的な知識(例:『ドクターの支援情報にもとづき、担

任、通級担任が支援にあつた。』)、②保護者との協力(例:『保護者の協力が助けになった。』)、③同僚の理解と協力(例:『同僚も気づき、声かけ等配慮してくれている。』)、④専門書、出版物(例:『トゥレットに関する専門書』)があげられていた。サポートとしてほしかったものとしては、①保護者が受診していないときの専門家の助言、②わかりやすい入門書、③他の障害特性がある時の本人への説明の仕方、④同じような子どもの連絡や交流、⑤在籍校担任との連絡があげられていた。

#### D. 考察

研究1と研究2の結果についてそれぞれ考察し、本年度の研究の総括をした後、3年間の研究成果から、今後の教育機関に対しての普及啓発に向けての示唆を述べる。

**研究1:** 研究1では、場面想定法により、教員の対応の傾向を検討した。

本研究の対象者は、両時点において本人及び保護者に働きかける割合が高かった。対応の変化として、日常場面での対応では保護者と連携を取り、対応必要場面では他児に対して働きかける傾向が見られた。また、直接、校内の専門家や医療機関・専門機関と連携をとる、という選択肢は、チックで少し児童が悩む、という状況では、あまり浮かんでこないだけでなく、実際にチックが悪化した場面でも、なかなか出てこない回答であった。この回答の背景には、調査対象者が通級や特別支援教室を担当している教員であることが影響していると考えられるが、教員は、まず自分でどう対応

すべきか考える傾向があるといえるだろう。

日常場面の中で児童・生徒の様子がおかしいと気づいたときに、教員は、まずは保護者に様子を聞くことで情報を得ようとしていると考えられた。保護者に対して最も多く取られていた対応は、「Aくんの様子を聞く」という回答であった。具体的には、『家庭での様子を聞く』『最近のA君の様子を聞く』『生活上の変化があったか聞く』といった回答である。このことから、教員は、A君の様子が変わったという自分の気づきが、学校に限定されたものなのか、本人がなにか抱えているものがあるかどうか、まずは保護者に聞くことで、情報を得ようとしていることがわかる。本人に対しては、「困っていることを聞く」「チックを理解する」といった、チックに影響を及ぼしている可能性のあるストレス因について探ろうとしている姿勢がうかがわれた。

以上の傾向から、すでに受診している児童で学校との連携が必要だと考えられた場合には、保護者に対して、教員から疑問を投げかけられた時にどのように説明をすべきか、という点も含めて適切な心理教育を行う必要があるだろう。

実際に他児からの不満が出た場面では、本人に対してその場の困難に対処する方法を教示したり、話し合うとともに、その指摘をした児童・生徒に対しての説明、及び、クラス全体への説明をするという傾向があった。

本人に対して教員は、「別室の利用を提案する」、「チックへの対処を提案する」、という対応を時点①に比して高い割合で行っていた。このことから、本人自身がチックに何かしら対処するように促す対応も、実際

の教育現場では行われていると考えられる。チックへの対処の具体例として、『マスクをつけさせる（テストの時だけ、本人の了承を得て）』『テストのときどうするか（別室で受けるか、テストをうけられるかどうか）話をする』というように、本人との話し合いのうえで、止められないチックにどのように対応するか考えている傾向が見られた。テストという静かにすることが求められる場面において、あくまで本人の意思を確認し、学級に対しても配慮を行ったうえで、教員はその児童・生徒の様子を見ながら、とっさの判断で行動をとっていることがわかる。また、「別室の利用を提案する」という回答が最も多かったことは、チックを出してもいい場の提供として、そしてテストを受ける時にチックを我慢せずすむように配慮をして提案された対応の一つだと考えられ、あくまで本人の意思を尊重しながらこうした対応が柔軟に行われることは望ましいと考えられる。

他児に対しては、直接相談をしてきた児童（Bさん）に対して、『相談してくれてありがとう、とお礼を言う』といった、Bさんの気持ちに配慮する関わりから、『対策をとることを伝える』という、納得させるための関わり、『可能な限り環境調整をする』という物理的な距離を調整する対応などが見られた。また、クラス全体への働きかけとして、『1人1人事情があることを伝える』などの本人の困り感へ配慮する対応から、『テストの日程を変更する（支障がなければ）』『テストだから机をみんなくっつけず、離して受けることを言う。』といった、特別扱いではなく全体に対して働きかけながら行うことができ、かつ本人にとって困り感