

原 著

ソーシャルスキル・トレーニングの新しいストラテジーの提案^{注1)}

命婦 恭子* 竹川 大介**

<要 旨>

本研究では、ソーシャルスキル (social skills) に着目し、その習得のための技法について、医療分野と教育分野を中心にソーシャルスキル・トレーニング (social skills training ;SST) について先行研究を俯瞰する。それらのプログラムと、状況的学習を用いたプログラムを比較し、それぞれの特徴を分析する。

状況的学習を用いた SST では、ターゲットとなる行動が設定されない、明確な教示が行われれないという点が特徴として挙げられた。また、コミュニケーションの実践場面は、日常生活の端々にみられ、プログラムを通して身につけたスキルを般化するだけでなく、習得方法も般化することができるプログラムであることが示された。

キーワード：ソーシャルスキル，状況的学習，社会資本

I. はじめに

1. 本研究の目的

本研究では、社会適応とメンタルヘルスの観点から、ソーシャルスキル (social skills) に着目している。はじめに、その習得のための技法であるソーシャルスキル・トレーニング (social skills training ;SST) について、医療分野と教育分野を中心に先行研究を俯瞰する。SST は、1970 年代のアメリカで精神科医である Lieberman らによって体系化され、日本では 1988 年に紹介されて以来、精神科医療に導入されることとなった¹⁾。1994 年に診療報酬で「入院生活技能訓練治療法」が新設され、精神科の医療機関やデイケア、精神障害者の社会参加や就労を支援する施設などに普及していった¹⁾。1990 年とその翌年に実施されたアンケートから、SST の多くが統合失調症の患者に対して、デイケアで生活行動と適応の改善をねらいとして実施されていたことがうかがえる²⁾。1980 年代になると国内では、教育現場における児童・生徒への SST の実施と研究が行われるようになり、学級集団に適用する集団 SST が試みられるようになった³⁾。

本研究では、新しいソーシャルスキルの習得を支援するプログラムとして、状況的学習を用いた方略を提

案する。この方略は、これまで国内で実施された SST とは異なる理論背景をもち、実施形態も異なる。これまで国内で実施されている SST プログラムの特徴を抽出し、新しいプログラムとの相違を検討する。

2. ソーシャルスキルと状況的学習

ソーシャルスキルとは、対人関係における自らの目標達成を目指して、相手に適切かつ効果的に反応するために用いられる言語的、非言語的な対人反応と定義される⁴⁾。相川は、ソーシャルスキルを対人反応の実行という行動面だけではなく、相手の反応の読解、対人目標と対人反応の決定、感情の統制といった認知的プロセスを経て、行動が実行されるプロセスとして捉えている⁵⁾。また、ソーシャルスキルは後天的に学習されるものであり、言語的教示やオペラント条件付け、モデリング、リハーサルといった学習のメカニズムにより習得するとされている。本来、ソーシャルスキルは、家庭や地域といった共同体のなかで他者と関わりながら、他者の模倣をしたり言葉や動作でやり方を教わったりしながら日常性の中で身につけていく技術である。それらの技術は適した場面で実践されると、他者からの好意的な反応や有効な関係というポジティブなフィードバックを引き起こし、そのフィードバック

* 西南女学院大学短期大学部保育科

** 北九州市立大学

が強化子となり実践者に条件付けられ学習されることとなる。人は乳幼児期から日常生活の中で、様々な対人コミュニケーションを行っており、その実践を積み上げることでスムーズな対人コミュニケーションを習得し、共同体での社会性を身につけるのである。

このように学習者が共同体に参加しながら、そこで実践されている知識や技術を習得するプロセスのことを一般に状況的学習と呼ぶ⁶⁾。状況的学習では学習される知識やスキルが実践されている共同体へ参加の程度が深まることと、それらの学習が深まることを同一とみなす。知識や技術は状況の中に埋め込まれており必ずしも言語的に説明されるとは限らない。学習者は、熟練者が実践している共同体に周道的に参加し、様々な状況を体験することによって習得を重ねていく。知識や技術が習得されるとその共同体の一員であるというアイデンティティが形成され、共同体への参加が深まっていき、さらに知識や技術が習得される。このような考え方を先に述べたソーシャルスキルの学習過程に当てはめると、ソーシャルスキルにおける実践共同体とは、人が人と関わり、コミュニケーションを図っている日常生活におけるあらゆる場面を想定できる。例えば、子どもは家庭で日常的に実践されているコミュニケーションに、初めは受け身的に、あるいはたどたどしく参加する。熟練者である親は、学習者に対して言葉や表情、仕草、身体接触などを用いて、様々なコミュニケーションの実践を示す。学習者である子どもは、それぞれの状況に応じて模倣をし、それに対する親からのフィードバックを経験しながら知識と技術を学習する。コミュニケーションの知識と技術が増えれば、家庭内でのコミュニケーションへの子どもの参加が深まり、家族の一員としてのアイデンティティが形成され、さらにコミュニケーションの知識と技術が増えていく。このように、日常でのコミュニケーションへの参加が深まることと学習が深まることは相乗的に進んでいく。

しかし、ソーシャルスキルの習得が難しくなる要因が大きく2つあげられる。ひとつは、これまでのSSTが、統合失調症の患者、自閉症スペクトラム障害児⁷⁾などを対象としていることが示唆するように、何らかの疾患や障害、またはパーソナリティーの影響などによるコミュニケーションの実践場面に対する脆弱性という個人の要因があげられる。もうひとつは、状況的学習を行うための重要な要素である実践場面の不足という社会的要因がある。すなわち、核家族化や地域での人間関係の希薄化といった社会状況の変化によるコ

ミュニケーションの実践場面の減少である。状況的学習を促進するためには、学習が可能な状況が準備され、その状況に参加しながら学ぶことが重要であるにもかかわらず、社会的要因については、これまでのSSTの研究の中で注目されてこなかった。従来のSSTは、脆弱な個人に対して安全な環境の中でソーシャルスキルを習得させることに焦点づけられている。

II. ソーシャルスキル・トレーニングの発展

1. 医療分野におけるソーシャルスキル・トレーニングの発展

疾病や障害などによってソーシャルスキルの習得が難しい状況を補完する目的で、医療分野におけるSSTが実践されている。SSTは、社会技能訓練とも呼ばれ、ソーシャルスキルが不足し、何らかの不適応を起こしている個人を対象とした治療法として位置づけられていた⁵⁾。行動理論を基礎として、モデリング、リハーサル、フィードバック、などの技法が組み合わさった治療プログラムである。ここでいうモデリングとは、モデルを提示して模倣反応を誘導することであり、Banduraによる社会的学習理論を背景とした技法である⁸⁾。先に述べたように、SSTは、統合失調症を中心とした精神科医療の分野を出発点としている。統合失調症の発症年齢は、18歳以後から20歳代にかけて急増する曲線を描くとされている⁹⁾。そのため、医療分野におけるSSTの対象者はその多くが成人である。

SSTの実施モデルは、参加者の個別的な練習課題を設定し、それについて学習していく「基本訓練モデル」と、学習する技能領域をあらかじめ設定し、カリキュラムに従って学習していく「モジュール別訓練モデル」とに大別される¹⁾。「モジュール別訓練モデル」では、入院患者に対して退院教育として服薬の自己管理や基本会話などを取り扱うものがあげられる。

「基本訓練モデル」のセッションの流れをTable 1に示す¹⁰⁾。ここでは、参加者と医療や心理の専門家である治療者が相談しつつ、参加者が望む生活に必要な、現実的な社会的行動を考え、具体的に練習課題として設定する。その学習目標に合わせたロールプレイが実施される。このロールプレイでは、参加者が現実場面で遭遇すると予想される状況を具体的に設定し、実在の人物やそれに近い役を設定して演じられる。その場合、学習目標を提案した参加者が本人の役を演じ、現実場面での実践に向けて練習を行う。参加者同士で、

ロールプレイでのよいところを褒め、改善点があれば指摘する。これらのフィードバックに基づき、改善された行動が次のロールプレイで練習され、現実実践するためのリハーサルとして機能する。最後は、練習の成果が現実場面で活かされるような宿題が出されて終了となる。このような流れの1時間程度のセッションが、週に数回行われ、統合失調症患者の場合は8週以上行われることが一般的とされている¹¹⁾。

この手順は、行動療法を理論的背景としており、セッションの中で、言語的教示、モデリング、ポジティブなフィードバックによる望ましい行動の強化、宿題による行動の一般化といった手続きが、意識的に取り入れられている。また、参加者は毎回このグループ活動でのルールを確認しており、そこからの逸脱がないように注意が払われている。これは、統合失調症などの慢性精神疾患では、生理学的な脆弱性があり、ストレスに有効に対処できないと精神症状が発現するという「ストレス-脆弱性-対処技能モデル」を有効性の論拠としていることと関連している。脆弱な個人に対して、安全で守られた環境を設定することで、安心してソーシャルスキルの訓練をすることができ、その訓練で得た技能で日常のストレスに対処することで、症状の発現を抑えることができるという考え方である。すなわち、SSTを実施するためには、安全で守られた人的・物理的環境が必要である。このような環境でトレーニ

ングされたソーシャルスキルは、現実場面へ一般化されることが望まれる。そのために、一定の目標を設定した課題を与えて日常場面で実施するよう宿題が出されるか、あるいは実生活でも積極的に応用してみるように言語的に教示される⁵⁾。

実施形態は、看護師、作業療法士、臨床心理士などの専門家が2名以上と6～8人程度の参加者による小グループで実施されることが一般的であり、診療報酬の規定では1回の参加者は最大15名とされている¹⁾。多くの場合、参加者は車座に座り、専門家は、リーダーとコ・リーダーとなり、リーダーがグループ全体の運営を行う。コ・リーダーは、参加者の発言を板書したり、ロールプレイで参加者の相手役をしたりするなど補助的な役割を担う。

様々な対人場面に適応する訓練として広範にSSTが発展する中で、SSTとは何かという次の4つの条件が提示された¹²⁾。①クライアントの対人不適応や心理的問題を、ソーシャルスキルの不足または不適切さの観点から捉えていること、②クライアントのソーシャルスキルの程度についてアセスメントを行っていること、③ソーシャルスキルの改善を通じて、それらの問題を解決、治療、予防しようとしていること、④教示、モデリング、リハーサル、フィードバック、一般化という基本的技法が取り入れられていること。全てのSSTがこれらの条件を満たしているとは限らないことが指摘されているが、これらの条件が、医療分野で実施されているSSTプログラムの骨格にあたるものと理解できる。

医療分野における治療法としてのSSTの効果についての研究は、さまざま行われているが、Anzaiはランダム化比較研究として、統合失調症の入院患者32名をSST群と作業療法プログラムを行う群にランダムに割り付け、SST群でより退院が促進され、服薬自己管理および症状自己管理に関する知識およびスキルが向上し、1年後のフォローアップ時にもこの効果が認められていたと報告した¹³⁾。相川は、国内外のSSTの効果研究をレビューした上で、SSTに一定の効果を認めつつ、効果の維持と一般化については、はっきりとしたことがいえないと指摘している⁵⁾。SSTプログラムの中で練習したソーシャルスキルは、日常場面で、練習した相手とは異なる他者に対して実施される必要がある。このような練習したスキルの日常への一般化が、SSTの効果を高め維持するための課題の一つである。また、練習で想定されていなかった場面への応用という一般化も課題となる。

Table 1 SST 基本訓練モデルのセッションの流れ

1	はじめの挨拶
2	新しい参加者がいれば、その人を紹介する
3	SSTの目的ときまりを確認しあう
4	宿題の報告を聞く
5	練習課題を明確にする
6	ロールプレイで技能を練習する
	1) 具体的に場面を作る
	2) ロールプレイ
	3) 正のフィードバックをする(強化)
	4) 改善点を提示する(言語的教示)
	5) モデル行動を示す(モデリング)
	6) ロールプレイ
	7) 実生活場面で練習を計画し宿題として具体化する(一般化のための教示)
7	次回までの宿題を設定する →(次の人に進み、上記の4から繰り返す)
8	まとめ
9	おわりのあいさつ(次回の予告)

安西(1994)を参考に作成

SSTの活用は、欧米と同様に日本においても司法・矯正分野へと展開している¹⁴⁾。矯正分野でのSSTは、1990年代の後半から2000年代の前半にかけて急速に全国の少年院に広がり、多くの少年院で実践されている処遇方法の一つとなった¹⁵⁾。少年院におけるSSTの多くは、出院準備教育過程において集団に対して実施されている。練習課題は、実際の社会生活の中で出会う場面として、職場、交友関係、家庭の3つの領域において設定されている。例えば、職場で出会う場面として、就労のための面接や上司との関係、職場でのトラブルなどが取り上げられる。交友関係では、不良交友の断絶、家庭環境場面では、家族への配慮や近所の人との関係などが例としてあげられる¹⁵⁾。このように課題を設定しているという意味で「モジュール別訓練モデル」と分類できるだろう。司法・矯正分野での展開は、医療分野と別に論じるべきかもしれないが、実施の手順や形態は、医療分野での方法を踏襲したものが多く、前節で述べたSSTの4つの条件を満たしていることから、本論文では、医療分野で発展したSSTの司法・矯正分野への応用という位置づけで考察したい。

2. 教育分野への展開

医療分野や矯正分野でのSSTが、問題が顕在化した個人に対して、個別あるいは小グループで実施されている一方で、日本では、子どもの社会性の発達に寄与する目的で小・中学校においてSSTが実施されるようになった¹⁶⁾。学校で実施されるSSTは、子どものコミュニケーションスキルが全体的に低下していることを受けて¹⁷⁾、個人の社会性の発達支援だけでなく、集団全体の社会性の向上を目的として実施される¹⁸⁾。集団全体を対象としたSSTでは、問題が顕在化する前の子どもたちも含まれており、ソーシャルスキルの不足から起こる対人関係のトラブルや学校への不適応、それらに伴うメンタルヘルスの低下といった問題を予防するという観点が入り入れられ予防的支援と位置づけられている¹⁸⁾。これらの活動は、心理療法というよりは、教育技法であるとされソーシャルスキル教育 (social skills education; SSE) と呼称されたり¹⁹⁾、医療分野で実施されているSSTを学校現場に合わせて、学級単位で実施できるように変更されたため集団SST (classroom-based social skills training) と呼ばれることもある¹⁷⁾。ここでは、医療のSSTと区別して学校のSSTと呼ぶ。

学校のSSTの実施にあたっては、担任教師が実施

者 (リーダー) となりプログラムを運営することがよくみられる¹⁸⁾。ターゲットになる行動は、実施者が提案し指定する場合が多く、新学期でクラス替えの直後であるとか対人関係での小さなトラブルが散見されるというようなクラスの状況や担任のクラス経営方針に合わせてターゲットが設定される。行動療法における言語的教示、モデリング、リハーサル、フィードバック、般化といった技法は、意識的に取り入れられている。モデルとして教師やティーチングアシスタントによる子どもたちが学校生活で体験しそうな場面を設定したロールプレイが提示される。その際、モデルの行動のどの側面に注目するのかを言語により示すこともある¹⁸⁾。それを受けて、4~6人程度の小グループになった児童・生徒が、モデルが提示した場面についてロールプレイしながら行動のリハーサルができるように組まれている²⁰⁾。

学校における心理教育は、これまでもさまざまな取り組みがなされており、2010年までに日本の学術誌に投稿された研究論文のレビューによると、心理劇、フォーカシング、SST、構成的グループ・エンカウンター (structured group encounter; SGE) といった様々な心理療法の技法が、学校で実施しやすいように改変されながら取り入れられていったが、2006年以降は学校のSSTを中心とした認知行動療法の実践研究が中心となっている¹³⁾。このような変化について安達は、心理学が心理臨床的理念、すなわち「意味」を教育現場に提供していたものが、心理教育の目的がだんだんと実用的なものへと変化し、それにつれて「方法」を提供するように変化していったと考察している²¹⁾。そのような流れの中でSSTと呼ばれる取り組みの中には、ワークシートを活用したりソーシャルスキルの習得を目的としたゲームを取り入れたりしたものがあり^{22) 23)}、このようなプログラムでは、パーソン・センター・アプローチを理論背景とするSGEのエクササイズと手続き上の類似がみられる。

メタ分析によって、学校のSSTを実施した前後にソーシャルスキルの向上効果がみられ、特に小学校1~3年生における効果が高いことが示されているが、統制群との比較検討は十分ではない²⁴⁾。石川らは小学校3年生に全5回の学校のSSTを実施し、その維持促進のためにSSTのポイントを記載した下敷きの配布や教室内での掲示などの介入を併用することで、1年後の抑うつ症状が有意に低減したことを縦断的研究により検証している²⁵⁾。戸ヶ崎は、学校のSSTの効果を持続させるためには、学校環境のあらゆる場

面でソーシャルスキルの定着化を促すための手続きが継続する環境を設定し、進級に伴うクラスや担任が代わることによる影響を軽減することの重要性を指摘している¹⁷⁾。その一方で、セッション時間外の介入を行うことでSSTの効果が高まると明確には結論づけられないという報告もあり²⁴⁾、効果の維持が課題といえる。

また、教育分野におけるSSTでは、自閉症スペクトラム障害(ASD)といった社会性や行動性の障害やうつ病の傾向を持つ児童・生徒を対象としたプログラムもみられる^{20) 26)}。この場合、その症状や傾向がみられる、あるいは診断のついた児童・生徒を取り出して実施する場合とそれらの児童・生徒を含む学級全体を対象とする場合がみられる。

Ⅲ. 新しいソーシャルスキル・トレーニングの提案

1. 状況的学習を用いたSSTの提案

これまでのSSTプログラムは、医療機関、矯正機関、教育機関のいずれにおいても、ソーシャルスキルを獲得するための環境が専門家によって設定され、参加者は特定のスキルを意識しながら、行動療法の技法を用いたプログラムに則って学ぶというスタイルがとられていた。命婦は未就学児とその保護者を対象に、従来とは異なるスタイルのプログラムを提案している²⁷⁾。このプログラムの特徴として、ソーシャルスキルを直接的に指導するのではなく、活動中での状況的学習によるスキル向上を目指している点あげられている。毎回のセッションでは、違ったテーマに沿った講演やワークショップが実施されている。その内容は、ソーシャルスキルを直接指導するものではなく、セッションごとに身につけるべきターゲット行動が設定されることもない。モデリングやリハーサルといった行動療法の技法が、意識的に実施されることもない。

このプログラムは市場の中にある店舗で実施されている。ここでは、生鮮食品を扱う店を中心とした小売店が連なっている商店街のことを市場と呼ぶ²⁸⁾。人類学者である竹川は、市場に店舗を構え、そこをフィールドワークの初學者のトレーニングに格好の場ととらえている。市場には様々な来訪者があり、それらの人々と関わりながら話を聞くことができるからだ²⁸⁾。さらに、市場の店主の子であり市場を遊び場として育った小学校6年生の女兒が、大学生の活動に熱心に参加した事例を報告している²⁸⁾。彼女は、春休み期間中に行われた大学生が運営している店舗の改装工事を手伝

いに毎日のように通い、大人達と対等にコミュニケーションしながら作業に参加していた。この改装工事には、複数の大学の研究室が関わっており、設計や電気工事、左官などの専門家も参加し、総勢68名が参加したとされている。その中で、小学生である彼女が作業に生き生きとした表情で参加している様子が店舗のホームページでも紹介されている²⁹⁾。これは、幼児期から市場の店主の子どもとして他の店主の子どもたちと多くの時間を市場で過ごし、商店主や客とコミュニケーションを実践し状況的学習でソーシャルスキルを習得した事例のひとつとしてあげられる。これらのことから、市場を社会資源ととらえソーシャルスキルの習得に活用するプログラムが提案されている²⁷⁾。

セッションの大まかな流れをTable 2に示す。2時間のセッション時間の中に、市場での買い物と昼食の時間が含まれていることが特徴である。昼食のプロトコルは、井に入れたご飯を持って市場でおかずを買い、それをご飯のうえにのせて食べる^{注2)}。本プログラムでは、親が井に入れたご飯を持ち、子どもには軽量の椀にご飯を入れたものを持って市場内を歩く。あるいは、ご飯を入れた椀のバランスを取りながら歩くのが難しい子どもは空の椀を持ち、その椀に買い物したおかずを入れてもらう。このように、参加者は昼食のために必ず市場内での買い物をすることになり、市場という空間に開かれたプログラムであると理解できる。

2. 食を取り込んだプログラム

このプログラムでは、食事が挟まれることが特徴的である。山極は、霊長類と比較したヒトの食の特徴として、①食物をその場で食わずに持ち帰る、②集めた食物を取り決めに従って分配する、③食事が社会交渉としての機能をもつ、という3点を挙げている³⁰⁾。ヒトは自分が食べる以上の量を採集し、採集した場所で摂取せずに持ち帰る。食物を分配する相手や分配の規則が決まっいて、それに基づいて分配される。そして、

Table 2 市場のSSTのセッションの流れ

実施内容	およその時間*
1 講話・ワークショップ	30~60分
2 市場で買い物	20~40分
3 食事	20~40分
4 講話・ワークショップ	10~40分
5 まとめ・次回の案内	10~5分
終了後の遊び	20~40分

*1セッション120分だが内訳は毎回変わる

食事はそれ自体が社会的な行為であり、食事には作法があり、共に食事することは相互のきずなの強化や確認を促すと考えられている³⁰⁾。また、ヒトは他者と共に食事をする際に対面して食べることも特徴としてあげられる³¹⁾。そのため、他者と共に食事をする状況には、様々なソーシャルスキルが埋め込まれている。市場で何をどのくらい買ってくるのか。買ってきたら自分達親子だけで食べ始めるか、他の親子の帰りを待つのか。自分達親子以外の参加者と食べ物を分け合うか。食事中にどんな会話をするのか。親は自分の振る舞いだけでなく、子どもの食事の作法も気かけ、ときには他の子の食事の作法と比較することもあるだろう。食事は重要なコミュニケーションの実践場面であり、SST プログラムに必要な設定だと考えている。このプログラムではセッション毎にテーマが違い、活動内容が違うが、どのようなテーマであっても食事場面を自然に設定できるのは、生鮮食品を販売している店舗が並んでいる市場の中で実施しているからである。

市場の規模はさまざまであるが、このプログラムが実施されている且過市場は、180m ほどの通りに鮮魚や野菜などの生鮮食品の小売店を中心に約 120 軒の店舗が連なっている²⁸⁾。市場の存在が、プログラム中の食事という状況を自然にアフォードしているように、プログラムが参加者を自然な形で市場にいられるようにアフォードしている。プログラムの作成にあたって商業スペースである市場をソーシャルスキル向上による子育て支援ができる社会資本として捉え直し、その特徴を以下のように整理している²⁷⁾。①対面のコミュニケーションが必須であること、②来訪者の主体性を引き出す場所であること、③高いスキルを持つ大人が多数いること、④安定したコミュニティがありながら来訪者を受け入れる場所であること、⑤高齢者という幼児とその親とは違う世代が存在していること。このような市場の特長によって、参加者は昼食のために対面でのコミュニケーションに参加せざるをえなくなる。市場に不慣れな参加者は、コミュニケーションに参加する中で自分が高いスキルをもつ市場の店主や安定したコミュニティに支えられており、安心して参加することができるかと徐々に気がつくことになる。

IV. 考察

1. 従来の SST と状況的学習を用いた SST との比較

これまで一般に実施されてきた SST を医療分野で

の SST と教育分野での SST に大別して、その特徴を概観してきた。本研究では、それらの SST とは違う理論的背景をもったソーシャルスキル習得のためのプログラムを提案している。そのプログラムをこれまでの 2 分野での SST と区別するために「市場の SST」と呼び、それらの違いを検討したい。Table 3 に比較のポイントをまとめた。

対象者は、地域住民であり、疾患や障害の有無については特定していない。実施場所を指定していることは従来のプログラムと同様だが、実施場所への他者の出入りがあることが特徴である。また、プログラム中にプログラム参加者以外の人たちとの交流が設定されている。取り上げるテーマが毎回違うので、セッション毎の時間配分や進行は変更される。すなわち、セッションごとの自由度が高く、固定化されていない。従来の二つのプログラムは、形態が違っていてもその背景には、認知行動療法の理論を用いていた。しかし、市場の SST では、状況的学習理論をその背景に用いている。そのため、ターゲット行動を設定せず、明確な言語的教示を行わないという点が、これまでの SST と大きく異なる点である。従来の SST では、ロールプレイによりターゲット行動の望ましい型がモデルとして明確に提示され、モデリングが教示されていた。一方で市場の SST では、セッションが進行していく中で、市場内の店舗の店主や他のプログラム参加者、あるいはプログラムとは直接関係ない市場の買い物客がモデルとなり、言語的に教示されることなくモデリングされていた。

医療の SST では、守られた環境でのプログラム実施が前提であるため、日常場面への般化が課題であったが、学校の SST と市場の SST では、日常と同じ場面でプログラムが実施されているため、般化が容易である。さらに、学校の SST でモデリングとフィードバックは、ロールプレイの中で行われているが、市場の SST では、モデリングもフィードバックもコミュニケーションの実践の中で行われている。また、状況的学習のためには、プログラム参加者がさまざまな状況を体験することが必要であるが、市場の SST では、外からの来訪者が訪れる可能性のある場所で実施し、さらにその場所から出て市場内を歩き、買い物をするというプログラム参加者以外とのコミュニケーションを取り入れることによって、企画者の意図外の出来事が起こる余地があるようにプログラムが組まれている。そのため、企画者が準備した状況よりも多様なコミュニケーションの実践場面を参加者は体験すること

ができる。

2. 市場の SST の特徴

市場の SST は、ソーシャルスキルの本来的な習得プロセスに立ち返り、状況的学習による習得を促すことを目的としている。医療や教育分野での SST では、ソーシャルスキル習得を困難にする要因として、個人の疾患や障害、パーソナリティなどの要因に注目している。そのため、その脆弱性に配慮し、守られた環境でスキルを習得し、習得したスキルを日常へ一般化するという手続きを取っている。それに対して市場の SST では、コミュニケーションを実践する場面の減少という社会的要因に注目し、さまざまな実践場面に誘導し実践の機会を提供することを目的としている。ソーシャルスキルが不足している現状を個人の脆弱性に原因を求めるのではなく、社会や環境の問題として捉えているところに大きな特徴がある。

また、市場の SST は未就学児とその保護者に対して行われており、その両方でソーシャルスキルの習得が期待されている。核家族化が進み孤立しがちな都市部の子育て世代にとって、ソーシャルスキルを高め、サポートを受けやすくすることは、メンタルヘルスの

維持のために重要である³²⁾。また、幼児期は、自己や他者に信念、知識、好みなどの直接観察できない心的状態を帰属させる能力である心の理論が発達する時期である。さらに、目標達成のために行動や思考を計画・調整しコントロールする機能の総称である実行機能が大きく発達するのも幼児期とされている³³⁾。このような時期に多世代とのコミュニケーションの実践に参加することは、その後のソーシャルスキルの習得や社会性の発達に望ましい影響があると考えられる。

さらに、市場の SST ではスタッフとして参加している学生や講師として参加しているさまざまな分野の専門家も、それぞれにソーシャルスキルを習得することが期待されている。状況的学習では、実践場面に参加すること、そしてその参加が深まることによって学習が進んでいく。参加者、あるいはスタッフ、講師としてプログラムという状況に参加している人は、人と人とのコミュニケーションの実践に参加し、学習を深めている状態であり、それぞれにソーシャルスキルの習得がなされていくと理解できる。すなわち、ターゲットとなるスキルを決めていないために、各々で習得するスキルは異なるが、プログラムに参加している人すべてが SST の対象である。

Table 3 従来の SST と新しい SST の比較

	医療の SST	学校の SST	市場の SST
対象	疾患や脆弱性のある個人	学級・学校全体	一般の親子
場所	医療施設内の固定した部屋	教室・体育館など校内	市場の中の店舗
実施場所への外部者の出入	なし	なし	あり
実施中の外部との交流	なし	なし	あり
手続き変更の可能性	ほとんどなし	学級の状況により変更可能	あり
理論背景	認知行動療法	認知行動療法 (SGE と類似)	状況的学習理論
ターゲットスキル	メンバーが提案 リーダーが決定	教師が 提案・決定	設定しない
教示	端的・明確に なされる	明確に なされる	教示しない
モデル	主にメンバーが 提示	主にリーダーが 提示	意図的には 提示しない
予定外の出来事	起こらない ように配慮	起こらない ように配慮	起こることが 前提

セッションの実施場所は、市場の中にある店舗であり、通常の営業がされている中で実施されている。そのため、セッション参加者以外の出入りも多い。昼食の買い物を市場で行うために店主とのやりとりは不可欠である。さらに、子どもたちが市場内を歩いていると、店主や買い物客から声をかけられる機会は、大人が歩いている場合よりも多くみられる。このプログラムにより、企画者が意図的に準備していない状況が多く発生し、その中で参加者がソーシャルスキルを習得していく²⁷⁾。

事例として、昼食の買い物で交流した乾物屋の店主へ自作の絵をプレゼントした女兒の様子が報告されている。乾物屋が絵を店頭飾ったことが女兒と親へのポジティブなフィードバックとなっていることが示されている。この女兒の行動は後日、別の女兒によりモデリングされ乾物屋へ2枚目の絵がプレゼントされた。また、このプログラムでソーシャルスキルの習得が期待されているのは子どもだけではなく、親も対象とされている。親の変化として、市場での買い物にだんだんと慣れて買い物時間が長くなっていく親子の様子や、子どもたちがお互いに関係を作り、一緒に遊べるようになるのと平行して、親が子どもへの介入を減らして、親同士のコミュニケーションを増やしていることが示されている²⁷⁾。

3. 市場の SST の意義

これまでの SST は、医療分野、教育分野に加え、司法・矯正分野でもさまざまに活用されており、その効果が実証研究により明らかにされている。その中で、新しい SST を提案することの意義について考察する。

市場の SST の対象者は必ずしもソーシャルスキルの不足による問題を抱えてはいないし、参加者のソーシャルスキルについてのアセスメントも行っていない。その点では、Mueser の SST の条件を満たしていない。市場の SST の中で、モデリングやフィードバック、般化といったことが起こっていることが示唆されているが、ソーシャルスキルについての明確な教示がされることはなく、この点でも条件を満たしていない。ソーシャルスキルの習得によって、参加者のメンタルヘルスの向上や子どもたちの社会性の発達促進、将来的な対人トラブルの予防などを長期的な目標としている点においては、SST の条件と一致しているといえるかもしれない。このように、市場の SST はソーシャルスキルの習得を目的としているが、従来の SST の枠組みには収まっていないプログラムである。

従来の SST は、ソーシャルスキルの不足により、何らかの問題を抱えた個人に対して、その脆弱性に配慮した環境を設定し、学習の効果が上がるような工夫がされた手続きに則って実施されるプログラムである。それぞれのセッションでターゲットとされるスキルは明確に教示され、くり返しリハーサルされることで習得され、ポジティブなフィードバックにより行動の定着と日常場面への般化が促進される。しかし課題として、トレーニング場面とは違う日常場面での実践へと般化することの難しさや、リハーサルしていない行動への応用の難しさがあげられていた⁵⁾。先に述べたようにソーシャルスキルは、地域社会で日常的に実践されているコミュニケーションの場面に参加するなかで、状況的学習によって習得されるものである。市場の SST のように、コミュニケーションの実践に参加しやすい環境を提示することによって、ソーシャルスキルの習得を促進することは、多くの参加者にとって無理のない習得方法ではないかと考える。このプログラムでは、意図的に準備されたロールプレイにより望ましいソーシャルスキルの型を学習するのではなく、実際に市場の中で実践されるコミュニケーションに参加することでソーシャルスキルが学習されている。このように日常的な場面で身につけたスキルは、他の日常場面への般化も容易だと考えられる。このプログラムでは、状況的にソーシャルスキルを学習する方法も同時に学習していると理解することができる。状況的学習によってソーシャルスキルを習得する場面は、日常生活の端々にあり、その方法を身につけていれば、日常生活の中で独自に学習することができる。すなわち、プログラムを通して身につけたスキルの般化だけではなく、習得方法も般化することができるプログラムである。

4. まとめ

本研究では、従来の SST とは背景とする理論やスキル習得の方略が異なる、新しいプログラムを提案した。そのプログラムに必要な社会資本である市場に着目し、市場の SST と呼び、医療や教育の分野で実践されている SST と比較することで、その特徴を明らかにした。市場は、対面コミュニケーションや食事といったコミュニケーションの実践場面が自然に発生している場所である。このようなコミュニケーションの実践場面に参加して学習されるソーシャルスキルは他の実践場面への般化が容易であり、多様な実践場面への参

加を可能にし、学習を深めていくことができる。本プログラムは、このようなソーシャルスキル学習の導入と位置づけることができる。ソーシャルスキルの習得は、発達のどこかの時点で終了するものではなく、生涯にわたるコミュニケーションの実践の中で継続されるものである。その学習への導入プログラムを、心の理論や実行機能が発達する幼児期を対象として実施することには意義があると考えられる。

注1) 本研究は、平成26年度北九州市学術・研究振興事業調査研究助成金(研究代表者:命婦恭子)および科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)基盤研究(C)(課題番号JP16K04416)「状況的学習を用いたソーシャルスキル向上プログラムの提案と効果検証」(代表:命婦恭子)の助成を受けて実施した。

注2) このようなプロトコルでの食事方法は、「大學井」と呼ばれ、且過市場の大學堂という店舗で販売されている。大學堂は、本プログラムの実施場所であり、プログラム実施中にも店内には大學井を購入し食事をする一般客が存在している。

文 献

- 1) 高野佳(1998). 精神科リハビリテーション 小此木啓吾・深津千賀子・大野裕(編) 精神医学ハンドブック 創元社
- 2) 安西信雄・池淵恵美(2003). 精神障害者の地域ケアの中での社会生活技能訓練 行動療法研究, 30(1), 11-22.
- 3) 佐藤正二・佐藤容子・岡安孝弘・高山 巖(2000). 子どもの社会的スキル訓練—現況と課題— 宮崎大学教育文化学部紀要教育科学, 3, 81-105.
- 4) 相川充(2010). きょうだい構成が子どものソーシャルスキルの程度に与える影響 東京学芸大学紀要, 61, 91-105.
- 5) 相川充(2009). 人づき合いの技術—ソーシャルスキルの心理学— サイエンス社
- 6) Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning; Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press. (佐伯胖(訳)(1993). 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加 産業図書)
- 7) 岡島純子・鈴木伸一(2012). 自閉症スペクトラム障害児に対する社会的スキル訓練—欧米との比較による日本における現状と課題— カウンセリング研究, 45(4), 229-238.
- 8) Matson, J. (1985). Modeling. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. Pergamon Press Inc. (中島勝秀(訳)(1987). モデリング 山上敏子(監訳) 行動療法事典 岩崎学術出版社)
- 9) 松本英夫(2012). 統合失調症 山崎晃資・牛島定信・栗田広・青木省三 現代児童青年精神医学(改訂第2版) 永井書店
- 10) 安西信雄(1994). 精神障害者のSST リハビリテーション研究 80, 40-43.
- 11) Morrison, R. L. (1985). Social Skills Training. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. Pergamon Press Inc. (垣替芳隆(訳)(1987). 社会技術訓練 山上敏子(監訳) 行動療法事典 岩崎学術出版社)
- 12) Mueser, K. T., Liberman, R.P., & Glynn, S. M. (1990). Psychosocial intervention in schizophrenia. In A. Kales, C. N. Stefanis, & J.A. Talbott (Eds.), *Recent advances in schizophrenia*. Springer-Verlag. pp213-235.
- 13) Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N., Nakamura, Y., Ikebuchi E., & Liberman, R.P. (2002) Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services* 53(5), 545-547.
- 14) 前田ケイ・安西信雄(2008). 本人・家族のためのSST実践ガイド 日本評論社
- 15) 伊藤茂樹・仲野由佳理・平井秀幸(2012). 少年矯正の教育テクノロジー—SST(Social Skills Training)の導入過程からみる矯正「合理性」— 駒澤大学教育学研究論集, 28, 89-132.
- 16) 相川充・佐藤正二(編)(2006). 実践!ソーシャルスキル教育 中学校—対人関係能力を育てる授業の最前線— 図書文化
- 17) 戸ヶ崎泰子(2011). 社会的スキル訓練 日本ストレス学会(監修) ストレス科学事典 実務教育出版
- 18) 佐藤正二・佐藤容子(編)(2006). 学校におけるSST実践ガイド 金剛出版
- 19) 安達知郎(2013). 子どもを対象としたソーシャルスキル尺度の日本における現状と課題—ソーシャルスキル教育への適用という視点から— 教育心理学研究, 61, 79-94.
- 20) 中西陽・石川信一・神尾陽子(2016). 自閉スペクトラム症的特性の高い中学生に対する通常級での社会的ス

- キル訓練の効果 教育心理学研究, 64, 544-554.
- 21) 安達知郎 (2012). 学校における心理教育実践研究の現状と課題—心理学と教育実践の交流としての心理教育— 心理臨床学研究 30 (2), 246-255.
- 22) 岡田智・後藤大士・上野一彦 (2005). ゲームを取り入れたソーシャルスキルの指導に関する事例研究—LD, ADHD, アスペルガー症候群の3事例の比較検討を通して— 教育心理学研究, 53, 565-578.
- 23) 安住ゆう子・三島節子 (2009) 教室・家庭でいまずぐ使える SST 楽しく学べる特別支援教育実践 101 かもがわ出版
- 24) 高橋史・小関俊祐 (2011). 日本の子どもを対象とした学級単位の社会的スキル訓練の効果—メタ分析による展望— 行動療法研究, 37, 183-194.
- 25) 石川信一・岩永三智子・山下文大・佐藤寛・佐藤正二 (2010). 社会的スキル訓練による児童の抑うつ症状への長期的効果 教育心理学研究, 58, 372-384.
- 26) 岡島純子・鈴木伸一 (2012). 自閉症スペクトラム障害児に対する社会的スキル訓練—欧米との比較による日本における現状と課題— カウンセリング研究, 45, 229-238.
- 27) 命婦恭子 (2016). 状況的学習を用いたソーシャルスキル向上プログラムの実践報告—旦過市場大學堂における「たんたんマルシェ」の取り組み— 西南女学院大学紀要, 20, 117-125.
- 28) 竹川大介 (2017). 野研! 大学が野に出た フィールドワーク教育と大學堂 九州大学出版
- 29) 大學堂「屋根裏博物館」<http://www.daigakudo.net/attic.html> (2017年11月8日閲覧)
- 30) 山極寿一 (1994). 家族の起源 東京大学出版会
- 31) 山極寿一 (2008). 人類進化論—霊長類学からの展開— 裳華房
- 32) 西出弘美・江守陽子 (2011). 育児期の母親における心の健康度 (Well-being) に関する検討—自己効力感とソーシャルサポートが与える影響について— 小児保健研究, 70 (1) 20-26.
- 33) 島義弘・桑原麻衣・東郷清代香・森幸美 (2017). 心の理論の発達に影響を及ぼす要因の検討—認知と社会性の個人差に着目して— 鹿児島大学教育学部研究紀要教育科学編, 68, 187-198.

Proposal of a New Strategy for Social Skill Training

Yasuko Meifu *, Daisuke Takekawa **

<Abstract>

In this research focusing on social skills, Social Skills Training (SST) has been implemented mainly in the medical field and education field in techniques for learning social skills. These programs were compared with a program using situated learning and analyzed their characteristics.

In the SST that uses situated learning, the target behavior is not set and the characteristic that clear teaching is not performed was cited. In addition, communication practice scenes were commonplace, and it was shown that it is a program that can generalize learning skills as well as generalizing skills acquired through the program.

Keywords: social skills, situated learning, social capital

* Department of Early Childhood Education and Care, Seinan Jo Gakuin University Junior College
** The University of Kitakyushu

