

第68回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム 5

神経発達症セミナー

場面緘黙（選択性緘黙）の理解と対応

高木 潤 野（長野大学社会福祉学部）

場面緘黙（Selective Mutism：SM, DSM-5 においては選択性緘黙と表記される）は、主に幼児期から児童期に発症する不安症の一つで、話す力を有しているにもかかわらず、学校等の社会的状況で話すことができないことを主な症状とする。DSM-5（American Psychiatric Association, 2013）における診断基準は次のとおりである（表1）。

表1 選択性緘黙（Selective Mutism）の診断基準

- | |
|--|
| 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か月（学校の最初の1か月だけに限定されない）である |
| (D. および E. は省略) |

本稿では、SMの主な障害の概要および疫学的実態、基本的な介入の方針について、近年の知見も踏まえて述べる。

I. 障害の概要

SMは典型的には「学校（園）で話せない」という形で現れる者が多いが、その範囲や程度はさまざまである。ここではまず、「緘黙症状」と「緘黙症状以外の症状」に分けて、多様なSMの症状について述べたうえで、制度上の位置づけについても概説する。

1. 緘黙症状（話せないこと）

学校においても、まったく話せない（声が出せない）者だけでなく、親しい友人や担任等、特定の相手となら、あるいは特定の状況なら話せるという子どもは少なくない。特定の状況とは、「親しい友人と二人だけ」、

「担任から個別に返答を求められたとき」、「少人数で音読や発表をするとき」、「養護教諭（またはスクールカウンセラー等）と二人だけで話すとき」等さまざまである。アセスメントにおいては「話せないこと」だけでなく、「話せている相手や状況」にも注目することが不可欠である。

学校以外の社会的状況として、家族以外の親戚、塾や習い事、お店や近所の人との関わり等が挙げられる。医療機関を受診している者であれば、医師等との関わりも一つの社会的状況である。SMの症状は必ずしも「慣れている相手や状況では話しやすい」というわけではなく、こういった学校以外の社会的状況の方が話しやすいという子どもは珍しくない。

このため、「学校では話せないが、医師による診察（または心理師との面接）では声が出せた」とような状態となることもある。このような場合、「病院で話せたからSMではない」という診断がなされてしまうこともある点に注意が必要である。診察において（のみ）話せても、学校等で明らかに緘黙症状が認められる場合は、SMと判断することが求められる。

なお、SM児者の多くは家では話せるという点も理解しておく必要がある。上記の診断基準でも、まずは「ほかの状況で話しているにもかかわらず」と述べられている。「家ではよく話す」、「家ではうさいくらいに話す」というのはSM児の保護者からよく聞く状態像である。筆者ら（高木, 2015; 高木ら, 2020）の行った保護者を対象とした聴き取り調査においても、家ではよく話すという様子が一貫して語られている。

一方、SM当事者（青年期以降も含む）によっては、「家族とも話せない」とような重篤な症状を示す者も

存在する。このような状態は「全緘黙」と呼ばれることがある。

2. 緘黙症状以外の症状

筆者の経験からいえば、「話せない」という症状のみを示すSM児者は稀である。ほとんどは何らかの「話すこと以外」の行動の抑制を示す。人前で「食事ができない」、「トイレに行けない」といった生理的な行動の抑制を示す者は低年齢のSM児では多いが、このような症状が中学生になっても認められることがある。学齢期では、学校で「字が書けない」、「着替えができない」、「運動ができない」、「体が固まって動かない」のような症状が認められることも稀ではない。

筆者らが2019年度から実施している大規模な実態調査では、学校（園）に行けないという不登校（不登園）の症状を示す者もかなりいることが明らかになった。特に小学校高学年以降は不登校のリスクが非常に高くなることを知っておく必要がある。いずれにしても、介入にあたっては「話せないこと」のみに注目するのではなく、それ以外の困難や生じている問題についても把握したうえで対応することが求められる。

このようなSM児者における緘黙症状以外の症状は、SM自体の症状というよりも「併存症」として捉えるのが妥当ではないかと考えられる。SMにはほかの不安症の併存が多いことが知られており、特に社交不安症は非常に多くのSM児に認められることが指摘されている（Black & Uhde, 1995；Chavira et al., 2007など）。近年の知見では、22件の論文を対象にしたメタ分析によって、不安症の併存率は80%、そのうち社交不安症の併存は69%であったことが報告されている（Driessen et al., 2019）。社交不安症以外の併存では、分離不安症や限局性恐怖症が多い。

不安症以外の併存症として、自閉スペクトラム症（ASD）の併存が多いことも指摘されている。児童神経精神医学クリニックを受診したSM児を対象としたSteffenburg et al. (2018)の調査では、対象児97人のうち63%にASDの併存が認められた。この研究は神経精神医学を専門とする病院を受診した者を対象としている点に留意が必要ではあるものの、SMとASDの併存は少なくないと考えておくことが妥当である。

3. 制度上の位置づけ

DSM-5では不安症に該当する一方、日本の法令で

は発達障害者支援法における「発達障害」の一つとして定義づけられている。したがって、同法に則った発達障害者支援センターの利用等が可能である。発達障害者支援法の対象となる障害については十分な周知徹底がなされておらず、保健医療や福祉分野の専門職であっても場面緘黙、そのほか多くの障害・疾患が同法の対象になっていることが知られていないケースが少なくない。場面緘黙も含め、これまで以上の理解啓発が必要であろう。

またSMは、精神保健福祉法第四十五条で定める「精神障害者保健福祉手帳」の対象にも指定されている。同手帳は機能障害および能力障害の状態に応じて等級が1級から3級に分かれるが、このうち明らかなSMの症状がある者については、少なくとも3級の基準である「精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの」に該当すると考えられる。

社会的状況において家族以外に声が出せないと仮定すれば、具体的な能力の障害として「金銭管理や計画的で適切な買い物は概ねできるがなお援助を必要とする」、「規則的な通院・服薬は概ねできるがなお援助を必要とする」、「家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいえず不安定である」といった基準に該当すると考えられる。したがって、当事者の困り感やニーズに応じて、精神障害者保健福祉手帳の取得も選択肢となる。

一方、学校教育においては「情緒障害」の対象となる。特別支援教育の制度では、通常の学校における特別な教育支援の場として、「特別支援学級」と「通級による指導」が存在する。情緒障害は、特別支援学級に関しては「自閉症・情緒障害」を対象とする学級に、通級による指導に関しては「情緒障害」を対象とする教室に該当する。したがって、明らかなSMの症状が認められる場合は、特別支援学級・通級による指導のいずれかを利用できることが制度上保証されている。

ただし、特別支援学級等の設置状況は自治体によって異なるため、当該の障害種を対象とする学級等が在籍校に設置されていないケースもあり得る。その場合も、例えば通級による指導であればほかの障害種である「自閉症」、「言語障害」等の教室で指導を受けることや、通常の学級に在籍しながら個別の指導計画を作成し特別に配慮した指導・支援を受けるといった対応

が可能である。一部に、学級が設置されていないこと等を理由に特別支援教育の制度の対象として認められない事例も存在するが、可否の判定は設置状況ではなく個々の児童・生徒の実態およびニーズからなされるべきものである。学校側の事情で特別支援学級等の判定が下りないといった事態が生じることは許されない。

II. 疫学的実態

SMは幼児期に症状が現れる者が多く、DSM-5では、発症年齢は通常5歳未満とされている。これは幼稚園・保育園に在園中に症状が現れる者が多いことを示しているが、発症は入園時のみに限定されるわけではない。また、小学生以降に症状が現れる者も少なくないことにも注意が必要である。

有病率は国や調査時期によって異なるが、日本国内および海外の論文16編を分析した趙・園山(2018)によると0.02~1.89%であったという。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)。小学生でおよそ500人に1人(0.2%)の割合でみられるとした場合、概ね小学校1校に1人程度はいると捉えてよいだろう。一方、幼児期に発症し、その後改善する者がいることを考慮すると、幼児期ではより有病率が高い可能性も考えられる。

予後については、症状が改善する者が多いことが明らかになっている。金原(2018)は小児科を受診したSM児190例のうち、心理面接後1年以上経過している90例に関して、およそ5年以内の短期的予後について報告している。SMQ-R(場面緘黙質問票)の数値が5~20点以上改善した「中等度改善」、「概ね治癒」は58例(64.4%)、1点以上改善の「軽度改善」までを含めると79例(87.7%)であったという。また、海外の研究では、幼年期にSMであった33人の患者の追跡調査で、19人(57.6%)が完全に改善、8人(24.2%)は顕著に改善しており、わずかに改善(新しい環境で限定的な発話)は6人(18.2%)のみであったことが報告されている(Steinhausen et al., 2006)。

その一方で、青年期以降も緘黙症状が改善しないケースもあることが知られている。SM当事者・経験者の自助団体「かんもくの会」代表の浜田(2008)は、「従来、緘黙症は幼児期から学齢期にかけてのみ特異に現れる症状で、子どものうちにあるいは大人になれ

ば治るものと漠然と捉えられているようです」と述べている。しかし、SMの実態や治療効果に関する研究は幼児期から学齢期までを対象にしたものが多く、青年期以降については研究が少ない。青年期以降も緘黙症状が持続する場合や、社交不安等の併存、あるいはさまざまな二次障害を抱える場合、社会生活に大きな困難が生じることは想像に難くない。「子どもの病気」、「大人になったら話すようになる」と楽観せずに、早期からの治療的な介入が必要である。

III. 基本的な対応の方針

近年の研究では、適切な介入によってSMの症状は改善できることが明らかになっている。「話せなくても困らないように生活できること」だけを重視して温かく見守るのではなく、家庭や学校等と連携した積極的な介入によって「安心して話せるようになること」を目指すことが求められる。

本稿ではSM児への対応として、効果が高いとされる段階的エクスポージャーを用いた介入方法と、学校との連携について述べる。

1. 段階的エクスポージャーおよび関連する手法

SM児の治療に関しては知見が蓄積されつつある。Cohan et al. (2006)は1990~2005年に出版されたSMの治療研究のレビューにおいて行動療法および認知行動療法(CBT)の使用が支持されると述べている。エクスポージャー法や刺激フェイディング法といった行動療法の有効性は、多くの研究で指摘されている(Bergman, 2013; Kearney, 2010; Vecchio & Kearney, 2009)。日本でもSM児に対して刺激フェイディング法を用いて緘黙症状の改善がみられた事例が報告されている(趙・河内山・園山, 2019; 岩本・高橋, 2018)。

CBTについてはまだ研究が少ないものの、Oerbeck et al. (2018)は30人のSM児を対象とした5年間の縦断的研究において、心理教育および行動療法で構成されるCBTによる治療で26人には顕著な改善が認められたことを報告している。ただし、SM児にCBTを行う場合、SMの特性から対象児と共同作業でアセスメントや対応方法を考えるという手続きが取りにくいケースが多いことが想定される。対象児の実態やコミュニケーションのとり方などから、現実的に実施可能な手法を選択することが必要になる。

表2 「人」, 「場所」, 「活動」の組み合わせの例

先生やほかの生徒のいない朝の教室で,	〇〇さんと2人で,	声を出して挨拶をする
(場所)	(人)	(活動)
休憩時間に事務室で,	同僚の〇〇さんと2人のときに,	ドラマの話題で話しかける
(場所)	(人)	(活動)
仕事の帰りに駅で人がたくさんいるところから,	お母さんに,	電話をかけて話す
(場所)	(人)	(活動)

(高木 (2021a)「臨床家のための場面緘黙改善プログラム」より)

したがって、緘黙症状の改善を目指す場合、段階的なエクスポージャーを中心に計画を立てることが一般的には妥当である。SM 児を対象とした段階的なエクスポージャーにおいては、場面を「人」, 「場所」, 「活動」に分け、これらを組み合わせて「話すこと」が可能な場面を作り出すという方法が知られている (表2)。

「人」と「場所」に比べて、「活動」とは何かはややイメージしづらい。話す (声を出す) という「活動」にはさまざまな難易度のものがあるが、これらを上手に組み合わせることによって、同じような条件でも難易度の異なるステップを作り出すことが可能になる (表3)。

このように「人」, 「場所」, 「活動」を組み合わせることによって、できそうな行動 (場面) をいくつか考えることができる。そのうえで、「不安階層表」を用いて本人にそれぞれの行動が「どのくらい実施できそうか」 (または不安レベル) を評価してもらう方法が有効である。エクスポージャーを成功させるには、本人にとって実施可能な行動であることが不可欠であるため、この手続きを丁寧に踏んでおく必要がある。

このような段階的なエクスポージャーを用いた緘黙症状改善のための治療的介入は、子どもだけでなく青年期以降の場面緘黙当事者においても有効性が確かめられている。筆者は10代から30代の10人の SM 当事者を対象に、上記の方法を用いてそれぞれ6か月間で6回の治療的介入を行った (高木, 2021b)。その結果、10人全員に何らかの症状の改善が認められ、うち2人については緘黙症状が解消した。またこの手法は、比較的症状の軽い者だけでなく、家族に対しても発話が抑制されているような重い症状のある者に対しても効果があつた。

エクスポージャーは医療機関で行うことも可能であるが、その場合も最終的には学校等での症状の改善に

表3 「活動」の例

＜話す・声を出す行動＞
・書いてあるものを読む (教科書や資料の音読など)
・決まっていることばを言う (号令, セリフなど)
・聞かれたことに返事をする (「はい」と言う, 挨拶を返す, など)
・答えが決まっている質問に答える (誕生日は?, 通っていた高校は?, など)
・好みや意図に関する質問に答える (好きな〇〇は?, したいことは?, など)
・ことばを使うゲームをする (しりとり, クイズ, など)
・決まったテーマについて話す (好きな〇〇について, など)
・自分から声を出して挨拶をする
・授業中や会議中に考えたことを発言する
・電話やビデオ通話で話す
・自分から話しかける
・雑談をする など
＜直接声を出さないコミュニケーション＞
・口パクをする
・会釈をする
・手紙や交換日記を書く (書いておいたものを渡す)
・LINE やメールを送る (目の前で/離れたところで)
・あらかじめ書いてあるメモなどを渡す
・メモをその場で書いて渡す
・聞かれたことに文字で書いて答える
・筆談でやりとりをする
・録音した音声を聞かせる・ボイスメッセージを聞かせる
・話している様子の動画を見せる など
＜コミュニケーション以外の行動＞
・ドアを開ける ・部屋に入る ・荷物を棚に置く
・メモをとる ・食事をする ・トイレに行く
・着替えをする など

(高木 (2021a)「臨床家のための場面緘黙改善プログラム」より)

つなげることが必要となる。医療機関でのみ話せるようになって、学校での緘黙症状が改善していなければ SM が改善したとはいえない。このため、SM 児への段階的なエクスポージャーにおける治療的介入を行う場合、対象児の在籍している園や学校の協力を得て

行うことが不可欠となる。

なお、ここまで述べた段階的なエクスポージャーによる介入の手法は緘黙症状の改善に有効であるものの、すべてのSM児に対して初めからこのような介入が可能であるわけではない。先述のとおり、SM児の問題は緘黙症状（話せないこと）に限定されず、さまざまな行動の抑制がある者や、不登校状態になっている者も少なくない。段階的なエクスポージャーによる緘黙症状の改善にすぐに取り組むべきか、あるいはそのほかの問題に対して優先的に取り組むかについては、緘黙症状だけでなく行動面や生活面の問題、対象児の主観的な困り感、学校の状況等を丁寧に把握したうえで判断される必要がある。

2. 学校との連携および環境調整

緘黙症状改善のための段階的なエクスポージャーに取り組む場合も、そのほかの行動面や生活面の問題に対応する場合も、対象児が日中の長い時間を過ごす学校との連携は不可欠である。特に、SMはほかの発達障害と異なり、家庭では症状が少なく学校において問題が顕著になるという特徴がある。したがって、家庭だけの環境調整では限界があり、緘黙症状や関連する症状が生じている学校の環境への介入が必要になる。

学校との連携については多岐にわたり、その症状によってもとるべき対応は大きく異なる。教師や、学校と関わる専門職のとるべき対応については拙著「学校における場面緘黙への対応」（高木、2017）に詳述したので、参照していただきたい。ここでは多くのケースに共通する対応として、学校との連携において留意すべきことを二点述べる。

一つ目は、問題や困難さが生じている状況を丁寧にアセスメントし、計画を立てることである。SM児の置かれている状況は千差万別であり、学校生活上のさまざまな事柄（例えば音読、友人関係、運動会など）がSM児の抱える困難さの要因になり得る。友人関係や担任との関係、教室内の環境、課題の困難度等について、できれば保護者（本人）の了解を得て、担任や学校の特別支援教育コーディネーターから直接聴き取りをすることが望ましい。

また、学校の状況も踏まえ、具体的で実行可能な計画を学校・保護者（本人）とともに考えることも重要である。学校側の人員配置や空き教室等の資源、担任が割くことができる時間といった要素も大きく影響する。

二つ目は、長期的な視点をもって連携に取り組むことである。学校は1年から数年で担当者が替わることが多く、特に学校間をまたいだ支援計画のような、複数年にわたる長期的な計画は立てづらい。緘黙症状のほかに不登校等の状態を併せ有する場合には、改善までに長い時間がかかることが想定される。「高校進学時に先生や友だちと話せるようになることを目標に、今は心身の状態を整えて安定して学校に通えるようになることを優先する」のように、長期的な視点に立った計画を学校と共有することが大切である。

最後に、どのようなケースであってもまずは本人の思いを適切に理解していくことが重要である。臨床場面ではコミュニケーションの成り立ちにくいSM児であるが、丁寧に時間をかけて関わっていくことで本人の思いを聴き取れることは多い。話せない相手だからこそ、より一層丁寧にその子どもの声に耳を傾けていく姿勢が求められる。

主な参考文献

- Driessen J, Blom JD, Muris P, et al. Anxiety in children with selective mutism : a meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development* 2019 ; 51 : 330-341.
- Steffenburg H, Steffenburg S, Gillberg C, et al. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018 ; 14 : 1163-1169.
- 高木潤野. 学校における場面緘黙への対応：合理的配慮から支援計画作成まで. 東京：学苑社, 2017.
- 高木潤野. 臨床家のための場面緘黙改善プログラム. 東京：学苑社, 2021a.
- 高木潤野. 青年期・成人期の場面緘黙当事者に対するエクスポージャーと心理教育を用いた治療的介入の効果. *特殊教育学研究* 2021 ; 58 (4) : 207-217.