

展 望

選択性緘黙の有病率に関する文献的検討

趙 成河*・園山 繁樹**

本研究では、選択性緘黙の有病率に関する先行研究を概観し、有病率の推定値とその根拠資料を把握することを目的とした。対象とする先行研究は英文および和文の学術誌に掲載された選択性緘黙の有病率を調査した論文を選定した。選定基準に適合した16編の論文を分析対象とし、12の項目について分析した。調査研究の対象年齢は3.6~17歳で、有病率は0.02~1.89%であった。また幼稚園および学校で調査を実施した論文が12編、クリニックで実施した論文は4編であった。選択性緘黙の診断基準としてDSM-III-Rを用いた論文は1編、DSM-IVを用いた論文は8編、DSM-5を用いた論文は1編、記載のない論文は6編であった。和文誌は4論文と少なく、最近の日本の選択性緘黙の有病率に関する大規模の調査は見当たらず、今後、日本における選択性緘黙の現状を把握する必要がある。また、今後の研究では選択性緘黙の発症時期について検討する必要がある。

キー・ワード：選択性緘黙 有病率 先行研究

I. 問題と目的

子どもがほとんどすべての社会的状況で話さないことは、一般的なことではない。社会的交流の中で他者と接する時、選択性緘黙 (selective mutism) のある子どもは、他者に話しかけられても話し始めたり、応答したりしない。現在、選択性緘黙は、「その他の状況 (例えば、家庭) で話すことは可能にもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会的状況においては話すことが一貫してできない」ことによって特徴づけられる (American Psychiatric Association, 2013)。

いくつかの場面では容易に話せるが、他の場面では話せない子どもの存在は、1877年にドイツの医師 Clifton Kussmaul により初めて報告され、1934年に Moritz Tramer によって "elective

mutism" と名付けられた (Cline & Baldwin, 2004)。しかし、選択性緘黙が米国精神学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; 以下, DSM)」に記載されたのは1980年の3版 (DSM-III) が初めてである。

DSM-III および DSM-III-R における選択性緘黙の診断基準では、「理解能力および発話能力があるものの、喋ることを“拒否”すること」と記述されていたが、選択性緘黙は「選択」や「自発的な意志」ではないことが認識され、1994年のDSM-IVからは診断基準が大幅修正されるとともに、“selective mutism” に名称が変わった (McHolm, Cunningham, & Vanier, 2005)。

また、DSM-IIIでは「通常、幼児期、小児期等に発症する障害」に、DSM-IVでは「通常、幼児期・小児期または青年期に初めて診断される障害」に分類されたのが、DSM-5からは、選択性緘黙児者の大多数が不安を感じており、

* 筑波大学大学院人間総合科学研究科

** 筑波大学人間系

選択性緘黙と不安障害とを結びつける研究、および成人期まで持続する（稀には、成人期に発症する）という認識の拡大により「不安障害」に分類された（American Psychiatric Association, 2013；Black & Grant, 2014）。

DSM-5では選択性緘黙の発症年齢は通常、5歳未満であると記述されているが、入学するまでは臨床的に注目されない可能性があることも指摘されている（American Psychiatric Association, 2013）。またDSM-III-Rまでは選択性緘黙の症状が数週間か数カ月持続すると記述されていたが、DSM-IVからは2～3カ月から長期まで様々であると記述され、持続期間は多様であるとされている。

有病率（prevalence）は、ある一時点において、当該の疾病を有している人の割合のことである（Rothman, 2012）。一般に選択性緘黙は稀であるとされているが、その根拠は十分ではない（Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002）。DSM-IVでは、精神保健の状況で診療される者の1%以下しか認められないと示されており、DSM-5では、状況や対象の年齢によって異なるが、0.03～1%とより具体的に示されている。一方、Sharp, Sherman, and Gross (2007) は0.03～0.2%、Viana, Beidel, and Rabian (2009) は0.47～0.76%と選択性緘黙の有病率を推定しており、文献によってその範囲が様々である。また、選択性緘黙の有病率に関する論文の中には、有病率の根拠資料や症状についての詳細が記載されていないものもあり（Bergman et al., 2002）、DSMの診断基準の変更に伴う学術的資料の整理はできていない。そこで本研究では、選択性緘黙の有病率に関する先行研究を概観し、有病率の推定値とその根拠資料を把握することを目的とした。

II. 方法

1. DSMの診断基準の変遷

DSM-IIIからDSM-5における選択性緘黙の診断基準及び関連する記述を整理した。

2. 対象海外誌（英文）の検索

ERIC、PsycINFO、及びPubMedを使用し、以下の順序で検索した。

(1) 「"selective mutism" または "elective mutism"」と「"comorbidity" または "population" または "epidemiology" または "prevalence"」のキーワードで検索をした（最終検索日2017年6月5日）。

(2) 検索条件はPeer Reviewed Journal、Human、Englishに設定した。

(3) 検索結果からレビューと事例研究を除外した。

3. 対象国内誌（和文）の検索

CiNii及びJ-Stageを使用し、以下の順序で検索した。

(1) 「緘黙、選択性緘黙、場面緘黙」と「率、調査、出現、有病、発生、人口、併存、合併、併発、実態、疫学」の組み合わせをキーワードにし、全文検索をした（最終検索日2017年5月29日）。

(2) 検索結果からレビューと事例研究を除外した。

4. 分析対象論文の選定

海外誌の検索の結果、ERICから4編中0編、PsychINFOから53編中9編、PubMedから48編中8編が該当し、重複する7編を除外し、10編を分析対象とした。

国内誌の検索の結果、CiNiiで最も多くの文献が検出されたキーワードは「緘黙と調査」で、10編中2編が該当した。J-Stageで最も多くの文献が検出されたキーワードは「緘黙と率」で、108編中2編が該当し、重複する1編を除外した。その結果、3編を分析対象とした。

さらに、分析対象論文に引用されていた海外誌論文2編、国内誌論文1編を追加し、最終的に16編の論文を分析対象とした。

5. 分析項目

分析対象の論文について国、診断基準、調査フィールド、調査方法、回答者、調査対象者数、調査対象年齢、選択性緘黙者数、選択性緘黙者の年齢、有病率、男女比、発症年齢の12の項

目について整理した。

Ⅲ. 結果

Table 1に、DSMにおける選択性緘黙に関する記述の変遷を整理した。

診断基準に関する記述をみると、DSM-IIIでは「A. 社会的場面において持続的に話すことを拒否する、B. 話し言葉の理解および話す能力は存在する、C. 他の精神障害もしくは身体疾患に起因することではない」と定義されていたが、DSM-III-Rでは「C. 他の精神障害もしくは身体疾患に起因することではない」という記述が削除されていた。しかし、DSM-IV以降は「A. 他の状況では話しているにも関わらず、特定の社会的状況では、一貫して話すことができない、B. 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阻害する、C. 持続期間は少なくとも1カ月である、D. 話すことができないことは、社会的状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない、E. コミュニケーション障害では説明されず、広汎性発達障害（自閉スペクトラム症）、精神分裂病（統合失調症）、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではない」と、以前より具体的に定義されていた。また“elective mutism”から“selective mutism”への障害診断名の変更に伴う記述の変化は見られるが、DSM-IV以降に定義における大きな変化は見られない。

発症年齢に関する記述をみると、DSM-IIIからDSM-5まで「通常、5歳以前であるが、学校に入るまで、障害が臨床的に気付かれることはない」という記述内容で共通している。

経過に関する記述をみると、DSM-IIIとDSM-III-Rでは「ほとんどの場合、数週間か数カ月のみであるが、少数の例では数年間続く」とされているが、DSM-IVでは「通常、2～3カ月しか持続しないが、時には長期に渡って持続することもある」とされており、DSM-IV-TRでは「持続の程度は様々であり、2～3カ月しか持続しない場合もあれば、数年持続する場合もある」とされていた。DSM-5では「持続期

間は様々であり、臨床報告で多くの人が“成長と共に脱出する”と示唆されているが、縦断的経過はよく知られていない」と記述されており、その経過の多様な様相について記述されるようになっていた。

有病率に関する記述をみると、DSM-IIIとDSM-III-Rでは「明らかに稀であるが、1%未満である」とされていたが、DSM-IVとDSM-IV-TRでは「明らかに稀であるが、1%以下である」とされており、DSM-5では「比較的稀であるが、0.03～1%である」とより狭い範囲で記述されていた。

Table 2に海外誌論文における分析結果をまとめ、Table 3に国内誌論文の分析結果をまとめた。

分析項目の全てについて記述されていた論文は16編のうち4編（Elizur & Perednik, 2003；Kopp & Gillberg, 1997；Kumpulainen, Räsänen, Raaska, & Somppi, 1998；Sharkey & McNicholas, 2012）のみであった。

検索対象論文は1959年～2016年の文献であったが、選択性緘黙の有病率について調査を行った最も古い論文は、海外誌ではBradley and Sloman (1975) とBrown and Lloyd (1975) であり、国内誌では内山 (1959) であった。しかし、これらはDSM-IIIに選択性緘黙が記載される以前の論文であった。

海外誌の選択性緘黙の有病率に関する調査は8カ国で実施されており、米国が4編で最も多く、次いで英国の2編、その他は1編（カナダ、スウェーデン、フィンランド、イスラエル、トルコ、アイランド）であった。

診断基準としてDSM-III-Rを用いた論文は1編（Kumpulainen et al., 1998）、DSM-IVを用いた論文は8編、DSM-5を用いた論文は1編であり、DSMの診断基準の記載がなかった論文は6編あった。

調査フィールドについては、幼稚園または学校で実施した論文が12編、クリニックで実施した論文が4編であった。

調査方法として質問紙調査を実施した論文が12編、インタビュー調査を実施した論文が

Table 1 DSMにおける選択性緘黙に関する記述の変遷

発症年	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV-TR	DSM-5	
用語	Elective Mutism		Selective Mutism			
分類	通常、幼児期、小児期等に発症する障害		通常、幼児期・小児期または青年期に初めて診断される障害		不安障害/不安障害	
診断基準	A. 学校を含むほとんどの会での社会的場面において、確ることを持続的に拒否すること。 B. 述べた言葉を理解し、話す能力の存在。 C. 他の精神障害もしくは身体疾患に起因しない。	A. 1 つ、またはより多くの社会的場面 (学校を含む) において、話すことの持続的拒否。 B. この障害が、学業上、職業上の成績または社会的な意思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か月 (学校での最初の1か月に限定されない) 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るまたは状態な、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) ではなくて、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神障害性障害の経過中にみ起こるものではない。	A. 他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会的状況 (話すことが期待されている状況、例えば、学校) では、一言も話さない。 B. この障害が、学業上、職業上の成績または社会的コミュニケーションを妨害している。 C. この障害の持続期間は少なくとも1か月 (学校での最初の1か月に限定されない) 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る話し言葉の習しきや知識が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) ではなくて、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神障害性障害の経過中にみ起こるものではない。	A. 他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会的状況 (話すことが期待されている状況、例えば、学校) では、一言も話さない。 B. この障害が、学業上、職業上の成績または社会的コミュニケーションを妨害している。 C. この障害の持続期間は少なくとも1か月 (学校での最初の1か月に限定されない) 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る話し言葉の習しきや知識が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) ではなくて、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神障害性障害の経過中にみ起こるものではない。	A. 他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、話すことが一言も話さない。 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 (学校での最初の1か月に限定されない) 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関しき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: 小児期発音障害) ではなくて、また、広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神障害性障害の経過中にみ起こるものではない。	
発症年齢	通常、5歳以前であるが、臨床的に臨床的に気付かれるようになるのは、もっぱら、入学後である。		通常、5歳以前であるが、学校に入るまで、その臨床的に臨床的の問を待つに値することはない。			通常、5歳以前であるが、社会的交流や学習をするなどのような課題が増える学校に入るまで、臨床的に臨床的に気付かれるようになるのは、もっぱら、入学後である。
経過	ほとんどの場合、障害が続くのは数週間から数か月のみである。少数の例では、数年間続く。		通常、2~3 か月しか持続しないが、時には、もっと長期間に、数年に渡って持続することもある。		持続期間はさまざまである。2~3 か月しか持続しない場合もあれば、数年間持続する場合もある。	持続期間はさまざまである。臨床報告で多くの人が、“成長して脱出する”と印象されているが、臨床的経過はよく知られていない。
有病率	この障害は明らかに稀である。小児指導、臨床医、学校社会ワークスラーの割合の1%に満たない。		明らかに稀で、精神保健の状況で診断される者の1%以下しか認められない。		比較的稀な障害で、小児期における障害有病率に関する疫学調査の診断基準に含まれていない。さまざまな臨床資料や学校資料での時点有病率は、状況 (臨床医、学校、一般人口) やその資料の対象の年齢に応じて異なるが、0.03~1%の間である。	

Table 2 選択性緘黙の有病率に関する先行研究 (海外誌)

著者 (年)	国	診断基準	調査フィールド	調査方法	回答者	調査対象者数	調査対象年齢	SM者数	SM年齢	有病率 (%)	男:女	発症年齢	備考
1 Bradley et al. (1975)	カナダ	-	学校	質問紙	教師	3,939	4~13y	2	-	0.05	-	-	ネオテイク
2 Brown et al. (1975)	英国	-	学校	質問紙	教師	6,072	4~6y	2	4~6y	0.29	-	-	ネオテイク/幼稚園
3 Fumudis et al. (1979)	英国	-	クリニック	アセスメント	対象者	3,900	7y	2	-	0.03	1:0.9	-	小児科/学3歳児
4 Carlson et al. (1994)	米国	DSM-IV	クリニック	質問紙	学校	626,889	4.3y (63.7)	669	-	0.11	-	-	-
5 Kopp et al. (1997)	スウェーデン	DSM-IV	学校	質問紙	教師	2,793	7~16y	5	5y, 10y, 12y, 13y	0.18	1:1.6	-	7y小児科/入学
6 Kumpulainen et al. (1998)	フィンランド	DSM-III-R	学校	質問紙	教師	2,010	7~10y	38	7~10y	1.89	1:1.5	入学14前 (0.9%) 入学後 (5.9%)	小児科/2年生
7 Bergman et al. (2002)	米国	DSM-IV	学校	質問紙	教師	2,250	幼~小学2	10	-	0.71	-	-	-
8 Elizur et al. (2003)	イスラエル	DSM-IV	学校	インタビュー	教師	7,034	4~6y	33	-	0.47	-	-	ネオテイク
9 Charvira et al. (2004)	米国	DSM-IV	クリニック	インタビュー	親	189	8~17y	10	4.5y	1:0.4	平均2.7y	2つの調査	等の調査
10 Karukaya et al. (2006)	トルコ	DSM-IV	学校	質問紙	教師	64,103	6~8y	603	6~8y	0.82	-	-	SMの検査
11 Hulford et al. (2011)	英国	DSM-IV	クリニック	インタビュー	親	611	3y~10.3y	8	-	1.32	-	-	幼稚園
12 Sharkey et al. (2012)	アイルランド	DSM-IV	クリニック	質問紙	教師	10,927	4~12y	20	-	0.18	-	-	小学1

1) 12は検査では抽出されなかったが、Bergman et al. (2002)で引用されていたため、分析対象に追加した。
SM: 選択性緘黙
SMQ: 選択性緘黙質問紙 (Selective Mutism Questionnaire)

Table 3 選択性緘黙の有病率に関する先行研究 (国内誌)

著者 (年)	地域	診断基準	調査フィールド	調査方法	回答者	調査対象者数	調査対象年齢	性別	SM省故	SM年齢	有病率 (%)	発症年齢	備考		
1 内山 (1959)	M 市	-	学校	質問紙	教師	24,245	6~11y	計	45	-	0.19	-	-		
								男	17	-	0.35	-	-		
2 深谷・伊藤・松崎・野田 (1970) ¹⁾	東京都	-	幼稚園	質問紙	-	5,950	計	計	28	計	0.47	-	-		
								3,034	1~3 年保育	男	14	1~3 年保育	0.46	-	-
								2,916	1~3 年保育	女	14	1~3 年保育	0.38	-	-
								1,258	1 年保育	男	7	1 年保育	0.56	-	-
								1,188	1 年保育	女	7	1 年保育	0.59	-	-
								1,692	2 年保育	男	7	2 年保育	0.44	-	-
								1,546	2 年保育	女	7	2 年保育	0.45	-	-
								184	3 年保育	男	0	3 年保育	0.00	-	-
								182	3 年保育	女	0	3 年保育	0.00	-	-
								3 村本 (1983)	北海道 上川管内	-	学校	質問紙	生徒指導担当者 および学級担当者	65,799	計
39,363	小学生	-	12	-	0.04	-	-								
22,026	中学生	-	9	-	0.03	-	-								
4,410	高校生	-	0	-	0.00	-	-								
4 久田・金原・梶・角田・青木 (2016)	神戸市	DSM-5	学校	質問紙	特別支援教育 コーディネーター	77,609	計	計	118	計	0.15	-	-		
								39,363	小学 1~6 年生	男	45	小学 1~6 年生	0.11	-	-
								37,076	小学 1~6 年生	女	73	小学 1~6 年生	0.19	-	-
								6,549	小学 1	男	6	小学 1	0.09	-	-
								6,041	小学 1	女	10	小学 1	0.17	-	-
								6,521	小学 2	男	8	小学 2	0.12	-	-
								6,196	小学 2	女	10	小学 2	0.16	-	-
								6,469	小学 3	男	6	小学 3	0.09	-	-
								6,067	小学 3	女	12	小学 3	0.20	-	-
								6,402	小学 4	男	4	小学 4	0.06	-	-
								6,298	小学 4	女	18	小学 4	0.29	-	-
								6,798	小学 5	男	8	小学 5	0.12	-	-
								6,315	小学 5	女	19	小学 5	0.21	-	-
6,888	小学 6	男	11	小学 6	0.16	-	-								
6,515	小学 6	女	10	小学 6	0.15	-	-								

¹⁾は検査では抽出されなかったが、久田・金原・梶・角田・青木 (2016) で引用されていたため、分析対象に追加した。

²⁾の基となったデータは梶・藤田 (2015) にも示されている。

SM: 選択性緘黙

3 編で、アセスメントを実施した論文が 1 編 (Fundudis, Kolvin, & Garside, 1979) であった。

調査の回答者が教師であった論文は 10 編、親であった論文は 2 編、特別支援教育コーディネーターであった論文は 1 編、その他に学会員、対象児が 1 編ずつであり、具体的な記載がなかった論文が 1 編 (深谷・伊藤・松崎・野田, 1970) あった。

調査対象者数が 1,000 名未満の論文は 2 編、1,000 名以上 5,000 名未満の論文は 5 編、5,000 名以上 10,000 名未満の論文は 3 編、10,000 名以上 50,000 名未満の論文は 2 編、50,000 名以上の論文は 4 編 (Carlson, Kratochwill, & Johnston, 1994; 久田・金原・梶・角田・青木, 2016; Karakaya, Sismanlar, Memik, Coskun, Agaoglu, & Yavuz, 2008; 村本, 1983) であった。調査対象者数が最も多かったのは 626,880 名 (Carlson et al., 1994) であり、最も少なかったのは 190 名 (Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004) であった。

調査対象年齢が記載された論文は 12 編であり、3.6~17 歳であった。年齢は示されず、学年のみ記載された論文は 4 編であり、幼稚園~中学 3 年であった。

選択性緘黙者数は 1~669 名であった。選択性緘黙者の年齢が示された論文 (一部表記を含む) は 7 編であり、学年で示された論文 (一部表記を含む) は 3 編であった。また記載のない論文が 7 編であった。

選択性緘黙の有病率は 0.02~1.89% であった。そのうち、診断基準の記載がなかった論文 6 編を除外すると、有病率は 0.03~1.89% であった。

選択性緘黙の男女比を記載した論文は海外誌 6 編であり、男女比は 1:0.4~1.5 であった。

発症年齢を調査した論文は海外誌 4 編 (Elizur & Perednik, 2003; Kopp & Gillberg, 1997; Kumpulainen et al., 1998; Sharkey & McNicholas, 2012) のみであり、そのうちの 3 編は 2.7~7 歳であり、Kumpulainen et al. (1998) では、38 人中、18% はプリスクール (小学校入学 1 年前) 以降、53% は小学校入学以降、選択性緘黙の症状が持続していた。

IV. 考察

本研究では、選択性緘黙の有病率に関する先行研究を概観し、有病率の推定値とその根拠資

料を把握することを目的とした。

DSM-IIIに初めて記載された選択性緘黙は、DSMの変遷と共に少しずつその記載内容が変化してきた。診断基準においてはDSM-IIIでは3項目に分けて定義されていたが、DSM-III-Rでは他の障害との関連性に関する記述が削除されていた。しかしDSM-IVからは5項目に分けてより具体的に定義され、障害診断名の変更に伴い表現の変化はあるが、DSM-5に至るまで大きな変化は見られなかった。しかし、本研究の分析対象論文においてDSM-IV以降の診断基準を用いた調査研究は16編のうち9編であり、そのうち、DSM-5を用いた調査研究は1編のみであった。

発症年齢については大きな変化は見られないが、経過については限定された持続期間から多様な様相を示唆する記述に変化してきた。特に、縦断的経過について知られていないことから、今後の研究は持続期間の様相について把握する必要がある。

分析対象論文の有病率は0.02～1.89%であったが、診断基準の記載がある論文の有病率は0.03～1.89%であった。その内訳を診断基準別にみると、DSM-III-Rを用いた論文は1論文のみであったが、その有病率は1.89% (DSM-IIIとDSM-III-Rでは1%未満) であり、DSM-IVを用いた論文は8論文あり、0.03～1.48% (DSM-IVとDSM-IV-TRでは1%以下) であった。分析対象論文に示されたこれらの数値はDSM-III-RとDSM-IVに記載されている有病率とはずれがあった。そしてDSM-5を用いた論文の有病率は0.15% (DSM-5では0.03～1%) であり、DSM-5に記載されている有病率の範囲に入っていた。また、DSM-5の下限値0.03は、DSM-IVを用いたKarakaya et al. (2008)における診断の有病率が反映されていることが伺える。DSM-5を用いた1論文は国内の調査研究であり、日本における選択性緘黙の有病率を推定できる根拠になると考えられる。また、DSMの診断基準が適用されなかった論文における有病率は0.02～0.69%であった。このことから、診断基準に

よって有病率が大きく変動することが示唆される。

また、診断基準の記載があり、かつ、調査対象の年齢を3～5歳に特定できる論文における有病率は0.07～1.48% (Bufferd, Dougherty, Carlson, & Klein, 2011; Carlson et al., 1994; Karakaya et al., 2008) であり、6歳以上では0.04～1.89%であった。

なお、診断基準の記載があり、かつ、調査対象者数が5,000名以上、そして学校を調査フィールドとした論文は4編 (Elizure et al., 2003; 久田ら, 2016; Karakaya et al., 2008; Sharkey et al., 2012) のみであり、有病率は0.03～0.47%であった。

調査が行われたフィールドについて、DSMの診断基準を用いた論文のうち、学校における有病率は0.03～1.89%であり、クリニックにおける有病率は0.11～1.48%であった。調査のフィールドが有病率に影響を及ぼしている可能性があり、一般にはクリニックより学校における有病率がより高い傾向がある。Standart and Le Couteur (2003) は、学校における調査では、いわゆる「隠れた選択性緘黙 (hidden selective mutism)」が特定されるからであると述べている。「隠れた選択性緘黙」は、症状があっても保健医療サービスに照会されなかったり、学校関係者からも注目されなかった可能性があることを指摘している。

DSMの診断基準を用いた論文のうち、年齢別有病率が記載されている論文はKarakaya et al. (2008) のみであった。Karakaya et al. (2008) は、5～8歳の子どもの対象とし、選択性緘黙の特徴の有無を調査した後、実際の診断につながった子どもを調査し、年齢別有病率をまとめている。選択性緘黙の特徴に関する有病率は0.82%であったが、診断の有病率は0.03%で急減した。診断の有病率をみると、幼稚園 (5歳) が0.07%で最も高く、その後、小学1年と小学2年では0.02%と減少している。

また、DSMの診断基準を用いていないが、Brown and Lloyd (1975) は4～6歳の子どもの

対象にし、学校における選択性緘黙の特徴の有病率を縦断的に調査している。その結果、小学校入学8週後の有病率が0.69%であったのが、32週後には0.08%に減少し、72週後には0.02%まで減少している。分析対象の論文の中で逆の傾向が見られる論文(村本, 1983)もあるが、全体的に有病率は低年齢を対象にした研究でより高い傾向が見られた。

選択性緘黙は青年や成人に比べ、低年齢の子どもでより出現しやすいとされている(American Psychiatric Association, 2013)。しかし、本研究の分析対象論文における調査対象は3.6~17歳であり、青年や成人を対象とした調査研究は見当たらなかった。加齢に伴い有病率が低下する傾向は見られるが、青年や成人に比べ、低年齢の子どもでより出現しやすいことを直接に支持する論文はなかった。今後の調査研究では調査対象の年齢を拡大する必要があるといえる。

また、DSMにおける選択性緘黙の発症年齢は、通常、5歳未満であるとされているが、入学するまでは臨床的に注目されない可能性があることも指摘されている(American Psychiatric Association, 2013)。そのため、選択性緘黙の発症から診断までの時間差が生じることはよく指摘されている(Giddan, Ross, Sechler, & Becker, 1997; Kristensen, 2000; Kumpulainen et al., 1998)。Viana et al. (2009)はこの時間差は選択性緘黙のアセスメント、介入、そして医療サービスなどに影響を及ぼす可能性があるとして述べており、Sharp et al. (2007)は、選択性緘黙児の入学時により良いスクリーニングシステムの構築が必要であると述べている。本研究の分析対象論文における発症年齢は2.7~7歳であり、分析対象論文からはその根拠となる結果は見当たらず、国内誌では発症年齢について言及している論文がなかった。発現時期についてはおおむね幼児期の出現が多いが、思春期以降に発現する事例があることも示されている(園山, 2009)。今後、発症年齢に関する調査研究が必要であるといえる。

本研究の分析対象論文ではないが、荒木

(1979)は14年間に病院を受診した選択性緘黙児34名を追跡調査し、緘黙の発症時期と発症きっかけについてまとめている。その結果をみると、4~6歳の入学・入園を契機に発症する者が多かった。

一般に、性別や人種/民族性によって、選択性緘黙の有病率に差異はないとされている(American Psychiatric Association, 2013)。本研究の分析対象の海外誌における有病率は0.02~1.89%であり、国内誌では0.03~0.47%であった。また、分析対象論文の男女比は1:0.4~1.5であり、性差については確定的な結果は得られていないといえる。

選択性緘黙の持続期間は様々であり、縦断的経過は知られていないとされている(American Psychiatric Association, 2013)。Kumpulainen et al. (1998)は、選択性緘黙の持続期間は、38人中、5%が、5ヵ月未満、8%が6~12ヵ月、それ以外は12ヵ月であったことを報告している。しかし、他に選択性緘黙の持続期間や経過について記載している論文は見当たらなかった。

以上のことから、選択性緘黙の有病率の根拠は不足しており、発症時期および持続期間などについても未だに明確になっていないことが明らかになった。これらのことは今後の調査研究の課題となってくるといえる。

また、国内誌の3論文は30年以上前のものであり、最近の選択性緘黙の有病率に関するものは久田ら(2016)のみであった。今後、対象地域や対象年齢を広げるなど、日本の選択性緘黙の現状を把握する必要がある。また、本研究の分析対象論文は電子データベースを用いて検索をした結果であった。1次的に抽出された複数の論文に引用された論文も追加したが、キーワードに依存して抽出された傾向がある。今後の研究では、重要な論文が除外されないよう、キーワードの組み合わせなどを工夫する必要があると考える。

付記

本研究はJSPS科研費16H03808の助成を受け

た。本研究の一部は障害科学学会第12回大会においてポスター発表した。

引用文献

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.) Washington D.C. 高橋三郎・花田耕一・藤縄 昭 訳 (1982) DSM-III精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd ed., Revised). Washington D.C. 高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 (1996) DSM-III-R精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington D.C. 高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 訳 (1996) DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Washington DC. 高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 訳 (2004) DSM-IV-TR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* (5th ed.). Arlington, Virginia. 高橋三郎・大野 裕監訳 (2015) DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- 荒川富士夫 (1979) 小児期に発症する緘黙症の分類. 児童精神医学とその近接領域, 20(2), 60-79.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002) Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938-946.
- Black, D. W. & Grant, J. E. (2014) *DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing, Arlington, Virginia. 高橋三郎監訳 (2016) DSM-5ガイドブックー診断基準を使いこなすための指針. 医学書院, 110-111.
- Bradley, S., & Sloman, L. (1975) Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 510-514.
- Brown, B. J., & Lloyd, H. (1975) A Controlled study of children not speaking at school. *The Journal of the Association of Workers for Maladjusted Children*, 3, 49-63.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011) Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 359-369.
- Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., & Johnston, H. (1994) Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: A survey of child and adolescent psychiatrists. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4, 281-291.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004) Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and Anxiety*, 20, 155-164.
- Cline, T., & Baldwin, S. (2004) Introduction. In T. Cline & S. Baldwin (Eds.), *Selective mutism in children*. 2nd ed. Whurr Publishers. London, England, ix-27.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003) Prevalence and Description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1451-1459.
- Fundudis, T., Kolvin, I. & Garside, R. F. (1979) *Speech retarded and deaf children: Their psychological development*. Academic Press, London. 3-21.
- Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L., & Becker, B. R. (1997) Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28, 127-133.
- 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)の多様性ーその臨床と教育ー. 不安症研究, 8(1), 31-45.
- 深谷和子・加藤裕子・松崎美津子・野田昌代 (1970) 心因性緘黙症に関する研究(その1)ー発症仮説とその検討を中心にー. 教育相談研究, 10, 51-84.
- 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, P2-19.
- Karakaya, I., Sismanlar, S. G., Oc, O. Y., Memik, N. C. Coskun, A., Agaoglu, B., & Yavuz, C. I. (2008) Selective mutism: A school-based cross-sectional

- study from Turkey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 114-117.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997) Selective mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 257-262.
- 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, 249-256.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998) Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.
- McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005) *Helping your child with selective mutism*. New Harbinger Publications, Oakland. 河井英子・吉原桂子訳 (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, 9-33.
- 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.
- Rothman, K. J. (2012) *Epidemiology: An introduction*. 2nd Ed. 矢野栄二, 橋本英樹, 大脇和浩監訳 (2013) ロスマンの疫学: 科学的思考への誘い. 篠原出版新社, 61-101.
- Sharkey, L., & McNicholas, F. (2012) Selective mutism: A prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29, 36-40.
- Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007) Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 568-579.
- 園山繁樹 (2009) 選択性緘黙の経験者と保護者に対する質問紙調査. 日本特殊教育学会第47回大会発表論文集, 177.
- 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.
- 内山喜久雄 (1959) 小児緘黙症に関する研究—第1報発現要因について—. 北関東医学, 9(4), 772-785.

—— 2017.8.25 受稿、2017.10.27 受理 ——

A Brief Review of the Literature on the Prevalence of Selective Mutism

Sungha CHO* and Shigeki SONOYAMA**

The present study reviewed previous research on the prevalence of selective mutism to provide an overview of evidence-based references and estimate its prevalence rate. Of the previous research published in English or Japanese academic journals, 16 studies were selected on the basis of our inclusion criteria and analyzed in 12 items. The age range of the subjects was from 3.6 to 17, and the range of the prevalence rate was between 0.02 to 1.89%. Twelve studies were conducted at kindergartens or schools, and four were conducted at clinics. Regarding the diagnostic criteria, one study was based on DSM-III-R, eight was on DSM-IV, one was on DSM-5, and six other studies did not state what diagnostic criteria they employed. Very limited studies have been published in Japanese journals, and the total number was only four. There is no extensive research on the prevalence of selective mutism conducted in Japan in recent years. Thus, future research is highly needed to investigate the status of selective mutism in this country as well as examine the age of onset.

Key words: selective mutism, prevalence, previous research

* Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

** Faculty of Human Sciences, University of Tsukuba