

序論

第1章 吃音の下位分類の存在と鑑別診断

第1節 Van Riperの吃音の4つのトラック（軌跡）

Van Riper は、長期に追跡した 44 症例を含む 300 症例にもわたる吃音児の症例を分析した結果、吃音の進展過程にそれぞれ特徴の異なる 4 種類の軌跡（トラック）が存在することを示した（Van Riper, C., 1971）。Van Riper の示した 4 つのトラックをそれぞれ概観すると以下ようになる。まず、トラック 1 であるが、Van Riper が長期的に追跡をした 44 症例の内、21 症例がこのタイプに該当したことから、最も標準的なタイプの吃音と考えられた。また、トラック 2 であるが、長期追跡症例である 44 症例の内 11 症例がこのタイプに該当し、この症例に該当する吃音児が言語発達の遅れを伴っていることが多いことから、言語発達遅滞を伴うタイプの吃音と考えられた。さらに、トラック 3 についてであるが、長期追跡例である 44 症例の内わずかに 5 名がこのタイプに該当し、彼らの吃音の出現が心理的なショックの後に突発的にみられることから、ショック型の吃音と考えられた。そして、最後のトラック 4 であるが、長期追跡症例である 44 症例の内、わずかに 4 症例がこのタイプに該当し、トラック 3 と同様に突発的に出現するもののその出現に心理的なショックは伴わない、吃音パターンの進展がみられない、吃音に対する自覚が発吃当初から明確である、回避行動、もがき行動などは示さない等の特徴を持つタイプの吃音であった（各トラックの特徴の詳細については、表 1.1-1 参照）。Van Riper のこの吃音の進展過程に複数の過程が存在するという知見は、吃音が複数の原因（もしくは、吃音発生に何らかの関与をしている要因）や発生起序によって発生していることを示唆するものであり、それまでの吃音研究における「科学的研究の要請である客観的資料が、全ての吃音症例に照合しにくいという問題点」（内須川、1990）を解消しうる画期的な視点を提供するものとして注目される。すなわち、Van Riper の知見によって、吃音を互いに原因（もしくは要因）や発生起序の異なる下位分類の集合体として捉えうることが示されたことで、それまで数多く提出されていた吃音発生の原因論や発生起序に関するモデルを相互に矛盾することなく共存させていくことが可能となるのである。また、吃音児・者の診断や治療という観点からみても、Van Riper の知見は示唆に富むところが大きい。すなわち、吃音の進展過程が複数存在するということで、吃音児・者に対してそれらの吃症状の進展過程の相違やその背景にある諸要因の相違を考慮した「鑑別診断・治療（指導）モデル（a differential

evaluation-differential treatment model; Gregory, H.H.ら, 1981, 1993) に基づいた診断、治療（指導）を行う必要があることを示しているといえるのである。これらの Van Riper の知見を契機にして、これまで何人かの研究者によって、鑑別診断・治療（指導）モデルが提唱されている（例えば、Gregory, H.H.ら, 1981, 1993; Preus, A., 1981; Riley, G.D. ら, 1988; 内須川, 早坂, 1989; 内須川, 1990; 早坂ら, 1998）。次節では、それらのモデルのいくつかについて概観するとともに、吃音児の鑑別診断・治療（指導）する際に必要となる観点について検討していく。

表1.1-1 吃音の進展における4種類の軌跡(トラック)
(Van Riper, 1971, p116)

| | トラック1 | トラック2 | トラック3 | トラック4 |
|-----------------------|------------|---|--|--|
| 発吃年齢 | 2歳半から4歳 | しばしば遅い。発話に文(sentences)が見られた後 | 連続(consecutive)した発話が見られる後 | 遅い。通常4歳以降 |
| 発吃以前 | 流暢な発話 | 流暢な発話を経験しない | 流暢な発話 | 流暢な発話 |
| 発吃の様子 | 緩発 | 緩発 | 突発、心理的外傷(truma)の後生ずる | 突発 |
| 症状の進展 | 波状現象あり | 固定化している | 固定化している | 一貫しない(erratic) |
| 症状の回復 (remissions) | 長い期間の回復 | 回復なし | 短い期間の回復 | 回復なし |
| 発話速度 | 正常 | 遅い | 遅い | 正常 |
| 構音 | 正常 | 問題あり | 正常 | 正常 |
| 発吃時の言語症状 | 音節の繰り返し | 間、言い直し、音節および単語の繰り返し | 発声されない引き伸ばし(unvoiced prolongation)、喉頭のブロック | 通常でない行動 |
| 緊張 | なし | なし | 大きい | さまざま |
| ふるえ(tremors) | なし | なし | あり | わずかに |
| 吃音の部位 | (文の)最初、機能語 | (文の)最初、長い単語、文章のさまざまな部位、機能語 | 間の直後の発話が始される部位 | (文の)最初、機能語ではあまり生じない、内容語(content word)は特に |
| 吃語のパターン | さまざまなパターン | さまざまなパターン | 一貫したパターン | 一貫したパターン |
| 吃音以外のスピーチの特徴 | 正常 | 非流暢性を示さないと きにも、ためらいや間の 伴った発話の崩壊が おこる | 正常、吃症状以外は非 常に流暢 | 正常、吃症状以外は非 常に流暢 |
| 吃音への意識 | なし | なし | 高い意識 | 高い意識 |
| フラストレーション | なし | なし | 多大なフラストレーショ ン | なし |
| 発話に対する恐れ | なし、喜んで話す | なし、喜んで話す | あり、場面恐怖と語に 対する恐怖 | なし、喜んで話す |

第2節 吃音の鑑別診断・治療（指導）モデル

本節では、これまでに発表されている吃音の鑑別診断・鑑別（指導）治療モデルとして、「幼児吃音児のための鑑別診断・治療（指導）モデル」(Differential evaluation- differential therapy for stuttering children; Gregory, H.H. ら, 1980, 1993)、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル (A model of nine components related to the development of stuttering in children)」(Riley, G.D. ら, 1981)、「吃音児の臨床診断仮説U (U 仮説)」(内須川, 早坂, 1989; 内須川, 1990; 早坂ら, 1998) について概観するとともに、吃音児の鑑別診断・治療（指導）する際に必要となる視点について検討していく。

第1項 「幼児吃音児のための鑑別診断・治療モデル」(Gregory, H.H. ら, 1981)

Gregory らの「鑑別診断・治療モデル」においては、治療法Ⅰ（予防的両親カウンセリング）、治療法Ⅱ（一般的な母親カウンセリング及び最小限の子供への直接的働きかけ）、治療法Ⅲ（両親と子供への直接的な働きかけを含む包括的治療プログラム）の3段階の治療プログラムを設定している。そこで、本稿では、まずはじめに上述したⅠ～Ⅲの中のどの指導プログラムを使用すべきかを決定する過程である鑑別診断の手順についてその概観について説明を加え、その後それぞれの指導法について触れていきたいと思う。

Gregory らの「鑑別診断・治療モデル」においては、鑑別診断は、図 1.1-1 に示したように、対象児の両親などとの面接、対象児自身に対するスクリーニングセッションを通して得られた情報に基づいて行われる。また、その際に収集する情報には、(1) 言語発達の推移や、吃音の出現との関連が示唆される事柄（発吃の年齢やその時のエピソードなど）などについての情報を含むこれまでの生育歴、(2) 様々な場面における非流暢性発話の出現頻度や、母子（父子）プレイ場面における非流暢性発話の出現頻度、(3) 母子（父子）間の相互作用分析（両親の対象児に対応する際のテンポの速さや、対象児に対する指示的な関わりの有無等）、(4) 言語発達や聴力の評価などがあげられる。そして、各指導法のいずれを選択するかについての鑑別基準についてであるが、それらは (a) 対象児に出現している非流暢性発話の特徴（図 1.1-2 参照）、(b) 言語発達及び行動上の問題の有無の2つの基準の組み合わせによって決定される。すなわち、鑑別診断は、両者の組み合わせから対象児を、(あ) 典型的な非流暢性 (typical disfluency) のみを有する、(い) 非

典型的な (atypical disfluency) 非流暢性を有するが言語発達や行動上の問題を伴わない、

(う) 非典型的な非流暢性を有し、言語発達や行動上の問題を伴う、(え) 非典型的な吃音 (atypical disfluent stuttering) を有する (言語発達や行動上の問題の有無は問わない) の 4 種類のカテゴリーに分類することでなされるのである。

続いて、治療法Ⅰ～Ⅲの指導法について触れていく。まず、治療法Ⅰは、両親への予防的カウンセリングのみを行う方法である。治療法Ⅰでは、両親へのカウンセリングとして

(1) 対象児の現在の非流暢性発話の出現傾向についての説明、(2) 非流暢性発話の軽減に望ましい相互作用のスタイルについてのガイダンス、(3) 対象児のコミュニケーション上のストレスを軽減させる方法についてのガイダンス (発話速度をゆっくりする、対象児が全てを話し終えてから反応するなど)、(4) 対象児の現在の言語発達についての説明、

(5) 参考書などの案内等が行われるのみで、対象児本人に対する直接的な指導は行われない。指導法Ⅱは、一般的な母親カウンセリングと最小限の子供への直接的働きかけを行う方法である。指導法Ⅱでは、母親カウンセリングとして、(1) 対象児の現在の非流暢性発話の出現傾向についての説明、(2) 非流暢発話が見られる際の本人や周囲の状態の把握 (特定の場面で一貫して非流暢性発話の出現の増大が見られるかどうか) 等が行われる。また、セラピストが対象児自身とプレイセラピーをしている場面を両親に観察させ、流暢性の増大に寄与するようなコミュニケーションスタイル (例えば、平易な短めの言葉を使って対象児の発話に応じていくなど) を実際に提示する等の活動も同時に行われる。

指導法Ⅲは、両親と子供への直接的な働きかけを含む包括的指導プログラムである。治療法Ⅲでは、(1) 対象児に対する、発話の流暢性促進に焦点をあてた直接指導、(2) 対象児に対する、流暢性を崩壊させるような要因 (対象児の発話を中断する、興奮した状態での発話、質問など) に対する耐性の向上に焦点をあてた直接的指導、(3) 対象児に対する、吃音以外の言語発達上の問題の改善に焦点をあてた直接的指導など、対象児に対する直接的指導がその中心となる。

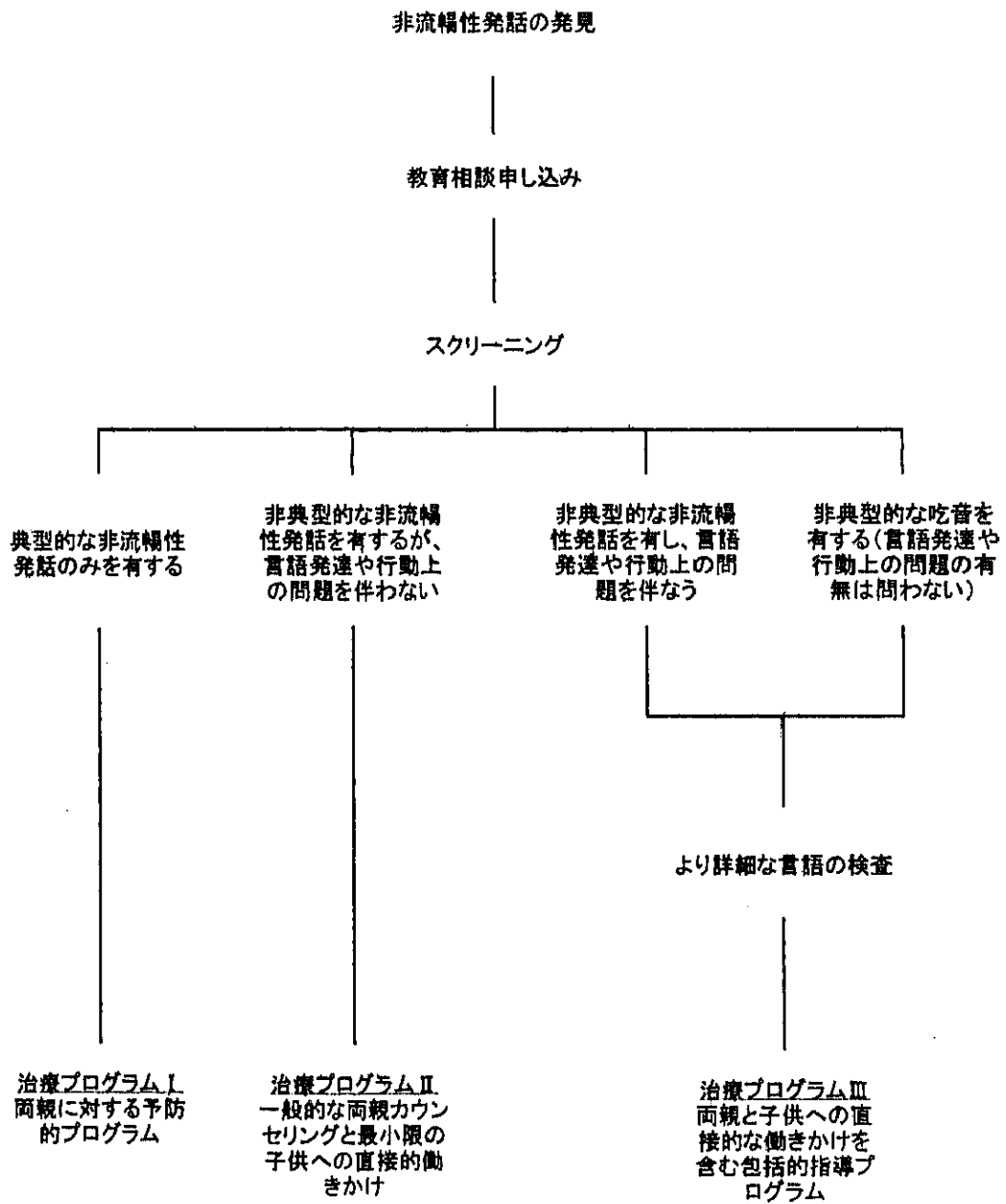


図1.1-1 鑑別診断・治療の流れ (Gregoryら, 1980, 1993)

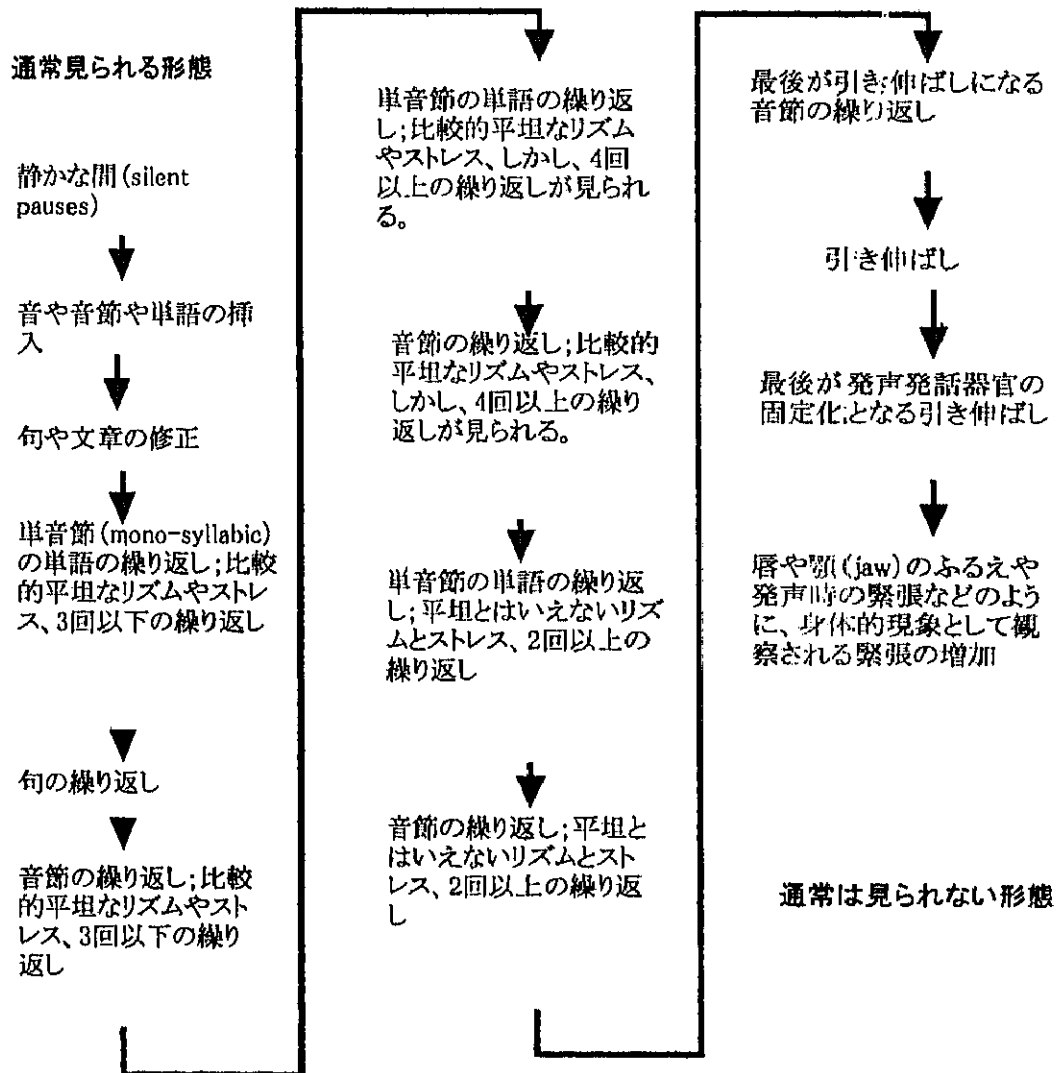


図 1.1-2 非流暢性発話の連続図 (Gregoryら, 1980, 1993)

第2項 「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」(Riley, G.D. ら, 1983)

Riley らは、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」について、「適切に下位分類を記述する試みが成功したとは言い難い状況にある」中で、「互いに矛盾する下位分類を作り出すことなしに多変数のアプローチを導くことが可能であるという意味において、下位分類の代案となるものである」と説明している(Riley, G.D. ら, 1993, pp47-48)。つまり、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」においては、吃音の発生や進展と何らかの関連性が示唆される諸要因を「吃音の進展に関する構成要素」として捉え、各対象児がどのような構成要素を有しているか(当然のことながら、1人の対象児が複数の構成要素を持つ場合も想定している)によって、吃音の鑑別診断を行おうとしているところにその特徴があるといえる。

「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」の中で、Riley らは、4つの神経学的構成要素(Neurologic Components)と、5つの伝統的構成要素(Traditional Components)を想定している(図 1.1-3)。この内、神経学的構成要素とは、注意の障害、聴覚処理過程の障害、文章構成の障害、発声発話器官の障害(構音障害を含む)などの、神経学的な機能不全が存在している状態を指している。Riley らは、吃音児が有しているこれらの神経学的な機能不全について、「医療の対象として扱うには軽度すぎる程度のもの」であり、彼らの有しているこれらの問題点は、「課題に対する注意の維持、言語表出や理解、言語表出時の微細な協調運動などの特定の場面にもみ露呈される」(Riley, G.D. ら, 1983, p48)としている。また、伝統的構成要素とは、崩壊をもたらすコミュニケーション環境、自己に対する要求水準の高さ、両親の子供に対する高すぎる期待、吃音の操作、両親の子供が吃ることに対する過度の意識を指しており、過去の吃音研究(例えば、Johnson, W. ら, 1943)において吃音の進展との関連が示唆されている要因がそれぞれ取り上げられている。

続いて、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」に基づく鑑別診断・治療の方法についてその概略を述べる。前述したように、「吃音の進展に関する構成要素モデル」においては、各対象児が以上にあげた構成要素のいずれを有するかについて評価を行う。そして、その際には、各対象児が複数の構成要素を併せ持つことを容認していく。つまり、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」においては、例えば、聴覚処理過程の障害という神経学的構成要素と両親の非現実的な期待という伝統的構成要素を同時に併せ持つ児がいる際には、その双方の構成要素に問題ありという判定を下すことになる。このよう

に、対象児をあらかじめ決定されている限られたカテゴリーによって強制的に分類するのではなく、構成要素の組み合わせによって各対象児の問題性を整理しようとするところに、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」の最大の特徴があるといえる。

次に、指導の方法についてであるが、Rileyらは、それぞれの構成要素ごとに、それらの要素の改善を意図した課題群（例えば、「聴覚処理過程の障害」構成要素に対しては、聴覚処理過程の発達の促進を狙った課題群など）を設定している。そして、鑑別診断によって問題性が指摘された構成要素について、それらの構成要素の改善を意図した課題群を実施することによって、指導が行われるのである。以下に、各構成要素の概略及び、各構成要素に対応した指導の内容について概観する。

a. 注意障害

注意障害には、注意散漫 (distractibility)、多動 (hyperactivity)、フラストレーション耐性の低さ (low frustration tolerance)、保続 (perseveration) などの問題が含まれる。

指導としては、(1) 注意の質を高める、(2) 注意の間隔 (span) を長くする、(3) 多動を減少させる、(4) 保続を減少させる、(5) フラストレーション耐性を高めることを目的にして、行動変容と投薬を行うことが有効とされる。

b. 発声発話器官の障害

一定の速さで正確に音節の産出を行う際に必要な、喉頭や構音器官の協調運動に困難性が認められる場合を指す。発声発話器官の協調運動についてのアセスメントとしては、「バ、バガ、パ、パピ、パタ、タカ、パタカ」等の音節を繰り返して発話させる diadochokinesis 課題が有効である。また、これらの検査の結果から、発声発話器官の障害が示唆された際には、McDonald (1964) らの感覚運動プログラム (系統的に配列された無意味音節の発話課題) 等が効果的とされる。

c. 聴覚処理過程の障害

聴覚処理過程の障害は、対象児の聴覚的な情報を受け取り、取り扱う能力の問題性につ

いて言及するものである。治療プログラムとしては、Wiig と Semel (1980)、及び Semel (1976) のものが有用とされる。

d.文章構成障害 (sentence formulation disorder)

文章構成障害としては、(1) 語の修正 (word retrieval) がみられる、(2) 短い文章を頻繁に使用する、(3) 発話が句単位で断片的になる、(4) 語の逆転や移動を含む語順形成の困難がある、(5) 時制や助動詞を用いない動詞の使用などに代表される、単純な構造を持つ発話を使用することなどがあげられる。文章構成能力を向上させるための指導としては、Emerging Language という方法 (1973) と Wiig と Semel (1980) の方法などが有効とされる。

e.崩壊をもたらすコミュニケーション環境

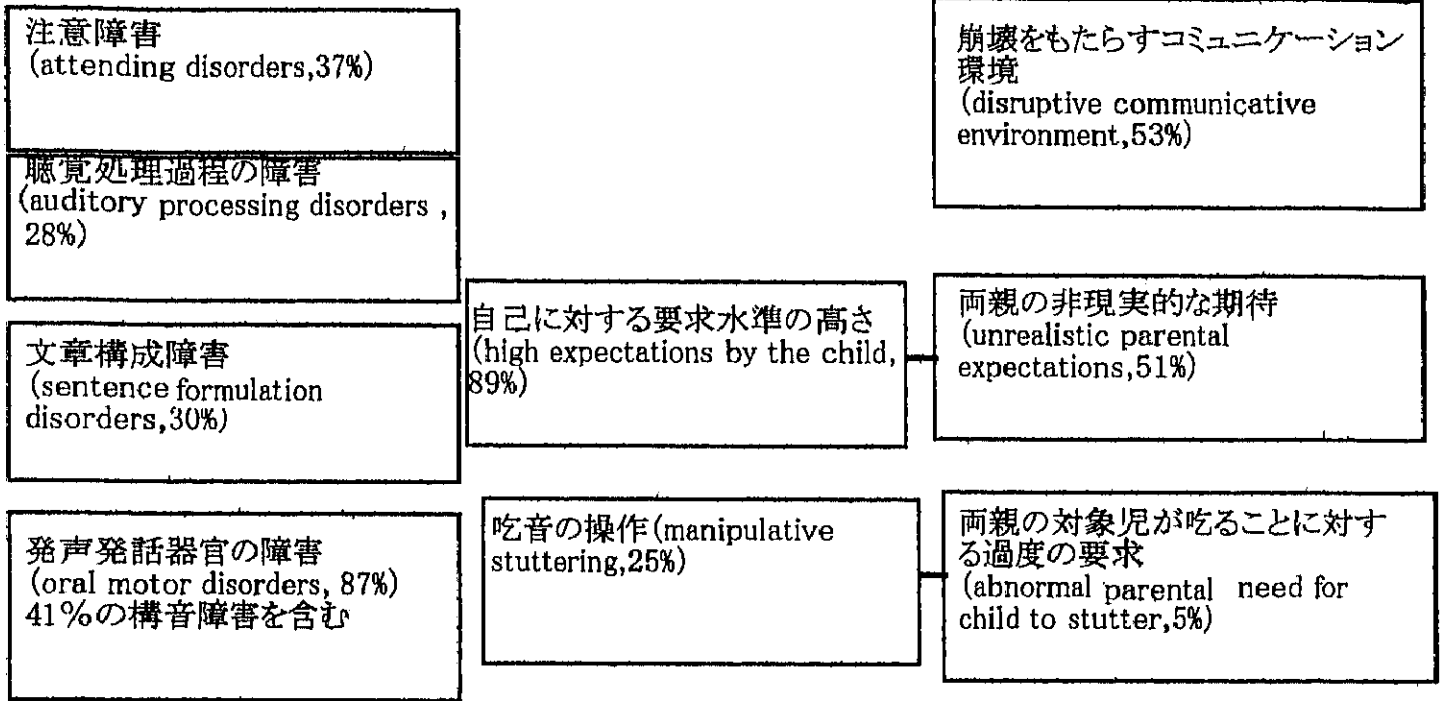
崩壊をもたらすコミュニケーション環境としては、(1) 速すぎるペースで進行する会話、(2) 対象児が自身の考えを表明する際に十分な間を与えられない、(3) 対象児がコミュニケーションしようとすることに対する妨害、(4) 対象児の発話等をせき立てるような行動等があげられる。指導法としては、Ainsworth ら (1977) にあるような吃音児のコミュニケーション環境を改善することを狙った伝統的な治療法 (traditional treatment of stuttering) がある。

f.高すぎる期待 (自己に対する要求水準の高さ、両親の両親の対象児に対する高すぎる期待)

両親の対象児に対する過度の期待に加えて、対象児自身が自身に対して高い要求水準を課してしまう場合も認められる。対象児自身の流暢性に対する過度の要求が認められる際には、Ainsworth ら (1977) の方法によって、自身に対する要求水準を減少させることが必要となる。

神経学的構成要素

伝統的構成要素



子供内の構成要素
(Intra-personal
components)

対人関係的な構成要素
(Inter-personal components ;)

図1.1-3 幼児の吃音の進展と関連した9つの構成要素モデル
(Riley ら, 1980, p49)

第3項 「吃音児の臨床診断仮説 U (U 仮説)」(内須川, 早坂, 1989; 内須川, 1990; 早坂ら, 1998)

「吃音児の臨床診断仮説 U (U 仮説)」(内須川, 早坂, 1989; 内須川, 1990; 早坂ら, 1998) は、(1) できる限り、統括しうる巨視的 (マクロ的) 診断の枠組みを立てること、(2) 枠組みを臨床的基盤に立って構築すること、つまり、論理性を充当することよりも、実際の効能が臨床的に確認できることがそのポイントになることという 2 つの視座を重視し (内須川, 1990)、構築された吃音の鑑別診断・治療仮説である。U 仮説においては、吃音の発生や進展などと関係している諸条件を (a) 悪化条件、(b) 改善条件、(c) 維持条件の 3 条件に分類し、これらの相互の関係から総合的に吃音の診断を行う (表 1.1-2)。これらの諸条件の詳細であるが、悪化条件は、発話の失敗体験、身体的・心理的圧力 (言語発達の遅滞などの吃音以外の障害の存在や、常時プレッシャーを受ける環境下にあるなど)、罰体験、罪障感などから構成されている。また、改善条件は、発話流暢体験や発話意欲などから構成されている。そして、U 仮説においては、これらの 2 条件を外面因子 (吃音の悪化や改善に直接的に関与する条件) と位置づけている。続いて、維持条件についてであるが、U 仮説においては、維持条件としてパーソナリティー特性と神経学的要素の 2 つを取り上げている。この中のパーソナリティー特性は、フラストレーション耐性の低さ、過敏性、自己感情の表出の制限、消極性、過度の用心深さ、失敗に対する恐れ、自罰性等から構成されている。また、神経学的要素は、注意の障害、聴覚処理の障害、文章構成障害、発声発話器官の障害、視知覚の問題など、前述した Riley があげた神経学的構成要素とほぼ同一の要因から構成されている。さらに、U 仮説においては、これらの維持条件を内面因子 (吃音の悪化や改善に直接的に関与することは少ないが、吃音の改善を抑制させる条件) と位置づけている。

続いて、「吃音児の臨床診断仮説 U (U 仮説)」に基づく鑑別診断・治療の方法についてその概略を述べる。はじめに鑑別診断の方法についてであるが、U 仮説においては、診断の第 1 段階として、両親との面接、対象児とのプレイセラピー、性格検査や発達検査等を通して得られた情報をもとに、前述した悪化条件、改善条件、維持条件の中の各因子がみられるかどうかについての同定を行う。そして、その結果をもとに、幼児吃音の類型化診断の基本的枠組み (図 1.1-4) をもとに、U 仮説に基づく 16 種類のいずれに当てはまるかについての判断を行うのである。なお、U 仮説に基づく 16 類型とは、悪化条件と改善条

件の有無に基づく4パターン（悪化条件なしで改善条件あり、悪化条件なしで改善条件なし、悪化条件ありで改善条件あり、悪化条件ありで改善条件なしの4パターン）と維持条件の程度（維持条件ほとんどなし、維持条件なし、維持条件あり、維持条件非常にありの4パターン）の組み合わせからなり（ 4×4 で16）、それぞれの種類のいずれに当てはまるのかを同定することで、おおまかな予後の予測が図れるようになっている。次に、治療の方法であるが、U仮説においては、以上あげた悪化条件、改善条件、維持条件間の関係において、「悪化条件+維持条件<改善条件」となるように調整することが吃音治療（指導）の目標となる。すなわち、このことを換言すると、U仮説に基づく吃音治療（指導）とは、（a）悪化条件を取り除く、（b）改善条件を向上させる、（c）維持条件を軽減させる、という3活動の総体と捉えることができる。また、具体的な指導法として、早坂ら（1998）は、悪化条件に対しては、カウンセリングや吃音の抑制法と修正法といった直接的指導法、維持条件のパーソナリティー特性については精神分析理論に基づいた指導、同じく維持条件の神経学的要素については治療教育が有効であると提言している。

表 1.1-2 U仮説に基づく改善要因、悪化要因の臨床的同定（早坂ら,1998）

| 各条件 | |
|-------------------------|---|
| 悪化条件(R) | <ul style="list-style-type: none"> ・発話の失敗体験 ・身体的、心理的圧力 ・罰体験、罪障感 |
| 改善条件(D) | <ul style="list-style-type: none"> ・発話流暢経験 ・発話意欲 ・語量の増加 |
| 維持条件(U) (パーソナリティー特性) | <ul style="list-style-type: none"> ・フラストレーション耐性の低さ ・過敏性、自己感情の表出の制御 ・消極性 ・過度の用心深さ ・失敗に対する恐れ ・自罰性 |
| 維持条件 (U) (神経学的要素) | <ul style="list-style-type: none"> ・注意の障害 ・聴覚処理の障害 ・文章構成障害 ・発声発話器官の障害 ・視知覚の問題 |

| | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|--------|
| 内面因子 (維持要因) | U-1 | U-2 | U-3 | U-4 |
| | ++ | + | - | -- |
| 外面因子 (悪化・改善要因) | | | | |
| 改善条件 D(+) 悪化条件 R(-) | A-1 ◎ | A-1 ○ | A-1 ∞ | A-1 △ |
| 改善条件 D(-) 悪化条件 R(-) | B-1 ◎ | B-1 △ | B-1 △ | B-1 × |
| 改善条件 D(-) 悪化条件 R(+) | A-2 ○ | A-2 ∞ | A-2 ∞ | A-2 × |
| 改善条件 D(-) 悪化条件 R(+) | B-2 ○ | B-2 ∞ | B-2** | B-2 ×× |

◎ 予後は良好（治療の必要なし）

○ 予後は良好

△ 慢性化が予測される

∞ 予後は治療効果に依存

** 予後は治療効果に依存するが、悪い

× 予後は悪い

×× 予後は極めて悪い

図 1.1-4 U 仮説に基づく、幼児吃音の類型化診断の基本的枠組み（早坂ら,1998）

第4項 吃音児の鑑別診断・治療（指導）する際に必要となる視点

以上、これまで発表されている吃音の鑑別診断・治療（指導）モデルとして、「幼児吃音児のための鑑別診断・治療モデル」（Differential evaluation-differential therapy for stuttering children; Gregory, H.H. ら, 1981, 1993）、「吃音の進展に関する9つの構成要素モデル」（Riley, G.D. ら, 1981）、「吃音児の臨床診断仮説U（U仮説）」（内須川, 早坂, 1989; 内須川, 1990; 早坂ら, 1998）の3モデルについて概観した。本節においては、鑑別診断・治療（指導）を行う際に必要となる観点として、これらの研究における（1）鑑別診断を行う際の指標、（2）治療（指導）を行う際の治療（指導）方略の2つの観点について検討を加えていきたいと思う。

これらの3つの鑑別診断・治療（指導）モデルにおいて、鑑別診断の際に用いられている指標としては、（a）非流暢性発話の特徴についての指標、（b）両親の非現実的な期待や各種の圧力といった対象児を取り巻く環境にまつわる指標、（c）自己に対する要求水準の高さや、過敏性、フラストレーションの高さの存在など対象児自身のパーソナリティー特性についての指標、（d）言語発達や神経学的な問題など吃音以外の発達遅滞や障害の存在についての指標などがあげられる。これらのことは、吃音の鑑別診断をする際には、非流暢性発話などの発話面における特徴だけでなく、幅広い観点から検討を加える必要があることを示していると思われる。

続いて、これらの3つの鑑別診断・治療（指導）モデルにおいて、用いられている治療（指導）方略としては、（a）両親ガイダンスやカウンセリングなど、両親に対する指導、（b）プレイセラピー等の、対象児自身に対する課題を伴わない指導、（c）対象児に対する発話の流暢性促進に焦点をあてた直接指導、（d）言語発達や神経学的な問題など吃音以外の発達遅滞や障害の改善に焦点をあてた直接指導等があげられる。これらのことは、吃音の治療（指導）をする際には、鑑別診断の結果から問題性が認められた各指標の改善を実現するために、対象児を取り巻く環境の調整を意図した両親ガイダンスや吃音以外の発達遅滞や障害の改善等を意図した直接指導などを含む、幅広い観点から治療（指導）計画立案を行う必要があることを示していると思われる。