

＜原著論文＞

多国籍における吃音治療に関する調査研究

— 14カ国の臨床家による吃音治療の試みについて —

宮本 昌子*

日本における吃音に関わる臨床家25名に対し、Shapiroら(2004)が作成した6種の質問を提示し、自由記述による回答を求めた。その結果、回答者の多くが、吃音を持つ人々のQOLの改善や彼らの吃音に対する自己受容が、流暢性そのものの改善よりも重要であると認識していたことが分かった。日本国内で調査結果に加え、13カ国の結果と比較して考察した。

キーワード：吃音に関わる臨床家、多国籍、吃音治療

1. はじめに

本稿は、2003年8月にモントリオールで開催された吃音分野の国際学会で発表された研究の報告である。研究発表の題目は「A multinational investigation of stuttering intervention: Assumptions, practices, and lessons」(Shapiroら, 2004)であり、研究の一部を担当した筆者が考察を加えたものである。本研究は14カ国を対象とした、吃音に関わる人々に関する調査研究の一部であり、この14カ国に含まれる、日本での調査研究の結果についてまず報告することにし、次に他国との比較について論じることにする。参加した14カ国とは、アメリカ、アルゼンチン、オーストラリア、カナダ、チリ、フランス、ドイツ、アイスランド、日本、オランダ、ポーランド、ロシア・ウクライナ、南アフリカ、イギリスである。この研究は、臨床家である研究者を対象に、各国で用いられている吃音への臨床介入方法、その方法の使用にはどんな要因の影響があるか、また、治療の最終的な目的として、流暢性の獲得という視点を越えてどんなことがあげられるのか、という点を明らかにするために行われた。このような多国籍、異文化間における研究は、吃音の研究分野において、発展途上の状態であり、他に同様な目的で行われた研究が存在するものの、国家間で直接的に比較した研究は実際には存在していない。また、他国家間で吃音の臨床に関する取り組みの情報を共有することは、各国の臨床家を成長させる試みであると思われる。研究筆頭者であるDavid Shapiro氏は、先回行っ

た研究から(Shapiroら, 2000)、そのことを確信したと報告している。そして、その研究から確立された3つの前提が、今回の研究の基本となっている。その1つは「世界は、大きなclass roomへと成長した。」ということ、二つ目は「臨床家は自分の臨床方法の妥当性を検討する義務がある。」ということ、そして最後は「学ぶこと(learning)は、生涯続く過程であり、学ぶための一つの手段は対話である。」ということである。

また、本研究において、各国の研究者が、10項目の調査用紙を25名の、吃音を持つ人々に関わる臨床家に配布した(資料1)。全ての手続きは、Western Carolina Universityで正式に認可されたものである。次に、各国の発表者が回収したサンプルの回答について、以下の6つの問いに関して、要約することにする。

- (1) 回答が得られた臨床家像について(専門、職名、専門家になるまでの経緯、経験年数など)
- (2) 回収されたサンプルにおいて、吃音の原因や定義はどのようなものが最も広く知れ渡っているか。また、その結果は、国内で一般的に広まっているものと比較して、どのようであるか?
- (3) あなたの国の臨床家は、吃音を持つ人々にどのような介入を行っているか?
- (4) 臨床家が行うことには、どんな要因が影響を与えているか? またその介入方法は、文化的、政治的、社会的、経済的、地理的、学問的、または他の要因において、どのような影響を与えられているのか?
- (5) 吃音を持つ人々やその家族を評価、あるいは治療する際にどんな障害、あるいは問題を臨床家は経

*広島大学大学院教育学研究科

験しているか？

- (6) 臨床家が専門的に行うことの効果によって、(スピーチの流暢性を越えた視点では)何を教えようとしているか？多くの場合、臨床家の努力は、スピーチに関する情緒面、行動面、認知面に向かって直接的に働きかけられる。この質問は、より大きな観点、例えば、我々の仕事の結果として、より良いコミュニケーションが実現されることにより、世界的な理解や世界平和が可能になる、という風に考える場合を想定している。

2. 日本の吃音を持つ人々に関わる専門家の背景について

まず初めに、吃音を持つ人々に関する仕事をするには、日本ではどのようなトレーニングが必要かということについて説明したいと思う。日本において、吃音の人々への治療的な介入は主に病院、専門的な施設、あるいは公立小学校内の言語指導教室において行われている。前者の病院、専門的な施設で働くには言語聴覚士の資格が必要である。

現在日本において、言語聴覚士の資格(免許状)を取得する為には3種類の選択肢がある(3年間、4年間、6年間の課程が存在する。)これらの3種類の選択により、国家試験の受験資格が与えられる。最初の3年間の課程は、高校を卒業した後に、3年制の専門学校で学ぶことである。次の4年間の課程については、言語聴覚士の養成の為に指定された4年制の大学を卒業することである。最後の6年間の課程についてであるが、学部の種類は問わず、4年制の大学を卒業した後に、さらに専門学校あるいは大学院の修士課程(それぞれ2年間のコース)に進学することが必要である。いずれも指定を受けた専門学校、大学でなければ受験資格を取得することは出来ない。日本における言語聴覚士の国家資格制度は、今から5年前の1999年から施行されたため、ここ5年間は移行措置として、いくつかの条件をクリアした様々な職種の人々に受験資格が与えられている。

また、上記に示した様に、吃音の人々に関わる仕事の分野として公立小学校内の「言語指導教室」がある。現在のところ、多くの言語指導教室の担当は、基本的には小学校の通常学級を担任する者から、学校内の人事で決定されている。また「言語治療教室」の担当に決まった者の多くは内地留学という形で研修を受ける為に大学へ派遣されている。

以上に述べた様に、日本において吃音などの言語障害を持つ人々に関わる職業は、医療的な分野と教育的分野の二つに分けられ、医療分野で働く者には資格の取得が課せられていることが現状である。

3. 日本における調査の結果

質問 1. 調査対象の臨床家の職業に関する背景について(職業名、職歴、専門職に就いた経緯、などについて)

対象者の25名中、公立小学校「言語指導教室」の教師が9名、大学や言語聴覚士(speech-language-hearing pathologist)の養成学校の教官で言語聴覚士である者が6名、公立の専門的な医療機関の言語聴覚士が4名、病院の言語聴覚士が3名、心理士が2名、県教育委員会の研究指導主事が1名であった。この中で言語聴覚士の国家資格の免許状を持つ者は13名、持たない者が12名であった。資格を持たない者は主に公立小学校「言語指導教室」の教師であった。経験年数については、3年以下が6名、4～6年が4名、7～10年が7名、11～20年が3名、20年以上が5名であった。

また、専門職に就くまでの経緯については、言語聴覚士の資格を持つ者13名については、大学院博士課程を修了している者が2名、大学卒業し、専門学校(2年間)を卒業した者が1名、大学を卒業し、大学院修士課程を修了後、専門学校(2年間)を卒業した者が2名、大学を卒業後、大学院修士課程を修了した者が3名、大学を卒業した後、大学の専門課程(1年間)を修了した者が5名であった。調査報告の冒頭に述べたが、日本においては言語聴覚士の国家資格制度の施行が1999年に始まり、この5年間は言語臨床の経験者が研修を受講した上で資格試験を受けられる措置があったため、上記のように専門職に至る学歴に大きくばらつきがみられた。

また、言語聴覚士の資格を持たない者についてであるが、心理士は大学卒業、また公立小学校「言語指導教室」の教師と教育指導主事については大学卒業が主であり、「言語指導教室」の担当に決まった後、大学に内地留学した経験を持つ者が多くみられた。彼らの多くは何年か通常学級の経験があり、その後に学校内の人事で担当に決まっているため、内地留学が唯一の専門教育を受けた期間であることが多い。学校教育現場で吃音に関わる専門家は、他の専門家比べて専門職に就くまでに言語障害に関する指導を受けておらず、担当に決まった後に内地留学や研修などに参加し、独

自に専門的な知識を身に付けているようである。

今回の調査対象である学校教育現場の教師は、言語障害について知識を深める努力をし、吃音の指導に熱意を持つ者がほとんどであると感じた。しかし、現状のシステムでは、ほとんどの地域において言語指導教室の担当が学校長の采配で決められているため、担当を希望しない者が専門職に就く可能性があること、また希望しても言語指導の専門職に就けないという2点の不利な点が認められると思われる（このシステムは東京近郊の一部の小学校を除いて全国的に行われている）。それについて、日本の文部省は学校教育現場での言語指導教室の業務を専門職として認め、専門的な知識を身につけた指導者を在職させるべきだと筆者は考えている。

また、吃音の評価 (assessment) と治療 (treatment) の対象については、幼児と答えた者が8名、小学生が6名、幼児と小学生が4名、中・高生と成人が2名、幼児から成人まで全年齢層と答えた者が5名であった。過去5年間において吃音の評価、治療をした人数については10以下と答えた者が13名、11~30人までが8名であった。最も多く評価と治療を行った者が71人以上であった。傾向としては、研究機関に属する者が比較的多くの吃音の評価と治療を行っているようである。また、男女の比率については、男性の方が多いと答えた者が20名、同率が1名、女性の方が多いと答えた者が2名であった。

質問2. 日本の臨床家は吃音の定義、原因についてどのように考えているか? そのことは、日本における一般論と比較した場合どのようなようであるか?

吃音の定義については表1に示した。9名の臨床家が吃音を「精神的な緊張のため、話しことばが非流暢になり、その結果話している時に過敏になり、人間関係に適応出来なくなるもの。」と答えた。

また8名が「話している時に音節、単語の繰り返し、引き伸ばし、ブロック、もがき反応、回避反応がみられ、話しことばが非流暢になること」と答えた。さらに、2名が「発話全体のうち、within-word disfluencyが3%以上現れ、また家族などがその非流暢性について心配し、本人もまたその非流暢性について悩んでいること」をあげた。前者の2つの回答は、日本で吃音の臨床に関わる専門家が一般的に持つ認識であると思われる。後者の定義は吃音について学問的な研究経験がある者が持つ、専門的な意識の高い回答だと思われる。日本において一般的に人々が「吃音」という言葉を使

表1 吃音の定義についての回答結果

吃音の定義	人数
・精神的なストレスなどのために発話が流暢でなくなり、その結果、会話において緊張が生じ、人間関係に適応できなくなる状態。	9
・話し言葉に音節、語の繰り返し、引き伸ばし、ブロック、もがき、回避の繰り返しが存在し、発話が非流暢であること。	8
・発話全体中3%以上の within-word disfluency (音・音節の繰り返し、引き伸ばし、ブロック) が存在し、両親、教師などによる報告がみられ、本人などが非流暢性に悩んでいること。	2
・発話の非流暢性の問題	2
・不安などによる要因による発話の過剰な繰り返し	1
・発話行動が滞ってしまう状態	1
・症状、頻度、発話の非流暢性に対する意識を手がかりにする	1
・聞き手が発話内容ではなく非流暢性に集中している状態のこと	1
合計	25

う時は、上記の定義よりも表面的に話しことばの特徴を意味していることが多く、単語や単語の初めを2、3回繰り返す程度の特徴を指しているのだと思われる。それに比べて、臨床家が「吃音」という用語を用いる時には、本人が日常生活上困る程度までの症状を指していると考えられる。

次に吃音の原因についての回答の結果を表2に示した。6名が「器質的な基盤を持つ motor speech control の脆弱性である。また、この脆弱性に環境要因や発達の要因が加わり、辺縁系に負の反応を引き起こし、発話の運動に悪影響を及ぼすため」吃音が生じていると回答した。また、「素因、神経的要因、学習要因による」、あるいは「微細な脳障害による、motor speech control の脆弱化」と回答した者が5名であった。また「分からない」と答えた者が3名であった。

日本において、今から数十年前は Jhonson の診断

表2 吃音の原因についての回答結果

・個人的な体験が関与する情動系 (辺縁系) の負の反応が原因となって発声発語系 (運動) が脆弱になること。	6
・素因論、神経症説、学習説の複合理論	5
・大脳の微細な損傷による motor speech control の脆弱化	5
・同定不可能である。	3
・第一に器質的な要因があり、環境要因が二次的な原因となる	2
・個人的な要因 (例えば性格、能力、発達のバランス) と環境要因	1
・言語学習の過程における問題 (学習説)	1
・環境要因 (診断起因仮説)	1
・性格	1
合計	25

起因説が広まり、多くの言語臨床家が吃音の原因を環境要因に同定していた。ところが、近年にみられる欧米の研究の流れに影響を受けている臨床家は、遺伝、環境要因等が関与すると考える複合説の立場を取り、また器質的な要因に関する研究結果の知識を持っていると思われる。

質問3. 日本の臨床家は吃音を持つ人々への介入をどのように進めていますか？

臨床家による評価の方法と内容を表に示した。まず、幼児の評価方法についてであるが、「セラピストと子供の自由遊び場면을観察する」と回答した者が7名であった。続いて「両親と面接する」と答えた者が5名であった。次に幼児の評価内容についてであるが、「発話症状」と回答した者が9名であり、他の少数の回答は言語能力やパーソナリティ、両親の子供に対する関わり方などであった。幼児の治療方法については、「両親へのカウンセリング」と回答した者が12名、プレイ・セラピーと回答した者が10名であった。

次に、学童に対する評価方法についてである(表3)。「セラピストと子供の自由遊び場면을観察する」と回答した者が6名であった。続いて「両親と面接する」と答えた者が4名であった。また学童に対する評価内容(表4)についてであるが、「発話症状」と回答した者が7名であった。この結果は幼児の場合とほぼ一致している。次に治療方法について(表5)であるが、「子供へのカウンセリング」と回答した者が10名、「直接的な方法」と答えた者が10名であった。学童へのアプローチとしては、プレイ等の間接的な方法よりも直接的な方法を試みている臨床家が多いことが特徴的である。

次に、青年に対する評価内容についてである。「発話症状」と回答した者が4名であり、「コミュニケーション態度」と回答した者が3名であった。また、青年に対する治療方法についてであるが、「クライアントへのカウンセリング」と回答した者が7名、直接的な方法」と答えた者が7名であった。

最後に成人に対する評価・治療方法についてである。評価内容については、「発話症状」と回答した者が2名であり、「日本版の吃音テストを実施する」と回答した者が2名であった。治療方法については、「直接的な方法」と答えた者が6名であった。「クライアントへのカウンセリング」と回答した者が4名であった。本調査においては、(1)の報告で述べたように、青年と成人を対象として吃音に関わる専門家が少数で

表3 学童の評価方法の結果

評価方法(学童)	人数
セラピストと子供のプレイ場面の観察	6
両親へのインタビュー	4
母(親)子自由遊び場面の観察	3
セラピストとの自由会話場面の観察	3
吃音検査の実施(音声言語医学会吃音検査法・思案1)	3
子供の担任の教師へのインタビュー	1
合計	20

表4 学童の評価項目の結果

評価の項目(学童)	人数
発話症状(非流暢性タイプ、頻度、吃音の重症度)	7
吃音に対する自覚	3
日常生活における情緒面	3
性格	2
コミュニケーション態度	2
両親の子供に対する関わり方	1
認知、運動能力	1
知能	1
合計	20

表5 学童の治療方法の結果

治療方法(学童)	人数(複数回答を含める)
子供へのカウンセリング	10
クライアントの発話における直接法	10
(聴覚法、発話速度の低下、流暢に話すための訓練)	
プレイセラピー	7
両親へのカウンセリング(子供の環境調整のため)	7
読みの課題(クライアントの流暢体験のため)	3
吃音検査の実施(音声言語医学会吃音検査法・思案1)	3
自立訓練法	2
吃音歴のインタビュー	1
担任の教師へのカウンセリング	1
系統的脱感作	1
合計	45

あったため、統一的な見解を得ることが困難であった。

上記の結果をまとめると、吃音に対する評価・治療方法として年齢層別に次のような特徴が見いだされた。評価内容について日本の臨床家は全年齢層に対して、「発話症状」を第一にあげているのだが、クライアントの年齢層が低いほど、両親との関係性を評価しており、高くなるほどコミュニケーション態度を評価している傾向がみられた。また、治療方法として、クライアント年齢層が低いほど、間接的な手法(プレイセラピーなど)を用いており、高いほど直接的な手法を用いていることが分かった。

質問4. 臨床家が行うことには、どんな要因が影響を与えているか？またその介入方法は、文化的、政治的、社会的、経済的、地理的、学問的、または他の要因において、どのような影響を与えられているのか？

対象となった臨床家のうち9名は彼らの治療的介入方法が教育的な要因 (educational factors) に影響されていると回答し、5名が学際的な要因 (academic factor) に、3名が文化的な要因に、社会的な要因、自分の吃音の体験に影響されていると回答した。他の少数の回答としては、クライアントの実状、ニーズ、臨床家の人生経験、あるいは臨床家の吃音の治療経験があげられた。また、臨床家を治療の基本原則に導くものは何かについては、9名がQOL (吃音を持つ人々の生活が改善されるために) の観点をあげた。彼らの回答によると、QOLは彼らの生活全体や人間関係、自己表現、コミュニケーション活動に関わると述べられていた。7名は、人間としての性格や、その人それぞれの多様性を認識するという原則に導かれていると言ひ、言い換えれば吃音は、全ての人に受け入れられ、吃音者自身によっても受け入れられるべきものであると、回答された。本調査の結果から、臨床家は吃音を持つ人々と接する時に、自分の教育的経験や学問的な経験に影響される傾向があるということが結論付けられる。そして、その教育的あるいは学問的な経験は、QOLや人格の理解という考え方に反映されていると考えられる。

質問5. 吃音を持つ人々やその家族を評価、あるいは治療する際にどんな障害、あるいは問題を臨床家は経験しているか？

11名が、吃音を持つクライアントの家族と良い関係を築き、維持することに問題を抱える経験を持っていた。例えば、吃音治療の方法について母親と意見が食い違ったことで、子供を助けることが出来なかったことが記述されていた。多くの場合、クライアントの母親は子供の教育方針において強いポリシーを持っており、それを優先して子供の吃音の治療を後回しにする傾向がある。また、家族のトラブルが原因で、子供の吃音治療に家族が集中出来なくなってしまう例があげられた。そして、9名がクライアントの周囲の人々、例えば両親や担任の先生から吃音に関する理解が得られなかったと回答した。彼らは特にクライアントのクラス担任との障壁を例にあげ、通常学級の教師にも臨床の計画に協力して欲しい、という希望について述べ

ていた。その他の回答としては、臨床業務の進め方に関する知識が足りないことなど、治療方法の重要性について述べていた。まとめると、日本の臨床家は、クライアントを取り巻く人々とより良い関係を築きたいと感じていることが分かった。日本の現状では、吃音を持つ人々のケアをする専門家は、専門機関に属する言語聴覚士か、公立学校内の言語障害通級指導教室の教諭の二種類に分けられるが、彼らの専門家になるために受けた教育は大きく異なっており、前者には国家資格の取得が課せられている。そのために、臨床家によって、吃音治療に向かう考え方が異なっていることが推測される。今後は、吃音を持つ人々に関わる際の観点に、共有出来る部分が生まれることが期待される。

質問6. 臨床家が専門的に行うことの効果によって、(スピーチの流暢性を超えた視点では) 何を教えようとしているか？多くの場合、臨床家の努力は、スピーチに関する情緒面、行動面、認知面に向かって直接的に働きかけられる。この質問は、より大きな観方、例えば、我々の仕事の結果として、より良いコミュニケーションが実現されることにより、世界的な理解や世界平和が可能になる、という風に考える場合を想定している。

16名は、吃音を持つ人々のQOLの改善を目指していると回答した。そしてこの場合、QOLは生活上の困難を除外すること (4名)、積極的に社会に参加すること (4名)、円滑に自己表現が出来ること (4名)、コミュニケーション能力を拡大すること (2名)、自己認識 (2名)、良い人間関係を築くこと (1名)、最適な社会性のスキルを身につけること (1名)、という内容により、理解されていた。

また、12名は吃音の受容が促されるように努力していると回答していた。その他の例をあげると、7名の臨床家は、吃音の自己受容の重要性について記述し、4名は吃音のイメージを改善し、コミュニケーション態度を改善することが重要であると回答した。彼らは、もし吃音に関する全ての人々の理解が達成されれば、人々は異質だと思われることを排除しなくなり、その結果世界中の人々は「違い」を受け入れるようになるだろうと考えた。また、弱さを受け入れる者は、人に親切になり、優しく出来るのではないかと、記述する者もみられた。4名は、吃音に悩む人々を助け、彼らが強い耐性を身につける努力をしてきたと回答した。結果をまとめると、日本の臨床家は、吃音を持つ人々のQOLや自己受容を重要視することは、吃音治療へ

の介入に意義があることだと考えているといえる。そして、一部の者は、吃音やいわゆる弱さを受容することは世界的な理解や世界平和に貢献しているのではないかと考えていた。

4. 日本における調査のまとめ

現在日本において、吃音に関わる専門家は、大きく分けてと専門的な医療機関か公立学校内のことばの教室に存在しており、それらは学問的な背景が大きく異なっている。今回の調査では、上記のような相違に関わらず、多くの臨床家が、吃音を持つ人々のQOLの改善や彼らの吃音に対する自己受容が、流暢性そのものの改善よりも重要であると認識していたことが分かった。このことはまた、回答者の多くが、吃音の定義を発話特徴としてのみ捉えておらず、コミュニケーション上の困難であると記述していたことが基盤になっていると思われる。そしてさらに、彼らの多くが臨床介入の評価や方法をする際に、専門家としての養成期間中に学んだことに影響されていると回答していたため、上記の統一的な見解は、日本における吃音臨床のスーパーバイザーの考え方に起因していることが推測される。また、日本においては、言語聴覚士の国家資格制度がまだ始まったばかりであることに加え、吃音治療に関して専門的な知識を身につけている者が少ないことが懸念される。なぜなら、吃音治療はスピーチの訓練という側面のみでなく、教育的な要素も多く含まれるからである。しかし、現在の日本における短期間、医療中心の言語聴覚士養成のカリキュラムでは、クライアントの発話症状を改善することに重点が置かれ、教育的な視点が持てる臨床家が育成出来ないことが予測される。本調査の結果が示すことから、吃音の臨床家には、言語病理学のみでなく、教育学や心理学などの知識や、文化的な教養に関する資質が必要であると考えられる。

5. 他国の調査結果との比較

(1) 調査に回答した臨床家の背景について

各国の吃音の臨床を専門にする大半の臨床家は、大学において speech language pathology を専攻し、その後さらに専門的なトレーニングを受けた者、あるいは修士課程において学び、SLP (Speech-Language Pathologist) あるいは SLT (Speech-Language Therapist) の資格を所持している者であった (アメリカ、

イギリスは全員修士レベルであった)。一方ロシア・ウクライナなど少数の国において、医者や心理学者などのスピーチの専門家以外の職種の回答者が参加していた。同様に日本の回答者も複数の職種から構成されたが、半数が教師の回答であったことは特徴的であると思われる。

次に、回答者の職場についてであるが、個人経営 (private practice)、公立・私立の病院、学校、保健センター、大学内のクリニックが多くみられた回答であった。特にアメリカ、カナダ、オランダ、オーストラリア、フランス、アイスランドの報告において、個人経営 (private practice) の臨床家が占める割合が高くみられた (フランスにおいては27名中24名)。このような、個人経営の臨床家が吃音の臨床に関わる確率の高さに関しては現在の日本の状況とは大きく異なっている。

次に、クライアントの年齢層についてであるが、すべての国が幼児、学童、青年、成人という分類で回答しており、幼児は2歳から、また成人は80歳くらいまでを対象としているという具体的な回答が数カ国からみられた。幼児、学童を中心に臨床を行っている者が主流であるという回答が目立ったが、中にはロシア・ウクライナのように6歳以下の幼児はあまり対象にならないという報告もあった。日本の回答は世界の動向に準じていた。また、対象者の性別に関する回答で、チリがクライアントの大半を女性と報告したのが、稀であった。

(2) 吃音の定義と原因に関する見解について

アメリカで最も多く回答された定義は「吃音は、発話の流れ、リズム、発話運動行為の途切れである。そしてこれらの中核的な症状、副次的な症状が発生した結果として、情緒的な問題、内面化として現れることである。」というものであったが、この定義にみられるように、まず発話症状に触れ、その結果生じる心理面的の問題を含めて吃音であるという見方をする回答は14カ国の報告においてほぼ共通にみられた。国によって、定義の概念においては、発話症状と心理的な問題を分離する臨床家も多く存在していた。オランダ、ポーランド、オーストラリアの報告によれば、「スピーチの流れの途切れ (disruption of speech flow)」という定義が上位を占めており、二次的な症状を含めていない。また、ドイツの少数回答にみられる「体と心の断絶」は、独特の表現であると思われる。一方日本の代表的な回答の特徴は、まず発話症状に触れ、二次的

な反応をあげ、結果的に人間関係に適応出来なくなることまで含んでいる点である。この結果から、日本の臨床家は吃音の定義を広く捉えている傾向があることが推測される。

また、吃音の原因に関する意見であるが、多くの国が、定義と重複した表現の回答を得ていた。ほとんどの国において、遺伝、環境、神経心理学的、運動、学習の問題が多くあげられ、ついで器質的、人格によるという回答もあげられた。また複合論の立場をとる者が少なくないことが表された。日本の回答は上記の内容と同様なものが多くみられた。その他、ロシア・ウクライナにおいては「中枢神経系の障害である」という意見が代表的であったことは、多くの国と異なっている。

(3) 吃音の評価と治療介入の方法について

幼児など年少の子供に用いられる評価方法は、両親へのインタビュー、ケース・ヒストリー、親子相互作用場面の観察が最も多くみられた回答であった（カナダ、アイスランド、ポーランド、オランダ、ドイツ、フランス、南アフリカ、アメリカ、日本）。成人に対しては、ばらつきがみられたが、ケース・ヒストリー、音読などの課題、発話の分析、コミュニケーション態度の分析などがあげられた。また、幼児への治療介入方法は、両親への関わり方のカウンセリング（アルゼンチン、日本、アメリカ、カナダ、イギリス、チリ）、プレイセラピー、環境管理などの間接法が主である一方、吃音研究において先進的な国において、直接法のLidcombe methodが用いられていた（アメリカ、アイスランド、オーストラリア、カナダ）。幼児に対して直接法を用いる試みは、日本ではあまり浸透していないのだが、取り入れている国が増えていることから、今後広まる可能性はある。

学童に対しては、ゆっくりとした話し方に適応させる方法、やわらかい声で話し始める方法（soft onset）、吃音への態度に対する介入、fluency skillあるいはfluency technique、上記のLidcombe methodなどの直接法が主に用いられていた。幼児と比較して、両親に介入することが少ないことが各国に共通した介入方法であった。最後に成人に対してであるが、吃音に対する態度の形成、セルフ・グループへの紹介、回避の予防、認知行動療法、self-esteemの確立、fluency shaping、リラクゼーションなどの介入方法が上位にあげられていた。少数回答の中で、日本ではあまりみられなかったものとして、大人を対象とした集団療法

（南アフリカ）、薬理的な介入（アメリカ、チリ）、催眠療法（ドイツ、フランス）、横隔膜訓練法（ロシア・ウクライナ）などがあげられていた。またオーストラリア（主に西オーストラリア）においては幼児から成人に至るまで、一貫してempirical-based practiceに基づく治療介入が行われていた。さらに特徴的な回答として、アイスランドにおいて、学校や施設での吃音治療が国家の保険制度において補償されること、アフリカにおいて吃音治療が神霊治療家に委ねられてきた経緯があること、チリにおいて吃音が神経心理学的な障害であると診断されるため、医師による薬物療法が主流であることがあげられる。

(4) 吃音の治療介入方法に影響を与えている要因について

多くの国がクライアントのニーズをあげていた（オーストラリア、カナダ、チリ、ドイツ、日本、ロシア・ウクライナ、南アフリカ）。次に、臨床家が受けた教育や学問的な背景の要因が多くとりあげられた（カナダ、オランダ、ポーランド、ドイツ、日本、ロシア・ウクライナ）。また、バイリンガルやマルチリンガルや異文化がもたらす文化的要因が多くの国にとりあげられた（チリ、フランス、オランダ、ロシア・ウクライナ、南アフリカ、アメリカ）。バイリンガルなどの要因は日本ではまだあまり強く認識されていないようであるが、今後意識される要因ではないかと推測される。また、吃音の治療にかかる費用などの問題として経済的要因があげられた（アルゼンチン、チリ、フランス、南アフリカ、アメリカ）。治療の実施を不可能にする距離等の地理的な要因、メディアの影響、専門家の不足などの要因が少数の国に取り上げられた。アルゼンチンの回答にみられる社会的なタブー視を促進するようなメディアの影響、チリにみられた吃音は人格の一部である、などが特殊な回答であると思われた。

(5) 吃音の臨床的介入に関わる問題点について

ほとんどの国が、第一に家族（両親）との関係についてあげていた。具体的には、家族が吃音治療に賛成しない場合、よって援助や協力が受けられない場合、また両親の吃音改善に対する実現不可能な期待などが取り上げられた。またその次にクライアントが吃音を早く治したいと考えている欲求が臨床家の治療の見通しとずれている点が多くあげられていた。次に、治療に必要な財源あるいはクライアントの治療費負担の問題や時間、人材の不足などが多くあげられた。日本の

回答はこれらの回答と概ね一致していた。また、国によっては、変化 (change) に対する抵抗 (resistance) の概念があげられた (アルゼンチン, 南アフリカ)。さらに、バイリンガルなどによる言語や文化の壁による問題が数カ国から指摘された (ドイツ, フランス, オランダ, イギリス)。少数回答としては、ロシア・ウクライナにおいてアルコール中毒の問題があげられる。

(6) 流暢性の獲得を超えた臨床家が考える吃音臨床の目的について

最も多くみられた回答は、自己の受容 (self acceptance) であった (アルゼンチン, カナダ, チリ, フランス, ドイツ, アイスランド, オランダ, ポーランド, アメリカ)。次いで、自尊心 (self-esteem) の獲得が多く取り上げられた (オーストラリア, カナダ, チリ, ドイツ, ポーランド, 南アフリカ)。また、コミュニケーションの自立 (independence) (チリ, フランス, ドイツ) や QOL の視点からの社会参加をあげた国 (日本, チリ, ロシア・ウクライナ) もいくつかみられた。また、フランス, ドイツにおいては、自分自身の心が平和で満たされるならば、世界においても平和に生きていけるだろう、という考えが吃音治療の目的を表すものであると回答されていた。またアイスランドにおいては、吃音を受け入れることは自分自身を深く知ることであり、人間が生きていくための助けになるだろう、という考えを取り上げ、オランダは、お互いに大きな尊敬心を持つという、愛が最も大切であると示した。南アフリカは、人種や行為に対する誤解を改め、相手を受容する姿勢を奨励することや、全ての人々に与えられるべきである言葉の才能を補償することを取り上げていた。

6. 他国の調査結果との比較のまとめ

世界の動向として、スピーチパソロジストなどの言語障害に関する専門家の養成は4年間の大学レベルの教育課程終了後、さらに専門的な機関においてトレーニングを積むことが義務づけられていることが分かった。また吃音の定義に関する回答として、単一の条件ではなく複数の要因が絡んだ複合的なことであるという回答が多いことが共通していた。さらに吃音の治療について先進的な国においては幼児にも直接的なアプローチが用いられていた。吃音治療介入に影響を与える要因としては、多くの国がクライアントのニーズをあげたが、一方で治療費に関わる経済的な要因をあげる国もあった。最後に吃音治療の流暢性の獲得を超えた目的については多くの国で自己受容や自尊心の獲得が取り上げられた。またフランスやドイツ, アイスランド, 南アフリカなどは吃音を受け入れることは自分や相手を受容する姿勢につながり、他を受け入れる気持ちが世界の平和に結びつくことを主張していた。

文 献

- Shapiro, D. A. (2004). A Multinational Investigation of Stuttering Intervention: Assumption, Practices, and Lessons. Theory, Research and Therapy in Fluency Disorders: Proceeding of the Fourth World Congress on Fluency Disorders August 11-15, 2003, Montreal, Nijmegen University Press, International Fluency Association, 123-137.

資料 「吃音に関する臨床家の理念と治療の試みに関する調査」

以下の質問について回答して下さい。

1. あなたの専門的な役割, 及びあなたの勤務機関を記入してください。言語治療の専門家でない場合は職業の名称と職種について記入して下さい。
2. あなたが専門家になるまでの経緯について, また専門的な職業に就いてからの勤続年数を記入して下さい。
3. ここ5年間に評価した吃音者の人数, また治療的な介入を行なった人数を記入して下さい(年齢, 性別についても記入して下さい)。
4. それぞれの人々が「吃音」という用語にそれぞれの意味づけをしています。あなたは「吃音」をどのように定義しますか?
5. あなたの考えでは, 吃音の原因として考えられることは何ですか?
6. 吃音の人々に対するあなたの介入方法を述べてほしいと思います。幼児, 学童, 成人, または高齢者に対してどのように「評価」と「治療」を行うか記入して下さい。
7. 臨床家として吃音の人々を評価し, 治療介入を行う時にどのような要因があなたに影響していると思いますか。言い換えると, あなたの方法は, 文化的, 政治的, 社会的, 教育的, 経済的, 地理的, また他の要因によってどのように影響されていると考えますか?あなたの治療法の原則は何によって導かれているのでしょうか?
8. 一般的に私達の臨床はスピーチの流暢性に関係すると考えられる情緒面, 行動面, そして認知面の要因に効果的であることを目的に進められます。長い目で見た場合, あなたが専門的に行うことでこの目的を達成するためにどういうことを重点的に努力すると考えますか?例えば, グローバルな理解や世界平和に向かわせることであると考えられるかもしれません。
9. あなたは, 吃音のクライアント, 及び, 家族の評価, 治療を行う際にどのような障壁に遭遇しましたか。またそこからあなたはどのようなことを学びましたか。
10. 吃音の人々や家族への治療的な介入について, 上記の内容でカバーされなかった事についてコメントや回答, 提案があれば記入して下さい。