

実践報告

場面緘黙を示す幼児に対するクリニック型行動的介入の初期段階における 刺激フェイディング法及び随伴性マネジメントの適用

趙 成河*・河内山 冴**・園山 繁樹*

本研究では、場面緘黙を示す幼児1名を対象とし、大学教育相談室での行動的介入の最初の導入期2セッションを含め、その後の心理治療の展開初期までの計10セッションの教育相談場面での手続きを報告し、その結果から刺激フェイディング法及び随伴性マネジメントの効果を検証することを目的とした。介入手続きは、プレイルームで一緒に活動する人と活動時間を刺激フェイディング法に基づいて調整した。従属変数は場面ごとの発話・表情・身体動作レベルであり、5段階のチェックリストを用いてレベルを評定した。発話は副セラピストとの遊び場面で増加し始め、その後、主セラピストとの学校ごっこ場面でも自発的な発話が見られた。表情も発話の変化に伴い、ほほ笑みや笑顔が増加した。身体動作は全セッションで緊張は見られなかった。本研究は主に教育相談場面で介入を実施したが、幼稚園と小学校場面でも緘黙症状がある程度改善した。一方、発話と表情レベルは活動内容によって変動が大きく、より効果的な参加者・活動の調整については今後さらに検討する必要がある。

キー・ワード：場面緘黙 刺激フェイディング法 随伴性マネジメント 発話・表情・身体動作チェックリスト

I. 問題と目的

場面緘黙 (selective mutism) のある子どもの行動的介入では、刺激フェイディング法 (stimulus fading) が中核的技法として用いられることが多い (例えば, Bergman, 2013; 加藤・小林・山中, 1985; 松村, 1992; 園山, 1992, 2017)。刺激フェイディング法は、対象児が話することができる場面の刺激 (発話関連刺激) と話せなくなる刺激 (緘黙関連刺激) を fading-in 及び fading-out しながら、話せなかった場面でも徐々に話せるようにしていく方法である (園山, 1992)。

Bergman (2013) はカリフォルニア大学ロサンゼルス校の小児期強迫性障害・不安障害・

チック障害プログラム (UCLA Childhood OCD, Anxiety, and Tic Disorders Program) の一部として、標準化された場面緘黙児の心理治療法を開発した。この心理治療アプローチは主として4歳から8歳までの場面緘黙児に適用し、全20セッションで構成され、原則として週1セッション60分、24週間行うものである (最後の2セッションは2週間隔)。心理治療導入期は刺激フェイディング法を用いたラポート形成に主眼を置き、治療者とのラポートが形成された後に段階的エクスポージャーを用いてクリニック内でのエクスポージャー練習及び家庭や学校での練習課題を徐々に導入するプログラムである。クリニックの治療室における第1セッションや第2セッションは治療への導入とラポール形成を図るために刺激フェイディング法をス

* 筑波大学人間系

** 筑波大学大学院人間総合科学研究科

モールステップで時間をかけて実施し、家庭場面と同様に治療室でも発話が生起するようにしている。具体的には、治療室での子どもの不安を軽減し安心感を高めるために、最初は子どもと両親だけを治療室に残して遊ばせる設定から始め、徐々にセラピストがその場面に入り込む(fading-in)手続きである。場面緘黙児は一般に新奇場面で不安・緊張が高くなり、発話が抑制されやすいため(Bergman, 2013)、行動的介入の初期段階に細かな刺激フェイディング法を適用して不安・緊張を軽減することは合理的な方法であると言える。しかし、場面緘黙児に対するクリニック型行動的介入の導入期から初期段階にかけての刺激フェイディング法の適用において、どのような刺激が発話行動や緘黙行動に影響を及ぼすかについての実証的データは示されていない。

本研究では幼稚園で場面緘黙を示す幼児1名を対象とし、大学教育相談室プレイルームでの行動的介入の初期段階に、Bergman (2013)を参考にして母子のみの設定から刺激フェイディング法を開始した。また、母親以外に対しても発話が見られ始めた第3セッションからは小学校入学が近いことを勘案して、随伴性マネジメント(contingency management)の枠組による「学校ごっこ」を導入した。この学校ごっこはゲームのような楽しみのある形式で行い、「発話の弁別刺激の提示－発話－発話に対する強化子の提示」という随伴性により行われた。随伴性マネジメントは発話をより促進するための技法として、場面緘黙児に比較的良好に用いられている(Cohan, Chavira, & Stein, 2006)。

本論文では最初の導入期2セッションを含め、その後の心理治療の展開初期までの計10セッションの教育相談場面での手続きを報告し、その結果から刺激フェイディング法及び随伴性マネジメントの効果を検証することを目的とした。

Ⅱ. 方法

1. 対象児

対象児は、介入開始時に6歳1ヶ月で、幼稚園年長組に在籍する男児1名(以下、A児)であった。A児は医師による「場面緘黙」の診断は受けていないが、3歳児健診の際に全く発話が見られず、母親から軽度の吃音があるとの報告があったことから、発達のフォローが必要と判断された。半年間隔で2回の育児相談を受けた後、5歳11か月から6歳6か月まで月1回程度、保健センターで幼児2～3名のグループ指導を受けていた。グループ指導ではほとんど発話が見られず、うなずき、瞬き、視線、指さしで応答し、指導担当者(第1著者が非常勤職員として担当していた)の質問に対し答えられず泣くこともあった。指導担当者が母親に家庭での発話状況を聞き取ったところ、家庭で家族だけであれば普通に話しているが、幼稚園ではほとんど話していないことが分かり、大学教育相談室に繋げた。A児には軽度の吃音症状(主に語頭音の繰り返し)が見られたが、家庭では特に気にすることなく話していた。幼稚園では入園時に呼名に対して「はい」と答えたが、それ以外の場面では発話は少なく、声も非常に小さく、予期せぬことや困ったことがあると、そのことを担任に伝えられずに泣くことが多かった。きょうだいは5歳上の兄がおり、小学校ではおとなしい印象があるが、特に発話について問題はなかった。母親の報告では兄弟の仲はよく、A児が兄と話す場面でも、軽度の吃音症状以外は特に問題はないとのことであった。

2. 研究の期間と場面

幼稚園年長組の9月からA大学教育相談プレイルームで行動的介入(原則として月1回、約1時間)を開始し、本研究ではその初期段階である第1セッションから、小学校1年6月の第10セッションまでを対象にした。

3. 介入手続き

1) 第1セッション

来談前の電話連絡及び来室時に主セラピスト(以下、MT[第3著者])から母親に、「今日は

Table 1 発話・表情・身体動作レベルチェックリスト

	1	2	3	4	5
発話	無発話。	瞬きやうなずきによる返事。	声が小さく、「はい」「いいえ」以外にほとんど話さない。	質問に対し、具体的に答える。	自発的に話しかけ、感情表現をする。
表情	ほおの緊張があり、表情の変化がない。泣く。	視線が不安定で、瞬きをしたり眉を動かす。変化がない。	ほおの緊張はなく、少しほほ笑い、変化はあるが、少ない。	笑顔で時々笑い声が出る。変化が多い。	笑顔で笑い声が大い。変化が多い。
身体動作	直立不動、ぎこちない。	下を向いて、動きが少ない。	肩が上がりが、動きが遅い。	肩は上がっていないが、動きが遅い。	自然に動く。

30分くらいお母さんとA児だけでプレイルームで遊んでください。その後、私がプレイルームに入ってお話を伺い、保健センターの担当者(ST1:副セラピスト1(第1著者))がA児の相手をします。」と説明した。MTとST1は開始から30分間は隣室の観察室でワンウェイミラーを通して母子の様子を観察し、その後、入室したMTは20分間、隅の机で母親面接を行い、ST1はA児と輪投げやボール遊びなどをして遊んだ。MTはA児には直接関わらなかった。なお、このセッションには3歳児健診後からA児のフォローを担当していた保健センターの保健師1名も観察室に同席した。

2) 第2セッション

第1セッションと同様に、母親とA児だけで15分間プレイルームで輪投げやボーリング、トランポリンで遊んだ。その後、ST1と母親が交代しA児と2人で遊び、MTと母親はプレイルームの隅で面談した。ST1とA児は10分間トランプカードを用いてばばぬきゲームをした。ばば抜きゲームは言葉を介さなくても参加できるゲームであったため、ゲームの選択肢に含め、A児に選択してもらった。面談が終わり、MTと母親も加わり、4人でカードゲームをした。MTはカードゲームに参加したが、積極的にA児に関わりはもたなかった。カードゲームが終わり、MTと母親は再び面談し、その間A児はST1と2人で10分間ジェンガゲームをした。最後の面談が終わって母親が戻り、A児は母親と

ST1と3人でジェンガゲームをした。ジェンガゲームは言葉を介さず、返答も必要ではないゲームであったため、ゲームの選択肢に含め、A児に選択してもらった。

第1セッションと第2セッションのA児の様子から、加藤・小林・財部(1981)を参考にし、Table 1に示した発話・表情・身体動作レベルチェックリストを作成した。作成に当たり、A児に見られた行動に合わせて修正して作成した。

プレイルームでA児と一緒に活動する人及び活動時間を、刺激フェイディング法に基づいて調整した。具体的な調整については、前回のセッションにおけるA児の発話や緊張等を勘案して、MTが以下に行った。

実際の活動参加者と時間(分)の経過をTable 2に示し、Fig.1には活動参加者がA児の発話に対して果たした機能を発話関連刺激と緘黙関連刺激、及びその移行期の3段階に分類して、刺激フェイディング法導入の詳細を示した(この3段階の分類は、Fig. 2に示したレベル評定結果に基づいて行ったものである。)。発話レベル2以下を緘黙関連刺激機能、発話レベル4以上を発話関連刺激機能、発話レベル3を移行期と分類した。A児はST1と本研究開始前から顔見知りであったが、保健センターでの指導場面では発話は見られなかったことから緘黙関連刺激機能を持つとみなされたが、初対面のMTの緘黙関連刺激機能よりは弱いと仮定され、第1

Table 2 刺激フェイディング法導入の概要

セ ャ シ ョ ン 月 / 日 活 動 参 加 者		#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
		9 / 29	11 / 14	12 / 5	12 / 19	1 / 16	1 / 30	2 / 20	3 / 27	4 / 24	6 / 19
開始 ↓ 終了	Mo	30	15	10	10	10	5	5	5	10	10
	ST1・①	20	10	10	10	10	5			20	
	ST1+ST2						5	15	20		20
	Mo+ST1・①		5	10	10	10				10	
	Mo+MT+ST1		20	25	25	25				20	
	Mo+MT+ST1+ST2						20	25	20		20
	ST1・②		10								
	Mo+ST1・②			5	5	5					
	Mo+ST1+ST2						5	5	10		10

注) 各セルの数字は実施時間(分)

セッションではST1からfading-inすることとした。第2セッション以降の活動参加者のfading-inの方法、及び各条件の時間設定については、おおよそ次のような考えに基づいて行った。①各セッションの開始時は母親とA児のみがプレイルームにいる場面を作り、セッションの最初から家庭場面とほぼ同様の発話や活動が生じやすくする。②当初はMTがプレイルームに入る時間帯は後半部分とし、発話や表情が抑制される可能性を少なくする。③ST2の導入は、ST1とMTがA児にとって発話関連刺激として

機能するようになった後にする。④学校ごっこも発話の負担の少ないものから導入する(挙手や返事のみから始める)。

3) 第3セッションから第10セッションまで発話レベル3は、積極的な意思表示とは言えないが、声は小さいものの「はい」「いいえ」を口頭で答えることができ、初めて口頭による会話が成り立つレベルである。活動に関しては、第2セッションにおけるA児の発話レベルは3に達していなかったが、ほとんどの質問に対して返答ができたことや、小学校入学後は口頭に

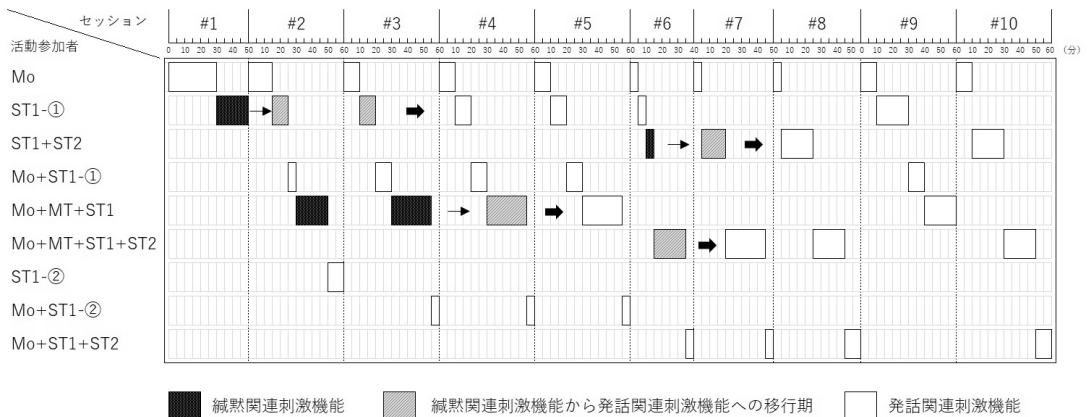


Fig. 1 刺激フェイディング法導入の詳細

よる返答の機会が増えることを勘案して、随伴性マネジメントの枠組による「学校ごっこ場面」を導入した。この「学校ごっこ場面」には母親も参加し、まず、MTに呼名された人（第3セッションでは母親、A児、ST1の順で）が手を挙げて「はい」と答えること、その次の型はめクイズでは、答えが分かった人が手を挙げて「はい」と答えた後、MTに指名されて、型はめのピースの名前を当てることが求められる課題であった。MTは正解に対して「当たり!」、不正解に対して「残念!」などと応答した。

第2セッションから第10セッションにかけては、介入開始後に母親とA児が遊んでいる間、ST1はプレイルームの隅にある机に座ったが、A児の方を見ないようにした。また、第10セッションには家庭の事情により兄もプレイルームに同席したが、学校ごっこ場面には参加せず、遊び活動でA児と一緒に遊んだ。各条件の活動内容は、以下の通りである。

(1) Mo（母親）：第2セッション以降の最初の5～15分間、プレイルームに母親とA児の2人だけがいる設定にした。プレイルームにはトランポリン、滑り台、輪投げ、バランスボールなどの遊具を用意し、自由に遊べるようにした。

(2) ST1-①：母親が退室した後、ST1は5～20分間A児と2人で遊具（黒ひげ海賊、輪投げ等）を用いた自由遊びや、カードゲーム（UNO、なぞなぞかるた、ばばぬき等）をした。遊びの選定はST1が選択肢を提示し、A児に選択してもらった。ST1-②はセッション後半に、同様に行った。

(3) Mo+MT+ST1：20～25分間、A児と母親及びMT、ST1の4人で遊具で遊んだり、第3セッション以降は型はめを使ったクイズ（「これは何ですか?」や「これはどこに入りますか?」など）、絵本の音読（ひらがなの単語をST1、母親、A児で順番に読む）、先週の出来事について話すなどの「学校ごっこ場面」を設定した。

(4) Mo+ST1-①：5～10分間、A児、母親、ST1の3人で自由遊びをした。遊びの選定と内

容は上記（2）と同様であった。Mo+ST1-②はセッション後半に、同様に行った。

(5) ST1+ST2：自由遊び場面に新規支援者としてST2（副セラピスト2；第2著者）が加わり、3人で自由遊びをした。遊びの選定と内容は上記（2）と同様であった。

(6) Mo+ST1+ST2：A児と母親、及びST1、ST2の4人で5～10分間、自由遊びをした。遊びの選定と内容は上記（2）と同様であった。

(7) Mo+MT+ST1+ST2：A児と母親、及びMT、ST1、ST2の5人で、20～25分間、主に上記（3）の「学校ごっこ」と同様の活動を行った。

なお、母親とMTがプレイルームにいない時間帯は、観察室で家庭や幼稚園・小学校の様子などについて面談した。また、母親は幼稚園や小学校の担任と連絡帳や個人面談を通して、幼稚園や小学校での緘黙症状等について情報交換した。

4. 観察記録方法と従属変数

第2セッション以降の教育相談場面は、すべてビデオカメラで録画した。2名の評定者が録画を独立して観察し、場面（活動参加者）ごとの発話・表情・身体動作について、Table 1に示した5段階のチェックリストを用いて、各場面の全体から受けた印象を総合的に評定した。第1セッションについては、ビデオカメラでの録画について母親の許可を得ていなかったこと、及び初回のセッションであるため奇異な印象をA児に与えないために、ビデオカメラでの録画は行わなかった。第1セッション終了時に次回以降のビデオカメラでの録画を母親とA児に説明し、同意を得た。

5. 評定記録の信頼性

第2セッション以降のビデオ録画を2名の評定者が独立して観察し、場面ごとの発話、表情、身体動作を5段階で評定し、その一致率によって信頼性を評価した。一致率は第2セッション以降のすべての録画データを対象に、 $[(一致した評定記録数) \div (一致した評定記録数 + 不一致の評定記録数) \times 100\%]$ の算式で算出した。そ

の結果、評定記録の一致率は「発話」が86.7% (範囲 = 60.0-100%)、「表情」が92.8% (範囲 = 75.0-100%)、「身体動作」が100%であった。

Ⅲ. 結果

第1セッションでは、プレイルームに母親と2人で入室したA児は、すぐにトランポリン、滑り台、輪投げ等で活発に遊び始め、笑顔で歓声を上げたり、母親への発話が多数見られた。第1セッションからプレイルームでの発話が見られ、家庭場面とほぼ同様に遊び、その後の刺激フェイディング法の展開が実施しやすくなった。観察室にいた保健師とST1は「A児がこんなに元気に遊んで、母親に普通の声の大きさで話しているのを初めて見た」と話した。MTとST1が入室した後、5分経過した頃にはA児は声は小さいものの母親相手の場合と同様のレベルでST1と遊んだ。

第2セッション以降のプレイルームにおけるA児の発話・表情・身体動作レベルの推移を、Fig. 2に示した。遊びの種類及び活動内容によって変動はあるものの、発話は第4セッションからST1との遊び場面で増加し始め、第5セッションと第6セッションでは、MTとの学校ごっこ場面でも自発的な発話が見られた。表情も発話の変化に伴い、ほぼ笑みや笑顔が増加した。身体動作については、全セッションで緊張は見られなかった。

第3セッションの「Mo+MT+ST1」の条件で「学校ごっこ場面」を導入した。これは小学校入学を控え、「はい」「いいえ」と答える行動を確立するために随伴性マネジメントの枠組みで介入したものであった。第3セッションでは発話レベルは期待した水準までは増加しなかったが、第4セッションで発話レベル4、第5セッションで発話レベル5となった。

第6セッションでは、「ST1-①」条件に続いて「ST1+ST2」条件を導入した後、A児の発話レベルは5から1に低下した。しかし、その後の「Mo+MT+ST1+ST2」条件では発話レベル3まで回復した。その後、第7セッションの

「ST1+ST2」条件ではA児の発話レベルは5、「Mo+MT+ST1+ST2」条件の発話レベルも4になった。

第8セッションの母親とMTの面談では、「幼稚園の遊戯会当日、及びその練習場面でA児は自分のセリフを大きな声で言うことができた。担任からは、その後自信がついた様子が見られるようになり、泣くことも少なくなり、自由時間に仲の良い男児と遊ぶことが見られるようになった、との報告があった」と、母親は話した。

第9セッションの面談では、「入学した小学校の授業参観日にクラス全員の前で自己紹介ができた。まだ自由に話しているようでないが、学校には楽しく行っている」と、母親から報告があった。また、第9セッション終了時にMTがA児に学校での様子を尋ねると、「学校は楽しい」「困っていることはない」と答えた。第10セッションにおける遊び活動に兄が参加したが、A児の発話・表情・身体動作レベルは以前と同様に高い水準で維持された。

Ⅳ. 考察

本研究では場面緘黙を示した男児1名を対象に、大学教育相談室で行ったクリニック型行動的介入の最初の導入期2セッションを含め、その後の心理治療の展開初期までの計10セッションの教育相談場面での手続きを報告し、その結果から刺激フェイディング法及び随伴性マネジメントの効果を検証することを目的とした。

初めての来談日である第1セッションでは、30分間、プレイルームで母親と対象児の2人で遊ぶ時間を設けたところ、家庭場面と同様の発話や活発に遊ぶ様子が見られた。第2セッションにおいても同様の傾向が見られ、この2つのセッションの様子がA児の発話・表情・身体動作において最も高い基準として設定された。Fig. 2に示したように、第2セッションからST1と二人だけの場面を設定したところ、A児は口頭による返答はしなかったが、ほとんどの質問に答え、表情に関しては少しほほ笑みが

見られた。第3セッションにおいても同じ傾向が見られたが、第4セッションから発話・表情・身体動作の全てにおいて最高のレベル5になった。この結果は、楽しい遊び活動を通してA児

がST1との活動や発話に徐々に慣れていったことを示しており、セッション開始時に発話・表情・身体動作レベルの高い母子のみでの遊び時間を設定することで、新規場面であるプレイ

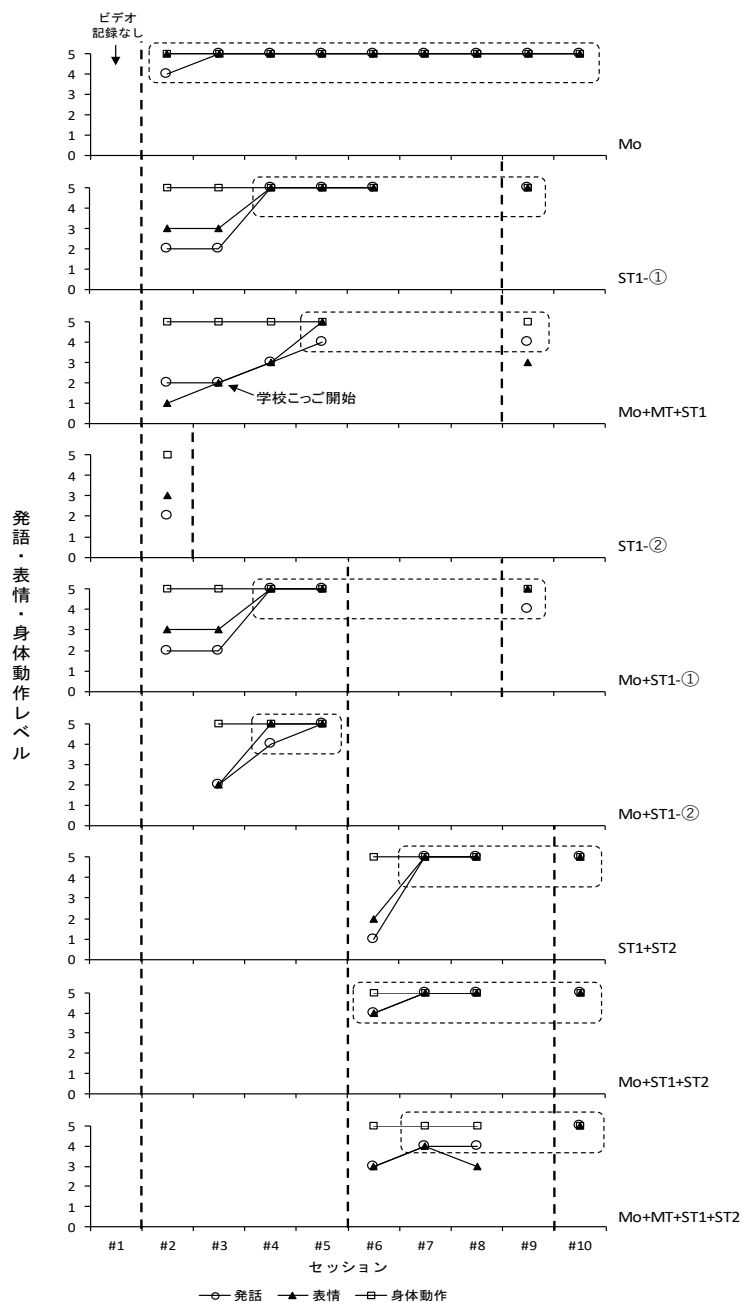


Fig. 2 発話・表情・身体動作レベルの推移

ルームが対象児にとって安心な場面となるために、極めて有効であったと言える。

また、第3セッションからは「学校ごっこ場面」を随伴性マネジメントの枠組みで導入したところ、第3セッションでは発話レベルは期待した水準までは増加しなかった。発話レベル5になったのは、2セッション後の第5セッションであり、A児は計3セッションをかけて「学校ごっこ場面」ではほぼ問題なく発話することが可能となった。発話レベルの低下は第6セッションの「ST1+ST2」条件でも見られたが、次の第7セッションの「ST1+ST2」条件では、A児は「お化けは夏に海から出るよ」と自発的に長い文で説明するなど、発話レベル5にすぐ回復した。このことは、新しい活動や人刺激の導入に当たり、発話レベルが急に低下しないようにさらに細かなfading-inの工夫が必要であることを示している。

fading-in時に期待した水準まで発話レベルが増加しなかった条件（例えば、「Mo+MT+ST1」や「Mo+MT+ST1+ST2」）もあるものの、第7セッション以降はセラピスト3人と話せるようになったことから、随伴性マネジメント（学校ごっこ）の効果が見られたと考えられる。

通常、クリニック型の行動的介入では、初回のセッションからセラピストが子どもや保護者の対応をすることが多いが、場面緘黙児の場合には、新しい場面で、知らない人（セラピスト）がいる状況は不安や緊張をもたらすことが予想される。例えば、関口・梅津・藤原・濱口（2018）の事例では、初回セッションのプレイルームに子ども担当のセラピストがいることによって強い母子分離不安が生じ、分離不安を解消するために様々な工夫がなされたが、その後5セッションが必要であった。特に母子分離不安が強い子どもの場合には、初回セッションで母子のみの遊び時間を設定することが有効であると考えられる。

一方、本研究では、第2セッション以降の主セラピストや副セラピストがプレイルームに入るタイミングや在室時間の長さ、及び人の組み

合わせについては、前回セッションの状況に基づいて設定したが、必ずしも系統的な手続きで行ってはいなかった。また、遊びの種類及び活動内容についても厳密に統制しておらず、その結果として発話と表情レベルは遊びの種類及び活動内容によって変動が大きかった。

今後は、刺激フェイディング法をどのように実施するか判断基準となるよう、前回セッションの評価方法や治療開始前のアセスメントの検討が必要である。

付記

本研究はJSPS科研費16H03808の助成を受けた。本研究の一部は日本特殊教育学会第55回大会においてポスター発表した。本研究の発表について保護者から書面による承諾を得た。

引用文献

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, Virginia: American Psychiatric Association.
- 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。
- Bergman, R. L. (2013) *Treatment for Children with Selective Mutism: An Integrative Behavioral Approach*. New York, Oxford University Press.
- 園山繁樹監訳（2018）場面緘黙の子どもの治療マニュアル—統合的行動アプローチ—. 二瓶社, 33-39.
- Cohan, S.L., Chavira, D.A., & Stein, M.B. (2006) Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1085-1097.
- 加藤哲文・小林重雄・財部盛久（1981）重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.
- 加藤哲文・小林重雄・山中貴子（1985）軽度精神遅滞児の選択性緘黙反応への行動療法的アプローチ—刺激フェイディング法と社会的スキルトレーニングの併用による効果—. 特殊教育学研究, 23(2), 12-20.
- 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. 行動療法研究, 18(1), 47-60.

関口雄一・梅津直子・藤原健志・濱口佳和 (2018)
場面緘黙を主訴とする男児への支援過程—母親
との分離が困難だった事例の検討—. 発達臨床心
理学研究, 29, 18-28.

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

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.

園山繁樹 (2017) 選択性緘黙を示す小学生の担任、
母親および特別支援教育コーディネーターへの
コンサルテーション. 障害科学研究, 41, 195-208.
—— 2018.8.27 受稿、2018.12.13 受理 ——

Application of Stimulus Fading and Contingency Management with the Introduction of Clinic-based Behavioral Intervention for a Child with Selective Mutism

Sungha CHO^{*}, Sae KOUCHIYAMA^{} and Shigeki SONOYAMA^{*}**

The current study evaluated the effectiveness of stimulus fading and contingency management with the introduction of behavioral intervention for a child with selective mutism in the educational consultation room at the university. The procedure involved the variation of the activity period and the person who participate in the activity in the playroom, based on stimulus fading. The dependent variables included the level of speech, facial expression, and body movement, under the various conditions; and the speech level was measured based on a five-step checklist. The speech began to increase in the free activity with sub-therapist, and spontaneous speech was observed in the playing school with main-therapist. Facial expression showed increased smiling as the speech level changed. No body movement was observed in any session. The current study was mainly conducted in an educational consultation setting. However, the symptoms of selective mutism improved partially in the kindergarten and elementary school settings. As the speech and facial expression level fluctuated greatly, depending on the activity content, further studies are needed to investigate more effective adjustment of participants and activities.

Key words: selective mutism, stimulus fading, contingency management, speech-facial expression-body movement checklist

^{*} Faculty of Human Sciences, University of Tsukuba

^{**} Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba