

厚生科学研究
(子ども家庭総合研究事業)

思春期の保健対策の強化及び健康教育の
推進に関する研究

平成13年度研究報告書

平成14年 3 月

主任研究者 諸 岡 啓 一

目次

研究要旨	253
A. 研究目的	254
B. 思春期の保健対策の現状分析	255
C. 研究方法	257
D. 結果	
1 モデル地域の状況—東京都大田区における学校医療連携	258
2 専門学会の医師数の実態調査	260
3 思春期の保健対策を強化するための連携の在り方（分担研究報告）	
I 小児神経学会の調査および、連携構築に関する検討	268
有本 潔	
II 小児科と精神科との役割分担	270
星加明德	
III 「不登校」への精神保健学的アプローチ	273
熊倉伸宏	
IV 思春期精神医学からの思春期の保健対策ならびに連携構築に関する提言	276
中村道子	
V 学校精神保健における連携構築について	278
川名明德	
E. 考察ならびに提言	280
別表	
表4 - 1~2 都道府県の医師数と学齢期人口比	283
表5 - 1~16 都道府県の市部別・郡部別の医師数と学齢期人口比	285
表6 - 1~26 所属機関の所在地別会員数	301
表7 - 1~22 所属機関の所在地別会員数（日本新生児学会）	327

平成13年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

総括研究報告書

思春期の保健対策の強化及び健康教育の推進に関する研究

（課題番号 H13-子ども-07）

思春期の心の問題に関わる専門医師数の検討と連携の在り方について

（付）新生児医療に関わる専門医師数の検討

主任研究者 諸岡啓一 東邦大学医学部第1小児科 教授

研究要旨

小児の心の問題に関わる専門医の数が少ないのが問題であるとされているが、その実数はあまり知られていないのが実情である。本研究では、心の問題への対応策を立てるための基礎的データとして、各専門毎の医師数を行政単位で算出することと、このような実態に基づいて、現状の分析を行い、具体的な対応策を提言することを目的とする。

行動面は”心の問題”であるが、原因として環境要因、性格等、発達障害などが挙げられる。小児科においては専門分科（subspecialty）が進んでいる。心の問題に関係しているのは、小児精神医学、心身医学、小児神経学などである。精神科では小児精神医学が関わっている。これらの専門の医師数を行政単位毎に調査した。

児童青年精神医学会の精神科医(a)は930人、小児科医(b)は118人、小児心身医学会の精神科医(c)は25人、小児科医(d)は559人、小児神経学会の精神科医(e)は39人、小児科医(f)は2661人であった。他に、小児精神神経学会の小児科医は約350名、精神科医は約150名であった。これらの学会会員で重複している可能性はあるが、とくに、児童青年精神医学会と小児神経学会とでは、その割合はあまり多くはないと推測される。児童生徒の精神保健のうち、心身症（とくに不登校、神経性食思不振症、PTSD等）を扱うのに最も適している医師は精神科医(a,c,e)の994人と小児心身医学会の小児科医(d)559人の1553人であり、次に適しているのは小児神経学会の小児科医2661人と考えられる。

児童青年精神医学会について、小児科医118名、精神科医930名で、小児科医は精神科医の約8分の1の数であった。小児科医の学齢期人口千対の全国平均は0.009で、小中学生約10万人に1名であり、精神科医の学齢期人口千対の全国平均は0.073で、学齢期人口1万人あたり1人に満たないことになる。

小児心身医学会の小児科医の学齢期人口千対は全国平均が0.044で、学齢期人口2万人に1名弱であった。精神科医は全国でわずか25名であった。精神科医がまったくいない県は35県にのぼった。小児科医と精神科医を合わせると584名で、学齢期人口千対は0.046と2万人に1名弱であった。

小児神経学会の小児科医は2661名で、最も多かった。その学齢期人口千対は全国平均で0.208で、児童生徒5千人に約1名で、比較的多いといえた。小児神経学会の小児科医は多くの医療機関で障害児を中心として医療—保健—教育の領域でリエゾンの活動をしており、心の問題に関しても同様の働きが期待される。

環境要因や性格等に原因のある心の問題に対しては臨床心理士、小児精神専門医（小児科医、精神科医）、小児心身医学専門医（小児科医）が、発達障害による場合は小児神経専門医（小児科医）が対応するのが最も適している。

これらの専門分野（subspecialty）の医師は絶対数や学齢期人口千対の医師数が少ないが、

専門領域により医師数の特徴があるので、各行政地区においては、二次医療圏のみならず三次医療圏も含めて、これらの専門分野の医師が有効に機能するような体制作りが必要である。ここに挙げた専門分野 subspecialty 以外の専門領域の小児科医（小児免疫学専門など）、精神科医（てんかん学専門など）も、当然、“一般小児科医”、“一般精神科医”として、心の問題の小児に関わることが望まれる。

小児の心の問題に対処するには次のような体制作りを提言する。

1. 各行政地域において、医療機関、医師会、学校、教育センター、児童相談所、保健所を含めた、二次医療圏ならびに三次医療圏に互る連携を構築する必要がある。
2. 少なくとも東京都においては児童相談所に小児科医が関わっていないという事態があるが、参加が望まれる。
3. 環境要因や性格等に原因のある心の問題に対しては小児精神専門医（小児科医、精神科医）、小児心身医学専門医（小児科医）が、発達障害による場合は小児神経専門医（小児科医）が対応するのが適している。これらの専門家が参加した体制作りが必要である。
4. これらの専門家の数は学齢期人口比で見ると十分ではない。心の問題の小児は初めから専門家を訪れる訳ではないことと、これ以外の専門領域の小児科医、精神科医も、それぞれ、小児科、精神科全般の診療を行っていることから、心の問題の小児に関わることが望まれる。
5. 学校において、校医、養護教諭、スクールカウンセラーが配置されているが、一人の校医ですべての問題に対応するのは困難である。地域の医療機関、医師会からの参加が必要である。

分担研究者	有本 潔	島田療育センター	医務部長
	川名明德	東邦大学医学部精神神経科	講師
研究協力者	星加明德	東京医科大学小児科	教授
	熊倉伸宏	東邦大学医学部公衆衛生学	教授
	中村道子	東邦大学医学部精神神経科	助教授

A. 研究目的

いわゆる心の問題は、行動面は“心の問題”であるが、背景にある原因として環境要因、性格等、発達障害などに分けられる。小児科においては専門分科（subspecialty）が進んでおり、心の問題に関係しているのは、小児精神医学、心身医学、小児神経学などである。精神科では小児精神医学が関わっている。

環境要因や性格等に原因のある心の問題に対しては臨床心理士、小児精神専門医（小児科医、精神科医）、小児心身医学専門医（小児科医）が、発達障害による場合は小児神経専門医（小児科医）が対応するのが適している。

これらの専門医の数が少ないのが問題であるとされているが、その実数はあまり知られていないのが実情である。本研究では、心の問題への対応策を立てるための基礎的データとして、各専門毎の医師数を行政単位で算出することと、このような実態に基づいて、現状の分析を行い、具体的な対応策を提言することを目的とする。

B. 思春期の保健対策の現状分析

学校における思春期の保健対策に関して児童精神科医は都会地でも極めて少数であり、ほとんど期待できない。学校側または家族側が精神科医に相談を受けるのを躊躇する場合が多いのが実情である。これに対して、小児神経学・小児精神神経学・心身症専門医はすでに心身症や発達障害児の診療に携わっており、その数もかなり多い。実際には、主な心身症には頭痛、気管支喘息、周期性嘔吐症などがあるが、すでに小児科医が対応している。

また、学校で行動障害を呈している、注意欠陥多動性障害、学習障害、自閉症などの発達障害については、小児科医の中の小児神経学専門医や小児精神神経学専門医が診療・研究を行っている。

本研究では、これらの児童精神科医が機能しえない多くの地域において、小児科医、とくに小児神経学、小児精神神経学専門医が、学校精神保健において心の問題に対応する具体的な方策の構築と、学校－医療－地域の連携の在り方について検討する。

「健やか親子 21」では、思春期の心の問題に関して、家庭、学校等の地域の関係機関における相談機能の強化や、情報交換等を行う場を設ける必要があるとされている。そのためには、思春期の心の問題に対応できる医師の育成や学校教育での参画・活用等が挙げられる。親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合を 100%にするという取組みの目標がある。

現実には、都会地でも児童精神科医がこれらの問題に対応できているところは少ない。そのため、精神科の学会の部会では、生徒・学生の心の相談には、高校生には児童精神科医が関わり、小・中学生には小児科医が関わるという方針を出しているという。小児科医のうちでも、小児神経学・小児精神神経学・小児心身症専門医はすでに、心身症や発達障害児の診療に携わっており、その数もかなり多い。このような専門領域が思春期学校保健に必要であり、一部の地域ではすでに学校保健に関与しているということはあまり知られていない。これらの実態に基づいた議論ないし研究は少ない。

いわゆる心の問題は、行動面は”心の問題”であるが、背景にある原因として環境要因、性格等、発達障害などに分けられる。小児科においては専門分科 (subspecialty) が進んでおり、心の問題に関係しているのは、小児精神医学、心身医学、小児神経学などである。精神科では小児精神医学が関わっている。

環境要因や性格等に原因のある心の問題に対しては臨床心理士、小児精神専門医 (小児科医、精神科医)、小児心身医学専門医 (小児科医) が、発達障害による場合は小児神経専門医 (小児科医) が対応するのが適している。

児童生徒における心の問題は近年重要性を増してきている。心の問題には、不登校、学業困難、いじめ、摂食障害、校内暴力、家庭内暴力、学級崩壊、薬物乱用、児童虐待、援助交際など多岐に亘る。平成 12 年度では中学校生徒の不登校の全国平均で 38 名に 1 名となっている。このような事態に対して学校にスクールカウンセラーが配置され、地域によっては「心の相談員」が対応することとなっている。

このような背景から、学校保健や学校医のあり方が論議され、検討されている。また、日本医師会認定の学校医制度も検討されているが、現状として学校医には小児科、内科、外科など種々の専門の医師一人が担当しており、一人の学校医がすべての種類の心の問題に対応するのは無理である。これらの心の問題の原因により、それぞれの専門家が対応する必要があり、複数の専門領域の医師の参加が求められる。

学校保健で問題となるいじめ、不登校、摂食障害などにおいて、環境要因、性格～体質、発達障害 (から生じる二次障害) がどの程度に関与しているか、を表示する (表 1)。

また、教育センターなどで医療相談の依頼を受ける行動異常として学業困難、対人関係の障害、注意集中障害、多動、けいれん、意識障害などの発達障害がある。これらを表に示す (表

2)。

まず、いじめや不登校について、本人側に問題がないのにみられる場合（”環境”性）から、本人の性格・気質と周囲の要因が関わっている場合、精神遅滞、自閉傾向、注意欠陥多動性障害(ADHD)などの発達障害を有している場合、などが挙げられる（表1）。摂食障害（神経性食思不振症）の原因については、時代的背景と性格要因が大きいと思われる。学業困難については、学業を怠けるという場合では環境要因や性格・気質が関与している。しかし、知的発達境界（IQ70-84）や精神遅滞（IQ70未満）の場合や自閉傾向、注意欠陥多動性障害などの発達障害が原因の場合もあるので、本人側の要因も考慮に入れる必要がある。児童虐待については、親の虐待経験、経済的困窮、社会的孤立以外に、児の発達障害（知的障害、運動障害、多動など）も原因として挙げられている。

対人関係の障害として、学習障害（LD）、精神発達境界、精神遅滞（知的障害）、注意欠陥多動性障害(ADHD)、自閉症（傾向）などの発達障害も重要である。けいれん、意識障害を来す疾患にてんかん、起立性調節障害、転換性障害がある（表2）。

表1

心の問題の種類とその原因（環境、複合要因、発達障害）の関与の程度

心の問題	いじめ	不登校	神経性食思不振症	学業困難	校内暴力	家庭内暴力	児童虐待
原因							
環境要因	+	+	—	+	+	+	+
複合要因（体質・性格・気質等）	+	+	+	+	+	+	±
発達障害（の二次障害）	+	+	—	+	±	±	+

表2

行動・発達上の問題を来す発達障害

問題行動	学業困難	対人関係の障害	注意集中障害、多動	けいれん、意識障害
発達障害（診断名）	学習障害（LD） 精神発達境界 精神遅滞（知的障害） 注意欠陥多動性障害(ADHD)	学習障害（LD） 精神発達境界 精神遅滞（知的障害） 注意欠陥多動性障害(ADHD) 自閉症（傾向）	注意欠陥多動性障害(ADHD) 学習障害（LD） 精神発達境界 精神遅滞（知的障害）	てんかん 起立性調節障害 転換性障害

心理社会的因子が働いて身体に器質的ないし機能的障害が認められる病態を心身症という。表1の多くの状態（疾患）が心身症といえるが、小児期には、さらに多くの心身症がある。心身症について年代別、原因別に分けて示した（表3）。

表 3

心身症の年代別，原因別分類

原因	幼児期	学童期	思春期
環境要因	吃音、頻尿	吃音、頻尿、夜尿症（二次性）	非行
複合要因（体質・性格・気質等）	爪かみ、自慰、遺糞症 胃十二指腸潰瘍	不登校、チック、過換気症候群、円形性脱毛症 抜毛症、転換性障害、胃十二指腸潰瘍	不登校、過換気症候群、神経性食思不振症、転換性障害、胃十二指腸潰瘍、自殺
体質性	憤怒けいれん、気管支喘息、遺尿症、周期性嘔吐症、	気管支喘息、夜尿症（一次性）、筋緊張性頭痛、腹痛、睡眠障害、起立性調節障害、（肥満）	気管支喘息、筋緊張性頭痛、睡眠障害、過敏性腸症候群、起立性調節障害、（肥満）

環境要因が多くを占める心身症は、吃音、頻尿、二次性夜尿症、非行である。性格や気質と環境要因等が複合して生じるのは幼児期には爪かみ、自慰、遺糞症、不登校、チック、過換気症候群、転換性障害（ヒステリー）、神経性食思不振症である。胃十二指腸潰瘍もここに入るだろう。気管支喘息、憤怒けいれん、頭痛、起立性調節障害などは環境要因や性格よりも体質性の要因が大で、小児科の中心的な疾患である。この中で憤怒けいれん、周期性嘔吐症、夜尿症などは年齢との関係が深く、発達性という側面も有している。

表 3 に挙げたほとんどの疾患は、小児科医であれば、その subspecialty を問わず、全ての小児科医が扱っている。しかし、この中で不登校と神経性食思不振症について最も適した専門家は、小児精神医学や小児心身医学を専門とする小児科医と小児精神医学を専門とする精神科医であろう。

C. 研究方法

まず、モデル地域の検討として、東京都大田区における主任研究者の取り組みを検証する。

次に、心の問題、行動異常、心身症などの専門学会における小児科医と精神科医の実態を調査する。また、新生児医療に携わっている日本新生児学会の会員の分布も調査する（これは厚生労働省児童家庭局の依頼によるものである）。また、思春期の保健対策を強化するための連携の在り方を明かにすべく、本研究のそれぞれの専門家による考察と提言を行う。

1 モデル地域の検討

私が多くの機関に関わっている東京都大田区をモデル地域として設定して検討する。

(1) 学齢期の対応の前段階として、乳幼児保健の実態を検証する。すなわち、主任研究者が地域の保健センター等での乳幼児健診、障害児療育センターに関わってきた経緯と現状を調べる。

(2) 一保健福祉センターの地域を中心とした小児発達地域懇談会を提唱して結成した。ここでの関係各機関の連携の状況を検討する。

(3) 学校に関して、主任研究者が就学時判定、障害児学級訪問相談事業や大田区の教育委員会教育センターで医療相談に当たっている。さらにスクールカウンセラー等との連携も始まっている。

2 専門学会の医師数の実態調査

児童青年精神医学会、小児心身医学会、小児精神神経学会における小児科医と精神科医

の人数と関係諸機関への関わり方の実態を、地域（行政単位）ごとに調査する。新生児学会についても調査した。

心の問題や行動異常などに関わる専門学会としては、日本児童青年精神医学会、日本小児心身医学会、日本小児神経学会、日本小児精神神経学会などがある（以下、各学会名で「日本」を省略する）。この中で、小児精神神経学会（会員数約 850 名）については、個々の会員の専門科目が把握できないために調査を行えなかった（およその数は小児科医約 350 名、精神科医約 150 名）。

それぞれの学会名簿により医師の専門科目（小児科，精神科）と所属医療機関の所在地を調査した。「平成 7 年国勢調査報告；第 2 巻 人口の男女・年齢・配偶関係、世帯の構成・住居の状態 その 2 都道府県・市区町村編」（【都道府県単位：47 分冊】 著者：総務庁統計局／出版社：日本統計協会／発行月：1996/12）から各行政区分の 6～14 歳の人口（学齢期人口）を算出した。

3 思春期の保健対策を強化するための連携の在り方

小児神経学（有本）、小児神経学ならびに小児心身医学（星加）、精神医学ならびに公衆衛生学（熊倉）、児童青年精神医学（中村）、精神医学ならびにてんかん学（川名）の立場から、現状の分析による連携の在り方を検討する。

D. 結果

1 モデル地域の状況 — 東京都大田区における学校医療連携

1) 大学小児科 - 保健所 - 療育センター教育センター等の協力体制作り

筆者（諸岡）が多くの機関に関わっている東京都大田区をモデル地域として検討した。

学齢期の対応の前段階として乳幼児保健の実態を検証する。筆者が地域の保健センター等での乳幼児健診、障害児療育センターに関わってきた経緯と現状を調べる。

筆者は小児神経学とくに発達障害を専門としている。地域（東京都大田区）において保健所の 3 次の経過観察（発達外来）を行ってきた。教育センターにおいて就学相談、障害児の医療相談を担当しており、地域における教育－医療の協力体制作りにも携わってきた。

この他に、障害児療育センターでの療育相談、教育センターでの医療相談などの症例について大学外来で精査ならびに診察を行っている。また、数年前から、大学小児科、地区医師会（園医）保健所、障害児療育センター、教育センター、保育園、幼稚園、行政など、障害児に関わっている関係各機関が参加する小児発達地域懇談会を発足させて、関係各機関の連携や医学的な情報交換を行ってきた。

なお、少なくとも発達障害に関しては、児童相談所と大学や医療機関の小児科や教育センター等との関わりがほとんどみられなかった。児童相談所は東京都 23 区内で 11 ヲ所、市部（都下）で 4 ヲ所であり、各区には設けられていない。従来、児童相談所には小児科医ではなく主として精神科医が関わっていたこと、区との関連性が欠しいこと、医療機関が充実していること等のために、発達障害等に関して児童相談所と区内の医療・教育機関の関わりが乏しいと考えられた。

2) 教育委員会教育相談室

学校保健に関して、10 年以上前から筆者が就学時判定、障害児学級訪問相談事業と、大田区の教育委員会教育センターで精神保健医師として医療相談に当たっている。近年、スクールカウンセラー等の導入がなされており、医療機関と教育センター、学校、スクールカウンセラーとの連携が求められている。医療相談の内容は学習相談、就学相談（心身障害児学級、養護学校）、発達相談である。その原因疾患は学習障害、注意欠陥多動性障害、自閉症、

知的障害、不登校、てんかんなどである。

筆者は当教育センターで、臨床心理士等にレクチャーも行ってきた。以下、その演題を記す。

- 平成 13 年 5 月 18 日 学校精神保健に関わる薬剤について
5 月 25 日 重大少年事件の実証的研究について
6 月 1 日 てんかん
6 月 15 日 気管支喘息と心因
7 月 6 日 ADHD の薬物治療
7 月 27 日 スクールカウンセラーの医療連携に関して
8 月 31 日 医療機関との連携の取り方（スクールカウンセラー、
心の相談員を含む）
10 月 12 日 小児の発達とその臨床 言語
平成 14 年 4 月 19 日 てんかんの治療について
5 月 17 日 注意欠陥／多動性障害（ADHD）

なお、次は、このなかの「医療機関との連携の取り方（スクールカウンセラー、心の相談員を含む）」の講演に際して配布したレジメである。

スクールカウンセラーの医療連携に関して

東邦大学第 1 小児科 諸岡啓一

ここでは、医療連携のみを問題としているが、学校内でのスクールカウンセラーの連携形成も他方で行っていただきたい。

- 1 医療連携の情報などはスクールカウンセラーの中だけではなく、教育相談室にも集める。
- 2 スクールカウンセラーは担任、養護教諭と連絡を密にする。
例：慢性疾患を有している子どもがそのために不応症候を来たすことがある。
気管支喘息、慢性腎炎、てんかんなど。
担任、養護教諭は子どもの背景を把握しているはずである。
- 3 担任、保護者と協議して、かかりつけ医や学校医にも話、相談をする
「——医療機関の——科の（——）医師に受診させたいと考えているが、どう思うか。」
こうすることにより、かかりつけ医、学校医にも学校保健に参加してもらうことになる
- 4 医療機関に依頼する場合に、十分な準備と配慮が必要である。
保護者への説明
医療機関に事前に話をする
そのためには、地域の医療機関の特徴を把握しておく必要がある。

紹介しても受診しない場合がある。
小児科に関して：小学校高学年、中学生では小児科に対して”子ども扱い”されている、
というイメージがある。

ちなみに、米国では18(19)歳までを小児科で扱うことが多い。

精神科に関して：「精神病というイメージがあり、”敷居が高い”。

5 医療機関の科、医師により専門性が異なる事を認識する。

臨床心理士がいてもカウンセリング機能をどのくらい果たせるか否か。

小児科では心理判定（心理・発達検査）に忙殺されていることもある。

一般的には

①小児科：専門性として、小児神経学、小児精神神経学、小児心身症の専門家が望ましい。

発達障害（知的発達が境界ならびに知的障害、自閉傾向、注意欠陥／多動性障害、）、てんかん、心身症、初期～中期の不登校と神経性食思不振症

②精神科：専門性として、児童～思春期精神医学の専門家

中期以降の不登校と神経性食思不振症

③心療内科：高校生以上としていて、小中学校生は扱わない（ことが多い）。

これらの点に関して、実際の事例での経験を教育相談室に伝える

さらに、顧問の医師に伝える

スクールカウンセラーとしてどのような生徒を医療機関に紹介したらよいのかを、まず考えていただきたい。状態、行動、疾患名などを列挙して下さい。

6 事例によっては、スクールカウンセラーが医療機関と連絡を取る、受診に同行する、等の参加も望まれる。

7 地域での医療～保健面での連携も必要。

子ども、保護者に対するそれぞれの援助を行う。

保護者に対しては、保健福祉センターの保健婦（地区ごとに担当保健婦がいる）からの援助も必要な場合がある。

必ず保護者の同意を得て行う。

保健福祉センターへの連絡・連携が必要と思われる場合には、保健福祉センターとのつながりが普段から大きい医療機関の医師とも連絡を取りながら行う、というのがよいと思われる。

3) 不登校、神経性食思不振症

不登校や神経性食思不振症の児は小児科の外来を受診することが多い。当大学の小児科には心身医学や精神医学の専門家がいないので、対応に苦慮している。不登校児については小児科外来や教育センターの臨床心理士に依頼している。中学生以上で重度化した場合は、精神科の児童精神医学の専門家に依頼している。最近経験された小学校低学年の重度の神経性食思不振症については精神科入院として小児科医もアドバイザーとして参加している。なお、心療内科は小中学生の診療を行っていない。

2 専門学会の医師数の実態調査

児童精神科医、小児科医とくにその中の小児神経学・小児精神神経学・小児心身症専門医の人数と関係諸機関への関わり方の実態を、地域（行政単位）ごとに調査した。

1) 都道府県の医師数と学齢期人口比

これら3学会の各都道府県の会員数と学齢期人口を示す(表4)。それぞれの会員数とその専門科を示す: 児童青年精神医学会(全会員数2290名、小児科医118名、精神科医930)、小児心身医学会(全825名、小児科医559名、精神科医25)、小児神経学会(全3600名、小児科医2661名、精神科医39)。この中では、小児神経学会の小児科医が最も多く、次いで、児童青年精神医学会の精神科医、小児心身医学会の小児科医が比較的多数を占めていた。

a) 児童青年精神医学会

児童青年精神医学会について、小児科医118名、精神科医930名で、小児科医は精神科医の約8分の1の数であった。小児科医がいない県は18みられた。1名のみ県は9であった。

学齢期人口千対の専門家の数をみた。小児科医の学齢期人口千対の全国平均は0.009で、小中学生約10万人に1名ということになる。学齢期人口千対で最も多いのは高知県の0.036(82.53千人に3名)で、約3万人に1名である。小児科医がいない県は18みられた。1名のみは9県で、0~1名の県は27と過半数を占めた。

精神科医は全国で930名おり、学齢期人口千対の全国平均は0.073で、学齢期人口1万人あたり1人に満たないことになる。北海道で0.058、青森県0.060、秋田県、栃木県ともに0、千葉県0.049、東京都0.106、神奈川県0.093、山梨県0.011、京都府0.108、鹿児島県0.014で、差が激しい。最高は岐阜県と香川県の.152(学齢期人口約6千人に1名)と全国平均の2倍で、少ないのは山梨県1名、福井県2名であった。

小児科医と精神科医を合わせると1047名で、学齢期人口千対0.082となり、1万人に1名弱となる。

b) 小児心身医学会

小児科医は559名で精神科医(25名)の22倍おり、学齢期人口千対では全国平均が0.044で、学齢期人口2万人に1名弱であった。高いのは鳥取県、島根県の0.116、0.109で、低いのは三重県0.010、福井県0.011、佐賀県0.019であった(最高と最低は約12倍の相違あり)。最も少ない県は1名であった。

小児心身医学会の精神科医は全国でわずか25名であった。精神科医がまったくいない県は35県にのぼった。小児科医と精神科医を合わせると584名で、学齢期人口千対は0.046と2万人に1名弱であった。

c) 小児神経学会

小児神経学会の小児科医は2661名で、精神科医は39名と少なく、約70倍の違いがみられた。小児科医の学齢期人口千対は全国平均で0.208で、児童生徒5千人に約1名となる。小児科医は最も少ない県でも13名であった。学齢期人口千対は北海道0.194、青森県0.109、千葉県0.153、東京都0.478、神奈川県0.136、京都府0.353、鹿児島県0.095である。東京都が0.478(2千人に1人)と最も多く、滋賀県、京都府、香川県がこれに次ぎ、少ないのは三重県0.082、福島県0.085等で、最高、最低で約5倍の相違があったが、児童青年精神医学会や小児心身医学会ほどの相違はみられなかった。

2) 行政区別の医師数と学齢期人口比

47都道府県の市部、郡部別の、大学医学部、医科大学の所在地も含めて、また、政令都市を有する府県ではすべての市、郡の、専門科別医師数を調査した(表5 都道府県の市部別、郡部別の医師数と学齢期人口比)。また、各学会の医師の勤務先(所属機関)の所在地(行政区分)とその人数を調査した(表6 所属機関の所在地別会員数)。表6には、3学会の会員

の医師がいる市部名と郡部名すべてを表示した。(連携等の方策を立てる際に有用であると
考えられる。)

a)北海道

政令市(札幌市)を有する北海道については、すべての市と支庁の専門科医師数と学齢期
人口(6~14歳)、学齢期人口千対の医師数を示した(表5)。

学齢期人口千対の医師数をみると、児童青年精神医学会の小児科医は市部で0.019人(5
万人に1人)、郡部で0、全道で0.014人、精神科医は市部で0.072人(1万4千人に1人)、
郡部で0.019人(5万人に1人)、全道で0.058人、小児心身医学会の小児科医は市部で0.042
人、郡部で0、全道で0.031人、小児神経学会の小児科医は市部で0.241(約4千人に1人)、
郡部で0.064人(1万6千人に1人)、全道で0.194人、精神科医は市部、郡部とも0であっ
た。すべての学会で学齢期人口千対の医師数は市部よりも郡部で少なかった(第5表)。こ
れらの学齢期人口千対の医師数はほぼ全国平均に等しい(第4表)。

表5から、専門科医師がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、
精神科医がいるのはそれぞれ4市、7市と2支庁である。小児心身医学会の小児科医がいる
のは6市である(精神科医は0)。小児神経学会の小児科医がいるのは17市と6支庁である。
3学会ともに大学の所在地である札幌市と旭川市に集中しており、その他の市、支庁では1
~2人が多かった。

具体的に市、郡毎にみると、いずれの学会の医師も全くみられないのは、市部では全32
市中で北見市、網走市など16市と半数の市であり、郡部では全14郡中で檜山支庁、後志支
庁など9支庁と過半数の支庁であった(表5)。

北海道は広大な面積を有しているので、受診ないし対応が困難な事例も多いと推測される。

児童青年精神医学会の精神科医は市部でも少ない。これに対して小児神経学会の小児科医
は、行政単位では児童青年精神医学会の精神科医の約2倍多い行政単位に勤務しており、学
齢期人口千対の医師数では3.3倍多くいた。これは、小児神経学会の小児科医は児童青年
精神医学会の精神科医よりも多くの地域に勤務しているが、学齢期人口千対でみると、比
較的限られた地域に多く勤務している、といえる。3つの学会の会員の状態から見ると、精
神科医よりも小児科医が約4倍多い。

広い行政区域を抱えている北海道についても同様に地域差が激しかった。児童青年精神医
学会の精神科医は市部でも少ない。これに対して小児神経学会の小児科医は、行政単位では
児童青年精神医学会の精神科医の約2倍多い行政単位に勤務しており、学齢期人口千対の医
師数では3.3倍多くいた。これは、小児神経学会の小児科医は児童青年精神医学会の精神科
医よりも多くの地域に勤務しているが、学齢期人口千対でみると、比較的限られた地域にさ
らに多く勤務している、といえる。3つの学会の会員の状態から見ると、精神科医よりも小
児科医が約4倍多い。

b)東北地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口(6~14歳)、学齢期人口千対の医師数、な
らびに、政令市(仙台市)を有する宮城県についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢
期人口、学齢期人口千対の医師数を示した(表5)。

まず、絶対数の多い学会の専門科についてみる。児童青年精神医学会の精神科医は各県で
20人弱おり、学齢期人口対の数はほぼ全国平均である。小児心身医学会の小児科医は各県と
も全国平均である。小児神経学会の小児科医の学齢期人口対は青森県と岩手県で全国平均の
半分に近い。その母体となる小児科医の数が少ないのかもしれない。

青森県では小児心身医学会の小児科医を除いて、市部の方が郡部よりも学齢期人口千対の

医師数は多かった。大学医学部の所在地である弘前市では、市部全体に比較してすべての学会の医師数が多かった。岩手県、秋田県、山形県、福島県でも同様に、3学会ともに市部計は郡部計よりも多く、大学所在地ではさらに多く、郡部ではどの学会の医師もほとんどいない、という状態であった。

表6から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、青森県ではそれぞれ2市、4市と1郡、岩手県では1市、2市、宮城県では1市、1市と2郡、福島県では0、4市と3郡、秋田県では0、2市、山形県では1市、9市である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、青森県では3市と2郡、岩手県では1市と1郡、宮城県では3市、福島県では4市と1郡、秋田県では2市、山形県では2市と1郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、青森県では4市と2郡、岩手県では5市と3郡、宮城県では5市と3郡、福島県では6市と2郡、秋田県では6市と2郡、山形県では7市である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では1~2人が多かった。

政令市（仙台市）を有する宮城県について、学齢期人口千対の医師数をみると、児童青年精神医学会の小児科医は市部で0.006名、郡部で0、精神科医は市部で0.098人、郡部で0.021人、小児心身医学会の小児科医は市部で0.043人、郡部で0、小児神経学会の小児科医は市部で0.270、郡部で0.042人、精神科医は市部で0、郡部で0.011であった。ほとんどの学会で学齢期人口千対の医師数は市部よりも郡部で少なかった。

具体的に市、郡毎にみると、いずれの学会の医師も全くみられないのは、市部では全10市中で気仙沼市など3市であり、郡部では全15郡中で苅田郡、宮城郡など9郡と過半数の郡であった。

c) 関東地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口（6~14歳）、学齢期人口千対の医師数、を示した（表4）。

茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県について、学齢期人口千対の数は全国平均に比較して全体的に少なかった。そのうち、栃木県では児童青年精神医学会の小児科医は7人あり、学齢期人口千対では0.032人で全国平均の3倍強であった（これに比して、精神科医は0で、全国の傾向とは異なっていた）。また、小児神経学会の小児科医は大学の所在地を中心として比較的多くおり、大学の小児科でこれらの subspecialty に関わっているためと考えられる。北海道、東北地方などと同様に、学齢期人口対の医師数は、一般的に郡部より市部に多かったが、栃木県では大学の所在地の関係上、児童青年精神医学会や小児神経学会の小児科医について、郡部の学齢期人口対の数が多かった。

第6表から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、茨城県ではそれぞれ2市、5市と3郡、栃木県では2市と2郡、0、群馬県では0、1市と1郡、埼玉県では3市、6市と1郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、茨城県では3市と3郡、栃木県では4市と1郡、群馬県では4市と4郡、埼玉県では7市と2郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、茨城県では12市と4郡、栃木県では5市と3郡、群馬県では5市と4郡、埼玉県では27市と5郡である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では1~2人が多かった。

d) 千葉県

政令市（千葉市）を有する千葉県についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢期人口、学齢期人口千対の医師数を示した（第5表）。

学齢期人口千対の医師数をみると、児童青年精神医学会の小児科医は市部で0.008人、郡部で0.011人、精神科医は市部で0.057人（約2万人に1人）、郡部で0.011人（約10万人に1人）、全県で0.049人、小児心身医学会の小児科医は市部で0.038人、郡部で0.021、全県で0.036、小児神経学会の小児科医は市部で85人おり、学齢期人口千対0.172人（約6千人に1人）、郡部で0.053人（約2万人に1人）、全県で0.153、精神科医は市部で0.004人、郡部で0であった。多くの場合、学齢期人口千対の医師数は市部よりも郡部で少なかった（第5表）。

第6表から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのはそれぞれ3市と1郡、8市と1郡である。小児心身医学会の小児科医がいるのは10市と1郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは16市と1郡である。3学会ともに医師は大学と国立精神保健研究所の所在地に集中しており、その他の市、郡では1～2人が多かった。

いずれの学会の医師も全くみられないのは、市部では全30市中で柏市、佐原市など10市であり、郡部では全9郡中で香取郡、匝瑳郡など5郡であった（第5表）。

e)東京都

東京都の区部(23区)、市部、郡部の専門科医師数と学齢期人口(6～14歳)、学齢期人口千対の医師数を示す(表5)。

東京都の医師数について、児童青年精神医学会の小児科医は27名と各都道府県で最多であるが(学齢期人口千対も0.029と全国平均の0.009の約3倍)、精神科医(99名)の学齢期人口千対は0.106で、全国平均0.073よりやや多い。小児心身医学会の小児科医、精神科医ともに最多である。小児神経学会では小児科医448名は大阪府の201名の2倍以上である(学齢期人口千対は0.478で、大阪府0.245、全国平均0.208の約2倍多い)。

東京都の小中学校数は2288校で、1校あたりの医師数をみると、児童青年精神医学会の小児科医は0.012人、精神科医0.043、小児心身医学会の小児科医0.031人、精神科医0.002人、小児神経学会の小児科医0.196人、精神科医0.003人となる。最も多いのは小児神経学会の小児科医で約5校に1名で、児童青年精神医学会の精神科医は約23校に1名である。

児童青年精神医学会においては東京都全体で小児科医27人、精神科医99人で、学齢期人口千対で0.029人、0.106人である。小児心身医学会で小児科医72人、精神科医4人、学齢期人口千対ではそれぞれ、0.077人、0.004人、小児神経学会で小児科医448人、精神科医6人で、学齢期人口千対0.478人、0.006人である。

児童青年精神医学会の小児科医は23区部に21人(学齢期人口千対0.035)で、うち12区で0人、市部に6人(学齢期人口千対0.006)、郡部、島しょ部はともに0人であり、全体に少なく、地域差が激しかった。1学校あたりの小児科医数(小中学校数)は23区部で0.014、市部で0.008、郡部、島しょ部で0であった。23区部でも約71校に1名となる。

精神科医の分布について、23区部でも差が激しい。最高は世田谷区の24名、次に新宿区の11名等が多く、児童精神科病院や大学病院の地域で多くなっている。学齢期人口千対の精神科医数は、区部平均0.126(約8千人に1人)、市部平均0.026(約4万人に1人)、郡部0で、著明な差がある。1学校あたりの精神科医数は23区部で0.05人(20校に1人)、市部で0.033人(30校に1人)であった。

小児心身医学会の小児科医は72名と少なく、千人対では0.077と少ないが、全国平均の2倍近い値である。多いのは新宿区13人、世田谷区10人で、児童青年精神医学会と同様の分布であった。全くみられないのは5区で、23区内でも地域差がある。1学校あたりの小児科医数は区部で0.041(約25校に1人)、市部で0.014(約70校に1人)であった。精神科医は東京都全体で4名と極めて少なかった。

小児神経学会の小児科医は23区内に324名おり（学齢期人口千対では0.542、すなわち、約2千人に1人）、ほとんどの区にみられた。多いのは新宿区で95名、板橋区42名で、少ないのは1名、0名の区が1区ずつみられた。市部には124名おり（学齢期人口千対では0.134）、郡部には0であった。多いのは大学や神経センター所在地であり、やはり地域差が著しかった。1学校あたりの小児科医は23区部で0.216人（約5校に1人）、市部で0.171（約6校に1人）であった。

小児神経学会の精神科医は東京都全体でも6名と極めて少数であった。

f) 神奈川県

政令市（横浜市）を有する神奈川県についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢期人口、学齢期人口千対の医師数を示す（表5）。まず、絶対数の多い学会の専門科医師についてみる。児童青年精神医学会の精神科医は71人とかなり多いが、学齢期人口千対では0.093人（約1万人に1人）と全国平均よりもやや多い程度である。小児心身医学会の小児科医の学齢期人口千対は0.031人（約3万人に1人）、小児神経学会の小児科医の学齢期人口千対は0.136人（約7千人に1人）であった。3学会ともに、学齢期人口千対の医師数は、市部と郡部の差が大きかった。

第6表から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのはそれぞれ3市と1郡、10市である。小児心身医学会の小児科医がいるのは8市である。小児神経学会の小児科医がいるのは13市と2郡である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では2～3人が多かった。

市部でも逗子市、南足柄市、綾瀬市で、郡部では三浦郡、高座郡、中郡、足柄下郡、愛甲郡でこれら3学会の医師がいなかった。

g) 甲信地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口（6～14歳）、学齢期人口千対の医師数を示す（表5）。山梨県の児童青年精神医学会の精神科医は1人のみで、学齢期人口千対は0.011と少なかった。他の学会、専門科目については全国平均にほぼ類似していた。

表6から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、山梨県ではそれぞれ0、1市、長野県では3市と1郡、4市と1郡である。小児心身医学会の小児科医がいるのは、山梨県では1市と1郡、長野県では5市と3郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、山梨県では4市と1郡、長野県では10市と4郡である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では1～2人が多かった。

h) 北陸地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口（6～14歳）、学齢期人口千対の医師数を示す（表5）。

絶対数の多い学会の専門科についてみる。児童青年精神医学会の精神科医の学齢期人口千対は石川県で0.140と全国平均の約2倍で、大学精神科で児童精神医学に力を入れていることを反映しているのだろう。小児心身医学会の小児科医の学齢期人口千対に関して福井県で少なかった。小児神経学会の小児科医の学齢期人口千対はほぼ全国平均に近かった。

第6表から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、新潟県ではそれぞれ0、2市と4郡、富山県では0、1市と1郡、石川県では0、2市と1郡、福井県では1市、2郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、新潟県では3市と1郡、富山県では3市、石川県

では2市と1郡、福井県では1郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、新潟県では13市と4郡、富山県では2市と1郡、石川県では3市と1郡、福井県では5市と3郡である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では1~2人が多かった。

i) 東海、中部地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口(6~14歳)、学齢期人口千対の医師数(、ならびに、政令市(名古屋市)を有する愛知県についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢期人口、学齢期人口千対の医師数)を示す(表5)。

まず、絶対数の多い学会の専門科についてみる。児童青年精神医学会の精神科医は岐阜県で34人、学齢期人口千対は0,152人で全国平均0,073の約2倍である。大学精神科のsubspecialtyが関係していると思われる。三重県では小児心身医学会の小児科医は2人のみで学齢期人口千対は0,010、小児神経学会の小児科医の学齢期人口千対は0,082と少なかったが、小児科医の数が少ないのかもしれない。

表6から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、静岡県ではそれぞれ3市と1郡、10市と2郡、愛知県では2市、10市と4郡、岐阜県では0、5市と4郡、三重県では0、2市と2郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、静岡県では5市、愛知県では11市と2郡、岐阜県では2市と1郡、三重県では1市と1郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、静岡県では14市と6郡、愛知県では18市と4郡、岐阜県では8市と3郡、三重県では6市と3郡である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では1~2人が多かった。

j) 近畿地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口(6~14歳)、学齢期人口千対の医師数、ならびに、政令市(京都市、大阪市)を有する京都府、大阪府についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢期人口、学齢期人口千対の医師数を示す(表5)。

絶対数の多い学会の専門科についてみる。児童青年精神医学会の精神科医は大阪府で111人と多く、学齢期人口千対で0,135人と全国平均の2倍強である。奈良県では20人で学齢期人口千対で0,133と大阪府とほぼ同率である。小児心身医学会の小児科医はやはり大阪府で60人と多く、学齢期人口千対は0,073人と多い。小児神経学会の小児科医は滋賀県、京都府で59名、88名、学齢期人口千対0,399(全国第2位)、0,353と多い。

表6から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、滋賀県ではそれぞれ1市、2市、奈良県では1市と2郡、5市と3郡、和歌山県では0、1市、京都府では1市、4市と1郡、大阪府では4市、20市と1郡、兵庫県では1市、10市と4郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、滋賀県では2市、奈良県では2市、和歌山県では3市と2郡、京都府では1市と1郡、大阪府では16市、兵庫県では6市と1郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、滋賀県では8市と5郡、奈良県では4市と2郡、和歌山県では6市と4郡、京都府では11市と3郡、大阪府では23市、兵庫県では16市と5郡である。3学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では1~3人が多かった。

k) 四国地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口(6~14歳)、学齢期人口千対の医師数を示

す（表4）。

児童青年精神医学会の精神科医は香川県 16 名で、学齢期人口千対は 0,152 人と全国平均の 2 倍強であった。小児心身医学会の小児科医の数や比率には著変はなかった。小児神経学会の小児科医は香川県で 36 人、学齢期人口千対 0,343 と比較的多かった。

表 6 から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、香川県ではそれぞれ 0、3 市と 2 郡、徳島県では 0、2 市と 2 郡、愛媛県では 0、6 市と 2 郡、高知県では 2 市、2 市と 1 郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、香川県では 2 市、徳島県では 2 市、愛媛県では 3 市と 1 郡、高知県では 4 市と 2 郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、香川県では 3 市と 6 郡、徳島県では 3 市、愛媛県では 8 市と 3 郡、高知県では 5 市である。3 学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では 1～3 人が多かった。

D)中国地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口（6～14 歳）、学齢期人口千対の医師数、ならびに、政令市（広島市）を有する広島県についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢期人口、学齢期人口千対の医師数を示す（表 5）。

児童青年精神医学会の精神科医は岡山県では 28 名で学齢期人口千対は 0,138 人と全国平均の 2 倍に近い。小児神経学会の小児科医は鳥取県の学齢期人口千対は 0,391 と多かった。

表 6 から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、岡山県ではそれぞれ 1 市、5 市と 1 郡、鳥取県では 1 市、2 市、島根県では 1 郡、3 市と 1 郡、広島県では 1 市、4 市と 3 郡、山口県では 0、3 市と 2 郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、岡山県では 2 市と 2 郡、鳥取県では 3 市、島根県では 4 市と 1 郡、広島県では 5 市と 1 郡、山口県では 3 市と 1 郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、岡山県では 6 市と 2 郡、鳥取県では 2 市、島根県では 5 市と 3 郡、広島県では 8 市と 2 郡である。3 学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では 1～3 人が多かった。

m)九州・沖縄地方

各県の市部と郡部の専門科医師数と学齢期人口（6～14 歳）、学齢期人口千対の医師数、ならびに、政令市（福岡市）を有する福岡県についてはすべての市と郡の専門科医師数と学齢期人口、学齢期人口千対の医師数を示す（表 4）。

児童青年精神医学会の精神科医の学齢期人口千対は佐賀県、宮崎県、鹿児島県で少なかった。小児神経学会の小児科医は大分県で学齢期人口千対 0,351 と多く、佐賀県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県では少なかった。

表 6 から専門科医がどの市、郡にいるかをみると、児童青年精神医学会の小児科医、精神科医がいるのは、福岡県ではそれぞれ 1 市、7 市と 1 郡、佐賀県では 0、1 市と 1 郡、長崎県では 0、4 市と 1 郡、熊本県では 2 市と 1 郡、1 市と 2 郡、大分県では 1 市、2 市と 1 郡、宮崎県では 1 郡、1 市と 2 郡、鹿児島県では 0、1 市と 1 郡、沖縄県では 0、2 市と 2 郡である。

小児心身医学会の小児科医がいるのは、福岡県では 9 市と 3 郡、佐賀県では 1 市と 1 郡、長崎県では 2 市と 2 郡、熊本県では 2 市と 3 郡、大分県では 3 市と 3 郡、宮崎県では 2 市と 2 郡、鹿児島県では 2 市と 1 郡、沖縄県では 3 市と 3 郡である。小児神経学会の小児科医がいるのは、福岡県では 13 市と 1 郡、佐賀県では 5 市と 2 郡、長崎県では 5 市と 3 郡、熊本県では 5 市と 6 郡、大分県では 5 市と 4 郡、宮崎県では 5 市と 5 郡、鹿児島県では 3 市と 2 郡、沖縄県では 5 市と 3 郡である。3 学会ともに医師は大学の所在地に集中しており、その他の市、郡では 1～3 人が多かったが、沖縄県では小児神経学会の小児科医はいくつかの市

部、郡部に数名ずつみられた。

付) 日本新生児学会

日本新生児学会の名簿から、都道府県毎に、医師のいる市部名と郡部名とその数、0歳児人口を表示した(表7)。

0歳児人口千対の医師数は、北海道では2.613人、青森県0.945人、岩手県2.250人、宮城県1.705人、東京都3.956人、京都府3.059人、大阪府2.568人、和歌山県4.189人、香川県4.295人、福岡県2.329人、熊本県0.558人、宮崎県3.420人、鹿児島県0.818人、沖縄県1.251人等である。都府県により0歳児人口千対の医師数がかなり異なっているが、大学の小児科で新生児学を専門とするグループ(subspecialty)があるか否かによると推測される。

0歳児人口千対の医師数でみると、多い県は香川県、和歌山県、東京都等で、少ない県は熊本県、鹿児島県、青森県である。

政令都市のある都道府県について、北海道では市部全体で多く郡部全体で少なく差が激しいが、専門医のいない市も10市みられる。宮城県ではやはり市部全体と郡部全体で著明な差があるが、専門医のいない市も6市にのぼる。

3 思春期の保健対策を強化するための連携の在り方(分担研究報告)

I 小児神経学会の調査および、連携構築に関する検討 分担研究者 有本 潔(島田療育センター)

1. 小児神経学会の調査

- 1) 別表に掲げる如く、小児神経学会に所属する会員医師の専門分野毎に、市町村単位の医師数の分布を集計した。市部、郡部それぞれで、集計を行った。
- 2) 専門分野では、小児科医が圧倒的であり、精神科医師は39名であった。小児精神を専門とするものは、6名であり、これは小児科医に含めた。尚、小児神経を専門とする者は、小児科医に含めた。
- 3) 地域的には、一般の医師と同様に、大都市に分布が集中し、なおかつ大学病院に在籍する医師が多い。市部、郡部の別では、市部への集中が見られ、郡部での集積は、主に郡部にある大学病院であるが、このほか、国立病院など地域の機関病院、療育センターなども郡部にあつて、大学病院よりは小規模であるが3~4人の医師の集積する事例があつた。
- 4) このデータは、地域のリソースとしての小児神経科医の分布を把握する、基礎的な資料となることが期待できるが、実際の利用に当たっては、次の点を考慮する必要がある。
 - ① 小児の精神疾患に対して、市の単位で体制の充足を図ることは、リソースの状況から見て必ずしも妥当ではない。むしろ、中核医療機関を中心とする(あるいはその医療機関の所在地を中心とする)医療圏のようなものを考える必要があるであろう。郡部などでも、交通網の利用、地理的文化的つながりなどで、他地域のリソースを利用できるのではないかと思われる。中核医療機関の位置によっては、この医療圏は必ずしも自治体の単位ではないかもしれない。
 - ② 小児神経科医を医療的リソースとしてみた場合、自らが診療の主体となる場合もあるが、むしろ中核病院の小児科などで、コンサルテーションなどを行って、

他のリソース（一般小児科医）の対応能力を高める可能性があることを考慮すべきであろう。これには、精神科医師との連携といった機能も含まれる。このようなコンサルタントとして、どの範囲で活動をおこなっているか（地域、医療機関）も、その地域の実際の対応能力に影響がある。これをデータとして示すのは、困難であるが、少なくとも一人の小児神経科医が、所属する医療機関の、リソースとしての能力を高めると考えると、自治体における小児神経科医の在籍する医療機関の数は、地域の対応能力に関連するものと思われる。

2. 連携構築に関する検討

1) 小児神経学（発達専門医）が思春期の問題にどのように関わるのがよいか。

発達専門医は、大学の神経外来、小児病院の神経科、療育センターなどで診療を行うことが多く、また、健診などへの協力を通じて、保健所（保健センター）など他機関との連携の場面も多い。また、専門領域の対象としてあつかう、精神遅滞ないし境界例、学習障害、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、広汎性発達障害(PDD)などは、学校などの場面にて、発達障害から派生する二次的障害、すなわち、いじめ、不登校などにも対応する場面がある。さらに、これらの問題の対処には、小児神経専門医（発達専門医）が精神科（児童精神専門医）、臨床心理士などと連携する場面も多く、児を取り巻く環境の調整、精神科医師を含む他職種との連携などを日常行うことが多い。このような機能は、小児の精神をとりまく問題を、主治医としてとりあつかうかどうかは別にして、有用なモデルを提供するのではないかとと思われる。すなわち、一種のリエゾンとして働くことで、身体的な機能の問題の把握および機能の維持を主体とする小児科的診療と、精神、心理的アプローチを行う専門職（児童精神専門医ないし心理職）との橋渡しができるのではないかと推察される。

2) 心身障害児センター（通所）と地域連携

分担研究者(有本)は、外来診療部門を有する障害児の療育センターに在籍するが、日常の外来診療を含め、さまざまな職種、施設、公的機関と連携を構築する場面が多い。また、施設内も、多科、特に精神科医師との協同診療、臨床心理士との連携などが日常行われており、連携という形態に一定の経験を有する。

- ① 他機関との連携を例示する。(表)は、所属機関近隣自治体における、障害児を取り巻くネットワークの参加施設および職種である。福祉、教育、医療と行政機関が、連絡をとりながら、情報の交換をおこなおうとする状況が認められる。これらが直ちに小児精神疾患の対応機関になるわけではないが、意志の疎通の円滑なことは、患者の把握、受診勧奨などに有用であろうと思われる。

(表) T市障害児ネットワーク連絡会議 参加施設および職種

大学病院	小児科医 看護婦
二次病院	ケースワーカー
療育センター	小児科医、ケースワーカー
保育園	保育士（園長）
幼稚園	園長
市福祉部在宅福祉課	
同	児童課（保育係、児童係）
市	発達障害通園施設
市	児童館、学童クラブ 管理職、指導員
市	教育相談所 相談員（心理職）

市 健康センター 保健婦
都 養護学校（肢体不自由1校、知的障害1校）
都 児童相談所 心理、児童福祉司
都 保健所 保健婦

- ② 所属機関における、在宅障害児（者）の地域療育等支援事業について示す。この事業は、在宅心身障害児（者）のライフステージに応じた地域での生活を支援するため、障害児（者）施設の有する機能を活用する目的で、療育、相談体制の充実、各種福祉サービスの提供の援助・調整を行い、地域の在宅障害児（者）およびその家族の福祉の向上を目指す事業である。在宅障害者への巡回相談、外来の形式での療育相談、心身障害児通園施設、保育園、幼稚園、学校（小学校、養護学校）などの施設に対して、指導、相談を行う、などの内容を持つ。この事業を通じて、福祉、教育、医療といった障壁を超えて、医療情報の提供、指導、相談などが行われた実績を有している。一施設で、すべての医療が可能なのではないが、連携という、側面援助に時間と人的資源が配置できることは、地域の対応能力を増すのに役立つと思われる。
- ③ 療育センター（通所部門）は、当然通所機能が中心であるので、入院設備は必ずしももっていない。所属機関は、緊急一時入所を受け入れるが、病棟の性格上、重症心身障害児（者）に限られ、小児精神疾患の入院治療の場としてはそぐわない。もし、入院治療に関わるとすれば、受け入れ可能な医療機関へのコンサルテーションが中心となる。
- ④ 以上、地域連携、施設連携を中心とする療育センターの機能について述べた。地域モデルとしての活用、あるいは社会資源の一つとして、小児精神疾患に対応する地域の協力体制の中に組み込むことは、可能ではないかと思われるが、まだ実績をとまなっていないので、これからの選択肢のひとつであろうと考える。

3) その他

小児神経科医の専門分野は、多岐にわたるが、実際に臨床を行う上で、対応する疾患を増やしてきた経緯がある。自閉症などがその例であるが、生物学的、身体的、あるいは神経学的背景がある対象は、取り組みが容易であろうかと思われる。小児精神疾患にもこのような視点が導入され、検討されることは、疾患の理解に有用であるかもしれない。精神疾患としての entity および治療法の確立とともに考慮されるべきと考える。

II 小児科と精神科との役割分担

研究協力者 星加明德（東京医科大学小児科）

本稿では、東京医科大学病院で小児科と精神科がどのように役割を分担しているか、また今後一般的にはどのような形での分担がよいか、不登校、神経性食欲不振症、トウレット障害、注意欠陥多動性障害について私見を述べる。

1. 不登校

小児科を受診する不登校の小児は、初期には頭痛、腹痛、嘔気、倦怠感、微熱、めまいなどの多彩な自律神経症状を訴えて小児科を受診する場合が多い。その中で主訴になるのは頭痛、腹痛、嘔気の3症状のうちの1種あるいは2種である。