症 例

重度吃音学童に対する直接的言語指導に焦点を当てた治療

見上 昌睦

要 約：吃音の意識があり重症度の高い発吃3歳6ヵ月、初診時年齢8歳10ヵ月の男児1例に対して環境調整、遊戯療法とともに流暢性を促すために以下の直接的言語指導による治療を実施した。1) “ゆっくり、ひき伸ばし気味に”，“力を抜いて、柔らかな声で”などをカメの玩具、柔軟性に富むぬいぐるみの動き等にならして発話、2) メトロノームを用いたリズム効果法、3) 主症状である吸気発声への対応として、吸気後に呼気にのせて軟起声で、柔らかな声を用いながらゆっくりとひき伸ばし気味に発声・発語、4) 劇遊びを斉読、復唱など吃音症状が抑制されやすい条件をとり入れて実施した。言語指導終了後、遊戯療法に並行して親面接を実施し環境調整を図った。家庭でも本言語指導を実施してもらった。本指導開始後、指導および家庭場面の吃音症状は顕著に改善した。また回避反応は消失、行動・心理面についても好転した。重度吃音学童に対して、環境調整、遊戯療法とともに、遊戯的要素をとり入れ、核となる吃音症状を踏まえて直接的言語指導を試みることの効果が示唆された。

索引用語：吃音、吃音児、直接的言語指導、親指導、遊戯療法

Treatment Featuring Direct Speech Therapy for a School-Age Child with Severe Stuttering

—A Case Report—

Masamutsu Kenjo

Abstract: This study reports on a course of treatment used on a boy aged eight years and ten months with severe stuttering which began at the age of three years and six months. Direct speech therapy was performed with an element of play involving his parents. The speech therapy included: 1) slow (“stretched”) and soft (“using gentle voice”) speech with toys (toy turtle, soft stuffed animal, etc.) used as metaphors and pacers; 2) rhythmic speech using metronome; 3) approach addressing inspiratory phonation of the subject’s main disfluency type: after inspiration, the subject performed easy voice onset, and slow and stretched speech using gentle voice with expiration; 4) role playing using scripts featuring situations from his daily life, read out loud with his parents. After speech therapy, the subject was given child-centered play therapy. In counseling, his parents were also encouraged to reduce stress in his daily environment. Through this treatment, stuttering and attitude improved remarkably.

Key words: stuttering, stuttering child, direct speech therapy, parent counseling, play therapy

はじめに

2～4歳代で発症した吃音が自然治癒せず学齢期まで持ち越された場合、就学後の環境面の変化（対人関係の大幅な拡大）^{1,2)}、他児の非流暢性に対する意識の発達³⁾による指摘⁴⁾、吃音の意識化⁵⁾、国語科をはじめ教科学習（授業中の発言や朗読等）の開始^{1,2)}などは、この問題を深刻化・複雑化させる契機となりうるであろう。

大橋^{6,7)}は、発症から初診までに2年以上要した吃音児の症状は痙攣的くり返しが主でブロックや随伴症状も出現、吃音の意識・情緒性反応が見られた者も多いということを報告した。

若葉⁴⁾は7歳4ヵ月～9歳11ヵ月の学齢期吃音児14名の吃音症状を分析した。その結果、症状は慢性化・多様化・複雑化しており、情緒性反応・回避反応・吃音の意識に加え、非流暢性に対する他児の指摘が見られた者も多いということを報告した。

このように吃音を意識し重症度が高く、環境調整²⁾や心理療法（主に、カウンセリングや遊戯療法）など発話そのものへの働き掛けのないアプローチ（間接法）のみでは改善されにくい子どもについて、指導のあり方を検討することは、急務であろう。

筆者は、環境調整、遊戯療法とともに、親も参加する形で、遊戯的要素を取り入れて言語指導（直接法）を実施した結果、改善にいたった小学校低学年⁸⁾と高学年⁹⁾の重度吃音児1例ずつ計2例を報告した。前者⁸⁾については治癒にいたった¹⁰⁾。

今回、緊張性を顕著に伴う言語症状や随伴症状が頻出し、工夫・回避反応も見られた小学校中学年の学童1例に対して、環境調整とともに、直接的言語指導（以下、言語指導）に焦点を当て、遊戯療法も併用した治療を試みた。先行研究^{2例^{8,9)}}に比べて、吃音症状は重篤であった。本児の吃音症状の状態や興味関心などを踏まえ、先行研究^{8,9)}よりもより直接的な言語指導法を導入した。その結果、良好な経過をたどったので報告する。

対象児

発吃3歳6ヵ月の男児。初診時年齢8歳10ヵ月（小学2年）。吃音以外に聴力、言語障害なし。初語1歳2ヵ月、二語文の初出1歳10ヵ月。吃音の治療歴なし。

両親、本児の3人家族。父親と祖父が吃音者（両者ともに成年以降軽快）。

初診時のS-M社会生活能力検査によるSQ 85、ITPA言語学習能力診断検査によるPLQ 101、吃音重症度尺度¹¹⁾による初診時重症度7。

日本音声言語医学会吃音検査法小委員会¹²⁾の吃音検査法＜試案1＞による初診時の課題別吃音症状生起率（吃音生起数/総文節数×100）は図1左のとおりであった。全課題にわたって吃音症状生起率は顕著に高く、特に説明と会話で高い傾向が見られた。

吃音症状タイプ生起率は図2上のように、音・モーラ・音節のくり返し、歪み、吸気発声、ブロックなど多様で、緊張性を顕著に伴っていた。随伴症状（顔・口唇周囲を歪める、身体を動かす、など）は頻出した（録画記録していないため生起率は算出せず）。吃音の意識・工夫（大声を出す、速度変更、など）・回避反応あり。なお、図1、2において分布の対象としたのは言語症状¹²⁾のみである。

指導方法

本指導は、言語指導（30分程度）、遊戯療法（30分程度）と並行しての親（主に父親）面接（30分程度）から構成された。

1. 言語指導

1) 発話モデリング

8歳10ヵ月～9歳0ヵ月時には、カメのスピーチ¹³⁻¹⁵⁾、大橋¹⁶⁾、見上^{8,9)}を参考に、以下の発話モデリングの方法を考え、実施した。

(1)カメの玩具の動き等に“ゆっくり、ひき伸ばし気味に”をたとえた発話^{8,9)}（発話速度は約1.5モーラ/秒）。

(2)柔軟性に富むぬいぐるみに“力を抜いて、柔らかな声で”をたとえた発話^{8,9)}。

(3)上記(1)(2)を組み合わせ“力を抜いて柔らかな声で、ゆっくりひき伸ばし気味に”発話させた。

指導者のモデル発話を模倣・復唱、あるいは斉唱させるという形から開始し、流暢性が促されてきたら単独で発話させた。単語呼称・音読、文音読などを実施。(1)(2)を実施後、(3)に移行した。

2) メトロノーム用いたリズム効果法

8歳10ヵ月～9歳6ヵ月時には、メトロノームを用いたリズム効果法も以下の方法で実施した。

図1 課題別吃音症状生起率 (%)

図2 吃音症状タイプ生起率 (%). 単位=吃音生起数/総文節数×100. 吸気発声は言語症状に含めた.

(1)メトロノーム様に動物が音を立ててゆっくりと坂を下っていく玩具に合わせて母音部をひき伸ばし気味に発話⁸⁾ (発話速度は約 80 モーラ/分)。

(2)デジタル・メトロノーム (SEIKO・SQ 100-88) の約 100~150 回/分のペースに合わせた発話。

単語呼称, 単語・文・文章音読などを実施。流暢性が促されてきたらメトロノームなしで発話させた。まず(1)で実施し,(2)に移行した。(2)については, 100, 120, 140, 150 回/分と段階的にテンポを速くした。文章音読時など, 流暢発話が続いた場合, 音量を徐々に下げ消音するようにした。

3) 吸気発声への対応

本児は日常, 吸気で発話を開始することが多く, 発話開始時や発話途中で息継ぎをして次の発話を開始するときに吃音が頻出する傾向が見られた。発話時の呼吸, 発声, 構音のおおのの協調運動が十分ではないと考えられた。そこで9歳4ヵ月~10歳9ヵ月時には, 森山¹⁷⁾, Dahm¹⁸⁾などを参考に, 吸気後に呼気にのせるように軟起声で, 柔らかな声を用いながらゆっくりとひき伸ばし気味に発声・発語するようモデルを示して促した。練習用の母音・単語・句・文の例を記載したものを音読させる形で, 母音持続発声(単母音~連続母音), 単語・句・文の音読, 会話へと段階的に実施した。文の場合, 句読点の後など区切りの良い箇所では息継ぎをするようモデルを示して促した。遊戯的要素を取り入れて(例/ai:N/)実施した。

4) 劇遊び

8歳11ヵ月時~10歳9ヵ月時には, 本児, 親, 指導者が参加する形で劇遊び^{8,9)}を実施した。指導者作成の本児の日常生活に近いテーマの台本を音読させるという形で実施した。本劇遊びは日常生活場面における流暢性のさらなる拡がりをねらって導入した^{8,9)}。

台本作成や実施にあたり吃音の軽減をねらって, 本指導開始当初は, 特に斉読, 復唱, ひき伸ばし気味の発話などとともに, 吃音生起の低い言語機能(擬態語, 擬声語など)¹⁹⁾を多くとり入れるよう配慮した⁹⁾。

参加者全員がゆっくりと(約4モーラ/秒), 間を取りながら台本を音読するよう心掛けた。計3回実施し, 合間に自由会話を行った。

2. 遊戯療法

言語指導終了後, 30分程度, 学生セラピストが遊戯療法を行った(8歳10ヵ月~10歳9ヵ月時)。吃音児に対する児童中心遊戯療法²⁰⁾を踏まえて本児とかわかった。

3. 親指導

親に言語指導場面に同席してもらい, 随時指導にも参加してもらった。言語指導終了後に親(主に父親)面接を実施した。親に東京学芸大学附属特殊教育研究施設若葉研究室作成の, 1週間ごとの家庭における吃音症状・吃音重症度, 母子・父子・同朋・友人関係, 日常生活や学校での状況などの本児の状態に関する質問紙を実施し, その記載内容を踏まえて面接を進め, 環境調整を図った²¹⁾。なお, 家庭場面における吃音症状・吃音重症度の記載にあたっては, Johnsonら¹¹⁾の日本語訳²²⁾を呈示するとともに分類法の説明を行い, 吃音症状生起率は100語あたりの吃音生起語数(吃音生起語数/総語数×100)で算出させた。

面接時に, 実施した言語指導方法や指導時の本児の状態について解説した。遊戯療法場面も随時参観してもらった。言語指導で用いた教材・教具, 指導場面のVTRは持ち帰らせた。親には家庭でも無理のない範囲で本言語指導を本児と一緒に試みてもらった。

経 過

本指導はおおよそ隔週1回(月2回程度)のペースで10歳9ヵ月時まで計38回実施した。親面接については両親1回, 父親32回, 母親5回であった。本指導開始後の指導および家庭場面における吃音重症度の変化と特記事項について図3に示した。

1. 指導場面

本児は本指導全体を通して, 楽しく意欲的に取り組めた。指導開始当初は動機づけに留意するとともに, 遊びの雰囲気の中かで, 楽な発話の指標やペースメーカー的役割となる玩具やメトロノーム等を使用する機会を多くもった。メトロノームの使用について, 玩具⁸⁾ではペースが遅いとのことで, 本児の要望により8歳11ヵ月時よりデジタル・メトロノームに切り換えた。本児はゲーム感覚で発話練習に取り組めた。

このような玩具やメトロノームの使用については, 依存性を防ぐことと, 日常生活場面における自然発話での流暢性の獲得を目指すため, 少しずつ自然発話もしくはそれに近い指導法(日常会話に近い形での劇遊びや遊戯療法)中心に切り換えていった。

また本児の吃音の主症状であり, 日常パターン化していた吸気発声への対応についても, 上記方法のように段階的に実施した。

劇遊びについて, 開始当初は先行研究^{8,9)}と同じく台本のなかに歌唱, 掛け声および感情表出¹⁹⁾を入れていたが, それらを発するときには大声を出すなど気持ちが

高揚し、その後の台詞や会話で吃音が増加する傾向が見られた。そのため、9歳8ヵ月時より台本中に歌唱、掛け声および感情表出¹⁹⁾を入れず、興奮を喚起させるような内容にならないよう配慮した。

本児は言語指導よりも学生セラピストとの遊戯療法の時間を好み、毎回楽しみにしていた。本児は団地住まいであり、自宅近辺に遊び場がなかった。遊戯療法場面では、本指導開始～9歳0ヵ月時くらいまでは、全身を使う遊具を好んだり、パンチング人形を叩くという攻撃行動が多く見られた。9歳1ヵ月時以降は、連結式の鉄道の玩具、積み木やブロックを使ってロケットや城、塔などを作る遊びを多く展開し、最後に積み木等で作り上げた形を壊した。このような創造的な遊びをするようになった頃より遊戯療法時の気分は落ち着き、吃音症状は言語指導場面に比べ減少した。9歳1ヵ月時以降の遊戯療法場面の吃音重症度は言語指導場面に比べて1～2程度低かった（主に重症度3～1）。

本指導開始後、指導場面における吃音重症度（言語指導場面と遊戯療法場面の重症度を総体的に見て）は主に4～2の範囲に軽快した。回避反応は本指導開始後（8歳10ヵ月時）に消失し、吃っても言いたいことを言えていた。

9歳8ヵ月および10歳5ヵ月時の吃音検査の結果は、それぞれ図1中、右、図2中、下のとおりであった。吃音症状生起率は音読課題でごくわずかになったほか、全課題にわたって顕著に低下した。吸気発声は消失した。ブロックなどの緊張性を伴う症状は減少し、くり返しや挿入が主となった。

随伴症状生起率（随伴症状生起数/総文節数×100）については、9歳8ヵ月時には4.2%（15回/355文節×100）、10歳5ヵ月時には1.6%（6回/365文節）であった。このように本指導開始後、吃音症状が量的・質的に軽快したことが示された。

2. 家庭・学校場面

家庭場面においては、本指導開始後、家族で吃音のことを話題にできるようになった。両親は主に以下①～④の4点に配慮して本児とかわるようになった。

①本児への話し掛けはゆっくり行う、②本児からの話し掛けによく応じる、③激しい叱り方をしない、④本児とじっくりかわる時間をもつ、⑤勉強（宿題など）に付き合う。本児は主に父親と一緒に家庭においても本言語指導にゲーム感覚で意欲的に取り組めた。

本指導開始後、家庭場面における吃音重症度は主に4～2の範囲に軽快した。家庭場面における回避反応も本指導開始後（8歳10ヵ月時）に消失した。

本児の吃音重症度は、気分の状態、学習量、友人関係の変化などに伴って増減した（図3）。10歳3ヵ月時より実家への帰省（興奮時）、友人関係の悪化、宿題量の増加時にも吃音の悪化に影響しなくなってきた。これらのことから会話時の流暢性が安定してきたことがうかがえた。

また、10歳5ヵ月時には校内のテレビ放送に自主的に出演し、ものまねやコントを披露するなど行動面において積極性が出てきた。ロボット製作や放送委員会への興味関心という今後の具体的目標もできた。

小学3年時には、自宅に近い数名の友人グループのなかで行動することが多かった。友人との会話時には吃音が減少する傾向が見られた。しかしその集団で、牛乳瓶を階下に落とすなどの行動を起こしたこともあった。友人関係は小学4年以降変化し、グループ内の気の合わない友人は次第に離れ、真に気の合う友人と行動をともにするようになっていった。

親面接時、初診時のS-M社会生活能力検査のSQが85とやや低いことを話題にし、未達成項目を挙げながら、家庭において配慮してもらえよう求めた。小学4年以降、キャンプへの参加などを契機に達成項目は増え、10歳6ヵ月時には95に上昇した。

10歳8ヵ月時の冬休み中、通塾を開始するなど週末においても自宅での学習時間が増え、友人との接触はほとんど見られなかった。さらに、風邪で体調を崩した。吃音重症度は4へ悪化した。家庭における学習時間の調整については難しかった。

本児に対する定期的な指導は、吃音症状の軽快が安定してきたことと、両親の意向もあり、小学5年進級前の10歳9ヵ月時で終了となった。

考 察

本指導により本対象児の吃音症状は残存するものの顕著に改善し、回避反応は消失した。このような本児の変容から、臨床的に見て、重度吃音学童に対して、環境調整とともに、遊戯的要素を取り入れ、吸気発声などの核となる症状を踏まえて段階的に言語指導を行うことの効果が示唆された。劇遊びについても興奮を喚起せうる言語機能を取り入れない等、対象児の吃音の生起に合わせて実施していくことの効果が示唆された。本指導への親の参加、および家庭においても指導が実施された点も先行研究^{8,9)}同様、効果に影響を及ぼしたのではなかろうか。

吸気発声への対応としては遊戯的要素を取り入れながらではあるが、先行研究^{8,9)}に比べてより直接的な言

語指導法を導入した。大橋^{6,7)}によると吸気発声は発吃後間もない幼児にも見られたが、その後消失した者もいた⁶⁾。一方、発吃後初診までに時間を要した者にも吸気発声は多く見られた^{6,7)}。本児の強固に定着した吸気発声については、それに対応した言語指導の実施により消失にいたった。発話運動技術の再学習²⁴⁾、および症状に対応させた言語指導の効果が示唆された。

遊戯療法について、攻撃行動の出現の後、吃音症状の変動が見られ、その変動幅が減衰していく形で治癒に向かっていくという過程^{23,24)}と同様の経過をたどり、その効果が示唆された。さらに、言語指導（直接法）で促された流暢性を自然発話である遊戯療法場面（間接法）に広げていくという点¹⁰⁾については、前者に比べ後者の場面のほうが吃音重症度が低く、指導の連続性の効果が示唆された。今後、より詳細な分析・検討が必要であろう。

学齢期吃音児の大きな困難の一つである音読^{2,25)}時の流暢性については先行研究^{8,9)}と同じく指導開始後早期に促された。本言語指導の音読における効果は特に大きく早期に得られやすいのではないかということも示唆される。

本児と先行研究^{8,9)}の2例については、指導開始後、発話に対する回避反応は消失し、行動・心理面についても好転した。全3例のこのような変容について、吃音症状の軽減²⁶⁾という要素は大きいと思われる。今後、さらに事例を重ねての検討が必要であろう。

本児は本指導実施時、小学校中学年であった。いわゆるギャングエイジに入り、友人と徒党を組んで遊ぶようになると、友人からの評価が気になり、吃音を隠したり避けたりしようとする傾向が現れ、内面化の端緒となりうる²⁷⁾。このことから、流暢性を促す指導を含む本指導を開始し、それを阻止したことは意義があったと思われる。指導期間中、ギャングエイジから、特に気の合う友人を選択したり、自身の興味関心について絞られてくる時期へと移行した。また本指導開始後、S-M 社会生活能力検査によるSQは上昇した。今後、思春期（前思春期）に入っていくが、これからも自己実現に向けて興味関心のあることや社会生活能力の伸長を目指すことに重きをおいて支援したり、家庭や学校における吃音症状変動の実態を踏まえたかわりが求められよう。

本事例は、吃音症状の悪化に関係していると思われた学習量や通塾など、家庭における学習面の調整については学年が上がるに伴い難しくなっていくということを示唆している。習い事や通塾等については、鈴木

ら²⁸⁾も述べているように、対象児の利益やストレス等も踏まえ、親と密に連絡をとりながら慎重に対処していくことが求められよう。

年少の吃音児に対して、国内で伝統的に多く用いられてきた遊戯療法²⁰⁾と環境調整による治療に、直接的言語指導を組み合わせる形での改善例の報告^{8-10,26,29,30,31)}が散見されるようになってきた。このような間接法と直接法の組み合わせによる重度吃音児に対する治療については、今後さらに事例を重ねての検討が必要とされよう。

本研究の一部は第47回日本音声言語医学会学術講演会において発表した。

本研究は一部、文部科学省科学研究費補助金奨励研究A（課題番号：12780159）・若手研究B（課題番号：14780148）による。

本研究を行うにあたり福岡教育大学学生（当時）永野優希氏にご協力いただいた。また本稿を整理するにあたりイリノイ大学言語聴覚科学科 Ehud Yairi 教授、Nicoline Grinager Ambrose 助教授の下での研修経験が活かされた。これらの方々に深謝いたします。

文 献

- 1) 大橋佳子：小児期の吃音の進展過程。吃音の診断と指導（飯高京子，他編），学苑社，東京，1-42頁，1990。
- 2) 若葉陽子：環境調整法。吃音（都筑澄夫編），吃音，建帛社，東京，38-44頁，2000。
- 3) 伊藤友彦：構音，流暢性に対するメタ言語知識の発達。音声言語医学，36：235-241，1995。
- 4) 若葉陽子，飯澤めぐみ，榎藤桂子，他：初期学童期の吃音児の吃音症状。特殊教育研究施設研究報告，3：57-64，2004。
- 5) Ambrose NG and Yairi E: The development of awareness of stuttering in preschool children. Journal of Fluency Disorders, 19: 229-245, 1994.
- 6) 大橋佳子：小児の吃音の進展過程について。児童精神医学とその近接領域，14：143-166，1973。
- 7) 大橋佳子：小児の吃音の進展過程に関する横断的研究。児童精神医学とその近接領域，17：57-68，1976。
- 8) 見上昌睦：吃音の進展した小児に対する言語指導の試み。聴能言語学研究，19：18-26，2002。
- 9) 見上昌睦：劇遊びをとり入れた吃音児指導の試み。音声言語医学，44：138-146，2003。
- 10) 見上昌睦：吃音の進展した学童に対する言語指導の試み。シリーズ言語障害事例集第9巻吃音（盛由紀子，他編），学苑社，東京，87-103頁，2004。
- 11) Johnson W, Darley FL and Spriesterbach DC: Diagnostic Methods in Speech Pathology, Harper & Low, New York, pp. 281-282, 1963.
- 12) 日本音声言語医学会吃音検査法小委員会 森山晴之，小澤恵美，他：吃音検査法＜試案1＞について。音声言語医学，22：194-208，1981。
- 13) Conture EG: Stuttering, 2nd ed., Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1990.

- 14) Runyan CM and Runyan SE: Therapy for school-age stutterers: An update of the fluency rules Program. Stuttering and Related Disorders of Fluency, 2nd ed (edited by Curlee RF), Thieme Medical Publishers, New York, pp. 101-114, 1993.
- 15) Schwartz HD: A Primer for Stuttering Therapy, Allyn and Bacon, Boston, 1999.
- 16) 大橋佳子：吃音幼小児に対する発達支援の方法. 聴能言語学研究, 10: 243-248, 1993.
- 17) 森山晴之：吃音. 言語治療マニュアル (福迫陽子, 他編), 医歯薬出版, 東京, 181-223 頁, 1984.
- 18) Dahm B: Generating Fluent Speech: A Comprehensive Speech Processing Approach, Thinking Publications, Eau Claire, WI, 1997.
- 19) 小澤恵美, 滝 端江：吃音幼児母子コミュニケーションの分析. 音声言語医学, 25: 224-232, 1984.
- 20) 若葉陽子：吃音幼児の遊戯療法による指導. 吃音の診断と指導 (飯高京子, 他編), 学苑社, 東京, 115-143 頁, 1990.
- 21) 若葉陽子：早発性吃音の治癒過程に関する研究. 名古屋大学博士論文, 1999.
- 22) Darley FL and Spriestersbach DC: Diagnostic Methods in Speech Pathology, 2nd ed., Harper & Low, New York, p. 313, 1978.
(笹沼澄子, 他監訳：言語病理学診断法, 第2版, 319 頁, 協同医書出版社, 東京, 1982.)
- 23) 若葉陽子：ロジャース. サイコセラピー入門 (財団法人安田生命社会事業団編), 財団法人安田生命社会事業団, 東京, 139-176 頁, 1995.
- 24) 若葉陽子：遊戯療法. 吃音 (都筑澄夫編), 建帛社, 東京, 45-52 頁, 2000.
- 25) 大橋佳子：吃音のある子. 教育心理, 38(5): 36-37, 1990.
- 26) 大橋佳子：学齢期吃音児の治療教育. 吃音 (日本聴能言語士協会編), 協同医書出版社, 東京, 85-122 頁, 2001.
- 27) 藤野 博：ことばの教室での吃音児への対応. 吃音 (都筑澄夫編), 建帛社, 東京, 33-38 頁, 2000.
- 28) 鈴木夏枝, 小澤恵美：幼児吃音の臨床. 吃音 (日本聴能言語士協会編), 協同医書出版社, 東京, 49-83 頁, 2001.
- 29) 早坂菊子, 小林宏明：重度吃音児童の治癒過程—直接法と間接法の統合から—. 音声言語医学, 41: 237-242, 2000.
- 30) 前新直志, 磯野信策, 寺尾恵美子：幼児期から学齢期にかけての吃音指導の一例—間接法中心から直接法中心への移行に伴う母子の心理的变化—. 特殊教育学研究, 39(5): 33-45, 2002.

別刷請求先：〒 811-4192 福岡県宗像市赤間文教町 1-1
福岡教育大学障害児教育講座
見上昌睦