

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—

臨床心理士 成瀬 智仁
京都大学特任教授 高橋 克忠

はじめに

2018年11月の第1回から2019年2月第4回まで4ヵ月連続で、特別支援教育の対象となる子どもの障害の中でも、まだ十分な対策が講じられていない「場面緘黙」(選択性緘黙; selective mutism)を採り上げ、そうした子どもを持つ親、あるいは補助教員を含む学校教員を対象に連続講演会を関西文化学術研究都市の中核施設である「けいはんなプラザ」で開催した。場面緘黙は話す能力にほぼ問題がないにもかかわらず、保育・教育現場など特定の場面や状況において、話せない状態を呈する行動問題である。発現する症状の程度やその臨床像は一様ではなく、アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアルに定められた指標 DSM-5 では「不安症群/不安障害群」に分類されている。しかし、場面緘黙研究は少なく、具体的な治療や支援の方法も確立されていない。また、成人期まで症状を引き続いた場合には社会的引きこもりや就労に困難を来すなど本人や家族にとっては重大な問題となっている。上記の連続講演会は参加した保護者や教育関係者で意見を交わす情報交換会という性格が強いものとなったが、その成果をもとにあらためて場面緘黙についてその問題点や今後のあり方を整理して示すことが必要であると考えた。本研究報告では、場面緘黙の現状について治療や支援の課題を明らかにすることから、教育・福祉や地域社会での理解をすすめる、具体的な方策の進展やかかわりにつなげていきたい。

1. 場面緘黙児の現状

場面緘黙は、話す能力にほぼ問題がなく家庭内では話しているが、保育所・幼稚園や学校といった話すことが求められる場面や状況で話せない状態が続く行動問題である。DSM-5 (アメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル)では不安症群の一つに分類され、「選択性緘黙」(selective mutism)は「A. 他の状況で話すことができるにもかかわらず、特定の社会状況(話すことが期待されている状況、例:学校)では、一貫して話すことができない」と記載されている。この障害は、WHOの国際疾病分類(ICD-10; WHO, 1992)や発達障害者支援法の対象にも入っている。しかし、場面緘黙の治療や支援についての現状は、医療的な面でも福祉や教育、労働施策の面においても十分に理解されず、適切な対応がされないまま「置き去りにされた障害」になっている。

発症は幼少期から小学校低学年で、出現率は0.2~0.5%とされている(矢澤2008)。DSM-5では、0.03~1%と幅のある値が記載されており(アメリカ精神医学会, 2014)、世界的にも一致していない。大阪府下のA市での調査では、児童総数は6806名のうち、場面緘黙児の在籍は34名(男子13名、女子21名)で、出現比率は0.5%、男女比は1:1.6であった(成瀬, 2016)。神戸市での大規模調査では全児童数77,038名(男子39,614名、女子37,424名)の中で、場面緘黙児は男子43名(0.11%)、女子73名(0.20%)、全体で116名(0.15%)、男女比は1:1.7と報告されている(久田・金原・梶・他2016)。出現率は調

査によってかなりの値の幅がみられるが、この差については場面緘黙の調査方法や回答者による違いによるものと考えられ、DSM-5 のとおりほぼ1%未満であるとして理解して良いであろう。

場面緘黙の臨床像は多様であり、発話の抑制だけではなく動作が抑制される子どもから、うなずきや素振りは可能な子ども、音読ができる子ども、特定の友人や日常生活場面から離れた初対面の人とは話せる場合がある子どもなど様々である(角田、2011)。学校現場では、行動面や学習面で問題をもつことが少ないために、単なる人見知りや恥ずかしがりやとして受けとめられていることも多い。しかし、控えめな性格との大きな違いは、その症状が極端に重いことである。幼少期から学童期の発達の過程において社会的なコミュニケーションスキルを学習する機会を逃したりするために、社会的適応に大きな問題を抱えることが多く見られる。発達早期からの適切な介入がなければ改善が進まないことから、二次的な障害を生じて青年期以降にまでその問題を引き継いでいくこともある。成人期になっても場面緘黙症状を呈する場合は社会人としての適応が困難になったり、後遺症のために精神的な面での他の不安症状など発症することも少なくない。成長する中で本人の努力によって場面緘黙症状が軽減される場合もあるが、緘黙症状がそのまま継続する子どもが多く、症状の改善のためには早期の対応が重要とされている(かんもくネット、2008)。

場面緘黙は特別支援教育の対象ではあるが、事例研究も少なく、診断されても教育や療育・治療の場における介入支援や治療方法などのシステムは確立されていない。症状は一人一人異なるのにもかかわらず、保育・教育現場における介入は「発話行動」に向けられるため、気になる子であっても特に問題のない子として見過ごされるなど、適切な指導理解や支援が進んでいない(成瀬、2007.2015)。

青柳・丹(2015)はわが国の1970年代までの場面緘黙に関する研究についての議論を概括して、以下の8点にまとめている。

- 1) 神経症的症状である。
- 2) 家族遺伝要因がしばしばみられる。
- 3) 環境が重要な要因であり、特に強い母子依存関係が存在し、早期幼児期段階への固着がみられる。
- 4) 言語発達期における外傷的体験が発症に大きな役割をもつ。
- 5) 過敏、臆病、恥ずかしがり、頑固などの性格特性が共通する。
- 6) 発症は4-6歳に多く、入園(所)や入学が発症の契機になることが多い。
- 7) 知能は正常から軽度の遅滞まで多様である。
- 8) 治療には困難を伴うが予後は良好である。

しかし、子どもによって背景や症状が一樣ではなく、角田(前出)は近年の場面緘黙の概念と成因論をまとめて、場面緘黙は不安と関連があり複合的要因から生じること、異なる症候群であることを古くから論じられているにもかかわらず場面緘黙研究には大きな変化や進展がないことを指摘している。このように原因や発症メカニズムはまだ研究段階であり、『不安になりやすい気質』などの生物学的要因がベースとしてあり、そこに心理学的要因、社会/文化的要因など複合的な要因が影響しているのではないかと考えられている。

治療・介入方法については、従来から遊戯療法と箱庭療法、その併用がほぼ2/3と多く、次いで発語訓練中心の行動療法が取り入れられているが、予後が楽観出来ない例もあるとされている(相馬、1991)。また、矢澤(2008)は我が国では遊戯療法と行動療法が中心であるが、今後は不安障害や発達障害との関連からの治療が必要だと指摘しており、青柳・丹(前出)は遊戯療法や行動療法的アプローチに加え、予防的なアプローチが必要であること、多様な場面緘黙児に合わせたオーダーメイドの治療の必要があることを主張している。このように、治療の現場や教育保育の現場では遊戯療法や行動療法が用いられてきてはいるが、多くの支援の現場で共通の理解がされていないわけではない。専門的な医療機関において場

面緘黙との診断がされても、具体的な支援や教育援助の場では「発話行動に直接介入して改善」する行動療法的な取り組みや、「遊戯療法」や他の治療方法をどのように有効に組み合わせるのがよいのかという議論が進んでいないのが現状である。

2. 場面緘黙症状についての理解

臨床の現場の場面緘黙は、発話でも行動や動作面でも多様な症状が見られる。学校、幼稚園や保育所など家以外の場所では全く話さない子から、一部の保育士や教師や子どもには小声でしゃべる子、子どもには話す先生には話さない子、先生には話す子どもには話さない子もいる。外出先で親には話していても、誰かが来ると表情が変わって話さなくなる子や、家でも親戚が来たら全く話せない子もいる。教室で指名されたら教科書を小さな声で読めたり、答えたりできても会話が全く出来ない子もいる。

場面緘黙児の行動や動作については、表情は無表情のことが多く、身体の動きがぎこちなくなったり、こわばった状態や逆に力が入らないような様子が見られることもある。他人への非言語的なコミュニケーションも困難で、うなずいたり首を横に振ったりするなどの意思表示ができないことも多い。学校でトイレに行けないことや、水が飲めない、給食が食べられないなどの毎日の学校生活において困難な状態が見られる子どももいる。これらのことを河井・河井（1994）は、「抑制・抑圧的で、動作・行動が緩慢である。とりわけ状態が悪化してくると、動作そのものに抑止が強く働き、動き自体を封じてしまう、言うなれば“緘動”の状態に陥る」と説明している。これらの場面緘黙児の様子から、学校や園では教員や保育士は少しでも声を出したり、話したりしていると、場面緘黙ではないと受け止めたり、心理の専門家や支援の専門家であっても深刻に受け止めない様子を見ましようとするケースも多く見られる。また、DSM-5の診断においても発達障害との鑑別診断での難しさもあり（久田・金原・他 2016）、一般の教員、保育士では場面緘黙についての知識がないと全く対応できないというのが現状である。

3. 場面緘黙に対する学校教員の知識と指導意識

① 小学校教員の指導意識

小学校における教員の場面緘黙児に対するかかわりについては、大阪府下A市（前出）の調査（成瀬 2015,2016）において、公立小学校 24 校の教員（教諭、講師）に対して質問紙調査（有効回収率 61.7%）をおこない、担任教諭 239 クラスの内、緘黙児が在籍しているのは 36 クラス（15.1%）、わからないのは 7 クラス（2.9%）だった。場面緘黙児担任経験のある教員は 158 名（46.9%）であり、場面緘黙児について認知する機会が多いと考えられるが、教員全体では場面緘黙児を担当したことがあるのは約半数であると考えられる。しかし、小学校教員の場面緘黙児の知識や指導についての調査（前出）では、調査協力者：全 335 名（女性 231 名、男性 104 名）平均年齢 40.1 歳（SD=13.10、内訳：20 代 96 名、30 代 94 名、40 代 26 名、50 代以上 119 名）のうち、「緘黙知識」が「全くない」「あまりない」教員は 60.1%で、「指導の自信」が「全くない」「あまりない」

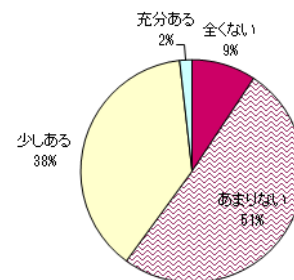


図1. 小学校教員の場面緘黙児指導の知識

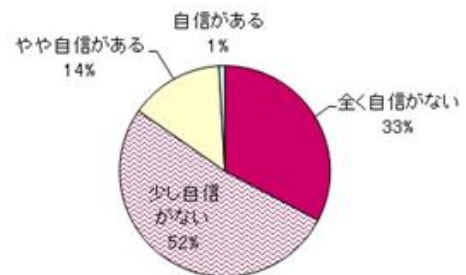


図2. 小学校教員の場面緘黙児指導に対する自信度

は84.7%だった(図1, 2)。

②小学校学校教員の指導対応

小学校教員の緘黙児童へのかかわりについては「心配だけどそっとしておく」は26.9%、「心配なので積極的にかかわる」は54.5%、「声を出そうと励ます」19.4%、「説諭、注意、叱責する」は3.5%、「必要なら話すまで待つ」56.9%、「配慮して特別扱いする」は16.9%だった。緘黙児童担任経験教員158名(46.9%)と、担任経験のない教員154名(45.7%),緘黙児童担任経験不明教員25名(7.4%)の3グループの一元配置分散分析では、「緘黙児童担任経験のない」教員は「説諭、注意、叱責する」(F(2,332)=2.859,p<.05)指導意識傾向が見られ、「緘黙児童の指導知識がある」教員は、「声を出そう」と強要をしない傾向が見られた(F(3,328)=4.505,p<.01)。このように教員経験によって場面緘黙の正しい知識が浸透していないため指導についての違いが見られている

③ 高校教員の指導意識

成瀬(2012)は、高等学校3校の教員124名に対しての緘黙についての知識を調査し、場面緘黙の知識が「全くない」31.5%、「あまりない」50.0%、場面緘黙の指導方法は「全く自信がない」38.7%、「少し自信がない」45.2%という結果を得て、80%以上の教員が場面緘黙の知識や指導対応が不十分であるとの現状を報告している。また、学校の支援体制では「整っていない」80.5%、教員全体の理解が「ない」、「わからない」は63.3%であり、多くの高校教員は緘黙生徒の知識や指導についての知識も自信もなく、緘黙生徒を理解した指導がなされているとはいえ、緘黙生徒の支援ニーズに応じた態勢は全く整ってはいないことを明らかにしている(図3, 4)。

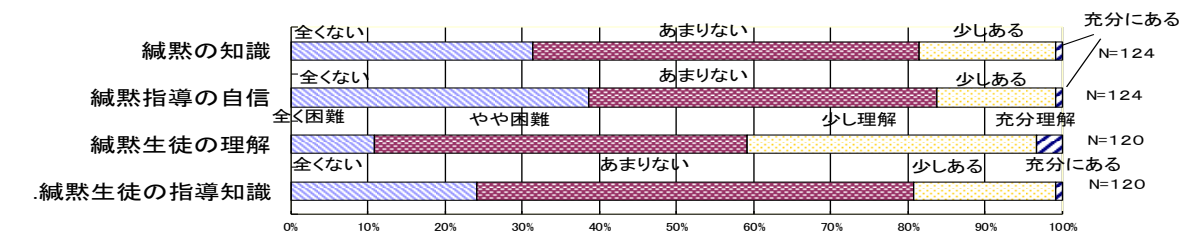


図3. 高校教員の場面緘黙の理解度

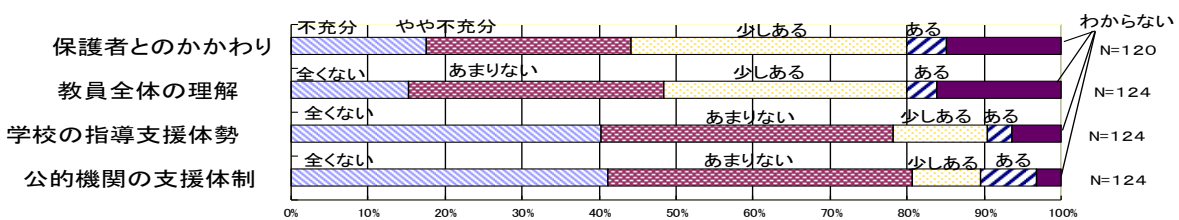


図4. 高校教員の場面緘黙の支援体制

4. 場面緘黙児の教育、福祉支援の課題

場面緘黙児(者)は、その症状に伴う社会生活上の大きな困難さにもかかわらず、その障害の特性のために教育や保育の現場では大きな社会的な問題を引き起こさないことから、気になる子どもではあってもそのままにされてきているのが治療や支援の現状である。日本での研究は1950年代頃から進められその歴史は長いにもかかわらず研究は少ない。ようやくこの10年前頃から場面緘黙の当事者達からネットを中心にその症状の困難さが発信されるようになり、2013年9月1日には日本緘黙研究会が日

本特殊教育学会における一連の場面緘黙のシンポジウムの経過で、教育や福祉、医療の実践者、研究者だけでなく、当事者や家族も含め、緘黙の研究の推進と普及・啓発および当事者及び支援者相互の連携を目的に設立された。また、場面緘黙の支援についてはマスメディアでも取り上げられるようになってきており(NHK、2017・2018)、場面緘黙に関する書物もようやく出版されるようになってきた。しかし、現実の教育や福祉の現場では専門的な知識や支援の手法については普及しておらず、医療行政での足取りも重い。治療や支援の手法についても遊戯療法や行動療法が中心ではあるが、その手法には対象とする年代への限界や課題があり、治療支援を進める学校や地域などの社会的なシステムが欠かせない。

現在、治療や支援方法の中で、場面緘黙は不安障害の一つとしての理解が進み(DSM-5)、重度な場面緘黙児には発語など会話を進める前の段階が必要であることが明らかになっている。場面緘黙の「言語表出の困難さ」には「感情・非言語表出の困難さ」や「動作・態度表出の困難さ」がその前提にあり、まず身体が固まってしまうという「緘動状態」への関わりが重要なのである(河井・河井 1994)。そのため従来からの遊戯療法や行動療法に加えて、身体に働きかける臨床動作法やマインドフルネスなどによる試みが行われ、その成果が報告されている(伊藤・成瀬 2017)。また、言語的コミュニケーションを進めるだけでなく非言語コミュニケーションの重要性や、場面緘黙児の発達の視点、社会的な就労に向けての支援など、場面緘黙児(者)のQOLを高める社会的な支援の視点が重要であると考えられる。

5. 場面緘黙連続講演会における保護者や関係者の姿勢

冒頭に述べたように 2018 年 11 月から場面緘黙に関する連続講演会の場を関西学研都市で設けたが、それは講演会というよりも、さながら参加者による情報交換会としての性格が強いものとなった。これは行政や教育機関の対策が進んでいないことのあらわれである。しかし、小規模の集会でありながら参加者は京都府だけでなく、山口県、福井県、広島県、あるいは近畿圏でも姫路市、明石市、守山市、草津市、高石市など主催者も予想しなかったような広域にわたっていた。このことはとりもなおさず重大な症状でありながらその施策が進んでいないことを示している。

ふりかえりのアンケートから保護者を含む関係者の意識を読み取るとしても、ここでそれを全部採録することはできないが、以下のような反応がみられた。「目標・手立てを担任に伝え、紹介されたアプローチができるように学校に要請してみます」、「いろいろな気づきがあって参考になる内容でした」、「親の会が必要ですが、でもどのようにして、どうしていかはまだわからない」、「保護者側の考えが良くわかったが、支援側としてどのようにすればよいか討議をしたかった」、「意識の低い学校がまだまだ多いので残念です」、「今後ももっと継続してやって頂きたい」、「一般市民の支援ができる仕組みがあれば」、「同じ立場の人とつながりを持てる場や機会をつくほしい」、「講師が紹介された対応の仕方が具体的なので、学校の先生にコピーしてお見せします」、「定期的に個別に相談できる時間があればと思う」など様々です。このことから窮状を訴え、早急に対策を講じる要望が強いことと合わせ、同じ問題を抱える当事者同志が横の連絡網でつながろうという気持ちが非常に強いことが感じられた。

6. まとめ

場面緘黙の問題は行政や教育機関にあってもまだ十分に認識されていないが、当事者や家族の状況を考える時、早期の治療介入や支援が必要である。これは特に症状が長引くなどの場合に、社会的引きこもりや就労に困難をもたらすなどがあるためである。しかしながら、この障害はそれ自体が教育や福

社の分野で十分に認識されておらず、研究も始まったばかりであり、統一した系統的な治療方法が支援する側でも確立されていない。現状では、この場面緘黙という障害が社会に正しく認知され、施策としての特別支援教育が早急に実現することが望まれる。

文献

- 青柳 宏亮、丹 明彦 (2015) 選択性緘黙に関する研究動向: 臨床的概念の変遷を踏まえて、目白大学 心理学研究 (11) 99-109.
- 伊藤佐陽子・成瀬智仁他 (2018) 報告・保育者養成校の専門性を活かした地域貢献の試み—場面緘黙児へのワークショップ—西山学苑研究紀要、13、137-170
- 伊藤 佐陽子・成瀬 智仁 (2017) 場面緘黙児に対する不安軽減プログラムの実践的効果の検証: マインドフルネス・プログラムを活用した介入効果 明治安田研究助成論文集 (53), 69-78.
- 角田圭子 (2011) 場面緘黙研究の概観—近年の概念と成因論 心理臨床学研究、8、211-821.
- 河井芳文・河井英子 (1994) 場面緘黙の心理と指導—担任と父母の協力のために 田研出版
- かんもくネット (2008)、角田圭子(編) 場面緘黙Q&A. : 幼稚園や学校でおしゃべりできない子どもたち 学苑社、31-33
- 相馬壽明 (1991) 選択性緘黙の理解と治療: わが国の最近 10 年間の個別研究を中心に、特殊教育学研究 29(1)、53-59
- 成瀬智仁、小林重雄 (2007) 日本における緘黙症治療の実態: 行動療法又は認知行動療法的アプローチへの期待、日本行動療法学会大会発表論文集 (33) 96
- 成瀬智仁 (2012) 緘黙生徒に対する学校教員の教育援助に関する研究 — 高等学校における緘黙生徒の理解と支援の現状 — 日本心理臨床学会第 31 回大会 発表論文集 211
- 成瀬智仁 (2015) 緘黙児童に対する小学校教員の教育援助について: 緘黙症状の類型と小学校教員のかかわり 日本教育心理学会総会発表論文集 57(0)、415、
- 成瀬智仁 (2016) 緘黙自動に対する小学校教員の教育援助について(2): 緘黙類型と小学校教員の援助の課題、日本教育心理学会総会発表論文 58(0)、370
- 矢澤久史 (2008) 場面緘黙児に関する研究の展開 東海学院大学紀要 2、179-187.
- 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

How the Special Support Education Should Be Arranged for Selective Mutism ?

Its Assistance Issues and Investigation of Support Programs

Tomohito NARUSE
Katsutada TAKAHASHI

Although selective mutism has not yet been regarded as a serious problem both in administrative and in educational institutions, an intervention in early treatment is necessary for the person and the family. This is because it might lead to serious problems such as social withdrawal and difficulty in employment when symptoms are prolonged.

However, it should be noted that the symptoms are even themselves not well recognized in the field of education and welfare, and unified and systematic methods for treatments are not established even in support sites, since basic research has just begun.

At the present stage it is essentially important that selective mutism is understood correctly by society and hope that the special support education as social measures would be established as soon as possible.