

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

報告しています。吉住昭・松野正知・伊藤道夫・山田麗子・高波厚子・山口哲雄・三富暁美⁵⁰⁾は、病弱養護学校を併設している全国の61病院小児科の調査において、不登校と心身症の合併率は、気管支喘息25.5%、肥満40.4%であったとしています。

(3) ADHDと長期欠席との関連の文献研究

ADHDや高機能自閉症などの軽度発達障害で適応障害を起こし、それが身体症状や不安感や緊張感、抑うつ感、無力感などの精神症状を呈したり、引きこもり、家庭内暴力など適応行動に障害を呈したりすることがあります。ADHDの児童生徒については、奥野ら（2001³⁰⁾）によって行われた全国病院調査からは、心身症合併率が57.7%、不登校（保健室登校、適応教室などを含む）19.2%であったことが明らかにされています。しかし、これらの数値は、心身症や適応障害を合併しているため小児科外来に受診していることを考えれば高めにしているものと推測されます。鳥取県で実施された学校調査では、ADHDの小学生で2.3%が、中学生では39.4%が不登校となっていることが明らかにされました¹⁴⁾。またHarada Y., Yamazaki T., & Saitoh K.⁸⁾によると、ADHDと不登校との合併率は17%であり、ADHDと反抗挑戦性障害（目上の者に対して拒絶的、反抗的、不従順、挑戦的な行動を繰り返す）が合併している場合の不登校の発生率は42%、同様に反抗挑戦性障害のみであると80%であったことを報告しています。

(4) 諸外国における心身症の調査

オンタリオ児童健康調査では、オンタリオ州の91%の児童生徒を検討しており、身体化障害（器質的な疾患がないにもかかわらず、痛みや胃腸症状といった身体症状を繰り返して訴える）の頻度は、12～16歳の男子で4.5%、女子では10.7%であると報告されています。スウェーデンでは、7～12歳の1,163人を対象とし、2週間調査をしたところ19.8%が心因性の身体症状を訴えていたと報告しています⁵⁾。フィンランドでは、14～16歳の生徒に健康調査を行い、頭痛を訴える（男子7.2%、女子14.9%）、次いで睡眠障害（男子7.1%、女子9.6%）、食欲低下（男子2.6%、女子5.4%）であり、さらに、両親がそろっていない家庭や学業成績が悪い生徒の方がこのような症状の頻度が高かったと報告しています³⁾。Eminson, Benjamin, Shortall, Woods, & Faragherらは、イギリスの都市に住む思春期の白人の調査では、男子7.1%、女子9.5%に身体化障害がみられたことを報告しています。奥野らの学校調査は、保健室を利用したものを対象としているため、単純に他の国と比較はできませんが、日本とスウェーデンの比較研究（田中・Borres, 2000⁴¹⁾）では、日本の中学生で疲れやすさ（日本22.8%、スウェーデン13.8%）や腹痛（日本10.5%、スウェーデン4.6%）といった身体愁訴の頻度が高いことが報告されています。

Ⅱ. 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の課題

心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験をもつ児童生徒に対して、将来の自立、社会参加に向けた支援の視点が重要であります。そのためには、各専門機関や専門家間の連携による支援が重要であり、子ども個人への支援の在り方や家庭、学校、地域への支援の在り方など構造化・階層化された支援が必要とされます。

1. 原因・要因の多様化に対応するシステム作り

特に、不登校のうち、心身症や情緒及び行動の障害を伴う場合には、階層・構造化した支援と

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

治療の体制を準備していく必要があります。齋藤万比古氏の多軸的な評価システムによる支援と治療モデルが有効であると考えます。表1-1に示すように、第1軸の背景疾患の診断、第2軸の発達障害の診断、第3軸の不登校出現過程による下位分類の評価、第4軸の不登校の経過に関する評価、第5軸の環境の評価を行い、様々な専門家が協働することで、診断、教育、環境介入などを行っていくことが大切であります。この多軸的な評価システムによる支援と治療モデルについては、第2章で詳しく紹介します。そして、この多軸的な評価システムによる支援と治療の実現は、教育、医療、家庭、福祉等の協働で行われなければなりません。その際に、核となるものが個別の教育支援計画であります。今後、このガイドブックの対象となる児童生徒に対して、どのような個別の教育支援計画を作成し、それが学校支援や家族支援、地域支援につながっていくかは大きな課題となります。

表1-1 多軸的な評価システムによる支援と治療の構造

第1軸 ; 背景疾患の診断
第2軸 ; 発達障害の診断
第3軸 ; 不登校出現過程による下位分類の評価
第4軸 ; 不登校の経過に関する評価
第5軸 ; 環境の評価

2. 教室以外の「居場所」の環境整備

(1) 適応指導教室の整備充実

適応指導教室とは、教育委員会が、教育センター等学校以外の場所や学校の余裕教室等において、不登校児童生徒の学校生活への復帰を支援するため、児童生徒の在籍校と連携を取りつつ、個別カウンセリング、集団での指導、教科指導等を組織的・計画的に行う施設として設置したものをいいます。適応指導教室は、不登校児童生徒の学校復帰等の支援に関し、大きな役割を果たしてきた実績があり、今後もその役割は重要です²³⁾。

適応指導教室の指導員は、集団への適応、情緒の安定、基礎学力の補充、基本的生活習慣の改善等のための相談・適応指導に必要な知識及び経験または技能、熱意と見識を有している必要があります。これらの資質・能力の向上のため、指導員に対する研修等の充実も不可欠であります。

さらに、適応指導教室の指導体制をめぐっては、専門性の不足や単なる「居場所」的要素が強かったり、医療を必要とする児童生徒に医療機関との連携を図ることなどに課題があります。児童生徒がどのような状態にありどのような支援を必要としているのか適応指導教室が正しく見極め（「アセスメント」）を行い、教育相談を実施することや、地域ネットワークの中核的機能を担うことなどを考えると、カウンセラー等の専門家など多様な人材を配置することも望まれます。このような環境にある事例を、第7章の事例4で紹介します。

そのほか、地域や学校の実情に応じて、不登校児童生徒が在籍する学校の学級担任、その他の教員がコーディネーター的な不登校担当教員、特別支援教育コーディネーター（LD、ADHD、

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

高機能自閉症，アスペルガーや特殊教育の範疇に含まれる既存の障害など特別支援教育の対象となる児童生徒の場合）や養護教諭との連携の下，機動的に適応指導教室に赴き，保護者や指導員等との情報交換や相談を行ったり，児童生徒の状態に応じて学習指導や教育相談を行ったりすることも考えられます。

不登校児童生徒への支援については，民間施設やNPO等においても様々な取組がなされており，今後，学校，適応指導教室等の公的機関は，民間施設等の取組の自主性や成果を踏まえつつ，より積極的な連携を図っていくことが望ましいです。

（2）特殊学級以外の校内リソース等を工夫しての支援体制

学校内で通常の学級と特殊学級の間の校内リソース等を工夫しての支援体制を組み，教育効果を上げている学校を紹介し，その課題について解説します。図1-8に示すように，特別支援教室（学校によって様々な呼び方をしています）は，個別指導を受けたい児童生徒のために設置し，その必要な時間だけ利用します。利用する手続きは学校によって違いがありますが，LD，ADHD，高技能自閉症，アスペルガーなど従来特殊教育の対象でない児童生徒も利用しています。また，数学や国語が苦手であるという児童生徒も利用しています。このような教室を小・中学校内に設置すると，LD，ADHD，高技能自閉症，アスペルガーの児童生徒が学級集団の中で「生きにくさ」を感じ心身症や情緒及び行動の障害を伴う形で不登校になった児童生徒や，様々なタイプの不登校の児童生徒の「居場所」になり，「安心」して登校できる児童生徒も増えてきます。学校内では保健室以外の重要な居場所になり，学習もそこで保障されるようになります。

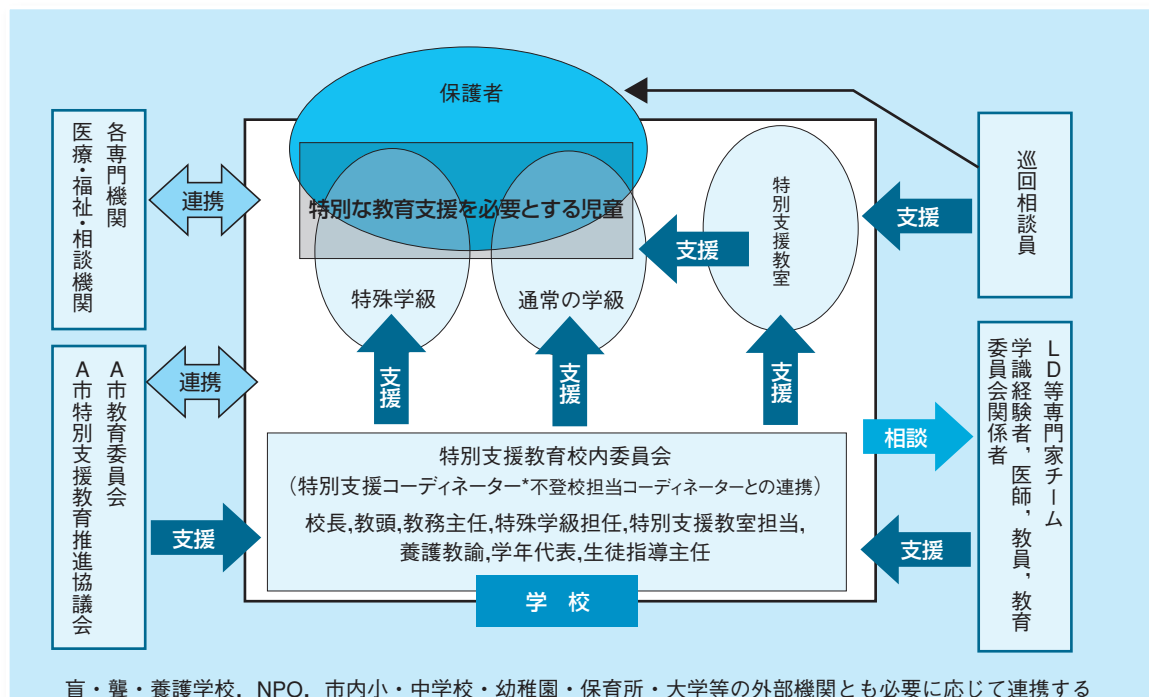


図1-8 R中学校の特別支援教育体制

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

図1-8に示したように、特別支援教育校内委員会があり、メンバーは、校長、教頭、教務主任、特殊学級担任、特別支援教室担当、養護教諭、学年代表、生徒指導主任と特別支援コーディネーター（不登校対応担当コーディネーターとの連携も図りながら）から構成されています。また、学校外からのサポートとして、LD等の専門家チームや巡回相談員の支援を受けたり、相談をしたりしています。つまり、学校全体で校内、校外の支援を適切に活用し、特別な教育的支援を必要とする児童生徒をサポートしていこうする体制づくりをしている学校事例です。このような事例については、第7章の事例5の中学校の特別支援教室の事例を挙げてあります。

このような中間層の学級を組織すると、例えば、成果としては、児童生徒の学習への意欲向上につながる、学力のレベルアップ、中間層の学級の授業づくりにおける教師の連携、不登校の児童生徒の「居場所」になり得る、通常の学級と特殊学級の連携の架け橋となる「支援の場」などが考えられます。課題としては、加配教師がいる学校では問題がありませんが、加配教師がいない場合の教室運営は、学校全体で授業時数を増やしながらか協力し合い、教室運営にあたらなければならない、校長の強いリーダーシップと教職員の連携が必要となってきます。

(3) 病弱養護学校における教育的対応の課題

心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の児童生徒の教育的対応については、近年、全国病弱養護学校校長会や教頭会、全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会等において重要課題として取り上げられています(全国病弱教育研究連盟、1996-2003⁵¹⁾)。病弱養護学校に在籍する心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある児童生徒は、数年間引きこもっていたり、様々な教育・医療機関を経て最後にたどり着く教育機関です。彼らへの教育的対応の柱は、ソーシャルサポートをいかに高め、不安を軽減し、ストレスの軽減を図ることができるかです。そのためには、「受容」することを重視した取組や不安感を軽減し「安心感」を高める取組が大切になってきます。このような取組が学校レベルでいかになされるかが問われてきます。Heyne and Rollings (2002⁹⁾)は、不登校の対策として、学校コンサルティングの重要性を述べ、学校レベルの取組についてその必要性を説いています。

渡辺 (2003⁴⁶⁾)は、心身症・神経症等を伴う不登校の経験のある児童生徒を中心に受け入れている北九州市立門司養護学校の取組を報告しています。心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校経験のある児童生徒に「受容：子どものありのままを受け入れ、適応する土台を築くことで安心感、信頼感、自尊心を高める段階」、「挑戦：自発性、主体性を育てチャレンジする段階」、「協力：他者との相互理解が深まり協力ができる段階」、「向上：自らの課題を見付け解決していこうとし、自己実現に図ろうとする段階」という4つの段階での成長を意図したきめ細かな手立てを講ずれば、児童生徒は情緒を安定させ自立へと進むであろう、という研究仮説を立て、学校レベルの取組を行っています。

また、深澤・棚田 (2001⁷⁾)は、山梨県立富士見養護学校旭分校の学校レベルの実践を報告しています。渡辺 (2003) が報告したように、第1期「安心」：安心感を高めるために、教師との一対一の関係を気づき、生活のリズムを整える段階と位置づけています。第二期「出会う」「気づく」：自分や他者に対する信頼性を高め、自尊心を高め、自信を回復する時期であり、自己の思いの表出や実現、人数や空間、活動内容の広がり段階です。第三期「挑戦」：集団活動に積極的に関与したり、新しい活動に挑戦したりする段階です。これらの仮説の順序性は、野口

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

(2002²⁷⁾) のいう健康心理カウンセリングをすすめていく上での順序性と合致しています。個への介入，親への介入，そして学校レベルでの介入を組織的に行うこれら両校の取組は，出席率や卒業後の社会適応に貢献しています。

このような学校レベルでの取組のためには，自立活動を軸とした柔軟な教育課程が必要です。例えば，旭分校では，日課表の1校時枠の中に，自立活動と教科を同時に設け，生徒が自分で選択する形（授業時数は生徒が決定）をとる教育課程を実施しています。自立活動は，盲学校，聾学校及び養護学校幼稚部教育要領，小学部・中学部学習指導要領，高等部学習指導要領（文部省，1999²⁰⁾）では授業時数が規定されていないため，上記のような取組が行われるようになったものと考えています。

また，渡邊・鉄井・山下（2003⁴⁴⁾）は，心身症や情緒及び行動の障害を伴うの不登校経験者に対して，自分の興味のある職業でその道の達人に出会う，そして弟子入りをするという体験学習を試み，児童生徒の学校適応や社会適応を促進する成果を上げています。これらの実践は，旭分校の仮説である「出会う」，「気づく」，「挑戦」という段階の児童生徒に対して行われ，効果を上げてきました。

奥野ら（2001）により，今までなされてこなかった我が国の心身症・神経症等の実態が把握されましたが，これらの統計を日本全国に当てはめてみると，毎週71,000人の小学生，63,000人の中学生，42,000人の高校生が何らかの心の問題を抱え，心身症・神経症等の症状をもち保健室を訪れていることになると推測されます。このような現状に対して，奥野らは，養護教諭を支援する体制作り，スクールカウンセラーや学校医の参画，地域保健活動の中に小児の心身症や神経症への対策等の提言を行っています。これら心身症・神経症等で身体症状や行動に著しい異常を呈し，学校へ登校できなくなった者の一部が病弱教育の対象となっているものと予測できます。不登校の状態が長く続くと，高等教育の機会が失われたり，就職等の問題や後に精神障害の危険性が高まるなどの指摘がなされています⁶⁾。心身症や情緒及び行動の障害を伴う児童生徒が不登校の状態が長く続かないような学校環境を考えていかなければならないでしょう。

院内学級や病弱養護学校は，病院で治療しながら同時に教育を行うことができます。院内学級（中学校）を卒業して10年後の生徒の予後研究によると，社会環境に「適応」「やや適応」している者が73%いたことが報告されています^{31) 32)}。それに対して適応教室からの学校復帰率は，総務庁の調べで17.9%でありました³³⁾。この2つの数値からものを言うことは少々乱暴ではありますが，一定期間，医療機関で治療しながら同時に小人数のクラスで学習し学習の空白をつくらないことが，心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校児の予後のよさにつながっているのではないかと推測できます。現在のひきこもりの青年の増加を考えると，病院という専門機関と連携した病弱養護学校は貴重な教育機関であることが理解されます^{25) 11) 13)}。

入院中2，3人の小集団の中で親密な対人関係を十分に学ぶことができた不登校児は，退院後良好な状態を示したことが報告されています¹⁷⁾。

Wallance and Hall (1994⁴³⁾) やNorwich and Lunt (1995²⁸⁾) らは，コラボレイト（協働）することは，コーディネイト（調節）やコーポレイト（協力）より各専門家間の関係性が良好であり問題解決志向が高い概念であることを示しました。協働チームは，各専門家の立場を生かす形で積極的依存を大切にし，共通の目標を持ち，平等であり，責任は全員で負う等を重視します。このようなチームアプローチは，心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある児童

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

生徒個々への質の高い教育やケア，支援を可能にするものと考えます。このような体制づくり，教師の専門性の向上，資質の向上が大きな課題となります。

参考文献

徳永豊（2005）「特別な教育的ニーズ」の概念と特殊教育の展開．国立特殊教育総合研究所，325，7-67.

引用文献

- 1) 赤坂徹（2002）呼吸器系．子どもの心の健康問題ハンドブック，平成15年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）小児心身症対策の推進に関する研究班編，60-64.
- 2) 吾郷晋浩・生野照子・赤坂徹（1992）小児心身症とその関連疾患．医学書院.
- 3) Aro, H., Paronen, O., & Aro, S. (1987) Psychosomatic symptoms among 14-16 year old finnish adolescents. *Social Psychiatry*, 22, 171-176.
- 4) Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M., & Crosby, R.D. (1997) Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 661-668.
- 5) Berntsson, L.T. & Gustafsson, J-E. (2000) Determinants of psychosomatic complaints in Swedish school children aged seven to twelve years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 283-293.
- 6) Buitelaar, J. K., van Andel, H., Duijck, J. H. M., & van Strien, D.C. (1994) Depressive and anxiety disorders in adolescence: A follow-up study of adolescents with school refusal. *Acta Paedopsychiatrica*, 56, 249-253.
- 7) 深澤修・棚田京子（2001）個の思いや動きを核とした教育課程．育療，21，37-52.
- 8) Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002) Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 365-369.
- 9) Heyne, D. & Rolling S. (2002) School refusal. ABPS Blackwell, 47-50.
- 10) 平澤民子（1996）心身症等教育研究委員会の動向．病弱虚弱教育，36，128.
- 11) Kearney, C.A. & Albano, A.M. (2000) When children refuse school: a cognitive-behavioral therapy approach-therapist guide. San Antonio TX : Psychological Corporation.
- 12) Kearney, C. A. (2001) School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment. American Psychological Association, Washington, DC.
- 13) King, N. J. & Bernstein, G.A. (2001) School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 197-205.
- 14) 小枝達也（2002）注意欠陥／多動性障害（AD/HD）とその辺縁疾患．子どもの心の健康問題ハンドブック，平成15年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）小児心身症対策の推進に関する研究班編，88-92.

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

- 15) Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E., & Strauss, C. C. (1987) Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- 16) Last, C. G. & Strauss C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- 17) 増井美保子, 植本雅治・井出浩 (1987) 対人関係からみた不登校児童の入所治療過程. *児童青年精神医学とその近接領域*, 28 (3), 192-205.
- 18) 宮本信也(1994)小児心身症およびその類縁の状態についての調査 (特). 厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」平成5年度研究報告書, 65-73.
- 19) 文部省 (1993) 病弱教育における養護・訓練の手引. 慶應通信
- 20) 文部省 (1999) 盲学校, 聾学校及び養護学校幼稚部教育要領, 小学部・中学部学習指導要領, 高等部学習指導要領.
- 21) 文部科学省 (2003) 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告) 特別支援教育の在り方に関する調査協力者会議
- 22) 文部科学省 (2002-2005) 学校基本調査報告書. 生涯学習政策局調査企画課.
- 23) 文部科学省 (2003) 今後の不登校への対応の在り方について (報告)
- 24) 村山隆志 (1998) 子どもの心身症. 松下正明総編, *児童青年期精神障害*. 中山書店, 165-170.
- 25) 中村豊・村上龍助・中谷恭子 (2003) 心身医学的アプローチを必要とする小児を治療するに当たって院内学級が果たす役割. *小児保健研究*, 62, 219-223.
- 26) 長畑正道 (1986) 慢性疾患児の臨床心理. *小児内科*, 18, 861-864.
- 27) 野口京子 (2002) 健康心理カウンセリングの基本. 健康心理学会 (編), *健康心理学概論*, 実務教育出版, 181-190.
- 28) Norwich, B. & Lunt, I. (1995) Inter-school collaboration for special education needs. In Lunt, I., Norwich, B. & Varma V. (Eds.) *Psychology and education for special needs*. Biddes Ltd, Great Britain. 32) Offord, D.R., Boyle, M.H. & Szatmari, P. (1987) Ontario child health study. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- 29) 緒方明・江上昌三 (1996) 病弱養護学校を卒業した不登校生徒の追跡調査. *小児の精神と神経*, 36 (2), 163-170.
- 30) 奥野晃正・衛藤隆・星加明德・三池輝久・山縣然太郎・渡辺久子・小枝達也・金生由紀子・沖潤一・武田鉄郎・中村延江・赤松拓・市木美知子・高田憲司 (2001) 心身症・神経症等の実態把握及び対策に関する研究. 厚生科学研究子ども家庭総合研究事業, 310-355.
- 31) 齊藤万比古 (2000) 不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究. *児童青年精神医学とその近接領域*, 41 (4), 337-339.
- 32) 齊藤万比古 (2002) 不登校. 山崎晃資・牛島定信・栗田広・青木省三 (編著), *現代児童青年精神医学*. 永井書店, 343-354.

第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

- 33) 総務庁行政監察局編 (1999) いじめ・不登校問題などの現状と課題. 大蔵省印刷局.
- 34) Stanton, A. L., Collins, C. A., & Sworowski, L. A. (2001) Adjustment to chronic illness: Theory and Research. In Baum A., Revenson T. A., & Singer J. E. (Eds.) *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates (PP. 387-403). New Jersey.
- 35) 篁倫子・武田鉄郎・海津亜希子・西牧謙吾 (2004) 病弱養護学校における心身症等の児童生徒の教育－「心身症など行動障害」に括られる児童生徒の実態と教育・心理的対応－. 国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部
- 36) 武田鉄郎 (1997) 病弱教育対象児の実態の推移と展望. 育療, 7, 12-18.
- 37) 武田鉄郎 (2001) 心身症・神経症等の児童生徒の実態, 白血病治療後の認知障害に焦点を当てて. 特別支援教育, 4, 56-59.
- 38) 武田鉄郎・篁倫子・原仁・山本昌邦 (2003) 病弱養護学校高等部における職業教育に関する実態調査. 特殊教育学研究, 41 (3), 307-315.
- 39) 武田鉄郎・原仁 (2000) 不登校の経験をもつ慢性疾患児 (中学生) のストレス対処特性. 特殊教育学研究, 38 (3), 1-10.
- 40) 武田鉄郎・笠原芳隆 (2001) 院内学級における学級経営上の課題と教員支援. 発達障害研究, 23 (2), 126-135.
- 41) 田中英高・Borres M. (2000) 公立小中学校児童生徒の身体愁訴, 精神愁訴の国際比較－Nazismが潜む日本の教育下の子どもとスウェーデンの子どもの比較－. 平成10年度 (財) 明治生命厚生事業 団第6回健康文化助成論文集, 73-81.
- 42) 梅垣弘 (1987) 登校拒否の回復期と学校復帰. 小児の精神と神経, 31 (2), 73-78.
- 43) Wallance, M., & Hall, V. (1994) Go collaborative! Subvert reform for the sake of the children. *Support for Learning*, 9 (2), 68-72.
- 44) 渡邊直子・鉄井恵・山下英 (2003) ハロー達人・プチ弟子入り. 育療, 27, 52-59.
- 45) 渡辺ちえ子 (1995) 登校拒否 (不登校) 傾向を示す生徒達への指導－養護・訓練の指導を中心として－. 病弱虚弱教育, 35, 21-23.
- 46) 渡辺洋一 (2003) 心身症等不登校経験のある児童生徒の自立に向けた支援の在り方. 育療, 27, 46-51.
- 47) 山下格 (2002) 精神医学ハンドブック第4版－医学・保健・福祉の基礎知識－. 日本評論社, 187-219.
- 48) 横田雅史 (1995) 病弱教育の現状と課題. 教育と医学, 7, 4-12.
- 49) 横田雅史 (1997) 小児医療における教育問題. 小児の精神と神経, 37 (1), 41-45.
- 50) 吉住昭・松野正知・伊藤道夫・山田麗子・高波厚子・山口哲雄・三富暁美 (1995) 施設入院療法を受けている不登校児および心身症児についての調査. 日本小児心身医学会雑誌 (4) 42-47.
- 51) 全国病弱虚弱教育研究連盟 (1996-2003) 病弱虚弱教育.
- 52) 全国病弱虚弱教育研究連盟 (1999-2005) 全国病弱虚弱教育施設一覧・全国病類調査表.