

場面緘黙研究

第1巻 第1号

2023年3月

原 著

- 日本における場面緘黙の研究動向—アブストラクトのテキストマイニングによる研究— 1
飯村 大智・辻田 那月・萩原 広道
場面緘黙児が示す緘黙症状以外の行動の困難—園・学校での行動の困難と不登校・不登園に着目し 11
て—
高木 潤野・臼井 なずな・角田 圭子・梶 正義・金原 洋治・広瀬 慎一・富岡 奈津代

特 集 場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか

- シンポジウム：場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか 24
—日本特殊教育学会第60回大会自主シンポジウム報告—
臼井 なずな
特別支援学校教諭教職課程における情緒障害の学び 27
園山 繁樹
小児科臨床から学校や教員養成への提言 34
金原 洋治
シンポジウム9.18に参加して（指定討論） 38
久田 信行

編集規程

(2022 年 6 月 1 日版)

1. 本誌は日本場面緘黙研究会の機関誌であり、原則として 1 年 1 巻 1 号をオンラインにより発行する。
 2. 本誌は本研究会会員の場面緘黙に関する学術論文の発表にあてる。
 3. 本誌には場面緘黙に関する未公刊の日本語で書かれた原著論文、事例研究、資料、展望、総説、実践報告、書評論文、書評など、オリジナルな学術論文を掲載する。そのほか、招待論文、企画論文等を掲載する。
 - (1) 原著論文：理論的、実験的、調査などによる研究論文で独創性の高いもの
 - (2) 事例研究：個別事例を扱う研究
 - (3) 資料：有用な資料で会員の参考になるもの
 - (4) 展望：場面緘黙に関係する重要な課題について内外の諸研究の成果を概観し、独自の観点から総合的に展望したもの
 - (5) 総説：先行研究の総括や解説、または政策や動向などを踏まえた提言など
 - (6) 実践報告：実際的な問題の究明や解決を目的とした実践をまとめたもの
 - (7) 書評論文：他者の出版物に対する考察や独自の提言を含む論文
 - (8) 書評：他者の出版物の紹介や短評
 - (9) 招待論文、企画論文等は、編集委員会の推薦により執筆された論文又は記事とする。
 4. 未公刊の論文とは、投稿論文を構成する内容が、過去に刊行物において未発表である論文をいう。学術大会における発表、電子的に公開した学位論文、および研究助成費に基づく研究報告書の内容は、刊行物における公刊としない。ただし、論文の投稿にあたっては、投稿論文本文の末尾に、付記として、論文の内容は学術大会発表／学位論文／研究助成費研究報告書を踏まえていることを明示すること。
 5. 人権を侵すことにつながる内容の研究や表現は認められない。
 6. 掲載後に研究倫理に違反する行為が確認された場合は取り下げや削除を行う。
 7. 本誌に掲載された論文の著作権は日本場面緘黙研究会に帰属する。
 8. 本誌の編集は編集委員会が行う。
 9. 投稿論文（企画論文等を含む）は編集委員会が審査し、掲載の可否を決定する。
 10. 編集委員は常任理事会の議を経て会長が委嘱する。
 11. 編集委員会には委員長 1 名、副委員長 2 名をおく。
 12. 本誌の編集事務は日本場面緘黙研究会事務局において行う。
- ※ 第 2 巻第 1 号の編集規定は改定を検討中です。研究会 HP で確認ください。

原著論文

日本における場面緘黙の研究動向

—アブストラクトのテキストマイニングによる研究—

飯村 大智 川崎医療福祉大学リハビリテーション学部

辻田 那月 京都大学大学院人間・環境学研究科

萩原 広道 東京大学国際高等研究所ニューロインテリジェンス国際研究機構 (WPI-IRCIN) ・
日本学術振興会

要旨：本研究では日本の場面緘黙の臨床研究の動向をテキストマイニングにより明らかにすることを目的とし、対象の和雑誌の研究論文 89 件（1969 年～2021 年）のタイトルとアブストラクトのテキストを抽出した。対象文献の発表時期は 2000 年代から 2010 年代が中心であった。文献の発表時期で抽出語を前期・中期・後期に分けると、前期は「治療」「心理」「家族」「家庭」などの割合が高く、後期では「言語」「遊戯療法」は減り、「支援」「発話」の割合が増加するなどの傾向がみられた。全体では訓練技法として多く抽出されたのは「遊戯療法」で、併存する障害では「自閉症スペクトラム」や「発達障害」が多く抽出された。共起ネットワーク上では、「緘黙への治療」「発話コミュニケーション」「場面緘黙と学校」「母子の面接過程」などのサブグラフに共起性の高さが見出された。これらより、国内の場面緘黙の研究の特徴やその推移が明らかになったと考えられる。

キーワード：場面緘黙、選択性緘黙、臨床研究、テキストマイニング、研究動向

1. 問題と目的

場面緘黙とは、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)では不安症群に位置付けられ、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状態と定義される（American Psychiatric Association, 2013）。小学校などでは不登校などの深刻な活動の制限となることもあり（Kearney & Spear, 2013）、場面緘黙児者への指導・支援は国内外で行われている。海外では行動療法やシステムズ・アプローチなどの治療成績や治療の有用性がランダム化比較試験などの統制された方法により報告されるようになっており（Steains, Malouff, & Schutte, 2021）、近年は心理力動論的なアプローチは減少しているなど、治療法の変化もみられている（Muris & Ollendick, 2021）。また、病態としても、併存する障

害として高い割合で不安症（Driessen, Blom, Muris, Blashfield, & Molendijk, 2020）や自閉スペクトラム症（Muris & Ollendick, 2021; Steffenburg, Steffenburg, Gillberg, & Billstedt, 2018）の特性が現れることが報告されており、場面緘黙の気質的・発達的な特性が調べられている。

国内でも場面緘黙の臨床研究が集積されてきている。例えば、水野・関口・臼倉（2018）は 2001 年から 2015 年までの日本語で発表された場面緘黙の治療例 38 例のナラティブレビューを行い、母親面接や遊戯療法が 60%以上の研究で用いられ、曝露療法などの行動療法が用いられたのは 20%未満であったと報告している。

日本においても治療法の動向はここ数十年で変化している可能性はある。国内の文献のレビューの報告は少なく（水野ら, 2018）、幅広い年代を対象とした網羅的なレビューは行われていない。また、国内では症例

報告が中心であり、統制された研究方法での臨床研究はほとんど行われていない。現在の研究動向を俯瞰することで、これまでの国内の場面緘黙研究の総体を評価し、今後の研究に向けた意義のある示唆を得ることができると考えられる。

そこで今回、探索的なデータマイニングの手法であるテキストマイニングを使用して、場面緘黙に関する臨床研究の系統的レビューを行う。テキストマイニングとは質的データを定量的に解析する方法のひとつであり、アブストラクトを使用した研究動向のトピックの抽出(村中・竹林, 2021; Oh, Stewart, & Phelps, 2017)や、場面緘黙の研究においても事例論文の記述(山中・井上, 2021)や親の手記(山中・井上, 2020)を使用したテキストマイニングの活用がみられるようになっている。そこで本研究では、場面緘黙の臨床研究の論文について、多数のテキストを得るためにアブストラクトにタイトルも加えたデータを使用して、場面緘黙研究の国内動向及びその推移を俯瞰する系統的レビューを実施し、今後の研究発展に向けた示唆を得ることを目的とする。具体的には、出版時期により抽出語に変化があるかを検討するとともに、特徴的なカテゴリーの抽出語数を調べることによって、国内の場面緘黙の研究動向について検討する。

II. 方法

1. 情報源および検索式

日本の場面緘黙の臨床研究のスコーピングレビュー(Iimura, Tsujita, & Hagihara, in submission)の文献リストにおける日本語で本文が記載された文献を使用した。このリストは、複数の検索エンジン(CiNii および医中誌)からのデータベース検索 1,022 件(検索式を表1に示す。検索日は 2021/5/1 および 2021/5/8)とハンドサーチによる文献検索(56 件)から構成されている。

表1 検索式

#1	場面緘黙
#2	選択性緘黙
#3	場面かん黙
#4	選択性かん黙
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4

2. 適格性基準

関連のある文献をできるだけ包括するために、以下の適格性基準を設定した。

(1) 対象

緘黙症状を有する場面緘黙児者とし、年齢や診断の

有無を問わないこととした。

(2) 介入

専門家による何らかの臨床的介入・支援が行われていることとした。

(3) 比較対象

症例報告研究が多いことが想定されたため、研究デザインは問わず、対照群のない研究も含めた。

(4) アウトカム

アウトカムの有無は問わず、量的・質的アウトカムが報告されていないものも含めた。

3. 除外基準

除外基準としては以下の8つを設定した。

- ① 会議録、総説、コメンタリー、あるいは事例を含まない特集である。
- ② 日本語のアブストラクトが論文に含まれない。
- ③ 対象児者が場面緘黙の特徴や症状を有さない。
- ④ 緘黙の症状が他の疾患や障害など(統合失調症や脳血管障害に伴うものなど)によって説明が可能である。
- ⑤ 緘黙に対する臨床的介入が行われていない(縦断的データが取得されていない場合や疫学調査など)。
- ⑥ 薬理学的あるいは外科的対応である。
- ⑦ 論文の目的がオリジナルの事例を示すことではない(解説記事の中で付加的に事例が提示されている場合など)、あるいは特定の事例の情報が示されていない(「事例は再構成」「いくつかの事例を合成」などの文言が含まれる場合)。
- ⑧ 文献が重複している。

4. 文献選択

データベース検索については、二段階スクリーニングにより全ての対象文献を第一・第二著者がブラインドで判定した。一次スクリーニングではタイトルとアブストラクトから判定を行い、全ての適格性基準を満たすものは二次スクリーニングに進み、いずれかの除外基準を満たすものは除外した。タイトルとアブストラクトから判定が困難な場合は二次スクリーニングに進み、本文を確認することとした。二次スクリーニングでは本文情報から適格性基準および除外基準について確認を行った。スクリーニングの信頼性については一致率(Cohen's Kappa)を算出することで確認した。著者間の不一致文献については、一次スクリーニングでは感度をできるだけ高めるために全ての文献を二次スクリーニングの対象文献とし、二次スクリーニングでは、第一・第二著者の議論により文献を選定した。

ハンドサーチも第一・第二著者が同様にブラインドで実施し、意見の不一致箇所は議論により決定した。文献ソートと調整には文献管理ソフトウェア (Endnote X9.3.3 for Windows, Clarivate Analytics, United States) を使用した。

5. データ抽出

コーディングの対象として、各文献のタイトルおよびアブストラクトのテキストを抽出した。

6. データ分析

本研究では、KHCoder (樋口, 2020) を使用し、タイトルとアブストラクトを対象にテキストマイニングを行った。前処理として、抽出語リストを確認の上、表記の揺れ (句読点、算用数字と漢数字、専門用語など) は抽出数の多い語の方に統一した。例えば、「場面緘黙」「選択性緘黙」「選択的緘黙」「選択緘黙」については最も抽出数の多かった「場面緘黙」に統一した。次に、一般的な複合語については一つの形態素とみなすように強制抽出を行った。具体的には、単一形態素で抽出された語のうち、目視で抽出数が複数あるものについて、文脈ではいずれも複合語として使用されている場合、複合語とみなすこととした。例えば、「訴」が形態素として抽出されたが、文脈ではいずれも「主訴」となっていたため、「主訴」を強制抽出した。

分析としては、まず、形態素単位で単語を抽出し、その抽出語について頻度分析を行った。抽出語数の分析を行う際に、各文献に含まれる抽出語の数による全体の抽出語数への影響を除外するために、ひとつの文献に同じ単語が重複して含まれる場合には、重複を除外して1単語のみを抽出することとした。発表時期による抽出語の比較としては、その推移を分かりやすくするために全文献数を発表年月でソートし、文献数が

均等になるように3群に分け、各群において、各群の全文献のうちで抽出語の含まれる割合を算出した。また、抽出語として得られた語句から特徴的な上位カテゴリー (例: 訓練技法) を著者らで議論により決定し、抽出語の中からカテゴライズされる下位語 (例: 遊戯療法) を同定した。下位語については全文献から1件以上抽出された全ての単語を対象とし、カテゴリーに関連する語で他に抜け漏れがないことを著者らで確認した。下位語はカテゴリーとしてグループ化し、カテゴリーごとの下位語の抽出語数を調べた。

最後に、語と語のつながりについては、共起ネットワークを作成することで単語間の共起性・関連性を調べた。共起ネットワークの作成により共起性の高い抽出語の組み合わせがサブグラフ (抽出語同士の結合) として得られるため、各サブグラフについて、含まれている抽出語の組み合わせから代表的なテーマを命名した。また、それぞれのテーマに属する語をそのテーマのコンセプトとしてコーディングし、発表時期でテーマごとの語の出現数を調べた。

III. 結果

1. 基本情報

文献検索のフローチャートを図1に示す。データベース検索からは医中誌と CiNii 合わせて 1,022 件が同定され、重複文献の除外後、一次スクリーニングで 667 件が除外された。この時の信頼性は 2 名の一致率 (Cohen's Kappa) が 0.852 で“ほぼ完全な一致” (almost perfect agreement; Landis & Koch, 1977) を示しており、2 名の判断の大きな不一致はなかった。残った 301 件のうち、入手不可であった 16 件を除いた 285 件を二次スクリーニングの対象文献とした。本文を確認後に

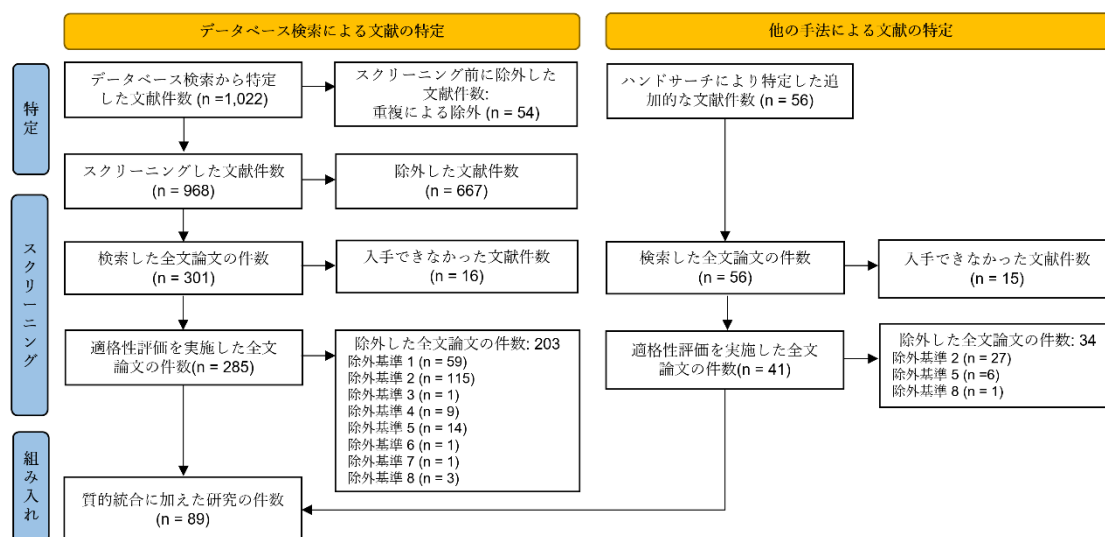


図1 文献収集のフローチャート

203 件が除外基準に該当するため除外され、82 件が対象文献となった。一致率は 0.742 で“かなりの一致”(substantial agreement)であった。ハンドサーチでは、5 件のレビュー論文から 56 件の文献が同定された。入手不可であった 15 件、除外基準に該当した 34 件を除外し、7 件が最終的な対象文献となった。これらより 89 件が本研究の対象文献となった。文献の発表時期について、文献数で 3 群に分けると、前期 (1969～2004 年の 30 件)、中期 (2004～2014 年の 30 件)、後期 (2015～2021 年の 29 件) となった (図 2)。2004 年の文献 (2 件) については、当該論文の雑誌発行月に基ついて、発行月が早い方を前期、遅い方を中期に含めた。これらの対象文献の基本情報として、研究デザインを図 3 に、雑誌名を表 2 に示す。

2. 分類結果

文献ごとのタイトルとアブストラクトを合計した平均文字数は 404.6 文字、標準偏差は 134.0 文字であり、形態素の総抽出数は 21,063 語 (687 文) であった。助詞や助動詞などの機能語を除外した 8,906 語を今後の分析対象とした。文献内での重複語は除外した上で、文献で使用されていた語は多い順に「場面緘黙 (80 文献)」「行う (49 文献)」「関係 (39 文献)」「事例 (37 文献)」「報告 (37 文献)」「症状 (36 文献)」となった (表 3)。

これらの抽出語について、文献の発表時期における抽出語の推移を調べた。各群 (前期・中期・後期) において、抽出数の多かった上位 70 語について、各群の文献における出現割合を表 3 に示す。推移の特徴とし

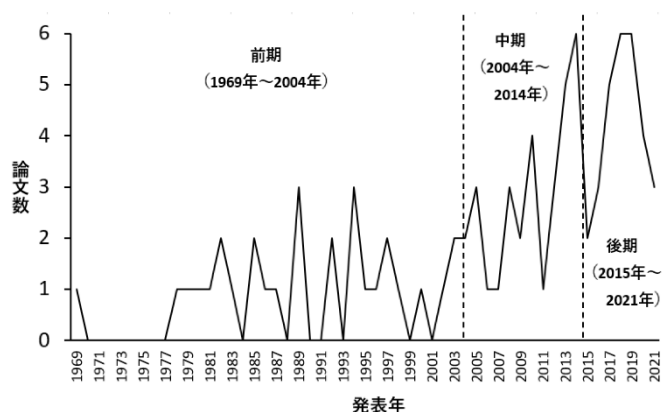


図 2 対象文献の発表年

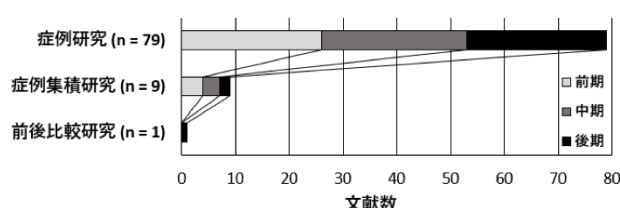


図 3 対象文献の研究デザイン

て、抽出語と上位からの番号を示すと、「治療 (8)」「問題 (15)」「歳 (29)」「心理 (39)」「症例 (49)」「家族 (54)」「家庭 (55)」などは前期から後期にかけて減少の傾向を示した。また、「関係 (3)」「母親 (14)」「面接 (23)」「言語 (35)」「遊戯療法 (46)」「意味 (53)」などは後期で低値を示した。一方で、「支援 (30)」「示す (31)」「介入 (34)」「発話 (50)」などは前期から後期にかけて増加の傾向を示した。また、「検討 (16)」「有効 (37)」「自分 (58)」は前期で低値を示した。

次に、全抽出語におけるカテゴリーに着目すると、具体語として〇〇療法と名前のついた対象児者への治療法や具体的な技法が多く抽出されたため、「訓練技法・治療法」(表 4) としてグループ化した。同様に、〇〇障害、〇〇症、〇〇病などの障害名や疾病名も多く抽出され、これらは論文内の文脈から場面緘黙に併存するものと考えられたため、「併存症・併存障害」(表 5) としてグループ化した。「訓練技法・治療法」としては「遊戯療法」が最も多く抽出され (16 文献)、次に「心理療法 (11 文献)」「行動療法 (8 文献)」「(刺激)フェイディング (8 文献)」「箱庭療法 (6 文献)」「エクスポージャー (5 文献)」などの語が多く含まれた (表 4)。前期・中期では「遊戯療法」、後期では「心理療法」が最も多く使用されていた。また、「併存症・併存障害」としては、「自閉症スペクトラム (7 文献)」「発達障害 (5 文献)」「言語発達遅滞 (3 文献)」「情緒障害 (3 文献)」「精神障害 (3 文献)」「不安障害 (3 文献)」などの語が多く含まれた (表 5)。発表時期で比べると、「自閉症スペクトラム」「発達障害」「不安障害」などはと

表 2 対象文献の雑誌名

雑誌名	論文数			
	前期	中期	後期	合計
「心理臨床学研究」	4	3	1	8
「カウンセリング研究」	2	2	0	4
「行動療法研究」	4	0	0	4
「特殊教育学研究」	2	1	1	4
「障害科学研究所」	0	0	3	3
「箱庭療法学研究」	0	0	3	3
「遊戯療法学研究」	0	2	1	3
「臨床精神医学」	2	0	1	3
「児童精神医学とその近接領域」	2	0	0	2
「精神科治療学」	0	2	0	2
「精神神経学雑誌」	2	0	0	2
「精神療法」	2	0	0	2
「発達心理臨床研究」	0	2	0	2
「北海道医療大学心理科学部心理臨床・発達支援センター研究」	0	1	1	2
上記以外 (1 件のみの雑誌)	10	17	18	45

表3 各群の文献における抽出語（上位 70 語）が含まれる割合（%）

	単語 (数 ^a)	前期	中期	後期	平均		単語 (数 ^a)	前期	中期	後期	平均
1	場面緘黙 (80)	80	97	93	90	36	変化 (19)	20	20	24	21
2	行う (49)	47	50	69	55	37	有効 (19)	7▼	30	28	21
3	関係 (39)	57	50	24▼	44	38	重要 (18)	23	20	17	20
4	事例 (37)	40	53	31	42	39	心理 (18)	33△	7▼	21	20
5	報告 (37)	53	37	34	42	40	可能 (17)	27	13	17	19
6	症状 (36)	40	30	52	40	41	関わり (17)	17	27	14	19
7	考える(35)	53	33	31	39	42	言葉 (17)	17	27	14	19
8	治療 (35)	73△	23▼	21▼	39	43	自己 (17)	17	23	17	19
9	考察 (32)	33	40	34	36	44	生活 (17)	23	20	14	19
10	場面 (31)	47	30	28	35	45	実施 (16)	20	13	21	18
11	結果 (30)	33	33	34	34	46	遊戯療法(16)	17	27	10▼	18
12	緘黙 (30)	47	20▼	34	34	47	アプローチ(15)	13	10▼	28△	17
13	改善 (28)	30	27	38	31	48	関わる (15)	17	17	17	17
14	母親 (27)	43	30	17▼	30	49	症例 (15)	27△	10▼	14	17
15	問題 (27)	47△	20▼	24	30	50	発話 (15)	7▼	17	28△	17
16	検討 (26)	17▼	33	38	29	51	理解 (15)	13	17	21	17
17	女兒 (26)	37	23	28	29	52	コミュニケーション ョン (14)	23	10▼	14	16
18	過程 (25)	30	27	28	28	53	意味 (14)	23	13	10▼	16
19	研究 (25)	33	27	24	28	54	家族 (14)	27△	13	7▼	16
20	学校 (24)	20	37	24	27	55	家庭 (14)	33△	3▼	10▼	16
21	児 (24)	30	20	31	27	56	効果 (14)	17	7▼	24△	16
22	対象 (24)	20	27	34	27	57	児童 (14)	13	17	17	16
23	面接 (24)	27	40	14▼	27	58	自分 (14)	10▼	20	17	16
24	経過 (23)	30	30	17	26	59	促す (14)	23	10▼	14	16
25	状態 (23)	27	27	24	26	60	登校 (14)	17	17	14	16
26	不安 (23)	20	27	31	26	61	必要 (14)	13	17	17	16
27	用いる(23)	23	27	28	26	62	目的 (14)	7▼	17	24△	16
28	行動 (20)	30	10▼	28	22	63	話す (14)	13	17	17	16
29	歳 (20)	47△	7▼	14▼	22	64	教育 (13)	13	17	14	15
30	支援 (20)	0▼	37△	31	22	65	緊張 (13)	13	20	10	15
31	示す (20)	13▼	20	34△	22	66	見る (13)	7▼	17	21	15
32	社会 (20)	30	17	21	22	67	困難 (13)	17	10	17	15
33	表現 (20)	23	23	21	22	68	子ども (13)	17	20	7▼	15
34	介入 (19)	10▼	20	34△	21	69	小学校 (13)	10	20	14	15
35	言語 (19)	27	23	14▼	21	70	人 (13) ^b	10	10	24△	15

Note △平均と比べて 1.5 倍以上割合が高い単語を示す。▼平均と比べて 1.5 倍以上割合が低い単語を示す。左列の数字は抽出語上位から順に振った番号である。^a全期間における合計の文献数を示す。^b同数で「相談」「中心」「遊び」「連携」が並ぶがここでは省略している。

表 4 各群の文献における抽出語（訓練技法・治療法）と文献数

前期 (27 件)	中期 (21 件)	後期 (32 件)	合計 (80 件)
遊戯療法 (5)	遊戯療法 (8)	心理療法 (4)	遊戯療法 (16)
行動療法 (5)	心理療法 (4)	(刺激)フェイディング (4)	心理療法 (11)
(刺激)フェイディング (4)	箱庭療法 (2)	エクスポージャー (4)	行動療法 (8)
心理療法 (3)	リラクセーション (2)	遊戯療法 (3)	(刺激)フェイディング (8)
スキグル (2)	行動療法 (1)	箱庭療法 (3)	箱庭療法 (6)
脱感作療法 (2)	ソーシャルスキル	行動療法 (2)	エクスポージャー (5)
箱庭療法 (1)	トレーニング (1)	作業療法 (2)	ソーシャルスキルトレ
エクスポージャー (1)	作業療法 (1)	ソーシャルスキル	ニング (3)
ソーシャルスキルトレ	認知行動療法 (1)	トレーニング (1)	作業療法 (3)
ニング (1)	薬物療法 (1)	薬物療法 (1)	スキグル (2)
認知行動療法 (1)		音楽療法 (1)	脱感作療法 (2)
家族療法 (1)		催眠療法 (1)	認知行動療法 (2)
認知療法 (1)		言語聴覚療法 (1)	リラクセーション (2)
		マインドフルネス (1)	薬物療法 (2)
		芸術療法 (1)	家族療法 (1)
		ソングライティング (1)	認知療法 (1)
		交互ぐるぐる描き物語統	音楽療法 (1)
		合法 (1)	催眠療法 (1)
		人格統合法 (1)	言語聴覚療法 (1)
			マインドフルネス (1)
			芸術療法 (1)
			ソングライティング (1)
			交互ぐるぐる描き物語統
			合法 (1)
			人格統合法 (1)

りわけ中期や後期の文献に集中していることが分かった。

最後に、抽出語のつながりに基づいて作成した共起ネットワークを図4に示す。丸の大きさは抽出数を、ノードで示されている単語間は共起性の高さを示している。なお、「報告」「検討」「研究」「結果」「考察」などの共通的に使用される汎用性の高い語については著者らで検討したうえで削除した。7個のサブグラフが結果として生成され、具体的なテーマとして、サブグラフ1は「緘黙への治療」、サブグラフ2は「発話コミュニケーション」、サブグラフ3は「場面緘黙と学校」、サブグラフ4は「母子の面接過程」に関連したカテゴリーが生成されていることがわかった。これらのカテゴリーについて、そのテーマに属する単語の出現頻度のバブルプロットを図5に示す。プロットの大きさは出現割合を、色の濃さは他の群に対する残差の大きさ

を示す。各群における出現割合には有意な差が認められた ($\chi^2(6)=29.1, p<.01$, Cramer's $V=0.12$)。残差分析の結果、「緘黙への治療」は前期で有意に出現数が多い一方で中期では少なく ($p<.01$)、「場面緘黙と学校」は前期に有意に出現数が少なく ($p<.01$)、「母子の面接過程」は「中期」で出現数が多い ($p<.01$) 一方で「後期」には少なくなる ($p<.05$) ことがわかった。

IV. 考察

本研究では、テキストマイニングにより、国内における場面緘黙の臨床研究論文から、場面緘黙の研究動向を俯瞰した。抽出語の上位の単語は「行う」「事例」「報告」など一般的な臨床研究においても頻度が多いものと考えられたが、例えば「場面」「母親」「学校」「不安」などの語については、場面緘黙に特徴的なものと考えられる。

表5 各群の文献における抽出語（併存症・併存障害）と文献数

前期 (12 件)	中期 (10 件)	後期 (23 件)	合計 (45 件)
言語発達遅滞 (3)	自閉症スペクトラム (2)	自閉症スペクトラム (5)	自閉症スペクトラム (7)
情緒障害 (2)	発達障害 (1)	発達障害 (4)	発達障害 (5)
精神病 (1)	精神障害 (1)	不安障害 (3)	言語発達遅滞 (3)
性格障害 (1)	精神病 (1)	精神障害 (2)	情緒障害 (3)
発達遅滞 (1)	性格障害 (1)	情緒障害 (1)	精神障害 (3)
適応障害 (1)	学習障害 (1)	学習障害 (1)	不安障害 (3)
神経症 (1)	構音障害 (1)	構音障害 (1)	精神病 (2)
関係障害 (1)	広汎性発達障害 (1)	広汎性発達障害 (1)	性格障害 (2)
成長障害 (1)	尿崩症 (1)	言語障害 (1)	学習障害 (2)
		摂食障害 (1)	構音障害 (2)
		注意欠如・多動性障害 (1)	広汎性発達障害 (2)
		二次障害 (1)	発達遅滞 (1)
		解離性障害 (1)	適応障害 (1)
			神経症 (1)
			関係障害 (1)
			成長障害 (1)
			尿崩症 (1)
			言語障害 (1)
			摂食障害 (1)
			注意欠如・多動性障害 (1)
			二次障害 (1)
			解離性障害 (1)

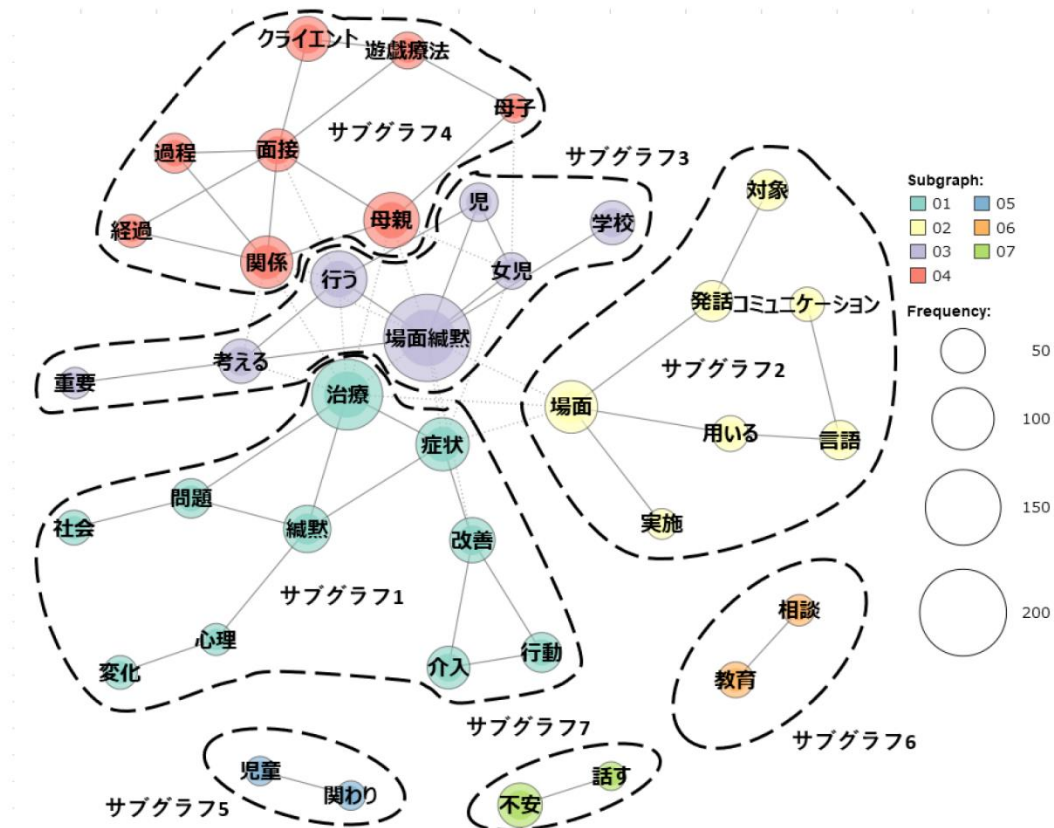
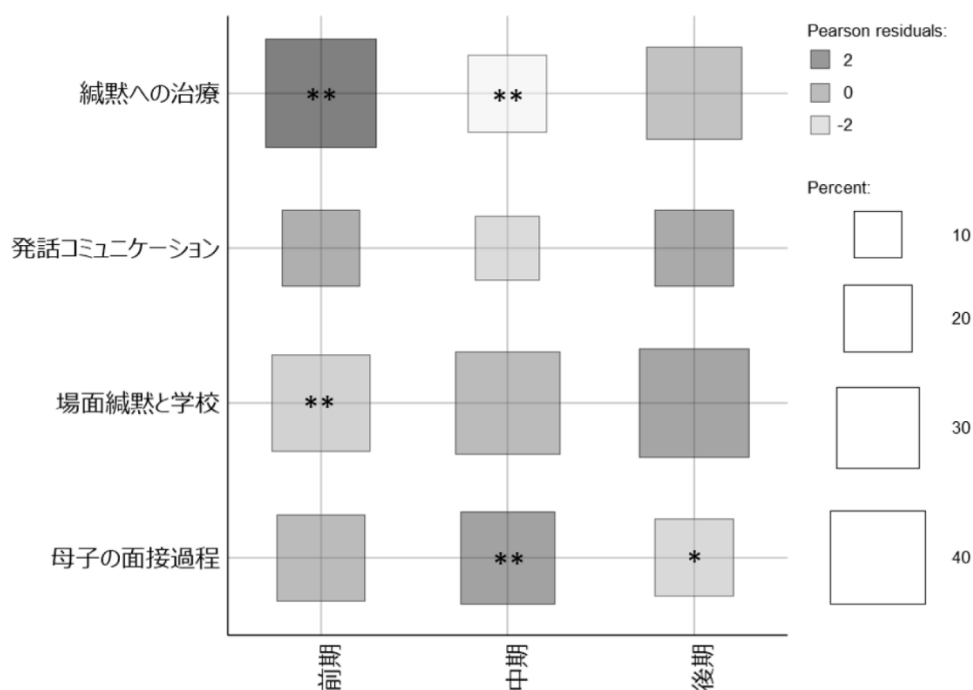


図4 共起ネットワーク

図5 テーマごとの時期ごとの出現頻度 ** $p < .01$, * $p < .05$

抽出語について、文献を発表時期で前期・中期・後期に分けた表3においては、いくつかの傾向が観察された。まず、「治療」や「問題」は前期では半数前後の割合で使用されていたが、中期や後期ではその割合は20%前後となっている。その一方で、「支援」は前期では使用がみられなかったが、中期や後期では30~40%の文献で使用されるようになり、「介入」も前期から後期にかけて増加の傾向を示している。このことから、障害が国際機能分類（ICF; WHO, 2001）の枠組みで考えられるようになり、場面緘黙の症状を一方的な治療対象とするのではなく、学校などの環境との相互作用の中で必要な支援を行っていくという治療構造の変化が示唆される。これは発表時期でのテーマの変化にも表れており（図5）、前期から中期、後期にかけて全体としては「緘黙への治療」や「母子の面接過程」をテーマとした語は減り、一方で「場面緘黙と学校」をテーマとした語は増えていることが示された。対象文献が掲載されている雑誌（表2）についても、医学や精神科など医療分野と考えられる雑誌が中期、後期になるにつれて減り、「上記以外」の文献数が増えていることから、場面緘黙の臨床研究が医療だけでなく教育や福祉などの様々な分野で扱われるようになったことが推察される。

治療や訓練と関連のある語としては、「心理」「遊戯療法」「母親」「面接」「家族」「家庭」などについて、全てが一貫した傾向ではないものの前期・中期・後期

となるにつれて割合が低くなっている。角田（2012）は「以前は『母親の過保護』や『トラウマ』が原因としてあげられたり、…(中略)…、Kristensen（2000）は、…(中略)…、発症原因を短絡的に両親の精神的問題に関連付けることに警告を発している」と述べているように、母子関係への焦点化が近年に減ってきている可能性がある。また、ことばの表出という側面でも、「言語」は前期から後期にかけてゆるやかな減少を示す一方で、「発話」は増加の傾向を示した。漠然とことば全般の問題として捉えられてきた視点から、「発話」という音声言語での表出に焦点化され、支援の対象が明確化されてきた可能性がある。

訓練技法・治療法としては「遊戯療法」が最も多く、抽出語（表3）でも示されるように後期にはその数は減少している。遊戯療法は日本語論文を対象とした吃音のシステムティックレビューでも多くの文献で報告されており（Iimura et al., 2022）、言語やコミュニケーションの発達の中で生じる障害へのアプローチとして国内で広く用いられてきたことが示唆される。「遊戯療法」に次いで多かったのは「心理療法」「行動療法」「（刺激）フェイディング」「箱庭療法」などであった。近年海外では大多数の文献で行動強化、暴露や認知再構成法を含めた認知・行動療法的なアプローチが報告されている（Muris & Ollendick, 2021）が、本研究において抽出された全体数は遊戯療法よりも少なく、後期においても数は同程度であった。そのため、海外における場面

緘黙の臨床とはいくらかの相違点がある可能性が推察された。

併存症・併存障害としては、「自閉症スペクトラム」「発達障害」が多く報告された。DSM-5 上では自閉スペクトラム症は場面緘黙と鑑別されることが求められており (American Psychiatric Association, 2013)、診断基準としては両者が併存することはあまり想定されていないことが推察される (角田, 2012; Muris & Ollendick, 2021)。しかし、近年は場面緘黙の併存障害として自閉スペクトラム症の症状が多く示されることが報告されており (Muris & Ollendick, 2021; Steffenburg et al., 2018; 鈴木・武田, 2022; Suzuki, Takeda, Takadaya, & Fujii, 2020)、これらの関連性については今後のさらなる検証が求められるだろう。場面緘黙の症状とも関連の深い「不安障害」については、抽出語数は3件に限られた。ただし、場面緘黙が不安障害に位置付けられたのは DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) になってからであり、後期 (2015 年～2020 年) においては「自閉症スペクトラム」「発達障害」の次に多く挙げられていた。「不安」の語としても全体の抽出語の中では 26 番目の多さであったため (表 3)、「不安障害」の記述には至らないものの、不安特性には多くの注目が向けられていると考えられる。

以上の分析では文献単位での単語生起に着目していたが、単語間の共起性の分析も行うことで、より広い全体的なテーマが視覚化され、浮かび上がってくると期待される。実際に、共起ネットワークによるサブグラフとしては、「緘黙への治療」「発話コミュニケーション」「場面緘黙と学校」「母子の面接過程」に関連した単語の共起性が確認された (図 4)。発表時期 (前期・中期・後期) によっても単語間の出現頻度は異なるが (図 5)、上記のテーマに関連した単語群が場面緘黙に関する国内の臨床研究の総体としては見いだされるテーマであると考えられるだろう。

最後に、本研究の限界について述べる。結果の解釈に関して、今回のテキストマイニングの対象としたテキストデータは論文のタイトルとアブストラクトのみであり、本文に含まれる情報は分析からは除外している。本文中のテキストは論文の構成や分野によっても個別性が大きいので、タイトルとアブストラクトによってその論文を代表する十分な用語は含まれていると考えられるが、本文中に含まれる情報が除外されている可能性には留意する必要がある。また、テキストマイニングの特性上、大量のテキストデータを必要とするため、今回の分析では文献ごとの属性 (研究デザイ

ンなど) や対象者の属性 (年齢や性別、訓練技法など) による比較検討は行っていない。全体としての研究動向の概観については Iimura et al. (in submission) でも触れられているが、それぞれの文献についてより掘り下げた分析をする際にはそれらの変数にも着目する必要があると考えられる。発表時期の群 (前期・中期・後期) についても、対象文献の数で区切りを設定したため探索的な側面があるが、何らかの理論的根拠に基づいた時期を設定できると、テキストマイニングによる研究動向の把握がより明確になる可能性がある。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition)*. 高橋三郎・大野裕監訳 (2014) DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院,
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2020) Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(2), 330–341.
- 樋口耕一 (2020) 社会調査のための計量テキスト分析: 内容分析の継承と発展を目指して (第 2 版). ナカニシヤ出版.
- Iimura, D., Kakuta, K., Oe, T., Kobayashi, H., Sakai, N., & Miyamoto, S. (2022) Treatment for school-aged children who stutter: A systematic review of Japanese literature. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 53, 561–583.
- Iimura, D., Tsujita, N., & Hagihara, H. Prospects for clinical trials on selective Mutism in Japan: A scoping review of Japanese literature. (in submission)
- 角田圭子 (2012) 場面緘黙のアセスメントについて. 日本保健医療行動科学会年報, 27, 68–73.
- Kearney, C. A., & Spear, M. (2013) Assessment of selective mutism and school refusal behavior. In McKay, D., & Storch, E. A. eds., *Handbook of Assessing Variants and Complications in Anxiety Disorders*. Springer, New-York, 29–42.
- Kristensen, H. (2000) Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977) An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*,

33(2), 363–374.

- 水野雅之・関口雄一・臼倉瞳 (2018) 日本における場面緘黙児への支援に関する検討: 2001~2015 年の論文を対象として. *カウンセリング研究*, 51(2), 125–134.
- 村中誠司・竹林由武 (2021) 遠隔心理支援 (Telepsychology) におけるこれまでの検討課題: Structural Topic Model によるアブストラクト解析. *認知行動療法研究*, 47(2), 127–138.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021) Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159–167.
- Oh, J., Stewart, A. E., & Phelps, R. E. (2017) Topics in the Journal of Counseling Psychology, 1963–2015. *Journal of Counseling Psychology*, 64(6), 604–615.
- Steains, S. Y., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2021) Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Child: Care, Health and Development*, 47(6), 771–781.
- Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018) Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1163–1169.
- 鈴木徹・武田篤 (2022) ASD 傾向を示す場面緘黙生徒に対する介入効果の検討. *LD 研究*, 31(3), 211–222.
- Suzuki, T., Takeda, A., Takadaya, Y., & Fujii, Y. (2020) Examining the relationship between selective mutism and autism spectrum disorder. *Asian Journal of Human Services*, 19, 55–62.
- World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva: World Health Organization.
- 山中智央・井上雅彦 (2020) 場面緘黙症を認知した際の母親に生じる心理的反応の質的分析: 緘黙児・者を持つ母親の手記を通して. *鳥取臨床心理研究*, 13, 21–31.
- 山中智央・井上雅彦 (2021) 事例論文記述を用いたテキストマイニングによる場面緘黙症の改善を促進する心理社会的要因の検討. *米子医学雑誌*, 72(5), 54–62.

—2022. 9. 8 受稿, 2022. 12. 18 受理—

原著論文

場面緘黙児が示す緘黙症状以外の行動の困難

—園・学校での行動の困難と不登校・不登園に着目して—

高木 潤野 長野大学¹⁾

臼井 なずな 大阪大学大学院連合小児発達学研究科

角田 圭子 かんもくネット

梶 正義 関西国際大学

金原 洋治 かねはら小児科

広瀬 慎一 かんもくグループ北海道

富岡 奈津代 福島大学附属中学校

要旨：場面緘黙は社会的状況において発話の困難が続く状態を指すが、緘黙症状だけでなく様々な行動の困難を併せもつケースがあることが知られている。本研究は場面緘黙症状のある幼児から中学生 210 名を対象に、園や学校における行動の困難と不登校・不登園の傾向について検討した。その結果、いずれの年齢群においても「運動」や「排泄」などの何らかの行動の困難が 7 割から 8 割以上の対象児に認められた。また「現在、不登校（園）になっている」に該当した者の割合は、幼児 4.1%、小学生 14.2%、中学生 28.2% であり、文部科学省の統計と比較すると小学生で約 17 倍、中学生で約 7 倍高かった。緘黙症状に加えて行動の困難や強い不安のある者は不登校等の傾向を示す者が多く、特に中学生では高不安群の SM 児の 52.4% が現在不登校となっていた。場面緘黙児への対応にあたっては、緘黙症状だけでなく行動の困難や不安の高さを把握し、積極的な支援や配慮を行う必要があると考えられた。

キーワード：行動抑制、不登校、分離不安症、情緒障害

I. 問題と目的

場面緘黙 (Selective Mutism: SM, DSM-5 の邦訳は「選択性緘黙」) は、主に幼児期から児童期に発症する不安症の一つで、「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」 (American Psychiatric Association, 2013) ことを主たる症状とする。発症年齢は DSM-5 では通常 5 歳未満とされているが、小学校入学以降に症状が現れる例も知られている。

有病率は国や調査時期によって異なるが、日本国内及び海外の論文 16 編を分析した趙・園山 (2018) によると 0.02~1.89% であった。また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た (梶・藤田, 2019)。Matsushita, Okumura, Sakai, Shimoyama, and Sonoyama (2019) による幼稚園から中学校までの 29 校園を対象とした調査では、SM 児の園・学校の幼児児童生徒数に占める割合は幼稚園 0.66%、小学校 0.20%、中学校 0.16% であり、SM 児が在籍する園・学校の割合は、幼稚園 28.6%、小学校 40.9%、中学校 46.7% であった。したがって、学校の規模にもよるが小中学校では半数程度の学校には SM 児が在籍していることが推測される。

SM 状態は単一の要因により発現するものではなく、不均一な症候群 (a heterogeneous disorder) であり背景には多様な問題があることが指摘されてきた (Cohan, Price, & Stein, 2006; Kolvin & Fundudis,

1981; Mulligan, 2012; Mulligan, Hale, & Shipon-Blum, 2015; Steffenburg, Steffenburg, Gillberg, & Billstedt, 2018)。近年の研究では、下位類型化の考え方や不安症以外の側面から SM を理解しようとする見方も強調されている (Kearney & Rede, 2021; Muris & Ollendick, 2021a; Muris & Ollendick, 2021b など)。Muris and Ollendick (2021b) はその例として言語の問題、発達遅滞、及び自閉スペクトラム症 (ASD) との関係性を挙げ、恐怖や不安が特定の社会的状況における緘黙行動の唯一の基盤となる者もいれば、他の精神病理や困難が SM の病因や発現に寄与する者もいると指摘している。また Kearney and Rede (2021) は神経発達症としての SM の捉え方をすることで、予防や評価、介入にあたって多くの示唆が得られると述べている。

SM 児者に適切な支援を行うためには、こういった多様な問題を把握するとともに、その症状を正確に理解しておくことが不可欠である。SM の主たる症状は社会的状況における緘黙症状であるが、多くの SM 児において話すこと以外の行動の抑制が生じることが知られている。Gensthaler, Khalaf, Ligges, Kaess, Freitag, and Schwenck (2016) は SM、社交不安症、内在化障害 (internalizing disorders) 及び健常な対照群を対象に RIBI (Retrospective Infant Behavioral Inhibition: 回顧的乳幼児行動抑制尺度) を用いて行動の抑制を回顧的に評価した。保護者による評価の結果、SM 児と社交不安症児は幼児期の社会的な刺激に対する行動の抑制が高く、特に BI 合計得点とシャイネス (Shyness) の得点では SM 児が社交不安症児よりも抑制的であった。

また具体的な行動の困難についても、いくつかの研究が行われている。奥村・園山 (2018) は学校場面における具体的な困難状況について、22 名の SM 経験者 (平均年齢 32.9 歳) を対象に質問紙により調査した。学校における苦手な活動について最大 4 つまで回顧的に自由記述を求め、教科学習時の困難、行事における困難、教科学習外の活動における困難に分けて分析した結果、学校生活上の困難は、発言や発話が直接求められる教科だけでなく、体育や図工など身体を動かしたり自己表現したりする教科においても見られた。また教科学習以外にも、休み時間や給食といった通常の日課や、遠足や運動会といった行事においても困難が見られたことが報告された。

また、Matsushita, Okumura, Sakai, Shimoyama, and Sonoyama (2020) は、SM 児の在籍する幼稚園

や学校の教員を対象に質問紙調査を実施し、困難度の高い状況について評価を行った。31 校園から回答があり、困難度が高いのは幼稚園では「集団遊び」、小学校では「生活科」、中学校では「家庭科」「音楽」「道徳」という結果が得られた。一方困難度が低いのは幼稚園では「発声が不要な活動」、小学校・中学校では「休み時間」「昼食」であった。このことから Matsushita et al. (2020) は、SM 児が共通して直面する困難は発話が要求される活動や場面である可能性を指摘している。これらの先行研究から、SM 児に対する支援や配慮は、緘黙症状だけでなく園・学校生活全般にわたって様々な場面で必要に応じて求められることが分かる。

しかしこれらの調査は、回答数が比較的少数であるため、SM 児の行動の困難の実態が明らかになったとは言い難い。SM 児は多様な症状を示すことが知られており、また年齢や発達段階によっても困難の状況は異なることが予想される。このためより多くの SM 児のデータを収集し分析することが求められる。

またこれまでの SM 研究においては、幼稚園・保育園や学校 (以下、「園・学校」とする) における行動の困難については検討されてきた一方で、不登校・不登園や登園渋りなど、園・学校に行けない状態の SM 児については十分に研究が行われていない。不登校状態となっている SM 児と臨床の場で出会うことは珍しくなく、また不登校状態であった SM 児に関する報告も存在する (例えば、久田・金原・梶・角田・青木, 2016; 岡村・藤田, 2021; 吉田・小枝, 2010)。

吉田・小枝 (2010) は、病弱と知的障害の特別支援学校に在籍する SM 症状のある児童生徒 8 名について分析し、3 名が現在不登校傾向、4 名は過去に不登校傾向があったことを報告している。また久田ら (2016) の報告では小児科を受診した SM 児 190 名のうち 15 例 (7.9%) に登園拒否・不登校やその傾向があったとされている。不登校の割合は近年増加しており、文部科学省の最新の統計では小学生 1.0%、中学生 4.1%であった (文部科学省, 2021)。上記の SM 児における不登校はこの近年増加している値と比較しても高い割合を示していることから、不登校状態となる SM 児は少なくないことが予想される。このためまずは SM 児における不登校や不登園の実態を明らかにすることが求められる。

そこで本研究では、幼児から中学生までの SM 児を対象に、園・学校における緘黙症状以外の困難及び不登校・不登園の実態について明らかにすることを

目的とする。不登校や不登園状態の SM 児の場合、特に長期間にわたるケースでは園・学校での実態把握は困難であることが予想されることから、本研究では保護者を通じて質問紙による調査を実施する。

II. 方法

1. 対象者

日本国内に居住する SM の症状のある幼児から中学生を対象とした。対象者の募集はインターネットを通じて行った。「家や安心できる状況では会話をすることができる」、「園や学校等の社会的な状況では（ほとんど／まったく）話すことができない」、「このような状態が 1 ヶ月以上続いている」を全て満たすと保護者が判断し、保護者より研究協力の申し出があった者に対して調査票を郵送した。260 名に調査票を郵送し、210 名から回答を得た。

回答が得られた 210 名の対象者すべてについて、筆者らのいずれかが面談を行い、SM の症状が認められることを確認した。SM 症状の確認にあたっては、DSM-5 における SM の診断基準を満たすことを確認した。なお、幅広いサンプルを集めるという趣旨から医療機関を受診した者に限定せず、SM 診断の有無ではなく上記の基準を満たし明らかに SM 症状があることが認められた者を対象とした。またこの調査では他の併存症との関係も検討するため、ASD や知的障害等がある者も対象に含めた。

対象者の人数は、幼児 51 名、小学生 120 名、中学生 39 名の計 210 名で、男児 71 名、女児 139 名であった（表 1）。なお、幼児のうち 2 名は年少未満の者であった。また本研究は SM 児の実態を明らかにするための縦断的研究の一部であり、本研究の対象児は角田・高木・臼井・富岡・梶・金原・広瀬（2022）における SM 児（139 名）を含むものである。

2. 測定指標

(1) SMQ-R：場面緘黙質問票(Selective Mutism Questionnaire-Revised；かんもくネット, 2011)

緘黙症状の測定は SMQ-R を用いた。SMQ は Bergman, Keller, Piacentini, and Bergman (2008) の作成した、SM 児の発話の状態を定量的に測定する質問紙である。

SMQ の日本語版である SMQ-R は「A 幼稚園や学校」（例：必要に応じて、たいていの同級生と学校で話す）、「B 家庭や家族」（例：必要に応じて、よその人が家にいても家族と話す）、「C 社会的状況（学校の外）」（例：必要に応じて、知らない子どもと話す）の 3 つの状況における 16 項目の質問で構成されており、保護者が「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。項目数は、A 領域 6 項目、B 領域及び C 領域 5 項目で構成されている。

Bergman et al. (2008) による原版はインターネットを通じて回答を得た SM 児 589 名及び医療機関を受診した SM 診断のある児 48 名を対象とした 2 つの調査により、内的整合性と妥当性が確認されている。SMQ-R は原版の著者の指示に従った翻訳手続きを踏んでかんもくネットが翻訳したものであるが、日本語版の信頼性及び妥当性は言及されていない。また原版の質問のうち「ベビーシッターのうち少なくとも 1 人と話す」については日本語版 SMQ では除外されている（かんもくネット, 2011）。

(2) 日本版 SCAS (Spence Children's Anxiety Scale：スペンス児童用不安尺度；石川, 2015)

不安症状の測定は日本版 SCAS を用いた。SCAS は Spence (1998) により開発された児童用不安尺度である。日本版 SCAS は 38 の質問項目で構成されており、自己記入式で「いつもそうだ」「ときどきそうだ」「たまにそうだ」「ぜんぜんない」の 4 件法で回答する。得点に基づき分離不安障害、社交不安障害、強迫性障害、パニック発作と広場恐怖、外傷恐怖、全般

表 1 対象児

年齢群	幼児	小学校低学年	小学校高学年	中学生
人数 (男, 女)	51(20, 31)	63(15, 48)	57(17, 40)	39(19, 20)
年齢の範囲	3:5-6:9	6:8-9:10	9:4-12:6	12:8-15:9
年齢の平均 (月齢の SD)	5:6 (9.93)	8:3 (10.04)	11:1 (11.59)	14:0 (10.64)
SMQ-R の平均				
A 領域 (園や学校)	0.58(0.87)	0.52(0.83)	0.42(0.76)	0.25(0.56)
B 領域 (家庭や家族)	1.58(1.05)	1.77(1.07)	1.79(1.08)	1.60(1.15)
C 領域 (社会的状況)	0.28(0.54)	0.44(0.76)	0.65(0.85)	0.55(0.82)
全体	0.80(1.01)	0.89(1.07)	0.92(1.07)	0.76(1.04)

性不安障害の 6 領域、及び合計得点により不安症状の程度を測定する。日本版 SCAS は対象年齢が小学 3 年生以上のため、小学 3 年生以上の者に実施した。

(3) 調査票

園・学校での行動の抑制を尋ねる項目は「園・学校で、トイレや着替え、食事などのできないことがある」、「園・学校で、字や絵が書けない、運動ができないなどがある」「園・学校で、発話以外で特に苦手なことや人がある（教科、できごと、先生、など）」を提示して該当する項目を選択させ、括弧内に詳細を記述させた。またそれ以外に、「その他、本人の困っていることがあればお書きください（自由記述、緘黙症状以外のことについて）」として回答を求めた。

不登校・不登園については「現在、不登校（園）になっている」、「現在は通っているが、不登校（園）になっていたことがある」、及び「不登校（園）にはなっていないが、行くのを嫌がることや、病気以外で欠席することがある」の 3 つを提示し、該当する項目があれば選択させた。なお不登校の定義は「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」を参考にし、調査票には「登校しない、あるいはしたくともできないことによる年間 30 日以上欠席 ※病気や経済的な理由を除く」と記載した。

なお以下では「不登校・不登園」を「不登校等」と表記する。また「現在、不登校（園）になっている」は「現在不登校等」、「現在は通っているが、不登校（園）になっていたことがある」は「過去に不登校等」、「不登校（園）にはなっていないが、行くのを嫌がることや、病気以外で欠席することがある」は「登園・登校渋り」とそれぞれ表記する。

3. 調査手続き

質問紙の収集は郵送により行った。研究協力の申し出のあった者に対して調査票一式を郵送し、記入後に返送するよう求めた。回答は、SCAS については本人、それ以外は保護者が行うよう依頼した。調査票の記入はいずれも 2019 年度に行われた。

なお本研究は SM 児の実態を調査する縦断的研究の一部であり、本稿で分析の対象とした調査票以外に CBCL/4-18（子どもの行動チェックリスト）及び

表 2 行動の困難があった者の人数と割合 (%)

	幼児	小学生	中学生
行動の困難があった者	39 (76.5)	104 (86.7)	33 (84.6)
行動の困難がなかった者	12 (23.5)	16 (13.3)	6 (15.4)

SCQ（対人コミュニケーション質問紙）を同封した。

またそのうち SMQ-R に関わる分析については角田ら（2022）に記載した。

4. 分析方法

SMQ-R の得点の算出は領域ごとに行った。項目数が領域ごとに異なることから、合計ではなく平均点を算出した。

日本版 SCAS は欠損値のあった 1 名を除く小学 3 年生以上の 124 名を対象に実施した。手引に示されている目安に従い、SCAS 合計点が「不安が高い（84 パーセンタイル）」及びそれ以上（「不安が非常に高い」「不安が極端に高い」）に該当した対象児を「高不安群」、それ以外の者を「非高不安群」として分類した。

行動の困難については、調査票の「園・学校で、トイレや着替え、食事などのできないことがある（以下、「園・学校で、」は省略）」「字や絵が書けない、運動ができないなどがある」の項目に該当した者、及び「発話以外で特に苦手なことや人がある」「その他、本人の困っていることがあればお書きください」において何らかの行動の困難に関わる記述があった者を、行動の困難のあった者として分析した。

5. 倫理的配慮

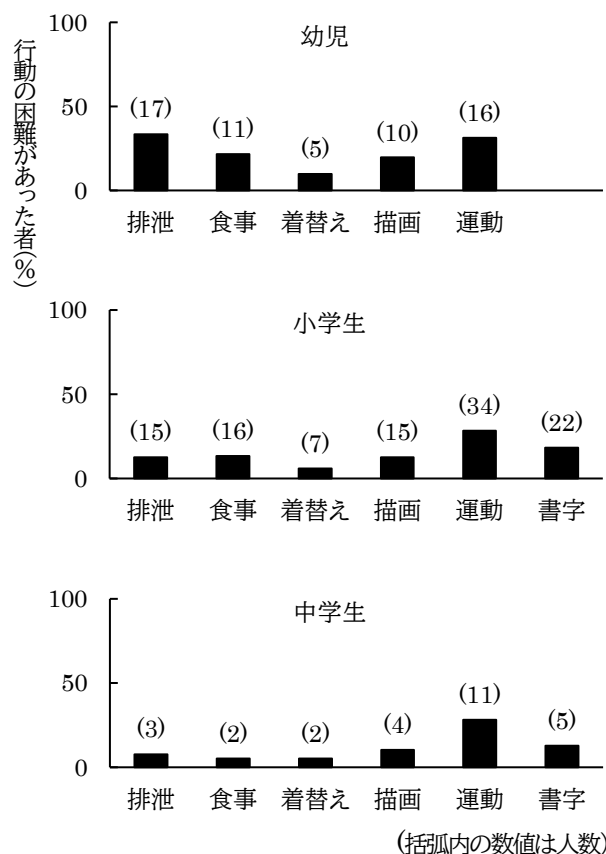


図 1 行動の困難の内容ごとの人数と割合

本研究は、長野大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2019-002）。保護者及び本人の同意は、研究協力の申し出をしてもらう際に同意フォームを用いて確認した。研究の目的や方法、倫理的配慮等の事柄については、調査票に同封した説明用紙をもって行い、調査票返送の際に改めて保護者の署名による同意書の提出を求めた。また小学3年生以上の対象児についてはSCASへの回答をもって同意と見做すことを説明し、回答のあった者のみを分析の対象とした。

Ⅲ. 結果

1. 園・学校における行動の困難

表2に、何らかの行動の困難があった者の人数と割合を年齢群ごとに示した。何らかの行動の困難があった者は、幼児39名（76.5%）、小学生104名（86.7%）、中学生33名（84.6%）であった。 χ^2 検定の結果、人数の偏りは有意でなかった（ $\chi^2(2)=2.765, p>.10$ ）。

図1に、調査票における「トイレや着替え、食事などのできないことがある」及び「字や絵が書けない、運動ができないなどがある」の項目である「排泄」「食事」「着替え」「描画」「運動」「書字」に関して、園・学校における行動の困難があった者の人数と割合を年齢群ごとに分けて示した。年齢群によって分母が異なるため、割合と共に人数を併記した。縦軸は当該の年齢群に占める割合を表しているが、各グラフ上部の括弧内の数値は人数を示している。なお「書字」については幼児は集計から除外した。

この図から、幼児においては困難が最も多いのは排泄（51名中17名、33.3%）であり、次いで運動、食事、描画であったことが分かる。小学生では「運動」が最も多く（120名中34名、28.3%）、次いで「書字」「食事」「排泄」「描画」であった。中学生では「運動」が最も多く（39名中11名、28.2%）、他の行動の困難があった者は少なかった。全対象児の「運動」の困

難の内容について自由記述を分析したところ、最も多いものは運動全般を指すと思われる「運動（23件）」であり、次いで多いのは「体育（18件）」、「ダンス（8件）」、「体操（8件）」であった。

表3に、行動の困難があった者（176名）と行動の困難がなかった者（34名）のSMQ-Rの領域ごとの得点の比較を示した。有意水準1%で t 検定（両側検定）を行ったところ、A領域（園や学校）においてSMQ-R得点の平均点に有意な差がみられた（ $t(208)=2.84, p<.01$ ）。

表4に、「発話以外で特に苦手なことや人がある」及び「その他、本人の困っていることがあればお書きください」における自由記述のうち、「排泄」「食事」「着替え」「描画」「運動」「書字」以外で回答数が2以上であったものを示した。なお、行動の困難以外に本人にとって苦手な対象や刺激も含まれる。その他の苦手なことや困難な行動のうち、最も回答数の多いものは「先生が苦手、苦手な先生がいる」に該当するものであった。具体的な回答として「苦手な先生がいる」「男の先生が苦手」「教師というものがこわい」「先生への緊張度が高い」などがあった。また教科の担当など、特定の先生が苦手という回答もあった。

2. 不登校・不登園

行動の困難があった者（176名）と行動の困難がなかった者（34名）とに分けて分析したところ、困難がなかった34名には「現在不登校等」「過去に不登校等」「登園・登校渋り」のいずれかに該当する者は存在しなかった。

図2に、不登校等およびその傾向についての学年別の人数と割合を示した。なお年少未満の対象児2名は集計から除外し、208名を分析の対象とした。また、

表4 その他の苦手なことや行動の困難

内容	人数
先生が苦手、苦手な先生がいる	23
音楽・楽器演奏	21
体育・音楽・図工以外の教科※	20
学校行事	14
教室・人の多い場所に入ること	11
集団での行動、朝の会など	11
子どもが苦手・苦手な子がいる	10
休み時間・自由遊び	7
注目されること	7
普段と違うことや初めてのこと	5
大きな音・騒がしい場所	4
校内の移動	3
学校	2

表3 行動の困難の有無によるSMQ-R得点の比較

	困難あり (n=176)	困難なし (n=34)		
	M(SD)	M(SD)	t値	P
A (園や学校)	0.45(0.74)	0.71(0.93)	2.84**	0.005
B (家族や家庭)	1.71(1.09)	1.85(1.08)	1.47	0.14
C (社会的状況)	0.44(0.74)	0.65(0.84)	1.92	0.06

** $p<.01$

※体育及び図工は「描画」「運動」として図1に含めた

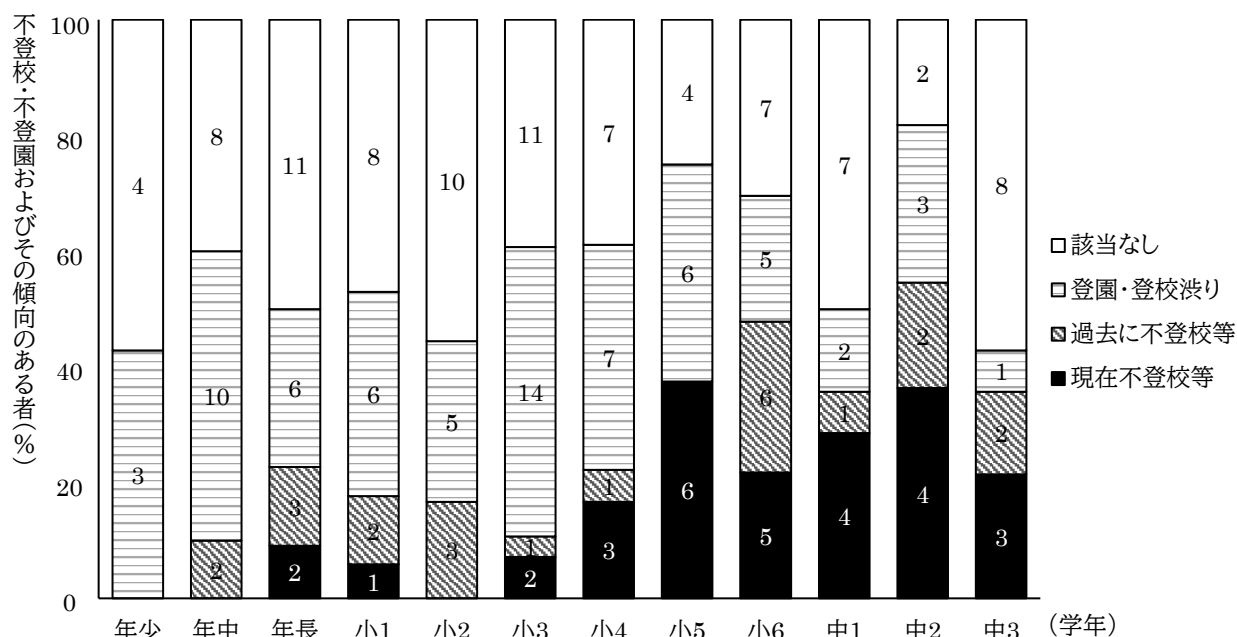


図2 不登校・不登園およびその傾向のある者の人数 (学年ごとの比較)

複数の項目に記入があった者が10名あったが、「過去に不登校等」と「登園・登校渋り」の両方であった9名は「過去に不登校等」、「現在不登校等」と「過去に不登校等」の両方であった1名は「現在不登校等」として分類した。

この図から、「登園・登校渋り」「過去に不登校等」「現在不登校等」のいずれかに該当する者はどの学年でも半数程度見られたことが分かる。一方、「現在不登校等」は小学4年生以降から増加する傾向が見られた。「現在不登校等」に該当した者の割合は幼児4.1%、小学生14.2%、中学生28.2%で、全体では14.4%であった。

図3に、対象児ごとの不登校等の開始時期と終了時期を、「過去に不登校等」22名と「現在不登校等」29名とに分けて示した。上の図が「過去に不登校等」、下の図が「現在不登校等」である者を示しており、グラフの長さは1年単位で示した。

この図から、「過去に不登校等」だった者は開始時期が比較的低年齢であった者が多く、22名中19名が小学3年生までに不登校等となっていたことが分かる。また持続期間は1年以内の者が大半であった。一方「現在不登校等」である者は開始時期が高く、4年生以降に不登校となった者が多い傾向が見られた。

3. SCASの得点との関係

表5に、高不安群と非高不安群のSMQ-Rの領域ごとの平均値とSDを示した。高不安群(SCAS合計点が「不安が高い(84パーセンタイル)」以上)に該当

した者は、小学生85名中31名(36.5%)、中学生39名中21名(53.8%)であった。 t 検定(両側検定)の結果、A領域 $t(122)=0.54, p>.10$ 、B領域 $t(122)=1.00, p>.10$ 、C領域 $t(122)=1.04, p>.10$ であり、いずれも平均点に有意な差はなかった。

表6に、不登校等の経験や傾向の有無ごとに分けた高不安群と非高不安群の人数を示した。括弧内は各年齢群の人数に占める割合を示している。観測度数の低い項目があったため小学生と中学生をまとめ、不登校傾向の有無と高不安群/非高不安群の2条件で χ^2 検定により独立性の検定を行った(表7)。その結果、不登校傾向の有無と不安の高さとの間に有意な関連のあることが示された($\chi^2(1)=9.755, p<.01$)。また「現在不登校等」の者はSCASの評価にあたって条件が異なることが予想されたことから、対象児から「現在不登校等」を除いた97名(高不安群・不登校傾向23名、非高不安群不登校傾向28名、不登校傾向のない者はそれぞれ11名と35名)により χ^2 検定により独立性の検定を行った。その結果、不登校傾向の有無と不安の高さとの間に有意な関連のあることが示された($\chi^2(1)=4.768, p<.05$)。

IV. 考察

1. 園・学校における行動の困難

いずれの年齢群においても、7割から8割以上の対象児に何らかの行動の困難が認められた。幼児において困難が最も多かったものは「排泄」であり、51名中

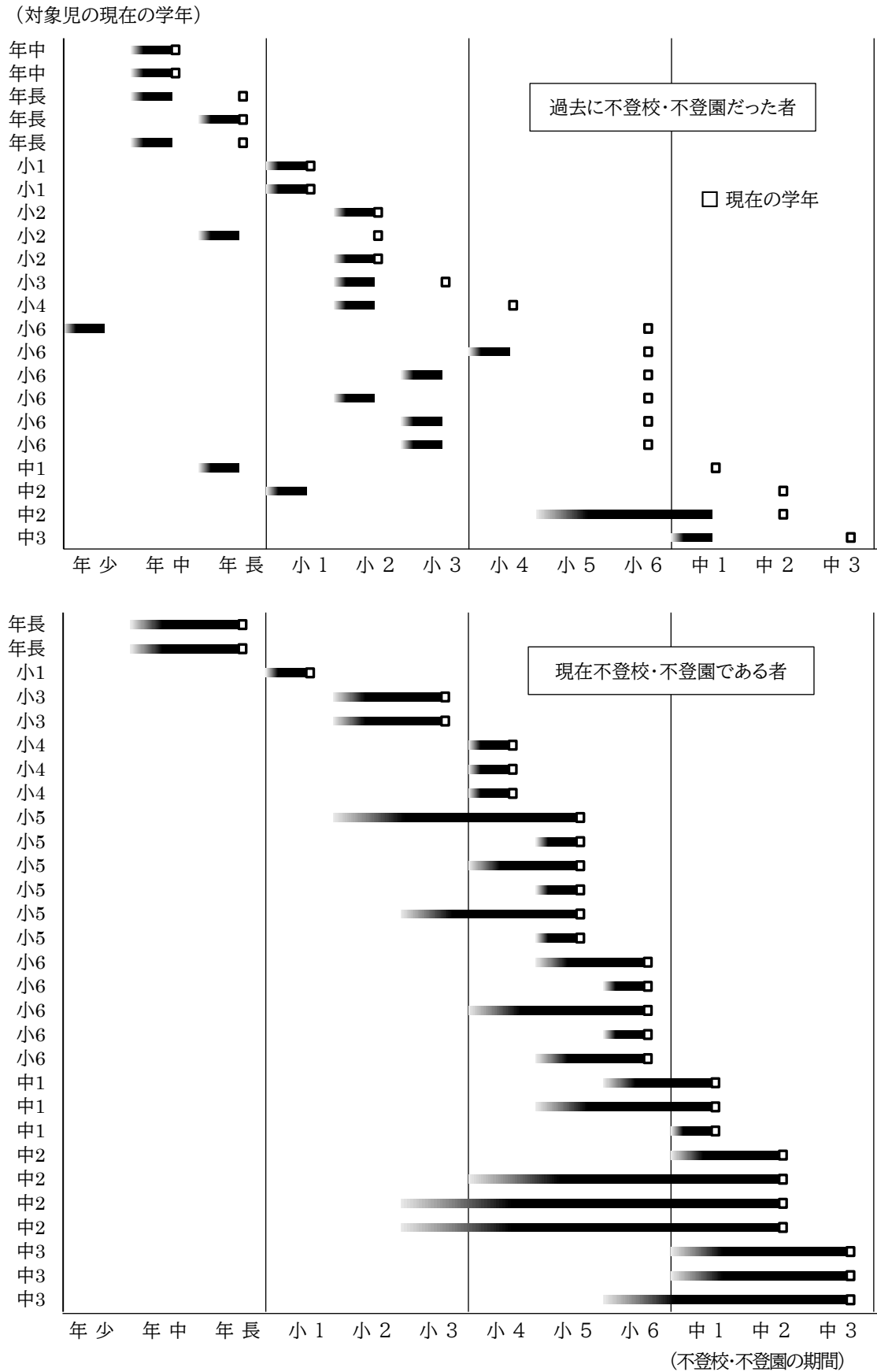


図3 対象児ごとの不登校・不登園の期間

表5 高不安群と非高不安群における SMQ-R 得点の比較

	高不安群	非高不安群	<i>t</i> 値	<i>P</i>
	(<i>n</i> =52)	(<i>n</i> =72)		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
A (園や学校)	0.4(0.71)	0.4(0.73)	0.54	0.59
B (家族や家庭)	1.7(1.08)	1.8(1.14)	1.00	0.32
C (社会的状況)	0.5(0.80)	0.7(0.89)	1.04	0.30

表6 小中学校別の不登校経験の有無と高不安群／非高不安群との関係 (人数と割合)

		不登校傾向あり			不登校傾向なし	計
		現在不登校	過去に不登校	登校を嫌がる		
高不安群 (<i>n</i> =52)	小学生	7(22.6)*	2(6.5)	14(45.2)	8(25.8)	31(100.0)
	中学生	11(52.4)	4(19.0)	3(14.3)	3(14.3)	21(100.0)
非高不安群 (<i>n</i> =72)	小学生	9(16.7)	6(11.1)	18(33.3)	21(38.9)	54(100.0)
	中学生	0(0.0)	1(5.6)	3(16.7)	14(77.8)	18(100.0)

*括弧内の数値は年齢群ごとの各群に占める割合

表7 高不安群と非高不安群における不登校傾向を示した者の人数

	不登校傾向あり	不登校傾向なし
	(括弧内は「現在不登校」を除いた人数)	
高不安群	41 (23)	11
非高不安群	37 (28)	35

17名(33.3%)に見られた。なお幼児の場合、トイレでの排泄そのものが未達成であることも考えられた。本研究ではこの点については確認していないが、調査に同封した CBCL/4-18 において「6. トイレ以外で大便をする」の項目があり、排泄行動の獲得と近いと考えられる。これに該当した幼児は4名(「ややまたはときどきあてはまる」2名、「よくあてはまる」2名)であり、そのうち調査票における「排泄」の困難に該当した者は3名であった。従ってこの3名を除く14名についてはトイレでの排泄行動を獲得していると考えられる。園での排泄の困難があったと考えられる。

幼児においては「食事」が困難であった者も11名(21.6%)いたことから、このような生理的行為は幼児の SM 児にとっては困難度の高いものであると考えられる。「排泄」「食事」は小学生、中学生では少ない傾向が見られたが、中学生でも0にはなっていないことから、排泄や食事の困難は年齢が高くなっても持続する者が存在すると考えられる。

小学生、中学生においては、最も人数の多かったものは「運動」の困難であった。運動の困難を挙げた者は210名中61名(29.0%)おり、行動の困難の中で最

多であった。「運動」の内容として、自由記述では運動全般の他に、「体育」、「ダンス」、「体操」などが挙げられていた。またそれ以外の行動の困難は多岐にわたっていた。7割から8割以上の対象児に行動の困難が認められたものの、図1に示した困難の内容ごとの人数では、いずれの行動も4割に満たなかった。このことは、どの SM 児にも共通して見られるような行動の困難はなく、SM 児によって困難となる行動が異なっていることを示していると考えられる。

SM 児の在籍する園・学校を対象に困難度の高い状況について調査した Matsushita et al. (2020) は、困難度が低いのは幼稚園では「発声が不要な活動」、小学校・中学校では「休み時間」「昼食」であったことから、SM 児が共通して直面する困難は発話が要求される活動や場面である可能性を指摘している。しかし本研究の結果からは「運動」や「排泄」、「食事」といった発話が要求されない活動においても困難な SM 児が多いことが示された。SM 児が必要とする支援は、発話が要求される活動だけでなく、園・学校生活全般にわたって生じる可能性があると言える。

また、その他の苦手なことや行動の困難として、自

由記述の回答からは、SM 児の多くが苦手としている対象として「先生」が 23 件と最も多く挙げられた。その他にも「教室・人の多い場所に入ること (11)」、「集団での行動、朝の会など (11)」、「子どもが苦手・苦手な子がいる (10)」、「注目されること (7)」のように、人との関わりについての内容が多く挙げられていた。園や学校における通常の学習・生活環境では、ほとんどの場合集団での活動が前提となる。人との関わり自体に苦手さを抱える者への支援にあたっては、生活の場所を通常の学級のみに限定せず、特別支援学級や相談室、通級等の少人数で過ごせる場を保障していくことが有効である。またその際、教科学習の時間だけでなく、SM 児が困難を感じやすい体育や音楽、給食、休み時間といった時間にも利用できるように条件を整えることが求められる。

2. 不登校・不登園

「現在不登校等」に該当した者の割合は、幼児 4.1%、小学生 14.2%、中学生 28.2%、全体では 14.4%であった。調査実施と同じ年度の文部科学省の統計 (2019 年度の数値) では不登校児童生徒は小学生 0.8%、中学生 3.9%であった (文部科学省, 2020)。本研究の結果を比較すると、SM 児における不登校の出現率は小学生で約 17 倍、中学生で約 7 倍高いことになる。

また、「行動の困難がなかった者」については「現在不登校等」「過去に不登校等」「登園・登校渋り」のいずれかに該当する者は存在しなかったことから、不登校傾向を示すのは「行動の困難があった者」に多かったと考えられる。さらに、SCAS によって測定した不安度の高さによって 2 群に分けて不登校傾向の有無を比較したところ、高不安群の対象児の方が「現在不登校等」「過去に不登校等」または「登園・登校渋り」に該当する者の割合が多かった。また中学生では、対象とした SM 児のうち高不安群の中学生の 52.4%が「現在不登校」となっており、「過去に不登校」「登校渋り」を併せると 85.7%となる。従って緘黙症状に加えて行動の困難や強い不安のある者、特に中学生では、不登校・不登園のリスクが高い可能性が考えられる。ただし本研究の結果からは、SM により不登校等になっているのか、SM の有無よりも行動の困難や不安の方が影響しているのかは分からない。不登校等の状態となった要因や SM の発症時期についての分析が求められる。

次に不登校等の時期や年齢に注目すると、まず年少児の時点からすでに半数程度には登園渋りや不登園の傾向が見られたことが特徴的である。幼児期の

登園渋りは現象としてはよく知られているが、研究が少なく実態は十分に明らかにされていない。また CiNii Research において「登園拒否」「不登園」を検索すると、学会発表抄録や講演録を除いた学術論文は「登園拒否」20 件、「不登園」はわずか 3 件のみであったことから、「登園拒否」「不登園」は保育・幼児教育における主要な研究課題とは見做されていないと推察される。このような点を考慮すると、SM 児が幼児期において比較的高い割合で不登園の傾向を示すことは、早期からの手厚い支援の必要性を示していると考えてよいだろう。

種吉・佐藤 (2019) による「登園渋り」概念に関する先行研究のレビューでは、対象とした 42 件の文献において分離不安症が最も多く記述されていた。分離不安症は幼児期の代表的な不安症の一つで、「愛着をもっている人物からの分離に関する、発達の不適切で、過剰な恐怖または不安」を主な症状とする。DSM-5 では子どもの 6~12 ヶ月有病率はおおよそ 4%程度で、「12 歳未満の子どもにおいては、分離不安症が最も頻度の高い不安症」である (American Psychiatric Association, 2013)。また有病率は減少するが、青年期や成人期においても見られる。

分離不安症は SM 児においても高頻度で見られることが知られている。SM と不安症との関連をメタ分析によって検討した Driessen, Blom, Muris, Blashfield, and Molendijk (2019) によると、22 件の研究において対象となった SM 児の分離不安症の併存は 18%であった。本研究において比較的高い割合で見られた不登園の傾向についても、背景に分離不安症が関わっているケースがある可能性が推察できる。登園・登校渋りや不登校等を示す SM 児への対応にあたっては、分離不安症や関連する他の不安症には十分に留意する必要があると言える。

次に、現在の不登校の有無や期間に注目すると、「現在不登校等」である者は小学校低学年までは少なく、小学校高学年以降から増加する傾向が見られた。期間に関しては、「過去に不登校等」だった者 (=現在是不登校になっていない者) は開始時期が低年齢であった者が多く、22 名中 19 名が小学 3 年生までに不登校等となっており、その持続期間が 1 年以内の者が大半であった。一方「現在不登校等」である者は開始時期が高く、小学 4 年生以降に不登校となった者が多い傾向が見られた。この結果から、高学年以降になって不登校が顕在化したケースでは長期化する者が多い一方、低学年までに顕在化した不登校

等は改善している者が多い可能性が推察される。このことの理由は明確ではないが、低年齢で不登校等が顕在化した場合は早期に介入がなされたことや、状態が深刻化・複雑化する前に対応がされたことによる可能性は考えられる。図2から、低年齢においても「登園・登校渋り」や「過去に不登校等」の者がいたことを考慮すると、高学年以降になってはじめて問題が生じるというよりも、登園や登校に抵抗のあった者はどの年齢にもいると考えた方がよいのではないだろうか。年齢が上がると長期化するリスクが高まると捉え、不登校等が顕在化する前からの早期からの対応が不可欠である。

「不登校」は単一の疾患や障害ではなく、背景には様々な要因が関わっていることが知られている。SMに関わって重要であると思われるのは、不安症に代表される心身の問題である。稲垣・和氣・松田(2020)は不登校・登校渋りを主訴に思春期外来を受診した中学・高校生115名について報告しており、初診時の診断として最も多かったのが「社交不安障害(48%)」、次いで「ASD(自閉スペクトラム症)and/or ADHD(23%)」、「適応障害(15%)」、「心身症(8%)」であった。また小児科を受診した者のうち過敏性腸症候群と診断した者の併存症等を検討した藤井・岡田・重安・塚原(2021)によると、対象となった69名中59名が不登校であった。さらに、原因となる器質的な疾患がなく急性の心理社会的ストレスによる発熱が一定期間生じる「心因性発熱」を主訴とした症例について報告した岡田・藤井(2017)では、対象とした小児16例のうち13例(81%)が不登校(ここでは保健室登校や別室登校の症例も含む)であった。また水野・上土井・渡辺(2019)によると、3ヶ月以上の持続的な疲労に悩まされる症候群である小児慢性疲労症候群に該当する不登校児童生徒も多いという。このように不登校の背景には様々な心身の問題が関わっている。本研究で示されたSMと不登校・不登園との関係も、SMが直接的にその原因となっているというよりも、このような心身の問題の一つにSMがあり、それらの結果として園や学校に行けなくなるという形で不登校等が顕在化していると捉えるのがよいのではないだろうか。

以上のことから、SMの症状がある者に対して不登校・不登園のリスクを下げるための対応として、以下のことが考えられる。まず、低学年までに顕在化した不登校等は改善している者が多いことから、早期からの対応が有効であると考えられる。予防的な視点

から、不登校等や関連する不適応が顕在化する前から積極的な対応を行うことが求められる。またその際、緘黙症状以外の行動の困難や不安症状に留意することが有効であると考えられる。行動の困難については、話す活動だけでなく園・学校生活全般にわたって困難を有すると捉え、積極的な支援や配慮を行うことが求められる。また不安症状については、分離不安症や関連する他の不安症に留意し、安心して過ごせる環境を整えることが必要である。

ところで、本研究の対象児において行動の困難がなかった者については、不登校等の経験や傾向が認められなかった。このことから、緘黙症状があるだけでは不登校につながりにくいとも考えられる。臨床においても、園や学校への適応がよく話せないながらも他児とのコミュニケーションなどもよくできるSM児に出会うことがあるが、SM児の中にはこのような行動面の症状が比較的軽い者も存在すると考えられる。SMが多様な症状を示すことや、下位類型が存在する可能性は、これまで多くの研究で指摘されてきた(Cohan et al., 2006; Kearney & Rede, 2021; Kolvin & Fundudis, 1981; Mulligan, 2012; Mulligan et al., 2015; Muris & Ollendick, 2021a, Muris & Ollendick, 2021b; Steffenburg et al., 2018)。Mulligan(2012)はSM児の下位類型の一つとして、他の群より障害が比較的軽く、重度の不安症や言語の問題等を有していない”global subtype”の存在がある可能性を指摘しているが、本研究における行動の困難がなかった者はこのような下位類型に当てはまる可能性も考えられる。SM児における下位類型化については、今後の重要な検討課題であると考えられる。

3. 緘黙症状との関係

SMQ-Rの領域ごとの得点を行動の困難のあった者となかった者とで比較したところ、A領域(園や学校)において平均の差が有意であったが、B領域(家族や家庭)、C領域(社会的状況)では有意差は認められなかった。また高不安群と非高不安群に分けてSMQ-Rの領域ごとの得点を比較したところ、いずれの領域においても平均の差は有意でなかった。これらの指標から、園や学校において行動の困難がないSM児の方が、園や学校における緘黙症状が軽い傾向があることが分かった。緘黙症状と行動の困難との関係に関しては、不適応の程度が軽い子どもは「言語表出」の困難に限られ、程度が重くなるにつれて「感情・非言語表出」や「動作・態度表出」の困難という

形で症状が広がるとした河井・河井 (1994) の知見を支持するものであったと考えられる。

またこのことから、緘黙症状 (園や学校で話せないこと) が SM 児の主要な問題であることは間違いのないものの、これらの結果からは緘黙症状のみでは SM 児の抱える困難を理解することはできないことが分かる。行動の困難や強い不安は不登校のリスクが高い可能性があることを先に指摘したが、不安度の高低では緘黙症状に違いがないことを考えると、緘黙症状のみに注目してしまうと不登校のリスクを見落とすことにもなりかねないと言える。従って SM 児への介入や支援にあたっては、緘黙症状だけでなく行動面の困難や不安の高さといった点を正しく把握することが不可欠であると考えられる。

4. 今後の課題

最後に本研究の限界と今後の課題について述べる。

本研究ではこれまで十分な研究が行われていなかった SM 児における不登・不登園や登園渋り等の実態について明らかにした。SM 児には不登校等の傾向を示す者が多く、緘黙症状に加えて行動の困難や強い不安のある者ではその傾向が高いことが示された。しかし先にも述べた通り、本研究の結果からは SM 児における不登校等の要因については明らかになっていない。不登校等の状態となった要因や併存する心身の問題、SM の発症時期等の視点からの分析が今後の課題である。

また「問題と目的」において述べたように、SM は多様な症状を示すことが知られており、近年の研究では下位類型化の考え方や不安症以外の側面からの研究も行われている。言語の問題や発達遅滞、ASD との関係や (Muris & Ollendick, 2021b)、神経発達症として SM を捉えることを指摘する研究もある (Kearney & Rede, 2021)。こういった多様な視点からの検討は、SM の理解を深めるだけでなく臨床においても有用であると考えられる。本稿では対象とした SM 児を下位類型化せずに扱ったが、これからの SM 研究は、ASD 等の神経発達症や言語の問題といった多様な病因や症状を考慮して行うことが重要であると考えられる。

また、本研究では親の会等の協力も得ながら、保護者を通じて対象児の募集を行った。これにより病院を受診していない SM 児も含めて広くデータを収集することができたが、一方で「保護者による協力」自体も一つのバイアスになることをデータ収集の過程で感じた。保護者の養育態度や家庭の環境は心身の

発達や行動に影響を及ぼす重要な要素であるが、本研究の対象児には家族や家庭に深刻な問題のある者はほとんど含まれなかった。この点に関して、本研究の対象となる SM 児が偏ったものになってしまった懸念がある。今後の研究では、家族や家庭の問題についても考慮した対象児の選別が求められる。

付記

本研究の実施にあたっては多くの場面緘黙のお子さんやその保護者にご協力をいただきました。この場を借りて御礼申し上げます。また調査の実施や資料の整理にあたって高木ゼミの学生・卒業生にもご協力いただきました。感謝申し上げます。本研究は JSPS 科研費 JP19H01703 の助成を受けたものです。

注

1) 現所属：場面かんもく相談室 いちりづか

引用文献

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed). Arlington, VA. 高橋三郎, 大野裕(監訳) (2014) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008) The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 456-464.
- Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006) Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355.
- 趙成河・園山繁樹 (2018) 選択性緘黙の有病率に関する文献的検討. 障害科学研究, 42, 227-236.
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2019) Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 51, 330-341.
- 藤井智香子・岡田あゆみ・重安良恵・塚原宏一 (2021) 小児科で経験する過敏性腸症候群の特徴. 心身医学, 61(1), 57-63.
- Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2016) Selective mutism and temperament: The silence and

- behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(10), 1113-1120.
- 久田信行・金原洋治・梶正義・角田圭子・青木路人 (2016) 場面緘黙(選択性緘黙)の多様性—その臨床と教育—. 不安症研究, 8 (1), 31-45.
- 稲垣卓司・和氣玲・松田泰行 (2020) 中学校・高校における不登校生徒の進路状況の検討—思春期外来の現状から—. 島根大学教育学部紀要, 53, 1-5.
- 石川信一 (2015) 日本語版 SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) スペンス児童用不安尺度 使用手引き. 三京房.
- 梶正義・藤田継道 (2019) 場面緘黙の出現率に関する基本調査 (4) . 日本特殊教育学会第 57 回大会, ポスター発表 P6-07.
- 角田圭子・高木潤野・白井なずな・富岡奈津代・梶昌義・金原洋治・広瀬慎一 (2022) Selective Mutism Questionnaire 日本版 (SMQ-J) の信頼性と妥当性の検討. 不安症研究, 14(1), 47-55.
- かんもくネット (2011) SMQ-R (場面緘黙質問票) について, Retrieved from: <https://www.kanmoku.org/tool> (閲覧日: 2022 年 9 月 30 日).
- 河井芳文・河井英子 (1994) 場面緘黙児の心理と指導—担任と父母の協力のために—. 田研出版株式会社.
- Kearney, C. & Rede, M. (2021) The heterogeneity of selective mutism: A primer for a more refined approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-7.
- Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981) Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
- Matsushita, H., Okumura, M., Sakai, T., Shimoyama, M., & Sonoyama, S. (2019) Enrollment rate of children with selective mutism in kindergarten, elementary school, and lower secondary school in Japan. *Journal of Special Education Research*, 8(1), 11-19.
- Matsushita, H., Okumura, M., Sakai, T., Shimoyama, M., & Sonoyama, S. (2020) Difficulties faced by children with selective mutism in schools and support thereof. *Journal of Special Education Research*, 9(1), 23-34.
- 水野敬・上土井貴子・渡辺恭良 (2019) 小児慢性疲労症候群—不登校と脳機能—. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 56, 469-475.
- 文部科学省 (2020) 令和元年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸問題に関する調査結果について, Retrieved from: https://www.mext.go.jp/content/20211008-mext_jidou01-100002753_01.pdf (閲覧日: 2022 年 10 月 1 日)
- 文部科学省 (2021) 令和 2 年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸問題に関する調査結果について, Retrieved from: https://www.mext.go.jp/content/20211007-mxt_jidou01-100002753_1.pdf (閲覧日: 2022 年 10 月 1 日)
- Mulligan, C. A. (2012) Selective mutism: Identification of subtypes and influence on treatment. Philadelphia College of Osteopathic Medicine. PCOM Psychology Dissertations.
- Mulligan, C. A., Hale, J. B., & Shipon-Blum, E. (2015) Selective mutism: Identification of subtypes and implications for treatment. *Journal of Education and Human Development*, 4(1), 79-96.
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2021a) Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 294-325.
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2021b) Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 159-167.
- 岡田あゆみ・藤井智香子 (2017) 心因性発熱 16 症例の検討. 心身医学, 57(12), 1252-1260.
- 岡村章司・藤田継道 (2021) 場面緘黙と不登校を呈した自閉スペクトラム症児に対する協働型行動コンサルテーション. LD 研究, 30(2), 152-164.
- 奥村真衣子・園山繁樹 (2018) 選択性緘黙のある児童生徒の学校場面における困難状況の理解と教師やクラスメイトに求める対応—経験者への質問紙調査から—. 障害科学研究, 42, 91-103.
- Spence, S. H. (1998) A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018) Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1163-1169.
- 種吉啓子・佐藤幸子 (2019) 「登園渋り」の概念分析. 北日本看護学会誌, 21(2), 7-15.

吉田たまほ・小枝達也 (2010) 場面緘黙の背景となる
要因の検討. 鳥取大学地域学部紀要, 7(1), 67-77.

—2022.9.30 受稿, 2023.2.24 受理—

特集論文

シンポジウム：場面緘黙・情緒障害に関して 特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか —日本特殊教育学会第60回大会自主シンポジウム報告—

臼井 なずな 大阪大学大学院連合小児発達学研究科

要旨：本稿は、日本特殊教育学会第60回大会の際に日本場面緘黙研究会が企画した自主シンポジウムについて報告したものである。まず、シンポジウムの概要と会場の様子を紹介した。次に、企画のきっかけとなったコアカリキュラムと、シンポジウムのテーマにある特別支援教育の制度、教員養成課程との関連を説明した。最後に、シンポジウムを受けて筆者が考えたことを述べた。1点目は情緒障害を正しく理解することの重要性について、2点目は場面緘黙が情緒障害に位置付けられていることによって教育分野に発信できる可能性についてであった。

キーワード：場面緘黙、情緒障害、コアカリキュラム

I. シンポジウムの概要

2022年9月17日から19日、つくば国際会議場で日本特殊教育学会第60回大会が開催された。日本場面緘黙研究会では毎年この大会で自主シンポジウムを企画している。今回のテーマと登壇者は以下の通りである。企画趣旨や話題提供、討論の詳細については、別稿で各担当者から報告する。

テーマ：わが国における場面緘黙研究の現在と今後の報告を考えるⅧ—場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか—

企画者：高木潤野（長野大学）

司会者：臼井なずな（信州かんもく相談室）

話題提供者：高木潤野（長野大学）

園山繁樹（島根県立大学）

金原洋治（かねはら小児科）

指定討論者：久田信行（群馬医療福祉大学）

本大会は、オンラインと現地でのハイブリッド形式で実施された。本シンポジウムもハイブリッド形式であった。企画趣旨と話題提供を約1時間の動画にまとめ、参加者には事前に視聴していただいていた。そし

て当日、会場で、約1時間の質疑・ディスカッションを行った。

II. 会場の様子

本シンポジウムの質疑・ディスカッションは、9月18日（2日目）夕方、プログラム最後の時間に行われた。台風の影響で早めに帰宅された方もあった中、正確にカウントしていないが30名程度の参加者があったように思う。本シンポジウムは、開催する側の考えを一方的に伝える場では意味がないという思いから参加者とのやり取りにたっぷり時間をかけ、質疑応答にとどまらず時間の許す範囲で内容を深められたように思う。

話が前後するが、18日午前中には、学会企画として「インクルーシブ教育システム下における特別支援学校教諭免許状の在り方Ⅳ—特別支援学校教諭免許状コアカリキュラムの作成を受けて—」というシンポジウムが行われていた。学会の企画に取り上げられるテーマということは、コアカリキュラムの話題がタイムリーであり多くの学会員と関わりがある内容なのだろう。こちらのシンポジウムでは、コアカリキュラム作成に関わった先生方や文部科学省の担当者

が登壇されていた。

Ⅲ. 特集テーマをめぐって

1. コアカリキュラムとテーマとの関連

日本場面緘黙研究会は、会員が多様であることが特徴である。教育分野に詳しくない読者を想定し、「コアカリキュラム」「教員養成課程」「特別支援教育の制度」の関連について簡単に述べる。

特別支援学校教諭免許状コアカリキュラムとは、その免許状を取得する者が共通的に修得すべき資質・能力を示したものである。全国すべての大学の教員養成課程での実施を念頭に策定されたものであり、コアカリキュラムの内容によって、免許状取得を目指す学生が何を学ぶかが決まってくる。反対にコアカリキュラムの内容を議論するためには、学生が何を学ぶべきかと、というのが1つの観点になる。

さて、2022年7月に策定された特別支援学校教諭免許状コアカリキュラムには、情緒障害について触れられた箇所がない。つまり、大学独自の判断で扱う可能性はあるとしても、多くの場合は特別支援学校教諭免許状を持って学校の先生になる学生が情緒障害について学ぶ機会がないということになる。

情緒障害の特別支援学校は存在せず、これは特別支援学校の免許の話であるから、情緒障害を大きく扱わないのは自然である。しかし、特別支援学級や通級の先生のための免許状はないため、通常の学校における特別支援の専門性を証明するのも特別支援学校の免許状である。また、センター的機能を担う場合を意識して通常学校に在籍することの多い発達障害は扱うことになっているにもかかわらず、発達障害を学習障害・注意欠陥多動性障害・自閉症のみに限定している。これらの議論をするためには、特別支援教育の制度についても視野に入れなくてはならない。

2. 情緒障害について考える

場面緘黙児が特別な支援を受けられる最大の根拠として、学校教育法施行規則に「情緒障害」の記述があり、通知¹⁾により情緒障害の説明に「選択性かん黙」と記載されていることが挙げられることが多い。場面緘黙に関心のある者であれば、場面緘黙が学校教育において情緒障害に該当することは知っている者も多いであろう。しかし、逆に情緒障害とは何かと問われたら、「自閉症・情緒障害学級」の担任であっても、説明できる先生は珍しいかもしれない。手引²⁾によると、情緒障害には、場面緘黙やその他の不安、不登校やひ

きこもり、抑うつや身体愁訴など、環境との間に生じたストレス反応としての多様な心身の状態が含まれている。

このことから、情緒障害という言葉の正しく理解することは、場面緘黙児への対応という意味でも、その他多くの困難を感じている児童生徒への対応という意味でも非常に大切なことだと思われる。

ところで、コアカリキュラムでは言語障害についても触れられていない。言語障害も情緒障害と同様に、特別支援学級及び通級による指導の対象である。当日午前中の学会企画シンポジウムにおいては、「言語障害と情緒障害についてコアカリキュラムに加えるべきとのパブリックコメントが多かった」という主旨の発言を登壇者がしていた。これは、コアカリキュラムを取りまとめた担当者に筆者らの意見が届いていることを示している。また午後の筆者らのシンポジウムには吃音の研究をされている方の参加もあり、言語障害と情緒障害が今タグを組むときだという話題にもなっていた。

これらを受けて筆者が考えたのは、場面緘黙に関心のある私たちには、学校教育における情緒障害部門をけん引する役目が与えられているのかもしれないということである。場面緘黙が情緒障害に位置付けられていることで、場面緘黙児への支援の面で得られる権利がある。それだけでなく、特別支援教育が始まる前から変わらず情緒障害の代表選手として位置付けられてきた場面緘黙は、前述した他の困難を抱える多くの子どもたちのためにも、誰にも文句を言われずに情緒障害の立場から意見を主張できる存在である。教育分野の外から見ると、情緒障害にこだわることに違和感を覚えるかもしれない。私も名称にこだわっているわけではない。2つのシンポジウムの様子から、法律等で明文化された言葉を用いることは説得力があり、教育分野において議論するためには情緒障害部門としてふるまうことで存在が確固たるものになるということが感じられた。多くの子どもたちが、学校の環境次第で成長できたり苦しんだりしている。教育分野で主張することは非常に大切なことである。場面緘黙に関心のある私たちは、学校教育を変えていける力を持っているのかもしれない。

注

- 1) 平成25年10月4日付け25文科初第756号初等中等教育局長通知

- 2) 「障害のある子供の教育支援の手引～子供たち一人一人の教育的ニーズを 踏まえた学びの充実に向けて～」令和3年6月文部科学省初等中等教育局特別支援教育課

—2022.12.19 受稿, 2022.12.19 受理—

〔編集委員会付記〕本論文は編集委員会の依頼により、日本特殊教育学会第60回大会自主企画シンポジウム「わが国における場面緘黙研究の現在と今後の報告を考えるⅧ―場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか―」に基づき執筆されたものである。

特集論文

特別支援学校教諭教職課程における情緒障害の学び

園山 繁樹 島根県立大学

要旨：令和4年7月に策定された「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム」において、場面緘黙をはじめとする情緒障害はコアカリキュラムに位置づけられなかった。本稿では、筆者が勤務校で担当している授業科目「情緒障害児教育総論」を取り上げ、場面緘黙や不登校、及び特別支援学校での行動障害などをコアカリキュラムに含める必要があることを論じた。今般のコアカリキュラムは特別支援学校教諭教職課程で教授すべきミニマルエッセンシャルと位置付けられているが、指導方法が他の障害と大きく異なる情緒障害はミニマルエッセンシャルに含まれるべきであると考えられる。

キーワード：場面緘黙、情緒障害、コアカリキュラム、特別支援学校教諭教職課程

I. 授業科目「情緒障害児教育総論」

筆者は現在の勤務校で特別支援学校教諭教職課程の新設に当たって、「情緒障害児教育総論」(2単位：選択)を単独で担当してきた。この科目は「特別支援学校(知肢病)教諭教職課程：第3欄科目」として開講され、シラバスに記載された授業の概要と内容は以下のとおりである。

1. 授業の概要

不登校、場面緘黙などの行動・情緒の障害を持つ児童生徒に対する教育課程と指導法について学ぶ。主に、情緒障害の概念とその分類、出現メカニズム、個別の指導計画・個別の教育支援計画、指導の基礎と方法論を学び、不登校児童生徒の指導の実際と場面緘黙児童生徒の指導の実際を通して、学校でのアセスメントと指導の方法を学ぶ。また特別支援学校における行動障害、不登校、ダウン症の人の青年期急激退行等の情緒的問題の指導法の学修を通して、特別支援教育における情緒障害教育の現状を理解する。

2. 授業の内容

①概論(2回)：

- ・特別支援教育における情緒障害教育の対象・現

状・教育課程の編成

- ・通級指導教室における情緒障害児の指導

②不登校(5回)

- ・不登校の考え方と心理・生理・病理(不登校概念の変遷、文部科学省の施策等)
- ・不登校のアセスメントと個別の指導計画・個別の教育支援計画の作成
- ・不登校児童生徒の指導法
- ・不登校児童生徒の指導の実際1(アセスメントに基づく指導)
- ・不登校児童生徒の指導の実際2(発達障害を伴う児童生徒の指導)

③場面緘黙(5回)

- ・場面緘黙の考え方と心理・生理・病理
- ・場面緘黙のアセスメントと個別の指導計画・個別の教育支援計画の作成
- ・場面緘黙児童生徒の指導法
- ・場面緘黙児童生徒の指導の実際1(幼稚園から小学校低学年幼児児童の指導)
- ・場面緘黙児童生徒の指導の実際2(小学校高学年以上の児童生徒の指導)

④特別支援学校における行動障害、不登校、青年期

急激退行 (3 回)

- ・特別支援学校における情緒的問題の理解と指導 1
(行動障害)
- ・特別支援学校における情緒的問題の理解と指導 2
(不登校)
- ・特別支援学校における情緒的問題の理解と指導 3
(ダウン症の青年期急激退行)

II. 授業内容の設定理由

1. 「不登校」について

日本の学校教育の大きな課題の 1 つは、不登校児童生徒が増え続けていることである。「令和 3 年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」(文部科学省初等中等教育局児童生徒課, 2022) によれば、令和 3 年度間の不登校児童生徒数は小中合計で 244,940 人(前年度 196,127 人)と過去最多となり、在籍児童生徒に占める割合は 2.6%(前年度 2.0%)であった。小学校では 1.3%(77 人に 1 人; おおよそ 2 学級に 1 人)、中学校では 5.0%(20 人に 1 人; おおよそ 1 学級に 2 人)、小中合計で 2.6%(39 人に 1 人; おおよそ 1 学級に 1 人)であり、不登校に関する知識はすべての教員に必要不可欠な状況にあるといえる。また不登校には「学校に係る状況」「家庭に係る状況」「本人に係る状況」等が個々の児童生徒によって複雑に関係して、その態様や実態は様々であり、教員に求められる知識や対応スキルは多様であるといえる。例えば、筆者の行動的立場の実践でもスクールカウンセラーと教員のチームによる支援(河合・桜井, 2000)、教育委員会や学校全体での予防的取り組み(小林・小野, 2005)、発達障害の特性を踏まえた再登校支援(奥田, 2006)など、多様な取り組みが実践されている。

また、不登校の態様や実態にはその時々々の社会状況の影響も大きく(例えば、保坂, 2002; 前島, 2016)、文部科学省でもこれまで 3 度の研究協力者会議報告書がまとめられている(1992 年¹⁾、2003 年²⁾、2016 年³⁾)。これらの報告書に示された当時

の社会背景、不登校の実態や考え方、施策等を学ぶことは、教員として社会的変化と不登校を考えるうえで役立つと考えられる。

2. 「場面緘黙」について

場面緘黙の主症状は幼稚園や学校等で声が出ないことであり、声が出ないことによって幼稚園や学校で多くの困難に直面している。場面緘黙の有病率について先行研究(国内 2 件、海外 9 件)をレビューした趙・園山(2018)によれば、1.89%(おおよそ 50 人に 1 人)から 0.02%(おおよそ 5,000 人に 1 人)であり、研究によって大きく異なっていた。関西地方の 4 市の公立小学校全校を対象にした調査(梶・藤田, 2019)では、平均して 0.21%(おおよそ 480 人に 1 人)であり、おおよそ 12 学級規模の小学校には 1 人以上の場面緘黙の児童がいることが予測される。また茨城県の一地域の幼稚園・小学校・中学校を対象に場面緘黙症状を示す幼児児童生徒の在籍状況を調べた調査(Matsushita, Okumura, Sakai, Shimoyama, & Sonoyama, 2019)では、対象学校園数が少なかったもののおおよそ幼稚園で 3 割、小学校で 4 割、中学校で 5 割の学校園に 1 人以上の在籍が認められた。この調査結果は 2~3 学校園には 1 人以上の場面緘黙の幼児児童生徒が在籍していることを示唆している。

場面緘黙のある幼児児童生徒には声が出ないだけでなく、一時的に動作が停止する(例えば、給食時に箸やスプーンが持てない、歩行ができなく教室移動ができない)ことが見られることが指摘されている(久田・金原・梶・角田・青木, 2016; 河井・河井, 1994)。場面緘黙経験者への質問紙調査(奥村・園山, 2018)では、困難場面は音読や指名時の発言などの直接的な発言場面の他に、グループ活動や体育、休み時間、行事など、本人が主体的に行動したり、対人関係が影響したりする活動にも困難が見られ、その他にも学級での孤立や困難を回避するための欠席なども報告されている。そのため、学校生活での困難を解消するためには、多様な支援が必要とされる。

しかしながら、場面緘黙の対応や配慮は広く知られているわけではない。公立小学校教員を対象にした調査（成瀬・高橋, 2019）では、場面緘黙児童の担任経験がある教員は約半数（46.97%）であったが、場面緘黙に関する知識が「全くない」「あまりない」教員は約6割（60.1%）、指導の自信が「全くない」「あまりない」教員は8割以上（84.7%）であり、場面緘黙についての教員の知識不足が明らかにされている。特別支援学校（知的障害、肢体不自由）の教員を対象にした調査（小林・下, 2022）でも場面緘黙のある児童生徒を担当した経験のある教員は約半数（49.5%）であり、場面緘黙のある児童生徒への指導支援で必要なリソースとして、合理的配慮に関する情報（69.9%）、場面緘黙改善に関する情報（65.1%）、家庭やデイサービスなど学校以外の様子の情報（47.8%）、取り出しの自立活動や医療機関の診察など個別の指導支援や診療の機会（46.8%）、他障害を併存する場面緘黙のある児童生徒の指導支援に関する情報（37.6%）などが挙げられていた。これらの結果は、教員にとって場面緘黙に関する知識は必須であることを示唆している。

3. 「特別支援学校における情緒障害」について

最後の3回のテーマとして、行動障害、不登校、ダウン症の人に見られる青年期急激退行を取り上げている。

自傷行動や他傷行動などの行動障害の生起には障害特性と環境（人的・物的・社会的）要因が関係し、そのアセスメントと対応には一定の専門的知識が必要である（Emerson & Einfeld, 2011）。特別支援学校には強度行動障害のレベルにある児童生徒がいることが明らかにされている（井上・福崎, 2022）。行動障害が強度なレベルに進まないよう、学校段階での対応が不可欠であるといえる。障害者福祉分野では2013年より厚生労働省事業として「強度行動障害支援者研修」⁴⁾が始まっているが、特別支援学校教員を対象にした国レベルでの行動障害に関する研修機会はないといつてよい。

特別支援学校の不登校について取り上げられることは少ないが、筆者らの研究では少なくない人数の不登校児童生徒が在籍していることが明らかになっている。例えば、園山・趙・倉光（2017）は学校基本調査に基づいて特別支援学校の不登校児童生徒数と在籍率の年次推移を調べ、不登校児童生徒の在籍率は全体で小中学校の方が特別支援学校よりも約2.5倍多かったが、特別支援学校の不登校児童生徒数も小中学校と同様に近年増加傾向にあることを明らかにしている。また、特別支援学校（知的障害）を対象にした調査（Sakai, Tsuge, Kouchiyama, & Sonoyama, 2019）では、379校中292校（86.1%；小学部75校、中学部99校、高等部292校）に1人以上の不登校児童生徒が在籍し、在籍児童生徒数に占める割合は小学部1.2%、中学部2.0%、高等部3.8%であった。これらは小・中学校と比べると在籍率は若干低いものの学部が上がるにつれた増えること、及び8割以上の学校に不登校児童生徒が在籍していることを示している。また回答された不登校の関連要因は小中学校とは異なっており、特別支援学校独自の支援策が必要となることが示唆された。

3つ目のテーマであるダウン症の人の青年期急激退行は最近取り上げられる機会は少ないものの、ダウン症の人の10%近くにみられる可能性がある（菅野・池田, 1998）にもかかわらず、対応方法は周知されていないように思われ、気づかれずに十分な支援が受けられていないことが多いのではないかと推察される。筆者の経験（園山, 2000, 2004）でも、自閉症を伴う知的障害の人に見られる行動障害とは対応方法が大きく異なっていた。そのため、特に特別支援学校（知的障害）の教員には対応方法の基礎的知識が必要であると考えられる。

III. 特別支援学校教諭免許状コアカリキュラムにおける情緒障害の取扱いとパブリックコメント

2022年7月27日付で公表された「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム」⁵⁾には、「情緒障

害」の用語は記載されていない。また上記Ⅲで取り上げた「不登校」「場面緘黙」「行動障害」の用語も記載されていない。すなわち、現行の「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム」では「情緒障害」に関連する事項はなく、コアカリキュラムに含むべき内容と考えられていない。

確定版の前に公表された案について2022年6月2日から7月1日までパブリックコメントが実施され、計77件の意見が寄せられた。それらの意見を集約して文部科学省の考え方を付した「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム案に関するパブリックコメント(結果概要)」⁶⁾が公表されている。その内容を確認すると、情緒障害に関連する意見は8～9頁に記載された【第3欄 その他障害】⁷⁾に関する2件であった。集約された意見とそれに対する文部科学省の考え方として記載されていることを以下に抜粋し、文部科学省の考え方についての筆者の意見を述べる(コメント丸番号及び_____は筆者による)。

コメント①：平成15年3月「今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)」において、「これまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、その対象でなかったLD、ADHD、高機能自閉症も含めて障害のある児童生徒に対してその一人一人の教育的ニーズを把握し」とあり、今回のコアカリキュラム案の「発達障害」では、「学習障害、注意欠陥多動性障害、自閉症」に限定されている。このままでは大学教育で「情緒障害」「言語障害」を学ぶことなく支援の場に立つことになるため、「情緒障害(場面緘黙など)」「言語障害(講音障害・吃音など)」について、明記することが必要である。

コメント①に対する文部科学省の考え方：今回の「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム(案)」では、発達障害の主なものとされている「学習障害」、「注意欠陥多動性障害」、「自閉症」の3つを列挙し作成しました。なお、大学が教職課程の認定を受ける際の教職課程認定基準においては、第3欄の科目の開設において、従来どおり情緒障害及び言語障

害について扱うこととしています。また、本コアカリキュラムでも、2ページに記載しているように、教職課程で修得すべき資質能力については、学校を巡る状況の変化やそれに伴う制度改正によって、今後も変化するものであることから、今後も必要に応じて改定を行っていくものと考えております。御意見については、今後の施策の推進に当たり、参考とさせていただきます。

コメント①に対する文部科学省の考え方についての筆者の意見：「教職課程認定申請の手引き(令和6年開設用)」⁸⁾の「各科目の名称例について」

(22頁)に、第3欄の科目名称として「情緒障害者の心理・生理・病理」「情緒障害者教育論」「情緒障害者教育総論」が例示されている。一方で、「Q&A」43(30頁)には「教育職員免許法施行規則第7条第1項表第3欄の単位は、同項表備考第5号に基づき、5領域のうち、免許状に定められることとなる教育領域以外と複数の種類の障害を併せ有する者に関する教育並びにその他障害により教育上特別の支援を必要とする者(発達障害者を含む。)に対する教育に関する事項について単位を修得することが必要となっている(全ての事項に関して「心理、生理及び病理に関する科目」と「教育課程及び指導法に関する科目」の内容を取得することが必要である。)。免許状に定める特別支援教育領域によって、第3欄の科目として修得すべき内容が異なるため、各大学においては、教職課程認定を受けようとする特別支援教育の領域に応じて、必要な事項を含めた授業科目を開設すること。授業内容については、特別支援学校教諭免許状コアカリキュラムを参照の上、作成すること」と回答されている。すなわち、コアカリキュラムでは情緒障害が取り上げられていないため、それを参照すると情緒障害に関する科目や内容が履修されないことが懸念される。一方で、「発達障害(自閉症、LD、ADHD)」と「重複障害」が「コア」であり、「言語障害」と「情緒障害(場面緘黙、不登校等)」が「コアでない」理由については説明されていない。発達障害や重複

障害の場合と情緒障害や言語障害の場合とでは指導法は大きく異なり（例えば、園山, 2022）、障害特性に合わない指導法により二次的障害が生じる危険性があるため、情緒障害に関する学びは特別支援学校教諭教職課程の「ミニマルエッセンシャル」として必要であると考えられる。

コメント②: 常時監督が必要な程度の重複障害に関する事項として「強度行動障害」を教員養成課程で教えておくことが必要である。

コメント②に対する文部科学省の考え方: 今回の「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム(案)」については、2 ページで記載しているように学生が共通的に理解すべき基礎的な範囲でミニマムエッセンシャルとなるように留意して作成しています。御意見については、今後の施策の推進に当たり、参考とさせていただきます。

コメント②に対する文部科学省の考え方についての筆者の意見: 先述のように、厚生労働省の施策として障害福祉サービス従事者の全てを対象として「強度行動障害支援者養成研修」が実施されている。特別支援教育においては「強度行動障害」に発展しないように予防的視点での対応、並びに行動障害を示す幼児児童生徒に対する適切な対応が不可欠である。「強度行動障害」の対応の困難さを考えると、教員養成段階で「ミニマルエッセンシャル」として基本的知識の習得が必要と考えられる。

IV. 今後の課題

特別支援学校に在籍する幼児児童生徒の障害や状態像は多様であり、また特別支援学校のセンター的機能の役割を考えると、特別支援学校教員に求められるミニマルエッセンシャルとしての知識や技術も多様である。教員養成段階でそれらすべてを教授することは不可能であり、コアでありミニマルエッセンシャルとしての教授内容を明示することは理解できる。しかし何がコアであり、何がミニマルエッセンシャルであるかについての考え方や根拠は示されていない。筆者は特に指導法を中心にミニ

マルエッセンシャルを考えるべきではないかと考える。その理由は、障害特性に合わない指導法は二次的障害をもたらす可能性が高くなるからである。これでは教育の目的と逆のことになってしまう。

一方で、情緒障害についていくつかの課題がある。1 つは情緒障害を専門とする研究者が少ないことである。1 つの試みとして、researchmap の「研究者検索」の「研究キーワード」に関連用語を入れて検索すると次の人数が検出された(検索日: 2023 年 3 月 25 日)。「情緒障害」1 人、「不登校」100 人、「場面緘黙または選択性緘黙」10 人、「行動障害」9 人、「青年期急激退行」0 人。一方、「発達障害」595 人、「自閉症」142 人であった。これらの結果は情緒障害全般を教授できる研究者はきわめて少ないことを示唆している。

また教科書が少ないことも危惧される。1 つの試みとして、CiNii Research を使用して、2010 年以降の「本」を「タイトル」検索すると次のような冊数が検出された(重複含む。検索日 2023 年 3 月 25 日)。「情緒障害」20 冊、「不登校」339 冊、「場面緘黙または選択性緘黙」13 冊、「行動障害」33 冊、「青年期急激退行」0 冊。一方、「発達障害」1734 冊、「自閉症」586 冊であった。これらの結果は「情緒障害」に関する図書が少ないことを示しているが、情緒障害がコアカリキュラムに含まれれば、教科書として使用できる図書は増えることが予想される。

注

- 1) 「登校拒否（不登校）問題について～児童生徒の『心の居場所』づくりを目指して～」
- 2) 「今後の不登校への対応の在り方について」
https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1283839/www.mext.go.jp/b_menu/public/2003/03041134.htm#01（最終閲覧日：2023 年 3 月 20 日）
- 3) 「不登校児童生徒への支援に関する最終報告～一人一人の多様な課題に対応した切れ目のない組織的な支援の推進～」
https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shi

- ngi/toushin/_icsFiles/afldfile/2016/08/01/1374856_2.pdf (最終閲覧日：2023年3月20日)
- 4) 「強度行動障害支援者研修資料」(国立障害者リハビリテーションセンター, 発達障害情報・支援センター)
http://www.rehab.go.jp/ddis/data/material/strength_behavior/ (最終閲覧日：2023年3月25日)
- 5) 「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム」(特別支援教育を担う教師の養成の在り方等に関する検討会議)
https://www.mext.go.jp/content/20220726-mxt_tokubetu01-000024192_1.pdf (最終閲覧日：2023年3月20日)
- 6) 「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム案に関するパブリックコメント(結果概要)」
<https://public-comment.e-gov.go.jp/servlet/PcmFileDownload?seqNo=0000239044> (最終閲覧日：2023年3月25日)
- 7) 「第3欄」は「免許状に定められることとなる特別支援教育領域以外の領域に関する科目」であり、「視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者及び病弱者に関する教育並びにその他障害により教育上特別の支援を必要とする者に対する教育に関する事項のうち、授与を受けようとする免許状に定められることとなる特別支援教育領域に関する事項以外の全ての事項を含むものとする」とされている(教育職員免許法施行規則第7条)。コアカリキュラムでは、「発達障害者に関する教育の領域」(心理、生理及び病理／教育課程／指導法)及び「重複障害者に関する教育の領域、」(教育課程)が示されている。
- 8) 「教職課程認定申請の手引き(令和6年開設用＜別冊＞)」
https://www.mext.go.jp/content/20230131-mxt_kyoikujinzai02-000003171_1-2.pdf (最終閲覧日：2023年3月25日)
- 引用文献
- 趙成河・園山繁樹(2018) 選択性緘黙の有病率に関する文献的検討. 障害科学研究, 42, 227-236.
- Emerson, E. & Einfeld, S., eds (2011) *Challenging Behaviour; 3rd ed.* Cambridge: Cambridge University Press. 園山繁樹・野口幸弘監訳(2022) チャレンジング行動—強度行動障害を深く理解するために. 二瓶社.
- 久田信行・金原洋治・梶正義・角田圭子・青木路人(2016) 場面緘黙(選択性緘黙)の多様性—その臨床と教育—. 不安症研究, 8(1), 31-45.
- 保坂亨(2002) 不登校をめぐる歴史・現状・課題. 教育心理学年報, 41, 157-169.
- 井上雅彦・福岡俊貴(2022) 強度行動障害のある人の鳥取県における総人口調査. 自閉症スペクトラム研究, 19(2), 25-34.
- 梶正義・藤田継道(2019) 場面緘黙の出現率に関する基本調査(4). 日本特殊教育学会第57回大会ポスター発表, P6-07.
- 菅野敦・池田由紀江編(1998) ダウン症者の豊かな生活. 福村出版.
- 河井芳文・河井英子(1994) 場面緘黙児の心理と指導. 田研出版, pp.17-18.
- 河合伊六・桜井久仁子(2000) 不登校—再登校の支援. ナカニシヤ出版.
- 小林正幸・小野昌彦(2005) 教師のための不登校サポートマニュアル—不登校ゼロへの挑戦. 明治図書.
- 小林宏明・下真鈴(2022) 特別支援学校教員の場面緘黙のある児童生徒への指導支援に関する実態調査. 金沢大学人間社会研究域学校教育系紀要, 14, 49-59.
- 前島康男(2016) 登校拒否・不登校問題の歴史と理論—学校に行かない・行けない子どもの言説史—. 東京電機大学総合文化研究, 14, 23-47.
- Matsushita, H., Okumura, M., Sakai, T., Shimoyama, M., & Sonoyama, S. (2019) Enrollment rate of children with selective

- mutism in kindergarten, elementary school, and lower secondary school in Japan. *Journal of Special Education Research*, 8(1), 11-19.
- 文部科学省初等中等教育局児童生徒課 (2022) 令和3年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について。
https://www.mext.go.jp/content/20221021-mxt_jidou02-100002753_1.pdf (最終閲覧日 2023年3月20日)
- 成瀬智仁・高橋克忠 (2019) 特別支援教育における場面緘黙児への援助—場面緘黙児支援の課題と支援方法の検討—. 地域連携教育研究 (京都大学学際融合教育研究推進センター地域連携教育研究推進ユニット), 4, 66-72.
- 奥田健次 (2006) 不登校を示した高機能広汎性発達障害児への登校支援のための行動コンサルテーションの効果—トークン・エコノミー法と強化基準変更法を使った登校支援プログラム—. 行動分析学研究, 20, 2-12.
- 奥村真衣子・園山繁樹 (2018) 選択性緘黙のある児童生徒の学校場面における困難状況の理解と教師やクラスメイトに求める対応—経験者への質問紙調査から—. 障害科学研究, 42, 91-103.
- Sakai, T., Tsuge, M., Kouchiyama, S. & Sonoyama, S. (2019) A survey of truancy at special school for children with intellectual disability in Japan. *Journal of Special Education Research*, 8(1), 1-11.
- 園山繁樹 (2022) 幼稚園や学校で話せない子どものための場面緘黙支援入門. 学苑社.
- 園山繁樹 (2000) 青年期急激退行を占めるダウン症者への援助 (2) —大学相談室での個別対応と母親カウンセリング—. 長畑正道・小林重雄・野口幸弘・園山繁樹編著 (2000) 行動障害の理解と援助. コレール社, pp.249-258.
- 園山繁樹 (2004) 急激な不適応状態を呈した知的障害者に対する援助アプローチに関する事例研究. 心身障害学研究, 28, 187-199.
- 園山繁樹・趙成河・倉光晃子 (2017) 特別支援学校の不登校に関する予備的検討. 障害科学研究, 41, 173-182.

—2023.3.25 受稿, 2023.3.25 受理—

[編集委員会付記] 本論文は編集委員会の依頼により、日本特殊教育学会第60回大会自主企画シンポジウム「わが国における場面緘黙研究の現在と今後の報告を考えるⅧ—場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか—」に基づき執筆されたものである。

特集論文

小児科臨床から学校や教員養成への提言

金原 洋治 かねはら小児科

要旨：当院の相談外来には、小学校入学時から場面緘黙症状が続いていたにも関わらず、学校では指摘されずインターネットや書籍で知り受診する小中学生が多い。場面緘黙は、特殊教育の時代から、他にも多くある「情緒障害」の状態や疾患のなかで、通級による指導や情緒障害児学級の対象と明記されていた。これは、当時の教育関係者が、場面緘黙を情緒障害児教育の重要な対象として位置付けていたのだと思う。このことと、現在の教員の場面緘黙に対する理解や認識には大きなギャップを感じる。場面緘黙の子どもは、学校生活上の困難を抱えていても教員に自らの困難さを言葉で訴えることができないので支援が後回しにされやすい。その結果、不安症や不登校などの2次障害を引き起こしやすくなるため、教員の場面緘黙の研修の充実が肝要である。場面緘黙の研修の充実は、背景にある不安気質や場面緘黙以外の不安症、不登校の予防や関わり方の学びにつながり、教員の教育力を豊かにする。

キーワード：場面緘黙の予後、思春期・青年期の場面緘黙、教員養成への提言

I. はじめに

場面緘黙の子どもたちは、子どもや周囲の大人たちから、さまざまな誤解を受けて生活している。「大人しいだけ、ほっておいてもそのうちしゃべるようになる。（お母さんの）心配し過ぎ・過保護。少ししゃべるから緘黙ではない。しゃべらないだけで学校では問題ない・困っていない。首振りや筆談を許していたら甘やかしになる。特別扱いしてはいけない。自分から友達の輪の中に入るよう努力すべき」など、その多くは知らないが故の誤解である。場面緘黙を保育者や教師に知ってもらうことが最も大切である。

II. 当院受診例の検討

1. 当院受診例の初診時期と発現時期

当院を受診した場面緘黙 190 名の発症時期は、幼児期が 82.6%、小学生以上が 18.4%で幼児期が圧倒的に多いが、初診時期は、幼児期が

37.4%、小学生 42.6%、中学生以上が 20%であり発症時期と受診時期には大きなギャップがある（金原, 2018）。

2. 発話の状態の短期的経過

臨床心理士面接後 1 年以上経過している症例のうち、電話や面接で追跡調査できた 90 名について、発話の状態を場面緘黙質問票 SMQ-R（かんもくネット, 2011）の変化を調査した（金原, 2018）。平均年齢 8.4 歳、フォローアップ期間は 1～7 年で 5 年以内が約 95%である。SMQ-R が 20 点以上の概ね治癒 13 名（14.4%）、10 点以上の著明改善 22 名（24.5%）、5～9 点の中等度改善 23 名（25.6%）、1～4 点の軽度改善 21 名（23.3%）変化なし 10 名（11.1%）だった。

SMQ-R が 10 点以上改善した 35 名の内訳は、幼児期受診例が 21 名と多かった。自閉スペクトラム症（ASD）併存例は 34.3%であり、場面緘黙全症例の ASD 併存率 38.2%と同程度だった。SMQ-R が変化していなかった 10 名は、男児

80%、小学校以降の初診 90%、ASD 併存 70% だった。不登校(傾向含む)は 40%であり。全症例の不登校の併存率 7.9%と比べると多かった。

緘黙改善に何が影響を与えたかについて保護者へ面接・電話で調査した。教員の関わりや学校の配慮など学校側の理解や対応が多く挙げられた。通級指導教室の利用、特別支援学級・支援学校への措置変更、転校、小学校入学、中学校や高校への進学など教員の配慮や教育環境の変化が改善をもたらしていた。

Ⅲ. 学齢期の場面緘黙の支援

1. 特別支援教育と発達障害者支援法による支援

場面緘黙は特別支援教育の対象であり、通級による指導と自閉症・情緒障害児特別支援学級の対象でもある。しかし、相談者の問診からの情報によると、通級による指導や特別支援学級の対象であることを知らない担任がいるし、利用できない地域がある。また、場面緘黙は、発達障害者支援法においてその他の発達障害に規定されているが、このことを知らない教員も少なくない。学校で配慮を依頼する場合は、「場面緘黙は発達障害者支援法の対象であり、合理的配慮をお願いします。」と記載すると協力が得られやすい(金原・高木, 2018)。

2. 場面緘黙の背景にある不安や不安症に視点を置いた対応

場面緘黙の児には、行動抑制的気質や脳の扁桃体の過敏性を有するものが多い。慣れない場・人・状況に不安を強く感じ、防衛的に反応して場面緘黙が成立する。また、場面緘黙には不安症(障害)が多く併存している。50名の場面緘黙の全例に、回避性障害もしくは社会恐怖が見られ、分離不安障害、過剰不安障害、単一恐怖の併存を認めるという報告(Dummit, Klein, Tancer, Sshe, Martin, & Fairbanks, 1997)や、不安障害の併存は 74.1%(社会恐怖、分離不安、単一恐怖、全般性不安障害、強迫性障害)という報告が代表的な報告である(Kristensen, 2000)。外来で出会う場面緘黙

に併存する不安症は社交不安症が多い。社交不安症は、子どもの場合、強い人見知り、極端な引っ込み思案、選択性緘黙、登園拒否、不登校などの形を取ることが多いという報告もあり、社交不安への早期からの支援が重要である。

Ⅳ. 青年期・成人期の場面緘黙(金原, 2022)

1. 研究の目的と方法

場面緘黙の長期予後については、33名(平均 8.5歳)の13年後(21.6歳)の予後は、著明改善 24.2%、寛解 57.6%、軽度改善 18.2%、悪化・不変 0%であるが、恐怖性障害 42.4%、不安障害 41.7%(健常群は 0%)など、成人後も他の不安障害をもつものが多く決して楽観できない。人との交流の機会を制限し言語スキルを遅らせ活動を制限するという報告がある(Steinhausen, Wachter, Laimböck, & Metzke, 2006)が、近年、我が国の長期予後の報告は見当たらない。場面緘黙の支援に役立てるために、当院に受診する青年期・成人期の場面緘黙の現状を調査した。調査の方法は 2020 年 6 月 1 日から 2021 年 5 月 31 日の 1 年間の受診例のうち、場面緘黙の診断名があった 165 名中 18 歳以上の 23 名について、カルテと電話インタビューで調査を行った。全例、研究の目的を説明し、保護者の同意を得た。

2. 結果

23 名の内訳を表 1 に示す。調査時の平均年齢は 21 歳で、18 歳～24 歳が 20 名と多くを占めた。初診年齢は平均 12.6 歳で 10 歳以上が 19 名と多く、前述した 190 例の幼児期の受診時期と大きな差があった。不安症を除く併存症は、ASD 16 名、知的障害 9 名であり、初診が遅く、ASD 併存が多く、知的障害が多かった。最終学歴は、中卒 3 名、特別支援学校 8 名、専修高校 2 名、全日制高校 4 名、専門学校 1 名、短大 2 名大学 4 名であり、在学中が 4 名だった。就労の状況は、常勤 5 名、福祉的就労が 7 名だったが無職で障害者支援施設にも通っていない者が 7 名(30.4%)いた。障害者手帳所持者は 19 名で精神障害者保健福祉手帳 13 名、

療育手帳 7 名、両方所持が 1 名だった。障害者年金受給者は 9 名（20 歳以上が 13 名）であった。

無職 7 名のうち 5 名が男性で初診年齢 10 歳以上が 6 名であり、男性に多く初診が遅い例が多かった。全例 ASD が併存しており不登校の既往があった。SMQ-R20 点以下が多いが、SMQ-R35 点で場面緘黙の症状はほぼ治癒している者が 2 例いた。ひきこもり状態でほとんど外出しない例が 3 名、買い物や趣味のイベントには参加していた者が 4 名いた（表 2）。

3. 考察と結論

無職例の多くは、社交不安をきたすような傷つき体験により進学や就職はもちろん福祉施設への参加が困難になっている状態と考えられた。早期からの積極的な治療的介入と傷つき体験の予防、および青年期・成人期の医療・保健・福祉分野の支援が大切である。

表 1 18歳以上の場面緘黙 23名の内訳

（かねはら小児科：2020年6月1日～2021年5月31日1年間の受診例）

現在の年齢：平均21歳（18～31歳）
初診時年齢：平均2.6歳（6～25歳） * 10歳以上初診19名
現在のSMQ-R：20点以下14名・20点以上9名
併存症（不安症除く）：ASD16名、知的障害9名
学歴：中卒3名、特支高等部卒8名、専修高校卒1名、全日制卒4名 専門学校1名・短大2名・大学4名（4名が在学中）
就労：常勤5名、パート4名、福祉的就労7名 無職7名（福祉施設にも通っていない）
障害者手帳所持：19名（精神障害者保健福祉3名、療育7名、両方1名）
障害者年金受給：9名（20歳以上13名）

表 2 無職 7 名のまとめ

（かねはら小児科：2020年6月1日～2021年5月31日1年間の受診例）

①男性に多く初診が遅い例が多い（6例が10歳以上で初診）
②全例ASDと不登校がある
③全例知的障害なし
④SMQ-R20点以下が多いがSMQ-R35点でほぼ治癒2名
⑤中卒3名（高校中退2名）
⑥障害者手帳：希望しない1名を除き6名所持
⑦障害者年金：20歳以上5名中4名が受給
⑧ひきこもり3名

V. 小児科臨床から学校や教員養成への提言

場面緘黙の子どもは自らの困難さを教員に言葉で訴えることができないので、教員の学びを深める必要がある。教員の場面緘黙の研修は、背景にある自閉症などの発達の問題、不安気質や併存頻度が高い不安症や不登校の予防などの関わり方の学びにつながり、教員の教育力を豊かにする。

引用文献

- Dummit, E. S., Klein, R., Tancer, N. K., Ashe, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997) Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653-650.
- 金原洋治 (2018) 開業小児科医を受診した選択性緘黙の臨床像と短期予後の検討. 子どもの心とからだ, 27, 54-58.
- 金原洋治 (2022) 青年期・成人期の場面緘黙 23 例の検討. 第 40 回日本小児心身医学会 in 秋田（口頭発表）.
- 金原洋治・高木潤野 (2018) イラストでわかる場面緘黙サポートガイドーアセスメントと早期対応のための 50 の指針. 合同出版, 8-36.
- かんもくネット (2011) SMQ-R（場面緘黙質問表）について.
<https://www.kanmoku.org/tool> (2022 年 12 月 15 日アクセス)
- Kristensen, H. (2000) Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256.
- Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K., Metzke, C. W. (2006) A Long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751-757.

—2022.12.19 受稿, 2022.12.19 受理—

〔編集委員会付記〕本論文は編集委員会の依頼により、日本特殊教育学会第 60 回大会自主企画シンポジウム「わが国における場面緘黙研究の現在と今後の報告を考えるⅧ—場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか—」に基づき執筆されたものである。

特集論文

シンポジウム 9.18 に参加して（指定討論）

久田 信行 群馬医療福祉大学

要旨：特別支援学級や通級による指導の主要な対象である情緒障害や言語障害が、2022年に発表された文部科学省の特別支援学校教諭免許状コアカリキュラムでは抜け落ちている。その問題点を巡って、シンポジウムでは種々論議された。ここでは、コアカリキュラムが今後の教員養成に与える影響、コアカリキュラムで重視されている「特性」の問題点、対象選択の問題、それらに増して問題である指導法の欠落など、コアカリキュラムの問題点について述べた。

キーワード：情緒障害、場面緘黙、コアカリキュラム、指導法

I. はじめに

今回のシンポジウムは、文部科学省が最近定めた、特別支援学校教諭免許状教員養成課程のコアカリキュラムに場面緘黙だけでなく、情緒障害もスポイルされたことを巡る論議であった。吃音など言語障害も除外されており、両者を併せた論議になっていた。

様々な意見や質問が出て、活発に議論されたが、コアカリキュラムから言語障害や情緒障害がスポイルされることを支持する参加者は誰もいなかった。

シンポジウムでは指定討論者として、途中でも議論に参加したが、最後にそれらのメインの議論ではあまり語られなかった側面について主にコメントさせていただいた。本稿では、それらの発言をもとに、言葉や説明の足りなかったところを補って述べたい。

II. 普通の授業がベース

担任の先生が場面緘黙のお子さんを、普通の授業の中で、主に行動面のアプローチから顕著に改善して行った例がある。年間指導計画を立てて、通常学級でその子の場所を確保し、その子の能力が発揮できる方法を上手に指導されていたのである。基本は、普通の教育の場がベースとして大事

なのである。そこに必要なら専門家のサポートがあるという体制が基本だと思われる。

III. 場面緘黙はレアケースか

今回のコアカリキュラムに、障害者の権利条約に書かれているからであろうが、盲聾（もうろう）のことが書かれている。筆者も少しだけ付き合ったことがあり、その教育の研究や指導法の開発は重要だと認識している。しかし、盲聾はとてもレアなので、コアカリキュラムで学生が全員学ばなければならないとは思わない。その盲聾の子については、ナショナルセンターの国立特別支援教育総合研究所で研究と支援の役割を保持して、必要な先生がアクセスできる体制があれば良い。研究所に問い合わせ、研修を受けたり、サポートを受けたりできる体制があれば良いのであって、学生が全員学ばなければならないコアではないと考える。

IV. 特性は症状か

コアカリキュラムを読むと、「特性」という言葉がたくさん出てくる。現在、専門じゃないとできないという迷信があるのではないだろうか。特に発達障害の分野で、特性に応じた専門的アプローチでなければならないという迷信があるように思

われる。しかし、実際の指導内容のほとんどの部分が健常児と共通である。特別な指導というよりも、普通の内容を丁寧に教えていることが多い。盲の子どもに点字を教えることは特性に応じた指導と言えるが、発達障害、例えば ADHD の子どもの衝動性という特性に応じた特別な指導とは何であろうか。

V. 特性に応じた指導？

盲の子は視覚障害のため墨文字を読めないで、視覚を用いない点字という文字を指導する。晴眼者に点字を教えることは可能だが、そのことがその子の発達に資すると一般化することはできない。この場合は特性に応じた指導と言える。ADHD の衝動性は ADHD だけにある性質ではない。程度問題で健常児にもあり、他の障害児でも問題になる症状の一つである。

また、「衝動性をコントロールする治療方法や教育方法は？」という問いにすぐ答えられるだろうか？（筆者はふたつ答えられるが。）本当にそれができる専門家がいののだろうか？ 症状を「特性」と言い換えているだけではないだろうか。特性（症状）があるから専門的指導が必要と書かれているが、前述のように、筆者にはほとんど健常児と共通の教育内容を丁寧にやっているように見える。特性に応じた指導という幻想をいだいて、専門的指導が必要だから通常学級では指導できないという発想に短絡しているのではないだろうか？

発達障害児と今日呼ばれている子どもの多くは、これまで通常学級に普通にいた子どもたちである。発達障害というレッテルを貼って、通常のクラスから追い出している現状はインクルージョンの逆である。自閉症の世界的な専門家は口をそろえて、「自閉症は薬では治らない。治せるのは教育だ」と言っている。良い状況の学校で過ごせることが大事である。「専門、専門と言わない」というか、専門的指導と聞いたら、その中身を吟味する必要があると考える。

VI. コアカリキュラムには指導法が全く無い

もう一つコアカリキュラムに大きな問題がある。それは指導法について全く触れられていない

ことである。指導計画を立てることについてはたくさん書いてあるにもかかわらず、行動分析などアメリカでは法律に書いてあるのに、日本のコアカリキュラムには指導法が一言も書かれていない。大問題である。どうしたら良いか先生方は分かっていないので困っているはずであり、少なくとも指導方法の基礎的な事項は教員養成で教えなければならないことに決まっているのに、コアカリキュラムに全く書かれていないのである。

VII. おわりに

今回のコアカリキュラムは、上述のような基礎的なことについて十分な議論もなく、拙速に決まったと筆者は捉えている。場面緘黙や吃音も含めて、言語やコミュニケーションの問題は、単に表現の問題ではない。思考のときに言語で考えるので、言語がどのような機能を果たすのか、言語障害にからめて言語学などを教員養成課程で学ぶことは、人間理解にとってとても大切である。また、感情や情緒を学ぶことや、人間関係を学ぶことは、人間として基礎的部分である。喜怒哀楽、それから悩み、それらをどう考え、どう対処していくかを学ぶことは、教師全てが知っておかなければならない人間理解の要諦である。このような部分を抜かして、なにがコアカリキュラムだ、と悪口になるが、そう考える次第である。

資料・付記

- ・「特別支援学校教諭免許状コアカリキュラム」（令和 4 年 7 月 27 日 特別支援教育を担う教師の養成の在り方等に関する検討会議決定）
- ・教職課程認定基準（教員養成部会決定）の改正において、「第 3 欄の免許状に定められることとなる特別支援教育領域以外の領域に関する科目について」の「その他障害により教育上特別の支援を必要とする者（発達障害者を含む。）に対する教育に関する事項」には、言語障害、自閉症、情緒障害、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）に関する内容を含むものとする。」と書かれており、言語障害、情緒障害をカリキュラム上、きちんと位置付けることになっている。私見では、この点の周知が、教科書編著者や出版社に向けて必要である。

—2022.12.19 受稿, 2022.12.19 受理—

〔編集委員会付記〕本論文は編集委員会の依頼により、日本特殊教育学会第 60 回大会自主企画シンポジウム「わが国における場面緘黙研究の現在と今後の報告を考えるⅧ―場面緘黙・情緒障害に関して特別支援教育の制度と教員養成課程はどうあるべきか―」に基づき執筆されたものである。

編集委員会

委員長 園山 繁樹

副委員長 加藤 哲文 金原 洋治

編集委員

臼井 なずな	岡田 摩理	奥田 健次	奥村 真衣子	角田 圭子
梶 正義	酒井 貴庸	笹田 夕美子	久田 信行	広瀬 慎一
藤田 継道	松下 浩之	宮本 昌子		

ゲスト査読者

下山 真衣

編集幹事

青木 路人 奥村 真衣子

場面緘黙研究 第1巻 第1号

2023年3月31日発行

編集 「場面緘黙研究」編集委員会
(委員長 園山 繁樹)

発行 日本場面緘黙研究会
(代表者 園山 繁樹)

〒380-8544 長野県長野市西長野6-1-1
信州大学学術研究院教育学系
奥村真衣子研究室内
日本場面緘黙研究会事務局
HP <https://mutism.jp/>

Japanese Journal of Selective Mutism

Vol.1 No.1 March 2023

Japanese Association of Selective Mutism