不安症研究，8(1), 31–45, 2016

〈総　説〉

場面緘黙（選択性緘黙）の多様性 ―その臨床と教育―

久田信行[1]　金原洋治[2]　梶　正義[3]　角田圭子[4]　青木路人[5]

[1] 群馬医療福祉大学
[2] かねはら小児科（山口県下関市）
[3] 関西国際大学
[4] かんもくネット／三田市民病院
[5] かんもくの会（ASMJ）

要約

わが国における，場面緘黙（選択性緘黙）の診断，治療，教育における捉え方について概観した。DSM-5から不安症群に移動したことで，場面緘黙の理解と成人例への注目が促進されるものと推察した。場面緘黙を多く診察しているK小児科の実践を基に，初診時の対応など重要な観点を示した。特に，発話以外の行動や動作に関連する諸症状について検討した。場面緘黙の出現率については，議論のあるところであるが，わが国で最近行われた大規模調査を紹介し，あわせて，学校での対応について述べた。その調査では，小学校段階で，男児0.11%，女児0.20%，全体で0.15%の出現率であった。最後に，国際保健機構（WHO）のICFと，そこから派生したWHODAS2.0を紹介し，場面緘黙の場合，生理レベルや個人レベルの問題もさることながら，社会参加のレベルの問題へ，当事者視点の研究も含めて接近していくことの重要性を論議した。

キーワード：場面緘黙，不安症，出現率，併存症，自閉スペクトラム症

【はじめに】

選択性緘黙（selective mutism：場面緘黙）は，特定の場面（主に学校，職場）で一貫して発話に困難（全く言語表出が無い状態から，必要な事を小声で言う状態まで幅がある）を示すが，他の場面（多くは家庭）では，ほぼ通常の発話ができる状態である。この障害は，WHOの国際疾病分類（ICD-10; WHO, 1992）やアメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM-5）にも記載され，発達障害者支援法の対象にも入っているが，現状では福祉や労働施策の支援や，医療的な治療，教育的支援などを十分に受けていない「忘れられた障害」と言っても良い状況にある。

DSM-5で不安症群の一つに分類された「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（アメリカ精神医学会，2014）（詳しくは後述のTable 1参照）。

DSM-IIIまでは，“elective mutism”と呼ばれており，「ほとんど全ての社会的状況で継続的に話すことを拒否する」，「一つ以上の主要な社会的状況で，断固として話すことを拒否する」と記載されており，本人が発話を拒否しているという解釈であった。しかし，DSM-IVからは，“selective mutism”と名称が改定され「特定の社会状況で，一貫して話すことができない」という表現に変わった。さらに，今度の改定で，ICD-11でも“elective mutism”から“selective

mutism” へと呼称が改定されると推察される（ICD-11 beta Draft）。

DSM-IVで英語の名称が変わったことは，大きな意味がある。“Elective mutism” は “election” 選挙が含意しているように，自ら主体的に選択してしゃべらない，つまり発言を「拒否している」というニュアンスがあり，“selective mutism” はDSM-IVの定義のように，ある特定の場面でしゃべることが「できない」というニュアンスが強い。

DSM-IVで原語は変わったが，邦訳はそのままの「選択性緘黙」で今日に至っている。日本語の語感として理解できる面もあるが，誤解を減少させるために邦訳も「場面緘黙」へと改定する方がよいと考えられる（角田，2011; 久田ら，2014）。この理由から，本稿では，以下基本的には，「場面緘黙」という用語を用いる。

当事者は社会的場面で種々の困難を訴えることが困難であり，家族は家庭内で問題に直面しておらず，学校では担任にとって学級経営上の大きな困難になっていないことが多いため，場面緘黙者の困難を社会へ訴えることが少なかった。

医療的には，診断や治療の方法があるのだが，大きな社会的問題と認識されてないためか，この障害の存在自体が当事者を含め十分意識されていない。したがって，相談や治療を行う機関が非常に少なく，当事者がこれらの機関を自ら訪れることは極めて限られている。

本稿で示した調査（梶・藤田，2015; 梶・藤田，2016）では，場面緘黙児は小学生の0.15%の出現率とみている。脳性まひ児やダウン症児よりも少し高い率だが，肢体不自由児やダウン症児の療育機関にくらべ，場面緘黙児の療育・相談機関等は極端に少ない。

場面緘黙児は，それぞれの場面で状態が異なるため，家庭と学校と医療の連携が不可欠であるが，日本の学校教育制度では連携がとりにくいことも，支援や対応の遅れにつながっていると思われる。

「家庭では話すが，学校では話さない」という症状は，言葉での説明は非常に容易である。しかし，説明しやすいことが，かえって場面緘黙の実態を人々が知ることを阻害している可能性がある。「家では話す」という点を重視して，発話だけが問題なら，いずれ話すようになるだろうと安易に考えている人が多い。動作や表情がぎこちなかったり，固まって動けなくなることや，質問に対して答えがわかっていれば書けるが，自由な作文は困難など，個人差も大きいが，怪我をしても泣き声も出ないほどの自己表現の困難など，「話せない」こと以外の問題が多い。

発症は2歳から5歳が多く，入園，入学の時期に発症することが多い。成人までに緘黙症状を克服する症例は多い。そのため，場面緘黙は自然に改善すると思われているが，成人になっても緘黙症状が続くか悪化する症例の存在が明らかになり，また，緘黙症状は克服しても，発話などの困難が持続し，社会不安や社交不安が顕著な成人の症例が注目されるようになった。

以上，診断を巡る問題を概括してきたが，治療の問題も重要である。自然治癒する症例もかなりの数にのぼると推察されるが，近年，成人になっても症状が続く例や，「緘黙」は克服しても様々な「後遺症」を抱え，社会適応に困難を示す経験者の存在が注目されている。早期治療とともに，成人へのアプローチも大きな課題である。

さらに，場面緘黙は家庭外の学校や幼稚園，保育園で主に現れるため，保育や教育の問題でもあり，所属する学級などの環境要因の検討も必要である。

本稿では，場面緘黙児を多く診てきた小児科の実践を紹介し，さらに教育の場でどのような実態があるかを検討する。最後に，社会的要因を検討するための方向性について，WHOの国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF; WHO, 2001）と，それから派生し，DSM-5でも用い

Table 1　選択性緘黙の診断基準（DSM-5：不安症／不安障害群に分類）

A. ほか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。
B. その障害が，学業上，職業上の成績，または対人的コミュニケーションを妨げている。
C. その障害の持続期間は，少なくとも1カ月（学校の最初の1カ月だけに限定されない）である。
D. 話すことができないことは，その社会的状況で要求されている話し言葉の知識，または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない。
E. その障害は，コミュニケーション症（例：小児期発症流暢症）ではうまく説明されず，また自閉スペクトラム症，統合失調症，または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

（アメリカ精神医学会，2014, p. 193）

られることになった「世界保健機関能力低下評価尺度第2版（WHO Disability Assessment Schedule: WHODAS2.0[注1)]; WHO, 2010）」にも簡単に触れることにする。

【多様な臨床像と併存症の診断について】

場面緘黙についてJohnson & Wintgens（2001）は以下の診断分類を提案している。

①場面緘黙傾向
②純粋な場面緘黙
③話し方や言語の障害を伴う場面緘黙
④複合的場面緘黙（医療・環境・情緒面で他に問題を抱えるケース）

臨床上は，純粋な場面緘黙の問題だけでなく，ほかの障害との関連も検討する必要がある。

1．DSM-5の選択性緘黙の診断基準と解釈について

DSM-5で，選択性緘黙の診断基準は，次のように示されている（Table 1）。

診断する際には「A. 特定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」の項目の評価が大切である。「一貫してできない」とは，全く発話がない状態を指すのではなく，特定の社会的状況での発話がいつも同じくらい困難で，程度が一貫しているという意味である。限定的な発話がある場合は，「緘黙」では無いと誤診されがちだが，「一貫してできない」ならば，場面緘黙の範疇に入る。

DSM-5の診断基準Dで，「話すことができないことは，その社会的状況で要求されている話し言葉の知識，または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない」と記載されている。診断基準Dに該当する問題の代表は知的障害であろう。例えば，学校でも家庭でも同じように発話が乏しい時は，診断基準Dが想定している原因で，場面緘黙に該当しない。しかし，ある知的障害児が家庭に比べて学校で顕著に発話が乏しい場合，その抑制は，場面緘黙に該当する可能性がある。

また，DSM-5の診断基準Eで，「その障害は，コミュニケーション症（例：小児期発症流暢症）ではうまく説明されず，また自閉スペクトラム症，統合失調症，または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない」と記載されている。これらの疾患が原因で発話が乏しいことがあるので，場面緘黙との鑑別が必要である。そのことは踏まえた上でも，小児科の臨床現場では，自閉スペクトラム症（ASD）や小児期発症流暢症（吃音）の併存例がみられる（Table 6）。さらに，緘黙症状がASDの経過中の一症状としては考えにくい例が大部分である。したがって，治療を行う際には，主診断名がASD，従診断名が場面緘黙として，場面緘黙と神経発達症群の両方にターゲットおいた治療を進めていくことが現実に即していると考える。

注1)「フーダス2.0」と呼ぶ。

2. 場面緘黙の多様な臨床像の理解

DSM-5の場面緘黙の項には，行動の制止の記載なども少しあるが，発話，コミュニケーション，不安が主に記載されている。しかし，臨床の場での場面緘黙は，以下のような行動や動作など，発話以外にも多様な症状が見られる。これらの多様な症状の把握や理解は，重症度の判定に加え，支援や治療の方法の選択の面でも大切である。

まず，発話できないといっても様々な状態がある。幼稚園や保育所や学校など家以外の場所では，一言もしゃべらない子もいれば一部の保育士や教師や子どもには小声でしゃべる子もいる。診察室でも全くしゃべらない場合もあれば，普通にしゃべる子どももいる。他の人がいなければ親にはしゃべるが，誰かが来ると表情が急に変わりしゃべらなくなる子も多い。

場面緘黙の症状は発話できないだけではない。表情は無表情のことが多い。気持ちを悟られることを怖れて無表情になると考えると彼らの心情が理解しやすい。身体がぎこちなくなり，こわばった状態の場合や，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応答も困難なことが多く，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。挨拶も苦手で，「こんにちは」や「さようなら」などの簡単なことばを発せないだけでなく，手を振ることも難しい場合が多い。また，級友や教師に非言語的方法で要求や欲求を伝えることができなかったり，質問への応答にも時間がかかる場合が多い。発表を言葉でできる子でも，休み時間の雑談はできないことが多い。授業中の質問では正答が決まっているが，雑談の場合，答えが決まっておらず，考えや思いを文章として思い浮かべられなかったり，自分の主観的な発言を相手がどのように思うかを過剰に気にするものと推察される。

発話の状態は，治療経過中に変化し，安心できるだれか一人に話すことができた後，少しずつ他の子どもや大人に話すことができるようになることも多い。成人にいたるまでに発話が可能になる例が多い。しかし，十数年間，誰にも一言もしゃべらない場合もあり，成人になっても緘黙症状が持続する症例の存在にも留意する必要がある。

河井・河井（1994）は，発話以外の行動や動作について，次のように緘動と記述している。「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」。自験例でみられる緘動は，ぎこちない硬直した動き，スローモーションのようなロボット状の動き，手に全く力が入らず鉛筆が持てない例などがある。学校でトイレに行けない，水が飲めない，給食が食べられないなど日々の学校生活に健康面でも困難な状態が見られる子どももいる。症例によっては，カタレプシーと言える状態を示すこともある。緊張のため心も身体もコチコチになった状態だと考える。

以上のように，場面緘黙の子どもの症状は，しゃべれないだけでなく多様であるが，家など安心できる環境では別人のようにしゃべり，ほかのきょうだい以上に活発なことも多い。不思議である。

3. 場面緘黙の子どもと保護者との初回診察で行っていること

場面緘黙の診断や治療を求めて受診した場合は，前述した子どもの状況により診察法を選択する。発話ができない場合は筆談する場合もあるが，筆談ができないことも多い。目の動きや首を振るなどのYES・NOの意思表示も全くできない場合もある。多くの場合，家族との面接が主体となる。場面緘黙の診断そのものは短時間でできるので，パワーポイントを使って子どもと保護者に場面緘黙の頻度やなぜ症状が起こるのか，経過，今後の取り組みなどの概要を短時間で説明し，その後，保護者単独面接で保護者から詳細な問診を行っている。

Table 2　場面緘黙の子どもの診察時の評価の内容

乳幼児期の気質：新奇場面・人・場でのシャイネス
発症時期：集団デビュー前か後か
保護者同胞の気質：子ども時代のシャイネス・緘黙
不安症の種類と程度：社交・全般性・分離不安など
ASD 傾向度：家での行動の評価。
心身症や精神疾患の併存：抑うつ傾向，神経症など
学習習熟度：答案など持参
知能検査：経過観察後必要に応じて施行
園・学校・地域での適応度：習い事，塾での状態を含む

その内容を Table 2 に示す。緘黙症状の発現時期，緘黙症状発現前の乳幼児期の気質，保護者や同胞の気質，不安の程度や種類の評価，ASD の傾向度，心身症や精神疾患併存の有無，知能検査したことがあればその結果や成績，保育所・幼稚園，学校，習い事の場での発話の状況や適応度などを確認する。

インテーク面接が一段落したら，場面緘黙質問票（SMQ-R）（かんもくネット，2011）（Table 3, 4），親面接式自閉スペクトラム症評定尺度評定尺度（PARS-TR）（PARS 委員会，2008），不安傾向評定尺度（西澤，2011）の記入を依頼し結果を説明する。

今後の対応の説明は，かんもくネット発行の資料や書籍「なっちゃんの声」（はやし・金原，2011）・「どうして声がでないの」（はやし，2013）を活用し関わり方を情報提供する。心理面接の希望があれば予約し，居住地の通級指導教室や相談機関の利用希望あれば情報提供書作成を行う。

4.　K小児科を受診した場面緘黙と併存症

平成12年3月1日から平成27年11月31日までの期間の相談外来受診者は2,343名で，場面緘黙の診断名の記載があった症例は190名（8.1%）であった。58%が女性であり，居住地は市内が半数で県外が19%であった。Table 5 に示すように症状発現時期は幼児期が82.6%であるが，受診時期の幼児期は37.9%と少なく，多くは小中学校の時期に受診する。発症から受診までにかなりのタイムラグが認められる（Table 5）。

ASD（疑いを含む）併存例は38.2%だったが，受け身的な症例が多かった。知的障害が20例，10.5%に見られ，登校，登園しぶりがあったものは15例，7.9%だった（Table 6）。その他，脳性麻痺，摂食障害，ダウン症，先天性筋ジストロフィーなどの併存例があった。

5.　場面緘黙例と不安症の関係

5–1.　場面緘黙症例の不安傾向度の評価

場面緘黙は，DSM-5では，社交不安症，全般性不安症，分離不安症，特定の恐怖症などの不安症群の一つに分類されており，他の不安症群の併存例が多いので，不安症の併存の評価を行うことが大切である。K小児科では，子どもの不安傾向の評価として，幼児には西澤の改訂版幼児用不安傾向評定尺度，学童期はSCASスペンス児童不安尺度（Spence, 2015）で評価している。

5–2.　場面緘黙と不安気質・不安症との関係

場面緘黙は，過去の文献でも社会恐怖や社交不安症との関連が最も強いと報告されてきた（Viana et al., 2009）。

場面緘黙症例の詳細な病歴をとってみると，物心ついた頃からすでに不安症状があった例が多い。K小児科の症例でもほとんどの例に不安症が併存している。特定の恐怖症はあまり多くはない。

社交不安や社会恐怖が強い子どもは，幼児期早期から，初めての人や場面で不安が高まり，親にしがみつき，大声で泣いたりかんしゃくをおこしたり，無表情になったり動作が固まったりやすいし，初めての人や場面を回避する。場面緘黙の子どもは集団デビューする前から，これらの行動を示す子どもが多い。

幼児期には，不安症として説明するのではなく，不安気質が強めの子どもだと説明すると良い。社交不安症は遺伝的な素因がベースにあり環境や体験の影響を受けて発症する。子どもの

Table 3　発話状態の評価　SMQ-R（Bergman, かんもくネット訳）

お子さんのこの2週間の行動についておうかがいします。次の各文について，どれがあてはまるかお答え下さい。（0 全くない・1 まれにある・2 よくある・3 いつも）

A幼稚園や学校
①（　）必要に応じて，たいていの同級生と学校で話す
②（　）必要に応じて，特定の同級生（友達）と学校で話す
③（　）先生の問いに，声を出して答える
④（　）必要に応じて，先生に質問する
⑤（　）必要に応じて，たいていの先生や学校職員と話す
⑥（　）必要に応じて，グループの中やクラスの前で話す
A計（　　）点
B家庭や家族
⑦（　）必要に応じて，よその人が家にいても家族と話す
⑧（　）必要に応じて，慣れない場所でも家族と話す
⑨（　）必要に応じて，同居していない親戚の人（例えば祖父母やいとこ）と話す
⑩（　）必要に応じて，親や兄弟と電話で話す
⑪（　）必要に応じて，家族で付き合いのあるよく知っている大人と話す
⑫×（　）必要に応じて，家で特定の友達と遊ぶとき話す（←得点に含めない）
B計（　　）点
C社会的状況（学校の外）
⑬（　）必要に応じて，知らない子どもと話す
⑭（　）必要に応じて，家族の知り合いだが知らない大人と話す
⑮（　）必要に応じて，医者や歯医者と話す
⑯（　）必要に応じて，買い物や外食でお店の人と話す
⑰（　）必要に応じて，おけいこごとや学校外のサークル活動で話す
C計（　　）点
SMQ-R得点　A＋B＋C＝（　）点

⑫は，調査するが得点には加えない。

（かんもくネット，2011）

Table 4　場面緘黙質問票（SMQ-R）成績

	場面緘黙児平均	他児平均
A計　幼稚園や学校	1.8	15.9
B計　家庭や家族	8.5	14.5
C計　社会的状況	1.7	12.5
SMQ-R	12.0	42.9

かんもくネット（2011）より

Table 5　K小児科を受診した場面緘黙症例の発症時期と初診時期

	時期	人数
発症時期	幼児期	157
	小学校時代	30
	中学校以上	1
	不明	2
初診時期	1〜5歳	71
	6〜11歳	81
	12〜17歳	31
	18歳以上	6

場合，強い人見知り，極端な引っ込み思案，場面緘黙，登園しぶり，不登校などの形をとることが多く，重症の場合は引きこもりの状態になる場合もある。

家族歴の聴取も重要である。Black & Uhde

Table 6　K小児科の場面緘黙症例における主な併存症（190例中）

併存症	人数
ASD（疑い・傾向含む）	74
知的障害	20
IQ60～69	14
IQ50～59	4
IQ40～49	2
登園拒否・不登校（傾向含む）	15
ADHD	5
LD	4
遺尿症・遺糞症	4
てんかん	3
吃音	3
チック症	3

（1995）は，30名の場面緘黙児を調査し，社会恐怖や回避性障害の既往がある親を持つ場合が70%，親に場面緘黙の既往がある児が37%と報告している。

場面緘黙の行動特徴は，Kagan et al.（1987）の抑制的気質の記述と酷似している。行動抑制的気質の子はシャイネスと関連する生理指標を示す。Kristensen（2000）は，場面緘黙と社会恐怖は，行動抑制的な子どもが発達段階で示す症状と考えている。

6. 場面緘黙と発達障害の関係

発達上の問題の併存も多い。Kristensen（2000）の報告では，場面緘黙児の68.5%は発達障害・発達遅滞に該当（言語障害50%，発達性協調運動障害17%，軽度精神遅滞7.7%，アスペルガー症候群7.7%など）し，また，場面緘黙児の74.1%は何らかの不安症の診断基準に該当したと報告している。

6-1. 場面緘黙とASDの関係

ASDの特性がある子どもは，発話も苦手であるだけでなく，状況が読みにくく不安が強く，対人関係やコミュケーションが苦手な子どもが多いので，場面緘黙を併存しやすい素因をもつ子どもだということは容易に想像できる。場面緘黙児では，受診時には全くしゃべらないばかりか，質問に対しても頷いたり，首を振ったりすることもしない例や，「緘動」を示す例もあるためASDとの鑑別が困難な例も多いので，初診時の行動だけで診断してはいけない。場面緘黙を発症する前の状態や家での行動など詳細な問診が不可欠である。また，長期間の経過観察によってはじめて鑑別や併存疾患の診断ができる例もある点に注意する。K小児科が経験した症例では，場面緘黙の症例の中にASDは38.2%いたが，受け身的な症例が多かった（金原，2009）。

【場面緘黙児への治療的アプローチ】

治療仮説として，場面緘黙とは，コミュニケーションの困難がある場面で，その解決策として直観的にとった「話さないでいる」という回避行動が習慣となった状態となったものと考えられる。回避行動を行うと不安が一時的に減少するため，緘黙症状が維持されやすい。環境側は場面緘黙児に対して働きかけを減らす結果になるため，コミュニケーションの機会は減り，社交スキルの発達の機会が奪われる。子どもの社交不安が高まり，コミュニケーション行動へのハードルが高くなるという悪循環が生じると考えられる。

場面緘黙児をみていると，学習面での困難，話し言葉や文の構成の苦手，運動，感覚統合の問題など，対応や支援を要する併存障害が潜在していることが多い。保護者から「家庭では普通に話す」とされていても，家庭での会話録画を見てみると，リラックスしている場面でも軽い話し言葉の苦手を持つことは多い。したがって，発達障害など併存症の有無を診断することが不可欠で，不安の軽減や症状改善には，このような点への理解や支援が欠かせない。

場面緘黙の治療法は確立されていないが，不安症と同様に，行動療法（加藤・小林・財部，1981），認知行動療法，臨床動作法，またSSRIなどの薬物療法の併用の効果が報告されてい

Table 7 心理士面接後1年以上経過した90例の変化

SMQ-Rの変化	症例数	評価
20点以上	13	概ね治癒
10点以上	22	著明改善
5〜9点	23	中等度改善
1〜4点	21	軽度改善
変化無し	10	変化無し
0以下	1	悪化

る。また，家庭と学校の連携，教育・医療・福祉など多領域連携が必要な領域であると認識されている。

K小児科で，心理士面接後1年以上経過した90例の変化をSMQ-Rで調べたところ，約三分の二が中等度以上改善している（金原，2016; Table 7）。

行動療法では，すでに，内山（1959b）が22例中17名に効果を認めるなどの成果を挙げ，今日では，支援しつつ段階的に不安が高い状況に直面させる刺激フェイディング法が効果的とされている（園山，1992; 松村，1992, 1998など）。

親を対象に心理教育を行い親が行動療法を実践する方法（McHolm et al., 2007）や学校場面で行われる行動療法（Johnson & Wintgens, 2001）の効果も確認されている。ただしこれらの行動修正法は，子どもが幼い時期からの開始が効果的であり，高頻度で行うことが必要とされる。

わが国で開発された臨床動作法（動作療法）の効果も報告されている（藤岡ら，1994; 河野，2012など）。

成長して自然に症状が改善されたケースが存在するが，よく観察すると，環境側の対応や支援，本人のコミュニケーション意欲の高まりなどが，よいタイミングで合わさった結果であることが読み取れる。8, 9歳を過ぎてからの支援では，よりゆっくりとした症状改善となることが多いが，支援なく学校生活を過ごすと，うつ病やほかの不安症，不登校を併発したり，学業面や社会面での発達を阻害するリスクが高まる。

【場面緘黙の出現率と学校の対応】

1. 神戸市立小学校における調査から

場面緘黙の出現率について，DSM-5では，0.03〜1%と非常に幅のある値が記載されている（アメリカ精神医学会，2014）。世界的に見ても一致したデータは得られていない。米国で幼稚園・小1・小2の3学年の子どもについて教師が回答する方法で実施された最近の調査では，場面緘黙の出現率は0.71%（Bergman et al., 2002），同じ年齢段階の子どもを対象として教師が回答したイスラエルの調査では，0.47%（Elizur & Perednik, 2003）であった。トルコのコジャエリ県（Kocaeli）（人口1,437,926人; 2007）の公立と私立すべての幼稚園・小学校1・2・3年に在籍する4年齢段階の子どもを対象として教師に回答してもらう大規模調査（Karakaya et al., 2008）では，場面緘黙の出現率は0.82%（526/64,103）であった。教師によって場面緘黙の兆候があると判断された526人のうち，児童精神科医が場面緘黙と確定診断を下したのは21人（21/64,103で0.033%）であった。

わが国においては，1950年代から1980年代にかけて大規模な調査も含めいくつもの調査が行われている（内山，1959aなど）。河井・河井（1994）がまとめた表を参考に，ほかの2調査を加えたものがTable 8である。村本（1983）の調査の後，場面緘黙に関する大規模な調査は実施されておらず，わが国においても場面緘黙の出現率に関する一般化できるデータは得られていない。

本稿では，神戸市の公立小学校に在籍する児童を対象として，2015年に行われた調査結果（梶・藤田，2015; 梶・藤田，2016）の一部を報告する。

2. 調査方法

調査は2部で構成され，第1部は，特別支援

Table 8　場面緘黙の出現率（日本の調査）出現率は％

調査者	発表年	調査対象と人数	年齢			性差		
			幼	小	中	男	女	全体
内山	1959	小学校児童24,245人（男12,279人・女11,966人）		0.19		0.14	0.24	0.19
東畑・藤原	1967	小中学校児童・生徒35,715人		0.44	0.29			0.38
深谷・伊藤松崎・野田	1970	公立幼稚園児5,950人	0.47			0.46	0.48	0.47
群馬県教育センター	1978	小中学校児童・生徒小2,012人・中2,566人		0.15	0.04			-
群馬県太田市立中央小学校相談指導室	1979	小学校児童13,306人		0.15				0.15
	1980	小学校児童14,463人		0.20				0.20
*村本	1983	小中学校児童・生徒小43,713人・中22,026人		0.027	0.041			0.032
*梶・藤田	2015	小学校児童77,038人（男39,614人・女37,424人）		0.15		0.11	0.20	0.15

河井・河井（1994）を参考に作成　*は追加

Table 9　神戸市公立小学校における場面緘黙の出現率（人（％））

学年	男児		女児		合計	
	全体	場面緘黙	全体	場面緘黙	全体	場面緘黙
1	6,547	6（.09）	6,040	10（.17）	12,587	16（.13）
2	6,520	8（.12）	6,195	10（.16）	12,715	18（.14）
3	6,464	6（.09）	6,065	12（.20）	12,529	18（.14）
4	6,399	4（.06）	6,296	18（.29）	12,695	22（.17）
5	6,796	8（.12）	6,313	13（.21）	13,109	21（.16）
6	6,888	11（.16）	6,515	10（.15）	13,403	21（.16）
計	39,614	43（.11）	37,424	73（.20）	77,038	116（.15）

教育コーディネーターに，学年ごとの男女数と男女別場面緘黙児数等を質問した。第2部では，緘黙児のいるクラスの担任に，クラスの男女別人数，場面緘黙の男女別人数，場面緘黙の程度，場面緘黙児への対応法，場面緘黙児の保護者との連携・協力等を質問した。調査は2015年2～3月に実施した。

3.　出現率について

第1部の回収率は100％であり，結果はTable 9のとおりである。

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％）であった。男女比は1 : 1.7で女児が多かった。

本調査の結果は，①神戸市の調査時の人口は1,535,377人で，2007年に調査された時点のトルコ・コジャエリ県の人口とほぼ等しく，大規模な調査である。②神戸市の児童数は調査時点で学校ごとに記載されているので信頼できる。③調査対象の特別支援教育コーディネータは，特別な支援が必要な児童をほぼ把握しており，また，同僚にも確認して回答することが多いの

で，取りこぼしは考えにくい。④場面緘黙を焦点に調査しているので，他の障害との混同などは生じにくい。これらの理由で，かなり信頼できる調査と考えられる。

その結果が，アメリカ，イスラエル，トルコのいずれの出現率より低かった。その理由については，明らかでなく，さらなる研究が必要である。

4. 学校における実態

第2部の結果（n＝93，回答率80.2％）を報告する。

4–1. 場面緘黙児の状態について（複数回答）

結果をTable 10の（1）に示す。「学校では全くしゃべることができない」は17％であった。特定の友達と話せたり（61％），はいといいえの返事はできたり（29％）するなど，少ししゃべるという状態が多い。

4–2. 学校の支援内容

Table 10の（2）に示す。「少しでも言葉を話すように積極的にはたらきかける」と「話し言葉にこだわらず，児童の意思表示ができるようにはたらきかける」が多い。話し言葉を中心とした支援だけでなく，話し言葉以外の支援の工夫も多く行われていることがうかがえる。

例えば，「選択肢を3つほど用意し，気持ちをあらわしやすくしている」，「日記や自主学習ではたくさん家のことや好きなことを書くので，たくさん返事をかくようにしている」などの記述がみられる。

学校の先生が熱心に家族への対応を工夫していることがうかがえた。一方，現在行っている対応に自信が持てないという悩みやはたらきかけが十分にできていないという課題もみられた。

4–3. 家庭との連携について（複数回答）

結果がTable 10の（3）に示される。「家庭の様子と学校の様子を伝え合うようにしている」が65％と最も多く，「家族と担任で一緒に対応を相談している」が62％であった。これに「家庭・学校が定期的に対応を話し合う会を持っている」の12％を合わせ，どのケースも教員が何らかの連携を家庭と行っていることが推察される。しかし，「家族と一緒に専門機関の相談を受けている」は20％と少なかった。その他

Table 10 場面緘黙の状態

（1）場面緘黙児の状態について（複数回答）	％
学校では全くしゃべることができない	17
学校ではほとんどしゃべれないが，特定の友人とは少ししゃべれる	61
はい・いいえの返事をする	29
学校ではほとんどしゃべれないが，うなずくなどのジェスチャーはする	49
その他	32
（2）場面緘黙児への支援について（複数回答）	
少しでも言葉を話すように積極的にはたらきかける	68
話し言葉にこだわらず，児童の意思表示ができるようにはたらきかける	68
あえて働きかけない	25
本人が溶け込みやすい雰囲気作りを工夫している	65
その他	37
（3）家庭との連携について（複数回答）	
家族と担任で一緒に対応を相談している	62
家庭の様子と学校の様子を伝え合うようにしている	65
家族と一緒に専門機関の相談を受けている	20
家庭・学校が定期的に対応を話し合う会を持っている	12
その他	15

としては，スクールカウンセラーと相談・連携をとりながら支援を行っている記述が6件みられた。これらのことから，保護者，家庭と学校の連携はとられているが，医療などの専門機関とのつながりは十分ではなく，場面緘黙児やその家族，教師への専門的な支援の確立と連携の促進が大きな課題と言える。

教育委員会や教育センター等では，場面緘黙児の理解や支援について資料を作成するなど，情報の普及と研修に取り組んでいるところが少なくない。しかし，多くの保護者が，学校では特に何も言われなかったとか，どこへ相談に行ったらいいか分からない，どこの病院へ行ったらいいか分からなかったなどの訴えが多いのが現状である。さらに今後，各地で行われている場面緘黙の子どもへの対応を共有し発展させる取り組みが必要である。

【場面緘黙と社会的要因】

以上みてきたように，場面緘黙では，社会的な要因が症状の発現や経過と予後に大きな影響を与えていることは明らかである。また，その社会的要因への対処の仕方が場面緘黙へのアプローチにおいて重要になってくる。

1. WHODAS2.0

DSM-5から多軸診断を止めたことはよく知られているが，第5軸がどうなったかはあまり知られていない。DSM-5の序論[注2)]に「さまざまに変化する重症度を示す尺度として世界保健機構能力低下[注3)]評価尺度（WHODAS）がすべての医学分野で適用でき，より限定的な「機能の全体的評定」（GAF）尺度に代わるものとして取り込まれた。これは全体的な能力低下の程度を評価する標準的な方法であって，国際生活機能分類（ICF）に基づいたものである。」と書かれている。

DSM-5の『評価尺度』の節[注4)]に簡単な説明と36項目自己記入式質問紙があげられている（アメリカ精神医学会，2014）。ただし，質問紙の部分は英文のままである。日本語訳と小規模の試行は行われていた（田崎・山口，2012）が，訳語の問題などもあり，翻訳されなかったものと思われる。なお，最近，マニュアルが翻訳されている[注5)]（WHO, 2015）。

次に挙げる6領域の生活機能レベルを測定するため，36項目，12項目，12＋24項目の3つの版が開発されており，それぞれ，インタビュアーの聞き取りによるインタビュー版，被調査者自ら記入する自己記入版，代理人による代理人版などがある。

各質問項目に関して，過去30日間で，どの程度の困難さがあったかを5段階（「全く問題なし」1点～「全く何もできない」5点）で問う。その結果は，得点が高いほど，生活機能の困難を有していることを示す。

項目の数は少ないが，その内容は

1　理解とコミュニケーション
2　運動・移動
3　自己管理・身辺自立
4　人との交流・人と過ごすこと
5　日常生活（家事，学業／職業）
6　社会参加

の6領域が測定される。

WHODAS2.0は，ICFを踏まえて作成されており，その生活機能の内，活動と参加についてエッセンスをまとめた簡易版と考えてよい。

もともと，WHODAS2.0は成人用であるが，36項目代理人版をもとに児童用生活機能評価

注2) DSM-5序17頁。

注3) WHODAS（The World Health Organization Disability Assessment Schedule）2.0は，世界保健機関（WHO）が開発した健康と障害について文化的影響を除いて測定する標準ツールである。様々の考えがあって「能力低下」と訳しているのだろうが，従来の用法では，「WHO障害評価尺度」と訳したほうが理解しやすいだろう。

注4) DSM-5, 730～742頁。

注5) あくまで英語版マニュアルの翻訳であり，日本版の標準化でない点に注意。また，訳語の問題も解決されていない。

票を作成し，障害のある児童について分析した研究（上田，2013）がある。この研究から，児童版の作成は十分可能性がある。

2. ICFの図式から場面緘黙を考察

さて，場面緘黙の場合，明らかに社会的要因の影響が強く，その検討のためには，生物学的原因や個人の諸機能，そして社会参加の問題までを幅広く考える思考の枠組みが必要である。その点，ICFは世界で広く使われており，多職種間の共通語としても普及が図られつつあるので，わが国でも本格的に取り組む価値があると思われる（久田，2011）。

ICFの生活機能は三層構造になっており，上田（2005）は，生活機能のそれぞれの層は，基底にある心身機能・身体構造が「生物のレベル」，中間の活動は「個人のレベル」，最上層の参加は「社会のレベル」に対応し，全体で生活のすべての層を表しているとしている。この考えを参考にFigure 1を作成した。Figure 1の下段はICFの要素間の関連を示した図式である[注6)]。本稿では，その上に，学問領域の階層構造を図式化して併記した。

この図で考えると，場面緘黙は，活動のレベルで「発話が少ない」という行動特徴から定義されているが，基礎研究として，左の心身機能（生物のレベル）としての発話に関係する機能障害の可能性を検討する必要がある。その際，遺伝要因の検討も含まれてくる。精神薬理学的な研究も重要である。

同時に，右の参加（社会のレベル）に関係する「参加制約」のさまざまな姿を，幼稚園や学校における特別支援教育分野での研究や当事者へのインタビューや手記などで明らかにし，どのような参加制約があるか検討する必要がある。そこには社会福祉からの発想も必要である。

現在の場面緘黙児者への支援や治療は主に，活動（個人のレベル）で，さまざまな練習をして活動困難を克服することが図られ，一定の成果をあげている。同時に，環境調整として，参加の在り方や，周囲の人々（例えば級友）の協力をどう得るかという側面にもアプローチしている（土居ら，2010など）。

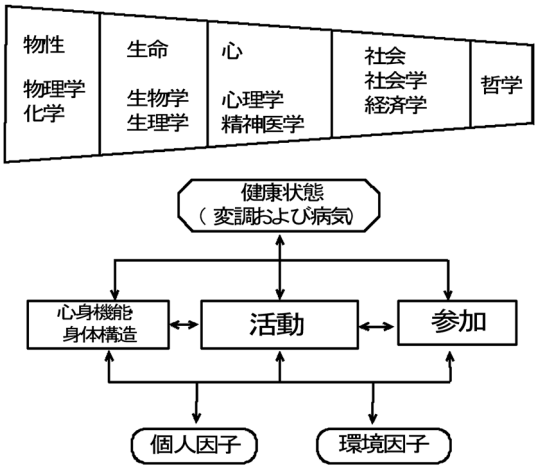


Figure 1　生活機能の要素間の関連と背景の学問の階層

ICFの各要素は，心身機能が心理・生理諸機能の基礎的領域に対応し，身体構造はその物理的特性も含む。活動は主に個人の心理的活動（機能が発揮されている姿）と対応し，参加は社会へ主体的に参加し，価値を創造する。精神医学は哲学的な「現存在」の問題も化学物質の中毒にも関連するが主に心理的諸機能の状態を探求することが多い。

特に，参加制約への取り組みは，基本的にいろいろな人が多様な在り方で参加することを許容する共生社会において，多様性（ダイバーシティー）を尊重することが実現する集団・社会の構築の一環といえる。お互いの違いを尊重しつつ，共通の目標に努力していく集団は強靱で，社会の変化への対応も優れているとされている（セン，2000）。このように，哲学的ないし価値に関連する分野もある。このことは，精神医学が過去に，哲学と非常に深い関連を示したことにも対応すると考えられる。

このことは，かなり基本的な問題を含んでいる。Figure 1の哲学の領域で，最近「拡張され

注6)　この図では，個人因子と環境因子の位置を左右入れ替えている。

た心」（Clark & Chalmers, 1998; 河野，2008）が語られるようになった。心は脳の中にあるのか，環境も含めた現象として心があるのか（つまり環境にまで心が拡張されていると考える視座）という問題である。特に，場面緘黙という現象を考えるとき，脳の作用だけを考えることはできない。極めて場面（状況）の要素が大きい現象で，場面も含めた心の把握が重要になってくるものと推察される。

成人の場面緘黙の人の中には福祉的な支援が必要な症例もある。「選択性緘黙」や吃音が発達障害者支援法の対象に入っていることはあまり知られていない。この面での啓発も必要である。何より，周囲の人々が，その困難を理解し，共に生活し，社会人として成長していける社会を構築することが，精神障害者が参加できる社会の構築にもつながっているといえよう。国連の持続可能開発目標（国際連合，2015）には，以下のように書かれている。

> **8.5** 2030年までに，若者や障害者を含むすべての男性及び女性の，完全かつ生産的な雇用及び働きがいのある人間らしい仕事，ならびに同一労働同一賃金を達成する。

【文献】

アメリカ精神医学会　染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村　將・村井俊哉（訳）（2014）．日本版用語監修日本精神神経学会　高橋三郎・大野　裕（監訳）DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル　医学書院（American Psychiatric Association（2013）Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Pub.）.

Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946.

Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856.

Clark, A., & Chalmers, D. (1998). The extended mind. *Analysis*, 58, 10–23.

土居正人・酒井恵理・服部友紀・出羽章彦・園田順一（2010）選択性緘黙児における介入の般化過程　臨床心理相談研究所紀要，7, 21–26.

Elizur. Y, & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism and native families: A controlled study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42(12), 1451–1459.

藤岡孝志・阿部美津子・日野量子（1994）．場面緘黙の生徒への保健室における対応―動作法と絵画を通して―　山形大学教育実践研究，3, 9–19.

はやしみこ・金原洋治（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.

はやしみこ（2013）．どうして声が出ないの？：マンガでわかる場面緘黙　学苑社.

久田信行・藤田継道・高木潤野・奥田健次・角田圭子（2014）．Selective mutismの訳語は「選択性緘黙」か「場面緘黙」か？　不安症研究，6(1), 4–6.

久田信行（2011）．国際生活機能分類（ICF）の基本的概念と評価の考え方―「生活機能」と「潜在能力」を中心に―　群馬大学教育実践研究，28, 179–191.

Johnson, M., & Wintgens, A. (2001). *The Selective Mutism Resource Manual*. London: Speechmark Publishing.

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58(6), 1459–1473.

梶　正義・藤田継道（2015）．場面緘黙の出現率に関する基本調査（1）小学生を対象として　日本特殊教育学会第53回大会発表論文集.

梶　正義・藤田継道（2016）．場面緘黙の状態，教師の対応，家庭との連携に関する調査　日本特殊教育学会第54回大会発表論文集.

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，28(6), 811–821.

金原洋治（2009）選択性緘黙例の検討―発症要因と併存障害を中心に―　日本小児科医会会報，38, 169–171.

金原洋治（2016）．開業小児科医を受診する場面緘黙の臨床像，第8回日本不安症学会シンポジウム　場面緘黙―知られていない実態.

かんもくネット（2011）．場面緘黙質問票．http://kanmoku.org/tool.html（2016年6月30日取得）.

Karakaya, I., Sişmanlar, S. G., Oç, O. Y., Memik, N.

C., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., & Yavuz, C. I. (2008). Selective mutism: A school-based cross-sectional study from Turkey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(2), 114–117.

加藤哲文・小林重雄・財部盛久（1981）．中度精神遅滞児の選択性緘黙反応に対する行動療法的アプローチ　行動療法研究，7(1), 2–8.

河井芳文・河井英子（1994）．場面緘黙児の心理と指導　田研出版.

河野文光（2012）．場面緘黙症児のことば・からだ　愛知淑徳大学論集―心理学部篇―　第2号，37–47.

河野哲也（2008）．暴走する脳科学―哲学・倫理学からの批判的検討―，光文社新書.

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), 249–56.

松村茂治（1992）．場面緘黙児の発話行動の般化を促進するための学校場面におけるフェーディング法の適用（資料）　行動療法研究，18(1), 47–60.

松村茂治（1998）．クラスのなかの場面緘黙：緘黙児とクラスの子どもたちとのふれあい　東京学芸大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要，22, 75–91.

McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. 河井英子・吉原桂子（共訳）（2007）．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（McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K.）（2005）*Helping Your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. Oakland: New Harbinger Pubns. Inc.).

村本克己（1983）．学校における緘黙児の実態調査　情緒障害教育研究紀要，2, 77–80.

中島健一（1986）．（痴呆）緘黙老人―身体の感じを味わう―　障害児臨床シンポジウム1・動作療法，79–85.

西澤千恵美（2011）．幼児の不安傾向とその関連要因の検討―改訂版幼児用不安傾向評定尺度の作成―　発達研究，25, 121–134.

PARS委員会編著（2008）．PARS広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度　スペクトラム出版.

セン，A.（2000）．自由と経済開発　石塚雅彦（訳）　日本経済新聞社刊.

園山繁樹（1992）．行動療法におけるInterbehavioral Psychologyパラダイムの有用性―刺激フェイディング法を用いた選択性緘黙の克服事例を通して―　行動療法研究，18(1)，61–70.

Spence, S. H.（2015）．石川信一（日本語版作成）　SCASスペンス児童用不安尺度　三京房.

田崎美弥子・山口哲生（2012）．WHODAS2.0日本語版開発研究　平成23年度財団法人厚生統計協会委託調査研究　研究成果報告書.

内山喜久雄（1959a）．小児緘黙症に関する研究-1-　北関東医学，772–786.

内山喜久雄（1959b）．小児緘黙症に関する研究-2-　北関東医学，786–799.

上田　敏（2005）．ICF（国際生活機能分類）の理解と活用―人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどうとらえるか（KSブックレット）―　きょうされん発行.

上田浩之（2013）．児童生徒の生活機能評価票の探究的研究：国際生活機能分類（ICF）の簡約調査票（WHODAS2.0）を参考に　群馬大学大学院教育学研究科　修士論文.

国際連合（2015）．持続可能な開発のための2030アジェンダ（外務省仮訳）．http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000101402.pdf（2016年7月1日採取）.

Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). 'Selective mutism: A review and integration of the last 15 years.' *Clinical Psychology Review*, 29, 57–67.

World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF.（World Health Organization障害者福祉研究会（訳編）（2002）．ICF国際生活機能分類―国際障害分類改定版　中央法規出版）.

World Health Organization (1992). ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines（World Health Organization融　道男・小見山　実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士（訳）（2005）．ICD-10精神および行動の障害―臨床記述と診断ガイドライン―医学書院）.

World Health Organization (2010). Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0（World Health Organization田崎美弥子・山口哲生・中根允文（訳）（2015）．健康および障害の評価　WHO障害評価面接基準マニュアルWHODAS2.0　一般財団法人日本レジリエンス医学研究所発行）.

Diversity of Selective Mutism: Clinical Care and Education for Person with Selective Mutism

Nobuyuki Hisata[1] Yoji Kanehara[2] Masayoshi Kaji[3]
Keiko Kakuta[4] Michihito Aoki[5]

[1] Gunma University of Health and Welfare
[2] Kanehara Pediatrics Clinic
[3] Kansai University of International Studies
[4] Kanmoku Net/Sanda Municipal Hospital
[5] Association of Selective Mutism in Japan

Abstract

We surveyed public awareness of selective mutism in terms of diagnosis, treatment, and education in Japan. In DSM-5, selective mutism was reclassified as an anxiety disorder. Therefore, we expect the change to promote a better understanding of the problem and to focus greater attention on adults with selective mutism. We described the important aspects, such as management of children upon the first visit to a hospital, based on practical experience from K Pediatrics Clinic, which has provided treatment for many children with selective mutism. Specifically, we examined the symptoms related to nonverbal communication and nonspeaking behavior. Although the incidence of selective mutism is controversial, we introduced a large-scale survey recently conducted in Japan and outlined the management of children with selective mutism in schools. According to the survey, the incidence of selective mutism in grade-school children was 0.15–0.11% for boys and 0.20% for girls. In conclusion, we introduced the ICF approved by the World Health Organization and the WHODAS 2.0, which was derived from the ICF. We discussed the importance of the approach to a solution to the level of social participation, including studies to provide patient-led views of selective mutism, as well as physiological and individual level solutions in order to resolve the problem of selective mutism.

Key Words: selective mutism, anxiety disorder, incidence, comorbidity, autism spectrum disorder