

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

吃音、トウレット、場面緘黙の実態把握と
支援のための調査研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 中村 和彦

令和3（2021）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- 吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と支援のための調査研究 ----- 1
中村 和彦（研究代表者）

II. 分担研究報告

1. トゥレット症の実態把握と支援のための調査研究 ----- 13
金生 由紀子
(資料) トゥレット症の支援マニュアル
2. 吃音症の実態把握と支援のための調査研究 ----- 27
菊池 良和
(資料) 吃音症の支援マニュアル
3. 吃音症の実態把握と支援のための調査研究 ----- 45
原 由紀
4. 場面緘默症の実態把握と支援のための調査研究 ----- 49
中村 和彦
(資料) 場面緘默のある方への支援について
5. 乳幼児健診での言語に関わる障害の早期発見尺度の検証、
併存症の調査研究 ----- 72
斎藤 まなぶ
- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 84

I. 総括研究報告

吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と
支援のための調査研究

中村 和彦

厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

総括研究報告書

吃音、トウレット、場面緘默の実態把握と支援のための 調査研究

研究代表者 中村和彦

国立大学法人弘前大学大学院医学研究科神経精神医学講座 教授

研究要旨

本研究では、「顕在化しにくい発達障害」であるトウレット症、吃音症、場面緘默症において、①重症度指標と生活困難指標を明確化すること、②有用な質問項目の選定と妥当性及び信頼性の検証、③支援機関で対応するための支援マニュアルを作成すること、を目的とした。

本年度の研究分担者の調査により、各年代により症状及び生活困難度の程度が異なることが明らかになり、障害の症状だけでなく、年齢や性別、社会的状況などを考慮した治療あるいは支援の必要性が示唆された。

また、チック症及びトウレット症において生活困難指標、重症度指標に関する有用な項目を特定し、妥当性及び信頼性が確認された。さらに、各障害群における支援マニュアルを作成した。これらにより今後より適切な支援がなされることが期待される。

金生 由紀子（国立大学法人東京大学・医学部附属病院 こころの発達医学分野・准教授）
菊池 良和（国立大学法人九州大学・大学病院・助教）

原 由紀（北里大学・医療衛生学部リハビリテーション学科言語聴覚療法学専攻・准教授）

斎藤 まなぶ（国立大学法人弘前大学・大学院医学研究科・准教授）

(ADHD)に比べ、成人期まで症状が残存する吃音症やトウレット症候群、及び法の定義に含まれながら理解や対策が進んでいない場面緘默症などは、早期発見や成人期に至るまでの支援は未だ不十分である。吃音症の4歳での発症率は11.2%であり、12か月後にはその約1割は自然軽快し、幼児期の時点では生活上の影響は少ない(Reilly, 2013)ものの、周囲から吃音の指摘を少しづつ受け始める(伊藤, 1995)。8歳で吃音のある子は思春期にも症状が持続し(Howell, 2011)、吃音がない人たちと比べて社交不安障害のリスクが高い(菊池, 2017:研究分担者)。また、トウレット症は有病率が0.3~0.8%と低いものの、他の精神障害(強迫性障害やASD、ADHDなど)との合併が80~90%と高率であることが報告されており、チックそのものよりもQOLへの影

A. 研究目的

改正発達障害者支援法では、乳幼児早期から成人に至るまで、当事者と家族のニーズに対応した支援を提供することが必要とされている。自閉スペクトラム症(ASD)や注意欠如・多動症

響が大きい(金生, 2017:研究分担者)。さらに、場面緘默症は50%に言語の未熟さ(Kolvin&Fundudis, 1981)に加え、社会的場面やコミュニケーションの利用の困難さを有している(高木, 2016:研究協力者)。場面緘默症はICD-11では、不安・恐怖関連症群に位置づけられる。研究分担者の稻垣らは、吃音、チック、不器用、読み書きのチェックリスト、対応マニュアルを作成した。引き続き、各種発達障害に対する支援が必要である。

本研究においては、幼児期から成人期まで、吃音、トゥレット、場面緘默をひとつの発達障害群ととらえ、各年代の実態を把握し、実態に即した重症度指標及び生活困難度指標を明確化すること、また、重症度及び生活困難度を特定する有用な質問項目を選定すること及びその妥当性及び信頼性を検証すること、さらに、各障害群が適切な支援につながるよう支援マニュアルを作成することを目的とした。

B. 研究方法

1. トゥレット症の実態把握と支援のための調査研究(金生由紀子)

日本トゥレット協会(TSAJ)会員に2019年10月に質問紙を送付して回答への協力を依頼した。また、東京大学医学部附属病院(以下、東大病院)に通院中の患者に2019年10月から継続的に研究協力を依頼した。さらに、瀬川記念小児神経学クリニック、北新宿ガーデンクリニック、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科にも調査への協力を依頼した。質問紙の回収は2020年6月まで続けた。全員に対して、質問紙による調査を実施した。研究分担者の担当患者及び追加の調査が可能な質問紙調査の回答者に対しては、可能な範囲で半構造化面接による調査も同時に実施した。

面接評価では、チック重症度を測定するYale Global Tic Severity Scale(YGTSS)、社会機能を測定するGlobal Assessment of Function

ing(GAF) / The Children's Global Assessment Scale(CGAS)を使用した。また、質問紙では、チック重症度の尺度として自記式YGTSS、チック及び密接に関連する強迫症状の重症度の尺度としてThe MOVES A Self-Rating Scale for Tourette's Syndrome(MOVES)、強迫症状の尺度としてPadua Inventory(PI)短縮版(18歳以上のみ対象)、前駆症状の尺度としてPremonitory Urge for Tics Scale(PUTS)、精神的健康の尺度としてGHQ-28、チックへの対処の内容の尺度としてチックへの対処質問紙、チックと関連したQOLの尺度としてThe Gilles de la Tourette Syndrome-Quality of Life Scale(GTS-QOL)を使用し、その他基礎情報(汚言有無・生活の支障の程度など)を収集した。本人が18歳未満の場合には、保護者評定で、チックと関連したQOLの尺度としてThe Gilles de la Tourette Syndrome-Quality of Life Scale(GTS-QOL)、チックへの心理的負担の尺度として親の負担感尺度、親の精神的健康の尺度としてWHO-5、子どもの発達特性の尺度としてChild Behavior Checklist(CBCL)を使用し、その他基本情報(汚言有無・生活の支障の程度など)を収集した。

解析方法は以下の通り行った。GTS-QOL日本語版の妥当性、信頼性の検討をするために、先行研究(Cavanna et al., 2008)に準じて確認的因子分析を行い、関連する指標との相関関係を算出した。また、Cronbach's α を算出して信頼性した。年齢別、性別の特徴の検討を検討するために、GTS-QOLの各下位尺度得点及びCBCLの総合得点、内向的問題・外向的問題得点、各下位尺度得点について年齢別、性別に平均点の比較を行った。QOLと精神的健康に関連する要因の検討のために、親子ペアでのデータ取得がされている38名に限定して、GTS-QOLの合計得点及びGHQ-28得点を従属変数として、相関関係が確認された変数を独立変数に投入して、ステップワイズの重回帰分析を行った。

さらに、本調査の解析結果をもとに、幼児期、学童期（6～12歳）、青年期（13～18歳）、成人期に分けて、支援マニュアルを作成した。作成にあたっては主としてトゥレット症に関する経験豊富な分担研究班の成員で検討したが、可能な範囲で当事者・家族の意見も参考にした。

2. 吃音症の実態把握と支援のための調査研究 (原由紀・菊池良和)

令和2年2月より外来等において幼児期 22名、学童期 74名、思春期 101名、青年期 73名の計270名に調査を依頼した。分担研究者の原氏の調査結果と合わせて、幼児期 23名、学童期 43名、思春期 66名、青年期 48名の180名から回答を得た。

質問紙は、幼児期は日本語版Kiddy CAT 幼児用コミュニケーション態度テスト、ASEBA CB CL 1.5-5 保護者用、学童期はICFに基づく発話・コミュニケーション活動と参加の質問紙、ASEBA CBCL 6-18 保護者用、思春期はICFに基づく発話・コミュニケーション活動と参加の質問紙、YSR 11-18 本人用、青年期は吃音者の困難さを包括的に評価紙OASES-A、ASEBA ASR 18-59を使用した。また、面接評価が可能な対象者に関しては、適応行動を測定する半構造化面接式のVineland-II 適応行動尺度を実施した。

統計解析は、困り感を抽出するアセスメントツールの信頼性をCronbachの α 係数、妥当性をJMP 16を用いて解析した。

3. 場面緘默症の実態把握と支援のための調査研究 (中村和彦)

当事者団体である言の葉の会、研究協力者に相談にきた方及びSNSを通じて研究協力に同意していただいた方を対象とした。2020年7月から2020年8月にかけて、対象者に調査協力を依頼し、質問紙調査は260名に配布した。そのうち、133名から回答を得られた。回答者の内訳(男、女)は、幼児12名（2、10）、小学生61名（18、

43）、中学生25名（13、12）、高校生以上35名（5、30）であった。

質問紙は、幼児期では保護者評定で、緘默症状を測定するSMQ-R(A「幼稚園や学校」、B「家庭や家族」、C「社会的状況（学校の外）」の3つの状況で構成)、生活の困難度の尺度としてASEBA CBCL 1.5-5 保護者用、緘默症状以外の評価を測定するためにかんもくネットが作成した「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成し、使用した。学童期は保護者評定で、SMQ-R、ASEBA CBCL 6-18 保護者用、「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成し、使用した。高校生は本人評定で、SMQ-R、発達特性を測定するYSR 11-18 本人用、「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成し、使用した。青年・成人期では、SMQ-Rの文言を一部改変したもの、ASEBA ASR 18-59本人用、「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成し、使用した。さらに、全ての対象者に対して、緘默症状の変化について、「ある時期急激に改善した」「徐々に改善している」「徐々に悪化している」「ある時期急激に悪化した」「改善と悪化の波がある」「あまり変化はしていない」の中から回答を求めた。

4. 乳幼児健診での言語に関わる障害の早期発見尺度の検証、併存症の調査研究 (斎藤まなぶ)

調査対象は、弘前市における乳幼児健診（1歳6ヶ月児健診、3歳児健診、5歳児健診）参加者とした。

<1歳6ヶ月児健診>

2020年2月から3月に弘前市1歳6ヶ月児健診に参加した160名の保護者に質問紙を配布し、27名分を回収(回収率13.5%:返信をもって同意)した。

(質問紙調査)

- ①言語調査(マッカーサー乳幼児言語発達質問紙「語と文法」) 日本語版
- ②吃音・チック調査(CLASP一部改変)
- ③社会性調査(M-CHAT: Modified Checklist for Autism in Toddlers)
- ④行動調査(CBCL: Child Behavior Checklist)
- ⑤睡眠調査(JSQP: Japanese Sleep Questionnaire for preschooler)
- ⑥ICT(Information and Communication Technology) 利用調査

<3歳児健診>

新規調査は2019年4月～2020年9月（2020年5～6月は健診中止）に弘前市3歳児健診に参加した児のうち、保護者の同意が得られた児1587名（男児837名、女児750名）とした。

(質問紙評価)

- ①対人応答性尺度(SRS-2: Social Responsiveness Scale Second Edition)
- ②子どもの強さと困難さアンケート(SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire)
- ③感覚プロファイル短縮版(SP)
- ④子どもの行動チェックリスト(CBCL)
- ⑤言語発達調査(LDS: Language Development Survey)

<5歳児健診>

5歳児健診は2019年1～3月及び7～9月に2019年度施行の5歳児健診対象者1265名に質問紙を配布し、1088名（86.0%）の保護者及び教師または保育者より回答を得、2019年5月及び11月に計123名に二次健診を行った。

(質問紙評価)

- ①SDQ『子どもの強さと困難さアンケート』
- ②ASSQ『自閉スペクトラム症スクリーニング』
- ③ADHD-RS-IV『ADHD評価尺度』

- ④DCDQ『発達性協調運動障害質問票』
- ⑤PSI-C『育児ストレスインデックス-子どもの側面』
- ⑥CLASP『子どもの様子に関する観察シート』

(教師または保育者記入)

- ①SDQ『子どもの強さと困難さアンケート』
- ②CLASP『子どもの様子に関する観察シート』
- ③TASP『保育・指導要録のための発達評価シート』

※二次健診から解析に使用

(面接調査)

- ①知能検査: WISC-IVまたは田中ビネー
- ②運動検査: MABC-2及びS-JMAP
- ③臨床診断: 複数の小児科医及び精神科医が本人診察及び保護者に面談を行い、DSM-5を用いて発達障害を診断

(質問紙調査)

- ①SRS-2『対人応答尺度』
- ②SP『感覚プロファイル』
- ③Conners3(ADHDの診断および症状評価ツール)
- ④CBCL『子どもの行動チェックリスト』

統計解析は、1歳6ヶ月健診はサンプル数が少ないため、カイ二乗検定及び相関分析(spearman)のみ行った。

3歳児健診では、スクリーニングに用いられた尺度同士の相関分析、2018年度調査の結果から社会的認知及びコミュニケーションの早期発見ツールの開発を行った。作成した3つの新基準を、2019年のコミュニティサンプルを用い、現行のスクリーニング基準(SRS-2 \geq 43)と3つの新基準の同等性を検証した。さらに、2019年度の結果を用いて、社会的認知及びコミュニケーションの早期発見ツールの検証を行った。ROC分析およびカットオフ値によるクロス集計(χ^2 検定)、相関分析を用いた。また、3歳児

健診、5歳児健診のスクリーニングに用いられた尺度において重回帰分析を行った。

5歳児健診の二次健診での診断数と、調査数からハイリスクであり、かつ診断不明な児を引いた数を母数として、吃音症、チック症の有病率、併存症の推定を行った。また、吃音症、チック症と各尺度との関係について相関分析を用いて分析した。さらにCLASPによるスクリーニングについて診断アウトカムを従属変数としてROC分析を行った。有意水準は $p < .05$ を有意とした。

(倫理面への配慮)

各研究分担者は研究計画をあらかじめ所属する施設における研究倫理審査委員会に提出し、その承認後に研究を行った。すなわち人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に基づいて研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究対象者に対する不利益の排除、危険性の排除やそれらについて説明と同意(インフォームド・コンセント)を受けて行った。

C. 研究結果

1. トウレット症の実態把握と支援のための調査研究（金生由紀子）

全体で135名から質問紙的回答を得た。男性102名、女性33名であり、平均年齢が23.2歳($SD: 11.9$; 範囲: 7~56歳)であった。チック症状については、東大病院の患者42名で、YGTSSのチック症状得点が、平均20.5 ($SD: 12.5$; 範囲: 0~44) であった。

GTS-QOLの日本語版の確認的因子分析の結果、 $CFI = 1.00$, $RMSEA = 0.00$ であり、先行研究と同様の4因子構造(心理的、身体的、強迫性、認知的)が確認された。関連する指標との相関係数を算出したところ、強迫症状に関するPIとは $r = 0.77$ 、精神的健康に関するGHQ-28とは $r = 0.71$ 、チック症状に関するYGTSSとは $r = 0.5$

6 (全て $p < .001$)という結果を得た。信頼性の検証のためにCronbach's α を算出したところ、0.96であった。

GTS-QOLのいずれの下位尺度得点も13~18歳よりも19歳以上の方が高く、また、女性の方が困難を高く報告する傾向があった。

発達特性に関しては、CBCLの得点において6~12歳及び13~18歳で、半数以上の総合得点が臨床域にあり、非常に大きな行動上の問題をしていることが明らかになった。また、13~18歳で女性の方が社会性の問題($p = 0.03$)及び思考の問題($p = 0.04$)において高い得点を示した。

GTS-QOL、GHQ-28を目的変数とし、チックの重症度、チックへの対処満足度、CBCLの外向的問題、内向的問題、総合的問題、年齢を説明変数とするステップワイズの重回帰分析を行った。その結果、GTS-QOLに対してはCBCLの外向的問題($\beta = .95$)、GHQ-28に対してはCBCLの内向的問題($\beta = .65$)が有意な関連を示した。

上記の解析結果をもとに作成した支援マニュアルでは、各年齢帯に対して、「1) 想定される状態と評価の視点」を述べた上で、「2) 支援」として、(1)支援の基本、(2)本人への支援、(3)家族への支援、(4)関係者への支援をまとめた。但し、トウレット症の最悪時がDSM-5では10~12歳とされていることやメタ認知の発達などから、学童期の項目に、10歳以降での留意点を付記した。また、青年期の項目に、高等教育機関への進学や就労に向けての留意点も追加した。

支援マニュアルに対応する評価は、幼児期及び学童期(～12歳)と青年期及び成人期(13歳～)に大別して設定した。12歳までは保護者による評価として、チックについてはCheck List of obscure disAbilitieS in Preschoolers(CLASP)(稻垣(編), 2020)のくせに関する項目を、生活困難については、YGTSSの生活への障害についての質問項目を保護者評価用に改良

して本調査において用いたものが、簡便でかつ実態を表していると考えられたため活用することとした。13歳からは本人による評価として、チックについては自記式YGTSSを、生活困難についてはGTS-QOLを用いることとした。

2. 吃音症の実態把握と支援のための調査研究 (原由紀・菊池良和)

幼児期の困り感について7項目抽出した(例:スムーズに話ができない時に、途中で話すのをやめてしまうことがある)。学童・思春期の困り感は5項目(例:授業で、教科書を声に出して読む)抽出した(信頼性 0.79)。青年期の困り感は4項目(例:自分の吃音を心配・不安)抽出した(信頼性 0.81,妥当性 p<0.01)。

3. 場面緘默症の実態把握と支援のための調査研究 (中村和彦)

場面緘默の重症度は、A「幼稚園や学校」、B「家庭や家族」、C「社会的状況(学校の外)」の領域ごとの平均値により年齢群ごとに比較した。「社会的状況」を除き、中学生がもっとも低い傾向が見られた。また「園や学校」は幼児から中学生にかけて低下するが、高校生以降では数値が高くなる傾向が見られた。「社会的状況」は、高校生以降では高い傾向であった。反対に「家庭や家族」は年齢が上がると下がる傾向が見られた。

緘默症状の変化について、「ある時期急激に改善した」及び「徐々に改善している」を「改善傾向」、「ある時期急激に悪化した」及び「徐々に悪化している」を「悪化傾向」としてまとめた。ただし、複数の項目に該当すると回答した者についてはそれぞれの項目に含めている。幼児は改善傾向7名(58.3%)、悪化傾向(25.0%)、改善と悪化の波がある3名(25.0%)、小学生は改善傾向34名(55.7%)、悪化傾向13名(21.3%)、改善と悪化の波がある9名(14.8%)、中学生は改善傾向13名(52.0%)、悪化傾向12

名(48.0%)、改善と悪化の波がある2名(8.0%)、高校生以降は改善傾向27名(77.1%)、悪化傾向9名(25.7%)、改善と悪化の波がある9名(25.7%)、あまり変化はしていない6名(17.1%)であった。いずれの年齢群においても「改善傾向」に該当する者が多い傾向が見られ、中でも高校生以降が最も多かった。一方「悪化傾向」の者も全ての群で20%以上存在し、中学生では約半数を占めていることが分かった。

CBCLでは、いずれの年齢群においても「全問題尺度」の平均値標準値データの平均値よりも4標準偏差以上高い結果が示された。内向尺度では、幼児から高校生において、得点の平均が標準値データの平均値より2標準偏差以上高かった。外向尺度については標準値データの平均値よりは高いものの、1標準偏差の範囲内であった。

緘默症状以外の行動の問題について、各年齢群で各項目の平均値を比較した。その結果、学校・職場の「⑤注目される状況で、動作を行う」「⑥休憩時間に、移動する、好きなことをするなどの動作を行う」の得点がいずれの年齢群においても低く、困難度が高いことがわかった。また、家庭内においても、「⑩家庭内で、荷物の受け取りや来訪者への対応などを行う」「⑪家庭内で、家族以外に電話をしたり、電話に出たりする」はいずれの年齢群においても得点が低く、困難度が高い傾向が見られた。また、「⑯通勤・通学以外で外出する(外出先で移動する)」や「⑰外出先で、食事をとる」といった年齢が上がるにつれて困難度が増加する項目があることも明らかになった。

4. 乳幼児健診での言語に関わる障害の早期発見尺度の検証、併存症の調査研究(斎藤まなぶ)

1) 1歳6ヶ月健診

①言語調査

平均月齢19ヶ月で、平均表出語彙は86語(3-346)であった。吃音とチックの頻度との関連

はなかった。動物の名前、食べ物と飲み物、体の部分、人々、日課とあいさつ、動作語の5位で平均5つ以上習得していた一方で、11%に有意味語がなかった。

②吃音・チック調査

3.7%の児に繰り返しの吃音がしばしばある、7.4%に引き伸ばしの吃音がときどきある、3.7%にブロックの吃音がごくまれにある回答だった。しかしながら、いずれの児も半年以上、症状が継続していなかった。チックは、運動チックでは3.7%の児に顔や頭のチックがしばしばある、11.1%に首、肩、胴のチックがしばしばある、あるいはときどきある、7.4%に腕、手、足のチックがときどきあるの回答だった。音声チックでは7.4%の児が音チックはときどきある、7.4%で声チックがしばしばある、あるいはときどきある、の回答だった。

③社会性調査

18.5%の児が社会性の問題ありの基準を満たしたが、表出言語数と社会性には有意な関連はなかった。

④行動調査

22.2%が臨床域の行動上の問題を抱えていた。しかし、語彙数と行動の問題に有意な関連はなかった。吃音・チックの頻度と行動の問題の相関分析では、吃音が半年以上続いた場合にはC-BCLの注意の問題と負の関連が見られたのみで、音声チックでは、身体愁訴、睡眠の問題、その他、内向性と小から中程度の関連が見られた。また、運動チックでは、情緒反応、身体愁訴、内向性において小から中程度の関連が見られた。

⑤睡眠の問題

18.5%の児が睡眠問題ありの基準を満たした。語彙の少なさと睡眠不足に有意な関連がみ

られた。吃音・チックの頻度と睡眠の問題の相関分析では、吃音（繰り返し）の頻度と日中の行動は有意な関連がみられた。

⑥ICT利用調査

66.6%がICT機器を使用しており、51.9%はスマートフォンを使用したことがあった。ICT開始時期が早ければ早いほど、使用頻度は有意に多かった。ICT開始時期、頻度と語彙、睡眠、行動に有意な関連はなかった。

2)3歳児健診

①社会性及びコミュニケーション障害の早期発見ツールの検証

2018年に実施した1024名（診断アウトカムは63名）の結果から、SRS-2の65項目、SDQの20項目の計85項目を用いて、3つの基準を算出した。

ROC分析では3基準とも良好なAUCが得られた。現行カットオフ以上の取りこぼしが最も少なく、かつ現行の1%対象人数を減らせるのは新基準1カットオフ値11と判断した。新基準 $1\text{co} \geq 11$ 点ではリスク児となる割合は11.4%（感度82.8%、特異度96.8%）であった。

3)5歳児健診

①吃音症とチック症の推定有病率

5才児1055名（男児562名、女児493名）、平均月齢61か月にCLASPを用いて吃音症とチック症の有病率を推定した。CLASP吃音（保護者評定）は0.7%、CLASP吃音（教師評定）は1.2%、CLASPチック（保護者評定）は5.4%、CLASPチック（教師評定）は6.8%であり、教師評定の方がやや有病率が高めであった。

二次健診受診者は130名（男児88名、女児42名）、平均月齢は64か月だった。発達判定では、問題なし7名、要観察28名、要支援95名であった。吃音とチックは全員にチェックシートを用いた問診と観察を行った。吃音症は、男児1.4%、女児0.41%、計0.95%、チック症は、男児

2.85%、女児1.42%、計2.18%、重複している児は、男児0.18%、女児0.20%、計0.19%であった。

また、吃音の併存診断は、ASD 40%、ADHD 50%、DCD 40%、ID 10%、チック 20%であり、ASD、ADHD、DCDとの併存が4～5割みられた。チックの併存診断は、ASD 30.4%、ADHD 43.5%、DCD 26.1%、ID 8.7%、吃音 8.7%であり、ASD、ADHD、DCDとの併存が2～4割みられた。

②CLASPと他尺度との関係

吃音はチックよりも他の尺度との関連がやや少なかった。把握が難しい可能性があると考える。ASDやADHD、SP感覚特性尺度との弱い正の相関がみられ、発達障害特性と多少関連する可能性が示唆された。

CLASP保護者評定とTASP（教師評定）は、関連はみられなかつたが、教師評定同士だと、吃音は部分的な弱い負の相関、チックは広く中程度前後の負の相関が示された。CLASP保護者評定とは、吃音（話し方）で「情動反応、注意の問題、攻撃的行動、その他の問題」との関連、くせ（チック）で「情動反応、睡眠の問題、その他の問題」との関連がみられた。保護者評定同士で生活での困難さや行動問題が多少関連することが示唆された。

CLASPによるスクリーニングは検出困難であり、吃音（保護者7・教師13）では、感度0、特異度99.3であった。チック（保護者49・教師70）では、感度.471、特異度.951であった（保護者評定の場合）。吃音のスクリーニングは非常に困難であること、チックは吃音よりは早期把握ができる可能性がうかがえた（問題が顕在化されていない可能性）。

D. 考察

1. トウレット症の実態把握と支援のための調査研究（金生由紀子）

本調査研究は、135名という我が国としては多数のトウレット症患者の実態について多側

面からの検討を可能にしたこと自体が有意義であると考える。

GTS-QOL日本語版の妥当性、信頼性を検証を行った結果、トウレット症という疾患に特異的なQOLを多面的に評価することによって生活困難度を把握することが可能になった。先行研究と同様の方法で検証を行ったにもかかわらず、本研究ではチック症状は重症ではないにもかかわらずGTS-QOL得点が高い傾向にあり、QoLが低かった。先行研究と比較して、我が国のトウレット症患者がよりQOLが低くなる可能性があり、支援のためにもさらなる検討が必要である。

CBCLの総合的問題得点が臨床域の者が6～18歳で半数以上であったことは、トウレット症で併発症状が高率に認められるという従来の知見と一致している。

思春期以降の女性で男性よりもCBCLの社会性の問題及び思考の問題が高い傾向を認めた。トウレット症表現型を潜在クラス分析で検討した先行研究では、強迫観念/強迫行為、恐怖症、パニック発作を示した女性関連のクラスを認めたという報告がある（Rodgers et al., 2014）。本研究で使用したCBCLの思考の問題には強迫症状に関する項目も含まれているため、本研究においても女性の社会性の問題及び思考の問題が高い結果が得られたと考えられる。

GTS-QOLに対して重回帰分析でCBCLの外向的問題が関連したことは、トウレット症ではチック症状よりも併発症状が生活に影響を与えることが多いという従来の知見に対応する。

支援マニュアル及びそれに対応する評価については、本調査結果や既存の資料を参考にして年齢別に作成・整備したことの意義はあると考える。

2. 吃音症の実態把握と支援のための調査研究（原由紀・菊池良和）

吃音症の困り感は幼児期、学童期、思春期、青年期で困る場面が変化していく。吃音当事者

の困り感を支援していくためには、年代ごとの社会的障壁を把握している必要があるだろう。

3. 場面緘默症の実態把握と支援のための調査研究（中村和彦）

緘默症状については、年代ごとに症状が異なっている傾向が明らかになった。SMQ-Rの得点では「園や学校」は幼児から中学生にかけて低下するが、高校生以降では数値が高くなる傾向が見られた。また症状の変化については、全体では「改善傾向」に該当する者が多い一方で、中学生では「悪化傾向」の者も半数程度存在した。このことから、本研究で対象とした場面緘默児の中では、中学生の緘默症状が比較的重い傾向が見られたと言える。この理由として、幼児期や小学生で改善傾向を示す比較的軽少な者は中学校入学以前に緘默症状が改善する一方で、緘默症状が比較的重い者が中学生まで残る可能性が考えられる。

生活の困難さについては、いずれの年齢群においても「全問題尺度」及び「内向尺度」において困難度が高い傾向が明らかになった。特に「内向尺度」については、ほぼ全ての年齢群で得点の平均が標準値データの平均値より2標準偏差以上高かった。内向尺度は「不安／抑うつ」、「引きこもり／抑うつ」、「身体愁訴」の項目で構成されるており、場面緘默当事者の多くは緘默症状以外の内向的な問題を抱えていることが明らかになった。場面緘默当事者への支援にあたっては、支援ニーズが緘默症状のみではないことに留意する必要性が指摘できる。

場面緘默症の人たちにとって日常生活における具体的な困難とされる場面として、学校・職場における「⑤注目される状況で、動作を行う」「⑥休憩時間に、移動する、好きなことをするなどの動作を行う」であることがわかった。また、社会的状況だけでなく、家庭内においても困難が見られることが明らかになった。さらに、「⑯通勤・通学以外で外出する（外出先で移動

する）」や「⑰外出先で、食事をとる」のように年齢が上がるにつれて困難度が増加する場面があることも明らかになった。

以上のことから、各年代における生活困難感には差があり、それぞれのニーズに応じた支援体制の整備を進めていく必要性を裏付ける結果となった。

4. 乳幼児健診での言語に関する障害の早期発見尺度の検証、併存症の調査研究（斎藤まなぶ）

今回の調査では、月齢19ヶ月はすでに平均86語の単語を理解しており、4~7%に吃音、7~11%にチックの症状があることが明らかになった。通常、幼児期の発達性吃音は、2歳以降の発症が一般的である。チックも含め、自然軽快が多いため、発症時期と予後については今後も調査を要する。また、吃音やチックが行動の問題や睡眠の問題と関連がみられたが、これは、併存するASDやADHDなどの発達障害の症状と関連している可能性がある。また、ICT機器を使用している1歳児は66%おり、1歳のレベルで語彙、睡眠、行動との関連は見られなかつたが、使用時期が早い児は使用頻度も高いため、予後については調査を要する。

3歳6ヶ月児では単語の数は266語あり、認知を用いた社会的コミュニケーションが発達してくる。語彙の少なさとコミュニケーション力は弱い関連しかなく、語彙が少ない児の一部にしか問題行動や困り感が生じていないことから、3歳児のコミュニケーションでは語彙だけでなく、認知や気付きが用いられ、多彩なコミュニケーション能力が求められると考える。この能力が未熟な児はコミュニケーション障害である可能性が高く、自閉症などの発達障害を検討する必要がある。

3歳向けに作成されたコミュニケーション障害の新尺度は、この社会的コミュニケーションに関する質問を5つ含んでおり、カットオフ値を11点とすれば、現行のSRS-2のカットオフ値

(弘前市では43点)と同等(感度82.8%、特異度96.8%)と判断できる。弘前市では2021年度より新尺度を用いて、スクリーニングを行っていく。

5歳児の吃音とチックの有病率は、稻垣らが報告したものとほぼ同値であった。CLASPでは症状のある児を捉えやすいと考える。一方、ASDやADHDの早期発見が主体の発達健診のシステムでは、吃音やチックのある児の約半数二次健診を受診するため、取りこぼしが生じていると考える。また、CLASPの調査と二次健診の時期は3~4ヶ月のタイムラグがあり、自然軽快した可能性もあり、スクリーニングと二次健診での診断に相違が生じたと考える。吃音やチック頻度と問題行動などは関連があり、吃音やチックの重症度と併存診断の関係については、別途考察が必要と思われる。

E. 結論

本年度の研究分担者の調査により、各年代により症状及び生活困難度の程度が異なることが明らかになった。これらのことから、障害の症状だけでなく、年齢や性別、社会的状況などを考慮した治療あるいは支援の必要性が示唆された。

また、得られたデータを解析した結果、チック症及びトウレット症において、生活困難指標、重症度指標に関する有用な項目を特定し、妥当性及び信頼性が確認された。さらに、解析結果及び臨床的知見をもとに、各障害群における支援マニュアルを作成した。本研究で作成した質問紙及びマニュアルを活用することで、顕在化しにくい発達障害であるトウレット症、吃音症、場面緘默症の方の生活困難度及び重症度が明確になり、より適切な支援につながることが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Manabu Saito, Tomoya Hirota, Yui Sakamoto, Masaki Adachi, Michio Takahashi, Ayako Osato-Kaneda, Young Shin Kim, Bennett Leventhal, Amy Shui, Sumi Kato, Kazuhiko Nakamura. Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. Molecular Autism, 2020, 11:35,
- 2) Tanaka M, Saito M, Takahashi M, Adachi M, Nakamura K. Interformat Reliability of Web-Based Parent-Rated Questionnaires Assessing for Neurodevelopmental Disorders among Preschoolers: A Community Developmental Health Check-up Setting Study. JMIR Pediatr Parent. 2021, 4(1):e20172.
- 3) Sakamoto Y, Shimoyama S, Furukawa T, Adachi M, Takahashi M, Mikami T, Kuribayashi M, Osato A, D Tsushima, Saito M, Ueno S, Nakamura K. Copy Number Variations in Japanese Children with Autism Spectrum Disorder. Psychiatric Genetics. 2021, 31(3):79-87.
- 4) Manabu Saito, Kazuhiko Nakamura, Kazuyoshi Hirota Concerns for Labor Analgesia and Autism Spectrum Disorders. Journal of Anesthesia, 2021, 35(2):319-320.
- 5) Misaki Mikami, Tomoya Hirota, Michio Takahashi, Masaki Adachi,

Manabu Saito, Shuhei Koeda,
Kazutaka Yoshida, Yui Sakamoto,
Sumi Kato, Kazuhiko Nakamura,
Junko Yamada. Atypical Sensory
Processing Profiles and Their
Associations With Motor Problems In
Preschoolers With Developmental
Coordination Disorder. Child
Psychiatry & Human Development,
2021, 52(2):311-320.

2. 学会発表

- 1) 齋藤まなぶ、大里絢子、吉田和貴、中村和彦 日本小児神経学会シンポジウム『顕在化しにくい発達障害の早期発見と支援』話題提供者4：「発達性協調運動症の早期発見と支援」 2020年8月日本小児神経学会WEB開催
- 2) Saito Manabu, Ninomiya Masaru, Nakashima Shuji, Tsuchiya Kenji, Osato Kaneda Ayako, Mikami Tamaki, Sakamoto Yui, Yoshida Kazutaka, Terui Ai, Nakamura Kazuhiko. Creation of eye tracking pattern algorithm for 5 year old ASD screening. 21-23 August 2020 NPBPPP web, Japan
- 3) 斎藤まなぶ、田中勝則、大里絢子、足立匡基、坂本由唯、三上珠希、照井藍、鈴木裕幸、新川広樹、高橋芳雄、中村和彦. 5歳児発達健診でのwebスクリーニングシステムの活用 2020年9月日本小児神経学会WEB開催
- 4) 斎藤まなぶ、田中勝則、山村靖彦、和久田学、大里絢子、足立匡基、三上珠希、坂本由唯、照井藍、森裕幸、新川広樹、高橋芳雄、栗林理人、中村和彦 5歳児発達健診Webスクリーニングシステム（こあほ®）の完成 2020年10月 第116回

- 5) 齋藤まなぶ、坂本由唯、吉田和貴、三上珠希、大里絢子、照井藍、中村和彦 視線追跡装置 GazeFinder を用いた5歳児のASDスクリーニングアルゴリズムの開発 2020年11月日本児童青年精神医学会WEB開催
- 6) M Saito, M Takahashi, A Terui, Y Sakamoto, M Adachi, H Shinkawa, H Mori, K Nakamura. Prevalence of sleep problems in Japanese preschoolers and children with developmental disabilities. 2020 Dec IACAPAP WEB

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

II. 分担研究報告

トウレット症の実態把握と支援のための調査研究

金生 由紀子

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

トウレット症の実態把握と支援のための調査研究

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

研究協力者

野中舞子¹⁾、松田なつみ²⁾⁵⁾、濱本優³⁾、後藤隆之介⁴⁾、藤原麻由⁵⁾、鈴木茜音³⁾、
江里口陽介³⁾

- 1)： 東京大学大学院教育学研究科
- 2)： 白百合女子大学人間総合学部発達心理学科
- 3)： 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野
- 4)： 東京大学医学部附属病院小児科
- 5)： 東京大学医学部附属病院こころの発達診療部

研究要旨

トウレット症はチック症状で定義される発達障害であるが、高率に併発症状を有する上に、チック症状も併発症状も多様で、成長に伴って変化するとされる。トウレット症のチック症状の重症度や生活困難度を簡便に評価できる妥当性のある評価ツールは日本ではいまだ十分とは言えず、その整備を図りつつ実態把握や支援の検討を進める必要がある。本分担研究では、幅広い年代のトウレット症患者におけるチック症状及び密接に関連する併発症状とその重症度を把握した上で、それらと生活における困難さや支援のニーズとの関連を検討して支援への示唆を得ると共に、支援マニュアルを作成することを目指した。日本トウレット協会（TSAJ）会員の患者、研究分担者の担当患者を中心に、チックや前駆衝動、併発症状、生活の困り感や支援ニーズなどについて質問紙調査を行い、また、同意を得られた方については半構造化面接による調査を実施した。質問紙調査はTSAJ会員180名に配布し、うち55名から回答を得た。また、東大病院を中心とする医療機関に通院中の患者80名から回答を得た。合計135名（男性102名、女性33名；平均年齢23.2歳）から得られたデータを解析して、トウレット症に特異的なQOLを評価するGTS-QOL日本語版の妥当性、信頼性を検証し、トウレット症の生活困難度の評価に活用できるようにした。GTS-QOLにはCBCLの外向的問題が関連しており、併発症状の生活へ影響の検討を進める必要性が示唆された。思春期以降にCBCLによる行動上の問題に性差があり、さらなる検討が必要と示唆された。調査結果も参考にして年齢別の支援マニュアルを作成して支援に対応する評価を整備した。

A. 研究目的

トウレット症はチック症状で定義される発達障害であるが、高率に併発症状を有する上に、チック症状も併発症状も多様で、成長に伴って変化するとされる。我々は、トウレット症の臨床特徴、治療・支援に関する研究を継続的に行っており、以下のことを明らかにしてきた。すなわち、トウレット症では併発症状が臨床特徴に影響し、特に強迫症状の影響が大きいこと(Kano et al., 2010)、“怒り発作”を高率に認め、不安/抑うつとも関連すること(Kano et al., 2008)、強迫症状の中でも攻撃ディメンジョン(悪いことが起きるのではと案じるなど)が全般的機能への影響が大きいこと(Kano et al., 2015)、チックの前駆衝動も全般的機能に影響すること(Kano et al., 2015)などである。

しかし、トウレット症のチック症状の重症度や生活困難度を簡便に評価できる妥当性のある評価ツールは日本ではいまだ十分とは言えず、その整備を図りつつ実態把握や支援の検討を進める必要がある。

以上より、本分担研究では、幅広い年代のトウレット症患者におけるチック症状及び密接に関連する併発症状とその重症度を把握した上で、それらと生活における困難さや支援のニーズとの関連を検討して、トウレット症児者に対する支援への示唆を得ることを目的とする。そして、それを踏まえて包括的な支援マニュアルを作成することも目指す。

本年度は、学童期から青年期・成人期のトウレット症患者の調査を通じて、重症度指標と生活困難指標を検討して実態把握を進めること、実態に対応する支援マニュアルを作成することを目標とする。

B. 研究方法

1. 調査の対象者と実施時期

日本トウレット協会(TSAJ)会員に 2019年10月に質問紙を送付して回答への協力を依頼した。また、東京大学医学部附属病院(以下、東大病院)に通院中の患者に 2019年10月から継続的に研究協力を依頼した。さらに、瀬川記念小児神経学クリニック、北新宿ガーデンクリニック、神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科にも調査への協力を依頼した。質問紙の回収は2020年6月まで続けた。

2. 調査方法

全員に対して、質問紙による調査を実施した。研究分担者の担当患者及び追加の調査が可能な質問紙調査の回答者に対しては、可能な範囲で半構造化面接による調査も同時に実施した。

<評価尺度>

1) 面接評価

①チックの重症度：Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)

半構造化面接でチックの重症度を測定する。効果研究を含む多くの研究に使用され、信頼性、妥当性も高い。運動チック、音声チックそれぞれの頻度や強さ、複雑さ等の多様な側面を詳細に評価する。

②社会機能：Global Assessment of Functioning (GAF) / The Children's Global Assessment Scale (CGAS)

2) 質問紙調査

(本人評価)

①チックの重症度：自記式YGTSS

面接式YGTSSのうち運動チック・音声チックの頻度と強さの2側面のみ評価する自記式尺度である。面接式YGTSSによるチック重症度と $r = .70$ 程度の相関がある。

②チック及び密接に関連する強迫症状の重症度: The MOVES A Self-Rating Scale for Tourette's Syndrome (MOVES)

20項目で、典型的なチック症状やチックに特有な強迫症状がどのくらいの頻度で生じるか尋ねる自記式の質問紙である。1~5分と短時間で回答可能で、多くの研究で用いられている。

③強迫症状: Padua Inventory (PI) 短縮版
(18歳以上でのみ実施)

④前駆症状: Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS)

⑤精神的健康: GHQ-28

⑥チックへの心理的負担: 子の負担感尺度
(18歳以下でのみ実施)

⑦チックへの対処の内容: チックへの対処質問紙

⑧チックと関連したQOL: The Gilles de la Tourette Syndrome-Quality of Life Scale (GTS-QOL)

トウレット症に関する疾患特異的なQOLの評価尺度である。

⑨基礎情報: 汚言有無・生活の支障の程度など
(18歳以上でのみ実施)

(保護者評定: 本人が18歳以下ののみ)

①チックの重症度: Tic Symptom Self-Report (TSSR)

音声チック・運動チック各20種類ずつの具体的なチック症状のリストについて、頻度と強さを加味した重症度を4段階で評価してもらう自記式・養育者記入式の尺度である。

②チックへの心理的負担: 親の負担感尺度

③親の精神的健康: WHO-5

④子どもの発達特性: Child Behavior Check

list (CBCL)

⑤基礎情報: 汚言有無・生活の支障の程度など

3) 解析方法

①GTS-QOL日本語版の妥当性、信頼性の検討

先行研究 (Cavanna et al., 2008) に準じて確認的因子分析を行い、関連する指標との相関関係を算出して妥当性を検討した。Cronbach's α を算出して信頼性を検討した。

②年齢別、性別の特徴の検討

GTS-QOLの各下位尺度得点及びCBCLの総合得点、内向的問題・外向的問題得点、各下位尺度得点について年齢別、性別に検討した。

③QOLと精神的健康に関する要因の検討

親子ペアでのデータ取得がされている38名に限定して、GTS-QOLの合計得点及びGHQ-28得点を従属変数として、相関関係が確認された変数を独立変数に投入して、ステップワイズの重回帰分析を行った。

4) 倫理面への配慮

質問紙調査では、質問紙の同意欄へのチェックによって同意を確認する。面接調査においては、説明書を用いて説明し、同意書を取得する。東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会にて2019年9月9日に許可を取得済みである(10183-(4))。

3. 支援マニュアルの作成と支援のための評価に関する検討

調査結果に基づくトウレット症の実態を踏まえつつ、既存の支援に関する資料(日本トウレット協会による「チック・トウレット症ハンドブック」、「幼稚園・保育園・巡回相談で役立つ“気づきと手立て”のヒント集」)も参考にして、年齢別の支援マニュアルを作成する。また、支援機関で支援マニュアルを使用する際に向けて評価尺度を検討する。

C. 研究結果

1. 調査結果

TSAJの会員180名に質問紙を郵送し、55部から返送（回答率：30.1%）を得た。また、東大病院の患者112名及びそれ以外の医療機関の患者40名に質問紙への記入を依頼して、それぞれ62名及び28名から回答を得た。ただし、研究への同意について確認する項目に欠損が見られた回答は解析に含めなかった。さらに、質問紙に回答した東大病院患者62名のうち43名についてYGTSS及びGAFの評価が実施された。

全体で135名から質問紙の回答を得た。男性102名、女性33名であり、平均年齢が23.2歳（SD: 11.9; 範囲: 7~56歳）であった。

チック症状については、東大病院の患者42名で、YGTSSのチック症状得点が、平均20.5 (SD: 12.5; 範囲: 0~44) であった。

GTS-QOLの日本語版の確認的因子分析の結果、CFI=1.00, RMSEA=0.00であり、先行研究と同様の4因子構造（心理的、身体的、強迫性、認知的）が確認された。関連する指標との相関係数を算出したところ、強迫症状に関するPIとは $r = 0.77$ 、精神的健康に関するGHQ-28とは $r = 0.71$ 、チック症状に関するYGTSSとは $r = 0.56$ （全て $p < .001$ ）という結果を得た。信頼性の検証のためにCronbach's α を算出したところ、0.96であった。

GTS-QOLの年齢別及び性別による特徴を表1に示した。GTS-QOLのいずれの下位尺度得点も13~18歳よりも19歳以上の方が高かった。

また、男女を比較すると、女性の方が困難を高く報告する傾向があった。

CBCLの総合的問題得点を年齢別に表2に示した。6~12歳でも13~18歳でも、半数以上が総合特点で臨床域の行動上の問題を有していることが明らかになった。また、男女で比較すると、6~12歳では有意差は認められなかった

が、13~18歳では女性の方が社会性の問題及び思考の問題において高い得点を示した（それぞれ $p=0.03$, $p=0.04$ ）。

親子ペアでデータを取得した38名に限定し、GTS-QOL、GHQ-28を従属変数として、チックの重症度、チックへの対処満足度、CBCLの外向的問題、内向的問題、総合的問題、年齢を説明変数とするステップワイズの重回帰分析を行った結果、GTS-QOLに対してはCBCLの外向的問題（ $\beta = .95$ ）、GHQ-28に対してはCBCLの内向的問題（ $\beta = .65$ ）が有意な関連を示した。

2. 支援マニュアルの作成と支援のための評価に関する検討

調査結果の年齢別の所見も参考にして、幼児期、学童期（6~12歳）、青年期（13~18歳）、成人期に分けて、支援マニュアルを作成した。作成にあたっては主としてトウレット症に関する経験豊富な分担研究班のメンバーで検討したが、可能な範囲で当事者・家族の意見も参考にした。各年齢帯に対して、「1) 想定される状態と評価の視点」を述べた上で、「2) 支援」として、(1)支援の基本、(2)本人への支援、(3)家族への支援、(4)関係者への支援をまとめた。但し、トウレット症の最悪時がDSM-5では10~12歳とされていることやメタ認知の発達などから、学童期の項目に、10歳以降での留意点を付記した。また、青年期の項目に、高等教育機関への進学や就労に向けての留意点も追加した。

支援マニュアルに対応する評価は、幼児期及び学童期（～12歳）と青年期及び成人期（13歳～）に大別して設定した。12歳までは保護者による評価として、チックについてはCheck List of obscure disAbilitieS in Preschoolers (CLASP)（稻垣(編), 2020）のくせに関する項目を、生活困難については、YGTSSの生活

への支障についての質問項目を保護者評価用に改良して本調査において用いたものが、簡便でありかつ実態を表していると考えられたため活用することとした。13歳からは本人による評価として、チックについては自記式YGTS-Sを、生活困難についてはGTS-QOLを用いることとした。

D. 考察

本調査研究は、135名という我が国としては多数のトウレット症患者の実態について多側面からの検討を可能にしたこと自体が有意義であると考える。

GTS-QOL日本語版の妥当性、信頼性を示すことができ、トウレット症という疾患に特異的なQOLを多面的に評価することによって生活困難度を把握することが可能になった。先行研究と同様の方法で検証がなされたが、同時に先行研究と比較するとチック症状は重症ではないにもかかわらずGTS-QOL得点が高い傾向が認められた。我が国のトウレット症患者がより苦痛を感じやすい可能性があり、支援のためにもさらなる検討が必要と思われた。

CBCLの総合的問題得点が臨床域の者が6～18歳で半数以上であったことは、トウレット症で併発症状が高率に認められるという従来の知見に対応する。

思春期以降の女性で男性よりもCBCLの社会性の問題及び思考の問題が高い傾向を認め、性別についてはさらに検討が必要だろう。思考の問題には強迫症状に関する項目も含まれており、トウレット症表現型を潜在クラス分析で検討したところ強迫観念/強迫行為、恐怖症、パニック発作を示した女性関連のクラスを認めたという報告 (Rodgers et al., 2014) に通じるのかもしれない。

GTS-QOLに対して重回帰分析でCBCLの外向的問題が関連したことは、トウレット症でチ

ック症状よりも併発症状が生活に影響を与えることが多いという従来の知見に対応する。ただし、本研究の結果はGTS-QOLの質問項目の中に併発症を想定していてCBCLと重複する項目も含まれており、それが影響した可能性もある。今後、親子でのペアデータの例数を増やし、外向的問題の中でもより影響が大きいものがあるかなどさらなる検討を進めたい。

支援マニュアル及びそれに対する評価については、本調査結果や既存の資料を参考にして年齢別に作成・整備したことの意義はあるが、その有用性についてはさらなる検討が必要と考える。

E. 結論

本研究では、トウレット症に特異的なQOLを評価するGTS-QOL日本語版の妥当性、信頼性を検証し、トウレット症の生活困難度の評価に活用できるようにした。GTS-QOLにはCBCLの外向的問題が関連しており、併発症状の生活へ影響の検討を進める必要性が示唆された。幅広い年齢の児童・青年で半数以上がCBCLの総合得点で臨床域の行動上の問題を有していた。思春期以降で性差が認められ、さらなる検討の必要性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kano Y, Fujio M, Kaji N, Matsuda N, Nonaka M, Kono T. Changes in Sensory Phenomena, Tics, Obsessive-Compulsive Symptoms, and Global Functioning of Tourette Syndrome: A Follow-Up After Four Years. *Front Psychiatry*, 11: 619, 2020.
- 2) Matsuda N, Nonaka M, Kono T, Fujio M, Nobuyoshi M, Kano Y, Premo

- nitory Awareness Facilitates Tic Suppression: Subscales of the Premonitory Urge for Tics Scale and a New Self-Report Questionnaire for Tic-Associated Sensations. *Front Psychiatry*, 11: 592, 2020.
- 3) Kimura Y, Iijima K, Takayama Y, Yokosako S, Kaneko Y, Omori M, Kai do T, Kano Y, Iwasaki M. Deep Brain Stimulation for Refractory Tourette Syndrome: Electrode Position and Clinical Outcome. *Neurol Med Chir (Tokyo)*, 61: 33-39, 2021.
 - 4) Eriguchi Y, Aoki N, Kano Y, Kasai K. Rotational plane-wise analysis of angular movement of neck motor tics in Tourette's syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 108: 110092, 2021.
 - 5) 金生由紀子. チック・トゥレット症候群. 児童青年精神医学とその近接領域, 61(1): 27-33, 2020.
 - 6) 金生由紀子. チック症群. 精神科治療学, 35(増刊): 201-206, 2020.
 - 7) 江里口陽介, 金生由紀子. 発達障害の性差. *Geriatric Medicine*, 59(1): 21-27, 2021.

2. 学会発表

- 1) 金生由紀子. チック症の早期発見と支援. 第 62 回日本小児神経学会学術集会, 2020 年 8 月 19 日, WEB 開催.
- 2) 木村 唯子, 金生由紀子, 開道 貴信, 大森 まゆ, 岩崎 真樹. トゥレット症候群に伴う重度チックに対する脳深部刺激療法の長期的效果と予後. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, 2020 年 9 月 28 日, WEB 開催.
- 3) 金生由紀子, 開道 貴信, 岩崎 真樹, 木

村 唯子, 岡田 俊, 梶田 泰一. 脳深部刺激治療を受けた難治性トゥレット症患者の実態と今後の課題. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, 2020 年 9 月 28 日, WEB 開催.

- 4) 松田なつみ, 野中舞子, 鈴木茜音, 金生由紀子. 難治性トゥレット症候群に対する認知行動療法の事例—自傷を伴うチックへの包括的行動的介入(CBIT)—. 日本認知・行動療法学会第 46 回大会, 2020 年 10 月 11 日, WEB 開催.
- 5) Kano Y. Patients with refractory Tourette syndrome in Japan. 24th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 2020, 2020/12/2, virtual conference.
- 6) Goto R, Fujio M, Matsuda N, Fujiwara M, Skokauskas N, Kano Y. Effects of comorbid Tourette symptoms on distress by compulsive-like behavior in very young children. 24th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 2020, 2020/12/2, virtual conference.
- 7) 金生由紀子. ADHD とチック症. 第 13 回東北発達障害研究会(招待講演), 2021 年 2 月 20 日, WEB 配信.

3. 著書

- 1) 金生由紀子. 注意欠如・多動症・限局性学習症(成人), 今日の治療指針 2020 年版(福井次矢, 高木誠, 小室一成編), 医学書院, 1081-1082, 2020.
- 2) 金生由紀子. チック症(チック障害). 今日の治療指針 2020 年版(福井次矢, 高木

誠, 小室一成編), 医学書院, 1532-1533,

2020.

- 3) 金生由紀子. くせ. 保育所・幼稚園・巡回相談所で役立つ“気づきと手立て”のヒント集 (稻垣真澄編), 診断と治療社, 10-11, 32-45, 2020.

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

表1 年齢別、性別による GTS-QOL の合計点及び各下位尺度得点

年齢帯	N	合計点 平均[SD]		心理的		身体的		強迫性		認知的	
13~18 歳 全体	45	59.9	[28.0]	26.9	[14.0]	14.5	[7.8]	9.8	[5.2]	8.6	[3.6]
13~18 歳 男性	29	58.5	[24.6]	26.2	[11.9]	13.9	[7.5]	9.8	[4.7]	8.6	[3.5]
13~18 歳 女性	16	62.4	[34.2]	28.3	[17.5]	15.6	[8.6]	9.8	[6.1]	8.8	[3.9]
19 歳~ 全体	65	68.6	[29.0]	29.3	[13.7]	17.2	[8.1]	12.6	[6.2]	9.6	[4.5]
19 歳~ 男性	52	66.5	[28.5]	28.1	[13.3]	16.9	[8.2]	12.2	[6.1]	9.3	[4.4]
19 歳~ 女性	13	76.7	[30.8]	33.8	[14.7]	18.4	[8.0]	13.8	[6.7]	10.6	[4.6]

表2 年齢別による CBCL の総合得点

	全体 N = 69	6-12 歳 n = 14	13-18 歳 n = 55
正常	17 (24.6%)	5 (35.7%)	12 (21.8%)
境界域	17 (24.6%)	2 (14.3%)	15 (27.3%)
臨床域	35 (50.7%)	7 (50%)	28 (50.9%)

資料

トゥレット症の支援マニュアル

0. 基本的な考え方と構成

支援を整理するにあたって、患者の年齢別については、幼児期、学童期（12歳まで）、青年期（13歳から18歳まで）、成人期に大きく分ける。

上記の年齢帯別に、トゥレット症としての標準的な経過、生活状況、精神発達の観点から想定される状態と支援のための評価の視点（チックの重症度及び生活の支障の程度を中心に）を簡潔に記してから、対応機関（発達障害支援センター等）における支援（主として相談に対する対応）について述べる。主な支援の対象としては、本人、家族、保育及び教育関係者、就労関係者とする。

チックや生活の支障の重症度についてはおおよその目安を記した。現時点では、本年度の調査研究も踏まえて、支援の方針につなげやすくて比較的簡便な評価を見出すように作業中なため、このような記載とした。

1. 幼児期

1) 想定される状態と評価の視点

4～6歳がチックの好発年齢とされる。瞬きをはじめとする単純運動チックで発症することが多い。その後に単純音声チックや複雑運動チックが出現していくことがある。

本人はチックを苦にしていなくても、親はチックがさらに悪化するのではないかチックのためにいじめられるのではないかなどと案じることがある。

比較的重症なチック（例えば、顔面のみならず首や肩や腕など体のあちこちを大きく動かす運動チックとか会話と同じくらいかそれ以上の音量の音声チックなど）があると生活の支障になることがあるが、幼児期にはそういうチックのある者はあまり多くない。より軽症なチックであっても、頻度が多くったり、いわゆる“習癖”を含めた他の行動上の問題を有する場合には、親をはじめとする周囲が問題にしやすいかもしれない。

2) 支援

(1) 支援の基本

発症当初は暫定的チック症であり、経過に伴ってトゥレット症の診断が明確になっていくので、この時期は、チック症全般の対応を行う。チックがあってもその子らしく生き生きと生活できるようにするにはどうしたらよいかを考える。

(2) 本人への支援

どのような場合でも、睡眠や食事のリズムを整えることや十分に体を動かすことを心がけつつ日常生活を楽しめるように勧める。

本人がチックを苦にしている場合、本人の不安を受け止めつつ、例えば、「疲れたり心配なことがあったり逆に楽しすぎたりしていつもと違うと、チック（実際には、目をパチパチすることなど本人の苦にしている症状自体を言う）が出てくることがよくあり、のんびりしているとそのうちよくなるのではないか」などと分かりやすく伝えて安心できるようにする。

(3) 家族（主に親）への支援

チックが比較的軽症であるものの親が苦にしている場合には、ASD特性やADHD特性を始めとする発達特性やいわゆる“習癖”を含めた反復行動などがあり、それらもあわせて親がチックとみなして悩んでいることがあるので、問題を整理して対応しやすくする。親の不安になりやすさがかかわっている場合もあるので、親のパーソナリティに加えて相談相手が乏しくないかなどを検討して、安心を得やすくする。

比較的重症なチックがあつて親が苦にしている場合には、親の気持ちを受け止めると共に、チックは親の育て方のせいではないと確認して親の安心を得る。チックは自然の経過として変動しやすいことを伝えて、動搖せずに見守ることを勧める。同時に、チックがどのような状況で起きやすいかを親と一緒に検討して、それへの対応の可能性を探る。

いずれにしても親がより積極的な治療を求めている場合には、医療機関（小児神経科医または児童精神科医、さらに発達障害や心身症への対応も可能であれば一般の小児科医）を紹介する。

(4) 保育関係者への支援

周りが身構えずに、チックがあつても本人らしく園での生活が楽しめるを目指すように伝える。また、チックがどのような場面でどのように起こるかを観察して、チックが起きやすい状況があれば調整を図ること、親との連携を図り、その際には親が安心して子どもにより良く接するようになる伝え方を心がけることを勧める。

2. 学童期（12歳まで）

1) 想定される状態と評価の視点

就学後には集団で学習することになり、チックが気づかれる機会がそれ以前よりも増えるかもしれない。少なくとも低学年では重症でないと本人はさほどチックを苦にしないことが多い。

この時期には学校生活の比重が大きいこともあり、チックの増悪に伴って学習面や他児との関係に問題を生じることがあり得る。

チックの重症度、併存症の有無やその重症度、それらに対する本人や周囲の気持ちやそれによる生活の支障は多様であり、しかも経過によって変化することがしばしばあり、それを念頭に置いて状態を把握することが望まれる。

2) 支援

(1) 支援の基本

上記の包括的な理解に基づいて、一人ひとりに合わせた対応をする必要がある。本人や周囲のチックに対する認識や対処によっては、重症度と生活の支障とにずれが生じることがあるので、留意する。時には薬物治療を含めた医療における対応、医療と教育との連携が行われるようにな

ることが多い。それが円滑に進んで、本人や家族が前向きに対応できるようにすることが大切である。

(2) 本人への支援

本人はチックを苦にしていないとしてもほぼ確実にチックに気づいているので、それによって困ることがないように相談していくことを確認する。生活全体を整えること、チックを気にし過ぎずにできることから前向きに取り組むことは必ず伝えたい。例えば、本人が体を動かすことを好きなほうだとしたら、運動によって気分転換が図れたり身体の動きをコントロールできると実感できたりするかもしれない、定期的に取り組むことを勧める。

(3) 家族（主に親）への支援

親の不安を受け止めつつも、過度に心配せずに、本人の気持ちや学校での様子などの情報を総合して対応を考えるように勧める。いじめられるのではないか不登校になるのではないかをはじめとして成人後のことまで心配している場合があるので、チックとうまく付き合っていくようになればたいていは乗り越えられることを伝えて、当面対応すべき課題を確認する。

チックが場面によって現れ方がしばしば異なることを踏まえて、学校と情報共有をして対応を相談できるような基盤づくりをする。合理的な配慮に向けて学校と適切に相談できるようにチック及びADHDや強迫症をはじめとする併存症についての情報の整理を支援する。

専門的な治療や支援を受けたいという希望に対しては、医療機関（小児神経科医や児童精神科医など）を紹介する。その際には、日本トゥレット協会の情報も参考にする (<http://tourette-japan.org/%E5%8C%BB%E7%99%82%E6%A9%9F%E9%96%A2/>)。

(4) 教育関係者への支援

トゥレット症に関する基本的な情報として、発達障害の一つであり親の育て方や本人の性格が根本的な原因ではないこと、上手な付き合い方を身に着けてチックがあっても発達していくようになることが大切であることを伝える。一人ひとりで状態がかなり異なることを確認すると共に、その子どもなりにチックに伴って学習や集団参加など学校生活で困難を感じることを伝えて、本人や家族の意向を尊重しつつ対応を相談していくことを勧める。

(5) 10歳以降の留意点

トゥレット症の最悪時がDSM-5では10~12歳とされていること、WHOによって思春期の開始が10歳とされていること、メタ認知の発達からみても10歳はチックに関する認識が変化していく時期と思われること、前駆衝動の認識や海外で推奨される治療パッケージである「チックのための包括的行動的介入 (Comprehensive Behavioral Intervention for Tics: CBIT)」の適応が9歳以降と考えられていることから、学童期の中でも10歳以降については、以下の留意点を追加する。

すなわち、本人が以前よりもチックを気にするようになるので、チックのある自分を恥ずかしいと思ったりチックをコントロールしきれない自分を情けないと思ったりしないようにすることが大切になる。むしろチックがあってもその割には活動できている自身に誇りを持てるように配慮する。10代前半にチックの重症度がピークになることが多いので、工夫をしてその時期を乗り切っていくと新たな可能性が広がるという見通しを示す。

3. 青年期（13歳から18歳まで）

1) 想定される状態と評価の視点

チックの重症度はピークを越えつつあるものの、同年齢の他児のように活動に参加することはしばしば支障を来す。親から離れて仲間との活動に重点が移ったり、自分で立てた目標に向かいたくなったりするにもかかわらず思うように活動できなくて葛藤が高まる可能性がある。また、チックに対する周囲の目を気にして、対人過敏性が高まったり、自己評価が低下したりすることがあり得る。チックを十分にコントロールできないと感じて自己効力感が低下することも考えられる。さらに、典型的なチックは減少の方向にある一方で、強迫的な複雑チックまたはチック的な衝動性の高い強迫行為が増加することもあるかもしれない。

2) 支援

(1) 支援の基本

この時期のチックの重症度や精神発達、さらには中学・高校で仲間と様々な体験をする時期であることを踏まえて、優先順位を付けつつチックがあっても本人らしく活動できるように支援する。チックや併存症のために思うように活動できずに立ち止まったり回り道をしたりする見えて、本人が自己理解を深める過程であると考えられて、かつ将来的に大きな禍根を残すほどの問題を起こしていなければ、見守って成長を待ち、よい方向に動き出したら軽く後押しをする。

(2) 本人への支援

本人なりにチックへの対処を工夫していることが多いので、それがどのように機能しているか一緒に確認する。チックの起こりやすい状況やそこでの対応を整理して、チックを意識し過ぎずにやりたいことにより立ち向かえるように支援する。学校生活に関連しては、通常の授業や課外活動に加えて、学校行事や大きな試験などは、どのような対応をしたらチックがあっても参加できるかも相談する。医療機関の活用、教師やスクールカウンセラーなど学校内での相談の進め方などについても助言する。

(3) 家族（主に親）への支援

チックと共に強迫性や衝動性が高まり、時に攻撃行動のような外在化問題を呈したり、うつや不安のような内在化問題を示したりすることに、大きく動揺しないように支援する。チックや併存症に関する医師や教師への説明や交渉などこれまで主として親が担ってきたことを、少しづつ本人に任せてチックを自分の問題として引き受ける自覚を養えるように促す。

(4) 教育関係者への支援

「(2) 本人への支援」で述べたように、学校生活の場面によって、チックに対してどのような配慮をすれば（例えば、定期テストについては別室で受験するなど）本人の希望に合わせつつ通常に近い活動ができるか検討することを勧める。チックに伴う疲労や心身の苦痛などがあって周囲からはできそうに見えたり本人としてもやりたいと思っていても、実際には難しいという前提で、本人ができる範囲でがんばって達成感を得られるような配慮をするように助言する。

(5) 高等教育機関への進学や就労に向けての留意点

本人がチックを受け入れている度合いを見極めつつ、チックを含めた特性のプラスの面とマイナスの面を勘案して進路の選択をするように促す。選抜の際の配慮の要望（例えば、入試の際の

別室受験や時間延長など) や説明の工夫(例えば、面接でチックやそれに伴うこれまでの困難をどう伝えるかなど)、さらには入学または入職後に学校や職場に何を伝えておくとよいかも必要に応じて検討しておく。

4. 成人期

1) 想定される状態と評価の視点

成人期には約6~9割でチックが軽快しているとされる。成人期に治療・支援を求める場合には、重症なチックが軽快せずに持続している、チックは一定程度は軽快または消失したものの併存症も総合すると生活に支障がある、チックが再発または再増悪したなどが考えられる。

2) 支援

(1) 支援の基本

標準的な経過であればチックが軽快しているはずなのに、チック及び/または併存症の問題で生活に支障を来しているために悔しかったり情けなかったりすることに共感しつつ、焦らずに問題に対応することを勧める。

(2) 本人への支援

チックの経過やチックのある自身に対する失望や怒りなどのマイナスの感情をもつともなものとしつつ、それを引きずり過ぎずに前向きに生活をすることを勧める。1年単位で少しづつ状況が改善するくらいのゆっくりとしたペースで考えて焦らないように伝える。長期間持続するチックのために身体の損傷を来していたり、就労などの困難から社会参加を避けがちになっていたりする場合があるので、個々のニーズに応じて、医療機関や就労援助機関などにつながるように助言する。

(3) 家族(親やパートナーなど)への支援

親であれば成人までにチックが軽快するはずなのにそれが果たせていないことに失望したり、育て方が悪かったのではと自分を責めたりすることも考えられる。チックのために長く社会参加しづらかったこともあり未熟さの目立つ本人に歯がゆさを感じているかもしれない。そのような親の思いに共感しつつ、親の育て方のせいではないと再確認すると共に、チックの状態も含めて現在の本人なりにより自立的に生活できるようになるには親がどういう距離を取ってどうかかわっていったらよいかの相談をする。

パートナーとの生活開始後にチックが再発または再増悪した場合には、パートナーが戸惑っていることが考えられ、その気持ちを受け止めつつ、チックを含めてお互いが理解を深められるように支援する。

(4) 就労関係者への支援

チックは作業に集中している間はそれほど出にくいが、静かすぎたりしてチックを出してはいけないと思うとかえって出てしまうなどの特徴を伝えて、チックがあっても仕事を継続しやすい職場の設定や作業の分担について検討してもらうようとする。

II. 分担研究報告

吃音症の実態把握と支援のための調査研究

菊池 良和

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

吃音症の実態把握と支援のための調査研究

研究分担者 菊池良和¹

研究協力者 北洋輔²

1：九州大学大学院 医学研究院 耳鼻咽喉科学 助教

2：一橋大学 森有礼高等教育国際流動化機構 准教授

研究要旨

吃音症は有病率が1%程度と言われているが、幼児期から青年期まで診療できている病院は全国に数カ所と少ない。また、吃音症状による生活の困難感を把握する指標はなく、各年代に対する相談対応が統一されていないなどの問題点が挙げられる。さらに、吃音症に対する知識の不足により、教育や就労において社会的障壁が発生しているため、吃音症の実態把握調査を通じて、各年代の生活困難感に即し、統一された対応に向けた支援マニュアル作成への示唆を得ることを目指した。家族会や研究分担者の担当する吃音患者（幼児期、学童期、思春期、思春期）を対象に、質問紙調査を実施した。2年間で合計180名分（幼児期23名、学童期43名、思春期66名、青年期48名）のデータを収集した。データ解析の結果、吃音者は特定の場面で困り感が増加することが分かった。困難度を検出する問診票をライフステージごとに作成し（幼児期7項目、学童・思春期5項目、青年期以降4項目）、信頼性及び妥当性を検証した。また、支援機関で各年代に対応する支援マニュアルを作成した。

A. 研究目的

吃音症は有病率が1%程度と言われているが、幼児期から青年期まで診療できている病院は全国に数カ所と少ない。吃音症の4歳での発症率は11.2%であり、12か月後にはその約1割は自然軽快し、幼児期の時点では生活上の影響はない(Reilly, 2013) ものの、周囲から吃音の指摘を少しづつ受け始める（伊藤, 1995）。8歳で吃音のある子は思春期にも症状が持続し(Howe 11, 2011)、吃音がない人たちと比べて社交不安障害のリスクが高い(菊池, 2017)。また、現在の診療・支援体制においては、吃音症の重症度は「吃音検査法」のみであり、生活の困難感を

把握する指標はなく、各年代に対する相談対応が統一されていないなどの問題点が挙げられる。さらに、吃音症に対する知識の不足により、教育や就労において社会的障壁が発生し、社会的障壁を除去するための対応マニュアルの作成が求められている。本分担研究では、日本における幼児期、学童期、思春期、青年期といった各年代の吃音症の実態を把握し、実態に即した重症度指標及び生活困難度指標を明確化することを目的とする。

本年度は、吃音症の幼児期早期から青年期までの各年代調査を通じて、重症度指標と生活困難指標を明確化することを目標とした。

B. 研究方法

1. 対象者と実施時期

令和2年2月より外来等において幼児期 22名、学童期 74名、思春期 101名、青年期 73名の計270名に調査を依頼した。分担研究者の原氏の調査結果と合わせて、幼児期 23名、学童期 43名、思春期 66名、青年期 48名の180名からASEBA及び吃音特有問診表の回答を得た。

2. 調査方法

全員に対して、質問紙による調査を実施した。研究分担者の患者及び追加の調査が可能な質問紙調査の回答者に対しては、面接による調査も同時に実施した。

1) 質問紙調査

(本人評定)

- ① 幼児期：日本語版Kiddy CAT 幼児用コミュニケーション態度テスト
- ② 学童期：ICFに基づく発話・コミュニケーション活動と参加の質問紙
- ③ 思春期：ICFに基づく発話・コミュニケーション活動と参加の質問紙
- ④ 青年期：吃音者の困難さを包括的に評価紙OASES-A
- ⑤ 思春期：YSR 11-18 本人用
- ⑥ 青年期：ASEBA ASR 18-59 本人用

(保護者評定)

- ① 幼児期：ASEBA CBCL 1.5-5 保護者用
- ② 学童期：ASEBA CBCL 6-18 保護者用

2) 面接調査

社会機能：Vineland-II 適応行動尺度

3. 統計解析

困り感を抽出するアセスメントツールの信頼性をCronbachのα係数、妥当性をJMP 16を用いて解析した。

4. 倫理面への配慮

本研究の実施に先立って、九州大学大学院医学研究院倫理委員会の承認を得た。調査の依頼状には、調査への参加は任意であること、不参加によって不利益を生じないこと、回答の返送によって調査に同意したとみなすこと、調査を途中で中止できること、調査による直接的な利益はないことを記した。

C. 研究結果

幼児期の困り感について7項目抽出した(例：スムーズに話ができない時に、途中で話すのをやめてしまうことがある)。学童・思春期の困り感は5項目(例：授業で、教科書を声に出して読む)抽出した(信頼性 0.79)。青年期の困り感は4項目(例：自分の吃音を心配・不安)抽出した(信頼性 0.81, 妥当性 p<0.01)。

D. 考察

吃音症の困り感は幼児期、学童期、思春期、青年期で困る場面が変化していく。吃音当事者の困り感を支援していくためには、年代ごとの社会的障壁を把握している必要があるだろう。

E. 結論

吃音症の支援は、社会的障壁の把握も含まれる支援マニュアルを活用することが望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kikuchi Y, Umezaki T, Adachi K, Sawatsubashi M, Taura M, Yamaguchi Y, Fukui K, Tsuchihashi N, Murakami D, Nakagawa T. Can having siblings increase stuttering as compared to being an only child?. *Int Arch Commun Disord* 3:017, 2020. doi.org/10.23937/2643-4148/1710017
- 2) Kikuchi Y, Umezaki T, Adachi K, Sawatsubashi M, Taura M, Yamaguchi Y, Tsuchihashi N, Murakami D, Nakagawa T. Age at Decannulation after Pediatric Tracheostomy. *J ENT Care Otolaryngol Res.* 2: 1006, 2020.
- 3) Kikuchi Y, Umezaki T, Adachi K, Sawatsubashi M, Taura M, Yamaguchi Y, Tsuchihashi N, Murakami D, Nakagawa T. Awareness in young stuttering Japanese children aged 3-7 years. *Pediatr Int.* (in press), 2020. doi: 10.1111/ped.14405.
- 4) 菊池良和. 特集 耳鼻咽喉科診療 Q&A 【喉頭・気管】10. 小児の吃音への対応はどうしますか?. *JOHNS* 36(9), 1266-1267, 2020.

寄り添い、学ぶ 吃音のある子どもと家族の支援:暮らしから社会へつなげるために」、学苑社、2020/8/25.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

2. 学会発表

- 1) 菊池良和. 市民公開講座「分かりやすい吃音の理解と支援」第 55 回日本音声言語医学会総会 in 名古屋. 2020/10/10-11.
- 2) 菊池良和. 準備委員会企画講演「吃音支援における教育と医療の連携」日本特殊教育学会 第 58 回大会 in 福岡.
2020/9/19-21

3. 著書

- 1) 小乃おの、菊池良和「きつおんガール」合同出版、2020/9/3
- 2) 堅田 利明、菊池 良和編著「保護者の声に

資料

吃音症の支援マニュアル

1. はじめに

吃音症は神経発達症の一つであり、発達障害者支援法の対象疾患です。そのため、発達支援センターの役割として、吃音症も対象疾患に含まれます。吃音症の相談に来る保護者および当事者は、「園や学校から吃音症の相談に行くように言われた」「吃音が始まったがわが子の吃音に対して、どのように接していいのか知りたい」「インターネットで調べたが、情報が多いため、どの情報が正しいのか知りたい」「本人が吃音の相談をしたい」「吃音は治るんですか？」などを様々な相談があるでしょう。

このような様々な悩みがありますが、こうやつたら吃音が治るという方法は確立されていません。しかし、コミュニケーションは言葉のキャッチボールです。吃音のある話し手を変えるのが難しいのですが、聞き手を変えることが支援に有効であり、吃音のある子の生活が楽になります。そのため、年代ごとに支援策を知る必要があります。例えば、3歳の子の相談と、小学1年生の子の相談、大学生の相談は異なることは明らかであり、幼児、学童、思春期、青年期の4つに分けて、以下に支援マニュアルを作成しました。以下、概略です。

支援マニュアルの概略

年代	悩み	対応例
未就学児	園の先生に伝えたい	園の先生へのプリントを渡す
	お勧めの書籍を知りたい	「子どもの吃音 ママ応援BOOK」「吃音のある子どもと家族の支援」(学苑社)などを紹介
	相談機関を紹介してほしい	各都道府県の言語聴覚士会に相談
学童期	学校の先生に伝えたい	学校の先生へのプリントを渡す
	お勧めの書籍を知りたい	「吃音の合理的配慮」(学苑社)「きつおんガール」(合同出版)などを紹介
	相談機関を紹介してほしい	各都道府県の言語聴覚士会に相談
思春期	学校の先生に伝えたい	中高校の先生へのプリントを渡す
	お勧めの書籍を知りたい	「吃音の合理的配慮」(学苑社)「きつおんガール」(合同出版)などを紹介
	相談機関を紹介してほしい	各都道府県の言語聴覚士会に相談
青年期	大学の先生に伝えたい	大学の先生へのプリントを渡す
	お勧めの書籍を知りたい	「吃音の世界」(光文社新書)「きつおんガール」(合同出版)などを紹介
	相談機関を紹介してほしい	各都道府県の言語聴覚士会に相談 言友会などの自助団体を紹介

2. 吃音の基礎知識－吃音はタイミング障害

吃音の主症状として、連発（ぼぼぼぼぼくは）、伸発（ぼーーーーくは）、難発（・・・・ぼくは）の3つに分かれます。幼少時には連発と伸発が主だが、思春期・青年期と年齢があると、最初の言葉が出にくい難発が多くなっていきます。吃音の特徴として、伴奏のある歌ではどもらない、2人で同じ言葉と一緒に言う時にどもらない特徴があるため、話し始めのタイミング障害と言われています。つまり、話すときにタイミングが合えば流暢に話せますが、タイミングのずれが生じると吃音が生じます。そのため、急いで話そうとするときは、話し始めのタイミングが合わず吃音が出やすく、時間的に余裕があり、落ち着いて話すときには流暢に話せることが多い。実際、吃音の相談に来る人の約半数は、短時間の会話では吃音がさほど出ません。「診察時、吃音が見られなかったから、悩み度合いが小さい」ことはなく、顕在化しにくい吃音に想像力を持って、保護者および子どもに接する必要があります。

吃音症は2歳から5歳の間に人口の5～11%に発症¹⁻³⁾し、発症後3年で男児は約6割、女児では約8割自然回復⁴⁾します。8歳の時点で明らかな吃音がある子は、思春期までは吃音が続くリスクが高いです⁵⁾。吃音の相談時は、保護者が将来を心配しての来院（リスクマネジメント）か、現在直面している問題（自己同一性、社会的障壁など）の解決を希望しての考える必要があります。幼児期は前者のリスクマネジメント、学童期以降は後者の直面している問題とリスクマネジメントの合わせた悩みであることが多いです。

3. 保護者（特に母親）の罪悪感を取り除く

吃音の発症パターンとして、約4割がある日を境に急に始まること⁶⁾が分かっています。昨日まで流暢に話していたのに、3歳児健診で言葉の異常がなかったのにと、特に母親が子どもの吃音に対して罪悪感を持つことが多い。過去に「子どもの未熟な非流暢な話し方を吃音と気づくことが原因」と言われた時代（診断起因説）が提唱されたこともあります⁷⁾。また、下の子の妊娠・出産の時期と吃音が始まった時期が重なり、インターネット上では愛情不足が吃音の原因という誤情報があります。吃音が始まった子は生まれつきの体質を持っている、言語発達の急激な年齢で始まることが言われており、親の接し方ではないことを伝えることが大切です。

親が吃音の原因だと考えると、親は子の吃音に対して寛容ではなくなります。どうにかして治そうとする親は、「ゆっくり話して」「深呼吸をしなさい」「落ち着いて」という話し方の矯正などを行います。成人になった吃音者が言うことに、吃音がでるたびに話し方のアドバイスをされると、本人の発話意欲が減少だけではなく、自己肯定感も減少します。

子どもが話す行為には、表面上は吃音が出ていても、内面は話したい気持ちが存在します。吃音のある子の接し方は、内面の話したい気持ちを育てることです。話している最中の支援は不要で、話し終わってからの支援をして欲しいと伝えている。吃音のある子が話し終わったら、その言葉の繰り返しなどを行い、話したことが「伝わったよ」ということが伝わり、会話が続くことが、発話意欲の増加につながります。保護者向けの吃音のマンガ本「子どもの吃音 ママ応援 BOOK」⁸⁾または保護者および当事者の体験談本「保護者の声に寄り添

い、学ぶ 吃音のある子どもと家族の支援:暮らしから社会へつなげるために」⁹⁾の情報提供は役に立つと思います。

4. 吃音のある子に、オープンに吃音の困り感を尋ねる

「吃音を気づかせない方がいい」という情報に接することがあるかもしれません。話し方の矯正を無理にしない、という意味では正しいのですが、子どもの SOS を早めにキャッチする機会を逃す可能性があります。小学生以上まで続く吃音に関しては、家庭でオープンに話すことが大切です。オープンに話すと言っても、真似・指摘・笑いを受けていないかを聞くくらいで良いと思います。

「話し方の真似されていない?」「なんで、そんな話し方するの?」と聞かれていない?」「話し方を笑われていない?」と尋ねてみてください。約 6 割のお子さんが、「されている」と答えていました¹⁰⁾。されていたら、「誰に?」と聞いて、園や学校の先生に対応を考えてもうきっかけを作っています。

また、「君は、あああって言葉を繰り返すことある?」と聞くと、「ある」というならば、「わざとではないよね」と吃音の話をしてことで、家庭で吃音をオープンに話すきっかけを作ることもできます。

学童期、思春期、青年期などでは、自分の吃音の悩みを言語化できない、または「自分一人だけ、言葉がうまく出ない」という孤独を感じる場合があります。その対応として、吃音に関するエッセイ漫画「きつおんガール」¹¹⁾または書籍「吃音の世界」¹²⁾を読むことが助けになります。

5. 園・学校の先生への伝え方

多くの保護者が先生に吃音のことを伝えると、「真剣に話を聞いてもらえていない」「心配しすぎの親だと思われた」など感じ、それ以降の先生に吃音のことを伝えることをためらうことがあります。しかし、保護者が我が子に吃音があることを先生に伝えることで、子どもにデメリットはありません。口頭でただ「吃音があります」というよりは、吃音の啓発資料とともに伝えることが良いでしょう。この資料の「幼稚園・保育園の先生へ」「小学校の先生へ」「中高校生の先生方へ」「吃音のある学生の在籍する大学等の教職員の皆さんへ」をコピーして渡してください。

また、東京都の小学校の先生が作成した吃音リーフレット「東京都公立学校難聴・言語障害教育研究協議会」作製の中高生向けは、都難言協のホームページ→広報で無料ダウンロードできます¹³⁾。

書籍としては、「吃音の合理的配慮」¹⁴⁾をお勧めしており、吃音のある子の支援の事例を紹介しています。

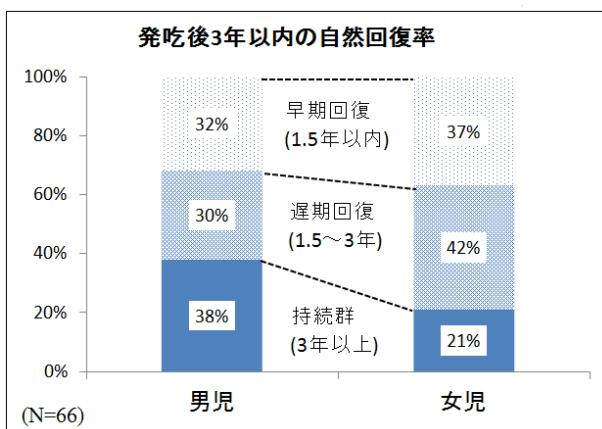
引用文献

- 1) Måansson H. Childhood stuttering: incidence and development. *J. Fluency Disord.* 2000; 25: 47–57.
- 2) Reilly S, Onslow M, Packman A, et al. Natural history of stuttering to 4 years of age: a prospective community-based study. *Pediatrics.* 2013; 132: 460–7. doi:10.1542/peds.2012-3067
- 3) Reilly S, Onslow M, Packman A, et al. Predicting stuttering onset by the age of 3 years: a prospective, community cohort study. *Pediatrics.* 2009; 123: 270–7. doi:10.1542/peds.2007-3219
- 4) Ambrose NG, Cox NJ, Yairi E. The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *J Speech Lang Hear Res* 1997 Jun;40(3):567-580.
- 5) Howell P, Davis S: Predicting persistence of and recovery from stuttering by the teenage years based on information gathered at age 8 years. *J Dev Behav Pediatr.* 32(3): 196-205, 2011.
- 6) Yairi E. and Ambrose N. Early childhood stuttering. Austin: Pro-Ed, Inc 2005.
- 7) 菊池良和. エビデンスに基づいた吃音支援入門. 学苑社, 東京, 2012.
- 8) 菊池良和著, はやしみこイラスト.「子どもの吃音—ママ応援BOOK—」学苑社, 2016 年.
- 9) 堅田 利明, 菊池 良和編著「保護者の声に寄り添い、学ぶ 吃音のある子どもと家族の支援:暮らしから社会へつなげるために」学苑社、2020 年.
- 10) Kikuchi Y, Umezaki T, Sawatsubashi M, et al. Experiences of teasing and bullying in children who stutter. *Int Arch Commun Disord* 2019. 2:013. doi:10.23937/2643-4148.
- 11) 小乃おの, 菊池良和解説「きつおんガール」合同出版、2020 年.
- 12) 菊池良和. 「吃音の世界」光文社新書, 2019 年.
- 13) <https://www.tonangen.com/kitsuon-omote> (2021/1/10)
- 14) 菊池良和. 「吃音の合理的配慮」学苑社、2019 年.

幼稚園・保育園の先生へ

吃音症（どもり）について

吃音（きつおん）は2～4歳に5%（20人に1人）の割合で発症しますが、約4割の子が3歳児健診以降に発症します。そのため、幼稚園・保育園の先生が相談される機会が多いでしょう。発症後4年で、74%の子が自然回復するが、吃音の家族歴がある子、男の子は回復する確率は減ります。発症の原因として、親の育児方法や園の接し方が発症の原因ではありません。吃音は言語の発達過程で生じてしまうものであり、世界中同じ割合で発症しています。新学年、新学期には吃音の症状が一旦増えるが、時間とともに軽減することが多い。幼稚園・保育園の先生に一番してほしいのは、子どもたちへの吃音の説明や、吃音のマネしている子がいたら止めさせてほしい。歌や2人で声を合わせると、どんな子でも吃音は消失します。



正常範囲	吃音
・あの、えーと、などを使う (挿入)	・ボ、ボ、ボ、ボール（語頭 の一部を繰り返す）
・ボ、でんしゃに乗りたい (言い直し)	・おーーーかあさん（引き伸 ばし）
・ボール、ボールで遊ぼう (語の繰り返し)	が多い。
・始めの一音がなかなか出 がないこともある	ないこともある

先生ができること	<p>①吃音のからかいをやめさせる（少しのマネでも、傷つきます） クラスで吃音のからかいがあったら報告させる。</p> <p>②話すのに時間がかかるても待つ。</p> <p>③話し方のアドバイスをしない（ゆっくり、深呼吸して、落ち着いて、など）→効果がなく、逆にプレッシャーになります。</p> <p>④2人で声を合わせて話すと、吃音が消失することを知っておく。</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

吃音の説明ロールプレイ

先生「〇〇くんは、ことばを繰り返したり、
つまったりすることがあるけど、それを
マネしたり、からかわないように。
もしマネする人がいたら、先生まで教えてね。」

幼児「なんでマネしてはいけないのですか？」

先生「わざとしている訳ではないから。」

幼児「うん。」とうなづいたら、ほめてあげる。

先生の一言が

非常に効果があり、
子どもは助かります。

小学校の先生へ

吃音症（どもり）について

吃音（きつおん）は、しゃべることばに連発（ぼ、ぼ、ぼ、ぼくは）、伸発（ぼーーーくは）、難発（……ぼくは）などが起きて、滑らかに発話できないことを指し、100人に1人は吃音があります。2011年に吃音のあるイギリスの王ジョージ6世の映画「英国王のスピーチ」がアカデミー賞を受賞したことでも有名になりました。

吃音は、言語発達の盛んな2～4歳頃に発症するもので、原因はまだ特定されていません。吃音の治療法はまだ確立されていないですが、吃音によるいじめなどがなければ、年齢を重ねるにつれ、自然と軽減していくものです。精神的な弱さが吃音の原因と誤解されることがあります、先生が精神的に強くしようとしても治すことはできません。吃音は最初のことばで発生することがほとんどであり、2人以上で声を合わせる（齊読）や歌では、吃音は消失します。

	連発 (最初のことばを くりかえす)	難発 (最初のことばが出るのに 時間がかかる)
苦手な場面	本読み、発表、劇、健康観察、 日直、号令、自己紹介	
得意な場面	友だちとの会話、得意な話をするとき	
困ること	マネされる 笑われる	「早く言いなさい」とせかされる 答え・漢字がわからない誤解される 一生懸命話そうとするけど声がない
先生が できること	<p>①吃音のからかいをやめさせる（少しのマネでも、傷つきます） クラスで吃音のからかいがあったら報告させる。</p> <p>②話すのに時間がかかるても待つ。</p> <p>③話し方のアドバイスをしない（ゆっくり、深呼吸して、落ち着いて、など）→効果がなく、逆にプレッシャーになります。</p> <p>④本読み、号令などの対応を本人と話す。</p>	

吃音の説明ロールプレイ

先生「○○くんは、ことばを繰り返したり、つまったりすることがあるけど、それをマネしたり、からかわないように。
もしマネする人がいたら、先生まで教えてね。」

児童「なんでマネしてはいけないのですか？」

先生「わざとしている訳ではないから。」

児童「わかりました。」

先生の一言が

非常に効果があり、
子どもは助かります。

3歳児健診用

「ことばを繰り返す」ことに気づいた親御さんへ

	正常範囲	吃音
特徴	1歳半～6歳	2歳以降
	あの、えーと、などを使う（挿入） ボ、でんしゃに乗りたい（言い直し） ボール、ボールで遊ぼう（語の繰り返し） が多い。	ボ、ボ、ボ、ボール（語頭の一語を繰り返す） おーーーかあさん（引き伸ばし）が多い。 初めの一音がなかなか出ない事もある。

吃音（きつおん：どもり）は2～4歳の間に、人口の5%（20人に1人）に発症する疾患である。4年で約74%の子が吃音から自然回復するが、成人になっても吃音が持続する人が人口の1%は存在する。その割合は、国や文化、人種が異なっても、ほぼ同じ割合である。吃音の40%は急性（1～3日）に発症するが、親の育児方法が原因で発症するのではない。

幼児の吃音はとても変動し、一見どもらなくなつたとしても、周期的に変化するものである。昔言われていた、「吃音は意識させない方がいい」ということは、根拠のない言葉である。吃音をオープンに話すことが現在は大事とされている。

※吃音を急激に止める治療法はない。

できること1

- ・「ゆっくり話しなさい」「落ち着いて」など話し方のアドバイスをしない。効果がないので。
- ・言葉の先取り、言い直しもしない。話したい気持ちを尊重する

①「ゆっくり話しなさい」「落ち着いて」など言う ②言葉の先取り、言い直しをさせる



できること2

- ・本人が話しやすい雰囲気、時間的にプレッシャーをかけないことが、一番良いのである。
- ・1日5分でも、本人と親だけの特別な時間を作る
- ・交代交代に話す、子どもが言った言葉を反復し、伝わったことを示す
- ・子どもが「ほめられている」ことを実感する回数を増やす（ありがとうも、ほめ言葉である）

もし、吃音が半年以上続いている場合は、このパンフレットをもらった保健所（福祉保健センター）、母子保健センターなどに問い合わせて、言語聴覚士に経過をみてもらうことをお薦めする。

（文責：九州大学耳鼻咽喉科 菊池 良和）

家族の方への質問

氏名：_____

当てはまる方に○をつけてください。

どもり始めたことに気づいたのはいつですか？	歳 ケ月	
親戚や家族に吃音のある人がいますか？	はい いいえ	
子供の言葉がつかえていると、責められる感じがする	はい いいえ	
思 い 当 た る 吃 音 の 原 因 が あ る (具 体 的 に)	はい いいえ	
子供が	話し方を気にする(例：「口がうまく動かない」、「つかえる」「もう話せない」、「何か喉が蓋をされる」と言う)	はい いいえ
	助けを求める(例：「上手に話せない」、「医者に診てもらいたい」、「お薬ちょうだい」)	はい いいえ
	困った表情をする(例：ため息、親の顔を見る)	はい いいえ
	つかえたら、話すのをやめる。話す場面を回避する	はい いいえ
	我慢ならない様子(例：どもると、「いつもダメだ」と言ったり、頭を動かす)	はい いいえ
	発音が間違っていたり、不明瞭で聞き返すことが多い。	はい いいえ
①子どもと2人でじっくり話す時間がない(兄弟は本人含めて人)	はい いいえ	
②子どもをあまり讃めない	はい いいえ	
③子どもが話した言葉を、意識して、復唱やわかりやすい言葉で言い換えをしていない	はい いいえ	
④子供が言葉につかえていると、ゆっくり、落ち着いて、深呼吸してなどのアドバイスをする	はい いいえ	
⑤言葉がなかなか出ないので、言いたい言葉を先取りして、言っている	はい いいえ	
⑥言葉がつかえることを、子供が友達にからかわれている	はい いいえ	
⑦「なぜことばがつまる(繰り返す)の？」と、子どもから質問されたことがない	はい いいえ	
⑧「うまくしゃべれない」と子どもが訴えたら、どうしていいか分からな い	はい いいえ	

・来院しようと思ったきっかけは何ですか？

・祖父母(父方、母方)や近所の人、担任の先生は、子どもの吃音について、どう思っていると思いますか？

・吃音(どもり)について知っていること(インターネット、本)、また聞きたいことをお書きください。

(文責：九州大学病院耳鼻咽喉科 菊池良和)

ご本人への質問

氏名：_____

当てはまる方に○をつけてください。

来院しようと思ったきっかけは何ですか？

()

C	言葉がつかえるのに気づいたのはいつ頃ですか? どんな場面でした？(具体的に)	歳
C	相手につかえる(どもる)ことを知られたくない	はい いいえ
C	自分の吃音をコントロールできない	はい いいえ
A	話す直前に、うまく言えるか、つかえる(どもる)か、不安になる	はい いいえ
A	言いにくい言葉があると、言いやすい言葉に置き換える	はい いいえ
A	本当は、言葉を置き換えずに話したい	はい いいえ
A	言葉がつかえた後、落ち込んだり、自分を責める。	はい いいえ
A	言葉がつかえた後、そのストレスを吐き出すことができない	はい いいえ
A	相手は悪くない、悪いのは全部自分である	はい いいえ
A	とつさの一言が言えないのが、なによりも困る	はい いいえ
A'	うつうつとした気分がほとんど毎日続いている。 何をしても、興味をもって取り組めないし、喜びも感じられない。 そんな気分がほとんど毎日続いている。	はい いいえ
L	苦手な言葉がある (具体的に)	はい いいえ
M	ひとり言では、すらすらしゃべれることが多い	はい いいえ
M'	歌では、つかえない(どもらない)	はい いいえ
M'	話すときに、余計な力が入っている(どこに)	はい いいえ
S	苦手な場面、場所がある(具体的に)	はい いいえ
S	苦手な人がいる(具体的に)	はい いいえ
S	つかえることでからかわれたり、いじめられた経験がある	はい いいえ
S	つかえていたら、「落ち着いて」「ゆっくり話して」と言われる	はい いいえ
S	伝えないとけないことでも、言葉がつかえるから、伝えなかつたことがある	はい いいえ
S	言葉がつかえる(どもる)ので、「できない」ことがある	はい いいえ

具体的には？

例:発表、日直、スピーチ、電話をとられない、予約などの電話をかけられない、散髪、店員さんと話す店には行かない、映画館に行けない

(文責:九州大学病院耳鼻咽喉科 菊池良和)

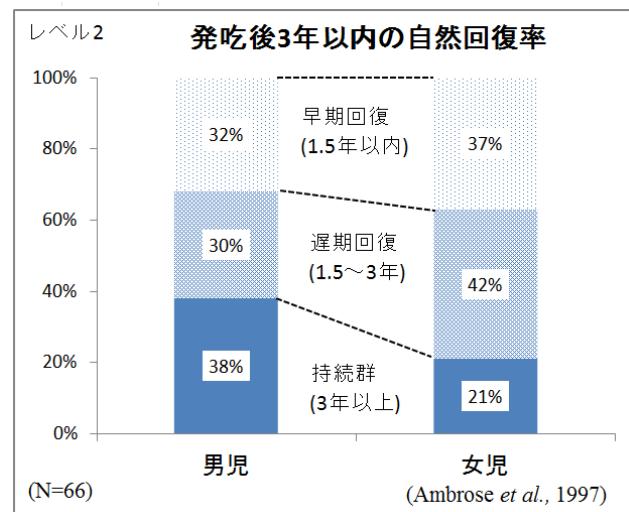
家族の方へ

九州大学病院耳鼻咽喉科 菊池良和

吃音症（どもり）について

2~5歳の100人に5人(5%)の割合で発症し、4年以内に74%が自然回復します。持続する可能性が高いのは、男児、家族・親戚に吃音の人がいる、他の発達が遅れている子です。また小学生まで持続している子は、成人まで持続する可能性が高いです。ただ、成人になっても吃音から回復する人がいて、共通するのは話す意欲・自分に自信を持っている人である。

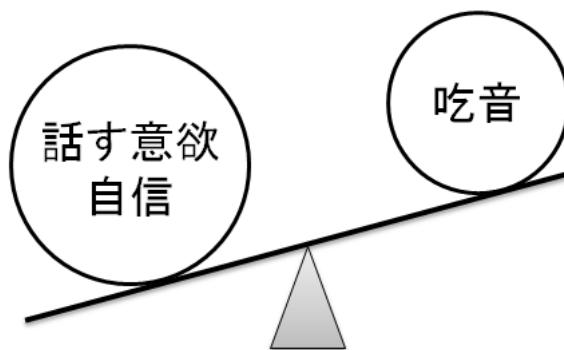
吃音の発症原因は、本人の体質的要因が7割、環境的要因が3割で、親の育児方法が原因ということはありません。簡単に治る癖ではなく、共通の特徴として、(1)歌ではどもららない、(2)誰かと声を合わせるとどもららない(齊読)、(3)独り言では吃音が軽減します。



吃音の進展段階

	吃音症状	心理的な負担
第1層	・お、お、お、おかあさん(連発) ・お——かあさん(伸発)	
第2層	……おかあさん(難発) ・顔や首に力が入る、手や足でタイミングを取る(随伴症状)	
第3層	・苦手なことばを、言いやすいことばに言い換える(言い換え) ・回避以外の症状が出そろう	小 ↓ 大
第4層	・話す場面から逃げる(回避) ・連発、伸発は減る	

吃音のある子の理想の状態



1. 話し方のアドバイスをしない(ゆっくり話して、深呼吸して、落ち着いて)

2. 言葉の先取りをしない(待っているよ、の姿勢)

※親の9割は話し方のアドバイスをして、3割は言葉の先取りや言い直しをしている

○できること

1. 邪魔されない発話場面を確保する(1日5分、難しければ言葉を拾う)

2. 聞き上手になる(間を取る、交代交代に話す、おうむ返しなど)

3. 子どもが「褒められている」と実感する回数を増やす(お手伝いなど)

○子供が困ったときの対処

1. 「なぜ僕は言葉がつかえるの?」と質問された時の答えを用意する。

2. 「あなたは悪くない」「そのままでいいよ」と伝えよう。

3. かわいそうだからと、話すのを回避させない

4. 吃音の本を手に届く所に置いておく

幼稚園・保育園の先生へ

九州大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科医師 菊池良和

吃音症（どもり）について

吃音は2～5歳に5%（20人に1人）の割合で発症するので、吃音のある子に触れる経験のある先生が多いと思います。発症後4年で、74%の子が自然回復しますが、吃音の家族歴がある子、男の子は回復する確率は減ります。発症の原因として、その子の体質が7割、環境が3割であり、園の接し方が発症の原因ではありません。

吃音は長い言葉、難しい言葉、置き換えられない名前などで、吃音頻度が増加します。

吃音は容易に増加するのですが、一番気を付けていただきたいのは、吃音の真似・からかいなどです。どもっている時は、基本的にはせかさず待ってください。話し方のアドバイス（ゆっくり、落ち着いて、深呼吸してなど）や、言葉の先取りはしないでください。それ以外は、他の園児同様の接し方をしていただけるだけで十分です。

配慮をして欲しいこと

①他の園児が吃音を指摘・真似・からかいなどしたら、丁寧に教えてあげてください。

吃音に気づいた園児を認めてあげることが、その園児の発達にとって大事であり、無視すると余計からかいが増えます。そして、「〇〇君は、少しつっかえるんよ。からかわないでね。」など、真似・からかいをしないように言うと、多くの園児はそれに従います。

②吃音は、誰かと声を合わせると、すらすらしゃべられます。

なので、決まりきった名前を呼ぶ時などで苦労しているならば、「少し手伝おうか」「一緒に言おうか」など聞いて、本人が手伝って欲しいならば、声を合わせて言うと、すらすらしゃべるようになります。吃音は90%以上、最初の言葉で詰まるので、最初だけ手助けしていただくだけで、十分です。

③話す前に「ゆっくりと」「深呼吸して」「落ち着いて」という声掛けや、言葉の先取りは不要です。しゃべった所までの復唱やまとめをすると、話した言葉の伝わった安心感を持ちます。

先生・親・医療者の目標

① 吃音のある園児の自己肯定感（存在の自信）を高める。

② 自己肯定感があれば、吃音も軽減し、自分で目の前にある問題を解決する力が出てきます。

学校の先生へ

九州大学病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科医師 菊池良和

吃音症（どもり）について

100人に1人は吃音があります。2011年アカデミー賞映画「英国王のスピーチ」のイギリスの王ジョージ6世、内閣総理大臣 田中角栄氏も吃音があったことは有名です。

ことばを繰り返す（連発性吃音）以外に、なかなか思うように最初の言葉が出ない（難発性吃音）症状と、吃音を隠すための様々な努力と苦労をしている人が多い疾患です。そして、ひそかに吃音のある自分を自分で否定していく、自分の存在に自信を失っています。

共通の特徴として、一人言ではすらすらしゃべられる、歌でもどもららない、誰かと声を合わせるとすらすらしゃべれます。外的タイミングに合わせるとすらすらしゃべられるので、内的タイミング障害と言われています。そして、必ず聞き手のいる場面で吃音が出ます。

吃音が悪化する要因として、支持的ではない聞き手、初めてあう聞き手、長い文章など。誤解されていることに、心理的な弱さが吃音を引き起こす訳ではなく、簡単に治せる癖でもありません。吃音は周期的に変化するものであり、言語療法などのセラピーをしている間でも、吃音は悪化することもあります。時間がたてば、また軽減する時期が来ます。

そして、ほとんどの人は成人になる頃には、学生時代と比べて軽減します。吃音の軽減に一番効果的なのは「自信」と「意欲」なので、学生時代の経験がとても大切です。

配慮をして欲しいこと

①本読み（言葉を言い換えられないものが最も難しい）、日直など、吃音のある人が、最も悩みを深める場面での対応を、その児童・生徒と相談してください

（例）A. 1ヶ月間は本読みを当てない（1ヶ月後に再確認をする）

B. 本読みするけど、短い文章を当てる

C. これまで通り、普通に当てる

どうしても言葉が出ない時は、最初の言葉だけを一緒に読んでいただくと、後の声がすらすら出ることが多いです。吃音は90%が最初の言葉なので。

②吃音のある人が本読みをすることは、他の人よりもはるかに大変です。

流暢度は評価せず、本読みを最後までできたことに褒めたり、支持的な態度でいてください。そうすると、話す前の予期不安が減り、吃音も軽減します。

③言葉がつかえたり、繰り返したりすることをからかう児童・生徒がいたら、からかわないよう説明してください。からかい・いじめがあると、吃音はさらに悪化します。

④話す前に「ゆっくりと」「深呼吸して」「落ち着いて」という声掛けは不要です。

先生・親・医療者の目標

①吃音のある児童・生徒の自己肯定感（存在の自信）を高める

②自己肯定感があれば、吃音も軽減し、自分で目の前にある問題を解決する力が出てきます。

中高校生の先生方へ

吃音(きつおん)とは

吃音は2016年施行の「障害者差別解消法」の対象疾患です。生徒の100人に1人は吃音があります。幼少時は連発(ぼぼぼぼくは...)が主ですが、中高校生では難発(最初の一音がなかなか出ない)の吃音が主となります。流暢に話せる時間が多く、どもってしまう時が少ないので、先生に伝えると「気づかなかつた」と言われる場合が多いです。普段流暢に話していても、電話や発表、普段の会話時に最初の言葉が数秒でなくても(どもってしまっても)、注意せず、ビックリせず、笑わずに、話の内容に注目してください。

吃音は同じ言葉を2人で言うとどちらも吃音があることを知っている」「最後まで話すのを待ってほしい」「ゆっくり・落ち着いて、のアドバイスは不要」という配慮だけでも十分に思う学生はいます。JASSO「教職員のための障害学生の就学支援ガイド」に似た形で作成しました。不当な差別的取り扱いの禁止と、合理的配慮の提供をよろしくお願ひいたします。

高校入試・学校生活の悩み

1. 面接で吃音が出ることで、減点されないか心配。
2. 音読・発表で、声がなかなか出ない難発の吃音が出て、不勉強・反抗的と思われないか心配。

支障(バリア)となる場面

- 音読(国語・英語・社会) 自己紹介 発表 日直・号令 卒業式・立志式
職員室で自分・先生の名前を言うこと ()

支援が必要な場面	どのような困難さ	どのような支援が考えられる
入学試験	面接時「失礼します」「自己紹介」など、流暢に言えない	時間的な余裕の確保、寛容な聞き手の姿勢
学習支援	出席、卒業式の点呼に「はい」という言葉が言えない	挙手で確認、または返答する時間的な余裕の確保
	授業中の発表(音読、英語スピーチを含む)に時間がかかる	時間的な余裕の確保、または録音音声の使用。担当教員との配慮の確認
英検・GTEC	面接・スピーリング試験が心配	英検では発話の配慮または筆談の配慮、GTECではSpeakingの試験免除の配慮が受けられる
部活	他生徒から笑われる、とっさの声かけができない、審判が苦手	笑わないように指導、声が出なくても叱責しない、審判を他の生徒に変更
生活支援	友人が作れない	心理カウンセリング、学外連携を活用
面接支援	就職・進学の面接が怖い	面接の練習(吃音が出ることを前提に)

【学外連携】各都道府県の言語聴覚士会、NPO 法人全国言友会連絡協議会、小中高校生の吃音のつどい

吃音のある学生の在籍する大学等の教職員の皆さんへ

吃音（きつおん）とは

人口の100人に1人はいます。連発（ぼぼぼぼくは…）だけではなく、難発（最初の一音がなかなか出ない）の吃音もあり、難発の吃音に対して、悩むことが多いです。吃音は歌ではどもららない、同じ言葉を2人で言うとどもららないという特徴もあります。人により異なりますが、流暢に話せる時間が多く、どもってしまう時が少ないので、普段流暢に話していても、電話や発表、普段の会話時にどもってしまう、ビックリせず、笑わずに、話の内容に注目してください。吃音は2016年施行の「障害者差別解消法」の対象となっています。吃音のある学生は、「吃音を持っていることを知ってほしい」、「最後まで話すのを待ってほしい」という配慮だけでも十分に思う学生もいます。JASSO「教職員のための障害学生の就学支援ガイド」に似た形で作成しました。不当な差別的扱いの禁止と、合理的配慮の提供をよろしくお願ひいたします。各大学の支援室（バリアフリー支援室、障がい学生支援ルーム、アクセシビリティセンター等）と連携をとっていただけますと助かります。

合理的配慮の例：以下のような場面で困難が生じていないか、吃音のある学生と話し合う機会をもって頂けると助かります。

支援が必要な場面	どのような困難さ	どのような支援が考えられるか
入学試験	面接時「失礼します」「自己紹介」など、流暢に言えない	時間的な余裕の確保、寛容な聞き手の姿勢
学習支援	出席の点呼に、「はい」という言葉が言えない	挙手での確認、または返答する時間的な余裕
	授業中・少人数ゼミの発表（音読を含む）に時間かかる	時間的な余裕の確保、または録音音声の使用 担当教員との直接対話
	発表（研究発表時、パワーポイント使用）	時間的な余裕の確保、または読み原稿をパワーポイントに表示しながら発表
	グループでの実習・実験活動	グループメンバーに協力を依頼 担当教員との直接対話
学生生活支援	友人が作れない、引きこもってしまう	心理カウンセリング、学外連携を活用
就職支援	履歴書・エントリーシートを書く手伝いをしてほしい	就職ワークショップ等の紹介、個別に履歴書の書き方を指導する
	面接が怖い	面接の練習（吃音が出ることを前提に）
	就職が決まらない	地域の障害者職業センター、ハローワーク等外部リソースとの連携

【学外連携】各都道府県の言語聴覚士会、NPO法人（全国言友会連絡協議会）など。

II. 分担研究報告

吃音症の実態把握と支援のための調査研究

原 由紀

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

吃音症の実態把握と支援のための調査研究

研究分担者 原由紀¹

研究協力者 北洋輔²

1：北里大学 医療衛生学部 准教授

2：一橋大学 森有礼高等教育国際流動化機構 准教授

研究要旨

吃音症は有病率が1%程度と言われているが、幼児期から青年期まで診療できている病院は全国に数カ所と少ない。また、吃音症状による生活の困難感を把握する指標はなく、各年代に対する相談対応が統一されていないなどの問題点が挙げられる。さらに、吃音症に対する知識の不足により、教育や就労において社会的障壁が発生しているため、吃音症の実態把握調査を通じて、各年代の生活困難感に即し、統一された対応に向けた支援マニュアル作成への示唆を得ることを目指した。当事者会や研究分担者の担当する患者を対象に、幼児期、学童期、思春期・青年期の本人・家族を対象に質問紙調査を実施した。2年間で合計180名分（幼児期23名、学童期43名、思春期66名、青年期48名）のデータを収集した。データ解析の結果、吃音者は特定の場面で困り感が増加することが分かった。困難度を検出する問診票をライフステージごとに作成し（幼児期7項目、学童・思春期5項目、青年期以降4項目）、信頼性及び妥当性を検証した。また、支援機関で各年代に対応する支援マニュアルを作成した。

A. 研究目的

吃音症は有病率が1%程度と言われているが、幼児期から青年期まで診療できている病院は全国に数カ所と少ない。吃音症の4歳での発症率は11.2%であり、12か月後にはその約1割は自然軽快し、幼児期の時点では生活上の影響は少ない(Reilly, 2013) ものの、周囲から吃音の指摘を少しずつ受け始める（伊藤, 1995）。8歳で吃音のある子は思春期にも症状が持続し(Howe 11, 2011)、吃音がない人たちと比べて社交不安障害のリスクが高い(菊池, 2017)。また、現在の診療・支援体制においては、吃音症の重症度は「吃音検査法」のみであり、生活の困難感を

把握する指標はなく、各年代に対する相談対応が統一されていないなどの問題点が挙げられる。さらに、吃音症に対する知識の不足により、教育や就労において社会的障壁が発生し、社会的障壁を除去するための対応マニュアルの作成が求められている。本分担研究では、日本における幼児期、学童期、思春期、青年期といった各年代の吃音症の実態を把握し、実態に即した重症度指標及び生活困難度指標を明確化することを目的とする。

本年度は、吃音症の幼児期早期から青年期までの各年代調査を通じて、重症度指標と生活困難指標を明確化することを目標とした。

B. 研究方法

1. 対象者と実施時期

令和2年7月から令和3年1月までの期間、よこはま言友会の青年25名、外来等において、幼児期10名、学童期10名、思春期20名、青年期25名の計90名に対して調査を依頼した。分担研究者の菊池氏と合わせ、幼児期 23名、学童期 43名、思春期 66名、青年期 48名の180名からASEBA及び吃音特有問診表の回答を得た。

2. 調査方法

全員に対して、質問紙による調査を実施した。今後、調査協力が可能な対象者に対しては、面接による調査も同時に実施する予定としたが、コロナ禍により、面接調査は実施しなかった。

1) 質問紙調査

(本人評定)

- ① 幼児期：日本語版Kiddy CAT 幼児用コミュニケーション態度テスト（改変）
- ② 学童期：ICFに基づく発話・コミュニケーション活動と参加の質問紙
- ③ 思春期：ICFに基づく発話・コミュニケーション活動と参加の質問紙

吃音者の困難さを包括的に評価紙OASES-T
(中高生版)

- ④ 青年期：吃音者の困難さを包括的に評価紙OASES-A
- ⑤ 思春期 YSR 11-18 本人用
- ⑥ 青年期：ASEBA ASR 18-59 本人用

(保護者評定)

- ① 幼児期：ASEBA CBCL 1.5-5 保護者用
- ② 学童期：ASEBA CBCL 6-18 保護者用

3. 倫理面への配慮

本研究の実施に先立って、北里大学病院・医学部倫理委員会の承認を得た。調査の説明書には、調査への参加は任意であること、不参加によって不利益を生じないこと、回答の返送によ

って調査に同意したとみなすこと、調査を途中で中止できること、調査による直接的な利益はないことを記した。

C. 研究結果

幼児期の困り感について7項目抽出した（例：スムーズに話ができない時に、途中で話すのをやめてしまうことがある）。学童・思春期の困り感は5項目（例：授業で、教科書を声に出して読む）抽出した（信頼性 0.79）。青年期の困り感は4項目（例：自分の吃音を心配・不安）抽出した（信頼性 0.81, 妥当性 p<0.01）。

D. 考察

吃音症の困り感は幼児期、学童期、思春期、青年期で困る場面が変化していく。吃音当事者の困り感を支援していくためには、年代ごとの社会的障壁を把握している必要があるだろう。

E. 結論

吃音症の支援は、社会的障壁の把握も含まれる支援マニュアルを活用することが望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hara Y, Higashikawa M, Hata W, Sasaki Y, Murakami T, Mizuto Y, Kita Y, Ishizaka I. Selection of screening items for stuttering: a preliminary study. The Kitasato Medical Journal Vol.50 No. 2, 2020
- 2) Yoshizawa K, Ishizaka I, Yasuda N, Yukimoto Y, Higashikawa M, Hara Y, Hata W, Fukuda M. The impact of social anxiety disorder on the duration of speech and language therapy at a medical institution for Japanese individuals who stutter. The Kitasato Medical Journal 51(1), 10-18, 2021.

2. 学会発表

- 1) 原由紀. ポストコングレスセミナー「幼児吃音臨床ガイドラインの概要」第 55 回日本音声言語医学会総会 in 名古屋. 2020/10/10-11.
- 2) 原由紀. シンポジウム 「顕在化しにくい発達障害の早期発見と支援「吃音の早期発見と支援」第 62 回日本小児神経学会学術集会 in 東京. 2020/8/19.
- 3) 原由紀. シンポジウム 「リモート時代における吃音・流暢性障害のある人の課題と支援「遠隔セラピーの研究」 日本吃音・流暢性障害学会第 8 回大会 WEB 大会. 2020/10/25

3. 著書

- 1) 稲垣真澄、原由紀、金生由紀子、原恵子、斎藤まなぶ、北洋輔、加賀佳美「保育所・幼稚園・巡回相談で役立つ気づきと手立てヒント集」診断と治療社、2020/7/31
- 2) 藤田郁代、城本修、原由紀編「標準言語聴覚障害学 発声発語障害学 第3版」医学書院、2021/2/15

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告

場面緘默症の実態把握と支援のための調査研究

中村 和彦

厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
(総括・分担) 研究報告書

場面緘默症の実態把握と支援のための調査研究

研究代表者 中村和彦

研究協力者 高木潤野

弘前大学大学院医学研究科 神経精神医学講座 教授
長野大学 社会福祉学部 准教授

研究要旨

場面緘默症はICD-11では、不安・恐怖関連症群に位置づけられているものの、言語コミュニケーションに困難さを持つが故の社会的障壁により、学校場面等の社会生活において生活に困難感を抱えていることが少なくない。場面緘默症の実態把握調査を通じて、各年代の生活困難感に即し、統一された対応に向けた支援マニュアル作成への示唆を得ることを目指した。

当事者団体（言の葉の会など）及び家族会、研究協力者に相談に来ている方を対象に調査協力を依頼し、緘默症状の評価ならびに生活困難感の評価を含む質問紙調査を行った。2020年7月から2020年8月にかけて、260名に配布し、133名（51.2%）から回答が得られた。緘默症状については、全体では改善傾向にある者が多い一方で、中学生では悪化傾向の者も半数程度存在した。CBCL、YSR、ASRを用いた生活困難の評価では、全ての年齢群において全問題尺度及び内向尺度で標準値データの平均値より得点の平均が高いことが示された。特に「内向尺度」については、ほぼ全ての年齢群で2標準偏差以上高いという結果が得られた。また緘默症状以外の状態についての調査から、「外出先での移動」や「外出先での食事」のように年齢が上がるにつれて困難度が増加する項目もあり、各年代における生活困難感には差があることが明らかになった。

以上のことから、場面緘默当事者の多くは緘默症状（話せないこと）以外にも生活上の様々な点で大きな困難を抱えていることが明らかになった。それぞれのニーズに応じた支援体制の整備を進めていく必要性が示された。

A. 研究目的

場面緘默症はICD-11では、不安・恐怖関連症群に位置づけられているものの、言語コミュニケーションに困難さを持つが故の社会的障壁により、学校場面等の社会生活において生活に困難感を抱えていることが少なくない。そのため、学習や社会生活場面において支援体制を整備していく必要がある。場面緘默症は50%に言語の未熟さ(Kolvin&Fundudis, 1981)に加え、社

会的場面やコミュニケーションの利用の困難さを有している(高木, 2016)。有病率は小学生で有病率は0.5%、幼児期では1%と言われており、成人期は明らかになっていない。欧米の研究ではASDが3割程度合併していると言われている。3歳までは、集団生活が始まらないと緘默症状が顕在化しないため、健診では発見が難しいとされており、日本における場面把握の実態については明らかになっていないことが多い。

以上のことから、場面緘黙症の実態把握を行い、支援マニュアルを含む支援体制を整えていく必要がある。

本研究では、日本における幼児期、学童期、思春期、青年・成人期といった各年代の場面緘黙症の実態を把握し、実態に即した重症度指標及び生活困難度指標を明確化することを目的とした。また、各年代の生活困難感に即し、統一された対応に向けた支援マニュアル作成への示唆を得ることを目指した。

B. 研究方法

1. 対象者と実施時期

当事者団体である言の葉の会、研究協力者に相談にきた方及びSNSを通じて研究協力に同意していただいた方を対象とする。2020年7月から2020年8月にかけて、対象者に調査協力を依頼した。質問紙調査は260名に配布し、133名から回答を得られた。回答者の年齢ごとの内訳(男、女)は、幼児12名(2、10)、小学生61名(18、43)、中学生25名(13、12)、高校生以上35名(5、30)であった。

2. 質問紙調査

(保護者評定)

1) 幼児期 : SMQ-R

SMQ-RはBergman, Keller, Piacentini, and Bergman (2008) の作成したSMQをかんもくネット (2011) が日本語に翻訳したものである。「A幼稚園や学校」、「B家庭や家族」、「C社会的状況（学校の外）」の3つの状況で構成されており、16項目の質問により発話の状態を測定することができる。「0全くない」「1まれにある」「2よくある」「3いつも」の4件法で回答する。状況ごとの項目数と最大値はA領域6項目18点、B及びC領域は5項目15点で、得点が高いほどよく話せていることを示している。

また緘黙症状の変化について、「ある時期急

激に改善した」「徐々に改善している」「徐々に悪化している」「ある時期急激に悪化した」「改善と悪化の波がある」「あまり変化はない」の中から回答を求めた。

2) 幼児期 : ASEBA CBCL 1.5-5 保護者用

Children Behavior Checklist (CBCL) 1.5-5は、対象年齢は1歳6ヶ月から5歳までであり、100項目からなる。症状群尺度として、「情緒反応」(9項目)、「不安/抑うつ」(8項目)、「身体愁訴」(11項目)、「引きこもり」(8項目)、「睡眠の問題」(7項目)、「注意の問題」(5項目)、「攻撃的行動」(19項目)に分類され、その他33項目は「その他の問題」としてまとめられている。いずれも3件法で、得点が高いほど、心理社会的な不適応状態が高いことを意味する。

3) 幼児期 : 緘黙症状以外の評価

かんもくネットで作成された「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成した。学校や職場に関する項目が9項目、家庭や家族に関する項目が5項目、社会的状況に関する項目が6項目で構成される。いずれも「0全くできない」「1わずかにできる」「2ほとんどできる」「3問題なくできる」の4件法で回答し、得点が高いことは生活困難度が低いことを意味する。

4) 学童期 : SMQ-R

幼児期と同じく、緘黙症状の評価にはSMQ-Rを用いた。また緘黙症状の変化についても同様に評価を求めた。

5) 学童期 : ASEBA CBCL 6-18 保護者用

Children Behavior Checklist (CBCL) 6-18は、6歳から18歳を対象とし、ここ6ヶ月間の子どもの問題行動に関する120項目からなる。「不安/抑うつ」(13項目)、「引きこもり/抑うつ」(8項目)、「身体愁訴」(11項目)、「思考の問題」(15項目)、「注意の問題」(10項目)、「規則違反的行動」(17項目)、「攻撃的行動」(18項目)の症状群尺度(103項目)

に分類される。さらに、上位尺度として「不安／抑うつ」、「引きこもり／抑うつ」、「身体愁訴」を内向尺度（32項目）に、「規律違反的行動」と「攻撃的行動」を外向尺度（32項目）に設定している。これらに、「その他の問題」（17項目）が加わった、計120項目で構成される。得点が高いほど、心理社会的な不適応状態が高いことを意味する。

6) 学童期：緘默症状以外の評価

高校生と同じく、かんもくネットで作成された「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成して使用した。

（本人評定）

1) 高校生：SMQ-R

SMQ-RはBergman, Keller, Piacentini, and Bergman (2008) の作成したSMQをかんもくネット（2011）が日本語に翻訳したものである。「A幼稚園や学校」、「B家庭や家族」、「C社会的状況（学校の外）」の3つの状況で構成されており、16項目の質問により発話の状態を測定することができる。「0全くない」「1まれにある」「2よくある」「3いつも」の4件法で回答する。状況ごとの項目数と最大値はA領域6項目18点、B及びC領域は5項目15点で、得点が高いほどよく話せていることを示している。

SMQ-Rは原版では3歳から11歳を対象に標準化が行われており、高校生の年齢については対象としていない。しかし日本では場面緘默の症状を評価する適當な尺度が他にないため、本研究ではSMQ-Rを用いた。

また緘默症状の変化について、「ある時期急激に改善した」「徐々に改善している」「徐々に悪化している」「ある時期急激に悪化した」「改善と悪化の波がある」「あまり変化はない」の中から回答を求めた。

2) 高校生：YSR 11-18 本人用

Youth Self-Report (YSR) は11歳から18歳

までを対象とした自記による120項目からなるメンタルヘルスと問題行動を把握するための質問紙である。質問紙の構成は「不安／抑うつ」（13項目）、「引きこもり／抑うつ」（8項目）、「身体愁訴」（10項目）、「社会性の問題」（11項目）、「思考の問題」（12項目）、「注意の問題」（9項目）、「規則違反的行動」（15項目）、「攻撃的行動」（17項目）の症状群尺度（95項目）に分類されている。さらに、上位尺度として「不安／抑うつ」、「引きこもり／抑うつ」、「身体愁訴」を内向尺度（31項目）に、「規律違反的行動」と「攻撃的行動」を外向尺度（32項目）に設定している。これらに、「その他の問題」（10項目）が加わった、計120項目となる。3件法で回答し、得点が高いほど、心理社会的な不適応状態が高いことを意味する。

3) 高校生：緘默症状以外の評価

かんもくネットで作成された「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成した。学校や職場に関する項目が9項目、家庭や家族に関する項目が5項目、社会的状況に関する項目が6項目で構成される。いずれも「0全くできない」「1わずかにできる」「2ほとんどできる」「3問題なくできる」の4件法で回答し、得点が高いことは生活困難度が低いことを意味する。

4) 青年・成人期：SMQ-R（修正版）

日本では、青年・成人期の場面緘默当事者の緘默症状を評価する標準化された尺度が存在しない。本研究では、1) で述べたSMQ（幼児期・児童期の場面緘默を対象とした調査票）を青年・成人期の場面緘默当事者向けに使用できるように、各項目の文言を年齢によりふさわしい表現に修正したものを用いた（例「幼稚園や学校」→「学校や職場」）。また、保護者からの聴き取りではなく、本人が自己評価して記入する方法とした。項目数及び得点についてはSMQ-Rと同じである。

また高校生同様、緘黙症状の変化について「ある時期急激に改善した」「徐々に改善している」「徐々に悪化している」「ある時期急激に悪化した」「改善と悪化の波がある」「あまり変化はしていない」の中から回答を求めた。

5) 青年・成人期 : ASEBA ASR 18-59 本人用

Adult Self-Report (ASR) は18歳から59歳までを対象とした自記による116項目からなるメンタルヘルスと問題行動を把握するための質問紙である。「不安／抑うつ」(18項目)、「引きこもり」(9項目)、「身体愁訴」(12項目)、「思考の問題」(10項目)、「注意の問題」(15項目)、「攻撃性」(14項目)、「反社会性」(11項目)、「侵入性」(6項目)の8領域の症状群尺度の下位尺度からなる。さらに、上位尺度として「不安／抑うつ」、「引きこもり／抑うつ」、「身体愁訴」を内向尺度(39項目)に、「攻撃性」、「反社会性」、「侵入性」を外向尺度(31項目)に設定している。これらに、「その他の問題」(21項目)が加わった、計116項目となる。3件法で回答し、得点が高いほど、心理社会的な不適応状態が高いことを意味する。

6) 青年・成人期 : 緘黙症状以外の評価

高校生と同じく、かんもくネットで作成された「学校での行動表出チェックリスト」を参考に20項目からなる調査票を作成して使用した。

(倫理面への配慮)

研究計画は弘前大学大学院医学研究科倫理委員会に提出し、その承認後に研究を行った。

(承認番号2020-008) 調査の依頼状には、調査への参加は任意であること、不参加によって不利益を生じないこと、回答の返送によって調査に同意したとみなすこと、調査を途中で中止できること、調査による直接的な利益はないことを記した。

C. 研究結果

1) 年代別の場面緘黙症の重症度分布

Table 1は場面緘黙の重症度を、A～Cの各領域ごとの平均値により年齢群ごとに示したものである。高校生及び青年・成人期については人数が少ないため1つのグループとして示した。

「C 社会的状況」を除き、中学生がもっとも低い傾向が見られた。また「A 園や学校」は幼児から中学生にかけて低下するが、高校生以降では数値が高くなる傾向が見られた。「C 社会的状況」についても、高校生以降では高い傾向であった。反対に「B 家庭や家族」は年齢が上がると下がる傾向が見られた。

Table 1 場面緘黙の重症度

	幼児 n=12	小学生 n=61	中学生 n=25	高校生以降 n=35
A 園や学校 (学校や職場)	0.64	0.51	0.27	1.20
B 家庭や家族	1.78	1.81	1.51	1.46
C 社会的状況	0.27	0.52	0.47	0.97
合計	0.88	0.92	0.72	1.21

Table 2は緘黙症状の変化について、それぞれの項目に該当する者の人数を示したものである。「ある時期急激に改善した」及び「徐々に改善している」を「改善傾向」、「ある時期急激に悪化した」及び「徐々に悪化している」を「悪化傾向」としてまとめた。ただし複数の項目に該当すると回答した者がいたため、合計は100%とはならない。

この表から、いずれの年齢群においても「改善傾向」に該当する者が多い傾向が見られたことが分かる。「改善傾向」であった者は高校生以降が最も多かった。一方「悪化傾向」の者も20%以上存在し、中学生では約半数を占めたことが分かる。

Table 2 緘黙症状の変化（人数と割合）

	幼児 n=12	小学生 n=61	中学生 n=25	高校生以降 n=35
改善傾向	7 (58.3)	34 (55.7)	13 (52.0)	27 (77.1)
悪化傾向	3 (25.0)	13 (21.3)	12 (48.0)	9 (25.7)
改善と悪化の 波がある	3 (25.0)	9 (14.8)	2 (8.0)	9 (25.7)
あまり変化は していない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (17.1)

2) 具体的な生活の困難さ

Table 3～6は各年代別のCBCL、YSR 11-18、及びASRの結果をそれぞれ定型発達児者の標準値データ（船曳・村井, 2015, 2017a, 2017b, 2017c）と比較したものである。CBCL 11.5-5及びYSR 11-18については、対象者の数が少ないとため男女を分けずに示した。またASRについては男性は対象者が3名のみだったため、Table 6における男性のデータは平均値ではなく個人別の数値を示した。

これらの結果から、いずれの年齢群においても「全問題尺度」の得点の平均は標準値データの平均値より1標準偏差以上高いことが分かる。特にYSR及びASDの女性36-59においては、全問題尺度の平均は標準値データよりも2SD高かった。

内向尺度については、幼児から高校生までについては、得点の平均は標準値データの平均値より2標準偏差以上高く、ASRについても2標準偏差程度高いことが分かる。外向尺度についても標準値データの平均値よりは高いものの、1標準偏差の範囲内であった。

Table 4 CBCL 6-18の結果：平均 (SD)

	SM			標準値		
	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度
男児 6-11 (n=18)	11.78 (6.79)	6.72 (8.09)	30.67 (24.34)	2.77 (3.69)	3.48 (4.47)	13.68 (13.27)
男児 12-18 (n=13)	17.08 (6.80)	3.77 (2.83)	32.23 (15.93)	2.44 (4.29)	2.38 (4.50)	9.97 (13.26)
女児 6-11 (n=42)	13.86 (8.34)	5.36 (6.30)	31.12 (18.15)	3.19 (5.07)	3.16 (5.27)	12.99 (16.27)
女児 12-18 (n=13)	15.54 (8.39)	3.62 (4.75)	29.31 (19.86)	2.64 (4.52)	2.07 (3.79)	9.17 (12.75)

Table 5 YSR 11-18の結果：平均 (SD)

	SM			標準値		
	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度
全体 (n=5)	24.40 (7.47)	5.40 (6.84)	57.80 (20.75)	4.46 (5.79)	4.01 (5.06)	16.92 (15.13)

Table 6 ASRの結果：平均 (SD)

	SM			標準値		
	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度
女性 18-35 (n=21)	39.38 (13.79)	13.95 (10.46)	87.71 (32.60)	16.4 (12.0)	9.7 (7.8)	42.0 (28.0)
女性 36-59 (n=6)	31.33 (9.85)	12.67 (10.82)	78.83 (25.55)	12.7 (10.0)	6.6 (6.5)	31.2 (23.5)
男性 20代	30	17	78	12.8 (12.3)	9.3 (9.3)	36.7 (32.1)
男性 40代	13	0	29	11.2	6.7	29.6
男性 50代	23	18	74	(10.1)	(7.0)	(25.7)

Table 3 CBCL 1.5-5の結果：平均 (SD)

	SM			標準値		
	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度	内向 尺度	外向 尺度	全問題 尺度
全体 (n=12)	15.17 (8.53)	9.92 (7.05)	40.00 (24.21)	3.62 (4.63)	5.84 (6.08)	15.56 (14.97)

Table 7は緘黙症状以外の行動の問題について、年齢群ごとに得点の平均値を示したものである。学校や職場に関する9項目、家庭や家族に関する5項目、及び社会的状況に関する6項目について、「0全くできない」～「3問題なくできる」の4件法で回答するもので、得点が高いほど

困難度が低いことを意味している。

この表から、話すこと以外の様々な動作についても困難を示す項目があることが分かる。学校・職場では「⑤注目される状況で、動作を行う」「⑥休憩時間に、移動する、好きなことをするなどの動作を行う」の得点がいずれの年齢群においても低い傾向が見られた。また家庭内においても、「⑩家庭内で、荷物の受け取りや来訪者への対応などを行う」「⑪家庭内で、家族以外に電話をしたり、電話に出たりする」はいずれの年齢群においても低い傾向が見られた。また、「⑯通勤・通学以外で外出する（外出先で移動する）」や「⑰外出先で、食事をとる」のように年齢が上がるにつれて困難度が増加する項目も存在した。

D. 考察

当事者団体である言の葉の会、研究協力者に相談にきた方及びSNSを通じて研究協力に同意していただいた方260名を対象に質問紙調査を実施し、場面緘默症における各年代別の重症度、生活の困難感を明らかにした。

緘默症状については、年代ごとに症状が異なっている傾向が明らかになった。SMQ-Rの得点では「A 園や学校」は幼児から中学生にかけて低下するが、高校生以降では数値が高くなる傾向が見られた。また症状の変化については、全体では「改善傾向」に該当する者が多い一方で、中学生では「悪化傾向」の者も半数程度存在した。このことから、本研究で対象とした場面緘默児者の中では、中学生の緘默症状が比較的重

Table 7 緘默症状以外の評価

	幼児	小学生	中学生	高校以降
①学校(職場：以下同)に行く・帰る	2.50	2.51	2.48	2.49
②学校内を移動	2.50	2.57	2.68	2.20
③授業中に動作	2.25	2.49	2.36	2.43
④着替えや動作	1.83	2.30	2.12	2.06
⑤注目される状況で動作	1.33	1.48	1.52	1.74
⑥休み時間に動作	1.92	1.85	1.80	1.94

⑦意思表示で非言語コミュニケーション	1.67	1.93	2.04	2.17
⑧学校でトイレ	2.08	2.51	2.52	2.37
⑨学校で食事	2.08	2.61	2.52	2.11
⑩荷物の受け取り	1.00	0.90	0.96	1.66
⑪家族以外に電話	0.73	0.90	0.44	1.17
⑫家でトイレ	2.50	2.93	3.00	2.91
⑬家族で食事	3.00	2.98	3.00	2.91
⑭日常生活に必要な動作	2.83	2.85	2.96	2.77
⑮外出先で移動	2.92	2.57	2.72	2.34
⑯外出先で人と関わらない動作	2.83	2.26	2.48	2.46
⑰外出先で人と関わる動作	0.92	1.02	1.44	1.69
⑱外出先で非言語コミュニケーション	0.83	1.54	1.64	2.09
⑲外出先でトイレ	1.92	2.56	2.76	2.51
⑳外出先で食事	2.67	2.69	2.68	2.11

い傾向が見られたと言える。この理由として、幼稚期や小学生で改善傾向を示す比較的軽少な者は中学校入学以前に緘默症状が改善する一方で、緘默症状が比較的重い者が中学生まで残る可能性が考えられる。本研究では横断的手法による調査であったが、今後は縦断的調査により個人内の変化を明らかにすることが求められる。

生活の困難さについては、いずれの年齢群においても「全問題尺度」及び「内向尺度」において困難度が高い傾向が明らかになった。特に「内向尺度」については、ほぼ全ての年齢群で得点の平均が標準値データの平均値より2標準偏差以上高かった。内向尺度は「不安／抑うつ」、「引きこもり／抑うつ」、「身体愁訴」の項目で構成される。場面緘默当事者の多くは緘默症状以外にこれらの点で大きな困難を抱えている可能性があることが明らかになった。場面緘默当事者への支援にあたっては、支援ニーズが緘默症状のみではないことに留意する必要性が指摘できる。

日常生活における具体的な困難の内容については、まず学校・職場における「⑤注目される状況で、動作を行う」「⑥休憩時間に、移動する、好きなことをするなどの動作を行う」と

といった行動はいずれの年齢群においても見られた。また社会的状況だけでなく、「⑩家庭内で、荷物の受け取りや来訪者への対応などを行う」「⑪家庭内で、家族以外に電話をしたり、電話に出たりする」のように家庭内においても困難な行動が見られることが明らかになった。さらに年代ごとの困難の違いもあり、「⑯通勤・通学以外で外出する（外出先で移動する）」や「⑰外出先で、食事をとる」のように年齢が上がるにつれて困難度が増加するものも存在した。

以上のことから、各年代における生活困難感には差があり、それぞれのニーズに応じた支援体制の整備を進めていく必要性を裏付ける結果となった。

今後、収集したデータについてはさらに検討を進める余地があると思われる。例えば、場面緘默症の中でも生活の困難さに対して、関連が強いものを詳細に把握するなどであり、それによって具体的かつ実態に即した支援マニュアルの作成につながると考える。このような検討によって、支援マニュアル及び支援ツールの開発に際し、重要な知見を得られることが期待される。

E. 結論

場面緘默症の各年代における重症度や生活困難感の分布が明らかとなり、各年代において場面緘默症と生活の困難さの問題との関連が認められたため、各年代の生活の困難さを具体的に把握し、支援体制を整備することは重要であると言える。

F. 研究発表

1. 論文発表

高木潤野 (2021) 青年期・成人期の場面緘默当事者に対するエクスポートージャーと心理教育を用いた治療的介入の効果. 特殊教育学研究, 58(4), 207-218.

2. 学会発表

久田信行・加藤哲文・高木潤野 (2019) 40 わが国における場面緘默研究の現在と今後の方向を考えるIV（シンポジウム）. 日本特殊教育学会第57回大会.

高木潤野 (2020) 不安階層表を用いたエクスポートージャーにより顕著な症状の改善を示した青年期の場面緘默の事例. 第45回日本コミュニケーション障害学会学術講演会.

高木潤野他 (2020) 場面緘默児の緘默症状と家庭での発話の状況 200名の場面緘默児を対象にした実態調査の結果から（ポスター発表）. 日本特殊教育学会第58回大会.

高木潤野 (2020) わが国における場面緘默研究の現在と今後の方向を考えるIV（シンポジウム）. 日本特殊教育学会第58回大会.

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

資料

場面緘默のある方への支援について

2021年5月作成

高木潤野（長野大学社会福祉学部）

| 場面緘默（選択性緘默）とは

1. 障害の概要

場面緘默は、家庭など安心できる環境では話すことができるにも関わらず、学校や職場などの社会的状況で話せなくなってしまうという状態です。DSM-5における診断基準は下記の通りです。なお、家では話すことができる方が多いですが、人によっては家族の中にも話せない相手がいたり、家族の方が話しづらいこともあります。

DSM-5における選択性緘默（Selective Mutism）の診断基準

- A. 他の状況で話しているにもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会的状況（例：学校）において、話すことが一貫してできない。
- B. その障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨げている。
- C. その障害の持続期間は、少なくとも1ヶ月（学校の最初の1ヶ月だけに限定されない）である。
- D. 話すことができないことは、その社会的状況で要求されている話し言葉の知識、または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない。
- E. その障害は、コミュニケーション症（例：小児期発症流暢症）ではうまく説明されず、また自閉スペクトラム症、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

※選択性緘默：“Selective Mutism”の誤語で、場面緘默と同じものを指しています。

【発症年齢と有病率】

場面緘默の発症は幼児期の2～5歳頃が多いと考えられていますが、小学生や中学生になってから症状が現れる人もいます。発症の時期は入園や入学の時点には限らず、学年や年度の途中から症状が現れることもあります。また転校や強い叱責などの環境因子がきっかけとなることがあります、そういった特定のきっかけがないこともあります。

場面緘默の有病率は研究によって大きな開きがあり、最近の研究では0.02～1.89%であったと報告されています。近年わが国で行われた小学生約14万7千人を対象とした大規模な調査では有病率0.21%という数値が報告されていますので、大まかに言って1,000人から数百人に1人く

らいと捉えておくとよいでしょう。つまり場面緘默は決して稀な障害ではなく、小学校に1人くらいはいる可能性があると考えておく必要があります。

【緘默症状以外の問題】

場面緘默の症状の中心は社会的状況における「緘默症状(話せなくなってしまうこと)」ですが、場面緘默のある人のほとんどはそれ以外の様々な行動の抑制や生活上の困難を抱えています。

緘默症状以外の行動の抑制としては、園や学校等で「食事ができない」「排泄ができない」「書字や描画ができない」「着替えができない」「運動ができない」などの訴えがある人は少なくありません。また近年の研究では、不登校(園)になってしまう子も多いことが明らかになっています(高木他の調査による:未発表)。青年期以降の場面緘默当事者については十分な研究が行われていませんが、抑うつや他の不安症の併存などの二次的な問題を併せ持つ方は少なくないと考えられます。

緘默症状だけでなく、このような行動の抑制や生活上の困難についても併せて理解していくことが求められます。

2. 緘默症状の背景にある原因として考えられていること

場面緘默は単一の原因があつて発症するのではなく、もともとの本人の持っている要素と、環境因子との相互作用によって症状が発現すると考えられています。

【本人側の要因】

本人側の要因として、不安や緊張を感じやすいという抑制的気質が多くの場面緘默のある人に共通すると言われています。また社交不安や分離不安のような不安症を併存している人も少なくありません。

それ以外の要因として、ASD(自閉スペクトラム症)が背景にあることもあります。ASDがどのくらいの場面緘默のある人に併存しているかについては先行研究によって違いがありますが、近年の研究では対象とした場面緘默児者の63%にASDの併存があったとするものもあります。この割合は学校や保育園、医療機関など場面緘默のある人と出会う場面によっても大きな違いがあることが予想されますが、場面緘默の背景にASDがある可能性は考慮しておく必要があるでしょう。

その他の要因としては言語・コミュニケーション能力の問題(ことばの発達の遅れなど)や言語障害(吃音や構音障害など)、知的障害なども影響します。また感覚の過敏を併せ持つ人も少なくありません。

【環境側の要因】

緘默症状(社会的状況で話せなくなること)は、個人の中だけで起きている問題ではありません。「話す」という行為には必ず相手が伴います。場面緘默のある人は家庭など安心できる環境では話すことができると先に述べましたが、これは場面緘默のある人を「話せなくさせてしまう社会的状況」の影響が大きいことを意味しています。

緘默症状の発現に影響する環境因子として最も重要なものは「人」です。学校なら教師や他のクラスメイト、職場なら同僚や上司、仕事相手などの存在そのものがまずは考えられるでしょう。特に「あの子は話さない子」と周りが思っているような状況では、場面緘默のある人は余計に話

しづらくなってしまいます。従って、本人にとって安心して話しやすい環境を整えることが重要です。

緘默症や関連する問題に影響するその他の環境因子としては、「作業量や作業内容の負荷」、「環境の刺激（音や情報、臭いなど）」、「見通しの持ちづらい状況」、「教師などの態度」、「話さなくて済んでしまう状況」などが考えられます。

「話さなくて済んでしまう状況」とは、周りの支援や配慮がなされすぎているなど、本人が声を出さなくても生活できる環境が整いすぎてしまうことを指します。本人のニーズに応じた支援や配慮を整えることが大切ですが、年齢やライフステージに応じて、話すことが必要な状況を作っていく方がよいケースもあります。

3. 制度上の位置づけ

発達障害者支援法では場面緘默は「発達障害」の一つに位置づけられています。従って青年・成人期の場面緘默当事者への支援は、他の発達障害と同様に発達障害者支援法の枠組みで行っていくことができます。

学校教育（特別支援教育）では「情緒障害」に位置づけられています。特別支援学級は「自閉症・情緒障害」の対象、通級による指導は「情緒障害」の対象として支援・指導を受けることができます。また「言語障害」を対象とする通級（ことばの教室）で指導を受けることもできます。

場面緘默はその障害の特性から知能検査などの心理アセスメントを実施することが困難なケースも少なくありません。自治体によっては、特別支援学級や通級の利用の判定にあたって知能検査や発達検査の情報を求めることがあります、これらの情報は本来必須のものではありません。本人のニーズに迅速に応えられるように、必要な資源を活用していくことが必要です。

また本人のニーズに応じて、学校や職場などで合理的配慮を提供していくことも求められます。必要な合理的配慮の内容は障害から自動的に導き出されるものではなく、本人との対話による合意形成が不可欠です。また上記の通り場面緘默からくる生活上の困難は「話せないこと」に限定される訳ではありません。本人の意思を丁寧に汲み取りながら、必要かつ有効な合理的配慮を提供するように心がけましょう。

II 基本的な対応の考え方と方法

1. 「様子を見ましょう」はダメ

場面緘默のある人はほとんどが、その症状や関連する問題で困っています。園や学校、関係機関等に相談があった時点で本人や保護者は大きな困難を抱えていることが想定されます。特に医療機関の受診に至るケースでは、日常生活においても非常に大きな困難を抱えていると考えてよいでしょう。従って、明らかに支援ニーズや必要性がない場合を除いては、「様子を見ましょう」「困ったらきてください」といった対応はとるべきではありません。

場面緘默は「子どもの病気」ではありません。成長に伴って症状が改善・解消していく人もい

ますが、適切な対応が得られずに緘黙症状のあるまま成人になってしまう当事者の方もいます。また緘黙症状自体は軽減していっても、人前で話すことの苦しさや関連する問題が強く残っている方もあります。早期からの積極的な対応が不可欠です。

もちろん低年齢の子でしばらくはその子が成長するのを待つのがよいこともあるでしょう。そのような場合でも、どのような面での変化が期待できるかなどの見通しを示した上で、次の面談がいつになるかを明確にしておくようにしましょう。

2. 困っていることも必要な支援も人それぞれ

場面緘黙のある人の抱えている問題や困っていることは人それぞれです。年代によってもニーズが大きく異なりますが、同じくらいの年齢でも実態や支援ニーズは様々です。まずは本人や保護者から丁寧な聴き取りを行い、実態をよく把握しましょう。

場面緘黙当事者のニーズは、大きく分けて「緘黙症状に関する」と「緘黙症状以外の問題」に分けることができます。緘黙症状の改善自体が主訴である場合には、具体的な計画を立てて話せる相手や場面を増やしていくようにしましょう。

緘黙症状以外の問題は多岐にわたります。幼児期や学齢期では不登校（園）や心身の問題を抱えている子は少なくありません。もう少し年齢が上がると友人関係や進学の問題もよく聞かれます。青年期以降は、就職や資格取得、職場内の問題、精神疾患など当事者の持つニーズは非常に多様になります。まずは解決すべき問題は何か、というところから丁寧に検討していく必要があります。

3. 本人の意思を重視する

場面緘黙のある人のアセスメントにおいて最も重視すべき情報は、「本人の意思」だと言ってよいでしょう。場面緘黙は社会的状況における「緘黙症状（話せなくなること）」を主たる症状としていますが、あくまで対人的な場面で話せなくなってしまうだけで、明確な意思や思いは持っています。支援者はそれを時間をかけて丁寧に聴き取ることが必要です。

場面緘黙のある人とのコミュニケーションについて

<支援者側のコミュニケーションの態度が重要>

場面緘黙のある人とコミュニケーションをとることは、決して不可能なことではありません。他の障害のある人や、そうでない人と同じように、本人の思いを丁寧に聴き取っていかなければなりません。ただし、場面緘黙のある人は人前で話せなくなってしまうという症状があるので、多くの場合は支援者の前でも声が出せなくなってしまったり、その他の意思表示も難しくなってしまうでしょう。

そこで支援者がまず心がけるべきことは、「時間かける」ことです。ただ長い時間かけて行うという意味ではなく、緘黙症状やその他の困難を抱える当事者にしっかりと向き合って、丁寧にその人の思いを聴き取っていくという支援者の態度が必要だということです。場面

緘默のある人は社会的状況において声が出せなくなってしまっているだけですので、支援者がその方法さえ工夫すれば、思いを聴き取っていくことが可能です。

<質問の仕方>

場面緘默のある人が話せなくなってしまう場面の一つに、「曖昧な状況」があります。質問に答えるときでも、質問の内容が曖昧だったり漠然としていたりすると答えづらいという場面緘默当事者の方は多いです。

ですので質問の仕方を工夫して、答えやすい聞き方をするように心がけましょう。例えば「今日はどうして来たのですか？」よりも「お困りのことは何ですか？」の方が応えやすいでしょう。さらに具体的に、「学校（職場）で最近困っていることは何ですか？」の方が質問の範囲が狭まるので答えやすくなります。

<コミュニケーションの手段>

どのようなコミュニケーションの手段が使いやすいかは人によって様々です。その人の使いやすい手段を使うというのがお勧めです。ですので、面談の際にはまずどのような手段でコミュニケーションをとったらよいかを確認するのもよいでしょう。

筆談がいいという人は多いですが、筆談に使う道具も色々なものがあります。手書きの筆談の場合はメモ帳やホワイトボード、電子メモパッドなどがありますが、どれが使いやすいかは人それぞれです。大人の方でしたらスマホを活用している人は多いです。また対面での筆談はできなくても、メールや手紙等を活用した時間差のある筆談ができるという方もいます。

<保護者等を介してのコミュニケーション>

子どもや症状の重い方の場合、保護者等に連れられて来談することが多いと思います。本人から直接聴き取りが難しい場合は、保護者等を介してコミュニケーションをとることができます。面談中に本人に対して質問をして、その後一時的に支援者は退室するという方法をとれば、退室中に保護者と会話ができるという当事者の方もいます。

ただし保護者等を介してコミュニケーションをする場合には、得られた情報が本人の意思であることをしっかりと確認するようにしましょう。

4. 安心して力が発揮できる環境を整える

抱えている問題や困っていることは人それぞれですが、ほとんどの場面緘默のケースで共通する対応があります。それが「安心できる環境」「力が発揮できる環境」を整えることです。

場面緘默のある人は、家などの安心できる環境では話したり、力を発揮したりすることができます。ですので「トレーニングにより力を身につける」という発想よりも前に、まずは「もともとできていることが他の環境でも安心してできるようになること」を目指すことが大切です。

ただしどのように環境を整えたらよいかはやはりその人の置かれている状況によって異なります。「見通しを持ちやすくする」「刺激（聴覚や触覚、嗅覚など）を減らす」「負担（課題の質や量など）を減らす」「手助けを増やす」「ゴールや要求する水準を低くする」「状況を分かりやすく再構成する」「特別支援学級や教育支援センター（適応指導教室）を活用する」「学校を休む」などの方法が考えられます。生活環境を含めたアセスメント（生態学的アセスメント）を丁寧に行い、個々に応じた具体的な対応を行いましょう。

5. 緘黙症状は改善させることができる

近年の研究で、場面緘黙の症状は適切な対応により改善させることができることが明らかになっています。子どもだけでなく、成人後の場面緘黙当事者であっても本人と協力して計画を立てて練習に取り組んでいくことで、緘黙症状は改善させることができます。

「話さなくても困らない」ための工夫だけでなく、「安心して話せるようになる」ための支援にも積極的に取り組んでください。

III ライフステージごとの主な特徴と対応

1. 就園前

場面緘黙の発症は幼児期に多いことが知られています。幼児期のある時期に緘黙症状が急に現れるということもありますが、多くの場合はそれ以前から行動の抑制や対人的な緊張などの状態が見られていると考えられます。乳幼児健診等で緘黙症状の兆候が認められた場合は、園や家庭と連携をしながら、緘黙症状の発症を予防することを心がけましょう。

具体的には、入園時の大変な環境の変化による本人への過剰な負担を避けるために時間をかけて慣らし保育を行うことや、安心して園で過ごすことができるような環境作りが大切です。

2. 幼児期

幼児期の園での対応として最も重要なのは環境の調整です。場面緘黙の症状が比較的検証で、「話せる場面」や「話せる相手」もある場合には、話せない場面を無理に設定して話せるようになる練習をさせるよりも、安心して話せる場面を多く作っていく方がよいでしょう。

また送り迎えのときなどには保護者と話すことができているようなら、園の建物や敷地内、駐車場などで保護者と話す機会を作るようしましょう。園という「場所」で話した経験を多く積むことで、園という場所を「話せる場所」にしていくことができるかもしれません。

場面緘黙の子どもの場合、幼児期でも登園渋りが見られることは少なくありません。また園では何ごともなく過ごしているようでも、家では反動でかんしゃくがひどかったり、夜泣きなどの行動の問題が顕在化していることもあります。園での本人にとって過剰な負担となっている場合は、園と保護者とで相談よくし、「時間を短くする」「お昼寝前に帰る」「給食前に帰る」など具体的に負担を減らしていくことも検討しましょう。

4歳であっても多くの子が緘黙症状を自覚できていると考えられます。また他者の心の状態が分かるようになるにつれて、「みんなは自分のことを『話さない子』だと思っている」というような認知もできるようになります。状態に応じて、話せなくなってしまうことについて保護者が本人と話題にしてみてもよいでしょう。

年長の学年になったら小学校との連携を確実に行っていくことが大切です。本人に「話せるようになりたい」という思いがある場合は、丁寧な移行支援を行うことによって話せる状態で小学

校生活を開始できることも期待できます。保護者と本人が小学校に見学や体験に行く機会を在園中から作っていき、小学校の建物や敷地を「話せる場所」にすることを目指しましょう。その場合、はじめから園や小学校の先生が同席するよりも、まずは保護者と本人だけで行う方が、本人にとっては話しやすいので効果的です。

園・学校以外の専門機関に幼児期の場面緘默の子の相談があった場合、基本的にはその機関だけで対応をするのではなく、園・学校との連携をすることが必要です。園や進学先の学校に出向き、具体的な環境調整や話せるようになるための練習についての助言などを行うようにしましょう。

3. 学齢期(小学校～高校)

学齢期は授業や学校生活などで話すことが必要な場面が多くなります。それまで目立たなかつた場合でも場面緘默の症状が顕在化しやすいと考えられます。また友だち同士の関係など人間関係が変化していく時期です。場面緘默の子どもたちが悩みを抱えやすく、孤立化しやすい時期であります。

その一方で多動や他害などの行動が少ない場面緘默の子どもたちは教師からすると手がかからない子のため、支援が後回しにされてしまったり、対応の必要性が大人から認識されづらかたりします。授業や普段の学校生活で困ること、支援や配慮が必要なことがあれば、躊躇なく特別支援学級や通級による指導の活用を検討しましょう。

普段の学校生活で緘默症状による困難が生じやすいのは、音読や発表などの機会と、休み時間などに友だちと遊ぶときです。本人がどのような場面でどのような支援や配慮を必要としているかをまずはよく把握するようにしましょう。

ただしどのような支援や配慮が必要かは人によって異なります。例えば「音読」の場合、当てないで飛ばす方がよいのか、隣の人や先生と一緒に読むのがよいのか、読めるまで待ってあげた方がよいのか、などは人によって違います。意思決定の際には本人の意思をよく聴き取り、本人も納得した上で選択や決定ができるように保護者や教師は心がける必要があります。

また「話すこと」だけでなく体育や音楽などの活動でも困難さが生じる子は少なくありません。運動会や音楽会のような行事を苦手としている子もいます。必要に応じて、緘默症状だけでなく行動の抑制や感覚の過敏等にも配慮した対応を検討しましょう。

場面緘默の症状は適切な対応により改善させていくことができます。どのような方法が有効かは子どもによって異なりますが、「緘默症状を改善させる」という視点をもち、本人や保護者と学校、必要に応じて専門機関とが適切に連携し、計画を立てることが大切です。話せるようになるための練習では、放課後に個別的な対応を行う、特別支援学級や相談室などの場所を活用する、タブレットやスマホ、IC レコーダーといった機器を活用する、夏休み等の長期休業中に練習する、など様々な方法があります。目標や指導内容・方法を個別の指導計画に明確に位置づけ、練習を行っていくようにしましょう。

話せるようになるための練習は、担任などの対応が可能であれば通常の学級でも行うことができますが、ある程度長期間にわたって個別的な対応が必要になるケースが多いと考えられます。このため特別支援学級や通級による指導を積極的に活用することが有効です。学校教育では、障

害による学習上・生活上の困難を改善・克服するための指導を「自立活動」という領域として設定しています。話せるようになるための練習も自立活動の指導として計画を立てて行っていきましょう。

小学校への入学と同じように、中学校や高校への進学による環境の変化も緘黙症状が改善するきっかけになるケースが多いです。中学校や高校への進学の場合、本人自身ともよく相談をしながら話せるようになるための準備を進めましょう。「これまでの自分を知っている人がいると話せない」という場合は、進学先の学校を慎重に選びましょう。高校進学時には離れたところにある高校を選んで話せるようになったという子もいます。実際にいくつか学校に見学や体験に行き、進学先の学校の担当者と相談してみるとよいでしょう。

公立の中学校の場合でも、学区外の学校を選択することは可能です。公立学校への進学は自治体が細かいルールを定めていますので、市町村の教育委員会と相談することも有効です。

進学と同様に転校も緘黙症状の改善に効果がある場合があります。この場合は事前によく計画を立て、見学や体験を十分に行った上で、転校することによって緘黙症状が改善できることを確認してから実行するようにするとよいでしょう。

場面緘黙の子どもの中には不登校になってしまう子も少なくないことが分かってきました。学校に行けない・教室に入れないといった状態になってしまった理由は人それぞれですが、場面緘黙の子たちの中には強い社交不安や対人的な恐怖、分離不安などを抱えている子もいます。こういった特性が背景にあって学校に行けない状態になっている場合は、学校に行けるように働きかけることが逆効果になってしまこともあります。学校から見ると、単年度や在学期間中という期限の中で考えて「学校復帰」を目指してしまいがちですが、本人の意向を尊重しながら、より長期的な視点に立って対応を検討していくことが不可欠です。このためスクールソーシャルワーカーなど学校以外の関係者とも連携しながら、継続的な支援を行っていくことが求められます。

医療機関や専門機関で場面緘黙症状のある子どもに対応する場合、まずは学校との連携が不可欠です。場面緘黙の症状の多くは学校で生じているため、学校での詳しい状況が分からなければ適切な対応を考えることができません。また環境の調整や話す練習を行う場合も学校の協力が必要になります。保護者等を通じて学校との連携を進めましょう。

心理療法等でカウンセラーや医師と話せるようになることを目指すこともできますが、「カウンセラーと話せるようになること」ではなく、その子が「普段生活している環境の中で緘黙症状が改善すること」を目指して行われる必要があります。本人のニーズを的確に把握し、主訴となっている問題を解消できるように計画を立てましょう。

4. 青年期以降

青年期以降まで緘黙症状が残っている方の場合、すでにかなり症状が長期間にわたっていることがほとんどです。またもともとあった場面緘黙の症状自体はある程度軽減してきたものの、社交不安等の関連する問題や学校生活等の経験からくる社会的な不適応が顕在化している場合もあります。それぞれの置かれている状況やニーズも多様になっていますので、まずは時間をかけて丁寧な聞き取りを行い、ニーズを把握するようにしましょう。

大人の当事者で自らの意思で来談した場合には、すでに何らかの形で支援者とコミュニケーション

ヨンをとることができているはずです。メモ帳やスマホによる筆談、メールやSNSの活用などにより、本人のニーズを聞き取っていくことができると思います。

その際、本人にとって安心してコミュニケーションがとりやすい環境を整えることが大事です。どのような環境がよいかは人によりますが、「静かな場所（できれば相談室などの個室）」と「十分な時間（少なくとも60分）」は必須の要件だと言えるでしょう。

緘默症状自体は、青年期以降になってからでも改善させることができます。本人に「話せるようになりたい」という意思がある場合には、本人と一緒に計画を立てて練習に取り組むことができます。一般的に、大人の方が年齢の低い子どもよりも計画を立てたり実行したりするのはしやすくなるため、本人の協力が得られれば緘默症状の改善は比較的容易に進む場合もあります。

人によっては精神障害者保健福祉手帳の取得が有効なこともあります。精神障害者保健福祉手帳の対象は精神障害とされていますが、ここには「発達障害」も含まれていますので場面緘默もその対象となります（ASD等の併存がない場合でも場面緘默だけで「発達障害」の要件は満たしています）。

就労を希望する場合、手帳を取得して障害者雇用で就職する他に、就労移行支援や就労継続支援の利用が有効なケースもあります。一般就労と比べて職場内での援助が受けやすいだけでなく、上記の話す練習に取り組む場合にも協力が得られやすいというメリットがあります。

もちろん職場の理解が得られる場合は一般の企業等に就職することも可能です。就職やアルバイト、ボランティア活動といった人・社会との関わりが緘默症状を改善させる要因となることもあります。普段の何気ないおしゃべりは苦手でも、仕事で必要なコミュニケーションはできるという場面緘默当事者の方もいます。緘默症状があるから就労はできないとは考えずに、本人の実態やニーズ、その時々の状況に応じて検討していくようにしましょう。

【参考資料】場面緘默当事者の方の声

調査に協力してくださった方の回答の中から、当事者による回答を抜粋して紹介します。(一部文言などを修正しています)

【質問】緘默症状や関連する症状(体が動かないこと、非言語コミュニケーションができないこと、など)により困ることと、それに対して「あつたらいい」「してほしい」と思う支援や配慮などがあれば教えてください。

<職場で>

困ること	望まれる支援や配慮
□職場内で、不明な点を聞かなければいけない時など声を発して相手に働きかけなければいけない時に、すごくのどが圧迫される感じになり、声すら出なくて人に聞けずに終わってしまうりする。	□一緒に作業していれば、私の動きをたまに見てもらって、困ったような感じで動きが止まっていたら向こうから「どうしたの?」と聞いてほしい。何か教えてもらうにしても、こちらから聞くことを少なくするために、工程や注意点などをくわしく伝えてほしい!
□相手の指示にすぐ反応できず、質問や返事をする前に相手が去ってしまい、作業が進められなくなったりする。大声を出せないので、遠くの人を呼べなくて不便。わざわざ近くまで寄って話すと不思議に思われる。	□できればゆったりした状態でコミュニケーションをとりたい。話したり大きな声を出すのが苦手だと理解してもらえたうえで、過剰に特別扱いされないと嬉しい。
□分からないことや困っていることがあっても言えない。答えるのに時間がかかる。大きい声が出ない。挨拶や雑談ができないので誤解を与えていないか不安になる。視線が気になってすごくストレスがたまる。	□ある程度経ったら出来たか聞いて欲しい。 □わざと話さないわけじゃないことを分かってほしい。これから改めて質問したり答えたりする機会がほしい。できればなるべく人が少ないところで過ごしたい。
□何々出来たら教えてと言われても、いつ教えたらいいんだろうとか周りの目が気になって言いづらい。	□認識が広まる事。他の手段も教えてくれる事。それでもいいと許してくれる事。認識不足の改善。
□話す事を強制される事。理解されない事。誤解されたままな事。成績にかかわる事。働く場所がない事。	□かんもくの人は、しゃべれないだけで、できる力はあるので、もっと活やくできる仕事場がふえたらいい。
□出来て当たり前みたいな事言われると出来ない自分を責めてしまう。	□責め立てる言い方はやめて欲しい。
□体が動かなくなる。	□体が動かない時は学校の先生や上司の方が声をかけてくださると助かります。

<学校で>

困ること	望まれる支援や配慮
□話せる友達が一人もいなかった。中学校のトイレに一度も行ったことがなかった。休み時間は自主的には動けないので読書さえできず固まっていた。実力が出せない。不眠、無気力。タイミングが難しかったり、複数人相手だと、挨拶もできない時がある。後遺症で話し方や動作が	□話せないことで頭がいっぱい勉強する余裕もなかったので、教室を分けるなど、安心できる環境がほしかった。レッテルを壊すことが怖かったので、小学～中学頃に転校できたなら少しは話せるようになっていたと思う。話したくても話せず、大人になってしまって後遺症で苦しみ続けている人がいることを周知されてほしい。

<p>遅いので「過保護で育った」などと誤解されて蔑まれ、バ力にされたり、嫌がらせなどに合う。</p> <p>□新しいクラスになった時自分から話せないので友だちが出来ない不安が大きい。</p> <p>□クラスのライングループがある。友人がいないためライングループに入っていない。文化祭・体育祭などの連絡をラインですることがあり、グループに入っていない人に連絡が伝わらない。</p>	<p>□小1の時小6の人たちが休み時間に遊ぶ手伝いに来てくれた時は気持ちが楽でした。</p> <p>□連絡事はクラス全員がわかる方法(黒板やプリント)に表示してほしい。</p>
<p>□授業中、意見を求められる。歌やダンス等、皆の中ではなんとかこなせても、1人1人前に出て等で注目を集める時。</p>	<p>□意見は、文章にして提出。発表の際もとく名だと安心。係での仕事は、優しい子とペアで。一人で職員室等へ行くのは怖く苦痛。</p>
<p>□緘動で体育が思うように出来ないこと(理解されない)。</p> <p>□緘動がある時の体育は恐かった。ラジオ体操以外の自分で考えて動くや人に見られてするマット運動など。</p> <p>□体育や音楽など技術系の教課ではできることで評価してもらえない。</p> <p>□緘動で体が動かない(文化祭の準備などでも自ら手伝いに行けない)。体育や音楽の授業では、緘默・緘動で動けず、実力を發揮できない。</p>	<p>□緘動という症状を教師が理解すること。見学を悪とみなしそうないこと。</p> <p>□家庭でできていれば良い。体育や音楽はできなくても人生で困らないので必修でなくてもよい状況。診断があれば免除となる。</p> <p>□やってほしい事をいくつかまとめて指示してくれると動きやすい。</p>
<p>□無理矢理に給食を残ってまでずっと食べさせられること。</p>	<p>□食べたくても集団の中で食べれなくなる子どももいることを知る。</p>
<p>□出席をとる際に、名簿だけを見て、名前を呼ぶ先生がたまにいること。</p> <p>□挨拶ができないため、無視していると思われる(はじめは挨拶してくれていた人も徐々に離れていく)。</p>	<p>□挨拶や返事を強要しない。</p> <p>□アイコンタクトをとってほしい。</p> <p>□先生とメールのやり取りができると、わからない事があるても質問しやすい。</p>
<p>□職員室に入っても呼ぶことができず、先生が気付いてくれない。わからない事があっても質問ができない。出席を取るときに挙手できないため、欠席扱いされかけてしまう事がある。</p> <p>□係の仕事等で1人で質問したり、職員室に届ける時。</p> <p>□先生へ質問しなくてはいけないとき。</p> <p>□大きな声を出すまでというようなことをやる(発表、卒業式)、あいさつ運動があると心苦しくなる。</p>	<p>□先生が大きな声で怒ったり、笑い者にしないでほしい。</p> <p>□弱い者いじめのようなことを教師がしない(一人一人の性格を配慮してほしい)</p> <p>□大きな声を出す=良、声が小さい=悪ということから少しずつ何か考えていく。</p>
<p>□通信高校に通っていますが、スクーリングなどで慣れない場所での教室の移動や移動した教室で自由に席に座る時、席が一杯でどこに座ったらいいか分からない。休み時間にトイレに行っている間に先生がプリントを配つてしまい、プリントをもらっていないことが言えなくて困った。</p>	<p>□誰か支援して一緒に行ってくれると安心する。</p>
<p>□話すのが苦手なので配慮してほしいと大学の教員に依頼すると一切発言の機会がないことがある。</p>	<p>□できるかもしれない、やってみようと思うこともあるので授業の進め方によっては一回聞いてみてほしい。</p>

<その他>

困ること	望まれる支援や配慮
<p>□「場面緘默」について知名度がなく、人見知りと混同されたり、理解が得られなかつたりする。必要なときに声が掛けられなかつたり、質問ができない。</p> <p>□なにも(症状のことを)言わないと、ハンディを有する人間とわかってもらえない。話をしても、「だからって、なんのよ」と理解してもらえない。</p> <p>□「しゃべれるのに、しゃべって」って言われたり、できることができないと思われたりする。</p>	<p>□場面緘默の知名度が上がること(SNSやテレビ、インターネットでの呼びかけ、情報が目に入られやすくなる事)</p> <p>□なにより、場面緘默についての社会的認知が高くなつて欲しい。</p> <p>□緘默症であることを伝えたときにそれを理解してほしい。</p>
<p>□話す事を強要される。理解されていないから説明が難しい。</p>	<p>□話すことを強要しないでほしい 大きな声を出させないでほしい。</p>
<p>□他愛のない雑談の中で、笑う、驚くなど非言語でのリアクションが苦手なため、会話を盛り上げられない、また相手に気を遣わせてしまうと感じる。</p> <p>□顔を合わせずに行う何気ない会話ができず、相手を無視したかのような状況になり気まずい。声を頑張って出しても相手に届いておらず「おはようございます」や「お疲れ様でした」といったあいさつを交わせず、コミュニケーションがとれない。</p> <p>□仕事で必要な会話はできるため「普通の人」に見えるが、飲み会のような所では全く声が出せない。2人での会話はできるが多数は難しい。ただのおとなしい人に思われてしまうが、本当は「怖い」話せないことに劣等感を感じる。たくさんのチャンスを逃している。</p> <p>□プライベートな会話とか振られても首をうんうんとうなづくしかできなかつたり、聞かれたことに対して「〇〇です」と一言答えるだけで精一杯。のどのしめ付けがあるので、自分から話題をふるとかできない。</p>	<p>□特別な配慮は求めないが、普通の会話に苦労する人がいるということがもっと理解されるようになればと思う。</p> <p>□会話が続かなくて変な人と思わないでほしい。極度の緊張で声が出にくいことを考慮した上で会話の練習を一緒にしてもらいたい。</p> <p>□緘默症という症状があることを理解してもらい怖くて話せないと分かってほしい。話さずに居る、ということを不自然に思わないでほしい。</p> <p>□環境に慣れても、本人がOKな人、NGな人がいるので、本人が安心出来る人、理解してくれる人が必要。簡単な質問なら答えられるが、自分の気持ちを答えられない。本人もどう答えてよいかどう感じているか、わからない。</p>

【質問】自治体の福祉課などの窓口や専門機関等に対して希望すること

- ①相談する際などに、コミュニケーションの方法について希望することがあれば教えてください。
- ②相談する際などに、心配なことや不安なことがあれば教えてください。
- ③その他何か要望すること、希望することなどがあれば教えてください。

<①コミュニケーションの方法について>

コミュニケーションの手段・方法について

- うなずき、首振りで答えられる質問をしてほしい。
- 筆談、メモなどを使えるようにしてほしい。
- 筆談、ブギーボード、タブレットを使う事の許可。
- 字を書いたり、ことばを出すことが、きんちょうすることもあるので、例文を指さしたり、カードを使ったりしてできるといい。
- せかさない。書いている時に見ない。
- 指さしで使えるボードがあるとうれしい。
- 問い合わせや相談予約がメールでできると良い。
- メールやLINEなど、言葉を発しない方法で相談できるようにしてほしい。
- メールができるようにしてほしい。
- メールやLINE等、ネット手続きがあれば利用しやすい。
- 窓口へ直接行って話す前に「要件シート」などの紙に、どのような要件で来たのか書いて、それを窓口へ持っていく、というようなシステムにしてほしい。(筆談も)

コミュニケーションの態度について

- 威圧的な態度をやめて欲しい。声が出なくなってしまうから。筆談か、ゆっくり聞き取って欲しい。
- 発話しなくとも相談者が困っていることを伝えられるような工夫をしてほしい。
- いかにも窓口という感じではなく、静かで落ちつける図書館のような空間で相談できるような工夫があればいいなと思います。
- 相手の様子、態度などを深読みして不安になり、必要なことが話せなくなる時もあるので、冷静沈着に淡々と対応してほしい。
- コミュニケーション障害がある被相談者の発言を「待てる」相談者を配置して欲しい。
- 幼稚園で、全くしゃべれず、おどる事も何もできない私を、担任の先生が自宅にまねいてくれました。その時だけ、2人きりで先生とたくさんおしゃべりしました。ゆっくり優しく、安心できる場なら2人でお話できると思います。

<②相談する際に心配なことや不安なこと>

場面緘默についての理解や相談者の力量・態度
<p>□相手が緘默についてちゃんと理解しているかが不安。</p> <p>□相談相手が場面緘默を知っているか不安。</p> <p>□相談員などは場面緘默の知識が少ないことが心配である。</p> <p>□精神科に行ったことがあるが、ネットで調べたことを言われただけで終わった。直せるものでなくどうこの症状とつき合っていくか、なので不安なことを話せる場所が長期的にあれば良いと思う。</p> <p>□障がいが、かんもくだけの人は、もっと働く場があると思うので、かんもくが社会で知つてもらえると良い。</p> <p>□電話。分からることについて聞けない。見た目で大丈夫と判断される。場面緘默について知らない人だらけ。</p> <p>□偏見をもっている人間が少くない。</p>
相談や説明できるか心配
<p>□相談の時に話せなくても大丈夫かどうかや、どんな風に進行するのかをあらかじめサイトなどでチェックすると安心して相談しやすいと思います。それでもかん默のひどかった頃の自分は相談できるか分かりません。</p> <p>□伝えたいことを上手く伝えられるか不安。</p> <p>□自分の事をどう説明したらいいか分からなくて不安。</p> <p>□年齢が20代後半だが、国の福祉制度について知らないことが多い。しかし、窓口の方々が制度を知っている程で話されることがあり、「それはどういったのですか」ときけないのでうまくやりとりができないのでは、と心配。</p> <p>□相談の時に話せなくても大丈夫かどうかや、どんな風に進行するのかをあらかじめサイトなどでチェックすると安心して相談しやすいと思います。それでもかん默のひどかった頃の自分は相談できるか分かりません。</p>
その他
<p>□人に注目されないか心配である。</p> <p>□たくさん人がいたらこまる。ざわざわしないところで話したい。</p> <p>□しゃべれない。〇〇を〇〇へ届けて等の簡単な事もできない。自分はこれから進学し、新しい環境へ行き、社会に出ていけるのか。不安でたまりませんでした。</p> <p>□親の理解がなかったり、貧困などで、助けを求められない子のことがとても心配。小学生でもネット環境などがないで、情報を得たり、相談できる機関が必要だと思う。</p>

<③その他何か要望すること・希望すること>

支援者・支援機関がほしい

- 支援する学校が増えて行き、知識のある先生や保健の先生も。やはり中学までにある程度良くなつていいと、周りを見いててもきびしそうです。一般的にもこんな病気があるのだと広まってほしいです。
- スクールカウンセラーの人数が少ないので、増やしてほしい。場面緘默は学校で問題を起こすことがないので、相談が後回しにされやすい。
- 進学や就職など困ったときに相談できる窓口がほしいです。
- 緘默経験者への就業支援制度があれば良いと思います。
- 成人しても困っている方に対する働き方などをサポートするような制度がほしい。
- 診断された時から1人に1人というようなケアマネ的な存在がほしい。症状が悪化した時や進級・進学など困った時に相談する人がいてほしい。障害者手帳や年金など社会サービスを教えてくれる人がいなかつた。同じ症状の子を持つお母さんに教えてもらったが、しらなければ大変な思いをしたと思う。
- 定期定期に懇談して欲しい。家族以外に安心出来る“人”が必要である。
- 緘默の人向けのコミュニケーションを取るの練習ができる場所がほしい 後遺症?の相談ができる場所がほしい。
- 我が国において、広義のメンタル疾患症状について、国が予算を構じようとしない。カウンセリングにも保険を適用しない。実になげかわしい。
- 精神病院ではただ薬のみで、あまりかわってない感じです。
- 電話予約代行、メールでの相談対応。

世の中の理解、啓発が必要、情報がほしい、その他

- 子供の時に症状が出ていた。目立ちたくなかったので必死で普通にふるまっていた 道とくなどで理解を深めてほしいがその子が目立つようなやり方はせず無理に直そうとしないでほしい。職場でもかん默症の啓発ポスターなどあれば良いと思う。
- 場面緘默の知識を深めてほしい。場面緘默の症状があっても孤立することなく、社会に貢献したい。
- 貧困で17才から無理やり働いていたせいで、社交不安が悪化したので、障害に配慮のある職場が増えてほしい。子供時代の会話や人間関係の経験が圧倒的に不足しているので、大人でも日常会話や人との関わり方などの勉強、練習できる場があればいいなと思う。
- レジとか病院とか、困ったときに音で知らせるような、そういうものがあつたらいい。
- 場面緘默で死を考えている人。表に出ていないだけで死んでしまわれた人もいるだろうと想像するくらいつらい症状なので、なんとか認識と支援が広がる事を願います。

II. 分担研究報告

乳幼児健診での言語に関する障害の
早期発見尺度の検証、併存症の調査研究

斎藤まなぶ

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書

乳幼児健診での言語に関する障害の早期発見尺度の検証、併存症の調査研究

研究分担者 齊藤まなぶ¹

研究協力者 稲垣真澄²、北洋輔³、高柳伸哉⁴、森裕幸⁵

1：弘前大学大学院医学研究科 神経精神医学講座 准教授

2：鳥取県立鳥取療育園 園長

3：一橋大学 森有礼高等教育国際流動化機構 准教授

4：愛知東邦大学 人間健康学部 准教授

5：弘前大学大学院医学研究科 子どものこころの発達研究センター 特任助手

研究要旨

我が国においては、吃音症やトゥレット症、緘黙症などの言語コミュニケーションに困難さを持つ障害は、社会的障壁により、学校場面等の社会生活において生活に困難感を抱えていることが少なくない。これらの障害の有病率や社会生活における具体的な困難さは明らかになっていない。

本分担研究では、1歳半健診、3歳児健診、5歳児健診を通じて、乳幼児期における言語コミュニケーション障害の疫学調査を行い、乳幼児における吃音、チック症の推定有病率、具体的な困難さを調査すること、さらに、発達障害のスクリーニングとして有効な質問項目の抽出、検証を行った。

吃音やチックは月齢19ヶ月でも出現していた。3歳では語彙の少なさよりも、対人的コミュニケーション力が日常生活の困難さに影響を与えることが明らかとなり、コミュニケーションに関わる14項目の新尺度を作成した（感度82.8%、特異度96.8%）。5歳においてCLASPを用いた推定有病率は、吃音で保護者評定では0.7%、教師評定では1.2%で、チックは保護者評定が5.4%、教師評定が6.8%であった。いずれもASDやADHD、DCDは4～5割程度併存していた。吃音症、チック症ともに社会適応に影響があり、発達面・心理面から適切な支援が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

日本の乳幼児健診における顕著な発達障害の有病率は1.6%と低いが、スクリーニングツールの妥当性及び信頼性が検証され、使用できる尺度が増えるとともに発達障害

が社会的に認知されてきたため、一部地域において自閉スペクトラム症（ASD）や注意欠如・多動症（ADHD）、知的発達症（ID）は早期発見、早期介入が可能になってきている。一方で、「顕在化しにくい発達障害」とされる吃音症、トゥレット症、場面緘黙症

においては、それぞれの有病率が1%程度、0.3～0.8%、0.2%と言われているが、吃音症、トウレット症、場面緘默症における乳幼児期の有病率は明らかになっていない。吃音症の4歳での発症率は11.2%であり、12か月後にはその約1割は自然軽快し、幼児期の時点では生活上の影響は少ない(Reilly, 2013)ものの、周囲から吃音の指摘を少しづつ受け始める（伊藤, 1995）。また、トウレット症は有病率が0.3～0.8%と低いものの、他の精神障害（強迫性障害やASD、ADHDなど）との合併が80～90%と高率であることが報告されている。場面緘默症は50%に言語の未熟さ(Kolvin&Fundudis, 1981)に加え、社会的場面やコミュニケーションの利用の困難さを有している（高木, 2016）。「顕在化しにくい発達障害」とされる吃音症、トウレット症、場面緘默症は早期から言語のつまりきがあり、その子どもたちの実態及び生活の困難さも明らかになっていない。そのため、「顕在化しにくい発達障害」において実態及び抱える生活の困難さを明らかにし、早期発見・早期支援の体制を整備する必要性がある。

本分担研究では、乳幼児早期において言語・コミュニケーションに関わる障害について、乳幼児健診を用いたコミュニティ調査を行い、言葉や社会性の発達の遅れの割合、併存症を明らかにするとともに、早期発見尺度の作成及びツール化を目指すことを目的とした。なお、COVID-19感染拡大に伴い、当初の計画は随時実施可能な範囲に変更して実施した。

B. 研究方法

1. 対象者

調査対象は、弘前市における乳幼児健診（1歳6ヶ月児健診、3歳児健診、5歳児健診）参加者とした。

2. 実施時期と調査内容

<1歳6ヶ月児健診>

2020年2月から3月に弘前市1歳6ヶ月児健診に参加した160名の保護者に質問紙を配布し、27名分を回収（回収率13.5%：返信をもって同意）した。COVID-19感染拡大により、2020年4月から乳幼児健診が中止されたため、質問紙調査のみ施行した。

（質問紙調査）

①言語調査（マッカーサー乳幼児言語発達質問紙「語と文法」）日本語版

フェンソンら(Fenson, 1993)の開発したマッカーサーコミュニケーション発達質問紙 (McArthur Communicative Development Inventories) を日本語で標準化したものであり、乳児期から幼児期 の前言語コミュニケーション行動、語彙、文法の発達を評価できる。8～18か月児用の「語と身振り」版と、16～36か月児用の「語と文法」版の2種類がある。今回使用した「語と文法」版は、表出語彙と文法の発達を評価できる。

②吃音・チック調査(CLASP一部改変)

2018年に稻垣らが作成した5～6歳向けの顕在化しにくい発達障害の特性を早期に抽出するチェックリスト (CLASP : Check list of obscure disabilities in preschoolers) から、吃音とチックの9項目を取り出し、以下のように質問項目を改変した。採点はCLASPと同様に5件法（0：まだ話さない、1：全くない、2：ごくまれにある、3：時々ある、4：しばしばある、5：常にある）とし、発語なしの児は0と評定した。

Q1. 初めの音や言葉の部分を何回か繰り返す
(例：「ぼ、ぼ、ぼ、ぼくが」、「おか、おか、おかあさん」など)

- Q2. 初めの音をひきのばす（例：「ぼーーーくがね」）
- Q3. 言いたいことがあるのに、初めの言葉が出づらく、力を込めて話す（時に顔をゆがめることもある）
- Q4. 1～3の話し方の様子が、変動はあるが半年以上継続している
- Q5. 顔面や頭部を繰り返し動かすくせがある（例：まばたき、顔をしかめるなど）
- Q6. 首、肩、胴体を繰り返し動かすくせがある（例：首をふる、肩をすくめるなど）
- Q7. 腕、手、脚または足を繰り返し動かすくせがある（例：繰り返し何かを触る、飛び跳ねるなど）
- Q8. 音を繰り返すくせがある（例：コンコン咳をする、咳払いなど）
- Q9. 声を繰り返すくせがある（例：ハミングのようにフンフン言う、甲高い声など）

③社会性調査 (M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers)

M-CHAT は自閉症のスクリーニングを目的に開発された評価ツールである。23項目の質問にはい、いいえの2件法で答える。重要項目は、以下の10項目とされる。「2. 他児への関心」、「6. 要求の指差し」、「7. 興味の指差し」、「9. 興味あるものを見せに持ってくる」、「13. 模倣」、「14. 呼名反応」、「15. 指差し追従」、「20. 耳の聞こえの問題」、「21. 言語理解」、「22. 社会的参照」。スクリーニング基準である「23項目中3項目不通過」、または、「重要項目10項目中1項目不通過」を社会性の問題ありとした。

④行動調査 (CBCL : Child Behavior Checklist)

Achenbachがメンタルヘルスや行動を評定するツールとして開発した『子どもの行動チェックリスト』の日本語版であり1歳半～5歳児

用を用いた。100項目の質問を3件法（0：当てはまらない、1：ややまたは時々当てはまる、2：大変またはよくあてはまる）で評価する。自由記載により行動の項目を追加できる。回答は、「不安／抑うつ」、「引きこもり／抑うつ」、「身体愁訴」、「社会性の問題」、「思考の問題」、「注意の問題」、「規則違反的行動」および「攻撃的行動」の症状群に分類される。尺度の全体スコアT値64（92パーセンタイル値）以上を問題ありとした。

⑤睡眠調査 (JSQP : Japanese Sleep Questionnaire for preschooler)

谷池らが2010年に開発した日本語版子どもの眠りの質問表を用いた。39項目の睡眠習慣に関する質問に6件法（1：まったくあてはまらない、2：当てはまらない、3：どちらかと言えば当てはまらない、4：どちらかと言えば当てはまる、5：当てはまる、6：非常に当てはまる）で回答する。下位項目はレストレスレッゲス症候群 (RLS) の感覚、RLSの運動、睡眠時無呼吸症候群 (OSAS) 、パラソムニア、不眠・リズム障害、朝の症状、日中の過度の眠気、日中の行動、睡眠習慣、睡眠不足の10項目である。カットオフ値は総合点85点であり、85点以下を睡眠の問題ありとした。

⑥ICT (Information and Communication Technology) 利用調査

内閣府が行っている「青少年のインターネット利用環境実態調査」を参考に、利用状況の質問を取り出し、1歳半児に合わせた質問に改編した。

- ・ ICT機器の種類
- ・ ICT機器の利用開始時期
- ・ ICT機器の利用環境
- ・ ICT機器の利用頻度
- ・ ICT機器の利用目的
- ・ 保護者のICT機器の利用状況 等

保護者評定のカットオフ値は13点である。

<3歳児健診>

新規調査は2019年4月～2020年9月（2020年5～6月は健診中止）に弘前市3歳児健診に参加した児のうち、保護者の同意が得られた児1587名（男児837名、女児750名）とした。

なお、COVID-19感染拡大により、2020年5月～6月の3歳児健診は中止された。2次健診についても受診が大幅に遅れたため、質問紙のみ解析対象とした。

（質問紙評価）

①対人応答性尺度（SRS-2 : Social Responsiveness Scale Second Edition）

2017年に神尾らにより日本語版が出版されており、65項目からなる4件法による質問紙で、子どもの日常をよく知る保護者が回答する。集団を対象とする一次スクリーニングにも優れ、臨床研究において利用できる5つの治療下位尺度（社会的気づき、社会的認知、社会的コミュニケーション、社会的動機づけ、興味の限局と反復行動）が算出できる。合計粗点と総合T得点により、ASDと関連した社会的障害の重症度を量的に把握できる。弘前においては過去の解析結果から、何らかの発達障害をスクリーニングするのに必要なカットオフ値は43点以上と設定した。

②子どもの強さと困難さアンケート（SDQ : Strength and Difficulties Questionnaire）

1997年にGoodman Rが開発した尺度で、世界中で汎用されている。25項目の質問から構成され、保護者、教師によって評価される。困難さに関する4つの下位尺度（情緒の問題、行為の問題、多動/不注意、仲間関係の問題）、強みに関する1つの下位尺度（向社会的な行動）からなる。各項目について、「あてはまらない」なら0点、「まああてはまる」なら1点、「あてはまる」なら2点と、3件法で評定する。

③感覚プロファイル短縮版（SP）

2015年辻井らによって日本語版が出版された。短縮版は38項目で構成され、短縮版独自のセクションで感覚を評定する。※2020年4月まで配布。

④子どもの行動チェックリスト（CBCL）

前述の通り。

※2020年2月より配布。

⑤言語発達調査（LDS: Language Development Survey）

Rescorla(1989)が作成した CBCLに添付されている語彙調査であり、14の意味カテゴリ（食品、動物、人、乗り物など）に分類された310語が含まれる。24か月の平均LDS語彙スコアは175～195語であり、標準偏差は70～80の範囲である。（Klee et al. 1998; Rescorla & Alley, 2001）。※2020年2月より配布。

<5歳児健診>

5歳児健診は2019年1～3月及び7～9月に2019年度施行の5歳児健診対象者1265名に質問紙を配布し、1088名（86.0%）の保護者及び教師または保育者より回答を得、2019年5月及び11月に計123名に二次健診を行った。

※一次スクリーニングから解析に使用

（質問紙評価）

①SDQ『子どもの強さと困難さアンケート』

②ASSQ『自閉スペクトラム症スクリーニング』

③ADHD-RS-IV『ADHD評価尺度』

④DCDQ『発達性協調運動障害質問票』

⑤PSI-C『育児ストレスインデックス-子どもの側面』

⑥CLASP『子どもの様子に関する観察シート』 (教師または保育者記入)

⑦SDQ『子どもの強さと困難さアンケート』

- ②CLASP『子どもの様子に関する観察シート』
- ③TASP『保育・指導要録のための発達評価シート』

※二次健診から解析に使用

(面接調査)

- ①知能検査：WISC-IVまたは田中ビネー

- ②運動検査：MABC-2及びS-JMAP

- ③臨床診断：複数の小児科医及び精神科医が本人診察及び保護者に面談を行い、DSM-5を用いて発達障害を診断

(質問紙調査)

- ①SRS-2『対人応答尺度』

- ②SP『感覚プロファイル』

- ③Conners3 (ADHDの診断および症状評価ツール)

- ④CBCL『子どもの行動チェックリスト』

3. 統計解析

1歳6ヶ月健診はサンプル数が少ないので、カイ二乗検定及び相関分析（spearman）を行うにとどめた。

3歳児健診では、スクリーニングに用いられた尺度同士の相関分析、2018年度調査の結果から社会的認知及びコミュニケーションの早期発見ツールの開発を行った作成した3つの新基準を、2019年3歳児発達健診スクリーニング参加者1174名（男児613名、女児561名）のコミュニティサンプルを用い、現行のスクリーニング基準（SRS-2 \geq 43）と3つの新基準の同等性を検証した。さらに、2019年度の結果を用いて、社会的認知及びコミュニケーションの早期発見ツールの検証を行った。ROC分析およびカットオフ値によるクロス集計（ χ^2 検定）、相関分析をもちいた。また、3歳児健診、5歳児健診のスクリーニングに用いられた尺度において重回帰分析を行った。

5歳児健診の二次健診での診断数と、調査数からハイリスクでありかつ診断不明な児を引

いた数を母数として、吃音症、チック症の有病率、併存症の推定を行った。また、吃音症、チック症と各尺度との関係について相関分析を用いて分析した。さらにCLASPによるスクリーニングについて診断アウトカムを従属変数としてROC分析を行った。有意水準は $p > .05$ を有意とした。

4. 倫理面への配慮

研究計画は弘前大学大学院医学研究科倫理委員会に提出し、その承認後に研究を行った。
(承認番号2018-168、2019-1051、2020-008)

C. 研究結果

1. 乳幼児調査

1) 1歳6ヶ月健診

①言語調査

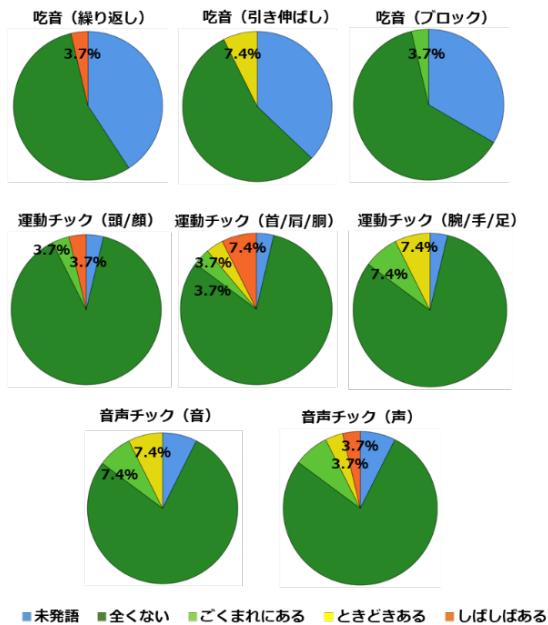
平均月齢19ヶ月で、平均表出語彙は86語（3-346）であった。吃音とチックの頻度との関連はなかった。動物の名前、食べ物と飲み物、体の部分、人々、日課とあいさつ、動作語の5位で平均5つ以上習得していた一方で、11%に有意意味語がなかった。

②吃音・チック調査

3.7%の児に繰り返しの吃音がしばしばある、7.4%に引き伸ばしの吃音がときどきある、3.7%にブロックの吃音がごくまれにあるの回答だった。しかしながら、いずれの児も半年以上、症状が継続していなかった。チックは、運動チックでは3.7%の児に顔や頭のチックがしばしばある、11.1%に首、肩、胴のチックがしばしばある、あるいはときどきある、7.4%に腕、手、足のチックがときどきあるの回答だった。音声チックでは7.4%の児が音チックはときどきある、7.4%で声チックがしばし

ばある、あるいはときどきあるの回答だった(図1)。

図1. 1歳6ヶ月児の吃音及びチックの頻度(推定値)



③社会性調査

18.5%の児が社会性の問題ありの基準を満たした。しかし、表出言語数と社会性には有意な関連はなかった。

④行動調査

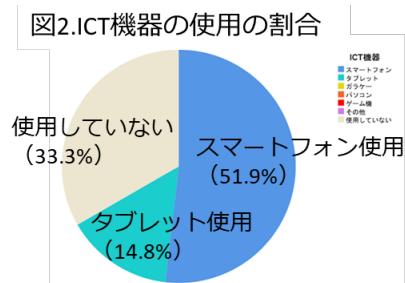
22.2%が臨床域の行動上の問題を抱えていた。しかし、語彙数と行動の問題に有意な関連はなかった。吃音・チックの頻度と行動の問題の相関分析では、吃音が半年以上続いた場合にはCBCLの注意の問題 ($- .462, p < .05$) と負の関連が見られたのみで、音声チックでは、身体愁訴 ($.384, p < .05$)、睡眠の問題 ($.481, p < .05$)、その他 ($.390, p < .05$)、内向性 ($.456, p < .05$) と小から中程度の関連が見られた。また、運動チックでは、情緒反応 ($.389, p < .05$)、身体愁訴 ($.382, p < .05$)、内向性 ($.403, p < .05$)において小から中程度の関連が見られた。

⑤睡眠の問題

18.5%の児が睡眠問題ありの基準を満たした。語彙の少なさと睡眠不足に有意な関連がみられた ($-.392, p < .05$)。吃音・チックの頻度と睡眠の問題の相関分析では、吃音(繰り返し)の頻度と日中の行動は有意な関連がみられた ($.438, p < .05$)。チックの頻度と睡眠問題では、頭・顔の運動チックが総スコア ($.418, p < .05$) と、肩・首・胴の運動チックが不眠・睡眠リズム障害 ($.456, p < .05$) と、腕・手・足の運動チックが総スコア ($.456, p < .05$) およびOSAS ($.435, p < .05$) と、音の音声チックが総スコア ($.497, p < .01$)、OSAS ($.426, p < .027$) 及び朝の症状 ($.415, p < .05$) と、声の音声チックが総スコア ($.497, p < .01$) およびOSAS ($.430, p < .05$) と有意な関連があった。

⑥ICT利用調査

66.6%がICT機器を使用しており、51.9%はスマートフォンを使用したことがあった(図2)。ICT開始時期が早ければ早いほど、使用頻度は有意に多かった ($.730, p < .001$)。ICT開始時期、頻度と語彙、睡眠、行動に有意な関連はなかった。



2)3歳児健診

①調査結果

吃音とチックの調査は行えなかった。

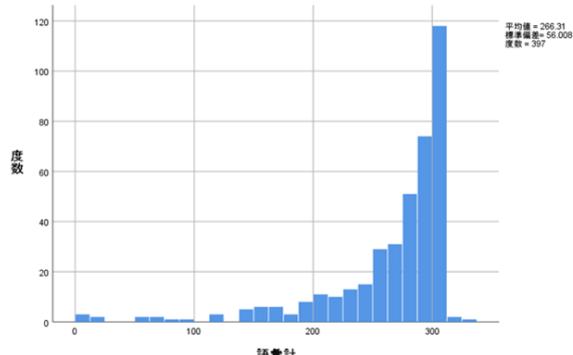
表1. 各尺度の詳細

項目	男児		女児		p	n
人数	837	52.7%	750	47.30%	n.s.	1587
<尺度調査>	Mean	SD	Mean	SD		
月齢	42.63	1.114	42.63	1.146	n.s.	1587
SRS-2 Total score	27.82	15.481	750	28.07	n.s.	1586
SP Total score	47.74	10.247	47.83	9.808	n.s.	1285
SDQ Total score	8.82	4.948	8.76	4.852	n.s.	1583
CBCL Total score	18.3	15.147	18.9	17.559	n.s.	388
語彙総数	266.58	51.757	265.99	60.702	n.s.	337

i. 言語発達及び対人コミュニケーション

語彙調査 (n=397) の結果、男児266.6語、女児266語で性差はなかった（図3）。日常で使用する語彙はいくつかの項目で女児がわずかに多い程度であり、一方で非日常的な語彙は男児の方が多かった。

図3.月齢42.6ヶ月児の語彙数の分布

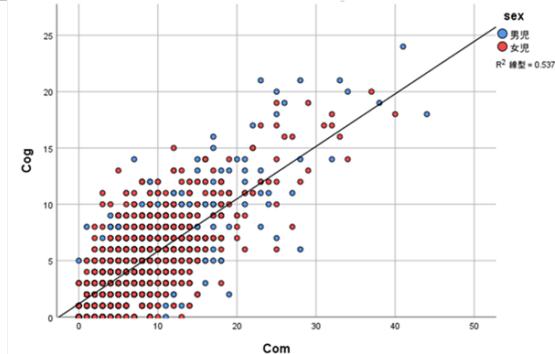


語彙力 (LDS) を従属変数、他の尺度を独立変数として重回帰分析を行った。対人コミュニケーション力 (SRS-2) と弱い関連 ($\beta = -.201, p < 0.001, R^2 = .038$)、引きこもりや攻撃行動 (CBCL) と弱い関連 ($\beta = -.232, p < 0.001, R^2 = .051$)、仲間関係 (SDQ) と弱い関連 ($\beta = -.143, p < 0.01, R^2 = .018$) があった。語彙数が少ない子の一部に対人コミュニケーションの問題、引きこもりや攻撃的行動、仲間関係の問題があることが明らかとなった。3歳において言語の問題は、語彙の問題は一部問題行動や困り感につながるのみであった。

さらに、対象者を拡大し (n=1587、男児837名、女児750名)、対人コミュニケーション (SRS-2) を従属変数とし、他の尺度を独立変数として重回帰分析を行った。SRS-2はすべての項目と有意な関連があり、特に社会的認知と強い関連があった ($\beta = .732, p < 0.001, R^2 = .5$

36)。SDQはすべての行動特性と強い関連があった（総合スコア： $\beta = .678, p < 0.001, R^2 = .460$ ）。SPは感覚の問題と強い関連があった（総合スコア： $\beta = .565, p < 0.001, R^2 = .319$ ）。CBC Lでは、問題行動と強い関連があった ($\beta = .559, p < 0.001, R^2 = .310$)。すなわち、対人コミュニケーションの問題がある子は特に社会的認知、感覚、行動の問題が多い事がわかった（図4）。

図4.コミュニケーションと社会的認知の関係



ii. 行動及び発達特性との関連

対人応答尺度 (SRS-2) と他尺度との関連を分析した結果、感覚プロファイル (SP) では、社会的認知と対人コミュニケーション、こだわり、合計得点が感覚の問題と関連（中程度の正の相関）、問題行動 (CBCL) では社会的認知、対人コミュニケーション、こだわり、合計が情緒・行動問題と広く関連（中程度の正の相関）、子供の行動特性 (SDQ) とASD特性 (PARS) では、CBCL同様に情緒・行動・社会適応の問題との関連があり、特に仲間関係問題とは広く中程度の正の相関が示された。ASD特性との関連も確認された。3歳時点でASDに関連した社会的障害と情緒・行動等の問題が広く関連していた。

SPと他尺度の関連を分析した結果、CBCLでは全体的にほぼ有意な相関はみられず、SP低活動・弱さとCBCL睡眠の問題との間でのみ弱い負の相関が示された。低活動の子は睡眠の問題が少ない、過活動の子は睡眠の問題が多

くなる傾向がみられた。SDQではSP低反応・感覚探求と聴覚フィルタリング、合計がSDQ多動や行為問題、総合困難度と中程度の正の相関がみられた。刺激への鈍感さによる積極的行動や聴覚の鈍感さが、多動・衝動や行動問題につながっていることを示唆された。PARSではSP感覚特性とPARS合計は意外に相関が弱かった。聴覚フィルタリングと低活動が自閉傾向と若干関連があった。

CBCLと他尺度との関連を分析した結果、SDQでは全体的に弱～中程度の相関があり、生活での困難さと情緒・行動問題の関連が確認された。特にSDQ総合困難度はCBCLのほとんどの尺度と中程度の正の相関を示し、3歳児健診における一次スクリーニング尺度としての有用性を示唆している。PARSでは、CBCLの情緒、不安／抑うつと身体愁訴、引きこもりと弱～中程度の正の相関を示し、3歳児におけるASD特性では内在化問題が顕著であることが推察された。

②社会性及びコミュニケーション障害の早期発見ツールの検証

2018年に実施した1024名（診断アウトカムは63名）の結果から、SRS-2の65項目、SDQの20項目の計85項目を用いて、3つの基準を算出した。感度と特異度はそれぞれ、新基準1（14項目）：感度88.9、特異度99.5、新基準2（15項目）：感度88.9、特異度99.4、新基準3（16項目）：感度87、特異度99.7で尺度であった。作成した3つの新基準を、2019年の参加者を用いて現行のスクリーニング基準（SRS-2 \geq 43）と3つの新基準の同等性を検証した。

ROC分析では3基準とも良好なAUCが得られた（表2）。現行カットオフ以上の取りこぼしが最も少なく、かつ現行の1%対象人数を減らせるのは新基準1カットオフ値11と判断した。

表2. 新基準の予測妥当性（AUC）

新基準1	.975	<0.001
新基準2	.976	<0.001
新基準3	.980	<0.001

新基準1 \geq 11点ではリスク児となる割合は11.4%（感度82.8%、特異度96.8%）であった。これらを踏まえ開発した新尺度を表3に示す。

表3. 新尺度14項目

1. 仲の良い友だちが少なくとも一人はいる
2. すぐに気が散りやすく、注意を集中できない
3. 自分の話す声が大きすぎることや、自分がうるさい音を立てていることに気づく
4. 同年代の子どもと同じようには、ものごと同士の相互関係をわかっていない
5. 同年代の友だちとの会話で、反応が遅かったり、的外れな返答をする
6. 初線を合わせることを避けたり、アイコンタクトが不自然である
7. 他人の動きをまねできる
8. 悲しんでいる人がいると慰める
9. はっきりとわかりやすく尋ねても、意図が伝わっていないような反応をする
10. 促されないと集団行動に参加しない
11. 人前では緊張しそう
12. 他の子どもよりも、いつもの日課や決まった手順を変えるのが難しい
13. 同じことを繰り返し繰り返し考えたり話したりする
14. 興味関心の範囲が限定されているか、かなり狭い

3)5歳児健診

①吃音症とチック症の推定有病率

5才児1055名（男児562名、女児493名）、平均月齢61か月にCLASPを用いて吃音症とチック症の有病率を推定した。CLASP吃音（保護者評定）は0.7%、CLASP吃音（教師評定）は1.2%、CLASPチック（保護者評定）は5.4%、CLASPチック（教師評定）は6.8%であり、教師評定の方がやや有病率が高めであった。

二次健診受診者は130名（男児88名、女児42名）、平均月齢は64か月だった。発達判定では、問題なし7名、要観察28名、要支援95名であった。吃音とチックは全員にチェックシートを用いた問診と観察を行った。吃音症は、男児1.42%、女児0.41%、計0.95%、チック症は、男児2.85%、女児1.42%、計2.18%、重複している児は、男児0.18%、女児0.20%、計0.19%であった。

また、吃音の併存診断は、ASD 40%、ADHD

50%、DCD 40%、ID 10%、チック 20%であり、ASD、ADHD、DCDとの併存が4~5割みられた。チックの併存診断は、ASD 30.4%、ADHD 43.5%、DCD 26.1%、ID 8.7%、吃音 8.7%であり、ASD、ADHD、DCDとの併存が2~4割みられた。

②CLASPと他尺度との関係

吃音はチックよりも他の尺度との関連がやや少なかった。把握が難しい可能性があると考える。ASDやADHD、SP感覚特性尺度との弱い正の相関がみられ、発達障害特性と多少関連する可能性が示唆された。

CLASP保護者評定とTASP（教師評定）は、関連はみられなかつたが、教師評定同士だと、吃音は部分的な弱い負の相関、チックは広く中程度前後の負の相関が示された。CLASP保護者評定とは、吃音（話し方）で「情動反応、注意の問題、攻撃的行動、その他の問題」との関連、くせ（チック）で「情動反応、睡眠の問題、その他の問題」との関連がみられた。保護者評定同士で生活での困難さや行動問題が多少関連することが示唆された。

CLASPによるスクリーニングは検出困難であり、吃音（保護者7・教師13）では、感度0、特異度99.3であった。チック（保護者49・教師70）では、感度.471、特異度.951であった（保護者評定の場合）。吃音のスクリーニングは非常に困難であること、チックは吃音よりは早期把握ができる可能性がうかがえた（問題が顕在化されていない可能性）。

D. 考察

今回の調査では、月齢19ヶ月はすでに平均86語の単語を理解しており、4~7%に吃音、7~11%にチックの症状があることが明らかになった。通常、幼児期の発達性吃音は、2歳以降の発症が一般的である。チックも含め、自

然軽快が多いため、発症時期と予後については今後も調査を要する。また、吃音やチックが行動の問題や睡眠の問題と関連がみられたが、これは、併存するASDやADHDなどの発達障害の症状と関連している可能性がある。また、ICT機器を使用している1歳児は66%おり、1歳のレベルで語彙、睡眠、行動との関連は見られなかつたが、使用時期が早い児は使用頻度も高いため、予後については調査を要する。

3歳6ヶ月児では単語の数は266語あり、認知を用いた対人コミュニケーション力が発達してくる。語彙の少なさと対人コミュニケーション力は弱い関連しかなく、語彙が少ない児の一部にしか問題行動や困り感が生じていないことから、3歳児のコミュニケーションでは語彙だけでなく、認知や気付きが用いられ、多彩な対人コミュニケーション能力が求められると考える。この能力が未熟な児はコミュニケーション障害である可能性が高く、自閉症などの発達障害を検討する必要がある。

3歳向けに作成されたコミュニケーション障害の新尺度は、この対人コミュニケーションに関する質問を5つ含んでおり、カットオフ値を11点とすれば、現行のSRS-2のカットオフ値（弘前市では43点）と同等（感度82.8%、特異度96.8%）と判断できる。弘前市では2021年度より新尺度を用いて、スクリーニングを行っていく。

5歳児の吃音とチックの有病率は、稻垣らが報告したものとほぼ同値であった。CLASPでは症状のある児を捉えやすいと考える。一方、ASDやADHDの早期発見が主体の発達健診のシステムでは、吃音やチックのある児の約半数が二次健診を受診するため、取りこぼしが生じていると考える。また、CLASPの調査と二次健診の時期は3~4ヶ月のタイムラグがあり、自然軽快した可能性もあり、スクリーニングと二次健診での診断に相違が生じたと考える。吃音やチック頻度と問題行動などは関連があ

り、吃音やチックの重症度と併存診断の関係については、別途考察が必要と思われる。

E. 結論

吃音症とチック症は2歳前でも出現することがあきらかとなった。吃音症、チック症ともに社会適応に影響があり、発達面・心理面から適切な支援が必要であることが示唆された。3歳において発達障害を予測するための評価項目は抽出することができたが、吃音症やチック症の早期介入のためには、教師や保育者の評価を合わせたスクリーニングが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Tsuchiya KJ, Hakoshima S, Hara T, Ninomiya M, Saito M, Fujioka T, Kosaka H, Hirano Y, Matsuo M, Kikuchi M, Maegaki Y, Harada T, Nishimura T, Katayama T. Diagnosing autism spectrum disorder without expertise: a pilot study of 5-to 17-year-old individuals using Gazefinder. *Front. Neurol.*, 28 January 2021 | <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.603085>
- 2) Tanaka M, Saito M, Takahashi M, Adachi M, Nakamura K. Interformat Reliability of Web-Based Parent-Rated Questionnaires Assessing for Neurodevelopmental Disorders among Preschoolers: A Community Developmental Health Check-up Setting Study. *JMIR Pediatr Parent.* 2021 Jan 16. doi: 10.2196/20172
- 3) Sakamoto Y, Shimoyama S, Furukawa T, Adachi M, Takahashi M, Mikami T, Kuribayashi M, Osato A, D Tsushima, Saito M, Ueno S, Nakamura K. Copy Number Variations in Japanese Children with Autism Spectrum Disorder. *Psychiatric Genetics*. 2021, 31(3):79–87.
- 4) M Saito, T Hirota, Y Sakamoto, M Adachi, M Takahashi, A Osato-Kaneda, YS Kim, B Leventhal, A Shui, S Kato, K Nakamura. Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. *Molecular Autism*, 11:35, 2020
- 5) M Saito, K Nakamura, K Hirota. Concerns for Labor Analgesia and Autism Spectrum Disorders. *Journal of Anesthesia*, 2020
- 6) T Hirota, M Saito, M Adachi. Community-based developmental checkups and school survey in Hirosaki, Japan during the COVID-19 pandemic times. *WPA Child and Adolescent Psychiatry Section's Official Journal*, 18, 2020
- 7) M Mikami, T Hirota, M Takahashi, M Adachi, M Saito, S Koeda, K Yoshida, Y Sakamoto, S Kato, K Nakamura, Junko Yamada. Atypical Sensory Processing Profiles and Their Associations With Motor Problems In Preschoolers With Developmental Coordination Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*
- 8) T Fujioka, K J. Tsuchiya, M Saito, Y Hirano, M Matsuo, M Kikuchi, Y Maegaki, D Choi, S Kato, T Yoshida, Y

- Yoshimura, S Ooba, Y Mizuno, S Takiguchi, H Matsuzaki, A Tomoda, K Shudo, M Ninomiya, T Katayama, H Kosaka. Developmental changes in attention to social information from childhood to adolescence in autism spectrum disorders: a comparative study. *Molecular Autism*, 11:24, 2020
- 9) 齊藤まなぶ、地域の全 5 歳児に対する疫学調査による自閉スペクトラム症の有病率の推定 特別支援教育研究 2020 年 11 月号
2. 学会発表
- 1) 齊藤まなぶ、大里絢子、吉田和貴、中村和彦 日本小児神経学会シンポジウム『顕在化しにくい発達障害の早期発見と支援』話題提供者 4 :「発達性協調運動症の早期発見と支援」 2020 年 8 月日本小児神経学会 WEB 開催
 - 2) Saito M, Ninomiya M, Hakoshima S, Tsuchiya K, Osato Kaneda A, Mikami T, Sakamoto Y, Yoshida K, Terui A, Nakamura K. Creation of eye tracking pattern algorithm for 5 year old ASD screening. 21-23 August 2020 NPBPPP web, Japan
 - 3) 齊藤まなぶ、田中勝則、大里絢子、足立匡基、坂本由唯、三上珠希、照井藍、鈴木裕幸、新川広樹、高橋芳雄、中村和彦 5 歳児発達健診での web スクリーニングシステムの活用 2020 年 9 月日本小児神経学会 WEB 開催
 - 4) 齊藤まなぶ、田中勝則、山村靖彦、和久田学、大里絢子、足立匡基、三上珠希、坂本由唯、照井藍、森裕幸、新川広樹、高橋芳雄、栗林理人、中村和彦 5 歳児発達健診 Web スクリーニングシステム（ここあぽ®）の完成 2020 年 10 月 WEB
- 開催
- 5) 齊藤まなぶ、坂本由唯、吉田和貴、三上珠希、大里絢子、照井藍、中村和彦 視線追跡装置 Gazefinder を用いた 5 歳児の ASD スクリーニングアルゴリズムの開発 2020 年 11 月日本児童青年精神医学会 WEB 開催
 - 6) M Saito, M Takahashi, A Terui, Y Sakamoto, M Adachi, H Shinkawa, H Mori, K Nakamura. Prevalence of sleep problems in Japanese preschoolers and children with developmental disabilities. 2020 Dec IACAPAP WEB
3. 著書
- 1) 齊藤まなぶ、運動. 保育所・幼稚園・巡回相談で役立つ“気づきと手立て”的ヒント集. (稻垣真澄編). 診断と治療社. 20-22, 64-75. 2020 年 7 月
- G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
1. 特許取得
- なし
2. 実用新案登録
- なし
3. その他
- なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
金生由紀子	注意欠如・多動症・限局性学習症(成人)	福井次矢, 高木誠, 小室一成編	今日の治療指針2020年版	医学書院	東京	2020	1081-1082
金生由紀子	チック症(チック障害)	福井次矢, 高木誠, 小室一成編	今日の治療指針2020年版	医学書院	東京	2020	1532-1533
金生由紀子	くせ	稻垣真澄	保育所・幼稚園・巡回相談所で役立つ, “気づきと手立て”のヒント集	診断と治療社	東京	2020	10-11, 32-45
小乃おの, 菊池良和			きつおんガール	合同出版	東京	2020	全192ページ
堅田利明, 菊池良和		堅田利明, 菊池良和	保護者の声に寄り添い、学ぶ吃音のある子どもと家族の支援:暮らしから社会へつなげるために	学苑社	東京	2020	全182ページ
原由紀	話し方	稻垣真澄	保育所・幼稚園・巡回相談所で役立つ, “気づきと手立て”のヒント集	診断と治療社	東京	2020	6-9, 24-31
藤田郁代、城本修、原由紀	標準言語聴覚障害	藤田郁代、城本修、原由紀	標準言語聴覚障害学 第3版	医学書院	東京	2021	全324ページ

斎藤まなぶ	運動	稻垣真澄	保育所・幼稚園・巡回相談で役立つ“気づきと手立て”のヒント集	診断と治療社	東京	2020	20-22, 64-75
-------	----	------	--------------------------------	--------	----	------	--------------

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Manabu Saito, Tomoyo Hirota, Mami Sakamoto, Misaki Adachi, Mio Takahashi, Ayako Osato-Kaneda, Young Shui Kim, Bennett Leventhal, Amy Shui, Sumi Kato, Kazuhiko Nakamura, Kazuyoshi Hirota	Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorder and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children.	Molecular Autism	11	35	2020
Manabu Saito, Kazuhiko Nakamura, Kazuyoshi Hirota	Concerns for Labor Analgesia and Autism Spectrum Disorders.	Journal of Anesthesia	35(2)	319-320	2021
Tanaka M, Saito M, Takahashi M, Adachi M, Nakamura K.	Interformat Reliability of Web-Based Parent-Rated Questionnaires Assessing for Neurodevelopmental Disorders among Preschoolers: A Community Developmental Health Check-up Setting Study.	JMIR Pediatr Parent.	4(1)	e20172	2021

Sakamoto Y, Shimoyama S, Furukawa T, Adachi M, Takahashi M, Mikami T, Kurobayashi M, Osato A, D Tsushima, <u>Saito M</u> , Ueno S, <u>Nakamura K.</u>	Copy Number Variations in Japanese Children with Autism Spectrum Disorder. Psychiatic Genetics. In press.	Psychiatric Genetics	31(3)	79-87	2021
Misaki Mikami, Tomoya Hirota, Michio Takahashi, Masaki Adachi, <u>Manabu Saitoh</u> , Shuhei Koeda, Kazutaka Yoshida, Yui Sakamoto, Sumi Kato, <u>Kazuhiko Nakamura</u> , Junko Yamada.	Atypical Sensory Processing Profiles and Their Associations With Motor Problems In Preschoolers With Developmental Coordination Disorder.	Child Psychiatry & Human Development			2021
Matsuda N, Nonaka M, Kono T, Fujio M, Nobuyoshi M, <u>Kano Y</u>	Premonitory Awareness Facilitates Tic Suppression: Subscales of the Premonitory Urgency for Tics Scale and a New Self-Report Questionnaire for Tic-Associated Sensations,	Frontiers in Psychiatry	11	592	2020
Kimura Y, Iijima K, Takayama Y, Yokosako S, Kaneko Y, Omori M, Kaido T, <u>Kano Y</u> , Iwasaki M.	Deep Brain Stimulation for Refractory Tourette Syndrome: Electromode Position and Clinical Outcome.	Neurology Chir (Tokyo)	61	33-39	2021
Eriguchi Y, Aoki N, <u>Kano Y</u> , Kasai K.	Rotational plane-wise analysis of angular movement of neck movement of neck in Tourette's syndrome.,	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry	108	110092	2021
金生由紀子	チック・トゥレット症候群	児童青年精神医学とその近接領域	61(1)	2020	27-33

金生由紀子	チック症群	精神科治療学	35(増刊)	2020	201-206
江里口陽介, 金生由紀子	発達障害の性差	Geriatric Medicine,	59(1)	21-27	2021
Kikuchi Y, Umezaki T, Adachi K, Sawatsubashi M, Taura M, Yamaguchi Y, Fukui K, Tsuchihashi N, Murakami D, Nakagawa T.	Can having siblings increase stuttering as compared to being an only child?.	Int Arch Communal Disord	3	017	2020
Kikuchi Y, Umezaki T, Adachi K, Sawatsubashi M, Taura M, Yamaguchi Y, Tsuchihashi N, Murakami D, Nakagawa T.	Age at Decannulation after Pediatric Tracheostomy.	J ENT Care Otolaryngol Res.	2	1006	2020
Kikuchi Y, Umezaki T, Adachi K, Sawatsubashi M, Taura M, Yamaguchi Y, Tsuchihashi N, Murakami D, Nakagawa T.	Awareness in young children aged 3-7 years. stuttering Japanese children.	Pediatr Int. (in press)			2020
菊池良和	特集 耳鼻咽喉科診療 Q&A【喉頭・気管】10. 小児の吃音への対応はどうしますか?.	JOHNS	36	1266-1267	2020
Hara Y, Higashikawa M, Hata W, Sasaki Y, Murakami T, Mizutomo Y, Kita Y, Ishizaka I.	Selection of screening items for stuttering: a preliminary study	The Kitasato Medical Journal	50(2)	123-129	2020

Yoshizawa K, Ishizaka I, Yasuda N, Yukimoto Y, Higashikawa M, <u>Hara Y</u> , Hata W, Fukuda M.	The impact of social anxiety disorder on the duration of speech and language therapy at a medical institution for Japanese individuals who stutter.	The Kitasato Medical Journal	51(1)	10-18	2021
Tomoya Hirota, <u>Manabu Saito</u> , Masaki Adachi.	Community-based developmental checkups and school survey in Hirosaki, Japan during the COVID-19 pandemic times.	WPA Child and Adolescent Psychiatry Section's Official Journal	18		2020
Toru Fujioka, Kenji J. Tsuchiya, <u>Manabu Saito</u> , Yoshiyuki Hirano, Muneaki Matsumura, Mitsuru Kikuchi, Yoshihiro Maegaki, Dame Choi, Sumi Katao, Tokiko Yoshida, Yuko Yoshimura, Sawako Ooba, Yoshifumi Mizuno, Shinichiro Takiguchi, Hideo Matsuzaki, Akemi Tomoda, Katsuyuki Shudo, Masaru Ninomiya, Taiichi Katayama, Hirotaka Kosaka.	Developmental changes in attention to social information from childhood to adolescence in autism spectrum disorders: a comparative study.	Molecular Autism	11	24	2020
Tsuchiya KJ, Hashimoto S, Harada T, Ninomiya M, <u>Saito M</u> , Fujioka T, Kosaka H, Hirano Y, Matsuo M, Kikuchi M, Maegaki Y, Harada T, Nishimura T, Katayama T.	Diagnosing autism spectrum disorder without expertise: a pilot study of 5-to 17-year-old individuals using Gazefinder.	Front. Neurology	11	603085	2021

斎藤まなぶ	地域の全5歳児に対する疫学調査による自閉スペクトラム症の有病率の推定	特別支援教育研究	2020年11月号		2020
-------	------------------------------------	----------	-----------	--	------

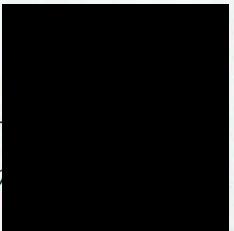
令和3年3月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 弘前大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 福田 真作



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の事項は以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と支援のための調査研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科 教授

(氏名・フリガナ) 中村 和彦 ナカムラ カズヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ <input type="checkbox"/>	■	弘前大学大学院医学研究科 倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項)
・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び審査済みの指針について
は以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と支援のための調査研究 (19GC1001)

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院・准教授

(氏名・フリガナ) 金生 由紀子・カノウ ユキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ <input type="checkbox"/>	■	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □(無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項)
・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年2月9日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人九州大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 石橋 達也

印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び実施機関等について記入欄に記入して下さい。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と支援のための調査研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学病院・助教

(氏名・フリガナ) 菊池 良和 (キクチ ヨシカズ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	九州大学医系地区部局臨床研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック。一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年3月23日

厚生労働大臣 殿

機関名 北里大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 島袋 香子



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と支援のための調査研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療衛生学部・准教授

(氏名・フリガナ) 原 由紀・ハラユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ <input type="checkbox"/>	■	北里大学医学部・病院倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック
クリーク一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 魔止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項)
・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 弘前大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 福田 真作

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の事項については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 吃音、トゥレット、場面緘默の実態把握と支援のための調査研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科 ・ 准教授
(氏名・フリガナ) 斎藤 まなぶ ・ サイトウ マナブ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ <input type="checkbox"/>	■	弘前大学大学院医学研究科 倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項)
・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。