

場面緘黙児への支援に関する一考察 — 一家庭と保育園との連携支援事例

中嶋裕子

—抄録—

発達障害者支援法（2004）の成立から10年が経過し、自閉スペクトラム症、学習障害、ADHDなどに関しては、支援が受けられる制度も整いつつある。しかし、同じ児童期にみられる場面緘黙については知名度が低く、支援の必要性も認識されにくいため早期発見対応が困難となっている。内気な性格である、反抗的であるなどの誤解、無理解による不適切な対応で二次障害を生じ、うつ病や引きこもりなど社会生活が困難になる事例も少なくない。早期対応により症状の固定化を防げることから、周囲の理解と適切な対応が必須である。

本研究では場面緘黙であったA君について、保護者及び、保育園との連携支援経緯を振り返り、どのような支援が有効であったかを検証した。支援の在り方として 1) 子供の特性の理解, 2) 正しい知識の獲得, 3) 保護者と園の情報共有, 4) コミュニケーションの工夫, 5) 療育の活用が有効であることを示した。

キーワード：場面緘黙, 特別支援, 特性の把握, 連携支援, 環境の配慮

I. 研究の背景および目的

1. 問題の所在

発達障害者支援法（2004）が成立して10年が経過し、自閉スペクトラム症、学習障害、ADHDなどに関しては、支援が受けられる制度も整いつつある。しかし、同じ児童期にみられる場面緘黙については知名度が低く、早期発見・早期対応が困難な状況がある。場面緘黙とは、話す能力にほぼ問題がないにもかかわらず保育園や学校など特定の場面で話せない症状が続く不安障害の一つである。

2013年の改正学校教育法施行令に伴って文部科学省から出された「障害のある児童生徒等に対する早期からの一貫した支援について（通知）」によると、特別支援学級での教育対象者に場面緘黙児が含まれている¹⁾。しかし高市

（2008）が実践協力校教師33名を対象に行った場面緘黙についての理解と対応の習熟調査によると、場面緘黙について「理解できていてある程度対応できる」が27%、「ある程度理解しているが対応はできない」が37%、「言葉だけ知っている」が30%、「知らない」が6%と、全体の73%が場面緘黙児への対応ができないという結果であった。場面緘黙児への無理解と不適切な対応で二次障害を生じ、うつ病や引きこもりなど社会生活が困難になる事例も少なくない。周囲の理解と適切な対応は喫緊の課題である。

2. 先行研究と本稿の目的

場面緘黙児の支援に関して、臨床心理士やスクールカウンセラーの立場からの支援事例としては作井（2012）、塚本（2011）、上野（2010）、山本（2010）、高橋（2010）らがあり、小児科医としての支援事例は石川・大塚・植田（2011）や、秋谷・田端・小林（2011）らがある。しかし、それらの多くが治療的立場からの報告が多

受付日：2014.9.29 / 受理日：2015.3.20
福山平成大学

く、保護者と学校や保育園との連携に焦点を当てた報告は見られなかった。

そこで、本研究では場面緘黙の症状を概説し、場面緘黙児A君への、保護者と保育士の連携支援を報告する。筆者はA君が発達支援センターで発達検査を受けた時期に保護者からの相談を受け、保護者と保育園との連携を支援してきた。約2年間の経緯を振り返り、どのような支援が有効であったかを検証した。

3. 倫理的配慮

本論でA君の支援過程を取り上げることの目的を保護者及び保育園に説明し、結果を提示し掲載の承諾を得た。尚、個人が特定できないように事例理解に必要な情報のみ記載することとした。

4. 場面緘黙の特徴

場面緘黙とは話す能力や理解力にほぼ問題がないが、学校や先生の前など、ある特定の社会的状況、場面においては口を閉ざしてしまう、もしくは喉が締めつけられたように声が出ない、という症状を指す。選択性緘黙と訳されることもあるが、話さないことを選択しているといった誤解が生じるため、場面緘黙として訳されることが多い。

出現率は、日本国内では0.2%から0.5%であると考えられているが、国外では0.7%とされることが多い(角田2008)。国別の出現率の違いは移民の多さ(第二言語であるか否か)などの社会構造や文化の違いもさることながら、場面緘黙についての理解の浸透度も反映されていると考えられる。

男女差について、椎名・相馬(1998)は1980年から1996年に公開された場面緘黙の事例研究論文46事例を分析し、症例比率は1:2で女子の方が多いと指摘している。Angela E.McHolm(1996)、角田(2008)らも男子よりも約2倍で女子に多く見られると指摘している。

1) 場面緘黙の診断基準

場面緘黙は精神障害の診断と統計マニュアル第4版(DSM-IV)において「幼児期、小児期、

または青年期に初めて診断される障害」に分類されており場面緘黙の診断基準として、以下の事項が挙げられている。

- A. 他の状況では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る状況、例:学校)では、一貫して話すことができない。
- B. この障害が、学業上、職業上の成績または社会的な意志伝達を妨害している。
- C. この障害の持続期間は少なくとも1カ月(学校での最初の1カ月に限定されない)。
- D. 話すことができないことは、その社会状況で要求されるまたは快適な、話し言葉を知らないことによるものではない。
- E. この障害はコミュニケーション障害(例:吃音症)ではうまく説明されないし、また、広汎性発達障害、統合失調症またはその他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではない(高橋 2002:129)。

国際疾病分類(ICD10)では「小児期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害」として分類されており、選択性緘黙(Elective mutism)と表記されている。ここでは「ある状況では自分の言語能力を発揮できるが、他の(限定された)状況では話せないというような、会話が著しく情動により規定されるという特徴がある。この障害は通常、社会的不安、引きこもり、敏感さ、または抵抗といった際だった性格特徴と結びついている」としている(中根1994:164)。

2) 緘黙症状の発現段階

一般的に場面緘黙は2から5歳時に発症しているが6から8歳になるまで診断や治療に結びつかないことが多い。なぜならば、専門家さえも普通の引っ込み思案と場面緘黙を見分けることが難しく、内気な性格としか認識されることが多いためである(Angela E, Mcholz:1996, 角田2008, 2011a)。

緘黙症状は敏感さなどその子が生まれ持った素質・素因と環境の変化、そして何らかのきっかけがあって発症する。

次に緘黙症状の顕在化に至るまでの3段階をみてみたい。

(1) 前駆的時期

場面緘黙の症状を持つ子供は、扁桃体の反応閾値が低く、刺激に過敏に反応し、恐怖や不安を敏感に感じる特質を持っている。前駆症状として非積極性や、母子分離不安などが見られるが低年齢であることなどから一過性のものと考えられることが多い。

(2) 発症時期

子供の中で不安が高じ続けることで緘黙症状が現れる。多くの場合、入園や入学、引越しなどの急激な環境の変化が契機になる。人見知りや激しくなり、親へのすがりつき、ぐずり、不登校などの行動が表面化する。この時、混乱と不安への対処法として子供がとりえるのが発話の抑制である。しかしながらこれらも発達段階における一般的な事象として扱われ、特別な配慮の必要性が検討されることは少ない。

(3) 固定期

他者の前で発話しないという不安・緊張回避の行動が固定化してくると、友達や周囲の大人にこの子供は発話しないものとして認識され始める。発話しないものと了解されることによって、本人は一時的に安心できるが、今度は発話した時の周囲の反応を恐ろしく感じ、より抑制的行動が固定化してしまう。

3) 緘黙児の理解

場面緘黙児の理解、認識として重要な点は、緘黙症状は氷山の一角であると知ることである。子供の心の中には他者や環境への不安がある。その不安は身体的、認知的な要因が複雑に絡み合っとうみだされている。

Kristensen (2000) は場面緘黙児の68.5%に発達障害の併存が見られたことを報告しており、角田 (2011a) もこれまで場面緘黙の研究において指摘されてきた、場面緘黙児の対人的距離のとり方の不適切さや、コミュニケーションにおける主体性の欠如、社会性の遅れなどが広汎性発達障害の特質とも重なる、と指摘している。広汎性発達障害の診断基準は満たさないものの、その特性が場面緘黙の症状に影響して

いるケースも多いのである。

緘黙の様相は、発話がないだけでなく、対人関係や社会生活の行動面においても現れる。例えば、社会的場面において他者との関わりを避けようとしたり、動作が抑制的、緩慢になるなどである。極度の緊張のため動き自体を封じてしまう緘動という状態になることもある。これは自分の意志で動かないのではなく、動くことができなくなるのである。そのため集団生活ではトイレに行けずに教室でお漏らしをする、給食が食べられないといったこともみられる。

緘黙児にもさまざまなタイプがあり、その現れ方にも個性がある。先に記したように緊張のため社会的生活が難しいタイプもあれば、発話は見られないが、表情は豊かで活発に活動しているタイプもある。いずれも場面や場所、相手によって程度が変わるのが場面緘黙の特徴である。おかれた環境によって自己表現の幅が変化するのは場面緘黙の症状を持つ者だけに限ったことではないが、その程度が社会生活に困難をもたらすものであるところに大きな違いがある。

II. 事例紹介

場面緘黙症状への対応として、アメリカやイギリスでは不安を和らげる薬物療法、学校を基盤とした認知行動療法を中心とした多面療法が効果をあげている。症状がもっとも顕著に現れる集団生活場面（保育園・幼稚園・学校など）においては教諭や保健師が中心となって支援チームを組織し、子供の交友関係や発話を段階的に改善し、自己効力感を高めていくというプログラムを実施している。日本では未だシステム化されておらず保護者が中心となって心理的治療の活用や、学級内における個別の取り組みを要請している状況である。

以下A君への支援事例から有効かつ具体的な取り組みについて考察したい。

1. 生育歴

A君の保護者は他県の出身者で近隣には親類

縁者がいなかった。A君の母親はA君が6ヶ月になると仕事を始め、日中は自営業の父親と2人で生活をしていて、1歳6ヶ月から保育園に通い始めた。

1歳過ぎから発語が見られるなど発語に大きな遅れは無かった。しかし、見知らぬ人への不安が強く、あまり面識のない人と対面するとひどく身体をこわばらせる様子が見られた。夜泣きも多かった。

2. 保育園での様子

保育園に通園し始めて2年経過しても毎日激しく泣き叫ぶなどの登園拒否行動が見られた。しかし、保育園の園舎内に入るとピタリと泣き止む様子も見られたことから、両親及び保育士には気持ちの切り替えの問題とされていた。しかし、教室内では一切発話が見られず、運動会や発表会などでは棒立ちの姿が見られていた。

3. 発達支援センター受診後

3歳児検診では異常なしとされたが心配した保護者が保健師に相談し、発達支援センター(以下センターという)にて発達検査を受けた。筆者に相談が寄せられたのもこの時期であった。

検査結果では場面緘黙が疑われ、発達検査では運動面や生活面では年齢相応であったが言葉の理解や社会性の部分において当該年齢児童より1年程度の遅れがあることが判明した。発達検査の結果と保育の留意事項については、センターから保護者及び保育園に伝えられた。留意事項は、①子供の気持ちを汲みとり、言葉に置き換えて伝える、②手本を見せてから本人にマネをさせる、③できる限り本人に見通しが立てる生活をする、という3点であった。

4. その後の保育園及び家庭での取り組み

保育園には、センターから留意事項が届いていたが、筆者はその留意事項と合わせて①A君が困っている様子が見られたら個別に声をかける、②グループ分けの際は同じような雰囲気(ゆっくりで穏やか)の友達と同じグループに

する、③安心できる人を増やすためお昼は別室で保育士と少人数で、ボール遊びなど、言葉を介しなくても成立する遊びの時間を設ける、④当番などでは職員室にメモを持って行くなど、できる仕事を任せる、⑤帳面や適宜面談時間を設けてコミュニケーションを密にするといった手立てを保育園に伝えた。

保護者には、①保育時間の後、人数のまばらな園庭で親と遊んでもらう、②家庭に友達を招いて遊び時間を共有する、といった取り組みを実施してもらった。

次に具体的な取り組みについて言及する。

1) 場面緘黙に対する誤解の解消

保護者に相談を受けて後、筆者が力を注いだのは保育士の場面緘黙についての理解促進であった。

以前よりA君の保護者がA君の緘黙や緘動について、保育士に相談していたが、保育士からは「まだ幼いから様子を見る必要がある」、「親の心配が子どもを萎縮させている」、「緘黙や緘動は子供のわがままである」と返答されていたようである。これらの誤解がベースとなり、保護者も保育士もA君に対して説教や叱責を繰り返して2年が経過していた。しかしそれらの対応が発話につながることはなく、園外で友人に出会っても陰に隠れるなど不安症状を呈していた。そこで、筆者は保護者と共に園に赴き、緘黙についてのパンフレットや絵本などを紹介しながらA君の特性の理解や今後の保育の手立てについて確認した²⁾。

2) 保護者と園の連携

(1) 情報の共有

A君は保育園のトイレに行きたがらず、お遊戯中もお漏らしをすることが多かった。A君に理由を訊ねても答えず、対応が分からないままであったが、ある時教室に隣接していない教員用トイレには自ら行けることがわかった。筆者、保育士、保護者と共に家での様子、園での行動を総合して考察したところ、子供用トイレは上からのぞかれたり、突然ドアが開いたりするため落ち着かないことが要因ではないか、と推測された。そこで、保育士が園児らに友達が

トイレに入った時には不用意にのぞいたりドアを開けたりしないことを約束させ、しばらくしてA君は教室に隣接するトイレにも行けるようになった。

(2) 信頼関係作り

①保育士とA君との関係作り

A君と保育士との関係を構築するためにコミュニケーションの方法を検討した。筆者は保育士とA君のコミュニケーションのとり方として帳面に絵を描いて交換するという方法を提案した。この方法はA君にはなじまなかったが、A君は自ら自分のお気に入りのおもちゃを見せるという方法をとった。保育士におもちゃを見せ、保育士から「これ、かっこいいね。走らせて遊ぶのかな」など声をかけてもらうことでコミュニケーションを図ったのである。こうしたやり取りを重ねることで少しずつ保育士との関係が形成されていった。

②クラスメイトとA君との関係作り

集団生活では友達との関係が非常に重要である。発話が難しく、行動抑制のあるA君にとっては大人の介入が不可欠であった。

A君はクラスメイトから「なぜ固まっているの?」「なぜ喋らないの?」と頻繁に聞かれていた。クラスメイトには悪気はないのだが、本人にとってはつらい体験となることが多い。このような場面があれば保育士が気持ちを代弁したり、説明することで興味本位の関わりをやめさせるようにしてもらった。また、クラスメイトの前で発言の機会がある場合にはその場を活用してうなづきやジェスチャーで返答できるよう工夫してもらった。

3) コミュニケーションの工夫

保護者の相談としてよくあったのが癩癩時の対応であった。A君は気に入らないことがあると突然泣き出し、長時間に及ぶこともあったようである。しかし保護者は癩癩の理由と対応策がわからず困惑していた。A君の癩癩の理由として、自分の頭の中にある事柄を相手に伝えられないことへのもどかしさや、自分の感情の整理がつかないことによる混乱が考えられた。そこで、保護者に試みてもらったのが気持ちの代

弁やコミュニケーションの工夫であった。A君の頭に浮かんでいる絵図や感情を想像しながら、関連する写真や絵を用いて言葉を引き出すことで癩癩も徐々に落ち着いていった。

4) 視覚教材の活用

保護者や保育士が適切な関わりをすることでA君の登園のリズムがついてきたかと思われた頃、保護者からA君が不安定になっているとの連絡を受けた。時期的に発表会の練習が始まった頃で、様々な指示が飛ぶ状況に不安を覚えたのであろうと思われた。また、日常に飛び交う「ハッピーウカイ」という言葉の認識はできていなくてもそれが何を意味するのかを理解できていなかったのであろうと考えられた。そこで、発表会をイメージしてもらおう手立てとして、保護者に昨年度の発表会のビデオをA君に見せてもらった。A君の中で見通しが立ったことによりA君の不安は軽減され、練習に臨むことができた。

5) 療育機関の活用

A君は保護者の希望で療育機関に通うことになった。しかし、A君は療育機関ではスタッフとの信頼関係をなかなか構築することができず、短期間で利用中止となった。基本的には個別対応であったが、場の雰囲気や共に集う仲間の波長が本人に合わない場合もある。保護者は回数を重ねることで慣れさせようとしていたが、筆者が数回同行した際に見せたA君の表情、身体の動きやこわばりから、保護者にA君の気持ちの尊重を促し、療育機関の利用は中止となった。

後日、保護者からアニマルセラピーが受けられる場所はないか、と問い合わせがあったが、近隣にはなかったため、筆者はペットの飼育を薦めた。その後、A君は保護者と共にウサギをペットとして飼育し始めた。餌を与えるなどの世話をしているようである。

5. 取り組み後の様子

以上のような取り組みを段階的に実施して約1年ほど経過したころ、小さな声ではあるが、挨拶ができるようになった。1年半を経過した頃には、クラスメイトの名前が家庭での会話に

ポツリポツリと出てくるようになった。それまでは街中でクラスメイトに出会っても名前も顔も認識していなかった。自分の安心できる場所をある程度確保できたことで、人間に関心を持つ余裕が出たとも考えられた。それと同時期、発言する環境が整えられた場面（質疑応答など）においては話ができるようになった。

Ⅲ. 考察および結論

1. 場面緘黙の要因ときっかけ

緘黙症状はその子の持つ素因と環境、きっかけがあって固定化する。

A君は不安になりやすい気質やアレルギー体質という環境に敏感な個人因子を持っていた。乳児期早期の母子分離不安の増大、地域に頼れる人のいない孤立した家庭環境因子が絡まり、A君は場面緘黙になったと考えられた。

2. 必要な取り組みと支援

1) 子供の理解

緘黙症状の改善に取り組むためには年齢や発達段階における能力、緘黙が始まった契機、当該児童が何に躓きや不安を感じているのか、児童の表情や態度を場面ごとに整理し原因にあたる部分を明確化する必要がある。

課題整理のためには発達相談室や療育機関における相談などを利用することが望ましい。A君の保護者も発達検査を通じてA君の物事の理解度や発達段階を知ることができ、A君の持つ感受性や特性の理解もできるようになった。

2) 保護者の心理的安定

筆者が相談を受けた時期の保護者はA君の将来を案じ、精神的に不安定になっていた。しかし、筆者やセンターの相談室などにおいて感情を受け止められる体験を重ねることで、またA君への適切な対応についての手立てを示されることで、精神的にも落ちついていった。

相談機関の活用は保護者の心の安定、自己効力感を高めることにも寄与すると考えられた。

3) 場面緘黙に対する正しい知識の獲得

今回の事例でも場面緘黙についての知識が一

般的なものとなっていないことが明らかになった。場面緘黙についてよくある誤解として、おとなしいだけ、親の心配しすぎ、過保護というものがある。A君の場合も、保育士に過保護による我がままとして理解されており、保護者が検診で相談するまでの2年間は支援につながらずそのまま経過した。

A君の事例からも場面緘黙に関する正しい知識の普及が不可欠であることがわかる。

4) 保護者と園の情報共有

不安になりやすい気質の子が緘黙になるか否か、症状が悪化するか改善に向うかは集団生活の環境に大きく左右される。児童の情報を保護者と保育園で共有し、協力することが必要である。緘黙児は自ら「保育園ではで話せない」と言わず、また、何が不安だと分かりやすく伝えるというすべを持っていない。

A君の場合、家庭及び保育園での様子を注意深く観察することで、また、保育士がA君の取りやすいコミュニケーション方法を受容したことで安心できる環境が広がったと考えられた。A君が自らおもちゃを介して保育士に働きかけたことはA君の人と関わりたいという思いの表れであり、A君の「力」を感じた。A君の働きかけに保育士が応じ、保育士がA君に理解を示したことがその後のA君の園生活に大きな安心感を与えることになったと考えられた。

5) コミュニケーションの工夫

緘黙児の約半数は言語理解や表出の課題を持ち合わせており、言語によるやり取りを苦手とすることが多い。A君の癩癩も自分の気持ちや思いが伝わらない苛立ちや、混乱の表れと考えられた。そこで保護者には「気持ち」に注目して耳を傾け、その気持ちに合う言葉を、時には絵カードを用いながら一緒に探す姿勢を維持してもらった。

気持ちや思いを言葉に置き換えることで客観的に自分の状況を捉えられるようになり、感情のコントロールも可能になっていった。自分を受け止め、理解しようとしている周囲の人々の姿勢や思いがA君に伝わったこともA君を落ち着かせたと考えられた。

6) 療育機関の活用

保育園では集団の中の一員としての関わりが主となるが、療育機関における療育は一对一の個別対応が基本でありその子の特性に応じた支援計画が立てられる。療育機関を利用することで自分の理解者が家族や保育士以外にもいることを実感したり、日常生活で活用できるヒントを得られたりと療育は重要な場である。しかし、その場が本人に合わない場合、療育機関の利用を強要することは逆効果となる。この時に保護者がA君の気持ちを尊重して療育機関の利用を中止したが、そのことが「自己決定できた」というA君の自信にもつながったように思われる。

A君の家ではアニマルセラピーに替えてペットの飼育を始めた。このペット飼育がA君にどのような結果をもたらすのかは現在の段階では結論付けられないが、動物を世話することで他者との関係を築きやすくなったり発話が促進された事例は数多い。

IV. 今後の課題

以上、場面緘黙症状を呈したA君への理解と支援について述べた。緘黙症状は静観していても年齢と共に寛快すると言われているが、介入・対応しない間に不必要に傷つく体験をしてしまう。幼い頃に感じた自己否定感はなかなかぬぐうことはできない。「緘黙」ではなくなっても不安全感や対人不安、極度な消極性などから、社会生活が営めない状態になることも少なくない。不要な二次障害を引き起こさないためにもできる限りの早期対応が必要となる。

本稿は一事例であり、経過報告である。今後、家庭、教育機関、地域の望ましい連携の在り方を模索していきたい。

注

1) 「主として心理的な要因による選択性緘黙等があるもので、社会生活への適応が困難である程度のもの」として記載されている。

(文献)

文部科学省 (2013) 「障害のある児童生徒等に対する早期からの一貫した支援について (通知)」
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1340331.htm (最終閲覧2014.0909)

2) 保育園にはかんもくネット～Knet資料 (<http://kanmoku.org/handouts.html>) 及びはやしみこ (2011) 『なっちゃんの声～学校で話せない子どもたちの理解のために』学苑社。を持参した。

参考文献

- Angela E. McHolm, Charles E. Cunningham, Melanie K. Vanier (2005) Helping Your children with selective Mutism New Harbinger Publication. (=2007, 河井英子・吉原桂子 訳『場面緘黙児への支援—学校で話せない子を助けるために—』田研出版株式会社)
- 秋谷進・田端泰之・小林康介 (2011) 「症例4歳から15歳まで選択性緘黙として経過観察されていた広汎性発達障害児」『小児科』52 (1), 121-123.
- 藤田継道・浜田貴照 (2014) 「保育園・幼稚園・学校で話せない場面緘黙児の理解と支援」『児童心理』, 106-12.
- 石川丹・大塚耕右・植田祐樹 (2011) 「臨床研究・症例報告 過度な恥ずかしがりのため特別支援級を勧められたが普通級に入学し適応している6歳例」『小児科臨床』64 (9), 2035-37.
- 角田圭子 (2011a) 「学校で話せない子—場面緘黙の子どもが抱える困難」『児童心理』65 (4), 56-62.
- 角田圭子 (2011b) 「文献情報 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』28 (6), 811-21.
- 角田圭子編 (2008) 『場面緘黙Q & A』学苑社.
- Kristensen, H. (2000) Selective mutism and comorbidity with development disorder/delay.

- Anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 249-256.
- Maggie Johnson, Alison Wintgens (2005) *The Selective Mutism Resource Manual*. Speechmark, England.
- 作井浩美, 井上果子 (2012) 「自発性の向上を目指した場面緘黙児とのプレイセラピー」『横浜国立大学大学院教育学研究科教育相談・支援総合センター研究論集』12, 17-28.
- 椎名幸由紀・相馬寿明「選択性緘黙症の治療家庭に関する研究—事例研究を中心に」『茨城大学教育学部紀要』47, 153-164.
- 高橋順治 (2010) 「場面緘黙状態でASDが疑われる子どもへの支援の事例」『自閉症スペクトラム研究』8, 39-44.
- 高橋三郎他訳 (2002) 『DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き』医学書院.
- 高市秀昭 (2008). 場面かん黙児に対する学校としての支援の在り方—教師への啓発と支援プログラムの実践を通して—. 長期研修講座研究集録, 73-76. 丹明彦 (2014) 「心を閉ざす子どもとのプレイセラピー —選択性緘黙児の事例を通じて—」『児童心理』, 67-71.
- 塚本久仁佳 (2011) 「子どものころ・子どもの遊び (10) 守られた空間で自己を表現する—ある場面緘黙児のプレイセラピー—」『こころの科学』, 125-128.
- 上野永子 (2010) 「選択性緘黙症男児に対する同一セラピストによる母子並行面接過程—DWウィニコット理論からの検討」『心理臨床学研究』28 (5), 631-642.
- 山本浩子 (2010) 「発達障がい子どもへのサポート (10) 場面緘黙の莉子さんへの支援」『こころのオアシス』8 (1), 8-11.
- 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, 179-87.
- 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」『地域学論集』7 (1), 67-77.

Consideration about the support to a child of mutism
—A cooperation support with a home, a nursery school, and institution.

Hiroko NAKAJIMA

— Abstract —

These days people have come to understand more and more the symptoms of developmental disabilities, including autism, learning disabilities, ADHD, and so on, and there are more systems in place to support afflicted children.

However, regarding selective mutism, which is observed in the same juvenile stage, awareness is low, and the condition is difficult to recognize and support is lacking.

Through misunderstanding and improper communication, sufferers are often misdiagnosed and some of them haven't developed social skills and suffer from depression and social withdrawal.

Since a preemptive move can prevent fixation of mutism, a good understanding of the problem and suitable communication are indispensable.

In this research paper, I examine the approach for Mr. A, who has selective mutism, and make clear a method for effective communication between family, kindergarten.

As a result, what is important in discussing selective mutism is to, 1) Understand the characteristic of that child, 2) Acquire the right knowledge, 3) Promote cooperation between guardian and school, 4) Develop methods of communication, 5) Make use of available facilities provided by and another school which provides medical treatment and childcare with the goal of social independence for the child.

Key words : Selective mutism, Special needs education, Cooperation and support, Environmental management